

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ВНЕМАТОЧНОЙ (ЭКТОПИЧЕСКОЙ) БЕРЕМЕННОСТЬЮ

В.А. Ловцева¹, Е.В. Терентьева¹, О.Н. Гайскова¹, А.А. Рублева²

¹Клиника ЭКО и репродуктивного здоровья, ООО "Геном-Вологда", ул. Милюткина, д.6, Череповец, Российская Федерация, 162600;

²БУЗ ВО медсанчасть "Северсталь", ул. Metallургов, д.18, Череповец, Российская Федерация, 162600.

Основные положения

Описан клинический случай курации женщины репродуктивного возраста с аномальным маточным кровотечением, демонстрирующий необходимость проявления клинической настороженности в отношении внематочной беременности у данной группы пациентов, важности действий строго в рамках клинических рекомендаций для проведения адекватного дифференциального диагноза, а также целесообразность взаимодействия между врачами разных клинических специальностей.

Аннотация

Частота возникновения внематочной беременности (ВБ) оценивается в 20 случаев на 1000 подтвержденных беременностей. Количество случаев ВБ растет, что подтверждается данными как мировой, так и региональной статистики. В то же время, материнская смертность от ВБ снижается: с 8,1% за 2017 г. до 4,1% в 2018 г. Вероятно, это связано с высокой настороженностью у врачей в отношении данной патологии и ее ранней диагностики. Однако на практике мы все еще встречаем несоответствие клинической практики по ведению пациенток с подозрением на ВБ и общепринятых алгоритмов и рекомендаций. Данные ошибки приводят к тому, что только в 53,6% случаев диагнозы ВБ устанавливаются амбулаторно, что приводит к повышению риска возникновения таких осложнений как разрыв маточной трубы, кровотечение, анемия. Целью данной работы является выявление ошибок при курации пациенток в амбулаторных условиях при установке диагноза «Аномальное маточное кровотечение» в репродуктивном возрасте.

Ключевые слова: внематочная (эктопическая) беременность, беременность раннего срока, беременность неясной (неизвестной) локализации, бета-субъединица хорионического гонадотропина человека (В-ХГЧ), аномальное маточное кровотечение, ультразвуковое исследование

Автор, ответственный за переписку: Ловцева В.А., ул. Милюткина, д.6, Череповец, Российская Федерация, 162600; lovsevavika@yandex.ru

Для цитирования: Ловцева В.А., Терентьева Е.В., Гайскова О.Н., Рублева А.А. Клинический случай ведения пациентки с прогрессирующей внематочной (эктопической) беременностью // Инновационное развитие врача. 2024. №1. С. 39-46. doi: 10.24412/ci-37091-2024-1-39-46

Поступила в редакцию: 21.11.2023; поступила после доработки: 12.01.2024; принята к печати: 25.01.2024

MANAGEMENT OF A PATIENT WITH A PROGRESSIVE ECTOPIC PREGNANCY: A CASE REPORT

Viktoriya A. Lovtseva¹, Elena. V. Terentyeva¹, Olga N. Gaiskova¹, Arina A. Rubleva²

¹IVF and Reproductive Health Clinic "Genom-Vologda", Milyutina ul., 6, Cherepovets, Russian Federation, 162600;

²"Severstal" Medical Unit, Metallurgov ul., 18, Cherepovets, Russian Federation, 162600.

Highlights

We described a case report of a patient with progressive ectopic pregnancy, demonstrating the importance of determining the B-hCG level in reproductive-age women with a diagnosis of abnormal uterine bleeding, as well as the importance of interaction between doctors of different specialization.

Abstract

The incidence of ectopic pregnancy (EP) is estimated to be 20 per 1000 pregnancies. The number of EP cases is growing, which is confirmed by data from both global and regional statistics. At the same time, maternal mortality due to EP decreased from 8,1% in 2017 to 4,1% in 2018. This is probably due to apprehensive attitude of doctors towards this pathology and its early diagnosis. However, in practice, we still face a discrepancy between practice of managing patients with suspected EP and generally accepted algorithms and guidelines. These errors lead to the fact that only in 53,6% of cases the diagnosis of EP is made on an outpatient basis, which leads to an increased risk of complications such as fallopian tubal rupture, bleeding, and anemia. The purpose of this work was to identify errors in managing reproductive-age outpatients with abnormal uterine bleeding.

Keywords: ectopic pregnancy, early pregnancy, pregnancy of unknown location, beta subunit of human chorionic gonadotropin (B-HCG), abnormal uterine bleeding, ultrasound.

