

РЕСТЕНОЗ ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНОЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ АОРТОАРТЕРИИТОМ

Б.З. Турсунов – д.м.н., профессор, главный ангиохирург госпиталя
Х.Х. Усманов – к.м.н., начальник госпиталя
С.Н. Темиров – к.м.н., врач-хирург отделения специализированной хирургии
Ф.Х. Абдуллаев – врач отделения эндоваскулярной хирургии
Ж.А. Алимухамедов – врач отделения эндоваскулярной хирургии

Центральный госпиталь МВД РУз
 100075 Республика Узбекистан, г. Ташкент, Чимбой 2,

В данном сообщении приведено описание клинического наблюдения больной неспецифическим аортоартериитом со стенозическим поражением почечной артерии с ранним рестенозом ее после стентирования, обсуждаются причины ошибок в диагностике и выборе метода лечения.

Ключевые слова: Аортоартериит, стентирование почечной артерии, артериальная гипертензия.

RECURRENT STENOSIS AFTER RENAL ARTERY STENTING IN PATIENT WITH TAKAYASU'S DISEASE

Tursunov B.Z. – MD, PhD, professor
Usmanov H.H. – MD, PhD
Temirov S.N. – MD, PhD
Abdullaev F.H. – MD
Alimuhamedov J.A. – MD

Central hospital of ministry
 of internal affairs
 2 Chimboy, Tashkent, Uzbekistan, 100075

Article describes the clinical case of a patient suffering from Takayasu's disease and stenotic lesion of the renal artery with early restenosis of renal artery after stenting, causes of mistakes in diagnosis and choice of treatment are also discussed.

Keywords: Takayasu's disease, stenting of renal arteries, arterial hypertension.

Введение

Неспецифический аортоартериит (НАА) — системное заболевание аутоиммунного генеза, ведущее к стенозированию аорты, магистральных артерий и ишемии соответствующего органа. Изолированное поражение почечных артерий (ПА) при НАА наблюдается редко, впервые оно было описано Т. Danagay в 1959 г. Чаще поражение ПА сочетается с поражением ветвей дуги аорты или торакоабдоминального

отдела аорты. Двусторонние поражения ПА встречаются, по данным А.В.Покровского [1] несколько чаще, чем односторонние, соответственно в 58% и 42% наблюдений. Как правило, морфологическим субстратом поражения ПА является распространение процесса с брюшной аорты на почечную артерию. Поскольку в почечных артериях эластические волокна располагаются на коротком расстоянии,

то, как правило, при НАА преимущественно поражается устье и I сегмент ПА (обычно не дистальнее 1,5–2 см от устья). Окклюзии ПА регистрируют значительно реже, чем стенозы, однако даже при окклюзии нередко дистальное сосудистое русло остается проходимым.

Изучение естественного течения заболевания показало, что гемодинамически значимый стеноз ПА прогрессирует и приводит к окклюзии артерии через 2–3 года после его диагностики у 7–16% больных. Риск развития сморщенной почки возрастает четырехкратно при наличии стеноза ПА более 60% [2]. У больных с гемодинамически значимым поражением ПА ежегодно, приблизительно у 5% больных, прогрессирует снижение почечной функции вплоть до полной её утраты [3].

Все вышеперечисленное свидетельствует о необходимости восстановления адекватного кровоснабжения почек при стенозирующе-окклюдированном поражении их артерий.

Развитие эндоваскулярных методов лечения позволило в значительной степени уменьшить количество прямых реконструктивных операций на ПА, однако, до настоящего времени, нет общепринятых критериев выбора того или иного метода лечения поражения ПА. Если при атеросклерозе и фиброзно-мышечной дисплазии, стентирование ПА является методом выбора лечения ВРГ, то при НАА мнения насчет стентирования противоречивы. По мнению А.В. Покровского и соавт. (2004) рентгенохирургические операции у больных НАА противопоказаны, т.к. могут вызвать активацию воспаления и прогрессирование стенотического процесса.

Sharma S. et al., [4] при стентировании почечных артерий у 62 больных НАА получили непосредственный технический успех у 95% больных, а сни-

жение артериального давления (АД) у 85%, с излечением от АГ только у 23% больных. В отдаленные сроки наблюдения до 22 мес. у 16% больных развился рестеноз.

Однако, нужно отметить, что результаты хирургической реваскуляризации почек при НАА значительно превосходят результаты стентирования – излечение от АГ – до 63% больных, у остальных – улучшение течения АГ [5, 6].

По мнению некоторых авторов [7], высокая активность воспалительного процесса должна служить противопоказанием для выполнения ангиопластики, поскольку в противном случае слишком высока вероятность развития тромбоза или рестеноза артерий и целесообразно назначение иммуносупрессивной терапии после ангиопластики. При выявлении рестеноза целесообразно отказаться от повторной ангиопластики и подвергнуть больного хирургическому вмешательству.

