

რენოვასკულური დაავადება - თირკმლის არტერიის მწვავე თრომბოზი (კლინიკური შემთხვევა)

ფოფხაძე ი., ლოლაძე ზ., ნონიკაშვილი ზ., კვაჭახელიძე ვ., ლაზიშვილი თ.

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკა

RENOVASCULAR DISEASE - RENAL ARTERY THROMBOSIS

Popkhadze I., Loladze Z., Nonikashvili Z., Kvachakhelidze V., Lazishvili T.

THE FIRST UNIVERSITY CLINIC OF TSMU

რეზიუმე ვაზორენალური ჰიპერტენზია, რომელიც ძირითადად განპირობებულია თირკმლის არტერიების დაზიანებით, აღენიშნება ჰიპერტენზიით დაავადებულთა 3-5%-ს. წარმოდგენილია შემთხვევა: 70 წლის მამაკაცი ჩივილებით: ძლიერ, მუდმივი ხასიათის ტკივილებზე მუცლის არეში, მარცხენა ფერდქვეშ ირიდაციით. ტკივილები დაეწყო ჰოსპიტალიზაციამდე 12-24 საათით ადრე, რასაც თან დაერთო მაღალი არტერიული წნევა. მდგრადი არტერიული წნევა 230/110მმ.ვწყ. სვ. მუცელი რბილი, პალპაციით მგრძობიარე. ბიმანუალური განისჯვით მარცხენა მხარეს პასტერნაცის სიმპტომი დადებითი. ტკივილის კუპირება ვერ ხერხდება. პაციენტი შეფასდა უროლოგის და სისხლძარღვთა ქირურგის მიერ, ეჭვი მიტანილი იყო მარცხენა თირკმლის სისხლის მიმოქცევის მწვავე მოზღაფე. მუცლის ღრუს და მცირე მენჯის კომპიუტერული ტომოგრაფია, ანგიოგრაფიული რეჟიმი: გამოხატული იყო იშემიის კტ სურათი. განხორციელდა ბალონური ანგიოპლასტიკა კარგი ანგიოგრაფიული შედეგით, მაგისტრალური სისხლის ნაკადის აღდგენით თირკმლის არტერიაში, დისტალური სეგმენტის რეკანალიზაცია ვერ მოხერხდა. პაციენტს ინტერვენციასთან კომბინაციაში ჩაუტარდა კონსერვატიული მკურნალობა ანტიაგრეგანტებით და ანტიკოაგულანტებით. შორეულ პერიოდში საკონტროლო კვლევით: არტერიული ფაზა თირკმლის არტერიაში სრულად დამაკმაყოფილებელი. კრეატინინის და შარდოვანას მაჩვენებლები ნორმის ფარგლებში. პაციენტი ჩივილებს არ წარმოადგენდა.

Resume Vasorenal hypertension, which is the main condition after arterial damage of kidney, is the cause of 3-5% cases of hypertension. The case is presented: A 70-year-old man complained of severe constant pain in the abdomen, irradiating to the left pelvic area with resistant Blood pressure 230/110. According to anamnesis, the above-mentioned pain started in the evening before admission. similar pain was never experienced before. A bimanual examination revealed the Pasternacki sign positive on the left side. The pain cannot be revealed. On the CT angiogram of abdomen and pelvis, on the left kidney parenchyma contrast does not strengthen. It is evident that we are dealing with ischemia on CT picture. The patient's assessment was carried out by the urologist and vascular surgeon. The left kidney has been diagnosed with acute blood supply restriction. In order to restore blood circulation of the left kidney it was decided to perform angioplasty of the kidney. The balloon angioplasty was performed with good angiographic results, renewal of blood flow to the kidneys. In the artery, the distal segment could not be recanalized. The patient was on conservative therapy as well, with antithrombotic and anti-coagulants. In the distant period of control research: the arterial phase is fully satisfactory in the kidney arteries. Creatinine and urea indicators within the norm. The patient was not complaining.

საკვანძო სიტყვები: ვაზორენალური ჰიპერტენზია, თირკმლის არტერიების თრომბოზი, ბალონური ანგიოპლასტიკა
Keywords: Vasorenal hypertension, Renal Artery Thrombosis, balloon angioplasty

შესავალი

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, მოსახლეობის 10%-ს აქვს არტერიული წნევის მატება. მათგან 20-25%-ს აღენიშნებათ სიმპტომური ჰიპერტენზია. ვაზორენალური ჰიპერტენზია, რომელიც ძირითადად განპირობებულია თირკმლის არტერიების დაზიანებით, აღენიშნება ჰიპერტენზიით დაავადებულთა 3-5%-ს.

