

Клинические рекомендации – как инструмент образовательного процесса

НЕДОГОДА СЕРГЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ,

д.м.н., проректор по развитию регионального здравоохранения и клинической работе, заведующий кафедрой внутренних болезней ИНМФО ФУВ ФГБОУ ВО «Волгоградский Государственный Медицинский университет»

Информация о потенциальном конфликте интересов Недогода С.В.

Научные гранты/клинические исследования: Astellas, Astra Zeneca, Boehringer Ingelheim, MSD, Novartis, Sanofi, Servier, Takeda, Материа Медика

Спикер – бюро (лекции и круглые столы): Abbott, Amgen, Bayer, Berlin Chemie-Menarini, Boehringer Ingelheim, Gedeon Richter, Egis, KRKA, Merck, MSD, Novartis, Phizer, Sanofi, Servier, Takeda, Teva, Zentiva, Акрихин, Вертекс, Фармстандарт, Сотекс, Штада

Позиции в профессиональных организациях: Вице-президент РКО, Председатель комитета по клиническим рекомендациям РКО, FESC

Консультант: Нет

Сотрудник (в т.ч. – частичная занятость): ВолгГМУ

Финансовые интересы в фарм-бизнесе: Нет

Автор заявляет, что вышеуказанная информация никоим образом не повлияла на результаты исследования и собственное мнение при изложении доклада



Зачем нужны клинические рекомендации?

Клинические рекомендации (КР) необходимы для обеспечения информационной поддержки принятия врачом решений в отношении диагностики, лечения, профилактики и реабилитации заболевания, состояния на основе принципов доказательной медицины в целях обеспечения надлежащей медицинской помощи в конкретной клинической ситуации.

КР необходимы для решения следующих задач:

- выбора оптимальных методов диагностики, лечения, реабилитации и профилактики в рамках оказания медицинской помощи пациенту;
- разработки критериев оценки качества медицинской помощи, стандартов медицинской помощи, порядков оказания медицинской помощи, создания стандартов оснащения и управления лечебно-диагностическим процессом;
- **обеспечения процесса непрерывного медицинского образования и повышения квалификации медицинских работников.**

Первые клинические рекомендации появились еще в 1930-е гг., однако существенно их количество возросло в конце XX в., когда появились электронные средства коммуникации и объем потока научных данных превысил возможность их обработки отдельным специалистом. Институт медицины США (The Institute of Medicine, ныне Национальная академия медицины – **The National Academy of Medicine**) в 1990 г. определил клинические рекомендации как систематически разрабатываемые документы с целью поддержки для принятия решений практикующим врачом и пациентом, а также для обеспечения надлежащей медицинской помощи в конкретной клинической ситуации. Основные цели клинических рекомендаций были определены как помощь в принятии клинических решений, **обучение**, оценка и обеспечение качества медицинской помощи, руководство для распределения ресурсов здравоохранения, **снижение риска юридической ответственности за ненадлежащее оказание медицинской помощи**. Повышенный спрос вызвал активность научных сообществ различных профилей и уровней и привел к массивному выбросу клинических рекомендаций, которые отвечали заявленным целям далеко не всегда. К **2011 г.** Международная сетевая база рекомендаций (The Guidelines International Network database) насчитывала **3700 различных клинических рекомендаций**, созданных специалистами из 39 стран. Аналогичная база данных рекомендаций в США (National Guideline Clearinghouse) только за 2008 г. получила 722 клинические рекомендации. Однако, **в 2006 г., только 29% рекомендаций имели качественную научную базу**, поскольку единых стандартов для разработки клинических рекомендаций в то время еще не существовало, и это приводило к тому, что в них могли соседствовать противоречащие друг другу принципы.

Проблему начали решать в 2008 г., когда по заданию Конгресса США Институт медицины начал разработку единых стандартов для клинических рекомендаций, и в 2011 г. были опубликованы 8 основных положений, а также дано новое определение самих рекомендаций: «документы, которые включают рекомендации, предназначенные для улучшения помощи, оказываемой пациенту, основанные на систематических обзорах, доказанных данных, с оценкой преимуществ и вреда альтернативного лечения».

Кратко **основные положения** можно сформулировать так:

- прозрачность и отсутствие конфликта интересов не только у членов группы разработчиков клинических рекомендаций, но и членов их семей
- спонсоры не могут участвовать в разработке клинических рекомендаций
- состав группы разработчиков должен быть сбалансированным и включать не только клиницистов, но и экспертов-методистов
- при разработке рекомендаций должны быть использованы систематические обзоры, соответствующие стандартам, описаны качество и уровень достоверности доказательств
- рекомендации должны быть изложены в стандартизированной форме, с точной формулировкой рекомендуемого действия и описанием условий, при которых оно должно быть выполнено
- сильные рекомендации должны быть сформулированы таким образом, чтобы предоставлялась возможность оценки их соблюдения
- рецензирование должно быть максимально широким и представлять все заинтересованные стороны: научных экспертов, клиницистов, организаторов здравоохранения, представителей министерств, пациентов и общественности

При составлении проекта клинических рекомендаций, профессиональные медицинские ассоциации опираются на следующие критерии:

- **Доверие.** В качестве составителей КР выступают признанные эксперты в определенных областях медицины и представители субдисциплин.
- **Валидность.** КР должны улучшать лечение и исходы заболевания.
- **Репрезентативность.** Составители КР должны быть независимой элитой медицинской сообщества.
- **Применимость в клинике и гибкость.** КР должны касаться основных проблем и особых групп больных в соответствии с научными, медицинскими и экономическими критериями. В КР обозначены приоритеты принятия врачебных решений.
- **Ясность (четкость).** При составлении КР исключается двусмысленность и неточность.
- **Надежность.** КР обеспечивает одинаковую интерпретацию различными специалистами в различных ситуациях (интеграция по горизонтали).
- **Прозрачность.** КР содержат описание процесса их подготовки: имена экспертов и рецензентов, источники использованной информации.
- **Обновления КР** обязательны и запланированы заранее

После введения новых стандартов и изменения понятия клинических рекомендаций, когда ключевым моментом определения стало то, что рекомендации должны основываться на систематических обзорах, произошло сокращение их количества: по данным Национального центра обмена рекомендациями (National Guideline Clearinghouse), **количество клинических рекомендаций в 2014 г. составляло 2619, а в 2018 г. – 1440.**

До 2019 г. Российская Федерация относилась к странам, в которых профессиональные организации разрабатывали клинические рекомендации без единого механизма координации, однако с вступлением в силу поправок к Федеральному закону № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в стране появится единый центральный регулирующий орган – научно-практический совет Минздрава России.

Внесенные изменения позволят гармонизировать существующие нормативные и рекомендательные документы по вопросам оказания медицинской помощи. Клинические рекомендации будут применяться врачом при оказании медицинской помощи пациенту, при этом руководители медицинских организаций должны будут обеспечить условия для их применения в соответствии с обязательными для исполнения на всей территории Российской Федерации порядками оказания медицинской помощи, определяющими этапность данного процесса и оснащенность медицинских организаций (их структурных подразделений). **Контроль оказания медицинской помощи будет осуществляться с применением критериев оценки качества, разрабатываемых на базе клинических рекомендаций и порядков оказания медицинской помощи.**

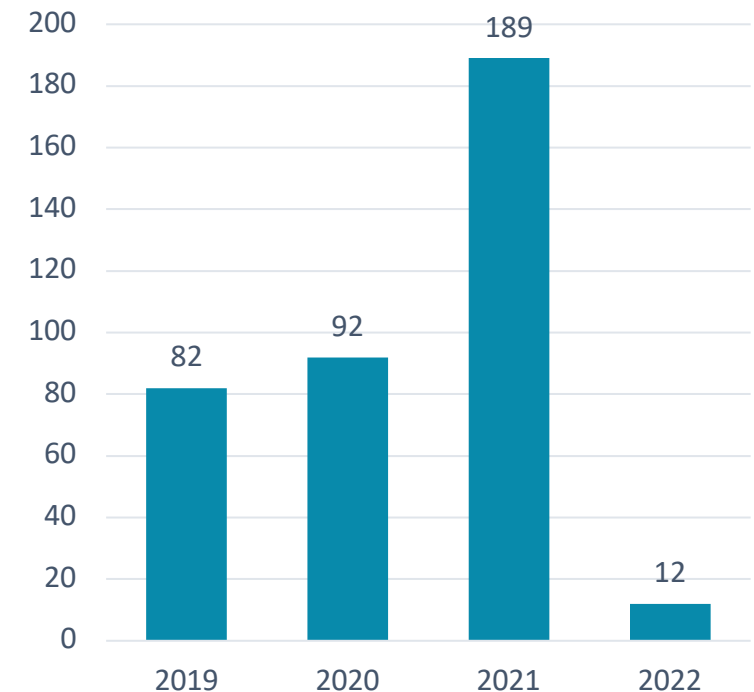
Поэтапное внедрение клинических рекомендаций

