

A watercolor illustration of a woman's hands holding a glowing orb. Inside the orb, a fetus is visible, surrounded by a network of lines. The background is a warm, golden-yellow wash with some purple and blue accents. The overall style is soft and artistic.

casuistica

Для библиографических ссылок

• Князев С.А. Алгоритм безопасного диагностического поиска // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2026. — №1 [132]. — С. 75–78.

# StatusPraesens

# на воротах

## Алгоритм безопасного диагностического поиска



**Автор:** Сергей Александрович Князев, канд. мед. наук, зам. главного врача по акушерско-гинекологической помощи ГКБ им. М.П. Кончаловского, доц. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института РУДН им. Патриса Лумумбы (Москва)

Профессиональная карьера большинства ординаторов и молодых врачей стартует именно с приёмного отделения акушерского стационара, на медицинском жаргоне — «приёмника». Начинающий специалист часто оказывается здесь в **силу нескольких обстоятельств** — его слабого владения практическими навыками оперативного акушерства, небогатого клинического опыта и определённой «деговщины», присущей любому коллективу, когда новобранцев посылают на рутинную работу.

В родблоке «правят бал» опытные акушеры-гинекологи, приёмное «по умолчанию» считают менее сложным участком. Однако это **обманчивая простота**: в любой момент ситуация может радикально измениться, подняв градус ответственности до максимума. Какие ловушки таит в себе рутинная и как снизить риск попадания в них?

**П**оток поступающих самотёком женщин в большинстве случаев представлен одним из распространённых в акушерстве диагнозов («предвестники родов», «угроза преждевременных родов», «умеренная преэклампсия») или плановой госпитализацией для абдоминального родоразрешения. Бригады скорой помощи чаще доставляют рожениц и беременных с повышенным артериальным давлением (АД) или кровянистыми выделениями. Акушерка заводит первичную документацию, врач старается побыстрее заполнить данные анамнеза, провести осмотр и назначить некоторые исследования: ультразвуковое исследование (УЗИ), кардиотокограмму (КТГ) — в зависимости от жалоб и диагноза, с которым направлена пациентка.

### Выполнять и соблюдать

Нередко диагноз пациентки уже написан в направлении. От врача лишь требуется подтвердить или опровергнуть его, правильно заполнить историю

и соблудости **требования нормативных документов**: клинических рекомендаций и критериев качества, изложенных в приказе Минздрава РФ №203н (2025), предписывающем не только определённые исследования, но и в ряде случаев соблюдение временного интервала до их выполнения<sup>1</sup>.

Поскольку подобная ситуация повторяется по несколько раз в день, большинство врачей достаточно быстро усваивают несложный алгоритм действий, предписанный нормативными документами и имеющимися местными условиями. Даже если возникают какие-то сомнения или сложности, чаще всего можно **оперативно свериться** с теми же клиническими рекомендациями и выполнить требуемое.

Конечно, достичь «идеальных» показателей по всем временным параметрам возможно не во всех учреждениях и не в каждом отрезке суточного дежурства. Однако, как правило, способы преодоления «узких» участков **постоянно отрабатывают**, и нарушения нормативных документов встречаются всё реже. Тем не менее периодически рутину нарушает появление не совсем обычной пациентки.

### Загадочная гостья

В приёмное отделение обращается **беременная с рвотой** — простейшим на первый взгляд симптомом. Даже у обычной женщины это может быть проявлением немалого списка заболеваний, а у будущей матери он становится ещё длиннее: аппендицит, почечная колика, нарушение мозгового кровообращения, жёлчнокаменная болезнь, панкреатит, гипертонический криз, пищевая токсикоинфекция или отравление, гастрит, колит, отслойка плаценты, разрыв матки, преэклампсия, латентная фаза родов или начало прерывания — этот список можно продолжать и продолжать. Доставка такой пациентки бригадой скорой медицинской помощи со своим диагнозом на первый взгляд упрощает ситуацию, фокусируя поиск в определённом направлении. В реальности же чем нестандартнее ситуация, тем выше **риск ошибочного предварительного диагноза**.

