



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**
(МИНЗДРАВ РОССИИ)

Рахмановский пер., д. 3/25, стр. 1, 2, 3, 4,
Москва, ГСП-4, 127994
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

24.03.2015 № 15-4/635-07

на № _____ от _____

Руководителям органов
исполнительной власти субъектов
Российской Федерации в сфере
здравоохранения

Директорам
федеральных государственных
учреждений науки

Ректорам государственных
бюджетных образовательных
учреждений высшего
профессионального образования

Департамент медицинской помощи детям и службы родовспоможения направляет методические рекомендации «Перинатальный аудит. Современная методология» для использования в работе руководителями органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации при организации медицинской помощи женщинам во время беременности, родов и в послеродовом периоде, а также для использования в учебном процессе.

Приложение: на 54 л. в 1 экз.

Директор Департамента

Е.Н. Байбарина

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Департамент медицинской помощи детям и службы родовспоможения
Федеральное государственное учреждение
«Уральский научно-исследовательский институт
охраны материнства и младенчества»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Н. В. Башмакова, О.С.Филиппов, Г. Б. Мальгина,
Н. Б. Давыденко, А. М. Литвинова**

**ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ АУДИТ.
СОВРЕМЕННАЯ МЕТОДОЛОГИЯ**

Методические рекомендации

Москва
2014

УДК 618.3
ББК 51+57.16

Рецензенты – Н. В. Путилова, д-р мед. наук, рук. научного отделения антенатальной охраны плода НИИ ОММ

Перинатальный аудит. Современная методология: методические рекомендации / О.С.Филиппов, Н. В. Башмакова, Г.Б.Мальгина, Н. Б. Давыденко, А. М. Литвинова. – Москва, 2014. – 60 с.
ISBN

Методические рекомендации обобщают мировой и отечественный опыт проведения перинатального аудита. Рекомендации содержат сведения об истории перинатального аудита, его эффективности в работе службы родовспоможения территорий. В рекомендациях обобщен опыт, накопленный сотрудниками ФГБУ НИИ ОММ МЗ РФ по проведению перинатального аудита территорий УФО и прикрепленных для курации отдельных регионов СФО и ДФО за три года работы. На основании этого сформулирована методология очно-заочного перинатального аудита как на территории в целом, так и отдельных учреждениях. В методических рекомендациях отражены основные принципы первичного, текущего и целевого аудита, технология сбора и анализа данных, методика проведения очного аудита учреждений. Выбраны индикаторные показатели, отражающие современное состояние перинатальной помощи в отдельных территориях, соответствие этих показателей эталонным и методология составления аналитических материалов, выводов и предложений по результатам перинатального аудита.

Методические рекомендации предназначены для специалистов акушеров-гинекологов, неонатологов, перинатологов, организаторов здравоохранения, входящих в состав аудиторской команды. Могут использоваться в рамках программ дополнительного профессионального образования по специальностям «акушерство и гинекология», «неонатология», «организация здравоохранения».

Библиогр.: 38 назв. Рис. 3. Табл. 1.

УДК 618.3
ББК 51+57.16

© МЗ РФ; НИИ ОММ,
2014

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список использованных сокращений	5
ВВЕДЕНИЕ	6
МИРОВОЙ И РОССИЙСКИЙ ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОГО / АКУШЕРСКОГО АУДИТА.	8
ОСНОВНЫЕ ВИДЫ И ЦЕЛИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО АУДИТА	9
1. Первичный перинатальный аудит	10
2. Текущий (плановый) перинатальный аудит	12
3. Целевой перинатальный аудит	12
МЕТОДОЛОГИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО АУДИТА	14
1. Назначение учреждения-куратора	14
2. Назначение аудиторской команды (кураторы территорий)	14
3. Выбор индикаторных показателей	15
4. Методология первичного перинатального аудита	16
5. Заключительная часть аудита	17
МЕТОДОЛОГИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ ПЛАНОВОГО (ТЕКУЩЕГО) АУДИТА	17
ИТОГИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО АУДИТА В УФО	18
Общие предложения	20
ЛИТЕРАТУРА	22
СПИСОК РАБОТ СОТРУДНИКОВ ФГБУ НИИ ОММ ПО ИТОГАМ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОГО АУДИТА	23
ПРИЛОЖЕНИЕ № 1. ПРОГРАММА ПЕРИНАТАЛЬНОГО АУДИТА ТЕРРИТОРИИ	26
ПРИЛОЖЕНИЕ № 2. РЕГИОНАЛЬНЫЙ РЕГИСТР СЛУЧАЕВ <i>NEAR MISS</i>	38
ПРИЛОЖЕНИЕ № 3. РЕГИОНАЛЬНЫЙ РЕГИСТР СВЕРХРАННИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ	40
ПРИЛОЖЕНИЕ № 4. РЕГИОНАЛЬНЫЙ МОНИТОРИНГ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА	41
ПРИЛОЖЕНИЕ № 5. ПРОГРАММА ПЕРИНАТАЛЬНОГО АУДИТА ОСНОВНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ ТЕРРИТОРИИ	42
ПРИЛОЖЕНИЕ № 6. СКАНДИНАВСКО-БАЛТИЙСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ (С-БК) ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ	53
Сведения об авторах	54

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ СОКРАЩЕНИЙ

АРКЦ	акушерский реанимационно-консультативный центр
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВПР	врожденные пороки развития
ДЭА	длительная эпидуральная анестезия
ж. ф. в.	женщины фертильного возраста
ИЗС	Институт Здоровья Семьи
ИСМП	инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи
МЗРФ	Министерство здравоохранения Российской Федерации
МлС	младенческая смертность
МС	материнская смертность
НИР	научно-исследовательская работа
ОВП	общие врачебные практики
ОНМТ	очень низкая масса тела
ОРИТН	отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных
ПИТ	палата интенсивной терапии
ПРПП	преждевременный разрыв плодного пузыря
ПС	перинатальная смертность
ПЦ	перинатальный центр
РКЦН	реанимационно-консультативный центр новорождённых
РНС	ранняя неонатальная смертность
РФ	Российская Федерация
С-БКПП	Скандинавско-Балтийская классификация перинатальных потерь
УФО	Уральский федеральный округ
ФАП	фельдшерско-акушерский пункт
ФГБУ	Федеральное государственное бюджетное учреждение
«НИИ ОММ»	«Научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества»
ФИП	фето-инфантильные потери
ФО	федеральный округ
ХМАО	Ханты-Мансийский автономный округ
ЭНМТ	экстремально низкая масса тела
ЯНАО	Ямало-Ненецкий автономный округ

ВВЕДЕНИЕ

Охрана здоровья матери и ребенка – приоритетное направление в системе здравоохранения как в Российской Федерации в целом, так и в отдельных субъектах. Первостепенной задачей государственной демографической политики в стране, в соответствии с Концепцией демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г., утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 г. № 1351 является сокращение уровня мате-ринской и младенческой смертности. Решение данной проблемы, прежде всего, предусматривает повышение доступности и качества оказания специализированной медицинской помощи в период беременности и родов вне зависимости от места жительства женщины.

Беспрецедентным вкладом в развитие политики охраны материнства и детства является формирование новой организационной модели – трехуровневой структуры акушерско-гинекологической помощи с сокращением оказания медицинской 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 в соответствии с рекомендациями Минздрава России [5].

На основании приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27 декабря 2011 г. № 1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи» и перехода с 2012 г. на критерии регистрации рождений, рекомендованных ВОЗ [6], 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 родовспоможению требуют продолжения целенаправленной работы по повышению качества оказания медицинской помощи женщинам и детям, улучшения диспансерного наблюдения беременных группы риска, снижения частоты материнских и перинатальных потерь. Необходимы строительство, реконструкция и переоснащение медицинских учреждений детства и родовспоможения, приведение кадрового потенциала в соответствие с уровнем оказания медицинской помощи и внедрение системы координации деятельности уже имеющихся на территории учреждений родовспоможения.

Вот почему интегрированная модель медицинской помощи, направленная на повышение качества медицинских услуг женщинам в период беременности, родов, послеродовом периоде и новорожденным детям, требует разработки рекомендаций для внедрения новых стандартов помощи, создания эффективно работающих систем оценки качества предоставляемых услуг на различных уровнях. Основным ориентиром ее развития должна быть доступность медицинской помощи при одновременном эффективном использовании ресурсов. Это предусматривает необходимость совершенствования научно-методического сопровождения службы родовспоможения, которую нужно рассматривать не только как мотивационный и ресурсный механизм поддержки инноваций в службе охраны здоровья матери и ребенка, но и стратегию развития здравоохранения в целом.

Важной составляющей развития и совершенствования медико-организационных технологий является перинатальный аудит [1], 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 – проблема определения на региональном уровне основных характеристик работы и ресурсов учреждений родовспоможения, достижение которых будет способствовать приведению инновационной деятельности учреждений охраны здоровья матери и ребенка в соответствие со стратегией Минздрава России [7, 8].

МИРОВОЙ И РОССИЙСКИЙ ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОГО / АКУШЕРСКОГО АУДИТА.

Аудит (от лат. *audit* – слушает) или аудиторская проверка – процедура независимой оценки деятельности организации, системы, процесса, проекта или продукта¹.

Перинатальный аудит – систематический критический анализ качества перинатальной помощи, уровня оказания медицинских услуг в родовспомогательных учреждениях. Перинатальный аудит должен быть постоянно действующим процессом улучшения качества медицинской помощи на уровне любого региона: после первичного аудита, принятия организационных решений, внедрения новых организационных и лечебно-диагностических технологий проводится следующий этап аудита на новом уровне.

