

ტრანსთორაკალური ექოკარდიოგრაფიის რაპორტი

საკონტროლო სია/ჩეკლისტი და პრაქტიკული ქულები ტრანსთორაკალური ექოკარდიოგრაფიის ანგარიშისთვის:

1. პროცედურის თარიღი

- ✓ ასახავს თუ არა ეს ანგარიში პაციენტების ამჟამინდელ მდგომარეობას?

2. გამოკვლევის მიზეზი

- ✓ დასმულია შეკითხვა, თუ რომელ კლინიკურ კითხვას უნდა გაეცეს პასუხი?
- ✓ არ არის მითითებული? - იყო თუ არა მიმართვაზე დაწერილი ტრანსთორაკალური ექოკარდიოგრაფიის ჩატარების მიზეზი? რამდენად გასაგებად იკითხებოდა?

3. გამოსახულების ხარისხი

- ✓ შესაძლოა ვარირებდეს - „საუკეთესო“ - დან „შუძლებელია ინტერპრეტაცია“-მდე
- ✓ ტექნიკურად რთულ კვლევებში პათოლოგია "არ ჩანს" სულაც არ ნიშნავს "არ არის"
- ✓ რა იყო ტექნიკური სირთულის მიზეზი?

4. სიხშირე და რიტმი

- ✓ შეიძლება თუ არა რიტმის ინტერპრეტაცია?
- ✓ იყო თუ არა გამოვლენილი წინაგულების ფიბრილაცია ან წინაგულების თრთოლვა?
- ✓ შეიძლება თუ არა წინაგულების ფიბრილაციამ, ბრადიკარდიამ ან ტაქიკარდიამ ხელი შეუშალოს მარცხენა პარკუჭის დიასტოლური ფუნქციის შეფასებას?

5. კამერის/პარკუჭების ზომები

- ✓ არსებობს დილატაციის მტკიცებულება?
- ✓ განივი დიამეტრი ამცირებს გაფართოებული მარცხენა წინაგულის ნამდვილ მოცულობას

6. ჰიპერტროფია

- ✓ კედლის სისქე მიუთითებს მარცხენა პარკუჭის კონცენტრულ ჰიპერტროფიაზე ან ASH ასიმეტრულ სუბტალურ ჰიპერტროფიაზე?
- ✓ მარცხენა პარკუჭის მასის ინდექსი: გაიზომა სიმაღლე და წონა, თუ უბრალოდ შეფასდა?
- ✓ ASH-ის დროს საჭიროა კომენტარი დინამიური გამომავალი ტრაქტის ობსტრუქციის არსებობაზე ან არარსებობაზე (წინა მიტრალური სარქველის ფურცლის სისტოლური წინა მოძრაობა)
- ✓ ხანდაზმულებში ხშირია „სიგმოიდური ძგიდე“ (ან „სეპტა“ ამობურცულობა. ამას არ გააჩნია იგივე კლინიკური შედეგები, რაც ASH-ს აქვს ახალგაზრდა პაციენტებში

7. მარჯვენა პარკუჭის ფუნქცია

- ✓ არ გაქვთ კომენტარი? ჩათვლილი იყო თუ არა ფუნქცია ნორმალურად თუ არ იყო მარჯვენა პარკუჭი ადეკვატურად დათვალე რებული?
- ✓ ეს სუბიექტური შეფასება იყო თუ რაოდენობრივი?
- ✓ მარჯვენა პარკუჭის სისტოლური წნევის შეფასება შეიძლება გაიზარდოს ჰიპერტენზიისა და სიმსუქნის დროსაც და არა მხოლოდ ფილტვის ჰიპერტენზიის დროს

8. მარცხენა პარკუჭის სისტოლური ფუნქცია

- ✓ ფასდება (ნორმალური) 4-მდე (მნიშვნელოვნად დარღვეული)
 - მე-2 ხარისხი შეიძლება იყოს „ნორმალური“ წინაგულების ფიბრილაციის დროს
 - 1 ხარისხი შეიძლება იყოს დარღვეული მიტრალური რეგურგიტაციის დროს
- ✓ მარცხენა პარკუჭის განდევნის ფრაქცია მარცხენა პარკუჭის ფუნქციის შესაფასებლად „ცუდი მაჩვენებელია“
- ✓ რა მეთოდი გამოიყენეთ მარცხენა პარკუჭის განდევნის ფრაქციის გამოსაანგარიშებლად? სიმპსონის წესებით - დისკის-მეთოდს ანიჭებენ უპირატესობას

