

Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению послеродового кровотечения



Всемирная организация
здравоохранения

Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению послеродового кровотечения



Всемирная организация
здравоохранения

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage.

1.Postpartum hemorrhage - prevention and control. 2.Postpartum hemorrhage - therapy.
3.Obstetric labor complications. 4.Guideline. 1.World Health Organization.

ISBN 978 92 4 454850 9

(NLM classification: WQ 330)

© Всемирная организация здравоохранения, 2014 г.

Все права защищены. Публикации Всемирной организации здравоохранения имеются на веб-сайте ВОЗ (www.who.int) или могут быть приобретены в Отделе прессы ВОЗ, Всемирная организация здравоохранения, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (тел.: +41 22 791 3264; факс: +41 22 791 4857; эл. почта: bookorders@who.int). Запросы на получение разрешения на воспроизведение или перевод публикаций ВОЗ - как для продажи, так и для некоммерческого распространения - следует направлять в Отдел прессы ВОЗ через веб-сайт ВОЗ (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти, либо относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полное согласие.

Упоминание конкретных компаний или продукции некоторых изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, возникший в результате использования этих материалов.

Министерство здравоохранения Российской Федерации финансировало перевод и печать этой публикации на русском языке.

Printed in Russia

Содержание

Благодарности	1
Список используемых сокращений	2
Резюме	3
Вставка А. Рекомендации по профилактике ПРК	5
Вставка В. Рекомендации по лечению ПРК	6
Вставка С. Организация оказания медицинской помощи	7
1. Предпосылки	9
2. Методы	10
3. Результаты	13
Вставка 1. Рекомендации по профилактике ПРК – утеротоники	15
Вставка 2. Рекомендации по профилактике ПРК – тактика в отношении пуповины и массаж матки	16
Таблица 1. Рекомендации в отношении отдельных компонентов активного ведения третьего периода родов с учетом статуса лица, осуществляющего вмешательство.	18
Вставка 3. Рекомендации по профилактике ПРК при кесаревом сечении	18
Вставка 4. Рекомендации по лечению ПРК – утеротоники	19
Вставка 5. Рекомендации по лечению ПРК – интенсивная инфузионная терапия и транексамовая кислота	19
Вставка 6. Рекомендации по лечению ПРК – приемы и другие процедуры	20
Вставка 7. Рекомендации по лечению задержки отделения плаценты	21
Вставка 8. Рекомендации по профилактике и лечению ПРК для систем здравоохранения и организации медицинской помощи	22
Вставка 9. Заключение по вопросам, относительно которых доказательства для вынесения рекомендаций были недостаточны	23
4. Выводы по итогам исследований	24
5. Распространение и внедрение руководства	25
6. Вопросы применимости	26
7. Обновление руководства	27
Литература	27
Приложение 1. Внешние эксперты и сотрудники ВОЗ, участвовавшие в составлении настоящего руководства. Краткий обзор заявлений о конфликте интересов	29
Приложение 2. Критически важные исходы для принятия решений	35
Приложение 3. Резюме факторов, связанных с силой рекомендаций (балансовые таблицы)	36

Вставка 1. Резюме факторов, связанных с силой рекомендаций (рекомендации 1–5)	36
Вставка 2. Резюме факторов, связанных с силой рекомендаций (рекомендации 6–10)	37
Вставка 3. Резюме факторов, связанных с силой рекомендаций (рекомендации 11–15)	38
Вставка 4. Резюме факторов, связанных с силой рекомендаций (рекомендации 16–20)	39
Вставка 5. Резюме факторов, связанных с силой рекомендаций (рекомендации 21–25)	40
Вставка 6. Резюме факторов, связанных с силой рекомендаций (рекомендации 26–30)	41
Вставка 7. Резюме факторов, связанных с силой рекомендаций (рекомендации 31–32)	42
Вставка 8. Шаблон резюме факторов, связанных с силой рекомендаций, и пояснения по заполнению шаблона	43

Стандартизированные критерии, использовавшиеся для оценки доказательств, описательный анализ доказательств и таблицы GRADE не включены в настоящий документ. Эти материалы опубликованы в отдельном документе, озаглавленном «Рекомендации ВОЗ по послеродовому кровотечению: доказательная база» (*WHO recommendations for postpartum haemorrhage: evidence base*), по следующей ссылке: www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241548502/en/

Благодарности

Работа над настоящим руководством была организована сотрудниками Департамента ВОЗ по репродуктивному здоровью и научным исследованиям — Метином Гюльмезоглу (*Metin Gülmezoglu*) и Жуаном Паулу Созой (*João Paulo Souza*), а также сотрудником Департамента ВОЗ по охране здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков Мэтьюсом Матаем (*Matthews Mathai*). Жуан Паулу Соза координировал разработку настоящего руководства и составил проект данного документа. Сотрудники Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP) Эдгардо Абалос (*Edgardo Abalos*) и Вирхиния Диас (*Virginia Diaz*) проанализировали научные доказательства, относящиеся к профилактике и лечению послеродового кровотечения (ПК), и составили таблицы GRADE, использованные в руководстве. Сотрудница Академического гинекологического центра Королевского колледжа Лондона (Великобритания) Наташа Хезелгрэйв (*Natasha Hezelgrave*) подготовила предварительный описательный анализ доказательств. Таблицы GRADE были проверены сотрудником Бангкокского университета (Таиланд) Канокваруном Ватананируном (*Kanokwaroon Watananirun*). Метин Гюльмезоглу, Мэтьюс Матаи и Эдгардо Абалос внесли изменения в проект документа, который затем был отрецензирован Наташей Хезелгрэйв и участниками технической консультации ВОЗ по профилактике и лечению ПК (см. приложение 1).

ВОЗ выражает благодарность сотруднице Университета Найроби (Кения) Захиде Куреши (*Zahida Qureshi*) за работу в качестве председателя технической консультации. Мы также признательны множеству участников из различных стран мира за отзывы, предоставленные в ходе онлайн-консультации, которая являлась частью подготовки руководства.

ВОЗ выражает признательность Агентству США по международному развитию (USAID) за непрерывную поддержку нашей деятельности в этой сфере. Особая благодарность — Gynuity Health Projects за дополнительное финансирование работы над настоящим руководством. ВОЗ также желает поблагодарить авторов систематических обзоров, использованных в данном руководстве, за помощь и содействие в обновлении своих работ. ВОЗ выражает благодарность Кокрановской группе по беременности и родам, и особенно — ее сотрудникам в Ливерпуле (Великобритания), за помощь в обновлении Кокрановских обзоров.

Список используемых сокращений

AGREE	Инструмент оценки качества клинических руководств
GRADE	Классификация оценки, разработки и определения эффективности рекомендаций
GREAT	Разработка руководств, приоритеты в области научных исследований, синтез доказательств, передача знаний (проект)
PICO	Популяция, вмешательства, сравнения и исходы
GREAT	Разработка руководств, приоритеты в области научных исследований, синтез доказательств, передача знаний (проект)
RevMan	Программное обеспечение «Менеджер рецензирования»
USAID	Агентство США по международному развитию
АВТПР	Активное ведение третьего периода родов
в/в	Внутривенно
в/м	Международная единица
в/в	Внутримышечно
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ГСР	Группа по составлению руководства (ГСР)
ДИ	Доверительный интервал
КМС	Коэффициент материнской смертности
КТП	Контролируемые тракции за пуповину
МЕ	Международная единица
мкг	Микрограмм
МНДП	Департамент ВОЗ по охране здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков
ОР	Относительный риск
ОШ	Отношение шансов
п/о	Перорально (внутри)
ПРК	Послеродовое кровотечение
РКИ	Рандомизированное контролируемое испытание

Резюме

Введение

Послеродовое кровотечение (ПРК) обычно определяется как потеря минимум 500 мл крови в течение 24 часов после родов. ПРК является основной причиной смертности родильниц в странах с низким уровнем дохода и первоочередной причиной почти четверти всех случаев материнской смертности в мире. Большинство летальных исходов, обусловленных ПРК, происходят в течение первых 24 часов после родов; большинства из них можно избежать за счет профилактического применения утеротоников в третьем периоде родов и правильного ведения родов.

Повышение качества медицинской помощи женщинам в родах для профилактики и лечения ПРК – важнейший шаг к достижению целей развития, сформулированных в «Декларации тысячелетия» ООН. Таким образом, основная цель данного руководства состоит в том, чтобы сформировать базу для выработки стратегической политики и создания программ, необходимых для стабильного внедрения эффективных процедур, позволяющих снизить бремя ПРК по всему миру.

Методы составления руководств

Настоящее руководство составлено с соблюдением методологии, закрепленной в «Пособии ВОЗ по составлению руководств»¹. Вкратце, процесс составления руководства включает следующие этапы: (i) определение вопросов, связанных с клинической практикой и политикой в отношении здравоохранения, на которые требуется получить ответы; (ii) сбор современных доказательств, основанных на научных исследованиях; (iii) оценка и синтез доказательств; (iv) формулировка рекомендаций на основе вклада широкого круга заинтересованных сторон; и (v) планирование распространения и внедрения, оценка результатов внедрения и обновление.

Обобщение научных доказательств, легших в основу рекомендаций, проводилось с помощью методологии «Классификация оценки, разработки и определения эффективности рекомендаций» (GRADE). На основе 22 современных систематических обзоров для каждой из предыдущих рекомендаций ВОЗ в отношении ПРК (от 2007 и 2009 гг.) и для всех новых вопросов были подготовлены профили доказательств. Пересмотренные и новые рекомендации были выработаны и приняты международной группой экспертов, участвовавших в технической консультации ВОЗ по профилактике и лечению ПРК, проводившейся в Монтре (Швейцария) 6–8 марта 2012 г.

Техническая консультация ВОЗ утвердила 32 рекомендации, представленные во вставках А, В и С. Для каждой рекомендации качество доказательств было оценено как «крайне низкое», «низкое», «среднее» или «высокое». Участвовавшие в работе заинтересованные стороны определяли степень применимости этих рекомендаций с учетом качества доказательств и других факторов (включая ценности и предпочтения заинтересованных сторон, выраженность эффекта, баланс положительных и отрицательных эффектов, использование ресурсов и степень реализуемости каждой рекомендации). В целях обеспечения верного понимания и корректного практического применения каждой рекомендации в руководство включены дополнительные замечания; они приведены в полной версии документа под рекомендациями. В случае сомнений относительно значения каждой рекомендации читателям рекомендуется ознакомиться с данными примечаниями в полной версии руководства.

¹ WHO handbook for guideline development. Geneva, World Health Organization, 2012.

Рекомендации по профилактике ПРК

Собственный вклад каждого компонента «активного ведения третьего периода родов» рассматривался в свете новых доступных доказательств, после чего были сформулированы соответствующие рекомендации. Всем рожаящим женщинам в третьем периоде родов следует предлагать утеротоники для профилактики ПРК; окситоцин (в/м или в/в, 10 МЕ) рекомендуется как утеротоническое средство первого выбора. Прочие инъекционные утеротоники и мизопропростол рекомендуются в качестве альтернативных средств профилактики ПРК при отсутствии окситоцина. Важность контролируемых тракций за пуповину (КТП) пересмотрена ввиду получения новых доказательств. Теперь это вмешательство считается оптимальным при наличии квалифицированных акушерок и противопоказано, если квалифицированный персонал не принимает участия в родовспоможении. Раннее пережатие пуповины, как правило, противопоказано. Непрерывный массаж матки не рекомендуется в качестве средства профилактики ПРК у женщин, получивших профилактику окситоцином, так как он может вызывать дискомфорт, требует присутствия отдельного медработника и может оказаться неэффективным для снижения кровопотери. Однако оценка тонуса матки путем пальпации живота для раннего выявления послеродовой атонии матки рекомендуется для всех женщин. Резюмируя, группа по составлению руководства (ГСР) сочла применение утеротоников основным методом воздействия в рамках активного ведения третьего периода родов. В данном контексте применение мизопростола для профилактики ПРК медико-санитарными работниками и работниками здравоохранения без специального образования считается обоснованным при отсутствии квалифицированных акушерок.

ГСР также выпустила рекомендации по снижению кровопотери в третьем периоде родов при кесаревом сечении. Окситоцин является рекомендуемым утеротоническим препаратом для профилактики ПРК при кесаревом сечении. Тракции за пуповину рекомендуются как предпочтительная альтернатива ручному отделению плаценты при кесаревом сечении.

Рекомендации по лечению ПРК

Применение утеротоников (окситоцин в качестве монотерапии является препаратом выбора) играет важнейшую роль при лечении ПРК. Массаж матки рекомендуется для устранения ПРК непосредственно после постановки диагноза; кроме того, рекомендуется интенсивная инфузионная терапия изотоническими кристаллоидными растворами. При рефрактерном атоническом кровотечении или персистирующем травматическом кровотечении рекомендуется применение транексамовой кислоты. Баллонная тампонада матки рекомендуется при рефрактерном кровотечении или при отсутствии утеротоников. Бимануальная компрессия матки, наружная компрессия аорты и применение непневматического противошокового костюма рекомендованы в качестве временных мер, принимаемых до появления возможности провести надлежащие процедуры. При персистирующем кровотечении и при наличии необходимых ресурсов следует рассмотреть вопрос об эмболизации маточных артерий. Если кровотечение не прекращается на фоне лечения с использованием утеротонических средств и других консервативных процедур, следует незамедлительно провести хирургическое вмешательство.

Если третий период родов продолжается более 30 минут, то для выделения последа следует применить КТП и окситоцин в/в либо в/м (10 МЕ). Если послед не выделился и возникло кровотечение, следует провести ручное отделение плаценты. При ручном отделении плаценты рекомендуется ввести одну дозу профилактических антибиотиков.

ГСР также выпустила рекомендации, относящиеся к организации медицинской помощи при ПРК. В лечебных учреждениях, в которых проводится родовспоможение, следует внедрить стандартные протоколы профилактики и лечения ПРК и перевода пациенток. Рекомендуется проводить симуляционные тренинги по ПРК в рамках обучающих программ для медицинских работников, как проходящих подготовку до начала работы, так и уже работающих. Наконец, участники ГСР рекомендовали вести мониторинг применения утеротоников для профилактики ПРК и предложили к использованию специальный показатель.

Вставка А. Рекомендации по профилактике ПРК

1. Применение утеротоников в третьем периоде родов для профилактики ПРК рекомендуется при всех родах. (Сильная рекомендация, доказательства среднего качества.)
2. Окситоцин (10 МЕ, в/в или в/м) является рекомендованным утеротоническим препаратом для профилактики ПРК. (Сильная рекомендация, доказательства среднего качества.)
3. При отсутствии окситоцина рекомендуется применять другие инъекционные утеротоники (при необходимости – эргометрин/метилэргометрин или фиксированную комбинацию окситоцина и эргометрина) либо мизопростол перорально (600 мкг). (Сильная рекомендация, доказательства среднего качества.)
4. При отсутствии квалифицированных акушерок и окситоцина для профилактики ПРК медико-санитарным работникам и работникам здравоохранения без специального образования рекомендуется применять мизопростол (600 мкг п/о). (Сильная рекомендация, доказательства среднего качества.)
5. При наличии квалифицированных акушерок при родах через естественные родовые пути КТП рекомендуются, если медработник и роженица считают небольшое снижение кровопотери и небольшое снижение продолжительности третьего периода родов важными. (Слабая рекомендация, доказательства высокого качества.)
6. При отсутствии квалифицированных акушерок КТП не рекомендованы. (Сильная рекомендация, доказательства среднего качества.)
7. Позднее пережатие пуповины (через 1–3 минуты после рождения) рекомендуется при всех родах; одновременно следует начать первичные (основные) мероприятия по уходу за новорожденным. (Сильная рекомендация, доказательства среднего качества.)
8. Раннее пережатие пуповины (менее чем через 1 минуту после рождения) не рекомендуется, если новорожденный не испытывает асфиксии и не нуждается в немедленной реанимации. (Сильная рекомендация, доказательства среднего качества.)
9. Непрерывный массаж матки не рекомендуется для профилактики ПРК у женщин, получивших с этой целью окситоцин. (Сильная рекомендация, доказательства крайне низкого качества.)
10. У всех женщин для раннего выявления атонии матки в послеродовом периоде рекомендуется оценивать тонус матки путем пальпации живота. (Сильная рекомендация, доказательства крайне низкого качества.)
11. Окситоцин (в/в или в/м) рекомендуется в качестве утеротонического препарата для профилактики ПРК при кесаревом сечении. (Сильная рекомендация, доказательства среднего качества.)
12. Контролируемые тракции за пуповину рекомендуются для выделения последа при кесаревом сечении. (Сильная рекомендация, доказательства среднего качества.)

