

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Целью исследования явились разработка и оптимизация диагностического и лечебного алгоритмов при эктопической беременности. Клиническое применение разработанных алгоритмов позволило достоверно уменьшить время от поступления пациенток в стационар до операции в среднем в 5 раз, значительно увеличить долю выполненных органосберегающих операций, уменьшить отрицательное влияние оперативных вмешательств на связанное со здоровьем качество жизни пациенток.

Эктопическая беременность (ЭБ) - тяжелая патология, которая, несмотря на все достижения современной гинекологии, представляет непосредственную угрозу жизни женщины. Частота смерти женщин в первом триместре беременности от ЭБ составляет 0,4% [1,7]. За последние 20 лет частота развития ЭБ увеличилась в 4 раза (с 4,5 случаев до 16,8 на 1000 беременностей). У 40% женщин после операции по поводу ЭБ развивается вторичное бесплодие. Из 60% вновь забеременевших частота развития повторной ЭБ достигает 15%, у 20% - привычное невынашивание. Ранняя диагностика и своевременное оперативное лечение ЭБ позволяют значительно снизить смертность, частоту развития послеоперационных осложнений, сохранить репродуктивную функцию женщин [2,3].

Целью исследования явилась оптимизация диагностического и лечебного алгоритмов при ЭБ, реализация которой потребовала решения следующих задач:

- 1. Провести сравнительный анализ чувствительности различных методов диагностики эктопической беременности.*
- 2. Выявить особенности клинической картины заболевания при нарушенной и прогрессирующей ЭБ.*
- 3. Изучить особенности, характер и объем оперативного вмешательства при эндовидеохирургическом методе лечения ЭБ.*
- 4. Разработать опросник для оценки связанного со здоровьем качества жизни (СЗКЖ) больных после операций по поводу ЭБ.*
- 5. Оценить СЗКЖ больных, перенесших операцию по поводу эктопической беременности.*

Материалы и методы

Исследование выполнено на кафедре акушерства и гинекологии ВМедА и включает в себя анализ 192 оперативных вмешательств по поводу ЭБ, выполненных при оперативном лечении 191 пациентки (в возрасте от 17 до 45 лет), из них: 46 - в клинике акушерства и гинекологии Российской Военно-медицинской академии (ВМедА) за период с 1994 по 1998 годы, а также 146 - в НИИ СП им. И.И.Джанелидзе за период с 01.1996 г. по 10.1998 г. Больные были разделены на две группы в зависимости от стационара, в котором проводилось лечение, и распределены по 3 подгруппам, соответствующим конкретным формам ЭБ (табл. 1).

Результаты исследования

В результате проведенного исследования разработаны и оптимизированы стандартизованные алгоритмы диагностики (см. диаграммы).

Клиническое обследование проводилось в соответствии с разработанным и оптимизированным нами алгоритмом, что включало общегинекологические и специальные методы исследования (УЗИ органов малого таза, кульдоцентез, диагностическое выскабливание стенок полости матки и лапароскопию). Учитывалось время с момента поступления женщин в стационар. Лабораторные методы предусматривали общеклинические анализы мочи и крови, определение хорионического гонадотропина (ХГ) в моче, гистологическое исследование операционного материала. В перспектив-

ном исследовании в период от 2 недель до 1 года после операции оценивали общее состояние женщин, СЗКЖ проводилась кимографическая пертубация и др.

Оценка СЗКЖ после операций по поводу ЭБ проводилась с помощью разработанного нами «Опросника для оценки связанного со здоровьем качества жизни (СЗКЖ) больных, перенесших операцию по поводу эктопической беременности». Данный опросник составлен по общепринятой за рубежом методике [11]. Он включает 35 вопросов, каждый из которых имеет 5 вариантов ответа. Результаты оценивали в балльной системе по 13 шкалам. По результатам подсчета баллов определялся интегральный показатель качества жизни (ИПКЖ).

Объем предоперационного обследования и подготовки в двух анализируемых группах значительно отличался друг от друга и зависел не только от технических возможностей, но и от принятой в данном стационаре тактики. Обязательным являлось проведение дифференциальной диагностики с острыми гинекологическими и хирургическими заболеваниями.

У ряда пациенток ввиду их тяжелого состояния, значительной кровопотери, признаков продолжающегося внутреннего кровотечения объем диагностических методов исследования сводился к минимуму - общее и гинекологическое обследование с последующим неотложным оперативным

вмешательством. Для оценки степени тяжести больных и выработанности географического шока был выбран шоковый индекс по Альверу (1963).

