

Andrzej Gerstenkorn, Henryk Sułkowski

## O medycynie nie bardzo doskonałej

On „not to perfect” medicine

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

### Wprowadzenie

Szybki rozwój nauk medycznych, zapoczątkowany w połowie XIX wieku, dotyczył w różnym stopniu poszczególnych dziedzin medycyny. Powstałe zróżnicowanie powiększyły osiągnięcia naukowe ostatnich dziesięcioleci, też nierównomierne, a dotyczące szczególnie transplantologii, genetyki, biologii molekularnej, chemii leków i ogólnie, technik diagnostycznych i leczniczych.

Właśnie techniczna strona tego rozwoju, jako najbardziej pogładowa, w największym stopniu skupia na sobie uwagę środowisk medycznych i społeczeństwa. Wizja olbrzymich, niemal nieograniczonych możliwości kształtowania spraw zdrowia przez współczesną medycynę fascynuje, lecz jest niestety złudna.

Szybki postęp nauk medycznych sprawił, że oddaliły się one znacznie od rzeczywistych potrzeb zdrowotnych społeczeństw, stały się niewydolne w ich zaspokajaniu. Zły stan zdrowia społeczeństw, niedostateczna dostępność do świadczeń zdrowotnych, wąski rzeczywisty zakres i niski ich poziom, to tylko niektóre objawy kryzysu, w którym tkwi medycyna od dawna i z którym nie może sobie poradzić.

W tej sytuacji pole działania lekarza praktyka, rozumianego jako lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, podobnie jak jego warsztat pracy, mogą się wydawać skromnym skansenem w krainie nowoczesnej wiedzy medycznej.

W jakim zakresie i w jaki sposób wykorzystać najnowszą wiedzę, by zapewnić pacjentom optymalną opiekę medyczną, to kluczowy problem wszystkich systemów organizacyjnych opieki zdrowotnej. Nie miejsce tu na omawianie tych licznych czynników, które utrudniają rozwiązanie tego problemu, lecz niech wolno wymienić niektóre z nich, jak wykształcenie fachowe i umiejętności praktyczne lekarza oraz jego ukierunkowanie na opieką podstawową, istnienie sprawnego zaplecza diagnostycznego, konsultacyjnego i szpitalnego, czy wreszcie – dostępność świadczeń.

Wszystkie znane formy opieki medycznej podstawowej, mimo dużej swojej złożoności i różnorodności, są oceniane jako nie dość sprawne. Lecz nie to ma być przedmiotem tych rozważań.

### Cel pracy

Celem pracy jest ocena, w jakim stopniu działania lekarza praktyka, pracującego na najniższym, podstawowym poziomie organizacyjnym opieki medycznej, są zgodne z nowoczesną wiedzą medyczną. Ujawnianie przy tym utożsamienia współczesnej medycyny praktycznej nie ma deprecjonować jej rangi naukowej czy społecznej. Ma pobudzić przede wszystkim lekarzy do krytycznych przemyśleń i pomóc w zrozumieniu i uporaniu się z wieloma dylematami, które stwarza ich codzienna praktyka.

Ramy tego opracowania umożliwiają przedstawienie tylko niektórych, wybranych wycinków tej praktyki, przede wszystkim z dziedziny diagnostyki i terapii.

### **Nieuporządkowana sfera diagnostyki lekarskiej**

Diagnostykę opanowały nowoczesne techniki instrumentalne. Tradycyjne metody diagnostyki lekarskiej, w tym również wywiad lekarski i badania fizykalne, spychane są na dalszy plan, są niedoceniane i zaniedbywane. Sama nauka o diagnozie, teoria diagnozy, nozologia, semiotyka diagnostyczna stały się przedmiotami o wątpliwej przydatności praktycznej, a w każdym razie zwykle tak są traktowane w nauczaniu klinicznym. Niezmiennie naucza się studentów, że każda porada lekarska powinna się zakończyć dokładnym rozpoznaniem „klinicznym” i że tzw. diagnozy objawowe wyrażają niedostateczną wiedzę lub brak staranności lekarza. Naucza się też, że bez dokładnego rozpoznania lekarskiego żadne leczenie nie jest uzasadnione, a „pewna” diagnoza kliniczna, najlepiej w postaci nazwy jednostki chorobowej, wyraża najwyższy kunszt diagnostyczny.

