



Межрегиональная общественная организация
ОБЩЕСТВО СПЕЦИАЛИСТОВ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ
А.я. 13, г. Москва 109451, vlassov@cochrane.ru
SOCIETY FOR EVIDENCE BASED MEDICINE

24.11.2013
Исх. № 24/2013

Председателю Правления
Российского Общества Психиатров,
профессору Н.Г. Незанову,
Главному внештатному специалисту-эксперту
по психиатрии,
профессору З.И. Кекелидзе

Глубокоуважаемые коллеги!

На сайте Российского Общества Психиатров 8-ого и 14-ого ноября были опубликованы 7 проектов клинических рекомендаций по лечению и диагностике ряда психических расстройств вместе с приглашением принять участие в обсуждении этих проектов. При составлении клинических рекомендаций методологическая основа определяет оценку качества клинических рекомендаций, поэтому мы предлагаем Вашему вниманию анализ методологии, используемой в этих проектах рекомендаций.

Ваш В. Власов, президент Общества
25.11.2013

**Анализ методологии подготовки проектов клинических рекомендаций,
опубликованных на сайте Российского Общества Психиатров**

Оглавление

Введение.....	3
Методы анализа.....	4
Результаты	5
Выводы.....	5
Приложение – таблица Б, оценка отдельных клинических рекомендаций	7
Депрессия	7
УО	13
Эпилепсия.....	19
Шизофрения.....	23
Органика.....	28
Альцгеймер	32
Расстройства личности.....	38

Введение

В термин «Клинические рекомендации» (Clinical guidelines) во всем мире вкладывают вполне конкретный смысл.

«Клинические рекомендации представляют собой «разрабатываемые систематически по определенной методике утверждения, помогающие врачам и больным принимать правильные медицинские решения в определенных клинических ситуациях». Их цель — «дать подробные указания с определенным намерением повлиять на действия врачей.»

«Врачебное сообщество полагает клинические рекомендации качественными, если уверено в том, что при их подготовке предпринимались адекватные меры для снижения риска систематической ошибки, что они эффективны как в отношении конкретного больного, так и применительно к популяции больных, и пригодны к применению на практике. При оценке клинических рекомендаций следует учитывать эффективность, безопасность и стоимость предлагаемых методов, равно как и практические аспекты их применения.» (The AGREE Collaboration. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) Instrument. www.agreecollaboration.org)

В течение последних 20 лет в мире развивалась методология создания клинических рекомендаций. В настоящее время перед внедрением каких-либо клинических рекомендаций в практическую медицину настоятельно рекомендуется оценка качества методологии составления этих рекомендаций. Наиболее авторитетным инструментом для оценки качества методологии клинических рекомендаций является инструмент AGREE. Экспертиза клинических рекомендаций с использованием этого инструмента включает в себя оценку методов, использованных при их разработке, содержания окончательного варианта рекомендаций, и факторов, связанных с их внедрением.

Подчеркнем, что оценка методологии – это не теоретическое упражнение. Наоборот, без оценки методологии оценка содержания рекомендаций не имеет смысла. Содержание рекомендаций вторично по отношению к методике их разработки. Как лечебный процесс нельзя оценивать по исходу отдельного случая, а можно только по правильности действий врача, ибо в отдельном случае целительная сила природы может компенсировать наносимый врачом вред. Точно так же и оценивать рекомендации можно только по тому, насколько правильно они были подготовлены. Только правильная подготовка может дать шанс на получение правильного содержания.

Методы анализа

Были проанализированы (в хронологическом порядке публикации на сайте РОП):

Название	Ссылка	Авторы	Сокращенное название
Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению рекуррентного депрессивного расстройства	http://psychiatr.ru/news/164	Бородин В.И., Ахапкин Р.В.	«Депрессия»
Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению умственной отсталости у взрослых	http://psychiatr.ru/news/165	Сухотина Н.К., Куприянова Т.А., Корень С.В.	«УО»
Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению психических расстройств при эпилепсии	http://psychiatr.ru/news/166	Усюкина М.В.	«Эпилепсия»
Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению шизофрении	http://psychiatr.ru/news/167	Шмуклер А.Б., Гурович И.Я.	«Шизофрения»
Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению органических психических расстройств	http://psychiatr.ru/news/168	Вандыш-Бубко В.В., Гиленко М.В.	«Органика»
Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению болезни Альцгеймера	http://psychiatr.ru/news/174	Колыхалов И.В.	«Болезнь Альцгеймера»
Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению расстройств личности	http://psychiatr.ru/news/175	Горин В.В.	«Расстройства личности»

Для анализа использовалась вторая версия инструмента AGREE:

http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_II_Users_Manual_and_23-item_Instrument_ENGLISH.pdf

Оценка каждого из проектов клинических рекомендаций проводилась независимо двумя рецензентами:

- И.А.Мартынихин – к.м.н., врач-психиатр, ассистент кафедры психиатрии ПСПбГМУ им. Павлова
- В.В.Власов – профессор, д.м.н., Президент Общества специалистов доказательной медицины

Обработка результатов проводилась по формулам, изложенным в инструкции к инструменту AGREE II.

Результаты

А. Общие результаты

Субшкалы	Депрессия	УО	Эпилеп- сия	Шизо- френия	Органика	Болезнь Альцгей- мера	Расстройст- ва личности	СРЕДНИ БАЛЛ
ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ И ЦЕЛИ	33.3	22.2	16.7	44.4	16.7	11.1	16.7	23.
УЧАСТИЕ ЗАИНТЕРЕСОВАН- НЫХ СТОРОН	0.0	0.0	5.6	0.0	5.6	0.0	5.6	2.
ТЩАТЕЛЬНОСТЬ РАЗРАБОТКИ	8.3	16.7	5.6	19.4	5.6	13.9	5.6	10.
ЯСНОСТЬ ИЗЛОЖЕНИЯ И ФОРМА ПРЕДСТАВЛЕНИЯ	33.3	22.2	5.6	61.1	11.1	33.3	11.1	25.
ВОЗМОЖНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ	12.5	0.0	0.0	25.0	0.0	12.5	0.0	7.
НЕЗАВИСИМОСТЬ РАЗРАБОТЧИКОВ	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.
ОБЩИЙ БАЛЛ по шкале AGREE II	12.9	9.8	4.5	23.5	5.3	11.4	5.3	10.

Частные результаты по каждому из проектов (Талица Б) даны в приложении.

Выводы

1. Все представленные проекты клинических рекомендаций имеют очень низкое качество методологии разработки (средняя оценка только 10% по входящим в AGREE II критериям). По сути, эти проекты не являются клиническими рекомендациями в общепринятом значении этого термина.
2. В связи с существенным нарушением методологии, лежащей в основе составления клинических рекомендаций, данные проекты не могут быть исправлены или переработаны, требуется начать работу по их разработке заново.
3. Выявленные в ряде проектов факты фальсификации методологии составления клинических рекомендаций и плагиата бросают тень на всех авторов, принявших участие в разработке рекомендаций, и требуют дополнительного расследования и этической оценки.
4. Существенные различия в методологии между проектами разных авторов и отсутствие четко сформулированных клинических вопросов, которым посвящены каждый из проектов, говорят об отсутствии руководящего влияния группы, которая планировала выполнение проектов.

5. Пренебрежительное, безответственное отношение к составлению клинических рекомендаций, продемонстрированное авторами проектов этих рекомендаций, не только порочит профессиональное сообщество психиатров России перед лицом других специалистов в России и за рубежом, подрывает доверие к работоспособности профессиональных обществ перед лицом Минздрава, но в случае их принятия РОП и внедрения в практику могут привести к существенному вреду здоровья пациентов.



