

В.Б. БОГДАНОВИЧ, А.В. ВЕЛИЧКО

РЕСПУБЛИКАНСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭНДОКРИННОЙ ХИРУРГИИ»

УО «Гомельский государственный медицинский университет»,
ГУ «Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека»,
Республика Беларусь

26 марта 2010 года в «Республиканском научно-практическом центре радиационной медицины и экологии человека» состоялась научно-практическая конференция «Актуальные вопросы эндокринной хирургии». Проблемы диагностики и лечения пациентов с эндокринной хирургической патологией, поднятые на первой конференции в сентябре 2008 года, послужили поводом для обсуждения и принятия решений на настоящем форуме. Организаторами конференции выступили Министерство здравоохранения Республики Беларусь, ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» и УО «Гомельский государственный медицинский университет». Для участия в конференции были приглашены ведущие эндокринные хирурги Беларуси, Украины, России, эндокринологи, онкологи, специалисты смежных специальностей, которые по роду своей деятельности нередко сталкиваются с указанной патологией. На форуме обсуждались вопросы хирургической тиреоидологии, гиперпаратиреоза, диагностики и тактики при инциденталоме надпочечников.

С докладами выступили: к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней №3 ГоГМУ В.Б. Богданович (два доклада), д.м.н, профессор БГМУ Т.В. Мохорт, к.м.н. Н.В. Карлович (г. Минск), к.м.н. М.В. Брежнев (Украина, г. Днепропетровск), к.м.н. А.Н. Гапанович (г. Минск), врачи –

хирурги Гомельского областного клинического онкологического диспансера В.В. Татчихин, В.М. Бондаренко.

Активное участие делегатов в обсуждении докладов и выступления в прениях свидетельствовали о важности проблем, вынесенных на обсуждение в рамках конференции. Так, до сих пор в Республике отсутствует единый подход к тактике при узловом зобе, выбору оптимального хирургического пособия при этом заболевании, а также при диффузном токсическом зобе. В результате выполняется значительное количество ненужных операций, после которых наблюдается большое количество рецидивов. Малоизученной и плохо разработанной проблемой является первичный гиперпаратиреоз. А между тем, это заболевание, требующее хирургического лечения, является третьей по частоте эндокринной патологией после сахарного диабета и заболеваний щитовидной железы.

В хирургии надпочечников остаётся много спорных вопросов, отсутствует единое мнение о тактике и лечении таких больных. Особенно это касается гормонально неактивных опухолей. В прениях завязалась оживлённая дискуссия по этой проблеме. Итогом дискуссии явилось принятие решения о тактике при инциденталоме надпочечников, отражённое в резолюции конференции.

В заключении выступил д.м.н., профессор В.В. Аничкин, который отметил актуальность и практическую значимость про-

ведённой конференции и высказал пожелание, чтобы проведение конференций по

проблемам эндокринной хирургии стало доброй традицией.

РЕЗОЛЮЦИЯ

Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы эндокринной хирургии»

26 марта 2010, г. Гомель.

УЗЛОВОЙ ПРОЛИФЕРИРУЮЩИЙ ЗОБ

Первичной диагностикой узлового зоба являются жалобы, анамнез, осмотр и пальпация щитовидной железы (ЩЖ). При обнаружении пальпируемого образования показано УЗИ. УЗИ не является скрининговым методом и не показано при отсутствии других данных, свидетельствующих о патологии щитовидной железы. Протокол УЗИ должен содержать информацию о топографии ЩЖ, размерах, структуре, очаговых изменениях и объемных образованиях, размерах и структуре регионарных лимфоузлов.

Для оценки функционального состояния ЩЖ показано определение уровня ТТГ крови. При снижении ТТГ показано определение свободного T_4 и T_3 . Тонкоигольная пункционная аспирационная биопсия (ТПАБ) показана при: 1) узловых образованиях, превышающих 1 см в диаметре; 2) узловых образованиях меньшего размера, если по данным УЗИ есть подозрение на рак или имеется клинически значимое увеличение узла при динамическом наблюдении. Сцинтиграфия с ^{99m}Tc показана при подозрении на функциональную автономию (появлении клинических признаков тиреотоксикоза), загрудинном зобе и метастазах высокодифференцированного рака ЩЖ.

