



Спонтанный разрыв почки: собственные клинические наблюдения

© Александр Н. Нечипоренко ¹, Андрей С. Князюк ², Анна С. Нечипоренко ¹

¹ Гродненский государственный медицинский университет [Гродно, Республика Беларусь]

² Гомельский государственный медицинский университет [Гомель, Республика Беларусь]

Аннотация

Введение. Спонтанный ненеопластический разрыв почки (синдром Wunderlich) — редкое и сложное для диагностики ургентное состояние, являющееся диагнозом исключения после тщательного обследования на предмет опухолевой этиологии.

Цель исследования. Проанализировать особенности диагностики и тактики лечения спонтанного ненеопластического разрыва почки (синдрома Wunderlich) на основании собственных клинических наблюдений и данных литературы.

Материалы и методы. Представлены два клинических случая. Пациент 1 (58 лет) поступил с острой болью в левой поясничной области и тошнотой. По данным ультразвукового исследования (УЗИ) и компьютерной томографии (КТ) диагностирован спонтанный разрыв левой почки с признаками продолжающегося кровотечения и паранефральной гематомой. Пациент 2 (59 лет) госпитализирован с интенсивной болью в левой пояснице и слабостью после минимальной физической нагрузки. Визуализация (УЗИ, КТ) выявила обширную подкапсульную и паранефральную гематому.

Результаты. В обоих случаях диагноз был верифицирован с помощью компьютерной томографии с контрастным усилением, которая позволила подтвердить разрыв, оценить объём кровопотери и исключить очевидную неоплазию. Несмотря на попытку консервативного ведения у второго пациента, оба наблюдения потребовали хирургического вмешательства в связи с признаками продолжающегося / рецидивирующего кровотечения. В обоих случаях выполнены успешные органосохраняющие операции: резекция почки с ушиванием дефекта. Гистологическое исследование опухолевого роста не подтвердило.

Заключение. Представленные клинические наблюдения подчёркивают, что спонтанный разрыв почки требует комплексного диагностического подхода с обязательным использованием КТ. Тактика лечения должна быть индивидуализированной, ступенчатой и основываться на мультидисциплинарном решении. Приоритет отдаётся консервативному ведению и эндоваскулярным методам (ангиоэмболизации). Открытое органосохраняющее хирургическое вмешательство остаётся методом выбора при неэффективности консервативной терапии или прогрессирующем кровотечении, позволяя избежать нефрэктомии и сохранить функцию органа.

Ключевые слова: спонтанный разрыв почки; синдром Wunderlich; забрюшинная гематома; компьютерная томография; органосохраняющее лечение

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки. **Раскрытие интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов. **Информированное согласие.** Пациенты подписали информированное согласие на обработку персональных данных и публикацию медицинской информации, включая иллюстративный материал.

Вклад авторов: А.Н. Нечипоренко — концепция исследования, разработка дизайна исследования, анализ данных, написание текста рукописи, научное руководство; А.С. Князюк — концепция исследования, обзор литературы, анализ данных, научное редактирование; А.С. Нечипоренко — сбор данных, анализ данных, научное редактирование.

✉ **Корреспондирующий автор:** Александр Николаевич Нечипоренко; nechiporenko_al@mail.ru

Поступила в редакцию: 23.02.2026. **Принята к публикации:** 14.07.2026. **Опубликована:** 26.08.2026.

Для цитирования: Нечипоренко А.Н., Князюк А.С., Нечипоренко А.С. Спонтанный разрыв почки: собственные клинические наблюдения. *Вестник урологии*. 2026;14(4):93-98. DOI: 10.21886/2308-6424-2026-14-4-93-98.

Spontaneous kidney rupture: cases report

© Alexander N. Nechiporenko ¹, Andrey S. Kniaziuk ², Anna S. Nechiporenko ¹

¹ Grodno State Medical University [Grodno, Republic of Belarus]

² Gomel State Medical University [Gomel, Republic of Belarus]

Abstract

Introduction. Spontaneous non-neoplastic renal rupture (Wunderlich syndrome) is a rare and diagnostically challenging urological emergency that is established only after thorough exclusion of neoplastic etiologies.

Objective. To analyze diagnostic features and management strategies for spontaneous non-neoplastic renal rupture (Wunderlich syndrome) based on our institutional experience and a review of the literature.

