

6. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. JNC 7 Report. JAMA. 2003; 289(19): 2560—71.
7. Shevchenko O.P., Praskurnichij E.A. Stress-induced hypertension. Moscow; 2004. (in Russian)
8. Batdieva V.A., Razinkin S.M., Kuznecova E.S., Edelev D.A. Cardioversion in patients with arterial hypertension. Voprosy kurortologii, fizioterapii i lechebnoy fizicheskoy kul'tury. 2006; 6: 7—11. (in Russian)
9. Golovacheva T.V., Konchugova T.V., Luk'janov V.F., Orekhova Je.M., Rajgorodskij Ju.M. Comparative efficacy of different uses of the "unning" of the magnetic field with mild hypertension. Voprosy kurortologii, fizioterapii i lechebnoy fizicheskoy kul'tury. 2008; 1: 11—4. (in Russian)
10. Luk'janov V.F., Golovacheva T.V. Features dynamic magnetic influence on the microcirculation in hypertension. Voprosy kurortologii, fizioterapii i lechebnoy fizicheskoy kul'tury. 2008; 2: 17—9. (in Russian)
11. Ulashhik V.S. Theoretical and practical aspects of the general magnet. Voprosy kurortologii, fizioterapii i lechebnoy fizicheskoy kul'tury. 2001; 5: 3—8. (in Russian)
12. Ulashhik V.S. Optimality principle in physiotherapy. In: Optimization impacts in physiotherapy. Minsk: Belarus; 1980: 5—13. (in Russian)
13. Kulikov A.G., Bolotov N.V., Raigorodskii Y.M., eds. Transcranial physiotherapy (Magnetic and its combination with electrical stimulation) / Sat articles. Saratov; 2013. (in Russian)
14. Rajgorodskij Ju.M. et al. Magnetotherapeutic apparatus. RF Patent № 97926 from 29.04.2010. (in Russian)
15. Garkavi L.H., Kvakina E.B., Ukolova N.A. Adaptive response and rezistnost body. Rostov na Donu; 1979. (in Russian)
16. Baevskij R.M., Kirilov O.I., Kleckin S.Z. Mathematical analysis of changes in heart rate during stress. Moscow, 1984. (in Russian)
17. Moiseeva N.M., Ponamarev Ju.A., Sergeeva M.V., Rogoz A.N. Estimation of the rigidity of the great arteries according bifunctional BP monitoring and ECG device BP Lab®. Arterial'naya gipertenziya. 2007; 13(1): 1—5. (in Russian).
18. Blacker I., Guerin A., Pannier B. et al. Impact of aortic stiffness on survival in end-stagenal disease. Circulation.1999; 9: 2434—39.
19. Amar J., Ruidavets J.B., Chamontin B. et al. Arterial stiffness find cardiovascular risk factors in a population-based study. J. Hypertens. 2001; 19: 381—7.
20. Mas D., Gosse P., Julien V.V., Jarnier P. et al A short standardired protocol for measuring the QKD interval; comparison with 24 h monitoring and reproducibility. Blood Press. Monit. 1998; 3: 227—31.

Поступила 07.02.14

© Г.Н. ПОНОМАРЕНКО, 2014

УДК 615.83:006

Клинические практические рекомендации — новый этап развития физиотерапии, основанной на доказательствах

Пономаренко Г.Н.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

В статье на основании анализа отечественного и международного клинического опыта по медицинской реабилитации больных представлены предназначение, методология разработки, источники, содержание, критерии оценки качества и области применения клинических практических рекомендаций. Такие рекомендации содержат информацию об алгоритме назначения и использования немедикаментозных методов и средств, обладающих доказанной эффективностью по международным критериям. Представлены области практического применения и преимущества применения практических рекомендаций в различных областях физиотерапии.

Ключевые слова: доказательная физиотерапия; клинические практические рекомендации; стандарты лечения

THE CLINICAL PRACTICAL RECOMMENDATIONS — A NEW STAGE IN THE DEVELOPMENT OF EVIDENCE-BASED PHYSIOTHERAPY

Ponomarenko G.I.

