

Підготовка за спеціальністю «Загальна практика–сімейна медицина»: недоліки програмного забезпечення

Є.Х. Заремба, Ю.Г. Кияк, Р.Ю. Грицко, О.В. Заремба

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

У статті проаналізовані чинні програми спеціалізації лікарів-інтернів і курсантів циклу перепідготовки лікарів-терапевтів і педіатрів дільничних за спеціальністю «Загальна практика–сімейна медицина». Показано, що програми спеціалізації сімейних лікарів мають відповідати сучасним вимогам освітньо-кваліфікаційних характеристик, уніфікованим та локальним протоколам надання превентивної первинної медичної та невідкладної допомоги хворим, а також Державній формулярній системі лікарських засобів, а їхнє навчання має відбуватися переважно у закладах первинної медичної допомоги, що працюють на засадах сімейної медицини.

Ключові слова: сімейні лікарі, первинна спеціалізація, програми навчання, заклади первинної медичної допомоги.

Законом України «Про внесення змін до основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги від 07.07.2011 року» визначено, що первинну медичну (медико-санітарну) допомогу з 1 січня 2000 року в Україні будуть надавати лише сімейні лікарі [1].

Сімейним лікарям цим самим Законом надано право координувати та інтегрувати діяльність будь-якого спеціаліста системи охорони здоров'я з метою надання якісної пацієнт-орієнтованої медичної допомоги. А це потребує компетентної підготовки такого фахівця.

Спеціалізацію із загальної практики–сімейної медицини (ЗП–СМ) лікарі проходять як в інтернатурі, так і на 6-місячних циклах перепідготовки дільничних терапевтів і педіатрів. Ця спеціалізація має спрямовуватись переважно на забезпечення первинної та вторинної профілактики захворювань, ранню діагностику хронічних хвороб, планування оптимального діагностичного пошуку у процесі диференціальної діагностики, надання невідкладної допомоги та визначення показань для екстреної госпіталізації, участь у медико-соціальної реабілітації хворих, організацію лікувально-профілактичної роботи в об'єднаних територіальних громадах.

Оскільки сімейні лікарі на основі названого вище Закону надають виключно первинну медичну допомогу (ПМД) у центрах ПМД, які є закладами охорони здоров'я, і не мають права надавати вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу [1], їхня підготовка в інтернатурі повинна бути сконцентрована у закладах інтегративної сімейної медицини, в яких окрім центрів ПМД у консультативних центрах працюють лікарі-інфекціоністи. Вони надають консультативну допомогу лікарям ЗП–СМ.

Лікарі-інтерни за спеціальністю «Загальна практика–сімейна медицина» повинні вивчати процеси надання ПМД хворим (клас I). Порядок і об'єм медичних компетенцій та забезпечення медичних маршрутів пацієнта лікарем ЗП–СМ затверджені МОЗ України у 2011 році [4].

Формування професійних компетенцій сучасних сімейних лікарів під час первинної спеціалізації вимагає інших

підходів, ніж звичайний біомедичний алгоритм проведення заняття за схемою «діагностика – лікування – профілактика». У результаті спеціалізації на післядипломному етапі сімейний лікар у повсякденній практичній роботі зможе синтезувати дуже широкий спектр набутих знань, умінь і професійних навичок. Підготовка сімейних лікарів в Україні як на додипломному, так і на післядипломному етапі, не позбавлена недоліків, що пов'язані з недостатнім урахуванням нових компетентнісних вимог до таких фахівців.

На виконання Закону України щодо поліпшення якості та ефективності первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини **метою дослідження** є удосконалення підготовки сімейних лікарів у процесі спеціалізації в інтернатурі та на циклі спеціалізації колишніх дільничних терапевтів і педіатрів. Для досягнення поставленої мети сформульовані такі завдання:

- оцінити чинні програми первинної спеціалізації сімейних лікарів в інтернатурі та на циклах перепідготовки із ЗП–СМ і внести пропозиції щодо їхнього удосконалення;
- змінити профілактичну, діагностичну та лікувальну спрямованість роботи сімейних лікарів на потреби пацієнтів щодо зниження захворюваності, інвалідизації та смертності хворих;
- підвищити якість ПМД щодо профілактики, ранньої діагностики та лікування захворювань на основі поліпшення компетентності сімейних лікарів у процесі їхньої первинної спеціалізації. Доступність, керованість, профілактична спрямованість, стандартизація і доказовість медичних послуг сімейних лікарів на основі протоколів ПМД та регіональних і локальних формулярів лікарських засобів виступають важливими інструментами управління досягненням високої якості медичних послуг.