A przecież doświadczony lekarz praktyk wie, „że nie każde działanie lekarskie da się uzasadnić dokładnym rozpoznaniem i że postulowanie takiej konieczności jest często po prostu nierealne, a pojęcie diagnozy ma niekiedy jedynie walor hipotezy roboczej” (13).

Próby zmiany tego stanu rzeczy przez stosowanie innych, prostych i przejrzystych systemów klasyfikacyjnych i nazewniczych nie spotykają się z większym zainteresowaniem świata lekarskiego (15). Tymczasem obiegowe nazewnictwo stanów chorobowych, którym posługują się lekarze praktycy i klinicyści, pozostaje niejednolite i często uniemożliwia porównania lub nawet klasyfikację chorób.

Problem ten ma również pewien kontekst historyczny. Jeszcze do niedawna medycyna kliniczna nie akceptowała, bo nie rozumiała, takich terminów epidemiologicznych, jak na przykład niedokrwienność serca, przewlekła obturacyjna choroba płuc, które teraz przyswoiła sobie na stałe.

Epidemiologia wprowadziła też do praktyki medycznej metody wczesnego wykrywania chorób, przez co powstał zupełnie nowy problem stanów z pogranicza zdrowia i choroby. Wyniki badań dodatkowych leżące w „strefie granicznej”, stworzyły kategorie osób niechorych, lecz „nie zupełnie zdrowych”, na przykład grupy osób z nieprawidłową tolerancją glukozy, ciśnieniem tętniczym granicznym, bakteriomoczem bezobjawowym. Osoby te wymagają również systematycznej kontroli ze strony lekarza opieki podstawowej, który nie zawsze dokładnie wie, jak ją sprawować.

Medycyna amerykańska zwyczajowo od dawna używa akronimów odnoszących się do wielu zespołów chorobowych. Są one poręczne i są używane w oryginalnym brzmieniu również w polskim języku medycznym, np. ADHD, SARS, IBS.

Nie dość spopularyzowany jest wśród lekarzy praktyków system klasyfikacji diagnostycznej według stopnia zagrożenia zdrowia/życia osoby chorej. Chodzi tu o takie skale klasyfikujące, jak na przykład skala NYHA w kardiologii, GCS w neurologii, Apgar w neonatologii.

Olbrzymi zasób nowoczesnych, pomocniczych metod diagnostycznych stawia często lekarza praktyka przed trudną decyzją – jakie badania pomocnicze lub konsultacje specjalistyczne są w danym przypadku niezbędne, ale również ekonomicznie uzasadnione? Nie jest tajemnicą, że właśnie warunki ekonomiczne, w których obecnie działa nasza polska służba zdrowia, bardzo znacznie ograniczają możliwość korzystania lekarzy opieki podstawowej z szerszego asortymentu badań dodatkowych i konsultacji, a zatem istotnie obniżają poziom świadczeń lekarskich.

Przybiera na znaczeniu problem błędów lekarskich. Analiza błędów lekarskich, które stały się powodem dochodzeń sądowych w jednym z dużych województw Polski, wykazała, że błędy typu diagnostycznego wynikały przede wszystkim z „niewłaściwej interpretacji postrzeganych przez lekarzy objawów, chorobowych”, a następnie z „niewykorzystania możliwości diagnostycznych (badań pomocniczych)”, które były wskazane w danym przypadku (15).

Nie wszyscy lekarze praktycy ogarniają tę rozległą problematykę i prawidłowo sobie z nią radzą. Niedostateczna lub nie dość aktualna

wiedza lekarza w zakresie diagnostyki może stać się przyczyną poważnych zaniedbań i powodować szkody w zdrowiu pacjenta (1, 13).

Trzeba też pamiętać, że ważnym stymulatorem działań diagnostycznych i terapeutycznych lekarza praktyka jest czynnik subiektywny. Chodzi tu o profil osobowy lekarza, o takie jego cechy, jak rzetelność, poczucie odpowiedzialności, sumienność. Dobrze, jeżeli cechy te nakładają się na dobrą wiedzę fachową i niezbędne doświadczenie zawodowe oraz na rzeczywistość, a nie tylko potencjalną, możliwość działania.

