

DOI 10.23946/2500-0764-2018-3-2-42-50

# КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ «NEAR MISS»

ФЕТИЩЕВА Л.Е.<sup>1</sup>, МОЗЕС В.Г.<sup>2</sup>, ЗАХАРОВ И.С.<sup>2</sup>, СОКОЛОВА Т.М.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ГАОУЗ КО «Областная клиническая больница скорой медицинской помощи им. М.А. Подгорбунского», г. Кемерово, Россия

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Кемерово, Россия

<sup>3</sup>ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Новосибирск, Россия

## ORIGINAL ARTICLE

### CLINICAL COURSE AND PROGNOSIS OF «NEAR MISS» ECTOPIC PREGNANCY

LARISA E. FETISCHEVA<sup>1</sup>, VADIM G. MOZES<sup>2</sup>, IGOR S. ZAKHAROV<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Podgorbunsky Regional Clinical Emergency Hospital (22, Nikolaya Ostrovskogo Street, Kemerovo, 650000), Russian Federation

<sup>2</sup>Kemerovo State Medical University (22a, Voroshilova Street, Kemerovo, 650056), Russian Federation

<sup>3</sup>Novosibirsk State Medical University (52, Krasnyi Prospekt, Novosibirsk, 630091), Russian Federation

## Резюме

**Цель.** Определить факторы риска внематочной беременности «near miss».

**Материалы и методы.** Проведено ретроспективное когортное исследование 720 женщин с внематочной беременностью, обратившихся в период с 2007 по 2017 год за медицинской помощью в гинекологическое отделение крупной многопрофильной больницы г. Кемерово. Все пациентки были разделены на две группы. Критерием включения в основную группу (n=54) являлось течение внематочной беременности «near miss», для чего использовались рекомендации ВОЗ (наличие у пациенток потенциально опасных для жизни условий, таких как массивное внутрибрюшное кровотечение, превышающее 1500 мл, требовавшее интенсивной терапии и перевода в реанимационное отделение; возникновение на фоне заболевания синдрома полиорганной недостаточности, сепсиса). Критерием включения в группу сравнения (n=666) являлось течение эктопической беременности без «near miss». Ближайшие исходы лечения оценивались на 6-е сутки послеоперационного периода.

**Результаты.** Проведенный анализ случаев эктопической беременности показал, что боль-

шинство выявленных факторов риска течения внематочной беременности «near miss» относились к категории неуправляемых (неконтролируемых): перенесенная соматическая патология (ведущий фактор – заболевания сердечно-сосудистой системы (OR (3,2[1,0-9,8], p=0,004)), осложненный акушерско-гинекологический анамнез (ведущий фактор – самопроизвольный выкидыш в анамнезе (OR (15,6[7,7-31,7], p=0,001))). Тем не менее, были выявлены и управляемые (контролируемые) факторы риска внематочной беременности «near miss», влияние на которые в перспективе может снизить риск материнской смертности у такой категории больных. К ним относятся непосредственное наличие у больной редких форм внематочной беременности (OR (3757,4[625-30567], p=0,001)), среди которых ведущим фактором является трубная беременность в интерстициальном отделе маточной трубы (OR (896,3,8[121,3-1864,4], p=0,001))).

**Заключение.** Наличие у пациентки редких форм внематочной беременности является предиктором течения заболевания «near miss». При выявлении у больной трубной беременности в интерстициальном отделе маточной трубы необходимо относиться к ней как к пациентке

крайне высокого риска течения эктопической беременности «near miss», с проведением соответствующих организационных мероприятий

на всех этапах оказания медицинской помощи.

**Ключевые слова:** внематочная беременность, «near miss», факторы риска.

## Abstract

**Aim.** To identify risk factors for «near miss» ectopic pregnancy.

**Materials and Methods.** We recruited 720 consecutive women with ectopic pregnancy who were admitted to the gynecology unit of a large multidisciplinary hospital from 2007 to 2017. All patients were divided into two groups: without «near miss» (n = 666) and with «near miss» ectopic pregnancy (n = 54) defined by potentially life-threatening conditions such as massive (> 1500 mL) intraabdominal bleeding, multiple organ failure syndrome, or sepsis. Short-term outcomes were evaluated on the 6th day postoperation.

**Results.** Certain risk factors for «near miss» were uncontrollable such as cardiovascular disease (OR = 3.2, 95% CI = 1.0-9.8, p = 0.004) and past medical history of obstetric or gynecological disorders, in particular spontaneous miscarriage (OR = 15.6, 95% CI = 7.7-31.7, p = 0.001). Controllable risk factors included rare types of ectopic pregnancy (OR = 3757.4, 95% CI = 625-30567, p = 0.001) such as interstitial pregnancy (OR = 896.3, 95% CI = 121.3-1864.4, p = 0.001).

**Conclusion.** Rare types of ectopic pregnancy represent a valuable predictor of «near miss» condition.

**Keywords:** ectopic pregnancy, «near miss», risk factors.

◀ English

## Введение

Несмотря на развитие современных технологий эктопическая беременность остается опасным заболеванием, которое во всем мире сопровождается риском материнской смерти. Российская Федерация не является исключением. По данным Федеральной государственной службы статистики, в структуре материнской смертности, которая в России прогрессивно снижается, за последние пять лет от внематочной беременности умерли 16 женщин [1].