Вставка В. Рекомендации по лечению ПРК

13. Окситоцин для внутривенного введения является рекомендованным утеротоническим средством для монотерапии ПРК. (Сильная рекомендация, доказательства среднего качества.)
14. При отсутствии окситоцина для внутривенного введения или отсутствии эффекта от применения окситоцина рекомендуется применять эргометрин внутривенно, фиксированную комбинацию окситоцина и эргометрина либо препараты простагландинов (включая мизопропростол сублингвально, 800 мкг). (Сильная рекомендация, доказательства низкого качества.)
15. Для начальной интенсивной инфузионной терапии женщин с ПРК рекомендуется отдавать предпочтение изотоническим кристаллоидным растворам нежели коллоидным растворам. (Сильная рекомендация, доказательства низкого качества.)
16. Если окситоцин и другие утеротоники оказались неэффективными для остановки кровотечения или предполагается, что кровотечение может быть отчасти обусловлено травмой, то для прекращения ПРК рекомендуется применять транексамовую кислоту. (Слабая рекомендация, доказательства среднего качества.)
17. Для лечения ПРК рекомендуется массаж матки. (Сильная рекомендация, доказательства крайне низкого качества.)
18. При отсутствии эффекта от утеротоников или при отсутствии самих утеротоников для лечения ПРК, обусловленного атонией матки, рекомендуется баллонная тампонада матки. (Слабая рекомендация, доказательства крайне низкого качества.)
19. При неэффективности других мероприятий и наличии необходимых ресурсов для лечения ПРК, обусловленного атонией матки, рекомендуется применять эмболизацию маточных артерий. (Слабая рекомендация, доказательства крайне низкого качества.)
20. Если кровотечение не прекращается, несмотря на лечение утеротониками и проведение других консервативных процедур (напр., массажа матки, баллонной тампонады), рекомендуется хирургическое вмешательство. (Сильная рекомендация, доказательства крайне низкого качества.)
21. Бимануальная компрессия матки рекомендуется в качестве временной меры, применяемой до появления возможности провести надлежащие процедуры для лечения ПРК, обусловленного атонией матки после родов через естественные родовые пути. (Слабая рекомендация, доказательства крайне низкого качества.)
22. Наружная компрессия аорты рекомендуется в качестве временной меры, применяемой до появления возможности провести надлежащие процедуры для лечения ПРК, обусловленного атонией матки после родов через естественные родовые пути. (Слабая рекомендация, доказательства крайне низкого качества.)
23. Использование непневматического противошокового костюма рекомендуется в качестве временной меры, применяемой до появления возможности провести надлежащие процедуры. (Слабая рекомендация, доказательства крайне низкого качества.)
24. Тампонада матки не рекомендуется для лечения ПРК, обусловленного атонией матки после родов через естественные родовые пути. (Слабая рекомендация, доказательства крайне низкого качества.)
25. Если спонтанного выделения последа не происходит, рекомендуется применение в/в или в/м окситоцина (10 МЕ) в сочетании с контролируруемыми тракциями за пуповину. (Слабая рекомендация, доказательства крайне низкого качества.)
26. Применение эргометрина при задержке отделения плаценты не рекомендуется, так как может вызвать тетанические сокращения матки, которые способны замедлить выделение последа. (Слабая рекомендация, доказательства крайне низкого качества.)
27. Применение простагландина E₂α (динопростона или сульпростона) для лечения задержки отделения плаценты не рекомендуется. (Слабая рекомендация, доказательства крайне низкого качества.)
28. При ручном отделении плаценты рекомендуется введение одной дозы антибиотиков (ампициллина или цефалоспорины первого поколения). (Слабая рекомендация, доказательства крайне низкого качества.)

Вставка С. Организация оказания медицинской помощи

29. В лечебных учреждениях рекомендуется применять стандартные протоколы для профилактики и лечения ПРК. (Слабая рекомендация, доказательства среднего качества.)
30. В лечебных учреждениях рекомендуется применять стандартные протоколы перевода женщин в учреждения более высокого уровня. (Слабая рекомендация, доказательства крайне низкого качества.)
31. Рекомендуется проводить симуляционные тренинги по лечению ПРК в рамках обучающих программ для медицинских работников, как проходящих подготовку до начала работы, так и уже работающих. (Слабая рекомендация, доказательства крайне низкого качества.)
32. Рекомендуется проводить мониторинг применения утеротоников после родов для профилактики ПРК в качестве индикатора процесса для программной оценки. (Слабая рекомендация, доказательства крайне низкого качества.)

1. Предпосылки

Послеродовое кровотечение (ПРК) обычно определяется как потеря минимум 500 мл крови в течение 24 часов после родов, а тяжелое ПРК определяется как потеря минимум 1000 мл крови за тот же период. От ПРК страдают приблизительно 2% родильниц: оно приводит не только почти к четверти всех случаев материнской смертности по всему миру, но и является основной причиной материнской смертности в большинстве стран с низким уровнем дохода. ПРК составляет главную причину тяжелых заболеваний и длительной инвалидизации родильниц, а также ряда других тяжелых состояний родильниц, как правило, развивающихся вследствие более выраженной кровопотери, включая шок и органную недостаточность (1–3).

Атония матки является наиболее распространенной причиной ПРК, однако травма родовых путей (т. е. разрывы влагалища или шейки матки), разрыв матки, задержка плацентарной ткани или нарушения свертываемости крови также могут привести к ПРК. Несмотря на то, что у большинства женщин, у которых развиваются осложнения ПРК, очевидные клинические или анамнестические факторы риска отсутствуют, наличие шести или более родов в анамнезе и многоплодная беременность повышают риск кровотечения в послеродовом периоде. ПРК может осложняться фоновой анемией, и в таких случаях потеря даже небольшого объема крови может привести к нежелательным клиническим последствиям (4).

Во второй половине XX века комплекс процедур, проводимых во время третьего периода родов, стал краеугольным камнем профилактики ПРК. Данный подход получил известность как «активное ведение третьего периода родов» и изначально состоял из следующих компонентов: профилактическое применение утеротоника после родоразрешения, раннее пережатие и пересечение пуповины, контролируемые тракции за пуповину. Массаж матки также является распространенным компонентом активного ведения третьего периода родов. В противоположность активному ведению, выжидательная тактика предполагает ожидание признаков отделения плаценты, что позволяет последу выделиться самопроизвольно или под воздействием стимуляции сосков либо тяжести, помещенной на живот. В сравнении с выжидательной тактикой активное ведение третьего периода родов характеризуется существенным снижением частоты ПРК (5).

Как правило, предполагается, что основной доли летальных исходов вследствие ПРК можно избежать путем профилактики и лечения ПРК. Ввиду этого профилактика и лечение ПРК являются важнейшими шагами к усовершенствованию медицинской помощи роженицам и родильницам и достижению целей развития, сформулированных в «Декларации тысячелетия» ООН. Для достижения этих целей медработникам в развивающихся странах следует обеспечить доступ к необходимым лекарственным препаратам и обучить методам оказания помощи при ПРК. Для формирования стратегий в области здравоохранения и улучшения результатов мероприятий по охране здоровья необходимо предоставить странам руководства, основанные на доказательствах.

Ввиду появления новых научных доказательств в сфере профилактики и лечения ПРК цель составления настоящего документа заключалась в пересмотре прежних рекомендаций ВОЗ по профилактике и лечению ПРК и вынесении новых рекомендаций. Основная задача настоящего руководства состоит в формировании базы для разработки стратегической политики и программ в отношении лечебных мероприятий, доказавших свою эффективность в снижении бремени ПРК. Основной целевой аудиторией настоящего документа являются специалисты, отвечающие за разработку национальных и международных протоколов и норм в области здравоохранения. Настоящее руководство также предназначено для врачей-акушеров, сестер-акушеров, врачей общей практики, руководителей сферы здравоохранения и разработчиков политики в области здравоохранения, особенно работающих в условиях недостатка ресурсов. Предлагаемое руководство основано на доказательствах и охватывает связанные с лечением ПРК вопросы, отбор и определение приоритетности которых производились международной междисциплинарной группой медицинских работников, потребителей медицинских услуг и представителей других заинтересованных сторон. В настоящем документе устанавливаются общие принципы лечения ПРК; он служит основой для разработки протоколов и стратегий в сфере здравоохранения, связанных с ПРК. Настоящий документ не является всесторонним практическим руководством по профилактике и лечению ПРК.

2. Методы

Настоящее руководство является обновленной версией «Рекомендаций ВОЗ по профилактике ПРК», опубликованных в 2007 г., и «Руководства ВОЗ по лечению послеродового кровотечения и задержки отделения плаценты», опубликованного в 2009 г. (6, 7). Настоящий документ составлен в целях поддержки доказательно обоснованной практики во всех странах. Руководство подготовлено в рамках проекта ВОЗ по практическому применению знаний, озаглавленному «GREAT» («Разработка руководств, приоритеты в области научных исследований, синтез доказательной базы, передача знаний») (8), составлено в соответствии со стандартизированными процедурами, закрепленными в «Пособии ВОЗ по составлению руководств» (9). Вкратце, процесс составления руководства включает следующие стадии: (i) определение приоритетных вопросов и исходов; (ii) сбор доказательств; (iii) оценка и синтез доказательств; (iv) формулировка рекомендаций; (v) планирование распространения и внедрения, оценка результатов внедрения и обновление.

В составлении настоящего руководства принимали участие две технические группы: небольшая оперативная группа включала сотрудников Департамента ВОЗ по репродуктивному здоровью и научным исследованиям и Департамента ВОЗ по охране здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков (МНДП), а также двух внешних экспертов (см. приложение 1 – Координационная группа по подготовке руководства). В более крупную группу с участием международных представителей заинтересованных сторон вошли сестры-акушерки, врачи-акушеры, неонатологи, научные работники, эксперты по обобщению данных исследований, эксперты по программам здравоохранения и представители потребителей медицинских услуг (группа по составлению руководства – ГСР). Координационная группа была образована на начальном этапе проекта и осуществляла пересмотр предыдущих руководств ВОЗ по профилактике и лечению ПРК (6, 7). Данная группа подготовила перечень потенциальных дополнительных вопросов, связанных с профилактикой и лечением ПРК. Затем ГСР пересмотрела проект перечня вопросов и определила их приоритетность. После этого координационная группа составила перечень всех подлежащих обсуждению вопросов. В него вошли как вопросы из прежних версий руководства, так и новые вопросы. Кроме того, участники координационной группы по подготовке руководства утвердили исходы, использованные в руководствах от 2007 и 2009 гг. Эти исходы, как и прежде, были оценены по шкале от 1 до 9. Вопрос или исход, получавший оценку не менее 7 баллов, считался «критически важным». Вопросы и исходы, получавшие оценку 4–6 баллов, расценивались как «важные, но не критичные», а вопросы и исходы, получавшие менее 4 баллов, не считались важными в рамках настоящего руководства (приложение 2).

Источниками доказательств для рекомендаций являлись Кокрановские систематические обзоры рандомизированных контролируемых испытаний (РКИ)². На основании перечня отобранных вопросов и исходов группа по составлению руководства выбирала соответствующие Кокрановские систематические обзоры и определяла необходимость их обновления. Обзор считался устаревшим, если последний поиск новых испытаний выполнялся не менее двух лет назад либо если имелись нуждающиеся в оценке значимые исследования, выявленные с помощью стандартных методов поиска Кокрановской группы по беременности и родам. Обновление проводилось в соответствии со стандартными специализированными стратегиями поиска. Ответственным авторам устаревших обзоров предлагалось обновить свои работы в течение установленного срока. В том случае, если ответственные авторы обзоров не имели возможности осуществить работу в срок, члены координационной группы обновляли систематические обзоры самостоятельно. Стратегии поиска, использовавшиеся для отбора испытаний, а также конкретные критерии включения и исключения испытаний описаны в отдельных систематических обзорах. В отношении вопросов, для которых данные рандомизированных испытаний были недостаточны, членами координационной группы был проведен систематический обзор литературы, в который были включены нерандомизированные испытания.

² В рамках предшествующего публикации редакционного процесса Кокрановские обзоры получают отзывы трех рецензентов (одного редактора и двух рецензентов, не входящих в редакционную коллегию) и статистического консультанта группы (см. <http://www.cochrane.org/cochrane-reviews>). В «Кокрановском пособии по систематическим обзорам вмешательств» подробно описывается процесс подготовки Кокрановских систематических обзоров по эффектам медицинских вмешательств и их поддержания в актуальном состоянии.

Сбор содержащихся в систематических обзорах доказательств для настоящего руководства осуществлялся в соответствии со следующей процедурой. Во-первых, от Кокрановской группы по беременности и родам было получено современное программное обеспечение REVMAN. Затем файл REVMAN был модифицирован в соответствии с приоритетными сравниваемыми параметрами и исходами (параметры и исходы, не являвшиеся актуальными для настоящего руководства, были исключены). Следующий шаг заключался в экспорте файла REVMAN в программное обеспечение GRADE и применении критериев GRADE для практической оценки полученных научных данных. На последнем этапе для каждого сравнения были подготовлены профили доказательств (таблицы GRADE). Для обработки и распространения электронных файлов использовалась онлайн-система управления информационным контентом, а именно – Guideline Production System.

Доказательства, представленные в таблицах GRADE, были извлечены из более крупного массива данных, полученных в основном из Кокрановских обзоров, в которых во многих случаях содержались множественные сравнения (таблицы доказательной базы (ЕВ) 1–70). Каждая таблица GRADE относится к одному определенному вопросу или сравниваемому параметру, однако в некоторых таблицах GRADE содержатся данные не для всех критичных исходов. Это обусловлено тем, что данные для этих исходов не были представлены в Кокрановских обзорах. Исходные данные, составляющие основу таблиц GRADE, в настоящий документ не включены, однако читатели, интересующиеся методами составления таблиц GRADE, могут запросить доступ к этой информации. Координационная группа использовала содержащуюся в таблицах GRADE информацию для проверки необходимости пересмотра существующих рекомендаций (включенных в документы от 2007 и 2009 г.) и для составления проектов рекомендаций, относящихся к новым вопросам. Каждая рекомендация была включена в один из тематических модулей, содержащих описательный анализ доказательств и соответствующие таблицы GRADE. Стандартизированные критерии, использованные для оценки доказательств, и тематические модули (включая таблицы GRADE) **не включены в настоящий документ**. Они опубликованы в отдельном онлайн-документе, озаглавленном «Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению ППК: доказательная база» (*WHO recommendations for preventing and treating PPH: evidence base*, www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241548502/en).

Рассмотрение проекта рекомендаций проведено в ходе предварительной онлайн-консультации. Проект рекомендаций и доказательства предоставлялись для ознакомления различным заинтересованным лицам на международном уровне, которым затем было предложено заполнить онлайн-анкету. Кроме того, в ходе предварительной онлайн-консультации были представлены другие ранее опубликованные рекомендации, которые подлежали обсуждению во время технической консультации ВОЗ по профилактике и лечению ППК, проводившейся в Монтре (Швейцария) 6–8 марта 2012 г. Некоторые представители международной группы экспертов (участвовавшие в онлайн-консультациях) и другие эксперты были приглашены принять участие в технической консультации (полный список участников см. в приложении 1). Проект рекомендаций, подробное резюме доказательств, таблицы GRADE для новых и ранее опубликованных рекомендаций и другие актуальные документы были предоставлены участникам заранее. Для компактного отражения ценностей, предпочтений и суждений о силе новых и пересмотренных рекомендаций использовались балансовые таблицы.

Заявление участников технической консультации ВОЗ о конфликте интересов

В соответствии с регламентом ВОЗ перед началом заседания ВОЗ все эксперты обязаны представить заявление о конфликте интересов. Как следствие, до начала заседания все члены и участники ГСР должны были заполнить бланк заявления. Перед окончательным утверждением состава группы и рассылки приглашений заявления были рассмотрены координационной группой. В начале заседания приглашенные эксперты также сделали устное заявление о потенциальном конфликте интересов. Меры в отношении конфликта интересов принимались в соответствии с «Руководством ВОЗ по представлению заявления о конфликте интересов (эксперты ВОЗ)». Все члены ГСР заявили об отсутствии коммерческих или финансовых интересов, прямо или косвенно связанных с темой заседания/руководства. Семь членов ГСР участвовали в академических исследованиях, связанных с темой руководства, однако их

участие не было сочтено конфликтом интересов, и был сделан вывод о целесообразности полноценного участия в заседании всех выбранных экспертов. Заявления о конфликте интересов, представленные членами ГСР, резюмированы в таблице в приложении 1.

