

© С.М. Лазарев, К.В. Фетисов, 2012
УДК 616.44-089:655.552

С.М. Лазарев, К.В. Фетисов

А.Ф. Романчишен. Хирургия щитовидной и паращитовидной желез.— СПб.: ИПК «Вести», 2009.— 648 с.

Кафедра хирургических болезней с курсом малоинвазивной хирургии эндоскопии и лазерных медицинских технологий (зав. — проф. С.М. Лазарев), ГОУВПО СПбГМА им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Ключевые слова: рецензия, книга, хирург, щитовидная и паращитовидная железа.

Совсем недавно считалось, что заболевания щитовидной железы (ЩЖ) имеют в своей основе геобioхимическую основу. Однако в настоящее время неоспоримо влияние экологической обстановки, характера питания и качества пищи, присутствие в воде и воздухе химических канцерогенов на неуклонный рост в структуре заболеваемости щитовидной (ЩЖ) и паращитовидной желез (ПЩЖ). При всем этом, в настоящее время в доступной литературе отсутствуют четкие данные о частоте заболеваемости различными формами зоба, так как в России только с 2000 г. начато ведение статистического учета заболеваемости щитовидной и паращитовидной желез. В литературных источниках отмечен рост заболеваемости за счет узловых форм зоба, что связано, не только с дефицитом йода, но и с экологическими факторами. Оказание помощи пациентам с заболеванием щитовидной и паращитовидной желез является важным направлением лечебной и профилактической медицины. Широко представленные литературные данные диагностики и лечения заболеваний желез внутренней секреции предлагают свои подходы, дополняя друг друга, а иногда вступая в противоречия, что чаще всего бывает при лечении онкологических заболеваний. Поэтому создание книги, которая бы объединяла накопленные результаты, современные подходы диагностики и лечения заболеваний щитовидной и паращитовидной желез, потребовало время.

Книга начинается с раздела «Истории хирургии щитовидной железы». Автор рассказывает, что заболевания ЩЖ известны с глубокой древности — еще китайские врачи более 4700 лет назад описали струму. Струма упомянута в трудах Гиппократ, Плиния, Андреа Везалия, даже Леонардо да Винчи. Указаны заслуги и труды таких специалистов, как Karl A. von Basedov, H.Plummer, J.A.Wil. Hedenas, C.A.Th.Bilroth, Th.E.Kocher. Th.E.Kocher лично прооперировал около 5000 пациентов с заболеваниями ЩЖ, внес огромный вклад в изучение физиологии и патологии ЩЖ, за что был удостоен Нобелевской премии в 1909 г. Von Eiselsberg (1890) первым выполнил реплантацию околощитовидных желез, удаленных вместе с ЩЖ, что избавило пациентов от такого осложнения, как тетания в послеоперационном периоде. Riedel (1896) первым описал плотный воспалительный зоб, который ранее считали опухолевым заболеванием, сегодня его называют зобом Риделя. Hasimoto в 1912 г. описал лимфоцитарную

инфильтрацию ЩЖ, что клинически сопровождалось гипотиреозом и в настоящее время обозначается как тиреоидит Хасимото. Основной гормон L-тироксин щитовидной железы был выделен E.Kendall в клинике Мауо в 1914 г., позже в 1920 г. был выделен тиреотропный гормон, но его структура оставалась не изученной еще 20 лет. Имена A.Hertz и A.Roberts связаны с применением изотопов йода в диагностических и лечебных целях. Открытие иммуногистохимии, концепции APUD-системы (A.G.E.Pears, 1973) в радиоиммунологии (S.Derson, R.Yalow, 1959) обеспечили качественно новый уровень диагностики и лечения. Введение в практику исследования антител, тонко- и толстоигольной биопсии обеспечили объективизацию результатов диагностики. Первое упоминание о резекции ЩЖ связано с именем P.J.Desault (1791), за которым последовали известный G.Dupuytren (1808), выполнивший первую тотальную тиреоидэктомию. Число наблюдений со временем увеличивалось. Henry Plummer в клинике Мауо стал использовать раствор люголя для предоперационной подготовки больных с тиреотоксикозом. В настоящее время для лечения тиреотоксикоза применяются три метода: медикаментозный, хирургический, радиойодтерапия.