Materials & methods. We present two clinical cases. Patient 1, a 58-year-old man, was admitted with acute left flank pain and nausea. Ultrasonography (US) and computed tomography (CT) revealed spontaneous rupture of the left kidney with signs of ongoing hemorrhage and a perinephric hematoma. Patient 2, a 59-year-old man, was hospitalized with severe left flank pain and weakness following minimal physical exertion. Imaging (US and CT) demonstrated extensive subcapsular and perinephric hematoma.

Results. In both cases, the diagnosis was confirmed by contrast-enhanced CT, which enabled verification of the rupture, assessment of blood loss, and exclusion of overt neoplasm. Despite an initial attempt at conservative management in the second patient, both ultimately required surgical intervention due to signs of ongoing or recurrent bleeding. Successful organ-preserving surgery was performed in both cases: partial nephrectomy with defect closure. Histopathological examination did not reveal tumor growth.

Conclusion. These cases highlight that spontaneous renal rupture necessitates a comprehensive diagnostic approach with mandatory contrast-enhanced CT. Management should be individualized, stepwise, and guided by multidisciplinary decision-making. Priority is given to conservative measures and endovascular techniques (angiographic embolization). Open organ-preserving surgery remains the treatment of choice when conservative therapy fails or bleeding progresses, allowing avoidance of nephrectomy and preservation of renal function.

Keywords: spontaneous kidney rupture; Wunderlich syndrome; retroperitoneal hematoma; computed tomography; organ-sparing surgery

Financing. The study was not sponsored. **Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interest. **Informed consent.** All patients signed informed consent to participate in the study and to process personal data.

Authors' contribution: A.N. Nechiporenko — research concept and design, drafting the manuscript, scientific supervision; A.S. Kniaziuk — research concept, literature review, drafting the manuscript, scientific editing; A.S. Nechiporenko — data acquisition, data analysis, scientific editing.

✉ **Corresponding author:** Alexander N. Nechiporenko; nechiporenko_al@mail.ru

Received: 23.02.2026. **Accepted:** 14.07.2026. **Published:** 26.08.2026.

For citation: Nechiporenko A. N., Kniaziuk A. S., Nechiporenko A. S. Spontaneous kidney rupture: cases report. *Urology Herald*. 2026;14(4):93-98. (In Russ.). DOI: 10.21886/2308-6424-2026-14-4-93-98.

Введение

Спонтанный разрыв почки, или синдром Wunderlich — сложное для интерпретации ургентное состояние в урологии. Особый клинико-диагностический парадокс представляет собой подкатегория ненеопластических и нетравматических разрывов, являющаяся казуистически редкой [1, 2]. Фундаментальной особенностью диагностического процесса при спонтанном разрыве почки выступает необходимость последовательного и тщательного исключения основной причины — опухолевого поражения почки (как доброкачественного, так и злокачественного), на долю которой, по данным анализа литературы, приходится более половины всех случаев. Таким образом, установление факта истинно спонтанного, ненеопластического разрыва становится диагнозом исключения, окончательно верифицируемым лишь в ходе углублённого обследования.

Этиологический спектр подобных разрывов гетерогенен. На первый план выхо-

дят инфекционно-воспалительные заболевания, в частности острый обструктивный деструктивный пиелонефрит, при котором разрушение паренхимы и повышение интраренального давления на фоне нарушения оттока мочи создают условия для повреждения целостности органа (19,4%). Отдельную редкую группу составляют системные васкулиты, прежде всего узелковый периартериит (7,5%), приводящий к формированию множественных микроаневризм с их последующим разрывом. Существенную роль в патогенезе могут играть гидронефрозы, а также ряд предрасполагающих состояний, таких как приобретённая кистозная болезнь почек у пациентов на диализе, артериальная гипертензия и, что критически важно, терапия антикоагулянтами, которая часто выступает провоцирующим фактором декомпенсации латентной почечной патологии (12%). В 8,9% случаев причину установить невозможно — идиопатические разрывы [3 – 7].

