

© А.Ф.Романчишен, 2008
УДК 611.44-089(73-41)

А.Ф.Романчишен

Курс «Хирургия щитовидной и околощитовидных желез» 9–11 ноября 2007 г. (Гарвардский университет, г. Бостон, штат Массачусетс, США) и посещение клиники Мейо (г. Рочестер, штат Миннесота, США)

Кафедра госпитальной хирургии с курсами травматологии, военно-полевой хирургии (зав. — проф. А.Ф.Романчишен)
Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии Росздрава

Ключевые слова: хирургия, щитовидная железа, курс.

Иногда я задаю себе вопрос: «Зачем после 50 лет я потратил столько времени, средств, сил на знакомство с работой компьютера, совершенствование своего английского языка для подготовки лекций, докладов, презентаций, утомительные поездки на научные собрания в разные дальние страны?». Как правило, такие вопросы возникают после длительных перелетов с пересадками, недосыпанием, усталостью. Затем, после нескольких дней адаптации к местному (домашнему) времени утомление и неприятные воспоминания о бесконечном раздевании и одевании в аэропортах, как правило, проходят. Возникает желание рассказать своим коллегам и родным об очередном, прошедшем собрании, о встречах с известными в нашем деле специалистами, интересными людьми, о городах, достопримечательностях и т.д. Постепенно накапливается фотоархив, завязываются дружеские отношения и не только коллегиальные, но и семейные, так как многие лекторы наших собраний приезжают со своими женами и даже семьями. Это очень удобно во многих отношениях. Для жен обычно организуется туристическая программа, с которой, в свою очередь, те знакомят своих мужей-лекторов после завершения научной программы собрания. Хочется подчеркнуть, что наши западные коллеги обычно очень добросовестно участвуют в заседаниях и круглых столах собраний, хотя, в силу насыщенности научных программ, это бывает довольно утомительно.

Итак, почему же все-таки после некоторого отдыха и обычной хирургической, научно-педагогической жизни опять хочется принять участие в очередном собрании? Потому что опять возни-

кает желание встретиться с коллегами-друзьями, многие из которых не только известные специалисты, но и легенды эндокринной хирургии (Blake Cady, Hermes Grillo, John Farndon, Charles Proye, Orlo Clark, Jean-Francois Henry, Jatin Shah, Norman W. Thompson, Sten Lennquist, Jesus E. Medina, Shiro Noguchi, Henning Dralle, Malcolm Wheeler, Marshall Strome, Ian D. Hay, Ernest L. Mazzaferi и мн. др.), познакомиться с новыми докторами из разных концов света, услышать что-то новое в нашем деле, принять участие в дискуссиях, представить анализ своего опыта, убедиться в том, что он интересен и полезен другим специалистам.

Несмотря на то, что эндокринная хирургия возникла в результате интеграции хирургии, эндокринологии и онкологии, а может именно поэтому круг влиятельных специалистов в этой специальности невелик. Однако их мнение учитывается при выработке стандартов диагностики и лечения больных с патологией щитовидной, околощитовидной, поджелудочной желез, надпочечников Интернациональной, Европейской, Азиатской, Американской Ассоциациями эндокринных хирургов, а также Интернациональной Федерацией Ассоциации онкологов (IFHNOS). Особое, почетное место среди научных собраний занимает «Курс хирургии щитовидной и околощитовидных желез», проводимый Гарвардским университетом на базе Массачусетского общего госпиталя. Курс — это 2 постоянных директора и около 35 приглашенных лекторов из различных (в основном американских) университетов. Слушателями курса являются хирурги из США, других стран мира. Обучение (повышение квалификации) платное, что позволяет организаторам оплачивать проезд, проживание и пребывание

лекторов в Бостоне. По окончании курса выдается сертификат.