В стратегии борьбы с материнской смертностью существует несколько ключевых направлений, в том числе - разработка системы прогнозирования риска этого осложнения, что позволяет «не распылять» силы и средства, а направлять их к целевым группам пациентов [2].

Для определения факторов риска и последующего управления качеством медицинской помощи экспертами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) используется аудит случаев «near miss» – «едва не умерших» пациенток с органной дисфункцией или недостаточностью, требовавших интенсивной терапии и перевода в реанимационное отделение, которые погибли бы при отсутствии проведения соответствующего лечения [3].

Следует отметить, что в современной литературе крайне мало исследований, использующих подобный подход при внематочной бере-

менности, протекающей «near miss», что определило цель исследования.

## Цель исследования

Определить факторы риска внематочной беременности «near miss».

## Материалы и методы

Исследование было проведено с соблюдением этических норм в соответствии с Хельсинкской декларацией Всемирной медицинской ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека» и «Правилами клинической практики в Российской Федерации», утвержденными Приказом Минздрава РФ от 19.06.2003 г. № 266.

Было выполнено ретроспективное исследование 720 женщин с внематочной беременностью, обратившихся в период с 2007 по 2017 гг. за медицинской помощью в гинекологическое отделение областной клинической больницы скорой медицинской помощи им. М.А. Подгорбунского.

Критерии включения женщин в основную группу (n=54): течение внематочной беременности «near miss», для определения которого использовались рекомендации ВОЗ [4] (наличие у пациенток с внематочной беременностью потенциально опасных для жизни условий, таких как массивное внутрибрюшное кровоте-

чение, превышающее 1500 мл, требовавшее интенсивной терапии и перевода в реанимационное отделение; возникновение на фоне заболевания синдрома полиорганной недостаточности, сепсиса); информированное согласие на участие в исследовании; отсутствие тяжелой соматической патологии по основным классам заболеваний (МКБ-10).

Критерии исключения женщин из основной группы: отсутствие у пациенток течения внематочной беременности «pear miss» согласно рекомендациям ВОЗ; отказ женщины от участия в исследовании; наличие тяжелой соматической патологии по основным классам заболеваний (МКБ-10).

Критерии включения в группу сравнения (n=666): наличие у пациенток внематочной беременности без проявлений «pear miss» по критериям ВОЗ; информированное согласие на участие в исследовании; отсутствие тяжелой соматической патологии по основным классам заболеваний (МКБ-10).

Критерии исключения женщин из группы сравнения: наличие у пациенток внематочной беременности «pear miss»; отказ женщины от участия в исследовании; наличие тяжелой соматической патологии по основным классам заболеваний (МКБ-10).

У всех женщин проводилось социологическое исследование, включающее анкетирование и интервьюирование при помощи стандартизированной анкеты. Объем общеклинического, инструментально-лабораторного обследования и оказания медицинской помощи всем женщинам соответствовал Приказу МЗ РФ № 572н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», рубрика О00 Внематочная (эктопическая) беременность.

Ближайшие исходы лечения оценивались на 6 сутки послеоперационного периода.

Статистический анализ осуществлялся при помощи программы Statsoft Statistica 6,0. Выборочные параметры, приводимые в таблицах, имеют следующие обозначения: n – объем анализируемой подгруппы, p – достигнутый уровень значимости. Абсолютные значения, представленные дискретными показателями, описывались медианой (Me) и межквартильным интервалом, относительные величины – процентными долями. При сравнении количе-

ственных признаков двух независимых групп использовали непараметрический U-критерий Манна-Уитни. Оценка статистической значимости частотных различий в двух независимых группах осуществлялась при помощи критерия Пирсона  $\chi^2$ . При проверке нулевых гипотез критическое значение уровня статистической значимости принималось равным 0,05.

Для определения прогностической значимости факторов риска внематочной беременности, протекающей «pear miss», использовалась таблица сопряженности 2x2 с вычислением статистик связи с поправкой Йейтса. Расчет выполнялся на онлайн-калькуляторе <http://www.biometrika.tomsk.ru/freq2.htm>.

## Результаты

Средний возраст женщин статистически значимо не различался и составил  $31,3 \pm 6,2$  лет в основной группе и  $29,9 \pm 5,6$  лет в группе сравнения ( $U_{[54;666]}=15258$ ,  $p=0,063$ ).

По уровню образования пациентки обеих групп статистически значимо не различались. Чаще всего пациентки обеих групп имели среднее образование – 61,1% в основной и 57,9% в группе сравнения,  $p=0,651$ ; высшее образование имели 37% и 41,7% соответственно,  $p=0,499$ ; без образования были 1,8% и 0,3% соответственно,  $p=0,08$ .

Большинство пациенток обеих групп были работающими – 77,7% и 74,1% соответственно,  $p=0,559$ .

Результаты соматического анамнеза показали, что у пациенток основной группы статистически значимо преобладала патология сердечно-сосудистой системы: 9,2% и 3% соответственно,  $p=0,015$ . По остальным системам статистически значимого различия не выявлено: патология органов мочевыделительной системы выявлена у 7,4% и 8,4% соответственно,  $p=0,798$ ; патология нервной системы – у 0% и 0,1% соответственно,  $p=0,775$ ; патология желудочно-кишечного тракта – у 9,2% и 11,2% соответственно,  $p=0,652$ . Статистически значимого различия в количестве оперативных вмешательств на органах брюшной полости у пациенток обеих групп не выявлено: аппендэктомия выполнялись у 5,5% и 6,1% соответственно,  $p=0,859$ ; холецистэктомия выполнялась у 3,7% и 9% соответственно,  $p=0,058$ .

