

УДК 614.2:616–084.001.12:001.8:002.513.5:681.3

**ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ:  
МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ****О. Г. Пузанова****Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, г. Киев, Украина**

**Цель исследования:** обосновать концепцию доказательной профилактики в здравоохранении как составляющей обеспечения качества медицинской помощи и сохранения здоровья населения.

**Материалы и методы.** Изучены публикации экспертов в области клинической эпидемиологии и доказательной медицины, общественного здоровья / социальной медицины и здравоохранения, интернет-ресурсы доказательной медицины. Проведен анализ и обобщение, экспертных оценок.

**Результаты.** Представлены историко-генезисные аспекты и методологические основы доказательной профилактики в здравоохранении, систематизированы ее специальные информационные ресурсы.

**Заключение.** Доказательная профилактика представляет собой политику и практику применения наилучших внешних доказательств, приемлемых для специалистов здравоохранения и сопряженных отраслей, пациентов и общества в целом, и является важной технологией сохранения и улучшения здоровья. Основой информационного обеспечения доказательной профилактики являются кокрановские и кэмпбелловские систематические обзоры и рекомендации Американской рабочей группы по профилактике (USPSTF).

**Ключевые слова:** профилактика в здравоохранении, доказательная политика и практика, информационные ресурсы.

**EVIDENCE-BASED PREVENTION IN HEALTH CARE:  
METHODOLOGIC GROUNDS AND INFORMATION SUPPORT****O. G. Puzanova****National O. O. Bohomolets Medical University, Kiev, Ukraine**

The aim of the study is to ground the concept of evidence-based prevention in health care as a component of health care quality and health maintenance in population.

**Material and methods.** We studied publications of experts in clinical epidemiology/evidence-based medicine, as well as in public health/social medicine and health care and Internet-resources of evidence-based medicine. The analysis and synthesis of expert assessment were carried out.

**Results.** The article presents the historical-and-genesis aspects of evidence-based prevention in health care and systematizes its methodological grounds and special information resources.

**Conclusion.** The evidence-based prevention is considered to be both policy and practice of integration of the best evidence available for experts in health care and associated areas, patients and society in whole; it is an important technology of health maintenance and improvement. Cochrane and Campbell's systematic reviews and the U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) recommendations are a basis for information support for the evidence-based prevention.

**Key words:** prevention in health care, evidence-based policy and practice, information resources.

**Введение**

Доказательный подход как технология достижения высокого качества медицинской помощи и управления в здравоохранении признан и в течение последних десятилетий внедряется в Великобритании, США, Канаде, Австралии, Китае и странах Европы [1–10]. Предпосылки этого были прежде всего экономическими: на фоне ограниченных отраслевых ресурсов в мире существенно возросли затраты на медицинские услуги и научные исследования, что среди прочих причин было обусловлено преобладанием хронических неинфекционных болезней в структурах заболеваемости и смертности. Важной проблемой являлось также качество информационного обеспечения управленческих решений в медицине и его прозрачность для пациентов и общества в це-

лом. Так, в 2008 г. эксперты ВОЗ назвали информацию «системным элементом глобальной политики в здравоохранении». Недооценка принципов клинической эпидемиологии (КЭ) — методологической основы доказательной медицины (ДМ) была признана ими «существенным препятствием на пути реформирования здравоохранения во всем мире» [1]. Наиболее эффективные инструменты внедрения ДМ — клинические рекомендации и медицинские стандарты на сегодня используют при принятии от 10 до 80 % решений в отрасли [1–5], и большинство разработанных вопросов посвящено лечебным вмешательствам, прежде всего, фармакотерапии [11–13]. В то же время именно первичная профилактика является наиболее эффективной, доступной и экономически приемлемой стратегией сохранения и

улучшения индивидуального и популяционного здоровья [1–2, 7–8, 18–19]. Современные научные разработки посвящены преимущественно программному и комплексному подходам в медико-социальной профилактике [1, 18–19], а также изучению доказательных баз технологий медицинской профилактики и созданию на этой основе руководств для первичного звена здравоохранения [8–9]. Проблемам ДМ посвящены сотни веб-сайтов и печатных изданий [12, 20], однако информационные ресурсы доказательной профилактики не систематизированы, классификации их не разработаны.

### **Цель**

Обосновать концепцию доказательной профилактики в здравоохранении как составляющей обеспечения качества медицинской помощи и сохранения здоровья населения.

### **Материалы и методы**

Изучены публикации экспертов в области общественного здоровья / социальной медицины и здравоохранения, клинической эпидемиологии и доказательной медицины, интернет-ресурсы доказательной медицины. Использованы методы анализа и синтеза, экспертных оценок.

### **Результаты и обсуждение**

Методологическая основа доказательного подхода в здравоохранении — клиническая эпидемиология обеспечила его методами медицинской статистики, критериями достоверности и способами обобщения данных. Принципы КЭ предполагают: использование при диагностике и прогнозировании понятий вероятность, риск, шанс; оценку их на основе доказательств — результатов сравнительных контролируемых исследований аналогичных групп пациентов; планирование, проведение и оценку клинических исследований на основе методик, позволяющих избежать или минимизировать систематические ошибки [11, 14, 17, 20]. На сегодня в руководстве Американского колледжа врачей целью любого медицинского вмешательства называют «увеличение вероятности пользы или уменьшение риска вреда» [20], а в медицинском колледже Лондонского университета доказательный подход определяют как «использование для принятия индивидуальных клинических решений математических оценок вероятности пользы и вреда, полученных в высококачественных научных исследованиях выборок пациентов» [12].