В мировую акушерскую практику акушерский/перинатальный аудит был внедрен в конце 80-х гг. XX в. [13, 19, 20], однако в основе формирования системы акушерского/перинатального аудита лежат более ранние исследования, основа которых – регистрация и анализ материнской и перинатальной смертности, начатые практически во всех развитых странах в 60-е гг. прошлого века. В конце XX в. методология перинатального/акушерского аудита начала распространяться в развивающихся странах [14, 15, 16, 18, 23].

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 [12, 17, 22]. Целью использования Балтийской классификации перинатальной смертности, предложенной в 1995 г., является определение потенциально предотвратимых случаев перинатальных потерь путем совершенствования оказания помощи на различных этапах: антенатальном, интранатальном и раннем неонатальном.

Однако перинатальный аудит следует понимать в более 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 их анализ. В процессе аудита следует проанализировать все факторы и проблемы, которые потенциально могут привести к материнской или младенческой смертности: организационные, кадровые, лечебно-диагностические, технологические и даже социально-психологические. Для этого необходим серьезный анализ случаев тяжелых осложнений едва не погибших пациенток (*near miss*), чтобы найти пути предотвращения фатальных случаев. Поэтому авторами изложены общие принципы перинатального аудита, подразумевающие также и аудит акушерский.

В России перинатальный аудит начал внедряться только на рубеже XXI в. благодаря совместному Российско-американскому проекту «Мать и Дитя», внедрением которого активно занимался Институт Здоровья Семьи (ИЗС) под руководством директора Н. В. Вартапетовой. Опыт работы ИЗС был внедрен в 25 российских регионах, специалисты ИЗС привлекли к своей работе ведущих российских ученых и предложили инновационный подход для решения проблем работы службы родовспоможения и детства [2].

Именно в рамках этого проекта в 2009 г. было разработано первое в России «Пособие по оценке/самооценке качества перинатальной помощи в

¹ <https://ru.wikipedia.org/wiki>

учреждениях родовспоможения, готовности к оказанию экстренной помощи, практических навыков специалистов». Это пособие позволяет провести перинатальный аудит в отдельных учреждениях, при этом система оценки построена на основе «Акушерских клинических протоколов», созданных в рамках проекта «Мать и Дитя» специалистами ИЗС с учетом рекомендаций ВОЗ [2].

Опыт работы ИЗС по проведению перинатального аудита был учтен, и мы считаем оптимальным предложенную дихотомическую систему оценки внедрения конкретных технологий с доказанной эффективностью для проведения очной части перинатального аудита в отдельных учреждениях родовспоможения.

В различных регионах разработаны разные модели перинатального аудита. На основании реализации кооперативного Российско-Британского проекта RUS026 в рамках Партнерства в сфере здравоохранения и социальной помощи (HLSP) «Создание модели улучшения качества перинатальной помощи: внедрение доказательной медицины и перинатального аудита в республике Удмуртия», специалистами из Удмуртии разработана модель перинатального аудита при сепсисе новорожденных, включающая разработку объективных критериев верификации диагноза, оценку оптимальности лечения, анализ данных о лечебном процессе и выработанную на этой основе концепцию совершенствования медицинской помощи матерям и детям.

Специалистами ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В. И. Кулакова» МЗ РФ разработана модель перинатального аудита при преждевременных родах (В. И. Кулаков, В. М. Вихляева, И. М. Байбарина и др., 2005 г.), 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 [3, 4, 9, 11, 23].

В Уральском федеральном округе также имеется позитивный опыт разработки моделей перинатального аудита. Так, в ХМАО разработана база данных подсистемы «Перинатальный аудит» с использованием XML-контейнеров, позволивших упростить структуру базы данных и увеличить скорость обмена информацией между клиентскими формами. Предложен метод построения подсистем телемедицинской информационной системы, базирующийся на микроядерной архитектуре. В рамках этого метода и разработана подсистема «Перинатальный аудит» (А. Л. Царегородцев, 2006 г.) [10].

ОСНОВНЫЕ ВИДЫ И ЦЕЛИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО АУДИТА

Перинатальный аудит территорий включает не только аудит отдельных учреждений, но и анализ существующей системы организации службы родовспоможения, детства и показателей территорий в сравнении с общероссийскими и среднеокружными данными, а также учет специфических особенностей каждой территории (рис. 1).

Система перинатального аудита должна быть непрерывной, эффективной и четко спланированной, включать в себя разные аспекты и разные методологические подходы в зависимости от целей аудита на данном конкретном отрезке времени.

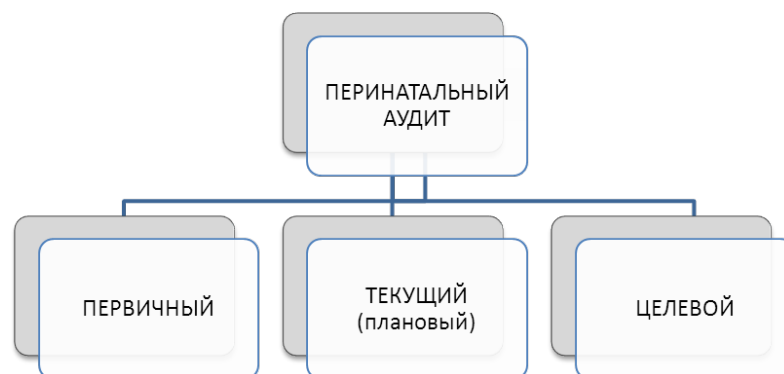


Рис. 1. Виды перинатального аудита

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 МЗ РФ от 1 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», а также другие нормативные документы [5, 6].

1. Первичный перинатальный аудит

Первичный перинатальный аудит проводится после назначения кураторов при первичном знакомстве с организацией службы родовспоможения и детства аудируемой территории. Первичный аудит всегда проводится в очно-заочной форме (рис. 2).

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 в себя:

- знакомство с территорией в рамках географических и социально-демографических особенностей;
- изучение структуры службы родовспоможения и детства с анализом кадрового потенциала, коечного фонда;
- оценку динамики основных показателей деятельности службы за последние пять лет (на территориях с небольшим числом родов МС и ПС определяются как средневзвешенный показатель за последние 10, 5 и 3 года).

На основании изучения структуры службы определяется ведущее учреждение (перинатальный центр третьего уровня или областной/окружной ПЦ) и 2–3 учреждения второго и первого уровня, в которых целесообразно провести очную часть аудита.

Динамика основных показателей работы службы родовспоможения и детства изучается на основе заполненной территориальными органами управления здравоохранения формы, содержащей данные годовых отчетов территории. Запрос посылается за 3–4 недели до проведения очной части аудита по электронной почте с соответствующими сопроводительными документами, отражающими цели, порядок проведения перинатального аудита.



Рис. 2. Этапы первичного перинатального аудита

Очная часть аудита проводится в виде командировки кураторов. В процессе проведения очного аудита кураторы знакомятся с:

- основными организационными действующими приказами территориальных органов управления здравоохранения по структуре акушерско-гинекологической и перинатальной помощи, маршрутизации, работе службы медицины катастроф и реанимационно-консультативных центров;
- основными приказами по работе отдельных учреждений, выбранных для проведения аудита;
- документацией (журналы, истории болезни, клинические протоколы, протоколы разборов качества оказания медицинской помощи);
- внедренными базовыми перинатальными практиками;
- результатами анкетирования или опроса пациентов, врачебного, среднего и младшего медицинского персонала всех подразделений;
- анализом первичной документации случаев материнской смерти, перинатальных потерь за предыдущий год (при значительном количестве – выборочно).

По результатам проведения первичного аудита кураторами в течение 2–4 недель формируется отчет в виде справки, в которой отражены результаты

аудиторской проверки, основные выводы и предложения. Справка направляется в органы управления здравоохранения территории и отдельные учреждения, а также в Министерство здравоохранения РФ. Обсуждение результатов аудита с территорией проводится в виде телемедицинской конференции с участием кураторов и сотрудников организационно-методического отдела учреждения-куратора.

2. Текущий (плановый) перинатальный аудит

Перинатальный аудит – процесс непрерывный. После первичного аудита процесс взаимодействия кураторов с организаторами службы родовспоможения и детства территорий проводится в режиме реального времени путем отслеживания динамики основных показателей работы службы не реже одного раза в шесть месяцев.

Текущий (плановый) перинатальный аудит 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:

- один 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 один раз в 6 месяцев.
- на территориях с благополучными показателями в сравнении со средними по округу (территории-лидеры, чьи показатели могут служить ориентиром для развития) целесообразно проведение аудита один раз в два – три года.

3. Целевой перинатальный аудит

Целевой перинатальный аудит проводится в определенных случаях (рис. 3).



Рис. 3. Виды целевого аудита

1. В связи с внештатной ситуацией на территории или в отдельных учреждениях:

- по особому заданию вышестоящих организаций (Министерства здравоохранения);
- по запросу органов управления здравоохранения курируемых территорий;
- по запросу или приказу Росздравнадзора;
- по запросу администрации отдельных лечебных учреждений.

Целью проведения такого аудита является расследование внештатной ситуации и определение стратегии преодоления последствий конкретной ситуации.

Примеры:

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

2. Аудит, связанный с конкретной проблемой.

Цель аудита – поиск оптимального решения актуальной проблемы.

Примеры. Целевой аудит:

- преждевременных родов;
- случаев *near miss* с целью ревизии оценки готовности к ведению критических больных;
- службы реанимации и интенсивной терапии новорожденных.

3. Аудит для отбора пациентов с территории для госпитализации в учреждение-куратор (рис. 3).

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);
- отбора пациенток на проведение внутриутробных хирургических вмешательств;
- отбора девочек на лечение в центре детской и подростковой гинекологии;
- проведения лечения опухолей и опухолевидных заболеваний матки и придатков в период беременности;
- отбора пациенток на проведение вспомогательных репродуктивных технологий.

4. 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.