Результаты анализа акушерско-гинекологического анамнеза показали, что по большинству критериев пациентки обеих групп статистиче-

ски значимо не различались. Возраст менархе составил  $13,2 \pm 1,19$  и  $13,3 \pm 1,32$  лет соответственно,  $U_{[54;666]} = 17846$ ,  $p = 0,924$ . У большинства женщин в обеих группах менструальный цикл был регулярным (96,2% и 96,5% соответственно,  $p = 0,923$ ), менструации были безболезненными (82,8% и 93,4% соответственно,  $p = 0,013$ ). У большинства женщин обеих групп менструации были умеренными – 98,1% и 94,8% соответственно,  $p = 0,936$ ; скудными менструации были у 0% и 2,4% соответственно,  $p = 0,249$ ; обильными у 1,8% и 2,7% соответственно,  $p = 0,267$ . Средняя продолжительность менструаций составила  $4,9 \pm 0,97$  дней и  $5,1 \pm 1,1$  дней соответственно,  $U_{[54;666]} = 16778$ ,  $p = 0,379$ ; межменструальный промежуток составил  $28,2 \pm 2$  дней и  $28,6 \pm 2,2$  дней соответственно,  $U_{[54;666]} = 15376$ ,  $p = 0,052$ .

Большинство женщин в обеих группах были замужем – 87% и 84,2% соответственно,  $p = 0,584$ . Дебют половой жизни составил  $17,8 \pm 1,9$  и  $17,5 \pm 1,7$  лет соответственно,  $U_{[54;666]} = 16177$ ,  $p = 0,208$ . Роды в анамнезе имели 85,1% и 76,4% соответственно,  $p = 0,14$ , из них оперативным путем 9,2% и 10,2% соответственно,  $p = 0,823$ . Медиана количества родов через естественные родовые пути в обеих группах статистически значимо не различалась и составила 1(0;1) в основной группе и 1(0;1) в группе сравнения,  $U_{[54;666]} = 16792$ ,  $p = 0,418$ . Медиана количества родов оперативным путем в обеих группах статистически значимо не различалась и составила 0(0;0) в основной группе и 0(0;0) в группе сравнения,  $U_{[54;666]} = 17781$ ,  $p = 0,778$ . Медицинские абортыв имели 66,6% в основной группе и 53% в группе сравнения,  $p = 0,619$ ; медиана медицинских абортов составила 1(0;2) и 1(0;2) соответственно,  $U_{[54;666]} = 16540$ ,  $p = 0,294$ . Самопроизвольные выкидыши статистически значимо преобладали у женщин основной группы: 75,95 и 16,8% соответственно,  $p = 0,001$ ; медиана самопроизвольных выкидышей составила 1(0;1) и 0(0;0) соответственно,  $U_{[54;666]} = 16439$ ,  $p = 0,120$ .

Внематочная беременность в анамнезе статистически значимо преобладала у женщин основной группы – 33,3% и 21,6% соответственно,  $p = 0,047$ . При оперативном лечении у пациенток основной группы статистически значимо преобладал лапаротомический доступ (25,9% и 15,9% соответственно,  $p = 0,045$ ) над лапароскопическим (7,4% и 5,4% соответственно,  $p = 0,536$ ). Среди операций по поводу внематочной беременности у пациенток основ-

ной группы статистически значимо преобладала сальпингэктомия – у 25,9% и 12,4% соответственно,  $p = 0,005$ ; сальпинготомия выполнялась у 3,7% и 1,8% соответственно,  $p = 0,33$ .

Из перенесенных гинекологических заболеваний у женщин основной группы преобладали тяжелые формы ВЗОМТ, требующие стационарного лечения (42,5% и 16,3% соответственно,  $p = 0,001$ ), и эндометриоз (3,7% и 0,6% соответственно,  $p = 0,015$ ). Частота бесплодия существенно не различалась – 9,2% и 6,1% соответственно,  $p = 0,369$ .

Остро заболели 74,1% женщин в основной группе и 36,7% в группе сравнения,  $p = 0,001$ .

При обращении в стационар за медицинской помощью в основной группе преобладали женщины, доставленные машиной скорой медицинской помощи (74,1% и 36,7% соответственно,  $p = 0,001$ ), тогда как в группе сравнения преобладали пациентки, поступившие по направлению из женских консультаций (16,6% и 37,8% соответственно,  $p = 0,001$ ) и по самообращению (9,2% и 25,3% соответственно,  $p = 0,007$ ).

Статистически значимого различия между пациентками обеих групп по счету беременности не было, медиана составила 3(2;5) и 2(2;4) соответственно,  $U_{[54;666]} = 17175$ ,  $p = 0,566$ .

При госпитализации срок беременности у пациенток обеих групп не различался, медиана составила 5,5(5;6) и 5(5;6) недель беременности,  $U_{[54;666]} = 17175$ ,  $p = 0,566$  (рисунок 1).

