

## УЗЛОВОЙ ЗОБ: ДИСКУССИОННЫЕ ПРОБЛЕМЫ И НЕГАТИВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ<sup>1</sup> (КЛИНИЧЕСКОЕ ЭССЕ)

**В.В. Фадеев**

Эндокринологический научный центр Росмедтехнологий  
(директор — член-корреспондент РАМН Г.А. Мельниченко)

### **Nodular Goiter: Controversial Problems and Negative Tendencies in Clinical Practice**

**V. Fadeyev**

*Endocrinological Research Center of Russia*

*Король вошел к ним со своими самыми знатными придворными, и портные, высоко поднимая руки, как будто держали в них что-то, говорили:*

*— Вот панталоны! Вот камзол! Вот мантия!*

*— Да, да! — говорили придворные, хотя они ровно ничего не видели, потому что и видеть-то было нечего.*

*— А теперь, ваше королевское величество, соблаговолите снять ваше платье! — сказали портные. —*

*Мы оденем вас в новое, вот тут, перед большим зеркалом!*

*Король разделся, и портные сделали вид, будто надевают на него одну часть новой одежды за другой. Они обхватили его за талию и сделали вид, будто прикрепляют что-то, — это был шлейф, и король закрутился—завертелся перед зеркалом.*

**Г. Х. Андерсен. “Новое платье короля”**

Заболевания щитовидной железы (ЩЖ) в настоящее время занимают ведущее место в структуре всех эндокринопатий. Не меньшие, а порой и большие проблемы с позиции материальных и эмоционально-психологических затрат имеют многочисленные феномены со стороны ЩЖ, которые далеко не всегда можно с уверенностью отнести к патологическим. Пальма первенства в этом плане, безусловно, при-

надлежит узловому зобу. Последние годы ознаменованы тем, что наступает некое “отрезвление” от существовавшего на протяжении десятков лет гипертрофированного отношения к патологическому значению узлового зоба. Во многом этому способствовало появление в последние годы нескольких солидных клинических рекомендаций известных эндокринологических и онкологических сообществ [2–4], в том числе и рекомендации Российской ассоциации эндокринологов [1].

### **Эпидемиология**

Данные систематизированных эпидемиологических исследований, пожалуй, и позволили сформировать современное достаточно взвешенное отношение к узловому зобу. Узловые образования ЩЖ при пальпации выявляются примерно у 5% людей, а при ультразвуковом исследовании почти в 5–10 раз чаще, то есть почти у половины населения. По данным аутопсийных исследований распространенность узловых образований достигает 80% и более.

Отсюда возникает закономерный вопрос: может ли столь распространенный феномен всегда рассматриваться как патология, если он казуистически редко обуславливает инвалидизацию и смертность?

<sup>1</sup> Этой статьей редакция КЭТ предлагает открыть дискуссию по проблемам узлового зоба и рака ЩЖ. Особенно это актуально в связи с тем, что планируемый в декабре с. г. Всероссийский тиреологический конгресс будет обсуждать клинические рекомендации по диагностике и лечению рака ЩЖ. Дискуссионные материалы принимаются в любой форме: статьи, обзоры, письма в редакцию и т. д.

Вне зависимости от размеров узловых образований (от миллиметров до сантиметров), примерно в 3% случаев они являются раком ЩЖ. (Риск наличия рака при солитарном и многоузловом изменении ЩЖ существенно не отличается.) Отсутствие разницы в вероятности злокачественности узлового образования ЩЖ связано с тем, что банальные коллоидные узлы, равно как и другие доброкачественные образования, никогда не малигнизируются. Именно в связи с этим сам факт увеличения узлового образования не очень сильно повышает вероятность его злокачественности и никогда не говорит об его “озлокачествлении”. Тем не менее, вопреки этим хорошо известным данным, врачи психологически “агрессивнее” настроены по отношению к более крупным узлам ЩЖ. Большинство эндокринологов и хирургов на вопрос о том, какой узел ЩЖ представляется более “проблемным” – в 1 или 2 см в диаметре (в обоих случаях коллоидный по данным биопсии), без сомнения ответят, что последний, хотя для этого нет практически никаких объективных оснований. С некоторой натяжкой можно говорить о том, что относительно более крупный узел, с большей вероятностью, когда-нибудь может составить косметическую или компрессионную проблему.

Автор этого эссе является практикующим эндокринологом, и по ряду причин большая часть пациентов, приходящих к нему на прием, – это пациенты с патологией ЩЖ. При этом их существенная часть – с узловым зобом. При том что пункционной биопсии подвергаются все без исключения узловые образования, превышающие в диаметре 1 см, за год удается выявить примерно один, максимум два новых случая рака ЩЖ. И если мне посчастливится в этом режиме проработать 30 лет и выйти на пенсию – за свою жизнь и работу эндокринологом я выявлю примерно 30 пациентов с данным заболеванием, которое по современным представлениям практически абсолютно излечимо.

Еще один вопрос, который обсуждается в отношении эпидемиологии узлового зоба, – это его связь с уровнем потребления йода. Судя по всему, она несколько выше в йододефицитных регионах. Это, казалось бы, достаточно логично вытекают из представлений о патогенезе узлового коллоидного пролиферирующего зоба: растормаживание гиперпластических процессов в ЩЖ вследствие ее хронической гиперстимуляции на фоне йодного дефицита. Тем не менее узловой зоб было бы неправильно в полной мере отождествлять с проблемой йодного дефицита, поскольку его распространенность очень высока и при нормальном потреблении йода, а нормализация потребления йода в популяции не приводит к ликвидации узлового зоба. Лишь один аспект

узлового зоба имеет отчетливую связь с уровнем потребления йода – формирование функциональной автономии ЩЖ. Хотя и здесь есть небольшая “заминка” – автономно функционирующие зоны ЩЖ (“горячие”) при многоузловом токсическом зобе далеко не всегда полностью совпадают с узлами.

