

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

На сегодняшний день во всем мире «золотым стандартом» диагностики внематочной беременности (ВБ) признано исследование сыворотки крови на β -ХГЧ в сочетании с трансвагинальной эхографией для уточнения локализации трофобласта. Внематочная беременность занимает первое место среди гинекологических заболеваний по числу диагностических ошибок, особенно на ранней стадии. Поскольку ВБ представляет собой опасное для жизни гинекологическое заболевание и ее частота увеличивается, было проведено данное исследование.

Цель исследования. Провести анализ дефектов оказания медицинской помощи больным с ВБ на амбулаторно-поликлиническом этапе и разработать оптимизированный подход для оказания первичной медицинской помощи пациенткам с ВБ. **Материал и методы.** Ретроспективный анализ у 194 пациенток с подтвержденной ВБ по данным медицинской документации и проспективный анализ качества медицинской помощи у 332 пациенток с подозрением на ВБ с учетом выявленных дефектов согласно оптимизированному подходу.

Результаты. Использование оптимизированного подхода в диагностике ВБ позволяет увеличить эффективность диагностики ВБ на первом визите с 27,1 до 76,1% и существенно повышает качество оказания первичной медицинской помощи при ВБ. **Заключение.** Первый визит за медицинской помощью в амбулаторно-поликлиническое звено является самым важным в алгоритме (в процессе) диагностики ВБ и представляет собой значительный «резерв» для диагностики прогрессирующих и неосложненных ее форм.

Ключевые слова: внематочная беременность, ретроспективный анализ, оптимизированный подход в диагностике внематочной беременности.

S.S. RAMAZANOVA, I.B. MANUKHIN, MD, Prof., A.L. TIKHOMIROV, MD, Prof., S.V. FIRICHENKO, MD

A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education
OPTIMIZATION OF MEDICAL CARE FOR PATIENTS WITH ECTOPIC PREGNANCY AT THE PREHOSPITAL STAGE

To date, throughout the world, a gold standard for the diagnosis of ectopic pregnancy has been recognized as a study of serum at β -hCG in combination with transvaginal echography. Ectopic pregnancy takes the first place among gynecological diseases in terms of the number of diagnostic errors, especially at an early stage.

Purpose of the study. Analyze the defects in the provision of medical care to patients with ectopic pregnancy at an outpatient and outpatient stage and develop an optimized approach for providing primary care to patients with ectopic pregnancy.

Material and methods. A retrospective analysis of 194 patients with confirmed ectopic pregnancy according to medical records and a prospective analysis of the quality of care in 332 patients with suspected ectopic pregnancy, taking into account the identified defects according to the optimized approach.

Results. Using an optimized approach in the diagnosis of ectopic pregnancy, it is possible to increase the efficiency of diagnosis on the first visit from 27,1% to 76,1%, and significantly improves the quality of primary care.

Keywords: Ectopic pregnancy, Retrospective analysis, Optimized approach in the diagnosis of ectopic pregnancy.

ВВЕДЕНИЕ

Внематочная беременность (ВБ) – острое гинекологическое заболевание, являющееся распространенной причиной госпитализации и смертности у женщин репродуктивного возраста. В структуре материнской смертности в мире ВБ занимает до 10%. Доля ВБ в структуре материнской смертности в РФ существенно снизилась: с 5,7% в 2005 г. до 3,8% в 2015 г. Однако каждый год в нашей стране несколько женщин погибают от ВБ [1]. За последнее десятилетие отмечена тенденция к неуклонному росту частоты ВБ во всем мире: так, в 50–60-х гг. XX в. частота ВБ составляла в среднем 0,4%, а в наши дни, по некоторым данным, достигает 2,4%, а среди беременных

после ЭКО – до 5% [2]. Указанную тенденцию связывают с ростом воспалительных заболеваний гениталий и увеличением частоты использования вспомогательных репродуктивных технологий [3]. Сегодня во всем мире «золотым стандартом» диагностики ВБ признано исследование сыворотки крови на β -субъединицу хорионического гонадотропина человека (β -ХГЧ) в сочетании с трансвагинальной эхографией для уточнения локализации трофобласта. К сожалению, нет ни одного клинического признака, способного исключить диагноз ВБ [4]. Прогресс в области медицинских технологий значительно расширил возможности диагностики ВБ. Вместе с тем ВБ занимает первое место среди гинекологических заболеваний по числу диагностических ошибок, особенно на

