

© А.Ф.Романчишен, А.В.Гостимский, 2008
УДК 616.4-089:061.3(470)

А.Ф.Романчишен, А.В.Гостимский

ХVI РОССИЙСКИЙ СИМПОЗИУМ ПО ХИРУРГИЧЕСКОЙ ЭНДОКРИНОЛОГИИ «СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ЭНДОКРИНОЛОГИИ» (г. Саранск, 18–20 сентября 2007 г.)

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия (ректор — проф. В.В.Леванович)

Ключевые слова: хирургическая эндокринология.

18–20 сентября 2007 г. состоялся XVI Российский симпозиум по хирургической эндокринологии. Симпозиум проводился в г. Саранске — столице Республики Мордовия. Саранск — один из старинных городов (основан в 1641 г. на окраине Московского царства) Среднего Поволжья. В XVIII в. город потерял свое военное значение ввиду расширения Московского государства, с 1928 г. является столицей Мордовской автономии. Наибольшее впечатление из культурных памятников оставил Мордовский государственный музей изобразительных искусств им. С.Д.Эрзи. Жемчужиной музея является коллекция работ всемирно известного скульптора С.Д.Эрзи (Нефедова), родиной которого является Мордовия. Волею судьбы С.Д.Эрзя половину жизни жил и работал в Аргентине. Однако в 1949 г. он на собственные сбережения перевез свои работы на Родину. В настоящее время большая часть творений талантливого скульптора находится в экспозиции музея, поражая своим великолепием и законченностью форм.

XVI Российский симпозиум был приурочен к юбилею известного хирурга, ученого, замечательного человека, одного из основателей эндокринной хирургии в нашей стране, талантливого сына Мордовской земли — чл.-кор. РАМН проф. А.П.Калинина. Руководителю отделения хирургической эндокринологии МОНКИ А.П.Калинину 1 марта 2007 г. исполнилось 80 лет.

Работа симпозиума длилась на протяжении трех дней. В первый день работы, 18 сентября, на пленарном заседании в Большом зале Дома Республики с приветственным словом к участникам симпозиума обратились глава Республики Мордовия Н.И.Меркушкин, министр здравоохранения Республики Мордовия Р.З.Аширов, председатель организационного комитета А.П.Калинин.

Выступления докладчиков в первый день заседаний были посвящены актуальной проблеме эндокринной хирургии — лечению заболеваний щитовидной железы. Для всех врачей, занимающихся научной работой, значительный интерес представляет история хирургии, которой был посвящен первый доклад симпозиума. В нем проф. А.Ф.Романчишен очень подробно оста-

новился на развитии эндокринной хирургии в нашей стране и за рубежом. Слушателям было интересно узнать, что уже древние арабы оперировали на щитовидной железе, причем их опыт насчитывал сотни наблюдений. Затем эта проблема была надолго забыта, и интерес к ней со стороны хирургов начал возрастать с середины XIX в.

Ряд докладов были посвящены проблеме хирургического лечения рака щитовидной железы. В выступлении проф. С.М.Черенко обобщен опыт лечения больных с карциномами щитовидной железы на Украине после Чернобыльской аварии. Агрессивное течение радиоиндуцированного рака с выходом за пределы щитовидной железы, частым и обширным метастазированием в регионарные лимфатические узлы и в легкие диктует необходимость выполнения тиреоидэктомий у этой категории больных с последующим вмешательством на регионарном лимфатическом аппарате и послеоперационным лечением радиоiodом. Несколько иная точка зрения прозвучала в докладе проф. П.С.Ветшева и соавт. Авторы считают возможным выполнение органосберегательных операций при дифференцированном раке щитовидной железы в случае солитарного, одностороннего поражения с размером опухоли до 4 см и отсутствии регионарных метастазов. Такая тактика не снижает радикальность вмешательства, а качество жизни больного выше. За выполнение органосберегательных операций при медулярном раке щитовидной железы высказался в своем докладе В.Ж.Бржезовский (РОИЦ). Это возможно при солитарном раке и отсутствии метастазов. Попытки проведения медикаментозного лечения медулярного рака щитовидной железы у больных с нерезектабельными опухолями значимого положительного эффекта не дали.

Трудно согласиться с А.М.Шулутко и соавт., которые к микрокарциномам щитовидной железы отнесли опухоли небольших размеров, которые проявились метастазами (2,1%) и прорастанием капсулы железы (10,8%). Такие раки к микрокарциномам относить уже нельзя.

Подробную морфологическую классификацию опухолей щитовидной железы с замечатель-

ными иллюстрациями привела в своем выступлении проф. И.А.Казанцева.

Часть докладов первого дня симпозиума были посвящены малоинвазивным методам лечения новообразований щитовидной железы. Это лечение с помощью чрескожной склерозирующей терапии этанолом (А.Н.Барсуков и соавт.), интерстициальная лазерная фотокоагуляция опухолей (Е.Н.Масим и соавт., М.С.Могутов и соавт.). В этих докладах много спорных и нерешенных вопросов. Прежде всего они связаны с дооперационной верификацией диагноза. Наиболее информативный на сегодняшний день метод диагностики — тонкоигольная пункционная аспирационная биопсия с последующим цитологическим исследованием, имеет точность около 70%.

