

Содержание

ПРЕДИСЛОВИЕ

О ЧЕМ ЭТО РУКОВОДСТВО?

ДЛЯ КОГО ПРЕДНАЗНАЧЕНО ДАННОЕ РУКОВОДСТВО?

КАКОВА СТРУКТУРА ДАННОГО РУКОВОДСТВА?

КАК ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЭТО РУКОВОДСТВО

ГЛАВА 1: ВВЕДЕНИЕ

1.1 ИСТОРИЯ ВОПРОСА

1.2 НАЗНАЧЕНИЕ НАСТОЯЩЕГО ДОКУМЕНТА

1.3 ПОЧЕМУ УМИРАЮТ МАТЕРИ: НОВЫЙ ПОДХОД

1.4 ВАЖНОСТЬ «РАССКАЗА ИСТОРИИ ЖЕНЩИНЫ»

1.5 ИЗВЛЕЧЕНИЕ УРОКОВ СЛУЖИТ ПРЕДПОСЫЛКОЙ К ДЕЙСТВИЯМ

ГЛАВА 2: ПОДХОДЫ

2.1 ВВЕДЕНИЕ

2.2 РЕШЕНИЕ О ВЫБОРЕ ИСПОЛЬЗУЕМОГО ПОДХОДА

2.3 ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ РАЗЛИЧНЫХ ПОДХОДОВ

2.3 ПРИНЦИПЫ АДАПТАЦИИ

ГЛАВА 3: ПРАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ПРИМЕНЕНИЯ ДАННЫХ ПОДХОДОВ

3.1 ВВЕДЕНИЕ

3.2 ОБЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ИНФОРМАЦИИ

3.3 ЦИКЛ НАБЛЮДЕНИЯ

3.4 ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЯ О ВЫБОРЕ ПОДХОДА

3.5 ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОНЯТИЯ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

3.6 ВЫЯВЛЕНИЕ СЛУЧАЕВ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТИ

3.7. ПЛАНИРОВАНИЕ И ВНЕДРЕНИЕ ПОДХОДА

- 3.8 АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ
- 3.9. ПРЕОБРАЗОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДЕЙСТВИЯ
- 3.10. РАСПРОСТРАНЕНИЕ ВЫВОДОВ И РЕКОМЕНДАЦИЙ ИССЛЕДОВАНИЯ
- 3.11 ОЦЕНКА
- 3.12 ОБЕСПЕЧЕНИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ И СОБЛЮДЕНИЕ ЭТИКО-ПРАВОВЫХ НОРМ
- 3.13 ИСТОЧНИКИ ПОЛУЧЕНИЯ ДАЛЬНЕЙШЕЙ ИНФОРМАЦИИ

ГЛАВА 4: ВЕРБАЛЬНАЯ АУТОПСИЯ: УРОКИ ИССЛЕДОВАНИЯ СЛУЧАЕВ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТИ В СООБЩЕСТВЕ

- 4.1. ЧТО ТАКОЕ ВЕРБАЛЬНАЯ АУТОПСИЯ СЛУЧАЕВ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТИ?
- 4.2. ЦЕЛЬ ВЕРБАЛЬНОЙ АУТОПСИИ
- 4.3. ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ ВЕРБАЛЬНОЙ АУТОПСИИ
- 4.4. ПОЭТАПНЫЙ ПРОЦЕСС ПРОВЕДЕНИЯ ВЕРБАЛЬНОЙ АУТОПСИИ В СЛУЧАЕ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТИ
- 4.5 ВАРИАНТЫ ВЕРБАЛЬНОЙ АУТОПСИИ

ГЛАВА 5: ИССЛЕДОВАНИЕ СЛУЧАЕВ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ НА УРОВНЕ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ: УРОКИ, ИЗВЛЕЧЕННЫЕ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ В СТАЦИОНАРАХ

- 5.1 ЧТО ТАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СЛУЧАЕВ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ НА УРОВНЕ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ?
- 5.2 ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА О ПРОВЕДЕНИИ ИССЛЕДОВАНИЙ СЛУЧАЕВ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ
- 5.3 ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ ИССЛЕДОВАНИЯ СЛУЧАЕВ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТИ НА УРОВНЕ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ
- 5.4 ПОЭТАПНЫЙ ПРОЦЕСС ПРОВЕДЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ СЛУЧАЕВ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ НА УРОВНЕ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

ГЛАВА 6: КОНФИДЕНЦИАЛЬНЫЕ РАССЛЕДОВАНИЯ СЛУЧАЕВ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

- 6.1 УРОКИ, ИЗВЛЕЧЕННЫЕ ИЗ КОНФИДЕНЦИАЛЬНЫХ РАССЛЕДОВАНИЙ СЛУЧАЕВ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТИ В ВЕЛИКОБРИТАНИИ ЗА ПЕРВЫЕ ПЯТЬДЕСЯТ ЛЕТ
- 6.2 ЧТО ТАКОЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЕ РАССЛЕДОВАНИЕ СЛУЧАЕВ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ?
- 6.3 ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ КОНФИДЕНЦИАЛЬНЫХ РАССЛЕДОВАНИЙ СЛУЧАЕВ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ
- 6.4 КЛЮЧЕВЫЕ ПРИНЦИПЫ
- 6.5 ПРЕОБРАЗОВАНИЕ ПОЛУЧЕННОЙ ИНФОРМАЦИИ В ДЕЙСТВИЯ
- 6.6 ПОЭТАПНЫЙ ПРОЦЕСС ПРОВЕДЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОГО РАССЛЕДОВАНИЯ

ГЛАВА 7: ИССЛЕДОВАНИЕ ТЯЖЕЛЫХ СЛУЧАЕВ МАТЕРИНСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ: УРОКИ, ПОЛУЧЕННЫЕ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ЖЕНЩИН, ПЕРЕЖИВШИХ УГРОЖАЮЩИЕ ЖИЗНИ СОСТОЯНИЯ

- 7.1 РАЗЪЯСНЕНИЕ ТЕРМИНОЛОГИИ, ИСПОЛЬЗУЕМОЙ В НАСТОЯЩЕЙ ГЛАВЕ
- 7.2. ДОСТОИНСТВА И НЕДОСТАТКИ ИССЛЕДОВАНИЯ КРИТИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ ИЛИ ДРУГИХ МЕТОДОВ ИЗУЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
- 7.3 КЛЮЧЕВЫЕ ПРИНЦИПЫ
- 7.4 ПРОВЕДЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ КРИТИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ
- 7.5 ВАРИАНТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ТЯЖЕЛОЙ МАТЕРИНСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

ГЛАВА 8: КЛИНИЧЕСКИЙ АУДИТ: УРОКИ, ПОЛУЧЕННЫЕ ИЗ СИСТЕМАТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА СЛУЧАЕВ НА СООТВЕТСТВИЕ ОКАЗЫВАЕМОЙ ПОМОЩИ ЧЕТКИМ КРИТЕРИЯМ

8.1 ЦИКЛ КЛИНИЧЕСКОГО АУДИТА

8.2 КЛЮЧЕВЫЕ ПРИНЦИПЫ

8.3 ЦЕЛЬ КЛИНИЧЕСКОГО АУДИТА

8.4. ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ КЛИНИЧЕСКОГО АУДИТА

8.5 ПОЭТАПНОЕ ОПИСАНИЕ ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО АУДИТА В МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ

8.6 ДРУГИЕ ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ

Предисловие

*“Чи лица стоят за цифрами?
Каковы были их судьбы? О чем они мечтали?
Они оставили детей и семьи.
Они оставили ключи к разгадке, почему их
жизни закончились так рано”.¹*

О чем это руководство?

Ежегодно около восьми миллионов женщин страдают от осложнений, связанных с беременностью, и около полумиллиона умирают. В развивающихся странах одна женщина из одиннадцати может умереть от осложнений, связанных с беременностью, тогда как в развитых странах это соотношение составляет одна из пяти тысяч.

Даже в условиях с ограниченными ресурсами большинство этих смертей можно предотвратить, но для этого необходимо располагать нужной информацией, на основе которой можно обоснованно принимать меры. Недостаточно знать статистику показателей материнской смертности: нам нужна информация, которая поможет определить, что можно сделать для того, чтобы предотвратить необоснованные смерти.

В руководстве «Что кроется за цифрами» представлены пути получения такого рода информации. Описанные подходы выходят за рамки простого подсчета смертей. Они направлены на понимание причин, приводящих к смерти и определение путей предотвращения смерти. Например, умирают ли женщины из-за того, что:

♦ они не осознают необходимости в получении помощи, не осознают признаков, свидетельствующих о проблемах, связанных с беременностью?

или

♦ отсутствуют структуры, оказывающие помощь, или они недоступны по другим причинам, таким как расстояние, стоимость или социально-культурные барьеры?

или

♦ помощь, оказываемая им неадекватна и фактически вредна?

Опыт использования данных подходов в разных частях мира показал, что они могут с успехом применяться на всех уровнях, начиная с уровня отдельного медицинского учреждения до национального уровня.

Основным принципом этих подходов является соблюдение конфиденциальности, обычно анонимности, а также создание доброжелательной, не вызывающей у

¹ Epilogue in *Strategies to reduce Pregnancy-related deaths*. From identification and review to action. Centres for Disease Control, American College of Obstetricians and gynaecologists et al., 2001.

участников опасений атмосферы при обсуждении и анализе факторов, приводящих к неблагоприятным материнским исходам. Соблюдение конфиденциальности обеспечивает открытость при изложении ситуации, что позволяет воссоздать более полную картину точной цепи событий.

Следует заверить участников, включая работников медицинских и общественных служб, а также родственников женщин в том, что единственной целью является извлечение уроков из произошедших трагедий и спасение жизней в будущем, и не поиск виновных. Целью этих исследований является лишь выявление упущений в системе здравоохранения. Полученная таким образом информация ни в коем случае не должна использоваться в целях судебного разбирательства, применения административных санкций или предъявления обвинений.

Эти подходы можно использовать для рассмотрения целого диапазона аспектов медицинской помощи, включая структуры, исходы или процессы. В данном руководстве мы описываем исследования двух конкретных видов клинических исходов (случаи материнские смерти и угрожающие жизни осложнения, или критические состояния), и один вид процесса (клиническая практика). Исследования могут проводиться на уровне местного сообщества, медицинского учреждения, на районном или национальном уровнях. Правда, не каждый из этих уровней идеальным образом подходит для изучения всех трех видов предмета исследования. Например, рассмотрение клинической практики возможно лишь на уровне медицинского учреждения. Аналогично этому, как исход, так и процесс может анализироваться на уровне медицинского учреждения. Вряд ли возможно изучать тяжелые осложнения на уровне местного сообщества (по месту проживания) из-за трудности применения стандартного и четкого определения понятия “критическое состояние”. А вот материнскую смертность можно изучать на любом уровне.

Для кого предназначено данное руководство?

Этот документ предназначен для медицинских специалистов, лиц, ответственных за планирование в здравоохранении, и менеджеров, работающих в области охраны здоровья матери и новорожденного, направляющих свои усилия на улучшение качества предоставляемой помощи. Они должны иметь возможность и желание принимать меры по улучшению помощи по результатам проведенных исследований, а также использовать собранную информацию в целях улучшения клинических исходов в отношении материнского здоровья. Для этого следует дать возможность медицинским специалистам критически оценить применяемые в настоящее время в их практике методы и, если это необходимо, внести соответствующие изменения. Поскольку конечной целью данных исследований является действие, важно, чтобы в них принимали активное участие те, кто будет на практике осуществлять рекомендуемые изменения.

Какова структура данного руководства?

В данном руководстве представлено пять подходов к получению информации по материнским исходам или по оказанию помощи матерям.

В Главе 1 и 2 даются предваряющие материалы и краткое описание, а также резюме преимуществ и недостатков каждого из подходов.

В Главе 3 представлены основополагающие принципы осуществления этих подходов, а также ключевые практические вопросы, обычно применимые ко всем этим подходам.

В Главах 4, 5 и 6 дается описание процесса получения информации на основе изучения случаев материнской смерти в различных условиях путем исследования случаев по месту проживания (вербальная аутопсия - выяснение и анализ обстоятельств смерти), исследования случаев смерти на уровне стационаров и путем проведения конфиденциальных расследований.

В Главе 7 рассматривается возможность изучения тяжелой материнской заболеваемости и “критических состояний”, а не материнской смертности.

