

© А.Ф. Романчишен, К.В. Вабалайте, 2011
УДК 616.43-089(1-925):005.745

А.Ф. Романчишен, К.В. Вабалайте

ОТЧЁТ О 12-М КОНГРЕССЕ АЗИАТСКОЙ АССОЦИАЦИИ ЭНДОКРИННЫХ ХИРУРГОВ (23–24 МАРТА 2010 г., г. ТОКИО, ЯПОНИЯ)

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

Ключевые слова: эндокринная хирургия, конгресс.

Если бы сегодня, после возвращения из Японии, меня спросили: нужно ли, интересно ли туда съездить, — я бы ответил, что один раз, по крайней мере, это стоит сделать. Почему? Потому, что знакомство с Токио и окрестностями приземляет те мифические представления о Японии, которые уже есть или формируются у большинства моих близких и знакомых.

Март — не самый яркий месяц года. Может быть, поэтому меня смутило обилие серых красок в цвете города и ландшафта: серые дома, деревья, одежда прохожих. Последние в большинстве своем сосредоточены на внутренних переживаниях и угрюмы, как и у нас. Но, если Вы обратитесь к кому-либо, Вам ответят доброжелательно и учтиво. Могут и проводить Вас в нужное место, если, конечно, поймут, что Вам нужно. Английский язык в российском и японском произношении не самый лучший и удобный для общения. Но других вариантов, кроме ещё жестикюляции, нет. Лучше обращаться с вопросами к молодым людям — они чаще знают английский. А совсем юные японцы стараются всеми силами приобрести вид европейцев, вплоть до пластических операций на веках. Если с американизацией японского населения так пойдёт и дальше, то могут возникнуть серьёзные проблемы с сохранением местных традиций. В сравнении с европейцами японцы много курят. Не так много как в России и в специально отведённых местах, в помещениях и на улицах, однако курят много и интенсивно.

Городские дороги многоэтажные (в 2–3 этажа), проходят почти под окнами домов. Уровень 3-го этажа дороги совпадает с 5-м этажом дома, и Вы, проезжая на автобусе, электричке, поеволе наблюдаете, что происходит в квартирах. Кстати, в вагонах поезда и метро кресла подогреваются. С приятным удивлением это же Вы узнаете и об унитазах, который оснащён и музыкой, и фонтанами различного предназначения, и подсветкой, и струей горячего воздуха. Уровень электронизации очень высокий в гостинице, на улице, на станциях метро, электричек, автобусов, в ресторанах быстрого питания. Очень легко разобраться с приобретением нужных билетов, их компостированием, выбором и заказом еды в ресторане. В течение последних 15 лет в России к японской еде мы вполне

адаптировались и, как мне кажется, она довольно вкусная и пользуется популярностью.

Неудобство одно — везде, по причинам небольших размеров японцев, для нас тесновато: и в гостиничном номере, и в ресторанах, и т.д. Кроме того, земля в Токио супердорогая, современные дома очень высокие и тесно прилегают один к другому. Между ними расположены кладбища прямо в разных районах города. Токио напоминает большой муравейник или Нью-Йорк. Однако 13-миллионный мегаполис очень чистый, тщательно вымытый с вышколенным населением, которое ходит пешком или управляет автомобилем. Проблема автопробок в Японии возникла лет 40 тому назад. Её с тех пор и решают с помощью многоэтажных дорог и гаражей, уменьшения токсичности выхлопных газов, фильтрации воздуха, поступающего в дома и автомашины. Многие японцы носят на лице привычные для нас медицинские маски. И это понятно, когда видишь маленького японского человека на улице. Но видел я и другие ситуации, когда японец сидит в хорошей автомашине один и на его лице маска. Зачем она ему, от кого он защищается, от кого боится заразиться — мне было не понятно. Загадочная восточная душа!

Основные программные доклады конгресса были посвящены выбору объёма операции на щитовидной железе (ЩЖ) и регионарных лимфатических узлах при дифференцированном раке щитовидной железы (РЩЖ), лечению больных с диффузным токсическим зобом (ДТЗ) и гиперпаратиреозом.

