

Спонтанный разрыв ангиомиолипомы почки на позднем сроке беременности

А.О.Суховерхов¹, О.И.Ширякова^{2✉}, А.Ю.Окладников², П.В.Говорушкин², А.О.Мамонтов¹

¹Красноярский государственный медицинский университет им.проф.В.Ф.Войно-Ясенецкого, Красноярск, Российская Федерация

²Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С.Карповича, Красноярск, Российская Федерация

✉ул. Д.Мартынова, 29–159, г. Красноярск, Российская Федерация. sh_ole@bk.ru

Резюме

Болезни почек занимают, по некоторым данным, второе место после сердечно-сосудистой патологии и представляют серьезную опасность для нормального развития плода и гестационного процесса, поскольку патология этих органов ведет к нарушению многих жизненно важных функций организма, а беременность существенно увеличивает нагрузку на почки. Опухоли почек у беременных – один из самых сложных вопросов урологии и онкоурологии. Основа лечебного алгоритма ангиомиолипомы почки – динамическое наблюдение. Для окончательного выбора оптимальной лечебной тактики требуется мультицентровое проспективное исследование, которое позволило бы оценить отдаленные результаты каждого вида лечения. При акушерских и гинекологических операциях почки травмируются крайне редко. Подробное описание спонтанного разрыва почки во время беременности впервые сделал Wunderlich в 1856 г., который сообщил о массивном ретроперитонеальном кровотечении из травмированных почечных сосудов с летальным исходом матери и ребенка. Беременность и роды при наличии органической патологии большинство авторов расценивают как провоцирующий момент. В настоящее время отсутствует единая диагностическая и лечебная тактика для определения спонтанного разрыва почки, тяжести и прогноза данного состояния, являющегося ургентным и требующего незамедлительных действий. Спонтанный разрыв почки, в отличие от травматических разрывов, встречается гораздо реже и во многих случаях представляет диагностическую сложность. Под нашим наблюдением находилась пациентка 35 лет с беременностью и новообразованием (ангиомиолипомой) левой почки. При обследовании и лечении пациенток с беременностью и с клинической картиной острой или хронической урологической патологией, в трудных дифференциально-диагностических случаях, врачам урологической и гинекологической специальностей необходимо помнить о возможных редких состояниях и, с целью их ранней диагностики, комплексно оценивать клинику и результаты инструментальных исследований, применять полный перечень доступных диагностических мероприятий, учитывая показания.

Ключевые слова: экстрагенитальная патология; опухоль почки; ангиомиолипома почки; опухоль почки и беременность; спонтанный разрыв почки; спонтанный разрыв почки при беременности.

Для цитирования: Суховерхов А.О., Ширякова О.И., Окладников А.Ю., Говорушкин П.В., Мамонтов А.О. Спонтанный разрыв ангиомиолипомы почки на позднем сроке беременности. Трудный пациент. 2021; 19 (2): 42–45. doi: 10.224412/2074-1005-2021-2-42-45.

Spontaneous Rupture of Kidney Angiomyolipoma in Late Pregnancy

Andrey O. Sukhoverkhov¹, Olesya I. Shiryakova^{2✉}, Alexey Yu. Okladnikov, Petr V. Govorushkin², Artem O. Mamontov¹

¹Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V.F.Voino-Yasenetsky, Krasnoyarsk, Russian Federation

²Krasnoyarsk Interdistrict Clinical Emergency Hospital named after N.S. Karpovich, Krasnoyarsk, Russian Federation

