

М.А. Франк, М.Р. Гаитова, С.В. Присяжнюк, М.О. Мурзин
**ТАКТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
СПОНТАННОГО РАЗРЫВА ПОЧКИ**

МАУЗ «Городская клиническая больница № 40», г. Екатеринбург

Спонтанный разрыв почки является редкой патологией. В своей практике мы наблюдали 7 человек со спонтанным ренальным кровотечением. В данной статье представлено три клинических случая, которые, по нашему мнению заслуживают внимания. В одном случае было проведено только консервативное лечение, в двух других прибегли к оперативному пособию. При стабильном состоянии пациента от экстренного оперативного вмешательства можно воздержаться. В случае с беременными женщинами тактика лечения, особенно на поздних сроках беременности, должна быть направлена на скорейшее родоразрешение. МРТ – это единственная на сегодняшний день безопасная для плода методика визуализации мочевых путей у беременных.

Ключевые слова: спонтанный разрыв почки, тактика лечения

М.А. Frank, M.R. Gaitova, S.V. Prisyazhnyuk, M.O. Murzin
**TACTICAL CHARACTERISTICS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT
OF SPONTANEOUS KIDNEY RUPTURE**

Spontaneous kidney rupture is a rare pathology. There were 7 cases of spontaneous renal hemorrhage observed in our practice. This article presents three medical cases that are worth noting. Only one patient was treated by non-surgical therapy, other two patients underwent surgical treatment. In case of patient's stable condition urgent surgery can be declined. The tactics of treatment of women with last pregnancy must be aimed at sooner delivery. Nowadays, magnetic resonance tomography is the only fetus safe method for urinary tract visualization in pregnant women.

Key words: spontaneous kidney rupture, tactics of treatment.

Спонтанный разрыв почки (СРП), или нетравматический разрыв почки считается одним из редких ургентных угрожающих жизни человека состояний, которое требует незамедлительных действий. Последствием его является возникновение субкапсулярных, перинефральных или паранефральных гематом, с дальнейшей утратой функции пораженного органа.

Согласно определению к спонтанным разрывам почки следует относить разрывы, которые происходят при отсутствии даже легкой травмы, незначительного мышечного стресса и физической нагрузки, при этом исключаются больные после хирургического лечения и инструментальных исследований.[1]

Первые сообщения о случаях СРП относятся к XVII веку. В 1856 году К. Wunderlich впервые подробно описал клиническую картину ренального кровотечения. Первоначально данная патология была названа «спонтанная апоплексия почечной капсулы», или болезнь Wunderlich.

Материал и методы. В своей практике, мы наблюдали 7 случаев СРП – 6 женщин и 1 мужчина (средний возраст всех пациентов 34 года). 4 случая СРП зарегистрированы справа, 2 – слева. В одном случае наблюдалось метакоронарное двустороннее поражение. Особого внимания заслуживают три клинических примера.

Пациентка Ф., 38 лет (история болезни 60081), с диагнозом беременность 35-36 недель, гестоз легкой степени, анемия II сте-

пени, переведена в экстренном порядке в родильный дом МАУ ГКБ № 40 из городской больницы г. Екатеринбурга. Жалобы на слабость, постоянную ноющую боль в правой поясничной области. Боль появилась около суток назад и за прошедший период времени нарастала. Травму отрицает. У пациентки беременность по счету является третьей. При осмотре выявлена бледность кожного покрова и видимых слизистых. Язык влажный, чистый. Имеются мягкие отеки голеней до средней трети. АД – 120/80 мм рт.ст. пульс 100 ударов в минуту, t – 37,3°C. Живот увеличен соответственно сроку беременности. При пальпации мягкий, болезненный в правых подреберной и боковой областях переднебоковой стенки живота. Диурез около 1,5 л светлой мочи. Выделений из половых путей нет. Матка в нормотонусе, положение плода продольное, головное предлежание, сердцебиение плода 140/мин. ОАК – анемия II степени. УЗИ плода без патологических изменений, показатели кровотока по сосудам пуповины в пределах нормы. По результатам ультразвукового исследования брюшной полости и почек определялось объемное образование правой почки. С целью уточнения диагноза было выполнено МРТ. Заключение – в забрюшинном пространстве определялось овальное объемное образование, прилегающее к латеральному краю правой почки, размером 73/68/80 мм, в верхнеполюсном сегменте правой почки визуализируется жидкостное образование, диаметром до 12 мм. Диагноз: бере-

менность 35-36 недель, гестоз легкой степени, анемия II степени. Спонтанный разрыв правой почки, перинефральная гематома справа.