Створена модель спеціалізації значної кількості сімейних лікарів протягом 6 міс із терапевтів і педіатрів не зовсім себе виправдала. Перенавчання за програмою «Загальна практика–сімейна медицина» професійно спрямованих зі значним стажем роботи на посадах дільничних терапевтів і педіатрів внесла до психологічних пріоритетів стереотипи минулої професійної діяльності, що стали суттєвим бар'єром для подальшого удосконалення професійної майстерності та якості роботи таких спеціалістів.

Одним із сучасних аспектів функціонування СОЗ є глибоке проникнення у сферу охорони здоров'я з її гуманістичними пріоритетами методів та інструментів економічного механізму управління. Застосування економічних законів у діяльності закладів охорони здоров'я зумовлено об'єктивною необхідністю функціонування системи охорони здоров'я в реальних ринкових (маркетингових) умовах. Однак професійний маркетинг взагалі не зазначається у програмах спеціалізації сімейних лікарів, хоча процеси професійного маркетингу мають важливе значення у стосунках між сімейним лікарем і пацієнтом.

Маркетинг медичних послуг в Україні є новим напрям-

ком професійної діяльності лікарів. Він стає особливо важливим з переходом до ринку медичних послуг, на якому виступають продавці та покупці медичних послуг як особливо го товару, що не продукується «на склад». Щоб ефективно використовувати маркетинг у практиці лікаря, його необхідно добре зрозуміти, використовуючи знання багатьох наук: соціології, економіки, психології, організації та управління охороною здоров'я.

На нашу думку, цикл маркетингу в інтернатурі повинен включати такі теми:

- Пацієнт як повноцінний учасник процесу маркетингу.
- Медичне обслуговування – особливий продукт маркетингового процесу.
- Концепції та методи маркетингу, особливості медичної маркетингології.
- Медичний працівник – компетентний педагог, який може створювати індивідуальні програми довготривалого лікування та медичної опіки хворих.

Особливого значення набуває в інтернатурі навчання сімейних лікарів принципам медичної валеології та превентивної медицини, що тісно пов'язані з формуванням, збереженням і зміцненням здоров'я пацієнтів різних вікових груп в об'єднаних територіальних громадах. Адже одним із основних завдань сімейних лікарів має бути просвітня робота серед населення, тому що середовище існування людини має багато чинників ризику розвитку хвороб.

Добре було б навчити майбутніх сімейних лікарів і пацієнтів різним питанням валеології та превентивної медицини. Освіта, а особливо санітарна освіта і гігієнічне виховання, є незамінним елементом у процесі лікування будь-якого хворого. При лікуванні того чи іншого захворювання необхідно черпати знання із багатьох програм, документів, міжнародних клінічних настанов. Вихідним пунктом в освітньому процесі є передавання в максимально можливий та зрозумілий спосіб інформації на відповідну тему.

Одне з основних завдань сімейних лікарів – просвітня робота серед хворих. Середовище існування людини повне чинників ризику розвитку хвороб.

Дві чинні програми (інтернатури та спеціалізації) із ЗП–СМ майже ідентичні та відрізняються лише за кількістю годин на їхнє виконання. Вони складені без урахування попереднього багажу знань як лікарів-інтернів, так і курсантів та є повторенням програми навчання студентів. Розподіл програм на блоки надуманий, а їхні назви мало зрозумілі.

Що стосується протоколів надання первинної медичної допомоги інфекційним хворим сімейними лікарями в амбулаторних умовах, то для більшості захворювань вони не опрацьовані та не упроваджені у закладах ПМД. Тому кожна кафедра різні розділи програм для інтернів і курсантів подає на свій розсуд.

Навчання майбутніх інтернів і курсантів слід починати від діагностики синдромів (переважно хворі звертаються із синдромом) з проведенням диференціальної діагностики за нозологіями різних захворювань. Адже згідно з освітньо-професійною програмою та освітньо-кваліфікаційної характеристики від сімейного лікаря вимагається рання постановка діагнозу і скерування хворого у вторинний рівень надання спеціалізованої медичної допомоги. Це, у свою чергу, негативно впливає на лікаря, який направляє хворого до вузького спеціаліста, а питання, чи правильно було припущення відносно діагнозу, його не цікавить, немає мотивації для правильного встановлення діагнозу та багато іншого. На даний час ми крокуємо у навчанні сімейних лікарів до фельдшеризму.

