

Введение в доказательную медицину (часть IV). Снова о трудностях восприятия доказательной медицины

10 ПОЧЕМУ ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА ТАК ТРУДНО «ИДЕТ» В ТРАДИЦИОННОМ ВРАЧЕБНОМ СООБЩЕСТВЕ?

У неприятия доказательной медицины (ДМ) значительным числом современных врачей (и не только в России) множество причин. О некоторых уже упоминалось ранее (см. два предыдущих номера журнала «Эстетическая медицина»). Рассмотрим другие и вернемся к наиболее типичным и психологически (идеологически) важным.

Итак, **первое**. ДМ «выдает» **много отрицательных результатов**, и это разочаровывает. Например, автору этих строк один журнал в свое время отказал в публикации заказанного этим же журналом зонтичного обзора кокрановских обзоров по профилактике курения. Отказано потому, что в нем была представлена «...слишком пессимистическая картина», а именно: показана абсолютная бесполезность столь любимой в России всех времен нравоучительной, просветительской и агитационной деятельности общего характера – распространения плакатов, брошюр и тому подобного, на что можно небезынтересно для себя и совершенно бесполезно для реальных и потен-

Н. Зорин, кандидат медицинских наук, факультет фундаментальной медицины МГУ им. М.В. Ломоносова, член правления московского отделения Общества специалистов по доказательной медицине (ОСДМ), зав. лабораторией доказательной медицины НИИ клинико-экономической экспертизы и фармакоэкономики, Москва, Россия

циальных курильщиков истратить деньги налогоплательщиков¹. Было показано, что единственными серьезными мерами, снижающими распространение курения, являются надзор и наложение серьезного штрафа на торговцев, продающих сигареты несовершеннолетним. «Врачам нужно дать побольше позитивного!» – было мне сказано. То есть не просто вранья, а совершенно вредительской лжи...

Второе. Уже было сказано о **трудностях чтения на английском языке** (и показано, как эта сложность разрешается сегодня). И если книги по ДМ переведены, то такой продукт, как Кокрановская библиотека (КБ), полностью перевести невозможно и многое надо переводить самому².

Третье. В России и те, кто знает язык, и те, кто его не знает, нередко одинаково воспринимают ДМ как нечто «искусственное», **«не отвечающее нуждам реальной практики»**, поскольку рандомизированные контролируемые исследования и систематические обзоры «берут очень узко»: ведь в таких исследованиях обычно участвуют больные только такого-то возраста, с определенной патологией и без сопутствующих заболеваний (что в реальности

¹ Все мы видим подобную агитацию: «Выпил – за руль не садись!». С таким же успехом можно писать на плакатах: «Украл, выпил – в тюрьму!». Если кто-то наивно думает, что надписи на пачках сигарет «Минсоцразвития предупреждает...», слепо заимствованные у Запада, что-то «профилактируют», он заблуждается. Эти надписи – из серии «страховка от материальных претензий потребителей», и не более того! Они сродни упоминаниям в инструкциях к микроволновым печкам о том, что в них нельзя сушить собаку, или предупреждениям, развешенным в ресторанах Макдональдс, и гласящим, что из картонного стаканчика можно обжечься горячим кофе.

² На сайте ОСДМ – osdm.org – приведены переводы множества систематических обзоров по самым актуальным вопросам здравоохранения.

Введение в доказательную медицину (часть IV).

Снова о трудностях восприятия доказательной медицины

действительно бывает редко). При этом врачи не хотят понимать, что их собственный клинический опыт еще хуже – он еще более ограничен и довольно часто предвзят.

