Здоров'я України
МЕДИЧНА ГАЗЕТА

Хирургия надпочечников: мировые достижения в условиях Украины

По итогам международной конференции Европейской ассоциации эндокринных хирургов

12-14 мая в г. Лионе (Франция) состоялась международная конференция Европейской ассоциации эндокринных хирургов, объединившая ученых и практических врачей со всего мира. В ходе мероприятия экспертами было рассмотрено множество вопросов, посвященных особенностям лечения пациентов с эндокринными опухолями, в частности новообразованиями надпочечников.

А.Н. Кваченюк

Об основных изменениях в международных протоколах диагностики и лечения пациентов с опухолями надпочечников в интервью корреспонденту «Медичної газети «Здоров'я України» рассказал представитель украинской делегации – **старший научный сотрудник ГУ «Институт эндокринологии и обмена веществ им. В.П. Комиссаренко НАМН Украины», доктор медицинских наук Андрей Николаевич Кваченюк.**

? Андрей Николаевич, какую практическую ценность для эндокринного хирурга представляет участие в подобных мероприятиях?

– Конференции такого уровня проходят с периодичностью один раз в два года и представляют большой интерес для эндокринных хирургов не только европейских стран, но и всего мира. Работа в рамках конференции проходила в форме устных и стендовых докладов, круглых столов, обсуждения проблемных ситуаций в ведении пациентов, научно-практических симпозиумов. Одной из наиболее интересных форм работы является представление серий клинических случаев для обсуждения, таким образом врачи получают возможность не только перенять интересный опыт коллег, но и поделиться собственным, а также получить супервизию от ведущих мировых специалистов в области эндокринной хирургии.

Мы также представили серию собственных клинических случаев и поделились отечественным опытом ведения больных с различными эндокринными опухолями. На основе такого сопоставления результатов различных клиник и научно-исследовательских центров разрабатываются и обновляются международные руководства по ведению пациентов с эндокринными опухолями, имеющие огромное практическое значение для хирургов и использующиеся в повседневной практике для улучшения оказания медицинской помощи и увеличения выживаемости больных.

? Какие основные темы обсуждались на конференции? Насколько они актуальны для врачей Украины?

– В рамках конференции поднималось множество тем, посвященных своевременной диагностике и лечению различных эндокринных опухолей. Одной из основных задач мероприятия было обновление существующих руководств по ведению пациентов с указанными патологиями. Точное следование протоколам диагностики и лечения является необходимым условием успешного ведения пациента и улучшения его выживаемости. Таким образом, в распоряжении украинских врачей сегодня есть руководства одного из наиболее авторитетных мировых сообществ по эндокринной хирургии, которые можно и нужно использовать в повседневной практике.

На сессиях конференции много внимания уделялось лабораторным и визуализирующим методам исследования, в частности скринингам. Так, скрининг феохромоцитомы может быть выполнен пациентам с повышенным уровнем артериального давления даже в случае, если по результатам визуализирующих методов не предполагается наличие катехоламинпродуцирующей опухоли. У всех больных с инциденталомами надпочечников необходимо определять уровень связанных метанефринов в моче (чувствительность 97%) или свободных метанефринов в плазме (чувствительность 99%). Нормальный уровень этих показателей исключает наличие феохромоцитомы, в то время как повышение уровня в 4 и более раз по отношению к референтным значениям свидетельствует в пользу опухолевого процесса. Первичный альдостеронизм, обусловленный аденомой надпочечников, может быть причиной гипокалиемии без артериальной гипертензии (АГ). Таким образом, определение уровня альдостерона плазмы, активности плазменного ренина или концентрации прямого ренина показано всем пациентам с АГ или гипокалиемией. Указанные лабораторные исследования следует повторить после коррекции гипокалиемии (рекомендуется нестрогое ограничение приема соли; как минимум за 6 нед до проведения повторного исследования необходима отмена спиронолактона; прием ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента, блокаторов рецептора ангиотензина II, дигидропиридиновых антагонистов кальция, β-адреноблокаторов, клонидина, нестероидных противовоспалительных препаратов, диуретиков, которые не относятся к калийсберегающим, следует отменить за 4 нед до исследования, при этом уровень артериального давления следует контролировать с помощью нейтральных препаратов, таких как верапамил или доксазозин).

В обновленных рекомендациях по ведению пациентов с адренокортикальным раком отмечается, что ультразвуковое исследование (УЗИ) является предварительным методом диагностики, результаты которого обязательно должны подтверждаться данными компьютерной томографии (КТ) или магнитно-резонансной томографии (МРТ).

? Изменился ли подход к ведению пациентов с инциденталомами надпочечников?

– Кардинальных изменений в подходе к ведению таких больных не произошло, алгоритм остался прежним: при выявлении опухоли с помощью визуализирующих методов необходимо выяснить ее характер (злокачественная она или доброкачественная). Как правило, небольшие по размеру опухоли (менее 4-5 см) редко оказываются злокачественными при первичной диагностике. Опухоли величиной 6-8 см практически всегда злокачественные, к ним изначально (до лабораторного подтверждения) должна применяться тактика ведения злокачественных новообразований.

Следующим этапом является тщательная лабораторная диагностика (определение уровней адренокортикотропного гормона, кортизола, альдостерона, ренина, метанефринов, катехоламинов). При выявлении злокачественного образования необходимо оценить степень его распространения на окружающие органы и ткани, наличие метастазов и с учетом этого принять решение о возможности проведения хирургического лечения; в случае невозможности выполнения радикального хирургического вмешательства пациенту необходимо назначение симптоматической и паллиативной терапии. Хирургическое лечение адренокортикального рака чаще всего подразумевает необходимость открытой операции с удалением не только опухолевой ткани, но и окружающей жировой клетчатки, диссекции паранефрального, парааортального и паракавального коллекторов, которые являются наиболее частым местом метастазирования опухоли.

