Редакционные материалы

Вновь о парадигме лечения узлового коллоидного зоба: клиническое эссе

Фадеев В.В.

ГБОУ ВПО "Первый МГМУ им. И.М. Сеченова", Москва

Статья посвящена обсуждению основных негативных тенденций в лечении и наблюдении пациентов с узловым зобом и миниинвазивным технологиям.
Ключевые слова: *щитовидная железа, узловой зоб.*

Back to the paradigm in the management of nodular goiter: clinical essay

Fadeyev V.V.

Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russian Federation

The article is dedicated to the modern paradigm of the management of nodular goiter, negative tendencies in real clinical practice.
Key words: *thyroid, hypothyroidism, subclinical hypothyroidism, pregnancy, children, congenital hypothyroidism.*

В этом номере КЭТ опубликована статья группы тюменских авторов (Петров В.Г. и др.), посвященная опыту малоинвазивного лечения доброкачественных узловых образований щитовидной железы (ЩЖ). Она представляет большой интерес с нескольких позиций. Прежде всего статья действительно объединяет большой клинический материал и достаточно длительный период наблюдения пациентов. Другими словами, эта работа позволяет охарактеризовать использованный в ней метод и понять, к чему он приводит через четыре года. Это очень важно – благодаря этому мы приближаемся к понимаю медицинских последствий использования достаточно новых для нас методик. Собственно, в этом основной плюс, благодаря которому статья получила положительную рецензию и была опубликована.

Но когда речь вновь и вновь заходит о малоинвазивных методах воздействия на узловой зоб (позволю себе говорить именно о воздействии, а не о лечении), сразу возникает много мыслей, касающихся этой методики, а точнее, реалий ее использования, которые не могут не вызвать возражения. Многое из того, что я здесь напишу, уже неоднократно говорилось, но, как показывает жизнь и опыт общения с коллегами из многих городов России, видимо, нужно повторяться. Позволю себе изложить свои мысли на этот счет в виде короткого клинического эссе в стиле колонок Г.А. Герасимова, которые публикуются в каждом номере журнала.

Итак, название статьи: "Четырехлетний опыт лечения..." Давайте сначала разберемся, что мы вкладываем в понятие **"эффективное лечение узлового зоба"**? Кстати сказать, в самой этой фразе уже заложено негативное зерно – ведь на самом деле мы лечим не узловой зоб, а **пациента с узловым зобом**. Итак, с общемедицинских позиций лечение – это воздействие, направленное на спасение жизни, увеличение ее продолжительности и/или качества. То есть, так или иначе, в результате излечения мы делаем жизнь лучше, а человека счастливее. Чтобы ответить на наш вопрос, нужно понять, чем узловой зоб (коллоидный, конечно, мы обсуждаем только его) вредит пациенту или может навредить ему в дальнейшем. На мой взгляд (и он не оригинален), коллоидный зоб опасен тремя вещами.

1. Может привести к компрессии трахеи, вызывая обструкцию дыхательных путей.

С учетом того что коллоидный зоб выявляется при УЗИ у 30% живущих людей[1], а реально доказанная (МРТ, КТ) компрессия – это даже не раз в месяц у того хирурга, который специализируется на патологии ЩЖ, риск компрессии можно назвать ничтожным. Даже если вы часто, с вашей точки зрения, оперировали компрессионный зоб, представьте, когда идете по улице, что узел без компрессии есть у каждого третьего-четвертого попадающегося навстречу взрослого прохожего, при этом большинство таких "больных" об этом не знают... Важно заметить,

[1] Распространенность узлового зоба в 30% для населения России – это более 40 миллионов человек (это население по отдельности Испании, Польши, Украины, половина населения Германии).

© "Клиническая и экспериментальная тиреоидология", 2014

что риск компрессии непредсказуем: увидев у 30-летнего пациента узел в 2 см, мы никак не можем предсказать (если не используем спиритизм), что он приведет к компрессии еще через 30 лет. А по большому счету, даже если это произойдет – то почему бы эти 30 лет не пожить со своей щитовидной железой? И главное, как сейчас любят говорить, без "выноса мозга" со стороны медицинской общественности в виде ежеквартальных УЗИ, введения в ЩЖ различных жидкостей и отрезания ее частей?

