

# ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЭТИОЛОГИИ ДВУСТВОРЧАТОГО АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА

*Жарихина М.П.<sup>1</sup>, Каско Е.А.<sup>2</sup>*

*БелМАПО<sup>1</sup>, УЗ «Могилевская областная детская больница»<sup>2</sup>, Могилев*

Исследование аортального клапана (АК) стало сильной стороной эхокардиографии со времени ее внедрения в клиническую практику. В настоящее время в этиологии двустворчатого аортального клапана различают врожденный и приобретенный характер. Двустворчатый аортальный клапан относится к наиболее распространенным врожденным порокам сердца, диагностируемым в 1–2% случаев в популяции. Мужчины поражаются чаще, чем женщины, с отношением от 2:1 до 4:1. Двустворчатый (бикуспидальный) аортальный клапан (ДАК) является врожденной аномалией развития клапана, представленного двумя створками и двумя комиссурами. Истинно двустворчатый аортальный клапан имеет действительно всего лишь две створки, но наиболее частая ситуация когда срастаются соседние створки – образуется функционально двустворчатый аортальный клапан. При этом в определение не включаются варианты «приобретенного» двустворчатого клапана, возникшего в результате сращения полулуний воспалительного генеза.

Согласно современным представлениям о морфогенезе сердца врожденный ДАК возникает в результате аномального формирования аортальных створок в период вальвулогенеза.

Порок может быть sporadическим, но может входить в состав не менее чем 7 генетических синдромов, наиболее частым из которых является синдром DiGeorge. Для врожденного ДАК характерны следующие морфологические характеристики: 1) неравенство двух створок по размеру; 2) большая створка содержит «шов», обычно проходящий по центру створки; 3) гладкие края створки; 4) наличие двух комиссур. Анатомические особенности врожденного ДАК влияют на биомеханику и гемодинамические нарушения, появляющиеся в результате порока развития клапана, в связи с чем предложены классификации морфологии створок (фенотипов). Существует большое число морфологических фенотипов двустворчатого аортального клапана, которые подразделяют в зависимости от наличия шва, его локализации, пространственной ориентации створок и т. д.

Эхокардиографическая диагностика ДАК основывается на визуализации двух аортальных створок и двух комиссур, дополнительными эхокардиографическими проявлениями являются эксцентричность закрытия клапана, его избыточность и единая линия смыкания (single coaptation line) между створками в период диастолы.

**Современный многопрофильный стационар - мультидисциплинарный подход к пациенту : материалы науч.-практ. конф., посвящ. 35-летию УЗ «10-я городская клиническая больница», Минск, 22 мая 2020 г.**

Ложноположительные результаты исследования наблюдаются при развитии фиброза или кальцификации трех створок клапана. С другой стороны, ложноотрицательные результаты могут быть при выступающем фиброзированном шве соединительной створки, который имитирует разделение ее на две части.

При патологоанатомическом исследовании Р.К. Lerer, W.D. Edwards отметили достоверные различия в строении врожденного и приобретенного ДАК. По мнению Ганс Банкл нижеследующие критерии позволяют проводить дифференциальную диагностику между врожденным двустворчатым клапаном аорты и приобретенным, особенно после эндокардита и (или) обызвествления:

1. наличие сопутствующего внутрисердечного дефекта является убедительным косвенным свидетельством в пользу врожденной этиологии;
2. наличие постэндокардитного поражения митрального клапана убедительно свидетельствует в пользу приобретенной деформации клапана;
3. если обе створки одинакового размера (редко), то можно с уверенностью предположить, что порок является врожденным (поскольку приобретенное сращивание двух ранее нормальных аортальных створок несомненно обусловлено тем, что одна створка значительно больше другой);
4. валик в глубине большого синуса Вальсальвы, не достигающий свободного края створки, чаще наблюдается при врожденном варианте.

Таким образом, при диагностике двустворчатого аортального клапана необходимо учитывать генез выявленной патологии – врожденный или приобретенный- с целью определения дальнейшей тактики ведения пациента.