ранней стадии. Как известно, длительность этапа прогрессирования трубной беременности зависит от ее расположения в том или ином отделе трубы, в среднем составляя от 4 до 6 недель беременности. Определение β -ХГЧ играет главную роль в установлении факта наличия беременности. Исследования показали, что при нормально прогрессирующей маточной беременности уровень β -ХГЧ обычно повышается более чем на 50% (в среднем 63–66%) в течение 48 часов наблюдения. ВБ, как правило, связана с приростом β -ХГЧ не более чем на 53% или его снижением. Быстрое снижение концентрации β -ХГЧ в течение 2 дней, обычно на 21–35% или более, указывает на самопроизвольный аборт или разрешающуюся эктопическую беременность [5]. Вместе с тем высокая диагностическая полезность количественного определения β -ХГЧ при подозрении на ВБ является спорной. С этой точки зрения, в амбулаторных условиях, особенно при условии необходимости быстрого решения вопроса о госпитализации пациентки в стационар, первостепенное значение приобретает применение экспресс-тестов на β -ХГЧ. Конечно, сывороточный β -ХГЧ является более чувствительным тестом, чем мочевой тест, но отрицательный результат и того и другого, по сути, исключает беременность [6]. Актуальность проблемы оптимизации медицинской помощи при ВБ на догоспитальном этапе обусловлена высокой частотой первичного обращения пациенток с ВБ в амбулаторное звено, а также значительной частотой диагностических ошибок и, как следствие, несвоевременной госпитализацией для оперативного лечения. Повысить качество оказания медицинской помощи пациенткам с ВБ можно путем снижения диагностических ошибок в основном на догоспитальном этапе. Поскольку ВБ представляет собой опасное для жизни гинекологическое заболевание и ее частота увеличивается, было проведено данное исследование.

Цель исследования – анализ дефектов медицинской помощи больным с ВБ на амбулаторно-поликлиническом этапе и оптимизация оказания первичной медицинской помощи пациенткам с ВБ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проведено в два этапа. На первом, ретроспективном, проведен анализ дефектов медицинской помощи на догоспитальном этапе у пациенток, перенесших ВБ. Такой анализ обычно проводится для оценки особенностей течения заболевания, а также эффективности и своевременности лечебно-диагностических мероприятий. Исследование производилось по нескольким лечебным учреждениям: городская поликлиника №154 МСЧ №51 CAO г. Москвы, Можайская ЦРБ МО, ЖК Химкинского района г. Москвы. Критерием включения в ретроспективное исследование был подтвержденный диагноз ВБ, установленный на амбулаторном этапе или в стационаре по данным медицинской документации за 2013–2016 гг. Число включенных составило 194 пациентки. После анализа был разработан оптимизированный подход по повышению качества медицинской помощи на

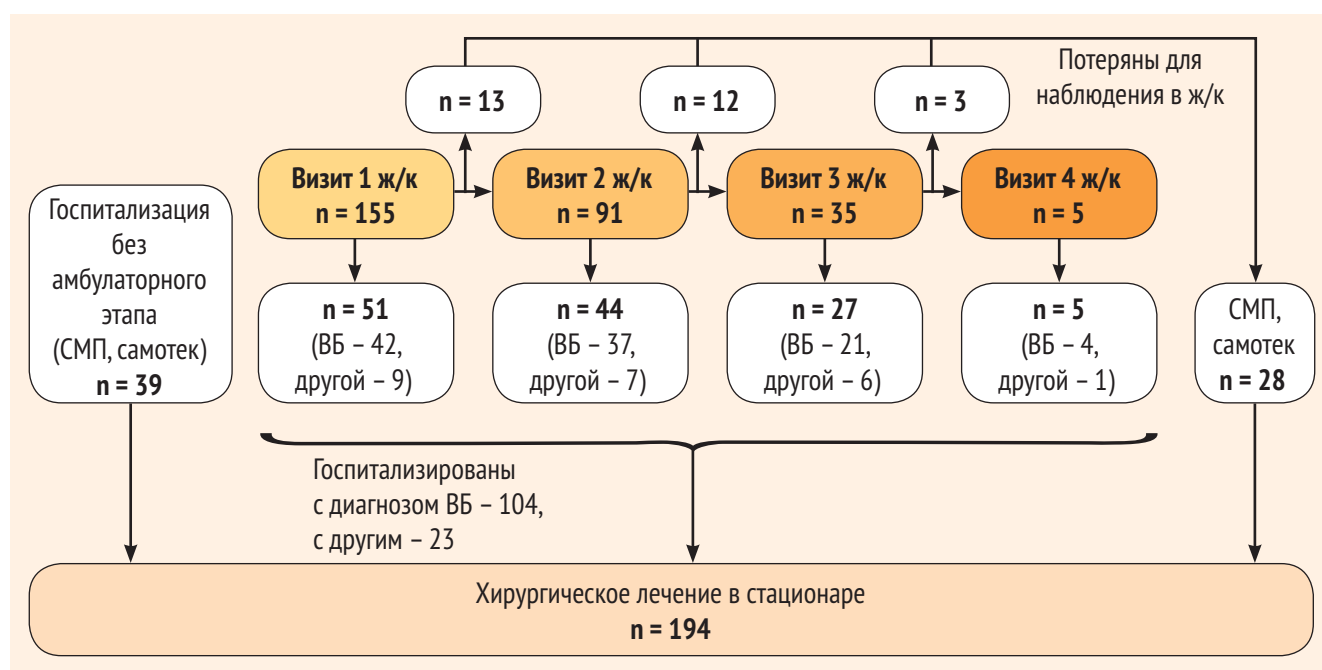
амбулаторном этапе пациенткам с ВБ. Эффективность предложенных мер по оптимизации и повышению качества первичной медицинской помощи пациенткам с эктопической беременностью в условиях женской консультации была изучена путем проведения проспективного клинического исследования, в которое с 2016 по 2017 г. было включено 332 пациентки. Критериями включения были сочетание любого из перечисленных симптомов (влагалищного кровотечения, абдоминального болевого синдрома любой интенсивности, задержки менструации более 7 дней) с наличием позитивного теста на β -ХГЧ в день обращения. Оценка результатов была проведена через один год от их внедрения в практику. В ретроспективном исследовании анализ качества оказания медицинской помощи проведен во всех случаях ВБ (194 пациентки). В проспективном исследовании анализ проведен у пациенток с подтвердившимся диагнозом ВБ (71 пациентка).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В рамках ретроспективного исследования детально проанализировано 194 клинических случая подтвержденной эктопической беременности с 2013 по 2016 г. В 39 (20%) случаях пациентки были госпитализированы сразу в стационар, минуя амбулаторное звено медицинской помощи (СМП, самообращение), и диагноз был установлен уже в стационаре. Так как ВБ относится к острым гинекологическим заболеваниям, случаи экстренной госпитализации в связи с остро появившейся симптоматикой при этой патологии будут иметь место всегда. Тем не менее 155 (80%) пациенток обратились на амбулаторном этапе за медицинской помощью в женские консультации. До момента госпитализации в стационар эти пациентки совершили от 1 до 4 амбулаторных визитов. Дефекты оказания медицинской помощи на амбулаторном этапе оценивались преимущественно в отношении этой группы. Из них 104 пациенткам диагноз «внематочная беременность» был установлен в женской консультации, и они были направлены в стационар. 23 пациентки госпитализированы с другими направительными диагнозами, а ВБ была установлена только в стационаре. Из 155 пациенток, обратившихся за медицинской помощью в поликлинику, 28 (18,1%) диагноз ВБ не был установлен, или они были потеряны для наблюдения. В дальнейшем эти женщины госпитализировались в стационар бригадой скорой помощи или поступили самотеком (рис. 1).