Важным компонентом предоперационной подготовки у всех больных было проведение инфузионной терапии с целью восполнения кровопотери и связанного с ней дефицита белка, микроэлементов и др., а также по показаниям - гемотрансфузии. Оперативные вмешательства выполнялись всем пациенткам сразу после постановки диагноза ЭБ (в среднем в 1-й группе - через $63,5 \pm 10,4$, во 2-й $12,5 \pm 2,1$ час).

Большие затруднения вызывала диагностика ненарушенной внематочной беременности, тогда как нарушенная ЭБ определялась довольно быстро. Хотя и здесь в 11 случаях ошибочно был поставлен хирургический диагноз.

В клинике акушерства и гинекологии ВМедА использовался дифференцированный подход к выбору объема оперативного вмешательства при ЭБ, в соответствии с разработанным лечебным алгоритмом. У больных с гемодинамическими нарушениями («нестабильных»), находящихся в тяжелом состоянии с выраженной анемией, выполнялась типичная тубэктомия путем чревосечения. У гемодинамически стабильных больных визуально оценивалась жизнеспособность маточной трубы (МТ), локализация ЭБ, наличие и размер дефекта, после чего принималось решение об удалении трубы или выполне-

нии органосберегающих операций с применением эндовидеохирургической или микрохирургической техники.

С целью определения частоты использования лапароскопического метода в лечении ЭБ нами введен коэффициент ЛС, показывающий отношение числа выполненных лапароскопий к общему числу хирургических вмешательств в группе.

Установлено, что у 13 больных с прогрессирующей ЭБ, индекс шока был в пределах нормы и только у одной пациентки (7,6%) достиг 1-й степени. Надо отметить, что в 13% случаев первичная оценка состояния тяжести больных не соответствовала их гемодинамическим показателям (была завышена). Так, даже при наличии индекса, соответствующего шоку-2, состояние больной оценивалось как удовлетворительное. В дальнейшем всем этим больным требовалась гемотрансфузия для восполнения кровопотери.

Корреляционный анализ зависимости длительности заболевания до госпитализации пациентки от вида ЭБ не выявил статистически значимых отличий.

Задержка менструации, как одно из типичных клинических проявлений ЭБ, наблюдалась во всех группах в среднем у 72,6% больных, при этом наличие мажущих кровянистых выделений во время задержки отмечено у 41,4% пациенток. Необходимо отметить, что у 2 женщин (14,2%) ЭБ наступила на фоне лечения

Распределение обследованных женщин по профильным группам

Таблица 1

Группа	Подгруппа	Лечебное учреждение	Количество человек	Вид ЭБ
А	1	НИИ СП им. И.И.Джанелидзе	5 (2,6%)	Прогрессирующая ЭБ
А	2	НИИ СП им. И.И.Джанелидзе	99 (51,6%)	ЭБ, нарушенная по типу трубного аборта
А	3	НИИ СП им. И.И.Джанелидзе	42 (21,9%)	ЭБ, нарушенная по типу разрыва трубы
Б	4	Клиника акушерства и гинекологии ВМедА	9 (4,7%)	Прогрессирующая ЭБ
Б	5	Клиника акушерства и гинекологии ВМедА	24 (12,5%)	ЭБ, нарушенная по типу трубного аборта
Б	6	Клиника акушерства и гинекологии ВМедА	13 (6,7%)	ЭБ, нарушенная по типу разрыва трубы
ВСЕГО:			192 (100%)	

Метод диагностики	Гр. 1		Гр. 2		Гр. 3		Гр. 4		Гр. 5		Гр. 6	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Кульдоцентез	0	0	89	89,9	33	78,6	0	0	1	4,2	1	7,7
УЗИ органов малого таза	5	100	26	26,3*	2	4,8**	7	77,8	12	50*	7	5,4**
Определение ХГ в моче	1	20*	10	10,1*	0	0*	5	55,6*	9	37,5*	8	61,5*
Диагностическая лапароскопия	1	20*	10	10,1*	1	2,4*	4	44,4*	20	83,3*	5	38,4*
Диагностическое выскабливание стенок полости матки	1	20*	9	16,4*	1	2,4*	4	44,4*	14	58,3*	6	46,2*

* - $p < 0,001$; ** - $p < 0,05$

ановуляции кlostильбегитом, у 2 (14,2%) - на фоне приема постинора и у 1 (7,7%) - марвелона. Во 2-й подгруппе 7 пациенткам (7,1%) в сроки до 10 суток перед поступлением по поводу ЭБ был выполнен искусственный аборт. Все они были направлены в стационар с диагнозом «нарушение менструального цикла».