5. 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»;
- выполнению протокола «Первичная реанимация новорожденных»;
- выполнению протокола «Преэклампсия»;

- внедрению современных технологий респираторной поддержки новорожденных, находящихся в ОРИТН.

При этом совместно с руководителем учреждения или органами управления здравоохранения территории выбирается наиболее значимая для учреждения проблема; планируется выезд специалистов учреждения-куратора, проверка специалистами знаний и навыков персонала в решении данной проблемы, обучающий тренинг и тестирование полученных знаний и навыков.

МЕТОДОЛОГИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО АУДИТА

1. Назначение учреждения-куратора

В качестве учреждения-куратора назначается федеральное государственное учреждение на основании поручения Министерства здравоохранения РФ.

При отсутствии на уровне региона федерального учреждения куратором территории могут выступать кафедры ведущих медицинских высших учебных заведений территории (академий, университетов) на основании поручения Министерства здравоохранения РФ.

Главные качества учреждения-куратора:

- высокий уровень квалификации кадров;
- независимость (отсутствие подчиненности органам управления здравоохранения аудируемой территории или учреждения);

Учреждение-куратор должно в своей структуре иметь организационно-методическое подразделение для координации аудита и связи с территориями, а также возможности телекоммуникационных связей.

Для проведения аудита отдельных звеньев (служба родовспоможения и детства районных, центральных районных, городских, центральных городских лечебных 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).

2. Назначение аудиторской команды (кураторы территорий)

Аудиторская команда для проведения перинатального аудита должна быть мультидисциплинарной. Подбор кураторов проводится из числа квалифицированных сотрудников учреждения-куратора:

- акушеров-гинекологов;
- неонатологов/педиатров.

Требования к куратору:

- 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 коммуникативные навыки.

Для проведения целевого аудита в состав команды может быть включен:

- госпитальный эпидемиолог;
- главная акушерка или наиболее квалифицированные акушерки;

- клинический фармаколог;
- анестезиолог-реаниматолог;
- другие сотрудники (в зависимости от сформулированной цели аудита).

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

3. Выбор индикаторных показателей

В качестве индикаторов работы службы родовспоможения и детства территорий должны быть выбраны следующие критерии.

Основные демографические показатели территорий:

- рождаемость;
- смертность;
- естественный прирост/убыль.

Основные качественные показатели работы службы:

- материнская смертность в динамике;
- структура материнской смертности по срокам гестации, причинам гибели пациенток, уровням оказания медицинской помощи;
- предотвратимость случаев материнской смертности;
- показатели перинатальной смертности;
- структура перинатальных потерь (антенатальная смертность, интранатальная смертность, ранняя неонатальная смертность по уровням оказания медицинской помощи);
- младенческая смертность в динамике.

Дополнительные качественные показатели работы службы:

- доля учреждений 1, 2, 3 уровня;
- доля родов по группам учреждений родовспоможения;
- доля нормальных родов;
- доля оперативных родов;
- статистика абортов на территории;
- степень внедрения семейно-ориентированных технологий (партнерские роды, совместное пребывание, школы для беременных на территории ведущих учреждений, свободный допуск членов семьи в учреждение, организация медико-социальной помощи беременным);
- доля родов в сроке 22–27,6 нед./дней и их исходы (мертворождения, живорождения, исходы живорождений).

Кадровый потенциал службы

- обеспеченность кадрами (акушеры-гинекологи, акушерки, врачи-неонатологи);
- удельный вес аттестованных и сертифицированных кадров;
- средний возраст акушеров-гинекологов, акушерок, неонатологов;
- средняя зарплата акушеров-гинекологов, акушерок, неонатологов.

Кочный фонд службы и работа коек:

- обеспеченность койками круглосуточного стационара по профилям (патологии беременных, акушерских, гинекологических, абортных, реанимационных для женщин, реанимационных для новорожденных) в соответствии с уровнем оказания медицинской помощи;
- средний койко-день на профильной койке;
- среднегодовая занятость койки по профилю.

4. Методология первичного перинатального аудита

Заочная часть аудита проводится путем изучения основных показателей деятельности службы территории (учреждения) по предлагаемой схеме (Приложение № 1, с. 32). Документы запрашиваются по электронной почте. Анализ структуры, основных показателей работы службы родовспоможения и детства территорий проводится в сравнении с федеральными и среднетерриториальными показателями, а также существующими федеральными порядками и стандартами.

В процессе выполнения очного аудита проводится знакомство с основными приказами, регламентирующими деятельность службы родовспоможения территорий, статистическими формами № 32, 13 и отчетами о:

- распределении учреждений по уровням оказания помощи;
- маршрутизации;
- работе службы экстренной помощи и медицины катастроф (АРКЦ, РКЦН);
- взаимодействии со смежными специалистами;
- мониторинге беременных, рожениц и родильниц территории;
- организации службы пренатальной диагностики;
- деятельности комиссий по разбору случаев материнской, младенческой, перинатальной смертности, случаев *near miss* и т. д.;
- взаимодействии с социальными службами;
- внедрении клинических протоколов как федеральных, так и разработанных ведущими учреждениями родовспоможения территории.

В процессе аудита кураторы изучают копии медицинской документации случаев материнской смерти (за год, три или пять – в зависимости от числа родов на территории – куратор принимает решение самостоятельно) и младенческой смерти (за последний год), а также копии формы № 003-МС «Карта донесения о случае материнской смерти», утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития России от 23 июня 2006 г. № 500 «О совершенствовании учета и анализа случаев материнской смерти в Российской Федерации», знакомятся с протоколами и решениями комиссий по разбору случаев МС на всех уровнях.

Куратор проводит осмотр ведущего учреждения родовспоможения территории (перинатального центра) и 2–3 учреждения второй и первой группы. При этом изучаются:

- внутренние приказы о работе учреждения;
- соответствие структуры учреждения действующим федеральным порядкам;
- годовые статистические отчеты (статистические формы № 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам», № 13 «Сведения о прерывании беременности (в сроки до 28 недель»);
- выполнение действующих в учреждении клинических протоколов и стандартов.

Очный перинатальный аудит проводится по схеме, предложенной ИЗС в 2009 г. в рамках Российско-американского проекта «Мать и дитя» (Приложение № 5) [2], в модификации авторов пособия.

5. Заключительная часть аудита

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 2–3 недель после проведенного аудита.

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 клинических протоколов и соблюдения стандартов;
- стандартизации контрольных подходов к оценке деятельности отдельных учреждений по выполнению протоколов и стандартов;
- внедрения регистров и отслеживания дополнительных индикаторных показателей;
- внедрения единых информационных и мониторинговых систем;
- прочих ситуаций.

Отдельно следует представить анализ случаев материнской смерти территории. Проведение анализа случаев перинатальных потерь предпочтительно в соответствии со Скандинавско-Балтийской системой (Приложение № 6).

Справка о проведенном перинатальном аудите представляется руководителям органов управления здравоохранения территорий, службы родовспоможения и детства территорий, аудируемых учреждений в срок до одного месяца.

МЕТОДОЛОГИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ ПЛАНОВОГО (ТЕКУЩЕГО) АУДИТА

Особое значение имеет заочная часть аудита, которая проводится в режиме *online*-слежения за изменением индикаторных показателей работы службы территории. Отчет о показателях работы службы запрашивается сотрудниками организационно-методического отдела учреждения-куратора один раз в 6 месяцев. После получения данных проводится анализ. При отрицательной динамике показателей планируется очный этап аудита с анализом негативных тенденций.

При отсутствии негативных тенденций целесообразно проводить плановый очный аудит на территориях с благополучными показателями (ниже среднеокружных) один раз в два-три года.

На территориях с неблагополучными индикаторными показателями очный текущий перинатальный аудит проводится один раз в год, а телемедицинские совещания – по решению куратора территории (не реже одного раза в 6 месяцев – в зависимости от динамики показателей).

ИТОГИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО АУДИТА В УФО

Трехлетний опыт организации перинатального аудита сотрудниками ФГБУ «НИИ ОММ» МЗ РФ позволяет опубликовать следующие результаты.

Уральский федеральный округ – это 12 % территории России, на которой проживает 14 млн. 255 тыс. 475 чел., что составляет 10,3 % населения России. Процент городского населения – 80,1 %. В состав Уральского федерального округа входят 6 субъектов РФ, в том числе два округа (Ханты-Мансийский АО, Ямало-Ненецкий АО) и четыре области (Курганская, Свердловская, Тюменская и Челябинская).

Центром округа является г. Екатеринбург. Количество городов УФО – 112. На территории Федерального округа действует 1164 муниципальных образования. Наиболее высокой степенью урбанизации характеризуются Свердловская и Челябинская области. Число жителей на 1 км² – 6,8 человек (в среднем по России – 8,5 чел./км²).

Неодинаковые условия работы службы родовспоможения диктуют необходимость различных моделей организации с дифференцированной долей коечного фонда, определяя показатели всей службы родовспоможения УФО. Оптимальные организационные модели подразумевают эффективное использование имеющихся коек с наименьшими материнскими и перинатальными потерями (табл.).

Таблица

Основные итоги работы службы родовспоможения
и детства территорий УФО в 2013 г.

