

СОВРЕМЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ В РОССИИ В ОЦЕНКЕ ВРАЧЕЙ И ПАЦИЕНТОВ*

Термин «доказательная медицина» сегодня все чаще и чаще появляется в различных источниках информации, а также становится предметом обсуждения профессиональных сообществ и обычных граждан. Помимо краткого экскурса в историю возникновения и развития доказательной медицины в мире и в России в данной статье приводится антропологический анализ установок современных российских врачей и пациентов в отношении как понимания сути самого термина, так и текущего состояния, перспектив и возможных рисков развития этой дисциплины в нашей стране, рассматриваются представления респондентов о роли фармкомпаний и государства, а также о балансе между разработкой и внедрением общих клинических рекомендаций и учетом индивидуальных особенностей пациента. В статье приводятся рассуждения пациентов о том, существует ли еще «врач от Бога» и важен ли для них тот факт, что человек, к которому они обращаются за помощью, работает в парадигме доказательной медицины. Врачи же задаются вопросом: является ли врачевание по-прежнему искусством, или доказательная медицина окончательно превратила его в бизнес, четко отлаженный механизм которого при возникновении критических обстоятельств может защитить их от уголовного преследования?

Ключевые слова: *доказательная медицина, медицинская антропология, социология медицины, врач, пациент, российские реалии, российское здравоохранение*

Введение

Здравоохранение – одна из наиболее острых и проблемных социально-значимых сфер в современной России. Необходимость повышения качества и эффективности медицинской помощи, оптимизации расходов и соблюдения безопасности (Калинин и др. 2008) привела к тому, что доказательная медицина¹² и внедрение ее принципов в

Вяткина Наталья Александровна – аспирант Центра медицинской антропологии Института этнологии и антропологии им. Н.Н. Миклухо-Маклая РАН. Эл. почта: natalia.vyatkina@gmail.com. **Natalia A. Vyatkina** – Institute of Ethnology and Anthropology RAS. E-mail: natalia.vyatkina@gmail.com

* Публикуется в соответствии с планом научно-исследовательских работ Института этнологии и антропологии РАН

¹ Доказательная медицина – это добросовестное, точное и осмысленное использование лучших результатов клинических исследований для выбора лечения конкретного больного (Sackett et. all 1996).

практику стали тем светом в конце тоннеля, который позволяет нам надеяться на оптимистичный результат реформ российского здравоохранения. Но вопрос с внедрением подходов доказательной медицины остается дискуссионным в российском обществе.

Хотя первые попытки применения доказательной медицины (ДМ) – своего рода примеры сравнительных клинических исследований – описаны еще в Библии, расцвета это направление достигло в конце XX в., а сам термин был предложен группой канадских ученых из Университета МакМастера в 1992 г. (Thoma 2015). С тех пор количество статей в рамках ДМ росло впечатляющими темпами (см: Zimerman 2013; Thoma 2015) и привело к тому, что игнорирование принципов и достижений доказательной медицины считается сегодня проявлением непрофессионализма. В данной статье публикуются результаты исследования, проведенного среди врачей различных специальностей, проживающих в различных регионах России (всего 34 респондента). Предлагается рассмотреть и обсудить вопросы: как врачи понимают ДМ? какие перспективы и риски видят в развитии этого направления в России? какие противоречия наблюдают между индивидуальными особенностями пациентов и усредненными результатами клинических исследований? и т.д. Для полноценного взгляда на современное состояние ДМ в России необходимо учитывать в т.ч. и мнение пациентов (45 человек приняли участие в исследовании).

Отметим и ряд немаловажных факторов, оказывающих опосредованное влияние на результаты. Во-первых, термин «доказательная медицина» широко используется различными медицинскими учреждениями и фармацевтическими компаниями в рекламных целях. Во-вторых, благодаря развитию интернета повысился уровень медицинских знаний различных слоев населения, и это привело к тому, что пациенты сегодня хорошо осведомлены о последних достижениях мировой и российской медицины. И, в-третьих, значительно возрос спрос на информацию научно-популярного и просветительского характера со стороны потребителей медицинских услуг (книги, лекции, специализированные сайты, YouTube и телеграм-каналы).

История доказательной медицины

Несмотря на то что сам термин «доказательная медицина» возник в начале 90-х годов прошлого века, попытки обоснованно подойти к искусству врачевания предпринимались и значительно раньше. В целом в развитии ДМ можно выделить несколько этапов, рамки которых определяются исходя из принципов обучения и передачи медицинских знаний. Дж. Кларидж и Т. Фабиан из Университета Теннесси предложили следующую градацию (Claridge J., Fabian T. 2005):

1. Античная эпоха – описанный в Библии первый пример 10-дневного клинического эксперимента, проведенного пророком Даниилом для доказательства преимущества диеты, включавшей только фрукты, овощи и воду, перед питанием с царского стола, предполагавшим вино и мясо.
2. Эпоха ренессанса – попытки при помощи сравнительных экспериментов в контролируемых условиях найти способы лечения цинги; многочисленные попытки на протяжении нескольких веков обосновать лечение кровопусканием. В этот же период разрабатывались методы лечения ожогов и получивших широкое распространение в хирургии ампутаций.
3. Переходная эпоха – период с конца XIX в. до 1970-х годов. Среди приверженцев

ДМ этого времени можно назвать хирурга Э.А. Кодмана, который в своем труде «Продукт больницы» заявил, что лечебные учреждения несут ответственность за уход, оказываемый их персоналом, и поэтому должны внимательно следить за результатами каждой операции. Реализация некоторых идей Э.А. Кодмана может способствовать успеху современной доказательной медицины.

4. Современный период – с 70-х годов прошлого века и до сегодняшнего дня – непосредственно связан с основоположником ДМ А. Кокраном (*Ставроу и др.* 2014), который еще со студенческих времен был озабочен отсутствием научных доказательств, обосновывающих медицинские вмешательства. В 1972 г. А. Кокран опубликовал работу «Эффективность и действенность: случайные размышления об услугах здравоохранения». К основоположникам ДМ можно отнести и Д. Саккета, который в 1985 г. издал свою первую монографию, названную «Клиническая эпидемиология»¹. Принципы, заложенные А. Кокраном и Д. Саккетом, привели к зарождению доказательной медицины в ее современном понимании (*Thoma* 2015). А в 1993 г. было основано «Кокрановское сотрудничество», целью которого является поиск и обобщение достоверной информации о результатах медицинских вмешательств (*Барабанов* 2010). Мета-анализы², которые сегодня можно найти на сайте сотрудничества являют собой высшую степень доказательности.

В окончательном варианте в 1992 г. термин «доказательная медицина» был сформулирован Г. Гайятом, а сама история этой публикации заслуживает особого внимания (см: *Guyatt* 2003; *Zimmerman* 2013). Вышедшая под названием «Evidence-Based Medicine» («Доказательная медицина»), она имела тональность политического манифеста, говорила о приближении новой парадигмы медицинской практики и изначально разрабатывалась анонимной группой авторов. Благодаря реорганизации системы здравоохранения Канады и, как следствие, развитию «problem-based learning» (проблемно-ориентированного обучения) в Университете МакМастера, а также активной поддержке редактора *JAMA (Journal of the American Medical Association)* Д. Ренни, публикация вышла в свет в 1992 г. В дальнейшем за период 1992–2001 гг. термин «доказательная медицина» стремительно набирал популярность в научных кругах.