Corresponding author: Lovtseva V.A., Milyutina ul., 6, Cherepovets, Russian Federation, 162600; lovsevavika@yandex.ru

For citation: Lovtseva VA, Terentyeva EV, Gaiskova ON, Rubleva AA. Management of a patient with a progressive ectopic pregnancy: a case report. innovative doctor's development. 2024;(4):33-38. doi: 10.24412/ci-37091-2024-1-39-46

Received: 21.11.2023;

received in revised from: 12.01.2024;

accepted: 25.01.2024

Список сокращений

АМК - anomальное маточное кровотечение, ВБ - внематочная беременность, В-ХГЧ - бета субъединица хорионического гонадотропина, ЖК - женская консультация, ОМТ - органы малого таза, УЗИ - ультразвуковое исследование

Введение

Внематочная (эктопическая) беременность (ВБ) – беременность, при которой имплантация плодного яйца произошла вне полости матки. Происходит нарушение транспорта оплодотворенной яйцеклетки с последующим патологическим прикреплением плодного яйца [1].

Частота возникновения внематочной беременности оценивается в 20 случаев на 1000 подтвержденных беременностей [2]. Наиболее часто встречается трубная беременность (95%), гораздо реже интерстициальная (2-4%), оварийная (3%), шеечная (1%), абдоминальная (менее 1%) [3]. Самым распространенным осложнением трубной ВБ является разрыв маточной трубы: по данным статистики он является причиной материнской смертности в первом триместре беременности в 9-14% и в 5-10% всех смертей, связанных с беременностью [4].

Частота наступления внематочной беременности не имеет тенденции к уменьшению. Это подтверждается данными как мировой статистики, так и региональной: в гинекологическом отделении БУЗ ВО "Медсанчасть "Северсталь" за 2019 год проведено 33 операции по поводу ВБ, а в 2023 году – 42. В то же время снижается доля ВБ в структуре материнской смертности: с 8,1% за 2017 год до 4,1% в 2018 году. Вероятно, это связано с высокой настороженностью и ранней диагностикой ВБ.

У женщин с внематочной беременностью могут наблюдаться неспецифические симптомы, такие как боль внизу живота и вагинальное кровотечение, кото-

рые часто клинически схожи с аппендицитом, образованием камней в мочевом пузыре, потерей беременности на ранних сроках или травмой [5], поэтому врачу-гинекологу важно иметь настороженность в отношении ВБ при данных жалобах у пациенток.

Среди факторов, предрасполагающих к развитию ВБ, относят повреждение маточных труб, предшествующую операцию на органах малого таза, осложнения восходящей инфекции органов малого таза, бесплодие, применение вспомогательных репродуктивных технологий, курение, возраст старше 35 лет, воспалительные заболевания органов малого таза, эндометриоз, измененную анатомию репродуктивной системы [2, 6]. Благодаря достижениям в ранней диагностике, таким как определение уровня хорионического гонадотропина человека (ХГЧ) и трансвагинальное ультразвуковое исследование, ВБ может быть диагностирована на ранней стадии, что значительно снижает частоту экстренных операций и смертность [7]. Помимо В-ХГЧ, исследуются экспериментальные маркеры для потенциального использования в диагностике: ингибин А, активин; белок плазмы крови, ассоциированный с беременностью (PAPP-A); дезинтегрин и металлопротеаза-12 (ADAM-12), фактор роста эндотелия сосудов (VEGF). Однако они используются скорее в научных целях, а не в клинической практике [8, 9]. После подтверждения диагноза ВБ лечение может быть консервативным или агрессивным, в зависимости от локализации ВБ, сроков беременности и размера плода. Существует два различных подхода к лечению внематочной беременности — хирургический

и медикаментозный, которые основаны на типе внематочной беременности [10].

Все большее внимание уделяется репродуктивным исходам пациенток с ВБ, особенно тех, кто хочет иметь ребенка, поэтому крайне важно уточнить влияние каждого метода лечения на естественные исходы беременности, чтобы помочь пациенткам с нарушениями фертильности выбрать соответствующее лечение.

Цель. Передача опыта курации пациентов с прогрессирующей внематочной (эктопической) беременностью в амбулаторных условиях при установке диагноза «аномальное маточное кровотечение» (АМК) пациенткам в репродуктивном возрасте для повышения качества оказываемой помощи врачами акушерами-гинекологами.

Клинический случай

Пациентка Ш., 32 года, обратилась на прием в центр репродукции ООО «Геном-Вологда» 3 сентября 2023 года с жалобами на слабость, сонливость, повышенную раздражительность, плависью во вторую фазу менструального цикла, ориентировочно за 5 дней до предполагаемого начала менструации. Данные симптомы отмечала ранее в течение нескольких месяцев.

Из анамнеза известно, что менархе в 12 лет. Менструальный цикл был регулярным с периода менархе. Менструации длятся по 5-6 дней через 28 дней, сама пациентка оценивает их как умеренные и безболезненные. Беременностей не было, не планировала. Надежной контрацепции нет, только прерванный половой акт. Хронические заболевания, в том числе гинекологические, отрицает. Травм и операций не было. Наследственность - не отягощена. Не курит. Алкоголь принимает крайне редко. Лекарственной аллергии и непереносимости лекарственных препаратов не имеет.