Необходимость применения принципов КЭ в превентивной медицине и проведения специальных клинических исследований обосновал в 1938 г. американский интернист — профессор Йельского университета J. R. Paul [14], назвавший эту науку «душой и сердцем» семейной медицины, ее современной методологией, а также «новой философской концепцией общественного здравоохранения» [15].

Годом раньше английский эпидемиолог А. В. Hill опубликовал в журнале «Lancet» серию статей, посвященных методике рандомизации, и в октябре 1948 г. в «British Medical Journal» вышли результаты первого рандомизированного клинического исследования (РКИ) по применению стрептомицина при туберкулезе [16]. Впоследствии был признан значительным и вклад ученого в развитие профилактического направления — установление критериев причинно-следственных связей («критерии Брэдфорда Хилла») [17], участие в длительном проспективном исследовании влияния курения на здоровье (British Doctors study) [16]. При избрании А. В. Hill в Королевское общество (1954) отмечалось, что с помощью статистических методов он «значительно обогатил наши знания о распространенности и этиологии производственных заболеваний, о влиянии на смертность внутренней миграции, а также о природной и экспериментальной эпидемиологии различных инфекций, в частности, полиомиелита, риска развития аномалий плода при заражении беременных возбудителем краснухи. Со времен войны проводил тщательное контролируемое исследование связи курения сигарет с развитием рака легкого и стал лидером развития в медицине точных экспериментальных методов, которые используют теперь в национальных и международных масштабах для оценки новых лечебных и превентивных вмешательств» ([http://en.wikipedia.org/wiki/Austin\\_Bradford\\_Hill](http://en.wikipedia.org/wiki/Austin_Bradford_Hill)).

Приоритет создания систематических обзоров клинических исследований также принадлежит английским эпидемиологам и связан с именем А. Cochrane: именно он в 1970-х гг. обосновал целесообразность превентивного применения глюкокортикоидов в акушерстве и необходимость распространения обзоров как наиболее достоверных источников научно-медицинской информации для улучшения результатов врачебной практики. Роль британской школы КЭ в начале 90-х годов прошлого века усилило создание кокрановского центра ДМ в Оксфорде, центра Национальной службы здравоохранения по созданию и распространению систематических обзоров, а также центра ДМ для среднего медицинского персонала [12, 13, 17, 21].

В 1993 г. при активном участии американских ученых было создано Кокрановское сотрудничество, призванное оказывать высококачественную информационную поддержку систем здравоохранения во всем мире. На сайте организации ([www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)) указано, что совместный труд 31 тыс. человек из более чем 100 стран помогает разработчикам отраслевой политики «принимать взвешенные решения на основе наилучших доступных внешних доказательств путем создания, обновления

и продвижения доступности кокрановских обзоров». На сегодня их создано более 5 тысяч, причем интенсивность разработок и обращения к ним пользователей Интернета непрерывно растет. И если во времена А. Cochrane в день публиковали результаты 14 клинических исследований, то сейчас этот показатель возрос в 6 раз (75 первичных исследований и 11 систематических обзоров) [21], что отражает рост информационной нагрузки в здравоохранении.

Важным центром развития методологии ДМ, в том числе превентивной, начиная с 1938 г., являются страны Северной Америки. Создание в 1976 г. Канадской Рабочей группы по организации периодических осмотров и разработка первых же ее рекомендаций (1979) отразили признание доказательного подхода в медицинской профилактике: важным был вывод о целесообразности замены ежегодных медосмотров комплексными превентивными мероприятиями с доказанной эффективностью. И хотя в то время РКИ составляли основу лишь 21 % рекомендаций по профилактике [8, 23], только первые руководства по скринингам в последующем признали «политически нейтральными» [24].

В 1998 г. S. Fletcher (интернист и клинический эпидемиолог, признанный лидер в вопросах исследований, посвященных превентивным технологиям, в частности, скрининга на рак молочной железы) обосновала ряд требований к внедрению скрининговых программ:

1) систематическая оценка качества скрининговых тестов, особенно новых;

2) характеристика эффектов скринингов в абсолютных показателях с указанием доверительных интервалов;

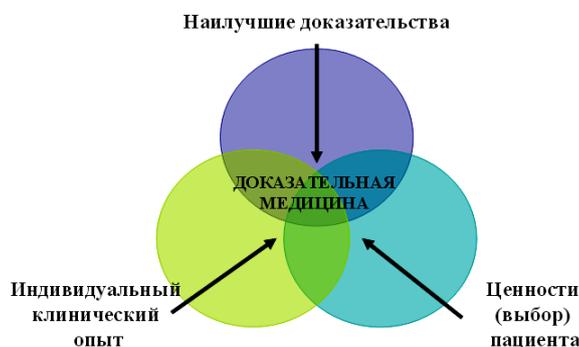
3) указание времени, необходимого для уменьшения рисков неблагоприятных исходов;

4) оценка влияния скрининга на качество жизни;

5) учет вероятных ложноположительных результатов и их нежелательных эффектов;

6) указание результатов экономического анализа [24].

Авторство терминов «evidence based medicine» («медицина, основанная на фактах») и «evidence based practice» («практика, основанная на фактах») принадлежит группе канадских эпидемиологов из университета МакМастер под руководством David Sackett. Они развили идею Кокрана о необходимости преодоления систематических ошибок в клинической работе путем использования систематических обзоров и попытались рассмотреть врачебное искусство в свете принципов КЭ: «Evidence based medicine — сознательное, четкое и беспристрастное использование наилучших имеющихся доказательств при принятии решений о помощи конкретным пациентам» (1995, 1996) [5, 25], «evidence based practice (EBP) — интеграция наилучших полученных в исследованиях доказательств, клинического опыта и ценностей пациента» (2000) (рисунок 1) [27].