Таким образом, из 155 пациенток, обратившихся за первичной медицинской помощью в амбулаторно-поликлиническое звено, всего госпитализировано было 127: с диагнозом «внематочная беременность» 104 пациентки, 23 пациентки с другими диагнозами (ВЗОМТ, угрожающий выкидыш, аномальное маточное кровотечение, апоплексия яичника) и потеряно для наблюдения 28 больных с ВБ.

Наиболее распространенной жалобой у 124 (80,0%) была боль в животе различной интенсивности, у 122 пациенток (59,3%) имело место вагинальное кровотечение,

Рисунок 1. Диагностический путь 194 пациенток с ВБ (ретроспективное исследование)

у 56 (33,5%) отмечалась задержка менструации более 7 дней. Вегетативные симптомы (головокружение, синкопальные состояния) без нарушений гемодинамики (шока) отмечались у 10 (6,5%). Обращает внимание, что нарушения стула, а также рвота встречались редко (3,9%), но если они не сочетались с другими симптомами (4 пациентки), то они первично обращались к терапевту. Продолжительность задержки менструации была разной, однако в большинстве случаев не превышала 21 дня.

У части пациенток, обратившихся в женскую консультацию, наряду с предъявляемыми жалобами, был доступен результат экспресс-теста мочи на беременность. Согласно записям в амбулаторных картах, всего самостоятельное тестирование на β -ХГЧ провели до обращения к врачу 50 (32,3%). Количественное определение β -ХГЧ в сыворотке иммуноферментным методом в экстренном порядке с получением результата в тот же день в условиях женской консультации не было доступно. Результат мог быть получен только на следующий рабочий день. Нами проанализированы результаты УЗИ, выполненного на первом визите. Было изучено, насколько информация о результате теста мочи на β -ХГЧ у пациентки влияет на информативность и диагностическую точность ультразвукового исследования при диагностике ВБ (обнаружении прямых и косвенных эхографических признаков ВБ). Результат сывороточного теста β -ХГЧ на первом визите не был доступен ни у одной пациентки, зато у 50 пациенток имелись данные о позитивном качественном тесте β -ХГЧ в моче. Из них 36 было выполнено УЗИ, остальные ультразвуковые исследования выполнены пациенткам, у которых не был известен результат теста β -ХГЧ (табл. 1). Успешная визуализация эктопического трофобласта при его наличии составляет, по нашим данным, 72,2% в отли-

чие от 37,2% в случаях, когда врачу неизвестен результат теста. Таким образом, результатом в данном исследовании является то, что диагностическая ценность ультразвука у пациенток с подозрением на эктопическую беременность существенно повышается, почти в два раза, если врач выполняющий исследование знает о позитивном результате теста на β -ХГЧ.

