

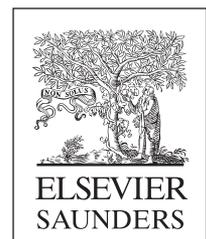
**A Companion to Specialist Surgical Practice
Third Edition**

Series Editors
O. James Garden
Simon Paterson-Brown

Core Topics in General and Emergency Surgery

Third Edition

Edited by
Simon Paterson-Brown
Honorary Senior Lecturer
Clinical and Surgical Sciences (Surgery)
University of Edinburgh
and
Consultant General and Upper Gastrointestinal Surgeon
Royal Infirmary of Edinburgh



Руководства для специалистов хирургической практики

**Редакторы серии
О. Джеймс Гарден
Саймон Патерсон-Браун**

Общая и неотложная хирургия

**Под редакцией
Саймона Патерсон-Брауна**

**Перевод с английского
под редакцией
акад. РАМН В.К. Гостищева**



**Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2010**

УДК 617-089(083.132) (084.1)

ББК 54.5я81

О-28

О-28 **Общая и неотложная хирургия : руководство** / ред. С. Патерсон-Браун ; пер. с англ. под ред. В. К. Гостищева. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 384 с. : цв. ил. — (Серия «Руководства для специалистов хирургической практики»).

ISBN 978-5-9704-1688-4 (рус.)

ISBN 978-0-7020-2733-2 (англ.)

В руководстве подробно описаны наиболее актуальные проблемы общей и неотложной хирургии: хирургические вмешательства и манипуляции; освещены новейшие достижения хирургии.

Руководство иллюстрировано схемами операций. Доступно излагаются материалы, основанные на доказательной медицине. В конце каждой главы представлены основные положения, которые кратко обобщают содержание главы.

Книга будет полезна как специалистам, проходящим первичную специализацию, так и опытным хирургам, желающим расширить свои знания по проблеме.

УДК 617-089(083.132) (084.1)

ББК 54.5я81

Знания и подходы к лечению в этой области постоянно меняются. По мере появления новых данных в ходе научных исследований и клинических наблюдений, расширяющих знания, возникает необходимость изменить практические подходы, методы лечения и лекарственную терапию. Читателям следует проверять последние данные, касающиеся предлагаемых манипуляций, и инструкции производителей по каждому назначаемому препарату, что позволит им убедиться в адекватности рекомендуемых доз и состава препарата, способа и продолжительности применения, а также противопоказаний. Ответственность за постановку диагноза, определение оптимальной дозы и выбор наилучшего метода лечения для каждого пациента, а также за соблюдение всех мер предосторожности возлагается на врача и зависит от его знаний и клинического опыта. В соответствии с законодательством ни издательство, ни автор не несут ответственности за нанесение травм или причинение вреда людям или собственности в связи с любым использованием материала, содержащегося в этой книге.

This edition of «Core Topics in General and Emergency Surgery», 3rd edition, by Simon Paterson-Brown (ed.) is published by arrangement with Elsevier Limited.

Данное издание «Общая и неотложная хирургия» под редакцией Саймона Патерсон-Брауна опубликовано по согласованию с «Elsevier Limited».

ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа» и «Elsevier Ltd.» не гарантируют качества рекламируемых товаров и услуг.

ISBN 978-5-9704-1688-4 (рус.)

ISBN 978-0-7020-2733-2 (англ.)

© 2005, Elsevier Limited. All rights reserved.

© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», перевод на русский язык, 2010.

Оглавление

Авторский коллектив	6
Предисловие.....	8
Доказательная медицина в хирургии.....	9
Список сокращений.....	10
Глава 1. Применение принципов доказательной медицины в хирургии.....	13
Глава 2. Результаты экономической политики в здравоохранении и её последствия для хирургии	35
Глава 3. Однодневное хирургическое лечение	49
Глава 4. Грыжи живота	69
Глава 5. Ранняя диагностика и обследования при «остром животе»	91
Глава 6. Перфорации в верхнем отделе желудочно-кишечного тракта	107
Глава 7. Острое неварикозное желудочно-кишечное кровотечение	127
Глава 8. Экстренные состояния при заболеваниях панкреатобилиарной системы	151
Глава 9. Острые заболевания тонкой кишки и аппендикса.....	177
Глава 10. Экстренные состояния при заболеваниях толстой кишки	197
Глава 11. Экстренные состояния в проктологии	231
Глава 12. Экстренная хирургическая помощь в педиатрии	243
Глава 13. Травма живота.....	255
Глава 14. Профилактика и лечение тромбоза глубоких вен	279
Глава 15. Методы оценки состояния больного и степени хирургического риска.....	309
Глава 16. Периоперационное ведение хирургических больных.....	319
Глава 17. Питание в хирургии.....	327
Глава 18. Сепсис и интенсивная терапия	347
Предметный указатель	377

