

Medycyna – tylko nauka, czy także sztuka?

Po pierwsze dlatego, że podobnie jak wiele innych technologii, medycyna korzysta z osiągnięć nauk ścisłych – szczególnie z osiągnięć biologii, ale także fizyki i chemii. Po wtóre dlatego, że stosuje metody naukowe do weryfikacji swojego działania. Jakkolwiek znaczenie nauk podstawowych jako źródła medycyny jest oczywiste i nie do przecenienia, to przeniesienie ich odkryć na obszar medycyny praktycznej jest, wbrew obiegowym opiniom, procesem żmudnym i nierzadko rozczarowującym. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest zawodność bezpośredniego dedukowania możliwości zastosowań praktycznych z przesłanek dostarczanych przez badania podstawowe, a to ze względu na niezwykle skomplikowany charakter układów biologicznych. Pomostem między badaniami podstawowymi a badaniami klinicznymi są tzw. badania przedkliniczne. Są to badania, które mają udzielić wstępnej odpowiedzi na pytanie, czy hipotezy dedukowane z badań podstawowych mają na tyle duże prawdopodobieństwo, by mogły stanowić bez nadmiernego ryzyka podstawę do badań klinicznych. W odróżnieniu od badań klinicznych, badania przedkliniczne często określane obecnie jako „medycyna translacyjna” (*translational medicine*), są prowadzone w warunkach *in vitro* z użyciem komórek lub tkanek ludzkich bądź zwierzęcych, a także *in vivo* na zwierzętach doświadczalnych. Aktualnie także są coraz częściej prowadzone na modelach informatycznych (co określa się mianem *in silico*). W odróżnieniu od badań podstawowych, badania przedkliniczne mają mniejsze znaczenie poznawcze, natomiast są nastawione na potencjalne zastosowania praktyczne.

Pozytywny wynik badań przedklinicznych nie jest jednak wystarczającą podstawą do zastosowania w rutynowej praktyce medycznej, a jedynie – przy spełnieniu szeregu warunków – do podjęcia badań klinicznych. Inspiracją do badań klinicznych są nie tylko wyniki badań przedklinicznych, lecz także obserwacje płynące „zwrotnie” z rutynowej praktyki lekarskiej; tak więc powiązania między badaniami klinicznymi a praktyką lekarską mają charakter dwukierunkowy. Są to m.in. jednostkowe obserwacje klinicystów, określane często terminem „danych anegdotycznych”. Jakkolwiek ich wartość naukowa jest negowana, ich znaczenie inspirujące jest nie do przecenienia.

EBM czy POWAP?

Poza eksperymentami medycznymi, część badań klinicznych stanowi analiza dokumentacji medycznej, powstałej w trakcie rutynowego działania lekarskiego

W ostatnich latach wprowadzono pojęcie *Evidence Based Medicine* (EBM). Termin ten jest najczęściej tłumaczony na język polski jako „medycyna oparta na dowodach”. Roman Jaeschke i wsp. zaproponowali jako polski odpowiednik tego terminu sformułowanie „praktyka medyczna oparta na wiarygodnych i aktualnych publikacjach – POWAP”. Rzecz oczywista, położenie nacisku na to, aby procedury medyczne były stale sprawdzane z zastosowaniem metod naukowych, trzeba uznać za rzecz jak najbardziej pozytywną. Nie oznacza to jednak, że EBM nie ma żadnych słabych stron, do czego przejdziemy później.

Obraz współczesnej medycyny naukowej byłby niepełny, gdyby nie wspomnieć o coraz liczniejszych zaleceniach i wytycznych (*guidelines*), opracowywanych przez rozmaite zespoły ekspertów, powoływane najczęściej przez towarzystwa naukowe. Źródłem tych zaleceń są z jednej strony wyniki badań klinicznych, a z drugiej osobiste doświadczenie ekspertów. Zalecenie te często przeradzają się w obowiązujące procedury, nierzadko realizowane w sposób dość niewolniczy. Możemy uznać EBM jako synonim „medycyny naukowej”. Czy i jakie „słabe punkty” można w niej dostrzec? Główne ograniczenia „medycyny naukowej” wypływają – moim zdaniem – z faktu, że na wszystkich etapach naukowych badań medycznych podstawową metodą wnioskowania jest wnioskowanie statystyczne, tym samym ich wyniki dotyczą raczej pewnych populacji niż indywidualnych pacjentów. Stwierdzenie, że jakaś metoda leczenia jest skuteczna u 80 procent chorych, upoważnia nas – przy odpowiedniej liczebności próby – do wnioskowania o jej skuteczności, ale jest to niewielka pociecha dla pozostałych 20 procent pacjentów i ich lekarzy.

