



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIOVIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

6 (38/1)2021

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.АБДУМАЖИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
С.И. ИСМОЙЛОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ш.Э. ОМОНОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
К.Б. ШОДМАНОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
М.Ш. ХАКИМОВ
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПАТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN
MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал

*Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

6 (38/1)

2021

ноябрь-декабрь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

<i>Kholmrodova A.Sh., 2 Aliyeva D.A., 3 Boboboyev Q.T.,</i> PECULIARITIES AND ROLE OF VEGFA (G634C) GENE POLYMORPHIC VARIANT IN WOMEN WITH CERVICAL INTRAEPITHELIAL CERVICAL NEOPLASIA.....	338
<i>Khudoyarova D.R., Shopulotova Z.A.</i> SOMATIC PATALOGY AND PREGNANCY.....	344
<i>Hamidova Sh.Sh., Narzulloeva N.S.</i> ASSESSMENT OF IMMUNE AND HORMONAL STATUS IN UTERINE LEIOMYOMA IN WOMEN OF DIFFERENT REPRODUCTIVE AGES.....	347
<i>Sh.I. Nasritdinova. G.A.Ikhtiyarova., D.K. Khaydarova.</i> INFLUENCE OF CORONOVIRAL INFECTION ON PREGNANCY AND LABOR, TAKING INTO ACCOUNT THE PREDICTION OF NEUROLOGICAL AND DEPRESSIVE DISORDERS.....	352
<i>Shamsiev F.M., Musazhanova R.A., UzakovaSh.B, Atazhanov H.P., Ibragimova J.F.</i> FEATURES OF THE IMMUNE STATUS AND CYTOKINE PROFILE IN CHILDREN WITH CYSTIC FIBROSIS.....	359
<i>Shopulotov E.H., Negmadjanov B.B., Mamatkulova M.D.</i> FEMINIZING PLASTICS OF THE EXTERNAL GENITALS IN GIRLS WITH CONGENITALADRENAL CORE DYSFUNCTION.....	363
<i>Yakubova O. A., Isakova D.B.</i> OPTIMIZATION THE DIAGNOSIS OF JUVENILE DYSMENORRHEA, TAKING INTO ACCOUNT THE MANIFESTATIONS OF CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA.....	365
<i>Ganiev F.I., Negmadzhanov B.B., Kim V.O., Egamkulov Z.T.</i> TACTICS OF MANAGING PATIENTS IN COMBINED GYNECOLOGICAL AND SURGICAL PATHOLOGY.....	370
<i>Ganieva Sh.Sh., Zhuraeva F.R.</i> DIFFERENTIATED APPROACH TO THE DIAGNOSIS OF GASTROINTESTINAL ALLERGIES IN CHILDREN.....	373
<i>Eshonxujaev O.O., Raubjonov X.M., Parpieva S.B., Kosimov Z.O.</i> PROBLEMATIC ISSUES OF ANTIBACTERIAL THERAPY IN YOUNG CHILDREN AND PHARMACOEPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS.....	377
<i>G.S. Babadjanova, G.B. Nasriddinova</i> MODERN FEATURES OF MANAGEMENT OF WOMEN WITH ASYMPTOMIC MYOMA.....	380
<i>Bobomuratov T. A., Samadov A. A.</i> FEATURES OF CLINICAL AND MORPHOFUNCTIONAL DISORDERS OF THE STOMACH AND DUEDENUM IN NEPHROTIC SYNDROME IN CHILDREN.....	383
<i>Pulatov S.S., Mukhamadiev F.Sh.</i> THE ROLE OF EXERCISE IN RECOVERY AFTER DISCECTOMY IN HOME.....	386
<i>Rabbimova G.T., Mukhamadiev N.K., Nasimova N.R., Durnova N., Sheremetyeva A.C.</i> THE EFFECTIVENESS OF THE USE OF ESSENTIAL OILS IN VULVO-VAGINAL INFECTIONS IN PREGNANT WOMEN.....	390
<i>Rasulov A.S., Rasulova H.A.</i> CLINICAL SIGNIFICANCE OF RISK FACTORS IN THE DEVELOPMENT OF RACHIT IN CHILDREN OF 1 YEAR OF LIFE.....	395

