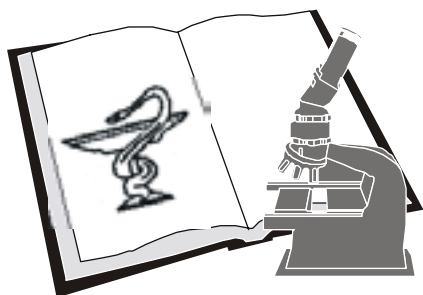


Міністерство охорони здоров'я України
Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського
Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

МЕДИЧНА ОСВІТА

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

- ◆ ВДОСКОНАЛЕННЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ
- ◆ ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ
- ◆ ПОВІДОМЛЕННЯ, РЕЦЕНЗІЇ
- ◆ З ІСТОРИЇ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ



Ministry of Public Health of Ukraine
Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky
Kyiv Medical Academy of Post-Graduate Education by P.L. Shupyk

MEDICAL EDUCATION

SCIENTIFIC-PRACTICAL JOURNAL

3/2008

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор

Вороненко Ю.В.

Заступники головного редактора:

Волосовець О.П.

Ковальчук Л.Я.

Вітенко І.С.

Боднар Я.Я.

Вдовиченко Ю.П.

Гойда Н.Г.

Гоцинський В.Б.

Гребеник М.В.

Завальнюк А.Х.

Зозуля І.С.

Кліщ І.М. – відповідальний секретар

Криштопа Б.П.

Мазур П.Є.

Масик О.М.

Мисула І.Р. – відповідальний редактор

Мінцер О.П.

М'ясников В.Г.

Поляченко Ю.В.

Посохова К.А.

Рудик Б.І.

Файфура В.В.

Харченко Н.В.

Хміль С.В.

Шкробот С.І.

Шютц В.

Ярема Н.З.

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Москаленко В.Ф. (Київ)

Бабанін А.А. (Сімферополь)

Балл Г.О. (Київ)

Бондаренко О.Ф. (Київ)

Богатирьова Р.В. (Київ)

Буларчук Л.Ф. (Київ)

Дзяк Г.В. (Дніпропетровськ)

Запорожан В.М. (Одеса)

Зіменковський Б.С. (Львів)

Казаков В.М. (Донецьк)

Ковешніков В.Г. (Луганськ)

Максименко С.Д. (Київ)

Мороз В.М. (Вінниця)

Нейко Є.М. (Івано-Франківськ)

Орбан-Лембрик Л.Е. (Івано-Франківськ)

Пішак В.П. (Чернівці)

Портус Р.В. (Запоріжжя)

Проданчук М.Г. (Київ)

Скрипніков М.С. (Полтава)

Туманов В.А. (Київ)

Хвисюк М.І. (Харків)

Циганенко А.Я. (Харків)

Чернишенко Т.І. (Київ)

Черних В.П. (Харків)

Чепелева Н.В. (Київ)

Яценко Т.С. (Черкаси)

МЕДИЧНА ОСВІТА

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Виходить з 1999 року

Свідоцтво про державну
реєстрацію: КВ 3636

Передплатний індекс: 21885

Відповідно до постанов Президії ВАК України № 2-05/9 від 14.11.01 р. та № 1-05/1 від 15.01.02 р. журнал “Медична освіта” внесений до переліку фахових видань, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукового ступеня кандидата і доктора медичних наук та психологічних наук.

АДРЕСА РЕДАКЦІЇ:

Журнал “Медична освіта”

Тернопільський державний медичний університет

імені І. Я. Горбачевського

Майдан Волі, 1, м. Тернопіль

46001, УКРАЇНА

Тел.: (0352) 43-49-56

Факс: (0352) 52-80-09

E-mail: mededu@tdmu.edu.te.ua

<http://www.tdmu.edu.te.ua>

За зміст, достовірність і орфографію рекламних матеріалів відповідальність несе рекламодавець.

Редакція не несе відповідальності за достовірність фактів, власних імен та іншої інформації, використаної в публікаціях. При передруці або відтворенні повністю чи частково матеріалів журналу “Медична освіта” посилання на журнал обов'язкове.

Затверджено вченою радою Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського (протокол № 13 від 20.05.2008 р.)

© Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

© Науково-практичний журнал “Медична освіта”

Редагування і коректура

Технічний редактор

Комп'ютерна верстка

Художник

Мартюк Н.Є.

Демчишин С.Т.

Гуменюк Р.О.

Кушик П.С.

Підписано до друку 22.07.2008. Формат 60×84/8.

Гарнітура Times New Roman Суг. Друк офсетний.

Ум.др. арк. 9,30. Обл.-вид.арк. 8,77.

Наклад 600. Зам. № 137.

Надруковано в друкарні

Тернопільського державного медичного

університету ім. І.Я. Горбачевського

46001, м. Тернопіль, Майдан Волі, 1

ЗМІСТ

<i>Л.О. Хоменко, О.І. Остапко, І.М. Голубєва</i> АНАЛІЗ ЯКОСТІ ТЕСТОВИХ ЗАВДАНЬ З ДИТЯЧОЇ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ ДО ЛІЦЕНЗІЙНОГО ДЕРЖАВНОГО ТЕСТОВОГО ІСПИТУ “КРОК 2. СТОМАТОЛОГІЯ”	7
<i>Р.М. Гнатюк</i> УСПІШНІСТЬ СТУДЕНТІВ ПРИ ВИВЧЕННІ ПСИХІАТРІЇ ЗАЛЕЖНО ВІД ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ	12
<i>О.В. Авдєєв, М.М. Якимець, Н.В. Чорній</i> КОНЦЕПЦІЯ ВИКЛАДАННЯ КЛІНІЧНИХ ДИСЦИПЛІН НА КАФЕДРІ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДИТЯЧОЇ СТОМАТОЛОГІЇ ЗА МЕТОДИКОЮ ЄДИНОГО ДНЯ	15
<i>В.М. Мерецький</i> ОРГАНІЗАЦІЯ ВИКЛАДАННЯ КЛІНІЧНОЇ ФАРМАКОЛОГІЇ В КОНТЕКСТІ ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ ТЕХНОЛОГІЇ	18
МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ “ДОКАЗОВА МЕДИЦИНА ТА УДОСКОНАЛЕННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ” 10-11 квітня 2008 р.	
<i>Н.В. Банадига, О.Р. Боярчук, Т.В. Гаріян</i> ВПРОВАДЖЕННЯ ОСНОВ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ У НАВЧАЛЬНИЙ ПРОЦЕС КАФЕДРИ ПЕДІАТРІЇ ФПО	22
<i>В.Т. Бачинський, С.В. Годнюк, І.Г. Савка, О.Я. Ванчуляк</i> ДІАГНОСТИКА ДАВНОСТІ ВИНИКНЕННЯ ГЕМАТОМ ЛЮДИНИ ШЛЯХОМ МОДЕЛЮВАННЯ ЇХ ОПТИЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ	22
<i>І.Л. Беженар., С.В. Годнюк, І.Г. Савка, О.Я. Ванчуляк, О.А. Бендас</i> ЗАСТОСУВАННЯ ЛАЗЕРНОЇ ПОЛЯРИМЕТРІЇ ЯК ДОКАЗОВОГО МЕТОДУ ДОСЛІДЖЕННЯ У ВИРІШЕННІ ЗАВДАНЬ СУДОВОЇ МЕДИЦИНИ	23
<i>В.В. Безрук, Ю.М. Нечитайло, Т.П. * Андрійчук, О.І. * Первозванська</i> ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ОСНОВНИХ ДОДАТКОВИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НИРОК У ДІТЕЙ З ПОЗИЦІЇ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ	24
<i>Л.О. Безруков, О.К. Колоскова, Н.К. Богуцька, У.І. Марусик</i> ДВІЧІ СЛІПІЙ ПЛАЦЕБО-КОНТРОЛЬОВАНИЙ МЕТОД ЛІКУВАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ДІТЕЙ: ПЕРЕВАГИ І НЕДОЛІКИ	25
<i>Л.О. Безруков, О.К. Колоскова, Т.М. Воротняк</i> КРИТИЧНИЙ АНАЛІЗ КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ ОЦІНКИ ІНФОРМАТИВНОСТІ ДІАГНОСТИЧНИХ ТЕСТІВ У ПЕДІАТРІЇ	26
<i>Н.К. Богуцька</i> ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВІДНОСНОГО РИЗИКУ ТА ПРОПОРЦІЙНОСТІ ШАНСІВ У КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ	27
<i>Р.В. Верба, С.М. Хома</i> ВПРОВАДЖЕННЯ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ – ВИМОГА ЧАСУ	28
<i>І.М. Герасимів, І.П. Мосейчук, Р.І. Цицюра, А.М. Мусієнко</i> ЗАСТОСУВАННЯ АНТИБІОТИКІВ У ВІДДІЛЕННЯХ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ З ПОЗИЦІЙ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ	29
<i>М.С. Гнатюк, В.В. Франчук, Р.М. Гнатюк, С.О. Коноваленко, К.Є. Лавренюк, М.В. Данів, М.Ф. Ковальчук, Ю.О. Данілевич, О.Б. Слабий</i> МОРФОМЕТРИЧНА ОЦІНКА ОСОБЛИВОСТЕЙ РЕМОДЕЛЮВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО СУДИННОГО РУСЛА ПРИ РІЗНИХ ПАТОЛОГІЧНИХ СТАНАХ	30

<i>В.Б. Гоциньський, Н.С. Боцюк, Л.С. Бабінець, С.М. Бутвин, А.В. Зоря, В.В. Павліковська, В.М. Творко</i> НАУКОВО-ДОКАЗОВА МЕДИЦИНА – ОСНОВНА СТРАТЕГІЯ ПІДГОТОВКИ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ НА МЕДИЧНОМУ ФАКУЛЬТЕТІ	31
<i>В.Б. Гоциньський, І.Я. Зима</i> ОЦІНКА БЛИЖНІХ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ “ВЕНОЗНИХ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК”	34
<i>О.Ю. Грем, Л.Є. Зарума, А.Б. Зіменковський, О.Є. Січкоріз</i> МІСЦЕ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ У ПРОФЕСІЙНІЙ ПІДГОТОВЦІ КЛІНІЧНИХ ПРОВІЗОРІВ	34
<i>І.Я. Губенко, Л.П. Бразалій</i> МЕДСЕСТРИНСЬКИЙ ПРОЦЕС ЯК ОСНОВА МЕДСЕСТРИНСТВА В ДОКАЗОВІЙ МЕДИЦИНІ	36
<i>В.В. Дем'яненко, І.М. Герасимів, Н.С. Гутор, М.І. Шкільна</i> ТИП ФІЗИЧНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ЯК КРИТЕРІЙ АКТИВНОСТІ ФАРМАКОЛОГІЧНОГО ПРЕПАРАТУ	38
<i>І.Я. Дзюбановський, Г.Т. Пустовойт, Ю.М. Герасимець, В.В. Бенедикт, Р.В. Свистун, В.І. П'ятночка, О.Б. Луговий, К.Г. Поляцко, Б.О. Мігенько, В.В. Шацький</i> ХІРУРГІЧНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ У СВІТЛІ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ	40
<i>А.Д. Дюдюн, В.П. Федотов, В.К. Захаров, В.В. Горбунцов, К.В. Семенуха, Л.А. Погребняк, Д.Г. Баїмаков</i> ВИКОРИСТАННЯ ПРИНЦИПІВ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ У ПРАКТИЦІ ВИКЛАДАННЯ	43
<i>А.Д. Дюдюн, В.П. Федотов, В.К. Захаров, В.В. Горбунцов, К.В. Семенуха, Л.А. Погребняк, Д.Г. Баїмаков</i> ДЕЯКІ ПРОБЛЕМИ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ У ПРАКТИЦІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ІПСШ	43
<i>К.А. Зайцева, І.В. Сергета</i> ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ ТА ЇХ ЗАСТОСУВАННЯ В ХОДІ ЕКСПРЕС-ДІАГНОСТИКИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ОРГАНІЗМУ ПІДЛІТКІВ, ЩО НАВЧАЮТЬСЯ У ПРОФІЛЬНИХ ЛІЦЕЯХ	44
<i>С.І. Климнюк, І.М. Герасимів</i> ПРОТИМІКРОБНА АКТИВНІСТЬ МІРАМІСТИНУ ЩОДО БАКТЕРІЙ, ЯКІ ФОРМУЮТЬ МІКРОБІОЦЕНОЗ ШКІРИ СТУПНІВ ХВОРИХ НА ДЕРМАТОМІКОЗИ, В УМОВАХ ДОСЛІДІВ IN VITRO	46
<i>С.І. Климнюк, Н.І. Ткачук, Л.Б. Романюк, М.С. Творко</i> ВПРОВАДЖЕННЯ ОСНОВ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ В НАВЧАЛЬНИЙ ПРОЦЕС НА КАФЕДРІ МЕДИЧНОЇ БІОЛОГІЇ, МІКРОБІОЛОГІЇ, ВІРУСОЛОГІЇ ТА ІМУНОЛОГІЇ	47
<i>Л.М. Копчак</i> ОСОБЛИВОСТІ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРИНЦИПІВ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ У РОБОТУ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ	48
<i>М.М. Корда, Н.О. Сулова, О.І. Острівка, Т.Я. Ярошенко, С.І. Яворська, О.С. Покопило, І.П. Кузьмак</i> ВПРОВАДЖЕННЯ ЗАСАД ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ У НАВЧАЛЬНИЙ ПРОЦЕС КАФЕДРИ МЕДИЧНОЇ БІОХІМІЇ	49
<i>Т.Ю. Крушинська</i> ВІДОБРАЖЕННЯ ПРИНЦИПІВ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ ПРИ ВИКЛАДАННІ МЕДИЧНОЇ МІКРОБІОЛОГІЇ	49
<i>В.М. Лехан, О.П. Максименко, М.І. Зяярський</i> ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ МЕТОДИ У ВИВЧЕННІ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ЗАХВОРЮВАНЬ	51
<i>О.С. Никоненко, С.Д. Шаповал, С.М. Дмитрієва</i> ВПРОВАДЖЕННЯ ПРИНЦИПІВ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ В ПЕДАГОГІЧНУ ПРАКТИКУ ЗМАПО	52
<i>К.А. Посохова, О.М. Олещук, В.М. Курило</i> МОНІТОРИНГ ПОБІЧНОЇ ДІЇ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ЯК СКЛАДОВА ДОКАЗОВОГО ПІДХОДУ ДО БЕЗПЕЧНОЇ ФАРМАКОТЕРАПІЇ	54

<i>К.А. Посохова, О.О. Чернухіна</i> НЕАЛКОГОЛЬНА ЖИРОВА ДЕГЕНЕРАЦІЯ ПЕЧІНКИ ТА РИЗИК КАРДІОВАС-КУЛЯРНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ	54
<i>К.А. Посохова, О.О. Шевчук, О.М. Олецук, В.В. Черняшова</i> ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ГЕПАТОТОКСИЧНИХ РЕАКЦІЙ ПРИ ПРИЗНАЧЕННІ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНИХ ПРЕПАРАТІВ	55
<i>Т.Г. Редько</i> КЛАСТЕРНИЙ АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ РЕКУРЕНТНОГО ДЕПРЕСИВНОГО РОЗЛАДУ СЕРЕД ЖІНОК НА ТЛІ ІНВОЛЮЦІЇ У КОНТЕКСТІ ПРОВІДНИХ ПОЛОЖЕНЬ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ	56
<i>В.М. Рудіченко</i> ВИКОРИСТАННЯ АНАЛІЗУ ОСНОВНИХ ПОЛОЖЕНЬ ЛІКУВАННЯ ДИСПЕПСІЇ З ПОЗИЦІЙ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ НА ДОДИПЛОМНОМУ ЕТАПІ	57
<i>Р.О. Сабадишин, В.О. Рижковський, С.В. Малеш</i> ПОКРАЩАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ВУГРОВУ ХВОРОБУ ІЗ СУПРОВІДНОЮ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ	58
<i>В.Р. Савран</i> ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН НА МОДЕЛІ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ З ПОЗИЦІЙ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ ТА НАЦІОНАЛЬНИХ СТАНДАРТІВ	60
<i>І.В. Сергета, Н.В. Малачкова</i> КОНЦЕПТУАЛЬНИЙ ПІДХІД ДО ВИКОРИСТАННЯ МЕДИЧНОЇ СТАТИСТИКИ ЯК ОСНОВИ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ В ХОДІ ПРОВЕДЕННЯ ГІГІЄНИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ	62
<i>І.В. Сергета, Т.Г. Редько</i> ПРОГНОЗУВАННЯ НА ОСНОВІ СТАТИСТИЧНИХ МОДЕЛЕЙ ТА ОСОБЛИВОСТІ ЇХ ВИКОРИС- ТАННЯ У МЕДИЧНІЙ ПСИХОЛОГІЇ І ПСИХОГІЄНІ	64
<i>Н.С. Слободян</i> ВПРОВАДЖЕННЯ ОСНОВ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ У НАВЧАЛЬНИЙ ПРОЦЕС НА ЗАНЯТТЯХ ФАРМАКОЛОГІЇ ТА ТЕРАПІЇ	67
<i>Т.О. Сояк, О.Б. Дуда</i> ДОКАЗОВА МЕДИЦИНА ЯК НЕВІД'ЄМНА СКЛАДОВА НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ	68
<i>В.П. Сулима, Д.О. Беспятый</i> ДІАГНОСТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНИЙ АЛГОРИТМ ДЛЯ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ФОРМУВАННЯ ПОСТІЙНИХ КОЛОСТОМ	69
<i>О.І. Федів, Л.Д. Кушнір, А.К. Лісовий, В.М. Багрій</i> РОЛЬ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ У ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ УСТАНОВ В УКРАЇНІ	70
<i>С.М. Хома, Р.В. Верба</i> НОВА МЕТОДОЛОГІЯ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ	72
<i>І.С. Чекман, Н.О. Горчакова</i> УДОСКОНАЛЕННЯ ВИКЛАДАННЯ ПОЛОЖЕНЬ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ ПРИ ВИВЧЕННІ ФАРМАКОЛОГІЇ І КЛІНІЧНОЇ ФАРМАКОЛОГІЇ	73
<i>І.Д. Шкробанець, Ю.М. Нечитайло, С.С. Фокіна</i> ПОНЯТІЙНИЙ АПАРАТ ТА ПРИНЦИПИ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ В АНАЛІЗІ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ	74
<i>І.Д. Шкробанець, С.С. Фокіна</i> ЗАСТОСУВАННЯ ДІАГНОСТИЧНИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ В ДІТЕЙ ІЗ ДОСТАТНІМ РІВНЕМ ДОКАЗОВОСТІ ЯК ОСНОВА ДЛЯ ПРИЙНЯТТЯ УПРАВЛІНСЬКИХ РІШЕНЬ	75

<i>С.І. Шкробот, О.П. Венгер, Я.М. Несторович, Л.Т. Сновида, О.Є. Смашина</i> ДЕЯКІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ ДОКАЗОВОСТІ У ПСИХІАТРІЇ	76
<i>С.І. Шкробот, З.В. Салій, І.І. Гара, О.Ю. Бударна, Н.Р. Сохор</i> ПРЕВЕНТИВНА ТЕРАПІЯ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ З ПОЗИЦІЙ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ	77
<i>О.В. Шумейко, І.С. Чекман, Н.О. Горчакова</i> ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ В ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ	79

УДК 616.31-053.2(079.1):681.3

АНАЛІЗ ЯКОСТІ ТЕСТОВИХ ЗАВДАНЬ З ДИТЯЧОЇ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ ДО ЛІЦЕНЗІЙНОГО ДЕРЖАВНОГО ТЕСТОВОГО ІСПИТУ “КРОК 2. СТОМАТОЛОГІЯ”

Л.О. Хоменко, О.І. Остапко, І.М. Голубєва

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

ANALYSIS OF QUALITY OF TESTS IN PEDIATRIC THERAPEUTICAL DENTISTRY TO LICENSED STATE TEST EXAMINATION “STEP 2. STOMATOLOGY”

L.O. Khomenko, O.I. Ostapko, I.M. Holubyeva

National Medical University by O.O. Bohomolets

У статті представлено аналіз якості тестових завдань з дисципліни “Дитяча терапевтична стоматологія” до ліцензійного інтегрованого іспиту “Крок 2. Стоматологія”. Наведено типові технічні дефекти у побудові тестових завдань. Запропоновано можливі шляхи їх запобігання та усунення.

The analysis of quality of test tasks in discipline “Pediatric therapeutical dentistry” to the licensed integrated examination “Step 2. Stomatology” is represented in the article. Typical technical defects in the structure of test tasks are adduced. The possible ways of their prevention and removal are offered.

Вступ. Відповідно до Положення про державну атестацію випускників ВНМЗ України, затвердженого наказом МОЗ України № 535 від 29.12.01 в Україні впроваджено державний медичний ліцензійний іспит “Крок 2”. Це обов’язкова складова частина державної атестації для присвоєння кваліфікації лікаря-стоматолога. Метою складання іспиту є визначення відповідності рівня професійних знань та вмінь студентів вищих медичних закладів освіти мінімально необхідному рівню кваліфікації згідно з державними кваліфікаційними вимогами.

Екзамен “Крок 2. Стоматологія” проводиться з використанням єдиного екзаменаційного тесту, до складу якого входять тестові завдання з терапевтичної, хірургічної та ортопедичної стоматології, стоматології дитячого віку, профілактики стоматологічних захворювань та ортодонтії. Ці тестові завдання є завданнями багатоваріантного типу, що вимірюють застосування знань [1]. Тест сформовано відповідно до структури змісту іспиту, що відповідає навчальним програмам [2].

Кафедра дитячої терапевтичної стоматології НМУ є опорною в Україні з методики викладан-

ня дисципліни “Дитяча терапевтична стоматологія”. На щорічних нарадах із завідувачами однопрофільних кафедр вищих медичних навчальних закладів освіти України систематично проводиться аналіз результатів складання ліцензійного інтегрованого тестового іспиту “Крок 2. Стоматологія”, а також аналіз психометричних показників та якості тестових завдань з дитячої терапевтичної стоматології [3, 4, 5].

Основна частина. Первинний банк тестових завдань “КРОК 2. СТОМАТОЛОГІЯ” за останні два роки – 2005/06 і 2006/07 складається з 415 задач. Із них 212 (51 %) містять технічні помилки, що становить половину тестових завдань (ТЗ). Кількість помилок в умові та у відповідях ТЗ є приблизно однаковою і становить відповідно 92 (43,4 %) та 120 (56,6 %).

Помилки в умові тестових завдань можна розподілити на 3 групи. Переважна більшість помилок в умові ТЗ стосується їх змісту і становить 72 (34 %). До другої групи належать ТЗ, умова яких містить недостатньо інформації. Кількість таких завдань дорівнює 16 (7,5 %). Третю групу складають ТЗ, де умову, навпаки, занадто ускладнено. Таких тестових завдань,

порівняно, небагато – 4 (1,9 %). Розглянемо найбільш типові з них.

Найбільша кількість помилок припадає на тестові завдання з некоректною умовою – 34 %, як, наприклад, у наступному ТЗ.

Дитина 4-х років захворіла гостро, температура – 39 градусів, головний біль, нудота, біль при ковтанні. При огляді порожнини рота – слизова оболонка м'якого піднебіння і мигдалики яскраво гіперемійовані. Язик в перший день захворювання було обкладено сіруватим нальотом, на другу добу відбулося самоочищення язика. На третю добу язик має гладку поверхню, малинове забарвлення, грибоподібні сосочки гіперемійовані. Вкажіть діагноз.

- A. *Прояви скарлатини в порожнині рота.
- B. Прояви вітряної віспи в порожнині рота.
- C. Прояви кору в порожнині рота.
- D. Прояви дифтерії в порожнині рота.
- E. Прояви лейкоплакії в порожнині рота.

В умові даного тестового завдання відзначено лише гіперемію грибоподібних сосочків язика. Між тим, при скарлатині спостерігається, в першу чергу, їх гіпертрофія. Саме внаслідок збільшення грибоподібних сосочків рельєф язика нагадує вигляд ягоди малини. Отже, діагностичне значення має “малинова” форма сосочків, а не колір язика.

Особливу увагу привертають помилки в умові тестових завдань, що стосуються діагностики гострого гнійного пульпіту тимчасових і постійних зубів у дітей. Їх загальна кількість сягає 12 (5,7 %). Типовою помилкою в умові цих ТЗ є посилення на біль при зондуванні дна каріозної порожнини. Як, наприклад:

Дитина 5 років скаржить на гострий самочинний біль у зубі на верхній щелепі справа. Біль різко посилюється від гарячого, Раніше зуб було ліковано з приводу гострого середнього карієсу. Біль виник минулої ночі. На медіально-контактній поверхні 54 – глибока каріозна порожнина, порожнина зуба закрита. Зондування дна порожнини болісне, перкусія зуба болісна. Визначте найбільш імовірний діагноз.

- A. * **Гострий гнійний пульпіт.**
- B. **Гострий серозний пульпіт.**
- C. Загострення хронічного пульпіту.
- D. Гострий гнійний періодонтит.
- E. Загострення хронічного періодонтиту.

Слід наголосити, що за умови гнійного розплавлення пульпи, яке завжди має місце при гос-

троду гнійному пульпіті, зондування дна каріозної порожнини безболісне. Крім того, у віньєтті задачі (клінічній ситуації) відсутні інші дані об'єктивного обстеження, на підставі яких можна було б діагностувати гострий гнійний пульпіт. Отже, наведене ТЗ має заздалегідь неправильну відповідь, позначену як правильну.

Другу групу помилок складають умови тестових завдань, що містять недостатньо інформації – 7,5 %. У представленому тестовому завданні відсутні дані, необхідні для вибору методу лікування.

У дитини 12-ти років 24 години тому було травмовано 21 зуб. Об'єктивно: відлом коронки 21 зуба на 1/3. Пульпа відкрита, при зондуванні виступає кров, термометрія позитивна, перкусія безболісна. Який метод лікування показаний?

- A. ***Вітальна ампутація.**
- B. **Девітальна екстирпація.**
- C. **Вітальна екстирпація.**
- D. Девітальна ампутація.
- E. Біологічний метод.

Оскільки гостра травма 21 зуба відбулася 24 години, тому для її лікування можна було б обрати метод вітальної ампутації, як і пропонує автор. Однак в умові ТЗ відсутні дані, що можуть бути протипоказаннями до вибору методики вітальної ампутації, а саме: інтенсивність карієсу у дитини та належність її до певної педіатричної групи здоров'я. Крім того, у 12 років корінь 21 зуба повністю сформований. Тому для лікування може бути обраним як метод вітальної, так і девітальної екстирпації. Таким чином, це ТЗ містить, принаймні, 3 правильні відповіді, що неприпустимо для тестового завдання формату А.

Іншу, діаметрально протилежну групу технічних помилок, складають занадто ускладнені умови тестових завдань.

Дівчинка 11 років скаржить на сухість і збільшення губ, утворення на них лусочок. В анамнезі – шкідлива звичка облизувати і кусати губи. Об'єктивно: ротове дихання, при змиканні губ – напруга м'язів підборіддя. На червоній облямівці губ – кірочки сіруватого кольору, дрібні ерозії. Слизова оболонка губ гіперемійована, вивідні протоки малих слинних залоз розширені. При натисканні на губи з проток слинних залоз виділяється секрет у вигляді прозорих крапель. Слизова порожнини рота без

патологічних змін. КПВ=2. ГІ-2,0. Підщелепні лімфатичні вузли децю збільшені, рухомі, безболісні при пальпації. Ваш діагноз?

- A. *Гландулярний хейліт.
- B. Метеорологічний хейліт.
- C. Контактний алергічний хейліт.
- D. Ексфоліативний сухий хейліт.
- E. Ексфоліативний ексудативний хейліт.

Класичними ознаками glandулярного хейліту є набряк слизової оболонки губ, розширені вивідні протоки малих слинних залоз і симптом “роси”. Інші ознаки також можуть бути присутні, але необов’язково. Зрозуміло, що ротове дихання сприяє сухості і луценню червоної облямівки. Якщо дитина кусає губи, то замість лусочок можуть утворюватись ерозії та кірочки. Однак ці прояви не є патогномонічними ознаками glandулярного хейліту, вони ускладнюють сприйняття умови ТЗ. Дані стосовно стану інших ділянок слизової оболонки порожнини рота: інтенсивності карієсу, значення індексу гігієни і стану підщелепних лімфатичних вузлів, також необґрунтовано ускладнюють умову ТЗ. У зв’язку з цим такі завдання потребують більшої кількості часу для їх розв’язання.

Які ж технічні помилки зустрічаються у відповідях тестових завдань? Одна з найбільш поширених помилок – це відповіді (дистрактори) різної довжини. Таких завдань у проаналізованому нами банку 19, що складає 8,9 %. Ось приклад ТЗ, яке має довгі та складні відповіді, за рахунок чого вимагає більше часу для його розв’язання.

Під час лікування хронічного фіброзного пульпіту 36 зуба у дівчинки 15 років, що страждає від ревматоїдного артриту, крапля розчину антибіотика, який лікар-стоматолог використовував для медикаментозної обробки кореневих каналів, потрапила на слизову оболонку порожнини рота в ділянці кореня язика. За кілька хвилин об’єм язика збільшився, дихання стало утрудненим, дівчинка не змогла закрити рот, що супроводжувалося виникненням переляку у дитини. Якою повинна бути тактика лікаря-стоматолога у даному випадку?

A.*Припинення лікування пульпіту 36 зуба, термінове в/м введення гіпосенсибілізуючого засобу.

B. Припинення лікування пульпіту 36 зуба, термінове в/в введення дезінтоксикаційних засобів.

C. Медикаментозна обробка порожнини рота протизапальними

Засобами.

D. Продовження лікування пульпіту 36 зуба.

E. Спостереження.

Особливу увагу слід звернути на ті тестові завдання, де найкоротшою є правильна відповідь. Як, наприклад, у наступному ТЗ.

Дитині 8,5 років. Поставлено діагноз: загострення хронічного гранулюючого періодонтиту 85 зуба. На рентгенограмі визначається вогнище деструкції кісткової тканини в ділянці біфуркації, кортикальна пластинка, що обмежує фолікул постійного зуба, порушена. Ваша тактика?

A. *Видалення 85 зуба.

B. Пломбування кореневих каналів 85 резорцин-формаліновою пастою.

C. Пломбування кореневих каналів 85 тимоловою пастою.

D. Пломбування кореневих каналів 85 йодоформною пастою.

E. Пломбування кореневих каналів 85 кальційвмісною пастою.

Такі технічні помилки, що вважаються підказкою, виявлені нами майже у 3 % ТЗ.

Підказкою також може бути найдовша правильна відповідь, що було визначено у 9 (4,2 %) випадків. Наприклад:

Дитина 8 років. Скаржиться на самочинний, нападоподібний біль, що посилюється вночі, в ділянці нижніх бокових зубів зліва. Об’єктивно: в 74 зубі — каріозна порожнина в межах навколопульпарного дентину, що не сполучається з порожниною зуба. Зондування дна порожнини і перкусія різко болочі. При пальпації виявлено збільшені, болочі підщелепні лімфовузли. Виберіть найбільш імовірний діагноз.

A.* Дифузний пульпіт, ускладнений періодонтитом.

B. Гнійний періодонтит.

C. Дифузний пульпіт.

D. Серозний періодонтит.

E. Загострення хронічного періодонтиту.

Цієї помилки досить легко уникнути. У даному випадку правильну відповідь можна скоротити, відкинувши слово “дифузний”, а дистрактори (неправильні відповіді) – продовжити, додавши “гострий” перебіг: гострий серозний періодонтит, гострий гнійний періодонтит і гострий дифузний пульпіт.

Ще однією технічною помилкою є негомогенні відповіді. Їх кількість становить 11 (5,2 %). Наприклад:

У дитини 5 років спостерігається біль у горлі, риніт, кашель, підвищення температури тіла, Лімфатичні вузли уздовж грудинно-ключично-соскоподібного м'яза збільшені, мають вигляд пакета. В порожнині рота – катаральний стоматит, що супроводжується геморагіями у вигляді петехій. Назвіть збудника даного захворювання.

- A. *Вірус, що фільтрується.
- B. РНК-вмісний вірус.
- C. β-гемолітичний стрептокок.
- D. Вірус звичайного герпесу.
- E. Дифтерійна паличка.

У даному тестовому завданні: “вірус, який фільтрується” і “РНК-вмісний вірус” є морфологічними характеристиками вірусів. Водночас, інші дистрактори: гемолітичний стрептокок, вірус звичайного герпесу і дифтерійна паличка – це різні види мікроорганізмів. До речі, здатність до фільтрації є не тільки у вірусу Епштейна–Барра.

Найбільш серйозними технічними помилками є тестові завдання з декількома правильними відповідями. Загалом вони становлять 18 (8,5 %) з 415 ТЗ. Але, якщо декілька таких завдань потрапить до екзаменаційного буклету, де кількість ТЗ з дитячої терапевтичної стоматології дорівнює 25, то їх питома частка виявиться значно вищою, а результат тестування – гіршим. Розглянемо наступний приклад.

У дитини 7-ми років на апроксимальній верхній 55 – глибока каріозна порожнина, що сполучається з порожниною зуба. З анамнезу відомо, що 3-4 місяці тому неодноразово турбував нічний самочинний біль. При зондуванні дна каріозної порожнини виявляється біль та кровоточивість. Термометрія позитивна. Перкусія 55 зуба безболісна. Оберіть найбільш раціональний метод лікування:

- A. *Девітальна ампутація.
- B. Вітальна екстирпація.
- C. Біологічний метод.
- D. Девітальна екстирпація.
- E. Вітальна ампутація.

У 7-річної дитини 55 зуб знаходиться на етапі стабілізації коренів. Тому для лікування хронічного фіброзного пульпіту можна обрати при-

наймні два методи: девітальну ампутацію і девітальну екстирпацію. Враховуючи період розвитку зуба, найбільш раціональною є девітальна екстирпація, а не ампутація.

Використання як дистракторів неправдоподібних відповідей є ще однією з технічних помилок, що виявлені нами в 5,2 % ТЗ. Неіснуючих діагнозів, як “гострий герпетичний гінгівіт”, у дистракторах слід уникати, тому що вони взагалі не працюють.

Хворий 14-ти років звернувся зі скаргами на біль та кровоточивість ясен. Захворів 3 дні тому. Об'єктивно: загальний стан задовільний, відзначається блідість шкіри, температура – 38 °С, підщелепні лімфовузли болісні під час пальпації, децю збільшені, не спаяні з прилеглими тканинами. У ділянці 44, 45, 46, 47 відзначається наявність брудно-сірого нальоту, порушення цілісності ясенних сосочків і краю, значні відкладення зубного нальоту. Який імовірний діагноз?

- A. *Виразково-некротичний гінгівіт.
- B. Хронічний катаральний гінгівіт.
- C. Гострий герпетичний гінгівіт.
- D. Гіпертрофічний гінгівіт.
- E. Гострий катаральний гінгівіт.

Підказкою для студентів вважається також повторення однакових слів і в умові, і у правильній відповіді тестового завдання. Наприклад:

Дитині 10 років. Звернулася до стоматолога зі скаргами на дефект емалі верхніх різців. Об'єктивно: обличчя симетричне. Емаль на більшій частині коронки 21 зуба і на різьучому краї 11 зуба відсутня, дентин пігментований, при зондуванні щільний, не забарвлюється. Дефекти на правому і лівому різцях не симетричні. З анамнезу встановлено: у 3,5 роки були видалені 51 і 61 зуби з приводу загострення хронічного гранулюючого періодонтиту. Що є найбільш вірогідною причиною даного порушення зпащення емалі 11 і 21 зубів?

- A. *Хронічний гранулюючий періодонтит 51 і 61 зубів.
- B. Раннє видалення 51 і 61 зубів.
- C. Недосконалий дентиногенез.
- D. Рахіт у ранньому дитячому віці.

Тут повторюється вислів “хронічний гранулюючий періодонтит”. Згідно з результатами психометричного аналізу такі ТЗ виявляються занадто легкими для студентів.

Незначною технічною помилкою є непослідовність відповідей. Вона зустрічається у 12 (5,7 %) випадків. Як, наприклад, у наведеному нижче ТЗ, де значення індексів гігієни викладено безсистемно.

З метою визначення гігієнічного індексу у дитини 11 років провели фарбування 16, 11, 26, 36, 31, 46 зубів. При цьому всі обстежені зуби зафарбувалися в межах 1/3 висоти коронки. Вкажіть, за яким методом проводили визначення гігієнічного індексу і його значення.