David Sackett et al., 2000

Рисунок 1 — Доказательная медицина — интеграция наилучших доказательств, индивидуального клинического опыта и выбора пациентов

Эпидемиологи из группы D. Sackett определили первыми этапами ДМ систематический поиск в специальных источниках релевантных доказательств и их критическую оценку, а следующими — измерение наблюдаемых эффектов и использование наилучших внешних доказательств, не противоречащих врачебному опыту и выбору пациента [5, 25]. По мнению представителя австралийской школы ДМ P. Glasziou, «высокое качество информации, на которой основа-

ны все управленческие решения», а также «легкость ее поиска и применения» являются основными признаками доказательного подхода [26].

В современной литературе отмечается устойчивая тенденция преимущественного использования термина «доказательная практика» (что подчеркивает эмпирический характер доказательств и соответствует современной парадигме деятельности в медицине) и насчитывается более 15 ее определений. В более ранних при-

знают главенство доказательств. Так, директор Национальной службы знаний Великобритании J. Gray определил доказательную практику следующим образом: «применение наилучших доступных знаний как основы решений относительно групп пациентов или популяций» (2001) [28]. Украинский профессор А. Р. Уваренко назвал ДМ «современной технологией поиска, анализа и обобщения самой новой и достоверной научной информации о наиболее эффективных, безопасных и экономичных подходах к лечению, позволяющей принимать оптимальные решения на государственном, популяционном и индивидуальном уровнях» (2002), а М. П. Скакун — «стратегическим направлением современной медицинской науки и практики, основанном на безупречной научной информации и ориентированном на повышение уровня научных исследований, существенное улучшение диагностики, профилактики, лечения и прогноза заболеваний людей, оптимизацию деятельности органов государственной системы здравоохранения» (2005) [13]. При этом подразумевается, что доказательства являются «эпидемиологическими», то есть получены в клинических исследованиях.

Разработанная D. Sackett концепция ДМ, признающая значимость клинического опыта и сотрудничества с пациентом, особенно важна и приемлема для специалистов здравоохранения постсоветских стран, в подготовке которых большое значение придается развитию клинического мышления, индивидуального подхода к больным и продолжению традиций отечественных школ клинической медицины. Модель D. Sackett подразумевает недостаточность и даже неприемлемость внешних доказательств в отдельных клинических ситуациях, а также

незаменимость компетентности врача, опыта его коллег и учителей: именно опыт определяет приемлемость доказательств и способ их интеграции в управленческое решение [2, 4, 5, 27]. Такая трактовка ДМ не противоречит и стратегии повсеместных отраслевых реформ, признающей ведущую роль специалистов здравоохранения и приоритет интересов пациентов. В 2008 г. эксперты ВОЗ отмечали: «Возникновение доказательного подхода в медицине придало процессу принятия решений силу и дисциплину научного доказательства... Однако сам по себе он не гарантирует эффективности и безопасности медико-санитарной помощи... Важно, как службы здравоохранения работают с людьми». Наряду с медицинскими критериями врачам было рекомендовано «принимать во внимание личные и семейные ценности пациента, их образ жизни и планы на будущее» [1]. Оказание первичной медико-санитарной помощи предусматривает партнерские взаимоотношения с пациентами, отказ от восприятия их как «носителей заболеваний и симптомов, требующих лечения», или как объектов программ борьбы с отдельными заболеваниями [1, 19].

В разработанных позднее концепциях доказательной практики результатам исследований отводится роль, сопоставимая с данными теоретических медицинских и смежных дисциплин, и предлагается учитывать политические факторы, экономический и социокультурный контексты принятия решений [10, 28–30]. Такие модели (рисунки 2, 3) были разработаны профессором R. Jackson — представителем австралийской / новозеландской школы КЭ и ДМ и представлены в 2011 г. на сайте департамента University of Auckland [www.fmhs.auckland.ac.nz/soph/depts/epi/epiq/ebp/asp](http://www.fmhs.auckland.ac.nz/soph/depts/epi/epiq/ebp/asp).



Рисунок 2 — «Традиционная» доказательная практика



Рисунок 3 — «Современная» доказательная практика

Модель ДМ, созданная D. Sackett, стала прототипом модели доказательного принятия решений в социальной сфере, разработанной профессором Калифорнийского университета E. Gambrill (2006) (рисунок 4) [29]. Первыми воз-

никли «доказательные психосоциальные практики» ведения пациентов с тяжелыми ментальными и поведенческими расстройствами, затем концепцию применили в педагогике, криминальной юстиции и социальной работе [10].



*E. Gambrill, 2006*

**Рисунок 4 — Доказательная практика в социальной сфере**

Говоря о доказательной практике в социальной сфере, в Великобритании используют термин «social care EBP» — «сознательное, четкое и беспристрастное использование наилучших имеющихся доказательств при принятии решений, касающихся благополучия потребителей услуг и деятельности социальных служб» (B. Sheldon, 2003) [10]. В США говорят о «social work EBP»: «Признавая приоритет ценностей клиента и основываясь на доказательствах, практикующие специалисты обучаются в течение всей жизни, что подразумевает постоянное возникновение практически важных для клиентов специфических вопросов, эффективный поиск наилучших доказательств и действия в соответствии с ними» (L. Gibbs, 2003) [10].