<i>Rakhmatova D.B., AkhmedovaSh.M.</i> CARDIOVASCULAR SYSTEM ACTIVITY INDICATORS AND RISK FACTORS.....	399
<i>S.Z.Yuldasheva., O.V. Shurygina</i> VITRIFICATION OF EMBRYOS DEPENDING ON THE TYPE OF CARRIERS IN ART PROGRAMS.....	403
<i>Saidzhalilova D.D., Nigmatova G.M., Yuldashev S.A.</i> STUDYING THE ETIOLOGY AND PREVALENCE OF STRESS WITHOUT URINE AMONG WOMEN.....	407
<i>Safarova L.A., Abdullaeva L.M.</i> CLINICAL AND MORPHOLOGICAL FEATURES OF THE FETO-PLACENTAL SYSTEM IN HIV-INFECTED WOMEN.....	411
<i>Sarkisova L.V. InoyatovA.Sh.</i> THE ROLE OF CYTOKINES AND GENE POLYMORPHISM IN THE EARLY DIAGNOSIS OF PRETERM LABOR.....	415
<i>Satibaldieva N. R., Khudoikulov E. A., Kasimova M.B.</i> FEATURES OF THE COURSE OF OBSTRUCTIVE BRONCHITIS IN CHILDREN CAUSED BY ATYPICAL MICROFLORA.....	419
<i>Yuldasheva O.S., Sobirova M.</i> CLINICAL CHARACTERISTICS OF WOMEN WITH TORCH INFECTION AND SYNDROME OF REDUCED FETAL GROWTH.....	422
<i>Poyonov O.Y., Abdurakhmanov M.M., Karimova N.N.</i> THE EFFECT OF DIPYRIDAMOLE ON THE CYTOKINE PROFILE AND BLOOD INTERFERONS IN WOMEN WITH ANEMIA AND THE THREAT OF POSTPARTUM BLEEDING.....	425
<i>Radjabova Zulola Abdukhakimovna</i> FEATURES OF THE PLACENTA LESION WHEN THE FETUS IS INFECTED WITH A HERPESVIRUS INFECTION.....	429
<i>Rajabova G. O., Matrizayeva G. J.</i> THE ROLE OF SURGICAL AND CONSERVATIVE THERAPY IN RESTORING THE REPRODUCTIVE FUNCTION OF WOMEN SUFFERING FROM STEIN- LEVENTHAL SYNDROME.....	432
<i>Rajabova G.Kh., Shavkatova L. J.</i> METABOLIC SYNDROME AND DIABETES.....	435
<i>Razhabova G. Kh., Hamidova G.</i> MODERN APPROACHES TO THE PROBLEM OF METABOLIC SYNDROME.....	439
<i>Rasulova H.A., Rasulov A.S., Irbutayeva L.T</i> A MODERN VIEW ON THE PREVENTION OF RACHIT BY DETERMINING THE LEVEL 25 (OH) D3 IN BLOOD SERUM.....	443
<i>Rakhimova G.N, Zakhidova K.SH, Aripov O.A</i> HORMONAL ASPECTS OF POLYCYSTIC OVARY SYNDROME IN WOMEN WITH VARIOUS FORMS OF THE PHENOTYPE.....	447
<i>Rizayeva Mekhriban Ahmadovna</i> METABOLIC SYNDROME IN ANDROLOGY.....	452
<i>Ruzimova S.B., Matyakubova S.A., Yusupova D.O.</i> FACTOR ANALYSIS OF THE REASON FOR MISSED ABORTION.....	454

Рисунок 5. Склероз ворсин, очаг петрификации. Окраска гематоксилином и эозином. Увел. 40х20.

