

гулярно контролировать АД и корректировать дозы гипотензивных препаратов.

5. Рофекоксиб существенным образом увеличивает кардиоваскулярные риски, другие НПВП и коксибы имеют примерно одинаковую вероятность развития кардиоваскулярных осложнений, что нужно рассматривать как класс-эффект.

6. Пожилые больные имеют существенно большую вероятность возникновения гастроэнтерологических, почечных и кардиоваскулярных поражений на фоне приёма неселективных НПВП или коксибов.

7. С позиций фармакоэкономики применение коксибов у больных с гастроэнтерологическими рисками является более оправданным, чем сочетанное применение неселективных НПВП в сочетании с ингибиторами протонной помпы. Однако в нашей стране это положение является оправданным не всегда в связи с распространённостью дешёвых дженериков НПВП и ингибиторов протонной помпы.

Для принятия тактических решений по выбору оптимального НПВП или коксиба, а также сочетанной терапии была рекомендована следующая схема (табл. 1).

Таблица 1

Приём аспирина	Наличие желудочно-кишечных факторов риска	
	Нет	Есть
Нет аспирина	Неселективные НПВП	Коксиб или неселективный НПВП и ингибитор протонной помпы
Есть аспирин	Коксиб + ингибитор протонной помпы или неселективный НПВП + ингибитор протонной помпы	Коксиб + ингибитор протонной помпы или неселективный НПВП + ингибитор протонной помпы

«FURTHER ANALYSES OF COX-2», FRANKFURT, GERMANY, OKTOBER, 26-28, 2006

G.N. Belsky, A.N. Kalyagin, M.V. Rodikov

(Ural State Medical Academy, Irkutsk State Medical University, Krasnoyarsk State Medical Academy)

ЛИТЕРАТУРА

1. Tennenbaum H., Bombardier C., Davis P., Russel A.S. An Evidence-Based Approach to Prescribing Nonsteroidal

Antiinflammatory Drugs. Third Canadian Consensus Conference // J. Rheum. — 2006. — Vol. 33, № 1. — P.140-157.

© ПИНСКИЙ С.Б. — 2006

ПЕРВЫЙ УКРАИНСКО-РОССИЙСКИЙ СИМПОЗИУМ ПО ЭНДОКРИННОЙ ХИРУРГИИ

С.Б. Пинский

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра общей хирургии, зав. — д.м.н., проф. С.Б. Пинский)

13-14 октября 2006 года в г. Киеве состоялся первый Украинско-Российский симпозиум, посвященный современным аспектам хирургического лечения эндокринной патологии. Следует отметить, что с 1990 г. в различных городах России ежегодно проводятся симпозиумы по эндокринной хирургии под руководством МОНИКИ, на базе которого функционирует Российский центр эндокринной хирургии (руководитель — чл.-корр. РАМН, проф. А.П. Калинин). На всех последних симпозиумах, как и в Киеве, принимали участие известные ученые в этой области хирургии из США, Бразилии, Германии, Италии, Франции и других стран.

Научная часть симпозиума была представлена докладами, тематическими и постерными сообщениями на 6 сессиях. Первая сессия была посвящена вопросам диагностики и лечения рака щитовидной железы (РЩЖ) В докладе С.М. Черненко и соавт. (Киев) были приведены принципиальные подходы к диагностике и лечению дифференцированного РЩЖ, зафиксированные в последнем (2006) консенсусе Европейской Тиреоидной Ассоциации, в разработке которого приняли участие 50 экспертов от 25 европейских стран, включая

и Россию. Авторы привели результаты анализа ситуации с оказанием помощи больным РЩЖ в Украине, все аспекты которой в равной степени характерны и для России. Прежде всего, это касается заболеваемости и смертности при РЩЖ. Показатель заболеваемости РЩЖ в США составляет 8, в Украине — 4,5 (от 1,2 до 12,5 в разных регионах), в России — 5,8 на 100000 населения. В то же время смертность в Украине от РЩЖ в 3-4 раза выше, чем в США (в США отмечается 1300 смертных случаев на 250000 всех зарегистрированных больных, в Украине — на 20000 зарегистрированных больных умирают 450-500 ежегодно) Отмечен и высокий уровень послеоперационных специфических осложнений (гипопаратиреоз, парезы гортани), которые в 5-10 раз встречаются чаще, чем в ведущих клиниках мира. Авторы делают вывод о неполном соответствии Европейскому протоколу тактики лечения и мониторинга больных с РЩЖ не только на хирургическом этапе лечения, но и недостаточной радиологической и лабораторной базы, отсутствия единого подхода и координации работы разных специалистов — хирурга, эндокринолога, онколога, радиолога, морфолога.