Понятие «доказательное здравоохранение» («evidence based health care») введено английским ученым J. Gray (2001) для обозначения «дисциплины, центром которой является основанное на доказательствах принятие решений относительно групп пациентов или популяций, и проявляющейся доказательно-обоснованной политикой, организацией или предоставлением услуг» [28].

И если в США — на родине доказательной медицинской профилактики обычно используют термин «доказательная практика», фокусируясь на клинических аспектах [10, 29], то в Великобритании уже более 10 лет говорят о «доказательной политике и практике» («evidence based policy and practice»), подчеркивая важность доказательного подхода также в отраслевой политике и менеджменте [10, 28]. В литературных источниках встречаются также термины «доказательно-информированная практика» и «доказательства для политики и практики».

Важно отметить, что во всех указанных определениях доказательная практика определена как процесс управления принятием решения политиками, менеджерами и исполнителями в определенной сфере деятельности [10].

В разработке методологии доказательной профилактики необходимо признать определяющий вклад ученых США и Канады. Среди стран Европы ДМ первыми внедрили Швеция, Финлян-

дия, Дания, Норвегия, Голландия и Германия, что касалось, прежде всего, доказательного лечения — разработок национальных клинических рекомендаций и формулярных систем [4, 10]. В Китае в 1996 г. ДМ признали «одним из немногочисленных научных достижений, внедрение которого поможет стране занять ведущие позиции в мире». С тех пор при министерствах образования и здравоохранения, университетах, врачебных ассоциациях и госпиталях создана сеть центров ДМ. С 2000 г. основным их заданием является информационная поддержка продвижения традиционной китайской медицины в мире, изучение вопросов репродуктивного здоровья и контрацепции, правовых аспектов смерти, управления медицинскими рисками и развитие систем обучения методологии ДМ. В 2008 г. в стране было завершено 10 тыс. клинических исследований [6].

Что же касается развития методологии доказательной профилактики в США и Канаде, то в 1962 г. Управление по контролю продуктов питания и лекарственных средств (FDA) потребовало доказывать действенность фармакологических препаратов в РКИ [25], а еще через четверть века на основании мета-анализа 12 РКИ в этих странах отменили практику превентивного применения флекаинида при остром инфаркте миокарда [13, 20, 25]. Начиная с 1960-х гг., в США, Канаде и ряде стран Северной Европы (Швеции, Финляндии, Норвегии) были внедрены концепция факторов риска и программно-целевой подход, что позволило существенно снизить смертность населения от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний [19].

Американская Рабочая группа по превентивным услугам в здравоохранении USPSTF (веб-сайт [www.uspreventiveservicestaskforce.org](http://www.uspreventiveservicestaskforce.org)) была создана на 8 лет позже, чем в Канаде, — в 1984 г. Первые разработки ее вышли в 1989 г., и на сегодня рекомендации USPSTF признаны золотым стандартом для первичного звена здравоохранения. В течение 1989–2013 гг. их создано 128 — по 10 клиническим категориям, причем, начиная с 2007 г., отделены рекомендации для детей и подростков. Основой большинства являются систематические обзоры; главные положения рекомендаций сопровож-

даются указанием градацией доказательств, предложением для практики и «уровнем определенности». 2/3 разработок посвящены скринингам; большое внимание уделено и информационно-образовательным технологиям — консультированию.

В 1997 г. по инициативе Агентства по проведению и оценке качества исследований и медицинской помощи — AHRQ (веб-сайт [www.ahrq.gov](http://www.ahrq.gov)) в США и Канаде началось создание сети центров доказательной практики, целью которых определили информационное обеспечение служб здравоохранения (в том числе USPSTF), федеральных организаций, страховых компаний и потребителей медицинских услуг — анализ качественной специальной литературы по клиническим, организационным, социологическим, экономическим вопросам, методологии исследований, оценка мощности доказательных баз различных технологий здравоохранения и создание систематических обзоров.

Использовать эпидемиологические доказательства и систематические обзоры в сфере образования, уголовного права, социальной политики и социальной помощи для оценки действенности правительственных реформ с целью «усовершенствования информационного обеспечения политики и практики и улучшения благосостояния людей» впервые предложил американский ученый, психолог и философ Donald Campbell. Первый семинар состоялся в Лондоне (1999) при участии представителей Кокрановского сотрудничества. Еще через год было создано Кэмпбелловское сотрудничество (веб-сайт [www.campbellcollaboration.org](http://www.campbellcollaboration.org)), информационные продукты которого (кэмпбелловские обзоры) создаются по аналогии с кокрановскими, содержатся в Кэмпбелловской библиотеке и издаются каждые 2 месяца.

Методология современного медико-биологического знания объединяет когнитивный, гуманитарный и социокультурный подходы; приоритетом здравоохранения признана превентивная, улучшающая здоровье деятельность, основанная на принципах биоэтики и ориентации на выбор пациента [32, 33].

Предпосылками развития новых концепций и стратегий профилактики в здравоохранении (в том числе доказательной) следует также считать ряд международных инициатив, программных документов и стратегий: Оттавскую Хартию укрепления здоровья (1986), Джаккартскую декларацию (1997), Глобальную стратегию ВОЗ «Здоровье для всех в 21 столетии» (1999), Декларацию тысячелетия ООН в сфере развития и Рамочную программу усовершенствования систем здравоохранения (2000), Бангкокскую Хартию укрепления здоровья (2005), 11-ю общую программу работы ВОЗ на 2006–2015 гг. и Европейскую стратегию профилактики и борьбы с неинфекционными за-

болеваниями «Курс на оздоровление» (2006), Доклад ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире «Первичная медико-санитарная помощь. Сегодня актуальнее, чем когда-либо» (2008) [1, 7, 19].

