

УЗЛОВОЙ ЗОБ: КАК УСИЛИТЬ ПОЗИТИВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Л.Г. Стронгин

*Нижегородская государственная медицинская академия
(ректор – заслуженный деятель науки РФ, профессор Б.Е. Шахов)*

Modular Goiter: how to Amplify Positive Tendencies in Clinical Practice

L. G. Strongin

Medical Academy of Nishni Novgorod

Клиническое эссе В.В. Фадеева [1] поднимает чрезвычайно актуальную проблему соответствия широкой отечественной врачебной практики достижениям и рекомендациям современной клинической тиреологии. Вывод автора в отношении узлового зоба и рака щитовидной железы (ЩЗ) однозначно отрицательный и, категорично, не пользу практики. Будучи сторонником автора эссе по основным вопросам диагностики и лечения узлового зоба, я, однако, не разделяю пафоса этой талантливо написанной работы. В ней звучит определенное разочарование от живучести устаревших подходов. Однако если посмотреть на эти вопросы в аспекте развития, то ситуация не столь пессимистична.

Так, В.В. Фадеев подчеркивает, что “последние годы ознаменованы тем, что наступает некоторое “отрезвление” от существовавшего на протяжении десятков лет гипертрофированного отношения к патологическому значению узлового зоба”, справедливо связывая это с появлением новых отечественных и зарубежных клинических рекомендаций. Действительно, рекомендации РАЭ по диагностике и лечению узлового зоба [2] существенно изменили предшествующие установки, которые содержались в основных отечественных руководствах. В частности, в томе руководства по внутренним болезням, посвященном эндокринологии и изданном в 2000 г., в качестве показаний к оперативному лечению при узловом зобе называют и размер более 2 см, и кистозное изменение, и кальцинофикацию и еще целый ряд [3]. Размер узла более 3 см считает показанием к операции и другое авторитетное клиническое руководство по эндокринологии [4], изданное уже в 2002 г. Тому же учили на всех циклах повышения квалифи-

кации по эндокринологии на большинстве кафедр, во всяком случае. Не говорю уж о руководствах и циклах усовершенствования по хирургии. Более того, о новом подходе сколько-нибудь широко заговорили лишь перед 3-м Тиреологическим конгрессом, то есть в конце 2004 г. Всего лишь 3 года прошло со времени кардинального изменения установок, и трудно себе представить, чтобы они легко да и в полной мере были имплицированы в широкую практику.

Тем не менее этот процесс идет, причем достаточно успешно. Могу поделиться опытом по Нижегородскому региону. После 3-го конгресса мы провели межрегиональную конференцию Приволжского федерального округа, в которой приняли участие такие активные разработчики рекомендаций, как В.В. Фадеев, Е.Н. Гринева, П.С. Ветшев, П.О. Румянцев, и одновременно такие видные специалисты ПФО, как профессора Т.В. Моругова, Л.И. Анчикова, А.О. Поздняк, Г.Н. Варварина, П.С. Зубеев, В.А. Овчинников и др. Двухдневная дискуссия, в которую были вовлечены и эндокринологи, и хирурги, и морфологи, позволила выделить как те положения рекомендаций, которые могли быть внедрены в практику немедленно, так и те, по которым необходимо еще приобрести необходимый опыт и знания. Конечно, представители некоторых хирургических клиник не согласились с этими рекомендациями, но важно, что никакого негативного единства среди хирургов не было.

Прошло почти 2 года, и мы наблюдаем, что ситуация стала заметно меняться (только я не назвал бы это отрезвлением). Это естественное изменение практических установок по мере развития науки, по-

явления новых методик и технологий). Число операций по поводу узлового коллоидного зоба уменьшается, причем не только в силу того, что больных меньше направляют к хирургу, но и в силу отказа самих хирургов от операции. Конечно, много трудностей у эндокринологов вызывают некоторые заключения по ТАБ, реже УЗИ, и с такими случаями, многие из которых действительно совсем неоднозначны, мне чаще всего приходится сталкиваться и на своих консультациях. Нередко приходится связываться с цитологами, сонографистами, иногда проводить повторную ТАБ, получать “второе мнение” компетентного коллеги, иными словами, принимать решения, после которых все равно за пациента чуть тревожно. Поэтому, даже и говоря больному, что операция ему в настоящий момент не показана, я в отличие от автора эссе чаще не испытываю особого удовлетворения. Мало мы еще знаем, к сожалению.

