**О необходимости научно-обоснованной медицинской практике**

Каждый представитель медицинской профессии наверняка хотя бы раз в жизни задумывался, в чем сущность врачебного искусства. Традиционный ответ на этот вопрос примерно таков: "Врачебное искусство складывается из объема знаний, необходимых для понимания причин и патофизиологических механизмов заболеваний, из клинического опыта, интуиции и набора качеств, которые в совокупности составляют так называемое "клиническое мышление".

Культивируемое в рамках традиционного врачебного образования понятие "клиническое мышление" не означает четкой и целостной концепции врачевания и основано на аналогиях, преимущественно в виде анекдотов из жизни великих врачей и наставлений брать пример со "старших товарищей". На рубеже 80-90-х годов в англоязычной медицине сформировалась новая область знаний - клиническая эпидемиология. Наибольшую известность получили работы группы канадских ученых - D.Sackett, B.Haynes, G.Guyatt и P.Tugwell из Университета МакМастера, Онтарио, впервые попытавшихся рассмотреть врачебное искусство с точки зрения строгих научных принципов [1]. Эти научные принципы оказали и оказывают огромное влияние на стиль медицинской практики и мировоззрение врачей на Западе. К сожалению, вплоть до последнего времени наши доктора совершенно не были знакомы с новой концепцией.

Клиническая эпидемиология разрабатывает научные основы врачебной практики - свод правил для принятия клинических решений. Главный постулат клинической эпидемиологии таков: каждое клиническое решение должно базироваться на строго доказанных научных фактах. Этот постулат получил название "evidence-based medicine", в буквальном переводе - "медицина, основанная на фактах" либо, что более точно отражает значение термина, "научно-обоснованная медицинская практика", или "научно-доказательная медицина". В поисках ответа на клиническую проблему врач может пользоваться разными источниками информации и получать разнообразные, порой взаимоисключающие факты и рекомендации. Поэтому другой важнейший принцип научно-обоснованной медицинской практики связан с критическим анализом информации: "вес" каждого факта тем больше, чем строже научная методика исследования, в ходе которого факт получен.

"Золотым стандартом" считаются рандомизированные контролируемые исследования. Индивидуальный врачебный опыт и мнение экспертов или "авторитетов", рассматриваются как не имеющие достаточной научной основы. Общеизвестно, что только эксперимент может показать, что в науке истинно. Чем тщательнее он поставлен, тем выше вероятность, что его результаты обусловлены реально существующей связью между явлениями, а не артефактом и не случайным стечением обстоятельств. Воспроизводимость - одно из важнейших условий объективности данных.

В отличие от фундаментальных биомедицинских наук, клиническую медицину интересуют вопросы, ответы на которые могут дать исследования только на живых людях, а не на экспериментальных животных, культурах тканей или клеточных мембранах. Клиническое исследование трудно отнести к "чистому эксперименту". В самом деле, здесь объект изучения - пациент, который волен сам определять свои поступки, а экспериментатор - врач с личным профессиональным опытом, склонностями и подчас ошибочными суждениями.

Вот почему в клинических исследованиях всегда заложена опасность систематических ошибок (предвзятости), избежать которых можно лишь следуя четким научным принципам. В наиболее полной мере таким принципам отвечают рандомизированные контролируемые клинические исследования. Они обязательно предполагают наличие опытной и контрольной групп, пациентов распределяют по группам случайным образом (рандомизация), следя при этом, чтобы группы не различались по параметрам, влияющим на исход заболевания.

Врач-исследователь, а тем более сам пациент не знают, получает ли больной плацебо или лекарство (двойной слепой метод). Все пациенты прослеживаются в течение определенного, часто весьма длительного отрезка времени (проспективное исследование), по истечении которого сравнивается частота наступления клинически важных конечных точек (выздоровление, смерть, осложнения) в опытной и контрольной группах. Нередко для проведения подобных исследований привлекаются тысячи и десятки тысяч больных, в разных научных центрах и странах.

Согласно современным западным стандартам ни один новый метод лечения, профилактики или диагностики не может быть признан без обязательной тщательной проверки в ходе рандомизированных контролируемых исследований. Такой подход сильно отличается от российской практики. Так, в нашей стране довольно широкое распространение получил метод гипербарической оксигенации. При анализе 446 клинических работ по применению этого метода выяснилось, что только в 5,4% из них была группа контроля. Ни в одной работе не проводилась рандомизация, не применялось плацебо [2].

