

Когда-то сэр Фрэнсис Бэкон предложил разделять истинную науку и науку, основанную на принятии желаемого за действительное (*wishful science*). Лучшим способом отличить одно от другого, по его мнению, является проверка временем: истинная наука развивается и подкрепляется новыми доказательствами, а *wishful science* живёт только при поддержке её основателей и с течением времени отмирает. Медицинские методы тоже можно разделить на классику и попсу: с одной стороны, есть инсулин и антибиотики, а с другой – всякие тимогены-рибоксини; есть гемодиализ, но есть и УФО крови с плазмаферезом от всех болезней. Современная наука позволяет отличать их друг от друга методами доказательной медицины. Сейчас появляется всё больше данных, позволяющих оценить, как в этой системе координат выглядит диспансеризация.

доминированных клинических испытаний (РКИ). В них можно сравнить общую смертность, смертность от отдельных причин и другие клинически значимые исходы среди лиц, регулярно проходящих диспансеризацию, и среди тех, кто её не проходит. Однако, несмотря на долгую историю диспансеризации в России, таких исследований нет, и, следовательно, нет научных фактов, подтверждающих или отрицающих её пользу. Центр

екта «Здоровье» проводились финансируемые ФСС РФ углублённые медицинские осмотры работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами.

### Всероссийская перепись болезней и «куриные фрукты»

Одним из самых распространённых заблуждений, бытующих

за счёт доступности и качества первичной медицинской помощи. В этом случае в плановые периодические обследования остаётся включить только скрининговые тесты с доказанной эффективностью для выявления заболеваний на доклинической стадии. Получается, что диспансеризация – это просто суррогат, ненадёжный костыль, подпирющий неэффективную систему первичной помощи. Но на костыле, как известно, далеко не

### Национальные особенности интерпретации науки

В недавнем интервью «МГ» (№ 91 от 29.11.2013) директор Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины профессор С.Бойцов ответил на вопрос о его отношении к результатам систематического обзора рандомизированных испытаний с общим числом участников 182 880 человек, показавших, что регулярное прохождение периодических профилактических осмотров не снижает ни общую смертность, ни смертность от каких-то отдельных заболеваний. Ответ содержал два взаимоисключающих положения: в современной медицине нужно следовать принципам доказательной медицины; в связи с национальными особенностями смертности и распространённости факторов риска в России эффективность диспансеризации превосходит эффективность периодических профилактических осмотров в западных странах. Как можно говорить о приверженности доказательной медицине и здесь же утверждать эффективность метода, не подкреплённого научными доказательствами?

Наиболее примечателен комментарий С.Бойцова тем, что он наконец проливает свет на методику разработки программ диспансеризации – теперь мы знаем, что все её отличия от научно обоснованных профилактических программ развитых стран связаны с нашими национальными особенностями.

Рассмотрим для примера пару таких национальных отличий на предмет этих самых особенностей. Как известно, в программу диспансеризации включена ЭКГ в покое, в то время как в Европейских рекомендациях по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике (2012) такой рекомендации не содержится. Профилактические программы всех развитых стран также не рекомендуют рутинного применения ЭКГ в покое для выявления ИБС или прогнозирования коронарных событий у взрослых с низким риском. Это объясняется тем, что ЭКГ в покое для выявления ИБС имеет низкую чувствительность и даёт много как ложноположительных, так и ложноотрицательных результатов. Поэтому большинство коронарных событий происходит как раз среди тех, кто имеет нормальные данные ЭКГ. Из-за большого количества ложноположительных результатов при находках на ЭКГ покоя, как правило, невозможно предпринять что-нибудь полезное для обследуемого.

