

<https://doi.org/10.29188/2222-8543-2026-19-2-91-95>

Хирургическое лечение пациента с крупной ангиомиолипомой левой почки с кровоизлиянием

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

В.Н. Габдрафиков¹, Т.З. Утяшев¹, Э.И. Миргалеев^{1,2}, Б.И. Сафаров¹, А.С. Акопян¹

¹ Клиническая больница скорой медицинской помощи, Уфа, Россия

² Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

Контакт: Габдрафиков Вадим Наилевич, vadgabdrifikov@yandex.ru

Аннотация:

Введение. Ангиомиолипома почки – высокоактивная сосудистая опухоль, как правило, доброкачественная, состоящая из клеток эндотелия, гладких мышц и жировой ткани, которая изначально берет начало из мезенхимальной ткани. Может поражать разные органы – печень, матку, влагалище, половой член, твердое небо, толстую кишку. Поражается как корковое, так и мозговое вещество почки. Распространенность составляет от 0,2–0,6%, страдают преимущественно женщины.

Клиническое наблюдение. Пациентка, 62 лет, госпитализирована с жалобами на интенсивную боль в поясничной области слева. Гемоглобин – 97 г/л. При ультразвуковом исследовании и компьютерной томографии выявлено объемное образование левой почки до 10,2 см в наибольшем измерении с признаками кровоизлияния. В экстренном порядке выполнена нефрэктомия слева. При гистологическом исследовании верифицирована ангиомиолипома. Послеоперационный период неосложненный.

Обсуждение. Данная статья демонстрирует развитие одного из осложнений ангиомиолипомы почки, которое длительное время протекало бессимптомно и дебютировало кровоизлиянием. Клиническая ситуация потребовала госпитализации и экстренного хирургического вмешательства. Возможно применение рентгенэндоваскулярной эмболизации, однако для выполнения этой методики необходимо наличие специального оборудования и специалистов соответствующего профиля, также следует учитывать риск рецидива кровотечения.

Заключение. Несмотря на то, что ангиомиолипома является доброкачественным образованием, при ее крупных размерах возможен спонтанный разрыв опухоли с развитием жизнеугрожающего кровотечения. Клинический случай показывает, что у пациентов с крупными ангиомиолипомами оправдана активная хирургическая тактика.

Ключевые слова: ангиомиолипома почки; нефрэктомия; осложненная кровоизлиянием.

Для цитирования: Габдрафиков В.Н., Утяшев Т.З., Миргалеев Э.И., Сафаров Б.И., Акопян А.С. Хирургическое лечение пациента с крупной ангиомиолипомой левой почки с кровоизлиянием. Экспериментальная и клиническая урология. 2026;19(2):91-95; <https://doi.org/10.29188/2222-8543-2026-19-2-91-95>

<https://doi.org/10.29188/2222-8543-2026-19-2-91-95>

Surgical treatment of a patient with huge angiomyolipoma of the left kidney with hemorrhage

CLINICAL CASE

V.N. Gabdrifikov¹, T.Z. Utyashev¹, E.I. Mirgaleev^{1,2}, B.I. Safarov¹, A.S. Akopyan¹

¹ Clinical Hospital of Emergency Medical Care, Ufa, Russia

² Bashkir State Medical University, Ufa, Russia

Contacts: Vadim N. Gabdrifikov, vadgabdrifikov@yandex.ru

Summary:

Introduction. A kidney's angiomyolipoma is a highly active vascular tumor, usually benign, consisting of endothelial cells, smooth muscles and adipose tissue, originally originating from mesenchymal tissue. It can affect various organs – the liver, uterus, vagina, penis, hard palate, colon. Both the cortical and medulla of the kidney are affected. The prevalence ranges from 0.2–0.6%, mainly affecting women.

Clinical case. A 62-year-old patient was hospitalized with intense lumbar pain. Hemoglobin was 97 g/l. Ultrasound and CT revealed a left renal mass up to 10.2 cm with signs of hemorrhage. An emergency nephrectomy was performed. An angiomyolipoma was verified during histological examination. The postoperative period is uncomplicated.