В этой связи не могу согласиться с фразой из предисловия обсуждаемой статьи: "Однако практически все узлы ЩЖ со временем увеличиваются в размерах, и их рост в дальнейшем, скорее всего, приведет к необходимости более активной лечебной тактики". Безусловно, все узлы по определению увеличиваются в размерах, иначе бы они просто не возникли: сначала это ничтожная группка быстро пролиферирующих тиреоцитов, потом узел размером 0,5 см, потом 1 см и т.д. Но почему это должно привести к необходимости более активной тактики? Если так рассуждать, эта активная тактика понадобится ежегодно 40 миллионам наших сограждан! Но как-то живут же они без нее, умирая совсем от других причин и, увы, мучаясь другими болезнями! Я обычно сразу сообщаю пациенту, что коллоидный узел у него обязательно будет расти, только очень медленно, в непрогнозируемые промежутки времени его долгой и счастливой жизни, **но шанс того, что он вырастет так, что задушит его под утро, – ничтожен!** А периодический (раз в 2–3 года) контроль при помощи УЗИ, а иногда и просто пальпации практически его исключает! Кроме того, рост коллоидного узла сам по себе не свидетельствует о смене его морфологии, если же он значительный – это повод для повторной пункции, но отнюдь не для неких "активных действий".

2. Формирование функциональной автономии в йододефицитных регионах.

Да, это может произойти, и, собственно, об этом феномене много говорилось не без участия наших работ начала 2000-х годов. Каков риск того, что узловой коллоидный зоб приобретет со временем автономные свойства и приведет к реальному тиреотоксикозу? С учетом распространенности, с одной стороны, коллоидных узлов, а с другой – токсического зоба получается что-то около 0,1%. Таким образом, для того, чтобы предотвратить один случай автономии с реальным тиреотоксикозом (не просто с "горячим" узлом!), нужно удалить 1000 щитовидных желез, ну или подвергнуть выявленные узлы неким воздействиям. С учетом того, что в обсуждаемое исследование было включено почти 500 человек, оказывается, что, проведя такую гигантскую работу, авторы предотвратили функциональную автономию только у 0,5 (половины одного) пациента.

3. Психологическая убежденность (пациента и врача) в том, что узел в ЩЖ является опасной болезнью (а его увеличение – плохой динамикой), а здоровьем является его отсутствие (исчезновение, уменьшение).

Это представление у врачей опирается на период изучения нормальной анатомии по анатомическому атласу, в котором все органы нарисованы в идеалистическом стиле и ни в одном из них нет никаких узлов, кист, лимфоидных инфильтратов, они ровные, розовые, коричневые и т.д. На это (теперь уже и у пациента) наслаивается представление о том, что всякая "плюс-ткань" (то есть все, чего нет в атласе нормальной анатомии) – это зло, а всякий узел – опухоль, а опухоль – это метастазы и смерть! Чем этот узел меньше, тем лучше, а чем больше... это уже запущенная ситуация. На самом деле пациент в этом плане – "пластичный материал": его можно испугать, как ребенка каким-то злодеем, он поверит в это и будет бояться, после же того, как злодей будет повержен, пациент будет искренне ощущать себя выздоровевшим, у него отпустит от сердца, станет легко и светло... Но был ли на самом деле этот злодей? Получается, можно сначала выдумать болезнь – а потом ее же и вылечить... Очень выгодно, и никакого риска!

Третий пункт, который описывает патологическое значение узлового зоба, мне представляется **самым реальным** и в силу относительной редкости двух первых именно он представляет самую масштабную и опасную для здоровья пациента проблему. Самой опасной проблемой, создаваемой узловым зобом, становится именно та, которую создают врачи. Именно она разрушает психику пациента (сильнее тиреотоксикоза), она душит его по ночам (сильнее, чем зоб с компрессией), она заставляет его тратить деньги, потому что он убежден, что болен, он боится, он не планирует заводить детей, он не работает, а решает "проблемы со здоровьем"... Его легко убедить, что ему нужно лечение, что ему нужна операция, рассасывание и прижигание, немыслимые воздействия... Пациент как Голый Король, который уверен, что стоящие вокруг портные шьют ему платье неземной красоты, хотя они водят вокруг него иголками без ниток...