В Главе 8 описан клинический аудит, который ориентирован на обследование содержания и качества помощи, оказываемой при конкретных клинических состояниях, на соответствие четким критериям или стандартам, а не на анализ исходов, а именно материнской смерти.

На отдельном компактном диске помещены образцы форм по сбору данных и проведению анализа, которые можно адаптировать применительно к местным условиям.

Основные положения данного руководства

- ✓ Можно избежать многих материнских смертей даже в бедных ресурсами странах, но для этого необходимо располагать надлежащей информацией, на основе которой следует разрабатывать программы.
- ✓ Недостаточно знать уровень материнской смертности; необходимо понять, какие именно основополагающие факторы приводят к смерти.
- ✓ За каждой материнской смертью или случаем угрожающего жизни осложнения стоит своя история, которая может подсказать практические пути решения проблемы.
- ✓ Основным условием успеха является готовность действовать на основе результатов этих исследований.

Как использовать это руководство

Это руководство разделено на две основные части. Глава 2 дает краткую информацию о подходах, которые могут использоваться, и глава 3 дает более детальное описание практических вопросов, имеющих отношение к использованию данных подходов. Остальные главы описывают различные подходы в деталях, останавливаясь на их преимуществах и недостатках.

Прежде чем Вы решите, какой подход является оптимальным для конкретной ситуации и имеющихся в наличии ресурсов, изучите весь материал, особое внимание обращая на главы 2 и 3.

Компактный диск содержит детальные образцы вопросников и других инструментов, которые могут использоваться в каждом подходе и которые могут быть адаптированы к местным потребностям.

Краткое описание подходов, представленных в данном руководстве

Название	Операционные определения	Предпосылки
Исследование материнской смертности на уровне местного сообщества (вербальная аутопсия — словесное расследование)	Метод выявления медицинских причин смерти и установления личностных, семейных или общественных факторов, которые могли привести к летальному исходу у женщин, скончавшихся вне медицинского учреждения.	Требуется сотрудничество со стороны семьи скончавшейся женщины, а также деликатное отношение работников при выяснении обстоятельств смерти
Исследование случаев материнской смерти на уровне медицинского учреждения	Качественное детальное исследование причин и обстоятельств материнских смертей, происходящих в медицинских учреждениях. Первоначально случаи смерти выявляются в медицинском стационаре, но в ходе этих исследований также обращается внимание на выявление сочетания факторов в медицинском учреждении и в местном сообществе, которые	Требуется сотрудничество со стороны тех, кто оказывал медицинскую помощь женщине, которая погибла, а также их готовность предоставить точную информацию о ведении случая.

	способствовали летальному исходу, а также делается попытка вычленить факторы, которых можно было избежать.	
Конфиденциальные расследования случаев материнской смерти	Систематическое мультидисциплинарное анонимное исследование всех случаев материнской смерти или их репрезентативной выборки, проводимое на областном, региональном или национальном уровнях. Выявляются количество случаев, их причины, а также связанные с ними факторы, которых можно избежать или исправить.	Требуется наличие либо функционирующей статистической инфраструктуры (регистрация гражданского состояния, статистический анализ рождений и смертности, людские ресурсы, чиновники, занимающиеся отчетностью, и т.д.) либо назначение специалистов в каждом стационаре для регулярного сообщения о случаях материнской смерти в группу, проводящую расследование.
Исследование тяжелой заболеваемости (критические состояния)	Выявление и оценка случаев тяжелых акушерских осложнений у беременных без летального исхода. Не существует универсального общепринятого определения таких случаев. Важно, чтобы используемое в исследовании определение соответствовало местным условиям в целях улучшения медицинской помощи на местах.	Требуется качественная система ведения стационарных медицинских карт, а также наличие культуры оказания помощи, которая обеспечивает участникам свободное обсуждение угрожающих жизни ситуаций без опасения обвинений, равно как и готовности со стороны администрации и клинических работников принимать меры по результатам проведенных исследований.

Клинический аудит	<p>Клинический аудит является процессом улучшения качества, направленным на улучшение оказания помощи пациентам и исходов путем систематического анализа таких аспектов оказываемой помощи, как структура, процессы и исходы, на соответствие четким критериям оказания помощи с последующим внедрением изменений. Там, где это необходимо, изменения осуществляются на индивидуальном, командном уровне или уровне работы служб с последующим отслеживанием улучшений в практике оказания помощи.</p>	<p>Должна существовать возможность выявления соответствующих случаев из регистрационных журналов и медицинских карт в стационаре. Медицинские сотрудники должны иметь возможность свободно и открыто обсуждать ведение случаев и быть готовыми к применению на практике пересмотренных протоколов клинической практики.</p>
--------------------------	--	---

Глава 1: Введение

Основные положения

- ✓ Избежать многих случаев материнской смерти можно даже в бедных ресурсами странах, но для этого необходимо располагать соответствующей информацией, на основе которой можно разрабатывать программы действий.
- ✓ Одного только знания об уровне материнской смертности недостаточно; необходимо понимание основных факторов, приводящих к летальному исходу.
- ✓ За каждым случаем материнской смерти или угрожающего жизни осложнения стоит своя история, заслуживающая анализа, которая может подсказать практические пути к решению проблемы.
- ✓ Готовность действовать в соответствии с находками, полученными при таком анализе, является главной предпосылкой успеха.

1.1 История вопроса

Застывшие цифры глобального бремени смертей, связанных с беременностью, сегодня известны так хорошо, что они могут повторяться наизусть, как мантры, с постоянными мыслями о том, что же может быть сделано, даже самое малое, для того, чтобы начать решать такую непреодолимую проблему. Решение этой проблемы представляется особенно сложным в виду смелых целей и задач, которые страны поставили перед собой по сокращению уровня материнской смертности¹. Если просто обратиться к цифрам, то мы увидим, что ежегодно примерно восемь миллионов женщин страдают от осложнений, связанных с беременностью, и свыше полумиллиона умирают². В развивающихся странах одна из 11 женщин может умереть от осложнений, связанных с беременностью, тогда как в развитых странах - одна из 5000 женщин. Каждый случай смерти или продолжительного осложнения является личной трагедией женщины, ее спутника, детей и ее семьи. Еще более трагичным представляется то, что большей части этих случаев можно было избежать. Их основные причины известны, и более, чем в 80% случаев материнскую смерть можно предупредить или не допустить благодаря действиям, которые доказали свою эффективность и доступность даже в беднейших странах мира. Например, исследования, проводившиеся в Египте³ и в других странах, показали, что ключевым фактором, определяющим исход бе-

1 UNFPA, Joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank statement on reduction of maternal mortality. New York, United Nations Population Fund, 1999.

2 WHO, Maternal mortality in 1995: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva, World Health Organization, 2001 (document No. WHO/RHR01.9).

3 Kassas M et al., The national maternal mortality study of Egypt 1992-1993, International Journal of Gynaecology and Obstetrics, 1995, 50 (Sup. 2):S101-S108)

ременности, является качество оказываемой женщине помощи, и что внесение незначительных изменений в практику может спасти многие жизни.

Цифры сами по себе впечатляющи, но они освещают лишь одну сторону вопроса. В частности, цифры ничего не говорят о стоящих за ними людях, о личных судьбах, наполненных страданиями и горем. Не говорят они ничего и об истинных причинах, приводящих к смерти конкретных женщин. Более того, они не позволяют понять, почему в мире, где знания и ресурсы, позволяющие предупредить материнскую смертность, имеются в наличии и доступны, продолжают гибнуть женщины. Хотя важно продолжать отслеживать общие показатели материнской смертности на глобальном, региональном и национальном уровнях, как с точки зрения выявления случаев, так и отстаивания интересов женщин, однако простая статистика в этом вопросе не поможет нам определить, что же можно сделать для предотвращения или недопущения подобных смертей.

Сегодня, когда мы лучше понимаем сложности, связанные с измерением уровней материнской смертности, появляется заинтересованность в выделении более значительной доли ограниченных ресурсов на усилия, направленные на изучение причин этой, все еще существующей, проблемы, а также на предотвращение случаев материнской смертности и тяжелой заболеваемости. Для тех, кто занимается планированием программ, а также для медицинских работников чрезвычайно важно получить ответы на эти вопросы. Для того, чтобы определить, почему умирают матери, были разработаны различные стратегии и инструменты. В данном документе представлены основные имеющиеся подходы и практическое руководство по получению информации, кроющейся за цифрами и выходящей за их рамки, проливающей свет на причины, лежащие в основе материнской смертности, которых можно избежать.

1.2 Назначение настоящего документа

Цель данного документа - помочь в получении информации, которая может быть использована специалистами в области здравоохранения, планирования медицинской помощи и менеджерами для спасения жизней женщин путем совершенствования качества оказываемой помощи. Предлагаемые подходы не ограничиваются подсчетом количества смертных случаев, они способствуют пониманию причин, приводящих к смерти, и путей их предотвращения. Эти подходы могут быть адаптированы к любой стране и любым условиям лицом, отвечающим за охрану материнства. Действия, основанные на результатах проведенных исследований, создают возможность для всех участников процесса планирования и оказания помощи беременным и недавно родившим женщинам осуществить реальные и долгосрочные изменения в жизни женщин, в жизни их семей и сообществ.

В конечном счете, находки, полученные при использовании описываемых в данном руководстве подходов, будут использованы теми людьми, от которых зависит осуществление действий, направленных на изменение и улучшение качества оказания медицинской помощи. Однако эти подходы могут реализовываться всеми проводниками идей безопасного материнства, то есть любым лицом или

организацией, преданной целям сокращения материнской смертности и заболеваемости. Опыт применения данных подходов показал, что хотя поначалу ими часто пользуются в небольших масштабах отдельные энтузиасты, в дальнейшем их можно применять гораздо шире, включая даже национальный уровень.

Комитеты по проблемам материнской смертности и безопасного материнства, равно как и все другие заинтересованные стороны, озабоченные проблемой охраны материнского здоровья, например, международные агентства, неправительственные организации, группы общественности и проводники идей здоровья также смогут воспользоваться информацией, полученной в результате использования этих подходов. Результаты этих исследований могут сыграть мощную пропагандистскую роль и быть взяты на вооружение политиками и людьми, занимающими влиятельное положение, с целью привлечения внимания к проблеме и мобилизации ресурсов на ее решение.

Подходы к изучению материнской смертности, описанные в данном руководстве, разрабатывались для стран с высоким уровнем материнской смертности. Однако изучение этой проблемы также важно и в регионах, где показатель материнской смертности является низким. Как показывает опыт, даже в такой ситуации значительное число случаев материнской смерти происходят из-за отступления от стандартов оказания медико-санитарной помощи, и поэтому могут быть предотвращены.

1.3 Почему умирают матери: новый подход

Настоящее руководство фокусируется именно на выяснении вопроса — почему умирают матери. Например,

Происходит ли смерть потому, что женщины не осознают необходимости в получении помощи, не осознают признаков, указывающих на появление проблем, связанных с беременностью?

или

Это случается из-за отсутствия структур, оказывающих помощь или их недоступности по другим причинам, таким как удаленность, стоимость или социально-культурные барьеры?

или

Не является ли причиной смерти женщин то обстоятельство, что оказываемая им помощь является неадекватной или фактически вредной?

Нахождение ответов на эти вопросы и принятие позитивных мер по результатам исследований зачастую важнее, чем точное знание масштабов материнской смертности. Рассматриваемые в данном руководстве подходы дадут возможность специалистам здравоохранения и органам власти реагировать на эти и другие ответы относительно важных вопросов, касающихся причин смертности женщин во время беременности и родов.

1.4 Важность «рассказа истории женщины»

Рассматриваемые в настоящем пособии подходы по большей части базируются на наблюдении как методе исследований, который принимает во внимание воздействие медицинских и немедицинских факторов, приведших к смерти женщины. Их анализ дает информацию по отдельным медицинским случаям. В обобщенном виде полученные сведения могут указать на тенденции или общие факторы, действие которых можно исправить с помощью принимаемых мер. Они как бы «рассказывают историю» о смерти одной женщины.