При узловом коллоидном зобе показано динамическое наблюдение. Эффективность супрессивной терапии препаратами тиреоидных гормонов при узловом зобе не доказана, целесообразность ее сомнительна. Показаниями к хирургическому лече-

нию узлового коллоидного зоба являются: формирование функциональной автономии и тиреотоксикоза, наличие объективных признаков компрессии органов шеи, косметический дефект (если больной настаивает на операции). Определять показания к операции, основываясь на размерах узла, некорректно.

Любое органосохраняющее вмешательство при узловом коллоидном зобе должно быть расценено как симптоматическое, неизбежно ведущее к рецидиву. Оптимальный объем оперативного вмешательства при двустороннем поражении ЩЖ – экстрарадикальная тиреоидэктомия, при одностороннем поражении – гемитиреоидэктомия. Операции должны выполняться в условиях специализированных отделений эндокринной хирургии с применением современных технологий и прецизионной техники. Обязательным интраоперационным исследованием следует считать срочное гистологическое и цитологическое исследование мазков-отпечатков.

Рекомендуемый подход к хирургическому лечению узлового зоба позволит не только снизить частоту рецидивов, но и в 4–5 раз сократить число неоправданных операций в Республике Беларусь.

ДИФФУЗНЫЙ ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ

На сегодняшний день диагностика ДТЗ помимо анамнеза и физикального исследования обязательно включает лабораторные и инструментальные методы.

Обязательными исследованиями для подтверждения диагноза следует считать:

определение уровня ТТГ, свободного T_3 и T_4 , УЗИ щитовидной железы. Определение уровня антител к рецепторам ТТГ и/или антител к ТПО показано для дифференциальной диагностики иммуногенного и неиммуногенного (функциональная автономия) тиреотоксикоза. Сцинтиграфия ЩЖ необходима при наличии узловых образований более 1 см в диаметре. ТПАБ показана при наличии узловых образований, подозрительных на опухоль.

Оптимальным методом лечения ДТЗ следует считать терапию радиоактивным йодом. Метод эффективен, неинвазивен, лишен осложнений хирургических методов лечения. В Республике Беларусь радиойодтерапия малодоступна для широкого применения при ДТЗ.

Тиреостатическая терапия тионамидами эффективна (стойкая ремиссия) в 19–24% случаев. Основным методом лечения ДТЗ в Республике Беларусь в настоящее время является хирургический. Оперативное вмешательство показано: 1) при безуспешности тиреостатической терапии в течение 1–1,5 года, повторном рецидиве и осложнениях консервативной терапии; 2) при симптомах компрессии органов шеи; 3) при планировании беременности в ближайшем будущем; 4) при подозрении на сопутствующую злокачественную опухоль ЩЖ; 5) при необходимости скорейшей ликвидации тиреотоксикоза; 6) при значительном увеличении ЩЖ с относительно низким поглощением йода; 7) при недоступности радиойодтерапии, радиофобии.

Основная концепция хирургического лечения – удаление органа – мишени аутоиммунной агрессии. Операция выбора при ДТЗ – тиреоидэктомия, являющаяся высокотехнологичным хирургическим вмешательством. Тиреоидэктомия должна выполняться экстракапсулярно с применением современных технологий и прецизионной техники. Эта операция патогенетичес-

ки обоснована, приводит к быстрой ликвидации тиреотоксикоза, сопровождается минимальной частотой операционных осложнений в специализированных стационарах. После операции отсутствуют вероятность рецидива, проблемы с послеоперационным наблюдением и подбором дозы заместительной терапии. Гипотиреоз – необходимый исход операции.

После хирургического лечения назначается заместительная терапия препаратом левотироксина, проводится контроль гормонов ЩЖ через 3, 6 месяцев, затем ежегодно.

ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ

Первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) – первичное заболевание паращитовидных желез, проявляющееся автономной секрецией паратгормона (ПТГ) и поражением костной системы и внутренних органов. Заболевание занимает третье место по распространенности среди болезней эндокринной системы после сахарного диабета и патологии щитовидной железы. Клиническая картина заболевания складывается из множества специфических симптомов: остеодистрофия с болями в костях, деформации и патологические переломы костей, рецидивирующий нефролитиаз, артралгия, подагра, рецидивирующая язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, панкреокалькулез, нарушения ритма сердца, диспепсические расстройства, депрессивные состояния. Пациенты в начале заболевания попадают к урологам, нефрологам, травматологам, ревматологам. Задачей этих врачей является заподозрить ПГПТ, провести биохимическое исследование крови: уровень кальция общего и ионизированного, фосфора, активность щелочной фосфатазы, «печеночных» ферментов, уровня креатинина. При получении клиничко-лабораторного подтверждения

ПГПТ пациента необходимо направить к эндокринологу или эндокринному хирургу.

Для постановки диагноза необходимо провести лабораторные и инструментальные исследования. Помимо повышения уровня общего и, особенно, ионизированного кальция крови, наиболее патогномно при ПГПТ повышение ПТГ крови. Из лабораторных методов показано определение уровня кальция в моче, остеокальцина крови. Необходим контроль функции почек по скорости клубочковой фильтрации. Основным визуализирующим методом диагностики паратиромы и гиперплазии паращитовидных желез является УЗИ: информативность метода от 50 до 99% в зависимости от оборудования и квалификации специалиста. При выявлении опухоли паращитовидной железы показана пункционная биопсия под УЗИ – контролем. При невозможности визуализации паращитовидных желез по данным УЗИ и наличии клиничко-лабораторного подтверждения ПГПТ, показана сцинтиграфия с технетрилом для выявления увеличения активности паращитовидных желез и их атипичного расположения. С целью диагностики висцеральных проявлений заболевания показаны: рентгенография костей кистей, таза; остеоденситометрия; УЗИ почек; ФГДС.

Цели лечения ПГПТ нормализация или снижение кальция и ПТГ крови, ликвидация костно-висцеральных нарушений. ПГПТ – показание к хирургическому лечению – паратиреоидэктомии. Отказ от операции возможен лишь при общих противопоказаниях к хирургическому лечению и отказе больного. Консервативное лечение проводится бисфосфонатами, которые не снижают уровня ПТГ, но снижают содержание кальция в крови.

Оперативное лечение должно проводиться в специализированных отделениях эндокринной хирургии с применением со-

временных технологий. Для верификации объема операции, через 15 минут после удаления опухоли паращитовидной железы интраоперационно выполняется забор венозной крови и срочное определение уровня ПТГ крови. Чувствительность метода достигает 99%. Обязательно также срочное гистологическое исследование препарата. Если опухоль не удается обнаружить, следует прибегать к помощи интраоперационного УЗИ. Рекомендательный подход снижает число рецидивов ПГПТ в 3–5 раз.

Ведение послеоперационного периода: контроль кальция крови, уровня паратгормона, креатинина, фосфора, щелочной фосфатазы по схемам, утвержденным эндокринологами. Остеоденситометрию, УЗИ щитовидной железы и почек рекомендуется выполнять не реже 1 раза в год.

ИНЦИДЕНТАЛОМА НАДПОЧЕЧНИКОВ

Инциденталомы – случайно диагностированная опухоль надпочечника, выявленная визуализирующим методом не по поводу надпочечниковой патологии.

По данным КТ инциденталомы выявляются у 4% обследованных пациентов. Большинство опухолей клинически не имеют гормональной активности, наиболее часто встречается аденома коры надпочечника. Однако среди клинических форм инциденталомы в 5–8% встречается субклинический гиперкортицизм, в 5% – феохромоцитомы, в 1% – альдостеромы, в 1,9–4% адренокортикальный рак, в 2–4% – метастатическая карцинома. Двусторонние опухоли встречаются в 15% случаев.

Диагностическая стратегия при инциденталоме надпочечника (ИН) определяется двумя основными задачами: 1) доказать или исключить возможную гормональную активность опухоли; 2) определить злокачественный потенциал опухоли.

Первичным высокочувствительным диагностическим тестом для исключения субклинического гиперкортицизма является дексаметазоновый подавляющий тест с 1 мг дексаметазона. Для подтверждения автономной секреции кортизола используется исследование АКТГ в плазме и определение суточной экскреции кортизола, вечернего кортизола в слюне.