- A. * Гріна-Вермільона – 1,0.
- B. Федорова-Володкіної – 1,0.
- C. Силнесс-Лоу – 3,0.
- D. Федорова-Володкіної – 2,0.
- E. Гріна-Вермільона – 0,5.

Згідно з вимогами тестування, абсолютні числа, а також відсотки необхідно розташовувати у такому порядку, що послідовно збільшується або зменшується.

Помилкою є невідповідність неправильних відповідей умові, тобто клінічній ситуації тестового завдання. Такі дистрактори не працюють, і тому вважаються граматичною підказкою. Зокрема, зуби Фурньє, що спостерігаються при вродженому сифілісі у дітей, за клінічними ознаками абсолютно не подібні до проявів гострого початкового карієсу.

У дитини 8 років при огляді ротової порожнини на вестибулярній поверхні 11, 12 у пришийковій ділянці виявлено плями білого кольору з нерівними краями, поверхня гладка, зафарбовується барвником. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. ***Вогнищева демінералізація.**
- B. **Зуби Фурньє.**
- C. Ерозія емалі.
- D. Поверхневий карієс.
- E. Гіпоплазія емалі.

Тестові завдання, де правильна відповідь об'єднує у собі інші дистрактори, також розцінюються як підказка. Наприклад, у наведеному нижче тестовому завданні правильна відповідь: “ремінералізуюча терапія з наступним пломбуванням косметичних дефектів”, об'єднує два наступні дистрактори: “**пломбування косметичних дефектів**” і “*ремінералізуючу терапію*”. Такі ТЗ також виявляються занадто легкими для студентів.

При об'єктивному обстеженні у дитини 12 років виявлені вогнища гіпоплазії на вестибу-

лярній поверхні усіх центральних різців та горбах перших молярів. Клінічно вони проявляються поперечними борознами на емалі зубів. Тактика лікування?

- A. ***Ремінералізуюча терапія з наступним пломбуванням косметичних дефектів.**
- B. **Пломбування косметичних дефектів.**
- C. *Ремінералізуюча терапія.*
- D. Відновлення анатомічної форми зубів за допомогою керамічних коронок.
- E. Видалення зубів з наступним заміщенням дефекту мостоподібними протезами.

Слід також уникати суто технічних помилок у відповідях тестових завдань, які становлять 11 (5,2 %).

У хлопчика 13 років є скарги на біль від холодного в 46 зубі. Об-но: на жувальній поверхні 46 зуба – глибока каріозна порожнина овальної форми в межах світлого, розм'якшеного біляпульпарного дентину. Зондування dna каріозної порожнини болісне по всій поверхні, реакція на холодний подразник різко болісна, швидко зникає після припинення його дії. Виберіть пасту для тимчасової пломби:

- A. ***Кальційвісна.**
- B. Тимолова.
- C. Йодоформна.
- D. Параформальдегідна.
- E. **Цинк-евгенолова.**

Зрозуміло, що як тимчасова пломба при гострому глибокому карієсі використовується цинк-евгенолова паста. В той же час лікувальну кальційвісну прокладку також слід ізолювати від слини тимчасовою чи постійною пломбою. Саме такі технічні помилки призводять до неправильних відповідей і погіршують результати тестування.

Висновки. Для покращення якості тестових завдань, що використовуються під час ліцензійного інтегрованого державного іспиту “Крок 2. Стоматологія”, опорна кафедра дитячої терапевтичної стоматології НМУ рекомендує:

1. Уникати вищезазначених помилок при створенні ТЗ.
2. Залучати до створення ТЗ найбільш досвідчених викладачів, які безпосередньо відповідають за цей розділ роботи.
3. Клопотати перед Центром тестування МОЗ України про проведення семінарів з викладачами щодо створення ТЗ.

Література

1. Кейс С.М., Свэнсон Д.Б. Создание письменных тестовых вопросов по базисным и клиническим дисциплинам. – Сорувrite. NBME, 1996. – 119 р.

2. Терапевтическая стоматология детского возраста / Под ред. проф. Л.А. Хоменко. – Киев: Книга плюс, 2007. – 815 с.

3. Мруга М.Р. Рекомендації щодо аналізу результатів тестування. – Київ, 2002. – 14 с.

4. Про методику підготовки студентів-субордина-

торів до тестового ліцензійного іспиту “Крок 2. Стоматологія” / Л.О. Хоменко, О.І. Остапко, В.І. Шматко, І.М. Голубева // Вісник стоматології. – 2001. – № 2. – С. 56 – 57.

5. Про методику підготовки студентів-субординаторів до тестового ліцензійного іспиту “Крок 2. Стоматологія” / Л.О. Хоменко, О.І. Остапко, В.І. Шматко, І.М. Голубева // Вісник стоматології. – 2003. – № 2. – С. 56 – 57.

УДК 612.14.05

**УСПІШНІСТЬ СТУДЕНТІВ ПРИ ВИВЧЕННІ ПСИХІАТРІЇ
ЗАЛЕЖНО ВІД ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ**

Р.М. Гнатюк

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

**STUDENTS' PROGRESS WHILE STUDYING PSYCHIATRY
DEPENDING ON PSYCHOPHYSIOLOGIC PECULIARITIES**

R.M. Hnatyuk

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

Досліджена успішність студентів медичного університету з психіатрії залежно від психофізіологічних особливостей. Встановлено, що особам з домінуванням лівої руки важче дається засвоєння навчального матеріалу порівняно з праворукими.

Progress of medical university students' while studying psychiatry depending on psychophysiological peculiarities have been studied. It was established that people with left hand and right cerebral hemisphere dominating learn worse than right-handed individuals.

Вступ. Потужні потоки нової інформації, глобальні трансформації, які відбуваються у суспільстві, зумовлюють нагальну потребу суттєвих техногенних змін в освіті. Їхнє розв'язання вимагає збільшення обсягу наукових знань, кількості відповідних спеціалістів та запровадження нової системи освіти. Тому сьогодні на перший план виступає пошук нових технологій навчання, які суттєво прискорюють підготовку висококваліфікованих спеціалістів з якісно новим ступенем знань [1, 2]. Науково-технічний прогрес вимагає суттєвого вдосконалення форм викладання, розробки нових ефективних навчальних програм, подачі для засвоєння великого обсягу інформації на більш високому та якісно новому рівнях [3].

© Р.М. Гнатюк

Широке запровадження комп'ютерних технологій у навчальний процес суттєво інтенсифікує його, розвиває елементи самостійності й творчості у студентів при вирішенні нестандартних завдань та при виконанні науково-дослідних робіт, дозволяє звертатися за додатковою необхідною інформацією, не перериваючи виконання основного завдання. В той же час ці процеси призводять до значного емоційного навантаження студентів, що забезпечують активацію додаткових резервів пам'яті. Варто зауважити, що при цьому не завжди враховуються психофізіологічні особливості студентів, які відіграють важливу роль у засвоєнні навчального матеріалу [4].

Виходячи із написаного вище, метою даної роботи стало дослідження успішності студентів

при вивченні психіатрії залежно від психофізіологічних особливостей.

Основна частина. Для оцінки ефективності засвоєння психіатрії в залежно від психофізіологічних особливостей студентів проводили педагогічний експеримент у 15 академічних групах, які були розділені на 2 підгрупи. У 1-шу підгрупу увійшли праворуки студенти, у 2-гу – студенти, в яких домінувала ліва рука (“лівші”). Для визначення ліворукості або праворукості ми використали Луганський сенсibilізований опитувальник для визначення ліворукості у дітей [5, 6]. Взяло участь у даному експерименті 172 студенти, серед яких за результатами опитування праворуких виявилось 147 (85,5 %), а ліворуких – 25 студентів (14,5 %).

Критеріями засвоєння матеріалу були результати поточної успішності, а також іспитів. Оцінювання проводилося за п'ятибальною системою. При цьому аналізували питому вагу відмінних, добрих, задовільних, незадовільних оцінок, середній бал, загальну та якісну успішність.

Аналізом отриманих результатів проведеного дослідження встановлено, що середній бал поточної успішності у праворуких студентів дорівнював ($3,85 \pm 0,03$), а у ліворуких – ($3,73 \pm 0,04$). Варто зазначити, що наведені цифрові величини статистично достовірно ($p < 0,05$) між собою відрізнялися і останній показник виявився меншим за попередній майже на 2,9 %.

За результатами іспитів середній бал в обох групах студентів був дещо вищим, порівняно з попередніми показниками. При цьому середній бал за результатами іспитів у праворуких студентів досягав ($3,96 \pm 0,05$), а у ліворуких – ($3,84 \pm 0,03$). Між наведеними цифровими величинами статистично достовірна ($p < 0,05$) різниця. У цих умовах педагогічного експерименту останній показник виявився меншим за попередній на 3,0 %. Встановлено також, що у студентів 1-ї підгрупи при аналізі поточної успішності більшою була питома вага відмінних та добрих оцінок, порівняно з аналогічними показниками 2-ї підгрупи. Так, у студентів з домінуючою правою рукою питома вага відмінних оцінок перевищувала таку ж у ліворуких на 5,7 %, а аналогічний показник добрих оцінок – на 6,4 %. Слід також зазначити, що кількість негативних оцінок у студентів 1-ї групи була на 7,5 % меншою, порівняно з 2-ю підгрупою.

Наведені показники при аналізі результатів складення іспитів з психіатрії були кращими у праворуких студентів, порівняно з ліворукими. При цьому якісна успішність у студентів 1-ї підгрупи складала ($74,6 \pm 1,2$) %, а у 2-ї підгрупі даний показник дорівнював ($62,5 \pm 0,9$) %. Необхідно вказати, що наведені цифрові величини між собою статистично достовірно відрізнялися ($p < 0,001$). При цьому 1-й показник перевищував останній на 12,1 %. Загальна успішність у студентів з домінуючою праворукістю досягала ($95,92 \pm 1,80$) %, а у ліворуких – ($88,0 \pm 1,5$) %, тобто на 7,92 % меншою. Між наведеними цифровими величинами виявлена також статистично достовірна різниця ($p < 0,01$).

Таким чином, отримані результати проведеного дослідження свідчать, що у студентів, де домінувала права рука, поточна успішність та результати іспитів виявилися кращими, порівняно з ліворукими студентами, тобто останні гірше засвоювали даний навчальний предмет.

Необхідно зазначити, що сучасна педагогіка усе частіше звертає увагу на особливості навчання та якості засвоєння навчальних предметів у праворуких та ліворуких [7]. При цьому відомо, що психологічні відмінності права та ліворуких осіб обумовлені різними функціями лівої та правої півкулі головного мозку. Так, ліва півкуля головного мозку, що домінує у праворуких, відповідає за використання абстрактно-знакової інформації (читання, рахунки, мова), за властивість адекватно аналізувати предмети та явища, роз'єднувати їх на окремі елементи і складати логічні ланцюжки. Права півкуля головного мозку, що домінує у ліворуких, замість вказаного аналізу більш схильна до узагальнення та синтезу, забезпечуючи цілісність сприйняття. Безумовно, обидві півкулі головного мозку функціонують у тісному взаємозв'язку, проте вказане домінування однієї з них зумовлює тип мислення людини, визначаючи її характер, ступінь невротизації, швидкість мислення, пам'ять, властивість зосередитись та інші психофізіологічні властивості. Ліворуки більш вразливі, збудливі, чутливі, відповідальніші, але часто невпевнені у собі, піддаються різким змінам емоцій, схильні до коливань настрою від ейфорії до песимізму та зривів [8].

Отримані дані проведеного педагогічного експерименту та проаналізовані дані літератури свідчать, що для ефективного та адекватного

засвоєння навчального предмета необхідно враховувати психофізіологічні особливості студента, тобто право- та ліворукість. Особам з домінуючою лівою рукою нелегко дається усе, що пов'язане з необхідністю швидкого переключення з одного процесу на інший [9]. У ліворуких тривалий час спостерігається дисграфія та дислексія. Останнє слово означає порушення читання, або більш детально – часткове порушення процесу читання, яке проявляється у стійких помилках читання, які часто повторюються і зумовлені несформованістю вищих психічних функцій, що беруть участь в процесах читання. Наведене стверджує, що особам з домінуванням лівої руки або нестійкою латералізацією важче дається засвоєння навчального

матеріалу, порівняно з праворукими, та вимагає індивідуальних підходів до студентів для повноцінного засвоєння навчальної дисципліни. Це вимагає при виконанні практичної роботи і під час проведення семінарських занять більше уваги приділяти ліворуким студентам.

Висновок. Отримані результати проведеного дослідження свідчать, що для адекватного та повноцінного засвоєння навчальної дисципліни необхідно враховувати психофізіологічні особливості студентів, тобто право- і ліворукість та більше працювати над освоєнням навчальної програми із останніми. В майбутньому подальше вивчення психофізіологічних особливостей студентів та врахування їх при засвоєнні навчального предмета допоможе більш повноцінно опанувати його.

Література

1. Вороненко Ю.В. Проблеми охорони здоров'я та обґрунтування перспектив розвитку вищої медичної освіти в Україні // Медична освіта. – 1999. – № 1. – С. 6-11.
2. Ковальчук Л.Я. Основні тенденції розвитку світової вищої школи. Впровадження сучасних технологій у навчальний процес Тернопільської державної медичної академії імені І.Я. Горбачевського: досягнення і перспективи // Медична освіта. – 2000. – № 2. – С. 5-11.
3. Ковальчук Л.Я. Використання мультимедійних лазерних компакт-дисків для оптимізації навчального процесу // Медична освіта. – 1999. – № 1. – С. 12-15.
4. Fliescher W., Barz I. Wortbildung der deutschen

Gegenwartssprache. – Tübingen: Max Neimeyer Verlag' 1995. – 382 p.

5. Смирнова О.А. Таємниця рукості // Гуманітарні науки. – 2001. – № 1. – С. 105-109.

6. Чуприков А.П., Волков Е.А. Проблемы леворукости. – Николаев: Атола, 2004. – 188 с.

7. Чуприков А.П., Гнатюк Р.М. Підготовка ліворукої дитини до письма. – Київ: Редакція освітницьких видань, 2001. – 92 с.

8. Смирнова О.А. Таємниця рукояті // Гуманітарні науки. – 2001. – № 2. – С. 105-109.

9. Семенович А.В. Эти невероятные левши. – М.: Генезис, 2005. – 250 с.

УДК 616.1/4:616.31:378.1

КОНЦЕПЦІЯ ВИКЛАДАННЯ КЛІНІЧНИХ ДИСЦИПЛІН НА КАФЕДРІ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ І ДИТЯЧОЇ СТОМАТОЛОГІЇ ЗА МЕТОДИКОЮ ЄДИНОГО ДНЯ

О.В. Авдєєв, М.М. Якимець, Н.В. Чорній

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

CONCEPTION OF TEACHING CLINICAL DISCIPLINES AT THE DEPARTMENT OF THERAPEUTIC AND CHILD DENTISTRY BY THE SINGLE DAY METHOD

O.V. Avdeyev, M.M. Yakymets, N.V. Chorniy

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

У статті розкривається концепція викладання клінічних дисциплін на кафедрі терапевтичної і дитячої стоматології в Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського за методикою єдиного дня.

The conception of teaching clinical disciplines at the department of therapeutic children dentistry of I. Ya. Horbachevsky Ternopil State Medical University by the single day method is described in the article.

Вступ. В останні роки освітній загал виявляє жваву цікавість до проблем, пов'язаних з посиленням ролі пан'європейського освітнього руху. У зв'язку з тим, що Україна входить в європейський освітній простір, розвиток викладання стоматологічних дисциплін в нашій країні повинен бути адаптований і узгоджений з процесами, що відбуваються в Європі [1].

У ТДМУ ім. І.Я. Горбачевського з 2006-2007 навчального року була впроваджена система єдиного дня, котра передбачала перехід до нової моделі організації навчально-методичного процесу.

Суть нової методики полягає в практичній орієнтації викладання дисциплін із зміщенням акцентів з теорії на практику у максимально-му практичному спрямуванні всіх предметів, що дозволяє студенту зрозуміти необхідність вивчення даної дисципліни.

Процес навчання у вузі повинен формувати професійне, особисте та громадське становлення майбутнього лікаря. Провідну роль у цьому відіграє викладач, який ставить задачі перед студентом, ділиться професійними знаннями та досвідом. У той же час викладачу необхідно стати для студента не тільки носієм знань, але й вихователем та моральним взірцем [2].

Основна частина. Підготовка спеціалістів в університеті ведеться за концепцією постійного інтегрованого тренінгу на основі поєднання класичних, історично сформованих методичних засад викладання у вищій медичній школі з новітніми технологіями навчання, які, зокрема, передбачають перехід до так званої студенто-центрованої системи навчання, центральною фігурою якої стає не викладач, а студент, і створюються умови для самостійного оволодіння ним усіма вміннями та навичками, необхідними для професійної діяльності. Головним принципом такої підготовки є використання інноваційних технологій навчання на всіх етапах – від вивчення фундаментальних дисциплін до засвоєння власне клінічних дисциплін, що забезпечує формування у майбутнього спеціаліста не лише теоретичних знань, але й глибоких практичних навичок та умінь [3]. Перевага методики “Єдиного дня” полягає у тому, що заняття у кожній групі студентів протягом всього робочого дня проводиться на одній кафедрі, що не вимагає переїздив між корпусами. За час перебування на кафедрі протягом 6-7-ми годин студенти мають можливість виконати великий об'єм практичної роботи, розв'язати більш триваліші і складніші завдання, ґрунтовніше опанувати практичні

© О.В. Авдєєв, М.М. Якимець, Н.В. Чорній

навички, приділити більше часу самостійній курації хворих.

При такій системі організації навчального процесу є можливість у викладача обговорити зі студентами найважливіші питання теми. При відповідній мотивації і досконалому матеріально-технічному забезпеченні навіть непідготовлений на початок заняття студент вийде з аудиторії після заняття з середнім рівнем знань [4, 5]

Семинарська частина занять проводиться у формі диспутів, дискусій, круглих столів, творчих завдань.

В процесі викладання клінічних дисциплін часто виникають труднощі із забезпеченням навчального процесу тематичними хворими. Нестача тематичних хворих, як правило, обумовлена незначною поширеністю тієї або іншої патології, недостачею часу у пацієнтів для того, щоб прийти на прийом під час навчального процесу. Відсутність тематичних хворих, безсумнівно, позначається на якості засвоєння студентами навчального матеріалу.

З метою заповнення дефіциту наочного матеріалу, підвищення якості засвоєння дитячої терапевтичної стоматології розроблені й впроваджені в навчальний процес ілюстровані ситуаційні завдання.

Ілюстровані ситуаційні завдання складаються з текстової та ілюстрованої частини. У текстовій частині в традиційній формі викладені необхідні паспортні дані пацієнта, його скарги, анамнез життя, захворювання, а також інші дані, необхідні для правильного вирішення завдання. Ілюстрована частина може містити різний наочний матеріал: фотографію зовнішнього вигляду хворого, зображення збільшеної ділянки патологічного вогнища; набір рентгенограм; види інструментів, які необхідні для проведення діагностичних або лікувальних маніпуляцій або будь-який інший матеріал, комплектність якого залежить від творчої фантазії викладача, що складає завдання. Для створення ілюстрованої частини завдання може бути найрізноманітніший матеріал – малюнки і фотографії з навчальних видань, атласів, журнальних статей, монографій, а також матеріал власних клінічних спостережень.

На заняттях з терапевтичної стоматології студенти третього курсу засвоюють навички вміння роботи з пацієнтами, вміння працювати з асистентами в “чотири руки”; правильність

техніки знеболення; етапи препарування каріозної порожнини; використання додаткових пристосувань (кофердам, матриця, рефракційна нитка).

Під час виконання студентами практичної роботи перед ними повстає завдання підбору кольору пломби, відновлення анатомічної форми зуба, досягнення хороших клінічних результатів, які обумовлюються: крайовим приляганням пломби, якісною фінішною обробкою, відсутністю пор в реставрації зуба. Більш складним етапом засвоєння студентами практичних навичок є розділ ендодонтичного лікування, який включає сучасні методики розробки та пломбування кореневих каналів зубів (методики Step-Back, Crown-Down).

Вивчаючи курс пародонтології, студенти 4 курсу на практичній частині заняття проводять клінічний огляд пародонтологічного хворого, після встановленого діагнозу розробляють схему лікування, вчаться виготовляти та накладати пародонтальні пов'язки. Методику шинування та вибіркоче пришліфовування зубів студенти проводять на муляжах.

Досвід навчання студентів з дитячої терапевтичної стоматології, терапевтичної стоматології, ортодонтії показав, що суттєво сприяють адекватному та повноцінному засвоєнню практичних навичок такі технічні засоби навчання, як відеофільми та відеофрагменти, комп'ютерні програми. Вони інтенсифікують викладання матеріалу, стимулюють цікавість до предмета і викликають активну діяльність мислення.

У відеофільмах та відеофрагментах можна досить повно, адекватно показати алгоритми практичних навичок. Важливим є також те, що при наявності відеофільму чи відеофрагмента завжди є можливість впродовж 8-10 хвилин наочно показати окремі етапи виконання.

Найкращим для формування клінічного мислення студента, дисципліни “Ортодонтія” є комплексне вирішення задач з сучасної лікарської практики. Тому на кожному занятті відповідно до конкретної теми акцентується увага на розгляді складних клінічних випадків, які потребують міждисциплінарного лікування лікарями-стоматологами різних профілів та інших медичних фахівців. Окрім того, актуальним питанням ортодонтії є вивчення морфології обличчя при різних формах зубощелепних аномалій, опис сучасних концепцій діагностики, планування

лікування і прогнозування його кінцевих результатів. Призначене лікування може включати загальнозміцнюючу терапію, масаж, нормалізацію постави, функцій порожнини рота, використання ортодонтичних апаратів. Такий підхід вимагає від студента логічного аналізу та узагальнення як нової, так і раніше отриманої інформації, на заняттях, наприклад, з хірургічної стоматології. Формування професійних вмінь відбувається при розгляді складних клінічних випадків, їх обговорення потребує для проведення сучасної діагностики аналізу фотографій, контрольно-діагностичних моделей щелеп, опису ортопантограми (повторення попереднього матеріалу), телерентгенограми (тема заняття потребує базових знань анатомії), встановлення діагнозу, визначення плану лікування (глибокий аналіз зовнішніх та внутрішніх факторів, в яких формується особистість в цілому і конкретно щелепно-лицева ділянка). Такий комплексний розгляд сприяє професійній зацікавленості, підвищується критерій значимості отриманої інформації у майбутній діяльності стоматологів різних фахів. Складні клінічні задачі, вирішення яких потребує міждисциплінарної інтеграції, спонукає до самостійного пошуку нових знань, розвиває творчі пізнавальні здібності та наукову активність.

Висновки: 1. За сучасних умов становлення національної системи вищої освіти в Україні в контексті загальних тенденцій цивілізаційного розвитку серед педагогічних засад вузівської освіти оптимальною є педагогіка партнерства студента й викладача. Така модель відповідає сучасним вимогам національної системи вищої

освіти, сприяє підвищенню відповідальності за результати своєї діяльності, створенню сприятливого психологічного клімату.

2. Для подолання труднощів при освоєнні практичних навичок необхідно продовжувати поповнювати інформаційні ресурси кафедри терапевтичної і дитячої стоматології матеріалами клінічного спрямування і рентгенограмами, результатами лабораторних методів дослідження реальних пацієнтів, навчальними таблицями, відеоматеріалами тощо.

3. Відеофільми та відеофрагменти суттєво сприяють адекватному та повноцінному засвоєнню практичних навичок з навчальної дисципліни і їх необхідно широко використовувати у навчальному процесі.

4. Безпосередній контакт студента з пацієнтом частково може бути замінений іншими формами та методами навчання – програмними, діловими іграми, рішенням ситуаційних завдань та тестів тощо.

5. На нашу думку, система єдиного дня у вивченні дитячої терапевтичної, терапевтичної стоматології та ортодонції дозволяє приділяти значну увагу практичній роботі студентів, що є надзвичайно важливим для формування у них клінічного мислення. З'являється безліч можливостей і, головне, часу для цікавого та корисного проведення семінарських занять та об'єктивної оцінки знань студентів.

6. Форма комплексного міждисциплінарного навчання створює умови для розширення кругозору особистості лікаря, створює умови для клінічного мислення, яке необхідне в подальшій практичній роботі.

Література

1. Наш погляд на шляхи підвищення якості навчального процесу в медичних вузах / А.О. Ватченко, М.М. Тимофеев, М.В. Цикова та ін. // Перші результати та перспективи реформування системи медичної освіти в Україні: Мат. навч.-метод. конф. – Запоріжжя, 2006. – С. 44-45.

2. Ломов Б.Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии / Отв. ред. Ю.М. Забродин, Е.В. Шорохова. – М.: Наука, 1984. – 444 с.

3. Досвід Віденського медичного університету в ре-

формуванні системи освіти. Перспективи співпраці / За ред. чл.-кор. АМН України, д-ра мед. наук, проф. Л.Я. Ковальчука. – Тернопіль: ТДМУ, 2006. – 288 с.

4. Концепція розвитку Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського і інтеграція у світовий медичний освітній простір. – Тернопіль: ТДМУ, 2006. – 50 с.

5. Методичні вказівки для викладачів щодо організації навчального процесу в ТДМУ. – Тернопіль: ТДМУ, 2007. – 86 с.

УДК 615.015:378

ОРГАНІЗАЦІЯ ВИКЛАДАННЯ КЛІНІЧНОЇ ФАРМАКОЛОГІЇ В КОНТЕКСТІ ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ ТЕХНОЛОГІЇ

В.М. Мерецький

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

ORGANIZATION OF CLINICAL PHARMACOLOGY TEACHING IN THE CONTEXT OF INTRODUCTION OF CREDIT-MODULE TECHNOLOGY

V.M. Meretsky

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

У статті узагальнено досвід викладання клінічної фармакології студентам 5 курсу медичного факультету. Запропоновано уніфікацію методичних матеріалів, необхідних для інтенсивного, всебічного та більш глибокого вивчення студентами клінічної фармакології.

The experience of clinical pharmacology teaching for 5-year students of medical faculty is summarized in this article. The authors offer the unification of methodological materials, which are necessary for students' intensive, thorough and detail study of clinical pharmacology.

Вступ. Ми є свідками унікального процесу глобалізації світу, який вже породив могутню світову об'єднану супердержаву – Європейський Союз, до складу якого постійно приєднуються нові країни Європи, і в тому числі Східної. Україна, прагнучи увійти до складу Європейського Союзу, повинна відповідати стандартам життя і демократичним свободам та інноваційним технологіям у єдиному європейському освітньому просторі.

Подальші соціально-економічні й політичні зміни в суспільстві, зміцнення державності України, входження її в цивілізоване світове співтовариство неможливі без модернізації системи вищої освіти, спрямованої на підготовку фахівців на рівні міжнародних вимог. Особливе місце у системі вищої освіти належить медичним навчальним закладам, які перебувають в окремих спеціалізованих умовах, враховуючи багаторічні національні традиції, особливості формування і становлення наукових шкіл та центрів, базування клінічних кафедр у місцевих лікарнях, диспансерах, поліклініках тощо. Однією із передумов входження України до єдиного європейського та світового освітнього простору є впровадження в систему вищої освіти

України основних ідей, сформульованих Болонською декларацією 1999 року [1, 2].

Головна мета процесу, що розпочався у вищій освіті більшості країн Європи і отримав назву згаданої вище декларації, – консолідація зусиль наукової та освітянської громадськості й урядів країн Європи для істотного підвищення конкурентоспроможності європейської системи науки і вищої освіти у світовому вимірі, а також для підвищення ролі цієї системи в суспільних перетвореннях [3].

Які ж основні вимоги ставить членство України в Болонському процесі перед всією системою освіти та вищими навчальними закладами зокрема? В основному їх можна звести до таких шести ключових позицій: прийняти зручні та зрозумілі градації дипломів, ступенів і кваліфікацій; увести двоступеневу структуру вищої освіти; використовувати єдину систему кредитних одиниць (систему ECTS – European Community Course Credit Transfer System) і додатків до дипломів; напрацьовувати, підтримувати і розвивати європейські стандарти якості із застосуванням зрозумілих порівнюваних критеріїв, механізмів і методів їх оцінки; усунути існуючі перепони для розширення мобільності

© В.М. Мерецький

студентів, викладачів, дослідників і управлінців вищої школи; забезпечувати привабливість системи європейської освіти.

Враховуючи ці вимоги та для найбільш оптимального та безболісного переходу від існуючої системи освіти в Україні до новітньої, яка враховуватиме основні положення Болонського процесу, була розроблена модель кредитно-модульної організації навчального процесу [4, 5].

Основна частина. Впровадження кредитно-модульної системи навчання, яка базується на ідеях Болонської декларації, є одним із напрямків модернізації вищої медичної освіти. Кредитно-модульна система організації навчального процесу – це модель організації навчального процесу, яка ґрунтується на поєднанні модульних технологій навчання та залікових освітніх одиниць (кредитів). Модуль – це логічно завершена частина освітньо-професійної програми (навчальної дисципліни, практики, державної атестації), що реалізується відповідними формами навчального процесу. Змістовий модуль – це сукупність навчальних елементів програми, що поєднані за змістом навколо певного навчального об'єкта. Заліковий кредит – одиниця виміру навчального навантаження студента, необхідного для засвоєння модуля (змістового модуля), є також заліковою одиницею виміру засвоєння навчального матеріалу (залікових кредитів) [6, 7].

За кредитно-модульної системи підготовка фахівця здійснюється як послідовне засвоєння студентом змістових модулів відповідно до індивідуального навчального плану.

Впровадження даної системи на курсі клінічної фармакології відбудеться у 2009-2010 н. р. З 45 навчальних годин, які планується виділити на вивчення клінічної фармакології для студентів 5 курсу медичного факультету, 30 відводяться для аудиторної і 15 – для позааудиторної роботи, що відповідає 1,5 кредитам. Відповідно до навчальної програми, передбачається виділення таких основних модулів, як клінічна фармакокінетика та фармакодинаміка, клінічна фармакологія серцево-судинних засобів, клінічна фармакологія засобів, що впливають на функцію органів дихання, клінічна фармакологія протизапальних засобів, клінічна фармакологія протимікробних, противірусних та протипаразитарних засобів, клінічна фармакологія засобів, що впливають на центральну нервову систему

та шлунково-кишковий тракт. Такий розподіл, на нашу думку, сприятиме ефективному опануванню студентами великого обсягу матеріалу і об'єктивному оцінюванню рівня їх знань та підготовленості.

Методологія процесу навчання та, відповідно, оцінювання знань студента в кредитно-модульній системі організації навчального процесу полягає у його переорієнтації із лекційно-інформативної на індивідуально-диференційовану, особистісно-орієнтовану форму та на організацію самоосвіти студента [8].

Творча, наближена до наукового осмислення і узагальнення робота можлива лише як результат організації самостійного навчання з обов'язковою присутністю в ній мети та її досягнення за допомогою ефективних технологічних схем самоосвіти. Крім того, така робота повинна бути індивідуалізованою з урахуванням рівня творчих можливостей студента, його навчальних здобутків, інтересів, навчальної активності тощо. Враховуючи вищезгадане, ми пропонуємо студентам здійснювати пошук цікавої інформації щодо застосування лікарських засобів у клінічній практиці з позицій доказової медицини, яку студент повинен представити у вигляді доповіді з подальшим обговоренням. При підготовці та в ході доповіді майбутній лікар повинен знати про необхідність дотримання певних вимог: актуальність теми, зацікавленість нею аудиторії, сучасний науковий рівень, повнота охоплення основних питань і розкриття теми, особиста обізнаність з питань теми, вільне володіння матеріалом, чіткий і логічно послідовний виклад, доступність сприйняття аудиторією, емоційність, вміння підтримувати зворотний зв'язок з аудиторією, володіння нею, готовність до відповідей на запитання, що виникають. Кожен студент повинен усвідомити, що вихідним принципом доказової медицини є використання наукової медичної інформації лише найвищого рівня доказовості, яка зосереджена, перш за все, в результатах рандомізованих контрольованих випробувань, меншою мірою в когортних та інших дослідженнях, і узагальнена в клінічних рекомендаціях, систематичних оглядах, мета-аналізах, міжнародних консенсусах та ін.

Студенти, які навчаються на курсі клінічної фармакології, є певною мірою підготовленими до

більш глибокого оволодіння спеціальністю. На попередніх курсах вони вже ознайомились з основними методами обстеження хворих, з механізмом утворення різних симптомів, засвоїли головні риси захворювань, що вивчались. У шпитальній клініці їх кругозір повинен розширюватись за рахунок тісного знайомства зі справжнім клінічним життям. Вони повинні правильно будувати свої думки біля ліжка хворого, у найбільш стислий термін зрозуміти природу захворювання, визначити індивідуальні особливості хворого та спланувати найбільш раціональний план лікування. Іншими словами, професійна підготовка студентів потребує максимального наближення процесу навчання до умов практичної охорони здоров'я.

Важливим моментом в індивідуальній підготовці студентів під час навчання на курсі клінічної фармакології буде робота з оцінки стану хворих, аналізу листків призначень, визначення критеріїв ефективності та обґрунтованості призначених препаратів, їх сумісності, прогнозування виникнення ймовірних побічних ефектів, шляхи їх попередження, що дасть можливість виявити практичні вміння, теоретичну підготовку кожного студента та оцінити його клініко-фармакологічне мислення.

Глибоке вивчення дисципліни залежить, крім об'єктивних умов, і від самого студента, його

бажання, особистої відповідальності, усвідомлення необхідності самостійної активної роботи щодо оволодіння професією. Самопідготовка як форма навчання, безсумнівно, має великі резерви у своєму удосконаленні.

За останні роки у світі значно збільшилась кількість лікарських препаратів, у тому числі з'явилися принципово нові ліки. Це вимагає від нас, викладачів, більшої інтенсифікації і оптимізації умов викладання клінічної фармакології з тим, щоб лікар вмів орієнтуватись у безперервному потоці інформації щодо нових можливостей фармакотерапії і був здатний вибрати з усього розмаїття найбільш раціональний підхід до лікування хворого. Крім того, доцільно акцентувати увагу студентів на необхідності засвоєння міжнародних назв препаратів, що полегшить адаптацію майбутніх лікарів до фірмових назв ліків у тій чи іншій країні.

Висновки: 1. Узагальнений досвід організації викладання клінічної фармакології студентам 5 курсу медичного факультету.

2. Оптимізація навчального процесу на курсі клінічної фармакології за умов впровадження кредитно-модульної технології повинна бути багатоплановою, гармонійно поєднувати різні форми і методи навчання.

Література

1. Болонський процес у фактах і документах / Упор. М.Ф. Степко, Я.Я. Боллобаш, В.Д. Шинкарук та ін. – К.: Тернопіль: Вид-во ТДПУ ім. В. Гнатюка, 2003. – 52 с.
2. Вища освіта України і Болонський процес: Навч. програма / Розроб.: М.Ф. Степко, Я.Я. Боллобаш, В.Д. Шинкарук та ін. - К.: Тернопіль: Вид-во ТДПУ ім. В. Гнатюка, 2004. – 18 с.
3. Долженко О.В. Сорбонская и Болонская декларации: Информация к размышлению... // Вестник высшей школы: Alma mater. – 2000. – № 6. – С. 20-28.
4. Ван дер Венде М.К. Болонская декларация: расширение доступности и повышение конкурентоспособности высшего образования в Европе // Вища освіта в Європі. – 2000. – № 3. – С. 51-57.
5. Кремень В.Г. Болонський процес: зближення, а не уніфікація / АН ВШ України // Інформаційний вісник. – К., 2004. – № 3. – С. 6-13.
6. Вища освіта України і Болонський процес: Навчальний посібник / За ред. В.Г. Кременя. – Тернопіль: Навчальна книга – Богдан, 2004. – 384 с.
7. Журавський В.С., Згуровський М.З. Болонський процес: головні принципи входження в Європейський простір вищої освіти. – К.: ІВЦ, Вид-во “Політехніка”, 2003. – 200 с.
8. Кремень В.Г. Болонський процес і стан вищої освіти в Україні // Міжнар. семінар “Вища освіта в Україні та Болонський процес.” – Київ, 2004. – С. 152-158.

