

© А.Ф.Романчишен, 2010
УДК 616.441:06.061.3(06/10.08.2009)

А.Ф. Романчишен

ОТЧЕТ О МИРОВОМ КОНГРЕССЕ ПО РАКУ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (6–10 АВГУСТА 2009 г., г. Торонто, Канада)

Кафедра госпитальной хирургии с курсами травматологии и ВПХ Санкт-Петербургской педиатрической медицинской академии, Санкт-Петербургский центр эндокринной хирургии и онкологии (зав. каф. и руков. центра — проф. А.Ф. Романчишен)

Ключевые слова: щитовидная железа, рак.

Разгар лета 2009 г., казалось бы, не лучшее время для проведения деловых встреч, съездов и конференций, тем более, в Канаде. В это время большинство докторов отдыхают. Но организаторы этого Первого Мирового конгресса, одобренного большинством ассоциаций хирургов, эндокринологов, онкологов всех континентов, верно оценили актуальность проблемы и уровень интереса к ней. В Торонто приехали более 700 делегатов от 80 с лишним стран. Уровень и значение конгресса отражает хотя бы тот факт, что его участников приветствовали премьер-министр Правительства Канады S.Harper, премьер-министр Правительства Онтарио D.McGuinty, мэр Торонто D.Miller, Президент Университета Торонто D.Naylor. Непосредственным организатором конгресса был профессор университета Торонто Jeremy L.Freeman. Нужно сразу отметить, что он успешно справился с огромной работой, которая легла на его плечи, тем более, что условия проведения конгресса были сильно отягощены мировым финансовым кризисом. Особенно почетно было войти в число лекторов, докладчиков и модераторов конгресса.

Итак, Торонто или, как называют этот город местные жители, — Тронто, со школьных времен у нас ассоциируется с Ниагарским водопадом. Было бы ошибкой, прилетев в Канаду (местные жители ставят ударение в этом слове на первый слог), не увидеть этот удивительный природный феномен, тем более, что регистрация участников и делегатов 6 августа проходила с 15 до 22 ч. Приобретя билеты на экскурсию, мы вместе с моими друзьями хирургами из Сербии (Radan Dzodich, Ivan Marcovic) и Австралии (V.I.Rorest) оказались в автобусе в компании 10 женщин — членов Ассоциации американских черных операционных медсестер. Оказалось, что водопад, вернее, водопады — действительно грандиозные. Они располагаются на границе Канады и США, которая проходит по реке Ниагара, вытекающей из озера Онтарио и образующей канадский и американский ниагарские водопады, разделенные Козлиным островом. Усиливают впечатления о водопадах два аттракциона. Это полет на вертолете над регионом, во время которого видишь, что вокруг водопадов расположена парковая зона с 8 курортными городками, и подъем по Ниагаре на лодке почти к самому водопаду. Постоянный поток воды с ревом низвергается с высоты 70–80 м и образует движущийся столб мелкого дождя и тумана. Хорошо, что организаторы аттракциона предусмотрительно всем выдают плетеные плащи. Город Торонто напомнил мне Нью-Йорк. Как позже я прочитал,

не только мне — более 20 лет тому назад Peter Ustinow (1921–2004) написал, что Торонто как «...New York run by the Swiss...». Сейчас Торонто — это один из наиболее многонациональных мегаполисов нашей планеты с множеством прекрасных медицинских колледжей, университетов, научно-исследовательских институтов с соответствующими клиниками и лабораториями, включая всемирно известные онкологические центры Margaret Hospital и Toronto Sunnybrook Regional Cancer Center.

Программа конгресса была действительно грандиозной! Она включала 7 ключевых лекций, 262 доклада, 9 круглых столов, множество встреч с профессорами, инструкционные курсы, 3 сателлитных симпозиума. Как мне кажется, привлекательность любой конференции определяется наличием (или отсутствием) 4 составляющих. Это — встреча с коллегами, ставшими приятелями или друзьями после предыдущих научных собраний, программа конференции, привлекательность самого места проведения данного научного собрания и, наконец, степень доверия к конкретному организатору собрания по опыту прежних конференций, личного общения и(или) мнению коллег. Только при наличии всех или 3 из 4 указанных положений можно рассчитывать на приезд всех или почти всех приглашенных лекторов, авторитетных специалистов. Круг двух последних в эндокринной хирургии в нашей стране и за рубежом не так велик [9]. Встречи и общение с ними привлекает и доставляет удовольствие. Вот с такими установками и ожиданиями я прилетел в Торонто и встретил там, увы, единственного делегата от России И.В.Зинкевича из Ростова-на-Дону.

