

De Gustibus

ЖИВ КУРИЛКА!

Г.А. Герасимов

В широкую практику российского здравоохранения с этого года возвращается всеобщая диспансеризация населения. А может, она и вообще никуда не девалась, а тихо тлела, как лучинка в руках детей, играющих в старинную игру¹, давшую название сегодняшней колонке?

Лет около 10 тому назад руководитель представительства ЮНИСЕФ в России попросила меня объяснить, почему по данным Всероссийской диспансеризации детей 2002 года только треть детей (точнее – 33,89%) были отнесены к числу здоровых. Ее искренне взволновала причина нездоровья остальных двух третей детского населения страны.

Цифры эти, безусловно, вызвали большую озабоченность, но можно ли было ожидать иного результата, если каждого ребенка в процессе диспансеризации осматривала целая “футбольная команда” врачей и педагогов, а именно: эндокринолог, хирург, ортопед, уролог, гинеколог, отоларинголог, дерматовенеролог, офтальмолог, невролог, стоматолог, а в дополнение еще психолог и логопед? То есть общим числом 11, учитывая, что уролог, видимо, осматривал только мальчиков, а гинеколог – точно только девочек.

Если каждый из этих специалистов имел задачу не только осмотреть ребенка, но и найти у него патологию (а иначе что писать в отчете?), то удивление вызывает то, что “здоровыми” на самом деле оказалось так много детей. У меня даже родилась мысль, что, наверное, у всех осмотренных врачами детей нашлись хоть какие-то болячки, а те, кто по болезни пропустил диспансеризацию (или нагло ее прогулял), были представлены в отчетах здоровыми. Ну не может быть так, чтобы 11 врачей не смогли обнаружить у ребенка хотя бы одной хвори. И даже если 10 эскулапов

сплоховали, то одиннадцатый (стоматолог) уж никак не мог “пропустить гол в собственные ворота”...

Можно и далее упражняться в остроумии, если не принимать во внимание то, что на проведение этого мероприятия были отвлечены от работы сотни тысяч врачей и учителей и потрачено 1 730 112 000 рублей.

От диспансеризации такого масштаба в принципе следовало бы ожидать результатов в трех основных категориях. Во-первых, она должна была принести пользу самому обследуемому и всему обществу в целом, выявив у детей болезни явные и скрытые для дальнейшего их лечения и вторичной профилактики. Во-вторых, по ее результатам (в ходе Всероссийской диспансеризации было осмотрено 30 миллионов 400 тысяч детей, или 94,6% от числа подлежащих) можно было бы составить представление о структуре заболеваемости детского населения. И, наконец, в-третьих, основываясь на этих данных, резонно было бы разработать и внедрить программу первичной профилактики наиболее распространенных заболеваний.

О пользе диспансеризации как таковой речь пойдет ниже. А вот в отношении того, что результаты диспансеризации могут дать надежные статистические данные о распространенности тех или иных патологий, существует немало сомнений. С одной стороны, кажется, что осмотр чуть ли не каждого ребенка в стране позволит определить “болевы точки” здравоохранения и круг наиболее распространенных заболеваний и расстройств с тем, чтобы сосредоточить усилия на их профилактике и лечении. Однако получить такие результаты можно куда как проще и дешевле.

Все знают, что результаты общенациональных выборов, в которых принимают участие десятки миллионов избирателей, сегодня предсказываются с точностью до 1–3% на основе опроса репрезентативной группы числом от 1500 до 1800 человек. Важно, чтобы селекция граждан для этого опроса была именно представительной с учетом возраста, пола, места проживания и т.п. Проведение “правильных” социологических опросов – дело недешевое, так же как и обследование статистически правильно подоб-

¹ Правила игры: играющие образуют круг, по которому передают из рук в руки горящую или тлеющую (курящуюся) лучинку или соломинку и при этом по очереди поют песенку-присказку. Существовал целый ряд вариантов этой песенки (например: “Жив, жив Курилка, жив, жив, не умер!” или “Жив, жив Курилка – ножки тоненьки, а жить так хочется!”). Игрок, в руках у которого лучина гасла, выбывал из игры (из Википедии).