Discussion. This article demonstrates one of the kidneys' angiomyolipoma complications, which was asymptomatic for a long time and debuted with hemorrhage. This patient required hospitalization and emergency surgery. It is possible to use X-ray endovascular embolization; however, this technique requires special equipment and specialists of the appropriate profile. In addition, after its use, recurrent bleeding is possible, and therefore, in our opinion, with large angiomyolipoma complicated by spontaneous rupture and bleeding, open (or laparoscopic) surgery is more appropriate.

Conclusion. Even though angiomyolipoma is a benign formation, with its large size, spontaneous tumor rupture is possible with the development of life-threatening bleeding. This clinical case indicates that active surgical tactics are justified in patients with large angiomyolipoma.

Key words: renal angiomyolipoma; nephrectomy; hemorrhage complication.

For citation: Gabdrifkov V.N., Utyashev T.Z., Mirgaleev E.I., Safarov B.I., Akopyan A.S. Surgical treatment of a patient with huge angiomyolipoma of the left kidney with hemorrhage. *Experimental and Clinical Urology*. 2026;19(2):91-95; <https://doi.org/10.29188/2222-8543-2026-19-2-91-95>

ВВЕДЕНИЕ

Ангиомиолипома (АМЛ) почки – высокоактивная сосудистая опухоль, как правило, доброкачественная, состоящая из клеток эндотелия, гладких мышц и жировой ткани, которая изначально берет начало из мезенхимальной ткани [1]. Может поражать разные органы – печень, матку, влагалище, половой член, твердое небо, толстую кишку. Средний возраст пациентов с АМЛ – 55–60 лет [2]. АМЛ у женщин встречается в 4 раза чаще, чем у мужчин, что связано в основном с развитием дисбаланса прогестеронов и эстрогенов в постклимактерическом периоде, стимулируя развитие опухоли. При формировании АМЛ почки поражается как корковое, так и мозговое вещество.

Существуют разные классификации АМЛ: рутинная, гистологическая, радиологическая [3]. Каждая в свою очередь подразделяется на подвиды.

Рутинная классификация АМЛ почки:

- спорадический тип – случайное выявление новообразования при ультразвуковом исследовании (УЗИ) органов мочевыделительной системы;
- наследственный тип включает опухоли, сопровождающие генетические заболевания. Наиболее часто встречается синдром Бурневилля–Прингла (туберозный склероз) – аутосомно-генетическая патология из группы факоматозов. Он сопровождается множественными двусторонними АМЛ почек и обуславливает примерно 20% случаев таких образований;
- идиопатический тип диагностируется редко, не чаще 1–2% случаев.

Гистологическая классификация АМЛ почки [4]:

- трехфазная включает все 3 компонента опухоли – расширенные кровеносные сосуды («ангио»), гладкомышечные клетки («мио») и зрелые адипоциты («липо»);
- монофазная – в опухоли превалирует один из трех компонентов АМЛ.

Радиологическая классификация АМЛ почки:

- с большим содержанием жировой ткани;

- с минимальным содержанием жировой ткани;
- без жировой ткани.

АМЛ протекает бессимптомно и в большинстве случаев является случайной находкой. При наличии симптомов чаще пациенты предъявляют жалобы на ноющие, тупые боли в поясничной области. При этом боль связана не со сдавлением опухолью близлежащих тканей, а именно с периодическими периодами кровоизлияний [5].

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

В урологическое отделение Клинической больницы скорой медицинской помощи г. Уфы 14.03.2025 в экстренном порядке госпитализирована пациентка И., 62 лет. При поступлении предъявляла жалобы на интенсивные боли в поясничной области слева, которые появились за сутки до госпитализации.

В общем анализе крови выявлена умеренная анемия (гемоглобин – 97 г/л, эритроциты – $3,35 \times 10^{12}/л$); тромбоциты – $231 \times 10^9/л$; лейкоциты – $9,1 \times 10^9/л$.

По данным ультразвукового исследования (УЗИ) в области ворот левой почки, с распространением в забрюшинное пространство, визуализировано тканевое, гиперэхогенное образование размерами 158×44×136 мм, неоднородной структуры, с наличием гипозоногенного участка размерами 67×32 мм.