В условиях глобальных кризисов — экономического и кадрового в здравоохранении — проблема сохранения здоровья и признания его социальным приоритетом обострилась. В 2008 г. ВОЗ указала, что наибольшие риски существуют в странах с плохими показателями здоровья населения, значительным расслоением общества и слабыми системами здравоохранения; основой отраслевых реформ во всем мире было определено развитие первичного звена и профилактической медико-санитарной помощи. Целесообразность доказательного подхода была признана и в аспекте понимания здоровья «социально значимым результатом любых мер политики» [1].

В Украине в течение последних 20 лет внедрено более 45 государственных целевых программ улучшения здоровья народа, разработку которых проводили «с учетом мирового опыта, ресурсных возможностей национальной экономики, позитивных черт и достижений существующей модели здравоохранения»; в 2002–2011 гг. функционировала Межотраслевая комплексная программа «Здоровье нации» [2, 18]. Создана общегосударственная программа «Здоровье-2020: украинское измерение». Новая профилактическая стратегия в здравоохранении: глобальная тотальная комплексная интегральная межотраслевая система профилактики вертикальной и горизонтальной направленности — разработана академиком В. Ф. Москаленко и представлена в 2009 г. Концептуальными подходами к ее формированию и реализации являются: государственный характер, ответственность правительства и политическая поддержка, четкая стратегия, общественная поддержка, программно-целевой подход, межсекторальное (межотраслевое) взаимодействие, вертикальная направленность (от человека — к обществу) и тотальный характер (на всех этапах и во всех сферах жизни). Основными элементами стратегии названы: сокращение факторов риска, улучшение основных детерминант здоровья и формирование здорового образа жизни; информационно-разъяснительная деятельность; достаточные инвестиции в развитие инфраструктуры, формирование человеческих ресурсов; нормативно-правовое регулирование; мониторинг ситуации и оценка результатов; международное сотрудничество. Научное сопровождение стратегии должно быть основано на доказательствах [19].

Смена парадигм, концепций и стратегий в здравоохранении отразилась и в эволюции терминологии: от КЭ и ДМ — к тотальной медико-социальной профилактике, доказательной политике и практике в здравоохранении (рисунок 5).



**Рисунок 5 — От методологических основ доказательной медицины — к стратегии доказательной тотальной профилактики в здравоохранении**

Прототипом модели доказательной профилактики в здравоохранении (рисунок 6) является разработка D. Sackett et al. (2000) (рисунок 1). Рассматривать доказательную профилактику как технологию достижения качества медицинской помощи [8] позволяют все 3 компонента модели: учитывается действенность превентивных вмеша-

тельств (идеальная эффективность, доказанная в исследованиях), соответствие их потребностям и ожиданиям пациентов и общества, современному уровню науки и условиям оказания медицинской помощи (ресурсам отрасли и смежных секторов, государственной политике в сфере здравоохранения, социокультурному контексту).



**Рисунок 6 — Доказательная профилактика в здравоохранении — политика и практика применения наилучших внешних доказательств, приемлемых для специалистов отрасли, пациентов и общества в целом**

Трудности внедрения доказательной профилактики, очевидно перекликаются с теми, что определены для доказательной практики [10], доказательного здравоохранения [31] и доказательной работы в социальной сфере [30]: это — природа, достаточность и качество доказательств, их внутренняя валидность и обобщаемость, экономическая и психологическая приемлемость в реальных условиях, наличие конфликтов интересов и другие проблемы адаптации и применения. Спорным остается вопрос меры, «в которой медики, общественные деятели и политики могут использовать критические обобщения доказательств для принятия решений» [22].

Регулярно обновляемый перечень (веб-библиография) информационных ресурсов доказательной медицины / здравоохранения, представленный на сайте Кокрановской библиотеки (<http://www.thecochranelibrary.com>), содержит книги, статьи и интернет-ресурсы по следующим разделам:

- 1) клинические рекомендации;
- 2) клинические исследования;
- 3) критические оценки;
- 4) эпидемиология и статистика;
- 5) доказательное здравоохранение и медицина;
- 6) оценка технологий в здравоохранении (НТА — Health Technology Assessment);

- 7) поиск литературы;
- 8) выработка политики;
- 9) представление рекомендаций;
- 10) систематические обзоры и мета-анализы.

