



О трех способах подготовки клинических рекомендаций. Инструменты ADAPTE и AGREE GRS

© О.Ю. Реброва^{1,2,3}

¹Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии, Москва, Россия;

²Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия;

³Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Москва, Россия

Разработка клинических рекомендаций (КР) *de novo* – сложный процесс, требующий высококвалифицированных кадров, большого времени (от 1 года до 3 лет), а, следовательно, существенного финансирования. Поскольку во многих странах мира существуют ограничения перечисленных ресурсов, то, помимо собственно разработки КР, экспертным сообществом разработаны упрощенные способы подготовки КР: принятие (adoption) и адаптация (adaptation). Принятие – наиболее простой вариант – представляет собой перевод на национальный язык КР, разработанных вызывающей доверие зарубежной профессиональной ассоциацией. В этом случае, конечно, КР должны атрибутироваться именно как перевод, без добавления авторства национальной профессиональной ассоциации. При этом может быть указано, что национальная профессиональная организация обсудила и одобрила данный документ. Возможно также размещение комментариев. Другой способ – адаптация – заключается в подстройке КР, разработанных в одной стране, к условиям и особенностям системы здравоохранения в другой стране. Процесс адаптации принципиально сложнее, чем простое принятие КР. Порядок адаптации был разработан международной группой экспертов ADAPTE, его детально прокомментированная процедура свободно доступна. Ключевым этапом многоэтапной процедуры адаптации является оценка методологического качества адаптируемых КР с помощью вопросника AGREE II либо его упрощенной версии AGREE GRS. Также выполняется оценка актуальности, согласованности, приемлемости и применимости КР. В условиях жесткого дефицита ресурсов предпочтительным представляется принятие КР, а в несколько более свободных условиях – адаптация КР. Разработка КР *de novo* в условиях неограниченного информационного обмена нецелесообразна и слишком затратна. Компромиссный вариант – адаптация, позволяющая, с одной стороны, существенно экономить ресурсы различного типа, а, с другой, продвигать методологию доказательной медицины в национальное медицинское сообщество.

Ключевые слова: клинические рекомендации, разработка *de novo*, адаптация, принятие, ADAPTE, AGREE II, AGREE GRS.

Three ways to develop clinical guidelines. ADAPTE and AGREE GRS procedures

© Olga Yu. Rebrova

¹Endocrinology Research Centre, Moscow, Russia;

²The Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov, Moscow, Russia;

³National Research University Higher School of Economics, Moscow, Russia

Development of *de novo* clinical guidelines (CG) is a complex process that requires highly qualified personnel, an extended amount of time (from 1 to 3 years), and, consequently, substantial funding. In many countries there are limits to these resources, and so, as an alternative to the development of actual *de novo* CG, the expert community has developed simplified ways of preparing CG: adoption and adaptation. Adoption is the easiest option – it is simply translation of clinical guidelines developed by a credible foreign professional association into the native language. In this case, of course, translated guidelines should be attributed accurately as a translation, without claiming additional authorship by a local professional association. It may be stated that the local professional organization has discussed and approved the translated document. It is also possible to post comments. Another way – adaptation – is to adjust the CG, developed in one country, to the conditions and features of the healthcare system in another country. Adaptation is fundamentally more difficult than adoption. An adaptation procedure has been developed by ADAPTE, an international group of experts. Their detailed procedure, complete with commentaries, is freely available. The key stage of the multi-stage adaptation procedure is the assessment of the methodological quality of the adapted CG using the AGREE II questionnaire or its simplified version, AGREE GRS. An assessment of the relevance, consistency, acceptability and applicability of the CG is also performed. In situations of a pronounced shortage of resources, adoption of the CG is preferable, while under less constrained conditions – adaptation of the CG. Development of *de novo* CG in the context of an unlimited exchange of information seems inappropriate and unnecessarily costly. The compromise is an adaptation that serves, on the one hand, to significantly save various types of resources, and, on the other, to promote the methodology of evidence-based medicine in the national medical community.

Keywords: guideline, adaptation, adoption, ADAPTE, AGREE II, AGREE GRS.