Заслугує на увагу досвід підготовки сімейних лікарів за допомогою інтерактивних методів навчання та рольових ігор, що дозволяє моделювати різні клінічні ситуації, які максимально наближені до практичної роботи сімейного лікаря в

амбулаторії чи вдома за місцем проживання/перебування хворого [5–7].

При цьому більшість тем для майбутніх сімейних лікарів в інтернатурі чи на циклі спеціалізації повинні вивчатись в умовах амбулаторно-поліклінічних закладів, в яких працюють виключно фахівці сімейної медицини, які мають компетентно виконувати свої функціональні обов'язки з ранньої діагностики, їхньої профілактики та визначають медичні маршрути пацієнтів, а також за необхідності надають невідкладну допомогу, що визначено локальним протоколом медичної допомоги хворим на різні захворювання на рівні закладу ПМД. Локальні протоколи медичної допомоги опрацьовуються для конкретного закладу ПМД на основі міжнародних клінічних настанов, національних стандартів та уніфікованих клінічних протоколів, опрацьованих провідними спеціалістами держави і затверджених МОЗ України.

Усім відомо, що профілактика є завжди дешевшою та ефективнішою, ніж лікування. Тому необхідно пам'ятати про профілактичну спрямованість роботи сімейного лікаря і передбачити більше годин на профілактику як соматичних, так і інфекційних хвороб. Просто згадувати про профілактику (1 година на предмет) – несерйозно. Про що молодий лікар буде говорити з хворим? У нього просто не вистачить знань.

Нами проаналізовано 65 234 консультації сімейними лікарями дорослого населення. Виявлено, що жінки звертались до сімейних лікарів частіше (58%), ніж чоловіки. За структурою захворювань під час консультацій виявлені гострі інфекції та хвороби верхніх дихальних шляхів у 42% пацієнтів, ішемічна хвороба серця – у 18,7, артеріальна гіпертензія – у 17,7, гострі кишкові інфекції – у 7,2, порушення ліпідного обміну – у 7, цукровий діабет – у 3,5, гострі інфекційні захворювання нижніх дихальних шляхів – у 2,6, травми та ураження опорно-рухової системи – у 2 та невралгії – у 1,5% пацієнтів [8, 9]. Сюди не включені гострі та хронічні вірусні гепатити та ВІЛ-інфекція.

У програмах підготовки лікарів-інтернів та курсантів із ЗП–СМ слід обов'язково запланувати вивчення інфекційних і паразитарних хвороб у закладах ПМД. В амбулаторних закладах мають також детально вивчатись проблеми імунпрофілактики інфекційних захворювань як серед дорослих, так і особливо у дітей.

На нашу думку, програми підготовки лікарів-інтернів і курсантів ЗП–СМ необхідно опрацювати за принципом компетентної підготовки спеціалістів до виконання своїх професійних функцій у закладах ПМД згідно їхніх посадових функцій та уніфікованих і локальних протоколів медичної допомоги хворим на інфекційні та паразитарні хвороби. При цьому слід враховувати вимоги Державної формулярної системи лікарських засобів для лікування різних захворювань, регіональних та локальних формулярів лікарських засобів для лікування інфекційних і паразитарних захворювань у закладах ПМД сімейним лікарем.

Вони є основними інструментами державного управління якістю ПМД у практиці сімейного лікаря, що ґрунтується на основі методів доступності, керованості з боку сімейного лікаря, профілактичної спрямованості, стандартизації та доказовості медичних послуг.

Що означає інтегроване ведення пацієнтів з підозрою на інфекційні захворювання? З ким або з чим інтегруватися? Яким нозологічним формам чи синдромам надати перевагу, акцентувати увагу? Які симптоми та синдроми, семіотики та основні методи й особливості діагностики інфекційної патології? Які інвазії? Як можна лікувати інфекційних хворих вдома? Які можуть бути нормативно-правові акти? Це нонсенс. Такі стаціонари сьогодні можна організувати хворим на хронічний гепатит В або С для лікування інтерферонами. Трохи більше це зустрічається у програмі для інтернів, але, знову ж, наведені теми взяті з програми для студентів 5 курсу. Зовсім не враховано потреби сімейного лікаря.

