

**ІСТОРИЯ ВНУТРІШНЬОЇ
МЕДИЦИНИ ТА
КАФЕДРИ
ВНУТРІШНЬОЇ
МЕДИЦИНИ №3 ТА
ЕНДОКРИНОЛОГІЇ**

ІСТОРІЯ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ ТА КАФЕДРИ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ №3 ТА ЕНДОКРИНОЛОГІЇ





- Становлення та швидкий розвиток вітчизняної терапевтичної школи починається з XIX сторіччя і пов'язаний з діяльністю медичних факультетів університетів, які утворювалися на той період. Підготовка лікарів проходила в головних військових шпиталях Москви та Петербургу та у Московському університеті, який був заснований ще в 1755 році.
- У 1798 р. була відкрита Медико-хірургічна академія в Петербурзі. Медичний факультет був заснований у складі Харківського університету 15 січня 1805 року.



- Про історію викладання внутрішніх хвороб по періодах університетських уставів відомо, що в I-му періоді (1805 – 1835рр) серед 6 кафедр медичного факультету була єдина кафедра патології, терапії та клініки, якою завідували професори В.Ф.Дрейсиг (1807-1919), І.Д.Кнігін (1819-1829), Г.Ф.Брандейс (1829-1831), І.Н.Рейпольський (1831-1835).
- В II-му періоді (1835 – 1863рр) у складі 10 кафедр медичного факультету вже існували 2 кафедри, де викладались внутрішні хвороби: кафедра семіотики та кафедра окремої патології, терапії та терапевтичної клініки.
- На кафедрі семіотики проводилось викладання семіотики та загальної терапії. В 1859-1861 р. викладалися також енциклопедія медицини та методологія. Завідуючим кафедрою на протязі всього II-го періоду був професор Ф.К.Альбрехт (1838-1863).
- На кафедрі окремої патології, терапії та терапевтичної клініки викладали окрему патологію та терапію (П.А.Бушновський (1837-1844), К.А.Дюмонсі (1844-1867)), психіатрію, енциклопедію медицини.



- У III-му періоді (1863 – 1884 р.р.) кількість кафедр університету збільшилась до 17. Серед них було декілька кафедр терапевтичного профілю: кафедра загальної терапії та лікарської діагностики; кафедра спеціальної патології та терапії, на якій вивчались питання систематичного та клінічного викладання нервових, душевних та шкіряних хвороб; існували вже терапевтична факультетська клініка та терапевтична шпитальна клініка.
- Кафедрі загальної терапії та лікарської діагностики очолив професор І.Н.Станкевич (1864-1882), а кафедрою окремої патології та терапії до 1867р продовжував керувати К.А.Дюмонсі, а потім на чолі кафедри став професор Я.С.Кремянський (1868-1884).
- Викладання патології та терапії, а далі окремої патології та терапії проводилось тільки теоретично.



- Клініка внутрішніх хвороб медичного факультету Харківського університету була відкрита за пропозицією професора В.Ф.Дрейсига в 1814 р. в одному з флігелів університетського двору. Вона мала тільки 6 ліжок, на її базі проводилось навчання студентів 4-го та 5-го курсів. Це була єдина (!) клініка на той час. Першим директором її став В.Ф. Дрейсиг (1814-1819).
- У 1819р у зв'язку з непридатністю будови клініка була переведена в дерев'яний дім, що знаходився на березі річки Лопань, який був призначений до злому (далі він став університетським манежем).
- Після смерті В.Ф.Дрейсига, завідування клінікою було доручено професору І.Д.Кнігіну (1819-1828).



- З 1828р клініка розташовувалась в кам'яній будівлі університетського кварталу, розширена до 18 ліжок. Покращилось і викладання. Про завідуючого клінікою в ті часи професора Г.Ф. Брандейса (1828-1831) в архіві збереглися такі відомості, що «... відданий своїй науці, він досконало вивчив медицину та настільки ж був корисним для слухачів своїми теоретичними лекціями, скільки ж і практичними поясненнями в клініці».
- Після Г.Ф.Брандейса кафедрою терапевтичної клініки завідував професор А.І.Блюменталь (1831-1838). При ньому були зроблені перебудови та покращення в учбовому процесі, збільшилась кількість наглядових посібників.



- З 1838 року, під час керівництва кафедрою Ф.К.Альбрехтом (1838-1863), вперше почали складатись історії хвороби; на стаціонарному лікуванні знаходилось вже коло 100 хворих на рік, а амбулаторно відвідувало клініку до 1250 хворих.
- Після виходу в відставку Ф.К.Альбрехта кафедра терапевтичної клініки була незаміщеною майже 4 роки. Клінікою по сумісництву послідовно завідували професори К.А.Дюмонсі, І.П.Лазаревич, Д.Ф.Лямбль.

