

В аналитическом материале были представлены научные данные, подтверждающие новую парадигму, что «ранний» диагноз – не всегда благо» и доказывающие, что онкоскрининг может приносить конкретным людям больше вреда, чем пользы. В результате скрининга в ряде случаев выявляются новообразования, которые, хотя и имеют гистологические признаки злокачественности, часто клинически незначимы, то есть наличие гипердиагностики. К таким образованиям, в первую очередь, относятся латентные раки ряда локализаций, в отношении которых как раз и проводится популяционный скрининг.

Так, рост заболеваемости некоторыми формами рака в США и других развитых странах в результате массового внедрения ПСА-скрининга, маммографии, ультразвукового исследования органов шеи и других высокотехнологичных методов диагностики при стабильной или снижающейся смертности является признаком гипердиагностики.

В Австралии провели ретроспективный анализ эффективности онкоскринингов за период с 1982 по 2012 г. и показали, что за 30 лет число гипердиагностированных раков разной локализации у мужчин составило 18,3 тыс. или 28% от всех выявленных случаев опухолей предстательной железы, меланомы, рака щитовидной железы (РЩЖ) и почки. У женщин количество гипердиагностированных случаев злокачественных новообразований молочной железы, меланомы, щитовидной железы и почки составило 11 тыс. или 18%.

И ещё: исследование, проведённое Международным агентством по изучению рака, показало, что в США, Корею, Австралии и большинстве стран Западной Европы за 20 лет гипердиагностировано более полумиллиона случаев РЩЖ. Авторы заключают, что так называемая эпидемия РЩЖ на самом деле вызвана гипердиагностикой.

Тогда же специалисты отдела эпидемиологии центра им. Н.Н.Блохина подчёркивали, что в России также отмечается выраженный статистический рост заболеваемости раком предстательной железы (с 1990 г. более чем в 5 раз), щитовидной железы, почки и меланомы. При этом смертность от этих форм рака так же стабильна или снижается, как в США, Австралии и других развитых странах. Это указывает на то, что гипердиагностика некоторых форм ЗНО имеет место и в нашей стране.

Прошло два года, и теперь уже в зарубежном научном журнале *Cancer Epidemiology* опубликована статья той же группы учёных из НИИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина на ту же тематику, но теперь на основе отечественных научных исследований о гипердиагностике РЩЖ. Авторы показали, что в России с 1989 по 2015 г. заболеваемость РЩЖ выросла в три раза у женщин и в два раза у мужчин. При этом из 198 тыс. случаев заболевания, выявленных за 26 лет, в 138 тыс., то есть в 70%, имела место гипердиагностика.

– Давид Георгиевич, в чём опасность гипердиагностики рака вообще и при онкоскрининге в частности?

– Если коротко, гипердиагностика часто приводит к ненужным, чрезмерным диагностическим и хирургическим вмешательствам и ухудшению качества жизни пациентов. В то же время среди врачей и, как ни странно, в первую очередь онкологов, укоренилось мнение о безусловной пользе скрининга и ранней диагностики, то есть они придерживаются старой парадигмы.

В своём исследовании мы показали ошибочность такой позиции на примере эпидемиологии РЩЖ. Проанализировав динамику выявления этого заболевания и смертности от него за несколько десятилетий, мы пришли к очевидному выводу, что не только в радиационно-безопасных территориях, но даже в регионах высокого риска – пострадавших от аварии на Чернобыльской АЭС и находящихся вблизи ядерного полигона

в Семипалатинске – широкое УЗ-исследование «щитовидки» привело к выявлению клинически незначимых латентных образований в железе. Это образования, которые не прогрессируют, не рецидивируют, не дают метастазов и, соответственно, не приводят к смерти, но именно гипердиагностика стала основным «драйвером» выраженного статистического роста заболеваемости РЩЖ.

Ну, а главным доказательством искусственного роста заболеваемости раком данной локализации является U-образная форма повозрастных кривых вместо ожидаемой, характерной для эпителиальных опухолей экспоненциальной формы в соответствии с многостадийной моделью канцерогенеза.