✉29–159 D.Martynova st., Krasnoyarsk, 660043 Russian Federation. sh_ole@bk.ru

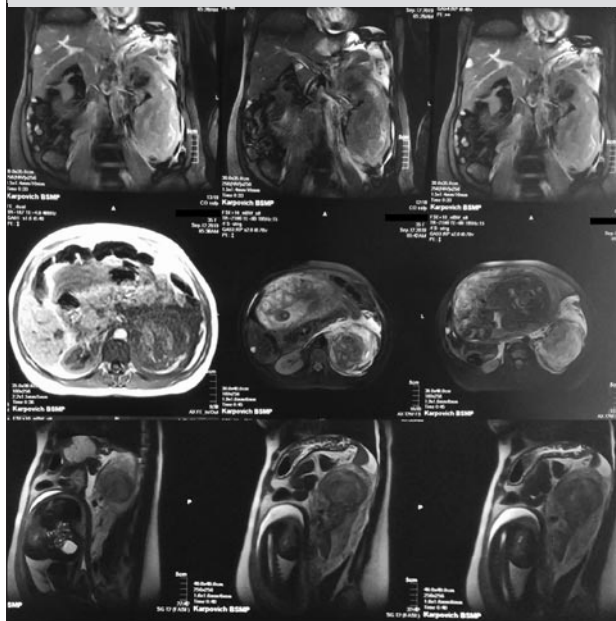
Abstract

According to some data, kidney diseases take, the second place cardiovascular diseases, and pose a serious threat to the normal development of the fetus and the gestational process, since the pathology of these organs leads to a disruption of many vital functions of the body, and pregnancy significantly increases the load on the kidneys. Kidney tumors in pregnant women are among the most difficult issues in urology and oncology. The basis of the treatment algorithm for kidney angiomyolipoma is dynamic observation. For the final choice of optimal treatment tactics, a multicenter prospective study is required, which would allow evaluating the long-term results of each type of treatment. Kidneys are rarely injured during obstetric and gynecological surgeries. A detailed description of spontaneous rupture of a kidney during pregnancy was first made by Wunderlich in 1856, who reported massive retroperitoneal bleeding from injured renal vessels with fatal outcomes for mother and child. Most authors consider pregnancy and childbirth in the presence of organic pathology as a provoking moment. Currently, there is no unified diagnostic and therapeutic tactics for determining spontaneous kidney rupture, the severity and prognosis of this condition, which is urgent and requires immediate action. Spontaneous rupture of a kidney, in contrast to traumatic ruptures, is much rarer and in many cases, presents a diagnostic challenge. A 35-year-old pregnant patient with angiomyolipoma of the left kidney was observed. When examining and treating pregnant patients with a clinical picture of acute or chronic urological pathologies in difficult differential diagnostic cases, doctors of urological and gynecological specialties need to remember about possible rare conditions to comprehensively evaluate the results of clinical and instrumental studies, as well as apply a full list of available diagnostic measures, taking into account the indications, for the purpose of their early diagnosis.

Keywords: extragenital pathology, kidney tumor, kidney angiomyolipoma, kidney tumor and pregnancy, spontaneous rupture of the kidney, spontaneous rupture of the kidney during pregnancy.

For citation: Sukhoverkhov A.O., Shiryakova O.I., Okladnikov A.Yu., Govorushkin P.V., Mamontov A.O. Spontaneous rupture of kidney angiomyolipoma in late pregnancy. Trudnyj Patient = Difficult Patient. 2021; 19 (2): 42–45. doi: 10.224412/2074-1005-2021-2-42-45.

Рис. 1. МРТ брюшной полости и забрюшинного пространства
Fig. 1. MRI of the abdomen and retroperitoneal space



Болезни почек занимают, по некоторым данным, второе место после сердечно-сосудистой патологии и представляют серьезную опасность для нормального развития плода и гестационного процесса, поскольку патология этих органов ведет к нарушению многих жизненно важных функций организма, а беременность существенно увеличивает нагрузку на почки. Возросшие требования к почкам и нейрогуморальные сдвиги, свойственные периоду беременности, способствуют выявлению врожденных или приобретенных дефектов, а также скрыто протекавших болезней мочевыделительной системы. Сдавление мочеточника беременной маткой, варикозное расширение вен правого яичникового сплетения, которое пересекает и сдавливает мочеточник, приводят к нарушению оттока мочи. В свою очередь, гормональные перестройки в организме беременной, усиленный выброс кортикостероидов, инфекции при беременности и в анамнезе, снижение иммунитета, хронические очаги инфекции вносят свой вклад в развитие патологии почек и мочевыводящих путей. Нарушение кровообращения в почках является одним из ведущих патогенетических процессов [1].