Актуальность

По современным представлениям, клинические рекомендации (КР) – вершина аналитической деятельности в медицине, максимально насыщенный информационный продукт, основанный на концеп-

ции доказательной медицины и предназначенный для использования во врачебной практике, а также в образовательном процессе. КР (англ. guideline, guidelines, clinical guidelines, clinical practice guidelines) охватывают вопросы профилактики, скрининга, диагностики и лечения заболеваний. Правильно разра-

ботанные КР минимизируют риски и являются основным инструментом повышения качества медицинской помощи [1].

Содержание КР — описание наилучшей врачебной практики, основанной на последних достижениях медицинской науки. КР по определению — рекомендательный документ, так как даже полный набор КР по всем проблемам не может охватить весь спектр клинических ситуаций. КР не могут и не должны использоваться как нормативный и предписывающий документ. Однако в настоящее время КР, подготавливаемые в соответствии с 323-ФЗ профессиональными врачебными ассоциациями по поручению Минздрава РФ на основании проектов методических руководств ЦЭККМП [2, 3], становятся основой не только для формирования клинико-статистических групп и соответствующего нового принципа финансирования учреждений здравоохранения по программам ОМС, но и для контроля качества медицинской помощи. В частности, в соответствии с методическими рекомендациями ФФОМС [4] оценка качества медицинской помощи (МП) в онкологии уже в 2019 г. будет выполняться по ее соответствию КР. Как будут расцениваться случаи отклонения от КР, пока неясно.

Минздравом, видимо, предполагается, что КР разрабатываются *de novo*, однако фактически никто не интересуется тем, как именно происходит процесс разработки. При этом важно отметить следующие обстоятельства:

- ни Минздрав, ни профессиональные ассоциации не финансируют эти разработки (по крайней мере, в значительной доле случаев);
- отсутствует необходимая подготовка врачей-разработчиков КР;
- отсутствуют кадры методологов, которые могли бы организовать эту работу; имеющиеся единичные кадры не привлекаются к этой работе;
- работы проводятся в крайне сжатые сроки — каждая кампания Минздрава обычно проводится в течение нескольких недель (в то время как разработка КР в соответствии с международной практикой требует от 1 года до 3 лет интенсивной работы группы экспертов).

Эти обстоятельства приводят, в частности, к следующим результатам:

- КР разрабатываются вообще без какой-либо методологии, в соответствии с субъективными предпочтениями авторов;
- по одной и той же нозологии разными профессиональными ассоциациями разрабатываются несогласованные, порой противоречащие друг другу, КР;
- КР по одной и той же специальности могут использовать десятки разных шкал уровней достоверности доказательств и убедительности рекомендаций, причем с неточными (невалидизированными) их переводами на русский язык и без ссылок на первоис-

точники, что затрудняет их использование практическими врачами;

— КР являются сплошным или выборочным переводом зарубежных КР с присвоением авторства российскими «членами рабочей группы».

Все эти варианты являются, безусловно, неприемлемыми как с точки зрения доказательной медицины, так и с точки зрения научной и врачебной этики.

Разработка КР *de novo* является сложным многоступенчатым процессом, требующим значительных затрат финансирования, кадров и времени. Для такой разработки можно рекомендовать использовать инструменты Международной сети по КР (Guidelines International Network) [5]. Однако во многих странах существует дефицит ресурсов для разработки КР *de novo*, поэтому в настоящее время разработаны и предлагаются упрощенные способы подготовки КР: принятие (adoption) и адаптация (adaptation). Это позволяет экономить ресурсы и избегать дублирования сложной и масштабной аналитической работы.

Принятие (adoption)

Данный способ является наиболее простым и представляет собой перевод на национальный язык КР, разработанных вызывающей доверие зарубежной профессиональной ассоциацией.

Для поиска хороших КР можно обратиться к интернет-ресурсу Международной сети по КР [5]. Также рекомендуется изучить веб-сайты профильных международных ассоциаций, где обычно в разделах «Ресурсы» или «Библиотека» бесплатно доступны новейшие версии КР. Дополнительно можно провести поиск в PubMed с фильтром Article types: Guideline, использовать поиск в Google и т.д.

В этом случае, конечно, перевод КР должен атрибутироваться именно как перевод, без добавления авторства национальной профессиональной ассоциации. При этом может быть указано, что национальная профессиональная организация обсудила и одобрила данный документ. Возможно также размещение комментариев. Пока неясно, приемлем ли такой продукт для Минздрава.

