

ВПЕРЕД В ПРОШЛОЕ, ИЛИ КОМУ МЕШАЮТ НОРМАТИВЫ ОБЪЕМА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ДЕТСКОЙ ТИРЕОИДОЛОГИИ

Т.Е. Таранушенко^{1,2}, В.Н. Панфилова^{1,2}, А.Я. Панфилов²

¹ Кафедра детских болезней Института последипломного образования Красноярской государственной медицинской академии им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого,

² Красноярская краевая детская больница

Трудно оставить без внимания весьма претенциозную статью А.В. Кияева “Нужны ли нормативы тиреоидного объема у детей в клинической практике” (КЭТ. 2009. Т. 5. № 1).

Озабоченность автора проблемой диагностики тиреоидной патологии в целом понятна. Ссылки на историю вопроса (способ определения объема щитовидной железы методом УЗИ), упоминание о патогенезе йододефицитного зоба и естественном патоморфозе зубной трансформации в условиях йодной недостаточности, вероятно, должны убедить коллег в том, что статья принадлежит специалисту, хорошо знающему проблему эндемического зоба. Однако на этой вступительной части статьи смысловые сентенции заканчиваются, и начинаются пространные рассуждения, значение которых не совсем понятно. Итак, по порядку.

Автор утверждает, что в детском и подростковом возрасте йододефицитный зоб — это “по сути, компенсаторное увеличение органа” и не более того. Странно слышать подобные высказывания от детского эндокринолога, который в самом начале своей статьи пишет о механизмах формирования зоба, где в первую очередь обсуждает роль повышенного уровня ТТГ в развитии гипертрофии (и последующей гиперплазии) фолликулярных клеток на фоне относительного снижения синтеза тиреоидных гормонов. **Где последовательность изложения и понимания патогенетической цепочки событий?** Действительно, частота гипотиреоза в регионах с умеренным и легким йодным дефицитом невысока, но вряд ли автору неизвестны исследования о доказанной прямой корреляции между размером зоба и частотой гипопункции. При этом результаты УЗИ, указывающие на увеличение тиреоидного объема, могут быть неинвазивным, доступным и дешевым предиктором функционального неблагополучия щитовидной же-

лезы, требующим проведения гормонального исследования. В наибольшей степени это относится к пациентам из отдаленных территорий со слабой лабораторной диагностикой.

Следует согласиться с А.В. Кияевым в том, что функциональная автономия щитовидной железы не относится к педиатрическим проблемам. Узловой эндемический зоб (компенсированная функциональная автономия) и узловой токсический зоб (декомпенсированная функциональная автономия) относятся к наиболее распространенным состояниям в структуре “взрослых” тиреопатий. Однако **отсчет “стажа по хроническому йодному дефициту” начинается с периода детства**, когда увеличенная щитовидная железа становится предметом более пристального внимания как врача, так и пациента. При таком раскладе ситуацию можно считать отчасти контролируемой и управляемой. Наличие у больного заключения УЗИ с диагностированным диффузным зобом и рекомендациями о необходимости дальнейшего наблюдения позволяет надеяться не только на преемственность в оказании помощи, но и на своевременность и динамичность лечебной тактики. При отказе от объективной оценки тиреоидного объема шансы на раннюю диагностику патологии и, соответственно, лечение эндемического зоба существенно снижаются.

Не очень понятно, что хотел сказать автор следующей фразой “термин «зоб у детей» имеет сугубо эпидемиологическое значение”. Причем тут эпидемиология, если статья посвящена нормативам тиреоидного объема **в клинической практике**. Надеюсь А.В. Кияев знаком с Международной классификацией болезней (МКБ-10), которая является нормативным документом, обеспечивающим единство методических подходов и международную сопоставимость материалов в практике медицинских учреждений

Адрес для корреспонденции: Профессор Таранушенко Татьяна Евгеньевна: 660074 Красноярский край, г. Красноярск, ул. Киренского, 2а, Красноярская краевая детская больница, e-mail: tetar@rambler.ru

России. В этой классификации диффузный (эндемический) зоб, связанный с йодной недостаточностью, имеет конкретный шифр (E01.0) и, следовательно, является самостоятельным клиническим диагнозом. Кстати, в этой же рубрике выделен субклинический гипотиреоз вследствие йодной недостаточности (E01.8).

Теперь о “нормативах”. Известно, что основой создания нормативов являются широкомасштабные исследования конкретной популяции с определением крайних значений признака, не характерных для рассматриваемой выборки. Непонятно, чем руководствуется автор статьи, когда утверждает, что “границам 3-го и 97-го перцентилей нельзя доверять”, а “зоб, выявляемый по принятым эпидемиологическим нормативам, не должен быть ассоциирован с патологией ЩЖ”. И дальше больше: “...йододефицитный зоб «не требует никаких диагностических и лечебных действий» и диффузный зоб в детском возрасте можно считать патологией «только **при явном нарушении** функции щитовидной железы!»” **Очень революционно и смело, но грустно!** Вот так легко перечеркнуты классификатор болезней, стандарты диагностики, принципы терапии и т. д. И это в то время, когда повсеместно внедряются новые диагностические исследования, расширяются показания к методам визуализации, предпринимаются попытки стандартизировать протоколы обследования и создать группы риска по развитию социально значимых заболеваний. Ничего не имею против инновационных идей, но хотелось бы знать мнение детских эндокринологов из Екатеринбурга по поводу обсуждаемой проблемы, или, может быть, в этом городе дети и подростки с диффузным эутиреоидным зобом (диагностированным, наверное, методом пальпации) уже передаются под наблюдение косметологам, а проблема перестала быть медицинской. Очень надеюсь, что не все потеряно, так как, по мнению

нашего коллеги, в 2 ситуациях измерение тиреоидного объема “пожалуй, необходимо” — АИТ (и снова “оригинальная идея” по использованию супрессивных доз левотироксина!) и манифестация болезни Грейвса. В последнем случае хочется спросить у “родителя “свежих” идей”: Зачем Вам уточнять тиреоидный объем для выбора метода лечения, если сравнивать при отсутствии нормативов не с чем? Или будут другие предложения по использованию в детской практике “взрослых рекомендаций”? **Но это тема уже для отдельного разговора!**

По нашему мнению, высказанную позицию нельзя назвать конструктивной, а подобный подход (отказ от диагностики зоба по данным УЗИ) не позволит в ближайшее время сбыться надеждам А.В. Кияева о том, что проблема йододефицитного зоба в нашей стране скоро перестанет существовать. Хотя есть разные способы избавиться от проблем, в том числе перестать их замечать и прекратить ими заниматься.

Очень надеемся, что сомнительные доводы нашего коллеги о никчемности нормативных значений тиреоидного объема не станут руководством к действию, международный опыт по контролю за йододефицитными заболеваниями не будет перечеркнут (Reference values for thyroid volume by ultrasound in iodine-sufficient schoolchildren. *These data from 6 study sites on five continents appear in a paper by Zimmermann et al. (IDD Newsletter 19(4): 62-64, 2003) Additional details can be found in Zimmermann M.B., Hess S., Molinari L., de Benoist B., Delange F., Braverman L.E. et al. New reference values for thyroid volume by ultrasound in iodine-sufficient schoolchildren: a WHO/NHD Iodine Deficiency Study Group Report Am. J. Clin. Nutr. (2003)*, а дискуссия по обсуждаемой проблеме найдет дальнейшее продолжение, так как промолчать — это значит согласиться на возврат в прошлое.