Экспертами Кокрановского сотрудничества составлен перечень 35 компьютерных баз, содержащих «медицинские доказательства», которые представлены на сайте в алфавитном порядке. Большинство их содержит обобщения доказательств (систематические обзоры и рекомендации), предназначено для специалистов здравоохранения и имеет свободный доступ. 11 ресурсов из этого перечня создано в Великобритании: это — 3 разработки Кокрановского сотрудничества (*Cochrane Library*, *DARE (Database of Abstracts of Reviews of Effects)*, *Effective Older People Care*); 4 базы данных от Британского медицинского журнала (BMJ Evidence Centre) — *Best Health*, *Best Practice*, *Clinical Evidence*, *Evidence Updates*; ресурс Бирмингемского университета *ARIF Reviews Database*; база данных *TRIP*; ресурс Национального института клинического совершенствования (NICE) *NHS Evidence*; базы данных Национальной службы здоровья (NHS) *Clinical Knowledge Summaries* и *QIPP (Quality, Innovation, Productivity and Prevention)*. 11 Интернет-ресурсов разработано в США: база данных *AHRQ* (Агентства по изучению исследований и качества в здравоохранении) и *National Guidelines Clearinghouse* (от Департамента здравоохранения США); *PubMed Clinical Queries* (как ресурс поиска доказательств в Национальной медицинской библиотеке *Medline*); *PIER (Physicians' Information and Education Resource)* — ресурс Американской коллегии врачей (ACP); а также базы данных крупных издательств: от Wiley (*EBM Guidelines*, *Essential Evidence Plus*, *HEED (Health Economic Evaluation Database)* и *Special Collections from the Cochrane Library*), от McGraw-Hill (*Harrison's Practice*, *JAMA Evidence*) и от Wolters Kluwer Health (*UpToDate*). 6 ресурсов доказательств, включенных в перечень, разработано в Канаде: это *Healthvidence*, *Health Systems Evidence*, *nursing+*, *OBESITY+*, *Rehab+* (базы данных университета McMaster, Торонто) и *TI (Therapeutics Initiative)* от University of British Columbia, Ванкувер. В Австралии были созданы *OTseeker (Occupational Therapy Systematic Evaluation of Evidence)* и *Physiotherapy Choices* (ресурс Центра доказательной физиотерапии СЕВР). Международными и мультилингвальными разработками являются следующие 5 компьютерных баз данных: *DynaMed* (от информационной службы EBSCO, США и Канада); *Epistemonikos* (от университета Pontificia Universidad Católica de Chile); *PE德罗 (Physiotherapy Evidence Database)* — от австралийского Центра доказательной физиотерапии СЕВР и Аме-

риканской ассоциации физиотерапии АРТА; *PDQ-Evidence for Informed Health Policymaking* (от разработчиков *Epistemonikos*, Норвежского центра знаний для служб здравоохранения и кокрановской группы эффективной практики и организации медицинской помощи ЕРОС).

Сайт Кокрановской библиотеки представляет также список журналов, «посвященных доказательному здравоохранению»: «ACP Journal Club», «Evidence & Policy», «Evidence-Based Medicine», «Evidence-Based Nursing», «Evidence-Based Mental Health», «Evidence-Based Child Health», «Evidence Based Women's Health», «Health Research Policy and Systems», «Journal of Evidence-Based Medicine», «Research Synthesis Methods». Важно отметить, что в эти 10 не вошла «большая четверка» рецензируемых научно-медицинских журналов: «British Medical Journal», «The Lancet», «JAMA» и «New England Journal of Medicine» [12].

Изучение доступных компьютерных и печатных информационных ресурсов доказательной медицины и здравоохранения позволило отобрать и систематизировать посвященные профилактическому направлению. При составлении классификации учтены «традиционная иерархия доказательств» и перечни информационных ресурсов, используемых для составления систематических обзоров, список компьютерных баз доказательств, размещенный на сайте Кокрановской библиотеки, сведения о рецензируемых научно-медицинских журналах и наукометрических базах [11–13, 22, 26], а также представленные выше модели доказательной практики.

#### **Классификация информационных ресурсов доказательной профилактики в здравоохранении:**

##### *1. Источники доказательств:*

- эпидемиологических;
- первичные (контролируемые клинические исследования — рандомизированные, когортные, перекрестные, «случай-контроль», серии случаев);
- вторичные (систематические обзоры — кокрановские и некокрановские, мета-анализы, клинические рекомендации; экономические анализы, «деревья решений» и т. п.);
- неэпидемиологических (отдельные случаи, мнения экспертов);
- парамедицинских (например, кэмпбэлловские систематические обзоры).

*2. Компьютерные метабазы доказательств:* Кокрановская библиотека, PubMed, TRIP, Evidence Updates.

*3. Компьютерные базы доказательств, которые могут быть использованы в практике первичного звена здравоохранения:* Healthvidence, EMBASE, TI, AMED, PEDro, nursing+, BNI, CINAHL, Effective Older People Care, OBESITY+, HTA, Essential Evidence Plus.

4. Веб-сайты Рабочих групп по профилактике в здравоохранении — прежде всего Американской (USPSTF) и Канадской.

5. Веб-сайты врачебных ассоциаций — специализированных и проблемных.

6. Специализированные периодические издания: рецензируемые научно-медицинские журналы и компендиумы по доказательной медицине.

Кокрановская библиотека — источник почти 5 тыс. кокрановских обзоров (признанных эталонными и не подлежащими критической оценке), а также РКИ высокого методологического качества (содержатся в подбазе DARE, которую считают также самостоятельной метабазой [12]). Ресурсы *Medline / PubMed* содержат более 15 / 19 млн статей, отобранных из 5,5 тыс. научно-медицинских журналов, издаваемых на 40 языках в более чем 70 странах, преимущественно в США; найденные в них некокрановские обзоры подлежат критической оценке. Метабаза TRIP содержит преимущественно вторичные доказательства — более 25 тыс. систематических обзоров высокого методологического качества, в том числе кокрановских и более 3 тыс. рекомендаций. Является мультилингвальным ресурсом: публикуется на английском, уэльском, немецком, французском, испанском, итальянском и португальском языках. Статьи систематизированы по 27 клиническим категориям; с помощью ручного поиска выделены посвященные практике в первичном звене здравоохранения — создана категория «Первичная медико-санитарная помощь». Метабаза Evidence Updates содержит статьи, посвященные первичным исследованиям, отобранные из 120 ведущих научно-медицинских журналов (ежегодно включают около 3 тыс.), а также резюме систематических обзоров из более чем 800 научно-медицинских журналов. Статьи систематизированы по клиническим категориям, из них отобраны посвященные первичной медицинской помощи.

