

Пузанова О.Г.

ІНФОРМАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ ПРОФІЛАКТИКИ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я: ДОКАЗИ ДІЄВОСТІ ТА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТІ В КОХРЕЙНІВСЬКИХ СИСТЕМАТИЧНИХ ОГЛЯДАХ І КЛІНІЧНИХ РЕКОМЕНДАЦІЯХ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця (Київ)

Резюме. Обговорюється роль інформаційних технологій профілактики в сучасній охороні здоров'я з позиції доказової практики, системного та орієнтованого на пацієнтів підходів. Вказані особливості пошуку доказів досягнення таких критеріїв якості надання медичної допомоги, як дієвість і результативність, при використанні інформаційних технологій. Наведено дані кохрейнівських систематичних оглядів і міжнародних клінічних рекомендацій як вторинних джерел найкращих зовнішніх доказів.

Ключові слова: профілактика в охороні здоров'я (якість), інформаційні технології (дієвість і результативність, доказова база, кохрейнівські систематичні огляди, клінічні рекомендації).

У Всесвітній доповіді про стан охорони здоров'я в світі (2008) (The world health report 2008: primary health care now more than ever) йдеться про визнання здоров'я "соціально значимим результатом будь-якого заходу політики", про необхідність проведення досліджень актуальних проблем реформування галузі, пріоритетного розвитку загальнодоступної якісної первинної медико-санітарної допомоги, орієнтованої на потреби та цінності пацієнтів [14]. За даними експертів ВООЗ, у багатьох країнах упровадження доказового підходу, використання даних систематичних оглядів призвело до якісних змін у державній політиці щодо охорони здоров'я. Визначено, що зміцнення бази знань можна досягти двома шляхами: 1) через пришвидшення організації систематичних оглядів ефективності найбільш важливих заходів та їхньої економічної оцінки; 2) через пришвидшення документування та оцінювання підходів урядів у цілому на основі наявного досвіду використання інструментів оцінки впливу на здоров'я [14]. Відомо, що реформування охорони здоров'я в Україні передбачає, поряд із забезпеченням доступності медичної допомоги населенню та підвищенням кваліфікації лікарів, поширення пропаганди здорового способу життя.

З позицій доказової медицини всі аспекти роботи зі здоровими людьми, пацієнтами та їх представниками відносять до "втручань" (англ.: intervention): це — рекомендації щодо

режиму фізичної активності та особливостей харчування, призначення заходів фармако-, радіо-, психо- та фізіотерапії, оперативне лікування, різноманітні заходи реабілітації, консультативна допомога, навчання в групах, освітні програми, тощо. Крім того, втручання можуть відноситись і до популяційного здоров'я — наприклад, ними є скринінгові обстеження на наявність факторів ризику чи власне захворювань у людей, які не мають притаманних цим хворобам скарг.

Окремі заходи в охороні здоров'я нерідко є складовою програм або технологій [1, 2]. Термін технологія означає сукупність найбільш доцільних прийомів, способів, методів і процедур реалізації функцій системи, спрямованих на підвищення ефективності процесу та досягнення бажаних результатів. Упроваджені в Україні протягом останнього десятиріччя Державні цільові програми покращення здоров'я народу передбачали використання 3-х груп профілактичних технологій — організаційних, інформаційно-освітніх і технологій своєчасного виявлення захворювань [1].

Основою розроблення та впровадження технологій профілактики в охороні здоров'я вважаються докази — результати експериментальних та обсерваційних (зазвичай проспективних) епідеміологічних досліджень [2]. У традиційній "ієрархії доказів" перше місце посідають такі вторинні джерела доказів, як систематичні огляди (англ.: systematic reviews)

серйозні науково-аналітичні дослідження, матеріалом для яких є результати раніше проведених і оприлюднених оригінальних клінічних досліджень, присвячених одному конкретному питанню. Результати первинних досліджень узагальнюються в систематичному огляді на основі суворой, прозорої методології, що легко перевіряється.