### Патологическое значение узлового зоба

Первая проблема, которую традиционно предлагается решить при обследовании пациентов с узловым зобом, состоит в том, не является ли узловой зоб раком ЩЖ. Логика в этом есть, поскольку рак – это самое худшее, чем может оказаться узловой зоб. Тем не менее подавляющее большинство узловых образований раком не являются. И именно они составляют основную “обузу” для здравоохранения, в том числе и финансовую, несмотря на то, что узловой коллоидный пролиферирующий зоб, как указывалось выше, чаще всего имеет сомнительное патологическое значение. Другими словами, клиническое значение узлового зоба отнюдь не исчерпывается решением проблемы “рак – не рак”.

Сложившаяся в РФ клиническая практика, увы, до сих пор находится в явном противоречии с этими данными. Узловой зоб продолжает в первую очередь восприниматься если не как рак, то почти как рак, который рано или поздно возникнет, о чем свидетельствуют широко используемая практика обследования пациентов с банальным узловым зобом, подразумевающая УЗИ с интервалом в 3 мес. Причин для этого, по нашему представлению, много, но основной является упорное следование принципам 50–70-х годов прошлого века, в соответствии с которыми любой узел ЩЖ без долгих разбирательств, биопсий и прочего являлся показанием к операции по принципу “не дожидаясь перитонита”. Перенос этого принципа в современность может привести к тому, что шрам на шее приобретет до трети и более всего населения в зависимости от того, как широко проводить УЗИ ЩЖ.

Многие негативные тенденции, а точнее отсутствие прогресса в понимании проблемы узлового зоба, имеют сугубо психологические корни. Приведем пример. Язва желудка встречается примерно у 10% населения, но при словосочетании “язва желудка” в сознании медиков редко возникают некие мрачные образы, и заболевание это кажется достаточно “мирным”. При этом до 10% язв желудка являются либо раком, либо фоном для его развития. Рак желудка имеет несопоставимо большее патологическое значение, и на его фоне рак ЩЖ (уже имеющийся, не говоря уже об узловом зобе) покажется просто “подарком”. Тем не менее выявление узла в ЩЖ

(коллоидного, который раком никогда не станет) зачастую имеет несопоставимо худшую психологическую окраску по сравнению с язвой желудка. Если пойти дальше в этих параллелях, можно указать на то, что никому в голову не приходит мысль “удалить желудок при банальной язве только с целью предотвращения развития рака”. В отношении узлового зоба такой подход, увы, сплошь и рядом распространен, хотя понятно, что удалить часть ЩЖ куда безопаснее для врача и пациента, чем полостная операция.

Еще одной негативной тенденцией, на мой взгляд, является чрезмерно настороженное отношение к **росту узловых образований**. При этом имеются в виду узловые образования, морфологически верифицированные как коллоидный пролиферирующий зоб. Во-первых, укажем на то, что в целом узловые образования ЩЖ имеют склонность к росту примерно на 5% год. То есть рост естественен для коллоидного пролиферирующего зоба. К тому же, с учетом его распространенности в популяции, он редко приводит к компрессионному синдрому и косметическим дефектам.

Представим, что перед нами пациент с узловым коллоидным пролиферирующим зобом диаметром в 1 см. При обследовании через год узел увеличился до 2 см. Есть ли основание полагать, что произошло что-то, в значительной мере неблагоприятное, если мы, проведя повторную пункционную биопсию, убедились в том, что это все тот же коллоидный узел? Под неблагоприятным следует понимать уменьшение продолжительности жизни пациента, ухудшение ее качества и инвалидизацию? По имеющимся данным, к счастью, нет, вопреки чему пациент, как правило, подвергается значительной психологической травматизации со стороны медиков. Зачастую такой узел обозначается как “растущий”, что является показанием для операции. Парадоксально, но впервые выявленный узел уже в 2 см как “растущий” не воспринимается. Хотя очевидно, что когда-то и он имел диаметр 1 см, то есть “растущим”, по сути, является любой узел ЩЖ вследствие только того обстоятельства, что он вообще возник. Написанное не следует воспринимать, как предложение вообще не обращать внимания на динамику роста узловых образований — их значительное увеличение, вероятно, следует воспринимать как показание к повторной пункции, но не более.

Чем же еще опасен узловой зоб, помимо низкой вероятности того, что он окажется раком, что можно эффективно исключить при помощи пункционной биопсии? По сути, это достаточно низкая вероятность развития компрессионного синдрома и/или косметического дефекта, а в регионах йодного дефи-

цита — риск формирования функциональной автономии (ФА) ЩЖ и тиреотоксикоза. Формирование ФА и манифестация тиреотоксикоза — процесс длительный, который занимает не одно десятилетие: явный тиреотоксикоз развивается примерно у 5% пациентов с ФА в год.

### Диагностика

Как известно, диагностика узлового зоба базируется на данных УЗИ, тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ), гормонального исследования и скинтиграфии ЩЖ. Основные проблемы и, соответственно, по мнению автора этой статьи, негативные тенденции клинической практики связаны с показаниями к проведению первых двух упомянутых методов.