В 1996 г. термин был уточнен и дополнен Д. Саккетом и его соавторами (*Sackett et al.* 1996) в статье «Evidence Based Medicine: What It Is and What It Isn't» («Доказательная медицина: что это такое, и чем это не является»). Согласно авторам статьи, «доказательная медицина (ДМ) – это добросовестное, точное и осмысленное использование лучших результатов клинических исследований для выбора лечения конкретного больного» (*Sackett et al.* 1996). Ключевыми компонентами ДМ, по мнению Д. Саккета и его соавторов, являются: 1) учет ожиданий (пожеланий) пациента; 2) клинические навыки врачей; 3) наилучшие имеющиеся доказательства (*Thoma* 2015). В дальнейшем Д. Саккетом были озвучены и опасения в связи с развитием ДМ. К примеру, были выявлены отрицательная корреляция между возрастом опытного врача и эффективностью проводимого им лечения (*Барабанов* 2010) и т.н. эффект запаздывания (*Калинин и др.* 2008), когда наиболее перспективные методы

¹ Впервые термин был сформулирован Джоном Р. Паулем в 1938 г. в Йельском университете (*Zimmerman* 2013).

² Статистический анализ количественных результатов нескольких исследований, посвященных одному и тому же вопросу (количественный систематический обзор) (*Петров* 2011).

внедряются во врачебную практику только спустя значительное время после подтверждения их действенности. С тех пор многие авторы рассуждают о будущем медицины, вступившей в эпоху доказательности.

Необходимо отметить, что в России основополагающими трудами по доказательной медицине являются «Введение в доказательную медицину» В.В. Власова, вышедшее в 2001 г. (Власов 2001), а также переведенная на русский язык книга Р. Флетчер с соавторами «Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины» (Флетчер и др. 1998). С позиции этики и философии доказательная медицина рассматривается в работах российского автора Б.Г. Юдина, отмечающего, что объектом исследования в ДМ выступает вся медицинская практика (Юдин 2008). Он указывает, что идти на риск, связанный с участием в исследовании, пациента побуждают собственные потребности, а не интересы науки и общества, т.е. на первое место помещается благо для самого себя. Б.Г. Юдин говорит, что информирование пациента выступает одновременно и как формирование субъекта участника испытания. Таким образом, этику биомедицинского исследования предложено рассматривать не как препятствие, но как возможность получить более объемное знание о человеке.

О неэтичности неправильно проведенного исследования (как с точки зрения организации, так и анализа полученных результатов) говорит и О.Ю. Реброва, выделяя несколько тезисов:

1. В ходе исследования пациенты подвергаются зачастую неоправданному риску.
2. Исследователи, которые могли бы работать над решением более важных проблем, вынуждены неэффективно использовать свои финансовые и временные ресурсы.
3. Публикации неверных результатов могут направить дальнейшие исследования по ложному пути.
4. Практическое применение неверных результатов исследования может нанести вред пациентам (Реброва 2001).

Многие авторы в связи с бурным развитием ДМ, повсеместным распространением интернета и, как следствие, стремительным увеличением потока информации пишут о необходимости развития у современных врачей навыков чтения и критической оценки научных публикаций медицинского характера (см: Эрдес 2003; Петров 2012). К примеру, Британская Королевская коллегия врачей общей практики уже включила в программу экзаменов раздел по критической оценке научной публикации (Реброва 2001). По данным В.И. Петрова от 2011 г. (Петров 2011), у современного врача возникает потребность в профессиональной медицинской информации до 60 раз в неделю (или дважды на каждом трех пациентов), это потенциально может влиять на принятие около восьми решений ежедневно. Необходимо также отметить, что по некоторым оценкам в дальнейшем подтверждается научная ценность только 10–15% публикуемой информации медицинской направленности (Калинин 2008). С целью сокращения времени поиска в нарастающем потоке информации, а также для поддержания осведомленности практикующих врачей о наиболее значимых тенденциях мировой медицины профессиональные экспертные сообщества, основываясь на принципах научно-доказательной медицины, занимаются:

- созданием журнальных клубов и реферативных дайджестов. Например, «ACP Journal Club» (1991) и «Evidence Based Medicine» (1996);
- формированием базы данных систематических обзоров рандомизированных

контролируемых исследований («Кохрановское сотрудничество»);

- разработкой научно доказанных клинических рекомендаций, которые основываются на изучении всей доступной литературы по определенному вопросу (см: *Петров 2011*; Конференция ДМ 2003).

При общем позитивном фоне публикаций о ДМ нередко можно столкнуться с критическими, а иногда и скептическими замечаниями, например, по поводу внедрения результатов рандомизированных клинических исследований¹ в реальную практику. Критики отмечают, что для участия в клинических испытаниях зачастую отбирают больных без сопутствующих заболеваний, с относительно легким течением болезни, а также более молодых, а значит физически более крепких (*Шульман 2007*). Некоторые авторы также указывают на сопровождающие ДМ негативные факторы (*Петров 2011*), как то: недостаточность доказательств, неправильная интерпретация результатов, невозможность проверить все доказательства и то, что эти доказательства, как и рекомендации, могут быть подвержены влиянию мнений разработчиков.

Безусловно, клинические рекомендации предназначены для того, чтобы оказать помощь врачу в формировании клинического суждения, но они не должны и не могут заменить его. Для принятия врачебного решения одних только доказательств недостаточно. Необходима совокупность следующих факторов: 1) результатов качественно выполненных научных исследований, 2) клинического мышления и опыта конкретного врача, 3) учета индивидуальных особенностей пациента (*Петров 2012*). Некоторые авторы при этом отмечают, что в определенных случаях эмпирический подход в лечении является более рациональным, чем слепое следование принципам ДМ (*Шульман 2007*). Однако, по мнению других, эмпирические методы и знания никогда не приведут медицину к пониманию причин и механизмов развития болезней (см: *Хазов 2012*; *Калинин и др. 2008*). Многие авторы, как и некоторые врачи – участники нашего исследования, полагают, что влияние фармацевтического бизнеса и маркетинга на доказательную медицину слишком велико (см: *Барабанов 2010*; *Власов 2007*; *Поляков и др. 2009*).

Методы исследования

Для выявления мнения россиян о доказательной медицине были разработаны две анкеты: для врачей и для пациентов. Первым были предложены открытые вопросы, вторые могли выбирать из нескольких вариантов, а также комментировать свои ответы. Каждая анкета состояла из 10 вопросов. Среднее время заполнения ее врачами составило 15, пациентами – 5 минут. Выводы и анализ результатов основывались на заполненных 33 врачебных и 45 пациентских анкетах. География исследования охватывала следующие города/регионы РФ: Москва, Подмосковье, Санкт-Петербург, Тольятти, Ялта, Севастополь, Ростов-на-Дону, Геленджик, Пермь, Якутск, Новосибирск, Барнаул, Тамбов.

Результаты исследования

Мнения врачей. Во-первых, необходимо отметить, что на этапе договоренностей и приглашений к участию в исследовании многие врачи говорили, что их мнение может

¹ Тип научного (часто медицинского) эксперимента, при котором его участники случайным образом делятся на две группы, в одной из которых проводится исследуемое вмешательство, а в другой (контрольной) применяются стандартные методики или плацебо.