Основными симптомами ЭБ, выявляемыми при гинекологическом обследовании, являются: боли в низу живота, кровянистые выделения из половых путей, пальпируемая при влагалищном исследовании маточная труба на стороне ЭБ. Классическая диагностическая тетрада ЭБ [1,2,10] наблюдалась при ЭБ у 21 больной (17,1%), нарушенной по типу трубного аборта. При разрыве трубы у 9 (16,3%) при прогрессирующей беременности не определялась ни у одной пациентки.

Выраженность клинической картины при ЭБ варьирует в широких пределах. В большинстве случаев, подтверждение диагноза ЭБ требует применения различных лабораторных и специальных методов обследования.

В случаях подозрения на ЭБ больная направляется врачом-гинекологом женской консультации или скорой помощи немедленно для обследования и лечения в стационар. Первичное стационарное обследование помимо осмотра врача-гинеколога (иногда врача-хирурга), как правило, состоит из УЗИ органов малого таза, однократной постановки теста на беременность (качественное определение ХГ в моче), кульдоцентеза,

лечебно-диагностического выскабливания стенок полости матки. Спектр диагностических исследований при этом часто зависит исключительно от возможностей конкретного стационара. В то же время, стандартом в диагностике ЭБ за рубежом считают количественное определение β -ХГ в крови, а также динамики его роста за трое суток, трансвагинальное и трансабдоминальное УЗИ, диагностическую лапароскопию [4,10]. Некоторые из перечисленных методов до сих пор недоступны во многих специализированных гинекологических стационарах города.

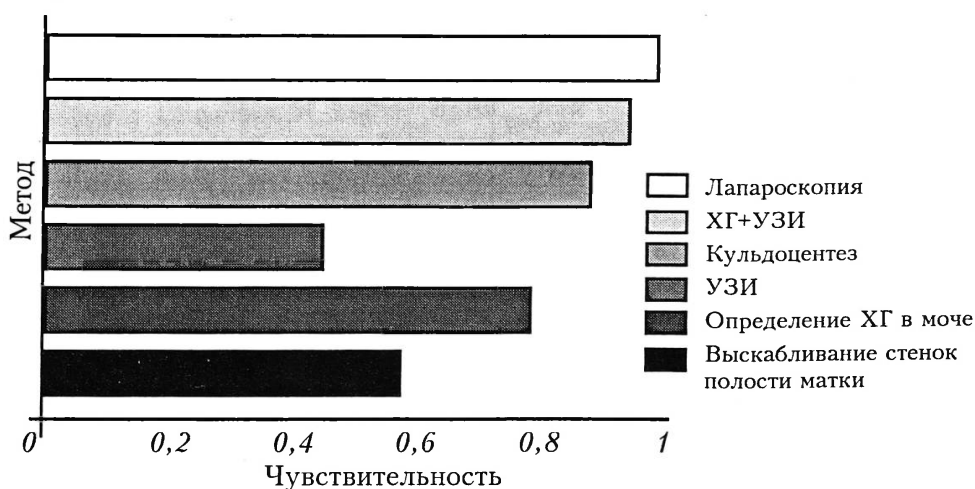
Изучение объема диагностических исследований показало, что в А группе предпочтение отдается кульдоцентезу. При этом диагностическая тактика такова: после гинекологического обследования больной выполняется кульдоцентез и при наличии крови в позадматочном пространстве больная готовится к оперативному вмешательству. При отсут-

ствии крови больная наблюдается, ей выполняются другие диагностические исследования (УЗИ, ХГ). В группе Б дифференцированный диагностический подход позволил до минимума сократить использование кульдоцентеза и шире применять УЗИ, определение ХГ, диагностическую лапароскопию (табл. 2). Сочетание определения ХГ и УЗИ органов малого таза выявило их высокую чувствительность (0,98) (см. рисунок).

При этом в отличие от кульдоцентеза сочетание определения ХГ и УЗИ органов малого таза, являясь неинвазивными методами, позволяет дифференцировать ЭБ от угрожающего аборта, прогрессирующей маточной беременности, замершей беременности и др.

