

Резолюция

XXXII Российского симпозиума по хирургической эндокринологии с участием терапевтов эндокринологов «Калининские чтения»

Секция 1.1 Диагностика хирургических заболеваний щитовидной железы

1. Как повысить информативность дооперационной диагностики фолликулярных опухолей ЩЖ и избавить пациентов от напрасных операций?

При определении показаний к оперативному лечению пациентов с узловыми образованиями щитовидной железы с цитологическими заключениями относящихся к категориям Bethesda III и Bethesda IV необходимо дополнительно учитывать клинические данные, такие как – онкологический анамнез, локализация и размер, динамика роста узла, пол и возраст пациента в совокупности с данными ультразвуковой семиотики (с определением риска злокачественности по системе (EU-TIRADS)). При отсутствии анамнестических, клинических факторов онкологической настороженности, дискордантных данных результатов ультразвукового (EU-TIRADS-2-3) и цитологического исследований (Bethesda IV) целесообразно провести молекулярно-генетическое исследование цитологического материала, и при отсутствии молекулярно-генетических признаков злокачественной опухоли воздержаться от оперативного вмешательства.

2. Какая роль молекулярно-генетических исследований в алгоритме обследования и персонализации лечения пациентов с узловыми образованиями щитовидной железы?

В настоящее время завершаются клинические исследования отечественной молекулярно-генетической тест-системы Тиройд-ИНФО, направленные на изучение ее дифференциально-диагностических и прогностических возможностей у пациентов с узловой патологией щитовидной железы. Предварительные результаты исследования подтвердили высокую клиническую эффективность теста Тиройд-ИНФО в дифференциальной диагностике узловых образований щитовидной железы по цитологическому материалу при большинстве фолликулярных опухолей. При этом отмечена недостаточная чувствительность теста в отношении небольшой группы опухолей (фолликулярный и Гюртлеклеточного рак), что ограничивает возможности рекомендовать его для широкого практического применения и требует поиска дополнительных маркеров в отношении этой группы опухолей.

В настоящее время проведение молекулярно-генетических исследований (Тиройд-ИНФО) целесообразно с диагностической целью в рамках научных исследований для накопления клинических данных в специализированных лабораториях при информированном добровольном согласии пациента в случаях неопределенных цитологических заключений (Bethesda III и Bethesda IV):

- при отсутствии анамнестических, клинических факторов онкологической настороженности, дискордантных данных результатов ультразвукового исследования (EU-TIRADS-2-3)

- в группе пациентов с высоким анестезиологическим риском, беременных.

Прогностическая роль молекулярно-диагностических исследований для персонализации лечебной тактики у больных раком щитовидной железы представляет большой практический интерес, требует дальнейшего изучения и накопления данных.

Секция 1.2 Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы

1. Минимально инвазивная хирургия щитовидной железы: преимущества и недостатки?

Минимально инвазивные операции на щитовидной железе, в первую очередь, включают в себя видеоассистированные операции. Полностью эндоскопические операции, выполняемые из подмышечного доступа, преддверие рта правильнее относить к косметическим операциям, поскольку их основной целью является перемещение послеоперационного шва в малозаметную анатомическую область, в то время как травматичность самого вмешательства повышается по сравнению с традиционным вмешательством. Эти операции могут применяться в ограниченном числе клиник, имеющих достаточный опыт их выполнения, при строгом отборе пациентов к операции. Безусловным правилом должно являться ограничение использования данных операций при раке щитовидной железы. Видеоассистированные операции из шейного доступа сочетают в себе малую травматичность и хороший косметический результат. В то же время при распространенных опухолях щитовидной железы, а также при необходимости проведения тщательной центральной шейной лимфодиссекции видеоассистированные операции не могут быть применены. Основным показанием к выполнению видеоассистированных вмешательств являются доброкачественные фолликулярные опухоли щитовидной железы размером до 35 мм при объеме щитовидной железы до 25 мл и отсутствии выраженных аутоиммунных изменений в ткани железы. У пациентов с диффузным токсическим зобом видеоассистированные операции могут быть применены только в случае небольшого объема щитовидной железы и благоприятной конституции пациента.

