

*Автор:*

*Оборин Александр Андреевич*

студент

ФБОУ ВО «Пермский государственный медицинский

университет им. академика Е.А. Вагнера»

Минздрава России

г. Пермь, Пермский край

## **СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ РЕТРОАОРТАЛЬНОГО РАСПОЛОЖЕНИЯ ЛПВ ВЕНОЗНЫМ АЛЛОТРАНСПЛАНТАТОМ**

*Аннотация:* в представленной научной работе исследователем рассмотрен случай хирургической коррекции ретроаортального расположения ЛПВ венозным аллотрансплантом.

*Ключевые слова:* хирургическая коррекция, ретроаортальное расположение, ЛПВ.

*Введение:* Брожденные изменения почечных вен чаще всего связаны с нарушениями в развитии нижней полой вены, в которую они впадают. Ренальный сегмент нижней полой вены может быть нарушен на любой стадии развития вен [4]. Одним из таких отклонений является ретроаортальное расположение левой почечной вены. В норме левая почечная вена проходит впереди аорты. К аномальному варианту относят ретроаортальную позицию, когда она проходит одним стволом косо сверху вниз позади аорты и впадает в нижнюю полую вену на уровне третьего или четвертого поясничных позвонков. Частота ретроаортальной позиции левой почечной вены колеблется от 2 до 6,6% случаев [5]. Неблагоприятным моментом ретроаортального расположения ЛПВ является ее компрессия аортой. В отдельных случаях этот факт приводит к развитию регионарной венозной гипертензии [1]. Клиническими проявлениями подобной предрасположенности являются «nutcracker» синдром для левой почечной вены [2]. В большинстве случаев при аномалиях мочеполовой системы отмечается нарушение пассажа мочи, что способствует развитию гнойно-воспалительных процессов,

камнеобразованию, атрофии перихимы почки и почечной недостаточности [6]. В отечественной литературе нет материала и рекомендаций по лечению пациентов с ретроаортальным расположением ЛПВ. Мы представляем первый опыт коррекции подобной аномалии, посредством протезирования вены сосудистым аллотрансплантатом, возвращая ее нормальное расположение – над аортой. Первое описание соотношения сосудов и предположение о нарушении венозного оттока как причины синдрома сделал анатом J. Grant в 1937 г [3]. Нарушение проходимости в данном случае обусловлено сдавлением левой почечной вены аортой. В результате чего наблюдалась венозный застой и как следствие венозный стаз в почке.

*Клиническое наблюдение:* Пациент П. 23 года. При поступлении предъявлял жалобы на слабость, головокружение, помутнение мочи, боль усиливающиеся при ортостазе. Ранее отметил изменение цвета мочи (потемнение) перед этим переохлаждение. ОРВИ, боли при мочеиспускании, лихорадку отрицает. Консультация уролога – хронический пиелонефрит. На УЗИ почек и простатальной железы патологий не выявлено. На КТ ОБП выявлен ретроаортальный ход левой почечной вены с признаками ее компрессии и развитием венозной гипертензии. Выполнена цистоскопия – геморрагическая моча из устья левого мочеточника. На эхокг выявлена дисплазия соединительной ткани, ПМК 1 степени. На УЗИ структурных изменений мочевыделительной системы не обнаружено. Принято решение выполнить протезирование с созданием надаортального расположения почечной вены. От использования синтетического материала было решено отказаться исходя из возраста пациента и неудовлетворительных отдаленных результатов. Аутовена оказалась не пригодна для конкретной ситуации [7]. Опираясь на опыт использования аллогенного материала и удовлетворительных отдаленных результатов принято решение об имплантации аллотрасплантата. Краткий протокол операции: выполнена срединная лапаротомия с ревизией инфрааренального отдела аорты. Обнаружен ретроаортальный ход ЛПВ с ее компрессией. Выполнена резекция участка ЛПВ. Выполнено протезирование аллотрансплантата

с дистальным и проксимальным анастомозом по типу «конец в конец». Левая надпочечниковая вена лигирована ввиду невозможности ее анастомозирования.

*Результаты и обсуждение:* На 6 сутки после вмешательства пациент выпущен без послеоперационных осложнений с регрессом макрогематурии и исчезновением головокружений и головных болей. На контрольном дуплексном сканировании нарушений не выявлено: отток по венам почки сохранен. Сам гомогraft визуализируется над аортой, без особенностей. Врожденные изменения почечных вен являются редкими аномалиями, которые зачастую требуют хирургической коррекции. Представленное клиническое наблюдение демонстрирует необходимость стандартизации подхода к лечению подобного рода аномалий. Наш опыт основывается на безупречных отдаленных результатах использования аллогенного пластического материала. Использование синтетического материала не представляется возможным из-за ограниченного срока действия протеза, возникновения инфекционного процесса в зоне анастомоза, не подходящий диаметр с сопоставляемым сосудом. БПВ как аутовенозный материал в силу своей архитектоники не мог быть использован. В свою очередь, стеноз почечной вены провоцирует развитие венозной гипертензии, которая, уравнивая разность давлений между артериальной и венозной системой, снижает скорость кровотока. К тому же, повышенной венозное давление способствует нежелательной инфильтрации паренхимы почек. Так, одним из возможных вариантов развития пиелонефрита является нарушенный венозный отток.

*Вывод:* Проблема хирургического лечения аномалий развития сосудистой системы является актуальным вопросом, так как не разработаны рекомендации и наиболее эффективные методы их коррекции. Подобные отклонения могут не только существенно снижать качество жизни, но и представлять угрозу последней. Развитие застойных явлений в венах почки благоприятствуют развитию инфекционного процесса. При восстановлении нормального оттока исчезли головные боли, головокружение состояние общего недомогания, что доказывает необходимость выполнения подобных интервенций. В свою очередь, наиболее оптимальным пластическим материалом при подобных реконструкциях является

аллотрансплантат влажного хранения ввиду невозможности использования альтернативного пластического материала.

### ***Список литературы***

1. Нурмеев И. Диагностика и хирургическое лечение левосторонних хронических окклюзирующих поражений почечных и подвздошных вен у подростков / И. Нурмеев, Л. Раширов // Вопросы современной педиатрии. – 2008. – №7 (3). – С. 38–42.
2. Simone C., Alvarez J., Becker G. et al. MayBThurner syndrome in an adolescent: persistence despite operative management // J. Vasc. Surg. – 1999. – V. 30. – №5. – P. 950–953.
3. Graif M., Hauser R., Hirschebein A. et al. Varicocele and the testicularrenal venous route: hemodynamic Doppler sonographic investigation // J. Ultrasound Med. – 2000. – V. 19. – №9. – P. 627–631.
4. Кривов Ю.И. Торгунаков А.П. Классификация аномалий левой почечной вены и возможности формирования левостороннего рпва // Медицина в Кузбассе – 2007. – №3. – С. 35–37
5. Подлесный Н.М. Позадиаортальное расположение почечной вены / Н.М. Подлесный // Материалы юбилейной научной конференции Запорожского медицинского института. – Киев, 1967. – С. 36–37.
6. Лопаткин Н.А. Урология / Н.А. Лопаткин [и др.] – М., 1992. – С. 85 – 105.
7. Использование поверхностной бедренной вены в реконструктивно-восстановительной хирургии сосудов / С.П. Зотов [и др.] // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – М.: Медицина, 1993. – №5. – С. 72–75.