

© А.Ф.Романчишен, 2010
УДК 616.441-006.6:06.061.3«2009.08.06/.10»

А.Ф.Романчишен

**СИМПОЗИУМ ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА
ЭНДОКРИННЫХ ХИРУРГОВ (19–21 МАРТА 2009 г.)
«СОВРЕМЕННАЯ ТЕХНИКА В ХИРУРГИЧЕСКОМ
ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕО-
ЗОМ: ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ПЕРСПЕКТИВНОСТИ»**

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

Если Вам необходимо посетить юг Швеции (Мальмё, Лунд, Гётеборг), не нужно лететь в Стокгольм. Отправляйтесь лучше в Копенгаген. Это будет быстрее, интереснее и дешевле. Если у Вас будет несколько свободных часов, Вы сможете на беспилотном метро быстро доехать до центра Копенгагена и даже разговаривать по телефону (в вагоне тихо). Это уже приключение, потому что поневоле чувствуешь себя водителем вагона метро, тоннель которого несётся тебе навстречу, и ты давишь на мнимые педали для торможения и остановки. На улицах тихо и чисто. Валяются только давно оставленные кем-то велосипеды в невероятно большом количестве и без замков. Было солнечно и холодно (март!), встречалось много индо-китайцев с детьми, нередко от смешанных браков, таких же милых, как все дети. Но по улицам ходили, ездили на велосипедах, в основном молодые люди 20–35 лет. Особенности велосипедов в том, что они оснащены прицепами и ящиками, которые заполнены или товарами, или детьми. Людей среднего возраста и стариков в городе я почти не видел.

Копенгаген — город старый, ухоженный, красивый, во многих местах напоминает Санкт-Петербург (точнее — наоборот). Если у Вас есть путеводитель, вы можете выбрать один из множества пешеходных маршрутов, к примеру, от ратуши до Русалочки и увидеть площадь Грёбродреторв и Конгенс-Ньюторв с дворцом Шарлоттенборг, дворец Амалиенборг, Мраморную церковь и т.д. Около часа Вам потребуется,

чтобы комфортным поездом промчаться через несколько тоннелей и длинный мост, увидеть поле ветряков — производителей электроэнергии и оказаться вначале в Мальмё, а затем и в Лунде. Последний — старый университетский город идей. Но знания и прогресс здесь носят практический характер, а история и будущее, соединяясь, дают настоящее. Старинный Собор, построенный в 1100 г., Королевский Дом, Ботанический сад (1860 г.), поместье Хакеберга (XIX столетие), Городская галерея искусств (1957 г.) и Музей культуры (2004 г.) создают прекрасные возможности для работы и отдыха.

В симпозиуме приняли участие 170 докторов из разных стран мира. Научный председатель и организатор: проф. Andreas Bergenfelz. Проблема стандартизации диагностики и лечения первичного гиперпаратиреоза (ПГПТ) актуальна ввиду появления новых технологий, а последний американский стандарт относится ещё к 1990 г. Основой ранней диагностики ПГПТ признан скрининг населения на уровень общего кальция крови. В тех странах, где это проводится, это простое и дешёвое исследование у всех людей, обратившихся по какому-либо поводу в медицинское учреждение, на доклинической стадии оперируют более 90% больных, т.е. нет множественных переломов костей при пустяковых травмах, нет коралловидных камней в почках, хронического панкреатита, а выявлено лишь повышение уровня кальция и паратгормона. В Российской Федерации, других бывших республиках СССР, Индии