Inne ograniczenia EBM wiążą się z nierówną wartością badań klinicznych, a nierzadko w ogóle ich braku. Badania kliniczne na dostatecznie szerokim materiale dotyczą albo chorób o wielkim znaczeniu społecznym, jak np. choroby układu krążenia, albo – w przypadku badań sponsorowanych przez koncerny farmaceutyczne – tych, które stwarzają nadzieje na duże zyski (co się zresztą często ze sobą pokrywa). Zalecenia i standardy współczesnej „medycyny naukowej” na ogół pomijają dobrze znany fakt, że pacjenci, zwłaszcza starsi, z reguły cierpią na kilka różnych chorób.

Każdy przypadek jest inny

Nie sposób nie zauważyć, że niektóre zalecenia, pozornie „oparte na naukowych dowodach”, są w istocie całkowicie arbitralne. Przykładowo zalecenie, aby jakiś rodzaj terapii nie był stosowany u chorych powyżej określonej granicy wiekowej, powiedzmy w 65 czy 75 roku życia, w gruncie rzeczy jest pozbawiony wartości merytorycznej. Jest to oczywiste dla każdego, kto jest świadomy znacznych rozbieżności między wiekiem chronologicznym a stanem biologicznym organizmu u starszych ludzi. Nie najlepiej także „medycyna naukowa” radzi sobie z problemem indywidualizacji dawkowania leków.

Pewne nadzieje niesie ze sobą koncepcja tzw. „medycyny personalizowanej” (*personalized medicine*), która (w pewnym uproszczeniu) ma polegać na doborze leczenia w zależności od genomu konkretnego pacjenta. Jest to jednak na razie głównie wizja przyszłości. Nie oznacza to, że współcześni lekarze, podobnie jak to czynili ich najlepsi poprzednicy, nie mogą już dziś „personalizować” swojej zawodowej działalności. Tyle w ogromnym uproszczeniu o „medycynie naukowej”.

Lekarz jak powiernik?

A co możemy powiedzieć o „sztuce lekarskiej”? Jednym ze znaczeń tego słowa jest po prostu rzemiosło medyczne – biegłe stosowanie powszechnie akceptowanych procedur diagnostycznych i leczniczych. W tym sensie używamy np. określenia „błąd sztuki lekarskiej”. W tych rozważaniach nie o to jednak nam chodzi. Chodzi nam tu o trudny do zdefiniowania aspekt działalności lekarza, wykraczający poza mechaniczne stosowanie zaleceń EBM i angażujący indywidualne cechy jego osobowości. Działanie to obejmuje takie elementy, jak:

- 1) umiejętność pozyskiwania zaufania pacjenta, polegające nie tylko na uznaniu przez pacjenta profesjonalizmu lekarza, lecz także na przekonaniu o głębokim zaangażowaniu lekarza w problemy zdrowotne chorego. Ta właśnie cecha charakteryzuje w największym stopniu lekarzy „charyzmatycznych”;
- 2) indywidualne podejście do problemów chorego, uwzględniające je w sposób całościowy, tak w aspekcie somatycznym, jak i psychicznym. Mówiąc zwięźle: leczenie człowieka, a nie tylko chorego narządu lub układu;
- 3) umiejętność właściwego wykorzystania w diagnozie i monitorowaniu efektów leczenia nie tylko wyników badań dodatkowych, lecz także wywiadu i badania przedmiotowego;
- 4) wyważone informowanie pacjenta o stanie jego zdrowia, rokowaniu i planowanym leczeniu (odsyłam tu do szerokiego omówienia tego problemu w książce Ryszarda Fenigsena „Przysięga Hipokratesa”, Świat Książki 2010). Lista ta jest z pewnością niepełna i wymaga uzupełnień.

Tak rozumiana „sztuka lekarska” nie jest alternatywą dla medycyny „naukowej”, lecz jej dopełnieniem. Jak każda sztuka, także „sztuka lekarska” wymaga trudu, ale także talentu. Próby jego zdefiniowania przekraczałyby jednak ramy tego krótkiego tekstu.

Marek Pawlikowski

Panaucem 9/2021