Основу научного потенциала конгресса составили доктора, с которыми мы многократно встречались на протяжении последних 10 лет в разных странах мира, в том числе в Санкт-Петербурге и встретимся опять в нашем городе в июле и октябре 2010 г. Научная программа началась 7 августа в 6 ч 15 мин сателлитным симпозиумом «Анапластический рак щитовидной железы (АРЩЖ)». Рассматривались современные представления о генезе этого фатального заболевания, стандарты и новые направления в лечении больных. В основной программе конгресса этой проблеме были посвящены всего 1 устный и 4 постерных доклада [13]. Причем, в 3 стендовых сообщениях было представлено по одному наблюдению и в четвертом — анализировался опыт лечения 37 больных. Докладчики солидарны в том, что в настоящее время основным остается хирургический способ лечения, так как максимально возможное удаление АРЩЖ, дополненное наружным облучением в комплексе с химиотерапией, продлевает жизнь больных примерно до 1 года. Полностью

удалить карциному пока не удастся, о чем свидетельствует ее неизбежное рецидивирование. Новые способы адьювантной терапии (молекулярные, генетические, васкулярные) находятся на этапе разработки. Наш коллектив, обладающий наибольшим в мире опытом хирургического лечения больных с РЩЖ (229 больных), активно участвует в международном сотрудничестве по изучению этой крайне тяжелой группы больных, госпитализируемых, как правило, по неотложным показаниям.

Первая ключевая лекция «Молекулярная основа рака щитовидной железы (РЩЖ)» была представлена профессором патологии из Неаполя M.Santoro [13]. Он отметил, что последние молекулярные исследования выявили многочисленные киназы, воздействия на которые может оказать благоприятное влияние на течение папиллярного, анапластического и медуллярного РЩЖ. Систематический анализ генома РЩЖ, так же как и функциональный скрининг РНК опосредованного «молчания» кандидатов на гены семейного РЩЖ, может улучшить направленную терапию этих больных. В устном докладе J.Kasperbauer и соавт. [13] из клиники Мейо показали, что регуляторы антиопухолевого иммунитета B7-H1, B7-H3 выражены у больных различными морфологическими формами РЩЖ. Выраженность последнего из этих факторов определяет выживаемость больных. Сотрудники Noguchi Thyroid Clinic [13], обладающей одним из самых больших в мире опытом лечения больных с РЩЖ, сделали, может быть, первый шаг в идентификации генов, участвующих в патогенезе РЩЖ. Таргетной терапии больных с РЩЖ посвящен доклад G.Ropussy [13]. Она считает, что определение молекулярного компонента устойчивости фактора тиреоидной транскрипции откроет новые терапевтические перспективы для больных с РЩЖ. Группа южнокорейских авторов во главе с Н.У.Ким [13] провела сравнительный анализ генетического профиля папиллярных карцином диаметром до 1 см (микрокарцинома) и больше 1 см и показала, что генетического различия между ними нет. Это имеет важное практическое значение, так как определяет программу лечения больных. В постерном докладе на эту тему С.Рез и соавт. [13] из Чикаго успешно применили sorafenib, sunitinib, axitinib, которые оказывают противоопухолевое действие через подавление ангиогенных факторов у больных с запущенным РЩЖ.

