

Volume 60 • Issue 1 • 2016

ISSN 0044-197X (Print)

ISSN 2412-0723 (Online)

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

HEALTH CARE OF THE RUSSIAN FEDERATION

Издательство
"МЕДИЦИНА"
www.medlit.ru

1

Том 60 • 2016

ISSN 0044-197X



7 70044 197004

- циентов с острым коронарным синдромом (по данным исследования ЛИС — Люберецкое исследование смертности больных, перенесших острый инфаркт миокарда). *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2012; 8(2): 141—8.
7. Пайков В.Л. Острый коронарный синдром: оценка своевременности обращаемости населения и оказания скорой медицинской помощи. *Вестник современной клинической медицины*. 2012; 5(3): 9—11.
 8. Супрядкина Т.В., Черепанова В.В., Миролкобова О.А. Современные тенденции течения острого коронарного синдрома у молодых женщин в условиях урбанизированного севера (на примере г. Архангельска). *Экология человека*. 2014; 11: 55—60.
 9. Гафаров В.В. *Эпидемиология и профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в условиях крупного промышленного центра Западной Сибири*. Новосибирск; 1992.
 10. Гарганеева А.А., Округин С.А., Зяблов Ю.И. Программа ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда»: 25-летнее эпидемиологическое изучение инфаркта миокарда в средне-урбанизированном городе Западной Сибири. *Сибирский медицинский журнал*. 2010; 1: 44—9.
 11. Эрлих А.Д., Мацкеплишвили С.Т., Грацианский Н.А., Бузишвили Ю.И. Лечение больных с острым коронарным синдромом в Москве на догоспитальном этапе (данные первого Московского регистра). *Кардиология*. 2013; 53(11): 9—16.
 12. Ким З.Ф., Подольская А.А. Некоторые аспекты организации неотложной кардиологической помощи. *Вестник современной клинической медицины*. 2013; 6(5): 103—8.
 13. Гафаров В.В., Фейгин В.Л., Светлов В.Н. и др. Популяционное изучение острого инфаркта миокарда и мозгового инсульта в Новосибирске. *Кардиология*. 1984; 11: 49—53.
 14. Cagan S., Stefanovic R., Besedova I. Minimizing the prehospital delay in patients with acute myocardial infarct. *Bratisl. Lek. Listy*. 1999; 7: 352—7.

REFERENCES

1. National Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika*. 2007; 8(6, pril. 1). (in Russian)
2. Golikov A.P., Zakin A.M. Modern principles of development of emergency medicine. *Terapevticheskiy arkhiv*. 1985; 5: 24—7. (in Russian)
3. Takano T., Endo T., Tanoka K. et al. Current status of prehospital care of patients with acute myocardial infarction in Tokyo: Analysis of 3-year experience with coronary care units. *Jap. Circulat. J.* 1987; 51 (3): 338—43.
4. Ruda M. Ya. Acute coronary syndrome: a system of treatment. *Kardiologiya*. 2011; 3: 4—9. (in Russian)
5. Ostroumova L. A. the Influence of basic therapy on the outcome of acute myocardial infarction in the prehospital emergency care. *Skoraya meditsinskaya pomoc' 2012-4*. (in Russian)
6. Ginzburg M. L., Kutichenko N. P., Marisevich S. Y. Factors influencing admission time to cardiovascular center patients with acute coronary syndrome (according to the LIS — Luberecki study of mortality in patients after myocardial infarction). *Ratsional'naya farmakoterapiya v kardiologii*. 2012; 8(2): 141—8. (in Russian)
7. Paykov V.L. Acute coronary syndrome: timeliness of emergency and emergency medical care. *Vestnik sovremennoy klinicheskoy meditsiny*. 2012; 5(3): 9—11. (in Russian)
8. Supryadkina T. V., Cherepanova V. V., Mirolyubova O. A. Modern trends of acute coronary syndrome among young women in urban North (on the example of Arkhangelsk). *Ekologiya cheloveka*. 2014; 11: 55—60. (in Russian)
9. Gaфарov V. V. *Epidemiology and Prevention of Cardiovascular Diseases in a Large Industrial Center of Western Siberia*. *Эпидемиология и профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в условиях крупного промышленного центра Западной Сибири*. Новосибирск; 1992. (in Russian)
10. Garganeeva A.A., Okrugin S.A., Zyablov Yu. I. WHO program «Register of acute myocardial infarction: a 25-year epidemiological study of myocardial infarction in the medium-sized city in Western Siberia. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal*. 2010; 1: 44—9. (in Russian)
11. Erlikh A. D., Matskeplishvili S.T., Gratsianskiy N. A., Buzhivili Yu. I. Treatment of patients with acute coronary syndrome in Moscow in the prehospital phase (data of first Moscow register). *Kardiologiya*. 2013; 53(11): 9—16. (in Russian)
12. Kim Z. F., Podolskaya A. A. Some aspects of emergency care. *Vestnik sovremennoy klinicheskoy meditsiny*. 2013; 6(5): 103—8. (in Russian)
13. Gaфарov V. V., Feygin V. L., Svetlov V. N. et al. Population-based study of acute myocardial infarction and stroke in Novosibirsk. *Kardiologiya*. 1984; 11: 49—53. (in Russian)
14. Cagan S., Stefanovic R., Besedova I. Minimizing the prehospital delay in patients with acute myocardial infarct. *Bratisl. Lek. Listy*. 1999; 7: 352—7.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016

УДК 614.2:618.4:5+616+053.31]-08

МАЛЬГИНА Г.Б., БАШМАКОВА Н.В., ДАВЫДЕНКО Н.Б., ЛИТВИНОВА А.М. ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОГО АУДИТА: ОПЫТ УРАЛЬСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества»
Минздрава России, 620028, г. Екатеринбург

Представлен трехлетний опыт организации проведения перинатального аудита службы родовспоможения и детства территорий Уральского федерального округа и прикрепленных территорий Сибири и Дальнего Востока. Выделены первичный, текущий и целевой этапы перинатального аудита. На основании проведенных исследований выделены территории — лидеры с «эталонными» показателями работы службы (Ханты-Мансийский автономный округ и Тюменская область) и территории-аутсайдеры с высокими показателями материнской смертности и фетоперинатальной потерь (Ямало-Ненецкий автономный округ и Челябинская область). Описанная система организации перинатального аудита позволяет в оперативном режиме проводить оценку эффективности работы службы родовспоможения и детства территорий и формулировать рекомендации по повышению эффективности работы службы.