*Healthvidence* представляет собой реестр систематических обзоров эффективности вмешательств по продвижению здоровья. *EMBASE* и *TI* являются информационными ресурсами доказательной фармакопрофилактики и фармакотерапии, *PEDro* — физиотерапии, *AMED* — комплементарной и альтернативной медицины. Ресурсы *nursing+*, *BNI* и *CINAHL* посвящены доказательной сестринской практике и уходу за больными, *OBESITY+* и *Effective Older People Care* — доказательному ведению особых групп пациентов (страдающих ожирением, пожилых), *HTA (Health Technology Assessment)* — действенности технологий в здравоохранении. *Essential Evidence Plus* содержит вторичные доказательства, инструменты принятия решений, калькуляторы и напоминания для специалистов первичного звена здравоохранения.

Рекомендации USPSTF — Американской рабочей группы по профилактике (*US Preventive Services Task Force*, [www.uspreventiveservicestaskforce.org](http://www.uspreventiveservicestaskforce.org)) признаны золотым стандартом для первичного звена медико-санитарной помощи. Их создают по 10 клиническим категориям, причем для детей и подростков — отдельно. В течение 1996–2013 гг. разработано 128 рекомендаций, 75 % из них посвящено скрининговым технологиям.

Веб-сайты специализированных и проблемных врачебных ассоциаций информируют специалистов здравоохранения, пациентов и общество о содержании международных рекомендаций, состоянии доказательных баз по отдельным вопросам, в том числе касающимся медицинской профилактики.

Наконец, важным информационным ресурсом доказательной профилактики являются рецензируемые научно-медицинские журналы (в первую очередь, «большая четверка» и другие, включенные в международные и национальные наукометрические базы), а также компендиумы «Evidence-Based Medicine», «Clinical Evidence» и т. п., большинство статей в которых посвящено все же вторичной и третичной профилактике заболеваний.

#### Выводы

1. Доказательная профилактика в здравоохранении представляет собой политику и практику применения наилучших внешних эпидемиологических доказательств, приемлемых для специалистов отрасли и пациентов / потребителей медицинских услуг и общества в целом. Такими доказательствами являются, прежде всего, вторичные — качественные международные рекомендации и систематические обзоры, поиск которых следует начинать в Кокрановской библиотеке и метабазе TRIP, а также на веб-сайте Американской рабочей группы по профилактике USPSTF.

2 Развитие методологии доказательной профилактики исторически и концептуально связано с клинической эпидемиологией, когнитивным, гуманитарным и социокультурным подходами медико-биологического знания, парадигмами деятельности и сохранения здоровья в медицине и обществе в целом, с программным и глобальным подходами в здравоохранении, рядом стратегических международных инициатив и документов. Доказательный подход является важной технологией достижения высокого качества профилактической медицинской помощи, управления в здравоохранении и в конечном итоге — сохранения индивидуального и популяционного здоровья.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. The world health report 2008: primary health care now more than ever / ed. by T. Evans, W. V. Lerberghe / Geneva: WHO, 2008. — 125 p.
2. Москаленко, В. Ф. Доказова медицина в Україні / В. Ф. Москаленко, О. Г. Пузанова // Therapia. Укр. мед. часопис. — 2011. — № 3 (56). — С. 40–47.

