

*С. С. Харнас, Л. И. Ипполитов, Г. В. Полунин, С. П. Ветшев, С. К. Мамаева, М. Б. Салиба, А. С. Слободяник, А. А. Коваленко*

*Первый московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова*

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АДРЕНОКОРТИКАЛЬНОГО РАКА С ИНВАЗИЕЙ В МАГИСТРАЛЬНЫЕ ВЕНОЗНЫЕ СОСУДЫ

Анализу подвергли результаты обследования и лечения 3 пациентов с аденокортикальным раком, инвазирующим в почечные вены и нижнюю полую вену. У всех больных удалось выполнить радикальную операцию с удалением опухолевых тромбов из магистральных сосудов. Послеоперационных летальных исходов не было. Продолжительность жизни у 2 составила 6 и 13 месяцев. Один пациент по прошествии 4,5 лет с момента операции живет, перенес за это время 3 повторных операции по поводу местного рецидива опухоли. Хирургическое вмешательство при аденокортикальном раке с инвазией в магистральные венозные сосуды остается основным методом лечения, позволяющим продлить жизнь пациентов.

**Ключевые слова:** надпочечники, аденокортикальный рак, адреналэктомия, венозная инвазия.

Аденокортикальный рак (АКР) – редкая злокачественная опухоль. Типичным звеном в процессе роста опухоли является инвазия в магистральные венозные сосуды: для правосторонней опухоли – распространение опухолевого тромба в нижнюю полую вену, для левосторонней – в левую почечную вену.

По современной классификации инвазия АКР в венозное русло, даже при отсутствии отдаленных метастазов и метастатического поражения регионарных лимфоузлов, относится к IV стадии заболевания. С позиции классической онкологии на последней стадии онкопроцесса хирургическая помощь является паллиативной и оказывается при крайней необходимости, предпочтение отдается различным вариантам лекарственного лечения и лучевой терапии.

Используемая в настоящее время классификация по системе TNM, основанная на критериях стадирования, предложенная МакФерланом в 1976 г., не имеет четкой корреляции между стадией заболевания на момент диагностики и выживаемостью больных. Так по нашему опыту, согласующемуся с данными литературы, даже при I–II ст. АКР рецидивы и диссеминация опухоли в течение первого года после хирургического лечения наблюдается более чем в 50%. В то же время имеется опыт многолетнего наблюдения и лечения пациентов с АКР, оперированных по поводу III и IV стадий. Отдельной проблемой для нашей страны является отсутствие в силу ряда административных причин полноценной адъювантной терапии, основанной на применении митотана. Учитывая сказанное, при местной инвазии опухоли в соседние органы и отсутствии признаков функциональной непереносимости операции, показано хирургическое вмешатель-

ство в объеме радикальной операции.

**Цель исследования:** оценка непосредственных и отдаленных результатов лечения АКР с инвазией в магистральные венозные сосуды.

### Материал и методы

За последние годы в отделении пролечен 31 пациент с АКР. Из них у 3 (9,6%) женщин имела место инвазия опухоли в магистральные венозные сосуды: у 1 при правосторонней опухоли в нижнюю полую вену, у 2 – при левосторонней опухоли – в левую почечную вену.

Гормональная активность опухоли выявлена у 2, у одной определялся тотальный гиперкортицизм, у другой – вирилизующий синдром. У больной с инвазией опухоли в левую почечную вену специфических клинических проявлений не было отмечено, при инвазии опухоли правого надпочечника в нижнюю полую вену отмечалась пастозность кожи стоп и голеней обеих ног. Размеры опухолей от 7 до 15 см. Инвазия в магистральные венозные сосуды на дооперационном этапе выявлена у 2 при проведении КТ с внутривенным контрастированием, у 1 – инвазия в левую почечную вену выявлена только в ходе интраоперационной ревизии. Опухолевые эмболы, извлеченные из левой почечной вены, имели протяженность около 5 см, занимая практически полностью просвет почечной вены, не распространяясь на нижнюю полую вену. Опухолевый тромб опухоли правого надпочечника, находившийся в нижней полой вене, достигал правого предсердия. Опухолевые тромбы извлекали из венозных доступов после удаления основной опухоли. Для исключения неполного удаления опухолевых тромбов использовали интраоперационное ультразвуковое исследование.

Объем интраоперационной кровопотери – 1000 и 1500 мл при локализации опухолевых тромбов в левой почечной вене и 4000 мл при прорастании опухоли в нижнюю полую вену. В последнем случае использовали реинфузию крови с помощью аппарата cell-saver. Ни в одном наблюдении не возникла необходимость в протезировании венозных сосудов. В послеоперационном периоде тромбоэмболических осложнений не было. Больные выписаны на 9–10 суток после операции.

