

De Gustibus

ЖЕЛЕЗА НЕ ИЗ ЖЕЛЕЗА

Г.А. Герасимов

В советской журналистике был такой жанр очерка — “Письмо позвало в дорогу”. Можно сказать, что поводом для написания настоящей колонки послужила весточка белорусской коллеги на форум Тиронет для врачей¹: “У нас в Белоруссии в областях, загрязненных радионуклидами после аварии на Чернобыльской АЭС (ЧАЭС), УЗИ широко используется для скрининга рака ЩЖ. От этого много выявляемых образований до 1 см, по УЗИ с доброкачественными признаками. Хотелось бы поинтересоваться, каких рекомендаций вы придерживаетесь при постановке диагноза узловой зоб? Что делать, если узел менее 10 мм или, например, на УЗИ есть признаки кисты в 3 мм? Выставляется ли диагноз узлового зоба?”

Ситуация мне напомнила анекдот моего детства про партизана, который вышел из леса через 25 лет после войны, узнал, что “наши” давно в городе, и с ужасом спросил: чьи же поезда я все эти годы пускал под откос? На самом деле: насколько оправдан скрининг рака щитовидной железы (РЩЖ) через 25 лет после чернобыльской аварии? Нужно ли вообще поводить скрининг этого заболевания? В своей колонке в первом номере этого журнала за 2011 г. я уже начал обсуждение этой темы. Видимо, разговор следует продолжить.

Напомню, что скринингом называют комплекс мероприятий для выявления заболеваний среди лиц, у которых отсутствуют какие-либо очевидные симптомы или проявления патологии. Скрининг бывает всеобщим (когда он проводится среди всего или подавляющего большинства населения страны или региона) и целенаправленным в определенных группах риска. Целью скрининга является раннее выявление патологии среди населения с целью снижения смертности и нетрудоспособности за счет более раннего и (предположительно) более эффективного лечения.

Принято считать, что главным критерием эффективности скрининга онкологической патологии являются именно спасенные жизни, т.е. насколько ранняя диагностика помогла снизить смертность (в онкологии — это обычно процент больных, оставшихся в живых через 5 или 10 лет после проведенно-

го лечения). Другим важным критерием для проведения скрининга является частота той или иной патологии в популяции. Понятно, что скрининг более распространенных онкологических заболеваний должен, по идее, привести к более существенному снижению смертности. О том, как дело обстоит на самом деле, поговорим немного позже.

С изложенных выше позиций, скрининг РЩЖ уже вызывает массу сомнений. Достаточно сказать, что это довольно-таки нечастое заболевание. По американским данным, заболеваемость РЩЖ составляет 11 случаев на 100 000 населения (5,6 у мужчин и 16,3 у женщин)². Таким образом, риск заболеть РЩЖ в течение жизни для некоего типичного обывателя составляет менее 1%. Смертность от РЩЖ и того меньше — всего 0,5 на 100 000 населения. Это означает, что вероятность заболеть РЩЖ в течение всей жизни совсем незначительна, а риск умереть от этой патологии и вовсе мизерный. Таким образом, разумность скрининга РЩЖ вызывает сомнение в силу того, что затраты на него будут велики, а результаты (в смысле числа спасенных жизней) скорее всего окажутся почти неощутимыми.

Наверное, не случись 25 лет назад аварии на ЧАЭС, обсуждаемая сегодня тема была бы не столь актуальной. Первоначальные расчеты не предвещали резкого увеличения заболеваемости РЩЖ после аварии на ЧАЭС. Однако в действительности заболеваемость РЩЖ у детей в некоторых районах Беларуси, Украины и России выросла в десятки раз. Учитывая сложившуюся критическую ситуацию, проведение массового скрининга заболеваний щитовидной железы у населения в ряде пострадавших районов этих стран на то время можно было считать вполне оправданным (хотя итогда в ходе массовых осмотров было выявлено значительно меньше случаев РЩЖ, чем просто по обращаемости в медицинские учреждения).

Однако именно с “чернобыльского” периода началось массовое “узиканье” щитовидных желез по всем просторам России и сопредельных государств. Вместе с тем, достигнув пика в середине 1990-х годов,

¹ Полностью с этой дискуссией можно ознакомиться на: <http://www.thyronet.ru/spetsialistam/forum/>

² Здесь и далее данные по РЩЖ в США приведены с сайта National Cancer Institute <http://seer.cancer.gov/statfacts/html/thyro.html#incidence-mortality>

Распределение по стадиям и процент 5-летней выживаемости при РЩЖ в США: данные за 2001–2007 гг. для больных обоим пола и всех рас

Стадия при диагностике	Частота, %	Показатель 5-летней выживаемости, %
Локализованная (не выходящая за пределы органа)	68	99,8
Региональная (метастазы в региональные лимфоузлы)	25	96,8
Дистантная (отдаленные метастазы)	5	55,4
Неизвестная (стадия не установлена)	2	87,6

заболеваемость РЩЖ в чернобыльских регионах пошла на снижение. А у поколения, родившегося после 1986 г., вообще отсутствует риск радиоиндуцированного РЩЖ. Но, как мы видим, процесс массового “узиканья” не прекратился и даже набирает новые обороты.