Участие в исследованиях, описываемых в этом документе, будь то путем рассказа о вкладе в оказание помощи определенной женщине или путем извлечения информации из медицинских записей, касающихся данного случая, либо путем проведения анонимной оценки, является, по сути, и содержанием, вмешательством в оказание медицинской помощи. Опыт свидетельствует о том, что применение указанных подходов может серьезно повлиять на их пользователей. Зачастую участники исследований получают стимул к изменению методов работы и оказания услуг еще до официальной публикации результатов исследования. Работники службы здравоохранения, которые наглядно убедились в преимуществах таких относительно простых исследований, включая незначительные перемены в местной практике, становятся проводниками идеи изменений. Затем они начинают зажигать своим энтузиазмом других работников, поощряя их к аналогичным действиям на рабочих местах и к распространению основанных на доказательных фактах оптимальных методов работы.

Лица, участвующие в проведении подобных исследований никогда не забывают, что смерть каждой женщины является трагедией личности и трагедией семьи. Не забывают они и о том, что у каждой из женщин была своя неповторимая история, которая заслуживает внимания. Прослеживание ее жизненного пути от дома до медицинского учреждения и описание тех шагов, которые могли бы уберечь ее от смерти, становится личной задачей, приобретающей огромный смысл. В Великобритании с 1954 года признается, что участие в подобном исследовании (имеется в виду конфиденциальное расследование случаев материнской смерти) имеет мощный «побочный эффект». Он заключается в том, что «каждый участник расследований, независимо от своего опыта и места работы, будь то клиническая больница или местный стационар, общественные службы или дом пациента, приобретал полезный просветительский опыт»⁴.

Участие в исследованиях строится также на природном альтруизме человека или коллектива специалистов здравоохранения, готовых безвозмездно отдавать свое время и силы, чтобы изучить уроки, позволяющие помогать в спасении жизни женщин. Осмысливание такого жизненного опыта ведет к самообучению, что не менее, если не более ценно для направления изменений в нужное русло, чем безликая статистическая отчетность.

4 Walker AL et al, Report on confidential enquiries into maternal deaths in England and Wales, “1952-1954”. London, HMSO, 1957 (Reports on public health and medical subjects No. 97).

Но, возможно, одной из наиболее сильных причин для проведения таких исследований, по сообщениям врачей и акушеров, является то личное и неизгладимое впечатление, которое надолго производит смерть знакомой им женщины, отражаясь на практикуемых ими и их медицинскими учреждениями клинических методах работы. Большинство из них говорят, что, оказавшись в ситуации, когда им приходится со всей строгостью оценивать оказанную конкретной женщине помощь, чье лицо они продолжают видеть и чьих убитых горем близких родственников они продолжают помнить, повлияло на изменение методов их работы и впоследствии спасло не одну жизнь.

Фундаментальный принцип, на котором строятся все предлагаемые здесь подходы, состоит в придании особого значения созданию доверительной, как правило, анонимной, не вызывающей опасения атмосферы, в которой участниками излагаются и анализируются факторы, приведшие к гибели женщины. Обеспечение конфиденциальности ведет к открытости в беседах, что создает более полную картину, уточняющую последовательность событий. Участники исследования, в том числе, работники здравоохранения, социальные работники и члены семьи должны быть уверены, что цель исследования одна, и состоит она в спасении жизней, а не в поиске виновных. Обязательным условием для этого должно стать сохранение строгой конфиденциальности и анонимности. Эти исследования направлены только на выявление недостатков в системе здравоохранения, а не на поиск оснований для судебных разбирательств, административных санкций или обвинений.

1.5 Извлечение уроков служит предпосылкой к действиям

Задача применения этих подходов целиком сводится к извлечению уроков и действию на основе полученных результатов. Нет смысла растрачивать ценные ресурсы на сбор информации, которая будет пылиться на полках. Собранная информация должна использоваться для улучшения последствий для здоровья матери и давать возможность специалистам здравоохранения пересмотреть используемые ими или их медицинскими учреждениями практики. Поскольку конечной целью этих исследований являются действия, важно, чтобы в этом процессе активно участвовали лица, обладающие компетенцией осуществлять рекомендуемые изменения. Поэтому с самого начала нужно договориться о том, чтобы полученная информация использовалась для действий.

На основании результатов исследований определяются факторы, если таковые были, которых можно было избежать или которые можно исправить при оказании помощи женщине на уровне клиники, системы здравоохранения или сообщества. Извлеченные уроки помогут проводникам и организаторам медицинской помощи научиться на ошибках прошлого. Они укажут на существующие проблемы и прольют свет на аспекты, нуждающиеся в разработке клинических руководств и рекомендаций, как для сектора здравоохранения, так и для действий на уровне сообщества. По полученным данным, принятым за исходный уровень, можно будет отслеживать успешность изменений, вносимых в практику. Для этого необходим объективный метод, встроенный в систему, позволяющий мони-

торировать выполнение рекомендаций. И здесь заключены два преимущества: стимулирование действий в секторе здравоохранения и напоминание группе, проводящей исследование, о том, что ее рекомендации должны в обязательном порядке строиться на твердых доказательствах.

Все описываемые здесь подходы в результате подведут к рекомендациям об изменениях. Важно, чтобы разработанные рекомендации, особенно в странах с ограниченными ресурсами, были простыми доступными, эффективными и получили широкое распространение. К тому же, они должны базироваться на данных доказательной медицины. Большая часть готовящихся клинических рекомендаций будет иметь много схожего с научно-доказательными протоколами, представленными в руководстве по Интегрированному ведению беременности и родов (ИВБР)⁵, которое может быть адаптировано к местным условиям и незамедлительно введено в практику, без необходимости начинать разработку местных руководств с нуля.

⁵ ИВБР (ИМРАС) является комплексом норм, стандартов и инструментов, которые можно адаптировать и применять на национальном и районном уровнях в поддержку усилий стран по снижению материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Документ распространяется Отделом репродуктивного здоровья и научных исследований ВОЗ в Женеве. За прочей информацией обращаться на вебсайт: <http://www.who.int/reproductive-health/index.htm>)

Глава 2: Подходы

Основные положения

- ✓ Подходы, описанные в данном документе, могут использоваться при изучении случаев материнской смертности, тяжелой заболеваемости и клинической практики.
- ✓ Цель всех этих подходов состоит в снижении уровня материнской и неонатальной смертности и заболеваемости путем улучшения качества оказываемой помощи.
- ✓ Эти подходы могут использоваться на уровне местных сообществ, на уровне лечебно-профилактических учреждений либо на региональном или национальном уровне.
- ✓ Различные подходы пригодны для проведения исследования при различных обстоятельствах или на различных уровнях, а также для анализа различных исходов беременности.

2.1 Введение

Подходы, предлагаемые в данном документе, могут использоваться при анализе самых разнообразных аспектов охраны здоровья, включая структуры здравоохранения, исходы или процессы оказания помощи. В этом документе мы описываем использование подходов для изучения двух специфических медицинских исходов (случаев материнской смерти и случаев, когда женщины пережили осложнения, угрожающие жизни) и одного вида процесса (клинической помощи). Однако важно понимать, что аудит и анализ медицинских случаев могут также использоваться при рассмотрении других исходов беременности (таких, как перинатальные исходы или исходы родов, требующих дополнительных специализированных акушерских вмешательств), и других процессов (например, удовлетворенности пациента), или структур (таких, как доступность лечебно-профилактических учреждений или оборудования). Общие принципы будут одинаковыми, не зависимо от рассматриваемой темы.

В данной главе приводится краткое определение каждой методологии, и высказываются соображения относительно выявления случаев, которые предстоит проанализировать. В ней описываются некоторые ключевые различия между различными подходами и основные предпосылки, которые необходимо учитывать при рассмотрении возможности использования того или иного подхода. Наконец, в ней кратко излагаются все подходы с указанием их главных преимуществ и недостатков. Использование этой информации должно помочь при выборе методи-

ки, наиболее соответствующей каждой конкретной ситуации. В Главе 3 описываются практические вопросы, которые нужно иметь в виду при планировании и осуществлении конкретной методологии.

2.2 Решение о выборе используемого подхода

На решение о том, какой из подходов, описанных в данном документе, использовать, оказывают влияние два соображения, а именно: на каком уровне возможно провести анализ, и что непосредственно будет изучаться. Относительно уровня, по существу имеются пять основных возможностей: можно проводить анализ на уровне местных сообществ (по месту проживания), на уровне медицинских учреждений, а также на районном, региональном или национальном уровнях. При выборе объекта изучения необходимо принять решение относительно того, что будет изучаться: исходы или процессы. Не все уровни одинаково хорошо подходят для изучения всех типов объектов. Например, рассмотрение клинической практики в странах с недостаточными ресурсами осуществимо, скорее всего, на уровне лечебных учреждений и его невозможно осуществить на уровне местных сообществ. С другой стороны, как исходы беременности, так и процесс оказания помощи поддаются рассмотрению на уровне медицинского учреждения. Вряд ли будет возможно изучение случаев тяжелых осложнений на уровне местных сообществ из-за сложности применения стандартного и однозначного определения термина «критический случай». В Рамке 2.1 суммированы различные подходы при изучении различных объектов на различных уровнях.

Рамка 2.1 - Различные подходы при изучении различных аспектов на различных уровнях

Исход Место	Случаи материнской смерти	Тяжелые осложнения	Клиническая практика
На уровне сообщества по месту проживания	Вербальная аутопсия - Исследование смертных случаев на уровне местного сообщества)	Нет	Нет
В медицинском учреждении	Исследование смертных случаев на уровне медучреждения	Исследование критических случаев	Клинический аудит на местном уровне
Национальный /региональный /районный уровни	Конфиденциальное расследование случаев материнской смерти	Конфиденциальное расследование критических случаев	Клинический аудит на национальном уровне

Наиболее простым для изучения исходом беременности принято считать материнскую смертность. Хотя нельзя не согласиться с тем, что это наиболее драматичный из всех неблагоприятных исходов, в то же время он не всегда является наиболее подходящим для изучения с точки зрения статистики. Важное внимание следует уделять количеству случаев, которые необходимо будет изучить. Это количество зависит от распространенности материнской смертности и количества рождений в данной среде, независимо от того, представляет ли данная среда медицинское учреждение или территориальную общность по месту проживания (местное сообщество). В Таблице 2.1 показано ожидаемое число летальных исходов у беременных женщин для различных уровней материнской смертности и количества рождений.

Таблица 2.1 - Ожидаемое число случаев материнской смерти в год

Количество рождений в год в медицинском учреждении или в местном сообществе ^а	Ожидаемое число материнских смертей в год ^б для данного показателя материнской смертности (ПМС - число случаев материнской смерти на 100 000 живорождений) и количества родов в год			
	МС 200	МС 400	МС 600	МС 800
260	0.5	1.0	1.6	2.1
520	1.0	2.1	3.1	4.2
1300	2.6	5.2	7.8	10.4
2600	5.2	10.4	15.6	20.8
5200	10.4	20.8	31.2	41.6

До принятия решения относительно использования показателя материнской смертности в качестве исхода, подлежащего анализу важно представить вероятное число случаев материнской смерти, имеющих место в данных условиях. Если их число чрезмерно, то это приведет к неуправляемому и трудоемкому исследовательскому процессу и потребует слишком большого расхода времени и ресурсов, хотя, конечно, возможно ограничить анализ рассмотрением только основных причин смерти. С другой стороны, слишком малое количество случаев материнской смерти снизит возможность обобщения результатов. В то время, как в каждом анализируемом случае имеется, конечно, что-то, заслуживающее изучения, более полезным было бы рассмотрение целой серии смертных случаев, что позволит в большей степени применить аналитический подход к изучению причин, определяющих факторов и факторов, которых можно было бы из-

а В местном сообществе точная информация о количестве рождений может быть недоступна, но оно может оцениваться от общей численности населения и показателя рождаемости. Ожидаемое число рождений = (общая численность населения) x (показатель рождаемости).

б Ожидаемое число случаев материнской смерти = (показатель материнской смертности) x (число родов в год).

бежать. В каждом отдельно взятом медицинском учреждении целесообразно рассмотреть примерно от 10 до 20 смертных случаев за определенный период времени. На районном уровне должно быть возможным проведение анализа большего числа случаев смертности, взятых из репрезентативной выборки медицинских учреждений. На национальном уровне количество анализируемых смертных случаев может быть еще больше.

