

ІНФОРМАЦІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОКАЗОВОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ЧАСТИНА ІІІ

Пузанова О.Г., Грузева Т.С.

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Київ

Резюме. Висвітлено особливості розробки, систематизації та використання таких вторинних джерел епідеміологічних доказів, як настанови та аналізи рішень. Охарактеризовано джерела, класифікацію та роль економічних доказів. Обґрунтовано переваги пошуку доказів у комп'ютерній метабазі TRIP. Представлено висновки щодо сучасного стану проблеми інформаційного забезпечення доказової охорони здоров'я, її первинної ланки й профілактичного напрямку.

Ключові слова: доказова охорона здоров'я, профілактичний напрям, первинна медико-санітарна допомога (ПМСД), інформаційне забезпечення (настанови, аналізи рішень, економічні аналізи, TRIP).

«Доказова охорона здоров'я – «дисципліна, центром якої є прийняття рішень ... на основі доказів і таке, що проявляється доказовою політикою, організацією чи наданням послуг»

Gray J.A.M., 2001.

Настанови та аналізи рішень як інформаційні ресурси ДМ

Поряд із систематичними оглядами та мета-аналізами до вторинних джерел доказів належать клінічні настанови (КН), аналізи рішень і економічні аналізи [3].

Термін «evidence» уперше – й уперше в зв'язку з КН – використав 1986 року канадський науковець David Lawrence Sackett у статті «Rules of evidence and clinical recommendations on the use of antithrombotic agents» [45]. Він відомий також як співавтор термінів і концептуальних моделей evidence based medicine та evidence based practice [46], засновник департаменту клінічної епідеміології в McMaster University і учасник створення Оксфордського центру доказової медицини (ДМ). На сьогодні саме КН є найопрацьованішим зряддям упровадження доказового підходу в охороні здоров'я [2, 7, 8, 32].

Клінічні (син. клініко-практичні) **настанови** (син. рекомендації, *англ.* clinical recommendations) – це ствердження, розроблені на основі певної методології для допомоги лікарям і пацієнтам у прийнятті рішень у певних клінічних ситуаціях. Подібними до КН є clinical practice guidelines – різновид аналізів рішень. Кожен guideline являє собою план, який скеровує вибір оптимальних рішень щодо ведення пацієнта, оснований на виявленні подій (син. результатів; *англ.* outcomes), імовірних у разі певного захворювання чи лікування [36]. Mulrow S. et al.

(1997) вказали на розробку при цьому «кількісних моделей, у яких клінічні рішення пов'язані з непрямими критеріями оцінки та істинними клінічними результатами за допомогою дерева рішень». Останнє описано як «послідовність різних дій і подій, починаючи з перерахування всіх можливих альтернатив і завершуючи важливими результатами, які оцінюють за їх клінічною значимістю. Для вибору оптимального рішення оцінюють імовірність усіх можливих подій. В ідеалі зазначені оцінки отримують на основі окремих систематичних оглядів» [40].

Розроблення. 2009 року Schwarzer R., Siebert U. при вивченні «методів, процедур і концептуальних характеристик оцінювання технологій та прийняття рішень в охороні здоров'я» та порівнянні діяльності відповідних агенцій у Німеччині, Великій Британії, Франції та Швеції встановили суттєві відмінності між ними [47]. Найопрацьованішим зряддям упровадження ДМ скрізь у світі є створення й адаптація якісних міжнародних настанов та розробка на їх основі регіональних і державних медичних стандартів, клінічних протоколів і формулярних систем.

У Канаді у вересні 1976 р. рішенням Конференції заступників міністрів охорони здоров'я 10 провінцій було створено Робочу групу з періодичних оглядів (Canadian Task Force on the Periodic Health Examination, СТФПНЕ) [18]. Протягом 3-х років її експерти опрацьовували методологію оцінювання результатів клінічних дослід-

джен («зважування доказів») з метою розробки настанов «за» чи «проти» здійснення певних профілактичних заходів під час періодичних оглядів асимптомних пацієнтів. Висновки щодо багатьох превентивних втручань не були однозначними, але в усіх випадках експерти дотримувалися принципу «докази переважають над консенсусом» (англ. «evidence takes precedence over consensus»). СТФПНЕ розробила настанови щодо 78 захворювань і інших порушень здоров'я. Вже перша доповідь цієї групи (1979) підтвердила значимість використання принципів ДМ у первинній ланці охорони здоров'я: загальновідомим є висновок про доцільність заміни щорічних медичних оглядів цільовими скринінгами, ефективність яких доведено в дослідженнях [31], і диференційованого надання пацієнтам різного віку так званих «пакетів захисту здоров'я», тобто комплексних послуг. І хоча на той час РКД складала основу не більше 21% КН із профілактики [18, 52], лише перші настанови зі скринінгів пізніше визнали «політично нейтральними» [30].

На початку 1980-х рр. опрацьована методологія розробки настанов була з найменшими модифікаціями адаптована Американською робочою групою з профілактики в охороні здоров'я (US Preventive Services Task Force, USPSTF; веб-сайт www.uspreventiveservicestaskforce.org), і в подальшому КН обох груп визнавали і в США, і в Канаді. Методологічні та організаційні особливості створення настанов USPSTF, їх структури та змісту, оцінювання й градації доказів охарактеризовано нами раніше [8, 13, 15-16].

1979 року назву СТФПНЕ змінили на Canadian Task Force on Preventive Health Care (СТФПНС) – Канадська робоча група із профілактики в охоро-

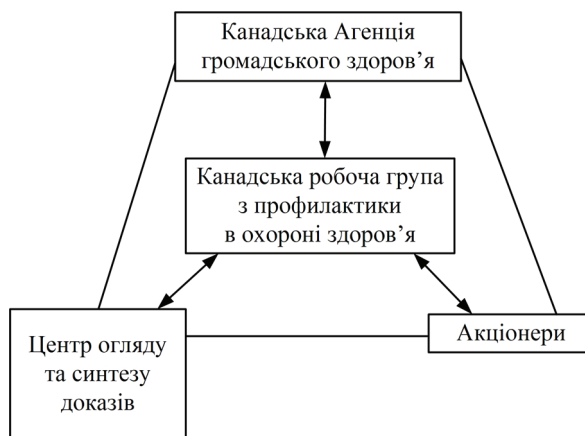


Рис. 1. Структурно-функціональні зв'язки СТФПНС

ні здоров'я (веб-сайт www.canadiantaskforce.ca). Протягом наступних 15 років СТФПНС оприлюднила 9 нових настанов із профілактики 19 захворювань і переглянула 28 КН. 2005-го СТФПНС тимчасово припинила свою діяльність, яку відновили 2010-го – за підтримки Канадської Агенції громадського здоров'я (англ. Public Health Agency of Canada, PHAC). З того часу СТФПНС є незалежною групою, до складу якої входять 14 експертів з ПМСД та профілактики, які «визнають і підтримують необхідність доказово інформованої превентивної діяльності в первинній ланці охорони здоров'я Канади». Агенція громадського здоров'я PHAC (а саме офіс СТФПНС, розташований на базі її підрозділу – Центру профілактики та контролю хронічних захворювань) укладає з експертами добровільні угоди терміном на 3 роки. Роль PHAC полягає насамперед у просуванні діяльності СТФПНС та розповсюдженні її інформаційних продуктів – настанов, що, як і скрізь у світі, розробляють на погоджувальній основі, використовуючи метод консенсусу.

