

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА: ПЕРСПЕКТИВЫ ДЛЯ ГОМЕОПАТИИ

М.Г. Абакаров

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» (г. Махачкала)

Evidence-based medicine: prospects for homeopathy

M.G. Abakarov

Dagestan State Medical University (Makhachkala, Russia)

РЕЗЮМЕ

В статье изложены подходы к планированию и проведению клинических исследований для формирования приемлемой доказательной базы гомеопатической терапии. По мнению автора, камнем преткновения для принятия результатов современных рандомизированных клинических исследований (РКИ) гомеопатических препаратов является ошибочное применение к потенцированным растворам закона Авогадро для идеальных газов и требование о рандомизации при формировании исследуемой выборки. Предлагаются варианты дизайна клинического исследования, которые позволят повысить методологическое качество исследований без нарушения требований к организации РКИ, принятых в доказательной медицине.

Ключевые слова: гомеопатия, доказательная база гомеопатии, рандомизированные клинические исследования в гомеопатии.

RESUME

The article outlines approaches to planning and conducting clinical trials to form an acceptable evidence base of homeopathic therapy. According to the author, the stumbling block for accepting the results of modern randomized clinical trials (RCTs) of homeopathic medicines is the erroneous application of Avogadro's law for ideal gases to potentiated solutions and the requirement of randomization in the formation of the sample under study. Variants of clinical research design are proposed that will improve the methodological quality of research without violating the requirements for the organization of RCTs that are used in evidence-based medicine.

Keywords: homeopathy, evidence base of homeopathy, randomized clinical trials in homeopathy.

История медицины знает огромное число методов лечения заболеваний человека, которые позиционировались как «новейшие» и «очень эффективные», но не выдерживали проверку временем и очень скоро уходили в небытие. Однако этого нельзя сказать о гомеопатии, которая продержалась более 200 лет и не собирается сдавать свои позиции. И это несмотря на отсутствие государственного финансирования (за редким исключением) и мощной, нередко агрессивной критики с использованием всего арсенала средств: от кафедры лекционного зала до эфира популярных передач о здоровье в средствах массовой информации. Теперь гомеопатам выпало преодолеть еще и «вето» комиссии по лженауке РАН. Такое, откровенно враждебное отношение к лечебному подходу неудивительно, если представить потери фармацевтических корпораций и других, связанных с ними медицинских учреждений, когда пациенты решат обратиться в гомеопатическую клинику. При этом главным

аргументом против использования гомеопатии у современных критиков является отсутствие доказанного эффекта. Действительно, открыв, например, в Интернете страницу русскоязычной Википедии, посвященную гомеопатии, можно увидеть немалое число ссылок на отрицательные результаты контролируемых исследований, в том числе мета-анализов, имеющих наивысший (А) уровень доказательности [12, 13]. В это трудно не поверить!

Очевидно, что с подобными отрицательными результатами клинических исследований гомеопатических лекарств не согласятся, прежде всего, практикующие гомеопаты, наблюдающие эффекты высоких разведений лекарственных препаратов в своей ежедневной, рутинной практике. Парадоксальность ситуации заключается в том, что на протяжении более чем 200-летней истории гомеопатии врачи и их пациенты эффект наблюдают, а исследователи, которые пытаются оценить тот же эффект, его не обнаруживают. А если

и обнаруживают, то относят его к эффекту «плацебо». Это, на мой взгляд, связано с двумя важными противоречиями, которые остаются камнем преткновения в доказательстве действенности гомеопатического метода.

