

30. Forbes, K. Statins inhibit insulin-like growth factor action in first trimester placenta by altering insulin-like growth factor 1 receptor glycosylation [Text] / K. Forbes, V. K. Shah, K. Siddals, J. M. Gibson, J. D. Aplin, M. Westwood // MHR: Basic science of reproductive medicine. – 2014. – Vol. 21, Issue 1. – P. 105–114. doi: 10.1093/molehr/gau093

31. Jang, H. Statin induces apoptosis of human colon cancer cells and downregulation of insulin-like growth factor 1 receptor via proapoptotic ERK activation [Text] / H. Jang, E. Hong, S. Park, H. Byun, D. Koh, M. Choi et. al. // Oncology Letters. – 2016. – Vol. 12, Issue 1. – P. 250–256. doi: 10.3892/ol.2016.4569

32. Tran, L. V. Effect of omega-3 and omega-6 polyunsaturated fatty acid enriched diet on plasma IGF-1 and testosterone concentration, puberty and semen quality in male buffalo [Text] / L. V. Tran, B. A. Malla, A. N. Sharma, S. Kumar, N. Tyagi, A. K. Tyagi // Animal Reproduction Science. – 2016. – Vol. 173. – P. 63–72. doi: 10.1016/j.anireprosci.2016.08.012

33. Gholamhosseini, S.  $\omega$ -3 fatty acid differentially modulated serum levels of IGF1 and IGFBP3 in men with CVD: A randomized, double-blind placebo-controlled study [Text] / S. Gholamhosseini, E. Nematipour, A. Djazayeri, M. H. Javanbakht, F. Koohdani, M. Zareei, M. Djalali // Nutrition. – 2015. – Vol. 31, Issue 3. – P. 480–484. doi: 10.1016/j.nut.2014.09.010

Дата надходження рукопису 04.04.2017

**Наталя Валентинівна Заїчко**, доктор медичних наук, завідувач кафедри, кафедра біологічної та загальної хімії, Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018  
E-mail: nzaichko@mail.ru

**Дар'я Олександрівна Некрут**, аспірант, кафедра клінічної фармації та клінічної фармакології, Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018  
E-mail: ilchdaria@gmail.com

УДК 618.14-089.85-089.168.1-036.863

DOI: 10.15587/2519-4798.2017.99291

## ВПЛИВ НА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ ПЕРІОД РАННЬОЇ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ АБДОМІНАЛЬНІЙ ГІСТЕРЕКТОМІЇ

© О. С. Лашкул

*У дослідженні взяли участь 41 хвора, які були розділені на дві групи. В основній групі (19 хворих) застосовували протокол ранньої мультимодальної реабілітації. У контрольній групі (22 хворі) використовували традиційний периопераційний режим. Запропонований комплекс заходів є одним із шляхів реалізації концепції fast track хірургії при гінекологічних операціях. Подібний підхід дозволяє домогтися ранньої виписки, що несе в собі, без сумніву, прямий економічний ефект і значно збільшує престиж лікаря та медичної установи*

**Ключові слова:** мультимодальна стратегія, лапаротомія, гістеректомія, знеболення, епідуральна аналезія, севофлюран, перистальтика, активізація

### 1. Вступ

Оскільки головною причиною всіх виникаючих післяопераційних проблем є операційна травма, завдання лікарів це мінімізація ступеня хірургічної агресії і наслідків для пацієнта. Це може бути досягнуто лише в результаті злагодженої роботи хірурга та анестезіолога [1].

Показаннями до операції, головним чином, є міоми і нерегулярні маткові кровотечі. Хірургічний доступ при гістеректомії може бути абдомінальним, вагінальним, лапароскопічним або вагінальним з лапароскопічною підтримкою [1]. Більшість гінекологів продовжують застосовувати при гістеректомії абдомінальний доступ, якщо пухлина матки великих розмірів, є ймовірність малігнізації і потрібна ревізія органів черевної порожнини [2]. Проте, вплив ранньої реабілітації при абдомінальній гістеректомії досі залишається маловивченим [1].