S.M. Kirov Military Medical Academy, Sankt-Peterburg

This article was designed to analyse the domestic and foreign experience gained during the medical rehabilitation of the patients are summarized by the author to describe the objectives, methodology, development, sources, content, and criteria for the quality assessment and the scope of applications of the clinical practical recommendations. Such recommendations contain information about the algorithms for prescription and application of the non-medicamental methods and techniques of the proven effectiveness in accordance with the relevant international criteria. The spheres of practical application of the clinical practical recommendations in different branches of physiotherapy are identified.

Key words: evidence-based physiotherapy; clinical practical recommendations, standards of therapy

В конце XX века повышение качества медицинской помощи стало одним из приоритетных направлений реформирования здравоохранения большинства стран мира. Качество медицинской помощи — со-

вокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата (статья 10 [1]). Повышение качества медицинской помощи предполагает как улучшение ре-

Пономаренко Геннадий Николаевич (Ponomarenko Gennadiy Nikolaevich), e-mail: ponomarenko_g@mail.ru.

зультатов лечения, так и оптимизацию расходов на его проведение. Отношение результатов к расходам составляет понятие эффективности определенного вида медицинской помощи. Наиболее действенным инструментом реализации данной идеологии признано широкое применение в клинической практике принципов доказательной медицины, а для физиотерапевтической помощи — доказательной физиотерапии, основы которой были рассмотрены ранее на страницах настоящего научного издания.

Развитие инновационных технологий в физиотерапии и рост стоимости медицинской помощи в современном здравоохранении в ряде случаев приводят к избыточному оказанию сложных и дорогостоящих медицинских услуг по физиотерапии, зачастую существенно не влияющих на ключевые конечные точки (снижение риска смерти, развитие осложнений, госпитализация, инвалидизация, качество жизни). В условиях дефицита финансовых средств эффективное здравоохранение должно обеспечивать оптимальный (при имеющихся ресурсах), а не максимально возможный объем медицинской помощи, что возможно только при наличии схем (стандартов, протоколов) лечения и ведения пациентов с различными заболеваниями. При их отсутствии создается ситуация, при которой на фоне высокой конкуренции за получение различных видов медицинских услуг часть пациентов потребляет гораздо больше ресурсов, чем общество может гарантировать каждому, а другие не получают даже необходимого количества медицинских услуг.

Особенностью отечественного здравоохранения является положение о том, что пациенты «потребляют» медицинские ресурсы на основании рекомендаций врачей, большинство из которых склонны не к эффективному, а к максимальному использованию ресурсов. Роль стандартов в этих условиях заключается не только в определении необходимого и достаточного объема медицинской помощи, но и в сохранении определенной социальной справедливости в отношении всех членов общества [2].

Необходимость регламентирования правил ведения пациентов на основе доказанных фактов и согласованных экспертных мнений привела к созданию документов, помогающих врачам и пациентам использовать в лечении заболеваний наиболее эффективные и доказанные технологии. Врачи используют два вида таких документов — стандарты и клинические рекомендации (guidelines; англ. «директива, руководство»).

Стандарт ведения больных — нормативный документ системы стандартизации в здравоохранении, определяющий медико-экономические требования к выполнению медицинской помощи больному при определенном заболевании (синдроме, клинической ситуации). Стандарт медицинской помощи разрабатывается Минздравом России в соответствии с номенклатурой медицинских услуг и включает в себя усредненные показатели частоты их предоставления и кратности применения (статья 37 [1]).

Требования к стандартам лечения:

- максимальная эффективность и безопасность;
- наиболее простые вмешательства;

— постепенное нарастание сложности и опасности вмешательств;

- мультивариантность врачебных подходов;
- фокус на пациенте.

Стандартизация является одним из способов закрепления в форме документов оптимальных методов организации различных видов деятельности. В соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ от 31.12.2006 г. № 905 стандарты медицинской помощи устанавливаются для каждого вида медицинской помощи при конкретных заболеваниях, которые включают перечень диагностических и лечебных медицинских услуг с указанием количества и частоты их предоставления, перечень используемых лекарственных средств с указанием разовых и курсовых доз, перечень дорогостоящих изделий медицинского назначения (включая импланты, эндопротезы и т. д.), перечень компонентов крови и препаратов лечебного питания с указанием количества и частоты их использования (объем медицинской помощи). Выполнение этих требований способствует формированию высокой культуры врачебного мышления.