Первое противоречие связано с тем, что по достаточно простым подсчетам в соответствии с физическим законом Авогадро в лекарственной форме высокого разведения нет ни одной молекулы действующего вещества. При этом умалчивается, что закон Авогадро является законом применительно к *идеальным газам*, а не к растворам, и разгромные аргументы в упомянутой выше статье русскоязычной Википедии, основанные на математических расчетах на основе указанного закона, глубоко ошибочны и по этой причине их не следует принимать в расчет. Очевидно, что в водной среде при приготовлении гомеопатических препаратов происходят процессы (некоторые авторы их называют «памятью воды»), которые методами современной аналитической химии выявлены быть не могут. Возможно, это дело недалекого будущего, и ответы будут получены при привлечении методов квантовой физики, которая еще только начинает внедряться в медицинские исследования. Еще нобелевский лауреат, физик-теоретик Р. Фейнман, один из разработчиков квантовой электродинамики, которому принадлежит идея создания новых материалов на основе технологии атомной сборки, которую впоследствии назвали нанотехнологиями, в 1956 году указывал, что преодоления барьера в 10^{-9} (нано-уровень) приводит к появлению новых, необычных свойств веществ [6]. Возможно, что именно этот феномен мы и наблюдаем при потенцировании растворов, а загадка феномена динамизации растворов путем их встряхивания после каждого разведения лежит в области физики трения атомов, которая все еще во многом остается загадкой [24]. Поэтому неприятие гомеопатии отчасти может быть сведено к выражению «Я не знаю, поэтому я против».

Вторым противоречием, не позволяющим воспроизводить эффекты гомеопатических ЛС подобно эффектам фармакологических, является противоречие между методологией клинических испытаний и спецификой гомеопатического подхода, главным условием которого является индивидуальный выбор лекарственного средства в соответствии с принципом «подобия». Приведем характерные выводы одной из многочисленных публикаций, посвященных оценке эффективности гомеопатии на основе принципов современной доказательной меди-

цины: «согласно выводам высококачественного мета-анализа, индивидуальный выбор гомеопатического лекарства может оказать небольшое, специфическое влияние», а также: «Несмотря на значительный рост научных исследований с 1994 года, сомнения по поводу качества исследований ограничивают интерпретацию имеющихся данных РКИ. Вопрос, отличается ли гомеопатическое вмешательство от «плацебо», ждет решающего ответа» [18].

Это противоречие Д.Р. Лоуренс и П.Н. Бенитт, авторы известного руководства по клинической фармакологии, сформулировали еще в 80-х годах прошлого столетия, следующим образом: «существует единственное фундаментальное разногласие между представителями ортодоксальной научной и традиционной и комплементарной медицины (хотя она часто затушевывается детализированными спорами по отдельным типам лечения) – это вопрос о том, каково должно быть приемлемое доказательство (т.е. его природа, качество, интерпретация данных), позволяющее всем принять предлагаемые методы лечения и воспринять гипотезы» [5].

Как известно, любое клиническое испытание, обладающее высоким методологическим качеством, должно быть рандомизированным, контролируемым, с «ослеплением», причем последнее может быть простым, двойным, тройным и даже полным. В отличие от безусловного требования контроля и «ослепления», условие необходимости обеспечения рандомизации, на мой взгляд, является главным препятствием для формирования приемлемой доказательной базы гомеопатии. Связано это со спецификой гомеопатии, а если быть точнее, ее законом «подобия», отступление от которого неизбежно приводит к неудачам в проведении терапии и потере воспроизводимости результатов, описанных другими авторами. Его называют законом именно для того, чтобы подчеркнуть необходимость его безусловного соблюдения.

Как известно, основная задача рандомизации – это обеспечение *однородности* групп больных по всем признакам, которые влияют на исход заболевания. Принято считать, что достичь возможности сопоставимости групп наблюдения в наиболее полном объеме можно только при случайном распределении пациентов на группы, когда исследователь, проводящий набор пациентов, не должен знать, в какие группы (контрольную или испытываемую) они (пациенты) попадают («слепой отбор») [3].

В связи с указанными обстоятельствами, для корректного исследования эффективности гомеопатических ЛС в соответствии требованиями современной доказательной медицины, необходимо разработать такой протокол (дизайн) клинического исследования, который позволил бы, не нарушая основные методологические требования к организации и проведению рандомизированных клинических исследований (РКИ), преодолеть *противоречие между требованием о рандомизации и необходимостью безусловного соблюдения индивидуального подхода на основе закона «подобия»*. Это и явилось целью настоящей статьи. Ведь именно закон «подобия» лежит в основе гомеопатии, а не применение высоких разведений, что неоднократно подчеркивали авторы практических руководств по гомеопатии.

