

Извештај за обука и едукација  
од областа за фетална  
ехокардиографија  
од Прим. Др. Лазар Кировски  
спец. Гинеколог-акушер  
вработен во СБГА „Мајка  
Тереза “ – Скопје

- Мојот едномесечен едукативен престој беше обавен во универзитетската клиника „Чапа“ при медицинскиот факултет во Истанбул во периодот од 09.11.2014 – 12.12.2014 во клиниката за Гинекологија и акушерство. Самата гинеколошко-акушерска клиника е сместена заедно со хируршката клиника во една зграда на 9 спрата, од кои 2 се за гинекологија и акушерство, а другите се за хирургија. Во подрумските простории т.е. двата спрата од сутеренот беа сместени вкупно 22 операциони сали од кои две беа гинеколошки и една акушерска. Во двете гинеколошки операциони сали имаше дневно по четири програмски гинеколошки операции, а во акушерската сала имаше 3-4 царски реза до крај на работното време. Гинеколошките операции главно ги работат во општа анестезија, а акушерските во спинална. Вкупно имаа до 2500 породувања годишно, од кои 70% завршени со царски рез, главно испратени од матичните гинеколози со индикации за оперативно завршување на породувањето. Еден дел од мојата обука го поминав во операционите сали при што присуствував како обсервер на повеќе гинеколошки и акушерски операции од припремата на пациентката за операција, техниките на самиот оперативен зафат до будење на пациентката и нејзиниот понатамошен транспорт. Голем дел од операциите ги изведуваа лапароскопски.

- Што се однесува за феталната ехокардиографија, во кабинетот за ултрасонографска дијагностика секојдневно присуствувал на ултрасонографски прегледи на т.н. II ниво (поретко рутински прегледи) т.е. пациентки испратени со упат од нивните матични доктори под сомнение за некаква фетална малформација или отстапување од нормалата, за потврдување или следење на истата. Скрининг на фетални малформации обично прават од 20-22 Г.Н., меѓутоа истите понекогаш ги следат до 32 недела зависно од типот на малформацијата. Еден ден во неделата има термин од два до три часа за конзилијарна дијагностика на веќе претходно дијагностицирани малформации, и тоа еден ден за аномалија на ЦНС, а друг ден за срцеви аномалии и аномалии на абдомен.

- Конзилиумот го сочинуваат професор перинатолог, професор генетичар и професор педијатар, кардиолог, нефролог, невролог, хирург зависно од постоечката малформација. Сите тие ја информираат трудницата за видот на малформацијата за оперативната коректибилност на истата, начинот и квалитетот на животот на новороденото и даваат препорака за понатамошниот тек на бременоста.

Трудницата е таа што одлучува за тоа дали ќе ја продолжи бременоста или ќе ја прекине. Прекин на бременоста се врши и во 32-33 недела со одредена индикација со директно интракардијално вбризгување на калиум.

- Во ехосонографскиот кабинет присуствувал на рутински изведувања на амниоцентези, хордоцентези, хорионбиопсии, евакуација на асцит од плодот, фетоциди и други интервенции.

- Како што спомнав, во ултрасонографскиот кабинет еднаш неделно се прават конзилијарни прегледи на претходно дијагностицирани срцеви малформации и се препорачува понатамошниот тек на бременоста. Инциденцата на срцевите аномалии е 6-7 на 1000 живородени новородени, а инциденцата на хромозомски малформации се движи од 5-13% кај живородените со конгенитални аномалии. Повеќе од 50% од фетусите со хромозомски аномалии имаат срцеви малформации, поради што присуството на конгенитална аномалија е индикација за хромозомско испитување. Конгениталните срцеви аномалии се водечка причина за неонаталната и детска смртност. Пренаталната дијагностика е значајна за преинаталниот третман и навременото хируршко збринување на малформациите како и навремено испраќање на таквите пациентки во терцијални здравствени установи за ургентен постнатален третман.