МАТЕРІАЛИ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

**“ДОКАЗОВА МЕДИЦИНА ТА УДОСКОНАЛЕННЯ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я В УКРАЇНІ”**

*10-11 квітня 2008 р.
м. Тернопіль*

ВПРОВАДЖЕННЯ ОСНОВ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ У НАВЧАЛЬНИЙ ПРОЦЕС КАФЕДРИ ПЕДІАТРІЇ ФПО

© Н.В. Банадига, О.Р. Боярчук, Т.В. Гаріян

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Стратегічним напрямком медичної науки та клінічної практики, який набув актуальності за останні десятиліття, по праву можна вважати доказову медицину. Збільшення кількості наукової інформації щодо фармацевтичних препаратів, створення правової бази захисту пацієнтів та медиків зумовили необхідність розробки критеріїв доказовості результатів клінічних досліджень, діагностики, лікування та профілактики різної патології. Особливо великого значення це набуває в педіатрії, де лікарю щодня доводиться консультуватися з колегами іншого фаху, фармакологами для того, щоб обрати єдину правильну тактику щодо лікування маленького пацієнта.

На кафедрі педіатрії ФПО проходять навчання як лікарі-інтерни, так і лікарі-курсанти, які повинні приймати свої рішення відповідно до положень доказової медицини, що ґрунтуються на наукових фактах. На заняттях використовується наукова медична інформація вищого рівня доказовості, що базується на основі результатів рандомізованих клінічних досліджень. Завдяки доступним ресурсам Інтернет-мережі відбувається постійне оновлення медичної інформації, що об-

робляється при створенні методичних розробок до практичних та семінарських занять. Враховуючи вітчизняні та зарубіжні досягнення педіатрії, проводиться ознайомлення лікарів з максимальною кількістю лабораторно-інструментальних методів дослідження дітей. Велика увага приділяється принципу раціональної фармакотерапії патології дітей та підлітків, який базується на призначенні базових та другорядних препаратів. У напрямку оптимізації діяльності національних систем охорони здоров’я в педагогічний процес активно впроваджуються нормативні документи. Сформовані за принципом міжнародної стандартизації медичних втручань, вони постійно привертають увагу викладачів кафедри. Так, накази педіатричної служби, розроблені Міністерством охорони здоров’я, створені на засадах доказової медицини (наказ № 152 “По догляду за новонародженими дітьми”, наказ № 255 “Жовтяниці новонароджених”), активно використовуються у навчальному процесі. Існування таких протоколів дозволяють уніфікувати підходи до діагностики та лікування патології дитячого віку у вузах та медичних установах усієї країни.

ДІАГНОСТИКА ДАВНОСТІ ВИНИКНЕННЯ ГЕМАТОМ ЛЮДИНИ ШЛЯХОМ МОДЕЛЮВАННЯ ЇХ ОПТИЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ

© В.Т. Бачинський, С.В. Годнюк, І.Г. Савка, О.Я. Ванчуляк

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Діагностика давності виникнення тілесних ушкоджень – одне із складних питань судової медицини. Характеристика травматичних змін при отриманні тілесних ушкоджень шкіри та м’яких тканин тіла людини широко висвітлені в наукових роботах, але залишаються нез’ясованими питання діагностики давності виникнення ушкоджень внутрішніх органів та часу утворення гематом. Використання сучасних лазерних діагно-

стичних систем значно спрощує діагностику травматичних змін ушкоджених біотканин та вивчення особливостей динаміки змін оптичних властивостей гематом різної локалізації.

Дослідження гістологічних зрізів гематом проводилося шляхом їх просвічування паралельним пучком He-Ne лазера. Для оцінки діагностичних можливостей лазерної поляриметрії при встановленні часу формування гематоми досл-

іджували гістологічні зрізи, отримані через 1 годину після нанесення травми – група А (21 зразок) та через 24 години – група Б (22 зразки).

Порівняльний аналіз статистичних розподілів інтенсивності поляризаційних зображень гематом груп А і Б виявляє відмінності між ними. Зображення гематом з групи Б характеризується більшим рівнем “просвітлення”, що пов’язано з процесами полімеризації фібрил фібрину, а відповідно більшим рівнем оптичної анізотропії.

З отриманих даних випливає, що лазерна поляриметрия гематом людини різної локалізації та походження є ефективною для розв’язання діагностичних завдань судової медицини, пов’язаних із визначенням часу їх виникнення. Використання методів лазерної поляриметрії гематом людини розширює уявлення про динаміку зміни оптичних властивостей залежно від місця локалізації, що дозволяє збільшити об’єктивність, вірогідність отримуваних результатів та розширити часові межі давності їх виникнення.

ЗАСТОСУВАННЯ ЛАЗЕРНОЇ ПОЛЯРИМЕТРІЇ ЯК ДОКАЗОВОГО МЕТОДУ ДОСЛІДЖЕННЯ У ВИРІШЕННІ ЗАВДАНЬ СУДОВОЇ МЕДИЦИНИ

© І.Л. Беженар., С.В. Годнюк, І.Г. Савка, О.Я. Ванчуляк, О.А. Бендас
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

В судово-медичній практиці діагностика давності утворення ушкоджень нерідко утруднена через недосконалість доказових методів. Застосування сучасних лазерних діагностичних систем значно спрощує виявлення, діагностику травматичних змін та вивчення особливостей динаміки змін оптичних властивостей біотканин (БТ).

Використання методу лазерної поляриметрії розширює можливості поглибленого вивчення динаміки змін оптичних властивостей біологічних тканин при їх травмуванні. Отримані завдяки застосуванню цього методу дані дозволяють проводити моніторинг динаміки змін для діагностики давності виникнення саден, синців, гематом тощо.

Гістологічні зрізи виготовляли зразу після вилучення шматків біологічних тканин та досліджуваних середовищ організму (гематом та ін.)

на мікротомі-кріостаті, після чого проводили дослідження їх поляризаційних властивостей.

Оптична схема приладу складається з He-Ne лазера, коліматорів, чвертьхвильових платівок, поляризатора й аналізатора, мікрооб’єктива, CCD камери; персонального комп’ютера.

Досліджуваний зріз БТ розташовують в оптичній схемі та отримують лазерні поляриметричні зображення, які в подальшому обробляють за допомогою пакету прикладних програм “MATLAB 6”, “Excel”, “Statistica-6”.

Досягнення лазерної поляриметрії як сучасного високоточного та інформативного методу дослідження все активніше впроваджуються в судово-медичну практику для діагностики давності настання смерті, строків спричинення тілесних ушкоджень, встановлення механізмів виникнення травматичних ушкоджень та виду настання смерті.

ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ОСНОВНИХ ДОДАТКОВИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НИРОК У ДІТЕЙ З ПОЗИЦІЇ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ

© В.В. Безрук, Ю.М. Нечитайло, Т.П. Андрійчук*, О.І. Первозванська*

*Буковинський державний медичний університет
Міська дитяча клінічна лікарня, м. Чернівці**

Реальний стан захворюваності та поширеності інфекційно-запальних захворювань нирок (ІЗН) серед дитячого населення в Україні вимагає розробки та впровадження нових комплексних заходів щодо оптимізації надання нефрологічної допомоги. Незважаючи на “розширення” переліку додаткових методів дослідження у нефрологічній практиці та їх діагностичних можливостей, залишається дискусійним питання їхньої діагностичної цінності з позицій доказової медицини. Іншим актуальним питанням є розробка діагностично цінних методів щодо прогнозування розвитку та перебігу ІЗН у дітей з метою можливої профілактики, своєчасного лікування та запобігання хронізації процесу.

Класичним і загальноприйнятим лабораторним методом діагностики ІЗН є кількісний підрахунок бактерій (визначення ступеня бактеріурії – колонієутворюючих одиниць у 1 мл сечі (КУО/мл)) у сечі (Іванов Д.Д. та співавт., 2004). На сьогодні дискусійним залишається питання діагностичного рівня бактеріурії, хоча літературні дані свідчать, що чутливість цього методу за умов “малої” бактеріурії ($>10^2$ КУО/мл) становить 50 %, при значеннях $?10^5$ КУО/мл – 90 %. Діагностична цінність методу підтверджується С-рівнем доказовості (Avar-Boger R. et al., Kunin С.М. et al., 1993). Клінічна недооцінка низьких значень бактеріурії при обстеженні дітей є одним із чинників, що веде до неадекватності лікування та хронізації запального процесу.

До недоліків методу слід віднести зниження інформативності за умов мікст-бактеріурії, поєднання ІЗН та гінекологічної патології у дівчат (актуальна проблема у нефрології), ятрогенних помилок (якість забору, температурний режим зберігання та транспортування, тривалість проміжку часу між взяттям матеріалу та проведенням дослідження).

Серед скринінгових тестів бактеріурії, з позицій доказової медицини, широкого загалу на-

були тест-смужки. Дана методика базується на визначенні продуктів життєдіяльності мікроорганізмів (лейкоцитарної естерази, нітрат-редуктази) шляхом хімічної реакції між “забрудненою” сечею та хімічним реактивом, який містить тестова смужка (Lammers R.L. et al., 2001, Rehmani R., 2004). Недоліком застосування цього методу для монодіагностики ІЗН є знову ж таки мікст-інфікування, поєднання ІЗН з іншими захворюваннями сечостатевої системи, можливі хибно позитивні результати за рахунок аліментарного надходження нітратів у організм пацієнта.

Іншим методом дослідження, який володіє достатньою чутливістю, є мікроскопічне дослідження сечі (Hiraoka M. et al., 2005). В той же час слід зазначити, що економічні реалії забезпечення діагностичною апаратурою клінічних лабораторій більшості клінік різко обмежують використання фазово-контрастної техніки і зазвичай для дослідження сечі використовується світлова мікроскопія.

Інструментальні методи діагностики ІЗН базуються на застосуванні радіоактивного випромінювання (екскреторна урографія, комп’ютерна томографія), що обмежує їх широке застосування у педіатрії. Ультрасонографічне обстеження нирок має менше радіоактивне навантаження, але і меншу діагностичну цінність. Успішно у дитячій нефрології використовується реносцинтиграфія з використанням препаратів $^{99m}\text{Tc-MAG3}$ та $^{99m}\text{Tc-DMSA}$ (Sfakianakis G.N. et al., 2000, Коровіна Н.А. та співавт., 2004). Загальним недоліком радіологічних методів дослідження є те, що ці методи реструють зміни, які вже відбулися внаслідок патологічного процесу і для прогнозування розвитку ІЗН не ефективні.

Враховуючи вищезазначене, перспективним методом дослідження у нефрології може бути методика лазерної кореляційної спектроскопії. Літературні дані свідчать про високу інформа-

тивність та чутливість даного методу (Рачок І.В. та співавт., 2007), а неінвазивність та точність роблять перспективним її використання у прогнозуванні розвитку та перебігу ІЗЗН

у дітей. Серед масових скринінгових досліджень мультитестестові-смужки є достатньо об’єктивним, чутливим та економічно оптимальним методом обстеження.

ДВІЧІ СЛІПІЙ ПЛАЦЕБО-КОНТРОЛЬОВАНИЙ МЕТОД ЛІКУВАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ДІТЕЙ: ПЕРЕВАГИ І НЕДОЛІКИ

© Л.О. Безруков, О.К. Колоскова, Н.К. Богущька, У.І. Марусик

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Метою даної роботи було проаналізувати досвід використання засад доказової медицини, зокрема двічі сліпого плацебо-контрольованого методу, у лікуванні бронхіальної астми в дітей. Упродовж чотирьох останніх років на кафедрі здійснено чотири дослідження з використанням даного методу рандомізації, три з яких проводили у системі міжнародних мультицентрових досліджень, а результати одного – покладені в основу виконання кандидатської дисертаційної роботи.

Безсумнівною перевагою двічі сліпого плацебо-контрольованого методу слід вважати можливість оцінки ефективності використання окремого препарату при дотриманні вимог щодо якості лікування – “не нижче золотого стандарту”, поза впливом психологічного чинника з боку хворого та лікаря. При цьому не відбувається деформації поведінки хворого, зокрема, у вигляді “ефекту Готорна” (Hawthorne effect), який виникає незалежно від характеру призначеного лікування. Це дає можливість досягти найвищого рівня доказовості, заснованого на системному огляді чи мета-аналізі рандомізованих контрольованих досліджень (D_1), або високого рівня, що базується на гарному дизайні рандомізованих контрольованих досліджень (D_2). В оцінці даного методу лікування увага акцентується саме на цій перевазі, що власне становить підґрунтя доказової медицини.

Водночас, отриманий досвід дає підстави вважати, що двічі сліпий плацебо-контрольований метод володіє низкою недоліків, котрі слід враховувати при плануванні досліджень. Так, слід пам’ятати, що при використанні ефективних

препаратів у контролі над бронхіальною астмою у хворих із певним досвідом такого лікування цей метод лише умовно можна декларувати як “сліпий”, через те, що хворі доволі швидко можуть відрізнити активний препарат від плацебо, а також вирізнити дози та/або комбінації препаратів стосовно “золотого стандарту”. Це стосується препаратів, які контролюють перебіг астми, так і медикаментів, які полегшують її клінічні прояви.

До недоліків двічі сліпого методу слід також віднести неможливість використання плацебо за тяжкого перебігу хвороби для тих методів та/або медикаментів, що мають життєво важливе значення. До прикладу, використання кисневої підтримки хворих в астматичному статусі відноситься до четвертого – найнижчого рівня доказовості, що забезпечується тільки консенсусом авторів через неможливість використання плацебо при такій критичній гіпоксії.

Насамкінець, до незручностей використання даного методу, з точки зору дослідників, слід віднести неможливість етапної оцінки ефективності лікування в когорті пацієнтів, оскільки дизайн такого дослідження передбачає втаємничення методу лікування хворих. Так, при виконанні кандидатської дисертації пошукачі можуть приступати до публікації та обговорення результативності проведених досліджень лише наприкінці виконання роботи та після розкодування методу лікування пацієнтів. Це, без сумніву, відсуває терміни рубіжного захисту дисертаційної роботи та створює організаційні труднощі, особливо при використанні роботи в очній аспірантурі, яка обмежена у часі.

КРИТИЧНИЙ АНАЛІЗ КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ ОЦІНКИ ІНФОРМАТИВНОСТІ ДІАГНОСТИЧНИХ ТЕСТІВ У ПЕДІАТРІЇ

© Л.О. Безруков, О.К. Колоскова, Т.М. Воротняк

Буковинський державний медичний університет м. Чернівці

Оцінка інформативності діагностичних тестів, що заснована на відмінностях у розподілі (y), чи квадратичному відхиленні від середніх показників (Sx), що найчастіше використовуються в аналізі результатів наукових досліджень, наразі не може задовольняти потреби практичної охорони здоров’я. Це пов’язане з тим, що така оцінка не відображує частоту виникнення хибно-позитивних і хибно-негативних результатів тесту. Даній вимозі відповідає оцінка інформативності діагностичних тестів з урахуванням їх чутливості (ЧТ) та специфічності (СТ), а також передбачуваної цінності позитивного (ПЦП) і негативного (ПЦН) результатів. В ідеалі діагностичний тест повинен володіти 100 %-ною чутливістю і специфічністю, проте наразі таких діагностичних тестів не існує, через що для діагностування життєво небезпечних захворювань тест повинен володіти високою чутливістю і ПЦН, а для вирізнення здорових пацієнтів від хворих – високою специфічністю і передбачуваною цінністю позитивного результату. Оскільки в континуумі показників діагностичного тесту від “здорового пацієнта” до “хворого у критичному стані” маніпулювання точкою розподілу дає можливість підвищувати чутливість тесту за рахунок його специфічності і навпаки, використовується їх співвідношення, яке може бути представлено як “відношення правдоподібності” позитивного результату тесту (ВП+) і “відношення правдоподібності” негативного результату тесту (ВП-). При цьому, високоінформативний параклінічний тест характеризується $ВП(+)>10$ та $ВП(-)<0,1$. Величини ВП(+) від 2 до 5 указують на незначний шанс наявності захворювання при позитивному тесті, а ВП(-) від 0,2 до 0,5 – на незначний шанс його відсутності при негативному тесті. Використовуючи показники відношення правдоподібності, можна також оцінити “посттестовий шанс” (ПШ) наявності/відсутності захворювання.

Продемонструвати практичне використання наведених вище діагностичних прийомів можна на прикладі вивчення показників гіперсприй-

нятливості дихальних шляхів до інгаляцій серійного розведеного гістаміну ($PC_{20}H$) у вирізненні тяжкого перебігу бронхіальної астми в дітей стосовно середньотяжкого варіанта. Так, при обстеженні 92 пацієнтів шкільного віку, що хворіють на бронхіальну астму, відмічено, що при середній тяжкості астми $PC_{20}H$ у середньому становив $1,2\pm 0,2$ мг/мл, а за тяжкого перебігу – $0,4\pm 0,07$ мг/мл ($P<0,05$). Водночас, при застосуванні точки розподілу показників $PC_{20}H$ менше 0,5 мг/мл, чутливість тесту у виявленні тяжкої бронхіальної астми становила 71 %, СТ – 75 %, ПЦП – 74 % і ПЦН – 72 %. Отримані дані дають підстави вважати, що даний тест, попри вірогідність відмінностей за середніми показниками, не дозволяє вірогідно виявляти тяжку бронхіальну астму стосовно середньотяжкого варіанта перебігу через те, що хибно-позитивні результати виникають у кожного четвертого хворого, а хибно-негативні – майже у кожного третього пацієнта. Це підтверджується також і тим, що ВП(+) становило лише 2,8, а ВП(-) – 0,4, що вказує на незначний шанс наявності/відсутності захворювання за умови позитивного/негативного результату тесту. Беручи “претестовий шанс” за 50 %, “посттестовий шанс” позитивного тесту становив 73,9 %. Це вказує на те, що використання цього тесту при наведеній точці розподілу збільшує ймовірність виявлення тяжкої бронхіальної астми лише на 23,9 %, що, без сумніву, не задовольнятиме клініцистів.

При визначенні діагностичної цінності тесту слід пам’ятати, що на його чутливість і специфічність суттєвого впливу надають такі чинники, як характеристика пацієнта, а також наявність випадкової чи системної похибки, а на прогностичну цінність – розповсюдженість захворювання. Для підвищення діагностичної цінності тесту, зокрема у виявленні тяжких варіантів перебігу захворювань, слід використовувати їх у послідовних серіях, а також застосовувати їх комбінацію в паралельному чи послідовному варіанті.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВІДНОСНОГО РИЗИКУ ТА ПРОПОРЦІЙНОСТІ ШАНСІВ У КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ

© Н.К. Богуцька

Буковинський державний медичний університет м. Чернівці

Математичні рівняння, що відображають моделі відносного ризику (ВР) (f) та пропорційності шансів (ПШ) (g), що доволі часто застосовуються одночасно або, на думку більшості дослідників, є замінюваними одне одним в клінічній епідеміології, відповідно такі:

$$f(x,y)=x/y \quad g(x,y)=x(1-y)/y(1-x),$$

якщо x – виявлена вірогідність p (настання події у дослідній групі) та y – вірогідність настання події у групі контролю q .

Тобто більш проста перша функція відображає ВР, а друга – ПШ. Вже на підставі їх порівняння можна дійти таких висновків: (1) чи слід застосовувати більш складну функцію ПШ, якщо можна скористатись простішою, що відображає ВР?, (2) при застосуванні другого рівняння можливі множинні помилки (наприклад, неможливість отримати результат при діленні на 0), (3) за наявних величин першої функції, результат другої легко вирахувати, (4) складно порівнювати результати клініко-епідеміологічних досліджень за умови застосування різних функцій тощо.

$$ВР=p/q \quad ПШ=p(1-q)/q(1-p)$$

Отже, величини ПШ та ВР наближаються одна до одної лише за умови низької вірогідності настання події та можуть значно різнитись за інших умов. Статистично ВР та ПШ є своєрідними результуючими методу відповідно логістичної регресії, розподілу Пуасона та логлінійної моделі.

ВР – простий для розуміння показник співвідношення вірогідностей, тоді як ПШ – надмірно ускладнений для наочного пояснення (тобто показники ПШ часто непросто оцінити стосовно клінічної значущості лише за їх

кількісними величинами). Крім того, вирахування показників лише ПШ може приховувати помилки дизайну самого дослідження, групоформування або ж навіть вводити в оману щодо отриманих результатів за рахунок часто некоректної оцінки отриманих величин (особливо при відсутності розрахунку довірчих інтервалів), в більшості випадків вищих за величини ВР. Таким чином, чому б взагалі не позбутися ПШ та не обмежитися лише ВР? Пояснення цьому лежить в давній традиції ранніх математичних теорій, та зокрема в теорії перестановок (1523 рік), що і запропонувала математичний термін шансу. Згідно з цією теорією шанс (o) співвідноситься із вірогідністю (p) випадіння випадкового числа наступним чином:

$$o=p/1-p \quad p=o/1+o$$

Тобто якщо вірогідність констатації будь-якої пори року становить j , то шанси – 1:3. Тобто при вирахуванні ПШ завжди отримуємо більш “вражаючі” за величиною показники, адже ПШ завжди більша за вірогідність (крім випадків нульових значень).

Таким чином, застосування ПШ у клініко-епідеміологічних дослідженнях з метою уникнення багатьох вказаних статистичних казусів доцільно значно обмежити випадками дизайну дослідження “випадок-контроль” або при одночасному застосуванні логістичного регресійного аналізу, який дає змогу певною мірою знівелювати можливі математичні огріхи. Одночасне застосування показників прикладної статистики – ПШ та ВР – у клініко-епідеміологічних дослідженнях може бути джерелом “статистичної” плутанини або перепорою для вірного порівняльного аналізу подій у групах зіставлення, особливо за умови розрахунку похідних показників – зниження ВР та ПШ.

ВПРОВАДЖЕННЯ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ – ВИМОГА ЧАСУ

© Р.В. Верба, С.М. Хома

Чортківський державний медичний коледж

Доказова медицина – це нова ідеологія охорони здоров’я, новий стиль діяльності, який зародився наприкінці 80-х років як концепція нового клінічного мислення, і її можна визначити як новітню технологію збору, аналізу, синтезу та застосування наукової медичної інформації, яка дозволяє приймати оптимальні клінічні рішення як з погляду допомоги хворому, так і економічної ефективності. Це розділ медицини, який базується на доведеннях, передбачає пошук, порівняння, узагальнення та широке поширення доказів з метою використання в інтересах хворого. Основним гаслом доказової медицини стало впровадження таких принципів, як оптимізація якості надання медичної допомоги з погляду ефективності та з погляду вартості.

Доказова медицина ще тільки пробиває собі дорогу, але у провідних університетах світу курси “медицини, яка базується на доказах” запроваджуються у вигляді ознайомчих лекцій уже на перших курсах навчання. Це є справедливим та надзвичайно потрібним, оскільки не кожен практикуючий лікар має достатньо досвіду для того, щоб зорієнтуватися в розмаїтті клінічних ситуацій. Можна покладатися на думки експертів, авторитетні довідники, але це не завжди є надійним через так званий ефект “спізнення” – методи лікування впроваджуються до практики через досить тривалий термін після отримання результату ефективності, а інформація в підручниках, довідниках стає застарілою ще до їх публікації.

Загалом, основні тенденції розвитку біомедичних наук визначаються такими факторами, як глобалізація інформаційних процесів, широкий спектр лікарських засобів на фармацевтичних ринках, збільшення потоку медичної інформації (близько двох мільйонів статей щорічно), проблема раціонального розподілу коштів у системі охорони здоров’я. Така послідовність тенденцій, у свою чергу, породжує потребу практичної медицини в критичній оцінці інформації для керівників в системі охорони здоров’я, у виборі системних підходів до прийняття рішень у медицині. Таким чином, існує необхідність узагальнення біомедичних знань та широкого інформу-

вання медичних працівників про результати наукових досліджень.

Потенційні можливості застосування принципів доказової медицини у практичній сфері охорони здоров’я є різноманітними. Насамперед, їх застосування дозволяє використовувати об’єктивні критерії в різних галузях біомедицини. Принципи доказової медицини надають можливість, з урахуванням достовірної інформації, оптимізувати вплив на прийняття рішень інтуїції та кваліфікації лікаря, думок авторитетних експертів, рекомендацій з посібників та довідників. Виходячи з цього, доказова медицина передбачає вдосконалення індивідуального клінічного досвіду лікаря у поєднанні з найдоступнішими незалежними доказами систематизованих досліджень. Важливим аспектом доказової медицини є визначення ступеня достовірності результатів досліджень, які беруться за основу при складанні систематизованих даних.

Важливо зауважити, що у практикуючого лікаря досить часто виникають складності щодо застосування даних клінічних досліджень до конкретної клінічної ситуації. Виходячи із концепції доказової медицини, згідно з якою кожен лікар здійснює тільки ті втручання, ефективність яких доведена на високому методологічному рівні, не враховується роль суспільства, держави, системи організації охорони здоров’я. Можна навести приклад щодо використання тромболітичної терапії та первинної ангіопластики при інфаркті міокарда, імплантації кардіостимуляторів у хворих з високим ризиком раптової коронарної смерті. Таким чином, можна погодити з пацієнтом доцільність проведення певної процедури, ефективність якої доведена на досить високому методологічному рівні, однак яка не може бути реалізована через відсутність коштів з боку держави, страхових компаній та й самого пацієнта.

Отже, необхідно констатувати той факт, що на сьогодні в Україні є чимало проблем у розвитку вітчизняної системи охорони здоров’я. Незважаючи на те, що доказова медицина є основним пріоритетом державної політики в цій галузі, її адаптація до української дійсності є

складним та пролонгованим процесом. Сьогодні нашим клініцистам вкрай необхідно підвищувати рівень своєї освіченості. Потрібно не тільки досконало знати висновки досліджень, але і вміло використовувати їх у кожній конкретній клінічній ситуації. Це – справжнє лікарське мистецтво. Таким чином, принципи доказової медицини дозволяють розробити найбільш ефективні, економічні, сучасні терапевтичні стра-

тегії, які можуть бути реалізовані на популяційному, субпопуляційному та індивідуальному рівнях. Організація роботи практичного лікаря повинна відповідати новим вимогам, продиктованим життям, що пов’язано із необхідністю негайного ознайомлення з новою інформацією для більш швидкого впровадження до практики найефективніших та найбезпечніших методів лікування.

ЗАСТОСУВАННЯ АНТИБІОТИКІВ У ВІДДІЛЕННЯХ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ З ПОЗИЦІЙ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ

© **І.М. Герасимів, І.П. Мосейчук, Р.І. Цицюра, А.М. Мусієнко**

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Боротьба з інфекціями продовжує залишатися одним із пріоритетних завдань у галузі охорони здоров’я в усьому світі, і антибактеріальні препарати, які на сьогодні складають одну з найбільш численних груп лікарських засобів (ЛЗ), посідають провідні позиції у цій боротьбі. Група антибактеріальних препаратів постійно поповнюється, і практично щороку на фармацевтичному ринку з’являються нові антибіотики з різними спектром активності та механізмом дії, їх успішно використовують у багатьох галузях медицини. Однак існує значна проблема необґрунтованого та нераціонального застосування цих ЛЗ, пов’язана головним чином з недостатньою поінформованістю клініцистів щодо питань антибактеріальної терапії. Це потребує необхідності надання лікарям сучасних, науково обґрунтованих знань стосовно цієї проблеми.

Актуальність теми зумовлена підвищенням ролі саме грампозитивних мікроорганізмів у виникненні як позалікарняних, так і нозокоміальних інфекцій, що спостерігається останнім часом і є причиною значного занепокоєння фахівців. Дуже серйозною проблемою світової охорони здоров’я є також швидке зростання резистентності мікроорганізмів до вже відомих антибіотиків, що значно утруднює лікування. Особливо гостро це питання стоїть перед лікарями відділень реанімації та інтенсивної терапії, де призначення неефективного ЛЗ може привести до трагічних наслідків.

Реалії сьогодення такі, що у відділеннях реанімації та інтенсивної терапії (ВРІТ) європейських клінік провідними патогенними мікроорганізмами стали метицилінрезистентний золотистий стафілокок (MRSA) та метицилінрезистентний епідермальний стафілокок (MRSE). Селекція та поширення цих мікроорганізмів є результатом як безконтрольного частого застосування антибактеріальних препаратів, так і недотримання правил лікарняної гігієни.

За даними багатоцентрового європейського дослідження EPIC (European Prevalence of Infection in Intensive Care), інфекції у пацієнтів ВРІТ виявлено у 45 % випадків. Розвитку нозокоміальних інфекцій у ВРІТ сприяють такі фактори, як концентрація на обмеженій території хворих та медичного персоналу, широке використання інвазивних діагностичних та лікувальних процедур, порушення біоценозу кишечника, імунологічні порушення тощо. За даними J.L. Vincent (2000), неадекватна антибактеріальна терапія інфекцій у хворих ВРІТ є більш вагомим фактором ризику летальності, ніж системні органи порушення, вік та супутні злякисні новоутворення. Під час проведення емпіричної антибіотикотерапії позалікарняних та нозокоміальних інфекцій у ВРІТ велике значення надають використанню препаратів широкого спектра дії, зокрема фторхінолонів нового покоління, що дозволяє за короткий період досягти ерадикації збудника.

За даними крупномасштабного багатоцентрового дослідження ICARE (Intensive Care Antimicrobial Resistance Epidemiology), більше ніж у 50 % випадків збудником інфекцій у ВРІТ є MRSA, який спричиняє інфекції м’яких тканин, ранову інфекцію, гострий остеомієліт та інфекції, зумовлені циркуляцією збудника у кров’яному руслі (катетерний сепсис, бактеріальний ендокардит). Серед коагулазонегативних стафілококів найчастіше виділяється *S. epidermidis*, особливо при септицемії, застосуванні внутрішньовенних катетерів та інфекціях, спричинених штучними матеріалами. Ентерококи (*E. faecalis* та *E. faecium*) є типовими збудниками нозокоміальних інфекцій черевної порожнини, сечових шляхів, м’яких тканин та ендокарда. Таким чином, знаючи механізми інфікування, тропність мікроорганізмів до певних зон локалізації запального процесу та типові механізми бактеріальної резистентності, для ефективної ерадикації мікроорганізму можна вибрати адекватний препарат.

Аналіз 27 досліджень, які охоплюють понад 2000 пацієнтів за останні 10 років, метою якого було порівняти ефективність антибіотиків, довів, що близько 30 % пацієнтів стаціонарів у Західній Європі та Північній Америці одержують неадекватну антибіотикотерапію, що є основним чинником смертності серед пацієнтів у відділеннях реанімації та інтенсивної терапії, збільшення тяжкості клінічних проявів захворювання, тривалості

перебування в стаціонарі з подорожчанням лікування, формування резистентної мікрофлори. Проведення неадекватної антибіотикотерапії завдає збитків не лише здоров’ю та життю пацієнта, а й позначається на репутації лікаря та лікувальної установи. Дані досліджень свідчать, що адекватна стартова антибіотикотерапія зменшує смертність у 2-2,5 рази. Дані досліджень також показали дуже важливий момент: зміна неадекватної терапії на потрібний антибіотик не завжди покращує результати лікування. Таким чином, терапію важких та загрожуючих життю інфекцій у відділеннях реанімації та інтенсивної терапії необхідно починати з антибактеріального засобу з найширшим спектром дії. У ширшому, глобальнішому погляді на проблему має значення питання, які антибіотики буде можливість призначати пацієнтам через 10-15 років, коли в перспективі не очікується появи нових антибіотиків і, навпаки, спостерігається неухильне зростання резистентної флори.

Аналіз літератури, зокрема багатьох сучасних довідників, та власний досвід свідчать, що в цих випадках треба призначати найбільш ефективні препарати чи комбінації з гарантовано низьким, за даними моніторингу (бажано у конкретному лікувально-профілактичному закладі), рівнем резистентності ймовірних збудників, уникаючи невиправданого виснаження захисних сил організму та розвитку поліорганної недостатності.

МОРФОМЕТРИЧНА ОЦІНКА ОСОБЛИВОСТЕЙ РЕМОДЕЛЮВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО СУДИННОГО РУСЛА ПРИ РІЗНИХ ПАТОЛОГІЧНИХ СТАНАХ

©М.С. Гнатюк, В.В. Франчук, Р.М. Гнатюк, С.О. Коноваленко, К.Є. Лавренюк,
М.В. Данів, М.Ф. Ковальчук, Ю.О. Данилевич, О.Б. Слабий

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Комплексом морфологічних та морфометричних методів досліджені артерії середнього та дрібного калібрів серця, шлунка, дванадцятипалої кишки, головного мозку дослідних тварин при артеріальній ренальній гіпертензії, виразковій хворобі, тривалих інтоксикаціях солями важких металів. Встановлено, що у досліджу-

ваних органах при перерахованих патологічних станах більш виражена структурна перебудова виявлена в артеріальних судинах дрібного калібру, яким належить основна роль у кровопостачанні органів.

Морфометрично особливості ремоделювання артерій досліджуваних органів при вказаних па-

тологіях характеризувалися істотним потовщенням їхньої стінки, звуженням просвіту, суттєвою зміною індексу Вогенворта (відношення площі артерії до її просвіту) нерівномірною, диспропорційною перебудовою просторових характеристик ендотеліоцитів та їхніх ядер. Останнє призводило до істотних змін ядерно-цитоплазматичних співвідношень у названих клітинах, що свідчило про виражене порушення клітинного структурного гомеостазу та дисфункцію ендотелію, що супроводжується зменшенням синтезу оксиду азоту і активацією процесів його деградації. Вказані процеси призводять до спазму та звуження судин, що не лише підтримує, але й посилює гіпоксію, набряк, дистрофію та некробіотичні зміни у тканинах.

Світлооптично у мікропрепаратах досліджуваних органів виявлено виражені судинні роз-

лади, дистрофічні та некробіотичні зміни у тканинах, вогнищеві клітинні інфільтрати, проліферацію ендотеліальних клітин, їхній набряк, просякання базальної мембрани плазмовими білками, дистрофічно та некробіотично змінені і десквамовані ендотеліоцити. Варто зазначити, що морфологічними методами важко виявити ступінь структурної перебудови та ендотеліальної дисфункції досліджених судин, що об’єктивізують та деталізують морфометричні підходи.

Проведені дослідження свідчать, що морфометрія суттєво розширює діагностичні можливості морфолога, дозволяє найбільш адекватно визначати кількісні характеристики патологічних процесів, об’єктивізувати та логічно пояснити їх і її необхідно широко застосовувати в медико-біологічних дослідженнях.

НАУКОВО-ДОКАЗОВА МЕДИЦИНА – ОСНОВНА СТРАТЕГІЯ ПІДГОТОВКИ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ НА МЕДИЧНОМУ ФАКУЛЬТЕТІ

© В.Б. Гоцинський, Н.Є. Боцюк, Л.С. Бабінець, С.М. Бутвин, А.В. Зоря, В.В. Павліковська, В.М. Творко

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

EVIDENCE-BASED MEDICINE – THE MAIN STRATEGY OF THE FAMILY PHYSICIAN TRAINING AT THE MEDICAL FACULTY

V.B. Hoshchynsky, N.Ye. Botsyuk, L.S. Babinets, S.M. Butvyn, A.V. Zorya, V.V. Pavlikovska, V.M. Tvorko

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

У статті проаналізовано досвід формування у студентів нового світогляду на основі доказової медицини при підготовці лікарів за фахом “Загальна практика - сімейна медицина” на додипломному рівні.

The experience of forming students’ new world outlook using evidence-based medicine principles while doctors’ pre-diploma training on specialty “General practice – family medicine” has been analyzed in the article.

Вступ. На сьогодні першочерговим напрямком реформування системи охорони здоров’я є покращення її якості та ефективності, пріоритетність профілактичних засад через впровадження сімейної медицини [1]. Активний розвиток інформаційних технологій та форм освітнього процесу, ак-

тивне впровадження принципів доказової медицини зумовили підвищення вимог до національної системи медичної освіти та викладання предмета “Сімейна медицина – загальна практика”. Новітні способи навчання майбутнього лікаря колектив кафедри активно впроваджує в практику на базі

поліклініки та амбулаторії сімейного лікаря. Таке вирішення проблеми, на нашу думку, сприяє професійній орієнтації студентів вже на додипломному рівні, формуванню інноваційного світогляду, самостійності і творчої активності студентів. Втілення цього напрямку вимагає належного матеріально-технічного забезпечення та професійної компетентності педагогів, адже здоров’я нації формує саме сімейна медицина [2].