Ключевые слова: организация; перинатальный аудит; служба родовспоможения; материнская смертность; младенческая смертность.

Для цитирования: Здравоохранение Российской Федерации. 2016; 60 (1): 16—22.
DOI 10.18821/0044-197X-2016-60-1-16-22

Для корреспонденции: Мальгина Галина Борисовна, д-р мед. наук, старший научный сотрудник, зам. директора по научно-исследовательской работе; e-mail: galinamalgina@mail.ru

Malgina G.B., Bashmakova N.V., Davydenko N.B., Litvinova A.M.
THE ORGANIZATION OF PERINATAL AUDIT: THE EXPERIENCE
OF THE URAL FEDERAL OKRUG

The Ural research institute of maternity and infancy care, 620028 Yekaterinburg, Russia

The article presents three-year experience of organization of implementation of perinatal audit of service of delivery and childhood on territories of the Ural federal okrug and attached territories of Siberia and Far East. The primary, current and target stages of perinatal audit are marked out. On the basis of carried out studies the territories were singled out: leaders with "standard" indicators of service functioning (the Khanty-Mansi Autonomous Okrug and the Tyumenskaia oblast) and territories outsiders with high indicators on maternity mortality and feto-infant losses (Yamal-Nenets Autonomous Okrug and Tcheliabinskaia oblast). The described system of organization of perinatal audit permits in operative mode to implement evaluation of effectiveness of functioning of service of delivery and childhood of territories and to formulate recommendations on increasing effectiveness of service functioning.

Key words: *organization; perinatal audit; service of delivery; maternity mortality; infant mortality.*

For citation: Zdravookhraneniye Rossiyskoy Federatsii. 2016; 60(1): 16—22. (In Russ.)

DOI 10.18821/0044-197X-2016-60-1-16-22

For correspondence: Galina B. Malgina, MD, PhD, DSc; e-mail: galinamalgina@mail.ru

Received 13.04.15

Введение

Охрана здоровья матери и ребенка — приоритетное направление в системе здравоохранения как в Российской Федерации в целом, так и в отдельных субъектах федерации. Беспрецедентным вкладом в развитие политики охраны материнства и детства является формирование новой организационной модели — трехуровневой структуры акушерско-гинекологической помощи, с сокращением оказания помощи на первом уровне, развитием межрайонных и региональных перинатальных центров. Для обеспечения доступности и требуемого качества работы в соответствии с новыми условиями необходимо создать такую модель организационной поддержки реформирования службы родовспоможения и детства, которая смогла бы интегрировать уже сложившиеся позитивные формы деятельности и привнести новое содержание в работу службы в соответствии с рекомендациями Минздрава России [1].

В связи с переходом Российской Федерации с 2012 г. на критерии регистрации рождений, рекомендованные ВОЗ [2], структура перинатальной помощи претерпевает глубокие изменения, основной упор делается на совершенствование технологий реанимационной помощи и выхаживания новорожденных. Значительный уровень заболеваемости потенциальных родителей и высокие требования общества к качеству родовспоможения требуют продолжение целенаправленной работы по повышению качества оказания медицинской помощи женщинам и детям, улучшение диспансерного наблюдения беременных группы риска, снижение частоты материнских и перинатальных потерь. Необходимо не только строительство, реконструкция и переоснащение медицинских учреждений детства и родовспоможения, но и приведение кадрового потенциала в соответствие с уровнем учреждения родовспоможения, а также внедрение системы координации деятельности уже имеющихся на территории учреждений родовспоможения. Новая стратегия должна рассматриваться как мотивационный и ресурсный механизм поддержки инноваций в службе охраны здоровья матери и ребенка.

Важной составляющей развития и совершенствования медико-организационных технологий является перинатальный аудит [3], который помогает оценить результаты деятельности и наметить пути дальнейшего развития и совершенствования как на региональном

уровне, так и в отдельно взятых учреждениях службы родовспоможения и детства. В теоретическом плане это проблема совершенствования практико-ориентированной концепции организации научно-методического сопровождения родовспомогательных учреждений, обеспечивающей развитие региональной службы охраны здоровья матери и ребенка; в практическом плане это проблема определения на региональном уровне основных характеристик деятельности и ресурсов учреждений родовспоможения, достижение которых будет способствовать приведению инновационной деятельности учреждений охраны здоровья матери и ребенка в соответствие со стратегией Минздрава России [4, 5].