выбиваться из общего ряда, и сомневались, что их ответы помогут увидеть реальную ситуацию. Но полагаю, что скептический взгляд на проблемы ДМ как раз дополняет истинную картину, которая может оказаться не такой радужной, как представляется. Второе, что важно учитывать, это возраст и опыт врачей, принявших участие в исследовании: среди ответивших на вопросы анкеты не оказалось студентов-медиков, 9 человек проработали менее 10 лет, 12 – указали стаж работы по своей специальности от 10 до 20 лет, 9 человек – от 20 до 30, а трое – более 30 лет. Кроме того, отметим, что 23 респондента на момент анкетирования работали в государственных медицинских учреждениях, шестеро – в частных, а четверо совмещали работу и там, и там.

География и специальность участников исследования были самыми разнообразными, и если врачи и ссылались на определенный локус, то только в связи с тем, что в нашей стране у крупных региональных клиник больше перспектив для развития и внедрения ДМ, что в целом понятно. Некоторые говорили о том, что принципы доказательной медицины в меньшей степени применимы к их специальности (напр., детские урологи-андрологи) или, наоборот, более применимы (напр., онкологи и гематологи). В целом же врачи продемонстрировали положительное отношение к доказательной медицине:

- Считаю, что ДМ является основой и неотъемлемой частью современной мед деятельности;
- Изначально принцип правильный. Доказать действует ли тот или иной метод или лекарство. И, если действует, то как?
- Реальные доказательства;
- Только на нее и можно опираться;
- ДМ – единственное, на что должен опираться современный врач;
- Учет желаний и consent пациента (+ взаимоотношения с пациентами).

Но были и скептические мнения:

- Это современное «руководящее» направление в современной «медицине» целью которого является, со слов Минздрава, улучшить качество здравоохранения, а по факту организовано уничтожить все возможные творческие начинания и направления особо «нетрадиционного характера»;
- Отношение неоднозначное. Потому что очень многие исследования спонсируются фармацевтическими компаниями, которым это выгодно. Поэтому не всему можно верить;
- Если исследование не куплено какой-либо фирмой, то [отношусь] положительно;
- Отношусь чаще положительно, но с сомнением. Бывает пациенту нужен в связи с его индивидуальными особенностями отличный от других препарат, например, а выбирается с большей доказательной базой, и получается лечение по стандарту;

– ДМ не дает пространства для клинического маневра.

Необходимо также помнить, что по мнению многих исследователей, практикующие врачи должны знать принципы и подходы ДМ, т.к. она может дать ответ на ключевые вопросы: как правильно выделять и использовать информацию в нарастающем ее потоке, а также каким публикациям и рекомендациям доверять (см: *Барбанов 2010; Петров 2011, 2012; Реброва 2001*).

Вопрос о применимости принципов доказательной медицины в российских реалиях также разделил респондентов: от абсолютно уверенных в том, что для ДМ реалии неважны и, если сейчас и наблюдаются какие-то сложности, в будущем все может измениться, и считающих, что ДМ применима «не во всех лечебных учреждениях» или «с незначительными оговорками», до тех, кто настроен по отношению к ДМ негативно:

– Будет сделано все возможное, чтобы осуществить план «обезличивания» и очернения любого «чужеродного» направления в нашем здравоохранении;

– Нет реальных преград, которые способны помешать использовать принципы ДМ в повседневной практике. Но существует «закостенелость», «менталитет» российских граждан и, возможно, некоторых врачей;

– Применимы, но все зависит от желания и возможностей врачей и руководства и от политики Минздрава;

– В российских реалиях применимы, но не все примут. В любом случае зависит от самого врача: насколько ему интересно доказать тот или иной диагноз;

– Применимы в городах и центрах с развитой медициной, где есть достаточный набор современных обследований (например, компьютерная томография и др.) с высокой доказательной базой, а так же профессиональных лечебных центров и аптек;

– На практике – не всегда;

– Не применимы, ввиду отсутствия многих механизмов – начиная от системы статистики и заканчивая отсутствием должного количества клинических баз;

– В какой-то мере в избранных специальностях. В моей мало применима.

Ответы на вопрос о клинических рекомендациях (КР) можно разделить на несколько групп:

1. Где они должны работать и как применяться? Здесь важно подчеркнуть опасения респондентов, связанные с тем, что жесткие рамки инструкций и бюрократия могут окончательно превратить врача в винтик системы:

– Только на уровне или доврачебной помощи, или уровень неотложной врачебной помощи, если брать стационар;

– КР – монета с двумя сторонами, строгое следование КР, способно обезопасить врача в его повседневной деятельности, но и нанести определенный вред пациентам не подходящим под КР, требующим индивидуального подхода

да. В целом к КР отношусь положительно, но есть чувство, что следование КР превращает медицину из искусства в бюрократию и строгое следование инструкциям;

– Нельзя загонять врача в жесткие рамки. Мы не фельдшера, чтобы действовать строго по инструкции. Рекомендации должны иметь именно рекомендательный характер, а не строго обязательный. Иначе врачи перестанут мыслить;

– Они должны носить лишь рекомендательный характер для практикующих врачей, не приравниваясь при этом к федеральному закону.

2. Кем должны разрабатываться клинические рекомендации? В целом мнения врачей о разработке КР совпадают: это должно делаться не в министерстве, а при активном участии профессионального медицинского сообщества. Кроме того, была отмечена необходимость обратной связи для внесения корректировок.

– Для того чтобы КР работали должна быть хорошая материальная база. И главными в создании рекомендации должны быть научные сообщества, и никто кроме них не должен вносить изменения;

– Клинические рекомендации должны разрабатываться компетентными работниками в течение достаточного количества времени с применением современных технологий, и данная работа должна хорошо оплачиваться, так как в конечном счете на кону здоровье населения;

– Клиническая рекомендация должна разрабатываться по существу и поэтапно в полном объеме рекомендации, а не ссылаться на участковыx врачей;

– Работать должны не по шаблону, написанному в министерстве, а хотя бы на профильных кафедрах или клиниках;

– Клинические рекомендации должны разрабатываться рабочей группой специалистов высокого уровня с большим опытом в конкретной области медицины и внедряться как эталон в практическую деятельность рядовых специалистов медицины;

– Есть очень достойные. Разрабатываться должны ключевыми специалистами в своей сфере с учетом мировых рекомендаций. Должна быть возможность связаться с авторами, чтобы *любой* врач мог сообщить о неточности/ошибке. Это очень сложно, так как многие будут писать бездоказательную хрень, но важно, чтобы тот, кто реально увидит ошибку, знал, куда сообщать. На самом деле, велосипед выдумывать не надо, так как по многим аспектам есть хорошие зарубежные гайды, можно переводить и немного адаптировать, где это требуется.

3. Важны ли клинические рекомендации? Участники анкетирования отметили, что КР крайне важны, в особенности для врачей с небольшим стажем работы:

– На каждого отдельного пациента рекомендации не напишешь. Для этого есть врач с опытом и клиническим мышлением. Но для начинающих врачей думаю они полезны;

– Необходимая вещь. Стандарты оказания помощи должны быть. Сначала ты должен научиться играть гамму, чтобы потом исполнять великие произведения.

