

© А.Ф.Романчишен, 2009  
УДК 616.43:06.061.3«33.03/12.2008»

А.Ф.Романчишен

## МЕЖДУНАРОДНЫЕ КОНФЕРЕНЦИИ ПО ЭНДОКРИННОЙ ХИРУРГИИ И ОНКОЛОГИИ (март–декабрь 2008 г.)

Кафедра госпитальной хирургии с курсами травматологии, военно-полевой хирургии и онкологии (зав. — проф. А.Ф.Романчишен) Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии и Санкт-Петербургский центр органов эндокринной системы (руков. — проф. А.Ф.Романчишен)

С марта по декабрь 2008 г. состоялись 11 конгрессов, конференций, симпозиумов, в которых мной были представлены около 30 лекций и докладов на различные темы эндокринной хирургии и медицинского образования в России. Это — 11-й Конгресс Азиатской ассоциации эндокринных хирургов (г. Кота, Малайзия, 20–22 марта); 3-й Конгресс Европейской ассоциации эндокринных хирургов (г. Барселона, Испания, 22–24 апреля); 3-я Конференция Европейской федерации обществ по изучению опухолей головы и шеи (г. Загреб, Хорватия, 8–10 сентября); Международный конгресс Ассоциации онкологов России по онкохирургии (г. Краснодар, Россия, 30 мая–1 июня); 5-я Международная конференция «Рак щитовидной железы» (г. Загреб, Хорватия, 11–13 сентября); 7-й Международный симпозиум Сербской ассоциации онкологов «Хирургия щитовидной и околощитовидной желёз» (г. Белград, Сербия, 26–27 сентября); 94-й Ежегодный клинический конгресс Американского колледжа хирургов (г. Сан-Франциско, США, 12–16 октября); Конференция Международной федерации обществ по изучению опухолей головы и шеи — «Глобальная программа повышения квалификации специалистов» (Москва, Россия, 16–18 октября); Курс повышения квалификации Гарвардского университета «Хирургия щитовидной и околощитовидной желёз» (г. Бостон, США, 7–9 ноября); 12-я Ежегодная конференция Европейской ассоциации хирургов (г. Неаполь, Италия, 27–28 ноября); 7-й Национальный конгресс Ассоциации эндокринной хирургии Италии (г. Пиза, Италия, 1–2 декабря).

Указанный промежуток ушедшего года был насыщен интересными научно-практическими собраниями различного уровня эндокринных хирургов и онкологов. Активное участие в них принимала почти стабильная группа ведущих специалистов или, как говорят, экспертов из различных стран мира вне зависимости от места проведения конференций, съездов и т.п. В этом есть и достоинства, и недостатки. А именно, лекции известных эндокринных хирургов в различных странах постепенно формируют общие стандарты в понимании этиопатогенеза заболеваний, их диагностики и лечения, что очень важно для взаимопонимания, возможности сравнивать и обобщать материалы из разных клиник, а также образования молодых хирургов. С другой стороны, круг признанных экспертов довольно узкий, и новые веяния в понимании этих вопросов проникают с трудом.

Итак, 11-й Конгресс Азиатской ассоциации эндокринных хирургов (20–22 марта). Перелёт более суток, чётко организованная работа авиакомпании «KLM», две пересадки — и

вы на острове с тропическим климатом, где в 5-звёздочной гостинице — комфорт, а снаружи утром себя чувствуешь как в плохой общественной бане, потому что душно и сыро, а после 12–13 ч — ежедневная гроза. Море чудесное, вода — под 30 °С, а солнце невероятно жаркое — можно обгореть, даже плаывая неглубоко под водой.

Начало конференции очень торжественное. Её открыл президент местной Академии наук в присутствии всех академиков, облачённых в тоги. Лекция L.W.Delbridge (Австралия) «Диагностика опухолей щитовидной железы (ЩЖ): способы, факты и сказки» — приведен объективный анализ возможностей клинической, лучевой и морфологической дифференциальной диагностики опухолей ЩЖ. Увы, продвижений в дооперационном распознавании фолликулярных аденом и рака пока нет. Заключение цитологов преждее — «Фолликулярная опухоль». Оно не отвечает на вопрос: «Что это?», но отвечает на вопрос: «Что делать?» — оперировать!