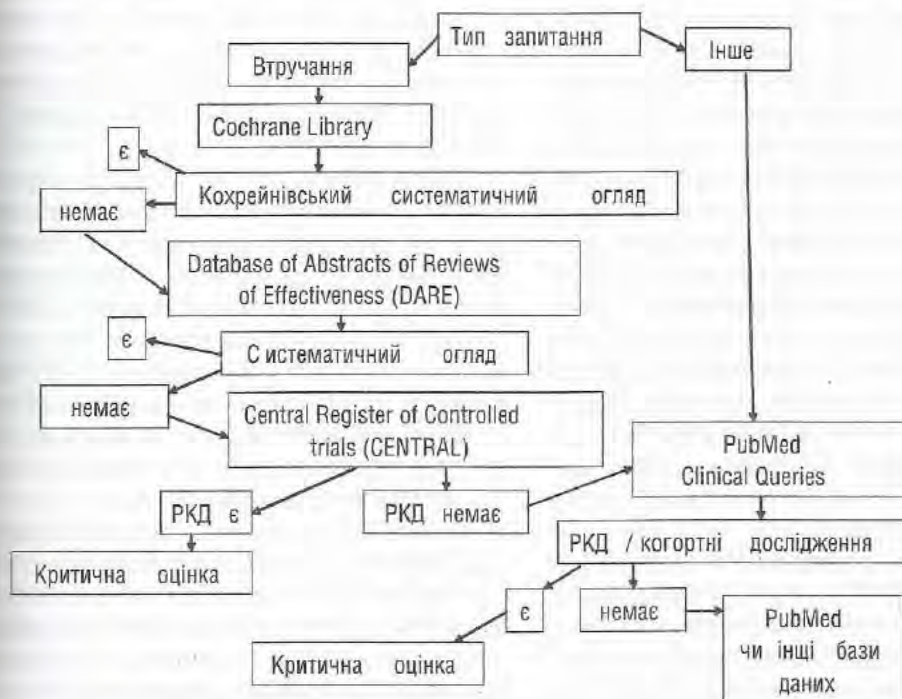
Джерелами інформації для систематичних оглядів є: 1) Кохрейнівська база даних систематичних оглядів; 2) база даних MEDLINE (PubMed); 3) Кохрейнівський реєстр контрольованих клінічних досліджень CENTRAL (Cochrane Register Controlled Trials); 4) інші медичні та парамедичні бази даних (AMED, CINAHL, Current Contents, Embase, Health star, Scopus, TRIP, тощо); 5) неангломова література; 6) так звана "сіра" література (тези, доповіді, нецензовані медичні журнали, корпоративна інформація фармацевтичних компаній); 7) посилання, вказані в первинних джерелах; 8) інші неопубліковані джерела, відомі спеціалістам у даній галузі.

Відомо, що пошук доказів з питань щодо втручання (їхньої дієвості, результативності, ефективності чи безпеки) проводять насамперед у Кохрейнівській бібліотеці, в разі питань іншого типу (точність скринінгових або діаг-

ностичних тестів, сила прогностичних маркерів, поширеність хвороб і факторів ризику, тощо) — в MEDLINE (PubMed).

В Кохрейнівській бібліотеці пошук доказів починають з "золотого стандарту" метабаз — Кохрейнівської бази даних систематичних оглядів (англ.: Cochrane Database of Systematic Reviews). Цей інформаційний ресурс нараховує на сьогодні понад 4 тисячі статей — систематичні огляди з важливих клінічних питань, що регулярно переглядаються та оновлюються міжнародними проблемними групами експертів Кохрейнівського співробітництва, тому вони і називаються кохрейнівськими оглядами — на відміну від усіх інших, так званих "некохрейнівських". Такі огляди представляють у двох варіантах: 1) у вигляді повних текстів — для всіх раніше створених, переглянутих і оновлених робочими групами експертів (англ.: Collaborative Review Groups) оглядів; 2) у форматі протоколів — для оглядів, які знаходяться в стадії розроблення (англ.: protocols for reviews currently being prepared).

