

Рекомендации ВОЗ по уходу в интранатальный период для формирования положительного опыта родов



Всемирная организация
здравоохранения

Рекомендации ВОЗ
по уходу в интранатальный период
для формирования положительного
опыта родов



Всемирная организация
здравоохранения

Рекомендации ВОЗ по уходу в интранатальный период для формирования положительного опыта родов [WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience]

ISBN 978-92-4-003695-6 (онлайн-версия)

ISBN 978-92-4-003694-9 (версия для печати)

© Всемирная организация здравоохранения 2021

Некоторые права защищены. Настоящая публикация распространяется на условиях лицензии Creative Commons 3.0 IGO «С указанием авторства – Некоммерческая – Распространение на тех же условиях» (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.ru>).

Лицензией допускается копирование, распространение и адаптация публикации в некоммерческих целях с указанием библиографической ссылки согласно нижеприведенному образцу. Никакое использование публикации не означает одобрения ВОЗ какой-либо организации, товара или услуги. Использование логотипа ВОЗ не допускается. Распространение адаптированных вариантов публикации допускается на условиях указанной или эквивалентной лицензии Creative Commons. При переводе публикации на другие языки приводятся библиографическая ссылка согласно нижеприведенному образцу и следующая оговорка: «Настоящий перевод не был выполнен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). ВОЗ не несет ответственности за содержание или точность перевода. Аутентичным подлинным текстом является оригинальное издание на английском языке».

Урегулирование споров, связанных с условиями лицензии, производится в соответствии с согласительным регламентом Всемирной организации интеллектуальной собственности (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

Образец библиографической ссылки: Рекомендации ВОЗ по уходу в интранатальный период для формирования положительного опыта родов [WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2021. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Данные каталогизации перед публикацией (CIP). Данные CIP доступны по ссылке <http://apps.who.int/iris>.

Приобретение, авторские права и лицензирование. По вопросам приобретения публикаций ВОЗ см. <http://apps.who.int/bookorders>. По вопросам оформления заявок на коммерческое использование и направления запросов, касающихся права пользования и лицензирования, см. <https://www.who.int/ru/about/policies/publishing-policies/copyright>.

Материалы третьих сторон. Пользователь, желающий использовать в своих целях содержащиеся в настоящей публикации материалы, принадлежащие третьим сторонам, например таблицы, рисунки или изображения, должен установить, требуется ли для этого разрешение обладателя авторского права, и, при необходимости, получить такое разрешение. Ответственность за нарушение прав на содержащиеся в публикации материалы третьих сторон несет пользователь.

Оговорки общего характера. Используемые в настоящей публикации обозначения и приводимые в ней материалы не означают выражения мнения ВОЗ относительно правового статуса любой страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации границ. Штрихпунктирные линии на картах обозначают приблизительные границы, которые могут быть не полностью согласованы.

Упоминания определенных компаний или продукции определенных производителей не означают, что они одобрены или рекомендованы ВОЗ в отличие от других аналогичных компаний или продукции, не названных в тексте. Названия патентованных изделий, исключая ошибки и пропуски в тексте, выделяются начальными прописными буквами.

ВОЗ приняты все разумные меры для проверки точности информации, содержащейся в настоящей публикации. Однако данные материалы публикуются без каких-либо прямых или косвенных гарантий. Ответственность за интерпретацию и использование материалов несет пользователь. ВОЗ не несет никакой ответственности за ущерб, связанный с использованием материалов.

Перевод на русский язык выполнен Ириной Анатольевной Крюковой и Анной Владимировной Коротковой. В случае любого несоответствия между английской и русской версией, оригинальная версия на английском языке должна приниматься в качестве обязательной и подлинной.

Министерство здравоохранения Российской Федерации финансировало перевод этой публикации на русский язык.

Содержание

Предисловие	v
Выражение признательности	vi
Сокращения и аббревиатуры	vii
Краткое содержание	1
Введение	1
Целевая аудитория	1
Методы разработки руководства	2
Рекомендации	2
1. Предисловие	10
1.1 Целевая аудитория	11
1.2 Область применения руководства	11
2. Методы	13
2.1 Руководящая группа ВОЗ	13
2.2 Группа по разработке руководства	13
2.3 Группа внешнего рецензирования	13
2.4 Техническая рабочая группа	14
2.5 Внешние партнеры и наблюдатели	14
2.6 Определение приоритетных вопросов и результатов (исходов)	14
2.7 Интеграция рекомендаций из опубликованных ранее руководств ВОЗ	16
2.8 Фокус внимания и подход	17
2.9 Идентификация и поиск доказательств	17
2.10 Оценка качества и ранжирование доказательств	18
2.11 Разработка рекомендаций	19
2.12 Принятие решений во время совещаний Группы по разработке руководства (ГРР)	21
2.13 Декларация интересов внешними участниками	22
2.14 Подготовка документа и рецензирование	22
2.15 Представление материалов руководства	23
3. Доказательная база и рекомендации	24
3.1 Оказание помощи во время родов	24
3.2 Первый период родов	45
3.3 Второй период родов	153
3.4 Третий период родов	202
3.5 Уход за новорожденным	205
3.6 Уход за женщиной после родов	208
4. Применение данного руководства: внедрение модели ухода в интранатальный период согласно рекомендациям ВОЗ	211
5. Направления дальнейших исследований	215
6. Распространение	217
7. Вопросы применимости	219
7.1 Ожидаемое влияние руководства на организацию помощи в интранатальный период	219
7.2 Мониторинг и оценка влияния применения руководства	219
8. Обновление руководства	220
9. Библиография	221

Приложение 1.	Приоритетные вопросы и результаты применения руководства	229
Приложение 2.	Внешние эксперты и сотрудники ВОЗ, участвовавшие в подготовке данного руководства	233
Приложение 3.	Краткое изложение декларации интересов членов Группы по разработке руководства и Технической рабочей группы. Разрешение конфликтов интересов	237
Приложение 4.	Специфика реализации отдельных рекомендаций	241
Веб-приложение.	Доказательная база (WHO/RHR/18.04; доступно по ссылке http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/)	

Предисловие

Прошло более двух десятилетий с тех пор, как Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) выпустила техническое руководство по оказанию помощи здоровым беременным женщинам и их детям *Помощь при нормально протекающих родах: практическое руководство*. Со времени выпуска руководства в глобальном плане служба родовспоможения значительно изменилась. Во многих частях мира в настоящее время все больше женщин рожают в медицинских учреждениях, однако, ненадлежащее качество медицинской помощи по-прежнему препятствует достижению желаемых результатов в отношении здоровья. В то время как в некоторых учреждениях женщинам проводят весьма ограниченный перечень мероприятий и слишком поздно, в других учреждениях женщинам оказывают слишком много ненужных вмешательств и слишком рано.

Учитывая потребности стран в поддержке, ВОЗ выпустила несколько рекомендаций, касающихся конкретных аспектов ведения родов и ведущих причин материнской и неонатальной смертности и заболеваемости матерей и новорожденных. Постепенно приоритеты глобальной повестки дня выходят за рамки только лишь спасения жизни, фокусируясь на обеспечении полноценной реализации потенциала матери и ребенка для сохранения здоровья и благополучия. Эти усилия поддерживаются Глобальной стратегией охраны здоровья женщин, детей и подростков (2016–2030 гг.) и движением «Каждая женщина, каждый ребенок». Кроме того, третья цель в области устойчивого развития на период до 2030 года подчеркивает приверженность обеспечению здоровой жизни и содействию благополучию всех людей во всех возрастах во всем мире.

Один из стратегических приоритетов ВОЗ на ближайшие пять лет для достижения целей в области устойчивого развития (ЦУР) заключается в том, чтобы поддержать страны в укреплении их систем здравоохранения для ускорения прогресса в обеспечении всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ). ВОЗ оказывает поддержку странам, чтобы обеспечить всем людям и сообществам доступ и возможность использовать услуги здравоохранения по укреплению здоровья, профилактике и лечению, соответствующие их потребностям, эффективные и достаточно качественные, и в то же время финансово доступные. Неотъемлемой частью этих усилий является разработка пакета основных услуг по всему спектру медицинских дисциплин, включая области репродуктивного здоровья и здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков, для которого можно определить набор основных индикаторов оказания этих услуг с целью мониторинга прогресса стран в достижении ВОУЗ.

Это руководство представляет собой сводный набор новых и уже изданных рекомендаций по оказанию медицинской помощи во время родов и при рождении ребенка, которая должна оказываться всем беременным женщинам и их детям независимо от социально-экономических условий. Руководство способствует проведению ряда медицинских вмешательств в течение родов и при рождении ребенка, которые имеют решающее значение для обеспечения не только безопасности родов, но и формирования положительного опыта родов для женщины и ее семьи. В нем подчеркивается, что помощь, ориентированная на потребности женщин, может улучшить качество родовспоможения и ухода за новорожденными при помощи целостного подхода, основанного на соблюдении прав человека. Представляя новую модель ухода в интранатальный период на основе рекомендаций ВОЗ, которая может быть адаптирована к условиям конкретной страны, данное руководство помогает обеспечить существенную экономию средств за счет сокращения ненужных вмешательств при ведении родов и рождении ребенка.

Мы призываем медицинские организации принять и адаптировать данные рекомендации, обеспечивающие прочную основу для предоставления научно обоснованной комплексной медицинской помощи беременным женщинам и новорожденным, ориентированной на их потребности.



Принсес Нотемба Симелела (Princess Nothemba Simelela),

помощник Генерального директора Всемирной организации здравоохранения по вопросам семьи, женщин, детей и подростков

Выражение признательности

Департамент репродуктивного здоровья и научных исследований (RHR), а также Департамент охраны здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков (МКА) Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) выражают глубокую признательность многим лицам и организациям за участие и вклад в разработку настоящего руководства.

Работа над этим руководством была начата Olufemi Oladapo, Mercedes Bonet и A. Metin Gülmezoglu из Департамента репродуктивного здоровья и исследований. Olufemi Oladapo координировал проект по разработке руководства. Ana Pilar Betrán, Mercedes Bonet, A. Metin Gülmezoglu, Olufemi Oladapo, João Paulo Souza и Joshua Vogel из Департамента репродуктивного здоровья и исследований, а также Maurice Bucagu и Anayda Portela из Департамента охраны здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков были членами руководящей группы ВОЗ, которая курировала процесс разработки руководства.

На различных этапах в разработке руководства принимали участие следующие сотрудники штаб-квартиры ВОЗ: Rajat Khosla, Frances McConville и Özge Tunçalp. Mavjuda Babamuradova, Karima Gholbzouri, Bremen De Mucio, Mari Nagai и Leopold Ouedraogo были региональными советниками ВОЗ в технических консультациях по разработке руководства.

ВОЗ выражает искреннюю благодарность Hany Abdel-Aleem, Fernando Althabe, Melania Amorim, Michel Boulvain, Aparajita Gogoi, Tina Lavender, Silke Mader, Suellen Miller, Rintaro Mori, Hiromi Obara, Oladapo Olayemi, Robert Pattinson, Harshad Sanghvi, Mandisa Singata-Madliki, Jorge E. Tolosa и Hayfaa Wahabi, которые выступали в качестве членов Группы по разработке рекомендаций (ГРР), а также Pisake Lumbiganon и James Neilson, которые руководили техническими консультациями.

Мы высоко ценим обратную связь, предоставленную большим числом представителей заинтересованных сторон из разных стран в ходе предварительного обзора материалов, которое имело место в процессе разработки руководства. Особая благодарность авторам Кокрейнских систематических обзоров, используемых в данном руководстве, за их помощь и сотрудничество в подготовке или обновлении обзоров.

Следующие эксперты оказали методическую поддержку в качестве членов Технической рабочей группы (ТРГ): Edgardo Abalos, Debra Bick, Meghan Bohren, Monica Chamillard, Virginia Diaz, Soo Downe, Therese Dowswell, Kenneth Finlayson, Frances Kellie, Theresa Lawrie, Julia Pasquale, Elham Shakibazadeh и Gill Thomson. Therese Dowswell и Frances Kellie координировали обновление соответствующих Кокрейнских систематических обзоров, а Edgardo Abalos, Monica Chamillard, Virginia Diaz и Julia Pasquale провели оценку качества научных доказательств из этих обзоров. Edgardo Abalos, Debra Bick, Meghan Bohren, Soo Downe, Kenneth Finlayson, Elham Shakibazadeh и Gill Thomson возглавили команды, которые провели дополнительные систематические обзоры для создания руководства. Theresa Lawrie дважды перепроверила фактические данные из всех систематических обзоров и совместно с другими членами Технической рабочей группы и Руководящей группы ВОЗ подготовила соответствующие обобщающие резюме и пути от доказательной базы к решению. Theresa Lawrie и Olufemi Oladapo составили финальный вариант руководства до его рассмотрения другими членами Руководящей группы ВОЗ и ГРР.

Мы выражаем признательность следующим рецензентам, принимавшим участие в заключительной технической консультации, представлявшим различные организации: Diogo Ayres-de-Campos (Международная федерация гинекологии и акушерства, FIGO); Mechthild M. Gross (Международная конфедерация акушеров, МКА); Petra ten Hoore-Bender (Фонд ООН в области народонаселения, ПРООН); Mary Ellen Stanton (Агентство США по международному развитию, АМР США) и Alison Wright (Королевский колледж акушеров и гинекологов, RCOG). Blami Dao, Justus Hofmeyr, Caroline Homer, Vanora Hundley, Barbara Levy и Ashraf Nabhan рецензировали руководство в качестве членов Группы внешнего рецензирования (ГВР).

Эта работа выполнена программой ВОЗ при финансовой поддержке АМР США и специальной программы ПРООН, ЮНФПА, ЮНИСЕФ, ВОЗ и Всемирного банка по исследованиям, разработкам и подготовке научных кадров в области репродукции человека (HRP). Мнения финансирующих организаций не повлияли на содержание данного руководства.

Редактирование: Green Ink, Соединенное Королевство.

Сокращения и аббревиатуры

АМР США	Агентство США по международному развитию
В/в	внутривенно
В/м	внутримышечно
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГИЭ	гипоксически-ишемическая энцефалопатия
ГРР	Группа по разработке руководства
ДБ	доказательная база
ДИ	доверительный интервал
КОРП	Комитет ВОЗ по обзору руководящих принципов
кРКИ	кластерное рандомизированное контролируемое исследование
КТГ	кардиотокография
МКА	Международная конфедерация акушеров
НПО	неправительственная организация
ОР	относительный риск
ОШ	отношение шансов
ПА	периодическая аускультация
ПРК	послеродовое кровотечение
ЮНФПА	Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения
РКИ	рандомизированное контролируемое исследование
РС	разность средних
СВУД	страны с высоким уровнем дохода
СНСУД	страны с низким и средним уровнями дохода
сОШ	скорректированное отношение шансов
СРС	стандартизованная разность средних
США	Соединенные Штаты Америки
ТРГ	Техническая рабочая группа
ЧСС плода	частота сердечных сокращений плода
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций
ABO	неблагоприятный исход родов
CERQual	оценка достоверности доказательств, полученных из обзоров качественных исследований
DOI	декларация интересов
EtD	принятие решений на основе научных доказательств
FIGO	Международная федерация гинекологии и акушерства
GBS	стрептококки группы В
GRADE	система разработки, оценки и определения обоснованности рекомендаций

GREAT	рекомендации, приоритеты научных исследований, синтез доказательств, применение доказательств, передача знаний
HRP	специальная программа ПРООН, ЮНФПА, ЮНИСЕФ, ВОЗ и Всемирного банка по исследованиям, разработкам и подготовке научных кадров в области репродукции человека
MCA	Департамент охраны здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков (ВОЗ)
MLCC	непрерывная помощь, оказываемая акушерками
OASI	акушерская травма анального сфинктера
OMBU	родильные отделения под руководством акушерок
PCA	контролируемая пациентом анальгезия
PCG	Кокрейновская группа по беременности и родам
PICO	популяция (P), вмешательство (I), сравнение (C), результат (O)
PMNCH	Партнерство по охране здоровья матерей, новорожденных и детей
RCOG	Королевский колледж акушеров и гинекологов
RHR	Департамент репродуктивного здоровья и научных исследований (ВОЗ)
RMC	родовспоможение на основе уважительного отношения к женщине

Краткое содержание

Введение

Ежегодно по всему миру происходит почти 140 млн родов, и большинство из них протекает без каких-либо рисков для матери и ребенка как в начале, так и в процессе родовой деятельности. Несмотря на это роды являются критическим периодом для выживания матери и ребенка, поскольку риск развития патологии или смертельного исхода может возрасти при возникновении осложнений. В соответствии с Целью 3 в области устойчивого развития — обеспечение здоровой жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте — и новой Глобальной стратегией охраны здоровья женщин, детей и подростков (2016–2030 гг.) приоритетной задачей здравоохранения является не только предотвращение летальных исходов, связанными с осложнениями во время родов, но и будущее благополучие и полная реализация потенциала здоровой жизни матери и ребенка.

Несмотря на многолетние дискуссии и исследования, до настоящего момента не существует общепринятой универсальной или стандартизированной концепции «нормальных родов». В последние 20 лет наблюдается значительное увеличение числа процедур, направленных на инициацию, ускорение, завершение, регулирование и мониторинг физиологического процесса родов, проводимых с целью улучшить результаты для матери и ребенка. Активное медицинское вмешательство оказывает негативное воздействие как на способности женского организма к самостоятельному родоразрешению, так и на субъективный опыт рожениц. Более того, увеличение частоты вмешательств в родовую деятельность при отсутствии прямых показаний увеличивает несправедливый разрыв в качестве оказания медицинской помощи при высокой и низкой обеспеченности ресурсами.

В настоящем руководстве задача определения надлежащих норм ведения неосложненных родов решается путем определения общепризнанных практик. Формирование положительного опыта родов за счет высококвалифицированной помощи и уважения к предпочтениям роженицы является центральной идеей этого руководства, а не дополнением к стандартным клиническим практикам. Принимается во внимание тот

факт, что роды являются физиологическим процессом, который протекает без осложнений для большинства матерей и новорожденных.

В этом документе «положительный опыт родов» определяется как желаемый результат для всех рожаящих женщин, соответствующий их личным социальным и культурным ожиданиям и представлениям или превосходящий их. Такой опыт подразумевает рождение здорового ребенка в безопасном окружении, а также физическую и эмоциональную поддержку, в том числе со стороны партнеров во время родов и доброжелательного компетентного медицинского персонала. Идея основана на предпосылке, что женщины в большинстве своем предпочитают физиологические роды, дающие ощущение личного достижения, и хотят активно участвовать в принятии решений, даже если требуется или желательно медицинское вмешательство.

Это обновленное, всеобъемлющее и консолидированное руководство по оказанию основной помощи в интранатальный период включает новые и проверенные временем практики, рекомендуемые Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), совокупное применение которых обеспечит качественную научно обоснованную помощь независимо от условий проведения родов и общего уровня здравоохранения. Рекомендации предназначены для всех стран и регионов и учитывают различия в доступности медицинской помощи в разных точках земного шара, внутри стран и между странами. В руководстве подчеркивается важность целостного подхода, ориентированного на ожидания и потребности роженицы и на соблюдение прав человека, что позволяет сделать роды максимально комфортными для матери и ребенка. В документе представлена глобальная модель ухода в интранатальный период, учитывающая комплексность и многообразие принятых методов и современных практик.

Целевая аудитория

Рекомендации, представленные в данном руководстве, призваны помочь в разработке программ здравоохранения и клинических протоколов на национальном и местном уровнях. Документ предназначен для законодателей на всех уровнях власти,

руководителей и исполнителей программ по оказанию помощи матерям и новорожденным, руководителей учреждений здравоохранения, представителей неправительственных организаций и профессиональных сообществ, которые участвуют в планировании и управлении службами охраны здоровья матерей и новорожденных, медицинских работников (в том числе медицинских сестер, акушеров, гинекологов и врачей общей практики), а также научных работников, участвующих в подготовке медицинских кадров.

Методы разработки руководства

В данном руководстве под термином «здоровая беременная женщина» понимается беременная женщина или девочка-подросток, у которой не были выявлены факторы риска для матери или ребенка и здоровье которой в целом удовлетворительно. При составлении этого документа соблюдались стандартные операционные процедуры, описанные в *WHO Handbook for guideline development* (Справочник ВОЗ по разработке руководящих принципов). Они включают следующее: (i) определение приоритетных вопросов и желаемых результатов; (ii) поиск фактических данных и синтез; (iii) оценку доказательств; (iv) составление рекомендаций; (v) планирование их реализации, распространение, оценку результатов и обновление рекомендаций. Достоверность количественных и качественных научных данных, на которых основаны рекомендации, оценивалась по методам системы разработки, оценки и определения обоснованности рекомендаций — GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) и оценки достоверности доказательств из обзоров качественных исследований — CERQual (Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative research) соответственно. Актуальность систематических обзоров для обновления фактических данных по приоритетным вопросам регулярно проверялась. Группа по разработке руководства (ГПП) при разработке рекомендаций использовала критерии механизма принятия решений на основе научных доказательств (EtD) системы GRADE, к которым относятся результаты вмешательства, ценности, ресурсы, социальная справедливость, приемлемость и выполнимость. Группа, в которую вошли эксперты из разных стран, дважды собиралась на технические консультации в мае и сентябре

2017 года для составления настоящего документа. Кроме этого, чтобы документ был максимально исчерпывающим и понятным целевой аудитории, в него включены рекомендации ВОЗ, принятые и регулярно проверяемые Комитетом ВОЗ по обзору руководящих принципов (КОРП).

Рекомендации

По итогам технических консультаций эксперты ВОЗ предложили 56 рекомендаций по оказанию помощи в интранатальный период, 26 из которых являются новыми и 30 перенесены из уже существующих руководств ВОЗ. Рекомендации структурированы согласно этапам оказания помощи: весь период родовой деятельности и деторождения, первый период родов, второй период родов, третий период родов, уход за новорожденным непосредственно после родов и помощь родильнице непосредственно после родов. Основываясь на компонентах механизма принятия решений на основе научных доказательств (EtD) системы GRADE, которые определяли общее направление, а в некоторых случаях — и специфический контекст рекомендаций, эксперты Группы по разработке руководства разделили рекомендации на несколько категорий, которые перечислены ниже.

- **Рекомендуется:** вмешательство или процедуру следует проводить.
- **Не рекомендуется:** вмешательство или процедуру не следует проводить.
- **Рекомендуется в определенных ситуациях:** вмешательство или процедуру следует проводить только при строго определенных состояниях или условиях и определенным группам, которые специально оговорены в настоящем документе.
- **Рекомендуется только в контексте научного исследования:** сохраняется неопределенность относительно результатов вмешательства или процедуры, поэтому их допустимо проводить в широких масштабах только в рамках исследований, направленных на получение новых фактических данных об их результативности, приемлемости и выполнимости.

Чтобы все рекомендации были понятны и применялись правильно, эксперты сопроводили некоторые из них примечаниями. Вмешательства и процедуры, рекомендуемые

ГРР только в определенных ситуациях или в контексте научного исследования, дополнены подробными комментариями с определением ситуации и о том, какие ключевые вопросы необходимо изучить в исследовании. В полной версии документа комментарии приводятся непосредственно под каждой из рекомендаций. Рекомендации по оказанию помощи в интранатальный период для формирования положительного опыта родов представлены в таблице ниже.

На технических консультациях обсуждались особенности реализации на практике отдельных рекомендаций и руководства в целом. Эксперты ГРР сошлись во мнении, что для того, чтобы обеспечить положительный опыт родов, рекомендации всегда должны применяться в любых условиях во всей совокупности (пакетом) доброжелательным, компетентным и мотивированным персоналом и при наличии необходимых материальных ресурсов. Системам здравоохранения следует стремиться к реализации модели

ухода в интранатальный период согласно рекомендациям ВОЗ, чтобы обеспечить всем женщинам доступ к помощи, ориентированной на их индивидуальные потребности и ожидания, а также заложить основу для оказания медицинских услуг в соответствии с принципами уважения прав человека.

Дальнейшие версии документа будут включать инструменты мониторинга использования руководства по оказанию помощи во время родов на разных уровнях. Согласно процедурам обновления рекомендаций ВОЗ по охране здоровья матерей и новорожденных, настоящий документ будет систематически дополняться по мере получения устраняющих пробелы новых фактических данных. В случае получения данных, которые потенциально могут повлиять на текущую доказательную базу любой из рекомендаций, эта рекомендация будет обновлена. ВОЗ принимает предложения по вопросам, которые не освещены в этом документе и которые следует включить в будущие версии.

Общий список рекомендаций по уходу в интранатальный период для обеспечения положительного опыта родов

Вмешательство	Рекомендации	Категория рекомендаций
Весь период родовой деятельности и деторождения		
Уважительное отношение к роженице	1. Рекомендуется при оказании помощи проявлять уважение к каждой женщине, сохраняя ее достоинство, неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность, а также обеспечивая защиту от причинения вреда и жестокого обращения, а также предоставляя возможность осознанного выбора и постоянную поддержку во время родов.	Рекомендуется
Эффективная коммуникация	2. Рекомендуется эффективное общение между роженицей и медицинским персоналом, оказывающим помощь во время родов, с применением простых и культурно приемлемых способов.	Рекомендуется
Присутствие партнера во время родов	3. Присутствие партнера во время родов рекомендуется для всех женщин.	Рекомендуется
Непрерывность помощи	4. Рекомендуются модели, в рамках которых непрерывную помощь женщине на протяжении родов, родового и послеродового периодов оказывает одна или несколько квалифицированных акушеров при наличии хорошо зарекомендовавших себя соответствующих программ. ^a	Рекомендуется в определенных ситуациях

^a Источник: Рекомендации ВОЗ по оказанию дородовой помощи для формирования положительного опыта беременности.

Вмешательство	Рекомендации	Категория рекомендаций
Первый период родов		
Определения латентной и активной фаз первого периода родов	5. Рекомендуется применение указанных ниже определений латентной и активной фаз первого периода родов. — Латентная фаза характеризуется болезненными сокращениями матки и переменными изменениями цервикального канала, включая некоторую степень сглаживания шейки матки и медленно прогрессирующее раскрытие маточного зева до 5 см при первых и последующих родах. — Активная фаза характеризуется регулярными болезненными сокращениями матки, более выраженным сглаживанием шейки матки и более быстрым раскрытием маточного зева с 5 см до полного раскрытия для первых и последующих родов.	Рекомендуется
Продолжительность первого периода родов	6. Женщины должны быть информированы о том, что стандартная продолжительность латентной фазы первого периода родов не установлена и варьируется в широких пределах. Однако длительность активной фазы первого периода (от 5 см до полного раскрытия шейки матки) обычно не превышает 12 часов для первых родов и обычно не превышает 10 часов для последующих родов.	Рекомендуется
Течение первого периода родов	7. Если родовая деятельность началась спонтанно, скорость раскрытия шейки матки 1 см/час в течение активной фазы (что фиксируется на партограмме) является недостоверным критерием выявления рисков осложнений для плода и не рекомендуется для этих целей.	Не рекомендуется
	8. Минимальная скорость раскрытия шейки матки 1 см/час в течение активной фазы первого периода родов достигается не у всех женщин и поэтому не может считаться критерием нормального течения родов. Скорость раскрытия шейки матки менее 1 см/час как изолированный признак не является показанием для оперативного вмешательства.	Не рекомендуется
	9. Родовая деятельность может протекать медленно, пока шейка матки не раскроется на 5 см. Тем не менее, если состояние матери и плода удовлетворительно, медицинское вмешательство для ускорения родов (например, введение окситоцина или операция кесарева сечения) не рекомендуется до достижения этого порога.	Не рекомендуется
Поступление в родильное отделение	10. Не рекомендуется откладывать госпитализацию в родильное отделение здоровых беременных женщин со спонтанным началом родовой деятельности до начала активной фазы первого периода родов. Исключение составляют случаи участия в исследовательских программах.	Рекомендуется только в контексте исследования
Измерение размеров таза при поступлении	11. Рутинное измерение размеров таза здоровых беременных женщин, у которых началась родовая деятельность, не рекомендуется.	Не рекомендуется
Рутинная процедура оценки состояния плода при поступлении в родильное отделение	12. Не рекомендуется рутинное выполнение кардиотокографии плода для оценки его состояния во время спонтанных родов у здоровых беременных.	Не рекомендуется
	13. Для оценки состояния плода во время родов рекомендуется аускультация с использованием ультразвукового доплеровского аппарата или фетального стетоскопа Пинарда.	Рекомендуется

Вмешательство	Рекомендации	Категория рекомендаций
Бритье лобка и промежности	14. Процедура бритья промежности и лобка перед естественными родами не рекомендуется. ^a	Не рекомендуется
Клизма при поступлении	15. Назначение клизмы при поступлении для уменьшения частоты использования стимуляции родовой деятельности не рекомендуется. ^b	Не рекомендуется
Пальцевое влагалищное исследование	16. Рекомендуется пальцевое влагалищное исследование с интервалом в четыре часа для оценки течения активной фазы первого периода родов у женщин с низким риском развития осложнений. ^a	Рекомендуется
Непрерывная кардиотокография во время родов	17. Не рекомендуется проведение непрерывной кардиотокографии (КТГ) для оценки состояния плода у здоровых беременных женщин со спонтанными родами.	Не рекомендуется
Периодическая аускультация сердечного ритма плода во время родов	18. У здоровых беременных женщин во время родов рекомендуется проводить периодическую аускультацию частоты сердечных сокращений плода с помощью ультразвукового доплеровского аппарата или фетального стетоскопа Пинарда.	Рекомендуется
Эпидуральная анестезия в качестве метода обезболивания	19. Эпидуральная анестезия рекомендуется как метод обезболивания здоровых беременных женщин, нуждающихся в облегчении боли во время родов, в зависимости от предпочтений женщины.	Рекомендуется
Применение опиоидных анальгетиков	20. Опиоиды парентерального введения, такие как фентанил, диаморфин и петидин, рекомендуются для здоровых беременных женщин, нуждающихся в облегчении боли во время родов, в зависимости от предпочтений роженицы.	Рекомендуется
Техники релаксации для контроля болевого синдрома	21. Техники релаксации, включая постепенное мышечное расслабление, дыхательные методики, музыку, практику осознанности и другие техники, рекомендуются для облегчения боли у здоровых беременных женщин (с учетом предпочтений роженицы).	Рекомендуется
Мануальные методы обезболивания	22. Для здоровых беременных женщин, нуждающихся в обезболивании во время родов, рекомендуются мануальные техники, такие как массаж или аппликация теплыми пакетами, в зависимости от предпочтений роженицы.	Рекомендуется
Облегчение боли для предотвращения остановки родовой деятельности	23. Облегчение боли для предотвращения остановки родовой деятельности и уменьшения частоты использования стимуляции родовой деятельности не рекомендуется. ^b	Не рекомендуется
Пероральный прием жидкости и пищи	24. Женщинам с низким риском развития осложнений рекомендуется пить и принимать пищу во время родов. ^b	Рекомендуется
Подвижность и положение во время родов	25. Рекомендуется поощрять подвижность и принятие вертикального положения во время родов у женщин с низким риском развития осложнений. ^b	Рекомендуется
Санация влагалища во время родов	26. Рутинная санация влагалища хлоргексидином во время родов с целью предотвращения инфекционных заболеваний не рекомендуется. ^a	Не рекомендуется

^a Источник: Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению материнских околородовых инфекций.

^b Источник: WHO recommendations for augmentation of labour.

Вмешательство	Рекомендации	Категория рекомендаций
Активное ведение родов	27. Комплекс мероприятий по активному ведению родов для предупреждения увеличения длительности родов проводить не рекомендуется. ^a	Не рекомендуется
Рутинная амниотомия	28. Использование амниотомии как самостоятельного метода предупреждения увеличения длительности родов не рекомендуется. ^a	Не рекомендуется
Ранняя амниотомия и окситоцин	29. Раннее использование амниотомии в сочетании с ранним введением окситоцина для предупреждения увеличения длительности родов не рекомендуется. ^a	Не рекомендуется
Окситоцин у женщин с эпидуральной анестезией	30. Не рекомендуется применение окситоцина для предупреждения увеличения длительности родов у женщин, получивших эпидуральную анестезию. ^a	Не рекомендуется
Спазмолитические средства	31. Не рекомендуется применение спазмолитиков для предупреждения увеличения длительности родов. ^a	Не рекомендуется
Внутривенное введение растворов для стимуляции родовой деятельности	32. Не рекомендуется внутривенное введение жидкостей для сокращения продолжительности родов. ^a	Не рекомендуется
Второй период родов		
Определение и продолжительность второго периода родов	33. Рекомендуется применение указанного ниже определения второго периода родов, а также его длительности. — Второй период родов — это промежуток времени между полным раскрытием шейки матки и рождением ребенка, в течение которого роженица испытывает потуги, обусловленные экспульсивными сокращениями матки. — Женщины должны быть проинформированы о том, что продолжительность второго периода может быть разной. При первых родах он обычно длится не более трех часов, а при повторных — не более двух часов.	Рекомендуется
Положение во время родов (у женщин, не получивших эпидуральную анестезию)	34. У женщин, которым не проводили эпидуральную анестезию, рекомендуется поощрять принятие положения во время рождения ребенка по выбору женщины, включая вертикальное положение.	Рекомендуется
Положение во время родов (у женщин, получивших эпидуральную анестезию)	35. У женщин, которым проведена эпидуральная анестезия, рекомендуется поощрять принятие положения во время рождения ребенка по выбору женщины, включая вертикальное положение.	Рекомендуется
Метод натуживания (потуг)	36. Рекомендуется поощрять и поддерживать рожениц следовать собственному побуждению к потугам во втором периоде родов — периоде изгнания плода.	Рекомендуется

^a Источник: *WHO recommendations for augmentation of labour.*

Вмешательство	Рекомендации	Категория рекомендаций
Метод потуг у женщин, которым проведена эпидуральная анестезия	37. У женщин с эпидуральной анестезией во втором периоде родов рекомендуется отсрочить потуги на один-два часа после полного раскрытия шейки матки или до момента, когда роженица сама почувствует необходимость этих действий, в учреждениях с возможностью обеспечить более длительное пребывание во втором периоде родов, адекватную оценку и лечение перинатальной гипоксии.	Рекомендуется в определенных ситуациях
Техники профилактики повреждений промежности	38. Для женщин во втором периоде родов рекомендуются техники, направленные на профилактику повреждения области промежности и облегчения деторождения, включая массаж промежности, теплые компрессы и ручное пособие по защите промежности (с учетом предпочтений роженицы и имеющихся возможностей).	Рекомендуется
Эпизиотомия	39. Рутинное или широкое применение эпизиотомии не рекомендуется у женщин, у которых роды происходят спонтанно и естественным путем.	Не рекомендуется
Давление на живот	40. Ручное давление на дно матки для облегчения рождения ребенка во втором периоде родов не рекомендуется.	Не рекомендуется
Третий период родов		
Профилактическое применение утеротоников	41. Применение утеротоников для профилактики послеродового кровотечения (ПРК) в третьем периоде родов рекомендуется при всех родах. ^a	Рекомендуется
	42. Окситоцин (10 МЕ, в/м или в/в) является рекомендованным утеротоническим препаратом для профилактики послеродового кровотечения. ^a	Рекомендуется
	43. При отсутствии окситоцина рекомендуется применять другие инъекционные утеротоники (при необходимости — эргометрин или метилэргометрин или фиксированную комбинацию окситоцина и эргометрина) либо мизопростол перорально (600 мкг). ^a	Рекомендуется
Отсроченное пережатие пуповины	44. В целях обеспечения лучших клинических результатов для матери и ребенка рекомендуется отсроченное пережатие пуповины (не ранее, чем через одну минуту после рождения). ^b	Рекомендуется
Контролируемые тракции за пуповину	45. При наличии квалифицированного и опытного медперсонала рекомендуется проведение контролируемых тракций за пуповину в третьем периоде при естественных родах, если медицинский специалист и роженица считают важными небольшое снижение кровопотери и небольшое сокращение продолжительности третьего периода родов. ^a	Рекомендуется
Массаж матки	46. Не рекомендуется непрерывный массаж матки для профилактики послеродового кровотечения (ПРК) у женщин, получивших с этой целью окситоцин. ^a	Не рекомендуется

^a Источник: Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению послеродового кровотечения.

^b Источник: WHO Guideline: delayed cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes.

Вмешательство	Рекомендации	Категория рекомендаций
Уход за новорожденным		
Рутинное отсасывание содержимого из ротовой и носовой полостей	47. У новорожденных, рожденных в прозрачных амниотических водах и начавших самостоятельно дышать после рождения, нет необходимости в рутинном отсасывании содержимого из ротовой и носовой полостей. ^a	Не рекомендуется
Контакт кожа-к-коже	48. Новорожденные, родившиеся без осложнений, должны находиться в прямом телесном контакте с матерью (кожа-к-коже) в течение первого часа после рождения для профилактики гипотермии и стимуляции грудного вскармливания. ^b	Рекомендуется
Грудное вскармливание	49. Всех новорожденных, в том числе детей с низкой массой тела при рождении (НМТ), которые способны сосать грудь, следует приложить к груди как можно скорее после рождения, если их клиническое состояние стабильно, а мать и ребенок готовы к кормлению. ^c	Рекомендуется
Профилактика геморрагической болезни новорожденного с помощью витамина К	50. Все новорожденные должны получить 1 мг витамина К внутримышечно после рождения (не ранее, чем через час после родов, поскольку в течение этого времени необходимо поддерживать прямой телесный контакт с матерью (кожа-к-коже) и начать грудное вскармливание). ^b	Рекомендуется
Купание и другие мероприятия по уходу за новорожденным	51. Купание должно быть отложено на 24 часа после рождения. Если это невозможно по культурным причинам, купание следует отложить как минимум на шесть часов. Новорожденный должен быть одет в соответствии с температурой окружающей среды, то есть на один-два слоя одежды больше, чем взрослые, и обязательно с головным убором. Мать и новорожденный не должны разлучаться и должны круглосуточно находиться в одном помещении. ^d	Рекомендуется
Уход за женщиной после родов		
Наблюдение за тонусом матки	52. У всех женщин для раннего выявления атонии матки в послеродовом периоде рекомендуется оценивать тонус матки путем пальпации живота. ^e	Рекомендуется
Антибактериальная терапия при неосложненных естественных родах	53. Рутинное назначение антибиотиков с профилактической целью не рекомендуется при неосложненных естественных родах. ^f	Не рекомендуется
Профилактическое использование антибиотиков при эпизиотомии	54. Рутинное назначение антибиотиков с профилактической целью не рекомендуется для женщин после эпизиотомии. ^f	Не рекомендуется

^a Источник: WHO Guidelines on basic newborn resuscitation.

^b Источник: WHO Recommendations for management of common childhood conditions: evidence for technical update of pocket book recommendations.

^c Источник: WHO recommendations on newborn health.

^d Источник: Integrated from WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn.

^e Источник: Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению послеродового кровотечения.

^f Источник: Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению материнских инфекций в перинатальный период.

Вмешательство	Рекомендации	Категория рекомендаций
Плановое наблюдение за родильницей в послеродовом периоде	55. В течение первых суток после родов все женщины должны наблюдаться в плановом порядке с целью ранней диагностики послеродового кровотечения, определения сокращения матки и высоты стояния дна матки, измерения температуры и ЧСС. Артериальное давление измеряется сразу после родов. При нормальных значениях последующее измерение проводится через шесть часов. Диурез регистрируется в течение шести часов. ^a	Рекомендуется
Выписка после неосложненных естественных родов	56. Здоровые родильницы и новорожденные должны оставаться под наблюдением в медицинском учреждении в течение хотя бы 24 часов после неосложненных естественных родов. ^{b, a}	Рекомендуется

^a Источник: *WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn*.

^b У новорожденных это включает осмотр непосредственно после родов, а также полное обследование приблизительно через час после родов и перед выпиской.

1. Предисловие

Каждый год во всем мире происходит около 140 миллионов родов (1). Большинство из них — это роды через естественные родовые пути у беременных женщин без выявленных к началу родов факторов риска, которые могут привести к осложнениям у самих женщин или их детей (2, 3). Тем не менее, в ситуациях, когда во время родов возникают осложнения, риск развития серьезной патологии и смерти увеличивается как для женщины, так и для ребенка. Более трети случаев материнской смертности и значительная доля связанных с беременностью опасных для жизни состояний связаны с осложнениями, возникающими во время родов, при рождении ребенка или сразу после рождения, часто в результате кровотечения, затрудненных родов или сепсиса (4, 5). Аналогичным образом, примерно половина всех мертворождений и четверть смертей новорожденных являются следствием осложнений во время родов и при рождении ребенка (6). Бремя материнской и перинатальной смертности непропорционально выше в странах с низким и средним уровнями дохода (СНСУД) по сравнению со странами с высоким уровнем дохода (СВУД). Поэтому улучшение качества помощи в интранатальный период, особенно в СНСУД, определено как наиболее эффективная стратегия уменьшения числа мертворождений, материнских смертей и смертей новорожденных по сравнению со стратегиями дородовой или послеродовой помощи (7).

В течение последних двух десятилетий женщинам рекомендуется рожать в медицинских учреждениях, чтобы гарантировать оказание помощи квалифицированными медицинскими специалистами и своевременную госпитализацию при возникновении необходимости в дополнительной помощи. Тем не менее, ведение родов и помощь при рождении ребенка в медицинских учреждениях не гарантирует приемлемое качество помощи. Оказание помощи без уважения к женщине и ее чувству достоинства — распространенное явление во многих учреждениях по всему миру, особенно для малоимущего населения, что не только нарушает права человека, но и является существенным барьером для получения медицинской помощи во время

родов (8). Кроме того, во многих частях мира преобладающая модель оказания помощи во время родов, которая позволяет медицинским специалистам контролировать процесс родов, может предполагать проведение ненужных медицинских вмешательств здоровым беременным женщинам, что мешает физиологическому процессу рождения ребенка.

Исследования показали, что значительной части здоровых беременных женщин проводится, как минимум, по одному медицинскому вмешательству во время родов и рождения ребенка, как например: индукция родов, стимуляция родовой деятельности окситоцином, операция кесарева сечения, оперативное влагалищное родоразрешение или эпизиотомия (9, 10). Кроме того, женщины во время родов подвергаются неэффективным и потенциально вредным рутинным вмешательствам, таким как бритье промежности, клизмы, амниотомия, внутривенное введение растворов, применение спазмолитиков и антибиотиков при неосложненных естественных родах (11). Этот интервенционистский подход не учитывает индивидуальные потребности, ценности и предпочтения женщины (и ее семьи), может ослабить ее естественную способность родить и негативно повлиять на опыт родов (11). Кроме того, спорное использование технологий в учреждениях с высокой ресурсной обеспеченностью, даже когда их клинические преимущества неясны, еще более усугубляет разрыв в соблюдении принципа социальной справедливости в отношении беременных женщин и новорожденных из неблагополучных групп населения.

Как подчеркивается в рамочной программе ВОЗ по улучшению качества услуг здравоохранения для матерей и новорожденных Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), опыт получения медицинской помощи так же важен для достижения желаемых результатов, как и само оказание медицинской помощи, ориентированной на потребности пациента (12). Тем не менее, использование относительно недорогих неклинических практик во время родов, таких как предоставление эмоциональной поддержки доверенным лицом (компаньоном), эффективное общение медперсонала и оказание помощи на основе уважительного отношения к роженице

многими учреждениями не рассматриваются в качестве приоритетных. Также они не всегда последовательны в обеспечении уважения к ценностям женщины и предоставлении права выбора в первом и втором периоде родов. Эти неклинические аспекты родов и рождения ребенка являются важными компонентами приобретаемого опыта, которые должны дополнять любые необходимые клинические вмешательства для улучшения качества медицинской помощи, оказываемой женщине и ее семье.

В условиях нехватки квалифицированного медицинского персонала и ограниченных ресурсов, проведение излишних медицинских вмешательств при неосложненных родах может перегружать медицинских специалистов, непосредственно оказывающих помощь, что ухудшает качество оказания помощи и исходы родов. Поэтому важно, чтобы в ходе родов вмешательства осуществлялись только при наличии четких доказательств того, что они могут улучшить результаты и минимизировать потенциальный вред (13).

Чтобы безопасно контролировать роды и процесс рождения ребенка в любом учреждении необходимо четкое понимание того, что является нормальным началом и течением родов. Тем не менее, до сих пор не достигнут консенсус в отношении определений (дефиниций) начала и продолжительности различных фаз и периодов нормальных родов (14). Рутинное использование партограммы широко продвигается ВОЗ; однако в последнее десятилетие ценность самых важных компонентов цервиктограммы — линий бдительности и действий — была поставлена под сомнение, поскольку результаты нескольких исследований показывают, что роды действительно могут протекать медленнее, чем регламентируют нормы, предложенные в 1950-х гг. (15–18), на которых основано определение этих линий. Вопрос о том, можно ли при помощи цервиктограммы в ее текущем оформлении безопасно и однозначно выявлять риск неблагоприятного исхода у здоровых рожаящих женщин, стал критическим для клинического руководства по оказанию помощи во время родов, и требуется тщательное рассмотрение доказательств, подтверждающих пользу ее использования.

Данное обновленное, всеобъемлющее и консолидированное руководство по оказанию помощи в интранатальный период

здоровым беременным женщинам и их детям объединяет новые и существующие рекомендации ВОЗ, которые при реализации в виде комплекса мер, обеспечат оказание качественной научно обоснованной помощи во всех странах. В дополнение к созданию основных клинических и неклинических практик, которые способствуют формированию положительного опыта родов, руководство также описывает ненужные, не подкрепленные доказательствами, потенциально вредные практики ведения родов, которые ослабляют врожденные способности женщины к рождению ребенка, ведут к перерасходу ресурсов и нарушают принцип социальной справедливости.

1.1 Целевая аудитория

Основная целевая аудитория этого руководства состоит из медицинских специалистов, которые несут ответственность за разработку национальных и местных протоколов оказания помощи и тех, кто непосредственно оказывает помощь беременным женщинам и новорожденным во всех учреждениях, включая акушеров, медсестер, врачей общей практики, акушеров и руководителей программ охраны здоровья матери и ребенка. Руководство также будет интересно профессиональным сообществам, оказывающим помощь беременным, неправительственным организациям (НПО), работающим в области популяризации оказания помощи, ориентированной на потребности женщины, и специалистам, реализующим программы по охране здоровья матери и ребенка.

1.2 Область применения руководства

Это руководство направлено на оказание помощи всем здоровым беременным женщинам и их детям во время родов и деторождения в любых медицинских учреждениях. Основываясь на том, что все женщины заслуживают высококачественной помощи во время родов, руководство включает в себя практики, которые необходимы для оказания помощи всем беременным женщинам, независимо от наличия факторов риска. В данном руководстве термин «здоровые беременные женщины» применяется в отношении беременных женщин и девочек-подростков без наличия выявленных факторов риска для них самих или их детей, и в остальном, судя по всему, здоровых. Оказание помощи беременным, у которых

возникают осложнения во время родов, и беременным с высоким риском развития осложнений, которым требуется оказание специализированной помощи во время родов, выходит за рамки данного руководства. Таким образом, данное руководство дополняет существующее *Руководство ВОЗ по оказанию помощи при осложненном течении беременности и родов: руководство для акушеров и врачей (19)*.

Приоритетные вопросы и исходы, которые рассматривались при обобщении доказательств и принятии решений в данном руководстве, перечислены в Приложении 1. Они касаются

основной медицинской помощи во время родов, которая должна оказываться на протяжении всех периодов родов, и вмешательств, которые являются характерными для первого и второго периода родов. Приоритетные вопросы и исходы из изданных рекомендаций ВОЗ, которые были включены в данное руководство, в том числе те, которые относятся к третьему периоду родов и уходу за женщиной и новорожденным после рождения, можно найти в соответствующих руководствах, из которых они приведены.

2. Методы

Этот документ представляет собой нормативную поддержку ВОЗ в отношении применения научно обоснованных политики и практик во всех странах мира. Этот документ был разработан с использованием стандартных операционных процедур, описанных в *Справочнике ВОЗ по разработке руководящих принципов* (20). Таким образом, процесс включал в себя: (i) определение приоритетных вопросов и результатов (исходов); (ii) поиск доказательств; (iii) оценку и обобщение доказательств; (iv) составление рекомендаций; и (v) планирование распространения, внедрение, оценку воздействия и обновление руководства.

2.1 Руководящая группа ВОЗ

Руководящая группа ВОЗ в составе сотрудников Департамента ВОЗ по репродуктивному здоровью и научным исследованиям (RHR) и Департамента охраны здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков (MCA) Кластера по охране здоровья семьи, женщин и детей контролировала процесс разработки руководства. Группа определила область применения и рамки руководства, приоритетные вопросы и результаты, подготовила план руководства и определила состав Группы по изучению систематических обзоров, специалистов по методологии разработки рекомендаций и членов Группы по разработке руководства (ГРР). Кроме того, Руководящая группа контролировала поиск доказательств, оценку и синтез, организовывала встречи ГРР (технические консультации), подготовила проект рекомендаций для рассмотрения ГРР, а также окончательный вариант руководства, и обеспечила его публикацию и распространение. Члены Руководящей группы перечислены в Приложении 2.

2.2 Группа по разработке руководства

Руководящая группа ВОЗ определила 18 внешних экспертов и представителей заинтересованных сторон из шести регионов ВОЗ, чтобы сформировать Группу по разработке руководства. Это неоднородная группа, в состав которой вошли специалисты с опытом в области исследований, клинической практики, управления и создания программ, владеющие методами разработки руководств,

относящихся к практической помощи во время родов и оказанию услуг, а также две пациентки. Участники были определены таким образом, чтобы обеспечить географическое представительство и гендерный баланс, а также избежать существенных конфликтов интересов (см. раздел 2.13). Краткая биография членов ГРР была опубликована на веб-сайте Департамента RHR ВОЗ для рассмотрения и обсуждения общественностью до первого заседания ГРР.

Выбранные члены этой группы участвовали в обзорном совещании, которое состоялось в апреле 2016 года, что позволило определить окончательный вариант приоритетных вопросов и результатов, которые были приняты для рассмотрения доказательной базы рекомендаций. ГРР исследовала и интерпретировала доказательства и сформулировала окончательные рекомендации в ходе двух очных встреч в мае и сентябре 2017 года. Группа также рассмотрела и утвердила окончательный вариант рекомендаций. Список членов ГРР можно найти в Приложении 2.

2.3 Группа внешнего рецензирования

В эту группу вошли шесть технических экспертов и представителей организаций, заинтересованных в том, чтобы помощь, оказываемая во время родов, была основана на фактических данных. Группа была географически представительна и гендерно сбалансирована, а ее члены не имели существенных конфликтов интересов (см. раздел 2.13). Группа внешнего рецензирования (ГВР) провела экспертную оценку финального варианта руководства с целью выявления любых фактических ошибок, оценки ясности формулировок, комментирования контекстуальных вопросов и последствий его реализации. ГВР удостоверялась, что в процессе принятия решений рассматривались и учитывались контекстуальные ценности и предпочтения лиц, на которых оказывает влияние применение этих рекомендаций, в том числе беременных женщин и девочек-подростков, медицинских специалистов и лиц, формирующих политику. Изменение рекомендаций, которые были сформулированы ГРР, было вне полномочий группы внешнего рецензирования. Члены ГВР перечислены в Приложении 2.

2.4 Техническая рабочая группа

Техническая рабочая группа (ТРГ) состояла из специалистов по методологии разработки руководств и группы изучения систематических обзоров. В качестве специалистов по методологии разработки руководств выступили независимый консультант из Консультационного центра по доказательной медицине в Бате (Великобритания) и технические эксперты из Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP) в Росарио (Аргентина). В отношении количественных данных о влиянии различных приоритетных вмешательств, Кокрейновская группа по беременности и родам (PCG) внесла вклад в определение приоритетных вопросов и контролировала обновление соответствующих систематических обзоров в соответствии со стандартными процессами Кокрейновского сотрудничества. Методологи из CREP оценили доказательства из этих систематических обзоров с использованием методологии Системы разработки, оценки и определения обоснованности рекомендаций (GRADE) (21).

В случае отсутствия подходящих систематических обзоров (Кокрейновских и других) по приоритетным вопросам и другим соображениям, соответствующих критериям научной обоснованности принятия решений (EtD) системы GRADE экспертами из CREP (Аргентина), из Университета Центрального Ланкашира (UCLan) и Королевского колледжа Лондона (Соединенное Королевство) совместно с Руководящей группой создавались новые систематические обзоры количественных (квантитативных) или качественных (квалитативных) исследований.

Руководящая группа тесно сотрудничала с членами ТРГ в ходе рассмотрения доказательной базы и подготовки таблиц механизма EtD системы GRADE. Члены ТРГ перечислены в Приложении 2.

2.5 Внешние партнеры и наблюдатели

Представители Международной федерации гинекологии и акушерства (FIGO), Международной конфедерации акушеров (МКА), Королевского колледжа акушеров и гинекологов (RCOG), Фонда Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА) и Агентства США по международному развитию (AMP США) были приглашены на заключительное очное совещание ГРП в сентябре 2017 года

в качестве наблюдателей (см. Приложение 2). Эти организации являются потенциальными исполнителями рекомендаций, изложенных в руководстве, имеющими опыт сотрудничества по распространению и реализации руководств с Департаментами репродуктивного здоровья и научных исследований и охраны здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков ВОЗ.

2.6 Определение приоритетных вопросов и результатов (исходов)

Руководящая группа ВОЗ в консультации с группами изучения систематических обзоров, специалистами по методологии разработки руководства и wybranymi членами ГРП подготовили проект приоритетных вопросов для данного руководства. Для разработки этих вопросов в январе 2016 года была начата скрупулезная предварительная работа для определения и составления карты клинических практик, вмешательств и последствий для здоровья при оказании помощи во время родов. Сначала был проведен обзор литературы для определения групп женщин, соответствующих целям составления руководства, и определения того, что в клинической практике представляют собой «нормальные» роды и деторождение на основе поиска в базах данных PubMed и Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS). Далее был проведен предварительный поиск существующих клинических руководств и основных систематических обзоров по оказанию помощи во время родов с использованием следующих источников: Кокрейновская база данных систематических обзоров; LILACS; National Guidelines Clearinghouse (NGC); PubMed; веб-страницы профессиональных сообществ, включая FIGO, Европейский совет и колледж акушерства и гинекологии (EBCOG), Американский колледж акушеров и гинекологов (ACOG), RCOG, Королевский колледж акушеров и гинекологов Австралии и Новой Зеландии (RANZCOG) и МКА; а также веб-страницы агентств здравоохранения, включая Национальный институт здравоохранения и передового опыта Соединенного Королевства (NICE), Агентство по исследованиям в области здравоохранения и качества (AHRQ) Департамента здравоохранения и социальных служб США, а также Институт улучшения клинических систем (ICSI) США.

Это позволило определить около 140 потенциальных вмешательств, которые

могут выполняться во время родов, начиная с поступления на роды и заканчивая ранним послеродовым периодом. Далее эти вмешательства были классифицированы в соответствии с рамочной программой ВОЗ по улучшению качества услуг здравоохранения для матерей и новорожденных (Рис. 2.1) (12), чтобы обеспечить соответствие последующих рекомендаций надлежащему уровню качества помощи во время родов, как в отношении оказания помощи, так и полученного опыта.

Предварительный обзор также определил выбор потенциальных исходов для включения в руководство, в частности, в результате изучения результатов, приведенных в Кокрейновских систематических обзорах, связанных с проведением вмешательств во время родов. Чтобы определить приоритетность результатов, в общей сложности 44 международных эксперта и представителя заинтересованных структур, работающие в области охраны здоровья матери и ребенка, в том числе те, кто в дальнейшем участвовали в обзорном совещании по данному руководству, были приглашены для ранжирования потенциальных исходов с помощью вышеупомянутого метода, используя электронный опрос. Участники опроса оценивали важность исходов по 9-балльной шкале от 1 (не важен) до 9

(критически важен). Учитывая все оценки, был рассчитан средний балл для каждого исхода, чтобы определить перечень исходов, которые являются «критически важными» (средний балл ≥ 7) и «важными, но не критически» (средний балл 4–6) в качестве основы при решении вопроса о формулировании рекомендаций.

Основываясь на этих начальных шагах, Руководящая группа ВОЗ разработала программу для обсуждения на обзорном совещании, которое состоялась в Женеве в апреле 2016 года. Целью совещания явилось определение приоритетных вопросов и сферы охвата руководства в отношении основной направленности, целевой группы, вмешательств и исходов. На этой встрече было решено, что сфера применения данного руководства должна определить основные вмешательства, которые могут применяться в условиях низкого, среднего и высокого уровней доходов, для всех беременных женщин, независимо от их степени риска развития осложнений («низкий» или «высокий») в начале родов. Высоко специализированные вмешательства во время родов для лечения осложнений, таких как патологические роды, дистресс плода или наличие мекония в околоплодных водах в данном руководстве не рассматриваются.

Рисунок 2.1 Рамочная программа ВОЗ по обеспечению качества услуг здравоохранения для матерей и новорожденных



Ключевые тематические области основной помощи во время родов обсуждались в контексте вмешательств, которые уже были включены в существующие руководства ВОЗ. Учитывая имеющиеся ресурсы, группа решила ограничить объем приоритетных вопросов теми, которые еще не были освещены в существующих руководствах ВОЗ, с условием, что существующие рекомендации (которые были разработаны в соответствии со стандартными процедурами ВОЗ) будут интегрированы в окончательный вариант руководства. Тем не менее, исключением из этого явился вопрос, связанный с присутствием компаньона во время родов и при рождении ребенка, по которому было опубликовано несколько новых исследований в Кокрейновском обзоре (22).

В процессе определения приоритетных направлений и сферы охвата руководства была выявлена потребность идентифицировать вмешательства, ориентированные на потребности женщины, и исходы при оказании помощи во время родов. Чтобы понять, чего хотят женщины, в чем они нуждаются и что представляет для них ценность во время родов, был проведен качественный систематический обзор (23). Выводы этого обзора продемонстрировали, что основной результат для всех рожаящих женщин — «положительный опыт родов» (см. Вставку 2.1).

ВСТАВКА 2.1

Положительный опыт родов

Женщины хотят, чтобы их опыт рождения ребенка был позитивным, соответствовал или превосходил их предшествующие личные и социально-культурные ожидания и представления. Положительный опыт родов подразумевает рождение здорового ребенка в клинически и психологически безопасном окружении при непрерывной физической и эмоциональной поддержке со стороны присутствующего во время родов компаньона(-ов) и доброжелательного, компетентного медицинского персонала. Женщины в большинстве своем предпочитают физиологические роды, дающие ощущение личного достижения, и хотят активно участвовать в принятии решений, даже когда требуются или желательны медицинские вмешательства.

Основываясь на предварительном определении приоритетных исходов, как описано выше, и на результатах обсуждений в ходе обзорного совещания, был определен перечень исходов родов, которые рассматривались как «критически важные» и «важные» для женщин (и их семей). Тем не менее, из-за значимых различий между типами приоритетных вмешательств и диапазоном потенциальных исходов, и с учетом того, что имеет значение для беременных женщин, в дальнейшем для этих исходов были дополнительно расставлены приоритеты по отдельности для каждого вопроса руководства. Принимая во внимание обзор качественных исследований мнений женщин, перечень исходов был дополнен следующим: «опыт родов» (включая удовлетворенность матери помощью, состояние психического здоровья и психологического благополучия женщин, оценку опыта родов и сохранение контроля), чтобы отразить восприятие женщиной качества медицинской помощи по всем приоритетным вмешательствам. Для ответа на вопросы, связанные с определением и продолжительностью фаз и периодов родов и определением диагностической значимости критерия скорости раскрытия шейки матки 1 см/час, в исходах фиксируются характерные особенности и продолжительность фаз родов, а также чувствительность и специфичность пороговых значений теста, соответственно.

Таким образом, этот процесс обзора и консультаций привел к определению приоритетных вопросов и исходов (результатов), связанных с эффективностью клинических и неклинических практик, направленных на формирование положительного опыта родов, включая здоровье матери и ребенка. Эти вопросы и результаты перечислены в Приложении 1.

2.7 Интеграция рекомендаций из опубликованных ранее руководств ВОЗ

Для того чтобы гармонизировать и объединить все рекомендации, которые имеют отношение к оказанию помощи здоровым беременным женщинам и новорожденным, в единый документ существующие рекомендации ВОЗ касательно оказания помощи в интранатальный период были проработаны и интегрированы в это руководство. В данное руководство включены только те рекомендации, которые были одобрены Комитетом ВОЗ

по обзору руководящих принципов (КОРП) и опубликованы начиная с 2012 года в других руководствах ВОЗ. Эти интегрированные рекомендации охватывают другие важные аспекты помощи во время родов, вопросы по которым не были определены как приоритетные. К ним относятся: оказание помощи в третьем периоде родов, уход за новорожденным сразу после рождения и помощь женщине в ранний послеродовой период. Рекомендации и соответствующие комментарии были интегрированы из оригинальных руководств без изменений, поскольку считались актуальными.

2.8 Фокус внимания и подход

Основное внимание в этом руководстве уделяется оказанию помощи во время родов, которую должны получать все беременные женщины и девочки-подростки для формирования положительного опыта родов. Чтобы помочь лицам, принимающим решения, рассмотреть ряд факторов относительно каждого оцениваемого вмешательства или процедуры, был использован механизм принятия решений на основе научных доказательств EtD системы GRADE, который включает в себя следующие критерии: эффекты (польза или вред), ценности, ресурсы,

социальная справедливость, приемлемость и выполнимость (24). Подготовительная работа по руководству была разделена на пять рабочих потоков, чтобы синтезировать и исследовать доказательства по всем компонентам механизма EtD (Табл. 2.1).

2.9 Идентификация и поиск доказательств

Доказательства в поддержку этого руководства были получены из ряда источников в ходе работы группы по изучению систематических обзоров и специалистов по методологии, работающих в сотрудничестве с Руководящей группой ВОЗ. Доказательства относительно эффектов были в основном получены из Кокрейновских систематических обзоров рандомизированных контролируемых исследований (РКИ). Сначала Руководящая группа в сотрудничестве с Кокрейновской группой по беременности и родам (PCG) и специалистами по методологии из CREP, идентифицировали все соответствующие Кокрейновские систематические обзоры, которые касались приоритетных вопросов. Кокрейновские систематические обзоры основывались на выявленных исследованиях из поискового Регистра исследований Кокрейновской группы по беременностям

Таблица 2.1 Ведущие направления в разработке рекомендаций ВОЗ по оказанию помощи во время родов

Направление	Методология	Оценка доказательств
Определения и продолжительность первого и второго периодов родов; закономерности нормального течения родов	Систематические обзоры наблюдательных исследований	Модифицированная система GRADE
Точность диагностического теста (DTA) порога скорости раскрытия шейки матки 1 см/час	DTA обзоры	GRADE
Эффект отдельных вмешательств, клинических и неклинических, от поступления на роды до рождения ребенка	Систематические обзоры исследований результативности вмешательств	GRADE
Ориентир при оказании помощи во время родов на ценности, приемлемость, выполнимость и социальную справедливость, значимые для женщины и персонала	Синтез качественных данных; обзоры исследований со смешанными методами	GRADE-CERQual; GRADE
Влияние ресурсной обеспеченности отдельных вмешательств	Систематические обзоры или отдельные исследования	В зависимости от ситуации

CERQual: Уверенность в доказательствах на основе обзоров качественных исследований (25); GRADE: Система разработки, оценки и определения обоснованности рекомендаций (21)

и родам (PCG)¹. В тех случаях, когда рассматриваемые Кокрейновские обзоры были признаны устаревшими, авторам обзоров предлагали обновить их в соответствии со стандартным процессом Кокрейновской группы по беременности и родам при помощи персонала этой группы.

Если по приоритетным вопросам не находилось систематических обзоров, внешние эксперты подготавливали новый систематический обзор. В связи с этим, внешних экспертов попросили подготовить стандартный протокол, прежде чем приступить к рассмотрению исследований, в том числе: четко охарактеризовать PICO (популяция, вмешательство, сравнение, результат); критерии идентификации исследований, включая поисковые стратегии для разных библиографических баз данных; методы оценки риска систематической ошибки и план анализа данных. Протокол был рассмотрен и одобрен Руководящей группой и выбранными из членов ГРР экспертами по предмету рассмотрения. Весь процесс разработки систематического обзора был итеративным, специалисты по методологии постоянно общались с Руководящей группой для обсуждения проблем и согласования решений.

Качественные обзоры были сфокусированы на следующих вопросах: что имеет значение для женщин и медицинских работников с точки зрения оказания помощи во время родов; взгляды медицинских работников на барьеры и способствующие факторы для освоения и проведения вмешательств во время родов; приемлемость практик для женщин и медицинского персонала; возможность реализации вмешательств; как результаты вмешательств оцениваются женщинами и другими заинтересованными сторонами и общие или конкретные представления

¹ Регистр исследований Кокрейновской группы по беременности и родам (PCG) ведется координатором поиска исследований и содержит исследования, найденные в результате: ежемесячного поиска в центральном Кокрейновском регистре контролируемых исследований (CENTRAL); еженедельного поиска в базе данных MEDLINE и Embase; ручного поиска в 30 журналах и материалах крупных конференций; еженедельных сводок «текущих оповещений» по еще 44 журналам и ежемесячных сводок BioMed Central, получаемых по электронной почте. Для получения дополнительной информации см.: <http://pregnancy.cochrane.org/pregnancy-and-childbirth-groups-trials-register>

о социальной справедливости в отношении приоритетных вмешательств (26). К тому же, качественные доказательства, связанные с присутствием компаньона во время родов и родовспоможением на основе уважительного отношения к роженице (RMC), были взяты из двух качественных систематических обзоров, посвященных именно этим вопросам (27, 28). Для изучения вопроса об эффективном общении медицинского персонала был проведен дальнейший обзор исследований со смешанными методами. Стратегии поиска и получения доказательств для этих обзоров можно найти в соответствующих публикациях.

Доказательства экономической эффективности были получены из электронной базы данных MEDLINE в ходе систематического обзора источников, опубликованных с 1 января 1996 г. по 20 февраля 2017 г. Доказательства были получены по затратам и экономической эффективности оказания помощи во время родов в целом, и экономической эффективности конкретных вмешательств во время родов, включая фетальный мониторинг, клиническую пельвиометрию, положение женщины во время родов, эпизиотомию и методы обезболивания. Функция «связанные статьи» базы данных PubMed использовалась для выявления дополнительных исследований.

2.10 Оценка качества и ранжирование доказательств

Оценка качества первичных исследований, включенных в обзоры

Оценка качества отдельных исследований, включенных в Кокрейновские обзоры, проводилась с помощью специального точного метода оценки риска систематической ошибки с использованием шести стандартных критериев, изложенных в *Кокрейновском руководстве по систематическим обзорам вмешательств* (29). Каждое включенное исследование оценивалось и ранжировалось экспертами как исследование с низким, высоким или неясным риском систематической ошибки для генерирования случайной последовательности, сокрытия распределения, маскирования персонала, участвующего в исследовании, и участников (слепой метод), при выбывании участников из исследования, выборочности отчетности и по другим источникам систематических ошибок, таким как систематическая ошибка публикации. Оценка по всем этим источникам обеспечивает определение общей систематической ошибки

для каждого включенного исследования, которая показывает вероятную величину и направление смещения ошибки и то, как она может повлиять на выводы обзора. Для новых систематических обзоров эффективности вмешательств, которые были инициированы Руководящей группой ВОЗ, каждое включенное исследование оценивалось на предмет риска систематической ошибки в соответствии с методологией Кокрейновского обзора.

Исследования, выбранные для качественных (квалитативных) обзоров, были проверены по простой системе оценки качества с использованием проверенных инструментов, которые ранжировали исследования по одиннадцати заранее определенным критериям, а затем им присваивали категорию в диапазоне от А до D, где D указывает на присутствие значительных недостатков, которые с большой вероятностью влияют на надежность, возможность переноса, достоверность или подтверждаемость исследования. Исследования категории D были исключены по причине низкого качества (30).

Оценка качества доказательств

Механизм системы GRADE для оценки качества количественных (квантитативных) данных (21) использовался для всех значимых исходов, определенных в вопросах PICO. Для каждого количественного результата по каждому приоритетному вопросу был подготовлен профиль доказательств в системе GRADE. Соответственно, основываясь на наборе критериев, уровень достоверности доказательств (УДД) для каждого критического исхода оценивался как «высокий», «умеренный», «низкий» или «очень низкий». По умолчанию считалось, что в результате рандомизированных контролируемых исследований были получены достоверные доказательства, в то время как нерандомизированные и наблюдательные (обсервационные) исследования обеспечивают низкий уровень достоверности доказательств. Эта исходная оценка качества была понижена на основе рассмотрения ограничений дизайна исследования (риск систематической ошибки), несоответствия, неточности, косвенности и систематической ошибки публикации. Для наблюдательных исследований другие показатели, такие как величина эффекта, могут привести к повышению уровня, если не было никаких ограничений, которые указывали бы на необходимость его понижения. Группы изучения

систематических обзоров и специалисты по методологии из CREP оценили достоверность количественных обзоров в соответствии со стандартными операционными процедурами, утвержденными Руководящей группой ВОЗ.

Результаты качественных (квалитативных) обзоров оценивались на предмет качества с использованием GRADE-CERQual (Уверенность в доказательствах на основе обзоров качественных исследований) (25). Механизм GRADE-CERQual, использующий концептуально схожий подход, аналогичный другим инструментам GRADE, обеспечивает транспарантный метод оценки и определения уровня уверенности, который может быть подтвержден доказательствами из обзоров качественных исследований. Эксперты группы по изучению систематических обзоров использовали механизм GRADE-CERQual для оценки достоверности результатов качественных обзоров — уровень достоверности присваивался на основе критериев принятия решения о ценности, приемлемости и выполнимости по четырем компонентам: методологические ограничения отдельных исследований; достоверность данных; релевантность отдельных исследований, включенных в обзор для формирования выводов, рассматриваемым вопросам.

2.11 Разработка рекомендаций

Руководящая группа ВОЗ совместно с ТРГ контролировала и завершала подготовку профилей фактических данных и обобщений доказательств с использованием механизма EtD системы GRADE. Механизм EtD включает детальное и систематичное рассмотрение доказательств по приоритетным вмешательствам по критериям принятия решений в отношении: эффектов, ценностей, ресурсов, социальной справедливости, приемлемости и выполнимости. По каждому приоритетному вопросу были вынесены суждения о влиянии вмешательства на каждый из критериев, чтобы обеспечить информацией и направлять процесс принятия решений. Используя таблицы механизма EtD, Руководящая группа и ТРГ создали сводные документы по каждому приоритетному вопросу, охватывающие доказательства по каждому критерию, как описано ниже.

Эффекты. Фактические данные о критически важных исходах были обобщены по этому критерию, чтобы ответить на вопросы: «Что является желательным и нежелательным

эффектом вмешательства или процедуры?» и «Что такое достоверность доказательств эффекта?». В случаях, когда ценные для беременных женщин преимущества исходов явно превосходили вред или наоборот, тогда была большая вероятность принятия четкого решения в пользу или против вмешательства, соответственно. Неопределенность в отношении чистой пользы или вреда и незначительной пользы обычно приводила к суждению, которое не способствовало одобрению вмешательства или отказу от него. Чем выше достоверность доказательств преимуществ исходов, тем выше вероятность решения в пользу вмешательства. В отсутствие доказательства пользы, доказательства потенциального вреда определяли принятие решения против вмешательства. В случае наличия доказательств потенциального вреда от проведения вмешательств, по которым также были доказательства важных преимуществ, в зависимости от уровня достоверности и вероятности воздействия вреда, такое доказательство потенциального вреда более вероятно определило формулирование конкретной рекомендации для проведения вмешательства при определенной ситуации в зависимости от контекста (и контекст четко указан в рамках рекомендации).

Ценность. Этот критерий связан с относительной ценностью результатов вмешательства для тех, кого они затрагивают, как такая ценность варьируется в пределах и между учреждениями, и связана ли она с какой-либо неопределенностью. Заданный вопрос был сформулирован так: «Есть ли значимая неопределенность или вариабельность в отношении того, насколько женщины ценят основные исходы, связанные с вмешательством или процедурой?» Вмешательства, приведшие к исходам, которые большинство женщин неизменно ценят вне зависимости от условий, с большей вероятностью привели к суждению об одобрении вмешательства. Этот критерий совместно с критерием «эффекты» (см. выше), позволил вынести суждение о «балансе эффектов».

Ресурсы. По этому критерию решалось следующее: «Какие ресурсы связаны с вмешательством или процедурой?» и «Являются ли вмешательство или процедура экономически эффективными?» Необходимые ресурсы для оказания рассматриваемых вмешательств во время

родов, в основном, включают в себя расходы на обеспечение материалами, обучение, оборудование и квалифицированный персонал. Суждение «за» или «против» выносилось с большей вероятностью в тех случаях, когда использование ресурсов было явно рентабельным или, соответственно, нет. В основе оценки затрат лежат отчеты об оценках, полученных в ходе процесса поиска доказательств; OneHealth Model: intervention treatment assumptions report (31); WHO compendium of innovative health technologies for low-resource settings (32); а также опыт и мнения членов ГРР. Если были доступны прямые доказательства рентабельности из систематических обзоров, то они использовались в этом критерии.

Приемлемость. По этому критерию рассматривался вопрос: «Являются ли вмешательство или процедура приемлемыми для женщин и медицинских работников?» Качественные доказательства из систематических обзоров о взглядах женщин и медицинских специалистов и опыте применения различных практик во время родов послужили основой для обсуждения данного критерия. Чем менее приемлемо вмешательство, тем ниже вероятность вынесения суждения в его пользу. Если было сочтено необходимым рекомендовать вмешательство, которое было связано с низкой приемлемостью, рекомендация сопровождалась стратегией по решению проблемы приемлемости при реализации.

Выполнимость. Выполнимость вмешательства зависит от таких факторов, как ресурсы, инфраструктура и необходимость обучения. По этому критерию решался вопрос: «Есть ли возможность у соответствующих заинтересованных сторон реализовать вмешательство или процедуру?» При обсуждении данного критерия использовались качественные доказательства из систематических обзоров по изучению мнения женщин и медицинских работников и опыта применения различных практик во время родов.

Если выявлялись препятствия, то было менее вероятно, что решение будет принято в пользу вмешательства.

Социальная справедливость. По этому критерию обсуждались доказательства и соображения относительно того, уменьшит ли вмешательство социальную несправедливость в отношении здоровья. Следовательно, по

этому критерию решается вопрос: «Какое влияние от проведения вмешательства или процедуры ожидается в отношении социальной справедливости?» Результаты качественного систематического обзора мнений и опыта женщин и медицинских работников, доклад ВОЗ 2015 г. *State of inequality. Reproductive, maternal, newborn and child health* (33) и обзор факторов, способствующих и препятствующих проведению родов в акушерских стационарах (8), а также опыт и мнения членов ГРР были использованы для информированного решения вопроса по данному критерию. Вмешательство скорее будет рекомендовано, если его доказанные (или ожидаемые) последствия уменьшают (или могут уменьшить) социальную несправедливость в отношении здоровья среди разных групп женщин и их семей.

Для каждого из указанных выше критериев дополнительные доказательства потенциального вреда или непредвиденных последствий описаны в подразделе «Дополнительные соображения». Такие соображения были сделаны на основе исследований, которые могли напрямую не касаться приоритетных вопросов, но предоставляют соответствующую информацию при отсутствии прямых доказательств. Они взяты из отдельных исследований, систематических обзоров или других соответствующих источников.

Руководящая группа ВОЗ предоставила членам ГРР механизм принятия решений на основе научных доказательств (EtD) системы GRADE, включая заключение по доказательствам, профили научных данных и другие документы, относящиеся к каждой рекомендации, как только документы были составлены и за несколько недель до очной встречи. Членов ГРР попросили рассмотреть документы и в электронном виде предоставить комментарии к ним до совещания ГРР. Во время совещаний в штаб-квартире ВОЗ в Женеве (Швейцария) в мае и сентябре 2017 года члены ГРР под руководством председателя коллективно рассмотрели структуру и рамки руководства, проект рекомендаций и все комментарии, полученные предварительно. Цель встречи состояла в том, чтобы достичь консенсуса по каждой рекомендации, включая направление ее применения, и, в некоторых случаях, конкретный контекст, основываясь на всестороннем рассмотрении представленных доказательств по каждому критерию механизма EtD и суждениях членов ГРР. В соответствии

с другими недавно опубликованными руководствами ВОЗ, использующими механизм EtD (34–36), ГРР классифицировала каждую рекомендацию по одной из ниже следующих категорий.

- **Рекомендуется:** эта категория означает, что вмешательство или процедура должны быть реализованы.
- **Не рекомендуется:** эта категория указывает, что вмешательство или процедура не должны выполняться.
- **Рекомендуется только в определенных ситуациях:** данная категория указывает на то, что вмешательство или процедура применяются только в определенных случаях, условиях или в группах, указанных в рекомендации, и должны выполняться только в этих контекстах.
- **Рекомендуется только в контексте исследования:** эта категория указывает на то, что относительно вмешательства или процедуры существует значительная неопределенность. В таких случаях вмешательство все еще может проводиться в больших масштабах при условии, что это принимает форму исследования, которое может решить оставшиеся без ответа вопросы и неопределенности, связанные как с эффективностью вмешательства или процедуры, так и с их приемлемостью и осуществимостью.

Для рекомендаций, интегрированных из существующих руководств, информация о силе и качестве доказательств из исходного руководства представлена в дополнительных комментариях. Для обеспечения единообразия интегрированные рекомендации также были классифицированы в соответствии с типологией, описанной выше.

2.12 Принятие решений во время совещаний Группы по разработке руководства (ГРР)

Совещания ГРР проводились по установленному протоколу. Заседания были организованы таким образом, чтобы участники могли обсудить доказательства в пользу вмешательства и каждую из рекомендаций, составленных Руководящей группой ВОЗ, и достичь консенсуса в окончательной формулировке по каждой рекомендации после рассмотрения. Консенсус определялся как одобрение тремя четвертями и более членов ГРР, при условии,

что те, кто не согласны, не настаивали на своей позиции. Сильные разногласия должны были быть зафиксированы в качестве таковых в руководстве (ни на одной из встреч группы ГРР таких записей сделано не было). Там, где было необходимо, ГРР определяла контекст рекомендаций по такому же принципу достижения консенсуса, основанному на дискуссиях о балансе доказательной базы вмешательства (пользы и вреда) в разных контекстах.

Если участники не смогли достичь консенсуса, оспариваемая рекомендация или любое другое решение, выносились на голосование. Голосование проводилось путем поднятия руки членами группы ГРР. Рекомендация или решение остается в силе, если больше, чем две трети членов ГРР проголосовали за него, если разногласия не связаны с вопросами безопасности, в таком случае Секретариат ВОЗ может решить не издавать рекомендацию. На совещаниях не имели права голоса сотрудники ВОЗ, внешние технические эксперты, участвующие в сборе и оценке доказательств, а также наблюдатели. При проведении голосования по вопросу, в который были включены первичные исследования или систематические обзоры, проведенные любым из участников, который заявил о конфликте интересов, такому участнику разрешалось участвовать в обсуждении, но не разрешалось голосовать по данному вопросу.

2.13 Декларация интересов внешними участниками

В соответствии со *Справочником ВОЗ по разработке руководящих принципов (20)*, всех членов ГРР, ТРГ и ГВО и внешних участников попросили заявить в письменной форме о любом конфликте интересов (будь то научный, финансовый или иной интерес) во время приглашения участвовать в процессе разработки руководства. Стандартная форма ВОЗ для декларации интересов (DOI) была заполнена и подписана каждым экспертом и отправлена в электронном виде ответственному техническому сотруднику. Руководящая группа ВОЗ рассмотрела все DOI перед тем, как окончательно пригласить экспертов к участию в работе. Всем экспертам было поручено уведомить ответственного технического сотрудника о любых изменениях соответствующих интересов, возникших в ходе работы, для рассмотрения и обновления информации о конфликте интересов. Кроме

того, экспертам было предложено представить электронную копию своего резюме (CV) вместе с заполненной формой DOI. Руководящая группа сопоставила и просмотрела подписанные формы DOI и резюме для выявления возможных конфликтов интересов. В случае, если был выявлен конфликт интересов, Руководящая группа определяла, является ли конфликт достаточно серьезным, чтобы повлиять на способность человека выносить объективные суждения о доказательствах или рекомендациях. Для обеспечения последовательности, Руководящая группа использовала критерии для оценки серьезности конфликта интересов согласно *Справочнику ВОЗ по разработке руководящих принципов (20)*.

Вся информация из полученных форм DOI оценивалась в соответствии с руководством ВОЗ по DOI в каждом конкретном случае. Если конфликт интересов не был признан достаточно значимым, чтобы представлять какой-либо риск для процесса разработки руководства или уменьшить уровень доверия к эксперту, ему требовалось дать объяснения касательно своего конфликта интересов на совещании ГРР, и далее никаких действий не предпринималось. Конфликт интересов инициировал обоснованные действия со стороны персонала ВОЗ там, где эксперты выполнили первичное исследование или систематический обзор, имеющие отношение к любой из рекомендаций руководства; в таких случаях экспертам запрещалось или участвовать в дискуссиях, или формулировать какие-либо рекомендации (или то и другое), относящиеся к сфере их конфликта интересов. На очных совещаниях члены ГРР должны были снова открыто заявить о любых конфликтах интересов перед всеми членами группы, и обязаны были представить обновленную и подписанную форму DOI. Обобщенная информация по заявлениям DOI и информация о том, как конфликты интересов были урегулированы, включены в Приложение 3.

2.14 Подготовка документа и рецензирование

После заключительного совещания ГРР, независимый консультант и ответственный сотрудник Руководящей группы ВОЗ подготовили проект полного текста руководства, чтобы точно отразить все обсуждения и решения ГРР. Другие члены Руководящей группы прокомментировали проект руководства до его отправки

в электронном виде членам ГРР для дальнейших комментариев. Документ был пересмотрен на основе отзывов, полученных от членов ГРР, а затем отправлен в Группу внешнего рецензирования (ГВР) для экспертной оценки. Членам ГВР было предложено рассмотреть пересмотренный проект руководства с целью выявления любых фактических ошибок, оценки ясности формулировок, комментирования вопросов, связанных с внедрением и адаптацией руководства и высказывания своих соображений касательно контекста. Руководящая группа тщательно оценила вклад внешних рецензентов в финальный вариант документа и при необходимости внесла дополнительные изменения в документ. После совещаний ГРР и внешней экспертной оценки все дальнейшие изменения, вносимые Руководящей группой в руководство, ограничились исправлением фактических ошибок и улучшением формулировок, чтобы устранить возможные неясные моменты. Пересмотренная окончательная версия была возвращена в электронном виде группе ГРР для утверждения.

2.15 Представление материалов руководства

Сводный список рекомендаций представлен в разделе «Краткий обзор» этого руководства. Для каждой рекомендации сводный обзор

доказательств относительно эффектов, ценностей, ресурсов, справедливости, приемлемости, выполнимости и других соображений, рассмотренных на двух совещаниях ГРР, можно найти в разделе «Доказательства и рекомендации» (Раздел 3). Язык, используемый для интерпретации данных об исходах, соответствует подходу Кокрейновской группы Cochrane Effective Practice and Organization of Care (EPOC) (37).

Руководящая группа ВОЗ интегрировала в это руководство ряд существующих рекомендаций ВОЗ из других недавно вышедших руководств ВОЗ, которые имеют отношение к рутинной практике оказания помощи во время родов. Во всех случаях, эти рекомендации идентичны опубликованным в соответствующих источниках рекомендациям. Для обеспечения полноты интегрированной информации, данные о степени уверенности в рекомендации и уровень достоверности доказательств, как и в оригинальных публикациях, были включены в раздел примечаний к данным рекомендациям.

Такие рекомендации включают дополнительные примечания с прямой веб-ссылкой на первоначальный источник. Пользователям руководств предлагается ссылка на соответствующие источники руководств ВОЗ для получения более подробной информации об этих интегрированных рекомендациях.

3. Доказательная база и рекомендации

Это руководство включает 56 научно обоснованных рекомендаций по оказанию помощи в интранатальный период — 26 новых рекомендаций, принятых Группой по разработке руководства (ГРР) на совещаниях в 2017 году, и 30 ранее существовавших рекомендаций, касающихся помощи в интранатальный период, которые были интегрированы из ранее опубликованных руководств ВОЗ. В разделах 3.1–3.6 даются краткие резюме и соответствующие рекомендации, сгруппированные и представленные в соответствии со сроком проведения вмешательств с начала родов до раннего послеродового периода.

Соответствующие таблицы системы GRADE по рекомендациям представлены в этом разделе в таблицах «доказательная база» (ДБ) и нумеруются в соответствии с конкретными рекомендациями, к которым они относятся. Данные таблицы представлены отдельно в веб-приложении к этому документу¹. Таблицы механизма принятия решений на основе научных доказательств (EtD) с комментариями ГРР, относящимися к доказательствам и соображениям по всем критериям, представлены в разделах «Резюме доказательств и соображений» для каждого подраздела рекомендаций.

3.1 Оказание помощи во время родов

3.1.1 Родовспоможение на основе уважительного отношения к роженице

РЕКОМЕНДАЦИЯ 1

Рекомендуется при оказании помощи проявлять уважение к каждой женщине, сохраняя ее достоинство, неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность, а также обеспечивая защиту от причинения вреда и жестокого обращения, а также предоставляя возможность осознанного выбора и постоянную поддержку во время родов. *(Рекомендуется)*

Примечания

- Обеспечение родовспоможения на основе уважительного отношения к роженице (RMC) соответствует подходу, основанному на соблюдении прав человека, и направлено на снижение материнской заболеваемости и смертности. RMC может улучшить опыт родов у женщин и устранить социальную несправедливость в отношении здоровья.
- Имеются ограниченные фактические данные об эффективности мер, направленных на продвижение RMC или сокращение числа случаев плохого обращения с женщинами во время родов и рождения ребенка. Учитывая весь комплекс причин, лежащих в основе плохого обращения с женщиной во время родов в медицинском учреждении, для профилактики случаев плохого обращения и для формирования положительного опыта женщин требуются меры на межличностном уровне (между женщиной и медицинскими работниками), а также на уровне учреждения здравоохранения и системы здравоохранения в целом.
- Эффективное общение и взаимодействие между медицинскими работниками, руководителями служб здравоохранения, женщинами и представителями женских групп и движений за права женщин имеет важное значение для обеспечения того, чтобы эта помощь отвечала потребностям и предпочтениям женщин во всех контекстах и во всех учреждениях.
- Вмешательства должны быть направлены на обеспечение уважительной и достойной рабочей обстановки для тех, кто оказывает помощь во время родов, принимая во внимание тот факт, что сотрудники также могут испытывать неуважение и плохое обращение на рабочем месте или подвергаться насилию дома или в своем сообществе.

¹ Доступно по ссылке: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>

Эффекты вмешательств (ДБ, Табл. 3.1.1)

Доказательства влияния оказания помощи во время родов на основе уважительного отношения к женщине (RMC) на исходы родов были получены из систематического обзора пяти исследований, которые были проведены в Африке (в Кении, Объединенной Республике Танзания, Судане и Южной Африке — два исследования) (38). В ходе обзора не было найдено ни одного исследования в странах с высоким уровнем дохода (СВУД). Два из включенных исследований были кластерными рандомизированными контролируемые исследованиями (одно кРКИ — только с двумя исследовательскими площадками, а другое — с десятью), и три исследования относились к типу «до — после». Численность контрольной выборки (или «до») варьировалась от 120 до 2 000 участников по всем исследованиям, а размер выборки «после» варьировался от 105 до 1 680 участников. Большинство вмешательств включали в себя несколько компонентов с акцентом на вовлечение сообщества и на изменения со стороны персонала, чтобы улучшить процесс родовспоможения на основе уважительного отношения к женщине и уменьшить вероятность случаев неуважения и плохого обращения. Различные виды компонентов в рамках мер, направленных на обеспечение родовспоможения на основе уважительного отношения к женщине, включали в себя: формирование обновленных ценностей и отношений; обучение навыкам межличностного общения; создание команд по улучшению качества; мониторинг случаев неуважения и плохого отношения; наставничество; обеспечение приватности в палатах (например, занавески или перегородки между кроватями); улучшение условий труда (например, чай для дежурного персонала); день открытых дверей для будущих матерей; семинары для местных сообществ; посредничество или альтернативное разрешение споров; консультирование членов местного сообщества, которые испытали неуважение и плохое отношение; предоставление возможности для подачи жалоб; а также просвещение женщин в отношении их прав. Одно вмешательство было сосредоточено на присутствии компаньона во время родов, с акцентом на RMC, а другое — на пакете мер по установлению надлежащего общения персонала с женщинами. Ни в одном из этих исследований не сообщалось

о вмешательствах как явлении «обычной практики».

Во всех исследованиях аспекты неуважительного или уважительного отношения регистрировались на основе заявлений женщин. В двух исследованиях заявления от женщин дополнялись данными наблюдений исследователей. В одном исследовании были представлены фактические данные по эпизиотомии, но ни в одном из других исследований не предоставлялись данные о клинических результатах, чтобы принять решение относительно этой рекомендации. Данные не были объединены из-за гетерогенности исследований в дизайне, определениях и отчетности об исходах. Данные были относительно немногочисленными, все исследования характеризовались неопределенным или высоким риском систематической ошибки. Поэтому уровень достоверности доказательств был понижен из-за риска систематической ошибки для всех результатов.

Сравнение: вмешательство, направленное на организацию родовспоможения на основе уважительного отношения к женщине (RMC), по сравнению с обычной практикой (без вмешательства RMC)

Исходы для матери

Опыт родов

Уважительное отношение: в трех исследованиях (одном рандомизированном контролируемом исследовании и двух исследованиях типа «до — после») сообщалось об опыте оказания помощи на основе уважительного отношения к женщине. Доказательства умеренного уровня достоверности предполагают, что женщины с большей вероятностью сообщали об уважительном отношении при выполнении вмешательств в рамках RMC, чем без такового (одно кРКИ, примерно 3 000 участников, скорректированное отношение шансов [сОШ] 3,44, 95% ДИ 2,45–4,84). Этот вывод подтверждается данными наблюдений: в одном исследовании типа «до — после» сообщалось, что 22,8% участниц групп с вмешательствами против 0% участниц групп без вмешательств, опрошенных после родов, оценили уважительное отношение на «отлично», а в других исследованиях сообщалось, что уважительное отношение имело место в 94,7% против 89,7% в группах «после» и «до» вмешательств в рамках RMC и без вмешательств, соответственно.

Удовлетворенность матери: доказательства низкого уровня достоверности одного кРКИ предполагают, что нет различий или они малы при сравнении внедрения вмешательств в рамках RMC и отсутствия таких вмешательств с точки зрения доли женщин, сообщивших, что они очень довольны оказанной помощью (сОШ 0,98, 95% ДИ 0,91–1,06).

Качество медицинской помощи: доказательства умеренного уровня достоверности, полученные из одного кРКИ, предполагают, что уважительное отношение к женщине, вероятно, чаще способствует качественному оказанию помощи в целом (около 3 000 участников, сОШ 6,19, 95% ДИ 4,29–8,94). Данные наблюдений согласуются с этим доказательством.

Опыт плохого обращения

Опыт неуважительного или оскорбительного отношения при оказании помощи: в одном кРКИ и двух исследованиях типа «до — после» об этом было сообщено. Доказательства с умеренным уровнем достоверности показывают, что RMC, вероятно, уменьшает число случаев неуважительного или оскорбительного отношения при оказании помощи примерно на две трети (одно кРКИ, приблизительно 3 000 участников, сОШ 0,34, 95% ДИ 0,21–0,57). Данные наблюдений согласуются с кРКИ, и демонстрируют снижение частоты случаев неуважительного или оскорбительного отношения при оказании помощи после внедрения вмешательств в рамках RMC на 40% в одном исследовании, и на 52% — в другом.

Отсутствие приватности: в одном кРКИ и двух исследованиях типа «до — после» было сообщено об этом; но доказательства этого имеют очень низкий уровень достоверности в связи с различиями в измерениях и противоречивыми результатами.

Физическое насилие: доказательства с умеренным уровнем достоверности из четырех исследований (два кРКИ и два исследования типа «до — после») предполагают, что вмешательства в рамках RMC, вероятно, снижают частоту случаев физического насилия. В одном кРКИ сообщается о снижении частоты случаев физического насилия в группе вмешательств от исходного среднего значения в 2% до 1% в период последующего наблюдения и об увеличении в контрольной группе от исходного среднего значения в 3% до 4% при последующем наблюдении. В другом кРКИ (около 3 000 участников) сообщается

о сОШ 0,22 (95% ДИ 0,05–0,97). Одно исследование типа «до — после» показало, что наблюдаемая частота случаев физического насилия в 3,5% до внедрения вмешательства RMC (677 участников) снизилась до 0,4% после внедрения (523 участника), а в другом исследовании сообщается о снижении частоты случаев наблюдаемого ручного давления на дно матки с 3,4% (208 участников) до 0,2% (459 участников), а также уменьшении частоты случаев проведения «эпизиотомии без анестезии» с 4,3% до 0%.

Словесные оскорбления: доказательства низкого уровня достоверности из трех исследований (одно кРКИ и два исследования типа «до — после») демонстрируют, что нет различий или они малы в отношении мер или отсутствия мер против словесных оскорблений, поскольку оценки эффекта в двух исследованиях (одно кРКИ и одно типа «до — после») показали возможность увеличения частоты случаев словесных оскорблений, в то время как третье исследование показало сокращение числа случаев словесных оскорблений на 49%.

Пренебрежение или игнорирование: доказательства низкого уровня достоверности на основе четырех исследований (два кРКИ и два типа «до — после») предполагают, что мероприятия в рамках RMC могут уменьшить случаи пренебрежения и игнорирования. В одном исследовании говорится о снижении случаев пренебрежения на 64% (около 3 000 участников; сОШ 0,36, 95% ДИ 0,19–0,71), а в другом исследовании сообщается об увеличении с 12% до 16%. Наблюдательные исследования не обнаружили четких различий.

Недостойное отношение при оказании помощи: доказательства низкого уровня достоверности из одного кРКИ предполагают, что вмешательство RMC может снизить вероятность неуважительного отношения при оказании помощи (приблизительно 3 000 женщин, сОШ 0,58, 95% ДИ 0,30–1,12). Эти данные подтверждаются исследованием типа «до — после», в ходе которого исследователи обнаружили значительное снижение числа случаев недостойного отношения при оказании помощи в различных аспектах (например, персонал не представляется женщине, не обеспечивает чистое постельное белье для женщины, женщину не помыли после родов).