Другой пример - использование низкоинтенсивного лазерного излучения при лечении ряда внутренних болезней. Только в 10% из 561 публикации были контрольные группы, в 1,8% случаев использовался плацебо-контроль. При этом остается неясным, применялась ли хотя бы в одной работе процедура рандомизации [3]. Проведенный анализ показывает не бесполезность этих процедур, а отсутствие научно-обоснованных доказательств их пользы. К явлениям подобного рода можно отнести и метод диагностики Фоля, и электронную ("кремлевскую") таблетку. Любого критически мыслящего человека должна насторожить такая тенденция к широкому распространению не доказанных научно методов лечения и диагностики.

В чем причина крайне низкого иммунитета у российских медиков к сомнительным методам диагностики и лечения? Очевидно, в отсутствии культуры критической оценки научных публикаций и незнании принципов научно-обоснованной медицинской практики. Стремясь восполнить этот пробел в образовании российских врачей, издательство "Медиа Сфера" готовит к выходу в свет перевод монографии "Основы клинической эпидемиологии" профессоров Гарвардского Университета Роберта Флетчера и Сюзанны Флетчер и профессора Университета штата Вашингтон Эдуарда Вагнера [4]. Другая наша издательская инициатива - это "Международный журнал медицинской практики", в центре внимания которого будут проблемы научно-обоснованной медицинской практики.

Почему же именно сейчас, в 90-е годы, так активно заговорили о научно-обоснованной медицинской практике как о новом мировоззрении в медицине? Дело в том, что ежегодно публикуются результаты сотен рандомизированных контролируемых исследований, которые меняют устоявшиеся стандарты врачевания. Существует обратная зависимость между степенью информированности врача о современных методах лечения и числом лет после окончания медвуза. Совершенно ясно, что хороший врач стремится быть в курсе последних достижений медицины. И в том, что на вопросы, возникающие у постели больного, нужно искать ответ в медицинской литературе, нет ничего нового.

Новыми являются научно-обоснованные подходы к поиску источников информации и ее критическому осмыслению. По мере все более широкого распространения новых информационных технологий (электронные базы данных и журналы, мультимедийные обучающие программы на компактных оптических дисках и в Интернете) расширяются возможности врачей получать самую оперативную информацию; появилась необходимость осмыслить возможности этих технологий, определить их место, роль и взаимоотношения с традиционными печатными изданиями. Научно-обоснованная медицинская практика и клиническая эпидемиология учат врача искусству критического анализа информации и умению соотнести результаты исследования с конкретной клинической ситуацией.

Для современного врача навыки критической оценки столь же важны и необходимы, как, например, умение аускультировать больного. Многие ведущие медицинские университеты пришли к осознанию, что клиническая эпидемиология должна быть введена в обязательный курс в качестве одной из фундаментальных дисциплин. Например, Британская Королевская Коллегия врачей общей практики включила в программу экзамена раздел по критической оценке научной публикации. S.Tillinghast, американский врач-эксперт, участвующий в программе реформирования здравоохранения в России, полагает, что развитие российской медицины будет зависеть от заимствования западных знаний и технологий до тех пор, пока современные методы критической оценки информации не изменят культуру медицинских исследований, образования и научных публикаций. Более того, он считает, что недооценка роли клинической эпидемиологии и научно-обоснованной медицинской практики - одно из наиболее серьезных препятствий на пути реформирования российской медицины, едва ли не более важное, чем нехватка денег и устаревшее оборудование [5].

С этим утверждением трудно не согласиться. Вместо того, чтобы механически заимствовать или копировать внешние проявления технического прогресса, нужно создать систему, которая бы автоматически воспроизводила эти достижения. Научно-обоснованная медицинская практика в идеологическом смысле - это попытка либерализовать сложившуюся в течение веков систему авторитарных отношений в медицине, ставя в центр принятия решений не мнение авторитета или укоренившуюся традицию, а врача - ответственного и компетентного, информированного и критически мыслящего.