Постановление Правительства РФ N1968 от 17 ноября 2021 года

«Об утверждении порядка поэтапного перехода медицинских организаций к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, разработанных и утвержденных в соответствии с частями 3, 4, 6 - 9 и 11 статьи 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации на основе размещенных клинических рекомендаций в Рубрикаторе
 - разрабатывает соответствующие размещенным клиническим рекомендациям стандарты медицинской помощи в соответствии с порядком разработки стандартов медицинской помощи
 - обеспечивает утверждение **критериев оценки качества медицинской помощи**
2. Медицинская организация **обязана обеспечивать** оказание медицинскими работниками медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, а также создавать условия, обеспечивающие **соответствие оказываемой медицинской помощи критериям оценки качества** медицинской помощи

Одобрённые КР



Федеральный закон от 25.12.2018 № 489-ФЗ
«О внесении изменений в статью 40 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" по вопросам клинических рекомендаций»



Президент
Российской Федерации В.Путин

Москва, Кремль
25 декабря 2018 года
№ 489-ФЗ

Статья 2

Внести в Федеральный закон от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" следующие изменения:

1) статью 2 дополнить пунктом 23 следующего содержания:

клинические рекомендации - документы, содержащие основанную на научных доказательствах структурированную информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, в том числе протоколы ведения (протоколы лечения) пациента, варианты медицинского вмешательства и описание последовательности действий медицинского работника с учетом течения заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний, иных факторов, влияющих на результаты оказания медицинской помощи.";



«Предполагается, что полный переход на новые клинические рекомендации будет осуществлен до конца 2021 года. Это значит, что будут соединены критерии качества оказания медицинской помощи, клинические рекомендации и стандарты лечения <...> **Поскольку там присутствуют критерии качества, для соблюдения всех составляющих будет установлена административная ответственность**».

Из выступления вице-премьера правительства РФ Татьяны Голиковой на семинаре для руководителей законодательных органов государственной власти субъектов РФ



Страхи профессионального сообщества связаны с мнением о том, что обязательными будут «устаревшие и неэффективные» клинрекомендации, «включающие лекарственные препараты, медицинские изделия и методики с недоказанной эффективностью». Этой проблемы не будет, так как **предусмотрен «переходный период» (разработанные и утвержденные до 1 января 2019 года клинрекомендации будут действовать только до 31 декабря 2021 года, к этому моменту сообщество должно разработать новые регламенты).**

Клинические рекомендации должны использоваться комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования при подготовке проекта терпрограммы ОМС.

Клинические рекомендации предлагается применять в следующем порядке:

- размещенные в Рубрикаторе до 1 октября 2021 года – с 1 января 2022 года;
- размещенные в Рубрикаторе до 1 июня 2022 года – с 1 января 2023 года;
- размещенные в Рубрикаторе до 1 июня 2023 года – с 1 января 2024 года.

Соответственно размещенные на финальном этапе КР будут учтены при формировании программы госгарантий и при разработке проекта терпрограммы ОМС на 2024 год и плановый период 2025 и 2026 годов.



Минздравом России для закрепления системы управления качеством медицинской помощи был разработан проект Федерального закона, который внесет необходимые изменения в закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Помимо закрепления клинических рекомендаций и критериев качества оказания медицинской помощи на законодательном уровне, этот закон регламентирует и действия в отношении медицинского работника, нарушавшего закон.

«В соответствии с законопроектом, **при выявлении нарушения врачом, критерием качества медицинской помощи рассматривается направление этого врача руководителем этой медицинской организации на внеочередную аккредитацию**, то есть процедуру допуска к профессиональной деятельности»

- **Задача составителей КР** – перевести результаты клинических исследований в клинические рекомендации (что мы видим в УДД и УУР, тезисы, ККК).
- **Задача Правительства РФ, МЗ РФ и руководителей органов здравоохранения** – имплементировать клинические рекомендации в экономический контекст конкретной системы здравоохранения (например, обеспечить должное оснащение медицинской организации и **подготовку кадров**).
- **Задача врача** – сделать оптимальный терапевтический выбор. Для этого нужно обладать достаточным уровнем знаний, чтобы объективно оценить фактически имеющиеся ресурсы и соотношения польза/риск

28 декабря 2018 г.

Российская газета - Федеральный выпуск №7757 (294)

Федеральный закон от 25 декабря 2018 г. N 489-ФЗ "О внесении изменений в статью 40 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" по вопросам клинических рекомендаций"

Принят Государственной Думой 19 декабря 2018 года

Статья 3

1. Настоящий Федеральный закон вступает в силу с 1 января 2019 года, за исключением положений, для которых настоящей статьей установлен иной срок вступления их в силу.

Статья 37. Организация оказания медицинской помощи

1. Медицинская помощь, за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации, организуется и оказывается:

1) в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

2) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми уполномоченным федеральным органом исполнительной власти и обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;

3) на основе клинических рекомендаций - *вступает в силу с 01.01.2022.*

Клинические рекомендации, предусмотренные п. 3, утверждаются до 31.12.2021.

Ранее утвержденные клинические рекомендации (протоколы лечения) применяются до их пересмотра в соответствии с ФЗ от 25.12.2018 N 489-ФЗ не позднее 31.12.2021.

4) с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Ключевые моменты

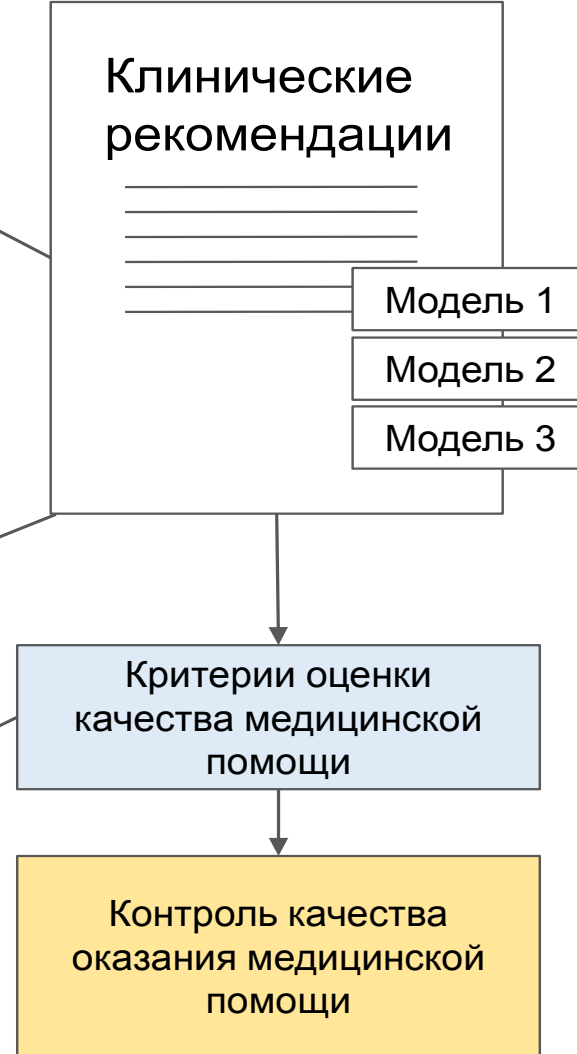
1. Изменены принципы организации и оказания медицинской помощи, в том числе назначения и применения лекарственных препаратов – **на основе клинических рекомендаций с 2022 года**
2. Изменен подход к экспертизе качества медицинской помощи в системе ОМС - **на основании критериев оценки качества медицинской помощи, утвержденных Приказом Минздрава России № 203н с 2022 года**
3. Введена методическая регуляция процессов разработки клинических рекомендаций – **Минздрав России определяет правила, Научно-практический совет (НПС) Минздрава России одобряет\отклоняет\направляет на доработку клинические рекомендации**
4. Изменено: правила назначение и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи **или не предусмотренных соответствующей клинической рекомендацией**, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии.
5. Стандарты медицинской помощи разрабатываются **на основе клинических рекомендаций.**