Лекция старейшего эндокринного хирурга США легендарного Norman Thompson «Эволюция эндокринной хирургии» — чрезвычайно интересна в историческом плане, но звучавшая уже неоднократно, так же как и лекция известного шведского хирурга Goran Akerstrom «Хирургическое лечение больших множественными паратиреоидными аденомами». Эта тема — краеугольный камень в применении мини-инвазивных методик для лечения больных с гиперпаратиреозом (ГПТ), когда из целенаправленного 2–3-сантиметрового бокового доступа удаляется скинтиграфически локализованная аденома околощитовидной железы (ОЩЖ). Однако в 10–15% наблюдений аденома не одна или имеется гиперплазия ещё других ОЩЖ. В таких случаях удаление одной аденомы завершается персистенцией гиперкальциемии и рецидивом ГПТ. Решать эту ситуацию помогает срочное интраоперационное определение уровня паратормона (ПГ) через 10–20 мин после удаления аденомы. Снижение исходного уровня на 50% и более доказывает отсутствие других источников гиперпродукции ПГ. Проблема заключается в дороговизне этой процедуры. Там, где невозможно выполнять срочное многократное измерение уровня ПГ в крови, мини-инвазивное удаление аденом ОЩЖ не рекомендуется. В нашей стране, так же как и во многих других, это не делается. Ультразвуковое и цитологическое исследования в этом отношении пока мало информативны. Повторные хирургические вмешательства у больных выполняются в связи с мультигландулярностью аденом ОЩЖ или атипичностью их локализации (I.Gough). Применение эндовидеохирургических

методик, в том числе при патологии щитовидной и околощитовидной желёз, пока мало аргументировано и эффективно. О.Н. Clarke и D. Duh (г. Сан-Франциско, США) посвятили этой теме 3 доклада. Примерно эти же доклады прозвучали в ноябре в г. Бостоне (2008 г.). Суть их в том, что «новые технологии рассечения тканей и особенно гемостаза (ультразвуковое разъединение и электротермическая герметизация сосудов) мигрируют из одного в другой раздел эндокринной хирургии, облегчают хирургические вмешательства. Однако они снижают манипуляционные навыки молодых хирургов». Интраоперационный мониторинг возвратных нервов достиг значительной популярности. При этом большие многоцентровые проспективные исследования не показали снижения частоты парезов мышц гортани в сравнении с таковыми при рутинных хирургических вмешательствах при условии визуализации возвратных гортанных нервов. Появились сообщения о применении робот-ассистированных адrenaлэктоми и тиреоидэктоми. Но они не показали никаких преимуществ перед традиционными операциями. В эндокринной хирургии широкое распространение получили новые методики визуализации. Ультразвуковой аппарат в наше время применяется повсеместно, как ранее стетоскоп, в силу его небольших размеров и довольно высокой информативности о размерах и локализации новообразований. Позитронно-эмиссионная томография эффективна для визуализации рецидивов и метастазов йодонегативных карцином ЩЖ (G. Lukacs). С этой же целью используются магнитно-резонансный томограф, дооперационная сцинтиграфия шеи с технециум-сестамиби и гамма-датчик для поиска аденом ОЩЖ в ходе операций. Определённую надежду даёт применение диагностического изучения генетических профилей клеток в пунктатах опухолей ЩЖ и коры надпочечников. Новые технологии обещают повышение качества помощи больным, но порождают новые проблемы по их изучению, обучению хирургов, выбору оптимального сочетания цены и эффективности методик. Эндокринный хирург должен знать о новых технологиях, но относиться к ним критически. Изменения в его практике должны быть обоснованными и социально-экономически благоразумными. Здесь уместно было бы вспомнить мнение выдающегося американского хирурга F. N. Lahey, считавшего, что мудрый хирург не должен быть первым при внедрении в свою практику новейших технологий, но не должен быть и последним. Особенно усердны в применении видеоассистированных операций при небольших новообразованиях ЩЖ и типично расположенных опухолях ОЩЖ японские, индокитайские хирурги. Они применяют не только различные шейные (K. Shimozu и соавт.), но и подключичные, трансмамарные, подмышечные доступы (M. Maeda, A. Mohsen). Большинство хирургов склоняются к тиреоидэктомии с одновременным иссечением 6-й группы лимфатических узлов шеи у больных с папиллярным, фолликулярным и медулярным раком ЩЖ. Известный японский хирург Shiro Noguchi представил отдалённые результаты (1967–1996 гг.) хирургического лечения 4966 больных с папиллярным раком ЩЖ. Он показал, что при разумном выборе объёма операций исход лечения после тиреоидэктоми и органосберегательных операций не отличается, и 20-летняя выживаемость достигает 92–96%. Существенное влияние на этот показатель оказывают пол, возраст (до и после 50 лет), размеры карциномы, наличие и количество регионарных метастазов. В лечении больных с анапластическим раком ЩЖ С. Park, Н. Chang видят перспективу в применении редифференцирующей, молекулонаправленной, гентрансферной, вирусонколитической терапии. Однако в использовании этих видов лечения делаются лишь первые шаги. А. Miyuchi — один из лидеров реконструктивной хирургии возвратных нервов. Он довольно успешно применяет восстановление непрерывности нерва *ansa cervicalis* все чаще и чаще. Так, если в 1983–1989 гг.

