

УДК 616.61-006:616-08-031.81-035

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АНГИОМИОЛИПОМОЙ ПОЧКИ

О.Ю. Корчагин, Н.А. Нечипоренко

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

При одиночной ангиомиолипоме почки диаметром 2 см и более у лиц в возрасте до 50-ти лет показана органосохраняющая операция. При ангиомиолипоме меньших размеров, при отсутствии клинических признаков заболевания и при скорости роста опухоли менее 1,5 мм в год – целесообразно динамическое ультразвуковое наблюдение за пациентом.

У лиц в возрасте 50-70 лет, при ангиомиолипоме диаметром 3 см и более или при наличии клинических проявлений заболевания, показано органосохраняющее вмешательство, при ангиомиолипоме меньшего диаметра показано динамическое ультразвуковое наблюдение.

Ключевые слова: ангиомиолипома почки, тактика ведения больных.

Patients at the age until 50 are subject to a renal preserving operation during single angiomyolipoma of a kidney with the diameter of 2 cm and more. It is reasonable to conduct dynamic ultra sound monitoring of a patient during kidney angiomyolipoma of a smaller size and absence of clinical signs of an illness and tumor speed growth less than 1, 5 mm per year.

Patients at the age 50-70 are subject to renal preserving operation during kidney angiomyolipoma with the diameter of 3 cm and more and during availability of clinical illness signs. Ultra sound monitoring is necessary during kidney angiomyolipoma of a smaller diameter.

Key words: kidney angiomyolipoma, patients management tactics.

Ангиомиолипома (АМЛ) почки является доброкачественной мезенхимальной опухолью, на которую приходится 3% всех опухолей паренхимы почки [2, 3, 4, 5, 8].

Учитывая медленный рост АМЛ, ряд урологов в настоящее время придерживается выжидательной тактики в отношении одиночных АМЛ почки, диаметр которых не превышает 4-х см [8-10]. Удаление опухоли рекомендуется при ее диаметре более 4-х см [1, 7, 8]. Приведенная тактика в отношении к АМЛ почки на наш взгляд не рациональна, так как является причиной сравнительно часто выполняемых нефрэктомий по поводу этой опухоли.

Материал и методы исследования

Среди 975 больных с опухолями паренхимы почки, лечившихся в урологической клинике Гродненского государственного медицинского университета, у 81 (8,3±0,9%) были диагностированы АМЛ. Одиночная АМЛ была у 72 человек (88,9±3,5%) и множественные – у 9 (11,1±3,5%). Мужчин было 20 (24,7±4,8%), женщин – 61 (75,3±4,8%). Возраст больных 19-72 года, размеры опухолей были от 0,8 до 12,0 см.

Среди 72-х больных с одиночной АМЛ левая почка была поражена у 54-х человек, правая – у 18-ти.

Всем больным проведено однотипное обследование: физикальное, лабораторное, УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства, экскреторная урография. Почечная ангиография выполнена 27-ти больным, 16 больным – рентгеновская компьютерная томография (РКТ) и 19 – магнитно-резонансная томография (МРТ) почек.

Хирургическое лечение проведено 60-ти пациентам, 21 больных по различным причинам не оперированы.

Изучили отдаленные результаты хирургического лечения и история естественного развития АМЛ почек.

На основании анализа результатов собственных наблюдений мы обосновали собственную тактику ведения больных с АМЛ почек.

Результаты и обсуждение

У 79 наших больных опухоль в почке была выявлена методом УЗИ. Причем УЗИ было выполнено 25 пациентам в силу жалоб на боли в поясничной области или макрогематурию. У 15-ти из них размеры опухолей превышали 5 см в диаметре. У 10 человек наибольший диаметр опухоли был меньше 2,5 см.

У 54-ти пациентов опухоль почки была выявлена случайно при УЗИ брюшной полости.

Эхоскопическая картина АМЛ была характерной только при опухолях, размеры которых не превышали 5 см в диаметре (65 человек).

В паренхиме почки определялось округлое образование с четкими границами, акустическая плотность которого соответствовала плотности жировой ткани. Структуры опухоли была однородной во всех ее отделах (рис. 1).