Оказание помощи без согласия и удержание: доказательства таких явлений имеют очень низкий уровень достоверности отчасти потому, что они получены в результате исследования

«до — после», которое имеет ограничения дизайна.

Травмы промежности или влагалища

Эпизиотомия: результаты одного небольшого исследования свидетельствуют, что вмешательства в рамках RMC могут уменьшить частоту эпизиотомии (доказательства низкого уровня достоверности). Частота эпизиотомии снизилась в среднем на 13% (с 34% до 21%) в группе, где практиковалось RMC, по сравнению с контрольной группой, где частота эпизиотомии уменьшилась в среднем всего на 1% (с 40% до 39%).

Метод родоразрешения, продолжительность родов, применение анестезии

В ходе обзора материалов доказательной базы по этим параметрам не найдено.

Исходы для плода и новорожденного

Перинатальная гипоксия-ишемия: В ходе обзора доказательной базы материалов по этому параметру не найдено.

Дополнительные соображения

Результаты систематического обзора по доказательной базе по вмешательствам в рамках RMC получены на основании исследований, проводимых исключительно в Африке, и не могут быть экстраполированы на другие регионы.

Ценности

Обзор качественных исследований (28) по вмешательствам RMC включал 67 качественных исследований, проведенных в 32 странах, включая страны Азии (7 стран), Африки к югу от Сахары (6), Европы (8), Латинской Америки (3), Океании (1), Северной Америки (2) и Среднего Востока и Северной Африки (5). В исследованиях сообщалось об опыте женщин, членов их семей, различных медицинских работников и руководителей. В обзоре сделано заключение, что женщины высоко оценили практику RMC, и этот вывод был одинаковым для разных стран и учреждений (высокий уровень достоверности доказательств).

Результаты показывают, что женщины стабильно высоко оценивают практику родовспоможения, основанного на уважительном отношении к женщине; персонал, оказывающий помощь во время родов, указал на то, что практика RMC является важным компонентом обеспечения безопасности и качества помощи (высокий

уровень достоверности доказательств). Во всем мире взгляды женщин и медицинского персонала на то, что представляет собой RMC, также вполне совпадают. Заинтересованные стороны определили ключевые компоненты RMC: обеспечение защиты от причинения вреда и плохого обращения; соблюдение приватности и конфиденциальности; достойное обращение при оказании помощи; возможность получать информацию и поддержку в рамках информированного согласия; постоянная возможность обратиться за поддержкой к семье и сообществу; качественные условия и ресурсы; оказание помощи на основе принципа социальной справедливости; эффективная коммуникация; возможность выбора и принятия решений; наличие компетентных и мотивированных кадров и получение эффективной, действенной и непрерывной помощи.

Имеющиеся фактические данные показывают, что существует некоторая вариабельность в отношении относительной важности некоторых аспектов RMC. Например, женщины, проживающие в странах с высоким уровнем дохода, делают акцент на праве принимать решения и активное участие во время родов (умеренный уровень достоверности доказательств). Для сравнения, женщины из стран с низким уровнем дохода менее склонны требовать возможность выбора и личного принятия решений в процессе родов (умеренный уровень достоверности доказательств).

Ресурсы

Никаких доказательных данных не было найдено относительно стоимости или экономической эффективности вмешательств RMC.

Дополнительные соображения

Развивая политику продвижения RMC, необходимо ориентироваться на несколько областей RMC в контексте взаимодействия между женщинами и теми, кто оказывает медицинскую помощь, а также взаимодействия на уровне системы здравоохранения. Улучшение качества на уровне системы, вероятно, потребует дополнительных ресурсов для изменения поведения персонала. Это может включать в себя реструктуризацию программы профессиональной подготовки акушеров, медсестер и врачей, увеличение численности персонала, оказывающего

Таблица 3.1 Потребность в основных ресурсах для обеспечения уважительного отношения к женщине в процессе родовспоможения (RMC)

Ресурсы	Описание
Персонал	Достаточное число компетентных, подготовленных, подотчетных и должным образом оплачиваемых опытных акушеров, владеющих соответствующим набором навыков, работающих в мультидисциплинарных командах, которые способны обеспечить достойную и непрерывную помощь всем женщинам
Обучение	- Руководители медицинского учреждения: осведомлены и ориентированы на RMC, а также прошли подготовку по вопросам разработки и внедрения практики RMC - Персонал: регулярно проходит практическое обучение на рабочем месте по вопросам RMC для обеспечения эффективного родовспоможения на основе уважительного отношения к женщине, отвечающего социальным, культурным и коммуникационным потребностям женщин (культурная компетентность); проводится предварительная подготовка и ориентация новых сотрудников - Аутрич-работники: обучение эффективному взаимодействию с местным сообществом с особым вниманием к пожеланиям женщин и к предоставлению возможностей для взаимодействия представителей местного сообщества с руководством службы родовспоможения и сотрудниками, например, дни открытых дверей в медицинских учреждениях - Иное: ознакомительные занятия для пациенток и партнеров, присутствующих во время родов
Обеспечение	- Зафиксированные в письменной форме актуализированные стандарты и целевые ориентиры, определяющие четкие цели, оперативные планы и механизмы мониторинга внедрения RMC - Питание для персонала родильного отделения, например, закуски и напитки - Материалы по санитарному просвещению в доступном письменном или графическом формате и на языках сообществ, обслуживаемых медицинским учреждением - Стандартная форма информированного согласия - Информация (письменная или графическая, например, в виде листовок) для женщины и ее сопровождающего - Основные лекарственные средства, необходимые в процессе родовспоможения и рождения ребенка, доступные в любое время в достаточном количестве в родильном зале и зоне ухода за новорожденными
Оборудование	Основное необходимое оборудование при родовспоможении, доступное в любое время в достаточном количестве в родильном зале и зоне ухода за новорожденными
Инфраструктура	- Качественные условия пребывания: - Совместное пребывание — чтобы женщины и их дети могли оставаться вместе - Чистые, хорошо освещенные, хорошо вентилируемые зоны для родоразрешения и ухода за новорожденными, обеспечивающие приватность, надлежащим образом оборудованные и поддерживаемые в надлежащем состоянии - Непрерывное энергоснабжение в родильном зале и в зоне ухода за новорожденными - Чистые и доступные душевые для рожениц - Обеспечение питьевой водой и пункты гигиены рук с наличием мыла или геля для рук на спиртовой основе - Шторки, ширмы, перегородки и достаточное число коек - Удобства для присутствующих во время родов, включая личное пространство для женщины и ее компаньона во время родов - Аптека на территории и система управления запасами медикаментов и расходных материалов под началом квалифицированного фармацевта или провизора

Ресурсы	Описание
Надзор и мониторинг	■ Регулярное наблюдение со стороны руководителя родильного отделения или учреждения ■ Собрания персонала для обзора практики РМС ■ Легкодоступные способы подать обращение или жалобу руководству (например, ящик) для женщины, ее окружения и персонала ■ Создание механизмов ответственности и возмещения ущерба в случаях плохого обращения и нарушения прав ■ Создание процедур информированного согласия

медицинскую помощь, повышение заработной платы и уважение к персоналу, а также улучшение условий работы. Планировка родовых палат может представлять собой камень преткновения для реализации некоторых компонентов РМС (например, присутствие партнера во время родов) во многих учреждениях. Тем не менее, некоторые аспекты РМС, в частности, лежащие в плоскости межличностных отношений (например, улучшение общения, уважение выбора женщины в процессе родов, уменьшение вероятности физического насилия и словесных оскорблений, улучшение и обеспечение приватности и конфиденциальности), потребуют сравнительно немного ресурсов.

Социальная справедливость

Не найдено прямых доказательств влияния РМС на социальную справедливость. Однако косвенные доказательства из обзора качественных исследований по способствующим факторам и барьерам для проведения родов в учреждениях здравоохранения (8) указывают на то, что плохое и недостойное обращение со стороны медицинского персонала являются существенным барьером для использования акушерских стационаров в странах с низким и средним уровнями дохода (высокий уровень достоверности доказательств). Это говорит о том, что плохое обращение способствует несправедливости в отношении здоровья при родовспоможении в условиях медицинского учреждения.

Дальнейшие косвенные доказательства из обзора качественных исследований по РМС (28) указывают на то, что уважение к культуре, ценностям и убеждениям каждой женщины и местного сообщества важны для женщин (высокий уровень достоверности доказательств). Доказательства также указывают на то,

что обеспечение одинакового стандарта родовспоможения для всех, независимо от возраста, этнической принадлежности, расы, сексуальной ориентации, религии, социально-экономического статуса, ВИЧ-статуса, языка или других характеристик, также важно для женщин (умеренный уровень достоверности доказательств).

Несправедливость может возникнуть в результате осуждающего отношения со стороны медицинского персонала; оказания женщине помощи без каких бы то ни было оценочных суждений может быть важным аспектом обеспечения принципа социальной справедливости (низкий уровень достоверности доказательств).

Дополнительные соображения

Политика РМС разработана в соответствии с общими принципами *Технического руководства по вопросам применения правозащитного подхода при осуществлении политики и программ, направленных на сокращение масштабов предотвратимой материнской смертности и заболеваемости Совета по правам человека ООН 2012 года* (39), как указано в утверждениях, представленных во Вставке 3.1.

Приемлемость

Результаты обзора качественных исследований (28) указывают на то, что женщины в разных странах и условиях ценят РМС (высокий уровень достоверности доказательств). Заинтересованные стороны (включая женщин, медицинский персонал и руководителей) подчеркнули теоретическую важность обеспечения РМС для всех женщин. Результаты обзора также предполагают, что усилия по обеспечению или повышению качества РМС могут быть приемлемыми для учреждений здравоохранения (высокий уровень достоверности доказательств). Тем не менее, в условиях ограниченных ресурсов

ВСТАВКА 3.1**Отдельные принципы Совета по правам человека ООН, указывающие на поддержку политики RMC**

- Правозащитный подход – это подход к здоровью, а не к отдельным патологиям; он строится на предпосылке необходимости создать для женщин возможности отстаивать свои права, а не только избежать смерти или заболевания.
- Необходимы меры для решения проблемы социальных детерминантов состояния здоровья женщин, которые оказывают воздействие на реализацию гражданских, политических, экономических, социальных и культурных прав. (Это включает гендерную дискриминацию и разделение по национальности, расе, касте, национальному происхождению и другим основаниям.)
- Права человека требуют «уделения особого внимания уязвимым или социально отчужденным группам».
- Применение правозащитного подхода в области сокращения материнской смертности и заболеваемости зависит от наличия социально справедливой, а также эффективной системы здравоохранения.
- Процесс разработки, организации и координации компонентов системы здравоохранения должен ориентироваться на основополагающие принципы прав человека, включая недискриминацию и равенство, транспарентность, участие и подотчетность.
- Обеспечение права женщин на сексуальное и репродуктивное здоровье требует соблюдения определенных требований, касающихся медицинских учреждений, продуктов и услуг.
- Государствам следует использовать «в максимальных пределах имеющиеся ресурсы» для все более полной реализации экономических, социальных и культурных прав; если нехватка ресурсов не позволяет государству обеспечить безотлагательное осуществление прав женщины на сексуальное и репродуктивное здоровье, государство должно продемонстрировать, что оно использовало все имеющиеся в его распоряжении ресурсы, для обеспечения этого в приоритетном порядке.

Источник: Организация Объединенных Наций, 2012 (39).

медицинский персонал считает, что RMC может увеличить рабочую нагрузку и сократить возможность оказания качественной помощи всем женщинам. Например, они считают, что в рамках RMC может потребоваться уделять больше времени отдельным женщинам в ущерб другим, что может поставить под угрозу оказание помощи женщинам, оставшимся без внимания. Таким образом, приемлемость среди медицинского персонала может варьироваться в зависимости от наличия времени и конкретного вмешательства в рамках RMC. В обзоре приводится недостаточно доказательств приемлемости конкретных вмешательств в рамках RMC, которые были реализованы.

Дополнительные соображения

Плохое обращение с женщинами во время родов зачастую связано с существующими социальными нормами, и в некоторых случаях

может рассматриваться медицинскими работниками и другими заинтересованными сторонами как приемлемое обращение (40–42).

Выполнимость

Фактические данные из обзора качественных исследований (28) предполагают, что большинство медработников хотели бы оказывать ориентированные на потребности женщины услуги с уважением к пациентке и ее чувству собственного достоинства, но могут оказаться не в силах сделать это из-за нехватки ресурсов (высокий уровень достоверности доказательств). Что касается некоторых аспектов RMC, таких, как улучшение условий пребывания и обеспечение достаточной численности обученного персонала, то вероятно, это потребует больших ресурсов, соответственно, выполнимость этих аспектов может быть лимитирована ограниченностью ресурсов. Таким образом, наиболее вероятным

представляется введение практики RMC в учреждениях с наличием соответствующих ресурсов. Тем не менее, тот факт, что все пять исследований, демонстрирующих влияние политики RMC (38), проводились в условиях ограниченных ресурсов, подразумевает, что эти мероприятия выполнимы, если уважительное отношение к женщине в процессе родовспоможения является приоритетной задачей стратегии здравоохранения.

Дополнительные соображения

В то время, как RMC может положительно оцениваться заинтересованными сторонами в общем смысле, изменение культурных норм и установившихся моделей поведения в здравоохранении зачастую является задачей сложной, особенно в условиях, где плохое обращение с женщинами во время родов считается социально приемлемой нормой (40–42).

Таблица 3.2 Резюме суждений: вмешательства, направленные на организацию родовспоможения на основе уважительного отношения к женщине (RMC), в сравнении с отсутствием вмешательств

Желательные эффекты	– неизвестно	– варьируются		– незначительные	– небольшие	– умеренные	✓ значительные
Нежелательные эффекты	– неизвестно	– варьируются		– значительные	– умеренные	– небольшие	✓ незначительные
Уровень достоверности доказательств	– нет включенных исследований			– очень низкий	✓ низкий	– умеренный	– высокий
Ценности				– значимая неопределенность или вариабельность	– возможна значимая неопределенность или вариабельность	✓ вероятно, нет значимой неопределенности или вариабельности	– нет значимой неопределенности или вариабельности
Баланс эффектов	– неизвестно	– варьируется	– за обычную помощь	– вероятно, за отсутствие вмешательств RMC	– неопределенность в отношении проведения или отсутствия вмешательств RMC	– вероятно, за проведение вмешательств RMC	✓ за проведение вмешательств RMC
Требуемые ресурсы	✓ неизвестно	– варьируются	– высокие затраты	– умеренные затраты	– незначительные затраты или экономия	– умеренная экономия	– существенная экономия
Уровень достоверности доказательств по необходимым ресурсам	✓ нет включенных исследований			– очень низкий	– низкий	– умеренный	– высокий
Рентабельность	✓ неизвестно	– варьируется	– за обычную помощь	– вероятно, за отсутствие вмешательств RMC	– неопределенность в отношении проведения или отсутствия вмешательств RMC	– вероятно, за проведение вмешательств RMC	– за проведение вмешательств RMC
Социальная справедливость	– неизвестно	– варьируется	– снижение	– вероятно снижение	– вероятно отсутствие влияния	✓ вероятно повышение	– повышение
Приемлемость	– неизвестно	✓ варьируется		– нет	– вероятно, нет	– вероятно, да	– да
Выполнимость	– неизвестно	✓ варьируется		– нет	– вероятно, нет	– вероятно, да	– да

РЕКОМЕНДАЦИЯ 2

Рекомендуется эффективное общение между роженицей и медицинским персоналом, оказывающим помощь во время родов, с применением простых и культурно приемлемых способов. (Рекомендуется)

Примечания

- В отсутствии стандартного определения «эффективной коммуникации» ГРР согласилась, что эффективное общение между персоналом родильного отделения и роженицами во время родов включает, как минимум, следующее:
 - представляться женщине и ее сопровождающим и обращаться к женщине по имени;
 - предоставлять женщине и ее семье необходимую информацию в ясной и краткой форме (на языке, на котором говорит женщина и ее семья), избегая специальной медицинской терминологии и, при необходимости, используя рисунки и графические материалы для обсуждения процессов или процедур;
 - уважать и удовлетворять потребности и предпочтения женщины и доброжелательно отвечать на вопросы женщины;
 - удовлетворять эмоциональные потребности женщины путем выражения сочувствия и сострадания посредством поощрения, похвалы, ободрения и активного слушания;
 - показывать, что у женщины есть выбор, и гарантировать, что ее выбор будет поддержан;
 - объяснить суть процедуры женщине, получить от женщины устное или, при необходимости, письменное информированное согласие на исследование малого таза и другие процедуры;
 - поощрять женщину к выражению ее потребностей и предпочтений и регулярно информировать ее и ее семью о том, что происходит, и уточнять, есть ли у них вопросы;
 - обеспечить приватность и конфиденциальность в любое время;
 - осведомить женщину об имеющихся механизмах рассмотрения жалоб;
 - взаимодействовать с выбранным женщиной присутствующим на ее родах компаньоном, чтобы четко объяснить, каким образом нужно поддерживать женщину во время родов и рождения ребенка;
- Системы здравоохранения должны обеспечить подготовку персонала акушерских стационаров в соответствии с национальными стандартами по развитию навыков межличностного общения и консультирования.

Резюме доказательств и соображений**Эффекты вмешательств (ДБ, Табл. 3.1.2)**

Доказательства влияния эффективного общения на результаты родов взяты из систематического обзора исследований со смешанными методами (43). Чтобы ответить на вопрос руководства, авторы обзора предварительно рассмотрели вмешательства, направленные на улучшение коммуникации между персоналом родильного отделения и женщинами (включая использование обучающих санитарно-просветительных материалов, пособий по выполнению манипуляций, подготовку персонала по вопросам межличностной коммуникации

и консультированию) с точки зрения их влияния на исходы родов. В обзор были включены два РКИ: пошаговое кластерное РКИ, проведенное в Сирийской Арабской Республике (44), и субанализ РКИ, проведенного в Соединенном Королевстве (45). В исследовании в Сирийской Арабской Республике оценивалось влияние вмешательства по улучшению навыков общения врачей-ординаторов на удовлетворенность женщин умением врачей общаться во время родов. В исследовании, проведенном в Соединенном Королевстве, оценивалось влияние тренинга с участием пациента-актера на восприятие помощи со стороны врачей и акушеров во время смоделированных акушерских непредвиденных ситуаций.

В исследовании, проведенном в Сирийской Арабской Республике, оценивалась специально разработанная программа обучения навыкам общения для всех врачей-ординаторов в четырех больницах (137 врачей), которая охватывала характеристики и принципы эффективного общения, навыки преодоления барьеров для эффективной коммуникации и взаимодействия с пациентками. Результаты оценивались среди 2 000 женщин, родивших живого ребенка. Основным исходом стала удовлетворенность женщин межличностным общением и навыками общения врачей во время родов и при рождении ребенка, оцененная через две недели после родов с использованием модифицированной версии шкалы удовлетворенности пациента общением с доктором (MISS-21). Вторичные исходы включали в себя документально подтвержденное коммуникативное поведение врачей с использованием списка вопросов наблюдателей, причем оценка проводилась через две или три недели после проведения тренинга.

В исследовании, проведенном в Соединенном Королевстве, 140 акушерок и врачей были случайным образом распределены в одну из четырех групп обучения, где моделировались экстренные акушерские ситуации: однодневный курс в местной больнице, однодневный курс в симуляционном центре, двухдневный курс с обучением командной работе в местной больнице или двухдневный курс с обучением командной работе в местном симуляционном центре. Программа обучения включала в себя лекции, видеоролики и упражнения для демонстрации командной работы. До и после обучения участникам предлагалось решить три стандартные смоделированные ситуации, требующие неотложной акушерской помощи (эклампсия, послеродовое кровотечение и дистония плечиков) в родовой палате в своей больнице. Оценка исходов включала в себя качество медицинской помощи в аспекте коммуникации, безопасности и уважительного отношения в трех смоделированных неотложных ситуациях через три недели после тренинга. Пятибалльная шкала Лайкерта использовалась пациентами-актерами для ответа на такие утверждения как: «Я чувствовал, что хорошо информирован благодаря отличной коммуникации». В роли пациентов-актеров в этом исследовании выступили опытные акушерки, которые не знали о распределении по группам.

Сравнение: эффективное общение медицинского персонала и обычная практика

Первое исследование (44), проведенное в Сирийской Арабской Республике, продемонстрировало отсутствие различий или незначительные различия в степени удовлетворенности женщин (доказательства очень низкого уровня достоверности). Выводы, связанные с мнением женщин об общении врача с ними во время родов по конкретным аспектам (например, представился ли врач перед проведением медицинского осмотра? Поздоровался ли? Смотрел ли на вас врач, когда разговаривал с вами?) были одинаковыми во всех исследуемых группах. Получены доказательства очень низкого уровня достоверности того, что баллы по контрольному листу были аналогичны до и после проведения обучения (сравнение коммуникативного поведения врачей до и после проведения обучения).

Второе исследование (45), проведенное в Соединенном Королевстве, продемонстрировало доказательства очень низкого уровня достоверности следующих исходов при реализации сценария послеродового кровотечения: улучшение восприятия пациентами-актерами помощи после проведения тренинга среди врачей по решению трех неотложных акушерских ситуаций как при оказании помощи междисциплинарной командой, так и отдельным медработником; а обучение бригад в местной больнице может привести к лучшему восприятию помощи пациентами-актерами в отношении безопасности и коммуникации по сравнению с тренингом в симуляционном центре. Для сценария эклампсии фактические данные очень низкого уровня достоверности свидетельствуют об отсутствии различий или очень несущественных различиях в восприятии помощи пациентами-актерами, связанной с общением. В случае дистонии плечиков очень низкий уровень достоверности доказательств по оценке помощи отдельными медицинскими работниками также не указывает на улучшение коммуникации с пациентом-актером после обучения в местной больнице.

В том же исследовании оценивалось, влияет ли обучение работе в команде в дополнение к клиническому тренингу по трем неотложным акушерским ситуациям на восприятие оказания помощи (посредством использования пациентов-актеров) в аспекте

коммуникации. Командный тренинг состоял из однодневного курса, включая лекции, видеоролики и неклинические упражнения, которые подчеркивали важность эффективного общения между членами многопрофильной команды. Фактические данные очень низкого уровня достоверности свидетельствуют о том, что различия очень незначительны или вовсе отсутствуют в восприятии помощи в аспекте коммуникации в любой из моделируемых акушерских ситуаций, когда командный тренинг проводился в дополнение к клиническому обучению.

Дополнительные соображения

В обзоре не было обнаружено никаких доказательств относительно других исходов для матери и плода и для новорожденного для решения предварительно определенных вопросов руководства.

Ценности

Результаты обзора качественных исследований относительно того, что имеет значение для женщин во время родов (23), указывают, что большинство женщин, особенно те, которые рожают впервые, опасаются родов, неблагоприятных исходов и определенных медицинских вмешательств и очень ценят поддержку и одобрение со стороны медицинских работников, которые внимательны к их потребностям (высокий уровень достоверности доказательств). В случае, если проведение вмешательства необходимо, большинство женщин хотело бы получать соответствующую информацию от компетентного медицинского персонала в доступной и понятной форме (высокий уровень достоверности доказательств). Результаты другого обзора качественных доказательств (28), который посвящен RMC, указывают на то, что женщины неизменно предпочитают и ценят эффективное общение как один из ключевых компонентов RMC (высокий уровень достоверности).

Ресурсы

Нет научных данных о стоимости или эффективности затрат на вмешательства, направленные на развитие навыков эффективной коммуникации.

Дополнительные соображения

Мероприятия, направленные на улучшение коммуникации, вероятно, окажутся

рентабельны, если приведут к повышению качества оказания помощи женщинам, сократят вероятность медицинских вмешательств и улучшат исходы родов; однако, прямых доказательств их воздействия найдено недостаточно. Основные расходы, связанные с вмешательствами, улучшающими коммуникации во время родов, при рождении ребенка и в раннем послеродовом периоде, связаны с подготовкой персонала акушерского стационара, которая может проводиться до начала работы и на рабочем месте. Для этого требуются ресурсы, поскольку обучение и поддержка поведенческих изменений среди медицинских работников могут потребовать применения различных подходов, включая лекции, семинары и индивидуальные тренинги. Постоянное клиническое обучение также потребует ресурсов для обеспечения непрерывного развития и обновления практики. С точки зрения женщин и их семей потребности в ресурсах, связанные с мероприятиями по эффективному общению, вероятно, будут незначительными.

Социальная справедливость

Нет прямых доказательств о влиянии мероприятий, направленных на улучшение коммуникации, на обеспечение социальной справедливости. Косвенные доказательства из обзора качественных исследований по барьерам и мерам, препятствующим или способствующим проведению родов в акушерском стационаре, указывает на то, что субъективно воспринимаемое низкое качество медицинской помощи, вероятно, является существенным барьером для женщин в странах с низким и средним уровнями дохода (высокий уровень достоверности доказательств) (8). Плохое или оскорбительное общение со стороны медицинского работника может влиять на решение о том, где рожать в следующий раз (8) и еще больше подрывает обеспечение принципа социальной справедливости в случае, когда оно вынуждает женщин из социально отчужденных групп населения отказаться от родов в медицинских учреждениях, особенно в странах с низким и средним уровнями дохода.

Эффективное общение со стороны медицинских работников с женщинами и их семьями может помочь женщинам почувствовать себя информированными и дать возможность женщинам из уязвимых групп заявлять о помощи, которую они получают.

Таблица 3.3 Потребность в основных ресурсах для обеспечения эффективного общения

Ресурсы	Описание
Персонал	Достаточная численность квалифицированных акушеров, владеющих соответствующим перечнем навыков, работающих в междисциплинарных командах, и обученных кураторов
Обучение	- Учебные программы в рамках базового дипломного образования и обучение на рабочем месте, которые включают обучение навыкам общения в родах и при рождении ребенка с учетом социальных, культурных и языковых потребностей женщин - Разработка или адаптация стратегий обучения для стимулирования, поддержания и оценки навыков общения персонала акушерских стационаров при оказании помощи в родах - Регулярное обучение на рабочем месте коммуникации во время родов
Обеспечение	Материалы или инструменты санитарного просвещения для четкого объяснения процесса течения родов женщине и выбранному ею компаньону во время родов (например, график раскрытия шейки матки на 0–10 см с пиктограммами)
Оборудование	- Не требуется специального оборудования - Некоторые инструменты для принятия решений могут быть полезны (например, электронные инструменты) - Варьируется в зависимости от типа и содержания обучения
Инфраструктура	Учебные базы для поддержки и развития навыков и компетенций эффективной коммуникации
Надзор и мониторинг	- Охват всего медицинского персонала, обеспечивающего оказание помощи роженицам, тренингами по развитию навыков коммуникации - Регулярный мониторинг и контроль с обратной связью и поддержкой персонала со стороны руководства родильного отделений и всего медицинского учреждения - Регулярные междисциплинарные встречи для обсуждения и рассмотрения подходов к улучшению общения с женщинами во время родов

Приемлемость

Из систематического обзора исследований со смешанными методами (43) не было получено прямых доказательств приемлемости вмешательств коммуникативной направленности во время родов. Тем не менее, выводы из качественного систематического обзора мнения женщин и опыта получения помощи во время родов (26) показывают, что женщины ценят общение в различных формах, в том числе подбадривание со стороны персонала для уменьшения беспокойства, внимательное слушание, чтобы удовлетворить выбор и потребности женщины, сочувствие, чтобы установить доверительный контакт и обеспечить понимание (высокий уровень достоверности доказательств).

Выводы о мнениях медицинских работников одного из исследований, включенного в обзор исследований со смешанными методами, проведенного в Сирийской Арабской Республике (44), предполагают приемлемость посещения тренингов специалистами здравоохранения для повышения квалификации и навыков общения и их положительную оценку (очень низкий уровень достоверности доказательств).

Выполнимость

И вновь, результаты одного исследования (44) из обзора исследований со смешанными методами предполагают, что может существовать несколько барьеров для реализации мероприятий по улучшению коммуникативных навыков медицинских работников, посещающих учебные семинары, в том числе нехватка времени, нагрузка и рутинная работа в больнице (очень низкий уровень достоверности доказательств). Низкий социальный статус женщин, тип учреждения и культурные особенности менталитета персонала по отношению к женщинам также могут повлиять на выполнимость вмешательств (очень низкий уровень достоверности). Фактические данные из качественного систематического обзора по изучению мнения медицинских работников и опыта оказания помощи во время родов (26) предполагают, что нехватка времени и высокая рабочая нагрузка иногда ограничивают их возможность общаться с женщинами в чуткой и доброжелательной манере, которую так хотят видеть женщины (высокий уровень достоверности).

Дополнительные соображения

В обзоре исследований со смешанными методами (43) в обоих исследованиях обучающие мероприятия были проведены и оценены в течение относительно короткого временного промежутка (около трех недель), и в дальнейшем необходимо озаботиться такими вопросами, как организовать подготовку, мониторинг и поддержание целевых результатов обучения эффективной коммуникации и как много времени потребуется, чтобы «внедрить» изменения в практику.

Полученные данные свидетельствуют о том, что без необходимых изменений системы — особенно в условиях большого числа пациентов, нехватки кадровых ресурсов и отсутствия командной работы — внедрение коммуникативных вмешательств во время родов и рождения ребенка может оказаться невозможным в долгосрочной перспективе.

Культурологические установки по отношению к женщинам, особенно к маргинализированным женщинам, также могут оказывать важное влияние на то, поддерживаются ли вмешательства коммуникативной направленности.

Таблица 3.4 Резюме суждений: вмешательства по эффективному общению по сравнению с их отсутствием

Желательные эффекты	✓ неизвестно	– варьируются		– незначительные	– небольшие	– умеренные	– значительные
Нежелательные эффекты	✓ неизвестно	– варьируются		– значительные	– умеренные	– небольшие	– незначительные
Уровень достоверности доказательств	– нет включенных исследований			✓ очень низкий	– низкий	– умеренный	– высокий
Ценности				– значимая неопределенность или вариабельность	– возможна значимая неопределенность или вариабельность	✓ вероятно, нет значимой неопределенности или вариабельности	– нет значимой неопределенности или вариабельности
Баланс эффектов	– неизвестно	– варьируется	– за обычную помощь	– вероятно, за отсутствие вмешательств	✓ неопределенность в отношении проведения или отсутствия вмешательств	– вероятно, за проведение вмешательств	– за проведение вмешательств
Требуемые ресурсы	✓ неизвестно	– варьируются	– высокие затраты	– умеренные затраты	– незначительные затраты или экономия	– умеренная экономия	– существенная экономия
Уровень достоверности доказательств по необходимым ресурсам	✓ нет включенных исследований			– очень низкий	– низкий	– умеренный	– высокий
Рентабельность	✓ неизвестно	– варьируется	– за обычную помощь	– вероятно, за отсутствие вмешательства	– неопределенность в отношении проведения или отсутствия вмешательств	– вероятно, за проведение вмешательств	– за проведение вмешательств
Социальная справедливость	– неизвестно	– варьируется	– снижение	– вероятно снижение	– вероятно отсутствие влияния	✓ вероятно повышение	– повышение
Приемлемость	– неизвестно	– варьируется		– нет	– вероятно, нет	✓ вероятно, да	– да
Выполнимость	– неизвестно	✓ варьируется		– нет	– вероятно, нет	– вероятно, да	– да

3.1.3 Присутствие партнера во время родов и рождения ребенка

РЕКОМЕНДАЦИЯ 3

Присутствие партнера во время родов рекомендуется для всех женщин. *(Рекомендуется)*

Примечания

- Компаньоном в этом контексте может быть любой человек, выбранный женщиной, который будет ее постоянно поддерживать во время родов. Это может быть кто-то из членов семьи женщины или ее социума, например, ее супруг или партнер, подруга или родственница, член сообщества (например, женщина — лидер общины, медицинский работник или традиционная акушерка) или доула (т.е. женщина, которая прошла обучение по оказанию поддержки во время родов, но не входит в состав персонала медицинского учреждения).
- Члены ГРР обсудили вопросы приватности, культурных предпочтений и использования ресурсов, недостаток которых часто выступал в качестве препятствия для реализации этого вмешательства, и согласились с тем, что простые меры, позволяющие женщинам-родственницам поддерживать женщин во время родов, можно использовать как рентабельные и учитывающие культурные особенности способы решения этих проблем. Если присутствие во время родов реализуется в условиях, когда в палатах имеется более одной койки, следует позаботиться о том, чтобы личное пространство и право на приватность каждой женщины были соблюдены (например, за счет постоянного использования перегородок или шторок).
- ГРР отметила, что страны и политики часто не хотят внедрять это вмешательство в практику, несмотря на наличие подтверждающих доказательств, которые уже доступны в течение многих лет, хотя это вмешательство является стандартной практикой в частных организациях. Группа согласилась с необходимостью дополнительных усилий, необходимых для поощрения потенциальных исполнителей на различных уровнях оказания медицинской помощи во время родов к внедрению этого вмешательства.
- Важно уважать желания женщин, в том числе и тех, кто предпочитает не приглашать компаньона присутствовать во время своих родов.
- Женщинам из социально отчужденных или уязвимых групп населения может быть нелегко найти компаньона для поддержки во время родов, или если женщины живут далеко от медицинских учреждений, или если присутствующий во время родов требует оплаты. Учреждениям здравоохранения необходимо принять это во внимание и продумать возможности для обеспечения поддержки каждой женщине во время родов.
- Постоянное присутствие компаньона во время родов рекомендуется в ряде руководств ВОЗ, включая *Рекомендации ВОЗ: оптимизация роли работников здравоохранения в целях улучшения доступа к ключевым мероприятиям в области охраны здоровья матерей и новорожденных посредством перераспределения обязанностей (34)*, *WHO recommendations for augmentation of labour (46)* и *WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health (47)*.

Резюме доказательств и соображений

Эффекты вмешательств (ДБ, Табл. 3.1.3)

Доказательства по этой рекомендации были получены из Кокрейновского систематического обзора, в котором проанализированы 26 исследований с участием 15 858 женщин (22). Исследования проводились в Австралии, Бельгии, Ботсване, Бразилии, Гватемале, Греции, Иране (Исламская Республика), Канаде, Мексике, Нигерии, США, Таиланде,

Турции, Финляндии, Франции, Чили, Швеции и Южной Африке. В большинство исследований женщины включались с момента поступления в акушерский стационар на роды (20). В 15 исследованиях в учреждениях обычно не разрешалось кому-либо присутствовать во время родов, в то время как в 11 исследованиях женщин можно было сопровождать во время родов партнеру или членам семьи. Меры по поддержке во время родов в исследованиях

были очень схожими — включали утешительные прикосновения, похвалу и поощрение — и обычно они продолжались в течение родов. Эпидуральная анестезия была доступна женщинам в 14 исследованиях, не применялась в восьми исследованиях, и в четырех исследованиях об использовании анестезии ничего не известно.

Сравнение: присутствие партнера во время родов и при рождении ребенка по сравнению с обычной практикой.

Исходы для матери

Метод родоразрешения: доказательства низкого уровня достоверности свидетельствуют о том, что присутствие партнера во время родов может увеличить частоту спонтанных вагинальных родов (через естественные родовые пути) (21 исследование, 14 369 женщин — ОР 1,08, 95% ДИ 1,04–1,12; абсолютный эффект: увеличение частоты на 54 на 1000 (увеличение в диапазоне от 27 до 81) и уменьшение частоты операции кесарева сечения (24 исследования, 15 347 женщин, ОР 0,75, 95% ДИ 0,64–0,88; абсолютный эффект: уменьшение частоты на 36 на 1000 (уменьшение в диапазоне от 17 до 52)). Анализ подгруппы по типу присутствующего во время родов человека предполагает, что поддержка людей, которые «не являются персоналом больницы и не выбраны женщиной» может оказать наибольший эффект (спонтанные вагинальные роды: ОР 1,15, 95% ДИ 1,05–1,26; и операция кесарева сечения: ОР 0,61, 95% ДИ 0,45–0,83).

Фактические данные низкого уровня достоверности свидетельствуют также о том, что присутствие во время родов может уменьшить частоту инструментальных вагинальных родов (19 исследований, 14 118 женщин, ОР 0,90, 95% ДИ 0,85–0,96; абсолютный эффект: уменьшение на 20 на 1000 (уменьшение в диапазоне от 8 до 30)). В обзоре не проводился анализ подгрупп по типу человека, присутствующего во время родов, в отношении данного исхода.

Травма промежности: доказательства умеренного уровня достоверности предполагают, что присутствие партнера во время родов и при рождении ребенка, вероятно, не имеет большого значения или не имеет никакого значения в отношении травмы промежности (эпизиотомия или разрывы промежности) (4 исследования, 8 120 женщин, ОР 0,97, 95% ДИ 0,92–1,01).

Продолжительность родов: доказательства умеренного уровня достоверности предполагают, что присутствие партнера во время родов, вероятно, сокращает продолжительность родов (13 исследований, 5 429 женщин, разность средних (РС) — на 0,69 часа короче, 95% ДИ 0,34–1,04).

Использование обезболивания:

доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что присутствие партнера во время родов может уменьшить использование любого типа обезболивания (15 исследований, 12 433 женщины, ОР 0,90, 95% ДИ 0,84–0,96; абсолютный эффект: на 75 меньше на 1000 (уменьшение в диапазоне от 30 до 120)). Выводы по подгруппам предполагают, что различия незначительны или различий нет в отношении данного исхода в связи с типом человека, присутствующего во время родов. Доказательства низкого уровня достоверности также предполагают, что присутствие во время родов и при рождении ребенка может уменьшить использование эпидуральной анестезии в учреждениях, где она используется (9 исследований, 11 444 женщины, ОР 0,93, 95% ДИ 0,88–0,99; абсолютный эффект: на 48 меньше на 1000 (от 7 до 83)).

Стимуляция родовой деятельности:

доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что присутствие во время родов и при рождении ребенка может оказывать незначительное влияние или вообще не влиять на стимуляцию родовой деятельности с помощью синтетического окситоцина (17 исследований, 12 833 женщины, ОР 0,97, 95% ДИ 0,91–1,03). Результаты по подгруппам предполагают, что этот эффект может не изменяться в зависимости от типа человека, присутствующего во время родов.

Опыт родов: доказательства умеренного уровня достоверности предполагают, что присутствие во время родов и при рождении ребенка, вероятно, снижает частоту негативного восприятия опыта родов (11 исследований, 11 133 женщины, ОР 0,69, 95% ДИ 0,59–0,79; абсолютный эффект: меньше на 55 на 1000 (от 37 до 73)). Различия по подгруппам показывают, что этот эффект является наибольшим, когда присутствующий во время родов не является кем-то из персонала больницы, независимо от того, был ли этот человек выбран женщиной или нет.

Доказательства умеренного уровня достоверности свидетельствуют о том, что

присутствие во время родов и при рождении ребенка, вероятно, мало влияет или не влияет на восприятие сильной боли, о которой сообщали женщины в послеродовом периоде (4 исследования, 2 456 женщин, ОР 1,00, 95% ДИ 0,83–1,21). Фактические данные низкого уровня достоверности свидетельствуют о том, что присутствие во время родов может уменьшить послеродовую депрессию в случае, когда присутствующий человек не является сотрудником больницы и не был выбран женщиной (1 исследование, 159 женщин, ОР 0,17, 95% ДИ 0,09–0,33). Тем не менее, фактические данные умеренного уровня достоверности свидетельствуют о том, что в случае, когда присутствующий во время родов является кем-то из персонала больницы, то присутствие во время родов, скорее всего, совсем не влияет или мало влияет на этот исход (1 исследование, 5 571 женщина, ОР 0,86, 95% ДИ 0,73–1,02). Данные о послеродовой депрессии не были объединены из-за значимого несоответствия данных двух исследований.

Исходы для плода и новорожденного

Перинатальная гипоксия-ишемия:

Факты умеренного уровня достоверности свидетельствуют о том, что присутствие во время родов и при рождении ребенка, вероятно, повышают низкие баллы по шкале Апгар на 5-й минуте (14 исследований, 12 615 детей, ОР 0,62, 95% ДИ 0,46–0,85; абсолютный эффект: на 6 баллов выше на 1000 (от 2 до 9)).

Отдаленные неблагоприятные исходы для матери и ребенка: фактические данные низкого уровня достоверности свидетельствуют о том, что присутствие во время родов мало влияет или вовсе не влияет на частоту грудного вскармливания, исключительного или нет (4 исследования, 5 584 ребенка, ОР 1,05, 95% ДИ 0,96–1,16). Однако в случае, если присутствующий во время родов человек не является сотрудником больницы и не был выбран женщиной, то результаты по подгруппам показывают, что присутствие во время родов, вероятно, увеличивает частоту грудного вскармливания, исключительного или нет (3 исследования, 1 025 женщин, ОР 1,11, 95% ДИ 0,98–1,26).

Дополнительные соображения

Другие выводы по подгруппам предполагают, что благотворное влияние присутствия компаньона во время родов на некоторые исходы родов, в том числе сокращение частоты

операций кесарева сечения и «негативного опыта родов», может быть более выраженным в странах со средним уровнем дохода по сравнению со странами с высоким уровнем дохода и в учреждениях, где эпидуральная анестезия недоступна, кардиотокография (КТГ) не проводится рутинно, и где женщинам ранее не разрешалось приглашать сопровождающего присутствовать во время своих родов.

Хотя присутствие во время родов с момента поступления в родовую палату начали применять в большинстве включенных исследований, присутствие на более ранней стадии (например, дома или до поступления в родовую палату) может быть более эффективным, так как именно в это время многие женщины испытывают беспокойство о том, как справиться со схватками, когда поехать в больницу и относительно прочих вопросов.

Ценности

Выводы из обзора качественных исследований по изучению восприятия и опыта присутствия компаньона во время родов указывают на то, что женщины как из стран с низким и средним уровнями дохода, так и с высоким, ценят немедикаментозные меры в облегчении боли, которые оказывают присутствующие во время родов компаньоны, в том числе успокаивающие прикосновения («рука в руке», массаж и противодействие), техники дыхания и релаксации. Присутствующие во время родов также помогают женщинам принимать альтернативные позиции, чтобы облегчить боль, например, сидеть на корточках, сидеть на мяче и ходить. Некоторые женщины также находят облегчение в духовной поддержке, когда партнеры читают священные тексты или молятся (высокий уровень достоверности доказательств) (27).

Этот обзор также показал, что женщины как из стран с низким и средним, так и с высоким уровнями дохода ценят чувство контроля над течением родов и уверенности в способности самостоятельно родить. Результаты показывают, что присутствующие во время родов помогают женщинам почувствовать уверенность в себе и повысить свою самооценку, когда они хвалят и подкрепляют старания женщин, обеспечивают поддержку и подсказывают, как сохранить контроль и обеспечить, чтобы женщины осознанно делали свой выбор (умеренный уровень достоверности доказательств) (27).

Ресурсы

Нет данных о стоимости или экономической эффективности присутствия компаньона во время родов по странам с низким уровнем дохода. В условиях стран с высоким уровнем дохода (США), где доулы получают вознаграждение за свои услуги, исследование рентабельности показало потенциальную экономию средств при оказании помощи доулами за счет выплат вознаграждения доулам, в среднем, 986 долл. США за рождение ребенка и сокращения частоты преждевременных родов и операций кесарева сечения. Для сравнения, анализ эффективности присутствия во время родов волонтеров для поддержки рожениц из уязвимых групп населения в Соединенном Королевстве в 2015 году выявил существенно более высокие затраты на одно рождение (1862 фунта стерлингов) (48), в то время как число случаев операций кесарева сечения и эпидуральной анестезии, если они имели место, сократилось незначительно. Основные затраты в программе Соединенного Королевства составило предоставление услуг (в том числе: вознаграждение или заработная плата, помещение, оборудование и расходные материалы), наряду с другими затратами, в том числе на набор волонтеров, обучение (материалы, питание, уход за детьми) и транспортные расходы. Авторы предположили, что выплаты присутствующему во время родов волонтеру в регионах Соединенного Королевства можно начислять как минимальную заработную плату (около 8 фунтов стерлингов в час). Исследование о создании программы присутствия во время родов волонтеров из студентов медицинских училищ и членов местных сообществ в США показало, что стоимость запуска их программы была «минимальной» (49). В 2015 году в рамках программы взымали с волонтера 35 долл. США за прохождение учебного курса; в эту плату входит «сумка доулы», содержащая руководство, мяч для родов, блоки для йоги и различные одноразовые бытовые предметы, такие как лосьон и жевательная резинка.

Дополнительные соображения

Приведенные выше фактические данные свидетельствуют о том, что стоимость и экономическая эффективность присутствия волонтеров-компаньонов во время родов в странах с высоким уровнем дохода может значительно варьироваться, причем основные

расходы связаны с предоставлением услуг. Присутствие знакомых и родственников во время родов (члена семьи или подруги) может оказаться, в перспективе, относительно недорогим вмешательством с точки зрения медицинского учреждения, так как обычно они не несут расходы на оплату услуг компаньонов или их расходов на транспорт; тем не менее, расходы самого компаньона (транспортные расходы или потеря дохода присутствующего во время родов от других видов деятельности) могут оказаться препятствием для реализации этой идеи. Со стороны медицинского учреждения все равно будут затраты, связанные с инструктированием и обучением как родственников и друзей, так и доул, и с обеспечением соответствующей инфраструктуры (см. Табл. 3.5).

Количественные данные об эффективности присутствия компаньона во время родов предполагает, что оно может уменьшить частоту операций кесарева сечения на 25%, инструментальных вагинальных родов — на 10% и применения обезболивания — на 10%. Уменьшение частоты этих вмешательств может действительно привести к значительной экономии средств.

Социальная справедливость

В систематическом обзоре качественных исследований о восприятии и опыте присутствия компаньона во время родов изучалось, как женщины из групп меньшинств оценивали такой опыт. Женщины-иммигранты, беженки и женщины иностранного происхождения в странах с высоким уровнем дохода подчеркнули, что предпочитают присутствие во время родов людей из своего этнического, религиозного и культурного сообщества, которые прошли специальное обучение, поскольку женщинам важно получить компетентную помощь в соответствии со своими культурными представлениями. Присутствующие во время родов обеспечивали женщинам возможность задавать вопросы, выступали в качестве их защитников и гарантировали уважение к их традициям и обычаям. Когда женщины получали такую помощь, они чувствовали себя более уверенно и меньше ощущали себя «посторонними» в новом сообществе (низкий уровень достоверности доказательств) (27).

Фактические данные из обзора исследований по препятствующим и способствующим факторам проведению родов в медицинском учреждении

Таблица 3.5 Потребность в основных ресурсах для присутствия компаньона во время родов

Ресурсы	Описание
Заработная плата персонала	■ Инструктирование присутствующего во время родов компаньона, поддержка и взаимодействие
Обучение присутствующего во время родов компаньона	■ Подготовительное занятие для компаньонов по методам поддержки во время родов (например, два двухчасовых занятия для члена семьи или подруги (50), или одно- или двухдневный курс (49) или более длительный курс для подготовки волонтеров или доул) ■ Курсы повышения квалификации ■ Прочие расходы на обучение, включая транспортные расходы для участников и аренду помещения
Обеспечение	■ Информационные, образовательные и коммуникационные материалы по методам оказания поддержки ■ Поощрения ■ Меры по обеспечению личного пространства и конфиденциальности, включая ширмы и шторы
Время	■ Время компаньона для обучения и оказания помощи во время родов (например, смена 8-12 часов (49), оплачиваемая или неоплачиваемая)
Инфраструктура	■ Базовые условия для размещения компаньона, включая стул, место для переодевания, доступ в туалет ■ Приватное пространство для женщины и ее компаньона во время родов
Надзор и мониторинг	■ Создание в системе здравоохранения механизма регистрации, интеграции, координации и поддержки волонтеров и оплачиваемых присутствующих во время родов компаньонов (т.е. тех, кто не является членами семьи или друзьями)

показали, что отсутствие поддержки в виде присутствия компаньона во время родов, вероятно, является существенным барьером для родов в медицинском учреждении среди женщин из стран с низкими и средним уровнями дохода (умеренный уровень достоверности доказательств) (8). Политика учреждения, которая ограничивает участие членов семьи и традиционных помощников во время родов, как было показано в этом обзоре, вызывает опасения у многих женщин. В результате проведенного обзора выявлено четкое доказательство того, что предыдущий отрицательный опыт родов в медицинском учреждении препятствует выбору многих женщин рожать в медицинском учреждении в странах с низким и средним уровнями дохода (8).

Дополнительные соображения

Улучшение поддержки роженицам и поощрение решения женщины о присутствии компаньона во время родов является важным компонентом родовспоможения, основанного на уважительном отношении к женщине (RMC) и согласуется с правозащитным подходом (28, 39).

Результаты обзора качественных исследований восприятия и опыта родов с компаньоном (27) предполагают, что медицинские учреждения в странах с низким и средним уровнями дохода, которые обеспечивают общение женщин во время родов с членами семьи, друзьями или доулами из их сообщества, могут способствовать соблюдению принципа социальной справедливости: напрямую — через расширение прав и возможностей и защиту интересов, и косвенно — за счет увеличения числа женщин, рожаящих в акушерских стационарах. Социальную справедливость также можно увеличить, если присутствие во время родов уменьшит медикализацию родов (например, операции кесарева сечения, инструментальные вагинальные роды, использование эпидуральной анестезии) среди женщин в учреждениях с хорошим уровнем оснащения.

Во многих странах, особенно в странах с высоким уровнем дохода, женщины, которые хотят пригласить доулу на роды, платят за эти услуги в частном порядке (51). Расширение возможности присутствия во время родов компаньона по выбору женщин из уязвимых групп населения будет способствовать обеспечению принципа социальной справедливости.

Приемлемость

В систематическом обзоре качественных исследований восприятия и опыта присутствия компаньона во время родов изучались предпочтения женщин относительно того, кто именно будет присутствовать. Женщины, которые предпочитали присутствие компаньона во время родов, отмечали, что необходимо, чтобы выбранный человек был заботливым, сострадательным и заслуживающим доверия защитником. Женщины заявляли о разных предпочтениях в отношении желаемого компаньона, включая их мужей или партнера-мужчину, сестер, матерей, свекровей, доул или нескольких людей. Эти различия среди женщин, как между странами, так и внутри стран с высоким и низким и средним уровнями дохода, демонстрируют важность предоставления женщинам выбора партнера, присутствующего во время родов (высокий уровень достоверности доказательств) (27).

Выполнимость

В систематическом обзоре качественных исследований восприятия и опыта присутствия во время родов компаньона изучались факторы, препятствующие и способствующие реализации присутствия в разных условиях.

Лица, оказывающие медицинские услуги, женщины и партнеры-мужчины, в частности, в условиях стран с низким и средним уровнями дохода, отмечают ограниченность физического пространства в родовых палатах в качестве основного препятствия для присутствия во время родов, поскольку эта ситуация воспринимается как невозможность обеспечить приватность, и палаты будут переполненными. Родовые палаты зачастую имеют открытую планировку, только с занавеской для разделения кроватей. В некоторых случаях женщинам разрешали присутствие во время родов только лицу женского пола, чтобы обеспечить приватность другим женщинам в палате, таким образом, ограничивая выбор (высокий уровень достоверности доказательств) (27).

Кроме того, в учреждениях, где практиковалось присутствие во время родов, персонал часто не был обучен тому, как интегрировать этого человека в процесс помощи во время родов для оказания поддержки женщине. Это могло привести к конфликту между персоналом больницы, присутствующим компаньоном и роженицей, или создать ощущение, что компаньон или доула «мешают» (умеренный уровень достоверности доказательств) (27).

Таблица 3.6 Резюме суждений: присутствие компаньона во время родов по сравнению с обычной практикой

Жела- тельные эффекты	– неизвестно	– варьируются		– незначитель- ные	– небольшие	– умеренные	✓ значитель- ные
Нежела- тельные эффекты	– неизвестно	– варьируются		– значитель- ные	– умеренные	– небольшие	✓ незначитель- ные
Уровень достоверно- сти доказа- тельств	– нет включен- ных исследо- ваний			– очень низкий	– низкий	✓ умеренный	– высокий
Ценности				– значимая неопреде- ленность или вариабель- ность	– возможна значимая неопреде- ленность или вариабель- ность	✓ вероятно, нет значимой неопреде- ленности или вариабель- ности	– нет значимой неопреде- ленности или вариабель- ности
Баланс эффектов	– неизвестно	– варьируется	– за обычную практику	– вероятно, за обычную практику	– неопреде- ленность в отношении присутствия компаньона или обычной практики	– вероятно, за присутствие компаньона	✓ за присутствие компаньона
Требуемые ресурсы	– неизвестно	✓ варьируются	– высокие затраты	– умеренные затраты	– незначитель- ные затраты или экономия	– умеренная экономия	– существен- ная экономия
Уровень достовер- ности дока- зательств по необ- ходимым ресурсам	– нет включен- ных исследо- ваний			– очень низкий	✓ низкий	– умеренный	– высокий
Рентабель- ность	неизвестно	✓ варьируется	– за обычную практику	– вероятно, за обычную практику	– неопреде- ленность в отношении присутствия компаньона или обычной практики	– вероятно, за присутствие компаньона	– за присутствие компаньона
Социальная справедли- вость	– неизвестно	– варьируется	– снижение	– вероятно снижение	– вероятно отсутствие влияния	– вероятно повышение	✓ повышение
Приемле- мость	– неизвестно	– варьируется		– нет	– вероятно, нет	✓ вероятно, да	– да
Выполни- мость	– неизвестно	✓ варьируется		– нет	– вероятно, нет	– вероятно, да	– да

РЕКОМЕНДАЦИЯ 4

Рекомендуются модели, в рамках которых непрерывную помощь женщине на протяжении родов, дородового и послеродового периодов оказывает одна или несколько квалифицированных акушерок при наличии хорошо зарекомендовавших себя соответствующих программ. *(Рекомендуется в определенных ситуациях)*

Примечания

- Эта рекомендация интегрирована из *Рекомендаций ВОЗ по оказанию дородовой помощи для формирования положительного опыта беременности (35)*. Модели непрерывной помощи, оказываемой акушерками (MLCC), — это модели оказания помощи, при которых сертифицированная акушерка (акушерка, ведущая определенное число женщин) или небольшая группа сертифицированных акушерок (групповая акушерская практика) оказывают помощь женщине на протяжении дородового, родового и послеродового периодов, обеспечивая здоровые беременность и рождение ребенка и здоровые методы ухода за детьми.
- Модели MLCC представляют собой комплексные меры, и неясно, являются ли положительные результаты вмешательств следствием непосредственно непрерывного оказания помощи, или родовспоможения силами акушерки, или и того, и другого. Философия родовспоможения силами акушерки, присущая моделям MLCC, может быть, а может и не быть включена в стандартную акушерскую практику в других моделях оказания помощи. Организаторы здравоохранения в условиях отсутствия хорошо функционирующей акушерской службы, должны рассмотреть возможность внедрения этой модели только после увеличения числа (и повышения квалификации) практикующих акушерок. Кроме того, заинтересованные стороны могут рассмотреть способы оказания непрерывной помощи посредством других лиц, помимо акушерок, поскольку женщины ценят непрерывность ухода.
- Группа отметила, что при такой модели оказания помощи важно контролировать использование ресурсов, проблемы выгорания специалистов и рабочую нагрузку, чтобы решить, какие модели — одна акушерка или групповая практика — будут наиболее устойчивыми в конкретных условиях.
- MLCC требует наличия хорошо обученных акушерок достаточной численности, чтобы охватить каждую женщину, чтобы акушерка или небольшая группа акушерок (одних и тех же) наблюдали женщину на протяжении всей беременности и во время родов. В этой модели может потребоваться перераспределение ресурсов, чтобы в системе здравоохранения было достаточное число акушерок с приемлемой нагрузкой.
- Внедрение MLCC может привести к изменению роли и обязанностей акушерок, а также других медицинских работников, ранее отвечавших за оказание дородовой и послеродовой помощи. В этом случае реализация, вероятно, будет более эффективной, если вопрос будет обсужден со всеми заинтересованными сторонами с привлечением кадровой службы. В некоторых случаях консультации с профессиональными организациями на правительственном уровне также могут содействовать процессу реализации.
- Необходимо оценить потребность в дополнительном одномоментном или непрерывном обучении, а также обеспечить необходимое обучение в дальнейшем.
- Доказательства, подтверждающие эту рекомендацию, можно найти в исходном руководящем документе, доступном по ссылке: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255150/9789244549919-rus.pdf>

3.2 Первый период родов

3.2.1 Определения латентной и активной фаз первого периода родов

РЕКОМЕНДАЦИЯ 5

Рекомендуется применение указанных ниже определений латентной и активной фаз первого периода родов.

- Латентная фаза характеризуется болезненными сокращениями матки и варьируемыми изменениями цервикального канала, включая некоторую степень сглаживания шейки матки и медленно прогрессирующее раскрытие маточного зева до 5 см при первых и последующих родах. (Рекомендуется)
- Активная фаза характеризуется регулярными болезненными сокращениями матки, более выраженным сглаживанием шейки матки и более быстрым раскрытием маточного зева с 5 см до полного раскрытия для первых и последующих родов. (Рекомендуется)

Примечания

- ГРП признала, что «латентная первая стадия» или «латентная фаза» иногда описывается как «ранняя» или «пассивная» первая стадия. Тем не менее, группа выступила за продолжение использования терминов «латентная первая стадия» или «латентная фаза», поскольку это самая давняя и наиболее известная терминология, а введение нового термина может потребовать дополнительного обучения с минимальной добавленной ценностью или отсутствием таковой. Аналогичным образом, использование терминов «активная первая стадия» или «активная фаза» для описания периода ускоренного течения родов на первом этапе предпочтительнее других терминов, поскольку это «устоявшийся» термин.

Резюме доказательств и соображений

Определения латентной и активной фаз первого периода родов

Не найдено исследований, специально изучавших результаты родов, и основанных на использовании различных определений (дефиниций) фаз первого периода родов.

Доказательства в отношении определений наступления латентной и активной фаз первого периода родов были получены из трех систематических обзоров:

i) систематического обзора по определениям начала и характеристикам латентной и активной фаз первого периода родов среди здоровых рожавших спонтанно женщин, в контексте исследований и клинической практики, а также научных основ таких определений (14); ii) систематического обзора по продолжительности родов, в котором также оценивались определения фаз родов, (52) и iii) систематического обзора характера раскрытия шейки матки, в котором представлены доказательства относительно начала активной фазы родов в зависимости от порогового значения раскрытия шейки матки, с которого начинается быстрое прогрессирование раскрытия (53).

Первый обзор (14) включал 62 исследования, проведенных в 24 странах с низким, средним и высоким уровнями доходов: Австралии (1 исследование), Австрии (1), Бахрейне (1), Германии (6), Израиле (2), Индии (1), Иордании (1), Иране (Исламская Республика) (3), Ирландии (1), Италии (4), Канаде (1), Кувейте (1), Нигерии (4), Новой Зеландии (1), Норвегии (3), Пакистане (1), Республике Корея (2), Саудовской Аравии (1), США (22), Филиппинах (1), Франции (1), Швеции (1) и Южной Африке (2). Большинство исследований было опубликовано в период между 2005 и 2013 гг. Они включали ретроспективные когортные исследования (29), проспективные когортные исследования (18) и РКИ (7), в то время как в остальных исследованиях (8) были использованы другие методы: качественных данных, типа «случай-контроль», смешанные, или другие дизайны.

Второй систематический обзор (52) включал 37 исследований, проведенных в 17 странах с низким, средним и высоким уровнями доходов (Австралия, Германия, Египет, Израиль, Китай, Колумбия, Мьянма, Нигерия, Норвегия, Республика Корея, Соединенное Королевство, США, Тайвань [Китай], Уганда, Хорватия, Южная Африка, Япония) с участием более 200 тыс. женщин различных национальностей,

происхождения и социально-экономического статуса. Эти исследования в первую очередь оценивали продолжительность фаз и периодов родов среди женщин со спонтанными родами с низким риском развития осложнений (как считалось), и во вторую очередь оценивались определения фаз родов, примененные во включенных исследованиях.

Третий систематический обзор (53) включал семь наблюдательных исследований, проведенных в Китае (два исследования), Нигерии и Уганде (одно исследование в обеих странах), США (три исследования) и Японии (одно исследование). В исследованиях были представлены данные по 99 712 женщинам «низкого риска» со спонтанным началом родов, вагинальными родами, без неблагоприятных перинатальных исходов; оценивалось время, необходимое для раскрытия шейки матки сантиметр за сантиметром в первой стадии родов, и соответствующий темп изменений (наклон) от одного уровня раскрытия шейки матки к следующему.

Результаты

Начало латентной фазы и ее характеристики: в первом обзоре, во всех тринадцати исследованиях, в которых изучалась латентная фаза первого периода родов, в ее определение включили наличие регулярных болезненных сокращений матки, в то время как в одиннадцати из них в определение включили также и величину раскрытия шейки матки. В трех исследованиях (23%) указывалось, что в начале латентной фазы должно быть хотя бы одно болезненное сокращение матки каждые 8–10 минут, и в одном — что должно быть, по крайней мере, две болезненные схватки каждые 10 минут; но ни в одном исследовании продолжительность каждого сокращения матки не включалась в определение.

Начало латентной фазы наиболее часто определялось как раскрытие шейки матки менее чем на 4 см (семь исследований); однако раскрытие менее чем на 3 см и менее чем или равное 2 см использовалось в трех исследованиях и одном исследовании, соответственно. Одно исследование определило конец латентной фазы родов в связи с паритетом родов как достижение раскрытия шейки матки на 3 см для нерожавших женщин, и на 4 см — для рожавших. Несколько исследований включали в определение физиологические признаки (например, «появление кровянистых

выделений» и подтекание амниотической жидкости).

Во втором обзоре шесть исследований определили латентную фазу с использованием несогласующихся между собой величин раскрытия шейки матки, в том числе менее 2,5 см, менее 3 см или менее 4 см. В одном исследовании определили латентную фазу как «продолжительность родов до момента поступления в больницу», в то время как в другом исследовании латентная фаза определялась как «промежуток времени от зарегистрированного начала регулярных схваток до момента, когда при осмотрах зафиксировано, что скорость раскрытия шейки матки превысила 1,2 см/час».

Третий обзор не дает никакой дополнительной информации относительно определения латентной фазы.

Начало активной фазы и ее особенности: в первом обзоре, 20 (60%) из 33 исследований определили активную фазу первого периода родов как наличие регулярных болезненных схваток, в то время как 27 (82%) исследований в определение включили величину раскрытия шейки матки. Частота болезненных маточных сокращений в основном в исследованиях не указана, так же, как и не включена в определение активной фазы, но в шести исследованиях есть указание на минимум 2–3 схватки за 10 минут. В одном исследовании указывается, что начало активной фазы характеризуется схватками длительностью 20–25 секунд, в то время как два исследования показали, что схватки в активной фазе должны быть более 40 секунд. Начало активной фазы было наиболее часто определено как раскрытие шейки матки на 4 см и более (14 исследований); однако раскрытие на 2 см или более и на 3–4 см были использованы в двух и десяти исследованиях соответственно.

Четыре исследования охарактеризовали начало активной фазы как момент, после которого шейка матки начинает открываться быстрее, чем на 1 см в час. Шесть исследований включали существенное сглаживание шейки матки (от 75% до 100%) в определение начала активной фазы. Два исследования включали физиологические признаки (например, «кровянистые выделения» и подтекание амниотической жидкости) в определение начала активной фазы. Во втором обзоре одиннадцать исследований определили начало активной фазы на основе несогласующихся

Таблица 3.7 Потребность в основных ресурсах для внедрения новых определений латентной и активной фаз первого периода родов

Ресурс	Описание
Обучение	■ Практическое обучение медицинских работников с целью повышения уровня знаний об оказании помощи в латентной фазе первого периода родов на догоспитальном и госпитальном этапах
Обеспечение	■ Пересмотр учебных пособий и клинических протоколов для медицинских работников и студентов ■ Образовательные материалы для женщин о том, что такое начало латентной и активной фаз, и когда нужно ехать в акушерский стационар для оценки состояния ■ Пересмотр формы партограммы с указанием начальной точки активной фазы
Инфраструктура	■ Если все женщины поступают непосредственно в акушерский стационар независимо от фазы родов, то при необходимости в родильном отделении должно быть обеспечено достаточное число коек, где женщинам могут оказать необходимую поддерживающую помощь (например, обезболивание) до раскрытия шейки матки на 5 см
Надзор и мониторинг	■ Постоянный надзор и мониторинг с регулярным аудитом и анализом исходов, связанных с применением нового определения активной фазы

между собой порогов раскрытия шейки матки на 1,5 см (1 исследование), 2,5 см (1), 3 см (1), 4 см (6) или 5 см (1).

В одном исследовании активная фаза определялась как время от момента поступления в больницу до полного раскрытия шейки матки. Все исследования одинаково определили конец активной фазы как раскрытие шейки на 10 см. В третьем обзоре общее среднее время раскрытия шейки матки на 1 см у первородящих женщин было более одного часа до момента раскрытия шейки матки на 5 см, когда средняя скорость раскрытия составила 1,09 см/час (шесть исследований, 42 648 женщин). Более быстрое раскрытие шейки матки начиналось после раскрытия на 5–6 см — средняя скорость удваивалась. Аналогичным образом, общее среднее время раскрытия шейки матки на 1 см у повторнородящих было более одного часа (паритет ≥ 1), пока не было достигнуто раскрытие шейки на 5 см, когда средняя скорость дилатации составила 1,49 см/час (три исследования, 56 823 женщины).

Дополнительные соображения

Нет никаких доказательств в поддержку какого-то определения или влияния любого конкретного определения латентной фазы на исходы родов. Однако наступление активной фазы, определяемой как раскрытие шейки матки, по крайней мере, на 5 см, основывается на обзоре, который включал женщин со спонтанными родами и нормальными перинатальными исходами (53).

Ценности

Выводы из обзора качественных исследований, посвященных изучению того, что важно для женщин во время родов (23), указывают, что большинство женщин хотят, чтобы роды прошли нормально с хорошими исходами для матери и ребенка.

Дополнительные соображения

Фактические данные других исследований свидетельствуют о том, что женщины реже, чем медицинские работники, распознают определенные, ограниченные во времени фазы родов (54), и их способность справляться с трудностями с большой вероятностью зависит от различных взаимосвязанных факторов, в том числе от силы испытываемых болевых ощущений, характера обстановки и воспринимаемого ими уровня поддержки (55).

Ресурсы

В обзорах не найдено данных относительно потребности в ресурсах, имеющих прямое значение для определения фаз первого периода родов.

Дополнительные соображения

Применение порога раскрытия шейки матки в 5 см в качестве диагностического критерия начала активной фазы первого периода родов может быть экономически эффективным, потому что он имеет потенциал для сокращения использования вмешательств для ускорения родов (операция кесарева

сечения, стимуляция родовой деятельности окситоцином) и связанных с этим вмешательств (например, кардиотокография, обезболивание, антибиотики). Это подтверждается доказательствами из наблюдательных (обсервационных) исследований, которые показывают, что частота вмешательств во время родов меньше среди женщин, поступивших в активной фазе родов (исходя из порога в 4 см или меньше), чем среди поступивших в латентной фазе, и без увеличения материнской или перинатальной патологии. В то время как принятие нового порога раскрытия шейки матки в 5 см в качестве ориентира начала активной фазы может еще больше снизить вероятность вмешательств, это может также увеличить расходы на здравоохранение в результате реорганизации родильного отделения, пересмотра практики перевода в родовую палату и дополнительного обучения медицинских работников, чтобы они могли применять новые определения на практике.

Социальная справедливость

Нет данных, подтверждающих воздействие на социальную справедливость.

Дополнительные соображения

Ненужная стимуляция родовой деятельности окситоцином во время родов и операции кесарева сечения крайне нежелательные вмешательства, частоту которых можно уменьшить, если стандарт оказания помощи в активной фазе первого периода родов применяется только после того, как у женщины диагностировано раскрытие шейки матки на 5 см.

Приемлемость

Не найдено прямых доказательств приемлемости каких-либо конкретных

определений первого периода родов для заинтересованных сторон — женщин и медицинских работников.

Дополнительные соображения

Фактические данные других исследований свидетельствуют о том, что женщины реже, чем медицинские работники, распознают определенные, ограниченные во времени фазы родов (54) и их способность справляться с трудностями с большой вероятностью зависит от различных взаимосвязанных факторов, в том числе от силы болевых ощущений, характера обстановки и воспринимаемого ими уровня поддержки (55). Учитывая, что раскрытие шейки матки на 4 см было широко принято и используется на практике в течение десятилетий, как пороговое значение для определения окончания латентной фазы первого периода родов, принятие нового значения клиницистами не будет быстрым.

Выполнимость

Не найдено прямых доказательств осуществимости принятия или применения этого определения в протоколах родильного отделения.

Дополнительные соображения

Хотя внедрение в протоколы нового порога для диагностики начала активной фазы первого периода родов может быть относительно простым в учреждениях, в которых все женщины принимаются на госпитализацию на любом этапе первого периода родов, но учреждения, которые принимают женщин только в активной фазе, могут столкнуться с трудностями в связи с необходимостью реорганизации оказания помощи.

Таблица 3.8 Резюме суждений: внедрение новых определений по сравнению с существующими определениями первого периода родов

Желательные эффекты	– неизвестно	✓ варьируются		– незначительные	– небольшие	– умеренные	– значительные
Нежелательные эффекты	✓ неизвестно	– варьируются		– значительные	– умеренные	небольшие	– незначительные
Уровень достоверности доказательств	– нет включенных исследований			– очень низкий	✓ низкий	– умеренный	– высокий
Ценности				– значимая неопределенность или вариабельность	– возможна значимая неопределенность или вариабельность	✓ вероятно, нет значимой неопределенности или вариабельности	– нет значимой неопределенности или вариабельности
Баланс эффектов	– неизвестно	– варьируется	– за существующие пороговые ориентиры	– вероятно, за существующие определения	– неопределенность в отношении новых определений или существующих	✓ вероятно, за новые определения	– за увеличение пределов
Требуемые ресурсы	✓ неизвестно	– варьируются	– высокие затраты	– умеренные затраты	– незначительные затраты или экономия	– умеренная экономия	– существенная экономия
Уровень достоверности доказательств по необходимым ресурсам	✓ нет включенных исследований			– очень низкий	– низкий	– умеренный	– высокий
Рентабельность	✓ неизвестно	– варьируется	– за существующие пороговые ориентиры	– вероятно, за существующие определения	– неопределенность в отношении новых определений или существующих	– вероятно, за новые определения	– за увеличение пределов
Социальная справедливость	– неизвестно	– варьируется	– снижение	– вероятно снижение	– вероятно отсутствие влияния	✓ вероятно повышение	– повышение
Приемлемость	– неизвестно	– варьируется		– нет	– вероятно, нет	✓ вероятно, да	– да
Выполнимость	– неизвестно	✓ варьируется		– нет	– вероятно, нет	– вероятно, да	– да

3.2.2 Продолжительность первого периода родов

РЕКОМЕНДАЦИЯ 6

Женщины должны быть информированы о том, что стандартная продолжительность латентной фазы первого периода родов не установлена и варьируется в широких пределах. Однако длительность активной фазы первого периода (от 5 см до полного раскрытия шейки матки) обычно не превышает 12 часов для первых родов и обычно не превышает 10 часов для последующих родов. (Рекомендуется)

Примечания

- ГРП признает очень низкий уровень достоверности доказательств относительно продолжительности латентной фазы первого периода родов, что частично связано с трудностями в установлении фактического начала родовой деятельности, и решила не устанавливать стандартную продолжительность латентной фазы первого периода как основу для принятия решений во время родов.
- Ожидаемая продолжительность активной фазы первого периода родов зависит от порогового значения, используемого для установления ее начала. Установленные значения границ активной фазы первого периода были округлены до значения 95-го перцентиля на основании данных о продолжительности раскрытия шейки матки с 5 см до 10 см.
- Средняя продолжительность активной фазы первого периода родов составляет 4 часа для первых родов и 3 часа — для вторых и последующих родов, когда исходной точкой является раскрытие шейки матки на 5 см.
- ГРП подчеркивает, что решение относительно вмешательств во время родов, когда первый период родов кажется затянувшимся, не должно приниматься только лишь на основании его продолжительности.
- Медицинские работники должны поддерживать беременных женщин с самопроизвольным началом родов, чтобы они прошли опыт родов и рождения ребенка в соответствии с естественным, индивидуальным для каждой женщины, репродуктивным процессом без вмешательств по сокращению продолжительности родов при условии удовлетворительного состояния матери и ребенка, прогрессирующего раскрытия шейки матки и ожидаемой продолжительности родов в пределах рекомендуемых границ.
- Медицинские работники должны сообщить здоровым беременным женщинам, что продолжительность родов значительно варьируется и зависит от их индивидуальных особенностей физиологического процесса и беременности.

Резюме доказательств и соображений

Продолжительность первого периода родов

Доказательства были получены из систематического обзора 37 исследований, оценивающих продолжительность спонтанных родов у женщин без факторов риска развития осложнений (52). Исследования были проведены в период между 1960 и 2016 гг. в 17 странах с низким, средним и высоким уровнями дохода (Германия, Египет, Замбия, Израиль, Китай, Колумбия, Республика Корея, Мьянма, Нигерия, Норвегия, Соединенное Королевство, США, Тайвань [Китай], Уганда, Финляндия, Хорватия

и Япония) с участием более 200 тыс. женщин разных национальностей, происхождения и социально-экономического статуса. Большинство (34) из включенных исследований было проведено в медицинских центрах третьего уровня. Данные исследований по вмешательствам во время родов, таких как амниотомия, стимуляция родовой деятельности окситоцином, эпидуральная анестезия и инструментальные вагинальные роды, как среди первородящих, так и среди повторнородящих, широко варьировались. Исследования также рассматривались для включения, если частота первичных операций кесарева сечения составила менее 1%.

Исследования не были объединены из-за неоднородности в характеристиках населения, вмешательств во время родов и определений наступления различных фаз родов.

Результаты

Латентная фаза у первородящих: как показано в Табл. 3.9, доказательства очень низкого уровня достоверности из двух исследований показали, что средняя продолжительность латентной фазы первого периода родов составила 6,0–7,5 часов без указания перцентильного распределения. В одном исследовании латентная фаза рассматривалась как период от начала регулярных схваток до момента, когда наклон графика родов превысил 1,2 см/час, в то время как в другом исследовании латентную фазу определили как «продолжительность родов до поступления в больницу».

Доказательства очень низкого уровня достоверности из двух исследований, в которых латентная фаза представлена в виде средних значений и стандартных отклонений, указали на средние значения продолжительности 5,1 и 7,1 часа с оценкой статистических пределов («максимумов») 10,3 и 11,5 часа, соответственно. В одном из этих двух исследований латентная фаза определяется с момента поступления в больницу до момента раскрытия шейки матки на 4 см, в то время как в другом исследовании не говорится ни о каких пороговых ориентирах.

Латентная фаза у повторнородящих: данные очень низкого уровня достоверности из двух исследований показали, что средние значения длительности латентной фазы в них составили 4,5 и 5,5 часа, соответственно (Табл. 3.9). Тем не менее, перцентильное распределение в исследованиях не представлено. В одном исследовании латентная фаза рассматривается как период от начала регулярных схваток до момента, когда подъем графика раскрытия шейки матки превысил 1,2 см/час, в то время как в другом исследовании определили латентную фазу как «продолжительность родов до поступления в больницу».

Фактические данные очень низкого уровня достоверности из двух исследований предполагают, что средняя продолжительность латентной фазы варьируется от 2,2 до 5,7 часа и статистические пределы («максимумы») определены как 5,4 и 8,7 часа. Одно из этих исследований определило латентную фазу как период от госпитализации до момента раскрытия шейки матки на 4 см.

Активная фаза у первородящих: в Табл. 3.10a показана медиана продолжительности родов согласно референтным значениям, используемым для определения начала и завершения активной фазы первого периода родов. Фактические данные умеренного уровня достоверности из двух исследований свидетельствуют о том, что медиана продолжительности активной фазы, когда начальной референтной точкой было раскрытие на 4 см, составила 3,7–5,9 часа (со значением 95-го перцентиля 14,5–16,7 часа). Когда начальная референтная точка составляла 5 см, медиана продолжительности была 3,8–4,3 часа (со значением 95-го перцентиля 11,3–12,7 часа). Только в одном исследовании говорится о раскрытии шейки матки на 6 см в качестве отправной точки отсчета и сообщается о медиане продолжительности активной фазы 2,9 часа и со значением 95-го перцентиля 9,5 часа.

Для исследований, в которых сообщается о средних значениях, данные умеренного уровня достоверности свидетельствуют о том, что средняя продолжительность родов при раскрытии от 4 до 10 см составляла 3,1–8,1 часа со статистическими пределами 7,1–19,4 часа. Одно исследование продемонстрировало среднюю продолжительность в 4,7 часа со статистическим пределом в 9,9 часа для активной фазы с начальной точкой отсчета раскрытия на 3 см. Тем не менее в обзор не включено ни одно исследование, в котором говорилось бы о средней продолжительности активной фазы с начальной референтной точкой раскрытия шейки матки на 5 или 6 см.

Активная фаза у повторнородящих: как показано в Табл. 3.10b, фактические данные умеренного уровня достоверности из двух исследований предполагают, что медиана продолжительности активной фазы для женщин с паритетом 1 и более с начальной референтной точкой, определенной как раскрытие на 4 см, составила 2,2–4,7 часа со значением 95-го перцентиля 13,0–14,2 часа. Одно исследование с данными, приведенными отдельно для женщин с паритетом 1 и паритетом больше 1 с референтной точкой начала активной фазы с раскрытия на 5 см, продемонстрировало медианные значения продолжительности 3,4 и 3,1 часа и значениями 95-го перцентиля 10,1 и 10,8 часа, соответственно. В том же исследовании сообщается, что медиана продолжительности активной фазы составила 2,2 и 2,4 часа со значениями 95-го перцентиля

Таблица 3.9 Продолжительность латентной фазы первого периода родов у первородящих и повторнородящих женщин

ПЕРВОРОДЯЩИЕ ЖЕНЩИНЫ						
Исследование	Число	Медиана раскрытия шейки матки при поступлении (см)	Определение референтных границ	Медиана продолжительности (ч.)	5-й перцентиль (ч.)	95-й перцентиль (ч.)
Peisner 1985 (56)	1544	0,5	С момента сообщения о начале схваток до наклона графика родов > 1,2 см/ч	7,5	н/с	н/с
Ijaiya 2009 (57)	75	5,0	Продолжительность родов до поступления	6,0	н/с	н/с
Исследование	Число	Медиана раскрытия шейки матки при поступлении (см)	Определение референтных границ	Средняя продолжительность (ч.)	SD (ч.)	+2 SD (ч.)
Juntunen 1994 (58)	42	н/с	Не определено	5,1	3,2	11,5
Velasco 1985 (59)	74	н/с	От поступления до раскрытия на 4 см	7,1	1,6	10,3
ПОВТОРНОРОДЯЩИЕ						
Исследование	Число	Медиана раскрытия шейки матки при поступлении (см)	Определение референтных границ	Медиана продолжительности (ч.)	5-й перцентиль (ч.)	95-й перцентиль (ч.)
Peisner 1985 (П = 1) (56)	720	4,5	С момента сообщения о начале схваток до наклона графика родов > 1,5 см/ч	5,5	н/с	н/с
Peisner 1985 (П ≥ 1) (56)	581	4,5	С момента сообщения о начале схваток до наклона графика родов > 1,5 см/ч	4,5	н/с	н/с
Ijaiya 2009 (57)	163	6,0	Продолжительность родов до поступления	5,0	н/с	н/с
Исследование	Число	Медиана раскрытия шейки матки при поступлении (см)	Определение референтных границ	Средняя продолжительность (ч.)	SD (ч.)	+2 SD (ч.)
Juntunen 1994 (П = 2-3) (58)	42	н/с	Не определено	3,2	2,3	7,8 ^a
Juntunen 1994 (БП) (58)	42	н/с	Не определено	2,2	1,6	5,4 ^a
Velasco 1985 (59)	37	н/с	От поступления до раскрытия на 4 см	5,7	1,5	8,7 ^a

БП – большой паритет; ч. – часы; н/с – не сообщается; П – паритет; SD – стандартное отклонение; ^a значение оценено авторами систематических обзоров.

Источник: Abalos et al., 2018 (52).

Таблица 3.10а Продолжительность активной фазы первого периода родов: первородящие женщины

Исследование	Число	Вмешательство во время родов			Референтные границы (см)	Медиана продолжительности (ч.)	5-й перцентиль (ч.)	95-й перцентиль (ч.)
		Амниотомия (%)	Окситоцин (%)	Эпидуральная анестезия (%)				
Zhang 2010 (17)	8690	н/с	20	8	4-10	3,7	н/с	16,7
Zhang 2010 (16)	5550	н/с	47 ^a	8 ^a	4 (или 4.5)-10	5,3	н/с	16,4
Oladapo 2018 (62)	715	н/с	40 ^a	0,0	4-10	5,9	2,4	14,5
Zhang 2010 (16)	2764	н/с	47 ^a	84 ^a	5 (или 5,5)-10	3,8	н/с	12,7
Oladapo 2018 (62)	316	н/с	40 ^a	0,0	5-10	4,3	1,6	11,3
Oladapo 2018 (62)	322	н/с	40 ^a	0,0	6-10	2,9	0,9	9,3
						Средняя продолжительность (ч.)	SD (ч.)	+2SD (ч.)
Albers 1996 (63)	347	н/с	0,0	н/с	4-10	7,7	5,9	19,4
Albers 1999 (64)	806	0,0	0,0	н/с	4-10	7,7	4,9	17,5
Jones 2003 (65)	120	н/с	0,0	0,0	4-10	6,2	3,6	13,4
Juntunen 1994 (58)	42	57,1	0,0	42,9	4-10	3,1	1,5	6,1 ^b
Velasco 1985 (59)	74	0,0	0,0	0,0	4-10	3,9	1,6	7,1 ^b
Schiff 1998 (66)	69	н/с	н/с	н/с	4-10	4,7	2,6	9,9 ^b
Kilpatrick 1989 (67)	2032	н/с	0,0	0,0	н/с	8,1	4,3	16,7 ^b
Lee 2007 (68)	66	н/с	н/с	0,0	н/с	3,6	1,9	7,4 ^b
Schorn 1993 (69)	18	н/с	18,0	н/с	н/с	15,4	6,6	28,6

н/с — не сообщается; SD — стандартное отклонение; ^a значение, указанное для всей исследуемой популяции; ^b значение, оцененное авторами систематических обзоров.

Источник: Abalos et al., 2018 (52).

7,5 и 7,4 часа, соответственно, когда начальная референтная точка для активной фазы была определена как раскрытие на 6 см.

Для исследований, предоставляющих фактические данные о средней продолжительности родов, доказательства умеренного уровня достоверности позволяют предположить, что средняя продолжительность

активной фазы при референтной точке 4 см составляет 2,1–5,7 часа со статистическими пределами от 4,9 до 13,8 часа. В двух других исследованиях в этой категории не сообщается о начальной референтной точке для активной фазы первого периода.

Таблица 3.10b Продолжительность активной фазы первого периода родов: повторнородящие женщины

Исследование	Число	Вмешательство во время родов			Референ- тные границы (см)	Средняя про- должитель- ность (ч.)	5-й пер- центиль (ч.)	95-й пер- центиль (ч.)
		Амниотомия (%)	Окситоцин (%)	Эпиду- ральная анестезия (%)				
Zhang 2010 (П = 1) (17)	6373	н/с	20,0	11	4-10	2,4	н/с	13,8
Zhang 2010 (П = 2+) (17)	11765	н/с	12,0	8	4-10	2,2	н/с	14,2
Oladapo 2018 (П = 1) (62)	491	н/с	29,8 ^a	0,1	4-10	4,6	1,7	13,0
Oladapo 2018 (П = 2+) (62)	626	н/с	26,7 ^a	0,0	4-10	4,7	1,7	13,0
Oladapo 2018 (П = 1) (62)	292	н/с	29,8 ^a	0,1	5-10	3,4	1,2	10,1
Oladapo 2018 (П = 2+) (62)	385	н/с	26,7 ^a	0,0	5-10	3,1	0,9	10,8
Oladapo 2018 (П = 1) (62)	320	н/с	29,8 ^a	0,1	6-10	2,2	0,6	7,5
Oladapo 2018 (П = 2+) (62)	414	н/с	26,7 ^a	0,0	6-10	2,4	0,8	7,4
						Средняя продолжи- тельность (ч.)	SD (ч.)	+2SD (ч.)
Albers 1996 (63)	602	н/с	н/с	н/с	4-10	5,7	4,0	13,7
Albers 1999 (64)	1705	0,0	0,0	0,0	4-10	5,6	4,1	13,8
Jones 2003 (65)	120	н/с	0,0	0,0	4-10	4,4	3,4	11,6
Juntunen 1994 (П = 2/3) (58)	42	69,0	0,0	2,4	4-10	2,7	1,4	5,5 ^b
Juntunen 1994 (GM) (58)	43	71,4	0,0	9,5	4-10	2,8	1,5	5,8 ^b
Velasco 1985 (59)	37	0,0	0,0	0,0	4-10	2,1	1,4	4,9 ^b
Schiff 1998 (66)	94	н/с	н/с	н/с	н/с	3,3	1,9	7,1 ^b
Kilpatrick 1989 (67)	3767	н/с	н/с	0,0	н/с	5,7	3,4	12,5
Schorf 1993 (69)	30	н/с	18,0	н/с	Не опреде- лено	13,2	5,3	23,9

БП - большой паритет; н/с - не сообщается; П - паритет; SD - стандартное отклонение; ^a значение, указанное для всей исследуемой популяции; ^b значение оценено авторами систематических обзоров.

Источник: Abalos et al., 2018 (52).

Анализ чувствительности, исключая исследования с любым вмешательством (стимуляция родовой деятельности, инструментальные вагинальные роды и повторная операция кесарева сечения), продемонстрировал аналогичный диапазон средней продолжительности для активной фазы, начиная с раскрытия шейки матки на

4 см. В анализ чувствительности не включались исследования, сообщающие о медиане продолжительности родов.

Дополнительные соображения

Определения наступления латентной фазы были очень неопределенными в доступных исследованиях, в которых сообщалось

о медиане и средней продолжительности латентной фазы первого периода родов.

Несмотря на очень низкий уровень достоверности доказательств относительно продолжительности латентной фазы для первородящих и повторнородящих женщин, представленные фактические данные выгодно отличаются от наблюдений в новаторской работе Friedman о «нормальной» продолжительности родов (60, 61), которая не соответствовала критериям включения в обзор.

Friedman сообщил о данных по измерению продолжительности латентной фазы у первородящих женщин: средняя продолжительность составила 8,6 часа, медиана — 7,5 часа и статистический максимум — 20,6 часа; а у повторнородящих: средняя продолжительность — 5,3 часа, медиана — 4,5 часа и статистический максимум — 13,6 часа. В то время как доступные фактические данные о продолжительности активной фазы первого периода с референтной точкой ее начала с раскрытия на 4 и 5 см у первородящих и повторнородящих женщин также согласуются с данными о средней продолжительности и медиане, о которых сообщает Friedman, статистические максимумы, о которых сообщает Friedman, значительно короче, чем верхние пределы в сообщениях, представленных в систематическом обзоре (53, 60, 61). Это существенное различие в верхних пределах между более ранними исследованиями Friedman и теми, что представлены в обзоре, не могут быть объяснены тем, что «фаза замедления» не была включена в продолжительность активной фазы, как сообщает Friedman.

Ценности

Выводы из обзора качественных исследований, изучавших, что имеет значение для женщин во время оказания помощи во время родов (23), показывают, что большинство женщин хотят, чтобы роды прошли нормально с хорошими исходами для матери и ребенка, но признают, что медицинское вмешательство иногда может оказаться необходимым.

Дополнительные соображения

Женщины обычно придают большое значение общей продолжительности родов, хотя относительная важность того, насколько длинными или короткими могут быть роды, может зависеть от условий. Фактические

данные других исследований показывают, что женщины реже, чем медицинские работники, различают определенные, ограниченные во времени фазы родов (54), и их способность справляться с трудностями зависит от множества взаимосвязанных факторов, в том числе от интенсивности болевых ощущений, характера обстановки и воспринимаемого ими уровня поддержки (55).

Ресурсы

Нет данных относительно потребности в ресурсах, связанной с продолжительностью родов.

Дополнительные соображения

Использование пределов продолжительности родов на основе соответствующих значений 95-го перцентиля как ориентира для выявления затянувшегося по неясным причинам первого периода родов может быть экономически эффективным, поскольку в этом есть потенциал для сокращения вмешательств по ускорению родов и рождения ребенка (операции кесарева сечения, стимуляция родовой деятельности окситоцином). Тем не менее, это может увеличить расходы, связанные с поддерживающей помощью, такой как обезболивание и присутствие партнера во время родов.

В определенных условиях, когда все врачи ведут всех рожениц, использование границ продолжительности родов на основе значений 95-го перцентиля для контроля родов может привести к увеличению затрат, если женщин с более продолжительными родами будут вести специалисты с более высокими зарплатами.

Вполне вероятно, что внедрение использования верхних границ приведет к увеличению стоимости пребывания на койке женщин с вагинальными родами из-за более длительного пребывания в родильном отделении. Ориентировочная стоимость койко-дня широко варьируется по регионам, что продемонстрировано оценками WHO-CHOICE (2007–2008 гг.) (70). Увеличение затрат на койку, связанных с более продолжительными родами, может оказать меньшее влияние на расходы на здравоохранение в странах с низким и средним уровнями дохода, чем в странах с высоким уровнем дохода, где стоимость койки составляет большую часть расходов на помощь при родоразрешении. Но, с другой стороны, если использование

окситоцина снижается и уменьшается число выполненных операций кесарева сечения в результате увеличения безопасной верхней границы продолжительности родов, общие затраты на койку и использование ресурсов здравоохранения могут быть сокращены из-за более короткого пребывания в послеродовой период.

Социальная справедливость

Никаких доказательств воздействия на социальную справедливость не обнаружено.

Дополнительные соображения

Одним из распространенных показаний к первичной операции кесарева сечения являются затяжные роды, диагностируемые на основании того, что активная фаза первого периода родов (которая традиционно начинается с раскрытия на 4 см) не должна длиться дольше 12 часов (71). Однако операция кесарева сечения — крайне нежелательное вмешательство, и оно вряд ли будет незамедлительно проведено женщинам из малообеспеченных групп населения в условиях ограниченных ресурсов. Применение безопасных верхних границ при ведении всех женщин во время родов имеет потенциал для сокращения несправедливости, связанной с чрезмерной медикализацией родов.

Приемлемость

Выводы из обзора качественных исследований, изучающих, что важно для женщин во время родов (23), указывают, что большинство беременных женщин предпочли бы более короткие роды (низкий уровень достоверности доказательств). Однако, когда их спрашивают после родов, женщины чаще сообщают

о положительном опыте родов, если они имели возможность «плыть по течению», когда оптимальная продолжительность родов рассматривается в индивидуальном порядке независимо от стандартизированных границ (умеренный уровень достоверности доказательств).

Дополнительные соображения

Есть фактические данные, позволяющие полагать, что женщины воспринимают негативно как очень быстрые, так и очень длительные роды (26, 72, 73).

Выполнимость

В обзоре качественных данных, изучающем взгляды медицинских работников и опыт оказания помощи во время родов (26), способность перестроиться и обеспечить адекватную помощь при более длительных родах может быть ограничена нехваткой персонала и свободного рабочего времени в учреждении (высокий уровень достоверности доказательств). Локальные протоколы и неформальные правила могут также ограничивать способность медицинского персонала обеспечить индивидуальный подход (26).

Дополнительные соображения

Более продолжительные роды не обязательно могут привести к более длительному пребыванию в акушерских стационарах или повышенной нагрузке на персонал, в частности, если частота ненужных акушерских вмешательств снизится (которые приводят к более длительному пребыванию в стационаре).

Таблица 3.11 Потребность в основных ресурсах для принятия новых верхних границ продолжительности родов

Ресурс	Описание
Обучение	■ Практическое обучение медицинских работников
Обеспечение	■ Пересмотр учебных пособий и клинических протоколов для медицинских работников и студентов ■ Обучающие материалы для женщин о том, что представляют собой «нормальные» роды с точки зрения их продолжительности, и когда следует ожидать рождение ребенка ■ Пересмотр формы партограммы
Инфраструктура	■ Достаточное число коек в родильном отделении для оказания помощи женщинам, которые рожают дольше, чем в среднем в популяции
Надзор и мониторинг	■ Постоянный надзор и мониторинг с регулярным аудитом и анализом результатов, связанных с увеличением верхних границ для диагностики продолжительных родов в случае удовлетворительного состояния плода и матери

Таблица 3.12 Резюме суждений: принятие новых верхних пределов по сравнению с существующими предельными значениями для продолжительности родов

Желательные эффекты	– неизвестно	– варьируются		– незначительные	– небольшие	✓ умеренные	– значительные
Нежелательные эффекты	– неизвестно	– варьируются		– значительные	– умеренные	✓ небольшие	– незначительные
Уровень достоверности доказательств	– нет включенных исследований			– очень низкий	✓ низкий	– умеренный	– высокий
Ценности				– значимая неопределенность или вариабельность	– возможна значимая неопределенность или вариабельность	✓ вероятно, нет значимой неопределенности или вариабельности	– нет значимой неопределенности или вариабельности
Баланс эффектов	– неизвестно	– варьируется	– за существующие пределы	– вероятно, за существующие пределы	– неопределенность в отношении новых или существующих пределов	✓ вероятно, за принятие новых верхних пределов	– за увеличение пределов
Требуемые ресурсы	✓ неизвестно	– варьируются	– высокие затраты	– умеренные затраты	– незначительные затраты или экономия	– умеренная экономия	– существенная экономия
Уровень достоверности доказательств по необходимым ресурсам	– нет включенных исследований			✓ очень низкий	– низкий	– умеренный	– высокий
Рентабельность	✓ неизвестно	– варьируется	– за существующие пределы	– вероятно, за существующие пределы	– неопределенность в отношении новых или существующих пределов	– вероятно, за принятие новых верхних пределов	– за принятие новых верхних пределов
Социальная справедливость	– неизвестно	– варьируется	– снижение	– вероятно снижение	– вероятно отсутствие влияния	✓ вероятно повышение	– повышение
Приемлемость	– неизвестно	– варьируется		– нет	– вероятно, нет	✓ вероятно, да	– да
Выполнимость	– неизвестно	✓ варьируется		– нет	– вероятно, нет	– вероятно, да	– да

3.2.3 Течение первого периода родов

РЕКОМЕНДАЦИЯ 7

Если родовая деятельность началась спонтанно, скорость раскрытия шейки матки 1 см/час в течение активной фазы (что фиксируется на партограмме) является недостоверным критерием выявления рисков осложнений для плода и не рекомендуется для этих целей.
(Нерекомендуется)

Примечания

- Недостаточно доказательств в поддержку использования линии бдительности в качестве классификатора для выявления женщин из группы риска.
- ГРП признала, что в условиях стационара использование линии бдительности и попытки поддерживать скорость раскрытия шейки матки 1 см/час приводит к ненужным вмешательствам из-за впечатления, что роды развиваются патологически медленно.
- Хотя ГРП и согласилась рекомендовать не использовать порог в 1 см/час и линию бдительности для оценки удовлетворительного прогресса раскрытия шейки матки, группа определила разработку и отбор подходящего инструмента для мониторинга течения родов (особенно характеристик раскрытия шейки матки) в качестве приоритетного направления исследований.
- Женщин с подозрением на медленное прогрессирование родовой деятельности следует тщательно обследовать, чтобы исключить развивающиеся осложнения (например, несоответствие размеров головки и таза) и определить, удовлетворены ли их эмоциональные, психологические и физические потребности во время родов.
- Предварительно обозначенные на цервикограмме линии — это только один элемент существующей партограммы ВОЗ. Медицинские работники должны продолжать отмечать на цервикограмме график раскрытия шейки матки в зависимости от времени, как и другие параметры партограммы (включая частоту сердечных сокращений плода, caput succedaneum, конфигурацию головки, характер амниотической жидкости, продвижение плода, температуру матери, артериальное давление и диурез) для контроля благополучия женщины и ее ребенка и определения рисков неблагоприятных исходов родов.
- В учреждениях здравоохранения, в которых невозможно проведение таких вмешательств, как стимуляция родовой деятельности и операция кесарева сечения, и там, где к специалистам трудно добраться, линию бдительности все равно можно использовать для сортировки женщин и определения тех, кому может потребоваться дополнительная помощь. В этом случае построение графика следует начинать с раскрытия шейки матки на 5 см, что для большинства женщин означает начало активной фазы первого периода родов.
- Эта рекомендация заменяет рекомендацию по использованию партограммы активной фазы с четырехчасовой линией действий в *WHO recommendations for augmentation of labour* (46).