Клиническая картина, несмотря на раз-

нообразии причин, носит относительно универсальный характер, определяясь в основном объёмом и скоростью кровопотери [1, 3]. Классическая триада (боль, пальпируемое образование, признаки гиповолемии) наблюдается не всегда, что в сочетании с неспецифической симптоматикой (лихорадка, симптомы «острого живота») нередко обуславливает первоначальную ошибочную диагностику [8, 9]. В этой связи ключевое значение приобретает современный алгоритм визуализации. УЗИ служит важным скрининговым методом для обнаружения забрюшинной гематомы, однако «золотым стандартом» диагностики является КТ с контрастным усилением [8, 9], которая не только с высокой точностью подтверждает факт разрыва и оценивает объём гематомы, но и в значительном проценте случаев позволяет визуализировать неопухолевую причину события (признаки обструкции, воспалительной инфильтрации, сосудистые аномалии). В ситуациях, когда данные томографии остаются неоднозначными, а также при подозрении на васкулит или для выполнения эндоваскулярного гемостаза целесообразным завершающим этапом диагностики становится ангиография.

Лечебная парадигма при спонтанном ненеопластическом разрыве почки претерпела существенную эволюцию, сместившись от радикальной хирургии в сторону консервативно-выжидательной и малоинвазивной тактики. При стабильной гемодинамике у пациента и отсутствии признаков продолжающегося жизнеугрожающего кровотечения методом выбора становится динамическое наблюдение в сочетании с активной гемостатической, антибактериальной при показаниях и симптоматической терапией [3]. Если диагностические методы (прежде всего, ангиография) выявляют активный источник кровотечения, на первый план выходит эндоваскулярная артериальная эмболизация, позволяющая добиться надёжного гемостаза с максимальным сохранением функционирующей паренхимы [3, 9, 10]. Открытое хирургическое вмешательство в настоящее время резервируется для случаев неэффективности указанных методов, неконтролируемого прогрессирования гематомы или при развитии септических осложнений. При этом объём операции должен быть строго

органосохраняющим (ушивание разрыва, резекция), а нефрэктомия рассматривается как крайняя мера при тотальном необратимом повреждении органа [1, 3].

Таким образом, спонтанный разрыв почки ненеопластической природы представляет собой сложную диагностическую задачу, требующую от клинициста высокой степени настороженности и последовательного применения современных методов визуализации. Современное ведение таких пациентов базируется на мультидисциплинарном подходе с приоритетом консервативных и мини-инвазивных эндоваскулярных технологий, что позволяет в большинстве случаев избежать экстренной открытой операции и сохранить функцию органа. Данный подход отражает общую тенденцию ургентной урологии к более избирательной и физиологичной стратегии лечения.

Цель исследования — проанализировать особенности диагностики и тактики лечения спонтанного ненеопластического разрыва почки (синдрома Wunderlich) на основании собственных клинических наблюдений и данных литературы

Клинические наблюдения

Клиническое наблюдение 1. Пациент 58 лет поступил в Гродненскую университетскую клинику в 2025 году с жалобами на боли в левой половине живота и поясничной области, тошноту. Заболел остро несколько часов назад, когда появились вышеуказанные жалобы. Травму отрицает. Отмечает периодическое повышение АД.

АД 140 / 90, Ps 90 в 1 минуту. Живот больших размеров, мягкий, чувствительный при пальпации в левом подреберье. Общий анализ крови: эритроциты — $4,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин — 152 г/л, лейкоциты — $10,2 \times 10^9/л$, цветовой показатель — 0,96, гематокрит — 39%, тромбоциты — $330 \times 10^9/л$, нейтрофилы палочкоядерные — 3%, нейтрофилы сегментоядерные — 75%, лимфоциты — 15%, моноциты — 8%. Общий белок — 72,5 г/л, креатинин — 99 мкмоль/л, глюкоза — 13,3 ммоль/л, билирубин общий — 9,9 мкмоль/л, аспаратаминотрансфераза — 14 Ед/л, аланинаминотрансфераза — 26 Ед/л, С-реактивный белок — 8,5 мг/л.

При КТ с контрастированием: дефект контрастирования на границе верхнего и среднего сегментов по медиальной по-



Рисунок 1. Компьютерная томограмма с контрастным усилением, артериальная фаза: 1 — на границе среднего и нижнего сегментов по медиальной поверхности левой почки гиповаскулярный участок клиновидной формы (разрыв); 2 — ретикуляция околопочечной жировой клетчатки с наличием неограниченного содержимого геморрагической плотности (забрюшинная гематома)

