

мых гистологических изменений в ткани печени и исключения необоснованного назначения ПВТ больным ХГВ.

Показано, что ТФ является неинвазивным методом, заменяющим ПБП, у пациентов с минимальной и наиболее выраженными стадиями фиброза печени в сочетании с повышенной активностью АлАТ и высоким уровнем вирусемии HBV [2, 6].

В связи с этим пациентам с авириемией HBV и нормальной активностью АлАТ в крови при обследовании в динамике оправдано проведение ТФ, что позволит отобрать пациентов, которым в первую очередь для уточнения диагноза необходимо проведение ПБП, только благодаря чему можно выявить выраженные некрозо-воспалительные изменения и минимальный фиброз печени.

Учитывая, что у большинства пациентов с хронической HBV-моноинфекцией, включенных в исследование, как при ПБП, так и при ТФ была выявлена стадия фиброза F0–F1, при наличии противопоказаний к проведению ПБП в качестве альтернативы можно использовать ТФ.

Литература

1. Afdhal N., Nunes D. Evaluation of liver fibrosis: a concise review // Am. J. Gastroenterol. – 2004; 99 (6): 1160–1174.
2. Chan H. et al. Alanine aminotransferase-based algorithms of liver stiffness measurement by transient elastography (Fibroscan) for liver fibrosis in chronic hepatitis B // J. Viral. Hepat. – 2009; 16 (1): 36–44.
3. Degertekin B. et al. Which patients with chronic hepatitis B (CHB) are biopsied? // J. Hepatol. – 2009; 1 (50): 136.
4. European Association For The Study Of The Liver. ASL Clinical Practice Guidelines: management of chronic hepatitis B // J. Hepatol. – 2009; 50 (2): 227–242.
5. Lok A., McMahon B. Chronic hepatitis B: update 2009 // Hepatology. – 2009; 50: 1–36.
6. Marcellin P. et al. Non-invasive assessment of liver fibrosis by stiffness measurement in patients with chronic hepatitis B // Liver Int. – 2009; 29: 242–247.
7. Myers R. et al. Prediction of liver histological lesions with biochemical markers in patients with chronic hepatitis B // J. Hepatol. – 2003; 39: 222–230.
8. Poynard T. et al. Longitudinal assessment of histology surrogate markers (FibroTest-ActiTest) during lamivudine therapy in patients with chronic hepatitis B infection // Am. J. Gastroenterol. – 2005; 100: 1970–1980.
9. Regev A. et al. Sampling error and intraobserver variation in liver biopsy in patients with chronic HCV infection // Am. J. Gastroenterol. – 2002; 97 (10): 2614–2618.
10. Spycher C., Zimmermann A., Reichen J. The diagnostic value of liver biopsy // BMC Gastroenterol. – 2001; 1: 12.

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE INVASIVE AND NONINVASIVE DIAGNOSIS OF HEPATIC FIBROSIS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS B

K. Dudina, Candidate of Medical Sciences; **O. Znoyko**, MD; **S. Shutko**, Candidate of Medical Sciences; **A. Kozina**: Professor **N. Yushchuk**, Academician of the Russian Academy of Medical Sciences

Moscow State University of Medicine and Dentistry

The paper gives the results of the comparative analysis of invasive and noninvasive diagnostic techniques for detecting hepatic fibrosis, which has shown a discrepancy between the data obtained in most patients with chronic hepatitis B virus monoinfection. Detection of mainly METAVIR Stages F0–F1 hepatic fibrosis in the patients enrolled into the study permits transient fibroelastography to be recommended as an alternative to needle liver puncture if the latter is contraindicated.

Key words: chronic hepatitis B, needle liver puncture, transient fibroelastography.

СУПЕРСЕЛЕКТИВНАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ САМОПРОИЗВОЛЬНОГО РАЗРЫВА АНГИОМИОЛИПОМЫ ПОЧКИ

П. Глыбочко, член-корреспондент РАМН, профессор,
Ю. Аляев, член-корреспондент РАМН, профессор,
С. Кондрашин, Н. Григорьев, доктор медицинских наук,
Г. Мартиросян, Н. Сорокин, кандидат медицинских наук
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
E-mail: nisorokin@mail.ru

Ангиомиолипома (АМЛ) почки – доброкачественная опухоль, представленная жировым, гладкомышечным и сосудистым компонентами. Она склонна к кровотечениям, образованию аневризм, самопроизвольному разрыву. В последние 2 десятилетия в лечении почечной АМЛ с успехом применяется суперселективная эмболизация почечных артерий, питающих АМЛ.

Ключевые слова: ангиомиолипома, суперселективная эмболизация кровотечений.