4. Как практикующие врачи относятся к клиническим рекомендациям? В эту группу вошли и мнения о западных КР. Часть анкетированных подчеркивает, что они бывают очень хорошими, но для России не все они применимы как в силу специфики системы, так и в силу укоренившихся коррупционных схем. Как отмечается в различных источниках, введение КР, с одной стороны, уменьшает количество профессиональных ошибок (достаточным условием является точное соблюдение стандартов), а с другой – в некоторой степени ограничивает возможности в выборе различных сопутствующих тактик и технологий (Арпентьева 2016); и этот момент тоже тревожит российских практикующих врачей:

– Положительно, но не к российским;

– Архиважны, но этим должны заниматься не ангажированные фармой и другими sales... Таких в РФ нет;

– Положительно везде, кроме России. Клинические рекомендации высшая степень доказательности. В странах с высоким уровнем ЕВМ [КР] используются только для навигации. В России клинические рекомендации использовать сложно по следующим причинам: 1. Чтобы ими пользоваться, нужно знать исследования, на основе которых они написаны (знать кто пациент, что делали и в чем именно outcome). 2. Рекомендации пишутся под конкретную страну, часто на исследованиях, сделанных на той популяции, где они внедряются. Учитывается не только популяция, но и местная система здравоохранения, деньги и все остальное. 3. Клинические рекомендации сильно опаздывают от реальной информации (на несколько лет). Ими пользуются, как вспомогательным гайдлайном, не более того. Разработка. Клинические рекомендации разрабатываются супердорогими людьми-экспертами в критическом чтении литературы, скрининге, клинической эпидемиологии и организации здравоохранения;

– В России – абсурд. Если они будут – врачи офигеют. Будет эра схемотехников.

В ответе на вопрос о том, как соотносятся ДМ и индивидуальные особенности пациента, все были практически единодушны во мнении, что не бывает двух одинаковых случаев, поэтому еще долго профессия врача будет важна и необходима, а будущее – за персонализированной медициной, что подтверждается и работами российских медицинских антропологов (см: Михель 2014; Харитоновна 2016).

– К пациенту должен быть персонализированный подход с применением доказательной медицины;

– Подход к пациенту должен быть таргетный, в зависимости от его особенностей. Рекомендации рекомендуют, но не являются прямым руководством;

– Но проблема в том, что, на мой взгляд, все индивидуальные особенности должны четко фиксироваться, и должно быть четкое понимание, где пробле-

мы возникли из-за нарушения схем лечения или действительно проблема в индивидуальных особенностях. Поэтому, я считаю это основной проблемой доказательностей медицины;

– Индивидуальные особенности пациента безграничны и не всегда поддаются доказательному лечению. Но в основном – да. Поэтому важен индивидуальный подход к пациенту;

– Должен быть индивидуальный подход, при одном и том же диагнозе у двух пациентов будет разные симптомы, методы диагностики и лечения;

– Будущее за персонализированной медициной;

– Доказательная медицина – это не жизненная философия, а метод принятия клинического решения. Когда можешь, применяешь, когда не можешь – не применяешь;

– Должна включаться логика врача, так как есть ситуации, не описанные в протоколах, само собой. Но, если бы все можно было зашить в стандарты, то и врачи были бы не нужны;

– Сложно соотносится. Недоверие к рекомендациям, нежелание выполнять их в достаточном объеме, вера в то, что пациент не должен сам что-то делать – оставляют горький осадок у врача;

– На индивидуальных особенностях ДМ не работает, поэтому дело хорошее, но только ее абсолютно недостаточно. Медицина будет искусством еще очень долго.

Большой скепсис вызывает у респондентов вовлеченность фирм по производству лекарственных средств в развитие доказательной медицины. Хотя некоторые врачи и отмечали, что у истоков ДМ стояли как раз фармацевтические компании и что они – небольшой и естественный механизм в большом организме медицины – являются основным источником финансирования клинических исследований, но вот мнения о спонсируемых фармацевтическим бизнесом результатах испытаний были противоположными: от уверенности в их продажности и сомнительности и очевидности конфликта интересов, до убежденности в том, что сегодня с учетом количества независимых контролирующих органов никакая подделка невозможна:

– Роль фармкомпаний очень велика, т.к. в лукавстве и «доказанности», точнее в организации грамотного преподнесения того или иного препарата «направленного» действия, фармкомпаниям крайне заинтересованы, т.к. идет речь про прибыль, превышающую газо-нефтяной бизнес... И тем более выгодно в черном цвете выставить любые «парамедицинские» направления, как сильных конкурентов...;

– Я сильно сомневаюсь в «чистоте» исследований, пролоббированных *фармкомпаниями*;

– Они спонсируют и тем самым обеспечивают некоторые результаты, которые выгодны им;

- Думаю, что этот бизнес не заинтересован в выздоровлении больного;
- Продвигают препараты с оплаченными исследованиями с доказательной базой. Не всегда это честно, часто просто выгодно...

Почти все врачи, принявшие участие в исследовании, сказали о том, что в своей собственной врачебной практике ориентируются на подходы ДМ (23 человека), но при этом были и «горькие» комментарии:

- Только на уровне «бумаги и приказов»;
- Все больше разработанные рекомендации и методологический подход отдаляют нас – медиков от реальной помощи пациенту... Да, что-то применять приходится, но это заставляет больше думать и анализировать на тему – как же это обойти...

В отношении перспектив и рисков, которые видят врачи в развитии доказательной медицины в России, мнения снова разошлись. От более-менее оптимистичных:

- Телемедицина, онлайн-конференции для врачей, стандартизация и улучшение качества оказания медицинской помощи;
- Все получится и будет ДМ в России лет через 20-30;
- Перспективы в развитии высоко профессиональных медицинских центров на местах. Опасения в том, что учитывается быстрый эффект, он может нести определенный вред;
- Улучшение качества оказания медицинской помощи, и как следствие улучшение здоровья и качества жизни сограждан;
- Перспективы радужные после победы над коррупцией;
- Перспективы – здоровье населения, уменьшение смертности. Опасения – недостаточное финансирование клинических исследований;

– Все зависит от интереса самого врача, чтобы разобраться с симптомами или синдромами. Опасения они есть и сейчас. В России, как обычно и бывает, [врач] когда видит один или два симптома, при этом обследуя, как говорится, подтверждает диагноз, и все равно будет ошибаться. Для этого нужно хорошо разбираться в дифференциальной диагностике и тщательно собирать анамнез. К сожалению, не все разбираются в дифференциальной диагностике. В моем понимании это два золотых стандарта или правила;

- Освободить врача от уголовного преследования;

до негативных и даже отчаянных комментариев, отражающих в целом состояние современной российской системы здравоохранения:

- Пока никаких;
- Коррупция и профанация;
- Будет сложно в РФ;

- Перспектив нет, так как вся доказательная база исходит от практикующих клиницистов. У нас не та система;
- Опасения – гонения (по типу антипрививочных), непонимание врачами, что такое ДМ (восприятие любого англоязычного источника как руководства к действию);
- Низкая образованность подготовка очень большой части врачей сильно замедлит процесс ее внедрения;
- Подмена понятий, превращение КР в догму;
- Во многих лечебных учреждениях ты будешь в изоляции, неким борцом против системы;
- Прессинг страховых псевдокомпаний и массовые объемы денег. Прессинг руководства. Наше клиническое мышление устроено не так;
- Единственное опасение, что у нас (впрочем, как и в остальном мире) все это превратится в обычный маркетинг;
- С теми темпами, как сейчас оптимизируется наше здравоохранение, успехи, достигнутые доказательной медициной, и дальнейшее ее развитие возможно только в крупных лечебных центрах;
- Национальные руководства переписываются с иностранных, нужна исконно своя база;
- Заинтересованность лиц, утверждающих КР;
- Опасаться можно только за больного, который попадет в плохие руки. А министерство состряпает никому не нужный указ;
- Не вижу перспектив развития медицины в России вообще, не говоря уже о доказательной. Для реорганизации самой системы необходимо менять слишком много, есть риски развала системы до самого нуля при попытке создать что-то достойное.