Авторский коллектив

Файсал Аббасакур (Faisal Abbasakoor) MB ChB BAO BA FRCS (Gen Surg) — член клинических исследований отделения хирургии Королевского независимого колледжа при университете Медицинская школа Лондон, Великобритания

Эндрю К. де Бо (Andrew C. de Beaux) MB ChB MD FRCS — общий и высший консультант-хирург-гастроэнтеролог Отделение хирургии Королевская больница Эдинбурга Эдинбург, Великобритания

Дэвид Х. Беннетт (David H. Bennett) BSc MB BC DM FRCS — консультант-хирург Отделение хирургии Королевская больница Борнмута Борнмут, Великобритания

Кеннет Д. Боффард (Kenneth D. Boffard) BSc MB BCh FRCS (Gen Surg) FRCS (Ed) FRCPS (Glasg) FCS(SA) FACS — профессор и глава клинического отделения хирургии Больница Йоханнесбурга и университет Уитватерсренда Йоханнесбург, Южная Африка

Джон Брум (John Broom) BSc MB ChB FRCP FRCPATH — консультант в клинической биохимии и метаболической медицине Больница Доверия при Гремпинском университете Профессор-исследователь в клинической биохимии и метаболической медицине Университет Роберта Гордона Абердин, Великобритания

Линда де Коссарт (Linda de Cossart) ChM FRCS — консультант — общий и сосудистый хирург Графство Честер NHS Trust Честер, Великобритания

Ник Эверитт (Nick Everitt) — консультант-хирург Королевская больница Честерфилда Честерфилд, Дербишир, Великобритания

Дэвид С. Готли (David C. Gotley) MD FRCS — профессор хирургии университета Куинсленда Отделение хирургии Больница Принцессы Александры Вулунгабба, Куинсленд, Австралия

Майкл Р. Граундс (Michael R. Grounds) MD MB BS LRCP MRCS FRCA DA — доцент в медицинской интенсивной терапии Медицинская школа при больнице Св. Джорджа Больница Св. Джорджа Лондон, Великобритания

Джордж Гамильтон (George Hamilton) MB ChB MD FRCS — профессор сосудистой хирургии Королевского независимого колледжа и школы при университете Консультант — сосудистый хирург Королевская независимая больница Лондон, Великобритания

Стивен Д. Хейс (Steven D. Heys) BMedBiol MD PhD FRCS FRCS (Ed) FRCS (Glasg) — профессор хирургической онкологии университета Абердина, почетный консультант-хирург Больница Доверия при Гремпинском университете Абердин, Великобритания

Дуглас Маквинни (Douglas McWhinnie) MD FRCS — консультант-хирург Общая больница Милтон Кейнса Милтон Кейнс, Великобритания

Джеймс Б. Мэндер (B. James Mander) BSc MS MB BS FRCS FRCS (Gen Surg) — консультант-хирург-проктолог Проктологическое подразделение Эдинбурга Общая больница Западный Эдинбург, Великобритания

Джонатан А. Мичелс (Jonathan A. Michaels) MChir FRCS — профессор сосудистой хирургии Научное сосудистое подразделение Северная общая больница Шеффилд, Великобритания

Роуэн В. Паркс (Rowan W. Parks) MD FRCSI FRCS (Ed) — старший доцент в хирургии университета Эдинбурга, почетный консультант-хирург Королевская больница Эдинбурга Эдинбург, Великобритания

Саймон Патерсон-Браун (Simon Peterson-Brown) MB BS MPhil MS FRCS(Ed) FRCS — почетный доцент клинических и хирургических наук (хирургия) университета Эдинбурга, основной консультант и высший хирург-гастроэнтеролог Королевской больницы Эдинбурга Эдинбург, Великобритания

