

## ЭНДОКРИННАЯ ХИРУРГИЯ: “УЗКАЯ” СПЕЦИАЛЬНОСТЬ ИЛИ НАСУЩНАЯ НЕОБХОДИМОСТЬ?

*И.И. Дедов, Н.С. Кузнецов, Г.А. Мельниченко, Д.Г. Бельцевич,  
В.Э. Ванушко, А.Ю. Григорьев, В.В. Фадеев, Л.Я. Рожинская, Е.А. Трошина*

*Эндокринологический научный центр Росмедтехнологий*

### Endocrine Surgery: Narrow Speciality or the Barest Necessity

*I. Dedov, N. Kuznetsov, G. Melnichenko, D. Belzevich, V. Vanushko, A. Grigoriev,  
V. Fadeev, L. Roshinskaja, E. Troshina*

*Federal Endocrinological Research Centre, Moscow*

Прошло несколько десятилетий с момента выделения из общей хирургии и утверждения в Реестре медицинских специальностей кардиохирургии, нейрохирургии как самостоятельных дисциплин. Сейчас это покажется странным, но в свое время острые споры вызывало отделение от хирургии таких специальностей, как урология и оториноларингология.

Необходимость организации специализированных хирургических служб в те уже далекие времена аргументировалась:

- большим числом больных, нуждающихся в специализированной помощи, и появлением большого числа специалистов;
- отсутствием и несоблюдением отраслевых стандартов лечения хирургами, выполняющими эти операции время от времени;
- невозможностью осуществить статистический учет больных и объективно оценить результаты лечения;
- стагнацией развития науки в этих областях.

С нашей точки зрения, наступило время, чтобы рассмотреть через призму вышеперечисленных проблем необходимость организации **службы эндокринной хирургии в России**.

#### Эпидемиологическое обоснование

**Заболевания щитовидной железы.** Число больных, нуждающихся в тех или иных видах оперативного лечения заболеваний ЩЖ, само по себе настолько велико, что могло бы потребовать создания отдельной тиреологической службы. Среди наиболее актуальных в эпидемиологическом отношении заболеваний – тиреотоксикоз, многоузловой зоб, приво-

дящий к синдрому механической компрессии, рахитовидной железы (РШЖ). Распространенность узлового зоба по самым скромным оценкам составляет 10% популяции. По данным статистики тиреотоксикозом различного генеза страдают 2% жителей РФ, ежегодные затраты на различные виды лечения и наблюдение примерно составляют 3–3,5 млрд руб. Каждый год в нашей стране по данным онкологической статистики (отнюдь не совершенной) в среднем выявляется 8 тыс. новых наблюдений РШЖ, а затраты на лечение без последующего наблюдения составляет 670 млн рублей в год.

**Гиперпаратиреоз.** В связи с улучшением диагностики остеопатий и скрининговым определением уровня кальция при биохимическом исследовании страну захлестнула эпидемия заболеваний околощитовидных желез. Существенная часть пациентов, находящихся на учете у урологов, ортопедов-травматологов, гастроэнтерологов, а также пожилых больных с тяжелым остеопорозом на самом деле страдают первичным гиперпаратиреозом. Существующие статистические выкладки в развитых в отношении медицинской помощи странах достаточно пессимистичны. Распространенность первичного гиперпаратиреоза в различных возрастных группах варьирует и у пациентов старше 50 лет составляет до 10% населения. Речь идет о **третьем по распространенности эндокринном заболевании** после патологии ЩЖ и СД.

Проблема вторичного и третичного гиперпаратиреоза **незнакома даже понаслышке подавляющему большинству врачей**. Тем не менее это тяжелейшее заболевание, усугубляющее страдания пациентов с патологией почек, по своей распространенности выяв-

ляется у 70% больных в терминальной стадии хронической почечной недостаточности. По данным московской нефрологической службы, в столице 4 тыс. пациентов, получающих тот или иной вариант детоксикации и ожидающих трансплантации.

**Симптоматическая артериальная гипертензия надпочечникового генеза.** В настоящее время в нашей стране сложилась напряженная эпидемиологическая ситуация, связанная с резким ростом заболеваемости артериальной гипертензией, являющейся одним из основных факторов инвалидизации и смертности населения. Результаты выборочного обследования населения показали, что общее число больных артериальной гипертензией в возрасте 15 лет и старше достигает в России 41,6 млн человек, хотя по данным официальной статистики в стране зарегистрировано 7,2 млн больных.

У 10% больных артериальная гипертензия имеет симптоматический характер, то есть повышение АД является проявлением другого заболевания. Удельный вес эндокринных симптоматических гипертензий достаточно высок, составляя, по данным различных авторов, до 35% всех симптоматических вариантов заболевания. При самом оптимистическом прогнозе, даже без учета развития осложнений при симптоматических артериальных гипертензиях эндокринного генеза, их доля в непрямых затратах на лечение в РФ составляет не менее 1 млрд рублей в год.