Президент Интернациональной Ассоциации эндокринных хирургов (IAES) проф. Leigh W. Delbridg из Сиднея отметил, что в западных странах на протяжении последних 10 лет наблюдается, вслед за многими азиатскими коллективами эндокринных хирургов, постепенное изменение отношения к операциям на регионарных лимфатических узлах шеи. По его данным, минималистский объём операций в виде только гемитиреоидэктомии (ГТЭ) у больных с папиллярным РЩЖ даже низкого онкологического риска повсеместно остановлен. При РЩЖ всегда должна выполняться тиреоидэктомия (ТЭ). Если клинически или цитологически до или во время операций обнаружены метастазы в какой-либо группе лимфатических узлов, необходимо тиреоидэктомию дополнять лечебной центральной и боковой лимфаденэктомией. Для пациентов без клинических

и лучевых признаков регионарного метастазирования РЩЖ объёмом, рекомендуемым в большинстве опубликованных стандартов, являются тиреоидэктомия и рутинная «профилактическая» центральная лимфаденэктомия (удаление преларингеальных, претрахеальных и паратрахеальных лимфатических узлов). По представленным данным двусторонняя центральная лимфаденэктомия не имела явных преимуществ перед односторонней. Последняя приводила к значительному послеоперационному снижению уровня тиреоглобулина и не повышала количество послеоперационных осложнений. С другой стороны — проф. J.Fujimoto из Cancer Institute Ariaka Hospital (Япония) изучил 10–15-летние отдаленные результаты хирургического лечения 343 пациентов с РЩЖ с низким онкологическим риском. После гемитиреоидэктомии рецидив РЩЖ в тиреоидном остатке возник лишь в 0,5% наблюдений. Кумулятивная выживаемость этих больных через 10–15 лет составила 99%. Гемитиреоидэктомия применялась лишь при локализации карцином в одной доле по данным УЗИ. Автор сделал несколько выводов: 1) показания к ТЭ должны определяться по данным дооперационного УЗИ; 2) радиоабляция и супрессивная терапия у больных после ГТЭ не нужна; 3) больные с регионарными метастазами РЩЖ диаметром до 2 см должны наблюдаться.

Прежние и новые (последних 20 лет) представления об объёме хирургических вмешательств при дифференцированном РЩЖ остаются в некотором противоречии. Однако между ними есть «золотая» середина, о чем говорилось в недавних публикациях и выступлениях [2]. Даже самые современные аппараты для УЗИ не позволяют выявить миллиметровые фокусы РЩЖ. Опасность последних может быть и не так велика, но всё же прогрессирование и понижение дифференцировки рака возможно и опасно. ТЭ позволяет контролировать диссеминацию РЩЖ по уровню тиреоглобулина и антител к нему. Это создаёт возможность поиска и удаления регионарных метастазов, аргументированного лечения радиойодом. Назначение всем больным с РЩЖ терапии радиоактивными изотопами йода не оправдало себя, так как он, увы, имеет и опасные побочные действия. В наше время имеются эффективные и безопасные препараты для эффективной и надёжной заместительной терапии, чего не было в 80-е годы, т. е. полное удаление ЩЖ при раке, если его выполняет опытный хирург, эффективно, безопасно и может быть надёжно компенсировано медикаментозными препаратами.

Ещё одна проблема, дискутирующаяся в литературе, — это место хирургического лечения и объём резекции ЩЖ при ДТЗ. К.Sugino и соавт. признают преимущества хирургического лечения (быстрое, эффективное, окончательное) перед медикаментозной и радиойодтерапией. Недостатком является возможность послеоперационных осложнений, что устранимо высокой операционной техникой хирурга. Сравниваются эффективность субтотальной резекции ЩЖ и ТЭ. После первой — имеется опасность рецидива тиреотоксикоза. Уменьшение объёма оставляемой тиреоидной ткани приводит к увеличению числа наблюдений послеоперационного гипотиреоза. В итоге японские авторы пришли к выводу, что субтотальная резекция ЩЖ не обеспечивает удовлетворительные результаты, и они сейчас рекомендуют у больных с ДТЗ удалять ЩЖ полностью. Особо подчёркивается применение ТЭ при больших размерах зоба больным детского возраста. Исходя из опыта хирургического лечения более 22 000 больных с ДТЗ в клинике Noguchi H.Noguchi и соавт. считают, что хирургический способ лечения больных с ДТЗ имел место в прошлом (в этой клинике с 1911 г.), имеет место