Мнения пациентов. С учетом того, что в последнее время Минздравом декларируется поворот системы здравоохранения в сторону пациентов, без их мнения о доказательной медицине в России картина не могла бы быть полной, а данное исследование – цельным.

Важно упомянуть, что многие пациенты, принявшие участие в анкетировании (30%), говорили о том, что они не знакомы с термином «доказательная медицина» и, хотя и встречали его раньше, ориентируются больше ассоциативно на слово «доказательная», что в общем им внушает какое-то уважение. Необходимо отметить также, что во время проведения исследования на одном из популярных YouTube каналов вышло интервью о ДМ (Лазарева 2019). Следовательно, можно сделать вывод: в целом интерес в обществе к обозначенной проблематике растет. Наши же респонденты сталкивались с термином «доказательная медицина» в основном (топ-3 ответов) в интернете при поиске информации о заболеваниях, в научно-популярных

статьях медицинского характера и в разговорах со знакомыми/близкими людьми при обсуждении вопросов здоровья. Кроме того, считаю необходимым упомянуть, что основные участники исследования – это пользователи сети Facebook. Как справедливо отмечает представитель цифровой антропологии (*digital anthropology*)¹ П. Колозариди в своем телеграм-канале, говоря о современных трендах постановки диагнозов и поиска схем лечения через интернет, аудитория сети Facebook не дает точного отражения проблемы в обществе, «будь там пользователи Одноклассников, результаты бы отличались, уже не говоря о пользователях интернета и пациентах вообще» (Колозариди 2019). Настоящее исследование предлагает ограниченное количество мнений пациентов, необходимое для начала дискуссии, не претендуя на создание всеобъемлющей картины.

В анкетировании приняли участие люди разного возраста: 25 человек – от 30 до 40 лет, 16 человек – от 40 до 50 и четверо – от 25 до 30 лет. Десять респондентов заботятся только о своем здоровье, семеро – еще и о здоровье партнера, 28 человек обозначили трех и более членов семьи, которые входят в сферу их «медицинской» ответственности (от детей и мужа, до родителей и др.). Услугами государственных клиник по ОМС пользуются 34 респондента, 29 посещают платные клиники, 13 имеют полис ДМС, оформленный работодателем, а 9 человек оформили ДМС самостоятельно. Причем в комментариях участники исследования отмечали:

- Прививки делаем по ДМС, потому что делают инактивированные вакцины. Справки в школу по ОМС. Профильных врачей проходим по ДМС;
- Качественное текущее лечение получаю только в платных клиниках. Бесплатными, государственными по ОМС услугами пользуюсь в экстренных случаях или если уверена, что не нанесут вред;
- Самое эффективное лечение у врачей в больницах. По рекомендации знакомых;
- Платные, в основном, стоматология и гинекология;
- Важно получить помощь или консультацию быстро, когда у меня есть время и чтобы рядом.

В целом, говоря о том, с чем ассоциируется доказательная медицина, участники данного исследования безоговорочно выделили в первую очередь более качественное лечение, а во вторую – указали повышение уровня медицинских знаний пациентов. Необходимо отметить, что в ответах части респондентов прослеживается некоторое раздражение и недовольство врачами, возможно, это связано с предыдущим неудачным опытом, но в целом картина характерна для сегодняшнего дня, когда врачи и пациенты находятся в разных, противостоящих друг другу лагерях. Ниже позволю себе привести несколько комментариев к вопросу об отношении к ДМ, оставленных представителями этой группы анкетированных:

- Я человек логики, поэтому доверяю больше, если в названии звучит что-то ассоциируемое с доказанным;

¹ Область социальной и культурной антропологии, которая занимается изучением взаимодействия человека и цифровых технологий и – шире – антропологических аспектов цифровых технологий.

- Не хочется тратить деньги и время на лекарства-пустышки;
- Полноценные клинические исследования препаратов и методик лечения позволяют тратить меньше времени на выздоровление;
- Врач, углубившийся в изучение безопасного, но действенного метода диагностики и лечения, может предоставить более качественное лечение;
- Доказательная медицина позволяет оценить тот или иной метод лечения, а значит более качественно оказать медицинскую помощь;
- Наличие оснований для приема тех или иных препаратов не просто потому, что препарат ликвидирует симптомы. Более широкое мнение по неизученным в России диагнозам, широкий охват проблемы;
- Лечение основано на доказанных клинических и прочих исследованиях с большой выборкой, на актуальных гайдлайнах, а не на привычных для многих врачей теориях;
- Доказательная медицина обозначает научно подтвержденные клинические испытания лекарственных средств с использованием двойного слепого метода и с контрольной группой пациентов, принимающих плацебо. Кроме того, это обычно подразумевает научное объяснение действия лекарственных средств через химические реакции. Это не означает, что лекарство будет более дорогим, не снимает ответственности с врача и никак не связано с родом собственности клиники.

Первоначально при проведении данного исследования существовало предположение, что пациенты будут связывать термин «доказательная медицина» с маркетинговыми уловками, но на деле гипотеза не подтвердилась: только один респондент отметил, что ДМ – это рекламный ход владельцев негосударственных клиник. При этом для 20 человек при выборе врача важен тот факт, что последний в своей работе ориентируется на принципы и подходы доказательной медицины, а для 24 – важнее оказывается личное доверие к врачу:

- Всегда больше ориентируюсь на общее впечатление от общения с человеком. Вызывает ли он ощущение, что является специалистом или нет;
- Доверие вызывает, что человек прошел подготовку, что он специалист, который знает организм человека.

Интересными оказались ответы респондентов на вопрос об использовании интернета для решения проблем с собственным здоровьем и здоровьем своих близких. Влияние всемирной сети на здоровьесбережение и взаимоотношения врачей и пациентов рассматривается многими представителями социологии медицины и медицинской антропологии (см.: *Гуцин* 2012; *Павленко* 2013; *Vyatkina* 2018). В нашем случае используют интернет для поиска информации о лекарствах 75% участников исследования. Далее (в порядке убывания числа ответов) пациенты: ищут описание появившихся у них симптомов до похода к врачу; после обращения в поликлинику уточняют диагноз; проверяют назначения врача; ищут научные статьи по интересующей их медицинской тематике; читают отзывы и рекомендации других людей:

- Мой принцип диагноз должен быть подтвержден тремя разными врачами, специалистами данной области;
- Предпочитаю подготовиться перед посещением врача, записать интересующие меня вопросы, чтобы более детально разобраться в выбранном врачом курсе лечения;
- Несколько раз сама ставила диагноз и успешно лечилась. Потом диагноз подтверждался врачом;
- Интернет для меня – один из источников информации о здоровом образе жизни, очищении организма и укреплении здоровья;
- Все зависит от врача. Некоторым я доверяю безусловно;
- Доверяй, но проверяй!

