

УДК 616.61-006.326 – 092

ЕСТЕСТВЕННАЯ ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ АНГИОМИОЛИПОМЫ ПОЧКИ

О.Ю. Корчагин

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В работе приведена динамика изменений размеров ангиомиолипомы почки на основании наблюдений за 33 пациентами в течение 3 – 10 лет, сделаны выводы о скорости роста ангиомиолипомы и тактике ведения этих больных.

Ключевые слова: ангиомиолипома, естественная история развития ангиомиолипомы почки..

The paper presents dynamics of the changes of renal angiomyolipoma size on the grounds of the observations of 33 patients within 3-10 years. Conclusions about the speed of angiomyolipoma growth and management of the patients with angiomyolipoma have been made.

Key words: angiomyolipoma, natural history of renal angiomyolipoma development.

Введение

Выбор адекватной лечебной тактики при доброкачественных органах опухолях любой локализации зависит на момент выявления заболевания от клинических проявлений опухоли и от ее размеров. Если после установления диагноза была избрана выжидательная тактика, то ее коррекция зависит уже от скорости роста опухоли в процессе наблюдения за больным. В равной мере сказанное относится к почечной ангиомиолипому (АМЛ).

В силу сказанного представляет интерес вопрос о естественной истории развития АМЛ, и в частности, о фактической скорости роста опухоли и особенностях ее клинических проявлений.

Известно, что АМЛ почки отличается медленным ростом и связанным с этим длительным бессимптомным течением. По данным ряда исследователей, рост АМЛ отмечают примерно в 25% случаев, у остальных пациентов АМЛ не увеличиваются в процессе наблюдения [1, 2, 3]. На основании этих фактов ряд специалистов пропагандирует в настоящее время выжидательную тактику в отношении к АМЛ почки размерами до 4-х см. Только в случаях, когда размеры АМЛ на момент выявления превышают 4 см в диаметре или в процессе наблюдения АМЛ достигает таких размеров и появляются симптомы заболевания, рекомендуется удаление опухоли [1]. Таким образом, изучение естественной истории развития АМЛ почки продолжает оставаться актуальным, поскольку позволит аргументировано обосновать тактику ведения больных с АМЛ почки.

Период времени от гипотетически «первой» клетки опухоли до смерти больного от этой опухоли получил в онкологии название «естественная история развития опухоли». В полной мере это понятие нельзя отнести к АМЛ почки, так как АМЛ является доброкачественной опухолью. Вместе с тем, сведения о фактической скорости роста АМЛ, как основного показателя «естественной истории развития опухоли», могут стать аргументом в пользу той или иной тактики ведения больных с этой опухолью.

Материал и методы исследования

Мы изучили естественную историю развития одиночной бессимптомной АМЛ почки в процессе наблюдения за пациентами, отказавшимися от предложенного хирургического лечения, и за пациентами, которым из-за малых размеров опухоли было рекомендовано только динамическое наблюдение за состоянием АМЛ.

Динамика роста АМЛ почки изучена у 33 человек в течение 3 лет после установления диагноза, из них у 17 в течение 5 лет и у 8 – в течение 10 лет. Диагноз у всех больных устанавливался по данным УЗИ почек. Среди них дополнительное подтверждение АМЛ было получено методом РКТ у 5 человек и МРТ – у 7 человек.

Условно считая, что АМЛ в почке имеет форму шара или эллипсоида, величину опухоли логично было бы оценивать по ее объему. Однако объем и шара и эллипсоида коррелирует с большей полуосью этих фигур, поэтому для определения величины АМЛ использовали значение только большего диаметра новообразования, давая себе отчет в том, что в этом допущении кроется и определенная математическая ошибка.

Динамику изменений величины большего диаметра опухоли оценивали по данным УЗИ, выполняемому один раз в год. На основании полученных данных делалось заключение о фактической скорости роста АМЛ почки. В процессе наблюдения за больными изучили и особенности изменения клинических проявлений заболевания.

С целью исключения влияния возраста на скорость роста АМЛ динамику величины опухоли в процессе наблюдения изучили в 4-х возрастных группах пациентов (группа I – 20-29 лет, группа II – 30-39 лет; группа III – 40-49 лет и группа IV – 50-70 лет) с учетом размеров АМЛ на момент выявления опухоли. В процессе наблюдения изучали годовое увеличение большего диаметра АМЛ, что и позволило оценить темп роста опухолей.

