



УДК 616.136.7 - 007.271

Е.П. Батаева¹, П.А. Иванов³, А.В. Лыков³, О.А. Егорова¹, А.Ю. Зеленева², Г.Г. Сизов³

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОЗА ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ У РЕБЕНКА 10 ЛЕТ

*Читинская государственная медицинская академия¹; Областная детская клиническая больница²;
Областная клиническая больница³, г. Чита*

Артериальная гипертензия (АГ) — одна из тяжелых клинических проблем в современном здравоохранении, причем не только во взрослом и пожилом, но и в детском возрасте. Распространенность ее среди детей составляет от 1 до 5%. Эссенциальная (первичная) гипертензия (ЭГ) у детей встречается намного реже, и частота ее несколько увеличивается с возрастом [1]. По данным J. Hanna (1991), у детей с АГ в возрасте до 10 лет на долю ЭГ приходится всего 10%, тогда как вторичной (симптоматической) — 90%. Реноваскулярную артериальную гипертензию выявляют у 1-3% всех лиц, страдающих повышенным артериальным давлением [3]. До 8-10% случаев артериальной гипертензии у детей обусловлено стенозом почечной артерии (СПА), в то время как «взрослая» АГ имеет данную причину в 1% случаев [1, 4]. Причиной СПА чаще всего является фибромускулярная дисплазия (ФМД), которая, по данным разных авторов, встречается в 25-31% случаев и, в свою очередь, имеет четыре различных варианта, первый из них — медиальная фиброплазия, которая составляет 70% всех вариантов дисплазий. При этом обнаруживаются фиброз, утолщение, аневризмы, нарушение эластического слоя, множественные, выступающие в просвет артерии мышечные уплотнения («шпоры»), суживающие ее просвет. Другие варианты — интимальная, перимедиальная и адвентициальная фиброплазия — встречаются гораздо реже [3].

Основными диагностическими критериями СПА являются: стойкая, часто злокачественная артериальная гипертензия, рефрактерность к гипотензивной терапии, распространенный артериоспазм, часто асимметрия АД на конечностях, характерный систолический шум в проекции почечной артерии, нейроретинопатия.

Для постановки диагноза необходимо применять ультразвуковое дуплексное сканирование. Диагноз также требует ангиографического подтверждения, в том числе МРТ ангиографии, что при фазово-контрастном анализе ангиограмм позволяет достоверно оценить степень

Резюме

Впервые мы наблюдали мальчика 10 лет, у которого при проведении ангиографии был выявлен гемодинамически значимый стеноз почечной артерии, в связи с чем проведена ангиопластика стентом без лекарственного покрытия. В результате у ребенка через несколько месяцев вновь появилась артериальная гипертензия, диагностирован рестеноз, что диктовало необходимость повторного эндоваскулярного вмешательства — ангиопластики стентированного участка левой почечной артерии баллонным катетером. При контрольной артериографии установлено, что диаметр артерии увеличился. После этого АД больного в пределах возрастной нормы.

Ключевые слова: почечная артерия, стеноз, эндоваскулярное лечение.

Y.P. Bataeva, P.A. Ivanov, A.V. Likov, O.A. Yegorova,
A.Yu. Zeleneva, G.G. Sizov

FIRST EXPERIENCE OF ENDOVASCULAR TREATMENT OF RENAL ARTERY STENOSIS IN A 10-YEAR OLD CHILD

*Chita state medical academy;
Regional children hospital, Chita*

Summary

A ten year old boy with renal artery stenosis was examined. Hemodynamically evident stenosis was revealed by artery angiography. Angioplasty of renal artery without medicine coverage was carried out. Some months later the child showed arterial hypertension again. Restenosis was diagnosed and it made us repeat endovascular intervention - that is angioplasty of the stented part of the left renal artery with balloon catheter. Control arteriography showed increase of artery's diameter. AP was within the normal figures consistent with age.

Key words: renal artery, stenosis, endovascular treatment.