Первый отечественный опыт операций на ЩЖ связан с Н.И.Пироговым и его командировкой на Кавказ (1847) — наложение лигатур на сосуды ЩЖ, И.В.Буяльским. Н.А.Вельяминов первым в России и в мире выполнил резекцию ЩЖ по поводу диффузного токсического зоба (ДТЗ). Не забыт С.П.Федоров, в клинике которого в 20-е годы широко практиковалась хирургия ЩЖ, предпринята первая попытка аллотрансплантации ткани железы. В.А.Оппель — мастер в хирургии желез внутренней секреции, предложивший тирео-паратиреоэктомию. Уделено внимание достижениям советских хирургов (В.И.Корхов, О.В.Николаев, Е.С.Драчинская), операции которых выполняются в настоящее время и входят в обязательную программу обучения студентов-медиков.

Подробно и развернуто изложена классификация заболеваний ЩЖ. В отдельном разделе разобраны эмбриогенез, функции и хирургическая анатомия щитовидной и паращитовидной желез с современных позиций. Существующие в литературе разногласия относительно капсулы железы и фасциального влагалища заставили автора провести собственное исследование с использованием эластической затвердевающей массы. На основании результатов, автор предложил личное представление об анатомии листков капсулы ЩЖ, исходя из личного опыта, что потребовало изменения

хирургической диссекции железы. Предложил несколько вариантов кровоснабжения железы и соответственно порядок выполнения оперативного вмешательства. Уделено внимание анатомии и хирургическому доступу к верхнему гортанному нерву, на основании данных иностранной литературы. С целью профилактики типичного осложнения — травмы верхнего гортанного нерва в отдельном разделе представлены варианты аномального расположения нерва. Анатомия и физиология паращитовидных желез составлены по иностранным литературным источникам и являются классикой современного представления об их функции и анатомии.

Разобраны анатомические основы шейных диссекций, начиная с операции Крайла (1896) и ее модификации, целью которых было снижение травматизма операции за счет сохранения кивательной мышцы, внутренней яремной вены, добавочного нерва. Автор указывает на вариации выхода добавочного нерва из-за кивательной мышцы, часто нерв можно спутать с чувствительными шейными веточками, данные совпадают с литературой. По литературным источникам оправдана лимфодиссекция в пределах фасциальных футляров. Отмечен метод электромиостимуляции добавочного нерва, который рекомендован как пожелание к использованию иностранными авторами, но не приведена его эффективность.

Диагностика заболеваний ЩЖ весьма сложна, так как клиническое богатство форм и пальпируемых образований не может гарантировать определенный диагноз. При наличии заболеваний других эндокринных органов следует исключить синдром множественной эндокринопатии (МЭН) и Cowden, так как в этих случаях резко возрастает частота рака железы. Порядок диагностики классический — жалобы, анамнез, физикальное обследование. Из инструментальных методов — УЗИ ЩЖ и лимфатических узлов, радиоизотопная диагностика с ^{131}I и ^{123}I -исследование перфузии с $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -пертехнетатом, тонкоигольная биопсия под УЗИ-контролем и трепанобиопсия, которые обеспечивают совпадение до- и послеоперационного диагноза в 96% и являются методом скрининга. Лучевые методы — рентгенография с контрастированием пищевода, КТ, МРТ имеют ценность для оценки распространенности процесса и решения о возможности выполнения радикальной операции. Гормональное исследование — ТЗ, Т4, ТТГ и релизинг гормонов, а также антитела к микросомальной фракции, тиреоглобулину.