Результаты и обсуждение
Результаты наблюдения за пациентами
из группы I

Среди 11 человек в возрасте 20-29 лет у 7 (63,6±14,5%) бóльшие диаметры АМЛ были в пределах 0,5-1,4 см, в течение 3 лет наблюдения увеличения опухоли в размерах не отмечалось вообще, а у одного из них и в течение 10 лет опухоль не увеличивалась.

У 4 пациентов из этой группы (36,4±14,5%) отмечено увеличение опухолей в размерах в течение 3-х лет наблюдения. Причем за три года наблюдения опухоли увеличили свой бóльший диаметр по сравнению с исходным на 0,1-0,3 см.

На рис. 1 приводим диаграмму увеличения бóльших диаметров АМЛ у этих 4-х пациентов в процессе наблюдения.

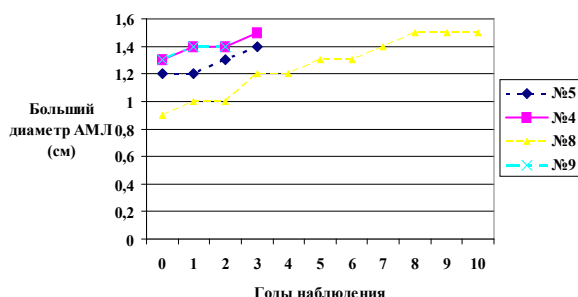


Рис. 1. Кривые увеличения диаметров АМЛ у 4-х больных из группы I за время наблюдения

Средняя годовая скорость роста бóльших диаметров АМЛ у этих больных составила 0,07±0,01 см/год.

Следовательно, можно отметить, что АМЛ диаметром от 0,5 до 1,4 см у пациентов в возрасте 20-29 лет только в 36,4% случаев проявляют тенденцию к росту в течение 3-х лет наблюдения, а скорость увеличения бóльшего диаметра таких АМЛ не превышает 0,1 см/год.

Результаты наблюдения за пациентами
из группы II

Среди 7 пациентов в возрасте 30-39 лет с одиночной АМЛ диаметрами от 0,8x0,6 см до 1,5x1,3 см все наблюдались в течение 5 лет, 4 пациента – в течение 7 лет и 3 человека – в течение 10 лет. За все время наблюдения в этой группе пациентов рост опухоли отмечен у 5 человек (71,4±17,1%). У 2-х пациентов (28,6±17,1%) опухоли не росли в течение 5 лет наблюдения.

В течение 3-х лет наблюдения рост опухоли отмечен у 3-х человек (42,8±18,7%), а к концу 5-го года наблюдения рост опухоли отмечен уже у 5 пациентов (71,4±17,1%) (рис. 2).

К концу 3 года наблюдения опухоли у 3-х человек увеличили свой бóльший диаметр на 0,1; 0,3 и 0,2 см (в среднем на 0,2±0,06 см).

К концу пятого года наблюдения бóльший диаметр АМЛ у 5 пациентов увеличился, по сравнению с исходным, на 0,1; 0,3; 1,0; 0,6; 0,5 см (в среднем на 0,5±0,15 см).

Через 10 лет среди 3-х наблюдавшихся больных рост опухоли отмечен у 2-х пациентов. Бóль-

ший диаметр АМЛ увеличился с 0,8 до 2,1 см и с 1,4 до 3,2 см (рис. 2).

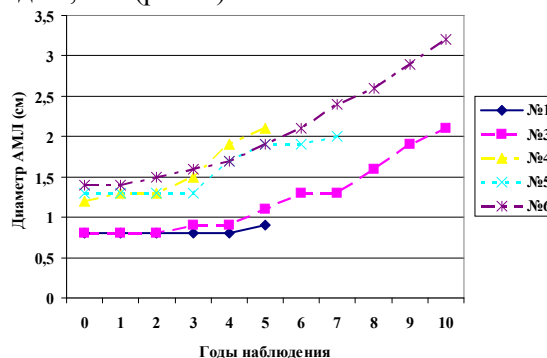


Рис. 2. Кривые увеличения диаметров АМЛ у 5 больных из группы II за время наблюдения

Средняя по годовая скорость увеличения бóльших диаметров опухолей у этих 2-х пациентов в течение 10 лет наблюдения составила соответственно 0,10±0,04 см/год и 0,17±0,03 см/год.

Средняя по годовая скорость прироста бóльших диаметров АМЛ за 5 лет наблюдения у 5 пациентов составила 0,019; 0,019; 0,08; 0,18; 0,2 см/год. Таким образом, за 5 лет у 5 больных из группы II средняя скорость по годового прироста бóльших диаметров АМЛ составила 0,1±0,04 см.