Во-первых, достаточно избитый, но не теряющий свою актуальность вопрос: кому показано проведение УЗИ? Последние клинические рекомендации, как российские, так и американские [1–3], равно как и практически все руководства по заболеваниям ЩЖ, категорически против проведения УЗИ без каких-либо клинических показаний, основным из которых в контексте обсуждаемой проблемы является пальпируемый зоб. Это объясняется и хорошо аргументируется тем, что проведение УЗИ без показаний (на всякий случай, в рамках диспансеризации) несет высокий риск выявления клинически незначимых изменений, которые вынужденно повлекут за собой существенные финансовые затраты и, что более важно, психологический дискомфорт для пациента. При этом вероятность выявления **клинически значимого (!!!)** рака ЩЖ при таком подходе несоизмеримо мала. Ряд проспективных эпидемиологических исследований показал, что широкое внедрение УЗИ в клиническую практику **практически не отразилось на смертности от рака ЩЖ**. С другой стороны, мнимый эпидемический рост рака ЩЖ во многих странах преимущественно обусловлен не реальным ростом заболеваемости, а выявлением значительного числа микрокарцином за счет широкого использования УЗИ ЩЖ зачастую без клинических показаний. Таким образом, УЗИ позволяет решить много проблем, но, увы, мало влияет на конечный общепопуляционный результат — смертность от рака ЩЖ.

В реальной клинической практике все происходит с точностью до наоборот. Большинство практикующих эндокринологов согласятся с тем, что у большей части пациентов (по всей вероятности, **не менее 70–80%(!)**), обращающихся по поводу узлового зоба, последний выявляется при УЗИ, которое предпринимается без клинических показаний, то есть на

всякий случай. Оценить результаты такой “случайной” деятельности в масштабах 144-миллионного государства сложно. Для этого нужно суммировать затраты на гормональные исследования, многочисленные контрольные УЗИ, порой предпринимаемые с интервалом в 3 мес, очереди на приемы к эндокринологу, тысячи, если не сотни тысяч хирургических операций по поводу банальных коллоидных узлов, слезы, а порой искалеченные судьбы пациентов. Забегая вперед, хочется продолжить, чтобы подчеркнуть фантастическую абсурдность происходящего... И все это ради выявления нескольких десятков случаев высокодифференцированного рака ЩЖ, по поводу которых в подавляющем большинстве случаев будет предпринято лечение, **противоречащее рекомендациям, используемым в большинстве развитых стран:** пациенту будет предпринята гемитиреоидэктомия с резекцией перешейка, которая исключает возможность его наблюдения на современном уровне, хотя и обеспечивает приемлемую 10-летнюю выживаемость.

Говоря об УЗИ ЩЖ при узловом зобе, следует заметить, что последние рекомендации Американской ассоциации клинических эндокринологов (ААСЕ) [2] поднимают приоритет этого метода по сравнению с прошлой редакцией этого документа. Это касается показаний для ТАБ, к которым, помимо размера узла, стали относить ультразвуковые признаки злокачественности.

О ТАБ, пожалуй, уже сказано все, поскольку она начала использоваться с 40-х годов прошлого века. Проблемой, которая всегда будет актуальной, являются квалификация пунктирующего и квалификация цитолога – две составляющие, которые определяют или приверженность методу, либо его отрицание (“все равно нет никакой гарантии, что рак не будет пропущен...”), результатом которого будут многочисленные бессмысленные операции по поводу банального узлового зоба.

Показаниями к ТАБ, в соответствии с последними рекомендациями ААСЕ, являются узловые образования, превышающие в диаметре 1 см, – положение, которое остается незабываемым уже почти два десятилетия. В соответствии с этими же рекомендациями, ТАБ узловых образований менее 10 мм не показана, если результаты УЗИ не подозрительны и нет высокого риска рака по данным анамнеза. Есть еще один важный с практической точки зрения момент: в случае выявления двух и более узлов размерами более 1,5 см пунктировать следует преимущественно узлы, которые имеют подозрительные ультразвуковые особенности [2].

Пункционная биопсия образований другого размера признается клинически и экономически не-

эффективной. Более того, возведение в рекомендации ТАБ образований меньшего размера противоречит самим показаниям к УЗИ ЩЖ – единственному методу, который только и может выявить столь мелкие структуры.

Парадоксально, но в одной и той же аудитории часто находятся оппоненты, которые не верят в ТАБ как в таковую, и другие, которые предлагают делать её и ТАБ при образованиях любого размера.

### **Хирургическое лечение узлового зоба**

Показания к хирургическому лечению при узловом эутиреоидном зобе предельно просты: опухоли ЩЖ, включая фолликулярные аденомы по данным ТАБ, компрессионный синдром и/или косметический дефект. На этом показания исчерпываются (!!!). Более того, во второй ситуации (компрессионный синдром) хорошей альтернативой зачастую может быть терапия радиоактивным йодом. Учитывая тот факт, что последняя в большинстве западных стран является основным методом лечения токсического зоба, хирургия ЩЖ является в этих странах только почти одной онкологической прерогативой.

Если же проанализировать материалы ежегодных российских съездов эндокринных хирургов, многие тезисы которых начинаются с указания на то, сколько за последний год было выполнено хирургических операций на ЩЖ (число порой четырехзначное), становится понятно, что **большинство операций по поводу узлового зоба выполняются в РФ без показаний** или, если сказать более мягко, по показаниям, которые были разработаны в 50-х годах прошлого века. Кстати сказать, редкие тезисы в этих сборниках обсуждают показания к хирургическому лечению – в их системе единиц это не так важно, так как куда важнее техника, объем (пресловутый тиреоидный остаток), количество прооперированных. Зачем же все это делается? Создается такое впечатление, что это мало кого волнует.