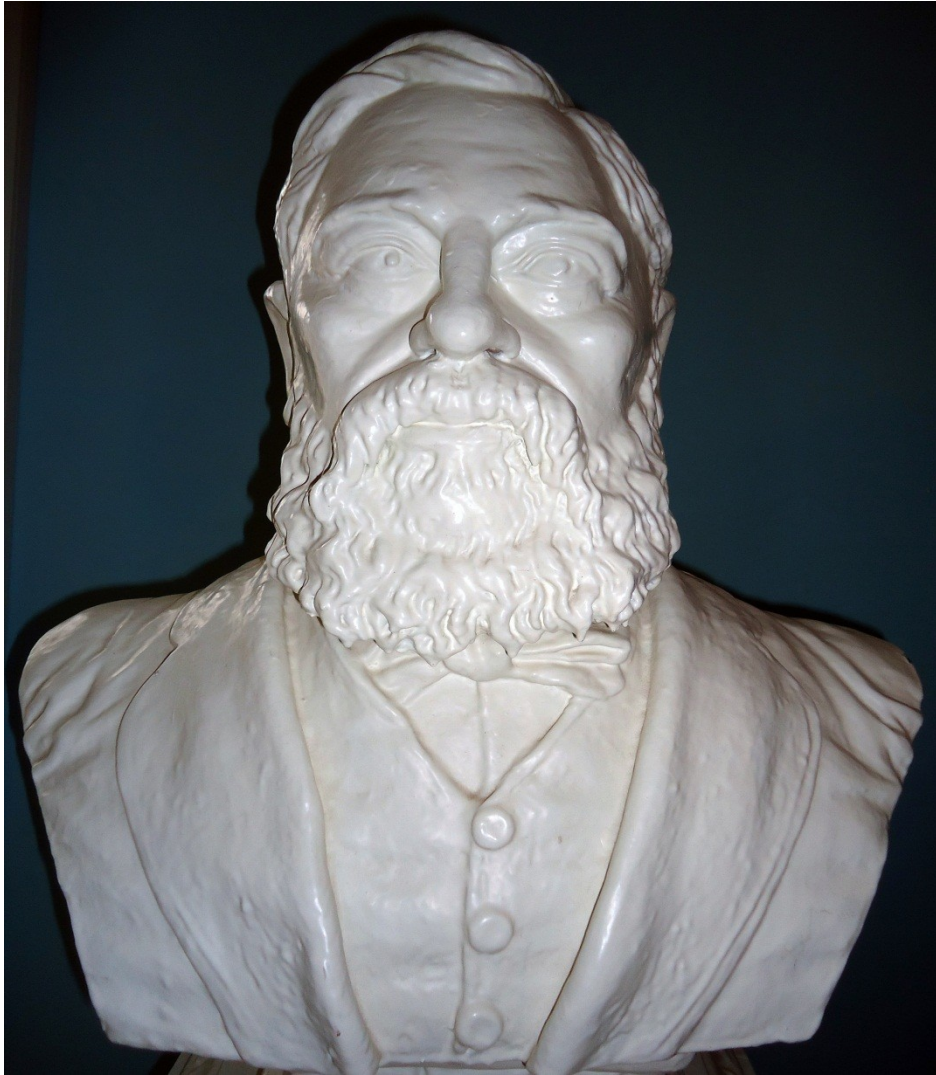


- У 1866 р. завідуючим клінікою був призначений професор Л.А.Маровський, який багато часу приділяв викладанню. Вперше була введена лярингоскопія, придбаний мікроскоп, почали широко проводити хімічні та мікроскопічні дослідження. Заповнювались історії хвороби, діагностична та лікувальна робота клініки покращились.
- В жовтні 1868р тимчасово (1868-69 навчальний рік) терапевтичною клінікою завідував В.Ф.Грубе (хірург), а потім 30 січня 1869р для керівництва кафедрою терапевтичної клініки був обраний талановитий учень С.П.Боткіна приват-доцент Медико-хірургічної Академії Валеріан Григорович Лашкевич.



Лашкевич В.Г.

- В 1866 р. В.Г.Лашкевич захистив дисертацію «Сравнительное действие на животный организм марганца и железа». В 1870 р. він був призначений екстраординарним, а в 1872 р. – ординарним професором та керував клінікою на протязі 20 років (до 1888 р.).
- В.Г.Лашкевич запровадив нові методи діагностики та терапії, організував клінічну лабораторію, багато уваги приділяв клінічному становленню студентів, складанню історій хвороб, навчанню методам диференційної діагностики, придбанню практичних навичок. На цей період у клініці вже було 22 ліжка.



- Після введення університетського уставу 1863 р. єдина терапевтична клініка, яка існувала до того часу у складі кафедри окремої патології, терапії та терапевтичної клініки, була розподілена на дві – факультетську та шпитальну клініки.
- На той час факультетська терапевтична клініка мала вже 25 ліжок. Кафедру факультетської терапії очолив В.Г.Лашкевич, наукова діяльність якого була спрямована на вивчення сифілісу внутрішніх органів та нервових захворювань. Професор В.Г.Лашкевич вперше запропонував в практиці демонстрацію хворих на лекціях, велику увагу приділяв навчанню методиці проведення диференційного діагнозу. За проектом професора та при його участі на території теперішньої Харківської обласної клінічної лікарні в 1895-1896 роках була возведена будівля факультетської терапевтичної клініки.



- З 1888 по 1903р кафедрою факультетської терапії керував професор Іван Миколайович Оболенський, вихованець Медико-хірургічної Академії, яку він закінчив у 1867 році.
- У 1868 р. захистив докторську дисертацію на тему «Исследование гнойных форм воспаления мягкой мозговой оболочки у человека и животных в патологоанатомическом отношении». У 1869 р. І.М.Оболенському після викладання пробних лекцій в Академії присуджено звання приват-доцента по кафедрі патологічної анатомії. Одночасно І.М.Оболенський систематично відвідує клініку С.П.Боткіна.
- З квітня 1870 р. до кінця 1871 р. І.М.Оболенський був у науковому відрядженні в Німеччині, де працював по фізичній хімії у Гоппе-Зейлера, по патологічній анатомії у Вірхова, Шуппеля та Реклінгаузера, по клініці у Німейєра, Бамбергера та Траубе.



- У період, коли кафедру факультетської терапії очолював І.М.Оболенський, на кафедрі вивчались захворювання органів травлення, обміну речовин, інфекційні хвороби.
- Наукові дослідження І.М.Оболенського торкалися питань курортології, фтизіатрії, ендокринології. Велику відомість отримали його роботи що до блукаючого нерву та грудної жаби, про грип та запалення легенів, про терапевтичну дію Боржомської води Єкатерининського джерела, про лікування сечокислового діатезу піперазіном та інші.



- Як лікар І.М.Оболенський відрізнявся виключно гуманним відношенням до хворих. Багато уваги приділяв гігієні та лікувальному харчуванню.
- Його лекції з демонстрацією хворих привертали велику кількість слухачів. Поряд з науковою, лікувальною та педагогічною діяльністю І.М.Оболенський проводив велику громадську роботу.
- Він був головою попечительської ради Александрівської лікарні, представником товариства дослідних наук, яке було перейменоване потім в товариство наукової медицини та гігієни при Харківському університеті. За ініціативою І.М.Оболенського була створена швидка медична допомога в Харкові (1910 р.). Він був головою Харківського відділення Всеросійської ліги боротьби з туберкульозом.