состояние прямо противоположное — оперируют больных с яркой костной, почечной или почечно-костной формой болезни, нередко уже инвалидов. В период лишь лабораторных изменений, т.е. на доклинической стадии ПГПТ, оперируют лишь около 5% больных. Как это не странно, скрининга населения на уровень кальция крови нет и не планируется его внедрение в практику. Стандарт предоперационного обследования больных с ПГПТ включает: клинко-лабораторную диагностику (определение уровней кальция, паратгормона крови), локализирующую диагностику (сцинтиграфию шеи, средостения с изотопами технеция ^{99m}Tc technetrit, Sestamibi), ультразвуковое исследование (УЗИ). Хирургическое вмешательство предполагает непременно ревизию всех околощитовидных желёз (ОЩЖ) с удалением лишь аденоматозно-изменённых. Миниинвазивные целенаправленные вмешательства допустимы лишь при наличии возможности интраоперационного быстрого определения уровня паратгормона (перед операцией, через 10 мин после удаления аденомы/аденом дважды). Из 3 существующих критериев (Miami, Rome, Vienna) наиболее надёжным оказался последний (доказательством удаления единственной аденомы является снижение уровня паратгормона на 50% и более через 10 мин). В противном случае необходима двусторонняя ревизия шеи и средостения [Barchinsky M. et al., 2009]. Так как одно «полезное» (подтверждающее удаление единственной аденомы ОЩЖ) исследование в среднем обходится в 3 тыс. долларов США, предпринимались различные попытки его заменить менее дорогим исследованием. Но они пока безуспешны. Нерешённым является вопрос интраоперационной визуализации и сохранения ОЩЖ. Для этого применяется маркировка ОЩЖ введенными до операции изотопами технеция (радиоассистированные паратиреоидэктомии), введенным внутривенно метиленовым синим (большая доза — токсична). Ввиду ненадёжности, эти методики не нашли широкого использования в практике. Ещё в 80-х годах с этой же целью нами применялась непрямая интраоперационная хромолимфотиреография спиртовым раствором метиленового синего. Так как лимфатическая сеть доли щитовидной железы и ОЩЖ разделены, паратиреоидная ткань хорошо контурируется на фоне окрашенной тиреоидной. Методика этой

процедуры была изложена в соответствующих рекомендациях республиканского внедрения в 1989 г. и наших монографиях 1992 и 2009 гг.

Ещё одна важная проблема обсуждалась как в докладе J.F.Henry, так и в дискуссиях — это обследование и хирургическое лечение больных с персистенцией гиперкальциемии и рецидивами ПГПТ. Под персистенцией понимается наличие повышенного уровня кальция крови в течение 6 мес и более после мнимого удаления аденом ОЩЖ, под рецидивом ПГПТ — возобновление нормализовавшейся после паратиреоидэктомии гиперкальциемии через 6 мес и более. Причина того и другого состояния обусловлена ошибкой хирурга в результате использования неадекватного доступа или ревизии шеи и средостения. В результате была оставлена аденома при мультигландулярной болезни либо разрыв капсулы аденомы (карциномы) привёл к имплантации паратиреоидной ткани (паратироаденоматоз) и рецидиву ПГПТ. В такой ситуации для поиска причины возврата болезни большое значение имеет сотрудничество хирурга, знающего анатомию и эмбриологию, и радиолога. Полезными могут оказаться определение паратгормона во внутренних яремных венах (слева, справа), субтракционное ^{99m}Tc сестамибисканирование, магнитно-резонансная томография и позиционная эмиссионная томография. Предпринимать повторное вмешательство (обычно открытое) по поводу ПГПТ рекомендовано в специализированных учреждениях, под визуальным и электрофизиологическим контролем возвратных гортанных нервов, желательным с интраоперационным контролем уровня паратгормона. Это обусловлено высокой частотой послеоперационных парезов мышц гортани (до 10%) и гипопаратиреоза (до 20%). Если аденома найдена или предполагается её низкая или задняя медиастинальная локализация, оптимальным признаётся трансстеральный доступ. Не следует забывать и об интратиреоидном расположении ОЩЖ. Всего, по данным J.F.Henry, необходимость в реоперациях возникает в 12–20% наблюдений ПГПТ. Залогом успешного лечения ПГПТ является ранняя диагностика и хирургическое лечение этих больных с ясными представлениями об эмбриологии и анатомии шейных органов эндокринной системы.

Поступила в редакцию 28.10.2009 г.