

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის  
აღმართ გორგაძეს და კლინიკური იმუნოლოგიის მიმართულება

დაგინარჩუნებული დოკუმენტის ციფრი  
დაგინარჩუნებული დოკუმენტის ციფრი

ს ა რ მ ა უ ნ ი 0 6 ვ რ რ ა ა ც 0 1  
ლ ა მ ი ს 0 მ ი შ ვ 6 ე ლ რ ბ ა  
ს ა ე შ ი ა რ პ რ ა ა შ ი ა შ ი

თბილისი  
2009 წ.

---

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის  
აღმართ თელიას ქადაგის კლინიკური ლექციების ციკლი

სარამული ინფორმაცია და მისი მნიშვნელობა  
საექიმო პრაქტიკაში

ნაშრომი განკუთვნილია  
უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლების  
სტუდენტებისთვის, აღმართ თელიას ქადაგის კლინიკური ლექციებისთვის,  
თერაპევტებისთვის, პედიატრებისთვის, ოჯახისა და  
ზოგადი პრაქტიკის მქონე ექიმებისთვის.

ნაშრომზე ყველა საავტორო უფლება ეკუთვნის დავით თელიას.  
ავტორის ნებართვის გარეშე ნაშრომის სრული ან  
ნაწილობრივი კოპირება და გავრცელება აკრძალულია.

თბილისი, 2009 წ.

## სარწმუნო ინფორმაცია და მისი მნიშვნელობა საექიმო პრაქტიკაში

სარწმუნო ინფორმაციას განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ექიმის წარმატებული პრაქტიკული საქმიანობისთვის. ამ ინფორმაციის მოპოვება მუტად რთულია, ვინაიდან მოითხოვს არა მარტო საინფორმაციო რესურსების ფლობას, არამედ მოპოვებული ინფორმაციის კრიტიკული ანალიზის უნარს. ექიმთა უმრავლესობა მის ხელთ არსებულ ინფორმაციას აპრიორულად სარწმუნოდ მიიჩნევს და იყენებს პრაქტიკულ საქმიანობაში, რასაც ისინი ხშირად შეცდომაში შეჰქავს.

დღეს მთელ მსოფლიოში სამედიცინო პროფესიის დახლოებით 17 000 წიგნი და 2 მილიონი სტატია გამოიცემა. მათგან შეოლოდ 50% შეიცავს მეტ-ნაკლებად სარწმუნო ინფორმაციას. თვით მაღალრეიტინგულ ჟურნალებში განთავსებული ინფორმაციის 10%-იც კი ნაკლებად სარწმუნოა. ამიტომ ბოლო წლებში კვლევის შედეგთა სარწმუნობის შეფასების მრავალი გამარტივებული და ადვილად გამოსაყენებელი მეთოდი იქნა მოწოდებული. ექიმისთვის ამ მეთოდების ცოდნას სწორი გადაწყვეტილების მისაღებად დიდი მნიშვნელობა აქვს, მით უმეტეს, რომ მათი უმეტესობა სპეციალურ განათლებას არ მოითხოვს და შედარებით ადვილად განსახორციელებელია.

ყველაზე ხშირად გამოყენებადი და სარწმუნო საინფორმაციო რესურსებია გაიდლაინები, მიმოხილვითი სტატიები, სისტემური მიმოხილვები და მეტაანალიზი. ნებისმიერი მათგანი მტკიცებულებათა სხვადასხვა დონის ინფორმაციას შეიცავს და, ბუნებრივია, მათი შეფასება რთულია.

სამეცნიერო ინფორმაციის სარწმუნობა ყველაზე მარტივად სამი გზით ფასდება: რაოდენობრივად (რამდენი ლიტერატურული წყაროა გამოყენებული ნაშრომში), ზარისხობრივად (არის თუ არა გამოყენებული სისტემატურად გაანალიზებული წყაროები) და შედეგების თანხვედრის თვალსაზრისით (რამდენად ერთგვაროვანია სხვადასხვა ნაშრომში მიღებული შედეგები).

