

История медицины знает несколько случаев создания уникальных грандиозных сооружений, так сказать, «терапевтического назначения». Забавные и нелепые с высоты современных знаний, они тем не менее могут быть полезны для контрастирования некоторых проблем современной клинической практики.

Вращающийся солярий

В конце позапрошлого века гелиотерапия была одним из основных методов лечения многих заболеваний: нервных, бронхолегочных, анемии, болезни Ходжкина, септических ран, сифилиса, но главным образом туберкулёза, особенно туберкулёза костей, суставов и кожи. В 1903 г. Н.Финзен стал первым датским лауреатом Нобелевской премии в области физиологии и медицины за достижения в этой области, в частности за успехи в лечении кожного туберкулёза с помощью изобретённой им ультрафиолетовой лампы. Но всё же лечение естественным солнечным светом оставалось наиболее распространённым, и инженерная мысль здесь тоже не дремала, предлагая всевозможные причудливые конструкции для обеспечения оптимальной инсоляции.

Всех превзошёл французский врач Ж.Сейдман, который в 1929 г. разработал и годом позже построил в известном французском бальнеологическом курорте Экс-ле-Бен громадный вращающийся солярий. Он представлял собой башню, в которой на первом этаже находилась смотровая и зал ожидания, откуда лифт и винтовая лестница вели в расположенную на вершине башни платформу с размещёнными на ней кабинками для солнечных ванн.

С помощью мотора платформа медленно вращалась с такой скоростью, чтобы находящиеся в кабинках кровати в течение всего дня располагались перпендикулярно к солнечному свету. Каждая кабинка была оснащена линзами и фильтрами для усиления или ослабления воздействия солнечного света на отдельные участки тела пациентов.

Расположение платформы на высоте объяснялось необходимостью обеспечения пациентов максимально чистым воздухом. В солярии лечились больные с различными формами туберкулёза и ревматизма, кожными заболеваниями, раком, рахитом и др. Всего в мире было построено три таких солярия, в том числе в Индии, где недавно его собиравшись восстановить в виде туристической достопримечательности. Дата прекращения деятельности солярия Сейдмана неизвестна. Возможно, спрос на него исчез с началом Второй мировой войны или в связи с выходом из моды, но, так или иначе, с наступлением эры антибиотиков он был обречён.

Гипербарический санаторий

В конце XIX – начале XX века существовала идея о возможности лечения некоторых болезней путём помещения больных в атмосферу с повышенным давлением воздуха. Логическим обоснованием этой концепции было то, что самочувствие пациентов с некоторыми заболеваниями значительно ухудшалось в высокогорных условиях, но улучшалось при возвращении на высоту уровня моря. Одним из энтузиастов гипербарической терапии в США был профессор анестезиологии Канзасского университета О.Канинхем.

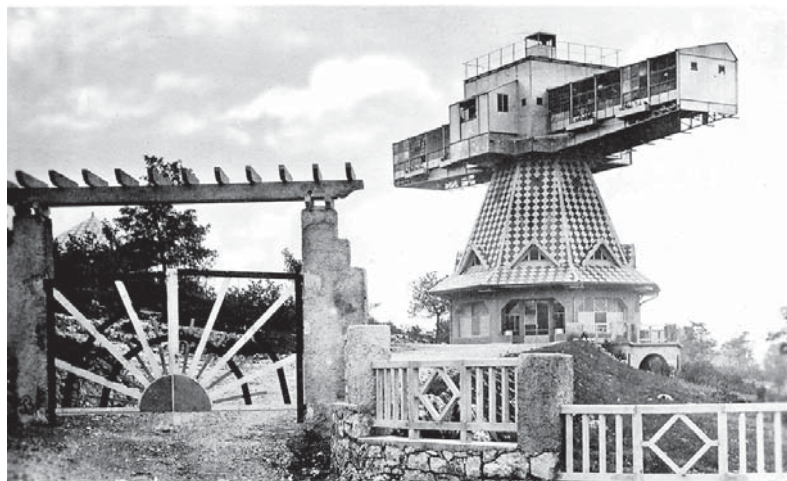
Он также считал, что существует некий анаэробный микроорганизм, вызывающий почти все болезни, который невозможно высеять и который ингибируется в гипербарической атмосфере. Окончательное убеждение в безграничных возможностях метода пришло к нему после того, как во время эпидемии «испанки» 1918 г. он «спас» молодого врача, находившегося в критическом состоянии.