На принципах синдромальної діагностики у програмах підготовки сімейних лікарів необхідно включити такі теми, як гарячка; екзантеми та енантими, які зустрічаються у хворих на інфекційні та паразитарні хвороби; жовтяничний синдром; діарейний синдром; харчовий інтоксикаційний синдром мікробного походження; кишкові інфекційні хвороби з переважним ураженням товстої кишки; гельмінтози; менінгіальний синдром; ангіни та дифтерія; вірусні гепатити (гострі та хронічні); грип та інші гострі респіраторні вірусні хвороби (ГРВХ), їхня рання та диференціальна діагностика; інфекційні захворювання; інфекційні захворювання з ураженням нервової системи (сказ, правець); інфекційні хвороби з ураженням шкіри (бешіха, еризипілоїд, феліноз); TORCH-інфекції (токсоплазмоз, краснуха, цитомегаловірус, герпес 1-го та 2-го типів). Особливо слід включити до програм ускладнення внаслідок застосування ліків, антибіотикоасоційовані діареї.

Для повноцінного забезпечення навчального процесу на циклі спеціалізації сімейних лікарів із ЗП–СМ необхідно виділити кафедри інфекційних хвороб 72 год, для інтернатури – 156 год.

Міжнародними медико-санітарними правилами 2005 року на поняття про біобезпеку (чума, натуральна віспа, жовта гарячка, геморрагічні гарячки Ласса, Ебола) – 24 год; на проблеми ВІЛ-інфекції та вірусних гепатитів – 36 год.

Особливо важливим у процесі спеціалізації сімейних лікарів з інфектології є відсутність повторення курсу навчання їх на додипломному етапі навчання в університеті, а сам процес професійної освіти слід базувати на інтерактивних технологіях [9].

Питання імунопрофілактики згадується лише у програмі інтернатури, на яку виділено 6 год, та й то у додатковій програмі, що кафедри опускають за браком виділених годин. А практично це питання не розглядається взагалі, не говорячи вже про спеціалізацію та ПАЦ. А це питання, як ми бачимо, в Україні надзвичайно актуальне: брак вакцин і недотримання календаря щеплень, відсутність пропаганди щеплень (а це одна з ланок роботи сімейного лікаря) та їхньої безпечності, масові відмови, навіть є факти про агітацію батьків відмовлятися від щеплень з боку лікарів, особливо педіатрів. Що говорити про позапланові щеплення (грип, папілома, гепатит В тощо)? Щоб майбутній сімейний лікар зміг переконати населення, у першу чергу він повинен сам це виконувати і мати знання для аргументації своєї думки. А викладачі вищих медичних навчальних закладів повинні акцентувати увагу на найважливішому з цієї проблематики.

На нашу думку, програму необхідно розробляти за принципом найімовірнішого застосування у практичній діяльності. Відповідно, виділених годин занадто мало. І щоб ці теми не були повторенням курсу навчання в університеті, а

адаптовані до практичних потреб сімейної медицини. Найголовніше – навчити молодих лікарів вчитися свого фаху, і заняття повинні бути у вигляді проблемних дебатів, дискусій, а не одностороннім викладанням інформації з боку викладача.

ВИСНОВКИ

1. Чинні програми спеціалізації сімейних лікарів не відповідають сучасним вимогам щодо надання ними якісної та ефективної первинної медичної допомоги в амбулаторіях сімейної медицини, центрах первинної медичної допомоги та поліклініках (клініках) інтегративної сімейної медицини.

2. Сучасні програми та плани спеціалізації сімейних лікарів мають відповідати як сучасним вимогам їхніх освітньо-кваліфікаційних характеристик, так і уніфікованим і локальним протоколам надання первинної медичної та невідкладної допомоги хворим, а також Державній формулярній системі лікарських засобів.

3. Навчальний процес під час спеціалізації сімейних лікарів має відбуватися переважно у закладах первинної медичної допомоги, де вперше лікарі зустрічаються з хворими в амбулаторії загальної практики–сімейної медицини чи вдома за місцем проживання або перебування в осередку інфекції, надають всі необхідні при цьому медичні послуги, визначають подальший медичний маршрут пацієнта.

4. Вивчення методів доступності, керованості, профілактичної спрямованості, стандартизації та доказовості на основі уніфікованих і локальних протоколів первинної медичної допомоги у закладах сімейної медицини й регіональних і локальних формулярів лікарських засобів сприятиме підвищенню якості їхньої роботи щодо профілактики, ранньої діагностики та лікування.

