

Эндокринная хирургия – новая старая специальность

Бельцевич Д.Г., Ванушко В.Э.

ФГБУ “Эндокринологический научный центр” Минздрава России, Москва

В статье обсуждается назревшая необходимость решения организационных проблем в сфере хирургии эндокринных органов. Приведены данные об эпидемиологии заболеваний, доказывающие их социальную значимость. Рассмотрены наиболее острые проблемы отсутствия отраслевых стандартов, эпидемиологических регистров, подготовки кадров, стагнации научного развития и т.д. Авторы обосновывают выделение самостоятельной специальности как первый необходимый шаг в решении перечисленных проблем.

Ключевые слова: эндокринология, эндокринная хирургия, эндокринные опухоли.

A view on endocrine surgery as the new specialty

Bel'tsevich D.G., Vanushko V.E.

Endocrinology Research Centre, Moscow, Russian Federation

In this article matured necessity of decision management challenges in the field of endocrine surgery is discussed. There are epidemiological data, which improved their social magnification. The most impotent problem in this sphere are absence of modern guidelines, lack of epidemiology data and national registers, difficulties of education new specialists, delay of scientific development. The authors insist to separation of endocrine surgery as self depending specialty, it could be first step in resolving of available challenges.

Key words: endocrinology, endocrine surgery, endocrine tumors.

Прошло несколько десятилетий с момента выделения из общей хирургии и утверждения в реестре медицинских специальностей кардиохирургии, нейрохирургии как самостоятельных дисциплин. Сейчас это покажется странным, но в свое время острые споры вызывало отделение от хирургии таких специальностей, как урология и оториноларингология.

Необходимость организации специализированных хирургических служб уже в те далекие времена аргументировалась следующим:

- огромным количеством больных, нуждающихся в специализированной помощи;
- появлением большого числа врачей-специалистов;
- отсутствием отраслевых стандартов лечения;
- невозможностью осуществить статистический учет больных и объективно оценить результаты лечения (проводить мультицентровые исследования);
- стагнацией развития науки в этих областях.

В течение длительного времени решение основных вопросов в сфере эндокрин-

ной хирургии в нашей стране осуществлялось в плоскости онкологии и общей хирургии. К сожалению, это привело к отсутствию в нашей стране лечения радиоактивным йодом (несколько учреждений в России по сравнению с 900 центрами в странах Европы), отсутствию лечебных и диагностических возможностей в радиологической сфере. Необоснованные оперативные вмешательства при инциденталоммах различных эндокринных органов приобрели характер эпидемии, при этом длительность жизни больных не увеличилась, зато заметно ухудшилось качество.

С нашей точки зрения, наступило время для того, чтобы рассмотреть через призму вышеперечисленных проблем необходимость организации службы эндокринной хирургии в России.

Эпидемиологическое обоснование

Заболевания щитовидной железы

Число больных, нуждающихся в тех или иных видах оперативного лечения заболеваний щитовидной железы, настолько велико,

что могло бы потребовать создания отдельной тиреологической службы. Среди наиболее актуальных в эпидемиологическом отношении заболеваний – тиреотоксикоз, многоузловой зоб с компрессионным синдромом, рак щитовидной железы. Распространенность узлового зоба, по самым скромным оценкам, составляет до 50% популяции. По данным статистики, тиреотоксикозом различного генеза страдают около 2% жителей РФ, ежегодные затраты на различные виды лечения и наблюдение составляют примерно до 7 млрд руб. Каждый год в РФ, по данным онкологической статистики (отнюдь не совершенной), в среднем выявляются около 8 тыс. новых случаев рака щитовидной железы.

Гиперпаратиреоз

В связи с улучшением диагностики остеопатий и скринингом уровня кальция при биохимическом исследовании страну захлестнула эпидемия заболеваний околощитовидных желез. Существенная часть пациентов, находящихся на учете у урологов, ортопедов-травматологов, гастроэнтерологов, а также пожилых больных с тяжелым остеопорозом на самом деле страдают первичным гиперпаратиреозом. Существующие статистические выкладки в развитых в отношении медицинской помощи странах достаточно пессимистичны. Распространенность первичного гиперпаратиреоза у пациентов старше 50 лет составляет около 10% населения. Речь идет о третьем по распространенности эндокринном заболевании после заболеваний щитовидной железы и сахарного диабета.