Ангиомиолипома (АМЛ) почки – относительно часто встречающаяся доброкачественная опухоль, состоящая из жировой ткани, сосудов и мышечных волокон. Различают 2 типа АМЛ: 1) спорадическая (наблюдается в возрасте от 50 до 80 лет и составляет 80% всех наблюдений); 2) связанная с туберозным склерозом и другими факотомозами (до 20% наблюдений) [1–5]. Оба типа возникают преимущественно у женщин [3, 5–9].

Характерные рентгенологические признаки АМЛ обусловлены высоким содержанием в ней жировой ткани. Ведущую роль в диагностике АМЛ играет сочетание УЗИ, при котором опухоль выглядит в виде гиперэхогенного образования (рис. 1), с мультиспиральной компьютерной томографией (МСКТ), выявляющей низкоплотные участки, соответствующие жировой ткани (рис. 2) [2, 4, 10].

Ангиографическая картина при АМЛ переменна. Характерным считается наличие хорошо васкуляризированной опухоли с множественными мешотчатыми псевдоаневризмами, спиралевидно закрученными сосудами, напоминающими виноградные гроздья (рис. 3).

Еще недавно считалось, что характерные черты АМЛ при УЗИ практически патогномичны. Однако современные исследования показали, что в 12% наблюдений опухолевый узел при почечно-клеточном раке может быть гиперэхогенным и таким образом имитировать АМЛ при УЗИ. В связи с этим для подтверждения диагноза АМЛ показана МСКТ [11–14].

Известно, что АМЛ склонна к кровотечениям – вследствие атипичности сосудистого компонента. Возможность замещения гладкомышечных клеток соединительной тканью делает сосуд более ригидным,



Рис. 1. Ультрасонограмма левой почки. В проекции верхнего сегмента визуализируется округлое гиперэхогенное образование – АМЛ (стрелка)



Рис. 2. МСКТ. Аксиальный срез. Стрелка – АМЛ



Рис. 3. Селективная почечная ангиография справа. Визуализация при АМЛ почки. Опухолевые сосуды имеют спиралеобразную либо клубкообразную извитость, неравномерно распределены по площади опухоли. Характерно наличие множественных маленьких аневризм патологических артерий среднего калибра, в которых скапливается контрастное вещество



Рис. 4. МСКТ больной Б. Аксиальный срез, стрелкой указана АМЛ левой почки



Рис. 5. То же наблюдение. Селективная почечная ангиография слева. ССЭТ сегментарных артерий, питающих АМЛ, микроспиралью Gianturko (стрелка)



Рис. 6. Контрольная МСКТ. Аксиальный срез. Уменьшение размеров опухоли (стрелка)

извитым, имеющим склонность к образованию аневризм и к перфорации стенки. Риск развития кровотечения прямо пропорционален размерам опухоли и возрастает при размерах образования >4 см [15, 16].

Суперселективная эмболизация (ССЭТ) является методом выбора для устранения симптомов АМЛ (макрогематурия, самопроизвольный разрыв) и при лечении больших опухолей, способных вследствие крупных размеров вызывать компрессию чашечно-лоханочной системы и почечных сосудов. ССЭТ позволяет быстро остановить кровотечение или предупредить его, максимально сохранив нормальную почечную паренхиму. Плановая эмболизация с целью профилактики кровотечения особенно важна при множественных и двусторонних опухолях (например, при туберозном склерозе) [17, 18].

Для эмболизации АМЛ используют различные вещества, например этанол, обеспечивающий длительную окклюзию сосудов на артериальном и капиллярном уровнях и вызывающий некроз ткани опухоли. Главным риском при применении этанола является непрямая эмболизация, приводящая к возможному обратному току крови из питающих опухоль сосудов. Для уменьшения случаев нонтаргетной эмболизации этанолом используют баллонно-окклюзионные катетеры. Также применяют частицы поливинилалкоголя, которые в отличие от этанола не проникают в капиллярный кровоток. Наиболее положительные отдаленные результаты в лечении АМЛ получены при сочетании эмболизации дистального кровотока поливинилалкоголем с последующей эмболизацией приносящих сосудов спиралями. Прекращение притока крови необходимо для предупреждения отсроченного разрыва стенки сосуда.