При компьютерной томографии с внутривенным болюсным контрастированием выявлено объемное образование в области ворот левой почки с кровоизлиянием размерами 70×100×102 мм. Образование выходит за пределы почки в вентральном и медиальном направлениях, интимно прилежит к передней почечной фасции, при контрастировании имеются признаки неоднородного накопления контрастного вещества за счет проходящих в толще мелких артериальных ветвей (рис. 1).

На основании жалоб, анамнеза, данных лабораторных и инструментальных исследований установлен следующий клинический диагноз:

Основное заболевание: АМЛ левой почки.

Осложнение: гематома левой почки и паранефральной клетчатки, анемия 2-й степени.

Сопутствующее заболевание: сахарный диабет 2-го типа.

Пациентке 14.03.2025 выполнена экстренная операция – лапаротомия по Кохеру, ревизия левого забрюшинного пространства. Интраоперационно выявлена

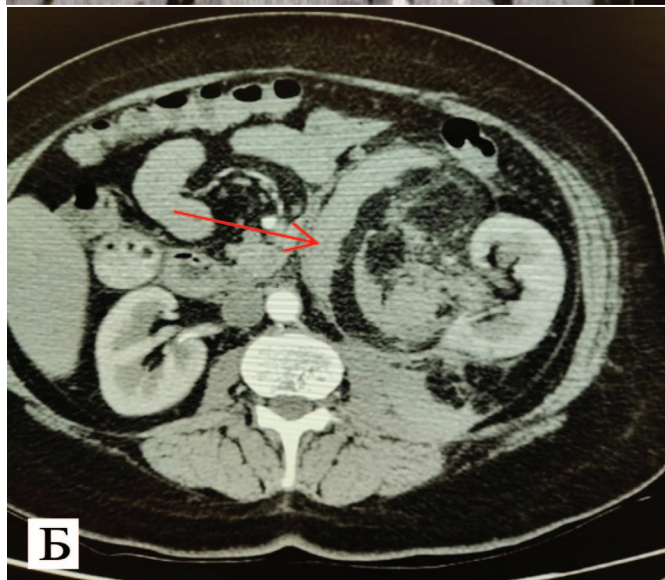
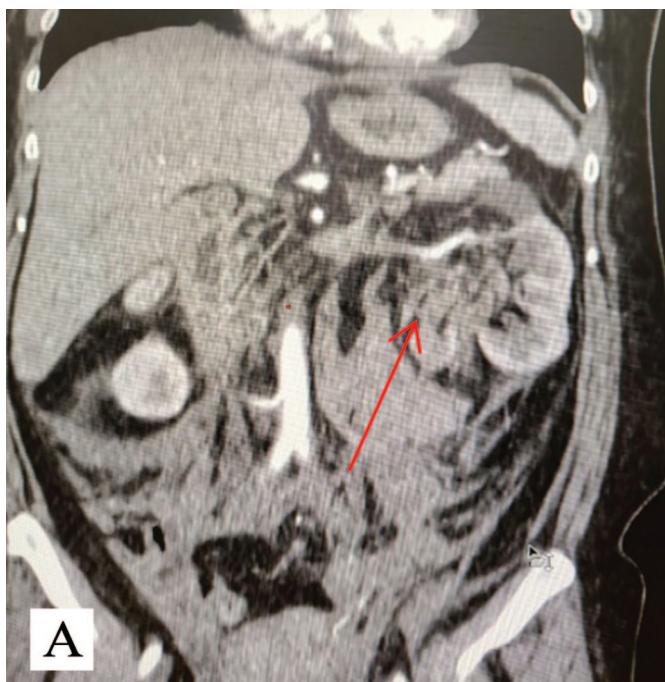


Рис. 1. Компьютерная томограмма: А – коронарный срез; Б – аксиальный срез
Fig. 1. Computed tomography: A – coronal section; Б – axial section

опухоль, исходящая из ворот почки, багрово-красного цвета (рис. 2). Отмечена диффузная кровоточивость. Ввиду интимной спаянности образования с воротами почки принято решение о проведении радикальной нефрэктомии.