Внедрение научно-обоснованной медицинской практики имеет еще и экономический аспект. Даже в высокоразвитых странах ресурсы, выделяемые обществом на здравоохранение, ограничены. И наиболее эффективно направлять эти ресурсы на развитие методов профилактики, диагностики и лечения, практическая польза которых подтверждена исследованиями, удовлетворяющими критериям научно-обоснованной медицинской практики. Традиционное медицинское мировоззрение и научно-обоснованная медицинская практика, клинический опыт и интуиция - необходимые составляющие врачебного искусства. Однако ни один клиницист не может иметь достаточного прямого опыта, чтобы свободно ориентироваться во всем многообразии клинических ситуаций.

Не отрицая огромной важности личного опыта, научно-обоснованная медицинская практика исходит из следующего:

- В большинстве клинических ситуаций диагноз, прогноз и результаты лечения отдельного больного неопределенны и поэтому должны выражаться через вероятности.

- Вероятность исхода для отдельного больного наилучшим образом оценивается на основании прошлого опыта наблюдений за группами подобных больных.

- В клинические наблюдения заложены предвзятость и систематические ошибки, поскольку сделаны они экспериментатором-врачом на объекте наблюдения - человеке.

- Любые исследования, включая клинические, подвержены влиянию случайности. Поэтому, чтобы избежать заблуждений, клиницисты должны полагаться на наблюдения, основанные на твердых научных принципах, включающих способы уменьшения предвзятости и оценку роли случайности.

Традиционное клиническое обучение ориентировано на познание механизмов развития заболеваний на основе биохимии, анатомии, физиологии и других фундаментальных наук. Эти науки определяют научное мировоззрение студентов-медиков и предпочтительно индуктивный метод мышления, проявляющийся затем в клинических исследованиях и публикациях. Такое обучение воспитывает веру в то, что понимание деталей патологического процесса у данного больного составляет сущность врачевания и что, следовательно, зная механизмы заболевания, можно предсказать течение болезни и выбрать подходящее лечение.

Однако клинические прогнозы, основанные на знании биологии болезни, это только гипотезы, которые должны выдержать проверку в ходе клинических исследований. Дело в том, что механизмы развития болезней понятны только частично и что на исход влияет много других факторов (генетических, экологических, социальных). Многочисленные примеры убеждают нас в том, что воздействия, которые теоретически должны обеспечивать лечебный эффект, на самом деле не работают. Например, хорошо известно, что пациенты, перенесшие инфаркт миокарда, нередко внезапно погибают. Механизм внезапной смерти тоже известен - желудочковые нарушения ритма сердца. Логичным выглядит предположение, что устранив или уменьшив желудочковые аритмии с помощью антиаритмических средств, можно снизить риск внезапной смерти. Многие врачи, следуя этой логике и нисколько не сомневаясь в пользе этого лечения, назначали таким пациентам антиаритмическую терапию. Так продолжалось до тех пор, пока рандомизированное контролируемое исследование CAST не показало, что антиаритмические прерататы не только не снижают риск внезапной смерти, но наоборот, увеличивают его [6].

Клиническая эпидемиология выработала критерии оценки научного уровня публикаций. Научные исследования можно разделить на две категории: одни проводятся для выдвижения гипотез, другие - для их проверки. Для проверки гипотез годятся только рандомизированные контролируемые исследования. Остальные служат прежде всего для выдвижения гипотез, и именно с этих позиций следует относиться к их результатам. Это не означает ущербности одних исследований по сравнению с другими, они просто служат разным целям. Нормальное развитие научного процесса как раз предполагает вначале выдвижение, а затем проверку гипотезы. Важно уметь отличить пилотное исследование, выдвигающее гипотезы, от исследования, претендующего на окончательное решение проблемы (но на самом деле не являющегося таковым!). Подчас авторы склонны переоценивать результаты своей работы, поэтому дело читателя - оценить степень ее научной доказательности, решить, соответствует ли дизайн исследования поставленным задачам (так называемая "внутренняя обоснованность").