При этом с ростом разрешающей способности ультразвуковых датчиков увеличивается возможность выявления субклинических структурных изменений в железе (как-то: “кисты” и “узлы”) все меньших и меньших размеров. Скоро уже выражение “каждой сестре по сережке” сменится на “каждой сестре по кисте”.

А теперь давайте задумаемся: есть ли общенародная польза от многолетнего массового “узиканья” щитовидных желез, кроме увеличения очередей нервничающих граждан (и особенно гражданок) в кабинеты эндокринологов и хирургов? Посмотрим на данные о смертности от РЩЖ в Беларуси, где, по сообщениям нашей коллеги, существуют “бригады красного креста”, которые выезжают на предприятия городов, районов загрязненных территорий с аппаратами УЗИ и проводят скрининг трудоспособного населения, облученного в детском возрасте.

Так вот, по данным Белорусского Минздрава в 2010 г. от РЩЖ в стране умерли 43 человека, из них 36 — лица нетрудоспособного возраста, а 26 — так и вовсе старше 70 лет. При этом смертность от РЩЖ в Беларуси осталась на абсолютно том же уровне, что и в США (те же 0,5 на 100 000 населения).

Впрочем, до США партизанские “красные бригады” пока еще не добрались и УЗИ щитовидной железы в этой стране выполняют довольно редко и только по показаниям (обычно при наличии пальпируемого узла). Вместе с тем и без скрининга более чем у 90% больных в США РЩЖ был выявлен на ранних стадиях (см. таблицу). А при адекватном лечении показатель 5-летней выживаемости у этих больных составлял от 97 до почти 100%.

Кроме того, абсурдно приравнивать все трудоспособное население к “облученному в детском возрасте”. В эту категорию могут потенциально входить только лица, родившиеся в 1970–1986 гг. Зачем же стигматизировать все остальное население и пускать под откос чьи-то судьбы?

Ну а как обстоят сегодня в мире дела со скринингом таких распространенных онкологических заболеваний, как рак простаты или молочной железы?

По мнению профессора Гилберта Уэлша³, скрининг онкологических заболеваний можно сравнить с лотереей: небольшое число людей выигрывает, а значительно большее оказывается в проигрыше. И вполне понятно почему. Когда врач поводит скрининг онкологической патологии, то все побуждения (профессиональные, финансовые, юридические) диктуют ему — не пропусти болезнь! В результате он обращает внимание на самые незначительные аномалии, что приводит к двум печальным последствиям: ложноположительным результатам скрининга и гипердиагностике.

По американским данным, от 15 до 20% женщин и мужчин, ежегодно проходящих маммографию или тест на простатспецифический антиген (ПСА), в течение 10-летнего периода будут подвергнуты биопсии из-за ложноположительных результатов этих тестов. Не говоря уже о волнениях и бессонных ночах, эти исследования могут и не принести пациентам большой пользы, особенно если за обследованием последует хирургическое лечение, радио- или химиотерапия.

В течение многих лет исследование ПСА рекомендовалось всем мужчинам старше 50 лет. Таковых в США 44 млн, а 33 млн из них уже хотя бы раз в жизни проходили данный тест, часто даже сами того не зная (врачи рутинно назначают его наряду с другими лабораторными исследованиями). Превышение определенного порога концентрации ПСА, который был, кстати говоря, недавно снижен, диктует необходимость более углубленного обследования, включая трансректальное УЗИ и биопсию простаты.

Однако ни результаты определения ПСА, ни данные УЗИ не являются достаточно специфичными для диагностики рака простаты, а биопсия может выявить опухоль, которая, не будучи диагностированной, все равно не стала бы причиной смерти. С 1986 по 2005 г. примерно 1 млн мужчин в США была проведена операция по поводу рака простаты,

³ H.G.Welch. Overdiagnosed: Making People Sick in the Pursuit of Health, Beacon Press, 2011.

обнаруженного после тестирования ПСА. Из них 5 тыс. умерли вскоре после операции, а у десятков тысяч развились серьезные послеоперационные осложнения. В отдаленном периоде от 200 до 300 тыс. прооперированных мужчин страдали от импотенции и/или недержания мочи. Даже открывший ПСА ученый Ричард Аблин назвал безудержное использование этого теста “бедой здравоохранения”.

По данным ряда европейских и американских исследований, в которые были вовлечены десятки тысяч пациентов, не было выявлено существенных различий в смертности мужчин от рака простаты, независимо от того проводился ли им скрининг ПСА или нет. Надо иметь в виду, что для рака простаты (как, впрочем, и щитовидной железы) характерна высокая частота оккультных опухолей обычно небольших размеров, прогноз роста и метастазирования которых достаточно туманен. По данным вскрытий почти у трети мужчин в возрасте от 40 до 60 лет имелись морфологические очаги рака простаты, а к 85-летнему возрасту этот показатель возрастал до 75%. Может быть, многие из сотен тысяч мужчин, страдающих от последствий операции на простате, жили бы спокойно и счастливо, вовсе не зная о скрытом недуге?