	Свердл. область	Челяб. область	Тюмен. область	Курган. область	ХМАО	ЯНАО
% в общем числе акушерских коек УФО	21	33	9	8	18	11
Доля родов в общем числе родов УФО	33	27	13	7	15	5
Показатель материнской смертности 2013 г (на 100 000 живорожденных)	14,5	8,2	8,6	8,1	7,2	33,5
Показатель перинатальной смертности (‰) за 2013 г.	8,1	10,5	8,5	8,1	6,2	10,5
Показатель младенческой смертности (на 1000 родившихся живыми)	6,9	8,4	6,8	8,5	5,5	10,4

Первичный аудит всех территорий проводился сотрудниками ФГБУ НИИ ОММ в 2012 году. На основании анализа итогов работы региональных служб материнства и детства было сделано следующее заключение: Наиболее эффективно работала служба родовспоможения ХМАО, что подтверждается фактами. В структуре всей службы родовспоможения УФО доля акушерских коек ХМАО – 18 %, доля родов – 15 % от всех родов УФО, доля в материнской смертности – 0 %, доля в перинатальной смертности округа – 8,1 %. Также эффективной признана организационная модель Тюменской области: доля коечного фонда – 9 %

от акушерских коек УФО, доля родов – 13 % от всех родов УФО, доля в материнской смертности – 0 %, доля в перинатальной смертности округа – 13,7 %. На сегодняшний день эти две территории можно смело назвать «эталонными» в развитии службы родовспоможения. Обращает на себя внимание разный принцип организации, зависящий от особенностей конкретной территории. Так, служба родовспоможения ХМАО организована по мультицентрическому принципу (имеется три зоны, центром которых являются три крупных перинатальных центра третьего уровня). Другую модель выбрала Тюменская область – в области моноцентрический принцип организации, имеется один перинатальный центр третьего уровня, который осуществляет координацию работы межрайонных перинатальных центров второго уровня и родовспомогательных учреждений первого уровня. Данные типы организационных моделей полностью отвечают запросам территории. По итогам 2013 г. ситуация практически не изменилась, эти же территории можно выделить как эталонные в плане организации службы и профилактики материнских и перинатальных потерь.

В числе территорий-аутсайдеров – Челябинская область (за 2012 г. доля коечного фонда в структуре акушерских коек УФО – 33 %, доля родов – 27 % от всех родов УФО, доля в материнской смертности – 50 % от всех материнских потерь округа, доля в перинатальной смертности округа – 34,4 %) и ЯНАО (доля коечного фонда от всех акушерских коек УФО – 11 %, доля родов – 5 % от всех родов округа, доля в материнской смертности – 13,7 % от материнских потерь округа, доля в перинатальной смертности округа – 4,5 %).

Курганской и Свердловской областям удалось в 2012 г. несколько сбалансировать показатели работы службы, однако, в сравнении с «эталонными» территориями, ситуация нестабильна.

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 г.) до 11,4 в 2013 г.

Уровень перинатальной смертности по итогам 2013 г. в УФО наиболее низкий среди других федеральных округов – 8,29 %. 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 %).

Итоги перинатального аудита за первое полугодие 2014 г. позволяют отметить следующее: всего за 6 месяцев 2014 г. в округе проведено 90 799 родов. В «эталонных» территориях – ХМАО и Тюменской области – случаев материнской смертности не зарегистрировано, увеличился показатель материнской смертности в Курганской области (за 6 месяцев 2014 года – 33,7 на 100 000 живорожденных, что в четыре раза превышает результаты 2013 г.), в Челябинской области также зарегистрировано увеличение показателя (за 6 мес. 2014 года – 16,29 на 100 000 живорожденных, что в два раза выше, чем в предыдущем году). По данным аудита в Свердловской области показатель материнской смертности за 6 месяцев в два раза уменьшился по сравнению с предыдущим годом (6,5 на 100 000 против 14,5 на 1 000 000 за 2013 г.). Данные по ЯНАО за 6 месяцев: показатель материнской смертности по сравнению с 2013 г. уменьшился в 1,5 раза – до 22,7 на 100 000 живорожденных, но, тем не менее, остается самым высоким среди территорий УФО. Динамика показателей перинатальной смертности за 6 месяцев по территориям УФО подтверждает выявленные тенденции: лидеры – ХМАО (4,8 %) и Тюменская область (5,8 %).

На остальных территориях показатель перинатальной смертности выше: ЯНАО – 6,8 %, Свердловская область – 7,5 %, Курганская область – 8,2 %, Челябинская область – 8,6 %.

Предварительные данные по УФО за 6 месяцев 2014 г. несколько настораживают: показатель материнской смертности вырос до 13,2 на 100 000 живорожденных, показатель перинатальной смертности снизился – 6,95 %.

Наиболее эффективно работает в УФО система организации службы родовспоможения ХМАО и Тюменской области. Неэффективные организационные модели в УФО представлены службами родовспоможения ЯНАО и Челябинской области. В результате проведенной работы сформулированы предложения по улучшению работы в каждом регионе УФО.

Снижение младенческой смертности (МлС) за последние пять лет с 9,15 до 6,0 на тысячу живорожденных свидетельствует о достаточно эффективном управлении системой охраны материнства и детства. Однако, оценка результатов влияния медицинских факторов на здоровье беременной женщины, плода и новорожденного возможна только с помощью интегрированного показателя, объединяющего мертворождаемость и младенческую смертность – фетоинфантильные потери (ФИП).

По УФО уровень ФИП снизился с 26,6 до 16,25 на 1 000 родившихся живыми и мертвыми. Среди всех потерь доминирует мертворождаемость, составляя в среднем 37–40 %, причем ее удельный вес по регионам УФО снижается медленно и неравномерно.

Ведущей причиной мертворождаемости остается внутриутробная гипоксия, связанная с прекращением фетоплацентарного кровотока. Скорость снижения мертворождаемости в УФО свидетельствует о дефектах доступности антенатальной помощи, отсутствии четко обозначенной программы ведения родов с 36 недель беременности.

Оценка ФИП с точки зрения гестационного возраста, массы тела, роста, степени зрелости ребенка позволяет сделать вывод, что только внедрение единых стандартов помощи новорожденным, особенно при рождении в сроках сверхранних родов, позволит стабилизировать показатель МлС.

Кроме того, снижение МлС возможно при условии введения в составленную качества помощи детям до года индивидуальных программ по ранней реабилитации детей после рождения (3-й этап выхаживания). Мониторинг всех новорожденных в неонатальном периоде позволит оптимизировать качество здоровья и потери детей на первом году жизни.

Применение этого показателя значительно снижает возможность фальсификации данных о младенческой смертности путем «перевода» новорожденных, умерших в первые сутки жизни, в категорию мертворожденных и поздних выкидышей (особенно в сроках сверхранних родов).

Всего за 2 года 9 месяцев 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.

Таким образом, проведение перинатального аудита по рекомендуемой методологии способствует стойкому улучшению качества работы службы родовспоможения и детства аудируемых территорий, демографической ситуации в регионах и стране в целом.

Общие предложения

- Внедрить систему командных тренингов для оказания квалифицированной помощи в экстренных ситуациях в соответствии с существующими современными клиническими протоколами, на базе симуляционных центров УФО.
- Увеличить долю родов в учреждениях третьего уровня и внедрить региональные программы мониторинга случаев *near miss* и рождения детей с ЭНМТ и ОНМТ, которые способствуют положительной динамике основных показателей работы

службы
родовспоможения.

- Внедрить отдельный регистр сверхранных преждевременных родов.
- Повышать уровень квалификации кадров в УФО в непрерывном режиме.
- Внедрить еженедельный анализ индикаторных показателей и сплошной мониторинг беременных, рожениц и родильниц с коррекцией приказов по маршрутизации с целью оперативного управления ситуацией на уровне региона.
- Продолжать практику очного перинатального аудита по разработанной программе (ежегодного – на территориях-аутсайдерах, а в «эталонных» территориях – один раз в два-три года) с целью оперативного управления ситуацией со стороны Федерального перинатального центра.
- Использовать практику телеконференцсвязи и дистанционного обучения специалистов для оперативного управления ситуацией, оказания методической и консультативной помощи.
- Совершенствовать разработку и внедрение современных научно обоснованных клинических протоколов ведения пациенток и новорожденных при основных нозологиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Байбарина Е. Н., Сорокина З. Х. Экспертный анализ качества помощи новорожденным как методика перинатального аудита. Проблемы управления здравоохранением. 2011. – № 1. – С. 34–40.
2. Вартапетова Н. В. Пособие по оценке/самооценке качества перинатальной помощи в учреждениях родовспоможения, готовности к оказанию экстренной помощи, практических навыков специалистов / Н. В. Вартапетова, В. Б. Алексеев, Н. В. Артымук и др. – ИЗС. 2009 г. – 110 с.
3. Захарова Л. И. Организационно-методические подходы к ведению недоношенных детей с респираторным дистресс-синдромом с учётом факторов риска и данных перинатального аудита / Л. И. Захарова, И. Н. Ярцева, С. А. Тупикова. – Медицинский альманах, 2009, № 4 (9). – С. 95–99.
4. Кулаков В. И. Перинатальный аудит при преждевременных родах / В. И. Кулаков, В. М. Вихляева, И. М. Байбарина и др. – М. : Водолей, 2005. – 223 с.
5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 27 декабря 2011 г. № 1687-н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи» // М., Российская Газета, 23 марта 2012 г.
6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 г. № 572-н «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий).
7. Скляр М. С. Стратегическое планирование в реорганизации службы охраны материнства и детства на региональном уровне / М. С. Скляр. Автореф. дис... д-ра. мед наук. – М., 2008. – 50 с.
8. Стародубов В. И. Охрана здоровья матери и ребенка как приоритетная проблема современной России / В. И. Стародубов, И. С. Цыбульская, Л. П. Суханова // Современные медицинские технологии. – 2009. № 2. С. 11–16.
9. Фролова О. Г. Методические подходы к изучению репродуктивных потерь / О. Г. Фролова, З. З. Токова, Т. В. Пугачева, В. Ф. Волгина, В. В. Гудимова, Е. Е. Макарова // Бюллетень НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением. – 1999. Тематический выпуск. С. 70–74.
10. Царегородцев А. Л. Информационная система «Перинатальный аудит» как развитие «региональной системы телемедицины» / А. Л. Царегородцев // Составляющие научно-технического прогресса: сб. материалов междунар. науч.-практич. конф. – 22–23 апреля 2005 г. / Тамбовский гос. техн. ун-т. – Тамбов : Изд-во БМА, ПБОЮЛ., 2005. – С. 190–192.
11. Шарапова О. В. Разработка мониторинга службы родовспоможения – актуальная современная проблема / О. В. Шарапова, П. П. Кузнецов, Н. Г. Баклаенко, Д. Р. Байбиков // ГлавВрач, 2010, № 3. – С. 14–23.