В отдельной главе разобраны особенности течения заболеваний ЩЖ у детей и подростков — отмечена неэффективность лечения тиреоидными гормонами по причине нормального уровня ТТГ. Автор отмечает более агрессивное течение рака ЩЖ (РЩЖ) у детей — раннее местное распространение и метастазирование, трудности дифференциальной диагностики лимфаденопатий. До сих пор остро стоит вопрос об объеме операции при опухолях ЩЖ у детей.

Отдельная глава посвящена важности и необходимости ларингоскопии — позволяет выявить паралич голосовых связок, что свидетельствует о распространенности опухолевого процесса в 76% случаев и является 100% специфичным, в то же время изменения голоса не являются скрининговым тестом функции голосовых связок. Бронхоскопия позволяет выявить распространение процесса на трахею у 85%, в то время как КТ — только у 23% пациентов. Поэтому ларингоскопия должна стать рутинной методикой диагностики функции голосовых связок, так как достаточно проста, эффективна, малозатратна.

Уделено внимание и доказана необходимость предоперационной подготовки пациентов с тиреотоксикозом и гипотиреозом. Настоятельно рекомендуется оперировать

пациентов в состоянии эутиреоза под ИВЛ с интубацией трахеи с использованием для вентиляции смеси закиси азота и кислорода. Анестезиологу стоит помнить о «трудных интубациях», связанных с изменением нормальной анатомии органов шеи при зобах и опухолях, и проводить ларингоскопию еще до операции, имея под рукой фибробронхоскоп. Алгоритм помощи при тиреотоксическом кризе включает в себя — глюкокортикоиды, β -блокаторы, гипотермию, препараты магния и седацию.

Хирургическое лечение доброкачественных заболеваний ЩЖ подробно изложено в отдельном разделе. В настоящее время выделяют несколько факторов, приводящих к формированию диффузного токсического зоба (ДТЗ) — перекрестное реагирование иммунной системы с антигенами *Yersinia Enterocolitica*, вирусная инфекция, мутация генов В-лимфоцитов и поверхностных антигенов Т-лимфоцитов, влияние окружающей среды. Классическая клиническая картина, именные симптомы, известные студентам-медикам Мебиуса, Штельвага, Еллинека, Дальримпля, Грефе, совпадает со многими литературными источниками. Для постановки современного диагноза автор предлагает использовать классификацию NOSPECS в модификации Вернера от 1997 г., определять степень тяжести тиреотоксикоза по Г.В. Баранову (1956). Основой диагностики ДТЗ служат УЗИ, определение уровня ТТГ, ТЗ и Т4, сцинтиграфию используют для дифференциальной диагностики узловых образований, эктопического зоба при рецидивах. Лечение ДТЗ, предлагаемое автором, классическое — медикаментозное, как самостоятельное, так и в качестве подготовки к операции (мерказолил 30 мг/сут с переходом на поддержку 5–15 мкг/сут, йодида, L-тироксин 50–75 мкг/сут), осторожное применение ^{131}I , так как в 90% случаев развивается гипотиреоз. Предлагаются два варианта резекции ЩЖ по Драчинской (1946) и Николаеву (1951). Уделено внимание основным осложнениям — повреждению паращитовидных желез, возвратного гортанного нерва, кровотечению, тиреотоксическому кризу и помощь при таких состояниях. Автор приводит свой личный опыт лечения 1120 пациентов с ДТЗ за 8 лет, обращая внимание на то, что рецидивы связаны с неадекватно выполненной резекцией ЩЖ (ложный рецидив). Частое обнаружение карцином требовало соблюдения онкологических принципов, при этом выполнялась резекция по Е.С. Драчинской, лучшие функциональные результаты достигались при оставлении 4–6 см³ остатка железы. В целом более агрессивное течение ДТЗ отмечено у детей, молодых пациентов и мужчин, приемлемая тиреостатическая терапия, но оперативное лечение обеспечивает быстрый, эффективный и безопасный способ лечения. Группа риска по гипотиреозу после операции: возраст старше 55 лет, остаток железы менее 3 см³, высокие титры антител в течение 12 мес, при этом пациенткам моложе 21 года из-за риска тиреотоксикоза рекомендуется оставлять не более 4 см³ ткани железы после субтотальной резекции. У детей и подростков с ДТЗ операция требуется практически всегда, так как тиреостатическая терапия дает неустойчивый клинический эффект, при этом техника по Е.С. Драчинской обеспечивает эутиреоз у 75% пациентов.