Стандарты медицинской помощи устанавливаются Минздравом России. Право установления региональных стандартов медицинской помощи на уровне не ниже стандартов медицинской помощи, установленных Минздравом России, относится к полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации. Порядок их разработки определен приказом Минздравсоцразвития России от 11.08.2008 г. № 410н.

Контроль за соблюдением стандартов медицинской помощи осуществляется Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития. В осуществлении контроля на конкретной территории также участвуют соответствующие органы государственной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления. При осуществлении контроля за соблюдением стандартов медицинской помощи в организациях, оказывающих медицинскую помощь, проверяется организация различных видов медицинской помощи, в число которых входит и оказание физиотерапевтической помощи в виде простых и сложных услуг.

В настоящее время закончена разработка стандартов лечения более 300 нозологических форм. На основании оценки роста количества метаанализов и рандомизированных клинических исследований можно прогнозировать расширение объема применения физических методов как по нозологическим формам, так и по содержанию в стандартах.

Внедрение стандартов позволяет:

- рационально и эффективно расходовать средства фондов страхования на различные виды медицинской реабилитации;
- обеспечить равную доступность медицинских услуг для пациентов и защиту их прав;
- гарантировать защиту прав медицинских учреждений при необоснованных претензиях пациентов на получение разнообразных процедур, медикаментов и сервисных услуг сверх соответствующего стандарта;
- оптимизировать контроль качества лечения пациентов.

Структура стандарта определяется исходя из специфики оказания физиотерапевтической помощи и может включать в себя следующие разделы:

- а) указание вида медицинской помощи (специализированная), при котором используется стандарт;
- б) перечень лечебных медицинских услуг с указанием количества и частоты их предоставления;
- в) перечень используемых лекарственных средств с указанием разовых и курсовых доз.

Стандартизация является одним из способов закрепления в форме документов рациональных методов организации различных видов деятельности. Наличие и внедрение стандартов медицинского обслуживания позволяют более объективно проводить контроль качества медицинской помощи, а также эффективно защищать права не только пациентов, но и врачей и лечебных учреждений. Вместе с тем использование рекомендаций врачами, пациентами и здравоохранением в целом имеет как положительные, так и отрицательные стороны, так как они:

- не учитывают индивидуальные особенности каждого пациента с его собственным набором патологии и исходным морфологическим и функциональным строением организма;
- не могут быть полностью применены к лечению одной и той же нозологической формы болезни у разных больных, так как люди, тем более больные, сделаны не по ГОСТу;
- перечисление набора диагностических и лечебных мероприятий не препятствует приверженности врача каким-либо методам и не всегда позволяет ему сохранить строгую объективность в оценке результатов лечения.

Сегодня стандарты выполняют преимущественно медико-экономическую функцию и служат элементом связи медицинских организаций с учреждениями, финансирующими их деятельность. Между тем многие клинические проблемы сложны и требуют синтеза выводов из нескольких видов исследований. Разработка программы лечения конкретного пациента может потребовать информации о диагнозе, прогнозе, эффектах терапии и отношении пациентов к ней, которые не могут быть стандартизированы. В этих условиях источником необходимой врачам информации становятся клинические рекомендации.

Клинические практические рекомендации (КПР, англ. clinical practice guidelines) — утверждения, разработанные по специальной методологии и призванные помочь клиницистам и пациентам принимать решения о рациональной помощи в различных клинических ситуациях. Клинические рекомендации разрабатываются экспертами и утверждаются профессиональными некоммерческими медицинскими организациями (ст. 76 Федерального закона ФЗ-323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», 2011 г.).

Целью клинических рекомендаций является предоставление готовых ресурсов высококачественной медицинской информации для врача и пациента, что позволяет совместно обсуждать различные варианты лечения, степень выгоды или риска, возможные методы воздействия для этого пациента.

Клинические рекомендации разрабатывались в России и ранее и выпускались под различными названиями — пособие для врачей, методические рекомендации, медицинские технологии и пр. Большинство из них было основано на сложившейся к середине прошлого века практике описательной интерпретации схем лечения и диагностики, не учитывало реальные возможности различных звеньев здравоохранения, было основано, во-многом, на мнениях их авторов или научных коллективов, без аналитического изучения лучших мировых публикаций.