Роль клинических рекомендаций

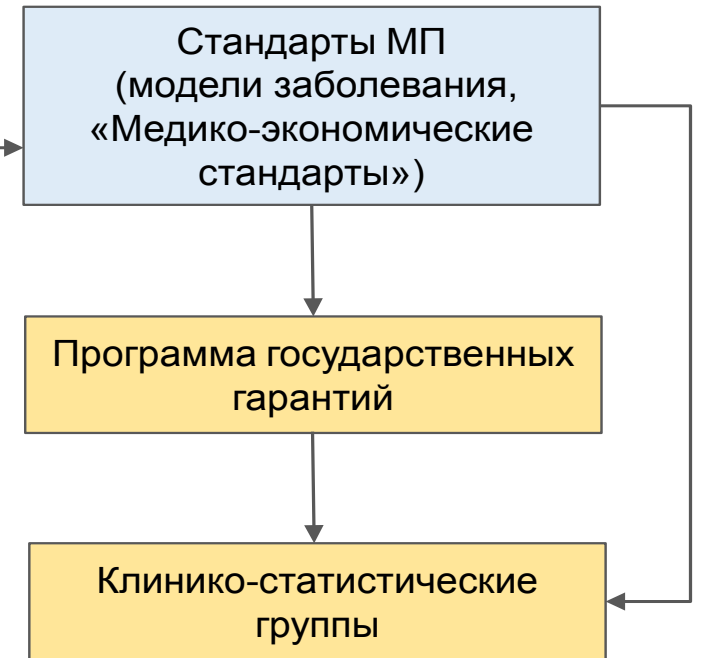
Управление

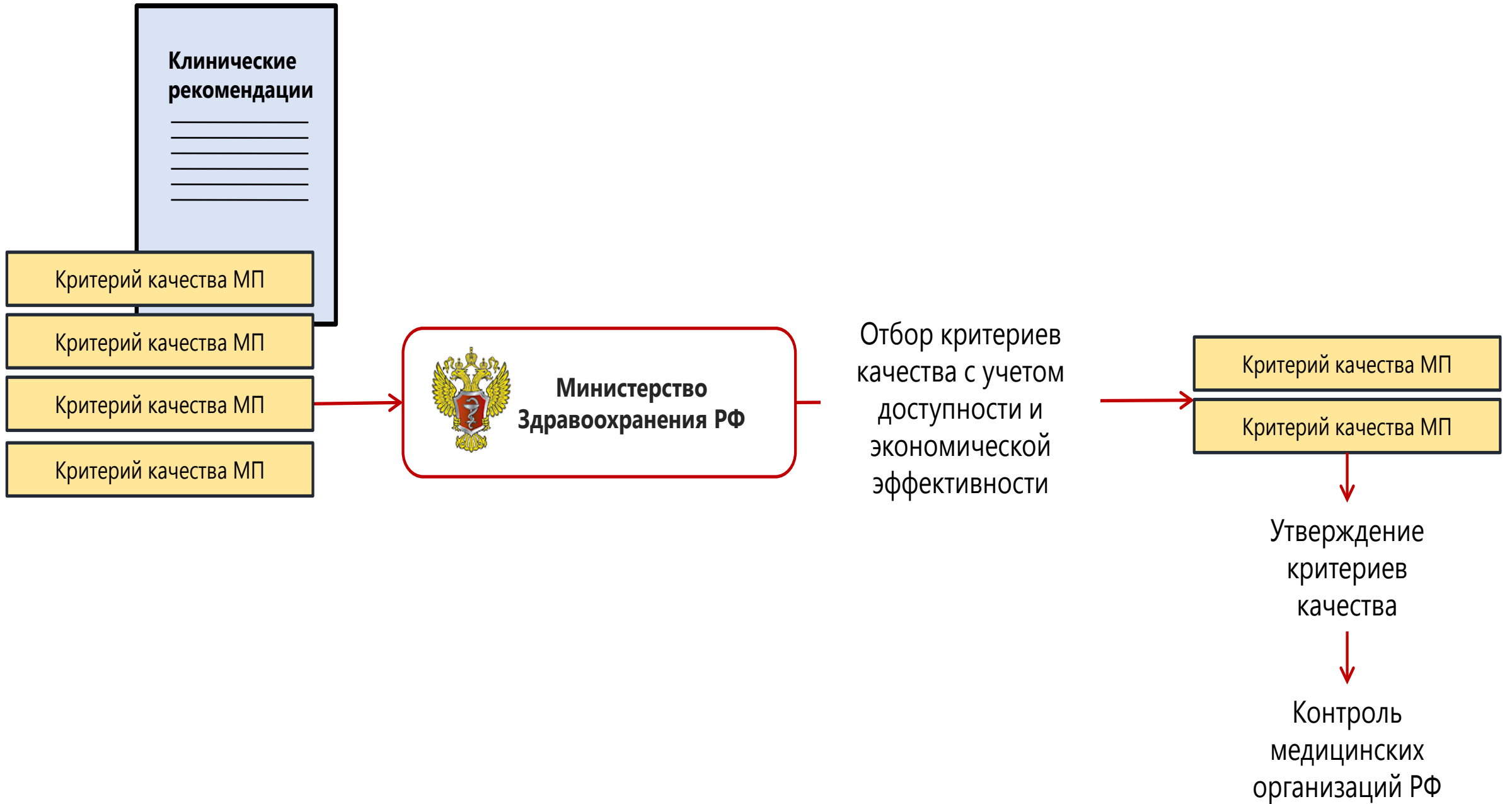


Качество

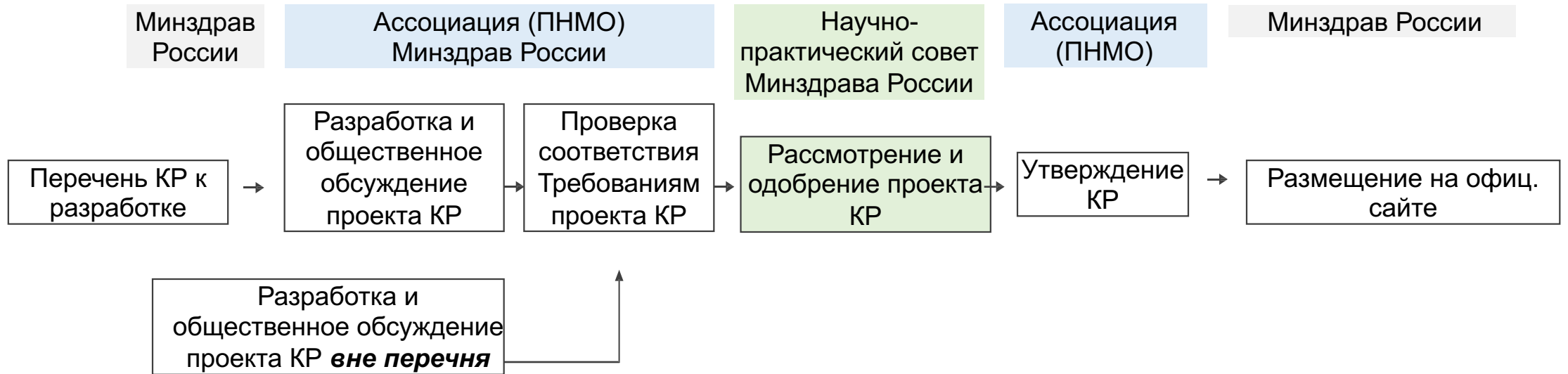


Финансы





Этапность разработки и утверждения КР



Клинические рекомендации не следует путать со стандартами медицинской помощи

Клинические рекомендации являются документами, которые устанавливают алгоритм ведения больного, диагностики и лечения.

Рекомендации содержат логическую структуру действий врача с использованием эффективных методов диагностики и лечения, выбор которых определяется индивидуальными особенностями течения болезни.

При этом важную роль здесь играют критерии качества оказания медицинской помощи при данном заболевании. Это свод обязательных требований, исполнение которых прямо влияет на исход заболевания. Критерии качества являются обязательными для исполнения.

Стандарты - это технологические карты, разработанные на основе клинических рекомендаций, представляющие собой перечень услуг, лекарств, медицинских изделий и других компонентов лечения, которые могут использоваться при конкретном заболевании, с усредненными частотой и кратностью их представления в группе больных с данным заболеванием.