Во всех докладах и выступлениях подчеркивались трудности в дифференциальной диагностике злокачественных и доброкачественных образований ЩЖ. И до настоящего времени УЗИ относят к числу наиболее точных методов визуализации. Вместе с тем, точность УЗИ по данным коллективного опыта не превышает 70-80%. Диагностическая ценность тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ), которая показана при любом образовании размером более 1 см, составляет 60-70%. Дифференциально-диагностическая значимость лабораторных исследований, сканирования или сцинтиграфии ЩЖ, КТ и МРТ, иммунологических исследований весьма противоречивы и неоднозначны. Иммуноцитохимический анализ различных маркеров малигнизации не является достаточно чувствительным и специфичным. Даже срочное интраоперационное гистологическое исследование при подозрении на РЩЖ дает до 40% ложноотрицательные результаты. Заслуживает внимания и мнение ведущих специалистов о низком качестве патологоанатомической диагностики, что создает трудности в тактике послеоперационного ведения больных.

В большинстве зарубежных стран строго придерживаются подходов к лечению РЩЖ, которое состоит из 3 компонентов: радикальной операции, послеоперационной терапии радиоактивным йодом и супрессивной гормонотерапии. Особое значение придается адекватному хирургическому вмешательству — тотальной тиреоидэктомии с диссекцией центральной клетчатки шеи за исключением высокодифференцированных карцином менее 1 см в диаметре, без признаков инвазивного роста, регионарных или отдаленных метастазов и не входящих в группу высокого риска. Тотальная тиреоидэктомия является одним из основных условий для проведения терапии радиоактивным йодом. Остается спорным необходимость профилактической лимфодиссекции центральной клетчатки при отсутствии доказательств её метастатического поражения. Следует отметить, что в России диапазон применяемых схем лечения РЩЖ в практике различных учреждений весьма многообразен и нередко по ряду позиций не соответствует рекомендациям европейского консенсуса. Это зависит как от квалификации хирурга, нередко не имеющего достаточного опыта и знаний специфики подобных операций, так и ограниченной и малодоступной пока в России возможности использования радиоактивного йода в лечении РЩЖ. Ряд авторов, преимущественно из России, признают возможным выполнение органосохраняющих операций. Так, В.Л. Любаев и соавт. (НИИ Российского онкологического центра им. Н.Н. Блохина РАМН) на основании изучения отдаленных результатов пришли к выводу, что при небольших размерах дифференцированного РЩЖ и интратиреоидной его форме возможно выполнение органосохраняющих операций (гемитиреоидэктомия или субтотальная резекция), а наличие мультицентрического роста, а также метастазов в регионарных лимфатических узлах, не отражается на результатах лечения. З.А. Афанасьева (Казань) на основании ретроспективного анализа результатов лечения 424 больных папиллярным РЩЖ считает, что органосохраняющие операции уменьшают число послеоперационных осложнений и не ухудшают выживаемость больных. А.Ф. Романчишен и соавт. (Санкт-Петербург) на основании анализа хи-

рургического лечения 2395 больных РЩЖ, считая оправданным по показаниям органосохраняющую тактику, расширили показания к тиреоидэктомии.

Ряд докладов были посвящены показаниям и объему операции при экстратиреоидном распространении РЩЖ на окружающие ткани и структуры шеи, которые встречаются в 7-20% случаев. Подходы к лечению в таких ситуациях достаточно противоречивы и требуют учета радикализма операции, профилактики местного рецидива, увеличения выживаемости и качества жизни больного (В.А. Чернышев и соавт., Казань; К. Цернеа, Бразилия). Только одно сообщение было посвящено применению видеоэндоскопических вмешательств при РЩЖ. В.В. Грубник и соавт. (Одесса) на опыте 9 выполненных операций считают возможным её применение при высокодифференцированных опухолях размером до 3 см.

Вторая сессия была посвящена зобу и неопуховатым заболеваниям ЩЖ. Несмотря на многочисленные исследования ученых ведущих клиник, вопросы диагностической тактики, определения показаний к оперативному лечению, выбора объема хирургического вмешательства, пути предупреждения развития специфических осложнений, внедрения миниинвазивных методов лечения при узловых образованиях ЩЖ остаются спорными. Остаются актуальными прогнозирование возможности развития функциональной автономии ЩЖ и тиреотоксикоза, совершенствование профилактики послеоперационного гипотиреоза и рецидива заболевания.