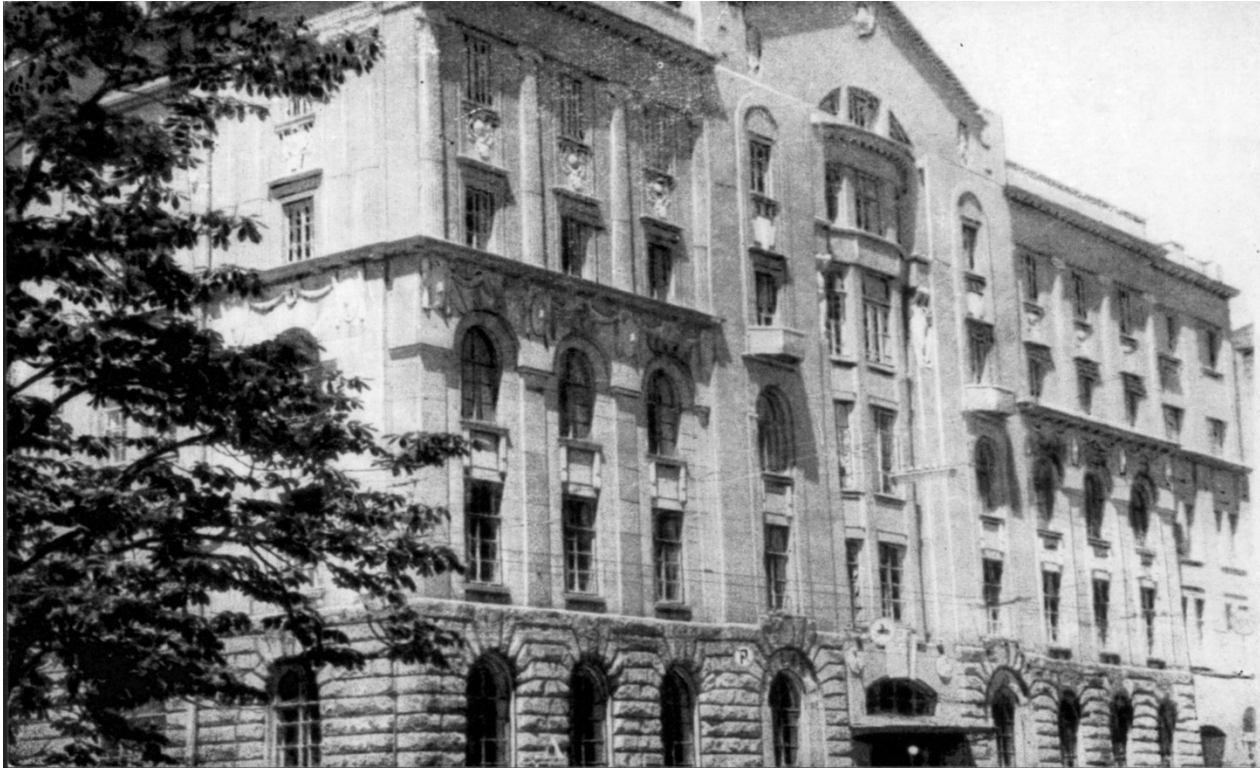


- З 1903 по 1914р. кафедрою факультетської терапії завідував Федір Мечиславович Опенховський. Після закінчення медичного факультету Київського університету (1876 р.), роботи ординатором у Київському військовому шпиталі, він у 1884 році захистив докторську дисертацію на тему «К учению об окончании сердечных нервов».
- У 1910 р. він вперше в Харкові встановив діагноз тромбозу коронарних артерій, який був підтверджений при патологоанатомічному розтині.
- Предметом його досліджень були фізіологія нервової системи, фармакологія та експериментальна патологія.



- Наукові роботи Ф.М.Опенховського: про феномен дисоціації роботи правого та лівого шлуночків серця при використанні наперстянки, про передбачення при хворобах серця, про загоювальні процеси в легенях також отримали високу оцінку сучасників у Росії та за її межами.
- На I з'їзді російських терапевтів (Москва, 1909), Ф.М.Опенховський виступив з блискучою доповіддю на тему «К диагностике локализации круглой язвы желудка», в якій довів тісний зв'язок між локалізацією больових точок у хребті та локалізацією виразок шлунку. У вітчизняну та світову літературу болючість остистих відростків хребта при виразковій хворобі увійшла під назвою симптому Опенховського.

- В педагогічному процесі велика заслуга Ф.М.Опенховського полягала в тому, що він у 1895р склав «Проект поліклінічного преподавання для студентів ІХ і Х семестрів».
- Крім курації хворих він вважав обов'язковим проведення студентами хімічних та мікроскопічних досліджень у лабораторії. По дві години на тиждень він проводив амбулаторний прийом разом зі студентами.
- Ф.М.Опенховський був видатним організатором поліклінічної справи в Росії. На власні кошти, а також пожертвування окремих осіб та благочинних установ він організував будівництво при лікарні аудиторії, клінічної та біохімічної лабораторії, аптеки.
- У 1910 р. Ф.М.Опенховський був обраний членом, а у 1913 р. головою терапевтичної секції Харківського медичного товариства. Був головою Харківського відділення Всеросійської ліги боротьби з туберкульозом.



- На засіданні медичного товариства 18 січня 1914 р., присвяченого пам'яті Ф.М.Опенховського, який помер 1 січня 1914р., його учень професор П.І.Шатілов говорив: «В лице Ф.М.Опенховского многие потеряли многое: наука – первоклассного ученого, университет – лучшего хранителя лучших университетских традиций, медицинский факультет – прекрасного клинициста, практические врачи – опытного консультанта, больные – гуманного врача, мы, ученики, - любимого учителя...».
- З 1914 по 1918р кафедру очолювали професора Е.А.Жебровський та А.Ф.Каковський.



- З 1918 по 1921р кафедрою факультетської терапії завідував Петро Іванович Шатілов. Він захистив у 1902 р. докторську дисертацію «К учению о формах пульсовых кривых». У 1904 р., після викладання перед факультетом двох пробних лекцій, він отримав звання приват-доцента і в осінньому семестрі цього ж року відкрив курс при кафедрі факультетської терапії під назвою «Курс клинических методов исследования».
- Особливе значення мають його класичні твори що до анатомії та функціональним особливостям серцево-судинної системи, перкусії та аускультативних шумів. Їм був розроблений оригінальний метод орієнтування в складних аускультативних явищах і шумах в області серця.



- Серед праць професора П.І.Шатілова особливо велике значення мали: "«Очерк современного учения об иммунитете», «К вопросу о разновидностях функциональных диссоциаций сердца», «О происхождении непрерывных дующих шумов».
- За гуманність та демократизм П.І.Шатілова називали «професором околиць», «лікарем бідняків», його іменем названа околиця міста – Шатілівка. Під час епідемії сипного тифу П.І.Шатілов перетворив факультетську терапевтичну клініку в сипно-тифозну лікарню, де сам захворів на тиф та помер.



- Костянтин Миколайович Георгієвський завідував кафедрою факультетської терапії з 1922 по 1930р.
- Він був одним з перших вчених, який почав вивчення проблеми імунології гострих кишково-шлункових інфекцій в Росії, бо ще на початку сторіччя визначив появу імунних тілець наприкінці лихоманкового періоду при черевному тифі.
- Докторську дисертацію «К вопросу о действии препаратов щитовидной железы на животный организм» К.М.Георгієвський захистив у 1896 р.
- Основні наукові труди К.М.Георгієвського були присвячені етіології, патогенезу, клініці та лікуванню інфекційних, паразитарних захворювань, хвороб шлунково-кишкового тракту, залоз внутрішньої секреції. Йому належить велика кількість наукових праць про хвороби крові, черевний та висипний тиф.

- В роботі, присвяченій дії препаратів щитоподібної залози на організм, К.М.Георгієвський представив інтересні дані про вплив різних доз препаратів щитовидної залози на організм тварин, ретельно описав механізм та характер смерті деяких тварин внаслідок отруєння, яке викликано речовинами надмірно функціонуючої залози. Вперше висловив думку про єдність цих станів з діабетичною комою.
- Він зробив великий внесок в розвиток клінічної ендокринології. У 1912 р. на підставі власних спостережень та накопичених на той час літературних відомостей він вимовив думку про наявність позапанкреатичних форм цукрового діабету.
- Великий інтерес представляють ранні дослідження К.М.Георгієвського, які підтверджують успішне лікування цукрового діабету препаратами підшлункової залози.
- Значні гістологічні зміни в деяких відділах головного мозку дозволили вперше висловити думку про важливу роль центральної нервової системи в патогенезі базедової хвороби.

- К.М.Георгієвський вперше в Росії описав клініку гострого геморагічного міозиту та висловив думку про його інфекційну (стафілококову) етіологію. Ще на початку 20-х років одним з перших К.М.Георгієвський використав аутовакцину для лікування бронхіальної астми. У 1916 р. їм були надруковані роботи, присвячені вітамінам та авітамінозам.
- К.М.Георгієвський постійно займався великою суспільною діяльністю. Він був засновником та редактором журналів «Врачебное дело» та «Харьковского медицинского журнала». Був одним з організаторів I з'їзду російських терапевтів.
- На I-му з'їзді терапевтів України, що відбувся в Харкові 10 – 15.01.1926 р., К.М.Георгієвський виступив з дуже цікавою доповіддю «Клиническая ценность френикус-феномена при заболеваниях желчного пузыря». Спираючись на ранні дослідження Мюссі (на початку 70-х років XIX сторіччя), який знайшов позитивний френікус-симптом при захворюваннях діафрагмальної плеври, К.М.Георгієвський припустив можливість його виникнення у хворих у випадку розвитку холециститу або періхолециститу.