Например, очень важно разобраться, сформулирована ли гипотеза а priori (до начала исследования) или post factum (на основании полученных данных). Предположим, что полученные данные содержат большое число переменных, которые по природе своей никак не связаны между собой. Если эти данные чисто механически подвергнуть обработке для выявления взаимосвязи между переменными, то по теории вероятности каждая двадцатая корреляция окажется статистически достоверной с уровнем статистической значимости p<0,05! А ведь нередко проводятся до сотни и более сравнений переменных.

Теперь предположим, что некоторые из случайно выявленных взаимосвязей хорошо укладываются в одну из известных медицинских теорий. Тогда факт проведения множественных сравнений может быть не упомянут, а в окончательный отчет попадут случайно выявленные взаимосвязи, которым будет придано большое значение, поскольку они укладываются в рамки определенной концепции. Такое сочетание случайно выявленных взаимосвязей с предвзятым представлением только "интересных" данных встречается в научных статьях очень часто. Чтобы избежать случайных взаимосвязей, всякого рода индексы или признаки формулируются в ходе анализа данных одной группы больных, а проверяются обязательно на другой. Следует настороженно относиться к индексам, полученным и проверенным на одной и той же группе больных, или не проверенным вовсе.

Другая, не менее важная задача при критической оценке публикации состоит в том, чтобы определить, в какой степени ее результаты можно распространить на конкретную клиническую ситуацию (так называемая "внешняя обоснованность", или "обобщаемость" исследования). Нередко врачи склонны расширительно трактовать результаты публикаций. Так, неправомерно переносить на человека результаты, полученные на экспериментальных животных, а результаты обследования узко ограниченной группы больных - на пациентов, отличающихся по возрасту или степени тяжести заболевания, или же распространять данные об эффективности конкретного препарата на всю лекарственную группу. Например, утверждение типа "гипохолестеринемические препараты снижают смертность" истинно, поскольку основывается на солидных исследованиях, но бессмысленно с точки зрения клинической практики, так как доказано только для определенных категорий больных и препаратов. Итак, традиционно в процессе принятия клинических решений врач использует свои представления о механизме заболевания и личный опыт.

Часто возникают ситуации, когда ни знаний, ни опыта не хватает, и тогда врач прибегает к помощи более опытных коллег или экспертов в данном вопросе, либо обращается к учебнику. С точки зрения научно-обоснованной медицинской практики информацию, используемую для принятия клинических решений, можно разделить на первичную (данные оригинальных исследований, опубликованные в рецензируемых [peer-reviewed] научных журналах) и вторичную (обзорные и редакционные статьи, учебники, мнения экспертов), прямую (полученную в ходе клинических работ) и косвенную (полученную в эксперименте), сильную и слабую (в зависимости от дизайна исследования). Научно-обоснованная медицинская практика отдает приоритет первичной, прямой и сильной информации в качестве основы для принятия клинических решений. Дело в том, что учебники быстро устаревают, а мнения экспертов часто разноречивы и неясно, кому верить. Иногда мнение, однажды высказанное авторитетным экспертом, кочует из одного руководства в другое, несмотря на очевидные противоречащие факты.

В качестве примера можно привести рекомендацию по профилактическому введению лидокаина при остром инфаркте миокарда. В 1974 году появилась публикация, согласно которой профилактическое введение лидокаина в первые двое суток острого инфаркта миокарда значительно уменьшало риск фибрилляции желудочков, хотя и не влияло на смертность [7]. На основании этих данных авторы знаменитого руководства "Болезни сердца" под редакцией Е. Браунвальда стали рекомендовать рутинное профилактическое введение лидокаина. (Любопытно, что в тексте руководства, включая и третье его издание 1988 года, не содержится упоминаний об отсутствии положительного влияния лидокаина на смертность). Это мнение стало практически общепринятым и воспроизводилось в подавляющем большинстве обзоров и монографий вплоть до начала 90-х годов. И это несмотря на то, что к 1990 году были опубликованы результаты 12 рандомизированных контролируемых исследований и практически во всех профилактическое введение лидокаина при инфаркте миокарда приводило к увеличению смертности [8]. Лишь в четвертом издании "Болезней сердца", вышедшем в 1992 году, авторы признали тактику рутинного введения лидокаина ошибочной и даже вредной.

Как внедрять принципы научно-обоснованной медицинской практики? Как же представляют себе авторы концепции evidence-based medicine воплощение принципов научно-обоснованной медицинской практики в реальной жизни [9]?

