

Клиническое наблюдение: Ангиопластика окклюзированной общей подвздошной артерии при наличии отходящей от нее нижнеполюсной почечной артерии

З.А. Кавтеладзе, С.А. Дроздов, Д.П. Дундуа, А.М. Бабунашвили,
К.В. Былов, Д.С. Карташов

Центр эндохирургии и литотрипсии, г. Москва

Добавочные почечные артерии встречаются у 20 % - 30 % людей (1). По исследованиям K.S. Satyapal и соавт., единственная добавочная артерия встречается у 23,2 % людей, две добавочные почечные артерии – у 4,5 %, чаще они кровоснабжают левую почку (32,0 %), реже правую (23,3 %). Двустороннее расположение добавочных почечных артерий встречается в 10,2 % случаев, у мужчин – в 28,0 %, у женщин – в 16,4 % случаев (2). Варианты отхождения их достаточно разнообразны: они могут отходить от брюшного отдела аорты и от подвздошных артерий, причем не только от общей, но и от внутренней и от наружной подвздошных артерий. Ниже представлено клиническое наблюдение пациента с добавочной нижнеполюсной почечной артерией, отходящей от проксимальной части окклюзированной общей подвздошной артерии.

Больной Л., 53 лет, обратился в клинику с жалобами на боли в левой нижней конечности при ходьбе на расстоянии 50-100 м. Анамнез "перебегающей хромоты" в течение 1 года, проводимая консервативная терапия оказывала временный эффект. При клиническом осмотре: правая нижняя конечность обычной окраски, теплая, пульсация артерий правой нижней конечности определяется на всех уровнях; левая нижняя конечность обычной окраски, прохладнее правой, икроножные мышцы мягкие, безболезненные, трофических расстройств нет, пульсация артерий левой нижней конечности отсутствует на всех уровнях. Ишемия 2б-стадии.

При ультразвуковом сканировании артерий нижних конечностей выявлена окклюзия общей подвздошной артерии (ОПА) слева, с восстановлением кровотока на наружной подвздошной артерии (НПА) и коллатеральным кровотоком далее на всех уровнях.

При ангиографическом исследовании: окклюзия дистальной порции левой ОПА, при этом прокси-

мальная порция ОПА проходима с отхождением от нее добавочной почечной артерии, которая кровоснабжает нижний полюс левой почки. НПА, левая внутренняя подвздошная и общая бедренная артерии проходимы, без патологических изменений (рис. 1).

Учитывая непротяженный характер окклюзии, хорошее состояние дистального артериального русла, сразу после исследования было решено выполнить реканализацию и баллонную ангиопластику левой ОПА. Нестандартность ситуации была обусловлена необходимостью сохранения добавочной почечной артерии.

Контралатеральным доступом катетеризирована левая общая подвздошная артерия, и в добавочную почечную артерию

проведен проводник. Затем пунктирована левая бедренная артерия ретроградно, и произведена реканализация левой ОПА проводником Road Runner (фирма COOK, США). Затем по проводникам и в зону реканализации, и в добавочную почечную артерию

проведены баллонные дилатационные катетеры. Произведена баллонная ангиопластика левой ОПА, баллоном диаметром 9 мм, длиной 40 мм (фирма Cordis, США). Находящийся в добавочной почечной артерии баллон (диаметр 5 мм, длина 20 мм, Cordis, США) не раздували (рис. 2). Затем выполнено эндопротезирование левой ОПА ZA-стендом, диаметром 10 мм, длиной 8 см (фирма COOK, США), оставляя в добавочной почечной артерии уже только проводник. Стент установлен непосредственно от устья ОПА. После стентирования проводник из добавочной почечной артерии удален и повторно проведен туда же уже через ячейку стента, а по второму проводнику произведено модели-



Рис. 2.



Рис. 3.

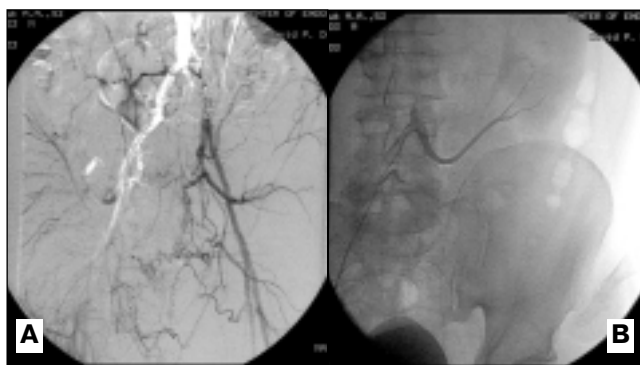


Рис. 1.

рование стентированного сегмента подвздошной артерии баллоном 10 мм длиной 40 мм (фирма Cordis, США).

При контрольной ангиографии левая общая подвздошная артерия без признаков остаточного стеноза, добавочная почечная артерия проходима, без признаков компрессии ее устья (рис. 3).

В послеоперационном периоде больной по стандартной схеме получал плавикс и аспирин. В местах пункций осложнений не отмечено, данных за инфаркт почки в ближайший послеоперационный период не получено. Пациент выписан на 2 сутки после операции, кровообращение нижних конечностей полностью восстановлено, пульсация артерий определялась на всех уровнях. Клинический эффект сохраняется при контрольном обследовании спустя 6 месяцев.

Чем привлекает данное клиническое наблюдение: ангиопластика окклюзированных подвздошных артерий сегодня используется в широкой клинической практике с хорошими непосредственными и отдаленными результатами. Наличие добавочной почечной артерии, отходящей от зоны поражения, требует специальных манипуляций для сохранения ее проходимости, что и было продемонстрировано в данном клиническом случае.

Литература:

1. Multiple renal arteries in live-predated donor transplantation: management and complications, A.K. Sharma, S.L. Tolani, G.L. Rath, H.P. Gupta, Indian Journal of Nephrology, April - June 2000; 10: 51-54.
2. Additional renal arteries incidence and morphometry, K.S. Satyapal, A.A. Haffejee, B. Singh, L. Ramsaroop, J.V. Robbs and J.M. Kalideen, Surg Radiol Anat 2000; 23: 33-38.