в настоящем и будет иметь место в будущем при разумном подходе к селекции больных.

Chen-Hson Lee (Тайвань) отметил, что в структуре оперированных по поводу болезней ЩЖ больные с ДТЗ составляют 20% и занимают второе место после больных с РЩЖ (39%). По его данным, у 67% больных с ДТЗ медикаментозная терапия неэффективна (рецидивы тиреотоксикоза), в 19% наблюдений плохо переносится длительная медикаментозная терапия, и больных направляют для хирургического лечения. ТЭ рекомендуют при сочетании ДТЗ и РЩЖ, при выраженной офтальмопатии, высоком уровне антител к тиреотропному гормону и других аутоиммунных расстройствах. При выполнении субтотальной резекции ЩЖ оставляют 4–8 г тиреоидной ткани на стороне, меньшей по размеру доли ЩЖ. R.F.Parkyn (Австралия) остроумно заметил: «Эндокринолог — подписывает, радиолог — назначает, хирург — оперирует. Так как ведущим в этой команде является эндокринолог, то нетрудно понять, что ведущей является консервативная терапия, даже если глаза выпадают на лоб... Однако тенденции меняются и сейчас появилось устойчивое понимание ценности хирургии для лечения больных с ДТЗ с офтальмопатией». В настоящее время эндокринологи настаивают на том, что больные с офтальмопатией, с компрессией органов шеи и средостения с большим зобом, беременные женщины были оперированы высоко профессиональными тиреоидными хирургами. Кроме того, некоторые больные из этнических групп населения отвергают медикаментозное и лучевое лечение и признают лишь хирургическую помощь.

Обсуждались и другие типичные для собраний эндокринных хирургов темы. Остаётся нерешённым вопрос методики удаления аденом околощитовидных желёз (ОЩЖ). Если данные сцинтиграфии технетрилом и УЗИ совпадают и есть возможность быстрого интраоперационного определения уровня паратгормона, допустимо целенаправленное эндоскопическое одностороннее удаление опухоли. Если аденома не одна (около 10% наблюдений) или первичный гиперпаратиреоз обусловлен диффузной гиперплазией нескольких ОЩЖ, преимущества (небольшой рубец на шее) фокусного доступа исчезают и реальна возможность прогрессирования или рецидивирования заболевания (D.Miura, A.Agarwal и соавт., O.H.Clark).

Рассматривались проблемы хирургического лечения больных с запущенным РЩЖ с инвазией сосудов шеи (M.Ochi), лимфатических узлов средостения (H.Chang, C.S.Park), гортани (S.K.Chee), возвратных гортанных нервов (ВГН). A.Miyanchi имеет самый большой в мире опыт реконструкции ВГН. Он считает, что инвазированный ВГН следует резецировать и реконструировать вне зависимости от того, есть или нет расстройства функции мышц гортани до операции.

Отмечен прогресс в диагностике и хирургическом лечении нейроэндокринных опухолей поджелудочной железы (M.Imamura, J.Nakamura и соавт., Ho-Soong Han), МЭН типа 1, типа 2. Авторами из Японии (T.Imai) удалось объединить и проанализировать клинический опыт 11 госпиталей в диагностике и лечении 243 наблюдений, в том числе 204 — с синдромом МЭН 2А и 6 — с МЭН 2Б. У оставшихся 33 пациентов имела место семейная медуллярная карцинома. Это позволило внести существенные изменения в японский стандарт диагностики и лечения синдромов МЭН.