Как известно, разработке дизайна клинического исследования предшествует формулировка клинических вопросов, целей проводимого исследования. Таких вопросов-целей, на мой взгляд, может быть несколько.

1. Обладает ли гомеопатическое лекарство высокого разведения, специфической активностью?

Необходимость получения ответа на этот вопрос обусловлена утверждениями о том, что в соответствии с физическим законом Авогадро в гомеопатическом лекарственном препарате в разведении выше С12 нет ни одной молекулы исходной субстанции, и потому специфической активности быть не может.

Здесь имеется ввиду не лечебный эффект, а эффект вообще. Существует целый ряд экспериментальных работ, опубликованных в том числе и в академических журналах, которые доказывают сохранение активности в растворах при высокой степени разведения [2, 4, 7, 10], но эти работы при несомненной их научной ценности не имеют отношения к гомеопатии. Гомеопатия, как уже подчеркивалось [1], это не применение малых доз, а соблюдение принципа «подобия» при выборе ЛС для лечения конкретного пациента. При соблюдении этого принципа пациенту подбирается вещество (ксенобиотик), к которому у пациента обнаруживается парадоксальная высокая чувствительность, что есть ни что иное как идиосинкразия. Если в *основе идиосинкразии и болезни пациента* лежат одни и те же генетические мутации, то, с одной стороны, мы наблюдаем высокую избирательную чувствительность к выбранному средству (но не ко всем примесям в растворе!), а с другой, снижение в результате лечения чувствительности к препарату

и к этиологическим факторам («триггерам»), лежащим в основе патологии. Это возможно в результате формирования адаптивного ответа (при адаптивном ответе организм становится менее чувствительным к высоким, токсическим, дозам веществ), что и составляет, на мой взгляд, сущность механизма действия гомеопатии.

В клинических исследованиях для корректного ответа на поставленный выше вопрос следует оценить воспроизводимость симптомов при приеме разведений выше С12, когда в исходном растворе, в соответствии с законом Авогадро (выше правомерность применения этого закона по отношению к растворам была подвергнута сомнению), вещества быть не может. Здесь в качестве доказательства эффекта следует обратиться к практике гомеопатических испытаний (прувингов), которые по сути аналогичны 1 фазе клинических испытаний фармакологических средств. В этом случае клинически здоровым испытуемым предлагается прием препарата и «плацебо». В нашем случае, если оцениваются эффекты высоких потенций (например, С30), после приема нескольких доз, например, трех, испытуемые должны описать все ощущения, которые они испытали. Если в группе, где пациенты получают гомеопатический препарат, пациенты начинают испытывать болезненные ощущения (а в контрольной группе, получающих плацебо, их нет), и они совпадают с эффектами токсических доз, то результат можно считать положительным. Естественно, в этом случае путем статистического анализа должна быть отвергнута «нулевая гипотеза».

Еще одним доказательством активности высоких разведений являются лекарственные обострения при лечении гомеопатическими препаратами. Обострения развиваются чаще всего при применении высоких разведений, в которых, если судить по тому же закону Авогадро, вещества нет.

Можно предложить яростным критикам гомеопатии несколько приемов Ипекакуаны С30, и триада тошнота-рвота-диарея станут убедительными аргументами в пользу метода.

2. Является ли эффект гомеопатического лекарства эффектом «плацебо»?

Одним из аргументов, что эффект гомеопатических ЛС не является эффектом «плацебо» является эффективность применения этих препаратов у детей, особенно младших возрастных групп, и при лечении животных в ветеринарии. Таких РКИ опубликовано немало, однако их принятию препятствуют требования

о методологическом качестве исследований, которые не всегда могут быть соблюдены при гомеопатическом лечении.