Учитывая стабильное состояние, от экстренного оперативного вмешательства было решено воздержаться. Пациентка переведена в урологическое отделение для динамического наблюдения.

За сутки наблюдения пациентка отмечала стихание боли в правой поясничной области. При пальпации определялась незначительная болезненность в правых подреберной и боковой областях переднебоковой стенки живота. Динамика состояния пациентки положительная. Продолжено наблюдение.

На 2-е сутки началась спонтанная родовая деятельность. Пациентка переведена в родильный дом, где ей выполнено родоразрешение путем операции кесарева сечения. При интраоперационной пальпаторной ревизии правой почки, выполненной урологом, по передней поверхности и латеральному краю правой почки определено округлое, флюктуирующее, не пульсирующее образование без четких границ – ненатянутая гематома правой почки. Принято решение не предпринимать активных действий по поводу гематомы. На 5-е сутки после кесарева сечения пациентка выписана из родильного дома в удовлетворительном состоянии.

Больная Е., 31 год (история болезни 2455) поступила в неотложном порядке в урологическое отделение МАУ ГКБ №40. Диагноз: острый гестационный окклюзионный пиелонефрит слева, серозная фаза. Образование левой почки. Беременность 34 недели. Пациентка переведена из отделения патологии беременных ЦРБ г. Режа, где лечилась в отделении патологии беременных с подозрением на мочекаменную болезнь и почечную колику слева. При экстренном ультразвуковом исследовании выявлено, что в левой подреберной области имеется неоднородное образование 146×114 мм, четкая связь с почкой не определяется, лоханка слева 24 мм.

Данная беременность у пациентки пятая, в анамнезе 1 роды и 3 аборта. Анамнез жизни: героиновая наркомания, гепатит С.

При осмотре кожный покров и видимые слизистые бледные. Язык влажный, чистый. АД – 120/70 мм рт.ст., пульс – 92 / мин., t – 37,0°C. При пальпации живот мягкий, болезненный в левой боковой области переднебоковой стенки живота. Симптом поколачивания по левой поясничной области положительный. Выделений из половых путей нет.

Дополнительное обследование. ОАК: Л – $17,6 \times 10^9/\text{л}$, Hb – 95 г/л; Э – $2,56 \times 10^{12}/\text{л}$; Тр – $320 \times 10^9/\text{л}$, остальные показатели в норме.

Пациентка осмотрена гинекологом. Диагноз: беременность 33-34 недели. Гестоз средней степени тяжести. Родовой деятельности нет.

Клиническая ситуация была расценена как проявление острого окклюзионного пиелонефрита слева, поэтому в неотложном порядке после госпитализации в урологическое отделение пациентке выполнена катетеризация левого мочеточника. На 2-е сутки наблюдения боль усилилась как в покое, так и при пальпации левой боковой области переднебоковой стенки живота. Учитывая отрицательную динамику состояния больной на фоне дренированной левой почки, была выполнена МРТ забрюшинного пространства. В левом паранефральном пространстве определяется гематома размером 100/130/85мм, прилегающая к верхнеполюсному сегменту, передней поверхности и латеральному краю левой почки. Паренхима почки без особенностей, чашечно-лоханочная система (ЧЛС) и мочеточники не расширены. Имеется расширение правой яичниковой вены до 18 мм.

В ОАК нарастала анемия. После обследования было принято решение о родоразрешении пациентки путем операции кесарева сечения, а также, учитывая целостность паренхимы почки, о чрескожной пункции и дренировании паранефральной гематомы. В позднем послеродовом периоде у пациентки развилось гипотоническое маточное кровотечение с общей кровопотерей до 1500 мл. В связи с этим были выполнены экстренная релaparотомия и экстирпация матки без придатков. Во время повторной операции объем плазмотрансфузии – 900 мл, гемотрансфузии – 1112 мл.

Последующий послеоперационный период протекал без особенностей, паранефральная гематома опорожнилась. На 15-е сутки была выписана из стационара в удовлетворительном состоянии.

Пациентка В., 26 лет (история болезни 82867), переведена в урологическое отделение МАУ ГКБ №40. Диагноз: врожденная аномалия развития структуры почек (губчатые почки). Спонтанный разрыв единственной левой почки.