### 2. Обґрунтування дослідження

Прискорене відновлення після операцій (Enhanced recovery after surgery – ERAS) або «fast-track surgery – FTS» – це концепція, що передбачає комплекс заходів в периопераційному періоді, спрямованих на зменшення термінів госпіталізації і реабілітації після планових хірургічних втручань [3]. Кожний з цих заходів окремо, згідно з принципами доказової медицини, робить позитивний вплив на процес відновлення, а концепція ERAS має на увазі їх комплексне використання [4]. Найбільш ефективним є застосування стандартизованого анестезіологічного протоколу ведення пацієнтів з використанням методів регіонарної анестезії [5]. Регіонарна анестезія має цілий ряд фізіологічних переваг, таких як поліпшення перфузії міокарда, зниження ендокринної стресової реакції, поліпшення перфузії тканин, менше інгібування діафрагмальної активності,

оптимальне знеболювання, зниження інсулінової резистентності [6].

Ключові пункти протоколу ранньої реабілітації включають інформованість пацієнта, скорочення часу доопераційного голодування, вуглеводне навантаження за 2 години до операції, стандартизацію схем анестезії та післяопераційного знеболювання, а також ранню мобілізацію та ентеральне харчування [7].

Ці методи можуть бути використані для швидкого відновлення і зниження потреби в тривалому моніторингу і перебування в стаціонарі і при таких операціях, як абдомінальна гістеректомія [8].

Таким чином, розробка нових технологій ведення післяопераційного періоду буде сприяти поліпшенню ведення раннього післяопераційного періоду пацієнтів, які перенесли абдомінальну гістеректомію.

### 3. Мета дослідження

Оцінити вплив використання концепції ранньої мультимодальної реабілітації на перебіг післяопераційного періоду при планових абдомінальних гістеректоміях шляхом вивчення показників гемогідробалансу, рівня болю, терміни видалення катетерів, дренажів, відновлення перистальтики і активізації, ліжко-день.

### 4. Матеріали і методи

Робота виконана у відділенні гінекології КУ «Запорізька обласна клінічна лікарня» Запорізької обласної ради. У дослідженні взяли участь 41 хвора, які були розділені на дві групи. В основній групі (19 хворих) застосовували протокол ранньої мультимодальної реабілітації. Передопераційний період: інформування та навчання пацієнта; відмова від підготовки кишечника; відмова від голодування; використання харчових вуглеводних сумішей; профілактика тромбоемболічних ускладнень.

Інтраопераційний період: антибіотикопрофілактика; регіонарна (епідуральна аналгезія); анестетики короткої дії; обмеження об'єму післяопераційної інфузійної терапії; відмова від назогастральної інтубації; нормотермія; відмова від рутинного використання дренажів.

Післяопераційний період: ефективне знеболювання; неопіоїдні анальгетики; профілактика нудоти і блювання; рання мобілізація (після регресії епідурального блоку); ранне ентеральне харчування.

У контрольній групі (22 хворі) використовували традиційний периопераційний режим: після вечери напередодні операції більш тривалий режим голоду. Мобілізація та прийом рідкої їжі через 24 години після операції. Сечовий катетер протягом 48 годин після операції знаходився в сечовому міхурі.

В обох групах гістеректомію лапаротомним доступом проводили під комбінованою анестезією зі штучною вентиляцією легень (ШВЛ). У премедикацію включали напередодні атарактики, за 12 годин до операції – еноксипарин 0,4 мл підшкірно. На операційному столі вводили атропін 0,01 мг/кг,

блокатор  $H_2$ -гістамінових рецепторів, інгібітор циклооксигенази (декскетпрофен – 50 мг внутрішньовенно). На початкових етапах індукції виконували денітрогенацію за схемою протягом 4–10 хвилин з преоксигенацією 100 %  $O_2$ . Індукцію здійснювали 2-ма способами: севофлюраном 6–8 об % і газотоком 6 л/хв протягом 3–4 хвилин на спонтанній вентиляції або пропофолом – 2 мг/кг з ШВЛ апаратом «Leon» киснево-повітряною сумішшю. Розподіл інгаляційних і внутрішньовенних анестетиків у групах було у співвідношенні 1:1. У індукцію включали фентаніл (0,2 мг). Інгаляцію газової суміші на етапах індукції у всіх випадках проводили по напіввідчиненому контуру з високим газовим потоком (>4 л/хв). Інтубацію трахеї проводили за стандартною схемою: міоплегія дитиліном 2 мг/кг або атракурія безилата 0,5–0,6 мг/кг. Потім проводили насичення севофлюраном в дозі 4 об % з газотоком 4 л/хв протягом 4 хвилин ( $FiO_2$ -0.5). Потім знижували газоток до 2 л/хв і севофлюран до 2 об %. У контрольній групі проводили системну аналгезію фентанілом (5 мкг/кг/год). В основній групі аналгезію досягали фентанілом (3–5 мкг/кг/год) і епідурально 0,5 % розчин бупівакаїну (6–8 мл).