12. Borch-Christensen H. The Nordi Baltic perinatal death classification / H. Borch-Christensen et al. // *Acta Obstet. Gynecol. Scand. Suppl.* – 1997. – Vol. 164. – P. 40–42.
13. De Muyllder X. Maternal mortality audit in a Zimbabwean province. *Arch Gynecol Obstet* / X. De Muyllder. – 1990. – 131–138 pg.
14. El-Amin S. Introducing qualitative perinatal audit in a tertiary hospital in Sudan / S. El-Amin, J. Langhoff-Roos, B. Bødker, A. Bakr et al. – *Health Policy and Planning.* – 2002. Vol. 17(3). – 296–303 pg.
15. Graham W. Criteria for clinical audit of the quality of hospital-based obstetric care in developing countries / W. Graham, P. Wagaarachchi, G. Penney, A. McCaw-Binns, Y. Antwi. – Hall MH. *Bull WHO.* – 2000. Vol. 78. – 614–620 pg.
16. Holt J. Perinatal deaths in Norwegian county 1986–96 classified by the Nordic-Baltic perinatal classification: Geographical contrasts as a basis for quality assessment / J. Holt et al. // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* – 2000. – Vol. 79. – Pg. 107–112.
17. Jamtvedt G. Does telling people what they have been doing change what they do? A systematic review of the effects of audit and feedback / G. Jamtvedt, J. Young, D. Kristoffersen, M. O'Brien, A. Oxman. – *Qual Saf Health Care.* – 2006; Vol. 15(6). – 433–436 pg.
18. Jamtvedt G. Does telling people what they have been doing change what they do? A systematic review of the effects of audit and feedback. *Qual Saf Health Care* / G. Jamtvedt, J. Young, D. Kristoffersen, M. O'Brien, A. Oxman. – 2006. – Vol. 15(6). – 433 pg.
19. Lomas J. Opinion leaders vs audit and feedback to implement practice guidelines. *Delivery after previous cesarean section* / J. Lomas, M. Enkin, G. M. Anderson et al. – *JAMA.* – 1991. – 265 pg.
20. Maresh M. *Audit in Obstetrics and Gynaecology* / M. Maresh // Oxford: Blackwell Scientific Publication. – 1994. – 29 pg.
21. Mogilevkina I. Using the Nordic-Baltic perinatal death classification to assess perinatal care in Ukraine / I. Mogilevkina et al. // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* – 2002. – Vol. 100 (2). – P. 152–157.
22. Mogilevkina I. A. Perinatal Audit in the Donetsk Region, 1997–1998 / I. A. Mogilevkina et al. // *Med. Soc. Probl. Family* (in Russian). – 1999. – Vol. 4 (1). – Pg. 8–13.
23. Wagaarachchi P. Holding up a mirror: changing obstetric practice through criterion-based clinical audit in developing countries / P. Wagaarachchi, W. Graham, G. Penney, A. McCaw-Binns, K. Yeboah et al. // *International Journal of Gynaecology & Obstetrics.* 2001. № 74. – Pg. 119–130.

**СПИСОК РАБОТ СОТРУДНИКОВ ФГБУ НИИ ОММ
ПО ИТОГАМ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОГО АУДИТА**

24. Башмакова Н. В. Выживаемость и актуальные перинатальные практики при выхаживании новорожденных с экстремально низкой массой тела / Н. В. Башмакова,

- В. В. Ковалев, А. М. Литвинова, Г. В. Якорнова, Е. О. Девятова // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2012, № 1. – С. 4–7.
25. Башмакова Н. В. Профилактика материнской смертности: мониторинг при беременности и родах / Н. В. Башмакова, В. В. Ковалев, С. В. Татарева и др. // Акушерство и гинекология. – 2011, № 2. – С. 86–92.
26. Башмакова Н. В. Перинатальная профилактика фетоинфантильных потерь в Уральском федеральном округе за 10 лет / Н. В. Башмакова, А. М. Литвинова, Е. О. Девятова // Сборник материалов IV съезда акушеров-гинекологов России «Охрана здоровья матери и ребенка». – 2008. – С. 112–113.
27. Башмакова Н. В. Перинатальный центр – структура и функции / Н. В. Башмакова, Г. А. Черданцева, О. Ю. Севостьянова, А. М. Литвинова, С. Ю. Русанов // Методические рекомендации. – 2006. 22 с.
28. Давыденко Н. Б. Медико-технологическая модель оказания помощи беременным группы высокого риска. Высокотехнологичные виды медицинской помощи на службе охраны здоровья матери и ребенка / Н. Б. Давыденко, Н. А. Зильбер, Н. В. Башмакова, И. В. Данькова // Материалы I конгресса акушеров-гинекологов Урала. – 2009. – С. 75–78.
29. Давыденко Н. Б. Социальные аспекты врожденных пороков развития у новорожденных / Н. Б. Давыденко, А. М. Литвинова // Материалы I Конгресса федерации педиатров СНГ «Ребенок и общество: проблемы здоровья, развития, питания». – 2009. – С. 62–63.
30. Давыденко Н. Б. Роль перинатального центра в профилактике смертности новорожденных от ВПС / Н. Б. Давыденко, А. М. Литвинова, Е. О. Девятова // Уральский медицинский журнал «Акушерство и гинекология». – 2009. С. 18–22.
31. Давыденко Н. Б. Мониторинг перинатальных потерь по Свердловской области за 5 лет (2003–2007 гг.) / Н. Б. Давыденко, А. М. Литвинова, Е. О. Девятова, Л. В. Зайнуллина // Материалы научно-практической конференции «Нерешенные вопросы внутриутробного плода». – 2008. С. 12–14
32. Давыденко Н. Б. Прерывание беременности как причина материнской смертности в Уральском федеральном округе / Н. Б. Давыденко, Г. Б. Мальгина, Н. В. Башмакова // Акушерство и гинекология. – 2014, № 9. – С. 79–84.
33. Давыденко Н. Б. О совершенствовании оказания перинатальной помощи матерям и детям в Свердловской области / Н. Б. Давыденко, Е. Б. Николаева, Л. Н. Малямова // Уральский медицинский журнал. – 2011, № 12 (90), – С. 5–9.
34. Давыденко Н. Б., Татарева С. В. Система оказания перинатальной помощи матерям и детям в Свердловской области / Н. Б. Давыденко, С. В. Татарева // Материалы научно-практической конференции «репродуктивный потенциал России: Уральские чтения. Контраверсии повседневной жизни». – 2013. – С. 46–47.

35. Девятова Е. О. Предотвратимые и неотвратимые причины смерти новорожденных в УрФО / Е. О. Девятова, А. М. Литвинова // Уральский медицинский журнал «Педиатрия». – 2011, № 7(85). – С. 52–56.
36. Девятова Е. О. Профилактика младенческой смертности в УрФО на основе сокращения предотвратимых причин смерти / Е. О. Девятова, А. М. Литвинова, Н. Б. Давыденко // Вестник Уральской медицинской академической науки. – 2009, № 4 (27). – С. 20–22.
37. Литвинова А. М. Здоровый новорожденный у пациентов высокого риска: реальные возможности перинатального центра / А. М. Литвинова, С. Г. Батлук // Материалы IV Регионального научного форума «Мать и дитя». – 2010. – 27 с.
38. Черданцева Г. А. Критерии оценки здорового новорождённого в перинатальном центре / А. М. Литвинова, Л. В. Зайнуллина, О. Ю. Севостьянова, И. В. Чиркова // Метод. рекомендации. – 2007. – 25 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

ПРОГРАММА ПЕРИНАТАЛЬНОГО АУДИТА ТЕРРИТОРИИ

Сроки проведения аудита: _____
аудит первичный / текущий / целевой (подчеркнуть)

Исполнители: _____

I. Общая характеристика территории (заполняется при первичном аудите):

1. Регион _____

2. Географическое положение _____

3. Административная характеристика:

федеральный округ _____

административный центр _____

плотность населения _____

численность населения общая _____

крупные города / численность населения:

Город	Численность населения	Особенности

% городского населения территории _____

% сельского населения территории _____

% коренного населения с детализацией _____

Особенности региона:

II. Демографическая характеристика региона

1. Общие демографические характеристики

Показатель	20... г.	20... г.	20... г.	ФО 20... г.	РФ 20... г.
рождаемость					
общая смертность					
естественный прирост/убыль					

Краткие выводы: _____

2. Женское население территории

Численность	20...г.	20...г.	20...г.	ФО 20... г.	РФ 20...г.
всего женского населения					
в т. ч. женщин фертильного возраста (15–49 лет)					
девочки 0–14 лет					
девочки 15–18 лет					
% женщин фертильного возраста в структуре женского населения					
% девочек до 18 лет в структуре женского населения					

Региональные особенности структуры женского населения:

3. Основные характеристики службы родовспоможения на территории

3.1. Сеть учреждений родовспоможения

Виды учреждений	20...г.	20...г.	20...г.	ФО 20...г.	РФ 20...г.	Примечания
всего учреждений родовспоможения						
из них 1 группы						
2 группы						
3А группы						
3Б группы						
в т. ч. перинатальные центры областные/окружные						
перинатальные центры межрайонные						
родильные дома 2 группы						
родильные дома 1 группы						
всего учреждений родовспоможения со 2 этапом выхаживания						
из них со 2 этапом выхаживания в структуре перинатального центра						
женские консультации						
центры охраны здоровья семьи и репродукции						
центры охраны репродуктивного здоровья подростков						
отделения сестринского ухода для беременных женщин						
ОВП						
ФАПы						
акушерско-гинекологические кабинеты						
центр кризисной беременности						
РКЦА						
РКЦН						
прочие виды учреждений						
потребность в строительстве новых учреждений с детализацией						

Внедрение трехуровневой системы родовспоможения (приказы, маршрутизация) _____

3.2. Кочный фонд

Койки	20...г.	20...г.	20...г.	ФО 20...г.	РФ 20...г.	Примеч ания
акушерских и гинекологических коек всего						
число акушерских коек (всего)						
обеспеченность акушерскими койками (на 10 тыс. нас.)						
количество коек для беременных и рожениц						
обеспеченность коек для беременных и рожениц на 10000 ж. ф. в.						
среднегодовая занятость						
средняя длительность лечения						
количество коек патологии беременных						
патологии беременных на 10000 ж. ф. в.						
среднегодовая занятость						
средняя длительность лечения						
количество коек для производства абортoв						
обеспеченность коек для абортoв на 10000 ж. ф. в.						
среднегодовая занятость						
средняя длительность лечения						
количество гинекологических коек						
обеспеченность гинекологическими койками на 10000 ж. ф. в.						
среднегодовая занятость						
средняя длительность лечения						
средняя занятость койки в т. ч. в родильных домах в перинатальных центрах						
				ФО	РФ	Примеч

Койки	20...г.	20...г.	20...г.	20...г.	20...г.	ания
средняя длительность пребывания на койке в родильном доме в ПЦ						
работа акушерской койки						
потребность в акушерских койках / койках для новорожденных / 2 этапа выхаживания						

Краткий анализ материально-технической базы службы

Открытие / закрытие роддомов _____

Оборудование

КТ, МРТ – сколько работают на службу родовспоможения в межтерриториальных центрах _____

УЗИ экспертного класса, сколько _____

Другое _____

Финансирование

Не менее 25 % на службу родовспоможения и детства от общего финансирования здравоохранения в территории _____

динамика (уменьшение, увеличение) финансирования _____

средняя заработная плата врачей, среднего медицинского персонала, младшего медицинского персонала _____

структура финансирования (зарплата, медикаменты, питание, оборудование, ремонты) _____

Амбулаторно-поликлиническая помощь (краткий анализ)

кол-во женских консультаций: уменьшение / увеличение _____

обеспеченность кадрами (врачи, акушерки, медицинские сестры) _____

кол-во посещений в год _____

организация службы пренатальной диагностики _____

мониторинг беременных _____

Организация неотложной помощи беременным, родильницам
и новорожденным

Количество	20...г.	20...г.	20...г.	ФО 20..г.	РФ 20..г.	Примечан ия
количество бригад АРКЦ						
количество санитарных заданий						
количество выездных консультаций						
количество перегоспитализаций, осуществленных АРКЦ						
количество бригад РКЦН						
количество санитарных заданий						
количество выездных консультаций						
количество перегоспитализаций, осуществленных РКЦН						
количество женских консультаций						

3.3. Кадры и их квалификационная характеристика

Кадры	20...г.	20...г.	20...г.	ФО 20...г.	РФ 20...г.	Приме- чания
Число врачей акушеров-гинекологов (абс.)						
На 10000 женского населения						
Число врачей-неонатологов (абс.)						
На 10000 детей до года						
Число акушерок (абс.)						
На 10000 женского населения						
% аттестованных акушеров-гинекологов						
% аттестованных неонатологов						
% аттестованных акушерок						
% сертифицированных акушеров-гинекологов						
% сертифицированных неонатологов						
Средний возраст акушеров-гинекологов						
Средняя заработная плата акушеров-гинекологов						
Средняя заработная плата акушерок						
Потребность в акушерах-гинекологах						
Потребность в неонатологах						
Потребность в акушерках						

Краткая характеристика кадрового потенциала службы

Количество врачей акушеров-гинекологов, анестезиологов-реаниматологов, детских реаниматологов (соответствие нормативам) _____

Количество акушерок, мед. сестер, анестезисток _____

соотношение врач/акушерка _____

обеспеченность кадрами _____

необходимость в повышении квалификации _____

3.4. Доля родов в учреждениях

Показатели	20...г.	20...г.	20...г.	20...г.	20...г.	ФО 20...г.	РФ 20...г.
родов всего, из них в учреждениях:							
1 группы							
2 группы							
3 группы							
% нормальных родов							
% оперативных родов							

Краткие выводы: _____

4. Основные показатели работы акушерской и неонатальной службы территории

показатель	20...г.	20...г.	20...г.	20...г.	20...г.	ФО 20...г.	РФ 20...г.
уровень МС							
уровень ПС							
мертворождаемость							
РНС							
поздняя неонатальная смертность							
младенческая смертность							

Краткие выводы: _____

4.1. Детальный анализ материнской смертности

Причины	20...г.	20...г.	20...г.	20...г.
Всего умерло:				
частота на 100 тыс. живорожденных				
в т. ч. по причине:				
смерть до 22 недель (абс./%), в т. ч				
внематочная беременность (абс./%)				
аборты (абс./%)				
кровотечения (абс./%)				
экстрагенитальная патология (абс./%)				
сепсис (абс./%)				
анестезиологические осложнения (абс./%)				
прочие (абс./%)				
Смерть после 22 недель (абс./%) в т. ч. от:				
кровотечений при беременности				
и родах (абс./%)				
сепсиса (абс./%)				
преэклампсии и эклампсии (абс./%)				
эмболии околоплодными водами (абс./%)				
тромбоэмболии легочной артерии				
разрыва матки (абс./%)				
экстрагенитальной				
патологии (абс./%)				
анестезиологических осложнений				
(абс./%)				
прочих (абс./%)				
Умерло вне стационара (абс./%) в т. ч. от:				
кровотечений при беременности				
и родах (абс./%)				
сепсиса (абс./%)				
преэклампсии и эклампсии (абс./%)				
эмболии околоплодными водами (абс./%)				
тромбоэмболии легочной артерии				
разрыва матки (абс./%)				
экстрагенитальной патологии (абс./%)				
анестезиологических осложнений (абс./%)				
прочих (абс./%)				

Региональные особенности материнской смертности

Особенности	За 10 лет	За 5 лет	За последний год	Примечания
средневзвешенный показатель МС				
число случаев МС в учреждениях 1 группы				
число случаев МС в учреждениях 2 группы				
число случаев МС в учреждениях 3 группы				
на дому				
% непредотвратимых случаев				
% условно-предотвратимых случаев				
% предотвратимых случаев				

Характеристика случаев МС за 20... и 20....гг.

Выводы по анализу МС (план анализа: динамика, нозологическая структура, по срокам и локализации, основные ошибки, предотвратимость, как проводится экспертиза случаев материнской смертности).

4.2. Анализ фето-инфантильных потерь

План анализа показателей (целевые уровни):

- перинатальная смертность (анте-, интра-, ранняя неонатальная, нозологическая структура), динамика;
- анализ перинатальных потерь по весовым категориям и нозологиям;
- младенческая смертность (структура по нозологиям).

Структура	20...г.	20...г.	20...г.	20...г.	20...г.	За 5 лет
всего родилось детей живых и мертвых						
антенатальные потери						
До 1000 г						
1000–1499						
1500–1999						
2000–2499						
2500–2999						
более 3000						
интранатальные потери						
До 1000 г						
1000–1499						
1500–1999						
2000–2499						
2500–2999						
более 3000						
PHC						
до 1000 г						
1000–1499						
1500–1999						
2000–2499						
2500–2999						
более 3000						
уровень младенческой смертности						
ведущие причины антенатальных потерь						
ведущие причины интранатальных потерь						
ведущие причины PHC						
ведущие причины младенческой смертности						

Сведения о показателе младенческой смертности по причинам смерти
на территории за 20... г., по сравнению с аналогичным периодом 20... г.
(на 1000 живорожденных)

Классы заболеваний по МКБ-10	Показатели МлС (%)	
	20... г.	20... г.
Состояния перинатального периода (P00–96)		
Врожденные аномалии (Q00–99)		
Внешние воздействия (S00–T98)		
Инфекционные болезни (A00–B99)		
Болезни органов дыхания (J00–J99)		
Прочие		
Итого		

Выводы по анализу фето-инфантильных потерь.

РЕГИОНАЛЬНЫЙ РЕГИСТР² СЛУЧАЕВ *NEAR MISS*

Всего случаев тяжелой преэклампсии в 20... г: _____

Из них в учреждениях 1 уровня _____

в учреждениях 2 уровня _____

в учреждениях 3 уровня _____

Всего случаев эклампсии в 20... г. _____

Из них в учреждениях 1 уровня _____

в учреждениях 2 уровня _____

в учреждениях 3 уровня _____

Всего случаев массивных кровотечений в 20... г: _____

Из них в учреждениях 1 уровня _____

в учреждениях 2 уровня _____

в учреждениях 3 уровня _____

Всего случаев гистерэктомии после родов в 20... г. _____

Из них в учреждениях 1 уровня _____

в учреждениях 2 уровня _____

в учреждениях 3 уровня _____

Всего случаев полиорганной недостаточности в 20... г: _____

Из них в учреждениях 1 уровня _____

в учреждениях 2 уровня _____

в учреждениях 3 уровня _____

Всего случаев РДС взрослых в 20... г. _____

Из них в учреждениях 1 уровня _____

в учреждениях 2 уровня _____

в учреждениях 3 уровня _____

Всего случаев сепсиса после завершения беременности

² Примечание: региональный регистр случаев *near miss* должен включать электронную сигнальную карту на каждый случай.