Основна частина. Найважливішим серед класичних педагогічних підходів ми вважаємо прищеплення студентам прагнення до самовдосконалення. Забезпечити формування нового типу клінічного світогляду студентів можна, насамперед опираючись на основи доказової медицини. Її принципи мають стати наріжним каменем у методиці ведення заняття, поєднати особистий клінічний досвід викладача з кращими можливими клінічними доказами, отриманими при проведенні надійних досліджень. Втілення нових технологій лікування та глибокий аналіз ефективності та безпечності лікарських втручань в організм хворого є важливими характеристиками кваліфікації сімейного лікаря, оскільки основою його діяльності є забезпечення належної якості життя та збільшення його тривалості.

Впродовж практичного заняття студенти працюють з хворими на амбулаторному прийомі, під час обслуговування викликів, участі в профоглядах, подворових обходах, роботі ЛКК, МСЕК. В такий спосіб забезпечується максимальна самостійність студентів, висока організація та самодисципліна, мобілізація комунікативних навичок, адже існує обмеження в часі, визначеному для прийому одного пацієнта. Непередбачуваність клінічної ситуації спонукає кожного до діагностичної активності, науково обумовлених підходів до пошуку джерел інформації, її критичного переосмислення [3]. На завершення, студент самостійно обирає собі відповідного пацієнта, детально спілкується з ним, оглядає, знайомиться з висновками лабораторно-інструментальних обстежень та оформляє навчально-амбулаторну карту. Серед інших студентів викладач призначає “експерта”, котрий проводить оцінювання виконаної колегою роботи. В подальшому до колективного обговорення залучаються всі студенти. Особлива увага звертається на дотримання загальних принципів побудови діагнозу, адекватності призначення лікування з урахуванням видів фармакотерапії (етіотропна, патогенетич-

на, симптоматична, замісна), побічних ефектів та економічної доцільності препаратів. Необхідною умовою такої колективної дискусії є урахування принципу індивідуального підходу до хворого та зіставлення його із стандартом досліджень. Студенти мають знати, що доказова медицина – це розділ практичної медицини, що базується на доказах і включає пошук, порівняння, підсумок та використання отриманих доказів в інтересах хворих [4]. Це новий підхід, напрямок, технологія збору, аналізу, узагальнення та інтерпретації наукової інформації. Посеред дискусії постає проблема вибору препаратів, котрі повинні визначатися за такими якостями, як найбільша ефективність, найкраща переносимість, простота застосування, зручність лікарської форми, прийнятність до комбінованої терапії, економічна доцільність. Студенти повинні розуміти, що поява нового лікарського засобу на ринку можлива тільки після тривалих клінічних досліджень і розробки. Окремо обговорюється біодоступність препарату (швидкість та ступінь накопичення активних його складових у місці можливого впливу), котра згідно з основами доказової медицини є найважливішою вимогою [5].

Обов’язковим пунктом проведення заняття є введення до дискусії питання про розробку схем динамічного спостереження, які повинні бути сформовані на засадах доказової медицини. Адже саме цим напрямком визначено майбутнє поліклінічної та сімейної профілактично спрямованої медицини. Таким чином студентам прищеплюється усвідомлення того, що лікування кожного окремого пацієнта на засадах доказової медицини – це ретельне, обґрунтоване використання найкращих сучасних досягнень.

Зазвичай, студенти не мають досвіду, аби вільно орієнтуватися в усіх клінічних ситуаціях, легко піддаються впливу суб’єктивних факторів, тому в них часто формуються неправильні уявлення про підходи до лікування хвороб. У своїх роздумах вони, здебільшого, опиралися на розуміння механізмів розвитку того чи іншого захворювання на основі біохімії, анатомії, фізіології та інших фундаментальних наук. Саме ці знання визначали світогляд та індуктивний метод мислення студентів, сформували переконання, що через розуміння деталей патологічного процесу в даного хворого можна передбачити перебіг хвороби і вибрати

прийнятне лікування. Завдання викладача ми вбачали в тому, аби довести що такі прогнози – це тільки клінічні гіпотези і на результат впливає ще багато інших факторів, в тому числі екологічних та соціальних, на які особливу увагу повинен звертати сімейний лікар. На питання, котрі виникали на прийомі хворого та під час обговорення, майбутній лікар щоразу мусить шукати відповідь у найновішій медичній літературі, використовувати Інтернет-ресурси, протоколи ведення хворих та клінічні рекомендації, викладені в наказах МОЗ України. Це сприяє формуванню нового підходу, напрямку та технології збору, аналізу, узагальнення та інтерпретації наукової інформації [5].

На завершення обговорювалась роль доказової медицини в практиці сімейного лікаря. Звертали увагу на необхідність долучення до фармакотерапії таких немедикаментозних методів, як раціональне харчування, корекція маси тіла, фізична активність, відмова від тютюнокуріння, обмеження вживання алкоголю. Адже пропаганда здорового способу життя – основа профілактичної роботи сімейного лікаря. У своїх виступах студенти звертали увагу на те, що в більшості відомих досліджень ці важливі чинники способу життя не враховувались, тоді як використання немедикаментозних методів має велике значення в практиці сімейного лікаря, є найбільш ефективним на ранніх стадіях хвороби і сприяє зниженню доз фармакотерапевтичних лікарських засобів.

Пожвавлення бесіди часто викликає обговорення використання генеричних лікарських засобів. Одноставно визнається необхідність враховувати дослідження на біоеквівалентність (порівняльна оцінка біодоступності двох препаратів), позаяк, використання лише цих даних не дозволяє ототожнювати ліки-генери-

ки та оригінальні лікарські засоби. Прийняття практичних рішень без урахування результатів незалежних клінічних досліджень створює небезпеку для здоров’я пацієнта.

Зазначимо, спілкування, що відбуваються в такий спосіб, сприяють максимальній активності студентів, думками та використанню ефективної групової взаємодії. Впродовж обговорення виявлялось, що опираючись на дані доказової медицини студент замінював старі попередні діагностичні висновки і методи лікування новими, більш ефективними і безпечними для пацієнта, користь яких доведена якісними дослідженнями, себто відпрацьовував навички доказового мислення [6].

На нашу думку, саме на додипломному рівні навчання сімейного лікаря варто прищеплювати студентам прагнення до критичного аналізу наукової інформації з використанням всіх сучасних навчальних технологій для одержання оперативних й достовірних даних. У майбутнього фахівця мають сформуватися навички повсякчасної самостійної роботи зі спеціальною літературою, оцінки та раціонального використання наукових повідомлень, адже доказова медицина для майбутнього сімейного лікаря – це інформаційна технологія вибору оптимального варіанта медичної діяльності, дороговказ у розмаїтті клінічних ситуацій.

Висновки: 1. Доказова медицина для майбутнього сімейного лікаря – це інформаційна технологія вибору оптимального варіанта медичної діяльності.

2. При підготовці сімейного лікаря важливим є формування здатності до критичного аналізу інформації, уміння зіставляти результати досліджень з конкретною клінічною ситуацією, враховувати економічні та гуманістичні критерії.

Література

1. Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини: Наказ МОЗ України № 72 від 23.02.2001.

2. Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров’я: Постанова Кабінету Міністрів України № 989 від 20.06.1006.

3. Самостійна робота студентів вищих навчальних закладів: досвід, проблеми та перспективи. – Х.: Вид-во НФАУ, 2004. – 216 с.

4. Уваренко А.Р. Доказова медицина у спектрі на-

укової медичної інформації та галузевої інноваційної політики: Монографія. – Житомир: Полісся, 2005. – 188 с.

5. Li Wan Po. Фармакотерапія, оснований на доказательствах: Пер. с англ. / Под ред. О.С. Медведева и В.А. Горькова // Клин. фармакол. и терапия. – 1998. – № 7 (2). – С. 60-63.

6. Гирина О.М., Новичкова Е.М. Доказательная медицина в общей врачебной практике // Мед. весвіт. – 2003. – Т.3, – № 2. – С.142-144.

ОЦІНКА БЛИЖНІХ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ “ВЕНОЗНИХ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК”

© В.Б. Гощинський, І.Я. Зима

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

За даними сучасної літератури, в індустріально розвинених країнах 20-25 % населення потерпають від хронічної венозної недостатності (ХВН). Основними причинами розвитку ХВН нижніх кінцівок є варикозна хвороба (ВХ) та посттромбофлебітичний синдром. Завершальним етапом прогресування хронічної венозної недостатності є трофічні “венозні виразки”, які виникають у 3 – 6 % населення віком понад 60 років. Результати традиційного хірургічного та консервативного лікування не задовольняють ні хірургів, ні пацієнтів, оскільки операції перев’язки перфорантних вен Фельдера або Лінтона в 20-30 % оперованих пацієнтів супроводжуються рановими ускладненнями, що пов’язують із травматичністю доступу “через трофічно змінені тканини”, а після консервативного лікування впродовж 1 року виразки на гомілці виникають знову.

Досліджено результати лікування 32 хворих на хронічну венозну недостатність III ступеня. Із них 14 лікувалися консервативно (1 група), у 10 виконано традиційні оперативні (2 група) втручання (із них у 6 – за Фельдером, а у 4 випадках – за Лінтоном), у решти 8 хворих (3 група) застосовано ендоскопічну субфасціальну

дисекцію перфорантних вен. Вікова категорія пацієнтів була зіставна у цих групах дослідження. Оцінюючи ближні результати лікування пацієнтів трьох груп, нами встановлено, що тривалість лікування до повного загоєння виразок при консервативній терапії найбільша і в середньому тривала понад 3 місяці, у той час як при хірургічному лікуванні за традиційною “відкритою” методикою загоєння наставало на 34 ± 5 день, а при застосуванні малоінвазивних методик – на 27 ± 4 день. Різниця в тривалості лікування, як бачимо, не є статистично достовірною. Якщо ж проаналізувати частоту ранових ускладнень при двох типах хірургічних втручань, встановлено, що після операцій 2 групи – “через трофічно змінені тканини” – гнійні ускладнення з боку поопераційної рани виникли у 20,0 % хворих, а інфільтрати ран, що ліквідовані консервативними заходами, мали місце – у 50,0 % випадків, у той час як після малоінвазивних втручань (3 група) інфільтрати в поопераційних ранах виявлено у 25,0 % та нагноєння рани були відмічені лише у 12,5 %.

Таким чином, малоінвазивні оперативні втручання є більш безпечними з огляду на виникнення ранових ускладнень.

МІСЦЕ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ У ПРОФЕСІЙНІЙ ПІДГОТОВЦІ КЛІНІЧНИХ ПРОВІЗОРІВ

© О.Ю. Грем, Л.Є. Зарума, А.Б. Зіменковський, О.Є. Січкорізі

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Значний масив існуючих та постійно поновлюваних даних щодо методів лікування та безпеки і ефективності лікарських засобів (ЛЗ) вимагає їх систематизації, експертної оцінки, аналізу та диференціації з метою ідентифікації об’єктивної, незаангажованої виробником інформації. Доказова медицина (ДМ) стає сучасною, невід’ємною складовою професійної

діяльності фахівців охорони здоров’я: лікарів, клінічних провізорів (КП), провізорів. Вона є основою стандартизації медичних втручань та технологій, методологічною основою раціональної фармакотерапії (ФТ), формулярної системи, необхідна для опрацювання клінічних протоколів та рекомендацій, слугує інструментом для виявлення, вирішення та попередження ліко-

залежних проблем та створює передумови для підвищення якості медичної допомоги на усіх рівнях її надання. Доказова медицина дозволяє, оперуючи даними, отриманими на значних систематизованих вибірках пацієнтів, досягнути індивідуалізації ФТ із врахуванням потреб конкретного хворого. Однак її не слід розглядати як спосіб обмеження витрат на охорону здоров’я, оскільки не завжди метод лікування із високим рівнем доказовості дешевший, ніж альтернативний.

Важливою умовою для використання ДМ у реальній клінічній практиці є розуміння фахівцями охорони здоров’я понять, термінів, методів та шляхів її впровадження. Зазначене засвідчує актуальність та необхідність використання відповідних складових ДМ у підготовці майбутніх фахівців – КП під час викладання професійно-орієнтованих дисциплін.

Першочерговим, на нашу думку, є опанування навичками формулювання певного клінічного питання, яке потребує доказового обґрунтування, із врахуванням МКХ-10. Воно має стати стратегічним предметом пошуку та критерієм відбору необхідної інформації у відповідних базах даних, що дозволяє його конкретизувати та підвищувати ефективність. Ці вміння ґрунтуються на практичному використанні знань з *“Інформаційних технологій”* та *“Основ клінічних знань”* (одні з дисциплін, які опановує КП).

Не менш важливим є розуміння рівнів доказовості, а відтак, видів клінічних випробувань, які використовуються для їх підтвердження, що є предметом вивчення, зокрема, клінічної фармакології (поняття контролю дослідження, рандомізації, мета-аналізу, систематичних оглядів тощо).

Для висвітлення ролі ДМ у фаховій підготовці КП вважаємо за доцільне визначити основні завдання, які покладені на КП в команді з лікарем у сучасній системі охорони здоров’я. Передусім вони полягають у запровадженні загальних методологічних основ медичної стандарти-

зації та її функціонування в рамках обов’язкового соціального загальнодержавного медичного страхування, клініко-економічного, доказового, фармакоекономічного обґрунтування вибору базових і додаткових методів діагностики, лікування. Важливим напрямком професійної діяльності КП є його участь у складанні раціонального плану терапії із застосуванням методів та ЛЗ, ефективність і безпека яких обґрунтована даними ДМ. Розробка та опрацювання протоколів надання медичної допомоги хворим на основі оптимального і достовірного клінічного та економічного обґрунтування доцільності застосування медичних втручань також є аспектом професійної діяльності КП. Зазначене засвідчує роль ДМ у викладанні таких професійно-орієнтованих навчальних дисциплін, як *“Основи медичної стандартизації”*, *“Фармакотерапія”* та *“Фармакоекономіка”*.

Підсумковим етапом у підготовці КП є викладання навчальної дисципліни *“Фармацевтична опіка”*, що у практичному аспекті розглядається нами як сучасна складова лікувальної тактики та невід’ємна форма реалізації функціональних обов’язків КП. Її основний референтний інструмент – належна медична практика, яка базується на принципах ДМ і дозволяє КП втілювати програму виявлення, аналізу, вирішення та попередження існуючих і потенційних лікозалежних проблем, що можуть впливати на бажаний результат ФТ. Це зумовлено тим, що вона об’єднує всебічні знання майбутнього фахівця з комплексу медико-біологічних та фармацевтичних дисциплін, які дозволяють йому повною мірою використовувати принципи ДМ у практичній професійній діяльності, спрямованій на підвищення якості надання медичної (фармацевтичної) допомоги населенню.

Таким чином, принципи ДМ повинні одержати відображення у всіх професійно-орієнтованих навчальних дисциплінах, що включені до плану підготовки КП, оскільки є основою їх практичної професійної діяльності.

УДК 616 – 083:614.253.52:616.1/9 – 085

МЕДСЕСТРИНСЬКИЙ ПРОЦЕС ЯК ОСНОВА МЕДСЕСТРИНСТВА В ДОКАЗОВІЙ МЕДИЦИНІ

© І.Я. Губенко, Л.П. Бразалій

Черкаський медичний коледж

NURSING PROCESS AS THE BASIS OF NURSING IN PROVIDING EVIDENCE-BASED MEDICINE

I.Ya. Hubenko, L.P. Brazaliy

Cherkasy Medical College

У статті розглянуто проблеми формування медсестринської освіти і практики у відповідності до основ доказової медицини на засадах наукового методу організації медсестринського догляду – медсестринського процесу.

The article deals with the problems of formation of nursing education and practice according to the principles of evidence-based medicine on the ground of the scientific method of nursing care organization – the nursing process.

Вступ. Реформування медсестринської освіти в Україні вимагає якісно нових підходів до навчання медичних сестер, їх практичної діяльності та оцінки цієї діяльності. Сьогодні відбувається інтенсивний розвиток вищої медичної освіти в цілому та медсестринства зокрема. Відбувається зародження і становлення медицини, яка, ґрунтуючись на доказовій медицині, зробить лікувальний процес і догляд за пацієнтами ефективним і дешевшим, наблизить його до європейських стандартів [8].

Основна частина. За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров’я, “суть медсестринської справи полягає в догляді за пацієнтом і в тому, яким чином медсестра здійснює цей догляд. В основі цієї роботи повинна лежати не інтуїція, а продуманий і сформульований підхід, розрахований на задоволення потреб і вирішення проблем пацієнта”.

У теперішній стадії свого розвитку медсестринська наука відображає вагомий ріст знань та невпинний поступ до накопичення унікальних знань і досвіду, притаманних саме цій професії. Своєю еволюцією медсестринський процес завдячує багатьом медсестрам, які доклали максимум зусиль, щоб виділити медсестринство і медсестринську діяльність в окрему сферу [3].

Сучасна модель медсестринської справи передбачає, що медична сестра – це фахівець з професійною освітою, який поділяє філософію

медсестринської справи, має право на працю і творчо здійснює медсестринський процес.

Медсестринський процес поєднує в собі багато рис щодо вирішення проблем та методів проведення наукових досліджень. Це системний, добре продуманий і науково обґрунтований, план, який потрібно реалізовувати відповідно до потреб пацієнта [5]. Медсестрам довелося виробити свій науковий метод для забезпечення правильного підходу, систематичного і наукового водночас, достатньо гнучкого, щоб застосовувати його в екстремальних ситуаціях, за непередбачених обставин для різних особистостей та вирішення складних проблем.

Медсестринський процес – це науковий підхід до вирішення проблем пацієнта, спосіб поєднання наукового методу з реаліями людського життя [3]. Його мета полягає в тому, щоб підтримувати здоров’я, попереджувати захворювання, сприяти процесу одужання та відновленню здоров’я, досягненню можливості максимально незалежного функціонування. Він повинен бути індивідуалізованим для кожного пацієнта зокрема, а успішність надання допомоги і догляду, відновлення нормальної життєдіяльності пацієнта значною мірою обумовлені характером взаємовідносин, що складаються між медсестрою та пацієнтом.

Ефективне застосування універсальної технології медсестринської справи – медсестринського процесу – дає можливість підвищити якість

життя пацієнтів, в першу чергу завдяки ефективній профілактиці ризику розвитку захворювань та зменшення ускладнень [1].

Медсестринський процес забезпечує фундамент для медсестринської практики – рамки, в яких медична сестра застосовує знання та навички для догляду за пацієнтами. [3, 9, 10].

Згідно з рекомендаціями Європейського регіонального бюро Всесвітньої організації охорони здоров’я, медсестринський процес складається з 5 етапів:

I етап – медсестринське обстеження пацієнта та визначення стану його здоров’я;

II етап – медсестринська діагностика;

III етап – планування медсестринських втручань;

IV етап – виконання плану медсестринського догляду;

V етап – оцінка ефективності і якості медсестринського догляду.

Етапи медсестринського процесу є послідовними і обов’язковими, організованими відповідно до біопсихосоціальної моделі здоров’я і хвороби та незадоволених потреб пацієнта.

У 1992 році Північноамериканською діагностичною асоціацією медичних сестер (NANDA) були прийняті, а у 1994 та 1998 роках доповнені медсестринські діагнози, які використовуються у більшості країн, де медсестринська опіка здійснюється на основі медсестринського процесу. Вони можуть бути змінені та доповнені з урахуванням особливостей вітчизняної системи охорони здоров’я та менталітету населення держави.

У медсестринських діагнозах є три постійних компоненти, які позначаються PES-формат. “P” вказує на проблему, пов’язану зі здоров’ям, “E” являє собою етіологію (причину) проблеми, а “S” описує сукупність ознак і симптомів, тобто те, що називається “визначальні, характерні риси”.

Фундаментом медсестринської справи у тих країнах, де вона стала самостійним фахом і набула визнання, є медсестринський процес, а його методологічною основою – медсестринські теорії (моделі), найбільш прийнятні в даній країні, медичному закладі, до даного пацієнта. Взагалі ж під час здійснення медсестринського процесу за медсестринськими моделями слід завжди пам’ятати, що будь-яка модель може трансформуватися, відображаючи погляди,

практичну діяльність і завдання медсестринської справи на певному відрізку часу [4]. Спираючись на принципи медсестринства в доказовій медицині, необхідно приймати оптимальні рішення для підвищення якості медсестринського догляду, знаходити шляхи їх практичного впровадження. У зв’язку з цим навчання майбутніх медичних сестер потрібно провадити на засадах медсестринської моделі, що відповідає міжнародним стандартам [7].

Одним із важливих розділів медсестринства в доказовій медицині є стандарти медсестринської діяльності. Стандарти догляду за хворими, виважені в науковому й практичному відношенні, знаходяться на межі інтересів як медичних сестер, так і організаторів системи охорони здоров’я [6].

Стандарти медсестринської практики є керівними положеннями для медсестер про те, як, допомагаючи пацієнтові і доглядаючи за ним, досягти здійснення мети і сподівань пацієнта і медсестри. Дотримання стандартів забезпечує ефективну і точну роботу медичної сестри по догляду за пацієнтом.

Стандарти медсестринського догляду можуть бути використанні для:

- навчання медичних сестер і студентів;
- оптимізації медсестринської практики з метою забезпечення адекватного медсестринського догляду;
- ефективного неупередженого контролю діяльності медичних сестер.

Одним з напрямків стандартизації медсестринської практики є запровадження стандартизованих планів догляду за пацієнтом для задоволення його фізіологічних потреб та стандартів навчання пацієнтів і членів їх родини [2].

Стандартизація дій медичних сестер та уніфікація термінології важливі для медсестер, робочих змін і навіть різних лікувальних закладів під час надання пацієнтові послідовної допомоги протягом його лікування [3].

Дотримання стандартів сприяє більш чіткій роботі молодих медичних сестер, які ще не мають власного досвіду, а тому повинні здійснювати медсестринський догляд в рамках визначених алгоритмів, що упереджує вірогідність негативних результатів в роботі. Тому якісна підготовка кваліфікованого спеціаліста передбачає викладання фундаментальних та професійно-орієнтованих дисциплін з позицій доказового медсестринства.

Зокрема, у Черкаському медичному коледжі предмет “Основи медсестринства” розглядається як базовий у формуванні фахового світогляду сучасної медичної сестри, яка володіє методологією встановлення медсестринського діагнозу, здійснює медсестринський процес одночасно за кількома моделями з тим, щоб якомога повніше задовольнити потреби пацієнта. Це, в свою чергу, створить наукову базу для подальшого вивчення клінічного медсестринства.

У наш час медсестринський процес вийшов за рамки навчальної категорії, він впроваджується в практичну охорону здоров’я, що вимагає створення правової бази захисту як пацієнта, так і медичної сестри, вибудовування нових юридичних відносин, заснованих на засадах доказової медицини і доказового медсестринства,

зокрема. Назріла нагальна потреба у формуванні медичного права, яке охоплювало б усі аспекти сучасної медицини.

Таким чином, введення в навчальний процес основ доказового медсестринства як складової доказової медицини – дуже важлива і вкрай необхідна робота викладацьких колективів усіх ВНМЗ країни.

Висновки: 1. Застосування принципів доказового медсестринства на основі медсестринського процесу є необхідною умовою для створення науково обґрунтованого професійного догляду за пацієнтами на рівні світових стандартів.

2. Впровадження основ доказової медицини у навчальний процес ВНМЗ сприятиме покращенню підготовки медичних сестер за медсестринськими моделями відповідно до сучасних світових стандартів.

Література

1. Вишнякова В. Внедрение сестринского процесса // Сестринское дело. – 2003. – С. 20 – 28.
2. Медсестринський догляд за пацієнтом / І.Я. Губенко, О.Т. Шевченко, Л.П. Бразалій, В.Г. Апшай – К.: Здоров’я, 2000. – 248 с.
3. Медсестринський процес: Основи сестринської справи та клінічного медсестринства / І.Я. Губенко, О.Т. Шевченко, Л.П. Бразалій, В.Г. Апшай – К.: Здоров’я, 2001. – 208 с.
4. Губенко І.Я., Бразалій Л.П., Шевченко О.Т. До питання поєднання медсестринської освіти та практики на основі запровадження медсестринського процесу // Медична освіта. – 2007. – № 4. – С. 20-22.
5. Медсестринство: Модуль 3. Медсестринський про-

цес. – Громадський коледж імені Грента МакЮена, 1998. – 84 с.

6. Пішак В.П., Гайдуков В.А. Медсестринство в доказовій медицині // Медсестринство. – 2007. – № 2. – С. 24-27.

7. Про затвердження “Програми розвитку медсестринства України на 2005 – 2010 рр.”: Наказ МОЗ України № 585 від 08.11 2005.

8. Скакун М.П. Основи доказової медицини. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2005. – 244 с.

9. Delaune S.C., Ladner P.K. Fundamentals of nursing: standards & practice. Delmar Publishers, 1998. – 1267 p.

10. Wilkinson J.M. Nursing diagnosis hand book with NIC interventions and NOC outcomes. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall Health, 2000. – 664 p.

ТИП ФІЗИЧНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ЯК КРИТЕРІЙ АКТИВНОСТІ ФАРМАКОЛОГІЧНОГО ПРЕПАРАТУ

© В.В. Дем’яненко, І.М. Герасимів, Н.С. Гутор, М.І. Шкільна

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Питання оцінки активності фармакологічного препарату дедалі більш набуває ознак технологічно значущої проблеми, особливо з огляду на тривалий шлях від ідеї створення препарату і синтезу його в лабораторних умовах до промислового виготовлення та застосування в

медичній практиці. За цих умов пошук шляхів кількісної високоточної оцінки активності препарату на клітинному рівні є особливо актуальним. Беручи до уваги, що взаємини фармакологічної субстанції з живою клітиною в тестовій реакції *in vitro* доцільно розглядати лише з по-

зиції закономірностей двох типів взаємодії, а саме слабкого та електромагнітного (окрім відомих у сучасній фізиці ще двох — сильного та гравітаційного), нами проведено експериментальне відтворення вказаних типів взаємодії, ставлячи на меті відбір придатних моделей для здійснення контролю за активністю лікарського засобу.

Оскільки під поняття слабкого типу взаємодії підпадають близькодійчі сили адсорбції, то й відтворення їх здійснювали у таких тестових реакціях міжклітинної взаємодії, як реакції імунної лейкоаглютинації, фагоцитозу, діагностичні реакції осідання еритроцитів, імунодіагностичні реакції альтерації лейкоцитів у присутності специфічних алергенів типу туберкуліну, реакції взаємодії з полімерними матеріалами типу силікону, поліамідних і поліуретанових волокон, ксеногенних імплантатів та ін. При цьому інформативна цінність вказаних проб і реакцій визначається природою введених до клітинної суспензії у мікропрепараті фармакологічних середників. Отримані діагностично значущі показники містять якісну і кількісну інформацію про участь у відтворенні названих тестових проб ван-дер-ваальсових сил та водневих зв’язків як провідних фізичних чинників слабкої взаємодії.

Значно ілюстративнішими виявилися тестові реакції, взаємодія інгредієнтів яких підпорядковується закономірностям електромагнітного типу. До таких слід віднести реакції взаємодії між клітинами, з одного боку, і макромолекулярними, переважно специфічними, реагентами — з іншого, за умови розміщення їх на відносно значній відстані у мікропрепараті (принаймні, на три порядки більший від розміру клітин). Реалізація вказаного принципу вимагає дотримання й інших методичних вимог, сутність яких полягає, перш за все, в тому, що на відміну від реакцій попереднього типу, інгредієнти яких

взаємодіють у водному мікрооточенні, для виявлення електромагнітних сил взаємодії між об’єктами останні мають бути вміщені у середовище з відносно високим рівнем в’язкості, наприклад, нанесене на предметне скло гелевого прошарку (агар, желатина). А з огляду на пов’язану з цим низьку швидкість взаємодії, візуалізація останньої та результат, зазвичай, реєструють люмінесцентним методом. Так, наприклад, імунний хемотаксис сенсibiliзованих лейкоцитів до туберкуліну в мікропрепараті на гелевій основі триває зазвичай 12 год, а головним проявом реакції є видима – флуоресцентна траєкторія руху клітин у напрямку до туберкуліну.

Важливим моментом в інтерпретації природи взаємодії клітин з хімічним агентом —

фармакологічним препаратом є логіка вибору інгредієнтів реакції. Важливим доказом саме електромагнітної природи взаємодії між інгредієнтами є викривлення траєкторії руху клітини у мікропрепараті в напрямку до імунного подразника під впливом зовнішнього магнітного поля як прояв впливу лоренцевої сили. Ще переконливішим аргументом на користь електромагнітної природи взаємодії інгредієнтів є вибір їх за ознакою біологічного антагонізму. Так, наприклад, встановлене нами інтенсивне наближення одноклітинних організмів, зокрема, лямблій, до кристалу протипаразитарного засобу орнідазолу або антибіотика цефазоліну не може бути розцінено (в силу наведеного принципу) як результат хемотаксису на адсорбційній основі, а лише як наслідок дії електромагнітного випромінювання інгредієнтів на рівні біорезонансних явищ, принаймні, на первинному етапі. Отже, відтворення умов фізичної взаємодії між біологічним об’єктом і речовиною відкриває методичні можливості для проведення високоінформативного аналізу активності фармакологічного препарату як такого.

УДК 616.33/(07.01

ХІРУРГІЧНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ У СВІТЛІ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ

© І.Я. Дзюбановський, Г.Т. Пустовойт, Ю.М. Герасимець, В.В. Бенедикт, Р.В. Свистун, В.І. П’ятночка, О.Б. Луговий, К.Г. Поляцко, Б.О. Мігенько, В.В. Шацький

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

SURGICAL METHODS OF TREATMENT IN THE LIGHT OF EVIDENCE-BASED MEDICINE

I.Ya. Dzyubanovsky, H.T. Poustovoyt, Yu.M. Herasymets, V.V. Bedykt, R.V. Svystun, V.I. Pyatnochka, O.B. Luhovy, K.H. Polyatsko, B.O. Mihenko, V.V. Shatsky

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

Хірургічні втручання, медикаментозні препарати, що не мають підтвердження своєї ефективності, не повинні виключатися із практики, але варто віддавати перевагу методам та засобам лікування, що мають достатню доказову базу.

Такий підхід дозволяє оптимізувати розподіл бюджетних ресурсів системи охорони здоров’я нашої держави.

Surgical interferences, medicinal preparations which do not have confirmation of their efficiency must not be eliminated from practice, but the methods and treatment facilities with a sufficient evidential base are preferable.

Such approach allows to optimize the division of budgetary resources of the system of health protection in our state.

Вступ. Поява концепції доказової медицини (ДМ) близько 18 років тому стала закономірною у зв’язку зі зростанням кількості наукових медичних публікацій [1]. Відслідкувати їх навіть по своїй вузькій спеціальності лікарю-хірургу неможливо.

Одночасно сучасна хірургія стала галуззю застосування високих технологій і, отже, дорогого обладнання й препаратів. Навіть у найбільш економічно розвинених країнах виникли питання вибору оптимальних хірургічних втручань – з оптимальним співвідношенням їхньої ефективності (для пацієнтів) і вартості (для системи охорони здоров’я) [2, 3].

У зв’язку із цим і розробляються критерії доказовості результатів досліджень численних методів діагностики, оперативного лікування й профілактики.

Основна частина. Відповідно до концепції ДМ кожне клінічне рішення хірурга повинно базуватися на наукових фактах, а цінність кожного факту стає тим більшою, чим суворіша наукова методика дослідження, у ході якої цей факт отриманий [4, 5, 6].

Застосування принципів ДМ у хірургічній діяльності зумовлене непередбачуваністю

клінічної ефективності не тільки нових методик хірургічних втручань і схем препаратів, що застосовуються багато років, але які не піддавалися раніше суворій оцінці через складність методичних підходів [6].

Трохи простіше виявляється, коли мова йде, наприклад, про замісну терапію: в організм вводиться речовина, властива його природі (ферменти, гормони й ін.), як правило – з позитивним ефектом. Тут теоретичні уявлення про причини порушення функцій збігаються з об’єктивними патофізіологічними фактами, і тому часто підтверджуються хірургічною практикою.

Значно складнішою є проблема розробки хірургічного втручання в тих випадках, коли здійснюється спроба безпосереднього впливу на патологічний процес і, особливо – на гострий, який часто являє собою каскад взаємозалежних біохімічних реакцій, які розгортаються в самій клітині й у її навколишніх структурах (наприклад, при хірургічному сепсисі). При цьому динаміка ланцюгових реакцій, сигналів, що визначають їхній початок і завершення, часто залишаються невідомими.

У результаті наше уявлення про патологічний процес, який є цілісною динамічною системою,

зводиться до частковостей – фрагментів і ланок окремих біохімічних реакцій, на які нерідко успішно діють хірургічні втручання. У цих випадках реалізація теоретичних передумов, заснованих навіть на високотехнологічних експериментальних даних, часто не призводить до бажаного клінічного ефекту.

У концепції ДМ теоретичні уявлення про патогенез (зазвичай неповні), думки авторитетних фахівців, традиції, особистий досвід, міркування пріоритетності – не вважаються переконливими науковими підставами для використання того або іншого типу хірургічного втручання.

Цінність теоретичних даних про властивості застосовуваних лікарських препаратів для хірурга безперечна. Поряд із тим їхні позитивні лікувальні властивості можна визначити лише в результаті клінічних випробувань, виконаних за правилами, прийнятими міжнародним медичним співтовариством.

Методи хірургічного лікування, нове медичне обладнання, медикаментозні препарати й інші, що виходять на ринок, проходять численні дослідження в рамках фаз клінічних випробувань. Вони необхідні для того, щоб методики, обладнання чи препарат були зареєстровані національними вповноваженими організаціями. Дослідження їхньої ефективності проходить на всіх фазах клінічних випробувань. Ефективність може вивчатися в дослідженнях із різною організацією: опис серії випадків, одноразові дослідження, ретроспективні дослідження, проспективні рандомізовані подвійні сліпі контрольовані дослідження методів діагностики, лікування, профілактики.

Проте за сучасними європейськими стандартами надійна оцінка ефективності методів може бути отримана тільки в ході рандомізованих контрольованих випробувань – найбільш доказових і об’єктивних. Такого роду випробування проводяться не тільки для фармакологічних препаратів, але й для хірургічних методів лікування, фізіотерапевтичних процедур, заходів у галузі організації медичної допомоги, діагностичних методів. По закінченні досліджень зіставляються частоти настання клінічно важливих наслідків – одужання, ускладнення, смерті, а не сурогатні наслідки – зміна фізіологічних, біохімічних, імунологічних і інших параметрів. Тобто оцінюються не стільки безпосередні результати (лабораторні, інструментальні

й ін.), скільки віддалені (клінічні ефекти, встановлені як кінцева ланка дослідження).

Одне дослідження рідко дозволяє дати однозначну відповідь на поставлене завдання. У той же час по багатьох хірургічних методиках і поєднаних із ними медикаментозних препаратах проводиться велика кількість досліджень. Їхні результати найчастіше не тільки відрізняються за оцінкою величини клінічного ефекту, але й виявляються суперечливими. Для обліку цього й розроблений метод підготовки вторинної інформації – систематичного огляду (СО) результатів декількох оригінальних досліджень якого-небудь хірургічного методу або препарату.

На відміну від традиційних описових оглядів, СО не є тенденційний у питаннях відбору матеріалу, узагальнює тільки доброякісні дані, регулярно обновлюється в міру отримання нових результатів випробувань. Підготовка такого огляду найбільш ефективна при використанні особливого статистичного підходу – мета-аналізу. Систематичний огляд дозволяє зробити висновок про те, що втручання ефективне і його необхідно застосовувати, або втручання неефективне, і його застосовувати не слід. Усім відомі випадки заборони певних типів оперативних втручань на підставі негативних результатів СО.

Діяльністю по підготовці систематичних оглядів займається всесвітнє Кокранівське співробітництво лікарів (названо на честь англійського епідеміолога А. Кокрана, який уперше сформулював концепцію ДМ). Число систематичних оглядів швидко зростає – приблизно на 50 % у рік. Кокранівське співробітництво формує також реферативну базу даних, що включає реферати публікацій про контрольовані й рандомізовані клінічні випробування, що відповідають сучасним стандартам якості їхнього проведення. Таким чином, готується ще один вторинний інформаційний продукт, що звільняє лікаря від необхідності критичної оцінки великої кількості публікацій і являє собою вже “фільтровані” дослідження.