В отношении определения показаний к хирургическому лечению узловых образований ЩЖ продолжают существовать два взгляда. Сторонники активной тактики считают показанным оперативное лечение при любом образовании ЩЖ, мотивируя это онкологическими соображениями. Представители другого направления считают показанным хирургическое вмешательство при узловом образовании, превышающем 2-3 см, неэффективности консервативной терапии в течение 6-12 месяцев или прогрессирование роста при динамическом наблюдении, наличие функциональной автономии ЩЖ, загрудинная локализация образования..

Остается актуальной проблема послеоперационного рецидивного зоба, частота которого, по данным различных авторов, колеблется от 5 до 30%. Отсутствие единых взглядов на причину его развития предопределяет разноречивые рекомендации по его профилактике. Большинство авторов считают основной причиной развития рецидива неадекватность объема оперативного вмешательства. При этом никто не оспаривает, что при выборе объема оперативного вмешательства необходимо учитывать размеры, локализацию и количество узлов, их морфологическую структуру, наличие неизменной ткани ЩЖ, интраоперационную верификацию характера патологического процесса. Поэтому определение объема оставляемой ткани ЩЖ пока ещё остается прерогативой опыта и профессионализма хирурга.

С целью минимизации интраоперационных осложнений в тиреоидной хирургии в Украинском центре эндокринной хирургии последовательно в течение последних 5 лет разрабатывались и внедрялись современные методики обеспечения безопасности операций (визуализация возвратных гортанных нервов и околощитовидных желез, электронейромониторинг гортанных

нервов, биополярная диатермокоагуляция, ультразвуковая коагуляция), что позволило к 2006 году уменьшить частоту постоянных парезов гортани с 4,1 до 0,4%, перманентного гипопаратиреоза — с 2,7 до 0,5% (С.М. Черенько).

В ряде сообщений были представлены разработанные методы профилактики послеоперационного гипотиреоза с помощью выявленных прогностических критериев его развития (А.Г. Гребнев и соавт., Пермь), интраоперационного применения аллогенного биоматериала «Стимулятор регенерации щитовидной железы» в хирургии диффузного токсического зоба (С.В. Федоров и соавт., Уфа), свободной аутотрансплантации криоконсервированной ткани ЩЖ, выполняемой в течение первой недели после операции (А.А. Товкай и соавт., Киев).

Новым миниинвазивным методом лечения доброкачественных узловых образований ЩЖ, преимущественно чрезкожной склерозирующей терапии этанолом и лазерной термотерапии, были посвящены сообщения О.В. Селиверстова и соавт. (Челябинск), А.Н. Барсукова и О.Г. Плешкова (Смоленск). По мнению авторов, при соответствующих показаниях эти методы могут быть альтернативой традиционным «открытым» хирургическим вмешательствам. Однако, объективная оценка их достоинств и недостатков возможна при накоплении опыта их использования и углубленного изучения отдаленных результатов.

Достижения и проблемы в диагностике и лечении заболеваний околощитовидных желез (ОЩЖ) — первичного гиперпаратиреоза (ПГПТ) обсуждались на третьей сессии симпозиума. В последние годы удалось опровергнуть длительно существовавшее мнение о редкости этого заболевания. Во многих странах мира ПГПТ вышел на третье место среди эндокринных заболеваний после сахарного диабета и болезней ЩЖ. В нашей стране с каждым годом увеличивается число операций по поводу ПГПТ, но они далеко не соответствуют истинной частоте заболеваемости. Подтверждением могут служить приведенные в докладе О.Г. Ларина и С.М. Черенько (Киев) данные. В целом в Украине в предыдущие годы регистрировалось 20–30 случаев ПГПТ, а сейчас только в Киеве выявляются и оперируются около 50–60 больных в год. Авторы считают, что проведенные в последние 5 лет в Украине медико-просветительные работы, повышение информированности врачей различного профиля существенно повлияло на целенаправленную диагностику и повышение выявляемости этого заболевания. Следует отметить, что в США ежегодно регистрируется 400 новых случаев ПГПТ на 100000 населения. Несомненно, рекомендуемое за рубежом проведение тотального скрининга уровня ионизированного кальция среди всех амбулаторных и стационарных больных позволяет повысить выявляемость этого заболевания, что, к сожалению, в нашей стране пока еще не проводится.

