**Ересектердегі қолқа коарктациясы (тәжірибеден алынған жағдай)**

Қасымов Б.Ж., Хамидуллин Б.А., Тойғұлова Г.Б., Жанқұлов А.А., Темерханов М.С.,

Сұлтангереев Н.Б., Қарсақбаев А.У., Кеңес М.С., Телібекова Д.С.

КеАҚ «М.Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті»

Медициналық орталығы, Ақтөбе қ., Қазақстан

**Өзектілігі**: Жүрек және үлкен тамырлардың барлық аномалиялары арасында қолқа коарктациясы 6-14,2% құрайды. (А.В. Покровский, 2004); Орташа өмір сүру ұзақтығы шамамен 30 жыл. (В.И. Бураковский, Л.А.Бокерия, 1996); Өмір сүру - науқастардың тек 10% -ы 50 жасқа жетеді. (Н.А. Белоконь, В.П. Подзолков, 1991; М. Де Леваль, 1993); Өлім-жітім – 10-20 жаста – науқастардың 19%, 20 жас және одан жоғары жаста – 59% құрайды. (А.В. Покровский, 2004).

**Зерттеудің мақсаты:** қолқа коарктациясын міндетті хирургиялық түзетудің қажеттілігі мен негізділігін анықтау.

**Материал және әдістер:** Қолқа коарктациясы ересек емделушілерде бірқатар себептерге байланысты өте сирек кездеседі: бұл балалық шақтағы ықтимал хирургиялық түзету немесе геморрагиялық инсультке әкелетін түзетілмеген симптоматикалық артериялық гипертензия салдарынан болатын өлім. Сондықтан дәрілік терапияға бейім емес жас және орта жастағы адамдарда артериялық гипертензияның болуы осы жағдайға әкелетін негізгі үш ауруды анықтау үшін тексеруді қажет етеді: 1. Қолқаның коарктациясы; 2. Вазоренальды гипертензия; 3. Бүйрек үсті бездерінің феохромоцитомасы.

Біз тәжірибеден бір жағдайды ұсынамыз. 37 жастағы ер адам 220/120 мм.сын.бағ. артериялық гипертензиямен клиникаға жүгінді, гипертензияға қарсы препараттардың фонында АҚҚ көрсеткіштері төмендемейді. Сараптама жүргізілді:

ЭКГ: синусты аритмия, пульс 67-56-70 соққы/мин. Жүректің электрлік осінің қалыпты жағдайы. Гис шоғырының оң аяғының толық блокадасы. Оң жақ қарыншаның гипертрофиясы. Сол жақ қарыншаның ұлғаюының белгілері.

Эхокардиография: Туа біткен жүрек ауруы. Жүйеаралық градиенті 69 мм.сын.бағ. дейін қолқаның коарктациясы, қолқаның иілуі (төмендемелi). Жүрек камералары кеңеймеген. Сорғы қызметі қанағаттанарлық ШФ – 59%, сол жақ қарынша миокардының айқын гипертрофиясы.

Транс-өңештік эхокардиография: Қолқа қақпашасы трикуспидалды. Қолқаның тоқырау аймағында «құм сағаты» типті тарылту байқалады, қолқа люменінде қабықша орналасқан және сол деңгейде турбулентті ағын тіркеледі. Ағынның ені 0,8 см, қысым градиенті 49 мм.сын.бағ. Төмендемелi қолқаның диаметрі 2,7 см.

Кеуде аортографиясы: сол жақ бұғана асты артериясы пайда болғаннан кейін қолқаның бұралуы және айқын коарктациясы. Қысым градиенті - 55 мм.сын.бағ.

Тексеру нәтижесі бойынша диагноз қойылды: Туа біткен жүрек ақауы. I типті қолқаның каорктациясы (оқшауланған). Симптоматикалық артериялық гипертензия.

Қолқа коарктациясы келесі мақсаттарда ақауды хирургиялық түзетудің абсолютті көрсеткіші болып табылады: 1. болашақта геморрагиялық инсульттің профилактикасы және болдырмауы; 2. Дәрі-дәрмекке көнбейтін, түзетілмеген симптоматикалық артериялық гипертензияны дәрі-дәрмекпен түзетілген артериялық гипертензияға аудару.

Операция жасалды: Сол жақта ортаңғы-артқы-бүйірлік торакотомия. Қолқаның коарктациясын типтік жерде резекциялау және синтетикалық графтпен протездеу.

**Нәтижелері:** Операциядан кейінгі кезең ерекшеліксіз өтті, қан қысымының 160/100 мм.сын.бағ. дейін көтерілу эпизодтары дәрі-дәрмекпен сәтті түзетілді. Науқас операциядан кейін 10-шы күні қанағаттанарлық жағдайда шығарылды.

**Қорытынды:** 1. Қолқаның коарктациясы, болашақта өліммен аяқталатын, өмірге қауіп төндіретін асқынулардың алдын алу мақсатында, хирургиялық түзетудің абсолютті көрсеткіші болып табылады;

2. Қолқаның тарылуының орнын, дәрежесін және коарктация аймағында аневризманың болуын немесе болмауын анықтау үшін, инвазивті емес және инвазивті зерттеулердің бүкіл жиынтығынын жүргізуі міндетті.

3. Қолқа коарктациясы бар ересек науқастарда, процестің ұзақтығына және әртүрлі компрессиялық камералардың болуына байланысты, қолқа қабырғасының склерозы болуына байланысты, қолқаны синтетикалық графтпен протездеу таңдау әдісі болып табылады.