В мировую акушерскую практику акушерский/перинатальный аудит был внедрен в конце 80-х годов XX века [6—8], однако в основе формирования системы перинатального аудита лежат более ранние исследования, базис которых — регистрация и анализ материнской и перинатальной смертности, начатые практически во всех развитых странах в 60-е годы прошлого века. В конце XX века методология перинатального аудита была распространена на развивающиеся страны [9—12]. В 1995 г. в Скандинавии была разработана программа перинатального аудита, позволяющая идентифицировать случаи перинатальной смертности, которых можно было бы избежать (Скандинавско-Балтийская классификация случаев перинатальной смертности), которая широко применяется в странах Европы и СНГ и позволяет найти резервы для улучшения качества помощи в перинатальном периоде и профилактики перинатальных потерь [13—15]. В России перинатальный аудит начал внедряться только в начале XXI века благодаря совместному российско-американскому проекту «Мать и Дитя», внедрением которого активно занимался Институт здоровья семьи (ИЗС) под руководством директора Н.В. Вартапетовой [16]. Специалистами ФГБУ "Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова" Минздрава России разработана модель перинатального аудита при преждевременных родах (Кулаков В.И., Вихляева Е.М., Байбарина Е.В. и др., 2005) [17], позволяющая эффективно снизить перинатальные потери и улучшить качество оказания медицинской помощи недоношенным детям. Известны и другие эффективно действующие модели перинатального аудита, направленные на определенные цели [18—20].

В Уральском федеральном округе также имеется позитивный опыт разработки моделей перинатального аудита [21]. Разнообразие предлагаемых моделей перинатального аудита диктует необходимость создания оптимальной модели.

Перинатальный аудит следует понимать в широком смысле: в него входит не только анализ перинатальных потерь, но и аудит акушерских потерь (материнской смертности), поскольку мать и дитя неразделимы. Кроме того, учитывая, что истоки младенческих потерь, как правило, также лежат в перинатальном периоде, следует провести анализ младенческих потерь [22]. В процессе аудита следует верифицировать все факторы и проблемы, которые потенциально могут привести к материнским или младенческим потерям: организационные, кадровые, лечебно-диагностические, технологические и даже социально-психологические. Для этого необходим серьезный анализ случаев тяжелых осложнений едва не умерших пациенток (near miss), чтобы найти пути предотвращения фатальных случаев. Перинатальный аудит территорий включает не только аудит отдельных учреждений, но и анализ существующей системы организации службы родовспоможения и детства и показателей территорий в сравнении с общероссийскими и среднеокружными показателями, а также учет специфических особенностей каждой территории.

Система перинатального аудита должна быть непрерывной, эффективной и четко спланированной, включать в себя разные аспекты и методологические подходы в зависимости от целей аудита на данном конкретном отрезке времени. В основу создания такой системы положены действующие в стране нормативные документы, разработанные Министерством здравоохранения. Для службы родовспоможения это прежде всего «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», закрепленный приказом Минздрава России от 1 ноября 2012 г. N 572н, а также другие нормативные документы [1, 2].

Цель работы — разработка системы организации перинатального аудита для повышения качества и эффективности акушерской и перинатальной помощи региона.

Задачи работы:

1. Обобщить опыт проведения перинатального аудита за 3 года работы по курации территорий Уральского федерального округа (УФО) и некоторых территорий Сибири и Дальнего Востока.

2. Определить особенности организации перинатального аудита в зависимости от его целей.

3. Определить эффективность проведения перинатального аудита по разработанной системе на основании анализа ведущих индикаторных показателей деятельности территориальных служб родовспоможения и детства.

Материал и методы

В течение трех последних лет ФГБУ НИИ ОММ в рамках выполнения государственного задания выполняет курацию 6 территорий УФО: — четырех областей (Свердловская, Курганская, Челябинская, Тюменская) и двух автономных округов (Ханты-Мансийский — ХМАО и Ямало-Ненецкий — ЯНАО). Площадь территории УФО составляет в целом 11% территории России и превышает вместе взятые территории Германии, Франции, Великобритании и Испании. В округе, по данным последней переписи, проживают 10,3% населения страны. На наш регион приходится 8,8% женщин фер-

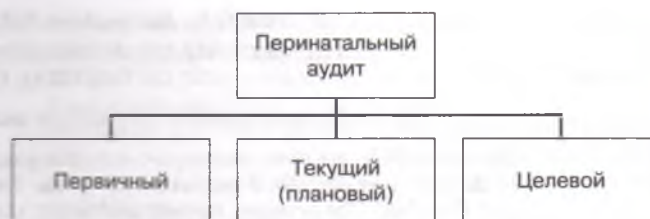


Рис. 1. Виды перинатального аудита.

тильного возраста России, что весьма существенно для демографии страны. Субъекты УФО имеют как кардинально различное географическое положение (от ЯНАО на Крайнем Севере, до граничащих с Казахстаном регионов), так и различную плотность населения и степень урбанизации. Это диктует необходимость разработки индивидуальных организационных решений и создания для каждой территории оптимальной модели акушерской и перинатальной помощи на основе действующих нормативов, приказов и инструкций.

С 2013 г. приказом Минздрава России ФГБУ НИИ ОММ был назначен куратором некоторых территорий Сибири и Дальнего Востока (Амурская область, Хакасия, Тува, Республика Алтай, Забайкальский край, Камчатка). Каждая из прикрепленных для курации территорий имеет свою специфику как в географическом, так и в организационном плане.

За годы работы на территориях Уральского федерального округа и прикрепленных территориях проводился очно-заочный перинатальный аудит акушерско-гинекологической и неонатологической службы ведущих перинатальных центров и учреждений 1—2-го уровня (выборочно) с проведением опроса, анкетирования руководителей службы, врачебного персонала, пациенток. Проводились анализ показателей службы каждого субъекта аудита в сравнении со среднеокружными, анализ годовых отчетов ЛПУ, анализ первичной медицинской документации случаев материнской смертности, фетоинфантильных потерь в каждом субъекте. Всего за 3 года сотрудниками ФГБУ НИИ ОММ было проведено 14 первичных перинатальных аудитов, 11 текущих перинатальных аудитов и 34 целевых аудита, в том числе 3 в режиме телеконференций. Это позволило отработать систему организации аудита, оптимизировать процесс его проведения в зависимости от конкретных целей и задач.