### Meandry farmakoterapii

Wiedza lekarzy o lekach jest zawsze ograniczona i wybiórcza. Jej źródłem są przede wszystkim oficjalne indeksy leków lub ulotki informacyjne firm. Wiedzę o lekach uzupełniają lekarze również na podstawie czynionych przez siebie i przez kolegów obserwacji. Systemu tego nie można uznać za sprawny. Warto jednak pamiętać, że zawodne okazały się również rygorystyczne, urzędowe procedury związane z opracowywaniem nowych leków i ich propagowaniem. Przełom w tych procedurach przyniosły lata sześćdziesiąte XX wieku – tragiczna epidemia szkód wywołanych lekiem Thalidomid. Nie znaczy to jednak, że niemożliwe stały się odtąd poważne niedopatrzania w dopuszczaniu nowych leków na rynek farmaceutyczny.

Leki znane od dawna lub wprowadzone do lecznictwa po bardzo ścisłych kontrolach ujawniają nieraz dopiero po wielu latach stosowania nowe, nieznanie początkowo działania, nie zawsze korzystne. Stosując przez około 100 lat kwas acetylosalicylowy jako skuteczny środek przeciwbólowy, przeciwgorączkowy i przeciwzapalny, dopiero kilkadziesiąt lat temu poznano bliżej jego wpływ również na procesy krzepnięcia krwi.

Eufilina, wielce zasłużony i do niedawna popularny lek, dość późno ujawnił aż tyle niekorzystnych działań ubocznych, że doszło do znacznego ograniczenia jego zastosowań.

Prazosyna, wprowadzona do lecznictwa jako lek hipotensyjny, później przypadkowo ujawniła swój hamujący wpływ na przerost gruczołu krokowego.

Świeża jest zapewne pamięć losów leku Lipobay, dobrze zagnieżdżonego na rynku farmac-

eutycznym, a pośpiesznie wycofanego przez renomowaną firmę farmaceutyczną po pierwszych sygnałach o szkodliwych skutkach ubocznych jego stosowania.

Ostatni rok przyniósł wiele doniesień o szkodliwych działaniach ubocznych niesterydowych leków przeciwzapalnych, bardzo popularnych w ciągu ostatnich kilkadziesiąt lat i uznawanych dotychczas za stosunkowo bezpieczne. Są one, obok kwasu acetylosalicylowego, najczęściej stosowanymi w Polsce lekami przeciwbólowymi.

Ciągle mało poznanym zagadnieniem są mechanizmy decyzyjne działań lekarzy, w tym działań farmakoterapeutycznych. Wbrew przypuszczeniom, że duży wpływ na te decyzje mogą mieć „mocne” wnioski z badań prowadzonych z zastosowaniem bardzo poprawnej metodologii, okazało się, że często tak nie jest (11).

Zdarza się, że lekarze odrzucają nawet mocne dowody działania leków, jeżeli nie są one zgodne z uznawaną przez nich teorią! Dotyczy to w równej mierze leków konwencjonalnych, jak też leków medycyny alternatywnej. Zdarza się więc, że odrzucają teorię, ponieważ pojawiają się nowe fakty niepasujące do niej, kiedy indziej zaś kurczowo trzymają się starej teorii, mimo że przeczą jej nowe fakty (7).

Agresja reklamowa firm farmaceutycznych i lawina informacji o nowych lekach przytłaczają przeciętnego lekarza, dezorientują, utrudniają racjonalny, indywidualny dobór leku. Jest to sytuacja stwarzająca swoisty stan uzależnienia lekarza od producentów leków, autorytetów i wzorców postępowania innych lekarzy.

Lekarz może mieć wątpliwości, co w jego pracy jest nauką, a co sztuką. Myśl o tym, że jakieś jego działania mogą mieć mało wspólnego z nauką, lub nawet ze sztuką, na ogół jest mu obca. Bywa jednak, że lekarz działa świadomie nieracjonalnie i niezgodnie z aktualną wiedzą medyczną(!) Chodzi tu przede wszystkim o działania narzucone przez panującą i zmieniającą się okresowo w medycynie rutynę czy modę.