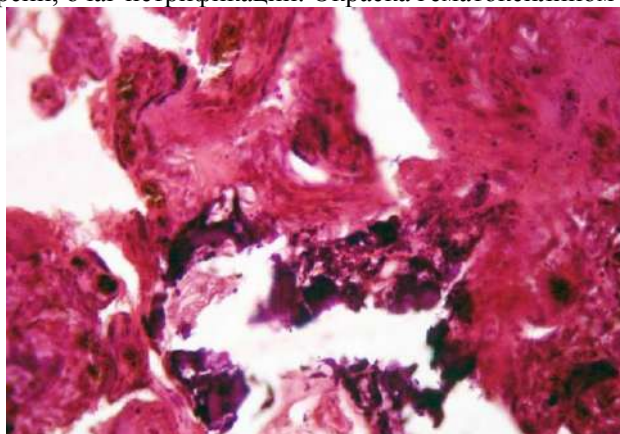
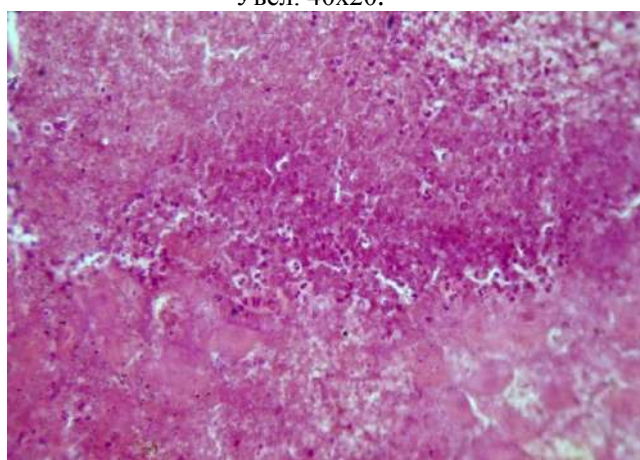


Рисунок 6.

Некроз децидуальной ткани с воспалительной инфильтрацией. Окраска гематоксилином и эозином. Увел. 40х20.



Заключение

По итогам проведенного нами анализа и сопоставления клинических и морфологических изменений, определено, что своевременное добавление к стандартной терапии препаратов L-аргинина предотвращает преждевременное созревание плаценты на 2,1%; в 2 раза реже в плацентарной ткани образуются очаги некроза; признаки гипоксии возникают в 10 раз реже; очаги фиброза и дистрофические изменения соответственно в 3,7 и 2,5 раз реже. Что положительно отражается на перинатальных исходах в основной группе по сравнению с группой, не получавшей L-аргинин.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Атабаева Х.Л., Основные принципы подготовки к беременности и ее ведение у беременных с преэклампсией на фоне выявленной тромбофилии // Акушерство, гинекология и репродукция - 2016 - №4. – С. 36-38.
2. Венцовский Б.М., Венцовский К.О. Профилактика преэклампсии в условиях женских консультаций //Здоровье женщин, - 2012, - № 2(68). - С 100-101.
3. Медведев Б.И., Сюндюкова Е.Г., Сашенков С.Л. О значении эритропоэтина в механизмах формирования преэклампсии //Акушерство и гинекология. - 2019. - № 4 – С.12-17.
4. Сидорова И.С., Никитина Н. А. Научно обоснованная система прогнозирования преэклампсии //Акушерство и гинекология – 2017. №3– С. 55-61

Поступила 09.11.2021

МЕТОДИКА ЭХОКАРДИОГРАФИИ ПЛОДА У БЕРЕМЕННЫХ ВО 2 И 3 ТРИМЕСТРАХ

А.Х. Каримов, С.А. Палванова

Ташкентская медицинская академия. Кафедра акушерства и гинекологии №2. Хорезмский Областной Перинатальный Центр.