Частый ответ, который приходится слышать: мы спасаем от рака. А далее следует, без преувеличения, слезный рассказ про пациентку, которую прооперировали, а рак обнаружили только при гистологическом исследовании. Безусловно, этот рассказ впечатлил бы в 50-е годы прошлого века: даже вспоминаются романы Юрия Германа про героические будни советских врачей. В рамках же современных технологий такой подход парадоксален: случайно выявленными микрокарциномами, распространенность которых по данным аутопсий может достигать 10%, аргументируется необходимость удаления ЩЖ при узловом зобе, который по данным ТАБ является коллоидном пролиферирующим. Следуя логике, даль-

нейший шаг — отказ от ТАБ как таковой и проведение тиреоидэктомий при любом узловом, а тем более многоузловом зобе. Почему? Да потому, что ТАБ не позволяет исключить микрокарциномы ЩЖ, которые неизбежно будут обнаруживаться в удаленном материале. Эти случаи зачастую называют “расхождения”: оперировали по поводу доброкачественного узла (кстати, зачем?), а на гистологии — рак. Но какой узел пунктировали и что именно оказалось потом раком?

Абсолютно в рамках обсуждаемой логики формируется отношение к выдвигаемой в клинических рекомендациях РАЭ радикальной концепции хирургического лечения узлового зоба [1]. Как уже говорилось, показания к операции, хирургическую, общественность волнуют не сильно, поскольку подсознательно, если не сказать априори, любой пациент с узловым зобом — “потенциальный клиент хирурга”. Если же пропустить абзац этих рекомендаций о показаниях, получится, что всем пациентам с многоузловым зобом предлагается проведение предельно субтотальной резекции, которая с функциональной точки зрения мало отличается от тиреоидэктомии. Именно эта концепция последовательно отстается хирургическим отделением Эндокринологического научного центра. И действительно, получается как-то круто: в сознании большинства — то огромное число пациентов с узловым зобом, а в сознании хирургов — те пациенты, которых они привыкли оперировать по поводу узлового зоба (большую часть которых на самом деле оперировать-то не надо). И тут предложение: а давайте всем им делать тиреоидэктомию. Это предложение вызывает бурю эмоций. (Подсознательно пробивается неизвестный широкому кругу эндокринологов факт, что тиреоидэктомией хорошо владеет абсолютное меньшинство хирургов, оперирующих на ЩЖ.) Но упущено самое главное: тиреоидэктомию не предлагается делать пациентам, которым вообще не показана операция на ЩЖ, то есть тем, кого, по большей части, и привыкли оперировать. Начните с показаний к операции как таковых: компрессионный синдром и/или выраженный косметический дефект — И ВСЁ (!!!). И тогда станет понятно, что в этих ситуациях другой объем операции лишен смысла: речь идет о гигантской зобно-измененной железе, оставление части которой пациенту, так или иначе получающему препараты левотироксина, кроме рецидива зоба не принесет ничего.

Тут следует перейти к обсуждению самого большого вопроса — сложившейся практики лечения рака ЩЖ. Не хотелось бы опять начинать защищать в глазах читателей концепцию лечения рака ЩЖ, которая принята в большинстве развитых

стран мира и которая легла в основу последних Европейских и Американских рекомендаций [2–4]. Во-первых, это уже неоднократно делалось. Во-вторых, эндокринологов, как ни странно, в этом нужно убеждать меньше врачей других специальностей (хирургов, онкологов). А в-третьих, это уже напоминает тщетные попытки аргументировать преимущества автомобиля перед гужевым транспортом. Нет бы, приходилось доказывать чудодейственные свойства какой-то биодобавки или операции по надеванию целлофановой манжетки на вену надпочечника при гиперальдостеронизме! Впечатление, что в такого рода казусы поверили бы куда быстрее.

Хотелось бы от обратного попытаться объяснить, откуда возникла, почему так прижилась и очень тяжело преодолевается концепция сохранения части ЩЖ при раке. Ее исходный посыл, на мой взгляд, очевиден: сохранить часть органа, который продуцирует гормоны, чтобы у пациента не развился гипотиреоз. Этот посыл закономерно возник в те самые 40–50-е годы, когда не было ни препаратов левотироксина, ни возможности определить уровень ТТГ. В этой ситуации и гипотиреоз диагностируется по клинике, и лечение контролируется по пульсу. Претензий к этому подходу, правда, на уровне 50-х годов прошлого века нет никаких. Но дальше происходит интересный феномен: аргументация органосохранения остается прежней — предотвратить гипотиреоз, но фактически, на мой взгляд, дело оказывается в другом. А именно в том, что лечение рака в России осуществляется исключительно хирургами, тогда как в других странах эта проблема развивается как мультидисциплинарная: хирургия + радиология + эндокринология. А теперь поставим себя на место разработчиков органосохраняющей концепции: это хирурги, и только хирурги. В том месте, где они работают, есть возможность заниматься **одной только хирургией**. Какое направление получит развитие проблемы в такой ситуации? Она будет решаться исключительно хирургическими методами. А как? Неужели в этой ситуации ученые, которые должны заниматься наукой, писать и защищать диссертации, раз и навсегда придут к тому мнению, что железу нужно удалить всю и на этом покончить? Да никогда! Поскольку кроме хирургии ничего нет, будут разрабатываться какие-то операции, которые оставляют часть ЩЖ и подразумевают различные ревизии от средостеня до грудной клетки и т. д. Ведь если постулировать тиреоидэктомию — это практически конец увлекательного развития хирургии как науки при раке ЩЖ. А так неинтересно! Но возможности развивать другие направления

