

© Коллектив авторов, 2006
УДК 616.43-089

А.Ф.Романчишен, З.С.Матвеева, Д.В.Махароблишвили

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ЭНДОКРИНОЛОГИИ [XIII (XV) Российский симпозиум по хирургической эндокринологии, г. Рязань, 14–16 сентября 2005 г.]

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

Ключевые слова: хирургическая эндокринология, щитовидная железа, надпочечники, околощитовидные железы, поджелудочная железа.

С 14 по 16 сентября 2005 г. в старинном русском г. Рязани, на родине российского физиолога, нобелевского лауреата академика И.П.Павлова состоялся очередной XIII (XV) Российский симпозиум по хирургической эндокринологии. Симпозиум был посвящен 60-летию Рязанского государственного медицинского университета и совпал с празднованием 100-летия со дня рождения знаменитого русского поэта серебряного века Сергея Есенина.

Первый день работы симпозиума был посвящен заболеваниям щитовидной железы (ЩЖ). После приветственного слова М.И.Кривцова, В.Г.Макаровой, проф. В.И.Шумского, заместителя директора по научной работе МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского симпозиум открыл доклад проф. А.Ф.Романчишена «Послеоперационные осложнения в хирургии ЩЖ». В докладе был приведен анализ работы Центра хирургии органов эндокринной системы Санкт-Петербурга за последние 30 лет. Автор акцентировал внимание на причинах возникновения послеоперационных осложнений в хирургии ЩЖ, потребовавших неотложных вмешательств, их проявлениях и методах профилактики. Накопленный хирургический опыт позволил коллективу центра значительно снизить уровень специфических осложнений. Так, количество односторонних парезов возвратного нерва уменьшилось с 3,10% в 1973–1981 гг. до 0,30% к 2000–2004 гг. Соответствующие показатели для двусторонних парезов снизились с 1,20% до 0,08%, хотя процент послеоперационных кровотечений в последние годы несколько возрос — до 0,98%, оставаясь, в целом, за весь период работы центра на уровне 0,62%. Впервые прозвучали данные о таком достаточно редком виде осложнений, как разрыв мембранозной части трахеи интубационной трубкой, который встретился за время работы центра в 4 (0,02%) случаях на 19 197 операций.

В.Г.Аристархов в докладе «О тактике хирурга при узловом зобе в йоддефицитном регионе» [3] сообщил о показателях к операции, объеме операции и диспансерном наблюдении у пациентов с узловыми образованиями ЩЖ.

Около половины всех прозвучавших в первый день симпозиума докладов были посвящены проблемам диагностики и лечения рака щитовидной железы (РЩЖ). Большой интерес вызвал доклад В.Г.Полякова и соавт. [18], посвященный результатам лечения папиллярного РЩЖ у детей и подростков в НИИ детской онкологии и гематологии РОНЦ им. Н.Н.Блохина, основанный на 30-летнем опыте работы коллектива. За это время в НИИ были обследованы и пролечены 291 ребенок с морфологически подтвержденным папиллярным РЩЖ. В докладе приведен анализ различных методов диагностики на до- и послеоперационных этапах, способов и результатов оперативного лечения. Отмечено преобладание запущенных форм рака. Установлено, что агрессивность папиллярного РЩЖ увеличивалась с переходом от монофокусного процесса к мультицентрическому. Объем лечения папиллярного РЩЖ у детей и подростков в НИИ им. Н.Н.Блохина после 1999 г., кроме хирургического вмешательства, в обязательном порядке включает терапию радиоактивным йодом и супрессивную терапию левотироксином. Такая тактика позволяет в дальнейшем использовать мониторинг уровня тиреоглобулина. Отмечен более высокий (в 1,5–2 раза) риск развития рецидивов после органосохраняющих операций.

Более чем значительный материал по клинико-анатомическим особенностям РЩЖ и опыту его хирургического лечения в Челябинской государственной медицинской академии был представлен В.А.Приваловым и соавт. [22]. Опыт клиники с 1969 по 2003 г. составил 23 618 операций на ЩЖ, включая 4466 вмешательств по поводу различных форм РЩЖ. Отмечен прогрессивный рост заболеваемости РЩЖ в Челябинской области за последние 35 лет с 1,01 до 4,81 на 100 000 населения. В докладе обращено внимание на многофокусный рост опухолей ЩЖ, указана его частота при различных гистологических формах РЩЖ, затронуты проблемы микрокарцином и иммунного статуса у больных с РЩЖ.