"Каскад пошуку" в основних базах даних доказової медицини представлено на мал. 1. Якщо з якогось питання не вдалося знайти кохрейнівський систематичний огляд, проводиться пошук некохрейнівського систематич-



Мал. 1. "Каскад пошуку" в основних базах даних доказової медицини

Я:
НОСТІ
Х
ЯХ
здоров'я з
облишності
дієвість і
кохрейнівських
найкращих
дієвість і
облишностей
фармако-
ліку-
груп,
втручання
здоров'я
ч власне
ригаман-
ерідко є
[1, 2].
найбільш
і проце-
ремованих
та досяг-
ені в Ук-
Дер-
здоров'я
3-х груп
саційних,
сочасно-
адження
здоров'я
еримен-
проспек-
в [2]. У
місце
казів, як
reviews)

ного огляду результативності в базі даних абстрактів оглядів результативності DARE (англ.: Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness). Згідно доказового підходу, знаходження систематичного огляду означає успішність пошуку та його припинення. За не-ефективності пошуку систематичного огляду в зазначених метабазах проводять пошук рандомізованих клінічних досліджень (РКД) у Кохрейнівському реєстрі контрольованих досліджень CENTRAL (англ.: Cochrane Register Controlled Trials). Знайдені РКД, на відміну від систематичних оглядів, підлягають критичній оцінці.

Назва систематичного огляду зазвичай відображає клінічне запитання, на яке надано відповідь найвищого рівня доказовості. Проведений нами пошук у Cochrane Database of Systematic Reviews статей, присвячених проблемам збереження громадського здоров'я та популяційної профілактики, довів наявність найкращих доказів з таких питань, як, наприклад, "Систематичний огляд ефективності програм первинної профілактики в попередженні захворювань, що передаються статевим шляхом, у підлітків" (1999) [15], "Системи нагадування пацієнтам для збільшення кількості щеплених" (2005) [10], "Вплив місцевих неформальних лідерів на результати професійної діяльності та медичної допомоги" (2007) [5], "Друковані освітні матеріали: вплив на професійну практику та виходи в охороні здоров'я" (2008) [7], "Міждисциплінарне навчання: вплив на професійну практику та виходи в охороні здоров'я" (2008) [12], "Навчання за допомогою гри для працівників охорони здоров'я" [6], "Безперервне навчання: вплив на професійну практику та виходи в охороні здоров'я" (2009) [8], "Відновлення електронної медичної інформації провайдером медичних послуг для покращення результатів медичної практики" [11], "Вплив комп'ютерних нагадувань на процеси та виходи в охороні здоров'я" [13], "Втручання, спрямовані на покращення формулювання запитань, у професійній практиці та самоосвіті" (2010) [9], тощо.

Доказовий підхід у медицині та охороні здоров'я є тісно пов'язаним із вирішенням проблеми підвищення якості медичної допомоги, в тому числі профілактичної [2]. Цей термін означає сукупність якісних і кількісних характеристик, що підтверджують відповідність надання медичної допомоги потребам і очікуван-

ням населення та окремих людей — як медичним (на основі доказового підходу), так і психосоціальним (на основі відношення, розуміння та мотивації пацієнтів). При цьому до критеріїв якості медичної профілактики належать: 1) наявність і доступність (англ.: availability) необхідних профілактичних послуг; 2) адекватність (англ.: appropriateness, adequacy) профілактичних заходів і технологій поставленим завданням; 3) наступність і безперервність (англ.: continuity) процесу оздоровлення; 4) дієвість і сила (англ.: efficacy) впливу превентивного втручання на покращення показників індивідуального чи громадського здоров'я; 5) результативність (англ.: effectiveness) його впровадження в практику охорони здоров'я; 6) ефективність (англ.: efficiency) результату впровадження відносно обраного критерію медичної, соціальної чи економічної ефективності; 7) здатність задовольняти потреби (англ.: satisfaction) пацієнтів і суспільства та відповідати реальному ресурсному забезпеченню; 8) постійне вдосконалення [2].