Результаты и обсуждение

На основании трехлетнего опыта работы разработана следующая система организации перинатального аудита:

1. Учреждение-куратор назначается приказами вышестоящих организаций. В качестве такого учреждения выбирается федеральное государственное учреждение в рамках федеральных округов. При отсутствии на уровне региона федерального учреждения в качестве кураторов территорий могут выступать кафедры ведущих медицинских высших учебных заведений территории (академий, университетов). Для проведения аудита отдельных звеньев (службы родовспоможения и детства районов, городов, отдельных учреждений) в качестве учреждения-куратора должно выступать ведущее учреждение перинатальной службы территорий (областной или окружной перинатальный центр с созданным на его базе организационно-методическим отделом). Главные качества учреждения-куратора — высокий уро-

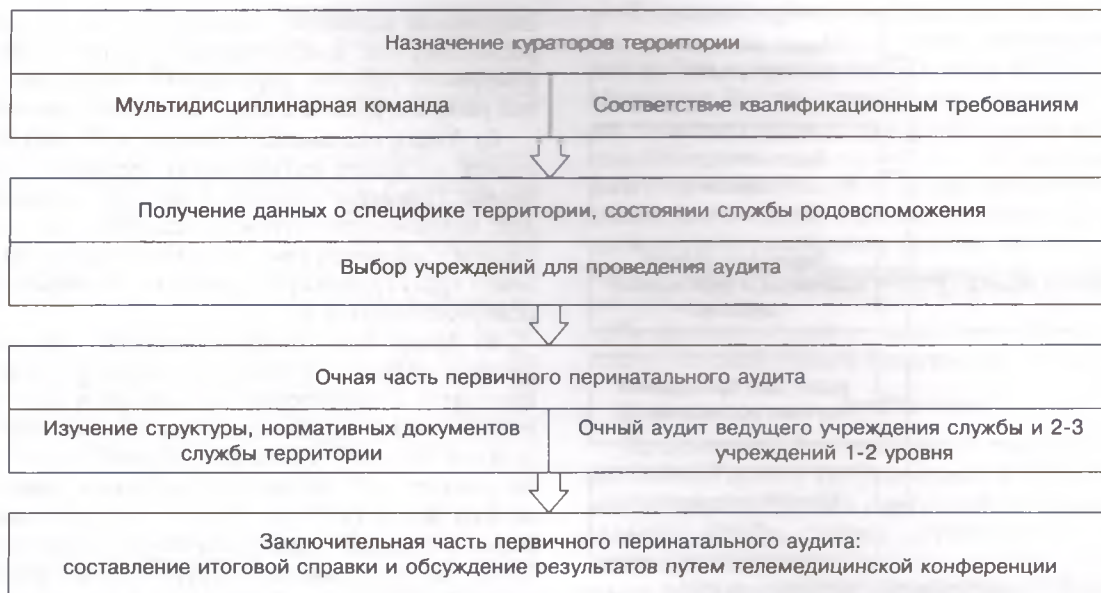


Рис. 2. Методология первичного перинатального аудита.

вень квалификации кадров; независимость (отсутствие подчиненности органам управления здравоохранением аудируемой территории или учреждения); наличие возможности телекоммуникационных связей; наличие организационно-методического подразделения для координации аудита и связи с территориями.

2. Аудиторская команда для проведения перинатального аудита должна быть мультидисциплинарной. Подбор кураторов проводится из числа квалифицированных сотрудников учреждения-куратора: акушеров-гинекологов, неонатологов/педиатров и др. Требования к куратору следующие: высокий профессиональный уровень (высшая или первая квалификационная категория); опыт практической работы в профессии не менее 10 лет; опыт руководящей работы (желателен); наличие ученой степени по специальности аудита (желательно); опыт аналитической работы; необходимые коммуникационные навыки.

Для проведения целевого аудита в состав команды могут быть включены госпитальный эпидемиолог, главная акушерка или наиболее квалифицированные акушерки, клинический фармаколог, анестезиолог-реаниматолог, другие сотрудники (в зависимости от сформулированной цели аудита).

3. Интеграцию аудиторской команды и органов управления аудируемой территории/учреждения осуществляет организационно-методический отдел учреждения-куратора в режиме телефонной связи, электронной почты и телекоммуникаций. Состав аудиторской команды и сроки проведения аудита закрепляются приказом руководителя учреждения-куратора. Выбор индикаторных показателей зависит от вида и целей планируемого аудита.

На основании результатов работы нами были определены следующие виды перинатального аудита (рис. 1).

Первичный перинатальный аудит (рис. 2) проводится после назначения кураторов при первичном знакомстве с организацией службы родовспоможения и детства курируемой территории. Первичный аудит всегда комбинированный (проводится в очно-заочной форме). Основная цель первичного аудита — объективно оценить на уровне конкретного региона или учреждения соответствие медицинской практики, оформления документации, применения стандартов и протоколов современным российским и международным требованиям.

Заочная часть первичного перинатального аудита включает знакомство с территорией; определение ее географических и социально-демографических особенностей; структуры службы; коечного фонда; кадрового потенциала акушерской и неонатальной службы; изучение динамики основных показателей деятельности службы за последние 5 лет (при этом на территориях с небольшим числом родов показатели материнской смертности и перинатальной смертности определяются как средневзвешенный показатель за последние 10, 5 и 3 года).

На основании изучения структуры службы определяется ведущее учреждение (перинатальный центр 3-го уровня или областной/окружной) и 2—3 учреждения 2-го и 1-го уровней, в которых целесообразно провести очную часть аудита.