Несколько лучше обстоит ситуация со скринингом рака молочной железы. Недавним исследованием было показано, что маммография может предположительно спасти в год жизнь от 4 до 18 тыс. женщин в США. Это, конечно, очень немалое число, но не столь уж внушительное при сопоставлении с 230 тыс. женщин, которым ежегодно ставят диагноз инвазивного рака молочной железы, а также с 38 млн женщин, которым в США ежегодно проводится маммография, стоящая системе здравоохранения около 5 млрд долларов.

В последние годы в США стали более прагматично подходить к ранней диагностике распространенных онкологических заболеваний. Специальная независимая комиссия (United States Prevention Services Task Force), готовящая рекомендации для правительства, в начале октября 2011 г. опубликовала заключение о том, что здоровым мужчинам не следует больше назначать скрининговых тестов на ПСА, так как проведение этого теста не влияет на смертность от рака простаты, но часто приводит к повторным инвазивным обследованиям, ненужному лечению и таким тяжелым осложнениям, как импотенция и недержание мочи.

Двумя годами ранее эта же комиссия наделала еще больше шума, не рекомендовав проведение маммографии у здоровых женщин моложе 50 лет, а также признав неэффективной активно пропагандируемую в стране систему самодиагностики подо-

зрительных образований молочной железы (самопальпация и осмотр в зеркале).

Лично меня не может не поражать то, что о заключениях этой авторитетной медицинской комиссии сообщается в передовицах новостей во всех средствах массовой информации (газеты, телевидение, радио). Эти известия также вызывают очень жаркие и долгие дискуссии не только в профессиональной среде, но и среди пользователей медицинских услуг.

Впрочем, надо признать, что далеко не все врачи и пациенты согласны с такими заключениями. Некоторые обвиняют правительство и ученых в заговоре с целью ограничить расходы на здравоохранение, ставшие в США одной из главных статей бюджета. Другие приводят в пример истории болезни людей, в том числе и знаменитых, жизнь которых была спасена, предположительно, благодаря вовремя поставленному диагнозу и своевременному лечению.

В случаях с медленно растущими, относительно малоинвазивными и редко метастазирующими опухолями (как при папиллярном РЩЖ) врач не может твердо знать, в каком случае выявленная при скрининге опухоль является потенциально летальной, а в каком — нет. Известно однако: чтобы предотвратить один случай смерти от рака простаты или молочной железы необходимо в течение 10 лет проводить скрининг не менее 1000 человек, т. е. на практике эффективность скрининга рака простаты или молочной железы с точки зрения спасения жизни больного составляет всего 0,1%. В случае с РЩЖ эффективность скрининга еще на порядок ниже.

При этом на каждого выигрывавшего в эту своеобразную лотерею приходится немало проигравших: от 5 до 15 пациентов с гипердиагностикой рака молочной железы и от 30 до 100 пациентов с гипердиагностикой рака простаты. Отбросив эмоции, и врачи, и пациенты должны знать эти цифры и сами решать для себя — стоит ли игра свеч. Недаром определенная часть мужского населения США сознательно отказывается от скрининга ПСА.

Ведь далеко не во всех случаях выявленный при массовом скрининге рак эквивалентен спасенной жизни. Подчас опухоль все равно выявляют либо слишком поздно, чтобы спасти жизнь, либо на столь ранней стадии, что выбор адекватного метода лечения может быть затруднительным.

Кроме того, снижение смертности от онкологических заболеваний в развитых странах за последние два-три десятилетия было достигнуто главным образом за счет совершенствования методов лечения, а не в связи с предположительно более ранней диагностикой при массовом скрининге. Какой смысл проводить массовый скрининг, если система здравоохранения все равно не в состоянии предоставить

современное и адекватное лечение? Может быть, лучше вложить средства в оснащение больниц современным оборудованием, например, для лечения радиоактивным йодом?

Таким образом, практика общественного здоровья и здравоохранения тоже должна строиться на разумных расчетах баланса “польза—вред” с тем, чтобы определить, куда следует направлять, увы, весьма ограниченные ресурсы, выделяемые на поддержание здоровья и долголетия населения страны или региона. При всей своей внешней привлекательности скрининг многих онкологических заболеваний, включая РШЖ, может оказаться малоэффективным мероприятием. Видимо, поэтому умерла столь упорно внедряемая в советские времена система диспансеризации населения. Попытки ее возродить в современной России тоже скорее всего закончатся ничем.

Обсуждая вопросы медицинского скрининга, мы тем не менее никогда не должны забывать, что речь идет не о проверке надежности стальных деталей машин и механизмов, а о жизни и судьбе обычных людей, а вовсе не тех, о которых революционный поэт написал: “Гвозди бы делать из этих людей, крепче бы не было в мире гвоздей”⁴.

⁴ Из стихотворения “Баллада о гвоздях” (1922) советского поэта Николая Семеновича Тихонова (1896—1979), где повествуется о человеческой стойкости. Видимо, этот образ вызван ассоциацией с выражениями “железный характер”, “железная воля” и т. п.