

Рабочая группа по подготовке текста рекомендаций:

Председатель: академик РАМН Бокерия Л.А. (Москва)

Члены рабочей группы: профессор Аракелян В.С. (Москва); профессор Барбараш О.Л. (Кемерово), д.м.н. Болотова Е.В. (Краснодар), профессор Карпенко А.А. (Новосибирск); проф. Козырев О.А. (Смоленск); д.м.н. Самородская И.В. (Москва), профессор Троицкий А.В.(Москва).

**Экспертная группа:** академик РАМН **Затевахин И.И.(Москва); член-корр. РАМН Барбараш Л.С., член-корр. РАМН Караськов А.М. (Новосибирск), академик РАМН Покровский А.В. (Москва),**

Общества: Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов, Всероссийское научное общество кардиологов

Рабочая группа Профильной комиссии по сердечно-сосудистой хирургии  
Экспертного совета МЗСР РФ

## 1. Общие вопросы.

За основу российских рекомендаций был выбран текст «Guidelines for the Management of Patients With Peripheral Arterial Disease», составленный экспертной группой специалистов нескольких профессиональных сообществ (American Association for Vascular Surgery/Society for Vascular Surgery, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Interventional Radiology, Society for Vascular Medicine and Biology, and the American College of Cardiology/American Heart Association)[1]. В предисловии к данному тексту было дано следующее определение «болезням периферических артерий» - это некоронарные синдромы, связанные с изменением анатомической структуры и функции артерий мозга, висцеральных органов и конечностей. В самом тексте рассмотрены только заболевания артерий конечностей, почек; патология мезентериальных артерий, аорты и ее ветвей, преимущественно связанные с атеросклеротическим поражением артерий в связи с тем, что это наиболее частая причина поражения артерий. Цель руководства, созданного специалистами США, - 1) диагностика, лечение, профилактика факторов риска атеросклероза, как ведущей причины патологии большинства случаев заболеваний сосудов нижних конечностей; 2) диагностика и лечение поражения почечных и мезентериальных артерий; 3) оптимизация тактики ведения пациентов с аневризмами аорты и ее ветвей.

Существует несколько причин, по которым в качестве основы российских рекомендаций по тактике ведения пациентов целесообразно использовать вышеуказанные рекомендации:

- данный текст основан на уже проведенной колоссальной аналитической работе группы специалистов по обобщению результатов методологически корректных исследований (для подготовки рекомендаций использовано более 2000 документов);
- часть рекомендаций по ведению пациентов могут быть едиными, вне зависимости от места проживания пациента: в Америке или России;

- единые подходы к ведению пациентов облегчают взаимопонимание между специалистами, способствуют более адекватной оценке результатов их работы.

Вместе с тем, учитывая, что клинические рекомендации не могут быть автоматически перенесены из одной страны в другую, без учета особенностей организации и ресурсного обеспечения системы здравоохранения, социально-демографических и психологических особенностей пациентов и врачей, российские рекомендации не являются механическим переводом текста.

Участники рабочей группы переводили текст, сразу выделяя те фрагменты, которые требовали широкого обсуждения специалистами, оказывающими помощь указанной категорией пациентов. На следующем этапе текст был направлен участникам экспертной группы для согласования всех спорных вопросов оказания медицинской помощи пациентам именно в условиях российского здравоохранения, после чего рекомендации были обсуждены на заседании рабочей группы Профильной комиссии по сердечно-сосудистой хирургии Экспертного совета МЗСР РФ.

Заболевания сосудов могут проявляться клиническими симптомами поражения как одного, так и нескольких бассейнов артериального русла. Поражение артерий может быть обусловлено многими причинами и, безусловно, в руководстве рассмотрены далеко не все заболевания и состояния, обусловленные поражением артериального русла. На это указывают специалисты, создававшие американские рекомендации, и российские специалисты.

В данные рекомендации не включены так же заболевания венозной системы. При создании российских рекомендаций было решено сохранить перечень описываемой патологии и структуры рекомендаций без изменений, с последующим созданием аналогичных рекомендаций по тактике ведения больных с венозной патологией.