Динамика основных показателей работы службы родовспоможения и детства изучается на основе заполненного территориальными органами управления здравоохранения **запроса**, содержащего данные годовых отчетов территории. Запрос посылается за 3—4 нед до проведения очной части аудита по электронной почте с соответствующими сопроводительными документами, отражающими цели, порядок проведения перинатального аудита.

Очная часть аудита проводится в виде командировки кураторов на территорию. В процессе проведения очного аудита кураторы знакомятся с основными организационными действующими приказами территориальных органов управления здравоохранения по структуре акушерско-гинекологической и перинатальной помощи, регионализации, маршрутизации, работе службы медицины катастроф и реанимационно-консультативных центров. Проводится анализ первичной документации случаев материнской смертности за последний год, анализ перинатальных потерь (при значительном количестве — выборочно).

При проведении очного аудита учреждений необходимо изучить основные приказы по работе; документацию (журналы; истории болезни; протоколы; стандарты, использующиеся в работе, а также протоколы клинических разборов); обязательны оценка базовых перинатальных практик; анкетирование или опрос пациентов, медицинского персонала всех подразделений, как врачебного, так и среднего и младшего.

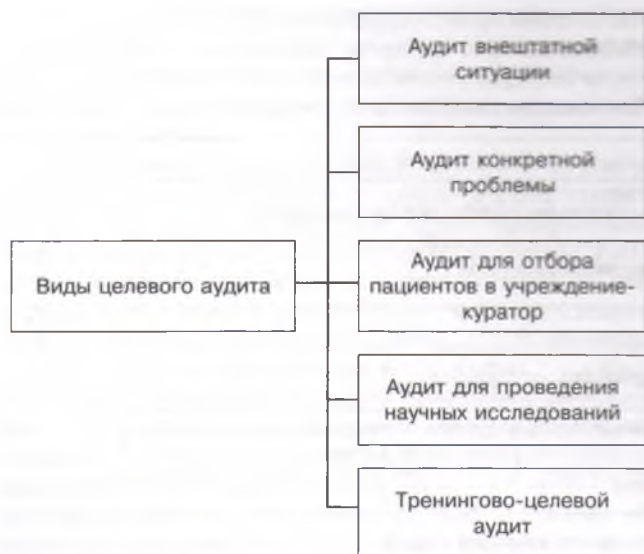


Рис. 3. Виды целевого перинатального аудита.

По результатам проведения первичного аудита кураторами в течение 2—4 нед формируется отчет по проведению аудита в виде справки, где отражены результаты аудиторской проверки, основные выводы и предложения. Справка отправляется по электронной почте всем заинтересованным лицам (органам управления здравоохранения территории и отдельных учреждений), обсуждение результатов проведенного аудита проводится после ознакомления аудированной территории в виде телемедицинской конференции с участием кураторов и сотрудников организационно-методического отдела учреждения-куратора.

2) Текущий (плановый) перинатальный аудит организуется в обязательном порядке, поскольку перинатальный аудит — процесс непрерывный. После первичного аудита процесс взаимодействия кураторов с органами службы родовспоможения и детства территорий проводится в онлайн-режиме путем отслеживания динамики основных показателей работы службы не реже 1 раза в 6 мес. Данный вид аудита имеет своей целью периодический контроль выполнения предложенных инновационных решений, повышения качества работы службы родовспоможения и детства территорий. Целесообразна организация планового аудита на отдельных территориях в следующем режиме: 1 раз в год на территориях с неблагоприятными показателями перинатальной, материнской и младенческой смертности (территории-аутсайдеры) в сравнении со среднерегionalными; при сохранении неблагоприятных тенденций возможно проведение аудита 1 раз в 6 мес. На территориях с благоприятными показателями в сравнении со средними по округу (территории-лидеры), чьи показатели могут служить ориентиром, «эталоном» для развития) целесообразно проведение аудита 1 раз в 2—3 года.

3) Целевой перинатальный аудит (рис. 3) проводится в нескольких случаях:

а) Аудит в связи с внештатной ситуацией на территории или в отдельных учреждениях. Проводится по особому заданию органов управления здравоохранения страны; запросу органов управления здравоохранения курируемых территорий; запросу или приказу Росздравнадзора; запросу администрации отдельных учреждений. Цель проведения такого аудита: расследование внештатной ситуации и определение стратегии преодоления последствий данной ситуации. Примеры: для рас-

следования вспышек гнойно-септических заболеваний родильниц или новорожденных; аудит в связи с неэффективной работой учреждений (ухудшение показателей работы); аудит в связи с жалобами пациентов и др.

б) Аудит, связанный с конкретной проблемой. Цель аудита — поиск оптимального решения данной проблемы. Примеры: целевой аудит преждевременных родов; целевой аудит случаев «near miss» с целью ревизии оценки готовности к ведению критических больных; целевой аудит службы реанимации и интенсивной терапии новорожденных и др.

в) Аудит для отбора пациентов с территории для госпитализации в учреждение-куратор. Цель — отбор пациентов с территории для оказания высокотехнологичных видов акушерско-гинекологической и перинатальной помощи. Примеры: целевой аудит для отбора пациенток для высокотехнологичных видов лечения миомы матки (ФУЗ-абляция, органосохраняющие операции); целевой аудит для отбора пациенток на проведение внутриутробных хирургических вмешательств; целевой аудит для отбора девочек на лечение в центре детской и подростковой гинекологии; целевой аудит для проведения лечения опухолей и опухолевидных заболеваний матки и придатков в период беременности и др.