Таблиця 1. Завдання СТФПНС

Завдання	Особливості виконання
Визначення тематики настанов	Рішення обговорюють з Агенцією громадського здоров'я Канади PHAC, медичними асоціаціями, академічними інститутами, благодійними та іншими причетними установами, розробниками КН в інших країнах тощо
Координація діяльності центру огляду та синтезу доказів ERSC	Центр ERSC створено на базі університету МакМастер. Його завданням є розробка систематичних оглядів відповідно до ключових запитань, сформульованих СТФПНС
Адаптація стандартної методології оцінки сили доказів	В основу покладено сучасні наукові методи
Визначення доцільності залучення інших експертів	Здійснюють для забезпечення вичерпного аналізу даних
Визначення «прогалін» у доказах	Кожна з них повинна бути заповнена, у т. ч. шляхом планування, здійснення та аналізу нових досліджень
Оцінювання систематичних оглядів і створення настанов	Настанови розробляють на погоджувальній основі. Передбачено створення КН з кожної проблеми, що може виникнути у первинній ланці охорони здоров'я

Як наведено на рис. 1, структурно та функціонально СТФРНС пов'язана із Центром огляду та синтезу доказів (*англ.* Evidence Review and Synthesis Centre, ERSC), створеним на базі McMaster University у м. Торонто, провінція Онтаріо. Центр фінансують Агенція громадського здоров'я Канади РНАС і Канадський Інститут досліджень здоров'я СІНР.

Обов'язком СТФРНС є інформаційне забезпечення її акціонерів – установ і урядових департаментів федерального та провінційного рівнів, які сприяють імплементації КН, розробляють і впроваджують стратегії оцінювання їх впливу в охороні здоров'я країни. Поряд із працівниками первинної ланки цільовою аудиторією СТФРНС є спеціалісти із суміжних медичних дисциплін, розробники галузевої політики, місцеві та загальна канадська громада тощо. Метою СТФРНС визначено «розробку guidelines для допомоги спеціалістам первинної ланки в забезпеченні профілактики в охороні здоров'я ... на основі систематичного аналізу наукових доказів». Її завдання наведено у таблиці 1 (www.canadiantaskforce.ca).

Особливості створення настанов у Німеччині, становлення та діяльності центрів ДМ у Китаї наведено у наших попередніх роботах [6, 8, 12].

На батьківщині доказового підходу, у Великій Британії, вже 15 років тому 80% клінічних рішень приймали на основі КН [27]. Національний інститут здоров'я і досконалої клінічної практики NICE видає такі настанови з 1999 р. [29]. Подібні показники відзначено в США, Канаді, Німеччині [6, 8, 51, 53]. Протягом 1997-1999 рр. у США частка випадків надання медичної допомоги на основі КН у госпіталях була більшою, ніж у цивільних лікарнях [51, 53]. Подібні дослідження планували також у Німеччині, й відповідна національна програма Nationale Versorgungsleitlinien передбачала порівняння результатів упровадження регіональних КН зі створеними централізовано [6, 38, 42].

У 2-й половині 1990-х рр. було виявлено шкідливість неякісних настанов, а також слабкість доказового обґрунтування й непрозорість створення низки рекомендацій ВООЗ і національних КН [2, 59]. Після того медична спільнота узгодила основні методологічні вимоги щодо якості КН, які відобразили опитувальники AGREE (2001) та AGREE II (2009) [2, 69-94, 21]. Зазначені вимоги забезпечують прозорість процесу створення КН, об'єктивність, надійність та від-

повідність їх змісту стану медичної науки, узгодженість з інтересами та можливостями споживачів медичних послуг, найменш витратних медичних технологій тощо [2].

2002 року Рада Європи визнала КН важливим інструментом прийняття раціональних рішень в охороні здоров'я, а отже й підвищення якості медичної допомоги. Того ж року ВООЗ оприлюднила перші настанови для розробників КН, було створено Міжнародну мережу розробників аналізів рішень (*англ.* Guidelines International Network, GIN), до якої увійшли 42 організації із 23 країн світу. Власні настанови для розробників КН було створено в центрах ДМ / доказової практики у Великій Британії, США, Канаді, Австралії й Новій Зеландії, а також у Німеччині, Франції, Нідерландах і Словенії [Ibid].

У створенні КН зазвичай беруть участь провідні експерти, наукові товариства, фахові й громадські асоціації. Кожну з них розробляє спеціально створена міждисциплінарна робоча група, до складу якої входять спеціалісти, досвідчені у відповідній галузі клінічної медицини, економічних аспектах надання медичної допомоги, ДМ та організації охорони здоров'я. Більшість членів групи є експертами з 1-2-х наведених галузей. Для забезпечення широкого спектра думок схвалено залучення ними колег за фахом або регіоном, а також пацієнтів і представників засобів масової інформації. Розробка кожної настанови триває не менше року: протягом перших 2-х міс. робоча група формулює ключові питання, наступні півроку здійснює пошук доказів і написання попереднього варіанту КН, ще 3 міс. відводять на обговорення та рецензування, останній – на видання [2, 9].

Критичне оцінювання. У таблиці 2 наведено перелік прийнятих з 1996 р. консенсусів із проведення, представлення та оцінювання епідеміологічних досліджень. Першим зусиллям робочої групи експертів CONSORT (*англ.* Consolidated Standards of Reporting Trials) була розробка консенсусу CONSORT щодо рандомізованих контрольованих досліджень (РКД), і він став прототипом усіх створених у подальшому положень (*англ.* Guidelines for reporting research designs and activities). 1996 року видали також консенсус із представлення економічних аналізів [3, 36]. Формати STROBE (2005) та PRISMA (2009) створили на основі перегляду й удосконалення попередніх консенсусів TREND і QUOROM. Вони являють собою переліки положень, за якими по-

Таблиця 2. Основні консенсуси з представлення епідеміологічних доказів

Рік	Назва консенсусу	Яким дослідженням його присвячено
1996	CONSORT Statement for reporting randomized controlled trials	РКД
1999	QUOROM (Quality of Reporting of Meta-analyses)	Мета-аналізи
2000	MOOSE (Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology)	Мета-аналізи обсерваційних досліджень
2002	Standardized reporting of clinical practice guidelines	Клініко-практичні аналізи рішень
2003	STARD (Standards for Accurate Reporting of Diagnostic Tests)	Дослідження з оцінки діагностичних тестів
2004	TREND (Transparent Reporting of Evaluations with Nonrandomized Design)	Нерандомізовані дослідження
2005	STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology)	Обсерваційні епідеміологічні дослідження
2009	PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses)	Систематичні огляди й мета-аналізи

винні бути відображені відповідно обсерваційні дослідження або систематичні огляди й мета-аналізи. Зазначені й наступні формати, створені для допомоги авторам-дослідникам як «корисні для критичної оцінки» розробок, але вони не є знаряддями оцінювання якості релевантних джерел доказів [2, 43-44, 49].