Также, по нашим наблюдениям, основной жалобой у большинства больных с эктопической беременностью является болевой синдром, который часто характеризуется незначительной выраженностью. Однако именно боль в большинстве случаев мотивирует женщин на обращение за экстренной медицинской помощью. Как известно, прогрессирующая ВБ характеризуется мнимым благополучием пациентки, но сопровождается постепенными изменениями в трубе из-за развития плодного яйца. Женщинам с болевым синдромом, как правило, выполняется УЗИ в срочном порядке. Однако анализ амбулатор-

Таблица 1. Результаты ультразвуковой диагностики на первом визите с учетом теста мочи на β -ХГЧ на момент исследования

Условия проведения УЗИ (n = 79)*	Результаты УЗИ (диагноз ВБ установлен)
Врачу известен «позитивный» результат теста мочи на β -ХГЧ (n = 36)	26 из 36 (72,2%)
Врачу неизвестен результат теста мочи на β -ХГЧ или «сомнительный» (n = 43)	16 из 43 (37,2%)

* Исследование трансвагинальным датчиком.

Таблица 2. Влияние оценки жалобы на боль в животе на эффективность диагностики ВБ на первом визите

Пациентки с жалобами на боль в животе или области таза (n = 124)	Диагноз ВБ установлен на 1 визите
Направлены на УЗИ в экстренном порядке (n = 58)	37 из 58 (72,4%)
Направлены на УЗИ в плановом порядке* (n = 66)	0 из 66

* NBI Из них 3 пациентки отрицали наличие половых сношений последние 2 месяца, а 3 пациентки использовали контрацепцию: 1 – КОК, 3 – ВМК.

ных карт показал, что при незначительной его выраженности врач часто ограничивается гинекологическим осмотром и, не выявив очевидной патологии, назначает УЗИ в плановом порядке. Был проведен простой ретроспективный анализ эффективности диагностики ВБ на первом визите в зависимости от интерпретации жалобы на болевой синдром врачом женской консультации в пользу проведения дальнейшей диагностики, в частности УЗИ в экстренном порядке. В данном случае не проводилась дифференцировка боли по ее интенсивности, а учитывался сам факт наличия жалобы (табл. 2).

Анализ медицинской помощи показал, что диагноз установлен в день обращения только у 27,1% пациенток с ВБ. Трансвагинальное УЗИ и тест на β -ХГЧ – ключевые методы диагностики ВБ – выполнены на первом визите, соответственно, только у 51,0 и 32,3% обратившихся. Как факт, из 155 обратившихся в женскую консультацию госпитализировано по направлению оказалось только 124 пациентки, а потерянными для наблюдения 28 женщин. Таким образом, качество оказанной помощи можно признать удовлетворительным, однако имеется существенный резерв для ее оптимизации.

Наиболее очевидным дефектом оказалась низкая доступность результата теста на β -ХГЧ на первом визите, который составил 32,3%, и это с учетом самотестирования. Без самостоятельного определения β -ХГЧ пациентками процент был бы ничтожно мал. Современные тест-системы позволяют определить качественное присутствие β -ХГЧ в моче уже с первого дня задержки. Полученные нами данные показывают, что ни одна из 155 больных, обратившихся за первичной амбулаторной помощью, не обратилась раньше предполагаемого дня очередной менструации. Кроме того, у всех пациенток с позитивным качественным тестом мочи, выполненным самотестированием результат был подтвержден анализом сывороточного β -ХГЧ. Анализ организации лабораторной диагностики ВБ в амбулаторно-поликлинических условиях позволил установить, что методика иммуноферментного анализа на амбулаторном этапе не соответствует требованиям экстренной диагностической помощи в условиях женской консультации.

Другим дефектом явился низкий процент выполнения УЗИ на первом визите, который составил 51,0%. Обоснованное увеличение этого показателя, по нашим данным, может существенно повысить эффективность диагностики ВБ. Анализ низкого процента выполнения УЗИ на первом визите показал, что одной из причин

является недооценка жалоб пациенток на болевой синдром в животе и области таза при незначительной его выраженности. Другой причиной является отсутствие результата β -ХГЧ-теста на первом визите. При наличии позитивного теста даже жалобы на дискомфорт внизу живота мотивируют врача направить пациентку на УЗИ в экстренном порядке. Кроме того, наличие информации о позитивном результате теста β -ХГЧ существенно повышает диагностическую точность ультразвукового исследования.

Согласно задачам исследования был разработан оптимизированный подход к ведению пациенток с подозрением на ВБ. Учитывая неоспоримую важность определения β -ХГЧ у пациенток с подозрением на ВБ, руководством базовой женской консультации были закуплены экспресс-тесты β -ХГЧ. Проведение тестирования β -ХГЧ в моче стало доступно всем врачам акушерам-гинекологам амбулаторного приема. Из всех возможных при ВБ клинических признаков и симптомов на первом месте стоит болевой синдром, при наличии любой выраженности которого дальнейшие диагностические мероприятия (УЗИ) должны быть проведены только неотложно. Отсутствие таких клинических признаков, как любая болезненность в покое или при гинекологическом осмотре, не исключает наличия прогрессирующей ВБ, но практически исключает нарушенную форму ВБ и разрыв трубы, что очень важно для профилактики тяжелых осложнений ВБ. Отсутствие болевого синдрома позволяет безопасно проводить дальнейшие диагностические процедуры в амбулаторных условиях (рис. 2).