За 7–10 хв. до закінчення операції газоток в контурі підвищували і повністю припиняли подачу севофлюрану. Неінвазивний моніторинг здійснювали монітором «Leon» (пульсоксиметрія, АТ, ЧСС, концентрація  $CO_2$  в дихальній суміші), враховували погодинний діурез, проводили термометрію.

У післяопераційному періоді в основній групі 24 години використовували продовжену епідуральну аналгезію невеликими болюсами 0,25 % розчину бупівакаїну (4 мл/год) в комбінації з системним введенням декскетпрофену (100–150 мг/добу) + кеторолака (60 мг/добу) + парацетамолу (2000 мг/добу). У контрольній групі продовжену епідуральну аналгезію не застосовували, а післяопераційне знеболювання включало (парацетамол 3000 мг/добу, декскетпрофен 150–200 мг/добу, трамадол 50–100 мг/добу).

Крововтрату визначали гравіметричним методом, гемогідробаланс (крововтрата, діурез, перспірація, об'єм інфузійної терапії).

Крім того, оцінювали рівень болю (ВАШ) на етапах 12 і 24 години після операції в спокої і при кашлі.

Отримані результати оброблені з використанням пакета статистичного аналізу, який входить до складу програми Microsoft Excel 2013. За рівень статистичної значущості приймалася величина  $p < 0,05$ .

### 5. Результати дослідження

Групи були однорідні за анамнестичними (початок менструацій, кількість вагітностей, пологів, абортів, викиднів), антропометричними і демографічними характеристиками, по тривалості операцій, концентрації гемоглобіну і доопераційним показникам, середнього артеріального тиску та частоти серцевих скорочень (табл. 1).

Таблиця 1

Дані анамнезу, антропометрії, віку, гемоглобіну і гемодинаміки у хворих основної і контрольної груп (M±m)

Показник	гістеректомія з FTS, n=19	гістеректомія без FTS, n=22	P
Початок менструації, рік	12,79±0,18	13,18±0,24	>0,05
Кількість вагітностей,	4,63±0,72	3,23±0,37	>0,05
Кількість пологів	1,89±0,30	1,55±0,16	>0,05
Кількість абортів	2,42±0,56	1,45±0,27	>0,05
Кількість викиднів	0,32±0,22	0,18±0,08	>0,05
Гемоглобін, г/л	105,53±2,51	110,36±4,06	>0,05
Зріст, см	164,74±1,24	163,36±1,12	>0,05
Вага, кг	72,95±2,79	77,59±4,46	>0,05
Вік хворих, рік	43,84±2,58	47,59±2,14	>0,05
Тривалість операції, хвилини	110,79±8,15	127,27±10,43	>0,05
Ср.АД, мм рт.ст.	86,74±3,26	91,55±1,21	>0,05
ЧСС, уд/хв.	80,53±1,60	81,73±1,35	>0,05

Інтраопераційний період. В основній і контрольній групах об'єми крововтрати і діурезу достовірно не відрізнялися ( $p>0,05$ ). Позитивний інтраопераційний гемогідробаланс в основній групі був на 14,3 % меншим, ніж у контрольній групі (табл. 2).

Таблиця 2

Показники інтраопераційної крововтрати, діурезу і гемогідробалансу при абдомінальній гістеректомії (M±m)

Показник	гістеректомія з FTS, n=19	гістеректомія без FTS, n=22	P
Об'єм крововтрати, мл	410,53±41,81	422,73±38,89	>0,05
Об'єм діурезу, мл	247,37±19,30	272,73±28,06	>0,05
Гемогідробаланс, мл	725,79±36,60	850,45±43,95	<0,05

Післяопераційний період. При оцінці рівня болю використовували 100 міліметрову візуально-аналогову шкалу (ВАШ). При оцінці болю по ВАШ в спокої (табл. 3) виявлена статистична значима різниця на етапах дослідження 12 і 24 години. Проте, на етапах дослідження рівень болю в контрольній групі не перевищував 30 мм, що свідчить про адекватну анальгезію в спокою.

Таблиця 3

Оцінка рівня болю за ВАШ в спокою, мм (M±m)

Післяопераційний період	ВАШ (FTS), n=19	ВАШ (без FTS), n=22	P
Через 12 годин	7,91±0,52	13,50±0,71	<0,05
Через 24 годин	4,15±0,62	10,51±0,74	<0,05

Оцінка інтенсивності гострого болю в спокої після операції має значення лише для прийняття пацієнтом зручного положення в ліжку. Більш об'єктивною оцінкою рівня післяопераційного болю є рівень болю при кашлі (мобілізація бронхіального секрету) (табл. 4).