Точка зрения

Не только польза, но и вред

То, что хорошо для системы, не всегда хорошо для человека



Наконец, в пользу гипердиагностики РЩЖ говорят очень высокие для рака отношения заболеваемости к смертности, очень высокий косвенный показатель выживаемости больных и постоянно растущее число онкобольных с этим диагнозом, находящихся на учёте. Поясню: многократное увеличение разрыва между уровнями заболеваемости и смертности от РЩЖ, скорее всего, не является следствием прогресса в лечении этой формы злокачественных новообразований, а объясняется ростом выявления клинически незначимых, индолентных, латентных опухолей, то есть гипердиагностики.

– Правильно ли я понимаю, что речь идёт не об отрицании очевидных успехов клинической онкологии в лечении рака, а о том, что по соотношению разных показателей можно сделать выводы о реальном прогрессе или отсутствии такового в борьбе с ЗНО?

– Да, верно. Дело в том, что высокая чувствительность диагностического оборудования, которое пришло на смену традиционным методам медицины, требует от нас переоценки наших диагностических критериев, в данном случае, критериев злокачественности опухолей.

– По каким ещё локализациям рака, кроме щитовидной железы, есть вероятность гипердиагностики?

– Абсолютно точно не только по нашим, но и по мировым данным, гипердиагностика существует в отношении рака предстательной железы (РПЖ). Зарубежные коллеги начали публиковать сообщения об этом ещё в 2010 г.

Так, в США значительный статистический рост заболеваемости РПЖ начался одновременно с внедрением ПСА-скрининга. Разумеется, сначала предположения, а затем и точные выводы американских эпидемиологов о гипердиагностике РПЖ были восприняты урологами и организаторами здравоохранения крайне негативно, потому что в системе диагностики РПЖ крутятся большие деньги: УЗ-исследования,

консультации врачей, анализы крови, биопсия – одни за это платят, другие на этом зарабатывают. В итоге лет пять назад Американская урологическая ассоциация всё-таки выступила с заявлением, что она против массового скрининга на рак простаты. Там перешли на индивидуальный подход.

Но почему вообще об этом задумались? Потому что заметили: на фоне онкоскрининга растёт заболеваемость РПЖ, а смертность от него снижается, и разница в показателях слишком большая. Как только американцы изменили отношение к скринингу на рак простаты, сразу показатель выявляемости пошёл на убыль, а смертность при этом не выросла. Это даёт основания утверждать, что после отмены

будет рак. А если будем смотреть на срез ткани, уже будучи вооружёнными знаниями XXI века, тогда даже диагноз «рак» будет восприниматься по-другому.

Иными словами, есть люди с выявленными новообразованиями и подтверждённым онкологическим диагнозом, у которых хороший прогноз, потому что сама опухоль имеет такие характеристики. Но, начиная лечение, которое само по себе агрессивное и нередко калечащее, мы подвергаем человека страданиям и опасностям гораздо более серьёзным, чем сама болезнь.

– Означает ли сказанное вами, что при наличии определённой гистологической картины опухоли должен меняться подход

«Традиционная парадигма утверждает, что ранний диагноз – всегда благо, новая – что ранний диагноз не всегда благо. Новая парадигма основана на научных данных, традиционная – на мнении, подкреплённом здравым смыслом. Однако наука не всегда оказывается на стороне здравого смысла. Более того, научные данные часто входят в противоречие со здравым смыслом, то есть наука может быть против здравого смысла!» – столь ошеломляющее откровение предшествовало статье, которую руководитель отдела эпидемиологии и профилактики Национального медицинского исследовательского центра онкологии им. Н.Н.Блохина член-корреспондент РАН Давид ЗАРИДЗЕ и его коллеги опубликовали в 2020 г. в одном из российских научных журналов.

В той статье эксперты в области эпидемиологии онкологических заболеваний впервые предложили отечественному научно-медицинскому сообществу и организаторам здравоохранения (прежде всего Минздраву России) узнать, как за рубежом оценивают пользу и вред онкологического скрининга, который в нашей стране воспринимается исключительно как эффективный механизм ранней диагностики рака.

скрининга на РПЖ не стало больше несвоевременно выявленных, запущенных опухолей.

Подозреваю, что аналогичная картина будет и в том случае, если в России пересмотрят отношение к скринингу на РПЖ. У меня есть основания для такого предположения на примере Сахалинской области. Сначала в регионе очень активно взялись за ПСА-тестирование мужчин старше 40 лет, но я, как эксперт, убедил местное руководство системы здравоохранения в том, что этого делать не нужно. В результате показатель заболеваемости РПЖ там снизился так же существенно, как в США, а смертность не стала выше.