ранных групп лиц для оценки состояния здоровья и питания всего населения в целом. Например, в США каждое десятилетие проводится Национальное исследование здоровья и питания (National Health and Nutrition Survey, NHANS). Его выполняют не одновременно, а в течение всей декады, и результаты этого масштабного обследования отражают меняющуюся картину состояния демографии, социально-экономического статуса, здоровья и питания населения всей страны².

В десятках менее развитых стран при технической, организационной и финансовой поддержке международных организаций (ВОЗ, ЮНИСЕФ и других) с промежутками в 5 лет проводятся разовые продольные мультииндикаторные кластерные исследования (MICS) или медико-демографические обследования (DHS), охватывающие репрезентативные группы населения страны (например, женщин репродуктивного возраста и детей до 14 лет). К сожалению, подобного рода общенациональные, рандомизированные, кластерные исследования в нашей стране практически не проводятся.

Отчет о диспансеризации детей 2002 года также содержит сведения о распространенности отдельных групп заболеваний³. Так, среди детей лидируют болезни крови и кроветворных органов, прежде всего за счет анемий (33%). На втором месте — болезни эндокринной системы, в основном за счет болезней щитовидной железы (34%) и ожирения (25%). Тут, правда, выявляется нестыковка: в этом же документе указывается, что избыток массы тела имели лишь 2,1% осмотренных детей.

Вряд ли эти данные кого-то удивят: железодефицитная анемия (ЖДА) и эндемический зоб (а какое еще заболевание щитовидной железы может встречаться у 34% детей?) действительно являются самыми распространенными неинфекционными заболеваниями в мире, преимущественно в небогатых странах, а ожирение все больше захватывает не только богатые, но, как это ни парадоксально, и бедные страны. Однако для получения столь сногсшибательных сведений совершенно не было нужды обследовать более 30 миллионов человек.

Ну и, наконец, какие же выводы были сделаны из полученных данных и какие массовые профилактические мероприятия были внедрены, чтобы устойчиво снизить частоту ЖДА и эндемического зоба у подрастающего поколения? Сказать, что не было сделано ничего, было бы неправильно. Но вот эф-

фективность проведенных мероприятий оказалась довольно низкой.

Из опыта десятков стран мира, включая прошлый опыт России в составе СССР, известно, что наиболее эффективным методом массовой профилактики этих заболеваний является обогащение массовых продуктов питания микронутриентами, в частности муки — солями железа и соли — йодатом калия.

Вновь цитируем отчет 2002 года: “Особое внимание обращают на себя показатели физического развития юношей призывного возраста, среди которых зарегистрирован дефицит массы тела в 6,16%, что является максимальным показателем среди всех возрастных групп”.

С подобной же проблемой столкнулись США 70 лет тому назад, когда после вступления страны во Вторую мировую войну начался массовый призыв юношей в армию и флот. Оказалось, что многие призывники имели дефицит массы тела и анемию. И тогда по инициативе будущего президента, а в то время еще просто генерала Эйзенхауэра в стране было введено обязательное обогащение всей пшеничной и ржаной муки сульфатом железа. Эффект от этой профилактической меры был столь велик, что вскоре премикс для обогащения муки, в который входили сульфат железа и витамины группы В, стали по ленд-лизу поставлять союзникам: сначала Великобритании, а затем и СССР. Поразительный факт: кроме тушенки “второй фронт” в СССР были поставлены тысячи тонн этого премикса, а обогащенная железом и витаминами мука шла на выпечку хлеба как для фронта, так и для тыла.