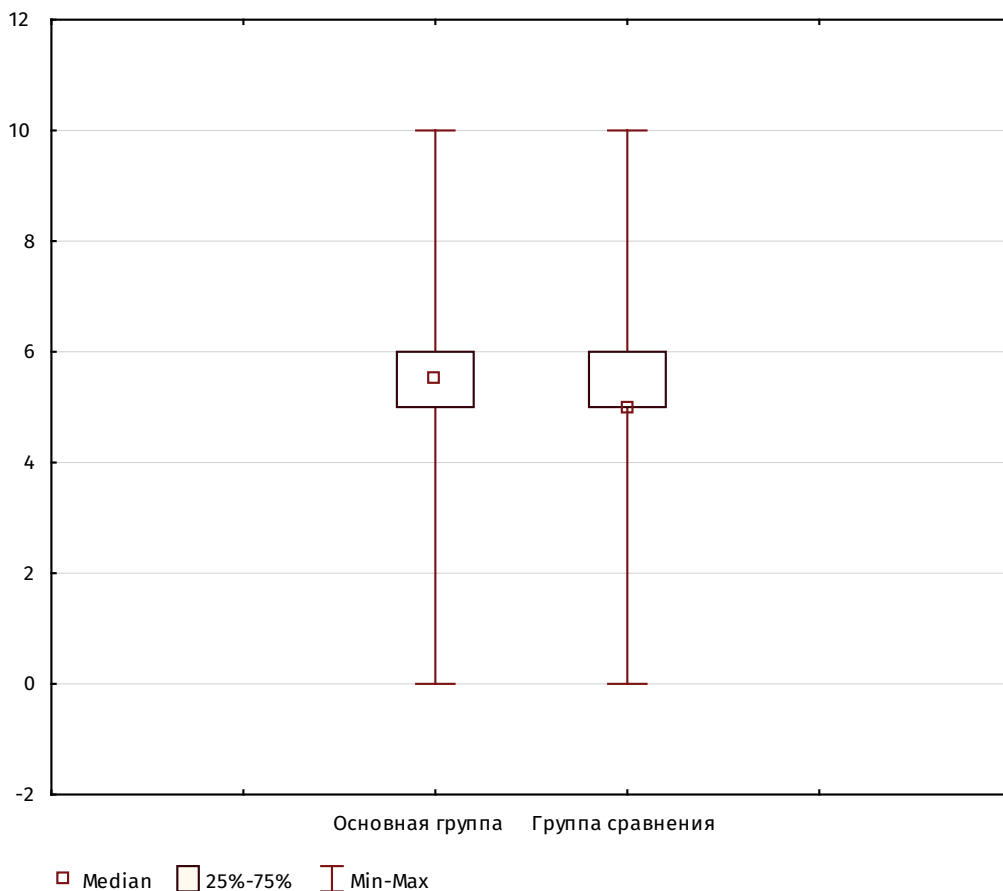
В клинической картине внематочной беременности у женщин основной группы преобладали гиповолемический шок (75,9% и 0,7% соответственно,  $p = 0,001$ ) и болевой синдром (96,2% и 86% соответственно,  $p = 0,032$ ); у женщин группы сравнения чаще встречались мажущие кровянистые выделения из половых путей (57,3% и 82,4% соответственно,  $p = 0,001$ ). Задержка менструации выявлена у 90,7% и 82,5% соответственно,  $p = 0,123$ .

При ультразвуковом исследовании плодное яйцо вне полости матки визуализировалось у 46,2% женщин основной группы и у 40,3% группы сравнения,  $p = 0,697$ . Размер плодного яйца в обеих группах не различался, медиана составила 2,5(2;3) и 2,5(2;3) см,  $U_{[54;666]} = 17789$ ,  $p = 0,968$  (рисунок 2).

Всем пациенткам в обеих группах выполнялось экстренное оперативное лечение. В основной группе преобладала конверсия на лапаротомию из лапароскопического доступа, что было обусловлено большой кровопотерей или нали-