Так, распространено мнение, что ДМ «не подходит» для некоторых видов вмешательств. В этом особенно упорствуют психотерапевты, почитающие свою деятельность неким «медицинским искусством», где «поверить алгеброй гармонию» кощунственно. Если считать психотерапию искусством (то есть чем-то невоспроизводимым), то следует признать, что передать опыт конкретного врача-психотерапевта широким массам коллег невозможно. И тогда весь психотерапевтический мир неминуемо должен разбиться на уникальные пары «психотерапевт–клиент», которые будут кружиться в неповторимом целительном психотерапевтическом танце... Однако этого не происходит. Более того, провозглашение своей деятельности «искусством» не мешает психотерапевтам получать ученые звания кандидатов и докторов наук (а вовсе не звания магистров искусств!) и выдавать (за деньги, разумеется) дипломы и удостоверения на применение *многочисленных стандартизированных видов этого «искусства»* своим поистине неисчислимым ученикам...

Искусство (теоретически) невоспроизводимо. Если опыт невоспроизводим, то этот опыт:

- *argiogi* не может быть признан безопасным;
- не должен широко внедряться;
- должен быть зачислен в разряд Искусств или Веры (или же включен в число куда менее престижных и менее уважаемых социальных практик);
- должен быть отлучен и от науки, и от медицины [36].

Так что в этом случае мы имеем дело с явным нежеланием быть проверенными. Большая часть психотерапевтических и околопсихотерапевтических методов просто уходят от каких-либо процедур проверки под предлогом своей «уникальности» (психоанализ – уже более 100 лет!). Между тем сегодня накопилось значительное число доказательных исследований о пользе или бесполезности многих методов пси-

хотерапии, применяемых при самых разных заболеваниях и пороках [37–40].

Контролируемые испытания, и прежде всего «золотой стандарт» ДМ – рандомизированные контролируемые исследования (РКИ), являются универсальной технологией проверки любых форм вмешательств и могут применяться для проверки эффективности и/или (что еще важнее) безопасности любых форм медицинских, парамедицинских и даже немедицинских манипуляций, будь то психотерапия, фармакотерапия, уринотерапия или... поливание ануса хлорэтилом³.

Читателям журнала наверняка будет интересно узнать, что с позиций ДМ изучалось, например, воздействие молитвы на здоровье больных, благодаря чему существует небрежно растасканный по Интернету обзор доказательных материалов на эту тему [41]. Действие различных дистанционных методов лечения (включая молитву) было изучено для самых разных случаев, в числе которых: группа ревматических заболеваний, головные боли напряжения, остеоартрит коленных суставов, ожоги, гипертония, депрессия, СПИД, бородавки, лейкемия у детей, сердечно-сосудистая патология, больные, перенесшие операцию на сердце, и больные, ожидающие такой операции, обитатели домов престарелых, больные, получающие лечение от алкоголизма, и др. Библиография доказательных материалов, большая часть которых вошла в кокрановский обзор на эту тему, довольно обширна:

- «Может ли заступническая молитва повлиять на успешность переноса оплодотворенной в пробирке яйцеклетки» [42];
- «Действие заступнической молитвы задним числом при гематогенной инфекции» [43];
- «Заступническая молитва и темпы развития сердечно-сосудистых заболеваний у больных кардиологического отделения» [44];
- «Действие заступнической молитвы, техники позитивной визуализации и ожидаемая продолжительность благополучной жизни у

³ Последнее не выдумка – такой способ избавления от наркозависимости (наряду с раздражением гениталий током) в 80-е годы прошлого столетия применял небезызвестный «целитель» В.Д. Сталбун, которому покровительствовали высокопоставленные советские лидеры... (см. В. Сталбун и Советское Анальное Психотронное Оружие – <http://dedushka-nomto.livejournal.com/197041.html>).

пациентов, подвергающихся почечному диализу» [45];

– «Заступническая молитва у больных ревматоидным артритом» [46].

К сожалению, до сих пор научных доказательств действия молитвы получено не было. Общий вывод венчают слова авторов кокрановского обзора «Заступническая молитва об улучшении здоровья», включившего 10 РКИ и свыше 7000 участников: «Если рассматривать молитву как человеческое усердие, то она может быть, а может и не быть действенной, и будущие исследования позволят это выяснить. Возможно, что это тот случай, когда некое действие возникает благодаря элементам, неизвестным современной науке, которые со временем будут поняты. Если же благотворное действие возникает в результате Божественного ответа на молитву, то это – не предмет научного исследования» [47, 48].