проблемы нет, потому что нет радиоактивного йода. Мы не догадываемся о тиреоглобулине и о супрессивной терапии – все, что у нас есть, – это нож. Вот и получается органосохранение, аргументируемое сохранением эутиреоза. Но, простите, в долгих беседах с хирургами и онкологами я как преподаватель эндокринологии с достаточным стажем уловил, что далеко не все представляют себе, что такое гипотиреоз, против которого идет борьба, как он диагностируется и как его в последнее время лечат. Восклицания многих напоминают пациенток ужасающихся, что “теперь на всю жизнь на гормоны сажаете”! Кроме того, я, честно говоря, не видел почти ни одного пациента, которому проведено частичное удаление ЩЖ по поводу рака (а таких было много) и который вообще не получает тироксин. Он его все равно получает, но при этом ему все равно для чего-то оставлен кусочек ЩЖ.

Так что упорное следование органосохраняющей концепции объясняется только одним: если ее авторы признают принципы лечения рака, принятые во всем мире, это автоматически приведет к признанию того, что они в своих лечебных учреждениях не могут адекватно лечить рак ЩЖ, не говоря уже об отречении от тонн диссертаций и десятков лет кропотливой работы. Достаточно интересно выглядят высказывания многих убежденных сединами онкологов о том, что “если начать всем делать тиреоидэктомию, нас захлестнут осложнения, поскольку их мало кто умеет делать”, или о том, что “у нас ведь нет возможности проведения терапии радиоактивным йодом”. Но, извините, при всем глубоком уважении, и уважении искреннем, кто мешал еще, наверное, лет 40–50 назад и далее развивать терапию радиоактивным йодом? Или информация об этом методе лечения была засекречена ЦРУ и не проникала в СССР? А достаточного количества хирургов, владеющих тиреоидэктомиями нет потому, что активно пропагандировалась органосохраняющая концепция. А хирургов, вообще оперирующих на ЩЖ, огромное количество, потому что, с одной стороны, господствовала и продолжает господствовать концепция операций по поводу любого банального узлового зоба, а с другой – ЩЖ коммерчески один из самых “благодарных” органов (см. ниже).

В итоге рисуется пестрая, хаотичная и ужасающая картина, которая вдали от столичных институтов и крупных городов приобретает фантазмагорические формы: УЗИрование всего населения, канцерофобическое пунктирование всех структурных изменений или, наоборот, бессмысленные операции вследствие неверия в ТАБ, которые обрастают

новомодными алкогольными или лазерными методами. На вершину этого абсурда я бы поставил сплошь и рядом происходящие внешние облучения области шеи у пациентов, которым по поводу папиллярного рака предпринята **гемитиреоидэктомия(!)** с резекцией перешейка. В таких случаях просто опускаются руки.

### **Психологизмы консервативной терапии при узловом зобе**

**Психологизм первый.** *Как это вообще ничего не делать?* Вообще ничего не делать, то есть просто динамически наблюдать пациента с узловым и многоузловым коллоидным пролиферирующим зобом предлагают Российские [1], а вослед за ними, если исходить из года издания, Американские и Европейские рекомендации [2–4]. Супрессивная терапия при узловом зобе препаратами тиреоидных гормонов неумолимо уходит в Лету. При этом за последние годы, по опыту проведения многочисленных конференций в разных регионах России, от нее отказываются все больше эндокринологов. Возможно, помимо всего прочего, определенную роль сыграло и то, что в последние годы на узлы из-за необходимости выписки многочисленных льготных рецептов с ведением тройной бухгалтерии у эндокринологов просто нет времени. Тем не менее ставший уже традиционным вопрос к аудитории “Кто вылечил тироксином хоть один узел ЩЖ?” еще приходится задавать. За ним неумолимо следует второй вопрос: А если не видите эффекта, зачем тогда назначаете? Ответа нет... Но он понятен: так было принято, так писалось в книгах и методичках, так нас учили.

Тем не менее от обсуждаемого психологизма никуда не деться и что-то назначить хочется. Например, препараты йода. Это плохо? Да, в определенной ситуации они противопоказаны (функциональная автономия), в большинстве же безобидны. Можно от них ожидать какого-то эффекта? Да, видимо, можно ожидать ликвидации диффузного компонента зоба, если он есть, и теоретически – предотвращения формирования новых узлов. Может быть, да, а может быть, и нет. Повлияет это как-то на имеющиеся коллоидные узлы? Скорее, нет. И, главное, отразится это как-то на отдаленном прогнозе для пациента? Ощущение, что нет, почти очевидно. Есть ли у этого назначения достаточная доказательная база? Ее нет. В связи с этим, если мы делаем назначение, базирующееся на принципе “было бы лучше, хуже точно не будет”, мы обманываем ожидания пациента и вынуждаем его тратить деньги на лекарственный препарат, хотя в практической жизни, наверное, возможны си-

туации, когда такое назначение имеет право на существование.