Адаптация (adaptation)

Процедура адаптации разработана международным экспертным сообществом с целью минимизации затрат и дублирования работы и заключается в подстройке КР, разработанных в одной стране, к условиям и особенностям системы здравоохранения в другой. Процесс адаптации принципиально сложнее, чем принятие КР, поскольку требует значительно большего времени и организационных ресурсов, а главное — участия высококвалифицированных специалистов-методологов, которые, как уже отмеча-

лось, в существенном дефиците в РФ. Порядок адаптации был разработан международной группой экспертов ADAPTE, его детально прокомментированная процедура свободно доступна [6]. Поэтапная схема адаптации приведена в **табл. 1**. Прокомментируем кратко наиболее важные этапы.

На **этапе 4** необходимо обеспечить включение в Рабочую группу лиц как минимум следующих компетенций:

- эксперты-клиницисты в основной и смежных областях (должна обеспечиваться мультидисциплинарность Рабочей группы);
- лица, имеющие персональный опыт по данному заболеванию (пациенты);
- организаторы здравоохранения;
- специалисты по методологии медицинских исследований и разработки КР;
- специалисты по поиску информации в базах данных (обычно это библиотекари);
- менеджер (для технического администрирования процесса адаптации).

На **этапе 7** формулируются ключевые вопросы по формуле PIPON:

- P (population) – популяция пациентов и характеристика заболевания;
- I (interventions) – рассматриваемые вмешательства;
- P (professionals) – целевая аудитория КР;
- O (outcomes) – ожидаемые исходы, которые могут быть улучшены (исходы пациентов, показатели системы здравоохранения, эпидемиологические показатели и др.);
- H (health care setting) – место оказания медицинской помощи (амбулатория, стационар, скорая помощь и пр.).

Ключевых вопросов может быть несколько.

На **этапе 8** выполняется систематический поиск КР в соответствии сформулированными на этапе 7 ключевыми вопросами. Для выполнения систематического поиска сначала необходимо определить стратегию поиска, прежде всего критерии включения и критерии исключения КР (например, годы публика-

Таблица 1. Порядок адаптации КР¹ (адаптировано из [6])

Фаза	Этап
Фаза 1. Подготовка	1. Проверка наличия КР для адаптации (если не найдены, необходима разработка <i>de novo</i>)
	2. Формирование мультидисциплинарной Рабочей группы
	3. Выбор тематики КР (если необходимо) по критериям высокой распространенности, инвалидизации, смертности, экономического бремени заболевания, недопустимо высокой вариабельности врачебной практики и т.п.
	4. Идентификация финансовых и временных ресурсов для разработки, источников информации, формирование Рабочей группы*
	5. Заключительный этап подготовки (распределение обязанностей, определение графика работы, декларация конфликтов интересов, выбор способов достижения консенсуса, определение порядка взаимодействия с регулятором, согласование вопросов авторства, способов публикации и др.)
	6. Написание протокола адаптации в соответствии с предлагаемым шаблоном
Фаза 2. Адаптация	7. Формулировка ключевых вопросов по формуле PIPON*
	8. Поиск КР и других необходимых материалов*
	9. Просмотр найденных КР*
	10. Ограничение числа рассматриваемых КР*
	11. Оценка методологического качества КР*
	12. Оценка актуальности КР*
	13. Оценка содержания КР*
	14. Оценка согласованности КР*
	15. Оценка приемлемости и применимости КР*
	16. Обобщение оценок этапов 11–15*
	17. Выбор КР (или набора рекомендаций ¹) для адаптации*
	18. Подготовка черновика адаптированных КР*
Фаза 3. Финализация	19. Внешнее рецензирование заинтересованными лицами*
	20. Согласование с вышестоящими и смежными профессиональными ассоциациями, с одобряющими органами (если необходимо)
	21. Согласование с авторами-разработчиками адаптированных КР
	22. Проверка соблюдения всех прав авторов использованных КР*
	23. Планирование дальнейшего пересмотра КР*
	24. Оформление окончательной версии КР*

*Детализация в тексте.

¹Рекомендация – это основная структурная единица КР. Таким образом, КР – набор обычно нескольких десятков конкретных рекомендаций по вопросам диагностики, лечения, профилактики. В отечественных методических документах рекомендация называется «тезис-рекомендация» [7].