3. Knowledge to action?: evidence based health care in context / ed. by S. Dohson, L. Fitzgerald / New York: «Oxford University Press», 2005. — 223 p.
4. *Abholz, H.-H.* Das Konzept der Nationalen Versorgungs-Leitlinie (NVL) — was bedeutet dies für Hausärzte? / H.-H. Abholz, N. Donner-Banzhoff, W. Niebling // Zeitschrift fuer Allgemeinmedizin. — 2006. — B. 82. — P. 274-277.
5. *Sackett, D. L.* On the need for evidence-based medicine / D. L. Sackett, W. M. C. Rosenberg // Journal of Public Health Medicine. — 1995. — Vol. 17, № 3. — P. 330-334.
6. *Li, Y.* Evidence-Based Medicine in China / Y. Li, X. Sun, L. Wang // Value in health. — 2008. — Vol. 11 (Suppl.1). — P. 156-158.
7. European Centre for Disease Prevention and Control. Evidence-based methodologies for public health — How to assess the best available evidence when time is limited and there is lack of sound evidence. ECDC Technical Report / ed. by J. Giesecke / Stockholm: ECDC, 2011. — 58 p.
8. *Оганов, Р. Г.* Руководство по медицинской профилактике / под ред. Р. Г. Оганова, Р. А. Хальфина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 464 с.
9. *Аксенов, В. А.* Доказательная профилактика или диспансеризация: что же нам нужно? / В. А. Аксенов // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. — 2007. — № 2. — С. 40-47.
10. *Mullen, E. J.* The Evidence For and Against Evidence-Based Practice / E. J. Mullen, D. L. Streiner // Brief Treatment and Crisis Intervention. — 2004. — Vol. 4, № 2. — P. 111-121.
11. *Власов, В. В.* Введение в доказательную медицину / В. В. Власов. — М.: Медиа Сфера, 2001. — 392 с.
12. *Гринхальх, Т.* Основы доказательной медицины / Т. Гринхальх; под ред. И. Н. Денисова, К. И. Сайткулова; пер. с англ. — 3-е изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 288 с.
13. *Скакун, М. П.* Основы доказательной медицины / М. П. Скакун. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2005. — 244 с.
14. *Sackett, D. L.* Clinical epidemiology: what, who and whither / D. L. Sackett // Journal of Clinical Epidemiology. — 2002. — Vol. 55. — P. 1161-1166.
15. *Paul, J. R.* President's address clinical epidemiology / J. R. Paul, D. L. Sackett // Journal of Clinical Investigation. — 1938. — Vol. 17 (55). — P. 539-541.
16. *Randal, J.* Randomized Controlled Trials Mark a Golden Anniversary / J. Randal // Journal of the National Cancer Institute. — 1999. — Vol. 91 (1). — P. 10-12.
17. *Флетчер, Р.* Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины / Р. Флетчер, С. Флетчер, Э. Вагнер; пер. с англ. под ред. С. Е. Башинского, С. Ю. Варшавского. — М.: Медиа Сфера, 2004. — 347 с.
18. *Гайдаев, Ю. А.* Державні цільові програми покращення здоров'я народу / Ю. О. Гайдаев, В. М. Корнацький. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2007. — 207 с.
19. *Москаленко, В. Ф.* Концептуальні підходи до формування сучасної профілактичної стратегії в охороні здоров'я: від профілактики медичної до профілактики соціальної / В. Ф. Москаленко. — Київ: Авіцена, 2009. — 240 с.
20. *Брико, Н. И.* Научно-практические и образовательные аспекты клинической эпидемиологии / Н. И. Брико // Вестник РАМН. — 2012. — № 9. — С. 65-69.
21. *Lang, T. A.* How to report statistics in medicine. Annotated Guidelines for Authors, Editors, and Reviewers / T. A. Lang, M. Secic. — 2nd ed. — Philadelphia, American College of physicians, 2006. — 490 p.
22. *Bastian, H.* Seventy-five Trials and Eleven Systematic Reviews a Day: How Will We Ever Keep Up? / H. Bastian, P. Glasziou, I. Chalmers // PLoS Med. — 2010. — Vol. 7 (9): e1000326. doi:10.1371/journal.pmed.1000326
23. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. The periodic health examination // Can. Med. Assoc. J. — 1979. — Vol. 121. — P. 1194-1254.
24. *Fletcher, S. W.* Evidence-based screening: What kind of evidence is needed? / S. W. Fletcher // ACP J. Club. — 1998. — Vol. 128. — P. 12-14.
25. Evidence based medicine: what it is and what it isn't / D. L. Sackett [et al.] // Brit. Med. J. — 1996. — Vol. 312. — P. 71-72.
26. *Glasziou, P.* Evidence-based Medicine Workbook. Finding and applying the best evidence to improve patient care / P. Glasziou, C. Del Mar. — London: BMJ Books, 2003. — 132 p.
27. Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM / D. L. Sackett [et al.]. — NY: Churchill Livingstone, 2000. — P. 1.
28. *Gray, J. A. M.* Evidence-based medicine for professionals. In: A. Edwards, G. Elwyn (eds.) «Evidence based patient choice: inevitable or impossible?» / J. A. M. Gray // J.A.M Gray. — NY: Oxford University Press, 2001. — P. 19-33.
29. *Gambrill, E.* Evidence-based practice and policy: Choice ahead / E. Gambrill // Research on Social Work Practice. — 2006. — Vol. 16. — P. 338-357.
30. From concept to implementation: challenges facing evidence-based social work / E. J. Mullen [et al.] // Evidence and Policy. — 2004. — Vol. 1, № 1. — P. 61-84.
31. Assessing the Impact of Economic Evidence on Policymakers in Health Care — A Systematic Review. Methods Research Report / L. W. Niessen [et al.] // AHRQ Publication № 12(13)-EHC133-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2012. — 47 p.
32. *Казаков, В. Н.* Размышления о медицине (философия естествознания). Кн. 1 / В. Н. Казаков. — Донецк: Ноулдидж, 2010. — 410 с.
33. *Кулиниченко, В. Л.* Современная медицина: трансформация парадигм теории и практики: философско-методологический анализ / В. Л. Кулиниченко. — Київ: Центр практичної філософії, 2001. — 237 с.

Поступила 26.08.2013

## УДК 613.221

### СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПИТАНИЮ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

А. А. Козловский

Гомельский государственный медицинский университет

В статье представлена обобщенная информация по вопросам рационального вскармливания детей первого года жизни. Отражены преимущества естественного вскармливания, современные подходы к последовательности и срокам назначения прикормов. Использование на практике предложенных рекомендаций по вскармливанию детей первого года жизни позволит вырастить здоровых детей и снизить у них частоту заболеваемости.

**Ключевые слова:** дети, естественное и искусственное вскармливание, молочные смеси, прикормы.

## MODERN APPROACHES TO NUTRITION OF ONE-YEAR INFANTS

A. A. Kozlovsky

Gomel State Medical University

The article presents general information about the rational feeding of one-year infants. It covers the advantages of natural breeding, modern approaches to the consequence and terms of prescription of additional nutrition. The practical application of the offered recommendations for nutrition of one-year infants will make it possible to improve the children's health and decrease the incidence rate.

**Key words:** infants, natural and bottle feeding, milk substitutes, additional food.