სიმპტომური ჰიპერტენზიის მიზეზებია:

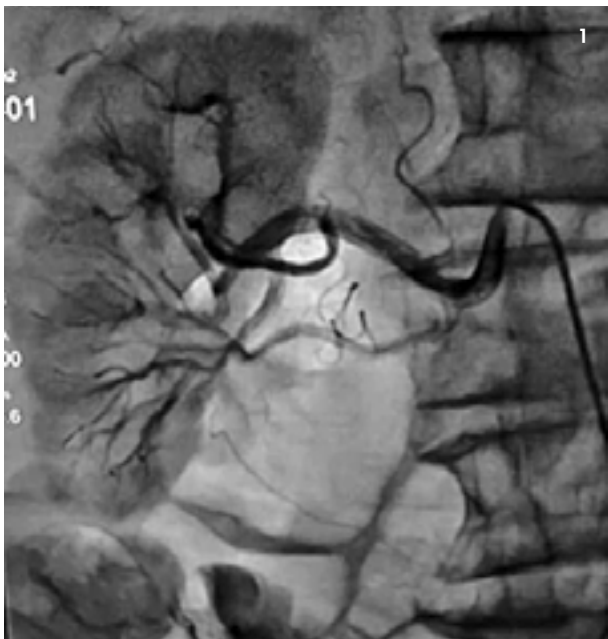
1. თირკმლის პათოლოგიები – გლომერულონეფრიტი, პიელონეფრიტი, თირკმლის დაზიანება კოლაგენოზის დროს, ტუბერკულოზი, ჰიდრონეფროზი;

2. აორტის და მისი ტოტების დაზიანებები – აორტის კოარქტაცია, არასპეციფიკური აორტიტი, ვაზორენალური ჰიპერტენზია, ბრაქიოცეფალური არტერიების დაზიანება;

3. თირკმელზედა ჯირკვლის პათოლოგიები – ფეიქრო-მოციტომა, კუშინგის დაავადება, კონის დაავადება;

4. ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანებები.

თირკმლის არტერიების დაზიანება შეიძლება იყოს თანდაყოლილი და შექცნილი. შექცნილ პათოლოგიათა ჯგუფიდან ვაზორენალური ჰიპერტენზიის უმთავრეს მიზეზია თირკმლის არტერიების ათეროსკლეროზული დაზიანება (80%) – პათოლოგიური პროცესი აზიანებს თირკმლის არტერიის პროქსიმალურ ნაწილს. სისშირით მეორე მიზეზია ფიბროზულკუნთოვანი დისპლაზია



სურათი 1-2. მარცხენა თირკმლის პარენქიმის კონტრასტული გაძლიერება არ ვლინდება. მუცლის ღრუს და მცირე მენჯის კტ ანგიოგრაფიული კვლევა

(15%) (თანდაყოლილი დაავადება) – პათოლოგია ლოკალიზებულია თირკმლის არტერიის შუა ნაწილში.

ვაზორენალური ჰიპერტენზიის დროს მაღალი დიასტოლური წნევა განპირობებულია გოლდბლატის მექანიზმით. ჰიპერტროფიული იუქსტამედიალური უჯრედებით ხდება რენინის გადაჭარბებული გამოყოფა. იგი მოქმედებს ლვიძლიდან გამოყოფილ ანგიოტენზინოგენზე და გარდაქმნის მას ანგიოტენზინოგენ I-ად, რომელზეც მოქმედებს ანგიოტენზინ მაკონვერტირებული ფერმენტი და გარდაქმნის მას ანგიოტენზინ II-ად. უკანასკნელს აქვს ვაზოკონსტრიქციული თვისებები და არტერიული წნევის მატებას თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქზე ზემოქმედებით, ალდოსტერონის ჭარბი გამოყოფით და ორგანიზმში Na⁺ რეტენციით იწვევს.

თირკმლის არტერიის სტენოზის სიმპტომები გვიან ეტაპზე ვლინდება. ხშირად იგი შემთხვევითი აღმოჩენაა, სხვა მიზნით ჩატარებული კვლევების შედეგების შეფასებისას. პაციენტებს ხშირად აწუხებთ თავის ტკივილი, წამოხურება და სიმძიმის შეგრძნება თავში, ყურებში შუილი, მხედველობის გაუარესება, ყრუ ტკივილი გულის არეში, ზოგჯერ სტენოკარდიული შეტევები, ტკივილი წელის არეში, ზედა და ქვედა კიდურებში.

