

Письмо в редакцию

К статье Васильева Д.А. и соавт.

“Пути улучшения диагностической значимости соноэластографии при дифференциальной диагностике узловых образований щитовидной железы”

*Борсуков А.В.*

ГБОУ ВПО “Смоленская государственная медицинская академия”, Смоленск

В краткой рецензии в формате “отзыв равных” проведен анализ выводов статьи Васильева Д.А. и соавт. с позиции доказательной медицины. Также указаны принципиальные ошибки в методике компрессионной соноэластографии щитовидной железы.

*Ключевые слова:* компрессионная соноэластография, щитовидная железа.

To the article of Vasilyev D.A. and authors:  
“Ways of the sonoelastography diagnostic significance improving in the differential diagnosis of thyroid nodules”

*Borsukov A.V.*

*Smolensk State Medical Academy, Smolensk, Russian Federation*

In a brief review in the format “review of equals” the conclusions of the article of Vasilyev D.A. et al. were analyzed in position with evidence-based medicine. Fundamental errors in the method of compression sonoelastography of thyroid are listed.

*Key words:* compression sonoelastography, thyroid gland.

Предложенный Г.А. Герасимовым в статье “Отзывы равных” (“Клиническая и экспериментальная тиреоидология”, том 9, 2013 г., №3) формат рецензии своевременен и актуален. Как любое живое дело, принятие решения о написании рецензии имеет эмоциональный импульс. Получив сразу два журнала: “Клиническая и экспериментальная тиреоидология” №1 и “Эндокринная хирургия” №1 за 2014 г., я с удовольствием нашел логичное пересечение двух статей: Васильева Дмитрия Алексеевича и соавторов, посвященной соноэластографии (СЭГ), и нашей статьи, продолжающей дискуссию по стандартизированной методике компрессионной соноэластографии. В авторском коллективе рецензируемой статьи имеются специалисты по лучевой диагностике, поэтому я могу проводить рецензию с вектором к нашей специальности — лучевой диагностике.

Конечно, актуальность статьи высокая — все, что касается соноэластографии, в последние годы вызывает большой интерес специалистов. А за последний

год до 30% моих пациентов на консультациях спрашивают: “Вы УЗИ и биопсию сделали, а эластографию щитовидной железы будете мне делать, мы читали в интернете, что это важно”. Тут уж комментариев по актуальности один — “процесс пошел...”.

Авторы очень изящно оценили важность выявленных корреляционных связей СЭГ и гормонального фона щитовидной железы, а также клинических маркеров метаболического синдрома. Такая постановка вопроса вызывает научное уважение. Однако во введении авторы не придали должного значения факту создания в течение трех лет единых Европейских рекомендаций по применению СЭГ в клинике. Они поставили в один ряд мнение одного-двух авторов и суммарное резюме 20 медицинских центров с обобщающим анализом 197 рандомизированных исследований и метаанализов. Это принципиальное нарушение доказательной медицины. Рекомендации имеют категорию А по уровню доказательности. Другие источники — только уровень В или С. Отличитель-

**Борсуков Алексей Васильевич** — доктор мед. наук, профессор, руководитель Проблемной научно-исследовательской лаборатории “Диагностические исследования и малоинвазивные технологии” ГБОУ ВПО СГМА Минздрава РФ.

Для корреспонденции: Борсуков Алексей Васильевич — bor55@yandex.ru

ной особенностью журнала “Клиническая и экспериментальная тиреоидология” является постоянная публикация мировых рекомендаций по актуальным вопросам эндокринологии с комментариями к ним. Рекомендации являются отправной точкой для сравнительной оценки своих исследований для авторов.

К чему я это говорю? В Европейских рекомендациях по СЭГ 2013 г. сделаны два вывода:

1. Эластография – дополнительный метод, основой остаются В-режим и доплеровские методики. В качестве монометода он не рассматривается (II часть рекомендаций, раздел “Щитовидная железа”).