5. Особливо важливим у процесі спеціалізації сімейних лікарів є відсутність повторення курсу навчання на додипломному етапі навчання в університеті, а сам процес професійної освіти слід базувати на інтерактивних технологіях.

6. Що стосується додипломної підготовки майбутніх сімейних лікарів то на їхню підготовку виділено лише 90 год (40 практичних) на шостому році навчання за тематикою: амбулаторна терапія, хірургія, педіатрія, акушерство-гінекологія. У результаті студенти не мотивовані і професійно не підготовлені для надання адекватної фахової допомоги. Питання розроблення мультидисциплінарної програми підготовки з дисципліни «Загальна практика–сімейна медицина» на додипломному етапі підготовки є нагальною проблемою часу і повинна відповідати запиту українського суспільства [10].

У подальшому науковій розробленні повинні бути спрямовані на підготовку сімейних лікарів за наскрізною програмою на додипломному та післядипломному етапах.

Подготовка по специальности «Общая практика–семейная медицина»: недостатки программного обеспечения Е.Х. Заремба, Ю.Г. Кияк, Р.Ю. Грицко, О.В. Заремба

В статье проанализированы действующие программы специализации врачей-интернов и курсантов цикла переподготовки врачей-терапевтов и педиатров участковых по специальности «Общая практика–семейная медицина». Показано, что программы специализации семейных врачей должны отвечать современным требованиям образовательно-квалификационных характеристик, унифицированным и локальным протоколам предоставления превентивной первичной медицинской и неотложной помощи больным, а также Государственной формулярной системы лекарственных средств, а их обучение должно происходить преимущественно в заведениях первичной медицинской помощи, работающих на принципах семейной медицины

Ключевые слова: семейные врачи, первичная специализация, программы обучения, организации первичной медицинской помощи.

Preparation by the specialty «General practice – family medicine» defective drawbacks of the training program YE.H. Zaremba, J.G. Kyiak, R.Y. Hrytsko, O.V. Zaremba

Current programs of specialization for interns and trainees of the retraining cycle for doctors-internists and district pediatricians by the specialty «General practice–family medicine» have been analyzed in the article. It has been shown that specialization programs for family doctors on should meet the requirements of educational and qualification characteristics, unified and local protocols of providing preventive primary medical and emergency aid to patients, as well as State formulary system of drugs. The training should be provided principally in establishments of primary medical aid, based on family medicine.

Key words: family doctors, primary specialization, training programs, establishments of primary medical aid.

Сведения об авторах

Заремба Евгения Хомовна – Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого, 79010, г. Львов, ул. Пекарская, 69

Грицко Роман Юлианович – Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого, 79010, г. Львов, ул. Пекарская, 69; тел.: (067) 701-05-56. E-mail GRJ3@3g.ua

Княк Юлиан Григорьевич – Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого, 79010, г. Львов, ул. Пекарская, 69

Заремба Ольга Витальевна – Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого, 79000, г. Львов, ул. Копальная, 4 А; тел.: (067) 747-92-02

