

ОЛЬГА ШАНЬКО: СОВРЕМЕННОЙ ЭНДОКРИНОЛОГИИ НЕОБХОДИМЫ СИСТЕМНЫЕ ПОДХОДЫ И ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ СЛУЖБ

В настоящее время эндокринологи КМСЧ №1 столкнулись с проблемой, когда молодые пациенты с сахарным диабетом первого типа в ургентном состоянии – кетоацидозы, диабетические комы различного генеза – госпитализируются в отделения терапии по месту жительства, где врачи сталкиваются с рядом проблем при ведении этой категории больных. В частности – докторам малодоступен мониторинг электролитов крови, динамический контроль за которыми имеет важное значение в успешности оказания помощи этим пациентам.

Проблема усугубляется и тем, что сегодня экстренная помощь детям и подросткам с 14 лет оказывается во взрослой сети учреждений. А именно у таких пациентов электролитные сдвиги вызывают быструю декомпенсацию состояния, что может привести к коме, а иногда и к летальному исходу. Поэтому специалисты отделения эндокринологии КМСЧ №1 совместно с реаниматологами медсанчасти разработали и внедрили в практику схемы и протоколы терапии неотложных состояний у эндокринных больных.



**Ольга Шанько,
заведующая
отделением
эндокринологии
КМСЧ №1**

Ольга Шанько, заведующая отделением эндокринологии КМСЧ №1, к.м.н.: «Учитывая, что с этой категорией больных сталкиваются не только эндокринологи, но и терапевты, возникла необходимость появления единого документа, регламентирующего порядок оказания помощи эндокринным больным в острых состояниях. Нами разработан протокол терапии кетоацидоза у молодых пациентов в возрасте от 14 до 25 лет, течение которого имеет ряд особенностей. Нарушение водно-электролитного баланса наиболее выражено у этой категории больных и требует своевременной коррекции. У части пациентов имеется гипокалиемия, усиливающаяся после начала инфузионной и инсулинотерапии. Снижение количества калия, содержащегося в тканях, когда его уровень в плазме приближался к нормальному, приводит к перераспределению жидкости из сосудистого русла в межклеточное пространство. Это в свою очередь провоцирует тканевый отек, в частности

отек головного мозга, нарушение сознания, а иногда и летальный исход. Несмотря на причину состояния в дефиците инсулина вследствие различных причин (впервые возникшее состояние, нарушения диеты и инсулинотерапии, интеркуррентные заболевания), введение инсулина при таких электролитных нарушениях небезопасно.

У ряда пациентов с СД 1 и 2 типа развивается синдром хронической передозировки инсулина (синдром Сомоджи), что мешает в подборе доз сахароснижающих препаратов. Для верификации данного состояния проводится 3-8 суточное мониторирование уровня глюкозы в крови при помощи аппарата jPro2, с последующей компьютерной обработкой результатов и адекватной коррекцией интенсифицированной инсулинотерапии, в том числе инсулинотерапия при помощи инсулиновой помпы.

В последующем больные, выведенные из ургентного состояния, нуждаются в подборе адекватной



сахароснижающей терапии. В этом нам помогает система длительного мониторинга уровня глюкозы крови.

Такой подход заложен в основу используемого нами протокола, и эффективно используется в отделении более 10 лет. Кроме того, мы регулярно обновляем пункты документа с учетом современных научных и практических разработок. И сегодня очень важно, чтобы не только специалисты нашего отделения, но и все заинтересованные стороны понимали, что оказание помощи эндокринологическим больным в urgentном состоянии очень специфично. Банально, но инсулином можно как помочь, так и навредить человеку.

Особое место в нашей работе занимают пациенты с новообразованиями надпочечников. Гормональноактивные опухоли надпочечников являются одной из актуальных проблем современной эндокринологии. Патогенез и клиническая картина обусловлены гиперпродукцией тех или иных гормонов тканью опухоли. Так, при избыточном выделении глюкокортикоидов развивается синдром Иценко - Кушинга, выработка опухолью минералокортикоидов лежит в основе первичного гиперальдостеронизма. При феохромоцитоме происходит повышенная выработка катехоламинов. Нередко наблюдается картина смешанной гиперпродукции гормонов, когда новообразование продуцирует несколько гормонов, различных по своему биологическому действию на организм.

Несмотря на яркую клиническую картину заболеваний, диагноз нередко ставится поздно, а больные по несколько лет лечатся от других недугов.

В настоящее время развита инструментальная диагностика – мы имеем возможность проведения КТ и МРТ органов брюшной полости. И очень часто при таких исследованиях выявляются новообразования надпочечников (инцидентомы). И далеко не всегда эти опухоли являются показаниями к оперативному лечению. Именно поэтому специалистами нашего отделения отработаны схемы дифференциальной диагностики для верификации гормонально активных опухолей надпочечника.

Все новообразования надпочечников подразделяются на доброкачественные (аденомы) и злокачественные (карциномы). Такое разделение имеет также важное значение, так как оперативное удаление аденомы сопровождается

практически полным выздоровлением.

Почти у половины больных опухоль злокачественная. Если у женщин преобладают (в 4 - 5 раз чаще, чем у мужчин) доброкачественные аденомы, то злокачественные опухоли встречаются с одинаковой частотой у лиц обоих полов.

Характерный внешний облик и жалобы больных с выраженными гормональными нарушениями позволяют предположить это заболевание при первом осмотре. Трудности заключаются в дифференциальной диагностике. Например: болезни Иценко - Кушинга от синдрома, вызванного глюкокортикоидом и от эктопического АКТГ - синдрома, обусловленного чаще злокачественной неэндокринной опухолью. Количественное определение гормонов в крови или их метаболитов в моче в этом плане помочь не может. Большую помощь в дифференциальной диагностике оказывают фармакологические пробы.