- Најголем дел од децата со конгенитални срцеви аномалии потекнуваат од родители без детектибилни ризик-фактори, заради што степенот на детекција на истите зависи од сензитивноста на пренаталниот ултрасонографски скрининг. Феталното срце се визуелизира со трансабдоминална сонда од 11 Г.Н., а испитување на фетално срце се врши после 16 Г.Н., а порано кај фетуси со ризик за конгенитални аномалии. Бидејќи голем дел од лезиите се развиваат покасно, во рана бременост тие неможе да се детектираат, па скринингот се прави од 20-22 Г.Н.

- Ултрасонографскиот преглед на срце го вршеа во 5 сегменти: преглед на преткоморите, на коморите, големите артерии, атрио-вентрикуларните споеви и вентрикуло-артерските споеви. При тоа се врши:
  - -одредување на висцералниот цитус и позиција
  - -морфологија на преткоморите
  - -морфологија на коморите
  - -морфологија на големите артерии
  - -морфологија на атрио-вентрикуларните споеви
  - -морфологија на вентрикуло-артериските споеви
- Во текот на прегледот со ултрасонографската сонда треба да се добијат:
  - -напречен пресек на горниот дел од абдоменот
  - -четири коморен пресек
  - -три садовен пресек
  - -пресек на одводен тракт на лева комора
  - -пресек на одводен тракт на десна комора
  - -пресек на аортен и дуктален лак



- Кај четирикоморниот пресек на срце се откриваат до 60% од срцевите аномалии. Со овој пресек се гледа позиција на срцето во тораксот и неговата големина, големина на коморите, пулмоналните венски споеви во преткоморниот сегмент, вентрикулите и атрио-венстрикуларните септуми. Понатаму со овој пресек се дијагностицира деснокардија, десно страно, лево страно и антериорно поместување на срцето, десно страна доминација на четири коморен систем (што е почесто и тоа кај трикуспитална регургитација, митрална стеноза, пулмонална стеноза, синдром на хипопластично лево срце и тн.) и лево страна доминација на четири коморен систем. На овој пресек може да се видат атриалните, атрио-венстрикуларните и венстрикуларните септални дефекти поврзани со коарктација на аорта, тетралологија на фалот, пулмонални атрезии, транспозиција на големите крфни садови и други срцеви аномалии.

- Трисадовниот пресек овозможува дијагностицирани на голем број лезии, пред се на абнормалности што се однеусваат на големината, поставеноста, распоредот и бројот на големите крвни садови. На овој пресек може да се споредуваат димензиите на големите крвни садови при што може да се констатира мала асцедентна аорта, мала пулмонална главна артерија, дилатирана аорта, дилатирана В.Ц.С., абнормален локалитет на крвните садови со поместување на истите напред или назад.

- Пресек на лев и десен одводен систем овозможува дијагностицирање на аномалии на одводниот тракт на коморите т.е. аортална и митралната валвула, транслокација на големите крвни садови. Базален пресек на кратката оска е многу важен за дијагностицирање на Тетралогитата на Фалот. Овој пресек го визуелизира излезниот септум што се протега од трикуспиталната до пулмоналната валвула, при што може лесно да се дијагностицира вентрикуларен септален дефект во оваа зона. Пресек на аортален и дуктален лак овозможуваат визуелизација на опструктивни лезии на истите.

- На крај се прави евалуација на поврзаноста на малформацијата со секој срцев сегмент, т.е. се реконструираат офлајн претходните скенирани пресеци со што се визуелизира срцевата анатомија т.е. се идентификуваа што е нормална анатомија, а што не е.

- Феталната загуба е честа кај срцеви аномалии асоцирани со тешки А.В. регургитација, регургитација на семилунарни валвули кај небалансирани А.В. септални дефекти, кај комплетен А.В. блок и конгестивна срцева слабост. За голем број на структурни срцеви аномалии антенаталниот третман е недостапен и неоправдан.

- Во секој случај навремената пренатална дијагностика овозможува соодветно советување на родителите и планирање на пренаталниот и постнаталниот третман. Дијагноза на тешки срцеви дефекти со неповолен исход се советува за прекин на бременоста, додека на останатите се овозможува тријажа на пациенти со конгенитални срцеви аномалии кои имаат потреба од породување во терцијален центар за понатамошен ургентен постнатален третман, и оние што немаат потреба од ургентен постнатален третман.