Обогащение муки железом было настолько эффективным в плане профилактики ЖДА, что и после войны ни США, ни Великобритания не прекратили эту программу. В СССР в послевоенные годы доля обогащенной витаминами (но не солями железа!) муки никогда не превышала 15% от общего объема выпуска, а в сегодняшней России сотни тысяч тонн обогащенной витаминами и минеральными веществами муки идут только на экспорт. На внутреннем рынке на нее, оказывается, “нет спроса”.

А вот современные данные из Южной Америки, куда, правда, российская мука пока не поступает: частота ЖДА у детей в Чили, где уже в течение многих десятилетий вся мука обогащена железом и витаминами, составляет 7%, а в соседней Аргентине — 26%. Догадаться с трех раз почему..

Я специально отвлекся от йодированной соли, чтобы на другом ярком примере показать эффективность достаточно простых, недорогих, безопасных и доступных методов профилактики наиболее распространенных заболеваний. Тех мер, которые уже доступны отечественной мукомольной и соля-

² http://www.cdc.gov/nchs/nhanes/about_nhanes.htm

³ Справка к коллегии МЗ РФ “Об итогах Всероссийской диспансеризации детей 2002 года”. <http://demography.ru/xednay/demography/facts/kidsdisp.html>

ной промышленности, но совершенно не востребованы, в том числе из-за инерции Министерства здравоохранения и других государственных органов. Десять лет прошло после диспансеризации детей 2002 года, а существенного снижения частоты ЖДА и эндемического зоба не произошло. Неужели для этого надо опять проводить диспансеризацию и ждать десять лет?

Впрочем, задачей регулярных медосмотров все же является не сбор статистических сведений для планирования массовых профилактических мероприятий, а выявление не распознанных ранее заболеваний у конкретного человека, желательного на ранней стадии, с целью их своевременного лечения и вторичной профилактики.

Надо сказать, что с точки зрения истории медицины профилактические медосмотры широких групп населения – сравнительно недавнее дело. В массовую практику они вошли во второй половине XX века, когда к врачам стали обращаться не только по поводу конкретной болезни, но и для того, чтобы недуги по возможности заранее выявить и предотвратить. Эта “роскошь” стала доступной после того, как в СССР, а затем и в других развитых странах появилась возможность не платить за визит к врачу из своего собственного кармана. После Второй мировой войны расходы на визиты к врачу, лечение в больницах и даже стоимость лекарств стали оплачиваться либо государством за счет налогов, либо страховыми компаниями.

При этом и частные страховые компании, например в США, делают все возможное, чтобы бремя лишних расходов не оттолкнула человека от ежегодного профилактического визита к врачу. Для этого такие врачебные осмотры делают совершенно бесплатными, освобождая пациентов не только от оплаты, но и со-оплаты, если таковая предусмотрена для обычных посещений врача. Кроме того, бесплатными являются и ряд инструментальных (маммография) и лабораторных исследований. При этом делают различия по возрасту: маммография бесплатна после 40 лет, а исследование ТТГ – после 45 или 50 лет.

С точки зрения здравого смысла профилактические медицинские осмотры должны быть полезными: разумно периодически проходить обследования (даже если тебя ничто не беспокоит), чтобы выявить заболевание на ранней стадии, когда, предположительно, шансы на эффективное лечение выше. Особенно это относится к онкологическим и сердечно-сосудистым заболеваниям. Но так ли это на самом деле?

Буквально несколько месяцев тому назад группа датских исследователей опубликовала кохрановский обзор⁴, результаты которого, увы, не подтвердили эффективность профилактических медосмотров по

крайней мере у взрослого населения. Авторы изучили основные базы данных⁵ и провели метаанализ 14 контролируемых рандомизированных исследований, в которых сопоставлялись две группы взрослого населения: одной проводили профилактические медосмотры, а другой такие осмотры не предлагались. Всего в эти исследования было включено 182 880 участников. Из них 9 исследований оценивали риск смерти, и в них было включено 155 899 человек, из которых 11 940 умерло. Результаты этих исследований показали отсутствие влияния медосмотров на риск смерти от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. В одном из исследований было установлено, что число новых диагнозов через 6 лет проведения регулярных медосмотров было на 20% больше, чем в контрольной группе, но другие исследования не подтвердили риска увеличения заболеваемости. К сожалению, ни одно из исследований не оценивало влияние медосмотров на количество выписываемых лекарств, хотя две работы показали увеличение количества пациентов, получающих антигипертензивные препараты.

