

Е.А. МАТЕЙКОВИЧ

ДЕФЕКТЫ АМБУЛАТОРНОЙ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ: ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА, ВЛИЯНИЕ НА ИСХОД РОДОВ

ФГБУ «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, Тюмень, Россия

Цель. Изучение структуры дефектов оказания акушерско-гинекологической помощи на догоспитальном этапе, претензии по поводу которых не были урегулированы внутри системы здравоохранения и вылились в судебные разбирательства, разработка подходов, направленных на преодоление таких ситуаций.

Материалы и методы. При проведении исследования автором изучены 152 клинических случая, связанных с оказанием акушерско-гинекологической помощи. В структуре этих случаев 70 неблагоприятных исходов родовспоможения, 69 споров о качестве по поводу гинекологической помощи и 13 – связаны исключительно с амбулаторной помощью в до- и послеродовом периодах. Материалы размещены в обезличенной форме в базах данных свободного доступа. Проведен обзор судебно-медицинских экспертных заключений. Критериями включения были клинические случаи, которые привели к возникновению судебного спора между лечебно-профилактическим учреждением (ЛПУ) и пациенткой, ее родственниками и представителями.

Результаты. При неблагоприятных исходах родовспоможения дефекты оказания медицинской помощи выявлены в 59/70 (84,3%) случаях. Данные дефекты условно разделены на 7 групп. Дана оценка взаимосвязи дефектов с неблагоприятным исходом родовспоможения. Ведущими факторами выступают неверная тактика родоразрешения, как правило, обусловленная недооценкой акушерского риска, ненадлежащим динамическим наблюдением за состоянием матери и плода, а также дефекты догоспитального этапа родовспоможения. Характер взаимосвязи дефекта и исхода (прямая либо косвенная) влияет на ответственность медицинской организации. Прямая связь исхода и амбулаторного дефекта устанавливается при невыявлении патологии, обусловившей рождение ребенка с тяжелыми пороками. Структура дефектов ведения беременных на амбулаторном этапе родовспоможения выглядит следующим образом: ненадлежащее обследование и динамическое наблюдение (УЗ-диагностика, КТГ, скрининг и т.д.) – 15 (63%), неполный анамнез – 10 (41%), несоблюдение графика посещения врачей – 8 (33%), отсутствие перинатального консилиума в ЛПУ 3 уровня – 8 (33%), несвоевременная госпитализация – 5 (21%), гипердиагностика патологии – 1 (4%). Как правило, имеет место комплекс дефектов. В рамках гинекологической практики дефекты амбулаторного этапа обуславливают почти три четверти судебных разбирательств.

Заключение. Дефекты амбулаторной медицинской помощи в структуре акушерских случаев с неблагоприятными исходами родовспоможения имеют высокую частоту. Значительное количество неурегулированных внутри системы здравоохранения конфликтов обусловлено недостатками коммуникации между женщиной и врачом (акушеркой).

Ключевые слова: акушерско-гинекологическая помощь, неблагоприятные исходы, дефекты оказания акушерско-гинекологической помощи, амбулаторный этап родовспоможения.

Вклад авторов: Матейкович Е.А.: концепция и дизайн исследования, сбор и анализ данных по заявленной теме, подбор источников литературы, написание и редактирование текста статьи.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Финансирование. Работа выполнена при поддержке РФФИ, проект № 19-011-00316.

Для цитирования: Матейкович Е.А. Дефекты амбулаторной акушерско-гинекологической помощи: экспертная оценка, влияние на исход родов. *Акушерство и гинекология*. 2020; 1: 163–68. <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2020.1.163-168>

Е.А. MATEIKOVICH

DEFECTS IN OUTPATIENT OBSTETRIC AND GYNECOLOGICAL CARE: EXPERT EVALUATION, IMPACT ON LABOR OUTCOME

Tyumen State Medical University, Ministry of Health of Russia, Tyumen, Russia

Objective. To investigate the pattern of prehospital obstetric and gynecological care defects, claims for which have not been settled within the healthcare system and have resulted in legal proceedings.

Material and methods. During the investigation, the author studied 152 clinical cases associated with the provision of obstetric and gynecological care. In the pattern of these cases, there were 70 adverse outcomes of obstetric care, 69 disputes on gynecological care quality, and 13 cases related exclusively to outpatient care in the pre-

and postpartum periods. The materials were anonymized in the open-access databases. Forensic medical expert opinions were reviewed. The inclusion criteria were clinical cases that had led to a judicial dispute between the healthcare facility (HCF) and the female patient, her relatives, and representatives.

