

С.М. Черенько

НАРИСИ ПРО РОБОТУ ХІ КОНГРЕСУ АЗІЙСЬКОЇ АСОЦІАЦІЇ ЕНДОКРИННИХ ХІРУРГІВ

(Малайзія, о. Борнео, Кота Кінабалу, 20-22 березня 2008 р.)

Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, Київ

Наприкінці березня 2008 р. у мальовничому екзотичному куточку нашої планети, на овіяному легендами тропічному острові Борнео відбувся черговий 11-ий конгрес Азійської асоціації ендокринних хірургів, в якому пощастило взяти участь авторів цього короткого звіту. Азійська асоціація ендокринних хірургів (AAES) є однією з найстаріших і найчисленніших фахових спілок цього напрямку хірургії, вона охоплює низку країн, що за кількістю населення разом складають понад половини людства (Японія, Китай, Індія, Австралія, Філіппіни, Індонезія, Малайзія, Корея та багато інших).

Конгреси AAES проводяться один раз на два роки та привертають до себе величезну увагу ендокринних хірургів та ендокринологів усього світу. Досить сказати, що крім азійських вчених і лікарів на подібних форумах завжди присутні провідні спеціалісти США, Канади, багатьох країн Західної Європи. Після минулого конгресу AAES (Гонконг, 2006), в якому від України брали участь лише фахівці Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, накопичилося багато нових думок і практичного досвіду з найактуальніших питань хірургії ендокринних залоз. Ця галузь наразі бурхливо розвивається завдяки революційним теоретичним і технічним відкриттям медицини.

Цього разу когорту всесвітньо відомих вчених — ендокринних хірургів представляли Norman W. Thompson, Orlo H. Clark, Quan-Yang Duh, William Inabnet (США), Leigh Delbridge, Robert Parkyn (Австралія), Goran Akerstrom (Швеція), Yoshihiro Tomimaga, Hiroshi Takami, Kazuo Shimizu, Shiro Noguchi, Akira Miyauchi (Японія), Thomas W. J. Lennard (Белика Британія), Andrea Frilling (Німеччина), Chung-Yau Lo (Гонгконг) та багато інших.

Разом із такими "грандами" можливість виступити з презентацією матеріалів своїх клінік отримали також і численні представники країн, що розвиваються: Малайзії, Сінгапуру, Індії,

Шрі Ланки, Індонезії, Таїланду, Пакистану тощо. Вони демонстрували неабиякі досягнення у технічній майстерності виконання найскладніших хірургічних втручань на ендокринних залозах.

Взагалі ж, конгрес був побудований за дуже вдалою класичною схемою, що має 4 складових:

- 1) пленарні доповіді авторитетних вчених із найактуальніших питань;
- 2) симпозиуми з конкретних проблем ендокринної хірургії, де представники різних країн ділилися значним клінічним досвідом;
- 3) так звані FREE PAPERS, або тематичні секції з фіксованими короткими усними доповідями (8 хвилин + 2 хвилини на запитання);
- 4) постерні повідомлення.

Така демократична побудова конгресу дозволяє заслухати та обговорити практично всі представлені матеріали.

З числа пленарних доповідей слід відзначити такі. Дуже цікаво було послухати історичний нарис про перші кроки подолання йододефіциту в США, зроблені Девідом Маріне (D. Marine). Американський професор R. Nishiyama нагадав про революційний проект Девіда Маріне, який був спрямований на зменшення частоти та тяжкості зоба серед школярів штату Огайо шляхом йодування води. Мало хто знає, що дослідник наражався на зневагу, погрози та звинувачення у спробі отруїти американських дітей. Проте результат був приголомшливо позитивний, а досвід розповсюдився по всій країні. Детальне вивчення віддалених результатів кампанії з йод-профілактики, проведене 1966 року, засвідчило суттєве зростання частоти аутоімунного тиреоїдиту, якого не спостерігалось до 1920-х років. Утім, такі наслідки не можуть переважити і применшити соціальне та медичне значення подолання йододефіциту в США, зниження частоти ендемічного зоба, кретинізму,

розумового відставання та несприятливих форм тиреоїдного раку.

Блискуча лекція G. Akerstrom з Упсали (Швеція) продемонструвала сучасний стан розуміння патогенезу одночасного ураження декількох прищитоподібних залоз за первинного гіперпаратиреозу (ПГПТ). Так звана мультигландулярна хвороба за ПГПТ характерна для спадкових форм патології, насамперед МЕН I синдрому. Будь-який випадок виявлення ПГПТ в осіб, молодших від 40 років, має розглядатися з урахуванням можливої спадковості та наявності мультигландулярного ураження. Такі випадки демонструють високий ризик рецидиву та ускладнюють проведення хірургічного втручання, тому що хірург має визначити всі прищитоподібні залози, видалити збільшені та маркувати ті, що залишаються. Крім МЕН I синдрому, подібні патологічні зсуви притаманні синдрому МЕН IIa, синдрому пухлин щелепи-ПГПТ (jaw tumor-PHPT) та зрідка — синдрому родинної доброякісної гіпокальціємії-гіперкальціємії. Адекватна первинна операція може зменшити рівень рецидивів до 30% за 10 років.