Warto uświadomić sobie istnienie tego zjawiska i spróbować zrozumieć przynajmniej niektóre czynniki, które je determinują. Publikacje poświęcone temu ważnemu zagadnieniu nie są liczne (4, 5)

Modę w medycynie można zdefiniować jako obyczaj przejściowy, zmienny, odróżniający się od dotychczasowych tradycji i obyczajów, de-

terminowany głównie czynnikami społecznymi, środowiskowymi, a nie ustalonymi zasadami i teoriami lub wynikami badań naukowych.

Działaniom „modnym” w medycynie sprzyja istnienie w jej obrębie wielu rozległych obszarów niewiedzy lub niepełnej wiedzy, czyli tzw. „szarych stref”. Dotyczą one, w różnym stopniu, wszystkich dziedzin medycyny.

Istnieje wiele metod terapeutycznych, które mogą być przykładem zastosowań „modnych”, bo stosowane są często rutynowo przez wielu lekarzy, mimo że ich skuteczność nie została udowodniona lub też radykalnie zmieniła się ocena wskazań do ich stosowania. Pacjenci, jeżeli znają te metody, nie są świadomi ich statusu naukowego, więc akceptują je, a często sami proszą o ich zastosowanie. Bywa też, że modna terapia odpowiada również lekarzowi zwłaszcza wówczas, gdy jest w rozterce, co zapisać pacjentowi (lżej choremu), który nie wymaga zastosowania jakiegokolwiek leku (5).

Do częstych działań „modnych” w praktyce lekarskiej zaliczyć można stosowanie dużych dawek witaminy C w różnych stanach infekcyjnych, w tym w grypie; stosowanie witamin z grupy B, w tym witaminy B12, w różnego rodzaju nerwobólach itp.; stosowanie w podobnych sytuacjach kokarboksylazy; zlecenie różnych preparatów zawierających magnez jako środka poprawiającego ogólną sprawność organizmu.

Podobny jest status takich zaleceń leczniczych, jak stosowanie antybiotyków w stanach przeziębienia lub w ostrym, ropnym katarze nosa, nakaz leżenia w przypadku ostrych bólów korzeniowych okolicy krzyżowej czy zabiegu usunięcia migdałków podniebiennych przy często nawracających zapaleniach migdałków. Wszystkie te metody nie znalazły w najnowszych badaniach żadnego uzasadnienia.

Hormonalna terapia zastępcza, hit w terapii kobiet od kilkudziesięciu lat, traci gwałtownie na atrakcyjności w związku z doniesieniami o występujących skutkach ubocznych (8).

W Wielkiej Brytanii stała się ostatnio głośna sprawa wielu tysięcy zabiegów całkowitego wycięcia macicy, od kilku lat wykonywanych pochopnie, bez istotnych wskazań (9).

Wszystko to świadczy o tym, jak bardzo postęp nauki zmienia medycynę, która jest przeciwieństwem nauki stosowanej, na wskroś pragmatyczną.

## Wychodzenie z impasu

Zjawiska te są na szczęście dostrzegane i oceniane jako niepożądane, przeto czynione są starania, by im przeciwdziałać. Jako główny środek zaradczy upatruje się EBM, medycynę opartą na dowodach. System EBM (*Evidence-Based Medicine*), znany medycynie od kilkunastu lat, powstał z zamiarem uporządkowania i pożytecznego wykorzystywania narastającej lawiny informacji naukowych, zdyscyplinowania badań naukowych w medycynie i racjonalizowania wydatków na opiekę zdrowotną (szczególnie leki!). Szybko również on stał się „modny”, zwłaszcza, że cele i metody EBM epatują nowoczesnością i naukowością (14). Już też wiadomo, że etykieta „EBM” bywa nadużywana i że nie zawsze poświadcza, tak jak powinna, najwyższy poziom naukowy badania, do którego jest przyklejana.

