

УДК 616.45-006-089
ББК Р 569.457

М.М. ГАЗЫМОВ, Д.С. ФИЛИППОВ, Ю.Д. ИЛИВАНОВ, А.Н. ВОЛКОВ

К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Ключевые слова: феохромобластома, синдром Конна, синдром Кушинга, метастазы, почечно-клеточный рак в надпочечнике, оперативное лечение.

За период с 2010 по 2016 год прооперированы 138 больных с гормонально-активными, 26 пациентов с гормонально-неактивными опухолями надпочечников и 38 с метастазом рака почки в надпочечнике. Среди 80 больных с катехоламинпродуцируемыми опухолями надпочечников у 10 (12,5%) была феохромобластома, среди 24 больных с синдромом Кушинга злокачественная форма болезни была у 12 (50%), среди 26 оперированных с гиперальдостеромой рак надпочечника был у 1 (2,9%) больного, среди 26 оперированных больных с большой инциденталомой (больше 5 см в диаметре) рак надпочечника оказался у 2 (7,7%). Всем перечисленным больным проведена адреналэктомия. 609 больным с почечно-клеточным раком проведена нефрэктомия, среди них у 34 (5,6%) был выявлен метастаз (инвазия) опухоли в надпочечнике, им выполнена нефрадrenaлэктомия.

M. GAZYMOV, D. FILIPPOV, Yu. ILIVANOV, A. VOLKOV

REVISITING DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ADRENAL MALIGNANT TUMORS

Key words: pheochromoblastoma, Conn's syndrome, Cushing's syndrome, metastases, renal cell cancer in the adrenal gland, surgical treatment.

During the period from 2010 to 2016 138 patients with hormone-responsive adrenal tumours, 26 patients with hormone-irresponsive adrenal tumors and 38 patients with kidney cancer metastases to the adrenal gland were operated on. Among 80 patients with adrenal catecholamin producing tumors 10 patients (12,5%) had pheochromoblastoma, among 24 patients with Cushing's syndrome, a malignant form of the disease was in 12 (50%), among 26 patients operated for hyperaldosteroma 1 patient (2,9%) had adrenal cancer, among 26 operated patients with great incidentaloma (greater than 5 cm in diameter) cancer of the adrenal gland was revealed in 2 (7,7%). All listed patients underwent adrenalectomy. In 609 patients with renal cell carcinoma nephrectomy was performed, among them 34 (5,6%) were identified to have metastasis (invasion) of the tumor in the adrenal gland, they underwent nephradrenalectomy.

Частота встречаемости феохромобластомы среди больных катехоламинпродуцирующими опухолями надпочечника до сих пор не изучена. Примерно в 20% случаев выявляются гистологические признаки злокачественного роста: клеточный ядерный полиморфизм, повышенная митотическая активность, ангиоинвазия, прорастание капсулы [7].

По мнению Т.А. Бритвина и Д.А. Тарасова, адренокортикальный рак, протекающий с синдромом Иценко – Кушинга, относится к числу редких опухолей надпочечников и характеризуется агрессивным ростом [1]. Возможно, этот и другие факторы являются причиной поздней их диагностики, нередко в стадии, когда уже имеются метастазы в других органах.

В структуре злокачественных новообразований почечноклеточный рак (ПКР) составляет 4,13%. По темпам прироста онкологической заболеваемости в России среди опухолей мочеполовой системы ПКР устойчиво занимает 2-е место (43,2%), уступая только раку предстательной железы.

Пути метастазирования рака почки в надпочечник до конца не изучены. Синхронные метастазы в надпочечник выявляются у 3,6% больных раком почки [5] и до 10% – при морфологическом исследовании операционного материала после нефрадrenaлэктомии [8]. По мнению J.M. Kozlovski, прямая инвазия опухоли является наиболее вероятным патогенетическим фактором [8].

Имеется единое мнение о необходимости адреналэктомии при гормонально-активных опухолях надпочечников, но при бессимптомно протекающих инциденталоммах, раке почки необходимость адреналэктомии или нефр-адреналэктомии дискутируется.

Цель исследования – анализ частоты злокачественных форм первичных опухолей и встречаемость метастатического рака надпочечников и хирургического лечения больных гормонально-активными и метастатическими (инвазивными) опухолями и инциденталоммами надпочечников.

Материалы и методы исследования. За последние 7 лет (2010–2016 гг.) нами прооперированы 138 больных с гормонально-активными и 26 пациентов с гормонально-неактивными опухолями и 38 с метастатическим раком надпочечников.

При первичных опухолях надпочечников кроме подробного изучения клиники мы проводили лабораторные исследования для подтверждения феохромоцитомы или синдрома Иценко – Кушинга. Для топической диагностики хромоффинномы и кортикостеромы часто было достаточно УЗИ надпочечника, так как к моменту диагностики опухоли чаще были размерами ближе к 5 см и больше. Использование других методов лучевой диагностики (КТ, МСКТ, МРТ) определялось в каждом конкретном случае индивидуально. Основными показаниями для их применения являлись нечеткие данные УЗИ, сомнения в отношении формы и размеров контрлатерального надпочечника, а также выявление взаимоотношений с соседними органами.