11 МЕЖДУ СЦИЛЛОЙ И ХАРИБДОЙ

Интересно, что доказательная медицина в наше время не нравится никому – она фактически находится между жерновами критики как со стороны адептов «гиппократовой», или клинической, медицины, так и со стороны приверженцев медицины инструментально-технологической (именуемой нередко «научной»). Первый фронт атак возник из-за покушения ДМ на святую святых классической медицины – клинический метод. Второй фронт открыли те, кто не доволен программным нежеланием ДМ знать механизмы и причины болезней. (Об этом мы тоже уже говорили.) Попробуем это прокомментировать, прибегнув к конкретике – кокрановским систематическим обзорам.

А. Мифология современных, старинных, экзотических и других методов лечения и роль ДМ в ее развенчании

Покушение на клинический метод (который является методом наблюдения, якобы «без теоретических измышлений») состоит в том, что ДМ ориентирована на «слепое» доказательство эффекта от вмешательства (в отличие от клинического метода, который с XVII века ори-

ентируется на «очевидность», на «Мы видим эффект!»). Интересно, что ДМ действительно свободна от «теоретических измышлений», так как не ориентируется на механизмы действия вмешательств. Тогда как клиническая («гиппократова») медицина, декларируя обратное, на самом деле живет в тумане собственных неявных, бессознательных, подразумеваемых и других представлений и о механизмах действия вмешательств, и о критериях наличия/отсутствия эффекта.

Медицина, как уже говорилось, буквально пропитана мифологией.

«Современная» мифология

Сегодня придумана масса новых лечебных методов, «действие» которых основано на некоей «новизне», или «современности», что на самом деле просто соответствует инерции человеческого мышления и наивному представлению о «поступательном развитии науки» и общества вообще. Сюда, конечно же, относится использование различных устройств (лазеров, циклотронов и др.), существование которых освящено романтикой эпохи создания атомной бомбы, секретностью работ или чужестранным происхождением. Не отстают и «новые» вещества. Здесь принцип обычно такой: а почему бы не попробовать в лечении (неважно чего) какой-нибудь бериллий или кадмий (можно также подставить любой другой элемент из нижней части таблицы Менделеева), ведь никто еще этого не делал. Обычно «новизна исследования» в отечественных диссертациях выбирается именно по принципу «никто еще не исследовал...».⁴

Сегодня, например, модным стало применение озона. Если задать в строке поиска «лечение озоном», то поисковые системы Интернета «выдают» нам около 450 000 (!) ссылок. Вот примеры: «...При создании нашей продукции мы учитывали как 100-летний опыт развития озонотерапии на Западе, так и передовые достижения российской школы озонотерапии»⁵ [<http://www.medozons.ru/>].

Или такой пример. Новости стоматологии: «Лечение зубов озоном» [<http://www.info-stom.ru/?r=news&id=46>]. «...Ведущими специалиста-

⁴ Один из моих учителей, проф. А.К. Ануфриев, отвечал на это аспиранту: «А может быть, и не надо это исследовать? Мало ли кто чего не изучал?».

⁵ Россия – родина слонов...

Введение в доказательную медицину (часть IV).

Снова о трудностях восприятия доказательной медицины

► ми Белфаста разработана технология лечения кариеса озоном. Сейчас новая система обработки полости рта озоном находится в **стадии тестирования** (выделено мною. – Н.З.). В кариозную полость под высоким давлением подается струей газообразный озон, который убивает бактерии как в самой полости, так и на поверхности зуба. Озон полностью дезинфицирует кариозную полость и убивает 99% всех, находящихся там бактерий, всего за 10 секунд. Процедура не требует анестезии и проходит безболезненно для пациента. По словам ученых, кариозный процесс в обработанной озоном полости полностью останавливается и никогда не возобновляется на этом месте. Руководитель исследования Эдвард Линч утверждает, что ни одно химическое вещество, кроме озона, не дало таких результатов. Это открытие делает процесс лечения зубов безболезненным, эффективным и быстрым».