✓ Резюме

Изучена и внедрена методика эхокардиографии плода у 40 беременных во 2 и 3 триместрах в Хорезмском филиале Республиканского Перинатального Центра. Своевременная диагностика пороков развития сердца плода влияет на течение ВПС в постнатальном периоде: способствует организовать роды в Перинатальных Центрах, располагающих возможностью для оказания рациональной помощи новорожденным с ВПС.

Ключевые слова: беременные женщины, эхокардиография плода, врожденные пороки сердца.

HOMILADORLIKNI 2 VA 3 TRIMESTRIDA HOMILA EXOKARDIOGRAFIYASINI O'TKAZISH METODIKASI

A.X. Karimov, S.A. Palvanova

Toshkent Tibbiyot Akademiyasi. Akusherstva va Ginekologiya kafedrası
Xorazm viloyati Perinatal markazi

✓ Rezyume

Xorazm viloyati perinatal markazida 2-3 trimestrdagi 40 nafar homilador ayollarda homila ekokardiyografiyasi usuli o'rganilib, joriy etildi. Xomilaning yurak nuqsonlarini o'z vaqtida tashxislash Yurak tug'ma nuqsoni bilan tug'ilgan chaqaloqni postnatal davrni kechishiga ta'sir qiladi: bu esa ratsional yordam ko'rsatish imkoniyatiga ega bo'lgan perinatal markazlarda tug'riq jarayonini rejalashtirish va yangi tug'ilgan chaqaloqqa vaqtida yordam ko'rsatish imkonini beradi.

Kalit so'z: homilador ayol, homila exokardiyografiyasi, yurak tug'ma nuqsonlari

METHOD OF FETAL ECHOCARDIOGRAPHY IN PREGNANT WOMEN IN 2 AND 3 TRIMESTERS

A.X. Karimov, S.A. Palvanova

Tashkent Medical Academy. Department of Obstetrics and Gynecology №2.
Perinatal Center of Khorezm region.

✓ Rezume

The method of fetal echocardiography was studied and introduced in 40 pregnant women in the 2nd and 3rd trimesters in the Khorezm branch of the Republican Perinatal Center. Timely diagnosis of fetal heart defects affects the course of CHD in the postnatal period: it helps to organize childbirth in Perinatal Centers, which have the opportunity to provide rational assistance to newborns with CHD.

Key words: pregnant women, fetal echocardiography, congenital heart disease

Актуальность

Эхокардиография плода — это специального аппарата ультразвуковой современной метод исследования сердца диагностики, который оснащается (1-4). Он осуществляется с помощью специальными кардиологическими

программами. С помощью данного метода можно своевременно выявить анатомические изменения в сердце, а также функциональное состояние крупных сосудов и перикарда: увеличение толщины стенок или расширение желудочков, а также предсердий, сократимость желудочков, наличие тромбов или жидкости в области перикарды или образование опухолей (5-10).

Цель исследования. Изучить и внедрить методику эхокардиографии плода у беременных во 2 и 3 триместрах в Хорезмском филиале Республиканского Перинатального Центра.

Материал и методы

Нами изучена и внедрена методика эхокардиографии плода у 40 беременных во 2 и 3 триместрах в Хорезмском филиале Республиканского Перинатального Центра. Показаниями к использованию данного метода служили такие факторы как наличие врожденных болезней сердца у родителей, рождение предыдущих детей с врожденными болезнями сердца, подозрение на развитие хромосомных отклонений, различные эмбриональные отклонения, выявленные при ультразвуковом исследовании, тиреотоксикоз, сахарный диабет или хронические инфекции, обнаруженные у будущей матери. Также эхокардиографию плода проводили в том случае, если женщина на ранних сроках беременности принимала антибиотики либо психотропные препараты или же, если мать перенесла краснуху во время беременности. Показаниями к данному методу диагностики могут служить внутриутробная задержка развития плода, обнаружение изменений сердца вовремя проведении скринингового ультразвукового исследования плода, отклонение от нормы показателей, которые были получены при оценке среза через 3 сосуда. Также исследование назначают тогда, когда показатель толщины шейной складки у плода, выявленный при ультразвуковом скрининге I триместра, составлял более 2,5 мм или когда нарушается нормальный ритм сердечной деятельности у плода. «Основное» базисное исследование сердце плода включало: проекция 4-х камер сердца, проекция выходных отделов желудочков, проекция 3-х сосудов и трахеи, проекция через дугу аорты.