ему удалось это сделать в 3 из 7 наблюдений, то в 1998–2006 гг. — у 40 из 42 больных. Его клиника принимает больных с таким осложнением со всей Японии. Нам пока не удалось это наладить даже в рамках нашего города и Северо-Запада региона. Скрывать это осложнение не нужно, так как это не в интересах больных. Проф. J. Betka — главный ЛОР-специалист Чешской Республики в приказном порядке требует переводить в его клинику всех больных с повреждениями возвратных нервов в течение суток после операций. Чем раньше осуществлена реконструкция нерва, тем благоприятнее перспективы на восстановление его функций.

Сообщений о каких-либо принципиально новых изменениях в тактике и технике хирургического лечения больных с опухолями надпочечников не было. Однако научный и практический интерес вызвали доклады T. W. J. Lenard из Великобритании «Феохромоцитомы» и «Карцинома коры надпочечника». От нашего коллектива были представлены 6 докладов, касающихся диагностики и лечения болезней ЩЖ и ОЩЖ.

Следующее событие, которое не посетить мне было невозможно, так как я был принят в члены ассоциации, был 3-й Конгресс Европейской ассоциации эндокринных хирургов в г. Барселоне (Испания, 22–24 апреля). Основной темой собрания была заявлена «Центральная лимфаденэктомия у больных раком ЩЖ». На самом же деле были представлены сообщения, посвященные ингибции некоторых ферментов и таргетной терапии для снижения пролиферации и опухолевого ангиогенеза при анапластическом раке (S. Hoffmann и соавт.), диагностике и лечению осложненных раннего послеоперационного периода при болезнях ЩЖ и ОЩЖ (S. Janson и соавт.); выбору времени и объёма операций на ЩЖ у больных с различными формами медулярного рака; сравнению преимуществ и недостатков сфокусированной (прицельной) и открытой паратиреоидэктомии; ограничению показаний к интраоперационному измерению ПГ при первичном и вторичном ГППТ; объёму обследования и выбору хирургического доступа при опухолях коры и мозгового вещества надпочечников, поджелудочной железы; преимуществам гармонического скальпеля и ультразвукового сваривания перед другими способами рассечения тканей и гемостаза.

Прекрасная лекция была представлена известным хирургом из г. Марселя J. F. Henry «Роль визуализирующих исследований в хирургии ОЩЖ». Он, один из пионеров мини-инвазивной хирургии ОЩЖ, признал эту методику не вполне оправдавшей его надежды, так же как и сам термин. Реально методика оказывается мини-инвазивной очень редко. Суммарную длину доступа (особенно бокового) трудно назвать минимальной, так как она сравнима с длиной обычного разреза для открытой операции. В шутку он установил «Марсельский критерий мини-инвазивности доступа» — это ширина его указательного пальца. Всем хирургам хорошо известно, что качество послеоперационного рубца (что имеет главное значение для сторонников метода) определяется не длиной разреза, а в основном тем, насколько сильно кожа травмировалась крючками в ходе операции.