Посмотрите, как примитивно, но ловко по всем позициям отработана мифологическая конструкция рекламы. Бойтесь боли? – Не больно, и не требует анестезии! Бойтесь осложнений? – Нет никаких побочных эффектов! Чтобы точно помогало? – 99% бактерий погибает! Не хотите долго? – 10 секунд, и все в порядке! Опасаетесь возврата болезни? – Никогда на этом же месте не будет больше кариеса! Правда ли все это? – «Ученые показали!» Наши ученые не внушают вам доверия? – Иностранные ученые доказали, из Белфаста! Эдвард Линч (дай Бог, чтобы имя было не вымышленное...). Может быть, есть что-то другое? – Ни одно химическое вещество, кроме озона, не дает таких результатов! А чтобы избежать ответственности и гнева «авторитетных» больных с гнилыми зубами, на долю которых оставили 1% неудач? – Все эти штучки придумали не мы! Это в Белфасте, а у нас только «стадия тестирования», за что купили – за то и продаем...

Почти все рекламные статьи построены по такому же принципу. А в некоторых (<http://www.dentalstyle.ru/?p=info>) приведены даже наукообразные химические формулы, о существовании которых обыватель что-то смутно помнит еще из школьной программы.⁶

«К великому сожалению, – неосторожно пишут на одном из уже упомянутых сайтов (<http://www.medozons.ru>), – широкое внедрение озонотерапии в отечественном здравоохранении сдерживается недостаточной информированностью медицинских работников об эффективности лечебного действия озона, методах лечения, оборудовании и оснащении для озонотерапии».

Вот с чем точно можно согласиться, так это с тем, что нужна информированность! Но не та, которую предлагают нам реклама, фирмы – производители соответствующего дорогого оборудования и организованные ими съезды и симпозиумы. Перед нами кокрановский обзор «Лечение зубного кариеса озоном» [49]. В исследование были включены 432 рандомизированных повреждения от 137 испытуемых (обратите внимание: рандомизированы повреждения – пораженные кариесом зубы, а не сами больные; это говорит о том, что существует уникальная возможность у одного и того же больного часть зубов лечить озоном, а часть не лечить или лечить иначе, что делает эксперимент биологически однородным (тот самый 1% неудач уже не спишешь на «особенности организма»!).

Заключение:

«– ...обзор КИ не обнаружил доказательств (evidence) того, что озон способен сделать обратимым или остановить прогрессирующий кариес зубов;

– чтобы доказать действенность или бесполезность данного метода лечения, нужно провести высококачественные научные исследования;

– озон нельзя рассматривать как средство, альтернативное методам лечения, применяемым сегодня в стоматологической практике».

Тем, кому не нравится современная «технократическая медицина» (всякая там «химия» и «вредные гормоны»), реклама обычно предлагает что-

⁶ В рекламе эксплуатируются самые фундаментальные мифологические «мечты» ленивого и примитивного обывателя: получить что-то, ни за что не платя и/или ничего не делая (например, заплатив). Редко эти вещи удается совместить, но бывают и удачи. Так, уринометрия осуществляет сразу оба эти принципа: «лекарство» всегда с собой, ни копейки не стоит, и не «пропадать же добру»! Так же нам предлагают учить иностранный язык во сне или за рулем, или под гипнозом, главное, не очень напрягаться...

нибудь незатейливо-народное.⁷ Например, лечение медом. Проверим, что с медом. Кокрановский систематический обзор «Мед как средство местного лечения ран» выполнен на основании изучения 19 РКИ (2554 участника) [50].

