

*Прохорова О.В., Прохоров В.Н.*

## **Анализ качества амбулаторного ведения беременных группы высокого риска**

ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет», кафедра акушерства и гинекологии, г. Екатеринбург

*Prokhorova O.V., Prokhorov V.N.*

### **Analysis of ambulatory care quality in high level risk pregnant**

#### **Резюме**

Высокий уровень частоты случаев осложненного течения беременности, ведущий к повышению частоты патологии матери и ребенка в родах, нередко связан с большим количеством диагностических, тактических и лечебных ошибок при амбулаторном ведении беременных группы высокого риска. Выявление наиболее типичных врачебных ошибок позволит определить пути их преодоления, что будет способствовать снижению уровня акушерской и перинатальной заболеваемости и смертности.

**Ключевые слова:** беременность, амбулаторное ведение, врачебные ошибки

#### **Summary**

The high level rate of fetomaternal disease cases which leads to increase rate of intranatal fetomaternal pathology is often associated with many diagnostic, tactic, medical mistakes in ambulatory care of high level risk pregnant. The detection of typical medical mistakes enables to find the ways of their overcoming. It may decrease the obstetric and perinatal sickness and death rate.

**Key words:** pregnancy, ambulatory care, medical mistakes

#### **Введение**

Сложные социальные, экономические и демографические процессы в современном российском обществе характеризуются резким снижением индекса здоровья населения, в частности женщин репродуктивного возраста, а также ухудшением акушерских и перинатальных показателей. Важность данной ситуации невозможно переоценить, поскольку эти женщины и их дети начала XXI века во многом будут определять дальнейший уровень социально-экономического, культурного и научного развития страны. Особую тревогу специалистов различного профиля (медиков, социологов, демографов) вызывают показатели состояния здоровья беременных женщин и новорожденных, итоговые показатели течения беременности и исходов родов.

Беременность у современной женщины очень часто возникает на фоне имеющейся экстрагенитальной патологии, отягощенного акушерского и гинекологического анамнеза и сопровождается большим числом количеством акушерских и перинатальных осложнений, что представляет собой значительный риск для здоровья самой женщины и для её будущего ребёнка. Среди осложнений беременности наиболее часто встречаются угроза невынашивания, преэклампсия, железодефицитная анемия, плацентарная недостаточность, задержка внутри-

утробного развития плода. В настоящее время нарастает удельный вес крупных плодов и число случаев неготовности организма к родам при наличии доношенной беременности. В целом, осложнённое течение беременности по данным разных авторов отмечено в 42,8-92,0% случаев, а патологическое течение родов зафиксировано в 9,7 - 45,0% случаев. Высокая частота осложнённого течения беременности, родов и послеродового периода сопровождается повышенными цифрами перинатальной заболеваемости и смертности [4].

Уровень профессионализма при амбулаторном ведении беременных является чрезвычайно важным условием благоприятного исхода родов, поскольку именно особенности течения беременности и подготовки к родам во многом определяют результаты родового акта для матери и новорожденного. Оценка особенностей ведения беременных в женской консультации, полноценного обследования и необходимого лечения имеющейся экстрагенитальной патологии и акушерских осложнений, адекватных мероприятий по подготовке к родам и выявление возникающих при этом ошибок необходимы для совершенствования амбулаторной помощи при ведении беременности и подготовки женщины к родам [1, 2, 3, 5].

При обсуждении данной проблемы исследователи обращают внимание на взаимосвязи возникновения ме-

дицинских ошибок и поведения врача, на медицинские, эмоциональные и финансовые потери, уровень удовлетворения пациентов, возможности снижения риска судебного преследования, способы доказательств врачебных ошибок и идентификации врачей, чаще других способных совершать ошибки, а также меры по снижению неверных действий в медицинской практике [6, 7, 8].

**Целью** работы явилось выявление потенциальных путей оптимизации амбулаторного ведения беременных группы высокого акушерского и перинатального риска путем проведения клинического экспертного анализа медицинской документации (карты амбулаторного ведения беременных, истории родов и истории новорожденных) и клинико-лабораторной оценки беременных перед родоразрешением.

## Материалы и методы

Для реализации данной цели в качестве методологического подхода был использован анализ анамнестических и клинических данных, показателей лабораторных и аппаратных методов обследования на протяжении беременности у женщин, поступивших для обследования, лечения и подготовки к родам в отделение патологии беременных одной из городских клинических больниц г. Екатеринбурга. Для исследования методом случайной выборки была сформирована группа первородящих женщин, относящихся к категории беременных высокого акушерского и перинатального риска из 80 человек. Пациентки были в возрасте от 19 до 40 лет при беременности в сроках 36-40 недель, имели отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, экстрагенитальную и акушерскую патологию и регулярно наблюдались, начиная с первого триместра беременности, в женских консультациях и медицинских центрах г. Екатеринбурга.

В ОПБ всем женщинам после полного клинико-лабораторного обследования проводились соответствующие мероприятия по подготовке к родам. В процессе нахождения в ОПБ осуществлялись стандартный опрос и осмотр беременных, анализ медицинской документации (карты амбулаторного ведения беременных и истории болезни стационара) и заполнение специально разработанной анкеты для определения качества ведения женщин на амбулаторном этапе.