Кроме этого, на симпозиуме прозвучали два доклада, посвященные результатам генетического скрининга [9] и лечения [5] медуллярного РЩЖ, выполненные коллективами авторов во главе с А.А.Ильиным и В.Ж.Бржезовским. В первом исследовании [9] определялось наличие герминальных мутаций RET-протоонкогена в лимфоцитах пери-

ферической крови больных и их ближайших родственников. Генетический анализ позволил определить наследственную природу заболевания в 27% случаев. Во втором докладе [5] были представлены результаты лечения 242 больных с медуллярным РЩЖ. Даны рекомендации относительно выбора объема оперативного вмешательства, оценены результаты хирургического и комбинированного методов лечения. Пятилетняя выживаемость сравнивалась в группах больных, прошедших только хирургическое лечение, комбинированное с предоперационной лучевой терапией, комбинированное с послеоперационной лучевой терапией и перенесших нерадикальную операцию с лучевой терапией, составив соответственно 60,9; 61,5; 57,7 и 28,2%. Стойкого паллиативного эффекта лучевой терапии удалось добиться только у 11,1% больных.

Заведующий Ленинградским областным патологоанатомическим бюро С.Л. Воробьев представил доклад «Сравнительная оценка результатов цитологического исследования биоптатов и интраоперационных мазков-отпечатков узловых образований ЩЖ», в котором указал на высокую специфичность и чувствительность метода аспирационной пункционной биопсии, составивших соответственно при узловом зобе 90,9 и 54,2%; при фолликулярной аденоме — 81,8 и 80,0%; при фолликулярном раке — 87,3 и 97,3%; при папиллярной карциноме — 95,3 и 100%. Ошибки в интерпретации цитологических исследований автор объяснил плохим знанием морфологами опухолей ЩЖ, относящихся к нетипичным гистологическим вариантам.

З.А.Афанасьева и соавт. (г. Казань) продемонстрировали возможности иммуноморфологических исследований в дифференциальной диагностике первично-множественных злокачественных опухолей и метастазов неоплазий на примере 10 наблюдений. Определялись следующие маркеры: тиреоглобулин, кальцитонин, хромогранин А, нейроспецифическая энолаза, белок S 100, цитокератины, виментин, десмин и др. Точность иммуноцитохимического исследования была ниже, чем иммуногистохимического.

А.В.Павлов и соавт. (г. Ярославль) представили экспериментальную работу о мутагенности узлового зоба. Авторы изучали возможность применения микроядерного теста для диагностики заболеваний ЩЖ в опытах *in vivo* на модели предварительно стимулированных к размножению тироцитов (у крыс) после введения химического агента нитрозометилмочевины.

И.Н.Пиксин и соавт. [17] представили доклад о возможности экстракорпоральной детоксикации в лечении диффузного токсического зоба.

Лечению диффузного токсического зоба был посвящен и доклад А.П.Колеватова и М.А.Заривчацкого (г. Пермь). Авторы провели оценку системной гемодинамики у 75 больных с осложненным тиреотоксикозом методом неинвазивной биоимпедансной технологии — трансракальной тетраполярной реографии — в начале лечения и по окончании курса антигипертиреозной терапии. Докладчик показал, что систолическая дисфункция миокарда является основным механизмом формирования хронической сердечной недостаточности при тиреотоксикозе, а, несмотря на то, что достижение эутиреоза является непременным условием терапии «тиреотоксического сердца», количественная оценка эффективной производительности миокарда имеет важное прогностическое значение.

Заседания второго дня симпозиума были посвящены заболеваниям околощитовидных желез (ОЩЖ) и надпочечников.

В докладе А.П.Калинина и соавт. представлен анализ 11 наблюдений опухолевидных образований нижней челюсти при первичном гиперпаратиреозе (ПГПТ). Исследователи подчеркнули, что все больные с клиническим или рентгенологическим диагнозом костных опухолей, в особенности с эпулидами нижних челюстей, должны быть обследованы с

целью исключения ПГПТ, так как патоморфологически дифференцировать остеобластокластома от гиперпаратиреозной остеодистрофии практически невозможно.

З.С.Матвеева [23] доложила результаты сравнения клинической картины и размеров опухолей ОЩЖ у пациентов с ПГПТ, оперированных в Центре хирургии органов эндокринной системы Санкт-Петербурга за последние 30 лет. Исследовались три группы больных: с инцидентальными эпителиальными телец, с паратиреоаденомами средних размеров, с опухолями больших размеров и тяжелым течением ПГПТ. Гиперпаратиреоз вызывали аденомы ОЩЖ любых размеров, однако увеличение массы опухоли повышало вероятность манифестации заболевания.

Огромный интерес вызвал доклад Ю.К. Александрова и соавт. о вторичном гиперпаратиреозе (ВГПТ). Анализ опыта лечения 94 больных с ВГПТ, находящихся на гемодиализе, позволил разделить пациентов на основании сонографических изменений в ОЩЖ, остеоденситометрии, уровня паратгормона на три группы и обосновать показания к хирургическому лечению.