В контексті глобалізації світу, пріоритету профілактичного напрямку та необхідності реформ саме інформаційні технології визнаються дедалі більш потужним ресурсом систем соціального захисту, в тому числі й систем охорони здоров'я [14]. До них відносять комплекси інформаційно-освітніх та інформаційно-мотиваційних заходів профілактичного консультування пацієнтів, груп пацієнтів і членів їх родин (бесіди, "школи", "нагадування", тощо) [2].

Аналіз літератури свідчить про розробленість насамперед тих інформаційних технологій, які стосуються вторинної та третинної профілактики захворювань. Прикладом є надзвичайна кількість міжнародних клінічних рекомендацій з ведення пацієнтів з окремими захворюваннями та синдромами, які починається зі стверджень щодо модифікації стилю життя, необхідності інформування людей, навчання їх "жити з хворобою", розуміти її зміст, займатися самоконтролем ознак.

Важливим результатом пошуку інформації щодо втручань профілактики будь-якого рівня є висновок про те, що в базах даних доказової медицини зазвичай вдається знайти найкращі зовнішні докази їх позитивних і негативних впливів на показники індивідуального чи громадського здоров'я, що відповідають саме критерію "дієвість і сила впливу". Досягнення та-

критерію якості, як, наприклад, "результативність втручання", можна оцінити за даними статистичних звітів. Прикладами високої економіко-соціальної ефективності" профілактичних програм у цілому світі є зменшення захворюваності на тропічну гранульому — на 95% (в 1954—1964 роках), ліквідація натуральної віспи (в 1979 році), зменшення захворюваності на поліомієліт — на 99% (у 1988—2006 роках) [1].

В цьому контексті розглянемо систематичний огляд "Чи зростає кількість щеплень після нагадувань пацієнтам про необхідність вакцинації?" [10]. Важливими проблемами, пов'язаними з імунізацією, в усіх країнах світу визнаються визначення цільових груп реципієнтів вакцин і найкращих стратегій забезпечення високого рівня вакцинації. Зростання числа щеплених осіб зменшує показники захворюваності та смертності в цілому світі. Так звані "інтервенційні" стратегії передбачають втручання, орієнтовані на пацієнтів (роз'яснювальна робота, нагадування) чи на працівників охорони здоров'я, а також використання системного підходу.

Нагадування є інформаційною технологією разом з багатьох упроваджених у світі інтервенційних стратегій забезпечення достатнього рівня вакцинацій. Для оцінки її дієвості J.C. Jacobson Vann та P.Szilagyї здійснено систематичний огляд 47 контрольованих досліджень, які були проведені в розвинутих країнах [10]. Огляд проводився з метою визначення дієвості систем нагадування пацієнтам щодо збільшення відсотку імунізованих, у тому числі в порівняльному аспекті для різних груп пацієнтів і типів вакцин. Систематичний пошук було проведено в базах даних MEDLINE (1966—1998) і доповнено даними з 4 бібліотечних ресурсів (Embase, PsychINFO, Sociological Abstracts та CAB Abstracts). У квітні 2001 та в травні 2007 року систематичний огляд оновлювався з урахуванням даних реєстру ЕРОС (англ.: The Effective Practice and Organisation of Care). В останньому випадку пошук здійснювали також у базах даних CINAHL та PubMed, і це дозволило врахувати в оновленому огляді результати нових 4 досліджень. Автори включили до систематичного огляду РКД, дослідження типу "до-після", а також описання серій випадків. Усі публікації були англійськими, і автори провели незалежну рецензію кожної з них. У цільо-

вих групах дорослих і дітей віком до 18 років порівнювали частки тих, хто отримав щеплення після нагадування медичним персоналом про необхідність вакцинації.