На данный момент пациентка состоит в зарегистрированном браке, с мая 2023 года планирует беременность и не предохраняется. Последняя нормальная менструация (ПМ) была 14 июля 2023 года. С 01 августа 2023 года отменялись сукровичные выделения из половых путей. 6 августа обратилась к гинекологу, был назначен препарат дидрогестерон 10 мг 2 раза в сутки на 10 дней. На фоне лечения периодически пациентка отмечала скудные мажущие кровянистые выделения из половых путей, а 12 августа началась менструация, которая была более скудной и короткой, чем обычно. После окончания менструации патологических выделений не отмечала. До настоящего момента дополнительного обследования и лечения не проходила.

При осмотре состояние пациентки удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Язык чистый, влажный. Артериальное давление на правой руке составило 115/70 мм.рт.ст., пульс 78 ударов в минуту удовлетворительного наполнения. Температура тела - 36,7 гр С. Молочные железы мягкие, при пальпации

безболезненные. Живот мягкий, безболезненный, не вздут. Физиологические отправления в норме.

Произведен гинекологический осмотр. Наружные половые органы развиты правильно, по женскому типу. Область вульвы обычной окраски и влажности, без патологических изменений. При осмотре в зеркалах шейка матки конической формы, с участком эктопии. Слизистая влагалища розовая, складчатость выражена умеренно. Выделения грязно-сукровичные, незначительные.

При осмотре бимануально тело матки не увеличено, плотное, безболезненное, расположено по средней линии, подвижное. Яичники пальпируются с обеих сторон, обычной структуры, безболезненные, подвижные. Своды свободные, глубокие, безболезненные, симметричные. Инфилтратов и образований в области малого таза нет.

С целью верификации диагноза выполнено трансвагинальное ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза (ОМТ) с помощью УЗ сканера Philips Affiniti 50. Тело матки расположено в anteфлекio. Форма матки правильная, контуры ровные, размеры 38*29*35 мм. Структура миометрия однородная, васкуляризация равномерная. Эндометрий гипохогенный, однородный, трехслойный, линия смыкания не выражена, толщина 4,3 мм. Полость матки не расширена. Шейка матки без патологических изменений. Размеры правого яичника 31*18*20 мм, объем - 5,84 см3. Лоцируется 9 фолликулов по 7 мм. Размеры левого яичника 32*19*21 мм, объем 6,68 см3. Лоцируется 11 фолликулов по 6 мм. Маточные трубы не визуализируются. Патологические образования не визуализируются. В параметральных областях сосуды не расширены. Свободная жидкость в полости малого таза не лоцируется. Лимфоузлы не визуализируются. По заключению врача ультразвуковой диагностики эхо-признаков патологии не выявлено.

На основании проведенного обследования 3 сентября 2023 года установлен диагноз:

Основной - аномальное маточное и влагалищное кровотечение неуточненное (N93.9)

Сопутствующий - синдром предменструального напряжения (N94.3)

Согласно Клиническим рекомендациям Минздрава России «Аномальные маточные кровотечения» от 2021 года, при АМК необходимо исключить наличие беременности у женщин, живущих половой жизнью, провести обследование на уровень хорионического гонадотропина в крови, поэтому пациентка была направлена на соответствующее лабораторное исследование.

Результат количественное содержания бета-субъединицы хорионического гонадотропина человека был получен 4 сентября и составил 614 мМЕ/мл (норма для небеременных женщин 0-10 мМЕ/мл).

Учитывая отсутствие признаков беременности как в матке, так и вне ее, предположили наличие беременности неясной (неизвестной локализации).

Рекомендовано УЗИ органов малого таза и контроль В-ХГЧ через 48 часов.

Пациентка выполнила контроль В-ХГЧ через 96 часов (08.09.2023 года), значение В-ХГЧ составило 718 мМЕ/мл. 08.09.2023 проведено трансвагинальное УЗИ с 3D реконструкцией у врача-эксперта ультразвуковой диагностики. Данных за маточную беременность и косвенных эхо-признаков экстралинейной беременности не выявлено. Рекомендован контроль В-ХГЧ через 48 часов и контроль УЗИ. Контрольное исследование на В-ХГЧ было проведено только спустя 4 дня, его значение от 13.09.23 – 881 мМЕ/мл.

Пациентке было проведено повторное УЗИ ОМТ с применением объемной реконструкции на УЗ сканере VOLUSON E8 14 сентября 2023 года. Матка в правильном положении, грушевидной формы с четкими ровными контурами 44*29*38, объем матки 26 см³. Структура миометрия не изменена, узловые образования не определяются. Эндометрий однородный, имеется гипохогенный контур, толщина 4,3 мм. Форма эндометрия трехслойная. Срединная линия линейная. Метротризометральное соединение равномерное. Полость матки не изменена. Шейка матки с четкими ровными контурами, структура не изменена, цервикальный канал не расширен.