Сначала Канинхем проводил лечение в большой цилиндрической

Далёкое – близкое

По дороге в небытие

Как вымирают «медицинские динозавры»



Вращающийся солярий Ж.Сейдмана в Экс-ле-Бен, начало 1930-х

барокамере, но в 1928 г. один из благодарных пациентов построил для него целый «гипербарический санаторий» на 40 пациентов. Он представлял собой сделанное из стали 6-этажное сферическое 900-тонное сооружение, в котором имелось 72 комнаты, на каждом этаже было по 12 спален, рояль, климат-контроль и т.д.

Создаваемое в «санатории» давление воздуха достигало 3 атмосферы. Лечение проводилось при множестве заболеваний, включая гипертоническую болезнь, сахарный диабет, рак, уремию и пр. Но разгуляться Канинхему не удалось. Американская медицинская ассоциация потребовала у него представить научное обоснование его практики и, не получив такового, добилась закрытия его «гипербарического санатория» уже в 1930 г. Во время Второй мировой войны он был разрезан на металлолом.

Первые и единственные

Многоместная барокамера «Урал-1», которой в этом году исполняется 30 лет, пока ещё не стала экспонатом кунсткамеры медицинского монументализма, но является очевидным кандидатом в эту коллекцию. Размером с фюзеляж пассажирского самолёта, рассчитанная на одновременное размещение 30 пациентов, она была установлена в 1987 г. в специально построенном для неё здании на территории МСЧ «Оренбурггазпром» (сейчас Оренбургская областная клиническая больница № 2). Она и поныне остаётся первым и единственным в мире сооружением такого размера, созданным для медицинского применения метода адаптации к периодической барокамерной гипоксии (АПБГ). Показаниями для лечения считаются бронхолегочные, аллергические, кожные заболевания, артериальная гипертония 1 ст., вегетососудистая дистония, железодефицитная анемия, дисфункция яичников, бесплодие и импотенция, но ни в федеральных (национальных) клинических рекомендациях по лечению этих заболеваний, ни в порядках и стандартах медицинской помощи федерального Минздрава АПБГ даже не упоминается и фондом ОМС не оплачивается.

Несмотря на фундаментальное теоретическое обоснование метода, 30-летнее практическое применение и бурное кипение научной деятельности вокруг барокамеры «Урал-1», реальная клиническая польза от её применения по современным представлениям так и остаётся неопределённой. Известно, что за первые 20 лет её применения, она была использо-

вали прекрасные результаты в устранении желудочковых аритмий (суррогатный критерий оценки). В конце 1980-х годов в США ежегодно более 200 тыс. человек принимали эти препараты. Но уже первые результаты рандомизированного контролируемого исследования, в котором изучаемым исходом была смертность, оказались шокирующими – приём этих препаратов приводил к трёхкратному увеличению риска внезапной смерти и общей смертности по сравнению с плацебо.

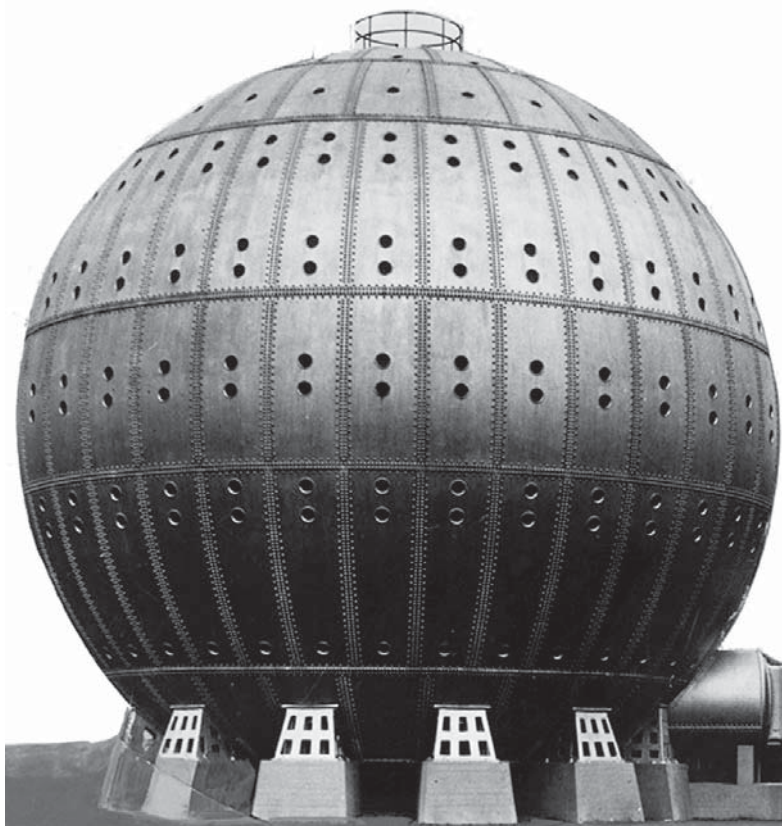
В значительной части научных работ по АПБГ исследовалась её эффективность при сердечно-сосудистых заболеваниях, в том числе ИБС, аритмиях и сердечной недостаточности, но истинные клиниче-