Однако там, где уровни материнской смертности и рождаемости высоки и где, соответственно, очень большое число случаев материнской смертности доступны для изучения, часто представляется желательным отбор репрезентативной выборки, предназначенной для детального исследования вместо попытки изучить все случаи. Отбор медицинских случаев может осуществляться либо по районному принципу, либо по медицинскому учреждению, хотя следует позаботиться, чтобы выборка действительно отражала, с точки зрения репрезентативности, совокупность населения в целом. В условиях, когда случаи материнской смертности редки, может оказаться целесообразным накопить отчеты за несколько лет с тем, чтобы сделать некоторые общие заключения. В этих обстоятельствах часто бывает уместным использовать альтернативные исходы для анализа, такие как критические состояния, или исходы для новорожденных.

2.3 Преимущества и недостатки различных подходов

В данном руководстве представлены пять подходов к получению информации относительно исходов беременности и охраны материнского здоровья. Подходы представлены в восходящем порядке с учетом уровня, на котором было предпринято изучение, начиная с уровня местного сообщества (по месту проживания) и медицинского учреждения, поднимаясь до регионального или национального уровней. Три подхода сосредоточены на изучении материнской смертности: вербальная аутопсия (анализ случаев на уровне сообщества), анализ случаев на уровне лечебного учреждения) и конфиденциальное расследование (Главы 4, 5, 6). Глава 7 посвящена анализу случаев, когда женщина выживает после серьезных акушерских осложнений (тяжелая заболеваемость). Фактически, случаи тяжелой заболеваемости могут рассматриваться как исход, представляющий интерес для изучения на уровне медицинского учреждения, конфиденциального расследования или стать предметом клинического аудита. Глава 8 описывает процесс клинического аудита, который сосредоточен на анализе содержания и качества помощи, предоставляемой женщинам со специфическими клиническими состояниями, оцененной относительно существующих критериев или стандартов, а не просто на анализе исходов с точки зрения материнской смертности. В таблицах 2.2 - 2.5 приведены операционные определения для каждого из подходов, представленных в Главах 4 - 8, а также присущие им преимущества и недостатки. В Главе 3 описываются основополагающие принципы проведения исследований и ключевые практические вопросы, в целом применимые ко всем подходам.

2.3 Принципы адаптации

Дальнейшее поэтапное описание того, как следует принять и адаптировать конкретные методики содержится в отдельных главах, посвященных каждому из подходов. Поэтапные процедуры не могут быть напрямую применимы во всех странах и медицинских учреждениях, и поэтому читатели должны адаптировать методологию в соответствии с их собственными ресурсами и требованиями. Варианты изменений в подходах, удовлетворяющие определенным обстоятельствам, рассматриваются в каждой главе, а в Главе 3 выявлены общие для всех связующие принципы. На компактном диске, доступном вместе с руководством «Что кроется за цифрами» содержатся образцы конкретных анкет и другие инструменты, которые были разработаны и использовались в ряде ситуаций для многих из этих подходов и которые могут свободно адаптироваться и использоваться теми, кто хотел бы провести такие исследования.

Таблица 2.2 - Определение, преимущества и недостатки изучения случаев материнской смертности на уровне местного сообщества (вербальная аутопсия - выяснение и анализ обстоятельств смерти), как они изложены в Главе 4

Изучение случаев материнской смерти по месту проживания (вербальная аутопсия - выяснение и анализ обстоятельств смерти)

Операционное определение: Метод выявления медицинских причин смерти и установления личных, семейных или социальных факторов, которые, возможно, сыграли роль в смерти женщины, скончавшейся вне медицинского учреждения. Вербальная аутопсия позволяет идентифицировать случаи смерти, произошедшие в местном сообществе. Метод состоит в опросе людей, которые могут что-либо знать о событиях, приведших к смерти, например, членов семьи, соседей, традиционных повитух.

Метод может также использоваться для выявления факторов, приводящих к смерти, которая произошла в условиях медицинского учреждения.

Предпосылки: Анализ требует сотрудничества с семьей умершей женщины и проявления чуткости при обсуждении обстоятельств смерти.

Преимущества	Недостатки
В условиях, когда большинство женщин умирают дома, вербальная аутопсия представляет собой способ выявления медицинских причин смерти.	Медицинские причины, установленные с помощью вербальной аутопсии не являются точными, поскольку различные эксперты могут прийти к различным выводам относительно медицинских причин смерти.

<p>Он позволяет исследовать медицинские и немедицинские факторы при анализе событий, приведших к смерти женщины, и тем самым обеспечивает создание более всесторонней картины действия факторов, обусловивших смерть.</p> <p>Вербальная аутопсия дает уникальную возможность учесть мнение семьи и других проживающих на данной территории лиц относительно доступности медицинского обслуживания и его качества с целью улучшения деятельности служб по охране здоровья матери.</p>	<p>Определение факторов, которых можно было избежать, в значительной степени базируется на субъективном суждении и зависит от большого числа составляющих. Причины смерти, называемые опрашиваемыми, не являющимися профессионалами, не всегда совпадают с причинами, указанными в свидетельствах о смерти.</p> <p>Особенно беспокоит неполнота информации, касающейся смерти в ранние сроки беременности и смерти от непрямых причин, хотя последние могут также быть и завышенными.</p>
--	---

Таблица 2.3 - Определение, преимущества и недостатки метода исследования случаев материнской смерти в медицинских учреждениях, как они изложены в Главе 5

<p>Исследование случаев материнской смерти в медицинских учреждениях</p>	
<p>Операционное определение: Качественное детальное исследование причин и обстоятельств, вызвавших случаи материнской смерти в медицинских учреждениях. Первоначально случаи смерти идентифицируются на уровне медицинского учреждения, но затем, по возможности, выявляется сочетание факторов имевших место в медицинском учреждении и по месту проживания, способствовавших летальному исходу, а также тех из них, которых можно было избежать.</p>	
<p>Предпосылки: Для проведения данного анализа требуется сотрудничество с лицами, оказывавшими медицинскую помощь женщине, и их готовность точно изложить информацию о ведении данного случая.</p>	
Преимущества	Недостатки
<p>Идея об анализе случаев материнской смерти, имевших место в медицинских учреждениях, не нова, и уже, возможно, является обычной практикой. Таким образом, можно будет легко заручиться одобрением и поддержкой в процессе проведения такого анализа в конкретном медицинском учреждении.</p>	<p>Анализ случаев материнской смерти в медицинских учреждениях не является столь систематичным, как клинический аудит, и может дать настолько большой объем информации, что ее бывает трудно понять и обобщить.</p> <p>Исследование требует наличия заинтересованных и квалифицированных работников медицинского учреждения для осуществления процесса и следования всем рекомендациям.</p>

Исследование способствует воссозданию более полной картины обстоятельств, сопутствовавших смерти женщины в медицинском учреждении, благодаря дополнительной информации относительно факторов, которых можно было избежать в медицинском учреждении и, где это возможно, дополнительной информации с места проживания.

Поскольку подобные исследования чаще всего проводятся персоналом самого учреждения, то анализ случаев материнской смерти в местных стационарах обходится обычно дешевле, чем использование других исследовательских методов.

Процесс анализа дает хорошую учебную практику для сотрудников всех категорий. Проведение исследования не требует изначального наличия письменных согласованных стандартов оказания помощи, но оно может стимулировать дополнительные расследования и повлечь за собой действия, которые могут включать установление стандартов.

Анализ случаев материнской смертности не содержит информации по случаям с летальным исходом вне медицинского учреждения.

Больничные управленцы и администраторы должны оказывать поддержку персоналу, в частности, помогать проследить обстоятельства этих случаев по месту проживания, для чего – предоставлять транспорт или денежные средства на оплату проезда общественным транспортом.

Могут возникнуть сложности с отслеживанием местонахождения семьи покойной женщины иногда потому, что в результате ее смерти близкие принимают решение о переезде.

Таблица 2.4 - Определение, преимущества и недостатки конфиденциальных расследований случаев материнской смерти, как они изложены в Главе 6

Конфиденциальные расследования случаев материнской смерти

Операционное определение: систематическое мультидисциплинарное анонимное исследование всех случаев или репрезентативной выборки случаев материнской смерти на местном, региональном (уровень штата) или национальном уровне, в ходе которого выявляется количество случаев смерти, причины, а также связанные с ними факторы, которых можно избежать или исправить. Анализируя уроки, извлеченные из каждого случая смерти женщины, и объединяя данные, такие расследования указывают на то, в чем кроются трудности решения проблемы материнской смертности. В них анализируются пути разрешения проблемы с практической точки зрения и высвечиваются ключевые области, требующие рекомендаций для сектора здравоохранения и действий со стороны населения, а также разработки руководств, с целью достижения лучших клинических исходов.

Предпосылки: Предпосылки: Наличие либо действующей статистической инфраструктуры (свидетельств о рождении и смерти, анализа статистических данных о рождаемости и смертности, человеческих ресурсов, медицинских статистиков и т.д.), либо специалистов, назначенных от каждого медицинского учреждения регулярно представлять сведения о случаях материнской смерти в службу расследований.

Преимущества	Недостатки
<p>Конфиденциальное расследование может дать рекомендации более общего политического характера, чем те, которые можно получить от расследования, проводимого только в стенах конкретных стационаров. Оно способно более полно представить картину материнской смертности, нежели та, которая воссоздается на основе статистических данных о рождаемости и смертности, неизменно выявляя большее количество случаев материнской смертности, чем количество, идентифицированное только системой демографической статистики.</p> <p>Поскольку данные исследований публикуются и поступают в распоряжение широкой общественности, их можно использовать для оказания давления в целях улучшения качества оказываемой помощи. Целью расследования является извлечение уроков на будущее, а его выводы могут широко распространяться для использования различными группами общественности.</p> <p>Заинтересованность правительства определяется участием региональных и национальных отделов здравоохранения в проведении исследований. Такое участие должно привести к тесному сотрудничеству между теми, кто вырабатывает политику, и теми, кто предоставляет услуги. Абсолютное число случаев смерти рожениц зачастую не слишком велико даже в том случае, когда уровень материнской смертности относительно высок. Эта ограниченная численность случаев позволяет проводить детальные исследования.</p>	<p>Конфиденциальное расследование представляет информацию только о фактах материнской смерти (числитель). В нем не содержится сведений, характеризующих всех рожавших женщинах.</p> <p>Там, где уровень материнской смертности высок и численность населения большая, может оказаться значительное число случаев материнской смерти, что усложнит анализ случаев и затянет процедуру. Эту проблему можно решить путем проведения детального анализа репрезентативной выборки случаев материнской смерти.</p> <p>Полнота и ценность исследования снижается, если оно сосредоточено только на медицинских аспектах и не касается основных демографических и социально-экономических факторов, способствующих материнской смертности, таких как бедность, недостаточное питание или географические условия.</p> <p>Конфиденциальное расследование требует заинтересованности всех участников и может быть высоко затратным в отношении ресурсов.</p>

Таблица 2.5 - Определение, преимущества и недостатки изучения тяжелых случаев заболеваемости, как они изложены в Главе 7

Исследование случаев тяжелой заболеваемости

Операционное определение: Западно-Африканская сетевая структура по аудиту использует следующее общее определение тяжелой заболеваемости: «это случай, когда любая беременная или недавно родившая женщина (в течение шести недель после окончания беременности или родов), жизни которой существует непосредственная угроза, выживает лишь благодаря случаю или полученной в больнице помощи». Для выявления случаев из историй болезни потребуется более узкое операционное определение.

Предпосылки: Высококачественная система медицинской регистрации данных, культура ведения больного, при которой угрожающие жизни состояния могут свободно обсуждаться в коллективе без опасения сотрудников подвергнуться обвинению, а также готовность администрации и врачебного персонала действовать согласно сделанным выводам.

Преимущества

Случаи тяжелой заболеваемости встречаются чаще, чем случаи смертности, и позволяют проводить качественный анализ факторов, которых можно избежать. Изучение медицинских случаев среди женщин, которые пережили угрожающие жизни осложнения и были спасены, может вызывать меньшие опасения у медицинских работников, чем изучение случаев смерти. Есть возможность помимо близких, например, членов семьи, опросить саму женщину. Анализ случаев тяжелой заболеваемости может помочь получить дополнительную, полезную информацию о качестве предоставляемой помощи. Вероятность повторения угрожающих жизни предотвращаемых состояний и состояний, завершающихся смертью, можно резко снизить при правильном подходе к использованию рекомендаций аудита.