Авторы обзора также показали отсутствие влияния медосмотров на частоту госпитализаций, назначения инвалидности, дополнительных консультаций специалистов и повторных посещений врачей, а также сроки временной нетрудоспособности. При этом авторы признают, что некоторые из этих показателей были недостаточно изучены, а многие из исследований были довольно старыми и их результаты не всегда можно приложить к сегодняшним реалиям, так как изменились взгляды как на факторы риска заболеваний, так и на методы их лечения. Вместе с тем авторы считают доказанным факт отсутствия влияния медосмотров на смертность от сердечно-сосудистых заболеваний и рака.

По мнению авторов обзора, основной причиной отсутствия эффекта профилактических медосмотров на смертность связано с тем, что врачи могут заподозрить заболевание среди пациентов с высоким риском, установить им диагноз и назначить лечение при обычных амбулаторных посещениях по совершенно

⁴ Krogstøll L.T., Jørgensen K.J., Larsen C.G., Gøtzsche P.C. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. Cochrane Database Syst. Rev. Published online October 17, 2012: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009009.pub2/abstract>

⁵ The Cochrane Library, the Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), the Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (EPOC) Trials Register, MEDLINE, EMBASE, Healthstar, CINAHL, ClinicalTrials.gov and WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP) до июля 2012 г.

иным поводам. Иными словами, для эффективной диагностики и лечения важна доступность врача в нужный момент, а не возможность регулярно проходить профилактические осмотры. Впрочем, результаты и выводы этого кохрановского исследования нельзя назвать исчерпывающими или окончательными; скорее они должны указывать на направление новых научных исследований.

Критическому анализу методологии предстоящей в России диспансеризации уже посвящен ряд публикаций. По мнению авторов, в дизайне обновленной диспансеризации произошли некоторые положительные изменения по сравнению с прошлыми годами: в отличие от сомнительной идеи осмотров только работающих планируется обследовать все взрослое население (и не ежегодно, а раз в 2–3 года), отменен неэффективный скрининг на рак яичников, включен скрининг на колоректальный рак; осмотр узкими специалистами планируется только по показаниям на втором этапе, появилась толковая анкета для пациентов, только знакомство и заполнение которой уже является полезным делом⁶.

В то же время в новой диспансеризации сохранилось весьма спорное наследие прошлых программ. Это прежде всего проведение ЭКГ в покое, клинических анализов крови и мочи, биохимического анализа крови и ультразвукового исследования органов брюшной полости. Ни одно из них не соответствует требованиям, предъявляемым к скрининговым тестам, и в целом они бесполезны при обследовании лиц, не предъявляющих никаких жалоб. Не буду далее пересказывать эту интересную статью — все желающие могут с ней ознакомиться в Интернете.

Мне же лично перспективы предстоящей диспансеризации кажутся призрачными не столько с научной точки зрения, сколько по причине все нарастающего недостатка врачей, особенно в первичном звене здравоохранения. Вот тут в прессе я прочитал, что в одном уральском городе “внезапно” возник дефицит врачей, который там пытаются теперь ликвидировать, предоставляя медикам служебное жилье. Заметка была опубликована за пару дней до прилета известного теперь всему миру метеорита, но связи между этими двумя событиями я не усматриваю. Но в то, что отвлечение врачей на диспансеризацию населения приведет к еще большему их дефициту в поликлиниках, я верю безоговорочно.