Результаты наблюдения за пациентами
из группы III

В группе из 6 пациентов в возрасте 40-49 лет с одиночной АМЛ диаметрами от 0,8x0,8 см до 1,6x1,2 см все наблюдались в течение 3 лет, 5 человек – в течение 5 лет и 3 человека – в течение 10 лет. За время наблюдения в этой группе пациентов рост опухоли отмечен у 3 человек (50,0±20,4%).

Среди этих 6 пациентов с АМЛ опухоли увеличились за 3 года наблюдения у 2 человек (33,3±19,2%). Причем, бóльший диаметр АМЛ у этих двоих пациентов увеличился за 3 года на 0,2 и на 0,3 см.

К концу 5-го года наблюдения увеличение опухоли отмечено уже у 3 человек из 6 (50,0±20,4%), причем у двух рост опухоли, отмеченный в течение первых трех лет наблюдения, продолжался и на 4 и 5 годах наблюдения, а у одного – увеличение опухоли началось с четвертого года наблюдения. К концу пятого года наблюдения бóльший диаметр АМЛ у этих 3 пациентов увеличился на 0,4; 0,1; 0,4 см. На диаграмме (рис. 3) приводим кривые динамики увеличения бóльших диаметров АМЛ у этих трех пациентов.

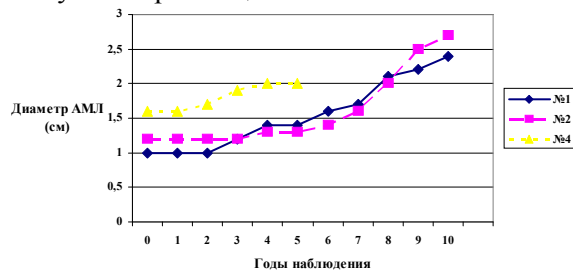


Рис. 3. Кривые увеличения бóльшего диаметра АМЛ у 3-х больных из группы III

Как видно, больший диаметр АМЛ при исходной величине 1-1,6 см увеличивается медленно (не более 0,1 см в год). До 2 см в диаметре опухоли увеличились в течение 6-7 лет наблюдения.

Средняя скорость прироста больших диаметров АМЛ в течение 3-х лет – $0,08 \pm 0,04$ см/год, а за 5 лет наблюдения составила $0,07 \pm 0,02$ см/год.

Через 10 лет наблюдения за двумя пациентами из группы III рост опухоли отмечен у обоих. Больший диаметр АМЛ увеличился с 1,0 до 2,4 см и с 1,2 до 2,7 см. (р.ис. 3).

Как видно, и в течение 10 лет наблюдения за пациентами с растущими АМЛ прослеживается тенденция к постепенному нарастанию скорости роста опухолей.

Результаты наблюдения за пациентами из группы IV

В группе из 9 пациентов в возрасте 50-70 лет 3 года наблюдались все, 5 лет – 3 и 6 лет – 2 человека.

Среди 9 человек у 3-х АМЛ были с большим диаметром до 2-х см, и у 6 человек большие диаметры АМЛ были от 2,2 до 4,1 см.

С целью уточнения влияния исходных размеров АМЛ на скорость ее роста, в этой возрастной группе пациентов мы изучили темпы роста опухолей в двух подгруппах: в подгруппе с опухолями больший диаметр которых был до 1,1 см и в группе пациентов с АМЛ больший диаметр которых был от 2,2 до 4,1 см.

Среди трех пациентов с опухолями, больший диаметр которых не превышал 1,1 см, все наблюдались в течение трех лет. Опухоли у них клинически не проявлялись.

В течение трех лет наблюдения за этими пациентами роста опухоли не отмечено у одного больного и у двух опухоли увеличивались в размерах. У этих двух пациентов АМЛ увеличила свой больший диаметр на 0,2 см. Увеличение больших диаметров опухолей у этих пациентов за каждый год трехлетнего наблюдения выглядело следующим образом: 0; 0,1; 0,1 см и 0; 0,2; 0 см, т.о. средняя скорость ежегодного увеличения больших диаметров АМЛ составила $0,06 \pm 0,03$ см/год.

Среди 6 пациентов с АМЛ, больший диаметр которых был от 2,2 до 4,1 см, в течение трех лет наблюдались все 6 человек, 5 лет наблюдались 3 и 6 лет – 2. Клинически опухоли проявлялись у 4 – умеренные боли в поясничной области на стороне поражения.