С чего начинать поиск, какие лабораторные и инструментальные методы назначить, кого из смежных специалистов вызвать для консультации? Что делать и в какую очередь? Надо ли переводить пациентку, и если надо, то куда? Калей-

доскоп из этих вопросов проносится в голове врача, нередко подталкивая к импульсивным, необдуманным и **не всегда правильным шагам**. Самый распространённый порыв — отправить женщину в учреждение соответствующего профиля, из предпочтений чаще всего фигурируют хирургическое или инфекционное отделение. Такая маршрутизация без обследования может оказаться фатальной — будущая мать выпадает из поля зрения, но **ответственность за неё** по-прежнему несёт акушер-гинеколог. Что бы ни случилось с беременной, все юридические вопросы в первую очередь будут обращены именно к этому специалисту. В связи с этим, если дело дойдёт до перевода пациентки в другое учреждение или подразделения, необходимо **убедиться в обоснованности и безопасности** этого действия. Как сделать правильно?

## Расставляем приоритеты

В первую очередь следует **определить категорию срочности** пациентки путём выполнения стандартных процедур: оценки сознания, измерения пульса, АД, температуры, сатурации и т.д. В зависимости от потребности в медикаментозной или аппаратной поддержке определяют локацию, где следует продолжить обследование и начать поиск с исключения (или подтверждения) **жизнеугрожающих состояний**. В зависимости от клинической картины и жалоб выполняют инструментальные и лабораторные исследования, стараясь не нарушать временные критерии, если они прописаны в нормативных документах для искомого диагноза.

Важнейшее понимание для процесса диагностического поиска: **плод — такой же пациент акушера-гинеколога**, как и беременная, поэтому исключать угрозу для его жизни необходимо с момента поступления пациентки в приёмное отделение. В некоторых случаях подсказкой о грядущей катастрофе может стать нарушение состояния плода, который **реагирует первым**. При отслойке плаценты или начинающемся гистопатическом разрыве матки к моменту появления развёрнутой клинической картины (кровотечения, нарушения гемодинамики будущей матери) состояние плода может быть критическим или наступить его гибель.

При подозрении на экстрагенитальное заболевание вызывают врачей соответствующего профиля (хирурга, инфекциониста и т.д.), не прекращая при этом исключение осложнений гестации. Если потребуется перевод пациентки в профильное отделение или учреждение, акушер-гинеколог должен быть уверен, что беременность протекает нормально и **плоду ничего не угрожает**.

Нередкая ошибка, возникающая на этапе ожидания профильных специалистов, — перемещение женщины **за пределы контролируемой зоны**, особенно в случае приезда врача-инфек-

циониста для консультации. Беременную доставляют в отдельное помещение для разобщения с другими пациентками и... нередко оставляют одну. Дальнейшая ситуация может развиваться по двум сценариям: профильный специалист или подтвердит предположения акушера-гинеколога, или опровергнет. В последнем случае ситуация возвращается в начало поиска, и хорошо, если за это время не случилось ничего фатального.

Справедливости ради стоит отметить, что эта опасная ситуация возникает не только при потребности в изоляции. Нередко в крупном родовспомогательном учреждении, где поток поступающих пациенток достигает нескольких десятков в сутки, в суете и хаосе можно заметить никуда не спешащую, сидящую в дальнем углу женщину. На вопрос, кто она и что делает, следует ответ: ждёт врача (хирурга, уролога, кардиолога и т.д.).

Ситуация **максимально опасная**, поскольку окончательного диагноза как не было, так и нет, понимания, что с пациенткой, — тоже, и ситуация не контролируется. Аксиома диагностического поиска: ни беременную, ни плод до постановки диагноза **нельзя упускать из виду**. В процессе ожидания любого специалиста будущая мать должна быть в пределах видимости, а плод — под мониторным наблюдением, если позволяет срок гестации.

Далее представлено несколько примеров, когда очевидная на первый взгляд ситуация получала самое неожиданное развитие.