В следующей ключевой лекции «Изменения парадигм в хирургическом лечении РЩЖ» J.Shah (США) [13], президент Интернациональной федерации ассоциаций онкологов, изучающих опухоли головы и шеи, отметил, что, помимо лучшего понимания природы РЩЖ различной степени дифференцировки, удалось выделить 3 прогностические группы риска (высокий, промежуточный и низкий) у пациентов. Факторами для такого разделения явились возраст больных, размеры, распространение, дифференцировка опухоли. Больные с высоко дифференцированным папиллярным и фолликулярным раком в возрасте до 45–50 лет с интратиреоидными карциномами отнесены в группу низкого онкологического риска. Выполнение гемитиреоидэктомии у таких пациентов допустимо. У больных старшего возраста, при экстра-тиреоидном распространении карцином, более низкой степени дифференцировки у пациентов любого возраста хирургическое вмешательство и адьювантная терапия должны быть более агрессивными в виде тиреоидэктомии, профилактической центральной и лечебной боковой лимфаденэктомии, а также терапии радиододом. Возможность пообщаться с Jatin Shah будет у российских хирургов, онкологов и эндокринологов, интересующихся проблемами диагностики и лечения больных с РЩЖ, опухолей других органов головы и шеи в ходе конференций в нашем городе 9–12 октября 2010 г.

Как бы в развитие этой темы прозвучали лекции профессоров: А.Т.Ахуа (Гонконг) [13] «Изменения в применении ультразвукографии в обследовании больных узловым зобом и РЩЖ», J.Rosai (Италия) [13] «Изменения парадигм в патоморфологии ЩЖ: классификация и ее клиническое применение», I.D.Nay (США) [13] «Действительно ли абляция

остатков тиреоидной ткани улучшает отдаленные результаты лечения больных папиллярным РЩЖ с низким онкологическим риском, для которых риск смерти от этой болезни составляет лишь 1%», D.S.Cooper (США) [13] «Изменение парадигм наблюдения и лечения больных РЩЖ в послеоперационном периоде».

Да, действительно, в настоящее время УЗИ в комплексе с цитологическим исследованием пунктатов из узлов ЩЖ значительно улучшило раннее распознавание папиллярного и медуллярного РЩЖ и их метастазов. Однако каких-либо значительных подвижек в цитологической диагностике фолликулярной карциномы пока нет. Цитологическое заключение «фолликулярная опухоль» определяет необходимость хирургического лечения больных. Впрочем, при узловом эутиреоидном зобе не только это обстоятельство является основанием рекомендовать больному операцию. Распространение зоботрансформированной тиреоидной ткани в средостение тоже является основанием к резекции ЩЖ. И не стоит наблюдать таких пациентов до 70-летнего возраста, когда необходимость в хирургическом вмешательстве станет уже неотложной из-за компрессии органов шеи и средостения [9]. Что касается интраоперационной диагностики степени распространения РЩЖ для выбора адекватного объема операции, то представленные публикации R.Dzodic и соавт. [13], J.Lee [13] подтверждают старое правило о том, что новое — это не найденное или уже забытое старое. Речь идет о применении не прямой хромолимфотиреографии для визуализации путей оттока лимфы от ЩЖ и обнаружения «сторожевого лимфатического узла» путем введения метиленового синего или его аналогов в околоопухолевую ткань ЩЖ. С этой целью он вводится при раке кожи, гортани, щитовидной и молочной железы, прямой кишки и т. д. Применяются анилиновые красители, изотопы технеция или другие препараты, не являющиеся туморотропными. Указанные авторы, а ранее и отечественные [2] в своих докладах ссылались на работу D.Morton (1992) в качестве «первой исторически». В связи с этим хотелось бы отметить два важных обстоятельства. Во-первых, сторожевые лимфатические узлы, блокированные метастазами рака, не окрашиваются красителем и не захватывают нетуморотропный изотоп. Краситель и изотоп обходят сигнальный лимфатический узел по лимфатическим коллатералям. Во-вторых, данные об этом и другом использовании не прямой хромолимфотиреографии (более 500 исследований) были опубликованы мной в статье «Применение хромолимфотиреографии для выбора объема операции при раке щитовидной железы» в журнале «Вопросы онкологии» в 1989 г. [4], диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук (предзащита, защита проходили в НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова) и монографии «Клинико-патогенетические варианты новообразований щитовидной железы» [36] в 1990, 1992 гг. соответственно, а также методических рекомендациях МЗ РСФСР «Профилактика, клиническая диагностика и хирургическое лечение рака щитовидной железы у больных токсическим зобом» в 1989 г. И все же приятно, когда кто-то по прошествии более 20 лет повторяет твою работу и подтверждает ее полезность. Кстати, в той моей работе было довольно убедительно показано, что ЩЖ не имеет перешейка, а сросшиеся ее две доли в отношении лимфатического дренажа ведут себя как парный орган. Интраоперационная хромолимфотиреография позволяет надежно определить границы каждой доли ЩЖ и правильно выполнять гемитиреоидэктомию. И нет смысла этот термин дополнять словом «истмусэктомия», так как невозможно удалить то, чего нет.