ции, языки, авторские группы). Если планируется адаптировать заранее выбранные КР, этот этап пропускается, однако в данном случае необходимо обогатить выбор конкретных КР. Основные источники для поиска КР:

- Guidelines International Network (g-i-n.net)
- Institute for Clinical Systems Improvement (icsi.org)
- National Institute for Health and Care Excellence (nice.org.uk)

Более полный список ресурсов приведен в [6], с. 54.

Рекомендуется также просматривать интернет-сайты международных профессиональных ассоциаций соответствующего профиля, пользоваться MedLine, а также общими поисковыми машинами (Google и т.п.).

Все найденные КР удобно кратко описать в таблице со следующими столбцами: разработчик, дата публикации, страна, язык, дата выполнения поиска. При этом следует помнить, что не всегда новейшие публикации являются самыми лучшими по качеству.

Систематический поиск также желательно выполнять в отношении систематических обзоров и отчетов по оценке медицинских технологий, опубликованных позднее новейших из найденных КР.

Этапы 9 и 10 могут выполняться разными способами, например:

- консенсусным решением могут быть исключены из дальнейшего рассмотрения некоторые из найденных КР, либо, наоборот, включены только одобренные всеми экспертами КР;
- может быть проведена предварительная оценка качества КР с использованием вопросника AGREE GRS (см. ниже);
- может быть проведена оценка по выбранному (наиболее важному) домену вопросника AGREE II или AGREE GRS, и т.п.

В любом случае порядок принятия решений четко документируется в протоколе.

Этап 11 – оценка качества КР – является ключевым. Оценка каждого найденного КР проводится несколькими экспертами (рекомендуемое число экспертов – 4, минимальное – 2), а рекомендуемым инструментом является вопросник «Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation» (AGREE). Этот вопросник был впервые представлен в 2003 г., и фактически стал международным стандартом при разработке, написании и оценке качества КР. Текущая версия вопросника называется AGREE II [8] и включает 23 вопроса по 6 аспектам (доменам); он переведен на десятки языков. Существует и официальный перевод на русский язык первой версии AGREE [9]. Заметим, что прежде чем пользоваться инструментом AGREE, необходимо его освоить. Это рекомендуется делать на коллективном тренинге, где одни КР оцениваются независимо всеми участ-

никами, а затем разногласия обсуждаются при участии тренера.

Практика однако показала, что AGREE II слишком сложен для многих пользователей. В условиях дефицита ресурсов (как это часто бывает в реальной практике) в 2012 г. был предложен сокращенный вариант инструмента AGREE II – AGREE Global Rating Scale (AGREE GRS) [10]. Он несколько менее надежен, чем оригинальный вопросник, но все же приемлем для предварительной оценки КР; как основной инструмент рекомендуется использовать AGREE II.

Подготовка к использованию AGREE GRS состоит во внимательном прочтении КР и всех дополнительных материалов, а также назначении минимум двух (оптимально – четырех) экспертов, которые будут выполнять оценку.

Вопросник состоит из 4 аспектов (доменов):

1. Процесс разработки КР;
2. Качество представления рекомендаций;
3. Полнота описания;
4. Клиническая валидность.

По каждому из доменов проставляется оценка по 7-балльной шкале в зависимости от полноты и качества представленной информации:

– 1 балл (наихудшая оценка) выставляется при отсутствии информации, недостаточной или низкого качества информации, либо в ситуации, когда авторами КР явно указано, что необходимые характеристики отсутствуют;

– 7 баллов (высшая оценка) выставляется при отличном описании аспекта и полном соответствии требованиям;

– баллы от 2 до 6 проставляются в промежуточных случаях.

Наш перевод вопросника AGREE GRS приведен в **табл. 2**. Важно отметить, что приведенные во втором столбце критерии не являются исчерпывающими, могут использоваться и другие, дополнительные критерии оценки, причем количество соответствий критериям прямо не связано с выставляемой оценкой.

После проставления оценок по 4 пунктам необходимо сделать еще 3 общих оценки:

- общее качество КР (1–7 баллов качества);
- рекомендация к применению (от 1 до 7 баллов согласия);
- полезность в собственной профессиональной практике (от 1 до 7 баллов согласия).

