

**РЕЗОЛЮЦИЯ**  
**XXXIII РОССИЙСКОГО СИМПОЗИУМА ПО ХИРУРГИЧЕСКОЙ**  
**ЭНДОКРИНОЛОГИИ С УЧАСТИЕМ ТЕРАПЕВТОВ ЭНДОКРИНОЛОГОВ**  
**«КАЛИНИНСКИЕ ЧТЕНИЯ» (Дагестан, г. Махачкала) 2023 ГОД**

**КРУГЛЫЙ СТОЛ. «ПАПИЛЛЯРНАЯ МИКРОКАРЦИНОМА:  
ГЕМИТИРЕОИДЭКТОМИЯ VS АКТИВНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ».**

По результатам круглого стола, посвященного проблемам возможного активного наблюдения за пациентами с папиллярной микрокарциномой щитовидной железы, было принято совместное решение об организации отечественного многоцентрового мультидисциплинарного исследования. Участие в нем могут принять крупные федеральные медицинские центры, в которых должна быть сформирована мультидисциплинарная группа специалистов (эндокринологи, онкологи, морфологи, эндокринные хирурги, молекулярные биологи, генетики, клинические психологи, специалисты по ультразвуковой диагностике). По результатам исследования планируется получить данные о предикторах агрессивности микрокарцином (клинических, ультразвуковых, молекулярно-генетических, патоморфологических и др.) на этапе планирования лечения с возможностью выделения групп пациентов для активного наблюдения и персонализированного объема хирургического лечения. До получения результатов этого исследования целесообразно считать гемитиреоидэктомию обоснованным объемом хирургического лечения больных папиллярной микрокарциномой щитовидной железы.

**КРУГЛЫЙ СТОЛ. «ДИАГНОСТИКА НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ В  
РАМКАХ СИНДРОМОВ МЭН, ОБОСНОВАНИЕ ЭТАПНОСТИ И ОБЪЕМА  
ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ»**

Нейроэндокринные опухоли (НЭО) желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в большинстве наблюдений спорадические, однако могут являться частью наследственных синдромов, таких как множественная эндокринная неоплазия 1 типа (МЭН-1, синдром Вермера), болезнь фон Гиппеля-Линдау, нейрофиброматоз I типа (болезнь фон Реклингхаузена) и туберозный склероз. МЭН-1 представляет собой аутосомно-доминантное заболевание, характеризующееся сочетанным возникновением НЭО ЖКТ (до 15%) с опухолями околощитовидных желез и гипофиза.

**Последовательность диагностических исследований у больных синдромами МЭН основана** на изучении гормонального профиля и топической оценки органов-мишеней (гипофиз, паращитовидная железа, поджелудочная железа, надпочечники и др.). При подозрении на МЭН необходимо изучение генетического профиля пациента и родственников первой линии.

**Приоритеты выполнения оперативных вмешательств у пациентов синдромами МЭН.** При множественном поражении органов-мишеней в первую очередь необходимо выполнять операцию по поводу опухоли, проявляющейся максимальной гормональной активностью или представляющую наибольшую опасность для отдаленного метастазирования

(критерии – методы лучевой диагностики и данные пункционной биопсии с ИГХ).

Гиперпаратиреоз в рамках МЭН-1 при гиперплазии околощитовидных желез (ОЩЖ), отсутствии клинической картины и выраженной гиперкальциемии являются показанием к динамическому наблюдению.