г) Целевой аудит для проведения научных исследований в рамках выполнения государственного задания по НИР. Цель такого аудита и способы его осуществления зависят от конкретных задач выполнения НИР.

д) Тренингово-целевой аудит для проверки знаний и навыков персонала в решении конкретной проблемы и проведение краткосрочного тренинга. Цель такого аудита — повышение квалификации медицинского персонала курируемого учреждения (территории). Примеры: тренингово-целевой аудит по выполнению протокола «Акушерские кровотечения»; тренингово-целевой аудит по выполнению протокола «Первичная реанимация новорожденных»; тренингово-целевой аудит по внедрению современных технологий респираторной поддержки новорожденных, находящихся в ОРИТН и др. При этом совместно с руководителем учреждения или органами управления здравоохранения территории выбирается наиболее значимая для учреждения проблема, выезд специалистов учреждения-куратора, проверка специалистами знаний и навыков персонала в решении данной проблемы, обучающий тренинг и тестирование полученных знаний и навыков.

По результатам аудита составляется справка, в которой должны быть отражены показатели деятельности службы, отдельных учреждений в сравнении с общероссийскими и среднетерриториальными; выводы; предложения по совершенствованию работы службы.

Справка по результатам аудита составляется в течение 4 нед после его проведения. С результатами аудита в письменном виде должны быть ознакомлены руководители органов управления здравоохранения, службы родовспоможения и детства всех уровней, руководители аудируемых учреждений. Результаты аудита целесообразно обсудить с руководителями в режиме вебинаров и телекоммуникаций. Рекомендации кураторов могут касаться изменения структуры службы; сокращения неэффективно работающих коек; перераспределения коечного фонда; укрепления кадрового потенциала службы; обучения и повышения квалификации кадров; ротации кадров; приобретения необходимого оборудования; внедрения протоколов и стандартов; стандартизации контрольных подходов к оценке их выполнения; внедрения

регистров и отслеживания дополнительных индикаторных показателей; внедрения единых информационных и мониторинговых систем и прочего. Отдельно следует представить анализ случаев материнской смертности территории и случаев фетоинфантильных потерь.

На территории УФО в качестве эталонных моделей организации работы службы материнства и детства выделены ХМАО и Тюменская область. Эти регионы имеют самые низкие показатели материнской и младенческой смертности, на которые должны ориентироваться территории-аутсайдеры (в УФО это ЯНАО и Челябинская область), а также территории с нестабильными показателями (Курганская и Свердловская области). По итогам перинатального аудита отмечено улучшение материально-технической базы учреждений родовспоможения УФО, все территории (кроме ЯНАО) перешли на трехуровневую систему, были внедрены федеральные стандарты в акушерстве, гинекологии и неонатологии, современные практики, которые позволили снизить уровень материнской смертности с 17,3 на 100 тыс. живорожденных (2011) до 9,93 (2014). По уровню перинатальной смертности по итогам 2013 г. в УФО наиболее низкий показатель среди других федеральных округов — 8,29%, а в 2014 г. данный показатель составил 7,45%. Округ является лидером в снижении показателя ранней неонатальной смертности (за 2013 г. 2,57%), по уровню снижения мертворождаемости округ на втором месте (показатель мертворождаемости за 2013 г. 5,74%).

По итогам перинатального аудита за 2014 г. можно отметить следующее:

В целом за 2014 г. было проведено 179 516 родов, что меньше, чем в 2013 г., на 3910. По-видимому, это связано с экономической ситуацией в стране в целом. В «эталонных» территориях сохраняются позитивные тенденции в плане материнской смертности: в Тюменской области случаев материнской смертности не зарегистрировано, в ХМАО показатель материнской смертности не изменился и составляет 7,2 на 100 тыс. живорожденных, что является наиболее низким показателем в территориях округа. Увеличился показатель материнской смертности в Курганской области (в 2014 г. 25,1 на 100 тыс. живорожденных, что в 3 раза превышает результаты 2013 г.), в Челябинской области также зарегистрировано увеличение показателя (в 2014 г. 12,0 на 100 тыс. живорожденных, что в 1,6 раза выше, чем в предыдущем году). По данным аудита в Свердловской области, показатель материнской смертности в 2014 г. в 1,5 раза уменьшился по сравнению с предыдущим годом (9,9 против 14,5 на 100 тыс. в 2013 г.). В ЯНАО в 2014 г. показатель материнской смертности по сравнению с 2013 г. уменьшился в 3 раза до 11,5 на 100 тыс. живорожденных. Это сказалось и на показателе по округу в целом — в последние 3 года сохраняется отчетливый тренд снижения показателя. Динамика показателей перинатальной смертности по территориям УФО подтверждает выявленные тенденции: лидеры ХМАО (4,9%), Тюменская область (6,8%). В остальных территориях показатель перинатальной смертности выше: ЯНАО — 8,1%, Свердловская область — 7,9%, Курганская область — 8,5%, Челябинская область — 9,2%. Таким образом, на данном этапе необходимо обратить внимание на аудит работы службы Курганской области, Челябинской области и ЯНАО. Текущий мониторинг службы позволяет запланировать эти территории для проведения очного перинатального аудита.

В процессе проведения аудита по данной системе организации планируется обучение специалистов территорий на базе симуляционного центра ФГБУ «НИИ ОММ» Минздрава России, разработана маршрутизация наиболее серьезных пациенток в федеральный перинатальный центр ЗБ-уровня, где проводится оказание высокотехнологичной медицинской помощи, организованы телемедицинские и телефонные консультации. Данная работа проводится в постоянном режиме, что и в дальнейшем должно привести к положительным результатам. Снижение младенческой смертности за последние 5 лет с 9,1 до 6,0% свидетельствует о достаточно эффективном управлении системой охраны материнства и детства.