არტერიული წნევა მომატებულია სტაბილურად: სისტოლური >160მმ.ვწყ.სვ., ზოგჯერ კი – 200-240მმ.ვწყ.სვ.-ს ფარგლებში, ხოლო დიასტოლური წნევის მაჩვენებელი ყოველთვის >100მმ.ვწყ.სვ.-ზე. მნიშვნელოვან სადიაგნოსტიკო ტესტად უშედეგო კონსერვატიული თერაპია. ზოგჯერ გამოხატულია მაღალი არტერიული კრიზები, რაც განაპირობებს თავის ტვინის სისხლის მიმოქცევის მოშლას და გულის მარცხენა პარკუჭის გადატვირთვას. თირკმლის არტერიის სტენოზის ფონზე შეიძლება განვითარდეს თირკმლის არტერიის თრომბოზი ან ემბოლია, რასაც მოჰყვება თირკმლის ინფარქტი შემდეგი სიმპტომატიკით: უეცარი ტკივილი წელის არეში, ჰემატურია, ტემპერატურა, ჰიპერტენზია.

ვაზორენალური ჰიპერტენზიის დიაგნოსტიკაში წამყვანი მნიშვნელობა ენიჭება ანამნეზს და კლინიკურ კვლევას.

სადღესოდ თირკმლის არტერიების სტენოზის სადიაგნოსტიკო ძირითად მეთოდად ითვლება დუპლექს-სონოგრაფია. თირკმლის ფუნქციის გამოკვლევის მიზნით გამოიყენება, აგრეთვე, ფუნქციური სცინტიგრაფია. თირკმლის არტერიების ვიზუალიზაციის ოქროს სტანდარტად მიჩნეულია ანგიოგრაფია, რომელიც თირკმლის არტერიის შევიწროების ადგილის და ხარისხის დადგენის საშუალებას იძლევა.

კლინიკური შემთხვევა

2018 წლის სექტემბერში თსსუ პირველ საუნივერსიტეტო კლინიკაში ჰოსპიტალიზებული იყო 70 წლის მამაკაცი ჩივილებით: ძლიერ, მუდმივი ხასიათის ტკივილები მუცლის არეში, მარცხენა ფერდქვემ ირიდაციით.

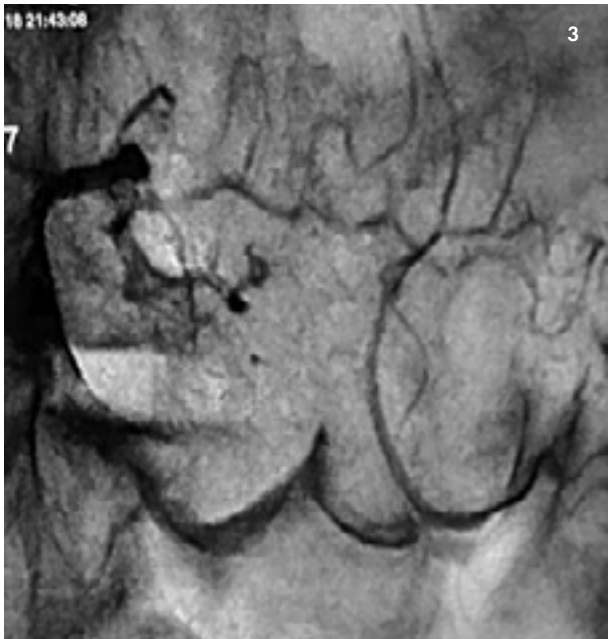
ანამნეზი: ტკივილები დაეწყო ჰოსპიტალიზაციამდე 12-24 საათით ადრე, რასაც თან დაერთო მაღალი არტერიული წნევა. გადმოცემით, წარსულში მსგავსი ტკივილები არ ჰქონია.

ობიექტურად: მდგრადი არტერიული წნევა 230/110მმ.ვწყ.სვ., პულსი 88', არითმიული. ენა სველი, ყლაპვა თავისუფალი, მუცელი რბილი, პალპაციით მგრძნობიარე. ბიძანუალური განისჯვით მარცხენა მხარეს პასტერნაცის სიმპტომი დადებითი. ტკივილის კუპირება ვერ ხერხდება.

პაციენტი შეფასდა უროლოგის და სისხლძარღვთა ქირურგის მიერ, ექვი მიტანილი იყო მარცხენა თირკმლის სისხლის მიმოქცევის მწვავე მოშლაზე.

