

зинский, С. А. Князев, И. Н. Костин, 2011). Интранатальный прирост факторов перинатального риска оказался выше критических значений у 30 беременных из обеих групп. Из них у 25 (83 %) новорожденные родились в состоянии асфиксии, что достоверно выше, чем в группе беременных с низким интранатальным приростом факторов перинатального риска (14 (40,5 %)). В нашем исследовании 39 беременных родили детей в асфиксии. Среди них высокий интранатальный прирост факторов перинатального риска наблюдался у 25 (64 %). Дети без асфиксии родились у 28 беременных. Среди них высокий интранатальный прирост факторов перинатального риска отмечен у 5 (18 %).

Выводы

Расчет интранатального прироста перинатальных факторов риска позволит своевременно пересмотреть акушерскую тактику в родах и поможет улучшить качество оказания помощи беременным женщинам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Радзинский, В. Е. Акушерский риск. Максимум информации — минимум опасности для матери и младенца / В. Е. Радзинский, С. А. Князев, И. Н. Костин. — М.: Эксмо, 2009. — 288 с.
2. Резервы по снижению перинатальной смертности / Н. В. Рымашевский [и др.] // Материалы IV российского форума «Мать и дитя». — М.: МИК, 2002. — С. 94.
3. Сидорова, И. С. Физиология и патология родовой деятельности / И. С. Сидорова. — М.: МЕДпресс, 2002. — 240 с.

УДК 611.12-007+611.131]-053.2

ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ДИАМЕТРОВ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ДЕТЕЙ С МАЛЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА

Колтан И. А., Бильский И. А., Головач А. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент В. Н. Жданович

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Легочная артерия, или легочный ствол, диаметром 30 мм начинается от правого желудочка сердца, от которого он отграничен своим клапаном. Начало легочного ствола и соответственно его отверстие проецируются на переднюю грудную стенку над местом прикрепления III левого реберного хряща к груди. Легочный ствол расположен спереди от остальных крупных сосудов основания сердца (аорты и верхней полой вены). Справа и позади него находится восходящая часть аорты, а слева прилежит левое ушко. Он направляется впереди аорты влево и кзади и на уровне IV грудного позвонка делится на правую и левую легочные артерии. Это место называется бифуркацией легочного ствола [2].

Определение диаметра легочной артерии является важным диагностическим показателем, определяющим нормальное функционирование сердца. Двухмерная эхокардиография в проекции короткой оси на уровне сосудов позволяет выявить эти размеры, а также нарушение открытия клапана [3]. Так, при изолированном стенозе легочной артерии, во время систолы створки дугообразно выбухают в просвет сосуда. Определение величины диаметра легочной артерии в подобных ситуациях является важным показателем.

Цель

Сравнить диаметры легочных артерий у детей с малыми аномалиями развития сердца с нормальными значениями.

Материал и методы исследования

В основу исследования легли 34 протокола эхокардиограмм сердца детей с малыми аномалиями развития сердца (15 — девочек и 19 — мальчиков) в возрасте от 2 до 16 лет, полученных в УЗ «Гомельская областная детская клиническая больница».

Статистическая обработка результатов выполнена с использованием табличного редактора «MS Excel 2007».

Результаты исследования и их обсуждение

При таком патологическом состоянии, как изолированный стеноз легочной артерии возникает необходимость получения объективной информации о размерах данного сосуда. Если порок обнаруживают у детей раннего возраста, то только в 40 % случаев можно отметить легкую степень стеноза, в 47 % — умеренную, а в 14 % — тяжелую. Многие кардиохирурги предпочитают оперировать больных в возрасте до 16 лет, так как более поздние вмешательства увеличивают риск развития необратимых изменений в миокарде правого желудочка.

По данным литературных источников, в норме диаметр легочной артерии на уровне основания расширения легочного ствола колеблется: у взрослых — от 1,9 до 3,3 см, у детей — от 0,5 до 1,8 см [1].

Согласно результатам исследования (рисунок 1), диаметр легочной артерии изменяется пропорционально возрасту детей. Так, к 15–16 годам его значение в среднем составляет 23,14 мм, а у детей 2–6 лет — 15,5 мм.

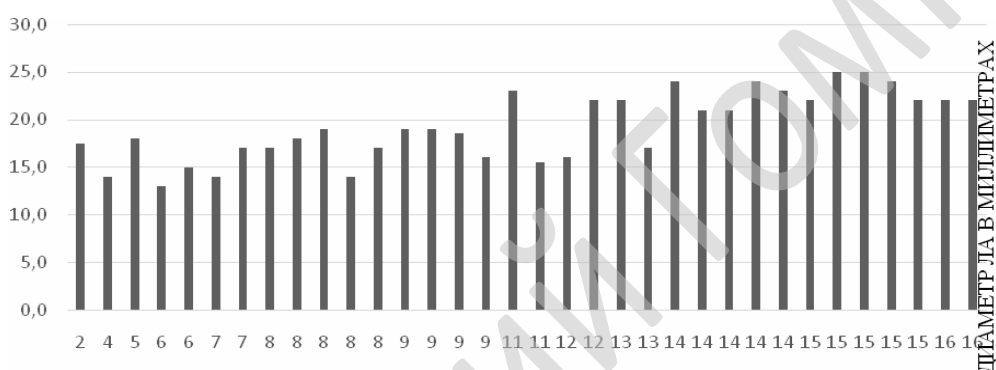


Рисунок 1 — Диаметр легочной артерии относительно возраста детей

Диаметр легочной артерии у девочек в среднем равен 17,3 мм, а у мальчиков — 20,6 мм, что на 16 % больше, чем у девочек (рисунок 2).

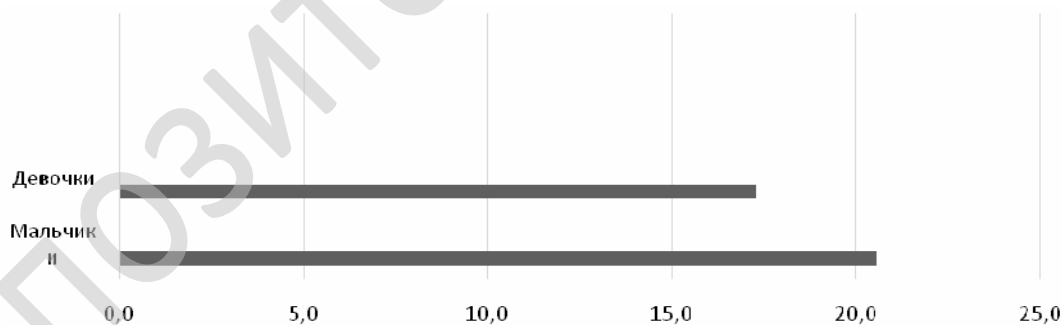


Рисунок 2 — Средний диаметр легочной артерии относительно пола ребенка

Выводы

Таким образом, в результате проведенных исследований, установлено, что у большинства обследуемых детей с малыми аномалиями развития сердца средний диаметр легочной артерии соответствует нормальным показателям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белозеров, Ю. М. Детская кардиология / Ю. М. Белозеров. — М.: МЕДпресс информ, 2004. — 600 с.
2. Анатомия человека: в 2 т. / М. Р. Сапин [и др.]; под ред. М. Р. Сапина. — 5-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 2001. — Т. 2. — 640 с.
3. Воробьев, А. С. Амбулаторная эхокардиография у детей : рук-во для врачей / А. С. Воробьев. — СПб.: СпецЛит, 2010. — 544 с.