Сегодня всеми признано, что при наличии подозрений диагностика ПГПТ вполне реальна несмотря на то, что некоторые информативные методы исследований остаются в широкой клинической практике пока малодоступными (определение ионизированного кальция с помощью современных автоматических анализаторов, двухфазная сцинтиграфия ОЩЖ с помощью ^{99m}Tc -

технетрила, определение уровня витамина Дз и его метаболитов, генетические исследования мутации Ret-протоонкогена при семейных формах заболевания).

Известно, что независимо от клинической формы ПГПТ у большинства больных выявляются изменения костей и поражения почек. Исследованиями И.В. Котовой и соавт. (Москва) показана значимость двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии, которая позволяет выявить изменения костной ткани до их выявления при рентгенографии.

Хирургическое удаление патологически измененных ОЩЖ является единственным радикальным патогенетически обоснованным методом лечения ПГПТ. Остаются сложности в выявлении локализации аденом во время операции, особенно при их атипичном расположении, интраоперационной оценки характера изменений в ОЩЖ, необходимости ревизии всех ОЩЖ даже при выявлении и удалении верифицированной аденомы ОЩЖ, возможность интраоперационной оценки эффективности хирургического вмешательства, определение объема вмешательства при гиперплазированных ОЩЖ. Некоторые пути решения этих проблем были изложены в докладе J.-F. Henry (Франция), имеющего огромный личный опыт в хирургии ПГПТ. В докладе были подробно представлены техника проведения хирургического вмешательства, интраоперационное выявление локализации верхних и нижних ОЩЖ, критерии выполнения различных операций в зависимости от типа патологии. По мнению автора, необходимость в интраоперационной экспресс-биопсии должна быть ограничена. Тактика хирургического лечения должна базироваться на макроскопических признаках (преимущественно на основании размеров желез), которые более четко определяются при идентификации всех ОЩЖ. Автор поделился опытом применения минимально инвазивных методов эндовидеохирургических операций при ПГПТ, которые не должны противопоставляться обычной паратиреоидэктомии, но могут стать взаимодополняющими в будущем.

Четвертая сессия симпозиума была посвящена хирургии надпочечников. В последнее десятилетие повсеместно отмечается неуклонный рост количества больных с патологией надпочечников, что, прежде всего, обусловлено улучшением диагностики, а также целенаправленным обследованием больных с артериальной гипертензией, в генезе которой 4% приходится на гормонально активные заболевания надпочечников.

Два обстоятельства, почти совпавшие по времени (последнее десятилетие прошлого столетия), привели к появлению новых, ранее неизвестных проблем в хирургии заболеваний надпочечников. Широкое внедрение в клиническую практику высокоинформативных визуализирующих исследований — УЗИ, компьютерная (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ), значительно повысили частоту прижизненного выявления патологии надпочечников (особенно среди больных с артериальной гипертензией) и возникновению новой проблемы — гормонально-неактивных опухолей надпочечников (инциденталомы), которые ранее относили к числу очень редких заболеваний и выявлялись в основном на аутопсии. Новый этап хирургического лечения заболеваний надпочечников связан с внедрением минимально инвазивных вмешательств — эндовидеохи-

рургические операции, что обусловило необходимость решения ряда новых проблем — улучшение диагностики, разработка показаний к их применению, оперативных доступов, методов обезболивания и послеоперационной интенсивной терапии. Практически все сообщения на симпозиуме были посвящены этим проблемам в хирургии надпочечников.

При инциденталом надпочечников диагностическая программа предусматривает уточнение их органной принадлежности, гормональной активности и исключения злокачественности. Особое значение придается определению характера и гормональной активности опухоли. Дифференциальная диагностика доброкачественных и злокачественных опухолей надпочечника остается трудной. Даже ТАБ характеризуется низкой информативностью, а предлагаемые многими авторами различные алгоритмы диагностического обследования вызывают серьезные разногласия. В докладе М.Е. Белошицкого и соавт. (Москва), на основании анализа огромного опыта в хирургии инциденталом в МОНИКИ (248 оперированных больных) показано, что наибольшие трудности в диагностике вызывают клинически не проявляющиеся «немые» феохромоцитомы, злокачественные и псевдонадпочечниковые поражения. Л.К. Куликов и соавт. (Иркутск) с целью определения гормональной активности инциденталом надпочечников малых размеров (менее 3 см) определяют концентрацию кортикостероидов в плазме крови после её поэтажного селективного забора из центральных вен надпочечников и нижней полой вены. При этом, у 50% обследованных больных доказана гормональная активность инциденталом.