Абсолютная чувствительность диагностической лапароскопии (1,0) в нашем случае обусловлена ампулярной и истмической локализацией плодного яйца. При интерстициальной ЭБ воз-

Чувствительность методов диагностики ЭБ.



можно снижение чувствительности данного метода диагностики ЭБ [1,5,8].

Каждый из методов диагностики ЭБ имеет свои возможности и, с различной степенью чувствительности и специфичности, решает соответствующие задачи. Использование всего комплекса методов исследований, во-первых, нецелесообразно при неотложных состояниях а, во-вторых, приводит к дополнительным финансовым затратам на лечение, что имеет немаловажное экономическое значение.

При разработке алгоритма диагностики мы руководствовались следующими принципами использования методов инструментальной и лабораторной диагностики:

- от обязательных методов исследования к дополнительным,
- от более достоверных к менее достоверным,
- от неинвазивных к инвазивным,
- от определяющих конкретную лечебную тактику - к констатирующим,
- от дешевых - к дорогим.

В основе алгоритма лежит диагностика ЭБ на основе сочетания определения ХГ в моче или сыворотке крови и УЗИ органов малого таза (трансабдоминальное, трансвагинальное). В дифференциальной диагностике ЭБ, а также при неясной картине УЗИ

используются кульдоцентез, диагностическая лапароскопия и выскабливание стенок полости матки.

Статистический анализ полученных данных показал, что применение дифференцированной диагностической тактики в группе Б позволило достоверно уменьшить время от поступления пациенток в стационар до определения диагноза и операции по сравнению с группой А соответственно с $63,5 \pm 10,4$ до $12,5 \pm 2,1$ ч ($p < 0,001$), то есть в 5 раз.

Причиной существенных отличий в объемах оперативного вмешательства в анализируемых группах является использование дифференцированной лечебной тактики в академической клинике акушерства и гинекологии, а также различное функциональное предназначение данных стационаров. При этом объем и структура операций распределились как показано в табл. 3.

Применение лечебного алгоритма позволило достоверно увеличить относительное число выполняемых консервативно-пластических операций на МТ при ЭБ с 7,6% до 84,8% ($p < 0,001$) и естественно - снизить число операций с удалением МТ. Отмечено, что более широкое использование лапароскопических вмешательств в Б группе по сравнению с группой А позволило существенно укоротить время пребывания

пациенток в стационаре с $12,4 \pm 3,6$ до $7,1 \pm 1,4$ суток ($p < 0,05$). Коэффициент ЛС в 4, 5 и 6 подгруппах составил 0,8, 1,0 и 0,3 соответственно. К преимуществам лапароскопии относятся меньшая травматизация тканей (профилактика развития спаечного процесса брюшной полости), лучший косметический эффект, уменьшение кровопотери, обусловленной вмешательством. Немаловажно также отметить достоверное снижение продолжительности лапароскопической операции по сравнению с лапаротомией с $2,2 \pm 0,3$ ч до $1,1 \pm 0,4$ ч ($p < 0,05$), то есть на $1,1 \pm 0,6$ часа. Следует, однако, отметить, что лапароскопия в лечении ЭБ не всегда может заменить вмешательство путем лапаротомии.

У 2 больных (1%) диагностическая лапароскопия потребовала выполнения конверсионной лапаротомии. Показаниями к переходу на лапаротомный доступ являлись: выраженный спаечный процесс брюшной полости (III-IV степени, классификация AFS), гемоперитонеум > 1000 мл, технические сложности во время операции, сопутствующая патология (миома матки и т.д.), необходимость использования микрохирургической техники при проведении операции на МТ.

В подгруппах 1 и 4 гемоперитонеум наблюдался у 2 больных (14,3%), при этом его объем в

Объем и структура операций при ЭБ

Таблица 3

Название операции	Гр. 1		Гр. 2		Гр. 3		Гр. 4		Гр. 5		Гр. 6	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Туботомия с ушиванием разреза МТ	-	0	1	1	-	0	3	33,3	5	20,8	2	15,4
Туботомия без ушивания разреза МТ	-	0	-	0	-	0	4	44,5	12	50	2	15,4
Резекция трубы с сальпингонеостомией	-	0	-	0	-	0	1	11,1	4	16,7	1	8,7
ВСЕГО пластических операций:	-	0*	1	1*	-	0*	8	88,9*	21	87,5*	5	38,5*
Тубэктомия	5	100	95	96	41	97,6	-	0	3	12,5	7	53,8
Аднексэктомия	-	0	1	1	1	2,4	1	11,1	-	0	1	8,7
Надвлагалищная ампутация матки	-	0	2	2	-	0	-	0	-	0	-	0
ВСЕГО операций с удалением МТ:	5	100*	98	99*	42	100*	1	11,1*	3	12,5*	8	61,5*
Коэффициент ЛС	0	0	0,053	0,053	0	0	0,8	0,8	1	1	0,3	0,3