Серьезным препятствием для разработки и внедрения рекомендаций по применению физических методов лечения является их качество, которое тесно связано с надежностью доказательств эффективности включаемых в них физических методов лечения. Даже если надежность не очень велика, рекомендации все же могут быть разработаны на основе экстраполяции доказательств, полученных в одной ситуации, на другую, теоретических рассуждений или других субъективных факторов. К сожалению, в большинстве случаев в заключительной части рекомендаций не отражена строгость доказательств, на которых основаны рекомендации. В результате может возникнуть ошибочное представление, что рекомендации одинаково ценны или авторитетны.

Между тем в 2002 г. ВОЗ была подготовлена методология разработки клинических рекомендаций и образована Международная сеть разработчиков клинических рекомендаций — Guidelines International Network (GIN, www.g-i-n.net). В нее вошли 42 организации из 23 стран. Целью данной организации является повышение качества медицинской помощи посредством создания программ по разработке клинических руководств и их внедрения в практику на основе международного сотрудничества. В 2001 г. в мировом медицинском сообществе сформировался консенсус условий доброкачественности клинических рекомендаций. В его основу был положен международный опросник AGREE, в котором сформулированы основные методологические требования к рекомендациям [3]. ВОЗ в 2002 г. было подготовлено руководство для разработчиков клинических рекомендаций (WHO Practice Guidelines, 2003), которые должны удовлетворять следующим критериям:

- научные данные должны быть собраны на систематической основе;
- в группу разработчиков должны входить представители большинства, если не всех, соответствующих дисциплин;
- рекомендации должны быть связаны непосредственно с доказательствами, на которых они основаны.

Новое время определило новые реалии развития клинической медицины на принципиально иной платформе доказательной медицины. В связи с тем, что сила доказательств, подтверждающих рекомендации, может меняться, последовательно меняется и уровень доказательности самих рекомендаций.

Методология разработки клинических руководств, основанных на принципах доказательной медицины, строится на систематическом обобщении

научных доказательств. Такие рекомендации позволяют с учетом новейшей и достоверной информации оптимизировать или существенно снизить влияние на решение врачей интуиции, квалификации, мнения авторитетных коллег, рекомендаций популярных руководств и справочников, имеющих различную долю субъективности представленных в них суждений.

Валидность практических рекомендаций оценивают по строгой методологии, которая детально представлена на сайте www.agreecollaboration.org.

Наиболее полная база данных по клиническим рекомендациям по физическим методам лечения имеется в системе PEDro [4]. В ней на основе фактических данных и руководящих принципов клинической практики представлены рекомендации, в которых:

— систематические обзоры были выполнены в последние 4 года, предшествующие публикации рекомендаций;

— имеется по крайней мере одно рандомизированное контролируемое исследование, выполненное на пациентах;

— имеются сообщения об опыте клинической практики, которые помогают физиотерапевтам в принятии решения о надлежащей медицинской помощи в конкретных клинических обстоятельствах.

Сегодня в базе PEDro имеется более 600 клинических рекомендаций [4]. Другая база данных клинических рекомендаций, имеющих отношение к физиотерапии и реабилитации, расположена на сайте www.health.uottawa.ca/EBcpg/english/. Национальные руководящие документы и рекомендации, разработанные в Северной Америке, можно найти на сайте www.guideline.gov/.

Сайты национальных клинических рекомендаций:

- www.show.scot.nhs.uk/sign/ (Шотландия);
- www.nice.org.uk (Великобритания);
- www.nhmrc.gov.au (Австралия);
- www.nzgg.org.nz (Новая Зеландия);
- www.guideline.gov (США).

Ведущими центрами данных по клиническим рекомендациям являются:

— www.guideline.gov (Американское агентство управления здравоохранением и научных исследований);

— www.ahrq.gov/clinic/cpgsixx.htm (Американское агентство медицинских исследований);

— www.americanheart.org (Американская ассоциация планирования здравоохранения);

— www.hstat.nlm.nih.gov (Национальная медицинская библиотека США);

— www.americanheart.org (Американская ассоциация кардиологов);

— www.nice.org.uk (Национальный институт здоровья и клинической практики Великобритании);

— www.eguidelines.co.uk (Электронная база данных клинических руководств);

— www.emb-guidelines.com (База данных клинических рекомендаций, основанных на доказательной медицине);

— www.nhs.uk (База данных комплексных медицинских исследований);

— www.osdm.org (Межрегиональное общество специалистов доказательной медицины).