В дискуссии были отмечены небольшое число наблюдений во всех представленных докладах, что отражает проблему низкой диагностики ПГПТ в России.

Большое число докладов были посвящены заболеваниям надпочечников (НП). В.С.Довганюк и соавт. [14] сообщили о трудностях и ошибках диагностики и лечения новообразований надпочечников, в том числе хромоффинном. Особое внимание заслужило выступление Г.А.Поляковой [19], отразившее современные данные о гистогенезе, терминологии и гормональной активности опухолей НП. Авторы описали редкие злокачественные и метастатические опухоли НП, разработали диагностические критерии, позволяющие определить на дооперационном этапе их характер.

Прозвучали доклады [2, 25] о возможностях и вариантах эндовидеохирургических вмешательств, проблемах диагностики и лечения гормонально-неактивных опухолей НП [10, 21]. Л.И.Анчикова и соавт. [2] предложили оптимизированную схему введения инструментов при лапароскопической адреналэктомии из латерального доступа. Методика опробована на трупном материале и с успехом применена в клинике. Преимущества бокового ретроперитонеоскопического доступа на примере 102 операций обсуждены в работе Я.Н.Шойхета и соавт. [25]. Тактика хирурга при выявлении инциденталом НП была доложена А.П. Калинин и соавт. [10]. В работе определены показания для формирования групп наблюдения и направления пациентов на операцию. Сходным проблемам при наличии гормонально-неактивных опухолей НП была посвящена работа М.П.Потапова и соавт. [21]. Актуальным оказалось сообщение Р.С. Тишениной [24] о диагностике НП-недостаточности, ее коррекции, а также оценке адекватности терапии.

В третий, завершающий день симпозиума были представлены доклады, посвященные заболеваниям поджелудочной железы (ПЖ) и ожирению.

Н.А.Майстренко [13] доложил о программном подходе к профилактике и лечению послеоперационных осложнений у больных с нейроэндокринными опухолями ПЖ, включающим раннее выявление заболевания, определение локализации патологического очага для минимизации объема операции, индивидуальную предоперационную подготовку с использованием средств, уменьшающих продукцию гормонов, снижение травматичности операции с помощью эндовидеохирургии, предупреждение и лечение панкреатита.

Л.Е.Гуревич [8] сообщил о незидиобластозе — структурно-функциональных аномалиях ПЖ, ассоциирующихся с различными клиническими проявлениями. Автор приводит классификацию незидиобластоза и собственные наблюдения.

Всеобщего внимания было удостоено красочно проиллюстрированное сообщение В.А.Юдина [26] о способах хирургического лечения морбидного ожирения. В работе приведены результаты 137 оперативных вмешательств по поводу ожирения, в том числе вертикальной гастропластики, еюноилакального шунтирования, дермолипэктомии, торсоластики, абдоминопластики и липосакции. Оценены эффективность каждого из методов и вероятности осложнений.

Также прозвучали доклады на тему лечения синдрома диабетической стопы [7, 15]. Р.А.Галкин и соавт. [7] предложили для улучшения микроциркуляции в нижних конечностях и стимуляции коллатерального кровообращения гравитационную терапию. Гравитационные нагрузки в направлении голова—нижние конечности создавались при помощи центрифуги и достигали на уровне стоп 2–3 G. В.В. Масевнин и соавт. [15] поделились опытом применения аутодермопластики у больных с гнойно-некротическими формами синдрома диабетической стопы. Авторы осуществляли свободную аутодермопластику расщепленным лоскутом, добившись полного приживления в 92,56%. Анализ результатов позволил выделить основные факторы, способствующие приживлению.

Научная программа симпозиума была очень насыщенной, три дня пролетели незаметно, сохранив в памяти незабываемые впечатления об интересных докладах, красоте рязанской осени, о встрече с давними и новыми друзьями.