Заключение:

«– при сравнении со стандартными лечебными повязками было показано, что мед способен укорачивать время заживления умеренно выраженных, поверхностных, а также глубоких парциальных ожогов (тут формальная логика и здравый смысл тотчас подсказывают нам, что при любой патологии, где требуется что-то заживить, надо применять медовые аппликации, однако следующий вывод не таков);

– при трофических язвах голени применение меда как лечебного средства дополнительно к давящим повязкам на протяжении 12 недель не дало статистически значимого улучшения заживления язв;

– сегодня не существует доказательств, которые позволили бы рекомендовать мед при других видах патологии».

Мифология «Утраченного Знания»

Наряду с мифологией «современности» живет и мифология «забытого», или «утраченного и вновь обретенного», знания, нередко дополненная красочными элементами религий Востока, тибетских монастырей или (сообразно моменту) православных канонов⁸ и прочей экзотики. Известно, например, что все болезни не «от нервов или удовольствия» (как мы наивно считаем), а «от позвоночника», поэтому надо с ним манипулировать (вытягивать, вправлять и др.). Эти методы также проверяемы.

Существует кокрановский систематический обзор «Манипулятивная терапия (МТ) позвоночника при болях в пояснице», выполненный по результатам 39 КИ [51]. Целью обзора было: «...устранить противоречия по поводу применения МТ, обновить прежние оценки ее эффективности путем сравнения ее с другими видами лечения».

Заключение:

«– нет доказательных данных о преимуществах МТ перед другими стандартными видами лечения больных с острыми или хроническими болями в пояснице».

По-прежнему пользуется спросом лечение иглоукальванием.⁹

Систематический кокрановский обзор «Акупунктура для лечения хронической астмы» (впервые опубликованный в 1999 году, последняя дата обновления – август 2008 года) был выполнен по результатам 12 РКИ, сравнивавших это лечение с имитацией акупунктуры и включавших 350 участников [52].

Заключение:

«– не существует доказательных данных, позволяющих говорить о пользе акупунктуры в лечении астмы;

– чтобы сравнить различные виды акупунктуры и оценить характер и количество возникающих осложнений, необходимо провести новые исследования».

Не всегда новое и дорогое лучше старого и дешевого.

Чем выводить бородавки? Они, как известно, возникают «от лягушек»... Помните, как на палец повязывали красную шерстяную ниточку? Я помню. Сегодня такой метод не проходит. Сегодня нам предлагают криотерапию, электрокоагуляцию, радиохирургию, лазерную коагуляцию и т.п. (<http://www.medico-s.ru/condyloma.htm>; <http://www.herpesclinic.ru/borodavki>).

Не устаю повторять: теоретически в наш космический век бородавки можно выжигать лазером с низкоорбитального спутника. Нужно только как следует прицелиться. Коммерческая составляющая будет впечатляющей. Но лучше сначала посмотреть обзоры на эту тему. Вот кокрановский систематический обзор «Местное лечение кожных бородавок» – метаанализ 49 РКИ (5871 участник), выполненный в 2001 году [53]. Поскольку, как уже говорилось, систематические обзоры потому так и

⁷ Это не означает, что все народные методы однозначно плохи.

⁸ Этот пример приведен мною не для красного словца. Так, в отечественной психиатрии, испытавшей во время «перестройки» короткий период «идеологических штатаний» в сторону запрещенного прежде фрейдизма, ныне установилось новое направление – «православная психиатрия» (68 900! ссылок в Интернете, см., например: <http://www.mco.ru/biblio/books/avdeev1/Main.htm>), являющая собой «лечение православным врачом православного больного при разрешении его духовника»...

⁹ Свежее сообщение одного из коллег: 17-летней (!) девушке во время иглотерапии «остеохондроза» проткнули не выявленную прежде сосудистую опухоль, что вкупе с еще одним одновременно проводимым ей «народно-экзотическим» методом лечения – герудотерапией, привело к очень серьезным последствиям...

Введение в доказательную медицину (часть IV). Снова о трудностях восприятия доказательной медицины

называются, что систематически пополняются и исправляются, к 2006 году число проанализированных в нем РКИ увеличилось до 60 [54].