Как и в исследовании, проведенном среди врачей, вопрос о перспективах развития доказательной медицины в России вызвал самые разные, но весьма эмоциональные отклики. Снова в ответах некоторых респондентов присутствует обвинительный и в какой-то степени неуважительный тон в отношении медицинских работников, при этом формулировка «врач от Бога» еще не исчезла из лексикона российских пациентов:

- Общее нежелание врачей развиваться и расти, как специалистам. Застой во взглядах;
- Лечили больше 1 года – махнули рукой и выписали (порекомендовав лечебное голодание). Подобрал меня не профессор, а просто врач от Бога. Поднял на ноги за 3!!!! дня. Просто он людям помогал, а не диссертацию писал и степень докторскую;
- Диву даешься – где они учились. В нашей стране у врачей очень мало мотивации и возможностей для повышения квалификации, они загружены и перегружены. А акушеры-гинекологи, которые до сих пор прижигают эрозию шейки матки – они все еще есть. Вот они и не слышали о доказательной медицине и никаких медицинских журналов не читали;
- Лет через 100, надеюсь, медицинская глобализация нас поглотит;
- В век интернета есть возможности посещать научные конференции за пределами нашей страны, необходимо только желание;
- Помешать может лишь отсутствие должной квалификации и мотивации персонала, а также «утечка мозгов»;
- Чтение научных статей обязательно, но недостаточно для развития доказательной медицины. Я надеюсь на победу научного подхода в силу эволюционных причин. Те, кто будут применять знания доказательной медицины скорее выживут и передадут свои знания потомкам.

Нельзя не упомянуть и другие проблемы современной России, которые не остались незамеченными:

- Санкции могут мешать доступу к современным разработкам в медицине. Страна бедная, уровень медицины соответствующий, если выехать из столиц;
- К сожалению, у нас главное – выгода. Яркий пример – арбидол;
- Препятствует «коммерческий» подход в медицине, когда бабло важнее пациента. И впарить ему какой-нибудь нанофуфломицин за его 200-кратную стоимость чаще всего гораааздо более интересно, чем заморачиваться с доказательной медициной, теряя время и драгоценное бабло.

* * *

Подводя итоги, необходимо отметить, что по оценке различных авторов ситуация с доказательной медициной в России пока значительно отличается от той, что наблюдается в других странах. Американский врач-эксперт С. Тилигаст (S. Tilighast), участвовавший в разработке программы реформ системы российского здравоохранения, полагает, что направление развития медицины в РФ в значительной степени будет зависеть от общемировых знаний и технологий до тех пор, пока современные методы критического осмысления получаемой информации не изменят культуру медицинских исследований, образования и научных публикаций. Он полагает также, что недооценка влияния доказательной медицины российской системой здравоохранения – одно из наиболее серьезных препятствий на пути реформ, такое же, если не более важное, что и недостаточное финансирование, и устаревшее оборудование. Для создания эффективно функционирующей самовоспроизводящейся системы необходимо целенаправленно ее строить, мало заимствовать или копировать внешние проявления технического прогресса (Реброва 2001).

В общем, с точки зрения системы здравоохранения цель внедрения принципов ДМ состоит в оптимизации качества оказания медицинской помощи, здесь большую роль будут играть безопасность, эффективность, стоимость и некоторые другие значимые факторы (Эрдес 2003). Но разработка и обоснование универсальных критериев эффективности различных методов лечения и профилактики до сих пор остаются нерешенными задачами доказательной медицины (Заугольников и др. 2001). При этом, по мнению врачей, пациент, оценивая эффективность лечения, может судить исключительно о сервисе (улыбка, доброжелательность, внимательное отношение) (Vyatkina 2018), а ДМ не может полностью заменить собой искусство врачевания и клиническое мышление, скорее наоборот, она может способствовать улучшению качества и эффективности врачебной практики (см: Петров 2011; Каграманян 2015).

В последние несколько лет во многих странах проводились различные исследования, касающиеся отношения врачей к доказательной медицине и применения на практике ее подходов и методов. К примеру, в Великобритании уже в 1996 г. до 80% клинических решений принималось с опорой на принципы ДМ (Реброва 2001). А среди врачей Казахстана утвердилась практика ежедневного ознакомления с оригинальными клиническими статьями и обзорами научной литературы, а также следования региональным и национальным стандартам фармакотерапии (100% респондентов). Данные «Кохрановского сотрудничества» и результаты фармакоэкономического анализа используют 84% казахстанских врачей. При этом менее всего (13%) они ориентируются на получение информации от пациентов или различных организаций, их объединяющих (Ахелова 2011).

Важно подчеркнуть, что говорить о применении подходов доказательной медицины в своей практике и реально применять их – разные вещи. На это обращали внимание некоторые врачи, принимавшие участие в данном исследовании. Как отмечает П.Я. Бранд – невролог, один из основателей московской клиники доказательной медицины, «доказательность» как среди российских медиков, так и среди пациентов стала синонимом «нормальности» и «современности», а устаревшие подходы уже стали считаться немодными и непрогрессивными. Молодые врачи, к примеру, пасуя перед давлением авторитета коллег с многолетним стажем, начинают активно, а часто и агрессивно пропагандировать подходы ДМ, но, к сожалению, подобного рода действия выглядят исключительно как попытка защиты своих профессиональных качеств. На деле сегодня борьба идет не только между врачами и пациентами, но и внутри медицинского сообщества (Бранд 2019). В.И. Петров высказывает в своих работах схожую мысль: «ДМ превратилась для одних опытных клиницистов в своего рода насильно насаждаемую “идеологию извне”, в то время как для ряда других она стала догмой, любое отступление от которой считается проявлением врачебного невежества» (Петров 2012). Сторонники доказательной медицины, иногда не имея четкого представления о ней, используют ее только в качестве лозунгов («Кто не с нами, тот против нас!»), а противники знают о ней и того меньше, но борются, скорее, с ее адептами. Получается замкнутый круг *a la russe*. Не зря время доказательной медицины иногда называют «эпохой просвещенного скептицизма» (Петров 2012).

Почему сейчас эта проблема встала так остро? В последние два десятилетия, в связи с распространением компьютерной техники, электронных баз данных и интернета, мы стали свидетелями глобализации информационных процессов. Структура заболеваемости за последние 50 лет сместилась в сторону хронических болезней. Что касается терапии, врач сегодня все больше и больше зависит от вторичных источников информации, вследствие чего происходит потеря четких ориентиров (Эрдес 2003). Именно сейчас доказательная медицина (как относительно недавно появившееся в России направление, за которым стоят затрагивающие каждого специалиста стандартизация и информатизация отрасли здравоохранения) может открыть новые возможности перед врачебным сообществом в обеспечении качества медицинской помощи (Конференция ДМ 2003).