Стандарты не могут использоваться лечащим врачом: это документы, используемые организаторами здравоохранения для планирования и экономических расчетов, в частности при подготовке программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи

Понятие о клинических рекомендациях, их цели и задачи

При подготовке клинических рекомендаций РКО ориентируются на **национальные** («Методические рекомендации по разработке и актуализации клинических рекомендаций» ФГБУ «ЦЭКМП» Минздрава России) и **международные** (AGREE (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation)) - инструмент по оценке качества клинических рекомендаций, SIGN 50 Scottish Intercollegiate Guidelines Network - методология разработки клинических рекомендаций и другие) **требования по их составлению.**

Понятие о клинических рекомендациях, их цели и задачи

Клинические рекомендации РКО должны быть также использованы для:

- создания протоколов ведения больных;
- клинико-экономических стандартов;
- индикаторов качества медицинской помощи, предназначенных для оценки ее качества.

Клинические рекомендации РКО являются основой при разработке образовательных программ в системе додипломного, последипломного и непрерывного медицинского образования.

Задачи рекомендаций

- **Отбор наиболее эффективных вмешательств, исключение необоснованных вмешательств, снижение числа врачебных ошибок**
- **Стандартизация обследования, лечения, реабилитации и обеспечение возможности оценки качества медицинской помощи**
- **Создание основ для разработки медико-экономических**

Требования к рекомендациям

- **Не могут противоречить** действующему законодательству и нормативно-правовым документам в сфере здравоохранения Российской Федерации и содержат информацию о медицинских вмешательствах, не противоречащую утверждённым уполномоченными органами справочниками, классификаторами, перечнями, номенклатурой медицинских услуг, АТХ классификацией и перечнем видов медицинских изделий и т.п.
- **Четкость формулировок** и однозначность трактовки положений рекомендаций, основанных на данных доказательной медицины или при отсутствии таких доказательств на согласованном мнении экспертов
- **Возможность выполнения** клинических рекомендаций на территории РФ.

Требования к рекомендациям

➤ **Иметь тезис** - рекомендации о заболевании/синдроме/состоянии или об использовании медицинского вмешательства при данном заболевании/состоянии/синдроме с указанием уровней достоверности доказательств (УДД) и уровней убедительности рекомендаций (УУР) данного тезиса и поясняющих комментариев в соответствии с едиными шкалами оценки УДД и УУР

При осмыслении любого документа, важно не только читать текст клинических рекомендаций, но и понимать приведённые в рекомендациях цифры и факты. И здесь у большого числа врачей, не говоря уже о студентах образуется действительно значимый «пробел»:

можно хорошо разбираться в клинической ситуации, отлично понимать диагностические и реабилитационные шкалы, но при встрече со словосочетаниями «Уровень доказательности результатов» и «Класс рекомендации» впадать в настоящий ступор. Кто то считают, что эти понятия означают одно и то же, а другие – вообще пропускают эти строки при чтении.

- Медицинские вмешательства включаются в КР на основе принципов доказательной медицины.
- Тезисы-рекомендации в КР должны сопровождаться ссылкой на источник литературы и указанием УДД и УУР данного тезиса-рекомендации в соответствии с едиными шкалами УДД и УУР, описанными в Рекомендациях.
- При разработке или пересмотре КР оценка УДД и УУР проводится на основании единых шкал.
- Тезисы-рекомендации носят как положительный характер (рекомендовать вмешательство), так и отрицательный характер (не рекомендовать вмешательство).

1. Шкала

оценки уровней достоверности доказательств (УДД)
для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1.	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2.	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3.	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4.	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5.	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

2. Шкала

оценки уровней достоверности доказательств (УДД)
для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1.	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2.	Отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3.	Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4.	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследование «случай-контроль»
5.	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Уровни достоверности доказательств (УДД)		Уровни достоверности доказательств, ESC 2018	
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа	A	Данные многочисленных РКИ или мета-анализов
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна (помимо РКИ) с применением мета-анализа	B	Данные одного РКИ или крупных нерандомизированных исследований
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования	C	Согласованное мнение экспертов и/или небольшие исследования, ретроспективные исследования, регистры
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»		
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов		

Уровень убедительности рекомендации (УУР)		Класс рекомендаций ESC, 2018	
A	Однозначная (сильная) рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)	I	Доказательства и/или единое мнение, что диагностическая процедура или вид лечения являются эффективными и полезными.
B	Неоднозначная (условная) рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)	II	Противоречивые данные и мнения об эффективности/ пользе лечения
C	Низкая (слабая) рекомендация – отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)	Ila	Соотношение данных/ мнений в пользу эффективности/ пользы лечения
		Ilb	Соотношение данных/ мнений в отношении эффективности/ пользы не совсем установлены.
		III	Данные или единое мнение, что лечение/ процедура не является полезным, эффективным, а в ряде случаев может быть даже опасным.

- Систематический поиск и отбор публикаций
- Отбор публикаций по соответствию критериев популяции пациентов, вида медицинского вмешательства и доказанности клинического эффекта
- Оценка дизайна исследований
- Оценка методологического качества исследований
- Оценка важности исходов, описанных в тезисе-рекомендации и их соответствия клиническим исследованиям
- Оценка согласованности результатов исследований (если больше одного исследования)

УДД

Библиографические базы данных (БД):

- Medline, поисковая система PubMed
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- Кокрановская библиотека
<http://www.cochranelibrary.com/>
- Научная электронная библиотека eLIBRARY.ru
<http://elibrary.ru/defaultx.asp>
- База данных EMBASE
<https://www.elsevier.com/solutions/embase-biomedical-research>

УУР

Регистры клинических испытаний (КИ):

- <https://clinicaltrials.gov/>
- <https://www.clinicaltrialsregister.eu/ctr-search/search>

- Все рекомендации по применению медицинских вмешательств излагаются **в формате кратких тезисов-рекомендаций**;
- В КР включаются рекомендации по применению конкретных медицинских вмешательств, позволяющие оценить эффективность и безопасность проводимого лечения;
- В разделе КР «Диагностика» указываются критерии установления диагноза;
- В разделе КР «Организация медицинской помощи» указываются показания к госпитализации и выписки пациента, рекомендации по обеспечению эпидемиологической безопасности пациента и медицинского персонала;
- В разделе КР «Приложение В. Информация для пациентов» не указываются конкретные лекарственные препараты, учреждения (их названия), в которые может обратиться пациент, так как данная информация предоставляется пациенту только лечащим врачом;
- Все шкалы, вопросники и другие валидизированные методы оценки состояния пациента, прогноза рисков возникновения осложнений и прогноза развития заболевания указываются в соответствующих Приложениях

- каждый тезис-рекомендация отвечает на следующие вопросы: **«что делать?»**, **«кому делать?»**, **«с какой целью?»**;
- в тезисе-рекомендации указывается, что медицинское вмешательство **«рекомендуется»** или **«не рекомендуется»** рабочей группой по разработке или пересмотру клинических рекомендаций;
- тезис-рекомендации представляются в разделах «Диагностика», «Лечение», «Реабилитация», «Профилактика и диспансерное наблюдение»;
- тезисы-рекомендации могут сопровождаться поясняющими комментариями;
- если ЛП офф-лейбл, то необходимо указать режим дозирования, ссылки на исследования режима дозирования ЛП, поставить **«#»** перед наименованием ЛП.



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

(Минздрав России)

П Р И К А З

28 февраля 2019 г.

Москва

**Об утверждении
порядка и сроков разработки клинических рекомендаций,
их пересмотра, типовой формы клинических
рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной
обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации**

В соответствии с частью 9 статьи 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2015, № 10, ст. 1425; 2017, № 31, ст. 4791; 2018, № 53, ст. 8415) п р и к а з ы в а ю:

Утвердить:

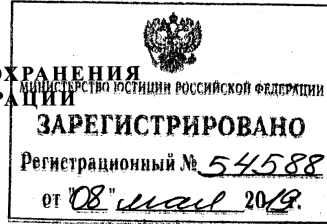
порядок и сроки разработки клинических рекомендаций, их пересмотра согласно приложению № 1;

типовую форму клинических рекомендаций согласно приложению № 2;

требования к структуре клинических рекомендаций, составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации согласно приложению № 3.

Министр

В.И. Скворцова



№ *1034*

Приложение № 2
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от «*28*» *февраля* 2019 г. № *1034*

Типовая форма

Клинические рекомендации

- I. Титульный лист
 - Наименование клинической рекомендации.
 - Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем.
 - Возрастная группа.
 - Разработчик клинической рекомендации.
 - Год утверждения.
- II. Оглавление
- III. Список сокращений
- IV. Термины и определения
- V. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)
 1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).
 2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).
 3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).
 4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем.
 5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).
 6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).
- VI. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики
 1. Жалобы и анамнез.
 2. Физикальное обследование.
 3. Лабораторные диагностические исследования.
 4. Инструментальные диагностические исследования.
 5. Иные диагностические исследования.