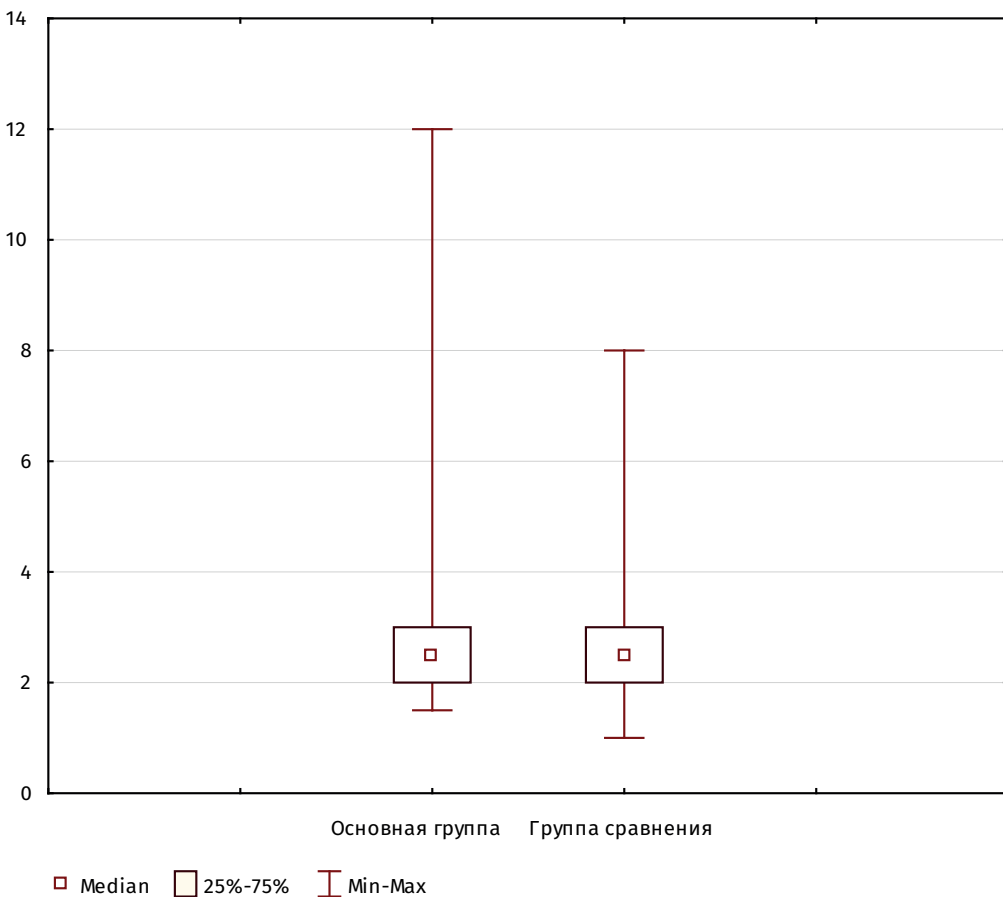
**Рисунок 1.**  
Срок беременности, установленный у исследуемых женщин при госпитализации

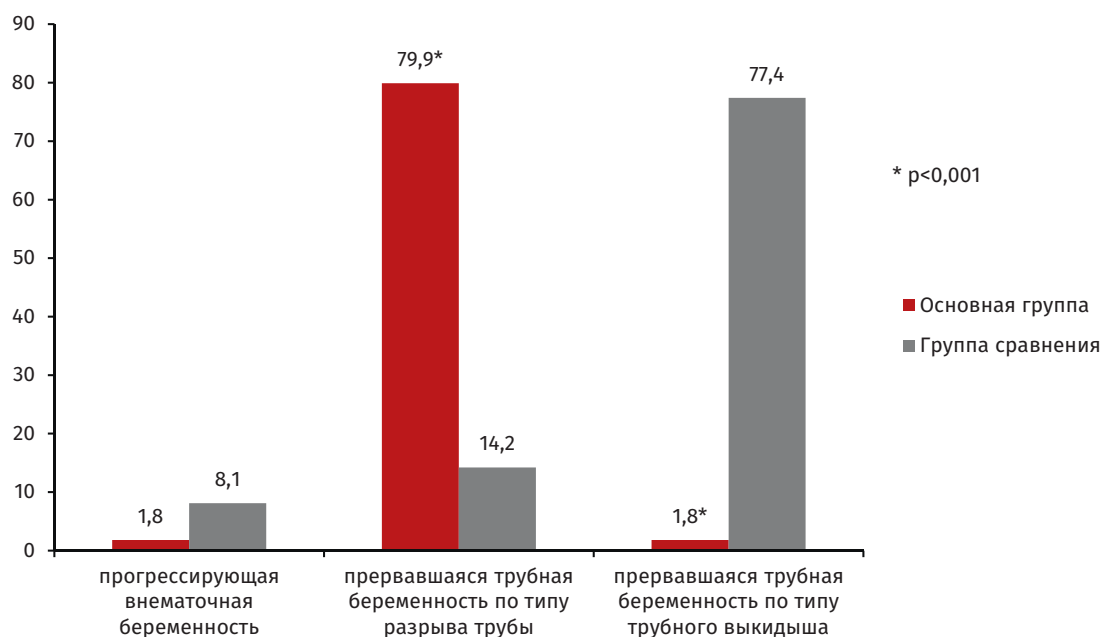
**Figure 1.**  
The gestational age at admission in patients with and without «near miss» conditions



**Рисунок 2.**  
Размер плодного яйца (см) при ультразвуковом исследовании женщин обеих групп

**Figure 2.**  
The size of the embryo (cm) measured at ultrasound examination in patients with and without «near miss» conditions





**Рисунок 3.** Структура течения диагностированной внематочной беременности у женщин обеих групп

**Figure 3.** Clinical course of diagnosed ectopic pregnancy in patients with and without «near miss» conditions

чением технических сложностей при выполнении операции – 11,1% в основной и 1,2% в группе сравнения,  $p=0,001$ . Лапаротомический доступ выполнялся у 14,8% и у 9,6% соответственно,  $p=0,038$ , лапароскопический доступ выполнялся у 74,1% и у 89,1% соответственно,  $p=0,001$ .

При ревизии брюшной полости сопутствующий спаечный процесс диагностирован у 25,9% в основной группе и 44,5% в группе сравнения,  $p=0,001$ ; миома матки у 7,4% и 3,1% соответственно,  $p=0,11$ ; эндометриоз брюшины у 0% и 0,9% соответственно,  $p=0,484$ ; имбибиция кровью придатков матки у 20,3% и 19,1% соответственно,  $p=0,815$ .