Резюме доказательств и соображений

а. Точность диагностического теста порога скорости раскрытия шейки матки 1 см/час (Табл. 3.13)

Доказательства точности диагностического теста (DTA) с использованием порога в 1 см/час для диагностики риска неблагоприятных исходов родов (ABOs) были получены из систематического обзора, который включил одиннадцать наблюдательных (обсервационных) исследований с участием более 17 тыс. женщин, которые были проведены в Бразилии, Индии, Индонезии, Иране (Исламская Республика), Малайзии,

Мали, Нигерии, Сенегале, Таиланде, Уганде, Эквадоре и Южной Африке (74). Все исследования проводились в учреждениях второго и третьего уровня оказания медицинской помощи.

Стандартные определения неблагоприятных исходов в этих исследованиях были различными: оценка по шкале Апгар менее 7 на 1-й минуте; оценка по шкале Апгар менее 7 на 5-й минуте; асфиксия при рождении; сложные неблагоприятные исходы, включавшие: случаи мертворождения и реанимацию новорожденных; случаи мертворождения во время родов и оценку по шкале Апгар 7 или

меньше на 1-й минуте, случаи мертворождения во время родов и оценку по шкале Апгар менее 7 на 5-й минуте, случаи мертворождения во время родов и асфиксия при рождении, а также тяжелые неблагоприятные исходы — возникновение любого из следующих событий: мертворождение, смерть в ранний неонатальный период, использование противосудорожных средств в неонатальный период, сердечно-легочная реанимация новорожденного, оценка по шкале Апгар менее 6 на 5-й минуте, материнская смерть или органная дисфункция, связанная с дистоцией или разрывом матки. Женщины с факторами риска специально не были исключены из любого из этих исследований. Несоответствия между исследованиями в отношении определения исходов, исходной распространенности и выводов не позволили провести метаанализ результатов, в связи с чем доказательства были оценены как имеющие низкий уровень достоверности.

Результаты в отношении точности

диагностического теста (DTA): в Табл. 3.13 представлены результаты оценки точности диагностического теста в отдельных исследованиях. Полученные данные свидетельствуют о том, что чувствительность порога 1 см/час (линия бдительности) варьируется от 28,8% до 100,0%, а специфичность — от 22,8% до 93,1% в зависимости от применяемого стандартного значения. Результаты самого многочисленного исследования (число женщин составило 8 489) с показателями неблагоприятных исходов 2,3%, чувствительностью 56,7% (95% ДИ 49,7–63,5%) и специфичностью 51,1% (95% ДИ 50,1–52,2%) использовались, чтобы проиллюстрировать влияние на результаты использования теста при разных уровнях распространенности ABOs (Табл. 3.14).

В Табл. 3.14 показано, что при использовании порога скорости дилатации 1 см/час можно правильно выявить 6 женщин из 10 с неблагоприятными исходами родов (истинно положительные результаты), когда распространенность ABOs в популяции составляет 1% (10 на 1000 рождений), или 28 женщин с ABOs из 50, когда распространенность ABOs в популяции составляет 5% (50 на 1000 женщин) (доказательства низкого уровня достоверности). Из таблицы также видно, что при данной стратегии использования теста можно пропустить 4 из 10 женщин с ABOs (ложно отрицательные результаты) при распространенности ABOs в популяции 1%, или 22 из 50 женщин при распространенности

5% (доказательства низкого уровня достоверности).

Кроме того, при такой стратегии применения теста можно неверно определить 484 из 990 женщин без ABOs как подверженных риску, в то время как они не являются таковыми (ложно положительные результаты), когда распространенность ABOs в популяции составляет 1%, или можно неверно идентифицировать 465 из 950 женщин без ABOs как подверженных риску, когда они не являются таковыми, при распространенности 5% (доказательства низкого уровня достоверности). Как следствие такой неправильной классификации, значительной части женщин без реального риска ABOs могут быть предложены неадекватные, ненужные и потенциально вредные вмешательства во время родов.

Достоверность доказательств по DTA:

достоверность доказательств в отношении DTA в целом низкого уровня, поскольку доказательства получены из наблюдательных исследований и результаты DTA из включенных исследований противоречили друг другу, частично из-за неоднородности определения ABOs, принятых в различных исследованиях.

Достоверность доказательств по эффектам стратегии использования теста:

нет никакого обзора с доказательствами прямых преимуществ или рисков, связанных со стратегией использования теста. Сама по себе стратегия тестирования не несет в себе риска причинения прямого вреда роженице, поскольку требует сравнения графика раскрытия шейки матки с заранее установленной линией бдительности на партограмме. Однако группа предположила, что необходимость проведения данного сравнения может потребовать дополнительного исследования малого таза, которое неудобно для женщины и несет дополнительный риск инфицирования.

Достоверность доказательств по эффектам ведения родов:

нет никаких прямых доказательств о влиянии ведения женщин во время родов с использованием порога 1 см/час для выявления женщин с риском ABOs. Косвенные доказательства были получены из Кокрейновского обзора по использованию амниотомии и стимуляции родовой деятельности окситоцином по сравнению с обычной терапией длительных родов (три исследования, 280 женщин) (75). В этом обзоре были обнаружены доказательства очень низкого уровня достоверности, которые показали, что при использовании амниотомии и стимуляции

Таблица 3.13 Точность диагностического теста при использовании порога скорости раскрытия шейки матки 1 см/час (линия бдительности) для определения риска неблагоприятных исходов родов (ABOs) по данным одиннадцати включенных исследований

Страны (год публикации) (АВО как определено в исследовании)	Статус линии бдительности	АВО		Доля в процентах пересечений линии бдительности	Распространенность АВО	Чувствительность (95% ДИ)	Специфичность (95% ДИ)	Отношение правдоподобия для ложных результатов (95% ДИ)	Отношение правдоподобия для отрицательных результатов (95% ДИ)	Отношение шансов диагностического теста (95% ДИ)	J статистика (95% ДИ)
		присутствуют	отсутствуют								
Сенегал (1992) (78) (Мертворождение во время родов и реанимация новорожденных при рождении)	Пересечена	19	62	8,4%	6,8%	28,8% (19,3-40,6)	93,1% (91,3-94,6)	4,18 (2,67-6,56)	0,76 (0,66-0,89)	5,47 (3,03-9,89)	21,9% (10,9-33,0)
	Не пересечена	47	839								
Индонезия, Малайзия и Таиланд (1994) (79) (Мертворождение во время родов и оценка по шкале Апгар ≤ 7 на 1 минуте)	Пересечена	65	585	16,6%	3,8%	44,2% (36,4-52,3)	84,4% (83,2-85,6)	2,84 (2,34-3,46)	0,66 (0,57-0,76)	4,30 (3,07-6,03)	28,7% (20,5-36,8)
	Не пересечена	82	3175								
Южная Африка (2006) (80) (Мертворождение во время родов и оценка по шкале Апгар <7 на 5 минуте)	Пересечена	30	433	75,9%	8,0%	61,2% (47,3-73,6)	22,8% (19,5-26,5)	0,79 (63,2-99,6)	1,70 (1,16-2,49)	0,47 (0,25-0,86)	-16,0% (-30,0 to -1,9)
	Не пересечена	19	128								
Эквадор (2008) (81) (Оценка по шкале Апгар <7 из 5 минуте)	Пересечена	3	289	58,4%	0,6%	100,0% (43,9-100,0)	41,9% (37,6-46,2)	1,72 (1,60-1,85)	Нет данных	Нет данных	41,9% (37,6-46,2)
	Не пересечена	0	208								
Нигерия (2008) (82) (Мертворождение во время родов и рождение в асфиксии)	Пересечена	27	186	46,0%	11,2%	51,9% (38,7-64,9)	54,7% (49,9-59,5)	1,15 (0,87-1,52)	0,88 (0,65-1,18)	1,31 (0,73-2,33)	6,7% (-7,7-21,1)
	Не пересечена	25	225								
Бразилия (2009) (83) (Оценка по шкале Апгар <7 на 5 минуте)	Пересечена	441	107	36,0%	90,4%	32,0% (29,64-34,56)	26,7% (20,2-34,42)	0,44 (0,39-0,50)	2,54 (1,94-3,34)	0,17 (0,12-0,25)	-41,2% (-48,8 to -33,6)
	Не пересечена	935	39								

Страны (год публикации) (ABO как определено в исследованиях)	Статус линии бдительности	ABO		Доля в процентах пересече- ний линии бдительно- сти	Распро- странен- ность ABO	Чувствитель- ность (95% ДИ)	Специфич- ность (95% ДИ)	Отношение правдоподо- бия для по- ложительных результатов (95% ДИ)	Отношение правдоподо- бия для от- рицательных результатов (95% ДИ)	Отношение шансов диаг- ностического теста (95% ДИ)	J статистика (95% ДИ)
		присут- ствуют	отсут- ствуют								
Мали (84) (Оценка по шкале Апгар <7 на 1 минуте)	Пересечена	2	98	42,9%	1,3%	66,7% (20,8-93,9)	57,4% (50,9-63,6)	1,56 (0,69-3,53)	0,58 (0,12-2,89)	2,69 (0,24-30,13)	24,1% (-29,7-77,8)
	Не пересечена	1	132								
Индия (2014) (85) (Оценка по шкале Ап- гар <7 на 5 минуте)	Пересечена	43	53	19,2%	17,2%	50,0% (39,7-60,3)	87,2% (83,6-90,0)	3,91 (2,81-5,42)	0,57 (0,46-0,71)	6,81 (4,08-11,36)	37,2% (26,2-48,2%)
	Не пересечена	43	361								
Исламская Республи- ка Иран (2006) (86) (Оценка по шкале Ап- гар <7 на 1 минуте)	Пересечена	10	30	29,4%	9,6%	76,9% (49,7-91,8)	75,6% (67,3-82,4)	3,15 (2,05-4,85)	0,31 (0,11-0,83)	10,33 (2,67-40,0)	52,5% (28,4-76,7)
	Не пересечена	3	93								
Индия (2016) (87) (Ас- фиксия при рождении)	Пересечена	7	106	56,5%	4,5%	77,8% (45,3-93,7)	44,5% (37,6-51,6)	1,4 (0,97-2,03)	0,5 (0,15-1,71)	2,8 (0,57-13,86)	22,3% (-5,8%-50,3%)
	Не пересечена	2	85								
Нигерия и Уганда (2018) (88) (Мертворо- ждение во время родов и оценка по шкале Апгар <7 на 5 минуте или реанимация ново- рожденного во время пребывания в стацио- наре)	Пересечена	152	4011	49,0%	3,0%	59,8% (53,7-65,7)	51,3% (50,2-52,4)	1,23 (1,11-1,36)	0,78 (0,67-0,91)	1,57 (1,22-2,02)	11,1% (5,0-17,3)
	Не пересечена	102	4224								
Нигерия и Уганда (2018) (88) (Тяжелые ABOs) ^a	Пересечена	110	4053	49,0%	2,3%	56,7% (49,7-63,5)	51,1% (50,1-52,2)	1,16 (1,02-1,32)	0,85 (0,72-100)	1,37 (1,03-1,83)	7,8% (0,80-14,9%)
	Не пересечена	84	4242								

^a Тяжелые неблагоприятные исходы родов определялись как возникновение любого из следующих событий: мертворождение, ранняя неонатальная смерть, использование противосудорожных средств в неонатальный период, сердечно-легочная реанимация новорожденных, оценка по шкале Апгар менее 6 на 5-й минуте, материнская смерть или органная дисфункция, связанная с дистонией или разрывом матки.
Источники: Bonet et al., 2018 (74).

Таблица 3.14 Наглядные результаты применения теста при различных уровнях распространенности неблагоприятных исходов родов (ABOs), основанные на точности диагностического теста самого многочисленного исследования

Чувствительность: 56,7% (95% CI 49,7–63,5%)

Специфичность: 51,1% (95% CI 50,1–52,2%)

Результат теста (пересечение линии бдительности)	Число выявленных случаев на 1000 протестированных женщин в соответствии с распространенностью ABO в популяции (95% ДИ)		
	Распространенность ABO 1%	Распространенность ABO 2,5%	Распространенность ABO 5%
Истинно положительные (женщины правильно идентифицированы как имеющие ABO)	6 из 10 (5–6)	14 из 25 (12–16)	28 из 50 (25–32)
Ложно отрицательные (женщины ошибочно классифицированы как имеющие ABO)	4 из 10 (4–5)	11 из 25 (9–13)	22 из 50 (18–25)
Истинно отрицательные (женщины правильно идентифицированы как не имеющие ABO)	506 из 990 (496–517)	498 из 975 (488–509)	485 из 950 (476–496)
Ложно положительные (женщины ошибочно классифицированы как имеющие ABO)	484 из 990 (473–494)	477 из 975 (466–487)	465 из 950 (454–474)

Источник: Souza et al., 2018 (88).

родовой деятельности окситоцином может уменьшиться частота проведения операций кесарева сечения, но доказательства того, что эти мероприятия уменьшают частоту ABOs, нет.

Достоверность доказательств по результатам применения теста и последующего ведения: нет прямых доказательств из обзора связи между результатами применения теста и последующим решением по ведению женщины, т.е. что женщины с данным результатом теста (произошло пересечение линии бдительности или нет) велись в соответствии с этим результатом, и нет доказательств этой связи. За исключением условий проведения исследования, применение в срок конкретного протокола ведения родов в зависимости от того, пересекается ли порог скорости 1 см/час или нет во время родов, не является оптимальным. Доказательства из охватывающих разные группы качественных исследований показывают, что партограмма неправильно применяется во многих учреждениях и даже, когда она используется правильно, медицинские работники сталкиваются с проблемой в инициировании необходимых действий из-за недостаточности ресурсов (76, 77).

Ценности

Результаты обзора качественных исследований по изучению того, что важно для женщин во время родов (23), указывают на то, что большинство женщин хотят, чтобы роды прошли нормально с хорошими исходами для матери и ребенка, и не настроены на ненужные медицинские вмешательства, в том числе дополнительные влагалищные исследования, которых может потребовать стратегия использования теста (высокий уровень достоверности доказательств). Большинство женщин, особенно первородящих, испытывают опасения относительно родов и рождения ребенка (высокий уровень достоверности доказательств) и конкретных медицинских вмешательств, таких как операции кесарева сечения (высокий уровень достоверности доказательств).

Ресурсы

В обзорах не найдено доказательств использования ресурсов или рентабельности использования порога скорости 1 см/час.

Дополнительные соображения

Использование порога скорости 1 см/час может иметь большие финансовые последствия (и может быть нерентабельным) из-за высокой доли женщин, которых ложно определяют, как

входящих в группу риска АВО (высокий уровень ложно положительных результатов), которые затем могут попасть под усиленный контроль, им могут провести вмешательства для ускорения родов и рождения ребенка (особенно стимуляцию родовой деятельности и операцию кесарева сечения), и, как следствие, могут развиваться ятрогенные осложнения.

Обзор затрат на роды показывает, что в странах с высоким уровнем дохода стоимость операции кесарева сечения варьировалась от 3 909 до 7 354 евро по сравнению с расходами на вагинальные роды, стоимость которых варьировалась от 1 274 до 5 343 евро (89). Фактические данные исследования, проведенного в одной стране с низким уровнем дохода, которое включено в обзор, показали, что затраты больницы на операции кесарева сечения (162 долл. США) были в четыре раза больше, чем затраты на роды через естественные родовые пути (40 долл. США), а расходы женщин были в три раза выше в случае операции кесарева сечения (204 долл. США) по сравнению с таковыми при естественных родах (79 долл. США) (90).

Повышенная нагрузка по направлению пациенток с первого уровня оказания помощи на специализированный уровень по причине большого числа ложноположительных результатов потребует соответствующих ресурсов как со стороны направляющих, так и со стороны принимающих учреждений.

Социальная справедливость

Не найдено никаких доказательств влияния стратегии применения теста на социальную справедливость.

Дополнительные соображения

Наиболее частым показанием для стимуляции родовой деятельности окситоцином и первичной операции кесарева сечения является «отсутствие прогресса во время родов» (71). Однако ненужная стимуляция родовой деятельности окситоцином и операция кесарева сечения — крайне несправедливые вмешательства, поскольку они вряд ли будут предоставляться незамедлительно женщинам из малообеспеченных групп населения.

Приемлемость

В обзоре качественных исследований (которые проводились в основном в странах с низким и средним уровнями дохода) по изучению мнения медицинских работников о помощи

во время родов с отдельным субанализом документов, изучающих отношение персонала к партограмме (26), было показано, что специалисты здравоохранения в целом согласились с тем, что это полезный способ наблюдения за развитием родов (особенно как индикатор направления пациенток), но признание преимуществ не обязательно приводило к практическому использованию.

Дополнительные соображения

Приведенные выше результаты согласуются с результатами обзора исследования препятствий и стимулов для использования партограммы медицинскими специалистами в странах с низким и средним уровнями дохода (77), а также согласуются с более свежим обзором практики использования партограммы в различных условиях (76).

Выполнимость

В обзоре качественных данных по изучению мнения медицинских работников и опыта оказания помощи во время родов (26), результаты субанализа отношения персонала к использованию партограммы выявили недостаточную подготовку и определенную путаницу относительно того, кто заполняет партограмму, а также ограниченность ресурсов (начальных вложений и текущих расходов) в качестве потенциальных барьеров на пути реализации в условиях нехватки ресурсов. Сотрудники понимали, что им не хватает знаний, и поэтому не ощущали уверенности при использовании партограммы. Они отметили трудности в использовании партограммы и большую рабочую нагрузку, почему часто заполняли ее после родов или записывали результаты непоследовательно, особенно в случаях, когда женщины поступали уже на поздних стадиях родов. В некоторых случаях сотрудники чувствовали, что вынуждены заполнить партограмму, чтобы обезопасить себя в случае потенциального судебного разбирательства.

Дополнительные соображения

В обзоре практики использования партограммы выводы продемонстрировали низкую доступность, недостаточную численность персонала, отсутствие четкой политики использования, ограниченные знания и недостаточную подготовку в качестве потенциальных препятствий для использования партограммы, особенно в условиях нехватки ресурсов (76).

Таблица 3.15 Резюме суждений: точность диагностического теста при пороговой скорости раскрытия шейки матки 1 см/час

Точность теста	– неизвестно	– варьируется		– низкая точность	✓ неточный	– точный	– высокая точность
Желательные эффекты	– неизвестно	– варьируются		✓ незначительные	– небольшие	– умеренные	– значительные
Нежелательные эффекты	– неизвестно	– варьируются		✓ значительные	– умеренные	– небольшие	– незначительные
Уровень достоверности доказательств точности теста	– нет включенных исследований			– очень низкий	✓ низкий	– умеренный	– высокий
Уровень достоверности доказательств эффектов стратегии применения теста	✓ нет включенных исследований			– очень низкий	– низкий	– умеренный	– высокий
Уровень достоверности доказательств эффектов ведения пациентки	– нет включенных исследований			✓ очень низкий	– низкий	– умеренный	– высокий
Уровень достоверности доказательств связи результатов теста и ведения пациентки	✓ нет включенных исследований			– очень низкий	– низкий	– умеренный	– высокий
Общий уровень достоверности доказательств эффектов	– нет включенных исследований			– очень низкий	✓ низкий	– умеренный	– высокий
Ценности				– значимая неопределенность или вариабельность	– возможна значимая неопределенность или вариабельность	✓ вероятно, нет значимой неопределенности или вариабельности	– нет значимой неопределенности или вариабельности
Баланс эффектов	– неизвестно	– варьируется		✓ против стратегии использования теста	– вероятно, против стратегии использования теста	– вероятно, за стратегию использования теста	– за стратегию использования теста
Требуемые ресурсы	– неизвестно	– варьируются	✓ высокие затраты	– умеренные затраты	– незначительные затраты или экономия	– умеренная экономия	– существенная экономия
Уровень достоверности доказательств по необходимым ресурсам	✓ нет включенных исследований			– очень низкий	– низкий	– умеренный	– высокий
Рентабельность	– неизвестно	– варьируется		– против стратегии использования теста	✓ вероятно, против стратегии использования теста	– вероятно, за стратегию использования теста	– за стратегию использования теста

Социальная справедливость	– неизвестно	– варьируется	– снижение	✓ вероятно снижение	– вероятно отсутствие влияния	– вероятно повышение	– повышение
Приемлемость	– неизвестно	✓ варьируется		– нет	– вероятно, нет	– вероятно, да	– да
Выполнимость	– неизвестно	– варьируется		✓ нет	– вероятно, нет	– вероятно, да	– да

РЕКОМЕНДАЦИЯ 8

Минимальная скорость раскрытия шейки матки 1 см/час в течение активной фазы первого периода родов достигается не у всех женщин и поэтому не может считаться критерием нормального течения родов. Скорость раскрытия шейки матки менее 1 см/час как изолированный признак не является показанием для оперативного вмешательства. (Не рекомендуется)

РЕКОМЕНДАЦИЯ 9

Родовая деятельность может протекать медленно, пока шейка матки не раскроется на 5 см. Тем не менее, если состояние матери и плода удовлетворительно, медицинское вмешательство для ускорения родов (например, введение окситоцина или операция кесарева сечения) не рекомендуется до достижения этого порога. (Не рекомендуется)

Примечания

- Эти рекомендации направлены на профилактику ятрогенных неблагоприятных материнских и перинатальных исходов путем сведения к минимуму ненужных медицинских вмешательств и на формирование лучшего опыта родов.
- Фактические данные показывают важные различия в распределении показателей раскрытия шейки матки среди женщин без факторов риска развития осложнений. У многих женщин раскрытие шейки матки происходит медленнее, чем на 1 см/час в течение большей части родов, но все же они рожают естественным путем с нормальным исходом.
- Хотя это руководство предлагает медицинским работникам ориентир для оценки состояния рожениц, это не означает, что соответствующее ему ускорение родов не может привести к неблагоприятным исходам родов. Другие известные и неизвестные переменные могут стать причиной неблагоприятных исходов.
- Прежде чем принимать решение относительно какого-либо медицинского вмешательства, женщин с подозрением на задержку течения процесса родов следует тщательно обследовать, чтобы исключить развитие осложнений (например, диспропорцию таза и головки плода) и определить, удовлетворены ли их эмоциональные, психологические и физические потребности во время родов.

Резюме доказательств и соображений

в. Характер раскрытия шейки матки у женщин с нормальными перинатальными исходами (БД, Табл. 3.2.3)

Доказательства были получены из систематического обзора, включающего семь наблюдательных исследований, проведенных в Китае и Нигерии (по одному исследованию), США (три исследования), Уганде и Японии (по одному исследованию); все они были выполнены в период между 2002 и 2017 гг. (53). В исследованиях представлены данные по 99 971 женщине «низкого риска» со спонтанным началом родов, у которых завершился первый период родов, и роды прошли без неблагоприятных перинатальных исходов.

Исследования проводились в учреждениях здравоохранения второго или третьего уровня. Исследуемые популяции были, в основном, соответствующей национальности, в зависимости от того, где проводились исследования. Исследование в США являлось многорасовым, включая белых, афроамериканцев, испаноязычных и азиатских женщин. Во всех исследованиях представлены данные по первородящим женщинам (43 148), в то время как три исследования также предоставили данные по повторнородящим женщинам (56 823).

Исходные наблюдения при поступлении во время родов показали, что для первородящих женщин среднее раскрытие шейки матки составляло от 3 до 4 см с различной степенью сглаживания, а для повторнородящих женщин — составляло от 3,5 до 5 см со значительной долей женщин с хорошо сглаженной шейкой матки. С точки зрения проведенных вмешательств во время родов, частота стимуляции родовой деятельности окситоцином варьировалась

от 0% (в исследовании в Китае) до 50% (в исследовании в США) для первородящих женщин; и от 12% до 45% (в двух исследованиях в США) для повторнородящих женщин. Эпидуральная анестезия использовалась, в основном, в США в исследовании по обеим паритетным группам. Из семи исследований, посвященных первородящим женщинам, четыре характеризовались низким риском систематической ошибки, два — средним риском и одно — высоким риском. Все три исследования, посвященные изучению родов повторнородящих женщин, характеризовались низким риском систематической ошибки. В шести исследованиях представлены данные по медианам и значениям 5-го и 95-го перцентилей или только 95-го, в то время как в другом исследовании данные представлены в виде средних значений и стандартных отклонений.

Результаты

Время раскрытия шейки матки на каждый сантиметр у первородящих женщин (ДБ, Табл. 3.2.3 [i]): медианное значение времени из объединенных данных шести исследований показывает, как долго у первородящих женщин шейка матки раскрывается от 2 см до полного раскрытия (Табл. 3.16). В таблице также показан диапазон значений 95-го перцентиля в соответствующих исследованиях, данные из которых объединили для расчета медианы. Данные свидетельствуют о том, что медианное значение времени раскрытия шейки матки от 2 до 3 см составило 5,28 часа, от 3 см до 4 см — 2,00 часа, а от 4 см до 5 см — 1,46 часа, после чего временной интервал между одним значением раскрытия шейки матки и следующим значением уменьшался, пока не достиг 30 минут для раскрытия шейки матки

Таблица 3.16 Время раскрытия шейки матки на каждый сантиметр у первородящих женщин

Раскрытие шейки матки	Число исследований	Медиана объединенных данных времени раскрытия (часы)	95-й перцентиль (диапазон, часы)	Медиана скорости дилатации (см/час)	Уровень достоверности доказательств
2–3 см	3	5,28	7,20–15,00	0,10	Низкий
3–4 см	6	2,00	4,20–17,70	0,50	Высокий
4–5 см	6	1,46	4,00–15,70	0,68	Высокий
5–6 см	6	0,92	2,50–10,70	1,09	Высокий
6–7 см	6	0,70	1,80–9,30	1,43	Высокий
7–8 см	6	0,55	1,40–6,80	1,82	Высокий
8–9 см	5	0,52	1,30–4,40	1,92	Высокий
9–10 см	5	0,49	1,00–2,60	2,04	Высокий

от 9 до 10 см. Однако диапазон распределения значений 95-го перцентиля в исследованиях показывает, что у некоторых женщин раскрытие шейки матки прогрессировало еще медленнее в первом периоде родов, и все же было достигнуто полное раскрытие. Значения 95-го перцентиля времени, указанные в отдельных исследованиях, показывают, что для некоторых женщин нередко требуется до 7 часов, чтобы шейка раскрылась от 2 см до 3 см, 4 часа — для раскрытия от 3 см до 4 см, 4 часа — для раскрытия от 4 см до 5 см и не менее одного часа — от 9 см до 10 см. За исключением дилатации от 2 до 3 см, уровень достоверности доказательств по временным интервалам был оценен как высокий во всех случаях. В одном исследовании сообщается о среднем времени (вместо медианы) раскрытия шейки на 1 см и показаны аналогичные отрезки времени, что и в исследованиях с медианными значениями.

Изменение скорости (наклон) раскрытия шейки матки от сантиметра к сантиметру у первородящих женщин: исходя из медианы времени в объединенных исследованиях, описанной выше, скорость раскрытия шейки матки была менее 1 см/час до раскрытия на 5 см, когда скорость раскрытия составила 1,09 см/час. В то время как переход к более высокой скорости раскрытия шейки матки начинается между 5 см и 6 см, только после 6 см скорость дилатации удваивается. На основе самых низких значений из диапазона значений 95-го перцентиля в исследованиях видно, что всегда были женщины, у которых скорость раскрытия не достигала порога в 1 см/час, пока шейка матки не раскрывалась на 9 см. Фактические данные показывают, что нередко у женщины происходит полное раскрытие шейки матки, несмотря на скорость менее 1 см/час в течение большей части периода родов. Общий уровень достоверности

доказательств был оценен как высокий за исключением данных о скорости раскрытия шейки от 2 см до 3 см, уровень достоверности которых был оценен как низкий. Единственное исследование средней скорости раскрытия шейки на 1 см показывает, что скорость изменения от одного значения раскрытия шейки матки до следующего схожа с той, что описана в исследованиях с медианными значениями.

Время раскрытия шейки на каждый сантиметр у повторнородящих женщин (паритет 1+)

(ДБ, Табл. 3.2.3 [ii]): медиана времени по объединенным данным трех исследований показывает, как много времени требуется, чтобы у повторнородящих женщин шейка матки раскрылась от 3 см до полного раскрытия (Табл. 3.17). Эти данные свидетельствуют о том, что среднее время для раскрытия шейки матки от 4 см до 5 см составило 1,17 часа, после чего интервал быстро уменьшался по мере раскрытия шейки матки до 10 см. Как и у первородящих женщин, диапазон распределения значений 95-го перцентиля в исследованиях предполагает, что у некоторых женщин шейка раскрывалась намного медленнее на протяжении первого периода родов и все же достигала полного раскрытия. Значения 95-го перцентиля времени по данным отдельных исследований показывают, что нередко требовалось до 14 часов, чтобы у некоторых женщин шейка матки раскрылась от 3 см до 4 см, 3 часа — от 4 см до 5 см, и только после раскрытия шейки матки на 8 см время раскрытия на 1 см всегда было меньше одного часа. За исключением времени раскрытия шейки от 3 см до 4 см, уровень достоверности доказательств для каждого из временных интервалов раскрытия шейки матки был оценен как высокий.

Таблица 3.17 Время раскрытия шейки матки на каждый сантиметр у повторнородящих женщин

Раскрытие шейки матки	Число исследований	Медиана объединенных данных времени раскрытия (часы)	95-й перцентиль (диапазон, часы)	Медиана скорости дилатации (см/час)	Уровень достоверности доказательств
3–4 см	1	5,28	14,18–17,85	0,42	Низкий
4–5 см	3	2,00	3,30–8,05	0,85	Высокий
5–6 см	3	1,46	1,60–6,24	1,49	Высокий
6–7 см	3	0,92	1,20–3,67	2,27	Высокий
7–8 см	3	0,70	0,70–2,69	2,86	Высокий
8–9 см	2	0,55	0,60–1,00	2,57	Высокий
9–10 см	2	0,52	0,50–0,90	3,70	Высокий

Таблица 3.18 Потребность в основных ресурсах для применения модели раскрытия шейки матки «медленно, но нормально»

Ресурсы	Описание
Обучение	Практическое обучение медицинских работников
Обеспечение	Пересмотр учебных пособий и клинических протоколов для медицинских специалистов и студентов Обучающие материалы для женщин о том, что представляют собой «нормальные роды» и когда ехать в акушерский стационар для оценки состояния Пересмотр формы партограммы
Инфраструктура	Наличие достаточного числа коек в родильном отделении для женщин с более длительными родами
Надзор и мониторинг	Постоянный надзор и мониторинг с регулярным аудитом и анализом результатов, связанных с применением модели более медленного раскрытия шейки матки для ведения родов

Изменение скорости (наклон) раскрытия шейки матки от сантиметра к сантиметру у повторнородящих женщин (паритет 1+):

исходя из медианы времени по объединенным данным, описанным выше, скорость раскрытия шейки матки была меньше 1 см/час, пока она не раскрылась на 5 см, после чего скорость составила 1,49 см/час. По сравнению со скоростью раскрытия от 4 см и 5 см, скорость резко увеличилась и почти удвоилась при раскрытии с 5 см до 6 см, а затем быстро увеличивалась по мере того, как шейка раскрывалась до 10 см. По данным исследований, на основе самого низкого значения из диапазона значений 95-го перцентиля всегда выявлялись женщины, у которых скорость раскрытия не достигала порога в 1 см/час, пока шейка не раскрывалась на 7 см. Общий уровень достоверности доказательств оценен как высокий, за исключением уровня достоверности для раскрытия от 3 до 4 см, который оценили как низкий.

Дополнительные соображения

По результатам обзора точкой перехода, в которой роды начинают ускоряться (соотносится с началом «активной фазы»), можно считать раскрытие на 5 см как у первородящих, так и у повторнородящих женщин. Самая высокая скорость дилатации имеет место между 7 см и 10 см у первородящих и рожавших женщин, но скорость раскрытия выше у рожавших (т.е. наклон круче). Характер дилатации шейки матки до точки перехода, по-видимому, очень изменчив и индивидуален как для первородящих, так и для повторнородящих женщин. Процесс прогрессирования родов показывает скорее гиперболическую, чем линейную зависимость изменения скорости, которая меньше в начале традиционной

активной фазы (например, при дилатации на 4 см) и больше в развитии первого периода.

Ценности

Результаты обзора качественных исследований того, что важно для женщин во время родов (23), указывают на то, что большинство женщин хотят, чтобы роды прошли нормально с хорошими исходами для матери и ребенка, но признают, что медицинское вмешательство иногда может оказаться необходимым. Большинство женщин, особенно те, кто рождает впервые, испытывают тревогу относительно родов (высокий уровень достоверности доказательств) и некоторых вмешательств, хотя в некоторых контекстах или ситуациях женщины одобряют медицинские вмешательства для сокращения времени родов (низкий уровень достоверности доказательств).

Дополнительные соображения

Фактические данные других исследований показывают, что женщины реже, чем медицинские работники, распознают определенные, ограниченные по времени фазы родов (54), и их способность справляться с ситуацией, скорее всего, будет зависеть от множества взаимосвязанных факторов, включая уровень испытываемой боли, характер окружающей обстановки и воспринимаемый ими уровень поддержки (55).

Ресурсы

Не найдено доказательств относительно потребности в ресурсах.

Дополнительные соображения

Применение понятия «медленного, но нормального» характера раскрытия шейки матки в качестве ориентира для ведения

первого периода родов может оказаться рентабельным, поскольку несет в себе потенциал для сокращения использования вмешательств по ускорению родов (например, операция кесарева сечения, стимуляция родовой деятельности окситоцином) и сопутствующих вмешательств (например, постоянная кардиотокография, обезболивание, антибиотики).

В некоторых странах со средним и высоким уровнями дохода, где врачи оказывают помощь всем роженицам, применение понятия медленного, но нормального раскрытия шейки матки для ведения родов может привести к увеличению использования ресурсов здравоохранения.

Вполне вероятно, что принятие модели медленно, но нормально протекающих родов, приведет к увеличению стоимости койки при вагинальных родах из-за более длительного пребывания женщин в родильном отделении. Ориентировочная стоимость койки в учреждении в сутки варьируется в широких пределах в зависимости от региона, как показывает оценка WHO-CHOICE (2007–2008 гг.) (70). Увеличение стоимости койки, связанное с более длительными родами, может оказывать меньшее влияние на расходы на здравоохранение в странах с низким и средним уровнями дохода, чем с высоким, где расходы на койку составляют большую долю затрат на родовспоможение. С другой стороны, если сокращается использование окситоцина и выполняется меньше операций кесарева сечения при принятии модели медленного, но нормального раскрытия шейки матки, общие затраты на койку и использование ресурсов здравоохранения могут быть сокращены за счет более короткого послеродового пребывания.

Социальная справедливость

Доказательств влияния на социальную справедливость не обнаружено.

Дополнительные соображения

Наиболее частое показание для стимуляции родовой деятельности окситоцином и первичной операции кесарева сечения является «отсутствие прогресса во время родов», что основано на том, что ожидаемое нормальное развитие родов характеризуется скоростью раскрытия шейки матки не менее 1 см/час во время активной фазы, которая традиционно начинается с раскрытия на 4 см (71). Тем не менее, ненужная стимуляция родовой деятельности и операция кесарева

сечения являются крайне несправедливыми вмешательствами, поскольку они вряд ли будут незамедлительно проведены женщинам из социально отчужденных групп населения даже по показаниям. Применение понятия «медленного, но нормального» раскрытия шейки матки для ведения родов у всех женщин потенциально уменьшит социальную несправедливость, связанную с чрезмерной медикализацией родов.

Приемлемость

Результаты обзора качественных исследований, изучающих, что важно для женщин во время родов (23), указывают, что большинство беременных женщин предпочитают более короткие роды (низкий уровень достоверности доказательств). Тем не менее при ответе на этот же вопрос после родов женщины чаще сообщали о положительном опыте родов, если у них была возможность «плыть по течению», когда оптимальная продолжительность родов была индивидуальной независимо от стандартизированных временных рамок (умеренный уровень достоверности).

Дополнительные соображения

Есть основания полагать, что женщины могут отрицательно отзываться относительно как очень коротких, так и очень длительных родов (26, 72, 73, 91).

Выполнимость

В обзоре качественных доказательств относительно опыта медицинских сотрудников по оказанию помощи во время родов (26) показано, что возможность более длительного оказания помощи во время родов может быть ограничена нехваткой персонала и рабочего времени в организации (высокий уровень достоверности доказательств). Местные протоколы и неформальные правила могут также ограничивать способность медицинского персонала обеспечивать индивидуальный подход (26).

Дополнительные соображения

В обзоре практики по использованию партограммы в качестве потенциальных барьеров к ее использованию были выявлены: плохое обеспечение оборудованием, недостаточный уровень квалификации персонала, отсутствие четкой политики использования, ограниченные знания и недостаточная подготовка, особенно в учреждениях с недостаточной ресурсной обеспеченностью (76).

Таблица 3.19 Резюме суждений: применение модели «медленного, но нормального» раскрытия шейки матки для ведения родов

Желательные эффекты	– неизвестно	– варьируются		– незначительные	– небольшие	✓ умеренные	– значительные
Нежелательные эффекты	– неизвестно	– варьируются		– значительные	– умеренные	✓ небольшие	– незначительные
Уровень достоверности доказательств	– нет включенных исследований			– очень низкий	– низкий	✓ умеренный	– высокий
Ценности				– значимая неопределенность или вариабельность	✓ возможна значимая неопределенность или вариабельность	– вероятно, нет значимой неопределенности или вариабельности	– нет значимой неопределенности или вариабельности
Баланс эффектов	– неизвестно	– варьируется	– за альтернативные варианты	– вероятно, за альтернативные варианты	– неопределенность в отношении «медленного, но нормального» раскрытия или альтернативных вариантов	✓ вероятно, за «медленное, но нормальное» раскрытие	– за «медленное, но нормальное» раскрытие
Требуемые ресурсы	– неизвестно	✓ варьируются	– высокие затраты	– умеренные затраты	– незначительные затраты или экономия	– умеренная экономия	– существенная экономия
Уровень достоверности доказательств по необходимым ресурсам	– нет включенных исследований			✓ очень низкий	– низкий	– умеренный	– высокий
Рентабельность	– неизвестно	✓ варьируется	– за альтернативные варианты	– вероятно, за альтернативные варианты	– неопределенность в отношении «медленного, но нормального» раскрытия или альтернативных вариантов	– вероятно, за «медленное, но нормальное» раскрытие	– за «медленное, но нормальное» раскрытие
Социальная справедливость	– неизвестно	– варьируется	– снижение	– вероятно снижение	– вероятно отсутствие влияния	✓ вероятно повышение	– повышение
Приемлемость	– неизвестно	– варьируется		– нет	– вероятно, нет	✓ вероятно, да	– да
Выполнимость	– неизвестно	✓ варьируется		– нет	– вероятно, нет	– вероятно, да	– да

РЕКОМЕНДАЦИЯ 10

Не рекомендуется откладывать госпитализацию в родильное отделение здоровых беременных женщин со спонтанным началом родовой деятельности до начала активной фазы первого периода родов. Исключение составляют случаи участия в исследовательских программах. (Рекомендуется только в контексте исследования)

Примечания

- До тех пор, пока не появятся дополнительные доказательства, женщина, обращающаяся в родильное отделение, должна быть принята и поддержана надлежащим образом, даже в раннем периоде родов, если только она не предпочитает дождаться активной фазы родов в домашних условиях.
- Женщинам, госпитализированным в родильное отделение во время латентной фазы первого периода родов, следует избегать оказывать медицинские вмешательства для усиления схваток и ускорения родов, если состояние матери и плода удовлетворительное.
- ГРП сделала это рекомендацией «в контексте исследования», поскольку была обеспокоена тем, что существуют только ограниченные доказательства результатов относительно активной фазы первого периода родов, начало которой определялось раскрытием шейки матки на 4 см или менее, а не раскрытием шейки матки на 5 см или более, как рекомендовано в этом руководстве. Группа отметила это как приоритетное направление исследований.
- Должно быть ясно, что эта рекомендация относится к отсроченному поступлению в родильное отделение (т.е. непосредственно в зону родов), а не к отсрочке приема в палаты для беременных, где роженицы ожидают начала активной фазы родов, или в медицинское учреждение. Кроме того, отсрочка поступления в родильное отделение не означает отложенный первый контакт с врачом или отложенный осмотр. Комплексная оценка состояния матери и плода медицинским специалистом при обращении в медицинское учреждение необходима для исключения не диагностированных или развивающихся осложнений.
- Учреждениям, в настоящее время применяющим политику отсрочки поступления в родильное отделение, следует рассмотреть возможность внедрения этой рекомендации в контексте исследования в свете пересмотренного определения начала активной фазы родов.
- При необходимости следует проводить регулярный осмотр всех женщин, ожидающих перевода в родильное отделение, для оценки благополучия матери и плода.
- Планы родов должны быть индивидуализированы в соответствии с потребностями и предпочтениями женщины.
- Для женщин, находящихся в латентной фазе первого периода родов, и их партнеров необходимо организовать чистые, удобные комнаты ожидания, где будет место для прогулок и доступ к чистым, регулярно убираемым туалетам, еде и питьевой воде.
- Реализация стратегий реорганизации учреждений, таких как открытие родильных отделений под руководством акушерок (OMBU) и акушерских отделений (AMU), будет способствовать удовлетворению потребностей женщин на ранних этапах родов вместо политики отсроченного поступления в родильное отделение.

Резюме доказательств и соображений

Эффекты вмешательств (ДБ, Табл. 3.2.4)

Доказательства были получены из Кокрейновского систематического обзора с участием беременных без факторов риска на ранних стадиях родов (92). Только

одно исследование, проведенное в Канаде, с участием 209 первородящих беременных женщин, имело прямое отношение к вопросам данного руководства; доказательства, приведенные в этом исследовании, описаны ниже (93). В этом исследовании после установления того, что женщины не были

в активной фазе родов (определяемой в исследовании как наличие регулярных болезненных сокращений и раскрытие шейки матки более чем на 3 см), женщинам в группе вмешательства оказывалась поддержка, их подбадривали, давали советы и инструктировали прогуляться вокруг больницы или вернуться домой, пока роды не перейдут в активную фазу, объяснив, когда именно следует вернуться в стационар. Если в группе вмешательства было неясно, находится женщина в активной фазе родов или нет, ее просили остаться в специальной зоне наблюдения на несколько часов до повторного осмотра, где ей и ее партнеру были предложены кресла и журналы. Группу вмешательства сравнили с контрольной, в которой женщины поступали непосредственно в родильное отделение после первичного осмотра.

Сравнение отсроченного поступления в родильное отделение и поступления непосредственно в родильное отделение сразу после обращения

Исходы для матери

Метод родоразрешения: фактические данные о влиянии отсроченного поступления по сравнению с поступлением в родильное отделение при первичном осмотре на частоту операций кесарева сечения и инструментальных вагинальных родов имеют очень низкий уровень достоверности, в основном из-за небольшого размера выборки и малого числа случаев.

Продолжительность родов: доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что продолжительность родов с момента госпитализации может быть меньше в группе женщин, у которых госпитализация была отсрочена (одно исследование, 209 женщин; разность средних (РС) — на 5,20 часа короче, 95% ДИ на: от 7,06 до 3,34 часа короче). Использование различных видов обезболивания: доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что может произойти сокращение использования эпидуральной анестезии при применении политики отсроченной госпитализации (одно исследование, 209 женщин, ОШ 0,87, 95% ДИ 0,78–0,98). В этом исследовании при частоте использования эпидуральной анестезии в 90% в контрольной группе, абсолютная разность в частоте применения эпидуральной анестезии в группе отсроченного поступления была меньше на 118 случаев на 1000 (меньше на 18–199).

Стимуляция родовой деятельности:

доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что отсроченная госпитализация может уменьшить частоту стимуляции родовой деятельности окситоцином по сравнению с госпитализацией при первичном осмотре (одно исследование, 209 женщин, ОШ 0,57, 95% ДИ 0,37–0,86). В этом исследовании с частотой стимуляции родовой деятельности окситоцином равной 40% в контрольной группе, абсолютная разность в частоте применения стимуляции родовой деятельности окситоцином была меньше на 174 на 1000 (меньше на 57–271) при политике отсроченной госпитализации.

Опыт родов: доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что оценка удовлетворенности может быть выше при отсроченной госпитализации, чем при обычной форме госпитализации на роды (одно исследование, 201 женщина, разность средних (РС) выше на 16 пунктов, 95% ДИ на 7,53–24,47 выше).

Исходы для плода и новорожденного

Перинатальная гипоксия-ишемия: оценка по шкале Апгар менее 7 на 5-й минуте характеризуется очень низким уровнем достоверности, в основном из-за небольшого размера выборки и малого числа случаев.

Роды до поступления в стационар: доказательства очень сомнительны из-за того, что в этом небольшом исследовании таких случаев не отмечено.

Перинатальная смертность: в исследовании об этом не сообщалось. О других перинатальных исходах в этом исследовании также не сообщалось.

Дополнительные соображения

О других соответствующих исходах сообщалось непосредственно в исследовании (93), а в Кокрейновском обзоре — нет (92).

Продолжительность второго периода родов: она была короче у женщин из группы с отсроченной госпитализацией, по сравнению с контрольной группой (76,8 против 95 минут; $P = 0,045$); амниотомия: имела место с одинаковой частотой в обеих группах (49/105 против 56/104; $P = 0,368$).

Последствия отсроченной госпитализации в родильное отделение, как представлено в Кокрейновском систематическом обзоре, зависят от модели оказания помощи во время родов здоровым женщинам и не могут

применяться в странах, где неосложненные роды происходят в учреждениях первичного уровня, таких как медицинские центры и родильные отделения под руководством акушеров (OMBU), которые обычно оказывают меньший объем медицинской помощи, чем акушерские стационары (94). В нескольких наблюдательных исследованиях с размерами выборки от 120 до 6 121 женщины оценивались связь между раскрытием шейки матки при поступлении и последующими медицинскими вмешательствами, включая операции кесарева сечения и стимуляцию родовой деятельности (95–99). Результаты этих исследований совпадают. Они показывают, что женщинам, поступавшим в латентной фазе родов, с большей вероятностью выполнялась операция кесарева сечения. Частота операций кесарева сечения при поступлении в латентной и активной фазе родов составила 14,2% против 6,2% (6 121 женщина) (96), 18% против 4% (1 202 женщины) (97), 34,8% против 18,6% (354 женщин) (98), 15,8% против 6,9% (216 женщин) (95) и 10,3% против 4,2% (3 220 женщин) (99), соответственно. Эти наблюдательные исследования также сходным образом обнаружили более высокую частоту стимуляции родовой деятельности окситоцином и множества других медицинских вмешательств (например, измерение pH кожи головки плода, электронный мониторинг частоты сердечных сокращений плода, амниотомия, эпидуральная анестезия) среди женщин, госпитализированных в родильное отделение на ранних этапах родов, по сравнению с поступившими в активной фазе родов.

В Кокрейновском систематическом обзоре (92) также оценивался «осмотр на дому и поддержка» женщин в раннем периоде родов по сравнению с медицинской сортировкой по телефону (телефонный разговор между женщиной и медицинским специалистом, чтобы определить, нужно ли женщине ехать в родильный дом). Три исследования (6 096 участников), проведенные в Соединенном Королевстве и Канаде, представили фактические данные по этому вопросу. Женщинам из группы, которых осматривали на дому, оказывали поддержку и давали советы акушерки или другие обученные медицинские работники, включая консультации по поводу способов облегчения боли и по решению о времени госпитализации. Женщины из группы медицинской сортировки по телефону принимали самостоятельно решение о времени, когда нужно ехать в стационар, на основании

их телефонного разговора с медсестрой или другим медицинским работником. В обзоре найдены доказательства (в основном низкого уровня достоверности), предполагающие, что эти вмешательства практически не влияют на исходы родов, включая операции кесарева сечения, инструментальные вагинальные роды, стимуляцию родовой деятельности окситоцином, эпидуральную анестезию, тяжелую материнскую патологию, оценку по шкале Апгар менее 7 на 5-й минуте и перинатальную смертность.

Однако доказательства низкого уровня достоверности из данного обзора предполагают, что удовлетворенность матери может быть выше при осмотре на дому и поддерживающих вмешательствах.

Ценности

Выводы обзора качественных исследований по изучению того, что важно женщинам во время родов (23), указывают, что большинство женщин, особенно рожаящих в первый раз, опасаются родов и конкретных вмешательств (высокий уровень достоверности доказательств). Обзор также показал, что в то время, как большинство женщин хотят, чтобы роды прошли нормально, они понимают, что медицинское вмешательство иногда необходимо, чтобы обеспечить рождение здорового ребенка (высокий уровень достоверности доказательств). Кроме того, в определенных контекстах или ситуациях, женщины могут одобрять вмешательства для сокращения продолжительности родов или облегчения боли (низкий уровень достоверности доказательств).

Дополнительные соображения

Учитывая вышесказанное, женщины, которые боятся рожать, могут не оценить влияние отсроченной госпитализации на продолжительность пребывания в родильном отделении, и могут предпочесть прямое поступление в родильное отделение, особенно если альтернатива — это отправиться домой до развития активной родовой деятельности. Также вероятно, что женщины могут предпочесть меньшую частоту использования эпидуральной анестезии и стимуляции родовой деятельности. Фактические данные других исследований показывают, что женщины реже, чем медицинские работники, распознают определенные, ограниченные по времени фазы родов (54), и их способность справляться с ситуацией, скорее всего, будет зависеть

от множества взаимосвязанных факторов, включая уровень испытываемой боли, характер обстановки и воспринимаемый ими уровень поддержки (55).

Ресурсы

Анализ экономической эффективности, проведенный в США в 2015 г., показывает, что отсроченная госпитализация по сравнению с поступлением в латентной фазе может привести к экономии средств в размере 694 млн долл. США ежегодно в странах с высоким уровнем дохода (100). Эти выводы были сделаны на основе смоделированных оценок, что в случае применения политики отсроченной госпитализации до начала активной фазы родов уменьшится число случаев применения эпидуральной анестезии на 672 тысяч, операций кесарева сечения — на 67 232 и материнских смертей — на 9,6.

Дополнительные соображения

Нет никаких доказательств экономической эффективности применения отсроченной госпитализации по сравнению с прямым поступлением в родильное отделение в странах с низким и средним уровнями дохода. Экономическая эффективность будет зависеть от модели оказания помощи во время родов. В условиях стран с низким и средним уровнями

дохода часто применяются модели первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), так как они более рентабельны, чем оказание помощи в стационаре (94). Модели ПМСП, как правило, предполагают меньшую медикализацию родов по сравнению с помощью в стационаре (например, без эпидуральной анестезии).

Если роженицы отправляются домой ждать начала активной родовой деятельности, политика отсроченной госпитализации может привести к более высоким транспортным расходами для женщин во всех условиях.

Социальная справедливость

Не найдено научных данных о влиянии отсроченной госпитализации на социальную справедливость.

Дополнительные соображения

В странах с высоким уровнем дохода и среди более обеспеченных женщин ненужные акушерские вмешательства для ускорения родов, включая операцию кесарева сечения и стимуляцию родовой деятельности окситоцином, очень распространены. Следовательно, если отсроченная госпитализация снижает частоту этих ненужных и дорогостоящих вмешательств, как говорится в анализе экономической эффективности в США

Таблица 3.20 Потребность в основных ресурсах при применении политики отсроченного поступления в родильное отделение до начала активной фазы первого периода родов

Ресурсы	Описание
Персонал	Реорганизация работы персонала с размещением одного или нескольких сотрудников в зоне ожидания пациенток с отсроченным поступлением в родильное отделение
Обучение	Обучение на рабочем месте внедрению нового протокола по оказанию помощи при отсроченной госпитализации
Обеспечение	При политике отсроченной госпитализации требуется меньше ресурсов, чем при прямой госпитализации вследствие меньшего количества влажных исследований (перчатки) и уменьшения использования стимуляции родовой деятельности (окситоцин, инфузионные наборы, внутривенные растворы)
Оборудование	Кресла и другие вспомогательные ресурсы, такие как радио, музыка, телевизор, журналы для удобства женщины в период ожидания Никаких различий в обеспечении медицинским оборудованием, например тонометрами
Инфраструктура	Чистая, удобная комната ожидания для женщин и их сопровождающих, где женщина могла бы походить. Туалеты и питьевая вода должны быть легко доступными
Надзор и мониторинг	Беспрепятственный доступ к медицинскому наблюдению Аудит и обследование детей, рожденных до поступления женщины в родильное отделение, и аудит других ключевых результатов.

(100), то это может значительно повысить социальную справедливость.

В странах с низким и средним уровнями дохода женщины из социально отчужденных групп населения часто поздно обращаются в медицинские учреждения, или рожают до поступления в стационар, или, в конечном счете, происходят незапланированные домашние роды вследствие транспортных и финансовых барьеров (101–104); следовательно, отсроченная госпитализация в этих условиях может уменьшить социальную справедливость.

Транспортные расходы на то, чтобы добраться до медицинских учреждений, являются основополагающими для женщин из социально отчужденных групп населения во всех условиях (102, 105, 106). Если бы женщины были обязаны вернуться домой, чтобы дожидаться начала активной родовой деятельности, то для обеспечения социальной справедливости при таком вмешательстве необходимо обеспечить женщин из социально отчужденных групп средствами на транспорт.

Приемлемость

В рамках обзора качественных исследований опыта родов среди женщин (26) авторы провели дополнительный анализ взглядов женщин на политику госпитализации. Выводы, которые были получены только в странах с высоким уровнем доходов, предполагают, что женщины признают и, как правило, принимают решение оставаться дома как можно дольше, но их опыт раннего периода родов часто бывает более напряженным, чем ожидалось (особенно у первородящих женщин), что побуждает их обращаться к медицинским работникам по телефону или ехать в стационар в поисках ясности и уверенности (высокий уровень достоверности доказательств). Женщинам трудно принять то, что оставаться дома лучше, когда они были убеждены, что медицинская помощь важна для их безопасности (высокий уровень достоверности доказательств). Женщины склонны рассматривать акушерский стационар как безопасное место и прекрасно осознают, что они могут быть отправлены домой, если они не находятся в «активной» фазе родов. Давление необходимости «правильно выбрать время» является дополнительной нагрузкой на женщин и может вызвать у них чувство тревоги и уязвимости (высокий уровень достоверности доказательств). Решение поехать в стационар или родильный дом обычно определяется имеющимся опытом родов (часто связанным с уровнем боли), а не результатами

клинического осмотра, и женщины могут остаться разочарованными, обескураженными, расстроенными и в замешательстве, если после осмотра им скажут вернуться домой.

Аналогичный субанализ опыта медицинских работников относительно политики госпитализации предполагает, что медицинские профессионалы признают потребность женщин в ясности и уверенности, и они пытаются придерживаться ориентированного на удовлетворение потребностей женщины подхода при общении по телефону или лично (умеренный уровень достоверности доказательств). Тем не менее, организационные трудности и нехватка времени часто приводят к тому, что они выступают в роли «диспетчера на входе», что может привести к непоследовательным действиям при госпитализации в родильное отделение (умеренный уровень достоверности доказательств).

Дополнительные соображения

Все вышеперечисленные доказательства были получены в результате исследований, проведенных в странах с высоким уровнем дохода. Некоторые фактические данные из стран с низким и средним уровнями дохода показывают, что женщины в этих странах с большей долей вероятности поступают в медицинские учреждения в состоянии активной родовой деятельности (107).

Выполнимость

В рамках обзора качественных исследований опыта родов среди женщин (26) авторы провели дополнительный анализ взглядов женщин на практику госпитализации. Выводы, которые были получены только в странах с высоким уровнем дохода, показали, что фраза «оставайтесь дома» обычно хорошо воспринимается. Однако из соображений безопасности и для уверенности многие женщины предпочли бы находиться в родильном доме или рядом с ним, пока не начнется то, что они ожидают согласно своему имеющемуся опыту родов, независимо от результатов клинического осмотра (высокий уровень достоверности доказательств). В ситуациях, когда медицинские работники просят женщин вернуться домой, женщинам хотелось бы получить ясные советы и четкие инструкции о том, каких признаков и симптомов следует ожидать и когда следует вернуться в стационар (высокий уровень достоверности доказательств).

Аналогичный субанализ опыта медицинских работников относительно политики госпитализации показывает, что сотрудники предпочли бы отсроченную госпитализацию, потому что это дает им возможность справляться с организационными проблемами, связанными с наличием ограниченного числа коек и кадровых ресурсов (умеренный уровень достоверности доказательств). Однако результаты также указывают на то, что медицинским работникам будет трудно

оказать ориентированную на удовлетворение потребностей женщины помощь в том виде, как бы им хотелось (и это ценят женщины), если этот подход будет принят (умеренный уровень достоверности доказательств).

Дополнительные соображения

Все вышеперечисленные доказательства были получены в результате исследований, проведенных в странах с высоким уровнем дохода.

Таблица 3.21 Резюме суждений: политика отсроченного поступления в родильное отделение по сравнению с прямым поступлением при обращении

Желательные эффекты	– неизвестно	– варьируются		– незначительные	– небольшие	✓ умеренные	– значительные
Нежелательные эффекты	✓ неизвестно	– варьируются		– значительные	– умеренные	– небольшие	– незначительные
Уровень достоверности доказательств	– нет включенных исследований			✓ очень низкий	– низкий	– умеренный	– высокий
Ценности				– значимая неопределенность или вариабельность	– возможна значимая неопределенность или вариабельность	✓ вероятно, нет значимой неопределенности или вариабельности	– нет значимой неопределенности или вариабельности
Баланс эффектов	– неизвестно	– варьируется	– за прямое поступление	– вероятно, за прямое поступление	– неопределенность в отношении прямого или отсроченного поступления	✓ вероятно, за отсроченное поступление	– за отсроченное поступление
Требуемые ресурсы	– неизвестно	– варьируются	– высокие затраты	– умеренные затраты	– незначительные затраты или экономия	✓ умеренная экономия	– существенная экономия
Уровень достоверности доказательств по необходимым ресурсам	– нет включенных исследований			– очень низкий	✓ низкий	– умеренный	– высокий
Рентабельность	– неизвестно	– варьируется	– за прямое поступление	– вероятно, за прямое поступление	– неопределенность в отношении прямого или отсроченного поступления	✓ вероятно, за отсроченное поступление	– за отсроченное поступление
Социальная справедливость	– неизвестно	✓ варьируется	– снижение	– вероятно снижение	– вероятно отсутствие влияния	– вероятно повышение	– повышение
Приемлемость	– неизвестно	✓ варьируется		– нет	– вероятно, нет	– вероятно, да	– да
Выполнимость	– неизвестно	✓ варьируется		– нет	– вероятно, нет	– вероятно, да	– да

3.2.5 Клиническая пельвиометрия при поступлении на роды

РЕКОМЕНДАЦИЯ 11

Рутинное измерение размеров таза здоровых беременных женщин, у которых началась родовая деятельность, не рекомендуется. *(Не рекомендуется)*

Примечания

- Косвенные фактические данные, полученные из исследований по изучению применения рентгеновской пельвиометрии, свидетельствуют, что проведение клинической (внутренней) пельвиометрии у здоровых беременных женщин при поступлении на роды может повысить частоту проведения операций кесарева сечения без четких преимуществ для исходов родов.
- Клиническая (внутренняя) пельвиометрия — это оценка соответствия размеров плода форме и размерам таза матери (входа, полости малого таза и выхода) для родов через естественные родовые пути, проводимая при внутреннем исследовании таза; ее не нужно путать со стандартным акушерским исследованием при поступлении на роды, которое требуется для клинической оценки состояния шейки матки, околоплодных вод, состояния и положения плода.
- Клиническая (внутренняя) пельвиометрия может сыграть определенную роль в сортировке женщин с высоким риском плодово-тазовой диспропорции, которые проживают в сельской и отдаленной местности; однако в настоящее время нет доказательств того, что эта практика улучшает исходы.
- В учреждениях, где клиническая (внутренняя) пельвиометрия обычно проводится здоровым беременным женщинам при поступлении на роды, медицинские работники должны быть осведомлены о недостаточности доказательств в поддержку этой практики.
- Всем женщинам, поступающим на роды, медицинский персонал акушерского стационара должен провести акушерское исследование в соответствии с рекомендуемой клинической практикой, которая включает выполнение пальцевого влагалищного исследования для оценки статуса (начала и периода) родов с согласия женщины.

Резюме доказательств и соображений

Эффекты вмешательств (ДБ Табл. 3.2.5)

Доказательства были получены из Кокрейновского систематического обзора, в который вошли пять рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) (108). Авторы обзора не обнаружили исследований, оценивающих проведение внутренней пельвиометрии, поэтому в основу этой рекомендации легли косвенные доказательства влияния проведения рентгеновской пельвиометрии на исходы родов. Три исследования из этого обзора проводились в Испании, США и Южной Африке; в них было включено 769 женщин с доношенной беременностью и головным предлежанием. Одно исследование 1962 г. включало 305 рожениц, два других — 464 первородящих женщины, которым проводились родовозбуждение или родоактивация.

Во всех трех исследованиях сравнивали проведение лучевой пельвиометрии (в частности, рентгеновской) с отсутствием пельвиометрии. Оставшиеся два исследования включали женщин, у которых в анамнезе были операции кесарева сечения; данные из них не были включены в данное руководство.

Сравнение: проведение рутинной клинической пельвиометрии и отсутствие пельвиометрии.

Уровень достоверности доказательств был снижен в связи с их косвенностью, поскольку данные были получены из исследований, в которых изучалось проведение исключительно рентгеновской пельвиометрии.

Исходы для матери

Метод родовспоможения: доказательства низкого уровня достоверности показывают, что операции кесарева сечения могут проводиться чаще при использовании пельвиометрии, чем

без нее (3 исследования, 769 женщин, ОР 1,34, 95% ДИ 1,19–1,52). Абсолютный эффект от применения пельвиометрии — частота операций кесарева сечения может увеличиться на 73 на 1000 родов (на 6–157).

Материнские осложнения: в трех включенных исследованиях данных о материнской заболеваемости не представлено.

Продолжительность родов: об этом в обзоре не сообщалось.

Опыт родов: удовлетворенность матери и другие практические аспекты пельвиометрии в обзоре не оценивались.

Исходы для плода и новорожденного

Перинатальная гипоксия-ишемия:

фактические данные о влиянии пельвиометрии на «перинатальную асфиксию» очень неопределенные, поскольку они были получены из одного исследования с малым числом случаев, исследование также имело ограничения в дизайне и косвенный характер доказательств. О других заболеваниях или состояниях плода и новорожденного (оценка по шкале Апгар <7 на 5-й минуте) в соответствующих исследованиях не сообщалось.

Перинатальная смертность: доказательства этого исхода имеют очень низкий уровень достоверности из-за небольшого числа событий, ограничений исследования и косвенности доказательств.

Дополнительные соображения

Клиническая пельвиометрия включает пальцевое исследование внутренней поверхности таза, которое может быть очень дискомфортным для женщины, особенно когда она испытывает схватки (108). Однако в обзоре не оценивался опыт матери, связанный с этой процедурой. Более высокая частота

операций кесарева сечения при отсутствии доказанного преимущества в отношении других исходов нежелательна ввиду потенциального увеличения заболеваемости и повышенных расходов на здравоохранение, связанных с проведением операции кесарева сечения.

Диагностическая точность клинической пельвиометрии не определена; однако результаты некоторых наблюдательных исследований показывают, что она может помочь заподозрить диспропорцию головки и таза у нерожавших женщин в условиях ограниченных ресурсов, ограниченной возможности проведения операций кесарева сечения и необходимости своевременного перевода в учреждение более высокого уровня оказания помощи (109, 110).

Ценности

Результаты обзора качественных исследований по изучению того, что является важным для женщин во время родов (23), показывают, что большинство женщин хотят, чтобы роды прошли нормально с хорошими исходами как для матери, так и для ребенка, но признают, что медицинское вмешательство иногда может быть необходимым. Большинство женщин, особенно рожаящие в первый раз, испытывают страх перед родами (высокий уровень достоверности доказательств) и некоторыми вмешательствами. Если вмешательства проводятся, женщины хотели бы получить соответствующую информацию от компетентного медицинского работника, который понимающе относится к их потребностям (высокий уровень достоверности доказательств).

Дополнительные соображения

На основании результатов обзора, упомянутого выше, вряд ли женщины положительно отнесутся к этому медицинскому

Таблица 3.22 Потребность в основных ресурсах для проведения клинической пельвиометрии

Ресурсы	Описание
Обучение персонала	Практическое обучение клинической пельвиометрии
Обеспечение	Расходные материалы для стандартного пальцевого исследования таза
Оборудование	Не требуется
Рабочее время персонала	Время на проведение консультирования женщин, получения их согласия и выполнения процедуры
Надзор и мониторинг	Мониторинг в родильном отделении, в учреждении, со стороны руководства учреждения в рамках регулярного аудита качества медицинской помощи; контроль

вмешательству, если оно увеличивает вероятность проведения операции кесарева сечения без улучшения исходов родов.

Ресурсы

В обзорах не найдено данных относительно потребности в ресурсах и рентабельности.

Дополнительные соображения

Основные затраты на это вмешательство связаны с рабочим временем персонала и, хотя сама процедура может занять всего несколько минут, также требуется время, чтобы проконсультировать женщину о причинах проведения пальцевого исследования, чтобы получить ее согласие, а затем объяснить результаты. Поскольку вмешательство может привести к повышенному риску проведения операции кесарева сечения без улучшения основных перинатальных исходов, маловероятно, что это будет рентабельным.

Социальная справедливость

Нет прямых доказательств влияния клинической пельвиометрии на социальную справедливость. Однако косвенные доказательства из обзора факторов, препятствующих и способствующих родам в медицинском учреждении, указывают на то, что пальцевые влагалищные осмотры, проводимые медицинским работником в учреждениях, воспринимаются женщинами как неудобные и негуманные, и в странах с низким и средним уровнями дохода являются важным препятствием для женщин из социально отчужденных групп населения, чтобы родить в медицинском учреждении (доказательства высокого уровня достоверности) (8).

Дополнительные соображения

Основываясь на вышеупомянутых косвенных доказательствах, клиническая пельвиометрия, которая может быть более неудобной, чем стандартное исследование таза, проводимое для оценки течения родов, может являться сдерживающим фактором для женщин из социально отчужденных групп населения, чтобы родить в медицинском учреждении и, в дальнейшем, увеличить социальную несправедливость. Кроме того, учитывая, что пельвиометрия может увеличить частоту операций кесарева сечения среди обеспеченных женщин, которые будут отнесены в группу

с узким тазом, женщины из социально отчужденных групп населения с аналогичными результатами могут не получить помощь аналогичного уровня даже по медицинским показаниям.

Приемлемость

Нет никаких конкретных фактических данных об опыте женщин и медицинских работников, оказывающих помощь во время родов, относительно клинической пельвиометрии, которые были бы получены из качественного систематического обзора. Однако общие выводы относительно опыта женщин показывают, что женщины предпочли бы избежать медицинских вмешательств, если их ребенок не находится в группе риска (высокий уровень достоверности доказательств) (26). Кроме того, если требуется вмешательство, женщины хотели бы получить информацию о процедуре и помощь от чуткого, доброжелательного и компетентного персонала (высокий уровень достоверности доказательств).

Дополнительные соображения

Женщины могут положительно отнестись к обследованию малого таза медицинским работником, если это повысит шансы на естественные роды. Однако они могут не сразу согласиться на проведение клинической пельвиометрии, если ее результаты могут препятствовать естественным родам или усилить их страхи неблагоприятных событий во время родов.

Выполнимость

Нет никаких конкретных фактических данных об опыте женщин и медицинских работников, оказывающих помощь во время родов, относительно клинической пельвиометрии в качественных систематических обзорах (26). Однако общие выводы касательно опыта медицинских сотрудников показывают, что в определенном контексте (особенно в странах с низким и средним уровнями дохода) им может не хватать времени, подготовки или ресурсов для рутинного выполнения клинической пельвиометрии всем роженицам (доказательства высокого уровня достоверности).

Дополнительные соображения

Клиническая пельвиометрия требует особого опыта и специальных знаний, позволяющих с высоким уровнем достоверности исследовать внутренние диаметры таза матери в соотношении с размерами головки плода, чтобы оценить вероятность диспропорции

головки и таза во время родов. Такая оценка обычно проводится в учреждении более высокого уровня помощи с наличием опытных акушеров и врачей-акушеров и может быть недоступна в медицинских учреждениях более низкого уровня и учреждениях с ограниченными ресурсами.

Таблица 3.23 Резюме суждений: проведение клинической пельвиометрии по сравнению с отсутствием клинической пельвиометрии

Желательные эффекты	✓ неизвестно	– варьируются		– незначительные	– небольшие	– умеренные	– значительные
Нежелательные эффекты	– неизвестно	– варьируются		– значительные	– умеренные	✓ небольшие	– незначительные
Уровень достоверности доказательств	– нет включенных исследований			✓ очень низкий	– низкий	– умеренный	– высокий
Ценности				– значимая неопределенность или вариабельность	✓ возможна значимая неопределенность или вариабельность	– вероятно, нет значимой неопределенности или вариабельности	– нет значимой неопределенности или вариабельности
Баланс эффектов	– неизвестно	– варьируется	– против пельвиометрии	✓ вероятно, против пельвиометрии	– ни за пельвиометрию, ни против нее	– вероятно, за пельвиометрию	– за пельвиометрию
Требуемые ресурсы	– неизвестно	– варьируются	– высокие затраты	– умеренные затраты	✓ незначительные затраты или экономия	– умеренная экономия	– существенная экономия
Уровень достоверности доказательств по необходимым ресурсам	✓ нет включенных исследований			– очень низкий	– низкий	– умеренный	– высокий
Рентабельность	– неизвестно	– варьируется	– против пельвиометрии	✓ вероятно, против пельвиометрии	– ни за пельвиометрию, ни против нее	– вероятно, за пельвиометрию	– за пельвиометрию
Социальная справедливость	– неизвестно	– варьируется	– снижение	✓ вероятно снижение	– вероятно отсутствие влияния	– вероятно повышение	– повышение
Приемлемость	– неизвестно	✓ варьируется		– нет	– вероятно, нет	– вероятно, да	– да
Выполнимость	– неизвестно	✓ варьируется		– нет	– вероятно, нет	– вероятно, да	– да

3.2.6 Рутинная оценка состояния плода при поступлении на роды

РЕКОМЕНДАЦИЯ 12

Не рекомендуется рутинное выполнение кардиотокографии плода для оценки его состояния во время спонтанных родов у здоровых беременных. *(Не рекомендуется)*

РЕКОМЕНДАЦИЯ 13

Для оценки состояния плода во время родов рекомендуется аускультация с использованием ультразвукового доплеровского аппарата или фетального стетоскопа Пинарда. *(Рекомендуется)*

Примечания

- Фактические данные показывают, что кардиотокография (КТГ) при поступлении на роды, вероятно, увеличивает риск проведения операции кесарева сечения без улучшения исходов родов. Кроме того, это увеличивает вероятность того, что женщина и ее ребенок получат множество других вмешательств, включая непрерывную КТГ и забор крови плода, что увеличивает расходы на роды и может негативно повлиять на опыт родов у женщины.
- Все заинтересованные стороны должны знать, что оценка состояния плода при поступлении и регулярно во время родов путем выслушивания частоты сердечных сокращений плода является жизненно важной и неотъемлемой частью обеспечения качества интранатальной помощи. В активной фазе первого периода родов аускультация обычно проводится каждые 15–30 минут, тогда как во втором периоде обычно — каждые 5 минут.
- ГРР была осведомлена об опасениях клинического и правового сообщества по поводу невыполнения КТГ при поступлении из-за мнения некоторых клиницистов о том, что с помощью КТГ лучше выявляется риск осложнений, чем при аускультации, и поэтому ее использование оправдано даже у женщин без явных факторов риска осложнений во время родов. Однако ГРР была уверена, что нет никаких доказательств, подтверждающих эту точку зрения, и согласилась с тем, что врачи будут лучше защищены от судебных исков, если будут делать точные записи и отметки с четким указанием результатов аускультации, чем полагаться на КТГ при поступлении в оправдание клинической практики.

Резюме доказательств и соображений

Эффекты вмешательств (ДБ Табл. 3.26)

Доказательства были получены из Кокрейновского систематического обзора, включавшего четыре РКИ, проведенных в Ирландии (одно исследование) и Соединенном Королевстве (три исследования) (111). Более 13 тыс. женщин с низким риском развития осложнений во время родов были случайным образом распределены в группы с проведением КТГ (продолжительностью 15 мин. — в одном исследовании и 20 минут — в трех исследованиях) или с обычным наблюдением с помощью аускультации. Аускультация в одном исследовании выполнялась с использованием портативного ультразвукового доплеровского аппарата, в другом — фетального стетоскопа Пинарда или доплеровского ультразвукового устройства,

в двух исследованиях метод аускультации не был четко указан. Все исследования рассматривались как исследования с низким уровнем систематической ошибки.

Сравнение: проведение кардиотокографии (КТГ) и проведение аускультации при поступлении на роды

Исходы для матери

Метод родоразрешения: Доказательства умеренного уровня достоверности из четырех исследований (11 338 женщин) показали, что проведение КТГ при поступлении, вероятно, связано с увеличением частоты проведения операции кесарева сечения (ОШ 1,20, 95% ДИ 1,00–1,44), но не с увеличением частоты инструментальных вагинальных родов (ОР 1,10, 95% ДИ 0,95–1,27). Абсолютная разность в частоте проведения операций кесарева сечения на 1000 родов составляет на 7 случаев

больше при проведении КТГ при поступлении (больше на 0–16).

Опыт родов: в исследованиях не сообщалось об удовлетворенности женщин относительно данного вмешательства или других мероприятий и их опыте родов.

Исходы для плода и новорожденного

Перинатальная гипоксия-ишемия: фактические данные умеренного уровня достоверности свидетельствуют о том, что вмешательство либо не имеет никакого значения или оказывает незначительное влияние на оценку по шкале Апгар (<7 на 5-й минуте) (четыре исследования, 11 324 новорожденных, ОР 1,00, 95% ДИ 0,54–1,85) или на развитие неонатальных судорог (одно исследование, 8 056 младенцев, ОР 0,72, 95% ДИ 0,32–1,61) и данные низкого уровня достоверности свидетельствуют, что это не влияет или оказывает незначительное влияние на развитие гипоксически-ишемической энцефалопатии (одно исследование, 2367 новорожденных, ОР 1,19, 95% ДИ 0,37–3,90). Доказательства высокого уровня достоверности показывают, что по сравнению с аускультацией проведение КТГ при поступлении увеличивает частоту забора крови у плода (три исследования, 10 757 женщин, ОР 1,28, 95% ДИ 1,13–1,45).

Абсолютная разность воздействия составила на 21 случай забора крови у плода больше на 1000 (больше на 10–34).

Дистресс плода: в обзоре об этом исходе не сообщалось.

Перинатальная смертность: доказательства умеренного уровня достоверности предполагают, что КТГ при поступлении, вероятно, не оказывает влияния или несущественно влияет на показатели перинатальной смертности (четыре исследования, 11 339 новорожденных, ОР 1,01, 95% ДИ 0,30–3,47).

Отдаленные неблагоприятные исходы для младенцев: ни в одном из исследований не сообщается о тяжелых нарушениях развития нервной системы.

Дополнительные соображения

В обзоре также сообщалось о влиянии КТГ при поступлении на проведение других медицинских вмешательств. Доказательства высокого уровня достоверности показывают, что проведение КТГ при поступлении мало влияет

или не влияет на проведение амниотомии (два исследования, 2 694 женщины, ОР 1,04, 95% ДИ 0,97–1,12), стимуляцию родовой деятельности окситоцином (два исследования, 11 324 женщины, ОР 1,05, 95% ДИ 0,95–1,17) или использование эпидуральной анестезии (три исследования, 10 757 женщин, ОР 1,11, 95% ДИ 0,87–1,41). Однако доказательства умеренного уровня достоверности показывают, что проведение КТГ при поступлении, вероятно, увеличивает вероятность проведения непрерывной КТГ во время родов (три исследования, 10 753 женщины, ОР 1,30, 95% ДИ 1,14–1,48). Абсолютная разность эффекта воздействия КТГ при поступлении в виде увеличения числа проведения непрерывной КТГ во время родов составила 125 на 1000 (больше на 58–200). Результаты этого обзора могут быть неприменимы к странам с низким и средним уровнями дохода, поскольку все исследования проводились в странах с высоким уровнем дохода.

Ценности

Выводы обзора качественных исследований касательно того, что имеет значение для женщин во время родов (23), показывают, что большинство женщин хотят, чтобы роды прошли нормально, но признают, что медицинское вмешательство иногда бывает необходимым, чтобы ускорить рождение здорового ребенка (доказательства высокого уровня достоверности). Большинство женщин, особенно рожаящих в первый раз, опасаются родов (доказательства высокого уровня достоверности) и особенно разного рода вмешательств, хотя в определенных контекстах и ситуациях, женщины одобряют вмешательства, направленные на сокращение продолжительности родов или уменьшение боли (доказательства низкого уровня достоверности). Если вмешательства проводятся, женщины хотели бы получить актуальную информацию от компетентных медицинских работников, которые с уважением относятся к их потребностям. Результаты также показали, что женщины хотят контролировать процесс родов и хотели бы участвовать в принятии решений о проведении вмешательств (доказательства высокого уровня достоверности).

Ресурсы

Не найдено результатов исследований об относительных затратах или экономической

Таблица 3.24 Потребность в основных ресурсах для оценки состояния плода при поступлении: кардиотокограф (КТГ), ультразвуковой доплеровский аппарат и фетальный стетоскоп Пинарда

Ресурсы	Описание
Обучение персонала	■ Кардиотокограф (КТГ): практическое обучение тому, как использовать аппарат и интерпретировать результаты (112) ■ Ультразвуковой доплеровский аппарат (УДА): прост в использовании, не требует дополнительной подготовки (32) ■ Фетальный стетоскоп Пинарда (ФСП): практическое обучение; может потребоваться опыт, чтобы стать специалистом (113)
Обеспечение	■ КТГ: гель для УЗИ, термобумага^a, предохранители (112) ■ УДА: гель для УЗИ, для некоторых устройств требуются сменные батарейки (1,5 В АА) (112) ■ ФСП: не требуется
Оборудование	■ КТГ: аппарат стоит 1 457,16 долл. США (112) ■ УДА: устройство может стоить от 95 до 350 долл. США (32, 112) ■ КТГ и УДА: затраты на обслуживание ■ ФСП: 0,94 долл. США (112)
Инфраструктура	■ КТГ: требуется розетка для питания ■ УДА: работает от батареи (батарей требуют зарядки или замены) ■ ФСП: ничего не требуется
Рабочее время персонала	■ КТГ: время для подготовки аппарата и время для интерпретации КТГ обученным персоналом ■ УДА: минимум 60 секунд ■ ФСП: варьируется, зависит от опыта специалиста
Надзор и мониторинг	■ КТГ: наблюдение необходимо для точного определения всех параметров неудовлетворительных записей

^a Стоимость бумаги для электрокардиографа (ЭКГ) оценивается в 0,03 доллара США на одно исследование (112). Стоимость бумаги для кардиотокографии (КТГ) варьируется, но может быть сопоставима с такой оценкой при длине ленты 15–30 см (при скорости бумаги 1 см/мин).

эффективности проведения КТГ по сравнению с проведением аускультации.

Дополнительные соображения

При отсутствии дополнительных преимуществ для здоровья от применения КТГ при поступлении, вероятно, что КТГ является менее экономически выгодной, чем аускультация плода стетоскопом Пинарда или ультразвуковым доплеровским аппаратом в связи с более высокими расходами на оборудование и расходные материалы, а также чрезмерно высокой частотой проведения операции кесарева сечения и множества других вмешательств. Некоторые вмешательства, такие как операция кесарева сечения, требуют значительных ресурсов как со стороны медицинского учреждения, так и со стороны женщины. Очевидную экономию средств определяет рекомендация не использовать рутинно КТГ при поступлении на роды.

Социальная справедливость

Нет прямых доказательств влияния проведения КТГ при поступлении (или КТГ в общем) на социальную справедливость.

Дополнительные соображения

Доказательства умеренного уровня достоверности того, что проведение КТГ при поступлении не улучшает исходы родов, получены только в странах с высоким уровнем дохода, и они не могут применяться в условиях, где женщины из социально отчужденных групп населения могут получить дородовую помощь только низкого качества, и для них при поступлении на роды исходный риск гибели плода может быть выше.

Внедрение плановой КТГ при поступлении может уменьшить социальную справедливость, если это приведет к множеству ненужных вмешательств, которые доступны только более обеспеченным женщинам и в условиях

хорошего ресурсного обеспечения учреждений. В условиях высоких показателей перинатальной смертности применение КТГ направлено на улучшение диагностики гипоксии плода с соответствующим увеличением частоты операций кесарева сечения, что может увеличить социальную справедливость посредством предоставления больших преимуществ женщинам из социально отчужденных групп населения.

Приемлемость

В обзоре качественных исследований, посвященных изучению опыта родов среди женщин и сотрудников родильного отделения показано, что некоторые женщины находят применение КТГ обнадеживающим, но чувствует себя зависимыми от оборудования и предпочли бы более практичный, ориентированный на потребности женщины подход к оказанию помощи (доказательства низкого уровня достоверности) (26). Результаты дополнительного обзора исследований (26) показали, что медицинские работники считают, что КТГ используется чрезмерно часто, что приводит к ненужным вмешательствам, и, с акушерской точки зрения, снижает естественные способности женщины самостоятельно родить (доказательства высокого уровня достоверности).

Хотя некоторые медицинские сотрудники считают, что использование КТГ придает уверенности, многие не доверяют этой технологии и используют КТГ под давлением с защитной целью уменьшить уязвимость организации перед судебным разбирательством (высокий уровень достоверности доказательств). Кроме того, некоторые медицинские работники не чувствуют себя достаточно профессионально грамотными, чтобы интерпретировать записи КТГ, и подтверждают, что их мнения могут расходиться в понимании и интерпретации (доказательства высокого уровня достоверности).

Результаты также показывают, что если возможно, медицинские работники предпочли бы использовать периодическую аускультацию, потому что они считают, что это более гибкий инструмент и дает более хорошие результаты (по сравнению с КТГ) (доказательства низкого уровня достоверности).

Дополнительные соображения

Результаты обзора качественных исследований получены только в странах с высоким уровнем дохода.

Выполнимость

В систематическом обзоре качественных исследований по изучению мнения медицинских работников, оказывающих помощь во время родов (26), дополнительный субанализ мнения относительно КТГ и мониторинга плода показал, что персонал склонен полагать, что КТГ используют чрезмерно, и это может привести к ненужным вмешательствам (доказательства высокого уровня достоверности). Также применение КТГ может иметь финансовые последствия, что снижает возможность реагирования на полученные результаты в условиях ограниченных ресурсов. Персонал также считает, что КТГ дешевле в использовании (по сравнению с альтернативами), но финансовые ограничения часто приводят к плохому обслуживанию и ограниченной доступности расходных материалов (доказательства низкого уровня достоверности).

Дополнительные соображения

Результаты обзора качественных исследований получены только в странах с высоким уровнем дохода. В условиях нехватки ресурсов другие потребности с большим приоритетом для здравоохранения не будут способствовать инвестициям в закупку аппаратов КТГ и обучению персонала их эксплуатации.

Таблица 3.25 Резюме суждений: рутинная кардиотокография (КТГ) при поступлении по сравнению с аускультацией сердца плода с помощью ультразвукового доплеровского аппарата или фетального стетоскопа Пинарда

Желательные эффекты	– неизвестно	– варьируются		✓ незначительные	– небольшие	– умеренные	– значительные
Нежелательные эффекты	– неизвестно	– варьируются		– значительные	– умеренные	✓ небольшие	– незначительные
Уровень достоверности доказательств	– нет включенных исследований			– очень низкий	– низкий	✓ умеренный	– высокий
Ценности				– значимая неопределенность или вариабельность	✓ возможна значимая неопределенность или вариабельность	– вероятно, нет значимой неопределенности или вариабельности	– нет значимой неопределенности или вариабельности
Баланс эффектов	– неизвестно	– варьируется	– за УДА или ФСП	✓ вероятно, за УДА или ФСП	– ни УДА, ни ФСП, ни КТГ при поступлении не поддерживается	– вероятно, за КТГ при поступлении	– за КТГ при поступлении
Требуемые ресурсы	– неизвестно	– варьируются	– высокие затраты	✓ умеренные затраты	– незначительные затраты или экономия	– умеренная экономия	– существенная экономия
Уровень достоверности доказательств по необходимым ресурсам	✓ нет включенных исследований			– очень низкий	– низкий	– умеренный	– высокий
Рентабельность	– неизвестно	– варьируется	– за УДА или ФСП	✓ вероятно, за УДА или ФСП	– ни УДА, ни ФСП, ни КТГ при поступлении не поддерживается	– вероятно, за КТГ при поступлении	– за КТГ при поступлении
Социальная справедливость	– неизвестно	✓ варьируется	– снижение	– вероятно снижение	– вероятно отсутствие влияния	– вероятно повышение	– повышение
Приемлемость	– неизвестно	✓ варьируется		– нет	– вероятно, нет	– вероятно, да	– да
Выполнимость	– неизвестно	✓ варьируется		– нет	– вероятно, нет	– вероятно, да	– да

3.2.7 Бритье промежности и лобка

РЕКОМЕНДАЦИЯ 14

Процедура бритья промежности и лобка перед естественными родами не рекомендуется.
(Не рекомендуется)

Примечания

- Эта рекомендация была взята из *Рекомендаций ВОЗ по профилактике и лечению материнских околородовых инфекций (114)*, где ГРР подчеркнула, что это слабая рекомендация, основанная на доказательствах очень низкого качества.
- Эта рекомендация относится к бритью всех волосяных покровов вокруг наружных женских половых органов в случае вагинальных родов. Это не относится к женщинам, которым предстоит операция кесарева сечения.
- Решение относительно бритья промежности и лобка должно быть оставлено на усмотрение женщины, а не медицинского персонала. В ситуациях, когда женщина предпочитает бритье промежности и лобка перед родами, ей можно сообщить, что она может побриться сама, где ей удобно (например, дома незадолго до родов), или попросить побрить промежность кого-то, чтобы ей было максимально комфортно.
- Доказательства, подтверждающие эту рекомендацию, представлены в исходном руководящем документе, доступном по адресу: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363_eng.pdf

3.2.8 Клизма при поступлении

РЕКОМЕНДАЦИЯ 15

Назначение клизмы при поступлении для уменьшения частоты использования стимуляции родовой деятельности не рекомендуется.
(Не рекомендуется)

Примечания

- Эта рекомендация была взята из *WHO recommendations for augmentation of labour (46)*, в этом документе ГРР отметила ее как сильную рекомендацию, основанную на доказательствах очень низкого качества в отношении применения клизмы.
- ГРР отметила, что рутинное использование клизмы не снижает продолжительность родов и не дает никаких других клинических преимуществ. Клизма считается инвазивной процедурой и связана с дискомфортом для женщин.
- ГРР сделала упор на выполнимость этой рекомендации, сокращении использования ресурсов здравоохранения и увеличении приемлемости для медицинского персонала и женщин, и в связи с этим рекомендация не назначать клизму носит строгий характер.
- Доказательства, подтверждающие эту рекомендацию, представлены в исходном руководящем документе, доступном по ссылке: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf

РЕКОМЕНДАЦИЯ 16

Рекомендуется пальцевое влагалищное исследование с интервалом в четыре часа для оценки течения активной фазы первого периода родов у женщин с низким риском развития осложнений. (Рекомендуется)

Примечания

- Эта рекомендация была взята из *Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению материнских околородовых инфекций (114)*, в которых ГРП выделила эту рекомендацию как сильную, основанную на доказательствах очень низкого качества.
- В настоящее время нет прямых доказательств наиболее правильной частоты проведения влагалищных исследований для предотвращения инфекционной заболеваемости матери и ребенка, поэтому данная рекомендация была разработана на основе консенсуса, достигнутого Группой по разработке руководства, и она согласуется с аналогичной рекомендацией из *WHO recommendations for augmentation of labour*, 2014 г. (46).
- Приоритет должен быть отдан ограничению частоты и общего числа влагалищных исследований. Это особенно важно в ситуациях, когда есть другие факторы риска инфицирования (например, длительный период после разрыва амниотических оболочек и длительные роды).
- ГРП признала, что частота влагалищных исследований зависит от контекста оказания медицинской помощи и процесса родов. Группа согласилась с тем, что влагалищные исследования должны проводиться чаще, чем указано в этой рекомендации, если это оправдано состоянием матери или ребенка.
- Следует избегать проведения влагалищных исследований у одной женщины несколькими медицинскими сотрудниками примерно в одно и то же время или в разное время. Группа отметила, что такая практика распространена в учебных заведениях, когда несколько сотрудников (или студентов) проводят влагалищные исследования в учебных целях.
- Доказательства, подтверждающие эту рекомендацию, представлены в исходном руководящем документе, доступном по ссылке: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363_eng.pdf

3.2.10 Непрерывная кардиотокография во время родов

РЕКОМЕНДАЦИЯ 17

Не рекомендуется проведение непрерывной кардиотокографии (КТГ) для оценки состояния плода у здоровых беременных женщин со спонтанными родами. (Не рекомендуется)

Примечания

- При формулировании этой рекомендации ГРП сделала акцент на доказательствах, свидетельствующих о том, что проведение непрерывной КТГ увеличивает частоту операций кесарева сечения и других медицинских вмешательств, являясь нерентабельной с вариабельной приемлемостью и выполнимостью. Группа придала меньшее значение небольшому абсолютному сокращению числа случаев развития неонатальных судорог (меньше на 1 на 1000), которые могут иметь, а могут и не иметь последствий для здоровья в будущем.
- Проведение непрерывной КТГ не должно использоваться в качестве подмены, ориентированной на удовлетворение потребностей женщины помощи во время родов.
- Проведение непрерывной КТГ может ограничивать возможность выполнения других полезных процедур во время родов, например, возможность выбора способа и положения во время родов, а также возможность свободно передвигаться, что может вызывать стресс у женщин. Хотя ГРП отметила, что существуют мобильные аппараты непрерывной КТГ, она признала, что фактические данные относительно эффектов применения этой новой технологии отсутствуют.
- Заинтересованные стороны в странах с высоким уровнем перинатальной смертности должны определить, каким образом расширить применение периодической аускультации (ПА) с ведением соответствующей документации.
- В странах и условиях, где проведение непрерывной КТГ используется в качестве защиты от судебных разбирательств, все заинтересованные стороны должны быть осведомлены о том, что эта практика не основана на фактических данных и не улучшает исходы родов. Врачи будут лучше защищены от судебных тяжб, если будут вести ясные медицинские записи, четко отражающие результаты периодической аускультации, чем в случае, когда они полагаются на запись непрерывной КТГ в качестве защиты от судебных разбирательств.

Резюме доказательств и соображений

Эффекты вмешательств (ДБ Табл. 3.2.10)

Доказательства были получены из Кокрейновского систематического обзора исследований, в которых сравнивалось применение непрерывной КТГ с периодической аускультацией (ПА) для оценки состояния плода во время родов (115). В настоящее руководство включены фактические данные только по подгруппе с низким риском осложнений. Данные по подгруппам низкого риска были получены из четырех исследований, проведенных в Австралии (989 женщин), Ирландии (10 053 женщины), Соединенном Королевстве (504 женщины) и США (14 618 женщин), результаты которых были опубликованы между 1978 и 1986 гг.

Исследование, проведенное в Ирландии, также включало беременных с высоким риском, но эти данные были исключены из этого анализа. Три исследования были рандомизированными клиническими исследованиями (РКИ), а одно (исследование в США) — РКИ с квази-рандомизацией, в котором в каждом месяце проводимого исследования вмешательства чередовались. Последнее исследование рассматривается как подверженное высокому риску систематической ошибки. Метод периодической аускультации варьировался в разных исследованиях, что включало аускультацию с помощью фетального стетоскопа Пинарда и доплеровского ультразвукового аппарата или только доплеровского ультразвукового аппарата.

