



Шановні колеги!

Дорогі вірні читачі «Жіночого лікаря»!

Оскільки я народився в лікарській родині, то практично усе своє життя, навіть ще до медінституту, мав змогу зблизька спостерігати різних медиків (серед яких, до речі, було чимало видатних), і загалом медицину. Можу сказати, що на моє медичне життя припало кілька цілком конкретних епох.

60-80-ті роки минулого століття були періодом, який назвемо умовно лідерським або шкільним. Тоді були клінічні школи — терапевтичні, хірургічні, онкологічні, педіатричні тощо. І називалися вони за іменем лідера, засновника — школа професора такого-то, школа академіка такого. Були й інші варіанти, наприклад, київська кардіохірургічна школа, або харківська акушерська школа, чи львівська школа гематологів. У ті часи визначальним для формування клінічного світогляду лікаря було, де і в кого він навчався. Звісно, існували фундаментальні, класичні основи знань, але різні клінічні школи сповідували різні підходи до ухвалення принципових медичних рішень. Ці рішення базувалися на досвіді та результатах досліджень конкретного колективу — інституту, кафедри, клініки, зрештою на авторитетній думці керівника, лідера даної школи.

Починаючи з 90-х років, спочатку досить м'яко, повільно, але щодалі рішучіше і наполегливіше у свої права вступила доказова медицина. В ті роки її ще називали науково-доказовою, ніби підкреслюючи, що наші вчителі-попередники лікували хворих, не ґрунтуючись на результатах спеціальних наукових досліджень. Головною вимогою доказової медицини стало усвідомлене застосування для ухвалення клінічних рішень щодо діагностики та лікування конкретного пацієнта доведено найкращих існуючих на сьогодні наукових даних. Останні мали бути отримані у спеціально спланованих рандомізованих контрольованих дослідженнях. Такий підхід природно вимагав створення суворої нормативної бази діяльності лікаря у формі клінічних настанов, клінічних протоколів, стандартів медичної допомоги. Отже, стандартизація медичної допомоги стала обов'язковою фундаментальною умовою доказової медицини.



Добре пам'ятаю, як складно, долаючи спротив упевнених в собі, досвідчених лікарів, торувала шлях доказова медицина в нашій країні. Основний аргумент опонентів полягав у тому, що існування суворої нормативної бази нівелює індивідуальність пацієнтів, ігнорує їхні природні особливості, робить зайвим, непотрібним клінічне мислення. Стандартизацію медичної допомоги ледь не ототожнювали зі стандартизацією хворих. Проте, коли у 10-х роках 21 сторіччя виник новий тренд і сучасну клінічну медицину почали називати «медицина чотирьох Р», це не дуже заспокоїло противників доказової медицини.

Що таке медицина чотирьох Р? «Р» у даному разі англійська літера, яка є першою у чотирьох словах, що характеризують основні риси сучасної медицини. Українською ці запозичені слова також починаються з літери «П», тому в нас назва такої медицини не змінюється. Отже, П1 — предиктивність, П2 — профілактичність або попереджувальність, П3 — персоніфікованість і П4 — партисипативність. Здавалося б, наявність такої якості як персоніфікованість мала б заспокоїти любителів робити як заманеться, тобто в одному випадку так, в іншому — зовсім по-іншому, в третьому — ще якось інакше, але завжди з універсальним поясненням «я вважав, що так буде для цього хворого краще». Проте, не склалося, бо по-перше, доказову медицину з появою «чотирьох П» не скасували, а по-друге, П3 виявилось зовсім не таким, як уявлялося.

Персоніфікована (синоніми — прецизійна, прицільна, індивідуалізована, персоналізована) медицина — це модель, що базується на виборі клінічних рішень та практик на основі прогнозованої реакції конкретного пацієнта на втручання (інтервенцію) та прогнозованого ризику розвитку у нього первинного захворювання або ускладнення. Така модель фактично стала протиставленням активному підходу «один ризик — одна профілактика для всіх; одна хвороба — один препарат, який підходить усім». Для реального функціонування медицини рівня П3 досягнення геноміки і, зокрема, фармакогеноміки мають бути доступними клініцистам. Такі приклади в нас є. Так, визначення онкогенних мутацій дозволяє проводити високоефективну таргетну індивідуальну профілактику відповідних пухлин. Генотипування або молекулярне тестування біопсійного матеріалу дозволяє визначити оптимальний склад протипухлинної терапії. Визначення поліморфних варіантів у генотипах CYP2C9 і VKORC1, що кодують індивідуальну антикоагулянтну реакцію, допомагають лікарю призначити таку дозу варфарину, яка забезпечить оптимальну терапевтичну ефективність та водночас дозволить уникнути побічних реакцій. Використання спеціальних комп'ютерних програм аналізу даних томографічних досліджень — це також приклад персоніфікації топографічної підготовки до променевої терапії.

Хотілося б, аби таких прикладів було більше, хотілося б, аби вони були масовими, тобто стали стандартом. І тут ми раптом чітко усвідомлюємо, що доказова медицина з її стандартизацією допомоги не суперечить, тим більше не перешкоджає персоніфікації клінічних рішень. Навпаки, сучасні стандарти, що базуються на суворих доказових дослідженнях, мають включати заходи, які дозволяють індивідуалізувати прогноз, профілактику і лікування. Отже, сучасна медична допомога має бути і стандартизованою, і персоніфікованою. Особисто мені дуже хотілося б, аби саме такою стала мультидисциплінарна допомога вагітним жінкам.

Посміхаєтесь? Хочете сказати, що за нашого життя це нереально? А я хочу сподіватися. Врешті-решт мріяти нам поки не заборонили.

З повагою,
науковий редактор журналу «Жіночий лікар»,
член-кореспондент НАМН України, проф.
Володимир Медведь