В целом по всем локализациям рака, в отношении которых проводится онкоскрининг – рак щитовидной железы, предстательной железы, молочной железы, лёгкого – есть вероятность гипердиагностики. Это не ложноположительные тесты, а именно гипердиагностика.

– Давайте сразу дифференцируем эти понятия.

– Разница в том, что последствия ложноположительного теста ПСА можно исправить, перепроверив результат или проведя дальнейшее обследование пациента. А гипердиагностика – это когда нарастающие параметры ПСА-теста перепроверили и вновь подтвердили, провели дальнейшее обследование и вновь подтвердили первоначальный диагноз рака, затем прооперировали пациента и морфологически подтвердили злокачественную опухоль.

Таким образом, при ложноположительном ПСА-тесте диагноз снимается после дообследования, тогда как в результате гипердиагностики онкологический диагноз остаётся с человеком навсегда.

– Позвольте, но где же здесь гипердиагностика, если первоначальный диагноз выставлен верно и затем многократно подтверждён?

– Один американский онколог – блистательный врач и известный учёный – сказал, что если мы будем смотреть в микроскоп глазами Рудольфа Вирхова, то перед нами

Такие же сложности в диагностике РПЖ. Как-то, выступая на онкологической конференции, я рассказал о вероятности гипердиагностики, и один из участников – уролог – возразил мне за тасканными формулировками про онкологическую осторожность и про то, что лучше перебдеть, чем недобдеть. По его мнению, в диагностике злокачественных новообразований не может быть «гипер», здесь опасно как раз обратное – позднее выявление. Пришлось задать оппоненту неудобный вопрос, как он сам чувствовал бы себя в случае, когда из-за гипердиагностики ему удалили предстательную железу со всеми вытекающими отсюда драматичными последствиями.

Кстати, есть такое косвенное подтверждение гипердиагностики РПЖ: патологоанатомические вскрытия мужчин старше 60 лет, умерших от иных причин, показывают, что практически у всех них имеется тот самый микрораки предстательной железы. При жизни опухоли не были выявлены, клинически себя не проявляли, и люди прожили со своим раком невесть как долго.

– Как вы относитесь к идее проводить скрининг рака лёгкого среди курильщиков? Её обкатывают в ряде регионов уже несколько лет.

– У меня эта затея вызывает ужас. Низкодозовая компьютерная томография КТ на самом деле является эффективным методом ранней диагностики рака лёгкого. Однако, как и скрининг на рак простаты, этот скрининг может причинить больше вреда, чем пользы. Рандомизированное исследование эффективности скрининга на рак лёгкого, проведённое в Нидерландах, показало, что клиническое значение могут иметь новообразования объёмом более 10 кубических миллиметров. Если на КТ видят образование меньше 6 кубических миллиметров, пациента просто отправляют домой безо всяких рекомендаций, от 6 до 10 приглашают на повторное обследование через 3-4 месяца. Видите, какая дифференцировка подходов к диагностике? Это требует высокой квалификации специалистов и тщательной организации программы обследования, а у нас организация скрининга в рамках диспансеризации очевидно хромает.

За два года пандемии накопились данные о, якобы, многочисленных случаях выявленных раков лёгкого у пациентов с COVID-19: оценивали степень поражения коронавирусом и случайно нашли опухоль. Так вот это как раз и есть гипердиагностика. Истинная выявляемость рака лёгкого в пандемийное время значительно упала, а не выросла.

– Как эпидемиолог, вы адресуете свои выводы клиницистам с какой целью? Ведь вряд ли единственный ваш профессиональный интерес – подправить статистику онкологической заболеваемости в России.

– Меня не статистика волнует, а качество жизни людей, которые становятся «материалом» этой статистики. Если здоровый человек на всю жизнь записывается в онкологические больные, это не улучшает его жизнь ни психологически, ни физически. Мы адресуем наши данные не только клиницистам, но и организаторам здравоохранения, которые составляют программы онкоскрининга. Признаться, найти общий язык с ними крайне сложно.

Беседу вел
Елена БУШ,
обозреватель «МГ».