Основными эндокринными заболеваниями, протекающими с артериальной гипертензией, являются первичный гиперальдостеронизм, гиперкортицизм, синдром феохромоцитомы/параганглиомы. Главной эпидемиологической особенностью этих заболеваний является то, что они поражают наиболее трудоспособную часть населения. У 50% больных манифестация проявлений артериальной гипертензии эндокринного генеза происходит в возрасте до 35 лет.

**Опухолевые поражения эндокринного аппарата поджелудочной железы.** Более редкими заболеваниями являются инсулинома, гастринома, глюкагонома и другие гормонально-активные опухоли ПЖ. При небольшой распространенности (1% всех опухолей) эти заболевания характеризуются необходимостью применения методов высокотехнологичной помощи как в диагностике, так и лечении. Как при заболеваниях надпочечников, так и при опухолях ПЖ имеется широкий спектр применения достижений ядерной медицины и нанотехнологий. В связи с этим общая стоимость лечения данной категории больных в масштабе страны конкурирует с финансовыми показателями затрат на лечение более распространенных заболеваний, составляя 0,7–0,9 млрд рублей ежегодно.

**Гормонально-активные опухоли гипофиза.** По данным исследователей, опирающихся на статистику национальных регистров по нейроэндокринным опухолям (в России таковой, к сожалению, отсутствует), распространенность опухолей гипофиза составляет до 15% всех опухолей головного мозга. Прерогатива в лечении этих нозологических форм принадлежит нейрохирургам, которые в большинстве стран интегрированы в службу эндокринной хирургии.

Таким образом, неуклонный рост числа пациентов привел к появлению большого числа специалистов и их неформальных сообществ, основные усилия которых концентрируются в области эндокринной хирургии. Закономерно, что выделились отделения и целые лечебные учреждения, которые приобрели (опять же неформальный) статус специализированных. Большое количество научных и практических школ привело к различным, а порой и диаметрально противоположным подходам в диагностике и лечении одних и тех же эндокринных заболеваний.

### Отраслевые стандарты лечения

В нашей стране такие стандарты по рассматриваемым заболеваниям отсутствуют. Ни по одной эндокринной нозологии, которая требует хирургического лечения, нет единых методических рекомендаций, принятых на уровне Минздравсоцразвития РФ. Такие рекомендации должны носить междисциплинарный характер, так как являются результатом согласования лечебной тактики между хирургами, эндокринологами, кардиологами, морфологами и т. д., что позволяет оптимизировать не только результаты лечения, но и определить с характером дальнейшего наблюдения. Основные источники, которыми руководствуются специалисты при лечении вышеперечисленных заболеваний, — это учебники по хирургии, эндокринологии, которые зачастую несут противоречивую и взаимоисключающую информацию. Практика заключения консенсусных соглашений по мере возникновения серьезных изменений в диагностике и лечении заболеваний, принятая во многих профессиональных ассоциациях, в России пока не прижилась. Отсутствие правильного понимания биологической природы эндокринных опухолей со стороны хирургического сообщества, различное толкование показаний к оперативному лечению и его объема со стороны эндокринологов и хирургов привело к большому количеству проблем. Мы попытаемся осветить самые острые из них.

• **Большое количество необоснованных операций.** Наиболее актуален этот тезис в отношении операций на щитовидной железе. По первому представлению до 50% операций, проводимых в Москве(!) по пово-

ду зоба, являются необоснованными и осуществляются без необходимого объема обследования. Так, хирургическая “победа” над коллоидным зобом, не оказывающим никакого влияния на здоровье пациента ни с точки зрения механического сдавления или косметического эффекта, ни с точки зрения функции железы, представляется типичной ситуацией. Общей практикой стало удаление клинически ничем не проявляющейся инциденталомы надпочечника (распространенность в популяции до 8%). Часто такие операции проводятся без соответствующего обследования, позволяющего выяснить, что опухоль гормонально неактивна. К сожалению, удаление небольших опухолей надпочечника зачастую проводится лишь на основании наличия у пациента артериальной гипертензии в надежде хирурга на то, что именно опухоль является ее причиной. Отсутствие эффекта от операции не самая большая расплата за необоснованное вмешательство. Ряд примеров, к сожалению, можно продолжить в отношении некоторых форм пролактином, гормонально-неактивных аденом околощитовидных желез и т. д.

• **Поздняя диагностика заболеваний.** Причиной этого феномена является недостаточное знание патогенеза эндокринных опухолей и четких диагностических алгоритмов при наличии у больного артериальной гипертензии, нарушений сердечного ритма, рецидивирующей мочекаменной болезни, тяжелого остеопороза, бесплодия и т. д.

• **Несоответствие объема оперативного лечения.** Наличие “золотых рук” у хирурга общего профиля не гарантирует правильности выбора им лечебной тактики. В тех случаях, когда операция все-таки показана, несоблюдение объема оперативного лечения является актуальнейшей проблемой, что объясняется тем, что получаемое при этом большое количество рецидивов требует повторных вмешательств. Такие операции несут в себе значительно большую вероятность осложнений, чем первичная радикальная операция. Так, при повторных операциях на ЩЖ вероятность повреждения возвратного гортанного нерва и персистирующего гипопаратиреоза возрастает в 10(!) раз.

