

ОНКОУРОЛОГИЯ

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОБРАЗОВАНИЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ В УСЛОВИЯХ ГОМЕЛЬСКОГО ОБЛАСТНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

Бондаренко В.М., Кудряшов В.А., Терешко А.В., Нагла Ю.В., Михайлов И.В., Шимановский Г.М., Подгорный Н.Н., Старинчик В.И.

УЗ «Гомельский областной клинический онкологический диспансер»

Введение. Частота встречаемости рака коры надпочечников (НП) составляет 0,05% - 0,2% от всех случаев рака, а заболеваемость 1,7 на 1 млн. населения в год [1].

Отличительная особенность рака этой локализации высокая инвазивность, обусловленная особенностями его локализации в забрюшинном пространстве, богатым кровоснабжением, следует отметить и глубокое расположение железы, опасность повреждения крупных сосудов и близлежащих органов. Эти трудности являются причиной большого числа описанных в литературе интраоперационных осложнений.

Подавляющее большинство гормонально-неактивных опухолей НП выявляется случайно при обследовании больных с диагнозом ЖКБ, МКБ и др. Лишь в ряде случаев повышение артериального давления является основанием для целенаправленной визуализации надпочечников.

В 1941 году E. Kerler и F. Keating описали небольшие образования в корковом веществе надпочечников, выявленные случайно при аутопсии у больных без клинических признаков гиперкортицизма. На основании результатов большого числа аутопсий и применения высокочувствительных компьютеризированных методов визуализации было установлено, что узелковые образования НП присутствуют более чем у 3% людей старше 50 лет[2].

Для гормонально-неактивных опухолей надпочечников алгоритмы обследования только разрабатываются, тактика лечения не оговорена алгоритмами диагностики и лечения злокачественных новообразований. Цель нашей работы определить тактику ведения при выявлении опухолей НП.

Материалы и методы. За 11 лет в абдоминальном хирургическом отделении ГОКОД оперировано 82 пациента с опухолями НП: 37 – со злокачественными опухолями; 45 – с доброкачественными. Возраст пациентов варьировал от 19 до 71 года, составляя в среднем 52 года.

В структуре злокачественных: у 19 пациентов был адренокортикальный рак, в 11 случаях были метастатические опухоли, у 5 – злокачественная феохромоцитома, и по 1 случаю нейробластомы и ганглионейрофибромы. Доброкачественную патологию составили: адренокортикальная аденома – 28; феохромоцитома – 7, миелолипома – 5; киста – 3; мезенхимома, ангиомиолипома по 1 пациенту. У 3 пациентов со злокачественной патологией было поражение обоих надпочечников: у 2 – рак одного надпочечника с метастазом во второй и у 1 двухсторонняя злокачественная феохромоцитома. Низкодифференцированные (G3) опухоли были у 22 пациентов, G1 – у 9 и G2 – у 6 пациентов.

Несмотря на частое бессимптомное заболевание, при поступлении у 35 пациентов были боли различных локализаций, у 7 больных общеклинические жалобы (слабость, усталость), у 7 были жалобы на повышенное АД, из них только у двух больных с феохромоцитомами (1 случай – доброкачественная опухоль и 1 – злокачественная). У 38 больных жалоб не было.

Из сопутствующих заболеваний артериальная гипертензия была у 35 пациентов: чаще всего 2 степени – 23, 3 степени – 8 и первой – у 4 больных. Из 12 больных с феохромоцитомой артериальная гипертензия была только у 4. Оперированы 6 пациентов с первично-множественным метакронным раком. Сахарный диабет был у 6 пациентов

Для уточнения характера патологии, объема оперативного вмешательства мы применяли следующую последовательность дополняющих друг друга диагностических мероприятий: УЗИ, КТ, и пункционная тонкоигольная аспирационная биопсия (ПТАБ) под УЗ-контролем.

До операции УЗИ выполнено всем пациентам, КТ – 47. ПТАБ опухоли под УЗ-контролем сделана 37 больным и 1 – с двухсторонним поражением НП ПТАБ выполнена дважды. Осложнений пункций не было.

В 40 случаях опухоль не превышала 5 см: злокачественные опухоли – 9; доброкачественные – 31. У 42 больных опухоль была 5 см и более: злокачественные – 28; доброкачественные – 14. Размеры опухолей составляли от 2,5 до 16 см.

Результаты и их обсуждение. В ГОКОД было выполнено: 75 эпинефрэктомий (правосторонних 55, левосторонних 20); 5 резекций надпочечников; 1 пациенту с раком левого НП и метастазами в правый НП, правое лёгкое выполнена паллиативная двухсторонняя эпинефрэктомия для купирования болевого синдрома и 1 больному с двухсторонней злокачественной феохромоцитомой – эпинефрэктомия справа с резекцией левого надпочечника.

Комбинированные операции выполнены 10 больным: чаще всего в 3 случаях выполнялась резекция печени. Дважды проводилась симультанная спленэктомия, вследствие интраоперационной травмы селезёнки и дважды холецистэктомия по поводу ЖКБ.

Все операции выполнены переднеабдоминальным доступом, в одном случае использован торакоабдоминальный доступ при локализации опухоли в левом НП. Предоперационный период составил 4,8 дня.

Интраоперационно значительное повышение давления было лишь у одного пациента с раком левого НП и у пациента с феохромоцитомой. У остальных пациентов с феохромоцитомами резкого подъема артериального давления во время и после операции не наблюдалось.

Нахождение в отделении реанимации составило в среднем 1 день.

После операции было 4 осложнения: несостоятельность культи правого главного бронха, после одновременной пульмонэктомии по поводу рака; правосторонняя нижнедолевая пневмония, пневмоторакс; гипокортицизм – после двухсторонней адреналэктомии; у одного больного с распространенным раком НП на 6 сутки после операции была клиническая смерть, с последующей постреанимационной болезнью, выписан на 13 сутки после операции.

Среднее время нахождения в стационаре – 18 суток.

Летальных исходов не было. 1-годичная выживаемость у больных с первичным злокачественным поражением надпочечников составила $82,2 \pm 8,1\%$, 5-летняя – составила $66,4 \pm 10,7\%$. Все пациенты, оперированные по поводу доброкачественной патологии НП живы более 5 лет.

Выводы:

1. Обязательному оперативному лечению подлежат опухоли НП более 5 см в диаметре.
2. При феохромоцитоме и раке надпочечников показано только оперативное лечение.
3. Опухоли менее 5 см подлежат пункционной биопсии, с последующим наблюдением при доброкачественной патологии.

Литература:

1. Баронин А.А., Клименков А.А., Сельчук В.Ю. и др. // Росс. онколог. журнал – 2002. - №2. – С.4–8.
2. Bravo E.L. Evolving concepts in patphysiology, diagnosis and treatment of pheocromocytoma//Endocr.Rew. – 1994. – Vol.15, N3. – P.