Проблема вторичного и третичного гиперпаратиреоза, особенно актуального при терминальной стадии хронической почечной недостаточности (ХПН), незнакома даже понаслышке подавляющему большинству врачей. Тем не менее это тяжелейшее заболевание выявляется у 70% больных в терминальной стадии ХПН. По данным московской нефрологической службы, только в столице 4 тыс. пациентов, получающих тот или иной вариант детоксикации и ожидающих трансплантации.

Симптоматическая артериальная гипертензия надпочечникового генеза

В настоящее время в Российской Федерации сложилась напряженная эпидемиологическая ситуация, связанная с резким ростом заболеваемости артериальной гипертензией, являющейся одним из основных факторов инвалидизации и смертности населения. Результаты выборочного обследования населения показали, что общее количество больных артериальной гипертензией в возрасте 15 лет и старше достигает в России 41,6 млн человек, хотя, по данным официальной статистики, в стране зарегистрировано 7,2 млн больных.

У 10% больных артериальная гипертензия имеет симптоматический характер. Удельный вес эндокринных гипертензий составляет до 35% всех симптоматических вариантов заболевания. При самом оптимистическом прогнозе, даже без учета развития осложнений при симптоматических артериальных гипертензиях эндокринного генеза, их доля в непрямым затратах на лечение в РФ составляет не менее 2 млрд руб. в год.

Основными эндокринными заболеваниями, протекающими с артериальной гипертензией, являются первичный гиперальдостеронизм, гиперкортицизм, синдром феохромоцитомы/параганглиомы. Главной эпидемиологической особенностью этих заболеваний является то, что они поражают наиболее трудоспособную часть населения. У 50% больных манифестация проявлений артериальной гипертензии эндокринного генеза наступает в возрасте до 35 лет.

Опухолевые поражения эндокринного аппарата поджелудочной железы

Более редкими заболеваниями являются инсулинома, гастринома, глюкагонома и другие, в том числе гормонально-неактивные опухоли островкового аппарата поджелудочной железы. При небольшой распространенности (1% всех опухолей) эти заболевания характеризуются необходимостью применения методов высокотехнологичной

помощи как в диагностике, так и лечении. Как при заболеваниях надпочечников, так и при опухолях поджелудочной железы существует широкое поле для применения достижений самых различных инновационных областей медицины. В связи с этим общая стоимость лечения этих больных в масштабе страны конкурирует с финансовыми показателями затрат на лечение гораздо более распространенных заболеваний, составляя до 1,5 млрд руб. ежегодно.

Гормонально-активные опухоли гипофиза

По данным исследователей, опирающихся на статистику национальных регистров по нейроэндокринным опухолям (в РФ таковая, к сожалению, отсутствует), распространенность опухолей гипофиза составляет до 15% всех опухолей головного мозга. Прерогатива в лечении этих нозологических форм принадлежит нейрохирургам, которые в большинстве стран интегрированы в службу эндокринной хирургии.

Нейроэндокринные опухоли и генетически-детерминированные полиэндокринные опухолевые синдромы – заболевания, требующие ясного понимания их эндокринного патогенеза. Ни в одной другой сфере медицины нет такого широкого поля для применения высоких технологий и мультидисциплинарного подхода, как в эндокринной хирургии. Острый хирургический скальпель является важным компонентом в лечении этих заболеваний, однако куда более важным является правильное понимание биологической природы этих опухолей.

Таким образом, неуклонный рост количества пациентов привел к появлению большого числа специалистов и их неформальных сообществ, основные усилия которых концентрируются в области эндокринной хирургии. Закономерно, что организованы отделения и целые лечебные учреждения, которые приобрели неформальный статус специализированных. Большое количество научных и практических школ привело к различным, а порой и диаметрально противоположным подходам к диагностике и лечению одних и тех же эндокринных заболеваний.

Отраслевые стандарты лечения

Основные источники, которыми руководствуются специалисты при лечении вышеперечисленных заболеваний, – это учебники по хирургии, эндокринологии, которые зачастую несут противоречивую и взаимоисключающую информацию. В РФ по рассматриваемым патологиям наличие клинических рекомендаций носит спорадический характер. Такие рекомендации должны носить междисциплинарный характер, так как являются результатом согласования лечебной тактики между хирургами, эндокринологами, кардиологами, морфологами и т.д., что позволяет не только оптимизировать результаты лечения, но и определиться с характером дальнейшего наблюдения. В РФ принятие консенсусных соглашений по мере возникновения серьезных изменений в диагностике и лечении заболеваний, принятая во многих профессиональных ассоциациях, имеет определенные трудности, связанные с отсутствием должной интеграции между профессиональными сообществами. Отсутствие правильного понимания биологической природы эндокринных опухолей со стороны хирургического сообщества, различное толкование показаний к оперативному лечению и его объему со стороны эндокринологов и хирургов привели к большому количеству проблем. Мы попытаемся осветить наиболее острые.