Джеймс Дж. Пауэлл (James J. Powell) BSc MD FRCS FRCS(Ed) FRCS (Gen Surg) — доцент в хирургии Отделение клинических и хирургических наук университета Эдинбурга Эдинбург, Великобритания

Кэтрин А. Ригби (Kathryn A. Rigby) MSc MB ChB FRCS — специалист-ординатор в общей хирургии Сосудистый институт Шеффилда Северная общая больница Шеффилд, Великобритания

Брайн Дж. Роулэндс (Brian J. Rowlands) MD FRCS FACS — профессор хирургии университета Ноттингема Глава отдела хирургии Королевского медицинского центра университета, больницы Ноттингем, Великобритания

Рассел Слэк (RUSSELL SLACK) BSc MSc Исследовательская ассоциация Экономическая группа здоровья университета Шеффилда Шеффилд, Великобритания

Льюис Шпитц (Lewis Spitz) MB ChB PhD MD FRCS FRCS (Ed) FRCPCH, FAAP — профессор педиатрической хирургии Наффилда Институт детского здоровья Университет, Колледж Лондона Лондон, Великобритания

Иэн Д. Шугерман (Ian D. Sugarman) MB ChB FRCS (Paed) — консультант-хирург-педиатр Общая больница Лидса Лидс, Великобритания

Кэролин Дж. Вэйзи (Carolynne J. Vaizey) MD FRCS (Gen Surg) FCS(SA) — консультант-хирург больницы св. Марка в Нофуик Парке Харроу, Великобритания

Предисловие

Серия «Руководства для специалистов хирургической практики» была разработана, чтобы повысить квалификацию хирургов и практикующих консультантов, стремящихся получить современную, основанную на доказательствах информацию по узкой специальности, которую можно применить к хирургической практике. Пытаясь достичь этой цели, мы понимаем, что книги данной серии не будут такими же всеобъемлющими, как большие справочные пособия по хирургии. Однако, несмотря на большие объемы, последние редко содержат всю современную информацию о достижениях хирургической науки. Первое издание этой серии было опубликовано в 1997 г., второе — в 2001 г. В третьем издании мы постарались собрать необходимую специалистам современную информацию, которая, по нашему мнению и мнению выпускающих редакторов, необходима практикующим хирургам узкого профиля. В каждой главе, где возможно, выделены ключевые рекомендации, основанные на доказательствах. Их следует интерпретировать с помощью резюме руководства «Доказательная медицина в хирургии», которое следует далее.

Мы очень благодарны всем редакторам руководства за их вклад в третье издание. Это благодарность за энтузиазм и тяжелый труд, благодаря которому появилась возможность донести до читателя самую точную и современную информацию. Мы все были чрезвычайно опечалены внезапной трагической смертью профессора Джона Фарндона, который редактировал первое и второе издания книг «Торакальная хирургия» и «Эндокринная хирургия», признавая, что он был уникальной и талантливой личностью. Теперь мы приветствуем редак-

торов Майка Диксона и Тома Леннарда, внесших свой вклад в это издание. Мы также благодарны «Elsevier Ltd.» за поддержку и надеемся, что наша цель — продвижение современных и доступных текстов по хирургии — была достигнута, и для всех читателей, как повышающих квалификацию, так и консультирующих, данное руководство станет ценным источником информации.

О. Джеймс Гарден, BSC, MB, ChB, MD, FRCS (Glasg.), FRCS (ed.), FRCP (ed.) — королевский профессор клинической хирургии, клинической и хирургической наук (хирургия), университет Эдинбурга, почетный консультирующий хирург Королевской клиники Эдинбурга.
Саймон Патерсон-Браун, MB, BS, MPhil, MS, FRCS (ed.), FRCS — почетный старший лектор клинической и хирургической наук (хирургия), университет Эдинбурга, консультант по общей высокой желудочно-кишечной хирургии, Королевская клиника Эдинбурга.

* * *

Благодарность

Я благодарен за постоянную поддержку и понимание моей терпеливой жене, Шейле, и нашим трем дочерям. Я признателен всем авторам этой книги, а также практикующим хирургам, с которыми мне довелось общаться и трудиться. Я поблагодарю за помощь, энтузиазм и дружбу моего соредатора О. Джеймса Гардена, и не только за помощь в осуществлении этого проекта в далеком 1995 г., но и за продолжающуюся совместную работу.