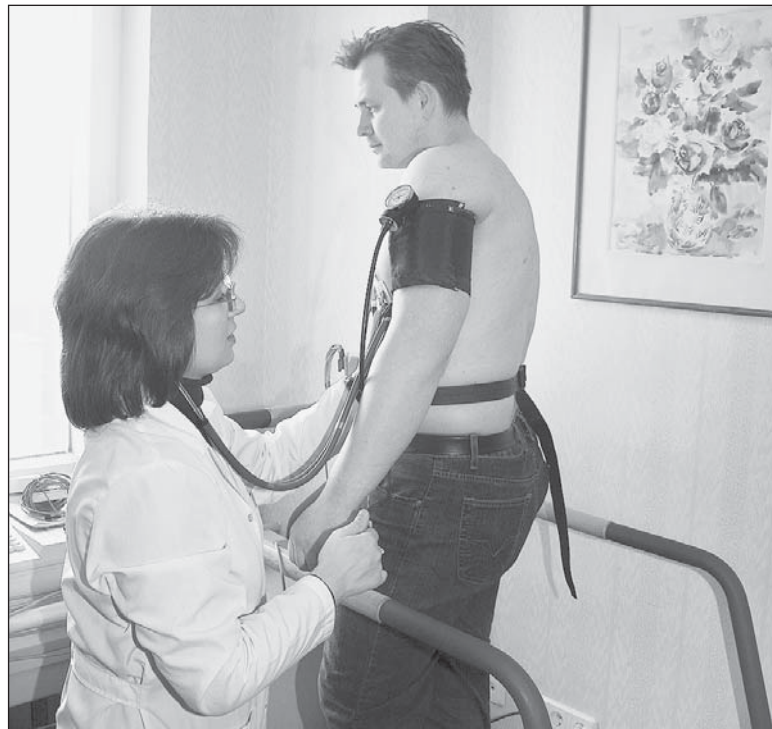
Какие же особенности национальной методики ЭКГ позволяют избежать этих недостатков и обеспечить её прогностическую ценность? Видимо, это держится в глубокой тайне даже от ведущих российских кардиологов, так как в российских «Национальных рекомендациях по кардиоваскулярной профилактике» (2011) отсутствует рекомендация проводить ЭКГ у бессимптомных лиц.

Также, видимо, не в курсе национальных особенностей определения уровня глюкозы в крови и Эндокринологический научный центр, который в пособии для

### Новые подходы

# Диспансеризация: классика и попса

## Будет ли толк от такой смеси



врачей по диагностике сахарного диабета рекомендует этот вид скрининга только у лиц старше 65 лет и в группах риска развития этого заболевания. Эта рекомендация схожа с международными рекомендациями, так как не существует доказательств того, что начало лечения гипергликемии на доклинической стадии улучшает исходы сахарного диабета по сравнению с началом лечения после появления его симптомов. К тому же не менее чем у 30% лиц с выявленными при скрининге гипергликемией и нарушением толерантности к глюкозе эти показатели в последующем спонтанно нормализуются, и диабет не развивается.

К сожалению, рамки газетной публикации не позволяют разоблачить «национальные особенности» клинических анализов крови и мочи, биохимического анализа крови, ультразвукового исследования органов брюшной полости и пр., необоснованно включённых в программу диспансеризации.

### В поисках отсутствующей пользы

Научного обоснования диспансеризации не существует, если не считать таковым статью в Малой медицинской энциклопедии, ссылающуюся на решения съездов КПСС и «марксистское понимание взаимоотношения организма и среды».

Доказательствами её пользы могли бы стать результаты ран-

профилактической медицины десятилетиями предпочитает заниматься только кардиоваскулярными проблемами и не провёл ни одного высококачественного РКИ методов профилактики. Поэтому нам приходится опираться на научные данные, полученные в других краях. Но всё же появляются сведения, позволяющие косвенно прояснить вопрос об эффективности диспансеризации.

Такую возможность даёт, например, недавно опубликованное исследование динамики предотвратимой смертности населения России с 1989 по 2011 г. Оказалось, что за этот период снизилась смертность от предотвратимых причин, зависящих от первичной профилактики и качества предоставляемой медицинской помощи, но не от причин, зависящих от своевременности выявления заболеваний. При этом в наименьшей степени снизилась смертность населения среднего трудоспособного возраста.