стеноза, но возможности визуализации стенозов внутрипочечных артерий при применении этого метода ограничены. Ангиография методом спиральной томографии с применением йодсодержащих контрастных препаратов превосходит по точности другие способы диагностики. С ее помощью можно определить локализацию и оценить степень стеноза, определить тактику реваскуляризации [5]. При этом выявляются множественные сужения, чередующиеся с постстенотическими расширениями (в виде «ниток бус» или «четок») — это является основным диагностическим критерием [1, 3]. Радионуклидные методы исследования также играют не последнюю роль в выявлении заболевания. В лечении наиболее применимы при СПА чрескожная транслюминальная ангиопластика [2] (ангиографическая эффективность до 86-91,5%), чаще в сочетании со стентированием почечных артерий, в том числе стентами с лекарственными покрытиями, содержащими цитостатики, препятствующие рестенозу. Но в некоторых случаях используются и другие методы сосудистой хирургии: эндартэктомия из почечных сосудов, аортопочечное шунтирование, а в отдельных случаях и нефрэктомия. До 55% пациентов после успешного стентирования не нуждаются более в медикаментозной коррекции АГ, у 14% она достаточно успешна, и у 31% больных АГ некорректируемая.

Приводим собственное наблюдение.

Мальчик С., 10 лет, поступил в нефрологическое отделение областной детской клинической больницы 28.05.07. с диагнозом: хронический пиелонефрит единственной левой почки. Вторичная артериальная гипертензия. Гипертоническая кардиомиопатия. Нейроангиоретинопатия. Резидуальная энцефалопатия. Жалобы при поступлении на стойкое повышение артериального давления.

Заболевание впервые проявилось четыре года назад, когда внезапно появились рвота, судороги, потеря со-

знания на фоне повышения АД до 140/100 мм рт.ст. В районной больнице по месту жительства (г. Нерчинск) проводилась симптоматическая терапия, позже диагностирована первично-сморщенная правая почка, в связи с чем выполнена нефрэктомия. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписан через месяц на комплексной гипотензивной терапии с артериальным давлением 105/65 мм рт.ст. В течение последующих лет вновь появилась артериальная гипертензия, со временем нарастала, повышалась резистентность к гипотензивной терапии.

Ребенок от второй нормально протекавшей беременности, вторых срочных родов, весом 2915 г, длиной тела 51 см. Рос и развивался соответственно возрасту. Успеваемость в школе удовлетворительная. Перенес острые респираторные заболевания (менее 2 раз в год), 2 раза ангину. У бабушки и дяди по линии матери высокая артериальная гипертензия (выше 200/100 мм рт.ст.) при удовлетворительном самочувствии, получают периодически гипотензивную терапию с незначительным временным эффектом. При обследовании у тети выявлена гипертоническая болезнь, дядя не обследован.

При поступлении состояние тяжелое за счет выраженной артериальной гипертензии (260/150 мм рт.ст.), самочувствие при этом не страдает, мальчик активен, адекватен. Удовлетворительного питания. Отмечались гипергидроз ладоней, наличие периорбитальных теней. АД на правой руке 260/120 мм рт.ст., на левой 240/140 мм рт.ст. Перкуторно границы относительной тупости сердца расширены влево на 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Верхушечный толчок усиленный. Имеют место склонность к брадикардии, акцент 2 тона над аортой, шум относительной недостаточности митрального клапана. Пульсация на бедренных артериях сохранена. Печень на 1,0 см выступает из-под края реберной дуги, край несколько уплотнен. Диурез адекватный.

Данные лабораторных тестов: общий анализ крови: Нb — 115 г/л, эритроциты — $3,9 \times 10^{12}$ /л, Ht — 37%, тромбоциты — 221×10^9 /л, Эр. — 2%, С. — 55%, Л. — 40%, М. — 3%, СОЭ — 7 мм/ч. Биохимические показатели венозной крови: сахар — 4,5 ммоль/л, мочевины — 4,2 ммоль/л, креатинин — 87 мкмоль/л, общий белок — 58 г/л, АЛТ — 18 ед./л, АСТ — 23 ед./л, холестерин — 4,5 ммоль/л, К. — 4,4 ммоль/л, Na — 138 ммоль/л. Общий анализ мочи: цвет с/желтый, прозрачность полная, удельный вес — 1021, лейкоциты 2 -1 -1, эпителий плоский единичный. Проба Зимницкого — никтурия, удельный вес 1002-1010. Проба Реберга: клубочковая фильтрация 86 мл/мин, минутный диурез 1,0 мл, канальцевая реабсорбция — 97%. Данные дополнительных методов исследования: УЗИ: размеры левой почки 103×37 мм; паренхима 13-14 мм, плотность обычная, чашечно-лоханочная система не расширена. УЗ-ДГ сосудов почек: скорость кровотока в пределах нормы. Показатели периферического сопротивления на нижней границе норм с тенденцией к снижению. ЭКГ: синусовая брадиаритмия, преобладание потенциалов левого желудочка. ЭхоКГ: дилатация левого желудочка, равномерная гипертрофия миокарда левого желудочка, умеренное повышение эхогенности аортального клапана, аортальная регургитация 1-2 ст. Проплапс митрального клапана 1 ст., митральная регургитация 0-1 ст. Ренография:

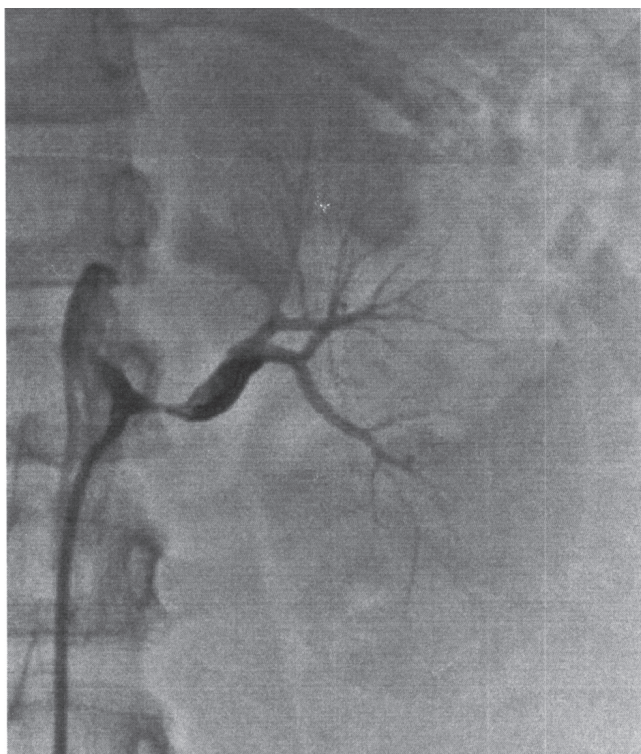


Рис. 1. Исходная ангиография

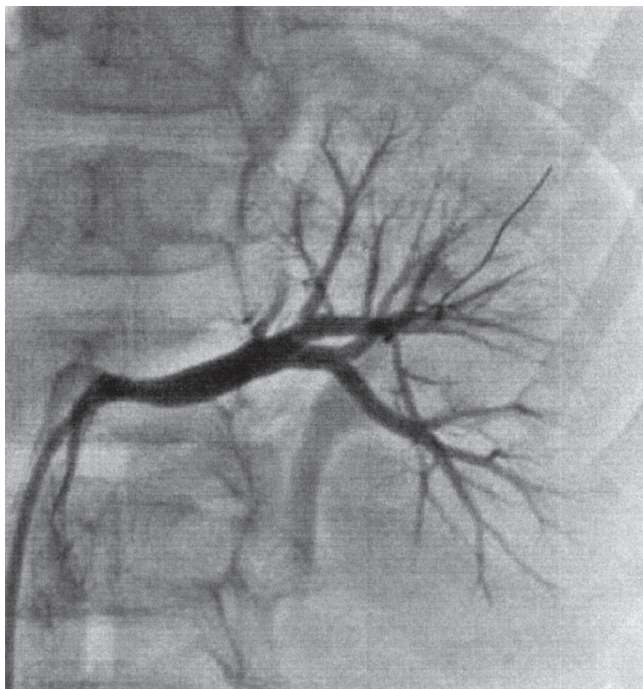


Рис. 2. После стентирования

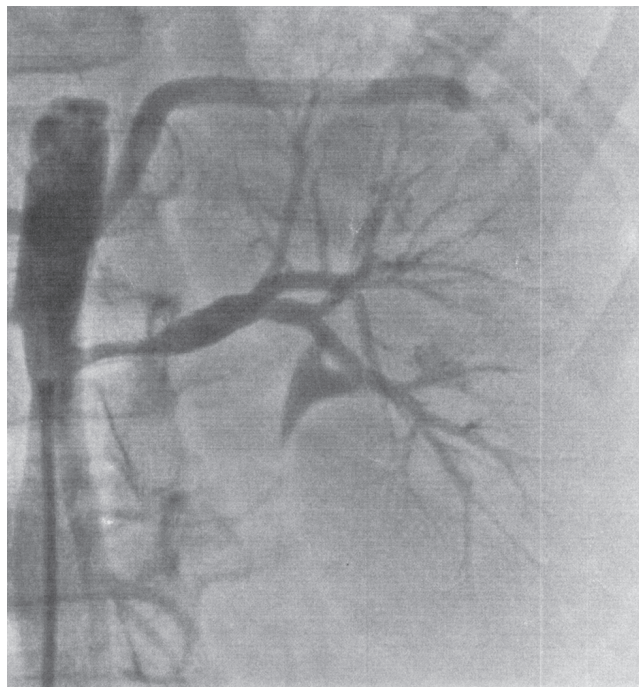


Рис. 4. После повторной ЧТА

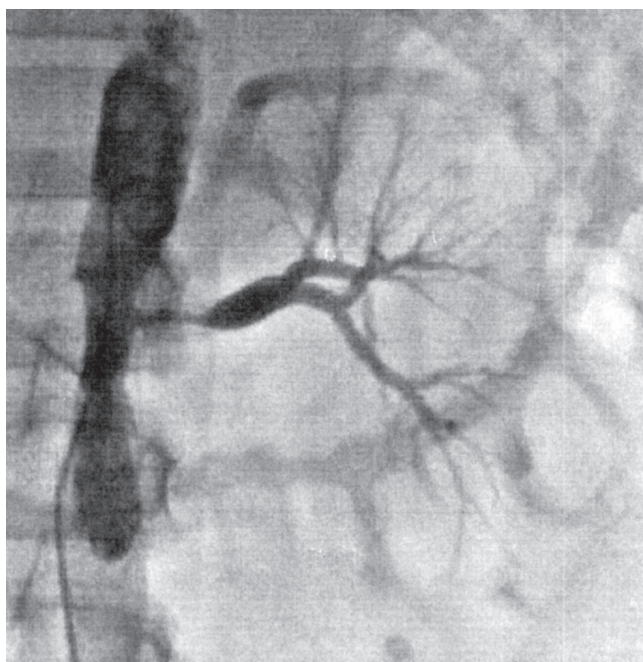


Рис. 3. Рестеноз

справа афункциональная кривая, слева — замедление секреторно-экскреторной кривой. Сцинтиграфия: викарная гипертрофия единственно функционирующей левой почки. Глазное дно: границы ДЗН ступеваны сверху, снизу, с носовой стороны, артерии сужены, извиты, вены расширены, сетчатка отечна, на OS в парамакулярной области твердые, желтоватые очаги, OD сетчатка без очаговых изменений. Получал постельный режим; диету №7; капотен 25 мг 1/2 табл.×3 раза в сут; нормодипин 5 мг 1 табл. утром; курантил 25 мг 1 табл. ×3 раза в сут; гипотиазид 25 мг 1/2 табл.×2 раза в сут; милдронат 250 мг 1 кап. ×2 раза в день; фенибут 250 мг 1 табл.×2 раза в сут. На фоне лечения артериальное давление снижалось до 180/100 — 165/100 мм рт.ст.

15.06.07. выполнена трансфеморальная аортография, при которой выявлен гемодинамически значимый стеноз левой почечной артерии (рис. 1). Ангиохирургами ОКБ рекомендовано оперативное лечение.