* - $p < 0,001$

Шкалы опросника	Операции с удалением МТ	Консервативно-пластические операции на МТ	P
Бесплодие	24,45±2,15	20,33±1,78	<0,05
Спаечный процесс	8,81±0,68	7,67±0,76	<0,05
Самооценка здоровья	12,64±0,75	9,50±0,67	<0,01
Эмоциональное состояние	8,27±0,36	7,17±0,60	-
Социальная роль	8,09±0,65	6,33±0,71	<0,05
Физическая работоспособность	5,09±0,44	4,0±0,68	-
Умственная работоспособность	4,18±0,40	3,17±0,31	-
Сексуальность	1,55±0,28	1,0±0,1	-
Финансовые вопросы лечения	3,0±0,52	2,0±0,37	<0,01
Эмоциональные переживания от операции	3,55±0,25	2,50±0,34	<0,05
Нарушения менструальной функции	3,0±0,47	2,17±0,40	<0,05
Самооценка КЖ	4,73±0,69	4,0±0,52	-
ИПКЖ	85,90±6,04	72,60±2,62	<0,001

обоих случаях не превышал 50 мл; в подгруппах 2, 3, 5 и 6 гемоперитонеум наблюдался у всех больных. Отмечено, что объем гемоперитонеума не был статистически значимо связан с тяжестью состояния пациенток при поступлении в стационар. Наибольший объем наблюдаемой нами внутрибрюшной кровопотери составил 3100 мл.

При выборе объема вмешательства на МТ основным критерием является выраженность морфологических изменений трубы. При наличии разрыва стенки МТ длиной более 2 см, при перитубарной гематоме, диаметре МТ в месте локализации плодного яйца более 4 см, реализованной репродуктивной функции пациентки, а также интрамуральной локализации ЭБ предпочтение отдается удалению МТ с возможным расширением объема операции (по показаниям) до аднексэктомии, надвлагалищной ампутации матки, экстирпации матки с вовлеченными придатками. Минимальные морфологические изменения МТ являются показанием для выполнения консервативно-пластической операции: выдавливание плодного яйца, туботомия, резекция трубы с неосальпингэктомией (без нее).

Таким образом, применение оптимизированной тактики лечения позволяет значительно расширить показания для выполнения консервативно-пластических операций на МТ, уменьшить долю числа операций с удалением МТ, а также снизить количество послеоперационных осложнений.

Сравнительный и перекрестный анализ показателей по 13 шкалам разработанного опросника для оценки СЗКЖ в обследованных группах пациенток показал статистически значимое отличие в ИПКЖ пациенток, перенесших операцию с удалением МТ, от пациенток, которым были выполнены консервативно-пластические операции на МТ, тогда как статистически значимых отличий в ИПКЖ внутри групп (между аднексэктомией и тубэктомией) не наблюдалось. ИПКЖ пациенток, перенесших аднексэктомию, составил 85,0±3,2 балла (n=3), тубэктомии - 86,0±6,7 баллов (n=10) - p>0,05. Отличие в ИПКЖ после консервативно-пластических операции - 72,6±2,6 баллов (n=7) - достоверно выше - p<0,001 (меньшее количество баллов указывает на более высокое КЖ). При этом шкала самооценки здоровья достоверно коррелирует с ИПКЖ (коэфф. корреля-