У 8 пациентов с АМЛ диаметром более 5 см участки повышенной плотности в структуре опухоли чередовались с менее плотными участками, что не позволяло исключить и рак почки.

Только у 2-х человек со спонтанным разрывом АМЛ в силу наличия большой паранефральной гематомы при УЗИ почек не удалось диагностировать опухоль.

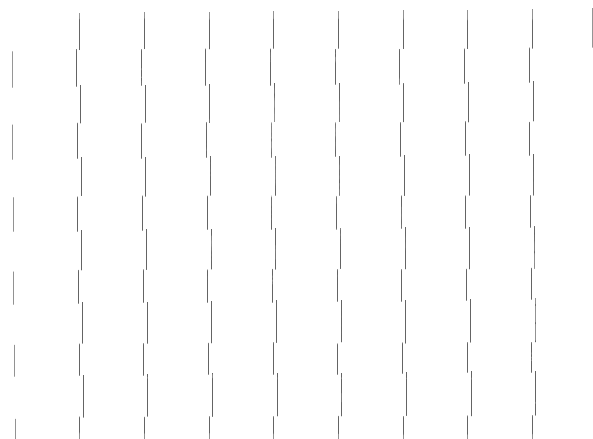


Рис. 1. Эхограмма левой почки.
(Сканирование со стороны спины.)
Гиперэхогенное круглое образование диаметром 1,5 см в среднем сегменте почки (указано стрелкой) - ангиомиолипома.

РКТ и МРТ выполнены 35-ти больным. Оба метода томографии позволили выявить характерный для АМЛ признак - жировую ткань в структуре опухоли (рис. 2).

Почечная артериография, выполненная 27-ти пациентам, не позволила выявить характерные признаки АМЛ почки, отличающие эту опухоль от рака.

Таким образом, УЗИ является наиболее доступным и достаточно информативным методом выявления АМЛ почки, а самыми точными исследованиями для выявления именно жировой ткани в опухоли являются РКТ и МРТ. Вместе с тем надо отметить, что акустическая плотность АМЛ и наличие жировой ткани в опухоли по данным РКТ или МРТ выявляются и в случаях липосаркомы почки [8]. Поэтому, ряд урологов рекомендует выполнение биопсии опухоли при принятии решения о динамическом наблюдении за пациентом [1].

Из наших 79 больных с диагностированными АМЛ почки хирургическое лечение было предло-

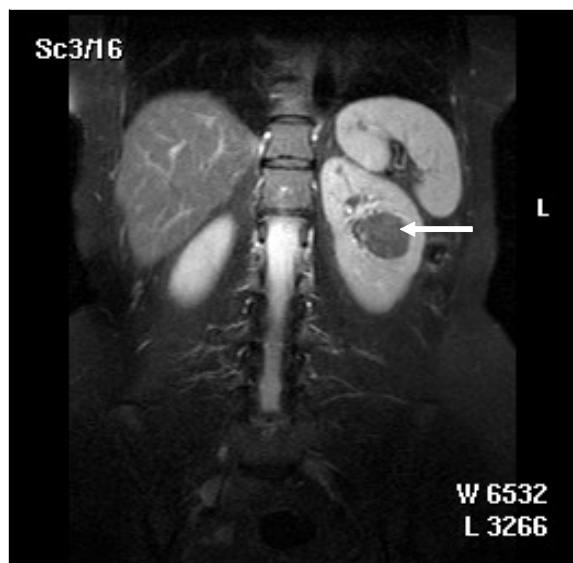


Рис. 2. Магнитно-резонансная томограмма почек.
Режим сканирования T2. Округлое образование в среднем сегменте левой почки (указано стрелкой), содержащее жировую ткань - ангиомиолипома.

жено 71 пациенту и динамическое наблюдение в силу малых размеров опухоли (0,8-1,2 см в диаметре) предложено 8.

От операции отказались 13 человек с АМЛ диаметром 0,8-4,0 см. Всем этим 13 пациентам было рекомендовано периодически выполнять УЗИ почек и в случае быстрого роста опухоли или появления клинических признаков заболевания - оперироваться.

