

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СИНДРОМЕ СДАВЛЕНИЯ ЛЕВОЙ ПОЧЕЧНОЙ ВЕНЫ В АОРТО-МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОМ ПИНЦЕТЕ.

Научный руководитель – Неймарк Борис Александрович

Абдуллаева Саламет Абдурахмановна

Студент (специалист)

Алтайский государственный медицинский университет, Педиатрический факультет,
Барнаул, Россия

E-mail: asalamet@mail.ru

Цель: Оценка эффективности диагностического алгоритма, хирургическая тактика при данном заболевании.

Материалы и методы: Достаточно редкая патология, которая возникает в результате сдавления дистального отдела левой почечной вены (ЛПВ) между верхней брыжеечной артерией (ВБА) и аортой. Развивается как у мужчин так и у женщин. Жалобы пациентов с данным синдромом связаны с переполнением кровью левой почки: отмечаются боли в левом боку с иррадиацией в ягодичную область, гематурия (микро- или массивная). Другие симптомы и варианты течения возникают в результате нарушения кровотока: тазовое венозное полнокровие у женщин или варикоцеле у мужчин вследствие выраженного рефлюкса по гонадным венам. Пациентки сообщают о регулярном болевом синдроме в тазовой области, болезненность во время полового акта, дисменорее, расстройствах мочеиспускания. Выраженность симптомов существенно нарастает в положении стоя или сидя и уменьшается в положении лежа. Таким образом пациент принимает вынужденное положение. Также возможно развитие варикозного расширения вен нижних конечностей, в том числе и атипичной локализации.

Хирургические вмешательства. Для лечения пациентов с синдромом сдавления левой почечной вены в аорто-мезентериальном пинцете, использовались несколько различных способов.

*Транспозиция левой почечной вены. Выделяют ствол сосуда, левую среднюю надпочечниковую вену пересекают, чтобы можно было левую почечную вену переместить. В месте впадения левой почечной вены нижнюю полую вену накладывают зажим, последнюю отсекают, отверстие в нижней полой вене ушивают обвивным швом. Создают новое устье на 3-5 см дистальнее, реимплантируя левую почечную вену в нижнюю полую вену. У пациентов с сопутствующим тазовым венозным полнокровием или варикоцеле пересекают также левую гонадную вену. Также, вмешательство может быть выполнено как из верхне-срединного лапаротомического доступа, техникой минилапаротомии, а так и из доступа в правом подреберье. Транспозиция левой почечной вены на сегодняшний день считают методом выбора.

*Транспозиция верхней брыжеечной артерии. Верхнюю брыжеечную артерию отсекается у места ее отхождения от аорты и реимплантируется дистальнее уровня расположения левой почечной вены. Данная методика требует прекращения артериального кровотока и проведения реконструктивного этапа, что должно быть выполнено в кратчайшее время, чтобы не допустить развития ишемии кишечника. Самым тяжелым осложнением в послеоперационном периоде данного вмешательства является артериальный тромбоз.

*Аутоотрансплантация. Данный метод является эффективным, но очень инвазивным способом вмешательства, с риском развития ишемии почки, недостаточности мочеточникового анастомоза.

*Другие методы хирургического лечения артериовенозных конфликтов: Обходное шунтирование левой почечной вены. Для создания шунта используются как синтетические сосудистые протезы, так и подкожные вены конечностей.

Наружное стентирование, гонадокавальное обходное шунтирование, транспозиция левой гонадной вены, пластика вены с наложением заплаты, флеболлиз левой почечной вены.

*Эмболизация. Через бедренную вену или вену плеча катетеризируют левую почечную вену, затем гонадную вену, в которую имплантируют обтурирующую спираль и/или вводят склерозирующий препарат, под местной анестезией. Этот метод применяется в том случае, если у пациентов не было обнаружено нарушений функции почек, то есть с изолированным варикоцеле, либо тазовым венозным полнокровием. Наиболее частыми осложнениями данного способа, являются проявления «почечных» симптомов, а также рецидивом тазовых болей.

*Стентирование следует выполнять под общей анестезией ввиду возможностей выраженных болей. Необходимо также внутривенное введение гепарина. левую почечную вену катетеризируют чрезбедренным доступом. Устанавливают саморасширяющийся стент диаметром от 10 до 20 мм и длиной 40-70 мм и так же проводят дополнительно баллонную дилатацию. Прежде чем удалить катетер, выполняют контрольную флебографию и измеряют градиент давления между левой почечной веной и нижней полой веной.

*Эндоваскулярные методы. Эти способы менее инвазивны в сравнении с оперативными вмешательствами и могут быть выполнены чрескожным доступом.

Клинический случай

Пациентка А, 23 лет, в 2016 году была госпитализирована в отделение урологии ГКБ No г. Барнаул, с обострением пиелонефрита. Было проведено исследование МСКТ, где было впервые выявлено полное удвоение правой почки, сложная киста правой почки. В октябре 2018 впервые появились тазовые боли. Обследовалась и наблюдалась у уролога. Выполнилась экскреторная урография - односторонний нефроптоз 1 степени что рассматривалось как причина тазовых болей, рекомендовано ношение бандажа, прибавка в весе, длительный прием растительных уросептиков. Рекомендации соблюдала, тазовые боли. В декабре 2018 года выполнялось МСКТ почек и забрюшинного пространства, органов малого таза - полное удвоение правой почки, аорто-мезентериальный пинцет. УЗИ органов малого таза - полостное образование размерами 20*15*19 мм, объем 3,17 см. куб., с несмешанной гипоэхогенной мелкодисперсной взвесью, при ЦДК - без кровотока.; ОАМ, ОАК, БХ. Анализ крови - без изменений. Выполнялось исследование: дуплекс почечных вен в декабре 2018 года - кровоток по почечным артериям и венам не нарушен.

Выводы: Так как патология сосудистой системы почек является одной из редких и трудно диагностируемых причин, которые имеют тенденции проявляться урологическими или гинекологическими симптомами, можно сделать вывод, при эффективном алгоритме ди-

агностике и выборе правильной тактики ведения каждого пациента , возможно оказать квалифицированную помощь и сократить послеоперационное осложнение , что улучшит качество жизни каждого пациента .

Источники и литература

- 1) 1.Исаков Ю.Ф., Ерохин А.П., Гераськин В.И., Воронцов Ю.П. К проблеме варикоцеле у детей. Урология и нефрология 1977;(5):51-55. 2. Шенбергер А.Б., Мустафин Т.П., Куклин Д.С. Морфологические и гистохимические изменения в соединительной ткани левой внутренней семенной вены у больных идиопатическим варикоцеле. Медицинский вестник Башкортостана 2008;3(1):30-33. 3. Капто А.А., Габлия М.Ю. Симптоматическое варикоцеле обусловленное локальным нарушением венозной гемодинамики. 4. Тонков В.Н. Учебник нормальной анатомии человека. Медгиз. 1962. 516 с. ной дороги. Москва. 2008. С. 98-99. 5. Рентгенэндоваскулярная хирургия. Национальное руководство: в 4тт./под ред. Академика РАН Б.Г. Алеяна.-М.:Литтерра, 201