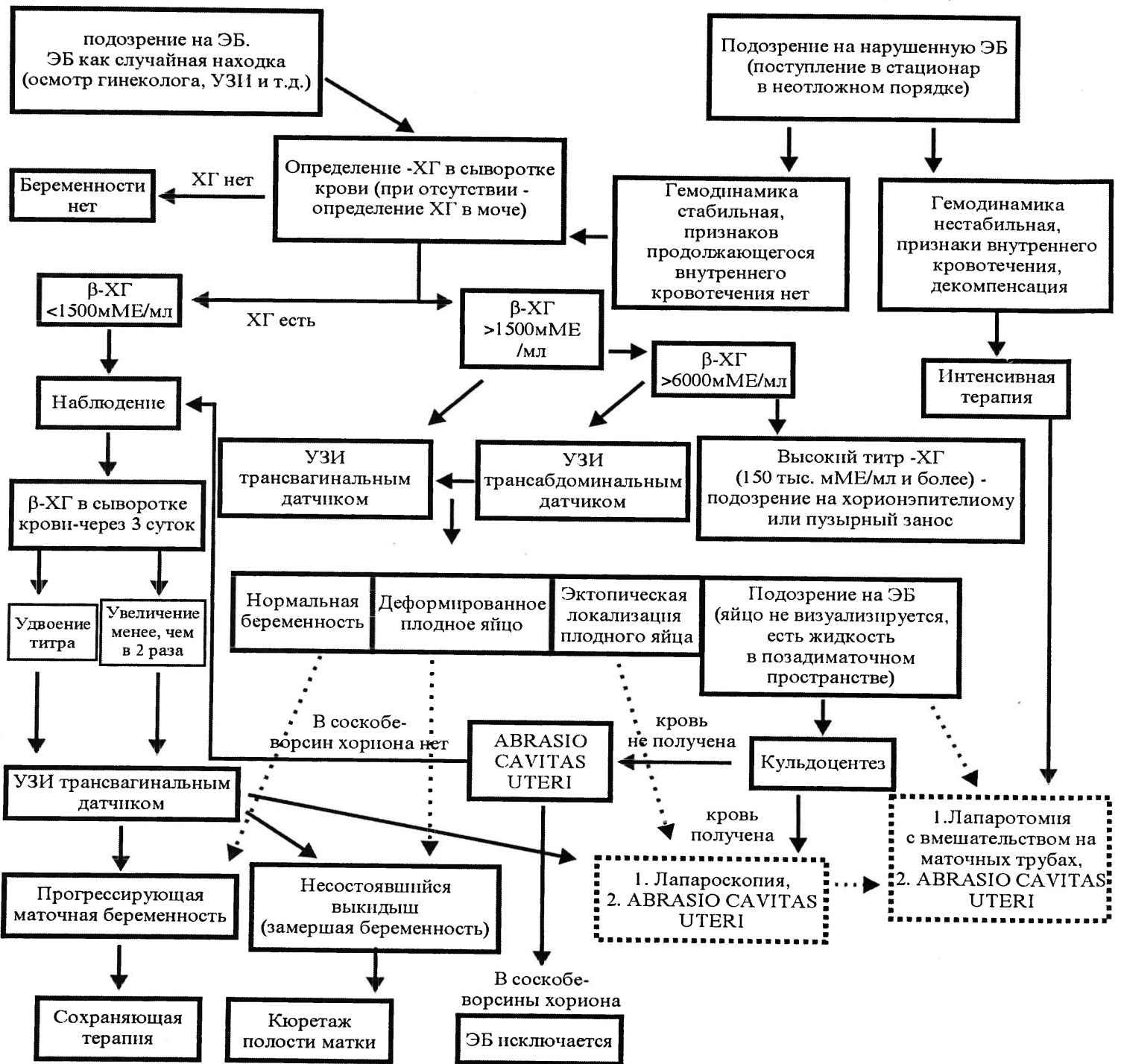
ции = 0,939), однако женщины склонны завышать самооценку состояния своего здоровья. Статистически достоверно отличающиеся показатели КЖ по отдельным шкалам (в баллах) показаны в табл. 4.

Исследование КЖ больных после операций по поводу ЭБ показало преимущества консервативно-пластических операций на МТ по сравнению с вмешательствами с удалением МТ. Доказано, что органосберегающие операции оказывают меньшее отрицательное влияние на отдельные показатели КЖ (бесплодие, спаечный процесс, самооценка здоровья, социальная роль, финансовые вопросы лечения, эмоциональная сфера, менструальная функция), а следовательно, и на ИПКЖ больных. Для получения объективных данных необходимо использовать разработанный опросник с 14-16 суток после выписки больной из стационара.

Выводы

1. Наиболее чувствительными методами диагностики ЭБ являются диагностическая лапароскопия, а также сочетание определения ХГ в моче и УЗИ органов малого таза (чувствительность - 0,98). Менее информатив-

Алгоритм диагностики эктопической беременности (ДЭБ)



ны - определение ХГ (0,81), диагностическое выскабливание стенок полости матки (0,61), УЗИ органов малого таза (0,43).