Багато уваги, як завжди на азієських конгресах з хірургії, було приділено сучасним технічним аспектам виконання хірургічних втручань на ендокринних органах. Професор Chung-Yau Lo з Гонконгу доповів про результати мінімально інвазивних націлених втручань з приводу первинного гіперпаратиреозу під місцевою регіонарною анестезією. За таким підходом прооперовано 74% зі 130 хворих за останні 3 роки з чудовими результатами та високою економічною ефективністю.

Віртуозну техніку видалення щитоподібної залози ендоскопічним шляхом з аксілярного доступу продемонстрував відомий хірург з Таїланду Suchart Chantawibul. Його японські та корейські колеги (Woong Youn Chung, Doo-Min Sohn, K. Shimizu та інші) продемонстрували досвід перших 50 операцій на щитоподібній залозі за допомогою робототехніки, ендоскопічних втручань на цьому органі з використанням косметичних доступів із параареоларних ділянок та безгазової ендоскопічної тиреоїдектомії.

Взагалі азієські хірурги разом із фахівцями з Італії лідирують у галузі практичного застосування малоінвазивних ендокринно-хірургічних втручань у світі. Оглядову лекцію "Новітні техно-

логії в ендокринній хірургії" прочитав американський професор Quan-Yang Duh із всесвітньовідомої клініки ендокринної хірургії, яку очолює Орло Кларк в Сан-Франциско. Ця доповідь надала можливості оцінити перспективи впровадження найсучасніших лабораторних розробок у практику. На жаль, більшість із цих новинок є недосяжними для вітчизняного зразка медицини через науково-технічне відставання (відсутність належного персоналу для експлуатації та обслуговування) та високу вартість обладнання. Так, найширшого розповсюдження набула протонно-емісійна томографія (PET), що дозволяє забезпечити візуалізацію багатьох ендокринних пухлин, навіть за йод-негативних варіантів тиреоїдного раку, ектопічних форм феохромоцитом тощо. Новітні технічні засоби ультразвукової та електричної коагуляції судин із кожним роком вдосконалюються та стають надійними помічниками хірургів; найвідоміші з них — "Ультрасіжн" (Ultracision) та "Лігашуе" (Ligasure) — послідовно адаптуються до різних органів і типів операцій. Роботи-хірурги (найвідоміший — "Da Vinci") дозволяють надійніше та зручніше оперувати на підшлунковій залозі, простаті, хоча собівартість цих пристроїв залишається дуже високою. Нейромоніторинг гортанних нервів, хоча й не зменшує суттєво загального ризику пошкоджень у спеціалізованих установах, але є дуже корисним у навчанні хірургів та у виконанні операцій у складних анатомічних умовах (повторні втручання, дисекція тощо). Модернізація та мініатюризація апаратів для ультразвукового сканування (вони стають схожими на ноутбуки) створюють умови до наближення цього дослідження до робочого місця хірургів, які вже широко застосовують їх для інтраопераційного пошуку паратиреоїдних аденом, шийних метастазів тиреоїдного раку, контролюють пункційну біопсію.

Вже набуває практичного значення можливість генетичного дослідження пунктів пухлин щитоподібної та надниркових залоз для визначення типу пухлини, її агресивності, необхідності операції та її обсягу на підставі визначення низки специфічних генів або їх мутацій. Автор закликав аудиторію бути у курсі всіх новітніх розробок, але ж критично оцінювати їх з точки зору ефективності та економічної доцільності.

Значним досвідом топічної діагностики та хірургічного лікування гормонально активних

пухлин підшлункової залози (переважно інсуліном) поділився професор Chen-Hsen Lee з Тайваню. Застосування ендоскопічного та інтраопераційного ультразвукового дослідження та методичної пальпації дозволяє у більшості випадків визначити локалізацію спорадичних пухлин. Селективна артеріальна ін'єкція секретогів (секретин, кальцій), що лежить в основі SASI-тесту, є надійним інструментом у вирішенні питання щодо обсягу резекції підшлункової залози у випадках незидіобластозу (множинна міліарна гіперплазія острівцевих клітин, частіше генетично зумовлена — MEN I синдром тощо). Успішні результати таких комплексних обстежень свідчать про неприпустимість виконання "сліпих" резекцій підшлункової залози за наявності ендокринних пухлин.

