

© А.Ф.Романчишен, 2007  
УДК 617.51/.53-006.061(3)100+616.441-006.6.061.3

А.Ф.Романчишен

**ОТЧЕТ О 3-М МИРОВОМ КОНГРЕССЕ  
ИНТЕРНАЦИОНАЛЬНОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОБЩЕСТВ ОНКО-  
ЛОГОВ — СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ЛЕЧЕНИЮ ОПУХОЛЕЙ  
ГОЛОВЫ И ШЕИ  
(г. Прага, 27 июня–1 июля 2006 г.) и 2-й Миланской конферен-  
ции по проблемам рака щитовидной железы  
(г. Милан, 2–4 июля 2006 г.)**

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

**Ключевые слова:** опухоли головы и шеи, щитовидной железы, конференции.

Две конференции прошли одна за другой в разных, но чем-то похожих городах Европы — в Праге и Милане. Сходство определяется, пожалуй, древностью, спокойствием и доброжелательностью жителей, которые так же, как и мы, озабочены своими делами и мыслями, но все-таки находят силы и добрую волю улыбнуться в ответи на ваш вопрос, постараться объяснить как пройти-проехать, а то и провести туда, куда, как им кажется, вы их просили. В итоге — языковые трудности становятся не помехой, а простым естественным и неожиданным способом ощутить тепло человеческого внимания.

В период с 27 июня по 1 июля 2006 г. в золотой Праге проходил 2-й Мировой конгресс Интернациональной федерации обществ онкологов — специалистов по лечению опухолей головы и шеи (3 World Congress of the International Federation of Head and Neck Oncologic Societies) — IFHNOS. Два предыдущих конгресса IFHNOS (8 и 4 года тому назад) были проведены в Азии и Южной Америке. В частности, незабываемый предыдущий 2-й Конгресс состоялся в Рио-де-Жанейро. Настоящий конгресс в Праге — первый конгресс IFHNOS в Европе.

В оргкомитет конгресса вошли: директор IFHNOS Jatin Shah (USA), генеральный секретарь — Jean Louis Lefebvre (France), члены испол-

нительного комитета — Claudio Cernea (Brazil), Christopher O'Brien (Australia), William Wei (Hong Kong), Ernest Weymuller (USA), президентом конгресса был Jan Betka (Czech Republic).

Заседания проходили в Пражском Конгресс-центре, что на Вышеграде. Программа отражала мультидисциплинарный подход к лечению больных с опухолями головы и шеи, что позволило получить информацию специалистам разных профилей и направлений в онкологии. Начало конгресса было украшено прекрасными оперными ариями Моцарта, который значительную часть своей короткой жизни провел в Праге.

Научная программа включала 10 лекций, 108 докладов, 269 стендовых докладов, 13 круглых столов, касающихся диагностики, комбинированного и комплексного лечения больных с опухолями гортани, ротоглотки, парафарингеальной области, слюнной, щитовидной желез, основания черепа и др. Особое место в программе заняли работы по канцерогенезу и состоянию качества жизни пациентов после хирургического и других способов лечения опухолей головы и шеи. Несмотря на чрезвычайно насыщенную программу, все запланированные научные сообщения состоялись. Заседания начинались (в 8.00) и завершались в соответствии с расписанием (в 19.00 или 19.30). Общение делегатов происходило на заседаниях, во время перерывов за чашкой кофе и в особенности в ходе общего дружеского ужина в исторических залах Королевского дворца на Градчанах.

Российская хирургическая онкология была представлена, как никогда ранее, широко и практически по всей тематике конгресса — были сделаны 7 лекций и докладов, 32 стендовых доклада. Российское некоммерческое партнерство специалистов по лечению опухолей головы и шеи, учрежденное в г. Анапа, достойно вошло в IFHNOS.

Конгресс собрал докторов со всего мира, представлявших различные онкологические и хирургические школы и культуры, но имевших общие интересы в онкологии. Проведенное вместе время в дискуссиях по поводу различных проблем диагностики и лечения опухолей головы и шеи сблизило делегатов, расширило их диапазон знаний, обогатило дружескими контактами.