Сравнение: проведение непрерывной кардиотокографии (КТГ) и периодической аускультации (ПА)

Исходы для матери

Метод родоразрешения: доказательства низкого уровня достоверности из двух исследований (1431 женщина) предполагают, что частота проведения операции кесарева сечения может быть выше при проведении непрерывной КТГ по сравнению с ПА (ОШ 2,06, 95% ДИ 1,24–3,45). Абсолютная разность в эффекте при проведении непрерывной КТГ увеличивает число операций кесарева сечения на 30 на 1000 родов (больше на 7–70). Фактические данные по инструментальным вагинальным родам из этих исследований имеют очень низкий уровень достоверности.

Потребность в обезболивании: доказательства умеренного уровня достоверности предполагают, что отличия в использовании обезболивания матери при этих двух методах мониторинга плода, скорее всего, небольшие или вовсе отсутствуют (одно исследование, 504 женщины, ОР 0,92, 95% ДИ 0,79–1,07).

Опыт родов: об опыте женщин во время родов, в том числе о невозможности занять желаемую позу во время родов, неудовлетворенности оказываемой помощью и воспринимаемой потере контроля над процессом родов в обзоре не сообщается.

Исходы для плода и новорожденного

Перинатальная гипоксия-ишемия: доказательства умеренного уровня достоверности свидетельствуют о том, что проведение непрерывной КТГ, вероятно, снижает частоту случаев неонатальных судорог по сравнению с периодической аускультацией (три исследования, 25 175 новорожденных, ОР 0,36, 95% ДИ 0,16–0,79). Абсолютная разность в эффекте — меньше на 1 случай на 1000 младенцев (меньше на 0–2). В обзоре не приводятся фактические данные по случаям ацидоза пуповинной крови или церебральному параличу для подгруппы низкого риска.

Перинатальная смертность: эти данные характеризуются очень низкой достоверностью в связи с ограничениями дизайна исследования и очень малым числом случаев.

Отдаленные неблагоприятные исходы для младенцев: в исследовании женщин из группы беременности с низким уровнем риска не говорится о церебральном параличе или других отдаленных исходах у младенцев.

Дополнительные соображения

Фактические данные по подгруппе низкого риска были сопоставимы с данными по подгруппам высокого риска и смешанного риска. В общем обзоре с анализом подгрупп высокого, низкого и смешанного риска обобщенные оценки отражают различия во влиянии вмешательств на исходы:

- частота случаев неонатальных судорог уменьшается при проведении непрерывной КТГ (9 исследований, 32 386 новорожденных, ОР 0,50, 95% ДИ 0,31–0,80);
- частота операций кесарева сечения увеличивается при непрерывной КТГ (11 исследований, 18 861 женщина, ОР 1,63, 95% ДИ 1,29–2,07);
- частота инструментальных вагинальных родов увеличивается при проведении непрерывной КТГ (10 исследований, 18 615 женщин, ОР 1,15, 95% ДИ 1,01–1,33); и
- частота забора крови плода увеличивается при проведении непрерывной КТГ (2 исследования, 13 929 новорожденных, ОР 1,24, 95% ДИ 1,05–1,47).

Кроме того, обобщенная оценка показала отсутствие влияния или незначительное влияние на показатели перинатальной смертности, частоту случаев церебрального паралича, ацидоза пуповинной крови, гипоксически-ишемической энцефалопатии (ГИЭ), проведения стимуляции родовой деятельности окситоцином и эпидуральной анестезии. В исследованиях отмечено очень небольшое число клинически значимых исходов для новорожденных (115). К тому же, поскольку долгосрочное наблюдение не проводилось, отдаленные последствия зафиксированных случаев неонатальных судорог неизвестны.

В исследовании отдельно не выделяли первородящих и повторнородящих женщин, а также самопроизвольные и индуцированные роды. Кроме того, исследования проводились довольно давно, и клиническая практика, применяемая в исследованиях, может отличаться от современной практики, например, в одном исследовании рутинная амниотомия проводилась всем женщинам в течение часа после их поступления.

Непрерывная КТГ по сравнению с периодической КТГ оценивалась в рандомизированном клиническом исследовании, проведенном в Швеции среди 4 044 участниц с низким риском осложнений

Таблица 3.26 Потребность в основных ресурсах для оценки состояния плода во время родов: кардиотокограф (КТГ), ультразвуковой доплеровский аппарат и фетальный стетоскоп Пинарда

Ресурсы	Описание
Обучение персонала	■ Кардиотокограф (КТГ): практическое обучение тому, как применять оборудование и как интерпретировать результаты (112) ■ Ультразвуковой доплеровский аппарат (УДА): прост в использовании, не требует дополнительной подготовки (32) ■ Фетальный стетоскоп Пинарда (ФСП): практическое обучение; может потребоваться опыт, чтобы стать специалистом (113)
Обеспечение	■ КТГ: гель для УЗИ, термобумага^a, предохранители (112) ■ УДА: гель для УЗИ, для некоторых аппаратов требуются сменные батарейки (1,5 В АА) (112) ■ ФСП: не требуется.
Оборудование	■ КТГ: аппарат стоит 1 457,16 долл. США (112); на все время мониторинга на одну женщину требуется койка и один аппарат КТГ ■ УДА: аппарат может стоить от 95 до 350 долл. США (32, 112) ■ ФСП: 0,94 долл. США (112) ■ Затраты на обслуживание: самые высокие для КТГ; нет затрат для ФСП
Инфраструктура	■ КТГ: требуется розетка для питания и стабильное электроснабжение ■ УДА: аппарат работает от батареек (батареи нуждаются в зарядке или замене) ■ ФСП: не требуется
Рабочее время персонала	■ КТГ: исследование КТГ требует регулярного мониторинга и интерпретации результатов обученным персоналом ■ УДА: исследование длится минимум 60 секунд и проводится каждые 15 минут ■ ФСП: варьируется, зависит от опыта персонала

^a Стоимость бумаги для электрокардиографа (ЭКГ) оценивается в 0,03 долл. США на одно исследование (112). Стоимость бумаги для кардиотокографии (КТГ) варьируется, но может быть сопоставима с такой оценкой при длине ленты 15–30 см (при скорости бумаги 1 см/мин). Основываясь на этих расчетах, бумага, приблизительно, может стоить 0,48 долл. США для родов продолжительностью 8 часов (0,03 долл. США × 16).

(116). В группе периодической фиксации КТГ она проводилась в течение 10–30 минут каждые 2,0–2,5 часа в первом периоде родов, и аускультация стетоскопом производилась каждые 15–20 минут в перерывах между КТГ. Все женщины находились под постоянным наблюдением во втором периоде родов. Авторы обзора не нашли существенных различий в частоте операций кесарева сечения в связи с дистрессом плода (1,2% против 1,0% соответственно) или по другим исходам родов и пришли к выводу, что периодическая КТГ была так же безопасна, как непрерывная КТГ для мониторинга родов с низким риском.

Ценности

Выводы обзора качественных исследований касательно того, что важно для женщин во время родов (23), указывают, что большинство женщин хотят, чтобы роды прошли нормально, но признают, что медицинское вмешательство иногда может быть необходимым, чтобы облегчить рождение

здорового ребенка (доказательства высокого уровня достоверности). Если проводятся вмешательства, женщины хотели бы получать актуальную информацию от подготовленного медицинского специалиста, внимательно относящегося к их потребностям. Результаты также показали, что женщины хотят контролировать процесс родов и хотели бы участвовать в принятии решений о проведении вмешательства (доказательства высокого уровня достоверности).

Дополнительные соображения

Фактические данные того же обзора позволяют предположить, что женщины больше ценят возможность избежать риска дополнительных вмешательств (например, операции кесарева сечения, инструментальных родов и забора крови у плода), которые нарушают естественный процесс родов и лишают женщин контроля над ним, причем не обязательно улучшая исходы для них самих и их детей (23).

Кроме того, проведение непрерывной КТГ во время родов может негативно влиять на чувство автономии женщины во время родов, увеличивая ее дискомфорт и ограничивая возможность передвигаться и выбирать варианты обезболивания.

Ресурсы

В исследованиях не найдено данных об относительных затратах или экономической эффективности КТГ по сравнению с периодической аускультацией.

Дополнительные соображения

Аускультация фетальным стетоскопом Пинарда является наименее дорогостоящим методом мониторинга плода. Доказательства положительного воздействия проведения непрерывной КТГ показывают, что это может быть нерентабельно по сравнению с периодической аускультацией, поскольку единственное явное преимущество — это небольшое снижение частоты случаев неонатальных судорог (меньше на один случай на 1000), а отдаленный эффект неясен. Учитывая, что использование КТГ может также привести к умеренному увеличению числа дорогостоящих вмешательств во время родов, таких как операция кесарева сечения, инструментальные вагинальные роды и забор крови у плода, связанных с дополнительным риском развития патологии у матери и ребенка, отказ от использования КТГ может привести к значительной экономии средств. Затраты на приобретение КТГ для родильного отделения с соответствующими затратами на его обслуживание, или использование дополнительных ресурсов, таких как мониторинг рН, можно перенаправить на обеспечение доступности другого базового оборудования. Например, стоимость мониторинга с помощью внутренней КТГ, по оценкам голландского исследования, составила 1316 евро на роды (117).

Социальная справедливость

Доказательств влияния проведения КТГ на социальную справедливость не найдено.

Дополнительные соображения

Исследования по сравнению эффектов от использования непрерывной КТГ и периодической аускультации проводились в странах с высоким уровнем дохода, и их

результаты напрямую не применимы к странам с низким и средним уровнями дохода и высокими показателями перинатальной смертности. Однако эти эффекты предполагают, что проведение непрерывной КТГ может уменьшить социальную справедливость в случае, если это приведет к большому числу дополнительных ненужных вмешательств.

В докладе ВОЗ 2015 г. *State of inequality. Reproductive, maternal, newborn and child health* указывается, что доступность медицинских услуг для бедных, наименее образованных и проживающих в сельских и отдаленных районах женщин ниже, чем для женщин из более обеспеченных групп населения (33). В таких условиях вполне вероятно, что проведение любого вида электронного мониторинга сердечного ритма плода (ЧСС плода) является крайне несправедливым мероприятием из-за разницы в качестве оказания помощи и нехватки основных ресурсов. Данные исследования показывают, что адекватный мониторинг прогрессирования родов в таких условиях часто отсутствует, и что ЧСС плода выслушивается редко (118–120). Введение непрерывной КТГ в таких учреждениях в дальнейшем может только негативно отразиться на социальной справедливости.

Приемлемость

Результаты обзора качественных исследований по изучению опыта родов среди женщин и опыта оказания помощи во время родов среди медицинских работников показывают, что некоторые женщины находят применение КТГ обнадеживающим, но чувствуют себя зависимыми от оборудования и предпочли бы более практичный, ориентированный на удовлетворение потребностей женщины подход (доказательства низкого уровня достоверности) (26). Кроме того, результаты обзора качественных исследований, посвященных тому, что имеет важное значение для женщин во время родов, предполагают, что женщинам не нравится, когда их оставляют одних во время родов и предпочли бы присутствие с ними чуткого и компетентного медицинского работника (доказательства высокого уровня достоверности) (23).

Результаты обзора качественных исследований по изучению опыта родов также показали, что некоторые специалисты в области здравоохранения считают, что КТГ используется слишком часто, что приводит к ненужным

вмешательствам и, с акушерской точки зрения, снижает естественную способность женщины самостоятельно родить (доказательства высокого уровня достоверности) (26). Хотя некоторые медицинские работники считают, что использование КТГ придает уверенности, многие не верят этой технологии и применяют ее под давлением в качестве защиты организации перед судебным разбирательством (доказательства высокого уровня достоверности).

Кроме того, некоторые медицинские работники не чувствуют себя достаточно профессионально подготовленными для интерпретации записей КТГ и признают, что их мнения могут расходиться в понимании и интерпретации (доказательства высокого уровня достоверности). Результаты также показывают, что, если возможно, медицинские работники предпочли бы использовать периодическую аускультацию, потому что они считают, что она дает большую гибкость и приводит к лучшим результатам (по сравнению с КТГ) (доказательства низкого уровня достоверности).

Дополнительные соображения

Качественные результаты были получены только из исследований, проведенных в странах с высоким уровнем дохода (26). Результаты исследования в США по изучению отношения акушеров к использованию периодического мониторинга плода выявили, что среди 145 акушеров 72,4% согласились, что периодический мониторинг должен быть стандартом оказания помощи, и 87,0% заявили, что готовы его проводить. Однако 53,9% указали, что соотношение числа медсестер и пациентов является проблемой при предоставлении этой услуги (121). Несмотря на доказательства, указывающие на отсутствие четких клинических преимуществ, по мнению некоторых клиницистов, КТГ имеет преимущество при выявлении детей из группы риска по сравнению с периодической аускультацией, и что это оправдывает

дополнительный риск вмешательства, даже у женщин без явных факторов риска развития осложнений во время родов. Однако КТГ может быть неприемлема для женщин и тех медицинских работников, которые считают, что роды должно проходить естественно, без медикализации.

Выполнимость

Результаты систематического обзора качественных исследований по изучению опыта женщин и медицинских работников относительно родов предполагают, что женщины могут посчитать КТГ раздражающей процедурой, потому что она ограничивает их мобильность (доказательства низкого уровня достоверности) (26). Результаты обзора также показывают, что сотрудники считают, что КТГ зачастую используется избыточно и может привести к проведению дополнительных ненужных вмешательств (доказательства высокого уровня достоверности). Они также считают, что ее использование дешевле (по сравнению с методами мониторинга плода), но финансовые ограничения могут привести к плохому обслуживанию аппарата и ограниченной доступности комплектующих и расходных материалов.

К тому же, некоторые специалисты в области здравоохранения считают, что рабочая нагрузка в сочетании с нехваткой персонала приводят к тому, что КТГ (непрерывная) используется в качестве «няньки» и как неадекватная замена оказанию помощи, ориентированной на потребности женщины.

Дополнительные соображения

Качественные результаты получены только в странах с высоким уровнем дохода. Однако они предполагают, что отношение женщин к этой процедуре может препятствовать использованию КТГ в учреждениях родовспоможения, тогда как неоднозначные взгляды медицинских работников по-разному влияют на ее применение в зависимости от контекста (26).

Таблица 3.27 Резюме суждений: непрерывная кардиотокография (КТГ) по сравнению с периодической аускультацией (ПА) для мониторинга плода во время родов

Жела- тельные эффекты	– неизвестно	– варьи- руются		– незначитель- ные	✓ небольшие	– умеренные	– значитель- ные
Нежела- тельные эффекты	✓ неизвестно	– варьи- руются		– значительные	– умеренные	– небольшие	– незначитель- ные
Уровень до- стоверности доказа- тельств	– нет вклю- ченных исследова- ний			– очень низкий	✓ низкий	– умеренные	– высокий
Ценности				– значимая нео- пределенность или вариабель- ность	– возможна зна- чимая неопре- деленность или вариабельность	✓ вероятно, нет значимой неопре- деленности или вариабельности	– нет значимой неопреде- ленности или вариабель- ности
Баланс эффектов	– неизвестно	– варьи- руется	– за ПА	✓ вероятно, за ПА	– ни за непре- рывную КТГ, ни за ПА	– вероятно, за непрерывную КТГ	– за непрерывную КТГ
Требуемые ресурсы	– неизвестно	– варьи- руются	✓ высокие затраты	– умеренные затраты	– незначительные затраты или экономия	– умеренная эко- номия	– существен- ная экономия
Уровень до- стовер- ности дока- зательств по необ- ходимым ресурсам	✓ нет вклю- ченных исследова- ний			– очень низкий	– низкий	– умеренные	– высокий
Рентабель- ность	– неизвестно	– варьи- руется	– за ПА	✓ вероятно, за ПА	– ни за непре- рывную КТГ, ни за ПА	– вероятно, за непрерывную КТГ	– за непрерывную КТГ
Социальная справедли- вость	– неизвестно	– варьи- руется	– снижение	✓ вероятно снижение	– вероятно отсутствие влияния	– вероятно повышение	– повышение
Приемле- мость	– неизвестно	✓ варьи- руется		– нет	– вероятно, нет	– вероятно, да	– да
Выполни- мость	– неизвестно	✓ варьи- руется		– нет	– вероятно, нет	– вероятно, да	– да

3.2.11 Периодическая аускультация ЧСС плода во время родов

РЕКОМЕНДАЦИЯ 18

У здоровых беременных женщин во время родов рекомендуется проводить периодическую аускультацию частоты сердечных сокращений плода с помощью ультразвукового доплеровского аппарата или фетального стетоскопа Пинарда. (Рекомендуется)

Примечания

- Существуют некоторые фактические данные, позволяющие предположить, что периодическая аускультация (ПА) портативным доплеровским ультразвуковым устройством, кардиотокография (КТГ) или четко выполняющийся мониторинг фетальным стетоскопом Пинарда увеличивают выявление отклонений частоты сердечных сокращений плода (ЧСС), что, в свою очередь, может уменьшить число развития гипоксически-ишемических состояний. Однако влияние на другие существенные ранние и отдаленные исходы для младенцев не определено.
- ГРП подчеркнула, что ПА частоты сердечных сокращений плода во время родов имеет важное значение для оказания помощи во время родов, независимо от того, используется ли при этом устройство со строгим соблюдением клинических протоколов. Группа отметила, что мониторинг ЧСС во время родов проводится некачественно во многих странах с низким и средним уровнями доходов, и эта проблема требует решения посредством инициатив по повышению качества оказания помощи в этих странах.
- ГРП отметила отсутствие доказательств сравнительных преимуществ различных протоколов ПА и вариабельность протоколов, используемых в разных медицинских учреждениях. Однако группа согласилась с тем, что стандартизация протоколов важна для планирования и медико-правовых целей, поэтому рекомендует следующий протокол (113).
 - Интервал: выслушивать ЧСС плода каждые 15–30 минут в активной фазе первого периода родов и каждые 5 минут во втором периоде родов.
 - Продолжительность: каждая аускультация должна длиться не менее одной минуты; если ЧСС не всегда находится в нормальном диапазоне (например, 110–160 ударов в минуту), аускультация должна быть продлена, чтобы прослушать ЧСС в течение не менее трех схваток.
 - Время: выслушивать во время схватки и продолжать в течение не менее 30 секунд после окончания схватки.
 - Запись: записать исходную частоту сердечных сокращений (как однократно подсчитанное число ударов в минуту) и наличие или отсутствие акцелерации и децелерации.
- Независимо от используемого метода, женщине необходимо четко объяснить суть метода и его цели. Результаты аускультации следует сообщить женщине и разъяснить последующий план действий, чтобы дать ей возможность совместно принять решение.
- ГРП отметила, что в некоторых учреждениях с низким уровнем обеспечения зачастую можно увидеть неисправное оборудование, разные типы оборудования (за счет пожертвований от разных партнеров или закупок в разных странах) и нехватку аккумуляторов и других расходных материалов. На использование оборудования, питающегося от электрической сети, могут отрицательно сказаться перебои в поставке электроэнергии в странах с низким уровнем доходов. Следовательно, перед тем как переключиться с использования фетального стетоскопа Пинарда на использование доплеровского устройства, важно убедиться, что соответствующие ресурсы доступны.

Резюме доказательств и соображений

Эффекты вмешательств (ДБ Табл. 3.2.11)

Доказательства были получены из Кокрейновского систематического обзора, который включал три РКИ, проведенные в Зимбабве, Объединенной Республике Танзании и Уганде, с участием 6 241 роженицы, но только два исследования (в Зимбабве и Уганде) были включены в метаанализ (122).

В исследовании, проведенном в Уганде (1987 женщин без факторов риска), сравнивалось периодическое использование ультразвукового доплеровского аппарата с периодическим мониторингом с помощью фетального стетоскопа Пинарда. Оба метода использовались в течение одной минуты сразу после схватки каждые 30 минут в первом периоде родов, 15 минут — во втором периоде родов до начала потуг и каждые 5 минут — во втором периоде после начала потуг.

В исследовании, проведенном в Зимбабве (633 женщины), сравнивались четыре группы: с применением периодической кардиотокографии (КТГ), ультразвукового доплеровского аппарата и двух методов мониторинга стетоскопом Пинарда (со «строгой» и рутинной практикой). В группе КТГ внешний датчик прикладывался на 10 минут каждые полчаса для мониторинга ЧСС плода, но неясно, насколько последовательно датчик прикладывался во время схваток. В группах с использованием доплеровского аппарата и «строгой» (интенсивной) техникой аускультации стетоскопом Пинарда предполагалось, что акушерка из группы исследователей выслушивает ЧСС плода в течение одной минуты во время и сразу после схватки в интервале последних десяти минут каждого получаса, а в группе «рутинной практики» аускультацию проводили дежурные акушерки.

В этом исследовании женщины с акушерскими или медицинскими факторами риска (за исключением женщин с отслойкой плаценты или эклампсией) были особо учтены или переведены в специализированную больницу на роды. При включении данных из этого исследования в метаанализ их уровень достоверности был снижен по причине косвенности доказательств. У всех участниц из обоих исследований была одноплодная беременность с головным предлежанием, роды начались в срок и при поступлении раскрытие

шейки матки составляло 7 см и менее, а ЧСС плода составляла 120–160 ударов в минуту.

Сравнение 1: Периодический мониторинг ультразвуковым доплеровским аппаратом и стандартный мониторинг фетальным стетоскопом Пинарда.

Для проведения сравнения использовались фактические данные из двух исследований (в Уганде и Зимбабве).

Исходы для матери

Метод родоразрешения: фактические данные о влиянии этих методов на общие показатели частоты проведения операции кесарева сечения (по любым показаниям) имеют очень низкую достоверность. Доказательства умеренного уровня достоверности, полученные из исследования, включающего женщин с факторами риска развития осложнений, предполагают, что периодический мониторинг ультразвуковым доплеровским аппаратом, вероятно увеличивает частоту выполнения операций кесарева сечения при дистрессе плода (1 исследование, 627 женщин, ОР 2,71, 95% ДИ 1,64–4,48) но с малой вероятностью влияет или не оказывает никакого влияния на частоту инструментальных вагинальных родов (1 исследование, 627 женщин, ОР 1,35, 95% ДИ 0,78–2,32).

Опыт родов: нет никаких доказательств, полученных из этих исследований, об опыте родов у матери, включая удовлетворенность, неспособность принять предпочтительное положение во время родов или предполагаемую потерю контроля над процессом родов.

Исходы для плода и новорожденного

Перинатальная гипоксия-ишемия:

доказательства низкого уровня достоверности свидетельствуют о том, что периодический мониторинг ультразвуковым доплеровским аппаратом может уменьшить частоту случаев развития гипоксически-ишемической энцефалопатии (ГИЭ) (1 исследование, 627 новорожденных, ОР 0,10, 95% ДИ 0,01–0,78) и случаи неонатальных судорог (ОР 0,05, 95% ДИ 0,00–0,91). Абсолютная разность частоты случаев развития гипоксически-ишемической энцефалопатии меньше на 29 на 1000 (меньше на 7–31). Данные по оценке по шкале Апгар имеют очень низкий уровень достоверности.

Дистресс плода: доказательства низкого уровня достоверности демонстрируют, что

нарушения ЧСС плода могут выявляться чаще с использованием доплерометрии, чем при аускультации стетоскопом Пинарда (2 исследования, 598 новорожденных, ОР 2,40, 95% ДИ 1,09–5,29) и что поздние и ранние децелерации чаще обнаруживаются с помощью доплерометрии (1 исследование, 627 новорожденных, ОР 2,72, 95% ДИ 1,73–4,28) (умеренный уровень достоверности доказательств).

Перинатальная смертность: доказательства по этому исходу имеют очень низкую достоверность.

Отдаленные неблагоприятные исходы для младенцев: о них в исследовании не сообщается.

Дополнительные соображения

Доказательства по большинству исходов были основаны на данных исследования, проведенного среди беременных женщин с беременностью «высокого риска». Судя по данным исследования, неясно, привело ли увеличение числа выявленных случаев поздней и ранней децелерации и частоты проведения операций кесарева сечения при дистрессе плода к улучшению долгосрочных исходов для новорожденных.

Ценности

Результаты обзора качественных исследований по изучению того, что является важным для женщин во время родов (23), указывают, что большинство женщин хотят, чтобы роды прошли нормально с хорошими исходами для матери

и ребенка, но признают, что вмешательство иногда может быть необходимым. Когда проводятся вмешательства, женщины хотели бы получать информацию о характере вмешательств и, если возможно, иметь право выбора (доказательства высокого уровня достоверности). Они также ценят помощь и внимание компетентных медицинских работников, которые с пониманием относятся к их потребностям (доказательства высокого уровня достоверности).

Дополнительные соображения

Фактические данные об эффектах предполагают, что использование доплерометрии в странах с низким и средним уровнями дохода может увеличить выявляемость нарушений ЧСС плода, что, вероятнее всего, приведет к росту частоты проведения операции кесарева сечения при дистрессе плода, и может уменьшить частоту случаев перинатальной гипоксии-ишемии. Во всем мире женщины высоко ценят возможность предотвратить тяжелую патологию новорожденных, например, перинатальную гипоксию-ишемию и неонатальные судороги, и хотели бы иметь здорового ребенка даже за счет роста заболеваемости, связанной с проведением операции кесарева сечения.

Ресурсы

В исследованиях не найдено данных об относительных затратах или экономической эффективности применения доплерометрии по сравнению с мониторингом стетоскопом Пинарда.

Таблица 3.28 Потребность в основных ресурсах для периодической аускультации: ультразвуковой доплеровский аппарат и фетальный стетоскоп Пинарда (сравнение 1)

Ресурсы	Описание
Обучение персонала	■ УДА: довольно прост, не требует дополнительной подготовки (32). ФСП: практическое обучение; может потребоваться некоторый опыт, чтобы стать специалистом (113)
Обеспечение	■ УДА: гель для УЗИ; для некоторых требуются сменные батарейки (1,5 В АА) (112) ФСП: не требуется
Оборудование	■ УДА: устройство может стоить от 95 до 350 долл. США (32, 112). ФСП: 0,94 долл. США (112)
Время персонала	■ УДА: варьируется (минуты), в зависимости от опыта специалиста. ФСП: варьируется (минуты), в зависимости от опыта специалиста

Дополнительные соображения

Мониторинг с использованием фетального стетоскопа Пинарда — самый экономный из доступных методов периодической аускультации.

Социальная справедливость

Не обнаружено данных о влиянии различных типов мониторинга плода на социальную справедливость.

Дополнительные соображения

В докладе ВОЗ 2015 г. *State of inequality. Reproductive, maternal, newborn and child health* указывается, что доступность медицинских услуг для бедных, наименее образованных и проживающих в сельских и отдаленных районах женщин ниже, чем для женщин из более обеспеченных групп населения (33). Исследования показывают, что в таких условиях адекватный мониторинг течения родов часто отсутствует, и что ЧСС плода может оцениваться очень редко (118–120).

Хотя доплеровские мониторы плода легче применять, их мало в сельской местности и удаленных медицинских учреждениях из-за ограниченности ресурсов здравоохранения. Введение доплеровского мониторинга в клиническую практику может повлечь дополнительные затраты и, следовательно, его использование более вероятно в учреждениях, оказывающих помощь женщинам из более обеспеченных групп населения.

Приемлемость

В обзоре качественных исследований по изучению опыта родов у женщин показано, что женщины предпочли бы более практичный, ориентированный на удовлетворение их потребностей подход к оказанию помощи и, вероятно, предпочтут любую практику, которая позволяет этого добиться (высокий уровень достоверности доказательств) (26).

Фактические данные об опыте медицинских работников, оказывающих помощь во время родов (26), показали, что персонал положительно относится к использованию доплеровского аппарата, потому что это дает уверенность и потенциально ведет к лучшему исходу для женщин (по сравнению с КТГ) (доказательства низкого уровня достоверности). В определенных условиях медицинские работники предпочитают

использовать фетальный стетоскоп Пинарда, потому что он способствует оказанию помощи, ориентированной на удовлетворение потребности женщины (доказательства низкого уровня достоверности).

Дополнительные соображения

Фактические данные качественных исследований по изучению мнения медицинских работников были получены только из регионов с высоким уровнем дохода.

Допплерометрия также позволяет женщине слышать сердцебиение плода, что придает им уверенность и повышает привлекательность метода для мониторинга плода по сравнению со стетоскопом Пинарда.

Выполнимость

Систематический обзор качественных исследований по изучению опыта родов среди женщин не выявил проблемы, связанной с использованием доплерометрии (26). В том же обзоре рассматривалось мнение специалистов, и было показано, что сотрудники считают, что доплерометрия предлагает более гибкий подход к фетальному мониторингу и дешевле в использовании по сравнению с другим аналогичным оборудованием для мониторинга плода (доказательства низкого уровня достоверности) (26).

Однако выводы также предполагают, что в некоторых странах с низким уровнем дохода ресурсы, связанные с использованием доплеровского аппарата в контексте первоначальных затрат на покупку, обучение и текущее обслуживание, могут быть ограниченными (доказательства низкого уровня достоверности).

Дополнительные соображения

Фетальный стетоскоп Пинарда — самый экономичный метод; однако доплеровский аппарат, вероятно, проще в использовании и поэтому может быть более доступным в условиях больницы с несколькими акушерками, если устройство есть в учреждении и гарантированы его техническое обслуживание и постоянная поставка аккумуляторов.

Таблица 3.29 Резюме суждений: периодическая аускультация с использованием ультразвукового доплеровского аппарата по сравнению с использованием фетального стетоскопа Пинарда (сравнение 1)

Желательные эффекты	– неизвестно	– варьируются		– незначительные	✓ небольшие	– умеренные	– значительные
Нежелательные эффекты	– неизвестно	– варьируются		– значительные	– умеренные	– небольшие	✓ незначительные
Уровень достоверности доказательств	– нет включенных исследований			– очень низкий	✓ низкий	– умеренный	– высокий
Ценности				– значимая неопределенность или вариабельность	– возможна значимая неопределенность или вариабельность	✓ вероятно, нет значимой неопределенности или вариабельности	– нет значимой неопределенности или вариабельности
Баланс эффектов	– неизвестно	– варьируется	– за ФСП	– вероятно, за ФСП	– ни за УДА, ни за ФСП	✓ вероятно, за УДА	– за УДА
Требуемые ресурсы	– неизвестно	– варьируются	– высокие затраты	✓ умеренные затраты	– незначительные затраты или экономия	– умеренная экономия	– существенная экономия
Уровень достоверности доказательств по необходимым ресурсам	✓ нет включенных исследований			– очень низкий	– низкий	– умеренный	– высокий
Рентабельность	– неизвестно	– варьируется	– за ФСП	✓ вероятно, за ФСП	– ни за УДА, ни за ФСП	– вероятно, за УДА	– за УДА
Социальная справедливость	– неизвестно	– варьируется	– снижение	✓ вероятно снижение	– вероятно отсутствие влияния	– вероятно повышение	– повышение
Приемлемость	– неизвестно	✓ варьируется		– нет	– вероятно, нет	– вероятно, да	– да
Выполнимость	– неизвестно	✓ варьируется		– нет	– вероятно, нет	– вероятно, да	– да

Сравнение 2: Периодическое проведение кардиотокографии (КТГ) сравнивается с проведением рутинного метода аускультации плода стетоскопом Пинарда

Доказательства были получены в ходе исследования с разделением участников на четыре группы, проведенного в Зимбабве, в котором приняли участие 633 женщины и новорожденные. Группа «рутинной практики» получала «обычную помощь» с использованием стетоскопа Пинарда, оказываемую дежурными акушерками. Как уже упоминалось выше, участницами этого исследования были женщины с факторами риска возникновения осложнений, следовательно, уровень

достоверности результатов этого исследования был снижен из-за косвенности доказательств.

Исходы для матери

Метод родоразрешения: доказательства умеренного уровня достоверности предполагают, что проведение периодической КТГ с вероятностью увеличивает частоту проведения операций кесарева сечения по сравнению с обычным методом аускультации стетоскопом Пинарда (ОР 1,92, 95% ДИ 1,39–2,64), особенно при дистрессе плода (ОР 2,92, 95% ДИ 1,78–4,80). Фактические данные низкого уровня достоверности свидетельствуют о том, что это с малой вероятностью оказывает

или вовсе не оказывает влияния на частоту инструментальных вагинальных родов (ОР 1,46, 95% ДИ 0,86–2,49).

Опыт родов: в этом исследовании не было никаких данных относительно опыта родов у женщин, включая удовлетворенность, неспособность принять предпочтительное положение во время родов или предполагаемую потерю контроля над процессом родов.

Исходы для плода и новорожденного

Перинатальная гипоксия-ишемия: фактические данные низкого уровня достоверности свидетельствуют о том, что периодическая КТГ может уменьшить частоту развития гипоксически-ишемической энцефалопатии (ГИЭ) (ОР 0,20, 95% ДИ 0,04–0,90) и случаев неонатальных судорог (ОР 0,05, 95% ДИ 0,00–0,89). На основе этих ограниченных данных абсолютная разность частоты этих исходов составляет на 25 случаев ГИЭ меньше на 1000 (меньше на 3–30). Данные по оценке по шкале Апгар менее 7 на 5-й минуте имеют очень низкую достоверность. Об ацидозе пуповинной крови в этом исследовании не сообщается.

Дистресс плода: доказательства умеренного уровня достоверности предполагают, что проведение периодической КТГ с определенной вероятностью увеличивает частоту выявления нарушений ЧСС (ОР 6,08, 95% ДИ 4,21–8,79), включая раннюю и позднюю децелерацию ЧСС (ОР 2,84, 95% ДИ 1,82–4,45). Абсолютная разность в обнаружении ранней и поздней децелерации на основе ограниченных данных составила на 134 случая больше на 1000 (больше на 60–252).

Перинатальная смертность: фактические данные об этом исходе имеют очень низкую достоверность.

Отдаленные неблагоприятные исходы для младенцев: в этом исследовании о них не сообщается.

Дополнительные соображения

Фактические данные этого сравнения основаны на результатах единственного исследования, проведенного среди женщин с беременностью «высокого риска»; следовательно, благоприятные эффекты могут быть переоценены. Из полученных данных неясно, оказывает ли влияние увеличение выявления случаев ранней и поздней децелерации и частоты проведения операции кесарева

сечения при дистрессе плода на ранние и долгосрочные результаты для новорожденных.

Ценности

Результаты обзора качественных исследований по изучению того, что является важным для женщин во время родов (23), указывают, что большинство женщин хотят, чтобы роды прошли нормально с хорошими исходами для матери и ребенка, но признают, что вмешательство может иногда оказаться необходимым. Когда необходимо провести вмешательства, женщины хотели бы получать информацию о характере вмешательств и, если возможно, иметь право выбора (доказательства высокого уровня достоверности).

Дополнительные соображения

Фактические данные об эффектах предполагают, что проведение периодической КТГ в странах с низким и средним уровнями дохода может повысить частоту выявления нарушений ЧСС и уменьшить частоту перинатальной гипоксии-ишемии за счет последующего проведения операции кесарева сечения при дистрессе плода. Во всем мире женщины придают большое значение предотвращению тяжелой патологии у новорожденных, такой как перинатальная гипоксия-ишемия, и желают иметь здорового ребенка даже ценой увеличения заболеваемости, связанной с проведением операции кесарева сечения.

Ресурсы

Нет исследовательских данных об относительной стоимости или экономической эффективности различных типов периодической аускультации.

Социальная справедливость

Доказательств влияния на социальную справедливость не обнаружено.

Дополнительные соображения

В докладе ВОЗ 2015 г. *State of inequality. Reproductive, maternal, newborn and child health* указывается, что доступность медицинских услуг для бедных, наименее образованных и проживающих в сельских и отдаленных районах женщин ниже, чем для женщин из более обеспеченных групп населения (33). Исследования показывают, что в таких условиях адекватный мониторинг

Таблица 3.30 Потребность в основных ресурсах для периодической аускультации: кардиотокограф (КТГ) и фетальный стетоскоп Пинарда (сравнение 2)

Ресурсы	Описание
Обучение персонала	■ КТГ: практическое обучение тому, как применять оборудование и как интерпретировать результаты (112). ФСП: практическое обучение; требуется меньше опыта, чтобы стать специалистом (113)
Обеспечение	■ КТГ: гель для УЗИ, термобумага ^a , предохранители (112). ФСП: не требуется
Оборудование	■ КТГ: аппарат стоит 1457,16 долл. США (112); на время мониторинга на одну женщину требуется одна койка и один аппарат. ФСП: 0,94 долл. США (112). Затраты на техническое обслуживание: КТГ (нет для ФСП)
Инфраструктура	■ КТГ: требуется розетка для питания. ФСП: не требуется
Время персонала	■ КТГ: мониторинг требует регулярного контроля и интерпретации обученным персоналом. ФСП: варьируется, зависит от опыта специалиста

^a Стоимость бумаги для электрокардиографа (ЭКГ) оценивается в 0,03 долл. США на одно исследование (112). Стоимость бумаги для кардиотокографии (КТГ) варьируется, но может быть сопоставима с такой оценкой при длине ленты 15–30 см (при скорости бумаги 1 см/мин). Основываясь на этих расчетах, бумага, приблизительно, может стоить 0,48 долл. США для родов продолжительностью 8 часов (0,03 долл. США × 16).

прогрессирования родов часто отсутствует, и что ЧСС выслушивается крайне редко (118–120). Электронные фетальные мониторы редко встречаются в сельской местности и в удаленных медицинских учреждениях по причине приоритетной потребности в других ресурсах здравоохранения. Инвестиции в обеспечение проведения КТГ, вероятно, повлекут дополнительные расходы для женщин и учреждения и, следовательно, ее использование более вероятно в учреждениях, которые оказывают помощь женщинам из более обеспеченных групп населения. Использование КТГ также может уменьшить социальную справедливость, если это приведет к проведению множества дополнительных вмешательств, которые могут быть предоставлены только женщинам из более обеспеченных групп населения и в условиях хорошего обеспечения ресурсами.

Приемлемость

В обзоре качественных исследований по изучению опыта родов среди женщин и медицинских работников показано, что некоторые женщины считают применение КТГ обнадеживающим, но чувствуют себя «заложниками» оборудования и предпочли бы более практичный подход, ориентированный на удовлетворение их потребностей (доказательства низкого уровня достоверности) (26).

Результаты того же обзора (26) показывают, что медицинский персонал считает, что часто КТГ применяют без необходимости, что может привести к ненужным дополнительным

вмешательствам (умеренный уровень достоверности доказательств). Медицинские работники считают, что с акушерской точки зрения КТГ подрывает естественные способности женщин родить (умеренный уровень достоверности доказательств) и может использоваться в качестве «няньки» при малом штате сотрудников (доказательства низкого уровня достоверности). Хотя некоторые сотрудники считают, что использование КТГ вселяет определенную уверенность, многие не доверяют этой технологии и вынуждены использовать ее под давлением с целью уменьшения опасений организации в отношении судебных разбирательств (доказательства высокого уровня достоверности). Кроме того, некоторые медицинские работники не чувствуют себя достаточно подготовленным, чтобы интерпретировать записи КТГ и признают, что их мнения могут расходиться в понимании и интерпретации (доказательства высокого уровня достоверности).

Дополнительные соображения

Результаты качественных исследований были получены только в странах с высоким уровнем дохода. Новые беспроводные методы КТГ могут быть более приемлемыми для женщин, чем существующие аппараты КТГ, поскольку они позволяют женщинам оставаться мобильными во время родов; эти методы проходят оценку для использования в условиях стран с низким и средним уровнями дохода (123).

Выполнимость

Результаты систематического обзора качественных исследований по изучению взглядов и опыта родов у женщин предполагают, что КТГ может ограничивать мобильность во время родов (доказательства низкого уровня достоверности) (26). В том же обзоре изучались взгляды и опыт медицинских работников, оказывающих помощь во время родов; результаты показывают, что многие медицинские работники считают, что часто КТГ применяют без необходимости, что может привести к ненужным дополнительным вмешательствам (умеренная достоверность доказательств). Это, вероятно, повлечет за собой финансовые последствия.

Результаты также предполагают, что там, где это возможно, медицинские работники предпочитают использовать доплеровский аппарат из-за большей гибкости, потому что они считают, что это приводит к лучшим

результатам (по сравнению с проведением КТГ). Кроме того, хотя медицинские работники и считают, что КТГ дешевле в использовании (по сравнению с другими высокотехнологичными альтернативами), они осознают, что финансовые ограничения могут привести к снижению качества обслуживания и ограниченной доступности комплектующих и расходных материалов в определенных условиях.

Дополнительные соображения

Результаты качественных исследований были получены только в странах с высоким уровнем дохода. Фетальный стетоскоп Пинарда, вероятно, будет самым экономичным вариантом в условиях ограниченных ресурсов. Потребность в текущем обслуживании и материальном обеспечении КТГ снижает возможность ее применения в странах с низким и средним уровнями дохода.

Таблица 3.31 Резюме суждений: периодическая кардиотокография (КТГ) по сравнению саускультацией фетальным стетоскопом Пинарда (сравнение 2)

Желательные эффекты	– неизвестно	– варьируются		– незначительные	✓ небольшие	– умеренные	– значительные
Нежелательные эффекты	– неизвестно	– варьируются		– значительные	– умеренные	✓ небольшие	– незначительные
Уровень достоверности доказательств	– нет включенных исследований			– очень низкий	✓ низкий	– умеренный	– высокий
Ценности				– значимая неопределенность или вариабельность	– возможна значимая неопределенность или вариабельность	✓ вероятно, нет значимой неопределенности или вариабельности	– нет значимой неопределенности или вариабельности
Баланс эффектов	– неизвестно	– варьируется	– За ФСП	– вероятно, за ФСП	✓ ни за периодическую КТГ, ни за ФСП	– вероятно, за периодическую КТГ	– за периодическую КТГ
Требуемые ресурсы	– неизвестно	– варьируются	✓ высокие затраты	– умеренные затраты	– незначительные затраты или экономия	– умеренная экономия	– существенная экономия
Уровень достоверности доказательств по необходимым ресурсам	✓ нет включенных исследований			– очень низкий	– низкий	– умеренный	– высокий
Рентабельность	– неизвестно	– варьируется	– За ФСП	✓ вероятно, за ФСП	– ни за периодическую КТГ, ни за ФСП	– вероятно, за периодическую КТГ	– за периодическую КТГ

Социальная справедливость	– неизвестно	– варьируется	✓ снижение	– вероятно снижение	– вероятно отсутствие влияния	– вероятно повышение	– повышение
Приемлемость	– неизвестно	✓ варьируется		– нет	– вероятно, нет	– вероятно, да	– да
Выполнимость	– неизвестно	✓ варьируется		– нет	– вероятно, нет	– вероятно, да	– да

Сравнение 3: «Строгий» (или интенсивный) мониторинг по сравнению с «рутинным» мониторингом с помощью фетального стетоскопа Пинарда

Доказательства этого сравнения были получены из исследования, проведенного в Зимбабве, в котором участвовали женщины с факторами риска развития осложнений (1 исследование, 625 женщин и новорожденных); следовательно, уровень достоверности результатов понижен из-за косвенности доказательств.

Исходы для матери

Метод родоразрешения: доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что различия очень малы или их нет между интенсивным и рутинным мониторингом стетоскопом Пинарда с точки зрения частоты проведения операции кесарева сечения по любому показанию (ОР 0,71, 95% ДИ 0,46–1,08), проведения операции кесарева сечения из-за дистресса плода (ОР 0,70, 95% ДИ 0,35–1,38) и инструментальных вагинальных родов (ОР 1,21, 95% ДИ 0,69–2,11).

Опыт родов: в этом исследовании нет никаких данных относительно опыта родов у матери, включая удовлетворенность, неспособность принять предпочтительную позу во время родов или предполагаемую потерю контроля над процессом родов.

Исходы для плода и новорожденного

Перинатальная гипоксия-ишемия: фактические данные по оценке по шкале Апгар менее 7 на 5-й минуте, неонатальным судорогам и гипоксически-ишемической энцефалопатии (ГИЭ) имеют очень низкую достоверность.

Дистресс плода: доказательства умеренного уровня достоверности предполагают, что интенсивный мониторинг с помощью стетоскопа Пинарда, вероятно, увеличивает частоту выявления нарушений ЧСС плода (ОР 1,71, 95% ДИ 1,10–2,65), но может не увеличивать частоту выявления ранней

и поздней децелерации ЧСС (ОР 1,33, 95% ДИ 0,79–2,23) (доказательства низкого уровня достоверности).

Перинатальная смертность: фактические данные по этому исходу имеют очень низкий уровень достоверности.

Отдаленные неблагоприятные исходы для младенцев: в этом исследовании о них не сообщается.

Дополнительные соображения

Из имеющихся данных неясно, приводит ли увеличение выявления нарушений ЧСС к улучшению исходов родов и отдаленных последствий для младенцев.

Ценности

Результаты обзора качественных исследований по изучению того, что является важным для женщин во время родов (23), указывают, что большинство женщин хотят, чтобы роды прошли нормально с хорошими исходами для матери и ребенка, но признают, что медицинское вмешательство или оценка иногда могут оказаться необходимыми, и если это необходимо, то они хотели бы получить соответствующую информацию от технически компетентного медицинского работника, который с пониманием относится к их потребностям (высокий уровень достоверности доказательств).

Ресурсы

Никаких исследований по ресурсам не обнаружено.

Дополнительные соображения

Две группы из исследования, проведенного в Зимбабве, отражают исследовательский контекст в отношении применения интенсивной (строгой) практики по сравнению с обычной повседневной (менее строгой) практикой. Вероятно, что более тщательный мониторинг

плода требует больше ресурсов с точки зрения рабочего времени персонала.

Основные требования к ресурсам: см. потребности в ресурсах в сравнении 2 (Табл. 3.30).

Социальная справедливость

В докладе ВОЗ 2015 г. *State of inequality. Reproductive, maternal, newborn and child health* указывается, что доступность медицинских услуг для бедных, наименее образованных и проживающих в сельских и отдаленных районах женщин ниже, чем для женщин из более обеспеченных групп населения (33). В этих условиях вполне вероятно, что мониторинг ЧСС проводится менее строго по причине нехватки ресурсов и низкого качества помощи. Исследования показывают, что адекватный мониторинг прогрессирования родов часто отсутствует, а выслушивание ЧСС плода проводится крайне редко (118–120). Решение этой значимой проблемы качества оказания медицинской помощи при соответствующем обучении, контроле и мониторинге может оказать влияние на социальную справедливость независимо от метода периодической аускультации.

Приемлемость

Результаты систематического обзора качественных исследований по изучению опыта родов среди женщин и медицинских работников, оказывающих помощь во время родов, (26) указывают на то, что женщины с большей вероятностью положительно оценят тесный контакт с выполняющим интенсивный мониторинг медицинским специалистом, если он внимателен, компетентен и учитывает их потребности (высокий уровень достоверности доказательств).

Результаты обзора также показывают, что медицинские специалисты хотят оказывать такую ориентированную на потребности женщины помощь при наличии достаточных ресурсов (персонала), чтобы реализовать этот более трудоемкий подход (доказательства высокого уровня достоверности).

Дополнительные соображения

Приведенные выше фактические данные качественных исследований свидетельствуют о том, что если проводится мониторинг плода, женщины предпочитают, чтобы компетентный персонал выполнял это таким образом, чтобы выявить гипоксию плода и предотвратить нежелательные исходы (26). Женщины могут чувствовать, что за ними лучше ухаживают, если медицинские работники обеспечивают строгий контроль благополучия их ребенка.

Выполнимость

Систематический обзор качественных исследований по изучению опыта родов среди женщин не выявил проблем, связанных с интенсивным использованием фетального стетоскопа Пинарда.

В том же обзоре также рассматривался опыт медицинских работников в обеспечении помощи во время родов, и было обнаружено, что персоналу иногда не хватало времени, чтобы проводить мониторинг с использованием этого подхода, а также сотрудники ощущали, что строгий мониторинг требует навыков и опыта, что бывает трудно достижимо в условиях ограниченного времени (доказательства низкого уровня достоверности) (26).

Таблица 3.32 Резюме суждений: строгий (интенсивный) мониторинг плода с помощью стетоскопа Пинарда по сравнению с обычной практикой (сравнение 3)

Желательные эффекты	– неизвестно	– варьируются		✓ незначительные	– небольшие	– умеренные	– значительные
Нежелательные эффекты	– неизвестно	– варьируются		– значительные	– умеренные	– небольшие	✓ незначительные
Уровень достоверности доказательств	– нет включенных исследований			✓ очень низкий	– низкий	– умеренный	– высокий
Ценности				– значимая неопределенность или вариабельность	– возможна значимая неопределенность или вариабельность	✓ вероятно, нет значимой неопределенности или вариабельности	– нет значимой неопределенности или вариабельности
Баланс эффектов	– неизвестно	– варьируется	– за рутинный мониторинг	– вероятно, за рутинный мониторинг	✓ ни за строгий, ни за рутинный мониторинг	– вероятно, за периодическую КТГ	– за периодическую КТГ
Требуемые ресурсы	– неизвестно	– варьируются	– высокие затраты	– умеренные затраты	✓ незначительные затраты или экономия	– умеренная экономия	– существенная экономия
Уровень достоверности доказательств по необходимым ресурсам	✓ нет включенных исследований			– очень низкий	– низкий	– умеренный	– высокий
Рентабельность	– неизвестно	– варьируется	– за рутинный мониторинг	– вероятно, за рутинный мониторинг	✓ ни за строгий, ни за рутинный мониторинг	– вероятно, за периодическую КТГ	– за периодическую КТГ
Социальная справедливость	– неизвестно	– варьируется	– снижение	– вероятно снижение	– вероятно отсутствие влияния	✓ вероятно повышение	– повышение
Приемлемость	– неизвестно	– варьируется		– нет	– вероятно, нет	✓ вероятно, да	– да
Выполнимость	– неизвестно	– варьируется		– нет	– вероятно, нет	✓ вероятно, да	– да

РЕКОМЕНДАЦИЯ 19

Эпидуральная анестезия рекомендуется как метод обезболивания здоровых беременных женщин, нуждающихся в облегчении боли во время родов, в зависимости от предпочтений женщины. (Рекомендуется)

Примечания

- ГРП согласилась с тем, что, хотя фактические данные о влиянии эпидуральной анестезии для облегчения боли во время родов ограничены по сравнению с родами без эпидуральной анестезии, эпидуральная анестезия является проверенным методом облегчения боли, связанной с хирургическим вмешательством, включая абдоминальную хирургию, и группа решила рекомендовать этот метод при выборе способов облегчения боли.
- Медицинские работники должны знать, что на пожелания женщин использовать эпидуральную анестезию могут повлиять клинический контекст оказания дородовой и интранатальной помощи независимо от того, спонтанные это роды или нет, а также доступность и знание других вариантов обезболивания.
- Вполне вероятно, что условия оказания помощи, тип помощи и статус медицинского учреждения оказывают сильное влияние на потребность в обезболивании во время родов и на выбор, который делают женщины в связи с этой потребностью.
- Оба широко используемых медикаментозных варианта обезболивания во время родов — эпидуральная анестезия и опиоиды — имеют свои достоинства и недостатки. Эпидуральная анестезия — это более эффективный вариант обезболивания, но по сравнению с опиоидной анальгезией, она также требует и больше ресурсов и контроля нежелательных эффектов, которые чаще встречаются при эпидуральной анестезии.
- Чтобы избежать осложнений и сохранить в большем объеме двигательную функцию, при эпидуральной анестезии следует использовать минимально возможную эффективную концентрацию местного анестетика (124).
- Женщинам с эпидуральной анестезией во втором периоде родов рекомендуется облегчать выбор индивидуального положения для рождения ребенка, в том числе предлагать вертикальное положение во время родов. Женщинам с эпидуральной анестезией во втором периоде родов рекомендуется отложить потужной период на один-два часа после полного раскрытия шейки матки или до тех пор, пока у женщины не восстановится чувствительность и позывы к потугам.

Резюме доказательств и соображений

Эффекты вмешательств (ДБ Табл. 3.2.12)

Эти фактические данные получены из Кокрейновского систематического обзора, в который включены данные 43 исследований (125).

Сравнение 1: Сравнение эффектов при применении любого вида эпидуральной анестезии с плацебо или отсутствием эпидуральной анестезии.

В семи исследованиях с участием 897 женщин сравнивалось использование эпидуральной анестезии с ее отсутствием. Исследования проводились в больницах

Китая (три исследования) и Бразилии, Индии, Мексики и Турции (по одному исследованию). Размеры выборки отдельных исследований варьировались от 100 до 300 и более женщин. Одно исследование проводилось с 1990 по 2000 гг., три — в 2010 г. и позже, и в трех других исследованиях даты не уточнялись. Во всех исследованиях использовали бупивакаин или ропивакаин для эпидуральной анестезии. В одном исследовании были добавлены ропивакаин с суфентанилом; еще в одном исследовании бупивакаин был дополнен фентанилом и трамаолом — в другом. В двух исследованиях использовалась контролируемая пациентом эпидуральная анестезия. В трех исследованиях

использовалась комбинированная спинально-эпидуральная анестезия. Контрольные группы включали: группу без анальгезии (4 исследования, 637 женщин); группу без использования эпидуральной анестезии, но с применением другой анальгезии (не указано) (2 исследования, 190 женщин); а также в двух группах — с использованием непрерывной немедикаментозной анальгезии (1 исследование, 70 женщин).

Исходы для матери

Обезболивание: неясно, уменьшает ли эпидуральная анестезия по сравнению с отсутствием обезболивания оценку боли, интенсивность боли или необходимость дополнительной анальгезии во время родов, потому что достоверность доказательств для всех этих результатов очень низкая.

Метод родоразрешения: доказательства умеренного уровня достоверности предполагают, что эпидуральная анестезия, вероятно, уменьшает частоту проведения операций кесарева сечения по сравнению с отсутствием обезболивания (пять исследований, 578 женщин, ОР 0,46, 95% ДИ 0,23–0,90). Неизвестно, может ли эпидуральная анестезия влиять на частоту инструментальных родов, потому что уровень достоверности этих сведений очень низкий.

Продолжительность родов: неясно, оказывает ли эпидуральная анестезия какое-либо влияние на продолжительность первого или второго периода родов по сравнению с плацебо, поскольку уровень достоверности доказательств очень низкий.

Стимуляция родовой деятельности: доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что эпидуральная анестезия может оказывать незначительное влияние или совсем не влиять на то, проводится ли женщинам стимуляция родовой деятельности окситоцином для ускорения родов (3 исследования, 415 женщин, ОР 0,89, 95% ДИ 0,63–1,24).

Опыт родов: доказательства низкого уровня достоверности из одного исследования предполагают, что эпидуральная анестезия может увеличить долю женщин, сообщающих, что удовлетворены или очень довольны обезболиванием во время родов (70 женщин, ОР 1,32, 95% ДИ 1,05–1,65). В сравнении с отсутствием обезболивания неясно, влияет ли эпидуральная анестезия на чувство ослабления

контроля над процессом родов у женщин, потому что уровень достоверности этих доказательств очень низкий.

Нежелательные эффекты: фактические данные обзора исследований об относительном влиянии проведения эпидуральной анестезии по сравнению с влиянием плацебо или отсутствием вмешательства на развитие гипотонии, возникновение рвоты, повышение температуры, состояние сонливости или задержку мочи имеют очень низкий уровень достоверности.

Исходы для плода и новорожденного

Перинатальная гипоксия-ишемия: неясно, влияет ли эпидуральная анестезия на частоту рождения детей с оценкой по шкале Апгар менее 7 на 5-й минуте, потому что уровень достоверности этих данных очень низкий.

Отдаленные исходы: во включенных в обзор исследованиях о них не сообщалось.

Взаимодействие матери и ребенка и грудное вскармливание: ни в одном из включенных исследований об этом не сообщалось.

Ценности

В обзоре качественных исследований по изучению того, что имеет важное значение для женщин во время родов (23), результаты показывают, что большинство женщин, особенно тех, кто рождает в первый раз, опасаются родов (доказательства высокого уровня достоверности), и в определенных контекстах или ситуациях они могут положительно отнестись к мерам, обеспечивающим облегчение боли (доказательства низкого уровня достоверности). Если вмешательства должны быть выполнены, женщины хотели бы получить информацию о характере вмешательств и о наличии выбора, если это возможно (доказательства высокого уровня достоверности).

Обзор качественных исследований (только в странах с высоким уровнем дохода) по изучению опыта использования эпидуральной анестезии у женщин, которые просят облегчить боль, показал, что женщины хотят и ценят проведение эпидуральной анестезии, когда ее использование эффективно уменьшает болезненность схваток, а также ценят то, что это позволяет им сохранять контроль над процессом родов (умеренный уровень

Таблица 3.33 Потребность в основных ресурсах для проведения эпидуральной анестезии

Ресурсы	Описание
Персонал	■ Анестезиолог или другой специалист, обученный проведению и контролю эпидуральной анестезии. Акушер или другой специалист, обученный проведению инструментальных родов
Обучение	■ Требуется специальная медицинская подготовка
Обеспечение	■ Расходные материалы: инфузионные растворы, стерильная упаковка (включая перчатки, халат, шапочку, маску, стерильные простыни), набор для проведения эпидуральной анестезии, внутривенный катетер, соответствующие лекарственные средства для проведения реанимации, кислород
Время персонала	■ Время для проведения эпидуральной анестезии. Время для контроля за состоянием женщины и ребенка во время родов и после рождения ребенка для предотвращения нежелательных эффектов
Надзор и мониторинг	■ Надзор и мониторинг по стороны специалиста. Осложнения, связанные с эпидуральной анестезией, требуют специального наблюдения и лечения анестезиологом и акушером (если есть потребность в инструментальных родах)

достоверности доказательств) (126). Однако некоторые женщины боятся эпидуральной анестезии из-за потенциальной боли и осложнений, а также были отмечены их неоднозначные мнения относительно того, было ли предоставленное обезболивание действительно эффективно или неэффективно по их опыту (доказательства низкого уровня достоверности).

Некоторые женщины считают, что эпидуральная анестезия помогла им сформировать положительный опыт родов (умеренный уровень достоверности доказательств). Женщины ценят возможность сделать выбор в пользу этого метода обезболивания и поддержку их решения об обезболивании со стороны специалистов и членов семьи (доказательства низкого уровня достоверности).

Дополнительные соображения

Все включенные качественные исследования по использованию эпидуральной анестезии проводились в условиях стран с высоким уровнем дохода. Шесть были проведены в США. Невозможно идентифицировать в рамках включенных исследований, проводилась ли женщинам стимуляция родовой деятельности, индукция родов или другие виды вмешательств, которые могли бы повлиять на их оценку результатов, связанных с этим видом обезболивания. В некоторых культурах женщины могут считать, что боль является неотъемлемой частью процесса родов и рассматривают физическое выражение боли или дискомфорта как признак слабости.

Кроме того, некоторые женщины могут рассматривать использование эпидуральной анестезии в качестве вмешательства, которое отрицательно влияет на их чувство контроля над процессом во время родов и рождения ребенка.

Ресурсы

Не найдено недавно проведенных обзоров затрат и рентабельности, однако обзор исследований по экономической эффективности эпидуральной анестезии по сравнению с опиоидной анальгезией в США 2002 г. предполагает, что эпидуральная анестезия для обезболивания во время родов стоит дороже, чем опиоидная анальгезия (127). В обзоре средняя стоимость вагинальных родов в больнице составила 3 117 долл. США, а ожидаемые дополнительные затраты на предоставление эпидуральной анестезии оценили в 338 долл. США (цены 1998 г.), в первую очередь из-за более высоких затрат на оплату труда медицинских специалистов (238 долл. США) и увеличения затрат, связанных с осложнениями (120 долл. США). В модель затрат на оказание помощи во время родов с проведением эпидуральной анестезии было включено увеличение числа случаев инструментальных вагинальных родов (14% против 10%), повышения температуры (24% против 6%), стимуляции родовой деятельности окситоцином (45% против 35%), задержки мочи (2,7% против 0,13%), постуральной постпункционной головной боли (1,5% против 0%), гипотонии, требующей лечения (30% против 0%) и бо́льшая продолжительность родов (7 часов против 6 часов для первого

периода и 1,75 часа против 1,5 часа для второго) по сравнению с проведением опиоидной анальгезии, и кроме этого учтена высокая частота менее распространенных осложнений. Предполагалось, что при опиоидной анальгезии увеличение затрат будет связано со случаями угнетения дыхания среди женщин, получающих опиоиды (14% против 2%), более высокой частотой случаев реанимации новорожденных из-за угнетения дыхания (4,5% против 0,5%) и более часто возникающим нестерпимым зудом (14% против 12%). Операция кесарева сечения, как считается, выполняется с одинаковой частотой как при эпидуральной анестезии, так и при опиоидной анальгезии (20%).

Дополнительные соображения

Результаты других исследований показывают, что затраты на роды значительно выше при использовании эпидуральной анестезии (128, 129). Например, в исследовании, проведенном в Австралии, показано, что использование только эпидуральной анестезии увеличит среднюю стоимость родов до 36% в зависимости от типа медицинского учреждения (129). Для первородящих женщин, рожаящих в государственных учреждениях здравоохранения, проведение эпидуральной анестезии увеличило затраты на роды на 20%, а в сочетании со стимуляцией родовой деятельности затраты дополнительно увеличились еще на 24% (т.е. на 44% в целом).

Результаты исследования, проведенного в Нидерландах, в котором сравнивалось рутинное обезболивание с помощью эпидуральной анестезии с обезболиванием по запросу женщин, продемонстрировали, что затраты на роды были выше на 322 евро (на 60–355 евро) с рутинной эпидуральной анестезией в связи с более высокими затратами на лекарственные средства, более длительным пребыванием в больнице и большей частотой проведения операций кесарева сечения и инструментальных вагинальных родов (130).

Ведение и контроль эпидуральной анестезии должны проводить подготовленные специалисты, как и инструментальные роды, что, вероятно, и составляет основные затраты на это вмешательство. В исследовании, проведенном в Нидерландах, затраты, связанные с самой процедурой, были значительно выше для эпидуральной анестезии (122 евро) по сравнению с опиоидной анальгезией (15 евро). Во многих

случаях в отделениях под руководством акушерки женщинам не могут проводить эпидуральную анестезию, скорее всего, такая помощь оказывается в учреждениях более высокого уровня (например, в больничных родильных отделениях), в которых, с большой вероятностью, стоимость койки может быть выше. Пребывание в родильном отделении при эпидуральной анестезии может быть более длительным в связи с потенциально более длительными родами и послеродовым наблюдением.

Социальная справедливость

Никаких прямых доказательств влияния обезболивания с помощью эпидуральной анестезии на социальную справедливость не найдено. Косвенные доказательства из обзора факторов, способствующих и препятствующих проведению родов в учреждении (8), указывают, что «небрежность и задержка в предоставлении помощи», вероятно, действует как барьер для родов в учреждении (умеренный уровень достоверности доказательств). Такое пренебрежение и задержки в оказании помощи могут распространяться и на проведение обезболивания во время родов.

Кроме этого, в обзоре также подчеркивается, что многие женщины в странах с низким и средним уровнями дохода опасаются «незнакомых и нежелательных» методов родовспоможения, что является препятствием при принятии решения о родах в медицинском учреждении (доказательства высокого уровня достоверности) (8). Некоторые женщины могут воспринимать эпидуральные инъекции и другие виды инъекций как незнакомые, так и нежелательные вмешательства.

Дополнительные соображения

В докладе ВОЗ 2015 г. *State of inequality. Reproductive, maternal, newborn and child health* сообщается, что все еще существуют большие пробелы в охвате населения квалифицированной помощью во время родов (33). Эпидуральная анестезия как способ обезболивания обычно используется в странах с высоким уровнем дохода и среди женщин из более обеспеченных групп населения в странах с низким и средним уровнями дохода. Из-за высокой потребности в ресурсах ее доступность часто варьируется между странами, между учреждениями и, например, эпидуральная анестезия зачастую недоступна в сельской местности, где женщины не могут себе этого

позволить, и где сотрудникам не хватает опыта (127).

Ограниченные фактические данные одного исследования, проведенного в США, предполагают, что женщины с разными социально-демографическими характеристиками могут иметь различный уровень доступа к эпидуральной анестезии, или различный уровень участия в принятии решений в отношении использования эпидуральной анестезии, или то и другое (131).

Обеспечение эффективного и своевременного обезболивания женщинам из социально отчужденных групп населения может помочь уменьшить социальное неравенство непосредственно во время родов. На основе доказательств, приведенных выше, это также может опосредованно повлиять на социальную справедливость, стимулируя женщин из социально отчужденных групп населения к получению медицинской помощи в больнице. Однако, особенно в условиях стран с низким и средним уровнями дохода, эпидуральная анестезия может восприниматься некоторыми женщинами как незнакомая и нежелательная практика и может выступать в качестве барьера для родов в лечебных учреждениях, особенно для женщин, которые считают, что роды и рождение ребенка — это естественный процесс, не требующий вмешательства, и для тех, кто предпочел бы традиционный подход к обезболиванию. Утверждалось, что изменение отношения медицинских работников и окружения женщин к боли во время родов и сокращение медикализации, применяемой для уменьшения дискомфорта во время родов, могут дать женщинам возможность открыть для себя свои естественные способности к самостоятельным родам (132), что может положительно повлиять на социальную справедливость за счет сокращения использования эпидуральной анестезии в условиях высокой ресурсной обеспеченности.

Приемлемость

В систематическом обзоре качественных исследований, посвященных изучению опыта женщин по использованию эпидуральной анестезии (126), выявили их неоднозначное отношение к эпидуральной анестезии. На взгляды женщин повлияли уровень доступности эпидуральной анестезии и мнения других людей (умеренный уровень достоверности доказательств). Некоторые женщины априори выразили желание использовать эпидуральную

анестезию в качестве обезболивания во время родов, чтобы уменьшить страх боли или сохранять контроль в процессе родов, или, то и другое (умеренный уровень достоверности доказательств), в то время, как другие просили провести эпидуральную анестезию в крайнем случае, когда уровень боли, чувство утраты контроля над родами или оба были непреодолимыми и неуправляемыми (доказательства низкого уровня достоверности).

Были доказательства того, что эпидуральная анестезия может помочь облегчить боль во время схваток и сформировать положительный опыт родов, помогая женщинам расслабиться, восстановить силы и не терять чувство контроля (умеренный уровень достоверности доказательств). Однако, хотя некоторые женщины чувствовали поддержку со стороны медицинских специалистов в своем решении использовать эпидуральную анестезию в качестве обезболивания, другие чувствовали определенное давление или их уговаривали сделать так (медицинские работники на дородовом обучении или члены семьи) (доказательства низкого уровня достоверности). Некоторые женщины, принявшие решение о проведении эпидуральной анестезии, опасались по поводу процедуры и потенциальных рисков для себя и ребенка (доказательства низкого уровня достоверности). Они испытали отрицательные физические ощущения, включая боль и дискомфорт, связанные с введением иглы (доказательства низкого уровня достоверности). Некоторые также чувствовали утрату связи с ребенком и испытывали спектр отрицательных эмоций, включая ощущение определенного конфликта, вины, разочарования и неудачи (доказательства низкого уровня достоверности). Некоторые женщины сообщили, что ощутили ограничение подвижности после проведения эпидуральной анестезии (доказательства низкого уровня достоверности).

Обезболивание с помощью эпидуральной анестезии считается эффективным для некоторых пациенток, но не для всех (доказательства низкого уровня достоверности). Воспринимаемое отсутствие воздействия анестезии объяснялось продолжающейся болью, внезапной болью или временем проведения процедуры (например, когда она была проведена слишком поздно, чтобы вовремя подействовать). Еще

один систематический обзор качественных исследований по изучению опыта родов у женщин и медицинских работников включал в себя изучение мнения медицинских сотрудников относительно эпидуральной анестезии (26); однако доказательства были очень низкого уровня достоверности. Доказательства предполагают, что некоторые акушерки считают, что эпидуральная анестезия несовместима с философией акушерства, и связывают ее с развитием нежелательных эффектов, чувством потери связи с ребенком и последовавшими вмешательствами. Данные также свидетельствуют о том, что некоторые специалисты считают, что если и использовать эпидуральную анестезию, то она может быть более подходящим методом для первородящих женщин или при осложненных родах.

Дополнительные соображения

Результаты обзора качественных исследований по использованию эпидуральной анестезии (26, 126) получены в странах с высоким уровнем дохода, в которых она часто применяется.

Выполнимость

Результаты систематического обзора качественных исследований по изучению опыта родов среди женщин и медицинских работников (26) указывают на то, что некоторые

медицинские специалисты в странах с высоким уровнем дохода могут стимулировать женщин к использованию эпидуральной анестезии из-за большой нагрузки и нехватки времени, чтобы предоставить альтернативные варианты поддержки (доказательства очень низкого уровня достоверности). Ощущаемая неэффективность эпидуральной анестезии, о которой женщины сообщали в некоторых исследованиях, освещенных в другом систематическом обзоре качественных исследований (126), частично была связана с поздним проведением вмешательства (доказательства низкого уровня достоверности), предполагалось, что были организационные проблемы в реализации этого метода обезболивания.

Дополнительные соображения

Все фактические данные об эпидуральной анестезии из обзоров качественных исследований (26, 126) получены в странах с высоким уровнем дохода, в которых широко доступна эпидуральная анестезия. В условиях ограниченных ресурсов, где она не так широко используется, вероятно, будут финансовые последствия, поскольку также потребуется дополнительное обучение, что может отрицательно сказываться на целесообразности внедрения этого вмешательства.

Таблица 3.34 Резюме суждений: эпидуральная анестезия по сравнению с плацебо или отсутствием эпидуральной анестезии

Желательные эффекты	– неизвестно	– варьируются		– незначительные	✓ небольшие	– умеренные	– значительные
Нежелательные эффекты	✓ неизвестно	– варьируются		– значительные	– умеренные	– небольшие	– незначительные
Уровень достоверности доказательств	– нет включенных исследований			✓ очень низкий	– низкий	– умеренный	– высокий
Ценности				– значимая неопределенность или вариабельность	✓ возможна значимая неопределенность или вариабельность	– вероятно, нет значимой неопределенности или вариабельности	– нет значимой неопределенности или вариабельности
Баланс эффектов	– неизвестно	– варьируется	– за анальгезию или отсутствие эпидуральной анестезии	– вероятно, за анальгезию или отсутствие эпидуральной анестезии	– ни за эпидуральную анестезию, ни за отсутствие обезболивания	✓ вероятно, за эпидуральную анестезию	– за эпидуральную анестезию
Требуемые ресурсы	– неизвестно	– варьируются	✓ высокие затраты	– умеренные затраты	– незначительные затраты или экономия	– умеренная экономия	– существенная экономия
Уровень достоверности доказательств по необходимым ресурсам	– нет включенных исследований			– очень низкий	✓ низкий	– умеренный	– высокий
Рентабельность	– неизвестно	– варьируется	– за анальгезию или отсутствие эпидуральной анестезии	✓ вероятно, за анальгезию или отсутствие эпидуральной анестезии	– ни за эпидуральную анестезию, ни за отсутствие обезболивания	– вероятно, за эпидуральную анестезию	– за эпидуральную анестезию
Социальная справедливость	– неизвестно	– варьируется	– снижение	✓ вероятно снижение	– вероятно отсутствие влияния	– вероятно повышение	– повышение
Приемлемость	– неизвестно	✓ варьируется		– нет	– вероятно, нет	– вероятно, да	– да
Выполнимость	– неизвестно	✓ варьируется		– нет	– вероятно, нет	– вероятно, да	– да

Сравнение 2: Сравнение применения эпидуральной анестезии с применением парентеральной опиоидной анальгезии

В тридцати пяти исследованиях с участием 10 835 женщин сравнивалось проведение эпидуральной анестезии с обезболиванием опиоидами (125). Исследования были проведены в больницах Египта (два исследования), Израиля (2), Индии (2), Канады (3), Китая (2), Нидерландов (3), Соединенного Королевства (2), США (10) и Финляндии (2) и по одному исследованию в Дании, Иране (Исламская Республика), Кувейте, Малайзии, Норвегии, Франции и Швеции. Размер выборки в отдельных исследованиях значительно варьировался от менее 50 до более тысячи женщин. Одиннадцать исследований проводились с 1990 по 2000 гг., шесть — в период между 2000 и 2010 гг., три — в период между 2010 и 2013 гг., а в 14 исследованиях время проведения не указано. Бупивакаин или левобупивакаин использовались для эпидуральной анестезии в большинстве исследований. Бупивакаин использовался в сочетании с фентанилом в десяти исследованиях и с трамадолом в одном исследовании. Левобупивакаин использовался в сочетании с фентанилом в одном исследовании. Только в четырех исследованиях использовали комбинированную спинально-эпидуральную методику. Эпидуральная анестезия прекращалась во втором периоде родов в трех исследованиях. Сравниваемые опиоиды включали петидин (17 исследований, 6 889 женщин), буторфанол (одно исследование, 100 женщин), фентанил (три исследования, 447 женщин) и ремифентанил (девять исследований, 3 462 женщины), в то время как другие опиоиды использовались в остальных исследованиях. Опиоиды использовались в виде контролируемой пациентом внутривенной анальгезии в 19 исследованиях, внутривенных инъекций — в десяти исследованиях и внутримышечных инъекций — в пяти исследованиях (способ введения неясен в одном исследовании).

Исходы для матери

Обезболивание: доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что применение эпидуральной анестезии может уменьшить оценку болевых ощущений у женщин во время родов по сравнению с парентеральным введением опиоидов (5 исследований, 1133 женщины, стандартизованная РС

(CPC) $-2,64$, 95% ДИ от $-4,56$ до $-0,73$; это соответствует разности в восприятии боли примерно на 3 балла ниже по 10-балльной шкале). Доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что женщины, получающие эпидуральную анестезию, могут быть более склонны, чем те, кто получает опиоиды, оценивать обезбоживание как отличное или очень хорошее (семь исследований, 1 911 женщин, ОР $1,47$, 95% ДИ $1,03$ – $2,08$). Фактические данные низкого уровня достоверности свидетельствуют о том, что использование эпидуральной анестезии может снизить потребность в любой дополнительной анальгезии (16 исследований, 5 099 женщин, ОР $0,10$, 95% ДИ $0,04$ – $0,25$).

Метод родоразрешения: доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что применение эпидуральной анестезии может увеличить частоту инструментальных вагинальных родов; так в группе с использованием эпидуральной анестезии доля женщин с инструментальными вагинальными родами составила 13,2% по сравнению с 9,6% в группе использования опиоидов парентерального введения (31 исследование, 10 343 женщины, ОР $1,43$, 95% ДИ $1,29$ – $1,59$). Фактические данные умеренного уровня достоверности свидетельствуют о том, что применение эпидуральной анестезии, вероятно, незначительно влияет или не влияет на частоту проведения операций кесарева сечения (34 исследования, 10 745 женщин, ОР $1,07$, 95% ДИ $0,97$ – $1,19$).

Продолжительность родов: доказательства умеренного уровня достоверности продемонстрировали, что продолжительность первого периода родов, вероятно, увеличивается примерно на 30 минут у женщин, получающих эпидуральную анестезию, по сравнению группой, получающей опиоиды парентерального введения (10 исследований, 2 654 женщины, среднее увеличение продолжительности — на 29,79 минуты, 95% ДИ $12,79$ – $46,79$) и доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что продолжительность второго периода родов может быть увеличена примерно на 15 минут (среднее увеличение продолжительности — на 14,96, 95% ДИ $8,96$ – $20,96$).

Стимуляция родовой деятельности: доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что стимуляция родовой деятельности окситоцином может

использоваться чаще при проведении эпидуральной анестезии по сравнению с применением опиоидов парентерального введения (20 исследований, 8 746 женщин, ОР 1,11, 95% ДИ 1,01–1,22).

Опыт родов: доказательства низкого уровня достоверности из одного исследования предполагают, что эпидуральная анестезия, возможно, мало влияет или совсем не влияет на ощущение женщины, что она плохо контролирует роды (334 женщины, 1,17 ОР, 95% ДИ 0,62–2,21) или на численность женщин, сообщивших, что они довольны или очень довольны своим опытом родов (332 женщины, ОР 0,95, 95% ДИ 0,87–1,03).

Нежелательные эффекты: доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что эпидуральная анестезия может увеличить вероятность развития гипотензии, хотя в исследованиях наблюдались значительные расхождения в численности женщин, сообщивших о гипотензии (10 исследований, 4 212 женщин, ОР 11,34, 95% ДИ 1,89–67,95). Фактические данные с умеренным уровнем достоверности свидетельствуют о том, что эпидуральная анестезия, вероятно, связана с уменьшением риска угнетения дыхания, требующего применения кислорода, по сравнению с опиоидами (пять исследований, 2 031 ребенок, ОР 0,23, 95% ДИ 0,05–0,97). Неясно, по сравнению с опиоидной анальгезией, снижает ли эпидуральная анестезия частоту случаев тошноты и рвоты или сонливости у матери, поскольку уровень достоверности доказательств очень низкий. Доказательства низкого уровня достоверности свидетельствуют о том, что на повышение температуры (> 38 °C) может влиять сама процедура проведения эпидуральной анестезии (10 исследований, 4 671 женщина, ОР 2,60, 95% ДИ 1,82–3,73). Фактические данные с умеренным уровнем достоверности свидетельствуют о том, что по сравнению с парентеральным использованием опиоидов, риск задержки мочи, вероятно при эпидуральной анестезии повышен (четыре исследования, 343 женщины, ОР 9,20, 95% ДИ 2,28–37,11).

Исходы для плода и новорожденного

Перинатальная гипоксия-ишемия:

доказательства низкого уровня достоверности свидетельствуют о том, что различий нет или они малы при оценке по шкале Апгар менее 7 на 5-й минуте (23 исследования, 9 147 новорожденных, ОР 0,80, 95% ДИ

0,58–1,10). Фактические данные с умеренным уровнем достоверности свидетельствуют о том, что число младенцев с pH пуповинной артериальной крови менее 7,2, вероятно меньше при эпидуральной анестезии, чем при опиоидной анальгезии (восемь исследований, 4 783 новорожденных, ОР 0,81, 95% ДИ 0,69–0,94); однако доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что не было различий между группами по pH пуповинной артериальной крови менее 7,15 (три исследования, 480 детей, ОР 1,17, 95% ДИ 0,64–2,14). Доказательства умеренного уровня достоверности свидетельствуют о том, что новорожденные, чьи матери получили эпидуральную анестезию, а не опиоиды, вероятно, реже нуждаются в назначении налоксона (10 исследований, 2 645 новорожденных, ОР 0,15, 95% ДИ 0,10–0,23).

Отдаленные неблагоприятные исходы

для младенцев: ни в одном из включенных исследований об этом не сообщается.

Взаимодействие матери и ребенка и грудное

вскармливание: об этом не сообщалось ни в одном из включенных исследований.

Ценности

В обзоре качественных исследований по изучению того, что имеет важное значение для женщин во время родов (23), было показано, что большинство женщин, особенно рожаящих в первый раз, опасаются родов (доказательства высокого уровня достоверности), а в определенных контекстах или ситуациях могут положительно отнестись к процедурам, обеспечивающим облегчение боли (доказательства низкого уровня достоверности). Когда рассматривается вопрос о проведении вмешательства, женщины хотели бы получить информацию о характере процедуры и о наличии выбора, если это возможно (доказательства высокого уровня достоверности).

Результаты обзора качественных исследований по изучению опыта родов среди женщин (данные получены только в странах с высоким уровнем дохода) подчеркивают, что женщины хотят и ценят эпидуральную анестезию, когда ее использование эффективно снимает боль при родах, и они также ценят то, что это вмешательство позволяет им сохранять контроль над процессом родов (доказательства умеренного уровня достоверности) (26). Однако некоторые женщины боятся инъекции при

эпидуральной анестезии из-за потенциальных боли и осложнений и выражают различные мнения касательно того, действительно ли предоставленное обезболивание было эффективным или неэффективным по их опыту (доказательства низкого уровня достоверности). Некоторые женщины считают, что эпидуральная анестезия помогла им сформировать положительный опыт родов (доказательства умеренного уровня достоверности).

Женщины ценят возможность сделать выбор относительно этого метода обезболивания и ценят поддержку специалистов и членов семьи при их решении об обезболивании (доказательства низкого уровня достоверности).

Дополнительные соображения

Все включенные качественные исследования по использованию эпидуральной анестезии проводились в условиях стран с высоким уровнем дохода. Шесть исследований были проведены в США. Невозможно определить

в рамках включенных исследований, проводилась ли женщинам стимуляция родовой деятельности, индукция родов или другие формы вмешательств, которые могли повлиять на то, как они оценили результаты, связанные с этой формой обезболивания.

В некоторых культурах женщины могут рассматривать родовую боль как неотъемлемую часть родов и считать физическое выражение боли или дискомфорта признаком слабости. Кроме того, некоторые женщины могут рассматривать использование эпидуральной анестезии в качестве вмешательства, которое отрицательно влияет на их чувство контроля во время родов и рождения ребенка.

Ресурсы

Не найдено недавних обзоров по изучению затрат и рентабельности; однако обзор исследований по изучению экономической эффективности эпидуральной анестезии по сравнению с опиоидной анальгезией в США 2002 г. предполагает, что проведение эпидуральной анестезии в качестве метода

Таблица 3.35 Потребность в основных ресурсах для проведения эпидуральной анестезии и опиоидной анальгезии

Ресурсы	Описание
Персонал	■ Эпидуральная анестезия: анестезиолог или другой специалист, обученный проведению эпидуральной анестезии и ее контролю; другой подготовленный персонал, например медсестра, обученная наблюдению за состоянием женщин, которым проводится эпидуральная анестезия. Опиоиды: для назначения опиоидов обычно требуется врач (зависит от страны и условий); однако другой персонал, например акушерка или медсестра, может проводить опиоидную анальгезию
Обучение	■ Эпидуральная анестезия: требуется специальная медицинская подготовка. Опиоиды: довольно легко проводить
Обеспечение	■ Эпидуральная анестезия: раствор для инфузий, стерильная упаковка (включая перчатки, халат, шапочку, маску, стерильную простынь), комплект для эпидуральной анестезии, раствор для дезинфекции кожи, внутривенный катетер, соответствующие лекарственные препараты для реанимации, кислород. Опиоид: лекарственный препарат (например, петидин), игла, шприц, внутривенный катетер (по выбору), раствор для дезинфекции кожи, кислород, соответствующие лекарственные препараты для реанимации
Оборудование и инфраструктура	■ Эпидуральная анестезия: капельница, инфузионный насос, кислородное оборудование и полный комплект оборудования для реанимации. Опиоиды: кислородное оборудование и полный комплект оборудования для реанимации
Время	■ Время, затрачиваемое персоналом на проведение и мониторинг эпидуральной анестезии значительно больше, чем время для введения опиоидов и мониторинга их применения
Надзор и мониторинг	■ Проведение и эпидуральной анестезии, и опиоидной анальгезии требуют наблюдения и контроля. Осложнения, связанные с эпидуральной анестезией, обычно требуют наблюдения специалистом и ведения анестезиологом и акушером (если есть потребность в проведении инструментальных родов)

обезболивания во время родов стоит дороже опиоидной анальгезии (127). В обзоре средняя стоимость вагинальных родов в больнице составила 3 117 долл. США, и ожидаемые дополнительные затраты на предоставление эпидуральной анестезии оценивались в 338 долл. США (оценка 1998 г.) в первую очередь из-за более высоких затрат на оплату труда медицинских работников (оцениваются в 238 долл. США) и увеличения затрат, связанных с осложнениями (оцениваются в 120 долл. США). В модель затрат на оказание помощи во время родов с проведением эпидуральной анестезии было включено увеличение числа случаев инструментальных вагинальных родов (14% против 10%), повышения температуры (24% против 6%), стимуляции родовой деятельности окситоцином (45% против 35%), задержки мочи (2,7% против 0,13%), постуральной постпункционной головной боли (1,5% против 0%), гипотонии, требующей лечения (30% против 0%) и большая продолжительность родов (7 часов против 6 часов для первого периода и 1,75 часа против 1,5 часа для второго) по сравнению с проведением опиоидной анальгезии, и кроме этого учтена высокая частота менее распространенных осложнений. Предполагалось, что при опиоидной анальгезии увеличение затрат будет связано со случаями угнетения дыхания среди женщин, получающих опиоиды (14% против 2%), более высокой частотой случаев реанимации новорожденных из-за угнетения дыхания (4,5% против 0,5%) и более часто возникающим нестерпимым зудом (14% против 12%). Операция кесарева сечения, как считается, выполняется с одинаковой частотой как при эпидуральной анестезии, так и при опиоидной анальгезии (20%).

Дополнительные соображения

Результаты других исследований показывают, что затраты на роды значительно выше при эпидуральной анестезии в качестве метода обезболивания (128, 129). Например, в исследовании, проведенном в Австралии, было показано, что использование только эпидуральной анестезии увеличит среднюю стоимость родов до 36% в зависимости от типа медицинского учреждения (129). У первородящих женщины, рожаящих в государственных больницах, проведение эпидуральной анестезии увеличило затраты на роды на 20%, а в сочетании со стимуляцией родовой деятельности затраты дополнительно

увеличились еще на 24% (т.е. общее увеличение на 44%). Выводы исследования, проведенного в Нидерландах, в котором сравнивалось рутинное обезболивание с помощью эпидуральной анестезии с обезболиванием по запросу женщин, показали, что затраты на роды были на 322 евро выше (от 60 до 355 евро) при применении рутинной эпидуральной анестезии из-за более высоких затрат на лекарственные средства, более длительного времени пребывания в стационаре и большей частоты проведения операций кесарева сечения и инструментальных вагинальных родов (130).

Введение и контроль эпидуральной анестезии должны проводить подготовленные специалисты, как и инструментальные роды, что, вероятно, и составляет основные затраты на это вмешательство. В исследовании, проведенном в Нидерландах, затраты, связанные с самой процедурой, были значительно выше для эпидуральной анестезии (122 евро) по сравнению с опиоидной анальгезией (15 евро).

Во многих случаях в родильном отделении под контролем акушерки женщинам не могут проводить эпидуральную анестезию, им требуется помощь в учреждениях более высокого уровня (например, больничные акушерские отделения), в которых стоимость койки также может быть выше. Пребывание в родильном отделении при проведении эпидуральной анестезии также может быть более длительным из-за потенциально более длительных родов и послеродового наблюдения.

Социальная справедливость

Прямых доказательств влияния на социальную справедливость обезболивания с помощью эпидуральной анестезии не найдено. Косвенные доказательства из обзора факторов, способствующих и препятствующих родам в медицинском учреждении (8), указывают на то, что «пренебрежение и задержка в оказании помощи», вероятно, действуют как барьер для родов в учреждении (доказательства умеренного уровня достоверности). Такое пренебрежение и задержка в предоставлении помощи могут распространяться и на проведение обезболивания во время родов. Кроме того, в обзоре также подчеркивается, что многие женщины в странах с низким и средним уровнями дохода опасаются «незнакомой и нежелательной» практики родов, что является препятствием при принятии решения о родах

в медицинском учреждении (доказательства высокого уровня достоверности) (8). Некоторые женщины могли воспринимать эпидуральные инъекции и другие виды инъекций как незнакомые, так и нежелательные практики.

Дополнительные соображения

В выводах Доклада ВОЗ 2015 г. *State of inequality. Reproductive, maternal, newborn and child health* говорится, что есть еще большие пробелы в охвате населения квалифицированной помощью во время родов (33). Эпидуральная анестезия в качестве обезболивания обычно используется в странах с высоким уровнем дохода и среди женщин из более обеспеченных групп населения в странах с низким и средним уровнями дохода. Из-за высокой потребности в ресурсах, доступность эпидуральной анестезии часто варьируется между странами и различается между учреждениями и, например, она часто недоступна в сельской местности, где женщины не могут себе этого позволить, и где сотрудникам не хватает опыта проведения процедуры (127). Ограниченные данные одного исследования, проведенного в США, предполагают, что женщины с разными социально-демографическими характеристиками могут иметь разный уровень доступа к эпидуральной анестезии или другой различный уровень участия в принятии решений, связанных с использованием эпидуральной анестезии (131). Обеспечение эффективного и своевременного обезболивания во время родов женщинам из социально отчужденных групп населения может помочь сократить социальное неравенство непосредственно во время родов. На основе доказательств, приведенных выше, это также может опосредованно повлиять на социальную справедливость, стимулируя женщин из незащищенных групп населения рожать в медицинских учреждениях. Однако, особенно в условиях стран с низким уровнем дохода, эпидуральная анестезия может восприниматься некоторыми женщинами как незнакомая и нежелательная практика и может выступать в качестве барьера для родов в медицинских учреждениях, особенно среди женщин, которые считают, что роды и рождение ребенка — это естественные процессы, не требующие вмешательства, и тех, кто предпочел бы традиционный подход к обезболиванию.

Обсуждалось, что изменение отношения медицинских работников и окружения

женщин к боли во время родов (и сокращение медикализации, применяемой для уменьшения дискомфорта во время родов) может дать женщинам возможность открыть для себя свои естественные способности самостоятельно родить (132), что может положительно повлиять на социальную справедливость за счет сокращения использования эпидуральной анестезии в условиях высокой ресурсной обеспеченности.

Приемлемость

В систематическом обзоре качественных исследований, посвященных изучению опыта родов женщин (126), были выявлены различия во взглядах на использование эпидуральной анестезии. На их взгляды оказывали влияние доступность эпидуральной анестезии и мнения других людей (доказательства умеренного уровня достоверности). Некоторые женщины выразили желание априори получить эпидуральную анестезию для облегчения болезненных родов, чтобы уменьшить страх боли, или сохранять контроль над процессом родов, или то и другое (доказательства умеренного уровня достоверности), в то время как другие просили провести эпидуральную анестезию только в крайнем случае, когда уровень боли или чувство контроля над родами были непреодолимыми и неуправляемыми (доказательства низкого уровня достоверности).

Существуют фактические данные, что эпидуральная анестезия может способствовать положительному опыту родов, помогая женщинам расслабиться, восстановить силы и не потерять чувство контроля (доказательства умеренного уровня достоверности). Однако, хотя некоторые женщины чувствовали поддержку со стороны медицинских работников в своем решении использовать эпидуральную анестезию, другие испытывали давление или их уговаривали сделать эпидуральную анестезию (медицинские специалисты во время дородового обучения или члены семьи) (доказательства низкого уровня достоверности). Некоторые женщины, принявшие решение о проведении эпидуральной анестезии, испытывали чувство страха по поводу процедуры и потенциальных рисков для себя или ребенка (доказательства низкого уровня достоверности). Они испытали негативные физические ощущения, включая боль и дискомфорт, связанные с введением

иглы (доказательства низкого уровня достоверности). Некоторые также чувствовали потерю связи с ребенком и испытали весь спектр отрицательных эмоций, включая ощущение определенного конфликта, вины, разочарования и неудачи (доказательства низкого уровня достоверности). Некоторые женщины сообщили об ограничении мобильности после проведения эпидуральной анестезии (доказательства низкого уровня достоверности).

Обезболивание с помощью эпидуральной анестезии считается эффективным для некоторых женщин, но не для всех (доказательства низкого уровня достоверности). Воспринимаемое отсутствие эффективности объяснялось продолжающейся болью, внезапной болью или временем проведения процедуры (например, когда эпидуральная анестезия проведена слишком поздно, чтобы вовремя подействовать). В рамках еще одного систематического обзора качественных исследований по изучению опыта родов у женщин и медицинских сотрудников учитывалось мнение специалистов здравоохранения об эпидуральной анестезии (26); однако доказательства были очень низкой достоверности.

Доказательства предполагают, что некоторые акушерки считают эпидуральную анестезию несовместимой с философией акушерства и связывают это с развитием нежелательных эффектов, потерей связи с ребенком и последовавшими вмешательствами.

Имеющиеся фактические данные также свидетельствуют о том, что некоторые медицинские работники считают, что если и использовать эпидуральную анестезию, то для первородящих женщин или при осложненных родах.

Дополнительные соображения

Все фактические данные обзора качественных исследований (26, 126) взяты из исследований, проведенных в условиях высокой ресурсной обеспеченности, где эпидуральная анестезия является обычной практикой.

Выполнимость

Результаты систематического обзора качественных исследований по изучению опыта оказания помощи во время родов (26) указывают на то, что некоторые медицинские работники в странах с высоким уровнем дохода могут побуждать женщин использовать эпидуральную анестезию из-за большой загруженности и нехватки времени (доказательства низкого уровня достоверности).

Ощущение отсутствия эффекта от эпидуральной анестезии, о котором женщины сообщали в некоторых исследованиях, рассматривалось в другом систематическом обзоре (126) и частично было обусловлено ее поздним проведением (доказательства низкого уровня достоверности), предполагалось, что были организационные проблемы в реализации этого метода обезболивания.

Дополнительные соображения

Все фактические данные о применении эпидуральной анестезии из обзоров качественных исследований (26, 126) получены в странах с высоким уровнем дохода, где эпидуральная анестезия широко применяется. В условиях ограниченных ресурсов, когда эта практика не так широко используется, вероятны финансовые последствия, связанные с дополнительным обучением, которые могут отрицательно сказываться на целесообразности внедрения этого вмешательства.