Зростання частоти щеплень у результаті нагадувань становило від 1 до 20%. Технологія нагадувань виявилася дієвою щодо щеплень у дитячому віці (OR=1,47, 95% CI=1,28—1,68), вакцинації дітей проти грипу (OR=2,18, 95% CI=1,29—3,70), вакцинації дорослих проти пневмококів, правцю та гепатиту В (OR=2,19, 95% CI=1,21—3,99), вакцинації дорослих проти грипу (OR=1,66, 95% CI=1,31—2,09). Доведено ефективність усіх форм нагадувань пацієнтам — розмова по телефону чи залишення повідомлень, нагадування в листах і поштових картках. Найбільша дієвість, як і найбільша вартість, доведена для нагадувань по телефону. Встановлено зменшення дієвості нагадувань про вакцинацію дітей проти грипу (в порівнянні з даними більш раннього систематичного огляду, в якому показник відношення шансів (англ.: odds ratio, OR) становив 2,87). На підставі результатів одного дослідження технологію визнано недієвою щодо щеплень у підлітків — мешканців міст (OR=1,14, 95% CI=0,98—1,31).

Дані цього систематичного огляду свідчать, що нагадування про вакцинацію збільшує кількість тих, хто отримав щеплення (вчасно або з запізненням). Це доведено і для дорослих, і для дітей, але не для підлітків, які мешкають у містах. Прихильність до вакцинації виявилася кращою в разі повторних нагадувань. Результати не залежали від типу медичного центру (державного чи приватного), лікарі якого інформували пацієнтів про щеплення. Автори систематичного огляду зауважили, що в країнах із низьким і середнім рівнем доходів дієвість зазначеної інформаційної технології / стратегії покращення прихильності до вакцинації залишається невизначеною [10].

Безперечно, в умовах обмеженого ресурсного забезпечення галузі охорони здоров'я доказове обґрунтування медичної та соціально-економічної доцільності превентивних технологій, психологічної прийнятності для окремих громадян і суспільства набуває особливого значення. На прикладі США свідченням цього є видання протягом останніх 15 років 15 керівництв Робочої групи профілактичних служб USPSTF саме з інформаційно-освітньої роботи: в 2002 році вийшли рекомендації з

консультацій щодо фізичної активності — виконання вправ. У 2003 році оприлюднено такі керівництва: з консультацій і скринінгу на ожиріння в дорослих; з навчання щодо дієтичного харчування; з консультативної роботи з приводу раку шкіри; рекомендації щодо консультування з питань додавання вітамінів для профілактики раку та коронарної хвороби серця; керівництва з освітньої роботи з дітьми та підлітками відносно відмови від тютюну (окремі рекомендації щодо консультування дорослих вийшли в 2009 році). В 2004 році вийшло 2 керівництва USPSTF з інформаційних профілактичних технологій (з консультацій щодо вживання алкоголю та з навчання при болю в нижній частині спини), в 2007 — рекомендації з консультування відносно обмежень при керуванні транспортними засобами, в 2008 — з консультацій щодо захворювань, які передаються статевим шляхом, з консультацій при годуванні груддю та з консультацій при захворюваннях зубів і пародонту. На сьогодні також завершується розробка рекомендацій USPSTF з надання консультацій щодо травм, отриманих удома та на відпочинку та з консультацій щодо насильства в юнацькому віці [3].

Загальноновживаним на сьогодні є такий термін англословного походження, як просування здоров'я (англ.: health promotion), що розуміють як активну, навіть "агресивну" профілактичну стратегію, котра зобов'язує людей усвідомлювати власну відповідальність за стан здоров'я та якість життя. Так, у 2008 році за підтримки Європейської комісії та ВООЗ Європейська мережа серця (European Heart Network) та Європейське товариство кардіологів (ESC) закликали міжнародну спільноту до прийняття Європейської хартії здорового серця (англ.: European Heart Health Charter), в рамках якої прийняти на себе зобов'язання знизити передчасну смертність і кардіоваскулярну захворюваність за допомогою методів профілактики. В статті 12 цього документу наголошено на необхідності "стимулювати навчання та підвищення відповідальності громадської спільноти та пацієнтів за допомогою засобів масової інформації та розробки соціального маркетингу, спрямованого на підвищення інформованості, а також за рахунок забезпечення мобілізації суспільства та створення об'єднань" [6]. Йдеться про необхідність дотримання здорового способу життя без факторів кардіоваскулярно-

