

Письмо в редакцию

Главному редактору “КЭТ” члену-корреспонденту РАМН, проф. Г.А. Мельниченко

Глубокоуважаемый редактор!

Писать даже короткое письмо в качестве реакции на статью В.В. Фадеева “Узловой зоб: дискуссионные проблемы и негативные тенденции клинической практики” (КЭТ. 2007. № 2. С. 5–14) и трудно, и по-хорошему обидно. Трудно, поскольку автор давно известен как замечательный стилист, а в этой статье он, пожалуй, поднимается в данном отношении на еще большую высоту (иногда, правда, злоупотребляя — может быть, сознательно — профессиональным и “пациентским” сленгом). А по-хорошему обидно, так как многое из сказанного постоянно вертится в голове и давно могло бы быть высказано, но здесь это преподнесено в кристально чистой форме и, безусловно, заставляет задуматься, а нередко (но не всегда) и согласиться.

По поводу задуматься. Задумываться — хорошо, но это не выход из положения. Выход, что представляется очевидным, как бы ни банально это звучало, состоит в том, чтобы не принять, а ВНЕДРИТЬ при максимально возможной поддержке страховой медицины единые (не региональные или, тем более, не индивидуальные, имея в виду практику отдельно взятого доктора) стандарты диагностики и лечения различных видов тиреоидной патологии, включая рак щитовидной железы. Понятно, что помимо необходимого материального, инструментального, изотопного, организационного и пр. ресурса, для внедрения единых стандартов нужно, чтобы каждое из содержащихся в них положений (идет ли речь о выборе консервативного или хирургического пособия или просто о наблюдении; назначать ли тирок-

син или йодсодержащие препараты или не назначать; делать УЗИ или не делать и т. д. и т. п.) основывалось на результатах масштабных рандомизированных исследований. Поэтому в качестве пожелания (и плана для дальнейших публикаций в “КЭТ”) хотелось бы просить В.В. Фадеева и редакцию в целом, чтобы список литературы к его, несомненно, интересной статье был дополнен (идя пункт за пунктом вслед за размышлениями, сомнениями, уверенностью, психологизмами и прочими нюансами) четким указанием на то, ЧТО уже бесспорно доказано, а что пока есть и остается в пределах компетенции и опыта того или иного врача.

Напоследок о психологизме, о котором автор не говорит или говорит под другим углом зрения. Назовем его: Откуда что берется. При хирургическом лечении ряда гормонозависимых новообразований достаточно давно сформировалась тенденция при наличии определенных показаний ориентироваться на так называемые органосохраняющие операции. В случае рака молочной железы обоснованием являются косметические аспекты проблемы, при раке эндометрия в пременопаузе — желательность сохранения репродуктивной функции и т. д. Имеет ли это отношение к щитовидной железе и к ее злокачественным новообразованиям — это другой вопрос, но следует иметь в виду, что целый ряд хирургов отстаивают возможность подобного сберегающего подхода при высокодифференцированном раке щитовидной железы именно по приведенным соображениям.

*С искренним уважением
профессор Л.М. Берштейн,
руководитель лаборатории онкоэндокринологии
НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова Росмедтехнологий*