Межрегиональная общественная организация

ОБЩЕСТВО СПЕЦИАЛИСТОВ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

А.я. 13, г. Москва 109451, vlassov@cochrane.ru

SOCIETY FOR EVIDENCE BASED MEDICINE

Приложение – таблица Б, оценка отдельных клинических рекомендаций

Депрессия

	AGREE II	Балл	Комментарии
	ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ И ЦЕЛИ		
1	Общая цель клинических рекомендаций подробно описана	1	Цель КР не описана
2	Клинический(-ие) вопрос(-ы), рассматриваемый(-е) в клинических рекомендациях, подробно описан(-ы).	3	Клинические вопросы, разбираемые в КР не сформулированы. Вероятно, информация о клинических вопросах есть в заголовке: КР озаглавлены как "рекомендации по диагностике и лечению рекуррентного депрессивного расстройства". Однако вопросы диагностики освещены скупо, преимущественно являются цитатой МКБ-10, практически никаких данных о "доказательности" и валидности разных методов диагностики нет, рассмотрения диагностических альтернатив практически нет, т.е. по сути кл.рекомендации вопросы диагностики не рассматривают, ограничиваясь лишь описанием контингента больных согласно МКБ-10. Соответственно, следует рассмотреть необходимость удалить слово "диагностика" из названия КР.
3	Категория пациентов, к которым планируется применять данные клинические рекомендации, подробно описана.	5	Процитированы диагностические критерии рекуррентного депрессивного расстройства по МКБ-10. Не указано про исключение схожих состояний (в т.ч. разграничение с биполярными депрессиями), про методы обследования для исключения состояний, связанных с органическим расстройством настроения (F06.3).
	УЧАСТИЕ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ СТОРОН		

4	В группу разработчиков клинических рекомендаций входили представители всех соответствующих медицинских специальностей.	1	Указанные авторы - психиатры. Среди авторов специалистов по социальной работе и психологов нет. Нет фармакологов, специалистов по клинической эпидемиологии, медицинских статистиков. Среди авторов представители только одного учреждения.
5	Мнения и предпочтения пациентов были учтены	1	Нет никакой информации об этом
6	Пользователи клинических рекомендаций четко определены.	1	Указаний нет. Рассматриваемые в КР алгоритмы помощи, включающие медикаментозные и др. назначения, свидетельствуют о том, что КР предназначены для врачей, но специальность(и) врачей не указана(ы).
ТЩАТЕЛЬНОСТЬ РАЗРАБОТКИ			
7	Для поиска доказательств использовались систематические подходы.	1	В КР описаны методы сбора доказательств. Однако: а) это описание дословно скопировано из текста КР по лечению бронхиальной астмы (http://www.pulmonology.ru/download/asthmaclinrecomend.pdf), которые представлялись авторам комиссией по разработке КР в качестве образца, б) Нет никакого обоснования выбора данных источников поиска (почему "глубина поиска" именно 5 лет? что именно искалось "в электронных базах данных"? какие именно "публикации"? какие запросы делались и как обеспечивалась систематичность поиска?), в) в КР нет списка используемой литературы и каких-либо ссылок на источники информации. Указанное выше не дает возможности считать, что систематический подход в поиске источников информации действительно осуществлялся. Более того, это позволяет предположить возможность того, что методология составления данных КР сфальсифицирована. Эксперты считают необходимым направить авторам КР запрос с просьбой предоставить подробную информацию об источниках доказательств.
8	Критерии отбора доказательств четко описаны	1	Нет никакой информации об этом

9	Сильные и слабые стороны доказательных данных четко описаны	1	Нет никакой информации об этом. При этом с учетом данных, содержащихся в тех источниках доказательств, на которые ссылаются авторы, и той информации, которую они приводят в тексте КР, как минимум необходимо уточнить соотношение диагнозов по МКБ-10 и DSM-IV (т.е. подавляющее большинство источников используют именно эти критерии диагностики)
10	Методы, использованные для составления рекомендаций, четко описаны.	1	В КР приведена "шкала убедительности доказательств данных". К сожалению, данная "шкала" крайне неинформативна: "А) Доказательства убедительны: есть веские аргументы в пользу утверждаемого положения" и т.д. Что является "вескими аргументами", а что нет, не уточнено. Каким образом и кто формировал суждение об убедительности доказательств не указано. Далее и вне ясной связи с указанной шкалой проводятся уровни, на которые "доказательства разделяются". Изложение уровней не соответствует каким-либо общепринятым систематикам уровней доказательств и представляется нечетким (н., "5. Доказательства, полученные в исследованиях на ограниченном числе больных" и "6. Доказательства, полученные на отдельных больных" и пр.) В тексте КР только в одном разделе ("Общие принципы лечения") используются "категории убедительности доказательств", в остальных разделах рекомендации не сопровождаются какими-либо оценками убедительности, при этом авторы приводят разного рода алгоритмы терапии, указания конкретных препаратов, дозировок и пр. Подобные различия и особенности методологии вызывают предположение, что работа по выработке рекомендаций на основе доказательных данных авторами не проводилась, а текст может быть "скомпилирован" из различных источников. Последнее предположение подтверждает анализ части текста на сайте Антиплагиат (анализ выявил 100% заимствование случайно выбранных двух абзацев из Ю. Ю. Елисеев Психосоматические заболевания. Справочник. 2003 г.).
11	Эффективность и безопасность предлагаемых подходов учитывались при составлении рекомендаций.	3	Некоторые указания на возможные побочные эффекты препаратов в тексте есть, но только для отдельных рекомендаций.
12	Есть эксплицитно выраженная связь между рекомендациями и подтверждающими их доказательствами	1	Такая связь не описана

13	Рекомендации были рецензированы независимыми экспертами перед публикаций		<i>В данном случае пункт оценить нельзя, т.к. опубликован только проект КР. Однако никаких указаний на рецензии КР нет. В суммарную оценку по шкале этот пункт не включен.</i>
14	Представлена процедура обновления КР	1	Процедура обновления КР не описана, время обновления не запланировано.
	ЯСНОСТЬ ИЗЛОЖЕНИЯ И ФОРМА ПРЕДСТАВЛЕНИЯ		
15	Рекомендации конкретны и недвусмысленны	4	В КР описаны общие принципы терапии депрессий и терапия некоторых частных вариантов (больных разного возраста, беременных, больных с депрессиями разной степени тяжести). Отдельно не рассматриваются вопросы терапевтической резистентности, хотя в приложении 1 приведен "поэтапный алгоритм терапии депрессии". Многие рекомендации носят чрезмерно общий характер (н., "Психотропные средства, рекомендуемые для терапии депрессий средней степени тяжести в условиях стационара, включают в себя не только антидепрессанты, но и транквилизаторы и антипсихотические средства."). В тексте встречаются ошибки в написании терминов и названий препаратов (геймлинг - стр. 19, кветиопин - стр.26)
16	Четко описаны различные варианты оказания помощи при данном заболевании.	3	Описаны различные варианты помощи больным, но полноту этого описания оценить невозможно в связи с отсутствием предварительно поставленных кл.вопросов.
17	Основные рекомендации легко выявляются.	2	КР снабжены несколькими приложениями с таблицами и схемой. Основные рекомендации в тексте никак не выделены (жирным шрифтом, подчеркиванием и пр.). В приложении 1 приводится поэтапный алгоритм лечения депрессии, но он не связан с самим текстом рекомендаций (н., соли лития и стимуляторы упоминаются только в нем, в тексте описания их применения нет) и не имеют обозначенных уровней доказательности или силы рекомендаций. Приложения 2-9 носят общий справочный характер и не отражают содержание алгоритмов кл.рекомендаций.
	ВОЗМОЖНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ		
18	Рекомендации описывают имеющиеся возможности и препятствия для их практического применения	2	Возможности и препятствия для практического применения данных кл.рекомендаций в тексте специально не выделены.