Чрезвычайный интерес, а для многих, может быть, и сенсационный интерес, вызвала лекция моего доброго приятеля Ian Nay [13] из клиники Мейо (Рочестер, США). Он уже многие годы изучает отдаленные результаты лечения 24 300 больных с РЩЖ, оперированных с 1940 по 2004 г. хирургами клиники. Из этой, по-видимому, самой большой в мире когорты больных он отобрал и исследовал 3101 больного с карциномами из фолликулярного эпителия, относящимися к

T1, оперированных в указанный период, и сделал следующие выводы:

1) пациенты с микрокарциномами (до 1 см), «окультным» (до 1,5 см) РЩЖ обычно выздоравливали после адекватного хирургического лечения в 99%;

2) частота рецидивов РЩЖ в течение 20–40 лет наблюдения и более составила 1–7%;

3) радиойодтерапия не влияла на частоту рецидивов и отдаленных метастазов карцином. *При этом у больных после радиойодтерапии метастазы в шейные лимфатические узлы выявлялись чаще, чем только после адекватного хирургического лечения;*

4) радиойодтерапия не улучшала исход лечения, уровень регионарного и отдаленного метастазирования в любой группе исследованных (с микрокарциномами, окультными карциномами, T1), включая пациентов с мультицентрическим РЩЖ и с регионарными метастазами. Проведенное исследование позволило модифицировать клинические рекомендации клиники Мейо по лечению больных с РЩЖ T1 (диаметр карциномы до 2 см);

5) объем операции — тиреоидэктомия и центральная лимфаденэктомия (удаление 6-й группы шейных лимфатических узлов). Боковая лимфаденэктомия — при клиническом, ультразвуковом или интраоперационном обнаружении регионарных метастазов во 2–5-й группах лимфатических узлов;

6) показания к терапии радиойодом: повышенный уровень тиреоглобулина после отмены L-тироксина на 1 мес, другие признаки наличия отдаленных метастазов, группа высокого онкологического риска при папиллярной, фолликулярной и Хюртле-клеточной карциномах.

Недавнее изучение результатов применения радиойодтерапии у 6841 больного с РЩЖ в Европе [12] показало рост как солидных опухолей других органов, так и лейкомии. Поэтому авторы пришли к заключению: «...похоже, применение радиойодтерапии следует ограничить и использовать его лишь для больных, которым это действительно необходимо». Предыдущие и эти два очень больших исследования, проведенные I.Nau и группой французских авторов с участием M.Schlumberger, уже привели к 2-кратному снижению (с 41 до 24%) профилактического применения терапии радиойодом для разрушения остатков тиреоидной ткани. В СССР и позже в России не было возможности применять радиойодтерапию с профилактической целью и, как оказалось, к счастью. В российских клинических рекомендациях «Диагностика и лечение дифференцированного РЩЖ», которые были опубликованы в нашем журнале в 2008 г. [8], тоже указано, что если у больного определена «...группа низкого риска (T1N0M0) — послеоперационная терапия ¹³¹I не показана, так как не установлено преимуществ в отношении частоты рецидива и летальности», если «...группа среднего риска — показания определяются индивидуально. Нет однозначного мнения, должна ли терапия ¹³¹I применяться у всех пациентов или только у тех, где есть сомнения в полном хирургическом удалении ЩЖ...» [8]. Однако далеко не все эндокринологи и хирурги, даже некоторые из тех, что участвовали в создании рекомендаций, придерживаются этих достаточно аргументированных наставлений, что нельзя признать полезным для адекватно оперированных больных. Радиойодтерапия всем поголовно больным не нужна! Следует отметить, что принципа избирательного применения радиойодтерапии придерживаются и другие исследователи [13]. В настоящее время у нас имеется объективный способ определения необходимости использования с лечебной целью радиойода — это стимулированный (после месячной отмены лечения L-тироксина или применения тирогена) уровень тиреоглобулина и антител к нему [13].