Безусловно, применение принципов и подходов доказательной медицины на различных уровнях способно принести ряд положительных эффектов, которые могут способствовать успешной реализации современной концепции развития здравоохранения РФ (см: Каграманян 2015; Петров 2012):

1. На уровне пациента можно говорить об обеспечении лучшего исхода и достоверного прогноза течения заболевания, а также реализации прав на получение современной оптимальной медицинской помощи.
2. На уровне врача в позитивном ключе можно оценивать обеспечение доступа к любой необходимой информации, возможность иметь представление о наиболее современных и эффективных видах вмешательств и, как следствие, получить увеличение относительного числа благоприятных исходов.
3. На уровне системы здравоохранения в идеале можно говорить об экономии (сокращении затрат), а также о снижении числа госпитализаций и в целом об оптимизации управления.
4. На уровне общества, что на данном этапе представляется крайне важным, –

это создание атмосферы доверия и признания авторитета медицинских работников, а в конечном итоге – улучшение показателей здоровья населения.

Необходимо также помнить, что сегодня в условиях глобализации информационных потоков и повсеместного распространения интернета значительно повысилась и информированность пациента (*Эрдес* 2003), но оценка и возможные перспективы влияния этого показателя на здоровьесбережение – предмет будущих наблюдений и исследований автора.

Источники и материалы

- Бранд* 2019 – *Бранд П.Я.* Тяжкое бремя доказательности // Facebook. 20.02.2019. <https://www.facebook.com/pavel.brand.5/posts/1849901748452915>
- Власов* 2007 – *Власов В.В.* Доказательная медицина как средство продвижения лекарств // Ремедиум. 2007. № 4. С. 6–13.
- Колозариди* 2019 – *Колозариди П.* Про диагноз через интернет // Телеграм-канал «Любим Интернет каждый день». <https://t.me/club4internet/249>
- Конференция ДМ 2003 – Результаты научно-практической конференции «Доказательная медицина» // Красноярское отделение РМА. <https://cyberleninka.ru/article/n/dokazatel'naya-meditsina-tehnologiya-xxi-veka.pdf>
- Лазарева* 2019 – *Лазарева Т.* Доказательная медицина. Как не залечить себя и близких // YouTube канал Татьяны Лазаревой. 28.02.2019. <https://www.youtube.com/watch?v=Wt19aWeq-mg>

Научная литература

- Арпентьева М.Р.* Конфликт интересов как проблема доказательной медицины // Клиническая медицина. 2016. Т. 94. № 4. С. 300–307.
- Ахелова Ш.Л.* Формуляры и доказательная медицина // Биомедицина. 2011. № 1. С. 34–36.
- Барабанов С.А.* Парадигма доказательной медицины // Медицинский альманах. 2010. № 3 (12). С. 187–192.
- Власов В.В.* Введение в доказательную медицину. М.: МедиаСфера, 2001.
- Гуцин А.В.* Интернет-общение как материал для анализа отношений врача и пациента // Социология медицины. 2012. № 1 (20). С. 38–41.
- Заугольников В.С., Мазина Н.К., Воробьева В.В.* Идеи доказательной медицины в учебный процесс и научные исследования // Вятский медицинский вестник. 2001. № 1. С. 44–45.
- Каграманян И.Н.* Доказательная медицина и реальная клиническая практика // Вестник ВолгГМУ. 2015. Вып. 2 (54). С. 18–26.
- Калинин А.Л., Литвин А.А., Трizza Н.М.* Использование данных доказательной медицины в клинической практике (обзор литературы) // Проблемы здоровья и экологии. 2008. № 2 (16). С. 27–32.
- Михель Д.В.* В помощь медицинскому антропологу // Медицинская антропология и биоэтика. 2014. № 1 (7). http://www.medanthro.ru/?page_id=1911
- Павленко Е.В.* Киберпространство медицины: интернет как врач и союзник врача и пациента // Социология медицины. 2013. № 1 (22). С. 42–46.
- Петров В.И.* Базисные принципы и методология доказательной медицины // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2011. Вып. 2 (38). С. 3–8.
- Петров В.И.* Клиническое мышление и доказательная медицина // Медицинское образование и профессиональное развитие. 2012. № 1 (7). С. 15–32.
- Поляков И.В., Максимов А.В., Савинов Т.Х., Игнатов А.М.* О некоторых проблемах доказательной клинической практики // Вестник РУДН. Серия “Медицина”. 2009. № 4. С. 643–654.
- Реброва О.Ю.* Доказательная медицина (ДМ) концепция и практика // Остеопороз и остеопатии. 2001. № 3. С. 34–39.

- Ставроу А., Калумас Д., Димитракакис Г. Арчибальд Кокран (1909–1988): отец доказательной медицины // Сибирский медицинский журнал / пер. с англ. И.Г. Озашвили. 2014. Т. 29. № 1. С. 83–88.
- Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. М.: МедиаСфера, 1998.
- Хазов В.С. Доказательная медицина – ступенька вверх по лестнице познания или движение по кругу? // Архив внутренней медицины. 2012. № 3 (5). С. 65–68.
- Харитонова В.И. Образовательно-профессиональные аспекты обеспечения здоровьесбережения // Медицинская антропология и биоэтика. 2016. № 1 (11). http://www.medanthro.ru/?page_id=2691
- Шульман В.А. Доказательная медицина. Насколько она доказательна? // Сибирское медицинское обозрение. 2007. № 2 (43).
- Эрдес Ш. Доказательная медицина что это такое? // Научно-практическая ревматология. 2003. № 2. С. 82–83.
- Юдин Б.Г. Биомедицинские исследования как объект философского осмысления // Общие проблемы биоэтики / отв. ред. Ф.Г. Майленова. М.: ИФРАН, 2008. С. 3–17.
- Claridge J.A, Fabian T.C. History and Development of Evidence-based Medicine // World Journal of Surgery. 2005. No. 29 (5). P. 547–553.
- Guyatt G. Evidence-Based Medicine: Past, Present, and Future // MSc Evidence-Based Medicine. 2003. Vol. 1. No. 1. P. 28–32.
- Sackett D.J., Rosenberg W.M.C., Gray J.A.M. et al. Evidence Based Medicine: What It Is and What It Isn't // BMJ. 1996. Vol. 312. P. 71–72.
- Thoma A. A Brief History of Evidence-Based Medicine (EBM) and the Contributions of Dr David Sackett // Aesthetic Surgery Journal. 2015. Vol. 35 (8). P. NP261–NP263.
- Vyatkina N. The Internet and Healthcare System in Russia // 2nd International Scientific Conference «HealthOnline 2018 Patient Engagement in the Digital Era: Book of Papers with Peer Review and Abstracts. 25–26.01.2018» / Eds. K. Kacjan Zgajnar, A. Starc. Ljubljana: University of Ljubljana, 2018. P. 265–272.
- Zimmerman A. History of Medicine: Evidence-Based Medicine: A Short History of a Modern Medical Movement // American Medical Association Journal of Ethics. 2013. Vol. 15 (1). P. 71–76.