Принятие решений в ходе технической консультации

В начале технической консультации участники обсудили и составили перечень рекомендаций, которые предстояло рассмотреть в ходе заседания. В него был включен ряд новых рекомендаций, а также ранее опубликованные рекомендации, которые было необходимо рассмотреть и, возможно, модифицировать.

Техническая консультация проходила в соответствии со следующим протоколом: структура заседания позволяла участникам обсудить предложенный перечень рекомендаций, а модификация рекомендаций осуществлялась в рамках группового обсуждения. Каждая рекомендация утверждалась посредством консенсуса, который определялся как согласие как минимум трех четвертей участников при условии отсутствия категорического несогласия остальных участников. Категорическое несогласие должно было быть отмечено в руководстве. При невозможности достижения консенсуса оспариваемая рекомендация (или любое другое решение) выносилась на голосование. Рекомендация (или решение) считалась принятой, если за нее проголосовало простое большинство (более половины) участников, за исключением случаев, когда несогласие было связано с вопросами безопасности. В таких случаях Секретариат ВОЗ мог принять решение не выносить рекомендацию. Сотрудники ВОЗ, присутствовавшие на заседании, а также другие внешние технические эксперты, участвовавшие в сборе и оценке доказательств, к голосованию не допускались. Помимо научных доказательств и их качества при формулировании окончательных рекомендаций учитывались вопросы реализуемости, стоимости и другие аспекты.

Сила каждой рекомендации определялась в ходе технической консультации. По умолчанию, сила обсуждаемых рекомендаций изначально соответствовала качеству доказательств (т. е. на момент начала обсуждения сильные рекомендации основывались на доказательствах «среднего» и «высокого» качества, а слабые рекомендации основывались на доказательствах «низкого» и «крайне низкого» качества). Помимо качества доказательств при определении силы итоговой рекомендации учитывались следующие факторы: ценности и предпочтения, масштаб воздействия, баланс преимуществ и недостатков, использование ресурсов и практическая реализуемость каждой рекомендации. Ценности и предпочтения, ресурсоемкость и практическая реализуемость каждой рекомендации определялись на основе опыта и мнений членов ГСР. Для документации и синтеза этих факторов, а также фиксации причин изменения принимаемой по умолчанию силы рекомендаций использовались балансовые таблицы (приложение 3, вставки 1–8).

Подготовка и рецензирование документов

До начала технической консультации координационная группа подготовила предварительную версию настоящего документа на основе шаблона для подготовки руководств, разработанного в рамках проекта GREAT Всемирной организации здравоохранения. Проект руководства был рассмотрен участниками технической консультации в ходе заседания в Монре. Во время заседания проект руководства был модифицирован в соответствии с итогами обсуждения и комментариями участников. Отзывы, полученные на этапе предварительной онлайн-консультации, также рассматривались и в случае целесообразности включались в документ. После заседания члены координационной группы привели пересмотренную версию документа в соответствие с результатами обсуждения и решениями участников. Пересмотренный проект руководства был направлен двум внешним рецензентам, их отзывы были тщательно проанализированы координационной группой, а в документ были внесены соответствующие поправки. Координационная группа воздержалась от внесения существенных изменений в область применения руководства (т. е. дальнейшего расширения области применения) или в рекомендации. Пересмотренная версия в электронном виде была направлена участникам технической консультации на утверждение.

3. Результаты

В руководство включено 32 рекомендации по профилактике и лечению ПРК. Из этих рекомендаций семь являются новыми, а другие были пересмотрены в свете получения новых доказательств. В большинство рекомендаций, опубликованных ранее в 2007 и 2009 гг., существенные изменения не вносились несмотря на обновление доказательств. Формулировки ранее опубликованных рекомендаций были пересмотрены, чтобы сделать предлагаемое руководство более точным. Рекомендации, включенные в настоящее руководство, основаны в общей сложности на 22 Кокрановских систематических обзорах, резюмированных в 70 таблицах GRADE. Во вставках 1–8 представлены наиболее современные рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению ПРК. В этих вставках также приводятся примечания, относящиеся к конкретным рекомендациям, а новые рекомендации отмечены звездочкой. Описательные анализы доказательств, лежащих в основе рекомендаций, представлены в электронном приложении вместе с таблицами GRADE (см. «Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению ПРК: доказательная база» (*WHO recommendations for preventing and treating PPH: evidence base*) по ссылке: www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241548502/en). Во вставке 9 представлены утверждения по вопросам, относительно которых, согласно оценке ГСР, доказательств было недостаточно для вынесения рекомендации. Балансовые таблицы, в которых резюмированы ценности, предпочтения и суждения о силе рекомендаций, представлены во вставках 1–8 в приложении 3.

В разработке данных рекомендаций участвовало 130 представителей заинтересованных сторон, давших ответы в предварительном онлайн-опросе (и представляющих все регионы ВОЗ), и 25 экспертов, принявших участие в технической консультации ВОЗ.

Рекомендации по профилактике ПРК

Вклад каждого компонента «активного ведения третьего периода родов» был проанализирован в свете новых доказательств; предложены значимые рекомендации. Во вставке 1 представлены рекомендации, относящиеся к применению утеротоников для профилактики ПРК. Во время третьего периода родов всем роженицам следует предлагать утеротоники для профилактики ПРК, а в качестве утеротонического препарата первого выбора рекомендуется окситоцин в/м или в/в (10 МЕ). В качестве альтернативных средств профилактики ПРК в условиях отсутствия окситоцина рекомендованы другие инъекционные утеротоники (например, эргометрин/метилэргометрин или фиксированная комбинация окситоцина и эргометрина). Во вставке 2 содержатся рекомендации по тактике в отношении пуповины и массажу матки. Значимость контролируемых тракций за пуповину (КТП) была пересмотрена в свете новых доказательств. В настоящее время это вмешательство считается процедурой выбора при наличии квалифицированных акушерок и противопоказана в условиях, когда квалифицированные акушерки не принимают участия в родовспоможении. Раннее пережатие пуповины, как правило, противопоказано. Непрерывный массаж матки не рекомендуется в качестве средства профилактики ПРК у женщин, получивших профилактику окситоцином, так как он может вызывать дискомфорт, требует присутствия отдельного медработника и может оказаться неэффективным для снижения кровопотери. Однако оценка тонуса матки путем пальпации живота с целью раннего выявления послеродовой атонии матки рекомендуется во всех случаях. Резюмируя, группа по составлению руководства (ГСР) сочла применение утеротоников основным методом воздействия в рамках активного ведения третьего периода родов. В данном контексте применение мизопростола для профилактики ПРК медико-санитарными работниками и работниками здравоохранения без специального образования считается обоснованным при отсутствии квалифицированных акушерок.

Рекомендации по снижению кровопотери в третьем периоде родов при кесаревом сечении представлены во вставке 3. Окситоцин является предпочтительным утеротоническим средством для профилактики ПРК при кесаревом сечении. Тракции за пуповину рекомендуются как альтернатива, предпочтительная по отношению к ручному отделению плаценты при кесаревом сечении.

Рекомендации по лечению ПРК

Применение утеротоников (в том числе окситоцина как препарата первого выбора) играет центральную роль в лечении ПРК (см. вставку 4 и 5). Массаж матки рекомендован для лечения ПРК с момента постановки диагноза (см. вставку 6); рекомендуется начальная интенсивная инфузионная терапия с применением изотонических растворов кристаллоидов. При рефрактерном атоническом кровотечении или персистирующем травматическом кровотечении рекомендуется применение транексамовой кислоты (см. вставку 5). Баллонная тампонада матки рекомендуется при рефрактерном кровотечении или при отсутствии утеротоников. Бимануальная компрессия матки, наружная компрессия аорты и применение непневматического противошокового костюма рекомендованы в качестве временных мер, принимаемых до появления возможности провести основные процедуры. При персистирующем кровотечении и при наличии необходимых ресурсов следует рассмотреть вопрос об эмболизации маточных артерий. Если кровотечение не прекращается, несмотря на лечение утеротониками и проведение других консервативных процедур, рекомендуется незамедлительное хирургическое вмешательство.

В случае если третий период родов продолжается более 30 минут, для выделения последа следует применить КТП и окситоцин в/в либо в/м (10 МЕ). При задержке отделения плаценты и кровотечении следует выполнить ручное отделение плаценты. При ручном отделении плаценты рекомендуется профилактически ввести одну дозу антибиотиков (см. вставку 7).

ГСР также выпустила рекомендации, относящиеся к организации медицинской помощи при ПРК (см. вставку 8). В лечебных учреждениях, в которых проводится родовспоможение, следует внедрить стандартные протоколы профилактики и лечения ПРК и перевода пациенток. Рекомендуется проводить симуляционные тренинги по лечению ПРК в рамках обучающих программ для медицинских работников, как проходящих подготовку до начала работы, так и уже работающих. Наконец, ГСР рекомендовала вести мониторинг применения утеротоников для профилактики ПРК и предложила к использованию специальный показатель.

ГСР не обнаружила достаточных доказательств для рекомендации в качестве предпочтительного того или иного метода введения окситоцина для профилактики ПРК, рекомендации применения рекомбинантного фактора VIIa для лечения ПРК, введения окситоцина в вену пуповины для лечения задержки отделения плаценты и антенатальной выдачи мизопростола. Кроме того, ГСР не обнаружила достаточно доказательств для рекомендации самостоятельного применения пациенткой препаратов профилактики ПРК и оценки кровопотери в качестве альтернативы клинической оценке (см. вставку 9).

Вставка 1. Рекомендации по профилактике ПРК – утеротоники

1. Применение утеротоников в третьем периоде родов для профилактики ПРК рекомендуется при всех родах. (Сильная рекомендация, доказательства среднего качества.)
2. Окситоцин (10 МЕ, в/в или в/м) является рекомендованным утеротоническим препаратом для профилактики ПРК. (Сильная рекомендация, доказательства среднего качества.)
3. При отсутствии окситоцина рекомендуется применять другие инъекционные утеротоники (т. е. эргометрин/метилэргометрин или фиксированную комбинацию окситоцина и эргометрина) либо мизопропрост перорально (600 мкг). (Сильная рекомендация, доказательства среднего качества.)
4. При отсутствии квалифицированных акушерок и окситоцина для профилактики ПРК медико-санитарным работникам и работникам здравоохранения без специального образования рекомендуется применять мизопропрост (600 мкг перорально). (Сильная рекомендация, доказательства среднего качества.)

Примечания

- Доступные материалы для сравнения ограничены, однако наличие существенной разницы между положительными эффектами окситоцина и эргометрина маловероятно. В настоящих рекомендациях большое значение придается предотвращению побочных эффектов эргометрина и делается предположение том, что положительные эффекты применения окситоцина и эргометрина для профилактики ПРК схожи.
- Производные спорыньи следует применять для профилактики ПРК с осторожностью, так как эти препараты противопоказаны женщинам с гипертензивными нарушениями. Таким образом, в отсутствие соответствующего скрининга, вероятно, безопаснее избегать применения производных спорыньи.
- Члены ГСР сочли мизопропрост (600 мкг перорально) эффективным препаратом для профилактики ПРК. Тем не менее, ГСР учла относительное преимущество окситоцина в сравнении с мизопропростом с точки зрения профилактики кровопотери, а также более высокое количество побочных эффектов мизопростола в сравнении с окситоцином. ГСР признала, что доказательства, подтверждающие, что доза мизопростола 600 мкг обладает большей эффективностью, чем доза 400 мкг, отсутствуют. Более низкие дозы характеризуются меньшим числом побочных эффектов, однако достаточно полная оценка низких доз мизопростола не проводилась.
- Рекомендации, относящиеся к альтернативным утеротоникам, не должны снижать важность задачи по обеспечению как можно более широкой доступности окситоцина.
- Ввиду возникавших ранее вопросов, связанных с распространением мизопростола на уровне местных сообществ и возможностью наступления серьезных последствий при его применении до родов, ГСР подчеркивает важность обучения лиц, осуществляющих введение мизопростола, и мониторинга распространения вмешательств на уровне местных сообществ с помощью научно обоснованных методов и адекватных показателей.

Вставка 2. Рекомендации по профилактике ПРК — тактика в отношении пуповины и массаж матки

5. При наличии квалифицированных акушерок при родах через естественные родовые пути КТП рекомендуются, если медработник и роженица считают небольшое снижение кровопотери и небольшое снижение продолжительности третьего периода родов важными. (Слабая рекомендация, доказательства высокого качества.)
6. При отсутствии квалифицированных акушерок КТП не рекомендованы. (Сильная рекомендация, доказательства среднего качества.)
7. Позднее пережатие пуповины (через 1–3 минуты после рождения) рекомендуется при всех родах; одновременно следует начать первичные (основные) мероприятия по уходу за новорожденным. (Сильная рекомендация, доказательства среднего качества.)
8. Раннее пережатие пуповины (менее чем через 1 минуту после рождения) не рекомендуется, если новорожденный не испытывает асфиксии и не нуждается в немедленной реанимации. (Сильная рекомендация, доказательства среднего качества.)
9. Непрерывный массаж матки не рекомендуется для профилактики ПРК у женщин, получивших с этой целью окситоцин. (Слабая рекомендация, доказательства низкого качества.)
10. У всех женщин для раннего выявления атонии матки в послеродовом периоде рекомендуется оценивать тонус матки путем пальпации живота. (Сильная рекомендация, доказательства крайне низкого качества.)

Примечания

- Рекомендации 5 и 6 основаны на крупном РКИ, в котором окситоцин 10 МЕ применялся для профилактики ПРК у всех участниц. На основании этих данных КТП были сочтены безопасными при проведении квалифицированными акушерками, так как они обеспечивают небольшие преимущества с точки зрения кровопотери (кровопотеря снижается в среднем на 11 мл) и продолжительности третьего периода родов (сокращение в среднем на 6 минут). Медицинский работник должен обсудить с пациенткой решение о проведении КТП в контексте применения профилактических утеротонических средств.
- При применении алкалоидов спорыньи для профилактики ПРК проведение КТП для минимизации задержки отделения плаценты является необходимым.
- Доказательства для определения преимуществ и рисков применения КТП в сочетании с мизопростолом недостаточны.
- КТП — это первоочередное вмешательство, применяемое при задержке отделения плаценты, поэтому крайне важно включить обучение КТП в программы подготовки врачей и акушерок.
- Доказательства для вынесения рекомендации по времени пережатия пуповины охватывают как роды через естественные родовые пути, так и роды путем кесарева сечения. ГСР сочла эту рекомендацию в равной степени значимой для кесаревого сечения.
- Отсроченное пережатие пуповины следует проводить в рамках базовой помощи новорожденному. Информацию о базовой помощи новорожденному и реанимационных мероприятиях в неонатальный период см. Руководство ВОЗ по реанимации новорожденных (10).
- Рекомендации по времени пережатия пуповины в равной степени справедливы для преждевременных и срочных родов. ГСР считает преимущества позднего пережатия пуповины у недоношенных детей особенно важными.

(Продолжение на следующей странице)

(Продолжение)

- Некоторые медицинские специалисты, работающие в регионах с высокой распространенностью ВИЧ, выразили озабоченность по поводу позднего пережатия пуповины в рамках ведения третьего периода родов. Они предположили, что в процессе отделения плаценты отделившаяся ее часть может контактировать с кровью матери, что в свою очередь может привести к микротрансфузии материнской крови плоду. Доказано, что передача ВИЧ от матери к ребенку возможна на трех этапах: внутриутробная микротрансфузия материнской крови плоду (внутриутробная передача ВИЧ), контакт с материнской кровью и влажными выделениями при прохождении плода через родовый канал во время родов через естественные родовые пути (интранатальная передача) и при грудном вскармливании (постнатальное инфицирование). По этой причине основным вмешательством, призванным снизить частоту передачи ВИЧ от матери к ребенку, является снижение вирусной нагрузки матери посредством применения антиретровирусных препаратов во время беременности, родов и в послеродовом периоде. Доказательства того, что позднее пережатие пуповины приводит к росту вероятности передачи ВИЧ от матери к новорожденному, отсутствуют. Во время беременности материнская кровь циркулирует в межворсинчатом пространстве, и риск передачи ВИЧ от матери к плоду до начала родов невелик. Крайне маловероятно, что отделение плаценты усиливает контакт плода с материнской кровью, и крайне маловероятно, что оно нарушает плацентарное кровообращение плода (т. е. маловероятно, что при отделении плаценты материнская кровь попадает в кровоток плода). Таким образом, доказанные преимущества пережатия пуповины, отложенного на 1–3 минуты, перевешивают теоретический и не доказанный вред. Отложенное пережатие пуповины показано даже ВИЧ-инфицированным женщинам или женщинам с неизвестным ВИЧ-статусом.
- Доказательства, относящиеся к роли массажа матки для профилактики ПРК в отсутствие применения утеротонических средств или при применении утеротонических средств кроме окситоцина, недостаточны.
- ГСР признала тот факт, что в одном небольшом исследовании сообщалось о сокращении дополнительного потребления утеротоников на фоне массажа матки и выделения сгустков; тем не менее, надежные доказательства, подтверждающие другие преимущества, отсутствуют. Несмотря на это, ГСР сочла, что общепринятая и частая оценка тонуса матки остается важным элементом неотложной помощи в послеродовом периоде, особенно для оптимизации ранней диагностики ПРК.
- Понимание значимости каждого компонента активного ведения третьего периода родов основано на самых современных доказательствах. ГСР сочла, что в составе данного комплекса имеется первоочередная мера — применение утеротоника. В контексте применения окситоцина процедура КТП может обеспечивать небольшой дополнительный положительный эффект, в то время как массаж матки может не иметь дополнительных преимуществ с точки зрения профилактики ПРК. Раннее пережатие пуповины, как правило, противопоказано.