• **Большое количество необоснованных операций.** Наиболее актуален этот тезис в отношении операций на щитовидной железе и надпочечниках. По первому представлению, до 50% операций, проводимых в Москве (!) по поводу зоба и опухолей надпочечников, являются необоснованными, осуществляются без необходимого объема обследования. Так, хирургическая “победа” над коллоидным зобом, не оказывающим никакого влияния на здоровье пациента ни с точки зрения механического сдавления или косметического эффекта, ни с точки зрения функции железы, стала типичной ситуацией. Общей практикой стало удаление клинически ничем не проявляющейся опухоли надпочечника, при этом распространенность случайно выявляемых опухолей над-

почечников в популяции – до 4–5%! Часто такие операции проводятся без соблюдения элементарного алгоритма обследования, позволяющего установить гормональную активность опухоли и ее злокачественный потенциал. К сожалению, в некоторых случаях удаление опухолей надпочечника проводится лишь на основании наличия у пациента артериальной гипертензии, в надежде хирурга на то, что именно опухоль является ее причиной. Отсутствие эффекта от операции не самая большая расплата за необоснованное вмешательство. Неожиданно возникающие осложнения (вплоть до фатальных!) при “гормонально-неактивной” феохромоцитоме, острая надпочечниковая недостаточность при субклиническом АКТГ-независимом гиперкортицизме могут оказаться “неприятным сюрпризом” при несоблюдении алгоритма обследования.

• **Несоответствие объема оперативного лечения.** Наличие “золотых рук” хирурга не гарантирует правильности выбора им лечебной тактики. В тех случаях, когда операция все-таки показана, несоблюдение объема оперативного лечения является актуальнейшей проблемой. Это объясняется тем, что получаемое при этом большое число рецидивов требует повторных вмешательств. Такие операции несут в себе значительно большую вероятность осложнений, чем первичная радикальная операция. Так, при повторных операциях на щитовидной железе вероятность повреждения возвратного гортанного нерва и персистирующего гипопаратиреоза возрастает в 10 (!) раз.

Квалифицированный хирург, оперирующий на эндокринных железах, должен владеть основами эндокринологии и заместительной терапии, принципами оценки функции эндокринных желез, должен уметь интерпретировать результаты гормональных исследований, знать принципы реабилитации пациентов и т.д. Одной из основных проблем эндокринной хирургии является то, что в ее рамках многие заболевания имеют мультидисциплинарный характер. Например, мультидисциплинарной проблемой является рак щитовидной железы (онкология, хирургия, морфология, лучевая диагностика, эндо-

кринология, радиология). В результате того, что онкологические подходы в лечении развивались по хирургическому пути, на сегодняшний день подавляющее большинство пациентов с раком щитовидной железы не могут получить медицинскую помощь, соответствующую международным стандартам. В качестве примера можно привести любую нозологию в эндокринной хирургии.

• **Неполноценность оказания помощи.** В условиях отсутствия профессиональной ассоциации и отраслевых стандартов невозможно внедрение и лицензирование новых высокотехнологичных видов помощи, современных лекарств, применяемых в эндокринной хирургии. Так, например, в комплексном лечении заболеваний щитовидной железы существует ужасающее несоответствие между лечебной потребностью и наличием возможности применения радиоактивных изотопов I^{131} . Для многих пациентов со злокачественными нейроэндокринными опухолями жизненной трагедией оборачивается отсутствие некоторых радиофармпрепаратов (метайодбензилгуанидин, меченый I^{131} , аналоги соматостатина, меченные радиоактивными изотопами, специфические изотопы для позитронно-эмиссионной томографии). Отсутствие лекарств, применяемых при лечении орфанных заболеваний, делает оперативное лечение многих больных бесперспективным, так как в России не лицензированы средства для химиотерапии аденокарциномы рака (митотан, лизодрен), тироген для проведения радиологического лечения рака щитовидной железы, средства таргетной терапии для лечения распространенных форм йоднегативного и низкодифференцированного рака щитовидной железы – список можно продолжить.