Наверное впервые в данной книге представлено четкое разделение аутоиммунных тиреоидитов — зоб Хашимото, атрофический тиреоидит, зоб Риделя, послеродовой тиреоидит. Методы диагностики стандартные — исследование гормонов, титр анти-тиреоидных антител, сонография, тонкоигольная аспирационная биопсия. КТ, рентгенография пищевода по показаниям в случаях компрессии смежных с железой органов. Лечение консервативное, назначение мерказолила в дозе 20–40 мг с переходом на поддерживающие

дозы 5–10 мг не менее 1 года. Заместительная терапия с использованием L-тироксина (1,6 мкг на 1 кг массы тела), эффективность оценивается по уровню ТТГ. Оперативное лечение у 4–6% пациентов, у которых возникает компрессия органов шеи, что является абсолютным показанием к операции — субтотальной резекции ЩЖ с оставлением 10–12 г ткани органа. Автор указывает на спорность сегодняшнего подхода к лечению аутоиммунных тиреоидитов, поэтому дальнейшее развитие иммунологии даст ответы на многие вопросы.

На личном материале автором разобрана проблема лечения зоба шейно-загрудинной локализации. Автор предложил пять степеней шейно-загрудинного зоба в зависимости от размера и положения зоба, компрессии прилежащих органов. Предложен алгоритм лучевой диагностики: флюорография и обзорная рентгенограмма грудной клетки, с последующей рентгеноскопией и КТ. При этом только КТ обеспечивала 100% подтверждение диагноза, так как при загрудинной локализации ценность УЗИ резко снижалась. Оперативное лечение выполнялось под ИВЛ с многокомпонентной анестезией. Следует проводить оперативное лечение на ранних стадиях заболевания, когда еще нет компрессии прилежащих органов, а пациенты молодого возраста. Стоит учитывать относительные показания — подозрение на злокачественный процесс. Обычно удается удалить зоб из шейного доступа, но в 1–2% случаев выполняется торакотомия. При полинодозном поражении остро стоит вопрос послеоперационного гипотиреоза, так как удаление железы требует заместительной терапии, а оставление большого участка железы ведет к частым рецидивам. Существуют три способа профилактики гипотиреоза. Автор предлагает выполнять пересадку в толщу мышц шеи фрагментов непораженных участков железы, второй способ — при технической возможности — оставление 5 г железы для поддержания эутиреоза. Аутоимплантация позволяла достичь почти у 50% пациентов эутиреоидного состояния. В качестве третьего варианта профилактики гипотиреоза предлагается использовать ткань органа плода человека, при этом наиболее эффективна 4–6-дневная культура со сроком ишемии менее 1 ч. Стоит отметить, что каждое четвертое узловое образование ЩЖ у детей является карциномой, а это требует удаления паратрахеальной клетчатки с одной стороны при T1–T2, обеспечивающему безрецидивное течение у 95% пациентов. В то время как у пациентов старческого возраста чаще встречались осложнения, связанные с компрессией органов зобом, в 3 раза чаще встречались злокачественные опухоли в сравнении с пациентами молодого возраста. При этом именно у пациентов старческого возраста самый высокий процент неудовлетворительных результатов, что связано с продолжительностью заболевания, распространенностью процесса, высокой частотой анапластических карцином.