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги: Закон України № 3611-VI від 07.07.2011 р.
2. Лемішко Б.Б. Розвиток інтегративної сімейної медицини в Україні / Б.Б. Лемішко, І.О.Мартинюк // Сімейна медицина. – 2014. – № 3 (53). – С. 12–14.
3. Грицко Р.Ю. Державне управління системою освіти фахівців сімейної медицини в Україні / Р.Ю. Грицко. – Дрогобич: Просвіт, 2014. – С. 150–192.
4. Порядок організації надання медичної допомоги та забезпечення маршрутів пацієнта лікарем загальної практики–сімейним лікарем при різних клінічних станах та захворюваннях / Л.Ф. Матюха, В.М. Лехан, Н.Г. Гойда [та ін.]. – К.: МОЗ України, 2011. – 47 с.
5. Просветов Ю.В. Сучасні форми навчання лікарів загальної практики – сімейної медицини в умовах реформування медичної галузі / Ю.В. Просветов, А.Ю. Гусарова, А.В. Ловіч [та ін.] // Сімейна медицина. – 2015. – № 1 (63). – С. 30.
6. Лещенко І.Б. Особливості інтегративного підходу в удосконаленні післядипломної освіти лікаря / І.Б. Лещенко, Т.А. Лісовченко // Медична освіта. – 2011. – № 3. – С. 73–75.
7. Шуматов В.Б. Формирование умений и навыков в системе профессиональных компетенций студентов в медицинском ВУЗе / В.Б. Шуматов, Е.В. Крукович, А.Я. Осин [и др.] // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2010. – № 4. – С. 82–86.
8. Грицко Р.Ю. Структурний аналіз захворюваності населення у практиці сімейного лікаря / Р.Ю. Грицко, О.Б. Ворожбит, О.М. Грицко // Вірусні хвороби: ВІЛ-інфекція / СНІД: Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю і пленуму Асоціації інфекціоністів України 03–04 жовтня. – Алушта, 2013. – С. 233–234.
9. Грицко Р.Ю., Андрейчин М.А. Нодоліки програми підготовки лікарів-інтернів і слухачів циклів спеціалізації за спеціальністю «Загальна практика–сімейна медицина» з інфекційних хвороб // Інфекційні хвороби – 2016, № 3 (85). – С. 9–92
10. Бабінець Л.С., Боровик І.О., Корильчук Н.І. та ін. Необхідність оновлення навчальної програми додипломної медичної освіти у зв'язку з пріоритетністю загальної практики–сімейної медицини // Сімейна медицина. – 2016. – № 4 (64). – С. 118–119.

Статья поступила в редакцию 05.12.2016

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

УЧЕНЫЕ СОЗДАЛИ УДАРОПРОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ СО СВОЙСТВАМИ НАДКОСТНИЦЫ

Специалисты из Университета Нового Южного Уэльса впервые создали материал, обладающий свойствами надкостницы.

Они надеются, что новый материал можно будет использовать для любых задач, начиная от создания защитных костюмов, затвердевающих при ударе, и заканчивая имплантатами суставов. Отчет о проделанной работе они опубликовали в журнале Scientific Reports.

Надкостница - это мембрана, покрывающая кость снаружи и обладающая рядом привлекательных для ученых свойств. Она способна

защищать кости при высоких ударных нагрузках, обеспечивая им дополнительную прочность.

В ходе работы ученые сначала построили 3D-модель надкостницы, чтобы изучить ее архитектуру, выделить ключевые особенности и создать прототип нового "умного" материала. Затем проверили, возможно ли создать такие же переплетения тканей с помощью специального ПО. Прототип предполагалось изготовить из коллагена и эластина, белков, обеспечивающих эластичность и прочность соединительных тканей. Проблемой оказался слиш-

ком маленький размер этих белков - "соткать" из них новую ткань не получилось. Поэтому команда использовала шелк и эластичные материалы. В результате они получили образцы ткани, имитирующей поведение надкостницы при ударах и деформации.

Исследователи отмечают, что такой подход, включая компьютерное моделирование и выявление ключевых компонентов, может быть использован для создания и других материалов с совершенно другими свойствами.

<https://www.gazeta.ru>

Доказова медична профілактика: міжнародний досвід

О.Г. Пузанова

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

Мета дослідження: вивчення міжнародного досвіду розвитку профілактичної медицини на засадах доказової медицини (ДМ) та визначення перспектив його використання в Україні. **Матеріали та методи.** З використанням основних принципів і методів наукового дослідження (універсальних, системного підходу, кількісно-якісного інформаційного аналізу, класифікації та систематизації теоретичних та емпіричних даних, історичного, логічного, медико-статистичного) досліджено 529 науково-інформаційних джерел, у тому числі комп'ютерні бази даних ДМ, настанови спеціальних робочих груп і кохрейнівські огляди з питань профілактики, Реєстр медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги у системі МОЗ України тощо.

Результати. Визначено внесок зарубіжних наукових шкіл у розвиток ДМ і провідну роль у становленні доказової профілактичної медицини наукових розробок, здійснених у США і Великій Британії протягом 1930–1980 років; узагальнено міжнародний досвід організації та діяльності центрів доказової практики та робочих груп з профілактики; досліджено досвід розробки та впровадження в економічно розвинених країнах настанов з профілактики у первинній ланці, придатних для застосування в Україні. Уперше введено наукове поняття «доказова профілактика». Встановлено пріоритет реалізації ДМ у сфері профілактики інфекційних хвороб і первинної медичної допомоги (ПМД) у країнах Європи, розвиток напряму диференційованої доказової профілактики та ранньої доказової діагностики у первинній ланці охорони здоров'я США.