У всех женщин в обеих группах диагностирована внематочная беременность. Чаще всего в обеих группах встречалась прервавшаяся трубная внематочная беременность (98,2% в основной группе и 91,9% в группе сравнения,  $p=0,096$ ), однако в основной группе преобладала внематочная беременность, прервавшаяся по типу разрыва трубы, – 79,9% и 14,2% соответственно,  $p=0,001$ ; прервавшаяся трубная беременность по типу трубного выкидыша преобладала в группе сравнения – 1,8% и 77,4% соответственно,  $p=0,001$  (рисунок 3).

В основной группе преобладали редкие формы заболевания (94,4% и 0,4% соответственно,  $p=0,001$ ), которые у 33,3% не были диагностированы до оперативного вмешательства (таблица 1). В структуре редких форм внематочной беременности в основной группе преобладала трубная беременность в интерстици-

альном отделе маточной трубы (57,4% и 0% соответственно,  $p=0,001$ ) и беременность культи маточной трубы после проведенной ранее сальпингэктомии (12,9% и 0% соответственно,  $p=0,001$ ).

Гиповолемический шок, обусловленный дооперационной или интраоперационной кровопотерей, диагностирован у 100% женщин в основной группе и 8,5% в группе сравнения,  $p=0,001$ . У женщин основной группы статистически значимо преобладал гиповолемический шок 2 и 3 степени (рисунок 4).

Гиповолемический шок 1 степени выявлен у 11,1% в основной и у 8,5% в группе сравнения,  $p=0,523$ ; гиповолемический шок 2 степени выявлен у 57,4% и 0% соответственно,  $p=0,001$ ; гиповолемический шок 3 степени выявлен у 31,4% и 0% соответственно,  $p=0,001$ . Гемотрансфузия проводилась у 92,5 и 0,1% соответственно,  $p=0,001$ ; трансфузия свежезамороженной плазмы (СЗП) проводилась у 42,5% и 5,7% соответственно,  $p=0,001$ .

Ранние послеоперационные осложнения, потребовавшие повторного оперативного лечения, развились у 5,5% в основной группе и у 0% в группе сравнения,  $p=0,01$ . У одной пациентки, прооперированной по поводу яичниковой беременности, развилось внутрибрюшное кровотечение из резецированного яичника; у одной, прооперированной по поводу прервавшейся интерстициальной трубной беременности, развилось кровотечение из резецированного маточного угла; у одной, прооперированной



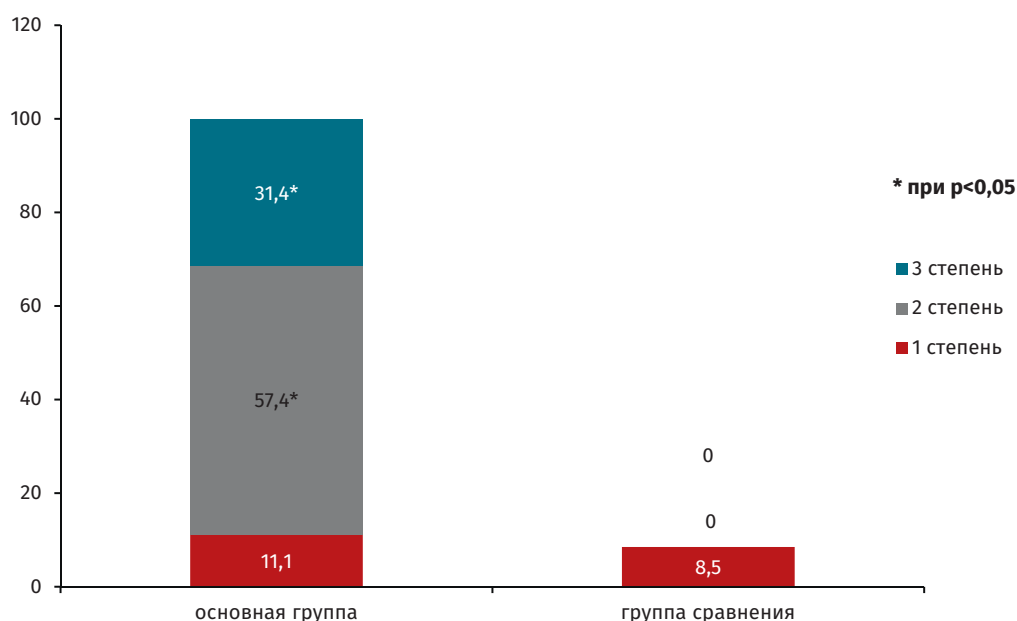
**Таблица 1.**  
Частота редких форм внематочной беременности у женщин обеих групп