- Вперше у світовій літературі було зроблено обґрунтування даного феномену для діагностики захворювань жовчного міхура. Пізніше описання К.М.Георгієвського увійшло у світову літературу під назвою симптому Мюссі-Георгієвського.
- Високоерудований клініцист, чудовий педагог та людина він залишив яскравий слід в пам'яті нащадків. Його ім'я поряд з іменами інших учнів С.П.Боткіна займає належне місце в літопису вітчизняної клінічної медицини.
- У 1930 р. в Харківському медичному інституті засновано три факультета: лікувально-профілактичний, охорони материнства та дитинства, та санітарно-гігієнічний.



- З 1930 по 1940 р.р. кафедру факультетської терапії очолював професор Ісаак Ілліч Файншмідт. Його труди торкалися питань туберкульозу, крупозної пневмонії, абсцесів, раку та сифілісу легенів. Під його керівництвом проводилися дослідження ниркової недостатності та цукрового діабету. У цей період клініка збагатилась сучасним обладнанням, в тому числі катушковим електрокардіографом. В клініці проводилась велика науково-дослідницька робота у галузі електрокардіології, яка перетворила її в дійсний центр підготовки лікарів-електрокардіографістів для науково-дослідницьких та лікувальних установ України. Ліжковий фонд клініки був збільшений до 85 ліжок.



- Професор Євген Абрамович Черніков завідував кафедрою з 1941 по 1945р.
- Професор Є.А.Черніков запропонував свою оригінальну класифікацію захворювань серцево-судинної системи, вперше визначив вплив сиро-водневих ванн на серцево-судинну систему, кров та органи дихання, вплив грязелікування на перебіг артритів різної етіології, дав загальні показання та протипоказання до курортного лікування. Їм було надруковано 68 наукових робіт, багато з яких являються актуальними і в теперішні часи – «Рання діагностика легочного туберкулеза», «Функциональная диагностика и патология сердца», «К диагностике эндокардитов». Під керівництвом професора Є.А.Чернікова було захищено 7 докторських та 14 кандидатських дисертацій.



- З 1946 по 1966р кафедрою факультетської терапії керував професор Соломон Якович Штейнберг – вихованець київської терапевтичної школи.
- З 1918 по 1929 р.р. його клінічна та наукова діяльність проходила під безпосереднім керівництвом видатних вітчизняних вчених Ф.Г.Яновського, Н.Д.Стражеско та В.В.Віноградова.
- С.Я.Штейнберг від своїх вчителів успадкував широкий науковий кругозір та глибокі знання в суміжних галузях медицини. Основні напрямки наукових досліджень, що проводились у цей період, торкалися фізіології та патології судинного тонуусу, ранньої діагностики та теорії атеросклерозу, гіпертонічної хвороби, коронарної недостатності, впливу різних лікарських речовин на судинний тонус, фізіологічного та клінічного значення вмісту мікроелементів.

- Професором С.Я.Штейнбергом був запропонований новий метод клінічної плетізмोगрафії, який принципово відрізнявся від існуючого раніше (авторське свідоцтво №88700) та запропонована оригінальна конструкція тензиосцилографу.
- З наукових праць професора С.Я.Штейнберга особливо слід відзначити – «О сосудорасширяющем действии ментола», «Оксигенотерапия гипертонической болезни», «Лечение хронической сердечно-сосудистой недостаточности», «Лечение гипертонической болезни алкалоидами раувольфии», «Современное лечение хронической недостаточности кровообращения».



- В 1966-1982рр кафедру очолив заслужений працівник Вищої школи УРСР, професор Валентин Георгійович Почепцов. У цей період проводились наукові дослідження у галузі кардіології, гастроентерології, алергології, були розроблені нові ефективні методи лікування ряду захворювань внутрішніх органів. З наукових праць професора В.Г.Почепцова слід визначити такі, як «Застойная печень при сердечной недостаточности», «Методические материалы по номенклатуре, классификации и дифференциальной диагностике внутренних болезней», «Современное лечение язвенной болезни», «Желчнокаменная болезнь», проводилась велика робота по оптимізації учбового процесу, підготовці кадрів, вихованню студентів.



- З 1982р кафедрою факультетської терапії завідував Заслужений діяч науки і техніки України, доктор медичних наук, професор Володимир Миколайович Хворостінка. Під керівництвом видатного вченого та блискучого клініциста В.Г.Почепцова В.М. Хворостінка в 1970 р. захистив кандидатську дисертацію на тему: «Сравнительная оценка эффективности лечения аллохолом, холензимом, конвафламином больных с обострением хронического холецистита, осложнившегося хроническим холангиогепатитом», а у 1983 р. - докторську дисертацію на тему: «Роль печени в развитии атеросклероза при сахарном диабете».



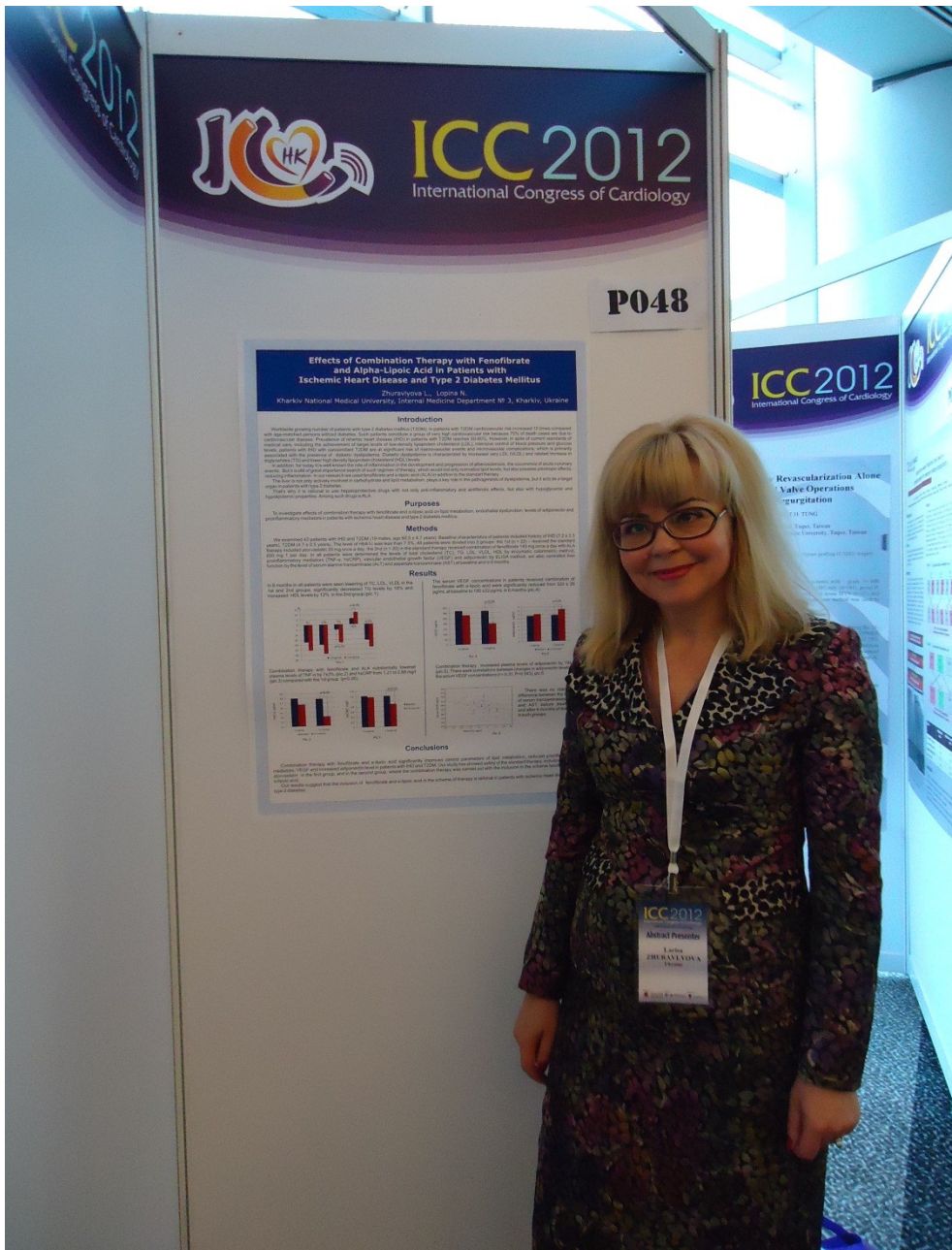
- Являючись талановитим учнем та послідовником видатних вчених, що у різні роки очолювали кафедру факультетської терапії, В.М.Хворостінка успішно поєднує наукову діяльність з педагогічною, лікувальною та суспільною роботою. Він зробив значний внесок у підготовку та виховання багатьох поколінь висококваліфікованих лікарів для практичної охорони здоров'я та науки.
- За його ініціативою на базі Харківської обласної клінічної лікарні були відкриті та функціонують спеціалізовані гастроентерологічне, ревматологічне, кардіологічне, ендокринологічне відділення.
- В.М.Хворостінка був членом Європейської регіональної асоціації гастроентерологів та Європейської асоціації діабетологів, дійсний член Міжнародної академії наук апіфітотерапії та бджоловодства, Нью-Йоркської Академії наук.