Таблица 3.36 Резюме суждений: применение эпидуральной анестезии по сравнению с применением опиоидной анальгезии

Желательные эффекты	– неизвестно	– варьируются		– незначительные	– небольшие	✓ умеренные	– значительные
Нежелательные эффекты	– неизвестно	– варьируются		– значительные	✓ умеренные	– небольшие	– незначительные
Уровень достоверности доказательств	– нет включенных исследований			– очень низкий	✓ низкий	– умеренный	– высокий
Ценности				– значимая неопределенность или вариабельность	✓ возможна значимая неопределенность или вариабельность	– вероятно, нет значимой неопределенности или вариабельности	– нет значимой неопределенности или вариабельности
Баланс эффектов	– неизвестно	– варьируется	– за опиоидную анальгезию	– вероятно, за опиоидную анальгезию	✓ ни за эпидуральную анестезию, ни за отсутствие обезболивания	– вероятно, за эпидуральную анестезию	– за эпидуральную анестезию
Требуемые ресурсы	– неизвестно	– варьируются	✓ высокие затраты	– умеренные затраты	– незначительные затраты или экономия	– умеренная экономия	– существенная экономия
Уровень достоверности доказательств по необходимым ресурсам	– нет включенных исследований			– очень низкий	✓ низкий	– умеренный	– высокий
Рентабельность	– неизвестно	– варьируется	– за опиоидную анальгезию	✓ вероятно, за опиоидную анальгезию	– ни за эпидуральную анестезию, ни за отсутствие обезболивания	– вероятно, за эпидуральную анестезию	– за эпидуральную анестезию
Социальная справедливость	– неизвестно	– варьируется	– снижение	✓ вероятно снижение	– вероятно отсутствие влияния	– вероятно повышение	– повышение
Приемлемость	– неизвестно	✓ варьируется		– нет	– вероятно, нет	– вероятно, да	– да
Выполнимость	– неизвестно	✓ варьируется		– нет	– вероятно, нет	– вероятно, да	– да

РЕКОМЕНДАЦИЯ 20

Опиоиды парентерального введения, такие как фентанил, диаморфин и петидин, рекомендуются для здоровых беременных женщин, нуждающихся в облегчении боли во время родов, в зависимости от предпочтений роженицы. (Рекомендуется)

Примечания

- Многие женщины предпочитают тот или иной вид обезболивания во время родов и хотели бы иметь возможность выбора. Фактические данные свидетельствуют о том, что опиоиды, вероятно, облегчают боль во время родов, несмотря на то, что для них характерны некоторые нежелательные эффекты, такие как сонливость, тошнота и рвота.
- Несмотря на то, что петидин широко используется и доступен, он не является предпочтительным вариантом выбора среди опиоидов, поскольку те опиоиды, которые имеют более короткий период действия, как правило, имеют и меньше нежелательных эффектов.
- Перед использованием медицинские работники должны проконсультировать женщин о потенциальных нежелательных эффектах применения опиоидов, включая сонливость, тошноту и рвоту у матери, а также угнетение дыхания у новорожденных, и рассказать о других доступных альтернативных вариантах обезболивания.
- Важно, чтобы медицинские работники использовали правильную дозировку, поскольку передозировка опиоидов может иметь серьезные последствия.
- Заинтересованные стороны должны знать, что контекст, тип оказания медицинской помощи и уровень медицинского учреждения могут оказать сильное влияние на потребность в обезболивании во время родов и на выбор женщин в связи с этой потребностью.
- ГРП согласилась с тем, что для женщин, страдавших зависимостью в прошлом или зависимых от опиоидов в настоящее время, методы обезболивания без применения опиоидов являются предпочтительными.
- Медицинские работники должны быть обучены справляться с нежелательными эффектами, если они возникают, и должны знать, что опиоидные препараты должны храниться в надежном месте с ведением журнала их отпуска, чтобы снизить риск злоупотребления.

Резюме доказательств и соображений

Эффекты вмешательств (ДБ Табл. 3.2.13)

Эти фактические данные получены из обновленного Кокрейновского систематического обзора, включающего в себя 61 исследование с данными более чем о восьми тыс. женщин (133). Исследования проводились в больницах 21 страны: Аргентины, Австрии, Германии, Дании, Египта, Индии, Ирана (Исламская Республика), Канады, Китая, Нидерландов, Нигерии, Норвегии, Пакистана, Сингапура, Соединенного Королевства, Специального административного района Китая Гонконга, США, Таиланда, Турции, Швеции и Южной Африки. Исследования были опубликованы в период с 1958 по 2017 гг. О продолжительности родов в обзоре не сообщается.

Сравнение 1: Использование опиоидов парентерального введения в сравнении с использованием плацебо или с неиспользованием опиоидов для облегчения боли

В РКИ проведение анальгезии опиоидами: петидином, пентазоцином, трамаолом и фентанилом сравнивали с использованием плацебо или с родами без применения анальгезии.

Сравнение 1.a. Введение петидина внутримышечно (в/м) и плацебо

В четырех исследованиях с участием 406 женщин сравнивали в/м введение петидина с в/м введением физиологического раствора в качестве плацебо. Исследования были проведены в больницах Ирана (Исламская

Республика) (два исследования), Специального административного района Китая Гонконга и Южной Африки. Размер выборки в отдельных исследованиях варьировался от 50 до 150. Исследования были опубликованы между 1970 и 2014 гг. В двух исследованиях петидин вводился внутримышечно в дозе 50 мг и еще в двух исследованиях — в дозе 100 мг. Использование последующих доз описаны недостаточно четко. Во всех исследованиях в качестве плацебо использовали в/м введение физиологического раствора.

Исходы для матери

Обезболивание: доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что в/м введение петидина может уменьшить болевые ощущения через 30 минут после введения (снижение на 40 мм по 100 мм визуально-аналоговой шкале VAS) (одно исследование, 50 женщин, ОР 25,00, 95% ДИ 1,56–400,54).

Точно так же доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что женщины, получающие петидин, по сравнению с получающими плацебо, могут с большей вероятностью оценить облегчение боли как «хорошее» или «удовлетворительное» через один час после введения препарата (одно исследование, 116 женщин, ОР 1,75, 95% ДИ 1,24–2,47). В то время как доказательства низкого уровня достоверности позволяют предположить, что петидин при внутримышечном введении может уменьшить использование других анальгетиков (одно исследование, 50 женщин, ОР 0,71, 95% ДИ 0,54–0,94), доказательства его влияния на эпидуральную анестезию имеют очень низкую достоверность. Неясно, повышается ли степень удовлетворенности обезболиванием с помощью внутримышечного введения петидина, поскольку достоверность доказательств очень мала.

Метод родоразрешения: доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что при внутримышечном введении петидин, вероятно, мало влияет или совсем не влияет на частоту проведения операций кесарева сечения (два исследования, 380 женщин, ОР 0,79, 95% ДИ 0,50–1,26). Доказательства какого-либо воздействия на частоту инструментальных вагинальных родов имеют очень низкий уровень достоверности.

Нежелательные эффекты: доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что в/м введение петидина может усилить сонливость матери во время родов (два исследования, 166 женщин, ОР 4,67, 95% ДИ 2,43–8,95). Доказательства умеренного уровня достоверности предполагают, что петидин, введенный внутримышечно, усиливает тошноту и рвоту по сравнению с плацебо (три исследования, 406 женщин, ОР 1,90, 95% ДИ 1,06–3,40).

Опыт родов, взаимодействие матери и ребенка, грудное вскармливание: об этих исходах не сообщается ни в одном из включенных исследований.

Исходы для плода и новорожденного

Перинатальная гипоксия-ишемия (оценка по шкале Апгар <7): доказательства очень низкого уровня достоверности.

Отдаленные неблагоприятные исходы для младенцев: ни в одном из включенных исследований об этом не сообщается.

Сравнение 1.6. Внутривенное (в/в) введение петидина в сравнении с плацебо

В одном исследовании с участием 240 женщин, проведенном в Египте, сравнивали внутривенное введение петидина и плацебо.

Исходы для матери

Обезболивание: доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что петидин, введенный внутривенно, может снизить балл оценки боли (одно исследование, 240 женщин, РС -4,1, 95% ДИ от -3,64 до -4,56).

Метод родоразрешения: доказательства какого-либо воздействия на частоту проведения инструментальных вагинальных родов и операций кесарева сечения имеют очень низкий уровень достоверности.

Нежелательные эффекты: доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что тошнота и рвота могут усиливаться у женщин, получающих петидин внутривенно (одно исследование, 240 женщин, ОР 2,43, 95% ДИ 1,05–5,64). Ни о каких других нежелательных эффектах не сообщается.

Опыт родов, взаимодействие матери и ребенка, грудное вскармливание: об этом не сообщалось во включенных исследованиях.

Исходы для плода и новорожденного

Перинатальная гипоксия-ишемия: об этом не сообщалось во включенных исследованиях.

Отдаленные неблагоприятные исходы для младенцев: о них не сообщалось во включенных исследованиях.

Сравнение 1.в. Внутримышечное введение пентазоцина в сравнении с плацебо

В одном исследовании, проведенном в Пакистане, с участием 150 женщин, распределенных в три группы, сравнивались введение пентазоцина (в/м, 30 мг) с введением физиологического раствора в качестве плацебо. Исследование было опубликовано в 2016 г.

Исходы для матери

Обезболивание: доказательства низкого уровня достоверности позволяют предположить, что пентазоцин (в/м) может мало повлиять или практически не повлиять на оценку боли по сравнению с плацебо (одно исследование, 89 женщин, РС -3,6, 95% ДИ от -9,91 до 2,71).

Метод родоразрешения: доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что введение внутримышечно пентазоцина мало влияет или не влияет на частоту проведения операций кесарева сечения или инструментальных вагинальных родов (одно исследование, 89 женщин, ОР 0,89, 95% ДИ 0,24–3,25 и ОР 0,60, 95% ДИ 0,10–3,39, соответственно).

Нежелательные эффекты: ни одна из женщин в этом испытании не сообщила о рвоте. Других нежелательных эффектов не было зарегистрировано.

Опыт родов, взаимодействие матери и ребенка, грудное вскармливание: в данном исследовании об этом не сообщалось.

Исходы для плода и новорожденного

В этом исследовании не сообщалось об исходах для плода или новорожденного.

Сравнение 1.г. Внутримышечное введение трамадола в сравнении с отсутствием обезболивания.

В одном исследовании с участием 60 женщин сравнивали группу, в которой женщины получали трамадол (в/м, 100 мг), с группой, не получавшей анальгезии. Исследование проводилось в больнице Китая и было опубликовано в 1994 г. Доказательства

обезболивающего воздействия трамадола во время родов и другие исходы являются очень неопределенными.

Сравнение 1.д. Внутривенное введение фентанила в сравнении с отсутствием анальгезии.

В одном исследовании с участием 70 женщин сравнивали группу, получавшую фентанил (в/в, 2 дозы по 25 мкг, с интервалом в час), с контрольной группой без обезболивания. Исследование проведено в больнице Ирана (Исламская Республика) и опубликовано в 2016 г. Доказательства воздействия фентанила на облегчение боли и другие результаты очень неопределенные.

Резюме основных результатов для Сравнения 1

Фактические данные свидетельствуют о том, что петидин может обеспечить облегчение боли при родах, но связан с большим числом нежелательных эффектов (тошнота, рвота и сонливость) по сравнению с плацебо. Пентазоцин может мало повлиять на оценку боли. Доказательства влияния трамадола и фентанила на облегчение боли во время родов и на другие исходы очень низкого уровня достоверности.

Дополнительные соображения

В Кокрейновский систематический обзор (133) также включены другие сравнения — между разными видами опиоидов, а также между опиоидами и другими анальгезирующими средствами (ингаляционная анальгезия, чрескожная электрическая стимуляция нервов (TENS) и дополнительные методы) — которые не были представлены в этой работе; фактические данные по этим вариантам обезболивания были получены преимущественно из отдельных исследований и оцениваются в обзоре как данные с низкой или очень низкой достоверностью. Доказательства, полученные из другого Кокрейновского систематического обзора (125) исследований по эпидуральной анестезии включали сравнение эпидуральной анестезии с применением опиоидов (35 исследований, 10 835 женщин).

Результаты предполагают, что эпидуральная анестезия может быть более эффективной для уменьшения боли во время родов по сравнению с опиоидами парентерального введения. При использовании эпидуральной анестезии балл оценки боли у женщин во время родов может

быть меньше по сравнению с парентеральной опиоидной анальгезией, женщины с большей вероятностью оценивают обезболивание как отличное или очень хорошее, а потребность в дополнительной анальгезии может быть меньше (все доказательства низкого уровня достоверности). Однако эпидуральная анестезия, вероятно, увеличивает продолжительность родов (доказательства умеренного уровня достоверности) и может увеличивать необходимость вмешательства во время родов (например, стимуляции родовой деятельности или проведения инструментальных вагинальных родов) (доказательства низкого уровня достоверности). Вероятно, различия во влиянии двух вариантов обезболивания на относительно низкие баллы по шкале Апгар малы или вообще отсутствуют (доказательства низкого уровня достоверности).

Повторное употребление опиоидных анальгетиков связано с развитием психологической и физической зависимости. Ввиду всемирной проблемы наркозависимости и связанных с этим нежелательных явлений, существуют опасения по поводу назначения опиоидов для облегчения острой и хронической боли (134). Эти опасения, вероятно, менее применимы к использованию опиоидов для снятия боли во время родов (135, 136); однако, долгосрочные эффекты опиоидной анальгезии у женщин и их потомства неизвестны.

Ценности

В обзоре качественных исследований по изучению того, что имеет важное значение для женщин во время родов (23), показывается, что большинство женщин, особенно первородящих, боятся родов (доказательства высокого уровня достоверности), а в определенных контекстах или ситуациях женщины могут положительно отнестись к вмешательствам, обеспечивающим облегчение боли (доказательства низкого уровня достоверности). Когда рассматривается вопрос о проведении вмешательства, женщины хотели бы получить информацию о характере вмешательств и о наличии выбора, если это возможно (доказательства высокого уровня достоверности).

В систематическом обзоре качественных исследований, в которых изучали опыт применения опиоидов у женщин во время родов, представлены доказательства только очень низкого уровня достоверности (126). Результаты показывают, что некоторые

женщины поддерживают использование опиоидов с целью помочь им справиться с интенсивными и неконтролируемыми болезненными схватками. Были получены различающиеся ответы в отношении того, было ли обезболивание эффективным или неэффективным и имело ли оно положительное или отрицательное влияние на их роды и опыт родов.

Фактические данные, доступные в этом обзоре, были очень ограничены: всего три исследования, в том числе два — в странах с высоким уровнем дохода и одно — в стране с доходом выше среднего. Одно исследование содержало минимальное число данных для включения в обзор, а другое исследование включало качественные интервью с женщинами, участвовавшими в РКИ, оценивающими различные схемы применения опиоидов. Все участницы просили провести обезболивание.

В рамках включенных исследований не удалось идентифицировать, использовались ли стимуляция родовой деятельности, индукция родов или другие формы вмешательства, которые могли бы повлиять на оценку результатов, связанных с этой формой обезболивания.

Ресурсы

Не найдено данных об относительной стоимости или экономической эффективности различных опиоидных анальгетиков. Тем не менее, в обзоре исследований по экономической эффективности проведения эпидуральной анестезии в сравнении с проведением опиоидной анальгезии в США показано, что опиоидная анальгезия более экономически эффективна, чем эпидуральная анестезия, вследствие более высоких затрат на оплату медицинских специалистов, проводящих эпидуральную анестезию, и более высоких затрат на лечение осложнений (127). Применение опиоидов описано в исследовании, проведенном в Нидерландах и опубликованном в 2016 г.; в нем оценочная стоимость единицы препарата составила 15 евро (около 18 долл. США) на процедуру (включая расходы на персонал) (130).

Дополнительные соображения

Хотя в условиях высокой ресурсной обеспеченности опиоидные препараты парентерального введения считаются относительно недорогими, эти препараты

Таблица 3.37 Потребность в основных ресурсах для опиоидной анальгезии

Ресурсы	Описание
Персонал	■ Для назначения опиоидов обычно требуется врач (не во всех странах; в некоторых условиях акушерки также могут назначить опиоиды). Другой медицинский персонал, например акушерка или медсестра, может проводить опиоидную анальгезию
Обучение	■ Стандартное обучение медицинского работника назначению препаратов; опиоиды довольно легко вводить в виде внутривенной (в/в) или внутримышечной (в/м) инъекции. Обучение контролю и оказанию помощи при возникновении нежелательных эффектов и осложнений
Обеспечение	■ Опиоид (например, петидин), игла, шприц, внутривенный катетер (опционально), раствор для дезинфекции кожи. Противорвотные средства для предотвращения или лечения тошноты и рвоты. Налоксон для лечения угнетения дыхания при необходимости
Оборудование и инфраструктура	■ Монитор насыщения крови кислородом
Время	■ Приблизительно 2-10 минут на получение, подготовку и введение
Надзор и мониторинг	■ Контроль применения и мониторинг нежелательных эффектов. Безопасный метод хранения опиоидов и регистрация использования опиоидов во избежание злоупотреблений

могут быть доступны не во всех учреждениях, а в некоторых странах с низким и средним уровнями дохода они могут быть совсем недоступны (136, 137).

Доза петидина или фентанила может стоить менее 1 долл. США; трамадол может стоить около 1,3 долл. США; одна доза диаморфина и мептазинола может стоить около 3 долл. США; ремифентанил может стоить около 6,50 долл. США за дозу. Налоксон (для лечения угнетения дыхания) стоит около 6 долл. США за дозу препарата.¹

Социальная справедливость

Не обнаружено прямого влияния обезболивания с помощью опиоидов парентерального введения на социальную справедливость. Косвенные фактические данные из обзора факторов, способствующих и препятствующих родам в медицинском учреждении (8), указывают на то, что «пренебрежение и задержки в оказании помощи», вероятно, не способствуют родам в учреждении (доказательства умеренного уровня достоверности). Такое пренебрежение и задержка могут распространяться и на предоставление обезболивания во время родов.

В обзоре также подчеркивается, что многие женщины в странах с низким и средним уровнями дохода боятся «незнакомых и нежелательных» практик во время родов,

что препятствует родам в медицинском учреждении (доказательства высокого уровня достоверности). Возможно, что некоторые женщины могут воспринимать инъекции как незнакомые и нежелательные практики.

Дополнительные соображения

В Докладе ВОЗ 2015 г. *State of inequality. Reproductive, maternal, newborn and child health* делается вывод, что по-прежнему существует большой разрыв в охвате квалифицированной акушерской помощью (33). Обеспечение эффективной и своевременной анальгезии женщинам из незащищенных групп населения может помочь уменьшить социальное неравенство в оказании помощи во время родов. Основываясь на ограниченных доказательствах, приведенных выше, это может также оказать опосредованное влияние на социальную справедливость, стимулируя женщин из социально отчужденных групп населения рожать в медицинских учреждениях. Однако в условиях стран с низким и средним уровнями дохода некоторые женщины могут воспринимать медицинские способы обезболивания как незнакомые и нежелательные, которые могут служить препятствием для родов в медицинских учреждениях, особенно среди женщин, которые верят, что роды — это естественный процесс, который не нуждается во вмешательстве, и среди тех, кто предпочитает традиционный подход к обезболиванию. Если женщинам,

¹ Веб-сайт Британского национального формуляра: <https://bnf.nice.org.uk/>

нуждающимся в обезболивании, предлагается выбор медикаментозных и немедикаментозных вариантов обезболивания (с учетом традиционных и культурологических предпочтений), то это может помочь устранить социальное неравенство в области интранатальной помощи. Женщины, нуждающиеся в обезболивании, должны быть проинформированы об эффектах (желательных и нежелательных) и соответствующих медикаментозных вариантах и иметь возможность участвовать в принятии решений, связанных с родами, включая контроль над болью.

Утверждалось, что изменение отношения медицинских работников и окружения женщин к боли во время родов (и сокращение медикализации, применяемой для уменьшения дискомфорта во время родов) может дать женщинам возможность открыть для себя свои естественные способности самостоятельно родить (132), что может положительно повлиять на социальную справедливость за счет сокращения медикализации родов среди женщин из более обеспеченных групп населения.

Приемлемость

В систематическом обзоре качественных исследований, посвященных изучению опыта использования опиоидов для облегчения боли у женщин во время родов, мнения были неоднозначными (126).

Некоторые женщины просили ввести опиоиды из-за интенсивных и неуправляемых болезненных схваток (доказательства очень низкого уровня достоверности). Сообщалось, что опиоиды являются эффективным (доказательства очень низкого уровня достоверности) или неэффективным способом обезболивания (доказательства очень низкого уровня достоверности). Женщины продолжали испытывать боль из-за неэффективности метода обезболивания, слишком поздно проведенного обезболивания или быстро закончившегося действия обезболивающего средства (очень низкая достоверность данных). Некоторые женщины испытали отрицательное физическое (например, тошнота, нарушения когнитивной функции, неспособность успешно довести до конца физиологические роды) и психологическое (например, разочарование) воздействие (доказательства очень

низкого уровня достоверности). Однако другие результаты обзора подчеркивают, что применение опиоидов увеличивало степень удовлетворенности женщин, помогало сократить продолжительность или уменьшить интенсивность схваток и провести физиологические роды (доказательства очень низкого уровня достоверности).

После применения опиоидов некоторые женщины были разочарованы по причине чрезмерной зависимости от персонала, который давал им лекарственные препараты, и недостаточности поддержки (доказательства очень низкого уровня достоверности). Женщины также не всегда полностью понимали способ введения или риски применения опиоидов (доказательства очень низкого уровня достоверности). Еще в одном обзоре, который включал оценку опыта медицинских работников (26), не было выявлено качественных данных о мнении медицинских работников о применении опиоидов во время схваток и родов.

Дополнительные соображения

В целом в обзоре исследований по изучению опыта применения различных вариантов обезболивания у женщин (126) подчеркивается отсутствие качественных доказательств высокого уровня достоверности. Хотя уровень достоверности доказательств очень низкий, большинство отрицательных отзывов относились к в/м введению петидина, а мнения об интраназальном и подкожном введении фентанила обычно были, в общем, более позитивные. Не удалось определить в рамках включенного исследования, оценили бы женщины результаты обезболивания опиоидами иначе, если бы им проводилась стимуляция родовой деятельности, индукция родов или другие виды вмешательств. В других исследованиях было высказано предположение, что контекст и тип оказания помощи и уровень медицинского учреждения оказывают сильное влияние на потребность в обезболивании во время родов и на выбор женщин в связи с этой потребностью (138, 139).

Выполнимость

В качественном систематическом обзоре, посвященном изучению опыта женщин по использованию опиоидов во время родов (126), отсутствие эффективности в облегчении

боли опиоидами иногда связывали с поздним их введением (доказательства очень низкого уровня достоверности), что предполагает необходимость более своевременного и внимательного использования этого вида обезболивания.

Дополнительные соображения

В странах с ограниченными ресурсами, где опиоиды не используются настолько широко и не так доступны, вероятно, их применение повлечет за собой финансовые последствия, а также потребуется дополнительное обучение по их назначению и помощи при потенциальном возникновении нежелательных эффектов у матери и новорожденного.

Таблица 3.38 Резюме суждений: предоставление опиоидной анальгезии по сравнению с отсутствием опиоидной анальгезии

Желательные эффекты	– неизвестно	– варьируются		– незначительные	– небольшие	✓ умеренные	– значительные
Нежелательные эффекты	– неизвестно	– варьируются		– значительные	✓ умеренные	– небольшие	– незначительные
Уровень достоверности доказательств	– нет включенных исследований			✓ очень низкий	– низкий	– умеренный	– высокий
Ценности				– значимая неопределенность или вариабельность	✓ возможная значимая неопределенность или вариабельность	– вероятно, нет значимой неопределенности или вариабельности	– нет значимой неопределенности или вариабельности
Баланс эффектов	– неизвестно	– варьируется	– за отсутствие опиоидной анальгезии	– вероятно, за отсутствие опиоидной анальгезии	✓ ни за опиоидную анальгезию, ни за ее отсутствие	– вероятно, за опиоидную анальгезию	– за опиоидную анальгезию
Требуемые ресурсы	– неизвестно	– варьируются	– высокие затраты	✓ умеренные затраты	– незначительные затраты или экономия	– умеренная экономия	– существенная экономия
Уровень достоверности доказательств по необходимым ресурсам	– нет включенных исследований			– очень низкий	✓ низкий	– умеренный	– высокий
Рентабельность	– неизвестно	– варьируется	– за отсутствие опиоидной анальгезии	✓ вероятно, за отсутствие опиоидной анальгезии	– ни за опиоидную анальгезию, ни за ее отсутствие	– вероятно, за опиоидную анальгезию	– за опиоидную анальгезию
Социальная справедливость	– неизвестно	✓ варьируется	– снижение	– вероятно снижение	– вероятно отсутствие влияния	– вероятно повышение	– повышение
Приемлемость	– неизвестно	✓ варьируется		– нет	– вероятно, нет	– вероятно, да	– да
Выполнимость	– неизвестно	✓ варьируется		– нет	– вероятно, нет	– вероятно, да	– да

Сравнение 2: Сравниваются эффекты при применении опиоидов парентерального введения (различных типов) и петидина

Сравнение 2.а. Внутримышечное введение мептазинола в сравнении с петидином

В восьми исследованиях с участием 2 222 женщин сравнивали обезболивание путем внутримышечного введения мептазинола с обезболиванием путем внутримышечного введения петидина. Исследования проведены в больницах Дании (два исследования), Соединенного Королевства (шесть исследований) и Южной Африки (два исследования). Размер выборки в отдельных исследованиях варьировался от 46 до 1100. Результаты были опубликованы в период между 1981 и 1988 гг.

Исходы для матери

Обезболивание: по сравнению с петидином неясно, влияет ли внутримышечное введение мептазинола на оценку боли или на использование дополнительной анальгезии или эпидуральной анестезии, так как достоверность данных очень низкого уровня. Доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что различия между группами при оценке обезболивания как «плохое» могут быть незначительными или вовсе отсутствовать (более 60% в обеих группах) (одно исследование, 801 женщина, ОР 1,01, 95% ДИ 0,91–1,12).

Метод родоразрешения: доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что различия малы или совсем отсутствуют в отношении частоты инструментальных вагинальных родов (три исследования, 1266 женщин, ОР 1,00, 95% ДИ 0,81–1,22), при этом неясно, существует ли различие между использованием мептазинола и петидина в отношении частоты проведения операции кесарева сечения, поскольку достоверность доказательств очень низкого уровня.

Нежелательные эффекты: доказательства умеренного уровня достоверности предполагают, что рвота встречается чаще при приеме мептазинола (три исследования, 1589 женщин, ОР 1,25, 95% ДИ 1,06–1,47), а доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что в отношении частоты случаев сонливости у матери различия малы или отсутствуют (три исследования, 1590 женщин, ОР 0,55, 95% ДИ 0,28–1,07).

Грудное вскармливание: неясно, влияет ли мептазинол на частоту грудного вскармливания, так как достоверность доказательств очень низкая. Другие исходы для матери не были представлены во включенных исследованиях.

Исходы для плода и новорожденного

Перинатальная гипоксия-ишемия: неясно, оказывает ли влияние использование мептазинола на изменения ЧСС плода или оценку по шкале Апгар более 7 на 5-й минуте, поскольку уровень достоверности доказательств очень низкий.

Нежелательные эффекты: доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что применение мептазинола практически не влияет на использование налоксона (одно исследование, 975 новорожденных, ОР 0,89, 95% ДИ 0,77–1,02) или частоту проведения реанимации новорожденных (два исследования, 1333 ребенка, ОР 1,0, 95% ДИ 0,95–1,05), родившихся на 36 неделе беременности или позже.

Отдаленные неблагоприятные исходы для младенцев: об этом в анализируемых исследованиях не сообщалось.

Сравнение 2.б. Применение трамадола (в/м) и применение петидина (в/м)

В шести исследованиях с участием 483 женщин сравнивали эффекты при внутримышечном введении трамадола и петидина. Исследования проводились в больницах Австрии, Германии, Ирана (Исламская Республика), Соединенного Королевства, Таиланда и Турции. Размер выборки варьировался в отдельных исследованиях от 45 до 160. Исследования были опубликованы между 1980 и 2009 гг.

Исходы для матери

Обезболивание: доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что по сравнению с использованием петидина при применении трамадола большее число женщин сообщает о неэффективном обезболивании (38,8% против 25,4%) (четыре исследования, 243 женщины, ОР 1,56, 95% ДИ 1,10–2,21). По сравнению с применением петидина неясно, влияет ли трамадол, введенный внутримышечно, на потребности женщин в дополнительной анальгезии, поскольку уровень достоверности доказательств очень низкий.

Метод родоразрешения: фактические данные о влиянии применения трамадола по сравнению с петидином на частоту проведения операций кесарева сечения или инструментальных вагинальных родов имеют очень низкий уровень достоверности.

Нежелательные эффекты: доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что случаи сонливости у матери можно уменьшить за счет использования трамадола (5 исследований, 409 женщин, ОР 0,57, 95% ДИ 0,33–0,97), но неясно, есть ли различия в эффектах при применении опиоидов в отношении провоцирования рвоты, поскольку достоверность доказательств очень низкая. О других исходах у матери в исследованиях не сообщается.

Исходы для плода и новорожденного

Перинатальная гипоксия-ишемия: по сравнению с петидином неясно, оказывает ли трамадол какое-либо влияние на низкую оценку по шкале Апгар на 5-й минуте, поскольку ни о каких соответствующих событиях не сообщалось.

Нежелательные эффекты: неясно, влияет ли использование трамадола на развитие респираторного дистресс-синдрома новорожденных, так как достоверность доказательств очень низкая. В исследованиях, в которых сравнивали трамадол с петидином, не было случаев реанимации новорожденных.

Отдаленные неблагоприятные исходы для младенцев: об этом в исследованиях не сообщалось.

Сравнение 2.в. Применение трамадола (в/м) с трифлупромазином в сравнении с применением петидина (в/м) с трифлупромазином

В единственном исследовании с участием 40 женщин, проведенном в Германии, опубликованном в 1992 г., сравнивали применение трамадола внутримышечно с применением петидина внутримышечно; обе группы также получили трифлупромазин (иногда антипсихотическое средство используют как противорвотное).

Исходы для матери

Нежелательные эффекты: неясно, есть ли какие-либо различия между группами в отношении частоты случаев рвоты или

сонливости, поскольку уровень достоверности доказательств очень низкий.

Другие исходы для матери не были представлены в исследовании.

Исходы для плода и новорожденного

Об исходах у плода и новорожденного в данном исследовании не сообщалось.

Сравнение 2.г. Применение морфина или диаморфина (в/м) в сравнении с применением петидина (в/м)

Исходы для матери

Обезболивание: в одном исследовании, проведенном в Соединенном Королевстве, с участием 484 женщин, опубликованном в 2014 г., сравнивали использование внутримышечно диаморфина и петидина. Высококачественные данные предполагают, что диаморфин, вероятно, немного снижает балльную оценку боли у матери на 30-й и 60-й минутах по сравнению с петидином (РС -0,8, 95% ДИ ОР от -1,24 до -0,36 и РС -0,8, 95% ДИ от -1,26 до 0,34, соответственно, измеряется по 10-балльной шкале), а число женщин, довольных анальгезией, несколько выше (ОР 1,13, 95% ДИ 1,02–1,26). По данным другого исследования, проведенного в Таиланде, опубликованного в 1986 г., с участием 135 женщин, неясно, имеет ли какое-либо значение внутримышечное введение морфина для облегчения боли по сравнению с использованием петидина. Доказательства умеренного уровня достоверности предполагают, что нет различия или оно небольшое в необходимости дополнительного обезболивания между группами, получающими морфин или диаморфин по сравнению с петидином (два исследования, 574 женщины, ОР 1,00, 95% ДИ 0,92–1,10).

Нежелательные эффекты: фактические данные о частоте случаев рвоты и сонливости, полученные из исследования в Таиланде, в котором у 135 женщин сравнивали внутримышечное введение морфина и петидина, имеют очень низкий уровень достоверности. Еще в одном исследовании, проведенном в Соединенном Королевстве и опубликованном в 1999 г., с участием 161 женщин (133 из них включены в анализ) сравнивалось применение диаморфина и петидина, и в обеих группах в качестве противорвотного средства использовался прохлорперазин. Доказательства низкого

уровня достоверности свидетельствуют о том, что диаморфин в/м в сочетании с прохлорперазином может уменьшить частоту случаев рвоты по сравнению с применением петидина в сочетании с прохлорперазином (ОР 0,39, 95% ДИ 0,17–0,86).

Метод родоразрешения: доказательства умеренного уровня достоверности предполагают, что различия между группами по частоте проведения операций кесарева сечения (ОР 0,94, 95% ДИ 0,66–1,35) или инструментальных вагинальных родов малы или отсутствуют (ОР 1,28, 95% ДИ 0,91–1,80).

О других исходах у матери в этом исследовании не сообщалось.

Исходы для плода и новорожденного

Перинатальная гипоксия-ишемия: фактические данные умеренного уровня достоверности свидетельствуют о том, что различия в частоте проведения реанимации новорожденных при использовании диаморфина или морфина по сравнению с использованием петидина (два исследования, 574 новорожденных, ОР 0,96, 95% ДИ 0,66–1,41) малы или отсутствуют.

Отдаленные неблагоприятные исходы для младенцев: о них не сообщалось.

Сравнение 2.д. Применение дигидрокодеина (в/м) и применение петидина (в/м)

Одно исследование, проведенное в Южной Африке и опубликованное в 1970 г., с участием 196 женщин включало это сравнение.

Исходы для матери

Обезболивание: уровень достоверности этих доказательств очень низкий.

Нежелательные эффекты: уровень достоверности данных о рвоте и сонливости очень низкий. Другие исходы для матери не были представлены в исследовании.

Исходы для плода и новорожденного

Об исходах для плода и новорожденного в этом исследовании не сообщалось.

Сравнение 2.е. Применение пентазоцина (в/м) в сравнении с применением петидина (в/м)

В шести исследованиях применение пентазоцина сравнивали с применением

петидина (в/м); всем исследованиям, кроме одного, более 40 лет — последнее из них было опубликовано в 1980 г. Уровень достоверности доказательств для всех, кроме одного исследования, очень низкий.

Исходы для матери

Нежелательные эффекты: доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что тошнота может встречаться реже при использовании пентазоцина (три исследования, 391 женщина, ОР 0,46, 95% ДИ 0,24–0,90). О других исходах для матери в исследовании не сообщалось.

Исходы для плода и новорожденного

Об исходах для плода и новорожденного не сообщалось в исследовании.

Сравнение 2.ж. Применение налбуфина (в/м) и применение петидина (в/м)

Три исследования с участием 430 женщин, проведенные в Аргентине, Германии и Соединенном Королевстве и опубликованные в период с 1986 по 1999 гг., включены в это сравнение. Уровень достоверности доказательств очень низкий для большинства результатов.

Исходы для матери

Обезболивание: доказательства низкого уровня достоверности из одного исследования с участием 72 женщин предполагают, что удовлетворенность матери обезболиванием может быть ниже при использовании налбуфина (ОР 0,73, 95% ДИ 0,55–0,96). Доказательства низкого уровня достоверности свидетельствуют о том, что применение налбуфина не влияет или мало влияет на использование эпидуральной анестезии в качестве дополнительного обезболивания (1 исследование, 307 женщин, ОР 1,65, 95% ДИ 0,55–4,94).

Нежелательные эффекты: доказательства среднего уровня достоверности указывают на то, что тошнота и рвота встречаются гораздо реже при использовании налбуфина (одно исследование, 72 женщины, ОР 0,41, 95% ДИ 0,18–0,94).

Метод родоразрешения: доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что между группами может быть небольшое различие или оно отсутствует в отношении частоты операций кесарева сечения (одно

исследование, 310 женщин, ОР 0,45, 95% ДИ 0,12–1,69).

Исходы для плода и новорожденного

Перинатальная гипоксия-ишемия:

в одном исследовании с участием 72 детей сравнивались баллы по поведенческой шкале для младенцев через 2–4 часа после рождения; доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что результаты были несколько более низкие (хуже) у новорожденных, матери которых получали налбуфин (РС -3,7, 95% ДИ от -1,26 до -6,14).

Отдаленные неблагоприятные исходы

для младенцев: о них в исследовании не сообщалось.

Сравнение 2.з. Применение феназоцина (в/м) и применение петидина (в/м).

В единственном исследовании с участием 212 женщин, проведенном в Соединенном Королевстве и опубликованном в 1970 г., сравнили внутримышечное введение феназоцина и петидина.

Исходы для матери

Обезболивание: уровень достоверности доказательств в отношении эпидуральной анестезии в качестве дополнительного вмешательства очень низкий.

Нежелательные эффекты: доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что рвота встречается реже при использовании феназоцина (ОР 0,39, 95% ДИ 0,20–0,78).

О других исходах для матери в исследовании не сообщалось.

Исходы для плода и новорожденного

В исследовании не сообщалось об исходах для плода и новорожденного.

Сравнение 2.и. Применение буторфанола (в/м) в сравнении с применением петидина (в/м)

В единственном исследовании с участием 80 женщин, проведенном в Германии и опубликованном в 1978 г., проводилось это сравнение. Неясно, есть ли у этих препаратов дифференцированное влияние на исходы, поскольку уровень достоверности доказательств очень низкий по всем исходам, о которых сообщалось.

Сравнение 2.к. Применение фентанила (в/в) в сравнении с применением петидина (в/в)

В единственном исследовании с участием 105 женщин, проведенном в США и опубликованном в 1989 г., проводилось это сравнение.

Достоверность доказательств для большинства результатов очень низкая.

Исходы для матери

Обезболивание: доказательства низкого уровня достоверности позволяют предположить, что женщинам при внутривенном использовании фентанила может потребоваться немного большая доза препарата (РС выше на 0,4, 95% ДИ выше на 0,14–0,66), и женщины могут сообщать о незначительно более низкой балльной оценке боли через 1 час после введение фентанила по сравнению с введением петидина (РС меньше на 0,20, 95% ДИ меньше на 0,34–0,06).

Нежелательные эффекты: доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что седативный эффект у матери может быть немного ниже при использовании фентанила (ОР 0,05, 95% ДИ 0,00–0,82).

Исходы для плода и новорожденного

Перинатальная гипоксия-ишемия:

доказательства низкого уровня достоверности свидетельствуют о том, что баллы по нейроповеденческой шкале через 1–2 часа после рождения могут быть выше, если матери получали фентанил, а не петидин (РС 1,30, 95% ДИ выше на 0,15–2,45).

Отдаленные неблагоприятные исходы

для младенцев: о них в исследовании не сообщалось.

Сравнение 2.л. Применение налбуфина (в/в) в сравнении с применением петидина (в/в)

В единственном исследовании с участием 28 женщин, проведенном в США и опубликованном в 1995 г., проводилось это сравнение.

Исходы для матери

Метод родоразрешения: уровень достоверности доказательств очень низкий в отношении проведения операции кесарева сечения.

О других значимых исходах для матери в этом исследовании не сообщалось.

Исходы для плода и новорожденного

Перинатальная гипоксия-ишемия: не выявлено новорожденных с низкими оценками по шкале Апгар на 5-й минуте.

Отдаленные неблагоприятные исходы для младенцев: о них в исследовании не сообщалось.

Сравнение 2.м. Применение феназоцина (в/в) и применение петидина (в/в)

В единственном исследовании с участием 194 женщин, проведенном в США и опубликованном в 1964 г., проводится это сравнение.

Достоверность доказательств очень низкая для всех результатов, о которых сообщается в исследовании, или таких событий не зарегистрировано. О большинстве исходов не сообщалось.

Исходы для плода и новорожденного

Перинатальная смерть: об этом не сообщалось (доказательства низкого уровня достоверности).

Сравнение 2.н. Применение буторфанола (в/в) в сравнении с применением петидина (в/в)

В трех исследованиях, проведенных в США с участием 330 женщин и опубликованных в период с 1979 по 2005 гг., сравнивали применение буторфанола внутривенно с применением петидина внутривенно.

Исходы для матери

Обезболивание: доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что оценка боли может быть немного ниже и облегчение боли немного лучше у женщин в группе, получавшей буторфанол (одно исследование, 80 женщин, РС -0,6, 95% ДИ от -1,02 до -0,18 и РС 0,67, 95% ДИ от 0,25 до 1,09, соответственно). Уровень достоверности доказательств очень низкий в отношении использования эпидуральной анестезии или необходимости дальнейшего обезболивания.

Метод родоразрешения: уровень достоверности данных очень низкий в отношении частоты инструментальных вагинальных родов и проведения операций кесарева сечения.

Нежелательные эффекты: доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что случаи рвоты могут наблюдаться реже

при использовании буторфанола (одно исследование, 200 женщин, ОР 0,04, 95% ДИ 0,00–0,67). О других значимых исходах для матери в этих испытаниях не сообщалось.

Исходы для плода и новорожденного

Перинатальная гипоксия-ишемия: доказательства относительно низких баллов по шкале Апгар у новорожденных на 5-й минуте имеют очень низкий уровень достоверности.

Отдаленные неблагоприятные исходы для младенцев: о них не сообщалось в исследованиях.

Сравнение 2.о. Применение морфина (в/в) в сравнении с применением петидина (в/в)

Фактические данные для этого сравнения получены из двух исследований с участием 163 женщин, проведенных в США (1961 г.) и Швеции (1996 г.).

Исходы для матери

Обезболивание: доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что женщины могут быть менее удовлетворены обезболиванием при использовании морфина (одно исследование, 141 женщина, ОР 0,87, 95% ДИ 0,78–0,98), и могут потребоваться дополнительные дозы обезболивающего (одно исследование, 143 женщины, ОР 3,41, 95% ДИ 1,90–6,12).

Метод родоразрешения: в исследовании с участием 20 женщин операций кесарева сечения не проводилось.

Никаких других клинических исходов, значимых для этого руководства, в этих исследованиях не приведено.

Сравнение 2.п. Применение альфапродина (в/в) и применение петидина (в/в)

В единственном исследовании, проведенном в США и опубликованном в 1958 г., с данными по 395 женщинам, сравнивали применение альфапродина внутривенно и петидина внутривенно.

Исходы для матери

Нежелательные эффекты: фактические данные умеренного уровня достоверности предполагают, что рвота реже наблюдалась при применении альфапродина (ОР 0,38, 95% ДИ 0,22–0,66). О других значимых исходах для матери не сообщалось.

Исходы для плода и новорожденного

Перинатальная гипоксия-ишемия:

фактические данные в отношении реанимации новорожденных имеют очень низкий уровень достоверности.

Отдаленные неблагоприятные исходы

для младенцев: о них в исследовании не сообщалось.

Сравнение 2.р. Сравнение контролируемого пациентом обезболивания (ПКО) пентазоцином и ПКО петидином

В единственном исследовании с участием 29 женщин, проведенном в Южной Африке, проводилось это сравнение. Уровень достоверности доказательств очень низкий для всех приведенных результатов.

Сравнение 2.с. Сравнение ПКО ремифентанилом и ПКО петидином

В трех исследованиях с участием 237 женщин, проведенных в Соединенном Королевстве (два исследования) и Нидерландах (одно исследование), опубликованных в период с 2001 по 2010 гг., проводили это сравнение.

Исходы для матери

Обезболивание: доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что различий нет или они очень малы между группами по оценке боли у матери во время родов (два исследования, 122 женщины, РС -8,59, 95% ДИ от -27,61 до 10,44). Доказательства среднего уровня достоверности предполагают, что эпидуральная анестезия использовалась реже при применении ремифентанила (два исследования, 122 женщины, ОР 0,42, 95% ДИ 0,20–0,89).

Метод родоразрешения: доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что различия малы или их нет в отношении частоты инструментальных вагинальных родов и проведения операций кесарева сечения (два исследования, 97 женщин, ОР 0,96, 95% ДИ 0,46–2,00 и ОР 1,81, 95% ДИ 0,60–5,46, соответственно).

Опыт родов: доказательства умеренного уровня достоверности предполагают, что удовлетворенность было немного выше в группе женщин с применением ремифентанила (одно исследование, 68 женщин, РС 1,1, 95% ДИ 0,46–1,74).

Нежелательные эффекты: доказательства умеренного уровня достоверности, полученные из единственного исследования с участием 105 женщин, предполагают, что сонливость немного чаще встречается в группе с использованием ремифентанила (РС 0,4, 95% ДИ 0,14–0,66). Доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что между группами могут быть небольшие различия или различия могут отсутствовать в отношении частоты случаев тошноты и рвоты (два исследования, 119 женщин, ОР 0,95, 95% ДИ 0,61–1,49).

Исходы для плода и новорожденного

Перинатальная гипоксия-ишемия:

доказательства низкого уровня достоверности свидетельствуют о том, что различия в баллах по шкале Апгар на 5-й минуте могут быть незначительными или совсем отсутствовать (одно исследование, 17 новорожденных, ОР 0,13, 95% ДИ 0,01–2,16). Достоверность данных по использованию налоксона очень низкая.

Доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что могут быть небольшие различия или они могут отсутствовать в балльной оценке нейрорповеденческих показателей у новорожденных через два часа после родов (одно исследование, 56 новорожденных, РС 0,6, 95% ДИ от -0,66 до 1,86).

Отдаленные неблагоприятные исходы для младенцев: о них в исследовании не сообщалось.

Сравнение 2.т. Сравнение ПКА налбуфином и ПКА петидином

Это сравнение рассматривается в одном исследовании с участием 60 женщин, проведенном в Соединенном Королевстве и опубликованном в 1987 г.

Исходы для матери

Обезболивание: доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что оценка боли у матери во время родов может быть незначительно ниже под действием ПКА налбуфином по сравнению с ПКА петидином (РС -0,51, 95% CI от -1,02 до 0). Относительные эффекты вмешательства неясны, поскольку уровень достоверности доказательств очень низкий для всех исходов.

О других значимых исходах для матери в этом исследовании не сообщалось.

Исходы для плода и новорожденного

Перинатальная гипоксия-ишемия: об этих исходах в исследовании не сообщалось.

Отдаленные неблагоприятные исходы для младенцев: результаты не были освещены в исследовании.

Сравнение 2.у. Сравнение ПКО фентанилом и ПКО петидином

Одно единственное исследование с данными по 120 женщинам включало это сравнение. Исследование проводилось в Нидерландах и опубликовано в 2010 г.

Исходы для матери

Обезболивание: доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что могут быть незначительные различия или они отсутствуют между вмешательствами по балльной оценке боли у матери (РС -0,65, 95% ДИ от -1,56 до 0,26). Доказательства умеренного уровня достоверности предполагают, что эпидуральная анестезия использовалась реже у женщин, получающих ПКО фентанилом (ОР 0,44, 95% ДИ 0,21-0,92).

Метод родоразрешения: доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что может быть небольшое различие или оно отсутствует между вмешательствами в отношении инструментальных вагинальных родов (ОР 0,57, 95% ДИ 0,22-1,49) или частоты операций кесарева сечения (ОР 0,25, 95% ДИ 0,03-2,34).

Нежелательные эффекты: доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что может быть небольшое отличие или его нет в отношении балльной оценки частоты случаев сонливости у матери (РС -0,16, 95% ДИ -0,25 до 0,13) или рвоты (ОР 0,87, 95% ДИ 0,55-1,37).

Исходы для плода и новорожденного

Перинатальная гипоксия-ишемия: фактические данные низкого уровня достоверности свидетельствуют о незначительных различиях или их отсутствии в нейрорповеденческих показателях у новорожденных через два часа после рождения (РС 0,5, 95% ДИ от -1,95 до 0,95).

Отдаленные неблагоприятные исходы для младенцев: об этих исходах в исследовании не сообщалось.

Сравнение 2.ф. Сравнение ПКО мептазином и ПКО петидином

Это сравнение рассматривается в единственном исследовании с участием 10 женщин, проведенном в Соединенном Королевстве. Уровень достоверности всех приведенных результатов очень низкий.

Резюме основных результатов для Сравнения 2

Диаморфин ассоциируется с несколько лучшим обезболиванием, чем петидин, и может реже вызывать тошноту и рвоту. Фентанил может лучше облегчать боль, чем петидин, оказывает меньшее седативное действие на мать, реже требует проведения эпидуральной анестезии и демонстрирует лучшие показатели нейрорповеденческих реакций у новорожденных после рождения. Ремифентанил, вероятно, связан с менее частым применением эпидуральной анестезии, но чаще вызывает сонливость, чем петидин, что может способствовать более высокой удовлетворенности результатами родов. Налбуфин может снизить удовлетворенность матери обезболиванием и привести к низким поведенческим показателям у новорожденного после рождения; однако, вероятно, реже вызывает тошноту и рвоту, чем петидин. Большинство доказательств по другим опиоидам по сравнению с петидином имеют очень низкую достоверность.

Ценности

Результаты обзора качественных исследований по изучению того, что является важным для женщин во время родов (23), предполагают, что большинство женщин, особенно рожавших в первый раз, опасаются родов (доказательства высокого уровня достоверности), а в определенных контекстах или ситуациях могут положительно воспринимать вмешательства, обеспечивающие облегчение боли (низкий уровень достоверности доказательств). Когда рассматривается вопрос о проведении вмешательства, женщины хотели бы получить информацию о характере вмешательства и о наличии выбора, если это возможно (доказательства высокого уровня достоверности). Систематический обзор качественных исследований по изучению опыта использования опиоидов у женщин для облегчения боли во время родов выявил доказательства только очень низкого уровня достоверности (126).

Результаты показывают, что некоторые женщины ценят использование опиоидов, которые помогают им справиться с интенсивными и неуправляемыми болезненными сокращениями матки. Неоднозначные ответы были получены в отношении того, было ли обезболивание эффективным или неэффективным, и оказало ли оно положительное или отрицательное влияние на их роды и полученный опыт родов.

Дополнительные соображения

Фактические данные, доступные из обзора качественных исследований по изучению опыта использования опиоидов у женщин во время родов, были очень ограничены — они были получены всего из трех исследований (два — в странах с высоким уровнем дохода и одно — в стране с уровнем дохода выше среднего) (126). Одно из этих исследований содержало минимальное число данных для включения в обзор, и еще одно исследование включало качественные интервью с женщинами, участвовавшими в РКИ с различными схемами применения опиоидов. Все участницы просили провести обезболивание.

Не удалось идентифицировать в пределах включенного исследования, проводились ли женщинам стимуляция родовой деятельности, индукция родов или другие виды вмешательств, что могло повлиять на их оценку результатов, связанных с этой формой обезболивания.

Ресурсы

Не найдено данных об относительной стоимости или экономической эффективности применения различных опиоидных анальгетиков. Тем не менее, обзор экономической эффективности применения эпидуральной анестезии по сравнению с опиоидной анальгезией, проведенный в США, обнаружил, что опиоидная анальгезия экономически более выгодна, чем эпидуральная анестезия, вследствие более высоких затрат на медицинских специалистов, предоставляющих эпидуральную анестезию, а также более высоких затрат на лечение осложнений (127). Применение опиоидов в исследовании, проведенном в Нидерландах и опубликованном в 2016 г., характеризовалось оценочной стоимостью единицы препарата в 15 евро (около 18 долл. США) на процедуру (включая затраты на персонал) (130).

Дополнительные соображения

Хотя в некоторых условиях высокого ресурсного обеспечения опиоидные препараты парентерального введения считаются относительно недорогими, эти лекарственные средства могут быть доступны не во всех учреждениях, а в некоторых странах с низким и средним уровнями дохода они могут оказаться недоступными для женщин по цене (136, 137). Доза петидина или фентанила может стоить менее 1 долл. США; трамадол может стоить около 1,3 долл. США; диаморфин и мептазинол могут стоить около 3 долл. США за дозу препарата; ремифентанил может стоить около 6,50 долл. США за дозу. Налоксон (для снятия угнетения дыхания) стоит около 6 долл. США за дозу¹.

Социальная справедливость

Прямых доказательств влияния обезболивания с помощью опиоидных анальгетиков на социальную справедливость не обнаружено.

Косвенные доказательства из обзора факторов, способствующих и препятствующих родам в медицинском учреждении (8), указывают на то, что «пренебрежение и задержки в получении помощи», вероятно, выступают как барьер для родов в учреждении (доказательства умеренного уровня достоверности). Такое пренебрежение и задержки могут распространяться и на предоставление обезболивания во время родов.

В обзоре также подчеркивается, что многие женщины в странах с низким и средним уровнями дохода опасаются «незнакомых и нежелательных» практик во время родов, что препятствует проведению родов в учреждениях здравоохранения (доказательства высокого уровня достоверности). Возможно, что некоторые женщины могут воспринимать инъекции как незнакомые и нежелательные практики.

Дополнительные соображения

Если женщины, нуждающиеся в обезболивании, проинформированы о методах обезболивания и им предложен выбор между медикаментозными и немедикаментозными вариантами (в том числе с учетом традиций и культурных предпочтений), то это может помочь решить вопрос социального неравенства во время родов,

¹ Веб-сайт Британского национального формуляра: <https://bnf.nice.org.uk/>

Таблица 3.39 Потребность в основных ресурсах для применения опиоидной анальгезии

Ресурсы	Описание
Персонал	■ Для назначения опиоидов обычно требуется врач (не во всех странах; в некоторых условиях акушерки также могут назначить опиоиды). Другой персонал, например акушерка или медсестра, может проводить опиоидную анальгезию
Обучение	■ Стандартное обучение медицинского работника назначению лекарственных препаратов; опиоиды довольно легко вводить в виде внутривенной (в/в) или внутримышечной (в/м) инъекции. Обучение мониторингу и помощи при развитии нежелательных эффектов и осложнений
Обеспечение	■ Опиоид (например, петидин), игла, шприц, внутривенный катетер (необязательно). Противорвотные препараты для предотвращения или лечения сопутствующей тошноты и рвоты. Налоксон для снятия угнетения дыхания при необходимости. Кислород
Оборудование и инфраструктура	■ Реанимационное оборудование
Время	■ Приблизительно 2-10 минут на получение препарата, подготовку и введение
Надзор и мониторинг	■ Контроль за применением и мониторинг развития нежелательных эффектов. Безопасный метод хранения опиоидов и регистрация использования опиоидов во избежание злоупотреблений

предоставляя женщинам больше контроля над процессом родов. Женщин, нуждающихся в обезболивании, следует проинформировать об эффектах (желательных и нежелательных), вызываемых соответствующими доступными медикаментозными вариантами, и дать возможность участвовать в процессе принятия решений, связанных с родами, включая обезбоживание.

Использование дорогих альтернатив опиоидам может оказывать отрицательное влияние на социальную справедливость, если они предпочтительно используются в условиях высокого ресурсного обеспечения и среди женщин из более обеспеченных групп населения. Утверждалось, что изменение отношения медицинских работников и окружения женщин к боли во время родов (и сокращение медикализации, направленной на уменьшение дискомфорта во время родов) может дать женщинам возможность открыть для себя свои врожденные способности родить самостоятельно (132), что может положительно повлиять на социальную справедливость за счет сокращения медикализации родов среди женщин из более обеспеченных групп населения.

Приемлемость

В систематическом обзоре качественных исследований, посвященных изучению опыта использования опиоидов для облегчения боли

во время родов у женщин, были получены различающиеся мнения (126).

Некоторые женщины просили предоставить обезбоживание опиоидами из-за сильных и неуправляемых болезненных схваток (доказательства очень низкого уровня достоверности). Женщины сообщали, что опиоиды — это эффективная (доказательства очень низкого уровня достоверности) или неэффективная форма обезбоживания (доказательства очень низкого уровня достоверности). Женщины продолжали испытывать боль из-за неэффективности метода обезбоживания, предоставленного слишком поздно или закончившего свое действие слишком рано (доказательства очень низкого уровня достоверности). Некоторые женщины испытали отрицательные физические (например, тошнота, нарушения когнитивной функции, неспособность успешно довести до конца физиологические роды) и психологические (например, разочарование) ощущения (доказательства очень низкого уровня достоверности). Однако другие результаты обзора подчеркивают, что опиоиды увеличивали уровень удовлетворенности женщин, сократили и уменьшили интенсивность схваток, и помогли успешно довести до конца физиологические роды (доказательства очень низкого уровня достоверности).

После применения опиоидов некоторые женщины были разочарованы из-за чрезмерной зависимости от персонала, который проводил

обезболивание, и жаловались на отсутствие поддержки (доказательства очень низкого уровня достоверности).

Женщины также не всегда были полностью осведомлены о способе введения или рисках использования опиоидов (доказательства очень низкого уровня достоверности). В другом обзоре, который включал исследования по изучению опыта медицинских работников (26), не выявлено качественных данных о взглядах специалистов здравоохранения на использование опиоидов.

Дополнительные соображения

В целом, в обзоре исследований по изучению опыта использования различных вариантов обезболивания у женщин (126) подчеркивается недостаточность качественных доказательств. Хотя уровень достоверности доказательств очень низкий, большинство отрицательных замечаний было высказано в отношении внутримышечного введения петидина, в то время как мнения об интраназальном и подкожном введении фентанила обычно были более положительными.

В других исследованиях было высказано предположение, что контекст и тип оказания помощи и уровень медицинского учреждения

оказывают сильное влияние на потребность в обезболивании родов и выбор женщин в связи с этой потребностью (138, 139).

Выполнимость

В систематическом обзоре качественных исследований, посвященных изучению опыта использования опиоидов у женщин во время родов (126), отсутствие эффективности опиоидов в отношении облегчения боли иногда связывали с поздним введением (доказательства очень низкого уровня достоверности), что предполагает необходимость более своевременного и внимательного использования этого вида обезболивания.

Дополнительные соображения

В странах с ограниченными ресурсами, где опиоиды не столь широко доступны и не используются широко, высока вероятность финансовых последствий их использования, а также потребуется дополнительное обучение для их назначения и лечения потенциальных нежелательных эффектов у матери и плода. Вероятно, что тип опиоидов, используемых в разных условиях и странах, будет зависеть от стоимости лекарственного препарата.

Таблица 3.40 Резюме суждений: анальгезия различными опиоидами по сравнению с петидином

Желательные эффекты	– неизвестно	✓ варьируются		– незначительные	– небольшие	– умеренные	– значительные
Нежелательные эффекты	– неизвестно	✓ варьируются		– значительные	– умеренные	– небольшие	– незначительные
Уровень достоверности доказательств	– нет включенных исследований			✓ очень низкий	– низкий	– умеренный	– высокий
Ценности				– значимая неопределенность или переменность	✓ возможна значимая неопределенность или переменность	– вероятно, нет значимой неопределенности или переменности	– нет значимой неопределенности или переменности
Баланс эффектов	– неизвестно	✓ варьируется	– за петидин	– вероятно, за петидин	– ни за другие опиоиды, ни за петидин	– вероятно, за другие опиоиды	– за другие опиоиды
Требуемые ресурсы	– неизвестно	✓ варьируются	– высокие затраты	– умеренные затраты	– незначительные затраты или экономия	– умеренная экономия	– существенная экономия

Уровень достоверности доказательств по необходимым ресурсам	– нет включенных исследований			– очень низкий	✓ низкий	– умеренный	– высокий
Рентабельность	– неизвестно	✓ варьируется	– за петидин	– вероятно, за петидин	– ни за другие опиоиды, ни за петидин	– вероятно, за другие опиоиды	– за другие опиоиды
Социальная справедливость	– неизвестно	✓ варьируется	– снижение	– вероятно снижение	– вероятно отсутствие влияния	– вероятно повышение	– повышение
Приемлемость	– неизвестно	✓ варьируется		– нет	– вероятно, нет	– вероятно, да	– да
Выполнимость	– неизвестно	✓ варьируется		– нет	– вероятно, нет	– вероятно, да	– да

3.2.14 Техники релаксации для купирования боли

РЕКОМЕНДАЦИЯ 21

Техники релаксации, включая постепенное мышечное расслабление, дыхательные методики, музыку, практику осознанности и другие техники, рекомендуются для облегчения боли у здоровых беременных женщин (с учетом предпочтений роженицы). (Рекомендуется)

Примечания

- Большинство женщин хотят уменьшить боль во время родов, и качественные данные показывают, что методы релаксации могут уменьшить дискомфорт во время родов, облегчить боль и улучшить опыт родов у матери.
- Медицинские работники должны знать, что контекст и тип оказания помощи, а также уровень медицинского учреждения могут оказывать сильное влияние на потребность в обезболивании родов и на выбор, который женщины делают в связи с этой потребностью.
- Варианты немедикаментозного обезбоживания могут широко варьироваться в зависимости от условий и контекста, что может способствовать выбору иных методов, которые не рассматриваются в данном руководстве, таких методов как погружение в воду, роды под гипнозом, применение иглоукалывания, а также использование культурных и традиционных практик, которые женщины могут счесть успокаивающими.
- Медицинские работники должны информировать женщин о том, что, хотя методы релаксации вряд ли будут иметь негативные последствия, положительные эффекты от их использования имеет очень низкий уровень достоверности.

Резюме доказательств и соображений

Эффекты вмешательств (ДБ Табл. 3.2.14)

Фактические данные о методах расслабления для облегчения боли во время родов взяты из Кокрейновского систематического обзора, в котором проанализировано 15 исследований с участием 2 248 женщин (140). Исследования проводились в десяти странах: Бразилии (два исследования), Иране

(Исламская Республика) (два исследования), Италии (два исследования), Норвегии, Соединенном Королевстве, США, Таиланде (два исследования), Тайване [Китай], Турции (два исследования) и Швеции. Оцениваемые методы релаксации включали общие техники релаксации (например, постепенное расслабление мышц, дыхательные техники), музыку, йогу, звуковую анальгезию (например, во время родов звучание успокаивающих

мелодий, таких как звуки волны) и практика осознанности.

Сравнение 1: Применение общих техник релаксации и обычная практика оказания помощи (без расслабляющих техник)

Фактические данные для этого сравнения получены из восьми исследований с участием 1382 женщин. Исследования проводились в больницах Бразилии и Италии (по два исследования), а также Ирана (Исламская Республика), Соединенного Королевства, Турции и Швеции (по одному исследованию). Размеры выборки в отдельных исследованиях варьировались от 40 до 1087. Исследования были опубликованы в период с 2000 по 2017 гг. Вмешательства включали в себя дыхательные техники, постепенное расслабление мышц и комбинированные техники дыхания и мышечного расслабления. Обычная практика оказания помощи не была четко определена в большинстве исследований.

Исходы для матери

Обезболивание: доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что мышечное расслабление может уменьшить интенсивность боли во время латентной фазы родов (одно исследование, 40 женщин, РС -1,25, 95% ДИ от -0,53 до -1,97; интенсивность боли измерялась по 5-балльной шкале). Неясно, снижается ли интенсивность боли в активной фазе родов с помощью техники релаксации, потому что уровень достоверности доказательств очень низкий (четыре исследования, 273 женщины). Что касается боли в течение родов, доказательства умеренного уровня достоверности предполагают, что мышечное расслабление, вероятно, мало или совсем не влияет на восприятие боли женщинами (одно исследование, 977 женщин, РС 0,0, 95% ДИ от -0,23 до 0,23). Доказательства низкого уровня достоверности свидетельствуют о том, что расслабление может мало влиять или совсем не влияет на использование дополнительного медикаментозного обезболивания (два исследования, 1036 женщин, ОР 0,99, 95% ДИ 0,88-1,11). Неясно, оказывает ли расслабление какое-либо влияние на удовлетворенность женщин обезболиванием, поскольку уровень достоверности доказательств очень низкий.

Метод родоразрешения: неясно, имеют ли какое-либо влияние техники релаксации на частоту инструментальных вагинальных родов или операций кесарева сечения, так

как доказательства очень низкого уровня достоверности.

Продолжительность родов: неясно, оказывает ли релаксация какое-либо влияние на продолжительность родов, так как доказательства имеют очень низкий уровень достоверности.

Стимуляция родовой деятельности: неясно, влияет ли каким-либо образом релаксация на проведение стимуляции родовой деятельности, так как доказательства имеют очень низкий уровень достоверности.

Опыт родов: доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что техники релаксации могут мало влиять или совсем не влиять на общую удовлетворенность женщин опытом родов (три исследования, 1176 женщин, СРС 0,03, 95% ДИ от -0,37 до 0,31) или на их балльную оценку тревожности (одно исследование, 140 женщин, РС 0,3, 95% ДИ от -4,15 до 4,75). Ни в одном из исследований не сообщалось о чувстве контроля матери над процессом родов.

Нежелательные эффекты, взаимодействие матери и ребенка, грудное вскармливание: об этом не сообщалось ни в одном из включенных исследований.

Исходы для плода и новорожденного

Перинатальная гипоксия-ишемия и оказание специализированной помощи: доказательства по этим результатам имеют очень низкий уровень достоверности.

Отдаленные неблагоприятные исходы для младенцев: о них в исследованиях не сообщается.

Сравнение 2: Использование техники йоги по сравнению с контрольной группой (без использования техники йоги)

В двух исследованиях с участием 149 женщин, проведенных в Таиланде, сравнивались эффекты в группе применения техники йоги с эффектами в контрольной группе. Исследования были опубликованы в 2007 и 2008 гг. В одном исследовании в группе воздействия использовались дыхание, пение, обучение и позы; в другом — использовались только позы йоги. Женщины в контрольных группах в одном исследовании получали стандартную помощь, в другом — им рекомендовали сохранять положение лежа на спине во время родов.

Исходы для матери

Обезболивание: доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что использование поз йоги может немного уменьшить болевые ощущения во время родов (одно исследование, 66 женщин, РС -6,12, 95% ДИ от -0,47 до -11,7) и немного повысить удовлетворенность обезболиванием (одно исследование, 66 женщин, РС 7,88, 95% ДИ 1,51–14,25). Неясно, влияет ли использование йоги на применение медикаментозного обезболивания, поскольку уровень достоверности доказательств очень низкий.

Метод родоразрешения: об этом в исследованиях не сообщалось.

Продолжительность родов: доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что использование поз йоги может сократить продолжительность родов (одно исследование, 66 женщин, РС -139,91 мин, 95% ДИ от -27,32 до -252,50).

Стимуляция родовой деятельности: доказательства по этому результату имеют очень низкий уровень достоверности.

Опыт родов: доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что использование йоги может немного улучшить оценку удовлетворенности родами у женщин (одно исследование, 66 женщин, РС 6,34, 95% ДИ 0,26–12,42).

Нежелательные эффекты, взаимодействие матери и ребенка, грудное вскармливание: об этом ни в одном из включенных исследований не сообщалось.

Исходы для плода и новорожденного

Перинатальная гипоксия-ишемия: доказательства по этому исходу имеют очень низкий уровень достоверности.

Поступление в отделение специализированной помощи и отдаленные неблагоприятные исходы для младенцев: о них в исследованиях не сообщается.

Сравнение 3: Слушание музыки роженицами по сравнению со стандартной практикой оказания помощи во время родов (без музыки)

В трех исследованиях с участием 241 женщины сравнивали группу с использованием музыки с контрольной группой. Исследования проводились в больницах Италии, Тайваня [Китай] и Турции. Размер выборки варьировался

от 58 до 161. Исследования были опубликованы в период с 2010 по 2014 гг. Во всех трех исследованиях использовалась специальная музыкальная подборка для родов; в одном исследовании предоставляли буклет для антенатального периода. В группах сравнения оказывалась обычная помощь.

Исходы для матери

Обезболивание, метод родоразрешения, опыт родов: фактические данные об обезболивании (интенсивность боли, использование эпидуральной анестезии), методе родоразрешения (инструментальные вагинальные роды, операции кесарева сечения) и опыте родов (тревожность у матери) имеют очень низкий уровень достоверности.

Степень удовлетворенности матери и чувство контроля: об этих исходах в исследованиях не сообщались.

Продолжительность родов, стимуляция родовой деятельности, нежелательные эффекты, взаимодействие матери и ребенка, грудное вскармливание: об этих результатах в исследованиях не сообщалось.

Исходы для плода и новорожденного

Поступление в отделение специализированной помощи: фактические данные по этому исходу имеют очень низкий уровень достоверности.

Перинатальная гипоксия-ишемия и отдаленные неблагоприятные исходы для младенцев: не были представлены в исследованиях.

Сравнение 4: Применение аудиоанальгезии по сравнению с контрольной группой

В одном исследовании с участием 25 женщин сравнивали применение аудиоанальгезии с контрольной группой. Исследование проводилось в Соединенном Королевстве в 1965 г. Группа вмешательства во время родов слушала «звуки моря» на уровне 120 децибел; контрольная группа слушала те же самые звуки на уровне 90 децибел.

Исходы для матери

Обезболивание: неясно, оказывает ли прослушивание шума волн во время родов влияние на удовлетворенность обезболиванием, поскольку уровень достоверности доказательств очень низкий.

Ни о каких других исходах для матери в исследовании не сообщалось.

Исходы для плода и новорожденного

В исследовании не сообщалось об исходах для плода или новорожденного.

Сравнение 5: Обучение практике осознанности по сравнению с контрольной группой (без обучения практике осознанности)

В одном исследовании с участием 30 женщин проводилось сравнение эффектов в группе женщин, прошедших обучение практике осознанности, и в группе контроля (без обучения). Исследование проводилось в США и опубликовано в 2017 г. Женщины из группы вмешательства в антенатальный период прошли девятинедельный курс по практике осознанности во время родов и в воспитании детей. В группе сравнения женщины прошли девятинедельный дородовый курс без компонентов практики осознанности.

Исходы для матери

Обезболивание: неясно, действительно ли практика осознанности влияет на использование медикаментозного обезболивания, потому что уровень достоверности доказательств очень низкий. О других исходах в отношении боли в исследовании не сообщалось.

Метод родоразрешения: фактические данные о частоте инструментальных вагинальных родов и операций кесарева сечения имеют очень низкий уровень достоверности.

Опыт родов: доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что чувство контроля над родами у женщин может усиливаться при помощи практики осознанности (одно исследование, 26 женщин, РС 31,3, 95% ДИ 1,61–60,99); однако, фактические данные об удовлетворенности имеют очень низкий уровень достоверности. В исследовании не сообщалось о чувстве тревоги.

Продолжительность родов, стимуляция родовой деятельности, нежелательные эффекты, взаимодействие матери и ребенка, грудное вскармливание: об этих исходах в исследовании не сообщалось.

Исходы для плода и новорожденного

В этом исследовании не сообщалось об исходах для плода или новорожденного.

Ценности

Результаты обзора качественных исследований по изучению того, что являются важным для женщин во время родов (23), предполагают, что большинство женщин, особенно рожаящих в первый раз, опасаются родов (доказательства высокого уровня достоверности), а в определенных контекстах или ситуациях могут положительно отнестись к вмешательствам, обеспечивающим облегчение боли (доказательства низкого уровня достоверности). Когда рассматривается вопрос о проведении вмешательства, женщины хотели бы получить информацию о характере вмешательства и о наличии выбора, если это возможно (доказательства высокого уровня достоверности).

В отдельном обзоре качественных исследований, связанных с техниками облегчения боли во время родов (126), женщины оценивали степень обезболивания с применением техник релаксации (доказательства умеренного уровня достоверности). Женщины, использовавшие их, чувствовали расслабление и контроль во время родов, и могли эффективно справляться со схватками, а также получили положительный опыт родов (доказательства низкого уровня достоверности). Эти методы также оказали положительное влияние на послеродовое благополучие (доказательства умеренного уровня достоверности).

Дополнительные соображения

Хотя в обзоре качественных исследований по обезболиванию наблюдалась согласованность результатов, было найдено только восемь качественных исследований по изучению опыта среди женщин и всего три — среди медицинских работников, ни одно из которых не проводилось в странах с низким и средним уровнями дохода. В рамках включенных исследований было невозможно определить, имели ли место стимуляция родовой деятельности, индукция родов или другие виды вмешательств, которые могли повлиять на оценку результатов, связанных с этой формой обезболивания.

Вполне вероятно, что контекст, тип оказания помощи и уровень медицинского учреждения оказывают сильное влияние на потребность в обезболивании, а также на выбор, который делают женщины в связи с этой потребностью (138, 139). Например, некоторые выводы, относящиеся к техникам релаксации, могут

Таблица 3.41 Потребность в основных ресурсах для использования техник релаксации в качестве метода обезболивания

Ресурсы	Описание
Персонал	■ Акушерка или другой медицинский работник (в рамках обычного оказания помощи)
Обучение	■ Обучение методам релаксации (например, обучение включено в программу подготовки медработников, подготовки компаньона во время родов, в дородовые занятия с женщинами)
Обеспечение	■ Не требуется
Оборудование и инфраструктура	■ Зависит от типа вмешательства: для прослушивания музыки требуется устройство для ее проигрывания (например, телефон, проигрыватель компакт-дисков, MP3-плеер, динамики); для занятий йогой необходимо достаточно места, чтобы расстелить коврик для йоги и т. д.
Время	■ Время на тренировку: варьируется в зависимости от вмешательства. Время выполнения: зависит от вмешательства. Некоторые из этих вмешательств могут выполняться самой женщиной или требуют немного времени и усилий медицинского персонала (например, прослушивание музыки), в то время как для других методов может потребоваться постоянная поддержка, обучение до и во время родов
Надзор и мониторинг	■ Не требуется

быть связаны с положительными отношениями, сложившимися между роженицей и лечащими медицинскими работниками и компаньоном, присутствующим во время родов (или с одним из них).

Ресурсы

Не найдено исследовательских данных о затратах или экономической эффективности этих вмешательств.

Дополнительные соображения

Техники релаксации, вероятно, будут относительно недорогими, так как большинство этих методов могут исполняться самой заранее обученной женщиной, или при поддержке присутствующего во время родов компаньона, в то время как для других методов обезболивания требуются некоторое время и усилия персонала (например, музыка). Затраты на обучение будут основным компонентом стоимости некоторых методов релаксации (например, техника мышечной релаксации и дыхания), а также это обучение может быть интегрировано в дородовые занятия, если таковые проводятся, или в процесс подготовки доулы или компаньона во время родов.

Если немедикаментозные методы сократят использование медикаментозных методов, то они могут быть экономически эффективными;

однако доказательства этого эффекта отсутствуют.

Социальная справедливость

В рамках обзора качественных исследований по изучению опыта среди женщин и медицинских работников (26), работники здравоохранения в странах с высоким уровнем дохода подчеркнули, что социальная справедливость в вопросе предоставления дополнительных методов была под угрозой из-за отсутствия ресурсов (финансирование и время акушерок) (доказательства очень низкого уровня достоверности). Нет данных из этого обзора о влиянии техник релаксации на социальное равенство в странах с низким и средним уровнями дохода.

Дополнительные соображения

Если женщинам, нуждающимся в обезболивании, предлагается выбор медикаментозных и немедикаментозных вариантов, в том числе с учетом традиций и культурных предпочтений, это может помочь устранить социальное неравенство в оказании помощи во время родов.

Приемлемость

В систематическом обзоре качественных исследований по изучению взглядов женщин на варианты обезболивания во время родов

(126), техники релаксации были сочтены приемлемым и эффективным методом обезболивания в странах с высоким уровнем дохода (доказательства умеренного уровня достоверности). Техники релаксации способствовали формированию спокойной обстановки во время родов и усиливали такие чувства женщины, как ощущение себя в безопасности, своей силы, сохранения контроля и связи с ребенком, которые способствовали положительному опыту родов (доказательства умеренного уровня достоверности). Некоторые женщины также использовали их после родов, чтобы улучшить самочувствие (например, успокоить ребенка или облегчить грудное вскармливание).

Результаты обзора показывают, что женщины ценят ряд техник, которым их обучили до родов и которые они могут использовать в соответствии со своими потребностями во время родов (доказательства низкого уровня достоверности). Женщины также ценили эти методы за большую вовлеченность партнеров и медицинских работников в оказание им помощи во время родов (доказательства низкого уровня достоверности). Фактические данные о взглядах медицинских работников на обезболивание, полученные из другого обзора (26), имеют очень низкий уровень достоверности; однако они предполагают, что некоторые медицинские работники считают, что расслабляющие техники повышают способность женщин доверять своему организму и способствуют положительному опыту родов. Данные, полученные при опросе респондентов-акушеров, предполагают, что дополнительные методы помощи согласуются с философией акушерства, ориентированной на удовлетворение потребностей женщин.

Дополнительные соображения

Было найдено всего восемь исследований для включения в качественный обзор опыта женщин в отношении вариантов обезболивания (126)

и три — среди медицинских сотрудников (26), ни одно из которых не проводилось в странах с низким и средним уровнями дохода.

Не исключено, что выводы о приемлемости техник релаксации могут быть связаны с положительным отношением и сопровождением во время родов, а не с самими методами релаксации. Два исследования показали, что условия оказания помощи и тип оказания помощи, а также уровень медицинского учреждения оказывают сильное влияние на потребность в обезболивании родов, и на то, какой выбор делают женщины в отношении этой потребности (138, 139).

Выполнимость

В систематическом обзоре качественных исследований по изучению мнения специалистов здравоохранения об обезболивании (26), медицинские сотрудники выявили ряд препятствия для предоставления методов релаксации, включая бюрократию, отсутствие консенсуса среди профессионалов, недостаточность доказательной базы, регулирующих норм и обучения практикующих медицинских специалистов оказанию дополнительной терапии (доказательства очень низкого уровня достоверности).

Дополнительные соображения

Техники релаксации, которые могут быть проведены сопровождающими во время родов или выполняться самой женщиной, вероятно, наиболее выполнимы в местах, где уже существуют курсы антенатального обучения будущих матерей и присутствующих во время родов компаньонов.

Таблица 3.42 Резюме суждений: техники релаксации по сравнению со стандартной практикой оказания помощи (без техник релаксации)

Желательные эффекты	– неизвестно	– варьируются		– незначительные	✓ небольшие	– умеренные	– значительные
Нежелательные эффекты	– неизвестно	– варьируются		– значительные	– умеренные	– небольшие	✓ незначительные
Уровень достоверности доказательств	– нет включенных исследований			✓ очень низкий	– низкий	– умеренный	– высокий
Ценности				– значимая неопределенность или вариабельность	– возможна значимая неопределенность или вариабельность	✓ вероятно, нет значимой неопределенности или вариабельности	– нет значимой неопределенности или вариабельности
Баланс эффектов	– неизвестно	– варьируется	– за обычную помощь	– вероятно, за обычную помощь	– ни за техники релаксации, ни за обычную помощь	✓ вероятно, за техники релаксации	– за техники релаксации
Требуемые ресурсы	– неизвестно	– варьируются	– высокие затраты	– умеренные затраты	✓ незначительные затраты или экономия	– умеренная экономия	– существенная экономия
Уровень достоверности доказательств по необходимым ресурсам	✓ нет включенных исследований			– очень низкий	– низкий	– умеренный	– высокий
Рентабельность	✓ неизвестно	– варьируется	– за обычную помощь	– вероятно, за обычную помощь	– ни за техники релаксации, ни за обычную помощь	– вероятно, за техники релаксации	– за техники релаксации
Социальная справедливость	– неизвестно	– варьируется	– снижение	– вероятно снижение	– вероятно отсутствие влияния	✓ вероятно повышение	– повышение
Приемлемость	– неизвестно	– варьируется		– нет	– вероятно, нет	✓ вероятно, да	– да
Выполнимость	– неизвестно	– варьируется		– нет	– вероятно, нет	✓ вероятно, да	– да

РЕКОМЕНДАЦИЯ 22

Для здоровых беременных женщин, нуждающихся в обезболивании во время родов, рекомендуются мануальные техники, такие как массаж или аппликация теплыми пакетами, в зависимости от предпочтений роженицы. (Рекомендуется)

Примечания

- Большинство женщин хотят облегчения боли во время родов какими-либо медикаментозными или немедикаментозными методами, и качественные данные доказывают, что проведение массажа может уменьшить дискомфорт во время родов, облегчить боль и улучшить опыт родов у матери.
- Хотя количественные и качественные данные в основном относятся к воздействию массажа, согревающие предметы вряд ли могут навредить, а некоторые женщины считают, что они оказывают успокаивающее действие.
- Медицинские работники должны знать, что контекст и тип оказания помощи, а также характеристики медицинского учреждения могут оказывать сильное влияние на потребность в обезболивании во время родов и на выбор женщин в связи с этой потребностью.
- Варианты немедикаментозного обезбоживания могут широко варьироваться в зависимости от условий и контекста, в которых предпочтение может быть отдано другим методам, не рассматриваемым в рамках данного руководства, таким как погружение в воду, роды под гипнозом, применение иглоукалывания, а также культурным и традиционным практикам, которые женщины могут считать успокаивающими.
- Медицинские работники в рамках оказания дородовой помощи должны сообщить женщинам об имеющихся вариантах обезбоживания в их родильном доме и обсудить преимущества и недостатки этих вариантов.
- Медицинские работники должны информировать женщин о том, что, хотя мануальные методы облегчения боли вряд ли являются вредными, достоверность доказательств их положительного воздействия очень низкого уровня.

Резюме доказательств и соображений**Эффекты вмешательств (ДБ Табл. 3.2.15)**

Фактические данные получены из Кокрейновского систематического обзора (141), в который вошли 12 исследований с участием 1024 женщин. Исследования проводились в Австралии, Бразилии, Иране (Исламская Республика) (шесть исследований), Канаде, Соединенном Королевстве, США и Тайване [Китай]. Отчеты об исследованиях были опубликованы в период с 2002 по 2016 гг.

Сравнение 1: проведение массажа в сравнении с рутинной практикой оказания помощи (без массажа)

В восьми исследованиях с участием 671 женщины сравнивали проведение массажа для облегчения боли и рутинную практику оказания помощи (без массажа). Исследования проводились в антенатальных клиниках

или больницах Австралии, Бразилии, Ирана (Исламская Республика) (три исследования), Канады, Соединенного Королевства и Тайваня [Китай]. Размер выборки в исследованиях варьировался от 46 до 176 женщин, в семи исследованиях участвовали 100 и менее женщин. Присутствовавшие во время родов партнеры делали массаж роженицам в трех исследованиях (326 женщин); в двух из них проводилось обучение партнеров в рамках антенатальных курсов. В трех исследованиях привлекались специалисты, обученные массажу (185 женщин), в одном — студенты-акушерки (100 женщин), и в одном исследовании неясно, кто делал массаж (60 женщин). Рутинная практика оказания помощи подробно не описана.

Исходы для матери

Обезболивание: доказательства умеренного уровня достоверности позволяют

предположить, что балльная оценка боли в первом периоде родов, вероятно, ниже при использовании массажа по сравнению с рутинной практикой оказания помощи (шесть исследований, 362 женщины, РС -0,81, 95% ДИ от -1,06 до -0,56). Фактические данные по оценке боли во втором периоде родов и по использованию медикаментозных методов обезболивания имеют очень низкий уровень достоверности.

Метод родоразрешения: доказательства низкого уровня достоверности позволяют предположить, что проведение массажа оказывает незначительное влияние или не влияет на частоту инструментальных вагинальных родов (четыре исследования, 368 женщин, ОР 0,71, 95% ДИ 0,44-1,13) и операций кесарева сечения (шесть исследований, 514 женщин, ОР 0,75, 95% ДИ 0,51-1,09).

Продолжительность родов: эти данные имели очень низкий уровень достоверности.

Стимуляция родовой деятельности: эти данные имели очень низкий уровень достоверности.

Опыт родов: доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что большее число женщин может сообщить о своей удовлетворенности опытом родов, если им проводится массаж (одно исследование, 60 женщин, ОР 1,90, 95% ДИ 1,07-3,38). Данные по оценке удовлетворенности были очень низкого уровня достоверности.

О чувстве контроля сообщалось в двух исследованиях с использованием различных методов: доказательства умеренного уровня достоверности, полученные в одном исследовании, предполагают, что оценка чувства контроля была выше у женщин, которым делали массаж (одно исследование, 124 женщины, РС 14,05, 95% ДИ 3,77-24,33); и доказательства низкого уровня достоверности из другого исследования также предполагают, что оценка чувства контроля может быть несколько выше в группе с проведением массажа (1 исследование, 56 женщин, РС -6,10, 95% ДИ от -11,68 до -0,52). Данные низкого уровня достоверности свидетельствуют о том, что оценка тревожности может быть ниже у женщин, получающих массаж (одно исследование, 60 женщины, РС -16,27, 95% ДИ от -27,03 до -5,51).

Грудное вскармливание: информация в исследованиях не сообщалась.

Исходы для плода и новорожденного

Перинатальная гипоксия-ишемия: фактические данные низкого уровня достоверности свидетельствуют о том, что массаж может оказывать незначительное влияние или не влиять на низкую оценку по шкале Апгар (<7) на 5-й минуте (два исследования, 215 младенцев, ОР 0,72, 95% ДИ 0,17-3,14).

Нежелательные эффекты: доказательства низкого уровня достоверности позволяют предположить, что меньшему числу новорожденных, матери которых получают массаж, может потребоваться реанимация (два исследования, 231 младенец, ОР 0,43, 95% ДИ 0,23-0,79). Доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что массаж мало влияет или совсем не влияет на риск перевода в отделение интенсивной терапии новорожденных (два исследования, 231 младенец, ОР 0,71, 95% ДИ 0,31-1,62).

Отдаленные неблагоприятные исходы для младенцев: информация в исследованиях отсутствует.

Сравнение 2: применение теплых предметов в сравнении с рутинной практикой оказания помощи (без прикладывания теплых предметов)

В трех исследованиях с участием 252 женщин сравнивалось использование теплых предметов и рутинная практика оказания помощи. Все три исследования проводились в больницах Ирана (Исламская Республика) и проходили в период с 2009 по 2013 гг. В двух исследованиях (192 женщины) прикладывали теплые предметы (грелки, полотенца, пакеты и т.п.) к пояснице и животу женщин в первом периоде родов и к промежности — во втором периоде. В другом исследовании теплые предметы прикладывались к крестцовому отделу и области промежности длительно — не менее 30 минут; на каком этапе проводилось вмешательство — неясно.

Исходы для матери

Обезболивание (оценка боли) во время родов, продолжительность родов: данные по этим исходам при использовании теплых полотенец или пакетов имеют очень низкий уровень достоверности.

Таблица 3.43 Потребность в основных ресурсах для выполнения мануальных методов обезболивания

Ресурсы	Описание
Персонал	■ Акушерка или другой медицинский работник (в рамках рутинной практики оказания помощи)
Обучение	■ Обучение медработников или присутствующих во время родов компаньонов мануальным методам (для компаньонов эта информация может быть включена в курс дородового обучения)
Обеспечение	■ Лосьон, массажное масло, чистые полотенца
Время	■ Время на обучение: варьируется в зависимости от вмешательства. Время выполнения: периодически в течение родов
Надзор и мониторинг	■ Не требуется

О других исходах для матери в исследовании не сообщалось.

Исходы для плода и новорожденного

Об этих исходах в исследованиях не сообщалось.

Ценности

Результаты обзора качественных исследований по изучению того, что является важным для женщин во время родов (23), предполагают, что большинство женщин, особенно те, кто рожают впервые, опасаются родов (высокий уровень достоверности доказательств), и в определенном контексте или ситуациях могут положительно отнестись к вмешательствам, направленным на облегчение боли (низкий уровень достоверности доказательств). Когда рассматривается вопрос о проведении вмешательства, женщины хотели бы получить информацию о характере вмешательства и, если возможно, о наличии выбора (высокий уровень достоверности доказательств).

В отдельном обзоре качественных исследований, связанных с методами облегчения боли во время родов (126), женщины ценят массаж как средство снятия боли, если такой метод позволил им расслабиться и чувствовать себя спокойно, сохраняя контроль над родами (низкий уровень достоверности доказательств). В исследовании также освещались преимущества в отношении общего благополучия женщины, например чувства безопасности, спокойствия и уменьшение тревожности (низкий уровень достоверности доказательств). Хотя некоторые женщины считали, что массаж эффективно позволяет им справляться с болью во время родов (низкий уровень достоверности доказательств), другие

сочли его неэффективным (очень низкий уровень достоверности доказательств).

Дополнительные соображения

Результаты качественных исследований, включенных в анализ, были согласованными, но всего было найдено только четыре исследования, и ни одно из них не проводилось в странах с низким и средним уровнями дохода (126).

В рамках включенных исследований не удалось установить, проводилась ли женщинам стимуляция родовой деятельности, индукция родов или другие формы вмешательств, которые могли бы повлиять на их оценку результата, связанного с этой формой обезболивания.

Ресурсы

Нет исследовательских данных о затратах или рентабельности этих вмешательств для облегчения боли во время родов. Однако косвенные данные, полученные в рамках обзора исследований экономической эффективности проведения дополнительных методов для ряда других (не связанных с беременностью) состояний, указывают на новые данные о рентабельности и возможной экономии затрат в отношении некоторых вмешательств и клинических групп (142). Большинство исследований, включенных в этот обзор, относится к использованию манипуляционных или телесных практик для лечения болей в спине.

Дополнительные соображения

Мануальные методы могут быть относительно недорогим вмешательством, если выполняются компаньоном во время родов. Тогда затраты на обучение станут основной составляющей затрат, и оно может быть

интегрировано в дородовое обучение, если таковое проводится, или в обучение доулы или компаньона, присутствующего во время родов. Однако стоимость массажа, проводимого профессиональным массажистом, может быть относительно высокой в зависимости от местоположения и учреждения.

Если немедикаментозные методы сократят использование медикаментозных методов, они могут быть экономически эффективными; однако доказательства этого эффекта отсутствуют.

Социальная справедливость

В систематическом обзоре качественных исследований по изучению мнения медицинских работников о различных средствах обезболивания в странах с высоким уровнем дохода специалисты отметили, что при предоставлении дополнительных методов помощи обеспечение социальной справедливости затруднено по причине нехватки ресурсов (финансирования и времени акушерок) (очень низкий уровень достоверности доказательств). В обзоре не обнаружено данных о мануальных техниках и социальной справедливости в странах с низким и средним уровнями дохода.

Дополнительные соображения

Если роженицам, нуждающимся в обезболивании, предлагается выбор медикаментозных и немедикаментозных вариантов, в том числе с учетом традиционных и культурных предпочтений, это может способствовать устранению социальной несправедливости в оказании помощи во время родов.

Приемлемость

Систематический обзор качественных исследований по изучению опыта обезболивания у женщин во время родов показал, что обучение техникам массажа усилило участие компаньонов женщины в процессе родов (низкий уровень достоверности доказательств), тогда как массаж, проводимый акушеркой, улучшил контакт между женщиной и акушеркой и усилил ощущение заботы у женщины (низкий уровень достоверности доказательств) (126).

В другом систематическом обзоре качественных исследований, посвященных изучению мнения медицинских работников

о методах облегчения боли, фактические данные свидетельствуют о том, что некоторые специалисты в области здравоохранения считают, что техники массажа увеличивают потенциал положительного опыта родов (очень низкий уровень достоверности доказательств) (26). Респонденты-акушерки считают, что дополнительные методы были ценной альтернативой медикаментозному обезболиванию и что они соответствуют подходу, ориентированному на удовлетворение потребностей женщины, в котором ценится и поощряется активное участие каждой женщины в процессе родов (очень низкий уровень достоверности доказательств).

Дополнительные соображения

Результаты обзора качественных исследований по изучению мнения женщин и медицинских работников (26, 126) были основаны на исследованиях, проведенных только в странах с высоким уровнем дохода.

Не исключено, что выводы о приемлемости массажа могут быть связаны с положительным отношением и партнерскими родами, а не с проведением массажа. Два исследования показали, что контекст, тип оказания помощи и характеристика медицинского учреждения имеют сильное влияние на потребность в облегчении боли во время родов и выбор женщин в связи с этой потребностью (138, 139).

Выполнимость

В систематическом обзоре качественных исследований по изучению мнения медицинских работников о предоставлении обезболивания (26) специалисты указали в качестве препятствий для предоставления массажа или других мануальных техник бюрократию, отсутствие консенсуса среди специалистов, недостаточность доказательной базы, регулирования и обучения дополнительным техникам практикующих специалистов (очень низкий уровень достоверности доказательств).

Дополнительные соображения

Мануальные техники, которые могут быть выполнены компаньоном во время родов, вероятно, легче внедрять в учреждениях, где проводятся занятия по обучению будущих матерей и ведется подготовка компаньонов.

Таблица 3.44 Резюме суждений: использование мануальных методов¹ в сравнении с рутинной практикой оказания помощи во время родов (без использования мануальных методов)

Желательные эффекты	– неизвестно	– варьируются		– незначительные	✓ небольшие	– умеренные	– значительные
Нежелательные эффекты	– неизвестно	– варьируются		– значительные	– умеренные	– небольшие	✓ незначительные
Уровень достоверности доказательств	– нет включенных исследований			– очень низкий	✓ низкий	– умеренный	– высокий
Ценности				– значимая неопределенность или вариабельность	– возможна значимая неопределенность или вариабельность	✓ вероятно, нет значимой неопределенности или вариабельности	– нет значимой неопределенности или вариабельности
Баланс эффектов	– неизвестно	– варьируется	– за обычную помощь	– вероятно, за обычную помощь	– ни за мануальные техники, ни за обычную помощь	✓ вероятно, за мануальные техники	– за мануальные техники
Требуемые ресурсы	– неизвестно	✓ варьируются	– высокие затраты	– умеренные затраты	– незначительные затраты или экономия	– умеренная экономия	– существенная экономия
Уровень достоверности доказательств по необходимым ресурсам	✓ нет включенных исследований			– очень низкий	– низкий	– умеренный	– высокий
Рентабельность	– неизвестно	✓ варьируется	– за обычную помощь	– вероятно, за обычную помощь	– ни за мануальные техники, ни за обычную помощь	– вероятно, за мануальные техники	– за мануальные техники
Социальная справедливость	– неизвестно	– варьируется	– снижение	– вероятно снижение	– вероятно отсутствие влияния	✓ вероятно повышение	– повышение
Приемлемость	– неизвестно	– варьируется		– нет	– вероятно, нет	✓ вероятно, да	– да
Выполнимость	– неизвестно	✓ варьируется		– нет	– вероятно, нет	– вероятно, да	– да

¹ Исследование влияния применения согревающих предметов также проводилось, но большинство количественных и качественных данных относились к применению массажа.

3.2.16 Обезболивание с целью предотвращения остановки родовой деятельности

РЕКОМЕНДАЦИЯ 23

Облегчение боли с целью предотвращения остановки родовой деятельности и уменьшения частоты использования стимуляции родовой деятельности не рекомендуется.