2. СЭГ напрямую связана с пункцией и является методикой, уточняющей зону интереса для первичной или вторичной биопсии (II часть рекомендаций, раздел “Щитовидная железа”). Из текста следует, что вводить смысловую составляющую “СЭГ – альтернатива биопсии” нецелесообразно.

Таким образом, трехлетний опыт специально работающего коллектива из 20 центров доказал основные звенья алгоритма СЭГ при исследовании щитовидной железы и обозначил ряд нерешенных вопросов. Например, ранний постулат в эластографии “жесткое – рак, не жесткое – не рак” не работает для диагностики фолликулярных карцином щитовидной железы.

Вот почему новизна представленных авторами данных по СЭГ (гормоны и оценка метаболического синдрома) несомненна и очень интересна; а вот постановка проблемы информативности СЭГ и тонкоигольной аспирационной биопсии в сравнительном аспекте сомнительна с точки зрения критериев доказательности, так как представляет мнение эксперта (уровень доказательности D), между тем как это уже обсуждено и доказано на уровне доказательности А.

В разделе “Материал и методы” авторами указан В-режим, однако в результатах и обсуждениях нет ни одного факта сравнения данных В-режима и СЭГ, нет оценки корреляции В-режима и гормонов и т.д. Это также говорит об обделенности сегмента лучевой диагностики в статье, что вызывает определенный дискомфорт.

Переходим к оценке методики СЭГ. Скажу по секрету, этой бы рецензии не было, если бы мой взгляд не упал на рис. 2А данной статьи. На рисунке мы видим соноэластограмму с оценкой Strain Ratio (SR) коэффициента, где зона контрольного объема установлена принципиально неправильно: она захватывает две эластографически неравнозначные зоны – мышечный пласт и фасцию. Этого специалист СЭГ по определению не имеет право делать. Тот же недостаток в рис. 2Б: зона сравнения установлена на гра-

нище доли узла щитовидной железы и стенки общей сонной артерии, что также методически неверно.

Одна часть моей души говорит: “Это мелочь! Всякое бывает... Неудачный снимок... Не придирайся... и т.д.” Но это ведь новый метод, статья идет из уважаемого учреждения. На основании выводов статьи кто-то сделает свои выводы и т.д. На съездах специалистов лучевой диагностики продолжается общероссийская дискуссия о стандартизации методики компрессионной соноэластографии для снижения субъективизма и повышения воспроизводимости результатов.

“Дьявол прячется в деталях”, – сказал один мудрец.

Поэтому, уважаемые коллеги, мелочей в новой методике быть не может, особенно при ее активном внедрении в практику.

Я с большим удовольствием прочитал заключение статьи и полностью согласен с авторами, что многое еще не решено в отношении оценки различных методов эластографии в эндокринологии. И опять приведу цитату из Европейских рекомендаций по эластографии 2013 г.: “...The various current commercially available ultrasound elastographic methods may be complementary, particularly in relation to the share properties of tissues that each is most suited to evaluate. They possess different physical performance properties, artefacts, limitations and suitability for specific clinical applications”. Как видите, комплексность применения различных методик эластографии с учетом клиники – залог успеха.

Любая рецензия несет в себе только положительный заряд для авторов, так как если бы она не “зацепила” рецензента своей актуальностью, ничего бы не было.

*Sapienti sat...*

## Информация о конфликте интересов

Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов (двойственности) интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

## Список литературы

- Васильев Д.А., Костромина Е.В., Раджабова З.А.-Г., Красильникова Л.А., Берштейн Л.М. Пути улучшения диагностической значимости соноэластографии при дифференциальной диагностике узловых образований щитовидной железы. // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. 2014;10(1):38-43. [Vasilyev DA, Kostromina EV, Radzhabova ZA, Krasilnikova LA, Berstein LM. Ways of sonoelastography diagnostic value improvement in the differentiation of thyroid nodules. Clinical and Experimental Thyroidology. 2014;10(1):38-43.] doi: 10.14341/CET201410138-43