

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ,  
ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ЕКОНОМІКИ  
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ**

(до 125-річчя з дня народження М.Г. Гуревича,  
Наркома охорони здоров'я України (1920–1925 рр.),  
першого завідувача кафедри соціальної гігієни  
Харківського медичного інституту (1923–1925 рр.))

*Матеріали науково-практичної конференції*

(м. Харків, 16 березня 2016 р.)

Харків – 2016

УДК 614(477(092)(091)(062.552))  
ББК 51.1 (4Укр)  
А43

**Редакційна колегія:** Огнєв В.А., Галічева Н.О., Сокол К.М.,  
Чумак Л.І., Чухно І.А., Веретельник О.А.

Затверджено вченою радою ХНМУ.  
Протокол № 5 від 17.03.2016 р.

А43 Актуальні питання соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я в Україні (до 125-річчя з дня народження М.Г. Гуревича, Наркома охорони здоров'я України (1920–1925 рр.), першого завідувача кафедри соціальної гігієни Харківського медичного інституту (1923-1925 рр.)): матеріали наук-практ. конф. (м. Харків, 16 березня 2016 р.). – Харків, 2016. – 156 с.

УДК 614(477(092)(091)(062.552))  
ББК 51.1 (4Укр)

© Харківський національний  
медичний університет, 2016

Смертність сільських мешканців вища за середньо-українські в Кельменецькому, Сокирянському та Заставнівському районах, які є рівнинними територіями. В інших районах смертність нестабільно нижча.

Структура смертності населення залишається не лише стабільною: хвороби кровообігу, злоякісні новоутворення, травми, отруєння та деякі інші наслідки зовнішніх впливів, але і падає, окрім хвороб системи кровообігу.

Структура смертності населення Чернівецької області

|                            | 2000  | 2014  |
|----------------------------|-------|-------|
| Всі причини хвороби        | 100%  | 100%  |
| Хвороби системи кровообігу | 64,2% | 72,6% |
| Новоутворення              | 17,3% | 14,0% |
| Травми та отруєння         | 6,1%  | 5,0%  |

Висновок. Даний аналіз засвідчив стабільне падіння смертності, особливо серед чоловічого сільського населення.

#### *Використана література*

1. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони в Україні за 2013–2014 роки. – Київ: Центр медичної статистики МОЗ України, 2015 р., 328 стор.

2. Довідник показників здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я Чернівецької області за 2000 рік. – Чернівці: Обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики, інженерно-технічного та фармацевтичного супроводу діяльності закладів охорони здоров'я Чернівецької області, 2001р. – 131, 176, 192 стор.

3. Довідник показників здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я Чернівецької області за 2014 рік. – Чернівці: Обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики, інженерно-технічного та фармацевтичного супроводу діяльності закладів охорони здоров'я Чернівецької області, 2015 р., – 131, 178, 194 стр.

## **КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И ИХ ОЦЕНКА С ПОЗИЦИЙ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ**

*Веретельник Е.А., Пивовар А.В.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

На данный момент число лекарственных препаратов, находящихся в распоряжении работников медицины, измеряется десятками и даже сотнями тысяч единиц, а общее количество имеющихся на всем земном шаре препаратов превышает двести тысяч. Число медикаментов особенно быстро выросло за последние годы. Важнейшая роль в отборе наиболее эффективных лекарственных препаратов принадлежит доказательной медицине [1; 2].

Чтобы проверить достоверность той или иной информации можно полагаться на мнение экспертов, пользующиеся всеобщим авторитетом справочники и руководства, однако таким образом можно допустить ошибку, столкнувшись с так называемым эффектом запаздывания, так как новейшие перспективные методы и схемы терапии внедряются в практику спустя долгие годы клинических испытаний и проверок. Также нужно учитывать, что ин-

формация в справочниках, руководствах и учебниках чаще всего устаревает еще до их публикации, так как издание литературы – очень длительный процесс. При этом возраст проводящего лечение опытного врача отрицательно коррелирует с эффективностью лечения. В таком случае исключительно описательный подход к синтезу информации, имеющий место в обзорах литературы, не всегда является показательным и оправданным. В таких исследованиях возникает большая вероятность b-ошибки.