Спорным следует назвать выступление А.В.Древалю и соавт., посвященное лечению больных с диффузным токсическим зобом радиоактивным йодом. Авторам удалось добиться эутиреоидного состояния в 41,8% наблюдений при лечении малыми дозами ^{131}J и в 18,4% — при назначении радиофармпрепарата более 0,3 мКи/мл. Результаты хирургического лечения данной категории больных значительно лучше. Эутиреоидного состояния удается добиться у 70% оперированных, гипотиреоз имеет место у 25–28% больных, а не у 100%, что является целью радиойодтерапии.

Второй день заседаний проходил в аудитории Мордовского государственного университета им. Н.П.Огарева. Начался второй день с продолжения обсуждения проблем лечения пациентов с заболеваниями щитовидной железы. Два первых доклада (С.Б.Пинский и соавт., З.А.Афанасьев и соавт.) были посвящены лимфомам щитовидной железы. Однако небольшое число наблюдений (12 и 13 соответственно) не позволили дать практических рекомендаций для диагностики и лечения данной категории больных.

Единственный доклад, посвященный топографической анатомии щитовидной железы, был представлен И.В.Карпатским и соавт. В сообщении они выделили варианты прохождения верхнего гортанного нерва и дали практические рекомендации по профилактике его повреждений в ходе хирургических вмешательств.

Значительная часть докладов были посвящены проблеме диагностики и лечения первичного, вторичного и третичного гиперпаратиреоза. И если история хирургического лечения первичного гиперпаратиреоза относится к концу XIX в., то история вторичного и третичного гиперпаратиреоза неразрывно связана с развитием медицинских технологий (гемодиализ) и насчитывает несколько десятилетий. На проблеме топической диагностики аденом паращитовидных желез и хирургического лечения больных с первичным гиперпаратиреозом остановилась И.В.Котова. Спорным в силу дороговизны явилось утверждение О.Н.Струковой и соавт. о необходимости определения паратгормона в крови в качестве скрининг-метода. Более простым способом диагностики является определение кальция в сыворотке крови, что делается во всем мире, но не в России. Нерешенным остался вопрос

выбора объема операций при вторичном и третичном гиперпаратиреозе. Удаление всех околощитовидных желез ведет к тяжелым проявлениям гипопаратиреоза, оставление части околощитовидных желез — к рецидиву заболевания (доклады В.И.Белоконова и соавт., А.А.Стрельцова и соавт., С.Н.Пампутис и соавт.).

Несколько докладов были посвящены хирургическому лечению генерализованной миастении. Интересное сообщение представили Л.И.Ипполитов и соавт., в котором сравнивали результаты традиционных и торакоскопических операций у больных миастенией. Авторы отметили, что при всей привлекательности торакоскопических вмешательств время операции удлинится в несколько раз, что вызывает усугубление миастенических расстройств.

Вся вторая половина дня была посвящена вопросам диагностики и хирургического лечения пациентов с заболеваниями надпочечников. Сложно согласиться с В.Н.Чернышевым, который рекомендовал резецировать надпочечники при синдроме Конна, мотивируя такой подход возможностью двустороннего поражения, так как причиной синдрома Конна (первичный гиперальдостеронизм) обычно является солитарная опухоль надпочечника. По-видимому, речь идет о других формах гиперальдостеронизма, как правило, не требующих хирургических вмешательств. Много времени уделялось проблемам диагностики опухолей надпочечников (доклады М.М.Газымова и соавт., М.П.Потапова и соавт.). Не вызывает сомнения точка зрения, что оптимальными вмешательствами при опухолях надпочечников являются эндовидеохирургические операции (А.И.Никитенко и соавт.). Вместе с тем, при возникновении технических трудностей можно выполнить конверсию доступа, что продемонстрировал Л.Е.Славин. Выработка клиничко-морфологических критериев злокачественности феохромоцитом с исследованием иммуногистохимических маркеров позволила П.Н.Ромашенко и соавт. определять биологический потенциал злокачественности опухолей.

Третий день заседаний проходил в двух аудиториях. В первой — были представлены доклады, посвященные проблемам лечения больных с осложнениями сахарного диабета. Использование гравитационной терапии позволило Р.А.Галкину и соавт. в 1,5 раза увеличить число благоприятных исходов при синдроме диабетической стопы. На проблемах техники ампутации конечностей остановились в своих выступлениях В.А.Шидловский, Г.Ю.Литвак.

В это же время во второй аудитории проходил конкурс молодых ученых по программе «Умник», в которой приняли участие молодые исследователи из разных городов нашей страны.

Так как время симпозиума было ограниченным, значительная часть сообщений, посвященных различным проблемам эндокринной хирургии, были представлены в виде стендовых докладов.

Симпозиум прошел в дружеской, деловой обстановке. Изданы материалы симпозиума.

Поступила в редакцию 30.11.2007 г.