

[Home](#) [Содержание](#)

jameslindlibrary.org

Почему необходимы объективные тесты

Попытка принести больше пользы, чем вреда

Почему нам необходимы объективные тесты лечения в медико-санитарной помощи? Не делали ли столетиями врачи " все возможное" для своих пациентов? К сожалению, есть много примеров врачей и других специалистов здравоохранения, наносящих вред своим пациентам из-за того, что решения о лечении принимались не на основе информации, которую сейчас мы считаем достаточно объективным свидетельством воздействия лечения. Бросив взгляд в прошлое, можно сказать, что специалисты здравоохранения в большинстве сфер, если не во всех сферах медико-санитарной помощи непреднамеренно наносили вред своим пациентам, причем иногда в очень крупных масштабах ([щелкните сюда для примеров](#)). Безусловно, сами пациенты иногда наносили вред другим пациентам, когда, основываясь на непроверенных теориях и имея ограниченный личный опыт, советовали другим такое лечение, которое наносило вред. Вопрос состоит не в том, следует ли обвинить этих людей, а в том, можно ли уменьшить вредное воздействие неадекватно испытанных видов лечения. В значительной степени это возможно.

Признание того, что лечение иногда может принести больше вреда, чем пользы, является необходимой предпосылкой для сокращения такого непреднамеренного вреда (Gregory 1772; [Haygarth 1800](#); Fordyce 1802; [Behring 1893](#)). Следовательно, нам необходимо быть более открытыми для признания неопределенностей в отношении воздействия лечения и способствовать тестированию видов лечения, чтобы адекватным образом уменьшить неопределенности. Такие тесты и являются объективными тестами

Почему теории о воздействии лечения должны тестироваться на практике

Вред людям часто наносился из-за того, что лечение основывалось только на теориях о том, как лечить болезнь, без тестирования того, как эти теории действуют на практике. Например, в течение столетий люди верили в теорию о том, что болезни вызываются "гуморальными дисбалансами", и пациентам пускали кровь, давали слабительные, рвотные, нюхательные средства, будучи уверенными в том, что это положит конец предполагаемым дисбалансам, и все же уже в XVII веке один фламандский врач оказался достаточно смел, чтобы бросить вызов медицинским авторитетам того времени и оценить обоснованность их теорий, предложив объективный тест для их неприятных видов лечения ([Van Helmont 1662](#)).



К началу XIX века британские военные врачи начали говорить о вредном воздействии пускания крови для лечения лихорадочных состояний (Robertson 1804; [Hamilton 1816](#)). Несколько десятилетиями позднее эта практика была также оспорена одним парижским врачом ([Louis 1835](#)). Однако в начале XX столетия ортодоксальные практикующие врачи в Бостоне, США, не использовавшие кровопускание для лечения пневмонии, все еще считались людьми, пренебрегающими своими обязанностями (Silverman 1980).

Действительно, сэр Уильямс Ослер, один из самых влиятельных медицинских авторитетов в мире, который обычно очень осторожно относился к рекомендации непроверенного лечения, рекомендовал своим читателям следующее: "в течение прошлых десятилетий мы действительно пускали мало крови. Пневмония является одной из болезней, при которой своевременное кровопускание может спасти жизнь. Но для получения результата это должно быть сделано достаточно рано. У полнокровного здорового человека с высокой температурой и скачущим пульсом извлечение двадцати - тридцати унций крови в любом случае принесет пользу" (Osler 1892).



Несмотря на то, что необходимость проверять обоснованность теорий на практике была признана некоторыми людьми по крайней мере тысячу лет назад ([Ibn Hindu X-XI век](#)), этот важный принцип все еще слишком часто игнорируется. Например, основываясь на непроверенной теории, Бенжамин Спок, известный американский эксперт по здоровью детей, сообщил читателям в своем бестселлере "Ребенок и уход за ним", что младенцы, спящие на спине, подвергаются опасности задохнуться, если их вырвет. Поэтому д-р Спок рекомендовал миллионам своих читателей поощрять детей к тому, чтобы они спали на животе (Spock 1996). Сегодня мы знаем, что этот совет, теоретически кажущийся рациональным, привел к синдрому внезапной смерти у десятков тысяч детей грудного возраста (Gilbert et al. 2004).



