

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕКАРСТВЕННОМУ ЛЕЧЕНИЮ РАКА КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Цитирование: Горбунова В. А., Бельцевич Д. Г., Коломейцева А. А., Переводчикова Н. И. Практические рекомендации по лекарственному лечению рака коры надпочечников // Злокачественные опухоли. – 2015. – № 4, спецвыпуск. – С. 279–280.

DOI: 10.18027/2224-5057-2015-4s-279-280

Ключевые слова: рак коры надпочечников, аденокортикальный рак, АКР, синдром Кушинга, химиотерапия.

ДИАГНОСТИКА

Диагностика адренокортикального рака (АКР) включает в себя два основных аспекта: топическая диагностика (определение размеров, распространенности опухоли и взаимоотношения с окружающими структурами) и оценка гормональной активности опухоли. Дооперационная морфологическая верификация проводится только при подозрении на метастатическое поражение надпочечников. При других вариантах опухолей надпочечников диагностическая ценность предоперационной пункционной биопсии невелика, а сама биопсия связана с риском осложнений.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Обследование пациента включает:

- сбор анамнестических данных и физикальный осмотр;
- клинический и биохимический анализы крови с показателями функции печени, почек, электролитов;
- определение уровня АКТГ, кортизола, дегидроэпандростерона сульфата (ДЭАС), эстрадиола, альдостерона, ренина в плазме крови;
- определение уровня кортизола, 17-ОКС в суточной моче;
- проведение подавляющего теста с дексаметазоном;
- КТ органов грудной, брюшной полости и малого таза с внутривенным контрастированием;
- факультативно – позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) (ПЭТ/КТ выполняется для оценки распространенности опухолевого процесса, связи опухоли с окружающими тканями, плотностных характеристик опухоли, метаболической активности опухолевых очагов).

Лечение локализованных стадий

Оперативное лечение показано больным I-III стадий.

Адьювантная терапия не проводится.

IV СТАДИЯ

Лекарственное лечение метастатического АКР

У больных с нерезектабельной опухолью и отдаленными метастазами циторедуктивная операция позволяет добиться клинического улучшения, уменьшения проявлений синдрома Кушинга. Для предупреждения надпочечниковой недостаточности большое значение имеет оценка гормонального статуса больных и определение показаний и заместительной терапии глюкокортикоидами после удаления функционально активной опухоли.

Основным препаратом для лечения метастатического АКР является ингибитор стероидогенеза митотан, применяемый как в монорежиме, так и в комбинации с противоопухолевыми препаратами. Митотан не зарегистрирован в Российской Федерации, однако входит в стандарты лечения АКР стран Европы и Америки.

Химиотерапия

Классические противоопухолевые препараты при метастатическом АКР малоэффективны. Обычно используют комбинации на основе производных платины с эпопозидом и доксорубицином. В качестве второй – третьей линии химиотерапии возможно использование гемцитабина в сочетании с метрoномной терапией 5-фторурацилом либо капецитабином (см.табл.).

Таблица. Режимы химиотерапии, применяемые для лечения метастатического АКР.

Доксорубин 40 мг/м ² в 1-й день, эпопозид 100 мг/м ² во 2-й, в 3-й, 4-й дни,
цисплатин 40 мг/м ² в 3-й, 4-й дни, каждые 28 дней
Гемцитабин 800 мг/м ² в 1-й, 8-й дни каждый 21 день, 5ФУ 200 мг/м ² постоянно до прогрессирования или развития непереносимой токсичности
Гемцитабин 800 мг/м ² в 1-й, 8-й дни каждый 21 день, капецитабин 1500 мг/сутки постоянно до прогрессирования или развития непереносимой токсичности