Результат и обсуждения

Нами установлены факторы, влияющие на внедрение методик пренатальной

диагностике ВПС: квалификация специалиста; качество и тип УЗ оборудования; анатомия передней брюшной стенки матери (ожирение, рубцы); срок беременности; объем околоплодных вод (мало- многоводие); положение плода. Определены группы риска матерей на врожденные пороки сердца:

- ВПС у предыдущих детей;
- Метаболические расстройства у матери (сахарный диабет, фенилкетонурия);
- Аутоиммунные заболевания (системная красная волчанка, туберозный склероз)
- Внутриутробная инфекция (паравирус, вирус краснухи, ВИЧ)
- Тератогенные факторы (ионизирующее излучение, алкоголь, прием лек. препаратов, наркотики). Беременность в результате вспомогательных репродуктивных технологий

Со стороны плода:

- Увеличение ТВП
- Измененный кровоток в венозном протоке
- ВПС заподозрен при рутинном УЗИ
- Хромосомные патологии
- Экстракардиальная патология
- Перикардит
- Водянка плода
- Нарушение сердечного ритма плода
- Монохориальная плацентация

При проведении эхокардиографии определяли: положение сердца, положение оси сердца, сердечный синус, венозеоатриальное, атриовентрикулярное и вентрикулоартериальное соединение (сегментарный подход) и характер кровотока через них с помощью ЦДК и импульсодопплера. А также морфологию желудочков сердца, размер и взаимоотношение выходных отделов желудочков сердца, дугу аорты и артериальный проток, межжелудочковую перегородку, межпредсердную перегородку, размер и морфологию предсердий, овальное окно. И ещё обследовали атриовентрикулярные и полулунные клапаны, наличие свободной жидкости или дополнительные образования в полости перикарда, сердечный ритм, сократимость миокарда.

Ультразвуковое исследование сердца плода включает в себя как четырехкамерный срез, так и срезы выходных трактов (выход магистральных сосудов). Четырехкамерный срез - в этом срезе необходимо тщательно

оценить специфические критерии и не следует ограничиваться простым подсчетом камер сердца. Для оценки позиции сердца необходимо сначала определить положение плода, то есть идентифицировать его правую и левую стороны, а потом определить левостороннее расположение желудка и сердца плода. Сердце в норме занимает не больше одной трети всей области грудной клетки. В некоторых проекциях может визуализироваться гипозоногенный ободок вокруг сердца плода, который ошибочно можно принять за перикардиальный выпот. Эта находка, если она изолированная, как правило, является нормой. Сердце по большей

части располагается в левой стороне грудной клетки и его длинная ось в норме направлена влево под углом около $45^{\circ} \pm 20$ градусов (2 SD) (Рисунок 1). Особое внимание следует уделять сердечной оси и ее расположению, которое легко оценить, даже если четырехкамерный срез не визуализируется должным образом.

Проекция выходного тракта левого желудочка подтверждает выход магистрального сосуда (аорты) из морфологически левого желудочка (рисунок 2). Необходимо проследить непрерывность перехода межжелудочковой перегородки в переднюю стенку аорты.