Клиническое наблюдение

Больная Ш., 17 лет, поступила с жалобами на повышение АД до 190/110 мм рт. ст., неподдающееся консервативной терапии, периодическое повышение температуры тела, головные боли, головокружение, общую слабость.

Из анамнеза известно, что болеет в течение года, когда было впервые выявлено повышение АД. Тогда же больная была обследована в клинике, где ей произведена почечная ангиография (рис. 1) и установлен диагноз: фиброзно-мышечная дисплазия (ФМД). Стеноз правой почечной артерии. Вазоренальная гипертензия. В мае 2009 г. больной выполнено стентирование правой почечной артерии, однако полного расправления стента и устранения стеноза не было достигнуто. Тем не менее, состояние улучшилось, отмечалось снижение АД



Рис. 1. Больная Ш. Стеноз первого сегмента правой почечной артерии.

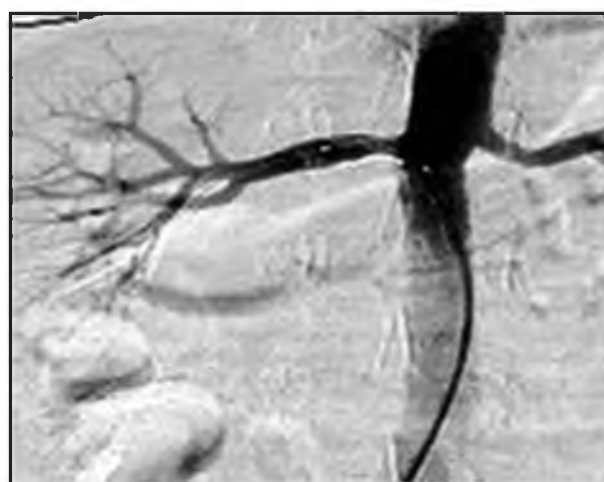


Рис. 2. Больная Ш. Ангиографическая картина после стентирования. Стеноз правой ПА полностью не устранен.

до 110/70 мм рт. ст. Через месяц у больной вновь начало повышаться АД, присоединились повышение температуры тела до 38–39⁰ С, озноб, повышенная потливость, слабость. Получала гипотензивную и антибактериальную терапию, которая была не эффективной. Больная обратилась в наше лечебное учреждение – Центральный госпиталь МВД Республики Узбекистан для обследования и лечения.

При поступлении общее состояние больной удовлетворительное. Правильного телосложения. Несколько пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые, обычной окраски. Сердечные тоны ясные. Артериальное давление на обеих руках 190/110 мм рт. ст., пульс 92 уд. в мин., ритмичный. Со стороны внутренних органов без особенностей. Пульсация магистральных артерий четкая. При аускультации выслушивается систолический шум в проекции правой почечной и левой сонной артерии.

Лабораторные исследования: Общий анализ крови: Нв 123 г/л., лейкоциты 7,4×10⁹, СОЭ – 55 мм/час. Со стороны биохимических анализов крови без особенностей. Ревмопроба АСЛО 313 ед., С-реактивный белок – отр., Ревмофактор – отр. ОАМ без патологии.

ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 85 в мин. В миокарде без особых изменений. УЗИ почек – тенденция к сморщиванию правой почки. Р-скопия грудной клетки – патологии не выявлено. Сцинтиграфия почек: справа – глубокое нарушение канальцевой секреции и выделительной функции почки по «паренхиматозному» типу со склонностью к обструкции. Слева – умеренное нарушение канальцевой секреции, выделительная функция в пределах нормы.



Рис. 3. Больная Ш. Рестеноз правой почечной артерии дистальнее стента.

Для определения дальнейшей тактики лечения 11.09.2009 г. больной произведена брюшная аортография и ангиография дуги аорты. На ангиограммах отмечается неровность контуров брюшной аорты, умеренная девиация инфраренального отдела. Левая ПА с нерезко выраженными признаками поражения в 1 сегменте. Размер почки: 112×61 мм. В 1-м сегменте правой почечной артерии визуализируется ранее установленный не полностью раскрытый стент. Далее стеноз во 2-м сегменте артерии, начиная с дистального конца стента, отмечается критический протяженный стеноз на грани окклюзии (рис. 3). Размер почки: 91×50 мм. При боковой аортографии также выявлен стеноз устья чревного ствола до 40%. Ангиография дуги аорты – отмечается неровность контуров ОСА с обеих сторон, слева стеноз 40% переходящий на ВСА.