System ten jest trudny, a zrozumienie go i sprawne posługiwanie się nim wymaga wszechstronnego przygotowania. Powinno ono odbywać się przede wszystkim na studiach lekarskich, a później lekarz praktyk powinien mieć łatwy dostęp do medycznych baz danych. Póki jednak w programach studiów lekarskich nie znajdą należnego miejsca i nie będą rzetelnie nauczane takie przedmioty, jak logika, teoria diagnozy, metodologia badań naukowych, epidemiologia itp., korzystanie z możliwości stwarzanych przez EBM będzie iluzją.

Nie należy żywić złudzeń: nasz polski system kształcenia lekarzy obecnie znacznie odbiega od tych założeń, a medyczne bazy danych, jeżeli istnieją, nie są oblegane przez lekarzy praktyków.

System EBM daje lekarzowi w wielu wypadkach możliwość wyboru najlepszego dostępnego sposobu leczenia, który z dużą pewnością zakończy się pożądanym rezultatem. Dzięki EBM wiele procedur medycznych, które wydawały się swego czasu bardzo przydatne, okazały się bezużyteczne, a nawet szkodliwe.

System EBM powinien wywierać duży wpływ zarówno na kształcenie, jak też na praktykę medyczną. Korzyści wynikające z zastosowania EBM są olbrzymie i są dobrze znane. Natomiast nie dość dobrze poznane zostały ograniczenia tej metody. Istnieje poważny rozdziew między

badaniami klinicznymi a praktyką kliniczną. Nieostrzeżenie tej rozbieżności może mieć niezamierzone zgubne skutki, gdyż przy obecnym rozumieniu EBM pacjent jako jednostka zdaje się tracić na znaczeniu, a ciężar klinicznych działań przenosi się z opieki nad jednostką na opiekę nad populacją (3, 6).

## Podsumowanie

Wbrew zapowiedziom i oczekiwaniom, EBM w obecnym stanie nie zapewnia świadczeń medycznych w odpowiednim wymiarze i na właściwym poziomie. Jako bardzo znamieny można uznać pogląd jednego z lekarzy praktyków: „Chociaż istnieje wiele wniosków z losowych badań kontrolowanych, które nie są zgodne z moim osobistym doświadczeniem, przyjmuję, że wyniki te, jeżeli wewnątrznie trafne, odnoszą się do wartości średnich populacji, a nie bezpośrednio do tego pacjenta, którego badam” (10, 12, 16).

Lekarz i teoretyk medycyny H. R. Wulff pisał krótko przed nastaniem ery EBM: „Nadal w dużej mierze polegamy na naszym doświadczeniu klinicznym i wcale nie ma powodu, by sądzić, że nasze obserwacje kliniczne są bardziej wiarygodne niż obserwacje naszych poprzedników. Zrezygnowaliśmy obecnie ze znacznej liczby metod leczniczych po prostu dlatego, iż nie przynosiły one przekonujących skutków terapeutycznych (...). Mamy jednak wszelkie podstawy, by obawiać się, że w miejsce dawnych, nieskutecznych metod leczenia wprowadza się nowe metody, które w tym samym stopniu opierają się na niepotwierdzonym przez naukę doświadczeniu” (17).

Istnieją i ciągle będą istniały „szare strefy” niewiedzy, zaś ich obecność powoduje niezmiennie zapotrzebowanie na tradycyjny, kliniczny sposób myślenia, opierający się na „nienaukowym” doświadczeniu, analogii i ekstrapolacji. Można mieć nadzieję, że „medycyna oparta na dowodach”, aczkolwiek podkreśla konflikt między tzw. medycyną naukową a sztuką uprawiania medycyny, zapewne nie zniszczy tej ostatniej, ale ją uzupełni” (3).

## Streszczenie

Imponujący rozwój nauk medycznych może stwarzać złudną nadzieję na nieograniczone możliwości ingerencji w zdrowie człowieka. Autorzy zwracają uwagę na ciągle istniejący rozstęp między nowoczesną medycyną a zadaniami i warunkami pracy lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Przyczyniają się do tego istniejące trudności w zakresie diagnostyki i terapii, które mają swoje źródło w zasobie wiedzy i umiejętności lekarza, w zapleczu organizacyjnym jego pracy, czynnikach systemowych, w tym ekonomicznych i in. Działalność lekarza praktyka w znacznym stopniu jest determinowana również okresowo zmieniającymi się w medycynie wzorcami zachowań „modnych” i istnieniem tzw. szarych stref wiedzy. Autorzy rozważają też przydatność systemu EBM w usprawnianiu pracy lekarza praktyka.