Эффективность предложенных мер по оптимизации и повышению качества первичной медицинской помощи пациенткам с эктопической беременностью в условиях женской консультации была изучена путем проведения проспективного клинического исследования, в которое с 2016 по 2017 г. было включено 332 пациентки. Оценка результатов была проведена через один год от их внедрения в практику. Критериями включения были сочетание любого из перечисленных симптомов (влагалищного кровотечения, абдоминального болевого синдрома любой интенсивности, задержки менструации более 7 дней) с наличием позитивного теста на β -ХГЧ в день обращения.

Первично включены были 332 женщины. Важным является то, что у всех включенных был позитивный β -ХГЧ-тест. Результат теста являлся не только критерием включения, но и первым диагностическим тестом в рамках оптимизированного подхода к ведению пациенток с подозрением на ВБ. В результате дальнейших диагностических мероприятий согласно оптимизированному подходу у большинства включенных была исключена ВБ и установлен другой диагноз, это в основном маточная беременность – жизнеспособная или начавшийся аборт. Пациентки с другими диагнозами: маточной беременностью малого срока, различными стадиями самопроизвольного аборта, от угрожающего до полного – были исключены из дальнейшего анализа. Основное внимание было уделено анализу медицинской помощи на амбула-

торном и стационарном этапах пациенткам с подтвержденным диагнозом ВБ. Общее число женщин с подтвержденным диагнозом ВБ составило 71 из 336 первично включенных с подозрением на ВБ, что составило 21,1%. Анализ предъявляемых ими жалоб на первом визите показал, что самыми частыми жалобами пациенток с ВБ в проспективном исследовании были жалобы на задержку очередной менструации или сбой цикла – 59 из 71 (83,1%) и жалоба на боль внизу живота – 54 из 71 (76,1%).

Следует отметить, что согласно установке оптимизированного подхода любая, даже самая незначительная, боль внизу живота расценивалась как наличие у пациентки болевого синдрома и фиксировалась в жалобах. Анализ специализированной медицинской помощи пациенткам с ВБ при использовании оптимизированного подхода показал, что большинству пациенток диагноз был установлен на 1-ом визите – 54 из 71 (76,1%). А максимальное число визитов для установления диагноза было не более трех. Существенно уменьшилась доля потерянных для наблюдения пациенток – 3/71 (4,2%), которые поступили в стационар самотеком или доставлены бригадой СМП. Диагностический путь включенных в исследование пациенток представлен на *рисунке 3*.

При рутинном выполнении качественного экспресс-теста всем обратившимся с подозрением на ВБ (классическая триада симптомов: влагалищное кровотечение, задержка менструации более 7 дней и болевой синдром внизу живота и области таза любой интенсивности) существенно облегчается дальнейший диагностический поиск, который упирается в установление локализации плодного яйца. Это, конечно, возможно только при хорошей оснащенности ЛПУ, в т. ч. аппаратами для ультразвуковой диагностики экспертного уровня и их доступности для врачей, ведущих прием.

ОБСУЖДЕНИЕ

Бесспорно, первоочередная роль в своевременной диагностике ВБ должна принадлежать врачу женской консультации. В качестве важнейшего внешнего фактора, влияющего на результат оказания медицинской помощи, в РФ выступает система стандартов медицинской помощи [7]. В приказе усредненный показатель исследования на β -ХГЧ сыворотки крови составляет 0,5, а усредненная кратность применения 0,5, т. е. каждой второй пациентке. По понятным причинам названный стандарт не может

Рисунок 2. Оптимизированный подход (алгоритм) к оказанию первичной медицинской помощи на амбулаторном этапе пациенткам с подозрением на ВБ