არსებობს მტკიცებულებათა შეფასების გაცილებით რთული და დახვეწილი მეთოდოლოგიები, რომლებსაც უმთავრესად ექსპერტები იყენებენ. პრაქტიკულ საექიმო საქმიანობაში გამოსაყენებელ მეცნიერულ კვლევათა შედეგები სარწმუნობის თვალსაზრისით (მტკიცებულებათა დონის მიხედვით) სამი (ზოგჯერ – უფრო მეტი) – A, B და C ზარისხისაა.

A დონის (მაღალი სარწმუნობის) ნაშრომებია: მაღალი დონის რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევები და მეტ-ნაკლებად მაღალი დონის მე-

ტანალიზი, რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევები და მეტანალიზი.

B დონის (საშუალო სარწმუნობის) ნაშრომებია: კარგად დაგეგმილი, არარანდომიზებული კლინიკური კვლევა, არარანდენობრივი სისტემატური მიმოხილვა, დაბალი ხარისხის რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევა, კლინიკური კოპორტული კვლევა, საცდელ-საკონტროლო კვლევა კარგად შერჩეული რეპრეზენტატიული საკვლევი სუბიექტებით, მაღალი დონის არაკონტროლირებადი კვლევები და კარგად დაგეგმილი ეპიდემიოლოგიური კვლევები.

C დონის (დაბალი სარწმუნობის) ნაშრომებია კონსენსუსები, ექსპერტთა რეკომენდაციები.

ადგილი მისახვედრია, რომ ამ კლასიფიკაციის გამოყენება პრაქტიკოსი ექიმისთვის ნაკლებად მოხერხებულია, ვინაიდან სპეციალურ (თუნდაც ტერმინოლოგის) ცოდნას მოითხოვს. აქედან გამომდინარე, საჭიროა შეფასების უფრო მოხერხებული, ადვილად აღსაქმელი კლასიფიკაციის გამოყენება. სწორედ ასეთი უნიფიცირებული სისტემა შემოგვთავაზა მარკ ჰებელმა 2004 წელს [5]. ავტორმა თავის მიერ მოწოდებული ტერმინოლოგია ზემოთ მოყვანილ კლასიფიკაციას შეუსაბამა და იგი უფრო იოლად აღსაქმელი გახადა.

ჰებელის კლასიფიკაციის თანახმად, ნებისმიერი კვლევის შედეგი, რომლითაც შეიძლება ვისარგებლოთ პაციენტის საწოლთან, არის დაგადებაზე თრიენტირებული და/ან პაციენტზე თრიენტირებული.

დაგადებაზე თრიენტირებულ შედეგებს საფუძვლად უდევს ჰესტოპათოლოგიური, ფიზიოლოგიური ან მათი მსგავსი შედეგები, მაგალითად, სისხლში შაქრის შემცველობის მაჩვენებელი, სისხლის წნევის მაჩვენებელი, სპიროგრაფიული მონაცემები და სხვა ის პარამეტრები, რომლებიც, შესაძლოა, ვერ ასახავდეს პაციენტის მდგომარეობის გაუმჯობესებას.

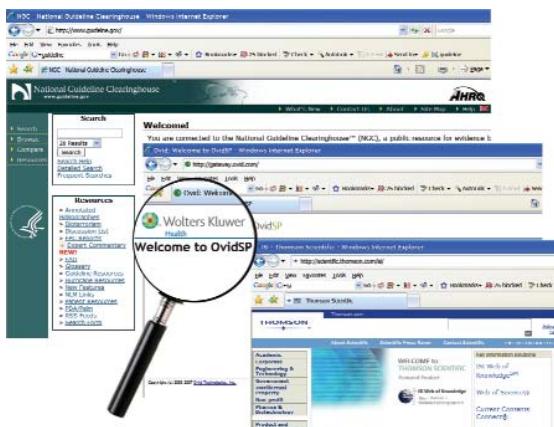
პაციენტზე თრიენტირებულ შედეგებს საფუძვლად უდევს ის პარამეტრები, რომლებიც პაციენტის მდგომარეობის გაუმჯობესებას ასახავს. მაგალითად, სიცოცხლის ხანგრძლივობის გაზრდა, სიკვდილობის შემცირება, სიმპტომების გაუმჯობესება, სამედიცინო მომსახურების ხარჯის შემცირება და სხვა.

