**Коарктация аорты у взрослых больных (случай из практики)**

Касымов Б.Ж., Хамидуллин Б.А., Тойгулова Г.Б., Жанкулов А.А., Темерханов М.С.,

Султангереев Н.Б., Карсакбаев А.У., Кенес М.С., Телибекова Д.С.

Медицинский Центр НАО «Западно-Казахстанский

медицинский университет имени М. Оспанова», г. Актобе, Казахстан

**Актуальность:** Коарктация аорты среди всех аномалий сердца и магистральных сосудов составляет 6-14,2%. (А.В. Покровский, 2004); Средняя продолжительность жизни- около 30 лет. (В.И. Бураковский, Л.А. Бокерия, 1996); Выживаемость- лишь 10% больных достигают 50 лет. (Н.А. Белоконь, В.П. Подзолков, 1991; M. De Leval, 1993); Летальность- в возрасте 10-20 лет – 19% больных, в возрасте 20 лет и старше – 59% больных. (А.В. Покровский, 2004).

**Цель исследования:** выявить необходимость и обоснованность обязательной хирургической коррекции коарктации аорты.

**Материал и методы:** Коарктация аорты довольно редко встречается у взрослых больных, ввиду ряда причин: это вероятная хирургическая коррекция в детском возрасте или летальные случаи вследствие некорригируемой симптоматической артериальной гипертензии, приводящей к геморрагическому инсульту. Поэтому, наличие артериальной гипертензии у лиц молодого и среднего возраста, неподдающиеся лекарственной терапии требует обследования, для выявления основных трех заболеваний, приводящих к данному состоянию: 1. Коарктация аорты; 2. Вазоренальная гипертензия; 3. Феохромоцитома надпочечников.

Приводим случай из практики. В клинику обратился мужчина 37 лет с артериальной гипертензией 220/120 мм рт. ст., при этом цифры артериального давления не снижаются на фоне гипотензивных препаратов. Проведено обследование:

ЭКГ: Синусовая аритмия, ЧСС 67-56-70 в 1 мин. Нормальное положение ЭОС. Полная блокада правой ножки п. Гиса. Гипертрофия правого желудочка. Признаки увеличения левого желудочка.

Эхокардиография Заключение: ВПС. Коарктация аорты с межсистемным градиентом до 69 мм рт ст., кинкинг аорты (нисходящей). Камеры сердца не расширены. Насосная функция удовлетворительная ФВ – 59%, выраженная гипертрофия миокарда левого желудочка.

Чреспищеводная ЭхоКГ: АК трехстворчатый. В области перешейка аорты сужение по типу «песочных часов», в просвете аорты лоцируется мембрана, на этом же уровне регистрируется турбулентный поток. Ширина потока 0,8 см., ГрД 49 мм рт ст. Нисходящая аорта диаметром 2,7 см.

Грудная аортография Заключение: Извитость и выраженная коарктация аорты после отхождения левой подключичной артерии. Градиент давления – 55 мм рт ст.

По результатам обследования выставлен диагноз: ВПС. Каорктация аорты I типа (изолированная). Симптоматическая артериальная гипертензия.

Коарктация аорты является абсолютным показанием к хирургической коррекции порока с целью: 1. профилактики и исключения наступления геморрагического инсульта в будущем; 2. «перевода» некорригируемой симптоматической артериальной гипертензии в лекарственно корригируемую.

Проведена операция: Средне-задне-боковая торакотомия слева. Резекция коарктации аорты в типичном месте с протезированием синтетическим линейным протезом.

**Результаты:** Послеоперационный период протекал гладко, повышения артериального давления до 160/100 мм рт. ст., успешно корригированы лекарственными препаратами. Пациент выписан на 10-е сутки в удовлетворительном состоянии.

**Выводы:** 1. Коарктация аорты является абсолютным показанием к проведению хирургической коррекции с целью профилактики в будущем фатальных, жизнеугрожающих осложнений;

2. Проведение всего комплекса неинвазивных и инвазивных обследований обязателен для определения локализации, протяженности сужения аорты и наличия или отсутствия аневризмы в зоне коарктации;

3. У взрослых пациентов с коарктацией аорты, ввиду длительности процесса и наличия разных компрессионных камер, склероза стенки аорты методом выбора выступает линейное протезирование аорты синтетическим протезом.