Приложение 1. Типовая структура клинических рекомендаций

Титульный лист – обязательный раздел;

Оглавление (автособираемое) – обязательный раздел;

Ключевые слова – обязательный раздел;

Список сокращений – обязательный раздел;

Термины и определения – обязательный раздел;

1. Краткая информация – обязательный раздел;

- 1.1 Определение;
- 1.2 Этиология и патогенез;
- 1.3 Эпидемиология;
- 1.4 Кодирование по МКБ 10;
- 1.5 Классификация;
- 1.6 Клиническая картина.

2. Диагностика – обязательный раздел; Критерии установления диагноза

- 2.1 Жалобы и анамнез;
- 2.2 Физикальное обследование;

- 2.3 Лабораторная диагностика;
- 2.4 Инструментальная диагностика;
- 2.5 Иная диагностика.

3. Лечение – обязательный раздел;

- 3.1 Консервативное лечение;
- 3.2 Хирургическое лечение;
- 3.3 Иное лечение.

4. Реабилитация – обязательный раздел;

5. Профилактика и диспансерное наблюдение* – рекомендуемый раздел;

6. Дополнительная информация, влияющая на исход заболевания/синдрома* – рекомендуемый раздел;

7. Организация медицинской помощи

- 7.1 Показания для плановой госпитализации
- 7.2 Показания для экстренной госпитализации
- 7.3. Показания к выписке пациента из стационара
- 7.4. Иные организационные технологии

Критерии оценки качества медицинской помощи – обязательный раздел;

Список литературы – обязательный раздел;

Приложение 1. Типовая структура клинических рекомендаций

- Приложение А1. Состав Рабочей группы – обязательный раздел;
- Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций – обязательный раздел;
- Приложение Б. Алгоритмы действий врача – обязательный раздел;
- Приложение В. Информация для пациента – обязательный раздел;
- Приложение Г1-Г... Шкалы оценки, опросники и т.д., приведённые в тексте клинических рекомендаций* – рекомендуемый раздел.

* выделены рекомендуемые разделы клинических рекомендаций.

**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(МИНЗДРАВ РОССИИ)**

Рахмановский пер., д. 3/25, стр. 1, 2, 3, 4,
Москва, ГСП-4, 127994,
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

24.03.2022 № 17-2/1610

На № _____ от _____

Минздрав России



Главным внештатным
специалистам
Министерства здравоохранения
(по списку)

Вр-2327614

Приложение к письму
ФГБУ «ЦЭКМП» Минздрава России
от 10.03.2022 № 01-03/10-114

ПРОЕКТ

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(Минздрав России)**

ПРИКАЗ

« ___ » _____ г. № _____

**О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ, УТВЕРЖДЕННЫЕ ПРИКАЗОМ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ОТ 10 МАЯ 2017 Г. № 203Н**

Уважаемые коллеги!

Департамент организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Министерства здравоохранения Российской Федерации в связи с поступлением проекта приказа Минздрава России «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», разработанного ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России с учетом принципов Международной классификации медицинских вмешательств, предложенных Всемирной организацией здравоохранения (далее – проект приказа), просит проанализировать указанный проект приказа.

Вашу позицию, содержащую замечания и предложения к проекту приказа, просим направлять в ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России, в копии – в Департамент организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава России (в том числе по адресу электронной почты BadmaevaER@minzdrav.gov.ru) в возможно короткий срок.

Приложение: на 498 л. в 1 экз.

Директор Департамента



Е.В. Каракулина

Министр

М.А. Мурашко

Требования к критериям качества

S

Конкретные (Specific) — точно обозначающие действия, которые нужно сделать, популяцию пациентов и др. условия

M

Измеряющие (Measurable) — отражающие законченный случай медицинской помощи

A

Достижимые (Attainable) — рассчитанной на те ресурсы, которые есть в распоряжении врача

R

Релевантные (Relevant) — соответствующие целям ЭКМП и здравому смыслу (5-15 КК)

T

...Ограниченной по времени (Time Based) — задающие конкретные сроки (по возможности)

Нормативно-правовое регулирование ЭКМП

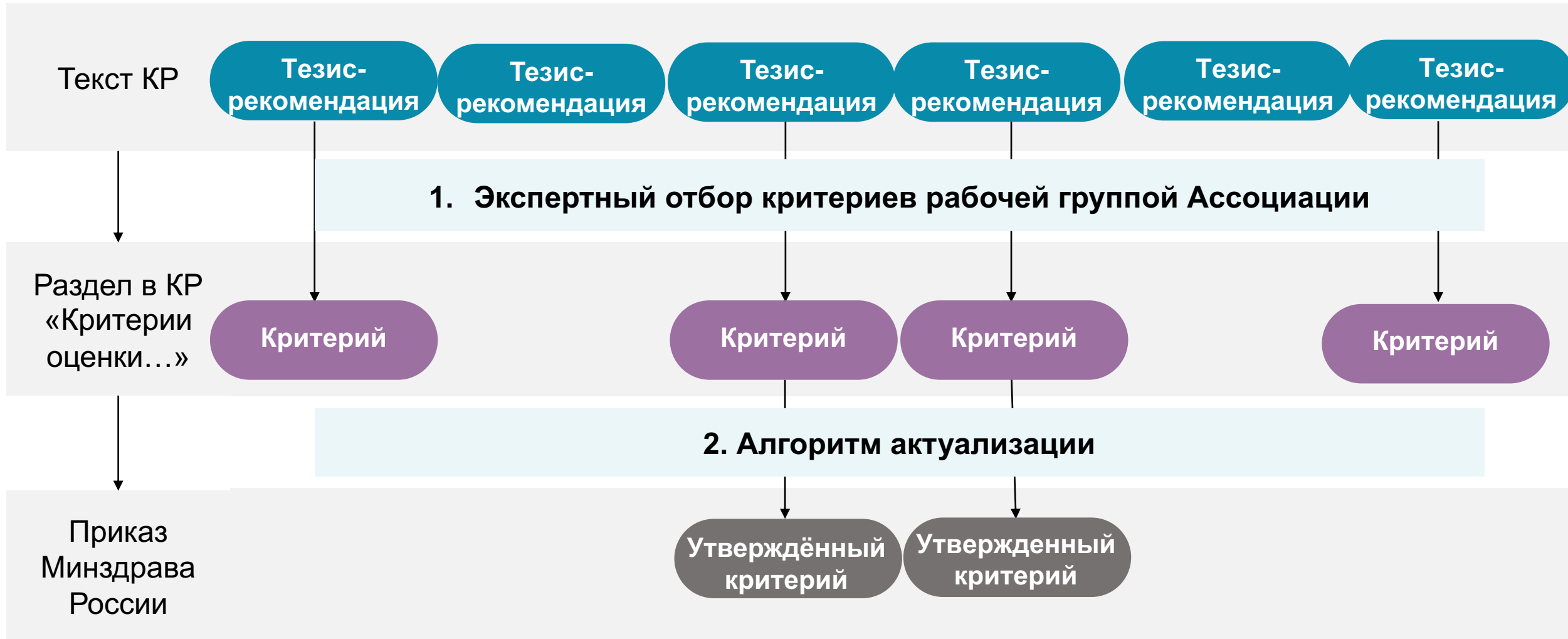
- 323-ФЗ
- Статья 64
- Экспертиза качества медицинской помощи

- 231н приказ
- V. Экспертиза качества медицинской помощи

- 326-ФЗ
- Статья 40
- Организация контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи

- 2. Критерии оценки качества медицинской помощи формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций и утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.
- 3. ЭКМП, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования, проводится на основании критериев оценки качества медицинской помощи, утвержденных в соответствии с частью 2 настоящей статьи, в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.
- 2. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи осуществляется путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, ЭКМП.
- 6. ЭКМП - выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата. ЭКМП проводится на основании критериев оценки качества медицинской помощи, утвержденных в соответствии с частью 2 статьи 64 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
- 28. ЭКМП проводится путем оценки соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи договору по обязательному медицинскому страхованию, договору в рамках базовой программы, порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям, стандартам медицинской помощи.
- ЭКМП проводится на основании критериев оценки качества медицинской помощи, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017 г. N 203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи".