ინსტრუმენტული კვლევა:

- ექოლოგიურად: მარცხენა თირკმლის კორტიკო-მედულური დიფერენციაცია შენახული, ზომა 15მმ, ფორმა შეუცვლელი.
- მუცლის ღრუს და მცირე მენჯის კომპიუტერული ტომოგრაფია, ანგიოგრაფიული რეჟიმი: მარცხნივ



სურათი 3-4. საკონტროლო ანგიოგრაფია. მარცხენა არტერიის შუასეგმენტის ჰემოდინამიკური კრიტიკული სტენოზი

თირკმლის პარენქიმის უდიდეს ნაწილში კონტრასტული გაძლიერება არ გამოვლინდა, გამოხატული იყო იშვების კტ სურათი.

მკურნალობა

მარცხენა თირკმელში სისხლის მიმოქცევის აღდგენის მიზნით გადაწყდა თირკმლის არტერიის ანგიოპლასტიკა. პაციენტი გადაყვანილ იქნა ინტერვენციის კატაბში.

ულტრაბგერის კონტროლით, სელდინგერის ნემსით, განხორციელდა მარჯვენა ბარძაყის საერთო არტერიის პუნქცია, რეტროგრადული მიმართულებით შეყვანილი იყო მიმართველი გამტარი 0,35 და ინტრადუსერი 6Fr.

საკონტროლო ანგიოგრაფიაზე დაფიქსირდა მარცხენა არტერიის შუა სეგმენტის ჰემოდინამიური კრიტიკული სტენოზი, დისტალური სეგმენტის ოკლუზია, ჰიდროფილური მიმართველი გამტარი 0,35 გატარდა თირკმლის არტერიის 2/3-ის დისტალურად. აღნიშნულ არტერიაში გატარდა მიმართველი 0,14. განხორციელდა ბალონური ანგიოპლასტიკა 2x10მმ ბალონით, კარგი ანგიოგრაფიული შედეგით, მაგისტრალური სისხლის ნაკადის აღდგენით თირკმლის არტერიაში, დისტალური სეგმენტის რეკანალიზაცია ვერ მოხერხდა. პაციენტს ინტერვენციასთან კომბინაციაში ჩაუტარდა კონსერვატიული მკურნალობა ანტიაგრეგანტებით და ანტიკოაგულანტებით.

ლიტერატურა:

Literature:

1. Rutherford's Vascular Surgery, Saunders, 8 edition, May 5, 2014, 784 p.
2. Merck Manual of Diagnosis and Therapy, Merck; 20 edition, April 17, 2018, 3530 p. (Peripheral Arterial Disease; Chronic Venous Insufficiency and Postphlebotic Syndrome; Deep Venous Thrombosis (DVT); Superficial Venous Thrombosis; Varicose Veins).
3. Practical Phlebology: Venous Ultrasound, Joseph Zygmunt, Olivier Pichot, Tracie Dauplaise, CRC Press; June 25, 2013, 192p.
4. Vascular Surgery (European Manual of Medicine) by Christos D. Liapis, Klaus Balzer, et al., Springer; 2007 edition, Dec 19, 2006, 674 p.

ინტერვენციის დასრულებისთანავე პაციენტს აღენიშნა წნევის მაჩვენებლის დაქვეითება – 160/90მმ. ვწყ.სვ.-მდე. მოხერხდა ტკივილის კუპირება.

სტაციონარში დაყოვნების პერიოდში, აღინიშნა დადებითი დინამიკა, დასტაბილურდა და სამიზნე მაჩვენებელს მიუახლოვდა როგორც სისტოლური, ასევე დიასტოლური წნევა – 140/80მმ.ვწყ.სვ. სტაციონარიდან გაეწერა დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში, ჩივილებს არ წარმოადგენდა.

საკონტროლო დუბლექსკანირება ჩატარდა ანგიოპლასტიკიდან მე-14, 30-ე, მე-60, 120-ე, 160-ე დღეებში. არტერიული ფაზა თირკმლის არტერიაში სრულად დამაკმაყოფილებელი. კრეატინინის და შარდოვანას მაჩვენებლები ნორმის ფარგლებში. პაციენტი ჩივილებს არ წარმოადგენდა.

დასკვნა:

წარმოდგენილი კლინიკური შემთხვევის სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო ტაქტიკა უნდა ჩაითვალოს წარმატებულად – კლინიკაში პაციენტის მომართვიდან უმოკლეს ვადებში შესაძლებელი გახდა რთული დიაგნოზის ვერიფიცირება, მიღებულ იქნა გადაწყვეტილება სამკურნალო ტაქტიკის შესახებ და ჩატარდა ადეკვატური, თანამედროვე ინტერვენცია: თირკმლის არტერიის ანგიოპლასტიკა და თრომბასპირაცია.