Протягом 1996-2006 рр. методологію створення КН і аналізів рішень удосконалювали шляхом пріоритетного використання систематичних оглядів, проте питання оцінки їх якості остаточно не вирішили [20]. Критеріями якості настанов загалом визнають валідність, надійність, відтворюваність, а також клінічну прийнятність і гнучкість стверджень [2].

Якість національних і регіональних КН підвищує створення їх на єдиній методологічній основі з використанням опитувальників AGREE (2001), AGREE II (2009) тощо [2, 21]. За основу при цьому беруть найякісніші, сучасні (нові чи оновлені) й прийнятні міжнародні КН: експерти оцінюють і адаптують їх до умов надання медичної допомоги в певній країні або регіоні. Особливості та проблеми впровадження настанов у клінічну практику обговорюють від самого початку процесу їх розробки [2, 9].

Важливим досягненням останнього десятиліття є також розробка в 2006 р. експертами BOOZ, NICE та AHRQ (Американська Агенція з досліджень і якості в охороні здоров'я) знаряддя критичного оцінювання настанов GRADE (від англ. Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation), згідно якого настанова може бути «сильною чи слабкою», а якість доказів – «високою, помірною, низькою чи дуже низькою» [20, 33].

Впровадження. Нагальними проблемами розробки й упровадження КН і аналізів рішень є: подолання конфліктів інтересів [39, 48]; висвітлення процесу створення та змісту цих документів у періодичних журналах [37, 57]; урахування вибору пацієнтів [25] і створення для них певних версій КН. Варто відзначити розробку в Канаді спеціальних настанов для емігрантів і біженців (Tugwell P. et al., 2011) [28].

Визнано, що для східноєвропейських країн більш прийнятним, ніж створення власних КН, є оновлення та адаптація вже існуючих. Це зумовлено високою вартістю (сотні тисяч доларів США) й тривалістю кожної розробки, а також наявністю вільного доступу в Інтернет до КН високої якості з більшості захворювань і синдромів [2, 41].

Опрацювання світового досвіду впровадження системи надання медичної допомоги на основі КН свідчить про зв'язок низки труднощів із невизначеністю термінології та статусу останніх – директивного, нормативного чи «необов'язкового» – як це відбувалося протягом 2000-2005 рр. у Японії. На сьогодні роль настанов у ній наближена до стандартів. Сподіваючись зробити концепцію ДМ більш прийнятною для клініцистів і врахувати інтереси Японської медичної асоціації, термін «клініко-практичні настанови» в урядових проектах навіть замінили на «збірки клінічних доказів», але пізніше «через політичні компроміси» визначення було відновлено [Ibid].

2011 року Європейський центр контролю й профілактики захворювань ECDC у доповіді «Методологія ДМ для громадського здоров'я – як отримати найкращі доступні докази, коли бракує і часу, і явних доказів» запропонував вико-

ристовувати при прийнятті рішень методи консенсусу, тобто залучати досвідчених експертів для «доповнення слабкої доказової бази чи замість відсутньої» [29]. Як відомо, сучасна методологія ДМ (тобто «доказовий підхід XXI століття») допускає використання аргументованих думок експертів і даних клінічних випадків і відносить їх до доказів [3, 19, 24, 33].

Управління медичною допомогою потребує об'єктивних критеріїв її якості, що відображують у державних і регіональних медичних стандартах, створених на основі настанов. На відміну від КН медичний стандарт (*англ.* medical standard) є нормативним документом, у якому визначено перелік норм і вимог до медичної допомоги та відображено рівень відповідності індикатора.

У східноєвропейських країнах труднощі стандартизації медичної допомоги пов'язують з недостатністю фінансування, недосконалістю законодавчо-нормативних баз, різноманітним інформації, численними конфліктами інтересів та неготовністю спеціалістів прийняти нові підходи в охороні здоров'я [2]. Зусилля вітчизняних фахівців спрямовані насамперед на розробку «технологічних стандартів як гарантії забезпечення оптимального індивідуалізованого лікування». До медичних стандартів в Україні висувають низку вимог: 1) відповідність умовам фінансування; 2) реальність виконання; 3) організаційне призначення; 4) забезпечення послідовності технології надання медичної допомоги. Методологія розробки стандартів передбачає дотримання певного порядку дій – визначення групи захворювань, для якої їх розробляють, вивчення наявної технологічної бази медичних закладів, вивчення проблемної наукової літератури й наявних КН, розробка алгоритмів діагностики та лікування на основі даних ДМ, оцінка ефективності різних втручань на основі співставлення результатів та витрат, створення локальних клінічних протоколів надання медичної допомоги, інструкцій і пояснень до них. На основі міжнародних КН і медичних стандартів вітчизняні експерти створюють детальні інструкції з окремих нозологічних форм – локальні клінічні протоколи надання медичної допомоги, які також є нормативними документами. Розроблені із 2006 р. протоколи затверджують відповідними наказами МОЗ України – на виконання доручення Президента України від 06.03.2003 № 1-1/252 щодо прискорення розробки й запровадження держав-

них стандартів у сфері охорони здоров'я, протоколів лікування та доручення Прем'єр-міністра України від 12.03.2003 № 14494 щодо прискорення розробки протоколів лікування. У кожному клінічному протоколі наведено визначення відповідного захворювання чи синдрому, умови надання медичної допомоги, орієнтовна тривалість стаціонарного лікування, критерії діагностики, лікувальна програма (основні підходи, групи лікарських засобів), критерії ефективності й очікувані результати лікування [11].

Систематизація. Якщо систематичні огляди розділяють з урахуванням організацій-розробників – якими є центри доказової практики, створені в США, Канаді, Великій Британії, Австралії та Новій Зеландії, Китаї тощо [6, 8, 12-13, 15-18, 23], – на кохрейнівські та некохрейнівські, то КН відомі через зазначення регіону, країни, медичних установ або товариств, що їх створили. Так, відповідно до країни-розробника КН представлено в комп'ютерній метабазі TRIP [56]. Систематизацію настанов ускладнює часте їх поєднання – зокрема у вітчизняних джерелах – з *guidelines*, які некоректно перекладають українською як «керівництва» [6].

У навчальному посібнику для лікарів і менеджерів охорони здоров'я, виданому Російським міжрегіональним товариством спеціалістів ДМ (2004), «основні загальнодоступні англomовні бази даних КР» високої якості розділено відповідно до країн-розробників [2]. Як видно з таблиці 3, автори запропонували використання 15 ресурсів, 6 з яких створено у Великій Британії, 4 у США, 2 у Канаді, по 1 у Німеччині, Австралії і Новій Зеландії.