Каждую оценку предлагается сопровождать поясняющим ее комментарием.

В вопроснике AGREE II оценки по доменам суммировать не предлагается, однако по каждому домену суммируются оценки всех участвующих экспертов. Аналогично можно поступить и для вопросника AGREE GRS. Например, если по домену 2 один эксперт поставил 5 баллов, а другой 3, их суммарная оценка равна 8. Далее рассчитывается доля (в %) этой

Таблица 2. Вопросник AGREE GRS (адаптировано из [10])

Домен	Критерий оценки (неисчерпывающий список)	Возможные баллы	Комментарии
1. Общее качество методов разработки КР	• Были ли привлечены к разработке КР все заинтересованные стороны?	1 – самое низкое качество	
	• Формировалась ли доказательная база на основе систематического подхода?	...	
	• Соответствуют ли КР имеющимся публикациям?	7 – очень высокое качество	
2. Качество представления	• Хорошо ли структурированы КР?	1 – самое низкое качество	
	• Легко ли найти в тексте конкретные рекомендации?	...	
		7 – очень высокое качество	
3. Полнота описания	• Был ли процесс разработки КР транспарентным и воспроизводимым?	1 – самое низкое качество	
	• Достаточно ли информации для лиц, принимающих решения?	...	
		7 – очень высокое качество	
4. Клиническая валидность	• Являются ли КР клинически значимыми?	1 – самое низкое качество	
	• Приемлемы ли рекомендации для пациентов?	...	
		7 – очень высокое качество	
Общие оценки			
5. Оцените общее качество КР		1 – самое низкое качество	
		...	
		7 – очень высокое качество	
6. Я бы порекомендовал использовать эти КР на практике		1 – совершенно не согласен	
		...	
		7 – совершенно согласен	
7. Мне были бы полезны эти КР в моей профессиональной практике		1 – совершенно не согласен	
		...	
		7 – совершенно согласен	

суммарной оценки от максимальной по следующей формуле:

Оценка по домену = (сумма баллов всех экспертов – минимально возможный суммарный балл по домену) / (максимально возможный суммарный балл по домену – минимально возможный суммарный балл по домену).

В случае работы двух экспертов эта формула для вопросника AGREE GRS выглядит следующим образом:

Оценка по домену в случае двух экспертов = (сумма баллов двух экспертов – 2) · (14 – 2).

В случае работы трех экспертов:

Оценка по домену в случае трех экспертов = (сумма баллов трех экспертов – 3) · (21 – 3).

Следовательно, оценка по каждому домену колеблется в диапазоне от 0 до 100%. Возможны различные интерпретации полученных оценок:

– можно выбрать и оценивать прежде всего наиболее важный домен, например, третий, установив пороговое значение, необходимое для продолжения экспертизы по остальным доменам. Например, если пороговое значение равно 70%, то при работе двух экспертов его возможно преодолеть при сумме баллов ≥ 10 ;

– можно задать пороговые, не обязательно равные, значения для каждого домена.

Возможны и другие варианты, принятые согласованным решением организаторов экспертизы, например, усреднение оценок и дальнейшая их стратификация по диапазонам.

Оценка актуальности КР (этап 12) важна для быстро развивающихся направлений. В ряде случаев и

трехлетний «возраст» КР может оказаться слишком большим, и тогда возникает необходимость принятия одного из нескольких возможных решений: ждать новой версии, разрабатывать некоторые рекомендации *de novo*, исключать КР из рассмотрения и т.п.

На следующем этапе (этап 13) основное содержание КР кратко описывается по определенной схеме. Если на этом этапе продолжает рассматриваться несколько КР, это рекомендуется делать в табличной форме для дальнейшего наглядного сопоставления КР.

Этап 14 включает анализ согласованности рассматриваемых КР по трем аспектам: согласованности стратегий поиска и отбора доказательств, согласованности доказательств, согласованности рекомендаций. Данный этап является наиболее ресурсоемким по времени.

На этапе 15 оцениваются приемлемость и применимость каждой рекомендации. Обычно рассматриваются следующие вопросы:

– соответствует ли рассматриваемая популяция целевой?

– приемлемо ли вмешательство для наших пациентов?

– доступны ли необходимые лекарственные препараты и оборудование?

– имеются ли у врачей необходимые знания и навыки?