Наше сотрудничество с курсом началось весной 2001 г. Проф. Gregory W. Randolph со своим анестезиологом Ильей Маликиным, лаборанткой и тремя резидентами прилетели из Бостона (США) в ЦМСЧ № 122 (Санкт-Петербург) дать «мастер-класс» по хирургии щитовидной железы с использованием мониторинга возвратного гортанного нерва. Первый операционный день было предложено провести мне. После трех операций Gregory извинился, потому что он не знал, как мы оперируем, и заявил, что наша хирургическая техника гарантирует сохранение возвратных нервов, не нуждается в применении мониторинга и попросил разрешения присутствовать на моих операциях и дальше в течение недели. Кроме того, мы договорились об участии в операциях его резидентов в качестве вторых ассистентов в текущем и последующих годах. Аппарат для электрофизиологического мониторинга нервов нам все же он оставил, так как у нас появились новые идеи для его применения. Так началось сотрудничество кафедры госпитальной хирургии СПбГПМА, которая одновременно является «Центром хирургии органов эндокринной системы Санкт-Петербурга» и Медицинской школы Гарвардского университета. В 2003 г. оно было оформлено в виде «Интернациональной школы эндокринной хирургии и онкологии». В ноябре 2001 г. был запланирован мой первый доклад на Гарвардском курсе — «Российская техника хирургии щитовидной железы: Санкт-Петербургский опыт», что и послужило толчком к совершенствованию моего английского. И теперь, почти ежегодно весной-летом мы проводим практический курс хирургии щитовидной и околощитовидных желез в нашей клинике, а осенью — участвуем в качестве лекторов в Гарвардском курсе. В июле 2003 г. и июле 2007 г. в рамках ежегодного Российского симпозиума и Интернациональной школы эндокринной хирургии были впервые в России организованы и проведены Международные симпозиум и семинар. Последним отмечено пятилетие работы нашей школы.

Итак, очередной (для нас — шестой) Гарвардский курс хирургии щитовидной и околощитовидной желез прошел в Бостоне с 9 по 11 ноября, где 40 лекторами были представлены доклады по дифференциальной диагностике, хирургическому лечению пациентов с заболеваниями щитовидной (27), околощитовидной (11) и поджелудочной желез (1), патоморфологии опухолей (2) этих органов для 127 эндокринных хирургов из США, Германии, Италии, Израиля, России. Половина докладов по ЩЖ была посвящена распознаванию дифференцированного рака с применением методов функциональной и морфологической диагностики, классифика-

ции цитологических заключений. Кстати, такое заключение, как «коллоидный зоб», в представленной классификации отсутствовало (V. Livolsi, G. Fadda), так как, не видя клеточных элементов, цитолог может только констатировать неинформативность материала. По-прежнему остается нерешенным вопрос цитологической диагностики фолликулярного рака ЩЖ. Заключение цитолога «фолликулярная опухоль ЩЖ» является основанием для предложения пациенту хирургического лечения. Многие докладчики подчеркивали необходимость исследования голосовых связок у всех пациентов перед и после хирургического лечения, так как нередко уже до резекции ЩЖ у больных имеются расстройства функции гортани (C. Lombardi, G. Randolph), что определяет соответствующие изменения техники операций. Обсуждалась хирургическая тактика при выявлении признаков повреждения возвратных нервов после экзстубации пациентов и оптимальное время начала восстановительной терапии (А.Ф.Романчишен). Особый интерес в этом отношении представил доклад R. Franco «Патофизиология повреждений возвратных нервов». Как обычно дискуссию вызвал доклад профессора из Рима R. Bellantone и его учеников о применении миниинвазивных видеоассистированных операций на ЩЖ у больных с узловым зобом и раком ЩЖ. Авторы очень строго ограничивают показания к применению таких операций (размеры опухолей 2–3 см), количество которых составляет 6–8% от общего числа оперируемых по поводу узлового зоба. Единственное преимущество такой методики операций, по их данным, состоит в величине послеоперационного рубца (до 3 см), и выполняются эти вмешательства потому, что этого желают пациенты. В других же отношениях (время выполнения, травматичность, стоимость) видеоассистированные операции на ЩЖ преимуществ не имеют. Доктор D. Bnanovan из Нью-Йорка в докладе «Уроки Чернобыля» проследил влияние облучения радиойодом на заболеваемость раком ЩЖ у людей различного возраста, эмигрировавших в США из Украины, Белоруссии и России. Им были отмечены те же изменения динамики заболеваемости и клинкоморфологические особенности рака ЩЖ, что и у других жителей указанных республик, подвергшихся облучению.

Что касается болезней околощитовидной железы (ОЩЖ), продолжается дискуссия о том, когда оперировать больных с асимптоматическим первичным гиперпаратиреозом (ПГПТ). Точнее будет сказать — «лабораторным гиперпаратиреозом», когда еще отсутствуют клинические признаки заболевания, но повышен уровень кальция и паратгормона крови. Так как в странах Западной Европы и США методом скрининга для выявления больных с ПГПТ является определение в крови уровня

кальция у каждого человека, обратившегося в любое медицинское учреждение, указанная проблема весьма актуальна. В результате скрининга, к примеру, во Франции ежегодно оперируются от 50 до 100 000 человек, в Украине, где скрининг не проводится, — всего лишь 50 человек. Информация о количестве оперированных больных с ПГПТ в России мне неизвестна. При этом в первом случае (там, где проводится скрининг), около 90% больных оперируются при бессимптомном или почти бессимптомном ПГПТ, а во втором (там, где скрининг не проводится) — 98% больных оперируются при выраженной клинической картине ПГПТ, проявляющемся в виде разрушения костей с множественными переломами, мочекаменной болезнью, анемией, хроническим панкреатитом и т.д. Примерно так (второй случай) обстоят дела с диагностикой и хирургическим лечением в Индии (А. Agrawal), России и соседних странах, а жаль. Обсуждались вопросы профилактики и лечения специфических для операций на ЩЖ и ОЩЖ осложнений (повреждения нижних и верхних гортанных нервов, гипопаратиреоз). Регулярность и анатомичность оперирования с применением современных методов контроля гемостаза признаны основой безопасности этих хирургических вмешательств.

