

ОПЫТ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЗА АРТЕРИИ ЕДИНСТВЕННО ФУНКЦИОНИРУЮЩЕЙ ПОЧКИ (ОПИСАНИЕ ТРЕХ СЛУЧАЕВ)

Шраменко Е.К., Макачук О.В., Кузнецова И.В., Шкарбун Л.И., Кузнецов А.С.

Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение

В статье представлен опыт успешной диагностики и лечения трех больных с острой почечной недостаточностью вследствие тромбоза почечной артерии единственно функционирующей почки. Выполнялось эндоваскулярное вмешательство, включающее селективный тромболитизис, тромбоспирацию и баллонную ангиопластику. Несмотря на длительную анурию (5–7 суток), у всех больных восстановился диурез и функция почек, гемодиализная терапия не потребовалась.

Ключевые слова: *тромбоз почечной артерии, острая почечная недостаточность, тромболитизис, доплерография.*

Одной из причин острой почечной недостаточности является тромбоз почечных артерий. Клинические проявления зависят от массивности поражения. Многие случаи остаются нераспознанными, и в связи с этим последствия инфарктов почек (характерные соединительнотканые рубцы) оказываются находкой на аутопсии.

Особенностями этой патологии являются сложность ранней диагностики (менее чем у 30% больных рано диагностируется тромбоз почечной артерии) и кажущаяся бесперспективность лечения при длительной (5–7 суток) анурии. Общепринятый протокол диагностики и лечения тромбоза почечных артерий отсутствует. Для уточнения диагноза рекомендуют экскреторную урографию, радионуклидную ренографию, компьютерную томографию с рентгеноконтрастным усилением [1]. До недавнего времени при подозрении на тромбоз почечных артерий пациентам назначалась антикоагулянтная терапия и заместительная почечная терапия гемодиализом, который становился хроническим, поскольку функция почек, как правило, не восстанавливалась, нарушалась необратимо. Хирургическое лечение эффективно лишь в первые часы. Исход нередко бывает неблагоприятным. Высока вероятность геморрагических осложнений [2].

Особенно яркая клиническая картина развивается при тромбозе основного ствола почечной артерии единственно функционирующей почки, поскольку в этом случае резко прекращается мочеотделение и быстро нарастают азотистые шлаки. Как правило, вторая почка бывает сморщенной, возможно вследствие не диагностированного ранее тромбоза основного ствола. В доступной литературе информации о тактике ведения больных с этой патологией, сроках обратимости процессов в ишемизированной почке и прогнозе болезни не обнаружено. По этой причине считаем целесообразным поделиться собственным опытом трех случаев успешного лечения больных с тромбозом почечной артерии единственно функционирующей почки с развившейся острой почечной недостаточностью.

Материал и методы. С сентября 2012 по январь 2013 года в реанимационном центре и отделении кардио- и рентгеноваскулярной хирургии ДОКТМО находилось на лечении 3 пациентки в возрасте от 58 до 66 лет с диагнозом: тромбоз основного ствола артерии единственно функционирующей почки. У 2 больных тромбоз развился на фоне атеросклероза. В анамнезе у обеих пациенток гипертоническая болезнь и фибрилляция предсердий, преходящее нарушение мозгового кровообращения (2), мелкоочаговый инфаркт (1). Пе-

риодически беспокоили боли в пояснице, не резко выраженные, но требовавшие длительного приема анальгетиков (в том числе нестероидных противовоспалительных препаратов). У 1 больной 6 лет назад выполнена левосторонняя нефрэктомия по поводу злокачественной опухоли. Всем больным до поступления в реанимационный центр выполнялось УЗИ, которое оказалось неинформативным в плане выявления тромбоза почечной артерии. Приводим пример описания УЗИ почки больной П., 66 лет, который является характерным для всех троих пациенток. Правая почка уменьшена 7,6х3,4 см, контуры волнистые, паренхима истончена до 0,7 см. Кортико-медуллярная дифференциация снижена. Эхогенность паренхимы повышена. Структура синуса диффузно неоднородна за счет линейных и точечных гиперэхогенных включений. Чашечно-лоханочная система не расширена. Левая почка 11,2х4,9 см, контуры ровные, паренхима обычной толщины. Эхогенность паренхимы обычная. Площадь почечного синуса обычная. ЧЛС не расширена. Выводы: диффузное поражение правой почки. Мочекислый диатез.

Тромбоз почечной артерии установлен или заподозрен не был. Учитывая отсутствие обструкции, больные были направлены в отделение интенсивной терапии нефрологом для гемодиализного лечения в связи с 5- и 6-суточной анурией и высокими цифрами мочевины ($40 \pm 6,2$ ммоль/л), креатинина ($980 \pm 10,3$ мкмоль/л) и калия плазмы крови ($6,7 \pm 0,3$ ммоль/л) с диагнозом интерстициальный нефрит. При выполнении УЗИ в режиме доплеровского картирования выявлена следующая картина: брюшная аорта визуализируется на всем протяжении, имеет диаметр в интерренальном сегменте 1,64 см. Стенки аорты утолщены 0,5 см, равномерно повышенной эхогенности. Внутренние контуры неровные, просвет негомогенный, пристеночно определяются гиперэхогенные структуры размером 0,7 см (атеросклеротические бляшки). Определяется кровоток патологической формы с огибающим спектром, заполнение просвета аорты частичное. Кровоток в артериях левой почки не определяется. Кровоток в правой, сморщенной почке резко обеднен. Выводы: эхо-признаки атеросклероза брюшного отдела аорты, левой почечной артерии. Одна больная была консультирована специалистом отделения активных методов детоксикации, рекомендовано УЗИ с доплеровским картированием, на котором выявлено отсутствие кровотока в единственной правой почке, и больная переведена в ОИТ.