References:

- Akhelova, Sh.L. 2011. Formulary i dokazatel'naia meditsina [Forms and Evidence-Based Medicine]. *Biomeditsina* 1: 34–36.
- Arpentieva, M.R. 2016. Konflikt interesov kak problema dokazatel'noi meditsiny [Conflict of Interests as a Problem of Evidence-Based Medicine]. *Klinicheskaiia meditsina* 94 (4): 300–307.
- Barabanov, S.A. 2010. Paradigma dokazatel'noi meditsiny [Paradigm of Evidence-Based Medicine]. *Meditsinskii al'manakh* 3 (12): 187–192.
- Claridge, J.A, and T.C. Fabian. 2005. History and Development of Evidence-based Medicine. *World Journal of Surgery* 29 (5): 547–553.
- Erdes, Sh. 2003. Dokazatel'naia meditsina chto eto takoe? [What is Evidence-Based Medicine?]. *Nauchno-prakticheskaiia revmatologiya* 2: 82–83.
- Fletcher, R., S. Fletcher, and E. Vagner. 1998. *Klinicheskaiia epidemiologiya* [Clinical Epidemiology]. Moscow: Isdatel'stvo MediaSfera.
- Gushchin, A.V. 2012. Internet-obshchenie kak material dlia analiza otnoshenii vracha i patsienta [The Internet Communications as Material for Analysis of the Relationship of Physician and Patient]. *Sotsiologiya meditsiny* 1 (20): 38–41.
- Guyatt, G. 2003. Evidence-Based Medicine: Past, Present, and Future. *MSc Evidence-Based Medicine* 1 (1): 28–32.
- Kagramanian, I.N. 2015. Dokazatel'naia meditsina i real'naia klinicheskaiia praktika [Evidence-Based Medicine and Real Clinical Practice]. *Vestnik VolgGMU* 2 (54): 18–26.

- Kalinin, A.L., A.A. Litvin, and N.M. Trizna. 2008. Ispol'zovanie dannykh dokazatel'noi meditsiny v klinicheskoi praktike (obzor literary) [Usage of Evidence-Based Medicine Data in Clinical Practice (Literature Review)]. *Problemy zdorov'ia i ekologii* 2 (16): 27–32.
- Kharitonova, V.I. 2016. Obrazovatel'no-professional'nye aspekty obespecheniia zdorov'esberezheniia [Educational and Professional Aspects of Healthcare]. *Meditsinskaia antropologiya i bioetika* 1 (11). http://www.medanthro.ru/?page_id=2691
- Khazov, V.S. 2012. Dokazatel'naia meditsina – stupen'ka vverkh po lestnitse poznaniia ili dvizhenie po krugu? [Evidence-Based Medicine Is a Step Up or Move in a Circle?]. *Arkhiv vnutrennei meditsiny* 3 (5): 65–68.
- Mikhel, D.V. 2014. V pomoshch' meditsinskomu antropologu [To Support Medical Anthropologist]. *Meditsinskaia antropologiya i bioetika* 1 (7). http://www.medanthro.ru/?page_id=1911
- Pavlenko, E.V. 2013. Kiberprostranstvo meditsiny: internet kak vragh i soizuznik vracha i patsienta [Cyberspace of Medicine: The Internet as an Enemy and an Ally of Physician and Patient]. *Sotsiologiya meditsiny* 1 (22): 42–46.
- Petrov, V.I. 2011. *Bazisnye printsipy i metodologiya dokazatel'noi meditsiny* [Basic Principles and Methodology of Evidence-Based Medicine]. *Vestnik Volgogradskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta* 2 (38): 3–8.
- Petrov, V.I. 2012. Klinicheskoe myshlenie i dokazatel'naia meditsina [Clinical Thinking and Evidence-Based Medicine]. *Meditsinskoe obrazovanie i professional'noe razvitie* 1 (7): 15–32.
- Poliakov, I.V., A.V. Maksimov, T.Kh. Savinov, and A.M. Ignatov. 2009. O nekotorykh problemakh dokazatel'noi klinicheskoi praktiki [About Some Problems of Evidence-Based Clinical Practice]. *Vestnik RUDN: Seriya "Meditsina"* 4: 643–654.
- Rebrova, O.Yu. 2001. Dokazatel'naia meditsina (DM) kontseptsii i praktika [Evidence-Based Medicine, Concept and Practice]. *Osteoporoz i osteopatii* 3: 34–39.
- Sackett, D.J., W.M.C. Rosenberg, J.A.M. Gray, et al. 1996. Evidence Based Medicine: What It Is and What It Isn't. *BMJ* 312: 71–72.
- Shulman, V.A. 2007. Dokazatel'naia meditsina. Naskol'ko ona dokazatel'na? [Evidence-Based Medicine. How Evidential Is It?]. *Sibirskoe meditsinskoe obozrenie* 2 (43): 92–96.
- Stavrou, A., D. Kalumas, and G. Dimitrakakis. 2014. Archibal'd Kokran (1909–1988): otets dokazatel'noi meditsiny [Archibald Cocrane (1909–1988): Father of Evidence-Based Medicine], translated by I.G. Ozashvili. *Sibirskii meditsinskii zhurnal* 29 (1): 83–88.
- Thoma, A. 2015. A Brief History of Evidence-Based Medicine (EBM) and the Contributions of Dr David Sackett. *Aesthetic Surgery Journal* 35 (8): NP261–NP263.
- Vlasov, V.V. 2001. Vvedenie v dokazatel'nuu meditsinu [Introduction to Evidence-Based Medicine]. Moscow: Isdatel'stvo MediaSfera.
- Vyatkina, N. 2018. The Internet and Healthcare System in Russia. In *2nd International Scientific Conference "HealthOnline 2018 Patient Engagement in the Digital Era: Book of Papers with Peer Review and Abstracts. 25–26.01.2018"*, edited by K. Kacjan Zgajnar and A. Starc, 265–272. Ljubljana: University of Ljubljana.
- Yudin, B.G. 2008 Biomeditsinskie issledovaniia kak ob'ekt filosofskogo osmysleniia [Biomedical Research as an Object of Philosophical Rethinking]. In *Obshchie problemy bioetiki* [Common Problems of Bioethics], edited by F.G. Mailenova, 3–17. Moscow: IPRAS.
- Zaugolnikov, V.S., N.K. Mazina, and V.V. Vorobieva. 2001. Idei dokazatel'noi meditsiny v uchebnyi protsess i nauchnye issledovaniia [Implementation of Ideas of Evidence-Based Medicine into Education and Research]. *Viatskii meditsinskii vestnik* 1: 44–45.
- Zimmerman, A. 2013. History of Medicine: Evidence-Based Medicine: A Short History of a Modern Medical Movement. *American Medical Association Journal of Ethics* 15 (1): 71–76.

N.A. Vyatkina. Current Situation and Prospects of Evidence-Based Medicine in Russia Assessed by Physicians and Patients

The term «evidence-based medicine» is being increasingly used by various sources of information today, and becomes a discussion subject of professional communities and ordinary citizens. Apart from a brief insight into the origin and development of evidence-based medicine in the world and in Russia, the article deals with the anthropological analysis of the attitudes of the modern Russian physicians and patients towards both the understanding of the term and the current status, prospects and possible risks of the development of this discipline in our country. The views of respondents about the role of pharmaceutical companies, the state and the balance between the development and implementation of clinical guidelines and individual cases are considered. The article presents the arguments of patients about whether there is still a “physician blessed by God” and whether it is important for them that the person who they address for help works in the paradigm of evidence-based medicine. Physicians question whether healing itself is still an art, or evidence-based medicine has finally turned it into a business and well-organized mechanism, which could protect them from criminal prosecution in a critical situation.

Key words: *evidence-based medicine, medical anthropology, sociology of medicine, physician, patient, Russian realities, Russian healthcare*