Таблица 1. Рекомендации в отношении отдельных компонентов активного ведения третьего периода родов с учетом статуса лица, осуществляющего вмешательство.

	Квалифицированная акушерка	Неквалифицированная акушерка	Самостоятельное применение пациенткой
Утеротоники	Рекомендовано	Рекомендовано	Необходимы исследования*
Раннее пережатие пуповины	Не рекомендовано	Не рекомендовано	Не рекомендовано
Контролируемые тракции за пуповину	Условно рекомендовано**	Не рекомендовано	Не рекомендовано
Непрерывный массаж матки	Не рекомендовано***	Не рекомендовано	Необходимы исследования****

* Выдача мизопростала в дородовом периоде для самостоятельного применения пациенткой в третьем периоде родов

** Небольшое снижение кровопотери и продолжительности третьего периода; применение зависит от ценностей и предпочтений женщины и медицинского работника

*** Общепринятая оценка тонуса матки остается важным элементом принятия клинических решений и должна осуществляться в третьем периоде родов

**** Осуществляемый пациенткой самостоятельно массаж матки в отсутствие утеротоников

Вставка 3. Рекомендации по профилактике ПРК при кесаревом сечении

- Окситоцин (в/в или в/м) рекомендуется в качестве утеротонического препарата для профилактики ПРК при кесаревом сечении. (Сильная рекомендация, доказательства среднего качества.)
- Контролируемые тракции за пуповину рекомендуются для выделения последа при кесаревом сечении. (Сильная рекомендация, доказательства среднего качества.)

Примечания

- ГСР отметила, что с точки зрения кровопотери доказательств для рекомендации предпочтительной инфузии окситоцина вместо струйного в/в введения недостаточно. Однако учитывая нежелательные гемодинамические эффекты, ГСР сочла, что при струйном в/в введении предпочтение должно отдаваться введению с небольшой скоростью, а быстрого введения следует избегать.
- ГСР отметила, что комбинация инфузии окситоцина с его предварительным болюсным в/в введением после родоразрешения путем кесарева сечения снижает потребность в дополнительных утеротонических препаратах, однако не влияет на общую частоту массивного послеродового кровотечения.
- ГСР отметила, что применение карбетоцина приводит к снижению использования дополнительных утеротонических препаратов, однако не оказывает влияния на частоту массивного послеродового кровотечения. Кроме того, ГСР отметила, что стоимость применения карбетоцина существенно превышает стоимость окситоцина. Данное примечание в равной степени справедливо для родов через естественные родовые пути.

Вставка 4. Рекомендации по лечению ПРК – утеротоники

13. Окситоцин для внутривенного введения является рекомендованным утеротоническим препаратом для лечения ПРК. (Сильная рекомендация, доказательства среднего качества.)
14. При отсутствии окситоцина для внутривенного введения или отсутствии эффекта от применения окситоцина рекомендуется применять эргометрин внутривенно, фиксированную комбинацию окситоцина и эргометрина либо препараты простагландинов (в том числе мизопропростол 800 мкг сублингвально). (Сильная рекомендация, доказательства низкого качества.)

Примечания

- В качестве первоочередного утеротонического средства для лечения ПРК ГСР рекомендовала введение окситоцина в/в, в том числе женщинам, уже получившим данный препарат для профилактики ПРК.
- ГСР признала, что окситоцин для в/в введения может быть в ряде случаев недоступен. Эксперты ГСР призывают лиц, отвечающих за принятие решений в сфере здравоохранения, принять меры для обеспечения доступности окситоцина.
- ГСР сочла, что в условиях, когда окситоцин недоступен для в/в введения женщинам, получавшим окситоцин в/м в профилактических целях в третьем периоде родов, мизопропростол является разумной альтернативой.
- Имеющиеся доказательства недостаточны для обоснования введения дополнительных доз мизопростола в случаях, когда профилактика мизопропростом была проведена, а инъекционные утеротоники недоступны; в таких ситуациях следует учитывать возможный риск токсического действия.
- Дополнительные преимущества применения мизопростола у женщин, одновременно получающих окситоцин для лечения ПРК (т. е. применения мизопростола в качестве вспомогательного средства), отсутствуют.
- ГСР отметила, что в двух крупнейших испытаниях мизопростола для лечения ПРК (Winikoff 2010, Blum 2010) сообщалось о применении данного препарата в дозе 800 мкг сублингвально. Большинство участников ГСР пришли к соглашению о том, что 800 мкг являются приемлемой дозой мизопростола для сублингвального применения в рамках терапии ПРК; тем не менее, некоторые участники ГСР выразили обеспокоенность в связи с риском гиперпирексии при введении данной дозы.
- Доказательств для рекомендации предпочтительного использования того или иного утеротонического препарата второго ряда в случаях, когда для лечения ПРК применялся окситоцин в/в, а кровотечение не прекратилось, недостаточно. В таких ситуациях решения следует принимать на основе опыта медицинского работника с учетом доступности препаратов и известных противопоказаний.
- Доказательств для рекомендации предпочтительного в/м введения окситоцина в сравнении с мизопропростом или другими утеротониками в ситуациях, когда введение окситоцина в/м возможно, а возможность в/в введения алкалоидов спорыньи/инъекционных простагландинов отсутствует, недостаточно. В таких ситуациях решения следует принимать на основе опыта медицинского работника с учетом доступности препаратов и известных противопоказаний.

Вставка 5. Рекомендации по лечению ПРК – интенсивная инфузионная терапия и транексамовая кислота

15. Для начальной интенсивной инфузионной терапии женщин с ПРК рекомендуется отдавать предпочтение изотоническим кристаллоидным растворам нежели коллоидным растворам. (Сильная рекомендация, доказательства низкого качества.)
16. Если окситоцин и другие утеротоники оказались неэффективными для остановки кровотечения или предполагается, что кровотечение может быть отчасти обусловлено травмой, то для прекращения ПРК рекомендуется применять транексамовую кислоту. (Слабая рекомендация, доказательства среднего качества.)

(Продолжение на следующей странице)

(Продолжение)

Примечания

- Доказательства для рекомендации применения транексамовой кислоты были получены из литературных данных по хирургии и травматологии, свидетельствующих о том, что транексамовая кислота является безопасным вариантом терапии при кровотечении вследствие травмы.

Вставка 6. Рекомендации по лечению ПРК – приемы и другие процедуры

- Для лечения ПРК рекомендуется массаж матки. (Сильная рекомендация, доказательства крайне низкого качества.)
- При отсутствии эффекта от лечения утеротониками или при отсутствии самих утеротоников для лечения ПРК, обусловленного атонией матки, рекомендуется баллонная тампонада матки. (Слабая рекомендация, доказательства крайне низкого качества.)
- При неэффективности других мероприятий и наличии необходимых ресурсов для лечения ПРК, обусловленного атонией матки, рекомендуется применять эмболизацию маточных артерий. (Слабая рекомендация, доказательства крайне низкого качества.)
- Если кровотечение не прекращается, несмотря на лечение утеротониками и проведение других консервативных процедур (напр., массажа матки, баллонной тампонады), рекомендуется хирургическое вмешательство. (Сильная рекомендация, доказательства крайне низкого качества.)
- Бимануальная компрессия матки рекомендуется в качестве временной меры, применяемой до появления возможности провести надлежащие процедуры для лечения ПРК, обусловленного атонией матки после родов через естественные родовые пути. (Слабая рекомендация, доказательства крайне низкого качества.)
- Наружная компрессия аорты рекомендуется в качестве временной меры, применяемой до появления возможности провести надлежащие процедуры для лечения ПРК, обусловленного атонией матки после родов через естественные родовые пути. (Слабая рекомендация, доказательства крайне низкого качества.)
- Использование непневматического противошокового костюма рекомендуется в качестве временной меры, применяемой до появления возможности провести надлежащие процедуры. (Слабая рекомендация, доказательства низкого качества.)
- Тампонада матки не рекомендуется для лечения ПРК, обусловленного атонией матки после родов через естественные родовые пути. (Слабая рекомендация, доказательства крайне низкого качества.)

Примечания

- ГСР отметила, что проведение этих вмешательств требует соответствующей квалификации и что в связи с данными процедурами сообщалось о дискомфорте пациентки и о развитии осложнений.
- Массаж матки как лечебная процедура определяется как растирание матки посредством ручного массажа живота. Его, как правило, продолжают до остановки кровотечения или сокращения матки. ГСР сочла, что массаж матки следует начинать с момента постановки диагноза ПРК.
- Первичное растирание матки и выделение сгустков крови не считается лечебным массажем матки.
- При отнесении рекомендации № 17 к «сильным» учитывалась низкая стоимость и безопасность массажа матки.
- ГСР рассматривала применение баллонной тампонады в качестве меры, потенциально способной предотвратить хирургическое вмешательство, либо временной меры, применяемой в период ожидания перевода пациентки в лечебное учреждение более высокого уровня. ГСР признает, что баллонная тампонада может проводиться с применением специальных устройств, а также с помощью менее дорогостоящих приспособлений, в т. ч. на основе презервативов и хирургических перчаток.
- ГСР отметила, что эмболизация маточных артерий требует существенных ресурсов с точки зрения стоимости лечения, оборудования и квалификации медперсонала.

(Продолжение на следующей странице)

(Продолжение)

- ГСР отметила, что в первую очередь следует попытаться применить консервативные хирургические подходы. В случае их неэффективности следует перейти к более инвазивным процедурам. Так, в качестве первой меры возможно применение компрессионных швов; при их неэффективности возможен переход к лигированию сосудов матки, сосудов матки и яичников, сосудов подчревной области. При угрожающем жизни кровотечении, продолжающемся даже после лигирования сосудов, следует выполнить субтотальную (надвлагалищную) гистерэктомию.
- ГСР признает, что выбор и последовательность хирургических вмешательств во многом обусловлены уровнем навыков медицинского работника.
- Наружная компрессия аорты уже длительное время рекомендована как потенциально жизнеспасающая процедура, а успешное механическое пережатие аорты замедляет потерю крови. ГСР придает большое значение данной процедуре в качестве временной меры при лечении ПРК.
- ГСР отметила, что исследования, в которых изучаются потенциальные положительные и отрицательные эффекты непневматических противошоковых костюмов, продолжаются. На основании имеющихся доказательств ГСР сочла непневматические противошоковые костюмы временной мерой, применяющейся в ожидании перевода пациентки.
- Участники ГСР отметили, что доказательства, обосновывающие преимущества тампонады матки, отсутствуют, и выразили особую обеспокоенность в отношении потенциального вреда данной процедуры.

Вставка 7. Рекомендации по лечению задержки отделения плаценты

25. Если спонтанного выделения последа не происходит, рекомендуется применение в/в или в/м окситоцина (10 МЕ) в сочетании с контролируруемыми тракциями за пуповину. (Слабая рекомендация, доказательства крайне низкого качества.)
26. Применение эргометрина при задержке отделения плаценты не рекомендуется, так как может вызвать тетанические сокращения матки, которые способны замедлить выделение последа. (Слабая рекомендация, доказательства крайне низкого качества.)
27. Применение простагландина E₂α (динопростона или сульпростона) для лечения задержки отделения плаценты не рекомендуется. (Слабая рекомендация, доказательства крайне низкого качества.)
28. При ручном отделении плаценты рекомендуется введение одной дозы антибиотиков (ампициллина или цефалоспорины первого поколения). (Слабая рекомендация, доказательства крайне низкого качества.)

Примечания

- ГСР не обнаружила эмпирических данных в пользу рекомендации о применении утеротоников для лечения задержки отделения плаценты в отсутствие кровотечения. Вышеуказанные рекомендации были приняты путем консенсуса.
- В руководстве ВОЗ «Оказание помощи при осложненном течении беременности и родов» (ВОЗ, 2007 г.) указано, что если послед не выделяется в течение 30 минут после рождения ребенка, то у женщины следует диагностировать задержку отделения плаценты. Поскольку доказательства, подтверждающие или опровергающие это определение, отсутствуют, продолжительность периода времени, по окончании которого ставится данный диагноз, должна определяться на усмотрение врача.
- В том же руководстве ВОЗ указано, что в отсутствие кровотечения женщину следует наблюдать в течение еще 30 минут в дополнение к первым 30 минутам и лишь потом предпринимать попытки ручного отделения плаценты. ГСР отметила, что спонтанное выделение последа может произойти даже в отсутствие кровотечения. Таким образом, рекомендуется консервативный подход, а срок ручного отделения плаценты как окончательного метода лечения оставлен на усмотрение врача.
- Характер рекомендации в отношении применения простагландина E₂ обусловлен недостатком доказательств по данному вопросу, а также наличием нежелательных побочных эффектов, особенно со стороны сердечно-сосудистой системы.
- Прямые доказательства значимости профилактической антибиотикотерапии после ручного отделения плаценты отсутствовали. ГСР учла косвенные доказательства положительных эффектов профилактического применения антибиотиков, полученные в исследованиях по кесареву сечению и абортам, а также в обсервационных исследованиях, посвященных другим внутриматочным вмешательствам.

(Продолжение на следующей странице)

(Продолжение)

Примечания

- Современная практика указывает на то, что при проведении ручного отделения плаценты возможно применение ампициллина или цефалоспоринов первого поколения.
- Данный вопрос был сочтен приоритетной темой исследований для регионов, где профилактическое применение антибиотиков не является стандартом, а также для регионов с низким уровнем смертности вследствие инфекционных заболеваний.

Вставка 8. Рекомендации по профилактике и лечению ПРК для систем здравоохранения и организации медицинской помощи

29. В лечебных учреждениях рекомендуется применять стандартные протоколы для профилактики и лечения ПРК. (Слабая рекомендация, доказательства среднего качества.)
30. В лечебных учреждениях рекомендуется применять стандартные протоколы перевода женщин в учреждения более высокого уровня. (Слабая рекомендация, доказательства крайне низкого качества.)
31. Рекомендуется проводить симуляционные тренинги по лечению ПРК в рамках обучающих программ для медицинских работников, как проходящих подготовку до начала работы, так и уже работающих. (Слабая рекомендация, доказательства крайне низкого качества.)
32. Рекомендуется вести мониторинг применения утеротоников после родов для профилактики ПРК в качестве индикатора процесса для программной оценки. (Слабая рекомендация, доказательства крайне низкого качества.)

Примечания

- Общепринятая и частая оценка тонуса матки остается важным элементом неотложной помощи в послеродовом периоде, особенно для оптимизации ранней диагностики ПРК.
- ГСР признала, что внедрение стандартных протоколов является сложным процессом, требующим адаптации общего руководства к местным условиям.
- ГСР особо отметила затраты на программы по симуляционному тренингу и признала существование различных типов таких программ. Некоторые программы являются высокотехнологичными и компьютеризованными и требуют значительных затрат, в то время как другие характеризуются меньшими затратами и с большей вероятностью являются доступными для стран с низким и средним уровнем дохода. ГСР указала, что улучшение коммуникации между медицинскими работниками, пациентами и членами их семей является важной задачей при обучении медицинских работников оказанию помощи при ПРК.
- ГСР рекомендовала осуществлять мониторинг профилактического применения утеротоников. Данная рекомендация основана на опыте других областей здравоохранения, в частности педиатрии, где индикаторы состояния здоровья, основанные на доле соотношения удовлетворенных и неудовлетворенных пациентов, широко распространены и считаются полезными в программных целях. Предложенный показатель рассчитывается как количество женщин, получивших профилактические утеротонические препараты после рождения плода, деленное на общее количество рожениц.