Часто приводимым примером различия описательного обзора информации и ее систематического анализа (количественного анализа, или метаанализа) является публикация лауреата Нобелевской премии профессора Л. Полинга о корреляции частоты простудных заболеваний с применением витамина С (ученый утверждал, что в случае регулярного приема аскорбиновой кислоты частота заболеваемости простудой уменьшалась). Однако, впоследствии это утверждение не было подтверждено в результате метаанализа.

Вероятнее всего, именно ошибки в планировании исследований и формировании выводов на основании результатов этих исследований, а иногда и фальсификацией последних стали причиной многих катастроф в медицине, которые были связаны с выпуском и широким внедрением в практику вредных и токсических препаратов, например раствора сульфаниламида в этиленгликоле в 1937 году, а также талидомида в 1961 году, который назначался в качестве успокоительного на ранних сроках беременности и имел колоссальное тератогенное действие [4]. Поэтому были разработаны различные методы доказательной медицины, благодаря которым медицинское сообщество может разрабатывать рациональные рекомендации к применению тех или иных препаратов и включать их в протоколы лечения различных заболеваний [3].

Рекомендация к клиническому применению в медицинской практике считается обоснованной, если новое лекарственное средство:

- более эффективно, чем уже известные медикаменты похожего механизма действия;
- обладает более хорошей переносимостью, чем известные препараты при одинаковой их эффективности;
- эффективно в случаях, когда лечение имеющимися в обиходе препаратами безуспешно;
- является более выгодным экономически, имеет упрощенную методику лечения, или более удобную для приема лекарственную форму;
- при использовании в комбинации с известным лекарственным средством повышает его эффективность, не влияя на токсичность.

Для того чтобы оценить эффективность нового лекарственного препарата по имеющимся результатам клинических исследований обычно используются первичные конечные точки, вторичные конечные точки и третичные конечные точки. Конечные точки – основные показатели, которые оцениваются в сравнительных контролируемых исследованиях по результатам терапии как минимум в двух группах: а) основная группа – пациенты подвержены новому способу лечения или принимают новый препарат; б) группа сравнения – пациенты не принимают изучаемое лекарственное средство или получают известный медикамент сравнения [3].

Очень часто для оценки эффективности тех или иных видов вмешательств используют такие критерии как суррогатные исходы [5]. Применительно к клиническим испытаниям суррогатный исход – это показатель, выявляемый в течение физикальных или лабораторных исследованиях, который замещает тот исход терапии, который наиболее значим и интересен в контексте данного заболевания. Например, для пациентов с артериальной гипертензией этим показателем будет снижение артериального давления, при онкологическом заболевании – снижение количества раковых клеток и остановка их пролиферации, при анемии – повышение гемоглобина в общем анализе крови, при гиперацидном гастрите – снижение продукции соляной кислоты, и т. д. Считается, что изменения в этих показателях закономерно отразятся и на клинически значимом результате лечения. При этом доказано, что в клинических испытаниях второстепенные и косвенные критерии, используемые для оценки крайне редко, даже практически никогда не отражают важные клинические исходы.

Для подведения итогов окончательных клинических испытаний основным критерием оценки является истинный клинический исход, являющийся по сути клиническим проявлением, имеющим для пациента существенное значение; то, чего больной хотел бы избежать [5]. К таковым исходам относятся смерть, потеря слуха и зрения, появление необходимости применения ИВЛ либо регулярного гемодиализа (при почечной патологии) и другие проявления, которые могут значительно снизить качество жизни пациента или привести к инвалидности. Однако стоит заметить, что для проведения исследований, в которых бы изучались такие клинические исходы, требуются существенные материальные и временные затраты.