## Результаты и обсуждение

После анализа всех указанных выше данных было выявлено, что при ведении беременных группы высокого риска в женской консультации у всех женщин были выявлены те или иные нарушения или ошибки. Наиболее характерными и часто повторяющимися являлись следующие.

1. Недостаточно четкое и грамотное оформление записей в картах амбулаторного наблюдения (67,5%). У женщин с имеющимися данными о сужении таза при пельвиометрии, проведенной в женской консультации, отсутствовали указания на это в диагнозе, в ряде случаев не совпадали данные пельвиометрии в женской консультации и в стационаре. В дневниковых записях отсутство-

вали данные о весе женщины, окружности живота, высоте стояния дна матки, характере выделений из половых путей, наличии отеков, динамики массы тела. Часто записи осуществлялись небрежно, не все графы в картах наблюдения были заполнены. Имел место неполный перенос результатов лабораторных и инструментальных методов обследования из амбулаторной карты наблюдения за беременной в обменно-уведомительную карту.

2. Взвешивание беременных в женской консультации зачастую (48,5%) производилось без учета известных правил, согласно которым взвешивание должно производиться утром, до приема пищи, с опорожненным мочевым пузырем и кишечником и всегда в одной и той же одежде. Таким образом, оценка массы тела беременных не могла осуществляться полноценно.

3. У большинства беременных (90%) врачи женской консультации не проводили пальпаторное обследование молочных желез вообще, а если проводили, то с игнорированием известных правил техники осмотра (в положении стоя, лежа и т.д.).

4. В подавляющем большинстве случаев (87,5%) врачи акушеры-гинекологи женской консультации не объясняли подробно женщинам принципы гигиены беременности: психогигиена, рациональное питание, физическая активность и рекомендации по лечебной физкультуре, даже в ситуациях, когда эти рекомендации входят в клинический алгоритм, например, при тазовом предлежании плода, при патологии почек и т.д. Если же подобная информация все же представлялась пациенткам, то она носила совершенно формальный характер. Отсутствовали рекомендации по гигиене одежды и обуви, по использованию косметики и средств личной гигиены, по особенностям интимной жизни беременных с учетом имеющихся у них видов акушерской или соматической патологии.

5. У всех женщин профилактические и лечебные мероприятия в отношении таких распространенных видов патологии, как преэклампсия, угроза прерывания беременности, плацентарная недостаточность, проводились без использования всего арсенала лечебных мероприятий, включая немедикаментозные методы. С опозданием диагностировались патологические прибавки массы тела, симптомы угрозы прерывания беременности и страдания плода, хотя для этого были основания в виде изменений в картине кардиотоахографии и ультразвукового исследования плода и плаценты. Наблюдалось несоответствие описываемого объективного статуса беременной клиническому диагнозу (реально у беременной матка возбудима при пальпации, но диагноз «угроза прерывания беременности» отсутствует). Вышеизложенное вело, естественно, к задержке начала лечебных мероприятий.

6. В ряде случаев (31,2%) наблюдались ошибки при ведении женщин с экстрагенитальной патологией: крайне поздно диагностировались отклонения в состоянии внутренних органов, например, патология печени, хотя в течение длительного времени имели место начальные клинические проявления заболевания. Беременные своевременно не направлялись к невропатологу, дерматологу,

ортопеду-травматологу и другим специалистам, хотя для этого были соответствующие показания. Врачи акушеры-гинекологи не направляли на повторную консультацию окулиста женщин с серьезной патологией органа зрения для оценки ситуации в динамике и не вникали в диагноз и рекомендации окулиста. По этой причине в ряде случаев консультация окулиста, проведенная уже в отделении патологии беременных, давала возможность вести роды у женщины через естественные родовые пути, хотя рекомендации окулиста, который консультировал женщину амбулаторно по направлению женской консультации, требовали выполнения операции кесарева сечения.

7. В 47,5% назначения медикаментозных препаратов делались без должного обоснования, иногда без показаний и без отражения показаний в диагнозе, то есть стандартное назначение «по шаблону». В целом при ведении беременных была типична полипрагмазия (назначалось одновременно до 5-6 и даже 7-8 лекарственных препаратов), а лекарственные назначения смежных специалистов просто механически суммировались с назначениями акушера-гинеколога без учета того, какие препараты на самом деле необходимы, а от каких в данное время следует отказаться. В ряде случаев игнорировались основополагающие принципы клинической фармакотерапии при беременности: назначались спорные с позиций доказательной медицины медикаменты: актовегин, церебролизин, рибоксин, кокарбоксилаза, гепато-, хондро-, кардиопротекторы, иммуностимуляторы, хофитол и другие или использовались нестандартные схемы и дозировки лекарственных препаратов.