**Психологизм второй.** *Рост узла.* Об этом уже было написано выше, тем не менее хотелось бы обсудить это еще раз. Давайте ответим на простой вопрос: как мы отнесемся к тому, что у пациента с узловым коллоидным зобом диаметром 1,5 см он увеличился до 2,0 см? Уверен, что почти все читающие эту статью подумали про себя, что это плохо или, по крайней мере, отношение к произошедшему — негативное. А давайте ответим на вопрос, почему оно негативное. Есть ли для этого негативизма объективные предпосылки? Во-первых, заранее определимся, что негативно для пациента то, что уменьшает его продолжительность жизни, ухудшает ее качество и делает инвалидом. Произойдет ли это в нашей ситуации? Нет, скорее всего, не произойдет, поскольку от того, что коллоидный узел стал на 5 мм больше, от этого он раком не стал, он не сдавит трахею и не испортит внешний вид шеи. Есть, конечно, некая минимальная вероятность, что этот узел увеличится так, что начнет сдавливать трахею, но это абсолютно непредсказуемо, и, если сопоставить распространенность узлового зоба и компрессионного синдрома, это крайне маловероятно. Мы упустили только один момент: качество жизни пациента может ухудшиться. Только в этом случае виноваты окажемся мы с вами, если в такой ситуации мы округлим глаза, заохаем, назовем этот узел растущим, отправим, на всякий случай, к онкологически настроенному онкологу, сделаем повторную пункцию и принудим ходить пациента на повторные УЗИ каждый месяц, если вообще не прооперируем. Засыпая, этот, по сути, практически здоровый человек будет думать о своем узле в ЩЖ. Нет, я не против (в ряде ситуаций) от повторных пункций, я против пафоса и округления глаз в связи с банальной ситуацией, когда коллоидный пролиферирующий зоб пролиферирует дальше и становится несколько больше.

Давайте повернем этот психологизм наоборот и ответим на вопрос, как мы отнесемся к тому, что узел диаметром 2 см вдруг (или “благодаря” волшебной пищевой добавке) уменьшился до 1,5 см. Такое бывает? Сплошь и рядом! Поверьте, что многие диссертации, изучающие эффективность чего-либо при узловом зобе зачастую доказывали эту “эффективность”, в том числе благодаря естественному регрессу размера части узлов. Так как мы к этому отнесемся? Уверен, что большинство подумало, что это очень хорошо или, по крайней мере, этот факт воспринят позитивно. Опять же возникает вопрос, почему? Неужели у пациента была реальная возможность умереть из-за двухсантимет-

рового узла или стать инвалидом. Но, к счастью, из-за его уменьшения на 0,5 см эта возможность исчезла. Конечно, нет! Но и врач, и пациенты счастливы: врач уверен, что он вылечил или постепенно вылечивает пациента, а пациент покупает ящик шампанского и неделю отмечает это событие! Имеют ли эти сантиметры какой-то смысл? Наверное, да, но весьма, скажем так, нейтральный, не являющийся поводом для каких-либо бурных эмоций, как, пожалуй, и сам феномен узлового коллоидного зоба.

**Психологизм третий.** *Сантиметры.* Узлы ЩЖ измеряются в сантиметрах и миллиметрах. При этом многие, как правило, отечественные руководства в них же измеряют показания для операции и других действий, например для пункции. В сантиметрах же измеряется степень нашего волнения и напряженность общения с пациентом. В отношении показаний к пункции (узлы более 1 см) — это единственный размер, измеренный в сантиметрах, который мы встречаем в принятых на сегодняшний день рекомендациях [1–4]. Против такого положения возражать категорически нельзя, поскольку именно оно создает хоть какую-то систему вокруг грозящего захлестнуть нас хаоса. Но откуда взялся размер в 3 см, как показание для операции? Я не имею в виду ссылку на какую-то книжку или методичку. Откуда он взялся там?

Три сантиметра звучит эффектно и выглядит красиво на схемах со стрелочками. Но давайте представим, что было бы, если бы мы пользовались не метрической системой, а другими единицами измерения. Три сантиметра — это 1,18 дюйма и 0,0984 фута. По логике, нужно было бы сократить до целых и сказать: “Показание к операции на ЩЖ — узлы более 1 дюйма в диаметре”. Или это категорически нельзя, и неучет этих 0,18 дюйма приведет к катастрофическим последствиям для пациента. Звучит, возможно, издевательски, но чем 3 см лучше или хуже 2,5, или 4, или даже 5 см? Неужели кто-нибудь всерьез полагает, что кем-то были проведены проспективные исследования, в которых пациенты были рандомизированы на группы с узлами менее и более 3 см. При этом спустя годы не прооперированные пациенты из последней группы становились инвалидами или не дожили до положенного срока? Естественно, нет! Или, может быть, узел, превосходя планку в 3 см (1,18 дюйма), волшебным образом превращается в рак? Совершенно очевидно, что любые рассуждения об узлах должны измеряться клиническими понятиями, а не сантиметрами.

Можно было бы порассуждать о сантиметрах в контексте показаний к ТАБ, только не в меньшую,

как хочется многим, а в большую сторону. Например, что если мы с завтрашнего дня начнем пунктировать узлы, начиная не с 1 см, а с 1,5 см? Это приведет в общей популяции к увеличению смертности от рака ЩЖ? Но лучше об этом не рассуждать: так или иначе клинические рекомендации весьма солидных врачебных ассоциаций защищают нас, начиная с размера 1 см, и пока да будет так.