Саме первинній медико-санітарній допомозі (ПМСД) свого часу присвятили британську комп'ютерну базу SEEK (на сьогодні її використовують професіонали всіх рівнів, науковці й менеджери охорони здоров'я). У США протягом 1992-1996 рр. низку настанов для спеціалістів первинної ланки розробила AHRQ, а в подальшому – Робоча група з питань профілактики USPSTF. У переліку немає посилань на Канадську робочу групу із профілактики STFPHC, але наведено базу настанов PPHB (Population and Public Health Branch) – організації, що відповідає за державну політику Канади із профілактики, контролю й лікування в онкології та інфектології.

Комп'ютерні ресурси PRODIGY (Велика Британія) та NHMRC (Австралія) розробляли як для

Таблиця 3. Основні англomовні комп'ютерні бази, що містять клінічні настанови високого методологічного рівня (за Башинським С.Є., 2004) [2]

Назва бази даних	Характеристика змісту
<i>Велика Британія</i>	
NICE	1) Настанови з використання медичних технологій у 10 клінічних галузях; 2) методичні посібники з підготовки та критичного оцінювання настанов; 3) інші документи з діагностики, лікування та профілактики захворювань
eGuidelines	1) Понад 1700 рефератів настанов і матеріалів щодо їх створення; 2) проєкт CLIP, присвячений аудиту та покращенню якості в охороні здоров'я; 3) посилання на інші комп'ютерні бази, що містять настанови
SEEK (Sheffield Evidence for Effectiveness and Knowledge) Clinical Guidelines	Настанови, стандарти та протоколи, що створено урядовими агенціями, національними та міжнародними професійними медичними асоціаціями
NeLH (National electronic Library for Health)	Понад 720 національних настанов-розробок урядових і професійних медичних асоціацій
PRODIGY Clinical Guidance	Настанови з діагностики, профілактики, фармакотерапії та нефармакологічного лікування численних захворювань
SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network)	1) Понад 60 настанов високої якості, у тому числі переглянутих і оновлених; 2) методичні посібники з підготовки та критичного оцінювання настанов
<i>США</i>	
NSG (US National Guideline Clearinghouse)	Понад 1000 настанов (американських, іноземних, міжнародних), їх рефератів, узагальнень і порівнянь
CDC	Офіційні настанови з профілактики та контролю інфекційних, неінфекційних, професійних захворювань і травм
AHRQ	19 повнотекстових настанов, розроблених протягом 1992-1996 рр. і присвячених поширеним захворюванням
HSTAT (Health Services Technology Assessment Text)	Повнотекстові настанови, створені агенціями з оцінки медичних технологій (НТА) та відібрані Національною медичною бібліотекою (NLM)
<i>Канада</i>	
Canadian Medical Association Infobase of Clinical Practice Guidelines	Понад 300 настанов Канадської Медичної Асоціації та схвалені нею розробки урядових агенцій, національних і регіональних медичних установ, фахових товариств і експертів
PPHB (Health Canada – Population and Public Health Branch Guidelines)	Настанови з профілактики, контролю та лікування онкологічних захворювань, інфекційних захворювань, ВІЛ/СНІД, інфекцій зі статевим шляхом передачі
<i>Німеччина</i>	
GERGIS (англ. German Guideline Information Service)	Настанови національні та іноземні (створені в Австрії, Бельгії, Нідерландах, Данії, Фінляндії, Франції, Ірландії, Швеції, Іспанії, Великій Британії тощо)
<i>Австралія</i>	
NHMRC (Australian National Health and Medical Research Council)	Настанови та методичні посібники з їх підготовки та критичного оцінювання
<i>Нова Зеландія</i>	
NZGG (New Zealand Guidelines Group)	1) Настанови з різних проблем охорони здоров'я; 2) посилання на комп'ютерні бази, що містять посібники з підготовки та критичного оцінювання настанов

медиків, так і для пацієнтів. Як ми писали раніше, версії настанов для останніх активно створюють у Німеччині [6, 8]. Методичні посібники (або посилання на них) з підготовки та оцінювання настанов містять комп'ютерні бази SIGN, NHMRC, NZGG [2].

Економічні докази: вплив на прийняття рішень в охороні здоров'я

У літературі описано різновиди таких вторинних досліджень, як економічні аналізи, або економічні оцінки [3, 36]. Як видно з таблиці 4, описовими серед них є аналіз ідентифікації витрат, аналіз мінімізації витрат і аналіз витрат на захворювання, порівняльний характер мають аналіз вигідності витрат, аналіз ефективності ви-

трат, аналіз корисності витрат і аналіз послідовності витрат.

Епідеміологічні дослідження нерідко називають джерелом саме «епідеміологічних» доказів, – зазвичай у рамках дискусій, що стосуються природи доказів, питань термінології й моделей доказової практики. Результати економічних аналізів називають доказами «економічними», причому політика та менеджмент в охороні здоров'я потребує їх дедалі більше [22].

Природа доказів є одним із викликів, з якими стикається впровадження концепцій доказової практики та доказової профілактики в охороні здоров'я. 2012 року AHRQ – Агенція з досліджень і якості в охороні здоров'я США – оприлюднила систематичний огляд Niessen L.W.

Таблиця 4. Джерела економічних доказів [36]

Назва	Характеристика
Аналіз ідентифікації витрат (англ. cost-identification analysis)	Визначає вартість забезпечення лікування. Містить лише економічну оцінку. Є першим кроком здійснення усіх наступних видів економічних оцінок
Аналіз мінімізації витрат (англ. cost-minimization analysis)	Визначає найдешевше з альтернативних втручань. Використання цього аналізу передбачає відсутність або незначущість відмінностей між результатами в групах альтернативних втручань, тому порівнюють лише монетарні вартості останніх. Приклади використання – вирішення питань типу «заміна чи ремонт медичного приладу», «заміна брендового фармакологічного препарату генериком (якщо в клінічних випробуваннях доведено їх біоеквівалентність)»
Аналіз витрат на захворювання (англ. cost-of-illness analysis)	Визначає тотальну вартість захворювання чи інвалідності для суспільства шляхом вивчення загальної вартості медичного діагнозу, лікування та втрати продуктивності. Результат аналізу наводять у доларах США, що забезпечує загальне розуміння впливу хвороби на економіку. Приклад: серцево-судинні захворювання щороку коштують США 128 млрд. доларів
Аналіз вигідності витрат (англ. cost-benefit analysis)	Оцінює одне або декілька втручань – за монетарною вартістю та монетарною користю. Усі результати наводять у грошових одиницях, у тому числі життя та роки життя. Наприклад, за вигідністю витрат можна порівняти впровадження різних програм профілактики між собою чи порівняти їх із ремонтом лікарень та доріг, організацією тренінгів медичного персоналу
Аналіз ефективності витрат (англ. cost-effectiveness analysis)	Порівнює 2 або декілька втручань – за монетарною вартістю та клінічною ефективністю. Результати вираховують у «грошових витратах на клінічний результат» (тобто на кількість врятованих життів, додаткових років життя або нових випадків захворювання та ін.). Результати порівнянь втручань, оцінених за допомогою цього аналізу, наводять у таких самих одиницях
Аналіз корисності витрат (англ. cost-utility analysis)	Форма аналізу ефективності витрат, у якій порівнюють вартості (вартість лікування, госпіталізації, фармакотерапії) та наслідки (важливі для здоров'я результати, побічні ефекти) альтернативних втручань або програм – безпосередньо, а не в межах співвідношення «вартість–результат»
Аналіз послідовності витрат (англ. cost-consequence analysis)	Порівнює 2 або декілька втручань – за монетарною вартістю та вимірюванням «корисності», яка є продуктом клінічного результату (років життя) та суб'єктивного оцінювання якості життя, що триватиме протягом цих років. Для вимірювання «корисності» зазвичай використовують декілька показників стану здоров'я, її наводять або в одиницях якісних років життя QALYs (від англ. quality-adjusted years of life), або в кількості «well-years»