Левый яичник расположен типично, размерами 30*18 мм. Структура не изменена. Определяются фолликулы, в количестве более 8, диаметром по 8 мм. Рядом с яичником визуализируется солидное образование с четкими ровными контурами, размерами 20*15 мм, в образовании четко выражен кровоток. Правый яичник расположен типично, размерами 42*23 мм. Структура не изменена. Определяется более 8 фолликулов по 7-8 мм. Лоцируется гипохогенное образование неправильной формы (желтое тело). Стенки мочевого пузыря ровные.

При осмотре пузырно-маточного углубления патологических образований не выявлено. По результатам исследования не исключается внематочная беременность слева.

Осмотрена врачом акушером-гинекологом 14.09.2023 года, пациентка предъявляла жалобы на незначительные ноющие боли внизу живота.

Произведен гинекологический осмотр. Наружные половые органы развиты правильно, по женскому типу. Область вульвы обычной окраски и влажности, без патологических изменений. При осмотре в зеркалах шейка матки конической формы, с участком эктопии. Слизистая влагалища розовая, складчатость выражена умеренно. Выделения гризно-сукровичные, незначительные. При осмотре бимануально тело матки не увеличено, плотное, безболезненное, расположено по средней линии, подвижное. Яичники пальпируются с обеих сторон, обычной структуры, безболезненные, подвижные. Своды свободные, глубокие, безболезненные, симметричные. Инфильтратов и образований в области малого таза нет.

Установлен диагноз: внематочная беременность неутроченная (O00.9). Пациентка неотложно направлена в дежурный гинекологический стационар.

При поступлении в гинекологическое отделение БУЗ ВО "Медсанчасть "Северсталь" 14.09.23 пациентка

предъявляла жалобы на чувство тяжести внизу живота и мажущие кровянистые выделения из половых путей. В приемном покое состояние расценено как удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Язык чистый влажный. АД – 120/70 мм.рт.ст. Пульс – 78 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Молочные железы мягкие, при пальпации безболезненные. Живот мягкий, безболезненный, не вздут. Физиологические отправления в норме. Температура тела 36,4 гр. С.

Гинекологический осмотр: наружные половые органы развиты правильно, по женскому типу, без патологических изменений. При осмотре в зеркалах: шейка матки конической формы, чистая. Наружный зев закрыт. Слизистая влагалища розовая, складчатость выражена умеренно. Выделения сукровичные, скудные. При осмотре бимануально матка небольшая, безболезненная. Придатки четко не определяются. Своды свободные, глубокие, безболезненные. Левый боковой свод несколько укорочен. Инфильтратов и образований в области малого таза нет.

На основании жалоб, объективного осмотра и результатов обследования установлен диагноз: Беременность раннего срока. Несостоявшийся выкидыш. Подозрение на внематочную беременность.

Назначено лабораторное и инструментальное обследование – стандартный клинический минимум (общие анализы крови и мочи, биохимический анализ, обследование на вирус иммунодефицита человека, сифилис, маркеры гепатита, группу крови и резус-фактор, анализ крови на В-ХГЧ, УЗИ ОМТ, из лекарственной терапии назначен этамзилат 2,0 мл внутримышечно.

При поступлении в отделение осмотра лечащим врачом. На основании данных амбулаторного обследования принято решение о проведении лапароскопической операции 14 сентября 2023 года. За 30 минут до операции введен цефтриаксон 2 грамма с целью профилактики интраоперационных осложнений.

Протокол операции: "Эндовидеохирургическая сальпингэктомия слева. Адгезиолизис". Под эндотрахеальным наркозом с миорелаксантами с помощью троакара наложен карбоксиинтертонеум. В брюшную полость введены 2 троакара для манипуляторов и оперативных инструментов.

Выявлено: переднематочное пространство без патологии. В позадматочном пространстве спаечный процесс: правый яичник прилежит к заднему листку широкой связки матки, между спайками серозный экссудат, левый яичник спаян с фимбриями маточной трубы, задним листком широкой связки и петлями сигмовидной кишки. Очагов эндометриоза не выявлено. В брюшной полости патологического экссудата нет. Крестцово-маточные связки без патологии. Матка видна, форма правильная, не увеличена.

Придатки с обеих сторон выделены из спаек тупым и острым путем. Яичник справа не изменен, с желтым телом. Правая маточная труба удлинненная, извилистая,

нормального цвета. Левый яичник не увеличен. Левая маточная труба спяна с яичником, расширена веретенообразно до 1 см в ампулярном отделе. Цвет трубы синюшный. Широкая маточная связка без патологии.

Интраоперационно установлен диагноз: левосторонняя трубная беременность. Спаечный процесс малого таза.

Произведено пересечение маточного конца трубы, мезосальпига слева после предварительной монополярной коагуляции, гемостаз полный. Произведен адгезиолизис. Брюшная полость промыта, осушена. Препарат удален через отверстие для троакара. Газ выведен. На кожу наложены пролиэстеровые швы. Общая кровопотеря составила 20 мл. Моча по катетеру светлая – 70 мл.