С. Патерсон-Браун

Доказательная медицина в хирургии

В этот том включена специальная глава, посвященная проблеме применения методов доказательной медицины в хирургии, которая была написана Кэтрин А. Ригби и Джонатаном А. Мичелс.

Критическую оценку развития доказательной медицины можно получить из различных источников, наиболее надежными из которых являются рандомизированные контролируемые клинические исследования, систематизированные обзоры литературы, метаанализы и клинические наблюдения. Для практических целей используются три уровня доказательности по аналогии с уровнями доказательности, используемыми в суде.

1. **Высокий** (не вызывающий сомнений). Доказательство получено на основании высококачественных рандомизированных контролируемых исследований, систематических обзоров или высококачественных метаанализов, таких как анализ решений, анализ рентабельности, или результатов крупных обзорных исследований. Данные должны быть непосредственно применимы к популяции, а также иметь чистые результаты. Уровень аналогичен обязательному доказательству в уголовном суде и может рассматриваться как соответствующий обычному стандарту доказательств в медицинской литературе (т.е. $P < 0,05$).

2. **Средний** (уровень «сравнения вероятности»). Иногда высококачественные обзоры литературы могут не содержать достоверных заключений вследствие противоречивых или неубедительных результатов исследований, низкого качества методологии исследования или недостатка доказательств в популяции,

к которой эти рекомендации относятся. В таких случаях все же можно сделать утверждение относительно лучшего метода на основании «сравнения вероятности». Это аналогично решению в гражданском суде, где будут рассмотрены все имеющиеся доказательства и решение будет зависеть от сравнения вероятности.

3. **Низкий** (недоказанный) — доказательство недостаточно для того, чтобы быть основой решения, или имеются противоположные данные.

В зависимости от имеющейся информации используют три уровня рекомендаций.

а) Строгие рекомендации, которым необходимо следовать, если нет веских причин поступить иначе.

б) Рекомендации, основанные на доказанной эффективности, однако при принятии решения могут учитываться и другие факторы, например предпочтение пациента, территориальные особенности (наличие оборудования, местные контрольные результаты или доступность методов).

с) Рекомендации, при разработке которых не дано адекватного свидетельства относительно эффективности метода, хотя могут иметься основания рекомендовать их для того, чтобы снизить стоимость или уменьшить вероятность ошибки на основании местного протокола.



Текст и рекомендации, относящиеся к разумным доказательствам, выделены в этом томе знаком «скальпель», что позволяет читателю составить собственное мнение.

Список сокращений

ААОЛТ — Американская ассоциация оперативного лечения травм
АВК — Американский врачебный колледж
АД — артериальное давление
АДс — среднее артериальное давление
АКА — антикардиолипидные антитела
АКТГ — адренокортикотропный гормон
АКШ — аортокоронарное шунтирование
АОА — Американское общество анестезиологов
АСКЭ — Акция содействия клинической эффективности (PACE — *Promoting Action on Clinical Effectiveness*)
АТП — активаторы тканевого плазминогена
АТФ — аденозинтрифосфат
АФС — антифосфолипидный синдром
АЧТВ — активированное частичное тромбопластиновое время
БМЖ — Британский медицинский журнал
ВА — волчаночный антикоагулянт
ВАШ — визуальная аналоговая шкала
ВБД — внутрибрюшное давление
ВГПЖ — возвращённые годы полноценной жизни
ВИПЗ — внедрение исследований в практику и закупки (GriPP — *Getting Research into Practice and Purchasing*)
ВИЧ — вирус иммунодефицита человека
ВСВ — высокая селективная ваготомия
ВТЭБ — венозная тромбоэмболическая болезнь
ГИТ — гепарининдуцированная тромбоцитопения
ДЗЛА — давление заклинивания лёгочной артерии
ДИ — доверительный интервал
ДМ — доказательная медицина
ДПЛ — диагностический перитонеальный лаваж
ДШ/ДР — длина шва к длине раны
ЖКТ — желудочно-кишечный тракт
ЗГТ — заместительная гормональная терапия
ЗП — забрюшинное протезирование
ИАП-1 — ингибитор активатора плазминогена-1
ИВЛ — искусственная вентиляция лёгких
ИЛ — интерлейкин
ИМТ — индекс массы тела
ИПО — интегрированные пути обслуживания больных
ИПТВ — индекс проникающих травм живота
КДДЛЖ — конечно-диастолическое давление левого желудочка
КТ — компьютерная томография
МНО — международное нормализованное отношение