Таким образом, наихудшие показатели снижения смертности относятся к причинам, на которые должна была повлиять диспансеризация, и контингентам, среди которых она в основном и проводилась. Напомним, что, по данным Федерального фонда ОМС, с 2006 по 2012 г. дополнительная диспансеризация работающего населения проведена в отношении более 27 млн человек. В дополнение к этому в 2007-2009 гг. в рамках реализации Национального про-

даже среди врачей, в отношении периодических профилактических осмотров, в том числе диспансеризации, является то, что критерием их эффективности считается количество выявленных заболеваний.

Это отчётливо видно по публикуемому в СМИ и медицинских журналах сообщением, призванным объявлять об успехах диспансеризации. В них сообщается о численности осмотренных в процентах от плана, количестве обнаруженных больных, структуре выявленной заболеваемости и т.д. В общем, это больше похоже на перепись болезней, причём небезобидную. Недавно из Мурманска сообщили, что за несколько лет на 22% выросло число выявляемых онкологических заболеваний. Аналогичные сообщения публикуются и из других регионов. В некоторых из них в разы выросла «заболеваемость» раком простаты. Это очевидный результат научно необоснованного тестирования мужчин на простатспецифический антиген (ПСА). В результате по всей стране тысячи практически здоровых людей получают калечащее лечение без заметной пользы. Точнее, пользу получают продавцы реактивов. На Западе это уже проходили – там массовый скрининг на ПСА также сопровождался многократным увеличением заболеваемости раком простаты, но смертность от него не снижалась, а иногда и увеличивалась. Теперь там от массового скрининга на ПСА отказались. Видимо, необходимость учиться на своих собственных ошибках – это тоже наша национальная особенность.

В отличие от диспансеризации с её установкой на выявление заболеваний и факторов риска современные скрининговые программы направлены на предотвращение неблагоприятных исходов – преждевременных смертей, инфарктов, инсультов и т.д. Конечно, на уровне повседневной практики это определить невозможно. Именно поэтому все скрининговые методы применяются только после подтверждения их эффективности в РКИ.

Примечательно всеобщее непонимание того, что большое количество вновь выявленных заболеваний в ходе диспансеризации говорит о негодной работе первичного звена. Ведь при её нормальной организации ранняя диагностика заболеваний на начальных стадиях обеспечивается

уйдёшь – при проведении диспансеризации врачи отрываются от основной работы, и получить в это время доступ к медицинской помощи становится ещё труднее.

Одним из козырей диспансеризаторов является «диспансерное наблюдение». Не понятно только, почему не использовать принятый во всём мире термин, полностью отражающий смысл и содержание этих мероприятий, – «амбулаторное лечение хронических заболеваний и вторичная профилактика»? Так светские дамы XIX века, стесняясь произнести слово «яйца», говорили «куриные фрукты». Или «диспансерное наблюдение» более привлекательно, потому что в нём не упоминается лечение, и оно становится как бы необязательным?

### О пирогах и лепёшках

Вернёмся к сэру Фрэнсису Бэкону. Как мы видим, диспансеризация как медицинский метод не тянет даже на *wishful science*, да и авторов у этого метода нет, а есть заказчики. Это высшие руководители, которые, возможно, и хотят позаботиться о здоровье народа, но при этом исходят из бытовых представлений, принимая, видимо, периодические медосмотры за аналог техосмотров транспортных средств. А исполнители этого заказа, не смея возразить, вынуждены придумывать неуклюжие оправдания вроде национальных особенностей и доморощенных способов интерпретировать науку.

В результате программа диспансеризации представляет собой смесь научно обоснованных методов скрининга (на артериальную гипертензию, дислипидемию, рак шейки матки, колоректальный рак) со всякой псевдоскрининговой попсой. Но толку от такой смеси ждать не приходится. Судите сами – если вы смешаете коровью лепёшку с яблочным пирогом, вы не сделаете коровью лепёшку вкуснее, а только испортите пирог.

Валерий АКСЁНОВ,  
кандидат медицинских наук.

Василий ВЛАСОВ,  
профессор.

Общество специалистов  
доказательной медицины.

Оренбург – Москва.

**НА СНИМКЕ: регулярные обследования нужны, но как добиться их эффективности?**

Фото Александра ХУДАСОВА.