За сутки до перевода пациентка находилась на лечении в одной из ЦГБ г. Екатеринбург, куда поступила в неотложном порядке с болевым синдромом. Показатели ОАМ и биохимические исследования – в пределах

физиологической нормы. Некоторые параметры коагулограммы: ПТИ – 96%, МНО – 1,04, АПТВ – 31 с, фибриноген 5,8 г/л. УЗИ органов брюшинного пространства – слева определялась гематома (размер не удалось установить). Диагностическая лапароскопия – острая патология органов брюшной полости исключена. Проведены консервативное лечение и гемотрансфузия.

Анамнез жизни – в 2011 году выполнена нефрэктомия справа по поводу спонтанного разрыва правой почки (патогистологическое исследование удаленной почки – АМЛ).

При поступлении в МАУ ГКБ № 40 пациентка предъявляла жалобы на тупые боли в левой поясничной области недельной давности. При осмотре кожный покров и видимые слизистые бледные. Язык влажный, чистый. АД 120/70 мм рт.ст., пульс 82/мин., t 37,3 °С. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Положителен симптом поколачивания по левой поясничной области. Диурез около 1500 мл, моча светлая.

Выполнена КТ брюшинного пространства. В проекции пирамид левой почки визуализируются множественные мелкие кисты. По передней поверхности нижнеполюсного сегмента визуализируется разрыв паренхимы длиной до 1 см. Вокруг почки субкапсулярно и в клетчатке брюшинного пространства определяется гематома размерами 200×115 мм. Выделительная функция почки сохранена. Повреждений ЧЛС не выявлено. Лабораторные показатели крови и мочи без динамики.

Ввиду наличия дефекта паренхимы почки, разрыва капсулы почки, наличия крупной гематомы брюшинного пространства и единственной оставшейся почки принято решение об оперативном лечении.

Выделена почка, размер 14×6×5 см. На поверхности почки выявлено 3 разрыва от 5 до 1,5 см, глубиной 1,5 – 2 см. Паренхима

почки дряблая, зернистая, почка складывается пополам, ЧЛС не повреждена, гидронефротические изменения не выявлены. Раны почки ушиты. Интраоперационно была выполнена биопсия ткани почки. Патогистологическое заключение – ангиомиолипома.

На 6-е сутки больная выписана из стационара в удовлетворительном состоянии.

Результаты и обсуждение. По нашему мнению, СРП при физиологической беременности у женщин являются наиболее сложными клиническими ситуациями. МРТ – это единственная на сегодняшний день безопасная для плода методика визуализации мочевых путей у беременных.[2]

В случае с беременными женщинами тактика лечения, особенно на поздних сроках беременности, должна быть направлена на скорейшее родоразрешение.

Не во всех случаях удалось установить первопричину спонтанного разрыва почки. В третьем приведенном нами случае причиной СРП, несомненно, стала АМЛ почки, а не ее кистозное поражение, описанное на КТ-граммах. Приведенный клинический случай показывает, что лечебная тактика у молодых пациентов с СРП по причине доброкачественной опухоли должна быть направлена на органосохраняющее лечение, так как АМЛ может носить двусторонний характер поражения и стать причиной разрыва единственной оставшейся почки.

Выводы

1. МРТ – это единственная на сегодняшний день безопасная для плода методика визуализации мочевых путей у беременных.

2. У беременных женщин тактика лечения, особенно на поздних сроках беременности, должна быть направлена на скорейшее родоразрешение.

3. При стабильном состоянии пациента от экстренного оперативного вмешательства можно воздержаться.

Сведения об авторах статьи:

Франк Михаил Александрович – д.м.н., заведующий урологическим отделением МАУЗ ГКБ №40. Адрес: 620102 г. Екатеринбург, ул. Волгоградская, 189.

Гантова Марина Рифовна – врач-уролог урологического отделения МАУЗ ГКБ №40. Адрес: 620102 г. Екатеринбург, ул. Волгоградская, 189.

Присяжнюк Сергей Владимирович – врач-уролог урологического отделения МАУЗ ГКБ №40. Адрес: 620102 г. Екатеринбург, ул. Волгоградская, 189.

Мурзин Михаил Олегович – врач-уролог урологического отделения МАУЗ ГКБ №40. Адрес: 620102 г. Екатеринбург, ул. Волгоградская, 189. E-mail: r.murzin@gmail.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аляев, Ю.Г. Спонтанный разрыв почки / Ю.Г. Аляев, Г.Н. Акопян. – М.: Изд-во МГОУ, 2010. – 106 с.
2. Аляев, Ю.Г. Магнитно-резонансная томография в урологии / Ю.Г.Аляев, В.Е.Синицын, И.А.Григорьев. – М.: Практическая медицина, 2005. – 270 с.