Опухоли почек у беременных – один из самых сложных вопросов урологии и онкоурологии. Диагностический алгоритм у этой группы пациенток должен основываться прежде всего на ультразвукографии, в сложных ситуациях необходимо использовать магнитно-резонансную томографию. Лечебная тактика зависит от стадии и размеров опухоли, а также от срока беременности. В I и III триместрах целесообразно выполнение срочной радикальной нефрэктомии. Во II триместре возможно динамическое наблюдение с последующим родоразрешением по достижении 28-недельного срока беременности. Основа лечебного алгоритма ангиомиолипомы почки – динамическое наблюдение. Для окончательного выбора оптимальной лечебной тактики требуется мультицентровое проспективное исследование, которое позволило бы оценить отдаленные результаты каждого вида лечения [2].

При акушерских и гинекологических операциях почки травмируются крайне редко. Подробное описание спонтанного разрыва почки во время беременности впервые сделал Wunderlich в 1856 г., который сообщил о массивном ретроперитонеальном кровотечении из травмированных почечных сосудов с летальным исходом матери и ребенка. Автор нашел 10 подобных осложнений в литературе, основной причиной явилась неправильная трактовка геморрагического шока, последний часто расценивали как отслойку плаценты или разрыв матки.

Беременность и роды при наличии органической патологии большинство авторов расценивают как провоцирующий момент.

В настоящее время отсутствует единая диагностическая и лечебная тактика для определения спонтанного разрыва почки, тяжести и прогноза данного состояния, являющегося ургентным и требующего незамедлительных действий. Спонтанный разрыв почки, в отличие от травматических разрывов, встречается гораздо реже и во многих случаях представляет диагностическую сложность [3–5].

Спонтанный разрыв почки может быть осложнением новообразований почек, гидронефроза, кист почек, при узелковом периартериите, остром пиелонефрите, мочекаменной болезни, аневризме артерий почки, гранулематозе Вегенера, инфаркте почки, геморрагической лихорадке с почечным синдромом и т.д. Большинство исследователей относят

беременность и роды к предрасполагающим факторам возникновения спонтанного разрыва почки. В редких случаях он может возникнуть в неизменной почке. В свою очередь спонтанный разрыв почки входит в гораздо большее семейство патологических состояний, объединяемых в отечественной и зарубежной литературе под общим названием «спонтанные периренальные кровотечения». Причиной этих кровотечений могут быть также болезни крови (лейкемия, гемофилия и т.д.), прием антикоагулянтов, разрыв надпочечника, опухоли надпочечника, аневризмы аорты и т.д. [6].

Под нашим наблюдением находилась пациентка с беременностью и новообразованием левой почки.

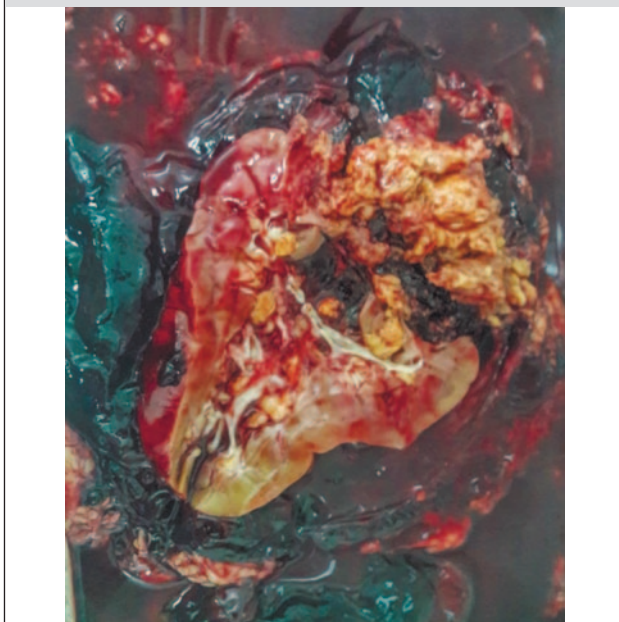
Пациентка, 35 лет, доставлена в Красноярскую межрайонную клиническую больницу скорой медицинской помощи имени Н.С.Карповича (КМКБСМП) в экстренном порядке с «входящим» диагнозом почечная колика слева 12.09.19 г. На момент обращения пациентка предъявляла жалобы на боли в левом подреберье, усиливающиеся при движении. Анамнестически известно, что боли появились внезапно на фоне полного здоровья, ранее у уролога не наблюдалась, урологических жалоб в течение жизни не отмечала. Наблюдалась у гинеколога женской консультации по поводу беременности 38–39 нед.

