

результаты достигаются при стабилизации состояния больного, что приводит к снижению летальности. Оперативное вмешательство должно выполняться с использованием искусственного кровообращения в условиях специализированных отделений [3, 4, 5].

Литература

1. Вагнер Е.А. // *Вестник хирургии*. — 1959. — № 9. — С. 89-95.
2. Вагнер Е.А. *Хирургия поврежденных груди*. — М.: Медицина, 1981.
3. Дземешкевич С.Л., Стивенсон Л.И. *Болезни митрального клапана*. — М.: Гэотар-Медицина, 2000.
4. Петровский Б.В., Де Бэки М.Е. *Экстренная хирургия сердца и сосудов*. — М.: Медицина, 1980.
5. Pesanti-Rossi D., Godart F., Dubar A., Rey C. // *Chest*. - 2003. - Vol. 123. - P. 2144-2145.
6. Sklar J., Clarke D., Campbell D. et al. // *Chest*. - 1982. -

Vol. 2 - P. 247-250.

7. Whisennand H., Van Pelt S., Beall A. et al. // *Ann. Thorac. Surg.* - 1979. - Vol. 28, No. 6. - P. 530.
8. Wu J.J., Yu T.J., Wang J.J. et al. // *J. Trauma*. - 1995. - Vol. 39, No. 6. - P. 1191-1193.

Поступила в редакцию 24.04.04.

TREATMENT OF POSTTRAUMATIC DEFECT OF INTERVENTRICULAR SEPTUM

Yu. A. Syrnev, A. K. Babaev, V. Yu. Bondar, A. N. Firstov
Regional Clinical Hospital No. 1 (Khabarovsk)

Summary — The paper presents a follow-up of a defect of interventricular septum arisen from a child's chest blunt injury diagnosed on the basis of auscultatory data, radiography, and ultrasound study. When acute consequences of the injury were suppressed, the child underwent alloplasty of interventricular septum in parallel with artificial circulation and chemical cold cardioplegia. As per control examination made in a year, hemodynamic indices were normal.

Pacific Medical Journal, 2004, No. 4, p. 81-82.

УДК 616.12-008.331.1-02:616.136.7-007.271]-089.844

М.Н. Сухов, А.В. Дроздов, Ю.А. Поляев, И.П. Лывина,
М.В. Исаева, Н.Г. Клебанова, О.А. Шурова,
С.В. Щенев, А.А. Мыльников, М.Д. Насибулин

ВАЗОРЕНАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ: ПРИМЕР КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ

Российская детская клиническая больница МЗ РФ
(г. Москва)

Ключевые слова: стеноз почечных артерий, вторичная гипертензия, ангиопластика.

Часто причинами, приводящими к развитию гипертензии в детском возрасте, служат аномалии развития почечных сосудов (вазореальная гипертензия) и заболевания, повреждающие почечную паренхиму. Гипертензия, обусловленная обструкцией почечной артерии, стоит на втором месте после гипертензии при коарктации аорты. Ведущей причиной реноваскулярного повреждения у детей является фибромускулярная дисплазия стенки почечных артерий, приводящая к их сегментарному стенозу. Одностороннее и двустороннее повреждение почечных артерий наблюдается с одинаковой частотой. В 20-40% случаев причиной фибромускулярной дисплазии служит неспецифический аортоартериит [2].

Оценка экскреторной функции почек радионуклидными методами и непосредственная визуализация ренальной артериальной системы рентгенангиографическим методом позволили значительно улучшить верификацию этиологии почечной гипертензии. Измерение концентрации ренина непосредственно в почечных венах в соотношении с ангиоархитектоникой дает четкие представления о доле заинтересованности почек при двустороннем поражении и предполагает динамический контроль эффективно-

сти лечения. Усовершенствованные методы рентгенэндоваскулярной баллонной ангиопластики стали альтернативой хирургической ангиопластике в лечении вазоренальной гипертензии [1, 2].

По данным отечественной и зарубежной литературы процент послеоперационных рестенозов при баллонной и хирургической ангиопластике примерно одинаков (25%), однако эндоваскулярный метод ангиопластики менее травматичен. Его эффективность составляет 60-70%, эффективность хирургического вмешательства — до 78% (в том и другом случаях — при поддерживающей гипотензивной терапии) [1]. При резко выраженных и протяженных стенозах почечных артерий эффективной по-прежнему остается хирургическая реконструкция. Приводим собственное клиническое наблюдение.

Больной Ф., 13 лет. Вазоренальная гипертензия диагностирована в 10-летнем возрасте. Направлен в РДКБ для уточнения диагноза. При поступлении состояние средней тяжести, жалобы на периодические головные боли, артериальное давление 170-220/95-140 ммрт. ст. Патологических шумов в проекции брюшной аорты не выслушивалось. При ультразвуковом исследовании обнаружены признаки стеноза устья правой почечной артерии до 0,1 см с постстенотическим расширением до 0,6-0,7 см, а также признаки стеноза устья левой почечной артерии до 0,1 см и постстенотическим расширением до 0,5-0,6 см. Ангиография подтвердила стеноз почечных артерий протяженностью 2,3 см справа и 0,6 см слева. Левая почка имела дополнительную нижнеполюсную артерию без признаков стеноза (рис. 1). Уровень ренина в почечных венах: 28 нг/мл справа и 25 нг/мл слева. Ультразвуковое сканирование: правая почка размером 8,8×4,1 (1,6) см, левая — 10,4×4,6 (1,6) см. Спектр доплеровского сдвига частот справа по основному стволу и сегментарным артериям до 40 см/сек., слева — до 43 см/сек.

