

© Коллектив авторов, 2012
УДК 616.132-007.21-053.1-089.844

Д. В. Семёнов, Н. А. Яицкий, А. М. Игнашов, Г. И. Мартыненко, А. А. Супрунович

УСПЕШНАЯ ЭТАПНАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ ПОЧКИ И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У 20-ЛЕТНЕГО БОЛЬНОГО С ВРОЖДЁННОЙ ТОТАЛЬНОЙ ГИПОПЛАЗИЕЙ АОРТЫ

Клиника госпитальной хирургии № 1 (зав. — академик РАМН проф. Н. А. Яицкий),
Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова

Ключевые слова: *тотальная гипоплазия аорты, окклюзия почечной и подвздошных артерий, отдаленный результат.*

Гипоплазия аорты является крайне редкой сосудистой патологией врождённого происхождения и обычно описывается у детей и молодых людей [1, 2]. Представленный нами случай этапного хирургического лечения больного с тотальной гипоплазией аорты, сочетающейся с окклюзией почечной и подвздошных артерий и проявляющейся злокачественной реноваскулярной гипертензией (РВГ), интересен в связи со сложностью патологии и его результатами.

Больной С., 20 лет, госпитализирован в клинику 11.05.2010 г. с жалобами на постоянно повышенное артериальное давление (АД) 250/120 мм рт. ст. на фоне шестикомпонентной антигипертензивной терапии (АГТ) с

подъемами до 300/140 мм рт. ст., головные боли и общую слабость. Заторможен, сонлив. Телосложение правильное. Пульсация периферических артерий сохранена, но снижена на артериях обеих нижних конечностей (НК). ЧСС — 120 уд/мин, АД — 280/120 мм рт. ст. Больному в возрасте 9 лет в одном из стационаров с помощью чрескожной ангиопластики восстановлена проходимость левой почечной артерии (ПА), реваскуляризовать правую почку не удалось, в связи с чем сохранилась РВГ. Резкое ухудшение с начала марта 2010 г., когда произошел рост РВГ. Лабораторно: уровень сывороточного креатинина — 0,08 ммоль/л, расчетная скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по MDRD — 73 мл/л. Сонографически: правая почка 8,5×3,9 см, ее паренхима — 1,3 см, левая почка 10,4×4,5 см, паренхима — 1,45 см, оба органа обычной эхогенности. Доплерографически: ишемия коры верхних $\frac{3}{4}$ правой почки и повышение пиковой систолической скорости кровотока до 210 см/с в брюшной аорте. Магнитно-резонансная ангиография: тотальная гипоплазия всей аорты (восходящая аорта — 1,5 см, терминальная — 7–9 мм). Эхокардиография:



Рис. 1. Аортограмма больного С., 20 лет.

а — проходимость левая почечная артерия. Правая почечная артерия не контрастируется; б — поздняя фаза: активное выведение контраста обеими почками; в — терминальный отдел аорты сужен, окклюзия левой общей подвздошной, субокклюзия левых подвздошных артерий.

выраженная гипертрофия миокарда левого желудочка (ЛЖ) сердца без кардиосклероза, фракция выброса — 71%. МРТ головы: формирующаяся киста в глубинных структурах правого полушария и мелкие диффузные изменения в области ствола мозга — последствия перенесенных инсультов геморрагического характера. Аортоангиография: левая ПА проходима; справа проходима добавочная артерия нижнего полюса правой почки, паренхиматозная фаза почки слабо выражена, основная ее артерия окклюзирована (рис. 1, а); выделительная система обеих почек четко контрастировалась (рис. 1, б); окклюзия правых и субокклюзия левых подвздошных артерий (рис. 1, в).

Больной оперирован: трансабдоминально ретроперитонеально выполнено шунтирование основной артерии правой почки от инфраренальной аорты аутовеной (рис. 2).

После операции имевшаяся симптоматика регрессировала, на фоне четырехкомпонентной АГТ АД установилось на уровне 130 и 80 мм рт. ст. При этом, исчезла пульсация артерий обеих НК, и возникла ишемия НК с ПБ стадией по Fontein. Через 9 мес больной повторно оперирован: выполнено аортобедренное бифуркационное шунтирование с имплантацией синтетического протеза «Intervascular» 14×7×7 мм. Ишемия НК полностью купирована. Больной обследован через 2 мес после второй операции: состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет, активен, дистанция ходьбы не ограничена, АД на фоне однокомпонентной терапии — 120/80 мм рт. ст.; доплерографически кровоток по аортопочечному шунту и браншам бифуркационного протеза достаточный (0,8 и 1 м/с соответственно), ишемии паренхимы правой почки нет; эхокардиографически масса миокарда ЛЖ снизилась в 2 раза, расчетная СКФ — 76 мл/мин.

Учитывая перенесенный геморрагический инсульт, показания к реваскуляризации почки или нефрэктомии имели жизненный характер. Нормальная эхогенность правой почки, сохранность ее экскреторной функции и проходимость дистальной части ПА позволили сохранить орган и эффективно скорректировать РВГ. Реваскуляризация НК стала логическим завершением хирургического лечения больного. Определяющими факторами раннего и отдаленного положительных результатов были

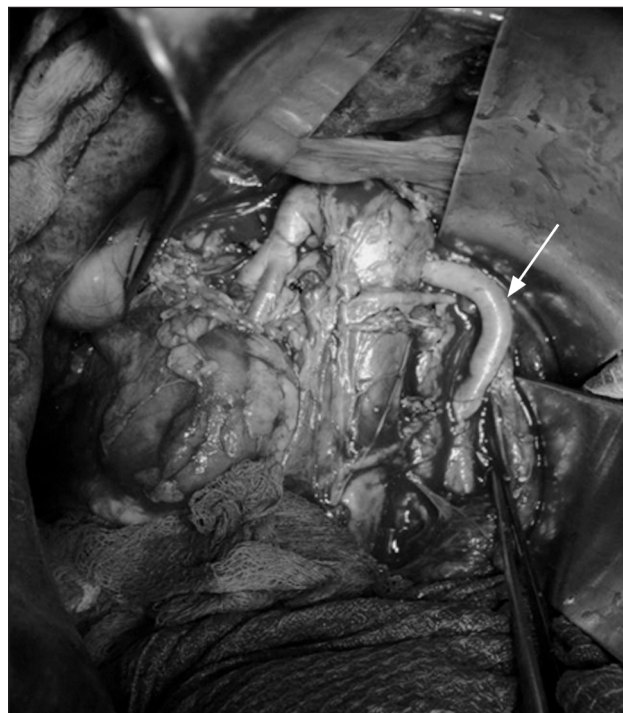


Рис. 2. Интероперационное фото.

Аортопочечный аутовенозный шунт справа (стрелка), анастомоз с ПА сформирован под нижней полой веной.

сохранность паренхимы почки и адаптивных резервов сердечно-сосудистой системы.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Rose C., Wessel A., Pankau R. et al. Anomalies of the abdominal aorta in Williams-Beuren syndrome — another cause of arterial hypertension// Eur. J. Pediatr.—2001.—Vol. 160, № 11.—P. 655–658.
2. Terramani T. T., Salim A., Hood D. B. et al. Hypoplasia of the descending thoracic and abdominal aorta: a report of two cases and review of the literature// J. Vasc. Surg.—2002.—Vol. 36, № 4.—P. 844–848.

Поступила в редакцию 10.02.2012 г.