Установлен диагноз: неспецифический аортоартериит. Стенозы почечных артерий, чревного ствола и левой сонной артерий. ВРГ. Состояние после стентирования правой почечной артерии. Рестеноз правой ПА.

Учитывая высокую активность воспалительного процесса, больной проведен курс пульсотерапии, после чего температура тела нормализовалась, СОЭ снизилось до 22 мм/час.

В плановом порядке 23.09.2009 г. больной произведена операция – резекция правой почечной артерии с аорто-почечным аутовенозным шунтированием.

Послеоперационное течение гладкое. Заживление ран первичным натяжением. АД снизилось до 110/70 мм рт. ст. Выписана в удовлетворительном состоянии. Больная наблюдалась в течение 3 лет после операции. Состояние ее удовлетворительное. АД нормализовалось. Дважды отмечалось



Рис. 4. Больная Ш. КТ-ангиография через 1 год после резекции правой почечной артерии и аорто-почечного аутовенозного шунтирования.

обострение воспалительного процесса, которое было купировано пульсотерапией. На КТ-ангиографии отмечена хорошая проходимость аорто-почечного шунта (рис. 4).

Обсуждение

Описанное наблюдение интересно в нескольких аспектах. Во-первых, при первичном обследовании была допущена диагностическая ошибка и вместо диагноза неспецифический аортоартериит установлен диагноз – фиброзно-мышечная дисплазия. Это может объясняться тем, что ангиографическая картина поражения правой почечной артерии вполне соответствовала таковой при фиброзно-мышечной дисплазии. Первый ошибочный шаг привел ко второму – принятию решения о выполнении стентирования правой ПА.

Во-вторых, как и указывается в литературе, стенти-

рование ПА привело к активизации воспаления и прогрессированию стенотического процесса и, в результате, к рестенозу ПА и рецидиву ВРГ в ближайшие сроки после вмешательства. Нужно также отметить, что во время открытой операции был выявлен выраженный воспалительный перипроцесс вокруг стентированного участка почечной артерии и выделить ее в этом месте было невозможно.

Заключение

Таким образом, описанный случай показывает, что нужно с очень большой осторожностью ставить показания к стентированию почечных артерий у больных НАА. Оно возможно у больных единственной функционирующей почкой и ОПН, а также у детей и подростков, в качестве первого этапа, как «мостик к реконструктивной операции» [8–10]. ■

Список литературы

1. Клиническая ангиология. Под ред. акад. Покровского А.В. Москва. М., 2004; т. 1, с.697–734
2. Caps M.T., Zierler R.E., Polissar N.L. et al. Risk of atrophy in kidneys with atherosclerotic renal artery stenosis. *Kidney Int.* 1998; 53 (3):735–742.
3. Olin J.W., Melia M., Young J.R. et al. Prevalence of atherosclerotic renal artery stenosis in patients with atherosclerosis elsewhere. *Amer.J.Med.* 1990; 88 (1):46–51.
4. Sharma S., Gupta H., Saxena A. Results of renal angioplastic in nonspecific aortoarteritis (Takayasu disease). *J. Vasc. Interv. Radiol.* 1998; 9: 429–435.
5. Pokrovsky A.V., Sultanaliyev T.A., Spiridonov A.A. Surgical treatment of vasorenal hypertension in nonspecific aortoarteritis (Takayasu disease). *J. Cardiovasc. Surg.* 1983; 24(1):111–118.
6. Keiffer E., Piquois A., Bertal A. B. Reconstructive surgery of the renal arteries in Takayasu's disease. *Ann. vasc. surg.* 1990; 4: 156–165.
7. Liang P., Hoffman G.S. Advances in the medical and surgical treatment of Takayasu's arteritis. *Curr. Opin. Rheumatol.* 2005; 17(1): 16–24.
8. Ковалев И.А., Варваренко В.И., Мурзина О.Ю. Случай неспецифического аортоартериита у ребенка 3 лет. *Педиатрия.* 2005; 2:88–90.
9. Suk-Hee Yoo, Gi-Hyun Kim, Won-Ick Lee Successful percutaneous renal artery angioplasty and stenting for acute renal failure in a solitary functioning kidney caused by Takayasu's arteritis. *Korean Circ. J.* 2010; 40(2): 414–417.
10. Вачев А.Н., Сухоруков В.В., Фролова Е.В. Хирургическое лечение больного молодого возраста с артериальной гипертензией при неспецифическом аортоартериите с поражением почечных артерий. *Ангиология и сосудистая хирургия.* 2011; 4: 148–151.

Адрес для корреспонденции (Correspondence to):

Турсунов Бахтиер Зияевич (Tursunov B.Z)

E-mail bahtiyor-tursunov@rambler.ru