

ТЕХНИЧЕСКИ СЛОЖНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДВУСТОРОННЕГО СТЕНОЗА ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ У РЕБЕНКА 2 ЛЕТ

Фельдман Л.Д., Сухов М.Н., Серков И.И., Лывина И.П., Закуев Р.И.,
Налеев А.А., Лапцевич А.А., Донюш Е.К.

Российская детская клиническая больница Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Обоснование. Тактика хирургического лечения стенозов почечных артерий (ПА) зависит от протяженности, степени сужения, сопутствующей патологии и возраста ребенка. При непротяженных стенозах, незатрагивающих устье ПА, оптимальным методом лечения является эндоваскулярная баллонная ангиопластика. Однако в случае протяженных, приустьевых стенозов ПА проведение малоинвазивной эндоваскулярной коррекции технически невозможно. В этом случае основным хирургическим методом лечения является пластика (при необходимости протезирование), реимплантация ПА. При определении окончательной хирургической тактики необходимо учитывать предполагаемое время интраоперационной тепловой ишемии почки для оценки риска острого почечного повреждения паренхимы и как следствие риска развития почечной недостаточности в отдаленном периоде. Техническая сложность реконструкции протяженных приустьевых стенозов ПА, особенно у детей младшего возраста, потенциально увеличивает время формирования сосудистого анастомоза и следовательно время тепловой ишемии почки, в связи с чем требует особого подхода при выборе хирургической тактики.

Клинический случай. Мальчик, 2,5 г., с вазоренальной гипертензией. По результатам дообследования выявлены двусторонние критические стенозы ПА. По данным статической нефросцинтиграфии: снижение индекса интегрального захвата правой почки до 36 (норма 46–70). По данным КТ-ангиографии, аортографии: правая ПА не визуализируется на протяжении 11 мм, далее стенозирована до 2,3 мм до ворот почки, левая ПА — сужение до 3 мм, левая почка с дополнительным коллатеральным кровоснабжением. Принято решение использовать разную хирургическую тактику для правой и левой почек. Оценивая техническую сложность оперативного вмешательства, критическую длительность ожидаемой тепловой ишемии правой почки, принято решение о проведении экстракорпорального протезирования правой ПА в условиях фармако-холодовой ишемии с последующей ортотопической аутотрансплантацией. Пластика левой ПА выполнена в условиях тепловой ишемии.

В раннем послеоперационном периоде у ребенка отмечается нормализация уровня мочевины, цистатина С, нормализован диурез, достигнута нормотензия. По Эхо-КГ подтверждено уменьшение гипертрофии миокарда. По результатам обследования через 4 мес.: статическая нефросцинтиграфия — индекс интегрального захвата справа 50, слева 56 (норма 46–70). УЗДГ — скоростные и резистивные характеристики на всех уровнях ПА с обеих сторон не изменены. Эхо-КГ — данных о гипертрофии миокарда нет.

Заключение. Экстракорпоральный метод позволяет достичь не только технического удобства при наложении анастомоза на сосудах малого диаметра, но и способствует снижению рисков острого почечного повреждения, сохранение максимального объема функционирующей паренхимы. Ортотопическая аутотрансплантация позволяет исключить дополнительный доступ к подвздошным сосудам, что уменьшает травматичность операции и оставляет интактными подвздошные сосуды на случай необходимости трансплантации почки при развитии почечной недостаточности в отдаленном периоде.

Ключевые слова: реноваскулярная гипертензия; стеноз почечных артерий; ортотопическая аутотрансплантация почки; реимплантация почечной артерии; фармако-холодовая ишемия; дети.