Процесс формирования критериев оценки качества медицинской помощи. Этап КР



Виды критериев качества



1. Содержательные

- ✓ Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга
- ✓ Проведена терапия ацетилсалициловой кислотой в дозе 325 мг в сутки (при отсутствии медицинских противопоказаний)

Тезис-
рекомендация



2. Временные (содержательный + сроки)

- ✓ Выполнен прием (осмотр) врача-хирурга в течение одного часа с момента поступления в стационар
- ✓ Выполнен общий (клинический) анализ крови не реже, чем 1 раз в 3 месяца

Тезис-
рекомендация со
сроками



3. Результирующие

- ✓ Отсутствие гнойно-септических осложнений
- ✓ Достигнута ремиссия

Невозможно
сформулировать
тезис

Принципы формирования перечня критериев оценки качества в КР

Приказ Минздрава России от 28.02.2019 №103н (ред. от 23.06.2020):

Требования к структуре клинических рекомендаций, составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации (изменение 2020 г.)

- ✓ критерии оценки качества медицинской помощи, включаемые в раздел XII. "Критерии оценки качества медицинской помощи", формулируются как **выполнение в полном объеме соответствующих тезисов-рекомендаций, изложенных в тексте клинических рекомендаций**

Приказ Минздрава России от 28.02.2019 № 104н:

Критерии принятия научно-практическим советом решения об одобрении, отклонении или направлении на доработку клинических рекомендаций либо решения об их пересмотре

- ✓ содержащиеся в клинических рекомендациях **критерии оценки качества** медицинской помощи **соответствуют информации по вопросам профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, диспансерного наблюдения и организации медицинской помощи** пациентам при заболевании или состоянии (группе заболеваний или состояний)

КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА ФОРМИРУЮТСЯ НА ОСНОВЕ ТЕЗИСОВ

- Для заболеваний или состояний (групп заболеваний или состояний);
- Как медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики;
- Как медицинские показания и противопоказания к медикаментозной и немедикаментозной терапии, диетотерапии, обезболиванию, иным методам лечения;
- Как медицинские показания и противопоказания к медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;
- Как медицинские показания и противопоказания для профилактики и диспансерного наблюдения.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ФОРМИРОВАНИЮ КРИТЕРИЕВ КАЧЕСТВА - НА ОСНОВЕ ТЕЗИСОВ - РЕКОМЕНДАЦИЙ

- ✧ КК – инструмент планирования и экспертизы оказания медицинской помощи в любых условиях и формах;
- ✧ КК формируются с учетом возможности их использования при проведении экспертизы качества в системе ОМС для всех видов медицинских организаций;
- ✧ КК разрабатываются для оценки конкретного случая медицинской помощи;
- ✧ КК определяет **выполнение/невыполнение** каких медицинских мероприятий является критически важным;
- ✧ При формировании КК предпочтение отдается тем, которые имеют положительный характер (выполнено, проведено).
- ✧ КК могут быть сформированы вне зависимости от фазы, стадии и (или) степени тяжести заболевания (состояния), осложнения;
- ✧ КК могут включать указание на фазу течения заболевания (состояния), стадию и (или) степень тяжести заболевания (состояния);
- ✧ Не рекомендуется устанавливать более 20 КК в рамках одной КР.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ФОРМИРОВАНИЮ КРИТЕРИЕВ КАЧЕСТВА -НА ОСНОВЕ ТЕЗИСОВ - РЕКОМЕНДАЦИЙ

- ✎ Для формирования КК следует в первую очередь рассматривать тезисы-рекомендации, **имеющие УДД/УУР не менее 2В**.
- ✎ Формулировку КК следует начинать со слов: **выполнено, проведено, установлено** и т.п. В ряде случаев в формулировке может быть отражено начало выполнения вмешательства.
- ✎ Формулировка КК должна быть максимально **емкой и конкретной** и не начинаться с упоминания названия заболевания, стадии заболевания, со слов, «в случае если», «в ходе» и т.п. – это должно быть в конце критерия или в скобках;
- ✎ Следует **исключить дублирование** (упоминание более одного раза) КК, направленных на оценку выполнения одинаковых медицинских вмешательств, но на разных стадиях течения заболевания. Уточнения могут быть указаны в скобках при однократном упоминании КК при необходимости.
- ✎ Формировать КК следует **по виду основного вмешательства** (выполнить конкретное диагностическое исследование, лекарственную терапию и т.д.). Возможно указание нескольких видов медицинских вмешательств в одном ККМП, если в тезисе-рекомендации они рассматриваются как альтернативные варианты ведения пациента.
- ✎ При формировании КК, направленных на оценку выполнения конкретных медицинских вмешательств, следует **придерживаться формулировок, предусмотренных номенклатурой медицинских услуг с учетом тезисов-рекомендаций**, изложенных в КР. КК могут быть конкретизированы дополнительными условиями при необходимости.
- ✎ В случае отсутствия в КК в НМУ необходимой формулировки, которая может быть использована в КК, **разработчики исходят из общих правил**, изложенных в настоящих методических рекомендациях.

Часто задаваемые вопросы

«Импрессионистская медицина» против «доказательной медицины» и КР

- Сами КР не имеют формальной юридической силы, однако могут использоваться при решении вопросов о правильности лечения, в том числе, и в суде.
- Сам факт существования КР для лечения конкретного заболевания еще не означает, что следование документу будет правильным при различных ситуациях. При этом надо иметь ввиду, что КР относятся к «среднему» пациенту, а врач лечит определенного больного. Поэтому не следует недооценивать знания и клинический опыт конкретного врача.
- Вне зависимости от степени «идеальности» КР они являются базой реальных фактов и исключают широкое использование неадекватных методов диагностики и лечения.
- Если врач использует КР, он избегает необоснованных предписаний, назначает наиболее эффективные вмешательства, снижает вероятность врачебных ошибок.

При отсутствии медицинского вмешательства в КР можно ли его применять в системе ОМС?

Запрета на применение методов в системе ОМС, не предусмотренных КР, на сегодня нет, однако, если в КР рекомендованы иные медицинские вмешательства в определенной клинической ситуации, то необходимо обоснование такого назначения (решение врачебной комиссии).

Существует единое установленное определение термина «Протоколы ведения (протоколы лечения) пациента»?

Нет, на сегодня единого и закрепленного в нормативном правовом поле определения данного термина нет.

Где размещаются КР?

КР доступны для медицинских работников бесплатно на всей территории РФ и размещаются в информационно-коммуникационной сети «Интернет» на официальном сайте Минздрава России в подразделе «Рубрикатор клинических рекомендаций» (<http://cr.rosminzdrav.ru/>).

Также МПНКО имеют право публиковать в открытом доступе проекты КР и утвержденные КР, в том числе на сайтах МПНКО.

Как изменятся штрафы при внедрении клинических рекомендаций?

В соответствии с приказом Минздрава 203н СМО применяют при проверках требования, указанные в клинических рекомендациях. В ряде случаев эксперты используют клинические рекомендации в дополнение к стандарту. Стандарт представляет собой очень рамочный документ, а в действующих клинических рекомендациях развернуто прописан план диагностики и лечения. В них есть показания, противопоказания, перечень необходимых мероприятий. Клинические рекомендации – это некое учебное пособие или руководство для врача, которое создает профессиональная ассоциация.

Во время экспертизы сравнивается конкретный случай с неким эталоном, в качестве которого может выступать порядок, стандарт или клинические рекомендации. Если стандарта по конкретному виду медпомощи нет, то клинические рекомендации становятся ключевым документом для экспертов СМО.

При проверках по клиническим рекомендациям обычно бывает гораздо больше нарушений, чем при проверках по стандартам оказания медпомощи.

Во время экспертизы количество нарушений всегда увеличивается, когда нужно соблюдать больше аспектов и нюансов во время лечения. Поэтому ожидается, что, как только клинические рекомендации станут обязательными и придут на смену стандартам, штрафы по многим нозологическим формам вырастут в два раза.

Если медорганизация **не соблюдает клинические рекомендации**, Росздравнадзор имеет право приравнять это к нарушению лицензионных требований, установленных постановлением Правительства от 16.04.2012 № 291.

За нарушение требований предусмотрена административная ответственность для коммерческих медорганизаций – по статье 14.1 КоАП и для бюджетных организаций, оказывающих медпомощь по полисам ОМС в рамках программы госгарантий, – по статье 19.20 КоАП. По статье 14.1 проверяющие могут оштрафовать медорганизацию на 30–200 тыс. руб., по статье 19.20 – на 100–250 тыс. руб. В каждой из статей предусмотрен и другой вид наказания – приостановление работы организации на срок до 90 суток.

В 2021 году суды, рассматривая иски пациентов к медорганизациям, уже активно руководствовались клиническими рекомендациями. В своих решениях суды ссылаются на пункт 2 статьи 64 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В нем указано, что «критерии оценки качества медицинской помощи формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения)». В прошлом году отсылки к этому пункту судьи использовали более, чем в 300 решениях.