Заключение

На основании 3-летнего опыта по организации перинатального аудита сотрудниками ФГБУ «НИИ ОММ» можно констатировать следующие результаты перинатального аудита: стойкое улучшение основных индикаторных показателей работы службы родовспоможения и детства территории; повышение эффективности работы профильных коек; повышение квалификации кадров, в том числе в симуляционно-тренинговых центрах учреждения-куратора; создание региональных регистров акушерской и перинатальной патологии (регистры случаев «near miss», регистры сверххранних преждевременных родов, регистры рождения детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела); создание информационных баз для принятия управленческих решений в перинатальной медицине территории; снижение заболеваемости и инвалидизации матерей и младенцев; гуманизация службы родовспоможения и детства (внедрение семейно-ориентированных технологий); внедрение современных информационных и телекоммуникационных технологий. Таким образом, проведение перинатального аудита по рекомендуемой системе способствует стойкому улучшению качества работы службы родовспоможения и детства аудируемых территорий, что улучшает демографическую ситуацию в регионах и стране в целом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 №572-н «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)». М.; 2012.
2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 27 декабря 2011 г. № 1687н г. Москва "О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи". *Российская газета*. 2012; 23 марта.
3. Байбарина Е.Н., Сорокина З.Х. Экспертный анализ качества помощи новорожденным как методика перинатального аудита. *Проблемы управления здравоохранением*. 2011; 1: 34—40.
4. Скляр М.С. *Стратегическое планирование в реорганизации службы охраны материнства и детства на региональном уровне: Дисс ... д-ра мед. наук*. М.; 2008.
5. Стародубов В.И., Цыбульская И.С., Суханова Л.П. Охрана здоровья матери и ребенка как приоритетная проблема современной России. *Современные медицинские технологии*. 2009; 2: 11—6.
6. De Muylder X. Maternal mortality audit in a Zimbabwean province. *Arch. Gynecol. Obstet.* 1990; 247: 131—8.
7. Lomas J., Enkin M., Anderson G.M. Opinion leaders vs audit and feedback to implement practice guidelines. Delivery after previous cesarean section. *J. A. M. A.* 1991; 265: 2202—7.
8. Maresh M., ed. *Audit in Obstetrics and Gynaecology*. Oxford: Blackwell Scientific Publication; 1994.