За кордоном концепція ДМ отримала поширення не тільки серед дослідників у галузі клінічної хірургії, але й серед практичних хірургів. По опитуванню 2006 р. хірурги у Великобританії до 80 % клінічних рішень приймають відповідно до принципів ДМ. Професійни-

ми лікарськими асоціаціями й групами експертів розробляються науково-обґрунтовані клінічні рекомендації з певних проблем. Фармацевтичні компанії використовують результати систематичних оглядів як аргументи для включення своїх препаратів у національний формуляр.

Досягнення ДМ відчутно впливає також на політику в галузі наукових досліджень і медичної освіти. Реєстрація клінічних випробувань проводиться до початку їхнього виконання. Багато провідних медичних університетів Європи ввели клінічну епідеміологію (науку, що є основою концепції ДМ) в обов’язковий курс як одну з фундаментальних дисциплін. Найбільші міжнародні медичні наукові журнали посилюють вимоги до публікацій. Ряд видань, заснованих на концепції ДМ (“ACP Journal Club”, “Evidence-Based Medicine”), публікують структуровані реферати кращих, відібраних за спеціальними критеріями статей із найбільш цитованих медичних журналів.

Ситуація із впровадженням концепції ДМ у науку й практику української медицини просувається повільно. Вимоги редакцій вітчизняних медичних журналів не завжди відповідають міжнародним. Буває, що публікується певна кількість малоказових статей, що пов’язане з незадовільною організацією наукових досліджень: групи обстежуваних осіб, звичайно, нечисленні, обстежуються протягом коротких періодів часу; рідко використовується паралельний контроль; практично відсутні роботи з оцінкою частоти клінічних наслідків.

В Україні часто не організуються рандомізовані клінічні дослідження. Усе це знижує цінність отримуваних результатів. Сучасні стандарти, рекомендації, протоколи щодо лікування різних

хірургічних захворювань, списки життєво важливих і пільгових препаратів у переважній більшості випадків складаються без обліку науково обґрунтованої інформації про їхню ефективність. Оскільки не завжди дешеві препарати є досить ефективними, міжнародною практикою при складанні протоколів є облік співвідношення клінічної ефективності й вартості.

Тенденція до широкого поширення в останні роки методів хірургічного лікування й діагностики з науково не доведеною ефективністю, а в найгіршому разі – і шкідливих для здоров’я пацієнтів свідчить про низький імунітет лікарів до рекламованих сумнівних методів діагностики й лікування.

Висновки: 1. Професійному лікареві-хірургу, прихильнику принципів вірогідності, необхідно вміти відрізнити доказову інформацію про ефективність хірургічних втручань від описової інформації або просто прихованої реклами.

2. Хірургічні втручання, медикаментозні препарати, що не отримали підтвердження своєї ефективності, звичайно, не повинні виключатися із практики, однак якщо є надійна, доказова інформація з певного методу лікування, то їй варто віддавати перевагу. Адже на впровадження в життя необґрунтованих рекомендацій витрачаються величезні кошти, причому в результаті цього в найкращому разі можлива відсутність позитивного ефекту, а в гіршому – незадовільний або ж навіть летальний результат лікування.

3. Впровадження концепції ДМ у практику як лікарів-хірургів, так і медичних менеджерів різних рівнів дозволить забезпечити найбільш ефективний їхній розподіл поки що обмежених ресурсів бюджетної системи охорони здоров’я нашої держави.

Література

1. Леха В.Н., Борвинко Е.В., Максименко О.П. Сучасні навчальні технології підготовки лікарів на післядипломному етапі // Медична освіта. – 2000. – № 1. – С. 30-31.
2. Вороненко Ю.В. Проблеми охорони здоров’я та обґрунтування розвитку медичної освіти в Україні // Медична освіта. – 1999. – № 1. – С. 6-12.
3. Кравець Н.О. Інтернет-освіта в медицині // Медична освіта. – 2000. – № 2. – С. 55-56.
4. Азарасєв А.В., Поддубна Г.В., Вертило Н.А. Досвід створення комп’ютерних програм з автоматизації теле-

медичних процедур // Медична освіта. – 2000. – № 2. – С. 7-9.

5. Осуґа С.В. Приобретение знаний. – М.: Мир, 1990. – С. 345.

6. Ковальчук Л.Я. Основні тенденції розвитку світової вищої школи, впровадження сучасних технологій в навчальний процес Тернопільської державної медичної академії ім. І.Я. Горбачевського: досягнення і перспективи // Нові технології навчання в медичному вищому навчальному закладі: Навчально-методична конференція. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – С. 3-12.

ВИКОРИСТАННЯ ПРИНЦИПІВ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ У ПРАКТИЦІ ВИКЛАДАННЯ

© А.Д. Дюдюк, В.П. Федотов, В.К. Захаров, В.В. Горбунцов, К.В. Семенуха, Л.А. Погребняк, Д.Г. Башмаков

Дніпропетровська державна медична академія

Головним напрямком реорганізації сучасної системи вищої освіти є впровадження Болонської системи, в якій значна увага приділяється самостійній роботі студентів у навчанні. Болонська система у медичній вищій освіті знаходиться ще у стадії становлення – навчальними закладами ведеться пошук шляхів її впровадження, більш ефективних сучасних форм викладання та методик позааудиторної роботи студентів. Головною метою вищих медичних навчальних закладів є формування сучасного спеціаліста охорони здоров’я. Майбутній лікар повинен володіти технологією пошуку, узагальнення та застосування медичної інформації; вміти чітко сформулювати клінічне питання, здійснити пошук відповіді на нього у спеціальній літературі, критично осмислити факти та можливість їхнього використання. Такі критерії є складовою визначення концепції доказової медицини, – стратегічного напрямку еволюції сучасної світової медицини. Можна вважати за перспективне та доцільне використання принципів доказової медицини у процесі вищої освіти – у самому початку виховання лікаря. Важливим для освіти є те, що доказова медицина як стиль клінічної практики за-

безпечує процес безперервного самокерованого навчання, яке інтегрує власний досвід індивідуума з найбільш надійними з існуючих знань. Засвоєння такого методу збору інформації з її узагальненням, аналізом та інтерпретацією, дозволяє у короткі терміни спрямувати тих, хто навчається, до активної самостійної роботи та налагодження активного діалогу з викладачем. Для цього викладачем, у процесі практичних занять, можуть бути застосовані ділові ігри або ситуаційні задачі з використанням прикладів клінічної практики, демонстрацією хворих. Значною мірою сприяє розвитку активного пошуку знань самостійна робота студентів з хворим, результати якої будуть критично розібрані разом з викладачем. Таким чином пріоритет приділяється не стільки вмінню засвоювати корисну інформацію, скільки вмінню здобувати та використовувати її, що у сучасному світі інформаційних технологій є однією з найважливіших умов ефективної роботи. Цілком логічним є висновок про те, що використання принципів доказової медицини у практиці викладання вищих медичних навчальних закладів може значно підвищити мотивованість, а разом із цим і рівень освіти майбутніх лікарів.

ДЕЯКІ ПРОБЛЕМИ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ У ПРАКТИЦІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ІПСШ

© А.Д. Дюдюк, В.П. Федотов, В.К. Захаров, В.В. Горбунцов, К.В. Семенуха, Л.А. Погребняк, Д.Г. Башмаков

Дніпропетровська державна медична академія

Принципи доказової медицини можна вважати традиційними для вітчизняної венерології, відзнакою якої було застосування та точне дотримання лікарями ретельно розроблених загальноприйнятих уніфікованих стан-

дартних методик діагностики, лікування та профілактики ІПСШ. Сучасні зміни у суспільстві та законодавстві, збільшення асортименту нових методів діагностики та лікарських засобів створюють певні пробле-

ми для організації та функціонування венерологічної служби. Для діагностики та лікування ІПСШ діючими нормативами МОЗ передбачена значна кількість методик діагностики та засобів лікування, рейтинг яких остаточно не визначено. Застосування нових методик лабораторної діагностики з використанням діагностичних наборів різних виробників при відсутності уніфікації та стандартизації методів дослідження хворих часто призводить до розбіжностей у етіологічному діагнозі, даних контролю вилікованості та діагнозах статевих партнерів, що є підставою для непорозуміння та критичного ставлення лікарів та пацієнтів до результатів обстеження. Певні розбіжності часто спостерігаються і при топічній діагностиці запального процесу хворих, що часто є наслідком різного об’єму інструментальних досліджень, також не достатньо регламентованих. Певною проблемою є довільне використання лікарями у лікуванні хворих на ІПСШ нових або маловідомих ана-

логів, замість випробуваних оригінальних та рекомендованих лікарських засобів що часто дає можливість думати про неадекватність таких замінів і різний ефект такого лікування. Таким чином, при значному прогресі методів дослідження та засобів лікування якість медичної допомоги є недостатньо задовільною і не відповідає вимогам сучасності. Це, певною мірою, можна пояснити недостатньо сумлінним, ретельним і критичним ставленням лікарів до нової інформації. Шляхом вирішення цих проблем може бути подальше проведення на всіх рівнях охорони здоров’я широкого комплексу організаційних заходів щодо визначення надійних критеріїв та стандартів лікувального процесу, за основу чого найбільш доцільним є прийняття саме принципів доказової медицини. Такий підхід забезпечить підвищення якості та ефективності надання медичної допомоги хворим на ІПСШ і найкращим чином зможе запобігти будь-яким можливим непорозумінням.

УДК 614.2:616–072.7:613.956:373.6/9

ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ ТА ЇХ ЗАСТОСУВАННЯ В ХОДІ ЕКСПРЕС-ДІАГНОСТИКИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ОРГАНІЗМУ ПІДЛІТКІВ, ЩО НАВЧАЮТЬСЯ У ПРОФІЛЬНИХ ЛІЦЕЯХ

© К.А. Зайцева, І.В. Сергета

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

MAIN PRINCIPLES OF EVIDENCE-BASED MEDICINE AND THEIR APPLICATION FOR EXPRESS-DIAGNOSTICS OF FUNCTIONAL CONDITION OF ADOLESCENTS’ ORGANISM WHO STUDY IN PROFILE LYCEUMS

K.A. Zaytseva, I.V. Serheta

Vinnitsia National Medical University by M.I. Pyrohov

Шляхом кореляційного аналізу було доведено, що зв’язок між 5 складовими інтегрального експрес-індексу стрес-індикації та рівнем стресу – суттєвий.

By means of correlation analysis was proved that correlation between 5 components of integrated Instant Index of Stress Indication and stress level is significant.

Вступ. Початок ліцейного навчання у старших класах середньої школи змінює стереотип навчальної діяльності підлітків і вимагає переадаптації організму. Особи із недостатніми функціональними резервами в такій ситуації проходять через так званий патологічний стрес або дистрес, що руйнує попередні морфофункціональні структури фенотипічної адаптації і формує зовсім нові [3, 4].

Стрес як неспецифічний механізм адаптації для гігієни науки є малодослідженим феноменом. Оскільки неспецифічну складову адаптації слід вважати найважливішою ланкою будь-якого функціонального стану організму, то основною перспективою теорії стресу в гігієні є розробка об’єктивних методів та встановлення адекватних критеріїв визначення стану стресу для впровадження стрес-лімітуючих заходів у системі шкільної освіти із науковим обґрунтуванням методології інтегральної стрес-діагностики [2, 5].

Основна частина. В світлі описаної вище стратегії наукових пошуків у ході дослідження була реалізована ідея в якості пріоритетного ефекту біомоніторингу використовувати вивчення рівня та інтенсивності початкової стадії процесу психофізіологічної адаптації до нових умов навчання і водночас визначення неспецифічної складової процесів адаптації – стресу. В основу способу інтегральної оцінки функціонального стану організму підлітків на основі стрес-діагностики було покладене завдання урахувати поточний стан найбільш чутливих до стресових впливів навколишнього середовища функціональних систем організму, що першими беруть участь у термінових реакціях в рамках неспецифічного механізму адаптації, визначаючи: нейротизм, нервово-психічне напруження (НПН), особистісну (ОТ) та ситуативну трижовність (СТ), інтегральний показник координації рухів (ІПКР), стан вегетативного забезпечення діяльності серцево-судинної системи за характеристиками серцевого ритму [1]. Шляхом сумачі оціночних балів для кожного з компонентів розраховувався експрес-індекс стрес-індикації (ЕІСІ).

Запропонований метод діагностики стресу практично випробовано в 3 групах підлітків. 60 підлітків-ліцейців (30 дівчат і 30 хлопців), що склали експериментальну групу (ЕГ), зазнали індивідуалізованої корекції на основі стрес-інди-

кації. В першій контрольній групі (1-КГ), до якої було залучено 60 учнів ліцейних класів (30 дівчат і 30 хлопців), та другій контрольній групі (2-КГ), яку склали 60 учнів (30 дівчат і 30 хлопців) з класів загального профілю, подібна тактика не застосовувалася.

Дотримуючись принципів доказової медицини, для підтвердження практичної цінності створеного діагностичного критерію функціонального стану організму було використано методику статистичного аналізу та класичну Medical-Trial-схему перевірки дієвості діагностичних методик “претест - інтервенція - посттест”. Початковим кроком в статистичній перевірці чутливості створеного індексу став кореляційний аналіз даних, що були отримані на початку та наприкінці навчання підлітків у старших класах.

Кореляційний аналіз матриці даних з 85 показників (психологічних, психофізіологічних, показників стану здоров’я, фізичної підготовленості, соціальної адаптації, соціально-психологічних та інтегральних показників стресових станів) незалежно від форм організації навчання старшокласників та часу дослідження виявив ключові показники функціонального стану організму, рівень яких стало та сильно корелював з рівнем ЕІСІ, тобто із рівнем стресу підлітків. Ними були нейротизм (від $r=0,663$; $p<0,001$ до $r=0,812$; $p<0,001$), СТ (від $r=0,448$; $p<0,001$ до $r=0,807$; $p<0,001$), ОТ (від $r=0,432$; $p<0,001$ до $r=0,819$; $p<0,001$) та НПН (від $r=0,391$; $p<0,01$ до $r=0,487$; $p<0,001$).

Щодо інших компонентів ЕІСІ – координації рухів та серцевого ритму, то їх було включено до складу ЕІСІ із урахуванням даних аналізу літератури та в якості додаткових критеріїв, що мали зробити остаточний акцент щодо наявності стресового стану. Результати дослідження вказали, що на початку навчання підлітків 2-КГ спостерігалася дуже слабка і, навіть, сумнівна кореляція між ЕІСІ та умовною характеристикою серцевого ритму – компонентом ЕІСІ ($r=0,341$; $p<0,01$). В 1-КГ наприкінці дослідження реєструвалася дуже слабка, і, навіть, сумнівна кореляція ЕІСІ із кількістю помилок при треметрії ($r=0,383$; $p<0,01$) та ІПКР ($r=0,300$; $p<0,05$). Однак кореляційний аналіз надав ще один аргумент на користь використання ІПКР в якості додаткового компонента ЕІСІ – наявність достовірного зв’язку між умовною інтег-

ральною характеристикою координації рухів – компонентом ЕІСІ, та ІПКР ($r=0,449$; $p<0,001$), а також між умовною інтегральною характеристикою координації рухів – компонентом ЕІСІ, та кількістю помилок при тремометрії ($r=0,448$; $p<0,001$), що реєструвалися серед підлітків 2-КГ протягом першого року дослідження. Умовна характеристика серцевого ритму в складі ЕІСІ, значення якої збільшувалося із ступенем порушень середового ритму, корелювала із наявністю хронічних захворювань системи крово-

обігу в 1-КГ та в 2-КГ впродовж 2 років дослідження (від $r=0,892$; $p<0,001$ до $r=0,953$; $p<0,001$).

Висновок. Кореляційний аналіз усіх вивчених показників довів доцільність використання в процесі інтегральної оцінки функціонального стану організму підлітків його провідних корелят, які стабільно та значущо взаємозв’язані з індивідуальними рівнями стресу і, відповідно, з величиною ЕІСІ. Структура функціональних зв’язків між показниками, що вивчалися, мала свою специфіку залежно від часу дослідження та умов навчання підлітків.

Література

1. Антононов М.Ю. Конструирование интегральных оценок состояния здоровья // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції “Формування здоров’я дітей, підлітків та молоді в умовах навчально-виховного закладу”. – Суми: Сум ДПУ ім. А.С.Макаренка, 2006. – С. 3-7.
2. Гриндберг Дж. Управление стрессом. – 7-е изд. – С.Пб.: Питер, 2002. – 496 с.
3. Кучма В.Р., Степанова М.Н. Стрес у школярів: причини, наслідки, профілактика // Медицина труда и промышленная экология. – 2001. – № 8. – С. 32-37.

4. Кобринский Б.А. Концепция непрерывности переходных состояний от здоровья к болезни как основа проспективного мониторинга детей группы риска по формированию хронических форм патологии (Лекция № 5). // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – М., 1994. – Приложение. – 31 с.
5. Уманський В.Я., Клименко А.И., Морозова А.В. Стресс как гигиеническая проблема (Обзор) // Вестник гигиены и эпидемиологии. – 2004. – Т. 8, № 2. – С. 278-285.

ПРОТИМІКРОБНА АКТИВНІСТЬ МІРАМІСТИНУ ЩОДО БАКТЕРІЙ, ЯКІ ФОРМУЮТЬ МІКРОБІОЦЕНОЗ ШКІРИ СТУПНІВ ХВОРИХ НА ДЕРМАТОМІКОЗИ, В УМОВАХ ДОСЛІДІВ IN VITRO

© С.І. Климнюк, І.М. Герасимів

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Як відомо, доказова медицина є головним стратегічним напрямком розвитку сучасної медичної науки і практики, яка зорієнтована на значне підвищення рівня наукових досліджень, відповідно, суттєве покращання діагностики, лікування та профілактики досліджень.

Мірамістин є вітчизняним антисептиком з високою протимікробною, противірусною та протигрибковою активністю. Проте недостатньо вивчено його вплив на мікроорганізми, які заселяють шкірні покриви людини. Виходячи з цього, метою роботи було вивчення впливу мірамістину на мікробіоценоз шкіри у хворих із мікозами ступнів.

Активність антисептика досліджувалась за методом серійних розведень у МПБ з визначенням МБсК і МБцК щодо 46 штамів стафілококів, 16 штамів мікрококів, 11 штамів коринебактерій, 5 штамів бацил.

Показано, що мірамістин має неоднаковий вплив на різні бактерійні угруповання шкіри. Так, найчутливішими серед них були мікрококи і стафілококи, для яких МБсК препарату складала відповідно $(1,30+0,64)$ мкг/мл і $(1,50+0,39)$ мкг/мл. Спільнота коринебактерій була в 1,8 раза менш чутливою порівняно із стафілококами. Угруповання бацил було в 3,7-4,3 рази стійкішим до противірусної дії пре-

парату, порівняно із стафілококами і мікрококами.

У той же час експерименти довели, що різні види стафілококів мають неоднаковий рівень чутливості до антисептика. Ріст штамів *S. aureus*, які найчастіше виступають збудниками гнійно-запальних процесів різної локалізації, затримували концентрації препарату (1,16+0,39) мкг/мл. Чутливість штамів *S. epidermidis* була в 1,6 раза меншою: МБсК досягала (1,88+0,99) мкг/мл. Виділені культури гемолітичних стафілококів мали в 2,6 раза більшу чутливість, ніж епідермальні стафілококи. Приблизно таку саму чутливість мали штами *S. saprophyticus*: МБсК – (0,94+0,56) мкг/мл. Найчутливішими до дії антисептика були поодинокі штами *S. warneri*, а найрезистентнішими – *S. chromogenes*.

Чутливість окремих популяцій мікрококів, виділених із поверхні шкіри, до мірамістину також була неоднаковою. МБсК коливались від 0,75 мкг/мл (для *M. lylae*) до 6,25 мкг/мл (для *M. sedentarius*). Для штамів *M. luteus*, який був найчисленнішою популяцією шкіри, МБсК становила 0,83+0,25 мкг/мл.

Угрупування коринебактерій було представлено трьома популяціями бактерій: *S. afermentans*, *S. bovis* і *S. xerosis*. Чутливість цих мікробів до мірамістину була також неоднаковою. Рівень чутливості *S. afermentans* сягав (2,14+0,70) мкг/мл. У той же час штами *S. xerosis* були в 3 раза більш чутливими до дії антисептика, а штами *S. bovis*, навпаки, в 2,2 раза резистентнішими.

Популяції бацил – *B. macerans* і *B. subtilis* – також дещо різнились за рівнем своєї чутливості до антисептика: штами *B. macerans* були в 1,3 раза чутливішими порівняно із *B. subtilis*.

Отже, мірамістин є ефективним антисептичним препаратом, який діє на грампозитивні факультативно анаеробні мікроорганізми, що формують мікробіоценоз шкіри нижніх кінцівок. Ступінь його активності різниться залежно від роду та виду бактерій в межах одного роду. Проведені дослідження означають перспективу використання мірамістину для корекції змінених мікробіоценозів шкіри, які виникають при формуванні у людини мікотичної патології ступнів, враховуючи, що він має ще й виражену протигрибкову активність.

ВПРОВАДЖЕННЯ ОСНОВ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ В НАВЧАЛЬНИЙ ПРОЦЕС НА КАФЕДРІ МЕДИЧНОЇ БІОЛОГІЇ, МІКРОБІОЛОГІЇ, ВІРУСОЛОГІЇ ТА ІМУНОЛОГІЇ

© С.І. Климнюк, Н.І. Ткачук, Л.Б. Романюк, М.С. Творко

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Виходячи з визначення доказової медицини, що трактує її як стратегічний напрямок сучасної медичної науки і практики, який ґрунтується на бездоганній науковій інформації і зорієнтований на підвищення рівня наукових досліджень, суттєве поліпшення діагностики, профілактики, лікування і прогнозу захворювань людей, оптимізацію органів державної системи охорони здоров’я, на кафедрі медичної біології, мікробіології, вірусології та імунології впроваджуються в навчальний процес окремі засади доказової медицини.

Для студентів 1, 2, 3 курсів медичного стоматологічного та фармацевтичного факультетів

навчання проводиться із запровадженням методів вивчення спадковості людини, діагностичних алгоритмів дослідження етіології інфекційних захворювань, основних принципів раціональної антибіотикотерапії та застосування антисептичних засобів у лікуванні різного роду захворювань, методів визначення антибіотико-чутливості збудників, тощо.

Опираючись на засади доказової медицини, ми повинні навчити студентів міркувати не окремими положеннями чи фактами, а діагностичними алгоритмами, які б сприяли глибокому засвоєнню навчальних програм, формуванню професіоналізму.

Студентів також слід навчити методології інформаційного пошуку та відбору першоджерел у бібліотеці та мережі Інтернет, їх аналізу для прийняття відповідних клінічних рішень. На кафедрі це реалізується шляхом щорічного проведення студентських науково-практичних конференцій українською та англійською мовами.

Таким чином, під час вивчення основ доказової медицини на кафедрі медичної біології,

мікробіології, вірусології та імунології студенти повинні оволодіти технікою пошуку наукової інформації у фахових журналах та в електронних базах, технологією написання повідомлення в журнал, доповіді на засіданні студентського наукового гуртка чи конференції; оволодіти принципами створення алгоритмів діагностики інфекційних хвороб; генетичним методом для верифікації генетичних захворювань.

ОСОБЛИВОСТІ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРИНЦИПІВ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ У РОБОТУ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

© Л. М. Копчак

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Показники захворюваності і смертності, а також поширеності окремих захворювань в Україні є одними з найвищих у Європі. Вирішення даної проблеми потребує загальнодержавних заходів і можливе у рамках загальної практики сімейної медицини, головними завданнями якої є збереження і зміцнення здоров’я населення. На часі розроблення і впровадження рекомендацій, стандартів та клінічних протоколів надання первинної медико-профілактичної допомоги у системі сімейної медицини. Головними завданнями сімейної медицини, крім діагностики та лікування, є первинна профілактика, диспансеризація, раннє виявлення захворювань, експертиза працездатності, а також надання невідкладної допомоги на дошпитальному етапі. Виконуючи поставлені завдання, сімейний лікар співпрацює з вузькопрофільними фахівцями, соціальними працівниками тощо.

Недоліком існуючих на даний час діагностичних та лікувальних стандартів в першу чергу є те, що ці стандарти є результатом консенсусу експертів, тобто залежать від думки авторитетів, а з іншого – часто є адаптацією міжнародних рекомендацій та стандартів до можливостей вітчизняної медицини. До того ж дослідження, які лягли в основу рекомендацій, були

проведені в ретельно відібраних групах хворих, та виконувалися у високоспеціалізованих лікувальних закладах і тому не завжди можуть бути екстрапольовані у сімейну медицину.

На даний час назріла необхідність створення власних стандартів для сімейної медицини. На нашу думку, їх методологічна цінність буде вищою, якщо вони відповідатимуть таким критеріям: 1) ґрунтуватися на результатах наукових досліджень, проведених в Україні. Так, наприклад, поширення ревматичних вад в Україні на відміну від країн Євросоюзу є вищою, що зумовлює необхідність низки заходів, спрямованих на вчасне виявлення та адекватне лікування гострої ревматичної лихоманки; 2) слід адаптувати алгоритми діагностики та лікування до системи надання допомоги за сімейним принципом; 3) профілактичне спрямування сімейної медицини потребує розроблення і впровадження протоколів визначення стану здоров’я на селення та низки епідеміологічних досліджень з участю сімейних лікарів, оскільки статистичні дані щорічної звітності не відображають реального стану речей. При розробленні і впровадженні нових медичних стандартів для сімейної медицини зростає роль Асоціації сімейних лікарів України.

ВПРОВАДЖЕННЯ ЗАСАД ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ У НАВЧАЛЬНИЙ ПРОЦЕС КАФЕДРИ МЕДИЧНОЇ БІОХІМІЇ

© М.М. Корда, Н.О. Суслора, О.І. Острівка, Т.Я. Ярошенко, С.І. Яворська, О.С. Покотило, І.П. Кузьмак

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Доказова медицина – це стратегічний напрям сучасної медичної науки і практики, який ґрунтується на бездоганній науковій інформації і орієнтований на підвищення рівня наукових досліджень, суттєве поліпшення діагностики, профілактики, лікування і прогнозу захворювань людей, оптимізацію діяльності органів державної охорони здоров’я. Тому вивчення основ доказової медицини слід починати вже з молодших курсів вищих навчальних закладів. Інтереси студентів щодо різних проблем медицини визначаються послідовністю введення в навчальний процес спочатку фундаментальних дисциплін, серед яких одне з ведучих місць займає медична біохімія. Лише після ознайомлення з загальними біохімічними механізмами окремих захворювань студенти вдаються до вивчення існуючих методів лікування і профілактики.

Щорічно в клінічну практику вводиться багато нових методів та методик дослідження організму, з використанням сучасних високоточних технологій. Проте розуміння та вміння інтерпретувати отриману інформацію вимагає відповідних навиків та знань. При цьому необхідно постійно виключати невдало сплановані, недоброякісно виконані і помилково трактовані

дослідження. Саме тому, вивчення біохімічної науки повинно базуватись на провідному принципі доказової медицини – принципі використання наукової медичної інформації лише найвищого рівня доказовості, яка зосереджена на результатах рандомізованих контрольованих випробувань, з максимальним застосуванням безпечних, доступних методів обстежень. Вивчаючи біохімію, студенти знайомляться з адекватними і сучасними дослідженнями, глибше пізнають про їх діагностичні цінності і можливість. Для цього ще в студентські роки необхідно оволодіти методикою пошуку, аналізу і можливого використання кращих діагностично-біохімічних технологій у своїй практичній діяльності. Цей предмет визначає науковий світогляд студентів, виховує впевненість в тому, що розуміння деталей патологічного процесу у хворих у кінцевому результаті складає суть лікування.

Введення основ доказової медицини у навчальний план кафедри біологічної хімії – дуже важлива і необхідна робота. Викладання цієї галузі медицини в курсі клінічних кафедр сприятиме значному покращанню підготовки майбутніх лікарів, стоматологів, фармацевтів.

ВІДОБРАЖЕННЯ ПРИНЦИПІВ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ ПРИ ВИКЛАДАННІ МЕДИЧНОЇ МІКРОБІОЛОГІЇ

© Т.Ю. Крушинська

Дніпропетровська державна медична академія

Перехід від емпіричної медицини до доказової, впровадження стандартів надання медичної допомоги ставить нові завдання перед медичною та фармацевтичною освітою. Це стосується головним чином викладання на клінічних кафедрах, але базові медико-біологічні дисципліни теж мають певні можливості для

впровадження основ доказової медицини у навчальний процес. Виникає проблема методичного характеру, адже ці дисципліни повинні забезпечувати теоретичну підготовку майбутніх медиків, тоді як доказова медицина наполягає на недостатності теоретичного обґрунтування методів лікування та діагностики. Тому при

викладанні базових дисциплін, зокрема мікробіології, треба не тільки забезпечити засвоєння студентами необхідного обсягу систематизованих теоретичних знань, а й показати відносну обмеженість та недосконалість цих знань, довести необхідність масштабної практичної перевірки ефективності та безпеки різних лікарських заходів, продемонструвати важливість коректно проведених експериментальних досліджень та статистичної обробки інформації.

Наукові та філософські основи концепції доказів у медицині закладалися ще з другої половини XIX сторіччя, тому корисним буде ознайомлення студентів з класичними дослідженнями Пастера, Коха, Мечникова. Тоді доказова медицина буде сприйматися ними не як щось штучне та вигадане, а як закономірний наступний крок у розвитку медичної науки та практики. До сприйняття основ доказової медицини підводить і розуміння студентами складності та багатофакторності явищ, які вивчаються у межах теоретичних дисциплін. У мікробіології це добре простежується при розгляді факторів, що стосуються взаємодії мікро- та макроорганізму у розвитку інфекційного процесу, а також функціонування імунної системи, яке передбачає участь багатьох ланок із численними та неоднозначними зв’язками між ними. З неможливості врахування всіх факторів у кожному випадку надання медичної допомоги впливає необхідність користуватися статистичними даними, які узагальнюють результати належним чином спланованих клінічних випробувань. У курсі медичної мікробіології вивчаються такі лікувальні та профілактичні препарати, як антибіотики, вакцини та сироватки. Зосередження уваги на їх побічній дії підкреслює важливість клінічного дослідження доцільності та безпечності застосування цих препаратів. Крім того, специфіка наукової роботи кафедри мікробіології ДДМА дозволяє ознайомити студентів з принципами проведення рандомізованих клінічних досліджень на прикладі випробування пробіотиків.

Значна частина навчального часу відводиться на вивчення методів мікробіологічної діагностики інфекційних хвороб, як традиційних, так і основаних на сучасних досягненнях імунохімії та молекулярної генетики. Стосовно доказової медицини: по-перше, за допомогою цих методів можуть контролюватися результати клінічних

досліджень, а по-друге, самі методи мікробіологічної діагностики можуть бути предметом клінічного вивчення. Тому студентам треба дати поняття про чутливість та надійність різних методів діагностики, можливі причини хибних позитивних та негативних результатів, імовірні помилки на різних етапах дослідження, важливість постановки контрольних дослідів; навчити їх порівнювати діагностичну цінність різних методів дослідження, пов’язувати вибір методу діагностики з біологічними властивостями збудника, клінічними проявами та строками захворювання. Особливої уваги заслуговує питання нешкідливості для хворого способів відбору патологічного матеріалу при проведенні мікробіологічної діагностики.

Вивчення розділу “Клінічна мікробіологія”, неепідемічних захворювань та госпітальних інфекцій дозволяє зосередитись на питаннях безпеки медичної допомоги, які є одними з ключових у доказовій медицині. Йдеться про можливість інфікування при оперативних втручаннях, інструментальних оглядах, інших медичних маніпуляціях, а значить про необхідність їх клінічного дослідження та стандартизації. Вивчення ролі нормальної мікрофлори організму людини вказує на важливість контролю її кількісного складу та активності, які можуть порушуватися при прийомі не тільки антибіотиків, а й інших лікарських засобів, і це повинно враховуватися під час клінічних досліджень. Крім того, лікувальні препарати здатні порушувати роботу імунної системи. Тому при вивченні імунного статусу людини доцільно повідомити студентам, що основні показники імунограми, орієнтовні та аналітичні імунологічні тести можуть використовуватися і для контролю безпеки препаратів, що проходять клінічне дослідження.

Існує також економічний аспект доказової медицини, коли медицина розглядається як “індустрія здоров’я”, яка працює в умовах ринкової економіки та підпорядкована її законам. При зіставленні різних методів мікробіологічної діагностики інтерес студентів лікувальних спеціальностей викликає порівняння їх за вартістю, витратами матеріальних ресурсів та людської праці, вибір методу діагностики з урахуванням співвідношення ціни та якості. Для студентів фармацевтичних спеціальностей більше можливостей у цьому плані дає вивчення промисло-

вої мікробіології (порівняння різних методів мікробного синтезу біологічно-активних речовин, витрат на одержання вбитих та генно-інженерних вакцин та ефекту від застосування цих препаратів, витрат на виробництво та клінічне дослідження ліків).

Запропонований підхід до викладання медичної мікробіології створює теоретичне та психологічне підґрунтя для сприйняття студентами принципів доказової медицини та засвоєння стандартів надання медичної допомоги на наступних клінічних кафедрах.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ МЕТОДИ У ВИВЧЕННІ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ЗАХВОРЮВАНЬ

© В.М Лехан, О.П. Максименко, М.І. Заярський

Дніпропетровська державна медична академія

Неінфекційні захворювання є причиною 75,3 % усіх випадків смерті, 57,9 % тягаря хвороб в Україні, основною причиною значних розбіжностей у рівнях середньої очікуваної тривалості життя і середньої тривалості здорового життя населення України порівняно з населенням європейських країн. Радикальних методів лікування цих захворювань майже немає. Пріоритетним напрямком, що дозволить ефективно вирішувати проблеми, пов’язані з неінфекційними захворюваннями, є профілактика.

Профілактичні заходи, які виконують лікарі різних спеціальностей, як і лікувально-діагностичні втручання, повинні здійснюватися на принципах науково обґрунтованої медичної практики або “медицини, заснованої на доказах”, головний постулат якої: кожне клінічне і профілактичне рішення повинне базуватися на строго доведених наукових фактах.

Стратегія профілактики, яку реалізує Європейське бюро ВООЗ, ґрунтується на концепції факторів ризику. Дослідження, що дозволяють одержати об’єктивну і достовірну інформацію про фактори, які впливають на виникнення і прогноз найважливіших неінфекційних захворювань, є епідеміологічні дослідження. Епідеміологія – це метод причинної аргументації, що дозволяє практично довести або спростувати висунуті гіпотези щодо причин виникнення захворювань, профілактики і лікування захворювань (їх наслідків). Це наука, що заснована на теорії імовірності, статистиці і методах глибокого науково-дослідного аналізу.

Для з’ясування, чи є фактор ризику причиною або визначником ризику (маркером захворювання), необхідно виконати кілька різних типів досліджень. Сила доказу визначається типом дослідження. У першу чергу, проводяться описові епідеміологічні дослідження, що дозволяють вивчити поширеність потенційно небезпечних факторів. На підставі даних описової епідеміології встановлюється зв’язок частоти зустрічальності у визначений момент часу окремих факторів та їхніх комбінацій не з фактом виникнення того чи іншого захворювання, а лише з його поширеністю. Результати описових досліджень, які складають основу для формулювання етіологічних гіпотез, є основою для планування аналітичних досліджень. Аналітичні епідеміологічні дослідження застосовують з метою встановлення причинних зв’язків між захворюваннями і факторами ризику. Роль конкретної дії в етіології захворювання оцінюють за ступенем її впливу на інтенсивність появи нових випадків даного захворювання, при цьому кількісно ефект цього впливу виражають через: а) показники індивідуального ризику: абсолютний ризик (додатковий) і відносний ризик та б) показники популяційного ризику. Відносний ризик характеризує силу зв’язку між впливом фактора і результатом, тобто біологічний аспект.Dodатковий ризик вказує на додаткове число випадків захворювання або його наслідків, обумовлене впливом факторів ризику. Для повної оцінки того або іншого небезпечного впливу з точки зору громадського здоров’я необхідно приймати до уваги також по-

ширеність фактора ризику. Менш небезпечний фактор ризику (з низьким відносним ризиком), але з високою поширеністю в даній популяції, може спровокувати більш значну захворюваність, ніж небезпечний фактор, що рідко зустрічається. Такого роду інформація допомагає визначити, які фактори ризику дійсно суттєві, а які не мають особливого значення для здоров’я населення даної території, що допомагає керівникам системи охорони здоров’я на науковій основі визначати пріоритети при розподілі ресурсів. Для цього розраховують показники популяційного ризику, й у першу чергу, додатковий популяційний ризик, що дає уявлення про додаткову захворюваність у популяції, пов’язану з фактором ризику.