Послеоперационный рецидив зоба является причиной неудачных результатов лечения. Автор предлагает свою классификацию рецидивного зоба: 1) рецидив прежнего заболевания; 2) рост оставленной патологической ткани; 3) новые заболевания тиреоидного остатка; 4) сочетание нового заболевания и рецидива прежнего. Отмечается значительная частота рецидивов при полинодозных формах зоба. Повторные операции при рецидивах требуют индивидуального подхода, так как выполняются в условиях измененной топографии и технически более сложны. При рецидивах автор рекомендует доводить объем операции до субтотальной резекции. Частота рецидива доброкачественного заболевания ЩЖ не зависит от конкретной исходной патологии, но лече-

ние должно проводиться в специализированном стационаре и квалифицированным хирургом.

Отдельная глава посвящена диагностике и лечению редких заболеваний ЩЖ, таких как туберкулез, актиномикоз, сифилис, амилоидоз. Материал дан в простой и понятной форме, уделено внимание трудностям диагностики на дооперационном этапе, часто только по операционному материалу удается поставить диагноз.

Рак щитовидной железы разобран в отдельном разделе. Автор предлагает использовать классификацию и стадирование процесса по Международной классификации TNM, при этом предлагая к рассмотрению прогностические классификации, такие как AMES (клиника Lahey, Бостон, США), AGES (клиника Mayo, Rochester, США) и другие. Стандартный набор диагностических методов рака ЩЖ состоит из: 1) УЗИ железы и лимфатических узлов; 2) пункционной биопсии под УЗИ-контролем; 3) определения уровня гормонов Т3, Т4 и ТТГ; 4) скintiграфии ЩЖ; 5) флюорографии грудной клетки в двух проекциях; 6) рентгенографии пищевода с контрастированием; 7) КТ; 8) срочного и планового гистологического исследования. Отмечено, что до операции диагноз верифицируется у 30–70% пациентов, на основе операционного материала — еще у 20–62%, автор связывает такие результаты с различным течением клинической картины в зависимости от морфологической структуры опухоли. Так как до сих пор нет единых подходов к лечению и диагностике РЩЖ, автор представил рекомендации Согласительной комиссии, по которым обязательными методами диагностики являются: УЗИ, тонкоигольная биопсия, скintiграфия с изотопом йода и определение уровня гормонов сыворотки крови. Методы: КТ, МРТ, ПЭТ и рентгенография пищевода являются уточняющими и выполняются по показаниям. Минимальный объем, возможный при карциноме — гемитиреоидэктомия при опухолях размером до 2 см в диаметре; стандартным объемом операции является тиреоидэктомия, следует удалять лимфатические узлы (ЛУ) IV группы для стадирования процесса и повышения радикализма лечения, так как в 25–30% случаев имеются метастазы в ЛУ этой группы. После операции терапия с использованием ^{131}I помогает уничтожить микрометастазы, а гормонотерапия после операции компенсирует явления гипотиреоза и подавляет выработку ТТГ, который мог бы стимулировать резидуальные опухолевые клетки. Автор отмечает, что остро стоит вопрос помощи пациентам с медулярным раком ЩЖ, так как нет единого подхода к объему оперативного лечения. На личном опыте автор добился улучшения результатов ранней диагностики за счет тонкоигольной биопсии ЩЖ и ЛУ, определения уровня тиреокальцитонина. При отсутствии метастазов автору удалось добиться 5-летней выживаемости у 96% оперированных пациентов. Автор выработал практические рекомендации для пациентов с подозрением на медулярный рак ЩЖ: всестороннее обследование пациента, УЗИ железы, ЛУ, определение кальцитонина в сыворотке крови, органосберегающие операции приемлемы при опухолях до 2 см в диаметре. Относительно микрокарцином выработаны критерии отбора на операцию: размер более 0,5 см в диаметре, мультицентрический рост, инвазия окружающей ткани, наличие регионарных метастазов. С целью обоснования принципов абластики и органосберегающих операций автор провел собственное исследование — хромотиреолимфографию (ХМТЛ) у 197 пациентов и доказал, что только у 7–8% имелись анастомозы между долями ЩЖ, что позволило обосновать допустимость органосберегающих операций при раннем дифференцированном раке. Применение ХМТЛ позволило четко дифференцировать парацистовидные

железы и исключить их интраоперационную травму, определить наличие лимфогенного метастазирования.