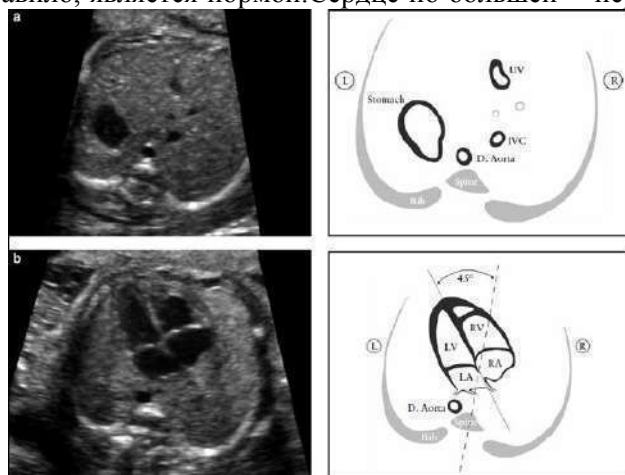


Рисунок 1. (А) Поперечный срез живота плода: определение situs.

После определения положения плода в матке необходимо идентифицировать желудок плода в левой стороне живота; там же, где видна нисходящая аорта (D. Aorta) - слева, и нижняя полая вена (IVC) - справа от позвоночника. Короткий сегмент пупочной вены (UV) также должен визуализироваться. (b) Направление оси сердца: сердце большей

частью должно находиться в левой половине грудной клетки. Верхушка сердца должна быть 45° по отношению к передне-задней оси грудной клетки. LA- левое предсердие, LV- левый желудочек; R- право; RA- правое предсердие; RV-правый желудочек

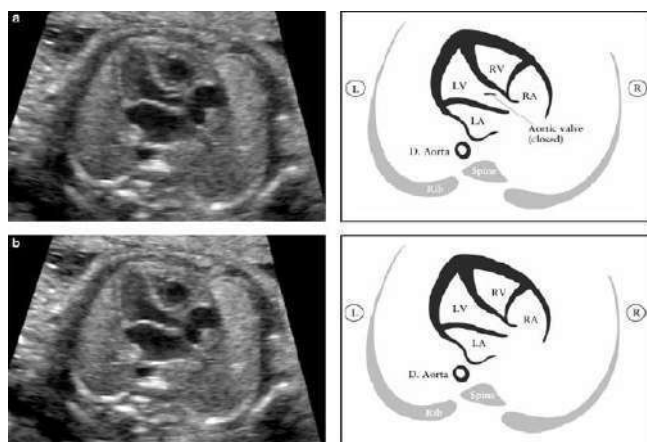


Рисунок 2. Выходной тракт левого желудочка (LVOT).

Этот срез демонстрирует соединение сосуда с левым желудочком (LV). Крайне важно увидеть отношение между межжелудочковой перегородкой и передней

стенкой этого сосуда, который в норме является аортой. Аортальный клапан не должен быть утолщен и должен свободно открываться. Аортальный клапан закрыт (а) и

открыт (b). D aorta- нисходящая аорта; L- левый; LA - левое предсердие; R- правый; RA- правое предсердие; RV- правый желудочек. Определяли проекцию выходного тракта правого желудочка. Проекция выходного тракта правого желудочка подтверждает выход магистрального сосуда (легочной артерии) из морфологически правого желудочка (Рисунок 3). В норме легочная артерия выходит из правого

желудочка и направляется влево и несколько кпереди от восходящей аорты. Как правило, во время внутриутробной жизни плода, легочная артерия немного больше по размерам, чем аорта и пересекает восходящую аорту почти под прямым углом чуть выше места ее выхода. В этой плоскости, как показано на рисунке 3, верхнюю полую вену часто можно увидеть справа от аорты.

