

© Коллектив авторов, 2010
УДК 616.12-008.331.1-02:616.136.7-007.64-089

Н.А.Яицкий, Д.В.Семёнов, К.М.Гринёв, А.М.Игнашов, А.В.Карев, А.В.Лискер,
С.А.Карпов, С.В.Алфёров, В.Е.Трубкин

УСПЕШНОЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЕ УСТРАНЕНИЕ АНЕВРИЗМЫ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ С РЕКОНСТРУКЦИЕЙ ПОСЛЕДНЕЙ И АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ ПОЧКИ В ЛЕЧЕНИИ РЕНОВАСКУЛЯРНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Кафедра госпитальной хирургии № 1 (зав. — академик РАМН Н.А.Яицкий), отделение трансплантации почек кафедры пропедевтики внутренних болезней (зав. — проф. А.В.Смирнов) и отделение эндокринологии кафедры факультетской терапии (зав. — чл.-кор. РАМН Е.В.Шляхно) Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова

Ключевые слова: аневризма почечной артерии, экстракорпоральная реконструкция почечной артерии.

Существуют такие поражения дистальной части почечной артерии (ПА), в частности аневризма с вовлечением ее ветвей, когда пространственные условия в ране делают невозможным

выполнение реконструкции ПА без вынужденного выведения почки из организма больного. В таких ситуациях экстракорпоральная реконструкция ПА с применением противоишемических методов защиты почки и последующей аутоотрансплантацией ее может стать оптимальным техническим решением [1–3]. Ввиду редкости данной патологии и специфичности техники хирургического восстановления ПА, мы сочли возможным представить клиническое наблюдение больной, находившейся в клиниках университета с установленным диагнозом реноваскулярной гипертензии.

Больная С., 39 лет, поступила в эндокринологическое отделение клиники факультетской терапии СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова 27.11.2008 г. по поводу тяжелой артериальной гипертензии (АГ). При этом каких-либо жалоб она не предъявляла. Из анамнеза: об АГ узнала случайно в 2003 г. во время госпитализации по поводу гинекологического заболевания. В дальнейшем рекомендованные терапевтом антигипертензивные препараты принимала нерегулярно ввиду отсутствия ее проявлений и эффекта от них. Вместе с тем, прогрессирующая акселерация АГ (повышение цифр АД с 160 и 100 мм рт. ст. до 220 и 125 мм рт. ст. за последние три года) вынудила ее обратиться за помощью. Объективно: артериальное давление (АД) на уровне 200–220 и 100–120 мм рт. ст., при аускультации умеренно выраженный систолический шум в левом подреберье. Лабораторно: уровень сывороточного креатинина — 0,107 ммоль/л и мочевины — 4,4 ммоль/л, расчетная скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по MDRD — 56,1 мл/мин, что соответствовало III стадии хронической болезни почек по NKF [3]. Подбор препаратов антигипертензивной терапии оказался безуспешным — на фоне четырехкомпонентной

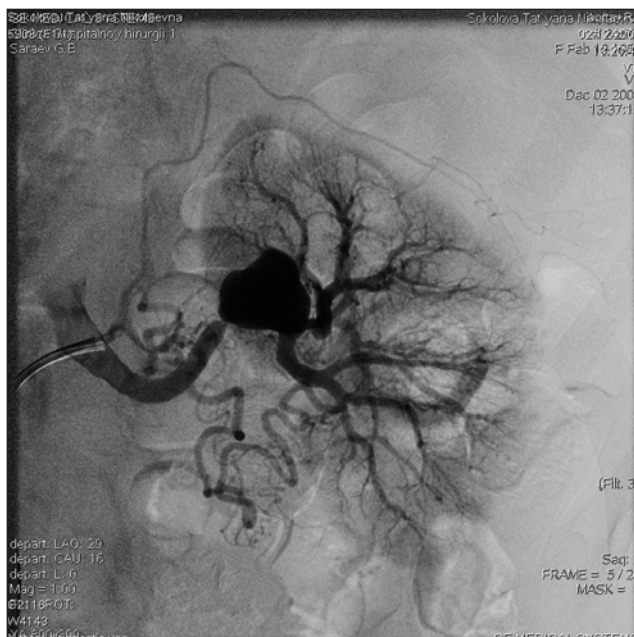


Рис. 1. Селективная ангиограмма левой почки больной С., 39 лет: стеноз 90% и веретенообразная аневризма дистальной части левой почечной артерии с вовлечением ее ветвей. Развитая сеть коллатералей в воротах почки.