Рассмотрим в качестве примера клиническую ситуацию: в госпиталь поступает пациент 43 лет, перенесший эпилептический припадок впервые в жизни. Из анамнеза известно, что черепно-мозговых травм не было, пациент умеренно потребляет алкоголь (1 - 2 раза в неделю), в день припадка алкоголя не потреблял. При физикальном исследовании отклонений от нормы не выявляется. Компьютерная томография головного мозга тоже не обнаружила патологии. При электроэнцефалографии выявлены только неспецифические изменения. После внутривенного введения нагрузочной дозы фенитоина (Дифенина) пациент был переведен на пероральный прием препарата. Какова дальнейшая тактика ведения больного? Традиционный подход. Лечащий врач обращается за советом к старшим коллегам, которые высказывают мнение, что, поскольку риск повторного припадка достаточно высок (хотя точно степень риска никто назвать не может), нужно продолжать профилактический прием препарата и наблюдаться у врача по месту жительства неопределенно долгое время. Лечащий врач дает эти рекомендации пациенту, запрещает ему водить автомобиль и оставляет его с довольно неопределенным прогнозом на будущее.

Научно-обоснованный подход. Врач задается вопросом, что ему известно о прогнозе после впервые перенесенного эпи-припадка, и понимает, что не знает ответа. Тогда он направляется в библиотеку, где делает запрос в базу данных MEDLINE. То же самое он может сделать и с помощью персонального компьютера, подсоединенного к модему. По ключевым словам epilepsy (эпилепсия), prognosis (прогноз) и recurrence (повторные припадки) врач получает выборку из 25 рефератов. После их изучения выясняется, что одна статья точно соответствует клинической ситуации. Врач заказывает ксерокопию статьи, из которой узнает, что риск повторного припадка в течение первого года составляет от 43% до 51%, в течение первых трех лет - от 51% до 60%. Если в течение 18 месяцев после первого эпи-припадка повторных приступов не отмечалось, риск уменьшается до 20%. Доктор сообщает эту информацию больному, порекомендовав продолжить прием препарата и обратиться на повторную консультацию через полтора года, чтобы обсудить необходимость дальнейшего медикаментозного лечения. Пациент покидает клинику с четким представлением о своем будущем, лечащий врач испытывает внутреннее удовлетворение от своей работы.

Безусловно, на пути внедрения научно-обоснованной медицинской практики есть немало трудностей и барьеров. G.Gyatt et al. [9] отмечают наиболее важные. - Большинство практических врачей не владеют принципами критической оценки публикаций, их пугает сложность овладения такими навыками. - Люди предпочитают быстрые и простые ответы. Медицинские руководства в виде "поваренных книг" с однозначными и простыми рецептами имеют свою привлекательность. Научно-обоснованная медицинская практика требует дополнительных затрат времени и сил, что может ощущаться врачом в качестве "отвлечения" от основной деятельности.

- Существует много клинических ситуаций, для решения которых не хватает научно-обоснованных фактов.

- У многих врачей нет достаточной мотивации, чтобы менять свои привычки. Тем не менее, в информационно насыщенном западном мире принципы научно-обоснованной медицинской практики получили широкое распространение. Как показал один из опросов 1996 года, врачи общей практики в Великобритании до 80% клинических решений принимают в соответствии с принципами evidence-based medicine. Конечно, совершенно нереально требовать от врача общей практики каждый раз самостоятельно отыскивать и критически оценивать факты, необходимые для решения клинической ситуации. Тем более в нашей стране, где ощущается острый недостаток современной медицинской информации.

Далее, надо учитывать, что по крайней мере 80% медицинских публикаций в мире издается на английском языке, поэтому понадобится хорошее его знание. И наконец, даже когда практический врач имеет в своем распоряжении всю необходимую периодическую литературу, он просто физически не в состоянии осваивать колоссальный объем новой информации. Ведь если предположить, что хотя бы 1% из публикуемых ежегодно 4 миллионов статей имеет какое-то отношение к лечебной практике врача, ему пришлось бы прочитывать каждый день около 100 статей. Между тем, как показывают социологические опросы, даже врачи, занимающиеся преподавательской работой, тратят на чтение специальной литературы в среднем 2 часа в неделю. Кроме того, недостаточно прочитать статью, нужно уметь критически оценить достоверность и возможность применения на практике полученных результатов.