го ризику, починаючи з самого дитинства. В Європейській хартії здорового серця ці фактори розподілено на 3 групи: 1) біологічні (підвищений артеріальний тиск, підвищений вміст глюкози в крові, підвищений вміст холестерину в крові, надмірна маса тіла / ожиріння); 2) детермінанти способу життя (паління тютюну, нераціональне харчування, зловживання алкоголем і низька фізична активність); 3) загальні детермінанти — фіксовані (вік, стать, генетичні фактори, етнічна належність) та модифіковані (прибуток, освіта, умови життя та умови праці). В статті 5 відзначається, що впливати на зазначені фактори ризику можуть: "політики — або за рахунок забезпечення здорового навколишнього середовища, або за рахунок законодавчих чи інших заходів, які включають оподаткування та маркетинг; люди — за рахунок підтримання здорового способу життя, що передбачає раціональне харчування, відмову від паління та регулярні фізичні навантаження; працівники системи охорони здоров'я — за рахунок профілактики та лікування людей з високим ризиком".

Роль інформаційно-освітньої діяльності медиків у сучасному світі відзначається і у Всесвітній доповіді про стан охорони здоров'я в світі (2008): "Існує багато можливостей, які нерідко втрачаються, розширити права пацієнтів на участь у процесі прийняття рішень, що стосуються їхнього життя та життя членів їх родин... Для реалізації цих можливостей потрібні працівники охорони здоров'я, які вміють встановити контакт із людьми та допомогти їм зробити свідомий вибір" [14]. Саме для інформаційних технологій, поряд із значенням доказового підходу, визнається роль підходу, орієнтованого на пацієнта: експерти ВООЗ відзначають, що недостатня підготовка медиків поєднується з "міжкультурними конфліктами, соціальним розшаруванням, дискримінацією та стигматизацією" [14, глава 3, с.54]. Через це "значний потенціал пацієнтів щодо збереження здоров'я шляхом зміни способу життя, моделей поведінки та самопомоги, а також шляхом адаптації професійних порад до власних обставин" використовується недостатньо.

За даними експертів ВООЗ, "в 23 країнах, що розвиваються, та на які припадає 80% глобального тягаря хронічних неінфекційних захворювань, ефективні кампанії в засобах масової інформації, що стимулюють зміни в раціоні

смітінства. В середньому ці фактори впливають на здоров'я (підвищений вміст холестерину в крові; куріння тютюну, вживання алкоголю); 3) загальні фактори (стать, генетична схильність) та модифікуючі фактори (стиль життя та харчування). Зважаючи на те, що харчування, фізична активність та вживання алкоголю можуть впливати на розвиток захворювання, або за рахунок заходів, які вживаються, люди можуть змінити спосіб життя та харчування, а також вжити заходів навантаження на здоров'я лікування.

Діяльність людини змінюється і у зв'язку з розвитком здоров'я. Особливо це стосується жінок, які вживають права прийняття рішення та життя та здоров'я. Можливості здоров'я, які вживають та допомагають [14]. Саме в зв'язку з цим з'являється роль експертів з підготовки клінічними дослідженнями, вживанням, [14, глава 1]. Пацієнтів можна сподіюватися до професійних спеціалістів.

Щодо ролі інформаційних технологій у боротьбі з палінням, то, за даними первинних і вторинних досліджень, найбільш ефективним заходом профілактики впливу тютюну на молодих людей визнана заборона всіх форм його реклами, в тому числі і спонсорство виробниками тютюну будь-яких подій і заходів. У кохрейнівському систематичному огляді 17 клінічних досліджень, здійснених протягом 1972—2007 років, було доведено суттєве припинення паління серед тих, кому надавалися відповідні консультації лікарів — незалежно від "інтенсивності" таких рекомендацій. Результативність упровадження цієї технології в медичну практику зростає за таких умов: 1) включення вимог щодо виявлення курців та інформування їх про наслідки паління до стандартів діяльності в кожній медичній спеціальності; 2) включення питань з допомоги в припиненні паління до програм до- та післядипломної підготовки лікарів усіх спеціальностей.