Таблиця 4

Оцінка рівня болю за ВАШ при кашлі, мм (M±m)

Період	ВАШ (FTS), n=19	ВАШ (без FTS), n=22	P
Через 12 годин	24,12±1,23	42,40±1,31	<0,05
Через 24 годин	12,13±1,23	33,42±3,28	<0,05

Рівень болю при кашлі в контрольній групі перевищував рівень болю в основній групі, статистична різниця визначалася через 12 годин і 24 години, і був вище 30 мм, що вимагало додаткового введення анальгетиків. Адекватне післяопераційне знеболювання дозволяє починати ранню активізацію пацієнтів контрольної групи.

Таблиця 5

Терміни видалення сечового і венозного катетерів, дренажів у післяопераційному періоді у хворих після абдомінальних гістеректомій (M±m)

Показник	гістеректомія з FTS, n=19	гістеректомія без FTS, n=22	P
Сечовий катетер, годин	17,11±0,59	35,41±3,40	<0,001
Венозний катетер, годин	19,95±1,65	38,73±1,75	<0,05
Дренаж, годин	38,84±2,69	56,73±4,62	<0,05

Сечовий і венозний катетери в основній групі видаляли відповідно через 17 і 20 годин, у контрольній групі через 35 і 39 годин ( $<0,05$ ). Дренаж з черевної порожнини видаляли в основній групі на 18 годин раніше, ніж в групі контролю (табл. 5).

Відновлення перистальтики і можливість вертикалізації пацієнток основної групи наступало раніше, ніж у пацієнток контрольної групи (табл. 6).

Таблиця 6

Показники відновлення перистальтики і активізації у хворих після абдомінальних гістеректомій, (M±m)

Показник	гістеректомія з FTS, n=19	гістеректомія без FTS, n=22	P
Перистальтика, годин	8,32±0,73	15,82±0,64	<0,05
Активізація, годин	17,47±0,59	24,59±0,55	<0,05

Увечері першого післяопераційного дня пацієнткам контрольної групи проводилася вертикалізація, на наступний день їм дозволялося ходити з використанням бандажа. Це дуже позитивно впливає на загальний психоемоційний статус пацієнток, прискорює відновлення моторики кишечника, перешкоджає розвитку тромбозу глибоких вен.

Післяопераційний ліжко-день пацієнок основної групи (FTS) був значно коротший, ніж у пацієнок контрольної групи без FTS (табл. 7).

Таблиця 7

Післяопераційний ліжко-день у хворих, яким проведені абдомінальні гістеректомії, (M±m)

Показник	гістеректомія з FTS, n=19	гістеректомія без FTS, n=22	P
Післяопераційний ліжко-день, доба	5,63±0,22	10,50±0,64	<0,05

### 6. Обговорення результатів дослідження

Видалення матки є травматичною гінекологічною операцією [9]. Однією з основних складових мультимодальної стратегії є усунення наслідків стресорної реакції (біль, парез кишечника, порушення гемодинаміки і механіки дихання), що викликається самою операцією. Наявність дренажів також викликають біль і обмежують рухову активність пацієнтів. Ефективна блокада ноцицептивних імпульсів лімітують відповідну реакцію симпатoadrenalової системи на травму. Найбільш ефективним є застосування стандартизованого анестезіологічного протоколу ведення пацієнтів з використанням методів регіонарної анестезії. Основними напрямками післяопераційної терапії є знеболювання і раннє видалення катетерів і дренажів. Показник ВАШ в спокої і при кашлі у хворих, оперованих з застосуванням мультимодального знеболювання достовірно нижче, ніж у хворих, оперованих без FTS. Адекватне

знеболювання в післяопераційному періоді і раннє видалення дренажів і катетерів дозволило у хворих з FTS більш ранню активізацію, ніж у хворих без FTS. Ці результати збігаються з даними і інших дослідників [10]. Раннє відновлення перистальтики кишечника дозволяє почати ентеральне харчування в першу добу. Перераховані вище методи ведення хворих призвело до істотного зниження післяопераційного ліжко-дня.

### 7. Висновки

1. Рівень болю при кашлі в контрольній групі перевищував рівень болю в основній групі, статистична різниця визначалася через 12 годин і 24 години, і був вище 30 мм, що вимагало додаткового введення анальгетиків. Адекватне післяопераційне знеболювання дозволяє починати ранню активізацію пацієнтів контрольної групи.