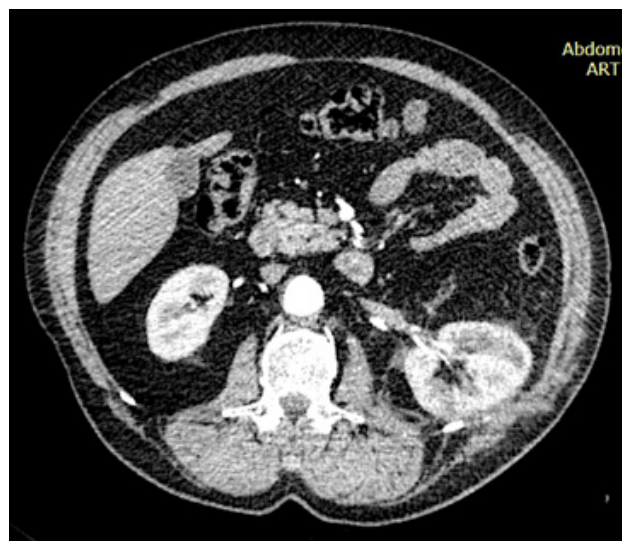


Рисунок 2. Компьютерная томограмма с контрастным усилением через 3 месяца после операции, артериальная фаза. Нормально контрастирующаяся паренхима левой почки, контуры чёткие, не ограничена от мягких тканей поясничной области

верхности левой почки — чрескапсульный разрыв паренхимы левой почки, паранефральная гематома слева (рис. 1). Полоска жидкости вдоль контура селезёнки. Кисты обеих почек (Bosniak 1). Аневризма интра-ренального отдела брюшной аорты.

Общий анализ крови через 3 часа после поступления: эритроциты — $3,8 \times 10^{12}/л$, гемоглобин — 122 г/л, лейкоциты — $10,2 \times 10^9/л$, цветовой показатель — 0,96, гематокрит — 35%, тромбоциты — $285 \times 10^9/л$. УЗИ через 3 часа после поступления: увеличение объёма паранефральной гематомы.

Диагноз: «Спонтанный разрыв левой почки (ангиомиолипомы?). Паранефральная гематома слева. Продолжающееся кровотечение. Кисты почек. Аневризма брюшного отдела аорты».

Учитывая признаки продолжающегося кровотечения (увеличение объёма паранефральной гематомы, снижение количества эритроцитов и гемоглобина) решено отказаться от консервативного лечения и выполнить ревизию левой почки.

Операция: люмботомия слева, ревизия почки, эвакуация паранефральной гематомы, иссечение кисты, резекция почки с ушиванием дефекта, дренирование забрюшинного пространства.

В ходе операции обнаружен дефект паренхимы до 1 см по задне-медиальному контуру с подтеканием крови из него

и сгустком. Выше на 1,5 см — киста с большим экстраренальным компонентом. Экстра-ренальная часть кисты иссечена. Явной опухоли в зоне разрыва не выявлено. Выполнена резекция почки, отступя от края разрыва на 0,5 см с ушиванием с заполнением дефекта гемостатической губкой. Из паранефрального пространства эвакуировано до 500 мл сгустков черного цвета.

Гистологическое заключение: фрагмент ткани почки с кровоизлиянием, по краю препарата — фибрин с лейкоцитарной инфильтрацией.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент выписан домой.

КТ-контроль через 3 месяца после оперативного лечения (рис. 2).

Клиническое наблюдение 2. Пациент 59 лет поступил в урологическое отделение Гомельской городской клинической больницы скорой медицинской помощи в 2020 году с жалобами на сильные боли в поясничной области слева, общую слабость.

Со слов пациента, утром на фоне полного благополучия поднял руки — потянулся, почувствовал сильную боль в поясничной области слева, затем слабость, головокружение.

АД 130 / 80, Ps 96 в 1 минуту. Живот увеличен в размерах, мягкий, болезненный при пальпации в левом подреберье.

Анализ крови: лейкоциты — $12,8 \times 10^9/л$,

эритроциты — $3,50 \times 10^{12}/л$, гемоглобин — 104 г/л, СОЭ — 40 мм/ч, тромбоциты — $220 \times 10^9/л$, нейтрофилы палочкоядерные — 2%, нейтрофилы сегментоядерные — 89%, эозинофилы — 3%, моноциты — 4%, лимфоциты — 2%. АЧТВ — 33 с, протромбиновый индекс — 0,76%, МНО — 1,38, тромбиновое время — 14 с, фибриноген — 7,9 г/л, креатинин — 100 мкмоль/л, глюкоза — 5,7 мкмоль/л.