Большой интерес и дискуссию, как обычно, вызвала проблема профилактики и лечения послеоперационных осложнений, тесно связанная с объемом вмешательств на ЩЖ и регионарном лимфатическом аппарате шеи. По сути, вопрос упирается в методику операции на ЩЖ. Если при всех видах заболеваний ЩЖ оперировать под визуальным

контролем найденного, аккуратно выделенного на всем протяжении шеи возвратного нерва и околощитовидных желез (что я делаю в соответствии с рекомендациями F.N.Lahey с середины 80-х годов), то профилактическая центральная шейная лимфаденэктомия (ЦЛАЭ) безопасна и прагматична. В перспективе у этих больных не будет причин высекаать из рубцов и возвратный нерв в ходе ЦЛАЭ, и околощитовидные железы, и метастазы РЩЖ.

Безопасность и эффективность операций на ЩЖ определяется в основном двумя факторами — это доскональное знание деталей эмбриологии и анатомии основания черепа, шеи, средостения и постоянное совершенствование опыта хирурга. В странах Западной Европы и США опытным тиреоидный хирург считается, если он ежегодно выполняет 100 операций и более на ЩЖ. Исходя из персонального опыта более 7,5 тыс. операций на ЩЖЗ, не могу с этим не согласиться. Что касается эмбриологии, уже сейчас считается классической работа, выполненная французским профессором-хирургом из Марселя J.F.Henry [10], отражающая и объясняющая тесную анатомическую связь щитовидной, околощитовидной и вилочковой желез. На нашей кафедре недавно были выполнены две научные работы [1, 7] (материалы были представлены на конгрессе) по хирургической анатомии ЩЖ, возвратных и добавочных нервов [13], получившие хорошие отзывы в России, Италии, Германии, США и Японии. Предложено монографию [9], куда они вошли в виде глав, издать на английском языке, а Школу эндокринной хирургии и онкологии, работающую при нашей кафедре с 2001 г., расширить до российско-американско-итальянской со специализацией хирургов в Санкт-Петербурге, Риме и Бостоне. Здесь будет уместным процитировать известного шведского общего, неотложного и тиреоидного хирурга Sten Lennquist [11]: «...Операция на ЩЖ обычно не является большой или драматичной, но определенно требует значительного хирургического мастерства и точности. Разница в диссекции в один или два миллиметра может стать разницей между успешным исходом лечения и катастрофой для пациента. Это требует от хирурга знания анатомии той области, где он работает на протяжении всей операции... Операция на ЩЖ фактически является очень хорошей моделью для подготовки хирурга к выполнению любого хирургического вмешательства: хирург, который действительно хорошо может выполнить тиреоидэктомию, способен хорошо произвести операцию любого вида, в любой части тела ... после небольшой специализации, потому, что технические требования во многом похожие».

ЦЛАЭ (удаление 6-й группы шейных лимфатических узлов от уровня верхнего края щитовидного хряща до уровня подключичных артерий) на конференции были посвящены 13 докладов. Актуальность вопроса регулярного применения ЦЛАЭ отражена в мнении K.A.Pathak [13] из Канады: «... сражение с РЩЖ находится в центральной части шеи...». Хирурги из Великобритании, США, Австралии [13] справедливо отметили, что ЦЛАЭ может приводить к увеличению частоты гипокальциемии и параличей мышц гортани и, прежде чем ее выполнять, следует сопоставить преимущества, недостатки методики и свои манипуляционные возможности. Они считают, что окончательные выводы делать рано, а ценность ЦЛАЭ и варианты показаний для ее применения могут быть определены после многоцентровых исследований. Американский хирург V.Narra [13] придерживается другой точки зрения — он предлагает рекомендации Американской тиреоидной ассоциации об ипсилатеральной ЦЛАЭ у всех больных с РЩЖ изменить на более радикальные — всегда применять двустороннюю ЦЛАЭ. Сторонники непрерывной ЦЛАЭ в ходе первой операции по поводу РЩЖ [13] аргументировали ее полезность значительным снижением числа метастазов в 6-й группе неудаленных при первой операции лимфатических узлов [13] и высокой степенью опасности послеоперационных осложнений (гипопаратиреоз — до 30%, параличи гортани — до 13%) в ходе повторных вмешательств [13].