19	В рекомендациях представлены советы и/или инструменты по внедрению рекомендаций в практику	2	Обсуждения путей преодоления возможных препятствий для использования данных рекомендаций в клинической практике нет. Каких-либо новых или удобных инструментов для внедрения этих рекомендаций в практику инструмент не содержит.
20	Рассмотрены потенциальные изменения использования ресурсов здравоохранения при использовании данных алгоритмов.	2	Ресурсы, которые могут быть использованы для применения данных алгоритмов, не рассмотрены. Стоимость помощи не анализируется. Рекомендации использовать дорогостоящие препараты не всегда может соответствовать реальному финансированию психиатрической помощи, и этот вопрос должен быть рассмотрен. Стандарт лечения депрессий, утвержденный минздравом, отличается от данных кл.рекомендаций, что никак не прокомментировано.
21	В клинических рекомендациях представлены основные критерии оценки для целей мониторинга и/или аудита.	1	Критерии общей эффективности использования КР не рассматриваются.
НЕЗАВИСИМОСТЬ РАЗРАБОТЧИКОВ			
22	Разработчики клинических рекомендаций независимы от источника финансирования	1	Нет никаких указаний на источники финансирования разработки данных КР.
23	Наличие/отсутствие конфликта интересов у членов группы по разработке клинических рекомендаций документировано.	1	Наличие или отсутствие конфликта интересов у авторов КР никак не задокументировано.

ИТОГО: Суммарный балл	39
Суммарный процент:	12,9

ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ И ЦЕЛИ	9	3	33,3
---------------------------	---	---	------

УЧАСТИЕ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ СТОРОН	3	3	0,0
ТЩАТЕЛЬНОСТЬ РАЗРАБОТКИ	9	6	8,3
ЯСНОСТЬ ИЗЛОЖЕНИЯ И ФОРМА ПРЕДСТАВЛЕНИЯ	9	3	33,3
ВОЗМОЖНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ	7	4	12,5
НЕЗАВИСИМОСТЬ РАЗРАБОТЧИКОВ	2	2	0,0

УО

	AGREE II	Балл	Комментарии
	ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ И ЦЕЛИ		
1	Общая цель клинических рекомендаций подробно описана	3	Цель сформулирована: "повышение качества обслуживания взрослых больных умственной отсталостью в специализированных лечебно-профилактических учреждениях при обеспечении надлежащего объема психиатрической помощи." Что является критерием "качества обслуживания" не указано (качество жизни, продолжительность жизни, социальная адаптация, удовлетворенность пациентов помощью, расходы здравоохранения и пр.). Что обуславливает необходимость повышать качество обслуживания? Что является "надлежащим объемом психиатрической помощи"? В разделе лечения отмечено, что "Лечение сводится к редукции осложняющей симптоматики" - правомерна ли в таком случае цель в виде "лечения умственной отсталости у взрослых" (см. название документа) или речь только о лечении "сопутствующих психических (поведенческих) ... нарушений"?
2	Клинический(-ие) вопрос(-ы), рассматриваемый(-е) в клинических рекомендациях, подробно описан(-ы).	2	Клинические вопросы, рассматриваемые в рекомендациях, ясно не сформулированы, но в заглавии отмечено, что они разбирают вопросы диагностики и лечения умственной отсталости у взрослых. В разделе актуальность содержатся очень общие положения, касающиеся многих проблем оказания помощи (организации помощи и оценки ее качества, образования врачей, защиты прав пациентов, финансирования помощи и пр.). В самом тексте кл.рекомендации освещаются вопросы диагностики, терапии (как в отношении психических расстройств, так и в отношении некоторых неврологических состояний, например, повышения ВЧД) и реабилитации больных, но ссылки на силу рекомендаций приводятся только в отношении рекомендаций лечения поведенческих нарушений психотропными препаратами (точнее только для нейролептиков), т.е., по сути, остальные аспекты освещены в виде некоего обзора возможных вмешательств, но не клинических рекомендаций, что, безусловно, должно быть пояснено во вступлении к КР

3	Категория пациентов, к которым планируется применять данные клинические рекомендации, подробно описана.	2	В рекомендациях указана категория пациентов, к которым применимы данные КР (F70 - F79 по МКБ-10 по МКБ-10), подробно описаны методы оценки интеллекта и градация степеней умственной отсталости на основе IQ. При этом вопросы лечения излагаются исходя из деления по наличию слабо выраженных или значительных нарушений поведения (близко, но не идентично делению по четвертому знаку соответствующей главы МКБ), тогда как ни в самом МКБ, ни авторами не указаны, какие именно нарушения поведения необходимо лечить, какие критерии их диагностики, выраженности (указывается только критерий "препятствуют оптимальной адаптации пациента, утяжеляют его состояние"), чем лечение этих состояний отличается от лечения подобной психопатологической симптоматики у лиц без умственной отсталости. В тексте рекомендаций указано: "Лечение сводится к редукции осложняющей симптоматики, при этом необходимо отметить, что умственная отсталость может сочетаться с любыми психическими и психоневрологическими расстройствами, встречающимися у интеллектуально полноценных лиц." Однако, несмотря на такое разнообразие психопатологической симптоматики, предлагаемое авторами ее лечение сводится исключительно к назначению антипсихотиков, что сразу приводит к неясности в отношении того, чему же именно посвящены данные рекомендации. В этом же аспекте неясно общее приравнивание психотропных препаратов, используемых у этого контингента больным только к нейролептикам: см. таблицы 5 и 6 - "Лекарственные средства, влияющие на центральную нервную систему (нейролептики)"
УЧАСТИЕ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ СТОРОН			
4	В группу разработчиков клинических рекомендаций входили представители всех соответствующих медицинских специальностей.	1	Указанные авторы - психиатры. В КР есть отдельный раздел психосоциальной терапии и реабилитации. Среди авторов специалистов по социальной работе и психологов нет. Нет фармакологов, специалистов по клинической эпидемиологии, медицинских статистиков. Среди авторов представители только одного учреждения.
5	Мнения и предпочтения пациентов были учтены	1	Нет никакой информации об этом
6	Пользователи клинических рекомендаций четко определены.	1	Указаний нет. Рассматриваемые в КР алгоритмы помощи, включающие медикаментозные и др. назначения, свидетельствуют о том, что КР предназначены для врачей, но специальность(и) врачей не указана(ы).