Между тем, по мнению Минздрава, нагрузка на участковых врачей за счет диспансеризации возрастет “лишь на 7%”. Согласно расчетам ведомства, “сверхперегрузки участковых врачей из-за проведе-

ния диспансеризации не ожидается — сначала нагрузка увеличится, а затем ожидается ее снижение за счет уменьшения обращаемости по причине обострения заболеваний. При этом, как ожидается, на профилактические медосмотры будет уходить не менее 40% рабочего времени врача”⁷. Правда, непонятно, куда деваться тем несчастным пациентам, у которых обострение заболевания произойдет до профилактического медосмотра? Ждать своей очереди на профилактику или сразу бежать в частный медицинский центр?

И вновь я не могу не напомнить о естественных ограничениях скрининга многих заболеваний, в том числе онкологических, которым я посвятил две свои недавние колонки в этом журнале⁸. Взять, например, определение простатического специфического антигена (ПСА). Специальная независимая комиссия, готовящая рекомендации для правительства США, в 2011 году опубликовала заключение о том, что здоровым мужчинам не следует больше назначать скрининговые тесты на ПСА, так как они не влияют на смертность от рака простаты, но часто приводят к повторным инвазивным обследованиям, ненужному лечению и таким тяжелым осложнениям, как импотенция и недержание мочи.

При этом в США за десятилетия использования теста ПСА уже создана тяжелая индустрия по лечению явного и мнимого рака простаты, включая ядерные ускорители размером с футбольное поле, а в бой готова вступить целая армия урологов. В России же это весьма дефицитная специальность, а возможности углубленной диагностики и лечения рака простаты в бюджетных учреждениях здравоохранения весьма ограничены. Зачем тогда вводить в стресс и панику тысячи мужчин, у которых скоро при скрининге выявят аномальные показатели ПСА?

Напомню, что, по мнению авторов цитированного выше кохрановского обзора, отсутствие доказанного эффекта от профилактических осмотров на смертность от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний связано с тем, что специалисты чаще выявляют патологию при “обычных” визитах, когда пациент идет к врачу, чтобы изложить свои жалобы и предъявить симптомы заболеваний. А если врачи значительную часть своего времени будут заниматься диспансеризацией, а в остальное время отбиваться от пациентов, у которых эти осмотры выявят какие-то аномалии, то на действительно больных людей у них почти не останется времени.

⁷ <http://medportal.ru/mednovosti/news/2013/02/19/dispan/>

⁸ Железа не из железа. КЭТ 2011. 7 (4): 4–7; Персонализированная медицина — это фантастика? КЭТ. 2012. 8 (3): 4–8. Копии статей на <http://vidar.ru/Library.asp?fid=KET>.

⁶ Диспансеризация-2013: еще немного, еще чуть-чуть... <http://www.mgzt.ru/article/3174/>

Надежда, впрочем, остается на многочисленные приложения для мобильных телефонов и смартфонов. Одна израильская фирма даже выпустила специальный смартфон, “на борту” которого имеются датчик сердечного ритма, измеритель уровня сахара в крови и насыщения крови кислородом, а анализ информации с датчиков позволяет вычислять процент жира в теле, а также уровень стресса у пользователя. Все данные, собранные датчиками смартфона, транслируются на удаленный безопасный сервер, при наличии доступа к учетной записи их можно открыть из любой точки мира в любое время. Эти данные можно также отправлять членам семьи, лечаще-

му врачу или кому-то еще, информация легко трансформируется в формат электронной почты или SMS-сообщения⁹.

Наверное, я просто сгущаю краски, и все будет не так уж плохо. Минздрав увлечется каким-нибудь новым начинанием (сколько их уже было на нашей памяти!), и диспансеризацию, как и многие другие благоглупости, тихонько спустят на тормозах. Лучинка угаснет, еще один деятель выйдет из игры, и некому будет сказать “Жив курилка!”.

⁹ <http://www.3dnews.ru/news/632131/#632131>