• **Квалифицированный хирург, оперирующий на эндокринных железах, должен владеть основами эндокринологии и заместительной терапии, принципами оценки функции эндокринных желез и уметь интерпретировать результаты гормональных исследований, знать принципы реабилитации пациентов и т. д.** Одной из основных проблем эндокринной хирургии являются то, что в ее рамках многие заболевания имеют мультидисциплинарный характер. Например, мультидисциплинарной проблемой является РЩЖ (хирургия, радиология, эндокринология).

В результате того, что онкологические подходы в лечении развивались по хирургическому пути, в настоящее время подавляющее большинство пациентов с РЩЖ не могут получить медицинскую помощь, соответствующую международным стандартам. В качестве примера можно привести любую нозологию в эндокринной хирургии.

• **Неполноценность оказания помощи.** В условиях отсутствия профессиональной ассоциации и отраслевых стандартов невозможны внедрение и лицензирование новых высокотехнологичных видов помощи, современных лекарств, применяемых в эндокринной хирургии. Это подтверждает ужасающее несоответствие между лечебной потребностью, с одной стороны, и наличием мощностей по применению радиоактивных изотопов  $^{131}\text{I}$  — с другой, в комплексном лечении заболеваний ЩЖ. Для многих пациентов со злокачественными нейроэндокринными опухолями жизненной трагедией оборачивается отсутствие некоторых радиофармпрепаратов (метайодбензилгуанидин, меченый  $^{131}\text{I}$ , аналоги соматостатина, меченные радиоактивными изотопами). Отсутствие лекарств, применяемых при лечении редких заболеваний, так называемые лекарства-“сиротки”, делает оперативное лечение многих больных бесперспективным, так как в России не зарегистрированы средства для химиотерапии аденокарциномы (митотан, лизодрен), тироген — для проведения адекватного радиологического лечения РЩЖ, и этот список можно продолжить.

Очевидно, что все вышеперечисленные проблемы приводят к увеличению стоимости лечения, снижению качества жизни и в крайнем проявлении — к уменьшению продолжительности жизни и увеличению смертности.

### Национальный регистр

Внедрение статистического учета и проведение эпидемиологических мероприятий являются затратными лишь на начальном этапе, а впоследствии приводят к значительному прогрессу как в плане эффективности лечения, так и в плане экономии средств. В основном, это связано с тем, что обсуждаемая область медицины, как никакая другая, связана с генетическими аспектами и наследственными формами заболеваний. В странах, где существуют национальные регистры нейроэндокринных опухолей, превентивное генетическое исследование кровных родственников пациентов с синдромами множественных эндокринных неоплазий 1–2-го типов, наследственными формами феохромоцитомы, первичного гиперальдостеронизма позволяет снизить затраты на лечение на 25–30%, добиться выздоровления и тем самым радикального изменения качества

ва и продолжительности жизни у этой тяжелейшей категории больных.

### **Развитие**

К сожалению, все вышеназванные факторы привели к тому, что в большинстве своем научные изыскания в эндокринной хирургии за последние три десятилетия носят экстенсивный характер. Основные отечественные исследования, увы, являются лишь адаптацией мировых достижений в диагностике и лечении эндокринной хирургической патологии в отечественной клинической практике. При этом в лучшем случае эта адаптация не искажает сути самого достижения. Жаркие дискуссии, существующие между отечественными хирургами и эндокринологами, в Северной Америке и Европе, например, о показаниях к операции по поводу узлового зоба либо объемного образования надпочечника **отзвучали десятилетие назад**. На острие эндокринной хирургии как науки давно обсуждаются проблемы протеомики генетических нарушений и механизмы реализации опухолевого потенциала. Прорывы в этих областях происходят в результате осуществления международных программ профессиональных ассоциаций эндокринных хирургов. Степень интеграции российских специалистов в международные структуры и программы носит спорадический характер.

Таким образом, в результате самого поверхностного анализа становятся очевидными необходимость создания службы эндокринной хирургии и утверждение соответствующей специальности в реестре. Вышеназванные проблемы, связанные с отставанием в развитии, с каждым годом становятся все более актуальными, нарастая как снежный ком. Тем не менее база для решения этой задачи в России есть. В рамках Российской ассоциации эндокринологов работает секция эндокринной хирургии, с октября 2007 года начато издание журнала “Эндокринная хирургия”. Регулярно (один раз в 2 года) проводятся съезды эндокринных хирургов. Стихийно создаются отделения эндокринной хирургии (с неформальным статусом), где оказывается специализированная помощь. Необходимо, не без удовлетворения, отметить, что в отечественной эндокринной хирургии пока еще функционируют научно-практические школы, способные стать обучающими кафедрами, сертификационными центрами для хирургов, заложить основу для создания национальных регистров по профильным заболеваниям. Тем не менее подвижнических усилий отдельных специалистов и неформальных сообществ недостаточно для функционирования полноценной специализированной службы эндокринной хирургии. Назрела насущная необходимость государственного подхода к решению этой актуальнейшей проблемы.