2. Сечовий і венозний катетери в основній групі видаляли через 18 і 20 годин відповідно, в контрольній групі через 35 і 39 годин ( $p<0,05$ ). Дренаж з черевної порожнини видаляли в основній групі на 18 годин раніше, ніж в групі контролю.

3. У хворих основної групи відновлення перистальтики спостерігали через (8,32±0,73) годин, у контрольній групі через (15,82±0,64) годин ( $p<0,05$ ). Увечері першого післяопераційного дня пацієнткам основної групи проводилася вертикалізація, на наступний день їм дозволялося ходити з використанням бандажа.

4. Післяопераційний ліжко-день пацієнок основної групи (FTS) був на 46,4 % коротший, ніж у пацієнок контрольної групи без FTS.

### Література

1. Wodlin, N. B. The development of fast-track principles in gynecological surgery [Text] / N. B. Wodlin, I. Nilsson // *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. – 2012. – Vol. 92, Issue 1. – P. 17–27. doi: 10.1111/j.1600-0412.2012.01525.x
2. Wright, J. D. Nationwide trends in the performance of inpatient hysterectomy in United States [Text] / J. D. Wright, T. J. Herzog, J. Tsui, C. V. Ananth, S. N. Lewin, Y.-S. Lu et. al. // *Obstetrics & Gynecology*. – 2013. – Vol. 122, Issue 2. – P. 233–241. doi: 10.1097/aog.0b013e318299a6cf
3. Nelson, G. Guidelines for pre- and intra-operative care in gynecologic/oncology surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations – Part I [Text] / G. Nelson, A. D. Altman, A. Nick, L. A. Meyer, P. T. Ramirez, C. Ahtari et. al. // *Gynecologic Oncology*. – 2016. – Vol. 140, Issue 2. – P. 313–322. doi: 10.1016/j.ygyno.2015.11.015
4. Nelson, G. Guidelines for postoperative care in gynecologic/oncology surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations – Part II [Text] / G. Nelson, A. D. Altman, A. Nick, L. A. Meyer, P. T. Ramirez, C. Ahtari et. al. // *Gynecologic Oncology*. – 2016. – Vol. 140, Issue 2. – P. 323–332. doi: 10.1016/j.ygyno.2015.12.019
5. Dickson, E. Results of introducing a rapid recovery program for total abdominal hysterectomy [Text] / E. Dickson, P. A. Argenta, J. A. Reichert // *Gynecologic and Obstetric Investigation*. – 2012. – Vol. 73, Issue 1. – P. 21–25. doi: 10.1159/000328713
6. White, P. F. The role of anesthesiologist in Fast Track Surgery: from multimodal analgesia to perioperative medical care [Text] / P. F. White, H. Kehlet, J. M. Neal, T. Schrickler, D. B. Carr, F. Carli // *Anesthesia&Analgesia*. – 2007. – Vol. 104, Issue 6. – P. 1380–1396. doi: 10.1213/01.ane.0000263034.96885.e1
7. Hadzic, A. Is regional anesthesia really better than general anesthesia? [Text] / A. Hadzic // *Anesthesia&Analgesia*. – 2005. – Vol. 101. – P. 1631–1633. doi: 10.1213/01.ane.0000184292.54807.f3
8. Антипин, Э. Э. Ранняя мультимодальная реабилитация при абдоминальной гистерэктомии – влияние на послеоперационный период [Текст] / Э. Э. Антипин, Д. Н. Уваров, Н. П. Антипина, Э. В. Недашковский, С. Л. Совершаева // *Анестезиология и реаниматология*. – 2013. – № 6. – С. 37–41.
9. Corlero, F. Hysterectomy and women satisfaction: total versus subtotal technique [Text] / F. Gorlero, D. Lijoi, M. Biamonti, P. Lorenzi, A. Pulle, I. Dellacasa, N. Ragni // *Archives of Gynecology and Obstetrics*. – 2008. – Vol. 278, Issue 5. – P. 405–410. doi: 10.1007/s00404-008-0615-6

10. Kluivers, K. B. Comparison of laparoscopic and abdominal hysterectomy in terms of quality of life: a systematic review [Text] / K. B. Kluivers, N. P. Johnson, P. Chien, M. E. Vierhout, M. Bongers, B. W. J. Mol // European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. – 2008. – Vol. 136, Issue 1. – P. 3–8. doi: 10.1016/j.ejogrb.2007.06.004