28.06.07 в ОКБ было проведено оперативное лечение: транслуминальная ангиопластика и стентирование левой почечной артерии. Установлен стент «eiusa STSflex» 4,5×11 мм (рис. 2). После операции состояние пациента улучшилось, артериальное давление постепенно снизилось до 125/85 мм рт.ст. В послеоперационном периоде был рекомендован прием гипотензивных препаратов: нормодипин 5 мг по 1 табл.×1 раз в день; верошпирон 25 мг по 1 табл.×1 раз в сут. Для профилактики тромбоза назначен плавикс в дозе 75 мг/сут в один прием в течение года. Рекомендованы курсы кардиометаболической терапии 1-2 раза в год (предуктал МВ 1 табл.×2 раза в день 3 мес.; милдронат 1 капс. ×3 раза в день, через день 1 мес.), контрольное обследование через 1 мес. На контроль мальчик прибыл через 5 мес. Вновь выявлено повышение артериального давления в пределах от 150/90 до 170/100 мм рт.ст., в связи с чем 22.11.07 повторно выполнена ангиография, где выявлен гемодинамически значимый рестеноз (рис. 3). 04.12.07. с целью ликвидации рестеноза проведено повторное эндоваскулярное вмешательство — ангиопластика стентированного участка левой почечной артерии баллонным катетером 3,0×13 мм под давлением 12 атмосфер. При контрольной артериографии установлено, что диаметр артерии увеличен в результате дилатации с 1,47 до 2,22 мм (рис. 4). После этого артериальное давление у больного в пределах 120/70 - 115/65 мм рт.ст. без применения гипотензивной терапии.