Из других тем, обсуждавшихся на конгрессе, следует назвать «Ветвление возвратного гортанного нерва как фактора риска пареза гортани» (J. Fontane и соавт.), «Визуализация против мониторинга возвратных нервов в хирургии ЩЖ» (M. Barchinski и соавт.), «Осложнения при 3660 операциях на ЩЖ» (A. Bergenfelz и соавт.), «Корреляция между срочным гистологическим и интраоперационным цитологическим исследованиями». Тематика интересная, актуальная, но уже не новая. Первые две темы были освещены в двух диссертациях ассистентов нашей кафедры (Ф. А. Романчишен, 2006; И. В. Карпатский, 2007). Суммарный уровень специфических осложнений (парезы гортани, гипопаратиреоз) после операций на ЩЖ, выполненных в Швеции (8,5%), значительно превышает данные нашей клиники (1,07% на

6148 оперированных в 2001–2007 гг.). От нашего коллектива был представлен доклад «Эффективность и безопасность центральной шейной диссекции у больных с дифференцированным раком ЩЖ».

Барселона — прекрасный старинный город Испании. Удалось увидеть и восхититься фантастическими архитектурными шедеврами Гауди (собором «Саграда Фамилия», домами Гауди, парком Гуэль), уголками старой Испании.

Две конференции в мае и сентябре проводились в г. Загребе под эгидой Европейской Федерации онкологов, специалистов по лечению опухолей головы и шеи, во главе с J.L.Lefebvre и M.Vuga. Отличительная особенность этих собраний состояла в разносторонности подходов к диагностике, лечению и реабилитации пациентов этого профиля, прямой демонстрации операций, выполнявшихся специалистами из разных стран непосредственно в ходе конференции и транслировавшихся в залы заседаний. Участники конференций имели возможность общаться с хирургами в ходе операций, выяснять интересующие детали и комментировать ответы. Нашим коллективом представлены 4 доклада и лекции. Было бы неразумным, прилетев в Хорватию, не познакомиться с этой цветущей славянской страной, имеющей древнюю историю и культуру, сохранившей, несмотря на окружение, больше старославянских слов, чем русский язык. Пригласив в такую командировку жену, Вы приобретаете информированного, умного и заинтересованного гида, который покажет всё, что увидела сама, пока вы заседаете. Стоит на это потратить и сохраненное время отпуска, чтобы увидеть города (Пула, Задар, Сплит, Дубровник) и курорты прекрасной Хорватии. Те же лица, улыбки, интонации, похожий и на 70% понятный язык. Однако значительно больше тепла, и не только атмосферного. В общем, хорваты свои, но другие, более улыбчивые и заботливые. А ведь им досталось не меньше, чем нам — сопротивление в разные годы грекам, римлянам, туркам, французам и т.д. Но им удалось сохранить свой язык, культуру, обычаи и оптимизм, превратить крепости, дворцы, возведенные завоевателями, в свои памятники культуры. Построили горные дороги, пробили многокилометровые тоннели, создали 7 национальных природных парков. Теперь можно на автомобиле пролететь по многополосной скоростной магистрали 400 км от Дубровника до Загреба за 4 ч, полюбоваться цветущей на склонах гор лавандой и еще какими-то ароматными желтыми кустами и оказаться в аэропорту.

Между конференциями в Хорватии 30 мая–1 июня состоялся Международный конгресс Ассоциации онкологов России по онкохирургии в г. Краснодаре. Были представлены практически все разделы хирургического лечения больных раком различной локализации, в том числе 49 сообщений по тематике диагностики и лечения опухолей головы и шеи. Принципиальных различий по форме и содержанию докладов я не увидел. Но было бы интересней услышать несколько лекций от ведущих специалистов в онкохирургии опухолей головы и органов шеи, основанных на анализе клинического материала многих десятилетий от нескольких коллективов. Нами были представлены 4 доклада.