Если третья проблема из перечисленных мной – самая серьезная, давайте тогда определимся, что мы на самом деле лечим и зачем вмешиваемся в организм пациента с узловым коллоидным зобом? Если речь идет о первых двух пунктах, это я понимаю как

© "Клиническая и экспериментальная тиреоидология", 2014

врач-эндокринолог, если о третьем – то я это не совсем понимаю, поскольку я не врач-психиатр. Если пациент хочет, чтобы у него не стало коллоидного узла или он зачем-то любой ценой уменьшился, хочет прийти на УЗИ и увидеть в его протоколе отсутствие узла... хочет непререкаемо, любой ценой – тогда я за то, чтобы вводить алкоголь в коллоидные узлы диаметром 2 см. Врач сделал свое дело! Он облегчил страдания пациента, последний доволен... Но что мы ему вылечили, когда ввели спирт в ЩЖ? Мы его спасли от смерти или каких-то фатальных рисков? Мы вылечили его щитовидную железу, которая и так нормально работала, что только от нее и требуется? Ответ: рассосав ему узел спиртом, мы вылечили ему голову, несчастную голову, которую кто-то убедил, что организм болен! Ну еще мы подправили ультразвуковую картинку, которая стала чуть больше походить на атлас анатомии из времен юности... Итак, миниинвазивные технологии – как безопасное средство психологического убеждения пациентов в том, что они "вылечились"...

С началом использования миниинвазивных техник в лечении патологии ЩЖ на поверхность вышла одна, на мой взгляд, очень **плохая тенденция последнего десятилетия**. В чем она? Очень часто, когда врач овладевает какой-то методикой (или придумывает ее сам), именно она (а не пациент!) оказывается предметом его чаяний и бессонниц. Ведь если чем-то овладел – как же это можно не делать и как это может быть кому-то не нужно?

На многочисленных симпозиумах долго обсуждается вопрос, как отрезать ЩЖ, как ввести в нее спирт, как еще изловчиться и, сэкономив спирт, сделать то же самое чем-то другим? Можно засунуть эндоскоп в средостенье и сделать это виртуозно... Как можно не делать то, что у тебя получается, то, в чем ты профи?! Это все равно что сказать балерине "не танцуй", повару – "не подходи к плите", дрессировщику – "не издевайся над животными", а офтальмологу – "не делай ретробульбарные инъекции при эндокринной офтальмопатии"...

Но где тут пациент и его реальная болезнь? Почему не обсуждается, зачем это ему нужно? К чему это приведет и что предотвратит? Важнее оказывается "как?", а не "зачем?"...

Много раз сталкивался с тем, что выступающий даже не мог сформулировать показаний, по поводу которых он применял свой новый метод! Ему они не важны, он обсуждает метод, а не больного... Типичный пример такого диалога:

– По каким показаниям вы проводили адреналэктомию?

– Мы вообще-то хирурги и показания не определяем, к нам больного прислали эндокринологи!

Получается, что **одно только владение какой-то методикой оказывается оправданием ее существования и основанием для ее широкого использования**! А методик таких много: начиная с воздействия на узлы какими-то физическими факторами, заканчивая удалением щитовидной железы через паховую складку!

Я уверен, что такими темпами придумают еще 50 вариантов деструкции узловых образований, потому что надо быть лучше соседа, который на этом же конгрессе демонстрирует свое искусство, но, увы, искусство "рукоделия", а не реальные результаты – сколько он спас людей и скольких сделал счастливыми, если, конечно, не считать тех "осчастливленных", предварительно им же самим запуганных до смерти ужасами, которые несут с собой коллоидные узлы в 2–3 см в диаметре....

Нужны ли новые и новые малоинвазивные методы для лечения коллоидного зоба?.. А нам нужны новые методы лечения заболевания, которое и заболеванием-то является редко? Когда коллоидный узел является реальной болезнью, а не черно-серой распечаткой из УЗ-аппарата, то есть речь идет о компрессии и тиреотоксикозе, рождается та самая критикуемая в обсуждаемой статье фраза из рекомендаций РАЭ о том, что **"...в отдельных случаях эти методы могут рассматриваться как альтернатива хирургическому лечению исключительно узлового коллоидного зоба"**[2]. То же получится, если разобрать детально цитируемую фразу из рекомендаций по узловому зобу AACE: "...тепловая деструкция узла с использованием лазера у большинства пациентов вызывает клинически значимое снижение объема узлов и улучшение местных симптомов, является безопасной и эффективной, однако из-за новизны технологии долгосрочных исследований не хватает". **Снижение объема узлов** происходит и вправду (ну еще бы и этого не было!), приводит к **улучшению местных симптомов** (но это обсуждение не *glomus istericus*, который легко вызвать у пациента, хорошенько его испугав, это не симптомы в виде холодного пота при мысли о том, что узел увеличился за год на 3 мм, местные симптомы – это симптомы компрессии!), **безопасно и эффективно** – особенно в той ситуации, когда этот эффект кому-то реально нужен, а не мним и выдуман. В рекомендациях РАЭ фраза "может рассматриваться как альтернатива хирургическому лечению" подразумевает, что миниинвазивные методы не являются альтернативой наблюдению пациента, то есть нет оснований их использовать, когда пациенту вообще ничего не показано, когда коллоидный узел болезнью не является. Канула в Лету эпоха супрессивной терапии препаратами тиреоидных гормонов,

[2] Изначально высказанная и предложенная В.Э. Ванушко.