На практике, следуя требованиям о методологическом качестве исследования, набрать необходимый размер выборки при индивидуальном выборе гомеопатического лекарственного средства (когда для оценки выбран вариант монотерапии), который принято называть классической гомеопатией, также сложно, как и формирование выборки для лечения орфанных (редких) болезней. Это требует большого времени, а качество исполнения закона «подобия» очень сильно зависит от опыта и квалификации врача-гомеопата. Это связано с тем, что при выборе препарата для лечения хронического заболевания должны быть учтены не только симптомы заболевания (например, симптомы аллергического ринита), но и конституциональные особенности пациента (его «миазм», т.е. тип реагирования и природа источника для приготовления лекарства (минерал, растение, животное, нозод) и, что также важно, разведение гомеопатического лекарства. Эти сложности в планировании РКИ находят свое отражение в неоднозначных выводах систематических обзоров и мета-анализов РКИ. Так, анализ 36 систематических обзоров РКИ, выполненных за 20 лет (с 1994 по 2015) [17, 18], показал, что 16 из них пришли к выводу о положительных или ориентировочно положительных выводах о клинической эффективности гомеопатии, а выводы остальных 20 были отрицательными или неубедительными. Обзоры, как правило, были ограничены в своих выводах низким качеством оригинальных доказательств в РКИ. Три всеобъемлющих систематических обзора с осторожностью пришли к выводу, что гомеопатия может отличаться от плацебо; четвертый такой обзор дал отрицательные выводы. В то же время, согласно выводам высококачественного мета-анализа, индивидуальный выбор гомеопатического лекарства может оказать небольшое, специфическое влияние. Характерен вывод автора, проводившего анализ публикаций: «Несмотря на значительный рост научных исследований с 1994 года, сомнения по поводу качества исследований ограничивают интерпретацию имеющихся данных РКИ. Вопрос, отличается ли гомеопатическое вмешательство от «плацебо», ждет решающего ответа» [18].

Достаточно простым выходом из данного положения является, на мой взгляд, следующий дизайн исследования. Здоровым добровольцам без явных клинических признаков заболева-

ния, может быть назначен гомеопатический препарат, например, Пульсатила С30, который спровоцирует появление ряда симптомов, которых ранее у пациента не было, например, ринит с характерным ухудшением в помещении. Выборку испытуемых, проведя рандомизацию, делим на две подгруппы: одна получает «плацебо» в виде гомеопатических крупинок, не содержащих потенцированного ЛС, а другая получает в таком же виде гомеопатический антидот. Таковым может быть универсальный антидот для растительных гомеопатических препаратов Камфора С6. Более быстрое исчезновение симптомов ринита у пациентов получивших антидот, укажет на то, что эффект не связан с эффектом плацебо. Я в своей практике широко применяю указанный антидот при лечении гомеопатических обострений у взрослых и детей. Он одинаково эффективен у обоих возрастов, симптомы обострения (даже тяжелые) при применении указанного антидота устраняются значительно быстрее.

3. Насколько эффективно гомеопатическое средство устраняет симптомы заболевания?

Чтобы получить корректный ответ на этот вопрос, необходимо тщательное соблюдение правил или, если быть точнее, законов гомеопатии. Нелишне напомнить, что наиболее важным является закон «подобия», в соответствии с которым симптомы болезни и симптомы лекарства (патогенез), полученные в «прувингах» (исследования лекарственных препаратов на здоровых добровольцах), должны совпадать. Чем выше совпадение, тем эффективнее терапия.

Если при лечении острых заболеваний достаточно «простого подобия», без учета «миазма» и природы источника лекарственного средства, при лечении хронических заболеваний, как уже упоминалось выше, требуется соответствие «миазму» и природе источника (растение, минерал, препарат животного происхождения и нозод). Кроме того, как я уже указывал выше, еще одним условием успешного выбора средства является сложность формирования однородной выборки пациентов с хроническим заболеванием для соблюдения условия рандомизации.