Показаниями к оперативному лечению считают: все гормональноактивные опухоли, при инциденталом — наличие опухоли более 3 см, признаков злокачественного роста, преклинических синдромов Кушинга, Кона, феохромоцитомы. Показанием для динамического наблюдения считают размеры опухоли менее 3 см, четкость контуров, однородность её структуры, отсутствие тенденции к увеличению и признаков гормональной активности.

Эндовидеохирургические вмешательства на надпочечниках не противопоставляются традиционным открытым вмешательствам. Однако внедрение эндовидеохирургии потребовало разработки новых доступов к надпочечникам. На симпозиуме выступали сторонники различных доступов — трансперитонеального (С.М. Черненко и соавт., Киев; Ю.К. Александров и соавт., Ярославль), заднего или бокового ретроперитонеального (Я.Н. Шойхет и соавт., Барнаул; В.В. Грубник и соавт., Одесса), с учетом локализации опухоли: справа — лапароскопический, слева — ретроперитонеальный (Н.А. Майстренко и соавт., Санкт-Петербург).

Две последние сессии симпозиума были посвящены отдельным вопросам хирургии эндокринных желез:

поджелудочной и вилочковой, МЭН-синдрому и синдрому диабетической стопы.

Нейроэндокринные опухоли поджелудочной железы сегодня не входят в число редких заболеваний и являются у 3–5 больных на 1 млн. населения. До 60–70% этих опухолей составляют гормонально-активные инсулинпродуцирующие опухоли (инсулиномы), вызывающие синдром органического гиперинсулинизма. Этой проблеме были посвящены всего 2 доклада из ведущих клиник Москвы, располагающие наибольшим опытом в нашей стране в этом разделе эндокринной хирургии: Н.М. Кузин и соавт. (ММА им. И.М. Сеченова и Эндокринологический научный центр РАМН) и Л.Е. Гуревич и соавт. (МОНИКИ).

Диагностика инсулином представляет значительные трудности. Авторы первого сообщения предлагают следующий алгоритм топической диагностики инсулинпродуцирующих опухолей поджелудочной железы: УЗИ, на втором этапе — эндоскопическое УЗИ (КТ или МРТ по показаниям), ангиографию в сочетании с артериостимулированным забором крови из печеночной вены с определением уровней гормонов (при неясном диагнозе, множественных инсулиномах, МЭН-синдроме, рецидиве заболевания). Для исключения МЭН-синдрома, частью которого в 15–20% случаев является инсулинома, целесообразно также МРТ гипофиза, УЗИ и скинтиграфию паращитовидных желез, УЗИ и КТ надпочечников.

Авторы второго сообщения показали, что определение иммунофенотипа клеток опухолей и электрономикроскопические исследования позволяют прогнозировать злокачественный потенциал нейроэндокринных опухолей поджелудочной железы и наличие невыявленных метастазов.

Ряд сообщений были посвящены серьезной медико-социальной проблеме — сахарному диабету и, в частности, профилактике и лечению гнойно-некротических осложнений синдрома диабетической стопы (СДС). Число больных сахарным диабетом неуклонно растет и по прогнозам ВОЗ к 2025 г. их будет около 333 млн. У 20–80% больных сахарный диабет приводит к СДС, по поводу чего ежегодно более 1 миллиону больных проводятся ампутации нижних конечностей. Авторы докладов сообщили об опыте применения различных методов лечения осложненных форм СДС (Х.П. Палакян и соавт., Пермь) активности внутритканевой электростимуляции, Ю.М. Гупало (Киев) — о результатах реваскуляризации стопы, С.Б. Пинский и соавт. — о характере комплексной терапии, позволившей снизить послеоперационную летальность при высоких ампутациях до 14%.

В заключение следует отметить, что очередной симпозиум в 2007 году состоится в юбилейный год главного хирурга-эндокринолога России, чл.-корр. РАМН, проф. А.П. Калинина на его родине в г. Саранске.

THE FIRST UKRAINIAN - RUSSIAN SYMPOSIUM ON ENDOCRINE SURGERY

S.B. Pinsky
(Irkutsk State Medical University)