Недостатки

Случаи тяжелой заболеваемости обычно могут быть выявлены только в медицинских учреждениях. Выявление тяжелых случаев материнской заболеваемости требует применения сложных механизмов и четких определений. Определить угрожающие жизни тяжелые акушерские состояния непросто. Для этого требуются согласованные усилия со стороны всех участников аудита или анализа медицинских случаев. Для выявления случаев может потребоваться просмотр большого количества регистрационных журналов и медицинских карт в каждом стационаре. В условиях с высоким количеством угрожающих жизни случаев для детального исследования потребуются критерии отбора случаев (например, сосредоточиться на событиях, происходящих в выходные дни или на определенном виде осложнения). Имеется возможность опросить самих женщин, но перед проведением интервью следует заручиться их согласием. Это может вызвать их обеспокоенность по поводу качества полученной помощи.

Таблица 2.6 -

Определение, преимущества и недостатки клинического аудита, основанного на критериях, как они изложены в Главе 8

Клинический аудит	
<p>Операционное определение: Клинический аудит — это “процесс улучшения качества, направленный на улучшение оказания помощи и исходы для пациентов путем систематического анализа оказываемой помощи на соответствие четким критериям, и внедрения изменений. Осуществляется отбор и систематическая оценка каких-либо аспектов процессов и исходов на соответствие четко определенным критериям. Там, где это показано, проводятся изменения на индивидуальном, групповом уровне или на уровне службы, а далее используется система мониторинга для подтверждения улучшений в оказании медицинской помощи”.</p>	
<p>Предпосылки: Необходимо, чтобы было возможно выявить соответствующие случаи из регистрационных записей медицинского учреждения и извлечь записи из медицинских карт. Медицинский персонал должен быть готов к открытому обсуждению ведения медицинских случаев и применению обновленных протоколов оказания помощи.</p>	
Преимущества	Недостатки
<p>Элемент участия в клиническом аудите обеспечивает эффективность механизма внесения положительных изменений в медицинскую помощь.</p> <p>Клинический аудит является прекрасным инструментом обучения и при правильном проведении не подразумевает наказания. Он обеспечивает непосредственную обратную связь с персоналом медицинского учреждения по вопросам лечебной практики и ее применения, а совместные действия в рамках процесса обеспечивают персоналу помощь в выявлении реальных средств совершенствования деятельности.</p> <p>Он может инициироваться на местном уровне и приводит к получению информации, соответствующей местным условиям и пригодной к безотлагательному применению.</p> <p>Он может оказаться менее дорогостоящим, чем другие формы аудита, поскольку извлечение необходимых данных вполне способен осуществлять немедицинский персонал.</p>	<p>Клинический аудит ограничивается анализом помощи в том медицинском учреждении, где она оказывается, и не может касаться вопросов, имеющих отношение к сообществу.</p> <p>Клинический аудит одномоментно может быть направлен на изучение лишь некоторых причин летального исхода и не дает полной картины всех случаев материнской смерти.</p> <p>Некоторые из медицинских специалистов могут оказаться не знакомыми с понятиями доказательной медицины и аудита, которые могут вызвать у них чувство опасения. Может понадобиться проведение семинарских занятий для ознакомления с концепцией доказательной медицины и рассеивания их опасений.</p> <p>Для осуществления аудита требуется наличие соответствующего набора критериев или их разработка применительно к местным условиям.</p>

Он обеспечивает структурный подход к сбору информации и связан с менее субъективной оценкой ведения медицинского случая, чем при использовании метода исследования смертных случаев в медицинском учреждении или, скажем, при конфиденциальном расследовании.

Процесс аудита может помочь высветить имеющиеся просчеты как в системе ведения стационарных медицинских карт пациенток, так и в системе их хранения.

При проведении аудита потребуются помощники из числа немедицинского персонала (обычно регистраторы) для поиска медицинских карт пациентов и извлечения из них нужной информации.

Должна быть проявлена готовность, замкнуть кольцо аудита хотя бы еще одним этапом анализа практики.

Глава 3: Практические вопросы применения данных подходов

Авторы: Gwyneth Lewis, Директор службы по конфиденциальным расследованиям случаев материнской смерти, Великобритания, Cynthia Berg, научный сотрудник по вопросам охраны здоровья матери Отдела репродуктивного здоровья Центра по контролю заболеваний, Атланта, США

Основные положения

- ✓ Все подходы, предлагаемые в данном руководстве, основаны на общих принципах, но каждый из подходов также имеет свои задачи и предъявляет определенные требования.
- ✓ Цель этих подходов состоит в том, чтобы стимулировать действия, направленные на сокращение материнской смертности и заболеваемости. Без потребности в совершенствовании нет смысла расходовать дефицитные и ценные ресурсы на проведение каких-либо из этих исследований.
- ✓ Предлагаемые действия могут включать мероприятия на уровне местных сообществ, а также затрагивать клиническую практику и деятельность служб здравоохранения.
- ✓ Крайне важно, чтобы в процесс изучения с самого начала включились лица, располагающие возможностью для продвижения необходимых изменений и влияния на их осуществление.
- ✓ Важным определяющим фактором отбора необходимой информации, на основе которой строятся заключительные рекомендации, является качество имеющихся записей в медицинских картах пациенток.

3.1 Введение

Все подходы, описанные в данном руководстве, имеют ряд общих ключевых моментов и принципов, которые будут рассмотрены ниже. Исходная информация, содержащаяся в этой главе, будет иметь практическую ценность при использовании любого из подходов, и читателям предлагается обращаться к этой главе всякий раз, когда планируется применить какой-либо из этих подходов. Более специфическая информация, касающаяся использования той или иной конкретной методологии, приводится в отдельных главах. Общие для всех подходов вопросы и принципы включают:

- ◆ Общие требования к информации
- ◆ Цикл наблюдения.
- ◆ Принятие решения о выборе подхода.
- ◆ Определение понятия материнской смертности.
- ◆ Выявление случаев материнской смерти.
- ◆ Планирование и внедрение подхода.
- ◆ Анализ результатов.
- ◆ Преобразование результатов в действия.
- ◆ Выработку и распространение рекомендаций.
- ◆ Оценку.
- ◆ Обеспечение конфиденциальности и этико-правовых норм.

3.2 Общие требования к информации

Для сокращения уровня материнской смертности потребуются самая разнообразная информация и различные виды действий. Необходимая информация включает сведения, имеющие отношение к масштабу проблемы и тем, на ком эта проблема отражается (уровни / численность); а также сведения о факторах, непосредственно влияющих на возникновение проблемы или способствующих ее проявлению, что может привести к выявлению потенциальных решений (определяющие факторы и меры). Нужна также информация для планирования, осуществления и оценки мер, благодаря которым можно будет снизить остроту проблемы (ход выполнения). Все эти виды информации способны привлечь внимание к проблеме материнской смертности (привлечение сторонников ее решения). Ни один механизм сбора данных не может обеспечить получение информации для удовлетворения всех этих потребностей, поэтому в данном руководстве предлагается информация о тех данных, наличие которых в первую очередь поможет в улучшении качества медицинской помощи в конкретных обстоятельствах.

При рассмотрении вопроса о выборе методологии важно выявить, какими видами информации о материнской смертности и тяжелой заболеваемости мы уже располагаем в каждом конкретном случае. Лица, участвующие в планировании здравоохранения, менеджеры и медицинские специалисты имеют доступ к множеству источников и видов информации, которая должна помочь им в выявлении сильных и слабых сторон системы охраны материнства и которую они могут использовать в деятельности по планированию и управлению. Эпидемиологические данные, полученные, например, в результате демографических или медицинских исследований, переписи населения, изучения систем регистрации гражданского состояния, дают представление относительно населения в целом, включая сведения об уровне материнской смертности, охвате службами охраны материнства, знаниях, отношении и практиках в обществе. Повседневные мероприятия и системы сбора информации в области здравоохранения, проводимый анализ ситуации в лечебных учреждениях, а также оценка потребностей в области охраны здоровья матери предоставляют информацию относительно работы служб здравоохранения, касающуюся, например, инфраструктуры, ресурсов здравоохранения и методов медицинской помощи, практикуемых в лечебных учреждениях.

3.3 Цикл наблюдения

При любом подходе, предназначенном для исследования проблем материнской смертности или заболеваемости, или клинической практики с целью укрепления материнского здоровья в качестве руководящего принципа используется цикл наблюдения. Он состоит в постоянном процессе выявления медицинских случаев, сборе и анализе информации, использовании ее для выработки рекомендаций к действиям и оценке результатов (Рисунок 3.1). Конечная цель процесса наблюдения – действие, а не просто подсчет случаев и вычисление процентов. Все эти шаги - выявление, сбор и анализ данных, действие и оценка - являются очень важными, и должны осуществляться на постоянной основе для того, чтобы оправдать затраты и что-либо реально изменить.

Рисунок 3.1 - Цикл наблюдения за случаями материнской смертности и заболеваемости



3.4 Принятие решения о выборе подхода

Подходы, описанные в данном руководстве, могут использоваться в различных ситуациях, от уровня местных сообществ и медицинских учреждений до районного, регионального или национального уровня. При планировании исследования нужно рассмотреть целый ряд вопросов:

- ◆ Какова цель изучения?
- ◆ Как будут выявляться медицинские случаи?
- ◆ Где и кем будут исследоваться случаи?
- ◆ Сколько случаев ожидается и какова будет вероятная рабочая нагрузка?
- ◆ Какими ресурсами мы располагаем?
- ◆ Кто может предпринять действия по результатам?
- ◆ Что или кто может стать движущей силой изменений?
- ◆ Кто является ключевыми участниками?

Все вышеназванные факторы должны приниматься во внимание при планировании выбранного подхода. Число случаев, выбранных для анализа, будет зависеть от числа идентифицированных случаев и наличия ресурсов. Это число должно быть достаточно большим, чтобы обеспечить информацию относительно разнообразия факторов, связанных со смертельными исходами или серьезной заболеваемостью, и позволить сделать заключения. К другим факторам, которые могут определять выбор методологии, относятся:

- ◆ Наличие заинтересованности у политических деятелей, руководства, управленческого звена и работников сферы здравоохранения на местном, региональном или национальном уровнях.
- ◆ Существующая информация относительно причин материнской смертности, заболеваемости и клинических практик в конкретных странах, учреждениях здравоохранения или местных сообществах, а также данные о более высоком уровне смертности и заболеваемости, превышающем средние показатели в отдельных регионах.
- ◆ Существующие данные относительно динамики смертности по конкретным причинам. Существует ли тенденция к снижению значимости определенных причин смерти, или таковая не проявляется, несмотря на осуществление местных или национальных стратегий?
- ◆ Наличие ресурсов и специальных знаний для проведения таких исследований.

Обследования на уровне местного сообщества

Там, где большое число женщин умирают дома, вне учреждений здравоохранения, особую трудность представляет выявление основных причин смерти и факторов, которые можно было бы предотвратить. Однако анализировать эти смертные случаи не менее важно, так как они могут давать уникальную возможность для понимания влияния медицинских и немедицинских факторов и препятствий, влияющих на оказание помощи и приведших к смерти женщины. Такие препятствия могут заключаться в недопонимании необходимости получения медицинской помощи, наличии культурных норм и убеждений, применении опасных или несоответствующих ситуации традиционных практик, недостатке медицинских учреждений или транспортных средств или в недоступности медицинской помощи с финансовой точки зрения. В таких обстоятельствах обычно используется подход, называемый вербальной аутопсией - выяснение и анализ обстоятельств смерти (анализ случаев смертности по месту проживания). Меры, принимаемые по результатам анализа случаев смерти в местном сообществе, могут спасти жизнь женщин не только благодаря продвижению тех или иных идей меди-

цинского просвещения с целью улучшения осведомленности населения и повышения его знаний, но также за счет изменения клинических практик и реорганизации обслуживания на местах с целью повышения его приемлемости, досягаемости и доступности.

Анализ случаев по месту проживания обычно основывается на сведениях, выявленных местными работниками здравоохранения или сообщенных традиционными повитухами, и проводится с помощью опросов среди родственников женщины. Анкеты могут быть структурированными (интервьюер заранее написал вопросы, которые и зачитывает), с открытыми ответами (интервьюер выслушивает респондента без заготовленного плана), либо полуструктурированными (интервьюер имеет список интересующих его областей или вопросов, которые должны быть охвачены, и подводит отвечающего к этим темам). Структурированные интервью лучше подходят для сбора количественных данных в тех областях, о которых уже многое известно, а потенциальные ответы могут быть заранее внесены в список. Менее структурированные интервью наиболее пригодны, когда предпринимается попытка обнаружить причины того или иного поведения или проследить сложную последовательность событий.

