https://doi.org/10.30702/ujcvs/19.3609/060051-062
УДК 616.12–07;611.127

Шаповал Л. А.[1], лікар-кардіолог дитячий

Руденко Н. М.[1, 2], д-р мед. наук, проф., заступник директора з наукової роботи кардіологічного профілю, завідувач кафедри дитячої кардіології та кардіохірургії

Довгань О. М.[1], д-р мед. наук, ст. наук. співробітник, завідувач відділу біотканинної реконструктивної хірургії

Ємець І. М.[1], д-р мед. наук, проф., директор

[1]ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України», м. Київ, Україна
[2]Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

Власний досвід ехокардіографічного оцінювання ступеня асиметрії атріовентрикулярного з'єднання в пацієнтів з різними анатомічними варіантами атріовентрикулярної комунікації при виборі оптимальної тактики хірургічного лікування

Резюме. Серед великої кількості анатомічних варіантів атріовентрикулярної комунікації (АВК) трапляються випадки з нерівномірним атріовентрикулярним (АВ) з'єднанням, що асоціюються з гіпоплазією лівого (ЛШ) або правого (ПШ) шлуночків і визначаються як незбалансовані форми. Ступінь дисбалансу впливає як на тип, так і на ризик оперативного втручання. Основним завданням у визначенні дисбалансу в АВК є прогнозування здатності ЛШ підтримувати системний кровообіг, що є важливим при виборі оптимальної тактики хірургічного лікування. Сучасною тенденцією в діагностиці цієї складної вади є об'єднання нових концепцій з раніше існуючими критеріями в єдине ціле, щоб допомогти обрати оптимальний шлях хірургічного лікування.

Мета – проаналізувати основні ехокардіографічні (ЕхоКГ) показники, які визначають дисбаланс у пацієнтів з різними анатомічними варіантами АВК і провести кореляцію цих показників з розмірами, що характеризують «геометрію шлуночків» відповідно до обраної хірургічної тактики.

Матеріали та методи. За період із січня 2014 по грудень 2018 року обстежено та проведено хірургічне лікування 279 пацієнтам з різними анатомічними варіантами АВК. Для визначення анатомічних особливостей вади використовували такі ЕхоКГ-показники, як модифікований індекс атріовентрикулярного клапана (mAVVI), кут припливу між ПШ та ЛШ (RV/LV inflow angle), індекс припливу ЛШ (LVII), обчислювали кінцево-діастолічну площу ЛШ та ПШ, кінцево-систолічну площу ЛШ та ПШ, лінійні розміри обох шлуночків та АВ-клапанів.

Результати. Порівнюючи зазначені ЕхоКГ-показники дисбалансу з вимірами «геометрії шлуночків», встановлено, що mAVVI помірно корелює з діаметром кільця лівого АВ-клапана ($r = 0{,}775$, $p < 0{,}0001$) та кінцево-діастолічною площею ЛШ ($r = 0{,}531$, $p < 0{,}0001$) і слабо корелює з діаметром кільця правого АВ-клапана ($r = 0{,}23$, $p = 0{,}0013$) та з кінцево-діастолічною площею ПШ ($r = 0{,}240$, $p = 0{,}001$); RV/LV inflow angle помірно корелює з діаметром кільця лівого АВ-клапана та діаметром кільця правого АВ-клапана ($r = 0{,}861$, $p < 0{,}0001$ та $r = 0{,}775$, $p < 0{,}0001$ відповідно) й суттєво не корелює з кінцево-діастолічною площею ЛШ та ПШ. Виявлена слабка кореляція LVII з кінцево-діастолічною площею ЛШ ($r = 0{,}101$, $p = 0{,}880$) та слабка кореляція LVII з діаметром кільця лівого АВ-клапана ($r = 0{,}175$, $p = 0{,}021$), відсутня кореляція LVII з кінцево-діастолічною площею ПШ та діаметром кільця правого АВ-клапана.

Висновок. ЕхоКГ-показники дисбалансу мають слабку або помірну кореляцію з вимірами «геометрії шлуночків», що свідчить про те, що жоден з цих показників не повинен використовуватися самостійно при визначенні ступеня збалансованості та вибору тактики хірургічного лікування в пацієнтів з різними анатомічними варіантами АВК.

Ключові слова: *незбалансована атріовентрикулярна комунікація, модифікований індекс атріовентрикулярних клапанів, індекс припливу лівого шлуночка, кут припливу між правим і лівим шлуночками.*

Вступ. Серед великої кількості анатомічних варіантів атріовентрикулярної комунікації (АВК) у 10–15 % випадках вада характеризується несиметричним атріовентрикулярним (АВ) з'єднанням та визначається як