- Більшість наукових праць колективу кафедри факультетської терапії під керівництвом В.М.Хворостінки було присвячено новим методам діагностики та лікування хронічних захворювань печінки, ролі печінки в розвитку атеросклерозу, особливо при цукровому діабеті. Ретельно вивчені нові методи ранньої діагностики, варіанти перебігу та способи патогенетичної терапії хронічних захворювань печінки. Велика увага надавалась сучасним аспектам клінічної фармакотерапії захворювань органів травлення та серцево-судинної системи, проблемам клінічної імунології при захворюваннях органів травлення. Вивчались етіологічні та патогенетичні фактори, а також методи ранньої діагностики та лікування при захворюваннях серцево-судинної системи, зокрема, при артеріальній гіпертонії та хронічній ішемічній хворобі серця. Наукові дослідження присвячені також вивченню функціонального взаємозв'язку між внутрішніми органами: шлунком, дванадцятипалою кишкою, кишечником, печінкою та підшлунковою залозою при цукровому діабеті; функціональному стану шлунку та підшлункової залози при захворюваннях гепатобіліарної системи. Розроблена клініко-електрокардіографічна оцінка серцево-судинної системи при аутоімунному тиреоїдиті.



- З 2009 року кафедрою внутрішньої медицини №3 завідує доктор медичних наук, професор Журавльова Лариса Володимирівна.



- Кафедра внутрішньої медицини №3 під керівництвом професора Л.В. Журавльової стабільно займає провідні позиції в рейтингах Харківського національного медичного університету.
- З 2018 року кафедра має назву «кафедра внутрішньої медицини №3 та ендокринології».
- Сайт кафедри www.vnmed3.kharkiv.ua



- Велика увага на кафедрі приділяється навчально-виховній роботі, зокрема з іноземними студентами.
- Викладачі кафедри здійснюють чергування в університеті та гуртожитках у вихідні дні та дні державних свят.
- За кафедрою внутрішньої медицини №3 закріплене земляцтво Нігерії, до якого входять понад 400 студентів – іноземців. З ними проводяться регулярні зустрічі, з'ясовуються та вирішуються нагальні питання.
- На кафедрі працює студентський науковий гурток, до якого входять 20 студентів. В кінці року проводиться студентська наукова конференція.
- Співробітники кафедри та студенти доповідають на конференції молодих вчених, яка щорічно проходить в Харківському національному медичному університеті.

Значення доказової медицини для клінічної практики

«Иные врачи двадцать лет кряду делают одни и те же
ошибки и называют это клиническим опытом»

Н. Фэбрикант



Доказова медицина (ДМ)

- Використання результатів **сучасних достовірних даних** клінічних досліджень **для вибору лікування** конкретного пацієнта, з урахуванням досвіду лікаря та інтересів пацієнта



В чому переваги ДМ?

- **Знання механізму дії ЛЗ не є доказом корисності ЛЗ для лікування конкретного захворювання!**
- Тому для обґрунтування лікування конкретного пацієнта краще мати **не наукові міркування** про те, як розвивається хвороба, а **наукові докази** того, що у таких пацієнтів таке втручання допомагає досягти бажаних результатів (корисних для пацієнта).
- Саме такий підхід лежить в основі ДМ.

Пацієнт

- Забезпечення кращого результату і прогнозу захворювання
- Реалізація права пацієнта на своєчасну та оптимальну медичну допомогу