В последние 2 десятилетия ССЭТ почечных артерий, направленная на сохранение нормальной почечной паренхимы, стала востребованным методом лечения почечной АМЛ. Как утверждают многие зарубежные исследователи, уменьшения опухоли, остановки или предупреждения кровотечения удается добиться в 85–90% наблюдений. V. Bishay применил ССЭТ 16 пациентам при АМЛ почки. Эмболизацию осуществляли смесью этанол+ethiodiol при средних размерах опухоли 15 см. Отдаленные результаты свидетельствуют об уменьшении опухоли в размерах у всех пациентов [19]. С. Chick выполнил ССЭТ при АМЛ почки в 34 наблюдениях [20]. Эмболизацию осуществляли смесью алкоголь+lipiodol. Наблюдения длились в среднем 44 мес. У всех пациентов установлено уменьшение размеров АМЛ в среднем на 2 см N. Kothary и соавт. [21] эффективно использовали ССЭТ у 19 пациентов с АМЛ почки: 10 из них (1-я группа) страдали туберозным склерозом, у 9 пациентов были выявлены спорадические АМЛ (2-я группа). В среднем длительность послеоперационного наблюдения составила 51 мес; за это время рецидивы болезни были отмечены у 6 пациентов 1-й группы; во 2-й группе проявления заболеваний отсутствовали. Статистические показатели подтверждают высокий риск развития рецидива у пациентов с туберозным склерозом [21].

Уменьшение размеров АМЛ после эмболизации зависит от состава ткани опухоли (она представлена жировым, гладкомышечным и сосудистым компонентами). Жировая ткань из-за плохого кровоснабжения наиболее устойчива к эмболизации, следовательно, опухоли, состоящие преимущественно из жировых клеток, при

эмболизации уменьшаются незначительно, и в ряде наблюдений требуется повторное пособие [14, 18].

Приводим клиническое наблюдение применения ССЭТ с целью профилактики геморрагических осложнений АМЛ почки.

Б о л ь н а я Б., 51 года. В 2004 г. при амбулаторном обследовании выявлено объемное образование левой почки размером до 3,0 см, соответствующее АМЛ (рис. 4).

С целью верификации диагноза выполнена пункционная биопсия левой почки под УЗ-контролем. При морфологическом исследовании АМЛ подтверждена.

При динамическом наблюдении в 2009 г. отмечено (контрольная МСКТ) увеличение образования до 5,0 см.

Поскольку технически выполнить органосохраняющее пособие было невозможно (с учетом локализации опухоли), а также в связи с опасностью самопроизвольного разрыва выполнена ССЭТ сосудов, питающих АМЛ левой почки (рис. 5). Постэмболизационный период протекал без особенностей.

При контрольной МСКТ через 1 год после эмболизации отмечено уменьшение размеров АМЛ до 4,0 см (рис. 6).

Наблюдение за пациенткой продолжается.

Таким образом, приведенные результаты зарубежных исследователей и наш собственный опыт доказывают относительную безопасность и высокую эффективность ССЭТ при АМЛ почки и профилактике ее самопроизвольного разрыва.

Литература

1. Sterner M., Goldman S., Fishman E. et al. The natural history of renal angiomyolipoma // J. Urol. – 1993; 150: 1782–1786.
2. Матвеев В. Б., Волкова М. И. Ангиомиолипома почки // Вестн. РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. – 2002; 1: 39–46.
3. Матвеев В. Б. Клиника, диагностика и лечение доброкачественных опухолей почки: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1994.
4. Клиническая онкоурология / под ред. Б. П. Матвеева. – М.: Вердана, 2003. – С. 11–15.
5. Nelson C., Sanda M. Contemporary diagnosis and management of renal angiomyolipoma // J. Urol. – 2002; 186: 1315–1325.
6. Руководство по клинической урологии / под ред. Ф. М. Ханко, С. Б. Маневича, А. Дж. Вейна; пер. с англ. – М.: Медицинское информационное агентство, 2006. – С. 306.
7. De Luca S., Terrone G., Rossetti S. Management of renal angiomyolipoma: a report of 53 cases // BJU Int. – 1999; 83: 215.
8. Воронин Д. В. Лучевая диагностика ангиомиолипомы почки: дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1999. – 110 с.
9. Справочник по онкологии / под ред. Н. Н. Трапезникова, И. В. Поддубной/Онкоцентр РАМН. Вып. 4. – М., КАППА, 1996. – Справочная библиотека врача.
10. Paivansalo M., Lahde S., Hyvarinen S. et al. Renal angiomyolipoma. Ultrasonographic, CT, angiographic and histologic correlation // Acta Radiol. – 1991; 32: 239.
11. Bernardini S., Chabannes E., Algros M. et al. Variants of renal angiomyolipoma closely simulating renal cell carcinoma: difficulties in the histological diagnosis // Urol. Int. – 2002; 69 (1): 78–81.
12. Jimenez R., Eble J., Reuter V. et al. Concurrent angiomyolipoma and renal cell neoplasia: a study of 36 cases // Mod. Pathol. – 2001; 14 (3): 157–163.
13. Matveev V., Volkova M., Kudashev B. et al. Diagnostic difficulties in rare variants of renal angiomyolipoma // Urologiia. – 2000; 4: 22–26.
14. Tsujimura A., Miki T., Gotoh T. et al. Renal cell carcinoma with a fatty component mimicking angiomyolipoma on CT // Br. J. Radiol. – 1998; 71 (849): 977–979.