Если обратиться к гомеопатическому реперторию Complete Dynamics, можно увидеть, что неполный перечень препаратов для лечения сезонного поллиноза (рубрика «сенная лихорадка») составляет более 200 препаратов (разница в шрифтах указывает на выраженность симптома в 4 степенях):

Нос; сенная лихорадка, сенной насморк, аллергия каждый год: acon adren agar agath-a

AIL also ALL-C alum ALUM-CHR am-c AMBRO aml-n ANT-T antho antipyrin apoc ARAL arg-n arist-cl ARS ARS-I arum-d ARUM-T ARUND ASC-C ASC-T aspin aur-m-n bac BAD bamb-a bani-c bar-ar BELL benz-ac beryl bomb-pr BOV BROM bros-g bry CALAD CALC calc-chln calc-f calc-l-n calc-sil camph cand-a canth carb-ac CARB-V CARC card-m caust cer-o cer-p CHIN chin-ar chlol CHLOR CIST cocain con cordys-s cortiso CUMIN cupr-acet cupr-ar CYCL diox DULC DYS-CO echi-a electr *e phe-v* erb eucal EUPH euph-pi EUPHR excr-can *ferr-m* foll *fuc* gado-n gall gall-ac GALPH GELS gink *glech* glon glyc-g GRAPH grin guano *haliae-lc* hed HEP her-s HIST hoch holm-o hydr-ac ichth ICTOD ign imp IOD IP JUST KALI-BI KALI-C kali-fcy KALI-I KALI-P kali-s *kali-s-chr* LACH larre-t laur *linu-c* linu-u LOB lob-p lob-s *lyc* lycpr mag-m mag-p malar mang mang-acet MED meph MERC merc-i-f merc-k-i MOSCH *myos-a* NAJA NAPHT NAPHTIN NAT-AR nat-c nat-i NAT-M nat-p NAT-S neod-c nuph nux-m NUX-V OL-AN olea OP oxyg parac-h paraph parth pect per ph-ac phase phel phenob PHLE PHOS plb plut-n poll PSOR PULS pyrog queb rad-br RAN-B *rhus-t* ros-ca-a ROS-D ros-g SABAD sal-ac SANG SANGUIN-N SANIC saroth scorp senec seneg SEP SIL silphu sin-a SIN-N SKOOK solid SQUIL STICT stry succ SUCC-AC sul-ac *sul-i* SULPH supren syc-co ter teucr ther thuj thul-p tour-w trif-p TUB uran uro-h visc WYE.

Они, если строго следовать принципу «подобия», не взаимозаменяемы!

Если из указанного перечня выделить средства в соответствии с сезоном обострения заболевания, можно увидеть что список препаратов значительно сокращается:

Нос; сенная лихорадка, сенной насморк, аллергия каждый год; весна: ALL-C bamb-a dulc GELS lach naja plut-n psor pyrog sabad sang tub.

Нос; сенная лихорадка, сенной насморк, аллергия каждый год; лето: all-c ambro DULC GELS *kali-s-chr* mag-p naja naphtin nat-m phle sanguin-n sin-n stict.

Нос; сенная лихорадка, сенной насморк, аллергия каждый год; лето; август: ALL-C ambro dulc gels kali-s-chr naja nat-m sanguin-n sin-n stict.

Нос; сенная лихорадка, сенной насморк, аллергия каждый год; осень: ambro dulc kali-s-chr MERC phle PSOR solid wye.

Из этого следует, что корректный, с точки зрения гомеопатии, выбор средства диктует необходимость оценки эффективности большого числа препаратов в одной группе испытуемых. И наоборот, выбранный для ис-

следования препарат при сопоставлении его патогенеза с симптомами пациентов группы может оказаться не показанным ни одному из них! Именно поэтому, по отсутствию эффекта при оценке, например, результатов лечения остеоартрита с помощью Рус токс (Rhus toxicodendron), делается вывод о неэффективности гомеопатической терапии данного заболевания [21].