Результаты исследования и их обсуждение. Привлечение к обследованию больных с симптоматической артериальной гипертонией врачей-терапевтов, кардиологов, эндокринологов, специалистов лучевой диагностики в регионе позволило значительно чаще выявлять пациентов с объемными образованиями надпочечников. Широкое внедрение УЗИ, КТ, МРТ, МСКТ способствовало выявлению ПКР, заболеваемость которым имеет тенденцию к значительному росту.

При хромоффинномах одной из причин обследования было повышенное АД – постоянное, пароксизмальное или мочевого синдром. При синдроме Иценко – Кушинга, несмотря на наличие внешних проявлений болезни (лунообразное лицо, ожирение, наличие стрий на коже), больных продолжали лечить по поводу сахарного диабета, артериальной гипертензии, нарушений менструального цикла, о чем свидетельствуют большие размеры опухолей к моменту окончательного диагноза. И это является одной из причин того, что в Чувашской Республике ежегодно отказывается в радикальном лечении 2-3 пациентам ввиду выявления у них множественных метастазов к моменту диагностики.

Как видно из таблицы, среди 80 больных хромоффиномой после адреналэктомии диагноз феохромобластомы был поставлен 10 (12,5%). Удаленные опухоли, как правило, имели размеры около или более 10 см в диаметре. Среди больных феохромобластомой женщин – 6, мужчин – 4. Всем больным раком коркового слоя и феохромобластомой проведена адреналэктомия.

Адреналэктомия проведена всем 26 больным с инциденталоммой, так как опухоль надпочечника имела размер больше 5 см в диаметре и при динамическом наблюдении имела тенденцию к росту. Злокачественная форма инциденталомы, установленная при гистологическом исследовании, оказалась у 2 (7,7%) больных.

**Характеристика оперированных в 2010–2016 гг.
больных с опухолями надпочечников**

Заболевание	Количество больных, %
Феохромоцитома, всего	80
из них злокачественная форма	10 (12,5%)
Синдром Иценко – Кушинга, всего	24
среди них рак коркового слоя надпочечника	12 (50%)
Синдром Конна, всего	34
в том числе злокачественные	1 (2,9%)
Инциденталомы, всего	26
в том числе злокачественные	2 (7,7%)
Почечно-клеточный рак, всего	609
среди них с синхронным метастазом в надпочечнике:	
- ипсилатеральном	34 (5,6%)
- контрлатеральном	2 (0,3%)
Переходно-клеточный рак и метастаз в ипсилатеральном надпочечнике	1
Забрюшинная саркома с метастазом в почке и надпочечнике – проведена нефрадреналэктомия	1

Среди оперированных по поводу почечно-клеточного рака синхронный ипсилатеральный метастаз (инвазия) опухоли в надпочечнике был у 34 (5,6%), им проведена нефрадреналэктомия. Метастаз опухоли в контрлатеральный надпочечник был у 2 (0,3%), им проведена адреналэктомия.

Метахронная адреналэктомия была выполнена через 4 и 8 лет после нефрэктомии по поводу светлоклеточного почечно-клеточного рака почки. При сравнении гистологического материала удаленных почек и надпочечников они оказались идентичными. К удалению надпочечников при раке почки ряд авторов относится сдержанно [3]. В то же время А.С. Переверзев при 432 нефрэктомиях по поводу рака выполнил 58 (13,9%) адреналэктомий [6]. Адреналэктомию, как правило, проводили в случаях выполнения радикальной нефрэктомии при локализации опухоли в верхнем сегменте почки и при больших ее размерах. Мы также придерживаемся подобной тактики.

Эффективная адъювантная химиолучевая терапия после адреналэктомии больных феохромобластомой и кортикостеромой пока еще не разработана, поэтому наши рекомендации этим больным ограничивались лишь систематическим диспансерным наблюдением. За период наблюдения после удаления феохромобластомы через год после адреналэктомии умер один больной из-за метастазов в различные органы. После удаления злокачественной кортикостеромы 4 больных умерли в течение 2-6-летнего наблюдения, остальные 4 больных, срок наблюдения за которыми не превышает 4 года, чувствуют себя удовлетворительно и признаков рецидива у них не отмечается.

Выводы. По нашим наблюдениям, злокачественным формам феохромомаффином свойственны большие размеры, и они имеют тенденцию к быстрому увеличению. Злокачественные опухоли коры надпочечников, несмотря на характерные клинические проявления, все еще диагностируются поздно, лишь при их больших размерах. Высокая частота синхронных метастазов (инвазий) ПКР в надпочечник требует улучшения дооперационной диагностики и длительного послеоперационного наблюдения ввиду возможности выявления метакхронного метастаза в отдаленные сроки после нефрэктомии по поводу ПКР. При больших опухолях и расположении их в верхнем сегменте почки нефрадреналэктомию считаем оправданной и вполне обоснованной.