Експериментальні епідеміологічні дослідження, на думку багатьох учених, єдиний метод, що може дати точну відповідь на питання про етіологію захворювання.

У доповіді ВООЗ про стан охорони здоров’я в Європі в 2005 році опубліковані дані про 10 провідних факторів ризику для країн Європейського регіону, у тому числі і для України. Про-

відними факторами ризику, з якими зв’язано 84,4 % втрат років здорового життя (DALY) в Україні, є високий артеріальний тиск (16,6 % DALY), зловживання тютюном (12,8 %) і алкоголем (12,3 %), високі рівні холестерину (14,4 %), зайва маса тіла (9,0 %), недостатнє застосування фруктів і овочів (8,0 %), недостатня фізична активність (5,6 %), зловживання наркотичними речовинами, незахищений секс, дим у приміщеннях. Для населення України характерні регіональні особливості патології, що пов’язано зі специфікою факторів ризику. Тому необхідне проведення, з відповідним фінансуванням, як національних, так і регіональних епідеміологічних досліджень вивчення факторів ризику, які мають стати основою національної та регіональних стратегій профілактики.

Офіційне приєднання України до Болонського процесу з метою створення єдиного європейського простору вищої медичної освіти обумовлює актуальність викладання методів епідеміологічних досліджень при вивченні неінфекційних захворювань населення та відповідного навчально-методичного забезпечення.

ВПРОВАДЖЕННЯ ПРИНЦИПІВ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ В ПЕДАГОГІЧНУ ПРАКТИКУ ЗМАПО

© О.С. Никоненко, С.Д. Шаповал, С.М. Дмитрієва

Запорізька медична академія післядипломної освіти

Доказова медицина (ДМ) як “науково обґрунтована медична практика” є системою поглядів, які спрямовані на підвищення якісного рівня наукових досліджень, об’єктивну оцінку сучасних медичних технологій, що пропонуються для впровадження, оптимізацію діяльності органів державної системи охорони здоров’я. Стратегія впровадження ДМ в широку клінічну практику передбачає науково обґрунтовану стандартизацію діяльності закладів системи охорони здоров’я як умову підвищення ефективності та безпечності лікувально-діагностичного процесу з оптимізацією його економічного забезпечення.

Відомі принципи ДМ: використання наукової медичної інформації лише найвищого рівня доказовості; постійного оновлення інформації

щодо досягнень медичної науки і клінічної практики; постійного знайомства всіх учасників медичної галузі з досягненнями науки і практики; оптимальної діагностичної доцільності; раціональної фармакотерапії; постійного підвищення безпеки медичних втручань; мінімізації економічних затрат; постійної оптимізації діяльності національних систем охорони здоров’я; принципи колективної відповідальності і міжнародної стандартизації медичних втручань – одночасно відповідають основним методологічним положенням стратегії реформування вищої медичної освіти.

Впровадження принципів ДМ в освітню практику має метою озброїти лікарів новими підходами медичної науки і клінічної практики та

навчити їх раціонального осмислення власного клінічного досвіду з позиції клінічної епідеміології, сформувати в лікарів навички узагальнення світового досвіду ДМ з різними джерелами інформації (клінічних практичних керівництв, у тому числі стандартів медичної допомоги; результатів мета-аналізів та систематичних оглядів щодо ефективності медичних технологій; інших наукових публікацій, оцінених з позиції їх доказовості), прищепити лікарям позицію визнання пацієнтів обов’язковими суб’єктами співпраці у виборі програм ефективного, безпечного і економічно виправданого лікування, стимулювати лікарів до самостійного пошуку знань, необхідних для вирішення конкретних клінічних задач, оптимізувати навчальний процес в цілому.

За концепцією ДМ впровадження та використання лікувально-діагностичних технологій мусить бути обґрунтованим науковими фактами, отриманими за методиками дослідження, що забезпечують одержання вірогідної медичної інформації. Як інструмент оцінки доказовості фактичного матеріалу, отриманого з різних джерел медичної інформації (результати рандомізованих контрольованих випробувань, нерандомізованих випробувань з одночасним контролем, нерандомізованих випробувань з історичним контролем; когортних досліджень, досліджень за типом “випадок-контроль”, перехресних випробувань, результати спостережень та описання окремих випадків), в ДМ використовуються відповідні спеціальні шкали оцінок – градації та рівні доказів з визначенням об’єктивного ступеня вірогідності наукової інформації.

Впровадження принципів ДМ у світову медичну науку і практику сприяло формуванню і розвитку нової галузі знань – клінічної епідеміології, яка вивчає закономірності розповсюдження захворювань та забезпечує доказову медицину необхідними методами біостатистики, об’єктивними критеріями прогнозування їх на основі вивчення клінічного перебігу хвороби в аналогічних випадках. Однією з умов розвитку соціально-орієнтованої системи охорони здоров’я в умовах

ринкової економіки є створення національної формулярної системи. Дотримання норм ДМ змінює етику медичної практики, досліджень, наукових, навчальних публікацій і освіти.

В Запорізькій медичній академії післядипломної освіти реалізується програма впровадження принципів ДМ в педагогічну та медичну діяльність. Питання щодо надання всім учасникам навчального процесу навчальних матеріалів з використанням даних достовірних досліджень з постійним оновленням інформації щодо досягнень медичної науки і клінічної практики; дотримання принципу повного та ясного представлення доказів відносно всіх тверджень при створенні навчально-методичної літератури, запровадження та використання сучасних інформаційних ресурсів (систематичні огляди Кокранівського співробітництва, огляди клінічної інформації Clinical Evidence, Evidence Based Medicine тощо) обговорювались на засіданнях центральної методичної ради, на заняттях постійно діючих семінарів для завучів кафедр академії. В методичному кабінеті ЗМАПО створена та постійно оновлюється підбір матеріалів та електронна база даних з проблем доказової медицини. Для слухачів, лікарів-інтернів та інших учасників навчання в науковій бібліотеці академії сформовано тематичний каталог “Доказова медицина”, проводяться читацькі конференції та круглі столи з даної проблематики. В межах діючої в ЗМАПО програми самонавчання викладачів проведено цикл семінарів з основ доказової медицини. Семінари було організовано у форматі інтерактивних тренінгів; за результатами зворотного зв’язку з учасниками, мета семінарів – оптимізація знань та практичних навичок використання принципів доказової медицини в професійній діяльності викладачів академії була досягнута.

Процес впровадження доказової медицини в педагогічну, наукову та медичну практику ВНЗ на даний час тільки розвивається, переваги доказової медицині не для всіх є безумовними, але проблемні питання на цьому шляху можна вирішити за умовою конструктивної співпраці та активності освітян медичних ВНЗ України.

МОНІТОРИНГ ПОБІЧНОЇ ДІЇ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ЯК СКЛADOVA ДОКАЗОВОГО ПІДХОДУ ДО БЕЗПЕЧНОЇ ФАРМАКОТЕРАПІЇ

© К.А. Посохова, О.М. Олещук, В.М. Курило

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського, Регіональне відділення Державного фармакологічного центру МОЗ України, Управління охорони здоров’я Тернопільської обласної державної адміністрації

В Україні зареєстровано понад 16 тис. лікарських засобів (ЛЗ) і вже впродовж понад 10 років функціонує система Фармакологічного нагляду – державна система збирання та наукової оцінки інформації про побічну дію (ПД) ЛЗ при їх медичному застосуванні з метою прийняття відповідних регуляторних рішень. Моніторинг ПД ЛЗ є важливим і доступним елементом втілення принципів доказової медицини у практику охорони здоров’я, який дозволяє, за відсутності додаткових капіталовкладень, отримати об’єктивні відомості про небажані ефекти ЛЗ. Проте у 2006 р. лише 16,8 % ЛПЗ України подавали інформацію про випадки ПД ЛЗ, у Тернопільській обл. цей показник становив 22,9 %. При аналізі 307 карт спонтанних повідомлень про ПД ЛЗ, зареєстровану у нашому регіоні у 2007 р., встановлено: найчастіше ПД виникала при застосуванні антибактеріальних засобів (21 %), кровозамінників (12,5 %), нестероїдних протизапальних засобів (12 %), периферичних вазодилататорів (7 %), анагетиків (5 %). ТОП-лідерами були цефтріаксон, ципрофлоксацин, амоксицилін, етамбутол, ізотонічні розчини глюкози та натрію хлориду. У 2007 р. було відмічено 15 випадків ПД під час фармакоterapiї туберкульозу, 2 – при

застосуванні антиретровірусних препаратів. Системними проявами ПД ЛЗ найчастіше були алергічні реакції (50,5 %), зміни з боку ССС (15,6 %), пірогенні реакції при застосуванні інфузійних розчинів (11,7 %), зміни з боку травного тракту (9,8 %). Розподіл ПД ЛЗ за віком пацієнтів: 21-60 років – 53,4 %, понад 60 років – 29,7 %, діти – 12,7 %, підлітки – 4,2 %. Встановлено, що ПД частіше виникала у жінок, ніж у чоловіків. Більшість випадків зареєстрованої ПД (85,5 %) – несерйозна передбачувана ПД, 15,5 % – серйозна передбачувана ПД. За вказаний період летальних випадків внаслідок ПД ЛЗ зафіксовано не було. Для підвищення активності лікарів у сфері моніторингу ПД ЛЗ просвітницька діяльність співробітників регіонального відділення включає читання лекцій, організацію семінарів, конференцій, індивідуальні зустрічі з лікарями, видання методичних рекомендацій, посібників, інформаційних листів, наукових статей з висвітленням питань фармаконагляду. Всеохоплюючий характер та об’єктивність спонтанних повідомлень про ПД ЛЗ дозволяє вважати їх суттєвим елементом політики впровадження принципів доказової медицини у клінічну практику та підвищення якості фармакоterapiї.

НЕАЛКОГОЛЬНА ЖИРОВА ДЕГЕНЕРАЦІЯ ПЕЧІНКИ ТА РИЗИК КАРДІОВАС-КУЛЯРНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

© К.А. Посохова, О.О. Чернухіна

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Дослідженнями останніх років (P. Angulo, 2002; G. Targher et al., 2005, 2006, 2007; Yu-Cheng Lin et al., 2005; J.A. Ibdah, 2008; R.S.

Rector, 2008; M.G. Sanal, 2008) показаний тісний зв’язок між неалкогольною жирною дегенерацією печінки (nonalcoholic fatty liver disease –

NAFLD), яка діагностується у більшості хворих на цукровий діабет (ЦД) 2 типу, та збільшеним ризиком кардіоваскулярних ускладнень (КВУ), незалежно від інших ознак метаболічного синдрому, інсулінорезистентності та відомих класичних факторів ризику. Зокрема, спостереження на 2103 пацієнтах (жоден не був серопозитивним щодо вірусного гепатиту чи залежним від алкоголю) показали, що у хворих з КВУ (інфарктом міокарда, ішемічним інсультом, коронарною ревазуляризацією, кардіоваскулярною смертю), порівняно з пацієнтами без таких розладів, були істотно вищими рівень печінкових ферментів, глікозильованого гемоглобіну (A1C), частота NAFLD та проявів метаболічного синдрому. Водночас такі фактори, як стать пацієнта, куріння, рівень холестерину ліпопротеїнів низької щільності, тривалість перебігу ЦД і лікування, не відрізнялись у цих двох гру-

пах. За висновками дослідників, NAFLD є незалежним предиктором КВУ у хворих на ЦД 2 типу, що поєднується із зниженням фібринолітичної активності, кількості адипонектину, зростанням рівнів фібриногену, лептину, резистину, TNF α та С-реактивного протеїну, порушенням співвідношення між синтезом у печінці ліпопротеїну В-100 та рівнем постпрандіальних тригліцеридів. Причому тяжкість печінкових гістологічних змін прямо корелює з ранніми ознаками атеросклеротичного ураження артерій та суттєвим зниженням ендотелій-залежної вазорелаксації. Ці спостереження мають важливі висновки для клініки та охорони здоров’я. Діагностування NAFLD у пацієнтів з ЦД 2 типу може бути предиктором ризику КВУ, для зменшення якого хворі повинні підлягати активному лікуванню ураження печінки та усуненню інших факторів ризику КВУ.

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ГЕПАТОТОКСИЧНИХ РЕАКЦІЙ ПРИ ПРИЗНАЧЕННІ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНИХ ПРЕПАРАТІВ

© К.А. Посохова, О.О. Шевчук, О.М. Олещук, В.В. Черняшова

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Близько 1000 лікарських засобів (ЛЗ) можуть спровокувати гостре ураження печінки. Гострі гепатотоксичні реакції (ГР) на ЛЗ сьогодні є основною причиною трансплантації печінки у країнах Європи та США і навіть потіснили у цьому плані вірусний гепатит. ГР, викликані ЛЗ, від безсимптомного підвищення печінкових ферментів (“біохімічна знахідка”) до тяжких гепатитів з жовтяницею і печінковою енцефалопатією, зустрічаються з частотою відповідно 8 % та 12 %. В цілому, ЛЗ зумовлюють виникнення до 40 % всіх випадків гепатиту та до 25 % – блискавичної печінкової недостатності.

В Україні з 1995 року офіційно зареєстрована епідемія туберкульозу (ТБ). Щодня фіксують 82 випадки первинних звернень, а 30 хворих на ТБ помирає. Відомо, що основні протитуберкульозні засоби (ПТЗ) (ізоніазид, рифампіцин, піразинамід) мають виражену гепатотоксичну дію, що обмежує можливості проведення раціональної хіміотерапії ТБ. При їх застосуванні у 15-20

% пацієнтів відмічено гепатотоксичні реакції, що у більшості випадків проявляється підвищенням рівня трансаміназ, в 1 % хворих – більш тяжкими реакціями з виникненням жовтяниці. Проте від 60-х років ХХ ст. до сьогодні кількість госпіталізацій з приводу гепатотоксичності ізоніазиду знизилась з 5,0 до 0,1-0,2 на 1000 випадків лікування, а смертність – з 1,0 до 0,3 на 1000, що пояснюється активним моніторингом побічних реакцій, просвітницькою роботою серед лікарів та пацієнтів щодо методів попередження ПД туберкулостатиків.

При лікуванні латентного ТБ відмічено втричі частіший розвиток ГР при призначенні комбінації рифампіцину та піразинаміду, ніж при монотерапії ізоніазидом. У пацієнтів з активним легенеvim ТБ найчастіше розвивалась ГР при прийомі піразинаміду (15 %), потім – ізоніазиду (7 %) та рифампіцину (1,5 %). Частота ПД зростала при поєднанні кількох туберкулостатиків. Через виникнення ГР хіміотерапію ТБ відміня-

ли, у тому числі тимчасово (до відновлення стану печінки), в 11-45 % випадків, причому частіше у групах, де використовували комбінацію із кількох ПТЗ, особливо у комбінації із піразинамідом.

У рандомізованих дослідженнях активності та безпечності фторхінолонів, які все частіше використовуються для лікування ТБ у зв’язку з появою мультирезистентних форм мікобактерій, найкращий профіль переносимості мали ломефлоксацин та левофлоксацин – ПД зареєстровані відповідно у 17 % та 11 %. Найбільшу кількість побічних реакцій викликав пефлоксацин – 42 %. ГР відзначались, в основному, при призначенні ципрофлоксацину, офлоксацину та пефлоксацину. Гострий гепатит зареєстровано при лікуванні ТБ гатифлоксацином.

Найчастіші фактори ризику розвитку гепатотоксичності – вік (понад 60 років), стать (жіно-

ча), зловживання алкоголем, супутнє призначення інших гепатотоксичних ЛЗ (антиретровірусні препарати, парацетамол, диклофенак-натрій та інші нестероїдні протизапальні препарати), існуюче ураження печінки (гепатити, цироз, лише при підвищеному рівні печінкових трансаміназ, навіть без іншої симптоматики), ВІЛ-інфекція, недоїдання, гіпоальбумінемія.

Таким чином, зважаючи на високий ризик розвитку гепатотоксичних реакцій при застосуванні протитуберкульозних засобів, необхідно проводити активний моніторинг біохімічних показників стану печінки у процесі їх призначення, уникати при лікуванні латентних форм туберкульозу комбінації рифампіцину та піразинаміду (при необхідності такого поєднання – не довше 2 місяців), активно виявляти та враховувати фактори, що сприяють розвитку гепатотоксичності туберкулостатичних препаратів.

КЛАСТЕРНИЙ АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ РЕКУРЕНТНОГО ДЕПРЕСИВНОГО РОЗЛАДУ СЕРЕД ЖІНОК НА ТЛІ ІНВОЛЮЦІЇ У КОНТЕКСТІ ПРОВІДНИХ ПОЛОЖЕНЬ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ

© Т.Г. Редько

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Кластерний аналіз як сучасний метод багатовимірнього статистичного аналізу розроблений для проведення об’єктивної класифікації однотипних об’єктів, які характеризуються наявністю певної множини показників, та їх подальшого змістовного групування у певному структурованому просторі на підставі використання агломераційно-ієрархічного або дивізійно-ітераційного підходів.

В ході нашого дослідження, метою якого слід вважати визначення особливостей перебігу рекурентного депресивного розладу серед жінок на тлі інволюції, під час проведення класифікації визначених характеристик анамнестичного, клінічного та лікувально-профілактичного змісту, був використаний дивізійний метод k-середніх або, як його ще називають, алгоритм Мак-Кіна, що відрізняється від більш загальноприйнятого агломераційно-ієрархічного підходу тим, що

центр кожного кластера вираховується не як окрема інтегративна ознака, але й як своєрідний центр тяжіння досліджуваних об’єктів до певного середнього значення кожного реально існуючого кластерного об’єднання.

Практична інтерпретація підходу, що наведений, надала можливість шляхом здійснення процедур пошукового аналізу цілком об’єктивно виділити 10 основних кластерних угруповань, а саме:

– рекурентно-депресивний кластер (кластер № 1), що об’єднував у своїй структурі як власне показники ступеня розвитку основних депресивних проявів, одержаних на підставі застосування провідних психодіагностичних методик, так і показники ситуативної та особистісної тривожності, а також, що досить важливо, дані щодо вікових особливостей виникнення захворювання та часу маніфестації його головних проявів;

– інтегративно-акцентуований кластер (кластер № 2), що визначав рівень узагальненого впливу на перебіг рекурентного депресивного розладу наявності основних типів акцентування характерологічних властивостей особистості;

– соціально- та екзогенно-органічний депресивний кластер (кластер № 3), що поєднував у собі дані відносно соціального статусу досліджуваних осіб, особливості впливу цілої низки екзогенно-органічних факторів, а також певну сукупність клінічно-окреслених проявів рекурентного депресивного розладу;

– тривожнісно-акцентуований кластер (кластер № 4), що об’єднував у своїй структурі показники розвитку окремих типів акцентуацій характеру досліджуваних жінок, передусім, тривожного та емотивного типів;

– стресорно-депресивний кластер (кластер № 5), що визначав ступінь впливу на перебіг рекурентного депресивного розладу чинників, які зумовлювали виникнення захворювання і, передусім, пов’язували його з гострою або хронічною психотравмою, а також характеризував сукупність виражених клінічно-окреслених ознак хвороби, котра знаходилася в центрі дослідження;

– гіпотимно-акцентуований кластер (кластер № 6), що поєднував показники, пов’язані з оцінкою ступеня вираження гіпотимних за своїм змістом темпераментологічних проявів та характерологічних властивостей;

– ідеаторно-суїцидально-обсесивний кластер (кластер № 7), що включав у свою структуру показники, які, переважно, визначали наявність суїцидально-агресивних тенденцій у поведінковій сфері, ступінь вираження ідеаторної за-

гальмованості та рівень зниження критики досліджуваних жінок до свого власного стану;

– спадково-значущий депресивний кластер (кластер № 8), що визначав ступінь впливу на особливості перебігу рекурентного депресивного розладу як факторів спадковості, так і цілого ряду клінічно-окреслених проявів депресивного змісту;

– апато-абулічний кластер (кластер № 9), що поєднував у собі показники, які засвідчували ознаки наявності послаблення потягів до здійснення звичних видів діяльності, загального зниження активності, виникнення проявів слабкості, в’ялості та млявості, зниження працездатності тощо;

– апато-депресивний кластер (кластер № 10), що включав у свою структуру показники, які засвідчували розлади емоційності з випаданням окремих проявів психічних процесів і, навіть, визначали певну блокаду суб’єктивного компонента емоційних реакцій з наступним розвитком явищ дереалізації та деперсоналізації.

Таким чином, за результатами кластерного аналізу на підставі використання дивізійного методу k-середніх як пріоритетні у перебігу клінічно-окреслених проявів захворювань та визначальні в структурі діагностично- і прогностично-значущих критеріїв його адекватної оцінки слід було відзначити такі кластери: рекурентно-депресивний, інтегрально-акцентуований, соціально- та екзогенно-органічний депресивний, тривожнісно-акцентуований, стресорно-депресивний, гіпотимно-акцентуований, ідеаторно-суїцидально-обсесивний, спадково-значущий депресивний, апато-абулічний та апато-депресивний кластери.

ВИКОРИСТАННЯ АНАЛІЗУ ОСНОВНИХ ПОЛОЖЕНЬ ЛІКУВАННЯ ДИСПЕПСІЇ З ПОЗИЦІЙ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ НА ДОДИПЛОМНОМУ ЕТАПІ

© В.М. Рудіченко

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Процес інформатизації системи охорони здоров’я та триваючі інновації викладання при

підготовці лікарів загальної практики-сімейної медицини для найбільшої ефективності опти-

мально базувати на позиціях доказової медицини, широко залучаючи світові результати отримані клінічною епідеміологією, використовуючи систематичні огляди, результати мета-аналізу для прийняття рішень. Метою роботи був аналіз літературних джерел за останні 3-5 років для вдосконалення процесу викладання на семінарському занятті по тематиці “Диспепсія та її лікування”. В результаті було виявлено, що підхід до лікування диспепсії має носити диференційований характер залежно від стратифікації ідентифікованого ризику органічної хвороби, що маніфестує диспепсією. Тобто ідентифікація високого ризику обумовлює тактику швидкого обстеження та можливого залучення вузького спеціаліста, ідентифікація низького ризику обумовлює можливість “діагностичного” підходу лікаря первинної ланки та більш подовжене дослідження, що важливо при обґрунтованому обрахуванні обсягів медичного сервісу в умовах страхової медицини. За даними літератури лікарі первинного контакту найчастіше вдаються до таких чотирьох типів ведення хворих, які можуть задовольняти в певних умовах і вартісно-ефективні вимоги, і бути клінічно найбільш відповідними. 1. Рання ендоскопія. Не завжди найкращий вибір при можливій вартісності для пацієнта, оскільки переважаюча більшість літературних джерел, що викорис-

товувалась для обробки, вказує на те, що більшість пацієнтів при названому стані буде мати ендоскопію з негативним результатом. З іншого боку, проведенне дослідження дає значну перевагу для раціонального ведення та заспокоєння пацієнта. 2. Емпіричне медикаментозне лікування. Найчастіше це означає призначення препаратів, що пригнічують кислоту. Хоча лікар первинної ланки залишається без чіткого діагнозу, за даними літератури емпірична терапія буде ефективним першим підходом до ведення більшості пацієнтів. 3. Проведення тесту до *Helicobacter pylori*, а при його позитивному результаті – ендоскопії. Пацієнти з негативним результатом розглядаються як такі, що мають невиразкову диспепсію (або можливу гастро-езофагеальну рефлюксну хворобу). 4. Проведення тесту до *Helicobacter pylori* (HP) та лікування. Мета – забезпечення HP-ерадикаційної терапії всім пацієнтам з позитивним тестом. Підхід є найбільш оптимальним там, де за клінічними епідеміологічними даними поширеність пептичної виразки та HP-інфікованості є високими. Зроблений висновок про можливість використання названих особливостей основних положень для оптимізації формулювання запитань різних видів контролю набуття знань при підготовці лікарів загальної практики-сімейної медицини.

ПОКРАЩАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ВУГРОВУ ХВОРОБУ ІЗ СУПРОВІДНОЮ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

©Р.О. Сабадишин, В.О. Рижковський, С.В. Малеш

*Рівненський державний базовий медичний коледж,
Рівненський обласний дермато-венерологічний диспансер*

Згідно з літературними даними та результатами досліджень, проведених на кафедрі шкірних та венеричних хвороб Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, у 80 % дерматологічних хворих діагностується супутня патологія органів травлення, зокрема *Helicobacter pylori* (HP)-асоційовані захворювання. Наявність HP зумовлює більш тяжкий перебіг дерматологічного захворювання та високу частоту рецидивів.

Метою роботи стало оцінка результатів застосування антихелікобактерного препарату “Орністат” при комплексному лікуванні хворих на вугрову хворобу із супровідною HP-асоційованою гастроентерологічною патологією.

Було обстежено та проліковано 28 хворих. Пацієнти мали вік від 22 до 46 років ($25,3 \pm 3,4$), з них жінок – 18, чоловіків – 10. Термін захворювання – від 1 до 12 років ($4,5 \pm 2,8$). Усім хворим

виконувалось клініко-лабораторне обстеження, яке включало загально-клінічні аналізи, біохімічне дослідження крові. З інструментальних методів обстеження застосовували фіброгастододеноскопію (ФГДС) та ультразвукову діагностику (УЗД). Під час ФГДС виконували біопсію слизової оболонки для визначення уреазної реакції щодо контамінації НР та для гістологічного дослідження біоптатів. ФГДС та взяття біоптатів проводили за допомогою відеоендоскопічної системи фірми “Fujinon” (ендоскоп “WG-88FP”, процесор “EWE-W-88A”). Постановку тесту для виявлення НР у біоптаті здійснювали реактивом фірми “PLIVA-Lachema” (Чехія) за методикою, яка зазначена у відповідній інструкції для використання реактиву. Швидкий уреазний тест є недорогим, високоспецифічним та може виконуватись в ендоскопічному кабінеті. УЗД проводили на апараті “Siemens” з метою спростування (разом із показниками біохімії крові) патології печінки, оскільки захворювання останньої нерідко проявляються дерматологічною семіотикою. Результати досліджень опрацьовували за допомогою комп’ютерної програми “Microsoft Excel” із визначенням критерію Стьюдента.

За характером клінічного перебігу вугрова хвороба легкої форми спостерігалась у 13 хворих, середньої важкості – 15 пацієнтів. У більшості випадків була стадія прогресування процесу. На основі даних клініко-лабораторних та інструментальних методів обстежень діагностували таку супутню НР-асоційовану патологію органів травлення: хронічний неатрофічний гастродуоденіт – у 21, неускладнена гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба – у 7. Переважно спостерігалась стадія ремісії.

Перед проведенням лікування всі хворі були розподілені на дві рівноцінні клінічні групи. За

статтю, віком, клінічною картиною, тривалістю вугрової хвороби та наявністю супутніх гастроентерологічних захворювань основна та контрольна група істотно не відрізнялися. Хворі основної та контрольної груп отримували базову терапію, яка включала лікування вугрової хвороби та гастроентерологічної патології. Однак хворим основної групи призначали препарат “Орністат” згідно з схемою лікування. При цьому враховували протипоказання та можливість побічної дії. Препарат хворими добре переносився, побічних ефектів не спостерігали.

Терапевтична ефективність лікування оцінювалася на підставі найближчих та віддалених його результатів. При цьому враховували ступінь усунення клінічних проявів вугрової хвороби, зокрема терміни початку ремісії та частоту рецидивів. Встановили, що в результаті комплексного лікування у хворих основної групи швидше, ніж у контрольній групі, відбувався регрес ознак вугрової хвороби на $(5,8 \pm 0,3)$ діб ($P < 0,05$). Після закінчення лікування хворі перебували під наглядом. Рецидиви вугрової хвороби протягом року спостерігали у 3 (11 %) пацієнтів основної групи проти 8 (29 %) – контрольної ($P < 0,05$).

Варто зауважити, що ерадикація Нр у хворих контрольної групи проводилась після терміну спостереження, а під час терміну спостереження особливу увагу наголошували на дотримання санітарно-епідемічних норм (з метою попередження ймовірного інфікування Нр членів родин, трудового колективу тощо).

Застосування препарату “Орністат” у хворих на вугрову хворобу із супровідною НР-асоційованою гастроентерологічною патологією сприяє більш ранньому зникненню шкірних проявів та меншому виникненню рецидивів вугрової хвороби.

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН НА МОДЕЛІ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ З ПОЗИЦІЙ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ ТА НАЦІОНАЛЬНИХ СТАНДАРТІВ

© В.Р. Савран

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Наприкінці минулого року обласні онкологічні установи отримали наказ МОЗ України за № 554 від 17.09.2007 (далі-наказ) про введення національних стандартів діагностики та лікування онкологічних хворих. Зрозуміло, що наказ необхідно виконувати. Але відразу виникає запитання: якою мірою національні стандарти відповідають європейським або світовим, чи матеріально-технічний стан вітчизняних онкологічних установ в стані забезпечити виконання міністерського наказу, чи його положення базуються на підставі принципів доказової медицини. На моделі раку молочної залози пропонуємо розглянути співвідношення європейських (ESMO), американських (National Comprehensive Cancer Network Oncology Practice Guidelines), світових (висновки конференцій в Сент-Галені, Швейцарія), російських (Клинические рекомендации. Онкология. Москва, 2006) стандартів з вітчизняними (наказ).

Доказова медицина – це “сумлінне, точне і розсудливе застосування кращих сучасних доказів для прийняття рішення про лікування окремих хворих” (Sackett D.L. et al. Evidence-base Medicine, 1997). Піонером впровадження принципів доказовості в онкології стала Американська асоціація клінічної онкології (ASCO) – табл. 1 і 2.

На підставі зазначених критеріїв експерти на конценсусних конференціях як стандартне лікування рекомендують той метод(и), ефективність якого (яких) доведена результатами мета-аналізу великих рандомізованих плацебо-контрольованих або порівняльних досліджень. Всі інші варіанти лікування, які проходять клінічне випробування з метою оцінки їх ефективності і безпечності, відносять до експериментальних.

Перегляду методів лікування РМЗ сприяло широке впровадження у практику результатів кооперованих рандомізованих клінічних досліджень. Для їх проведення в США у 1955 р. створено організацію NSABP (National Surgical

Adjuvant Breast Cancer Project), а в Радянському Союзі у 1967 р. – Всесоюзний хіміотерапевтичний центр. В країнах Європи організовано аналогічні за метою структури. В Україні такого центру в галузі онкології немає. Їх створення віддзеркалювало нові підходи щодо планування і проведення клінічних досліджень, як форми запланованого експерименту з метою оцінки його результатів на людях. Якщо в них вивчають вплив лікування хворих сьогодні з метою використати їх результати у майбутньому, то такі дослідження є проспективними. Визнано некоректним робити практичні висновки та рекомендації на підставі робіт, в яких контрольна група спостережень формується виключно на даних “історичного контролю” або ретроспективного аналізу. Клінічні дослідження, в яких залучення хворих у контрольну та дослідну групу проводиться на підставі теорії про випадкові цифри, називають рандомізованими (від англійського random – навмання). Рандомізація стала золотим стандартом клінічних досліджень. Такий підхід забезпечує ідентичність між лікувальними групами за основними характеристиками хворих і дозволяє вилучити суб’єктивний вплив дослідника на результати роботи.

Подача інформації про ефективність діагностичних та лікувальних заходів подається в такому форматі: спочатку посилаються на роботи, в яких започатковано ”нові” підходи та їх ефективність, а потім наводять результати рандомізованих контрольованих досліджень по перевірці зазначених методів лікування. Для впровадження у практику рекомендують лише ті з них, ефективність або перевага яких доказана на підставі проспективних контрольованих рандомізованих досліджень і результати яких визнані ведучими експертами як раціональні. Цінність неконтрольованих, нерандомізованих досліджень невисока.

Клінічні дослідження, особливо в яких вивчається ефективність лікування, повинні бути

Таблиця 1. Рівні доказовості Американського товариства клінічної онкології (ASCO)

Рівень	Тип доказовості
I	Докази отримано на підставі результатів мета-аналізу великої кількості добре запланованих контрольованих досліджень. Рандомізовані дослідження з низьким рівнем хибно позитивних і хибно негативних помилок
II	Докази побудовані на результатах не менш ніж одного добре запланованого експериментального дослідження. Рандомізовані дослідження з високим рівнем хибно позитивних та хибно негативних помилок
III	Докази базуються на результатах добре запланованих експериментальних досліджень. Нерандомізовані контрольовані дослідження з однією групою хворих, дослідження з групою історичного контролю
IV	Докази отримано на підставі результатів добре запланованих не експериментальних досліджень. Непрямі порівняльні кореляційні дослідження і дослідження окремих випадків
V	Дослідження побудовані на клінічних випадках і прикладах

Таблиця 2. Ступені і ранги рекомендацій ASCO

Ступінь	Ранг рекомендацій
A	Докази I типу або численні стійкі дані II, III або IV типу
B	Докази II, III або IV типу і загалом стійкі дані
C	Докази II, III або IV типу, але дані невідповідні
D	Є невеликі або відсутні систематичні емпіричні докази

забезпечені сучасною статистичною базою, розробленою на підставі теорії ймовірності і адекватного математичного аналізу. Слід нагадати слова відомого радянського математика академіка А.І. Колгомова: “...если бы широким кругам советского общества были в тридцатых и сороковых годах знакомы начала теории вероятностей, то, может быть, бедствия, которые переживала наша биологическая наука, не имели бы места” (Обновление школьного курса математики. Учит. газ., 14 февраля 1967 г.). В онкології статистичні параметри висновків повинні враховувати як відносний ризик (hazard ratio) зменшення смертності від хвороби, так і абсолютну користь, відсоток покращення виживання протягом певного часу спостереження за хворими.

Укладачі вітчизняних стандартів не провели оцінку можливості виконання даного наказу в умовах реальної практики онкологів України починаючи від районної та обласної ланок до окремих клінічних установ, центрів та науково-дослідних інститутів. Не є секретом, що нова діагностична та лікувальна апаратура, медикаментозне забезпечення онкологічних хворих зосереджено в столиці, а в обласних, особливо не клінічних, диспансерах багато чого ще немає. Столичні розробки, навіть якщо вони виконані коректно, не можуть бути реалізовані у всіх регіонах держави.

Українські стандарти по проблемі лікування раку молочної залози (РМЗ) основані виключно на результатах нерандомізованих досліджень. До уваги не прийнято сучасний прогрес в галузі діагностики та лікування РМЗ (мамографічний скринінг, преінвазивний рак – cancer in situ), принципи стадіювання пухлинного процесу за 6-виданням міжнародної класифікації за системою TNM, міжнародний досвід хірургічного (обсяг органозберігаючих операцій) та комбінованого (комплексного) лікування даної патології. Практичним онкологам наказано лікувати РМЗ методами, які відносяться до 70-80 років минулого сторіччя (променева терапія за інтенсивною програмою при I та II стадіях процесу, ефективність якої не доведена; обов’язкова тотальна регіонарна лімфодисекція при хірургічному лікуванні; одночасне застосування усіх відомих методів спеціального лікування даної патології – хірургії, променевої, цитостатичної та гормональної терапії).

Результатом такого підходу є показники високої летальності хворих на РМЗ I-II стадії до року (30 % !), з яких майже половина (45,2 % !) отримали спеціальне лікування. Причиною цього є: неадекватне лікування, хибне встановлення стадії хвороби, зумисне заниження стадії задля зменшення показника занедбаності (Шалімов С.О., Федоренко З. П., 2004 р.).

Деякі з положень наказу МОЗ є просто небезпечні. Наприклад, при проведенні хіміотерапії і у разі виникнення у хворих III-IV ступенів пригнічення гемопоезу визнано доцільним провести редукцію разових доз цитостатиків, в той час як таке ускладнення є показання до негайного припинення хіміотерапії.

Запропоновані онкологічні стандарти діагностики та лікування онкологічних хворих повинні би бути стали предметом скрупульозного обговорення на останньому з’їзді онкологів (Судак, 2006), але цього не сталося.