В данном случае, на который ссылается в своей статье и Дж. Витулкас [23], не только не был соблюден принцип «подобия», препарат оказался неверным для лечения остеоартрита. Гомеопатам хорошо известно, что Рус токс (Rhus tox.), в отличие от препарата Каустикум (Causticum), солей калия, солей кальция или солей натрия практически никогда не показан в случаях остеоартрита, но он является эффективным в ряде случаев фиброза (мышечного ревматизма) и при некоторых ревматических заболеваниях.

По выражению Дж. Витулкаса, «Отрицательное заключение, полученное в результате данного испытания, является подобным результату тестирования на определение эффекта, например, антибиотиков при лечении тревожного невроза, которое показывает отсутствие результата от применения последних при данной патологии; и далее на основе этого отрицательного заключения делается вывод, что конвенциональная медицина бесполезна!» [23].

Подобные примеры можно привести и в отношении многих других заболеваний.

Совсем недавно были опубликованы результаты сравнительного рандомизированного плацебо-контролируемого исследования в ветеринарии [15], в котором оценивали эффективность индивидуализированной гомеопатии и антибиотиков при лечении мастита у коров. Авторы пришли к выводу что «результаты данного исследования предполагают, что эффективность индивидуализированной гомеопатии не выходит за рамки эффекта плацебо». Однако они не отвергают гомеопатический подход категорически, а рекомендуют его использование при лечении мастита у коров «только при определенных условиях, в частности: лечение мастита, вызванного специфическими патогенами мастита, в сочетании с антибиотиками (комплементарная терапия), своевременное и регулярное наблюдение, достаточное время для гомеопатического клинического исследования, знание гомеопатических принципов (!) и использование гомеопатических средств в качестве на-

чального лечения, пока результаты культуры не предполагают другие методы лечения».

По мнению авторов, результат исследования мог быть обусловлен методологическими проблемами: «обнаружение и оценка индивидуальных гомеопатических симптомов (таких как модальности или специфические симптомы) может быть сложной задачей в практических условиях и может быть причиной неопределенности, даже для ветеринарного эксперта в гомеопатии. Несмотря на опыт ветеринара и использование компьютерного репертория, возможно, что было выбрано неуместное гомеопатическое средство, что привело к негативному влиянию на скорость лечения».

Другой причиной отрицательного результата исследования авторы считают «унифицированную дозировку выбранного гомеопатического средства, когда все коровы получали препарат в дозе (потенции) С30, что было сделано для стандартизации процедуры лечения и могло оказать влияние на конечные результаты лечения» [15]. Надо отдать должное авторам за честность и непредвзятость в оценке результатов исследования.

В связи с неизбежными методологическими проблемами с выбором препарата при РКИ, в качестве модели для исследования клинической эффективности гомеопатии более подходящей является, на мой взгляд, выбор в качестве модели острого эпидемического заболевания. Как правило, оно имеет стереотипные проявления, и поэтому нередко для лечения требуется одно единственное средство [8, 9, 14, 16].

В качестве примера обсудим доказательную базу хорошо изученного гомеопатического средства Оциллококцинум С200, уровень доказательности которого, по данным систематического обзора Кокрановского центра, отнесен к категории В1 (с доказанной общей эффективностью) [22]. Он был не только эффективен при лечении гриппа и гриппоподобных ОРВИ, но и обладал профилактическим действием. По данным ретроспективного наблюдательного исследования по оценке эффективности лекарственного препарата Оциллококцинум® для профилактики инфекций дыхательных путей (использованы результаты наблюдения за период с 1 января 2002 г. по 31 декабря 2011 г. у 459 пациентов с инфекциями дыхательных путей, 248 пациентов получали Оциллококцинум® по 1 дозе в неделю в течение 8 месяцев в году, контроль: 211 пациентов, которые не получали препарат), в группе, получавшей Оциллококцинум®, отмечалось значительно

($p < 0,001$) более низкое число эпизодов инфекций дыхательных путей в год ($0,67 \pm 0,67$), чем в группе пациентов, не получавшей профилактики ($1,17 \pm 0,89$) [9].

Применение препарата Оциллококцинум было не только эффективным профилактическим средством, но и экономически выгодным, поскольку приводило к снижению числа посещений медучреждений в связи с развитием инфекций верхних дыхательных путей [11].