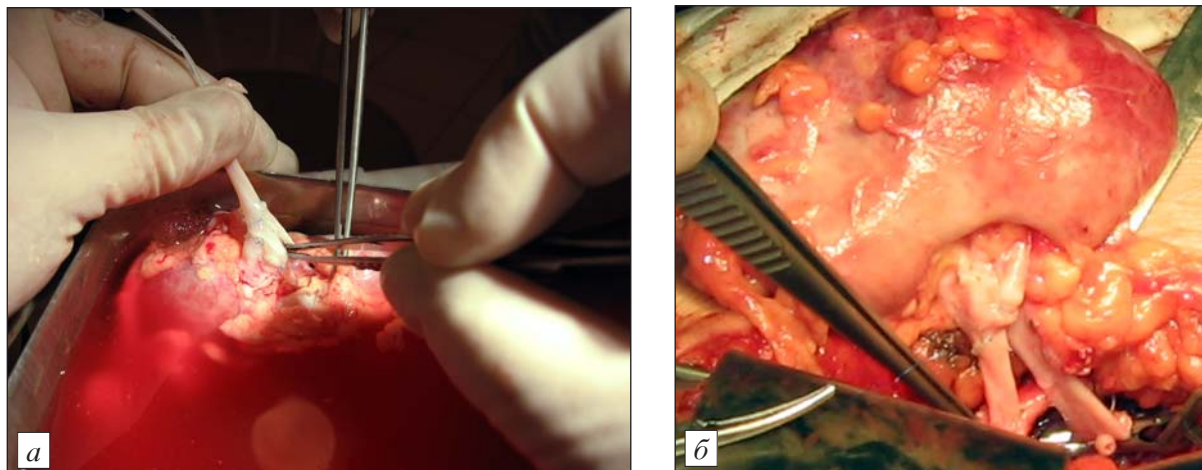


Рис. 2. Интраоперационные фотографии.

а — завершенная реконструкция левой почечной артерии в виде аутовены с имплантированными в нее устьями полусных артерий левой почки; б — завершение формирования анастомозов сосудов левой почки с левыми общими подвздошными веной и артерией.

терапии [ингибитора ангиотензин превращающего фермента (иАПФ), блокатора кальциевых каналов, β -блокатора и тиазидного диуретика в максимальных дозах] АГ сохранялась на уровне 150–160 и 100 мм рт. ст. В связи с подозрением на нарушение проходимости ПА больной выполнено дуплексное сканирование (ДС). При исследовании в дистальной части левой ПА были выполнены округлое образование диаметром до 2 см, распространяющееся в ворота почки со значительным повышением пиковой систолической скорости кровотока (ПССК) в нем до 546 м/с и выраженной турбулентностью, а также ишемия коры почки. Сонографически: почки размером 11 (11,5)×3,8 (4,8) см, обычной эхогенности. Дальнейший перевод в клинику госпитальной хирургии № 1 и селективная ангиография позволила установить следующую патологию левой почечной артерии: стеноз 90% и локальную аневризму дистальной ее части диаметром до 2 см. Исходно предполагалось, что аневризма ложная, в связи с чем рассматривалось применение эндоваскулярной имплантации стент-графта. Однако повторная полипозиционная ангиография окончательно установила истинный ее характер с вовлечением трех ветвей ПА (рис. 1).

Другой патологии выявлено не было. Сочетание аневризмы с субокклюзией левой ПА, проявляющиеся АГ и почечной дисфункцией, несомненно, оказались абсолютными показаниями к хирургическому лечению. Учитывая характер и локализацию поражения ПА, применение экстракорпорального метода реконструкции артерии с последующей аутоотрансплантацией органа было единственным оптимальным решением данной проблемы. Больная оперирована 28.01.2009 г.: с помощью забрюшинного подхода слева произведено экстракорпоральное устранение аневризмы почечной артерии (АПА) и субокклюзии аутовенозным протезированием левой почечной артерии с имплантацией ее ветвей и последующей гетеротопической аутоотрансплантацией почки в левую подвздошную область с формированием уретероцистанастомоза de novo (рис. 2, а, б).

Во время выделения левой почки пульсация АПА и ветвей ПА была резко ослаблена. Послеоперационный период прошел без осложнений. Состояние кровообращения почки контролировалось с помощью УЗДС (рис. 3).