Томас Леннард — президент Британської асоціації ендокринних хірургів — зробив вичерпні доповіді щодо сучасного стану проблеми діагностики та лікування феохромоцитом та адренокортикального раку. Відносно першої проблеми — застосування сучасних альфа-блокаторів у передопераційній підготовці хворих практично виключає гемодинамічні ускладнення лікування феохромоцитом. Найнадійнішим діагностичним лабораторним тестом визнано визначення метанефринів у добовій (а також — нічній!) сечі, а візуалізація досягається сцинтиграфією зі ^{131}I -MIBG, октреосканом, а також PET-скануванням із ^{18}F -dopamine, ^{11}C -hydroxyephedrine (HED) або ^{18}F -FDG. У лікуванні адренокортикального раку період певного ренесансу переживає мітотан — похідна від сумнозвісного ДДТ речовина, яка за умов точного моніторингу концентрації препарату в крові дає можливість суттєво загальмувати розвиток цієї практично фатальної хвороби.

Принципово нову інформацію доповів професор Yoshiro Tominaga (Японія), який володіє найбільшим у світі досвідом хірургічного лікування вторинного гіперпаратиреозу — понад 2400 хворих. Було дано оцінку новим препаратам, що вийшли на ринки Європи, Америки та Японії — кальційміметикам. Це ліки, які блокують кальцієві рецептори прищитоподібних залоз, призводячи до зниження рівнів паратгормону. Препарат (Cinacalcet HCl) є незамінним за карциноми прищитоподібної залози або паратиреоматозу. Водночас навіть наявність цих препаратів (хоча вартість їх досить висока), не

зменшує ролі хірургічного лікування занедбаних випадків вторинного гіперпаратиреозу у пацієнтів, які перебувають на гемодіалізі.

Японський хірург Akira Miyauchi проаналізував свій персональний досвід реконструкції гортанних нервів, пошкоджених внаслідок інвазії або резекції карциноми щитоподібної залози. Близько 1200 операцій за 23 роки продемонстрували необхідність реконструкції поворотного гортанного нерва у 78 випадках (60% — внаслідок інвазії, 40% — внаслідок резекції під час видалення пухлини). На першому етапі використовувався прямий анастомоз або вільний трансплантат-вставка, на другому — анастомоз із гомолатеральною гілкою ansa cervicalis, потім — із контрлатеральною гілкою ansa cervicalis, далі було розроблено методику виділення кукси гортанного нерва поза щитоподібним хрящем і мобілізацію латеральної частини нерва. Сьогодні автор впевнений у можливості реконструкції близько 95% пошкоджених нервів, що дає добрий клінічний ефект завдяки попередженню атрофії голосового м'яза.

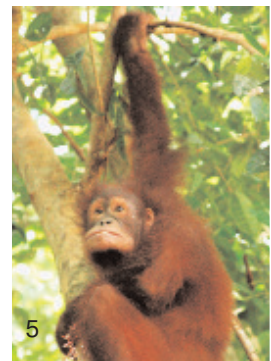
Низка праць, представлених доповідачами на конгресі, стосувалася частоти регіонарних метастазів за папілярних мікрокарцином. Майже однотайно різними авторами робився висновок про високу ймовірність (до 60%) розповсюдження ракових клітин по лімфатичних шляхах до регіонарних лімфовузлів незалежно від розмірів пухлини. Зацікавлення викликала також доповідь автора цих рядків професора С.М. Черенька про досвід лікування пухлин надниркових залоз у дітей, у тому числі шляхом лапароскопічних операцій.

Після подолання відстані у 12 000 км природним було бажання познайомитися поближе з природою та культурою Борнео. 150 мільйонів років незмінного клімату вологих екваторіальних лісів склали унікальні умови для збереження реліктової флори та фауни. Досить згадати найбільшу у світі квітку рафлезію, птаха-носорога та носату мавпу, яка більш ніде на планеті не живе. Неповторне, приголомшливе враження справив гомін джунглів (всі істоти одночасно намагаються перекичати одна одну!), зачарувала тиша коралових островів, яскравим дивом залишилося у пам'яті розмаїття живності у Південно-Китайському морі.

Було дуже гірко усвідомлювати, що єдина істота у цьому райському місці, що може швид-

ко все зіпсувати та знищити — це людина. Катастрофічно скорочується площа реліктових екваторіальних лісів (безцінне дерево вирубають, натомість насаджують пальми для отримання масла), орангутанги позбавляються природних ареалів, їх дітей-сиріт виховують у спеціальних інтернатах на кошти британських

меценатів (вони ж і розпочали тут колоніальне винищення природи). Залишається вірити, що розум людства, здатний розкрити генетичні хитрощі хвороб, все ж таки переможе безоглядну жадобу, і наші нащадки ще зможуть побачити первісний мир природи, що достався нам у спадок від самого створення світу.



1. Президія малайзійських ендокринних хірургів.
2. Орло Кларк із дружиною та Йоран Акерстрем.
3. Дружні обійми колег (у центрі — президент конгресу Lum Siew Kheong, Малайзія).
4. Рафлезія — найбільша у світі квітка.
5. Орангутанг — наш найближчий предок.
6. Птах-носорог.
7. Привіт з ери динозаврів — варан Water Monitor.
8. Найкумедніша, наймиліша та найродинніша істота — мавпа-носач.

Дата надходження до редакції 25.03.2008 р.