Несмотря на высокое методологическое качество исследований и убедительность результатов, упорное неприятие подобных результатов является достаточно характерным и может быть проиллюстрировано статьей в русскоязычной Википедии, посвященной препарату Оциллококцинум: она не содержит ссылок на публикации, где эффективность была показана в РКИ и подтверждена в мета-анализе РКИ, а однозначный вывод об отсутствии доказанного эффекта основан на выводах систематических обзоров и мета-анализа РКИ, которые в своих выводах об эффективности препарата не столь категоричны. Приведем некоторые из них: «Недостаточно убедительных доказательств, чтобы можно было сделать обоснованные выводы об *Oscillococcinum* (®) в области профилактики или лечения гриппа и гриппоподобных заболеваний. Наши результаты не исключают возможности того, что *Oциллококцин*(®) может иметь клинически полезный лечебный эффект, но, учитывая низкое качество соответствующих исследований, данные не являются убедительными. Не было никаких доказательств клинически важного вреда из-за *Oscillococcinum*» [20].

Другие выводы из более поздних публикаций тех же авторов (выше я уже их цитировал, но справедливости ради повторюсь): «согласно выводам высококачественного мета-анализа, индивидуальный выбор гомеопатического лекарства может оказать небольшое, специфическое влияние», а также: «Несмотря на значительный рост научных исследований с 1994 года, сомнения по поводу качества исследований ограничивают интерпретацию имеющихся данных РКИ. Вопрос, отличается ли гомеопатическое вмешательство от «плацебо», ждет решающего ответа» [18].

Д.Р. Лоуренс и П.Н. Бенитт (1991) комментируют подобную ситуацию, которая сложилась достаточно давно, следующим образом: «догмы гомеопатии навлекли на себя насмешки, это вызывает возмущение ее приверженцев, настаивающих на том, что они неправильно поняты, и кисло наблюдают за тем, как кри-

тикующие не изучают гомеопатию. Однако все это верно и для всех способов лечения. Фармакологи обычно считают, что в отсутствие убедительных доказательств, полученных при проведении эмпирических терапевтических исследований в соответствии с современными стандартами, отсутствуют основания для обсуждения гипотезы гомеопатии до тех пор, пока не будут получены какие-либо доказательства, удовлетворяющие обычным критериям научного метода исследования. Однако следует иметь в виду, что полезные открытия могут быть сделаны и при следовании не подтвержденным гипотезам, и что эмпирические исследования могут проводиться без какой-либо теории»[5].

В таком случае, почему гомеопатия является «лженаукой»?

ВЫВОДЫ:

1. Доказательство эффективности гомеопатии методами современной доказательной медицины критически зависит от правильной организации РКИ.

2. Доказательство наличия специфической активности гомеопатических препаратов в высоких разведениях может быть проведено путем прувингов.

3. Исследование клинической эффективности гомеопатии предпочтительней на модели острых эпидемических заболеваний, а не хронической патологии.

ЛИТЕРАТУРА

- Абакаров М.Г. Адаптивный ответ: перспективы для понимания механизма действия гомеопатии // Традиционная медицина. – 2014. – 3(38). – С.9–14.
- Буралакова Е.Б., Архипова, Чернавская. Воздействие химических агентов в сверхмалых дозах на биологические объекты / Изв.АН СССР. – 1990. – №2. – С.184–194.
- Доказательная медицина. Научно-обоснованная медицинская практика: Монография / Г.П. Котельников, А.С. Шпигель. – Самара; Сам ГМУ, 2000. – С.168.
- Зилов В.Г., Судаков К.В., Эпштейн О.И. Элементы информационной биологии и медицины. – М: МГУЛ, 2001. – 248 с.
- Лоуренс Д.Р., Беннит П.Н. Клиническая фармакология и фармакотерапия. – 1991, т.1. – 890 с.
- Фейнман Р. Внизу полным полно места: приглашение в новый мир физики // Химия и жизнь. – 2002. – №12. – С.20.
- Эпштейн О.И., Сверхмалые дозы (история одного исследования). – М.: Издательство РАМН, 2008. – 336 с.
- Barnes J., Resch K-L., Ernst E. Homeopathy for postoperative ileus? A meta-analysis // J Clin Gastroenterol 1997; 25: 628–33.
- Beghi B.G., Morselli-Labate A.M. Does homeopathic medicine have a preventive effect on respiratory tract infections? A real life observational study Multidisciplinary Respira-

tory Medicine. – 2016 11:12 DOI 10.1186/s40248-016-0049-0.