в 20... г: _____

Из них в учреждениях 1 уровня _____

в учреждениях 2 уровня _____

в учреждениях 3 уровня _____

Прочие случаи *near miss* в 20... г. _____

Из них в учреждениях 1 уровня _____

в учреждениях 2 уровня _____

в учреждениях 3 уровня _____

Детализация прочих случаев:

**РЕГИОНАЛЬНЫЙ РЕГИСТР СВЕРХРАННИХ
ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ**

	20...г.	20...г.	20...г.
всего сверхранных преждевременных родов			
из них в сроке 22–24 недели 24–26 недель 26–28 недель			
Родов через естественные родовые пути			
в т. ч. спонтанных индуцированных			
родов способом операции кесарева сечения			
количество родов, начавшихся с преждевременного разрыва плодного пузыря, из них с хорионамнионитом			
Родилось детей в сроке сверхранных преждевременных родов всего			
Из них двоен троен			
менее 500,0 г			
500,0–749,0 г			
число детей, которым проводилась профилактика СДР кортикостероидами			
переведено новорожденных на II этап			
мертворождения менее 500,0 г 500,0–749,0 г			
умерло в раннем неонатальном периоде			
умерло в позднем неонатальном периоде			
умерло в постнеонатальном периоде			

**РЕГИОНАЛЬНЫЙ МОНИТОРИНГ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ,
РОДИВШИХСЯ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ
И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА**

Сведения о числе родившихся массой 500–749 г и 750–999 г. в 20... г.
по сравнению с аналогичным периодом 20... г.

Весовые категории	20... г	20...г	20... г	Прирост 20...г. в % к 20...г.
родившиеся живыми массой 500–749 г				
родившиеся живыми массой 750–999 г				

Сведения о числе детей, родившихся массой 500–999 г и 1000–1499 г,
умерших в возрасте до 1 г. за 20... г.
по сравнению с аналогичным периодом 20... г.

Весовые категории	Число детей, умерших в возрасте до 1 года			Прирост 20...г. в % к 20...г.
	20... г.	20... г.	20... г.	
500–749 г				
750–999 г				

Сведения о показателе младенческой смертности детей, родившихся массой 500–999 г и
1000–1499 г за 20... г.
по сравнению с аналогичным периодом 20... г.
(на 1000 живорожденных)

Весовые категории	Показатели младенческой смертности (‰)		Прирост/убыль 20...г. в процентах к 20...г.
	20...г	20...г	
500–749 г			
750–999 г			

**ПРОГРАММА ПЕРИНАТАЛЬНОГО АУДИТА
ОСНОВНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ
РОДОВСПОМОЖЕНИЯ ТЕРРИТОРИИ**

Учреждение: _____

Источники информации:

1. Годовой отчет учреждения за 20__ г. (копия годового отчета в письменном и электронном виде)

2. Наблюдение

3. Интервью клиентов:

- пациентки после абдоминальных родов _____
- пациентки после вагинальных родов _____

4. Интервью медицинских работников:

- врачи акушеры-гинекологи _____
- врачи неонатологи _____
- врачи анестезиологи-реаниматологи _____
- клинические ординаторы _____
- акушерки отделения патологии беременности _____
- акушерки родового блока _____
- акушерки послеродового отделения _____
- детские медсестры _____
- сестры-анестезистки _____

5. Анализ историй родов _____

6. Анализ историй новорожденных _____

Система оценки, использованная при аудите:

- анализ базовых показателей работы учреждения в сравнении с общероссийскими показателями, показателями по округу в целом и территории в целом
- качественная оценка:

1 – компонент присутствует / выполняется / внедрен, качество помощи адекватное;

0 – компонент отсутствует / не выполняется / не внедрен, качество помощи неадекватное.

Паспортная часть ЛПУ

Полное наименование _____

Адрес _____

Принадлежность _____

Уровень оказания помощи _____

Структура учреждения

Амбулаторно-поликлинический блок:

женская консультация / число посещений _____

консультативно-диагностическое отделение для женщин / число посещений

консультативно-диагностическое и реабилитационное отделение (центр) для женщин / число посещений _____

консультативно-диагностическое отделение (центр) динамического наблюдения и реабилитации детей раннего возраста / число посещений _____

отделение психопрофилактической подготовки беременных к родам / число посещений _____

кабинет катamnестического наблюдения за детьми с перинатальной патологией / число посещений _____

специализированные приемы (детского и подросткового возраста, патологии шейки матки, невынашивания беременности) и количество посещений / число посещений

кабинет ультразвуковой диагностики (количество посещений), физиотерапевтический кабинет (количество посещений) / число посещений

отделение вспомогательных репродуктивных технологий

стационарзамещающие технологии с детализацией / число посещений

входная группа помещений, общая для амбулаторно-поликлинического и стационарного блоков / число посещений _____

Стационарный блок

(с детализацией числа коек и структуры каждого подразделения)

Операционно-родовое отделение: предродовых родовых общих индивидуальных операционных плановых экстренных _____

Отделение реанимации и интенсивной терапии женщин (ОРИТ) _____

Операционный блок _____

Послеродовое отделение / особенности организации _____

Отделение патологии беременности _____

Гинекологическое отделение _____

Отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных (1-й этап выхаживания) (ОРИТН) _____

Отделение патологии новорожденных и выхаживания недоношенных (2-й этап выхаживания) _____

Отделение хирургии новорожденных _____

3 этап выхаживания (отделение реабилитации) _____

Кабинет функциональной диагностики _____

Физиотерапевтический кабинет _____

Отделение лучевой и магнитно-резонансной диагностики _____

Организационно-методический отдел _____

Симуляционно-тренинговый центр _____

Блок вспомогательных подразделений

Дистанционный консультативный центр телемедицины с выездными бригадами

_____ (детализация)

Централизованный молочный пункт _____

Дистанционный консультативный центр аутодонорской крови _____

Отделение переливания крови (аутодонорство) _____

Дежурный банк крови _____

Медико-генетическая лаборатория _____

Внутрибольничная аптека _____

Клинико-диагностическая лаборатория _____

Микробиологическая лаборатория _____ Центральное
стерилизационное отделение _____ Патолого-анатомическое
отделение _____

Централизованная служба обработки детских кроватей и кюветов _____

Административно-служебные помещения _____

Пансионат для приезжих _____

Хозяйственные службы

Дезинфекционное отделение _____

Пищеблок _____

Теплая стоянка для машин с хозяйственными мастерскими _____

Служба сбора и утилизации медицинских отходов _____

Прачечная _____

Прочее _____

Основные показатели работы учреждения за 20__ г.

Показатель	По территории в целом	По учреждению
количество родов за 20__ г.		
преждевременные (абс./%)		
в т. ч. в сроках до 28 недель		
запоздалые (абс./%)		
оперативные (абс./%)		
в т. ч. плановые кесаревы сечения		
экстренные кесаревы сечения		
акушерские щипцы		
вакуум-экстракция плода		
число коек		
средний койко-день		
работа койки		
оборот койки		
материнская смертность (абс./показатель)		
младенческая смертность (абс./показатель)		
перинатальная смертность (абс./показатель)		
в т. ч. антенатальная смертность (абс./показатель)		
интранатальная смертность (абс./показатель)		
ранняя неонатальная смертность (абс./показатель)		
гистерэктомии после родов (абс./%)		
кровотечения (абс./%)		
аномалий родовой деятельности (абс./%)		
затянувшиеся роды (более 18 час, абс./%)		
стимулированные роды (абс./%)		
тяжелые преэклампсии / эклампсии (абс./%)		
гнойно-септическая заболеваемость после естественных родов		
гнойно-септическая заболеваемость после кесарева сечения (абс./%)		
всего многоплодных родов (абс./%)		
из них: двойни (абс./%)		
тройни (абс./%)		

**Базовые перинатальные практики
(составлено по рекомендациям ЦЗС, модифицировано авторами)**

1. Помещения и практики

наличие протокола ведения родов (да/ нет)	
количество мест для родов	
все родовые одноместные (да/ нет)	
кровати для родов – трансформеры (да/ нет)	
место для реанимации новорожденных с источником лучистого тепла (да/ нет)	
домашняя обстановка (да/ нет)	
место для отдыха помощников (да/ нет)	
место для релаксации (да/нет)	
термометр в родзале (да/ нет)	
душ (в отделении, в родзале, нет)	
ванна (в отделении, в родзале, нет)	
туалет (чистый, сиденья/накладки, туалетная бумага, биде, жидкое мыло, одноразовые полотенца)	
двери в родзал закрыты (да/нет)	
партнерские роды (% , платно/бесплатно)	
роженице предлагается: питье, прием легкой пищи (да/нет)	
ведение партограммы (да/нет)	
немедикаментозные виды обезболивания родов: свободный выбор позиции в первом периоде родов; массаж; специальное дыхание; душ/ванна; музыка; акупунктура/акупрессура; тепло/холод (подчеркнуть)	
медикаментозное обезболивание: закись азота; наркотические анальгетики; ДЭА; (подчеркнуть)	
положение во время потуг: на спине; на боку; полусидя; вертикальное (подчеркнуть)	
метод ведения третьего периода: физиологический; активный; ушивание разрывов рассасывающимися нитями (да/нет)	

2. Уход за новорожденными в родильном зале

наличие протокола реанимации новорожденных; ухода (да/нет)	
подготовка места для реанимации, пеленок, одежды не менее чем за 30 минут до рождения (да/нет)	
отсроченное пережатие пуповины (да/нет)	
выкладывание на живот; обтирание теплой, сухой пеленкой;	