Макроскопически операционный материал представлен маточной трубой с плодным яйцом. По результатам гистологического исследования установлен диагноз трубной беременности.

Пациентка выписана из стационара на пятые сутки. Состояние при выписке удовлетворительное, активных жалоб не предъявляет. При выписке было рекомендовано обратиться к репродуктологу. Послеоперационный период протекал гладко, швы сняты на 7 сутки. Менструация началась в срок, прошла без особенностей.

Пациентка обратилась на консультацию к репродуктологу. Учитывая наличие спаечного процесса в области малого таза, решено провести полное обследование как женщины, так и ее мужа, включающее анализ крови на половые гормоны, гормоны щитовидной железы, УЗИ молочных желез, обследование обоих супругов на заболевания передающиеся половым путем, исследование спермограммы, и на основании этих данных решать вопрос о способе планирования беременности. В настоящий момент пара на этапе обследования.

Обсуждение

«Любая сексуально активная женщина с аномальным кровотечением, болью в животе или образованием придатков должна быть немедленно обследована, чтобы исключить внематочную беременность. Сонографически нормальная матка и концентрация бета-ХГЧ в сыворотке крови, которая не превышает 6500 МЕ/л, в значительной степени указывают на внематочную беременность. Ранняя диагностика имеет решающее значение для сохранения фертильности» [11].

Я случайно начала обсуждение данного клинического случая с цитирования статьи 1985 года. За прошедшие почти 40 лет ничего принципиально нового в диагностике прогрессирующей внематочной беременности не придумано. Но проблемой является тот факт, что на амбулаторном этапе диагноз ВБ устанавливается не так часто.

К сожалению, нет достоверных клинических признаков, оценка которые мы могли с уверенностью

определить наличие эктопической беременности. Исследование сыворотки крови на β -субъединицу хорионического гонадотропина человека в сочетании с трансвагинальным УЗИ для уточнения локализации трофобласта принято во всем мире "золотым стандартом" диагностики ВБ [12].

Диагноз внематочной беременности устанавливается на основании положительного качественного исследования мочи на хорионический гонадотропин и/или количественного исследования крови на хорионический гонадотропин, жалоб, анамнестических данных, физикального обследования, данных ультразвукового исследования органов малого таза [13].

Бета-ХГЧ сыворотки крови является единственным биохимическим маркером для диагностики беременности, в том числе и ВБ. Рекомендуются определение и оценка уровня хорионического гонадотропина (бета-ХГЧ) в крови в динамике у пациенток с подозрением на внематочную беременность. При уровне бета-ХГЧ менее 1000 МЕ/л рекомендовано повторное исследование уровня бета-ХГЧ в крови через 48 часов при стабильном состоянии пациентки.

В норме уровень бета-ХГЧ при маточной беременности должен увеличиваться каждые 48 часов на 50% и более. Менее, чем при 20% эктопических беременностей, можно увидеть прирост бета-ХГЧ в сыворотке крови, как при прогрессирующей маточной беременности. Незначительный прирост бета-ХГЧ (ниже 53%), как и его снижение, в сочетании с отсутствием ультразвуковых признаков беременности в полости матки, говорят о возможном наличии ВБ. Малый прирост бета-ХГЧ имеет место и при неразвивающейся маточной беременности. Оценку уровня бета-ХГЧ можно использовать и при диагностическом поиске гетеротопической беременности (сочетание маточной и внематочной) [13].

Из описания данного клинического случая известно, что пациентка не была проверена изначально на уровень хорионического гонадотропина, хотя находилась в активном репродуктивном периоде и планировала беременность. В дальнейшем, уровень В-ХГЧ оценивался не через 48 часов, а через 96 часов. Прирост составил через первые 96 часов - 14,48%, через вторые 96 часов - 18,5% (обследование проведено через 96 часов, так как пациентка не сдала анализ крови раньше).

Обследование на уровень мочевого хорионического гонадотропина и уровень В-ХГЧ в крови представляет сложности в наших реалиях. Диагностические тесты на уровень мочевого хорионического гонадотропина не закупаются в женских консультациях. Получить результаты обследования на В-ХГЧ крови в амбулаторных условиях возможно только на следующий день в подавляющем большинстве, как государственных, так и частных медицинских организаций.

Исключить ВБ мы должны и при выявлении у пациентки АМК. Аномальное маточное кровотечение —

кровотечение чрезмерное по длительности (более 8 дней), объему кровопотери (более 80 мл) и/или частоте (интервал менее 24 дней). При АМК необходимо исключить наличие беременности у женщин, живущих половой жизнью, для чего исследуется уровень хорионического гонадотропина в крови [14]. Практическая проблема состоит в том, что при АМК не всегда оценивается уровень ХГЧ у женщин репродуктивного возраста.