В основных общемедицинских базах данных, таких как MEDLINE, EMBASE и CINAHL, размещено небольшое количество рекомендаций. Еще меньше их в соответствующих профильных журналах.

Сегодня лечебные физические факторы внедрены в ряд международных рекомендаций. Среди них наиболее авторитетными являются стандарты и рекомендации Британской медицинской ассоциации — EBM Guidelines, в 300 из которых включены физические методы лечения. Среди них большинство составляют руководства по лечению пациентов с хронической сердечной недостаточностью, ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью и заболеваниями сосудов, бронхиальной астмой и ХОБЛ, ревматоидным артритом и остеоартрозом, ожирением, болевыми синдромами различных отделов позвоночника, сосудистыми заболеваниями головного мозга, остеопорозом, повреждениями суставов и связок, фибромиалгией, скелетно-мышечными болями, травмами, нарушениями функции мочевого пузыря и предстательной железы, заболеваниями органов малого таза и некоторые другие [4, 5].

Все клинические рекомендации содержат две основные части — обобщение доказательств и детальные инструкции по их применению у данного пациента. Качественные рекомендации формируют свои доказательные компоненты на основе систематических обзоров всей релевантной мировой научной литературы. Напротив, в компоненте детальных инструкций могут быть синтезированы лучшие доказательства даже посредственного качества для помощи врачам в принятии срочного решения.

Критерии качества клинических рекомендаций представлены в таблице.

Следует помнить, что клинические рекомендации не всегда обладают необходимой гибкостью. Наиболее приемлемая для абсолютного большинства пациентов схема может не быть таковой для конкретного пациента или небольшой подгруппы пациентов. Степень гибкости определяется, помимо прочих факторов, строгостью доказательств, лежащих в основе рекомендаций. Если доказательства надежны и касаются большинства пациентов, гибкость рекомендаций может быть незначительной. Если же в основу рекомендаций положено лишь мнение экспертов, рекомендации должны обладать максимальной гибкостью.

Сама по себе разработка рекомендаций не позволяет улучшить качество лечения. Необходимы их широкое распространение и переход к концепции непрерывного медицинского образования. В настоящее время в мире отмечается тенденция к глобализации этого процесса, основывающегося на широкомасштабных международных исследованиях и развитии современных информационных технологий [7]. Рост количества зарегистрированных аппаратов и методов приводит к тому, что зачастую врачи-физиотерапевты назначают пациенту процедуры с использованием физических методов, которые не существовали в момент получения ими первоначального образования. В фармакологических исследованиях установлено, что решение

Критерии оценки качества клинических рекомендаций [6]

Методологическое качество	Систематическое обобщение данных	Рассмотрение всех вмешательств и клинических исходов	Рассмотрение приемлемости клинических исходов	Форма публикации, в которую были включены рекомендации
Высокое	Применялось	Применялось	Описано	Практические рекомендации или анализ принятия решения
Приемлемое	- " -	Применялось или не применялось	Не описано	Систематический обзор
Низкое	Не применялось	- " -	- " -	Описательный обзор; оригинальное исследование

о выборе антигипертензивной терапии более тесно коррелирует с количеством лет, прошедших после получения диплома врачом, чем с тяжестью состояния больного [8]. Аналогичные феномены, по-видимому, характерны и для лечебных физических факторов.

Для быстрого внедрения рекомендаций в практику чаще всего используются конференции, включение в программы последипломного образования, публикации в популярных и специализированных журналах, выпуск компьютерных дисков и ресурсы Интернета. Показано, что эффективность рекомендаций возрастает, если в их продвижении участвуют «опинион-лидеры» и они адаптированы к местным условиям.