Кроме того, каждая, а тем более первая встреча с древней Прагой, имеющей давние традиции гостеприимства, оставила неизгладимые теплые воспоминания. В ходе и после завершения конгресса участники осмотрели исторические и культурные достопримечательности золотой Праги: Вышеград с купальней Либуше, Пражский град с собором Святого Вита, Староместскую площадь с ратушей и астрономическими часами, Вацлавскую площадь с Национальным музеем, Карлов мост и мн. др.

Тезисы лекций и докладов опубликованы в журнале «Otorinolaryngologie a foniatrie» (2006.— Vol. 55.— Suppl. 1.— P. 144–145).

Многие лекторы и участники конгресса IFHNOS 1 июля прилетели в Милан для участия во 2-й Миланской конференции по проблемам рака щитовидной железы (РЩЖ), проводившейся Европейским институтом онкологии. Председателями конференции были Fausto Chiesa, Aldo Pinchera и Jatin Shan.

В конференции приняли участие лекторы из многих стран Европы, Ближнего Востока, США, Бразилии, Аргентины. Тематика и глубина рассмотрения проблем канцерогенеза, диагностики и лечения больных с РЩЖ была, по крайней мере, не меньшей, чем на конгрессе в Праге, Гонконге или Буэнос-Айресе. Но, что очень важно, дискуссии были более оживленными и носили прикладной характер. Участники круглых столов были более доступными для слушателей, что создавало доброжелательную атмосферу даже при столкновении противоположных точек зрения. В конференции приняли участие не только хирурги, онкологи, радиотерапевты и диагносты, но и эндокринологи во главе с проф. А. Pinchera. Другими словами, в конференции участвовали специалисты, которые на разных этапах встречаются с больными с РЩЖ. Выяснение спорных моментов, возникающих при этом, происходило в духе коллегиальности и взаимоуважения. Это, с моей точки зрения, было очень поучительным

для молодых докторов из разных стран Европы, участвовавших в конференции.

Первая половина 2 июля была посвящена особенностям радиоиндуцированного РЩЖ. Прошло чуть более 20 лет после Чернобыльской катастрофы. За это время специалистами из Белоруссии, Украины, в меньшей степени России, накоплен невероятно большой опыт лечения больных с радиоиндуцированным РЩЖ. Сравнительный анализ клинического течения спорадического, эндемического и радиоиндуцированного РЩЖ в различных регионах этих стран нами был представлен ранее совместно с профессорами И.В. Комисаренко, Ю.Е. Демидчиком, В.Г. Поляковым, В.А. Приваловым, И.С. Агеевым и др. в журнале «Вестник хирургии», на конгрессах и школе эндокринной хирургии в Бостоне, Буэнос-Айресе, Гонконге, Праге. В докладе на конференции в Милане проф. Ю.Е. Демидчик (г. Минск) показал динамику заболеваемости РЩЖ до 1986 г. и после. В период с 1965 по 1983 г. карцинома ЩЖ была выявлена у 1750 больных, в том числе только у 53 детей и подростков. За 19 лет после Чернобыльской катастрофы число больных с РЩЖ насчитывало 12 136. Начиная с 1990 г. число детей и подростков, страдавших РЩЖ, выросло особенно резко. Максимум заболевших был отмечен в 1995 г. В настоящее время в Республиканском Центре диагностики и лечения РЩЖ были оперированы 762 ребенка и 459 подростков. Выживаемость при среднем периоде наблюдения в 96,6 мес составила 99,4%. Новой эпидемиологической проблемой явился рост заболеваемости РЩЖ у взрослых, получивших облучение в детстве и юности. В течение короткого времени РЩЖ стал серьезной медицинской и социальной проблемой Белоруссии.

Вопросам радиоиндуцированного РЩЖ был посвящен также доклад А. Pinchera, P. Maisonneuve и P. Beck Pessoz («Профилактика радиоиндуцированного РЩЖ»).