Относительно местно-распространенного РЩЖ автор предложил свою классификацию (1981) с использованием символики Международной классификации (TNM), в которой первые два символа отражают размеры опухоли в правой и левой долях железы и наличие метастазов в ЛУ правой и левой половины шеи. На результатах личного опыта автор доказывает, что комбинированные расширенные и паллиативные операции при местно-распространенном дифференцированном раке обеспечивали значительное продление и улучшение качества жизни пациентов. У пациентов с тяжелой сопутствующей патологией допускается выполнение операции в 2–3 этапа, при этом результаты лечения достоверно не ухудшались. В случае распространения опухоли за грудину рекомендуется продольно-поперечная или продольная стернотомия. Органосберегающие операции, несмотря на распространенный процесс при дифференцированном раке ЩЖ, имеют преимущества для качества жизни в раннем и отдаленном периодах.

Личный опыт автора в лечении недифференцированного РЩЖ показал, что у 50% пациентов развился на фоне узлового зоба и у каждого четвертого на фоне дифференцированного рака. Ведущим клиническим симптомом являлась прогрессирующая дыхательная недостаточность (ДН), которая приводила к гибели 75% пациентов в течение 1 мес от асфиксии и являлась прогностическим фактором. Поэтому только максимальная субрадикальная операция достоверно продлевала жизнь пациента. Автор предложил оригинальный способ наложения трахеостомы через нижний лоскут раны, что снизило в 4 раза частоту местных осложнений, обеспечило возможность начала лучевой терапии уже через 7–8 дней после операции. Хотя автор предлагает воздерживаться от трахеостомии как от нежелательной манипуляции. Лучевая терапия явилась статистически значимым фактором у пациентов после операции, так как продлевала жизнь пациента более чем на 12 мес. В связи с этими фактами рекомендуется как можно раньше направлять пациентов с узловыми образованиями ЩЖ к хирургу-эндокринологу.

Автор указывает на тот факт, что более половины случаев РЩЖ выявлено на фоне других доброкачественных заболеваний ЩЖ, что требует пристального наблюдения за пациентами с заболеваниями ЩЖ. Доступный сегодня набор диагностических мероприятий должен включать в себя УЗИ, гормоны крови, тонкоигольную биопсию под УЗИ-контролем. Пациенты с узловыми образованиями на фоне ДТЗ входят в группу онкологического риска, что требует раннего оперативного лечения. При сочетании РЩЖ с ДТЗ отмечается более тяжелое клиническое течение тиреотоксикоза, а сочетание токсического зоба и рака ЩЖ менее тяжелое. Органосберегающие операции при РЩЖ на фоне тиреотоксикоза при Т1 — удаление доли с центральной лимфаденэктомией обеспечивали излечение у 95% пациентов. Автор предлагает использовать консервативную терапию ДТЗ как подготовку к операции, так как длительное приращение тиреостатиков повышает риск развития рака. Для доклинической диагностики метастазов в регионарные ЛУ следует проводить биопсию паравазальной клетчатки. После резекции ЩЖ необходимо проводить ТТГ-супрессивную терапию тиреостатиками и диспансеризацию пациентов.

Операция, предложенная Г.Крайлем (1906), изменила результаты лечения у пациентов с опухолями головы и шеи. Опыт автора в течение 33 лет работы показал, что выполнение лимфаденэктомии при дифференцированном РЩЖ положительно повлияло на качество и продолжитель-

ность жизни. При этом выполнение операций в два этапа позволило улучшить непосредственные результаты и не ухудшить отдаленные. В 1986 г. автор предложил использовать зигзагообразный доступ для шейной лимфодиссекции, что обеспечило явное эстетическое превосходство. В случае рецидива РЩЖ повторное хирургическое лечение явилось эффективным методом помощи пациентам.