(Нерекомендуется)

Примечания

- Эта рекомендация была взята из *WHO recommendations for augmentation of labour* (46), в которых ГРР определила эту рекомендацию как слабую на основе доказательств очень низкого уровня достоверности.
- ГРР отметила, что нет четких доказательств того, что любая форма обезболивания связана с сокращением продолжительности родов или частотой проведения стимуляции родовой деятельности.
- ГРР признала, что облегчение боли не обязательно приводит к сокращению потребности в стимуляции родовой деятельности, но у обезболивания есть и другие существенные преимущества, которые делают его важным компонентом качественного интранатального ухода.
- Доказательства, подтверждающие эту рекомендацию, представлены в исходном руководящем документе по ссылке: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf

3.2.17 Пероральный прием жидкости и еды

РЕКОМЕНДАЦИЯ 24

Женщинам с низким риском развития осложнений рекомендуется пить и принимать пищу во время родов. (Рекомендуется)

Примечания

- Эта рекомендация была взята из руководства *WHO recommendations for augmentation of labour* (46), в котором группа его разработчиков определила ее как слабую, основанную на доказательствах очень низкого качества.
- Учитывая, что ограничения относительно приема жидкости и пищи не оказывают никакого положительного воздействия на важные клинические исходы, включая использование стимуляции родовой деятельности, ГРР вынесла положительное решение, ставя во главу угла уважительное отношение к пожеланиям женщины.
- ГРР отметила, что не было зарегистрировано ни одного случая синдрома Мендельсона (попадания пищи и жидкости из желудка в легкие во время общей анестезии — самое важное из соображений безопасности при ограничении перорального употребления жидкости и пищи во время родов) среди более трех тыс. женщин, участвовавших в исследованиях, включенных в систематический обзор.
- Доказательства, подтверждающие эту рекомендацию, представлены в исходном руководящем документе, по ссылке: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf

3.2.18 Подвижность роженицы и положение во время родов

РЕКОМЕНДАЦИЯ 25

Рекомендуется поощрять подвижность и принятие вертикального положения во время родов у женщин с низким риском развития осложнений. *(Рекомендуется)*

Примечания

- Эта рекомендация была взята из руководства *WHO recommendations for augmentation of labour* (46), в котором группа его разработчиков определила ее как сильную рекомендацию, основанную на фактических данных очень низкого качества.
- Хотя данные не свидетельствуют о том, что подвижность роженицы и вертикальное положение во время родов уменьшают частоту стимуляции родовой деятельности окситоцином, ГРР приняла во внимание клинические преимущества, а именно — уменьшение частоты проведения операций кесарева сечения.
- ГРР отметила, что во многих учреждениях продолжают использовать традиционную практику ведения родов на акушерской кровати для всех женщин вместо того, чтобы предоставить роженицам право выбора на основе знаний о преимуществах подвижности во время родов и вертикального положения. ГРР делает упор на предоставлении женщинам возможности выбора положения во время родов; обеспечение такой возможности имеет преимущества, не требует больших затрат и достаточно просто реализуемо, и поэтому рекомендация для данного вмешательства носит строгий характер.
- Согласно этой рекомендации необходимо информировать женщин и поддерживать их выбор в отношении того, какое положение занять во время первого периода родов.
- Доказательства, подтверждающие эту рекомендацию, представлены в исходном руководящем документе по ссылке: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf

3.2.19 Санация влагалища

РЕКОМЕНДАЦИЯ 26

Рутинная санация влагалища хлоргексидином во время родов с целью предотвращения инфекционных заболеваний не рекомендуется. *(Не рекомендуется)*

Примечания

- Эта рекомендация была взята из *Рекомендаций ВОЗ по профилактике и лечению материнских околородовых инфекций* (114), в которых группа по его разработке определила эту рекомендацию как сильную, основанную на доказательствах умеренного уровня достоверности.
- Эта рекомендация была основана на отсутствии клинических преимуществ для новорожденных, а не на потенциальном влиянии вмешательства на материнскую инфекционную заболеваемость, связанную с колонизацией стрептококками группы В.
- ГРР признала существенные различия в тактике проведения скрининга беременных на колонизацию родовых путей стрептококком группы В. Таким образом, ГРР согласилась с тем, что эту рекомендацию следует реализовывать в контексте местной политики и согласно местному руководству по скринингу на колонизацию стрептококком группы В.
- Доказательства, подтверждающие эту рекомендацию, представлены в исходном руководящем документе, доступном по ссылке: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363_eng.pdf

3.2.20 Активное ведение родов

РЕКОМЕНДАЦИЯ 27

Комплекс мероприятий по активному ведению родов для предупреждения увеличения длительности родов проводить не рекомендуется. (Не рекомендуется)

Примечания

- Эта рекомендация взята из руководства *WHO recommendations for augmentation of labour* (46), в котором группа его разработчиков определила ее как слабую рекомендацию, основываясь на доказательствах низкого качества.
- ГРР согласилась с тем, что этот комплекс мероприятий имеет потенциальные преимущества с точки зрения сокращения продолжительности родов и уменьшения частоты проведения операций кесарева сечения. Однако группа не поддержала эту рекомендацию, поскольку считает такой подход в высшей степени директивным и интервенционным, что может нарушать права, возможность выбора и автономию женщины как получателя помощи. В дополнение, этот пакет вмешательств включает сложный комплекс мероприятий, для реализации которого потребуются значительные ресурсы здравоохранения, и он может оказаться невыполнимым во многих учреждениях. ГРР решила не рекомендовать этот пакет вмешательств, потому что заявленные клинические преимущества явно не перевешивают эти другие соображения.
- ГРР также отметила, что непрерывное оказание помощи беременной женщине одним и тем же медицинским работником — это единственный компонент пакета мероприятий, польза которого была доказана и, вероятно, именно он обеспечивает преимущества, приписываемые всему пакету. Непрерывная поддержка во время родов как отдельное вмешательство рекомендовано в руководстве *WHO recommendations for augmentation of labour*.
- Доказательства, подтверждающие эту рекомендацию, представлены в исходном руководящем документе, доступном по ссылке: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf

3.2.21 Рутинная амниотомия

РЕКОМЕНДАЦИЯ 28

Использование амниотомии как самостоятельного метода предупреждения увеличения длительности родов не рекомендуется. (Не рекомендуется)

Примечания

- Эта рекомендация взята из руководства *WHO recommendations for augmentation of labour* (46), основываясь на доказательствах очень низкого качества.
- ГРР отметила, что, несмотря на широкое применение на практике амниотомии для предупреждения увеличения длительности родов, нет четких доказательств того, что потенциальные преимущества перевешивают потенциальный вред.
- Поскольку ранняя амниотомия может увеличить риск перинатальной передачи ВИЧ-инфекции, эта рекомендация может носить более строгий характер в условиях высокой распространенности ВИЧ-инфекции и высокой частоты родов у женщин с неизвестным ВИЧ-статусом.
- Доказательства, подтверждающие эту рекомендацию, представлены в исходном руководящем документе, доступном по ссылке: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf

3.2.22 Ранняя амниотомия и окситоцин

РЕКОМЕНДАЦИЯ 29

Раннее использование амниотомии в сочетании с ранним введением окситоцина для предупреждения увеличения длительности родов не рекомендуется. (Не рекомендуется)

Примечания

- Эта рекомендация взята из руководства *WHO recommendations for augmentation of labour* (46), в котором группа его разработчиков определила ее как слабую рекомендацию, основываясь на доказательствах очень низкого качества.
- ГРП отметила, что само по себе переменное сокращение продолжительности первого периода родов не является основанием для вмешательства, учитывая, что не было обнаружено существенных различий в других важных клинических исходах.
- ГРП отметила существенное совпадение между этим вмешательством и другими компонентами активного ведения родов, считая его в равной степени директивным и интервенционным. Как и в случае комплекса мероприятий по активному ведению родов, группа уделяла большое внимание тому, что вмешательство потенциально нарушает права, возможность выбора и автономию женщины как получателя помощи, и поэтому не рекомендовала данное вмешательство. Кроме того, во многих учреждениях вмешательство невыполнимо, поскольку для его реализации требуются значительные ресурсы здравоохранения.
- Доказательства, подтверждающие эту рекомендацию, представлены в исходном руководящем документе, доступном по адресу: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf

3.2.23 Назначение окситоцина женщинам, получившим эпидуральную анестезию

РЕКОМЕНДАЦИЯ 30

Не рекомендуется применение окситоцина для предупреждения увеличения длительности родов у женщин, получивших эпидуральную анестезию. (Не рекомендуется)

Примечания

- Эта рекомендация взята из руководства *WHO recommendations for augmentation of labour* (46), в котором группа его разработчиков определила ее как слабую рекомендацию, основываясь на доказательствах низкого качества.
- Стимуляцию родовой деятельности окситоцином следует проводить по показаниям для лечения подтвержденного недостаточного прогресса во время родов у женщин, получивших эпидуральную анестезию.
- Доказательства, подтверждающие эту рекомендацию, представлены в исходном руководящем документе, доступном по ссылке: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf

3.2.24 Спазмолитики

РЕКОМЕНДАЦИЯ 31

Не рекомендуется применение спазмолитиков для предупреждения увеличения длительности родов.

(Не рекомендуется)

Примечания

- Эта рекомендация взята из руководства *WHO recommendations for augmentation of labour (46)*, в котором группа его разработчиков определила ее как слабую рекомендацию для данного руководства, основываясь на доказательствах очень низкого качества.
- ГРП отметила, что имеющиеся данные были слишком разнородными в отношении участниц и вмешательств, чтобы рекомендовать широкое применение полученных результатов. Сокращение длительности первого периода родов на один час считалось клинически несущественным, так как не приводило к улучшению других клинических исходов для матери или ребенка. Группа придает большое значение вопросу безопасности, о котором мало говорилось, и приняла решение не рекомендовать эту практику до получения новой информации, демонстрирующей клинические преимущества с минимальными рисками.
- ГРП рассматривает вопрос эффективности использования спазмолитиков для лечения недостаточного прогресса во время родов в качестве приоритетного направления исследований.
- Доказательства, подтверждающие эту рекомендацию, представлены в исходном руководящем документе, доступном по ссылке: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf

3.2.25 Внутривенное введение жидкостей для стимуляции родовой деятельности

РЕКОМЕНДАЦИЯ 32

Не рекомендуется внутривенное введение жидкостей для сокращения продолжительности родов. (Не рекомендуется)

Примечания

- Эта рекомендация взята из руководства *WHO recommendations for augmentation of labour (46)*, в котором группа его разработчиков определила ее как сильную рекомендацию, основанную на доказательствах очень низкого качества.
- ГРП не рекомендовала это вмешательство на основании отсутствия явных доказательств преобладания пользы над вредом. Группа отметила, что для роженицы может увеличиться риск развития гиперволемии, особенно при внутривенном введении окситоцина по показаниям во время родов.
- ГРП согласилась с тем, что следует поощрять желание женщин из группы низкого риска развития осложнений пить жидкость во время родов.
- ГРП признала, что внутривенное введение жидкости может потребоваться по другим показаниям, а также для поддерживающей терапии во время родов даже у женщин из группы низкого риска развития осложнений.
- ГРП сделала акцент на том, что широко распространенное и ненужное рутинное внутривенное введение жидкости всем роженицам во многих медицинских учреждениях в странах с низким, средним и высоким уровнем дохода увеличивает стоимость, оказывая значительное влияние на использование ресурсов, и снижает подвижность женщины во время родов, и поэтому строго не рекомендует данное вмешательство.
- Доказательства, подтверждающие эту рекомендацию, представлены в исходном руководящем документе, доступном по ссылке: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf

3.3 Второй период родов

3.3.1 Определение и продолжительность второго периода родов

РЕКОМЕНДАЦИЯ 33

Рекомендуется применение указанного ниже определения второго периода родов, а также его длительности.

- Второй период родов— это промежуток времени между полным раскрытием шейки матки и рождением ребенка, в течение которого роженица испытывает потуги, обусловленные экспульсивными сокращениями матки. *(Рекомендуется)*
- Женщины должны быть проинформированы о том, что продолжительность второго периода может быть разной. При первых родах он обычно длится не более трех часов, а при повторных — не более двух часов. *(Рекомендуется)*

Примечания

- Описание начала второго периода, основанное на исследованиях, является неточным, и момент начала второго периода родов в клинической практике часто точно неизвестен. Женщина может почувствовать позыв к потугам до полного раскрытия шейки матки, или же она может еще не почувствовать потуги в момент, когда диагностировано полное раскрытие шейки матки. Если при влагалищном исследовании обнаруживается полное раскрытие, остается неясным, как давно шейка матки находится в этом состоянии.
- Перевод из предродовой в родильную палату в начале второго периода родов может стать неприятным моментом для женщины, и это не является необходимым при нормальном течении родов.
- Присутствующие во время родов должны знать, что женщина может почувствовать потуги и при раскрытии шейки матки менее 10 см.
- Решение о сокращении второго периода родов должно основываться как на наблюдении за состоянием матери и плода, так и на оценке прогресса родов. Если состояние роженицы удовлетворительное, состояние плода удовлетворительное и есть признаки опускания головки плода, то основания для вмешательства отсутствуют. Однако, когда длительность второго периода родов выходит за рамки вышеуказанных стандартных сроков, вероятность самопроизвольного рождения ребенка в течение ближайшего времени уменьшается, и следует рассмотреть возможность проведения вмешательства для ускорения родов.

Резюме доказательств и соображений

Продолжительность второго периода родов

Доказательная база получена из систематического обзора 37 исследований, оценивающих продолжительность родов у пациенток с низким риском и нормальными перинатальными исходами (52). Этот же обзор использовался для предоставления фактических данных о продолжительности первого периода родов. Включенные исследования были проведены в 17 странах с низким, средним и высоким уровнями дохода (Германия, Египет, Замбия, Израиль, Китай, Колумбия, Мьянма, Нигерия, Норвегия, Республика Корея, Соединенное Королевство, США, Тайвань [Китай], Уганда,

Финляндия, Хорватия и Япония) с участием более 200 тыс. женщин разного этнического происхождения и социально-экономического статуса. Результаты исследований были опубликованы в период с 1960 по 2016 гг. В 21 из включенных исследований сообщались данные о продолжительности второго периода родов у первородящих, и в 17 — у повторнородящих женщин. Вмешательства в процессе родов, такие как эпидуральная анестезия и инструментальные вагинальные роды, которые могли повлиять на продолжительность второго периода, широко варьировались в разных исследованиях. В 13 исследованиях, приводящих данные о первородящих женщинах, эпидуральная анестезия не применялась; об использовании эпидуральной анестезии не сообщалось в пяти исследованиях.

В одном исследовании подразделяли первородящих женщин по признаку использования эпидуральной анестезии (группы без использования и со стопроцентным использованием эпидуральной анестезии), в то время как в трех других исследованиях сообщалось о 4,1%, 42,9% и 48,0% случаев использования эпидуральной анестезии в исследуемых популяциях. В одиннадцати исследованиях четко не определена начальная точка отсчета для второго периода родов, в то время как в других исследованиях ее определили как раскрытие шейки матки на 10 см. В двух исследованиях определили точку отсчета как раскрытие шейки матки на 10 см или позыв к потугам. Эти исследования не были объединены из-за неоднородности популяционных характеристик, вмешательств и определения начала второго периода родов.

Второй период родов у первородящих: как показано в Табл. 3.45, доказательства умеренного уровня достоверности, полученные из четырех исследований, предполагают, что медиана продолжительности второго периода составляет 14–66 минут (0,2–1,1 часа) со значениями 95-го перцентиля 65–138 минут (1,1–2,3 часа).

В двух исследованиях с применением эпидуральной анестезии в 48% и 100% случаев в этой группе сообщалось о большей продолжительности родов с медианой 53–66 минут (0,9–1,1 часа) и со значениями 95-го перцентиля 138–216 минут (2,3–3,6 часа).

Фактические данные низкого уровня достоверности, полученные в ходе 17 исследований, в которых продолжительность второго периода родов определялась в виде среднего и стандартного отклонения, показали среднюю продолжительность 20–116 минут (0,3–1,9 часа) с рассчитанными статистическими границами (максимальными) 78–216 минут (1,3–3,6 часа). В двух исследованиях сообщалось об использовании эпидуральной анестезии. В одном исследовании с использованием эпидуральной анестезии в 42,9% случаев сообщалось о средней продолжительности 20 минут (0,3 часа) и значении 95-го перцентиля 60 минут (1 час). В другом исследовании с использованием эпидуральной анестезии в 4,1% случаев средняя продолжительность составила 40 минут (0,7 часа) без указания каких-либо статистических границ.

Второй период родов у повторнородящих: доказательства низкого уровня достоверности,

полученные из двух исследований, в которых представлены данные о родах с паритетом 1 и с паритетом более 1 продемонстрировали, что медиана продолжительности второго периода составила 6–12 минут (0,1–0,2 часа) со значениями 95-го перцентиля 58–76 минут (1,0–1,3 часа) (Табл. 3.45). Для подгруппы со стопроцентным использованием эпидуральной анестезии в одном из этих исследований продемонстрирована более длительная продолжительность второго периода с медианой 18–24 минуты (0,3–0,4 часа) и со значениями 95-го перцентиля 96–120 минут (1,6–2,0 часа). Доказательства низкого уровня достоверности из 15 исследований, в которых сообщается о продолжительности второго периода в виде среднего значения, предполагают, что средняя продолжительность второго периода варьировалась от 6 до 30 минут (0,1–0,5 часа) и оценочные статистические (максимальные) границы составили 16–78 минут (0,3–1,3 часа). В восьми исследованиях не использовалась эпидуральная анестезия, в шести исследованиях не сообщалось об ее использовании, а в трех исследованиях имело место использование эпидуральной анестезии в 2,4%, 4,3% и 9,5% случаев. Только в четырех из этих исследований четко сообщалось об исходной точке отсчета для определения начала второго периода.

Анализ чувствительности с исключением вмешательств во втором периоде также продемонстрировал аналогичный диапазон значений. Это показывает, что первородящие женщины способны успешно завершить второй период родов в течение 20–78 минут со статистическими границами от 60 до 174 минут (1,0–2,5 часа). У повторнородящих продолжительность второго периода короче в диапазоне от 6 до 30 минут (0,1–0,5 часа) с оценочными верхними граничными значениями от 16 до 78 минут (0,3–1,3 часа).

Ценности

Результаты обзора качественных исследований по изучению того, что является важным для женщин во время родов (23), указывают, что большинство женщин хотят, чтобы роды прошли нормально с хорошими результатами для матери и ребенка, но признают, что медицинское вмешательство может иногда быть необходимым.

Таблица 3.45 Продолжительность второго периода родов у первородящих и повторнородящих женщин

ПЕРВОРОДЯЩИЕ						
Исследование	Число	Эпидуральная анестезия (%)	Референтные точки продолжительности второго периода	Медиана продолжительности (минуты)	5-й перцентиль (минуты)	95-й перцентиль (минуты)
Paterson 1992 (143)	8 270	0,0	10 см или позыв к потугам	45	н/с	н/с
Oladapo 2018 (62)	2 166	0,0	От раскрытия на 10 см до рождения ребенка	14	3,0	65
Zhang 2002 (18)	1 162	48	От раскрытия на 10 см до рождения ребенка	53	18	138 ^a
Zhang 2010 (16)	21 524	100	От раскрытия на 10 см до рождения ребенка	66	н/с	216
Zhang 2010 (16)	4 100	0,0	От раскрытия на 10 см до рождения ребенка	36	н/с	168
				Средняя продолжительность (минуты)	Стандартное отклонение (SD) (минуты)	+2SD (минуты)
Abdel-Aleem 1991 (144)	175	0,0	Не определено	43	24	91*
Albers 1996 (63)	347	н/с	От раскрытия на 10 см до рождения ребенка	53	47	147
Albers 1999 (64)	806	0,0	Не определено	54	46	146
Chen 1986 (145)	500	0,0	Не определено	43	н/с	н/с
Diegmann 2000 (женщины афро-американки) (146)	373	0,0	От раскрытия на 10 см до рождения ребенка	32	23	78 ^a
Diegmann 2000 (женщины пуэрто-риканки) (146)	157	0,0	От раскрытия на 10 см до рождения ребенка	44	33	110 ^a
Dior 2013 (147)	12 631	н/с	Не определено	78	н/с	н/с
Duignan 1975 (148)	437	0,0	От раскрытия на 10 см или позыв к потугам	42	н/с	н/с
Jones 2003 (65)	120	0,0	Не определено	54	43	140 ^a

				Средняя продолжительность (минуты)	Стандартное отклонение (SD) (минуты)	+2SD (минуты)
Juntunen 1994 (58)	42	42,9	Не определено	20	20	60 ^{a*}
Kilpatrick 1989 (67)	2 031	0,0	От раскрытия на 10 см до рождения ребенка	54	39	132 ^a
Lee 2007 (68)	66	0,0	Не определено	54	34	122 ^a
Schiff 1998 (66)	69	н/с	От раскрытия на 10 см до рождения ребенка	66	36	138 ^a
Schorn 1993 (69)	18	н/с	Не определено	66	54	174
Shi 2016 (149)	1 091	н/с	Не определено	116	50	216
Studd 1973 (150)	176	0,0	Не определено	46	н/с	н/с
Studd 1975 (151)	194	4,1	Не определено	40	н/с	н/с
Wusteman 2003 (152)	66	0,0	Не определено	36	5	46
ПОВТОРНОРОДЯЩИЕ						
Исследование	Число	Эпидуральная анестезия (%)	Референтные точки продолжительности второго периода	Медиана продолжительности (минуты)	5-й перцентиль (минуты)	95-й перцентиль (минуты)
Oladapo 2018 (П=1) (62)	1 488	0,1	От раскрытия на 10 см до рождения ребенка	11	2	65
Oladapo 2018 (П=2+) (62)	1 952	0,0	От раскрытия на 10 см до рождения ребенка	11	2	58
Zhang 2010 (П=1) (16)	12 649	100	От раскрытия на 10 см до рождения ребенка	24	н/с	120
Zhang 2010 (П=1) (16)	4 106	0	От раскрытия на 10 см до рождения ребенка	12	н/с	76
Zhang 2010 (П=2+) (16)	12 218	100	От раскрытия на 10 см до рождения ребенка	18	н/с	96
Zhang 2010 (П=2+) (16)	4 001	0	От раскрытия на 10 см до рождения ребенка	6	н/с	66

				Средняя продолжительность (минуты)	Стандартное отклонение (SD) (минуты)	+2SD (минуты)
Abdel-Aleem 1991 (144)	372	0,0	Не определено	29	16	61 ^a
Albers 1996 (63)	602	н/с	От раскрытия на 10 см до рождения ребенка	17	20	57 ^a
Albers 1999 (64)	1 705	0,0	От раскрытия на 10 см до рождения ребенка	18	23	64 ^a
Dior 2013 (П=1-4) (147)	27 252	н/с	Не определено	21	н/с	н/с
Dior 2013 (П=5+) (147)	4 112	н/с	Не определено	16	н/с	н/с
Duignan 1975 (148)	869	0,0	От раскрытия на 10 см или позыв к потугам	17	н/с	н/с
Gibb 1982 (153)	749	н/с	Не определено	17	н/с	н/с
Jones 2003 (65)	120	0,0	Не определено	22	28	78 ^a
Juntunen 1994 (П=2-3) (58)	42	2,4	Не определено	8,7	5,5	н/с
Juntunen 1994 (МБ) (58)	42	9,5	Не определено	6	5	16 ^a
Kilpatrick 1989 (67)	3 767	0,0	От раскрытия на 10 см до рождения ребенка	19	21	61 ^a
Paterson 1992 (143)	13 159	0,0	Не определено	19	21	61
Schiff 1998 (66)	94	н/с	Не определено	30	24	78 ^a
Schorn 1993 (69)	30	н/с	Не определено	24	24	72
Studd 1973 (150)	264	0,0	Не определено	22	н/с	н/с
Studd 1975 (151)	322	4,3	Не определено	19	н/с	н/с
Wusteman 2003 (152)	71	0,0	Не определено	16	21	58 ^a

МБ – многоплодная беременность; н/с – не сообщается; П – паритет; SD – стандартное отклонение; ^a значение оценено авторами систематических обзоров.

Источник: Abalos et al., 2018 (52).

Таблица 3.46 Потребность в основных ресурсах для использования значений 95-го перцентиля в качестве верхних границ продолжительности второго периода родов

Ресурсы	Описание
Обучение	■ Практическое обучение медицинских работников
Обеспечение	■ Пересмотренные учебные пособия и клинические протоколы для медицинских работников и тех, кто их обучает. Учебные материалы для женщин о том, что представляют собой «нормальные роды» с точки зрения продолжительности второго периода и когда следует ожидать рождения ребенка. Пересмотр формы партограммы с включением второго периода
Инфраструктура	■ Достаточное число коек в родильном отделении для размещения женщин, у которых второй период может протекать дольше, чем в среднем в популяции
Надзор и мониторинг	■ Постоянный контроль и мониторинг с регулярным аудитом и анализом результатов, связанных с расширением верхних границ длительности второго периода родов при удовлетворительном состоянии матери и плода

Дополнительные соображения

Женщины обычно придают большое значение общей продолжительности родов, хотя сравнительная важность того, как долго или как быстро проходят роды, может зависеть от конкретных условий. Данные других исследований показывают, что женщины с меньшей вероятностью (чем медицинские работники) распознают определенные, ограниченные по времени периоды родов (54), и их способность справляться с трудностями скорее зависит от множества взаимосвязанных факторов, включая уровень испытываемой боли, окружающую обстановку и воспринимаемый женщиной уровень поддержки (55).

Ресурсы

В обзоре не найдено данных в отношении потребности в ресурсах в контексте продолжительности второго периода родов.

Дополнительные соображения

Применение граничных значений для продолжительности второго периода родов по 95-му перцентилю в качестве порогового значения для выявления чрезмерно длительного второго периода родов может быть экономически эффективным, так как несет в себе потенциал для сокращения использования вмешательств по ускорению родов, особенно инструментальных вагинальных родов и операций кесарева сечения. Однако это может увеличить расходы, связанные с необходимостью более длительной поддерживающей терапии. В некоторых странах со средним и высоким уровнями дохода в учреждениях, где врачи оказывают помощь

всем роженицам, использование ограничений в пороговых значениях продолжительности второго периода родов на основе значений 95-го перцентиля для ведения родов может привести к увеличению использования ресурсов здравоохранения.

Социальная справедливость

Доказательств влияния на социальную справедливость не обнаружено.

Дополнительные соображения

Важным показанием для проведения операции кесарева сечения во втором периоде родов является затянувшийся второй период, если исходить из того, что второй период не должен длиться дольше одного часа. Однако операция кесарева сечения является крайне несправедливым вмешательством (особенно когда оно выполняется без четких медицинских показаний) и маловероятно, что оно сразу же будет проведено женщинам из социально отчужденных групп населения в условиях ограниченных ресурсов. Применение безопасных верхних пределов для всех женщин имеет потенциал сократить социальную несправедливость, связанную с чрезмерной медикализацией родов.

Приемлемость

Результаты обзора качественных исследований, направленных на изучение того, что является важным для женщины во время родов (23), показывают, что большинство беременных предпочли бы более короткие по длительности роды (данные низкого уровня достоверности). Однако, когда женщин опрашивают уже после родов, они чаще сообщают

о положительном опыте родов, если они могли «плыть по течению», когда оптимальная продолжительность родов была индивидуальна, независимо от стандартных показателей продолжительности родов (доказательства умеренного уровня достоверности).

Дополнительные соображения

Есть основания полагать, что женщины могут чаще отзываться негативно как об очень коротких, так и об очень длительных родах (72, 73, 91).

Выполнимость

В обзоре качественных исследований об опыте оказания помощи роженицам среди медицинских работников показано (26), что возможность вести женщин с более длительными родами может быть ограничена нехваткой персонала и времени

в организации (доказательства высокого уровня достоверности). Местные протоколы и неофициальные правила также могут ограничивать способность медицинского персонала оказывать помощь на основе удовлетворения индивидуальных потребностей женщины (26).

Дополнительные соображения

Маловероятно, что применение при оказании помощи во втором периоде родов пороговых значений 95-го перцентиля, соответствующих паритетной группе рожениц, может увеличить продолжительность пребывания женщин в больнице или значительно повысить загруженность персонала, особенно если можно избежать избыточных акушерских вмешательств (таких как операция кесарева сечения), которые могут привести к более длительному пребыванию в больнице.

Таблица 3.47 Резюме суждений: использование значений 95-го перцентиля в качестве верхних границ продолжительности второго периода родов

Жела- тельные эффекты	– неизвестно	– варьируются		– незначитель- ные	– небольшие	✓ умеренные	– значитель- ные
Нежела- тельные эффекты	– неизвестно	– варьируются		– значитель- ные	– умеренные	✓ небольшие	– незначитель- ные
Уровень достоверно- сти доказа- тельств	– нет включен- ных исследо- ваний			– очень низкий	✓ низкий	– умеренный	– высокий
Ценности				– значимая неопреде- ленность или вариабель- ность	– возможна значимая неопреде- ленность или вариабель- ность	✓ вероят- но, нет значимой неопреде- ленности или вариабельности	– нет значи- мой неопре- деленности или вариабельности
Баланс эффектов	– неизвестно	– варьируется	– за усреднен- ные времен- ные границы	– вероятно, за усредненные временные границы	– ни за верхние границы по 95-му перцен- тилю, ни за усредненные временные границы	✓ вероятно, за верхние границы по 95-му перцен- тилю	– за верхние границы по 95-му перцен- тилю
Требуемые ресурсы	✓ неизвестно	– варьируются	– высокие затраты	– умеренные затраты	– незначитель- ные затраты или экономия	– умеренная экономия	– существен- ная эконо- мия
Уровень достоверно- сти доказа- тельств по необ- ходимым ресурсам	✓ нет включен- ных исследо- ваний			– очень низкий	– низкий	– умеренный	– высокий

Рентабельность	✓ неизвестно	– варьируется	– за существующие временные границы	– вероятно, за существующие временные границы	– ни за увеличение, ни за существующие временные границы	– вероятно, за увеличение временных границ	– за увеличение временных границ
Социальная справедливость	– неизвестно	– варьируется	– снижение	– вероятно снижение	– вероятно отсутствие влияния	✓ вероятно повышение	– повышение
Приемлемость	– неизвестно	– варьируется		– нет	– вероятно, нет	✓ вероятно, да	– да
Выполнимость	– неизвестно	✓ варьируется		– нет	– вероятно, нет	– вероятно, да	– да

3.3.2 Положение во время родов у женщин без эпидуральной анестезии

РЕКОМЕНДАЦИЯ 34

У женщин, у которых не применялась эпидуральная анестезия, рекомендуется поощрять принятие положения во время родов по выбору женщины, включая вертикальное положение.
(Рекомендуется)

Примечания

- Фактические данные свидетельствуют о том, что вертикальное положение женщины во время второго периода родов может уменьшить частоту эпизиотомии и инструментальных вагинальных родов, но также может быть связано с повышенным риском послеродового кровотечения (ПРК) и разрывов второй степени. Хотя большинство доказательств имеет низкий уровень достоверности, ГРР согласилась с тем, что различия в соотношениях пользы и вреда при вертикальном положении женщины во время родов и при положении лежа могут не быть клинически очевидными.
- Важно, чтобы женщине не навязывалась какая-либо конкретная позиция, а поощрялось и поддерживалось принятие любого положения, которое она считает для себя наиболее удобным.
- Медицинский работник должен убедиться, что в выбранной женщиной позиции контроль самочувствия ребенка может осуществляться надлежащим образом. Если необходимо изменить положение, чтобы обеспечить адекватное наблюдение за состоянием плода, то эту причину следует четко объяснить женщине.
- Практический подход к занятию определенного положения во втором периоде родов, если женщина желает принять вертикальное положение, может состоять в том, чтобы непосредственно перед изгнанием плода занять положение полулежа или на четвереньках, чтобы была возможность выполнить методы защиты промежности для уменьшения разрывов промежности и кровопотери.

Резюме доказательств и соображений

Эффекты вмешательства (ДБ Табл. 3.3.2)

Фактические данные были получены из Кокрейновского систематического обзора, который включал 32 отдельных РКИ, проведенных в странах с низким, средним и высоким уровнями дохода (154). В тридцати исследованиях с участием 9 015 женщин

были представлены данные об исходах родов при вертикальном положении в сравнении с положением лежа. Участницами исследований были первородящие, или повторнородящие женщины, или те и другие, с неосложненной одноплодной беременностью сроком более 36 недель, за исключением двух исследований, в которых принимали участие роженицы с более ранним сроком беременности.

Исходы в контрольной группе рожениц, находившихся во втором периоде родов в положении лежа, сравнивались в десяти исследованиях с исходами при использовании стула для родов в сидячем положении, в девяти исследованиях — кресла для родов, и в трех исследованиях — подушки для родов.

Сравнение: исходы родов при вертикальном положении и в положении лежа во втором периоде родов

Исходы для матери

Продолжительность родов: данные о продолжительности родов, полученные из 19 исследований (5 811 женщин), имеют очень низкий уровень достоверности из-за ограничений дизайна и большой несогласованности между исследованиями, включенными в метаанализ. Однако, согласно анализу чувствительности, при котором исследования с высоким риском систематической ошибки были исключены, доказательства низкого уровня достоверности свидетельствуют о том, что вертикальное положение во время родов может незначительно влиять или совсем не влияет на продолжительность второго периода родов (10 исследований, 2 499 женщин, РС на 4,34 минуты меньше, 95% ДИ на 9,00 минут меньше — на 0,32 минуты больше).

Метод родоразрешения: доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что вертикальное положение может уменьшить частоту инструментальных вагинальных родов (21 исследование, 6 481 женщина, ОР 0,75, 95% ДИ 0,66–0,86; снижение абсолютного риска: меньше на 32 на 1000 [меньше на 18–44]), но мало влияет или не влияет на частоту проведения операций кесарева сечения (16 исследований, 5 439 женщин, ОР 1,22, 95% ДИ 0,81–1,81). Согласно анализу чувствительности, при котором исследования с высоким риском систематической ошибки были исключены, уровень достоверности данных о сокращении частоты проведения инструментальных вагинальных родов стал выше (10 исследований, 2 534 женщины, ОР 0,71, 95% ДИ 0,56–0,90) и уровень достоверности данных об отсутствии влияния на частоту проведения операций кесарева сечения стал умеренным (девять исследований, 2 544 женщины, ОР 1,47, 95% ДИ 0,88–2,46).

Травма промежности и влагалища: доказательства низкого уровня достоверности

предполагают, что вертикальное положение может уменьшить частоту проведения эпизиотомии (17 исследований, 6 148 женщин, ОР 0,75, 95% ДИ 0,61–0,92; снижение абсолютного риска: на 101 меньше на 1000 [меньше на 32–158]) и может привести к увеличению частоты разрывов промежности второй степени (18 исследований, 6 715 женщин, ОР 1,20, 95% ДИ 1,00–1,44; увеличение абсолютного риска: на 25 больше на 1000 [больше на 0–56]). Согласно анализу чувствительности, при котором исследования с высоким риском систематической ошибки были исключены, уровень достоверности данных об увеличении частоты разрывов промежности второй степени стал высоким (девять исследований, 2 967 женщин, ОР 1,35, 95% ДИ 1,10–1,67). Доказательства по разрывам промежности третьей и четвертой степени (1) в целом имеют очень низкий уровень достоверности, однако при анализе чувствительности данные низкого уровня достоверности свидетельствуют о том, что вертикальное положение может оказывать незначительное влияние или вовсе не влиять на частоту разрывов третьей или четвертой степени (три исследования, 872 женщины, ОР 1,46, 95% ДИ 0,44–4,79).

Материнские осложнения: доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что вертикальное положение может увеличивать частоту случаев кровопотери объемом более 500 мл (15 исследований, 5 615 женщин, ОР 1,48, 95% ДИ 1,10–1,98; увеличение абсолютного риска: на 21 больше на 1000 [больше на 4–43]). При анализе чувствительности достоверность этих данных увеличилась до умеренного уровня.

Интенсивность боли: доказательства низкого уровня достоверности относительно испытываемой роженицей боли предполагают, что при вертикальном положении во втором периоде родов различия в оценке с помощью визуальной аналоговой шкалы боли могут быть незначительными или отсутствовать (одно исследование, 155 женщин, РС на 0,32 выше, 95% ДИ 0,16 ниже — 0,8 выше), или относительно послеродовой боли (одно исследование, 155 женщин, РС на 0,48 ниже, 95% ДИ 1,28 ниже — 0,32 выше). Дополнительные данные об интенсивности боли, представленные в одном исследовании (90 женщин), имеют очень низкий уровень достоверности. Доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что

Таблица 3.48 Потребность в основных ресурсах для вертикальных родов

Ресурсы	Описание
Персонал	■ Акушерки, медсестры, врачи: те же, кто оказывает помощь в положении лежа при рождении ребенка
Обучение	■ Обучение на рабочем месте ведению вертикальных родов
Обеспечение	■ Обычные принадлежности
Оборудование	■ Кровать: такая же, как при рождении ребенка в положении лежа. Подушка для родов или другие варианты поддержки роженицы во время рождения ребенка в вертикальном положении (опционально)
Инфраструктура	■ Родильная комната с местом для стула для родов (опционально)
Надзор и мониторинг	■ Хороший доступ к медицинскому наблюдению: то же, что и при рождении ребенка в положении лежа

различия малы или отсутствуют в отношении потребности в обезболивании во втором периоде родов (семь исследований, 3 093 женщины, ОР 0,97, 95% ДИ 0,93–1,02).

Опыт родов: в обзоре не сообщалось об опыте родов.

Исходы для плода инноворожденного

Перинатальная гипоксия-ишемия: в обзоре не сообщалось об оценке по шкале Апгар на 5-й минуте менее 7 баллов, ацидозе пуповинной крови или гипоксически-ишемической энцефалопатии (ГИЭ).

Дистресс плода: доказательства умеренного уровня достоверности предполагают, что вертикальное положение, вероятно, связано с меньшей частотой регистрации отклонений от нормы ЧСС плода (два исследования, 617 ребенка, ОР 0,46, 95% ДИ 0,22–0,93).

Перинатальная смертность: доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что различий может не быть или они незначительные в отношении перинатальной смертности при вертикальном положении (четыре исследования, 982 ребенка, ОР 0,79, 95% ДИ 0,51–1,21) (155).

Дополнительные соображения

Популяционное исследование взаимосвязи между акушерской травмой анального сфинктера (OASI) и положением роженицы во время родов с участием 113 000 женщин, проведенное в Швеции, обнаружило повышенный риск OASI при литотомической позиции у первородящих и повторнородящих женщин, снижение риска OASI при положении на боку у первородящих, и отсутствие четких различий в риске при положении лежа на спине, на коленях, стоя или на четвереньках (156).

Приседания и использование стульев для родов ассоциировалось с увеличением риска OASI у рожавших женщин, но не у первородящих. В целом, 57% первородящих и 26% повторнородящих женщин в этом исследовании получали эпидуральную анестезию, но результаты отдельно в зависимости от использования анальгезии не приводились.

Кокрейновский систематический обзор 2013 г. показал, что при вертикальном положении роженицы и ее передвижениях по сравнению с положением лежа и пребыванием в кровати в первом периоде родов в целом продолжительность родов короче примерно на 1 час и 22 минуты (15 исследований, 2 503 женщины, РС — 1,36 часа, 95% ДИ от –0,51 до –0,51) (155). Результаты также предполагают, что вертикальное положение в первом периоде, вероятно, уменьшает частоту проведения операций кесарева сечения (14 исследований, 2 682 женщины, 0,71 ОР, 95% ДИ 0,54–0,94) и эпидуральной анестезии (девять исследований, 2 107 женщин, ОР 0,81, 95% ДИ 0,66–0,99). Данные эффекты не наблюдались при сравнении женщин, которым была проведена эпидуральная анестезия.

Ценности

Результаты, полученные из обзора качественных исследований по изучению того, что является важным для женщин во время оказания помощи во время родов (23), указывают на то, что большинство женщин хотят, чтобы их роды прошли нормально с хорошими исходами для матери и ребенка (доказательства высокого уровня достоверности). Выводы также предполагают, что женщины осведомлены о непредсказуемости родов и опасаются потенциально травмирующих событий (в том числе медицинских вмешательств

и осложнений для матери и плода), поэтому они предпочитают любую технику, которая снижает потенциальный риск таких исходов (доказательства высокого уровня достоверности).

Результаты также предполагают, что женщины ожидают, что роды будут болезненными, но они бы хотели контролировать процесс родов при поддержке добрых и заботливых медицинских сотрудников, чутко относящихся к их потребностям. Женщины также хотели бы рожать в безопасной, благоприятной обстановке, когда можно двигаться в процессе родов (доказательства высокого уровня достоверности).

Ресурсы

Никаких данных о ресурсах не обнаружено.

Дополнительные соображения

Фактические данные об эффектах предполагают, что рождение ребенка в вертикальном положении может уменьшить частоту инструментальных вагинальных родов и эпизиотомии, но может и увеличить частоту разрывов второй степени и послеродовых кровотечений, следовательно, рентабельность этого вмешательства неясна. Специалисты здравоохранения привыкли оказывать помощь женщинам при рождении ребенка в положении лежа, необходимо провести обучение, как оказывать помощь женщинам, рожающим в вертикальном положении. Вертикальные роды не обязательно требуют дополнительной опоры (например, подушки для родов).

Социальная справедливость

Никаких прямых доказательств влияния разных положений во время родов на социальную справедливость не найдено. Однако косвенные доказательства, полученные из обзора факторов, способствующих родам в учреждениях и являющихся барьерами, показывают, что у многих женщин есть страх «разреза» со стороны медицинских работников (например, эпизиотомии и операции кесарева сечения) и что это, вероятно, является значительным барьером на пути проведения родов в медицинском учреждении среди женщин из социально отчужденных слоев населения в странах с низким и средним уровнями дохода (средний уровень достоверности доказательств) (8). Следовательно, практики родов, которые

сокращают эти медицинские вмешательства, могут повысить справедливость.

Дополнительные соображения

Предложение женщинам вариантов родов, в том числе, которые приемлемы в рамках их местных обычаев и норм, может положительно повлиять на социальную справедливость за счет увеличения проведения родов в медицинских учреждениях в тех странах, где женщины обычно избегают родов в больнице из-за отсутствия альтернативных вариантов ведения родов. Кроме того, поощрение вертикальных родов в хорошо обеспеченных ресурсами учреждениях может иметь положительное влияние на социальную справедливость за счет сокращения ненужных медицинских вмешательств и связанного с ними использования ресурсов среди женщин из более обеспеченных групп населения.

Приемлемость

Систематический обзор качественных исследований по изучению опыта женщин во время родов (26) обнаружил, что женщины хотят свободно принимать различные положения во втором периоде родов (доказательства низкого уровня достоверности). В большинстве случаев положение лежа, но не на спине, воспринималось как более удобное и менее болезненное, а также облегчающее роды, в то время как положение лежа на спине (на кровати) все еще рассматривается как более традиционный подход к рождению ребенка (доказательства низкого уровня достоверности).

В обзоре также представлены данные об опыте работников здравоохранения (26), которые показали, что медицинские сотрудники старались учитывать потребности женщин, но склонялись к положению лежа на спине, поскольку в этом положении легче вести роды, проводить мониторинг, медицинские вмешательства и принимать ребенка (данные умеренного уровня достоверности).

Дополнительные соображения

Данные перекрестных исследований, проведенных в Африке (Малави и Нигерия) показали, что более 90% женщин знали о положении лежа на спине или полулежа во время родов и рождения ребенка, но менее 5% знали об альтернативных позициях (например,

на корточках, на коленях и на четвереньках). Фактические данные исследования в Нигерии также показали, что только 18,9% женщин были бы готовы занять альтернативную позицию, если бы она была предложена медицинским работником (157, 158).

Выполнимость

Систематический обзор качественных исследований, изучающих опыт получения помощи в интранатальный период среди женщин (26), обнаружил, что женщины иногда не знали о положениях, альтернативных позиции лежа на спине, и считали, что разные варианты положения во время родов должны обсуждаться в период дородового наблюдения (низкий уровень достоверности доказательств).

Выводы об опыте медицинских работников из того же систематического обзора показали, что медицинские работники часто не знали или не имели опыта использования альтернатив положению лежа на спине. Медицинские

работники также выразили опасения по поводу безопасности женщин, покидающих кровать, и в определенных условиях (СНСУД) считали, что переполненность родильных палат не позволяет женщинам занимать вертикальное положение (доказательства низкого уровня достоверности).

Дополнительные соображения

Принятие вертикального положения потребует дополнительного обучения и практики, поскольку многие практикующие врачи и акушерки могут быть не знакомы с этим методом. Учреждения, в которых работает молодое поколение врачей и акушеров, может не иметь опытного персонала в штате, что может замедлить внедрение, даже если политика предложения варианта вертикальных родов существует. Вопросы безопасности ребенка, чтобы он не упал на пол во время изгнания во втором периоде родов, необходимо решить путем соответствующего обучения и предоставления поддерживающих средств.

Таблица 3.49 Резюме суждений: вертикальное положение во время родов у женщин без эпидуральной анестезии по сравнению с положением лежа

Желательные эффекты	– неизвестно	– варьируются		– незначительные	– небольшие	✓ умеренные	– значительные
Нежелательные эффекты	– неизвестно	– варьируются		– значительные	✓ умеренные	– небольшие	– незначительные
Уровень достоверности доказательств	– нет включенных исследований			– очень низкий	✓ низкий	– умеренный	– высокий
Ценности				– значимая неопределенность или вариабельность	✓ возможна значимая неопределенность или вариабельность	– вероятно, нет значимой неопределенности или вариабельности	– нет значимой неопределенности или вариабельности
Баланс эффектов	– неизвестно	– варьируется	– за положение лежа	– вероятно, за положение лежа	✓ ни за вертикальное положение во время родов, ни за положение лежа	– вероятно, за вертикальное положение во время родов	– за вертикальное положение во время родов
Требуемые ресурсы	– неизвестно	– варьируются	– высокие затраты	– умеренные затраты	✓ незначительные затраты или экономия	– умеренная экономия	– существенная экономия
Уровень достоверности доказательств по необходимым ресурсам	✓ нет включенных исследований			– очень низкий	– низкий	– умеренный	– высокий

Рентабельность	– неизвестно	– варьируется	– за положение лежа	– вероятно, за положение лежа	✓ ни за вертикальное положение во время родов, ни за положение лежа	– вероятно, за вертикальное положение во время родов	– за вертикальное положение во время родов
Социальная справедливость	– неизвестно	– варьируется	– снижение	– вероятно, снижение	– вероятно, отсутствие влияния	✓ вероятно, повышение	– повышение
Приемлемость	– неизвестно	✓ варьируется		– нет	– вероятно, нет	– вероятно, да	– да
Выполнимость	– неизвестно	✓ варьируется		– нет	– вероятно, нет	– вероятно, да	– да

3.3.3 Положение во время родов у женщин, получивших эпидуральную анестезию

РЕКОМЕНДАЦИЯ 35

У женщин, у которых применялась эпидуральная анестезия, рекомендуется поощрять принятие положения во время родов по выбору женщины, включая вертикальное.
(Рекомендуется)

Примечания

- Данные свидетельствуют о том, что в большинстве случаев различия по исходам родов в зависимости от положения роженицы во время рождения ребенка могут быть незначительными или вовсе отсутствовать. Возможность выбора положения во время второго периода родов может положительно повлиять на опыт родов у матери и повысить социальную справедливость.
- Вертикальное положение с использованием традиционной эпидуральной анестезии, обеспечивающей нейроаксиальную блокаду, может быть неосуществимо; тем не менее, в настоящее время наиболее распространенная эпидуральная анестезия — это «низко дозированная» и «мобильная» эпидуральная анальгезия, позволяющая выбирать положение во время родов.
- Важно, чтобы женщине не навязывалась какая-либо конкретная позиция, а поощрялось и поддерживалось желание женщины занять любое положение, которое она считает для себя наиболее удобным.
- Медицинский работник должен убедиться, что в выбранной женщиной позиции мониторинг состояния плода проводится надлежащим образом. В случае необходимости изменения положения для обеспечения адекватного мониторинга плода, это следует довести до сведения женщины максимально доступно.

Резюме доказательств и соображений

Эффекты вмешательства (ДБ Табл. 3.3.3)

Доказательства были получены из Кокрейновского систематического обзора, который включал в себя пять отдельно проведенных РКИ в Соединенном Королевстве (четыре исследования) и Франции, с участием 879 женщин (159). Участницами были первородящие и повторнородящие женщины

с доношенной одноплодной беременностью, которые получили эпидуральную анестезию для облегчения боли во время родов. В трех исследованиях использовалась «вертикальная» или «мобильная» эпидуральная анальгезия, в одном исследовании использовалась традиционная эпидуральная анестезия, а в другом исследовании тип эпидуральной анальгезии не описан.

В двух исследованиях сообщается, что в них включались женщины с самопроизвольными и индуцированными родами; однако неясно, включали ли другие исследования женщин с индуцированными родами. Положение во время родов в исследуемых группах женщин в исследованиях варьировалось, но во всех исследованиях были выделены две группы, которые в целях данного обзора можно классифицировать как «вертикальные роды» и «роды в положении лежа».

В группу «вертикальные роды» включали положения: сидя (на кровати или кровати с изменяющимся углом наклона более чем на 45° от горизонтали), на корточках (без посторонней помощи или с использованием рейлингов для приседания или подушки для родов), полулежа (ось тела отклонена от горизонтали на 45° и более) и на коленях (стоя, опираясь на изголовье кровати, или при поддержке партнера). В группу «в положении лежа» включали положения: литотомическое положение, позу лежа на боку (на левом или правом), положение Тренделенбурга (голова ниже таза), коленно-локтевое (четвереньки) положение (с осью тела в горизонтальном положении) и полулежа (с наклоном оси тела менее 45° от горизонтального положения).

Сравнение: вертикальное положение и положение лежа во втором периоде родов с применением эпидуральной анестезии Исходы для матери

Продолжительность родов: доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что различия в средней продолжительности второго периода родов у женщин, рожавших в вертикальном положении, по сравнению с женщинами, рожавшими в положениях лежа, незначительны или отсутствуют (два исследования, 322 женщины, РС на 22,98 минуты меньше, 95% ДИ на 99,09 меньше — на 53,13 больше). В одном исследовании, где представлены данные о 3 093 женщинах, сообщалось о среднем уменьшении продолжительности второго периода родов на семь минут (межквартильный размах [IQR] 0–13 минут).

Метод родоразрешения: доказательства низкого уровня достоверности, полученные из шести исследований (3 967 женщин), показывают, что различия незначительны или отсутствуют в отношении частоты спонтанных вагинальных родов (ОР 0,97, 95% ДИ 0,82–1,14), а доказательства умеренного

уровня достоверности, полученные из тех же исследований, предполагают, что различия незначительны или отсутствуют в отношении частоты оперативных родов (операций кесарева сечения и инструментальных вагинальных родов) (ОР 1,04, 95% ДИ 0,89–1,20) или инструментальных вагинальных родов (ОР 1,05, 95% ДИ 0,94–1,18). Доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что различия в частоте проведения операций кесарева сечения незначительны или отсутствуют (шесть исследований, 3 967 женщин, ОР 1,05, 95% ДИ 0,71–1,55).

Травма промежности и влагалища:

доказательства умеренного уровня достоверности свидетельствуют о том, что различия незначительны или отсутствуют в отношении травмы промежности или влагалища, требующей наложения швов (три исследования, 3 266 женщин, ОР 1,01, 95% ДИ 0,89–1,14).

Материнские осложнения: в исследованиях не сообщалось о послеродовых кровотечениях или других осложнениях, хотя в одном исследовании (3 093 женщины) сообщалось о нескольких женщинах с кровопотерей, требующей переливания; данные низкого уровня достоверности свидетельствуют о том, что различие между группами незначительно или вовсе отсутствует по этому исходу (ОР 1,20, 95% ДИ 0,83–1,72).

Опыт родов: в одном исследовании (3 093 женщины) сообщалось о нескольких женщинах, выразивших, в общем и целом, удовлетворенность полученным опытом родов; доказательства умеренного уровня достоверности предполагают, что, вероятно, различие между группами незначительно или отсутствует (ОР 0,98, 95% ДИ 0,93–1,03).

Исходы для плода и новорожденного

Перинатальная гипоксия-ишемия: данные низкого уровня достоверности, полученные в ходе двух исследований (3 200 младенцев), предполагают, что различия в оценке по шкале Апгар менее 7 на 5-й минуте могут быть незначительными или отсутствовать (ОР 0,66, 95% ДИ 0,11–3,94). Доказательства умеренного уровня достоверности предполагают, что низкий pH¹ пуповинной крови, вероятно, ниже

¹ Низкий pH пуповинной крови определялся как pH <7,05 в одном исследовании (n = 3 093) и pH <7,20 в другом исследовании (n = 66)

в случаях родов в вертикальном положении (два исследования, 3 159 новорожденных, ОР 0,43, 95% ДИ 0,20–0,90; абсолютная разность: меньше на 9 на 1000 [меньше на 2–13]). Доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что могут быть небольшие различия или различий вовсе нет в показателях реанимации новорожденных (одно исследование, 3 093 ребенка, ОР 1,00, 95% ДИ 0,75–1,32).

Дистресс плода: данные об отклонениях от нормы ЧСС плода, требующих вмешательства, имеют очень низкий уровень достоверности.

Перинатальная смертность: доказательства низкого уровня достоверности из одного исследования предполагают незначительные различия или их отсутствие в отношении перинатальной смертности (единичный случай, 3 093 новорожденных, ОР 2,96, 95% ДИ 0,12–72,69).

Дополнительные соображения

Популяционное исследование связи акушерской травмы анального сфинктера (OASI) и положения во время родов среди 113 000 женщин, проведенное в Швеции, обнаружило повышенный риск OASI при литотомической позиции у первородящих и повторнородящих женщин, сниженный риск OASI при положении на боку у первородящих, и отсутствие четких различий в риске в положении лежа на спине, на коленях или на четвереньках (156). Положение на корточках и использование стульев для родов ассоциировались с повышенным риском OASI у повторнородящих, но не у первородящих. В целом, 57% первородящих и 26% повторнородящих женщин в этом исследовании получили эпидуральную анестезию, но результаты отдельно в зависимости от ее использования не приводились.

Ценности

Результаты обзора качественных исследований по изучению того, что является важным для женщин при получении помощи в интранатальный период (23), указывают на то, что большинство женщин хотят, чтобы роды прошли нормально с хорошими исходами для матери и ребенка (доказательства высокого уровня достоверности). Результаты также предполагают, что женщины осведомлены о непредсказуемости родов и опасаются потенциально травмирующих

событий (в том числе медицинских вмешательств и осложнений у матери и ребенка), поэтому ценят любую технику, которая снижает потенциальный риск таких исходов (доказательства высокого уровня достоверности).

Кроме того, результаты показывают, что женщины ожидают, что роды и рождение ребенка будут болезненными, но им хотелось бы контролировать процесс родов при поддержке доброго, заботливого персонала, с пониманием относящегося к их потребностям. Женщины также хотели бы рожать в безопасной благоприятной обстановке, когда можно свободно передвигаться (доказательства высокого уровня достоверности).

Дополнительные соображения

Хотя данные о влиянии положения во время рождения ребенка с применением эпидуральной анестезии ограничены, они свидетельствуют о том, что положение во время рождения ребенка мало влияет на исходы у женщин, получивших эпидуральную анестезию. Поэтому, исходя из качественных доказательств, изложенных выше, женщины, получившие эпидуральную анестезию, могут отдать предпочтение вертикальному положению во время рождения ребенка, если это не причиняет вреда ни им, ни их детям.

Ресурсы

Не было обнаружено никаких доказательств в исследованиях, связанных с положением во время родов.

Дополнительные соображения

Данные по исходам предполагают, что различия могут быть незначительными или отсутствовать в отношении продолжительности второго периода родов и других исходов родов, и выбор положения во время родов у женщин, получивших эпидуральную анестезию, с малой вероятностью или совсем не связан с нагрузкой на ресурсы в отношении времени персонала и коек. Медицинские специалисты привыкли оказывать помощь во время родов женщинам, которым проведена эпидуральная анестезия, в положении лежа, и им может потребоваться дополнительное или повторное обучение тому, как проводить роды в вертикальном положении.

Социальная справедливость

Данных в исследованиях относительно социальной справедливости не найдено.

Дополнительные соображения

Выбор положения во время родов может иметь положительное влияние на социальную справедливость, если это уменьшит ненужные медицинские вмешательства среди женщины из более обеспеченных групп населения, которым проведена эпидуральная анестезия.

Приемлемость

В систематическом обзоре качественных исследований по изучению опыта женщин во время родов (26) представлено, что женщины хотят свободно занимать различные положения во втором периоде родов (доказательства низкого уровня достоверности). В большинстве случаев положение лежа на спине воспринималось как более удобное и менее болезненное, а также способствующее более легким родам, хотя положение лежа на спине (на кровати) все еще рассматривалось как более традиционный подход к родам (доказательства низкого уровня достоверности).

Данные об опыте медицинских работников, полученные из того же обзора, показали, что медицинские специалисты старались реагировать на потребности женщин, но предпочитали положение лежа на спине, поскольку в таком положении роженицы им легче проводить наблюдение, медицинские вмешательства и контролировать процесс родов (доказательства умеренного уровня достоверности) (26).

Дополнительные соображения

Фактические данные перекрестных исследований, проведенных в Африке (Малави и Нигерия), показали, что более 90% женщин знали о положении лежа на спине или полулежа, но менее 5% знали об альтернативных позициях (например, сидя на корточках, на коленях и на четвереньках). Данные исследования, проведенного в Нигерии, также показали, что только 18,9% женщин были бы готовы принять альтернативные позиции, если бы им это предложили медицинские работники (157, 158).

Выполнимость

В систематическом обзоре качественных исследований по изучению опыта получения помощи в интранатальный период (26) представлено, что женщины обычно хотят передвигаться во время родов, но нехватка места в некоторых родовспомогательных учреждениях делает это невозможным (данные низкого уровня достоверности). Результаты также показали, что женщины иногда не знали о других положениях во время родов, кроме положения лежа на спине, и считали, что разные варианты положения во время родов должны обсуждаться на этапе дородовой помощи (данные низкого уровня достоверности).

Данные в отношении опыта оказания помощи в интранатальный период (26) показали, что медицинские работники часто не знают или не имеют опыта использования позиций, альтернативных положению лежа на спине. Медицинские работники также выразили обеспокоенность по поводу безопасности женщин, встающих с кровати, а в некоторых условиях (СНСУД) отмечали, что переполненность родильных палат мешала женщинам принять вертикальное положение (доказательства низкого уровня достоверности).

Дополнительные соображения

Вертикальное положение во время родов может быть проще обеспечено в тех учреждениях, где доступна «мобильная» эпидуральная анальгезия, поскольку такое обезболивание имеет менее ограничивающий характер, чем традиционная эпидуральная анестезия. Внедрение вертикальных родов требует дополнительного обучения и практики, так как многие практикующие врачи и акушерки могут не владеть этим методом. Учреждения, в которых работает молодое поколение врачей и акушеров, может не иметь опытного специалиста в штате, что может замедлить реализацию внедрения, даже если политика предлагать роженицам варианты «вертикальных родов» существует. Вопросы безопасности, касающиеся того, чтобы ребенок не упал на пол во время изгнания во втором периоде родов, решаются путем соответствующего обучения и предоставления поддерживающих средств.

Таблица 3.50 Резюме суждений: вертикальное положение во время родов по сравнению с положением лежа у женщин, которым выполнена эпидуральная анестезия

Жела- тельные эффекты	– неизвестно	– варьируются		✓ незначитель- ные	– небольшие	– умеренные	– значитель- ные
Нежела- тельные эффекты	– неизвестно	– варьируются		– значитель- ные	– умеренные	– небольшие	✓ незначитель- ные
Уровень до- стоверности доказа- тельств	– нет включен- ных исследо- ваний			– очень низкий	✓ низкий	– умеренный	– высокий
Ценности				– значимая неопреде- ленность или вариабель- ность	– возможна значимая неопреде- ленность или вариабель- ность	✓ вероятно, нет значи- мой неопре- деленности или вариабельности	– нет значи- мой неопре- деленности или вариабельности
Баланс эффектов	– неизвестно	– варьируется	– за сравнение	– вероятно, за положение лежа	✓ ни за вер- тикальное положение, ни за поло- жение лежа	– вероятно, за вертикаль- ное положе- ние	– за верти- кальное положение
Требуемые ресурсы	– неизвестно	– варьируются	– высокие затраты	– умеренные затраты	✓ незначи- тельные затраты или экономия	– умеренная экономия	– существен- ная эконо- мия
Уровень до- стоверности дока- зательств по необ- ходимым ресурсам	✓ нет включен- ных исследо- ваний			– очень низкий	– низкий	– умеренный	– высокий
Рентабель- ность ^a	– неизвестно	– варьируется	– за сравнение	– вероятно, за положение лежа	– ни за вер- тикальное положение, ни за поло- жение лежа	– вероятно, за вертикаль- ное положе- ние	– за верти- кальное положение
Социальная справедли- вость	✓ неизвестно	– варьируется	– снижение	– вероятно снижение	– вероятно отсутствие влияния	– вероятно повышение	– повышение
Приемле- мость	– неизвестно	✓ варьируется		– нет	– вероятно, нет	– вероятно, да	– да
Выполни- мость	– неизвестно	✓ варьируется		– нет	– вероятно, нет	– вероятно, да	– да

^a Рентабельность не оценивалась, поскольку желаемый эффект вмешательства был незначительным.

3.3.4 Метод потуг

РЕКОМЕНДАЦИЯ 36

Рекомендуется поощрять и поддерживать рожениц следовать собственному побуждению к потугам во втором периоде родов — периоде изгнания плода. *(Рекомендуется)*

ПРИМЕЧАНИЯ

- Качественные данные о том, что является важным для женщин во время родов, показывают, что женщины хотят контролировать процесс родов при поддержке доброго, заботливого персонала, чутко относящегося к их потребностям (23).
- Медицинские работники должны избегать так называемых «направленных потуг» во втором периоде родов, поскольку нет никаких доказательств какой-либо пользы от этой техники.

Резюме доказательств и соображений

Эффекты вмешательства (ДБ Табл. 3.3.4)

Эти данные получены из Кокрейновского систематического обзора методов потуг (160). В восьми РКИ с участием 884 женщин сравнили спонтанные потуги с направленными потугами. Большинство участников в этих исследованиях, проведенных в Иране (Исламская Республика), Соединенном Королевстве, Специальном административном районе Китая Гонконге, Турции, (по одному исследованию) и США (три исследования), были первородящие женщины с неосложненной одноплодной доношенной беременностью. Размеры выборки варьировались от 32 до 320 участниц. Одно исследование (258 женщин) также включало повторнородящих, а в другом была включена определенная доля женщин, которым проводилась эпидуральная анестезия. Положение во время родов среди участников в исследованиях варьировалось, в одном из исследований (72 женщины) в группе родов в положении лежа на спине применялся метод направленных потуг, в то время как в группе спонтанных родов во время потуг роженицы находились в вертикальном положении. Другие аспекты методов потуг немного отличались в разных исследованиях, но в целом женщины в группе спонтанных родов не получили конкретных инструкций о том, как и когда «тужиться», поощрялось делать то, что кажется естественным.

Сравнение: сравнение спонтанных потуг и направленных потуг.

Исходы для матери

Продолжительность родов: данные о продолжительности второго периода

и потужного периода характеризуются очень низким уровнем достоверности.

Метод родоразрешения: доказательства высокого уровня достоверности показывают, что спонтанные потуги имеют небольшое влияние или не влияют на самопроизвольные вагинальные роды (пять исследований, 688 женщин, ОР 1,01, 95% ДИ 0,97–1,05) и данные низкого уровня достоверности свидетельствуют о том, что спонтанные потуги могут оказывать незначительное влияние или вообще не влиять на частоту проведения инструментальных вагинальных родов (два исследования, 393 женщины, ОР 0,56, 95% ДИ 0,06–5,10). Данные о частоте операций кесарева сечения имеют очень низкий уровень достоверности.

Травма промежности и влагалища: данные умеренного уровня достоверности свидетельствуют о том, что, вероятность различий незначительна или отсутствует при спонтанных потугах или направленных потугах в отношении частоты разрывов промежности (одно исследование, 320 женщин, ОР 0,87, 95% ДИ 0,45–1,66). Данные по частоте выполнения эпизиотомии имеют очень низкий уровень достоверности.

Отдаленные неблагоприятные исходы: доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что различия незначительны или отсутствуют в отношении частоты случаев послеродового недержания мочи между группами со спонтанными потугами и направленными потугами (одно исследование, 128 женщин, ОР 0,77, 95% ДИ 0,29–1,69). Ни в одном исследовании не сообщалось о боли в промежности, диспареунии или синдроме опущения тазового дна.

Опыт родов: при применении этих техник потуг различия незначительны или отсутствуют в отношении удовлетворенности матери согласно измерениям по визуально-аналоговой шкале, однако эти доказательства характеризуются низким уровнем достоверности (одно исследование, 31 женщина, РС 0,91 более высокая оценка удовлетворенности [на 1,3 ниже — на 3,1 выше]). Данные об усталости матери после родов имеют очень низкий уровень достоверности, а также ни в одном исследовании не сообщалось об интенсивности боли во втором периоде родов.

Исходы для плода и новорожденного

Перинатальная гипоксия-ишемия: данные низкого уровня достоверности свидетельствуют о том, что различия незначительны или отсутствуют в отношении оценки по шкале Апгар на 5-й минуте менее 7 между спонтанными потугами и направленными потугами (одно исследование, ОР 0,35, 95% ДИ 0,01–8,43), а также pH артериальной пуповинной крови менее 7,2 (одно исследование, 320 женщин, ОР 0,74, 95% ДИ 0,24–2,29) и случаев реанимации новорожденных в родильном зале (два исследования, 352 ребенка, ОР 0,83, 95% ДИ 0,40–1,75).

Дистресс плода: в обзоре об этом не сообщалось.

Перинатальная смертность: в обзоре об этом исходе не сообщалось.

Дополнительные соображения

Фактические данные, полученные в ходе других исследований, показывают, что женщины реже, чем медицинские работники, распознают определенные, ограниченные по времени фазы родов (54), и их способность справиться с процессом родов, скорее всего, будет зависеть от множества взаимосвязанных факторов, включая уровень испытываемой боли, характер окружающей обстановки и воспринимаемый роженицами уровень оказываемой поддержки (55).

Ценности

Результаты обзора качественных исследований по изучению того, что является важным для женщин во время оказания помощи в интранатальный период (23), указывают на то, что большинство женщин хотят, чтобы роды прошли нормально с хорошими исходами

для матери и ребенка (доказательства высокого уровня достоверности). Некоторые женщины также надеются на относительно быстрые роды, но это часто основывается на представлении, что чем дольше длятся роды, тем больше вероятность, что им потребуются медицинские вмешательства (доказательства низкого уровня достоверности). Полученные данные также предполагают, что женщины знают о непредсказуемости родов и опасаются потенциально травмирующих событий (в том числе медицинских вмешательств и осложнений у матери и ребенка), поэтому они будут ценить любой способ оказания помощи, который снижает вероятность наступления таких исходов (доказательства высокого уровня достоверности).

Результаты также показывают, что женщины хотели бы «плыть по течению», чувствуя и доверяя своим собственным физиологическим ощущениям (включая позыв к потугам) при поддержке доброго, заботливого медицинского персонала, который с пониманием относится к их потребностям (доказательства высокого уровня достоверности).

Дополнительные соображения

Данные, полученные в ходе других исследований, показывают, что женщины реже, чем медицинские работники, распознают определенные, ограниченные по времени фазы родов (54), и их способность справиться с процессом родов, скорее всего, будет зависеть от множества взаимосвязанных факторов, включая уровень испытываемой боли, характер окружающей обстановки и воспринимаемый роженицами уровень оказываемой поддержки (55).

Ресурсы

В обзоре отсутствуют данные о затратах, связанных с этими двумя техниками потужного периода.

Дополнительные соображения

Если техника потуг приводит к более длительной продолжительности второго периода, или большему числу вмешательств, или к тому и другому, это влечет за собой финансовые последствия с точки зрения затрат на рабочее время персонала и прочие расходы. Однако, это не касается методов спонтанных потуг и направленных потуг, которые, как

показал обзор, мало влияют или не влияют вовсе на продолжительность родов и другие исходы родов. Таким образом, убедительные доказательства, хотя и основанные на данных низкого уровня достоверности, в целом показывают, что финансовые последствия использования этих различных методов могут быть незначительными.

Социальная справедливость

Никаких исследований в отношении социальной справедливости не найдено.

Дополнительные соображения

Побуждение женщин к использованию своего естественного, физиологического способа потуг во втором периоде родов может помочь женщинам лучше контролировать процесс и свое восприятие родов и дать возможность в полной мере воспользоваться своими репродуктивными правами.

Приемлемость

В систематическом обзоре качественных исследований, в которых рассматривался опыт родов и рождения ребенка (26), не выявлено прямых доказательств, касающихся отношения женщин к методу потуг. Косвенные данные из этого обзора позволяют предположить, что в определенных контекстах в странах с низким и средним уровнями дохода женщины с большей вероятностью столкнутся с неуважительным или жестоким обращением, когда медицинские работники применяют директивный подход к родам и рождению ребенка (доказательства низкого уровня достоверности). Результаты также показывают, что женщинам нравится чувствовать контроль над процессом родов, но при этом они приветствуют поддержку и советы от успокаивающего и поддерживающего их медицинского персонала, при условии, что советы будут последовательными и соответствовать воспринимаемому женщинами физиологическому

и психологическому состоянию (доказательства низкого уровня достоверности).

Качественный систематический обзор не выявил прямых данных, касающихся взглядов медицинских работников на методы потуг (26).

Дополнительные соображения

Доказательства, полученные из обзора и анализа конкретных случаев, указывают на то, что женщинам не нравятся противоречивость внутренних побуждений и внешних посылов, когда у них есть внутреннее желание потужной деятельности, а медицинские специалисты запрещает это делать, и наоборот (161).

Выполнимость

В систематическом обзоре качественных исследований, посвященных опыту родов у женщин, не выявлено прямых доказательств, касающихся взглядов женщин на методы потуг (26). Косвенные доказательства позволяют предположить, что вряд ли существуют какие-либо опасения по поводу осуществимости.

В систематическом обзоре качественных исследований не выявлено прямых доказательств касаясь взглядов медицинских работников на потужной период (26). Косвенные данные позволяют предположить, что организационные проблемы, связанные со временем пребывания и занятостью коек, могут побудить медицинских работников поддерживать методику направленных потуг в определенных условиях, основываясь на том, что это сокращает длительность родов (очень низкий уровень достоверности доказательств).

Дополнительные соображения

Обучение женщин медицинскими специалистами следовать естественному позыву к потугам, когда они чувствуют такое желание, является более осуществимым, чем обучить женщин выполнять пробу Вальсальвы.

Таблица 3.51 Резюме суждений: метод спонтанных потуг по сравнению с методом направленных потуг

Желательные эффекты	– неизвестно	– варьируются		✓ незначительные	– небольшие	– умеренные	– значительные
Нежелательные эффекты	– неизвестно	– варьируются		– значительные	– умеренные	– небольшие	✓ незначительные
Уровень достоверности доказательств	– нет включенных исследований			– очень низкий	✓ низкий	– умеренный	– высокий
Ценности				– значимая неопределенность или вариабельность	– возможная значимая неопределенность или вариабельность	✓ вероятно, нет значимой неопределенности или вариабельности	– нет значимой неопределенности или вариабельности
Баланс эффектов	– неизвестно	– варьируется	– за сравнение	– вероятно, за направленные потуги	✓ ни за спонтанные потуги, ни за направленные потуги	– вероятно, за спонтанные потуги	– за спонтанные потуги
Требуемые ресурсы	– неизвестно	– варьируются	– высокие затраты	– умеренные затраты	✓ незначительные затраты или экономия	– умеренная экономия	– существенная экономия
Уровень достоверности доказательств по необходимым ресурсам	✓ нет включенных исследований			– очень низкий	– низкий	– умеренный	– высокий
Рентабельность ^a	– неизвестно	– варьируется	– за сравнение	– вероятно, за направленные потуги	– ни за спонтанные потуги, ни за направленные потуги	– вероятно, за спонтанные потуги	– за спонтанные потуги
Социальная справедливость	✓ неизвестно	– варьируется	– снижение	– вероятно снижение	– вероятно отсутствие влияния	– вероятно повышение	– повышение
Приемлемость	– неизвестно	– варьируется		– нет	– вероятно, нет	✓ вероятно, да	– да
Выполнимость	– неизвестно	– варьируется		– нет	– вероятно, нет	✓ вероятно, да	– да

^a Рентабельность не оценивалась, поскольку желаемый эффект вмешательства был незначительным.

3.3.5 Метод потуг у женщин, которым проведена эпидуральная анестезия

РЕКОМЕНДАЦИЯ 37

У женщин с эпидуральной анестезией во втором периоде родов рекомендуется отсрочить потуги на один-два часа после полного раскрытия шейки матки или до момента, когда роженица сама почувствует необходимость этих действий, в учреждениях с возможностью обеспечить более длительное пребывание во втором периоде родов, адекватную оценку и лечение перинатальной гипоксии. (Рекомендуется в определенных ситуациях)

Примечания

- Фактические данные об эффектах предполагают, что отсрочка начала потуг, возможно, увеличивает вероятность спонтанного вагинального рождения ребенка после несколько более продолжительных родов. Доказательства того, что отсрочка периода потуг может увеличить риск низкого уровня pH пуповинной крови, имеют низкий уровень достоверности, и ГРР согласилась с тем, что клиническая значимость этих ограниченных данных весьма сомнительна.
- Медицинские работники не должны заставлять женщину начинать потужную деятельность сразу же в начале второго периода родов, поскольку нет доказательств какой-либо пользы от немедленного начала потуг, более того, такая практика может привести к необходимости дальнейших медицинских вмешательств.

Резюме доказательств и соображений

Эффекты вмешательства (ДБ Табл. 3.3.5)

Доказательства получены из Кокрейновского систематического обзора техник потужной деятельности (160). В двенадцати отдельных РКИ сравнивались отсроченные потуги с немедленными потугами у 2 879 женщин, которым проведена эпидуральная анестезия во втором периоде родов. Размер выборки в исследованиях, которые проводились, в основном, в странах с высоким уровнем дохода (Ирландии, Канаде, Соединенном Королевстве [два исследования], США [восемь исследований]) и Швейцарии) и одной стране со средним уровнем дохода (Малайзии), варьировался от 37 до 1 862 женщин. Большинство участниц были первородящими с неосложненной одноплодной доношенной беременностью; однако два исследования также включали повторнородящих женщин. Все участницы получали обезболивание посредством эпидуральной анестезии, причем в исследованиях схемы дозировок и виды эпидуральной анестезии (например, традиционная или так называемая «вертикальная» или «мобильная» анальгезия) варьировались. Только в пяти исследованиях сообщалось о положении женщин во время родов, в большинстве исследований не сообщалось, какую методику потуг

использовали у женщин — спонтанные потуги или с использованием приема Вальсальвы (с задержкой дыхания при глубоком вдохе и попыткой форсированного выдоха, когда рот и нос закрыты).

Как правило, женщины в группе немедленных потуг начинали потужную деятельность, как только было диагностировано полное раскрытие шейки матки, в то время как в другой группе начало потуг откладывалось до того момента, когда женщина чувствовала непреодолимый позыв к потугам, или на один, два или три часа в зависимости от конкретного протокола исследования. В крупнейшем исследовании с участием 1 862 женщин потуги откладывались на два часа в группе вмешательства, только если у женщин не возникал непреодолимый позыв к потугам, головка плода не актуализировалась при осмотре промежности или не было медицинских показаний к сокращению продолжительности родов.

Сравнение: отсроченные потуги и немедленные потуги у женщин, которым проведена эпидуральная анестезия
Исходы для матери

Продолжительность родов: доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что продолжительность родов может быть

приблизительно на час дольше при отсроченных потугах (11 исследований, 3 049 женщин, РС больше на 56,4 минуты, 95% ДИ на 42–71 минуту больше), но продолжительность самого периода потуг может быть короче (11 исследований, 2 932 женщины, РС меньше на 19 минут, 95% ДИ на 6–32 минуты меньше).

Метод родоразрешения: доказательства умеренного уровня достоверности предполагают, что частота вагинальных родов, вероятно, увеличивается при отсроченных потугах (12 исследований, 3 114 женщин, ОР 1,07, 95% ДИ 1,02–1,11) с увеличением абсолютного риска: на 50 спонтанных родов больше на 1000 (больше на 14–78).

Доказательства умеренного уровня достоверности предполагают, что отсроченные потуги могут незначительно повлиять или не оказывать влияния на индивидуальные результаты операции кесарева сечения (девять исследований, 2 783 женщины, ОР 0,83, 95% ДИ 0,65–1,05; данные умеренного уровня достоверности), инструментальных родов (10 исследований, 3 007 женщин, ОР 0,89, 95% ДИ 0,74–1,07) и наложения щипцов (пять исследований, 2 151 женщина, ОР 0,82, 95% ДИ 0,61–1,14).

Травма промежности и влагалища: данные умеренного уровня достоверности свидетельствуют о том, что отсроченные потуги мало влияют или вовсе не оказывают влияния на частоту разрывов промежности (семь исследований, 2 775 женщин, ОР 0,94, 95% ДИ 0,78–1,14) и проведения эпизиотомии (пять исследований, 2 320 женщин, ОР 0,95, 95% ДИ 0,87–1,04).

Отдаленные неблагоприятные исходы: доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что отсроченные потуги оказывают незначительное влияние или не влияют на частоту послеродовой диспареунии (одно исследование, 162 женщины, ОР 1,15, 95% ДИ 0,63–2,10) или недержание кала (одно исследование, 178 женщин, ОР 1,47, 95% ДИ 0,94–2,29).

Опыт родов: доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что отсроченные потуги оказывают незначительное влияние или не влияют на удовлетворенность матери (одно исследование, 73 женщины, РС больше на 0,4, 95% ДИ на 7,34 меньше — на 8,14 больше), измеряемой по визуально-аналоговой шкале.

Исходы для плода и новорожденного

Перинатальная гипоксия-ишемия: данные низкого уровня достоверности свидетельствуют о том, что отсроченные потуги могут увеличивать частоту случаев снижения рН пуповинной крови (артериальной или венозной крови, или обоих кровотоков — по выбору авторов исследований) (четыре исследования, 2 145 новорожденных, ОР 2,24, 95% ДИ 1,37–3,68). Увеличение абсолютного риска может составлять приблизительно на 25 событий больше на 1000 (больше на 7–53) при отсроченных потугах. Данные оценки по шкале Апгар на 5-й минуте менее 7 имеют очень низкий уровень достоверности. Ни в одном исследовании не сообщалось о гипоксически-ишемической энцефалопатии (ГИЭ).

Дистресс плода: об этом исходе не сообщалось в обзоре.

Перинатальная смертность: об этом исходе в обзоре не сообщалось.

Ценности

Результаты обзора качественных исследований по изучению того, что для женщин является важным во время получения помощи в интранатальный период (23), указывают на то, что большинство женщин хотят, чтобы роды прошли нормально с хорошими исходами для матери и ребенка (высокий уровень достоверности доказательств). Результаты также предполагают, что женщины осведомлены о непредсказуемости родов и опасаются потенциально травмирующих событий (в том числе медицинских вмешательств и заболеваемости матери и плода), поэтому они согласны на любую технику, которая снижает вероятность наступления таких исходов (высокий уровень достоверности доказательств).

Некоторые женщины также надеются на относительно быстрые роды, но это часто основывается на представлении о том, что, чем дольше длятся роды, тем больше вероятность медицинских вмешательств (данные низкого уровня достоверности).

Фактические данные также показывают, что женщины хотели бы «плыть по течению», следуя инстинктам и доверяя собственным ощущениям (включая позывы к потугам) при поддержке добрых, заботливых медицинских специалистов, которые с пониманием относятся к потребностям рожениц (высокий уровень достоверности доказательств).

Дополнительные соображения

Качественные данные, приведенные выше, предполагают, что женщины скорее выберут более высокие шансы на самопроизвольные роды с отсроченными потугами, но будут беспокоиться о повышении рН пуповинной крови, если это может привести к плохим исходам родов.

Ресурсы

Кокрейновский систематический обзор (160) включал данные о затратах, представленные в одном крупном исследовании (1862 женщины) (162). Отсроченные потуги ассоциировались с увеличением затрат примерно на 80 канадских долларов (Can\$) (приблизительно 60 долл. США) от общих расходов на стационарную помощь в частном медицинском учреждении, что, в основном, можно отнести за счет увеличения стоимости услуг родовспоможения в группе с отсроченными потугами (PC 68,22 Can\$, 95% ДИ 55,37–81,07 Can\$).

Социальная справедливость

Данных о социальной справедливости в исследованиях не найдено.

Дополнительные соображения

Эпидуральная анестезия — это метод обезболивания, который, в основном, применяется у здоровых беременных в условиях хорошего обеспечения ресурсами и в странах с высоким уровнем дохода.

Более высокие затраты, связанные с техникой отсроченных потуг, могут еще больше уменьшить социальную справедливость, если женщинам, которым проводится эпидуральная анестезия, требуются дополнительные ресурсы на случай отсроченных потуг во втором периоде родов.

Приемлемость

В систематическом обзоре качественных исследований, посвященных оценке опыта родов и рождения ребенка, не обнаружено прямых доказательств, касающихся взглядов женщин на метод потуг (26). Косвенные данные из этого обзора предполагают, что женщинам нравится контролировать процесс родовой деятельности, но они рады поддержке и советам внимательных медицинских специалистов, если они последовательны и соответствуют воспринимаемому роженицей физиологическому и психологическому состоянию (низкий уровень достоверности доказательств).

В данном обзоре также не обнаружено прямых данных о мнении медицинских работников о методе потуг (26).

Выполнимость

В систематическом обзоре качественных исследований, посвященных оценке опыта родов и рождения ребенка не обнаружено прямых доказательств, касающихся взглядов женщин на метод потуг (26). Косвенные данные позволяют предположить, что вряд ли существуют какие-либо опасения по поводу выполнимости.

В систематическом обзоре также отсутствуют прямые доказательства относительно взглядов медицинских работников на метод потуг (26). Косвенные доказательства предполагают, что недостаток подготовки в определенных условиях может повлиять на практику (очень низкий уровень достоверности доказательств).

Дополнительные соображения

Если отсроченные потуги приводят к увеличению продолжительности родов, то выполнимость данной техники может быть ниже в условиях ограниченных ресурсов.

Таблица 3.52 Резюме суждений: отсроченные потуги по сравнению с немедленными потугами у женщин, которым проведена эпидуральная анестезия

Желательные эффекты	– неизвестно	– варьируются		– незначительные	– небольшие	✓ умеренные	– значительные
Нежелательные эффекты	– неизвестно	– варьируются		– значительные	– умеренные	✓ небольшие	– незначительные
Уровень достоверности доказательств	– нет включенных исследований			– очень низкий	– низкий	✓ умеренный	– высокий
Ценности				– значимая неопределенность или вариабельность	– возможная значимая неопределенность или вариабельность	✓ вероятно, нет значимой неопределенности или вариабельности	– нет значимой неопределенности или вариабельности
Баланс эффектов	– неизвестно	– варьируется	– за немедленные потуги	– вероятно, за немедленные потуги	– ни за отсроченные потуги, ни за немедленные потуги	✓ вероятно, за отсроченные потуги	– за отсроченные потуги
Требуемые ресурсы	– неизвестно	– варьируются	– высокие затраты	✓ умеренные затраты	– незначительные затраты или экономия	– умеренная экономия	– существенная экономия
Уровень достоверности доказательств по необходимым ресурсам	– нет включенных исследований			– очень низкий	– низкий	✓ умеренный	– высокий
Рентабельность	– неизвестно	– варьируется	– за немедленные потуги	– вероятно, за немедленные потуги	– ни за отсроченные потуги, ни за немедленные потуги	✓ вероятно, за отсроченные потуги	– за отсроченные потуги
Социальная справедливость	– неизвестно	– варьируется	– снижение	✓ вероятно снижение	– вероятно отсутствие влияния	– вероятно повышение	– повышение
Приемлемость	– неизвестно	– варьируется		– нет	– вероятно, нет	✓ вероятно, да	– да
Выполнимость	– неизвестно	– варьируется		– нет	– вероятно, нет	✓ вероятно, да	– да

3.3.6 Техники профилактики травм промежности

РЕКОМЕНДАЦИЯ 38

Для женщин во втором периоде родов рекомендуются техники, направленные на профилактику повреждения области промежности и облегчения деторождения, включая массаж промежности, теплые компрессы и ручное пособие по защите промежности (с учетом предпочтений роженицы и имеющихся возможностей). (Рекомендуется)

Примечания

- Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что проведение массажа области промежности может увеличивать вероятность сохранения ее целостности и снижать риск серьезных разрывов промежности, что теплые компрессы, накладываемые на область промежности, уменьшают частоту ее разрывов третьей и четвертой степеней и что ручное пособие по защите промежности «рука на промежности» с определенной вероятностью уменьшает частоту разрывов промежности первой степени. Большинство женщин согласны на проведение таких недорогих техник профилактики повреждений и высоко ценят результаты их применения.
- Данные по использованию приема Ритгена (одна рука акушера выводит подбородок плода между анусом и копчиком матери, а другая рука, расположенная на затылке плода, контролирует скорость изгнания плода) являются очень неоднозначными; поэтому данная техника не рекомендуется.

Резюме доказательств и соображений

Эффекты вмешательства (ДБ Табл. 3.3.6)

Фактические данные получены из Кокрейновского систематического обзора, включавшего 22 отдельных РКИ (163). Включенные данные предоставлены в 20 исследованиях с участием 15 181 женщины. Исследования проводились в Австралии (два исследования), Австрии (одно исследование), Бразилии (два исследования), Дании (одно исследование), Израиле (одно исследование), Иране (Исламская Республика) (восемь исследований), Испании (одно исследование), Соединенном Королевстве (одно исследование), США (одно исследование) и Швеции (два исследования). Техники защиты промежности, выполняемые во втором периоде родов, которые входят в этот обзор, включают в себя:

- массаж промежности в сравнении с отсутствием ручного пособия по защите промежности или с рутинной практикой оказания помощи;
- непроведение ручного пособия по защите промежности по сравнению с его применением;
- применение теплого компресса в сравнении с непроведением ручного пособия по защите

промежности или с отсутствием теплого компресса;

- а также прием Ритгена по сравнению с обычной практикой оказания помощи.

Другие оцениваемые в обзоре вмешательства включали: холодные компрессы, рождение сначала заднего плечика по сравнению с рождением переднего, нанесение вазелинового масла, использование обогащенного масла по сравнению с жидким воском и использование устройств для защиты промежности, и были подкреплены очень ограниченными доказательствами. Эти вмешательства не оцениваются в рамках данного обзора.

Сравнение 1: массаж промежности и непроведение ручного пособия по защите промежности или рутинная практика оказания помощи

Данные, полученные в ходе проведения семи исследований (2 684 участницы) в Австралии, Иране (Исламская Республика) и США, использовались в целях данного сравнения. В этих исследованиях массаж промежности во втором периоде родов выполнялся с использованием лубрикантов. Обычно акушерка вводила два пальца во влагалище и оказывала умеренное давление на влагалище

Таблица 3.53 Потребность в основных ресурсах для выполнения массажа промежности

Ресурсы	Описание
Персонал	■ Акушерки, медсестры, врачи
Обучение	■ Обучение технике массажа на рабочем месте и в рамках подготовки медицинских специалистов
Обеспечение	■ Перчатки: аналогично используемым в рамках рутинной практики оказания помощи. Лубриканты, например вазелин (опционально)
Оборудование и инфраструктура	■ Не требуются
Время	■ Выполняется во втором периоде родов, поэтому время расходуется столько же, как и при рутинной практике оказания помощи
Надзор и мониторинг	■ Как при рутинной практике оказания помощи

по направлению к прямой кишке, перемещая пальцы ровными движениями из стороны в сторону. Массаж в некоторых исследованиях выполнялся только во время схваток во втором периоде родов, а в других — выполнялся как во время схваток, так и между ними.

Исходы для матери

Травма промежности и влагалища:

доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что массаж промежности может увеличить вероятность сохранения целостности промежности после рождения ребенка (шесть исследований, 2 618 женщин, ОР 1,74, 95% ДИ 1,11–2,73). Абсолютный эффект составил на 168 случаев больше сохранения целостности промежности на 1000 (больше на 25–393).

Доказательства высокого уровня достоверности указывают на то, что массаж промежности уменьшает частоту разрывов третьей или четвертой степени (пять исследований, 2 477 женщин, ОР 0,49, 95% ДИ 0,25–0,94). Абсолютный эффект составил на пять случаев меньше на 1000 (меньше на 2–22). Данные о разрывах промежности первой и второй степени, эпизиотомии и возникновения необходимости ушивания разреза промежности имеют очень низкий уровень достоверности.

Отдаленные неблагоприятные исходы:

в обзоре данные по отделенным исходам не представлены.

Опыт родов: при составлении обзора не найдено данных об удовлетворенности матери или о других результатах, связанных с опытом родов.

Исходы для плода и новорожденного

Перинатальная гипоксия-ишемия: в обзоре не представлены данные об оценке по шкале Апгар менее 7 на 5-й минуте.

Родовая травма: в обзор не включались такие исходы родов, как травма.

Ценности

Результаты обзора качественных исследований по изучению того, что является для женщин важным во время помощи в интранатальный период (23), указывают на то, что большинство женщин хотят, чтобы роды прошли нормально с хорошими исходами для матери и младенца (высокий уровень достоверности доказательств). Результаты также предполагают, что женщины знают о непредсказуемости родов и опасаются потенциально травмирующих событий (в том числе медицинских вмешательств и осложнений для матери и плода), которые могут возникнуть в процессе родов (высокий уровень достоверности доказательств). В связи с этим, вероятно, женщины согласятся на любую технику, которая может снизить вероятность травм промежности, особенно если помощь оказывается добрым и компетентным персоналом, чутко относящимся к потребностям роженицы (высокая степень достоверности доказательств).

Качественные данные также показывают, что при рассмотрении вопроса о проведении вмешательства, женщины хотели бы получить информацию о характере вмешательства и, если возможно, о наличии выбора (высокий уровень достоверности доказательств) (23).

Дополнительные соображения

Результаты метасинтеза данных об опыте получения травм промежности у женщин предполагают, что при повреждении промежности после родов у женщины может возникать чувство обесценивания, отверженности, подавленности, что она не справилась (164).

Ресурсы

В обзоре данных не обнаружено.

Дополнительные соображения

Техника защиты промежности — это недорогое вмешательство, основные затраты на которое будут связаны с обучением на рабочем месте. Если проведение массажа промежности увеличивает долю женщин с сохранением ее целостности после родов, уменьшает частоту разрывов третьей и четвертой степени, совершенно логично, что это вмешательство более рентабельно по сравнению с рутинной практикой оказания помощи за счет снижения затрат, связанных с наложением швов (например, шовный материал, местные анестетики, тампоны) и временем для наложения швов, которое затратит медицинский специалист.

В исследовании 2002 г., проведенном в Аргентине, сообщалось об умеренной экономии средств на рождение ребенка в размере 20,21 долл. США при изменении политики в отношении эпизиотомии, которое привело к уменьшению числа выполнения эпизиотомий и сокращению потребности в наложении швов (165), что косвенно указывает на возможность экономии средств на рождение ребенка в связи с уменьшением частоты разрывов третьей и четвертой степени и увеличением частоты сохранения целостности промежности.

Социальная справедливость

Никаких данных относительно влияния техник защиты промежности на социальную справедливость не найдено.

Дополнительные соображения

Если бы медицинские специалисты могли внести свой вклад в сохранение целостности промежности во втором периоде родов путем применения простых техник защиты промежности, женщины в странах с низким и средним уровнями дохода с большей

готовностью рожали бы в медицинских учреждениях, что могло бы положительно повлиять на социальную справедливость.

Приемлемость

В систематическом обзоре качественных исследований, посвященных оценке опыта родов и рождения ребенка, не обнаружено прямых доказательств, касающихся взглядов женщин на технику массажа промежности (26). Косвенные данные из этого обзора показывают, что в определенных условиях некоторые женщины могут по достоинству оценить техники, уменьшающие вероятность травм промежности, при условии, что они выполняются добрым и внимательным персоналом (низкий уровень достоверности доказательств). В других условиях женщины могут посчитать эти методы болезненными, неудобными или смущающими (очень низкий уровень достоверности доказательств).

В систематическом обзоре качественных исследований также не обнаружено прямых доказательств относительно взглядов медицинских работников на технику защиты промежности для профилактики травм (26).

Дополнительные соображения

В проведенном в Канаде исследовании, посвященном изучению взглядов женщин на массаж промежности ($n = 684$), авторы обнаружили, что женщины положительно относятся к данной технике и готовы использовать ее снова при следующих родах (166).

Вполне вероятно, что женщины оценят любой из методов защиты промежности, если есть данные для предположения, что они помогут избежать или уменьшить любой из потенциальных отдаленных неблагоприятных исходов, связанных с повреждением промежности (диспареуния, сексуальная дисфункция, недержание мочи или кала).

Выполнимость

В систематическом обзоре качественных исследований, посвященных оценке опыта родов и рождения ребенка, не обнаружено прямых доказательств, касающихся взглядов женщин на техники защиты промежности (26). Косвенные доказательства из этого обзора предполагают, что вряд ли будут опасения по поводу осуществимости техник.

В систематическом обзоре также отмечено, что нет прямых доказательств относительно взглядов медицинских работников на методы защиты промежности (26). Косвенные данные свидетельствуют о том, что медицинские специалисты в некоторых учреждениях могут быть не обучены и не иметь опыта использования некоторых или всех описанных техник защиты промежности (очень низкий уровень достоверности доказательств).

Дополнительные соображения

В небольшом опросе 54 австралийских акушеров, принимавших участие в РКИ,

посвященном выполнению массажа промежности во время родов (167), авторы обнаружили, что акушерки не всегда выполняют данное вмешательство по разным причинам, в том числе: (i) женщинам было неудобно; (ii) процесс родов был стремителен; (iii) наблюдался дистресс плода; (iv) у них не было времени и (v) это — инвазивное вмешательство. После завершения исследования число акушеров, которые сочли, что техника «определенно производит положительный эффект» увеличилось с 8 до 15.

Таблица 3.54 Резюме суждений: массаж промежности по сравнению с рутинной практикой оказания помощи (без массажа промежности) (сравнение 1)

Желательные эффекты	– неизвестно	– варьируются		– незначительные	– небольшие	✓ умеренные	– значительные
Нежелательные эффекты	– неизвестно	– варьируются		– значительные	– умеренные	– небольшие	✓ незначительные
Уровень достоверности доказательств	– нет включенных исследований			✓ очень низкий	– низкий	– умеренный	– высокий
Ценности				– значимая неопределенность или вариабельность	– возможна значимая неопределенность или вариабельность	– вероятно, нет значимой неопределенности или вариабельности	✓ нет значимой неопределенности или вариабельности
Баланс эффектов	– неизвестно	– варьируется	– за рутинную практику	– вероятно, за рутинную практику	– ни за массаж промежности, ни за рутинную практику	– вероятно, за массаж промежности	✓ за массаж промежности
Требуемые ресурсы	– неизвестно	– варьируются	– высокие затраты	– умеренные затраты	✓ незначительные затраты или экономия	– умеренная экономия	– существенная экономия
Уровень достоверности доказательств по необходимым ресурсам	– нет включенных исследований			✓ очень низкий	– низкий	– умеренный	– высокий
Рентабельность	– неизвестно	– варьируется	– за рутинную практику	– вероятно, за рутинную практику	– ни за массаж промежности, ни за рутинную практику	✓ вероятно, за массаж промежности	– за массаж промежности
Социальная справедливость	– неизвестно	– варьируется	– снижение	– вероятно снижение	– вероятно отсутствие влияния	✓ вероятно повышение	– повышение
Приемлемость	– неизвестно	– варьируется		– нет	– вероятно, нет	✓ вероятно, да	– да
Выполнимость	– неизвестно	– варьируется		– нет	– вероятно, нет	✓ вероятно, да	– да

Сравнение 2: прикладывание теплого компресса на промежность в сравнении с контрольной группой (без ручного пособия по защите промежности или рутинная практика оказания помощи)

В четырех исследованиях (1799 участников), проведенных в Австралии, Иране (Исламская Республика), Испании и США, были представлены данные для этого сравнения. В одном исследовании (717 участниц) теплый компресс представлял собой подушечки, смоченные в теплой стерильной воде (нагретой до 45° и 59 °С), которые прикладывались на область промежности во время схваток однократно, когда головка ребенка растягивала промежность. Подушечки повторно смачивались между схватками для сохранения тепла. В другом исследовании (808 участниц) теплый компресс применялся постоянно, во время и между схватками во втором периоде родов. В двух исследованиях не было описано подробно, какие теплые компрессы использовались.