20 августа и 15 ноября 2003 г. дважды выполнена баллонная ангиопластика левой почечной артерии. По ангиографическим данным было достигнуто расширение артерии на уровне стеноза сначала до 0,2, затем до 0,28 см (рис. 2). Баллонная дилатация справа была невозможна в связи с резко выраженным, протяженным стенозом и дополнительным



Рис 1. Трансартериальная диагностическая аортоурография: двухсторонний стеноз почечных артерий.

изгибом почечной артерии. Уровень ренина в почечных венах: 27 нг/мл справа и 17 нг/мл слева.

В послеоперационном периоде артериальное давление держалось на цифрах 170-200/95-150 мм рт. ст. Продолжена гипотензивная терапия (диротон — 5 мг/сутки в два приема, нормодепин — 25 мг/сутки). При контрольном осмотре в марте 2004 г. сохранялись жалобы на головные боли, слабость. Артериальное давление оставалось на прежнем уровне. Спектр доплеровского сдвига частот по основному стволу почечной артерии и сегментарным артериям справа — 40 см/сек, слева — до 53 см/сек.

В связи с сохраняющимся выраженным стенозом правой почечной артерии и высоким артериальным давлением, резистентным к гипотензивной терапии, проведена операция реноаортальной транспозиции правой почечной артерии. Интраоперационно в средней трети правой почечной артерии зафиксировано веретенообразное расширение диаметром до 0,6 см, протяженностью 1,5 см. Проксимальное расширение определялось стенозом диаметром до 0,1 см и протяженностью до устья почечной артерии (2,6 см). Артерия в зоне стеноза была резко извита с изгибом до 60° и выраженным склерозом стенки. Проведены перевязка и отсечение правой почечной артерии у дистального отдела постстенотического расширения. В стенке аорты на 5 см ниже устья почечной артерии сформировано конгруэнтное отверстие. Выполнена транспозиция правой почечной артерии с созданием аорторенального анастомоза. Восстановлен артериальный кровоток. Диаметр анастомоза — 0,6 см. Срок ишемии почки составил 19 мин.

В раннем послеоперационном периоде артериальное давление снизилось до цифр: 120-145/75-95 мм рт. ст. на фоне дозы нормодепина с 25 мг/сутки до 2,5 мг/сутки. К 15-м суткам после операции артериальное давление составляло 120-145/75-95 мм рт. ст. Доза нормодепина снижена до 1,5 мг/сутки.

Контрольное обследование через 3 месяца после операции: состояние удовлетворительное, жалоб нет, артериальное давление 125-140/60-90 мм рт. ст. без коррекции гипотензивными препаратами.



Рис 2. Трансартериальная аортоурография после вазобаллонной дилатации левой почечной артерии (стрелка).

Таким образом, баллонная дилатация почечных артерий, благодаря малой травматичности, является методом выбора в коррекции вазоренальной гипертонии. Своевременная диагностика с последующей ранней хирургической коррекцией позволяет избежать здесь прогрессирующего повреждения паренхимы почек. В сложных случаях возможен комбинированный подход к пластике почечных артерий.

Литература

1. Гавриков П.Г., Васильева А.А., Протопопов А.В., Кочкина Т.А. // *Ангиология и сосудистая хирургия.* — 2003. — № 1. — С. 26-28.
2. Маковецкая Г.А., Гасилина Е.С., Исаева Л.С., Борискина И.Е. // *Российский вестник перинатологии и педиатрии.* — 2000. — № 1. — С. 45-47.

Поступила в редакцию 30.11.04.

VASORENAL HYPERTENSION: AN EXAMPLE OF COMBINATION THERAPY

M. N. Sukhov, A. V. Drozdov, Yu. A. Polyayev, I. P. Lyvina, M. V. Isaeva, N. G. Klebanova, O. A. Shurova, S. V. Schenev, A. A. Mylnikov, M. D. Nasibulin
Russian Children's Clinical Hospital of the Russian Ministry of Health (Moscow)

Summary — The paper provides a follow-up of a child aged thirteen when the authors have diagnosed bilateral renal artery stenosis, most evident on the right. The patient underwent left balloon angioplasty and renal arterial transposition of the right renal artery in four months. The repeated examination showed normal arterial pressure without any correction of antihypertensive drugs. Based on the results, the authors concluded that combination therapy of renal angioplasty in cases of vasorenal hypertension is advisable.

Pacific Medical Journal, 2004, No. 4, p. 82-83.