Послеоперационные осложнения — главный бич операций на ЩЖ. Тем не менее, этому вопросу уделяется не так много внимания, как следовало бы. Только в 11 докладах затрагивалась эта тема. Понятно, что число повреждений возвратных нервов больше при операциях по поводу рака, если нерв не обнажать постоянно [13]. И не так уж важно, при наличии большого опыта, откуда это начинать делать — сверху [13] или снизу. Для начинающих хирургов это делать лучше снизу вверх [9]. Для профилактики послеоперационного гипопаратиреоэза А. Sanabria и соавт. [13], А. Amir и соавт. [13], Е. М. Quinn и соавт. [13] советуют назначать препараты кальция и витамин D до и после операций. Большее число осложнений следует ожидать у людей пожилого и старческого возраста [13], по-видимому, в силу большей запущенности заболевания и возрастных расстройств кровообращения, связанных с атеросклерозом.

Среди обсуждаемых вопросов было действительно много важных и своевременных. К примеру, в настоящее время отсутствует современная классификация повреждений возвратных нервов и их последствий. Возможность новых методов изучения функции гортани уже не те, что были 10–15 лет тому назад. И это очень важно, на основании возможностей новых методик обследования гортани, своевременно определить, начать и эффективно проводить лечение последствий операционных травм. По-прежнему только единичные доклады с небольшим количеством наблюдений были представлены по реконструкции поврежденных нервов шеи и гортани [13]. Между тем, наш опыт показывает, что больных с послеоперационными параличами мышц гортани можно избавить от канюленосительства, улучшить голос и, тем самым, повысить качество их жизни.

Мне были интересны доклады [13], в которых рассматривались особенности РЩЖ на фоне узлового эутиреоидного и диффузного токсического зоба (ДТЗ). Более благоприятное течение карцином на фоне ДТЗ объяснено аутоиммунными процессами в ЩЖ, которые тормозят развитие рака. К таким же выводам пришли и мы еще в 80-е годы на основе анализа, примерно, 600 наблюдений РЩЖ. Этот материал неоднократно публиковался в статьях, диссертации в 1989 г. [3] и монографии в 1992 г. [6].

Медулярный РЩЖ остается нерешенной проблемой эндокринной онкологии. В отношении диагностики — это проблема преимущественно организационно-финансовая. Определение уровня кальцитонина у всех больных с узловым зобом резко улучшит раннюю диагностику и результаты хирургического лечения больных с этой карциномой. При отсутствии регионарных метастазов 10- и 20-летняя выживаемость больных с медулярным РЩЖ мало отличается от таковых при папиллярном и фолликулярном раке. Но это требует определенных финансовых затрат. Если же к моменту операции у пациента имеются метастазы в регионарных лимфатических узлах, отдаленные результаты ухудшаются в 1,5–2 раза и у детей [13], и у взрослых [9]. Именно проблемы комбинированного лечения рассматривались на сателлитном симпозиуме «Будущие направления в лечении запущенного медулярного РЩЖ», который проходил 8 августа под председательством S. Sherman (США). В качестве перспективного для послеоперационного лечения больных с локальноинвазивным и метастатическим медулярным РЩЖ он назвал сочетание Sorafenib (препарат активен против BRAF, RET, VEGF) и Tipifarnib (ингибирует farnesyl transferase, предупреждая, таким образом, активацию Ras, и селективно уничтожает Ras-трансформированные клетки).