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук, професор Луценко Н. С.  
Дата надходження рукопису 30.03.2017*

**Ольга Сергіївна Лашкул**, аспірант, кафедра акушерства і гінекології, ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», бул. Вінтера, 20, м. Запоріжжя, Україна, 69096, лікар акушер-гінеколог, відділення гінекології, Комунальна установа «Запорізька обласна клінічна лікарня» Запорізької обласної ради, шосе Оріхівське, 10, м. Запоріжжя, Україна, 69600  
E-mail: OSLashkul79@mail.ru

УДК 616.12 – 007.2 – 053.1 – 089.168.6 – 071 – 053.8  
DOI: 10.15587/2519-4798.2017.100113

## АНАЛІЗ СТАНУ ЗДОРОВ'Я У ДОРΟΣЛИХ ІЗ КОРИГОВАНОЮ ВРОДЖЕНОЮ ВАДОЮ СЕРЦЯ (НА ПРИКЛАДІ АТРІОВЕНТРИКУЛЯРНОЇ КОМУНІКАЦІЇ)

© А. А. Мальська

*Проаналізовано безпосередні та віддалені результати хірургічного лікування дорослих хворих із атріовентрикулярною комунікацією за період 2009–2016 рр., вивчені клініко-анамнестичні прояви повної та неповної атріовентрикулярної комунікації (АВК) і особливості їх поєднань з іншими вродженими вадами серця. Проведена оцінка ефективності хірургічного втручання, виявлені найпоширеніші форми вади у прооперованих пацієнтів. Вироблено основні принципи вибору диспансерного спостереження за такими пацієнтами у дорослому віці*

**Ключові слова:** вроджена вада серця, атріовентрикулярна комунікація, недостатність мітрального клапану, дефект міжпередсердної перегородки

### 1. Вступ

Вроджені вади серця (ВВС) це групове поняття, що об'єднує аномалії положення і морфологічної структури серця та великих судин, які виникають в періоді внутрішньоутробного розвитку [1]. У світі їх поширеність становить 8–10 випадків на 1000 народжених дітей. ВВС можуть проявлятися клінічно вже при народженні, в дитинстві, а іноді не діагностуються навіть до повноліття [2]. На сьогодні немає точних офіційних даних щодо кількості дорослих із коригованими вродженими вадами серця. Проте, слід враховувати значний прогрес у дитячій кардіології та кардіохірургії, а також той факт, що такі вади як дефект міжпередсердної перегородки (ДМПП), коарктація аорти (КоА), аномалія Ебштейна та атріовентрикулярна комунікація (АВК) можуть бути діагностовані вперше у дорослому віці. Відповідно до цього їх кількість невпинно зростає, на думку багатьох дослідників, – на 2500–3000 патологій з кожним роком [3]. На сьогодні в Україні близько 75000 дорослих мають вроджену ваду серця [4]. Тоді як у США, за офіційними даними, нараховується близько 2800 дорослих із ВВС на 1 мільйон дорослого населення [3, 5], що є значно вище показників по Україні і, враховуючи соціально-екологічну ситуацію в країні, може свідчити про неналежний моніторинг даної патології, в тому числі своєчасної діагностики ВВС, у нашій країні.

### 2. Обґрунтування дослідження

Оскільки АВК є в числі перших за поширеністю серед усіх патологій групи ВВС у дорослих [6], доцільним приділити їй вивченню більшу увагу. Для атріовентрикулярної комунікації/атріовентрикулярного каналу є характерним спільне атріовентрикулярне кільце та п'ять стулок [7]. Є дві форми АВК: неповна – передня та задня нависаючі стулки розщеплені посередині, формуючи два окремі отвори та повна – є тільки один отвір без центрального розщеплення. Особливостями цих форм є те, що при неповній АВК первинний дефект перегородки є лише на рівні передсердь, а при повній АВК є дефект у міжшлуночковій та міжпередсердній частині перегородки [7, 8].

За результатами аналізу попередніх досліджень, більша половина дорослих пацієнтів із ВВС є з прооперованими вадами середнього та складного ступеня важкості, і це якраз ті дорослі, які потребують особливого спостереження [9]. Існує вагома необхідність створення спеціалізованих медичних центрів та лікувальних програм із метою забезпечення адекватного спостереження за дорослими пацієнтами з коригованими вродженими вадами серця [10]. Необхідним є налагодження співпраці між дитячими та дорослими кардіологами, з метою надання висококваліфікованої допомоги дітям із коригованими ВВС у дорослому віці.