которая была одновременно неэффективной и небезопасной, да и лишенной смысла. Подсознательно именно с этой терапией всегда сравниваются миниинвазивные методы. Чем они от нее отличаются? Они эффективны в плане уменьшения размера узла, но абсолютно не влияют на прогноз для пациента в тех ситуациях, когда этот прогноз и так ни малейшим образом ничем не замутнен, как при коллоидных узлах. Это безопасные методы, но они столь же бессмысленны, как супрессивная терапия L-тироксином в тех ситуациях, когда эта терапия раньше назначалась. Если вообще нужно какое-то вмешательство – при, повторюсь, компрессии и тиреотоксикозе – эффективность миниинвазивных методов весьма низка по сравнению с хирургическим вмешательством или радиоактивным йодом. Итак, **общий вердикт: миниинвазивные методы очень хороши, но они эффективны преимущественно в тех ситуациях, когда вообще не показаны, то есть в тех ситуациях, когда какое-либо вмешательство ничем не оправдано**.

Почти уверен, что авторы статьи, инициировавшей написание этого эссе, на меня обидятся, но искренне не хотел бы этого. Написанное мной, во-первых, не содержит ничего личного (собственно, всегда и везде выражал эту точку зрения), во-вторых, оно названо “дискуссией к статье”, поскольку она всколыхнула сразу много мыслей, скорее касающихся даже не моего отношения к малоинвазивным методикам лечения патологии щитовидной железы, а того, как они реализуются и каким идеям служат до сих пор, хотя попытки их внедрения только в России активно начались в 90-х годах ушедшего века. Кроме того, повторюсь, результаты этого исследования интересны уже с точки зрения понимания последствий использования изученной методики, как бы негативно я к ней для подавляющего большинства пациентов ни относился.

К началу 2000-х относится и хорошо запомнившаяся мне фраза, цитированная в обсуждаемой статье: **“Врач из активного консультанта и лечебника превращается в “созерцателя”, задачей которого становится многолетняя подготовка пациента к тому, что его все-таки однажды прооперируют”**. В самом деле, **“созерцателями узлов”** назвали как-то меня и моего коллегу В.Э. Ванушко, с которым мы многие годы проводим семинары “Тирошкола”. На этих семинарах мы излагаем в том числе и те концепции, которые описаны здесь. Загвоздка этой цитаты состоит в том, что **“однажды все-таки оперировать”** в подавляющем большинстве случаев не надо, вряд ли в отношении коллоидного узла подходит понятие **“многолетняя подготовка”**, если таковой не считать постоянное запугивание пациента и психологическое давление в виде назначения ежеквартальных УЗИ... **“Активный консультант и лечебник”**? Мне кажется, есть реальные болезни, при которых действительно требуется активно консультировать и лечить...

К созерцанию в негативном смысле этого слова ближе то, что я называю “узловеденьем” или “нодулизмом”... **“Узловеденье”** (“нодулизм”) – это форма жизни и работы в виде постоянной и непримиримой борьбы с коллоидными узлами, борьбы, включающей их активный поиск у всех живущих (поиск, обреченный на успех!), диспансерное наблюдение этих узлов в формате более жестком, чем в туберкулезных диспансерах 40-х годов, собирание гербария из ультразвуковых картинок щитовидной железы, надрывные попытки этот узел как-то уменьшить (рассосать, растворить, аспирировать, прижечь, отрезать) и, самое главное, – на ежеквартальном приеме все это должно кристаллизоваться в очередной акт бесконечной шекспировской трагедии, в которой Гамлет-“узловед” (“нодулист”) в белом халате снова и снова решает неисчерпаемый вопрос: “Быть иль не быть узловому коллоидному зобу?” Я на этом фоне действительно предпочитаю оставаться созерцателем...

Фадеев Валентин Викторович – доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой эндокринологии лечебного факультета ГБОУ ВПО “Первый МГМУ им. И.М. Сеченова”, Москва, Российская Федерация.

Для корреспонденции: Фадеев Валентин Викторович – walfad@mail.ru

© “Клиническая и экспериментальная тиреоидология”, 2014