Видається, що альтернативою наказу могло стати створення і видання клінічних рекомендацій, в яких були би представлені найкращі стандарти світової та європейської клінічної практики, пристосовані до реальних умов вітчизняної онкології. Тим більше, що ми стоїмо на порозі страхової медицини, з впровадженням якої відразу виникне гостра проблема – хто і як буде розраховуватися з її представниками за невиконання положень узаконених наказом МОЗ стандартів.

Адекватне фінансове забезпечення є ключовим елементом для досягнення прогресу в діагностиці та лікуванні РМЗ. Вартість лікування

хворих на III та IV стадії РМЗ у 15 – 30 разів дорожча за I стадію. Показники економічної ефективності лікування повинні також стати важливими критеріями вітчизняних стандартів лікування та оптимального розподілення міністерством наших обмежених фінансових ресурсів. У світі на закупівлю протипухлинних препаратів щорічно затрачається приблизно 10 млрд доларів (Д.Беррет, 2004 рік). З цієї суми 50 % припадає на США, 25 % – на країни Західної Європи, 20 % – на Японію і лише 5 % – на країни, які розвиваються. Очікується щорічне збільшення затрат на 10-15 % .

Таким чином, стандарти обслідування, лікування та диспансерного спостереження за хворими на РМЗ, введені наказом МОЗ, не базуються на принципах доказової медицини (проспективні рандомізовані дослідження, об’єктивні критерії ефективності, коректний статистичний аналіз, відповідні консенсусні рекомендації експертів), а є прикладом централізованого впровадження в практику неперевіраних розробок. Сьогодні на підставі даних доказової медицини необхідно змінити як наші стандарти діагностики та лікування, так і ставлення населення до розуміння можливостей сучасного лікування РМЗ.

КОНЦЕПТУАЛЬНИЙ ПІДХІД ДО ВИКОРИСТАННЯ МЕДИЧНОЇ СТАТИСТИКИ ЯК ОСНОВИ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ В ХОДІ ПРОВЕДЕННЯ ГІГІЄНИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

© І.В. Сергета, Н.В. Малачкова

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Сьогодні потребує докорінних змін не тільки в підходах лікування, діагностики і корекції патологічних станів, але й зумовлює зміни у структурі подання різноманітних форм звітів і медичних облікових документів, що є результатом реструктуризації медичної галузі, комп’ютеризації процесу медичного обліку, необхідністю спрямування медицини на шлях профілактики та діагностики саме донозологічних станів. Така ситуація зумовлена щорічним зростанням рівня захворюваності, як гострої так і хронічної, як серед дорослого, так і що особливо небезпечно, серед дитячого населення України.

Вирішення цих надзвичайно важливих питань неможливе без наукових досліджень, які базуються на чітко сформованих вимогах та методиках, що напрацьовані науковцями різних країн за довгі роки. Так, слід виділити такі вимоги до проведення досліджень з позицій доказової медицини: доведена актуальність досліджень, чітко визначені предмет і суб’єкт, достатньо велика та репрезентативна кількість матеріалу досліджень, адекватність обраних методик та професіоналізм їх проведення, всебічна обробка отриманого матеріалу.

Окремо слід зупинитися на процесі статистичної обробки отриманих результатів, оскільки саме цей компонент надає можливість не тільки констатувати результати, але й проводити їх класифікацію за допомогою кластерного аналізу, встановлювати взаємозалежність деяких показників та викривати приховані закономірності, порівнювати результати за різних умов, підтверджувати або спростовувати гіпотези, прогнозувати розвиток подій у майбутньому тощо.

Прогнозування як імовірнісний процес являє собою заміну реальних співвідношень окремих об’єктів певною логічною, математичною або статистичною конструкцією, що віддзеркалює їх основні найістотніші риси та створює спрощений схематичний образ, який абстрагований від незначущих, неістотних і, отже, вторинних ознак. Таке становище зумовлює широке використання у сфері імовірнісного передбачення підходів, що зумовлюють запровадження певних статистичних моделей, застосування яких дозволяє встановити особливості взаємозв’язку численних характеристик внутрішнього і зовнішнього середовища, котрі вивчаються, розробити на цій підставі підходи до створення діагностичних, експертних за своїм змістом, систем та запровадити оптимальні підходи до корекції виявлених відхилень.

Необхідно зазначити, що у ході проведення дисперсійного аналізу отриманих даних, встановлюється факт залежності показників, які вивчаються в залежності від дії окремих факторів, оскільки в реальному житті на біосистему окремі чинники ніколи не діють ізольовано. При проведенні кореляційного аналізу проводиться перевірка залежності отриманих результатів на ступінь лінійності, в той час як регресійний та факторний аналіз дозволяють виявити та описати будь-який вид залежності показників від одного до декількох факторів.

Зокрема, в ході нашого дослідження одним із завдань є вивчення особливостей особистості та характеристик зорової сенсорної системи підлітків 14-16 років. Так, відповідно до результатів кореляційного аналізу досліджуваних показників слід було відзначити декілька їх угру-

повань, що мали найбільш міцний зв’язок з показниками функціонального стану зорової сенсорної системи. До числа таких груп необхідно було віднести: показники, які визначали особливості навчальної діяльності учнів (1 група), особливості позанавчальної діяльності школярів (2 група), а також особливості використання комп’ютерних засобів відображення візуальної інформації (3 група), групу показників стану розвитку провідних психофізіологічних функцій, в першу чергу тих, що визначають особливості зорово-рухової координації (4 група), а також групу показників, які відображували особливості особистості, насамперед рівень нейротизму, ситуаційної і особистісної тривожності, акцентуацій характеру циклотимного, дистимного, гіпертимного та екзальтованого типів (5 група).

Під час оцінки особливостей кластерних угруповань, що реєструвались протягом вікового періоду від 14 до 16 років, серед дівчат слід було відзначити такі кластерні угруповання: характерологічний, тривожнісний, акцентуовано-темпераментологічний, невротичний, нервово-психічний, акомодацийний, координаційний, зорово-сенсорний, зоро-во-моторний, навчально-значущий та позанавчально-значущий кластери. Натомість серед юнаків протягом зазначеного вікового діапазону як найбільш стабільні слід було визначити такі кластери: тривожнісно-характерологічний, акцентуовано-темпераментологічний, нервово-акомодацийний, нервово-психічний, візуально-інформаційний, зорово-сенсорний, зорово-моторний, навчально-значущий та позанавчально-значущий.

Проведені дослідження надали можливість чітко визначити та науково обґрунтувати гігієнічні принципи корекції зрушень у функціональному стані органа зору підлітків 14-16 років, до числа яких слід віднести: урахування віково-статевих особливостей зрушень з боку показників функціонального стану зорової сенсорної системи; встановлення ступеня розвитку психофізіологічних функцій та особливостей особистості організму підлітків, які відрізняються наявністю функціональних зрушень з боку органа зору.

УДК 616 – 037 : 612.886 (086.5) : 61 : 15 : 613.86

ПРОГНОЗУВАННЯ НА ОСНОВІ СТАТИСТИЧНИХ МОДЕЛЕЙ ТА ОСОБЛИВОСТІ ЇХ ВИКОРИСТАННЯ У МЕДИЧНІЙ ПСИХОЛОГІЇ І ПСИХОГІЄНІ

© І.В. Сергета, Т.Г. Редько

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

PROGNOSTICATION ON BASIS OF STATISTICAL MODELS AND FEATURES OF THEIR USE IS IN MEDICAL PSYCHOLOGY AND PSYCHOHYGIENE

I.V. Serheta, T.H. Redko

Vinnitsia National Medical University by M.I. Pyrohov

У роботі розглянуті особливості здійснення прогностичної оцінки клінічних варіантів перебігу рекурентного депресивного розладу у жінок інволюційного віку на підставі використання провідних положень кореляційного і покрокового регресійного аналізу.

The features of realization of prognostic estimation of clinical variants of motion of the recurrent depressed disorder course for the women of involution age on the basis of the use of leading positions of correlation analysis and stepwise regressive analysis are considered in the work.

Вступ. Потреба у повсюдному використанні сучасних принципів доказової медицини передбачає широке запровадження до сфери імовірного передбачення підходів, що зумовлюють застосування статистичних моделей, використання яких дозволяє встановити особливості взаємозв'язку характеристик внутрішнього і зовнішнього середовища, котрі вивчаються та сприяють розвитку певних патологічних процесів, в тому числі і захворювань, а також розробити на цій підставі підходи до створення діагностичних, експертних за своїм змістом, систем, запровадити оптимальні підходи до корекції виявлених відхилень у стані здоров'я тощо [1, 2, 4, 6, 7, 8, 10].

В той же час необхідно зазначити, що невід'ємними, значущими як з прогностичної, так і з психологічної та психогігієнічної точок зору, складовими запровадження системного підходу до процесу прогнозування слід вважати: урахування показників функціональних можливостей і адаптаційних ресурсів організму, а також особливостей середовища перебування, вибір найдоцільніших методів імовірного передбачення, забезпечення раціонального групування носіїв інформації та багатofакторної статистичної обробки даних,

надійну практичну інтерпретацію отриманих результатів, перевірку адекватності прогнозування тощо [3, 5, 9].

Основна частина. В ході наших досліджень, в центрі яких знаходилась прогностична оцінка особливостей клінічного перебігу рекурентного депресивного розладу (РДР) серед жінок інволюційного віку, пріоритетними положеннями, які передбачали запровадження варіаційно-статистичних підходів слід було вважати: визначення мети, головних завдань та об'єктів моделювання, що ураховують як особливості функціонального стану організму і стану здоров'я досліджуваних жінок, так і особливості умов їх перебування та клінічні аспекти перебігу РДР, здійснення розвідувального аналізу вихідних даних, вибір найбільш ефективних і доцільних методів прогностичної оцінки та їх статистичної формалізації, ґрунтовну перевірку і верифікацію адекватності моделей, які будувались, аналіз та індивідуалізовану прогностично-змістовну інтерпретацію одержаних результатів. Отже, головним завданням статистичного моделювання, що проводилось, необхідно було визначити проведення прогностичної оцінки особливостей формування, розвитку та клінічного перебігу РДР, що мав місце.

Тому як об’єкт моделювання було виділено певну статистичну сукупність, що відображала особливості преморбідного фону формування захворювання, яке знаходилось в центрі дослідження, перших ознак хвороби, що реєструвалась, клінічно-окреслених проявів РДР, особливостей особистості жінок, котрі вивчались, тощо. Причому в основу встановлення особливостей взаємозв’язку окремих характеристик РДР, в тому числі його вихідних ознак та клінічно-окреслених симптомів, а також психодіагностичних корелят як між собою, так і з різними анамнестичними і соціально-психологічними даними, був покладений концептуальний підхід, що зумовлював поєднання методів як логічного, так і статистичного моделювання.

Тому на початку досліджень здійснювалася логічна за своєю суттю класифікація ознак РДР, які розглядались, передусім за патогенетичним або змістовним призначенням. Далі проводився кореляційний, кластерний, факторний та покроковий регресійний аналіз визначених угруповань. Причому, якщо перші два методи мали за мету здійснення класифікаційної за своєю суттю інтерпретації одержаних величин, то останні два, навпаки, передбачали проведення інтеграційної за своїми характеристиками узагальнюючої статистичної процедури.

Розглядаючи особливості кореляційного зв’язку провідних клінічних ознак РДР як між собою, так із цілою низкою характеристик, що впливають на ступінь його вираження, слід, насамперед, відзначити, що показники, які досліджувались, необхідно було розподілити на 3 групи, а саме на показники, котрі мали надзвичайно велику кількість зв’язків між собою (1 група), показники, котрі мали достатньо значну кількість кореляційних зв’язків, що визначались (2 група), а також показники, котрі характеризувались певною незалежністю один від одного (3 група).

До першої групи (надзвичайно велика кількість кореляційних зв’язків між собою) слід було віднести показники щодо ступеня вираження страху та боязкості, нав’язливих сумнівів, зниження критики до свого власного стану, суїцидальних тенденцій, іпохондричних ідей, нав’язливих думок, звуження кола інтересів, ідеаторної і моторної загальмованості, запаморочення і різних суб’єктивних відчуттів

(“пульсація”, “шум”, “печія”, “стискування”) в голові, відчуття “перебоїв” в роботі серця, проявів нудоти, відчуття “печії” та “важкості” у шлунку, зниження маси тіла, відсутності “відчуття” сну тощо.

Основними представниками другої групи (достатньо значна кількість кореляційних зв’язків між собою) необхідно було визнати показники щодо ступеня вираження конфліктності, невдоволення оточуючими, проявів ангедонії та гіпогедонії, явищ головного болю, відчуття “плівки туману” перед очима, відчуття болю в ділянці серця, підвищення або зниження артеріального тиску, різноманітних порушень сексуального змісту тощо.

Зрештою, до складу третьої групи (певна незалежність показників один від одного) слід було залучити цілу низку показників щодо ступеня вираження клінічно-окреслених ознак РДР, які досліджувались, переважно вегетативно-зумовленого та соматичного змісту.

Дані, отримані в ході кореляційного аналізу і, в першу чергу, результати вивчення особливостей взаємозв’язку провідних характеристик стану здоров’я і функціонального стану, а також клінічно-значущих ознак перебігу РДР, надали можливість провести регресійний аналіз досліджуваних показників.

Зокрема, за даними прямого покрокового регресійного аналізу закономірності взаємозв’язку діагностично- та прогностично-значущих корелят РДР слід було відзначити у такому вигляді ($R^2 = 0,978$, $F(22,81) = 170,65$, $p < 0,001$):

$$y = 3,235 + 0,153x_1 + 0,125x_2 + 0,517x_3 + 0,252x_4 + 0,190x_5 + 0,217x_6 + 0,065x_7 + 0,051x_8 + 0,051x_9 + 0,065x_{10} + 0,077x_{11} + 0,050x_{12} + 0,039x_{13} + 0,033x_{14} + 0,059x_{15} + 0,060x_{16} + 0,042x_{17} + 0,082x_{18} + 0,036x_{19} + 0,257x_{20};$$

де y – інтегральний прогностично-значущий показник особливостей перебігу РДР (ум. од.); x_1 – рівень вираження депресивних проявів (бали); x_2 – ідеаторна загальмованість (так – 1, ні – 0); x_3 – суїцидальні тенденції (так – 1, ні – 0); x_4 – зниження маси тіла (так – 1, ні – 0); x_5 – наявність нав’язливих сумнівів (так – 1, ні – 0); x_6 – рівень вираження ситуаційної тривожності (бали); x_7 – рівень вираження особистісної тривожності (бали); x_8 – відчуття тривоги (так – 1, ні – 0); x_9 – рівень вираження акцентуації характеру дистимного типу (бали); x_{10} – моторна загальмованість (так – 1, ні – 0); x_{11} – відсутність “відчут-

тя” сну (так – 1, ні – 0); x_{12} – наявність іпохондричних ідей (так – 1, ні – 0); x_{13} – симптоми запаморочення (так – 1, ні – 0); x_{14} – сексуальні порушення (так – 1, ні – 0); x_{15} – рівень вираження акцентуації характеру тривожного типу (бали); x_{16} – наявність проявів ангедонії (так – 1, ні – 0); x_{17} – наявність проявів гіпогедонії (так – 1, ні – 0); x_{18} – вік (до 50 років – 6 балів, 50–55 років – 5 балів, 55–60 років – 4 бали, 60–65 років – 3 бали, 65–70 років – 2 бали, понад 70 років – 1 бал); x_{19} – наявність конфліктів з оточуючими (так – 1, ні – 0); x_{20} – наявність проявів нудоти та інших вегетативно-зумовлених реакцій (так – 1, ні – 0).

Величина інтегрального прогностично-значущого показника особливостей перебігу РДР, що отримана за допомогою запропонованого рівняння лінійної регресії, дозволяє чітко та адекватно віднести досліджуваних жінок до категорії осіб з легким, помірним або важким перебігом захворювання. Зокрема, до числа жінок, для яких найбільш імовірним слід вважати легкий перебіг поточного депресивного епізоду із соматичними симптомами у структурі РДР, необхідно віднести осіб з величиною інтегрального прогностично-значущого показника, що визначався, у межах від 20,0 до 25,0 ум. од. Разом з тим до числа жінок, для яких найбільш імовірним слід вважати помірний перебіг поточного депресивного епізоду із соматичними симптомами у структурі РДР, необхідно віднести осіб з величиною інтегрального прогностично-значущого показника, що визначався, у межах від 25,0 до 30,0 ум. од. Водночас до числа жінок, для яких найбільш імовірним слід вважати важкий перебіг поточного депресивного епізоду із психотичними симптомами у структурі РДР, необхідно віднести осіб з величиною інтегрального прогно-

стично-значущого показника, що перевищував 30,0 ум. од.

Розроблена статистична модель дозволяє передбачити ступінь імовірності виникнення та рівень вираження клінічної симптоматики РДР серед жінок, які перебувають в інволюційному віці, за допомогою доступних у практичній медицині і, зокрема у сучасній психіатрії, медичній психології та психогігієні, методів клініко-анамнестичного обстеження і психодіагностичних методик.

Основною відмінністю запропонованого способу є урахування залежності між інтенсивністю вираження РДР та клініко-анамнестичними показниками і особливостями особистості жінок зрілого та похилого віку. Підхід, який визначений, дозволяє адекватно обґрунтувати прогностичні висновки щодо ступеня схильності жінок до розвитку клінічно-окреслених депресивних проявів на тлі інволюційних процесів, які відбуваються в організмі, що значно збільшує його діагностичну цінність, підвищує можливість розроблення та проведення ефективних профілактичних і психокорекційних заходів, якість раннього діагностування та лікування РДР.

Висновок. Використання запропонованого підходу, в основі якого знаходяться провідні положення прямого покрокового регресійного аналізу, надає можливість провести адекватну прогностичну оцінку особливостей клінічного перебігу РДР серед жінок на тлі інволюційних процесів, що відбуваються в їх організмі, на підставі визначення ступеня вираження критеріальних клінічно-окреслених і анамнестичних показників, а також таких особливостей особистості, як ступінь вираження депресивних проявів, ситуаційна і особистісна тривожність, акцентуйовані риси характеру тощо.

Література

1. Боровиков В.П., Боровиков И.П. STATISTICA: Статистический анализ и обработка данных в среде Windows. – М.: Информационно-издательский дом “Филин”, 1998. – 608 с.
2. Бююль А., Цлфель П. SPSS: искусство обработки информации. Анализ статистических данных и восстановление скрытых закономерностей. – С.Пб.: ООО “ДиаСофтЮП”, 2005. – 608 с.
3. Гласс Дж., Стенли Дж. Статистические методы в педагогике и психологии: Пер. с англ. / Под ред. Ю.П.

Адлера. – М.: Прогресс, 1976. – 495 с.

4. Дрейпер Н., Смит Г. Прикладной регрессионный анализ: В 2-х книгах. – М.: Финансы и статистика, 1986. – Кн. 1. – 366 с.; Кн. 2. – М.: Финансы и статистика, 1987. – 351 с.

5. Єріна А.М. Статистичне моделювання та прогнозування: Навч. посібник. – К.: КНЕУ, 2001. – 170 с.

6. Наследов А.Д. SPSS: Компьютерный анализ данных в психологии и социальных науках. – С.Пб.: Питер, 2005. – 416 с.

7. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных. – С.Пб.: Речь, 2006. – 392 с.

8. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ Statistica. – М.: МедиаСфера, 2006. – 312 с.

9. Сергета І.В., Бардов В.Г. Організація вільного часу та здоров’я школярів. – Вінниця: РВВ ВАТ “Віноблдукарня”, 1997. – 292 с.

10. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. – С.Пб.: ООО “Речь”, 2002. – 350 с.

ВПРОВАДЖЕННЯ ОСНОВ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ У НАВЧАЛЬНИЙ ПРОЦЕС НА ЗАНЯТТЯХ ФАРМАКОЛОГІЇ ТА ТЕРАПІЇ

© Н.Є. Слободян

Чортківський державний медичний коледж

Терміном “доказова медицина” (ДМ) прийнято позначати медичну практику, яка базується на застосуванні наукових доказів. Це не окрема наука, а новітня технологія збору, аналізу, узагальнення та інтерпретації наукової інформації. Основна концепція ДМ – орієнтувати увагу медичного працівника на зіставлення власних клінічних уявлень, досвіду з даними узагальненого пізнавального досвіду.

Протягом всього курсу навчання студентів в нашому коледжі орієнтуємо їх на вивчення основних засад та принципів доказової медицини.

Як показує досвід, на початку навчання студенти майже не звертаються до першоджерел інформації щодо конкретних захворювань. Необхідність в пошуку новітньої інформації для прийняття конкретних рішень з’являється вже при серйозному зіткненні з проблемами догляду за конкретними пацієнтами (при написанні навчальної історії хвороби, під час проходження навчально-виробничої практики тощо).

Положення доказової медицини ми обговорюємо на лекціях та на практичних заняттях. Вже на першій лекції з фармакології студенти засвоюють провідну вимогу клінічної епідеміології: будь-яке рішення повинно ґрунтуватись на наукових фактах, отриманих в процесі проведення клінічних досліджень на людях. На лекції із загальної фармакології ознайомлюємо студентів із “золотим стандартом” доказової медицини (проспективне, рандомізоване із подвійним сліпим контролем дослідження, переважно із використанням в якості критерію оцінки

показника загальної смертності, якщо така оцінка можлива в результаті застосування процедури), а також звертаємо їх увагу на те, що наукова медична інформація найвищого ступеня доказовості зосереджена, найперше, в результатах рандомізованих контрольованих випробувань на людях, менше – в когортних та інших дослідженнях та узагальнена в метааналізах, систематичних оглядах, клінічних рекомендаціях, міжнародних консенсусах тощо. На заняттях фармакології студенти знайомляться з основними принципами та методологією клінічних випробувань лікарських засобів, сучасними формами та джерелами інформації з проблем доказової медицини, а також з комплексом питань щодо формулярної системи. Окремі питання висвітлюються на лекційних заняттях (в контексті з темою), а також на практичних заняттях, найчастіше при обговоренні ситуаційних задач.

У пошуку відповіді на виникаючі запитання студенти нерідко стикаються з суперечливими даними. А тому вже під час навчання вони опановують методику критичного аналізу будь-яких джерел наукової інформації. Складність прийняття рішень в контексті підходів ДМ розглядаємо на прикладі генеричних лікувальних засобів, які повинні проходити дослідження на біоеквівалентність. Однак наявність даних про біоеквівалентність не дає права проводити аналогію між препаратами-генериками та оригінальними лікувальними засобами, відносно яких проводяться доказові подвійні сліпі багаточентрові дослідження. Звертаємо увагу студентів

і на те, що більшість клінічних досліджень стосується алопатичних лікувальних засобів. Крім того, у відомих трайлах ДМ не в повній мірі враховуються такі важливі фактори, як маса тіла пацієнта, особливості харчування, куріння та інші.

На заняттях з терапії використовується система алгоритмізації діагностики та лікування захворювань. З цією метою активно використовуються створені в коледжі підручник “Медичні маніпуляції в алгоритмах” та алгоритми лікування захворювань, ефективність яких доведена у широкомасштабних дослідженнях з дотриманням наукових правил їх організації. При цьому звертається особлива увага на фізикальні методи обстеження як провідні, а поряд з ними студенти ознайомлюються з адекватним захворюванню набором досліджень, звертається особлива увага на їх діагностичну цінність. На кожному практичному занятті відпрацьовуються алгоритми проведення медичних маніпу-

ляцій. Обов’язково приділяється увага фармакотерапії як провідному методу лікування, основи якої закладаються на заняттях з фармакології. При підготовці до практичних занять з терапії студенти вдосконалюють техніку комп’ютерного пошуку інформації в електронних базах світу, кокрейнівських бібліотеках, через відповідні фахові сайти; шукають, аналізують, узагальнюють наукову інформацію у фахових журналах з метою прийняття конкретного рішення, яке буде використане на практиці (при оформленні навчальних історій хвороб, підготовці доповіді на засідання предметного гуртка та студентських конференцій).

Таким чином, в навчальний процес активно впроваджуються основи ДМ, яка, без сумніву, допоможе надати реальну допомогу пацієнтам у будь-якій клінічній ситуації, згідно з основним постулатом ДМ: “Кожне рішення в медицині повинно спиратися на строго доведені наукові факти”.

ДОКАЗОВА МЕДИЦИНА ЯК НЕВІД’ЄМНА СКЛАДОВА НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

© Т.О. Совяк, О.Б. Дуда

Чортківський державний медичний коледж

Доказова медицина сьогодні – це ведучий інструмент в сучасній охороні здоров’я в більшості розвинутих країн Європи не тільки при встановленні діагнозу хворому, але і при вирішенні завдань на державному рівні в практичній охороні здоров’я і фармації. Поява концепції доказової медицини на початку 90-х років минулого століття стала закономірним у зв’язку з величезним ростом числа наукових медичних публікацій, відслідковувати які практикуючий лікар та молодший медичний працівник не може. Одночасно медицина стала галуззю застосування високих технологій і, звичайно, дорогого обладнання та препаратів. Навіть у найбільш екомічно розвинутих країнах постали питання вибору оптимальних медичних втручань – з високим співвідношенням їх ефективності та вартості. В зв’язку з цим були розроблені критерії доказовості результатів досліджень чис-

ленних методів лікування, профілактики та діагностики. У доказовій медицині пріоритетним є клінічно важливі наслідки медичних втручань, вона проголошує, що у відношенні окремого пацієнта повинні застосовуватись лише ті втручання, ефективність яких доведена доброякісними дослідженнями. Найважливіші доказові дані міжнародного значення об’єднуються в Кокранівській бібліотеці. Кокранівське співробітництво – це міжнародна організація, яка займається підготовкою, підтримкою та поновленням систематичних оглядів, доступ до яких забезпечується через Кокранівську бібліотеку, що являє собою електронну базу повнотекстових даних. Такий спосіб співробітництва почався в Оксфордському університеті в 1992 р. З тих пір проект значно зріс у масштабах як за кількістю учасників, так і за числом кокранівських центрів у всьому світі.

Важливим моментом доказової медицини є перетворення результатів досліджень в конкретні клінічні рекомендації – клінічні посібники/клінічні протоколи для раціоналізації лікування захворювань на підставі доказових принципів. Така раціоналізація необхідна для оптимального використання ресурсів – в плані ліків, предметів медичного призначення і часу працівників охорони здоров’я.

Впровадження концепції доказової медицини в медичну практику, процес освіти, а також в діяльність закладів охорони здоров’я різних рівнів дозволить забезпечити найбільш ефективний розподіл обмежених ресурсів охорони здоров’я.

Лікарі, провізори, молодші медичні працівники повинні ще із студентської лави володіти необхідними сучасними знаннями та інформацією про нові технології лікування і терапевтичні призначення, які застосовуються за кордоном. Цього потрібно вчити, про це потрібно розповідати. Вагомою складовою в оволодінні медичними знаннями, навиками та вміннями є електронні ресурси. За останні роки в Чортківському державному медичному коледжі значно активізувалась робота викладачів та студентів з електронними медичними ресурсами. Цьому сприяє вільний доступ до сучасної об’єктивної медичної інформації в мережі Internet. Освоєння алгоритму пошуку в бібліографічних і повнотекстових базах даних медичних електронних

бібліотек, а також оволодіння навиками критичної оцінки отриманої інформації дає можливість студентам і викладачам знайти і відібрати якісні доказові дослідження. Викладачами нашого коледжу для студентів готуються навчальні матеріали для лекцій, практичних занять, самостійної роботи (з використанням і ресурсів Internet), які відображають різноманітні аспекти медичної практики, що заснована на доказах.

Полегшення доступу до повнотекстових електронних ресурсів підвищує інформованість наших викладачів про методологію медичних досліджень, коректність статистичного аналізу даних та їх клінічну інтерпретацію.

Сучасні інформаційні та комунікаційні технології активно використовуються в навчальному процесі нашого коледжу з метою розвитку у викладачів та студентів навиків орієнтації у наростаючому потоці інформації. Розробляються та створюються електронні версії навчально-методичних посібників з усіх дисциплін.

Таким чином, полегшення доступу до медичних електронних ресурсів та їх активне використання в освіті дозволяє підвищити якість навчання та професійної підготовки медичних кадрів, інформованість викладачів та студентів коледжу про сучасні ефективні та безпечні втручання, що в кінцевому рахунку буде сприяти покращенню якості медичної допомоги в нашій країні.

ДІАГНОСТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНИЙ АЛГОРИТМ ДЛЯ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ФОРМУВАННЯ ПОСТІЙНИХ КОЛОСТОМ

© В.П. Сулима, Д.О. Беспятый

Дніпропетровська державна медична академія

Підготовка лікаря загальної практики повинна бути націлена, в першу чергу, на застосування методів діагностики та лікування хворих, що підвищують або зберігають якість життя пацієнтів. Значною мірою це стосується до впровадження сучасних інноваційних технологій для ранньої диференційної діагностики злоякісних та доброякісних пухлин ободової та прямої кишок з наступним виконанням в комп-

лексі комбінованого лікування хворих новітніх оперативних втручань, які дозволяють попереджати формування постійних колостом без усунення анальних сфінктерів, що збереже або навіть підвищить якість життя після лікування.

Сучасний лікар загальної практики повинен дотримуватися алгоритму обстеження та особливої лікувальної програми при виявленні у хворого пухлиноподібного новоутворення в прямій

кишці. Цей алгоритм складається з обов’язкового інформування пацієнта та його родичів про небезпечність злоякісної трансформації будь-якого новоутворення та необхідність скорішого проведення морфологічного дослідження будови клітин пухлини, щоб забезпечити своєчасне ефективне лікування, яке може дозволити запобігти формуванню постійних штучних задніх проходів. Хворий направляється на консультацію хірурга або проктолога, де проводиться забір біопсійного матеріалу при ректальному дослідженні дзеркалом, ректороманоскопом або колоноскопом, після чого проводиться гістологічне дослідження з отриманням висновків про морфологічну стадійність доброякісної або злоякісної пухлини. На жаль, час отримання гістологічних висновків складає 7-8 діб, при цьому хворий та його оточення перебувають у стані психологічної напруги і не виконуються лікувальні заходи.

Для ранньої диференційної діагностики злоякісних та доброякісних пухлин запропонований метод з використанням міні-г-випромінювання, який з допомогою доведених діапазонів об’єктивних фізичних чисел дозволяє диференціювати морфологічний стан новоутворення протягом 30-60 секунд. Враховуючи, що юридично значущим методом верифікації діагнозу на сьогодні лишається гістологічне дослідження, використання результатів міні-г-випромінювання дозволяє відразу ж орієнтувати хворого та його родичів на подальше дообстеження та планувати лікувальну програму (підготовка до проведення променевої та хіміотерапії до операції, а також до післяопераційної хіміотерапії й реабілітації). Отримання доведених фізичних

чисел, що відповідають тій чи іншій морфологічній структурі, можна не тільки побачити на індикаторі чи дисплеї, але й зафіксувати при використанні спеціальної комп’ютерної програми. Це може бути одним з пунктів розгляду можливості передопераційної хіміотерапії (при пухлинах прямої кишки можливе ендолімфатичне введення препарату).

Крім того, призначаються додаткові дослідження (іригографія, УЗД), що дозволять визначитися з протяжністю пухлини та наявністю чи відсутністю метастатичних вогнищ в інших органах і спланувати, по можливості, радикальне оперативне втручання для збереження анальних сфінктерів без формування постійної колостоми. Така тактика дозволить зберегти або навіть підвищити якість життя хворого після лікування.

Завдання лікаря загальної практики при поверненні хворого з лікарні полягатиме у проведенні реабілітаційних заходів, диспансерного нагляду разом з онкологом-проктологом, при необхідності – післяопераційній хіміотерапії.

Використання сучасних методів діагностики та лікування при пухлиноподібних новоутвореннях прямої кишки дозволить раніше діагностувати злоякісні пухлини, проводити передопераційне лікування та радикальне хірургічне втручання, попередить необхідність формування постійних колостом у хворих, якщо такий ефективний алгоритм почне застосовуватись з рівня ланки лікаря загальної практики. Ось чому важлива необхідність застосування новітніх технологій, стандартів та клінічних пріоритетів у підготовці лікаря загальної практики або сімейного лікаря.

РОЛЬ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ У ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ УСТАНОВ В УКРАЇНІ

© О.І. Федів, Л.Д. Кушнір, А.К. Лісовий, В.М. Багрій

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Активне втілення нових технологій лікування і глибокий аналіз ефективності та безпечності лікарських втручань в організм хворого є важливими характеристиками сучасної медицини.

Результатами такої діяльності є забезпечення належної якості життя, суттєве збільшення його тривалості та зменшення смертності. Доказова медицина – це передусім розділ медицини, який

базується на доведеннях, передбачає пошук, порівняння, узагальнення та широке поширення доказів з метою використання в інтересах хворого, це сумлінне, наочне та розумне використання найкращих провідних обґрунтованих доказів у відношенні прийняття рішень стосовно надання медичної допомоги конкретним пацієнтам.

Практика доказової медицини є об’єднанням індивідуального професіоналізму з кращим доступним зовнішнім обґрунтованим доведенням, отриманим із систематичного дослідження. Під індивідуальним клінічним професіоналізмом мається на увазі кваліфікація та клінічне мислення, що надбані у процесі накопичення досвіду у клінічній практиці. Зростаючий професіоналізм проявляється найбільше в ефективній та результативній діагностиці, у співчутливому ставленні до пацієнтів, у процесі прийняття клінічного рішення при наданні їм медичної допомоги.

Під кращим доступним зовнішнім обґрунтованим доведенням розуміємо клінічно відповідне дослідження, іноді проведене в рамках фундаментальних медичних наук, але, в основному, зосереджене навколо пацієнтів, засноване на точності та вірогідності діагностичних тестів (включаючи фізикальне обстеження), потужності прогностичних маркерів, ефективності та безпечності терапевтичних, реабілітаційних та профілактичних втручань. Зовнішнє клінічно обґрунтоване доведення не тільки робить недійсними попередні діагностичні тести та методи лікування, але й заміщує їх новими, більш потужними, точними, ефективними та безпечними.

Основними поняттями доказової медицини є експеримент; стандартизація та метрологічна перевірка приладів; використання сучасних науково обґрунтованих технологій; дотримання вимог рандомізації, статистичної обробки, критеріїв включення/виключення при проведенні наукових досліджень; правильне та об’єктивне використання наукової інформації; застосування загальноприйнятих стандартів діагностики та лікування; подвійні сліпі рандомізовані багаточентрові дослідження; мета-аналіз.

Інформацію, що надходить з різних джерел способом, який можна відтворити, дозволяє отримувати мета-аналіз – систематизований аналіз зі статистичними узагальненнями (зістав-

ленням доказів), який включає в себе мету аналізу, вибір способів оцінки результатів, систематизований пошук інформації, аналіз інформації за допомогою статистичних методів, інтерпретацію результатів. Одним із напрямів доказової медицини є аналіз результатів клінічних досліджень, причому ступінь вірогідності отриманих результатів залежить від організації клінічних випробувань, до яких можна віднести: рандомізоване подвійне сліпе контрольоване дослідження; нерандомізоване дослідження з одночасним контролем (контрольоване дослідження без рандомізації); нерандомізоване дослідження з історичним контролем; дослідження типу “випадок-контроль”; перехресне дослідження; результати спостережень (відкрите дослідження); опис окремих випадків. В ідеальному випадку результати досліджень на всіх рівнях ієрархії доказів мають бути зіставними. Однак і результати рандомізованих досліджень можуть відрізнятися між собою, особливо при невеликій кількості обстежених. Тому, приймаючи самостійне рішення, лікар повинен використовувати найвищий рівень доказів з приводу діагностики і лікування конкретного захворювання. Цей принцип покладено в основу побудови сучасних рекомендацій, в яких вказують рівень доказів: А. На результатах кількох великих рандомізованих контрольованих досліджень, мета-аналізі багатьох рандомізованих досліджень або результатах хоча б одного рандомізованого контрольованого дослідження; В. На результатах принаймні одного нерандомізованого дослідження високої якості; С. На думці експертів за відсутності даних якісних клінічних досліджень. Золотим стандартом клінічних випробувань є рандомізоване подвійне сліпе плацебо-контрольоване дослідження – так званий GCP-стандарт. Основними поняттями, що стосуються GCP-досліджень, є рандомізація – призначення досліджуваних у групи методом випадкової вибірки; подвійне сліпе дослідження – коли пацієнт і дослідник не знають, яке лікування призначене, та стратифікація – розподіл досліджуваних на групи.