**Table 1.**  
Prevalence of rare types of ectopic pregnancy in patients with and without «near miss» conditions

Форма внематочной беременности <i>Type of ectopic pregnancy</i>	Основная группа <i>With «near miss» conditions</i> (n=54)		Группа сравнения <i>Without «near miss» conditions</i> (n=666)		p
	n	%	n	%	
Яичниковая беременность <i>Ovarian pregnancy</i>	5	9,2	1	0,1	0,001
Одновременная двухсторонняя трубная беременность <i>Bilateral tubal pregnancy</i>	1	1,8	0	0	0,004
Первичная брюшная беременность <i>Primary abdominal pregnancy</i>	2	3,6	0	0	0,001
Вторичная брюшная (сальниковая) беременность <i>Secondary (omental) abdominal pregnancy</i>	1	1,8	1	0,1	0,022
Гетеротопическая беременность <i>Heterotopic pregnancy</i>	3	5,5	1	0,1	0,001
Эктопическая беременность в области рубца на матке <i>Cesarean scar pregnancy</i>	1	1,8	0	0	0,004
Трубная беременность в интерстициальном отделе маточной трубы <i>Interstitial pregnancy</i>	31	57,4	0	0	0,001
Интерстициальная беременность после проведенной ранее сальпингэктомии <i>Interstitial pregnancy after salpingectomy</i>	7	12,9	0	0	0,001

**Рисунок 4.**  
Степень гиповолемического шока у женщин обеих групп

**Figure 4.**  
Severity of hypovolemic shock in patients with and without «near miss» conditions



по поводу вторичной брюшной (сальниковой) беременности развилось кровотечение из лигированных сосудов большого сальника.

Все пациентки обеих групп были выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии, срок госпитализации у женщин основной группы статистически значимо был больше – медиана составила 9 (8;12) суток в основной группе и 7 (6;8) суток в группе сравнения,

$U_{[54;666]}=9305, p=0,001$ .

Проведенное исследование позволило выявить факторы риска течения внематочной беременности «near miss», которые представлены в **таблице 2**.

## Обсуждение

Смертность от внематочной беременности в XXI веке остается высокой, занимая в струк-

Фактор риска Risk factor	ОШ [95% ДИ] OR [95% CI]	ОР [95% ДИ] RR [95% CI]	$\chi^2$	p
<b>Соматическая патология</b> <i>Somatic disease</i>				
Патология сердечно-сосудистой системы <i>Cardiovascular disease</i>	3,2 [1,0-9,8]	2,8[1,0-6,3]	4,1	0,04
<b>Осложненный акушерско-гинекологический анамнез</b> <i>Past medical history of obstetric or gynecological disorders</i>				
Самопроизвольный выкидыш в анамнезе <i>Spontaneous miscarriage</i>	15,6 [7,7-31,7]	11,6,8[6,2-22,4]	100,7	0,001
Внематочная беременность в анамнезе <i>Past medical history of ectopic pregnancy</i>	1,8[0,9-3,4]	1,7[0,9-3]	3,2	0,05
Тяжелые формы воспалительных заболеваний органов малого таза, требующие стационарного лечения <i>Pelvic inflammatory disease</i>	3,7[2-7]	3,3[1,9-5,6]	21,2	0,001
<b>Форма внематочной беременности</b> <i>Type of tubal pregnancy</i>				
Внематочная беременность, прервавшаяся по типу разрыва трубы <i>Fallopian tube rupture</i>	23,4[11,2-50,2]	16,4[8,5-33,1]	133,5	0,001
Редкие формы внематочной беременности <i>Rare types of ectopic pregnancy</i>	3757,4[625-30567]	209,6[82,3-608,3]	622,6	0,001
<b>Редкие формы внематочной беременности</b> <i>Rare types of ectopic pregnancy</i>				
Яичниковая беременность <i>Ovarian pregnancy</i>	67,8[7,4-159,7]	12,1[51-14,7]	39,7	0,001
Первичная брюшная беременность <i>Primary abdominal pregnancy</i>	38,4[3,4-95,8]	10,3[2,9-13,8]	13,1	0,001
Гетеротопическая беременность <i>Heterotopic pregnancy</i>	39,1[3,5-97,5]	10,5[2,9-14,1]	17,5	0,001
Трубная беременность в интерстициальном отделе маточной трубы <i>Interstitial pregnancy</i>	896,3,8[121,3-1864,4]	28,9[21-31,1]	372,2	0,001
Интерстициальная беременность после проведенной ранее сальпингэктомии <i>Interstitial pregnancy after salpingectomy</i>	99[11,8-220,6]	13,2[6,7-15,3]	63,4	0,001

Таблица 2.  
Частота редких форм внематочной беременности у женщин обеих групп

**Table 2.**  
Prevalence of rare types of ectopic pregnancy in patients with and without «near miss» conditions

туре материнской смертности второе место в мире, третье-четвертое – в индустриально развитых странах мира и 5-е – в Российской Федерации. В 2012 году показатель материнской смертности от внематочной беременности в России составил 0,47, в 2013 году – 0,21, в 2014 году – 0,26 на 100000 родившихся живыми [5].

В последнее время отмечается рост количества исследований, анализирующих случаи «near miss» при различной акушерской и гинекологической патологии, которые позволяют получить углубленные сведения о проблемах оказания помощи в специализированных учреждениях, выявить факторы риска материнской смертности и найти резервы для снижения этого интегративного показателя [6].

С позиций управляющего воздействия все факторы риска материнской смертности принято делить на управляемые (контролируемые) и неуправляемые (неконтролируемые) [7].

Проведенный анализ случаев эктопической беременности в крупной многопрофильной больнице показал, что большинство выявленных факторов риска течения внематочной беременности «near miss» относились к категории неуправляемых (неконтролируемых): перенесенная соматическая патология (ведущий фактор – заболевания сердечно-сосудистой системы (OR (3,2[1,0-9,8], p=0,004)), осложненный акушерско-гинекологический анамнез (ведущий фактор – самопроизвольный выкидыш в анамнезе (OR (15,6[7,7-31,7], p=0,001)).



