

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ №1,
ОСНОВ БІОЕТИКИ ТА БІОБЕЗПЕКИ
КАФЕДРА ЕПІДЕМІОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ №2
ТА МЕДСЕСТРИНСТВА



Науково-практична конференція з міжнародною участю

**«БІОЕТИКА ТА БІОБЕЗПЕКА:
МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНІ АСПЕКТИ»**

присвячена 105-річчю пам'яті В.К. Високовича

Матеріали конференції

м. Харків, Україна
23-24 травня 2017 р.

МЕДИЦИНА, ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗАХ: ПРОБЛЕМИ ТА ПРОТИРІЧЧЯ СЬОГОДЕННЯ	
Ащеулова Т.В., Бизов В.В., Гончарь О.В., Іванченко С.В.	31
ОРГАНІЧНА ПРОДУКЦІЯ: ВИКЛИКИ ЛЮДИНІ БІОЛОГІЧНОГО ХАРАКТЕРУ НА ПРИКЛАДІ ГЕЛЬМІНТОЗІВ	
Бабяк М.В, Величко М.В.	33
ЭМОЦИИ И ЗДОРОВЬЕ	
Бездетко Т.В., Химич Т.Ю., Еременко Г.В.	35
ЕТИЧНІ ПИТАННЯ ДОСТУПУДО ІННОВАЦІЙНИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ НСV-ІНФЕКЦІЇ	
Бондаренко А. В.	36
ПРОТИДІЯ ПОШИРЕННЮ БІОЛОГІЧНОЇ ЗБРОЇ – ПРІОРИТЕТ ДЛЯ СЛУЖБИ БЕЗПЕКИ УКРАЇНИ	
Величко М.В.	38
БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ (ДРТ)	
Верлинский О.Ю., Гонтар Ю.В., Ільїн І.Є., Федота О.М.	40
ЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОНОРСТВА КРОВІ ТА ЇЇ ПЕРЕЛИВАННЯ	
Верховенко Ю.О., Богданчикова О.А., Яворський В.В.	41
ЕДИНСТВО ВРАЧА И ПАЦИЕНТА ПРИ ВЫБОРЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ	
Вознюк А.В., Семидоцкая Ж.Д.	43
ТОЛЕРАНТНІСТЬ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ ДО ПАЦІЕНТІВ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ	
Говардовська О.О., Шевченко О.С.	45
КУРІННЯ – ОДНА З ПРИЧИН СКОРОЧЕННЯ ЖИТТЯ	
Гончаренко В.І., Чайка Т.П., Галдеева І.А.	46
ДІЯЛЬНІСТЬ ДУ «ДОНЕЦЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ЛАБОРАТОРНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ» З ПИТАНЬ БІОБЕЗПЕКИ: РЕАЛІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ	
Гончаренко В.І., Біломеря Т.А., Матюшина В.О.	48
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕРМАТОМИОЗИТА/ПОЛИМИОЗИТА	
Гуйда П.П., Молотягина С.П.	50
ПИТАННЯ ПРОФІЛАКТИКИ СИСТЕМОЇ СКЛЕРОДЕРМІЇ	
Гуйда П.П.	52
К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ ПОДАГРЫ	
Гуйда П.П., Молотягина С.П.	54
БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ КСЕНОТРАНСПЛАНТОЛОГИИ	
Дрокин А.В., Усик А.В., Ащеулова Т.В., Компаниец К.Н.	56
О НЕКОТОРЫХ ЭТИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМАХ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ	
Дышкант Т.Н.	57
СИСТЕМНІ ВАСКУЛІТИ ЯК ЕКОЛОГІЧНА ПРОБЛЕМА	
Єрмолаєва М.В., Суярко В.І., Верзилова С.Ф., Герасименко В.В., Помазан Д.В.	59
ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА ЭЛЕКТРОННОЙ БАЗЫ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ	
Журавлєва Л.В., Лопина Н.А.	60
СТВОРЕННЯ НОВИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В КОНТЕКСТІ БІОЕТИКИ ТА БІОБЕЗПЕКИ	
Завада О.О., Журавель І.О., Макаров В.О., Лебединець В.О., Спиридонова Н. В.	62
БІОЛОГІЧНІ РИЗИКИ, ЯКІ ПОВ'ЯЗАНІ З ТЕХНОЛОГІЯМИ «ПОДВІЙНОГО» ПРИЗНАЧЕННЯ	
Зубленко О.В., Петрусевич Т.В.	63

МЕДИЦИНА, ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗАХ: ПРОБЛЕМИ ТА ПРОТИРІЧЧЯ СЬОГОДЕННЯ

Ащеулова Т.В.¹, Бизов В.В.², Гончарь О.В.¹, Іванченко С.В.¹

¹ Харківський національний медичний університет

² КЗОЗ «Харківська міська клінічна лікарня №13»

Більше 20 років минуло з часу, коли міжнародна робоча група з доказової медицини оголосила про введення нової парадигми клінічної практики. Традиційні підходи, спираючись на власний клінічний досвід і теоретичне обґрунтування методів діагностики та лікування з позицій фундаментальних наук було замінено на «докази», що були отримані в ході високоякісних рандомізованих контрольованих випробувань і обсерваційних досліджень у поєднанні з експертним консенсусом, а також потребами і побажаннями пацієнтів.