При физикальном осмотре: гипертермии не отмечалось, гемодинамически стабильна, шевеления плода ощущала отчетливо, живот увеличен за счет беременной матки, симметричный, не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, симптомы раздражения брюшины отрицательные, симптом XII ребра отрицательный с обеих сторон.

ЧСС плода 147 ударов в минуту, тоны ясные, ритмичные, околоплодные воды не изливались, тело матки увеличено до 38 нед. беременности, шейка матки длиной 2,5 см, центрирована, полностью размягчена, цервикальный канал проходим для 1,0 см, плодный пузырь цел, головка плода над входом в малый таз, выделения светлые.

При ультразвукографии почек выявлено объемное образование в проекции верхнего полюса левой почки, возможно с кровоизлияниями, структурные изменения паренхимы левой почки, увеличение размеров последней, незначительная пиелэктазия

Рис. 2. Макропрепарат: почка с ангиомиолипомой
Fig. 2. Gross pathology: kidney with angiomyolipoma



слева, паранефральное пространство повышенной экзогенности, не исключается инфильтрация. Ультразвуковое исследование плода – беременность 38–39 нед., ЧСС – 147 уд/мин.

На рентгенограмме грудной клетки очаговых и инфильтративных теней не выявлено, легкие расправлены, синусы свободные.

В развернутом анализе крови гемоглобин – 111,0 г/л, лейкоцитоз – 22,6 10⁹/л, со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. В общем анализе мочи – лейкоциты 3–4–6 в п/зр, эритроциты – 10–13–18 в п/зр., эпителий плоский – 7–9–10 в п/зр, эпителий переходный – 0–1–1 в поле зрения. Остальные показатели в норме.

МРТ забрюшинного пространства (рис. 1): патологии правой почки не выявлено, в верхнем полюсе левой почки определяется объемное образование неоднородной структуры с участками кровоизлияний, субкапсулярно определяется скопление неоднородного экссудата толщиной до 7,3 см, на фоне которого паренхима почки плохо дифференцируется, капсула почки растянута.

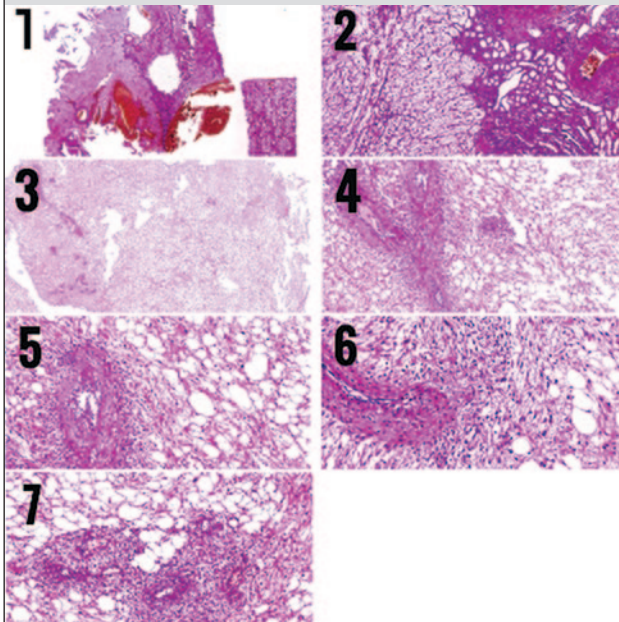
Таким образом, у пациентки имеется новообразование левой почки с формированием забрюшинной гематомы, беременность 38–39 нед., миома матки.