	ТЩАТЕЛЬНОСТЬ РАЗРАБОТКИ		
7	Для поиска доказательств использовались систематические подходы.	1	Стратегия и методология поиска информации не описана совсем. Не ясно, на чем все дальнейшие основаны оценки авторов.
8	Критерии отбора доказательств четко описаны	1	Нет упоминаний
9	Сильные и слабые стороны доказательных данных четко описаны	1	Нет упоминаний
10	Методы, использованные для составления рекомендаций, четко описаны.	2	В КР приведена "рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций", в отношении которой в тексте упомянуто, что "рекомендации снабжены четырехуровневой системой оценки доказательности, согласно иерархии достоверности научных данных". Т.е., вероятно, в указанной шкале на основе градации качества доказательств выводится сила рекомендаций. Но какие факторы, кем и каким образом учитывались при этом переходе от оценки качества данных исследований к формированию рекомендаций не прояснено, а приведенное в тексте пояснение ("при этом следует иметь в виду, что невысокий уровень доказательности – не всегда свидетельство ненадежности данных"), подвергает сомнению саму систему оценивания силы рекомендаций, которой пользовались авторы, и всю проделанную ими работу. В таблице силы доказательств есть упоминание про "согласованное мнение экспертов" (уровень С), но кто были этими экспертами и как было получено "согласованное" мнение информации нет.
11	Эффективность и безопасность предлагаемых подходов учитывались при составлении рекомендаций.	3	Специальных указаний на это нет. В КР есть рассмотрение некоторых побочных эффектов терапии, но нет информации о том, учитывались ли они при формировании силы рекомендаций. Полноту оценки влияния побочных эффектов рассмотреть не представляется возможным.
12	Есть эксплицитно выраженная связь между рекомендациями и подтверждающими их доказательствами	3	Это связь описана, но нет описания ее оснований (см. п.10)
13	Рекомендации были рецензированы независимыми экспертами перед публикаций		В данном случае пункт оценить нельзя, т.к. опубликован только проект КР. Однако никаких указаний на рецензии КР нет. В суммарную оценку по шкале этот пункт не включен.

14	Представлена процедура обновления КР	1	Процедура обновления КР не описана, время обновления не запланировано.
ЯСНОСТЬ ИЗЛОЖЕНИЯ И ФОРМА ПРЕДСТАВЛЕНИЯ			
15	Рекомендации конкретны и недвусмысленны	2	Далеко не все рекомендации носят ясный и четкий характер. "Симптоматическое лечение больных с умственной отсталостью проводят в случае, когда сопутствующие психопатологические синдромы препятствуют оптимальной адаптации пациента, утяжеляют его состояние." Что является критерием тяжести состояния? Что является оптимальной адаптацией пациента и адаптацией к чему? В отношении нейропротективной терапии указано: "В связи с законченностью морфофункционального развития мозга стимуляция психического развития препаратами нейрометаболического действия у взрослых умственно отсталых пациентов, в отличие от детей, не проводится". И эта терапия, действительно, в КР не рассматривается совсем, но далее, в аспекте побочных явлений нейролептиков указывается о возможности "вяло текущего органического процесса в рамках дифференцированных форм умственной отсталости, чаще при наследственных дефектах обмена"
16	Четко описаны различные варианты оказания помощи при данном заболевании.	3	Описываются разные варианты помощи: стационарная - амбулаторная, биологическая - психосоциальная. Но с учетом вынесения в рекомендации только одной группы психотропных препаратов (нейролептиков) данные рекомендации не могут освещать все возможности лечения больных.
17	Основные рекомендации легко выявляются.	2	В КР есть ряд таблиц, рекомендации по терапии изложены в таблицах 5 и 6, содержащих только средние дозы некоторых нейролептиков и значение силы рекомендаций. В целом эти и другие таблицы малоинформативны, в них нет всестороннего освещения предмета и они не могут использоваться в качестве самостоятельных инструментов. Рекомендации в тексте никак не выделены.
ВОЗМОЖНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ			

18	Рекомендации описывают имеющиеся возможности и препятствия для их практического применения	1	Не описано. Например, указано "Психосоциальная реабилитация — это постоянный, непрерывный процесс, включающий в себя комплекс медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических и профессиональных мер, который дает возможность людям с ослабленным здоровьем или инвалидам в результате психических расстройств (в том числе, умственно отсталым) достичь своего оптимального уровня, независимого функционирования в обществе". Но кто и как должен выполнять этот комплекс мер указаний нет.
19	В рекомендациях представлены советы и/или инструменты по внедрению рекомендаций в практику	1	Нет указаний. Например, "Если в ПНД налажена психотерапевтическая работа с больными, пациенты с неглубокими степенями психического недоразвития могут приобщаться к групповым формам психотерапии." Но, что делать, если такая работа в ПНД не налажена, не описано, соответственно, нет ясности необходимо или нет выполнение этой рекомендации. В документе, содержащем рекомендации по лечению состояний сопровождающихся отказом от терапии, гормональной терапии "нереализованного сексуального влечения" и в целом посвященный лечению лиц с умственной отсталостью, полностью отсутствует освещение правовых аспектов оказания этих видов помощи.
20	Рассмотрены потенциальные изменения использования ресурсов здравоохранения при использовании данных алгоритмов.	1	Нет указаний
21	В клинических рекомендациях представлены основные критерии оценки для целей мониторинга и/или аудита.	1	Нет указаний
	НЕЗАВИСИМОСТЬ РАЗРАБОТЧИКОВ		
22	Разработчики клинических рекомендаций независимы от источника финансирования	1	Нет указаний

23	Наличие/отсутствие конфликта интересов у членов группы по разработке клинических рекомендаций документировано.	1	Нет указаний
----	--	---	--------------

ИТОГО: Суммарный балл	35
Суммарный процент:	9,8

ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ И ЦЕЛИ	7	3	22,2
УЧАСТИЕ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ СТОРОН	3	3	0,0
ТЩАТЕЛЬНОСТЬ РАЗРАБОТКИ	12	6	16,7
ЯСНОСТЬ ИЗЛОЖЕНИЯ И ФОРМА ПРЕДСТАВЛЕНИЯ	7	3	22,2
ВОЗМОЖНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ	4	4	0,0
НЕЗАВИСИМОСТЬ РАЗРАБОТЧИКОВ	2	2	0,0

Эпилепсия

	AGREE II	Балл	Комментарии
	ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ И ЦЕЛИ		
1	Общая цель клинических рекомендаций подробно описана	1	Нет указаний
2	Клинический(-ие) вопрос(-ы), рассматриваемый(-е) в клинических рекомендациях, подробно описан(-ы).	2	Не сформулированы, в заголовке обозначено: "РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ "
3	Категория пациентов, к которым планируется применять данные клинические рекомендации, подробно описана.	3	Четко не определены, перечисляются множество различных состояний и критерии их диагностики по МКБ-10
	УЧАСТИЕ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ СТОРОН		
4	В группу разработчиков клинических рекомендаций входили представители всех соответствующих медицинских специальностей.	1	Среди авторов только 1 человек.
5	Мнения и предпочтения пациентов были учтены	1	Нет указаний
6	Пользователи клинических рекомендаций четко определены.	2	Нет указаний, но исходя из текста с перечислением врачебных назначений, можно предполагать, что это врачи.
	ТЩАТЕЛЬНОСТЬ РАЗРАБОТКИ		