Оптимальное решение проблемы - привлечь экспертов, которые, основываясь на принципах научно-доказательной медицины, подготовят информационный продукт для практических врачей в виде клинических рекомендаций, систематических обзоров, литературных дайджестов по важнейшим проблемам медицины.

Такая деятельность развивается по нескольким направлениям.

1. Разработка научно-доказательных клинических рекомендаций по наиболее важным медицинским проблемам. Такой подход получил широкое распространение за рубежом за последнюю четверть века. В 90-е годы принцип подготовки клинических рекомендаций претерпел существенные изменения: от метода экспертных оценок и консенсуса перешли к современным методам отбора и критической оценки научных фактов. Обычно инициаторами клинических рекомендаций (guidelines) выступают профессиональные врачебные ассоциации или правительственные организации, образующие экспертные группы, в задачу которых входит изучение всей доступной литературы по определенному вопросу, ее критическая оценка с применением соответствующих современных принципов и формулирование четких рекомендаций. Будучи внедренными в практику, хорошо составленные клинические рекомендации обеспечивают, помимо прочего, колоссальный экономический эффект, о чем свидетельствуют, например, отчеты американского Агентства по политике в области здравоохранения и научных исследований (AHCPR).

Создание современных клинических рекомендаций - очень непростая задача, требующая колоссальных организационных усилий, методической подготовки и солидного финансирования. Международный журнал медицинской практики будет регулярно публиковать клинические рекомендации по важнейшим вопросам клинической медицины, подготовленные Американской Коллегией врачей (American College of Physicians). Цель публикаций - обсудить возможность применения этих рекомендаций в российских условиях, стимулировать процесс разработки и внедрения аналогичных российских рекомендаций, объединив усилия всех лиц и организаций в их практической реализации. Мы глубоко уверены в том, что внедрение современных клинических рекомендаций в практику наших врачей существенно повысит эффективность здравоохранения.

2. Формирование базы данных систематических обзоров рандомизированных контролируемых исследований. Это направление активно развивается в рамках Cochrane Collaboration - международного содружества ученых, поставивших своей целью выявлять, систематизировать и обобщать результаты всех когда-либо опубликованных рандомизированных контролируемых исследований. Работа эта далеко не закончена, база данных постоянно пополняется за счет вновь опубликованных рандомизированных контролируемых исследований. В ней появляются новые тематические разделы. С помощью специальной методики (мета-анализа) ученые суммируют данные, полученные в ходе разных исследований по одной проблеме. В результате такого синтеза информации удается объективно, на основе статистических выкладок, оценить степень полезности различных лечебных, диагностических и профилактических вмешательств.

Строгий научный подход к отбору и синтезу информации отличает систематические обзоры от обычных литературных обзоров, публикуемых в медицинских журналах. Последние, как правило, страдают субъективизмом, поскольку авторы не ставят своей задачей анализ и критический разбор всех исcледований по проблеме, а скорее, наоборот, подбирают литературные источники таким образом, чтобы подтвердить или опровергнуть определенную точку зрения. По этой причине научно-доказательная медицина не рассматривает обычные литературные обзоры в качестве надежных источников информации. К настоящему моменту Cochrane Collaboration располагает достаточно полными базами данных по беременности и перинатальному периоду, сахарному диабету, инсульту и ряду других заболеваний. Эти базы данных уже распространяются на различных электронных носителях (дискетах, компактных оптических дисках), а в ближайшем будущем - и через Интернет. Международный журнал медицинской практики будет постоянно информировать своих читателей о деятельности Cochrane Collaboration.

3. Создание журнальных клубов и реферативных дайджестов. Идея подобного издания впервые была реализована Американской Коллегией врачей, которая в 1991 году выпустила первый номер "ACP Journal Club". С тех пор журнал получил всемирное признание и завоевал огромную читательскую аудиторию. С 1996 года стало выходить дочернее американо-британское издание - журнал "Evidence Based Medicine". Международный журнал медицинской практики, публикуя реферативные обзоры ведущих медицинских журналов, придерживается концепции, впервые выдвинутой редакторами ACP Journal Club.

