**КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛЫ) ПО ОКАЗАНИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТРАВМЕ МУЖСКИХ МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ; ИНОРОДНОМ ТЕЛЕ В МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОМ КАНАЛЕ, МОЧЕВОМ ПУЗЫРЕ; ФИМОЗЕ И ПАРАФИМОЗЕ**

**Авторы:** сотрудники кафедры урологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова

Боровец С.Ю., Голощапов Е.Т., Горбачев А.Г., Белоусов В.Я., Борискин А.Г., Рыбалов М.А.

**УШИБ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**

**Определение**

Ушиб наружных половых органов - закрытая травма наружных половых органов с возможным повреждением органов мошонки, внутримошоночным кровоизлиянием и образованием гематомы.

|  |  |
| --- | --- |
| Код по МКБ-10 | Нозологическая форма |
| S30.2 | Ушиб наружных половых органов |

**Закрытые повреждения наружных половых органов, перелом полового члена**

Механизм травмы – повреждение в области лонного сочленения и мошонкипри спортивных состязаниях, боевых действиях, падении на твердый предмет и умышленных причинениях вреда здоровью (бытовой драке).

Описание – синюшная кожа мошонки и полового члена, разлитая гематома, границы которой распространяются на надлобковую область и промежность, увеличение мошонки и полового члена, возникшие в результате кровоизлияния, особенно выраженные при разрыве яичка.

**Перелом полового члена**

Перелом полового члена возникает в результате разрыва белочной оболочки кавернозных тел и в 10-22% случаев может сопровождаться развитием подкожной гематомы, повреждением уретры или губчатого тела. Перелом возможен в состоянии эрекции. В отсутствие эрекции тупая травма полового члена обычно не приводит к разрыву белочной оболочки. В таких случаях возникает лишь подкожная гематома.

|  |  |
| --- | --- |
| **Степени повреждения мошонки (протокол Европейской урологической ассоциации)** | |
| **Группа** | **Описание** |
| I | Сотрясение |
| II | Разрыв <25% диаметра мошонки |
| III | Разрыв >25% диаметра мошонки |
| IV | Авульсия (отрыв) кожи мошонки <50% |
| V | Авульсия (отрыв) кожи мошонки >50% |
| **Степени тяжести повреждений яичка (протокол Европейской урологической ассоциации)** | |
| **Группа** | **Описание** |
| I | Сотрясение или гематома |
| II | Субклинический разрыв белковой оболочки |
| III | Разрыв белочной оболочки с потерей паренхимы <50% |
| IV | Разрыв паренхимы с потерей паренхимы >50% |
| V | Полная деструкция яичка или авульсия (отрыв) |

**Оказание скорой медицинской помощи**

**на догоспитальном этапе при ушибе наружных половых органов**

**Клиническая картина**

Острая боль в мошонке, возникшая после удара, иногда сопровождающаяся потерей сознания и болевым шоком.

Перелом полового члена сопровождается внезапным звуком (хруст), болью и немедленным прекращением эрекции. В связи с нарастанием гематомы быстро развивается локальный отек.

**Диагностика**

Осмотр, пальпация с целью определения флюктуации в мошонке, являющейся признаком разрыва яичка.

В случае если гематома не сильно выражена разрыв белочной оболочки можно пропальпировать.

**Лечение (D,4)**

Обезболивающие средства (кеторолак – 0,45 мг, метамизол натрия – 0,45 мг), возможно назначение наркотических анальгетиков (однократно), гемостатическая терапия (дицинон – 2,0 мл.), давящая повязка (в некоторых случаях – суспензорий), при наличии только подкожной гематомы – лёд местно. Транспортировка в больницу (в урологическое или хирургическое отделение).

**Дальнейшее ведение пациента (показания к доставке в стационар)**

Доставка больного в стационар показана во всех случаях.

**Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе в стационарном отделении скорой медицинской помощи (СтОСМП) при ушибе наружных половых органов**

**Диагностика (D,4)**

Осмотр, пальпация с целью определения флюктуации в мошонке, являющейся признаком разрыва яичка, УЗИ органов мошонки. В случае неубедительных данных по УЗИ следует выполнить КТ или МРТ. С помощью кавернозографии или МРТ можно выявить повреждение белочной оболочки в неясных ситуациях.

**Лечение (D,4)**

Обезболивающие средства (кеторолак – 0,45 мг, метамизол натрия – 0,45 мг), при некупирующемся болевом синдроме - назначение наркотических анальгетиков, гемостатическая терапия (дицинон – 2,0 мл.). Вызов врача-уролога для консультации.

