**Перепека Ірина Анатоліївна. Діагностика та тактика лікування залишкових звужень вивідного тракту правого шлуночка після крізьшкірної балонної вальвулопластики клапанного стенозу легеневої артерії: Дис... канд. мед. наук: 14.01.11 / Інститут серцево-судинної хірургії АМН України. - К., 2002. - 149арк. - Бібліогр.: арк. 122-149.**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Перепека І. А. Діагностика та тактика лікування залишкових звужень вивідного тракту правого шлуночка після крізьшкірної балонної вальвулопластики клапанного стенозу легеневої артерії. – Рукопис.**  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.11 – кардіологія. - Інститут кардіології ім. акад. М. Д. Стражеско АМН України, Київ, 2002.  Дисертаційна робота присвячена питанням ендоваскулярного лікування клапанного стенозу легеневої артерії з супутніми звуженнями вивідного тракту правого шлуночка серця.  Проаналізовано безпосередні та віддалені результати крізьшкірних балонних вальвулопластик клапанного стенозу легеневої артерії, виконаних в ІССХ АМН України з 1985 р. по 1997 р. Ідентифіковані причини залишкового градієнту систолічного тиску після балонних легеневих вальвулотомій. Доведений паліативний ефект застосування ендоваскулярного лікування стенозу легеневого клапану при супутніх органічних звуженнях вивідного тракту правого шлуночка. Досліджена зворотна регресія функціональних підклапанних стенозів у віддаленому періоді після крізьшкірної балонної легеневої вальвулопластики. Вдосконалені критерії диференційної діагностики інфундибулярних звужень. Показано вплив відносних розмірів застосовуваних балон-катетерів на результати балонних вальвулотомій при різних анатомічних формах клапанного стенозу легеневої артерії. | |
| |  | | --- | | 1. У дисертації наведене теоретичне узагальнення і нове вирішення наукової задачі, що полягає у розробці алгоритму дій у випадках виявлення значного залишкового градієнту систолічного тиску після КБЛВ, обумовленого звуженнями вивідного тракту правого шлуночка. Шляхом аналізу даних обстеження, особливостей проведення інтервенції та її безпосередніх і віддалених результатів встановлені показання до застосування методу при різних супутніх звуженнях вивідного тракту та окреслені границі очікуваного результату операції, що дозволило в цілому вдосконалити систему інтервентного лікування клапанного стенозу легеневої артерії.  2. Крізьшкірна балонна легенева вальвулопластика – ефективний метод декомпресії правого шлуночка у хворих з клапанним стенозом легеневої артерії, що приводить до зниження градієнту систолічного тиску в середньому на 67,4 % від вихідного рівня.  3. В 21,1 % випадків відразу після рентгеноендоваскулярної дилатації реєструється градієнт систолічного тиску 50 мм рт. ст. і більше, обумовлений залишковими звуженнями вивідного тракту правого шлуночка серця – підклапанним, клапанним та надклапанними легеневими стенозами, а також дисплазією клапанного апарату легеневої артерії.  4. Вироблений діагностичний критерій - індекс діастолічного розслаблення вихідного відділу правого шлуночка, дозволяє вірогідно диференціювати функціональну та органічну залишкові інфундибулярні обструкції після КБЛВ.  5. Органічні супутні звуження вивідного тракту – дисплазія клапанного апарату легеневої артерії, органічний підклапанний та надклапанний стенози погіршують ефективність балонної легеневої вальвулопластики. Перепад тиску у таких хворих відразу після процедури знижується паліативно і залишається високим у віддаленому періоді спостережень.  6. Функціональна інфундибулярна обструкція частіше виникає при більш виразних вихідних формах клапанного стенозу легеневої артерії та у більш дорослих пацієнтів. При незначному зниженні систолічного градієнту безпосередньо після втручання у таких хворих спостерігається значна його регресія через 3-12 місяців після КБЛВ.  7. При супутніх клапанному стенозу органічних обструкціях вивідного тракту показанням до ендоваскулярного втручання є очікувана часткова, проте вірогідна декомпресія правого шлуночка серця.  8. Залишкові клапанні стенози, обумовлені відхиленнями від методичних стандартів виконання інтервенції, успішно усуваються під час повторної рентгеноендоваскулярної дилатації за умови застосування балон-катетерів, діаметр яких на 20-40 % перевищує діаметр клапанного кільця легеневої артерії. | |