Из 13 человек, отказавшихся от предложенной операции после установления диагноза, 4 пациента через 4-7 лет согласились на операцию в силу увеличения размеров опухоли и появления болевого синдрома. Этим больным удалось выполнить ОСО.

Таким образом, среди наших 81 пациентов с АМЛ почки органосохраняющая операция (ОСО) была выполнена в 50 случаях и нефрэктомия - в 10.

Больным были выполнены следующие ОСО: секторальная резекция [6] - 38; резекция полюса - 7; энуклеация опухолевого узла - 5.

После удаления участка почки с опухолью образовавшийся дефект в паренхиме почки заполняли жировой прокладкой или лоскутом фиброзной капсулы и ушивали отдельными кетгутowymi швами.

Нефрэктомия выполнена больным в силу обширного поражения почки опухолью.

Гистологическим исследованием во всех случаях была подтверждена АМЛ почки.

Все пациенты после операции наблюдаются в течение 3-х месяцев - 10 лет. Рецидива опухоли после ОСО нет.

Не оперированные сразу после установления диагноза пациенты (21 человек) 1 раз в год подвергаются УЗИ почек с тщательным изучением размеров опухоли, что позволило получить представление о естественной истории развития АМЛ почки.

По данным нашего наблюдения одиночные АМЛ почки отличаются медленным ростом (не более 1,5 мм в год).

На основании собственного опыта лечения и наблюдения за больными с АМЛ почки мы выработали собственную тактику ведения таких больных с учетом возраста пациента, размеров опухоли, локализации АМЛ в почке, особенностей клинических проявлений заболевания и скорости роста опухоли. Схематически наша тактика ведения больных с АМЛ почек выглядит следующим образом.

1. Больные в возрасте до 50 лет (когда предполагаемая продолжительность предстоящей жизни пациента составляет 20 лет и более).

Удаление АМЛ после установления диагноза показано в случаях:

1. Одиночной АМЛ с клиническими проявлениями заболевания не зависимо от размеров опухоли.

2. Асимптомной АМЛ диаметром 1,5 см и более, локализуемой в среднем сегменте почки

(ворота почки, передняя или задняя поверхности среднего сегмента).

3. АМЛ почки диаметром 2 см и более при другой локализации.

4. При множественных АМЛ удалению подлежат опухоли диаметром 2 см и более.

5. Спонтанного разрыва АМЛ.

Аргументы в пользу такого подхода следующие. При АМЛ диаметром 2 см при скорости ее роста 1,5 мм в год за 20 лет предстоящей жизни пациента опухоль увеличится на 3 см и ее диаметр станет равным 5 см. При таких размерах АМЛ появляются клинические симптомы заболевания и часто наблюдаются спонтанные разрывы опухоли. Эти ситуации, как правило, требуют выполнения нефрэктомии.

При одиночной АМЛ почки, с локализацией вне среднего сегмента, диаметром менее 2-х см и при отсутствии клинических признаков заболевания показано динамическое ультразвуковое наблюдение. УЗИ необходимо выполнять 1 раз в год, и при росте опухоли со скоростью более 1,5 мм в год или если в процессе наблюдения ее диаметр достигнет 2 см и при меньшей скорости роста - показано удаление АМЛ.

При множественных АМЛ показано удаление больших по диаметру опухолей в целях максимального сохранения функционально активной паренхимы почек.

II. Больные в возрасте 51-70 лет (когда предполагаемая продолжительность предстоящей жизни пациента составляет менее 20 лет).

Удаление АМЛ в плановом порядке показано после установления диагноза в следующих случаях:

1. Одиночная АМЛ диаметром 3 см и более.

2. Наличие клинических проявлений заболевания и при меньших размерах АМЛ.

3. Множественные АМЛ вызывающие нарушение функции почки.

У лиц в возрасте старше 70 лет, когда параметры АМЛ требуют ее удаления, целесообразно выполнение эмболизации артерий опухоли.

