

## КЛИНИЧЕСКИЕ РУКОВОДСТВА — ИНСТРУМЕНТ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С БОЛЬЮ В ПОЯСНИЦЕ

Г.И. Назаренко, Е.И. Полубенцева, А.М. Черкашов

Медицинский центр Центрального банка Российской Федерации, Москва

Серьезной проблемой клинической медицины сегодняшнего дня является невозможность в условиях непрерывно нарастающего потока информации применить все имеющиеся знания к конкретному пациенту. Отсюда закономерен качественный переход от банального накопления информации к поиску конкретных инструментов, позволяющих выделить лишь конструктивные решения. С одной стороны, постоянно появляется множество зачастую принципиально новых методов диагностики и лечения различных заболеваний. С другой стороны, их полезность при корректном научном анализе не всегда очевидна. Врачу в связи с этим порой непросто сформировать единую диагностическую и лечебную концепцию. Базой для разрешения этих противоречий служит так называемая доказательная медицина, которая принимает во внимание и способствует распространению только тех методик лечения, эффективность которых доказана строго научными, стандартизированными и унифицированными статистическими методами. Инструментом, помогающим практикующему врачу в принятии клинического решения и соответствующим принципам доказательной медицины, являются «Клинические руководства» (в англоязычной литературе «*Clinical guidelines*»). Это документ, который составляется авторским коллективом, включающим, как правило, несколько десятков ведущих в определенной области медицины специалистов из разных стран.

Появление клинических руководств (к сожалению, еще недостаточно известных и совсем мало известных в России) по сути в корне меняет подход ко многим аспектам клинической практики. Это, как в зеркале, отражается в изменении ряда принципиальных положений в лечении поясничных болей.

Руководства анализируют имеющийся на настоящий момент мировой опыт лечения конкретной патологии и ранжируют многочисленные методы диагностики и лечения по классам доказанности их эффективности. Например, при рассмотрении проблемы лечения боли в спине доказано, что вытяжение (любое — сухое, подводное, вертикальное или горизонтальное) в остром периоде болевого синдрома неэффективно и применять его не следует. Также нет доказательств эффективности применения в острой фазе заболевания миорелаксантов, антидепрессантов, а постельный режим более 2 дней вообще противопоказан. Вместе с тем имеются сильные доказательства высокой эффективности лечебной гимнастикой (без выделения какого-либо определенного упражнения). В диагностическом плане интересны такие доказанные факты: при отсутствии задержки мочеиспускания нельзя ставить диагноз синдрома конского хвоста (вероятность составляет 1 на 10000); отрицательный симптом Ласега исключает наличие грыжи диска на 95%; рентгенография позвоночника в косых проекциях чрезвычайно редко дает конструктивную информацию и назначать ее не рекомендуется и т.д. В отношении прогноза исхо-

да заболевания клиническое руководство указывает, что 70% пациентов с болью в спине выздоравливают при минимальном лечении (парацетамол или ибупрофен) через 2 нед, а 90% — через 4–6 нед от начала болевого приступа; у 50% пациентов после первого эпизода поясничной боли будут повторные обострения в течение нескольких лет.

Таким образом, клиническое руководство — это регулярно обновляемый и пересматриваемый в зависимости от поступления новых научных и практических данных документ, основанный на достоверном анализе имеющейся в мире информации об определенном заболевании, который помогает врачу в принятии клинического решения, не регламентируя его действия.