Непривычными, точнее сказать «еще непривычными» для нас, были два доклада — «Результаты аудита качества работы Британской Ассоциации эндокринных хирургов» и «Результаты проверок Скандинавским Регистром Качества». Первые шаги по экспертизе работы эндокринных хирургов в нашем городе сделаны, но это очень робкие и мелкие шаги.

После окончания курса по приглашению проф. Geoffrey Thompson, президента Ассоциации эндокринных хирургов США, я отправился на неделю в клинику Мейо, которая находится в г. Rochester (штат Миннесота, США).

Миннеаполис и Сан-Пол (столица штата) — города-близнецы, стоящие на берегах сливающихся рек Миссисипи и Миннесота. Эти города считаются одной из пяти лучших в США зон для развития бизнеса, занимают III место в стране среди лучших для рождения детей и V место — по чистоте. Есть совершенно новый, очень красивый театр «Gunthrie Theater». Это города США, где наибольшая часть населения занимается атлетикой и, кроме того, очень быстро растет заработная плата. Вот такие рекламные сообщения можно прочесть о г. Миннеаполисе, штат Миннесота, в самолете по пути из Бостона в Миннеаполис. Длительность перелета на северо-запад США — около 3 ч.

Из самолета вокруг городов видна равнина, покрытая недорубленными лесами, а значит — и полями с мелкими и средними по размеру озерами

и болотами, большим количеством дорог и мостов. Америка здесь на 95–97% одноэтажная. Деловой центр, как обычно, в небоскребах. Местами многоэтажные и высотные дома, по-видимому, тоже делового, а не жилищного назначения. Как правило, поверхность земли исчерчена прямоугольной сеткой дорог и равными квадратами небольших участков вокруг домов.

В Миннеаполисе опять взлет, в Рочестере — посадка, между ними около 25 мин полета, даже попить не дали. Теплая, действительно теплая, встреча в современном маленьком, но уютном интернациональном аэропорту Рочестер с Geoffrey Thompson, 10 мин езды на машине — и мы у него дома. Здание семилетней давности построено в центре участка с полем, рекой и лесом, площадью 47 акров (19 га), который Geoffrey приобрел у своего теперь уже покойного учителя, выдающегося хирурга из школы и клиники Мейо О.Н. Beahrs. Дом большой, двухуровневый. Почти все стены стеклянные, двери раздвижные, тоже стеклянные. Дом с гаражом на три машины и мастерской. В окружающем лесу много диких оленей, индеек. Последние, сидя на ветках, не особенно меня испугались. Диких гусей и уток количество невероятное, пасутся везде, где есть зеленая трава — на полях, в городском парке, на футбольном поле. Сейчас в тех местах разрешили охоту на оленей, так как их развелось много и они попадают под машины на трассах. Сам видел большого оленя, валяющегося на обочине ногами кверху. На птицу охоты нет.

После небольшого отдыха Geoffrey показал мне загородный дом Charles Horace Mayo, который тот проектировал сам и в котором родились и прожили три поколения этой ветви семьи Mayo. Строительство дома на участке в 3000 акров с восьмью фермами было завершено в 1911 г. Он был оснащен самым современным, по тому времени, оборудованием.

Электричество подавалось от электростанции, построенной после создания искусственного озера с островками и арочными мостами. В доме большая библиотека, музыкальный, танцевальный залы, гостиные и т.п. Везде имеется что-то особенное, придуманное и реализованное д-ром С. Mayo.

Дом Вильяма Джеймса Мейо — совершенно другой. Он расположен на значительном участке земли, но в центре Рочестера, построен в стиле старой английской архитектуры, с башней. Внутри все три уровня отделаны коричневым деревом. Очень удобно, особенно в библиотеке. Вечером был ужин в старейшем ресторане, который называется «Старая библиотека». Утром и днем состоялось общее знакомство с клиникой, прием больных, ланч с проф. Clive Grunt и Jan Hay, знакомыми по многократным встречам на кон-

ференциях в Бостоне, Риме, Санкт-Петербурге, Вене и т.д.