За впровадження навіть дієвих і результативних "антитютюнових" заходів, технологій і програм виявилось, що жодна з них не є результативною без громадської підтримки. Так, понад 50% громадян Швеції виступають за за-

борону продажу тютюнових виробів у продовольчих магазинах. У Шотландії було доведено ефективність телефонної служби припинення паління: у курців, які звертаються до неї, ймовірність кинути шкідливу звичку зростала в 4 рази. В 2007 році в Європейському Союзі в рамках кампанії "Help: За життя без тютюну" курцям були запропоновані індивідуальні консультації з фахівцями в режимі он-лайн, і послуга стала доступною на 22 мовах ЄС. Телевізійний ролик щодо негативних наслідків пасивного куріння транслюється на 80 каналах країн ЄС також на 22 мовах.

Аналіз літератури засвідчує, що в розвинутих країнах світу ресурси спрямовані переважно на впровадження цільових "анти тютюнових" програм для підлітків, вагітних і дітей, на розробку нових рекламних моделей — наприклад, інформування людей про те, що паління в підлітковому віці пов'язане з надмірною масою тіла в подальшому та сповільнює ріст у юнаків. До відома широких спільнот доводяться наукові докази переваг припинення паління для здоров'я — наприклад, про те, що зі збільшенням періоду утримання від нього зменшується ризик багатьох новоутворень і серцевих нападів. Саме "позитивний" рекламі належить важливе місце в боротьбі з тютюном. Так, Італійська спілка по боротьбі з палінням наводить дані про схуднення 75% жінок, які припинили палити, та про покращення стану їхньої шкіри (гасло "Через 9 місяців без тютюну ти виглядатимеш на 13 років молодшою!"). Ця організація розробила рекламу "Припинивши, ти станеш красивішою". Американські та австралійські дослідники встановили негативний вплив на молодь антитютюнової реклами, здійсненої на гроші тютюнових корпорацій. У Канаді інформують, що підлітки, які є курцями, з високою ймовірністю починають вживати алкоголь, маріхуану та інші наркотики (екстазі, амфетамін). Молоді громадяни цих країн визнають важливу роль розвитку фізичної культури та спорту, надання їм інформації про наслідки паління (в тому числі більш шкідливого "пасивного", а також "легких" цигарок). Опитування 3600 підлітків у Німеччині, проведене в 2007 році, зафіксувало найнижчий з 1979 року показник поширеності паління. Дослідники дійшли висновку про появу в молодіжному середовищі антипатії до тютюну. Зменшення поширеності цього важливого фактору ризику стало результатом упровад-

ження в масштабах країни доказово обґрунтованих організаційних та інформаційно-освітніх профілактичних технологій.

Отже, в умовах реформування сектору охорони здоров'я особливого значення набуває доказове обґрунтування, соціальна та політична підтримка технологій і програм саме первинної профілактики захворювань — важливого напрямку роботи в рамках первинної медико-санітарної допомоги. Доказовий підхід передбачає пріоритетне впровадження тих заходів, дієвість і результативність яких доведена

за даними контрольованих досліджень. Найвищий рівень доказовості відображують вторинні їх джерела — насамперед, кохрейнівські систематичні огляди, — та розроблені на їх основі міжнародні клінічні рекомендації. Роль інформаційних технологій профілактики в сучасному світі невпинно зростає, доказова база їх дієвості та результативності стає дедалі більш потужною, а світовий досвід розроблення та впровадження потребує опрацювання та використання в системі охорони здоров'я України.

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРОФИЛАКТИКИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ДЕЙСТВЕННОСТИ И РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ В КОКРАНОВСКИХ СИСТЕМАТИЧЕСКИХ ОБЗОРАХ И КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЯХ

О.Г. Пузанова

Резюме. Обсуждается роль информационных технологий профилактики в современном здравоохранении с позиций доказательной практики, системного и ориентированного на пациентов подходов. Указаны особенности поиска доказательств достижения таких критериев качества медицинской помощи, как действенность и результативность, при использовании информационных технологий. Приведены данные кокрановских систематических обзоров и международных клинических рекомендаций как вторичных источников лучших внешних доказательств.

Ключевые слова: профилактика в здравоохранении (качество), информационные технологии (действенность и результативность, доказательная база, кокрановские систематические обзоры, клинические рекомендации).