2. Необходимость включения нейромониторинга в стандарты оказания хирургической помощи больным с патологией щитовидной железы?

Интраоперационный нейромониторинг облегчает поиск и выделение возвратного гортанного нерва, позволяет надежно диагностировать редкие анатомические варианты строения нерва (например, невозвратный возвратный нерв), контролировать функцию гортанного нерва во время проведения операции. Наиболее важным преимуществом использования

нейромониторинга является возможность предсказания послеоперационной функции гортанного нерва во время операции. Так, выявление потери сигнала (LOS) во время операции с более чем 95%-ной вероятностью предсказывает возникновение пареза гортани в послеоперационном периоде. Прогнозирование функции гортани позволяет хирургу изменять план проведения операции, ограничивая хирургические манипуляции на контралатеральной доле щитовидной железы, что позволяет снизить риск развития двустороннего пареза гортани. Особую важность использование нейромониторинга приобретает при проведении операций в условиях ограниченной или нарушенной видимости анатомических структур (повторная операция, выраженный рубцовый процесс в области щитовидной железы, применение эндоскопических технологий при операции). Использование нейромониторинга должно стать стандартом при оснащении специализированных центров эндокринной хирургии, выполняющих операции на щитовидной железе и околощитовидных железах. Необходимо рекомендовать профильным ведомствам от лица ассоциации включение стоимости расходных материалов для нейромониторинга в структуру тарифа ОМС на проведение операции на указанных органах.

Секция 2.1 Диагностика нейроэндокринных опухолей

1. Как диагностировать множественные гормонально-активные опухоли НЭО ПЖ в рамках МЭН синдрома?

Для диагностики нейроэндокринных опухолей поджелудочной железы (НЭО ПЖ) в рамках синдрома множественной эндокринной неоплазии (МЭН), которые в большинстве случаев являются множественными с различным спектром функциональной активности, необходимо использовать наиболее информативные методы лучевой диагностики: МСКТ с внутривенным болюсным контрастным усилением; МРТ с внутривенным контрастированием гадолинием и оценкой структуры ПЖ в режиме диффузно-взвешенного изображения (DWI); эндоскопическое УЗИ. Применение ПЭТ-КТ с ⁶⁸Ga-DOТА-пептидами у этих пациентов является целесообразным, однако определяется возможностью выполнения исследования. Необходимым методом диагностики у пациентов множественными НЭО ПЖ с клинико-лабораторными проявлениями эндокринных синдромов, когда определение локализации гормонально-активной опухоли повлияет на выбор объема оперативного вмешательства, является сочетанное ангиографическое исследование, включающее селективную целиако- и верхнюю мезентерикографию с артериально-стимулированным забором крови (АСЗК). Обязательным исследованием для окончательной верификации количества и взаимоотношения опухолей с главным панкреатическим протоком ПЖ, выбора рационального объема оперативного вмешательства является интраоперационное УЗИ.

2. Какие методы лучевой диагностики возможно применить в РФ для выявления функционирующих и нефункционирующих НЭО?

В настоящее время в РФ доступны практически все используемые в мире современные методы лучевой диагностики, применяемые для обследования пациентов с НЭО. Среди существующих радиоизотопных методов исследований, являющихся специфичными и демонстрирующих наибольшую информативность в диагностике НЭО, в федеральных медицинских центрах Москвы, Санкт-Петербурга и Екатеринбурга возможно выполнение только ПЭТ-КТ с ^{68}Ga -DOTA-пептидами и ОФЭКТ/КТ с $^{99\text{m}}\text{Tc}$ - текротином.

Секция 2.2 Лечение больных нейроэндокринными опухолями

1.Какая должна быть программа этапного лечения больных генерализованными нейроэндокринными опухолями НЭО?