Таким образом, основная цель внедрения принципов доказательной медицины в практику здравоохранения – оптимизация качества оказания медицинской помощи с точки зрения безопасности, эффективности, стоимости и других значимых факторов, что является важным аспектом в деятельности врача.

#### *Использованная литература*

1. Бабанов С.А. Доказательная медицина. Стратегия будущего или новый метод маркетинга? / С.А. Бабанов // Здравоохранение Российской Федерации. – 2007. – №1. – с. 12–17.
2. Власов В. Введение в доказательную медицину / В. Власов. – М.: МедиаСфера, 2001. – с. 52–60.
3. Двойрин В.В. Методика контролируемых клинических испытаний / В.В. Двойрин, А.А. Клименков. – М.: Медицина, 1985. – 142 с.
4. Косарев В.В. Клиническая фармакология / В.В. Косарев, В.С. Лотков, С.А. Бабанов. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2008. – 352 с.
5. Петров В.И. Медицина, основанная на доказательствах / В.И. Петров, С.В. Негода. – М.: Гэотар-медиа, 2009. – 142 с.

## ЗМІСТ

|   |    |
|---|----|
| <i>Лесовой В.Н., Петрова З.П., Огнев В.А.</i><br>М.Г. Гуревич – создатель и руководитель кафедры социальной гигиены<br>Харьковского медицинского института .....        | 5  |
| <i>Альков В.А.</i><br>Проблема венерических заболеваний среди военных Харьковской губернии<br>у XVIII – на початку XX ст. ....  | 8  |
| <i>Анциферова Н.В., Жмурко К.В., Переломов В.О., Ярош М.І.</i><br>Сучасні можливості медичного страхування випадків<br>вірусних гепатитів в Україні.....                | 11 |
| <i>Бачинський Р.О.</i><br>Медико-соціальні основи формування професійного здоров'я<br>працюючого населення України .....  | 12 |
| <i>Вацук М.З., Генералюк Ю.В.</i><br>Оцінка стану громадського здоров'я населення<br>сільських адміністративних районів Чернівецької області.....                       | 14 |
| <i>Веретельник Е.А., Пивовар А.В.</i><br>Клинические исследования лекарственных средств<br>и их оценка с позиций доказательной медицины.....                            | 15 |
| <i>Веретельник Е.А., Трофимов М.А.</i><br>Применение консервативного лечения острого аппендицита<br>на основании доказательной медицины .....                           | 18 |
| <i>Веретельник О.А., Петросова О.О.</i><br>Право пацієнта на згоду та відмову щодо медичного втручання.....   | 20 |
| <i>Веретельник О.А., Хворостінко Р.Б.</i><br>Майбутнє обов'язкового медичного страхування в Україні.....  | 22 |
| <i>Власик Л.Й., Гаврилюк Н.Р., Поліщук О.П.</i><br>Розповсюдженість тютюнопаління серед хворих<br>на хронічні респіраторні захворювання .....                           | 25 |
| <i>Головко Я.И., Мороз К.Р., Лукашенко Е.С.</i><br>Обзор проекта Национальной стратегии построения<br>новой системы здравоохранения Украины на период 2015–2025 гг..... | 26 |
| <i>Головко Я.И., Саханская Д.М., Бойко В.Н.</i><br>Правовые аспекты сохранения врачебной тайны,<br>как основа успешного лечения .....                                   | 27 |
| <i>Головко Я.И., Сирота И.Ю., Жукова О.А.</i><br>Анализ и прогнозирование тенденций заболеваемости населения Украины<br>в Харьковской области .....                     | 30 |
| <i>Головко Я.И., Талахан А.А., Резникова А.С.</i><br>Правовые аспекты регулирования трансплантологии в Украине.....   | 31 |
| <i>Головко Я.И., Якименко Д.С., Мовчан Ю.А.</i><br>Европейский опыт для украинского медицинского страхования.....   | 33 |
| <i>Григоров М.М., Кожушко О.Ю.</i><br>Аналіз демографічної ситуації в Україні .....   | 36 |