2. Прерывание ЭБ по типу разрыва трубы в 1,8 раза чаще, чем по типу трубного аборта, сопровождается выраженным внутренним кровотечением, что приводит к развитию острой анемии 1-2 степени у 67,3% больных, геморрагическому шоку степеней 2 и выше у 24,1% пациенток, а

следовательно, снижению коэффициента ЛС до 0,3 и увеличению доли числа операций с удалением маточной трубы до 91%.

3. Использование лапароскопии в лечении ЭБ снижает пребывание пациенток в стационаре с $12,4 \pm 3,6$ до $7,1 \pm 1,4$ суток ($p < 0,05$), уменьшает продолжительность операции с $2,2 \pm 0,3$ до $1,1 \pm 0,4$ часа ($p < 0,05$), на 42,1% снижает число ранних послеоперационных осложнений

4. Выполнение органосберегающих операций на МТ оказывает достоверно меньшее отрицательное влияние на ИПКЖ больных после операции, по сравнению с вмешательствами, сопровождающимися удалением МТ ($72,6 \pm 2,62$ и $85,9 \pm 6,04$ балла соответственно, $p < 0,001$).

Практические рекомендации

1. Использование алгоритма «ДЭБ» позволяет достоверно

Лечебный алгоритм при эктопической беременности (ЛЭБ)



уменьшить время постановки диагноза с $63,5 \pm 10,4$ до $12,5 \pm 2,1$ ч ($p < 0,001$), то есть в 5-8 раз.

2. Применение алгоритма «ЛЭБ» значительно расширяет показания для выполнения консервативно-пластических операций на маточных трубах (у 24% пациенток), снижает частоту ранних послеоперационных осложнений до 21,2%, сохраняет показатели КЖ больных.

3. При тяжелом состоянии пациентки, наличии гемодинамических нарушений и признаках продолжающегося внутреннего кровотечения операцией выбора при ЭБ является лапаротомия с удалением беременной МТ.

4. Для интегральной оценки результатов лечения пациенток после перенесенных операций по поводу ЭБ показано, наряду с общепринятыми методиками, с 14-16 суток после выписки из стационара использовать метод оценки КЖ при помощи разработанного опросника.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян Э.К., Рябцева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. НГМА, Нижний Новгород, 1997, 171 с.
2. Грязнова И.М. Внематочная беременность. М., Медицина, 1981, 320 с.
3. Захарова М.В., Анисимова М.И., Архангельский А.В. Критерии отбора больных для органосохраняющих операций при трубной беременности//Акуш. и гинекол., 1991.- 31.- С.51-53.
4. Кира Е.Ф., Молчанов О.Л., Беженарь В.Ф. Лабораторные методы диагностики беременности// Медицинская лабораторная диагностика (программы и алгоритмы)/Справочник под ред. А.И.Карпищенко, -СПб.: Интермедика, 1998.-296 с.
5. Коркан И.П., Худайбергенова Г.Ю., Аманджолова З.Д. Комбинированная лапароскопия в диагностике и лечении экстренной гинекологической патологии// Состояние и актуальные проблемы оперативной гинекологии, СПб., 1992.- С. 47.

6. Кукош М.Ю. Гипотеза диагностического алгоритма внематочной беременности.-М., 1993.

7. Кулаков В.И., Голубев В.А., Пиганова Н.Л. Некоторые современные аспекты проблемы внематочной беременности//Акуш. и гинекол., 1993.- №6.- С.3-6.

8. Романов В.Н. Оперативная лапароскопия в лечении внематочной беременности//Состояние и актуальные проблемы оперативной гинекологии, СПб., 1992.- С. 73-74.

9. Стрижаков А.Н., Шахламов М.Н., Давыдов А.И., Скакунов А.С. Современные концепции в системе обследования и тактике лечения больных при подозрении на эктопическую беременность. Акуш. и гинекол., №1, 1996, С. 3-5.

10. Cartwright P.S., DiPietro D.L. Ectopic pregnancy: changes in serum human chorionic gonadotropin concentration. Obstet. Gynecol., 1984; 63-76.

11. Kirshner B., Guyatt G.H. A methodologic framework for assessing health indices//J.Chron.Dis., 1985.- Vol.38.-P.27-36.