Рекомендовано: прием клопидогреля (плавикс, ЗИЛТ) в течение 6-9 мес., УЗИ почечных артерий через 3-6 мес., при нарастании признаков стеноза — повторное стентирование с использованием стента с лекарственным покрытием «CYPHER».

Заключительный диагноз: стеноз почечной артерии единственной левой почки. Нарушение секреторно-экскреторной функции почки. Вторичная артериальная гипертензия. Вторичная кардиомиопатия. Нейроретинопатия.

Выводы

Несмотря на невысокую частоту, СПА является крайне важной проблемой современной педиатрии и сосудистой хирургии, что связано с достаточно тяжелыми проявлениями и последствиями данного заболевания, а также с определенными трудностями диагностики. После оптимальной тактики лечения требуется проведение рандомизированных исследований, на современном этапе развития сосудистой хирургии наиболее применимым и патогенетически обоснованным методом является чрескожная ангиопластика со стентированием почечной артерии [5]. При этом, учитывая высокую вероятность рестеноза в артериях малого диаметра, рекомендуется установка стентов с антипролиферативным лекарственным покрытием.

Л и т е р а т у р а

1. Бектяшянц Е.Г., Петракова В.А. Особенности вазоренальной гипертензии у детей // Вопросы охраны материнства и детства. - 2002. - Т. 32, №4. - С. 19-21.
2. Катанадова К.В., Бутылкина А.Л. Усиленная почечная ангиопластика при пострезекционном стенозе почечной артерии (клинический случай) // Вестник рентгенологии и радиологии. - 2006. - №2. - С. 50-51.
3. Михальчикова Н.А. Случай верификации врожденной аномалии строения почек и артериальных почечных сосудов с последующей усиленной коррекцией гемодинамически значимого стеноза левой почечной артерии // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. - 2006. - №4. - С. 100-104.
4. Мартин И. Резник, Эндрю К. Новик. Секреты урологии [под ред. С.Х. Аль-Шукри]. - М.: Изд-во «Бином», 1997. - С. 352.

Координаты для связи с авторами: Батаева Е.П. тел. 8-924-384-00-05



УДК 616.346.2 - 006.66

М.Г. Сидоренко, И.Н. Лазарева

СЛУЧАЙ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

301-й Окружной военный клинический госпиталь, г. Хабаровск

Первичные опухоли червеобразного отростка - большая редкость. Истинная частота их неизвестна, поскольку рассчитывается на основании исследования оперативно удаленных отростков [1]. Аутопсийный же материал не позволяет это сделать, так как во время рутинных вскрытий отростки детально не исследуются, и многие мелкие опухоли ускользают от внимания вскрывающего. Частота доброкачественных и злокачественных опухолей эпителиального и неэпителиального происхождения среди всех оперативно удаленных отростков оценивается менее чем в 1% [1].

Первичный рак червеобразного отростка встречается в сотых долях процента ко всем удаленным отросткам, или в 0,5% ко всем формам рака толстой кишки [2]. Чаще всего обнаруживают аденокарциному, строение и свойства которой совпадают с таковыми при аналогичном раке толстой кишки. Первичный рак отростка чаще располагается в проксимальной его части и нередко переходит на стенку слепой кишки. В таких случаях нельзя достоверно установить локализацию первичной опухоли. И ее следует квалифицировать как рак аппендикулярной области, возможно, исходящий из червеобразного отростка.

Резюме

В данной статье приводится пример редкого случая аденокарциномы червеобразного отростка, описывается тактика, признанная на сегодняшний день наиболее целесообразной.

Ключевые слова: аденокарцинома червеобразного отростка.

M.G. Sidorenko, I.N. Lasareva

A CASE OF ADENOCARCINOID OF APPENDIX

*Federal State Institution 301 District Military
Clinical Hospital, Khabarovsk*

Summary

In this article we demonstrated a rare case of adenocarcinoid of appendix, describe tactics, which recognized as expedient now.

Key words: adenocarcinoid of appendix.