9. El-Amin S., Langhoff-Roos J., Bødker B., Bakr A.A., Ashmeig A.L., Ibrahim S.A. et al. Introducing qualitative perinatal audit in a tertiary hospital in Sudan. *Hth Policy Plann.* 2002; 17(3): 296—303.
10. Graham W., Wagaarachchi P., Penney G., McCaw-Binns A., Antwi Y.K., Hall M.H. Criteria for clinical audit of the quality of hospital-based obstetric care in developing countries. *Bull WHO.* 2000; 78: 614—20.
11. Jamtvedt G., Young J.M., Kristoffersen D.T., O'Brien M.A., Oxman A.D. Does telling people what they have been doing change what they do? A systematic review of the effects of audit and feedback. *Qual. Saf. Hth Care.* 2006; 15(6): 433—6.
12. Wagaarachchi P., Graham W., Penney G., Mc Caw-Binns A., Yeboah Antwi K., Hall M.H. Holding up a mirror: changing obstetric practice through criterion-based clinical audit in developing countries. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 2001; 74: 119—30.
13. Borch-Christensen H. The Nordi Baltic perinatal death classification. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 1997; Suppl. 164: 40—2.
14. Holt J., Vold I.N., Odland J.O., Forde O.H. Perinatal deaths in Norwegian county 1986—96 classified by the Nordic-Baltic perinatal classification: Geographical contrasts as a basis for quality assessment. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2000; 79(2): 107—12.
15. Mogilevkina I.A. Using the Nordic-Baltic perinatal death classification to assess perinatal care in Ukraine. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2002; 100 (2): 152—7.
16. Вартапетова Н.В., Алексеев В.Б., Артымук Н.В., Баширов М.И., Бугаева Е.В., Зеленина Е.М. и др. *Пособие по оценке/самооценке качества перинатальной помощи в учреждениях родовспоможения, готовности к оказанию экстренной помощи, практических навыков специалистов.* М.: ИЗС; 2009.
17. Кулаков В.И. *Перинатальный аудит при преждевременных родах.* М.: Водолей; 2005.
18. Захарова Л.И., Ярцева И.Н., Тупикова С.А. Организационно-методические подходы к ведению недоношенных детей с респираторным дистресс-синдромом с учётом факторов риска и данных перинатального аудита. *Медицинский альманах.* 2009; 4 (9): 95—9.
19. Фролова О.Г., Токова З.З., Пугачева Т.В., Волгина В.Ф., Гудимова В.В., Макарова Е.Е. Методические подходы к изучению репродуктивных потерь. *Бюллетень НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением.* 1999; Тематический выпуск: 70—4.
20. Шарাপова О.В., Кузнецов П.П., Баклаенко Н.Г., Байбиков Д.Р. Разработка мониторинга службы родовспоможения — актуальная современная проблема. *Главврач.* 2010; 3: 14—24.
21. Царегородцев А.Л. Информационная система «Перинатальный аудит» как развитие «региональной системы телемедицины». В кн.: *Сборник материалов Международной научно-практической конференции «Составляющие научно-технического прогресса».* Тамбов; 2005: 190—2.
22. Mogilevkina I.A. Perinatal audit in the Donetsk region, 1997—1998. *Med. Soc. Probl. Family.* 1999; 4 (1): 8—13.
4. Sklyar M.S. *Strategic Planning in Reorganization of Security Service of Motherhood and the Childhood at the Regional Level:* Diss. Moscow; 2008. (in Russian)
5. Starodubov V.I., Tsybul'skaya I.S., Suhanova L.P. Health protection of mother and child as priority problem of modern Russia. *Sovremennye meditsinskie tekhnologii.* 2009; 2: 11—6. (in Russian)
6. De Muylder X. Maternal mortality audit in a Zimbabwean province. *Arch. Gynecol. Obstet.* 1990; 247: 131—8.
7. Lomas J., Enkin M., Anderson G. M. Opinion leaders vs audit and feedback to implement practice guidelines. Delivery after previous cesarean section. *J. A. M. A.* 1991; 265: 2202—7.
8. Maresh M., eds. *Audit in Obstetrics and Gynaecology.* Oxford: Blackwell Scientific Publication; 1994.
9. El-Amin S., Langhoff-Roos J., Bødker B., Bakr A.A., Ashmeig A.L., Ibrahim S.A. et al. Introducing qualitative perinatal audit in a tertiary hospital in Sudan. *Hth Policy Planning.* 2002; 17(3): 296—303. (in Russian)
10. Graham W., Wagaarachchi P., Penney G., McCaw-Binns A., Antwi Y.K., Hall M.H. Criteria for clinical audit of the quality of hospital-based obstetric care in developing countries. *Bull. WHO.* 2000; 78: 614—20.
11. Jamtvedt G., Young J.M., Kristoffersen D.T., O'Brien M.A., Oxman A.D. Does telling people what they have been doing change what they do? A systematic review of the effects of audit and feedback. *Qual. Saf. Hth Care.* 2006; 15(6): 433—6.
12. Wagaarachchi P., Graham W., Penney G., Mc Caw-Binns A., Yeboah Antwi K., Hall M.H. Holding up a mirror: changing obstetric practice through criterion-based clinical audit in developing countries. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 2001; 74: 119—30.
13. Borch-Christensen H. The Nordi Baltic perinatal death classification. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 1997; Suppl. 164: 40—2.
14. Holt J., Vold I.N., Odland J.O., Forde O.H. Perinatal deaths in Norwegian county 1986—96 classified by the Nordic-Baltic perinatal classification: Geographical contrasts as a basis for quality assessment. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2000; 79: 107—12.
15. Mogilevkina I.A. Using the Nordic-Baltic perinatal death classification to assess perinatal care in Ukraine. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2002; 100 (2): 152—7.
16. Vartapetova N.V., Alekseev V.B., Artyuk N.V., Bashirov M.I., Bugaeva E.V., Zelenina E.M. et al. Grant On an Assessment/Self-assessment of Quality of the Perinatal Help in Establishments of Obstetric Aid, Readiness for Rendering the Emergency Help, Practical Skills of Experts. [Posobie po otsenke/samootsenke kachestva perinatal'noy pomoshchi v uchrezhdeniyakh rodovspomozheniya, gotovnosti k okazaniyu ekstreynoy pomoshchi, prakticheskikh navykov spetsij]. Moscow: IZS; 2009. (in Russian)
17. Kulakov V.I. *Perinatal audit at premature birth [Perinatal'nyy audit pri prezhdvremennykh rodakh].* Moscow: Vodoley; 2005. (in Russian)
18. Zakharova L.I., Yartseva I.N., Tupikova S.A. Organizational and methodical approaches to maintaining prematurely born children with respiratory a distress syndrome taking into account risk factors and data of perinatal audit. *Медицинский альманах.* 2009; 4 (9): 95—9. (in Russian)
19. Frolova O.G., Tokova Z.Z., Pugacheva T.V., Volgina V.F., Gudimova V.V., Makarova E.E. *Byulleten' NII sotsial'noy gigieny, ekonomiki i upravleniya zdoravookhrameniem.* Tematicheskii vypusk; 1999: 70—4. (in Russian)
20. Sharapova O.V., Kuznetsov P.P., Baklaenko N.G., Baybikov D.R. Development of monitoring of service of obstetric aid — an actual modern problem. *Glavvrach.* 2010; 3: 24—8. (in Russian)
21. Tsaregorodtsev A.L. Information system "Perinatal Audit" as development of "regional system of a telemedicine". In: *The Collection of Materials of the International Scientific and Practical Conference «Components of Scientific and Technical Progress».* [Sbornik materialov mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii «Sostavlyayushchie nauchno-tekhnicheskogo progressa»]. Tambov; 2005: 190—2. (in Russian)
22. Mogilevkina I.A. Perinatal audit in the Donetsk region, 1997—1998. *Med. Soc. Probl. Family.* 1999; 4 (1): 8—13. (in Russian)

REFERENCES

1. *The order of Ministry of Health of the Russian Federation from 01.11.2012g. No. 572-n "An Order of Delivery of Health Care on the "Obstetrics and Gynecology" Profile (Except for Use of Auxiliary Reproductive Technologies).* [Poryadok okazaniya meditsinskoy pomoshchi po profilyu «akusherstvo i ginekologiya» (za isklyucheniem ispol'zovaniya vspomogatel'nykh reproductivnykh tekhnologiy)]. Moscow; 2012. (in Russian)
2. The Order of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation (Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation) of December 27, 2011 No. 1687n Moscow". About Medical Criteria of the Birth, a Form of the Document on the Birth and an Order of its Delivery". *Rossiyskaya gazeta.* 2012. on March 23. (in Russian)
3. Bajbarina E.N., Sorokina Z.Kh. Expert analysis of quality of the help to newborns as technique of perinatal audit. *Problemy upravleniya zdoravookhrameniem.* 2011; 1: 34—40. (in Russian)

Поступила 13.04.15