Тактика лечения больных генерализованными НЭО должна быть обсуждена на мультидисциплинарном консилиуме с целью определения возможности и объема хирургического лечения, выбора программы противоопухолевой лекарственной терапии. Первым этапом у соматически компенсированных больных при наличии резектабельной первичной опухоли и отдаленных метастазов предпочтительно хирургическое лечение в объеме полной циторедукции. В случаях невозможности удаления отдаленных метастазов у пациентов с выраженным карциноидным синдромом, а также у больных НЭО без признаков гормональной активности с предполагаемым эффектом противоопухолевой лекарственной терапии, допустима частичная циторедукция с удалением максимального числа метастатических очагов. Частичную циторедукцию в таких случаях рационально дополнять применением методов локальной деструкции остающихся метастазов – радиочастотной абляции (РЧА) или микроволновой абляции (МВА). Паллиативное удаление первичной опухоли требуется у больных генерализованными НЭО тонкой кишки с высоким риском возникновения местных осложнений опухолевого процесса (острая обтурационная кишечная непроходимость, нарушение мезентерильного кровообращения), в случаях метастатических НЭО ПЖ – паллиативная резекция ПЖ не целесообразна. В качестве второго этапа лечения пациентам проводится противоопухолевая лекарственная терапия, выбор которой определяется локализацией, морфологической степенью злокачественности опухоли, объемом оставшейся опухолевой ткани после перенесенного хирургического вмешательства. Больным с обширной опухолевой диссеминацией либо имеющих соматическую патологию, исключающую возможность циторедуктивной операции, основным методом лечения является противоопухолевая лекарственная терапия. Пациентам с генерализованными нейроэндокринными карциномами (НЭК) независимо от объема опухолевого поражения следует

проводить системную химиотерапию, в случаях ее непереносимости – симптоматическое лечение.

2. Что делать с нефункционирующими НЭО поджелудочной железы: наблюдать или удалять?

Тактика ведения нефункционирующих НЭО ПЖ < 2,0 см 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 ⁶⁸Ga-DOТА-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 ⁶⁸Ga-DOТА-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.

Секция 3.1 Диагностика хирургических заболеваний надпочечников

1. Когда показано изучение стероидного профиля у больных опухолями надпочечников и какова его диагностическая ценность?

Очевидное показание к исследованию стероидного профиля у пациентов с опухолями надпочечников это подозрение на экзогенный гиперкортицизм, определение экзогенного стероида, попадающего в организм при отрицании или непонимании причины гиперкортицизма. Изучение стероидного профиля пока не валидировано для дифференциальной диагностики злокачественного поражения или определения «скрытой» гормональной активности случайно выявленной опухоли надпочечника, однако требует дальнейшего научного изучения и накопления данных, формирования экспертного уровня лабораторий и специалистов.

2. Позволяют ли методы лучевой диагностики до операции прогнозировать морфологическую структуру опухоли надпочечника?

Методы накопительной диагностики позволяют прогнозировать феохромоцитому (сцинтиграфия или ПЭТ с MIBG, ПЭТ с ⁶⁸Ga-DOТА TATE), альдостерому ПЭТ с C111-metomidate. Ненакопительные методы (МСКТ, МРТ) позволяют оценить лучевой фенотип и спрогнозировать злокачественный потенциал, но морфологическую структуру опухоли.

Секция 3.2 Хирургическое лечение заболеваний надпочечников

1. Можно ли считать ретроперитонеоскопическую адреналэктомию операцией выбора в хирургии надпочечников?

Ретроперитонеоскопическую адреналэктомию следует считать операцией выбора у больных доброкачественными опухолями надпочечников до 8 см в диаметре вне зависимости от типа телосложения пациента с ИМТ ≤ 30 кг/м², низком числе КТ-критериев риска развития интраоперационных осложнений (при доступе к правому НП ≤ 3 и левому ≤ 2), а также отсутствии общих противопоказаний к эндовидеохирургическим вмешательствам у лиц с тяжелой общесоматической патологией.

Лапароскопическая правосторонняя адреналэктомия аргументирована у больных доброкачественными опухолями надпочечников до 8 см в диаметре у лиц брахиморфным типом телосложения и ИМТ ≤ 30 кг/м², низком числе КТ-критериев риска развития интраоперационных осложнений (≤ 3) и планирование симультанных оперативных вмешательств на органах брюшной полости. Применение лапароскопических доступов для левосторонней адреналэктомии нецелесообразно из-за их высокой травматичности.