## Клинический пример №1

Пациентка А. доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приёмное отделение родильного дома в составе многопрофильной больницы с диагнозом: «Беременность 31 нед + 6 дней. Угроза преждевременных родов. Подозрение на **острый аппендицит**. Рубец на матке после кесарева сечения». Женщина предъявляет жалобы на боли в правой подвздошной области, тошноту, однократную рвоту. Указанные симптомы возникли утром того же дня.

Из анамнеза: детские инфекции, миопия средней степени, лазерная коррекция в 2019 году. Гинекологический анамнез не отягощён, настоящая беременность вторая, первая в 2018 году, завершилась своевременно оперативными родами **путём кесарева сечения**. Показание — клинически узкий таз. Извлечена девочка весом 3960 г, длиной 54 см, оценка по шкале Апгар 7/9 баллов. Послеоперационный период прошёл без особенностей, женщину с ребёнком выписали домой на 5-е сутки.

Состояние при поступлении средней тяжести. АД 125/85 и 123/81 мм рт.ст. (на обеих руках), температура тела 37,6 °С, SpO<sub>2</sub> 98%. Кожные покровы обычной окраски, чистые, влажные. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхательных движений 16 в минуту. Тоны сердца ясные ритмичные, частота сердечных сокращений (ЧСС) 90 в минуту. Язык чистый, незначительно обложен белым налётом. Живот увеличен за счёт беременной матки, **болезненный при пальпации** в правой подвздошной области, синдром раздражения брюшины в правой подвздошной области положительный. Перистальтика выслушивается. Синдром поколачивания поясничной области отрицательный с обеих сторон, мочеиспускание свободное. Стул был накануне.

[ Плод — такой же пациент акушера-гинеколога, исключать угрозу для его жизни следует с момента поступления пациентки в приёмное отделение. ]

Акушерский статус: матка увеличена до 32 нед беременности, возбуждена при пальпации, чувствительная в области послеоперационного рубца. Предлежит головка плода, расположена над входом в малый таз. Шевеления плода ощущает, сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 144 в минуту. Воды не изливались, выделения слизистые.

Осмотр *per vaginam*: влагалище средней ёмкости, шейка матки отклонена кзади, длиной 3 см, плотная, наружный зев сомкнут. Предлежащая часть над входом в малый таз. Экзостозов в малом тазу нет. Мыс не достигается. Выделения слизистые.

Провели клинико-лабораторное обследование. Клинический анализ крови: гемоглобин 117 г/л, эритроциты  $3,7 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты  $364 \times 10^9$ /л, лейкоциты  $16,2 \times 10^9$ /л. Биохимический анализ крови: общий белок 71 г/л, альбумин 39 г/л, АЛТ 23 Ед/л, АСТ 28 Ед/л, СРБ 25 мг/л. Общий анализ мочи в пределах референсных значений.

Выполнили УЗИ: один плод в головном предлежании, предполагаемая масса 1750 г, ЧСС плода 160 в минуту. Объём околоплодных вод — норма, плацента по задней стенке с переходом на дно, участков отслойки не выявили. В области нижнего сегмента толщина миометрия 3 мм с участком истончения слева до 1 мм. Кровотоки по данным доплерометрии в пределах нормы. Справа лоцируются расширенные до 18 мм петли тонкого кишечника, перистальтика снижена. В брюшной полости жидкость не визуализировали.

В приёмное отделение для консультации вызвали хирурга с целью исключения острого аппендицита.

Во время пребывания на диагностической койке осуществляли КТГ-мониторинг, через 23 мин от начала записи отметили патологический тип кривой — снижение ЧСС плода до 100, затем до 80 в минуту, — не восстанавливающейся при смене положения. В связи с дистресс-синдромом плода пациентку доставили в операционную для осуществления экстренного родоразрешения путём кесарева сечения. Операционная бригада — мультидисциплинарная, с участием хирурга. После выполнения нижнесрединной лапаротомии обнаружили разрыв матки по рубцу справа длиной 3 см, прикрытый сгустком крови

[ Если потребуются перевод будущей матери в профильное отделение или учреждение, акушер-гинеколог должен быть твёрдо уверен, что беременность протекает нормально и плоду ничего не угрожает. ]



создано при помощи Z-image turbo.