В экстренном порядке 12.09.19 г. выполнено оперативное лечение: кесарево сечение по Дерфлеру, компрессионные швы на матку по Neimann (интраоперационно выявлен миоматозный узел размерами 5×4 см, миомэктомия не проводилась), ребенок извлечен на 2-й минуте, живой, доношенный, без видимых пороков развития, оценка состояния по шкале Апгар на первой минуте 3 балла, на 5 минуте – ИВЛ, перетранспортирован в перинатальный центр.

12.09.19 г. операция – лапаротомия, нефроуретерэктомия слева, забрюшинная лимфаденэктомия, интраоперационно – почка с паранефральной клетчаткой размерами 30,0×15,0×8,0 см, препарат удален единым блоком вместе с парааортальными лимфатическими узлами до н/3 мочеточника, удалены сгустки из забрюшинного пространства в количестве до 1000 мл, забрюшинное пространство дренировано ПХВ дренажем (Редон).

Макропрепарат (рис. 2): почка увеличена в размерах, верхний полюс деформирован, представлен опухолевидным образованием 10×12 см с участками нек-

Рис. 3. Патогистологическое исследование
Fig. 3. Histopathological study



Примечание. 1 – граница роста опухоли в ткани почки. Капсула вокруг опухоли – отсутствует. Окраска гематоксилин-эозином (Г-Э); 2 – граница роста опухоли в ткани почки. Капсула вокруг опухоли – отсутствует. Г-Э, увеличение 20; 3 – общий вид опухоли, преобладание зрелого жирового компонента. Г-Э; 4 – преобладание в опухоли зрелого жирового компонента, наличие толстостенных сосудов, рассеянный гладкомышечный компонент. Г-Э ×5; 5 – преобладание в опухоли зрелого жирового компонента, наличие толстостенных сосудов, рассеянный гладкомышечный компонент. Г-Э ×10; 6 – очаг преобладания гладкомышечного компонента по периферии толстостенного сосуда, наличие небольшого количества рассеянных адипоцитов. Г-Э ×20; 7 – преобладание в опухоли зрелого жирового компонента, наличие толстостенных сосудов, сконцентрированный по периферии сосудов гладкомышечный компонент. Г-Э×20.

Note. 1 – border of tumor growth in kidney tissue. The capsule around the tumor is missing. Hematoxylin-eosin (H-E); 2 – border of tumor growth in kidney tissue. The capsule around the tumor is missing. H-E, magnification × 20; 3 – general view of the tumor, the predominance of the mature fatty component. H-E; 4 – predominance of the mature fatty component in the tumor, the presence of thick-walled vessels, scattered smooth muscle component. H-E ×5; 5 – predominance of the mature fatty component in the tumor, the presence of thick-walled vessels, scattered smooth muscle component. H-E ×10; 6 – focus of the predominance of the smooth muscle component along the periphery of the thick-walled vessel, the presence of a small number of scattered adipocytes. H-E ×20; 7 – the prevalence of the mature fatty component in the tumor, the presence of thick-walled vessels, the smooth muscle component concentrated on the periphery of the vessels. H-E ×20.

ротизированной ткани, с гематомой паранефральной клетчатки, на разрезе опухоль серо-желтого цвета.

Патолого-анатомическое исследование операционного материала (рис. 3): в препаратах фрагменты ткани почки с ростом опухолевой ткани, построенной из веретеновидных клеток, образующих множество разнонаправленных пучков, в новообразовании определяются участки гиалиноза, отека, небольшие очаги эпителиоидного строения – клетки расположены диффузно, не формируя упорядоченных скоплений, сосудистый компонент опухоли представлен толстостенными сосудами; опухолевая ткань не имеет капсулы, митозы в препаратах единичные. Таким образом морфологически выявлена ангиомиолипома почки.

В послеоперационном периоде пациентка получала противовоспалительную, антибактериальную,

инфузионную, спазмолитическую, противоязвенную, заместительную терапию, утеротоники, проводилась профилактика тромбозомболических осложнений, дренаж удален на третьи сутки. Заживление послеоперационных ран первичным натяжением. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение уролога и гинеколога амбулаторно.