Данный документ отвечает следующим требованиям:

- Содержит перечень всех основных этапов и элементов оказания медицинской помощи.
  - Дает характеристику степени эффективности используемых способов диагностики, лечения и профилактики, основанную на результатах оценки их эффективности в контролируемых исследованиях.
  - Ранжирует применяемые мероприятия при оказании помощи по трем классам:
    - 1) **обязательные** (есть научные доказательства эффективности данного мероприятия);
    - 2) **необязательные** (эффективность доказана только в одном контролируемом исследовании или данные противоречивы);
    - 3) **противопоказанные или не показанные** (контролируемые исследования эффективности не проводились либо продемонстрировали отсутствие эффекта или опасность для пациента).
  - Систематически обновляется в соответствии с новыми данными многоцентровых исследований по проверке эффективности новых методов диагностики и лечения заболеваний.
  - Принимается и утверждается авторитетным международным или национальным профессиональным сообществом врачей после согласования и обсуждения на международных форумах. Руководства призваны обеспечить наибольшее совпадение профессиональных взглядов врачей и мнения пациентов относительно той или иной проблемы.
- Клинические руководства должны быть удобными для практического применения, что обеспечивается следующими обязательными требованиями к их построению [6, 8]:
- в руководстве должен быть четко определен круг лиц, нуждающихся в медицинской помощи, и тех, кому стандартная помощь не показана;
  - руководство должно быть научно обоснованным (научно доказательным) и отличаться четкостью изложения материала;
  - каждая рекомендация по той или иной проблеме должна иметь научное подтверждение;
  - руководство должно быть ясным, понятным и удобным к применению для медицинского персонала любого уровня;

- в руководстве должны быть отмечены или выделены те его части, которые касаются привлечения пациента к обсуждению вопроса организации для него медицинской помощи;
- руководство должно содержать указания на смысл лечебных мероприятий и их обеспечение;
- руководство должно быть пригодным для клинического аудита;
- руководство должно иметь планы для распространения и использования.

Руководства описывают оптимальную клиническую практику для типичных пациентов с общими клиническими проблемами. Их целью является совершенствование стандартов организации и повышение эффективности оказания медицинской помощи. Клинические руководства включают лишь те элементы, которые проверены научными исследованиями. В технологическую карту целесообразно включать только те диагностические и лечебные мероприятия, которые относятся к первому классу по степени доказанности эффективности, т.е. продемонстрировавшие свою полезность в контролируемых многоцентровых исследованиях.

Отношение врачей к внедрению в практику клинических руководств неоднозначное. Большинство расценивают это как новый эффективный инструмент улучшения качества медицинской помощи, другие усматривают в руководствах угрозу свободе клинического мышления и прямой путь к бюрократическому контролю над профессиональной практикой.

Следует различать понятие *клиническое руководство* и *стандарт*. Стандарты также используются при составлении технологической карты. Понятие стандарта включает: 1) наличие ряда обязательных требований, которым должен удовлетворять продукт человеческого труда; 2) наличие согласованного и утвержденного правомочным органом власти документа, в котором изложены данные обязательные требования и который является нормативным для участников данного производственного процесса. Следовательно, стандарт — это обязательный объем помощи, тогда как клиническое (практическое) руководство — это ряд положений рекомендательного характера, целью которых является помощь практическому врачу при принятии клинического решения. Элементы, составляющие стандарт, не всегда имеют доказательную основу. Однако отклонение от принятого в нашей стране стандарта оказания помощи может привести к негативным последствиям юридического характера.

При лечении пациентов с заболеванием поясничного отдела позвоночника на сегодняшний день в мире наиболее успешно используются клинические руководства США [1], Великобритании (три пересмотра) [4, 5, 12], Дании [10], Австралии [7] и Новой Зеландии [3, 9, 11]. Наиболее специфическими клиническими целями руководств применительно к лечению острой поясничной боли являются [2]:

- улучшить клиническую оценку состояния пациентов с симптомами боли в пояснице;
- способствовать проведению современных контролируемых клинических испытаний;
- способствовать выработке научно обоснованных рекомендаций;
- способствовать привлечению новых данных для метаанализа эффективности мануальной и физиотерапии, а также других альтернативных методов исследования и лечения;

— по возможности предотвратить хронизацию поясничной боли и развитие хронической нетрудоспособности.