Все исследования АПБГ были краткосрочными, лишь в некоторых из них продолжительность наблюдения за пациентами достигала одного года, в то время как, например, для оценки влияния лекарственного средства на прогрессирование хронических бронхолегочных заболеваний продолжительность исследования по современным требованиям должна быть не менее 3 лет. Дизайн всех этих исследований был очень далёк от современных стандартов клинических испытаний, и, хотя в некоторых диссертациях робко упоминается слово «рандомизация», ни её метод, ни описание её процедуры не приводятся.

Странно то, что все эти, по существу, предварительные научные исследования, имевшие, как это у нас принято, очень положительные результаты, не привели к решению о проведении клинических испытаний, соответствующих современным требованиям по изучению истинных клинически значимых исходов. Неудивительно, что ни Минздрав, ни составители национальных клинических рекомендаций, ни фонд ОМС не знают, как относиться к этому методу при всей его 30-летней героической эпопее.

Ну а говорить об экономической эффективности метода в отсутствии достоверных доказательств его клинической эффективности и вовсе не приходится. Закрадывается предположение, что, несмотря на внешние проявления гордости за такое уникальное сооружение, руководство больницы втайне относится к нему как к чемодану без ручки – и бросить жалко, и тащить неудобно.

В России, конечно, не найдётся органа, подобного Американской медицинской ассоциации образца 1928 г., которая могла бы, как в случае с Канинхемом, потребовать либо предъявить соответствующее современному требованиям научное обоснование метода, либо прекратить его применение. Поэтому, видимо, барокамеру



Гипербарический санаторий Канинхема, 1928 г.

вана для защиты 14 диссертаций, то есть, видимо, сейчас число «остепенившихся» с её помощью перевалило далеко за 20.

Не ставя под сомнение добросовестность выполнения оренбургскими исследователями диссертационных работ, следует всё-таки признать, что их результаты не могут служить надёжными доказательствами эффективности и безопасности гипобаротерапии. В абсолютном большинстве этих исследований изучались не истинные клинически значимые исходы, а суррогатные (косвенные) критерии оценки – показатели иммунитета, липидного и углеводного обмена, антиоксидантной системы, перекисного окисления липидов, нейрогуморального статуса, результатов функциональных исследований и т.д.

Как известно, результаты оценки суррогатных критериев могут быть полезны в качестве предварительных данных для принятия решения об оправданности и перспективности проведения крупного исследования по изучению истинных клинически значимых исходов. Однако опираться на исследования суррогатных критериев в клинической практике ошибочно и опасно.

Классический пример драматических последствий такой ошибки – история с допуском к клиническому применению антиаритмических препаратов, которые по-



Барокамера «Урал-1»

ские исходы (смертность от всех причин и от ССЗ, частота развития инфаркта миокарда, инсульта и реваскуляризации) в сравнении со стандартным лечением никогда не изучались. На основании всех этих работ невозможно сделать вывод о том, как влияет АПБГ на 5- или 10-летний риск сердечно-сосудистых событий, и, соответственно, нет никакой гарантии, что за применением АПБГ при этой патологии не скрывается ситуация, схожая с описанными выше антиаритмическими злоключениями, хотя и в меньших масштабах.

«Урал-1» ждёт судьба вращающегося солярия Сейдмана – так и будет она возвышаться пирамидой Хеопса в российском медицинском ландшафте до полного окончания срока эксплуатации или выхода из моды среди части местного населения.

Валерий АКСЁНОВ,
вице-президент
Межрегионального общества
специалистов доказательной
медицины,
кандидат медицинских наук.

Оренбург.