**Дальнейшее ведение пациента** определяет врач-уролог.

При наличии небольшой подкожной гематомы – направление на лечение в амбулаторных условиях.

**Прогноз**

Зависит от объёма травмы. При размозжении и удалении яичка – органоуносящая операция, при двусторонних повреждениях и экстирпации размозженных яичек – бесплодие и неблагоприятный прогноз.

**ОТКРЫТАЯ РАНА ПОЛОВОГО ЧЛЕНА**

**Определение**

Открытая рана полового члена – повреждение полового члена, сопровождающееся нарушением целостности кожных покровов.

|  |  |
| --- | --- |
| Код по МКБ-10 | Нозологическая форма |
| S31.2 | Открытая рана полового члена |

**Открытые повреждения полового члена** являются результатом механического повреждения и проявляются наличием кожной раны, кровотечением и болью, особенно выраженными при ампутации полового члена.

Механизм травмы.

В зависимости от механизма травмы выделяют: Рвано-ушибленные, колото-резаные, огнестрельные (пулевые, осколочные, минно-взрывные), укушенные.

Классификация травм полового члена по степени тяжести Европейской урологической ассоциации.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Степень тяжести: | | **Характеристика повреждения** |
| **I** | Разрыв ткани/сотрясение |
| **II** | Разрыв фасции Бука (пещеристого тела) без потери ткани |
| **III** | Разрыв (авульсия) ткани (разрыв головки полового члена с вовлечением наружного отверстия мочеиспускательного канала), дефект менее 2 см пещеристого тела или мочеиспускательного канала. |
| **IV** | Дефект более 2 см пещеристого тела или мочеиспускательного канала, частичная пенэктомия. |
| **V** | Полная пенэктомия. |

**Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе при открытой ране полового члена**

**Клиническая картина**

Кровотечение, боль. Особенно интенсивными боль и кровотечение бывают после ампутации полового члена. Возможен болевой и геморрагический шок. Из уздечки полового члена кровотечение менее интенсивно, но продолжительно. Кровотечение, обусловленное повреждением мелких сосудов при скальпированной ране, обычно неинтенсивно и непродолжительно.

**Диагностика**

Основывается на анамнестических данных (собирая анамнез, следует собрать полную информацию о механизме травмы и об обстоятельствах ее получения) и данных осмотра.

**Лечение (D,4)**

Наложение защитной асептической, а при необходимости давящей, повязки на половой член с перекисью водорода и по возможности жгута на область корня полового члена. При травматической ампутации проксимального отдела необходимо наложить повязку с валиком к корню полового члена, плотно привести бедра и даже связать их и транспортировать пострадавшего на носилках. Вводят обезболивающие средства (кеторолак – 0,45 мг, метамизол натрия – 0,45 мг). Доставка пациента в больницу (в урологическое или хирургическое отделение).

При полной травматической ампутации полового члена отсечённый орган необходимо сохранить, так как в течение первых 18-24 ч после травмы его можно вшить в культю. Чтобы сохранить жизнеспособность ампутированного органа, его промывают раствором повидон-йода, упаковывают в стерильный пакет, заполненный натрия лактата раствором сложным (раствор Рингер Лактат Виафло), и до операции хранят на льду.

**Дальнейшее ведение пациента (показания к доставке в стационар)**

Доставка больного в стационар показана во всех случаях.

**Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе в стационарном отделении скорой медицинской помощи (СтОСМП) при открытой ране полового члена**

**Диагностика (D,4)**

Диагностика открытых повреждений полового члена основана на данных анамнеза, осмотра (локализация, характер раны, направление раневого канала, наличие выходного отверстия), пальпации (дефекты в пещеристом теле, инородное тело), УЗИ и обзорной рентгенографии (для определения наличия и локализации инородных тел). Распознавание открытого ранения полового члена, как правило, не составляет затруднений. Характер повреждения устанавливают после остановки кровотечения, первичной хирургической обработки и ревизии раны.

**Лечение (D,4)**

Проведение мероприятий, направленных на остановку кровотечения и выведение пациента из состояния шока, необходимо выполнять максимально щадящую хирургическую обработку раны полового члена с иссечением некротизированных тканей в целях предупреждения рубцовой деформации органа в последующем.

Вводят столбнячный анатоксин. При лечении инфицированных ран полового члена показано введение антибиотиков широкого спектра действия (цефалоспорины и макролиды). При укусах животных – введение антирабической вакцины. Вызов врача-уролога для консультации.