Город Краснодар и край внешне мало изменились с периода 80-х годов, что в сравнении с Северо-Западом России совсем неплохо. Посетив краевую больницу, я убедился, что руководители этого региона и здравоохранения края уделяют сохранению здоровья населения должное внимание.

В конце сентября (26–27) я был приглашен моим другом Radan Dzodic, заведующим кафедрой онкологии Сербского института онкологии и радиологии, принять участие в 7-м Международном симпозиуме Сербской ассоциации онкологов «Хирургия щитовидной и околощитовидной желёз» для чтения 2 лекций. Заседания симпозиума проходили, несмотря на общую тяжёлую ситуацию, в стране, напоминающую обстановку 90-х годов в России, в загородном

Президент-Отеле в очень комфортной обстановке и тёплой дружественной атмосфере. Хотя недавняя печальная история распада Югославии ещё у всех на памяти, но в г. Загребе и в г. Белграде собрались вместе специалисты из Словении, Черногории, Хорватии, Сербии, Македонии, Греции, Венгрии обсуждать свои профессиональные проблемы. Хирургия и должна быть выше или в стороне от политики, так как лечить мы должны всех людей хорошо, вне зависимости от политических пристрастий. Подобное отношение к делу я наблюдал в октябре (16–18) и в Москве на Конференции Международной Федерации обществ по изучению опухолей головы и шеи — «Глобальная программа повышения квалификации специалистов». Идея такой конференции возникла у основателя и президента этой федерации J.Shah в 2006 г. в г. Кливленд (США) во время празднования 100-летия операции, предложенной G.W.Crile [Романчишен А.Ф. и соавт. // Вестн. хир.—2006.—№ 4.—С. 89–90]. В рамках Всемирного турне 2008 г. проводились конференции в Лондоне, Барселоне, Риме, Афинах, Варшаве, Москве, Бомбее, Бангкоке, Пекине, Буэнос-Айресе, Боготе. Среди лекций по различным разделам диагностики и комбинированного лечения больных с опухолями головы и шеи были представлены сообщения J.Shah («Рак щитовидной железы» и «Метастазы в шейные лимфатические узлы»). Проведены клинические разборы редких наблюдений опухолей данной локализации, представленные специалистами Москвы и области. Следующее Всемирное турне экспертов IFHNOS Global CME (Международной Федерации обществ по изучению опухолей головы и шеи — «Глобальная программа повышения квалификации специалистов») состоится в нашем городе 10–12 октября 2010 г.

По приглашению 94-го Ежегодного клинического конгресса Американского колледжа хирургов, который состоялся в г. Сан-Франциско (США) 12–16 октября, я представил видеопрезентацию «Косметические и функциональные аспекты органосберегательных шейных лимфаденэктомий». Фильм получил высокую оценку экспертов и был приобретён колледжем для обучения хирургов особенностям этой операции у больных с опухолями головы и шеи с регионарными метастазами.

Следующая, ставшая традиционной с 2001 г., командировка в г. Бостон, для участия с презентацией в Курсе повышения квалификации Гарвардского университета «Хирургия щитовидной и околощитовидной желёз» состоялась 7–9 ноября. Два дня, проведенных перед началом конференции в операционных Massachusetts General Hospital и Massachusetts Eye and Ear Infirmary, в этот раз позволили обратить внимание на мелкие, но важные детали подготовки больных и оснащения операционных. Перед интубацией зубы пациентов защищаются шинами, похожими на боксёрские, а пятки — поролоном. В каждой операционной имеются современные аппараты для рассечения тканей и гемостаза, клей для кожи, а также компьютер для немедленного выхода в интернет и получения консультации. К сожалению, оказалось, что в клинике F.H.Lahey (г. Бирлингтон, пригород г. Бостона) нет музея этого замечательного хирурга и человека. Так как основная задача конференции — это обучение и повышение квалификации эндокринных хирургов, лекции и доклады представлялись известными экспертами в этой проблематике: S.Lee («ATA стандарт в лечении больных с узловым зобом»), O.Clark («Новые парадигмы в лечении больных раком ЩЖ»), Y.Ito («Прогноз и стратегия лечения больных раком ЩЖ»), G.Doherty («Профилактическая центральная лимфаденэктомия»), H.Dralle («Объём операции у больных полинодозным зобом»). Q.Duh, R. Hodin, G.Akerstrom посвятили свои доклады методам визуализации ОЩЖ и хирургического лечения первичного и вторичного ГПТ. Серия докладов была посвящена результатам УЗИ в диагностике рака ЩЖ и регионарных метастазов (R.Sofferman, S.Parangi,