Заключение:

«– работ, согласно которым можно обосновать рациональное местное лечение бородавок, существенно не хватает;

– получены очевидные доказательства положительного терапевтического воздействия салициловой кислоты;

– недостаточно доказательств эффективности криотерапии, нет убедительных данных, что она эффективнее простого местного лечения салициловой кислотой;

– динитрохлоробензен эффективен, но не более чем менее дорогое, менее опасное и более дешевое лечение салициловой кислотой;

– остаются неуточненными соотношения риска и выгоды при употреблении 5-флюороурацила, блеомицина, интерферона и фотодинамической терапии».

Еще один обзор – «Лечение большой депрессии травой зверобоя» [55]. В 1998 году одним из авторов этого обзора был проведен метаанализ 27 РКИ, включивший тогда 2291 больного и показавший положительный результат. К 2008 году набралось 29 РКИ и уже 5489 больных. Лечение зверобоем, проходившее на протяжении от 4 до 12 недель, сравнивали с применением плацебо (18 РКИ) или традиционно используемых антидепрессантов (17 РКИ).

Заключение:

«...У больных с большой депрессией зверобой:

– действовал лучше, чем плацебо;

– был столь же эффективен, как и стандартные антидепрессанты;

– вызывал меньшее число побочных действий, чем стандартные антидепрессанты».¹⁰

Б. Знание механизма – панацея?

В предыдущих частях статьи уже было отмечено, что одним из наиболее серьезных аргу-

ментов противников ДМ является утверждение, что знание механизма болезни (например, на биохимическом или ином уровне) всегда лучше, чем его незнание. Логично ждать, что фундаментальная наука наконец откроет нам «тайны Природы». Но какое мы имеем знание? К сожалению, то, что мы иногда числим известным, таковым не является или же представляет собой некое контекстуальное (ad hoc) и конвенциональное решение сложнейших проблем, «... что и не снилось нашим мудрецам». В качестве примера процитирую фрагмент реферата по проблеме так называемых «необъяснимых» соматических симптомов [56].

Исторический экскурс. «Медицине известно большое количество синдромов, состоящих из «необъяснимых» симптомов, при которых хотя и имеются биохимические или физиологические отклонения, но нет тканевых изменений. ... Многие такие синдромы прежде трактовались как нарушение органических функций, в особенности матки, отчего и получили название «истерических» (от греч. *Hyster* – матка). В эпоху постренессанса развитие анатомии привело к тому, что причиной таких синдромов стали считать заболевания нервной системы. Однако несмотря на явный прогресс во взглядах, лечение рекомендовалось прежнее – бить больных палками (Томас Виллис (Thomas Willis) – «отец неврологии»).

Сегодня существуют данные 96 РКИ, в которых было изучено лечение «необъяснимых синдромов» антидепрессантами и показана умеренная эффективность последних. Так, соотношение шансов¹¹ при сравнении их действия с действием плацебо составило 3,4 при всех типах исследованных «необъяснимых синдромов».

Как мы уже неоднократно говорили, дело в том, что **доказательная медицина принципиально не интересуется проблемами происхождения (причинами) и механизмами болезней!** Парадигма ДМ основана на принципе «черного ящика» – изучении эффективности лечебного вмешательства с помощью контроля «на входе» и «на выходе». Лечить болезни становится возможным и без знания причин и механизмов их возникновения, течения, исхода и др. В этом сила парадигмы доказательной медицины, но в этом же и ее непригодность для создания **нозоцентрических** представлений. Сама болезнь

¹⁰ В реальности выводы приводимых обзоров более сложны и, в частности, включают размышления авторов о возможных систематических ошибках и др. В тексте они сокращены.

¹¹ О понятии «соотношение шансов» см. часть II настоящей статьи [57].

для ДМ не существенна, здесь господствует **медицинское вмешательство**. Поле медицины в зависимости от типа вмешательства дробится на отдельные кусочки размером от групп нозологических форм до конкретных симптомов... Но именно «вне-нозологичность» результатов, полученных с помощью методов доказательной медицины, заставляет усомниться в объективном существовании отдельных болезней вообще.