Вставка 9. Заключение по вопросам, относительно которых доказательства для вынесения рекомендаций были недостаточны

- A. Доказательств для рекомендации в качестве предпочтительного того или иного способа введения окситоцина с целью профилактики ПРК недостаточно.
- B. Доказательств для рекомендации применения рекомбинантного фактора VIIa в рамках лечения ПРК недостаточно.
- C. Доказательств для рекомендации введения окситоцина в вену пуповины при лечении задержки отделения плаценты недостаточно.
- D. Доказательств для рекомендации антенатальной выдачи мизопростола пациенткам для самостоятельного применения с целью профилактики ПРК недостаточно.
- E. Доказательств для рекомендации предпочтительного измерения объема кровопотери в сравнении с клинической оценкой кровопотери недостаточно.

Примечания

- ГСР отметила, что в настоящее время проводится три клинических испытания, в которых сравнивается в/в и в/м пути введения окситоцина с точки зрения профилактики ПРК.
- ГСР сочла недостаточными доказательства для рекомендации предпочтительного применения инфузии окситоцина в сравнении с в/в струйным введением с точки зрения кровопотери. Однако учитывая некоторую обеспокоенность по поводу возможных нежелательных гемодинамических эффектов, ГСР отметила, что при струйном в/в введении предпочтение должно отдаваться введению с небольшой скоростью, а быстрого введения следует избегать.
- В контексте ПРК ГСР отметила, что применение рекомбинантного фактора VIIa следует ограничить конкретными гематологическими показаниями. Группа сочла рекомбинантный фактор VIIa потенциально жизненно важным средством, характеризующимся, однако, угрожающими жизни побочными эффектами. Более того, рекомбинантный фактор VIIa является дорогостоящим препаратом, а его введение может быть затруднено.
- ГСР признала, что, несмотря на скудность данных, позволяющих рекомендовать введение окситоцина в вену пуповины в рамках лечения задержки отделения плаценты, сведений о вреде данной процедуры как таковой не отмечено; была показана лишь незначительная тенденция к снижению риска ручного отделения плаценты.
- Участники ГСР признали, что в ряде стран запущены программы по распространению мизопростола на уровне местных сообществ, и сочли, что такие программы следует осуществлять в контексте научных исследований (в ходе которых возможно получение достоверных данных о степени покрытия, безопасности и результатах в отношении здоровья).
- ГСР отметила, что все испытания, включенные в систематический обзор о лечении кровопотери, проводились в развитых странах, и считает применимость доказательств к странам с низким и средним уровнем дохода весьма сомнительной.

4. Выводы по итогам исследований

ГСР выявила существенные пробелы в имеющихся знаниях, которые следует восполнить в рамках первичных исследований. В настоящем руководстве рекомендации, основанные на доказательствах, качество которых было оценено как «крайне низкое» или «низкое», отмечены как требующие дополнительных исследований. И наоборот, для рекомендаций, основанных на доказательствах «среднего» или «высокого качества», дополнительные научные исследования не являются приоритетными. Кроме того, были рассмотрены пробелы в знаниях, указанные в документах ВОЗ от 2007 и 2009 г. Выявленные пробелы в знаниях были распределены по степени приоритетности в зависимости от реализуемости, инновационности, оригинальности исследований, их потенциала с точки зрения обеспечения равенства, а также с точки зрения снижения бремени ПРК. При определении приоритетов также учитывались основные препятствия для масштабирования того или иного вмешательства.

ГСР отметила, что в отношении ряда приоритетных тем исследования либо запланированы, либо уже ведутся. Однако уверенность в том, что в данных исследованиях будут получены решающие результаты, отсутствует, поэтому данные темы остались в списке приоритетных тем настоящего документа.

Приоритетная тема, требующая изучения

Каковы эффекты выдачи мизопростола пациенткам в антенатальном периоде для самостоятельного применения данного препарата в третьем периоде родов в условиях невозможности применения инъекционных утеротоников?

Другие темы, требующие изучения

- Какова минимальная эффективная доза окситоцина для профилактики ПРК?
- Каковы эффекты в/м введения окситоцина (в сравнении с в/в введением) для профилактики ПРК?
- Возможно ли безопасное введение окситоцина неквалифицированными акушерками в родах?
- Каковы эффекты трансбуккального и сублингвального применения окситоцина для профилактики ПРК?
- Какова минимальная эффективная доза мизопростола для профилактики ПРК?
- Какова минимальная эффективная доза мизопростола для лечения ПРК?
- Каковы эффекты применения мизопростола в качестве средства лечения ПРК у женщин, получавших мизопростол для профилактики ПРК, и насколько такое применение безопасно?
- Следует ли использовать мизопростол в дополнение к окситоцину для профилактики ПРК?
- Каковы эффекты применения транексамовой кислоты при лечении ПРК?
- Каковы эффекты массажа матки для профилактики ПРК?
- Каковы эффекты массажа матки для профилактики ПРК при недоступности окситоцина?
- Каковы эффекты баллонной тампонады матки при лечении ПРК?
- Каковы эффекты массажа матки для профилактики ПРК, когда единственным доступным препаратом является мизопростол?
- Каковы эффекты профилактического применения антибиотиков после ручного отделения плаценты в рамках лечения задержки отделения плаценты?

- Каковы эффекты применения мизопростола для лечения задержки отделения плаценты?
- Каковы эффекты эргометрина (в сочетании с окситоцином или в виде монотерапии) для профилактики ПРК после кесарева сечения?
- Каково оптимальное время пережатия пуповины в контексте физиологического и активного ведения третьего периода родов?
- Каково оптимальное время введения окситоцина для профилактики ПРК относительно момента пережатия пуповины и выделения последа (т. е. до/после пережатия пуповины, до/после выделения последа)?
- Какие клинические последствия кровопотери наиболее важны для диагностики и лечения ПРК?
- Какова роль работников здравоохранения без специального образования при лечении ПРК?

5. Распространение и внедрение руководства

Конечная цель настоящего руководства заключается в повышении качества медицинской помощи и улучшении исходов, связанных с ПРК. Поэтому распространение и внедрение настоящего руководства являются важнейшими этапами, которые должны осуществляться международным сообществом и местными учреждениями здравоохранения. Департамент ВОЗ по репродуктивному здоровью и научным исследованиям утвердил официальную рамочную программу «От знаний к действиям», обеспечивающую распространение, адаптацию и внедрение руководств ВОЗ (8). В дополнение к данной рамочной программе в ходе технической консультации ВОЗ был утвержден перечень приоритетных мероприятий, которые будут проводиться ВОЗ и ее партнерами в целях распространения и внедрения настоящего руководства (вставка EB 2).

Распространение и оценка руководства

Содержащиеся в настоящем руководстве рекомендации будут распространяться посредством обширной сети международных партнерских организаций, включая региональные и страновые бюро ВОЗ, министерства здравоохранения, сотрудничающие центры ВОЗ, другие организации ООН и неправительственные организации. Они также будут опубликованы на веб-сайте ВОЗ и в Библиотеке репродуктивного здоровья ВОЗ (11), где документ будет размещен наряду с независимой критической рецензией, составленной в помощь инструмента AGREE («Инструмент оценки качества клинических руководств», <http://www.agreecollaboration.org/instrument/>). Кроме того, будет подготовлен обзор, предназначенный для широкого круга разработчиков стратегий в области здравоохранения, руководителей программ и практикующих врачей. Этот документ будет распространяться через бюро ВОЗ в различных странах.

Внедрение руководства

Успешное введение доказательно обоснованных принципов, относящихся к профилактике и лечению ПРК, в национальные программы и практику медицинских учреждений невозможно в отсутствие тщательно спланированного и согласованного процесса адаптации и внедрения. Процессы адаптации и внедрения могут включать разработку или пересмотр существующих национальных руководств или протоколов на основании данного документа.

Рекомендации, содержащиеся в настоящем руководстве, следует адаптировать в соответствии с местными особенностями и индивидуальными потребностями каждой страны и каждой системы здравоохранения. При необходимости внесения изменений в рекомендации следует ограничиваться слабыми рекомендациями, а все обоснования изменений должны быть четкими и ясными.

Кроме того, необходимо принять ряд мер, обеспечивающих создание среды, которая способствовала бы применению рекомендаций (например, путем увеличения доступности утеротоников) и изменению поведения медицинских работников, направленного на исполнение доказательно обоснованных методик. В рамках данного процесса важную роль играют местные профессиональные объединения, при этом следует поощрять процессы взаимодействия, подразумевающие участие всех заинтересованных лиц. Департамент ВОЗ по репродуктивному здоровью и научным исследованиям опубликовал специальное пособие по внедрению руководств ВОЗ в области репродуктивного здоровья в национальные программы.

6. Вопросы применимости

Предполагаемое влияние на организацию медицинской помощи и ресурсы

Доказательно обоснованные профилактика и лечение ПРК могут успешно осуществляться с помощью относительно недорогих препаратов. Однако участники ГСР отметили, что перед применением рекомендаций, представленных в настоящем руководстве, следует учесть следующие аспекты.

- В течение первых нескольких часов после рождения ребенка и плаценты женщина должна находиться под наблюдением.
- При использовании окситоцина следует следить за непрерывностью холодовой цепи (т. е. за выполнением требований к контролю температуры на всех участках снабжения).
- В системах здравоохранения, в которых применяется позднее пережатие пуповины, также следует внедрить приемы выявления (и, при необходимости, лечения) желтухи новорожденных.

Мониторинг и оценка внедрения настоящего руководства

Внедрение рекомендаций должно контролироваться на уровне системы здравоохранения. Для получения значимых данных, относящихся к применяемым способам лечения ПРК, возможно проведение клинического аудита по методу прерванных временных рядов или аудита, основанного на определенных критериях. Необходимо использовать четко определенные критерии и показатели, которые могут быть связаны с целевыми параметрами, утвержденными на местном уровне. ГСР настоятельно рекомендует использовать полноту охвата профилактическими утеротониками в качестве индикатора процесса мониторинга и профилактики ПРК.

- Индикатор полноты охвата профилактическими утеротониками: предлагаемый индикатор рассчитывается как количество женщин, получающих профилактические утеротоники в третьем периоде родов, деленное на общее число рожениц.

Данный индикатор позволяет в целом оценить степень выполнения ключевой рекомендации, включенной в настоящее руководство. Для более полной оценки качества медицинской помощи в связи с профилактикой и лечением ПРК может потребоваться применение других, более специализированных индикаторов, утвержденных на местном уровне (напр., оценки применения определенных утеротоников). ВОЗ разработала специальное руководство по оценке качества медицинской помощи при тяжелых осложнениях родов (в т. ч. ПРК) на основе концепций аудита потенциальных происшествий и аудита на основе определенных критериев (13).

7. Обновление руководства

Данное руководство подлежит обновлению в 2017 г. или после появления новых доказательств, обуславливающих необходимость изменения рекомендаций. ВОЗ приветствует предложения, касающиеся дополнительных вопросов, которые могут включаться в руководства при очередном обновлении. Просьба направлять предложения по адресу: reproductivehealth@who.int.

Литература

1. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: A systematic review. *Lancet*. 2006;367 (9516): 1066-74.
2. Campbell OM, Graham WJ. Lancet Maternal Survival Series Steering Group. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *Lancet*. 2006;368 (9543): 1284-99.
3. World Health Organization. *World Health Organization multicountry survey on maternal and newborn health*. Geneva: WHO; 2012
4. World Health Organization. *Managing complication in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors*. Geneva: WHO; 2000. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9241545879/en/index.html
5. Begley CM, Gyte GM, Devane D, McGuire W, Weeks A. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011(11). Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007412.pub3/abstract>
6. World Health Organization. *WHO recommendations for the prevention of postpartum haemorrhage*. Geneva: WHO; 2007. Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO_MPS_07.06_eng.pdf
7. World Health Organization. *WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta*. Geneva: WHO; 2009. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598514_eng.pdf
8. World Health Organization. *Knowledge to action framework and the G.R.E.A.T project*. Geneva: WHO; 2010. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/best_practices/greatproject_KTAframework/en/index.html
9. World Health Organization. *WHO Handbook for guideline development*. Geneva: WHO; 2012. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75146/1/9789241548441_eng.pdf
10. World Health Organization. *Guidelines on basic newborn resuscitation*. Geneva: WHO; 2012. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75157/1/9789241503693_eng.pdf
11. World Health Organization. *The WHO Reproductive Health Library*. Geneva: WHO. Available from: www.who.int/rhl
12. World Health Organization. *Introducing WHO's sexual and reproductive health guidelines and tools into national programmes: principles and process of adaptation and implementation*. Geneva: WHO; 2007. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/RHR_07_09/en/index.html
13. World Health Organization. *Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: the WHO near-miss approach for maternal health*. Geneva: WHO; 2011. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502221_eng.pdf

Полный список источников, на которых основаны рекомендации, приведен в документе «Рекомендации ВОЗ по послеродовому кровотечению: доказательная база» и опубликован в сети Интернет по адресу: www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241548502/en/

Приложение 1. Внешние эксперты и сотрудники ВОЗ, участвовавшие в составлении настоящего руководства. Краткий обзор заявлений о конфликте интересов

А. Члены группы по составлению руководства (участники технической консультации ВОЗ) (внешние консультанты ВОЗ)

Члены группы (внешние консультанты ВОЗ)

Hany Abdel-Aleem

Professor of Obstetrics and Gynecology
Women's Health Center
Assiut University Hospital
Асьют
Египет

Catherine Deneux-Tharaux

Medical Epidemiologist and Researcher
Inserm U953
Recherche épidémiologique en santé périnatale et
santé des femmes et des enfants
Hôpital Tenon
Париж
Франция

Bukola Fawole

Senior Lecturer
Department of Obstetrics and Gynaecology
College of Medicine
University of Ibadan
Ибадан
Нигерия

Atf Ghérissi

Maître Assistante Universitaire en Sciences de
l'Education appliquées à la Santé
Ecole Supérieure des Sciences et Techniques de
La Santé Université
Тунис-эль-Манар
Тунис

Gill Gyte

Research Associate
Cochrane Pregnancy and Childbirth Group
University of Liverpool
Liverpool Women's Hospital NHS Trust
Crown Street
Великобритания

Justus Hofmeyr

Director
Effective Care Research Unit
University of the Witwatersrand/
University of Fort Hare
Eastern Cape Department of Health
Amalinda Drive
Private Bag X9047
Ист-Лондон
Восточно-Капская провинция, 5201
ЮАР

Simon Lewin

Senior Researcher
Global Health Unit
Norwegian Knowledge Centre for the Health
Services & Medical Research Council, South Africa
Осло
Норвегия

Syeda Batool Mazhar

Professor of Obstetrics and Gynaecology
Mother and Child Health Centre (MCH) Pakistan
Institute of Medical Sciences
Исламабад
Пакистан

Professor Suneeta Mittal

Professor of Obstetrics and Gynecology Officer-in-
Charge of the WHO Collaborating Centre for
Research on Human Reproduction All India
Institute
of Medical Sciences,
Нью-Дели
Индия

Enrique Oyarzun

Chairman
Department of Obstetrics and Gynaecology
Facultad de Medicina
Pontificia Universidad Católica de Chile
Сантьяго
Чили

Zahida Qureshi
Senior Lecturer
Department of Obstetrics and Gynaecology
University of Nairobi
Найроби
Кения

Hamid Rushwan
Chief Executive
International Federation of Gynecology and Obstetrics
FIGO House, Suite 3
Waterloo Court, 10 Theed Street
Лондон
SE1 8ST
Великобритания

Jeffrey Michael Smith
Director, Maternal Health, MCHIP
Вашингтон
США

Tran Son Thach
Perinatal Epidemiologist
Australian Research Centre for Health of Women и Babies
Discipline of Obstetrics and Gynaecology
The University of Adelaide
Women's and Children's Hospital
King William Road
Австралия

Dilys Walker
Associate Professor
Department of Global Health and Obstetrics &
Gynecology
University of Washington
Ninth & Jefferson Building, Harborview Medical Center
Сиэтл, штат Вашингтон
США

Наблюдатели

Ms Deborah Armbruster
Senior Maternal and Newborn Health Advisor Center for
Population, Health and Nutrition United States Agency
for International Development
Вашингтон
США

Ms Jennifer Blum
Gynuity Health Projects
Нью-Йорк
США

Ms Claire Glenton
Senior Researcher
Nordic Cochrane Centre, Norwegian Branch/
Global Health Unit
Norwegian Knowledge Centre for the Health Services
Осло
Норвегия

Dr Sarah Rosenbaum
Norwegian Knowledge Centre for the Health Services
Осло
Норвегия