В ходе второй половины этого дня обсуждались обоснование показаний, техника и результаты шейной лимфоаденэктомии (А. Shaha, А. Romanchishen, М. Bura, J. Shah, О. Makay, P. Cartoro). F. Pacini представил консенсус по лечению и диспансерному обследованию больных с РЩЖ, подписанный большинством стран Европы, в том числе Россией. В соответствии с консенсусом у всех больных с РЩЖ должна выполняться тиреоидэктомия (за исключением больных с T1) и, желательна, центральная лимфоаденэктомия, т. е. удаляться 6-я группа (пре- и паратрахеальные) лимфатических узлов шеи с последующей радиойодтерапией. Хотя вопрос о эффективности центральной лимфоаденэктомии дискутируется, большинство специалистов решают его положи-

тельно.

Особый интерес вызвал доклад Sir D. Williams («Генетика РЩЖ»). С практической точки зрения, было очень важным его утверждение последовательности развития РЩЖ. Большое значение имеет подтвержденная им многоступенчатость онкогенеза с переходом фолликулярных клеток ЩЖ в фолликулярную аденому, фолликулярную карциному, анапластическую карциному (1-й путь). Другой цитогенетический путь — это последовательная трансформация фолликулярных тиреоидных клеток в микрокарциному, папиллярную и анапластическую карциному.

Большой интерес вызвала дискуссия по методам профилактики периперационных осложнений у больных с РЩЖ (W.Kowalski, J.L.Novelli, J.Shah, A.F.Romanchishen). В своем, как обычно остроумном, докладе A.Shaha отметил, что после того как S.Gross в 1866 г. назвал хирургию ЩЖ «мясной лавкой», а T.Kocher снизил летальность до 1%, прошло около 100 лет. При этом, число послеоперационных осложнений остается высоким (2–5%). Более того, в США оно в последние годы возросло, так как улучшилась ранняя диагностика РЩЖ (на уровне инциденталом) и резко увеличилось количество операций, выполняемых, по-видимому, недостаточно опытными хирургами. Наиболее частые послеоперационные осложнения — это травма возвратных гортанных нервов, послеоперационная гематома в ложе ЩЖ, гипопаратиреоз, травма добавочных нервов, симпатических сплетений, лимфорейя. Была подчеркнута важность ларингоскопии до и после операций с целью оценки подвижности голосовых связок у всех больных.

Довольно доступная в настоящее время нейрмиография, применяемая для идентификации возвратного гортанного нерва (ВГН), особенно важна при повторных операциях. Но она не предупреждает повреждение нервов. Прежде чем нанести электрический разряд на нерв, его надо найти в определенном месте, выделить из окружающих тканей, сохранить ветки к трахее и пищеводу, а также кровоснабжение ЩЖ [Романчишен А.Ф. и соавт., 2005, 2006].

Актуальна и профилактика послеоперационного гипопаратиреоза, особенно у больных с РЩЖ, где это осложнение достигает 20–30%. Применение препаратов кальция и витаминов группы D в течение 6–8 нед после операции смягчает, а у большинства больных ликвидирует проявления этого осложнения. Важнейшим способом профилактики повреждений ВГН, добавочных нервов (ДН), симпатического и диафрагмальных нервов является их визуализация в ходе каждой операции на ЩЖ и лимфатических узлах шеи. А это возможно лишь при хорошем знании ана-

томических вариантов этих структур на шее и в средостении, а также тщательной их диссекции.

Активная дискуссия возникла в ходе обсуждения докладов G.Gasparri и соавт., P.Miccoli «Мини-инвазивные и видеоассистированные операции на ЩЖ». Показания к таким операциям, с точки зрения авторов, имели место лишь у 8–10% больных, нуждавшихся в хирургическом лечении. Это были только больные с узловым эутиреоидным зобом, где максимальный размер узла не превышал 3,0 см, пациенты, которые не были оперированы ранее, у них не было признаков аутоиммунного тиреоидита и злокачественного роста.