Использование лекарственных средств для предотвращения нарушений сердечного ритма



у людей с инфарктом миокарда дает еще один пример опасности применения теории, не проверенной на практике. Поскольку нарушения сердечного ритма связаны с повышенным риском преждевременной смерти после инфаркта, согласно теории, эти лекарства снижали вероятность такой смерти. Однако одно то, что теория кажется разумной, не означает, что она обязательно является правильной. Через годы после того, как эти лекарства были лицензированы и внедрены в практику, обнаружилось, что они фактически повышают риск внезапной смерти после инфаркта миокарда. Действительно, согласно оценкам, в конце 1980-х годов на пике их использования они, возможно, стали причиной смерти до 70 000 человек ежегодно только в Соединенных Штатах (Moore 1985) - намного больше, чем общее число американцев, погибших во время войны во Вьетнаме.

С другой стороны, неоправданное доверие к теоретическим размышлениям в качестве руководства для практики также привело к тому, что некоторые виды лечения были необоснованно отвергнуты из-за неверия ученых в их действенность. Например, теории, основанные на результатах исследований на животных, иногда правильно предсказывают результаты испытаний лечения у людей, но так происходит не всегда. Основываясь на результатах экспериментов на крысах, некоторые исследователи пришли к убеждению в том, что не следует давать тромболитические лекарства пациентам, у которых сердечный приступ произошел более шести часов назад. Если бы такие пациенты не приняли участие в объективном тестировании этих лекарств, мы никогда не узнали бы, что они могут получить преимущества от такого лечения (Fibrinolytic Therapy Trialists' Collaborative Group 1994).

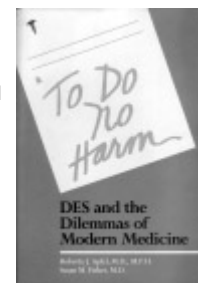


Наблюдения в клинической практике или в лабораторных исследованиях и исследованиях на животных могут свидетельствовать о том, что отдельные виды лечения будут или не будут давать преимущества пациентам; однако, как стало очевидным из этих и многих других примеров, важно использовать объективные тесты, чтобы определить, приносят ли на практике эти виды лечения больше пользы, чем вреда, или наоборот.

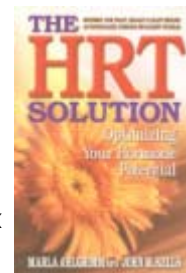
Почему тесты медицинского лечения должны быть объективными тестами

Невозможность испытать теории в отношении лечения на практике является не единственной предупреждаемой причиной трагедий, связанных с лечением. Они возникают также из-за того, что тесты, используемые для оценки воздействия лечения, были ненадежными и вводящими в заблуждение. Объективные тесты включают шаги, направленные на уменьшение вероятности того, что мы будем введены в заблуждение в результате воздействия [погрешностей](#) и [игры случая](#).

Например, в 1950-е годы теория и плохо контролируемые тесты, дававшие недостоверные фактические данные, свидетельствовали о том, что назначение синтетического полового гормона диэтилстильбэстрола (ДЭС) беременным женщинам, у которых ранее происходили выкидыши и мертворождения, повышало вероятность успешного исхода последующих беременностей. Хотя объективные тесты и свидетельствовали о том, что применение ДЭС было бесполезной теорией и не имело достоверного подтверждения, агрессивный маркетинг привел к тому, что в течение следующего десятилетия ДЭС назначался миллионам беременных женщин. Последствия были катастрофическими: у некоторых девочек, родившихся у матерей, которым был назначен ДЭС, развился вагинальный рак, у других детей возникли другие проблемы здоровья, в том числе врожденные деформации репродуктивных органов и бесплодие (Arfel and Fisher 1984).