მეტად მნიშვნელოვანია იმის გარკვევა, თუ რომელ შედეგებზე უნდა მოვახდინოთ ორიენტირება გადაწყვეტილების მიღებისას. რეკომენდებულია, მაღალი ხარისხის ნაშრომიდან გამომდინარე პაციენტზე თრიენტირებული შედეგი განვიხილოთ ყველაზე მაღალი

დონის ანუ ყველაზე სარწმუნო (A დონის) ინფორმაციად. შედარებით დაბალი ხარისხის ნაშრომიდან გამომდინარე პაციენტზე თრიენტირებული შედეგი საშუალო დონის ანუ სავარაუდოდ სარწმუნო (B დონის) ინფორმაციად განიხილება, ხოლო კონსენსუსებიდან და სპეციალისტთა პრაქტიკული გამოცდილებიდან გამომდინარე დაგადებაზე თრიენტირებული შედეგი – ნაკლებად სარწმუნო (C დონის) ინფორმაციად [1, 3].

ბოლო პერიოდში სამედიცინო პრაქტიკაში ერთ-ერთი ყველაზე ხშირად გამოყენებული ლიტერატურული რესურსია გაიდლაინი (კლინიკური გაიდლაინი, კლინიკური პროტოკოლი, კლინიკური პრაქტიკის გაიდლაინი). ეს არის გადაწყვეტილების მიღების ინსტრუქცია, რომელიც მტკიცებითი მედიცინის დებულებებს ეფუძნება. ის მოიცავს კონსენსუსებს, შეთანხმებებს და უმთავრესად მედიცინის პრაქტიკულ (დააგადებათა დაიგნოსტიკა, მკურნალობა და ბრევენცია) საკითხებზეა თრიენტირებული. გაიდლაინების საშუალებით შეიძლება მოხდეს გაწეული სამედიცინო მომსახურების მაქსიმალური სტანდარტიზება და, მაშასადამე, გაიზარდოს მისი ხარისხი. რასაკვირველია, ყოველივე ეს შესაძლებელია მხოლოდ მაშინ, როდესაც თავად გაიდლაინია მაღალი ხარისხის [4].

ჯანდაცვის ორგანიზაციების უმრავლესობას მაღალი ხარისხის საკუთარი გაიდლაინების შექმნისთვის სათანადო რესურსები არ გააჩნია, რის გამოც უკვე არსებულს იყენებს. აღნიშნული გაიდლაინების ხარისხის შეფასება და კონკრეტული ორგანიზაციებისთვის მათი მისადაგება აუცილებელია, თუმცა საკმაოდ რთული. კონკრეტულ გაიდლაინზე არჩევანის შეჩერების შემდეგ მასში მოცემული რეკომენდაციების შესრულებამდე საჭიროა შეფასდეს მისი ხარისხი. ზოგიერთ ქვეყნაში არსებობს გაიდლაინების ხარისხის შეფასების სპეციალური ცენტრები. სხვა ქვეყნებში შეფასებას შესაბამისი კრიტერიუმების მეშვეობით თვით დაინტერესებული ორგანიზაცია ახორციელებს. შეფასებისას განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა გაიდლაინის მეთოდოლოგიურ ნაწილს, რომელსაც, სამწუხაროდ, გაიდლაინების უმტესობა არ შეიცავს. მისაღები ხარისხის გაიდლაინების შერჩევის შემდეგ საჭიროა კონკრეტულ სამედიცინო დაწესებულებასთან მათი ადაბტირება. ადაბტირება გულისხმობის რეკომენდაციების რეფორმირებას გაიდლაინის ხარისხის გაუმჯობესების, მისი გამოყენებადობისა და ეფექტურობის შეფასების კრიტერიუმთა დახვეწის მიზნით.