7	Для поиска доказательств использовались систематические подходы.	1	Не использованы
8	Критерии отбора доказательств четко описаны	1	Не использованы и не описаны
9	Сильные и слабые стороны доказательных данных четко описаны	1	Не описаны
10	Методы, использованные для составления рекомендаций, четко описаны.	1	Не описаны
11	Эффективность и безопасность предлагаемых подходов учитывались при составлении рекомендаций.	2	Аспекты эффективности и безопасности препаратов указаны в некоторых местах текста, но сами рекомендации и алгоритмы ясно не сформулированы. Приводятся таблицы с частотой назначения препаратов, т.е. указываются не клинические показания назначения препаратов, а статистические (т.е. выбор препарата у конкретного пациента ставится в зависимое положение от того, сколько данных препаратов уже назначено среди больных в больнице или отделении)
12	Есть эксплицитно выраженная связь между рекомендациями и подтверждающими их доказательствами	1	Нет
13	Рекомендации были рецензированы независимыми экспертами перед публикаций		<i>В данном случае пункт оценить нельзя, т.к. опубликован только проект КР. Однако никаких указаний на рецензии КР нет. В суммарную оценку по шкале этот пункт не включен.</i>
14	Представлена процедура обновления КР	1	Нет
	ЯСНОСТЬ ИЗЛОЖЕНИЯ И ФОРМА ПРЕДСТАВЛЕНИЯ		
15	Рекомендации конкретны и недвусмысленны	1	Нет

16	Четко описаны различные варианты оказания помощи при данном заболевании.	2	Описываются разные варианты помощи, но т.к. не поставлены клинические вопросы КР, то понять насколько описаны все возможные варианты помощи не представляется возможным
17	Основные рекомендации легко выявляются.	1	Нет
ВОЗМОЖНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ			
18	Рекомендации описывают имеющиеся возможности и препятствия для их практического применения	1	Нет
19	В рекомендациях представлены советы и/или инструменты по внедрению рекомендаций в практику	1	Нет
20	Рассмотрены потенциальные изменения использования ресурсов здравоохранения при использовании данных алгоритмов.	1	Нет
21	В клинических рекомендациях представлены основные критерии оценки для целей мониторинга и/или аудита.	1	Нет
НЕЗАВИСИМОСТЬ РАЗРАБОТЧИКОВ			
22	Разработчики клинических рекомендаций независимы от источника финансирования	1	Нет указаний
23	Наличие/отсутствие конфликта интересов у членов группы по разработке клинических рекомендаций документировано.	1	Нет указаний

ИТОГО: Суммарный балл	28
Суммарный процент:	4,5

ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ И ЦЕЛИ	6	3	16,7
УЧАСТИЕ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ СТОРОН	4	3	5,6
ТЩАТЕЛЬНОСТЬ РАЗРАБОТКИ	8	6	5,6
ЯСНОСТЬ ИЗЛОЖЕНИЯ И ФОРМА ПРЕДСТАВЛЕНИЯ	4	3	5,6
ВОЗМОЖНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ	4	4	0,0
НЕЗАВИСИМОСТЬ РАЗРАБОТЧИКОВ	2	2	0,0

Шизофрения

	AGREE II	Шизофрения	Комментарии
	ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ И ЦЕЛИ		
1	Общая цель клинических рекомендаций подробно описана	4	Цель: "повышение качества обслуживания больных шизофренией в специализированных лечебно-профилактических учреждениях при обеспечении надлежащего объема психиатрической помощи." Что является критерием качества обслуживания не указано (качество жизни, продолжительность жизни, частота рецидивов, инвалидизация и пр.). Подходит ли термин "обслуживание"?
2	Клинический(-ие) вопрос(-ы), рассматриваемый(-е) в клинических рекомендациях, подробно описан(-ы).	3	Клинические вопросы, рассматриваемые в рекомендациях, ясно не сформулированы. Кл.рекомендации озаглавлены "по диагностике и лечению шизофрении", однако вопросы диагностики освещены скупо, преимущественно являются цитатой МКБ-10, никаких данных о доказательности и валидности тех или иных методов диагностики нет, рассмотрения диагностических альтернатив не приводится, т.е. по сути кл.рекомендации вопросы диагностики не рассматривают, ограничиваясь лишь описанием контингента больных согласно МКБ-10. В разделе актуальность содержатся очень общие положения, касающиеся многих проблем оказания помощи (организации помощи и оценки ее качества, образования врачей, защиты прав пациентов и пр.), хотя сами рекомендации посвящены преимущественно вопросам терапии. Соответственно, следует рассмотреть необходимость удалить слово "диагностика" из названия КР.
3	Категория пациентов, к которым планируется применять данные клинические рекомендации, подробно описана.	4	В рекомендациях четко указана категория пациентов, к которым применимы данные КР (F20 по МКБ-10), но не указаны критерии диагностики отдельных клинических состояний (обострение, ремиссия, первый эпизод и пр.). В дальнейшем тексте КР есть деление на несколько субпопуляций больных (обострение, негативные симптомы и пр.), для каждого из которых рассматривается собственный алгоритм помощи. Принципы и критерии такого разделения не представлены при описании общей категории пациентов, в связи с чем нет информации о полноте рассматриваемых вопросов и нет уверенности, что при практическом применении кл.рекомендаций оценки врачей в отношении выделения этих состояний будут совпадать.

	УЧАСТИЕ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ СТОРОН		
4	В группу разработчиков клинических рекомендаций входили представители всех соответствующих медицинских специальностей.	1	Указанные авторы - психиатры. Во вступлении к КР сказано о значении психосоциальной реабилитации, социальной помощи и пр. Среди авторов специалистов по социальной работе и психологов нет. Нет фармакологов, специалистов по клинической эпидемиологии, медицинских статистиков. Среди авторов представители только одного учреждения.
5	Мнения и предпочтения пациентов были учтены	1	Нет никакой информации об этом
6	Пользователи клинических рекомендаций четко определены.	1	Указаний нет. Рассматриваемые в КР алгоритмы помощи, включающие медикаментозные и др. назначения, свидетельствуют о том, что КР предназначены для врачей, но специальность(и) врачей не указана(ы). Вступление про качество и организацию медицинской помощи может наводить на мысль, что КР предназначены для организаторов здравоохранения, но в дальнейшем тексте КР этой информации нет.
	ТЩАТЕЛЬНОСТЬ РАЗРАБОТКИ		
7	Для поиска доказательств использовались систематические подходы.	1	Стратегия и методология поиска информации не описана совсем. Не ясно, на чем все дальнейшие основаны оценки авторов.
8	Критерии отбора доказательств четко описаны	1	Нет упоминаний
9	Сильные и слабые стороны доказательных данных четко описаны	1	Нет никакой информации об этом. При этом с учетом данных, содержащихся в тех источниках доказательств, на которые ссылаются авторы, и той информации, которую они приводят в тексте КР, как минимум необходимо уточнить соотношение диагнозов по МКБ-10 (т.к. в КР рекомендуется ставить диагноз по этой диагностической классификации) и DSM-IV (т.е. подавляющее большинство источников по рассматриваемым авторами вопросам используют именно эти критерии диагностики)