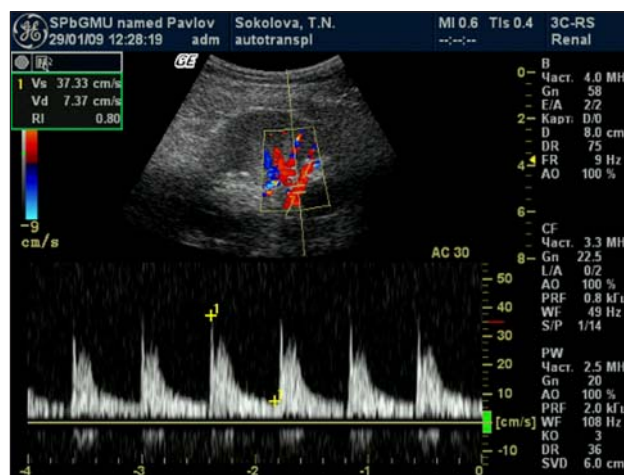


Рис. 3. Дуплексное сканирование аутоотрансплантата в раннем послеоперационном периоде: удовлетворительный кровоток в сегментарных артериях левой почки (ПССК — 37,3 см/с).

Спустя 2 нед после операции больная выписана в удовлетворительном состоянии с АД на уровне 130/80 мм рт. ст. на фоне минимальных доз лекарств (иАПФ, β -блокатора и мочегонного). Однако суммарная почечная функция ухудшилась (креатинин сыворотки — 0,132 ммоль/л, а СКФ по MDRD снизилась до 41,26 мл/мин). Гистологическое исследование АПА показало, что причиной патологии ПА была фибромускулярная дисплазия (рис. 4).

Больная обследована через 5 мес: состояние ее удовлетворительное, АД на уровне 140/93 мм рт. ст. на фоне тех же препаратов, уровень сывороточного креатинина уменьшился до 0,092 ммоль/л, СКФ увеличилась до 63,25 мл/мин. По данным ДС, кровоток в почке равномерный во всех ее отделах, ПССК в сегментарных артериях повысилась до 63 м/с, ишемии коры нет. Повышение дозы иАПФ (моноприл до 15 мг/с) позволило нормализовать АД до уровня 120/85 мм рт. ст.

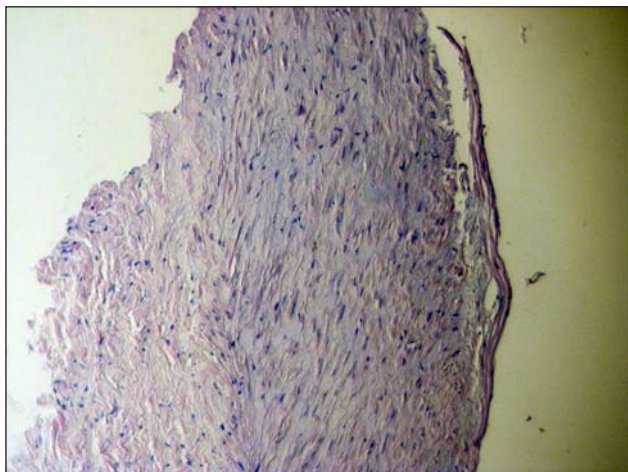


Рис. 4. Микрофотография среза аневризматической измененной стенки почечной артерии.

Окраска гематоксилином и эозином. Дисплазия средней оболочки. Ув. 200.

Таким образом, экстракорпоральный метод реконструкции ПА по поводу АПА является достойной альтернативой вмешательствам на сосудах почки при естественном ортотопическом ее расположении как в устранении патологии артерии, так и в сохранении жизненно важного органа, и целесообразен в подобных случаях.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Henke P.K., Cardneau J.D., Welling T.H. et al. Renal artery aneurysms. A 35-year clinical experience with aneurysms in 168 patients // Ann. Surg.—2001.—Vol. 234.—P. 454–462.
2. Murrey S.P., Kent K.C., Salvatierra O., Stoney R.J. Complex branch renovascular disease: management options and late results // J. Vasc. Surg.—1994.—Vol. 20.—P. 338–346.
3. National Kidney Foundation. K/DOKI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification // Am. J. Kid. Dis.—2002.—Vol. 39 (Suppl.).—P. S1–S266.

Поступила в редакцию 18.11.2009 г.