Большинство основных положений и рекомендаций этих клинических руководств схожи. Американское руководство было разработано Агентством по политике в области здравоохранения и научных исследований (АНСРР) в 1994 г. [1]. На его создание были направлены огромные усилия и средства. Сотрудники АНСРР провели тщательное исследование научных разработок, касающихся поясничной боли, которые когда-либо и где-либо выполнялись вплоть до 1992 г. Американское руководство является родоначальником всех руководств по лечению острой боли в поясничном отделе позвоночника. В Великобритании первое руководство было разработано Консультативной группой клинических стандартов (CSAG) также в 1994 г. [12]. В основе его лежат преимущественно данные американского руководства, так как обе группы специалистов работали в тесном контакте. Приведем краткую характеристику клинического руководства Великобритании: *цель* — проверить научность (достоверность) данных об эффективности лечения больных с острой поясничной болью; *субъекты* — взрослые мужчины и женщины старше 18 лет; *клиническое состояние* — острая поясничная боль продолжительностью до 3 мес с иррадиацией или без иррадиации в ноги; *определение эффективности методов лечения* — устранение боли и улучшение физической функции; *исход* — выраженность поясничных симптомов, уровень физической функции, удовлетворенность пациента результатами лечения; *для кого предназначено руководство* — для врачей и среднего медицинского персонала, оказывающего первую помощь.

Во всех руководствах особо подчеркивается необходимость непрерывной модернизации на основе получения новых научных данных о диагностике и лечении больных с поясничной болью. Великобритания к 2001 г. выпустила уже третье издание клинического руководства [5] (второе издание было в 1996 г. [4]).

Руководство Новой Зеландии, опубликованное в 1997 г. [9], является своеобразным синтезом американского и английского изданий, однако в нем сделан особый акцент на психологические факторы, профилактику хронизации процесса и развития нетрудоспособности.

Чтобы более полно показать значимость и ценность клинического руководства, приведем основные выводы американского издания:

- Первичная оценка состояния пациента с острой поясничной болью должна быть сфокусирована на выявлении «красных флажков» (признаков наличия потенциально серьезной патологии позвоночника или других заболеваний, не связанных с позвоночником).
- При отсутствии «красных флажков», если боль в пояснице сохраняется более 4 нед, проводят обычное обследование и дальнейшее тестирование пациента.
- Улучшения общего состояния больного с острой поясничной болью можно добиться без использования лекарств и/или мануальной терапии, применяя более безопасные методы.
- Хотя в остром периоде может возникнуть необходимость в некотором снижении физической активности, постельный режим продолжительностью более 4 дней не принесет пользы и в дальнейшем может привести к ухудшению состояния пациента.

- Низконагрузочная аэробная физическая активность должна быть начата в первые 2 нед заболевания, после чего можно рекомендовать более интенсивные упражнения для всего туловища.
- Следует всячески поощрять стремление пациентов с поясничной болью как можно скорее вернуться к прежней работе и нормальному образу жизни.
- Если поясничные симптомы персистируют, следует провести их более тщательную оценку.
- Больные ишиасом могут поправляться медленнее, поэтому их повторное обследование может быть отсрочено.
- В течение первых 3 мес наличия поясничных симптомов речь о хирургическом вмешательстве может идти только в отношении тех пациентов, у которых есть признаки тяжелой спинальной патологии и возможного развития специфического корешкового синдрома, подтвержденные проведенным обследованием.
- При оказании хирургической помощи или без нее 80% больных ишиасом со временем выздоравливают.
- Нефизические факторы (например, психологические или социально-экономические проблемы) могут быть отнесены к обсуждаемым причинам, препятствующим выздоровлению.