Ms Mary Ellen Stanton
Senior Reproductive Health Advisor Center for
Population, Health and Nutrition United States
Agency for International Development
Вашингтон
США

Ms Clare Waite
Project Manager
Misoprostol for Post-Partum Haemorrhage in Low
Resource Settings
International Federation of Gynecology and Obstetrics
FIGO House
Лондон
Великобритания

Dr Beverly Winikoff
Gynuity Health Projects
Нью-Йорк
США

Региональные и страновые бюро ВОЗ

РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО ДЛЯ СТРАН АФРИКИ

Dr Alicia Carbonell
National Professional Officer
Making Pregnancy Safer and Reproductive Health
Bureau de pays de l'OMS
PO Box CP 377
Мапуто
Мозамбик

РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО ДЛЯ СТРАН ЮГО-ВОСТОЧНОЙ АЗИИ

Dr Narimah Awin
Medical Officer
Making Pregnancy Safer and Reproductive Health
Department of Family and Research
World Health Organization
Regional Office for South-East Asia
World Health House, Indraprastha Estate
Mahatma Gandhi Marg
Нью-Дели, 110 002
Индия

**РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО ДЛЯ СТРАН ЗАПАДНОЙ
ЧАСТИ ТИХОГО ОКЕАНА**

Dr Hiromi Obara
Medical Officer
Maternal and Child Health and Nutrition
Building Healthy Communities and Populations
World Health Organization
Regional Office for the Western Pacific
P.O. Box 2932
1000 Манила
Филиппины

Внешний секретариат

Dr Edgardo Abalos
Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP)
Росарио
Аргентина

Dr Virginia Diaz
Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP)
Росарио
Аргентина

Dr Natasha Hezelgrave
Academic Clinical Fellow, Obstetrics and Gynaecology
Kings College London
Guy's & St Thomas' NHS Foundation Trust
Лондон
Великобритания

Секретариат ВОЗ

Dr Michael Mbizvo
Director
Department of Reproductive Health and Research

Dr Ana Pilar Betran
Medical Officer
Improving Maternal and Perinatal Health
Research, Evidence and Norms
Department of Reproductive Health and Research

Dr Metin Gülmezoglu
Lead Specialist
Improving Maternal and Perinatal Health
Research, Evidence and Norms
Department of Reproductive Health and Research

Dr Matthews Mathai
Coordinator
Epidemiology, Monitoring and Evaluation
Department of Maternal, Newborn, Child and
Adolescent
Health (MCA)

Dr João Paulo Souza
Medical Officer
Improving Maternal and Perinatal Health Research,
Evidence and Norms
Department of Reproductive Health and Research

Dr Joshua Vogel
Improving Maternal and Perinatal Health Research,
Evidence and Norms
Department of Reproductive Health and Research

Dr Mariana Widmer
Technical officer
Improving Maternal and Perinatal Health Research,
Evidence and Norms
Department of Reproductive Health and Research

***В. Координационная группа
по подготовке руководства***

Dr A. Metin Gülmezoglu ВОЗ

Dr Matthews Mathai ВОЗ

Dr João Paulo Souza ВОЗ

Dr Edgardo Abalos CREP

Dr Virginia Diaz CREP

Dr Natasha Hezelgrave KCL

С. Краткий обзор заявлений о конфликте интересов: члены ГСР

ФИО	Регион	Страна	Заявление о конфликте интересов (укажите «да» или «нет» в каждом разделе)				Рекомендация Юридического департамента (укажите «да» или «нет»)	Ограничения на участие в заседании; укажите ограничения (пояснения см. ниже)
			A	B	C	D		
Проф. Хени Абдель-Алим (<i>Hany Abdel-Aleem</i>)	Региональное бюро для стран Восточного Средиземноморья	Египет	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Д-р Катрин Дене-Таро (<i>Catherine Deneux-Tharaux</i>)	Европейское региональное бюро	Франция	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Д-р Букола Фаволе (<i>Bukola Fawole</i>)	Региональное бюро для стран Африки	Нигерия	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Д-р Атф Герисси (<i>Atf Ghérissi</i>)	Региональное бюро для стран Восточного Средиземноморья	Тунис	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Г-жа Джилл Гайт (<i>Gill Gyte</i>)	Европейское региональное бюро	Великобритания	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Д-р Юстус Хофмейр (<i>Justus Hofmeier</i>)	Региональное бюро для стран Африки	ЮАР	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Д-р Симон Левин (<i>Simon Lewin</i>)	Европейское региональное бюро	Норвегия ЮАР	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Проф. Сьеда Батул Мажар (<i>Syeda Batool Mazhar</i>)	Региональное бюро для стран Восточного Средиземноморья	Пакистан	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Д-р Энрике Оярзун (<i>Enrique Oyarzun</i>)	Региональное бюро для стран Америки	Чили	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Д-р Захида Куреши (<i>Zahida Qureshi</i>)	Региональное бюро для стран Африки	Кения	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет

ФИО	Регион	Страна	Заявление о конфликте интересов (укажите «да» или «нет» в каждом разделе)				Рекомендация Юридического департамента (укажите «да» или «нет»)	Ограничения на участие в заседании: укажите ограничения (пояснения см. ниже)
			A	B	C	D		
Проф. Хамид Рушван (<i>Hamid Rushwan</i>)	Европейское региональное бюро	Судан/Великобритания	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	
Д-р Джефри Майкл Смит (<i>Jeffrey Michael Smith</i>)	Региональное бюро для стран Америки	США	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	
Д-р Тран Сон Так (<i>Tran Son Thach</i>)	Региональное бюро для стран восточной части Тихого Океана	Вьетнам/Австралия	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	
Д-р Дилис Уокер (<i>Dilys Walker</i>)	Региональное бюро для стран Америки	США	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	

A: Участвовал в научной работе, связанной с темой заседания/руководства

B: Заявил о наличии коммерческого финансового интереса в связи с темой заседания/руководства

C: Заявил о наличии коммерческого финансового интереса, непосредственно не связанного с темой заседания/руководства

D: Заявил о наличии некоммерческого интереса или получении грантов, связанных с темой заседания/руководства

Приложение 2. Критически важные исходы для принятия решений

Профилактика ПРК

Критически важные исходы

Снижение материнской смертности
Снижение числа тяжелых случаев ПРК (кровопотеря >1000 мл)
Снижение числа гемотрансфузий

Важные исходы

Снижение числа поступлений в отделение интенсивной терапии
Кровопотеря ≥ 500 мл
Дополнительное введение утеротоников
Средняя кровопотеря
Послеродовая анемия
Грудное вскармливание
Снижение тяжести анемии у новорожденных
Любой побочный эффект вмешательства
Любой побочный эффект, требующий лечения
Тошнота
Рвота
Диарея
Головная боль
Боль в животе
Высокое артериальное давление
Озноб
Температура тела матери ≥ 38 °C
Температура тела матери ≥ 40 °C

Лечение ПРК

Критически важные исходы

Дополнительная кровопотеря ≥ 500 мл
Дополнительная кровопотеря ≥ 1000 мл
Гемотрансфузия
Дополнительное введение утеротоников
Инвазивные нехирургические вмешательства
Хирургические вмешательства (в т. ч. гистерэктомия)
Температура тела матери ≥ 40 °C
Осложнения, связанные с процедурами
Инфекции
Тяжелые заболевания
Перевод матери в другое отделение или лечебное учреждение
Сокращение промежутка времени от принятия решения до его реализации
Доступность лечебных средств и методов терапии

Важные исходы

Точность оценки кровопотери
Средняя кровопотеря
Послеродовая анемия
Дополнительные нехирургические вмешательства (напр., наружная компрессия аорты и компрессионные костюмы)
Эмболизация артерий
Тошнота, рвота или озноб
Температура тела матери ≥ 38 °C
Отсроченное грудное вскармливание
Продолжительная госпитализации

Приложение 3. Резюме факторов, связанных с силой рекомендаций (балансовые таблицы)

Вставка 1. Резюме факторов, связанных с силой рекомендаций (рекомендации 1–5)

Рекомендация	1	2	3	4	5
Вмешательство	Утеротоники для профилактики ПРК	Окситоцин для профилактики ПРК	Другие утеротоники для профилактики ПРК	Применение мизопростола медицинскими работниками для профилактики ПРК	КТП, проводимые квалифицированными акушерками для профилактики ПРК
Качество доказательств	<input type="checkbox"/> Высокое <input checked="" type="checkbox"/> Умеренное <input type="checkbox"/> Низкое <input type="checkbox"/> Крайне низкое	<input type="checkbox"/> Высокое <input checked="" type="checkbox"/> Умеренное <input type="checkbox"/> Низкое <input type="checkbox"/> Крайне низкое	<input type="checkbox"/> Высокое <input checked="" type="checkbox"/> Умеренное <input type="checkbox"/> Низкое <input type="checkbox"/> Крайне низкое	<input type="checkbox"/> Высокое <input checked="" type="checkbox"/> Умеренное <input type="checkbox"/> Низкое <input type="checkbox"/> Крайне низкое	<input checked="" type="checkbox"/> Высокое <input type="checkbox"/> Умеренное <input type="checkbox"/> Низкое <input type="checkbox"/> Крайне низкое
Ценности и предпочтения	<input checked="" type="checkbox"/> Без существенной вариабельности <input type="checkbox"/> Существенно вариабельны	<input checked="" type="checkbox"/> Без существенной вариабельности <input type="checkbox"/> Существенно вариабельны	<input type="checkbox"/> Без существенной вариабельности <input checked="" type="checkbox"/> Существенно вариабельны	<input type="checkbox"/> Без существенной вариабельности <input checked="" type="checkbox"/> Существенно вариабельны	<input type="checkbox"/> Без существенной вариабельности <input checked="" type="checkbox"/> Существенно вариабельны
Абсолютная величина эффекта	<input checked="" type="checkbox"/> Значительный эффект (OR>2 или OR<0,5) <input type="checkbox"/> Незначительный эффект (0,5<OR<2)	<input checked="" type="checkbox"/> Значительный эффект (OR>2 или OR<0,5) <input type="checkbox"/> Незначительный эффект (0,5<OR<2)	<input checked="" type="checkbox"/> Значительный эффект (OR>2 или OR<0,5) <input type="checkbox"/> Незначительный эффект (0,5<OR<2)	<input checked="" type="checkbox"/> Значительный эффект (OR>2 или OR<0,5) <input type="checkbox"/> Незначительный эффект (0,5<OR<2)	<input type="checkbox"/> Значительный эффект (OR>2 или OR<0,5) <input checked="" type="checkbox"/> Незначительный эффект (0,5<OR<2)
Баланс преимуществ и недостатков	<input checked="" type="checkbox"/> Преимущества перевешивают недостатки <input type="checkbox"/> Преимущества и недостатки равнозначны <input type="checkbox"/> Недостатки перевешивают преимущества	<input checked="" type="checkbox"/> Преимущества перевешивают недостатки <input type="checkbox"/> Преимущества и недостатки равнозначны <input type="checkbox"/> Недостатки перевешивают преимущества	<input checked="" type="checkbox"/> Преимущества перевешивают недостатки <input type="checkbox"/> Преимущества и недостатки равнозначны <input type="checkbox"/> Недостатки перевешивают преимущества	<input type="checkbox"/> Преимущества перевешивают недостатки <input checked="" type="checkbox"/> Преимущества и недостатки равнозначны <input type="checkbox"/> Недостатки перевешивают преимущества	<input type="checkbox"/> Преимущества перевешивают недостатки <input checked="" type="checkbox"/> Преимущества и недостатки равнозначны <input type="checkbox"/> Недостатки перевешивают преимущества
Ресурсоёмкость	<input checked="" type="checkbox"/> Менее ресурсоёмкое <input type="checkbox"/> Более ресурсоёмкое	<input checked="" type="checkbox"/> Менее ресурсоёмкое <input type="checkbox"/> Более ресурсоёмкое	<input checked="" type="checkbox"/> Менее ресурсоёмкое <input type="checkbox"/> Более ресурсоёмкое	<input checked="" type="checkbox"/> Менее ресурсоёмкое <input type="checkbox"/> Более ресурсоёмкое	<input type="checkbox"/> Менее ресурсоёмкое <input checked="" type="checkbox"/> Более ресурсоёмкое
Практическая реализуемость	<input type="checkbox"/> Реализуемо глобально <input checked="" type="checkbox"/> Реализуемо условно	<input type="checkbox"/> Реализуемо глобально <input checked="" type="checkbox"/> Реализуемо условно	<input type="checkbox"/> Реализуемо глобально <input checked="" type="checkbox"/> Реализуемо условно	<input type="checkbox"/> Реализуемо глобально <input checked="" type="checkbox"/> Реализуемо условно	<input type="checkbox"/> Реализуемо глобально <input checked="" type="checkbox"/> Реализуемо условно
Направление рекомендации	<input checked="" type="checkbox"/> За вмешательство <input type="checkbox"/> Против вмешательства	<input checked="" type="checkbox"/> За вмешательство <input type="checkbox"/> Против вмешательства	<input checked="" type="checkbox"/> За вмешательство <input type="checkbox"/> Против вмешательства	<input checked="" type="checkbox"/> За вмешательство <input type="checkbox"/> Против вмешательства	<input checked="" type="checkbox"/> За вмешательство <input type="checkbox"/> Против вмешательства
Общая оценка	<input checked="" type="checkbox"/> Сильная рекомендация <input type="checkbox"/> Слабая рекомендация	<input checked="" type="checkbox"/> Сильная рекомендация <input type="checkbox"/> Слабая рекомендация	<input checked="" type="checkbox"/> Сильная рекомендация <input type="checkbox"/> Слабая рекомендация	<input checked="" type="checkbox"/> Сильная рекомендация <input type="checkbox"/> Слабая рекомендация	<input type="checkbox"/> Сильная рекомендация <input checked="" type="checkbox"/> Слабая рекомендация

Вставка 2. Резюме факторов, связанных с силой рекомендаций (рекомендации 6–10)