Анализ мочи: Бурая, мутная, белок — 1,74 г/л, эритроциты — густо в п/з, лейкоциты — 25 – 27 в п/з.

При КТ брюшной полости и забрюшинного пространства: слева паранефрально по задненижней поверхности почки имеется неправильной формы, неоднородное, повышенной плотности, скопление патологического компонента (крови) размерами около 53×125 мм. Справа паренхиматозные кисты почки до 10 мм. Форма, размеры и структура надпочечников не изменены. Забрюшинные лимфоузлы не увеличены. Заключение: КТ-картина может соответствовать паранефральной гематоме левой почки в связи с разрывом левой капсулы почки.

Диагноз: Травматический (спонтанный?) разрыв нижнего полюса левой почки. Паранефральная гематома левой почки. Артериальная гипертензия 1 ст. Риск 2.

В течение 4 суток наблюдения пациент находился с некоторой отрицательной динамикой — нарастание слабости и болей в поясничной области слева. Общий анализ крови: лейкоциты — $15 \times 10^9/л$, эритроциты — $2,50 \times 10^{12}/л$, гемоглобин — 83 г/л, цветовой показатель — 0,98, СОЭ — 58 мм/ч, тромбоциты — $148 \times 10^9/л$, нейтрофилы палочкоядерные — 3%, нейтрофилы сегментоядерные — 88%, эозинофилы — 2%, базофилы — 0%, моноциты — 5%, лимфоциты — 2%.

Учитывая отрицательную динамику, на 5-е сутки после поступления проведено оперативное вмешательство: люмболапаротомия слева, резекция почки с ушиванием разрыва нижнего полюса левой почки. Гистологическое заключение: фрагменты фиброзной и почечной ткани. Выписан в удовлетворительном состоянии.

Обсуждение

Спонтанный разрыв почки ненеопластической природы, несмотря на свою редкость, остаётся актуальной и сложной про-

блемой urgentной урологии, что в полной мере иллюстрируют представленные клинические наблюдения. Анализ собственного опыта и данных литературы позволяет выделить несколько ключевых аспектов в диагностике и лечении данного состояния.

Как демонстрируют оба клинических случая, начальная картина неспецифична и часто симулирует другие острые хирургические заболевания. В этой ситуации, как и отмечено в литературе [8, 9], первостепенное значение приобретает быстрая и точная визуализация. КТ с контрастным усилением по праву считается «золотым стандартом». КТ позволяет не только установить факт разрыва, но и в ряде случаев предположить его причину, оценить динамику и спланировать лечение [9].

Представленные случаи демонстрируют этиологический парадокс синдрома Wunderlich. У пациента 1 интраоперационно и гистологически не было обнаружено признаков опухоли (заподозренной на КТ), что относит данный случай к категории труднообъяснимых (идиопатических или обусловленных предрасполагающими состояниями). У пациента 3. явная причина (травма, опухоль, васкулит) также установлена не была. Эти примеры подчёркивают, что даже при использовании всех современных методов у значительной части пациентов этиология остаётся неясной. Это делает ключевым этапом диагностики тщательное исключение неоплазии как основной причины и последующий поиск в спектре ненеопластических факторов: от воспаления и обструкции до сосудистых патологий и ятрогенных влияний (антикоагулянты) [3, 4].

Эти случаи также иллюстрируют чёткие показания к переходу от консервативного лечения к активному вмешательству. Пациент 1 изначально мог бы рассматриваться как кандидат для эндоваскулярной эмболизации, учитывая признаки продолжающегося кровотечения. В условиях отсутствия данной опции или при неоднозначности ангиографической картины было выбрано открытое, но строго органосохраняющее вмешательство (резекция, ушивание). У пациента 2 консервативная тактика была оправдана первоначально, но прогрессирование анемии и болевого синдрома, свидетельствующее о нестабильности, стало

абсолютным показанием к операции. Оба случая завершились успешным органосберегающим вмешательством (резекция), что соответствует современному принципу, при котором нефрэктомия является вынужденной мерой [1, 3, 10]. Опыт данных наблюдений подтверждает, что выбор тактики должен быть строго индивидуален и основываться на триаде: стабильность гемодинамики, данные визуализации о продолжении кровотечения и доступность эндоваскулярных методов.