А.Анџа), распознаванию и лечению ранних послеоперационных осложнений (А.Шаха, J.Kraimps). Интересные доклады представили А.Мџаучи, М.Бура, G.Randolph, R.Crumley, G.Woodson об истории изучения, профилактике повреждений, интраоперационном мониторинге возвратных нервов, их восстановлении и других способах лечения последствий односторонних и двусторонних травм этих нервов. Очень сильное впечатление оставила лекция G.Thompson («Хирургическое лечение диффузного токсического зоба у детей»). Автор на основе анализа опыта клиники Mayo (92 наблюдения) и обзора литературы показал, что терапия тиреостатиками у детей недостаточно эффективна (лишь в 14–82%), обладает гепатотоксическим свойством, может вызвать тяжёлый агранулоцитоз. Тиреотоксикоз рецидивирует более чем в 80% наблюдений. Лечение радиоiodом у этой группы пациентов неприемлемо из-за известных побочных эффектов. Хирургическое лечение диффузного токсического зоба у детей и подростков оптимально, так как тиреоидэктомия является безопасным, быстрым и эффективным способом лечения, если она предпринимается в высоко специализированных центрах. Этой точки зрения придерживаются и хирурги нашей клиники.

Особое ощущение слушатели и лекторы курса пережили во время лекций R.Gas и R.Nodin «История Дома Эфира» и «История эндокринной хирургии в Массачусетском общем госпитале». Дело в том, что лекции были прочитаны именно в том зале, где в 1846 г. впервые в мире д-р J.M.Warren публично продемонстрировал операцию на шее под ингаляционным наркозом, который обеспечил зубной врач W.Morton. Этот исторический для хирургии момент отражён на картине, которая висит на стене зала.

На курсе в Гарварде мной был представлен доклад «Естественное течение радиоиндуцированного рака щитовидной железы после неадекватного хирургического лечения с последующей склерозирующей терапией этанолом».

В завершение 2008 г. состоялись одна за другой две конференции в Италии, куда я имел честь быть приглашённым с двумя докладами. Это — 12-я Ежегодная конференция Европейской ассоциации хирургов (27–28 ноября, г. Неаполь), проходившая под патронажем Президента Итальянской Республики и 7-й Национальный конгресс Ассоциации эндокринной хирургии Италии (1–2 декабря в г. Пиза). Торжественное открытие Европейской конференции происходило в старинной крепости Castel dell'Ovo, возраст которой превышает 2000 лет. В этот вечер и последующие дни сильно штормило и это ощущалось особенно сильно в крепости, так как она выступает в море на несколько сот метров. После открытия конференции профессорами F.L.Gaspari (президент ассоциации), J.Kulig (генеральный секретарь ассоциации) и приветствий от представителей хирургов разных стран состоялись доклады о современных проблемах медицинского образования в Италии (G.Delrio), России (А.Ф.Романчишн), лекции L.Michel — «От Праги до Помпеи» и A.Vicini (священник) — «Этические проблемы медицинской помощи». В течение 2 следующих дней рассматривались проблемы торакальной, абдоминальной, эндокринной хирургии, онкологии. Кроме того, обсуждались актуальные вопросы хирургии повреждений, ожирения, пересадки печени, применения новых технологий в хирургии, оснащения операционных залов и т.д. Дискутировались современные проблемы образования общих хирургов, координации обучения студентов и повышения квалификации хирургов различных специализаций. Санкт-Петербург был включён в список претендентов на проведение конференции Европейской ассоциации хирургов в 2010 г.