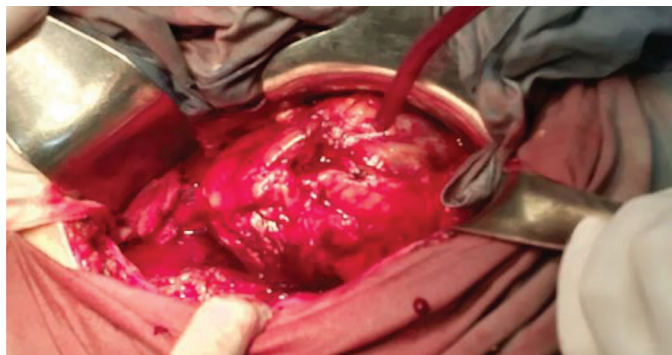


Рис. 2. Опухоль левой почки
Fig. 2. Left kidney tumor

В макропрепарате опухоль представлена узлом мягко эластичной консистенции размером 9,0×8×9 см. Снаружи покрыта тонкой полупрозрачной капсулой толщиной до 0,1 см. В некоторых участках наблюдались разрывы капсулы с кровоизлияниями от капсулы до центральных отделов опухоли размерами до 3 см темно-бордового цвета. На разрезе ткань опухоли желтовато-серого цвета с мелкими очаговыми кровоизлияниями до 0,3 см, серовато-белесоватыми прожилками, множественными мелкими сосудами с диаметром просвета до 0,9 см (рис. 3).

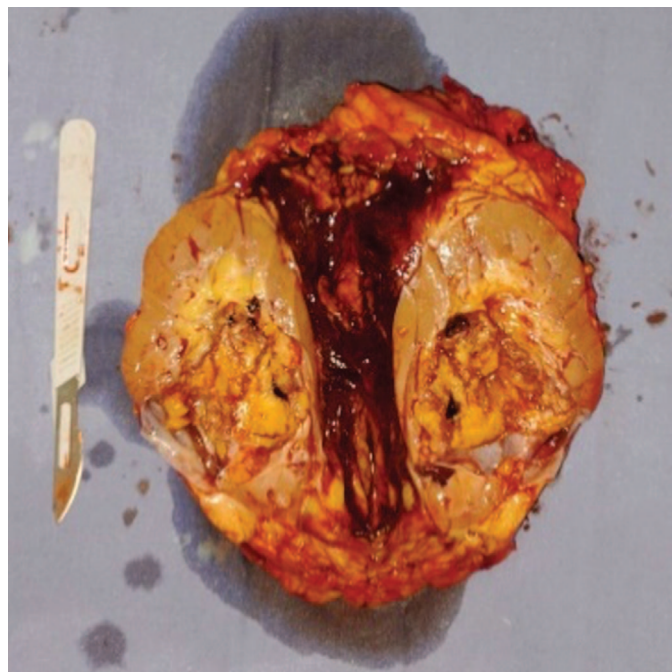


Рис. 3. Удаленный макропрепарат
Fig. 3. Removed macropreparation

При гистологическом исследовании выявлена картина АМЛ почки (рис. 4).

Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка выписана на 8-е сутки после операции. ■

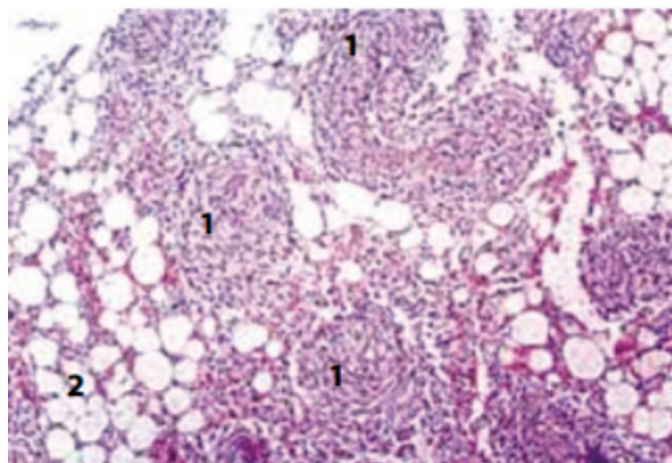


Рис. 4. Доброкачественная ангиомиолипома: 1 – толстостенные опухолевые сосуды; 2 – жировой компонент. Окраска гематоксилином-эозином, ×100
Fig. 4. Benign angiomyolipoma: 1 – thick-walled tumor vessels; 2 – fatty components. Hematoxylin-eosin staining, ×100