Суть ее в следующем.

- Подавляющее число рандомизированных контролируемых исследований, которые могут представлять интерес для практических врачей, публикуется в достаточно ограниченном круге крупнейших международных медицинских журналов, имеющих высокие тиражи и лидирующих в Science Citation Index. Остановив свой выбор на 20 - 50 крупнейших журналах и поручив группе экспертов из 5 - 15 человек регулярно просматривать эти издания, мы можем быть уверены, что подавляющая часть важной клинической информации попадет в их поле зрения.

- Предъявив строгие научные и клинические критерии к отбору статей для реферирования , мы тем самым резко сузим круг публикаций, достойных немедленного внимания практических врачей. Как показал опыт ACP Journal Club, только 2% статей из 50 крупнейших журналов удовлетворяют этим требованиям.

- Поскольку опросы читателей научных журналов показывают, что в 80% случаев прочитываются лишь краткие резюме статей и редакционные комментарии по поводу этих статей, логично публиковать лишь тот материал, который действительно будет прочитан. При составлении резюме принципиально важно отразить основные положения публикации. Поэтому отобранные статьи представляются в виде структурированных резюме, которые содержат те же разделы, что и оригинальные статьи - цели исследования, методы, важнейшие результаты и практические выводы [10].

Далее статья направляется эксперту в данной области, в задачу которого входит прокомментировать основные результаты, помочь читателю-неспециалисту разобраться в сильных и слабых сторонах работы и отметить, насколько результаты применимы и полезны на практике.

В этой редакционной статье мы познакомили читателей с важнейшими положениями научно-доказательной медицины и с тем, как Международный журнал медицинской практики собирается информировать врачей о важнейших достижениях мировой медицинской науки с позиций evidence-based medicine. В дальнейшем мы планируем неоднократно возвращаться к основным положениям этой статьи, чтобы более подробно рассказывать о различных аспектах современной научной методологии в медицине.

Мы надеемся, что российские врачи с интересом и пониманием встретят новый Международный журнал медицинской практики. Редакция журнала с благодарностью воспримет комментарии и замечания читателей, самые интересные из которых будут публиковаться в разделе "Письма в редакцию".

**Список литературы**

1. D.Sackett, B.Haynes, G.Guyatt и P.Tugwell. Clinical Epidemiology: A Basic Science for Clinical Medicine. 2nd ed. Boston, Mass.:Little Brown, 1991.

2. Боборыкин В.М., Нугманова Д.С. Гипербарическая оксигенация. Материалы Национальной конференции Казахстана по качеству медицинской помощи, 15 - 16 мая, 1996;77-80.

3. Лисицын Ю.В., Нугманова Д.С. Лазерная терапия. Материалы Национальной конференции Казахстана по качеству медицинской помощи, 15 - 16 мая, 1996;61-76.

4. R.Fletcher, S.Flrtcher, E.Wagner. Clinical Epidemiology. The Essentials. 3rd ed., Baltimore, MD.: Williams and Wilkins, 1996.

5. S. Tillinghast. Russia chooses life: a programm to reverse the drastic decline in health and life expectancy of the Russian people. In press, 1996.

6. Epstein A.E., Hallstrom A.P., Rogers W.G. et al. Mortality following ventricular arrhythmia supression by encainide, flecainide and moricizine after myocardial infarction. The original design concept of the Cardiac Arrhythmia Supression Trial (CAST). JAMA1993;270:2451-5.

7. Lie KI, Wellens HJ, van Capelle FJ, Durrer D. Lidocain in the prevention of primary ventricular fibrillation: a double-blind, randomized study of 212 consecutive patients. N Engl J Med 1974;291:1324.

8. Antman EM, Lau J, Kupelnick B, Mosteller F, Chalmers TC. A comparison of results of meta-analyses of randomized trials and recommendations of clinical experts: treatment of myocardial infarction. JAMA 1992;268:240-248.

9. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-Based Medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992;268:2420-2425.

10. B.Haynes, C.Murlow, E.Huth, D.Altman, M.Gardner. More informative abstracts revisited. Ann Intern Med 1990;113:69-76.

11. С.Е.Бащинский. О необходимости научно-обоснованной медицинской практике.