В последнее время все большую популярность приобретают лапароскопические методы удаления опухолей надпочечников, однако решение о возможности проведения такого вмешательства должно приниматься с учетом размера опухоли и степени ее распространения; доброкачественные опухоли, как правило, могут быть удалены лапароскопически.

Подводя итог, хочется выделить следующие положения международных руководств по ведению пациентов с инциденталомами надпочечников:

- Рекомендуется хирургическое лечение любых опухолей надпочечников с наличием признаков малигнизации. Опухоль любого размера может оказаться злокачественной. «Хирургический» порог для инциденталомы надпочечника составляет 4 см.
- Рекомендуется хирургическое лечение пациентов с гормональноактивными опухолями надпочечников независимо от их размера.
- Нет достаточных данных для каких-либо рекомендаций «за» или «против» хирургического лечения пациентов с субклиническим течением болезни Иценко-Кушинга.
- После перенесенного оперативного вмешательства по поводу аденомы надпочечников с синдромом Кушинга больным требуется заместительная терапия кортикостероидами.
- Через 2-6 мес после первичной диагностики инциденталомы надпочечников размером менее 4 см рекомендуется повторить исследование с помощью визуализирующих методик (КТ или МРТ). Если выявлена гематома, миелолипома или киста надпочечника, дополнительное динамическое наблюдение не требуется.
- Если в ходе наблюдения опухоль увеличивается на 1 см и более либо изменяется ее внешний вид/плотность, рекомендуется хирургическое лечение.
- Хотя на сегодняшний день нет достаточных данных рандомизированных исследований использования лапароскопической техники при адренокортикальном раке, с целью уменьшения риска пациентам со злокачественными опухолями надпочечников рекомендуется открытая адреналэктомия. Адренокортикальный рак III-IV стадии является абсолютным противопоказанием к использованию лапароскопических методов удаления опухоли. Больным адренокортикальным раком I-II стадии может выполняться адреналэктомия лапароскопическим методом; эффективность вмешательства в таком случае можно оценить как сопоставимую с открытой адреналэктомией.
- Пациентам с доброкачественными опухолями надпочечников оперативное вмешательство может быть выполнено лапароскопическим путем.

? Какие инструментальные исследования необходимо проводить для определения потенциальной злокачественности опухоли надпочечников?

– КТ является основным методом дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных опухолей надпочечников. Для опухолей с высоким риском малигнизации рекомендуется проведение рентгенконтрастного КТ-исследования. Позитронно-эмиссионная томография может использоваться при недостаточной информативности результатов КТ. Тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия не является рутинным методом обследования пациентов с опухолями надпочечников и может применяться лишь для выявления метастазов либо в случае неинформативности визуализирующих методов (24%) после биохимического исключения гормональной активности опухоли.

? Какова роль лабораторных методов диагностики в оценке гормональной активности образования надпочечных желез? Существует ли необходимость динамического наблюдения за пациентами с инциденталомой надпочечников?

– Роль лабораторных методов исследования крайне важна в ранней диагностике опухолей надпочечников. После выявления опухоли с помощью визуализирующих методов исследования (УЗИ, КТ и МРТ) необходимо определить гормональную активность опухоли, поскольку именно от этого зависит дальнейшая тактика лечения. Так, гормонально активная опухоль является прямым показанием к хирургическому лечению, при этом спектр выделяемых опухолью гормонов должен также учитывать и анестезиолог (для уменьшения периоперационных рисков); гормонально неактивная опухоль размером менее 4 см подлежит динамическому наблюдению.

После хирургического удаления кортизолпродуцирующей опухоли у больных, как правило, впоследствии может развиться послеоперационная хроническая надпочечниковая недостаточность. Динамическое наблюдение за пациентами после выполнения хирургического вмешательства позволяет определить потребность в последующей заместительной терапии.

Таким образом, проведение лабораторных исследований является важным этапом лечебной тактики как перед проведением оперативного вмешательства, так и после него, в ходе динамического наблюдения.

? Возможно ли применение международных стандартов ведения пациентов с опухолями надпочечников в Украине?

– Безусловно, стандарты по ведению пациентов с опухолями надпочечников в Украине могут и должны выполняться, для этого есть практически все необходимые ресурсы: возможность провести точную диагностику с помощью визуализирующих и лабораторных методов обследования, необходимое оборудование и подготовленные кадры для проведения хирургического лечения и последующего наблюдения за больными. К сожалению, сегодня эти ресурсы сосредоточены преимущественно в крупных городах,

? Какие перспективы развития данного направления эндокринологии в Украине?

– Лечение опухолей надпочечников является сегодня одним из ведущих направлений в эндокринной хирургии. Развитие этого направления стало возможным за счет доступности качественной диагностики и новых визуализирующих методов, а также обучения кадров, в том числе и путем участия в международных конференциях. Сегодня почти в каждой эндокринологической клинике Украины есть возможность оценить гормональную активность выявленных опухолей надпочечников с помощью лабораторных методов диагностики, что позволяет выбрать правильную тактику лечения и увеличить продолжительность и качество жизни больного.

Одним из перспективных направлений эндокринной хирургии является целенаправленное проведение гормонального скрининга среди лиц с АГ, что позволит выявлять гормонпродуцирующие опухоли на ранних стадиях.

Подготовила
Татьяна Канцидайло-Спринсян