**Słowa kluczowe: niesprawność medycyny praktycznej, „szare strefy” w medycynie, EBM a podstawowa opieka zdrowotna**

## Summary

The imposing development of medical sciences can create illusive hope for unrestricted possibilities of interference in human health. The authors call our attention for still existing gap between the achievements of modern medicine and task, duties and work conditions of primary health care doctors.

The reason for this situation are the existing diagnostic and therapeutic difficulties with its sources in the capabilities of knowledge and skillfulness of practitioners, in organizational aspects of their work, and in system factors including economical ones and alike. Activities of medical practitioner are substantially determined by tending „fashionable” behavioral patterns and so called „grey zones” of knowledge.

The authors also consider the usefulness of EBM in rationalisation of medical practitioners work.

**Key words: inefficiency of medical practice, „grey zones” in medicine; EBM and primary health care**

### **Piśmiennictwo**

1. Barclay L.: Preventable Medical Errors: A Newsmarker Interview With Robert J. Blendon. Medscape Medical News. <http://www.medscape.com/viewarticle/446271>
2. Braun R. N., Mader F. H.: Programmierte Diagnostik in der Allgemeinmedizin. 4. Auflage, Springer-Verlag GmbH Heidelberg.
3. Brzeziński Z. J., Szamotulska K.: Epidemiologia kliniczna. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1997.
4. Campbell J. K. i wsp.: Trend spotting: fashions in medical education. *BMJ*, 1999, 318, 1272–1275.
5. Doust J., Del Mar Ch.: Why do doctors use treatments that do not work? *BMJ*, 2004, 328, 474–475.
6. Freeman A. C., Sweeney K.: Why general practitioners do not implement evidence: qualitative study. *BMJ*, 2001, 323, 1100.
7. Haack S.: Manifesto of a Passionate Moderate. Univ. of Chicago Pr., Chicago 1998.
8. Hormonalna terapia zastępcza u kobiet po menopauzie. Raport Grupy Doradczej The North American Menopause Society. *Medycyna Praktyczna* (mp On Line, data zamieszczenia 21.11.02). <http://www.medscape.com/viewarticle/446271>
9. Many hysterectomies „unnecessary”, [za:] *Brit J Obst Gyn*. <http://www.medscape.com/viewarticle/446271>
10. McColl A. i wsp.: General practitioner's perceptions of the route to evidence based medicine: a questionnaire survey. *BMJ* 1998, 316, 361–65.
11. Poynard T. i wsp.: Truth survival in clinical research: an evidence-based requiem? *Ann Intern Med* 2002, 136 (12), 888–95.
12. Randomized Controlled Trials in Critical Care: An Expert Interview With John J. Marini; *Medscape General Medicine* 2003, 5(2); Medscape (posted 6.3.2003).
13. Sturm E.: Jak uniknąć błędnych rozpoznań? [W:] H. H. Schrömbgenssen (red.): *Błędna diagnoza w praktyce ogólnolekarskiej*. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1996.
14. Sułkowski H.: Co lekarz praktyk o medycynie opartej na dowodach wiedzieć powinien. *Poradnik Lekarza Praktyka – cz. I* 2002, 6, 9–12; *cz. II* 2002, 7, 17–20.
15. Świątek B.: Błędy lekarskie w praktyce medyka sądowego. *Prawo i Medycyna* 2000, 2 (5).
16. Tonelli M.R.: The philosophical limits of evidence-based medicine. *Academic Medicine* 1998, 73, 1234–1240.
17. Wulff H. R.: *Racjonalna diagnoza i leczenie – wprowadzenie do teorii decyzji klinicznej*. PZWL, Warszawa 1991.

### **Adres do korespondencji**

Dr n. med. Andrzej Gerstenkorn  
Katedra Medycyny Społecznej  
i Zapobiegawczej  
Uniwersytet Medyczny w Łodzi  
ul. Żeligowskiego 17/9  
90-752 Łódź  
e-mail: hensul@poczta.onet.pl