Таким образом, клиническое руководство — это тот инструмент, без которого невозможно представить себе работу врача в современных условиях. Социальная и экономическая обстановка в развитых странах ставит жесткие требования к качеству медицинской помощи. Понятие качества складывается из многих составляющих, главными из которых являются своевременность, эффективность, адекватность лечения и удовлетворенность пациента — главного потребителя медицинского продукта. В нашей стране много делалось и делается для повышения уровня диагностики и лечения тяжелых заболеваний, ежегодно публикуется множество книг, руководств, методических рекомендаций. Однако пришло время объединить все прилагаемые усилия для выработки единых подходов к лечению самых острых и распространенных заболеваний. Разработка единой страте-

гии (что и является задачей клинического руководства) поможет прежде всего практическим врачам здравпунктов, поликлиник, городских и районных больниц в принятии верного клинического решения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Clinical practice guidelines. Acute low back problems in adults.* / Bogos S., Bowyer O., Braen G. et al. (АНСРР). — Rockville (USA), 1994. — 138 p.
2. *Clinical guidelines* /Ed. Feder G. //Br. Med. J. — 1994. — N 309. — P.1457-1458.
3. *Clinical Practice Guidelines. Acute low back problems in adults: assessment and treatment* /National advisory committee on care health and disability services, Accident rehabilitation and compensation insurance corporation. — Wellington, 1995. — 146 p.
4. *Clinical guidelines for the management of acute low back pain* /Royal college of general practitioners. — London, 1996. — 136 p.
5. *Clinical guidelines for the management of acute low back pain* /Royal college of general practitioners. — London, 2001. — 149 p.
6. *Effective health care. Implementing clinical guidelines, number 8: can guidelines be used to improve clinical practice?* /NHS Executive. — Leeds (England), 1994. — P. 1-12.
7. *Evidence-based clinical guidelines for the management of acute low back pain* /Bogdluk N. (The Australasian faculty of musculoskeletal medicine for the the National musculoskeletal medicine initiative). — Canberra, 1999. — 114 p.
8. *Guidelines for clinical practice. From development to use* /Institute of Medicine. Eds. Field M.J., Lohr K.N. — Washington, 1992. — 165 p.
9. *Guide to assessing psychological yellow flags in acute low back pain: risk factors for long-term disability and work loss* /Kendall N.A.S., Linton S.J., Main C.J. Accident rehabilitation and compensation insurance corporation of New Zealand and National health committee. — Wellington, 1997. — P. 1-22.
10. *Low-back pain: frequency, management and prevention from an HTA perspective* /Danish Institute for health technology assessment. — Copenhagen, 1999. — 106 p.
11. *New Zealand acute low back pain guide* /Accident rehabilitation and compensation insurance corporation of New Zealand and National health committee. — Wellington, 1997. — 161 p.
12. *Report on back pain* /Clinical standarts advisory group. — London, 1994. — 160 p.

## РЕЦЕНЗИЯ



**А.Н. Махсон, Н.Е. Махсон. АДЕКВАТНАЯ ХИРУРГИЯ ОПУХОЛЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ.** Издательство «Реальное Время», Москва, 2001. 168 с.

Среди многочисленных журнальных, монографических и диссертационных работ последнего времени, посвященных лечению опухолей костей, не может не обратить на себя внимание книга «Адекватная хирургия опухолей конечностей» А.Н. Махсона и Н.Е. Махсона — авторитетных специалистов, внесших немалый вклад в развитие костной онкологии. Она является логическим продолжением вышедшей в 1998 г.

монографии тех же авторов «Адекватная хирургия при опухолях плечевого и тазового пояса». В основу обеих книг положена разработанная авторами концепция адекватной операции, предусматривающая сочетание онкологических принципов радикальности и абластичности оперативного вмешательства с максимально возможным сохранением функции конечности и качества жизни больного. В последние годы термин «адекватная хирургия» стал знаком и понятен специалистам, он все прочнее входит в обиход и неизменно ассоциируется с конкретными именами. В рецензируемой монографии обобщен многолетний опыт блестящих клиницистов-хирургов, представлены результаты творческой разработки и практического использования методов адекватного лечения больных с опухолями конечностей в условиях специализированного онкоортопедического отделения многопрофильной онкологической больницы. Книга прекрасно иллюстрирована (77 рисунков), что в значительной степени облегчает чтение. Материал изло-