В течение трех лет наблюдения рост опухолей отмечен у всех 6 человек и к концу третьего года наблюдения опухоли увеличили свой больший диаметр соответственно на 0,4; 0,8; 0,5; 0,9; 1,0; 1,0 см.

На рис. 4 приводим кривые увеличения больших диаметров АМЛ у 6 этих пациентов в процессе наблюдения.

Средняя скорость увеличения большего диаметра опухолей во всей группе из 6 человек за три года наблюдения составила $0,25 \pm 0,03$ см/год, а за 5 лет – $0,33 \pm 0,04$ см/год.

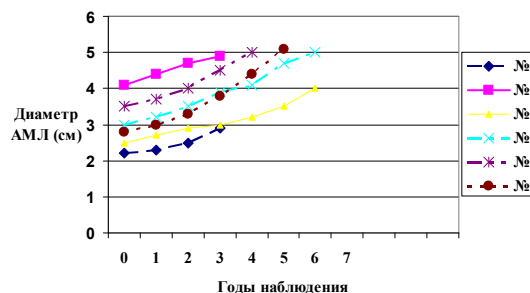


Рис. 4. Кривые увеличения большего диаметра АМЛ у 6 больных из группы IV (исходный диаметр АМЛ 2,2 – 4,1 см)

Таким образом, скорость роста одиночной АМЛ зависит от величины опухоли на момент установления диагноза. Среди наших 27 человек с АМЛ диаметром от 0,5x0,5 см до 1,6x1,2 см рост опухоли отмечен в процессе наблюдения у 14 человек ($51,8 \pm 9,6\%$), у остальных 13 пациентов в процессе наблюдения увеличения опухолей в размерах не отмечено. Среди 6 человек с АМЛ диаметром от 2,2x1,8 до 4,1-4,0 см в процессе наблюдения увеличение опухоли в размерах отмечено у всех.

Возраст пациента значительно на скорость роста АМЛ не влияет.

Среди растущих АМЛ с исходным диаметром до 2-х см средняя скорость увеличения большего диаметра составляет от $0,06 \pm 0,03$ до $0,1 \pm 0,04$ см/год и эта скорость увеличивается по мере увеличения объема опухоли.

Одиночные АМЛ с диаметром более 2 см растут со средней скоростью увеличения большего диаметра опухоли равной $0,25 \pm 0,03$ см/год.

Следовательно, скорость роста АМЛ различна, и зависит от исходной величины опухоли и продолжительности наблюдения.

Особенности роста АМЛ и должны найти отражение в дифференцированной тактике ведения больных с АМЛ почки.

Среди наблюдающихся нами 27 пациентов с АМЛ, больший диаметр которых при выявлении заболевания не превышал 2 см, на момент последнего контакта с больным больший диаметр опухоли стал 2,1-3,2 см у 4-х человек ($14,8 \pm 6,8\%$), что позволяет ожидать в этих случаях уже интенсивного роста АМЛ.

В процессе наблюдения за 6 больными с АМЛ с исходными значениями больших диаметров 2,2-4,1 см через 3-6 лет опухоль увеличила свой больший диаметр до 2,6-5,1 см, что сопровождалось появлением местных симптомов заболевания (боли в поясничной области). Четыре пациента согласились на удаление опухоли, и им была выполнена ОСО.

Таким образом, среди всех наших 33 пациентов с АМЛ, которые в силу различных причин подвергались только динамическому наблюдению, рост опухоли отмечен у 20 ($60,4 \pm 8,5\%$). Из этих 20 пациентов 4 были вынуждены оперироваться в силу увеличения опухоли и появления клинических признаков заболевания, а еще у 4 человек АМЛ вы-

росли до диаметра более 2 см, что переводит пациентов в ряд реальных кандидатов на хирургическое лечение в течение 3-6 лет. Следовательно, в процессе наблюдения за лицами с одиночными АМЛ почки, в 24,2±7,4% случаев следует ожидать значимого увеличения опухоли, что потребует хирургического лечения уже по общепринятым показаниям.

На основании нашего опыта хирургического лечения АМЛ и данных, полученных нами о естественной истории развития одиночных АМЛ почки, с учетом размеров опухоли; предстоящей предполагаемой продолжительности жизни пациента с момента выявления заболевания мы обосновали следующую тактику ведения лиц с одиночной АМЛ почки.

У лиц в возрасте до 50 лет (предполагаемая продолжительность предстоящей жизни пациента составляет 20 лет и более).

