

Medycyna oparta na dowodach i realny świat współczesnej medycyny

prof. dr hab. n. med. Jacek Musiał

II Katedra Chorób Wewnętrznych, *Collegium Medicum*, Uniwersytet Jagielloński, Kraków



W latach 70. XX wieku zaczęły się pojawiać dobrze zaplanowane badania kliniczne, wykazujące ponad wszelką wątpliwość skuteczność różnorodnych leków w terapii poszczególnych chorób, choćby kwasu acetylosalicylowego we wtórnej prewencji choroby wieńcowej [1]. Pojawiło się pojęcie medycyny opartej na dowo-

dach (ang. *evidence based medicine*). Olbrzymie zasługi w tej dziedzinie mają krytyczni naukowcy z Ameryki Północnej, w tym grupa z McMaster University w Kanadzie.

Na podstawie wyników poprawnie przeprowadzonych badań zbierane *ad hoc* gremia ekspertów, coraz częściej pod egidą wielkich narodowych i międzynarodowych towarzystw naukowych, zaczęły publikować zalecenia dotyczące celów i sposobów leczenia wielu powszechnych chorób, trapiących współczesne społeczeństwa.

Na tło takich właśnie obowiązujących obecnie standardów leczenia stabilnej choroby wieńcowej nakładają się wyniki niezwykle cennego badania RECENT, opublikowane w niniejszym numerze *Kardiologii Polskiej*. Pokazują one codzienną, bieżącą praktykę leczenia tej choroby w Polsce [2].

Badanie pokazuje, iż optymalną farmakoterapię, składającą się z 4 leków, przyjmuje prawie połowa analizowanych chorych, choć ogólnie leki poprawiające rokowanie otrzymywało 70–80% osób objętych badaniem. Autorzy przedstawiają swe wyniki na tle wielu podobnych badań prowadzonych w Europie i Polsce, analizując różnorodne przyczyny niedociągnięć naszej codziennej praktyki. Czytelnik powinien się z tą dogłębną analizą zapoznać. Ostatecznie jednak, choć należy niewątpliwie wiele jeszcze poprawić, nasza praktyka nie odbiega od praktyki rozwiniętych krajów europejskich.

Popatrzmy jednak, jak to wygląda w innych chorobach. Opublikowana 2 lata temu retrospektywna analiza praktyki leczenia cukrzycy typu 2 (tu analizowano cele terapii) w tak znanym i renomowanym ośrodku, jakim jest Massachusetts General Hospital, wskazuje, iż idealną kon-

trolę poziomu glukozy osiągnęto u 32% leczonych, ciśnienia krwi u 25%, a LDL-cholesterolu u 24% leczonych [3]. Z kolei w opublikowanym w tym roku kanadyjskim badaniu oceniającym skuteczność kontroli objawów astmy pod wpływem leczenia zgodnego ze standardami stwierdzono niezadowalającą kontrolę tych objawów aż u 59% chorych [4]. U nas, w Polsce, taką niezadowalającą kontrolę objawów astmy stwierdzano nawet u ponad 70% badanych chorych [5].

Ideał jest zatem trudno osiągalny. Nawet w perspektywie jednego pokolenia lekarzy stosowanie optymalnej czy też zalecanej terapii wielu rozpowszechnionych chorób przybiera charakter stałego, niekończącego się procesu. Wynika to z postępu, jaki czyni medycyna w ostatnich dziesięcioleciach. Podkreśla to tylko konieczność ciągłego zdobywania nowej wiedzy i elastyczności w zmienianiu naszych nawyków. Takich badań jak RECENT nigdy za wiele, aby otwierać nam oczy na naszą codzienną praktykę. Trzeba także pamiętać, że stosowanie się do obowiązujących standardów i zaleceń ma niebagatelny wymiar finansowy [3]. Ale to już temat do odrębnej dyskusji.

Piśmiennictwo

1. Secondary prevention of vascular disease by prolonged antiplatelet treatment. Antiplatelet Trialists' Collaboration. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1988; 296: 320-31.
2. Banasiak W, Wilkins A, Pociupany R, et al. Pharmacotherapy in patients with stable coronary artery disease treated on an outpatient basis in Poland. Results of the multicentre RECENT study. *Kardiol Pol* 2008; 66: 642-9.
3. Crivera C, Suh DC, Huang ES, et al. The incremental costs of recommended therapy versus real world therapy in type 2 diabetes patients. *Curr Med Res Opin* 2006; 22: 2301-11.
4. Chapman KR, Boulet LP, Rea RM, et al. Suboptimal asthma control: prevalence, detection and consequences in general practice. *Eur Respir J* 2008; 31: 320-5.
5. Kowalski ML, Jędrzejczak M, Cirić M. Efektywność leczenia astmy oskrzelowej w Polsce w ocenie pacjentów – wyniki badania AIRCEE (Asthma Insights & Reality in Central and Eastern Europe). *Alergia, Astma, Immunologia* 2004; 9: 187-95.