INFORMATIONAL PREVENTIVE TECHNOLOGIES IN HEALTH CARE: EVIDENCES OF THEIR EFFICACY AND EFFECTIVENESS REPRESENTED IN COCHRANE SYSTEMATIC REVIEWS AND CLINICAL GUIDELINES

O.G. Puzanova

Abstract. The role and impact of information technologies of health promotion and disease prevention is discussed from such points of view as evidence-based practice principles, systemic and patient-oriented approaches in health care. Some peculiarities of search of evidences of medical care efficacy and effectiveness (as indicators of its quality) achievement due to information technologies use are given. So the data of some relevant Cochrane systematic reviews and clinical guidelines as secondary sources of best evidences are also represented.

Key words: preventive health care (quality), informational technologies (efficacy and effectiveness, evidence database, Cochrane systematic reviews, clinical guidelines).

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. 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.
2. Руководство по медицинской профилактике / Под ред. Р.Г. Оганова, Р.А.Хальфина. - М.: ГЭОТАР Медиа, 2007. - 464с.
3. Пузанова О.Г. Клінічні рекомендації з питань профілактики в охороні здоров'я США: доказова база та інформаційне забезпечення / Науковий вісник Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. - 2010. - №1. - С.54-60.
4. Akl E.A., Sackett K.M., Pretorius R., Bhoopathi P.S.S., Mustafa R., Sch?nemann H., Erdley W.S. Educational games for health professionals. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 1, Art. No.: CD006411. DOI: 10.1002/14651858.CD006411.pub2
5. Doumit G., Gattellari M., Grimshaw J., O'Brian M.A. Local opinion leaders' effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4, Art. No.: CD000125. DOI: 10.1002/14651858.CD000125.pub3
6. European heart health charter. Европейская хартия здорового сердца / Здоров'я України. - 2008. - №21(1). - С. 45.
7. Farmer A.P., Legare F., Turcot L., Grimshaw J., Harvey E., McGowan J.L., Wolf F. Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 3, Art. No.: CD004398. DOI: 10.1002/14651858.CD004398.pub2
8. Forsetlund L., Bj?rndal A., Rashidian A., Jamtvedt G., O'Brian M.A., Wolf F., Davis D., Odgaard-Jensen J., Oxman A.D. Continuing education meetings and workshop: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 2, Art. No.: CD003030. DOI: 10.1002/14651858.CD003030.pub2
9. Horsley T., O'Neill J., McGowan J.L., Perrier L., Kane G., Campbell C. Interventions to improve question formulation in professional practice and self-directed learning. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 5, Art. No.: CD007335. DOI: 10.1002/14651858.CD007335.pub2
10. Jacobson Vann J.C., Szilagyi P. Patient reminder and recall systems to improve immunization rate. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 3, Art. No.: CD003941. DOI: 10.1002/14651858.CD003941.pub2
11. McGowan J.L., Grad R., Pluye P., Hannes K., Deane K., Labrecque M., Welch V., Tugwell P. Electronic retrieval of health information by healthcare providers to improve practice and patient care. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 3, Art. No.: CD004749. DOI: 10.1002/14651858.CD004749.pub2
12. Reeves S., Zwarenstein M., Goldman J., Barr H., Freeth D., Hammick M., Koppel I. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 1, Art. No.: CD002213. DOI: 10.1002/14651858.CD002213.pub2
13. Shojania K.G., Jennings A., Mayhew A., Ramsay C.R., Eccles M.P., Grimshaw J. The effects of on-screen, point of care computer reminders on processes and outcomes of care. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 3, Art. No.: CD001096. DOI: 10.1002/14651858.CD001096.pub2
14. <http://www.who.int/whr/2008/ru/index.html>
15. Yamada J., DiCenco A., Feldman L. et al. A systematic review of the effectiveness of primary prevention programs to prevent sexually transmitted diseases in adolescents. Dundas, ON, Canada: Ontario Ministry of Health, Region of Hamilton-Wentworth, Social and Public Health Services Division, 1999; 73.