На настоящий момент хирургическое лечение остается основным методом лечения внематочной беременности при любой ее локализации. Аналогом оперативного лечения является внутримышечное введение метотрексата, однако по современным действующим клиническим рекомендациям данный вариант терапии может проводиться только в стационарах 3 уровня по решению консилиума. Метотрексат, антагонист фолиевой кислоты, подавляет быстрое деление клеток, что, следовательно, приводит к прекращению ВБ. Однако при использовании данной терапии следует учитывать доступность медицинской помощи, поскольку невозможность последующего наблюдения может привести к более высокому риску осложнений и неэффективности лечения, что делает хирургическое лечение более безопасным вариантом [5].

В исследовании С.С. Рамазанова и соавт. проведена оценка качества медицинской помощи при ВБ [15]. Авторы провели ретроспективную оценку 194 случаев ВБ с 2013 по 2016 год по существующим «Критериям качества специализированной медицинской помощи при внематочной беременности» и «Разработанным критериям качества специализированной медицинской помощи при внематочной беременности». Последние являются более подробными, результат выражается в процентах. Это позволяет найти «слабое звено» в лечебно-диагностической цепочке и принять меры к устранению проблем.

Из 194 женщин 39 (20%) пациенток были госпитализированы в стационар, минуя амбулаторное звено медицинской помощи (самообращение или через скорую медицинскую помощь), а 155 (80%) обратились первично в женскую консультацию (ЖК). При ВБ всегда будут иметь место случаи экстренного обращения, так как это острое заболевание, требующее немедленного медицинского вмешательства. До момента госпитализации в стационар наблюдаемые пациентки совершили от 1 до 4 амбулаторных визитов. Из них 104 (53,6%) пациенткам правильный диагноз ВБ был установлен на догоспитальном этапе, а 23 пациентки (11,9%) госпитализированы с другими диагнозами, и ВБ была установлена только в стационаре. Из 155 первично обратившихся пациенток 28 (18,1%) были потеряны для наблюдения. В дальнейшем эти женщины госпитализированы в стационар бригадой скорой помощи или при самообращении. У 50 (32,3%) пациенток выявлен позитивный экспресс-тест мочи на беременность, который они провели самостоятельно до обращения к врачу. Результат определения В-ХГЧ в сыворотке крови на визите в ЖК мог быть получен только на следующий рабочий день. Результаты осмотра послужили основанием для проведения УЗИ

органов малого таза в экстренном порядке у 79 (51,0%) из 155 пациенток. Таким образом, при поступлении в приемное отделение стационара удовлетворительное состояние пациенток после амбулаторного этапа оказания медицинской помощи было отмечено у 78,7% больных. В связи с этим чаще использовался лапароскопический доступ и органосохраняющие операции, было меньше осложнений послеоперационного периода.

После проведенной оценки качества оказания медицинской помощи оказалось, что диагноз был установлен в день обращения только у 27,1% пациенток с ВБ. УЗИ ОМТ и тест на В-ХГЧ - ключевые методы диагностики ВБ - выполнены на первом визите только у 51,0% и 32,3% обратившихся соответственно. Как следствие, из 155 обратившихся в консультацию госпитализировано по направлению оказалось только 124 пациентки. Поэтому 33 женщины с ВБ госпитализированы в стационар с признаками внутрибрюшного кровотечения и нестабильной гемодинамикой. Кроме того, хирургическое лечение лапароскопическим доступом выполнено только у 66,5% пациенток. Выписка была задержана у 1 пациентки с тяжелой кровопотерей, у 14 была длительная лихорадка, а у 4 пациенток послеоперационный период осложнился раневой инфекцией.

Нельзя не отметить, что ВБ негативным образом сказывается на эмоциональном состоянии женщин. По результатам исследования Ren N. et al. согласно шкалам самооценки у 39,5% пациенток с ВБ была тревожность, а у 37,2% - депрессия. Степень депрессии была выше у пациенток с требованиями к продолжению фертильности (уровень тревог $40,12 \pm 8,12$ и $46,12 \pm 8,71$ баллов соответственно; уровень депрессии $31,26 \pm 5,06$ и $34,62 \pm 5,69$ баллов соответственно). Вероятно, это связано с тем, что ВБ является острым заболеванием, поэтому пациенткам не хватает когнитивной и психологической подготовки к этому заболеванию. Они также сталкиваются с неопределенностью в лечении, что вызывает страх. Поэтому постановка диагноза и выбор тактики в кратчайшие сроки снизит уровень тревожности и депрессии у пациенток данной группы [16].

Заключение

Таким образом, проблема точного и своевременного диагностирования ВБ на настоящий момент остается актуальной. В нашей стране разработаны клинические рекомендации, которые являются основным источником алгоритмов для действий в случае подозрения на ВБ. Точность следования клиническим рекомендациям влияет не только на параметры оценки качества оказания медицинской помощи, но и на качество жизни и эмоциональное здоровье пациенток. Одной из необходимых мер для ранней диагностики ВБ является наличие мочевых тестов на хорионический гонадотропин в каждом медицинском учреждении, оказывающем медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология».