Анализ смертности в учреждениях здравоохранения

Часто сами работники здравоохранения хотят провести или уже проводят анализ в собственных учреждениях здравоохранения с целью совершенствования методов оказания помощи в местных условиях. Для этого не обязательно требуются решения региональных или национальных работников в области планирования здравоохранения или профессиональных организаций. Проведение анализа случаев материнской смерти на уровне медицинских учреждений является наиболее простым, из такого рода исследований, и уже осуществляются во многих медицинских учреждениях, как составная часть применяемых хороших практик. Для анализа некоторых клинических практик работники системы здравоохранения могут инициировать клинический аудит, во время которого оказываемая женщине помощь соизмеряется относительно существующих лучших клинических руководств или стандартов. Оба указанных подхода могут использоваться для анализа случаев тяжелой заболеваемости. По мере усложнения подходов растет потребность в целом ряде вещей, таких как письменные руководства по ведению практики, определения понятия «тяжелой заболеваемости», дополнительные ресурсы и персонал, имеющий опыт применения этих подходов.

В рамках подходов, основанных на изучении случаев смертности в медицинских учреждениях, могут рассматриваться как клинические, так и неклинические аспекты оказания помощи женщине. Использование этих подходов главным образом способствует положительным изменениям в клинической практике на местах, но может также улучшить общую организацию и процесс оказания помощи в учреждении здравоохранения. Однако результаты могут пригодиться для использования только в местных условиях.

Самые большие возможности для воздействия на женские судьбы таит в себе методология конфиденциального расследования случаев материнской смерти. Эти расследования касаются всех случаев или репрезентативной выборки случаев материнской смертности в определенном городе, области, регионе или стране и содержат рекомендации, как по клиническим практикам, так и по обслуживанию, подходящие для широкого распространения. Эти расследования требуют поддержки заинтересованных лиц, работающих на том уровне, где они могут влиять на разработку политики и руководящих принципов. Принадлежность заинтересованных лиц к различным группам системы здравоохранения позволяет разрабатывать или пересматривать, распространять и внедрять профессиональные клинические руководства. Конфиденциальные расследования, кроме того, обеспечивают данными работников в области планирования здравоохранения и политических деятелей, чтобы те могли использовать эту информацию для замены старой или разработки новой политики, и повышения уровня инвестиций в тех сферах здравоохранения, где они могут давать наивысшую отдачу.

Успех конфиденциальных расследований зависит от участия в них медицинских специалистов и требует постоянной заинтересованности со стороны лиц, принимающих политические решения, и профессиональных организаций, способных повлиять на изменения. Подобные расследования, при условии их правильного проведения и следования их выводам, предлагают самую широкую возможность, по сравнению с остальными обсуждаемыми здесь подходами, для самого благотворного влияния на сохранение жизни женщин.

Имеется множество способов организации конфиденциальных расследований. При некоторых обстоятельствах детальное расследование смертных случаев может быть ограничено изучением некоторых причин смерти или некоторых секторов системы здравоохранения, например, учреждений общественного здравоохранения в странах, где доступ к медицинским регистрационным картам в частных медицинских учреждениях закрыт. В больших странах или странах с очень высокими уровнями материнской смертности более целесообразной может быть организация расследований на уровне региона или области. Еще одним возможным способом является вариант, когда детальному рассмотрению подвергаются только две-три основные причины смерти и инвалидизации, которых можно избежать, но при этом продолжают регистрироваться основные данные относительно всех случаев материнской смертности. Конфиденциальные расследования также применимы и в отношении случаев тяжелой заболеваемости.

3.5 Определения понятия материнской смертности

Хотя рассматриваемые в данном руководстве подходы могут включать анализ случаев материнской заболеваемости или клинических практик, большая их часть используется при анализе случаев материнской смертности. Поскольку методы для определения случаев тяжелой материнской заболеваемости в настоящее время не достаточно разработаны, в последующих разделах мы ограничим-

ся определением и выявлением случаев материнской смертности. Вопросы, связанные с тяжелой заболеваемостью рассматриваются в Главе 7.

Прежде чем выявлять случаи материнской смертности, важно понять смысл определений. Материнской смертностью, как определено в Международной Статистической Классификации Болезней и Проблем, Связанных со Здоровьем девятого и десятого пересмотра (МКБ), называется “смерть женщины во время беременности или в пределах 42 дней после завершения беременности, независимо от продолжительности и локализации беременности, от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины”.

Это означает, что существует как временная, так и причинная связь между беременностью и смертью. В момент наступления смерти женщина могла быть беременной, то есть она умерла до родов, или ее беременность могла завершиться рождением живого или мертвого ребенка, спонтанным или индуцированным абортom, или внематочной беременностью на протяжении предыдущих 6 недель. При этом беременность могла иметь различную продолжительность.

Кроме того, смерть была вызвана тем фактом, что женщина была беременной в данный или предшествовавший период. Причиной смерти явилось или осложнение беременности, или ухудшение состояния, вызванное беременностью, или что-то, что произошло в ходе ведения беременности. Другими словами, если бы женщина не была беременной, она бы не умерла.

Случаи материнской смертности могут быть далее подразделены на группы (Таблица 3.1). Случаи материнской смерти от прямой причины, то есть от причины, непосредственно связанной с беременностью — это случаи смерти в результате акушерских осложнений или оказания помощи при них. Они являются уникальными для беременности, встречаются во время беременности, родов или послеродового периода. Случаи материнской смерти от косвенной причины, то есть от причины, не связанной с беременностью — это те случаи, которые являются результатом существовавшей ранее болезни или болезни, развившейся во время беременности, которые не связаны с непосредственно акушерской причиной, но при которых имело место ухудшение течения заболевания, вызванное физиологическим воздействием беременности. Примеры смертных случаев от косвенных причин, то есть причин, не связанных с беременностью включают смерть от эпилепсии, диабета, сердечно-сосудистых заболеваний и гормонально-зависимых злокачественных новообразований. Служба конфиденциальных расследований случаев материнской смерти Великобритании также классифицирует большинство смертных случаев в результате самоубийства как смертные случаи от косвенной, то есть не связанной с беременностью причины, поскольку они обычно происходят из-за послеродового психического расстройства, хотя это не признано в МКБ при кодировании таких смертных случаев. В Соединенных Штатах Америки случаи самоубийства во время беременности или в течение года после окончания беременности кодируются как связанные с беременностью только в тех случаях, когда связь между беременностью и смертью с очевидностью удостоверяется свидетельством о смерти, как, например, в случаях смерти вследствие послеродовой депрессии.

В некоторых странах одной из ведущих причин смерти среди беременных или недавно родивших женщин может быть ВИЧ-инфекция. Взаимоотношения между ВИЧ-инфекцией и беременностью сложные, но вообще эти смертные случаи, особенно в развивающихся странах, должны быть расценены как произошедшие от косвенной, то есть не связанной с беременностью причины. Хотя включение смертных случаев от ВИЧ может увеличивать «рабочую нагрузку» на некоторые из этих подходов, важно включать их всюду, где возможно, поскольку они представляют собой задачу, которую предстоит решать руководителям программ и исполнительным кадрам системы здравоохранения.

Случаи смерти, которые могли бы иметь место, даже если женщина не была бы беременной, то есть от случайных причин или совпадения обстоятельств, не считаются случаями материнской смертности. МКБ классифицирует их как случаи материнской смерти от стечения обстоятельств. Здесь мы будем называть их смертью от случайно возникшей причины.

Таблица 3.1 Определения материнской смертности

Материнская смертность*	Смерть женщины во время беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины.
Материнская смерть от прямой причины, непосредственно связанной с беременностью*	Смерть в результате акушерских осложнений, связанных с беременностью (во время беременности, родов и послеродового периода), а также в результате вмешательств, упущений, неправильного лечения или в цепи событий, последовавших за любой из вышеперечисленных причин.
Материнская смерть от косвенной причины, не связанной с беременностью*	Смерть в результате существовавшей прежде болезни или болезни, развившейся в период беременности, вне связи с непосредственной акушерской причиной, но отягощенной физиологическим воздействием беременности.
Поздняя материнская смертность**	Смерть, наступившая после аборта, выкидыша или родов, начиная с 43 дня и до истечения одного года после завершения беременности. Причины могут быть как прямыми, так и косвенными.
Случаи смерти, связанные с беременностью**	Смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после окончания беременности, независимо от причин.
Смерть от стечения обстоятельств*** или от случайно возникшей причины	Смерть в период беременности или в послеродовой период от причины, не имевшей отношения к беременности.
* МКБ 9	
** МКБ 10	
*** МКБ 9 классифицирует эти смертные случаи как смерть от стечения обстоятельств	

В МКБ-10 введены два новых термина, относящиеся к материнской смертности. Один из них — *смерть, связанная с беременностью*, определяемая как смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после родов, независимо от причины смерти. Подобно случаям материнской смертности, случаи смерти, связанной с беременностью, могут сочетаться с любым исходом беременности и могут происходить в любой гестационный срок. Различие состоит в том, что смертные случаи, связанные с беременностью, включают смерть от любой причины, в том числе от несчастного случая и от случайно возникшей причины.

В странах с низкими уровнями качества медицинского свидетельствования причин смерти или там, где большое количество смертных случаев происходит вне медицинских учреждений, часто бывает трудно определить, была ли смерть причинно связана с беременностью или нет. Поскольку доля смертных случаев во время беременности или в течение 42 дней после окончания беременности, вызванных осложнениями беременности, чрезвычайно высока, особенно в развивающихся странах, использование термина «смерть, связанная с беременностью», позволяет идентифицировать и подсчитывать случаи смерти среди женщин, даже если причина не может быть определена.

Другой новый термин, введенный в МКБ-10, — *поздняя материнская смертность*, определяемый как смерть женщины от прямых акушерских, связанных с беременностью, или косвенных, не связанных с беременностью, причин после истечения 42 дней, но не позднее одного года после окончания беременности. Выявление случаев поздней материнской смертности позволяет принимать во внимание те случаи смерти, когда проблемы у женщины начались во время беременности, даже если она прожила дольше 42 дней после ее окончания.

Подходы, которые опираются на качественную информацию, собранную только на уровне сообщества, направлены на выявление *смертных случаев, связанных с беременностью*. Это происходит потому, что такие подходы, то есть те, которые стремятся выявить случаи смерти по месту проживания, с достоверностью способны определить только временную связь между беременностью и смертью и не позволяют определить истинную причину смерти. Уточнение конкретных причин смерти, особенно косвенных или случайных / не связанных с беременностью причин, является очень трудным делом, поскольку к нему привлекается население, которое не является источником профессиональной медицинской информации, поэтому сюда предпочтительнее включать все смертные случаи во время беременности и в течение 42 послеродовых дней.

Большая часть смертных случаев, вызванных осложнениями беременности, происходит незадолго до родов или относительно вскоре после завершения беременности. В развитых странах на долю поздней материнской смертности приходится от 5 % до 20 % всех материнских смертей. Однако в менее развитых странах, где сложные методы лечения и технологии продления жизни не так доступны, доля случаев поздней материнской смерти незначительна.

3.6 Выявление случаев материнской смерти

Выявление случаев материнской смерти - первый шаг в процессе наблюдения. Женщины умирают дома, в учреждениях здравоохранения или на пути к ним. Смерть случается до родов, во время родоразрешения и после родов, а также в период ранней беременности от осложнений, связанных с абортom и внематочной беременностью. Для получения всестороннего представления о причинах материнской смертности в какой-то местности или группе населения требуется составить, по возможности, наиболее полную картину обстоятельств смерти женщин. Определяющие факторы смерти у женщин, которые так и не попадают в учреждение здравоохранения, и женщин, которые умирают в медицинских учреждениях, могут различаться. Смертные случаи среди женщин, которые умирают в акушерском отделении, в своей основе будут иметь причины, отличные от смертных случаев имеющих место в отделении гинекологии или неотложной помощи.

На способ выявления случаев смерти, которые будут анализироваться, будут влиять несколько факторов: кто будет проводить расследование (медицинское учреждение или же районные, региональные или национальные руководящие органы); место, где произошли роды и наступила смерть (на дому или в медицинском учреждении); полнота прижизненных регистрационных записей и наличие в стране медицинского свидетельствования причин смерти или их отсутствие или неполнота.