Рассматривая иски пациентов, суд ставит перед экспертизой ряд вопросов, в числе которых могут быть вопросы о применении клинических рекомендаций. В этом случае эксперты обязаны ответить, соответствует ли оказанная медпомощь требованиям упомянутых в вопросе рекомендаций.

Если эксперты отвечают, что врачи не соблюдали клинические рекомендации, медорганизация проигрывает дело.

Если врачи соблюдали клинические рекомендации, медорганизация, как правило, выигрывает суд.

Практически в 90% случаев нарушения, которые выявляются, состоят не в отсутствии дорогого медоборудования или лекарств. 90% нарушений – это брак, который допускает медперсонал:

- у пациента «везикулярное дыхание», а потом ему ставят диагноз «пневмония» - больного никто не слушал.

- в дневниках, где у всех пациентов отделения за все дни госпитализации указан пульс 72 удара в минуту, это сразу означает, что никто им пульс не измерял.

- когда у половины офтальмологического отделения, где явно есть пациенты с артериальной гипертензией, АД у всех пациентов 120/70 - 120/80 мм рт.ст., это говорит о том, что никто давление не измерял.

Такие случаи и составляют 90% процентов выявленных нарушений и КР здесь не помогут.

Какие критерии качества можно включить в СТУ

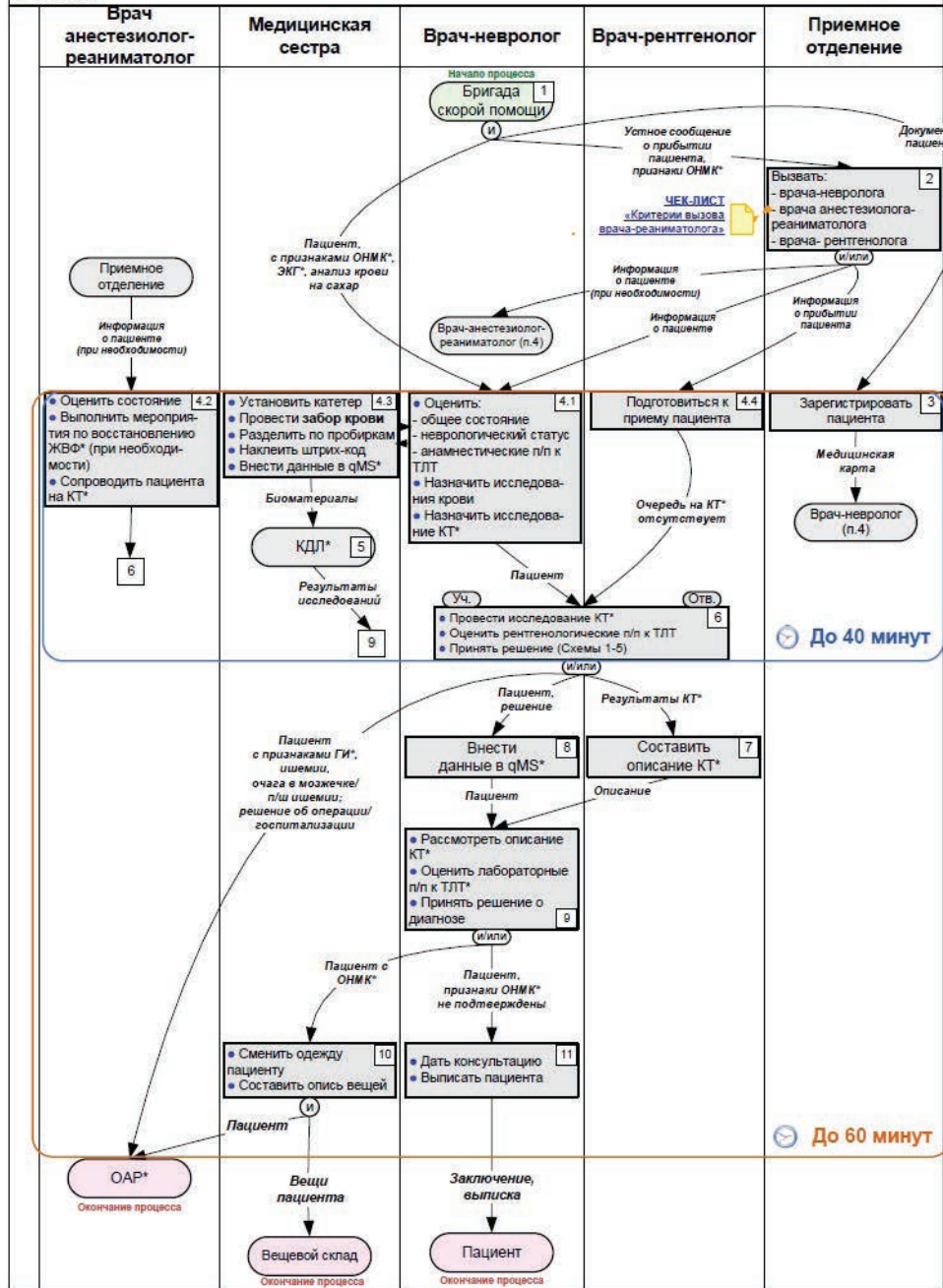
Тип критерия Сам критерий

Содержательный При подозрении на ОНМК всем пациентам необходимо сделать мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ)

Временной МСКТ провести в течение 40 минут

Результурующий Госпитализация в течение 60 минут пациента с ОНМК в отделение реанимации

18.1.1 Порядок оказания экстренной медицинской помощи пациентам с ОНМК *



Название показателя	Соблюдение клинических рекомендаций по периоперационной антибиотикопрофилактике
Описание показателя	<p><i>Числитель:</i> количество историй болезни, где периоперационная антибиотикопрофилактика проведена правильно.</p> <p><i>Знаменатель:</i> общее количество проведенных историй болезни, в которых требовалось проведение периоперационной антибиотикопрофилактики.</p> <p>Показатель определяется в процентах</p>
Источник	Истории болезни хирургических пациентов
Метод сбора информации	Проверка листов назначений на правильность назначения периоперационной антибиотикопрофилактики
Размер выборки	10 историй болезни в месяц
Периодичность измерения	Ежемесячно
Ответственное лицо	Заведующий операционным блоком
Обоснование выбора показателя	Показатель характеризует рациональность антибиотикотерапии на основании данных доказательной медицины, что минимизирует риски развития раневой инфекции в послеоперационном периоде и предотвращает развитие антибиотикорезистентности
Время начала сбора показателя	Январь 2019 года
Распространение информации	Ежеквартальный доклад на врачебно-сестринской конференции
Бенчмарк	Не менее 95%

Проблемы проведенной работы по актуализации 203н в соответствии с КР

ТЕКУЩИЙ 203Н ПРИКАЗ ОКАЗАЛСЯ ЛУЧШЕ (СБАЛАНСИРОВАННЫЙ ПО КОЛИЧЕСТВУ, ЭТАПАМ МП),
ЧЕМ ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЕГО АКТУАЛИЗАЦИИ

1. Неоднородность КК в зависимости от профиля медицинской помощи и/или нозологии
 - разное количество КК в зависимости от нозологии (от 1 до 300+)
 - включение только диагностических или только лечебных вмешательств
2. Включение неспецифических методов диагностики в КК (общетерапевтические методы обследования: ОАК, биохимический анализ крови и др.)
3. Излишнее дробление на «мелкие» услуги (включены в прием (осмотр) врача-специалиста)

Перечень дисциплин терапевтического профиля

Пропедевтика внутренних болезней, лучевая диагностика

Факультетская терапия, профессиональные болезни

Госпитальная терапия, эндокринология

Поликлиническая терапия

Медицина, основанная на доказательствах

Стандарты диагностики и лечения

Приложение 1. Типовая структура клинических рекомендаций

Титульный лист – обязательный раздел;

Оглавление (автособираемое) – обязательный раздел;

Ключевые слова – обязательный раздел;

Список сокращений – обязательный раздел;

Термины и определения – обязательный раздел;

1. Краткая информация – обязательный раздел;

- 1.1 Определение;
- 1.2 Этиология и патогенез;
- 1.3 Эпидемиология;
- 1.4 Кодирование по МКБ 10;
- 1.5 Классификация;
- 1.6 Клиническая картина.