Рекомендация	6	7	8	9	10
Вмешательство	КТП, проводимые нехвалфицированными акушерками для профилактики ПРК	Позднее пережатие пуповины для профилактики ПРК	Раннее пережатие пуповины для профилактики ПРК	Непрерывный массаж матки для профилактики ПРК	Послеродовая оценка тонуса матки
Качество доказательств	<input type="checkbox"/> Высокое <input checked="" type="checkbox"/> Умеренное <input type="checkbox"/> Низкое <input type="checkbox"/> Крайне низкое	<input type="checkbox"/> Высокое <input checked="" type="checkbox"/> Умеренное <input type="checkbox"/> Низкое <input type="checkbox"/> Крайне низкое	<input type="checkbox"/> Высокое <input checked="" type="checkbox"/> Умеренное <input type="checkbox"/> Низкое <input type="checkbox"/> Крайне низкое	<input type="checkbox"/> Высокое <input type="checkbox"/> Умеренное <input checked="" type="checkbox"/> Низкое <input type="checkbox"/> Крайне низкое	<input type="checkbox"/> Высокое <input type="checkbox"/> Умеренное <input type="checkbox"/> Низкое <input checked="" type="checkbox"/> Крайне низкое
Ценности и предпочтения	<input checked="" type="checkbox"/> Без существенной вариабельности <input type="checkbox"/> Существенно вариабельны	<input checked="" type="checkbox"/> Без существенной вариабельности <input type="checkbox"/> Существенно вариабельны	<input checked="" type="checkbox"/> Без существенной вариабельности <input type="checkbox"/> Существенно вариабельны	<input type="checkbox"/> Без существенной вариабельности <input checked="" type="checkbox"/> Существенно вариабельны	<input checked="" type="checkbox"/> Без существенной вариабельности <input type="checkbox"/> Существенно вариабельны
Абсолютная величина эффекта	<input type="checkbox"/> Значительный эффект (OR>2 или OR<0,5) <input checked="" type="checkbox"/> Незначительный эффект (0,5<OR<2)	<input type="checkbox"/> Значительный эффект (OR>2 или OR<0,5) <input checked="" type="checkbox"/> Незначительный эффект (0,5<OR<2)	<input type="checkbox"/> Значительный эффект (OR>2 или OR<0,5) <input checked="" type="checkbox"/> Незначительный эффект (0,5<OR<2)	<input type="checkbox"/> Значительный эффект (OR>2 или OR<0,5) <input checked="" type="checkbox"/> Незначительный эффект (0,5<OR<2)	<input type="checkbox"/> Значительный эффект (OR>2 или OR<0,5) <input checked="" type="checkbox"/> Незначительный эффект (0,5<OR<2)
Баланс преимуществ и недостатков	<input type="checkbox"/> Преимущества перевешивают недостатки <input checked="" type="checkbox"/> Преимущества и недостатки равнозначны <input type="checkbox"/> Недостатки перевешивают преимущества	<input checked="" type="checkbox"/> Преимущества перевешивают недостатки <input type="checkbox"/> Преимущества и недостатки равнозначны <input type="checkbox"/> Недостатки перевешивают преимущества	<input type="checkbox"/> Преимущества перевешивают недостатки <input type="checkbox"/> Преимущества и недостатки равнозначны <input checked="" type="checkbox"/> Недостатки перевешивают преимущества	<input type="checkbox"/> Преимущества перевешивают недостатки <input checked="" type="checkbox"/> Преимущества и недостатки равнозначны <input type="checkbox"/> Недостатки перевешивают преимущества	<input checked="" type="checkbox"/> Преимущества перевешивают недостатки <input type="checkbox"/> Преимущества и недостатки равнозначны <input type="checkbox"/> Недостатки перевешивают преимущества
Ресурсоёмкость	<input type="checkbox"/> Менее ресурсоёмкое <input checked="" type="checkbox"/> Более ресурсоёмкое	<input checked="" type="checkbox"/> Менее ресурсоёмкое <input type="checkbox"/> Более ресурсоёмкое	<input type="checkbox"/> Менее ресурсоёмкое <input checked="" type="checkbox"/> Более ресурсоёмкое	<input type="checkbox"/> Менее ресурсоёмкое <input checked="" type="checkbox"/> Более ресурсоёмкое	<input checked="" type="checkbox"/> Менее ресурсоёмкое <input type="checkbox"/> Более ресурсоёмкое
Практическая реализуемость	<input type="checkbox"/> Реализуемо глобально <input checked="" type="checkbox"/> Реализуемо условно	<input checked="" type="checkbox"/> Реализуемо глобально <input type="checkbox"/> Реализуемо условно	<input checked="" type="checkbox"/> Реализуемо глобально <input type="checkbox"/> Реализуемо условно	<input type="checkbox"/> Реализуемо глобально <input checked="" type="checkbox"/> Реализуемо условно	<input checked="" type="checkbox"/> Реализуемо глобально <input type="checkbox"/> Реализуемо условно
Направление рекомендации	<input type="checkbox"/> За вмешательство <input checked="" type="checkbox"/> Против вмешательства	<input checked="" type="checkbox"/> За вмешательство <input type="checkbox"/> Против вмешательства	<input type="checkbox"/> За вмешательство <input checked="" type="checkbox"/> Против вмешательства	<input type="checkbox"/> За вмешательство <input checked="" type="checkbox"/> Против вмешательства	<input checked="" type="checkbox"/> За вмешательство <input type="checkbox"/> Против вмешательства
Общая оценка	<input type="checkbox"/> Сильная рекомендация <input checked="" type="checkbox"/> Слабая рекомендация	<input checked="" type="checkbox"/> Сильная рекомендация <input type="checkbox"/> Слабая рекомендация	<input type="checkbox"/> Сильная рекомендация <input checked="" type="checkbox"/> Слабая рекомендация	<input type="checkbox"/> Сильная рекомендация <input checked="" type="checkbox"/> Слабая рекомендация	<input checked="" type="checkbox"/> Сильная рекомендация <input type="checkbox"/> Слабая рекомендация

Вставка 3. Резюме факторов, связанных с силой рекомендаций (рекомендации 11–15)

Рекомендация	11	12	13	14	15
Вмешательство	Окситоцин для профилактики ПРК при КС	КТП для профилактики ПРК при КС	Окситоцин для лечения ПРК	Другие утеротоники для лечения ПРК	Изотонические кристаллоиды для лечения ПРК
Качество доказательств	<input type="checkbox"/> Высокое <input checked="" type="checkbox"/> Умеренное <input type="checkbox"/> Низкое <input type="checkbox"/> Крайне низкое	<input type="checkbox"/> Высокое <input checked="" type="checkbox"/> Умеренное <input type="checkbox"/> Низкое <input type="checkbox"/> Крайне низкое	<input type="checkbox"/> Высокое <input checked="" type="checkbox"/> Умеренное <input type="checkbox"/> Низкое <input type="checkbox"/> Крайне низкое	<input type="checkbox"/> Высокое <input type="checkbox"/> Умеренное <input checked="" type="checkbox"/> Низкое <input type="checkbox"/> Крайне низкое	<input type="checkbox"/> Высокое <input type="checkbox"/> Умеренное <input checked="" type="checkbox"/> Низкое <input type="checkbox"/> Крайне низкое
Ценности и предпочтения	<input checked="" type="checkbox"/> Без существенной вариабельности <input type="checkbox"/> Существенно вариабельны	<input checked="" type="checkbox"/> Без существенной вариабельности <input type="checkbox"/> Существенно вариабельны	<input checked="" type="checkbox"/> Без существенной вариабельности <input type="checkbox"/> Существенно вариабельны	<input checked="" type="checkbox"/> Без существенной вариабельности <input type="checkbox"/> Существенно вариабельны	<input checked="" type="checkbox"/> Без существенной вариабельности <input type="checkbox"/> Существенно вариабельны
Абсолютная величина эффекта	<input type="checkbox"/> Значительный эффект (OR>2 или OR<0,5) <input checked="" type="checkbox"/> Незначительный эффект (0,5<OR<2)	<input type="checkbox"/> Значительный эффект (OR>2 или OR<0,5) <input checked="" type="checkbox"/> Незначительный эффект (0,5<OR<2)	<input checked="" type="checkbox"/> Значительный эффект (OR>2 или OR<0,5) <input type="checkbox"/> Незначительный эффект (0,5<OR<2)	<input type="checkbox"/> Значительный эффект (OR>2 или OR<0,5) <input checked="" type="checkbox"/> Незначительный эффект (0,5<OR<2)	<input type="checkbox"/> Значительный эффект (OR>2 или OR<0,5) <input checked="" type="checkbox"/> Незначительный эффект (0,5<OR<2)
Баланс преимуществ и недостатков	<input checked="" type="checkbox"/> Преимущества перевешивают недостатки <input type="checkbox"/> Преимущества и недостатки равнозначны <input type="checkbox"/> Недостатки перевешивают преимущества	<input checked="" type="checkbox"/> Преимущества перевешивают недостатки <input type="checkbox"/> Преимущества и недостатки равнозначны <input type="checkbox"/> Недостатки перевешивают преимущества	<input checked="" type="checkbox"/> Преимущества перевешивают недостатки <input type="checkbox"/> Преимущества и недостатки равнозначны <input type="checkbox"/> Недостатки перевешивают преимущества	<input checked="" type="checkbox"/> Преимущества перевешивают недостатки <input type="checkbox"/> Преимущества и недостатки равнозначны <input type="checkbox"/> Недостатки перевешивают преимущества	<input checked="" type="checkbox"/> Преимущества перевешивают недостатки <input type="checkbox"/> Преимущества и недостатки равнозначны <input type="checkbox"/> Недостатки перевешивают преимущества
Ресурсоёмкость	<input checked="" type="checkbox"/> Менее ресурсоёмкое <input type="checkbox"/> Более ресурсоёмкое	<input checked="" type="checkbox"/> Менее ресурсоёмкое <input type="checkbox"/> Более ресурсоёмкое	<input checked="" type="checkbox"/> Менее ресурсоёмкое <input type="checkbox"/> Более ресурсоёмкое	<input checked="" type="checkbox"/> Менее ресурсоёмкое <input type="checkbox"/> Более ресурсоёмкое	<input checked="" type="checkbox"/> Менее ресурсоёмкое <input type="checkbox"/> Более ресурсоёмкое
Практическая реализуемость	<input checked="" type="checkbox"/> Реализуемо глобально <input type="checkbox"/> Реализуемо условно	<input checked="" type="checkbox"/> Реализуемо глобально <input type="checkbox"/> Реализуемо условно	<input type="checkbox"/> Реализуемо глобально <input checked="" type="checkbox"/> Реализуемо условно	<input type="checkbox"/> Реализуемо глобально <input checked="" type="checkbox"/> Реализуемо условно	<input type="checkbox"/> Реализуемо глобально <input checked="" type="checkbox"/> Реализуемо условно
Направление рекомендации	<input checked="" type="checkbox"/> За вмешательство <input type="checkbox"/> Против вмешательства	<input checked="" type="checkbox"/> За вмешательство <input type="checkbox"/> Против вмешательства	<input checked="" type="checkbox"/> За вмешательство <input type="checkbox"/> Против вмешательства	<input checked="" type="checkbox"/> За вмешательство <input type="checkbox"/> Против вмешательства	<input checked="" type="checkbox"/> За вмешательство <input type="checkbox"/> Против вмешательства
Общая оценка	<input checked="" type="checkbox"/> Сильная рекомендация <input type="checkbox"/> Слабая рекомендация	<input checked="" type="checkbox"/> Сильная рекомендация <input type="checkbox"/> Слабая рекомендация	<input checked="" type="checkbox"/> Сильная рекомендация <input type="checkbox"/> Слабая рекомендация	<input checked="" type="checkbox"/> Сильная рекомендация <input type="checkbox"/> Слабая рекомендация	<input checked="" type="checkbox"/> Сильная рекомендация <input type="checkbox"/> Слабая рекомендация

Вставка 4. Резюме факторов, связанных с силой рекомендаций (рекомендации 16–20)

Рекомендация	16	17	18	19	20
Вмешательство	Транексамовая кислота для лечения ПРК	Массаж матки для лечения ПРК	Баллонная тампонада матки для лечения ПРК	Эмболизация маточных артерий для лечения ПРК	Хирургическое вмешательство для лечения ПРК
Качество доказательств	<input type="checkbox"/> Высокое <input checked="" type="checkbox"/> Умеренное <input type="checkbox"/> Низкое <input type="checkbox"/> Крайне низкое	<input type="checkbox"/> Высокое <input type="checkbox"/> Умеренное <input type="checkbox"/> Низкое <input checked="" type="checkbox"/> Крайне низкое	<input type="checkbox"/> Высокое <input type="checkbox"/> Умеренное <input type="checkbox"/> Низкое <input checked="" type="checkbox"/> Крайне низкое	<input type="checkbox"/> Высокое <input type="checkbox"/> Умеренное <input type="checkbox"/> Низкое <input checked="" type="checkbox"/> Крайне низкое	<input type="checkbox"/> Высокое <input type="checkbox"/> Умеренное <input type="checkbox"/> Низкое <input checked="" type="checkbox"/> Крайне низкое
Ценности и предпочтения	<input type="checkbox"/> Без существенной вариабельности <input checked="" type="checkbox"/> Существенно вариабельны	<input type="checkbox"/> Без существенной вариабельности <input type="checkbox"/> Существенно вариабельны	<input type="checkbox"/> Без существенной вариабельности <input checked="" type="checkbox"/> Существенно вариабельны	<input type="checkbox"/> Без существенной вариабельности <input checked="" type="checkbox"/> Существенно вариабельны	<input type="checkbox"/> Без существенной вариабельности <input checked="" type="checkbox"/> Существенно вариабельны
Абсолютная величина эффекта	<input type="checkbox"/> Значительный эффект (OR>2 или OR<0,5) <input checked="" type="checkbox"/> Незначительный эффект (0,5<OR<2)	<input type="checkbox"/> Значительный эффект (OR>2 или OR<0,5) <input checked="" type="checkbox"/> Незначительный эффект (0,5<OR<2)	<input checked="" type="checkbox"/> Значительный эффект (OR>2 или OR<0,5) <input type="checkbox"/> Незначительный эффект (0,5<OR<2)	<input checked="" type="checkbox"/> Значительный эффект (OR>2 или OR<0,5) <input type="checkbox"/> Незначительный эффект (0,5<OR<2)	<input checked="" type="checkbox"/> Значительный эффект (OR>2 или OR<0,5) <input type="checkbox"/> Незначительный эффект (0,5<OR<2)
Баланс преимуществ и недостатков	<input checked="" type="checkbox"/> Преимущества перевешивают недостатки <input type="checkbox"/> Преимущества и недостатки равнозначны <input type="checkbox"/> Недостатки перевешивают преимущества	<input checked="" type="checkbox"/> Преимущества перевешивают недостатки <input type="checkbox"/> Преимущества и недостатки равнозначны <input type="checkbox"/> Недостатки перевешивают преимущества	<input checked="" type="checkbox"/> Преимущества перевешивают недостатки <input type="checkbox"/> Преимущества и недостатки равнозначны <input type="checkbox"/> Недостатки перевешивают преимущества	<input checked="" type="checkbox"/> Преимущества перевешивают недостатки <input type="checkbox"/> Преимущества и недостатки равнозначны <input type="checkbox"/> Недостатки перевешивают преимущества	<input checked="" type="checkbox"/> Преимущества перевешивают недостатки <input type="checkbox"/> Преимущества и недостатки равнозначны <input type="checkbox"/> Недостатки перевешивают преимущества
Ресурсоёмкость	<input type="checkbox"/> Менее ресурсоёмкое <input checked="" type="checkbox"/> Более ресурсоёмкое	<input checked="" type="checkbox"/> Менее ресурсоёмкое <input type="checkbox"/> Более ресурсоёмкое	<input type="checkbox"/> Менее ресурсоёмкое <input checked="" type="checkbox"/> Более ресурсоёмкое	<input type="checkbox"/> Менее ресурсоёмкое <input checked="" type="checkbox"/> Более ресурсоёмкое	<input type="checkbox"/> Менее ресурсоёмкое <input checked="" type="checkbox"/> Более ресурсоёмкое
Практическая реализуемость	<input type="checkbox"/> Реализуемо глобально <input checked="" type="checkbox"/> Реализуемо условно	<input checked="" type="checkbox"/> Реализуемо глобально <input type="checkbox"/> Реализуемо условно	<input type="checkbox"/> Реализуемо глобально <input checked="" type="checkbox"/> Реализуемо условно	<input type="checkbox"/> Реализуемо глобально <input checked="" type="checkbox"/> Реализуемо условно	<input type="checkbox"/> Реализуемо глобально <input checked="" type="checkbox"/> Реализуемо условно
Направление рекомендации	<input checked="" type="checkbox"/> За вмешательство <input type="checkbox"/> Против вмешательства	<input checked="" type="checkbox"/> За вмешательство <input type="checkbox"/> Против вмешательства	<input checked="" type="checkbox"/> За вмешательство <input type="checkbox"/> Против вмешательства	<input checked="" type="checkbox"/> За вмешательство <input type="checkbox"/> Против вмешательства	<input checked="" type="checkbox"/> За вмешательство <input type="checkbox"/> Против вмешательства
Общая оценка	<input type="checkbox"/> Сильная рекомендация <input checked="" type="checkbox"/> Слабая рекомендация	<input checked="" type="checkbox"/> Сильная рекомендация <input type="checkbox"/> Слабая рекомендация	<input type="checkbox"/> Сильная рекомендация <input checked="" type="checkbox"/> Слабая рекомендация	<input type="checkbox"/> Сильная рекомендация <input checked="" type="checkbox"/> Слабая рекомендация	<input checked="" type="checkbox"/> Сильная рекомендация* <input type="checkbox"/> Слабая рекомендация

Вставка 5. Резюме факторов, связанных с силой рекомендаций (рекомендации 21–25)