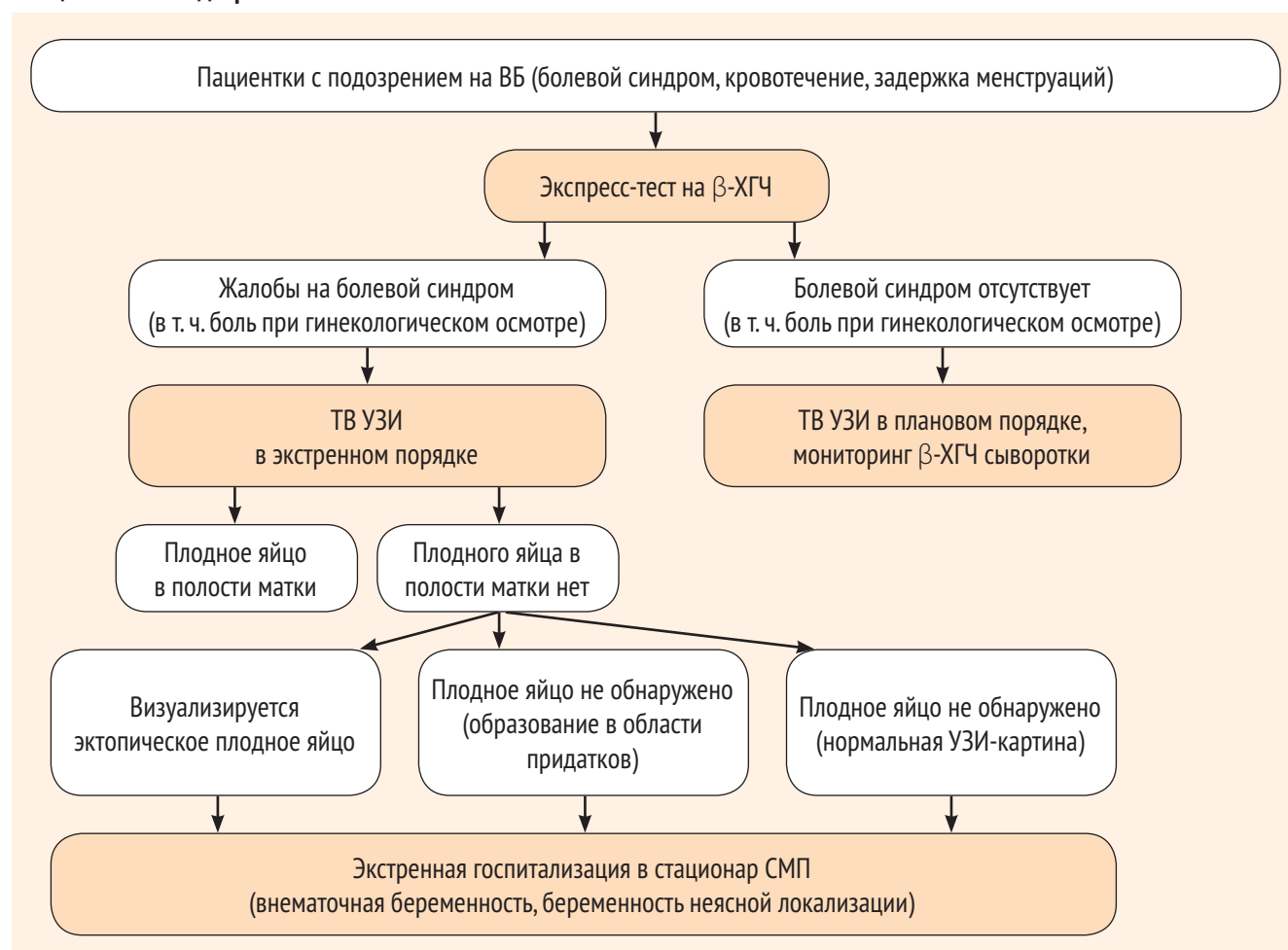
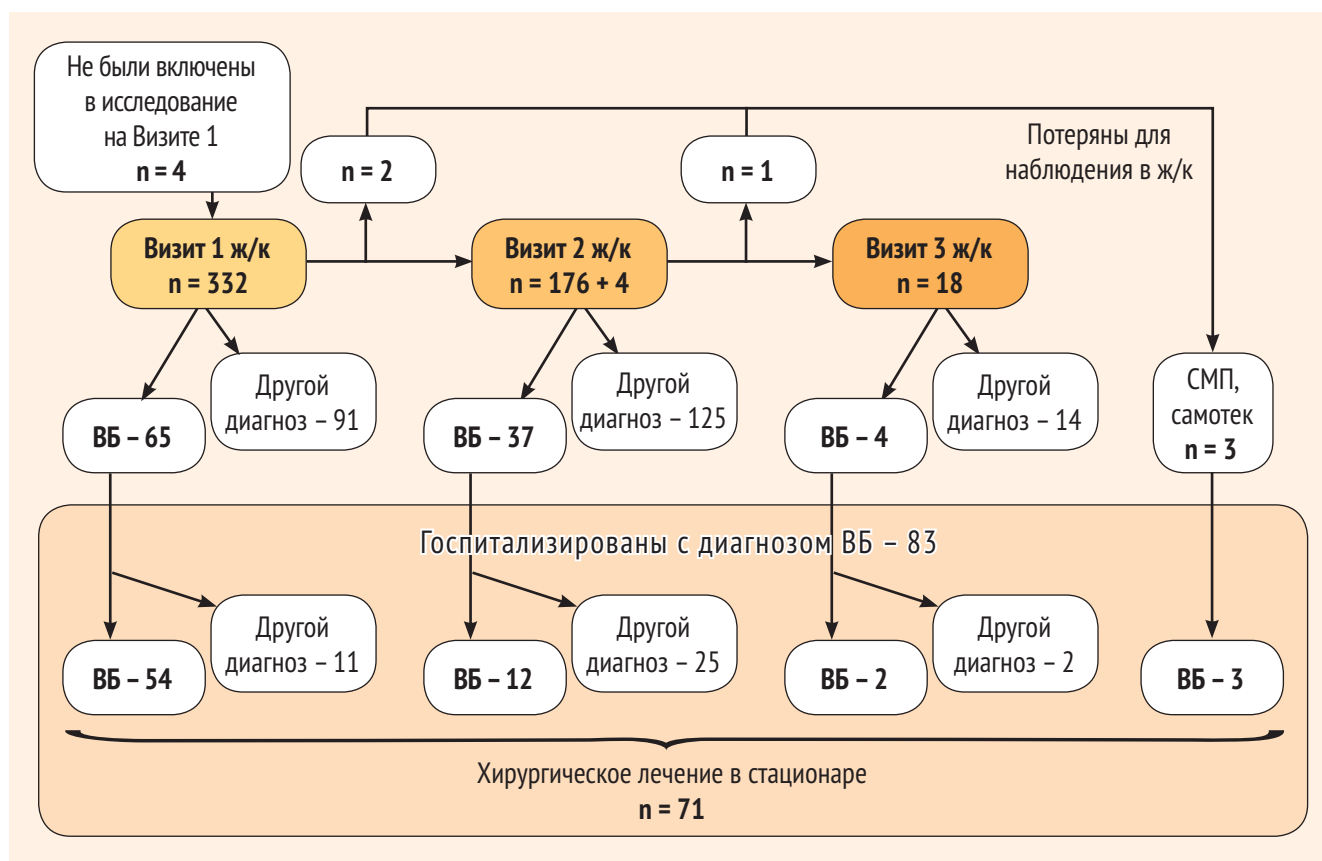


