

## Резолюция

### III симпозиума «Трудные ситуации диагностики и лечения нейроэндокринных опухолей»

Частота заболеваемости нейроэндокринными опухолями (НЭО) за последние 15 лет неуклонно растёт и в настоящее время составляет 10-15 на 1000000 населения. Однако точные сведения о состоянии этой проблемы на территории РФ отсутствуют, в связи с чем, создан и продолжает развиваться российский регистр пациентов с нейроэндокринными опухолями. Для подтверждения диагноза НЭО и определения степени её злокачественности необходимо комплексное морфологическое исследование, включая иммуногистохимическое. Учитывая сложности морфологической диагностики, а также неоднородность опухолей и возможность изменения степени дифференцировки с течением времени, крайне актуальным является проведение обучающих циклов на всей территории России.

Наибольший прирост заболеваемости отмечается при НЭО лёгких. Система градации при НЭО по индексу Ki-67 при легочных карциноидах по сравнению с гастроэнтеропанкреатическими НЭО, при которых индекс Ki-67 является интегральной частью системы градации, требует дальнейшей валидации.

При типичном карциноиде в случае остаточной опухоли или медленном прогрессировании и отказе от операции возможна тактика «смотри и жди» с контролем каждые 3-6 месяцев.

Телотристан – новый препарат для симптоматической терапии карциноидного синдрома.

Диагностика и лечение АКТГ-эктопированного синдрома представляет значительные сложности. В связи с этим подобных пациентов необходимо направлять в специализированные стационары.

Крайне актуальным остаётся вопрос диагностического поиска и выбора комплексного лечения пациентов с нейроэндокринными опухолями поджелудочной железы.

Наиболее сложным является выбор лечебной тактики при множественном поражении нейроэндокринными опухолями поджелудочной железы. Для определения оптимальной схемы лечения необходимо установить точный топический диагноз с определением гормональной активности и риска метастазирования всех опухолей. Ключевую роль при этом наряду со стандартными методами диагностики играет сочетанное ангиографическое исследование с артериально-стимулированным забором крови, а также толстоигольная биопсия с последующим ИГХ-исследованием. Предложенный подход к диагностическому поиску позволяет в большинстве случаев выполнить органосберегающие операции на поджелудочной железе. Тотальная дуоденпанкреатэктомия при НЭО также может быть выполнена в случае мультицентрической опухоли высокой степени злокачественности или в рамках МЭН 1 типа. Однако, данное вмешательство не может иметь широкого распространения и должно выполняться по строгим показаниям. Крайне важным для диагностики и прогнозирования риска при синдромах множественных эндокринных неоплазий является генетические исследования.

При распространенных НЭО поджелудочной железы выполнение циторедуктивных операций оправдано, так как улучшает качество жизни и выживаемость пациентов.

В большинстве случаев лечение НЭО не является только хирургическим, а должно быть комбинированным, то есть включающим в себя био- и химиотерапию, таргетную терапию, селективную химиоэмболизацию, а также методики химической и физической деструкции как первичного очага, так и метастазов. Селективная химиоэмболизация крайне перспективна, как при первичном поражении поджелудочной железы, так и при метастазах в печень, в ситуации когда хирургическое вмешательство невозможно по тем или иным причинам. В настоящее время открываются новые перспективы не только в таргетной терапии, но и в проведении химио- и биотерапии.

Для правильного выбора тактики и определения последовательности методов лечения целесообразен консилиум в каждом конкретном случае с участием патоморфолога, хирурга, химиотерапевта, радиолога и других необходимых специалистов.