**Дальнейшее ведение пациента** определяетврач-уролог

**Прогноз з**ависит от характера раны.

**ОТКРЫТАЯ РАНА МОШОНКИ И ЯИЧЕК**

**Определение**

Открытая рана мошонки и яичек - нарушение целостности ткани мошонки и яичек.

|  |  |
| --- | --- |
| Код по МКБ-10 | Нозологическая форма |
| S31.3 | Открытая рана мошонки и яичек |

Механизм травмы – огнестрельные, резаные, колотые травмы, при политравме, умышленные, производственные, укусы животных, падение на твердый предмет.

Описание – рваная, бесформенная, возможно с гематомой, границы которой трудно определить, в некоторых случаях – скальпирование мошонки с повреждением (разрыв яичка) и без повреждения яичка.

**Классификация повреждений мошонки и ее органов.** (Тиктинский О.Л., Михайличенко В.В. – Семенов В.А., 1955 Огнестрельные ранения и повреждения наружных половых органов//Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг)

I. Открытые повреждения по этиологии:   
1) резаные;   
2) колотые;   
3) огнестрельные (пулевые и осколочные, сквозные и слепые, с наличием инородного тела в мошонке).

II. Открытые повреждения по характеру их   
1) без повреждения органов мошонки;   
2) с выпадением яичка;   
3) с повреждением яичка;   
4) с ранением семенного канатика;   
5) травматическая ампутация мошонки.

III. Закрытые или подкожные травмы:   
1) без повреждения органов мошонки;   
2) с вывихом яичка;   
3) с разрывом яичка;   
4) с повреждением семенного канатика.

IV. По сочетанию с повреждениями других органов:   
1) изолированные;   
2) сочетанные (с повреждениями уретры, костей таза, мочевого пузыря, прямой кишки, бедер и пр.).

V. Прочие повреждения:   
1) ушиблено-резанные раны;   
2) укушенные раны.

**Оказание скорой медицинской помощи**

**на догоспитальном этапе при открытой ране мошонки и яичек**

**Клиническая картина**

Острая боль в области мошонки, кровотечение из мошонки, рвота, шоковое состояние.

**Диагностика**

Опрос больного, осмотр, в некоторых случаях пальпация.

**Лечение (D,4)**

Обезболивающие средства (кеторолак – 0,45 мг, метамизол натрия – 0,45 мг), холод, давящая повязка (в некоторых случаях – суспензорий), покой, транспортировка в больницу (в урологическое или хирургическое отделение).

**Дальнейшее ведение пациента (показания к доставке в стационар)**

Доставка больного в стационар показана во всех случаях.

**Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе в стационарном отделении скорой медицинской помощи (СтОСМП) при открытой ране мошонки и яичек**

**Диагностика**

Осмотр раны (локализация, характер раны, направление раневого канала, наличие выходного отверстия). УЗИ органов мошонки. Обзорная рентгенография мошонки позволяет выявить инородное тело при огнестрельных слепых ранениях.

**Лечение (D,4)**

Проведение мероприятий, направленных на остановку кровотечения и выведение раненого из шока, первичная хирургическая обработка краев раны. Вызов врача-уролога для консультации.

**Дальнейшее ведение пациента о**пределяет врач-уролог.

**Прогноз**

Зависит от объёма травмы. При тяжелых травмах прогноз может быть неблагоприятным.

**ИНОРОДНОЕ ТЕЛО В МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОМ КАНАЛЕ, МОЧЕВОМ ПУЗЫРЕ**

**Определение**

Инородное тело - чужеродный для организма предмет, внедрившийся в его ткани, органы или полости через поврежденные покровы или естественные отверстия.

|  |  |
| --- | --- |
| Код по МКБ-10 | Нозологическая форма |
| T19.0 | Инородное тело в мочеиспускательном канале |
| T19.1 | Инородное тело в мочевом пузыре |

**Инородные тела в мочеиспускательном канале** встречаются преимущественно у лиц мужского пола (детей и взрослых) вследствие большей длины и изогнутой формы уретры. Через наружное отверстие в уретру вводят инородные тела дети, оставленные без присмотра, психические больные с целью мастурбации или в состоянии алкогольного опьянения половые партнеры. Иногда инородным телом уретры оказываются части эндоскопических инструментов или ватные шарики, используемые при уретроскопии. Локализация инородного тела в мочеиспускательном канале может быть различной, но чаще оно задерживается в его передней части, а если попадает в заднюю, то из нее обычно перемещается в мочевой пузырь.

**Инородные тела мочевого пузыря** чаще обнаруживают у женщин, поскольку мочеиспускательный канал у них короткий и широкий.

**Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе при инородном теле в мочеиспускательном канале, мочевом пузыре**

**Клиническая картина**

При инородном теле мочеиспускательного канала: жалобы больных - затрудненное мочеиспускание, слизисто-гнойные выделения из уретры, болевые ощущения, усиливающиеся при мочеиспускании и эрекции. При присоединении инфекции, появляются гнойные и кровянистые выделения, учащение и затруднение мочеиспускания, в некоторых случаях - его острая задержка. Крупные предметы с острыми краями травмируют стенку уретры и вызывают уретроррагию. Небольшие, с гладкой поверхностью предметы мало беспокоят пациентов.

При инородном теле мочевого пузыря: Характерными симптомами являются: дизурия, гематурия (чаще терминальная), недержание мочи, в случаях, когда инородное тело частично ущемлено в шейке мочевого пузыря. В случае попадания инородного тела из мочевого пузыря в уретру - развивается острая задержка мочеиспускания.

**Диагностика**

Диагноз ставится на основании данных анамнеза и пальпации уретры – прощупывается инородное тело при локализации в висячей или промежностной частях уретры. Пальцевое исследование прямой кишки позволяет пропальпировать инородное тело в перепончатой части уретры.

Диагностика инородных тел мочевого пузыря преимущественно основывается на анамнестических данных и требует выполнения дополнительных методов исследования в условиях стационара.

**Лечение (D,4)**

Если размеры и форма инородного тела позволяют надеяться на его самостоятельное отхождение, больным рекомендуют накопить мочу и в начале мочеиспускания на короткое время сжать наружное отверстие уретры. Сильной струей мочи иногда удается избавиться от инородного тела. Назначают обезболивающие препараты (1 мл 2% раствора промедола или 1 мл 1% раствора пантопона подкожно). При невозможности самостоятельного отхождения - транспортировка в стационар (в урологическое отделение).

**Что нельзя делать**

Нецелесообразно пытаться извлечь инородное тело из мочеиспускательного канала, что может вызвать уретроррагию и болевой шок.

**Дальнейшее ведение пациента (показания к доставке в стационар)**

Транспортировка больного в стационар показана во всех случаях, кроме самостоятельного отхождения инородного тела из уретры.

**Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе в стационарном отделении скорой медицинской помощи (СтОСМП) при инородном теле в мочеиспускательном канале, мочевом пузыре**

**Диагностика (D,4)**

При инородном теле мочеиспускательного канала: Просвет уретры исследуется эластическим или металлическим бужом, а также с помощью уретроскопии и уретрографии. При обследовании необходима осторожность, поскольку есть возможность протолкнуть инородное тело еще глубже в мочеиспускательный канал. Целесообразна обзорная рентгенография уретры, позволяющая в большинстве случаев выявлять инородные тела.

При инородном теле мочевого пузыря: УЗИ мочевого пузыря или обзорная рентгенография, цистоскопия.

**Лечение (D,4)**

При инородном теле мочеиспускательного канала: Гладкое инородное тело необходимо попытаться сместить по направлению к дистальному отделу мочеиспускательного канала, для чего его фиксируют большим и указательным пальцами, предварительно введя в просвет уретры жидкий вазелин, и постепенно смещая к наружному отверстию. Если эти приемы не приносят успеха, требуется инструментальное удаление – вызов уролога.

При инородном теле в мочевом пузыре: требуется хирургическое удаление инородного тела – вызов врача-уролога. Назначают противоинфекционное лечение (фурадонин по 0,1 г 3-4 раза в день внутрь, бензилпенициллин по 300000 ЕД 4 раза в день внутримышечно, стрептомицин по 0,25 г 2 раза в день внутримышечно.

**Что нельзя делать**

Любую манипуляцию на уретре следует проводить с применением местной анестезии. Следует особенно аккуратно выполнять бужирование уретры, чтобы не вызвать перфорацию ее стенки и уретроррагию. При этом выполнение данной манипуляции следует прекратить.

**Дальнейшее ведение пациента о**пределяет врач-уролог.

При спонтанном отхождении инородного тела из уретры и отсутствии уретроррагии больного отпускают для последующего динамического наблюдения врачом-урологом поликлиники для профилактики и своевременного лечения возникающих в некоторых случаях стриктур уретры.

В некоторых случаях показана консультация врача-психиатра.

**Прогноз**

При инородном теле мочеиспускательного канала, мочевого пузыря: Прогноз благоприятный.

При инородном теле мочевого пузыря: Прогноз при своевременном лечении благоприятен, но длительное механическое раздражение переходного эпителия мочевого пузыря может в некоторых случаях вызывать его метаплазию и злокачественное перерождение.