Рассматривая достоинства и недостатки видеоассистированных и мини-инвазивных операций, специалисты в применении этих технологий в эндокринной хирургии проф. A.Bastagli и Li De Pasanale отметили следующее. Доброкачественные узловые новообразования ЩЖ небольших стабильных размеров не нуждаются в удалении. ЩЖ у больных с диффузным токсическим зобом обычно большая и удалять ее можно лишь традиционным путем. Идеальным показанием для мини-инвазивной резекции ЩЖ могла бы быть, с их точки зрения, микрокарцинома ЩЖ (диаметром до 1 см).

Но лишь 12 из 63 микрокарцином им удалось выявить до операции. Кроме того, у 9 из этих больных в ходе операций были обнаружены регионарные метастазы.

Таким образом, авторы сочли возможным применить мини-инвазивную методику тоже лишь у 8% больных, имевших показания к операции. Количество повреждений ВГН и гипопаратиреоза было не меньшим, а большим аналогичных показателей при открытых операциях. Такие же показатели осложнений при мини-инвазивных операциях получил и P.Miccoli и др. Косметические результаты тех и других операций определялись не длиной разрезов, а особенностями кожи больных и травматичностью манипуляций с ней.

На доброжелательные вопросы A.Shaha к этим хирургам во время круглого стола: «В чем же преимущества мини-инвазивных технологий? В меньшей травматичности? Большой безопасности? Лучших эстетических результатах? В меньшей стоимости операций?» Ответы были отрицательными. Последовал еще один вопрос: «Тогда зачем применять эти операции?» Ответ — «Так желали больные!».

Обсуждая проблемы послеоперационного лечения больных с РЩЖ (E.Bombardieri, A.Pinchera, G.Paganelli, J.Demidchik, F.Pacini, J.Betka, E.De Fiori), большинство докладчиков, участников круглого стола, пришли к заключению, что диагностические, равно как и малые дозы радиоида, блокируют, а не убивают оставшиеся

клетки РЩЖ. Рациональнее через 4–6 нед после операции применять средние дозы радиоiodа с целью абляции тиреоидной и опухолевой ткани с последующей гормонотерапией, контролем уровня тиреоглобулина через 6–10 мес и повторным курсом терапии радиоiodом (по показаниям).

Что касается дооперационной дифференциальной диагностики фолликулярного РЩЖ и фолликулярной аденомы в рамках цитологического заключения «фолликулярная опухоль», значительного продвижения не получено. F.Otlardi изучил диагностические возможности применения комбинации иммуногистохимических маркеров при исследовании пункционного материала. Но рекомендации остались прежними — при цитологическом заключении «фолликулярная опухоль ЩЖ» применять хирургическое лечение с учетом результатов клинических, ультразвукографических исследований. Каких-либо новых апробированных консервативных способов лечения больных с РЩЖ, новых препаратов не было предложено. Ведутся исследования по комбинированной иммунной и генной терапии (L.Varson и соавт.),

таргетной терапии специфическими ингибиторами тирозинкиназы (A.Vivaldi).

Как обычно, после завершения 2-го дня участники конференции продолжили общение в ходе дружеского обеда в одном из уютных ресторанов Милана. А после завершения 3-дневной напряженной (с 8.30 до 19.30) работы конференции появилась возможность познакомиться с достопримечательностями древнего и современного Милана. Это и Церковь Святого Амброзио (4 в. н. э.), церковь Санта Мария де ля Грация с фреской Леонардо да Винчи «Святая вечеря», церковь Санта Мария у Сан-Сатино и Дуома — собор невероятной красоты и размеров из белого мрамора, строившийся 4 века, и Галерея Эммануила II, и дворец-крепость Сфорцеска, и площадь Ла Скала, и чудесные огромные парки в центре города, и многое, многое другое.

Затем был быстрый перелет домой, плановые, срочные и неотложные операции и новые поездки, в соответствии с планами научных собраний по эндокринной хирургии и онкологии, опубликованными ранее в нашем журнале.

Поступила в редакцию 18.10.2006 г.