ОБСУЖДЕНИЕ

Представлено интересное клиническое наблюдение спонтанного разрыва крупной АМЛ почки, осложнившегося разрывом, кровотечением и формированием забрюшинной гематомы. Один из возможных вариантов лечения в данной клинической ситуации – селективная эмболизация сосудов, питающих опухоль. Этот метод лечения высоко эффективен, однако может сопровождаться развитием постэмболического синдрома, который характеризуется болью, лихорадкой и тошнотой [6]. Частота осложнений достигает до 85% [7].

Возможность применения описанного метода может быть ограничена отсутствием в лечебном учреждении соответствующего оборудования, расходных материалов и специалистов в области рентген-эндovasкулярной хирургии. Кроме того, после ее использования возможны рецидивы кровотечения, в связи с чем, по нашему мнению, при крупных АМЛ, осложненных спонтанным разрывом и кровотечением, целесообразнее выполнение открытое (или лапароскопическое) оперативное вмешательство.

При АМЛ почке наиболее часто проводят органосохраняющие операции [8]. В представленном клиническом наблюдении выполнение резекции почки

было технически невозможным ввиду интимной спаянности образования с воротами почками и крайне высоком риске развития интритоационного кровотечения.

У пациентки заболевание длительное время протекало бессимптомно и дебютировало развитием осложнений, а именно спонтанным разрывом с формированием гематомы. В связи с этим следует подчеркнуть важность скринингового применения УЗИ почек для раннего выявления пациентов с новообразованиями почек и целесообразность активной хирургической тактики у лиц с крупными АМЛ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на то, что АМЛ является доброкачественным образованием, при ее больших размерах существует риск развития массивного кровотечения, которое может быть жизнеугрожающим. Клиническое наблюдение демонстрирует возможность длительного бессимптомного течения заболевания, несмотря на крупные размеры опухоли и свидетельствует о том, что активная хирургическая тактика в случае спонтанного разрыва АМЛ и формирования забрюшинной гематомы позволяет сохранить жизнь пациенту. ■

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Винаров А.З. Ангиомиолипома: что должен знать уролог. *Урология сегодня*. 2012;4(20):1–3. [Vinarov A.Z. Angiomyolipoma: what a urologist should know. *Urologiya segodnya = Urology Today*. 2012;4(20):1–3. (In Russian)].
2. Корчагин О.Ю., Нечипоренко Н.А. Тактика ведения больных с ангиомиолипомой почки. *Журнал ГрГМУ*. 2006;(2):81–83. [Korchagin O.Yu., Nechiporenko N.A. Tactics of management of patients with angiomyolipoma of the kidney. *Zhurnal GrGMU = Journal of Grodno State Medical University*. 2006;(2):81–83. (In Russian)].
3. Lee YC, Huang SP, Liu CC, Wu WJ, Chou YH, Huang CH. Giant extrarenal retroperitoneal angiomyolipoma: a case report and literature review. *Kaohsiung J Med Sci*. 2003;19(11):579–82. [https://doi.org/10.1016/S1607-551X\(09\)70510-8](https://doi.org/10.1016/S1607-551X(09)70510-8).
4. Tsutsumi M, Yamauchi A, Tsukamoto S, Ishikawa S. A case of angiomyolipoma presenting as a huge retroperitoneal mass. *Int J Urol*. 2001;8(8):470. <https://doi.org/10.1046/j.1442-2042.2001.00344.x>.
5. Chen P, Jin L, Yang Y, Chen Z, Ni L, Yang S, et al. Giant renal angiomyolipoma: a case report. *Mol Clin Oncol*. 2017;7(2):298–300. <https://doi.org/10.3892/mco.2017.1305>.
6. Круцкевич А.О., Шейх Ж.В. Ангиомиолипомы: современные представления и клинические наблюдения. *Медицинская визуализация*. 2014;2:81–89. [Krutskevich A.O., Sheikh J.V. Angioplasty: current concepts and clinical observations. *Medicinskaya vizualizaciya = Medical Imaging*. 2014;2:81–89. (In Russian)].
7. Nepple KG, Bockholt NA, Dahmouh L, Williams RD. Giant renal angiomyolipoma without fat density on CT scan: case report and review of the literature. *ScientificWorldJournal*. 2010;10:1334–8. <https://doi.org/10.1100/tsw.2010.135>.
8. Матвеев В.Б., Сорокин К.В. Ангиомиолипома почки: диагностика и лечение. *Онкоурология*. 2006;2:14–20. [Matveev V.B., Sorokin K.V. Angiomyolipoma of the kidney: diagnosis and treatment. *Onkourologiya = Oncourology*. 2006;2:14–20. (In Russian)]. <https://doi.org/10.17650/1726-9776-2006-2-2-14-21>.