Литература

1. Бритвин Т.А., Тарасов Д.А. Отдаленные результаты хирургического лечения адренокортикального рака // Современные аспекты хирургической эндокринологии: материалы XVIII Рос. симпозиума с междунар. участием (Ижевск, 9-11 сентября 2009 г.) / Ижевская гос. мед. акад. Ижевск, 2009. С. 40–42.
2. Давыдов М.И., Матвеев В.Б. Хирургическое лечение местнораспространенного и метастатического рака почки: препринт / УМТ РОНЦ им. Н.Н. Блохина. М., 1999.
3. Интегративная урология. Руководство для врачей / под ред. П.В. Глыбочко, Ю.Г. Аляева. М.: Медфорум, 2014. С. 111–112.
4. Клиническая онкоурология / под ред. Б.П. Матвеева. М.: Вердана, 2003. 716 с.
5. Матвеев В.Б., Боронин А.А. Метастазы рака в надпочечник. Роль адrenaлектomie // Урология. 2002. № 3. С. 11–15.
6. Переверзев А.С. Хирургия опухолей почки и верхних мочевых путей. Харьков: Факт, 1997. С. 140–143.
7. Хирургическая эндокринология. Руководство / под ред. А.П. Калинина, Н.А. Майстеренко, П.С. Ветшева. СПб.: Питер, 2004. С. 463–532.
8. Kozlovski J.M. Management of distant solitary recurrence in the patient with renal cancer. *Urol. Clin. North. Am.*, 1994, Nov., vol. 21(4), pp. 601–624.

References

1. Britvin T.A., Tarasov D.A. *Otdalennye rezul'taty khirurgicheskogo lecheniya adrenokortikal'nogo raka* [Long-term results of surgical treatment for adrenocortical cancer]. *Sovremennye aspekty khirurgicheskoi endokrinologii: materialy XVIII Ros. simpoziuma s mezhdunar. uchastiem (Izhevsk, 9-11 sentyabrya 2009 g.)* [Modern aspects of surgical endocrinology. Articles XVIII Russian symposium with international participation. Izhevsk, 2009, Sept. 9-11]. Izhevsk, 2009, pp. 40–42.
2. Davydov M.I., Matveev V.B. *Khirurgicheskoe lechenie mestnorasprostrannennogo i metastaticheskogo raka pochki: preprint* [Surgical treatment of locally advanced and metastatic kidney cancer: Preprint]. Moscow, 1999.
3. Glybochko P.V., Alyaev Yu.G., eds. *Integrativnaya urologiya. Rukovodstvo dlya vrachei* [Integrative Urology. A Guide for Physicians]. Moscow, Medforum Publ., 2014, pp. 111–112.
4. Matveev B.P., ed. *Klinicheskaya onkourologiya* [Clinical Oncology]. Moscow, Verdana Publ., 2003, 716 p.
5. Matveev V.B., Boronin A.A. *Metastazy raka v nadpochechnik. Rol' adrenalectomii* [Cancer metastases in the adrenal gland. The role of adrenalectomy]. *Urologiya* [Urology], 2002, no. 3, pp. 11–15.
6. Pereverzev A.S. *Khirurgiya opukholei pochki i verkhnikh mochevykh putei* [Surgery of kidney tumors and upper urinary tract]. Kharkov, Fakt Publ., 1997, pp. 140–143.
7. Kalinin A.P., Maisterenko N.A., Vetshev P.S., eds. *Khirurgicheskaya endokrinologiya. Rukovodstvo* [Surgical Endocrinology. Guide]. St. Petersburg, Piter Publ., 2004, pp. 463–532.
8. Kozlovski J.M. Management of distant solitary recurrence in the patient with renal cancer. *Urol. Clin. North. Am.*, 1994, Nov., vol. 21(4), pp. 601–624.

ГАЗЫМОВ МИНВАЛЕЙ МИНГАЛЕЕВИЧ – доктор медицинских наук, профессор курса урологии, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары (urocheb@mail.ru).
GAZYMOV MINVALEY – Doctor of Medical Sciences, Professor of Urology Course, Chuvash State University, Russia, Cheboksary.

ФИЛИППОВ ДАВИД СТАНИСЛАВОВИЧ – кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной хирургии № 2, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары.
FILIPPOV DAVID – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Department of Hospital Surgery № 2, Chuvash State University, Russia, Cheboksary.

ИЛИВАНОВ ЮРИЙ ДМИТРИЕВИЧ – кандидат медицинских наук, заведующий хирургическим отделением, Республиканский клинический онкологический диспансер, Россия, Чебоксары.

ILIVANOV YURI – Candidate of Medical Sciences, Head of Surgical Department, Republican Clinical Oncological Dispansery, Russia, Cheboksary.

ВОЛКОВ АНАТОЛИЙ НИКАНДРОВИЧ – доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургических болезней, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары.

VOLKOV ANATOLY – Doctor of Medical Sciences, Professor of Surgery Department, Chuvash State University, Russia, Cheboksary.