Клиническая картина первичного гиперпаратиреоза (ПГПТ) характеризуется поражением костно-суставной системы и мочевыделительной, нередко имитируя заболевания желудочно-кишечного тракта, начиная с 70-х годов описаны случаи бессимптомного гиперпаратиреоза. Термин инциденталом (от англ. Incidental — случайный) применим к опухолям околощитовидных желез гормонально неактивным, хотя в литературе имеется небольшое число публикаций (до 30 наблюдений). Доброкачественные гормонпродуцирующие опухоли парашитовидных желез носят название аденома. Нет единого определения для инциденталом, сообщения об операциях единичны. Кисты парашитовидных желез являются случайной находкой, при исследовании жидкости кисты выявлен высокий уровень паратгормона при нормальном уровне кальция в крови. Методы диагностики ПГПТ просты и доступны: определение уровня кальция (значимо повышение свыше 2,6 ммоль/л), уровня ионизированного кальция (1,29 ммоль/л), снижение уровня фосфора, гемоглобина, определение уровня концентрации паратгормона, денситометрия для оценки костных изменений, УЗИ желез (щитовидной, надпочечников, поджелудочной, гипофиза для исключения синдрома МЭН), чувствительность последнего метода достигает 72%, наиболее информативно радиоизотопное исследование с технетрилом, КТ для диагностики рецидива и эктопии желез. Лечение ПГПТ — хирургическое под эндотрахеальным наркозом из воротникообразного доступа на шее, для визуализации автор рекомендовал использовать раствор бриллиантового зеленого для прокрашивания. Кроме того, в литературе описаны унилатеральный доступ, открытые минимально инвазивные методики, эндоскопические и видеоассистированные операции. С целью профилактики типичного осложнения — травмы возвратного гортанного нерва автор ввел правило в своем центре выделять нерв в ходе операции.

Между размерами опухоли и функциональной активностью замечена прямая связь. Единственный метод выявления гормоннепродуцирующих опухолей — последовательная ревизия всех эпителиальных телец, удаление таких опухолей обосновано целью профилактики ПГПТ. На личном опыте 147 операций у пациентов с ПГПТ рецидив был в одном случае, причиной которого явилась вторая паратиреоаденома верхнего средостения. Срок восстановления плотности костной ткани 6–18 мес после операции, при этом, всем больным показано назначение препаратов кальция в послеоперационном периоде.

Вторичный гиперпаратиреоз (ВГПТ), как правило, вызван почечной недостаточностью и проведением диализа, при которых компенсаторно повышается уровень паратгормона, как следствие этого повышается уровень ионизированного кальция, что влечет дисфункцию внутренних органов. Диагностика основывается на определении интактного (1–84) паратиреоидного гормона иммунологическими методами, причем более рационален метод сцинтиграфии с ^{99m}Tc -МІВІ гистологического исследования кости при ренальной дистрофии, двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия. Профилактика и лечение ВГПТ направлены на снижение потребления фосфора с пищей, назначение фосфатсвязывающих веществ (антациды с гидроксидом алюминия), коррекцию уровня

кальция, метаболиты витамина D. Хирургическое лечение ВГПТ заключается в выполнении паратиреоидэктомии или инъекций этанола под УЗИ-контролем. Однако не решены вопросы показаний и противопоказаний к оперативному лечению, выбору объема оперативного лечения и ведения в послеоперационном периоде. Автор предполагает, что более раннее выполнение оперативного вмешательства могло бы обеспечить более благоприятный прогноз в отношении профилактики переломов костей.