В заключительном слове председатель симпозиума чл.-кор. РАМН проф. А.П.Калинин обратил внимание на значение ежегодных симпозиумов по эндокринной хирургии, проводимых в различных регионах России, для ознакомления с новыми тенденциями в этой области, внедрения современных методик диагностики, профилактики и лечения заболеваний органов эндокринной системы, а также для налаживания дружеских и деловых контактов между специалистами.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- Александров Ю.К., Неополитанский В.Ю., Беляев Д.В. Вторичный гиперпаратиреоз у больных с хронической почечной недостаточностью, находящихся на лечении программным гемодиализом // Современные аспекты хирургической эндокринологии: Материалы XV Российского симпозиума по хирургической эндокринологии.—Рязань, 2005.—С. 6–9.
- Анчикова Л.И., Ахтямов Р.Ф., Славин Л.Е. Оптимизация лапароскопического доступа при лапароскопической адреналэктомии // Там же.—С. 9–12.
- Аристархов В.Г., Аристархов Р.В., Фурсов А.А., Пузин Д.А. О тактике хирурга при узловом зобе в йоддефицитном регионе // Там же.—С. 21–24.
- Афанасьева З.А., Петров С.В., Володина Г.И. Возможности иммуноморфологических исследований в дифференциальной диагностике первично-множественных злокачественных опухолей (щитовидной железы, других эндокринных органов) // Там же.—С. 26–29.
- Бржезовский В.Ж., Любаев В.Л., Пачес А.И. и др. Лечение медуллярного рака щитовидной железы // Там же.—С. 62–65.
- Воробьев С.Н., Матвеева З.С. Сравнительная оценка результатов цитологического исследования биоптатов и интраоперационных мазков-отпечатков одиночных узловых образований щитовидной железы // Там же.—С. 91–93.
- Галкин Р.А., Макаров И.В., Сошкин Н.Н. Гравитационная терапия как мощный фактор стимуляции коллатерального кровообращения у больных с диабетическими ангиопатиями // Там же.—С. 99–103.
- Гуревич Л.Е., Егоров А.В. Незидобластоз поджелудочной железы // Там же.—С. 120–126.
- Ильин А.А., Румянцев У.В., Васильев Е.В. и др. Результаты генетического скрининга наследственных форм медуллярного рака щитовидной железы // Там же.—С. 153–155.
- Калинин А.П., Белошицкий М.Е., Богатырев О.П. и др. Инциденталомы надпочечников // Там же.—С. 155–159.
- Калинин А.П., Котова И.В., Никитин А.А. и др. Изменения в костях челюстно-лицевого скелета, обусловленные первичным гиперпаратиреозом // Там же.—С. 164–166.
- Колеватов А.П., Заривчацкий М.А. Клинико-диагностические аспекты компенсации хронической сердечной недостаточности при осложненном тиреотоксикозе // Там же.—С. 178–182.
- Майстренко Н.А., Басос С.Ф., Хижа В.В. Программный подход к профилактике и лечению послеоперационных осложнений у больных нейроэндокринными опухолями поджелудочной железы // Там же.—С. 216–219.
- Майстренко Н.А., Довганюк В.С., Ромашенко П.Н. Трудности и ошибки диагностики и лечения новообразований надпочечников // Там же.—С. 219–223.
- Масевнин В.В., Пучков К.В., Кондрусь И.В. Применение аутодермопластики у больных с гнойно-некротическими формами синдрома диабетической стопы // Там же.—С. 223–226.
- Павлов А.В., Гансбургский М.А. Экспериментальное обоснование и перспективы использования микроядерного теста в изучении патологии щитовидной железы // Там же.—С. 224–244.
- Пиксин И.Н., Шевяк П.И., Шибанова Е.И. и др. Влияние экстракорпоральных методов на показатели иммунной системы у больных диффузным токсическим зобом // Там же.—С. 249–251.
- Поляков В.Г., Шишков Р.В., Пименов Р.И., Павловская А.И. 30-летний опыт лечения папиллярного рака щитовидной железы у детей и подростков в НИИ ДОГ ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН // Там же.—С. 256–261.
- Полякова Г.А., Калинин А.П. Конкурентные, композитные и микст опухоли надпочечников: гистогенез, терминология, гормональная активность // Там же.—С. 261–265.
- Попова Ю.В., Романчишен А.Ф. Послеоперационные осложнения в хирургии щитовидной железы // Там же.—С. 265–269.
- Потапов М.П., Патрунов Ю.Н., Александров Ю.К. и др. Нерешенные вопросы диагностической и лечебной тактики при гормонально-неактивных опухолях надпочечников // Там же.—С. 269–272.
- Привалов В.А., Кулаев И.А., Сергейко С.В. и др. Клинико-анатомические особенности рака щитовидной железы: 35-летний опыт хирургического лечения // Там же.—С. 274–280.
- Романчишен А.Ф., Матвеева З.С. Бессимптомные аденомы околощитовидных желез // Там же.—С. 293–295.
- Тишенина Р.С. Надпочечниковая недостаточность в хирургической клинике // Там же.—С. 329–334.
- Шойхет Я.Н., Эленшлеген В.А., Вильгельм Н.П. и др. Ретроперитонеоскопический боковой доступ в хирургии объемных образований надпочечников // Там же.—С. 360–362.
- Юдин В.А., Goleria D.K. Хирургическое лечение морбидного ожирения // Там же.—С. 367–369.

Поступила в редакцию 30.01.2006 г.