Исходы для матери

Травма промежности и влагалища:

доказательства высокого уровня достоверности предполагают, что теплые компрессы мало влияют или вообще не оказывают никакого влияния на сохранение целостности промежности после рождения ребенка (четыре исследования, 1799 женщин, ОР 1,02, 95% ДИ 0,85–1,21). Доказательства высокого уровня достоверности указывают на то, что теплые компрессы уменьшают частоту случаев разрывов промежности третьей или четвертой степени (четыре исследования, 1799 женщин, ОР 0,46, 95% ДИ 0,27–0,79). Абсолютный

эффект в отношении снижения частоты случаев разрывов промежности третьей и четвертой степени составляет на 24 случая меньше на 1000 (меньше на 9–33). Данные умеренного уровня достоверности свидетельствуют о том, что теплые компрессы, вероятно, мало влияют или не оказывают никакого влияния на частоту проведения эпизиотомии (четыре исследования, 1799 женщин, ОР 0,86, 95% ДИ 0,60–1,23). Данные о частоте случаев разрывов промежности первой и второй степени, а также данные о случаях, потребовавших наложения швов в области промежности, имеют очень низкий уровень достоверности.

Отдаленные неблагоприятные исходы:

в обзоре не представлено данных об отдаленных результатах.

Опыт родов: в обзоре не представлено данных об удовлетворенности матери или других исходах, связанных с опытом родов.

Исходы для плода и новорожденного

Перинатальная гипоксия-ишемия: в обзоре не представлены данные об оценке по шкале Апгар менее 7 на 5-й минуте.

Родовая травма: в обзор не вошла родовая травма как исход родов.

Дополнительные соображения

В обзор также включался отдельный анализ применения холодных компрессов на промежность по сравнению с контрольной группой (одно исследование, 64 женщины), в отношении которых получены весьма неоднозначные данные.

Таблица 3.55 Потребность в основных ресурсах для аппликации теплых компрессов на промежность

Ресурсы	Описание
Персонал	■ Акушерки, медсестры, врачи
Обучение	■ Обучение на рабочем месте и обучение в рамках подготовки медицинских работников тому, как выполняется техника аппликации компрессов на промежность
Обеспечение	■ Подушечки и теплая вода
Оборудование и инфраструктура	■ Беспрепятственный доступ к чистой теплой воде
Время	■ Выполняется во втором периоде родов, поэтому занимает времени столько же, как и при рутинной практике оказания помощи
Надзор и мониторинг	■ Как при рутинной практике оказания помощи

Ценности

Результаты обзора качественных исследований по изучению того, что является важным для женщин в интранатальный период, указывают на то, что большинство женщин хотят, чтобы роды прошли нормально с хорошими исходами для матери и ребенка (высокий уровень достоверности доказательств) (23). Результаты также предполагают, что женщины знают о непредсказуемости родов и опасаются потенциально травмирующих событий (в том числе медицинских вмешательств и осложнений для матери и ребенка), которые могут возникнуть в процессе родов (высокий уровень достоверности доказательств). Поэтому вероятно, что женщины примут любую технику, которая поможет сократить вероятность травм промежности, особенно если она выполняется добрым и компетентным персоналом, который чутко относится к потребностям роженицы (высокий уровень достоверности доказательств).

Качественные данные также показывают, что при рассмотрении вопроса о проведении вмешательства, женщины хотели бы получить информацию о характере вмешательства и, если возможно, о наличии выбора (высокий уровень достоверности доказательств).

Дополнительные соображения

Результаты метасинтеза данных об опыте получения травм промежности у женщин предполагают, что при повреждении промежности после родов у женщины может возникать чувство обесценивания, отверженности, подавленности, что она не справилась (164).

Ресурсы

Данных в обзоре не обнаружено.

Дополнительные соображения

Теплые компрессы — недорогое вмешательство, при котором расходы на обеспечение подушечками или пакетами и на обучение на рабочем месте составят основную стоимость. Стерильная вода использовалась, как минимум, в одном из включенных исследований, и это имело дополнительные финансовые последствия.

Медицинским работникам потребуется доступ к чистой теплой воде, что может оказаться невозможным в некоторых учреждениях с низкой обеспеченностью ресурсами.

Поскольку теплые компрессы уменьшают частоту разрывов промежности третьей и четвертой степени, эта практика должна быть более рентабельной, чем рутинная практика оказания помощи, поскольку расходы, связанные с наложением швов (например, материалы, местные анестетики, тампоны) и время медицинских работников, необходимое для наложения швов, должны уменьшиться.

В исследовании 2002 г., проведенном в Аргентине, сообщалось о средней экономии средств на рождение ребенка в размере 20,21 долл. США при изменении политики в отношении эпизиотомии, которое привело к уменьшению частоты проведения эпизиотомии и снизило потребность в наложении швов (165), что косвенно указывает на возможную экономию средств на рождение ребенка с уменьшением частоты разрывов третьей и четвертой степени.

Социальная справедливость

Никаких данных относительно влияния применения техник защиты промежности на социальную справедливость не обнаружено.

Дополнительные соображения

Если бы медицинские специалисты могли внести свой вклад в сохранение целостности промежности во втором периоде родов путем применения простых техник защиты промежности, женщины в странах с низким и средним уровнями дохода с большей готовностью рожали бы в медицинских учреждениях, что могло бы положительно повлиять на социальную справедливость.

Приемлемость

В систематическом обзоре качественных исследований, посвященных оценке опыта родов и рождения ребенка, не обнаружено прямых доказательств, касающихся взглядов женщин на технику защиты промежности (26). Косвенные данные из этого обзора показывают, что в определенных условиях некоторые женщины могут по достоинству оценить техники, уменьшающие вероятность травм промежности, при условии, что они выполняются добрым и внимательным персоналом (низкий уровень достоверности доказательств). В других условиях женщины могут посчитать эти методы болезненными, неудобными или смущающими (очень низкий уровень достоверности доказательств).

В систематическом обзоре также не обнаружено прямых доказательств, относящихся ко взглядам медицинских работников на методы защиты промежности для профилактики травм (26).

Дополнительные соображения

Вполне вероятно, что женщины оценят любой из методов защиты промежности, если есть данные подтверждающие, что они помогут избежать или уменьшить любой из потенциальных отдаленных неблагоприятных исходов, связанных с повреждением промежности (диспареуния, сексуальная дисфункция, недержание мочи или кала).

Женщины действительно могут воспринимать теплые компрессы как более комфортную и не смущающую их технику, чем массаж промежности, но никаких доказательств этому не найдено.

Выполнимость

В систематическом обзоре качественных исследований, посвященных оценке опыта родов и рождения ребенка, не представлено прямых доказательств, касающихся взглядов женщин на техники защиты промежности (26). Косвенные доказательства из этого обзора предполагают, что вряд ли будут опасения по поводу выполнимости.

В систематическом обзоре также не представлены прямые доказательства относительно взглядов медицинских работников на методы защиты промежности (26).

Дополнительные соображения

Хотя теплые компрессы являются недорогим вмешательством, выполнимость данного вмешательства может снижаться в условиях ограниченных ресурсов, особенно если в родильном зале теплая водопроводная вода недоступна.

Таблица 3.56 Резюме суждений: наложение теплых компрессов на область промежности по сравнению с практикой оказания помощи без наложения компрессов (сравнение 2)

Желательные эффекты	– неизвестно	– варьируются		– незначительные	– небольшие	✓ умеренные	– значительные
Нежелательные эффекты	– неизвестно	– варьируются		– значительные	– умеренные	– небольшие	✓ незначительные
Уровень достоверности доказательств	– нет включенных исследований			✓ очень низкий	– низкий	– умеренный	– высокий
Ценности				– значимая неопределенность или вариабельность	– возможна значимая неопределенность или вариабельность	– вероятно, нет значимой неопределенности или вариабельности	✓ нет значимой неопределенности или вариабельности
Баланс эффектов	– неизвестно	– варьируется	– за рутинную практику	– вероятно, за рутинную практику	– ни за теплые компрессы, ни за рутинную практику	– вероятно, за теплые компрессы	✓ за теплые компрессы
Требуемые ресурсы	– неизвестно	– варьируются	– высокие затраты	– умеренные затраты	✓ незначительные затраты или экономия	– умеренная экономия	– существенная экономия
Уровень достоверности доказательств по необходимым ресурсам	– нет включенных исследований			✓ очень низкий	– низкий	– умеренный	– высокий

Рентабельность	– неизвестно	– варьируется	– за рутинную практику	– вероятно, за рутинную практику	– ни за теплые компрессы, ни за рутинную практику	✓ вероятно, за теплые компрессы	– за теплые компрессы
Социальная справедливость	– неизвестно	– варьируется	– снижение	– вероятно снижение	– вероятно отсутствие влияния	✓ вероятно повышение	– повышение
Приемлемость	– неизвестно	– варьируется		– нет	– вероятно, нет	✓ вероятно, да	– да
Выполнимость	– неизвестно	– варьируется		– нет	– вероятно, нет	✓ вероятно, да	– да

Сравнение 3: неприменение ручного пособия по защите промежности в сравнении с его применением

В пяти исследованиях (7 317 участниц), проведенных в Австрии, Бразилии, Иране (Исламская Республика) и Соединенном Королевстве, предоставлены данные для этого сравнения. Подход невмешательства (или «быть наготове»), в общем и целом, был выжидательным и наблюдательным, с готовностью при возникновении необходимости оказать легкое давление на головку ребенка в случае быстрого изгнания, и с планом не касаться головки или промежности в иной ситуации и допустить самопроизвольное рождение плечиков. Ручное пособие по защите промежности (или охранительная техника) предполагает, что акушерка поддерживает переднюю и заднюю части промежности обеими руками для защиты промежности, оказывает поддержку при сгибании головки и контролирует изгнание головки плода.

Исходы для матери

Травма промежности и влагалища:

данные умеренного уровня достоверности свидетельствуют о том, что невыполнение ручного пособия по защите промежности в сравнении с его выполнением, возможно, оказывает незначительное влияние или вовсе не влияет на вероятность сохранения целостности промежности после рождения ребенка (два исследования, 6 547 женщин, ОР 1,03, 95% ДИ 0,95–1,12). Данные низкого уровня достоверности предполагают, что невыполнение ручного пособия по защите промежности может увеличить частоту случаев разрыва промежности первой степени по сравнению с применением ручного пособия

(два исследования, 700 участниц, ОР 1,32, 95% ДИ 0,99–1,77), однако оценка эффекта включает в себя возможность отсутствия каких-либо различий. Абсолютный эффект составил на 58 случаев больше на 1000 (на 2 меньше — на 139 больше). Данные о разрывах третьей и четвертой степени, второй степени и эпизиотомии имеют очень низкий уровень достоверности.

Отдаленные неблагоприятные исходы:

в обзоре не представлены данные об отделенных исходах.

Опыт родов: в обзоре не представлены данные об удовлетворенности матери или другие результаты, связанные с опытом родов.

Исходы для плода и новорожденного

Перинатальная гипоксия-ишемия: в обзоре не представлены данные об оценке по шкале Апгар менее 7 на 5-й минуте.

Родовая травма: в обзор не вошла родовая травма как исход родов.

Ценности

Результаты обзора качественных исследований по изучению того, что является важным для женщин в интранатальный период, указывают на то, что большинство женщин хотят, чтобы роды прошли нормально с хорошими исходами для матери и ребенка (высокий уровень достоверности доказательств) (23). Результаты также предполагают, что женщины знают о непредсказуемости родов и опасаются потенциально травмирующих событий (в том числе медицинских вмешательств и осложнений для матери и ребенка), которые могут возникнуть в процессе родов (высокий уровень достоверности доказательств). Поэтому вероятно, что женщины примут

Таблица 3.57 Потребность в основных ресурсах при невыполнении ручного пособия по защите промежности и при выполнении ручного пособия

Ресурсы	Описание
Персонал	■ Акушерки, медсестры, врачи
Обучение	■ Обучение на рабочем месте и обучение в рамках подготовки медицинских работников тому, как выполняются эти техники
Обеспечение	■ То же, что и при рутинной практике оказания помощи
Оборудование и инфраструктура	■ Не требуются
Время	■ Выполняется во втором периоде родов, поэтому занимает времени столько же, как и при рутинной практике оказания помощи
Надзор и мониторинг	■ Как при рутинной практике оказания помощи

любую технику, которая поможет сократить вероятность травм промежности, особенно если она выполняется добрым и компетентным персоналом, который чутко относится к потребностям роженицы (высокий уровень достоверности доказательств).

Качественные данные также показывают, что при рассмотрении вопроса о проведении вмешательства, женщины хотели бы получить информацию о характере вмешательства и, если возможно, о наличии выбора (высокий уровень достоверности доказательств).

Дополнительные соображения

Результаты метасинтеза данных об опыте получения травм промежности у женщин предполагают, что при повреждении промежности после родов у женщины может возникать чувство обесценивания, отверженности, подавленности, что она не справилась (164).

Количественные данные свидетельствуют о том, что различия между этими подходами могут быть небольшими; тем не менее, вероятность большего числа разрывов первой степени при невыполнении ручного пособия по защите промежности может склонить некоторых женщин в пользу выполнения ручного пособия.

Ресурсы

В обзоре данных не представлено.

Дополнительные соображения

Методы защиты промежности — это недорогие вмешательства, при использовании которых основные затраты связаны с обучением на рабочем месте. Хотя данные свидетельствуют о том, что подход «невмешательства» может увеличить частоту разрывов промежности

первой степени, они обычно не требуют наложения швов и не связаны с другими неблагоприятными исходами, поэтому это может не иметь финансовых последствий.

Социальная справедливость

Никаких доказательств относительно влияния техник защиты промежности на социальную справедливость не выявлено.

Дополнительные соображения

Если бы медицинские специалисты могли внести свой вклад в сохранение целостности промежности во втором периоде родов путем применения простых техник защиты промежности, женщины в странах с низким и средним уровнями дохода с большей готовностью рожали бы в медицинских учреждениях, что могло бы положительно повлиять на социальную справедливость. Однако из данных об эффектах неясно, снижают ли эти техники защиты промежности вероятность травмы промежности.

Приемлемость

В систематическом обзоре качественных исследований, посвященных оценке опыта родов и рождения ребенка, не обнаружено прямых доказательств, касающихся взглядов женщин на технику защиты промежности (26). Косвенные данные из этого обзора показывают, что в определенных условиях некоторые женщины могут по достоинству оценить техники, уменьшающие вероятность травм промежности, при условии, что они выполняются добрым и внимательным персоналом (низкий уровень достоверности доказательств). В других условиях женщины могут посчитать эти методы болезненными,

неудобными или смущающими (очень низкий уровень достоверности доказательств).

В качественном систематическом обзоре также не обнаружено прямых доказательств, относящихся ко взглядам медицинских работников на методы защиты промежности для профилактики травм (26).

Дополнительные соображения

Вполне вероятно, что женщины оценят любой из методов защиты промежности, если есть данные предполагать, что они помогут избежать или уменьшить любое из потенциальных отдаленных последствий, связанных с повреждением промежности (диспареуния, сексуальная дисфункция, недержание мочи или кала).

Выполнимость

В систематическом обзоре качественных исследований, посвященных оценке опыта родов и рождения ребенка, не представлено прямых доказательств, касающихся взглядов женщин на техники защиты промежности (26). Косвенные доказательства из этого обзора предполагают, что вряд ли будут опасения по поводу выполнимости.

В систематическом обзоре также не представлены прямые доказательства относительно взглядов медицинских работников на методы защиты промежности (26). Косвенные данные свидетельствуют о том, что медицинские специалисты в определенных учреждениях могут быть не обучены или не иметь опыта использования некоторых или всех описанных техник защиты промежности (очень низкий уровень достоверности доказательств).

Таблица 3.58 Резюме суждений: невыполнение ручного пособия по защите промежности по сравнению с его выполнением (сравнение 3)

Желательные эффекты	- неизвестно	- варьируются		✓ незначительные	- небольшие	- умеренные	- значительные
Нежелательные эффекты	- неизвестно	- варьируются		- значительные	- умеренные	✓ небольшие	- незначительные
Уровень достоверности доказательств	- нет включенных исследований			✓ очень низкий	- низкий	- умеренный	- высокий
Ценности				- значимая неопределенность или вариабельность	- возможна значимая неопределенность или вариабельность	✓ вероятно, нет значимой неопределенности или вариабельности	- нет значимой неопределенности или вариабельности
Баланс эффектов	- неизвестно	- варьируется	- за ручное пособие	✓ вероятно, за ручное пособие	- ни за выполнение ручного пособия, ни за невыполнение	- вероятно, за невыполнение ручного пособия	- за невыполнение ручного пособия
Требуемые ресурсы	- неизвестно	- варьируются	- высокие затраты	- умеренные затраты	✓ незначительные затраты или экономия	- умеренная экономия	- существенная экономия
Уровень достоверности доказательств по необходимым ресурсам	✓ нет включенных исследований			- очень низкий	- низкий	- умеренный	- высокий

Рентабельность	– неизвестно	– варьируется	– за ручное пособие	– вероятно, за ручное пособие	✓ ни за выполнение ручного пособия, ни за невыполнение	– вероятно, за невыполнение ручного пособия	– за невыполнение ручного пособия
Социальная справедливость	– неизвестно	– варьируется	– снижение	– вероятно снижение	✓ вероятно отсутствие влияния	– вероятно повышение	– повышение
Приемлемость	– неизвестно	– варьируется		– нет	– вероятно, нет	✓ вероятно, да	– да
Выполнимость	– неизвестно	– варьируется		– нет	– вероятно, нет	✓ вероятно, да	– да

Сравнение 4: прием Ритгена и обычная практика (ручное пособие по защите промежности)

Данные для сравнения получены из двух исследований (1489 участниц), проведенных в Иране (Исламская Республика) и Швеции. Модифицированный прием Ритгена выполнялся во втором периоде родов в более крупном исследовании (1423 участницы). Он предполагает, что акушер одной рукой выводит подбородок плода между анусом матери и копчиком, а другой рукой, лежащей на затылке плода, контролирует скорость изгнания плода. В этом исследовании прием считался модифицированным, так как он использовался во время схваток вместо применения между схватками. Методика в группе обычной практики оказания помощи предполагала, что одна рука поддерживает промежность, а другая рука контролирует изгнание головки плода. Обычная практика также предполагала выборочное выполнение эпизиотомии по определенным показаниям, которые не описаны в обзоре.

Исходы для матери

Травма промежности и влагалища:

доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что прием Ритгена может мало влиять или вообще не оказывать влияния на частоту случаев разрывов промежности третьей и четвертой степени (одно исследование, 1423 участницы, ОР 1,24, 95% ДИ 0,78–1,96) и эпизиотомии (два исследования, 1489 участниц, ОР 0,81, 95% ДИ 0,63–1,03). Данные о сохранении целостности промежности и других состояний промежности имеют очень низкий уровень достоверности.

Отдаленные неблагоприятные исходы:

в обзоре не представлены данные об отдаленных результатах.

Опыт родов: в обзоре не представлены доказательства относительно удовлетворенности матери или других результатов, связанных с опытом родов.

Исходы для плода и новорожденного

Оценка по шкале Апгар: в обзоре не представлены данные об оценке по шкале Апгар менее 7 на 5-й минуте.

Родовая травма: в обзор не вошла родовая травма как исход родов.

Дополнительные соображения

В обзор также было включено сравнение другого типа руководства к процедуре: рождение сначала заднего плечика по сравнению с рождением сначала переднего плечика; однако данные результаты обзора были ограничены, и полученные доказательства имели очень низкую степень достоверности.

Ценности

Результаты обзора качественных исследований по изучению того, что является важным для женщин в интранатальный период, указывают на то, что большинство женщин хотят, чтобы роды прошли нормально с хорошими исходами для матери и ребенка (высокий уровень достоверности доказательств) (23). Результаты также предполагают, что женщины знают о непредсказуемости родов и опасаются потенциально травмирующих событий (в том числе медицинских вмешательств и осложнений для матери и ребенка), которые могут возникнуть в процессе родов (высокий

уровень достоверности доказательств). Поэтому вероятно, что женщины примут любую технику, которая поможет сократить вероятность травм промежности, особенно если она выполняется добрым и компетентным персоналом, который чутко относится к потребностям роженицы (высокий уровень достоверности доказательств).

Качественные данные также показывают, что при рассмотрении вопроса о проведении вмешательства, женщины хотели бы получить информацию о характере вмешательства и, если возможно, о наличии выбора (высокий уровень достоверности доказательств).

Ресурсы

В обзоре данных не обнаружено.

Дополнительные соображения

Техники защиты промежности — это недорогие вмешательства, при использовании которых основные затраты связаны с обучением на рабочем месте.

Социальная справедливость

Никаких доказательств относительно влияния техник защиты промежности на социальную справедливость не выявлено.

Дополнительные соображения

Если бы медицинские специалисты могли внести свой вклад в сохранение целостности промежности во втором периоде родов путем применения простых техник защиты промежности, женщины в странах с низким и средним уровнями дохода с большей готовностью рожали бы в медицинских учреждениях, что могло бы положительно повлиять на социальную справедливость.

Однако данные об эффекте приема Ритгена весьма сомнительны.

Приемлемость

В систематическом обзоре качественных исследований, посвященных оценке опыта родов и рождения ребенка, не представлены прямые доказательства, касающиеся взглядов женщин на методы массажа промежности (26). Косвенные данные из этого обзора показывают, что в определенных условиях некоторые женщины могут по достоинству оценить техники, уменьшающие вероятность травм промежности, при условии, что они выполняются добрым и внимательным персоналом (низкий уровень достоверности доказательств). В других условиях женщины могут посчитать эти методы болезненными, неудобными или смущающими (очень низкий уровень достоверности доказательств).

В систематическом обзоре также не представлены прямые доказательства, относящиеся ко взглядам медицинских работников на методы защиты промежности для профилактики травм (26).

Дополнительные соображения

Вполне вероятно, что женщины оценят любой из методов защиты промежности, если есть данные предполагать, что они помогут избежать или уменьшить любое из потенциальных отдаленных последствий, связанных с повреждением промежности (диспареуния, сексуальная дисфункция, недержание мочи или кала).

Прием Ритгена, вероятно, является для женщин менее комфортным, чем другие техники защиты промежности, такие как теплые компрессы.

Таблица 3.59 Потребность в основных ресурсах для выполнения приема Ритгена

Ресурсы	Описание
Персонал	■ Акушерки, медсестры, врачи
Обучение	■ Обучение на рабочем месте и обучение в рамках подготовки медицинских работников тому, как выполняется техника защиты промежности
Обеспечение	■ Те же, что и при рутинной практике оказания помощи
Оборудование и инфраструктура	■ Не требуются
Время	■ Выполняется во втором периоде родов, поэтому затрачивается времени столько же, как и при рутинной практике оказания помощи
Надзор и мониторинг	■ Как при рутинной практике оказания помощи

Выполнимость

В систематическом обзоре качественных исследований, посвященных оценке опыта родов и рождения ребенка, не представлены прямые доказательства, касающиеся взглядов женщин на техники защиты промежности (26).

В систематическом обзоре также не представлены прямые доказательства относительно взглядов медицинских работников на методы защиты промежности (26). Косвенные данные свидетельствуют о том,

что медицинские специалисты в определенных учреждениях могут быть не обучены или не иметь опыта использования некоторых или всех описанных техник защиты промежности (очень низкий уровень достоверности доказательств).

Дополнительные соображения

Правильное применение техники требует определенного уровня подготовки акушеров и акушерок, чтобы разобраться в анатомии головки плода.

Таблица 3.60 Резюме суждений: прием Ритгена по сравнению с обычной практикой оказания помощи (выполнение ручного пособия по защите промежности) (сравнение 4)

Жела- тельные эффекты	– неизвестно	– варьируются		✓ незначитель- ные	– небольшие	– умеренные	– значитель- ные
Нежела- тельные эффекты	✓ неизвестно	– варьируются		– значитель- ные	– умеренные	– небольшие	– незначитель- ные
Уровень до- стоверности доказа- тельств	– нет включен- ных исследо- ваний			✓ очень низкий	– низкий	– умеренный	– высокий
Ценности				– значимая неопреде- ленность или вариабель- ность	✓ возможна значимая неопреде- ленность или вариабель- ность	– вероятно, нет значи- мой неопре- деленности или вариа- бельности	– нет значи- мой неопре- деленности или вариа- бельности
Баланс эффектов	– неизвестно	– варьируется	– за обычную практику	– вероятно, за обычную практику	✓ ни за прием Ритгена, ни за обычную практику	– вероятно, за прием Ритгена	– за прием Ритгена
Требуемые ресурсы	– неизвестно	– варьируются	– высокие затраты	– умеренные затраты	✓ незначи- тельные затраты или экономия	– умеренная экономия	– существен- ная эконо- мия
Уровень до- стоверности до- казательств по необ- ходимым ресурсам	✓ нет включен- ных исследо- ваний			– очень низкий	– низкий	– умеренный	– высокий
Рентабель- ность ^a	– неизвестно	– варьируется	– за обычную практику	– вероятно, за обычную практику	– ни за прием Ритгена, ни за обычную практику	– вероятно, за прием Ритгена	– за прием Ритгена
Социальная справедли- вость	– неизвестно	– варьируется	– снижение	– вероятно снижение	✓ вероятно отсутствие влияния	– вероятно повышение	– повышение
Приемле- мость	✓ неизвестно	– варьируется		– нет	– вероятно, нет	– вероятно, да	– да
Выполни- мость	– неизвестно	– варьируется		– нет	✓ вероятно, нет	– вероятно, да	– да

^a Рентабельность не оценивалась, поскольку желаемый эффект вмешательства был незначительным.

РЕКОМЕНДАЦИЯ 39

Рутинное или широкое применение эпизиотомии не рекомендуется у женщин, у которых роды происходят спонтанно и естественным путем. *(Не рекомендуется)*

Примечания

- Несмотря на то, что данные обзора сравнения эффектов политики проведения эпизиотомии показали положительный эффект выборочного или ограниченного проведения в сравнении с рутинным или широким ее проведением, ГРР сочла важным подчеркнуть, что рутинное или широкое проведение эпизиотомии «не рекомендуется», нежели чем рекомендовать выборочное или ограниченное проведение эпизиотомии, в связи с отсутствием доказательств эффективности эпизиотомии в целом и необходимостью предотвратить чрезмерное проведение рутинной эпизиотомии во всех учреждениях.
- ГРР признала, что в настоящее время нет доказательств, подтверждающих необходимость рутинного проведения эпизиотомии, и «приемлемый» уровень проведения эпизиотомии определить трудно. Роль эпизиотомии в неотложных акушерских ситуациях, таких как дистресс плода, требующих проведения инструментальных вагинальных родов, еще предстоит установить.
- Если выполняется эпизиотомия, то необходимы эффективная местная анестезия и информированное согласие женщины. Предпочтительной техникой является медиолатеральный разрез, так как срединные разрезы связаны с более высоким риском сложной акушерской травмы анального сфинктера (OASI). Техника наложения непрерывных швов предпочтительнее наложения узловых швов (168).
- Эпизиотомия не является основанием для рутинного профилактического использования антибиотиков, поскольку всегда необходимо соблюдать общие меры инфекционного контроля (114).

Резюме доказательств и соображений**Эффекты вмешательства (ДБ Табл. 3.3.7)**

Доказательства были получены из Кокрейновского систематического обзора, включавшего в себя 12 РКИ (168). В одиннадцати исследованиях участницами были роженицы, у которых планировались вагинальные роды. В одном исследовании включались женщины, перенесшие инструментальные вагинальные роды; данные, полученные в ходе этого исследования, в обзоре анализировались отдельно и не рассматривались в данном руководстве. Одиннадцать исследований, относящихся к этой рекомендации, были проведены в Аргентине (два исследования), Германии, Ирландии, Испании, Канаде, Колумбии, Малайзии, Пакистане, Саудовской Аравии и Соединенном Королевстве (по одному исследованию). Семь исследований включали только первородящих, а в четырех исследованиях участвовали как первородящие, так и повторнородящие женщины. Различия в частоте проведения эпизиотомии между

группами в исследованиях варьировались от 21% до 91%, в трех исследованиях сообщалось о различии менее чем в 30%. В группах выборочного проведения эпизиотомии частота ее проведения варьировалась от 8% до 59% (медиана 32%), а в группе рутинного или широкого проведения эпизиотомии частота была в диапазоне от 51% до 100% (медиана 83%).

Сравнение: политика выборочного или ограниченного проведения и политика рутинного или широкого проведения эпизиотомии

Исходы для матери**Краткосрочные неблагоприятные исходы:**

доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что политика выборочного или ограниченного проведения эпизиотомии может уменьшить вероятность тяжелой травмы влагалища и промежности (в основном, разрывы третьей и четвертой степени) по сравнению с рутинным или широким

применением эпизиотомии (11 исследований, 6177 женщин, ОР 0,70, 95% ДИ 0,52-0,94). Эффект увеличивался только тогда, когда в обзор были включены исследования, в которых частота проведения эпизиотомии в группах отличалась более, чем на 30% (восемь исследований, 4877 женщин, ОР 0,55, 95% ДИ 0,38-0,81; средний уровень достоверности доказательств). Анализ подгрупп по паритету родов предполагает, что политика проведения эпизиотомии может не оказывать влияние на возможность травмы промежности или влагиалища у повторнородящих женщин, но доказательства весьма неопределенные. Выборочное или ограниченное выполнение эпизиотомии может снизить потребность в наложении швов в области промежности (исключая шов после эпизиотомии) (шесть исследований, 4333 женщины, ОР 0,68, 95% ДИ 0,58-0,78); однако данные некоторых исследований могли включать в себя и восстановление целостности промежности после эпизиотомии, что делает доказательства сомнительными.

Доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что выборочное или ограниченное выполнение эпизиотомии может не влиять или оказывать незначительное влияние на частоту инфицирования области промежности (три исследования, 1467 женщин, ОР 0,90, 95% ДИ 0,45-1,82). Доказательства касательно относительной кровопотери во время родов являются очень неопределенными.

Отдаленные неблагоприятные исходы:

Данные низкого уровня достоверности по отдаленным неблагоприятным исходам через 6 месяцев и более после родов свидетельствуют о том, что эффект выборочного или ограниченного выполнения эпизиотомии по сравнению с рутинной или широко применяемой эпизиотомией может оказаться незначительным или вовсе отсутствовать в отношении диспареунии (болезненные ощущения при половом акте) (три исследования, 1107 женщин, ОР 1,14, 95% ДИ 0,84-1,53). Данные о других видах отдаленных неблагоприятных исходах немногочисленные и очень неопределенные (недержание мочи, генитальный пролапс) или отсутствуют (недержание кала, сексуальная дисфункция).

Продолжительность второго периода родов: в обзоре не сообщается об этом исходе.

Использование обезболивания: в обзоре не сообщается об использовании различных

вариантов обезболивания, но данные низкого уровня достоверности предполагают, что различия между выборочным или ограниченным проведением эпизиотомии и рутинной или широко используемой эпизиотомии в отношении боли в промежности через 10 дней после родов незначительны или вовсе отсутствуют (одно исследование, 2587 женщин, ОР 1,00, 95% ДИ 0,78-1,27).

Опыт родов: Согласно обзору, исходы, связанные с опытом родов, например, удовлетворенность матери, в исследованиях не затрагивались.

Исходы для плода и новорожденного

Перинатальная гипоксия-ишемия: данные касательно низкой оценки по шкале Апгар (<7 через 5-й минуте) имеют очень низкий уровень достоверности, главным образом потому, что размер выборки невелик (два исследования, 511 новорожденных), и ни в одной из групп сравнения таких случаев зарегистрировано не было.

Родовая травма: о родовой травме в обзоре не сообщалось.

Дополнительные соображения

Данные о тяжелой травме промежности или влагиалища были получены, в основном, в ходе исследований, в которых использовалась медиолатеральная техника разреза. В двух исследованиях с участием 1143 женщин использовался срединный разрез при выполнении эпизиотомии, статистические тесты, использованные в обзоре, показывают, что общий эффект от травмы промежности или влагиалища для этой подгруппы исследования не отличается от группы с проведением медиолатерального разреза. Однако отдельные исследования, посвященные срединному разрезу при эпизиотомии, показали противоречивые результаты. К тому же, тяжелая травма промежности или влагиалища возникала чаще в исследованиях, где проводился разрез по средней линии, чем в исследованиях с проведением медиолатерального разреза (106/1143 [9%] против 58/4834 [1%], соответственно), что позволяет предположить, что медиолатеральные разрезы безопаснее, чем срединные.

В обзоре не оценивались другие исходы в зависимости от типа разреза промежности. В настоящее время нет доказательств, подтверждающих необходимость проведения

Таблица 3.61 Потребность в основных ресурсах для проведения эпизиотомии

Ресурсы	Описание
Обучение	■ 1-2 недели практического обучения тому, как применять ограничительную политику в отношении эпизиотомии, и как наложить швы после эпизиотомии
Обеспечение	■ Шовный материал (1-3 пакета рассасывающегося полигликоля на одну операцию эпизиотомии, в зависимости от длины разреза и используемой техники [171]) = 2,25 долл. США за нить. Лидокаин = 0,34 долл. США (31). Шприц, игла, тампоны = 0,08 долл. США (31)
Оборудование	■ Соответствующее освещение, стерилизаторы, инструменты (щипцы, иглодержатели, ножницы). Поддержание в рабочем состоянии и обслуживание оборудования
Время	■ Среднее время, необходимое для наложения швов на разрез, составляет 21-25 минут в зависимости от метода (непрерывные или узловые швы, соответственно) (171) и других факторов, таких как длина разреза, навыки медицинского работника, расходные материалы и т. д.
Надзор и мониторинг	■ Регулярное наблюдение и контроль со стороны руководителя отделения, клиники, учреждения

эпизиотомии в любой ситуации. Одно небольшое клиническое исследование (237 женщин) продемонстрировало результаты, показывающие влияние выборочного или ограниченного проведения эпизиотомии по сравнению с отсутствием эпизиотомии; в этом исследовании сообщалось об отсутствии различий в отношении любых материнских и перинатальных исходов (169). В настоящее время проводится исследование, посвященное сравнению ограниченного или выборочного проведения эпизиотомии и отсутствия эпизиотомии с целевым размером выборки 6 006 женщин.

Ценности

Результаты обзора качественных исследований по изучению того, что является важным для женщин в интранатальный период, указывают на то, что большинство женщин хотят, чтобы роды прошли нормально с хорошими исходами для матери и ребенка (высокий уровень достоверности доказательств) (23).

Женщины боятся вмешательств, таких как эпизиотомия (высокий уровень достоверности доказательств), поэтому они будут испытывать неизменно большее беспокойство, когда такие вмешательства проводятся. Однако в некоторых странах (например, в Бразилии), где широко практикуется эпизиотомия, вполне распространены ожидания, что ее использование будет способствовать более легким родам (низкий уровень достоверности доказательств).

Если есть показания к проведению эпизиотомии, женщины хотели бы получать актуальную информацию о вмешательстве, а выполняться эпизиотомия должна технически компетентным медицинским специалистом, чутко относящимся к потребностям роженицы (высокий уровень достоверности доказательств).

Дополнительные соображения

Учитывая, что политика выборочного или ограниченного выполнения эпизиотомии ассоциируется с меньшей частотой материнских осложнений, чем при широком использовании эпизиотомии, маловероятно, что есть высокая неопределенность или вариабельность в отношении того, насколько высоко женщины ценят исходы, связанные с политикой выполнения эпизиотомии, поскольку совершенно естественно, что большинство женщин предпочли бы избежать тяжелой травмы промежности или влагалища.

Ресурсы

В обзоре не обнаружено данных относительно стоимости и экономической эффективности этой политики. Однако исследование 2002 г., проведенное в Аргентине, показало, что в двух аргентинских провинциях имело место потенциальное среднее снижение стоимости на 20,21 долл. США и на 11,63 долл. США в расчете на каждые вагинальные роды с низким риском осложнений (170). Эти данные кажутся правдоподобными, принимая во внимание доказательства эффектов, поскольку

выполняется меньшее число процедур и число осложнений может снижаться.

Дополнительные соображения

Выполнение меньшего числа процедур предполагает сокращение времени медицинских работников, связанного с восстановлением после эпизиотомии. Это может составить существенную экономию средств. Выводы Кокрейновского обзора оценки различных вариантов восстановления после эпизиотомии предполагают, что среднее время, необходимое для ушивания разреза эпизиотомии непрерывным или узловым швами составляет 21 и 25 минут соответственно (171). Прочие расходы, связанные с расходными материалами (шовный материал, анестетики, анальгетики и т.д.) и оборудованием для восстановления промежности после эпизиотомии, а также расходы, связанные с раневыми осложнениями, при выборочном или ограниченном выполнении эпизиотомии также будут ниже, что логично, по сравнению с выполнением политики широкого использования эпизиотомии.

Личные расходы отдельно взятых женщин также могут быть ниже при выборочном или ограниченном выполнении эпизиотомии по сравнению с рутинной или широко используемой эпизиотомией в учреждениях, где женщины несут дополнительные расходы при выполнении эпизиотомии (172).

Рутинное или широкое использование эпизиотомии может быть связано с чрезмерной медикализацией, основанной на получении финансовой выгоды медицинскими работниками.

Социальная справедливость

Никаких прямых доказательств влияния различной политики проведения эпизиотомии на социальную справедливость не обнаружено. Однако косвенные доказательства, полученные из обзора факторов, препятствующих и способствующих родам в медицинском учреждении, указывают на то, что у многих женщин есть «страх порезов» (разрез при операции кесарева сечения и эпизиотомии), которые производят медицинские работники, что, вероятно, является серьезным барьером для родов в медицинских учреждениях среди женщин из незащищенных слоев населения в странах с низким и средним уровнями дохода (данные умеренного уровня достоверности) (8).

Дополнительные соображения

В докладе ВОЗ 2015 г. *State of inequality. Reproductive, maternal, newborn and child health* указывается, что доступность медицинских услуг для бедных, наименее образованных и проживающих в сельских и отдаленных районах женщин ниже (низкий охват населения помощью), у таких женщин чаще наблюдаются негативные последствия для здоровья по сравнению с женщинами из более обеспеченных слоев населения (33). Следовательно, уменьшая «страх порезов» с помощью четко сформулированной политики выборочного или ограниченного проведения эпизиотомии, данное вмешательство может оказать положительное влияние на справедливость в отношении здоровья путем увеличения охвата услугами родовспоможения женщин из уязвимых групп населения. Обзор научно обоснованной практики предполагает, что одни из самых высоких показателей проведения эпизиотомии наблюдаются в странах со средним уровнем дохода (173). Это чрезмерное использование может быть симптомом переходного периода в родовспоможении¹, характеризующегося медикализацией и большим числом «интервенционистских» родов (1), увеличивающихся на переходном этапе (174, 175). Также существуют значительные различия в уровне применения эпизиотомии внутри стран (176).

Например, сообщалось о чрезмерном использовании эпизиотомии в государственных учреждениях здравоохранения по сравнению с учреждениями частного сектора в Бразилии (177). Поэтому, используя политику ограниченного применения эпизиотомии в этих условиях, можно значительно улучшить опыт родов у женщин из незащищенных слоев населения по сравнению с более обеспеченными женщинами и положительно повлиять на социальную справедливость.

Женщин в странах с низким и средним уровнями дохода часто не информируют о рисках и причинах вмешательства и зачастую не спрашивают их информированного согласия (173, 178–181). Несогласованные инвазивные процедуры распространены в странах с низким

¹ Переходный период в родовспоможении — это концепция долговременного перехода стран от модели с высокой материнской смертностью к модели с низкой материнской смертностью за счет сокращения прямых акушерских причин смертности.

и средним уровнями дохода и при лечении беременных женщин из уязвимых групп населения во всем мире. Следовательно, в клинических протоколах и при обучении врачей проведению эпизиотомии нужно подчеркивать необходимость получения информированного согласия для обеспечения соблюдения прав человека.

Приемлемость

В систематическом обзоре качественных исследований, посвященных изучению мнения и опыта женщин и медработников в отношении оказания помощи в интранатальный период, показано, что женщины чувствовали, что были плохо информированы о причинах проведения эпизиотомии, и что у них редко спрашивают согласие на проведение данного вмешательства (высокий уровень достоверности доказательств) (26). Результаты обзора показывают, что женщины предпочли бы минимизировать уровень боли, связанной с выполнением разрезов и наложением швов, а также уровень дискомфорта после эпизиотомии (высокий уровень достоверности доказательств). Кроме того, женщины могут быть плохо подготовлены к боли, связанной с процедурой, или к потенциальным краткосрочным и отдаленным последствиям (дискомфорт в промежности, трудности в повседневной жизни, эстетические деформации, влияние на половую жизнь) (низкий уровень достоверности доказательств). В некоторых случаях женщины чувствовали, что их опасения игнорируются или не учитываются сотрудниками, которых они сочли грубыми и нечувствительными (низкий уровень достоверности доказательств).

Результаты обзора также свидетельствуют о том, что в некоторых странах (например, в Бразилии) женщины могут придерживаться мнения, что эпизиотомия способствует более спокойному течению родов (более короткие по времени роды, меньше боли) (низкий уровень достоверности доказательств). Это может быть основано на установившемся культурном признании процедуры, которое, в основном, генерируется теми, кто непосредственно оказывает медицинские услуги (низкий уровень достоверности доказательств). Результаты обзора также показали, что сотрудники, в целом, осведомлены о рекомендациях по выборочному или ограниченному проведению эпизиотомии, но в некоторых регионах (Южная Америка, Ближний Восток, Юго-Восточная

Азия) они не хотели менять сложившуюся практику, особенно у первородящих, которым обычно и выполняется эпизиотомия (высокий уровень достоверности доказательств). У первородящих женщин, как считает медицинский персонал в этих учреждениях, эпизиотомия менее опасна, чем разрыв промежности, и ее последствия проще устранить, а также эпизиотомия способствует «более легкому» (для персонала) рождению ребенка (высокий уровень достоверности доказательств).

Дополнительные соображения

Нежелание изменить сложившуюся практику в некоторых учреждениях может иметь финансовую подоплеку: исследование по изучению практики оказания помощи медицинскими работниками в Камбодже показало, что специалисты проводили эпизиотомию, чтобы оправдать более высокие счета за медицинские услуги, которые выставлялись пациенткам (172). Исходя из вышеизложенных фактических данных, весьма вероятно, что большинство женщин сочтут выборочное или ограниченное проведение эпизиотомии более приемлемой практикой, чем рутинное или широкое использование эпизиотомии.

Уровень приемлемости среди медицинских сотрудников в условиях стран с низким и средним уровнями дохода, где обычно эпизиотомия считается рутинной практикой оказания помощи, может варьироваться.

Выполнимость

Результаты систематического обзора качественных исследований по изучению взглядов женщин и медицинских работников на опыт оказания помощи в интранатальный период предполагают, что практика выборочного или ограниченного выполнения эпизиотомии может быть проще в реализации, особенно в условиях ограниченного ресурсного обеспечения (высокий уровень достоверности доказательств) (26). Однако в некоторых учреждениях доступность информации о современной доказательной базе для сотрудников может быть лимитирована (из-за ограниченности ресурсов), по причине чего могут отсутствовать четкая политика или протоколы помощи в данной области (высокий уровень достоверности доказательств). В результате, клиническая практика основывается на устоявшихся, иерархических,

неписаных «правилах» и на сложившемся опыте выполнения процедуры (высокий уровень достоверности доказательств).

Дополнительные соображения

Результаты кластерного РКИ, проведенного в Мексике и Таиланде в рамках многосторонней образовательной стратегии, направленной на расширение использования материалов Библиотеки репродуктивного здоровья ВОЗ (RHL) в акушерской практике, в том числе популяризация выборочного или ограниченного выполнения эпизиотомии вместо рутинной или

широко используемой эпизиотомии, показали, что внедрение выборочного или ограниченного выполнения эпизиотомии оказалось возможным в Таиланде, что привело к снижению показателей частоты применения эпизиотомии (182).

Для перехода от рутинной или широко распространенной политики к выборочному или ограниченному выполнению эпизиотомии потребуются изменения в организационной культуре, обучение, мониторинг и непрерывный аудит клинической практики.

Таблица 3.62 Резюме суждений: политика выборочного или ограниченного выполнения эпизиотомии по сравнению с рутинным или широким использованием эпизиотомии

Желательные эффекты	– неизвестно	– варьируются		– незначительные	– небольшие	✓ умеренные	– значительные
Нежелательные эффекты	– неизвестно	– варьируются		– значительные	– умеренные	– небольшие	✓ незначительные
Уровень достоверности доказательств	– нет включенных исследований			– очень низкий	✓ низкий	– умеренный	– высокий
Ценности				– значимая неопределенность или вариабельность	– возможна значимая неопределенность или вариабельность	✓ вероятно, нет значимой неопределенности или вариабельности	– нет значимой неопределенности или вариабельности
Баланс эффектов	– неизвестно	– варьируется	– за рутинную эпизиотомию	– вероятно, за рутинную эпизиотомию или неограничительную политику	– ни за ограниченное или выборочное применение эпизиотомии, ни за рутинную эпизиотомию или неограничительную политику	✓ вероятно, за ограниченное или выборочное применение эпизиотомии	– за ограниченное или выборочное применение эпизиотомии
Требуемые ресурсы	– неизвестно	– варьируются	– высокие затраты	– умеренные затраты	– незначительные затраты или экономия	✓ умеренная экономия	– существенная экономия
Уровень достоверности доказательств по необходимым ресурсам	– нет включенных исследований			– очень низкий	✓ низкий	– умеренный	– высокий
Рентабельность	– неизвестно	– варьируется	– за рутинную эпизиотомию	– вероятно, за рутинную эпизиотомию или неограничительную политику	– ни за ограниченное или выборочное применение эпизиотомии, ни за рутинную эпизиотомию или неограничительную политику	✓ вероятно, за ограниченное или выборочное применение эпизиотомии	– за ограниченное или выборочное применение эпизиотомии

Социальная справедливость	– неизвестно	– варьируется	– снижение	– вероятно снижение	– вероятно отсутствие влияния	✓ вероятно повышение	– повышение
Приемлемость	– неизвестно	✓ варьируется		– нет	– вероятно, нет	– вероятно, да	– да
Выполнимость	– неизвестно	– варьируется		– нет	– вероятно, нет	✓ вероятно, да	– да

3.3.8 Давление на дно матки

РЕКОМЕНДАЦИЯ 40

Ручное давление на дно матки для облегчения рождения ребенка во втором периоде родов не рекомендуется. *(Не рекомендуется)*

Примечания

- У ГРР были серьезные опасения по поводу возможного причинения вреда матери и ребенку при выполнении этого вмешательства.
- Комиссии известно о продолжающемся в настоящее время исследовании Gentle Assisted Pushing (GAP) [Мягкое помогающее надавливание] (183), которое может предоставить важные доказательства эффективности давления на дно матки в соответствии с конкретным протоколом.

Резюме доказательств и соображений

Эффекты вмешательства (ДБ Табл. 3.3.8)

Доказательства были получены из Кокрейновского систематического обзора, в который вошли девять исследований с участием 3 948 женщин (184). В пяти исследованиях (3 057 женщин), проведенных в Индии, Иране (Исламская Республика), Турции (два исследования) и Южной Африке, оценивалось выполнение ручного давления на дно матки у женщин с низким риском развития осложнений беременности по сравнению с отсутствием такого вмешательства. В четырех исследованиях (891 женщина), проведенных в Италии, Республике Корея (два исследования) и Соединенном Королевстве, оценивалось использование давления на дно матки с помощью надувного пояса по сравнению с отсутствием вмешательства. Принимая во внимание цели данного руководства, только доказательства в отношении ручного давления на дно матки рассматривались в данном обзоре, так как применение надувного пояса не выходило за рамки исследования.

Ручное давление на дно матки применялось в соответствии с приемом Кристеллера

в четырех исследованиях, а давление в соответствии с протоколом «мягкое помогающее надавливание» (GAP) (см. Дополнительные соображения) использовалось в одном небольшом исследовании (120 женщин); в двух из этих исследований принимали участие только первородящие женщины. В одном исследовании применение давления на дно матки ограничивалось тремя попытками. Большинство включенных исследований имело ограничения по дизайну.

Сравнение: выполнение ручного давления на дно матки в сравнении с отсутствием вмешательства

Исходы для матери

Метод родоразрешения: данные об относительном влиянии на частоту проведения операции кесарева сечения и инструментальных родов имеют очень низкий уровень достоверности.

Продолжительность второго периода родов: данные о продолжительности второго периода родов характеризуются очень низким уровнем достоверности. Данные низкого уровня достоверности о женщинах, которые не смогли

родить самостоятельно в течение времени, указанного авторами, предполагают, что разница между ручным давлением на дно матки и отсутствием вмешательства незначительна или вовсе отсутствует (одно исследование, 110 женщин, ОР 0,96, 95% ДИ 0,71–1,28).

Смертность: этот результат не оценивался в исследованиях.

Заболеваемость: доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что давление на дно матки, по сравнению с отсутствием давления на дно матки может оказывать незначительное влияние или вовсе не влиять на частоту послеродового кровотечения (одно исследование, 110 женщины, ОР 1,87, 95% ДИ 0,58–6,06). Доказательства о влиянии давления на дно матки на повреждение мягких тканей (вагинальное, промежность или матка) являются весьма неопределенными, в основном, из-за малочисленности данных. Доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что оказание давления на дно матки может незначительно влиять или не оказывать никакого влияния на частоту проведения эпизиотомии по сравнению с отсутствием давления на дно матки (одно исследование, 317 женщин, 1,18 ОР, 95% ДИ 0,92–1,50). О таком исходе, как «тяжелые материнские осложнения или смерть» не сообщалось ни в одном из исследований.

Опыт родов: в испытаниях не сообщалось об удовлетворенности матери; однако доказательства низкого уровня достоверности предполагают, что женщины, которым выполнялось ручное давление на дно матки, после родов могли испытывать больше боли (оценивается с точки зрения потребности в анальгетиках) чем те, которым не давили на дно матки (одно исследование, 209 женщин, ОР 4,54, 95% ДИ 2,21–9,34).

Исходы для плода и новорожденного

Родовая травма: данные о родовой травме, в том числе о переломах и гематомах, имеют очень низкий уровень достоверности из-за малочисленности данных (небольшая выборка, отсутствие случаев).

Перинатальная гипоксия-ишемия: данные о низком pH артериальной крови пуповины и оценке по шкале Апгар менее 7 на 5-й минуте имеют очень низкий уровень достоверности.

Перинатальная смертность: неонатальных смертей в сравниваемых группах зарегистрировано не было (два исследования, 2 445 новорожденных), поэтому данные о неонатальной смертности имеют очень низкий уровень достоверности.

Дополнительные соображения

Опасения, связанные с практикой давления на дно матки, определяются вероятностью нанесения серьезного вреда матери или ребенку посредством чрезмерной неконтролируемой силы (185, 186), включая разрыв матки и других органов, а также материнской и перинатальной смертности; однако об этих событиях в литературе не часто сообщается.

Давление на дно матки во включенных испытаниях выполнялось акушерками кистями рук (т.е. не предплечьями или локтями); следовательно, данные не применимы к учреждениям, где применяются другие техники давления на дно матки.

В обзор также включены исследования с применением надувных поясов. Полученные в результате доказательства умеренного уровня достоверности предполагают, что давление на дно матки надувным поясом, вероятно, увеличивает частоту повреждения анального

Таблица 3.63 Потребность в основных ресурсах для выполнения давления на дно матки

Ресурсы	Описание
Персонал	■ Персонал, обученный безопасному выполнению давления на дно матки
Обучение	■ Практическое обучение безопасному выполнению давления на дно матки
Обеспечение	■ Не требуются
Оборудование	■ Не требуется
Время	■ Требуется время дополнительно приглашенной квалифицированной акушерки, которое может варьировать в зависимости от продолжительности процедуры
Надзор и мониторинг	■ Регулярный контроль, аудит и проверка в отделении, клинике и учреждении позволяют гарантировать соблюдение протокола выполнения давления на дно матки и следить за безопасностью

сфинктера (разрывы третьей степени) по сравнению с отсутствием вмешательства (одно исследование, 500 женщин, ОР 15,69, 95% ДИ 2,10–117,02). Использование надувных поясов не распространялось за рамки исследования.

В настоящее время проводится крупное многоцентровое исследование в Южной Африке, чтобы оценить новую технику давления на дно матки, которая применяется, когда беременная женщина рождает в вертикальном положении (183). Техника называется «мягкое помогающее надавливание», при котором специалист обеспечивает «постоянное устойчивое давление на дно матки» ладонями по направлению к тазу, стараясь использовать только силу предплечий и не задействовать дополнительно вес своего тела. Медицинский работник должен поддерживать давление на протяжении каждой схватки или в течение 30 секунд (в зависимости от того, что короче). Исследователи надеются, что это исследование, в котором участвуют 1145 женщин, поможет установить, улучшит ли более мягкая форма давления на дно матки исходы родов.

Ценности

Результаты обзора качественных исследований по изучению того, что является важным для женщин в интранатальный период (23), указывают на то, что большинство женщин хотят, чтобы роды прошли нормально с хорошими исходами для матери и ребенка, но признают, что медицинское вмешательство иногда может оказаться необходимым. Большинство женщин, особенно рожаящих впервые, испытывают определенный страх перед родами (высокий уровень достоверности доказательств) и боятся медицинских вмешательств, хотя в определенных контекстах или ситуациях женщины согласны на вмешательства, чтобы сократить продолжительность родов или обеспечить облегчение боли (низкий уровень достоверности доказательств). При проведении вмешательства женщины хотели бы получать актуальную информацию от компетентного специалиста, который внимателен к потребностям роженицы (высокий уровень достоверности доказательств). Результаты также показывают, что женщины хотят контролировать процесс своих родов и хотели бы участвовать в принятии решений о выполнении вмешательства (высокий уровень достоверности доказательств).

Ресурсы

Нет данных о затратах или экономической эффективности этой практики.

Социальная справедливость

Нет прямых доказательств влияния давления на дно матки на социальную справедливость. Однако косвенные доказательства из обзора факторов, препятствующих и способствующих родам в медицинских учреждениях, указывает на то, что незнакомые и нежелательные практики родовспоможения, выполняемые медицинскими работниками в учреждениях, такие как незнакомые позиции во время рождения ребенка, являются существенным препятствием для принятия решения рожать в медицинских учреждениях среди женщин из уязвимых групп населения в странах с низким и средним уровнями дохода (высокий уровень достоверности доказательств) (8).

Дополнительные соображения

В докладе ВОЗ 2015 г. *State of inequality. Reproductive, maternal, newborn and child health* указывается, что доступность медицинских услуг для бедных, наименее образованных и проживающих в сельских и отдаленных районах женщин ниже (низкий охват населения помощью), у таких женщин чаще наблюдаются негативные последствия для здоровья по сравнению с женщинами из более обеспеченных слоев населения (33). На основании данных исследования, приведенных выше, если женщины из незащищенных групп населения считают давление на дно матки незнакомым и нежелательным вмешательством, то такое вмешательство может негативно повлиять на социальную справедливость, способствуя менее частому обращению в медицинские учреждения таких женщин. Тем не менее, при отсутствии конкретных фактических данных по выполнению давления на дно матки, обратная ситуация также может иметь место. Выводы из исследования, проведенного среди сельского населения в Индии, предполагают, что давление на дно матки может быть желательным приемом родовспоможения в некоторых традиционных практиках родовспоможения (187).

Во многих учреждениях, где практикуется давление на дно матки, женщинам могут не предоставлять достаточной информации о процедуре и не спрашивать их согласия на проведение процедуры. Если женщина не дала согласия или давление на дно матки

выполняется всем подряд и с чрезмерными усилиями, то это можно рассматривать как нарушение прав человека среди женщин.

Приемлемость

Не найдено конкретных фактических данных касательно применения давления на дно матки при составлении систематического обзора качественных исследований, посвященных оценке опыта женщин и персонала в отношении оказания и получения помощи в интранатальный период (26). Однако общие выводы из этого документа показывают, что женщины предпочли бы избежать этого типа вмешательства, если их ребенок не находится в группе риска (высокий уровень достоверности доказательств). Также женщины хотели бы, чтобы помощь им оказывали компетентные профессионалы, чутко реагирующие на их потребности (высокий уровень достоверности доказательств) и, хотя для женщин предпочтительны быстрые по времени роды (низкий уровень достоверности доказательств), по возможности им хотелось бы контролировать процесс своих родов (высокий уровень достоверности доказательств).

Дополнительные соображения

В рамках недавней глобальной инициативы по изучению процесса оказания помощи женщинам во время родов и рождения ребенка авторы качественного исследования, проведенного в Гвинее, обнаружили, что медицинские работники слишком сильно давят на дно матки (41). Женщины сочли эту процедуру пугающей, болезненной и равносильной физическому насилию.

В исследовании, проведенном в сельской местности в Индии (187), авторы обнаружили, что давление на дно матки проводилось регулярно, часто начиная с раннего периода родов, и до такой степени интенсивно, что зачастую медработники чувствовали себя совершенно вымотанными. Авторы не обсуждали опыт родов у женщин, но отметили, что дети иногда получали травмы в результате данного вмешательства.

Выполнимость

В систематическом обзоре качественных исследований по изучению взглядов женщин и медицинских работников на опыт оказания помощи в интранатальный период (26) нет конкретных данных касательно давления на дно матки. Однако выводы из обзора предполагают, что сотрудникам в определенных контекстах может не хватать времени, подготовки или ресурсов для грамотного и деликатного выполнения давления на дно матки (данные умеренного уровня достоверности).

Дополнительные соображения

Неконтролируемое по силе давление на дно матки, по-видимому, широко распространено в различных учреждениях (118, 173, 184–190) и, вероятно, что обеспечить выполнение давления на дно матки последовательным, стандартизованным и контролируемым образом не удастся. Акушерке понадобится помощь другого медицинского специалиста для выполнения данной процедуры.

Таблица 3.64 Резюме суждений: давление на дно матки по сравнению с отсутствием вмешательства

Желательные эффекты	✓ неизвестно	– варьируются		– незначительные	– небольшие	– умеренные	– значительные
Нежелательные эффекты	– неизвестно	– варьируются		– значительные	✓ умеренные	– небольшие	– незначительные
Уровень достоверности доказательств	– нет включенных исследований			✓ очень низкий	– низкий	– умеренный	– высокий
Ценности				– значимая неопределенность или вариабельность	✓ возможна значимая неопределенность или вариабельность	– вероятно, нет значимой неопределенности или вариабельности	– нет значимой неопределенности или вариабельности
Баланс эффектов	– неизвестно	– варьируется	– за отсутствие вмешательства	✓ вероятно, за отсутствие вмешательства	– ни за давление на дно матки, ни за отсутствие вмешательства	– вероятно, за давление на дно матки	– за давление на дно матки
Требуемые ресурсы	– неизвестно	– варьируются	– высокие затраты	– умеренные затраты	✓ незначительные затраты или экономия	– умеренная экономия	– существенная экономия
Уровень достоверности доказательств по необходимым ресурсам	✓ нет включенных исследований			– очень низкий	– низкий	– умеренный	– высокий
Рентабельность	– неизвестно	– варьируется	– за отсутствие вмешательства	✓ вероятно, за отсутствие вмешательства	– ни за давление на дно матки, ни за отсутствие вмешательства	– вероятно, за давление на дно матки	– за давление на дно матки
Социальная справедливость	– неизвестно	– варьируется	– снижение	✓ вероятно снижение	– вероятно отсутствие влияния	– вероятно повышение	– повышение
Приемлемость	– неизвестно	– варьируется		– нет	✓ вероятно, нет	– вероятно, да	– да
Выполнимость	– неизвестно	– варьируется		– нет	– вероятно, нет	✓ вероятно, да	– да

3.4 Третий период родов

3.4.1 Профилактическое применение утеротоников

РЕКОМЕНДАЦИЯ 41

Применение утеротоников для профилактики послеродового кровотечения (ПРК) в третьем периоде родов рекомендуются при всех родах. *(Рекомендуется)*

РЕКОМЕНДАЦИЯ 42

Окситоцин (10 МЕ, в/м или в/в) является рекомендованным утеротоническим препаратом для профилактики послеродового кровотечения. *(Рекомендуется)*

РЕКОМЕНДАЦИЯ 43

При отсутствии окситоцина рекомендуется применять другие инъекционные утеротоники (при необходимости — эргометрин или метилэргометрин или фиксированную комбинацию окситоцина и эргометрина) либо мизопростол перорально (600 мкг). *(Рекомендуется)*

Примечания

- Эти рекомендации были взяты из руководства *Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению послеродового кровотечения (191)*, в котором группа его разработчиков определила их как сильные рекомендации, основанные на доказательствах умеренного уровня достоверности.
- Доступные сравнительные данные по этим препаратам ограничены, но значительные различия в преимуществах окситоцина и эргометрина маловероятны. В этих рекомендациях уделяется большое внимание предотвращению побочных эффектов эргометрина и отмечается сопоставимая польза от применения окситоцина и эргометрина для предотвращения послеродового кровотечения.
- Следует с осторожностью подходить к применению производных алколоидов спорыньи для профилактики ПРК, поскольку эти препараты имеют явные противопоказания к применению у женщин с гипертензивными нарушениями. Таким образом, вероятно, безопаснее не использовать производные алколоидов спорыньи у необследованных групп женщин.
- Мизопростол для перорального приема (600 мкг) рассматривается Группой по разработке руководства как эффективное средство для профилактики ПРК. Тем не менее, группа рассмотрела относительные преимущества применения окситоцина по сравнению с мизопростолом в отношении профилактики кровопотери, а также более выраженные побочные эффекты мизопростола по сравнению с окситоцином. ГРП признала, что нет никаких доказательств того, что мизопростол в дозировке 600 мкг более эффективен, чем в дозировке 400 мкг. Более низкие дозы имеют более низкий профиль побочных эффектов, но эффективность более низкой дозировки мизопростола недостаточно оценена.
- Рекомендации относительно применения альтернативных утеротоников не должны снижать важность цели сделать окситоцин максимально доступным.
- Принимая во внимание прошлые опасения относительно распределения мизопростола в местных сообществах и потенциальные серьезные последствия его применения до рождения ребенка, ГРП обращает особое внимание на обучение специалистов, назначающих мизопростол, и на мониторинг распространения вмешательств на уровне местных сообществ на основе научно обоснованных методов и соответствующих показателей.
- Доказательства, подтверждающие эти рекомендации, можно найти в исходном руководящем документе, доступном по ссылке: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf

РЕКОМЕНДАЦИЯ 44

В целях обеспечения лучших клинических результатов для матери и ребенка рекомендуется отсроченное пережатие пуповины (не ранее, чем через одну минуту после рождения).

(Рекомендуется)

Примечания

- Эта рекомендация взята из руководства *WHO Guideline: delayed cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes (192)*, в котором группа его разработчиков определила строгий характер этой рекомендации, основанной на доказательствах умеренного уровня достоверности.
- Отсроченное пережатие пуповины следует выполнять в рамках основной помощи новорожденному.
- Некоторые медицинские специалисты, работающие в регионах с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции, 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 влагалищными 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-инфекции от матери 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-инфекции от матери 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 недоказанный вред. Отложенное пережатие пуповины показано даже ВИЧ-инфицированным женщинам или женщинам с неизвестным ВИЧ-статусом.
- Доказательства, подтверждающие эту рекомендацию, можно найти в исходном руководящем документе, доступном по ссылке: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148793/1/9789241508209_eng.pdf

3.4.6 Контролируемые тракции за пуповину (КТП)

РЕКОМЕНДАЦИЯ 45

При наличии квалифицированного и опытного медперсонала рекомендуется проведение контролируемых тракций за пуповину в третьем периоде при естественных родах, если медицинский специалист и роженица считают важными небольшое снижение кровопотери и небольшое сокращение продолжительности третьего периода родов. (Рекомендуется)

Примечания

- Эта рекомендация взята из руководства *Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению послеродового кровотечения (191)*, в котором группа его разработчиков определила данную рекомендацию, как носящую строгий характер, основываясь на доказательствах умеренного уровня достоверности.
- Эта рекомендация основана на большом РКИ, в котором окситоцин в дозировке 10 МЕ использовался для профилактики послеродового кровотечения (ПРК) у всех участниц. На основании этих данных КТП была признана безопасной в случае выполнения ее квалифицированным персоналом, поскольку она обеспечивает небольшие преимущества с точки зрения кровопотери (в среднем снижает кровопотерю на 11 мл) и продолжительности третьего периода родов (в среднем, сокращение длительности на 6 минут). Медицинский работник должен обсудить с женщиной решение о выполнении КТП в контексте профилактического применения утеротоников.
- Если алкалоиды спорыньи используются для профилактики послеродовых кровотечений, то выполнение КТП для минимизации задержки отделения плаценты считается обязательным.
- Доказательства для определения пользы и вреда КТП в сочетании с использованием мизопростала недостаточны.
- Контролируемые тракции за пуповину — это первоочередное вмешательство, применяемое при задержке отделения плаценты; поэтому включение обучения этому методу в курс подготовки медицинских специалистов и акушерок имеют крайне важное значение.
- На основании самых последних данных сформировалось понимание вклада каждого компонента активного ведения третьего периода родов в комплекс оказания помощи. ГРР сочла, что в составе этого комплекса есть первоочередное вмешательство — это применение утеротоника. При применении окситоцина КТП может обеспечить небольшой дополнительный положительный эффект, в то время как массаж матки может не иметь дополнительных преимуществ для профилактики послеродовых кровотечений. Раннее пережатие пуповины, как правило, противопоказано.
- Доказательства, подтверждающие эту рекомендацию, можно найти в исходном руководящем документе, доступном по ссылке: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf

РЕКОМЕНДАЦИЯ 46

Не рекомендуется непрерывный массаж матки для профилактики послеродового кровотечения (ПРК) у женщин, получивших с этой целью окситоцин. (Не рекомендуется)

Примечания

- Эта рекомендация была взята из руководства *Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению послеродового кровотечения (191)*. Группа по разработке этого руководства определила, что эта рекомендация имеет условный характер, основываясь на доказательствах низкого уровня достоверности.
- Фактические данные о роли массажа матки в профилактике ПРК при неиспользовании утеротонических препаратов или при использовании иных утеротонических средств, кроме окситоцина, отсутствуют.
- Хотя Группа по разработке этого руководства признала, что результаты одного небольшого исследования показали, что непрерывный массаж матки и изгнание сгустков ассоциировались с сокращением использования дополнительных утеротоников, тем не менее, достоверные доказательства, подтверждающие другие преимущества, отсутствуют. Однако группа считала, что рутинная и частая оценка тонуса матки остается важной частью неотложной послеродовой помощи, особенно для улучшения ранней диагностики ПРК.
- На основании самых последних данных сформировалось понимание вклада каждого компонента активного ведения третьего периода родов в комплекс оказания помощи. ГРП сочла, что в составе этого комплекса есть первоочередное вмешательство — это применение утеротоника. При применении окситоцина КТП может обеспечить небольшой дополнительный положительный эффект, в то время как массаж матки может не иметь дополнительных преимуществ для профилактики послеродовых кровотечений. Раннее пережатие пуповины, как правило, противопоказано.
- Доказательства, подтверждающие эту рекомендацию, можно найти в исходном руководящем документе, доступном по ссылке: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf

3.5 Уход за новорожденным

3.5.1 Рутинное отсасывание содержимого изо рта и носа

РЕКОМЕНДАЦИЯ 47

У новорожденных, рожденных в прозрачных амниотических водах и начавших самостоятельно дышать после рождения, нет необходимости в рутинном отсасывании содержимого из ротовой и носовой полостей. (Не рекомендуется)

Примечания

- Эта рекомендация была взята из руководства *WHO Guidelines on basic newborn resuscitation (193)*, Группа по разработке этого руководства определила, что данная рекомендация носит строгий характер, основываясь на доказательствах высокого уровня достоверности.
- Никаких дальнейших примечаний не было сделано.
- Доказательства, подтверждающие эту рекомендацию, можно найти в исходном руководящем документе, доступном по ссылке: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75157/1/9789241503693_eng.pdf

3.5.2 Контакт кожа-к-коже

РЕКОМЕНДАЦИЯ 48

Новорожденные, родившиеся без осложнений, должны находиться в прямом телесном контакте с матерью (кожа-к-коже) в течение первого часа после рождения для профилактики гипотермии и стимуляции грудного вскармливания. (Рекомендуется)

Примечания

- Эта рекомендация взята из руководства *WHO Recommendations for management of common childhood conditions: evidence for technical update of pocket book recommendations (194)*, группа по разработке данного руководства определила ее как сильную рекомендацию, основанную на доказательствах низкого уровня достоверности.
- Никаких дальнейших замечаний не было.
- Доказательства, подтверждающие эту рекомендацию, можно найти в исходном руководящем документе, доступном по ссылке: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44774/1/9789241502825_eng.pdf

3.5.3 Грудное вскармливание

РЕКОМЕНДАЦИЯ 49

Всех новорожденных, в том числе детей с низкой массой тела при рождении (НМТ), которые способны сосать грудь, следует приложить к груди как можно скорее после рождения, если их клиническое состояние стабильно, а мать и ребенок готовы к кормлению. (Рекомендуется)

Примечания

- Эта рекомендация взята из руководства *WHO recommendations on newborn health (195)*. Данные, подтверждающие эту рекомендацию, можно найти в *WHO guidelines on optimal infant feeding for low birth weight infants in low- and middle-income countries (196)*. Эта рекомендация определена как сильная, основанная на доказательствах низкого уровня достоверности.
- Никаких дальнейших замечаний не было.
- Источники и доказательные данные, подтверждающие эту рекомендацию, можно найти в вышеупомянутых руководящих документах, которые доступны, соответственно, по ссылкам:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259269/1/WHO-MCA-17.07-eng.pdf> и
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241548366.pdf

3.5.4 Профилактика геморрагической болезни новорожденных при помощи витамина К

РЕКОМЕНДАЦИЯ 50

Все новорожденные должны получить 1 мг витамина К внутримышечно после рождения (не ранее, чем через час после родов, поскольку в течение этого времени необходимо поддерживать прямой телесный контакт с матерью (кожа-к-коже) и начать грудное вскармливание). (Рекомендуется)

Примечания

- Эта рекомендация взята из руководства *WHO Recommendations for management of common childhood conditions: evidence for technical update of pocket book recommendations (194)*. Группа по разработке этого руководства определила ее как сильную рекомендацию на основе данных умеренного уровня достоверности.
- Никаких дальнейших замечаний не было сделано.
- Доказательства, подтверждающие эту рекомендацию, можно найти в исходном руководящем документе, доступном по ссылке: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44774/1/9789241502825_eng.pdf

3.5.5 Купание и другие мероприятия по уходу за новорожденным

РЕКОМЕНДАЦИЯ 51

Купание должно быть отложено на 24 часа после рождения. Если это невозможно по культурным причинам, купание следует отложить как минимум на шесть часов. Новорожденный должен быть одет в соответствии с температурой окружающей среды, то есть на один-два слоя одежды больше, чем взрослые, и обязательно с головным убором. Мать и новорожденный не должны разлучаться и должны круглосуточно находиться в одном помещении. (Рекомендуется)

Примечания

- Эта рекомендация взята из руководства *WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn (197)*. Группа по разработке этого руководства определила, что эта рекомендация имеет строгий ситуационный характер, основываясь на консенсусе между членами группы.
- Никаких дальнейших замечаний не было сделано.
- Доказательства, подтверждающие эту рекомендацию, можно найти в исходном руководящем документе, доступном по ссылке: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf

3.6 Уход за женщиной после родов

3.6.1 Наблюдение за тонусом матки

РЕКОМЕНДАЦИЯ 52

У всех женщин для раннего выявления атонии матки в послеродовом периоде рекомендуется оценивать тонус матки путем пальпации живота. (Рекомендуется)

Примечания

- Эта рекомендация была взята из руководства *Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению послеродового кровотечения (191)*. Группа по разработке этого руководства определила, что рекомендация носит строгий характер, основываясь на доказательствах очень низкого уровня достоверности.
- ГРП считает, что регулярная и частая оценка тонуса матки остается неотъемлемым компонентом неотложной послеродовой помощи, особенно для улучшения ранней диагностики ПРК.
- Доказательства, подтверждающие эту рекомендацию, можно найти в исходном руководящем документе, доступном по ссылке: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf

3.6.2 Антибактериальная терапия при неосложненных естественных родах

РЕКОМЕНДАЦИЯ 53

Рутинное назначение антибиотиков с профилактической целью не рекомендуется при неосложненных естественных родах. (Нерекомендуется)

Примечания

- Эта рекомендация взята из руководства *Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению материнских околородовых инфекций (114)*. Группа по разработке этого руководства определила ее, как рекомендацию строгого характера, основанную на доказательствах очень низкого уровня достоверности.
- ГРП была обеспокоена потенциальными последствиями для общественного здоровья, обусловленными высокой частотой назначения антибиотиков после вагинальных родов без каких-либо конкретных факторов риска в некоторых условиях. Группа делает акцент на негативном влиянии такого широкого использования антибиотиков на глобальные усилия по сдерживанию роста устойчивости к противомикробным препаратам и поэтому настоятельно рекомендует отказаться от рутинного назначения антибиотиков с профилактической целью.
- «Неосложненные естественные роды» в этом контексте подразумевают вагинальные роды при отсутствии какого-либо конкретного фактора риска или клинических признаков послеродовой инфекции у матери.
- Тщательное наблюдение за всеми женщинами после родов важно для своевременного выявления любых признаков эндометрита и назначения соответствующего лечения антибиотиками.
- Рекомендации по назначению антибиотиков при обычных состояниях во время родов или при вмешательствах, которые часто вызывают опасения по причине повышенного риска инфицирования, представлены в исходном руководящем документе ВОЗ.
- Доказательства, подтверждающие эту рекомендацию, можно найти в исходном документе, доступном по ссылке: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363_eng.pdf

РЕКОМЕНДАЦИЯ 54

Рутинное назначение антибиотиков с профилактической целью не рекомендуется для женщин после эпизиотомии. *(Не рекомендуется)*

Примечания

- Эта рекомендация взята из *Рекомендаций ВОЗ по профилактике и лечению материнских околородовых инфекций (114)*. Группа по разработке данного руководства определила ее как сильную рекомендацию, основанную на консенсусе между членами группы.
- Данная рекомендация основана на консенсусе между членами группы по разработке цитируемого руководства ввиду высокой частоты выполнения эпизиотомии и потенциального влияния назначения антибиотиков при отсутствии клинической пользы для общественного здоровья. ГРП делает акцент на предупреждении развития резистентности к противомикробным препаратам на глобальном уровне и, следовательно, определила рекомендацию как строгую.
- Эта рекомендация относится к назначению антибиотиков до или сразу после ушивания разреза после эпизиотомии при вагинальных родах. Антибиотики следует назначать только при наличии клинических признаков инфицирования раны после эпизиотомии.
- Группа по разработке руководства подчеркнула необходимость того, чтобы системы здравоохранения приняли политику ограниченного, а не рутинного выполнения эпизиотомии с целью уменьшения ее возможных осложнений и использования дополнительных ресурсов для лечения.
- Разрыв промежности второй степени анатомически сопоставим с эпизиотомией и не требует назначения антибиотиков с профилактической целью.
- В ситуации, когда рана после эпизиотомии расширена до размеров разрыва промежности третьей или четвертой степени, назначать антибиотики с профилактической целью следует в соответствии с рекомендациями исходного руководящего документа (114).
- Доказательства, подтверждающие эту рекомендацию, можно найти в исходном руководящем документе, доступном по ссылке: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363_eng.pdf

3.6.4 Плановое наблюдение за родильницей в послеродовой период

РЕКОМЕНДАЦИЯ 55

В течение первых суток после родов все женщины должны наблюдаться в плановом порядке с целью ранней диагностики послеродового кровотечения, определения сокращения матки и высоты стояния дна матки, измерения температуры и ЧСС. Артериальное давление измеряется сразу после родов. При нормальных значениях последующее измерение проводится через шесть часов. Диурез регистрируется в течение шести часов. (Рекомендуется)

Примечания

- Эта рекомендация взята из руководства *WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn (197)*, для данного руководства группа по разработке этого руководства достигла консенсуса на основе существующих рекомендаций ВОЗ.
- Никаких дальнейших замечаний не было сделано.
- Доказательства, подтверждающие эту рекомендацию, можно найти в исходном руководящем документе, доступном по ссылке: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf

3.6.5 Выписка после неосложненных естественных родов

РЕКОМЕНДАЦИЯ 56

Здоровые родильницы и новорожденные должны оставаться под наблюдением в медицинском учреждении в течение хотя бы 24 часов после неосложненных естественных родов. (Рекомендуется)

Примечания

- Эта рекомендация взята из руководства *WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn (197)*. Группа по разработке данного руководства определила эту рекомендацию как слабую, основанную на доказательствах низкого уровня достоверности.
- Соответствующий стандарт качества оказания помощи в послеродовой период должен быть обеспечен в медицинских учреждениях в соответствии с другими существующими руководствами ВОЗ. У новорожденных это включает немедленный осмотр после рождения, а также полное клиническое обследование приблизительно через час после рождения и перед выпиской.
- Понятие «здоровые матери и новорожденные» определяется на основе контрольного списка ВОЗ для безопасных родов, который следует использовать для обследования матерей и новорожденных во время выписки (198). Перед выпиской необходимо осмотреть родильницу на предмет кровотечения, мать и ребенок не должны иметь признаков инфекции, а ребенок должен хорошо сосать грудь.
- Доказательства, подтверждающие эту рекомендацию, можно найти в исходном руководящем документе, доступном по ссылке: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf

4. Применение данного руководства: внедрение модели ухода в интранатальный период согласно рекомендациям ВОЗ

Целью данного руководства является улучшение качества основной помощи в интранатальный период с конечной целью улучшения исходов для матери, плода и новорожденного. Рекомендуемые методы должны быть реализованы в рамках соответствующей модели оказания помощи, которая может быть адаптирована к условиям разных стран, местным условиям и к индивидуальным особенностям каждой женщины. При участии членов Группы по разработке руководства ВОЗ провела обзор существующих моделей оказания помощи в интранатальный период с учетом ряда рекомендуемых практик в рамках данного руководства (Раздел 3) и через призму обеспечения прав человека.

Во-первых, ГРР подчеркнула острую необходимость в улучшении качества помощи во время родов и при рождении ребенка во всех учреждениях. Признавая существенные различия в философии, лежащей в основе организации и оказания помощи во время родов и при рождении ребенка в современной практике, и тот факт, что клинические результаты и опыт получения помощи для женщины и ее ребенка во многом определяются преобладающей моделью оказания помощи. ГРР рассмотрела, как должна оказываться помощь в интранатальный период здоровым беременным женщинам с точки зрения взаимосвязанных клинических и неклинических вмешательств, которые должна получить любая женщина вне зависимости от условий или контекста. Как признала ГРР, чтобы добиться столь необходимых улучшений в качестве оказания помощи в интранатальный период необходимо существенное изменение практики оказания помощи во время родов и при рождении ребенка во всем мире. Необходимость этого ключевого сдвига определяется важностью достижения лучших физических, эмоциональных и психологических исходов для женщины и ее ребенка, независимо от влияния общей политики, которая может существовать как внутри, так и между системами здравоохранения и странами. Группа согласилась, что достижение этих результатов требует такой модели оказания помощи, при которой медицинские работники уделяют приоритетное внимание выполнению

неотъемлемых компонентов помощи, эффективность которых в улучшении как клинически значимых исходов, так и опыта родов для женщины и ее семьи была доказана.

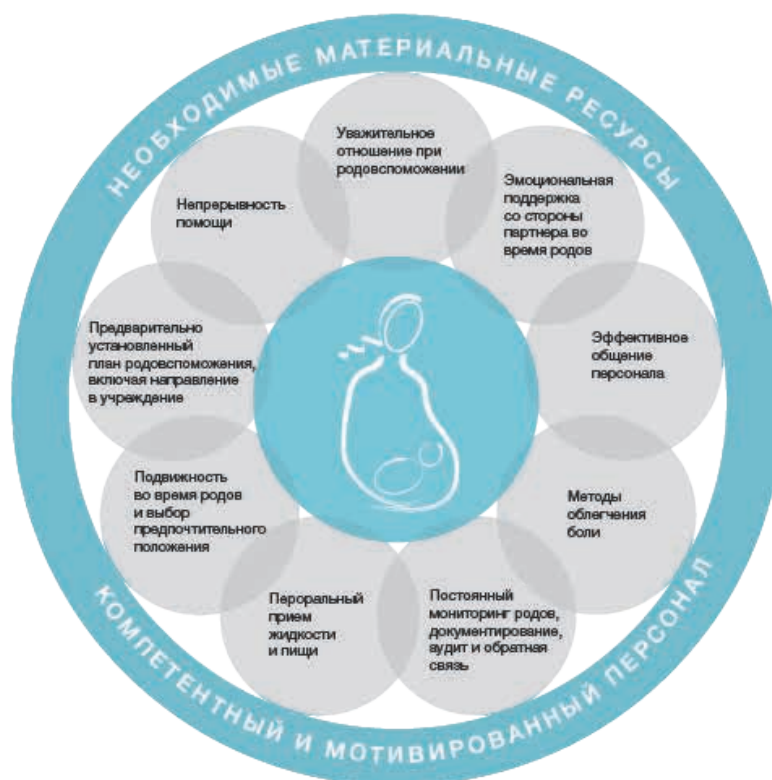
С этой целью ВОЗ предлагает глобальную модель ухода в интранатальный период, которая охватывает все направления рамочной программы ВОЗ по улучшению качества услуг здравоохранения для матерей и новорожденных (12), согласно которой оказание помощи сконцентрировано вокруг потребностей матери и ребенка (Рис. 4.1). Она основана на исходном положении, что оказание помощи во время родов может только поддерживать собственные способности женщины родить без лишних вмешательств при комплексном, а не фрагментарном предоставлении синергетически усиливающих друг друга компонентов помощи, основанных на фактических данных, давая женщине возможность почувствовать рождение ребенка, но в то же время обеспечивая своевременное и качественное выявление и лечение осложнений, если таковые возникнут. В модели признается существование различий между учреждениями с точки зрения существующих практик оказания помощи, но она является достаточно гибкой для внедрения без нарушений существующей организации оказания помощи.

Модель ухода в интранатальный период основана на 56 научно обоснованных рекомендациях, включенных в данное руководство. Для оптимального использования потенциала новой модели и обеспечения всем женщинам научно обоснованной справедливой и качественной помощи в медицинских учреждениях в интранатальный период, эти рекомендации должны реализовываться как комплекс услуг во всех учреждениях добрыми, компетентными и мотивированными специалистами здравоохранения, которым доступны основные материальные ресурсы. Системы здравоохранения должны быть нацелены на реализацию этой модели оказания помощи, чтобы обеспечить возможность всем женщинам получить персонализированную помощь, которую они хотят и в которой нуждаются, и обеспечить прочную основу для оказания такой помощи в соответствии

с подходом, основанном на соблюдении прав человека. Соображения по внедрению модели ВОЗ представлены ниже во Вставке 4.1. Модель ВОЗ по уходу в интранатальный период имеет потенциал изменить жизнь женщин, семей и сообщества в лучшую сторону во всем мире. Она ставит цели далеко за пределами простого выживания, на уровне процветания в условиях любой страны. Реализация модели ВОЗ по уходу в интранатальный период должна привести к экономии затрат за счет сокращения ненужных медицинских

вмешательств с последующим повышением социальной справедливости для женщин из социально незащищенных слоев населения. Таким образом, решение проблемы нехватки квалифицированных специалистов в области охраны материнского здоровья и совершенствование инфраструктуры, необходимой для успешного внедрения этой модели помощи в интранатальный период на основе доказательных данных, должно стать основным приоритетом для всех заинтересованных сторон.

Рисунок. 4.1 Модель ухода в интранатальный период согласно рекомендациям ВОЗ



ВСТАВКА 4.1

Соображения касательно внедрения модели ухода в интранатальный период согласно рекомендациям ВОЗ

Политика в области здравоохранения

- Правительство должно взять на себя обязательства по расширению охвата услугами родовспоможения для обеспечения всем беременным женщинам возможности родить в медицинских учреждениях независимо от социальных, экономических, этнических, расовых или иных факторов. Национальная поддержка должна быть обеспечена для реализации всего комплекса рекомендаций, а не только его отдельных компонентов.
- Для определения политической повестки дня, обеспечения широкого закрепления и обеспечения прогресса в разработке политики и принятии решений представители учебных заведений и профессиональных сообществ должны участвовать в этом процессе на всех этапах.

- С целью содействия переговорам и планированию необходимо собирать и распространять информацию об ожидаемом влиянии новой модели ухода в интранатальный период на потребителей, поставщиков услуг и затраты.
- В целях обеспечения доступа всем женщинам к качественным услугам по родовспоможению в контексте обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения, потребуется пересмотр стратегий привлечения государственного финансирования в здравоохранение. В странах с низким уровнем дохода доноры могли бы сыграть значительную роль в расширении масштабов внедрения.

Соображения на уровне учреждения или системы здравоохранения

- Необходимо долгосрочное планирование для создания ресурсов и распределения бюджета, решения проблемы нехватки квалифицированных акушерок, улучшения инфраструктуры учреждений и алгоритмов направления пациенток к специалистам, а также для улучшения и поддержания качества услуг родовспоможения.
- К процессу внедрения модели должны привлекаться учебные заведения и профессиональные организации для того, чтобы учебные планы предподготовки и повышения квалификации можно было максимально быстро и беспрепятственно обновлять.
- Необходимо разработать стандартизированные инструменты мониторинга процесса родов, включая использование пересмотренной партограммы, для того, чтобы все медицинские работники (i) знали и понимали ключевые понятия, относящиеся к определению «нормальных» и «ненормальных» родов и к их течению, и требуемый уровень помощи, а также (ii) применяли стандартизированные инструменты.
- Национальные перечни основных лекарственных средств необходимо обновить (например, включить в них лекарственные средства для обезболивания во время родов).
- Необходимо разработать или пересмотреть национальные руководства и протоколы медицинских учреждений на основе модели ухода в интранатальный период согласно рекомендациям ВОЗ. Для медицинских учреждений, в которых нет возможности выполнить операцию кесарева сечения, необходимо разработать руководство с учетом контекста или ситуации (например, с учетом времени в пути до учреждения более высокого уровня) для обеспечения своевременного и надлежащего направления и перевода пациенток на более высокий уровень оказания медицинской помощи при развитии осложнений в интранатальный период.
- Необходимо обеспечить качественный контроль, коммуникацию и транспортные связи между учреждениями первичной медицинской помощи и учреждениями более высокого уровня помощи для обеспечения эффективности алгоритмов направления пациенток.
- Потребуется разработать стратегии для повышения управляемости цепочек поставок в соответствии с местными требованиями, как то: разработка протоколов получения и поддержания запасов расходных материалов и предметов поставок.
- Следует рассмотреть возможность оказания помощи в интранатальный период в альтернативных учреждениях родовспоможения (например, в местных родильных отделениях под руководством акушерок), чтобы обеспечить выполнение модели ухода в интранатальный период согласно рекомендациям ВОЗ и сократить проведение ненужных вмешательств здоровым беременным женщинам, что достаточно распространено в учреждениях более высокого уровня помощи.
- Может потребоваться внедрение стратегии изменения поведения, ориентированной на персонал и на другие заинтересованные лица в учреждениях, где укоренились недоказанные практики оказания помощи в интранатальный период.
- Успешные стратегии внедрения должны быть задокументированы и представлены как примеры передовой практики.

Соображения на уровне потребителей услуг

- Необходимо проводить информационные мероприятия для повышения осведомленности на уровне местных сообществ по распространению следующей информации:
 - о родовспоможении на основе уважительного отношения (RMC) для реализации основных прав человека для беременных женщин и новорожденных;
 - о практике в медицинских учреждениях, которая приводит к улучшению опыта родов у женщин (например, родовспоможение на основе уважительного отношения (RMC), присутствие партнера во время родов, эффективное общение, выбор положения во время родов, выбор метода обезболивания);
 - а также о ненужных практиках во время родов, которые не рекомендуются здоровым беременным женщинам и которые больше не практикуются в медицинских учреждениях (например, широкое использование эпизиотомии, давление на дно матки, рутинное проведение амниотомии).

5. Направления дальнейших исследований

В процессе разработки руководства ГРР выявила важные пробелы в знаниях, которые необходимо устранить на основе первичных исследований. Если достоверность имеющихся доказательств была оценена как «низкая» или «очень низкая», группа рассматривала вопрос приоритетности дальнейших исследований исходя из того, какие исследования будут способствовать улучшению опыта родов у женщин, какие более вероятно будут способствовать социальной справедливости и будут реально выполнимыми. Приоритетные направления исследований, определенные ГРР для устранения пробелов, представлены ниже.

Оказание помощи во время родов и рождения ребенка

Родовспоможение на основе уважительного отношения к женщине (RMC)

- Как влияет политика RMC на значимые исходы для матери и младенцев и на отдаленные последствия для здоровья и благополучие?
- Какие компоненты или комплекс компонентов являются наиболее эффективными, и в каких контекстах?
- Какие показатели RMC являются лучшими с точки зрения валидности и чувствительности в клинических условиях?
- Каковы эффективные стратегии внедрения RMC в условиях стран с низким, средним и высоким уровнями дохода?
- Какие инновационные подходы необходимо будет доработать и протестировать для интеграции RMC в инициативы по улучшению качества?

Эффективное общение

- Как влияет обучение навыкам коммуникации на опыт женщин и медицинских работников во время родов в медицинских учреждениях?
- Какой уровень, тип и какие характеристики коммуникации эффективно снижают тревогу и позволяют женщинам контролировать процесс родов?
- Какой уровень, тип и какие характеристики коммуникации являются эффективными для полного информирования присутствующих во время родов компаньонов?

- Каково оптимальное число квалифицированных акушерок для обеспечения эффективной коммуникации с женщиной?

Присутствие во время родов

- Какие модели, используемые в системах здравоохранения, лучше всего обеспечивают возможность присутствия компаньона во время родов в разных учреждениях и культурах? Существуют ли другие модели организации присутствия во время родов (например, когда доула оказывает поддержку нескольким женщинам одновременно), которые могут быть эффективными?
- Какая модель обучения доулы или компаньона самая эффективная для улучшения исходов родов?
- Какие типы обустройства родильной палаты и другие условия необходимы в медицинских учреждениях, оказывающих услуги по родовспоможению, для оптимального размещения компаньонов во время родов, чтобы это не мешало персоналу родильного отделения?
- Каковы затраты на обучение и инфраструктуру, связанные с различными моделями организации присутствия компаньонов во время родов?

Первый период родов

Течение родов

- Какой инструмент мониторинга процесса родов — в бумажном виде или на цифровом устройстве — является наиболее подходящим для мониторинга родов и принятия решений, чтобы сократить ненужные вмешательства и улучшить исходы родов?
- Какова эффективность референтной линии (такой как «линия бдительности») как инструмента сортировки женщин для направления из учреждений первичного уровня в учреждения более высокого уровня для улучшения исходов родов?
- Каково влияние ускорения длительных родов на исходы для здоровья и на использование медицинских услуг?

Политика приема в родильное отделение

- Улучшает ли исходы родов отсроченное поступление по сравнению с прямой госпитализацией (при обращении) в родильное отделение беременных женщин на ранних этапах родов?

Клиническая пельвиометрия при поступлении

- Является ли рутинная клиническая пельвиометрия при поступлении на роды полезным инструментом сортировки женщин по степени риска плодово-тазовой диспропорции в отдаленных или сельских учреждениях, в которых не проводится операция кесарева сечения

Рутинная кардиотокография (КТГ) при поступлении

- Может ли рутинное проведение КТГ при поступлении на роды улучшить исходы родов у женщин, относящихся к группе низкого риска, в странах с низким и средним уровнями дохода или в условиях оказания дородовой помощи ненадлежащего качества?

Непрерывная КТГ во время родов

- Каково влияние выполнения непрерывной КТГ мобильными аппаратами на исходы родов у женщин без факторов риска?
- Является ли это вмешательство рентабельным, справедливым, приемлемым и реально выполнимым?
- Могут ли женщины, которые рожают в учреждениях, оказывающих качественные услуги по родовспоможению, получить пользу от усовершенствования технологии КТГ?

Метод периодической аускультации (ПА) во время родов

- Каково влияние периодической аускультации, проводимой совместно с КТГ (без и с регистрацией записи на бумажном носителе) по сравнению с влиянием проведения ПА совместно с доплерографией на исходы родов у здоровых женщин, рожаящих в странах с низким и средним уровнями дохода?
- Реально ли выполняема и рентабельна ли периодическая КТГ в странах с низким и средним уровнями дохода?
- Каковы сравнительные эффекты (польза и вред) различных протоколов выполнения периодической аускультации (длительность, интервал и сроки) с точки зрения исходов родов?

Опиоидная анальгезия

- Каковы ценности и опыт женщин в применении опиоидов для облегчения боли во время родов?
- Существует ли связь между обезболиванием родов опиоидами и последующей опиоидной зависимостью у потомства?

Второй период родов

Политика проведения эпизиотомии

- Улучшит ли исходы родов выборочное проведение эпизиотомии по четко определенным медицинским показаниям у беременных во втором периоде родов по сравнению с отсутствием эпизиотомии?

Давление на дно матки

- Какие стратегии эффективны в искоренении практики давления на дно матки?

6. Распространение

Это руководство будет доступно в Интернете для скачивания, а также в виде печатного издания. Онлайн-версии будут доступны на веб-сайтах Департамента репродуктивного здоровья и научных исследований (RHR) и Департамента охраны здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков (МСА) ВОЗ и в Библиотеке репродуктивного здоровья ВОЗ (RHL)¹. Печатные версии будут направлены в региональные офисы ВОЗ, министерства здравоохранения, сотрудничающие центры ВОЗ, неправительственные организации и профессиональные ассоциации по списку адресов для рассылки, составленному для распространения руководства Рекомендации ВОЗ по оказанию дородовой помощи для формирования положительного опыта беременности (35). Настоящее руководство будет сопровождаться независимой критической рецензией, составленной на основе Инструмента оценки качества клинических руководств (AGREE) (199). Технические встречи будут проводиться на базе Департаментов ВОЗ RHR и МСА, чтобы обсудить с группами, ответственными за реализацию программ и политики, рекомендации и производные продукты, которые будут включать практическое руководство по внедрению новой модели ухода в интранатальный период согласно рекомендациям ВОЗ.