8. В ряде случаев заслуживали пристального внимания беременные с наличием определенных поведенческих особенностей. Они игнорировали рекомендации врача по обследованию, лечению, госпитализации или просто отказывались их выполнять. Иногда в связи с этим возникали конфликтные ситуации между врачом и пациенткой, что выявлялось при беседе с пациенткой и даже было зафиксировано в амбулаторной карте в виде отказов выполнить рекомендации врача, отмечалась резкость и грубость в поведении беременной. Однако в этих сложных случаях для их разрешения не привлекались старший ординатор или заведующая женской консультацией, женщины не направлялись к психологу. Категоричная тональность, безапелляционность высказываний, демонстративность поведения женщин и их негативизм во взаимоотношениях с медицинским персоналом должны были стать основанием выделить данную беременную из числа других пациенток и осуществлять дальнейшее ведение в режиме индивидуального подхода. У некоторых беременных при оценке анамнеза и при объективном обследовании в ОПБ отмечались признаки пограничного невротического состояния с наличием бессонницы, эмоциональной напряженности, раздражительности, слезливости, состояния тревоги и т.д., но и в этих случаях врачи женской консультации не направляли пациенток к клиническому психологу или психотерапевту, а ограничивались общими рекомендациями: побольше отдыхать, не волноваться, не обращать внимания на волнующие их моменты и принимать легкие седативные препараты.

9. Юридически недостаточно корректное оформление медицинской документации имело место в 38,7% случаев: отказов от госпитализации; отказа от санитарного транспорта при необходимости неотложной госпитализации из женской консультации; записей о консультации по телефону со смежными специалистами и патронажа беременной по телефону.

10. В 18,7 % случаев пациентки поздно (в 39-40 недель беременности) поступали в роддом на предродовую госпитализацию, даже в случаях, когда поступление в ОПБ было показано в 37-38 недель, например, при тазовом предлежании плода или при наличии кесарева сечения в анамнезе.

11. Перед направлением в родильный дом у всех женщин имело место отсутствие оценки готовности организма беременной к родам, просто выдавалось формальное направление в родильный стационар.

## Заключение

При экспертном анализе качества амбулаторного ведения беременности у женщин группы высокого акушерского и перинатального риска был выявлен ряд отступлений от выполнения стандартных алгоритмов наблюдения беременной, диагностических и лечебных мероприятий, а также в оформлении стандартной медицинской документации. В ряде случаев эти нарушения были достаточно серьезными и могли негативно отразиться на состоянии беременной и плода, на подготовке женщины к родоразрешению и в итоговых показателях родов. На наш взгляд, данные явления могут быть следствием недостаточным, в ряде случаев формальным отношением участковых врачей акушеров-гинекологов к данным вопросам, отсутствием единых и корректно изложенных принципов организации лечебно-профилактической помощи беременным с акушерской и экстрагенитальной патологией, а также, вероятно, недостаточным контролем оформления медицинской документации со стороны заведующих женскими консультациями.

Таким образом, имеются потенциальные возможности оптимизации амбулаторного этапа ведения беременных группы высокого акушерского и перинатального риска, которые связаны, главным образом, с организацией лечебно-профилактической помощи, четким выполнением известных клинических алгоритмов, внедрением передовых медицинских технологий и совершенствованием профессионального уровня кадрового состава. На наш взгляд, совершенствование организационных принципов ведения беременных, своевременное и неформальное повышение профессиональных компетенций участковых врачей акушеров-гинекологов и систематический контроль за ведением медицинской документации могут стать ключевыми моментами на пути повышения эффективности оказания медицинской помощи беременным женщинам и улучшению итоговых акушерских и перинатальных показателей. ■

*Прохорова О.В., Прохоров В.Н., ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет», кафедра акушерства и гинекологии, г. Екатеринбург*

**Литература:**

1. Гиндоян М.А. Оценка эквивалентов потребления акушерско-гинекологической амбулаторной помощи, оказываемой по программе ОМС / М.А. Гиндоян, В.Г. Бутова, И.В. Духанина // Глав. врач. – 2007. - № 3. – С. 53-64.
2. Менеджмент качества медицинской помощи: классификация дефектов оказания акушерско-гинекологической медицинской помощи // А.А. Старченко и др. // Мед. право. – 2007. - №4. – С. 40-48.
3. Разработка мониторинга службы родовспоможения – актуальная современная проблема / О.В. Шапапова и др. // Главврач. – 2010. - № 3. – С.14-24.
4. Стародубов В.И., Суханова Л.П. Репродуктивные проблемы демографического развития России. – М.: ИД “Менеджер здравоохранения”, 2012. – 320 с.
5. Оценка качества медицинской помощи в учреждениях родовспоможения / Е.Л. Никонов и др. // Кремлевская медицина. – 2009. - № 1. – С. 128-131.
6. Hickson G.B., Entman S.S. Physician practice behavior and litigation risk: evidence and opportunity. Clin. Obstet. Gynecol. 2008 Dec;51(4):688-99.
7. Mahar P, Wasiak J, Batty L, Fowler S, Cleland H, Gruen RL. Interventions for reducing wrong-site surgery and invasive procedures. Cochrane Database Syst. Rev. 2012 Sep 12;9:CD009404.
8. Shurtz I. The impact of medical errors on physician behavior evidence from malpractice litigation. J Health Econ. 2013 Mar;32(2):331-40.