При каждом подходе следует сочетать различные методы для того, чтобы, по возможности, выявить наибольшее число смертных случаев. Идеально было бы выявить проблемы и закономерности для определенной географической территории, для конкретного населения или для территории, составляющей зону охвата службы здравоохранения.

Случаи материнской смерти чрезвычайно трудно поддаются выявлению, если отсутствует система записей гражданского состояния с полным описанием событий, дополненная надежными данными о причине смерти, которая указана в медицинском свидетельстве о смерти. Даже там, где существуют правильно оформленные записи и медицинские свидетельства, для всестороннего выявления случаев материнской смерти нужно проводить активное наблюдение и анализ смертности женщин репродуктивного возраста. Для немногих из развивающихся стран в настоящее время существуют такие возможности, и в целом больше всего ограничений в возможности количественных измерений существует как раз в тех ситуациях, в которых уровень материнской смертности самый высокий. В этих ситуациях могут использоваться различные методы. В Таблице 3.2 приводится краткий обзор различных источников информации для выявления случаев материнской смертности.

Записи гражданского состояния

Использование свидетельств о смерти — это первый шаг в усилиях по выявлению случаев материнской смерти. Хотя удостоверения о смерти не будут иден-

тифицировать все смертные случаи среди матерей, даже при наличии универсальной системы записи гражданского состояния и правильного оформления свидетельств о причине смерти, они должны стать отправной точкой.

К случаям материнской смертности относятся случаи с основной причиной смерти, закодированной в МКБ-9 между 630 и 676.9, или, в общем, в МКБ-10 между O00 и O99.

Использование всей информации о причинах смерти (как непосредственных, так и основных), содержащейся в свидетельстве о смерти, повысит число выявленных случаев материнской смерти. Иногда при просмотре рукописных записей в свидетельствах о смерти будут обнаружены дополнительные случаи материнской смерти, даже когда причина смерти не указывает на связь с беременностью.

В некоторых странах выявлению случаев способствует постановка определенных вопросов или использования контрольных квадратиков для заштриховки на бланках свидетельств о смерти, для выявления возможной беременности у женщины на момент смерти или в пределах определенного периода времени, предшествовавшего смерти. Если смерть наступила во время беременности или вскоре после разрешения от беременности, существует вероятность того, что причина смерти была связана с беременностью. В рамке 3.1 показано возрастание выявляемости случаев материнской смертности после использования такого подхода в Бразилии.

Таблица 3.2 - Методы выявления случаев материнской смертности

Уровень / отправная точка	Периодичность сбора данных	
	Постоянная/рутинная	Нерегулярная/по случаю
Органы записи гражданского со- стояния	<p>Выявление Записи гражданского состояния (пассивная, отсутствуют действия по выявлению случаев).</p>	<p>Выявление Активное выявление случаев — специальные исследования с использованием связей между записями гражданского состояния ИСПВ¹ Переписи населения</p>
	<p>Исследование Конфиденциальные расследования случаев материнской смерти.</p>	<p>Исследование Конфиденциальные расследования случаев материнской смерти.</p>

¹ Изучение Смертности в Репродуктивном Возрасте (ИСПВ). Как правило, в группу репродуктивного возраста входят женщины от 15 до 40 лет. Однако, возрастные рамки данной подгруппы населения могут варьировать от страны к стране.

По месту жительства (местное сообщество)	<p>Выявление</p> <p>Системы наблюдения за демографической обстановкой/населением (долгосрочные)</p>	<p>Выявление</p> <p>Опросы, проводимые в домашних хозяйствах с использованием прямых оценок</p> <p>Опросы, проводимые среди сестер по месту жительства</p> <p>ИСПВ</p> <p>Исследование</p> <p>Вербальная аутопсия</p>
Медицинское учреждение	<p>Выявление</p> <p>Сообщения работников здравоохранения</p> <p>Анализ историй болезни</p>	<p>Выявление</p> <p>Сообщения работников здравоохранения</p>
	<p>Исследование</p> <p>Исследование случаев смерти на уровне медицинских учреждений</p> <p>Клинические аудиты на соответствие согласованным критериям или стандартам</p>	<p>Исследование</p> <p>Исследование случаев смерти на уровне медицинских учреждений</p> <p>Клинические аудиты на соответствие согласованным критериям и стандартам</p>

Рамка 3.1: Учет гражданского состояния населения и изучение материнской смертности в Бразилии²

В Бразилии существует хорошо отлаженная система учета гражданского состояния населения для регистрации случаев рождения и смерти, которая регистрирует примерно 900 000 случаев смерти каждый год, что составляет около 90% от общего количества смертных случаев в стране. С 1950 года в стране введена международная форма свидетельства о смерти, а врачам предписано законом заполнять свидетельства о смерти с указанием ее причины.

² Professor Ruy Laurenti, WHO Collaborating Centre for the Classification of Diseases in Portuguese School of Public Health, Sao Paulo, Brazil (профессор Р.Лоренти, Сотрудничающий Центр ВОЗ по классификации болезней при Португальской школе общественного здравоохранения, Сан Пауло, Бразилия).

Известно, что хуже всего в свидетельствах о смерти, выдаваемых в Бразилии, находят отражение случаи смерти, связанные с беременностью, деторождением и послеродовым периодом. С целью улучшения качества этих данных Министерство здравоохранения ввело графу в свидетельстве о смерти, в которой врачи должны указывать, не была ли умершая женщина (в возрасте от 10 до 49 лет) беременной на момент смерти или в период 12 месяцев, предшествовавших смерти.

В стране имеется национальный комитет по проблемам материнской смертности, связанный с отделом охраны здоровья матери и ребенка Министерства здравоохранения. На более низких уровнях случаи материнской смерти становятся предметом разбирательств комитетов, созданных в штатах или на местах.

Разбирательство случая материнской смерти в Бразилии на уровне муниципалитетов начинается с изучения свидетельства о смерти. Некоторые комитеты на местах анализируют все случаи смерти среди женщин в возрасте от 10 до 40 лет, в других же комитетах разбирательству подвергаются все заявленные случаи материнской смертности и те случаи, которые, согласно ранее разработанным критериям, могут относиться к случаям материнской смерти. Критерием, применяемым к свидетельствам о смерти, позволяющим предположить материнскую смертность является указание на одну из следующих причин смерти: септицемия, эмболия легочной артерии, кровотечение, геморрагический шок, приступ судорог, перитонит и другие диагнозы, имеющие отношение к материнским причинам. Кроме того, предположительно к случаям смерти, связанным с материнством, относятся ситуации, когда в свидетельстве о смерти указано больше одной причины, и основная причина включает, например, дыхательную недостаточность вследствие септицемии, шок вследствие кровотечения, септицемию вследствие перитонита, остановку сердца вследствие эмболии легочной артерии и т.д.

Использование настоящей методологии позволило скорректировать данные о материнской смертности в тех районах, где действуют комитеты по расследованию случаев материнской смерти. Например, в южном штате Парана, подобные комитеты имеются при всех муниципалитетах. Ими в 1998 и 1999 годах были получены следующие данные:

	1998	1999
Число живорожденных	185, 113	186, 111
Число случаев материнской смерти, выявленных по свидетельствам о смерти	80	76
Число случаев материнской смерти, не указанных в свидетельствах о смерти, но выявленных комитетом, благодаря описанной методологии	70	71
Число случаев поздней материнской смерти	4	16
Показатель материнской смертности на 100 000 живорожденных по причинам, указанным в свидетельствах о смерти	43.21	40.83
Показатель материнской смертности на 100 000 живорожденных после более полного анализа	81.03	78.98

В странах с компьютеризированными системами учета гражданского состояния в отношении регистрации случаев рождения и случаев смерти все шире применяются стратегии установления связей между регистрами. В этих случаях компьютер может использоваться для установления наличия связи между смертными случаями среди женщин репродуктивного возраста и выдачей свидетельств о рождении для выявления женщин, умерших во время или после родов. С помощью данной стратегии можно выявить целый ряд случаев материнской смертности даже тогда, когда код причины смерти по МКБ не указывает на беременность. Однако при этом невозможно выявить те случаи смерти, когда нет свидетельства о рождении, например, если женщина умерла до родов, после аборта или от внематочной беременности.

Истории болезни

Медицинские карты пациентов в больницах и других учреждениях здравоохранения могут оказаться еще одним хорошим источником для выявления случаев материнской смертности, особенно в ходе проведения исследований в стационарах, таких как основанный на критериях клинический аудит и анализ случаев в медицинских учреждениях. Способ выявления случаев материнской смертности зависит от полноты записей и правил их ведения в учреждении.

Помимо истории болезни пациента, в больницах, где принимаются роды, существует специальный журнал или регистр родильного отделения. В него часто заносятся сведения относительно случаев материнской смертности, которые дополняют, но не заменяют информацию, содержащуюся в карте пациентки. Иметь доступ к медицинской карте пациентки тем более важно, что смертные случаи от осложнений при аборте или внематочной беременности обычно не вносятся в журнал регистрации родов и должны быть выявлены другими средствами. К другим ценным источникам информации относятся стационарные журналы приемного отделения, где указывается информация о поступлении и выписке пациентки, регистры операционного и гинекологического отделений. В некоторых больницах ведутся также отдельные журналы или регистры всех смертных случаев с указанием фамилий всех умерших в данном учреждении.

Истории болезни всех скончавшихся женщин репродуктивного возраста должны рассматриваться на предмет наличия в них свидетельств беременности. Это может быть особенно важно для стационаров, оказывающих специализированную помощь, поскольку, когда причина смерти кодируется для случаев материнской смертности, происходящих в специализированных центрах, связь между беременностью и смертью часто упускается из вида. В небольшой больнице все записи о выписке пациентов могут быть просмотрены на предмет выявления случаев материнской смертности. В больницах, где ведутся компьютеризованные истории болезни или компьютеризованный учет выписки, выписки из историй болезни будут содержать информацию о состоянии пациентки при выписке, в том числе указания на код для умершего.

Во многих странах существует несколько параллельных систем оказания медицинской помощи, среди которых одни находятся в подчинении Министерства

здравоохранения, другие - в системе социального обеспечения или частного сектора. Зачастую анализ случаев материнской смертности ограничивается теми из них, которые имеют место в системе Министерства здравоохранения. Идеально было бы свести воедино все случаи материнской смертности, которые происходят в пределах определенной территории. Хотя для этого могут потребоваться переговоры о достижении определенных договоренностей, наличие таких данных обеспечило бы более полную картину состояния здоровья женщин в данной местности.

Идентификация на уровне местного сообщества

В некоторых странах или районах большое количество родов и смертей случаются на дому. Выделение случаев материнской смертности среди смертных случаев в местном сообществе может оказаться особенно трудной задачей. Однако их важно изучать, так как полученные данные помогают пролить свет на факторы и обстоятельства, которые приводят к задержке или отказу от обращения женщин в учреждения здравоохранения, и тем самым приводят к материнской смертности. В этих случаях особенно важно использовать множественные источники для выявления случаев материнской смерти по месту проживания.

Медицинские центры и/или районные отделы здравоохранения могут стать центрами координационной работы по выявлению случаев материнской смертности. Можно научить медицинских специалистов и работников, оказывающих медицинскую помощь в деревнях или по месту проживания, сообщать об этих событиях в рамках выполнения своих профессиональных обязанностей, точно так же как и акушерок, обеспечивающих дородовой уход и принимающих роды. К выявлению и информированию о случаях материнской смерти нужно привлекать и традиционных повитух. Ключевым информатором — деревенскому лидеру или человеку, назначенному на это место, - можно поручать наблюдение за материнскими смертными случаями и передачу информации о произошедших случаях местным службам системы здравоохранения. В некоторых районах были обследованы кладбища и похоронные конторы с целью выявления смертных случаев среди женщин репродуктивного возраста или привлекались школьные учителя к проведению опросов среди учащихся относительно того, известны ли им какие-либо подобные смертные случаи.

Привлечение населения к выявлению случаев материнской смерти очень важно для получения точных данных, но также, что, возможно, еще важнее, оно поднимает уровень осознания обществом этих проблем и способствует сплочению рядов сторонников для их решения.