В недрах доказательной медицины парадоксальным образом возрождается потребность в целостном взгляде на болезни человека. Можно привести такой пример. Когда-то психиатрия перешла от «теории единого психоза» к изучению и лечению конкретных нозологических форм. Сегодня же доказательная психиатрия отчетливо показала «транснозологичность» лечения, заставляя нас снова вспомнить о «теории единого психоза». А приведенный выше пример с лечением антидепрессантами тех самых «необъяснимых» синдромов заставляет нас думать, фигурально выражаясь, уже о «теории единой болезни», разнообразие в течение которой вносит индивидуальный «психобиотип». Может быть, именно на этом пути мы сможем осуществить все еще декларативный призыв медицины прошлого «лечить не болезнь, а больного»?

Рискуя вызвать у читателя аллергию, повторю: чрезвычайно важно следовать строгим научным правилам проведения медицинских исследований. В рутинной «научной» практике, особенно российской, исследователи нередко довольствуются некими собственными «впечатлениями», изобретают собственные никем и никогда не валидизированные методы обследования (например, различные виды самодельных опросников и т.п.), что дополняется к тому же безграмотным применением статистических методов.¹² Систематическая ошибка «впечатлений» врача суммируется с систематической ошибкой «впечатлений» испытуемых, давая результаты, которые не отражают истинного положения вещей и только вводят в заблуждение других врачей. Отсюда и негативное отношение большинства практикующих

докторов к «научным исследованиям», скепсис по отношению к науке вообще и соответствующее мнение о тех, кто ею занимается.

Математическая обработка материала (в частности, статистика) вызывает либо плохо скрываемый негативизм, сопровождаемый призывами «вернуться к Гиппократу», либо некритическое благоговение перед ней (происходящее от непонимания ограниченных возможностей метода). «Гиппократовские» врачи настойчиво твердят о бесполезности и даже вреде измерений в медицине.¹³ Систематическую ошибку, возникающую в ходе некоторых исследований «с клиническим подходом», прекрасно иллюстрирует такой анекдот: «Средняя длина мужского достоинства, по данным одной статистической организации, составила 15, а по данным другой, – 25 см. Разброс в результатах возник из-за разницы в использованных методах исследования: одни проводили замеры, а другие – опрос»...

И все же наибольшую опасность для всех нас представляют не критика или неприятие ДМ, а ее имитация. Как рассказывают, один из преподавателей ДМ, заканчивая лекцию, говорит слушателям: «Теперь вы знаете, как грамотно подделать научное исследование». К сожалению, это не шутка. Многие функционеры от медицины и их пытливые ученики, привычно



Рисунок. Две стороны медали, называемой «доказательная медицина». EBM – evidence based medicine

¹² Я не рассматриваю здесь общифрный вопрос применения статистики в научных исследованиях – это отдельная и болезненная для российской медицины тема [58–60].

¹³ Интересно, что по личным наблюдениям автора среди яростных критиков ДМ и математики в медицине вообще немало врачей «гиппократовской» – клинической – медицины, не способных научиться читать sms на сотовом телефоне и столь же демонстративно бравирующих этим...

Введение в доказательную медицину (часть IV). Снова о трудностях восприятия доказательной медицины

восприняв внедрение в отечественную медицину ДМ как очередную кампанию, обнаружили завидную способность сохранения своего социального гомеостаза и спустя несколько лет выучили ее основную терминологию и ловко ею жонглируют. Если еще недавно многие профессора пугались слова «рандомизация», то теперь они согласно кивают головой и сами могут блеснуть при случае... Картинка, которую я поместил в конец этой статьи, – наглядное отражение существующего положения вещей (см. рисунок).

Однако будем надеяться на лучшее!