Лечение больных с карциномами, инфильтрировавшими окружающие органы шеи и средостения, метастазировавшими в лимфатические узлы и другие органы, — задача непростая и нерешенная. На конгрессе были представлены два основных направления в хирургическом лечении этой группы больных — органосберегательное и более агрессивное, предполагающее циркулярную резекцию органов шеи и средостения. Большинство авторов (К. Honda и соавт. — 112 операций, J. Filho — 84 операции, С. Cernea и соавт. — 45

операций [13]), в том числе и мы (256 комбинированных и 246 расширенных операций) предпочитают первый путь — «бреющую», боковую резекцию трахеи, гортани и пищевода. Это обусловлено возможностью эффективно использовать терапию радиойодом, наружным облучением у многих пациентов при значительно лучшем качестве жизни в сравнении с больными, которые обречены на постоянную полную трахеостомию, эзофагостомию и(или) гастростомию после циркулярных резекций.

Как можно понять из этого отчета, программа конгресса была очень напряженной и насыщенной. Однако всем хватило времени для выступлений, дискуссий и приятного общения в стенах конгресса (Sheraton Center Toronto), а некоторым — и в гостеприимном доме профессора Jeremy L. Freeman. Как я заметил, многие доктора в США, Канаде, Италии предпочитают жить в пригородах. По-моему — это неплохой выбор, так же как и проведение конференций во время летних отпусков. После возвращения домой не нужно торопиться, есть время для реадaptации и подготовки к другим собраниям. До конца года еще предстояли конференции в Ижевске, Риме, Петрозаводске, Москве, Лодзе и, конечно, Санкт-Петербурге.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Карпатский И.В. Хирургическая анатомия соединительно-тканых фиксирующих структур щитовидной железы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.—СПб., 2007.—С. 24.
2. Мельников О.Р. Колоректальный рак и концепция «сторожевого» лимфоузла // VIII Российский онкологический конгресс.—М., 2004.—С. 94–97.
3. Романчишен А.Ф. Диагностика и обоснование хирургической тактики лечения новообразований щитовидной железы: Дис. ... д-ра мед. наук.—Л., 1989.—458 с.
4. Романчишен А.Ф. Применение хромолимфографии для выбора объема операции при раке щитовидной железы // Вопр. онкол.—1989.—№ 9.—С. 1037–1040.
5. Романчишен А.Ф. Профилактика, клиническая диагностика и хирургическое лечение рака щитовидной железы у больных токсическим зобом: Метод. реком.—Л., 1989.
6. Романчишен А.Ф. Клинико-патогенетические варианты новообразований щитовидной железы.—СПб.: Наука, 1992.—260 с.
7. Романчишен Ф.А. Хирургическая профилактика повреждений возвратного гортанного и добавочного нервов при операциях по поводу заболеваний щитовидной железы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.—СПб., 2006.—16 с.
8. Романчишен А.Ф. Диагностика и лечение дифференцированного рака щитовидной железы. Клинические рекомендации согласительной комиссии // Вестн. хир.—2008.—№ 3.—С. 59–62.
9. Романчишен А.Ф. Хирургия щитовидной и околощитовидных желез.—СПб.: Вести, 2009.—С. 5–10, 81–87, 207–218, 288–308.
10. Henry J.F. Surgical anatomy and embryology of the thyroid and parathyroid glands and recurrent and external laryngeal nerves // Textbook of endocrine surgery / Eds. O.H. Clark, Q.-Y. Duh.—Philadelphia etc.: W.B. Saunders, 1997.—Р. 8–15.
11. Lennquist S. Pears and pitfalls in thyroidectomy // Surgery of the thyroid and parathyroid glands.—Boston: Harvard Medical School, 2004.—Р. 1–5.
12. Rubino C., Vathaire D., Dottorini M. et al. Second primary malignancy in thyroid cancer patients // Brit. J. Cancer.—2003.—Vol. 89.—Р. 1638–1688.
13. Thesises of Word Congress on Thyroid Cancer, 6–10 August 2009.—Toronto, 2009.—Р. 1–167.

Поступила в редакцию 24.02.2010 г.