10	Методы, использованные для составления рекомендаций, четко описаны.	2	В КР приведены только "уровни доказательности". Про формирование на основе этих уровней доказательности степеней рекомендаций не сказано. При этом в самом тексте КР авторы широко используют разного рода алгоритмы (последовательности действий), о том, каким образом они сформулированы не сказано. При этом "уровни доказательности" упоминаются преимущественно в отношении методов биологической терапии.
11	Эффективность и безопасность предлагаемых подходов учитывались при составлении рекомендаций.	5	Алгоритмы помощи в КР включают рассмотрение эффективности и побочных эффектов терапии. Полноту оценки влияния побочных эффектов рассмотреть не представляется возможным.
12	Есть эксплицитно выраженная связь между рекомендациями и подтверждающими их доказательствами	2	В КР приведены только "уровни доказательности". Про формирование на основе этих уровней доказательности степеней рекомендаций не сказано. При этом в самом тексте КР авторы широко используют разного рода алгоритмы (последовательности действий), о том, каким образом они сформулированы не сказано.
13	Рекомендации были рецензированы независимыми экспертами перед публикаций		В данном случае пункт оценить нельзя, т.к. опубликован только проект КР. Однако никаких указаний на рецензии КР нет. В суммарную оценку по шкале этот пункт не включен.
14	Представлена процедура обновления КР	1	Процедура обновления КР не описана, время обновления не запланировано.
	ЯСНОСТЬ ИЗЛОЖЕНИЯ И ФОРМА ПРЕДСТАВЛЕНИЯ		
15	Рекомендации конкретны и недвусмысленны	4	В КР наиболее часто используются подразделение антипсихотиков на препараты первого поколения (АПП) и второго (АВП), и большинство рекомендаций построены на применении либо АВП, либо АПП, их сравнении. При этом обе группы препаратов включают большой перечень препаратов, существенно отличающихся между собой по целому ряду терапевтических и побочных эффектов (в т.ч. сложно быть уверенным в равной эффективности при лечении шизофрении, например, галоперидола и указанных в таблице 1 в качестве таких же АПП алимемазина и дроперидола и т.д.). В схемах даны более четкие указания, связанные с особенностями психического и соматического состояния.

16	Четко описаны различные варианты оказания помощи при данном заболевании.	5	Для большинства состояний приводится достаточно подробный перечень возможных вмешательств и альтернатив, но, описанное выше отсутствие описания рассматриваемых вопросов и методов, использованных при поиске данных, не позволяет сделать вывод о том, что описаны все возможные варианты оказания помощи. Например, возможно, недостаточно подробно рассматриваются варианты лечения пациентов в амбулаторных, стационарных или полустационарных условиях.
17	Основные рекомендации легко выявляются.	5	КР снабжены наглядными таблицами и схемами. Однако большое количество одновременно рассматриваемых вопросов делает их поиск и выбор несколько затруднительным. Основные рекомендации в тексте никак не выделены (жирным шрифтом, подчеркиванием и пр.)
	ВОЗМОЖНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ		
18	Рекомендации описывают имеющиеся возможности и препятствия для их практического применения	2	Возможности и препятствия для практического применения рекомендаций в тексте не указаны.
19	В рекомендациях представлены советы и/или инструменты по внедрению рекомендаций в практику	4	Обсуждения путей преодоления возможных препятствий для использования данных рекомендаций в клинической практике нет. Схемы и таблицы, представленные в КР, могут быть наглядным пособием, облегчающим их применение.
20	Рассмотрены потенциальные изменения использования ресурсов здравоохранения при использовании данных алгоритмов.	2	Ресурсы, которые могут быть использованы для применения данных алгоритмов, не рассмотрены. Стоимость помощи не анализируется. Частая рекомендации использовать дорогостоящие препараты не всегда может соответствовать реальному финансированию психиатрической помощи, и этот вопрос должен быть рассмотрен. Описаны мероприятия по психосоциальной реабилитации, но необходимый штат психологов и социальных работников не указан.
21	В клинических рекомендациях представлены основные критерии оценки для целей мониторинга и/или аудита.	2	Критерии общей эффективности использования КР не рассматриваются. В указаниях по применению тех или иных вмешательств указывается слово "эффект" с недостаточной конкретизацией или полным ее отсутствием.
	НЕЗАВИСИМОСТЬ РАЗРАБОТЧИКОВ		

22	Разработчики клинических рекомендаций независимы от источника финансирования	1	Нет никаких указаний на источники финансирования разработки данных КР.
23	Наличие/отсутствие конфликта интересов у членов группы по разработке клинических рекомендаций документировано.	1	Наличие или отсутствие конфликта интересов у авторов КР никак не задокументировано.
	ИТОГО: Суммарный балл	53	
	Суммарный процент:	23,5	

	ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ И ЦЕЛИ	11	3	44,4
	УЧАСТИЕ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ СТОРОН	3	3	0,0
	ТЩАТЕЛЬНОСТЬ РАЗРАБОТКИ	13	6	19,4
	ЯСНОСТЬ ИЗЛОЖЕНИЯ И ФОРМА ПРЕДСТАВЛЕНИЯ	14	3	61,1
	ВОЗМОЖНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ	10	4	25,0
	НЕЗАВИСИМОСТЬ РАЗРАБОТЧИКОВ	2	2	0,0

Органика

	AGREE II	Балл	Комментарии
	ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ И ЦЕЛИ		
1	Общая цель клинических рекомендаций подробно описана	1	Нет указаний
2	Клинический(-ие) вопрос(-ы), рассматриваемый(-е) в клинических рекомендациях, подробно описан(-ы).	2	Не сформулированы, в заголовке обозначено: "РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ"
3	Категория пациентов, к которым планируется применять данные клинические рекомендации, подробно описана.	3	Четко не определены, перечисляются множество различных состояний различной этиологии и критерии их диагностики по МКБ-10
	УЧАСТИЕ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ СТОРОН		
4	В группу разработчиков клинических рекомендаций входили представители всех соответствующих медицинских специальностей.	1	Среди авторов только психиатры.
5	Мнения и предпочтения пациентов были учтены	1	Нет указаний
6	Пользователи клинических рекомендаций четко определены.	2	Нет указаний, но исходя из текста с перечислением врачебных назначений, можно предполагать, что это врачи.
	ТЩАТЕЛЬНОСТЬ РАЗРАБОТКИ		

7	Для поиска доказательств использовались систематические подходы.	1	Не использованы
8	Критерии отбора доказательств четко описаны	1	Не использованы и не описаны
9	Сильные и слабые стороны доказательных данных четко описаны	1	Не описаны
10	Методы, использованные для составления рекомендаций, четко описаны.	1	Не описаны.
11	Эффективность и безопасность предлагаемых подходов учитывались при составлении рекомендаций.	2	Аспекты эффективности и безопасности препаратов указаны в некоторых местах текста, но сами рекомендации и алгоритмы ясно не сформулированы.
12	Есть эксплицитно выраженная связь между рекомендациями и подтверждающими их доказательствами	1	Нет
13	Рекомендации были рецензированы независимыми экспертами перед публикацией		<i>В данном случае пункт оценить нельзя, т.к. опубликован только проект КР. Однако никаких указаний на рецензии КР нет. В суммарную оценку по шкале этот пункт не включен.</i>
14	Представлена процедура обновления КР	1	нет
	ЯСНОСТЬ ИЗЛОЖЕНИЯ И ФОРМА ПРЕДСТАВЛЕНИЯ		

15	Рекомендации конкретны и недвусмысленны	1	Нет
16	Четко описаны различные варианты оказания помощи при данном заболевании.	3	Описываются разные варианты помощи, но т.к. не поставлены клинические вопросы КР, то понять насколько описаны все возможные варианты помощи не представляется возможным
17	Основные рекомендации легко выявляются.	1	Нет
	ВОЗМОЖНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ		
18	Рекомендации описывают имеющиеся возможности и препятствия для их практического применения	1	Нет
19	В рекомендациях представлены советы и/или инструменты по внедрению рекомендаций в практику	1	Нет
20	Рассмотрены потенциальные изменения использования ресурсов здравоохранения при использовании данных алгоритмов.	1	Нет
21	В клинических рекомендациях представлены основные критерии оценки для целей мониторинга и/или аудита.	1	Нет
	НЕЗАВИСИМОСТЬ РАЗРАБОТЧИКОВ		
22	Разработчики клинических рекомендаций независимы от источника финансирования	1	Нет указаний