Доказова медицина передбачає використання особистого досвіду лікаря в поєднанні з даними контрольованих клінічних досліджень. Сучасні її дані повною мірою забезпечують достовірну інформацію щодо лікування хвороб та їх ускладнень і використовуються при форму-

ванні міжнародних рекомендацій, стандартів та протоколів лікування. Таким чином, реалізація статистичних технологій доказової медицини забезпечує найбільшу вірогідність прийняття якісного клінічного та наукового рішення. Та-

ким чином, використання об’єктивних даних та статистичних досліджень для прийняття оптимальних рішень у сфері охорони здоров’я за принципами доказовості є новим напрямком у медичній практиці.

НОВА МЕТОДОЛОГІЯ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

© С.М. Хома, Р.В. Верба

Чортківський державний медичний коледж

Міжнародна система доказової медицини розвивається в геометричній прогресії: з моменту її становлення наприкінці 80-х років і по теперішній час число центрів, монографій і форумів з проблеми обчислюється десятками, кількість публікацій – сотнями. Так, зокрема, агентство політики охорони здоров’я і науки США визначило в 1997 р. строком на 5 років 12 таких центрів, створених при провідних університетах і наукових організаціях різних штатів; росте число центрів по окремих проблемах (здоров’я дітей, первинна допомога, загальна практика, психічне здоров’я і ін.). Загальним для всього напрямку є використання принципу довідності на будь-якому рівні ухвалення рішень – від державної програми до призначення індивідуальної терапії. Науковці і досвідчені медики світу визнають доказову медицину за основу подальшого пошуку нових та удосконалення відомих форм медичного забезпечення населення з одночасною перебудовою медичної галузі.

Будь-який новий напрямок у медичній науці та практиці має ґрунтуватися на відповідних положеннях, об’єктивність яких не повинна викликати жодних сумнівів. Створення, вивчення і впровадження у клінічну практику лікарських засобів з урахуванням положень доказової медицини сприяє формуванню основних принципів сучасної фармакотерапії, таких як ефективність, раціональність, контрольованість, індивідуальність та безпечність. Складовими лікарського мистецтва є обсяг знань, необхідних для розуміння причин і патофізіологічних механізмів захворювання, клінічний досвід, інтуїція та набір якостей, які в сукупності становлять так зване клінічне мислення. Клінічна епідеміологія вивчає закономірності поширення будь-якого зах-

ворювання, здійснює прогнозування для певного хворого на основі вивчення клінічного перебігу хвороби в аналогічних випадках. Для уникнення неправильних висновків лікар повинен покладатися на результати досліджень, які ґрунтуються на суворих наукових принципах і методах, що сприяють мінімізації систематичних і випадкових помилок у медичній практиці.

Нова методологія клінічної медицини покликана захищати інтереси пацієнта, який одночасно є платником податків. Але від пацієнта важко чекати розуміння проблем доказової медицини і активності в реорганізації медицини, тим паче, що модель доказової медицини ухвалення клінічного рішення є новою для нашої медицини. Більш того, у нашого лікаря і більшості медичних чиновників поки немає стійких мотивацій для освоєння методології доказової медицини. Могутнім мотиваційним чинником для вивчення і впровадження принципів доказової медицини є декларація нашої держави про участь в європейській інтеграції і, зокрема, реформа вищої освіти відповідно до Болонської декларації. В Міністерстві охорони здоров’я існує розуміння даної проблеми. Тепер слід розробити і впровадити державну програму вивчення принципів доказової медицини в медичних навчальних закладах. До тих пір, поки такої програми немає, всі розмови про доказову медицину будуть малопродуктивними. Незважаючи на те, що в даний час немає умов для системної реалізації принципів доказової медицини, обов’язком кожного лікаря і дослідника є самоосвіта в даному питанні. Для цього зараз існують всі необхідні умови, які полягають в доступності необхідної інформації і дозволяють лікареві до певної міри реалізувати принципи доказової медицини.

Проведений аналіз показує, що поняття “доказова медицина” відображає певні принципи клінічної практики, суть яких полягає у використанні якнайкращих клінічних знань для терапії конкретного пацієнта. Ці принципи реалізуються двома доповнюючими один одного підходами. Перший – припускає використання певних стандартизованих алгоритмів при типовій клінічній ситуації, а другий – в модифікації цих алгоритмів шляхом обліку особливостей конкретної клінічної ситуації. В обох випадках для ухвалення клінічного рішення лікар використовує певні методи відбору якнайкращої клінічної інформації. Медицина, заснована на доказах, не враховує такі аспекти клінічної практики, як індивідуальний досвід, рекомендації експертів,

знання патогенезу, результати досліджень з прямою оцінкою клінічних результатів. Реальна клінічна практика в розвинених країнах сформувалася з урахуванням традиційних клінічних підходів, але при цьому доказова медицина займає все більше місця як в державних медичних програмах, так і в роботі окремих лікарів. Вирішення проблеми освоєння принципів доказової медицини на державному рівні може бути здійснене тільки шляхом створення і реалізації програм систематизованого навчання майбутніх і сьогоdnішніх лікарів. Таким чином, я спробував позначити найбільш актуальні проблеми, які виникли в медичній науці і охороні здоров’я завдяки входженню в нашу діяльність принципів доказової медицини.

УДОСКОНАЛЕННЯ ВИКЛАДАННЯ ПОЛОЖЕНЬ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ ПРИ ВИВЧЕННІ ФАРМАКОЛОГІЇ І КЛІНІЧНОЇ ФАРМАКОЛОГІЇ

© І.С. Чекман, Н.О. Горчакова

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Викладання фармакології, починаючи з третього курсу, проводиться в аспекті доказової медицини. Опанування студентами загальної фармакології базується на конкретних визначеннях основних положень взаємодії між організмом та лікарським засобом. В лекціях та практичних заняттях акцентується увага студентів, що раціональне застосування лікарських засобів пов’язане з трьома головними напрямками – медичним, соціальним, економічним.

Головний наголос на третьому курсі ставиться на медичних проблемах, що в першу чергу включає ефективність медикаменту в лікувальному, профілактичному або лікувально-профілактичному режимі. Обов’язковим для студентів є вивчення таких понять, як доза та види доз, концентрація, стаціонарна концентрація. Ці поняття нерозривно пов’язані з видом терапії – патогенетичною (полегшення перебігу та лікування захворювань або їх ускладнень), симптоматичною (полегшення або усунення симптомів захворювання), етіотропною (можливість виділення причини захворювання та цілеспрямований вплив на збудника).

Важливим також є розкриття таких понять – побічна дія або побічна реакція на медикаменти, згідно з класифікаціями ВООЗ, що пояснює співвідношення переваги і небезпеки, ступеня, до якого неадекватне призначення або застосування лікарського засобу може зменшити користь та підсилити ризик.

Важливе значення доказової медицини набули соціальні фактори, на які звертається увага студентів. Починаючи з першої лекції, необхідно, щоб майбутні лікарі зрозуміли ставлення суспільних інституцій і населення до лікарських засобів, поточні тенденції в культурі застосування медикаментів. Проблеми самолікування пацієнтів можуть бути пов’язані з неадекватним застосуванням препаратів або рекомендованих не за призначенням. В суспільстві майбутні лікарі зустрічаються з зловживанням, лікарською залежністю, можливістю фальсифікацій медикаментів. Важливими соціальними факторами є прояви соціальної несправедливості (наприклад, з економічних причин недоступність важливих для життя ліків для осіб, які мають в цьому потребу).

Сучасне призначення лікарських засобів неможливе без рішення економічних проблем: порівняння вартості курсу лікування брендовими препаратами або генериками з урахуванням ефективності.

Обізнаність студентів щодо раціонального застосування ліків нерозривно пов’язана зі знанням конкретних завдань фармакологічного нагляду. Впровадження доказової медицини у педагогічний процес тісно взаємопов’язане з вірним складанням завдань і тестів. Адже тільки конкретна постановка питань, яка має певну відповідь, допомагає студентам глибоко і всебічно оволодіти конкретними знаннями і прак-

тичними навичками з фармакології та клінічної фармакології.

Одним із найбільш ефективних методичних підходів до удосконалення педагогічної майстерності в аспекті доказової медицини є розробка та уніфікація методичних матеріалів (методичних рекомендацій, посібників, підручників). Орієнтовний характер навчальних технологій та методик буде сприяти конкретизації і поліпшенню підготовки майбутніх фахівців.

Координаційна та контролююча функція викладача на занятті буде спрямовувати студентів на опанування конкретними питаннями і навичками, що лежать в основі доказової медицини.

ПОНЯТІЙНИЙ АПАРАТ ТА ПРИНЦИПИ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ В АНАЛІЗІ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ

© І.Д. Шкробанець, Ю.М. Нечитайло, С.Є. Фокіна

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Прийняття рішень в органах охорони здоров’я, як на загальнодержавному, так і на регіональному рівнях, повинно базуватися на вірогідних висновках, отриманих в ході аналізу динаміки показників демографічної та медичної статистики. Перехід України до виходжування дітей з низькою масою вимагає постійного вивчення досвіду країн, які вже тривалий час працюють із сучасними перинатальними технологіями. Наукові публікації та звіти європейських країн містять методи аналізу та понятійний апарат, цілий ряд термінів та показників, які не набули в Україні широкого поширення і не завжди сприймаються управлінцями та практичними лікарями.

Тому метою нашого дослідження було провести аналіз найбільш поширених принципів доказової медицини та визначитися із найбільш інформативними показниками, які слід застосовувати при вивченні причинно-наслідкових зв’язків перинатальної патології. Ми проводили анкетування лікарів-педіатрів, заступників з охорони материнства та дитинства, головних спеціалістів управлінь охорони здоров’я, науковців. Такі поняття, як відносний ризик (RR), абсолютне зростання ризику (ARI), відносне

зростання або зниження ризику (RRI, RRR), відношення шансів (OR), абсолютне та відносне зростання користі (ARB, RRB), відносна користь (RB), кількість пацієнтів необхідна для лікування (NNT) та інші епідеміологічні терміни не застосовуються у практичній діяльності організаторів охорони здоров’я і навіть науковців. Звертає також на себе увагу відсутність процедури реєстрації побічної дії ліків. Все це разом не дає можливості отримати вірогідні результати, притаманні доказовій медицині.

Як приклад можна навести динаміку показників медичної статистики Чернівецької області за 3 останніх роках. Показник смертності новонароджених у 2005-2007 роках змінювався по рокам (відповідно) – 6,2 ‰ – 6,6 ‰ – 5,0 ‰. Динаміка перинатальних втрат також має позитивний тренд – 11,7 ‰ – 12,2 ‰ – 10,5 ‰, з деяким зміщенням у структурі і бік зростання показника у недоношених дітей: 163,6 ‰ – 163,9 ‰ – 181,3 ‰. Але вірогідність змін показників не визначається, а це в свою чергу не дозволяє зробити висновків та прийняти рішення базоване на доказовій основі. Використовуючи епідеміологічні розрахунки відносного ризику (RR) смерті у недоношених та доношених дітей, ми отримали такі дані.

Показник відносного ризику (RR) смерті у перші сім днів життя у 2005, 2006 та 2007 роках, відповідно, склав 2,35, 2,03 та 2,54, а ризик мертвородження 1,92, 1,72 та 2,94, із високою вірогідністю показників ($p < 0,001$).

З наведеного прикладу стає очевидним зростання впливу недоношеності, як фактора ризику перинатальних втрат у 2007 році, на фоні загального покращання медичної допомоги для новонароджених за рахунок створення неона-

тальної реанімації та оснащення неонатальної реанімаційної бригади сучасним реанімобілем. Помітно також відставання акушерської складової від неонатальної у цьому процесі.

За проведеними дослідженнями можна зробити висновок про необхідність більш широкого використання для педіатричної практики (і не тільки) та для обґрунтування прийняття управлінських рішень методик і принципів доказової медицини.

ЗАСТОСУВАННЯ ДІАГНОСТИЧНИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ В ДІТЕЙ ІЗ ДОСТАТНІМ РІВНЕМ ДОКАЗОВОСТІ ЯК ОСНОВА ДЛЯ ПРИЙНЯТТЯ УПРАВЛІНСЬКИХ РІШЕНЬ

© І.Д. Шкробанець, С.Є. Фокіна

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

На сьогодні управлінські рішення в охороні здоров’я повинні ґрунтуватись не тільки на співвідношенні ціна-ефективність, але й перевагах в клініці на підставі доведених з позицій доказової медицини методах дослідження. Особливо важливим це є для педіатрії та охорони здоров’я дітей та немовлят, оскільки тут моделі клінічної практики та потреби клініцистів є унікальними. Такі специфічні вимоги у поєднанні із порівняно невеликим за об’ємом ринком методів, що пропонуються, порівняно із дорослими, отже, методи дослідження, що використовуються, повинні бути безпечними, ефективними, дієвими, пацієнт-орієнтованими, доречними та неупередженими. У сфері безпеки для педіатричних пацієнтів проводиться достатньо багато наукових досліджень, які оцінюють медичні помилки, похибки та побічні дії при проведенні медичних досліджень. В той же час, практичний лікар у багатьох випадках при доступності великої кількості діагностичних методів дослідження, як лабораторних, так і інструментальних, обирає ті, які несуть недостатньо інформації для даного конкретного пацієнта.

Тому метою нашого дослідження було визначення доцільності та ефективності застосування лабораторних та інструментальних методів дослідження у діагностиці захворювань нерво-

вої системи в дітей після народження та окреслення кола проблем на сучасному етапі, що потребують вирішення на рівні прийняття управлінських рішень. Було проведено дослідження результатів анкетування неврологічної служби Чернівецької області, записи в обмінних картах, історіях пологів та історіях розвитку дітей, звіти центру антенатальної охорони плода. Проводили анкетування головних лікарів, заступників з охорони материнства та дитинства, головних неврологів (дитячих неврологів), головних спеціалістів управлінь охорони здоров’я та практичних лікарів. Питання анкет передбачали оцінку частоти, кількості та якості проведення діагностичних тестів, виникнення та деталізацію неврологічної патології в дітей після народження.

За отриманими результатами, визначено значну неефективність використання як лабораторних, так і інструментальних методів дослідження. Для встановлення та уточнення кінцевого клінічного діагнозу майже у 2/3 випадків використані неадекватні методи дослідження, які обрані лікарем. Оцінка якості проведення діагностичних тестів була значно утруднена у зв’язку із порушенням веденням медичної документації в ряді випадків та недотриманням сучасних протоколів нейровізуалізуючих методів дослідження. Відмічається достатньо висока

частота (70 %) використання комп’ютерної томографії у дітей після 1 року життя, а магнітно-резонансна томографія використовується на порядок менше, що можна також пояснити відсутністю сучасного томографа такого типу в обласному центрі.

В той же час, за результатами контент-аналізу публікацій із найбільшої всесвітньої мережі Pubmed, тільки за останні 5 років в журналах, що рецензуються, було опубліковано за останні 5 років 307 909 статей з питань застосування інструментальних та лабораторних методів дослідження нервової системи у дітей. З них більшість опубліковано у таких журналах, як *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* (6240), *Brain Res* (3926), *Neurology* (3731), *Zh Vyssh Nerv Deiat Im I P Pavlova* (3131), *J Neurosurg* (2967), *Epilepsia* (2645), *J Neurol Neurosurg Psychiatry* (2580), *Pain* (2429) та *Neurosurgery* (2265), *J Physiol* (2012) та інших, які є недоступними для практичного лікаря.

За проведеними дослідженнями можна зробити висновок про недостатнє використання сучасних діагностичних можливостей при дослідженні нервової системи у дітей, особливо в перинатальному періоді, та безперечний вплив цього на пізні та недостатнє виявлення неврологічної патології в дітей після народження. Медичні працівники здебільшого обирають не методи дослідження із достатнім рівнем доказовості, а ті, які є їм відомими та територіально доступними. З іншого боку, наявність та відбір для закупки сучасної медичної апаратури також базуються на інших критеріях, та не є результатом ретельного відбору за вимогами “evidence based medicine”. Перспективним при подальших дослідженнях є проведення економічного аналізу ефективності використання діагностичної апаратури для дослідження нервової системи у дітей та обґрунтування механізму прийняття управлінських рішень стосовно цього питання.

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ ДОКАЗОВОСТІ У ПСИХІАТРІЇ

© С.І. Шкробот, О.П. Венгер, Я.М. Несторович, Л.Т. Сновида, О.Є. Смашна

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Принципи доказової медицини, “evidence – based medicine” (1990 р.) базуються на даних методологічно коректних, науково обґрунтованих клінічних досліджень. Доказова медицина з початку свого розвитку отримала визнання світової медичної громадськості, і відразу почала сприяти значному підвищенню рівня лікувально-практичної роботи, стала одним із провідних факторів успішного реформування національної системи охорони здоров’я. “Поки всі лікарі не будуть здатні поставити ідентичний діагноз одному і тому ж хворому і призначити йому однакову терапію, про медицину як про науку не можна говорити всерйоз” (В. Медведь, 2004). Мабуть, точніше визначити мету і призначення доказової медицини неможливо.

У всіх сферах медицини основою та підґрунтям принципів доказової медицини є обґрунтування оптимізації лікування, а саме отримання перевірених доказових аргументів щодо ефективності застосування фармацевтичних середників.

У практичному аспекті медицина, яка базується на доказах, є інтеграцією індивідуальних клінічних знань та досвіду в галузі лікування та профілактики цілої низки захворювань з найбільш переконливими доказами, отриманими іншими клініцистами в системних дослідженнях, однак останні не можуть повністю заперечувати власний клінічний досвід лікаря. Як без клінічної експертизи різноманітних досліджень, так і без доказів ефективності та безпеки препаратів, особливо у великих дослідженнях, практикуючому лікарю важко уникнути помилок при виборі індивідуального лікування. Однак навіть найкращі докази, отримані в мегадослідженнях, можуть не використовуватися з різних причин у конкретного хворого з певною патологією. Тому лікар у своїй повсякденній роботі повинен виходити з основних принципів щодо наукових доказів, на яких базується медицина сьогодення.

Слід сказати, що доказові аргументи у психіатрії, якщо порівняти їх з іншими медичними дисциплінами, мають свої значні особливості та відмінності. Принципи доказовості у психіатрії слід розглядати за такими критеріями: а) необхідно сформулювати для вивчення симптому чи синдрому досліджувану та контрольну групу пацієнтів; б) групи пацієнтів повинні обов’язково бути максимально однорідними для діагностики психічного розладу; в) будь-яка діагностика повинна відбуватися на основі стандартизованих критеріїв; г) сама діагностика повинна відбуватися за допомогою встановленого алгоритму; д) інструменти дослідження (опитувальники, шкали) мають бути валідними; е) дотримання вимог рандомізації, подвійного сліпого і плацебо контрольованого дослідження; є) правильне та об’єктивне використання наукової інформації; ж) проведення експерименту за певних фіксованих умов.

Особливостями психіатрії є те, що ця частина медицини належить до дисципліни, яка оперує неточними психологічними термінами, визначеннями, іноді один термін інтерпретується представниками різних шкіл, країн по-різному. Таким чином, психіатрія належить до “дивергентних” дисциплін (на відміну від “строгих” наук).

Внаслідок вивчення різних методик, явищ у психіатрії ми досліджуємо інтерпретацією результатів, на відміну від “строгих” наук, які визначають або з’ясовують єдину причину.

Тому і зрозуміло, що будь-яка інтерпретація має суб’єктивний компонент та “особистісний” вплив дослідника.

Окрім цього, “психічний розлад” неможливо зафіксувати технічним чи лабораторним способом, тому “чистота” дослідження може бути досягнута лише завдяки обстеженню максимальної кількості пацієнтів. “Суб’єктивний” фактор знову ж проявляється на стані відбору пацієнтів для дослідження, бо клінічні прояви психічного розладу можуть розцінюватись по-різному, і не підтверджуватись стандартизованими методами.

Наступний пласт запитань стосовно доказовості методів інтерв’ювання – це неможливість уникнути інтерперсонального впливу, найрізноманітніших емоційних контекстів, які виникають у стосунках між психіатром та обстежуваним під час діагностичних бесід.

Сьогодні нашим клініцистам вкрай необхідно підвищувати свій рівень освіченості. Потрібно не тільки досконало знати висновки досліджень, але і вміло використовувати їх у кожній конкретній клінічній ситуації. Це — справжнє лікарське мистецтво. Таким чином, принципи доказової медицини дозволяють розробити найбільш ефективні, економічні, сучасні терапевтичні стратегії, які можуть бути реалізовані на популяційному, субпопуляційному та індивідуальному рівнях. Організація роботи практичного лікаря повинна відповідати новим вимогам, продиктованим життям, що пов’язано із необхідністю негайного ознайомлення з новою інформацією для більш швидкого впровадження в практику найефективніших та найбезпечніших методів лікування.

ПРЕВЕНТИВНА ТЕРАПІЯ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ З ПОЗИЦІЙ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ

© С.І. Шкробот, З.В. Салій, І.І. Гара, О.Ю. Бударна, Н.Р. Сохор

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Доказова медицина – це стратегічний напрямок сучасної медичної науки, що базується на бездоганній науковій інформації та спрямований на поліпшення методів діагностики, лікування, профілактики і прогнозу захворювань.

Основні завдання доказової медицини полягають у підвищенні ефективності фармакотерапії гострих і хронічних захворювань, стабілізації ремісій, зменшенні летальності і поліпшенні життя хворих. Окрім цього, доказова медицина ставить перед собою мету підвищити безпечність

лікування захворювань шляхом раціонального призначення лікарських засобів і методів терапії, оптимізуючи економічне забезпечення лікування.

Найбільш об’єктивним методом дослідження в галузі доказової медицини вважають рандомізовані контрольовані дослідження (РКД). Ймовірність виникнення систематичної помилки при таких дослідженнях значно менша, ніж при інших видах досліджень (когортних, поперечних, дослідження “випадок-контроль”), оскільки всіх учасників такого дослідження розділяють на групи випадковим методом (random – випадковий).

З позицій сучасної медичної науки відомо, що розсіяний склероз – це тяжке хронічне демієлінізуюче та нейродегенеративне захворювання нервової системи, що вражає молодий контингент населення та неминуче призводить до інвалідизації, втрати якості життя, а згодом і неможливості пересуватися і обслуговувати себе. Соціально-економічна значимість проблеми розсіяного склерозу полягає у неможливості повністю позбутися хвороби, високій вартості медичних затрат на діагностику, лікування та реабілітацію хворих.

Одним із сучасних напрямків лікування розсіяного склерозу стало впровадження в клінічну практику превентивної терапії на основі даних доказової медицини, що відкрило нові перспективи в лікуванні захворювання, дало змогу перевести його з пекурабельної патології до категорії хвороб, які піддаються лікуванню.

З 2007 року в Україні почала діяти загальнодержавна галузева програма “Надання медичної допомоги хворим на розсіяний склероз 2007-2010 рр.”, згідно з якою хворі забезпечуються безкоштовним лікуванням препаратами превентивного ряду.

Превентивна терапія – це терапія, яка здатна змінювати перебіг захворювання і зазвичай є патогенетичною терапією, а у випадку розсія-

ного склерозу має імуномодулюючу спрямованість. Мета превентивної терапії – це запобігання загостренням, стабілізація стану, сповільнення наростання інвалідизації пацієнтів.

У сучасній медичній практиці з імунокорегуючою метою застосовується пролонгована імуномодулююча терапія препаратами превентивного ряду – бета-інтерферонами (інтерферон бета-1а – Ребіф, інтерферон бета 2в – Бетаферон).

Механізм дії бета-інтерферонів полягає у пригніченні активності гама-інтерферону, посиленні супресорної активності Т-лімфоцитів, зменшенні експресії молекул головного комплексу гістосумісності на антигенпрезентуючих клітинах. Згідно з отриманими в результаті чисельних РКД (INCOMIN та інші) даними, бета-інтерферони зменшують частоту загострень (Бетаферон – на 31 %, Ребіф – на 30 %), їх важкість та тривалість, кількість курсів глюкокортикоїдів, уповільнюють прогресування інвалідності. Крім того, згідно з клінічними рекомендаціями, розробленими на засадах доказової медицини, показаннями до призначення препарату Ребіф є ремітуючий перебіг розсіяного склерозу, препарату Бетаферон – вторинно-прогресуючий перебіг захворювання.

З метою проведення антигенспецифічної превентивної імунотерапії виключно ремітуючого розсіяного склерозу призначають препарат копаксон (глатирамеру ацетат). Дія глатирамеру ацетату полягає у зменшенні вмісту протизапальних цитокінів, зменшенні пошкодження нейронів, посиленні регенерації аксонів, активації ремієлінізації. За даними проведених РКД виявлено, що застосування копаксону зменшує частоту загострень на 29 %, сповільнюючи розвиток інвалідизуючих ускладнень у пацієнтів із ремітуючим перебігом розсіяного склерозу.

Таким чином, превентивна пролонгована терапія, розроблена на основних засадах доказової медицини, сьогодні є пріоритетною при лікуванні пацієнтів з розсіяним склерозом.

ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ В ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ

© О.В. Шумейко, І.С. Чекман, Н.О. Горчакова

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Доказова медицина є новою і перспективною ідеологією охорони здоров’я людей, новим стилем діяльності лікарів різних спеціальностей. Принципи і основні положення доказової медицини з урахуванням достовірної інформації сприяють вдосконаленню індивідуального клінічного досвіду лікаря у поєднанні з найдоступнішими незалежними доказами результатів систематизованих експериментальних і клінічних досліджень.

Оптимізація наукових досліджень передбачає необхідність отримання дослідником достовірних результатів, які відображають точність отриманих показників, необхідних для прийняття в подальшому клінічних рішень щодо профілактики, діагностики і лікування хворого з конкретним захворюванням. Канадські вчені вперше у світі розглянули лікарську діяльність з точки зору об’єктивних наукових принципів. Кваліфіковані лікарі-науковці притримуються принципів клінічно-експериментальної практики з визначенням: які наукові факти стверджують, що будь-який клінічний прояв справді зумовлений відповідним патологічним процесом, захворюваннями. Які біохімічні чи феноменологічні показники слід вважати аномальними, що спричиняють розвиток хвороби і як вони сприятимуть застосуванню ефективного фармакотерапевтичного засобу з метою підвищення ефективності лікування. Клініцисту, науковому працівнику, як і лікарю-практику, а також експериментатору необхідно вміти розпізнавати види систематичних помилок у відборі груп експериментальних тварин, у відборі пацієнтів для дослідження, інформативності методик дослідження, можливих статистичних помилок при аналізі отриманих результатів. Одним із напрямків доказової медицини є клінічна епідеміологія, яка вивчає закономірності поширення та методи дослідження в експерименті на тваринах, при дослідженні захворювань людей, прогнозує перебіг патологічного процесу у кожного окремого пацієнта на основі вивчення експериментальних моделей і

безпосередньо вивчення перебігу хвороби в групах.

Дослідження в галузі клінічної епідеміології сприяє впровадженню у експериментально-клінічні дослідження об’єктивних методів біостатистики, критеріїв достовірності та технологій узагальнення результатів. Насамперед це стосується експериментально-клінічних досліджень випробувань лікарських засобів, нових технологій діагностики та раціональної фармакотерапії. Це сприяє розробці рекомендацій та державних стандартів випробувань лікарських засобів, діагностики, профілактики, лікування й організації медичної допомоги. Згідно з експертами Шведської ради з методології оцінки в системі охорони здоров’я, достовірність різних джерел неоднакова. Втрата достовірності результатів убуває в певному порядку: рандомізовані з подвійним сліпим контролем, рандомізовані контрольовані дослідження, нерандомізовані контрольовані дослідження з одночасним контролем, нерандомізовані контрольовані дослідження з історичним контролем, когортні дослідження, дослідження типу “випадок-контроль”, перехресні клінічні дослідження, результати спостережень, описи окремих випадків.

Сучасні досягнення доказової медицини надають можливість науковцям і лікарям-практикам, незалежно від місця проживання чи місця роботи, отримати можливість раціонально поєднувати власний, набутий досвід у лікуванні хвороб зі світовими здобутками експериментально-клінічної наукової бази. Принципи і постулати доказової медицини сприяють постійному оновленню та вдосконаленню методологій експериментально-клінічної практики з урахуванням нових досягнень медичної науки і світового досвіду.

Принцип доцільних експериментально-клінічних досліджень передбачає максимальне залучення всіх доступних матеріалів та методів дослідження як в експерименті, так і при клінічних випробуваннях фармакотерапевтичного засобу в єдиному діагностичному та лікувальному комплексі.

Наступний принцип доказової медицини і клінічної епідеміології – це раціональна фармакотерапія як основа створення індивідуальних програм високоєфективного, безпечного, економічно виправданого принципу чи схеми лікування певного захворювання. Принцип раціональної фармакотерапії передбачає постійне підвищення небезпечності медичних втручань, яке досягається розробкою і проведенням експериментальних і клінічних досліджень з встановленням їх ефективності.

Провідними принципами доказової медицини стає принцип колективної відповідальності хіміка (який “створив” нову речовину), дослідника-науковця (який в експерименті досліджував нову речовину), лікаря-практика чи лікаря-науковця (який досліджував лікарську речовину у клінічному експерименті),

пацієнтів (яким призначали новий потенційний лікарський засіб), клінічних провізорів (які досліджували фармбезпеку потенційного лікарського засобу), фармакологів, спеціалізованих бригад медичних фахівців за високу ефективність ретельного дослідження в експерименті і клініці, принцип міжнародної та національної стандартизації медичних втручань для залучення в медичній практиці тільки найефективніших, безпечних та економічно виправданих методів дослідження, лікування і профілактики.

Доказова медицина є стратегічним напрямом реформування усіх сфер медичної науки і клінічної практики, є методологічною основою формування нового світогляду лікаря з безперервним застосуванням світового досвіду і новими досягненнями медичної науки.

ПРИ ПІДГОТОВЦІ СТАТЕЙ ДО ЖУРНАЛУ “МЕДИЧНА ОСВІТА” ПРОСИМО ДОТРИМУВАТИСЯ ТАКИХ ВИМОГ

1. Стаття повинна мати відношення установи з рекомендацією до друку та підписом керівника установи й експертний висновок про можливість відкритої публікації, які завірені печаткою. Під текстом статті обов'язкові підписи всіх авторів. Окремо необхідно вказати науковий ступінь і вчене звання кожного автора, а також прізвище, ім'я, по батькові, адресу, телефон і факс автора, з яким можна вести листування і переговори.

2. Статтю треба друкувати на одному боці аркуша формату А4 (210-297 мм), 1800-2000 друкованих знаків на сторінці, українською мовою. Надсилати необхідно 2 примірники статті.

3. Обсяг статті, включаючи таблиці, рисунки, список літератури, резюме, не повинен перевищувати 8 сторінок.

4. Матеріал необхідно готувати на комп'ютері за стандартом IBM. Електронний варіант статті надсилати на дискеті 3,5". Текст треба набирати у програмі WORD 6,0 або будь-якої вищої версії, рисунки готувати у форматах JPG, TIF, CDR. Для формул бажано використовувати вбудований у WORD редактор формул.

5. Статті треба писати за такою схемою: УДК, назва роботи (великими літерами), ініціали і прізвища авторів, повна назва установи, назва статті англійською мовою (великими літерами), ініціали і прізвища авторів англійською мовою, повна назва установи англійською мовою, резюме українською мовою, резюме англійською мовою, вступ, основна частина, висновки, література (слова “вступ”, “основна частина”, “висновки” виділяти напівжирним шрифтом).

Відповідно до Постанови Президії ВАК України від 15.01.2003 р. за № 7-05/1 всі статті, подані до друку, якщо вони належать до рубрик “Вдосконалення вищої медичної освіти” та “Досвід з організації навчальної роботи”, повинні містити (у межах вказаних нижче частин) такі необхідні елементи (за їх відсутності стаття не буде прийматись до друку):

У вступі – постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями; аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми і на які спирається автор; виділення невирішених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується означена стаття.

В основній частині – формулювання цілей статті (постановка завдання); виклад основного матеріалу з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів.

У висновках – висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у даному напрямку.

6. Ілюстрації до статті (діаграми, графіки, фотографії) треба надсилати у двох примірниках. На звороті кожної ілюстрації необхідно вказати номер, прізвища авторів і відмітки “Верх”, “Низ”. Фотографії повинні бути контрастними, рисунки – чіткими. Таблиці повинні мати короткі заголовки і власну нумерацію. Відтворення одного і того ж матеріалу у вигляді таблиць і рисунків не допускається.

7. Усі позначення мір (одиниці різних величин, цифрові дані) необхідно подавати відповідно до міжнародної системи одиниць (СІ).

8. У тексті статті при посиланні на публікацію слід зазначати її номер згідно із списком літератури у квадратних дужках.

9. До статті додається список літератури, надрукований на окремому аркуші. Джерела друкують у порядку посилання на них у тексті незалежно від мови оригіналу.

Приклади бібліографічних посилань

– посилання на книги:

1. Выготский Л.С. Психология искусства. – М.: Искусство, 1987. – 348 с.

2. Руководство по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского. – М.: Медицина, 1983. – Т. 2. – 543 с.

3. Hobbiger F. Reactivation of phosphorylated acetylcholinesterase – Berlin: Springer, 1963. – 988 p.

4. The peptides. Analysis, synthesis, biology / Ed. by S. Udenfriend – New York: Acad. Press, 1984. – 410 p.

Якщо кількість авторів книги, статті, тез доповідей п'ять і більше, то подавати належить лише три прізвища з наступним “та ін.”, “и др.”, “et al.”.

5. Контроль и регуляция иммунного ответа / Г.В. Петров, Р.М. Хантов, В.М. Манько и др. – М.: Медицина, 1981. – 311 с.

Перекладні видання:

6. Гроссе Э., Вайсмангель Х. Химия для любознательных: Пер. с нем. – М.: Химия, 1980. – 392 с.

– посилання на статті:

1. Гарина М.Т. Тестовый контроль в мединституте // Клинический хирург. – 1994. – № 5. – С. 67-68.

2. Chisari F.V. Regulation of human lymphocyte function by a soluble extract from normal human liver // J. Immunol. – 1978. – 121, № 4. – P. 1279-1286.

– посилання на доповіді, тези доповідей:

1. Сучасні методи організації навчального процесу з біохімії та їх оптимізація / Я.І. Гонський, Г.Г. Шершун, І.М. Кліщін. // Проблеми підготовки медичних та фармацевтичних кадрів в Україні: Тези доп. наук.-метод. конфер. – Київ-Полтава, 1998. – С. 115-116.

– посилання на патенти, авторські свідоцтва:

1. А.с. 1007970 СССР, МКИ В 25 G 15/00. Устройство для захвата неориентированных деталей / В.С. Батулин, В.Г. Кемайкин. – Опубл. 30.08.81. – Бюл. № 12. – 2 с.

2. Пат. 4601552 США, МКИ G 03 B 27/74. Microfilming system with zone controlled adaptive lighting / Wise David S. (США). – Опубл. 22.06.86. – НКИ 355/68. – 3 с.

– посилання на дисертації і автореферати дисертацій:

1. Кияшко А.О. Влияние антиоксидантов на состояние клеточных мембран и обмен белка при ожоговой болезни: Дис. ... д-ра мед. наук. – Тернополь, 1983. – 280 с.

2. Фіра Л.С. Активність мембранозалежних ферментів при опіковій хворобі: Автореф. дис. ... канд. біол. наук. – Львів, 1987. – 16 с.

– посилання на укази, накази, постанови, закони:

1. Про основні напрямки реформування вищої освіти в Україні: Указ Президента України № 832/95 від 12.09.95.

2. Про розробку типових навчальних планів та програм підготовки лікарів на циклах спеціалізації: Наказ МОЗ України № 197 від 9.07.97.

3. Про затвердження положення про державний вищий заклад освіти: Постанова Кабінету Міністрів України № 1074 від 5.09.96.

4. Про освіту: Закон України № 100/96 ВР від 23.03.96.

10. Редакція виправляє термінологічні та стилістичні помилки, усуває зайві ілюстрації, при потребі скорочує текст.

11. Статті, оформлені без дотримання наведених правил, не реєструються. У першу чергу друкуються статті передплатників журналу, а також матеріали, що замовлені редакцією.

12. Автор несе повну відповідальність за достовірність даних, наведених в статті і в списку літератури.

13. Статті треба відсилати за адресою:

Редакція журналу “Медицина освіта”

Тернопільський державний медичний університет

ім. І.Я. Горбачевського

Майдан Волі, 1

46001, Тернопіль

Україна.

Бажаємо успіху!