Личный опыт наблюдения пациентов с синдромом множественных эндокринных неоплазий (МЭН) позволил автору выработать подходы к диагностике у данных пациентов: в случае подозрения на МЭН необходимо всестороннее обследование пациента для раннего выявления данного синдрома и раннего адекватного хирургического лечения. Большинство авторов рассматривают возможность симультанных операций применительно к сочетаниям опухолей в пределах брюшной полости. В работах других авторов описываются единичные случаи оперативного лечения без клинико-патогенетического анализа. Автор доказал, что у пациентов с РЩЖ риск развития злокачественных опухолей другой локализации в 2 раза выше, при этом фоном является гипотиреоз, в то время как при тиреотоксикозе опухоли вне железы развиваются редко. У пациентов с полинеоплазией часто отягощена наследственность, присутствует длительно действующий профессиональный или природный химический фактор, у женщин нарушения менструального цикла. Автор подтверждает, что пациенты с РЩЖ входят в группу риска развития рака молочной железы. Лечение гипотиреоза после операций на ЩЖ является профилактикой развития полинеоплазии у больных с зобом. У пациентов, получавших облучение области головы и шеи, высокий риск развития РЩЖ через 10–15 лет.

Раздел «Общие принципы хирургии щитовидной и околощитовидных желез и анализ непосредственных результатов» посвящен описанию классических методик, используемых в настоящее время со всеми хирургическими тонкостями, начиная от укладки больного до способов идентификации возвратного гортанного и добавочного нервов с целью профилактики их травмирования. Автор подтверждает преимущество тиреоидэктомии по Е.С.Драчинской при ДТЗ, так как частота рецидивов в 3–6 раз ниже в сравнении с методикой по О.В.Николаеву. При РЩЖ обязательно выполняется лимфодиссекция VI зоны. Автор предлагает производить эксцизионную биопсию ЛУ в ходе ревизии зон наиболее

стабильного метастазирования (паравазальные, паратрахеальные, верхние медиастинальные). В случае выявления метастазирования в ЛУ автор предлагает исходно планировать тиреоидэктомию и лимфодиссекцию заинтересованных коллекторов. Автор предложил собственный вариант косметического S-образного доступа, после заживления которого образуется тонкий эластический, незаметный на передней поверхности шеи рубец. С целью профилактики повреждения возвратных гортанных и добавочных нервов автор предложил использовать метод электромиографии при помощи аппарата «Nerve Integrity Monitor-2 ТМ» и специальной эндотрахеальной трубки со стальными электродами. Это позволило сократить частоту повреждения возвратного гортанного нерва почти в 3 раза. Автор четко указал на основные три точки визуализации — на уровне ключицы, перекреста нижних щитовидных артерий и вхождения в гортань. Благодаря сохранению добавочного нерва и исключению иссечения грудиноключично-сосцевидной мышцы удалось избежать столь неприятного исхода операции Крайла, как атрофия мышц плечевого пояса. Автор подробно описал хирургически значимые варианты анатомии шейного отдела добавочного нерва, его диссекции, а также возвратного гортанного нерва. Представлена методика гемитиреоидэктомии и тиреоидэктомии с учетом клинико-анатомических исследований связочного аппарата ЩЖ и гортанных нервов, а также шейной лимфаденэктомии. Оптимальной точкой начала диссекции возвратного гортанного нерва автор признает надключичную ямку, а добавочного нерва — внутреннюю поверхность верхней трети грудиноключично-сосцевидной мышцы. Четко описаны и классифицированы ранние и поздние, специфические и неспецифические послеоперационные осложнения, их профилактика и лечение. Только точное знание хирургической анатомии ЩЖ, попеременная мобилизация ткани железы, сохранение возвратного нерва, использование электромиографии позволяет предупредить осложнения раннего послеоперационного периода. После операции пациенты должны находиться под пристальным наблюдением 12 ч.

Являясь сочетанием достижений отечественной и иностранной эндокринологии, данная книга может стать настольной для всех врачей и молодых ученых, интересующихся и работающих в хирургии органов эндокринной системы.

Поступила в редакцию 01.12.2011 г.