Рисунок 3. Диагностический путь пациенток с ВБ (проспективное исследование)

быть использован в амбулаторно-поликлинических условиях. Однако не стоит забывать, что качественное оказание помощи при данном заболевании возможно только при хорошем взаимодействии и преемственности амбулаторного и стационарного этапов. В порядках оказания помощи, регламентированных 572-м приказом, определение β -ХГЧ в крови предусмотрено при нарушении менструального цикла (кровотечении или отсутствии менструации), а при болевом синдроме (воспаление, киста) – нет. Таким образом, если женщина пришла с болями в женскую консультацию без жалоб на нарушение цикла, врачу сложно обосновать взятие крови для определения β -ХГЧ.

Учитывая неоспоримую важность определения β -ХГЧ у пациенток репродуктивного возраста с нарушениями менструального цикла и болями любой интенсивности, был разработан оптимизированный подход к ведению пациенток с подозрением на ВБ. Руководством базовой женской консультации были закуплены экспресс-тесты β -ХГЧ. Проведение тестирования β -ХГЧ в моче стало доступно всем врачам – акушерам-гинекологам амбулаторного приема. Вне всякого сомнения, что β -ХГЧ-тест сыворотки крови при срочном получении результата и с возможностью повторного тестирования дает врачу гораздо больше диагностической информации. Однако, что полезней в реальных условиях: иметь результат более точного теста на следующий день или менее чувстви-

тельного, но уже немедленно? Так, в исследовании Lee с соавт. (2016) отмечено, что у всех 72 пациенток с ВБ тест мочи на β -ХГЧ был положительным в 100% случаев. Проведенное исследование не ставило своей целью определить, какой из диагностических тестов более эффективный и какой обладает лучшей чувствительностью или специфичностью. Целью данного исследования было подтвердить, что устранение очевидных дефектов организации амбулаторной помощи дает возможность при той же материально-технической базе или с небольшими дополнительными затратами значительно повысить качество первичной специализированной медицинской помощи больным с ВБ. Проведенное нами ретроспективное исследование показало, что при средней доступности результата β -ХГЧ-теста на первом визите (32,3%) доля установленных правильно диагнозов ВБ в день обращения составила только 27,1%, что не может быть признано удовлетворительным. В проспективном исследовании, когда положительный результат β -ХГЧ-теста на первом визите был доступен у 94,4% пациенток, доля диагнозов ВБ, установленных в день обращения, составила уже 76,1%. Очень важным результатом, полученным в исследовании, является установленная связь между чувствительностью УЗИ, т.е. частотой обнаружения эктопического плодного яйца при диагностике ВБ и доступностью информации о результате теста на β -ХГЧ. По данным D. Levine (2007), эффективность трансвагинального УЗИ

в диагностике ВБ составляет от 65–85%, тогда как, по данным Schurz B. с соавт. (1990), – до 94,7% [6, 8]. В данном исследовании установлено, что если врач, выполняющий ТВУЗИ, знает о положительном результате теста на β -ХГЧ, то частота выявления экстракрупного плодного яйца при отсутствии маточной беременности составляет 76,1%, тогда как при отсутствии сведений о результате β -ХГЧ-тестирования – только 27,1%. Это достаточно легко объяснить. Если пациентка, например, с незначительным болевым синдромом или нарушением цикла направлена на ТВУЗИ, то внимание врача может быть не акцентировано на поиск плодного яйца, т. к. трудно искать «черную кошку в черной комнате, особенно если не уверен, что она там есть». В другом же случае врач прицельно ориентирован на поиск плодного яйца, что в итоге оказывается более успешным.