Лабораторные исследования являются основополагающими в диагностике феохромоцитомы. Определение суточной экскреции метанефрина и норметанефрина, определение фракционированных метанефринов плазмы имеют высокую чувствительность и специфичность, близкие к абсолютным показателям. Диагностическая ценность этих показателей не зависит от клинической активности феохромоцитомы. При сомнительных результатах гормонального исследования показана скинтиграфия с метайодбензилгуанидином, определение хромогранана А, тест с клонидином.

Обследование, исключающее автономную продукцию альдостерона, необходимо применять при наличии артериальной гипертензии. Определение соотношения концентрации альдостерона и активности или прямой концентрации ренина (АРС) является наиболее чувствительным методом.

Из визуализирующих методов наибольшее диагностическое значение имеет КТ-семиотика. В первую очередь это касается определения злокачественного потенциала опухоли. Измерение разности значений плотности в контрастную и доконтрастную фазы имеет близкую к абсолютным значениям чувствительность при дифференциальной диагностике аденом от феохромоцитомы, адренкортикального рака и метастатической карциномы. УЗИ имеет решающее значение в диагностике кист надпочечников.

Показания к пункционной биопсии

должны быть ограничены, исследование показано при подозрении на метастатическую опухоль. При инциденталоме надпочечника лабораторная диагностика является первичной, и при подтверждении гормональной активности показаний к пункционной биопсии нет.

Показаниями к оперативному лечению инциденталом следует считать: 1) лабораторное подтверждение гормональной активности образования; 2) размер опухоли более 5 см; 3) увеличение в размерах опухоли, изменение ее внутренней структуры по данным УЗИ/КТ/МРТ при динамическом наблюдении. В остальных случаях пациенты подлежат динамическому наблюдению. Динамическое наблюдение: КТ через 6, 12 и 24 мес.; гормональное обследование ежегодно в течение 4 лет.

Операция выбора при ИН – адреналэктомия с опухолью. При размерах опухоли до 6 см. в диаметре предпочтение следует отдавать лапароскопическим операциям при наличии технических возможностей и квалифицированных специалистов.

Участники конференции считают, что для оказания значимых видов высокотехнологической помощи пациентам с эндокринной хирургической патологией в Республике Беларусь, повышения качества диагностики, хирургического лечения и внедрения современных технологий необходимо:

1. Прекратить практику хирургического лечения эндокринных хирургических заболеваний в общехирургических стационарах от случая к случаю без проведения необходимых методов диагностики, без специальной подготовки специалистов по эндокринной хирургии.

2. Сконцентрировать потоки больных с эндокринной хирургической патологией в ведущих специализированных клиниках и Центрах, имеющих в арсенале не только

современные диагностические и лечебные технологии, но и подготовленных специалистов по эндокринной хирургии.

3. Создать службу эндокринной хирургии в Республике Беларусь, утвердить специальность в реестре, создать курсы по подготовке специалистов по эндокринной хирургии в ведущих клиниках.

4. Подготовить и издать инструкции по применению методов диагностики и лечения основных эндокринных хирургических заболеваний (МЗ РБ).

5. Для обмена опытом и координации научных исследований регулярно, не реже 1 раза в год проводить республиканские научно-практические конференции по проблемам эндокринной хирургии с участием ведущих специалистов, хирургов, эндокринологов, онкологов, врачей других специальностей.

6. Ходатайствовать перед Министер-

ством здравоохранения Республики Беларусь о внесении в перечень высокотехнологичных операций следующих хирургических вмешательств: 1) тиреоидэктомия при диффузном токсическом зобе; 2) лапароскопическая адреналэктомия.

Резолюция принята участниками Республиканской научно – практической конференции «Актуальные вопросы эндокринной хирургии» 26 марта 2010г., г. Гомель.

Адрес для корреспонденции

246050, Республика Беларусь,
г. Гомель, ул. Ланге 5,
Гомельский государственный
медицинский университет,
кафедра хирургических болезней №3,
e-mail: gom-bvb@mail.ru
Богданович В.Б.

Поступила 12.04.2010 г.