В течение последних двух десятилетий мировое сообщество использует следующую Классификацию показаний к лечебным и диагностическим вмешательствам по степени доказательной эффективности.

## **1.1. Классификация показаний к лечебным вмешательствам по степени доказательной эффективности**

### **Классы**

**Класс I:** Состояния, для которых существуют доказательства и/или общепринятое мнение, что данная процедура или лечение полезны и эффективны.

**Класс II:** Состояния, для которых существуют противоречивые данные и/или расхождение мнений о полезности/эффективности процедуры или лечения. Показания, определяются конкретной ситуацией, состоянием данного пациента. Результат вмешательства не ясен и/или есть расхождения во мнениях относительно полезности и эффективности.

**Класс II:** а) больше доказательств и/или мнений в пользу целесообразности/эффективности,

**Класс II:** б) целесообразность/эффективность менее убедительны (то есть не так хорошо подтверждены доказательствами, мнениями).

**Класс III:** Противопоказание. Вмешательство не полезно, а в некоторых случаях, может быть и вредным.

### **Уровни доказательности**

**Уровень доказательности А** (наивысший): наличие многочисленных рандомизированных клинических исследований, систематический обзор или мета-анализ(ы);

**Уровень доказательности В** (средний): наличие ограниченного числа рандомизированных исследований, или нескольких небольших качественных контролируемых клинических исследований.

**Уровень доказательности С** (низший): рекомендации, основанные на мнении экспертов (в разных странах показания, основанные на экспертных мнениях, могут значительно различаться).

Таблица 1. Взаимосвязь между уровнями доказательств и классами показаний к назначению определенного вида лечения.

	<b>Показания Класс I Польза&gt;&gt;&gt;Риск</b> Вмешательство/лечение должно быть выполнено/ назначено	<b>Показания Класс II а Польза&gt;&gt;Риск</b> <i>Необходимо проведение дополнительных исследований, имеющих конкретные цели и задачи</i> Будет целесообразным выполнить/назначить вмешательство/лечение	<b>Показания Класс II б Польза&gt;=Риск</b> <i>Необходимо проведение дополнительных исследований с более широкими целями; полезным будет создание регистров.</i> Вмешательство/лечение может быть назначено.	<b>Показания Класс III Риск &gt;= Пользы</b> Вмешательство/лечение не следует выполнять/назначать, т.к. оно неэффективно и может нанести вред
<b>Уровень доказательности «А»</b> Доказательства получены для широкой популяции пациентов на основании многочисленных рандомизированных клинических исследований и мета-анализов	Вмешательство/лечение полезно/эффективно, что доказано/подтверждено многочисленными рандомизированными исследованиями и мета-анализами	Больше данных в пользу того, что вмешательство/лечение полезно/эффективно. Имеются некоторые противоречивые данные многочисленных рандомизированных исследований или мета-анализов.	Польза/эффективность вмешательства/лечения не достаточно доказана. Имеются большие противоречивия, полученные в многочисленных рандомизированных исследованиях или мета-анализах	Вмешательство/лечение бесполезно/неэффективно и может нанести вред, что доказано/подтверждено многочисленными рандомизированными исследованиями и мета-анализами.
<b>Уровень доказательности «В»</b> Доказательства получены для ограниченной популяции пациентов	Вмешательство/лечение полезно/эффективно, что доказано отдельными рандомизированными и нерандомизированными	Больше данных в пользу того, что вмешательство/лечение полезно/эффективно. Имеются некоторые противоречивые	Польза/эффективность вмешательства/лечения не достаточно доказана. Имеются большие противоречивия, полученные в	Вмешательство/лечение бесполезно/неэффективно и может нанести вред, что доказано/подтверждено отдельными

на основании отдельных рандомизированных и нерандомизированных исследований	исследованиями	данные отдельных рандомизированных и нерандомизированных исследований	отдельных рандомизированных и нерандомизированных исследованиях.	рандомизированными и нерандомизированными исследованиями.
<b>Уровень доказательности «С»</b> Доказательства получены для очень ограниченной популяции пациентов на основании единого мнения экспертов, отдельных клинических случаев, принятых стандартов лечения.	Вмешательство/лечение полезно/эффективно, что подтверждено только мнением экспертов, клиническими случаями, принятыми стандартами лечения.	Больше данных в пользу того, что вмешательство/лечение полезно/эффективно. Имеются расхождения в мнении экспертов, результатах клинических наблюдений, в принятых стандартах лечения.	Польза/эффективность вмешательства/лечения не достаточно доказана. Имеются расхождения в мнении экспертов, результатах клинических наблюдений, в принятых стандартах лечения.	Вмешательство/лечение бесполезно/неэффективно и может нанести вред, что подтверждено только мнением экспертов, клиническими случаями, принятыми стандартами лечения.