Results. In the presence of unfavorable obstetric care outcomes, medical care defects were identified in 59/70 (84.3%) cases. These defects were arbitrarily divided into 7 groups. The relationship of defects to an unfavorable obstetric care outcome was assessed. The leading factors were incorrect delivery tactics generally due to the underestimation of an obstetric risk and the inadequate follow-up of the maternal and infant health status, as well as prehospital obstetric care defects. The nature of a direct or indirect relationship between the defect and the outcome affected the responsibility of a healthcare facility. The direct relationship between the outcome and the outpatient care defect was established if the pathology caused by severe birth defects was undetected. The pattern of defects in the outpatient management of pregnant women was as follows: inappropriate examination and follow-up (ultrasound diagnosis, CT scanning, screening, etc.) in 15 (63%) patients, incomplete history in 10 (41%), non-observance of the schedule for visits to physicians in 8 (33%), no perinatal conference in the three-level healthcare facility in 8 (33%), untimely hospitalization in 5 (21%), and pathology overdiagnosis in 1 (4%). A complex of defects generally took place. In gynecological practice, defects in the outpatient phase accounted for almost three quarters of trials.

Conclusion. Outpatient medical care defects in the pattern of obstetric cases with adverse obstetric care outcomes have a high frequency. A significant number of unresolved conflicts within the healthcare system are caused by the communication deficits between the woman and the physician (the midwife).

Keywords: obstetric and gynecological care, unfavorable outcomes, obstetric and gynecological care defects, outpatient obstetric care phase.

Author contributions: Mateikovitch E.A.: concept and design of the investigation; collection and analysis of data on the declared topic; selection of literature sources; writing and editing the text of the article.

Conflict of interests. The authors declare that there are no possible conflicts of interest.

Financing. The investigation has been supported by the Russian Science Foundation; Project No. 19-011-00316.

For citation: Mateikovitch E.A. Defects in outpatient obstetric and gynecological care: expert evaluation, impact on labor outcome.

*Akusherstvo i Ginekologiya/ Obstetrics and gynecology. 2020;1: 163-68. (In Russian).
<https://dx.doi.org/10.18565/aig.2020.1.163-168>*

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), опубликованным в 2018 г., осложнения, возникшие во время беременности и родов или в послеродовом периоде, ежедневно являются причиной смерти 800 женщин и 7700 новорожденных [1]. В Российской Федерации показатели материнской смертности с 2012 по 2017 г. снизились на 23,5% и достигли минимального значения за всю историю – до 8,8 случая на 100 000 детей, родившихся живыми [2]. Несмотря на общую положительную тенденцию, ВОЗ настаивает на проведении детального аудита каждого неблагоприятного исхода с целью выявления его причин, предостерегает от необоснованного возложения вины за произошедшее на пациентку и ее семью, обязывает принимать меры к устранению «задержек» с оказанием качественной медицинской помощи [3].

В литературе указывается на преобладание управляемых (предотвратимых) причин материнской и перинатальной смертности [4, 5], хотя этот вопрос носит субъективный характер и может по-разному интерпретироваться в схожих клинических ситуациях [6]. На основе анализа 6205 случаев материнской и перинатальной смертности Merali H.S. et al. выделено 42 конкретных предотвратимых фактора, подавляющее большинство из которых связано с действиями медицинского персонала – 28/42 (66,7%) [7].

Влиянию дефектов догоспитального этапа родовспоможения на неблагоприятный исход для матери и плода достаточного внимания пока не уделя-

ется [8]. При этом в зарубежных исследованиях отмечается, что неудовлетворительная дородовая помощь входит в число 10 ведущих преодолемых факторов материнской и перинатальной смерти, будучи причиной 4,9% неблагоприятных исходов [7]. Также обращается внимание на формирование в развитых странах контингента женщин высокого акушерского и перинатального риска, обусловленного соматическими заболеваниями, абортными, вредными привычками, что требует от акушера-гинеколога, работающего в женской консультации, знания патогенеза экстрагенитальных заболеваний и осложнений гестации, принятия мер по своевременной профилактике этих осложнений [9, 10]. При оценке конкретных клинических случаев материнской смертности указывается на поверхностное и формальное амбулаторное наблюдение за беременными с высоким риском развития преэклампсии (ПЭ) (наличие некорригированной анемии, дефицит массы тела и отсутствие данных по ее динамике, недиагностированная задержка плода и т.д.) [11]. Проведены исследования, посвященные трудностям и ошибкам диагностики вне-маточной беременности на догоспитальном этапе, согласно которым данный диагноз устанавливается в день обращения в женскую консультацию только у 27,1% пациенток [12].

Серьезным вызовом для отечественной системы здравоохранения (СЗ) является рост онкологической заболеваемости как в целом по стране, так и в отдельных регионах [13]. На долю злокачественных