Рекомендация	21	22	23	24	25
Вмешательство	Бимануальная компрессия матки для лечения ПРК	Наружная компрессия аорты для лечения ПРК	Непневматический костюм для лечения ПРК	Тампонада матки для лечения ПРК	Утеротоники и КТП при задержке отделения плаценты
Качество доказательств	<input type="checkbox"/> Высокое <input type="checkbox"/> Умеренное <input type="checkbox"/> Низкое <input checked="" type="checkbox"/> Крайне низкое	<input type="checkbox"/> Высокое <input type="checkbox"/> Умеренное <input type="checkbox"/> Низкое <input checked="" type="checkbox"/> Крайне низкое	<input type="checkbox"/> Высокое <input type="checkbox"/> Умеренное <input type="checkbox"/> Низкое <input type="checkbox"/> Крайне низкое	<input type="checkbox"/> Высокое <input type="checkbox"/> Умеренное <input type="checkbox"/> Низкое <input checked="" type="checkbox"/> Крайне низкое	<input type="checkbox"/> Высокое <input type="checkbox"/> Умеренное <input type="checkbox"/> Низкое <input checked="" type="checkbox"/> Крайне низкое
Ценности и предпочтения	<input checked="" type="checkbox"/> Без существенной вариабельности <input type="checkbox"/> Существенно вариабельны	<input type="checkbox"/> Без существенной вариабельности <input checked="" type="checkbox"/> Существенно вариабельны	<input type="checkbox"/> Без существенной вариабельности <input checked="" type="checkbox"/> Существенно вариабельны	<input type="checkbox"/> Без существенной вариабельности <input checked="" type="checkbox"/> Существенно вариабельны	<input checked="" type="checkbox"/> Без существенной вариабельности <input type="checkbox"/> Существенно вариабельны
Абсолютная величина эффекта	<input type="checkbox"/> Значительный эффект (OR>2 или OR<0,5) <input checked="" type="checkbox"/> Незначительный эффект (0,5<OR<2)	<input type="checkbox"/> Значительный эффект (OR>2 или OR<0,5) <input checked="" type="checkbox"/> Незначительный эффект (0,5<OR<2)	<input checked="" type="checkbox"/> Значительный эффект (OR>2 или OR<0,5) <input type="checkbox"/> Незначительный эффект (0,5<OR<2)	<input checked="" type="checkbox"/> Значительный эффект (OR>2 или OR<0,5) <input type="checkbox"/> Незначительный эффект (0,5<OR<2)	<input checked="" type="checkbox"/> Значительный эффект (OR>2 или OR<0,5) <input checked="" type="checkbox"/> Незначительный эффект (0,5<OR<2)
Баланс преимуществ и недостатков	<input checked="" type="checkbox"/> Преимущества перевешивают недостатки <input type="checkbox"/> Преимущества и недостатки равнозначны <input type="checkbox"/> Недостатки перевешивают преимущества	<input checked="" type="checkbox"/> Преимущества перевешивают недостатки <input type="checkbox"/> Преимущества и недостатки равнозначны <input type="checkbox"/> Недостатки перевешивают преимущества	<input checked="" type="checkbox"/> Преимущества перевешивают недостатки <input type="checkbox"/> Преимущества и недостатки равнозначны <input type="checkbox"/> Недостатки перевешивают преимущества	<input checked="" type="checkbox"/> Преимущества перевешивают недостатки <input type="checkbox"/> Преимущества и недостатки равнозначны <input type="checkbox"/> Недостатки перевешивают преимущества	<input checked="" type="checkbox"/> Преимущества перевешивают недостатки <input type="checkbox"/> Преимущества и недостатки равнозначны <input type="checkbox"/> Недостатки перевешивают преимущества
Ресурсоемкость	<input checked="" type="checkbox"/> Менее ресурсоемкое <input type="checkbox"/> Более ресурсоемкое	<input checked="" type="checkbox"/> Менее ресурсоемкое <input type="checkbox"/> Более ресурсоемкое	<input type="checkbox"/> Менее ресурсоемкое <input checked="" type="checkbox"/> Более ресурсоемкое	<input checked="" type="checkbox"/> Менее ресурсоемкое <input type="checkbox"/> Более ресурсоемкое	<input type="checkbox"/> Менее ресурсоемкое <input checked="" type="checkbox"/> Более ресурсоемкое
Практическая реализуемость	<input type="checkbox"/> Реализуемо глобально <input checked="" type="checkbox"/> Реализуемо условно	<input type="checkbox"/> Реализуемо глобально <input checked="" type="checkbox"/> Реализуемо условно	<input type="checkbox"/> Реализуемо глобально <input checked="" type="checkbox"/> Реализуемо условно	<input type="checkbox"/> Реализуемо глобально <input checked="" type="checkbox"/> Реализуемо условно	<input type="checkbox"/> Реализуемо глобально <input checked="" type="checkbox"/> Реализуемо условно
Направление рекомендации	<input checked="" type="checkbox"/> За вмешательство <input type="checkbox"/> Против вмешательства	<input checked="" type="checkbox"/> За вмешательство <input type="checkbox"/> Против вмешательства	<input checked="" type="checkbox"/> За вмешательство <input type="checkbox"/> Против вмешательства	<input checked="" type="checkbox"/> За вмешательство <input type="checkbox"/> Против вмешательства	<input checked="" type="checkbox"/> За вмешательство <input type="checkbox"/> Против вмешательства
Общая оценка	<input type="checkbox"/> Сильная рекомендация <input checked="" type="checkbox"/> Слабая рекомендация	<input type="checkbox"/> Сильная рекомендация <input checked="" type="checkbox"/> Слабая рекомендация	<input type="checkbox"/> Сильная рекомендация <input checked="" type="checkbox"/> Слабая рекомендация	<input type="checkbox"/> Сильная рекомендация <input checked="" type="checkbox"/> Слабая рекомендация	<input type="checkbox"/> Сильная рекомендация <input checked="" type="checkbox"/> Слабая рекомендация

Вставка 6. Резюме факторов, связанных с силой рекомендаций (рекомендации 26–30)

Рекомендация	26	27	28	29	30
Вмешательство	Эргометрин при задержке отделения плаценты	Простагландин E2a при задержке отделения плаценты	Антибиотики и ручное удаление при задержке отделения плаценты	Стандартные протоколы для лечения ПРК	Стандартные протоколы для перевода пациенток
Качество доказательств	<input type="checkbox"/> Высокое <input type="checkbox"/> Умеренное <input type="checkbox"/> Низкое <input checked="" type="checkbox"/> Крайне низкое	<input type="checkbox"/> Высокое <input type="checkbox"/> Умеренное <input type="checkbox"/> Низкое <input checked="" type="checkbox"/> Крайне низкое	<input type="checkbox"/> Высокое <input type="checkbox"/> Умеренное <input type="checkbox"/> Низкое <input checked="" type="checkbox"/> Крайне низкое	<input type="checkbox"/> Высокое <input checked="" type="checkbox"/> Умеренное <input type="checkbox"/> Низкое <input type="checkbox"/> Крайне низкое	<input type="checkbox"/> Высокое <input type="checkbox"/> Умеренное <input type="checkbox"/> Низкое <input checked="" type="checkbox"/> Крайне низкое
Ценности и предпочтения	<input checked="" type="checkbox"/> Без существенной вариабельности <input type="checkbox"/> Существенно вариабельны	<input checked="" type="checkbox"/> Без существенной вариабельности <input type="checkbox"/> Существенно вариабельны	<input checked="" type="checkbox"/> Без существенной вариабельности <input type="checkbox"/> Существенно вариабельны	<input checked="" type="checkbox"/> Без существенной вариабельности <input type="checkbox"/> Существенно вариабельны	<input checked="" type="checkbox"/> Без существенной вариабельности <input type="checkbox"/> Существенно вариабельны
Абсолютная величина эффекта	<input type="checkbox"/> Значительный эффект (OR>2 или OR<0,5) <input checked="" type="checkbox"/> Незначительный эффект (0,5<OR<2)	<input type="checkbox"/> Значительный эффект (OR>2 или OR<0,5) <input checked="" type="checkbox"/> Незначительный эффект (0,5<OR<2)	<input type="checkbox"/> Значительный эффект (OR>2 или OR<0,5) <input checked="" type="checkbox"/> Незначительный эффект (0,5<OR<2)	<input type="checkbox"/> Значительный эффект (OR>2 или OR<0,5) <input checked="" type="checkbox"/> Незначительный эффект (0,5<OR<2)	<input type="checkbox"/> Значительный эффект (OR>2 или OR<0,5) <input checked="" type="checkbox"/> Незначительный эффект (0,5<OR<2)
Баланс преимуществ и недостатков	<input type="checkbox"/> Преимущества перевешивают недостатки <input type="checkbox"/> Преимущества и недостатки равнозначны <input checked="" type="checkbox"/> Недостатки перевешивают преимущества	<input type="checkbox"/> Преимущества перевешивают недостатки <input type="checkbox"/> Преимущества и недостатки равнозначны <input checked="" type="checkbox"/> Недостатки перевешивают преимущества	<input checked="" type="checkbox"/> Преимущества перевешивают недостатки <input type="checkbox"/> Преимущества и недостатки равнозначны <input type="checkbox"/> Недостатки перевешивают преимущества	<input checked="" type="checkbox"/> Преимущества перевешивают недостатки <input type="checkbox"/> Преимущества и недостатки равнозначны <input type="checkbox"/> Недостатки перевешивают преимущества	<input checked="" type="checkbox"/> Преимущества перевешивают недостатки <input type="checkbox"/> Преимущества и недостатки равнозначны <input type="checkbox"/> Недостатки перевешивают преимущества
Ресурсоёмкость	<input type="checkbox"/> Менее ресурсоёмкое <input checked="" type="checkbox"/> Более ресурсоёмкое	<input type="checkbox"/> Менее ресурсоёмкое <input checked="" type="checkbox"/> Более ресурсоёмкое	<input type="checkbox"/> Менее ресурсоёмкое <input checked="" type="checkbox"/> Более ресурсоёмкое	<input type="checkbox"/> Менее ресурсоёмкое <input checked="" type="checkbox"/> Более ресурсоёмкое	<input type="checkbox"/> Менее ресурсоёмкое <input checked="" type="checkbox"/> Более ресурсоёмкое
Практическая реализуемость	<input type="checkbox"/> Реализуемо глобально <input checked="" type="checkbox"/> Реализуемо условно	<input type="checkbox"/> Реализуемо глобально <input checked="" type="checkbox"/> Реализуемо условно	<input type="checkbox"/> Реализуемо глобально <input checked="" type="checkbox"/> Реализуемо условно	<input type="checkbox"/> Реализуемо глобально <input checked="" type="checkbox"/> Реализуемо условно	<input type="checkbox"/> Реализуемо глобально <input checked="" type="checkbox"/> Реализуемо условно
Направление рекомендации	<input checked="" type="checkbox"/> За вмешательство <input type="checkbox"/> Против вмешательства	<input type="checkbox"/> За вмешательство <input checked="" type="checkbox"/> Против вмешательства	<input checked="" type="checkbox"/> За вмешательство <input type="checkbox"/> Против вмешательства	<input checked="" type="checkbox"/> За вмешательство <input type="checkbox"/> Против вмешательства	<input checked="" type="checkbox"/> За вмешательство <input type="checkbox"/> Против вмешательства
Общая оценка	<input type="checkbox"/> Сильная рекомендация <input checked="" type="checkbox"/> Слабая рекомендация	<input type="checkbox"/> Сильная рекомендация <input checked="" type="checkbox"/> Слабая рекомендация	<input type="checkbox"/> Сильная рекомендация <input checked="" type="checkbox"/> Слабая рекомендация	<input type="checkbox"/> Сильная рекомендация <input checked="" type="checkbox"/> Слабая рекомендация	<input type="checkbox"/> Сильная рекомендация <input checked="" type="checkbox"/> Слабая рекомендация

Вставка 7. Резюме факторов, связанных с силой рекомендаций (рекомендации 31–32)

Рекомендация	31	32
Вмешательство	Симуляционный тренинг по лечению ПРК	Мониторинг применения утеротоников
Качество доказательств	<input type="checkbox"/> Высокое <input type="checkbox"/> Умеренное <input type="checkbox"/> Низкое <input checked="" type="checkbox"/> Крайне низкое	<input type="checkbox"/> Высокое <input type="checkbox"/> Умеренное <input type="checkbox"/> Низкое <input checked="" type="checkbox"/> Крайне низкое
Ценности и предпочтения	<input checked="" type="checkbox"/> Без существенной variability <input type="checkbox"/> Существенно variability	<input type="checkbox"/> Без существенной variability <input checked="" type="checkbox"/> Существенно variability
Абсолютная величина эффекта	<input type="checkbox"/> Значительный эффект (OR>2 или OR<0,5) <input checked="" type="checkbox"/> Незначительный эффект (0,5<OR<2)	<input type="checkbox"/> Значительный эффект (OR>2 или OR<0,5) <input checked="" type="checkbox"/> Незначительный эффект (0,5<OR<2)
Баланс преимуществ и недостатков	<input checked="" type="checkbox"/> Преимущества перевешивают недостатки <input type="checkbox"/> Преимущества и недостатки равнозначны <input type="checkbox"/> Недостатки перевешивают преимущества	<input checked="" type="checkbox"/> Преимущества перевешивают недостатки <input type="checkbox"/> Преимущества и недостатки равнозначны <input type="checkbox"/> Недостатки перевешивают преимущества
Ресурсоёмкость	<input type="checkbox"/> Менее ресурсоёмкое <input checked="" type="checkbox"/> Более ресурсоёмкое	<input type="checkbox"/> Менее ресурсоёмкое <input checked="" type="checkbox"/> Более ресурсоёмкое
Практическая реализуемость	<input type="checkbox"/> Реализуемо глобально <input checked="" type="checkbox"/> Реализуемо условно	<input type="checkbox"/> Реализуемо глобально <input checked="" type="checkbox"/> Реализуемо условно
Направление рекомендации	<input checked="" type="checkbox"/> За вмешательство <input type="checkbox"/> Против вмешательства	<input checked="" type="checkbox"/> За вмешательство <input type="checkbox"/> Против вмешательства
Общая оценка	<input type="checkbox"/> Сильная рекомендация <input checked="" type="checkbox"/> Слабая рекомендация	<input type="checkbox"/> Сильная рекомендация <input checked="" type="checkbox"/> Слабая рекомендация

Вставка 8. Шаблон резюме факторов, связанных с силой рекомендаций, и пояснения по заполнению шаблона

Рекомендация	Что рекомендовано?
Вмешательство	В чем заключается вмешательство?
Качество доказательств	<p>Чем выше качество доказательств, тем выше сила рекомендации.</p> <p>Если качество доказательств «низкое» или «крайне низкое», то при принятии решения о силе рекомендации следует более тщательно рассмотреть представленные ниже критерии.</p>
Ценности и предпочтения	<p>Относится к значимости предполагаемых исходов вмешательства с точки зрения медицинских работников, разработчиков стратегий, пациентов и других заинтересованных сторон.</p>
Величина эффекта при критичных исходах	<p>Относится к способности вмешательства приводить к значительным эффектам. Эффекты могут усиливаться в сочетании с другими вмешательствами. Следует рассмотреть вопрос о том, какие возможные комбинации (или «пакеты») могут усиливать эффекты.</p> <p>Чем более выражены потенциальные эффекты и чем больше продолжительность действия потенциальных эффектов, тем более вероятна сильная рекомендация в связи с данным вмешательством.</p>
Баланс преимуществ и недостатков	<p>Преимуществами считаются предполагаемые положительные эффекты вмешательства.</p> <p>Недостатками считаются потенциальные отрицательные эффекты вмешательства, а также к непредвиденные эффекты.</p> <p>Чем меньше имеется потенциальных отрицательных эффектов, тем более вероятность, что вмешательство будет настоятельно рекомендовано.</p>
Ресурсоемкость	<p>Ресурсы, необходимые для внедрения рекомендации, могут включать финансовые ресурсы, кадровые ресурсы и инфраструктуру или оборудование. В идеале, стоимость преимуществ вмешательства должна быть разумной, приемлемой и стабильной. Следует помнить, что капитальные затраты, в частности требующиеся для развития инфраструктуры, изначально могут быть значительными, однако способны давать положительные эффекты в долгосрочной перспективе.</p> <p>Как правило, сильные рекомендации редко даются в отношении вмешательства, требующих более высоких удельных или регулярных затрат.</p>
Практическая реализуемость	<p>Условием внедрения вмешательств является наличие политической готовности к ним и участие в данном процессе всех заинтересованных сторон. «Техническая» реализуемость вмешательств также зависит от надлежащего функционирования организационных и институциональных структур в сфере управления, систематической поддержки и мониторинга внедрения рекомендации. В разных странах и в разных контекстах элементы технической реализуемости могут существенно отличаться; в случае если функционирование этих элементов сохраняется в широком диапазоне условий, вероятность вынесения сильной рекомендации повышается.</p>
Направление рекомендации	<p><input type="checkbox"/> За вмешательство</p> <p><input type="checkbox"/> Против вмешательства</p>
Общая оценка	<p><input type="checkbox"/> Сильная рекомендация</p> <p><input type="checkbox"/> Слабая рекомендация</p> <p>Сила рекомендации</p>

Для получения дополнительной информации просьба обращаться
в следующие организации:

Департамент репродуктивного здоровья и научных исследований ВОЗ
(*Department of Reproductive Health and Research*)
Эл. почта: reproductivehealth@who.int
www.who.int/reproductivehealth

Департамент ВОЗ по здоровью матерей, новорожденных,
детей и подростков
(*Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health*)
Эл. почта: mncah@who.int
www.who.int/maternal_child_adolescent

Всемирная организация здравоохранения
Швейцария, CH-1211, Женева 27, авеню Аппия, 20
(*World Health Organization*)
Avenue Appia 20, CH-1211 Geneva 27, Switzerland)

ISBN 978 92 4 454850 9