**Психологизм четвертый.** Как часто обследовать. А на самом деле как часто? Как часто делать контрольные УЗИ пациентам с узловым коллоидным зобом? Мне приходится консультировать пациентов, которым УЗИ аккуратно делается с интервалом в 3 мес. Пожалуй, чаще всего попадают исследования раз в полгода (видимо, в какой-то методичке указан именно этот интервал). Я как-то привык назначать очередное УЗИ через 1–1,5 года. Есть ли какие-то объективные основания для всех этих сроков? Обратимся на этот счет к тексту рекомендаций Американской тиреологической ассоциации: “Для наблюдения пациентов с хорошо пальпируемыми доброкачественными узловыми образованиями ЩЖ не требуется проведения УЗИ, но их динамическое обследование целесообразно проводить с интервалом в 6–18 мес. Во всех остальных случаях рекомендуется проведение УЗИ с интервалом в 6–18 мес. В том случае, если размер узла остается неизменным, интервал проведения последующих обследований может быть увеличен”. Очень взвешенно: если перед нами пациент с коллоидным зобом 20 лет, предполагается, что он проживет еще 80 лет – шанс умереть раньше от коллоидного зоба для него нулевой. Тогда с интервалом в 6 мес ему предстоит 160 ультразвуковых исследований. Он имеет все шансы пережить нескольких лечащих врачей и показывать свои ультрасонограммы, собранные в альбом, правнукам, приговаривая: “А это я в 22 года – тогда меня лечил покойный Петр Васильевич – хороший был эндокринолог, сгорел на работе! А это я уже в 43, тут узел, как сейчас помню, немного подрос, тогда к нам в поликлинику пришла молоденькая Анна Сергеевна, сразу после ординары! Опять стали пунктировать... Ну да ладно. Эх, годы мои, годы!”

То, что я сейчас скажу, многим покажется как минимум странно. Представьте, что передо мной пациент, у которого в левой доле ЩЖ пальпируется узел диаметром 2 см. Мы его спунктировали, он оказался коллоидным пролиферирующим зобом. Уровень ТТГ у него в норме. А что если я скажу ему прийти на прием через год, посмотрю на его заключение по УЗИ (чтобы все вспомнить) и просто еще раз пропальпирую у него ЩЖ. Узел на месте и вроде бы примерно того же размера. А может быть, ему

вообще не делать УЗИ? А что случится страшного? Ну, допустим, узел немного увеличился, и я этого не заметил при пальпации, но ведь не в два же раза! А что если не принимать во внимание, что аппарат для УЗИ в соседнем кабинете, а электричество в розетке, куда он подключен, никем не ограничено? Изменится как-то прогноз для этого пациента, если я буду каждый год его пальпировать, а УЗИ буду делать раз в 3–4 года? Это не практическая рекомендация, а просто рассуждения, поскольку я, находясь в определенных медицинских и социальных рамках, рекомендую повторять УЗИ с интервалом в 1–1,5 года. Кстати, и пациента, может неудовлетворить то, что его 3 года только пальпируют, а УЗИ не делают. Что ж, нас связывает паутина неких положений, представлений и предрассудков, которые к медицине как к науке зачастую не имеют особого отношения.

**Психологизм пятый.** Чего мы боимся? Представьте, что перед вами пациент, 40 лет, с узловым эутиреоидным зобом и вы можете задать ему три вопроса – не больше. Какие это будут вопросы, если их целью является увеличение его продолжительности жизни и улучшение ее качества? Здесь для эндокринологов, особенно тех, кто много занимается патологией ЩЖ, мало утешительного – не исключено, что, в силу предложенных ограничений, эти вопросы ЩЖ вообще не будут касаться. Пожалуй, нужно спросить:

– Какой у Вас уровень артериального давления?

– Вы пристегиваетесь ремнем безопасности в автомобиле?

– Вы помните о необходимости профилактики инфицирования ВИЧ?

Могу ошибаться – поправят клинические эпидемиологи, возможно, последовательность и содержание вопросов должны быть немного другими. Но почти уверен, что ответ на вопрос, каков был диаметр узла в прошлом году, вряд ли что-то изменит. Если на второй вопрос мы получим ответ типа “мой дедушка всю жизнь не пристегивался в автомобиле, курил по 2 пачки сигарет и дожил до 101 года”, – у нас есть контраргумент: у 10% людей, умерших от многочисленных, не относящихся к ЩЖ причин, в последней обнаруживаются микрокарциномы, не имевшие никаких клинических последствий.

Наверное, нужно задать вопрос, делалась ли этому пациенту пункция ЩЖ, но проблема в том, удастся ли в этом случае ограничиться тремя вопросами.

Получает ли эндокринолог удовлетворение в работе с пациентами с узловым коллоидным зо-

бом, при всем при том что этот феномен в подавляющем большинстве случаев почти не имеет патологического значения для организма? Могу сказать за себя – я получаю и огромное! Как? Очень просто. Огромное удовлетворение доставляет успокоить запуганного пациента, который уже не спит ночами и которого уже почти убедили, что у него, по всей вероятности, рак, что его нужно оперировать, что эта операция может иметь осложнения, что вопреки пункции нет гарантий, что у него не рак, что шов на шее не всегда получается незаметный, что нельзя планировать беременность, нельзя загорать, что если оперироваться, то у великого легендарного хирурга, у которого не бывает осложнений, после операций которого не нужно пить тироксин, то есть сидеть на гормонах, но операция которого стоит кругленькую сумму... Успокоить пациента, который в течение десяти лет принимает 25 мкг тироксина и, засыпая, каждый день думает о том, что его узел увеличился за последние 3 мес на 2 мм! В таких ситуациях порой возникает удовлетворение сродни таковому у акушера, который удачно принял роды.