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Информация об авторах

Ловцева Виктория Анатольевна, врач акушер-гинеколог, главный врач клиники ЭКО и репродуктивного здоровья ООО "Геном-Вологда", Череповец, Российская Федерация.
ORCID: 009-0003-9212-0084

Терентьева Елена Викторовна, врач ультразвуковой диагностики клиники ЭКО и репродуктивного здоровья ООО "Геном-Вологда", Череповец, Российская Федерация.
ORCID: 0009-0005-1733-9152

Гайскова Ольга Николаевна, врач акушер-гинеколог, репродуктолог клиники ЭКО и репродуктивного здоровья ООО "Геном-Вологда", Череповец, Российская Федерация.
ORCID: 0009-0002-2608-2852

Рублева Арина Александровна, врач акушер-гинеколог гинекологического отделения БУЗ ВО "Медсанчасть "Северсталь", Череповец, Российская Федерация.
ORCID: 0009-0002-1667-2605

Финансирование

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Information about the authors

Viktoria A. Lovtseva, MD, chief physician, IVF and Reproductive Health Clinic "Genom-Vologda", Cherepovets, Russian Federation.
ORCID: 009-0003-9212-0084

Elena V. Terentyeva, MD, IVF and Reproductive Health Clinic "Genom-Vologda", Cherepovets, Russian Federation.
ORCID: 0009-0005-1733-9152

Olga N. Gayskova, MD, IVF and Reproductive Health Clinic "Genom-Vologda", Cherepovets, Russian Federation.
ORCID: 0009-0002-2608-2852

Arina A. Rubleva, MD, Severstal Medical Center, Cherepovets, Russian Federation.
ORCID: 0009-0002-1667-2605

Вклад авторов в статью:

Ловцева В.А. - сбор материала, написание текста статьи, редактирование, утверждение окончательного варианта рукописи.

Терентьева Е.В. - сбор материала, написание текста статьи, редактирование.

Гайскова О.Н. - сбор материала, редактирование, утверждение окончательного варианта рукописи.

Рублева А.А. - сбор материала, редактирование, утверждение окончательного варианта рукописи.

Lovtseva V.A. - collection of material, writing the text of the article, editing, approval of the final version of the manuscript.

Terentyeva E.V. - collection of material, writing the text of the article, editing.

Gaiskova O.N. - material collection, editing, approval of the final manuscript.

Rubleva A.A. - collection of material, editing, approval of the final manuscript.

Список литературы

1. Frock-Welnak D.N., Tam J. Identification and Treatment of Acute Pelvic Inflammatory Disease and Associated Sequelae // *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2022. Vol.49, №3. P. 551-579. doi: 10.1016/j.ogc.2022.02.019
2. Brady P.C. New Evidence to Guide Ectopic Pregnancy Diagnosis and Management // *Obstet Gynecol Surv.* 2017. Vol. 72, №10. P. 618-625. doi: 10.1097/OGX.0000000000000492
3. Zhang C., Zhang Y., He J., et al. Outcomes of subsequent pregnancies in patients following treatment of

- cesarean scar pregnancy with high intensity focused ultrasound followed by ultrasound-guided dilation and curettage // *Int J Hyperthermia.* 2019. Vol. 36, №1. P. 926-931. doi: 10.1080/02656736.2019.1654619
4. Houser M., Kandalaf N., Khati N.J. Ectopic pregnancy: a resident's guide to imaging findings and diagnostic pitfalls // *Emerg Radiol.* 2022. Vol. 29, №1. P. 161-172. doi: 10.1007/s10140-021-01974-7
5. Hendriks E., Rosenberg R. Ectopic pregnancy: diagnosis and management—American Family Physician // *Am Fam*