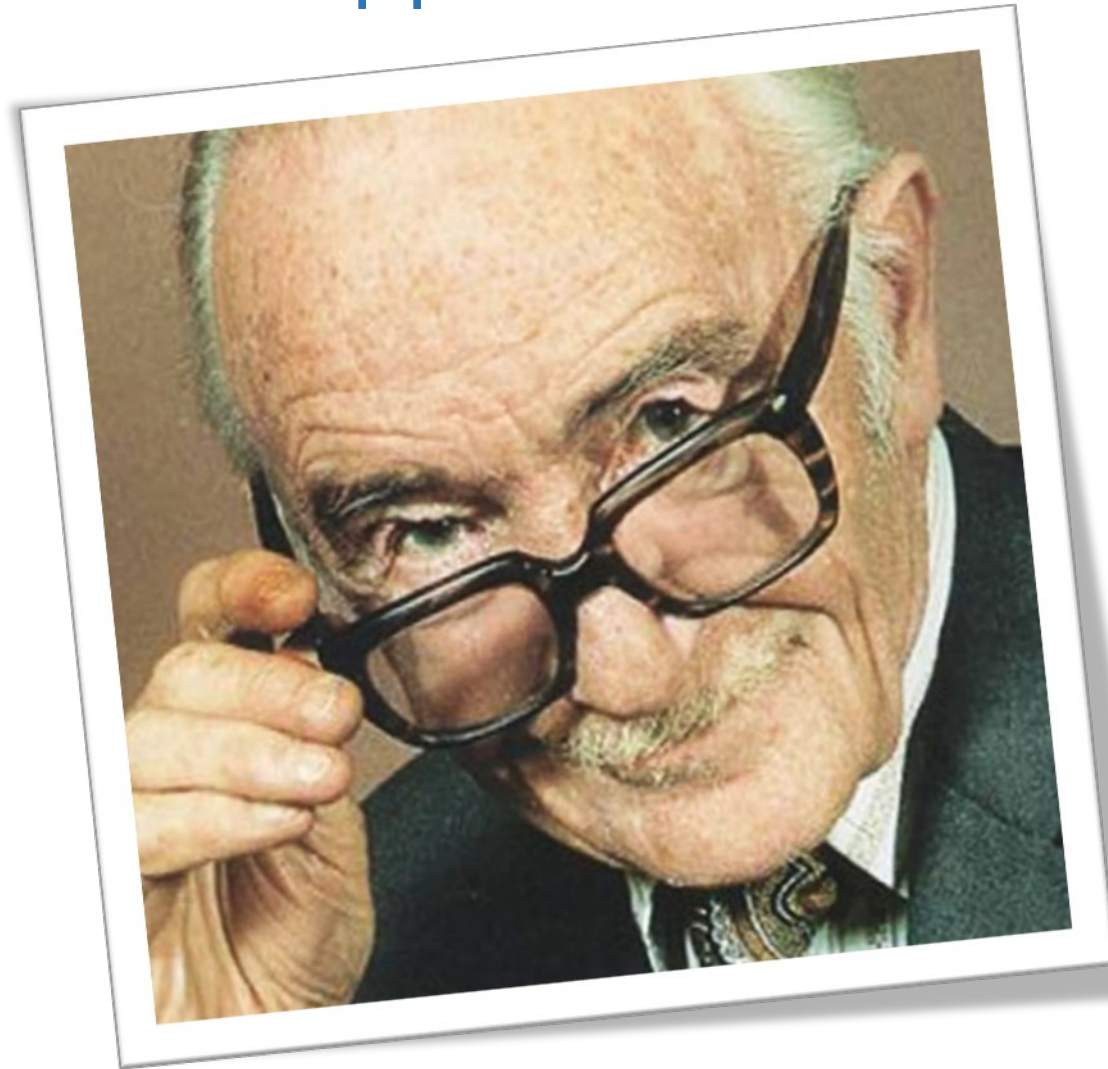
Система охорони здоров'я

- Покращання здоров'я населення
- Подолання адміністративних бар'єрів

Суспільство

- Оптимізація використання матеріальних ресурсів
- Авторитетність втручань

Арчі Кокран (Archie Cochrane), англійський епідеміолог



Історія

- **1940** – перші рандомізовані дослідження
- **1960** – трагедія, пов'язанна з талідомідом
- **1962** – комітет США по контролю за медикаментами та продуктами харчування запровадив правила, які потребують проведення контрольованих досліджень нових препаратів
- **1971** – Кокран поставив питання щодо недостатності наукових доказів
- **1980-90** – повернення уваги до необхідності включення систематичних оглядів в клінічні настанови
- **1994** – перший Cochrane colloquium в Оксфорді
- **1994** – термін EBM
- **1996** – більшість британських докторів знають термін EBM
- **1996** – британський міністр охорони здоров'я заявив – його головною задачею є поширення концепції EBM
- **1996** – термін EBM в заголовках британських газет
- **1999** – BMJ видає довідник по EBM
- **2001** – німецьке, іспанське, російське, японське та інші видання

Основа медицини, що базується на доказах

- Рандомізовані контрольовані дослідження (іспити) (РКІ):
 - Рівень доказів значно вище, ніж патофізіологічний спосіб доказательства
 - Дані, які отримані в РКІ, є в першу чергу основою сучасних **клінічних рекомендацій**

Концепція доказової медицини

- Ціль концепції ДМ – надати лікарям можливість знайти та використати при прийнятті клінічних рішень науково обгрунтовані факти, отримані в ході коректно проведених клінічних досліджень, підвищити точність прогнозу результатів лікарських втручань
- Концепція базується на двох основних ідеях:
 - Кожне клінічне рішення лікаря повинно прийматися **з урахуванням наукових даних**
 - Вага кожного факта тим більша, **чим більш сувора методика наукового дослідження**, в ході якого він був отриманий

Концепція доказової медицини

Наукові дослідження розрізняються за якістю, а як наслідок, за достовірністю результатів

Достовірність
результатів
визначається за:

Вибір адекватного способу побудови
(дизайну) дослідження

Використання методів мінімізації
помилки

Грамотне застосування статистичних
методів обробки даних

Принципи доказової медицини

- необхідно враховувати відомості про вподобання хворного, вміти **залучити хворого в процес прийняття рішення**
- Пам'ятати про існуючу ієрархію клінічних досліджень за достовірністю їх результатів, **шукати та використовувати на практиці найбільш достовірні дані з тих, що існують**
- правильно сформулювати клінічнезапитання



Що таке плацебо?

- **Це неактивна речовина** (таблетка, рідина, порошок), яке не має лікувального ефекту.
- В клінічних дослідженнях експериментальні види лікування **часто порівнюються з плацебо** для оцінки ефективності лікування.

Клінічні настанови (рекомендації)

- **Клінічна настанова** –це положення, які систематично розробляються, допомагають практикуючому лікарю та пацієнту прийняти правильне рішення відносно турботи про здоров'я в специфічних клінічних умовах.



Клінічні рекомендації

- **на основі КР** в нашій країні розробляються стандарти медичної допомоги і **протоколи ведення хворих**.
- КР можуть служити основою для **оцінки професійного рівня** і якості роботи.
- КР являються положеннями, на основі яких плануються **вимоги до об'єма та якості медичної допомоги в рамках державних гарантії**



Доказова сила рекомендацій

- Доказова сила рекомендацій оцінюється у відповідності з їх класом та рівнем доказів.
- **Клас I.** Докази та/або **загальна згода** , що дані методи діагностики/лікування – **сприятливі, корисні та ефективні.**
- **Клас II.** Докази суперечливі та/або протилежні думки відносно корисності/ефективності лікування.
- **Клас II-а.** Більшість доказів/думок на користь **ефективності**
- **Клас II-б.** Корисність/ефективність **не мають достатніх доказів/загальної думки.**
- **Клас III.** Докази та/або загальна згода свідчать про те, що лікування **не є корисним/ефективним** та, в деяких випадках, **може бути шкідливим.**

Рівні доказів

- **Рівень А.** Докази засновані на даних багатьох рандомізованих клінічних досліджень чи мета-аналізів.
- **Рівень Б.** Докази засновані на даних одного рандомізованого клінічного дослідження чи багатьох нерандомізованих досліджень.
- **Рівень С.** Узгоджені думки експертів та/або небагаточисельні дослідження, ретроспективні дослідження, реєстри.
- **Самий високий рівень рекомендацій - І, А.**

Рандомізоване подвійне
сліпе дослідження

Систематичний огляд
або мета-аналіз

Рандомізоване
контрольоване
дослідження



Рандомізоване контрольоване клінічне дослідження

- Для пошука відповіді на клінічне питання про ефективність лікарського втручання, необхідно провести пошук **рандомізованих контрольованих клінічних іспитів (РКІ)**, в яких розподіл пацієнтів відбувся випадковим чином на групи втручання та контролю.
- В ході таких РКІ за пацієнтами обох груп ведеться спостереження, спрямоване на виявлення заздалегідь обговорених клінічних результатів «кінцевих твердих» точок (розвиток мозкового інсульту, інфаркту міокарда і т. д.).
- Достовірні дані про фактори ризику та безпечності медичних втручань також можна шукати в РКІ.
- Для відповіді на клінічне запитання, присвячене вивченню прогноза захворювання, слід провести пошук когортних досліджень.