**Оперативные вмешательства при НЭО ЖКТ в рамках синдромов МЭН.** Объем оперативного вмешательства при НЭО поджелудочной железы (ПЖ) в рамках синдрома МЭН в большинстве случаев должен превышать таковой при спорадических новообразованиях. Тактика ведения больных нефункционирующими НЭО ПЖ  $< 2,0$  должна основываться на комплексной инструментальной оценке характеристик опухоли, учитывать возраст и соматическое состояние пациента. В случаях, когда результаты лучевых (МСКТ – гипervasкулярная структура с высокой томографической плотностью) и радиоизотопных исследований (ПЭТ-КТ с  $^{68}\text{Ga}$ -ДОТА-пептидами – интенсивное накопление РФП) с высокой достоверностью указывают на низкую степень злокачественности НЭО, особенно при ее локализации в головке ПЖ, а также у лиц старшей возрастной группы с выраженной соматической патологией, допустимо наблюдение с обязательной регулярной (каждые 3 месяца в течение 1-го года) динамической оценкой характеристик опухоли по данным МСКТ. При отсутствии технической возможности выполнить ПЭТ-КТ с  $^{68}\text{Ga}$ -ДОТА-пептидами либо неоднозначных результатах МСКТ и ПЭТ-КТ в оценке злокачественного потенциала НЭО, необходима верификация структуры опухоли с помощью эндо-УЗИ с биопсией. Изменение лучевых характеристик, отчетливый рост с увеличением размеров НЭО  $> 2,0$  см по результатам контрольных инструментальных исследований являются показанием к хирургическому лечению пациентов.

При тотальном поражении поджелудочной железы в т.ч. гормонально-активными опухолями возможно выполнение по строгим показаниям и только в специализированных центрах панкреатодуоденэктомии, которая в настоящий момент на фоне заместительной терапии существенно не снижает качество жизни.

### **КРУГЛЫЙ СТОЛ. «ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ»**

Европейские клинические рекомендации 2023 г. принесли минимальные изменения в стратегию диагностики и лечения инциденталом надпочечников, наиболее заметным является отказ от критериев выведения контраста при оценке КТ фенотипа опухолей.

Оценка вероятности надпочечниковой недостаточности (НН) наиболее важна на предоперационном этапе при т.н. «гормонально-неактивных опухолях». Отмена заместительной терапии НН не должна проводиться произвольно, только под контролем утреннего уровня кортизола после суточной отмены препаратов.

Односторонняя адреналэктомия является методом выбора в лечении синдрома Кушинга при двусторонней макронодулярной гиперплазии надпочечников. После вмешательства необходимо оценивать наличие НН, т.к. она возникает у 70% оперированных.

Тераностика опухолевых поражений надпочечников находится в настоящий момент в стадии бурного развития, однако многие трейсеры недоступны. Тем не менее в ближайшем будущем ожидается широкое внедрение различных радиофармпрепаратов в клиническую практику, что требует постоянного мониторинга развития этой области медицины

### **КРУГЛЫЙ СТОЛ. «СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОГО И ТРЕТИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА»**

**Показания к паратиреоидэктомии для пациентов с гиперпаратиреозом находящихся на заместительной почечной терапии (ЗПТ):**

- повышение уровня ПТГ выше 1000 пг/мл более 6 мес., рефрактерном к медикаментозной терапии;
- выраженная неконтролируемая гиперкальциемия;
- прогрессирование клинической симптоматики (костно-суставные боли, изменение походки, прогрессирующая потеря МПК, патологические переломы и др.);
- кальцифилаксия.

**Объем оперативного вмешательства для пациентов с гиперпаратиреозом, находящихся на ЗПТ** должен учитывать достижение эффективности оперативного лечения и максимальной профилактики персистенции/рецидива гиперпаратиреоза и гипопаратиреоза.

#### **Возможные объемы оперативных вмешательств:**

- субтотальная паратиреоидэктомия (3 железы, 3+1/2 железы);
- тотальная паратиреоидэктомия с аутотрансплантацией наименее измененной ОЦЖ;
- тотальная паратиреоидэктомия без аутотрансплантации фрагмента ОЦЖ.

**Эффективность аутотрансплантации околощитовидных желез.** Аутотрансплантация околощитовидных желез не является доказанным эффективным методом профилактики послеоперационного гипопаратиреоза. В большинстве случаев аутотрансплантированная ткань ОЦЖ не функционирует. Однако, периодически наблюдаются случаи рецидива гиперпаратиреоза при выполнении аутотрансплантации. Необходимо дальнейшее изучение этого варианта коррекции гипокальциемии и накопление опыта, чтобы с позиций доказательной медицины ответить на этот вопрос.