et al. (центр доказової практики John Hopkins University, Балтимор) [22], метою якого була оцінка «наявності й характеру» впливу економічних доказів на політику прийняття рішень в охороні здоров'я США та інших країн. Результати аналізу першоджерел цього огляду наведено в таблиці 5.

Пошук досліджень провели в MEDLINE, Embase, CINAHL, EconList та ISI Web of Science (термін – з 1991 до січня 2012); даних про доповнення електронного пошуку ручним немає. Для оцінки якості досліджень і сили доказів використали адаптовану шкалу GRADE. Після скринінгового перегляду 19127 статей до огляду відібрали 43 дослідження, з яких 38 було видано після 2000 р. 15 первинних досліджень було проведено у Великій Британії, по 5 – в Австралії, Канаді та США, решта – в інших країнах. У більшості першоджерел огляду (тобто в 27) розглядали прийняття рішень на державному рівні чи на рівні «ключових представників системи охорони здоров'я». Основними темами, за якими приймали рішення, були: 1) відшкодування; 2) комплексні послуги (тобто «пакети здоров'я»); 3) пріоритетні програми в охороні здоров'я.

Niessen L.W. et al. дійшли висновку про невелику кількість чинників, що відіграють ключову роль у прийнятті (використанні) чи відхиленні

ні економічних доказів. Як видно з таблиці 6, такими є «якість і прозорість» досліджень-джерел економічних доказів, «прозорість і якість процесу прийняття рішень», «ясність економічної інформації та шлях її передачі» тощо.

Експерти визначили «добру якість» майже третини (11 з 37) обсерваційних досліджень, у яких оцінювали «вплив на політику». З 5 порівняльних досліджень походили докази «помірної якості» корисності економічних доказів «у загальній політиці щодо здоров'я».

Важливим висновком є визнання обмеженої кількості та кластерності даних щодо використання економічних доказів у галузевій політиці та визнання ролі «технічних чинників» (а саме якості та прозорості досліджень і процесу прийняття рішень, зрозумілості та шляху передачі інформації), що впливають на врахування чи відхилення економічних доказів [22].

Комп'ютерна метабаза TRIP. Використання TRIP (від *англ.* Turning Research Into Practice) як ресурсу систематичних оглядів схвалено Glasciou P., Del Mar C. (2003) [32], Healy G. (2007) [35], Кохрейнівським Співробітництвом (2013) [50] тощо. Переваги цього зручного доступного мультимедійного ресурсу ДМ, ПМСД та профілактичного напрямку в охороні здоров'я висвітлено також у наших роботах [8, 14–15].

Таблиця 5. Вплив економічних доказів на прийняття рішень в охороні здоров'я (за Niessen L.W. et al., 2012 [22])

Наявність і характер впливу	Кількість досліджень	Уточнення
«Суттєвий вплив використання економічних доказів на прийняття рішень в охороні здоров'я»	30	27 з них містили «принаймні 1 інший критерій» з наступних: «міркування рівності»; клінічна ефективність; «вплив бюджету»; етичні міркування; пропагандистські аргументи
«Використання економічних доказів впливає як на загальну політику, так і на специфічні рішення»	30	Прикладом «специфічних рішень» є такі, що стосуються відшкодувань
Вплив є «обмеженим»	11	–
Вплив відсутній	2	–

Примітка. * у 14 дослідженнях, критерій переважно погано визначений.

Таблиця 6. Основні чинники, що впливають на використання економічних доказів при прийнятті рішень в охороні здоров'я (за Niessen L.W. et al., 2012 [22])

Чинник	Коментар
«Якість і прозорість досліджень, які є джерелом економічних доказів»	Може бути як промотором – за високої якості таких досліджень, так і перешкодою – за їх поганого представлення (доведено відповідно у 7 та 18 дослідженнях)
«Якість і прозорість процесу прийняття рішень»	Важливі як при прийнятті, так і при відхиленні рішень (доведено відповідно у 10 та 13 дослідженнях)
«Ясність економічної інформації та шлях її передачі»	Може бути як промотором, так і перешкодою – за «недостатньої ясності» (доведено відповідно у 7 та 17 дослідженнях)

Поряд із CDSR, Medline/Pubmed та EvidenceUpdates, TRIP є метабазою ДМ, тобто ресурсом спеціальної інформації, що пройшла експертну оцінку. Вбудовані до неї фільтри обмежують пошук статей певними рецензованими журналами – раніше «топ-четвіркою» («British Medical Journal», «Lancet», «JAMA», «New England Journal of Medicine»), тепер їх перелік розширено. Сайт www.tripdatabase.com є доступним на 7 мовах – англійській, уельській, іспанській, німецькій, французькій, італійській та португальській. Докази різних типів у TRIP позначають кольоровими маркерами. Близько 70% користувачів цієї бази даних складають клініцисти первинної та вторинної ланки охорони здоров'я [56].

Станом на 11.10.2012 TRIP містила 35318 джерел доказів. Розрахунки показали, що 77,4% з них були вторинними: частка систематичних оглядів складала 62,0%, настанов – 9,0%, синопсів – 6,4%. У структурі настанов 61,8% становили створені в США, 23,8% – у Великій Британії, 8,3% – у Канаді, 5,2% – в Австралії та Новій Зеландії, 0,9% – в інших країнах. Первинних досліджень (n=6313) було в 4,3 рази менше, ніж вторинних (n=27318), і з так званого основного списку джерел (тобто з «топ-4» журналів, «Annals of Internal Medicine» і комп'ютерної бази EvidenceUpdates) – у 5,6 рази менше, ніж з розширеного – 945 та 5368 відповідно.

Станом на 01.08.2014 до TRIP ввійшло 315034 джерел доказів, тобто їх стало більше майже в 9 разів. Кількість електронних підручників зростає у 23,5 рази, первинних досліджень з розширеного списку джерел – у 21,7, з основного – у 6,1, синопсів – у 5,3, настанов – у 3,6, систематичних оглядів – в 1,2 рази. Кількість первинних досліджень (122278) у 2,5 рази перебільшила кількість вторинних (49774), і частка останніх у структурі джерел доказів складала 15,8% (синопси – 3,8%, систематичні огляди – 8,4%, настанови – 3,6%). У структурі настанов переважали створені в США (57,5%), суттєво зменшилася частка британських (2,4%) та збільшилася частка розробок інших країн (2,5%).