Концепція доказової медицини швидко сприяла формуванню енергійної інтелектуальної спільноти, прагненням якої було зробити клінічну практику більш науковою та емпірично обґрунтованою, досягаючи тим самим більшої безпеки, послідовності і рентабельності у наданні медичної допомоги населенню. Досягнення на цьому шляху включали встановлення Кохранівської колаборації, завданням якої є узагальнення і підсумування доказів, що отримані в клінічних випробуваннях; встановлення загально прийнятих стандартів щодо методології та публікації результатів первинних і вторинних досліджень; створення національних і міжнародних структур для розробки та оновлення клінічних рекомендацій; створення бази знань для використання у впровадженні результатів досліджень у клінічну практику та обґрунтування базових підходів трансляційної медицини.

Впровадження доказової медицини, дійсно, сприяло уніфікації підходів до діагностики та лікування захворювань, у тому числі таких, що ведуть до інвалідації пацієнтів та можуть становити загрозу для життя. Результатом цього стало значне підвищення не тільки економічної, але й медичної, соціальної ефективності лікування буквально в усіх галузях клінічної медицини.

У той же час, ряд експертів наголошує на тому, що на сучасному етапі розвитку медичної науки парадигма доказової медицини не здатна дати відповіді на всі питання та розв'язати всі проблеми, що стоять перед лікарем практичної охорони здоров'я, з огляду на наявність деяких слабких ланок – таких, як зловживання терміном «клінічної доведеності» у комерційних інтересах, коли саме фармацевтичні компанії, за чий кошт проводяться дослідження, визначають дизайн останніх, обсяг спостережень та які саме лікарські засоби будуть підлягати тестуванню. Так, у більшій кількості рандомізованих клінічних досліджень дизайн розроблено таким чином, щоб уникнути прямого порівняння препарату, що тестується, з лікарськими засобами тієї ж групи з доведеною максимальною ефективністю при даній нозології; іншим розповсюдженим прийомом є маніпулювання дозами та режимом прийому лікарських засобів у групі (-ах) порівняння. Більш того,

часто експериментальний статистичний «доказ» у таких дослідженнях (типовим прийомом у цьому контексті є використання сурогатних кінцевих точок) обґрунтовує перевагу використання лікарського засобу, яке не має великого практичного значення; передбачувана користь, вірогідна в математичному сенсі, практично є настільки мала, що не сприяє значному поліпшенню прогнозу для реальних пацієнтів. В інших випадках абсолютно вагомими докази щодо конкретного захворювання технічно вважаються недійсними для пацієнтів із коморбідною патологією (які досить часто зустрічаються у клінічній практиці, але, як правило, виключені з випробувань). На етапі публікації результатів дослідження також спостерігається широкий спектр зловживань із оприлюдненням переважно позитивних результатів дослідження (за оцінкою експертів, до 100% проти близько 40% для негативних результатів). Іншою значною проблемою сьогодення є фактичне унеможливлення впровадження до використання інноваційного лікарського засобу з передбачуваною високою ефективністю за відсутності фінансової підтримки та забезпечення досліджень згідно з сучасними вимогами з боку великих гравців на світовому фармацевтичному ринку.

На додаток до вказаного вище, надвеликий обсяг отриманих на сьогодні медичних доказів робить вдумливу їх оцінку та використання реальним фахівцем практично неможливою. Навіть клінічні рекомендації, що узагальнюють докази, більшою частиною є надто об'ємними, щоб постійно використовуватися лікарями в їх практичній діяльності.

Таким чином, впровадження систематичного зіставлення, синтез і застосування високоякісних емпіричних даних дозволило досягти значного прогресу в усіх галузях медичної науки і практики та врятувати безліч життів. У той же час, сучасна модель доказової медицини не є ідеальною та, як будь-яка надскладна система, має велику кількість проблем, що є набагато тоншими і складнішими порівняно із «архаїчною» до-доказовою ерою. Тим не менш, на наш погляд, призови окремих експертів до відмови від доказової медицини як невдалої моделі функціонування медичної науки слід вважати надто радикальними та передчасними в умовах відсутності реального, працюючого та порівняного за ефективністю альтернативного механізму прийняття клінічних рішень. Натомість, нарізною бачиться потреба у більш делікатних інструментах для вирішення означених проблем шляхом модифікації існуючої системи доказової медицини способами, що водночас сприятимуть більш комфортному використанню основних її засад практичними лікарями та посилюватимуть етичне регулювання системи з метою кращого захисту прав пацієнта та розширення його реальної участі в процесі прийняття медичних рішень.