Будут разработаны два комплекта резюме фактических данных: один комплект — для организаторов здравоохранения и руководителей программ, другой — для специалистов. Эти резюме, в которых будут изложены рекомендации и вопросы реализации с учетом местного контекста, будут разрабатываться и распространяться в сотрудничестве с Агентством США по международному развитию (USAID), Международной федерацией гинекологии и акушерства (FIGO) и Международной конфедерацией акушеров (МКА).

Резюме для руководителей и рекомендации из этой публикации будут переведены на шесть официальных языков ООН для распространения через региональные офисы ВОЗ и представительства, а также во время встреч, организованных или при участии сотрудников департаментов ВОЗ RHR и МСА.

Помимо онлайн версии и печатной версий этого руководства планируется интерактивная веб-версия, которая будет разработана профессиональной контент-коммуникационной и дизайнерской компанией, которая специализируется на инфографике. Это облегчит распространение и внедрение рекомендаций руководства, сделав их доступными в Интернете в удобном для пользователя формате, и предоставит платформу для создания перекрестных ссылок для обновления рекомендаций или добавления на постоянной основе, чтобы гарантировать, что рекомендации являются актуальными и комплексными. Кроме того, это позволило бы разработать целевые направления деятельности и продукты. Английская, французская, португальская и испанская (последняя в сотрудничестве между Региональным бюро ВОЗ для стран Америки и Панамериканской организацией здравоохранения [ПАНО]) веб-версии запланированы и заложены в бюджет.

Руководство также будет опубликовано на веб-сайте Департамента RHR в разделе ежемесячных пресс-релизов. На этом сайте сейчас зарегистрировано более 4 500 подписчиков, включая врачей, руководителей программ, политиков и потребителей услуг здравоохранения со всего мира. Кроме того, ряд статей, содержащих рекомендации и основные вопросы, связанные с их внедрением, будет опубликован в соответствии с политикой открытого доступа ВОЗ и защитой авторских прав. Соответствующие кластеры, департаменты и партнерства ВОЗ, такие как Партнерство по охране здоровья матерей, новорожденных и детей (PMNCH) также будут частью этого процесса распространения.

В целях расширения масштаба распространения рекомендаций ВОЗ по охране сексуального и репродуктивного здоровья и правам была разработана и недавно запущена Департаментом RHR функция поиска в базе данных руководств и рекомендаций ВОЗ². Рекомендации по оказанию помощи в интранатальный период будут доступны через эту функцию поиска.

¹ Библиотека репродуктивного здоровья (RHL) находится по адресу: <http://apps.who.int/rhl/en/>

² Доступ можно получить по адресу: <https://optimizemnh.org>

Группа по материнскому и перинатальному здоровью и предупреждению небезопасных абортов Департамента репродуктивного здоровья и научных исследований (RHR) в сотрудничестве с Департаментом охраны здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков (MCA) и другими партнерами, окажут поддержку национальным и субнациональным рабочим группам по адаптации и внедрению руководства. Этот процесс будет включать в себя разработку или пересмотр существующих национальных руководств или протоколов в соответствии с рекомендациями ВОЗ. Будет использоваться международная сеть GREAT Network (G – на основе руководств, R — приоритет

исследований, E — синтез доказательств, A — применение доказательств и T — передача знаний) с целью объединить все заинтересованные стороны для определения и оценки приоритетов, барьеров и факторов, способствующих внедрению рекомендаций, а также поддержать усилия заинтересованных сторон по разработке стратегий адаптации и реализации рекомендаций с учетом местных контекстов (200). Это включает оказание технической поддержки специалистам, внедряющим руководство на местах, в разработке учебных пособий, блок-схем и показателей качества, так же, как и участие во встречах заинтересованных сторон.

7. Вопросы применимости

7.1 Ожидаемое влияние руководства на организацию помощи в интранатальный период

Для эффективного применения рекомендаций данного руководства может потребоваться реорганизация процесса оказания помощи и перераспределение ресурсов здравоохранения. Потенциальные препятствия на пути реализации включают:

- нехватку персонала с необходимыми знаниями и навыками для внедрения, контроля и поддержания рекомендуемых практик;
- непонимание ценности новых рекомендуемых вмешательств медицинскими работниками и руководителями системы здравоохранения;
- сопротивление медицинских работников при переходе от устоявшейся, недоказательной практики к практике оказания помощи на основе фактических данных;
- отсутствие инфраструктуры для поддержки вмешательств (например, удобных комнат ожидания для женщин в начале родов, теплой воды для компрессов на промежность, туалета для присутствующих во время родов компаньонов);
- отсутствие пространства для некоторых немедикаментозных методов обезболивания (например, недостаточно места для размещения присутствующих во время родов компаньонов);
- отсутствие необходимого оборудования, расходных материалов и препаратов (например, ультразвукового доплеровского аппарата и фетального стетоскопа Пинарда);
- отсутствие эффективных механизмов направления в учреждения более высокого уровня помощи женщин, которые нуждаются в дополнительной помощи;

- а также отсутствие системы управления медицинской информацией, предназначенной для документирования и мониторинга выполнения рекомендуемых методов (например, карт пациентов, регистров).

Различные стратегии устранения вышеозначенных барьеров и содействия реализации представлены в перечне соображений касательно внедрения модели ухода в интранатальный период согласно рекомендациям ВОЗ, представленные в Разделе 4 и Приложении 4.

7.2 Мониторинг и оценка влияния применения руководства

Внедрение и влияние этих рекомендаций будут контролироваться на уровне медицинского учреждения, на региональном и страновом уровнях. В публикации ВОЗ *Стандарты повышения качества медицинской помощи, оказываемой матерям и новорожденным в медицинских учреждениях (201)* определяются перечни приоритетных исходных вложений, результатов и исходов, которые можно использовать для определения критериев качества и индикаторов помощи с увязкой с целями на местном уровне. В сотрудничестве с группами по мониторингу и оценке департаментов ВОЗ RHR и МСА данные о выполнении рекомендаций на страновом и региональном уровне будут собираться и оцениваться на предмет влияния выполнения рекомендаций на национальную политику отдельных государств-членов ВОЗ в краткосрочной и среднесрочной перспективе. Анализ прерванных временных рядов, клинические аудиты или аудиты на основе критериев могут использоваться для получения соответствующих данных о практике, содержащейся в данном руководстве.

8. Обновление руководства

Согласно процедурам обновления руководящих принципов ВОЗ по охране материнского и перинатального здоровья, будет организован процесс систематического и непрерывного поиска и устранения пробелов в доказательствах по мере внедрения рекомендаций. Исполнительная группа по разработке рекомендаций по охране материнского и перинатального здоровья будет созываться ежегодно для обзора текущего перечня рекомендаций ВОЗ по охране материнского и перинатального здоровья и присвоения приоритетов новым и существующим вопросам для разработки и обновления рекомендаций. Соответственно, рекомендации, включенные в данное руководство, будут регулярно пересматриваться и ранжироваться по приоритетам, как того требует Исполнительная группа. В случае, если новые доказательства (которые потенциально могут повлиять на имеющуюся доказательную базу по любой из рекомендаций) определены, рекомендация будет обновлена. Если никакой свежей информации по конкретной рекомендации не будет, то рекомендация

будет перепроверена. Руководящая группа ВОЗ продолжит следить за исследованиями в области ухода в интранатальный период, особенно по тем вопросам, по которым не было найдено фактических данных или по которым получены доказательства низкого уровня достоверности для того, чтобы новые рекомендации или изменение опубликованных ранее рекомендаций имели надежное обоснование. О любых опасениях по поводу валидности любой из рекомендаций будет незамедлительно сообщаться через веб-сайт руководства¹ и будет запланировано обновление такой рекомендации по мере необходимости. ВОЗ приветствует предложения относительно дополнительных вопросов для включения в будущие обновления этого руководства; предложения могут быть направлены в Департамент репродуктивного здоровья и научных исследований ВОЗ по электронной почте (Reproductionhealth@who.int).

¹ Доступно по ссылке www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/index.

9. Библиография¹

1. Положение детей в мире, 2016 год: Справедливые возможности для каждого ребенка. Резюме. (<https://www.unicef.org/uzbekistan/media/726/file/Положение%20детей%20в%20мире,%202016%20год%20Справедливые%20возможности%20для%20каждого%20ребенка.pdf>, ссылка проверена 25 августа 2021) [The state of the world's children 2016: a fair chance for every child. New York (NY): United Nations Children's Fund; 2016, <https://www.unicef.cn/en/reports/state-worlds-children-2016>].
2. Danilack VA, Nunes AP, Phipps MG. Unexpected complications of low-risk pregnancies in the United States. *Am J Obstet Gynecol*. 2015;212(6):809.e1-6.
3. Intrapartum care for healthy women and babies. NICE clinical guideline 190. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2014 (<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557>, accessed 25 August 2017).
4. Kassebaum NJ, Bertozzi-Villa A, Coggeshall MS, Shackelford KA, Steiner C, Heuton KR, et al. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2014;384(9947):980–1004.
5. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2014;2(6):e323–33.
6. Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C, Hogan D, et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet*. 2016;387(10018):587–603.
7. Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, Lawn JE, Salam RA, Paul VK, et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? *Lancet*. 2014;384(9940):347–70.
8. Bohren MA, Hunter EC, Munthe-Kaas HM, Souza JP, Vogel JP, Gülmezoglu AM. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Reprod Health*. 2014;11(1):71.
9. Coulm B, Le Ray C, Lelong N, Drewniak N, Zeitlin J, Blondel B. Obstetric interventions for low-risk pregnant women in France: do maternity unit characteristics make a difference? *Birth*. 2012;39(3):183–91.
10. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. European Perinatal Health Report. Euro-Peristat Project; 2013 (https://www.europeristat.com/images/doc/EPHR2010_w_disclaimer.pdf, accessed 25 August 2021).
11. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*. 2014;384(9948):1129–45.
12. Tunçalp Ö, Were WM, MacLennan C, Oladapo OT, Gülmezoglu AM, Bahl R, et al. Quality of care for pregnant women and newborns – the WHO vision. *BJOG*. 2015;122(8):1045–9.
13. Hofmeyr GJ. Evidence-based intrapartum care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2005;19(1):103–15.
14. Hanley GE, Munro S, Greyson D, Gross MM, Hundley V, Spiby H, et al. Diagnosing onset of labor: a systematic review of definitions in the research literature. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16:71.
15. Neal JL, Lowe NK, Patrick TE, Cabbage LA, Corwin EJ. What is the slowest-yet-normal cervical dilation rate among nulliparous women with spontaneous labor onset? *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2010;39(4):361–9.
16. Zhang J, Landy HJ, Branch DW, Burkman R, Haberman S, Gregory KD, et al. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstet Gynecol*. 2010;116(6):1281–7.
17. Zhang J, Troendle J, Mikolajczyk R, Sundaram R, Beaver J, Fraser W. The natural history of the normal first stage of labor. *Obstet Gynecol*. 2010;115(4):705–10.
18. Zhang J, Troendle JF, Yancey MK. Reassessing the labor curve in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;187(4):824–8.
19. Оказание помощи при осложненном течении беременности и родов. Руководство для врачей и акушеров. Редактор русского издания Могилевкина И.А. [Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors, second edition. Geneva: World Health Organization; 2017] (https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9241545879/ru/, ссылка проверена 25 августа 2021).
20. WHO handbook for guideline development. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/publications/guidelines/handbook_2nd_ed.pdf, accessed 10 October 2017).
21. The GRADE working group; 2017 (<https://www.gradeworkinggroup.org/>, accessed 25 August 2021).

¹ Цитируемые Кокрейновские обзоры, начинающиеся со значка «†» были обновлены или дополнены для целей данного руководства.

22. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(7):CD003766.
23. Downe S, Finlayson K, Oladapo OT, Bonet M, Gülmezoglu AM. What matters to women during childbirth: a systematic qualitative review. *PloS One*. 2018;13(4):e0194906.
24. DECIDE (2011–2015). In: DECIDE [website]. DECIDE; 2017 (<http://www.decide-collaboration.eu>, accessed 12 December 2017).
25. The GRADE-CERQual Project Group. In: GRADE-CERQual [website]; 2016 (<http://www.cerqual.org/>, accessed 26 January 2018)
26. Downe S, Finlayson K, Thomson G, Hall-Moran V, Feeley C, Oladapo OT. WHO recommendations for interventions during labour and birth: qualitative evidence synthesis of the views and experiences of service users and providers. 2018 (unpublished).
27. † Bohren MA, Munthe-Kaas H, Berger BO, Allanson EE, Tunçalp Ö. Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis (Protocol). *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(12):CD012449.
28. Shakibazadeh E, Namadian M, Bohren MA, Vogel JP, Rashidian A, Pileggi VN, et al. Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis. *BJOG*. 2017. doi:10.1111/1471-0528.15015.
29. Higgins JPT, Green S, editors. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*, version 5.1.0. The Cochrane Collaboration; 2011 (<http://handbook-5-1.cochrane.org/>, accessed 12 December 2017).
30. Walsh D, Downe S. Appraising the quality of qualitative research. *Midwifery*. 2006;22(2):108–19.
31. OneHealth Model: intervention treatment assumptions. Geneva and Glastonbury (CT): United Nations InterAgency Working Group on Costing and the Futures Institute; 2013 (<http://avenirhealth.org/Download/Spectrum/Manuals/Intervention%20Assumptions%202013%209%2028.pdf>, accessed 18 December 2017).
32. WHO compendium of innovative health technologies for low-resource settings. Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274893/9789241514699-eng.pdf?ua=1>, accessed 25 August 2021).
33. State of inequality: reproductive, maternal, newborn and child health. Geneva: World Health Organization; 2015 (https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/health-equity/state-of-inequality/state-of-inequality-reproductive-maternal-new-born-and-child-health.pdf?sfvrsn=f4034289_2, accessed 25 August 2021).
34. Рекомендации ВОЗ. Оптимизация роли работников здравоохранения в целях улучшения доступа к ключевым мероприятиям в области охраны здоровья матерей и новорожденных посредством перераспределения обязанностей. [WHO recommendations: optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting. Geneva: World Health Organization; 2012 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77764/9789244504840_rus.pdf?sequence=14&isAllowed=y, ссылка проверена 25 августа 2021).
35. Рекомендации ВОЗ по оказанию дородовой помощи для формирования положительного опыта беременности. [WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization; 2016] (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255150/9789244549919-rus.pdf?sequence=1>, ссылка проверена 25 августа 2021).
36. Роли работников здравоохранения в предоставлении медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности и контрацепции после аборта [Health worker roles in providing safe abortion care and post abortion contraception. Geneva: WHO; 2015] (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181041/9789244549261_rus.pdf?sequence=5, ссылка проверена 25 августа 2021).
37. EPOC resources for review authors. In: *Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (EPOC)* [website]. The Cochrane Collaboration; 2018 (<http://epoc.cochrane.org/epoc-specific-resources-review-authors>, accessed 22 January 2018).
38. Downe S, Lawrie TA, Finlayson K, Oladapo OT. Effectiveness of respectful care policies for women using routine intrapartum care services: a systematic review. *Reprod Health*. 2018; 15:23.
39. Техническое руководство по вопросам применения правозащитного подхода при осуществлении политики и программ, направленных на сокращение масштабов предотвратимой материнской смертности и заболеваемости. Совет по правам человека. [United Nations Human Rights Council. Technical guidance on the application of a human rights-based approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality. United Nations; 2012 (A/HRC/21/22)]; (<https://undocs.org/ru/A/HRC/21/22>, ссылка проверена 25 августа 2021).
40. Bohren MA, Vogel JP, Tunçalp Ö, Fawole B, Titiloye MA, Olutayo AO, et al. “By slapping their laps, the patient will know that you truly care for her”: a qualitative study on social norms and acceptability of the mistreatment of women during childbirth in Abuja, Nigeria. *SSM Popul Health*. 2016;2:640–55.
41. Balde MD, Diallo BA, Bangoura A, Sall O, Soumah AM, Vogel JP, et al. Perceptions and experiences of the mistreatment of women during childbirth

- in health facilities in Guinea: a qualitative study with women and service providers. *Reprod Health*. 2017;14:3.
42. Balde MD, Bangoura A, Diallo BA, Sall O, Balde H, Niakate AS, et al. A qualitative study of women's and health providers' attitudes and acceptability of mistreatment during childbirth in health facilities in Guinea. *Reprod Health*. 2017;14(1):4.
 43. Chang YS, Coxon K, Portela AG, Furuta M, Bick D. Interventions to support effective communication between maternity care staff and women in labour: a mixed methods systematic review. *Midwifery*. 2017;59:4-16.
 44. Bashour H, Kanaan M, Kharouf M, Abdulsalam A, Tabbaa M, Cheika S. The effect of training doctors in communications skills on women's satisfaction with doctor-woman relationship during labour and delivery: a stepped wedge cluster randomized controlled trial in Damascus. *BMJ Open*. 2013;3(8):1-11.
 45. Crofts J, Barlett C, Ellis D, Winter C, Donald F, Hunt L, et al. Patient-actor perception of care: a comparison of obstetric emergency training using manikins and patient-actors. *Qual Saf Health Care*. 2008;17:20-4.
 46. WHO recommendations for augmentation of labour. Geneva: World Health Organization; 2014 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112825/9789241507363_eng.pdf?sequence=1, accessed 25 August 2021).
 47. WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/172427/1/9789241508742_report_eng.pdf, accessed 17 January 2018).
 48. Spiby H, Green JM, Darwin Z, Willmot H, Knox D, McLeish J, et al. Multisite implementation of trained volunteer doula support for disadvantaged childbearing women: a mixed-methods evaluation. *Health Services and Delivery Research*. 2015;3:8.
 49. Munoz EG, Collins M. Establishing a volunteer doula program within a nurse-midwifery education program: a winning situation for both clients and students. *J Midwifery Womens Health*. 2015;60:274-7.
 50. Campbell DA, Lake MF, Falk M, Backstrand JR. A randomized control trial of continuous support in labor by a lay doula. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006;35:456-64.
 51. Darwin Z, Green J, McLeish J, Willmot H, Spiby H. Evaluation of trained volunteer doula services for disadvantaged women in five areas in England: women's experiences. *Health Soc Care Community*. 2017;25(2):466-77.
 52. Abalos E, Oladapo OT, Chamillard M, Díaz V, Pasquale J, Bonet M, et al. Duration of spontaneous labour in "low-risk" women with "normal" perinatal outcomes: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2018;223:123-32.
 53. Oladapo OT, Diaz V, Bonet M, Abalos E, Thwin SS, Souza H, et al. Cervical dilatation patterns of "low-risk" women with spontaneous labour and normal perinatal outcomes: a systematic review. *BJOG*. 2017. doi:10.1111/1471-0528.14930.
 54. Dixon L, Skinner J, Foureur M. Women's perspectives of the stages and phases of labour. *Midwifery*. 2013;29:10-7.
 55. Eri T, Bondas T, Mechtilid M, Janssen P, Green J. A balancing act in an unknown territory: a meta-synthesis of mothers' first time experiences in early labour. *Midwifery*. 2015;31(3):e58-e67.
 56. Peisner DB, Rosen MG. Latent phase of labor in normal patients: a reassessment. *Obstet Gynecol*. 1985;66(5):644-8.
 57. Ijaiya MA, Aboyeji AP, Fakeye OO, Balogun OR, Nwachukwu DC, Abiodun MO. Pattern of cervical dilatation among parturients in Ilorin, Nigeria. *Ann Afr Med*. 2009;8(3):181-4.
 58. Juntunen K, Kirkinen P. Partogram of a grand multipara: different descent slope compared with an ordinary parturient. *J Perinat Med*. 1994;22(3):213-8.
 59. Velasco A, Franco A, Reyes F. Nomograma de la dilatación del cervix en el parto [Nomogram of the dilatation of the cervix in childbirth]. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 1985;36(5):323-7.
 60. Friedman E. Primigravid labor; a graphicostatistical analysis. *Obstet Gynecol*. 1955;6(6):567-89.
 61. Friedman E. Labor in multiparas; a graphicostatistical analysis. *Obstet Gynecol*. 1956;8(6):691-703.
 62. Oladapo OT, Souza JP, Fawole B, Mugerwa K, Perdoná G, Alves D, et al. Progression of the first stage of spontaneous labour: a prospective cohort study in two sub-Saharan African countries. *PloS Med*. 2018;15(1):e1002492.
 63. Albers LL, Schiff M, Gorwoda JG. The length of active labor in normal pregnancies. *Obstet Gynecol*. 1996;87(3):355-9.
 64. Albers LL. The duration of labor in healthy women. *J Perinatol*. 1999;19(2):114-9.
 65. Jones M, Larson E. Length of normal labor in women of Hispanic origin. *J Midwifery Womens Health*. 2003;48(1):2-9.
 66. Schiff E, Cohen SB, Dulitzky M, Novikov I, Friedman SA, Mashiach S, et al. Progression of labor in twin versus singleton gestations. *Am J Obstet Gynecol*. 1998;179(5):1181-5.
 67. Kilpatrick SJ, Laros RK, Jr. Characteristics of normal labor. *Obstet Gynecol*. 1989;74(1):85-7.
 68. Lee SW, Yang JH, Cho HJ, Hong DS, Kim MY, Ryu HM, et al. The effects of epidural analgesia on labor progress and perinatal outcomes. *Korean J Obstet Gynecol*. 2007;50(10):1330-5.
 69. Schorn MN, McAllister JL, Blanco JD. Water immersion and the effect on labor. *J Nurse Midwifery*. 1993;38(6):336-42.
 70. WHO-CHOICE unit cost estimates for service delivery - estimation file. World Health Organization; 2011 (<http://www.who.int/choice/>

- cost-effectiveness/inputs/health_service/en/, accessed 29 March 2017).
71. Lowe NK. A review of factors associated with dystocia and cesarean section in nulliparous women. *J Midwifery Womens Health*. 2007;52(3):216–28.
 72. Nystedt A, Högberg U, Lundman B. The negative birth experience of prolonged labour: a case-referent study. *J Clin Nurs*. 2005;14(5):579–86.
 73. Nystedt A, Högberg U, Lundman B. Some Swedish women's experiences of prolonged labour. *Midwifery*. 2006;22:56–65.
 74. Bonet M, Oladapo OT, Souza JP, Gülmezoglu AM. Diagnostic accuracy of the partograph alert line: a systematic review. 2018 (unpublished).
 75. Wei S, Wo BL, Qi H-P, Xu H, Luo Z-C, Roy C, et al. Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(8):CD006794.
 76. Bedwell C, Levin K, Pett C, Lavender DT. A realist review of the partograph: when and how does it work for labour monitoring? *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):31.
 77. Ollerhead E, Osrin D. Barriers to and incentives for achieving partograph use in obstetric practice in low- and middle-income countries: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:281.
 78. Dujardin B, De Schamphelaere I, Sene H, Ndiaye F. Value of the alert and action lines on the partogram. *Lancet*. 1992;339(8805):1336–8.
 79. World Health Organization (WHO), Maternal Health and Safe Motherhood Programme. The partograph: the application of the WHO partograph in the management of labour. Report of a WHO multicentre study 1990–1991. Geneva: WHO; 1994 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/58589/1/WHO_FHE_MSM_94.4.pdf, accessed 17 January 2018).
 80. Van Bogaert L. The partogram's result and neonatal outcome. *J Obstet Gynaecol*. 2006;26(4):321–4.
 81. López C AF. Estudio comparativo entre el partograma del clap y el partograma de la oms en embarazadas del hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca, Ecuador [Comparative study between the CLAP partogram and the WHO partogram in pregnant women of the Vicente Corral Moscoso hospital in Cuenca, Ecuador][thesis]. University of Cuenca; 2008.
 82. Orji E. Evaluating progress of labor in nulliparas and multiparas using the modified WHO partograph. *Int J Gynecol Obstet*. 2008;102(3):249–52.
 83. Rocha IM, de Oliveira SM, Schneck CA, Riesco ML, da Costa AS. The partogram as an instrument to analyze care during labor and delivery. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(4):880–8.
 84. Diarra I, Camara S, Maiga M. Evaluation de l'utilisation du partogramme à la maternité du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako [Assessment of the use of partogram at the district maternity hospital of commune V in Bamako area]. *Mali Med*. 2009;24(2):10–3.
 85. Sanyal U, Goswami S, Mukhopadhyay P. The role of partograph in the outcome of spontaneous labor. *NJOG*. 2014;17(1):52–7.
 86. Bolbol-Haghighi N, Ebrahimi N, Delvarian Zade M, Hasani MR. Evaluation of WHO's partogram alert line for prediction of the APGAR score at the first minute after birth. *J Shahrekord Univ Med Sci*. 2006;8(1):50–7.
 87. Rani U, Laxmi B. Effect of partographic monitoring on outcomes for women in spontaneous labour at term. *IAIM*. 2016;3(7):314–20.
 88. Souza J, Oladapo OT, Fawole B, Mugerwa K, Reis R, Barbosa-Junior F, et al. Cervical dilatation over time is a poor predictor of severe adverse birth outcomes: a diagnostic accuracy study. *BJOG*. 2018. doi: 10.1111/1471-0528.
 89. Fahy M, Doyle O, Denny K, McAuliffe FM, Robson M. Economics of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2013;92(5):508–16.
 90. Khan A, Zaman S. Costs of vaginal delivery and caesarean section at a tertiary level public hospital in Islamabad, Pakistan. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010;10:2.
 91. Armstrong N, Kenyon S. When choice becomes limited: women's experiences of delay in labour. *Health (London)*. 2017;21(2):223–38.
 92. Kobayashi S, Hanada N, Matsuzaki M, Takehara K, Ota E, Sasaki H, et al. Assessment and support during early labour for improving birth outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(4):CD011516.
 93. McNiven PS, Williams JI, Hodnett E, Kaufman K, Hannah ME. An early labor assessment program: a randomized, controlled trial. *Birth*. 1998;25(1):5–10.
 94. Hofmeyr GJ, Mancotywa T, Silwana-Kwadjo N, Mgudlwa B, Lawrie TA, Gülmezoglu AM. Audit of a new model of birth care for women with low risk pregnancies in South Africa: the primary care onsite midwife-led birth unit (OMBU). *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:417.
 95. Neal JL, Lamp JM, Buck JS, Lowe NK, Gillespie SL, Ryan SL. Outcomes of nulliparous women with spontaneous labor onset admitted to hospitals in preactive versus active labor. *J Midwifery Womens Health*. 2014;59(1):28–34.
 96. Bailit JL, Dierker L, Blanchard MH, Mercer BM. Outcomes of women presenting in active versus latent phase of spontaneous labor. *Obstet Gynecol*. 2005;105(1):77–9.
 97. Mikolajczyk RT, Zhang J, Grewal J, Chan LC, Petersen A, Gross MM. Early versus late admission to labor affects labor progression and risk of cesarean section in nulliparous women. *Front Med*. 2016;3:26.
 98. Chuma C, Kihunrwa A, Matovelo D, Mahendeka M. Labour management and obstetric outcomes among pregnant women admitted in latent phase compared to active phase of labour at Bugando Medical Centre in Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:68.

99. Holmes P, Oppenheimer LW, Wen SW. The relationship between cervical dilatation at initial presentation in labour and subsequent intervention. *BJOG*. 2001;108(11):1120-4.
100. Tilden EL, Lee VR, Allen AJ, Griffin EE, Caughey AB. Cost-effectiveness analysis of latent versus active labor hospital admission for medically low-risk, term women. *Birth*. 2015;42(3):219-26.
101. Mekonnen MG, Yalew KN, Umer JY, Melese M. Determinants of delivery practices among Afar pastoralists of Ethiopia. *Pan Afr Med J*. 2012;13(suppl 1):17.
102. Dhakal S, van Teijlingen E, Raja EA, Dhakal KB. Skilled care at birth among rural women in Nepal: practice and challenges. *J Health, Popul Nutr*. 2011;29(4):371-8.
103. Kumbani L, Bjune G, Chirwa E, Malata A, Odland JO. Why some women fail to give birth at health facilities: a qualitative study of women's perceptions of perinatal care from rural southern Malawi. *Reprod Health*. 2013;10:9.
104. Atuoye KN, Dixon J, Rishworth A, Galaa SZ, Boamah SA, Luginaah I. Can she make it? Transportation barriers to accessing maternal and child health care services in rural Ghana. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:333.
105. Kowalewski M, Mujinja P, Jahn A. Can mothers afford maternal health care costs? User costs of maternity services in rural Tanzania. *Afr J Reprod Health*. 2002;6(1):65-73.
106. Choulagai B, Onta S, Subedi N, Mehata S, Bhandari GP, Poudyal A, et al. Barriers to using skilled birth attendants' services in mid- and far-western Nepal: a cross-sectional study. *BMC Int Health Hum Rights*. 2013;13:49.
107. Chandhiok N, Shrotri A, Joglekar N, Chaudhury N, Chaudhury P, Singh S. Feasibility of using partograph by practitioners of Indian system of medicine (AYUSH): an exploratory observation. *Midwifery*. 2015;31:702-7.
108. Pattinson R, Cuthbert A, Vanneval V. Pelvimetry for fetal cephalic presentations at term. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(3):CD000161.
109. Rozenholc AT, Ako SN, Leke RJ, Boulvain M. The diagnostic accuracy of external pelvimetry and maternal height to predict dystocia in nulliparous women: a study in Cameroon. *BJOG*. 2007;114:630-5.
110. Liselele HB, Boulvain M, Tshibangu KC, Meuris S. Maternal height and external pelvimetry to predict cephalopelvic disproportion in nulliparous African women: a cohort study. *BJOG*. 2000;107:947-52.
111. Devane D, Lalor JG, Daly S, McGuire W, Cuthbert A, Smith V. Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(1):CD005122.
112. Supply catalogue [website]. United Nations Children's Fund (UNICEF); 2017 (<https://supply.unicef.org/>, accessed 10 October 2017).
113. Lewis D, Downe S, FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Intermittent auscultation. *Int J Gynecol Obstet*. 2015;131(1):9-12.
114. Рекомендации ВОЗ по лечению материнских околородовых инфекций [WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peri-partum infections. Geneva: World Health Organization; 2015] (Резюме на русском языке: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/peripartum-infections-guidelines-summary/ru/, ссылка проверена 25 августа 2021. Полный текст документа на английском языке: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363_eng.pdf, accessed 17 January 2018).
115. Alfievic Z, Devane D, Gyte GM, Cuthbert A. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(2):CD006066.
116. Herbst A, Ingemarsson I. Intermittent versus continuous electronic monitoring in labour: a randomised study. *BJOG*. 1994;101(8):663-8.
117. Vijgen SM, Westerhuis ME, Opmeer C, Visser GH, Moons KG, Porath MM, et al. Cost-effectiveness of cardiotocography plus ST analysis of the fetal electrocardiogram compared with cardiotocography only. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2011;90:772-8.
118. Chaturvedi S, De Costa A, Raven J. Does the Janani Suraksha Yojana cash transfer programme to promote facility births in India ensure skilled birth attendance? A qualitative study of intrapartum care in Madhya Pradesh. *Glob Health Action*. 2015;8:27427.
119. Maimbolwa MC, Ransjo-Arvidson AB, Ng'andu N, Sikazwe N, Diwan VK. Routine care of women experiencing normal deliveries in Zambian maternity wards: a pilot study. *Midwifery*. 1997;13(3):125-31.
120. Delvaux T, Ake-Tano O, Gohou-Kouassi V, Bosso P, Collin S, Ronsmans C. Quality of normal delivery care in Côte d'Ivoire. *Afr J Reprod Health*. 2007;11(1):22-32.
121. Walker DS, Shunkwiler S, Supanich J, Willamsen J, Yensch A. Labour and delivery nurses attitudes towards intermittent fetal monitoring. *J Midwifery Womens Health*. 2001;46(6):374-80.
122. Martis R, Emilia O, Nurdianti DS, Brown J. Intermittent auscultation (IA) of fetal heart rate in labour for fetal well-being. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(2):CD008680.
123. Mugenyi GR, Atukunda EC, Ngonzi J, Boatina A, Wylie BJ, Haberer JE. Functionality and acceptability of a wireless fetal heart rate monitoring device in term pregnant women in rural southwestern Uganda. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17:178.

124. Best practice in the management of epidural analgesia in the hospital setting. London: Faculty of Pain Medicine of the Royal College of Anaesthetists; 2010 (<https://www.fpm.ac.uk/sites/fpm/files/documents/2019-07/Best%20practice%20management%20of%20epidural%20analgesia.pdf>, accessed 25 August 2021).
125. † Anim-Somuah M, Smyth RM, Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(12):CD000331.
126. Thomson G, Feeley C, Hall Moran V, Downe S, Oladapo OT. Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for childbirth: a review and qualitative comparative analysis. 2018 (unpublished).
127. Huang C, Macario A. Economic considerations related to providing adequate pain relief for women in labour: comparison of epidural and intravenous analgesia. *Pharmacoconomics.* 2002;20(5):305-18.
128. Bernitz S, Aas E, Øian P. Economic evaluation of birth care in low-risk women. A comparison between a midwife-led birth unit and a standard obstetric unit within the same hospital in Norway. A randomised controlled trial. *Midwifery.* 2012;28(5):591-9.
129. Tracy SK, Tracy MB. Costing the cascade: estimating the cost of increased obstetric intervention in childbirth using population data. *BJOG.* 2003;110(8):717-24.
130. Bonouvrie K, van den Bosch A, Roumen FJ, van Kuijk SM, Nijhuis JG, Evers SM, et al. Epidural analgesia during labour, routinely or on request: a cost-effectiveness analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2016;207:23-31.
131. Dillaway H, Brubaker SJ. Intersectionality and childbirth: how women from different social locations discuss epidural use. *Race Gender Class.* 2006;13(3-4):16-41.
132. Sanders R. Functional discomfort and a shift in midwifery paradigm. *Women Birth.* 2015;28:e87-e91.
133. † Ullman R, Smith LA, Burns E, Mori R, Dowswell T. Parenteral opioids for maternal pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(9):CD007396.
134. Lamvu G, Feranec J, Blanton E. Perioperative pain management: an update for obstetrician-gynecologists. *Am J Obstet Gynecol.* 2017. pii: S0002-9378(17)30790-1.
135. Dyer O. Ontario plans to stop funding high dose opioids. *BMJ.* 2016;354:i4300.
136. Linge-Dahl L, Vranken M, Juenger S, North K, Scholten W, Payne S, et al. Identification of challenges to the availability and accessibility of opioids in twelve European countries: conclusions from two ATOME six-country workshops. *J Palliat Med.* 2015;18(12):1033-9.
137. De Lima L, Pastrana T, Radbruch L, Wenk R. Cross-sectional pilot study to monitor the availability, dispensed prices, and affordability of opioids around the globe. *J Pain Symptom Manage.* 2014;48(4):649-59e1.
138. Lally JE, Murtagh MJ, Macphail S, Thomson R. More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BMC Med.* 2008;6:7.
139. Gibson E. Women's expectations and experiences with labour pain in medical and midwifery models of birth in the United States. *Women Birth.* 2014;27(3):185-9.
140. † Smith CA, Levett KM, Collins CT, Crowther CA. Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(12):CD009514.
141. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Dahlen HG, Ee CC, Suganuma M. Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;(3):CD009290.
142. Herman P, Poindexter B, Witt C, Eisenberg D. Are complementary therapies and integrative care cost-effective? A systematic review of economic evaluations. *BMJ Open.* 2012;2:e001046.
143. Paterson CM, Saunders NS, Wadsworth J. The characteristics of the second stage of labour in 25,069 singleton deliveries in the North West Thames Health Region, 1988. *Br J Obstet Gynaecol.* 1992;99(5):377-80.
144. Abdel Aleem H. Nomograms of cervical dilatation and characteristics of normal labor in Upper Egypt. *Assiut Med J.* 1991;15(4):19-30.
145. Chen HF, Chu KK. Double-lined nomogram of cervical dilatation in Chinese primigravidas. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1986;65(6):573-5.
146. Diegmann EK, Andrews CM, Niemczura CA. The length of the second stage of labor in uncomplicated, nulliparous African American and Puerto Rican women. *J Midwifery Womens Health.* 2000;45(1):67-71.
147. Dior U, Kogan L, Ezra Y, Calderon-Margalit R. Population based labor curves. *Am J Obstet Gynecol.* 2013;208(1):S150.
148. Duignan NM, Studd JW, Hughes AO. Characteristics of normal labour in different racial groups. *Br J Obstet Gynaecol.* 1975;82(8):593-601.
149. Shi Q, Tan XQ, Liu XR, Tian XB, Qi HB. Labour patterns in Chinese women in Chongqing. *BJOG.* 2016;123(suppl 3):57-63.
150. Studd J. Partograms and nomograms of cervical dilatation in management of primigravid labour. *Br Med J.* 1973;4(5890):451-5.
151. Studd J, Clegg DR, Sanders RR, Hughes AO. Identification of high risk labours by labour nomogram. *Br Med J.* 1975;2(5970):545-7.
152. Wüstemann M, Gremm B, Scharf A, Sohn C. Influence of the "walking epidural" on duration of labour in primi- and multiparae with vaginal delivery and comparison of vaginal operative delivery rates. *Gynakologische Praxis.* 2003;27(3):433-9.
153. Gibb DM, Cardozo LD, Studd JW, Magos AL, Cooper DJ. Outcome of spontaneous labour in multigravidae. *Br J Obstet Gynaecol.* 1982;89(9):708-11.

154. Gupta J, Sood A, Hofmeyr G, Vogel J. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(5):CD002006.
155. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(10):CD003934.
156. Elvander C, Ahlberg M, Thies-Lagergren L, Cnattingius S, Stephansson O. Birth position and obstetric anal sphincter injury: a population-based study of 113 000 spontaneous births. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015;15:252.
157. Zileni BD, Glover P, Jones M, Teoh KK, Zileni CW, Muller A. Malawi women's knowledge and use of labour and birthing positions: a cross-sectional descriptive survey. *Women Birth.* 2017;30(1):e1-e8.
158. Okonta P. Birthing positions: awareness and preferences of pregnant women in a developing country. *Internet J Gynecol Obstet.* 2012;16(1).
159. Kibuka M, Thornton JG. Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(2):CD008070.
160. Lemos A, Amorim MM, Dornelas de Andrade A, de Souza AI, Cabral Filho JE, Correia JB. Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(3):CD009124.
161. Bergstrom L, Seidel L, Skillman-Hull L, Roberts J. "I gotta push. Please let me push!" Social interactions during the change from first to second stage labor. *Birth.* 1997;24(3):173-80.
162. Fraser W, Marcoux S, Krauss I, Douglas J, Goulet C, Boulvain M, et al. Multicenter randomized, controlled trial of delayed pushing for nulliparous women in the second stage of labor with continuous epidural analgesia. *Am J Gynecol Obstet.* 2000;182(5):1165-72.
163. Aasheim V, Nilsen ABV, Reinart LM, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(6):CD006672.
164. Priddis H, Schmied V, Dahlen H. Women's experiences following severe perineal trauma: a qualitative study. *BMC Womens Health.* 2014;14(1):32.
165. Borghi J, Bastus S, Belizan M, Carroli G, Hutton G, Fox-Rushby J. Costs of publicly provided maternity services in Rosario, Argentina. *Salud Publica Mex.* 2003;45(1):27-34.
166. Labrecque M, Eason E, Marcoux S. Women's views on the practice of prenatal perineal massage. *Brit J Obstet Gynaecol.* 2001;108:499-504.
167. Stamp G, Kruzins GS. A survey of midwives who participated in a randomised trial of perineal massage in labour. *Austral J Midwifery.* 2001;14(1):15-21.
168. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(2):CD000081.
169. Amorim MM, Coutinho IC, Melo I, Katz L. Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: a randomized clinical trial. *Reprod Health.* 2017;14:55.
170. Borghi J, Fox-Rushby J, Bergel E, Abalos E, Hutton G, Carroli G. The cost-effectiveness of routine versus restrictive episiotomy in Argentina. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186(2):221-8.
171. Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(11):CD000947.
172. Ith P, Dawson A, Homer CS, Klinken Whelan A. Practices of skilled birth attendants during labour, birth and the immediate postpartum period in Cambodia. *Midwifery.* 2013;29(4):300-7.
173. Miller S, Abalos E, Chamillard M, Ciapponi A, Colaci D, Comande D, et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *Lancet.* 2016;388(10056):2176-92.
174. Chaves Sda C, Cecatti JG, Carroli G, Lumbiganon P, Hogue CJ, Mori R, et al. Obstetric transition in the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health: exploring pathways for maternal mortality reduction. *Rev Panam Salud Publica.* 2015;37(4-5):203-10.
175. Souza JP, Tunçalp Ö, Vogel JP, Bohren M, Widmer M, Oladapo OT, et al. Obstetric transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths. *BJOG.* 2014;121(suppl 1):1-4.
176. Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. Episiotomy rates around the world: an update. *Birth.* 2005;32(3):219-23.
177. Diniz SG, d'Oliveira AF, Lansky S. Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. *Reprod Health Matters.* 2012;20(40):94-101.
178. Okafor I, Ugwu EO, Obi SN. Disrespect and abuse during facility-based childbirth in a low-income country. *Int J Gynaecol Obstet.* 2015;128(2):110-3.
179. Bohren MA, Vogel JP, Tunçalp Ö, Fawole B, Titiloye MA, Olutayo AO, et al. Mistreatment of women during childbirth in Abuja, Nigeria: a qualitative study on perceptions and experiences of women and healthcare providers. *Reprod Health.* 2017;14:9.
180. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS Med.* 2015;12(6):e1001847.
181. Sando D, Ratcliffe H, McDonald K, Spiegelman D, Lyatuu G, Mwanika-Sando M, et al. The prevalence of disrespect and abuse during facility-based childbirth in urban Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016;16:236.
182. Gülmezoglu AM, Langer A, Piaggio G, Lumbiganon P, Villar J, Grimshaw J. Cluster randomised trial of an active, multifaceted educational intervention based on the WHO Reproductive Health Library to improve obstetric practices. *BJOG.* 2007;114(1):16-23.

183. Hofmeyr GJ, Singata M, Lawrie TA, Vogel JP, Landoulsi S, Seuc AH, et al. A multicentre randomized controlled trial of gentle assisted pushing in the upright posture (GAP) or upright posture alone compared with routine practice to reduce prolonged second stage of labour (the Gentle Assisted Pushing study): study protocol. *Reprod Health*. 2015;12:114.
184. Hofmeyr G, Vogel J, Cuthbert A. Fundal pressure during the second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(3):CD006067.
185. Habek D, Vuković Bobić M, Hrgović Z. Possible feto-maternal clinical risk of the Kristeller's expression. *Cent Eur J Med*. 2008;3(2):183–6.
186. Zanconato G, Cavaliere E, Cherubini G, Bortolami O, Mantovani E, Iacovella C, et al. Fundal pressure (Kristeller maneuver) during labor in current obstetric practice: assessment of prevalence and feto-maternal effects. *Minerva Ginecol*. 2014;66(2):239–41.
187. Iyengar SD, Iyengar K, Martines JC, Dashora K, Deora KK. Childbirth practices in rural Rajasthan, India: implications for neonatal health and survival. *J Perinatol*. 2008;28(suppl 2):S23–30.
188. De Leeuw JW, Vierhout ME, Struijk PC, Hop WC, Wallenburg HC. Anal sphincter damage after vaginal delivery: functional outcome and risk factors for fecal incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001;80(9):830–4.
189. Declercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S. Listening to mothers II: Report of the Second National U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences: conducted January–February 2006 for Childbirth Connection by Harris Interactive® in partnership with Lamaze International. *J Perinat Educ*. 2007;16(4):15–7.
190. Goldman N, Gleit DA. Evaluation of midwifery care: results from a survey in rural Guatemala. *Soc Sci Med*. 2003;56(4):685–700.
191. Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению послеродового кровотечения [WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva: World Health Organization; 2012] (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789244548509_rus.pdf?sequence=9, ссылка проверена 25 августа 2021).
192. Guideline: delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148793/1/9789241508209_eng.pdf, accessed 12 December 2017).
193. Guidelines on basic newborn resuscitation. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75157/1/9789241503693_eng.pdf, accessed 12 December 2017).
194. Recommendations for management of common childhood conditions: evidence for technical update of pocketbook recommendations: newborn conditions, dysentery, pneumonia, oxygen use and delivery, common causes of fever, severe acute malnutrition and supportive care. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44774/1/9789241502825_eng.pdf, accessed 12 December 2017).
195. WHO recommendations on newborn health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259269/1/WHO-MCA-17.07-eng.pdf>, accessed 17 January 2018).
196. Guidelines on optimal feeding of low birth-weight infants in low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 2011 (https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241548366.pdf, accessed 25 August 2021).
197. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn 2013. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf, accessed 12 December 2017).
198. Spector JM, Agrawal P, Kodkany B, Lipsitz S, Lashoher A, Dziekan G, et al. Improving quality of care for maternal and newborn health: prospective pilot study of the WHO Safe Childbirth Checklist program. *PLoS One*. 2012;7(5):e35151.
199. Brouwers M, Kho M, Browman G, Burgers J, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *CMAJ*. 2010;182(18):E839–42.
200. GREAT Network [website]. The Guideline-driven Research Priorities Evidence Synthesis Application of Evidence Transfer of Knowledge (GREAT) Network; 2016 (<http://greatnetworkglobal.org/>, accessed 19 October 2017).
201. Стандарты повышения качества медицинской помощи, оказываемой матерям и новорожденным в лечебных учреждениях [Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Geneva: World Health Organization; 2016] (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/273031>, ссылка проверена 25 августа 2021).

Приложение 1. Приоритетные вопросы и результаты применения руководства

Приоритетные вопросы руководства Р = популяция; I = вмешательство; С = сравнение; О = Результаты	Приоритетные исходы
Улучшает ли исход родов (О) у рожениц (Р) политика, направленная на внедрение практики оказания родовспоможения на основе уважительного отношения к женщине (I) по сравнению с рутинной практикой (С)?	Опыт родов у матери Метод родоразрешения Продолжительность родов Использование методов облегчения боли Травма промежности и влагалища Перинатальная гипоксия-ишемия
Улучшает ли исход родов (О) у рожениц (Р) применение персоналом навыков эффективной коммуникации (I) по сравнению с рутинной практикой оказания помощи (С)?	Опыт родов у матери Метод родоразрешения Продолжительность родов Использование методов облегчения боли Травма промежности и влагалища Перинатальная гипоксия-ишемия
Улучшает ли исход родов (О) у рожениц (Р) практика непрерывной помощи во время родов и присутствия компаньона (I) по сравнению с рутинной практикой оказания помощи (С)? Для улучшения исходов родов (О), является ли оказание непрерывной поддержки определенным человеком (например, доулой, членом семьи или сотрудником больницы), более эффективным и безопасным вмешательством, чем другие виды поддержки?	Метод родоразрешения Травма промежности и влагалища Продолжительность родов Стимуляция родовой деятельности Использование обезболивания Опыт родов у матери Перинатальная гипоксия-ишемия Отдаленные неблагоприятные исходы для младенцев
Какие наиболее приемлемые определения первого (латентная и активная фазы) и второго периода самопроизвольных родов, ассоциируются с благоприятными исходами родов?	Продолжительность латентной фазы Продолжительность активной фазы Продолжительность первого периода Определение начала латентной фазы Определение начала активной фазы Продолжительность второго периода
Следует ли использовать пороговые значения скорости раскрытия шейки матки 1 см/час (как показывает линия бдительности на партограмме) для выявления женщин с риском неблагоприятных исходов родов среди здоровых беременных женщин с начавшимися самопроизвольными родами?	Истинно положительный (TP) Истинно отрицательный (TN) Ложноположительный (FP) Ложноотрицательный (FN) Чувствительность Специфичность
Какие характеристики раскрытия шейки матки ассоциируются с благоприятными исходами родов у беременных без факторов риска в начале самопроизвольных родов?	Время раскрытия шейки матки на 1 см для перехода от одного порогового значения к другому Скорость перехода от одного порогового значения раскрытия шейки матки к следующему

Приоритетные вопросы руководства Р = популяция; I = вмешательство; С = сравнение; О = Результаты	Приоритетные исходы
Улучшает ли исходы родов (О) отложенная до начала активной фазы (I) госпитализация в родильное отделение у здоровых беременных женщин с начавшимися самопроизвольными родами в срок (Р) по сравнению с практикой прямого поступления на роды (С)?	Метод родоразрешения Продолжительность родов Стимуляция родовой деятельности Использование обезболивания Материнская заболеваемость Опыт родов у матери Перинатальная гипоксия-ишемия Перинатальная и неонатальная смерть Рождение до прибытия в стационар
Улучшает ли исходы родов (О) проведение рутинной клинической пельвиометрии при поступлении (I) у здоровых рожениц (Р) по сравнению с отсутствием вмешательства (С)?	Метод родоразрешения Материнская заболеваемость Травма промежности и влагалища Опыт родов у матери Родовая травма Перинатальная гипоксия-ишемия Перинатальная и неонатальная смерть
Улучшает ли исходы родов (О) рутинное выполнение кардиотокографии для оценки состояния плода при поступлении на роды (I) у здоровых беременных женщин с самопроизвольными родами (Р) по сравнению с периодической аускультацией (С)?	Метод родоразрешения Опыт родов у матери Дистресс плода Перинатальная гипоксия-ишемия Перинатальная и неонатальная смерть Отдаленные неблагоприятные исходы для младенцев
Улучшает ли исходы родов (О) проведение непрерывной кардиотокографии во время родов для оценки состояния плода (I) у здоровых рожениц (Р) по сравнению с периодической аускультацией (С)?	Метод родоразрешения Использование обезболивания Опыт родов у матери Дистресс плода Перинатальная гипоксия-ишемия Перинатальная и неонатальная смерть Отдаленные неблагоприятные исходы для младенцев
Являются ли определенные методы проведения периодической аускультации с целью мониторинга частоты сердечных сокращений плода (I) более эффективными и безопасными в отношении улучшения исходов родов (О) у здоровых беременных женщин (Р) по сравнению с другими методами периодической аускультации плода (С)?	Метод родоразрешения Опыт родов у матери Дистресс плода Перинатальная гипоксия-ишемия Перинатальная и неонатальная смерть Отдаленные неблагоприятные исходы для младенцев
Следует ли предлагать эпидуральную анестезию (I) здоровым беременным женщинам, которые просят провести обезболивание во время родов (Р), для облегчения боли и улучшения исходов родов (О) в сравнении с отсутствием обезболивания или применением других форм обезболивания (С)?	Метод родоразрешения Обезболивание Опыт родов у матери Стимуляция родовой деятельности Продолжительность родов Нежелательные эффекты Перинатальная гипоксия-ишемия Отдаленные неблагоприятные исходы для младенцев

Приоритетные вопросы руководства Р = популяция; I = вмешательство; С = сравнение; О = Результаты	Приоритетные исходы
Следует ли применять техники релаксации во время родов (I) для облегчения боли и улучшения исходов родов (О) у здоровых беременных женщин, которые просят обезболивание во время родов (Р), в сравнении с отсутствием обезболивания или применением других форм обезболивания (С)?	Метод родоразрешения Обезболивание Опыт родов у матери Стимуляция родовой деятельности Продолжительность родов Нежелательные эффекты Перинатальная гипоксия-ишемия Отдаленные неблагоприятные исходы для младенцев
Следует ли применять опиоидные препараты парентерально (I) для облегчения боли и улучшения исходов родов (О) у здоровых беременных, которые просят обезболивание во время родов (Р), в сравнении с отсутствием обезболивания или применением других форм обезболивания (С)? Если да, то какие опиоидные препараты для парентерального введения стоит предложить роженице?	Метод родоразрешения Обезболивание Опыт родов у матери Стимуляция родовой деятельности Продолжительность родов Нежелательные эффекты Перинатальная гипоксия-ишемия Отдаленные неблагоприятные исходы для младенцев
Следует ли делать массаж или использовать другие мануальные техники (I) для облегчения боли и улучшения исходов родов (О) у здоровых беременных, которые просят обезболивание во время родов (Р), в сравнении с отсутствием обезболивания или применением других форм обезболивания (С)?	Метод родоразрешения Обезболивание Опыт родов у матери Стимуляция родовой деятельности Продолжительность родов Нежелательные эффекты Перинатальная гипоксия-ишемия Отдаленные неблагоприятные исходы для младенцев
Может ли вертикальное положение во время родов (например, сидя, стоя или на корточках) (I) улучшить исходы родов (О) у женщин, которым во втором периоде родов не проводилась эпидуральная анестезия (Р), по сравнению с родами в положении лежа (С)?	Продолжительность родов Метод родоразрешения Обезболивание и интенсивность Травма промежности и влагалища Опыт родов у матери Дистресс плода Перинатальная гипоксия-ишемия Перинатальная и неонатальная смерть
Может ли вертикальное положение во время родов (например, сидя, стоя или на корточках) (I) улучшить исходы родов (О) у женщин, которым во втором периоде родов была проведена эпидуральная анестезия (Р), по сравнению с родами в положении лежа (С)?	Продолжительность родов Метод родоразрешения Обезболивание и интенсивность Травма промежности и влагалища Опыт родов у матери Дистресс плода Перинатальная гипоксия-ишемия Перинатальная и неонатальная смерть
Улучшает ли применение метода спонтанных потуг (I) исходы родов (О) у женщин во втором периоде родов (Р) по сравнению с применением метода направленных потуг (например, прием Вальсальвы или потуги с задержкой дыхания) (С)?	Продолжительность родов Способ родоразрешения Травма промежности и влагалища Отдаленные неблагоприятные исходы для матери Опыт родов у матери Дистресс плода Перинатальная гипоксия-ишемия Перинатальная и неонатальная смерть

Приоритетные вопросы руководства Р = популяция; I = вмешательство; С = сравнение; О = Результаты	Приоритетные исходы
Могут ли отсроченные потуги (I) после полного раскрытия шейки матки у женщин, которым проведена эпидуральная анестезия во втором периоде родов (Р), улучшить исходы родов (О) по сравнению с немедленными потугами (С)?	Продолжительность родов Метод родоразрешения Травма промежности и влагалища Отдаленные неблагоприятные исходы для матери Опыт родов у матери Дистресс плода Перинатальная гипоксия-ишемия Перинатальная и неонатальная смерть
Может ли выполнение любой техники защиты промежности (например, массаж, теплый компресс или ручное пособие по защите промежности) (I) с целью профилактики травм промежности у женщин во втором периоде родов (Р) улучшить исходы родов (О) по сравнению с рутинной практикой оказания помощи или оказанием помощи без защиты промежности (С)?	Травма промежности и влагалища Отдаленные неблагоприятные исходы для матери Опыт родов у матери Родовая травма Перинатальная гипоксия-ишемия
Может ли применение политики ограниченного или выборочного проведения эпизиотомии (I) улучшить исходы родов (О) у женщин во втором периоде родов (Р) по сравнению с политикой рутинного или широкого использования эпизиотомии (С)?	Продолжительность родов Материнская заболеваемость Отдаленные неблагоприятные исходы для матери Травма промежности и влагалища Использование обезболивания Опыт родов у матери Родовая травма Перинатальная гипоксия-ишемия
Может ли выполнение давления на дно матки (I) улучшить исходы родов (О) у женщин во втором периоде родов (Р) по сравнению с отсутствием вмешательства (С)?	Метод родоразрешения Продолжительность родов Материнская смертность Тяжелые материнские осложнения Травма промежности и влагалища Опыт родов у матери Родовая травма Перинатальная гипоксия-ишемия Перинатальная и неонатальная смерть

Приложение 2. Внешние эксперты и сотрудники ВОЗ, участвовавшие в подготовке данного руководства

Руководящая группа ВОЗ (Женева, Швейцария)

A. Metin Gülmezoglu

Координатор
Департамент репродуктивного здоровья и исследований

Ana Pilar Betrán

Медицинский советник
Департамент репродуктивного здоровья и исследований

Mercedes Bonet

Медицинский советник
Департамент репродуктивного здоровья и исследований

Maurice Bucagu

Медицинский советник
Департамент охраны здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков

Olufemi Oladapo

Медицинский советник
Департамент репродуктивного здоровья и исследований

Anayda Portela

Технический советник
Департамент охраны здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков

João Paulo Souza

Медицинский советник
Департамент репродуктивного здоровья и исследований

Joshua Vogel

Технический директор
Департамент репродуктивного здоровья и исследований

Группа по разработке руководства

Hany Abdel-Aleem

Профессор
Отделение акушерства и гинекологии Госпиталя женского здоровья
Университетский госпиталь в Ассуите
Ассуит
Египет

Fernando Althabe

Директор

Департамент исследований в области охраны здоровья матери и ребенка
Институт клинической эффективности и политики в здравоохранении (IECS)
Буэнос-Айрес
Аргентина

Melania Maria Ramos de Amorim

Старший научный сотрудник
Институт Instituto Paraibano de Pesquisa Professor Joaquim

Amorim Neto

Кампина-Гранде
Бразилия
а также
Профессор
Институт Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
Ресифи
Бразилия

Michael Boulvain

Профессор
Отделение акушерства и гинекологии
Университетская клиника Женевы
Женева
Швейцария

Aparajita Gogoi

Исполнительный директор
Центр ускорения изменений (ранее CEDPA)
Индия)
Нью-Дели
Индия

Tina Lavender

Профессор
Манчестерский Университет
Факультет сестринского дела, акушерства и социальной работы
Манчестер
Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии (Соединенное Королевство)

Группа внешнего рецензирования

Vanora Hundley

Профессор
Центр акушерства, материнства и перинатального здоровья

Борнмутский университет
Борнмут
Соединенное Королевство

Barbara Levy

Вице-президент по политике в области здравоохранения
Американский колледж акушерства и гинекологии
Вашингтон
США

Ashraf Nabhan

Профессор
Отделение акушерства и гинекологии
Университет Айн-Шамс
Гелиополис, Каир
Египет
Техническая рабочая группа

Edgardo Abalos

Заместитель директора
Centro Rosarino de Estudios Perinatales
Морено, Росарио
Аргентина

Техническая рабочая группа

Therese Dowswell

Научный сотрудник
Кокрейновская группа по беременности и родам
Департамент охраны здоровья матери и ребенка
Ливерпульский университет
Ливерпульский женский фонд доверия NHS
Ливерпуль
Соединенное Королевство

Kenneth Finlayson

Старший научный сотрудник
Исследования в области акушерства
Университета Центрального Ланкашира
Престон, Ланкашир
Соединенное Королевство

Frances Kellie

Главный редактор
Кокрейновская группа по беременности и родам
Департамент охраны здоровья матери и ребенка
Ливерпульский университет
Ливерпульский женский фонд доверия NHS
Ливерпуль
Соединенное Королевство

Внешние партнеры и наблюдатели на встречах

Diogo Ayres-de-Campos

Член комитета FIGO по безопасному материнству и здоровью новорожденных (2015–2018 гг.)
Международная федерация Гинекологии и Акушерства (FIGO)
Лондон
Соединенное Королевство

Petra ten Hoope-Bender

Технический советник по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья
Фонд ООН в области народонаселения (UNFPA)
Женева
Швейцария

Mechthild M. Gross

Руководитель отдела исследований и образования в области акушерства
Ганновская медицинская школа
Ганновер
Германия
а также
Представитель Международной конфедерации акушеров (ICM)
Гаага
Нидерланды

Mary Ellen Stanton

Старший советник по вопросам репродуктивного здоровья
Центр народонаселения, здоровья и питания
Агентство США по международному развитию
Вашингтон
США

Alison Wright

Вице-президент по вопросам членства в Великобритании и по всему миру
Королевский колледж акушеров и гинекологов
Лондон
Соединенное Королевство

Группа по разработке руководства

Pisake Lumbiganon

(Председатель, консультация в сентябре 2017 г.)
Декан, профессор, акушер-гинеколог
Руководитель Тайской Кокрейновской сети
Медицинский факультет Университета Хон Каена
Хон Каен
Таиланд

Silke Mader

Председатель правления
Европейского фонда помощи новорожденным
(EFCNI)
Мюнхен
Германия

Suellen Miller

Директор Программы безопасного материнства
Департамента акушерства, гинекологии и
репродуктологии
Центр глобального репродуктивного здоровья и
политики Биксби
Калифорнийский университет в Сан-Франциско
Сан-Франциско
Калифорния

Rintaro Mori

Директор
Департамент политики в здравоохранении
Национальный научно-исследовательский
институт детского здоровья и развития
Токио
Япония

James Neilson (председатель, консультация в мае 2017 г.)

Редактор-координатор
Кокрейновская группа по беременности и
родам
Профессор
Ливерпульский университет
Ливерпуль
Соединенное Королевство

Hiromi Obara

Советник по политике в области
здравоохранения
Японское агентство по международному
сотрудничеству
Вьентьян
Лаосская Народно-Демократическая
Республика

Oladapo Olayemi

Профессор, заведующий кафедрой
Кафедра акушерства и гинекологии
Медицинский колледж
Университет Ибадана
Ибадан
Нигерия

Robert Pattinson

Профессор, директор
Южноафриканский совет по медицинским
исследованиям
Университет Претории (SAMRC/UP)
Отделение стратегий охраны здоровья матери
и ребенка

Больница Калафонг
Претория, Гаутенг
Южная Африка

Harshad Sanghvi

Старший медицинский советник
Jhpiego, филиал Университета Джона Хопкинса
Балтимор, Мэриленд
США

Mandisa Singata-Madliki

Заместитель директора
Отдел исследований эффективной
медицинской помощи
Больничный комплекс Университет Форт-Хара
Ист-Лондона
Ист-Лондон
Южная Африка

Jorge E. Tolosa

Профессор, акушер-гинеколог
Координатор глобальной сети перинатального
и репродуктивного здоровья (GNPRH) (GNPRH)
(FUNDARED-MATERNA – Colombia, Колумбия)
Отделение фетальной медицины
Орегонский университет здоровья и науки
Портланд, штат Орегон
США
и Departamento de Ginecología y Obstetricia Centro
Nacer, Salud Sexual y Reproductiva Facultad de
Medicina, Universidad de Antioquia
Медельин
Колумбия

Hayfaa Wahabi

Профессор, декан кафедры доказательной
медицины и передачи знаний
Медицинский колледж Университета короля
Сауда
Эр-Рияд
Саудовская Аравия
Группа внешнего рецензирования

Blami Dao

Технический директор, Западная и Центральная
Африка
Jhpiego, филиал Университета Джона Хопкинса
Балтимор, Мэриленд
США

G. Justus Hofmeyr

Профессор
Отдел исследований эффективной
медицинской помощи
Университеты Витватерсранда и Форт-Хэйра
а также
Кафедра здравоохранения Восточной Капской
провинции

Ист-Лондон
Южная Африка

Caroline Homer

Профессор, директор
Центр акушерства, здоровья детей и семьи
Медицинский факультет
Сиднейский университет технологий
Сидней
Австралия
Техническая рабочая группа

Debra Bick

Профессор, акушерское дело на основе данных
доказательной медицины
Факультет сестринского дела и акушерства
Флоренс Найтингейл
Кафедра женского здоровья
Королевский колледж Лондона
Лондон
Соединенное Королевство

Meghan Bohren

Консультант
Департамент репродуктивного здоровья и
исследований
Всемирная организация здравоохранения
Женева
Швейцария

Monica Chamillard

Врач
Centro Rosarino de Estudios Perinatales
Морено, Росарио
Аргентина

Virginia Diaz

Врач
Centro Rosarino de Estudios Perinatales
Морено, Росарио
Аргентина

Soo Downe

Профессор
Исследования в области акушерства
Университет Центрального Ланкашира
Престон, Ланкашир
Соединенное Королевство

Theresa Lawrie

Консультант
ООО Консультативный центр доказательной
медицины
Бат
Соединенное Королевство

Julia Pasquale

Врач
Centro Rosarino de Estudios Perinatales
Морено, Росарио
Аргентина

Elham Shakibazadeh

Доцент
Кафедра санитарного просвещения
Факультет общественного здоровья
Тегеранский медицинский университет
Тегеран
Иран (Исламская Республика)

Gill Thomson

Доцент
Отдел по вопросам обучения и питания
беременных, кормящих и детей
Факультет общественного здоровья и
акушерства
Университет Центрального Ланкашира
Престон, Ланкашир
Соединенное Королевство
Представители Региональных бюро ВОЗ
Региональное бюро для стран Африки

Léopold Ouedraogo

Региональный советник
Исследования и разработка программ
Репродуктивное здоровье
Кластер по укреплению здоровья
Региональное бюро для стран Америки и
Панамериканская
организация здравоохранения (ПАНО)

Bremen De Mucio

Региональный советник
Сексуальное и репродуктивное здоровье
Латиноамериканский центр перинатологии
Региональное бюро для стран Восточного
Средиземноморья

Karima Gholbzouri

Медицинский советник
Охрана материнства и репродуктивное
здоровье
Европейское региональное бюро

Mavjuda Babamuradova

Медицинский советник
Сексуальное и репродуктивное здоровье
Неинфекционные заболевания и здоровье в
течение жизни
Региональное бюро для стран Западной части
Тихого океана

Mari Nagai

Технический директор
Репродуктивное здоровье, охрана здоровья
матерей, новорожденных, детей и подростков
Подразделение неинфекционных заболеваний и
здоровья в течение жизни

Приложение 3. Краткое изложение декларации интересов членов Группы по разработке руководства и Технической рабочей группы. Разрешение конфликтов интересов

Ф.И.О и вклад, внесенный в разработку руководства	Заявленные интересы	Решение конфликта (ов) интересов
Группа по разработке руководства		
Профессор Hany Abdel-Aleem Профессиональная компетенция: акушерство и гинекология, эксперт по контенту и конечный пользователь	Отсутствуют	Конфликты отсутствуют
Доктор Fernando Althabe Профессиональная компетенция: акушерство и гинекология, эксперт по контенту и конечный пользователь	Отсутствуют	Конфликты отсутствуют
Доктор Melania Maria Ramos de Amorim Профессиональная компетенция: акушерство и гинекология, эксперт по контенту и конечный пользователь	Отсутствуют	Конфликты отсутствуют
Профессор Michel Boulvain Профессиональная компетенция: акушерство и гинекология, эксперт по контенту и конечный пользователь.	Отсутствуют	Конфликты отсутствуют
Доктор Aparajita Gogoi Профессиональная компетенция: представитель женщин	Отсутствуют	Конфликты отсутствуют
Профессор Tina Lavender Профессиональная компетенция: медико-акушерское дело, эксперт по контенту и конечный пользователь	Отсутствуют	Конфликты отсутствуют
Профессор Pisake Lumbiganon Профессиональная компетенция: акушерство и гинекология, эксперт по контенту и конечный пользователь	Отсутствуют	Конфликты отсутствуют
Госпожа Silke Mader Профессиональная компетенция: представитель женщин	Отсутствуют	Конфликты отсутствуют
Профессор Suellen Miller Профессиональная компетенция: медико-акушерское дело, эксперт по контенту и конечный пользователь	Консультативные услуги для BlueFuzion, производителя непневматической противошоковой одежды марки LifeWrap. Гонорар — 2600 долларов США за проведение семинаров и обучения и оплата транспортных расходов	Заявленный конфликт интересов не считается достаточным для представления каких-либо рисков для разработки руководства или снижения его авторитетности

Ф.И.О и вклад, внесенный в разработку руководства	Заявленные интересы	Решение конфликта (ов) интересов
Доктор Rintaro Mori Профессиональная компетенция: неонатология, эксперт по контенту и конечный пользователь	Отсутствуют	Конфликты отсутствуют
Профессор James Neilson Профессиональная компетенция: акушерство и гинекология, эксперт по контенту и конечный пользователь	Отсутствуют	Конфликты отсутствуют
Доктор Hiromi Obara Профессиональная компетенция: здоровье матери и ребенка, эксперт по контенту и исполнитель	Отсутствуют	Конфликты отсутствуют
Профессор Oladapo Olayemi Профессиональная компетенция: акушерство и гинекология, эксперт по контенту и конечный пользователь	Отсутствуют	Конфликты отсутствуют
Профессор Robert Pattinson Профессиональная компетенция: акушерство и гинекология, эксперт по контенту и конечный пользователь	Отсутствуют	Конфликты отсутствуют
Доктор Harshad Sanghvi Профессиональная компетенция: охрана здоровья матери и ребенка, эксперт по контенту и практический исполнитель	Отсутствуют	Конфликты отсутствуют
Доктор Mandisa Singata-Madliki Профессиональная компетенция: медико-акушерское дело, эксперт по контенту и конечный пользователь	Отсутствуют	Конфликты отсутствуют
Доктор Jorge E. Tolosa Профессиональная компетенция: акушерство и гинекология, эксперт по контенту и конечный пользователь	Отсутствуют	Конфликты отсутствуют
Профессор Hayfaa Wahabi Профессиональная компетенция: акушерство и гинекология, эксперт по контенту и конечный пользователь	Отсутствуют	Конфликты отсутствуют
Техническая рабочая группа		
Доктор Edgardo Abalos Профессиональная компетенция: акушерство и гинекология, эксперт по контенту, систематический обзор и методология разработки рекомендаций	Не заявлено	Конфликты отсутствуют
Профессор Debra Bick Профессиональная компетенция: медико-акушерское дело на основе данных доказательной медицины, эксперт по контенту и систематический обзор	Отсутствуют	Конфликты отсутствуют

Ф.И.О и вклад, внесенный в разработку руководства	Заявленные интересы	Решение конфликта (ов) интересов
Доктор Meghan Bohren Профессиональная компетенция: систематический обзор и методология разработки рекомендаций	Отсутствуют	Конфликты отсутствуют
Доктор Monica Chamillard Профессиональная компетенция: систематический обзор и методология разработки рекомендаций	Отсутствуют	Конфликты отсутствуют
Доктор Virginia Diaz Профессиональная компетенция: акушерство и гинекология, эксперт по контенту, систематический обзор и методология разработки рекомендаций	Отсутствуют	Конфликты отсутствуют
Профессор Soo Downe Профессиональная компетенция: медико-акушерское дело, эксперт по контенту, систематический обзор и методология разработки рекомендаций	Исследовательский грант Национального института Медицинских исследований (NIHR) и Королевского колледжа акушеров Великобритании на проведение исследования влияния самогипноза на облегчение боли во время родов и обзор вмешательств при неотягченных родах (завершены в 2013 г. и 2014 г., соответственно) и грант Европейского Союза (ЕС) Европейскому сотрудничеству в области науки и технологии (COST) — Разработка исследований в интранатальный период через призму здоровья (BIRTH), 2014–2018 гг.	Заявленный конфликт интересов не считается достаточно значимым, чтобы повлиять на участие профессора Soo Downe в Технической рабочей группе и не подрывает доверия к систематическим обзорам, которые она курировала.
Госпожа Therese Dowswell Профессиональная компетенция: систематический обзор и методология разработки рекомендаций	Сотрудник Ливерпульского университета в должности научного сотрудника Кокрейновской группы по беременности и родам (PCG). Кокрейновская PCG получает финансирование в виде грантов на инфраструктуру и программы от NIHR (через Ливерпульский университет). NIHR не оказывает влияния на финансирование или выводы Кокрейновских обзоров	Заявленный конфликт интересов не считается достаточно значительным, чтобы повлиять на участие г-жи Therese Dowswell в Технической рабочей группе. Кокрейновская группа по беременности и родам является ключевым партнером в подготовке доказательной базы для руководств ВОЗ, относящихся к охране здоровья матери и ребенка.

Ф.И.О и вклад, внесенный в разработку руководства	Заявленные интересы	Решение конфликта (ов) интересов
Господин Kenneth Finlayson Профессиональная компетенция: медико-акушерское дело, эксперт по контенту, систематический обзор и методология разработки рекомендаций	Отсутствует	Конфликт отсутствует
Госпожа Frances Kellie Профессиональная компетенция: систематический обзор и методология разработки рекомендаций	Сотрудник университета Ливерпуля в должности ведущего редактора Кокрейновской PCG. Кокрейновская PCG получает финансирование в виде грантов на инфраструктуру и программы от NIHR (через Ливерпульский университет). NIHR не влияет на финансирование или выводы Кокрейновских обзоров.	Заявленный конфликт интересов не считается достаточно значительным, чтобы повлиять на участие г-жи Frances Kellie в Технической рабочей группе. Кокрейновская PCG является ключевым партнером в подготовке доказательной базы для руководств ВОЗ, относящихся к охране здоровья матери и ребенка.
Доктор Theresa Lawrie Профессиональная компетенция: акушерство и гинекология, эксперт по контенту, систематический обзор и методология разработки рекомендаций	Отсутствует	Конфликт отсутствует
Доктор Julia Pasquale Профессиональная компетенция: систематический обзор и методология разработки рекомендаций	Отсутствует	Конфликт отсутствует
Доктор Elham Shakibazadeh Профессиональная компетенция: санитарное просвещение и систематический обзор	Отсутствует	Конфликт отсутствует
Доктор Gill Thomson Профессиональная компетенция: здоровье в перинатальном периоде, эксперт по контенту, систематический обзор	Отсутствует	Конфликт отсутствует

Приложение 4. Специфика реализации отдельных рекомендаций^а

3.1. ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ В ПЕРИОД РОДОВ И РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА

3.1.1 Родовспоможение на основе уважительного отношения к женщине (RMC)

- Разноплановые вмешательства RMC, скорее всего, являются эффективными; лица, определяющие политику в здравоохранении, должны обеспечить участие всех заинтересованных сторон в программах RMC, включая руководство медицинских учреждений, учебные заведения, профессиональные сообщества, медицинских работников и местные сообщества; это обеспечит совместную ответственность.
- Поскольку причины и виды жестокого обращения и злоупотреблений в различных учреждениях не одинаковые, заинтересованные стороны должны обеспечить беспристрастное выявление этих факторов посредством общения с женщинами и женскими группами в каждом конкретном учреждении. Вмешательства на основе RMC должны адаптироваться для устранения выявленных факторов с целью оптимизации внедрения вмешательств и их воздействия.
- Практические исполнители должны обеспечить разработку и интеграцию актуальных стандартов в письменной форме и контрольных показателей для программ RMC, в которых четко определены цели, операционные планы и механизмы мониторинга.
- Протоколы программ RMC, адресная ответственность в случае ненадлежащего обращения или нарушений, а также процедуры получения информированного согласия должны постоянно пересматриваться и обновляться.
- Необходимо создать механизмы для обеспечения того, чтобы все женщины, и особенно из социально незащищенных групп населения, были осведомлены о (i) своем праве на получение услуг на основе RMC и (ii) о наличии механизма подачи и рассмотрения жалоб (например, аудит и механизм обратной связи, которые регистрируют жалобы женщин и обеспечивают предоставление ответа).
- Политика RMC должна быть адаптирована к условиям каждого отдельного учреждения, чтобы гарантировать, что в подгруппах женщин с повышенным риском жестокого обращения и с особыми потребностями (например, плохая осведомленность о своих правах, языковой барьер) более активно продвигались услуги на основе уважительного отношения к женщине, особенно там, где опыт получения услуг по родовспоможению был негативным.
- Практические исполнители должны понимать, что изменения в инфраструктуре системы (например, реорганизация работы персонала, увеличение рабочей нагрузки) могут негативно сказаться на процессе внедрения; поэтому любые изменения в инфраструктуре требуют тщательного мониторинга для обеспечения и оценки осуществимости и устойчивости во времени практики оказания помощи на основе уважительного отношения к женщине.

^а Это приложение касается только вопросов реализации новых рекомендаций. Вопросы реализации интегрированных рекомендаций представлены в исходных руководящих документах и доступны по ссылкам, указанным в соответствующих разделах «Примечаний».

	■ Практические исполнители должны понимать, что для успешного внедрения и обеспечения устойчивости применения практики RMC они должны взять на себя обязательства по предоставлению необходимых материальных и кадровых ресурсов, а также поддерживать благополучие и моральный дух персонала. Кроме того, важное значение имеет обеспечение видимого, устойчивого и основанного на коллективном участии процесса внедрения вмешательства при поддержке руководства учреждения и вовлечении персонала.^b ■ Практические исполнители должны знать общие принципы Технического руководства по вопросам применения правозащитного подхода при осуществлении политики и программ, направленных на сокращение масштабов предотвратимой материнской смертности и заболеваемости Совета ООН по правам человека.^c ■ Успешные программы RMC должны быть задокументированы в целях использования их опыта для разработки руководств и протоколов для повышения качества родовспоможения в различных учреждениях. ■ Лица, определяющие политику в здравоохранении, должны обеспечить соблюдение Совместного заявления ВОЗ и ООН 2017 г. о ликвидации дискриминации при оказании медицинской помощи.^d
3.1.2. Эффективная коммуникация	■ Включение тренингов по развитию навыков эффективной коммуникации в программу подготовки и повышения квалификации на рабочем месте может стать самым действенным способом внедрения вмешательств на основе эффективного общения. ■ Медицинские учреждения должны обеспечить разработку и интеграцию актуальных стандартов в письменной форме и контрольных показателей для развития у персонала навыков межличностного общения и консультирования. ■ Необходимо выявить и устранить потенциальные препятствия на пути реализации на индивидуальном уровне, уровнях медицинских учреждений и системы здравоохранения в целом. Некоторые барьеры (например, высокая нагрузка персонала) могут быть общими для разных учреждений, в то время как другие барьеры (например, сложившееся в определенной культуре отношение к женщинам из уязвимых групп населения) могут быть специфичными для конкретных условий. ■ Изменения в инфраструктуре системы (например, увеличение штата, реорганизация работы персонала, комплексные навыки, объем работ, содействие работе междисциплинарной команды, клиническое управление) могут способствовать внедрению вмешательств на основе эффективной коммуникации и сделать их более устойчивыми во времени.

^b Ratcliffe HL, Sando D, Mwanyika-Sando M, Chalamilla G, Langer A, McDonald KP. Applying a participatory approach to the promotion of a culture of respect during childbirth 2016; 13:80 [Применение подхода, основанного на совместном участии, к продвижению культуры уважительного отношения к женщине во время рождения ребенка].

^c Совет ООН по правам человека. Техническое руководство по вопросам применения правозащитного подхода при осуществлении политики и программ, направленных на сокращение масштабов предотвратимой материнской смертности и заболеваемости. Нью-Йорк (NY): Объединенные Нации; 2012 г.

^d Совместное заявление Организации Объединенных Наций о ликвидации дискриминации при оказании услуг здравоохранения. Совместное заявление ВОЗ и ООН. 27 июня 2017 г. (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/ending-discrimination-healthcare-settings_ru.pdf).

	■ Понятные материалы по санитарному просвещению в легкодоступном письменном или графическом формате должны быть выполнены на языках местных сообществ, которые находятся в зоне обслуживания медицинского учреждения. ■ Необходимо создать приемлемые с учетом культурологического контекста механизмы информирования всех женщин, в особенности представительниц уязвимых групп населения, об их праве (i) на эффективное общение и (ii) о наличии механизмов для подачи и рассмотрения жалоб касательно услуг родовспоможения.
3.1.3. Присутствие во время родов	■ Лица, определяющие политику в здравоохранении, должны решить вопрос организации предоставления услуги присутствия партнера во время родов, отвечающей потребностям женщины. Один из подходов к организации заключается в предоставлении женщине возможности самостоятельного выбора партнера во время родов, однако, если у женщины нет своего компаньона, то учреждение здравоохранения предлагает ей партнера, который будет поддерживать женщину в процессе родов и рождения ребенка. ■ Если женщины не знакомы с таким подходом или не знают о преимуществах присутствия компаньона во время родов, то организации добровольцев-компаньонов в местных сообществах, группы дородового обучения и консультирования, женские группы, проведение дней открытых дверей в больницах и другие просветительские мероприятия могут способствовать спросу на данную услугу и росту ее использования. ■ Лица, определяющие политику в здравоохранении, должны разработать учебные программы для присутствующих во время родов с учетом культурного контекста и продумать варианты регистрации компаньонов, их удержания и стимулирования. ■ До начала внедрения в практику, практическим исполнителям следует оценить возможность проведения тренинга для персонала, чтобы показать преимущества присутствия компаньона во время родов с тем, чтобы снизить возможное сопротивление изменениям среди медицинских работников, а также включению компаньонов в группу поддержки женщины. ■ Присутствующие во время родов должны иметь четко определенные роли и обязанности, чтобы сделать свое присутствие полезным как для женщины, так и для медицинских специалистов, а не «мешаться под ногами». ■ Для компаньонов необходимо обеспечить выполнение мер инфекционного контроля, такие как доступ к санитарным комнатам, гигиенические мероприятия и защитная одежда по мере необходимости. ■ Включение компаньона-непрофессионала (включая партнеров мужчин и мужей и женщин-родственников) в процесс дородового наблюдения, занятий для будущих родителей и т. д., может способствовать формированию знаний о процессе родов у компаньонов, познакомить со структурой медицинского учреждения, а также сформировать навыки оказания качественной поддержки роженице и развить уверенность в своих силах. Кроме того, это позволит объяснить женщине, каким образом компаньон сможет поддержать ее в процессе родов и рождения ребенка.

3.2 ПЕРВЫЙ ПЕРИОД РОДОВ	
3.2.1 Определение активной и латентной фаз первого периода родов	■ Рекомендации и протоколы для медицинских учреждений, не обладающих возможностями для выполнения операций кесарева сечения, должны разрабатываться с учетом контекста и ситуации. ■ Введение новых определений и понятий должно осуществляться через учебные заведения, которые готовят медицинские кадры, и через профессиональные организации, с тем, чтобы учебные программы по оказанию помощи в интранатальный период обновлялись максимально просто и быстро.
3.2.2 Продолжительность первого периода родов	■ В целях содействия внедрению нового подхода необходимо обновить или разработать инструменты мониторинга процесса родов.
3.2.3 Течение первого периода родов	■ Необходимо обновить и распространить практические руководства и протоколы помощи в родильном отделении.
3.2.4 Политика госпитализации в родильное отделение	■ Эта рекомендация требует наличия хорошо функционирующей системы здравоохранения с достаточным числом обученных специалистов. ■ Важно, чтобы медицинские работники четко объяснили беременной женщине причину откладывания госпитализации в родильное отделение при латентной фазе родов, поддержали, поощрили и дали совет как контролировать схватки, как распознать активную фазу родов, и, если женщина решит вернуться домой, объяснили, когда ей нужно снова приехать в стационар.
3.2.5 Клиническая пельвиометрия при поступлении на роды	■ В учреждениях, где клиническая пельвиометрия проводится всем здоровым беременным при поступлении на роды, медицинские работники должны знать, что нет достаточных доказательств в поддержку этой практики.
3.2.6 Рутинная оценка состояния плода при поступлении на роды	■ В учреждениях, где кардиотокография (КТГ) проводится при поступлении в плановом порядке всем роженицам без факторов риска неблагоприятных исходов беременности, необходимо довести до сведения персонала и других заинтересованных сторон, что такая практика не имеет под собой доказательной основы и увеличивает риск ненужных медицинских вмешательств. ■ Лица, определяющие политику в здравоохранении, а также все заинтересованные стороны должны решить, как подтверждать записи данных аускультации для использования в качестве защиты в случае потенциального судебного разбирательства, а не полагаться на запись КТГ при поступлении.
3.2.10 Непрерывная КТГ во время родов	■ Группе по разработке руководства известно, что в некоторых странах и учреждениях регистрация непрерывной КТГ используется в качестве защиты в случае судебных разбирательств. В этих учреждениях необходимо проинформировать персонал и пациенток, что практика проведения непрерывной КТГ во время родов не имеет под собой доказательной основы и не улучшает исходы. Качественная медицинская документация и записи с четкой фиксацией результатов периодической аускультации могут стать лучшей защитой в суде для персонала, чем записи непрерывной КТГ.

3.2.11 Периодическая аускультация частоты сердечных сокращений плода во время родов	■ Лица, определяющие политику в здравоохранении, должны решить, какой метод (методы) наиболее реально выполнимы в их условиях. ■ В условиях ограниченных ресурсов использование фетального стетоскопа Пинарда является наиболее целесообразным методом проведения периодической аускультации, поскольку его использование не связано с затратами на расходные материалы и обслуживание оборудования, а также не требует определенной инфраструктуры (например, источника электропитания). ■ Практический подход в условиях ограниченных ресурсов может заключаться в том, чтобы, во-первых, обеспечить широкую доступность стетоскопа Пинарда и сформировать навыки проведения периодической аускультации с помощью стетоскопа Пинарда у персонала. Затем, по мере появления ресурсов, можно начать использовать аппарат УЗИ с доплерографией, предварительно обучив персонал работе с ним в рамках профессионального обучения и повышения квалификации на рабочем месте. ■ В условиях, где широко распространены судебные разбирательства, лицам, определяющим политику в здравоохранении, и соответствующим заинтересованным сторонам необходимо рассмотреть вопросы законности и обоснованности применения записей неэлектронного мониторинга плода (и периодической аускультации в целом) в качестве защиты от потенциальных судебных исков.
3.2.12 Эпидуральная анестезия в качестве метода обезболивания	■ Лица, определяющие политику в здравоохранении, должны определить, какие методы обезболивания являются наиболее осуществимыми и приемлемыми в учреждениях. ■ В учреждениях, где проводится эпидуральная анестезия, должен быть специально обученный персонал (анестезиологи, акушеры), а также оборудование и системы на местах для мониторинга, выявления и лечения любых нежелательных эффектов, связанных с выполнением процедуры, во время и после родов, с тем, чтобы обеспечить безопасность оказания помощи матери и ребенку. Эпидуральную анестезию не следует применять в учреждениях, где постоянная доступность этих ресурсов не может быть обеспечена. ■ Должны быть внедрены системы, обеспечивающие соблюдение стандартизованных протоколов проведения эпидуральной анестезии, включая подходящие препараты, дозировку, методы, численность персонала и удовлетворение потребностей в других ресурсах. ■ Кислород, реанимационное оборудование и соответствующие препараты для реанимации должны быть наготове в родильных и послеродовых отделениях, где наблюдаются женщины, которым была проведена эпидуральная анестезия. ■ Медицинские работники и женщины должны понимать, что эпидуральная анестезия — это сложная процедура, которая может привести к серьезным осложнениям. Женщинам, рассматривающим данный метод обезболивания, необходимо разъяснить все преимущества и риски, связанные с проведением эпидуральной анестезии. ■ Все женщины, которым проводится эпидуральная анестезия, должны дать свое письменное информированное согласие на процедуру. ■ Необходимо разработать протоколы, учитывающие особенности учреждения, для оценки потребности женщин в обезболивании и необходимости предоставления медикаментозных и немедикаментозных способов обезболивания, чтобы руководствоваться ими в клинической практике, поддерживать женщин в принятии решения и обеспечивать безопасное и справедливое выполнение обезболивания.

	■ В рамках дородового обучения и консультирования медицинские работники должны проинформировать женщин о доступных в данном учреждении вариантах обезболивания во время родов и обсудить их преимущества и недостатки. Выбор метода обезболивания во время родов, если потребуется, женщина должна сделать при поступлении на роды. Кроме того, женщина вправе передумать и изменить свое решение, если почувствует в этом необходимость. ■ Медицинские учреждения, предлагающие медикаментозные методы обезболивания, в том числе эпидуральную анестезию, должны располагать обученным надлежащим образом персоналом, четкими протоколами и всем необходимым оборудованием для лечения осложнений, если таковые возникнут. ■ В учреждениях, предлагающих варианты медикаментозного обезболивания, должны быть механизмы обеспечения наличия необходимых лекарств на складе и их отпуска по требованию. ■ В медицинских учреждениях, предлагающих эпидуральную анестезию во время родов, должны проводиться регулярный аудит и иметься процедуры обратной связи для обеспечения выполнения клинических протоколов и мониторинга осложнений.
3.2.13 Опиоидная анальгезия в качестве метода обезболивания	■ Лицам, определяющим политику в здравоохранении, после консультаций с медицинскими специалистами и женщинами, пользующимися их услугами, необходимо определить, какие методы обезболивания наиболее подходят для их учреждения (вопросы выполнимости и приемлемости). ■ Опиоидная анальгезия не может использоваться в тех учреждениях, где женщины и новорожденные не могут находиться под надлежащим наблюдением из-за нехватки персонала или отсутствия навыков реанимации, оборудования и расходных материалов (кислород, соответствующие лекарственные препараты). ■ Необходимо разработать протоколы, учитывающие особенности учреждения, для оценки потребности женщин в обезболивании и необходимости предоставления медикаментозных и немедикаментозных способов обезболивания, чтобы руководствоваться ими в клинической практике, поддерживать женщин в принятии решения и обеспечивать безопасное и справедливое выполнение обезболивания. ■ Медицинские учреждения, предоставляющие опиоидную анальгезию, должны обеспечить постоянное присутствие в составе дежурной бригады квалифицированного специалиста, который умеет проводить реанимационные мероприятия. ■ Медицинские учреждения должны контролировать соблюдение клинических протоколов и проводить мониторинг осложнений, связанных с использованием опиоидных анальгетиков (особенно, угнетения дыхания у матери и новорожденного) для уменьшения частоты ятрогенных осложнений. ■ Медицинские работники должны сообщить женщинам о вариантах обезболивания во время родов, доступных в их учреждении, а также обсудить с ними преимущества и недостатки этих вариантов в рамках дородового обучения и консультирования.

	■ Медицинским учреждениям, предлагающим медикаментозные варианты обезболивания, в том числе опиоидную анальгезию, следует обеспечить наличие должным образом обученного персонала, четких протоколов и необходимого оборудования для лечения осложнений, если они возникнут. ■ В учреждениях, предлагающих варианты медикаментозного обезболивания, должны быть механизмы обеспечения наличия необходимых лекарств на складе и возможности их отпуска при необходимости. ■ Необходимо надежно хранить опиоидные препараты и вести журнал их отпуска, чтобы снизить риск злоупотреблений.
3.2.14 Методы релаксации для облегчения боли 3.2.15 Мануальные техники для облегчения боли	■ Медицинские работники должны сообщать женщинам о вариантах обезболивания во время родов, доступных в учреждении, а также обсудить преимущества и недостатки этих вариантов как можно раньше в процессе родов, а оптимально — в процессе дородового обучения и консультирования. ■ Учебные заведения могли бы обучать этим методам специалистов здравоохранения в процессе профессионального обучения и повышения квалификации на рабочем месте. Для приглашенных женщиной компаньонов базовое обучение этим методам можно проводить в дородовой период.
3.3 ВТОРОЙ ПЕРИОД РОДОВ	
3.3.1 Определение и продолжительность второго периода родов	■ То же, что и для пунктов 3.2.1–3.2.3.
3.3.2 Положение во время родов (для женщин, которым не проводилась эпидуральная анальгезия)	■ В учреждениях, где принято, чтобы женщины рожали в положении лежа, лица, определяющие политику, должны (i) обеспечить обучение персонала на рабочем месте техникам ведения родов в вертикальном положении и наличие (ii) приспособлений для альтернативного вертикального положения во время рождения ребенка, которые могут потребоваться. ■ Медицинские работники должны проинформировать женщин о возможных вариантах положений во время родов; это следует сделать во время антенатальных визитов в рамках дородового обучения и консультирования.
3.3.3 Положение во время родов (у женщин, которым не проводилась эпидуральная анальгезия)	■ То же, что и для пункта 3.3.2 (предыдущая строка).
3.3.4 Методика потуг	■ В учреждениях, где персонал привык использовать методику направленных потуг, необходимо обновить клинические протоколы, содержание курса обучения в рамках профессиональной подготовки и повышения квалификации на рабочем месте для внедрения методики спонтанных потуг.
3.3.5 Методика потуг (у женщин, которым проведена эпидуральная анестезия)	■ Необходимо обновить клинические протоколы, содержание курса обучения в рамках профессиональной подготовки и повышения квалификации для внедрения методики отсроченных потуг во втором периоде родов у женщин, которым проведена эпидуральная анестезия.

3.3.6 Методы профилактики травм промежности	■ Лица, определяющие политику в здравоохранении, должны сотрудничать с профессиональными организациями и обществами, а также образовательными учреждениями с целью включения методов профилактики травм промежности в курс профессиональной подготовки медицинских кадров. ■ Профессиональные организации и общества, а также медицинские учреждения должны обновить свои программы обучения и руководства по оказанию помощи женщинам во втором периоде родов, включая в них различные методы профилактики травм промежности: массаж промежности, теплые компрессы и ручное пособие по защите промежности. ■ Заинтересованные стороны должны решить, какие методы профилактики травм промежности наиболее целесообразны в условиях их учреждения. ■ Медицинские работники должны проинформировать женщину о различных методах профилактики травм промежности; это нужно делать во время антенатальных визитов в рамках консультирования и подготовки к родам. Предпочтения женщины в отношении методов профилактики травм промежности во втором периоде родов должны быть зафиксированы.
3.3.7 Политика проведения эпизиотомии	■ Чтобы обеспечить широкую поддержку и гарантировать, что медицинский персонал пройдет соответствующее обучение и получит соответствующую поддержку, лица, определяющие политику в здравоохранении, должны включить представителей образовательных и профессиональных организаций в процесс обсуждения и выработки соответствующих решений. ■ Руководства профессиональных обществ и протоколы медицинских учреждений должны пройти процедуру обновления, чтобы отразить рекомендацию не применять эпизиотомию массово и рутинно, что допустимым является только выборочное и ограниченное проведение эпизиотомии. ■ В учреждениях, где широкое применение эпизиотомии является рутинной практикой, а также в условиях низкой доли родов в стационаре, женщины и медицинские работники должны быть проинформированы о том, что использование эпизиотомии в настоящее время носит выборочный и ограниченный характер. ■ Все заинтересованные стороны должны знать, что на проведение эпизиотомии необходимо получить информированное согласие женщины. ■ В учреждениях родовспоможения должны быть четко прописаны и публично доступны показания к проведению эпизиотомии и протоколы ее выполнения. ■ Лица, определяющие политику в здравоохранении, руководители и ответственные лица государственных и частных медицинских учреждений должны гарантировать полное искоренение любых финансовых и прочих стимулов для выполнения эпизиотомии.
3.3.8 Давление на дно матки	■ Медицинский персонал должен знать, что такая практика не рекомендована и может привести к неблагоприятным исходам родов. Заинтересованные стороны могут рассмотреть возможность проведения исследований для определения способов сокращения нежелательных практик родовспоможения в своих учреждениях.

Для получения дополнительной информации
обращайтесь по адресу:

World Health Organization
Avenue Appia 20, CH-1211 Geneva 27, Switzerland

Департамент репродуктивного здоровья и научных исследований
Эл. почта: reproductivehealth@who.int
Веб-сайт: www.who.int/reproductivehealth

Департамент здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков
Эл. почта: mncah@who.int
Веб-сайт: www.who.int/maternal_child_adolescent