10. Belon P., Cumps J., Ennis M. et al. Histamine dilutions modulate basophil activation // Inflamm Res. – 2004; 53: 181–8.

11. Colombo G.L., Di Matteo S., Martinotti C., Oselin M., Bruno G.M., Beghi G.M. The preventive effect on respiratory tract infections of Oscilloccinum®. A cost-effectiveness analysis // Clinicoecon Outcomes Res. – 2018 Jan 23;10:75–82. doi: 10.2147/CEOR.S144300. eCollection 2018.

12. Cucherat M., Haugh M.C., Gooch M., Boissel J.P. Evidence of clinical efficacy of homeopathy – A meta-analysis of clinical trials // Eur J. Clin Pharmacol. – 2000; 56: 27–33.

13. Ernst E. A systematic review of systematic reviews of homeopathy // Br J. Clin. Pharmacol. – 2002 Dec; 54(6):577–82.

14. Jacobs J., Jonas W.B., Jimenez-Perez M., Crothers D. Homeopathy for childhood diarrhea: combined results and metaanalysis from three randomized, controlled clinical trials // Pediatr. Infect. Dis. J. 2003; 22: 229–34.

15. Keller D., Sundrum A. Comparative effectiveness of individualised homeopathy and antibiotics in the treatment of bovine clinical mastitis: randomised controlled trial. Vet Rec. 2018 Apr 7; 182(14):407. doi: 10.1136/vr.104555. Epub 2018 Jan 26.

16. Marrari L.A., Terzan L. and Chafferin G. Oscilloccinum for influenza treatment // Ann Ist Super Sanità 2012, Vol. 48. – №1. – 105–109.

17. Mathie R.T., Lloyd S.M., Legg L.A., Clausen J., Moss S., Davidson J.R.T. I. Ford Randomised placebo-controlled trials of individualised homeopathic treatment: systematic review and meta-analysis 2014.

18. Mathie R.T. Controlled clinical studies of homeopathy // Homeopathy. – 2015 Oct;104(4):328–32. doi: 10.1016/j.homp.2015.05.003.

19. Mathie R.T., Clausen J. Veterinary homeopathy: meta-analysis of randomised placebo-controlled trials. 2015 jan;104(1):3–8. Doi: 10.1016/j.homp.2014.11.001. Epub 2014 dec

20. Mathie R.T., Frye J., Fisher P. Homeopathic Oscilloccinum® for preventing and treating influenza and influenza-like illness. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Dec 12;12:CD001957. doi: 10.1002/14651858.CD001957.pub5.

21. Shipley M., Berry H., Broster G. et al. Controlled trial of homeopathic treatment of osteoarthritis. Lancet. 1983; 1(8316):97–98.

22. Vickers A.J., Smith C. Homeopathic Oscilloccinum for preventing and treating influenza and influenza-like syndrome (Review). Cochrane Database Syst Rev 2006; 3:CD001957.

23. http://homeopatia-sga.ru/news/dzhordzh_vitulka_o_tom_pochemu_issledovateli_sravnivajut_efeckt_gomeopatii_s_placebo/2017-04-27-25

24. <https://hi-news.ru/research-development/fiziki-zayavlyayut-chto-dazhe-v-idealnom-vakuume-mozhet-byt-trenie.html>

Адрес автора

Д.м.н., доцент М.Г. Абакаров, заведующий кафедрой клинической фармакологии
avicenna61@mail.ru