

Дискуссия

Малоинвазивное лечение узлового коллоидного зоба: дискуссия продолжается...

Борсуков А.В.

ГБОУ ВПО “Смоленский государственный медицинский университет”, Смоленск

В рецензии отражены дискуссионные аспекты проблемы малоинвазивного лечения узлового зоба, указаны причины расхождения подходов эндокринологов и хирургов, предложен вектор поиска консенсуса.

Ключевые слова: щитовидная железа, узловой зоб, малоинвазивное лечение.

Miniinvasive treatment of nodular colloid goiter: debate continues

Borsukov A.V.

Smolensk State Medical University, Smolensk, Russian Federation

The review reflects the discussion questions on the issue of nodular goiter miniinvasive treatment, the reasons for endocrinologists and surgeons differences approaches, a vector search for consensus is provided.

Key words: thyroid gland, nodular goiter, miniinvasive treatment.

Рецензия на статью в формате “отзыв равных”, предложенная нашим уважаемым интеллектуалом Г.А. Герасимовым, дает свои плоды. В четвертом номере за 2014 г. журнала “Клиническая и экспериментальная тиреоидология” опубликована статья В.Г. Петрова и соавт. “Четырехлетний опыт малоинвазивного лечения доброкачественных узловых образований щитовидной железы” и комментарии к ней В.В. Фадеева “Вновь о парадигме лечения узлового коллоидного зоба: клиническое эссе”. Меня, так же как и Валентина Викторовича, не могла оставить равнодушным данная тематика, так как я активный участник процесса интервенционной лучевой диагностики [1–4]. Конечно, возникает сразу же соблазн выбрать точку зрения одной из сторон: В.В. Фадеева и В.Э. Ванушко как врачей-“созерцателей”, или малоинвазивных хирургов-эндокринологов, как врачей-“нодулистов”. Названия категорий врачей взяты мною из рецензии В.В. Фадеева, так что это не мои термины, мне лично крайне несимпатичны процессы навешивания бирок на кого-либо. Однако в жизни редко бывают черно-белые варианты решения проблемы, даже УЗ-изображения имеют 256 градаций серой шкалы, плюс цветовая кодировка доплера и эластографии. Конечно, хочется научной дискуссии за круглым столом, когда есть желание понять оппонента и обсудить его позицию, найти консенсус.

Я поддерживаю мнение В.В. Фадеева об опасности зоба по трем позициям; абсолютно солидарен и с тем, что корень проблемы — это взаимоотношения в системе “пациент–болезнь–врач” в новых условиях жизни общества.

Мы все помним о марксистской теории “базис–надстройка”. Каков базис нашего общества и сте-

пень его деформации на фоне изменений в нашей стране — говорить не буду, это общеизвестно. Медицина и люди в белых халатах — надстройка. Правила экономического, социального выживания диктуются всеми средствами массовой информации, многочисленными постановлениями Минздрава и Минобороны, а теперь и ФАНО.

14 апреля 2015 г. на портале Министерства образования был обнародован проект “Об утверждении методических рекомендаций по распределению субсидий, предоставляемых федеральным государственным учреждениям, выполняющим государственную работу в сфере научной и научно-технической деятельности” [5], где сказано, что организационные структуры будут планировать эффективность работы ученого, включая количество и точные сроки творческих озарений, изобретений, статей.

К чему я это... У нас нет, дорогой Валентин Викторович, времени на “созерцание” проблемы малоинвазивных технологий или отход в сторону, так как правила игры “базиса” требуют новомодных технологий/механизаций/методик и т.д. А если этого не будет, интеллектуалов-медиков могут признать неэффективными. Тогда что — “на покой” и писать мемуары...

Поэтому феномен всплеска технологического подхода в медицине объясним со стороны врачей проблемой научно-карьерно-социального выживания. Вы, Валентин Викторович, еще изящно обошли проблему коммерциализации: сколько людей зарабатывают на малоинвазивных технологиях. А это не изложить в статье или клиническом эссе. Это “Братья Карамазовы”, “Вишневый сад” и “Война и мир” вместе взятые. Как пример: у нас в Смоленске 10 частных

медцентров, где до 40% зарплаты врача ультразвуковой диагностики и эндокринолога обеспечивается мероприятиями с очаговой патологией щитовидной железы. В 2007 г. на эту же тему уважаемый Валентин Викторович тоже написал клиническое эссе, где предположил, что скоро рынок все расставит по своим местам. Как показало время, товарно-денежные отношения, включая страховые компании, думают о своем выживании, а не о долговременной клинической перспективе благоденствия пациентов.

Поэтому проблема технологического подхода к больному будет развиваться и подпитываться от многих структур, начиная от уровня министерства и заканчивая самим пациентом.