В странах СНГ сегодня у врачей нет заинтересованности как в рациональном использовании физических методов лечения, так и в разработке научно обоснованных рекомендаций по их использованию. Это обусловлено несколькими причинами

— отсутствием координирующего органа, разрабатывающего вопросы стратегии развития физиотерапевтической помощи;

— отсутствием динамично развивающейся физиотерапевтической службы;

— «студенческим» мышлением многих врачей-физиотерапевтов, ориентированным на универсальный, а не на синдромно-патогенетический характер лечебного действия физических факторов;

— отсутствием отечественных рандомизированных контролируемых исследований лечебных эффектов физических методов лечения.

Указанные причины привели к тому, что в настоящее время в России из-за отсутствия единых установленных стандартов наблюдается большой разброс мнений о схемах оптимальной реабилитации больных, причем большинство этих схем не имеет строгой доказательной базы.

Процесс создания оригинальных клинических практических рекомендаций требует значительных затрат времени и сил, проведения дорогостоящих клинических исследований. Между тем значительная часть этой работы, как правило, уже проделана разработчиками аналогичных руководств из других стран, что позволяет избежать дублирования проделанной работы. В этом случае в качестве базовых документов для адаптации к отечественной клинической практике и создания национальных рекомендаций могут быть отобраны релевантные существующие клинические практические рекомендации, разработанные авторитетными зарубежными профессиональными медицинскими ассоциациями, объединенные в одном документе [9].

Представленные соображения обуславливают необходимость создания национальных рекомендаций по физической терапии пациентов с наиболее распространенными заболеваниями. Наличие таких медицинских документов, регламентирующих использование различных методов медицинской реабилитации, даст импульс к разработке и внедрению аналогичных документов по многим заболеваниям и позволит в будущем сформировать медицинскую и правовую базу, позволяющую практическим врачам принимать взвешенные решения по оптимальным схемам физической терапии пациентов различного клинического профиля.

ЛИТЕРАТУРА

1. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ.
2. *Ступаков И.Н., Самородская И.В.* Доказательная медицина в практике руководителей всех уровней системы здравоохранения. М.: МЦФЭР; 2006.
3. *Басинский С.Е.* Разработка клинических практических руководств с позиций доказательной медицины. М.: Медиа-Сфера; 2004.
4. *Пономаренко Г.Н.* Доказательная физиотерапия. СПб; 2011.
5. *Herbert R., Jamtvedt G., Mead J., Hagen K.B.* Practical evidence-based physiotherapy. Ed. I. Chalmers. Edinburgh: Elsevier; 2011.
6. *Петров В.И., Недогода С.В.* Медицина, основанная на доказательствах: Учебное пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2009.
7. *Davis D.* Continuing medical education. Global health, global learning. Br. Med. J. 1998; 316 (7128): 385—9.
8. *Durieux P.* Evidence-based medicine. Standardized medicine or promotion of critical spirit? Presse Medicale. 1998; 27 (37): 1900—4.
9. *Пономаренко Г.Н.* Физиотерапия: новый взгляд. СПб.: ВМедА им. С.М. Кирова; 2012.

REFERENCES

1. Federal Law «On fundamentals of protection of the health of citizens in the Russian Federation» from November 21, 2011. N 323-FZ (in Russian).
2. *Stupakov I.N., Samorodskaya I.V.* Evidence-based medicine in practice of leaders at all levels of the health system. Moscow: MCFER; 2006 (in Russian).
3. *Baschinskiy S.E.* Development of clinical practice guidelines from the positions of evidence-based medicine. Moscow: Media Sphere; 2004 (in Russian).
4. *Ponomarenko G.N.* Evidence-based physiotherapy. Sankt-Petersburg; 2011 (in Russian).
5. *Herbert R., Jamtvedt G., Mead J., Hagen K.B.* Practical evidence-based physiotherapy. Ed. I. Chalmers. Edinburgh: Elsevier; 2011.
6. *Petrov V.I., Nedogoda S.V.* Medicine based on evidence: The tutorial. Moscow: GEOTAR-Media; 2009 (in Russian).
7. *Davis D.* Continuing medical education. Global health, global learning. Br. Med. J. 1998; 316 (7128): 385—9.
8. *Durieux P.* Evidence-based medicine. Standardized medicine or promotion of critical spirit? Presse Medicale. 1998; 27 (37): 1900—4.
9. *Ponomarenko G.N.* Physical therapy: a new look. Sankt-Petersburg: VMedA; 2012 (in Russian).

Поступила 03.01.14