Сведения об авторах:

Габдрафиков В.Н. – врач-уролог, Клиническая больница скорой медицинской помощи, Уфа, Россия

Утяшев Т.З. – заместитель главного врача, Клиническая больница скорой медицинской помощи, Уфа, Россия

Миргалеев Э.И. – к.м.н., ассистент кафедры урологии Башкирского государственного медицинского университета; заведующий урологическим отделением, Клиническая больница скорой медицинской помощи, Уфа, Россия

Сафаров Б.И. – врач-уролог, Клиническая больница скорой медицинской помощи, Уфа, Россия

Акопян А.С. – врач-уролог, Клиническая больница скорой медицинской помощи, Уфа, Россия

Вклад авторов:

Габдрафиков В.Н. – концепция исследования, разработка дизайна исследования, написание текста рукописи, 40%

Утяшев Т.З. – обзор публикаций, написание статьи, софтверная поддержка, 20%
Миргалеев Э.И. – анализ данных, критический обзор, научное редактирование, научное руководство, 20%

Сафаров Б.И. – сбор данных, анализ данных, статистическая обработка данных, 10%

Акопян А.С. – сбор данных, анализ данных, статистическая обработка данных, 20%

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Статья подготовлена без финансовой поддержки.

Соблюдение прав пациентов. Информированное согласие пациентки на публикацию данных получено.

Статья поступила: 25.09.2025

Результаты рецензирования: 17.11.2025

Исправления получены: 19.02.2026

Принята к публикации: 24.02.2026

Information about authors:

Gabdrifkov V.N. – urologist, Clinical Hospital of Emergency Medicine, Ufa, Russia

Utyashev T.Z. – Deputy Chief Physician of the Clinical Hospital of Emergency Medical Care, Clinical Hospital of Emergency Medicine, Ufa, Russia

Mirgaleev E.I. – PhD, Assistant Professor of the Department of Urology at Bashkir State Medical University; Head of the Urology Department of the Clinical Hospital of Emergency Medicine, Ufa, Russia

Safarov B.I. – urologist, Clinical Hospital of Emergency Medicine, Ufa, Russia

Akopyan A.S. – urologist, Clinical Hospital of Emergency Medicine, Ufa, Russia

Authors' contributions:

Gabdrifkov V.N. – research concept, research design development, writing the text of the manuscript, 40%

Utyashev T.Z. – review of publications, writing an article, software support, 20%

Mirgaleev E.I. – data analysis, critical review, scientific editing, scientific guidance, 20%

Safarov B.I. – data collection, data analysis, statistical data processing, 10%

Akopyan A.S. – data collection, data analysis, statistical data processing, 20%

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

Financing. The article was made without financial support.

Compliance with patient rights. Written informed consent was obtained from the patient for publication of this case report and accompanying materials.

Received: 25.09.2025

Peer review: 17.11.2025

Corrections received: 19.02.2026

Accepted for publication: 24.02.2026