

**Матеріал и методи.** В сообщеніи представлени 2 случая изолированной формы КТМС у пациентов К. 24 лет и В. 38 лет, без сопутствующих пороков с небольшой и выраженной недостаточностью левого атриовентрикулярного клапана (ТК).

**Результаты.** Из верхушечных позиций желудочек слева имел выраженную трабекулярность и модераторный пучок (анатомия ПЖ). Папиллярные мышцы множественные, прилежащая к МЖП створка прикреплялась к ней хордами как септальная створка ТК. Клапан смещен к верхушке желудочка. Желудочек справа был гладкостенный, хорды к МЖП не прикреплялись. В сечении по короткой оси имеет две папиллярные мышцы (анатомия ЛЖ).

**Выводы.** При отсутствии сопутствующих пороков сердца гемодинамика не нарушена в течение длительного периода времени. У пациента К... сократимость ПЖ сохранялась хорошей. Недостаточность ПЖ была небольшой, ЛП не увеличено, ГЛА нет. Однако анатомически ПЖ генетически не адаптирована для работы в качестве системного желудочка. С увеличением «стажа» порока, как у больного В..., возникла миокардиальная недостаточность ПЖ и выраженная недостаточность эбштейноподобно смещенного ТК, с дилатацией ЛП, легочной гипертензией, что потребовало протезирования клапана.

### АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОГРАММНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ASTRAIА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРВОГО ПРЕНАТАЛЬНОГО КОМБИНИРОВАННОГО СКРИНИНГА

Бут Г.Н., Луговская Т.В.

ЧП «Центр Планирования семьи Т. Луговской», г. Днепр

**Введение.** «Золотым стандартом» пренатально-го выявления хромосомных аномалий (ХА) плода признан и применяется в большинстве развитых стран мира комбинированный пренатальный скрининг первого триместра беременности.

**Материалы и методы.** Первый скрининг беременности проводился согласно приказам МЗ Украины, рекомендациям ISUOG (Международное общество ультразвука в акушерстве и гинекологии), FMF (Фонд медицины плода). Использован следующий алгоритм проведения первого пренатального комбинированного скрининга: биохимический скрининг (БХС) первого триместра (РАРР-А, свободная субъединица бета — ХГЧ) в 11-12 недель, УЗ-скрининг в 11-14 недель (при КТР 45-84 мм) с последующим индивидуальным расчетом риска ХА. Главной целью пренатального скрининга стало формирование группы высокого риска рождения ребенка с ХА среди беременных женщин для дальнейшего направления на инвазивную диагностику.

#### Условия проведения:

1. БХС проводился на анализаторах Cobas, использовали реактивы фирмы Roche.

2. УЗИ — на сканерах Acuvix XG и Sonoace X8, позволяющих получать изображение головы плода, занимающее 2/3 экрана, и проводить измерения с точностью до 0,1 мм.

3. Индивидуальный расчет риска ХА проводился с помощью программы Astraia (рекомендованной

FMF) специалистами, сертифицированными FMF и имеющими действующую лицензию.

4. При расчете риска учитывался возраст, вид деятельности и расовая принадлежность родителей, ИМТ матери, наличие вредных привычек, акушерский и соматический анамнез, применение вспомогательных репродуктивных технологий, прием медикаментов, параметры УЗИ, результаты БХС.

5. Кариотипирование плодов проводилось в других лечебных учреждениях.

**Результаты.** За период 2012-2015 гг. в Центре проведено 673 пренатальных комбинированных скрининга первого триместра. Пренатально выявлены все 6 случаев хромосомных аномалий: трисомия 21 в 5 случаях и трисомия 18 в 1 случае.

При ретроспективной оценке все женщины были разделены на 5 групп по результатам расчета риска ХА с учетом количества выявленных случаев ХА плодов. Результаты представлены в таблице.

Таблица

Группы беременных женщин по степени риска ХА	Число женщин	Число случаев ХА плода	% выявленных случаев ХА от общего числа случаев ХА	% выявленных случаев ХА от общего числа вероятных инвазивных процедур
1. Низкого риска	431	0	-	-
2. Высокого риска:				
только по возрасту	134	3	50	2,24
только по данным УЗД	40	3	50	7,5
только по данным БХС	85	3	50	3,53
по данным УЗД и БХС	125	5	83	4
По данным комбинир. скрининга	33	6	100	18,8

**Выводы.** Расчет риска ХА плода при проведении комбинированного скрининга с помощью программы Astraia наиболее эффективен; такой расчет позволяет значительно уменьшить количество рекомендуемых инвазивных процедур, выявить максимальное количество случаев ХА.

### ЗАСТОСУВАННЯ ІНТЕРВЕНЦІЙНОГО УЛЬТРАЗВУКУ У ХВОРИХ ІЗ ГОСТРОЮ ХІРУРГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ В УМОВАХ МІСЬКОЇ ЛІКАРНІ

Варшавер П.Л. \*, Варшавер Н.Б. \*\*

\* 3-я міська лікарня, м. Кременчук

\*\* Кременчуцький обласний госпіталь для ветеранів війни

**Вступ.** Із зростанням віку пацієнтів зростає кількість супутніх захворювань, ступінь тяжкості захворювань тощо. У такому разі навіть лапароскопічна операція є ризикованим для життя пацієнта втручанням. У таких випадках операцією вибору є мініінвазивне втручання під контролем УЗД.

**Мета.** Дослідити ефективність, доцільність та переваги мініінвазивних втручання у пацієнтів із гострою хірургічною патологією.

**Матеріали та методи.** Ехографію виконували лінійним чи конвексним датчиками, що працюють у реальному масштабі. Попередньо виконують місцеву анестезію, оскільки втручання болісне для пацієнта. Виконується катетерами ОСД («pig-tail»<sup>6F</sup>,<sup>9F</sup>,<sup>12 F</sup> та<sup>14F</sup>).