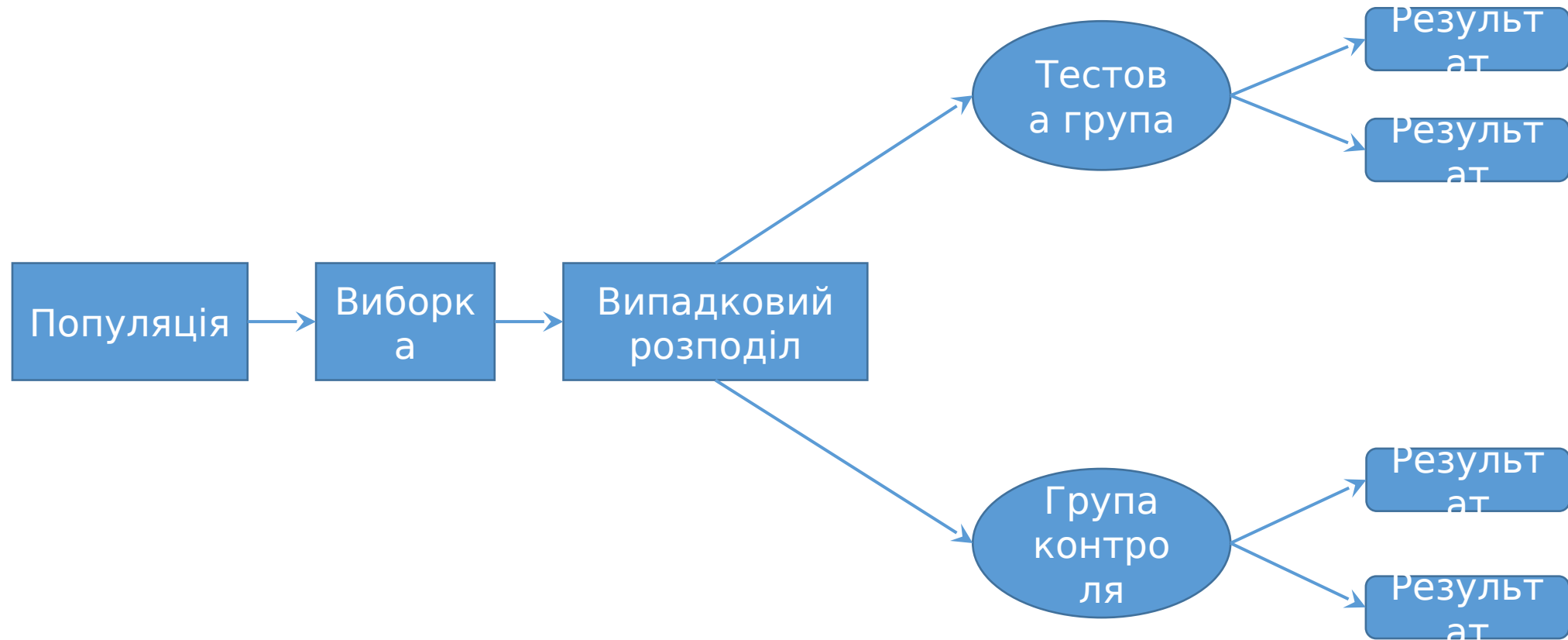
Властивості РКІ

- **Засліплення** (сліпе дослідження, blind study) – одна чи декілька сторін, що беруть участь, не знають, як розподілені пацієнти та/або засоби по групах лікування і контролю
- **Рандомізація** (рандомізоване дослідження, randomized study/trial) – пацієнти розподіляються по групах лікування на основі процедур рандомізації (для підвищення рівновірогідності отримання кожного із засобів)
- **Стратифікація** (stratification) – підвищення рівномірності розподілення факторів ризику (вік, стать, надлишкова вага, генетичний маркер та ін.) в групах лікування
- **Критерії включення/виключення** (inclusion/exclusion criteria) – характеристики, які дозволяють/не дозволяють пацієнту взяти участь в дослідженні.

Рандомізація

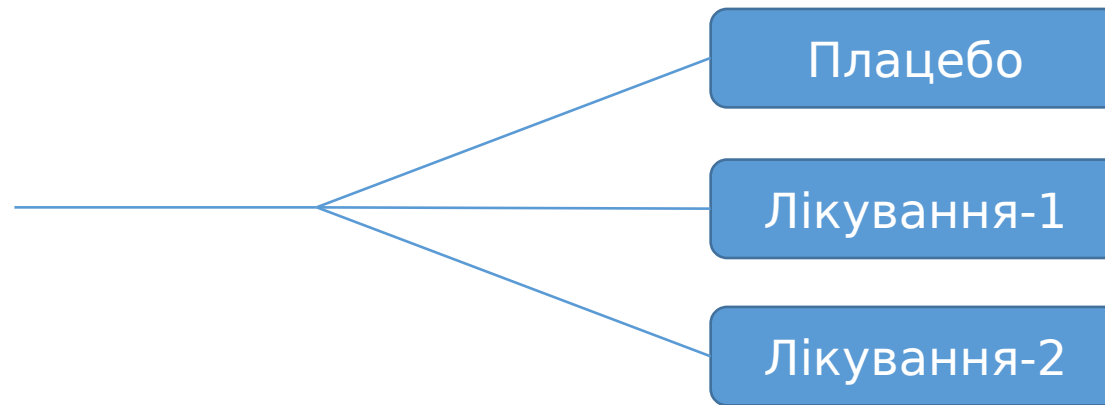
- найбільш простою і зрозумілою організацією дослідження є **дослідження в двох групах**: **дослідній**, яка отримує терапію, що вивчається та **групи контролю**, яка приймає плацебо чи інше лікування, з яким порівнюється вивчаємий метод.
- Підбір в обидві групи також проводиться **однаково**, а розподіл на групи відбувається випадковим способом – рандомізовано.
- Таким чином, контрольна і дослідна група паралельно підлягають **одним і тим самим впливам** лише з тією різницею, що контрольна група отримує інше лікування.
- **Рандомізація забезпечує бажану гомогенність** в групах пацієнтів, незалежно від випадкових відхилень.

Дизайн дослідження



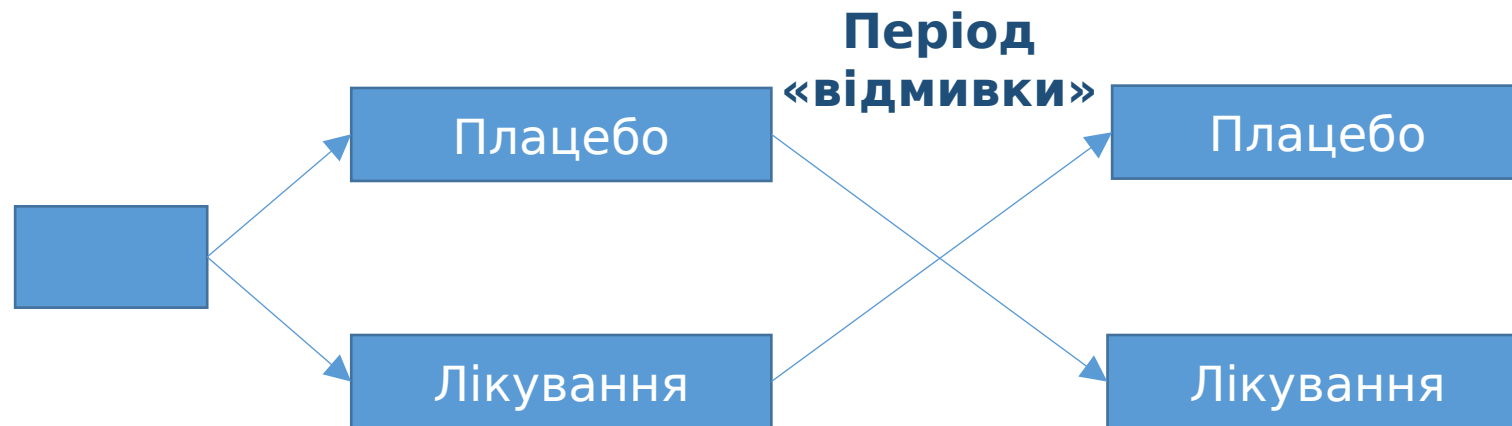
Дизайн дослідження

- Паралельний:



Дизайн дослідження

- Перехресний:



“Засліплення” метода лікування та оцінки результатів лікування.