**ФИМОЗ И ПАРАФИМОЗ**

**Определение**

Фимоз - сужение наружного отверстия крайней плоти, затрудняющее обнажение головки.

Парафимоз - ущемление головки полового члена кольцом суженной крайней плоти.

|  |  |
| --- | --- |
| Код по МКБ-10 | Нозологическая форма |
| N47 | Избыточная крайняя плоть, фимоз и парафимоз |

**КЛАССИФИКАЦИЯ**

**Фимоз**

1. Гипертрофический фимоз

2. Атрофический фимоз

**Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе при фимозе и парафимозе**

**Клиническая картина**

При выраженном сужении наружного отверстия крайней плоти становится затрудненным мочеиспускание, возможна его задержка.

**Диагностика**

Физикальное обследование (осмотр, пальпация наружных половых органов).

**Лечение (D,4)**

Метод «перчатки со льдом». Нанести анестезирующий гель на головку полового члена и крайнюю плоть в течение 5 минут. Налить воду со льдом в резиновую перчатку, завязать на узел, чтобы предотвратить излитие содержимого наружу. Инвагинируйте половой член в перчатку. Это может снять отёк и позволить вправить крайнюю плоть на место.

Гранулированный сахар помещается в презерватив или в перчатку, которые надеваются на головку полового члена, чтобы снять отёк за счёт осмоса.

Техника Dundee. Анестезировать половой член у его основания использовать иголку 26 G и ввести по ней 10-20 мл 0.5% бупивакаина. Помыть головку полового члена и крайнюю плоть антисептиком. Используя иглу, сделать около 20 вколов в отёчную крайнюю плоть. Выдавить отёчную жидкость и вернуть крайнюю плоть в нормальное положение. Доставка в больницу (в урологическое отделение).

**Дальнейшее ведение пациента (показания к доставке в стационар)**

Доставка больного в стационар показана во всех случаях.

**Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе в стационарном отделении скорой медицинской помощи (СтОСМП) при фимозе и парафимозе**

**Диагностика (D,4)**

Физикальное обследование (осмотр, пальпация наружных половых органов).

**Лечение (D,4)**

Приблизительно одной трети пациентов требуется выполнить циркумцизию. При парафимозе необходимо произвести под местной анестезией – 0,5% раствор новокаина 5-10 мл - рассечение ущемляющего головку полового члена кольца узкой крайней плоти. Вызов врача-уролога для консультации. Необходимо назначить антибиотики широкого спектра действия, такие как ципрофлоксацин 500 мг per os.

**Что нельзя делать**

**Дальнейшее ведение пациента** определяет врач-уролог.

**Прогноз**

Прогноз благоприятный.

**Литература**

1. Урология. Национальное руководство. Под ред. Н.А. Лопаткина. М., 2009; Изд. «ГЭОТАР-Медиа», - 2009; 1024 с.
2. Урология. Под ред. С.Х.Аль-Шукри и В.Н.Ткачука (учебник). Изд. «ГЭОТАР-Медиа», - 2012; 480 с.
3. EAU Guidelines.
4. О. Л. Тиктинский, В. В. Михайличенко. Андрология. Изд. «Медиа Пресс», - 1999; 464 с.
5. О.М. Елисеев. Справочник по оказанию скорой и неотложной помощи. Изд. «Лейла», - 1996; - 672 с.
6. Haas CA, Brown SL, Spirnak JP. Penile fracture and testicular rupture. World J Urol. 1999 Apr;17(2):101-6.
7. Tsang T, Demby AM. Penile fracture with urethral injury. J Urol. 1992 Feb;147(2):466-8.
8. Nicolaisen GS, Melamud A, Williams RD, McAninch JW. Rupture of the corpus cavernosum: surgical management. J Urol. 1983 Nov;130(5):917-9.
9. Phonsombat S, Master VA, McAninch JW. Penetrating external genital trauma: a 30-year single institution experience. J Urol. 2008 Jul;180(1):192-5; discussion 195-6.
10. Monga M, Hellstrom WJ. Testicular Trauma. Adolesc Med. 1996 Feb;7(1):141-148.

**Приложение**

**Сила рекомендаций (А-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) по схеме 1 и схеме 2 приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов).**

**Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 1)**

|  |  |
| --- | --- |
| Уровни доказательств | Описание |
| 1++ | Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок |
| 1+ | Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок |
| 1- | Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок |
| 2++ | Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 2+ | Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 2- | Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 3 | Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев) |
| 4 | Мнения экспертов |

**Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)**

|  |  |
| --- | --- |
| Сила | Описание |
| А | По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов |
| В | Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+ |
| С | Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++ |
| D | Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2+ |