### **Щитовидная железа как объект коммерции**

Попытка объяснить все негативные тенденции в отношении узлового зоба с позиции одних только медицинских аспектов была бы неправильной. Совершенно очевидно, что в последние годы узловой зоб, как и ряд других изменений со стороны ЩЖ, стал, без преувеличения, объектом весьма выгодной коммерческой деятельности. Все описанные выше проблемы представляют картину вопиющего хаоса, если рассуждать о них только с позиции здоровой медицинской логики. Но лишь одно приводит все это в некую даже стройную систему, которую порой не до конца ясно осознают коллеги, гуманно предлагающие проводить УЗИ ЩЖ скринингом всему населению страны. Весь этот хаос порождает огромные массы практически здоровых платежеспособных пациентов, различные манипуляции над которыми не несут практически никакого риска ни для них, ни для врача, но приносят существенную прибыль. Именно это объясняет очень многое: УЗИ – на всякий случай, пункция – на всякий случай (это не дешево), УЗИ – каждые 3 мес (эндокринологу тоже нельзя от себя далеко отпускать пациента), волшебная добавка с оценкой динамики узлового образования с тем же интервалом, резекция доли ЩЖ по поводу коллоидного узла (никакого риска ни для кого, минимальная вероятность осложнений. При этом пациент СПАСЕН ОТ РАКА!). Если перейти на более “тяжелую артиллерию”: “Мы так оперируем рак

ЩЖ, что после этого тироксин пить не надо”, “Вас бы надо оперировать, но мы можем предложить выжечь этот узел (диаметр 1 см) лазером”... Я думаю, каждый сталкивался с разными вариантами такого рода формулировок. Все это подогревает то обстоятельство, что ЩЖ оказалась в ареоле некоего чрезмерного общественного резонанса (во многом благодаря широкому обсуждению проблемы йодного дефицита не без участия производителей препаратов йода и йодсодержащих биодобавок). К слову, в надпочечнике “узловые образования” встречаются почти так же часто, как в щитовидной железе. Но если бы не его русское название (“над почкой”), почти уверен, что опрос медицинских работников не выявил бы 100% знания о том, где он находится.

Но как все это аргументировать? Как аргументировать противоречащие логике и мировой клинической практике чудовищные идеи о необходимости не удалять при раке ЩЖ контрлатеральную долю и назначить внешнее облучение шеи и т. д. и т. п.? Есть форма аргументации, при столкновении с которой опускаются руки: “Мы делаем так потому, что мы так делаем уже 40 лет!” В принципе эта логика хорошо работает и... позволяет работать хорошо! На протяжении десятков лет по всей стране висели во многом пророческие плакаты и лозунги с крылатым выражением: “Учение Маркса все-сильно, потому что оно верно!”. Десятки лет у большей части его читающих не возникало мысли, что слова “всесильно” и “верно” можно без ущерба для смысла переставить, точно так же, как можно переставить слова в приведенном выше аргументе.

Не хочется представлять себя в качестве оракула, но попытаюсь предречь, что именно деньги, весь хаос, царящий вокруг узлового зоба и рака, приведут в порядок (“...От своего меча и погибнет!”). Только денежные отношения и страховая медицина способны разрешить происходящие в настоящее время проблемы вокруг заболеваний ЩЖ. Когда страховая компания перестанет оплачивать УЗИ без каких-либо показаний, когда не будут оплачиваться операции по поводу коллоидного зоба, когда рецидив нерадикально прооперированного рака станет предметом судебного разбирательства... Наступит, наверное, ужасающий переходный этап, когда операция не будет оплачиваться, а доктор скажет: “Они не хотят Вам оплачивать операцию, но нельзя быть уверенным, что у Вас не рак, несмотря на то, что по пункции это коллоидный зоб...”. Но и это когда-то закончится, и в России пациенты с раком ЩЖ будут получать лечение, соответствующее всем тем принципам, которые используются в развитых странах мира. Карфаген должен быть разрушен!

## Заключение

*Так и пошел король во главе процессии  
под роскошным балдахином, и все люди на улице  
и в окнах говорили:*

*– Ах, новый наряд короля бесподобен! А шлейф-то  
какой красивый. А камзол-то как чудно сидит!*

*Ни один человек не хотел признаться, что он ничего  
не видит, ведь это означало бы, что он либо глуп,  
либо не на своем месте сидит. Ни одно платье короля  
не вызывало еще такого восторга.*

*– Да ведь король голый! –  
сказал вдруг какой-то ребенок.*

*– Господи боже, послушайте-ка, что говорит  
невинный младенец! – сказал его отец.*

*И все стали шепотом передавать друг другу  
слова ребенка.*

**Г. Х. Андерсен “Новое платье короля”**

## Список литературы

1. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.В., и др. Клинические рекомендации Российской ассоциации эндокринологов по диагностике и лечению узлового зоба // Проблемы эндокринологии. 2005. № 5. С. 40–42.
2. AACE Management Guidelines for Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer // Endocr. Pract. 2006. V. 12. P. 63–102
3. The American Thyroid Association Guidelines Taskforce: David S. Cooper, Gerard M. Doherty, Bryan R. Haugen et al. Management Guidelines for Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer // Thyroid. 2006. V. 16, N 2. P. 1–33.
4. Pacini F., Schlumberger M., Dralle H., Elisei R., Smit J., Wiersinga W. and the European Thyroid Cancer Taskforce. European consensus for the management of patients with differentiated thyroid carcinoma of the follicular epithelium // Eur. J. Endocrinol. 2006. V. 154. P. 787–803.