გაიდლაინში მოცემული რეკომენდაციების პრაქტიკული გამოყენება ადვილი არ არის და მრავალმხრივ მიღებობას მოითხოვს. ამის გამო შესაძლოა თავი იჩინოს სირთულეებმა სამედიცინო პერსონალის აკადემიურ დონესა და უნარ-ჩვევებთან, ტრადიციებსა და მეტ-ნაკლებად მნიშვნელოვან სხვა საკითხებთან დაკავშირებით.

გაიდლაინის ხარისხს მრავალი ფაქტორი განსაზღვრავს: ქვეყანა, სპეციალობა, მისი შემქმნელი და დამფინანსებელი ორგანიზაციები და პირები, გამოყენებული მეთოდოლოგია და სხვა. **არასარწმუნობის** მთავარი მიზეზია ინტერესთა კონფლიქტი გაიდლაინის დამკვეთს, მის აგტორსა და მომხმარებელს შორის. ხარვეზები გაიდლაინებში მრავალი სახისაა. მათგან ყველაზე ხშირი და მნიშვნელოვანია რომელიმე დებულების ან დებულებებისთვის **გადაჭარბებული თბოტიმისტური ელფერის მიცემა** (რაც ნაკარნაზევია სუბიექტური ფაქტორებით — ჯანდაცვის პოლიტიკით, სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების თვისებურებით, ავტორის ავტორიტეტით და ა.შ) [2, 3]. საკმაოდ ხშირია ურთიერთგამომრიცხავი რეკომენდაციებიც. ყოველივე ამის გამო გაიდლაინების გამოყენება და მათი შეფასება მეტად რთული და საპასუხისმგებლოა [3].

**პრაქტიკული გაიდლაინი ორი ტიპისაა:** მტკიცებულებებზე დაფუძნებული და კონსენსუსზე დაფუძნებული. პირველ შემთხვევაში გაიდლაინში გამოყენებულ ლიტერატურას გავლილი აქვს თვისობრივი ექსპერტიზა და, მაშასადამე, მისი სარწმუნობა მაღალია. მეორე შემთხვევაში გაიდლაინი ძირითადად ექსპერტებისა და სპეციალისტების სუბიექტურ შეხედულებებს ეყრდნობა და, ამის კვალობაზე, მისი სარწმუნობა შედარებით დაბალია.

ამრიგად, ექიმისთვის სარწმუნო პრაქტიკული

ინფორმაციის შეფასება საკმაოდ რთულია და დამატებით დროს, ცოდნასა და უნარებს მოითხოვს. ამ თვალსაზრისით საუკეთესო გამოსავალია მაღალი ხარისხის გაიდლაინებში წარმოდგენილი ინფორმაციის გამოყენება, აგრეთვე — სისტემატური ანალიზით ჩატარებული კვლევების შედეგთა გათვალისწინება.

საექიმო მომსახურების ხარისხი განსაკუთრებით მაღალია, როდესაც ექიმი თავად ერკვევა ლიტერატურული რესურსების ხარისხის შეფასების მეთოდოლოგიებში და მათ თავის პრაქტიკულ მოღვაწეობაში იყენებს.



ლიტერატურა

- 1.Dr. Steinbrook is a national correspondent for the *Journal*.Field MJ, Lohr KN, eds. Clinical practice guidelines: directions for a new program. Washington, DC: National Academy Press, 1990.
2. Deyo RA, Psaty BM, Simon G, Wagner EH, Omenn GS. The messenger under attack — intimidation of researchers by special-interest groups. *N Engl J Med* 1997;336:1176-80.
3. Hasenfeld R, Shekelle PG. Is the methodological quality of guidelines declining in the US? Comparison of the quality of US Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) guidelines with those published subsequently. *Qual Saf Health Care* 2003;12: 428-34.
- 4.Taylor R, Giles J. Cash interests taint drug advice. *Nature* 2005;437:1070-1.Wilensky GR. Developing a center for comparative effectiveness information. *Health Aff (Millwood)* 2006;25:w572-w585. Copyright © 2007 Massachusetts Medical Society.
5. MARK H. EBELL Am Fam Physician 2004;69:548-56. Copyright © 2004 American Academy of Family Physicians.)