Проблемы, вызываемые неадекватными тестами лечения, продолжают возникать. И вновь, с помощью недостоверных данных и агрессивного маркетинга миллионы женщин убедили в необходимости использовать гормонозаместительную терапию (ГЗТ) не только из-за того, что она может уменьшить неприятные симптомы менопаузы, но и в связи с тем, что она, как утверждалось, уменьшает шансы возникновения инфаркта миокарда и инсульта. Результаты проверки этих утверждений с помощью объективных тестов показали, что ГЗТ не только не уменьшает риски инфаркта миокарда и инсульта, но и увеличивает риски этих угрожающих жизни состояний, а также имеет другие нежелательные последствия (McPherson 2004).



Эти примеры необходимости объективных тестов являются лишь несколькими из многих других, которые иллюстрируют, как лечение может принести больше вреда, чем пользы. Необходимы лучшие общие знания об объективных тестах лечения, чтобы все мы, с известной долей скептицизма, более критично могли оценивать утверждения о воздействии лечения. Таким образом, все мы сможем лучше судить о том, какие виды лечения, вероятно, принесут больше пользы, чем вреда.

Принципы объективных тестов лечения эволюционировали на протяжении столетий и их эволюция

продолжается.

Cite as: Editorial commentary (2007). Почему необходимы объективные тесты. The James Lind Library (www.jameslindlibrary.org).

Next essay: [Почему важны сравнения](#)

Select other essay: Почему необходимы объективные тесты

Ссылки

Apfel RJ, Fisher SM (1984). To do no harm: DES and the dilemmas of modern medicine. New Haven, Ct: Yale University Press.

Behring, Boer, Kossel H (1893). Zur Behandlung diphtheriekranker Menschen mit Diphtherieheils serum. Deutsche Medicinische Wochenschrift 17:389-393.

Fibrinolytic Therapy Trialists' Collaborative Group (1994). Indications for fibrinolytic therapy in suspected acute myocardial infarction: collaborative overview of early mortality and major morbidity results from all randomised trials of more than 1000 patients. Lancet 1994;343:311-322.

Fordyce G (1802). A second dissertation on fever. London: J Johnson

Gilbert R, Salanti G, Harden M, See S (2005). Infant sleeping position and the sudden infant death syndrome: systematic review of observational studies and historical review of recommendations from 1940 to 2002. International Journal of Epidemiology 34:874-87.

Gregory J (1772). Lectures on the duties and qualifications of a physician. London: Strahan and Cadell.

Hamilton AL (1816). Dissertatio Medica Inauguralis De Synocho Castrensi (Inaugural medical dissertation on camp fever). Edinburgh: J Ballantyne.

Haygarth J (1800). Of the imagination, as a cause and as a cure of disorders of the body: exemplified by fictitious tractors, and epidemical convulsions. Bath: R. Crutwell.

Ibn Hindu (10th-11th century CE; 4th-5th century AH). Miftah al-tibb wa-minhaj al-tullab [The key to the science of medicine and the students' guide].

Louis PCA (1835). Recherches sur les effets de la saignée dans quelques maladies inflammatoires et sur l'action de l'émétique et des vésicatoires dans la pneumonie. Paris: Librairie de l'Académie royale de médecine

McPherson K (2004). Where are we now with hormone replacement therapy? BMJ 328:357-358.

Moore TJ (1995). Deadly Medicine. New York: Simon and Schuster.

Osler W (1892). Principles and Practice of Medicine. London: Appleton, p 530.

Robertson R (1804). Observations on the diseases incident to seamen, 2nd edn. Vol. 1, London: for the author.

Silverman W (1980). In: Chalmers I, McIlwaine G (eds). Perinatal Audit and Surveillance. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 1980:110.

Spock B (1966). Baby and Child Care. 165th printing. New York: Pocket Books, pp 163-164.

van Helmont JB (1662). Oriatrike, or physick refined: the common errors therein refuted and the whole are reformed and rectified [translated by J Chandler]. Lodowick-Loyd: London, p 526.

[Home](#)

[Содержание](#)

Comments