МРА — магнитно-резонансная ангиография
МРТ — магнитно-резонансная томография
МРХПГ — магнитно-резонансная холангиопанкреатография
НИКМ — Национальный институт клинического мастерства
НМГ — низкомолекулярный гепарин
НПВС — нестероидные противовоспалительные средства
НПЗ — ноттингемский профиль здоровья
НСАБ — неспецифическая абдоминальная боль
НСЗ — Национальная служба здравоохранения
НФГ — нефракционированный гепарин
ОБХ — острый бескаменный холецистит
ОО — основной обмен
ОПН — острая почечная недостаточность
ОПСС — общее периферическое сосудистое сопротивление
ОР — относительный риск
ОТПН — острая толстокишечная псевдонепроходимость
ОХЛ — однодневное хирургическое лечение
ПВГ — постоянная вено-венозная гемофильтрация
ПВНП — проекты внедрения, направляемого покупателем (PLIP — *Purchaser Led Implementation Projects*)
ПДКВ — положительное давление в конце выдоха
ПОТР — послеоперационные тошнота и рвота
РДСВ — респираторный дистресс-синдром взрослых
РКИ — рандомизированные контролируемые исследования
РНПД — режим непрерывного положительного давления (при вентиляции лёгких)
СВ — сердечный выброс
СКФ — скорость клубочковой фильтрации
СОЭ — скорость оседания эритроцитов
СПБД — синдром повышения внутрибрюшного давления
СПИД — синдром приобретённого иммунодефицита
СПОН — синдром полиорганной недостаточности
ССВО — синдром системного воспалительного ответа
США — Соединённые Штаты Америки
ТГВ — тромбоз глубоких вен
ТЭЛА — тромбоэмболия лёгочной артерии
УЗИ — ультразвуковое исследование
ФНО — фактор некроза опухоли
ФПП — функциональные пробы печени
цАМФ — циклический аденозинмонофосфат
ЦВД — центральное венозное давление
ЦОГ — циклооксигеназа
ЦОР — Центр национальной службы здравоохранения по обзорам и распространению
ЧБПП — чрезбрюшинное предперитонеальное протезирование
ЧСС — частота сердечных сокращений
ШМСОР — Шотландская межколлегияльная сеть обмена рекомендациями
ЭГЗ — эквивалентные годы здоровья
ЭКГ — электрокардиография
ЭКХ — эпителиальный копчиковый ход
ЭПОУ — эффективная практика и организация ухода
ЭРПХГ — эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография
ЭС — эндоскопическая сфинктеротомия
АРАСНЕ (*acute physiology and chronic health evaluation*) — шкала оценки острых и хронических функциональных изменений
ATLS (*advanced trauma life support*) — программа подготовки по оказанию специализированной медицинской помощи пострадавшим Американского хирургического колледжа

- BADS (*British Association of Day Surgery*) — Британская ассоциация однодневного хирургического лечения
- C_aO_2 — содержание кислорода в артериальной крови
- CASP — Программа критической оценки качества (*Critical Appraisal Skills Programme*)
- C_vO_2 — смешанное содержание кислорода в венозной крови
- DARE — База данных рефератов обзоров эффективности (*Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness*)
- DO_2 — доставка кислорода
- FiO_2 — фракция кислорода (во вдыхаемом воздухе, в газовой смеси)
- Hb — гемоглобин
- ISS — индекс Международного общества хирургов (*International Society of Surgery index*)
- NCEPOD — Национальное конфиденциальное исследование периоперационной летальности (*National Confidential Enquiry into Perioperative Deaths*) — непрерывно действующий национальный аудит здравоохранения Великобритании
- Nd-АИГ — неодимий-алюминиево-иттриевый гранат
- OMNI (*Organising Medical Networked Information*) — интернет-ресурс, охватывающий британские и мировые публикации в области медицины, биологических наук и здравоохранения
- p_aCO_2 — парциальное напряжение углекислого газа в артериальной крови
- p_aO_2 — парциальное напряжение кислорода в артериальной крови
- pH_i — внутрислизистая pH желудка
- QALYs (*quality-adjusted life-years*) — возвращённые годы полноценной жизни (ВГПЖ) — один из показателей оценки исходов лечения, принятый на Западе
- rAPC — рекомбинантный активированный протеин С
- S_aO_2 — насыщение артериальной крови кислородом
- V/Q — вентиляция и перфузия
- VO_2 — потребление кислорода