смена пеленки + одеяло; надевание шапочки/носков (подчеркнуть/нет)	
измерение температуры тела не менее двух раз (да/нет)	
прикладывание к груди после первых признаков готовности (да/нет)	
профилактика конъюнктивита мазью / закладывание мази в конце первого часа (да/нет)	
детальный осмотр, взвешивание и измерение: сразу после рождения / отложено до 2 часа (подчеркнуть)	
перевод ребенка совместно с мамой (да/нет)	
периодичность обучения персонала: один раз в ___ мес./год	

3. Послеродовой период

наличие протокола / кровати широкие / индивидуальное место для пеленания (подчеркнуть)	
место для приема пищи в палате / домашняя обстановка / раковина для подмывания ребенка / жидкое мыло в дозаторе / тревожная кнопка / влажная уборка не менее двух раз в сутки (подчеркнуть)	
первое прикладывание к груди в родзале (да/нет)	
грудное вскармливание (да/нет)	
информация по уходу за новорожденным / контрацепции / грудному вскармливанию / послеродовым изменениям в организме женщины (подчеркнуть)	
информационное согласие на все манипуляции с пациенткой / с новорожденным (подчеркнуть)	
совместное пребывание в течение всего периода нахождения в стационаре (да/нет)	
организация ранней выписки (да/нет)	

4. Неэффективные и вредные неонатальные / акушерские практики

запрет собственной одежды / клизма / бритье лобка (подчеркнуть)	
обработка влажной антисептиками (да/нет)	
использование спазмолитиков / ненаркотических анальгетиков / медикаментозного сна / отдыха (подчеркнуть)	
рутинное управление потугами / рутинная катетеризация мочевого пузыря после родов (подчеркнуть)	
запрет на собственную одежду для новорожденных / использование альбуцида (подчеркнуть)	
рутинная санация дыхательных путей новорожденных /	

рутинная обработка пуповинного остатка / накладывание марлевой повязки на него (подчеркнуть)	
закладывание мази в половую щель девочек / рутинная обработка кожи / снятие смазки / рутинное обмывание (кроме контактных по ВИЧ, подчеркнуть)	
использование докормов / допаиваний (без показаний) / пустышек (подчеркнуть)	
использование кислородотерапии без показаний (да/нет)	
использование антибиотиков с профилактической целью / инфузионной терапии без серьезных показаний (подчеркнуть)	
ежедневное рутинное взвешивание / обработка глаз / обработка пуповины / кожи / практика тугого пеленания (подчеркнуть)	
ежедневная обработка швов на промежности / послеоперационных швов (подчеркнуть)	
обучение персонала (периодичность) один раз в мес./год	
алгоритм госпитализации новорожденных в ПИТ (да/нет)	

5. Тепловая цепочка

наличие протокола (да/нет)	
температура в родзале / операционных: для доношенных – выше 25°, для недоношенных – выше 28° (подчеркнуть)	
градусники во всех родовых / операционных / расположены правильно (да/нет)	
обсушивание ребенка пеленкой / смена пеленки / шапочка и носочки (подчеркнуть)	
длительный контакт кожа к коже (не менее одного часа при отсутствии противопоказаний), (да/нет)	
осмотр неонатолога отложен до 2 часа (да/нет)	
обмывание ребенка не ранее 6 часов после рождения / родовая смазка не снимается (да/нет)	
измерение температуры тела через 30 мин и 2 часа, транспортировка в палату с мамой (подчеркнуть)	

6. Неотложная помощь в акушерстве

кровотечение: наличие протокола (да/нет) набор для экстренной помощи – в приемном отделении / в родблоке / в родовом / в послеродовом отделении (подчеркнуть)	
обучение персонала борьбе с кровотечениями периодичность один раз в ___ мес./год	
использование современных технологий: баллонная тампонада / аутодонорство / <i>Cell Saver</i> (подчеркнуть)	
Преэклампсия / эклампсия: наличие протокола (да/нет) набор для экстренной помощи в приемном / родовом / родовом / послеродовом (подчеркнуть)	
обучение персонала экстренной помощи периодичность один раз в ___ мес./год	

7. Инфекционный контроль / профилактика ВБИ

наличие протокола (да/нет)	
мытьё рук: оборудование; жидкое мыло; антисептик; одноразовые полотенца; схема мытья, видеоконтроль (подчеркнуть)	

наличие полного комплекта: во всех родовых; процедурных; ПИТ; послеродовых палатах; санузлах (подчеркнуть)	
обработка рук персонала после каждого пациента; использование перчаток на прием родов / взятие анализов / инъекции / анестезиологическое пособие (подчеркнуть)	
утилизация расходных материалов / уборка белья / помещений после родов, манипуляций, операций (подчеркнуть)	
использование средств защиты: очки, маски, забрала / во время родов / операций / манипуляций (подчеркнуть)	
возможность использования собственной одежды во время родов / в послеродовом отделении / для новорожденных в родзале / в послеродовом отделении (подчеркнуть)	
посетители: во время родов / в послеродовом отделении / допуск в ПИТ (подчеркнуть)	
использование антибиотиков: наличие протокола в акушерстве / неонатологии; профилактическое назначение (подчеркнуть)	
при ПРПП в сроке недоношенной беременности сразу / отсроченно (подчеркнуть)	
использование однократной схемы антибактериальной профилактики (да/нет)	
неэффективные практики: рутинное использование шапочек, масок, входные халаты, смена халатов при перемещении по подразделениям (подчеркнуть)	
неэффективные практики: строгие ограничения / запрет посещений в послеродовом отделении / в ПИТ / взрослом / детском (подчеркнуть)	
наложение повязки на пуповину (да/нет)	

8. Первичная реанимация новорожденных в родовом зале

наличие протокола первичной реанимации новорожденных (да/нет)	
обязательный набор: источник лучистого тепла / источник кислорода, соединенный с дыхательным мешком со счетчиком потока / пеленки, одеяла, шапочки, носочки для ребенка / валик под плечи ребенка (подчеркнуть)	
обязательный набор: термометр в помещении для новорожденного / груша для отсасывания / электроотсос / набор катетеров (подчеркнуть)	
обязательный набор: мешок для вентиляции с двумя масками для доношенных и недоношенных, тройник для отсасывания через интубационную трубку / или мекониальный аспиратор (подчеркнуть)	
обязательный набор: ларингоскоп с клинками 0 и 1; набор интубационных трубок для новорожденного, часы с секундной стрелкой или аппарат-таймер, стетоскоп (подчеркнуть)	
обучение персонала периодичность один раз в ___мес./год	

Краткая характеристика организации, основных показателей, выводы и предложения (по учреждению)

Общие выводы

Предложения

СКАНДИНАВСКО-БАЛТИЙСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ (С-БК) ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ

С-БК позволяет акцентировать внимание на выявлении предотвратимых во время беременности, в родах или в раннем неонатальном периоде случаев, что позволит на основании различий регионов рекомендовать меры для улучшения качества перинатальной помощи.

Классификация основывается на учете параметров, перечисленных в порядке приоритетности.

1. Врожденный порок развития (ВПР). Выделяются случаи потерь с пороками развития, имевшими место в неонатальный период. Резервом снижения уровня ПС при наличии пороков может стать их выявление в ранние сроки беременности ультразвуковыми, биохимическими и/или генетическими методами исследования и прерывание беременности по медицинским показателям, связанным с ВПР.

2. Параметры времени смерти по отношению к родам показывают необходимость расстановки приоритетов в работе служб здравоохранения и улучшения качества помощи на этапах ante-, интранатального периодов или в ранний неонатальный период. Следует принимать во внимание, что смерть в более поздние сроки может в ряде случаев явиться следствием неадекватного качества помощи на предыдущих этапах оказания помощи.

3. Наличие или отсутствие задержки внутриутробного роста плода (ЗВРП) для антенатальных потерь. Отражает в определенной степени эффективность антенатальной помощи, поскольку своевременное выявление ЗВРП и соответствующий контроль за течением гестационного процесса в этих случаях может способствовать предотвращению гибели плода за счет повышения частоты элективного родоразрешения.

4. Гестационный возраст (менее 28 недель, 28–33 недель и ≥ 34 недель) необходим для оценки уровня неонатальной помощи, особенно новорожденным с ЭНМТ и ОНМТ.

5. Оценка состояния новорожденного при рождении по шкале Апгар на пятой минуте жизни новорожденного.

Выделение многоплодных беременностей в отдельную категорию производится в Скандинавско-Балтийской классификации только на антенатальном этапе.

На основании использования пяти вышеперечисленных параметров выделяются 13 категорий, включая одну для неклассифицированных случаев, когда информация по одному или нескольким параметрам по каким-либо причинам отсутствует.

Сведения об авторах

Филиппов Олег Семенович – доктор медицинских наук, профессор, заместитель Директора Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения.

Башмакова Надежда Васильевна – доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, директор ФГБУ НИИ ОММ МЗ РФ, главный внештатный акушер-гинеколог УФО.

Мальгина Галина Борисовна – доктор медицинских наук, зам. директора ФГБУ «НИИ ОММ» МЗ РФ по научно-исследовательской работе.

Давыденко Наталья Борисовна – кандидат медицинских наук, руководитель отдела разработки и внедрения новых медико-организационных форм перинатальной помощи ФГБУ НИИ ОММ МЗ РФ.

Литвинова Алла Михайловна – старший научный сотрудник, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела разработки и внедрения новых медико-организационных форм перинатальной помощи ФГБУ НИИ ОММ МЗ РФ.

Методические рекомендации

Филиппов Олег Семенович
Башмакова Надежда Васильевна
Мальгина Галина Борисовна
Давыденко Наталья Борисовна
Литвинова Алла Михайловна

**ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ АУДИТ.
СОВРЕМЕННАЯ МЕТОДОЛОГИЯ**

Редактор: *О. В. Климова*
Компьютерный набор *Г. Б. Мальгиной*
Компьютерная верстка *О. В. Климовой*