Мультидисциплинарный характер тиреологической — это, безусловно, дополнительная трудность импликации клинических рекомендаций, в том числе и по узловому зобу. Надо учить эндокринолога клинической интерпретации УЗИ и ТАБ, следовательно, должны быть соответствующие учителя. С другой стороны, надо учить этих специалистов соответствующим образом представлять свои заключения для врачей. Например, давать заключения по ТАБ в соответствии с рекомендациями РАЭ. Здесь, видимо, придется считаться с тем, что у морфологов свои авторитеты и без их деятельного участия такие вопросы не решить. То же самое касается хирургов. Безусловно, часть из них четко уловила новые тенденции: строже показания к операциям по поводу узлового зоба, больше объем операции при болезни Грейвса. В последнем случае уже два известных хирурга в Нижнем Новгороде выполняют только предельно субтотальную резекцию, то есть сознательно идут на послеоперационный гипотиреоз. И, думаю, эта тенденция будет набирать силу.

Мультидисциплинарный характер тиреологической — это еще и контакты пациента с разными врачами, с их разной квалификацией, культурой и, к сожалению, нравственным обликом. И тут можно многое добавить к тем примерам высказываний, которые приводит В.В. Фадеев. Да, действительно, можно услышать очень оригинальные суждения, например, специалиста УЗИ о противопоказанности операции при болезни Грейвса. Только в последнее время слышал это дважды, а читал последний раз об ошибочной операции при “хаситоксикозе” уже больше 20 лет назад. Да и вообще, многим пациентам говорили, что все их проблемы от больной ЩЖ, хотя, собственно, и болезнь часто отсутствует. Ну что

тут сказать? Подготовка врача включает и его воспитание, а воспитанный врач не будет говорить больному о том, в чем он не компетентен. Но эта проблема на все времена.

Рак ЩЖ — это все-таки особый мир. Признаюсь, мне трудно говорить о методах его лечения. В нашей обычной практике это компетенция онкологов. Поэтому готов принять на веру, что применяемый в нашей стране метод противоречит рекомендациям, используемым в большинстве развитых стран. И прекрасно обосновано, почему эти методы не применяются, — технологическая отсталость. Так может надо просто ставить вопрос о строительстве новых центров с условиями, подобными МНРЦ в Обнинске, или оснащать действующие центры специально для реализации таких методов? Мне кажется, что онкологическая помощь в нашей стране вообще не на уровне, если говорить о массовой практике, вложения в нее все равно необходимы, попутно могли быть решены и эти задачи. Если онкологический центр будет создан в Н. Новгороде, а этот вопрос прорабатывается, то убежден, что никаких концептуальных расхождений по лечению рака ЩЖ не возникнет.

Наконец, УЗИ ЩЖ. Массовое применение этого метода у лиц без пальпируемого узла, а часто и вообще без признаков заболевания ЩЖ, представляется автору эссе весьма нежелательным, а то и просто вредным. С одной стороны, трудно не согласиться. Если говорить об эндокринологической составляющей дополнительной диспансеризации, проводимой по Национальному проекту, то ее результаты для диабета и заболеваний ЩЖ различны; если диабет выявляется просто и что делать с больным понятно, то при выявлении каких-то изменений ЩЖ пациента часто можно назвать жертвой диспансеризации. Здесь все замечания В.В. Фадеева относительно массы платежеспособных пациентов в четырехугольнике: эндокринолог, УЗИ, лаборатория и ТАБ остроумны в той же степени, сколь и справедливы.