2. Допустимо ли выполнение радикальной эндовидеохирургической адреналэктомии у больных злокачественными опухолями надпочечников?

Выполнение радикальной эндоскопической адреналэктомии с удалением клетчатки верхнего паранефрия у больных адреналкортикальным раком (АКР) на I (T₁N₀M₀) и II (T₂N₀M₀) стадиях заболевания, а также злокачественной феохромоцитомой без признаков ее инвазии в прилежащие органы допустимо только в высокоспециализированных онкоэндокринологических центрах. Онкологические результаты эндоскопической адреналэктомии при I-II стадиях АКР не уступают открытым оперативным вмешательствам.

Секция 4.1 Диагностика гиперпаратиреоза

Ранняя диагностика гиперпаратиреоза (до развития висцеральных осложнений) диктует необходимость включения в программу профилактического обследования населения (внесения дополнений в соответствующие приказы МЗ РФ) лабораторный скрининг общего кальция крови!!!

1. Гиперпаратиреоз и гиперкальциемия есть, топической локализации аденомы ОЩЖ нет! Что делать?

В этом случае необходимо повторить инструментальные методы исследования в других медицинских организациях. Сроки повторных исследований определяются индивидуально. При этом желательно назначать

исследования «от простого к сложному», т.е. после УЗИ и сцинтиграфии, КТ с контрастом или МРТ, ОФЭКТ, ПЭТ, ПЭТ/КТ, ОФЭКТ/КТ.

Если результат не получен – диагностически-лечебная операция с ревизией всех возможных мест топического расположения патологически измененных околощитовидных желез.

2. Какие современные методы интраоперационной навигации в хирургическом лечении ПГПТ целесообразно использовать?

При дискордантных результатах инструментальной диагностики необходимо использовать все доступные методы интраоперационной навигации, которые есть в арсенале конкретного лечебного учреждения. Интраоперационное УЗИ является пока самым доступным методом. Кроме того, в этом случае необходимо прибегнуть к двусторонней ревизии шеи.

3. Селективная парааденомэктомия/билатеральная ревизия или интраоперационное определение паратгормона?

Селективная парааденомэктомия является эффективным и адекватным вмешательством при одиночной аденоме ОЩЖ, подтвержденной инструментальными исследованиями «первой линии»: УЗИ и сцинтиграфией. При дискордантных результатах – билатеральная ревизия с нахождением всех ОЩЖ. Интраоперационное определение паратгормона остается в арсенале хирургов, но не является обязательным исследованием. Интраоперационное определение паратгормона необходимо выполнять при дискордантных результатах инструментальных исследований и при подозрении на мультигландулярное поражение.

Секция 4.2 Хирургическое лечение гиперпаратиреоза

1. Бессимптомный гиперпаратиреоз – тактика эндокринного хирурга?

Бессимптомный гиперпаратиреоз является одной из форм первичного гиперпаратиреоза. Поэтому подходы к диагностике заболевания и хирургическому лечению больных не могут отличаться от таковых при симптомном течении болезни.

2. ПГПТ у пациентов с синдромом МЭН-1 – с чего начать лечение?»

Лечение больных синдромом Вермера следует начинать с тех опухолей, клинические проявления которых превалируют на момент диагностики заболевания.

3. Место поэтапной лазерной абляции аденом ОЩЖ под УЗ-навигацией у больных ГПТ высокого анестезиологического риска?

Поэтапная лазерная абляция аденом околощитовидных представляет собой новый метод лечения больных гиперпаратиреозом с отсутствием доказанной эффективности. Вместе с тем, в случаях невозможности выполнения традиционных вмешательств, следует рассматривать данный метод лечения как перспективный.

4. Насколько эффективна аутотрансплантация околощитовидных желез?

Аутотрансплантация околощитовидных желез в ходе операций у больных вторичным гиперпаратиреозом эффективна лишь у части пациентов. Однако у ряда больных позволяет избежать тяжелой кальциевой недостаточности.

С уважением
Руководитель программного и организационного комитета
Сергийко Сергей Владимирович

Президент Ассоциации эндокринных хирургов (АЭХ)
Ромащенко Павел Николаевич