Кстати, о пациентах... Все, наверное, обратили внимание на постепенную замену слова “пациент” на слово “клиент”. Великий и могучий русский язык имеет многозначие смыслов: пациент ждет от нас помощи-участия, а клиент ждет выполнения услуги, которую он у нас заказал-купил или на которую получил квоту и т.д. Наше с вами обсуждение малоинвазивных технологий в эндокринологии просто несравнимо по масштабам с историями о показаниях к операциям в пластической хирургии или пластической андрологии/урологии. А пресловутое лечение факультативной бактериальной флоры у пациентов с диагнозом “хронический простатит” и эректильными дисфункциями? Только многоточие может остановить перечисление клинико-социально-скрининговых ситуаций. Здесь активным заказчиком участником становится сам пациент (клиент).

“К делу поскорее!” — скажет нетерпеливый медик-читатель. И в этом нетерпении и есть центр дестабилизации современных подходов к медицине. “Быстрее, эффективнее, комплекснее” — модное требование времени, а теперь говорят — тренд. А где же пациент? Где комплексный подход к пациенту? Вот почему на отдаленную перспективу смотрят немногие врачи-клиницисты. Врачи же технологи не имеют никакой мотивации к этому.

“Что делать?” — сказал классик... Ответу фразой из наследия А.П. Чехова: “Разговаривать надо, братцы”. Доносить до медицинской общественности, что нужно думать о пациенте в первую очередь, а потом уже решать его проблему технологически. Врачам-технологам объяснять, что клинический подход к больному более актуален и менее затратен. Надо сделать вновь “модным” врача-мыслителя с клиническим подходом. Чтобы мои мысли не отдавали маниловщиной, предлагаю не создавать или придумывать новые формы, а развивать то, что есть: часто и регулярно проводить тирошколы в каждом регионе и в обязательном порядке настойчиво приглашать на

них местных медицинских “звезд”. Вступать в аргументированную дискуссию, доказывая свою точку зрения. Свежий пример: 5 июня 2015 г. на круглом столе после прекрасного доклада Владимира Эдуардовича Ванушко эндокринолога Смоленска согласились на активное внедрение цитологической классификации Bethesda и ее понимание, а нам, радиологам, это не удалось сделать более года, требовался последний интеллектуальный толчок.

Но только нельзя забывать о том, что нашим слушателям-врачам нужен умный, ироничный, тонкий собеседник. “Не агитатор и не шут, а собеседник”, — сказал известный поэт Глеб Шульпяков. Вот это закономерный итог моей микрорецензии.

Sapienti sat...

Список литературы

1. Борсуков А.В., Лемешко З.А., Сергеев И.Е., Момджян Б.К. Малоинвазивные вмешательства под ультразвуковым контролем в клинике внутренних болезней. — Смоленск; 2005. [Borsukov AV, Lemeshko ZA, Sergeev IE, Momdzhyan BK. *Maloinvazivnye vmeshatel'stva pod ul'trazvukovym kontrol'em v klinike vnutrennikh boleznei*. Smolensk; 2005. (In Russ).]
2. Борсуков А.В., Алибегов Р.А., Андреева О.В., и др. Малоинвазивный электрохимический лизис в гепатологии, маммологии, урологии, эндокринологии. — Москва; 2008. [Borsukov AV, Alibegov RA, Andreeva OV, et al. *Maloinvazivnyi elektrokhimicheskii lizis v gepatologii, mammologii, urologii, endokriologii*. Moscow; 2008. (In Russ).]
3. Борсуков А.В., Долгушин Б.И., Косырев В.Ю., и др. Малоинвазивные технологии под ультразвуковой навигацией в современной клинической практике. — Смоленск; 2009. [Borsukov AV, Alibegov RA, Andreeva OV, et al. *Maloinvazivnyi elektrokhimicheskii lizis v gepatologii, mammologii, urologii, endokriologii*. Moscow; 2008. (In Russ).]
4. Иванов Ю.В., Паченков Д.Н., Борсуков А.В., и др. Минимально инвазивная хирургия щитовидной железы. — Смоленск: “Маджента”; 2012. [Ivanov YV, Pachenkov DN, Borsukov AV, et al. *Minimal'no invazivnaya khirurgiya shchitovidnoi zhelezy*. Smolensk: “Madzhenta”; 2012. (In Russ).]
5. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации “Об утверждении методических рекомендаций по распределению субсидий, предоставляемых федеральным государственным учреждениям, выполняющим государственные работы в сфере научной (научно-исследовательской) и научно-технической деятельности”. [The Order of Ministry of Education and Science of the Russian Federation “*Ob utverzhdenii metodicheskikh rekomendatsii po raspredeleniyu subsidiy, predostavlyayemykh federal'nym gosudarstvennym uchrezhdeniyam, voplnyayushchim gosudarstvennye raboty v sfere nauchnoi (nauchno-issledovatel'skoi) i nauchno-tehnicheskoi deyatel'nosti*”. (In Russ).] Available on URL: <http://regulation.gov.ru/projects#npra=36592>. Access on 26.07.2015.

Борсуков Алексей Васильевич — д.м.н., профессор, руководитель Проблемной научно-исследовательской лаборатории “Диагностические исследования и малоинвазивные технологии” ГБОУ ВПО СГМУ, Смоленск, Россия.

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