**Ведение пациента в послеоперационном периоде, находящегося на заместительной почечной терапии после паратиреоидэктомии:**

- с целью профилактики тяжелой послеоперационной гипокальцемии, целесообразен предоперационный прием Альфакальцидола в дозе до 5,0 мкг в сутки, однако необходимо дальнейшее изучение возможной профилактики, с целью получения статистически достоверного результата;
- контроль уровня кальция крови пациентам, перенесшим тотальную ПТЭ следует проводить при технической возможности 1-2 раза в день в течение первых суток, а затем 1 раз в день до достижения референсных значений;
- послеоперационная гипокальцемия с клиническими проявлениями корректируется парентеральным введением препаратов кальция (в дозе 1-3 г/сут равными частями или 30 мл глюконата/хлористого кальция на 200 мл физраствора в/в капельно 1-2 раза в день или в/в струйно после диализа) и активных метаболитов витамина Д (Альфакальцидол 1,0-3,0 мкг/сут), дозы которых должны подбираться для достижения нормального уровня кальция крови;
- при тяжелой гипокальцемии (кальций общий ниже 1,8 ммоль/л) рекомендуется увеличение концентрации кальция в диализирующем растворе.

#### **КРУГЛЫЙ СТОЛ. «СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА (ПГПТ)»**

**Современные методы интраоперационной навигации околощитовидных желез в хирургическом лечении ПГПТ.** Методы интраоперационного поиска ОЩЖ в хирургическом лечении ПГПТ представляют собой «дополнительный поисковый инструмент» хирурга, обоснованность применения которых возникает при появлении до или во время операции трудностей в поиске расположения ОЩЖ. Целесообразно использовать любые методы, доступные для данного лечебного учреждения:

- интраоперационное УЗИ;
- флюоресцентное окрашивание ОЩЖ (5-аминолевулиновой кислотой, индоцианином зеленым);
- аутофлюоресценция ОЩЖ (NIR-подсветка);
- радионавигация с использованием Y-зонда, с предварительным введением Технетрила;
- 3D-моделирование и интраоперационная навигация с использованием автоматизированного программного комплекса (АПК) "АВТОПЛАН".

#### **Селективная парааденомэктомия или билатеральная ревизия?**

При наличии конкордантных данных сочетания: структурных (УЗИ, КТ с контрастным усилением) и функциональных методов исследования (Сцинтиграфия, ОФЭКТ-КТ, ПЭТ), свидетельствующих в пользу солитарного поражения ОЩЖ, рекомендовано проведение селективной ПТЭ. Характер операционного доступа определяется хирургом.

Во всех остальных случаях: а) множественное поражение ОЩЖ, в том числе при синдромах МЭН; б) дискордантные данные топоческого обследования; в) дискордантные данные интраоперационных находок и дооперационного обследования допустима билатеральная ревизия зон типичного расположения ОЩЖ для выявления паратиромы.

### **Место эндовидеохирургических технологий при опухолях ОЩЖ.**

Эндовидеохирургические технологии постепенно становятся рутинными методами, которые используют эндокринные хирурги в своей практике. Данные методики при наличии технических возможностей лечебного учреждения и соответствующего опыта хирурга обеспечивают безопасность минимально инвазивного вмешательства при удалении солитарных паратиром.

### **Ведение пациента с ПГПТ после паратиреоидэктомии:**

- контроль уровня паратгормона и кальция крови производится не позднее следующих суток после удаления аденомы/аденом ОЩЖ, далее выполняется по необходимости;
- послеоперационная гипокальцемия, в зависимости от тяжести, корректируется парентеральным и/или энтеральным введением препаратов кальция (в дозе 1-3 г/сут равными частями или 30 мл глюконата/хлористого кальция на 200 мл физраствора в/в капельно 1-2 раза в день) и активных метаболитов витамина Д (Альфакальцидол 0,5-3,0 мкг/сут) до достижения нормального уровня кальция крови;
- в случае развития вторичного повышения уровня ПТГ после операции (феномен «голодных костей») проводится терапия по принципу лечения вторичного гиперпаратиреоза;
- в случае персистенции или рецидива ПГПТ необходим подробный разбор и оценка проведенного лечения (проверка первоначального диагноза, пересмотр топоческих методов обследования, оценка гистологического заключения и др.) с решением вопроса о повторном экспертном хирургическом вмешательстве.