Хирургическое лечение абсолютно показано пациентам с АМЛ почки при наличии болей в поясничной области, микро- или макрогематурии не зависимо от размеров опухоли, а также в случаях спонтанного разрыва АМЛ с образованием пара-нефральной гематомы.

При асимптомной одиночной АМЛ с большим диаметром 2 см и более показано удаление опухоли с целью профилактики ее разрыва и постепенной потери функции почки. (За 20 лет предстоящей предполагаемой жизни пациента при скорости роста даже 0,1 см в год диаметр опухоли увеличится на 2 см и станет равным 4-5 см, что повлечет за собой значимое снижение функции почки и возникнет реальная угроза разрыва опухоли). При АМЛ диаметром 4-5 см, особенно в случаях локализации опухоли в среднем сегменте почки нефрэктомия наиболее вероятный объем вмешательства.

При одиночной бессимптомной АМЛ почки диаметром до 2-х см показано динамическое ультразвуковое наблюдение. Отсутствие признаков роста опухоли является основанием для продолжения наблюдения. При скорости роста опухоли более 0,1 см в год или при достижении опухолью в процессе нескольких лет наблюдения, и при меньшей скорости роста, диаметра в 2 см – показано удаление АМЛ.

У лиц в возрасте 50 лет и старше (когда предполагаемая продолжительность предстоящей жизни пациента составляет до 20 лет).

Хирургическое лечение АМЛ почки показано в случаях абсолютных показаний не зависимо от размеров опухоли: спонтанный разрыв опухоли, макрогематурия, боли в поясничной области, потеря функции почки в силу замещения паренхимы опухолевой тканью.

При одиночной бессимптомной АМЛ диаметром до 3 см показано динамическое ультразвуковое наблюдение после гистологического подтверждения доброкачественности опухоли.

При скорости роста АМЛ более 0,2 см в год или при достижении опухолью 3 см в диаметре в процессе наблюдения и при меньшей скорости ро-

ста или при появлении симптомов заболевания или нарушении функции почки показано удаление опухоли.

Если АМЛ диаметром до 3 см растет со скоростью менее 0,2 см в год, то наблюдение за пациентом можно продолжать до диаметра опухоли в 3 см.

При сочетании АМЛ почки с другими хирургическими заболеваниями показано хирургическое лечение, направленное на коррекцию обоих заболеваний.

При множественных АМЛ почки показано хирургическое лечение, направленное на удаление больших по диаметру опухолей с целью профилактики развития ХПН.

Выводы

1. Одиночные АМЛ почки диаметром до 2-х см проявляют тенденцию к росту в 51,8% случаев. Средняя скорость увеличения диаметра таких АМЛ составляет 0,1 см/год.

2. АМЛ диаметром более 2-х см в процессе наблюдения растут все и средняя скорость их роста составляет 0,25±0,03 см/год.

3. При выборе тактики ведения пациентов с одиночными АМЛ почки после установления диагноза необходимо учитывать клинические проявления заболевания, величину опухоли на момент выявления и возраст больного. В процессе наблюдения за пациентом с АМЛ почки изменение тактики может быть обосновано превышением средней скорости роста опухоли.

Литература

1. Переверзев А.С. Хирургия опухолей почки и верхних мочевых путей. – Харьков, 1997. – 392с.
2. Borkowski A., Czaplicki M. Nowotwory i torbiele nerek. - Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL, 2002. – 462s.
3. Fazeli-Matain S., Novick A.C. Nephron-sparing surgery for renal angiomyolipoma // Urology. – 1998. – Vol.52. – P.557-561.

Resume

NATURAL HISTORY OF RENAL ANGIOMYOLIPOMA DEVELOPMENT

O. Korchagin

Grodno State Medical University

The objective of the research is to study the natural history of renal angiomyolipoma development. The received data has made it possible for us to make the following conclusions: 1. Single renal angiomyolipoma with the diameter up to 2 centimeters tend to grow in 51,5 % of cases. The average speed of the diameter increase of such kidney angyomiolipomas comprises 0,1 centimeter per year. 2. Renal angiomyolipomas more than 2 centimeters in the process of observation grow all and the average speed of their growth constitutes 0,25±0,03 centimeters per year. 3. While choosing the way of treating the patients with a single kidney angiomyolipoma after making a diagnosis it is essential to take into account the clinical effects of the illness, the size of the swelling at the moment of revealing it and the patient's age. In the process of observing a patient with a kidney angiomyolipoma the changing treatment of the patients can be grounded by exceeding the average growth of the swelling.

Поступила 20.09.06