Применение принципов доказательной медицины в хирургии

Кэтрин А. Ригби, Джонатан А. Мичелс

ВВЕДЕНИЕ



Доказательная медицина это осознанное, не оставляющее сомнений, взвешенное применение наиболее достоверного опыта современной медицины при выборе тактики лечения конкретного пациента. Врачебная практика, основанная на принципах доказательной медицины, подразумевает объединение собственных представлений врача с однозначным опытом его коллег, сформированным в результате систематических исследований [1].

Концепция доказательной медицины (ДМ) возникла в XIX в., но широко использовать её стали лишь в последние два десятилетия XX в. Однако ещё Джон Хантер и Эрнст Амори Кодман (на рубеже XIX–XX вв.) считали необходимым оценивать в хирургии результаты лечения ради улучшения его качества. А парижский врач Пьер-Шарль-Александр Луи ещё в середине XIX в. применил статистический анализ для оценки эффективности кровопускания; результаты анализа помогли покончить с практикой применения пиявок.

Эрнст А. Кодман начал работать хирургом в Масчусетсе в 1895 г. Научные интересы Кодмана касались хирургии плеча, в этой области он слыл ведущим специалистом. Позднее Кодман стал одним из основателей Американского колледжа хирургов. Он сформулировал «Идею конечного результата»: все лечебные учреждения должны вести каждого больного «достаточно долго, чтобы решить, было ли его лечение успешным, а при неудаче установить, по какой причине она произошла», дабы предупредить аналогичные провалы в будущем [2]. Кроме того, Кодман первым создал классификацию сарком костей.

В Великобритании одним из главных сторонников ДМ был Арчи Кокран. Успешность лечения голодных отёков у бывших узников лагерей военнопленных с помощью дрожжевых добавок упрочила его веру в надёжные, научно подтверждённые методы лечения. В 1972 г. он опубликовал книгу «Эффективность и

действенность». Золотым стандартом при изучении любых способов лечения Кокран считал исследование методом слепого отбора (рандомизация). Он тоже был сторонником проведения систематических обзоров подобного типа исследований. В одном из первых таких обзоров было обосновано лечение глюкокортикоидами с целью улучшения функций лёгких у недоношенных детей. Хотя рандомизированные исследования в этой области проводили и ранее, их результаты были противоречивы. Лишь обобщение данных большого числа исследований неопровержимо показало, что глюкокортикоиды снижают как частоту осложнений, так и летальность у новорождённых. Таким образом, именно систематический анализ доказал, что достаточно дешёвое лечение глюкокортикоидами уменьшало вероятность смерти от осложнений недоношенности на 30–50% [3], это позволяло отныне спасать жизни многих младенцев. В 1992 г. было основано Кокрановское сотрудничество как часть Программы исследований и развития Национальной службы здравоохранения Великобритании.

Позднее, в 1995 г., был организован первый Британский центр ДМ при Департаменте клинической медицины Оксфордского университета. Его руководителем был американец Дэвид Сакетт. В 1994 г. он перешёл на новую кафедру клинической эпидемиологии из Канадского университета Мак-Мастера. Эти события вызвали всплеск интереса к ДМ. Кокрановское сотрудничество быстро расширилось, во многих областях медицины и хирургии образовались аналитические группы. ДМ не ограничена только вопросами госпитальной медицины, не в меньшей степени она проявляет себя в уходе за больными, в общей врачебной практике и стоматологии. Появились многочисленные новые журналы, основанные на принципах ДМ.

Клинический опыт всегда бесценен. Однако быстро изменяющаяся медицинская среда требует, чтобы врачи находились в курсе современных достижений и внедряли находки исследователей в свою повседневную практику. Ни исследований, ни кли-

нического опыта, взятых по отдельности, недостаточно для обеспечения качественного ведения больного, они должны дополнять друг друга. Сакетт и соавт. определили пять принципов, которые необходимо сделать частью ежедневной практики. Их должен придерживаться всякий практикующий врач [4].