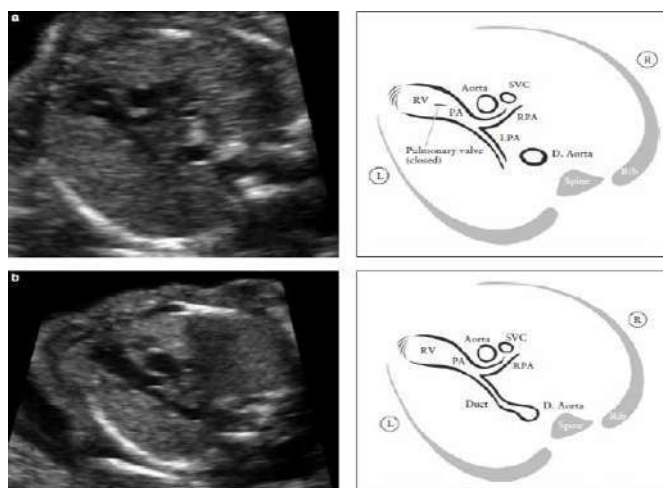


Рисунок 3. Выходной тракт правого желудочка.

Этот срез демонстрирует соединение между сосудом и правым желудочком. (RV). В нормальном сердце этот сосуд пересекает аорту, что помогает идентифицировать его как легочную артерию (PA). Клапан легочной артерии не должен быть утолщен и должен свободно открываться. Рисунок (a) демонстрирует бифуркацию легочной артерии на две ее ветви. Легочный клапан закрыт.

Рисунок (b) демонстрирует срез при продвижении датчика в сторону головки плода. На нем видны: PA- легочная артерия, RPA- правая ветвь легочной артерии и артериальный проток. D. Aorta- нисходящая аорта, L- левый, LPA- левая ветвь легочной артерии, R- правый, SVC- верхняя полая вена. Изучали проекции трёх сосудов и трахеи - визуализация проекции трех сосудов и трех сосудов с трахеей очень желательна. Попытка

ее проведения должна быть сделана в рамках скринингового обследования сердца, хотя технически не всегда возможно получить этот срез у всех пациенток. Эти две стандартные ультразвуковые проекции определяют три сосудистые структуры, их взаимоотношения относительно друг друга и дыхательных путей (трахеи). Yoo et al описали проекцию трех сосудов для оценки состояния легочной артерии, восходящей аорты и верхней полой вены и определения их относительных размеров и взаимоотношения (Рис 4). В целом, необходимо определить количество сосудов, измерить их размер и оценить их взаиморасположение и ход. Сосуды, если смотреть слева направо, представляют собой: легочную артерию, аорту и верхнюю полую вену.

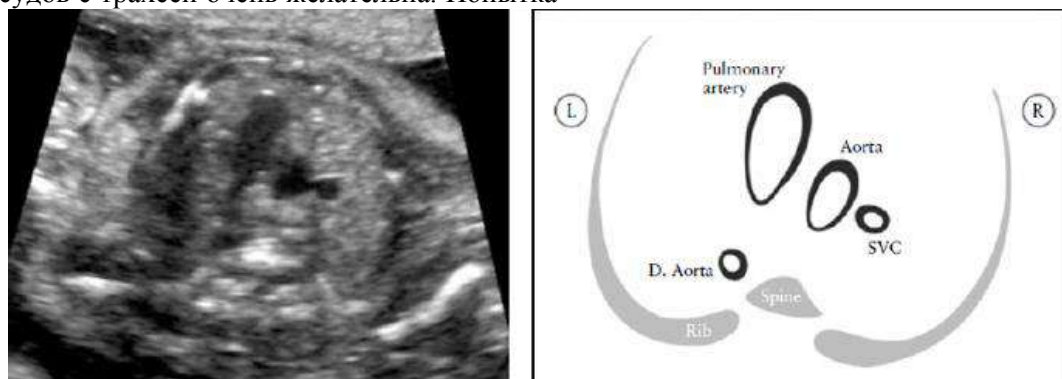


Рисунок 4. Срез через три сосуда (3V).