Поводом к назначению УЗИ почек в режиме доплеровского картирования послужил характерный анамнез заболевания с гипертонзией, эпизодами нарушения ритма, переходящими нарушениями кровообращения в сердце и головном мозге, а также ноющими болями в поясничной области. У всех больных при этом выявлено отсутствие кровотока в единственно функционирующей почке (сморщивание или отсутствие второй), заподозрен тромбоз основного ствола почечной артерии. Для проведения ренографии и дальнейших манипуляций больные переводились в отделение кардиохирургии ДОКТМО. Катетеризация почечной артерии выполнялась трансфеморальным доступом, а при хронической окклюзии инфраренального отдела брюшной аорты – через плечевую артерию. Проводилась тромбоаспирация, селективный и системный тромболизис (актилизе 100 мг), баллонная ангиопластика, стентирование почечной артерии (2). Для устранения повреждающего действия рентгеноконтрастных средств на почечную паренхиму использовали ацетилцистеин, который вводили пациентам на протяжении последующих 3–4 суток.

Сразу же после удаления тромба больные возвращались в отделение интенсивной терапии (ОИТ) под наблюдение специалистов отделения эфферентных методов детоксикации, где продолжалось внутривенное введение гепарина в дозе от 600 до 800 Ед/ час под контролем показателей коагулограммы (целевой уровень АЧТВ – 60–80 с). Гепаринотерапию сочетали с приемом клопидогреля (75 мг/сут). Варфарин назначали в стадии восстановления диуреза. При достижении целевых значений МНО (2,5–3,5) гепарин отменяли.

У одной пациентки, с распространенным процессом (тромбоз брюшного отдела аорты, тромбоз подвздошной артерии и тромбоз основного ствола левой почечной артерии), которая нерегулярно принимала варфарин, развился ретромбоз левой почечной артерии. Анурия – сутки. Больная самостоятельно обратилась за помощью. Повторный тромболизис, тромбоаспирация и баллонная ангиопластика привели к восстановлению диуреза в течение 4 часов.

У всех пациентов функция почек восстановилась без проведения гемодиализного лечения. В ОИТ больные находились до стойкого снижения уровня мочевины и креатинина плазмы и прекращения гепаринотерапии.

Выводы

1. При развитии острой почечной недостаточности выполнение УЗИ почек в обычном режиме является неинформативным для установления диагноза тромбоз почечной артерии. При подозрении на тромбоз почечной артерии показано УЗИ с доплеровским сканированием сосудов почек, что позволяет быстро и безопасно уточнить диагноз.
2. К факторам риска развития тромбоза почечных артерий относятся распространенный атеросклероз, фибрилляция–трепетание предсердий, злокачественная опухоль в анамнезе с паранеопластической тромбофилией, эпизоды преходящего нарушения мозгового кровообращения, инфаркт миокарда в анамнезе.
3. Эндоваскулярное вмешательство, включающее селективный тромболизис, тромбоаспирацию и баллонную ангиопластику, при доказанном тромбозе почечной артерии единственно функционирующей почки является целесообразным независимо от давности наступления тромбоза. Высокие цифры креатинина в этом случае не являются противопоказанием для введения рентгеноконтрастного вещества.

Литература

1. Cheng K-L. Acute renal failure, caused by unilateral renal artery thromboembolism / K-L.Cheng, Sh- Sh.Tseng, D-Ch Tang. // Nephrol. Dial. Transplant. – 2003. – Vol. 18. – P. 833–835.
2. Sefer S. Renal artery thromboembolism: an unrecognized cause of acute renal failure / Sinisa Sefer, Petar Kes, Iva Ratkovic-Gusic // Acta Clin.Groat. – 2005. – Vol. 44. – P. 47–52.

ДОСВІД УСПІШНОГО ЛІКУВАННЯ ТРОМБОЗУ АРТЕРІЇ ЄДИНОЇ ФУНКЦІОНУЮЧОЇ НИРКИ (ОПИС ТРЬОХ ВИПАДКІВ)

Шраменко К.К., Макарчук О.В., Кузнецова І.В., Шкарбун Л.І., Кузнецов О.С.

Наведено досвід успішної діагностики та лікування трьох хворих на гостру ниркову недостатність внаслідок тромбозу ниркової артерії єдиної функціонуючої нирки. Виконували ендоваскулярне втручання: селективний тромболизис, тромбоаспірацію та балонну ангиопластику. Незважаючи на тривалу анурію (5–7 діб), у всіх хворих діурез та функція нирок відновилися, гемодіаліз не виконувався.

Ключові слова: *тромбоз ниркової артерії, гостра ниркова недостатність, тромболизис, доплерографія.*

SUCCESSFUL EXPERIENCE OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ACUTE RENAL FAILURE CAUSED BY UNILATERAL RENAL ARTERY THROMBOSIS (DESCRIPTION OF 3 CASES)

Shramenko K., Makarchuk O., Kuznetsova I., Shkarbun L., Kuznetsov A.

There were successfully diagnosed and treated 3 patients with acute renal failure caused by renal artery thromboembolism. Endovascular invasion, such as selective thrombolysis and ballony angioplastic was performed. In spite of prolonged anuria (5–7 days) in all patients, the diuresis and renal function restored without hemodialysis.

Key words: *renal artery thrombosis, acute renal failure, thrombolysis, dopplerography.*