около 80 мл. Матку вскрыли разрезом в нижнем сегменте, в целом плодном пузыре извлекли живую недоношенную девочку весом 1820 г, длиной 43 см, оценка по шкале Апгар 5/6/7 баллов. После метропластики выполнили ревизию брюшной полости. Аппендикулярный отросток не изменён. В брюшной полости обнаружили жидкую кровь в объёме 250 мл, эвакуировали. Общая кровопотеря составила 1150 мл.

Послеоперационный период протекал без осложнений, роженицу выписали домой на 5-е сутки, ребёнка перевели на второй этап выхаживания, выписали домой через 1 мес. Случай идеально симитировал приступ острого аппендицита, даже истончение миометрия на УЗИ указывали слева. Однако разрыв оказался справа. Первым признаком перехода ситуации из непонятной в катастрофическую был дистресс-синдром плода.

Во втором клиническом примере ситуация развернулась не на этапе приёмного отделения. Однако целесообразно привести её в статье, поскольку подобный ход событий нередко возникает

при поступлении в стационар пациентки с гипертермией.

## Клинический пример №2

В родовспомогательное учреждение самостоятельно обратилась пациентка 32 лет с жалобами на тянущие боли внизу живота.

Из анамнеза: в детстве ветряная оспа, ангина, перелом правой кисти в 26 лет, жёлчнокаменная болезнь с 24 лет, в 26 лет холецистэктомия. Аллергическая реакция в виде крапивницы на антибактериальные препараты пенициллинового ряда.

Текущая беременность третья, первая и вторая (в 26 и 28 лет соответственно) завершились медикаментозными абортными без осложнений. Гинекологических заболеваний не было.

По поводу настоящей беременности состоит на учёте с 9 нед. В I триместре была тошнота, перенесла острую респи-

[ случай симитировал приступ острого аппендицита. Даже истончение миометрия на УЗИ указывали слева, но разрыв оказался справа. Первым признаком опасности ситуации был дистресс-синдром плода. ]

раторную вирусную инфекцию (ОРВИ) в 10 нед. Пренатальное скрининговое исследование I триместра: беременность 12 нед + 4 дня, пороков и аномалий развития плода не выявили, риски хромосомных аномалий и задержки роста плода низкие, **риск преэклампсии высокий**, получала ацетилсалициловую кислоту. Во II триместре перенесла ОРВИ в 23 нед без повышения температуры. В III триместре — в 33 нед появились **тянущие боли внизу живота**.

Обследование на *Streptococcus agalactiae* — результат отрицательный.

При поступлении состояние пациентки удовлетворительное, АД 120/80 и 115/80 мм рт.ст. (на обеих руках), пульс 76 в минуту, температура тела 36,8 °С. По органам и системам без особенностей.

Данные акушерского исследования: матка увеличена до 34 нед беременности, возбудима при пальпации, регулярной родовой деятельности нет. Предлежит головка плода, расположена над входом в малый таз. Шевеления плода ощущает, сердцебиение плода по Babydop ясное, ритмичное, до 152 в минуту. Воды не изливались, выделения слизистые.

Осмотр *per vaginam*: влагляище средней ёмкости, шейка матки центрирована, длиной 2 см, мягкая, наружный зев пропускает кончик пальца. Предлежащая часть над входом в малый таз. Экзостозов в малом тазу нет. Выделения обычной окраски.

Выполнили клинико-лабораторное обследование. Клинический анализ крови: гемоглобин 112 г/л, гематокрит 35, эритроциты  $3,6 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты  $11 \times 10^9/л$ , тромбоциты  $298 \times 10^9/л$ . Биохимический анализ крови: общий белок 62 г/л, альбумин 35 г/л, АЛТ 17 Ед/л, АСТ 26 Ед/л. Коагулограмма: фибриноген 4,1 г/л, АЧТВ 29 сек, МНО 0,92. Общий анализ мочи: белок 0,1 г/л, лейкоциты, эритроциты, цилиндры — отсутствуют.