Плавом переехав с южной в центральную часть Италии, мы оказались в г. Пиза с вечно падающей башней и коварной, широко разливающейся через пару дней после нашего отъезда домой и заливающей город и все окрестности, рекой Арно. Да

и удивительно было бы, если бы не было наводнения — шли проливные дожди на равнине и в горах. А г. Пиза расположен на болотистых берегах реки, поэтому можно только восхищаться и удивляться тому, что Пизанская башня всё стоит и стоит.

Первым, кого мы встретили после наших уже давних и близких друзей — медицинской семьи проф. M.D'Ajello, была группа итальянских профессоров эндокринных хирургов — L.DeToma, L.Rosato, L.Zarilli во главе с главным эндокринологом Италии проф. Aldo Pinchera и президентом конгресса проф. Paolo Miccoli. Кстати, у итальянцев научное звание «профессор» также высоко ценится, как и в России. Обращаясь к своему окружению и представляя меня, проф. A.Pinchera, обладающий прекрасным английским и великолепным чувством юмора, пошутил: «Анатолий говорит на итальянском несколько лучше, чем мы на русском. Вот поэтому, для совершенствования языковой практики мы пригласили его на наш конгресс». Последний был открыт старейшим эндокринным хирургом Италии L.Zarilli. Первая тема, которая обсуждалась на пленарном заседании, касалась профилактики и лечения осложнений, связанных с операциями на щитовидной и околощитовидных железах. Отдельным вопросом обсуждались этические, медико-юридические проблемы, возникающие в этих ситуациях. Две команды хирургов в Италии применяют видео-ассистированные методики резекции щитовидной железы. Противопоказаниям, результатам и новым дорогостоящим технологиям (гармонический скальпель) таких вмешательств были посвящены доклады P.Micoli, R.Bellantone. Кроме того, обсуждались вопросы лечения больных гиперпаратиреозом, с гормонально-активными опухолями, а также инциденталомами надпочечников, поджелудочной и молочных желёз. Новую, возможно, перспективную методику представили M.Puccini и соавт. Для интраоперационного поиска непальпируемых и неопределяемых с помощью УЗИ метастазов перед повторными лимфаденэктомиями внутривенно вводился  $^{99m}\text{Tc}$  — МСАА. Локализация лимфатических узлов в ходе операции определялась при помощи датчика. F.Giraldi, A.Garai сообщили о частоте послеоперационных осложнений при различной локализации зоба. Удаление шейно-загрудинного зоба сопровождалось послеоперационным кровотечением в ложе железы в 1,1–1,5%; повреждением возвратных нервов с временным и постоянным парезом мышц гортани — в 5,7–1,1% соответственно; временной гипокальциемией — в 13,5%. Причины столь высокой частоты специфических для этих операций осложнений мне непонятны. Объяснением может быть только резекция щитовидной железы без визуального контроля возвратных нервов и околощитовидных желёз. Нарушение основного принципа выполнения этих (и не только этих) операций, сформулированного ещё в 1938 г. F.H.Lahey, а в 80–90-х годах S.Lenquist, обусловлено «... Стремлением хирургов уменьшить время операции на щитовидной железе за счет сокращения препаровки органа, хотя, в соответствии с основным принципом хирургии, всегда лучше видеть что делаешь».

Начало декабря в Италии — это уже не совсем обычное рабочее время, так как ощущается близость Рождественских каникул. Почувствовать это можно везде, только не в операционных и реанимационных залах новенькой университетской больницы в г. Фолинье. Она кажется удобной для всех — и для больных, и для персонала, оснащена по последнему слову медицинской науки и техники. Приятно посмотреть, как работают местные доктора. Но пора возвращаться домой, завершать год, так как не исчерпан ещё список дел, не выполнены все 300, намеченные на 2008 г. операции, да и этот отчёт-статья только задумана.

Поступила в редакцию 11.02.2009 г.