Тем не менее, были выявлены и управляемые (контролируемые) факторы риска внематочной беременности «near miss», влияние на которые в перспективе может снизить риск материнской смертности у такой категории больных. К ним относятся непосредственное наличие у больной редких форм внематочной беременности (OR (3757,4[625-30567],  $p=0,001$ )), среди которых ведущим фактором являлась трубная беременность в интерстициальном отделе маточной трубы (OR (896,3,8[121,3-1864,4],  $p=0,001$ )).

## Заключение

Наличие у пациентки редких форм внематочной беременности является предиктором течения заболевания «near miss». При выявлении у больной трубной беременности в интерстициальном отделе маточной трубы необходимо относиться к ней как к пациентке крайне высокого риска течения эктопической беременности «near miss», с проведением соответствующих организационных мероприятий на всех этапах оказания медицинской помощи.

## Литература / References:

1. Healthcare in Russia. 2017. Moscow: Rosstat, 2017. 170 p. Russian (Здравоохранение в России. 2017. Москва: Росстат, 2017. 170 с.).
2. Lima HM, Carvalho FH, Feitosa FE, Nunes GC. Factors associated with maternal mortality among patients meeting criteria of severe maternal morbidity and near miss. *Int J Gynaecol Obstet.* 2017; 136(3): 337-343.
3. Jabir M, Abdul-Salam I, Suheil DM, Al-Hilli W, Abul-Hassan S, Al-Zuheiri A, et al. Maternal near miss and quality of maternal health care in Baghdad, Iraq. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013; 13: 11.
4. Say L, Souza JP, Robert C. Pattinson for the WHO working group on Maternal Mortality and Morbidity classifications. Maternal near miss – towards a standard tool for monitor quality of maternal health care. Elsevier, 2009. P. 12-19.
5. Fetishcheva LE, Zakharov IS, Ushakova GA, Moses VG, Demyanova TN, Vasyutinskaya YuV, et al. Interstitial pregnancy – difficult diagnosis. *Mother and Newborn in Kuzbass.* 2017; (2): 55-58. Russian (Фетищева Л.Е., Захаров И.С., Ушакова Г.А., Мозес В.Г., Демьянова Т.Н., Васютинская Ю.В. и др. Интерстициальная беременность – трудности диагностики (клинический случай) // Мать и дитя в Кузбассе. 2017. № 2. С. 55-58).
6. Souza J., Cecatti JG, Haddad SM, Parpinelli MA, Costa ML, Katz L, et al. The WHO maternal near-miss approach and the maternal severity index model (msi): tools for assessing the management of severe maternal morbidity. *PloS One.* 2012; 7(8): e44129.
7. Cylus J, Papanicolas I, Smith PC. How to make sense of health system efficiency comparisons. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies. 2017. P. 13-18.

## Сведения об авторах

**Фетищева Лариса Егоровна**, врач акушер-гинеколог гинекологического отделения ГАУЗ КО «Областная клиническая больница скорой медицинской помощи им. М.А. Подгорбунского», г. Кемерово, Россия

**Вклад в статью:** концепция исследования, получение данных, интерпретация результатов.

**Мозес Вадим Гельевич**, профессор, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №1 ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Кемерово, Россия

**Вклад в статью:** написание статьи.

**Захаров Игорь Сергеевич**, профессор, доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии №1, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Кемерово, Россия

**Вклад в статью:** анализ данных.

**Соколова Татьяна Михайловна**, профессор, доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета, ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Новосибирск, Россия

**Вклад в статью:** научное консультирование.

**Выражение признательности:** авторы выражают глубокую благодарность своему учителю, доктору медицинских наук, профессору Ушаковой Галине Александровне, которая стояла у истоков научной гипотезы этого исследования и осуществляла научное руководство на большем этапе его проведения.

### Корреспонденцию адресовать:

Мозес Вадим Гельевич,  
650056, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а  
E-mail: vadimmoses@mail.ru

## Authors

**Dr. Larisa E. Fetischeva**, MD, Obstetrician-Gynecologist, Gynecological Unit, Podgorbunsky Regional Clinical Emergency Hospital, Kemerovo, Russian Federation

**Contribution:** conceived and designed the study; collected the data; performed the data analysis.

**Prof. Vadim G. Mozes**, MD, PhD, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology #1, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russian Federation

**Contribution:** wrote the manuscript.

**Prof. Igor S. Zakharov**, MD, PhD, Professor, Department of Obstetrics and Gynecology #1, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russian Federation

**Contribution:** performed the data analysis.

**Prof. Elena M. Sokolova**, MD, PhD, Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russian Federation

**Contribution:** wrote the manuscript.

**Acknowledgements:** The authors express their deep gratitude to their teacher, MD, PhD, Professor Galina A. Ushakova, who conceived and designed this study.

### Corresponding author:

Prof. Vadim G. Mozes,  
22a Voroshilova Street, Kemerovo, 650056, Russian Federation  
E-mail: vadimmoses@mail.ru

Статья поступила: 8.05.18 г.

Принята к печати: 31.05.18 г.