Из всех возможных при ВБ клинических признаков и симптомов на первом месте стоит болевой синдром, при наличии любой выраженности которого дальнейшие диагностические мероприятия (ТВУЗИ) должны быть проведены только неотложно. Отсутствие таких клинических признаков, как любая болезненность в покое или при гинекологическом осмотре, не исключает наличие прогрессирующей ВБ, но практически исключает нарушенную форму ВБ и разрыв трубы, что очень важно для профилактики тяжелых осложнений ВБ. Отсутствие болевого синдрома позволяет безопасно проводить дальнейшие диагностические процедуры в амбулаторных условиях.

За последние 20 лет были достигнуты значительные успехи в диагностике и лечении ВБ. Однако даже сейчас – и наше исследование это показало – значительная часть экстракрупных беременностей не диагностируется при первом обращении. Это является существенным резервом. Стабильным фактом остается позднее поступление женщин в стационар. Так, в 2014 г. доля доставленных в стационар позже чем через 24 часа с момента установления диагноза составила 31% [9]. По суммированной экспертной оценке МЗ РФ, наиболее значимыми факторами риска смерти от ВБ являются: несвоевременная диагностика, поздняя госпитализация, обусловившая массивную кровопотерю, и поступление женщины в непрофильный стационар [10].

Деятельность медицинских учреждений в РФ регламентируется приказами и стандартами оказания медицинской помощи. Эти документы, обязательные к исполнению, не имеют персонального авторства в отличие от научных статей или диссертационных исследований, где указаны авторы и адреса для корреспонденции. Поэтому ни практическим врачам, ни научно-медицинскому сообществу не предоставляется возможность обратной связи при выявлении сложностей и противоречий при применении этих документов в повседневной клинической практике. Эта возможность позволяла бы более эффективно управлять качеством медицинской помощи федеральными органами по надзору в сфере здравоохранения. Руководители ЛПУ должны регулярно проводить внутренний контроль качества медицинской помощи при ВБ и, анализируя дефекты, принимать меры для его улучшения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подводя итог результатов, полученных в исследовании, можно с уверенностью заключить, что самым важным ключевым этапом в диагностике ВБ является первый визит в женскую консультацию. Как показывают наши данные ретроспективного анализа, большинство пациенток теряются после этого визита: он имеет самый низкий процент госпитализации и самую низкую долю правильно установленных диагнозов ВБ. Несмотря на то что существуют объективные трудности ранней диагностики ВБ, именно ранняя диагностика является значительным резервом для повышения качества медицинской помощи за счет снижения осложненных и тяжелых случаев ВБ. Исключительно тяжелые случаи ВБ с массивной кровопотерей составляют основную часть материнской смертности, связанной с этим заболеванием. Основным дефектом оказания первичной медицинской помощи больным с ВБ на амбулаторном этапе является недоступность результата теста на β -ХГЧ на первом визите и невыполнение УЗИ из-за недооценки жалоб на незначительный болевой синдром.



Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов в ходе написания данной статьи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия в. 2.0. М.: Изд-во журнала Status Praesens, 2017./ Radzinsky V.E. Obstetric aggression v. 2.0. Moscow: Status Praesens Journal Publishing House, 2017.
2. Farquhar CM. Ectopic pregnancy. *Lancet*, 2005, 366: 583–591.
3. Barnhart KT. Clinical practice. Ectopic pregnancy. *N Engl J Med*, 2009, 361: 379–387.
4. Huancahuari N. Emergencies in early pregnancy. *Emerg Med Clin North Am*, 2012 Nov, 30(4): 837–47.
5. Li TC, Tristram A, Hill AS, et al. A review of 254 ectopic pregnancies in a teaching hospital in the Trent Region, 1977–1990. *Hum Reprod*, 1991, 6: 1002–1007.
6. Levine D. Ectopic pregnancy. *Radiology*, 2007, 245: 385–39.
7. Приказ Министерства здравоохранения России от 07.11.2012 №589н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при внематочной (экстракрупной) беременности»./ Order of the Ministry of Health of Russia No 589n On The Approval of the Standard of Specialized Medical Care for Ectopic (Ectopic) Pregnancy of 07.11.2012
8. Schurz B, Wenzl R, Eppel W, Schön HJ, Reinold E. Early detection of ectopic pregnancy by transvaginal ultrasound. *Arch Gynecol Obstet*, 1990, 248(1): 25–9.
9. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. МЗ РФ. М., 2016./ The main indicators of maternal and child health, the activities of child welfare and obstetric care in the Russian Federation. Ministry of Health of the Russian Federation. M., 2016.
10. Анализ причин материнской смертности. Руководство для врачей. Под ред. профессора А.П. Милованова. М.: МВД, 2008. 228 с./ Analysis of causes of maternal death. A guide for doctors. Edited by Prof. Milovanov A.P. M.: Ministry of Internal Affairs, 2008. 228 p.