23	Наличие/отсутствие конфликта интересов у членов группы по разработке клинических рекомендаций документировано.	1	Нет указаний
----	--	---	--------------

ИТОГО: Суммарный балл	29
Суммарный процент:	5,3

ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ И ЦЕЛИ	6	3	16,7
УЧАСТИЕ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ СТОРОН	4	3	5,6
ТЩАТЕЛЬНОСТЬ РАЗРАБОТКИ	8	6	5,6
ЯСНОСТЬ ИЗЛОЖЕНИЯ И ФОРМА ПРЕДСТАВЛЕНИЯ	5	3	11,1
ВОЗМОЖНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ	4	4	0,0
НЕЗАВИСИМОСТЬ РАЗРАБОТЧИКОВ	2	2	0,0

Альцгеймер

	AGREE II	Балл	Комментарии
	ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ И ЦЕЛИ		
1	Общая цель клинических рекомендаций подробно описана	1	Цель не указана.
2	Клинический(-ие) вопрос(-ы), рассматриваемый(-е) в клинических рекомендациях, подробно описан(-ы).	2	Вопросы, которым посвящены КР, не указаны. В заголовке "диагностика и лечение болезни Альцгеймера" (БА). Дальнейшее знакомство с текстом свидетельствует, что, например, вопросы диагностики БА рассматриваются не в отношении самой БА, как процесса, а только в отношении клиники отдаленных этапов БА (деменции) с упоминанием даже "посмертного исследования головного мозга", которое названо единственным вариантом "достоверной" диагностики (что в аспекте наличия в настоящее время методов прижизненной визуализации амилоида и исследований СМЖ, может говорить о том, что рекомендации по диагностике составлены на основании данных приблизительно 10-20-летней давности). Кроме лечения самой БА в рекомендациях рассматриваются вопросы терапии психических и поведенческих расстройств, которыми может сопровождаться БА (депрессии, психозы, делирий), но нет, например, обсуждения вопросов социальной реабилитации, психологической коррекции, ухода и пр. Все эти аспекты приходится выяснять по ходу знакомства с рекомендациями.
3	Категория пациентов, к которым планируется применять данные клинические рекомендации, подробно описана.	2	Категория пациентов описана на основе кода диагностических критериев F00 "деменции при болезни Альцгеймера" по МКБ-10 (1992). Таким образом, заголовок КР, где речь идет о болезни Альцгеймера (G30) в целом, а не только о деменции, противоречит содержанию самого текста КР. В разделах скрининг и профилактика категории обследуемых лиц не указаны. Все алгоритмы терапии построены на делении БА на "три основные стадии", критерии разделения пациентов по стадиям приведены в общих словах и ссылками не снабжены (отмечено только, что эти стадии "традиционно выделяются" и к ним "иногда" прибавляют еще две стадии). В рекомендациях приводятся описание лечения ППСД ("различные поведенческие и психические симптомы деменции"), критерии которых приведены только в общих словах.
	УЧАСТИЕ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ СТОРОН		

4	В группу разработчиков клинических рекомендаций входили представители всех соответствующих медицинских специальностей.	1	Автором клинических рекомендаций указан только 1 (!) человек, психиатр. Среди авторов специалистов по социальной работе и психологов нет. Нет неврологов, фармакологов, специалистов по клинической эпидемиологии, медицинских статистиков.
5	Мнения и предпочтения пациентов были учтены	1	В тексте есть указание "Предварительная версия была также направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования, для получения комментариев с точки зрения перспектив пациентов.", дословно скопированное из рекомендаций пульмонологов по бронхиальной астме. Каким образом человек без медицинского образования может оценить медицинские назначения с точки зрения пациентов неясно. Данный текст представляется неким плохо понятым заимствованием.
6	Пользователи клинических рекомендаций четко определены.	1	Не никаких указаний
ТЩАТЕЛЬНОСТЬ РАЗРАБОТКИ			
7	Для поиска доказательств использовались систематические подходы.	1	В КР описана методология поиска литературных источников. Однако, несмотря на заявленную методологию, систематический подход при отборе доказательств не прослеживается. Например, указано про поиск публикаций в базе данных Pubmed, однако, например, раздел по диагностике БА снабжен ссылкой на источники 20летней давности (самая свежая ссылка от 1994 года!), что, при наличии в базе данных Pubmed только за последние 10 лет 26 тысяч публикаций (!), выводимых на запрос "alzheimer's disease diagnosis", позволяет предположить, что если поиск и проводился, то он не был систематическим и был почему-то смещен во времени в начало 90-х годов. Кроме того, в целом можно отметить, что многие предложения из описания методологии дословно заимствованы из КР по бронхиальной астме (http://www.pulmonology.ru/download/asthmaclinrecomend.pdf)

8	Критерии отбора доказательств четко описаны	1	Кроме использования Pubmed, отмечено, что "в качестве доказательной базы" использовались "данные международных согласительных документов по болезни Альцгеймера: Австрийского общества Альцгеймера "Dementia 2010"; Американской ассоциации гериатрической психиатрии, Ассоциации болезни Альцгеймера и Американского гериатрического общества; консенсус Национальных институтов здоровья США." Почему именно эти источники выбраны, не описано, существуют ли другие источники не описано, отсутствие указаний года издания и ссылок на документы не позволяют судить о том, могут ли эти документы служить "доказательной базой" или нет. Отмеченное в тексте исследование "Dementia 2010" (http://www.dementia2010.org/) является не австрийским, а английским, к тому же посвященным вопросом экономического бремени болезни, о котором ниже в тексте рекомендаций отмечено, что оно не оценивалось.
9	Сильные и слабые стороны доказательных данных четко описаны	1	Применительно к диагностике и лечению БА этот вопрос никак не описан.
10	Методы, использованные для составления рекомендаций, четко описаны.	1	В таблицы 1 и 2 озаглавлены одинаково - "рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций". При этом в таблице 1 приводятся "уровни доказательств", а не рекомендаций. Эта ошибка скопирована из рекомендаций по бронхиальной астме http://www.pulmonology.ru/download/asthmaclinrecomend.pdf Далее в тексте приводятся дословные цитаты из этих же рекомендаций по астме, в т.ч. об участии экспертов (каких?), внутренней и внешней экспертизе (как это возможно, если есть только 1 автор? - "Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы"). Все это, вместе с отсутствием информации об источниках данных, приводит к предположению о попытке ввести в заблуждение в отношении методологии составления клинических рекомендаций. В таблице 5 приводятся алгоритм лечения, на основе каких данных и каким образом выбрана рекомендуемая в нем последовательность вмешательств неясно (н., почему единственным вмешательством на этапе мягкой деменции выбрано: "Церебролизин по 20,0 в/в капельно №20, не реже 1 курса в год (2++, В)"?)
11	Эффективность и безопасность предлагаемых подходов учитывались при составлении рекомендаций.	3	Для аспектов диагностики каких-либо данных о доказательности или силе рекомендаций не приводятся. Влияние безопасности на силу рекомендаций в методологии не описано, но в тексте КР есть упоминания о побочных эффектах терапии, влияла ли эта информация на формирование рекомендаций или нет, не ясно.