При одиночной бессимптомной АМЛ почки диаметром менее 3-х см показано динамическое ультразвуковое наблюдение после морфологического подтверждения доброкачественности опухоли. При скорости роста опухоли более 1,5 мм в год или при достижении опухолью диаметра 3 см при меньшей скорости роста показано удаление АМЛ с сохранением почки. В остальных случаях можно проводить наблюдение за больным.

Нефрэктомия при одиночной АМЛ почки рассматривается как крайняя мера и показана только в случаях когда на момент выявления размеры опухоли превышают 5 см в диаметре и опухоль поражает 2 смежных сегмента почки, при резком нарушении функции почки.

При спонтанном разрыве АМЛ по жизненным показаниям выполняется нефрэктомия или эмбо-

лизация артерий опухоли с целью остановки кровотечения.

Приведенной выше тактики мы и придерживаемся в настоящее время.

Выводы

1. У лиц в возрасте до 50 лет операция по поводу АМЛ показана в случаях наличия клинических проявлений заболевания, диаметра опухоли 2 см и более и при скорости роста АМЛ более 1,5 мм в год. В остальных случаях показано динамическое наблюдение за пациентом с выполнением УЗИ почек 1 раз в год.

2. У лиц в возрасте 51-70 лет и старше операция по поводу АМЛ почки показана при опухолях диаметром 3 см и более, при наличии клинических проявлений заболевания и при скорости роста более 1,5 мм в год.

3. При множественных АМЛ показано удаление опухолей диаметром 2 см и более в целях сохранения функциональной активности почки.

Заключение

Ангиомиолипома почки – доброкачественная опухоль, удаление которой показано у пациентов в возрасте до 50 лет в случаях, когда диаметр новообразования превышает 2 см или имеют место клинические проявления заболевания. При АМЛ меньших размеров показано динамическое ультразвуковое наблюдение за пациентом.

У пациентов в возрасте 51-70 лет удаление АМЛ показано при опухолях диаметром 3 см и более. При АМЛ меньших размеров показано динамическое ультразвуковое наблюдение за пациентом.

Такая тактика позволяет снизить частоту выполнения нефрэктомий по поводу доброкачественной опухоли почки.

Литература

- Игнашин Н.С. Инвазивные методы ультразвуковой диагностики и лечения урологических заболеваний // Визуализация в клинике. – 1992. – вып.1. – № 1. – С.47-49.
- Кучинский Г.А., Матвеев В.Б., Миронова Г.Т., Лукьяненко А.Б. Некоторые вопросы клиники и диагностики ангиомиолипому почки // Урол. нефрол. – 1995. – № 2. – С.41-45.
- Лопаткин Н.А., Игнашин Н.С., Королев М.К., Алферов Б.В. Роль диспансерного ультразвукового исследования в выявлении и дифференциальной диагностике доброкачественных опухолей почек // Урология и нефрология. – 1989. – №1. – С.3-6.
- Мазин В.В., Буйлов В.М., Турзин В.В. Ультразвуковая диагностика и лечение доброкачественных опухолей почек // Урол. Нефрол. – 1995. – №5. – С.30-33.
- Нечипоренко Н.А., Нечипоренко А.Н. Доброкачественные опухоли почки: диагностика и лечение // Материалы III Польско-Белорусского симпозиума урологов. – Августов, 2003. – С.21-23.
- Нечипоренко Н.А., Галкин Л.П., Балла А.А. Особенности экзокорической структуры опухолей паренхимы почки // Здоровье Белоруссии. – 1993. – №8. – С.52-54.
- Переверзев А.С. Хирургия опухолей почки и верхних мочевых путей. – Харьков, 1997. – 392с.
- Borkowski A., Czaplicki M. Nowotwory i torbiele nerek. - Warszawa:Wyd. Lekarskie PZWL, 2002. – 462s.
- Fazeli-Matain S., Novick A.C. Nephron-sparing surgery for renal angiomyolipoma // Urology. – 1998. – Vol.52. – P.557-561.
- Steiner M.S., Goldman S.M., Fishman E.K., Marshall F.F. The natural history of renal angiomyolipoma // J. Urol. – 1993. – Vol.150. – P.1782-1785.