Очевидно, что все вышеперечисленные проблемы приводят к увеличению стоимости лечения, снижению качества жизни и – в крайнем проявлении – к уменьшению продолжительности жизни и увеличению смертности.

Национальный регистр

Внедрение статистического учета и проведение эпидемиологических мероприятий является затратным лишь на начальном

этапе, впоследствии приводит к значительному прогрессу как в плане эффективности лечения, так и в плане экономии средств. В основном это связано с тем, что обсуждаемая область медицины, как никакая другая, связана с генетическими аспектами и наследственными формами заболеваний. В странах, где существуют национальные регистры нейроэндокринных опухолей, превентивное генетическое исследование кровных родственников у пациентов с синдромами множественных эндокринных неоплазий 1 и 2 типа, наследственными формами феохромоцитомы, первичного гиперальдостеронизма позволяет снизить затраты на лечение на 25–30%, добиться выздоровления и тем самым радикального изменения качества и продолжительности жизни у этой тяжелой категории больных.

Развитие

К сожалению, все вышеперечисленные факторы привели к тому, что в большинстве своем научные изыскания в эндокринной хирургии за последние три десятилетия носят экстенсивный характер. Основные отечественные исследования, увы, являются лишь адаптацией мировых достижений в отечественной клинической практике, при этом в лучшем случае эта адаптация не искажает сути самого достижения. Жаркие дискуссии, существующие между отечественными хирургами и эндокринологами, за рубежом отзвучали два-три десятилетия назад. На острие эндокринной хирургии как науки давно обсуждаются проблемы протеомики генетических нарушений, механизмы реализации опухолевого потенциала.

Ни одно из так называемых специализированных учреждений не в состоянии в единственном числе осуществить большое доказательное научное исследование, которое возможно в рамках межклинического сотрудничества крупных центров. Прорывы в этих областях происходят в результате осуществления международных программ профессиональных ассоциаций эндокринных хирургов (например, европейская программа по медуллярному раку щитовидной железы, аденокортикальному раку). Степень ин-

теграции российских специалистов в международные структуры и программы носит спорадический характер.

Таким образом, в результате самого поверхностного анализа становится очевидной необходимость создания службы эндокринной хирургии и утверждения соответствующей специальности в реестре. Вышеперечисленные проблемы, связанные с отставанием в развитии, с каждым годом становятся все более актуальными, нарастая, как снежный ком.

Тем не менее база для решения этого вопроса в РФ существует. В рамках Российской ассоциации эндокринологов работает секция эндокринной хирургии, с октября 2007 г. начато издание журнала “Эндокринная хирургия”. Регулярно (один раз в два года) проводятся съезды эндокринных хирургов. Стихийно организуются по стране отделения эндокринной хирургии (с неформальным статусом), где оказывается специализированная помощь. Необходимо не без удовлетворения отметить, что в отечественной эндокринной хирургии еще остаются научно-практические школы, способные стать обучающими кафедрами, сертификационными центрами для хирургов, заложить основу для создания национальных регистров по профильным заболеваниям.

Тем не менее подвижнических усилий отдельных специалистов и неформальных сообществ недостаточно для функционирования полноценной специализированной службы эндокринной хирургии. Для начального этапа работы назрела насущная необходимость создания Российской ассоциации эндокринной хирургии.

В качестве повестки дня учредительного совещания по созданию ассоциации (22.05.2015, в конференц-зале ФГБУ ЭНЦ) предлагается рассмотрение следующих вопросов:

1. Обсуждение устава организации.
2. Выборы руководства на двухлетний период (по принципу президент – председатель организационного комитета в регионе или организации, принимающей через 2 года съезд специалистов по эндокринной хирургии).

3. Принципы формирования рабочих групп по межклиническим исследованиям.

4. Предложения по обращению в МЗ РФ для утверждения специальности “эндокринная хирургия”.

Бельцевич Дмитрий Германович – д.м.н., главный научный сотрудник отдела хирургии Института клинической эндокринологии ФГБУ “Эндокринологический научный центр” Минздрава России, Москва, Российская Федерация; **Ванушко Владимир Эдуардович** – д.м.н., главный научный сотрудник отдела хирургии Института клинической эндокринологии ФГБУ “Эндокринологический научный центр” Минздрава России, Москва, Российская Федерация.



Бельцевич Дмитрий Германович – 117036 Москва, ул. Дм. Ульянова, д. 11. E-mail: beltsevich@rambler.ru