Выполнили УЗИ: один плод в головном предлежании, предполагаемая масса

плода 2110 г, ЧСС плода 152 в минуту. Объём околоплодных вод — норма, плацента по передней стенке, участков отслойки не выявлено. Длина сомкнутой части шейки матки — 16 мм. Кровотоки по данным доплерометрии в пределах нормы. КТГ — нормальный тип.

С диагнозом «Беременность 33 нед + 2 дня, угроза преждевременных родов» пациентку госпитализировали в **отделение патологии беременности** для проведения токолитической терапии и профилактики респираторного дистресс-синдрома плода глюкокортикоидами.

Через 2 дня после госпитализации отмечали кашель, насморк, озноб, **повышение температуры тела** до 37,8 °С.

При осмотре: состояние пациентки удовлетворительное, жалобы на **кашель, озноб, заложенность носа**. АД 128/95 и 130/92 мм рт.ст. (на обеих руках), пульс 96 в минуту,  $SpO_2$  98%. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, **зев гиперемирован**. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхательных движений 15 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 94 в минуту. Язык чистый, влажный. Живот увеличен за счёт беременной матки, безболезненный при пальпации. Матка увеличена до 34 нед беременности, не возбудима при пальпации, регулярной родовой деятельности нет. Плод в головном предлежании, головка расположена над входом в малый таз. Шевеления плода ощущает, сердцебиение плода по Babydop ясное, ритмичное, до 162 в минуту. Воды не изливались, выделения слизистые. Синдром поколачивания поясничной области отрицательный с обеих сторон, мочеиспускание свободное. Стул был днём.

Выполнили экспресс-тесты: на грипп А и В — отрицательные, на новую коронавирусную инфекцию **COVID-19 — положительный**. Беременную изолировали, вызвали инфекциониста.

Провели клинический и биохимический анализ крови, общий анализ мочи. Начали запись КТГ. В процессе на-

блюдения — **дистресс-синдром плода** по данным КТГ, при осмотре — **кровянистые выделения**, по УЗИ — начавшаяся отслойка нормально расположенной плаценты. Для экстренного абдоминального родоразрешения женщину доставили в операционную. Выполнили нижнесрединную лапаротомию, кесарево сечение в нижнем маточном сегменте. Извлекли живого мальчика весом 1710 г, длиной 45 см, оценка по Апгар 3/5/7 баллов. Ребёнка перевели в отделение реанимации и интенсивной терапии новорождённых. Обнаружили **центральную отслойку плаценты** 12×10 см. Общая кровопотеря — 1350 мл.

Во время операции поступили данные о взятых перед вмешательством анализах. Клинический анализ крови: гемоглобин 98 г/л, гематокрит 28, эритроциты  $3,5 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты  $13 \times 10^9/л$ , тромбоциты  $112 \times 10^9/л$ . Биохимический анализ крови: общий белок 59 г/л, альбумин 31 г/л, АЛТ 45 Ед/л, АСТ 49 Ед/л. Коагулограмма: фибриноген 2,7 г/л, АЧТВ 29 сек, МНО 0,92. Общий анализ мочи — **протеинурия 3 г/л**, лейкоциты, эритроциты, цилиндры — отсутствуют.

В течение 2 сут после родоразрешения пациентка находилась в палате интенсивной терапии в связи с сохраняющейся артериальной гипертензией, подъёмами АД до 170/100 мм рт.ст. и протеинурией. Женщину выписали домой на 8-е сутки после родоразрешения. Ребёнка перевели на второй этап выхаживания.



Акушерская «рутина» славится способностью **внезапной трансформации** в «экстрим». Чтобы этот вираж прошёл без потерь, до полной ясности в отношении диагноза и понимания, что происходит с пациенткой, её **нельзя терять из зоны контроля**. В случае перехода ситуации в разряд критической монитор подает сигнал тревоги и кризис удастся остановить до «точки невозврата». В большинстве случаев *near miss* **плод начинает реагировать раньше**, поэтому его ни в коем случае нельзя выпускать из-под наблюдения, если позволяет срок гестации. **SP**

Библиографию см. на с. 80–86.