– существуют ли какие-либо организационные, административные, юридические и другие препятствия?

– соответствуют ли вмешательства общественным ценностям и культурным нормам?

– будет ли достигнута польза?

Этап 16 — сведение в общий документ всех предыдущих оценок, полученных на этапах 11–15.

Этап 17 рекомендуется организовывать в формате личной встречи экспертов. По каждой из рассмотренных КР принимается одно из 5 решений: полностью отклонить, полностью принять, принять только обзор доказательств, принять отдельные рекомендации, незначительно модифицировать отдельные рекомендации (например, в случае появления новых доказательств). Таким образом, адаптируемые КР могут представлять собой набор рекомендаций из разных КР.

На **этапе 18** готовится черновик КР в соответствии с международным ([6], с. 90) либо локальным (в РФ в настоящее время [7]) шаблоном. Каким бы ни был формат КР, необходимо обеспечивать ясное, прозрачное описание процесса и методологии адаптации КР. Это необходимо для обеспечения воспроизводимости рассуждений и, в конечном счете, обеспечения доверия врачей — целевой аудитории КР.

Этап 19 — внешнее рецензирование — получение мнений врачей, организаторов здравоохранения, пациентов о предлагаемых КР. Для каждой из этих групп удобно использовать свои структурированные вопросники. Все полученные ответы должны быть рассмотрены, а процесс рассмотрения документирован.

Этап 22 подразумевает проверку того, на все ли использованные документы поставлены ссылки и соблюдены ли авторские, разрешительные и лицензионные права.

На **этапе 23** определяется срок и порядок пересмотра КР. Определение необходимости пересмотра основано прежде всего на получении новых доказательств и оценке их влияния на имеющиеся рекомендации. В зависимости от масштаба этого влияния могут быть реализованы разные изменения: аннулирование всего документа КР, аннулирование отдельных рекомендаций, редактирование отдельных рекомендаций. Срок пересмотра может быть связан со сроком пересмотра использованных оригинальных КР, но обычно не должен превышать 3–4 года. Рекомен-

дуется назначить члена Рабочей группы, который в заданное время выполнит поиск новых доказательств. Безусловно, каждая новая редакция рекомендации должна быть подвергнута вышеописанной процедуре рассмотрения и рецензирования.

Этап 24 — подготовка финальной версии, удобной для использования целевой аудиторией. Короткие структурированные КР лучше воспринимаются и чаще используются врачами [11]. Короткая одностраничная версия КР очень удобна врачам. Алгоритмы, вопросники, информация для пациентов — востребованные приложения. Финальную версию документа полезно оценить по вопроснику AGREE II, чтобы удостовериться в высоком качестве полученного документа.

Итак, процедура адаптации КР является существенно более сложной; неясно также, приемлем ли продукт адаптации для отечественного Минздрава, так как никаких уточнений пока не обнаружено.

Заключение

В условиях жесткого дефицита ресурсов предпочтительным представляется принятие КР, а в несколько более свободных условиях — адаптация КР. Разработка КР *de novo* в условиях неограниченного информационного обмена нецелесообразна и слишком затратна. В то же время адаптация — компромиссный вариант, позволяющий, с одной стороны, экономить существенные ресурсы различного типа, а, с другой стороны, продвигать методологию доказательной медицины в национальное медицинское сообщество.

Дополнительная информация

Источник финансирования. Поисково-аналитическая работа и подготовка статьи осуществлена в рамках выполнения научной программы, поддержанной Российским научным фондом (грант РФФ №17-75-30035).

Конфликт интересов. Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЛИТЕРАТУРА | REFERENCES

1. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, et al. Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ*. 1999;318(7182):527–530. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7182.527>
2. Проект Методических рекомендаций по разработке и актуализации клинических рекомендаций (версия 1.1). ФГБУ «ЦЭККМП» Минздрава России; 2017. — 34 с. [*Proekt Metodicheskikh rekomendatsii po razrabotke i aktualizatsii klinicheskikh rekomendatsii (versiya 1.1)*]. FGBU «TsEKKMP» Minzdrava Rossii; 2017. 34 p. (In Russ.). Доступ по ссылке https://rosmedex.ru/wp-content/uploads/2018/05/MR-po-razrab.-KR_v1.pdf. Ссылка активна на 01.02.2019.
3. Проект Методических рекомендаций по оценке достоверности доказательств и убедительности рекомендаций (версия 1.1). ФГБУ «ЦЭККМП» Минздрава России; 2017. — 39 с. [*Proekt Metodicheskikh rekomendatsii po otsenke dostovernosti dokazatel'stv i ubeditel'nosti rekomendatsii (versiya 1.1)*]. FGBU «TsEKKMP» Minzdrava Rossii; 2017. 39 p. (In Russ.). Доступ по ссылке https://rosmedex.ru/wp-content/uploads/2018/05/MR-po-shkalam_v1.pdf. Ссылка активна на 01.02.2019.
4. Методические рекомендации по организации и проведению контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной пациентам с подозрением на онкологическое заболевание и/или с установленным диагнозом

- онкологического заболевания. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования; 2018. — 42 с. [Metodicheskie rekomendatsii po organizatsii i provedeniyu kontrolya ob»emov, srokov, kachestva i uslovii predostavleniya meditsinskoi pomoshchi, okazannoi patsientam s podozreniem na onkologicheskoe zabolevaniye i/ili s ustanovlennym diagnozom onkologicheskogo zabolevaniya. Federal'nyi fond obyazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniya; 2018. 42 p. (In Russ.)]. Доступ по ссылке <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71983308/>. Ссылка активна на 01.02.2019.
5. g-i-n.net [Internet]. Library & Resources. International Guideline Library [cited 2019 Feb 1]. Available from: <https://www.g-i-n.net/library/international-guidelines-library>
6. g-i-n.net [Internet]. The ADAPTE collaboration (2009). The ADAPTE process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 2.0. 95 p. [cited 2019, Feb 1]. Available from: <https://www.g-i-n.net/document-store/working-groups-documents/adaptation/adapte-resource-toolkit-guideline-adaptation-2-0.pdf/view>
7. rosmedex.ru [интернет]. Шаблон клинических рекомендаций (версия 1.0). ФГБУ «ЦЭККМП» Минздрава России, 19 с. [Shablon klinicheskikh rekomendatsii (versiya 1.0). FGBU «TsEK-KMP» Minzdrava Rossii, 19 p. (In Russ.)]. [доступ от 01.02.2019]. Доступ по ссылке <https://rosmedex.ru/kr/recom/>
8. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *CMAJ*. 2010;182(18):E839–842. doi: <https://doi.org/10.1503/cmaj.090449>
9. Опросник по экспертизе и аттестации руководств. The AGREE Collaboration. September 2001. — 26 с. [Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) Instrument. The AGREE Collaboration. September 2001. 26 p. (In Russ.)]. Доступ по ссылке https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_Instrument_Russian.pdf. Ссылка активна на 01.02.2019.
10. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, et al. The global rating scale complements the AGREE II in advancing the quality of practice guidelines. *J Clin Epidemiol*. 2012;65(5):526–534. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2011.10.008>
11. Graham ID, Harrison MB, Brouwers M, et al. Facilitating the use of evidence in practice: evaluating and adapting clinical practice guidelines for local use by health care organizations. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2002;31(5):599–611. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2002.tb00086.x>

Рукопись получена: 12.02.2019

Принята к публикации: 18.05.2019

Опубликована online: 16.06.2019.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

Реброва Ольга Юрьевна, д.м.н. [Olga Yu. Rebrova, MD, PhD]; адрес: Россия, 117036, Москва, ул. Дм. Ульянова, д. 11 [address: 11 Dm. Ulyanova street, Moscow, 117036, Russia]; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6733-0958>; eLibrary SPIN: 7360-3254; e-mail: o.yu.rebrova@gmail.com

КАК ЦИТИРОВАТЬ:

Реброва О.Ю. О трех способах подготовки клинических рекомендаций. Инструменты ADAPTE и AGREE GRS. // *Проблемы эндокринологии*. — 2019. — Т. 65. — №3. — С. 197–203. doi: <https://doi.org/10.14341/probl10100>

TO CITE THIS ARTICLE:

Rebrova OYu. Three ways to develop clinical guidelines. ADAPTE and AGREE GRS procedures. *Problems of Endocrinology*. 2019;65(3):197–203. doi: <https://doi.org/10.14341/probl10100>