Як і в інших комп'ютерних базах ДМ, для пошуку доказів у TRIP можна скористатися пошуковими термінами, що відповідають компонентам запитання, структурованого за принципом PICO. Крім того, вбудований фільтр «Clinical Area» дозволяє здійснювати пошук за 27 клінічними категоріями [14]. Кожен документ віднесе-

но до однієї чи декількох з них; систематизація базується на ідентичності ключових слів, зазначених у назвах статей і в категоріях. Наші розрахунки показали, що з 11.10.2012 до 01.08.2014 в усіх категоріях суттєво збільшився масив документів – від 4,1 рази в «Первинній допомозі» до 20,2 рази в «Алергології та імунології». У 10-12 разів побільшало доказів з питань офтальмології, дерматології, урології, неврології та ортопедії.

Докази, включені в TRIP до категорії «Первинна допомога», починаючи з 2011 року, відбирають із 36 інформаційних ресурсів ДМ [14, 56]. Через повільність ручного пошуку ця категорія станом на 11.10.2012 містила лише 627 статей, станом на 01.08.2014 – 2599. У структурі останніх частка первинних доказів складала 43,8%, а вторинних – 56,2% (з них 55% – систематичні огляди, яких було 787). Зі 171 настанови більшість створили в Канаді (37,4%), Австралії та Новій Зеландії (36,3%).

Glasziou P., Del Mar C. (2003) пропонували звертатися до TRIP насамперед для пошуку кохрейнівських оглядів [32]. Такі огляди з питань ПМСД у TRIP відбирають насамперед з комп'ютерної бази Cochrane Pearles [56].

Пошук систематичних оглядів у TRIP має переваги порівняно з PubMed, адже не всі статті, знайдені в останній метабазі через секцію «Clinical Queries», є систематичними оглядами, й вони підлягають оцінюванню [35]. Пошук систематичних оглядів у TRIP є повільнішим, ніж у EvidenceUpdates. Важливою спільною перевагою обох цих метабаз ДМ як джерел вторинних доказів з питань ПМСД можна вважати представлення недавно виданих систематичних оглядів високого методологічного рівня. Додатковою перевагою TRIP є наведення в ній нових настанов і інших вторинних джерел доказів.

Узагальнення

- Необхідною передумовою ефективної діяльності охорони здоров'я є сучасне, вчасне, якісне та прийнятне інформаційне забезпечення розробки та впровадження окремих заходів, технологій та програм. Важливість його удосконалення визнана в численних наукових дослідженнях, міжнародних стратегіях і програмах. Розроблення концепції ДМ наприкінці ХХ ст. почалося з її ототожнення з інформаційним компонентом доказового підходу в його сучасному розумінні. Як рушійна сила галузевих реформ, ДМ передбачає врахування результатів первин-

них (клінічних) і вторинних (аналітичних) досліджень, прийнятних для експертів охорони здоров'я, пацієнтів і суспільств.

- Подібний підхід до прийняття рішень відобразила Алма-Атинська декларація (1978), що визнала основою ПМСД «практичні, науково обґрунтовані та соціально прийнятні методи й технології», результати «соціальних, медико-біологічних та організаційних наукових досліджень», «просвіту з найважливіших проблем охорони здоров'я» та проголосила право й обов'язок людей брати участь у плануванні та наданні медичної допомоги. Важливість науково обґрунтованої інформаційної підтримки профілактики відзначено в Оттавській хартії зі зміцнення здоров'я (1986), Бангкокській хартії зміцнення здоров'я в глобальному світі (2005), Доповідах ВООЗ про стан охорони здоров'я у світі (2006, 2008). Необхідність доказового обґрунтування первинної профілактики фактично визнано в проєкті Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір» [4-5, 10, 26, 54-55, 58].

- Основними підходами до використання інформаційних ресурсів ДМ – електронних і друкованих – є постійне їх опрацювання (метод «push») та звернення за необхідності (метод «pull»). Опанування обома методами отримання якісної науково-медичної інформації доступне лише спеціалістам охорони здоров'я.

- Ставлення експертів із ДМ до періодичних науково-медичних журналів не є однозначним, особливо якщо йдеться про використання їх спеціалістами ПМСД. Із численних рецензованих видань найважливішими є «топ-4» («BMJ»), «JAMA», «Lancet», «NEJM»), «ACP Journal Club», «Evidence Based Medicine», «Clinical Evidence» та журнали, схвалені Кохрейнівським Співробітництвом.

- Перевагою комп'ютерних баз ДМ є насамперед заощадження часу. Ці ресурси представлені сотнями веб-сайтів, і доступ до багатьох з них є безкоштовним, що сприяє поширенню доказової інформації та розвитку відповідальності за власне та громадське здоров'я.

- Спеціальний пошук валідних і корисних досліджень, опрацювання якісної спеціальної інформації здійснюють поширені у світі центри доказової практики, що співпрацюють з регіональними та національними агенціями та інститутами з контролю якості надання медичної допомоги. Відбирання, аналіз і презентацію інформації для основних баз ДМ забезпечують нау-

ковці в галузі інформатики, фокусом діяльності яких у ДМ є перші 2 «кроки» – формулювання структурованих запитань і пошук доказів. У так званих «метабазах ДМ» (Кохрейнівській бібліотеці, MEDLINE / PubMed, EvidenceUpdate, TRIP, EBOC, PIER, Clinical Evidence тощо) використовують методологічні пошукові фільтри, що враховують і пошукові терміни, й специфіку дизайну досліджень. Вони дозволяють пришвидшити пошук релевантних доказів у бібліографічних базах даних.

- Невпинне збільшення кількості первинних джерел доказів є й сильною, й вразливою ланкою доказового підходу. Серед епідеміологічних доказів стратегічно важливими визнано їх узагальнення – «синтези», або систематичні огляди (Cochrane A.L., 1972; Sackett D.L. et al., 1995; Bastian H. et al., 2007), з яких найкращими є кохрейнівські. ВООЗ схвалено звернення саме до систематичних оглядів і відзначено «прогрес у їх використанні адміністративними органами» (2008). Саме систематичні огляди є основою розробки настанов високої якості – найопрацьованіших знарядь упровадження ДМ. На відміну від оглядів, зміст настанов зазнає впливу економічних, політичних і інших чинників, тому настанови є найбільш корисними для практикуючих спеціалістів галузі, а основою планування науково-медичних досліджень повинні бути систематичні огляди. Зазначене дозволяє вважати ідеальними такі інформаційні ресурси ДМ, що є доступними та містять насамперед вторинні докази, пошук яких не є складним.

- Достатньо опрацьованими на сьогодні є методики електронного пошуку доказів і доповнення його ручним пошуком у рецензованих науково-медичних журналах, методики стандартизованого оцінювання джерел доказів, розроблення настанов, медичних стандартів, формулярних систем тощо. На практиці зберігають значення такі ресурси інформації, як друковані медичні журнали (Власов В.В., 2001), поради колег (Sackett D., Rosenberg W., 1995; Greenhalgh T. et al., 2005) і пошук «посилань за посиланнями» (Greenhalgh T. et al., 2005). Останні 2 підходи використовують навіть розробники систематичних оглядів «високого методологічного рівня» (Greenhalgh T. et al., 2005).