История клиники Mayo началась в 1889 г., когда после урагана 21 августа 1883 г., пронесшегося над районом Рочестера, молодой доктор William Worrel Mayo, оказывая помощь большому количеству пострадавших, проявил себя хорошим организатором и хирургом. Францисканские монахи, которых он привлек к работе в качестве сестер и санитарок, оценили его возможности, предложили д-ру W.W. Mayo спроектировать и финансировали строительство больницы Saint Marys Hospital (Госпиталь Святой Марии) на 40 коек, потратив на это очень большие по тем временам деньги — 18 770 долларов. Так появилась больница Святой Марии, которой суждено было собрать вокруг себя целый город клиник, лабораторий, стать крупнейшим в мире частным научным хирургическим центром и университетом. Вначале в больнице, которая была открыта 30 сентября 1889 г., работали три доктора — William Worrell, William James, Charles Horace Mayo. В 1900 г. докторов было уже 12, в 1917 г. — 195 и т.д. Медицинскими сестрами работали монахи францисканского ордена. В 20-е годы был построен корпус, при участии в качестве дизайнера д-ра Henry Plummer. Позже возведена Методистская больница на деньги различных предпринимателей, бывших пациентов клиники.

Около 1200 коек клиники Мейо и 800 коек Rochester Methodist Hospital (Рочестерская клиника Методистской церкви) вместе насчитывают примерно 2000 преимущественно хирургических коек. Пациентов из любой точки мира доставляют для плановой, а, при необходимости, и неотложной хирургической помощи вертолетами или самолетами клиники Мейо. На территории больничного города, который и составляет основу Рочестера, есть гостиница для родственников и амбулаторных больных из разных штатов США и других стран мира, общежитие студентов Высшей медицинской школы и докторов факультета последипломного образования. Всего в Рочестере проживают около 100 000 человек. Основные функциональные медицинские единицы клиники Мейо — это оперблок, палаты интенсивной терапии для хирургических больных всевозможных профилей, отделение консультативного приема, диагностические отделения. Доктора в специальной одежде и халатах работают лишь в операционной. В других местах (палатах интенсивной терапии, на консультациях) — в обычных костюмах.

Вечером д-р Geoffrey Thompson дома организовал прием в мою честь. Общение с коллегами в дружеской теплой атмосфере длилось много часов.

Весь следующий день (14 ноября) был операционным, тут и английский, от которого устаешь,

особенно не нужен. Приятно удивило обилие инструментов, заменяющих нитки (степлеры любого размера, ультразвуковые коагуляторы), а заодно и манипуляционные навыки хирургов. В дни, когда выполнялись операции на поджелудочной железе по поводу нейроэндокринных опухолей этого органа, в операционную бригаду включили специалиста по УЗИ для интраоперационного поиска, визуализации небольших новообразований и документации находок. Рационально организована работа морфологов. Могу сказать об этом с уверенностью, так как в 80–90-е годы наш великолепный многоопытный морфолог Наталья Юльевна Бомаш работала практически также — в операционной и выполняла срочные исследования недалеко от нее. В клинике Мейо морфологи работают на этаже операционной, поэтому экстренные цитологические и гистологические исследования выполняются тут же и очень быстро с использованием современной электронной аппаратуры. После каждой операции, где выполнялась экспресс-биопсия, мы с Geoffrey заходили к патологам, которые показывали нам на мониторе и объясняли характер морфологических изменений. Такая организация работы сближает докторов, повышает их образованность, взаимопонимание и, в итоге, эффективность труда.

Еще несколько слов о хирургическом мастерстве и организации труда хирургов. Сравнение первого наших и американских хирургов, в среднем, в пользу российских специалистов. Это объясняется особенностями последипломного образования — у нас оно, к сожалению, более короткое и ремесленное, но значительно интенсивнее, с большим числом дежурств, участием в операциях в качестве ассистентов и операторов, хорошими манипуляционными навыками к концу ординатуры. Что касается организации труда хирургов, то в нашей стране она находится далеко не на должном уровне. Имеется в виду оснащение операционных, условия отдыха и питания хирургов днем и ночью. После развала СССР особенно ухудшилась бюджетная оплата и пенсионное обеспечение хирургов — преподавателей кафедр вузов, что отрицательно сказывается на качестве педагогических штатов и образовании молодых хирургов. В этом отношении американские хирурги находятся в значительно лучшем положении. Можно только надеяться на то, что и у нас произойдут изменения к лучшему. Российские хирурги (университетские и больничные) заслуживают всестороннего улучшения условий их труда и жизни.

С такими мыслями и надеждами я вернулся в Бостон, затем домой — Санкт-Петербург.

Поступила в редакцию 22.05.2008 г.