В послеоперационном периоде одна из пациенток (с АКР левого надпочечника) получала иммунотерапию, безрецидивный период составил 18 месяцев. В дальнейшем трижды оперирована в другом учреждении по поводу местных рецидивов опухоли. В настоящее время больная жива. Время наблюдения с момента первой операции составляет 4,5 года. У второй пациентки с АКР левого надпочечника при контрольном обследовании через 6 месяцев выявлено метастатическое поражение печени. Проведена биопсия метастатических очагов, верифицированы клетки адреноренального рака. В дальнейшем проведено 3 курса химиотерапии: доксорубин 100 мг и биотерапия препаратом октреотид-депо. Пациентка умерла через 13 месяцев после операции в результате прогрессирования опухолевого процесса. У больной с АКР правого надпочечника проведено несколько курсов химиотерапии этопозидом и цисплатином. Продолжительность жизни после операции составила 6 мес, смерть наступила также от прогрессирования заболевания.

#### Результаты и обсуждение

Инвазия в магистральные венозные сосуды АКР является нередкой. Поэтому исключитель-

но важно ее распознавание еще до операции. С этой целью особую значимость приобретают спиральная или мультиспиральная КТ (с внутривенным контрастированием). Данные КТ позволяют еще на дооперационном этапе предвидеть ход предстоящей операции, включив в оперирующую бригаду сосудистого хирурга.

Современные возможности предоперационной подготовки, возможности анестезиологического обеспечения и хирургической техники, позволяют производить такие операции. Предвидя большую кровопотерю, целесообразно использовать аппаратную реинфузию крови.

Дискутабельным остается вопрос о целесообразности таких сложных и дорогостоящих операций. По нашему мнению, эти операции все же обоснованы с нескольких позиций: 1) максимально радикальное удаление опухоли позволяет надеяться на лучший эффект адьювантной терапии, на использование менее токсичных доз химиопрепаратов; 2) при отсутствии адьювантной терапии, это единственная надежда на продление жизни; 3) такие операции позволяют предупредить риск внезапной смерти, связанной с ТЭЛА; 4) расширенная операция у «неоперабельных» является мощным психологическим фактором, позволяющим онкологическому больному в послеоперационном периоде надеяться на продление жизни.

#### Выводы

В настоящее время хирургическое вмешательство при АКР с инвазией в магистральные венозные сосуды является методом, позволяющим продлить жизнь.

*Стаття надійшла до редакції: 25. 07. 2013*

*С. С. Харнас, Л. І. Іпполітов, Г. В. Полунін, С. П. Ветшев, С. К. Мамаєва, М. Б. Саліба, А. С. Слободяник, А. А. Коваленко*

*Перший московський державний медичний університет ім. І. М. Сеченова*

## ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ АДРЕНОКОРТИКАЛЬНОГО РАКУ З ІНВАЗІЄЮ В МАГІСТРАЛЬНІ ВЕНОЗНІ СУДИНИ

Аналізу піддали результати обстеження і лікування 3 пацієнтів з адреноренальним раком, інвазую в ниркові вени і нижню порожнисту вену. У всіх хворих вдалося виконати радикальну операцію з видаленням пухлинних тромбів з магистральних судин. Післяопераційних летальних випадків не було. Тривалість життя у 2 складала 6 і 13 місяців. Один пацієнт по закінченню 4,5 років з моменту операції живе, перенісши за цей час 3 повторних операції з приводу місцевого рецидиву пухлини. Хірургічне втручання при адреноренальному раку з інвазією в магистральні венозні судини залишається основним методом лікування, що дозволяє продовжити життя пацієнтів.

**Ключові слова:** наднирники, адреноренальний рак, адреналектомія, венозна інвазія.

*S. S. Kharnas, L. I. Ippolitov, G. V. Polunin, S. P. Vetshev, S. K. Mamaeva, M. B. Saliba,  
A. S. Slobodyanik, A. A. Kovalenko*  
*First Moscow State Medical University. I. M. Sechenov*

## **SURGICAL TREATMENT OF ADRENAL CANCER COMPLICATED OF THE INVASION TO THE MAIN VENOUS VESSELS**

The research was based on monitored treatment of three patients with adrenal cortical carcinoma invaded into renal veins and the inferior vena cava. All patients were radically operated. During the surgeries tumor thrombosis were removed from the great vessels. There were no cases of death during the postoperative period. The lifespan of two patients was 6 and 13 month after the surgery, correspondingly. The life span of one patient is currently being extended up to 4,5 years after the surgery. Since the first surgery this patient has been repeatedly operated three times for local tumor recurrence. Currently the radical surgery is the only way to extended the life expectancy of patients suffering from adrenal cortical cancer invaded into great vessels.

**Keywords:** adrenal gland, adrenal cortical carcinoma, adrenalectomy, vein invasion.