კედლების მოძრაობა

- ✓ გლობალური დარღვევა მიუთითებს კარდიომიოპათიაზე
- ✓ რეგიონული დარღვევა სავარაუდო ინფარქტია

9. მარცხენა პარკუჭის დიასტოლური ფუნქცია

- ✓ ნორმა მარტივად ფასდება ან შეიძლება იყოს 1-4 კლასის დიასტოლური დისფუნქცია
- ✓ ტერმინმა „მსუბუქი დიასტოლური დისფუნქცია“ შეიძლება შეცდომაში შეგვიყვანოს

10. სარქველები

მორფოლოგია

- ტექნიკურად რთული სკანირების დროს, ყოველთვის შეუძლებელია იდენტიფიცირება
- Bicuspid AV არის საერთო თანდაყოლილი ვარიანტი

რეგურგიტაცია

- ტიპური ნახევრად ხარისხობრივი შეფასება ხშირად შეცდომაში შემყვანია
- რაოდენობრივი შეფასება უფრო ზუსტია, ვიდრე ხარისხობრივი შეფასება

სტენოზი

- მიტრალური რეგურგიტაციიდან გამოსულმა ქავლმა შეიძლება ხელი შეუშალოს AV ხვრელის ფართობის შეფასებას.
- მიტრალური რეგურგიტაციის დროს, AV ხვრელი პატარა ჩანს, მაგრამ როდესაც პიკური გრადიენტი და პიკური სიჩქარე AV-ზე ნორმალურია, აორტის სტენოზი ნაკლებად სავარაუდოა

11. მასა ან თრომბი

- ✓ დაზიანებების აღმოჩენის შესაძლებლობა ისეთივე კარგია, როგორც მიღებული სურათების ხარისხი
- ✓ მარცხენა წინაგულის დანამატი არ ჩანს ტრანსთორაკალური ექოკარდიოგრაფიით

12. წინაგულების ან პარკუჭის ძგიდის დეფექტი

- ✓ თუ წინაგულების ან პარკუჭოვანი ძგიდის დეფექტზე კლინიკურად ძლიერად არის ეჭვი, მაგრამ არ ჩანს, განიხილეთ ექოკარდიოგრაფია „ბუმტის კონტრასტით“

13. პერიკარდიუმი

- ✓ გასქელებული თუ კალციფიცირებული? გამხდარი პაციენტები შეიძლება ჰქონდეთ მაღალი ექოგენური ნორმალური პერიკარდიუმი, რომელიც, შეიძლება გამოჩნდეს თითქოს კალციფიცირებულია.
- ✓ გაურთულებელი პერიკარდიტი არ შეიძლება გამოვლინდეს ტრანსთორაკალური ექოკარდიოგრაფიით.
- ✓ მცირე გამონაჟონი ხშირად ფიზიოლოგიურია, კლინიკური მნიშვნელობის გარეშე
- ✓ ტამპონადა კლინიკური დიაგნოზია, თუმცა ტრანსთორაკალური ექოკარდიოგრაფიითაც შეიძლება ეჭვის მიტანა

14. შემთხვევითი გამოვლენა

არასაექვო თანდაყოლილი გულის დარღვევები

- ✓ აორტის დილატაცია ან ანევრიზმა შეიძლება არსებობდეს და არ ჩანდეს ტრანსთორაკალური ექოკარდიოგრაფიით (როდესაც საექვოა, გულმკერდის და მუცლის კომპიუტერული ტომოგრაფია და მუცლის ულტრაბგერა არის არჩევის ვიზუალიზაცია და არა ტრანსთორაკალური ექოკარდიოგრაფია)
- ✓ ასევე, შეიძლება არ ჩანდეს ტრანსთორაკალური ექოკარდიოგრაფიით პლევრალური გამონაჟონი და ღვიძლის მასა.
- ✓ ექსტრაკარდიული მიზუზები შეიძლება კომპრესიას ახდენდეს გულზე.

15. დასკვნა

- a) აღწერეთ მნიშვნელოვანი კარდიული გამოვლენა
- b) ჩამოაყალიბეთ გეგმა/რეკომენდაცია მიმდინარე მეთვალყურეობის ან დამატებითი კვლევების ჩასატარებლად
- c) შეიძლება მისცეთ სამკურნალო რჩევებიც, თუმცა კლინიკური დიაგნოზი ისმება იმ ექიმის მიერ, რომელიც კარგად იცნობს თავის პაციენტს.