12	Есть эксплицитно выраженная связь между рекомендациями и подтверждающими их доказательствами	3	В таблице 2 приведена информация о связи силы рекомендаций и качества исследований, при этом данная информация снабжена комментарием, который никак не помогает разобраться в том, какие факторы имели значение при установлении связи между уровнем доказательств и силой рекомендаций: "При подготовке рекомендаций необходимо отличать силу рекомендаций от качества соответствующих доказательств. Данная система позволяет обосновать сильные рекомендации доказательствами низкого или значительно реже очень низкого качества, полученными в РКИ более низкого уровня или наблюдательных исследованиях. Одновременно слабые рекомендации могут основываться на высококачественных доказательствах. Первая ситуация складывается в редких случаях, когда не доказательства из включенных исследований, а другие факторы определяют силу рекомендаций, в то время как вторая ситуация отмечается не так редко". Какие именно "другие факторы" принимались в расчет автором не указано.
13	Рекомендации были рецензированы независимыми экспертами перед публикацией		<i>В данном случае пункт оценить нельзя, т.к. опубликован только проект КР. Однако никаких указаний на рецензии КР нет. В суммарную оценку по шкале этот пункт не включен.</i>
14	Представлена процедура обновления КР	1	нет информации
	ЯСНОСТЬ ИЗЛОЖЕНИЯ И ФОРМА ПРЕДСТАВЛЕНИЯ		
15	Рекомендации конкретны и недвусмысленны	3	С учетом недостаточности данных о поставленных клинических вопросах, категориях больных, отсутствия подтверждающих доказательств указаний в ряде разделов (н., диагностики), те рекомендации, которые даются в тексте нельзя считать достаточно конкретными и ясными.
16	Четко описаны различные варианты оказания помощи при данном заболевании.	3	Отсутствует освещение вопросов ухода, социальной, психологической помощи, поддержки родных и пр. Нет ясности в том, какие варианты помощи входили в цели рассмотрения авторов, кому адресованы данные рекомендации.
17	Основные рекомендации легко выявляются.	3	В тексте основные рекомендации не выделяются, но в КР есть таблицы с алгоритмами лечения. Кроме того, отдельно выделены некоторые практически важные пункты, например, "Чего нельзя делать. Основные ошибки".

ВОЗМОЖНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ			
18	Рекомендации описывают имеющиеся возможности и препятствия для их практического применения	1	Нет описания
19	В рекомендациях представлены советы и/или инструменты по внедрению рекомендаций в практику	4	В тексте есть описание возможных ошибок применения препаратов, рекомендуемых алгоритмом, общие правила терапии, таблицы с алгоритмами, которые можно использовать при работе с больными
20	Рассмотрены потенциальные изменения использования ресурсов здравоохранения при использовании данных алгоритмов.	1	нет
21	В клинических рекомендациях представлены основные критерии оценки для целей мониторинга и/или аудита.	1	Нет
НЕЗАВИСИМОСТЬ РАЗРАБОТЧИКОВ			
22	Разработчики клинических рекомендаций независимы от источника финансирования	1	Нет информации

23	Наличие/отсутствие конфликта интересов у членов группы по разработке клинических рекомендаций документировано.	1	Нет указаний
----	--	---	--------------

ИТОГО: Суммарный балл	37
Суммарный процент:	11,4

ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ И ЦЕЛИ	5	3	11,1
УЧАСТИЕ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ СТОРОН	3	3	0,0
ТЩАТЕЛЬНОСТЬ РАЗРАБОТКИ	11	6	13,9
ЯСНОСТЬ ИЗЛОЖЕНИЯ И ФОРМА ПРЕДСТАВЛЕНИЯ	9	3	33,3
ВОЗМОЖНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ	7	4	12,5
НЕЗАВИСИМОСТЬ РАЗРАБОТЧИКОВ	2	2	0,0

Расстройства личности

	AGREE II	Балл	Комментарии
	ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ И ЦЕЛИ		
1	Общая цель клинических рекомендаций подробно описана	1	Нет указаний
2	Клинический(-ие) вопрос(-ы), рассматриваемый(-е) в клинических рекомендациях, подробно описан(-ы).	2	Не сформулированы, в заголовке обозначено: "РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ"
3	Категория пациентов, к которым планируется применять данные клинические рекомендации, подробно описана.	3	Четко не определены, перечисляются критерии диагностики расстройств личности по МКБ-10
	УЧАСТИЕ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ СТОРОН		
4	В группу разработчиков клинических рекомендаций входили представители всех соответствующих медицинских специальностей.	1	Среди авторов только 1 человек.
5	Мнения и предпочтения пациентов были учтены	1	Нет указаний
6	Пользователи клинических рекомендаций четко определены.	2	Нет указаний, но исходя из текста с перечислением врачебных назначений, можно предполагать, что это врачи.
	ТЩАТЕЛЬНОСТЬ РАЗРАБОТКИ		

7	Для поиска доказательств использовались систематические подходы.	1	Описания скопированы из рекомендаций по лечению бронхиальной астмы. Дальнейшее знакомство с текстом свидетельствует, что описание методологии сфальсифицировано, а описанная методология не применялась.
8	Критерии отбора доказательств четко описаны	1	Не использованы и не описаны
9	Сильные и слабые стороны доказательных данных четко описаны	1	Не описаны
10	Методы, использованные для составления рекомендаций, четко описаны.	1	Не описаны.
11	Эффективность и безопасность предлагаемых подходов учитывались при составлении рекомендаций.	2	Аспекты эффективности и безопасности препаратов указаны в некоторых местах текста, но сами рекомендации и алгоритмы ясно не сформулированы.
12	Есть эксплицитно выраженная связь между рекомендациями и подтверждающими их доказательствами	1	Нет
13	Рекомендации были рецензированы независимыми экспертами перед публикаций		<i>В данном случае пункт оценить нельзя, т.к. опубликован только проект КР. Однако никаких указаний на рецензии КР нет. В суммарную оценку по шкале этот пункт не включен.</i>
14	Представлена процедура обновления КР	1	Нет
	ЯСНОСТЬ ИЗЛОЖЕНИЯ И ФОРМА ПРЕДСТАВЛЕНИЯ		
15	Рекомендации конкретны и недвусмысленны	1	Нет

16	Четко описаны различные варианты оказания помощи при данном заболевании.	3	Описываются разные варианты помощи, но т.к. не поставлены клинические вопросы КР, то понять насколько описаны все возможные варианты помощи не представляется возможным
17	Основные рекомендации легко выявляются.	1	Нет
ВОЗМОЖНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ			
18	Рекомендации описывают имеющиеся возможности и препятствия для их практического применения	1	Нет
19	В рекомендациях представлены советы и/или инструменты по внедрению рекомендаций в практику	1	Нет
20	Рассмотрены потенциальные изменения использования ресурсов здравоохранения при использовании данных алгоритмов.	1	Нет
21	В клинических рекомендациях представлены основные критерии оценки для целей мониторинга и/или аудита.	1	Нет
НЕЗАВИСИМОСТЬ РАЗРАБОТЧИКОВ			
22	Разработчики клинических рекомендаций независимы от источника финансирования	1	Нет указаний
23	Наличие/отсутствие конфликта интересов у членов группы по разработке клинических рекомендаций документировано.	1	Нет указаний

ИТОГО: Суммарный балл	29
Суммарный процент:	5,3

ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ И ЦЕЛИ	6	3	16,7
УЧАСТИЕ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ СТОРОН	4	3	5,6
ТЩАТЕЛЬНОСТЬ РАЗРАБОТКИ	8	6	5,6
ЯСНОСТЬ ИЗЛОЖЕНИЯ И ФОРМА ПРЕДСТАВЛЕНИЯ	5	3	11,1
ВОЗМОЖНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ	4	4	0,0
НЕЗАВИСИМОСТЬ РАЗРАБОТЧИКОВ	2	2	0,0