- Метод «засліплення» (маскування) використовують для того, щоб **ні пацієнт, ні лікар, який проводить дослідження, не знали, яке лікування отримує хворий.**
- Найбільш ефективним і надійним визнаний спосіб подвійного засліплення (double-blind), при якому **віддомостей про належність до тої чи иної групи немає ні досліджуємого, ні у дослідника.**

Оцінка результатів проведених досліджень та їх практичне використання.

- Для оцінки результатів лікування використовуються терміни **справжні критерії та сурогатні критерії**.
- **Справжні критерії** підрозділяються на
 - **первинні (кінцеві точки)** –це показники, пов’язані з життєдіяльністю пацієнта – **смерть в результаті основного захворювання чи з інших причин**.
 - **вторинні справжні критерії (вторинні кінцеві точки)** зниження частоти ускладнень основного захворювання, покращання якості життя пацієнтів.
- **Сурогатні критерії** - результати лабораторних та інструментальних методів обстеження, які імовірно пов’язані з істинними критеріями (наприклад, зниження рівня АТ пов’язано зі зменшенням числа ускладнень артеріальної гіпертензії).

Жорсткі кінцеві точки

- Докази ефективності тих чи інших втручань є метою проводимих багатоцентрових подвійних сліпих рандомізованих досліджень.
- Кінцевий результат таких досліджень – оцінка впливу вивчаємого втручання на «жорсткі кінцеві точки» – загальну смертність, смертність від серцево-судинних захворювань, виникнення важких ускладнень, таких як інфаркт міокарда і мозковий інсульт.

Сурогатні кінцеві точки

- Іноді докази ефективності того чи іншого метода базуються на його впливі на «сурогатні» точки.
- **Інтерес до сурогатних точок** можна пояснити можливістю значно зменшити розмір вибірки, тривалість і кошовність клінічних досліджень.
- Сурогатні точки в оцінці ефекта лікування можливі в ситуаціях, **коли використати основні показники ісходів важко та неетично** .

Як ставитися до кінцевих точок

- **Істинні критерії, безумовно, більш надійні**, ніж сурогатні. Тим більше, що дуже часто прямого взаємозв'язку між цими критеріями немає чи він не доведений.
- Оцінка сурогатних критеріїв важлива **для більш глибокого вивчення і розуміння** патогенетичних ланок хвороби, обґрунтування прогнозування захворювання.
- Однак висновки, побудовані **на основі опосередкованих критеріїв**, у яких зв'язок із істинними критеріями не доведено (грамотними клінічними дослідженнями і системним аналізом), **можуть виявитися помилковими.**

Когортні дослідження

- Проспективне дослідження, спрямоване на виявлення етіологічних факторів різних захворювань
- Досліджуються дві групи пацієнтів, у яких ще не розвинулось дане захворювання
- Основна група складається з осіб, які підлягають певному фактору ризику, контрольна група містить осіб, які не мають даного фактору ризику
- При наступному спостереженні порівнюють частоту розвитку клінічного результата
- Робляться висновки про роль певного фактору ризику в етіології вивчаємого захворювання

Дослідження випадок-контроль

- використовується для вивчення захворювань, що рідко зустрічаються
- Досліджуються 2 групи пацієнтів: основна – з наявністю вивчаємого захворювання, контрольна – без даного захворювання
- На обі групи впливають однакові фактори ризику
- Після групи порівнюють між собою за частотою виникнення різних клінічних ісходів
- Робляться висновки про роль різних факторів ризику в етіології рідких захворювань



Поперечні дослідження

- спостережне дослідження, в якому дослідник не здійснює ніяких втручань
- спрямовані на вивчення розповсюдженості захворювання серед населення в певний час
- проводяться для оцінки потреб населення в медичній допомозі і необхідні для планування і розподілу ресурсів охорони здоров'я
- здійснюються за допомогою анкетування або інтерв'ю

Систематизований (систематичний) огляд

- Це практично наукове дослідження, матеріалом для якого являються результати клінічних досліджень
- метою являється **поміркване і неупереджене вивчення результатів** раніш виконаних досліджень
- основною вимогою є **аналіз всіх якісних оригінальних досліджень, присвячених певній проблемі.**
- **Кількісна оцінка сумарного ефекту, встановленого на основі результатів всіх вивчених досліджень проводиться за допомогою мета-аналіза.**

Мета-аналіз

- Мета-аналіз – це статистичний метод, який дозволяє об'єдинати результати всіх РКІ, присвячених одному і тому ж питанню.
- використовують для оцінки клінічної ефективності терапевтичних втручань (методів обстеження і лікування)
- результати мета-аналіза звичайно надаються у вигляді графіка і відношення шансів (odds ratio) – сумарного показника вираженості ефекта.
- Результати клінічних досліджень завершення мета-аналіза, виконаного на їх основі, зазвичай використовуються при створенні клінічних керівництв (рекомендацій)



Джерела інформації медицини, яка заснована на доказах

«Знання бувають двох типів – ми самі знаємо данню тему или ми знаємо, где найти інформацію о ней»

С. Джонсон

Медичні електронні бази даних, в які включаються тільки матеріали, що відповідають критеріям методологічної якості

- **Best Evidence**
- **Cochrane Library (Кокрановская библиотека)**
- **UpToDate**
- **MEDLINE**
- **PubMed**
- **Clinical Evidence**



Учебная работа

Научная работа >

Лечебная работа >

Для студентов >

Для врачей >

Конференции

Для пациентов >

Новости

Объявления

Форма контактов

Календарь / расписание

Сотрудничество

Кафедра внутренней медицины № 3 > Для врачей > Клинические протоколы > Кардиология

Клинические протоколы и рекомендации

Кардиология:

Сердечно-сосудистые заболевания

Клинический протокол оказания медицинской помощи по кардиологии (Приказ МОЗ Украины от 03.07.2006г. № 436).

Сердечно-сосудистые заболевания. Классификация, стандарты диагностики и лечения. Под ред. проф. В. Н. Коваленко, проф. М. И. Лутая, проф. Ю. М. Сиренко.

Сочетанная патология

Рекомендации по диабету, предиабету и сердечно-сосудистым заболеваниям EASD/ESC, 2014

2014 ESC/ESA Guidelines on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management, 2014

Артериальная гипертензия

2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension.

Рекомендации ESH/ESC по артериальной гипертензии 2013

Гипертензивные кризы: диагностика и лечение. Консенсус Ассоциации кардиологов Украины и Украинской ассоциации по борьбе с инсультом. Киев, 2013.

Поиск по сайту:





**ДЯКУЮ ЗА
УВАГУ**