1. При поиске необходимой информации следует формулировать ключевые вопросы.
2. Уметь рационально проследить факты, отвечающие на поставленные вопросы (включая данные, полученные при объективном исследовании и в результате лабораторных, инструментальных и других исследований).
3. Важно критически оценить обоснованность и полезность найденных доказательств.
4. Применить результаты этой оценки в клинической практике.
5. Оценить выполненные действия.

Эта глава посвящена обсуждению шагов, необходимых для выявления, критической оценки и комбинирования доказательств, путям внедрения получаемых в ходе исследований данных в алгоритмы клинической практики, а также вопросам проверки всех необходимых изменений, с тем чтобы двигаться в направлении расширения роли ДМ в хирургии. Многие организации и источники информации, значимые для ДМ, имеют специфику в условиях конкретных стран. Хотя акцент в этой главе будет сделан на работе служб здравоохранения Великобритании, подобные соглашения и организации существуют во многих других государствах. Как связаться с некоторыми из них, будет сказано в конце главы, где приведены ссылки на ресурсы Интернета.

НЕОБХОДИМОСТЬ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

В 1991 г. ещё существовало мнение, что лишь малая часть медицинских вмешательств основана на значительном числе научных данных [5]. Джонатан Эллис и коллеги от имени Департамента клинической медицины Наффилда провели обзор вмешательств, проведённых в отношении 109 больных [6]. Затем результаты лечения были оценены статистически с точки зрения доказуемой значимости их использования. Авторы пришли к выводу, что 85% этих процедур были действительно обоснованными. Тем не менее они предложили, чтобы аналогичные исследования проводили в других областях медицины. Важность лечения на основе ДМ была официально признана в двух государственных документах Национальной службы здравоохранения — «Новая национальная служба здравоохранения» [7] и «Высококачественная служба здравоохранения» [8], что привело к созданию Национального института клинического мастерства (НИКМ).

В хирургии существует ограниченная область данных, подтверждённых при помощи высококачественных рандомизированных контролируемых исследований (РКИ). Из этических соображений применение РКИ обосновано лишь в неясной ситуации, когда для принятия решения о проведении исследований должны существовать большие сомнения в пользе данного вмешательства. Например, будет неэтично проводить РКИ в отношении необходимости трепанации черепа по поводу эпидуральной гематомы, поскольку уже имеющихся наблюдений достаточно, чтобы убедиться в эффективности трепанации.

Многие хирурги чувствуют себя неловко, когда вынуждены объяснять больному, что существуют сомнения в выбранном для него методе лечения, ведь пациент чаще всего доверяет хирургу. С другой стороны, нежелание проводить РКИ и уверенность в трудности их выполнения привели к тому, что в практике хирургии применяют методы, эффективность которых не подкреплена достоверными данными. Например, в Соединённых Штатах Америки (США) при лечении ограниченной карциномы простаты широко используют радикальную простатэктомию, несмотря на то что свидетельства в поддержку этого вмешательства явно недостаточно [9].

Новые технологии в хирургии должны учитывать финансовую целесообразность наряду с ожиданиями пациентов и желанием клиницистов улучшить варианты лечения. Например, лапароскопические операции многие считают «лучшими», поскольку их выполняют через малый разрез. Они вызывают менее выраженный болевой синдром, пациенты покидают стационар быстрее. Однако после того, как многие больницы уже освоили методику лапароскопии, возникли сомнения в реальной выгоде и целесообразности внедрения этой новой технологии. В 1996 г. группа хирургов из Шеффилда опубликовала результаты слепого рандомизированного проспективного исследования, в котором сравнивали открытую холецистэктомию, выполняемую через малый разрез, с лапароскопической холецистэктомией [10]. Исследование продемонстрировало, что лапароскопическая техника не имела реального преимущества перед мини-холецистэктомией ни по длительности периода восстановления после операции, ни по длительности госпитализации и нетрудоспособности, однако требовала большего времени и денежных затрат [10].

Группа изучения результатов лапароскопического лечения паховых и грыж других локализаций провела большое мультицентровое рандомизированное исследование, в котором сравнивалась эффективность лапароскопической и открытой пластики паховых грыж [11]. Его результаты продемонстрировали, что лапароскопические операции сопровождаются ранним возвращением пациентов к обычной активности