Литература

36. Зорин НА. Доказательная медицина и психотерапия: совместимы ли они. – <http://www.medlinks.ru/article.php?sid=9044>, <http://medinfo.ru/article/93/118022>.
37. Malmberg L, Fenton M. Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*, 2001;(3):CD001360.
38. Bacaltchuk J, Hay P, Trefiglio R. Antidepressants versus psychological treatments and their combination for bulimia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev*, 2001;(4):CD003385.
39. Abbot NC, Stead LF, White AR, Barnes J. Hypnotherapy for smoking cessation. In: *Cochrane Database Syst Rev*, 2000;(2):CD001008.
40. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, 2005;(2):CD001007.
41. Зорин НА. Заступническая молитва. Способна ли она помочь исцелению? *Главный врач*, 2003;(6), <http://rudoctor.net/medicine/bz-qw/med-mpyl.htm>.
42. Cha KY, Wirth DP, Lobo RA. Does prayer influence the success of in vitro fertilization-embryo transfer? Report of a masked, randomized trial. *J Reproduct Med*, 2001;46(9):781–787.
43. Leibovici L. Effects of remote, retroactive intercessory prayer on outcomes in patients with bloodstream infection: randomised controlled trial. *BMJ*, 2001;323:1450–1451.
44. Aviles JM, Whelan SE, Hernke DA, Williams BA, Kenny KE, O'Fallon WM, Kopecky SL. Intercessory prayer and cardiovascular disease progression in a coronary care unit population: a randomized controlled trial. *Mayo Clinic Proceedings*, 2001;76(12):1192–1198.
45. Matthews WJ, Conti JM, Sireci SG. The effects of intercessory prayer, positive visualization and expectancy on the well-being of kidney dialysis patients. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 2001;7(5):42–52.
46. Matthews DA, Marlowe SM, MacNutt FS. Effects of intercessory prayer on patients with rheumatoid arthritis. *South Med J*, 2000;93(12):1177–1186.
47. Roberts L, Ahmed I, Hall S. Intercessory prayer for the alleviation of ill health. In: *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(2):CD000368.
48. Roberts L, Ahmed I, Hall S, Davison A. Intercessory prayer for the alleviation of ill health. *Cochrane Database Syst Rev*, 2009;(2):CD000368.
49. Rickard GD, Richardson RJ, Johnson TM, McColl DC, Hooper L. Ozone therapy for the treatment of dental caries. *Cochrane Database Syst Rev*, 2004;(3):CD004153.
50. Jull AB, Rodgers A, Walker N. Honey as a topical treatment for wounds. *Cochrane Database Syst Rev*, 2008;(4):CD005083.
51. Assendelft WJJ, Morton SC, Yu EI, Suttorp MJ, Shekelle PG. Spinal manipulative therapy for low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev*, 2004;(1):CD000447.
52. McCarney RW, Brinkhaus B, Lasserson TJ, Linde K. Acupuncture for chronic asthma. *Cochrane Database Syst Rev*, 2008;(3):CD000008.
53. Gibbs S, Harvey I, Sterling JC, Stark R. Local treatments for cutaneous warts. *Cochrane Database Syst Rev*, 2006;(3):CD001781.
54. Gibbs S, Harvey I. Topical treatments for cutaneous warts. *Cochrane Database Syst Rev*, 2006;(3):CD001781.
55. Linde K, Berner MM, Kriston L. St John's wort for major depression. *Cochrane Database Syst Rev*, 2008;(4):CD000448.
56. Зорин НА. «Необъяснимые» соматические симптомы» (Реферат и авторский комментарий). *Качество медицинской помощи*, 1999;(2):47–50.
57. Зорин НА. Введение в доказательную медицину (часть II). *Эстетическая медицина*, 2009;VIII(3):256–265.
58. Немцов АВ, Зорин НА. Математизация в психиатрии и наркологии. *Социальная и клиническая психиатрия*, 1996;(2).
59. Зорин НА, Немцов АВ. Математическое обеспечение исследований в психиатрии. *Социальная и клиническая психиатрия*, 1996;(4):94–100.
60. Зорин НА, Немцов АВ. Тенденции использования математических методов в психиатрических статьях. *Социальная и клиническая психиатрия*, 1998;(4):121–125.