Таим образом, представленный клинический случай и произведенный анализ литературы позволил сделать следующие выводы. При обследовании и лечении пациенток с беременностью и с клинической картиной острой или хронической урологической патологией, с клиникой отслойки плаценты, хронической или острой анемией, в трудных дифференциально-диагностических случаях врачам урологической и гинекологической специальностей необходимо помнить о возможных редких состояниях и, с целью их ранней диагностики, комплексно оценивать клинику и результаты инструментальных исследований, применять полный перечень доступных диагностических мероприятий, учитывая показания. Врачам ультразвуковой диагностики и магнитно-резонансной диагностики необходимо помнить о редких состояниях, отмечать и дифференцировать специфические признаки различных

заболеваний. Врачам хирургической специальности необходимо помнить о редких сочетаниях заболеваний и новообразований у пациенток с беременностью, в том числе и в раннем периоде беременности.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

Литература / References

1. Яппарова С.В., Мухаметзянова В.И., Вологжанина И.В. Экстрагенитальная патология урологии. Успехи современного естествознания. 2013; 9: 80. [Yapparova S.V., Mukhametzyanova V.I., Vologzhanina I.V. Extragenital pathology of urology. Advances in current natural sciences. 2013; 9: 80. (in Russian)]
2. Переверзев А.С., Щукин Д.В., Илюхин Ю.А., Ярославский В.Л., Мысько С.Я., Мерега В.В. Опухоли почек и беременность. Урология. 2005; 3: 3–6. [Pereverzev A.S., Shchukin D.V., Ilyukhin Yu.A., Yaroslavsky V.L., Mysko S.Ya., Mereg V.V. Kidney tumors and pregnancy. Urology. 2005; 3: 3–6.]
3. Henline R.B. Spontaneous rupture of kidney. J. Am. Med. Ass. 1924; 83: 1411.
4. Renander A. Another case of spontaneous rupture of renal pelvis. Acta Radiol. 1941; 22: 422.
5. Shaw R.E. Spontaneous rupture of the kidney. Br. J. Surg. 1957; 45: 68–72.
6. Daskalopoulos G., Karyotis I., Heretis I., Anezinis P., Mavromanolakis E., Delakas D. Spontaneous perirenal hemorrhage: a 10-year experience at our institution - Int Urol Nephrol, 2004;36 (1): 15–9.

Информация об авторах / Information about the authors

Суховерхов Андрей Олегович – к.м.н., доцент кафедры урологии, андрологии и сексологии ИПО Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Российская Федерация

Ширякова Олеся Игоревна – врач уролог Красноярской межрайонной клинической больницы скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича, Красноярск, Российская Федерация

Говорушкин Петр Владимирович – врач уролог Красноярской межрайонной клинической больницы скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича, Красноярск, Российская Федерация

Окладников Алексей Юльевич – заведующий отделением урологии Красноярской межрайонной клинической больницы скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича, Красноярск, Российская Федерация

Мамонтов Артём Олегович – клинический ординатор кафедры урологии, андрологии и сексологии ИПО Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Российская Федерация

Andrey O. Sukhoverkhov – Ph.D. in medicine, Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V.F. Voyno-Yasenetsky, Krasnoyarsk, Russian Federation

Olesya I. Shiryakova – urologist, Krasnoyarsk Interdistrict Clinical Emergency Hospital named after N.S. Karpovich, Krasnoyarsk, Russian Federation

Petr V. Govorushkin – urologist, Krasnoyarsk Interdistrict Clinical Emergency Hospital named after N.S. Karpovich, Krasnoyarsk, Russian Federation

Alexey Yu. Okladnikov – Head of the Department of Urology of the N. S. Krasnoyarsk Interdistrict Clinical Emergency Hospital named after N.S. Karpovich, Krasnoyarsk, Russian Federation

Artem O. Mamontov – resident physician, Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V.F. Voyno-Yasenetsky, Krasnoyarsk, Russian Federation

Статья поступила / The article received: 30.11.2020

Статья принята к печати / The article approved for publication: 27.01.2020