Феохромоцитомы обнаруживаются примерно у 0,3-0,7% больных артериальной гипертензией. По другим данным, на 1 млн. населения предполагается 20 больных, а по результатам аутопсии больных, погибших от гипертонической болезни, хромоаффинома встречается в 0,08% случаев. Феохромоцитомы описаны во всех возрастных группах, от новорожденных до пожилых, однако, наиболее часто встречается в возрасте от 25 до 50 лет. Среди почти 400 больных с хромоаффиномой, оперированных в Институте экспериментальной эндокринологии и химии гормонов РАМН, дети в возрасте от 5 до 15 лет составили 10 %, больные от 25 до 55 лет - 70%, старше 55 лет 15%. Более 60% взрослых больных составляют женщины. Среди детей от 5 до 10 лет преобладают мальчики, тогда как среди детей старшего возраста - девочки. В основе патогенеза заболевания лежит действие на организм секретируемых опухолью катехоламинов.

Очень важный аспект, на котором я бы хотела остановиться – это подготовка пациентов к плановым оперативным вмешательствам на эндокринных органах в состоянии гиперпродукции гормонов. Принципиально важно понять, что оперативное лечение должно быть безопасным и не привело к критическим состояниям пациента. Именно поэтому мы уделяем особое внимание подготовке больных к операциям. Во-вторых, это во многом облегчает работу анестезиологам и хирургам. Важен комплаенс между амбулаторной службой, стационаром и хирургами, поскольку стабилизация витальных функций у такого больного достигается в течение длительного времени. Без преемственности служб мы не сможем эффективно лечить больных. Только в стабильном состоянии мы должны отправлять таких пациентов на оперативное лечение. Поэтому все больные, нуждающиеся в оперативном лечении, проходят предоперационную подготовку в нашем отделении. Мы оцениваем его готовность к оперативному лечению: имеем время и возможность скорректировать патологические состояния этого больного и максимально обезопасить оперативное вмешательство. Это позволяет до минимума снизить послеоперационные риски, уменьшить время нахождения пациента в стационаре, адаптировать

и восстановить работоспособность прооперированного пациента.

Но все же в течение года мы оперируем около 100 пациентов. Многие больные после удаления гормональноактивного органа нуждаются в последующем подборе заместительной терапии. Наши специалисты обладают колоссальным опытом и знаниями для коррекции гормональных нарушений у прооперированных больных.

Послеоперационный период протекает по-разному и зависит в основном от степени и вида гормональной активности опухоли и связанного с этим уровнем обменных нарушений.

Поэтому, кроме общехирургических мероприятий, больные нуждаются и в специфической гормональной терапии, которая не требуется лишь при «чистых» альдостеромах и экстромах.

В случаях смешанных опухолей (особенно глюкокортикоидом) после операции необходима заместительная гормональная терапия, которая диктуется наличием атрофии коры противоположного надпочечника. Лечение кортикостероидами начинают сразу после удаления опухоли (до операции кортикостероиды не назначают). Постепенно, в зависимости от состояния оперированного, доза гидрокортизона снижается до полной отмены.

Следует отметить, что артериальное давление не нормализуется сразу вслед за удалением альдостеромы, и в течение нескольких дней больные нуждаются в приеме калийсберегающего диуретика, но в более низких дозах, чем до операции.

Во время оперативного или послеоперационного лечения иногда развивается острая надпочечниковая недостаточность, в случае которой назначают кортикостероиды в заместительных дозах.

Радикально проведенное оперативное вмешательство приводит у большинства больных к практически полному выздоровлению.

Рецидив заболевания составляет 12,5 %. Наиболее часто рецидив хромаффиномы наблюдается у больных, ранее оперированных по поводу множественной, эктопированной опухоли, при хромаффиноме, превышавшей 10 см в диаметре, при нарушении во время вмешательства целостности капсулы новообразования, а также при семейной форме заболевания.

Лучевая терапия опухолей из хромаффинных клеток неэффективна. Не известны в настоящее время и химиотерапевтические средства, применение которых давало бы удовлетворительный результат.

Часть больных, после резекции щитовидной железы нуждается в подборе заместительной терапии тиреоидными гормонами. При сохраняющемся гипокортицизме, производится подбор дозы глюкокортикоидов.

Оперированные пациенты с первичным гиперпаратиреозом, в последующем нуждаются в длительном и комплексном лечении остеопороза.

На сегодня в нашем отделении нет возможности оказывать

эндокринологическим пациентам высокотехнологичную помощь. Поэтому специалисты-эндокринологи медсанчасти проводят подготовку к последующему оперативному лечению в федеральных центрах высокотехнологической нейрохирургической и эндокринной хирургической помощи пациентов с гормонально активными опухолями гипофиза и опухолями других эндокринных желез.

Все больные требуют дополнительного обследования, выявляющего поражение других органов и систем. Проводятся гормональные пробы, корректируются гормональные, сердечно-сосудистые нарушения. Осуществляется нормализация углеводного обмена, с подбором инсулинотерапии, купирование интеркурентных заболеваний. А также оформляется требующаяся документация и направления.

Хочу отметить, что сегодня в Перми из-за необходимости создания медицинского эндокринологического центра, который бы обеспечил преемственность работы амбулаторного и стационарного этапов оказания эндокринологической помощи взрослому населению Перми и Пермского края. Объединение амбулаторного клинко-диагностико-консультативного отделения, дневного стационара и отделения специализированной эндокринологической помощи на одной лечебной базе позволит не только решить организационные и системные проблемы службы, но и существенно увеличить эффективность оказания помощи нашим пациентам, сделав доступными высокие медицинские технологии.» 