- Спеціальна література містить як численні переліки інформаційних ресурсів ДМ (з яких нерідко відбирають «корисні ресурси доказів» – Glasziou P., Del Mar C., 2003; Кохрейнівське

Співробітництво, 2013), так і їх класифікації, серед яких немає загально визнаних. Сучасні класифікації в ДМ будують на основі принципу «пірамід»: існують піраміди ресурсів (Clover J. et al., 2006; Haynes B., 2010), піраміди пошуку, піраміди рівнів доказів тощо. Ознакою сьогодення є створення спеціальних ресурсів доказів (насамперед узагальнюючих) і їх переліків для споживачів медичних послуг – на кшталт розробки Кохрейнівського Співробітництва (2013), що містить 23 комп'ютерні бази.

- Докази з питань ПМСД та первинної профілактики не відокремлені в таких метабазах, як Кохрейнівська бібліотека, MEDLINE, вебсайт Кохрейнівського Співробітництва. Вивчення схваленого останнім переліку електронних ресурсів ДМ показало корисність для первинної ланки охорони здоров'я метабаз Essential Evidence Plus та TRIP: перша призначена для спеціалістів ПМСД, але доступ до неї є платним; друга містить окрему категорію «Первинна допомога» та вторинні докази високої якості, є мультилінгвальною та безкоштовною.

- Найважливішими інформаційними ресурсами доказової профілактики в охороні здоров'я є якісні систематичні огляди (насамперед кохрейнівські) та настанови спеціальних груп експертів (насамперед американської USPSTF і канадської СТРФНС), а також комп'ютерні метабази та «синопси» ДМ (у т. ч. друквані компендіуми), що містять зазначені вторинні джерела доказів.

- У науково-медичній літературі переважають непрямі докази (Mulrow C., 1997) і розповідні огляди (Greenhalgh T. et al., 2009). Експерти приділяють багато уваги удосконаленню методології створення систематичних оглядів, у т.ч. узагальненню неоднорідних результатів першоджерел, проте оптимального методу не існує (Mulrow C., 1997; Dixon-Woods M., 2005). Визнано недооцінку неангломовних і виданих у нерезцензованих журналах статей і неоднозначність наслідків гетерогенності досліджень-джерел систематичних оглядів (Mulrow C., 1997; Greenhalgh T. et al., 2009).

- Сучасна практика створення систематичних оглядів не завжди відповідає прийнятим протоколам. Так, 97% першоджерел кохрейнівських оглядів відбирають із 4-х електронних ресурсів ДМ – CENTRAL, MEDLINE, Embase, Science and Social Sciences Citation Index (Royle P. et al., 2003). Основою пошуку першоджерел систематичних оглядів «комплексних і гетерогенних до-

казів», що стосуються інноваційних технологій та менеджменту в охороні здоров'я, є не «традиційна» стратегія поєднання електронного та ручного пошуку в основних базах даних ДМ, а «вितягування» посилань і цитувань та «персональні знання» (Greenhalgh T., 2005).

- Оптимізація пошуку систематичних оглядів є актуальним питанням ДМ (Bastian H. et al., 2010), для вирішення якого систематизують комп'ютерні бази доказів (Glasziou P. et al., 2003; Кохрейнівське Співробітництво, 2013) і розробляють алгоритми (Healy G., 2007). Чинниками, що ускладнюють пошук, визнано брак пошукових навичок, недостатню обізнаність з електронними ресурсами ДМ та відносно високу вартість доступу до деяких з них.

- Як комп'ютерні джерела систематичних оглядів схвалено бази Кохрейнівської бібліотеки CDSR та DARE, TRIP (Glasziou P., Del Mar C., 2003; Healy, 2007 G.; Кохрейнівське Співробітництво, 2013), Best BETs (Glasziou P., Del Mar C., 2003), EvidenceUpdates (Healy G., 2007; Кохрейнівське Співробітництво, 2013), ARIF, Healthevidence, OTseeker, PDQ-Evidence for Informed Health Policymaking, OBESITY+, Rehab+ та PEDro (Кохрейнівське Співробітництво, 2013).

- Доступ до систематичних оглядів високої якості є найзручнішим у CDSR та TRIP. Для швидкого й пришвидшеного пошуку систематичних оглядів схвалено використання EvidenceUpdates, TRIP і PubMed. Розширений пошук, необхідний для створення якісних настанов, передбачає також звернення до тематичних (EMBASE, AMED, HTA, Ovid HealthSTAR, BNI, CINAHL) і регіональних баз доказів (LILACS, IndMed тощо). Подальші дослідження в зазначеному напрямі можна вважати перспективними, адже постійне опрацювання електронних ресурсів ДМ, що містять систематичні огляди високої якості, дозволить удосконалити науковий супровід реформування охорони здоров'я України на засадах доказового підходу та світового досвіду.

- Попри визнання пошуку систематичних оглядів (насамперед кохрейнівських) першим етапом планування науково-медичних досліджень, розробка таких джерел доказів клініцистами не є доцільною й потребує залучення спеціалістів зі статистики та медичної інформатики. Зазвичай це відбувається в центрах доказової практики.

• Аналіз звернень до 300 найрейтинговіших систематичних оглядів, оприлюднених на веб-сайті Кохрейнівського Співробітництва, дозволив дійти висновку про увагу його користувачів до науково-медичної інформації найвищого рівня доказовості, у т. ч. такої, що стосується первинної профілактики. У зазначених кохрейнівських оглядах відобразився весь спектр технологій медичної профілактики, концепція факторів ризику й програмний підхід до профілактики в охороні здоров'я; значну їх частку завантажували іспанською та французькою мовами. Можна припустити зростання уваги саме споживачів медичних послуг до еталонних медичних доказів.

• У XXI ст. зросла роль китайських експертів у діяльності Кохрейнівського Співробітництва. Визнане в Китаї стратегічно важливим просування ТКМ скрізь у світі на засадах доказового підходу фактично підтримане західними дослідниками – американськими, британськими, ізраїльськими тощо, – про що свідчить розробка ними низки систематичних оглядів дієвості давньокитайської системи Тай чі в разі поширених і соціально значимих хронічних неінфекційних захворювань (у тому числі серцево-судинних, онкологічних, нервових, ревматологічних) та їх факторів ризику.

• В Україні поширюється використання інформаційних продуктів ДМ. Важливим є опанування (звернення за необхідності та постійне опрацювання) ресурсів доказів, присвячених ПМСД: настанов – для практиків, систематичних оглядів – для науковців.