Помимо пленарных, были представлены 38 секционных и 84 стендовых доклада [1]. От России в программу 12-го конгресса Азиатской Ассоциации эндокринных хирургов были включены и представлены два доклада от нашей кафедры: «Местно-агрессивный дифференцированный РЩЖ: радио-

нальный объём хирургических вмешательств» и «Опасна ли центральная диссекция при РЩЖ?». Тема первого и второго докладов широко дискутируется. Большие по объёму циркулярные резекции жизненно важных аэродигестивных органов шеи более радикальны с онкологических позиций, но инвалидизируют больных и, как показывает опыт, не улучшают, а ухудшают непосредственные и отдаленные результаты лечения [2]. Что касается перманентного иссечения 6-й группы лимфатических узлов шеи (центральная лимфаденэктомия), то уже давно сказано, что в наше время хирургия ЩЖ — это хирургия возвратного нерва и ОЩЖ. Хирург, умеющий их сохранить, предупреждает появление метастазов в 6-й группе лимфатических узлов, а также расстройства голоса и кальциевого обмена в послеоперационном периоде.

Конгресс был интересным в научно-практическом и культурно-познавательном плане. Однако каждая научная конференция по хирургии, проводимая в любом городе России, сопровождается намного более тесным многоплановым обучением коллег и более продуманной, интересной культурной программой. По-видимому, поэтому большинство зарубежных коллег с радостью приезжали на наши конференции в 2003, 2007 гг., изъявили желание приехать к нам в июле и октябре текущего года для участия в трёх международных хирургических конференциях.

Японская пословица гласит: «Пока ты не видел Никко, не говори, что видел прекрасное». Поэтому после окончания 12-го конгресса Азиатской Ассоциации эндокринных хирургов мы предприняли туристическую поездку в этот 20-тысячный городок в 135 км от Токио. В Никко находится национальный парк с горными вершинами, озерами и водопадами, удивительными буддийскими храмами, заложенными в VI в. Сын и внук первого Сёгуна эпохи Эдо-Токугаве Иэясу в его честь в 1623 г. заложили и построили Храмовый ком-

плекс Тосёгу. Последний является синтоистским храмом, но поднимаясь по 200 ступеням аллеи, окруженной прекрасными деревьями криптомериями, вверх, можно встретить и буддийские святыни. Японцы очень терпимо относятся ко всем религиям. На территории Тосёгу можно встретить тесно соседствующие элементы буддизма и синто. Говорят, в этих местах лучше всего побывать осенью, когда можно полюбоваться оранжево-красными клёнами, но мы были в марте. Было сыро и холодно, пролетал мокрый снег и хотелось побыстрее вернуться в автобус, чтобы подняться на 3 км вверх — в горы ещё выше, полюбоваться японским Байкалом (не таким большим и глубоким как наш, но, несомненно, чистым). Кроме того, мы смогли восхититься традиционным трудолюбием японского народа, который укрепил все ущелья, где могли сойти оползни, каменными и бетонными ступенями, оценить высокое качество серпантинных дорог, построенных отдельно для подъёма и спуска, и понять, что скоро ехать в Японию опять мне почему-то не хочется. Может потому, что японцев почти столько же (130 млн человек), как и нас, а длина всех островов страны около 3 тыс. километров, притом что 70% территории занято горами и на 1 километре квадратном проживают 2335 человек. Но ведь живут же там более 1,5 млн иностранцев и ничего. Но я в Россию, домой захотел. Нам есть чему поучиться у других, но знания лучше и важнее применять в своей стране.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Романчишен А.Ф. Хирургия щитовидной и околощитовидной желёз.—СПб.: Вести, 2009.—647 с.
2. Innovation and development toward new era in Endocrine Surgery // 12th Congress of Asian association of endocrine surgeons.— March 23–24, 2010. Tokyo, Japan. Program and Abstracts.— 159 p.

Поступила в редакцию 01.07.2010 г.