Заключення. Одержані результати підтвердили важливість урахування міжнародного досвіду у ході пріоритетного розвитку ПМД на засадах ДМ в системі охорони здоров'я України.

Ключові слова: доказова профілактика, первинна медична допомога, міжнародний досвід.

Доказова медицина (ДМ) є підходом до прийняття рішень і практики в охороні здоров'я, основу інформаційного забезпечення якого складають evidence (тобто «докази» – епідеміологічні та економічні, насамперед результати систематичних оглядів – СО), прийнятні для експертів і споживачів медичних послуг [3–4, 6–7, 13, 18]. Впровадження ДМ в Україні відбулося в останнє десятиліття шляхом створення системи стандартизації медичної допомоги. Відповідно до сучасних принципів і стратегічних напрямів розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я (СОЗ), необхідності підвищення ефективності профілактичних заходів на рівні первинної медичної допомоги (ПМД) нами обгрунтовано концепцію доказової профілактики в охороні здоров'я. Важливим етапом цієї роботи було комплексне дослідження історико-генезисних і методологічних засад профілактичної медицини та ДМ, міжнародного досвіду діяльності зі становлення доказової профілактичної медицини (у Великій Британії, країнах Північної Америки та Європи, Китаї, Індії, Японії, Австралії, Росії) [3].

Мета дослідження: вивчення міжнародного досвіду розвитку профілактичної медицини на засадах доказової медицини (ДМ) та визначення перспектив його використання в Україні.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Була проаналізована спеціальна література з історії медицини, філософії, епідеміології, медичної профілактики, медичної статистики, біоетики, клінічної епідеміології (КЕ), ДМ; біографічна література; нормативно-правові, стратегічні та декларативні документи міжнародного та державного рівня; галузеві програми; аналітичні та статистичні звіти (у тому числі центрів доказової практики (ЦДП), кохрейнівських центрів, робочих груп з профілактики); автореферати й рукописи дисертаційних досліджень із соціальної медицини, філософії, державного управління; електронні та друковані ресурси ДМ, у тому числі матеріали клінічних досліджень, СО, клінічних настанов (КН), економічних аналізів і комп'ютерних баз даних (КБД) [3].

Загалом вивчено 529 джерел, у тому числі:

- 156 КН Американської робочої групи з профілактичних послуг (USPSTF) 1996–2014 рр. [20];
- 52 КН Канадської робочої групи з профілактики (CTF-PHC) [5];
- 28 КН, виданих у 2001–2008 рр. у Німеччині за програмою NVL [14];
- 300 СО, які протягом 2011–2013 рр. склали топ-50 на веб-сайті Кохрейнівського Співробітництва [16].

Методологічну основу роботи склали наступні принципи наукового дослідження: діалектичний, міждисциплінарний, цілісний, комплексний, системний, термінологічний, історичний, інформаційний, пізнавальний, ціннісний, діяльнісний.

Використано методи наукового дослідження: універсальні, системного підходу, кількісного та якісного інформаційного аналізу, класифікації та систематизації теоретичних та емпіричних даних, історичний, логічний, медико-статистичний тощо.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В історичному аспекті нами було доведено зв'язок профілактичної медицини насамперед з епідеміологією інфекційних захворювань, а ДМ – з епідеміологією неінфекційних захворювань (НІЗ) і КЕ. Одержані результати дозволили визначити провідну роль у становленні доказової профілактичної медицини наукових розробок, здійснених у США і Великій Британії впродовж 1930–1980 років. З'ясовано, що на сучасному етапі розвитку ДМ (2011) важливими сферами її реалізації у Європі є профілактика інфекційних захворювань і первинна ланка охорони здоров'я.

Дослідженням внеску зарубіжних наукових шкіл ДМ встановлено пріоритет США у визнанні КЕ методологічною основою профілактичної та сімейної медицини (професор Ельсько університету J.R. Paul, 1938) та розробленні еталонних КН з питань профілактики у первинній ланці (USPSFF, з 1989).

З дотриманням етичних вимог масштабні обсерваційні контрольовані дослідження з первинної профілактики неінфекційних захворювань (НІЗ) були вперше здійснені у США (Framingham Heart Study, FHS, з 1949 й до сьогодні) і Великій Британії (British Doctors Study, BDS, 1951–2001).