• Настанови систематизують на основі значення країн, регіонів, товариств або установ-розробників, причому у вітчизняній літературі їх часто поєднують з аналізами рішень. Перелік електронних ресурсів англomовних настанов високої якості, складений Башинським С.Є. (2004) містив 2 комп'ютерні бази, присвячені ПМСД (АНHQ у США та SEEK у Великій Британії) та 2 такі, що містили версії настанов для пацієнтів (австралійський ресурс NHMRC і британська база PRODIGY).

• Досвід упровадження настанов USPSTF і СТГPHC у Північній Америці може бути корисним при розробці профілактичних програм у країнах, де охорону здоров'я реформують у напрямі пріоритетного розвитку ПМСД і надання громадянам доступної та якісної медичної допомоги, у т. ч. в Україні.

• Потенційно корисною є доступна комп'ютерна метабаза ДМ TRIP, що містить понад 315 тис. джерел доказів. Значну частку останніх складають систематичні огляди й настанови, створені насамперед у США, а первинні дослідження зазвичай відбирають з розширеного списку джерел. Використання TRIP можливе в режимі постійного опрацювання та за необхідності. Пошук доказів у ній є легким і може здійснюватися за 27 клінічними категоріями. У порівнянні з іншими метабазами ДМ TRIP має переваги як зручний ресурс із ПМСД (із 2011 року), і відповідну категорію у ній створено за допомогою ручного пошуку. У серпні 2014 року вона містила 787 систематичних оглядів і 171 настанову, розроблені переважно в Канаді, Австралії й Новій Зеландії. За допомогою TRIP можливий і швидкий, і розширений пошук систематичних оглядів високої якості, в т. ч. виданих недавно.

Література

1. Власов В.В. Введение в доказательную медицину / М.: Медиа Сфера, 2001. – 392 с.
2. Башинский С.Е. Разработка клинических практических руководств с позиций доказательной медицины: [учебное пособие для врачей и организаторов здравоохранения] / М.: Медиа Сфера, 2004. – 135 с.
3. Гринхальх Т. Основы доказательной медицины / [пер. с англ. под ред. И.Н. Денисова, К.И. Сайткулова]. – [3-е изд.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 288 с.
4. Москаленко В.Ф., Грузева Т.С., Ишакова Г.В. Право на охорону здоров'я у нормативно-правових актах міжнародного та європейського рівня: [навч. посібник] / Х.: ВПП «Контраст», 2006. – 296 с.
5. Москаленко В.Ф. Концептуальні підходи до формування сучасної профілактичної стратегії в охороні здоров'я: від профілактики медичної до профілактики соціальної / К.: ВД «Авіцена», 2009. – 240 с.
6. Москаленко В.Ф., Пузанова О.Г. Впровадження програми розробки національних клінічних керівництв у Німеччині // Наук. вісник Нац. мед. університету ім. О.О. Богомольця. – 2010. – 29, №2. – С. 48-55.
7. Москаленко В.Ф., Пузанова О.Г. Доказова медицина в Україні // Therapia. Укр. мед. вісник. – 2011. – 56, №3. – С. 40-47.
8. Москаленко В.Ф., Булах І.Є., Пузанова О.Г. Методологія доказової медицини: [підручник] / К.: «Медицина», 2014. – 200 с.
9. Посібник для розробників клінічних рекомендацій/медичних стандартів / заг. ред. Г. Росс, О. Новічкова. – К., 2006. – 166 с.
10. Про затвердження Загальнодержавної програми «Здоров'я-2020: український вимір»: проект Закону України. – Режим доступу: moz.gov.ua/ua/portal/Pro20120316_1.html#2 (дата звернення: 21.06.2014).
11. Пузанова О.Г. Від доказової медицини – до впровадження формулярної системи та стандартизації у системі охорони здоров'я // Внутр. медицина. – 2007. – №2. – С. 130–134.

12. Пузанова О.Г. Доказова медицина в Китаї: особливості та перспективи // Наук. вісник Нац. мед. університету ім. О.О. Богомольця. – 2011. – 35, №4. – С. 56-63.
13. Пузанова О.Г. Клінічні рекомендації з питань профілактики в охороні здоров'я США: доказова база та інформаційне забезпечення // Наук. вісник Нац. мед. університету ім. О.О. Богомольця. – 2010. – 28, №1. – С. 54-60.
14. Пузанова О.Г. Комп'ютерна метабаза доказів TRIP як інформаційний ресурс первинної ланки охорони здоров'я // Наук. вісник Нац. мед. університету ім. О.О. Богомольця. – 2012. – 39, №4. – С. 106-111.
15. Пузанова О.Г. Доказательная профилактика в здравоохранении: методологические основы и информационное обеспечение // Проблемы здоровья и экологии. – 2013. – 38, №4. – С. 12-21.
16. Пузанова О.Г. Информационное обеспечение доказательной профилактики в первичном звене здравоохранения: рекомендации USPSTF // Военная медицина. – 2013. – №3. – С. 57-62.
17. Пузанова О.Г. Кокрановские обзоры как информационный ресурс доказательной первичной профилактики в здравоохранении // Вестник Витебского гос. мед. университета. – 2013. – 12, №3. – С. 174-81.
18. Руководство по медицинской профилактике / под ред. Р.Г. Оганова, Р.А. Хальфина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 464 с. – (Нац. проект «Здоровье»).
19. Скакун М.П. Основы доказовой медицины / Тернопіль: Укрмедкнига, 2005. – 244 с.
20. Guyatt G., Vist G., Falck-Ytter Y. et al. An emerging consensus on grading recommendations? // Evid. Based Med. – 2006. – 11 (1). – P. 2-4.
21. Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (AGREE): URL: www.agreetrust.org (дата звернення: 22.06.2014).
22. Niessen L., Bridges J., Lau B. et al. Assessing the impact of economic evidence on policymakers in health care – a systematic review. Methods research report // AHRQ Publication. – 12 (13)-EHC133-EF. – Rockville, MD: AHRQ, 2012. – 47 p.
23. Bastian H., Glasziou P., Chalmers I. Seventy-five trials and eleven systematic reviews a day: how will we ever keep up? // PLoS Med. – 2010. – 7 (9): e1000326. – URL: www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000326 (дата звернення: 24.06.2014).
24. Haynes R.B., Devereaux P., Guyatt G. et al. Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient's choice // ACP J. Club. – 2002. – 136. – P. 11-14.
25. van der Weijden T., Boivin A., Burgers J. et al. Clinical practice guidelines and patient decision aids. An inevitable relationship // J. Clin. Epid. – 2012. – 66 (6). – P. 584-589.

Повний список літератури знаходиться у редакції

INFORMATION SUPPORT OF EVIDENCE BASED HEALTH CARE: PART III

Puzanova O.G., Hruzyeva T.S.

National O.O. Bohomolets medical university, Kyiv

Summary. The article is devoted to such secondary evidence sources as clinical recommendations and guidelines, especially to peculiarities of their development, systematization and use, as well as to economic evidences' origins, classification and role too. The benefits of evidence search in TRIP database have been described. Formulated are the conclusions on the problem of information support of evidence based health care, its primary link and preventive direction.

Key words: evidence based health care, prevention in health care, primary health care, information support (recommendations, guidelines, economic analyses, TRIP).