Это срез наилучшим образом демонстрирует соотношение в верхнем средостении между легочной артерией, аортой и верхней полой веной (SVC). Очень важно оценить размер этих сосудов, их расположение и совпадение их осей. Легочная артерия слева; она наибольшая среди этих сосудов и расположена более впереди, верхняя полая вена наименьший сосуд и расположена наиболее сзади. Легочная артерия располагается наиболее спереди, а верхняя полая вена расположена наиболее сзади. Их относительный диаметр уменьшается слева направо: легочная артерия больше, чем аорта, но аорта больше, чем верхняя полая вена. Как правило, некоторые пороки сердца, с нормальным четырехкамерным срезом сердца (например: транспозиция магистральных артерий, тетрада Фалло и легочная атрезия с ДМЖП) скорее всего будут иметь нарушения в проекции трех сосудов. В этой проекции поперечная дуга аорты лучше видна («срез



дуги аорты»), а также акцентируется ее взаиморасположение по отношению к трахее. Обычно трахея идентифицируется, как гиперэхогенное кольцо, окружающее маленькое жидкостное пространство. Дуга артериального протока и дуга аорты расположены слева от трахеи и образуют V-образную форму, так как обе они сливаются в нисходящую аорту (Рисунок 5). Дуга аорты является более краниальной, чем дуга артериального протока, поэтому для одновременной визуализации обеих дуг, потребуются некоторое отклонение датчика от плоскости, параллельной проекции четырех камер. Проекция трех сосудов и трахеи дает возможность обнаружить такие пороки развития сердца как коарктация аорты, правосторонняя дуга аорты, удвоение дуги аорты и образование сосудистого кольца. Таким образом, внедрение методики эхокардиографии плода будет способствовать снижению перинатальной заболеваемости и смертности.

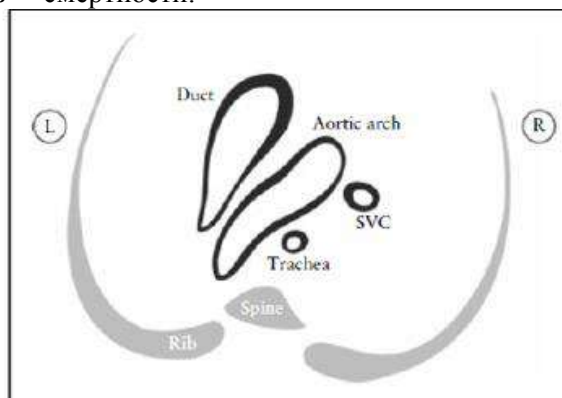


Рисунок 5. Срез через три сосуда и трахею (3VT).

Этот срез демонстрирует наилучшим образом взаиморасположение дуги аорты по отношению к трахее. В нормальном сердце дуга аорты и дуга артериального протока располагаются слева от трахеи, образуя так называемое "V"-соединение. L-левый, R-правый; SVC-верхняя полая вена.

Выводы

1. Внедрение эхокардиографии плода способствует снижению количества ВПС (вследствие досрочного прерывания беременности).
2. Своевременная диагностика пороков развития сердца плода влияет на течение ВПС в постнатальном периоде: способствует организовать роды в Перинатальных Центрах, располагающих возможностью для оказания рациональной помощи новорожденным с ВПС, что способствует избежать длительной опасной транспортировки после родов,

которая может углубить гипоксию, ацидоз и связанными с ними неврологическими осложнениями.

3. Антенатальная диагностика врожденных пороков сердца помогает психологически подготовить родителей к родам.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ultrasound Screening: Supplement to Ultrasound Screening for Fetal Abnormalities. <http://www.rcog.org.uk/print/womens-health/clinicalguidance/ultrasound-screeningRCOG2011> [Accessed 27 November 2011].
2. Israel Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. <http://www.isuog.org.il/main/siteNew/?page=&action=sidLink&stld=301> [Accessed 6 February 2012].
3. Ferencz C, Rubin JD, McCarter RJ, Brenner JJ, Neill CA, Perry LW, Hepner SI,