- Physician. 2020. №101. P. 599–606.
6. Ucisik-Keser F.E., Matta E.J., Fabrega M.G., et al. The many faces of ectopic pregnancies: demystifying the common and less common entities // *Abdom Radiol*. 2021. Vol. 46, №3. P. 1104–1114. doi: 10.1007/s00261-020-02681-6
7. Bouyer J, Coste J, Fernandez H., et al. Sites of ectopic pregnancy: a 10-year population-based study of 1800 cases // *Hum Reprod*. 2002. №17. P. 3224–3230. doi: 10.1093/humrep/17.12.3224
8. Refaat B., Bahathiq A.O. The performances of serum activins and follistatin in the diagnosis of ectopic pregnancy: a prospective case-control study // *Clin Chim Acta*. 2019. №500. P. 69–74. doi: 10.1016/j.cca.2019.09.019
9. Zhang X., Wang C. Predictive value of PAPP-A for ectopic pregnancy and analysis of related factors // *Exp Ther Med*. 2021. Vol. 22, №2. P. 801. doi: 10.3892/etm.2021.10233
10. Mullany K., Minneci M., Monjazeb R., et al. Overview of ectopic pregnancy diagnosis, management, and innovation // *Womens Health (Lond)*. 2023. №19. P. 17455057231160349. doi: 10.1177/17455057231160349
11. De Cherney A.H., Jones E.E. Ectopic pregnancy // *Clin Obstet Gynecol*. 1985. Vol. 28, №2. P. 365–74. doi: 10.1097/00003081-198528020-00014
12. Huancahuari N. Emergencies in early pregnancy // *Emerg Med Clin North Am*. 2012. Vol. 30. №4. P. 837–47
13. Клинические рекомендации Минздрав России «Внематочная (эктопическая) беременность», 2021 г. [Дата обращения 18 января 2024 года]. Доступно по ссылке: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/642_1
14. Клинические рекомендации Минздрав России «Аномальные маточные кровотоки», 2021 г. [Дата обращения 18 января 2024 года]. Доступно по ссылке: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/645_1
15. Рамазанова С.С., Манухин И.Б., Фирченко С.В., и др. Проблема оценки качества медицинской помощи при внематочной беременности // *Вестник новых медицинских технологий*. 2018. №4. С. 38–46. doi: 10.24411/2075-4094-2018-16099
16. Ren N., Dela Rosa R.D., Chen Z., et al. Research Progress on Psychological Distress in Patients with Ectopic Pregnancy in China // *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2023. №19. P. 1633–1639. doi: 10.2147/NDT.S410320

References

1. Frock-Welnak DN, Tam J. Identification and Treatment of Acute Pelvic Inflammatory Disease and Associated Sequelae. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2022;49(3):551–579. doi: 10.1016/j.ogc.2022.02.019
2. Brady PC. New Evidence to Guide Ectopic Pregnancy Diagnosis and Management. *Obstet Gynecol Surv*. 2017;72(10):618–625. doi: 10.1097/OGX.0000000000000492
3. Zhang C, Zhang Y, He J, et al. Outcomes of subsequent pregnancies in patients following treatment of cesarean scar pregnancy with high intensity focused ultrasound followed by ultrasound-guided dilation and curettage. *Int J Hyperthermia*. 2019;36(1):926–931. doi: 10.1080/02656736.2019.1654619
4. Houser M, Kandalafit N, Khatri N.J. Ectopic pregnancy: a resident's guide to imaging findings and diagnostic pitfalls. *Emerg Radiol*. 2022;29(1):161–172. doi: 10.1007/s10140-021-01974-7
5. Hendriks E, Rosenberg R. Ectopic pregnancy: diagnosis and management—American Family Physician. *Am Fam Physician*. 2020;(101):599–606.
6. Ucisik-Keser FE, Matta EJ, Fabrega MG, et al. The many faces of ectopic pregnancies: demystifying the common and less common entities. *Abdom Radiol*. 2021;46(3):1104–1114. doi: 10.1007/s00261-020-02681-6
7. Bouyer J, Coste J, Fernandez H, et al. Sites of ectopic pregnancy: a 10-year population-based study of 1800 cases. *Hum Reprod*. 2002;(17):3224–30. doi: 10.1093/humrep/17.12.3224
8. Refaat B, Bahathiq AO. The performances of serum activins and follistatin in the diagnosis of ectopic pregnancy: a prospective case-control study. *Clin Chim Acta*. 2019;(500):69–74. doi: 10.1016/j.cca.2019.09.019
9. Zhang X, Wang C. Predictive value of PAPP-A for ectopic pregnancy and analysis of related factors. *Exp Ther Med*. 2021;22(2):801. doi: 10.3892/etm.2021.10233
10. Mullany K, Minneci M, Monjazeb R, et al. Overview of ectopic pregnancy diagnosis, management, and innovation. *Women's Health (Lond)*. 2023;(19):17455057231160349. doi: 10.1177/17455057231160349
11. De Cherney AH, Jones EE. Ectopic pregnancy. *Clin Obstet Gynecol*. 1985;28(2):365–74. doi: 10.1097/00003081-198528020-00014
12. Huancahuari N. Emergencies in early pregnancy. *Emerg Med Clin North Am*. 2012; 30(4): 837–47
13. Клинические рекомендации Минздрав России «Внематочная (эктопическая) беременность», 2021. [сited 2024 January 14]. Available from: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/642_1
14. Клинические рекомендации Минздрав России «Аномальные маточные кровотоки», 2021. [сited 2024 January 14]. Available from: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/645_1
15. Ramazanova SS, Manuhin IB, Firichenko SV, et al. The problem of quality assessment of health care at the ectopic pregnancy. *Journal of medical technologies*. 2018;(4):38–46 (in Russ.). doi: 10.24411/2075-4094-2018-16099
16. Ren N, Dela Rosa RD, Chen Z, et al. Research Progress on Psychological Distress in Patients with Ectopic Pregnancy in China. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2023;(19):1633–1639. doi: 10.2147/NDT.S410320