2. Диагностика – обязательный раздел; Критерии установления диагноза

- 2.1 Жалобы и анамнез;
- 2.2 Физикальное обследование;

- 2.3 Лабораторная диагностика;
- 2.4 Инструментальная диагностика;
- 2.5 Иная диагностика.

3. Лечение – обязательный раздел;

- 3.1 Консервативное лечение;
- 3.2 Хирургическое лечение;
- 3.3 Иное лечение.

4. Реабилитация – обязательный раздел;

5. Профилактика и диспансерное наблюдение* – рекомендуемый раздел;

6. Дополнительная информация, влияющая на исход заболевания/синдрома* – рекомендуемый раздел;

7. Организация медицинской помощи

- 7.1 Показания для плановой госпитализации
- 7.2 Показания для экстренной госпитализации
- 7.3. Показания к выписке пациента из стационара
- 7.4. Иные организационные технологии

Критерии оценки качества медицинской помощи – обязательный раздел;

Список литературы – обязательный раздел;

ОБЩИЙ ПОДХОД К ПАЦИЕНТАМ С ПОВЫШЕННЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ. Причины возможного повышения артериального давления: функциональные заболевания, гипертоническая болезнь, симптоматические гипертензии (вазоренальные, ренальные, эндокринные, церебральные). Возможности обследования в поликлинике для выявления причины артериальной гипертензии, роль современных неинвазивных методов обследования. Дифференциальный диагноз нейроциркуляторной дистонии, гипертонической болезни, вазоренальной и ренальной гипертензии. Образ жизни и факторы риска. Ранние симптомы гипертонической болезни. План обследования больного в поликлинике. Клиническая характеристика и обоснование в поликлинике стадий гипертонической болезни. Осложнения гипертонической болезни. Работа доврачебного кабинета с целью выявления пациентов с повышенным АД и впервые выявленной АГ. Гипертонические кризы. Показания для госпитализации. Купирование гипертонического криза на дому и в поликлинике.

ТЕМА КПЗ: ОБЩИЙ ПОДХОД К ПАЦИЕНТУ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.

1. Дайте определение понятия «артериальная гипертензия».
2. Дайте определение понятия «гипертоническая болезнь»
3. Факторы риска развития гипертонической болезни.
4. Классификация артериальной гипертензии в зависимости от степени повышения АД.
5. Классификация артериальной гипертензии в зависимости от стадии заболевания.
6. Патогенез артериальной гипертензии.
7. Лечение артериальной гипертензии
8. Осложнения артериальной гипертензии. Помощь на догоспитальном этапе.
9. Цели и задачи школы здоровья для пациентов с артериальной гипертензией.
10. Перечислите знания и навыки, которые должен приобрести пациент в результате обучения в школе здоровья для пациентов с артериальной гипертензией.

АННОТИРОВАННОЕ СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ

учебной дисциплины

«Медицина, основанная на доказательствах»

по специальности 31.05.01 Лечебное дело

1. Общая трудоемкость учебной дисциплины: 2 ЗЕ (72 академических часа, в том числе контактная работа – 50 часов)

Дисциплина реализуется в 12 семестре.

Место дисциплины в структуре образовательной программы:

Дисциплина «Медицина, основанная на доказательствах» относится к Б1.В.ОД Блок 1 Дисциплины (модули), вариативная часть, обязательные дисциплины.

2. Цель дисциплины:

- формирование у студентов новых умений по вопросам диагностики, профилактики и лечения, а также улучшения прогноза заболеваний с позиций доказательной медицины, приобретение навыков по доказательной медицине и совершенствование навыков практической работы с источниками медицинской информации.

Раздел 7. Клинические руководства и рекомендации

Раздел 8. Качество клинической информации и ее интерпретация.

Уметь:

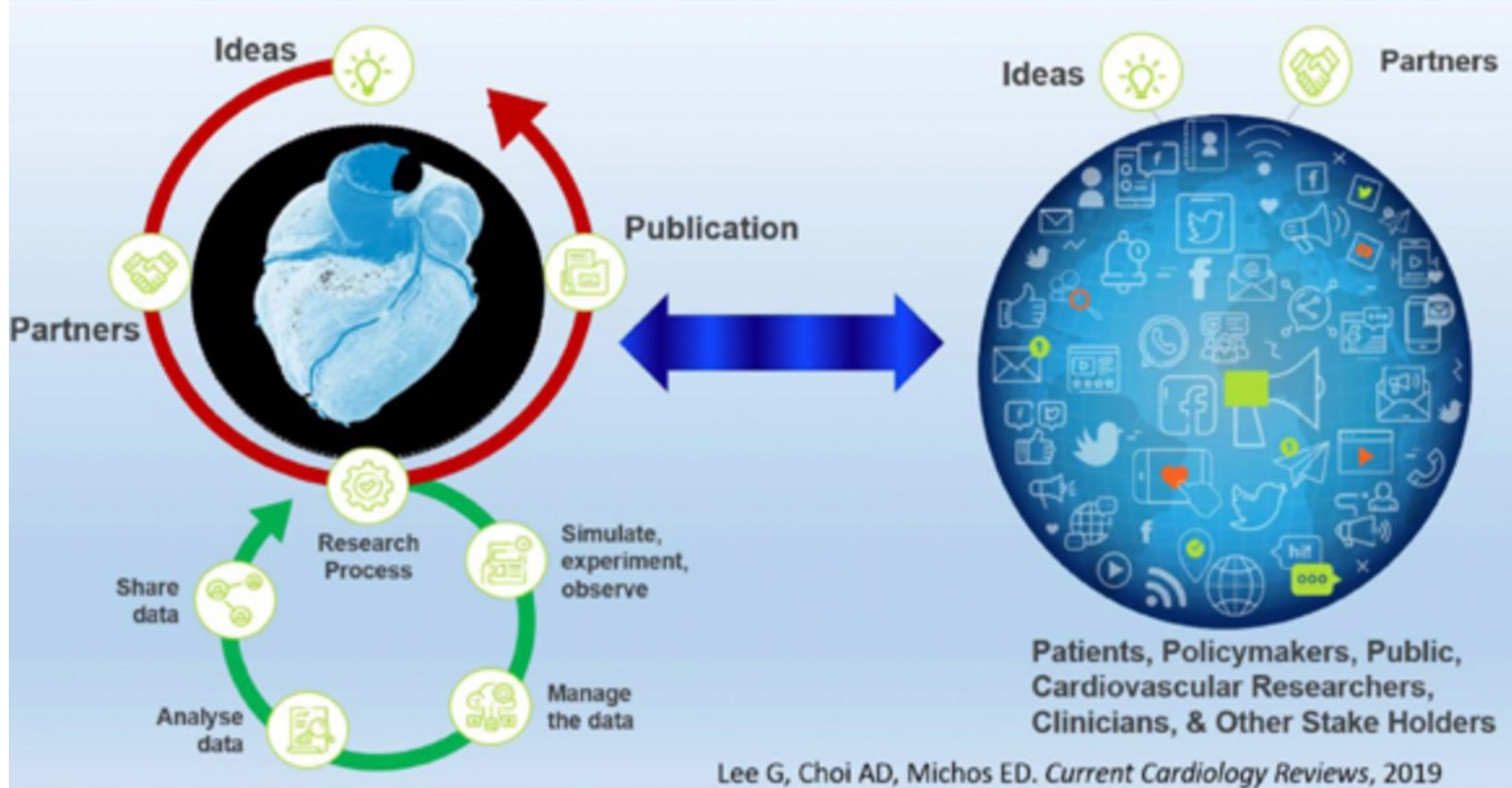
- найти в интернете научные публикации, рекомендации, стандарты диагностики и лечения заболеваний внутренних органов, соответствующие принципам доказательной медицины;
- составить алгоритм обследования больного в соответствии с рекомендациями, основанными на принципах доказательной медицины;
- составить алгоритм лечения больного в соответствии с рекомендациями, основанными на принципах доказательной медицины;

- Пришедшие на смену протоколам лечения и различным руководствам, клинические рекомендации (КР) становятся универсальным инструментом работы современного российского врача.
- КР - это документы содержат основанную на научных доказательствах структурированную информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации пациентов.
- Цель создания КР – информационная поддержка врача в принятии решений, поэтому они также используются в подготовке будущих врачей.

Клинические рекомендации из вспомогательного инструмента в повседневной работе должны превратиться в основной регламент практической работы, а также они будут использоваться для контроля и юридической оценки деятельности конкретного врача.

Основы стандартизации здравоохранения





Требуется около 10 -20 лет для того, чтобы новые рекомендации стали повседневной клинической практикой.

Можем ли мы как то ускорить этот процесс?