Но вот что смущает. А можем ли мы реально препятствовать расширению применению этого метода? Да, конечно, я против включения УЗИ ЩЖ в перечень обязательных исследований при диспансеризации всего населения, если она когда-нибудь будет, или больших его групп, которая уже проводится. Полезнее анализ крови на сахар. Можно запретить эндокринологу направлять на УЗИ ЩЖ пациентов, у которых нет иных признаков ее патологии. Но придется принять во внимание, что врачи, привыкшие широко работать с УЗИ, могут частично терять или не в полной мере приобретать навыки пальпации ЩЖ. И если сузить для них показания к УЗИ, то увеличится и пропуск узловых образований раз-

мером 1,5–2 см. Конечно, это плохо, но реально встречается часто, ведь не у одних хирургов есть квалификационные проблемы. И уж совсем не ограничишь желание пациентов проводить данное исследование за свои деньги, благо предложений достаточно. Поэтому, так или иначе, эндокринологу придется иметь дело с малыми образованиями ЩЖ, которые некоторые сонографисты ошибочно называют узлами и для которых вообще нет устоявшегося названия. Значит, следует уточнять сонографическую семиотику, прежде всего, в отношении признаков озлокачествления, добиваться использования единой терминологии и т. д. Отчасти ведь это делается, например, в ЭНЦ Росмедтехнологий [5]. Полагаю, что такая работа даст результаты, как вполне удалось убедить сонографистов отказаться дифференцировать АИТ и болезнь Грейвса, а писать в своем заключении “признаки аутоиммунного заболевания ЩЖ”.

Так что же делать для продвижения современных концепций тиреоидологии в практику? Продолжать и расширять то, что сегодня реализуется под руководством ЭНЦ. Проводить конгрессы, издавать КЭТ. Издавать большим тиражом “Клинические рекомендации РАЭ...”. Издать новое фундаментальное руководство по эндокринологии. Начать проводить циклы усовершенствования для преподавателей эндокринологии по тиреоидологии, подобные тем, что проводятся по диабетологии. Проводить региональные, межрегиональные научно-практические конференции, школы и т. д. Поддерживать коллективы, внедряющие методы высокотехнологичной помощи. Полагаю, что настало время ставить вопрос о создании мультидисциплинарной тиреоидологической ассоциации, начав предварительную работу в рамках тиреоидологической секции РАЭ. Иначе говоря,

темпы прогресса существенно зависят от повседневной педагогической и методической, но, прежде всего, кропотливой организаторской работы по объединению врачебного сообщества вокруг прогрессивных идей.

Нет сомнения, что истина пробьет себе дорогу. У нас есть прекрасный пример язвенная болезнь, число операций по поводу которой уменьшилось стремительно, хотя это была большая глава хирургии, большой простор для разработки видов оперативного пособия, не говоря уже о диссертациях. И обошлось без ФОМС и страховых компаний, которые, скажем прямо, пока мало где принесли пользы. Глубоко убежден, что процесс обновления неудержим и не нуждается в “шоковой терапии”, которая в нашей стране имеет дурную славу. Карфаген добровольно и без угроз вольется в общий поток прогресса тиреоидологии!

Список литературы

1. *Фадеев В.В.* Узловой зоб: дискуссионные проблемы и негативные тенденции клинической практики // Клиническая и экспериментальная эндокринология. 2007. Т. 3, № 2. С. 5–14
2. *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. Т. 51, № 5. С. 40–42.
3. *Болезни органов эндокринной системы: Руководство для врачей / И.И. Дедов, М.И. Балаболкин, Е.И. Марова и др.* Под ред. акад. И.И. Дедова. М.: Медицина, 2000. 568 с.
4. *Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М.* Дифференциальная диагностика и лечение эндокринных заболеваний: Руководство. М.: Медицина, 2002. 752 с.
5. *Трошина Е.А., Мартиросян И.А., Юшков П.В.* Морфология очаговых (фокальных) изменений щитовидной железы // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. 2007. Т. 3, № 1. С. 38–42.