

ПРОШЛОЕ НЕ ВЕРНУТЬ, ИЛИ ЧТО БУДЕТ С ДЕТСКОЙ ТИРЕОИДОЛОГИЕЙ БЕЗ НОРМАТИВОВ ОБЪЕМА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.В. Кияев

В первую очередь хотелось бы выразить признательность профессору Т.Е. Таранушенко и соавт. за проявленное внимание к статье, в которой представлена моя личная позиция, базирующаяся на десятилетнем опыте практически ежедневного проведения УЗИ ЩЖ у детей и подростков. Кроме того, благодарю оппонентов за ценные замечания по поводу пространности моих рассуждений, которые позволили сконцентрироваться и логично (я надеюсь) изложить суть обсуждаемой проблемы.

Во-первых, хотелось бы сказать о МКБ-10 (1996), которая содержит две тематические нозологические формы: диффузный (эндемический) зоб, **связанный с йодной недостаточностью** (E01.0), и субклинический гипотиреоз **вследствие йодной недостаточности** (E 01.8). Следует заметить, что из рубрики “Другие формы гипотиреоза” (E03) исключен “**гипотиреоз, связанный с йодной недостаточностью**” (очевидно, эксперты ВОЗ уже более 10 лет не рассматривают йодный дефицит как самостоятельную причину развития клинически значимой недостаточности тиреоидных гормонов). Исходя из одного только названия становятся абсолютно очевидными как **причина**, так и **способ предотвращения развития** как “диффузного эндемического зоба”, так и “субклинического гипотиреоза”. В этой ситуации искренне радуется то, что в отличие от подавляющего большинства **заболеваний** эндокринной системы мы имеем в своем арсенале **стопроцентный метод профилактики и лечения** — йодированная соль и препараты йода!

Но мы не ищем легких путей, нам нужно творить и работать! Мы создаем и тиражируем алгоритмы дифференциальной диагностики и лечения (Касаткина Э.П., 1999; Малиевский О.А., 2001; Свиначев М.Ю., 2002; Кияев А.В., 2002 (если кого-то упустил, извините)! И все это уникальный опыт исключительно отечественной детской тиреоидологии. Ни в одном зарубежном учебнике подобного не обнаружить. В соответствии с созданным делаем УЗИ и как минимум ТТГ (приятно, что ТАБ уже в прошлом!) миллионам детей и подростков. Далее записываем в амбулаторную карточку **равное количество**

диагнозов все по той же классификации МКБ-10 (ведь мы же провели диагностику, пусть и не дотянули 0,1 мл до “зоба” или 0,1 МЕ/л до “СГ”). Конечный результат в большинстве случаев один — **назначить препараты йода** (к счастью, мода и на тироксин прошла)! А потом опять: наблюдать, изменять дозу препаратов йода, контролировать тиреоидный объем, а иногда и ТТГ. И так, пока ребенок не доживет до 18 лет, того волшебного, по “Золушке”, часа, когда зоб, установленный по любым нормативам, превратится в ЩЖ нормальных размеров! Но мы, педиатры, вносим свой посильный вклад в профилактику будущих тиреоидных проблем взрослого человека! Наверное...

А если еще раз внимательно вчитаться в совершенно ясное определение МКБ, набраться храбрости, попробовать опустить все эти промежуточные диагностические этапы (не говорю про всех детей поголовно) и, пока политики думают, потратить свои силы и огромные сэкономленные средства на внедрение групповой профилактики препаратами йода в наших регионах!?

Но готовы ли мы так легко расстаться с такими уже привычными и внедрявшимися годами нормативами? Что же будет без них с детской тиреоидологией? Останутся всего лишь узлы, опухоли, болезнь Грейвса, АИТ и врожденный гипотиреоз, распространенность которых достаточно низка. В этой связи не могу не упомянуть одну из исторических ссылок: “К вопросу о внедрении международных нормативов ультразвукового объема щитовидной железы (ВОЗ, 1997) в педиатрическую практику” (Шилин Д.Е., 2000, www.thyronet.ru).

Смею заверить уважаемых оппонентов; международный опыт **по контролю за йододефицитными заболеваниями** не будет перечеркнут! Все созданные мировыми экспертами лучевой диагностики по заказу ВОЗ **эпидемиологические** нормативы тиреоидного объема у детей преследовали **одну-единственную цель**: оценка степени тяжести ЙДЗ и динамический контроль **по частоте зоба** за состоянием йодного обеспечения на йододефицитных территориях.

Адрес для корреспонденции: Кияеву Алексею Васильевичу, г. Екатеринбург, ул. Серафимы Дерябиной, 32 Областная детская клиническая больница №1. E-mail: thyroend@mail.ru

Иными словами, констатация йодного дефицита и эффективность проводимой профилактики: было 30% зобов, стало 10%; была тяжелая степень, стала легкая. Разговор о **территориях**, а не об отдельно взятом ребенке с зобом! Профилактика необходима всем. Сегодня зоба нет, а завтра он вырастет (или врач лучевой диагностики прижмет датчик чуть-чуть посильнее и доберет необходимые 0,1 мл, но об этом ниже). Повторюсь, что в последних рекомендациях ВОЗ **“частота зоба”** как критерий ЙДЗ уже практически не фигурирует. При большом желании, конечно, его можно еще поэксплуатировать, но профилактики-то в РФ практически нет!

Теперь несколько слов о несовершенстве методологии в определении объема. Подробнейший обзор М.Ю. Свинаярева “Нормативы тиреоидного объема у детей: в поисках истины”, опубликованный на страницах журнала “Тиронет” (www.thyronet.ru), достаточно убедительно показывает роль оператора в правильности получаемых результатов при определении объема ЩЖ. Вспомним получивший широкую известность случай с доктором J. Podoba. На одном из тиреоидологических конгрессов профессор Г.А. Герасимов огласил результаты небольшого эксперимента в определении объема у нескольких пациентов ЭНЦ. В числе экспертов, помимо специалистов ЭНЦ, был и сам M. Zimmermann. Различия

составили около 20–30%. Необходимо признать, что для детской практики эти недостатки методологии имеют принципиальное значение.

Не предлагаю в корне “отказаться от диагностики зоба по данным УЗИ”, как, вероятно, заключили мои оппоненты. Принципиальная позиция **“Не использовать в клинической практике эпидемиологические нормативы”**, предназначенные для другой цели. Памятуя о существовании в арсенале везучих взрослых эндокринологов всего двух значений тиреоидного объема (18 и 25 мл), определяющих понятие “зоб” в клинической практике, готов предложить к обсуждению те же 2 заветные цифры и для детей. Но это тема уже для отдельного разговора.

Вероятно, тот факт, что моим уважаемым коллегам стало трудно молчать и они наконец-таки начали обсуждение, может свидетельствовать о том, что родилась актуальная тема для дискуссии на конгрессах детских эндокринологов. Надеюсь, что совместными усилиями нам удастся ее организовать и продолжить на очередном конгрессе, где появится реальная возможность наиболее корректно выслушать и обсудить мнение всех детских эндокринологов.

Благодарю редакцию КЭТ за возможность открытия этой дискуссии на страницах вашего уважаемого журнала.