Закключение

Спонтанный ненеопластический разрыв почки остаётся сложной диагностической и тактической проблемой в ургентной урологии. Как подтверждают представленные клинические наблюдения, данное состояние является диагнозом исключения, требующим тщательного, чаще многоэтапного обследования для верификации неопухолевой этиологии и выявления первопричины.

Список литературы | References

1. Акопян Г., Григорян З. Спонтанные разрывы почки: клиника, диагностика и лечение. Врач. 2006;(8):21-23. Acopian G., Grigorian Z. Spontannye razryvy pochki: klinika, diagnostika i lechenie. Vrach. 2006;(8):21-23. (In Russian). eLIBRARY ID: 12941917; EDN: KXFKMJ
2. Zajackowski T., Straube W., Kissler W., Schumacher T., de Dycker R.P. Spontane Nierenrupturen [Spontaneous kidney rupture]. Urologe A. 1990;29(5):256-260. (In German). PMID: 2219600
3. Аляев Ю.Г., Акопян Г.Н. Спонтанный разрыв почки. М.: МГОУ; 2010. Alyaev Yu.G., Akopian G.N. Spontannyj razryv pochki. Moscow: MGOU; 2010. (In Russian).
4. Szentgyörgyi E., Kondás J., Varga S., Lörinczy D., Regös I., Kun I. Spontaneous rupture of the kidney: a report on 5 cases. Int Urol Nephrol. 1994;26(2):133-140. DOI: 10.1007/BF02768275
5. Johansen M., Thomsen G.H. Spontan nyrruptur med perirenal blødning ved ikkeerkendt polyarteritis nodosa [Spontaneous rupture of the kidney with perirenal hemorrhage in undiagnosed polyarteritis nodosa]. Ugeskr Laeger. 1999;161(18):2680-2681. (In Danish). PMID: 10434791
6. Probst W., Burger H.R., Keusch G., Binswanger U. Spontane Nierenruptur [Spontaneous kidney rupture]. Schweiz Med Wochenschr. 1990;120(26):956-959. (In German). PMID: 1973305
7. Machuca Santa Cruz J., Julve Villalta E., Galacho Bech A., Pérez Rodríguez D., Quiñonero Díaz A., Alonso Dorrego J.M., Marín Martín J.A. Hematoma retroperitoneal espontáneo: nuestra experiencia [Spontaneous retroperitoneal hematoma: our experience]. Actas Urol Esp. 1999;23(1):43-50. (In Spanish). PMID: 10089632
8. Мадькин Ю.Ю., Золотухин О.В., Зубкова Е.В. Клиническое наблюдение случая спонтанного разрыва почки. Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. 2013;(53):41-45. Madykin Y.Y., Zolotuhin O.V., Zubkova E.V. Clinical observation of cases of spontaneous rupture of kidney. Medical scientific bulletin of Central Chernozemye. 2013;(53):41-45. (In Russian). eLIBRARY ID: 30009662; EDN: ZGSFXR
9. Франк М.А., Гаитова М.Р., Присяжнюк С.В., Мурзин М.О. Тактические особенности диагностики и лечения спонтанного разрыва почки. Медицинский вестник Башкортостана. 2013;8(2):326-328. Frank M.A., Gaitova M.R., Prisyazhnyuk S.V., Murzin M.O. Tactical characteristics of diagnosis and treatment of spontaneous kidney rupture. Medicinskij vestnik Bashkortostana. 2013;8(2):326-328. (In Russian). eLIBRARY ID: 20170305; EDN: QZKBHP
10. Ozawa M., Ishii T., Suenaga S., Suzuki H., Tsuchiya N. [Spontaneous renal rupture treated by transcatheter arterial embolization: a case report]. The Japanese Journal of Urology. 2017;108(3):158-161. (In Japanese). DOI: 10.5980/jpnjurol.108.158

Сведения об авторах | Information about the authors

Александр Николаевич Нечипоренко — д-р мед. наук; профессор | Alexander N. Nechiporenko — Dr.Sc.(Med); Full Prof.
<https://orcid.org/0000-0002-3304-6393>; nechiporenko_al@mail.ru

Андрей Степанович Князюк — канд. мед. наук | Andrey S. Kniaziuk — Cand.Sc.(Med)
<https://orcid.org/0000-0003-3096-7266>; aknyazyuk@yandex.by

Анна Степановна Нечипоренко — канд. мед. наук | Anna S. Nechiporenko — Cand.Sc.(Med)
<https://orcid.org/0000-0002-4073-3132>; salejanna@mail.ru