**Кваченюк Андрій Миколайович. Особливості діагностики і лікування злоякісних пухлин надниркових залоз : Дис... д-ра наук: 14.01.14 - 2008.**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | ***Кваченюк А.М.****Особливості діагностики і лікування злоякісних пухлин надниркових залоз. – Рукопис.*  Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.14 – ендокринологія. – Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка АМН України, Київ, 2008  Дисертація присвячена питанням діагностики і лікування злоякісних пухлин надниркових залоз (ЗПН). Вивчені клініко-лабораторні особливості перебігу різних видів ЗПН. Проведений комплексний аналіз методів топічної діагностики, систематизовані та чітко визначені критерії оцінки злоякісного процесу. Розроблені методики морфологічної до- та інтраопераційної верифікації природи пухлини надниркової залози. Доведено, що найбільш оптимальним втручанням при ЗПН є адреналектомія з пухлиною en bloc та систематична дисекція лімфовузлів паранефрального, парааортального (зліва) та паракавального (справа) колекторів. Вивчені різні схеми хлодитантерапії та виявлено, що тільки застосування хлодитану в максимально-толерантних дозах якомога триваліший час після вищезгаданого хірургічного втручання дозволяє отримати найбільш ефективні результати при радикальному лікуванні адренокортикального раку і доведена неефективність інших схем хлодитантерапії. | |
| |  | | --- | | 1. У дисертації подано теоретичне обґрунтування й нове наукове рішення актуальної проблеми сучасної ендокринології – підвищення ефективності лікування хворих на злоякісні пухлини надниркових залоз (покращення п’ятирічної виживаності пацієнтів, зменшення кількості рецидивів, реґіонарного та віддаленого метастазування) шляхом оптимізації діагностично-лікувальних процедур та створення прикладного алгоритму ведення даної категорії хворих. 2. Злоякісні пухлини надниркових залоз – агресивні швидкопрогресуючі новоутворення, які вже при первинній діагностиці за нашими даними у 40,4% випадків мають регіонарні та у 28,3% – віддалені метастази. 3. На противагу від доброякісних пухлин надниркових залоз, при гормонально-активному адренокортикальному раку спостерігається бімодальний розподіл хворих за віком з двома «піками» у 1-10 та у 31-40 років. Гормонально-активними злоякісними пухлинами надниркових залоз хворіють переважно жінки, гормонально-неактивними – чоловіки. 4. Злоякісні пухлини надниркових залоз, у порівнянні з доброякісними новоутвореннями, характеризуються більш маніфестною клінікою, меншою тривалістю захворювання, більш значною гормональною гіперпродукцією, виразним впливом на гомеостаз організму, що в ряді випадків при вищезазначених розрахованих показниках може бути критеріями злоякісності процесу. 5. При ультразвуковому дослідженні та комп’ютерній томографії достовірними критеріями злоякісного процесу є розмір пухлини більше 10,1 см, неправильна форма, нечіткі межі, наявність інвазії, лімфаденопатії та реґіонарних чи віддалених метастазів. При КТ щільність пухлини більше +51HU є критерієм злоякісності. 6. Удосконалений та впроваджений нами спосіб тонкоголкової аспіраційної пункційної біопсії пухлин надниркових залоз – відносно безпечний та досить достовірний метод цитологічної доопераційної верифікації злоякісного процесу в наднирковій залозі. ТАПБ необхідно проводити тим хворим (до 24%), у котрих методами клінічної, лабораторної та топічної діагностики не можливо провести диференційну діагностику між доброякісними та злоякісними пухлинами надниркових залоз. 7. Впроваджено і запатентоване нами інтраопераційне експрес-цитологічне дослідження є неінвазивним, швидким та інформативним методом діагностики первинного адренокортикального раку, мезенхімальних пухлин і метастазів у надниркову залозу з пухлини позанаднирникової локалізації. Даний метод повинен проводитись в обов’язковому порядку всім хворим, якщо достовірно не встановлена злоякісна природа пухлини до операції. 8. Єдиним радикальним методом лікування злоякісних пухлин надниркових залоз є хірургічний, від об’єму та своєчасності якого залежить ефективність лікування та тривалість життя хворого. 9. Оптимальним хірургічним втручанням є адреналектомія з пухлиною en bloc симультанно з розробленою та запатентованою нами систематичною дисекцією лімфовузлів паранефрального, парааортального (зліва) та паракавального (справа) колекторів, що за нашими даними дозволить досягти 84,7% п’ятирічної виживаності хворих. 10. Традиційна адреналектомія з пухлиною en bloc без лімфодисекції з аналогічною очікуваною високою ефективністю лікування може проводитися тільки на I-II стадіях пухлинного процесу (T1N0M0), коли до- чи інтраопераційно не можливо підтвердити злоякісну природу ураження. 11. Хлодитантерапія – найбільш прийнятний метод медикаментозного впливу на адренокортикальний рак, яка при радикальному лікуванні хворих повинна в обов’язковому порядку комбінуватися з хірургічним втручанням (адреналектомія з лімфодисекцією). 12. Застосування хлодитану є ефективним тільки після проведення адреналектомії та лімфодисекції у хворих на III-IV стадію пухлинного процесу в максимально-толерантних дозах якомога триваліший час (постійна схема хлодитантерапії). Ця схема забезпечить п’ятирічну виживаність хворих у 92,9%. Хлодитан також доцільно застосовувати для симптоматичного лікування неоперабельних хворих з метою полегшення їх страждань та подовження тривалості життя. | |