

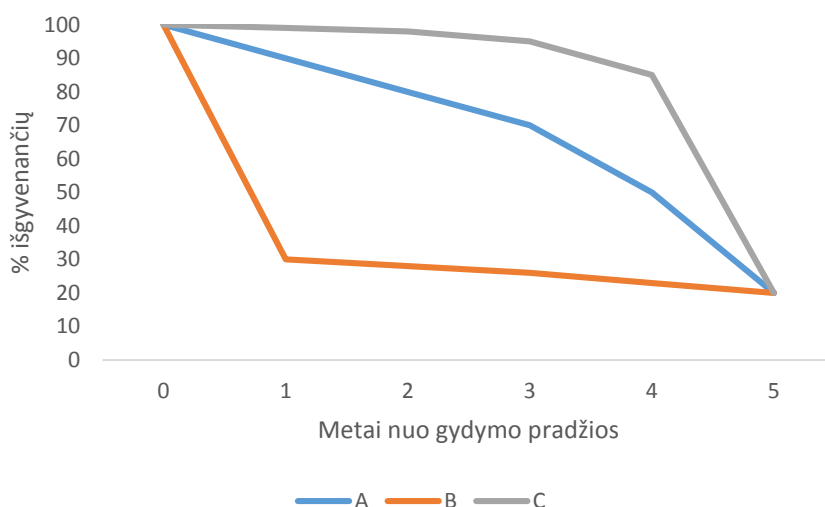
Prognostinių tyrimų kritinis įvertinimas

Ar apibrėžtos pacientų grupės atstovai buvo įtraukti į tyrimą panašioje (dažniausiai ankstyvoje) ligos stadijoje?	
Geriausia: Geriausia, kai tyrimo pacientai įtraukiami tuo pačiu ankstyvu savo ligos metu, dažniausiai kai liga pasireiškia pirmą kartą. Tokios grupės vadinamos 'ligos pradžios būriu' (<i>angl. inception cohort</i>). Į studiją įtraukti pacientai taip pat turi atspindėti aptariamą populiaciją. Pacientai iš tretinio lygio sveikatos priežiūros institucijų (klinikų) gali turėti labiau pažengusią ligos formą negu pacientai įtraukti į tyrimą pirminiame lygmenyje (poliklinikoje).	Kur šią informaciją rasti? Metodų dalis turi aprašyti kokios stadijos pacientai buvo įtraukti į tyrimą (pvz. pirmą kartą patyrę miokardo infarktą, trečioje krūties vėžio stadijoje ir t.t.). Metodų dalis taip pat turi pateikti informaciją kaip pacientai buvo atrenkami; ar pacientai buvo įtraukiami pirmajame ar trečiajame sveikatos priežiūros institucijų lygmenyje
Taip ☐ Ne ☐ Neaišku ☐ Komentarai:	
Ar pacientai buvo sekami pakankamai ilgai ir ar sekimas buvo išbaigtas?	
Geriausia: Paskesnis pacientų tyrimas po įtraukimo į studiją turi būti pakankamai ilgas, kad dominantis rezultatas galėtų būti aptiktas. Trukmė priklausys nuo dominančio rezultato (pvz. su nėštumu susiję rezultatai 9 mėnesius; vėžio atveju daug metų). Visi pacientai turi būti sekami nuo pat pradžios iki kol dominantis rezultatas pasiekiamas ar pacientas miršta. Pacientų nesekimo priežastys turi būti pateikiamos kartu su demografinių ir klinikinių bruožų palyginimų tarp pacientų grupių kuriuose sekimas nebuvo galimas ir kurioje paciento sekimas buvo išbaigtas.	Kur šią informaciją rasti? Rezultatų skiltis turi paminėti pacientų sekimo laiko vidurkį ar medianą. Rezultatų skiltis taip pat turi pateikti pacientų skaičių, kurie buvo nebuvo sekami visą laiką ir to priežastis. Dviejų grupių palyginimas (tie kurie buvo visą laiką sekami ir tie, kurie nebuvo) gali būti pristatyti lentelės formoje arba tyrimo autoriai gali paminėti tekste ar buvo skirtumų tarp dviejų grupių.
Taip ☐ Ne ☐ Neaišku ☐ Komentarai:	
Ar baigties kriterijai buvo aiškūs ir aklai taikomi?	
Geriausia: Turi būti pateikiami aiškūs baigčių apibrėžimai. Idealiu atveju, mažiau objektyvios baigtys yra analizuojamos aklai, kad baigtį nustatinėjantis tyrėjas nežinotų, ar pacientas turi potencialų prognostinį faktorių.	Kur šią informaciją rasti? Metodų dalis turi aiškiai ir detalai aprašyti kiekvienos baigties kriterijus. Ar baigties nustatytojas buvo aklas prognostiniams faktoriams, bus paminima metodų arba rezultatų skyriuje.
Taip ☐ Ne ☐ Neaišku ☐ Komentarai:	
Jeigu aptinkamos pacientų grupės su skirtingomis prognozėmis, ar sukoreguojami atskiri svarbūs prognostiniai faktoriai?	
Geriausia: Prognostinis faktorius yra paciento bruožas (pvz. amžius, ligos stadija), kuris nuspėja galutinę baigtį. Tyrimas turi sukoreguoti žinomus prognostinius faktorius, kad rezultatai nebūtų iškreipti.	Kur šią informaciją rasti? Rezultatų dalis turi identifikuoti prognostinius faktorius ir paminėti, ar analizės metu jie buvo sukoreguoti. Ieškodami koreliavimo įrodymų, atkreipkite dėmesį į iliustracijas ir lenteles (pvz. gali būti pateikiamos atskiros išgyvenamumo kreivės pacientams, iš skirtingų ligos stadijų ar skirtingų amžiaus grupių).
Taip ☐ Ne ☐ Neaišku ☐ Komentarai:	