## 1.2. Организация помощи пациентам с сосудистыми заболеваниями в России

Организация помощи пациентам с сосудистыми заболеваниями в России основана на этапности и преемственности ведения пациентов. Наиболее часто пациент обращается за помощью в поликлиническое учреждение по месту жительства, к терапевту, который в случае выявления определенных симптомов направляет пациента к кардиологу, хирургу, сердечно-сосудистому хирургу, неврологу. Хирургическая помощь пациентам с поражением сосудов регламентируется Приказом МЗиСР РФ 1044-н от 30.12.2009г «Порядок оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими диагностики или лечения с применением хирургических и/или рентгенэндоваскулярных методов» и Приказом МЗиСР РФ 1044-н от 30.12.2009г и Приказом Минздравсоцразвития России №1047н от 30 декабря 2009 г. — «О порядке формирования и утверждении государственного задания на оказание в 2010 году высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета».

На рис. 1 и 2 представлена динамика общего числа операций на сердце и сосудах в РФ.

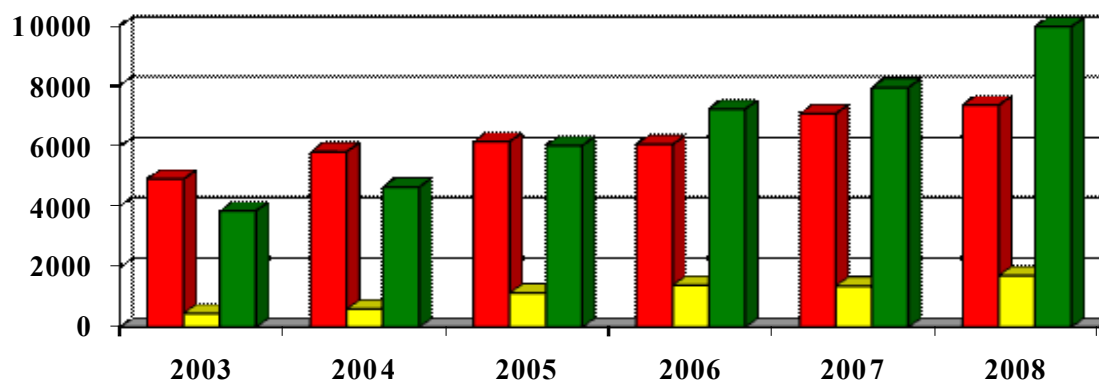


Рис. 1. Операции на артериях (всего по Российской Федерации).

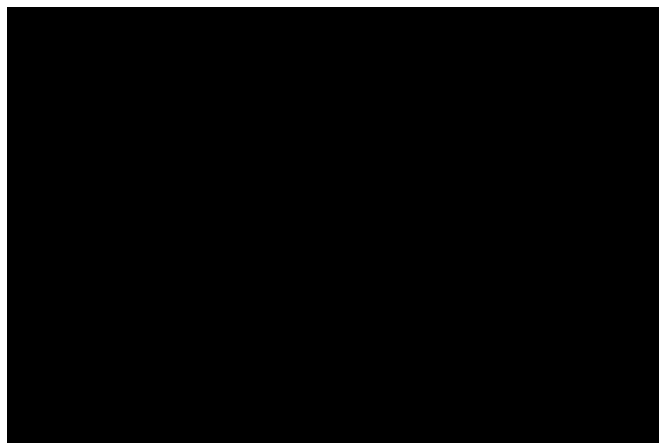


Рис. 2. Операции на артериях и венах (всего по Российской Федерации).