Kokie tyrimo rezultatai?

Bėgant laikui, kokia tikimybė, jog tirta baigtis bus pasiekta?

Yra keli skirtingi būdai ligos rezultatams raportuoti. Dažnai jie pristatomi tiesiog kaip koeficientas (pvz. proporcija žmonių, patiriančių sutrikimą). Koeficientinis prognozės išreiškimas turi tam tikrų privalumų. Tai yra paprastai, lengvai perduodama informacija, kuri nesunkiai įsimenama. Deja, koeficientai perteikia ribotą informacijos dalį ir panašūs apibendrinantys koeficientai gali egzistuoti svariai skirtingoms prognozėms. Dėl šios priežasties, išgyvenamumo kreivės naudojamos, norint apskaičiuoti paralelinės pacientų grupės išgyvenamumą bėgant laikui. Šios kreivės naudingos aprašant bet kokį rezultatą (ne tik išgyvenamumą), kuris įvyksta sekimo periodo metu. Kreivės apačioje rodo trijų ligų išgyvenamumą su tokiu pačiu išgyvenamumo koeficientu po penkių metų. Atkreipkite dėmesį, jog apibendrinamasis koeficientas laiko tekmeje pridengia svarbius skirtumus tarp pacientų.



Ilustracija. Penkių metų išgyvenamumo kreivės trims skirtingoms ligoms

Koks prognozės apskaičiavimo tikslumas?

Norėdami nustatyti atliktų apskaičiavimų preciziškumą, turime žiūrėti į 95% patikimumo intervalus, dengiančius apskaičiuotą reikšmę. Kuo siauresnis 95% patikimumo intervalas – tuo naudingesnis apskaičiavimas. Apskaičiavimo tikslumas priklauso nuo tyrimo imties, kuria apskaičiavimas grindžiamas. Kadangi ankstesni pacientų patikros periodai turi daugiau rezultatų negu vėlesni, apskaičiavimai kairėje kreivės pusėje būna tikslesni negu dešinėje. Pastebėjimai dešinėje kreivės pusėje ar uodegoje, dažniausiai paremti labai mažu pacientų skaičiumi, dėl mirčių, iškritimų iš tyrimo ar pavėluoto žmonių įtraukimo į tyrimą. Todėl išgyvenamumas sekimo periodo gale yra ganėtinai netikslus ir labai jautrus kelių išeigų poveikiui (tam kas įvyksta keliems pacientams).

Ar galiu pritaikyti šiuos reikšmingus ir svarbius įrodymus savo paciento prognozei nustatyti?

Klausimai, kurių turėtumėte savęs paklausti, prieš nuspręsdami taikyti šio tyrimo rezultatus savo pacientui:

- Ar mano pacientas yra tiek skirtingas nuo tyrimo dalyvavusių pacientų, kad rezultatai jam negali būti taikomi?
- Ar šie įrodymai turės kliniškai svarbią įtaką tam, ką aš nuspręsiu pasakyti pacientui?