Случаи материнской смерти могут также выявляться в ходе обследований по месту проживания, в том числе во время переписей населения. Выявленные во время этих исследований смертные случаи среди женщин репродуктивного возраста могут затем быть тщательно проанализированы.

В некоторых странах имеются официальные, подчиненные государству, системы надзора за болезнями, которые должны на постоянной и регулярной основе передавать информацию о наличии определенных болезней или состояний (обязательное уведомление). В списки таких состояний, подлежащих уведомлению, некоторые из этих стран включают случаи материнской смертности. Это означает, что обо всех случаях материнской смертности, независимо от того, происходят ли они в учреждениях здравоохранения или на дому, сообщается в систему эпиднадзора. Ответственность за эти официальные системы надзора обычно лежит на эпидемиологическом отделе или подразделении по надзору за болезнями Министерства здравоохранения, а не на отделе охраны здоровья матери и ребенка. Сообщения обычно поступают по цепочке с местного уровня на региональный / уровень штата и далее на национальный уровень, хотя больницы иногда направляют информацию непосредственно на региональный или национальный уровни.

3.7. Планирование и внедрение подхода

Приняв решение о том, какой подход использовать, нужно разработать стандартизированные анкеты для сбора данных. Часто системы эпидемиологического надзора собирают слишком большое количество данных без четкого представления об их дальнейшем использовании. Если цель использования данных не может быть определена, то эти данные и не следует собирать. При разработке опросных листов важно иметь в виду, с какой целью проводится опрос, и помнить, что они могут заполняться не только работниками здравоохранения, но и социальными работниками, и населением. Это должно найти отражение в языке и содержании вопросника, который должен также учитывать различные культурные особенности.

Ключевые принципы сбора данных

- ◆ Решите, какие данные должны быть собраны и что Вы хотите узнать до того, как начнете разрабатывать формы для сбора основных данных.
- ◆ Старайтесь, чтобы они были максимально простыми. Не всегда бывает, чем больше, тем лучше.
- ◆ Рассматривайте формы для сбора информации как “подвижные”, в которые, в ходе работы, могут быть внесены исправления или добавления, по мере приобретения опыта или выявления особых проблем, вызывающих беспокойство.
- ◆ По возможности, сбор данных должен проводиться для мониторинга тенденций и результатов аудита. Нужно быть готовым к расширению масштабов сбора информации по мере накопления знаний и развития системы данных.
- ◆ Необходимо разработать анкеты и протестировать их с точки зрения конкретного содержания, языка и формата.

Важно с самого начала решить вопрос, какие именно сведения нужно собрать и с какой конкретной целью. Это, в свою очередь, зависит от наличия четкого по-

нимания того, каким образом полученные данные будут анализироваться, что будет рассмотрено далее в разделе 3.9.

Отбор и подготовка работников по сбору данных, интервьюеров и консультантов

Все лица, задействованные в процессе исследования, должны быть мотивированы к своей деятельности по сбору или оценке информации, требуемой для исследования. Кроме того, они должны быть грамотными, уметь считать, бегло говорить на местном языке и быть знакомыми с местными условиями.

Работники по сбору данных

Сборщики данных на местах, особенно в случае проведения исследований в медицинских учреждениях и конфиденциальных расследований, отвечают за правильность заполнения отчетных форм. Они могут также выступать в качестве местных координаторов исследования. Если число ожидаемых случаев очень большое, они могут быть специально назначены для работы в проекте, но обычно они уже работают в медицинском учреждении или с населением и выполняют эту работу за дополнительную оплату или безвозмездно. Это могут быть акушерки, врачи-акушеры, исследователи или другой персонал из местного департамента здравоохранения

Хотя обучение работников по сбору данных должно проводиться главным образом с целью получения практических навыков, они должны быть осведомлены о цели исследования и понимать важность получения непредвзятой информации. Им понадобится знание основ теории вероятности. Однако по большей части обучение должно быть сосредоточено на получении навыков, которые будут практически использоваться при сборе данных. Обучение должно включать практические упражнения, обучение в полевых условиях и ролевые игры, особенно для тех, кто собирается брать интервью в семьях и у членов сообщества. Чем менее структурирована анкета сбора данных, тем более квалифицированным и обученным должен быть сборщик информации.

Интервьюеры

Интервьюеры — это работники по сбору данных, которые получают информацию из разговоров, обычно с родственниками, членами данного сообщества и работниками служб здравоохранения. Их необходимо обучить различным способам получения информации, в том числе, как деликатно, аккуратно получить сведения, не вызвав искажений в ответах интервьюируемого человека, и как помочь ему вспомнить точные даты. Им нужно научиться, как создавать комфортную обстановку для опрашиваемых людей. Они должны знать, что делать в том случае, когда у интервьюируемого лица есть вопросы или он хочет получить информацию. Они должны понимать, что информация, которую они слышат, конфиденциальная, и что сохранение ее втайне должно быть гарантировано.

Желательно, чтобы интервьюеры были одного пола с интервьюируемыми и при-

надлежали к тому же или близкому социальному классу, поскольку им придется устанавливать неформальные отношения с людьми, у которых они берут интервью. Чрезвычайно важно, чтобы интервьюеры занимали нейтральную позицию и не навязывали своего личного мнения или убеждения респондентам. Чем менее структурирована анкета для опроса, тем требуется более высоко квалифицированный и обученный персонал для проведения интервью. Поскольку частые замены персонала могут вызвать сложности для сбора однотипных согласованных данных, желательно, чтобы работники по сбору данных привлекались на длительный срок.

Вопросы структурированного интервью должны быть краткими, понятными и сформулированными на местном языке, с использованием местного диалекта. Они должны быть сформулированы нейтрально, без подсказки правильного ответа. Иначе ответ может быть искажен под влиянием предположения, что интервьюер хочет получить именно такой ответ, хотя он не обязательно является истинным. Более болезненные вопросы нужно задавать в конце интервью. Это позволяет интервьюеру, прежде чем касаться такого рода тем, установить взаимопонимание с опрашиваемым.

Контроль

Контроль за сбором данных, независимо от того, проводится ли он путем просмотра медицинских записей и форм отчетности или же путем интервью, является чрезвычайно важным для обеспечения качества конечной информации. Объем работы определяет необходимую численность и организационную структуру контролирующих лиц. Контроль необходим при обучении работников по сбору данных, проверки их работы и исправления их ошибок, а также для поддержания стандартов и протоколов проекта. В начале работы по сбору данных необходимы более частые проверки и/или посещения со стороны контролирующих лиц. Выполнение этой функции станет более эффективным при наличии у них перечня контролирующих обязанностей и протокола или списка задач, стоящих перед проверкой. Отчеты и результаты контрольных посещений должны храниться вместе с другими собранными данными.

Эксперты, проводящие оценку

Все подходы, описанные в данном руководстве, требуют рассмотрения и оценки случаев заболеваемости или смертности с целью установления корректирующих мер, которые могли бы оказаться полезными в будущем. К примеру, можно оценить медицинские факторы, которых можно избежать, пользуясь более совершенными практиками при ведении пациенток на местах, и препятствия, с которыми сталкивается женщина при обращении к системе здравоохранения.

Часть из этих подходов будет нуждаться в экспертной оценке. Консультантами по таким вопросам обычно выступают специалисты здравоохранения, обладающие знаниями в той области медицины, которая рассматривается. Например, в Великобритании региональные комитеты по оценке конфиденциальных исследований состоят из врача общественного здравоохранения со знанием специфи-

ки местных условий предоставления услуг, врача-акушера, акушерки, патолого-анатома и анестезиолога. Все выше названные специалисты высоко компетентны и пользуются уважением своих коллег, обычно они выдвигаются в состав комитетов от имени профессиональных организаций. Ни одному из них не поручается оценка собственных случаев, такие случаи передаются на рассмотрение другим членам комитета, которые не знакомы с ними и не имели к ним никакого отношения.

Важно, чтобы вопросы контроля качества рассматривались с позиции обеспечения стандартизированного и последовательного проведения анализа и составления отчета. Такое положение может быть достигнуто путем согласования вопросов на совещаниях экспертов, двумя экспертами, рассматривающими каждый случай, или путем контрольного анализа независимыми экспертами выборочно отдельных случаев смертности.

3.8 Анализ результатов

При любом подходе необходимо проанализировать собранную информацию, чему способствует наличие медицинских карт и качество записей о пациентах. Каждый случай должен быть индивидуально оценен для выявления факторов, которые привели к смерти женщины, особенно тех из них, которых можно было избежать или предотвратить. Смертные случаи должны также анализироваться по группам, куда будут сведены данные, указывающие на наличие закономерности или влияние схожих факторов.

И количественный, и качественный анализ позволяют лучше понять причины материнской смертности. Сочетание их может дать более глубокое понимание причин материнской смерти, чем каждый в отдельности. Количественный анализ показывает, какие группы женщин могут испытывать более высокий риск материнской смертности, например, женщины из определенных этнических групп или проживающие на определенной территории, или группы женщин, имеющих другие общие характеристики. Качественный анализ обеспечивает более детальную информацию относительно точных причин смерти конкретных женщин. Например, имели ли место различия в образе жизни, установках в отношении здоровья, наличии и доступности медицинской помощи во время беременности, родов или в послеродовой период? Качественный анализ позволяет ответить и на другие вопросы. Каковы были характеристики и уровень подготовки медицинских работников, которые оказывали помощь женщине? Какие уроки могут быть извлечены из происшедшего? На рассматриваемые методики делаются полезные ссылки в работах “Почему умирают матери”³, и “Стратегии сокращения смертности, связанной с беременностью”⁴, а также в “Руководстве по эпидемиологическому надзору за случаями материнской смерти”⁵, которые обобщаются ниже:

3 Lewis G, ed. Why mothers die 1997–1999. Fifth report of the confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom. London, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2001 (<http://www.cemd.org.uk>)

4 Berg C et al., eds. Strategies to reduce pregnancy-related deaths: from identification and review to action. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention, 2001 (http://www.cdc.gov/nccdphp/drh_click_publications)

Количественный анализ

Цель количественного анализа - выявлять и сравнивать различные закономерности и тенденции среди женщин на основе различных характеристик.

Персональные: Возраст, раса / этническая принадлежность, социально-экономический статус, образование

Место: местожительство (город, сельская местность, почтовый индекс), получала ли она дородовую помощь, и, если да, то где именно рожала и где умерла.

Время: Дата и время суток ее смерти; день недели; время года.

Паритет и беременность: количество предшествующих беременностей и родов.

Исход беременности: не разрешившаяся родами (не родившая); спонтанный или искусственный аборт, внематочная беременность или пузырный занос, живорождение, мертворождение, многоплодная беременность.

Сроки беременности: на момент родов или смерти в случае не разрешившейся родами беременности.

Дородовая и послеродовая помощь: при каком сроке беременности (в неделях или месяцах) впервые посетила женскую консультацию, где, как часто и кем была оказана антенатальная помощь, расстояние от места проживания до медицинского учреждения или клиники.

Способ, место родоразрешения, и кто принимал роды.

Время смерти по отношению к сроку беременности или родам.

Установленная причина смерти.

Причина смерти, установленная в ходе расследования

Качественный анализ

Цель качественного анализа - более детальное изучение факторов, которые, возможно, привели к смерти женщины в конкретном случае.

Например, если женщина скончалась от кровотечения, то случилось ли это потому, что: она не обратилась за помощью; помощь была недоступной или слишком дорогой для неё; медицинское учреждение находилось слишком далеко; отсутствовал старший медицинский персонал; полученная помощь была не адекватной; или не было условий для переливания крови. Иными словами, нужно описать течение конкретной беременности с учетом обстоятельств по месту проживания или состояния системы здравоохранения. Составной частью оценки является поиск информации о восприятии женщиной беременности и необходимости получения медицинской помощи. Необходимо также иметь описание оказанной ей помощи не только на основании записей в ее медицинской карте, но, в идеале, в виде письменного отчета, полученного с соблюдением конфиденциальности от оказывавших ей помощь медицинских работников. В отчете указывается также на наличие или отсутствие всех ресурсов, которые могли ей понадобиться, включая обученный принимать роды персонал, дородовой и послеродовой уход, наличие возможностей для проведения оперативного родоразрешения и т.д. Тем самым может быть установлена подлинная причина смерти жен-

5 Berg C, Danel I, Mora G, eds. Guidelines for maternal mortality epidemiologic surveillance. Washington, DC, Pan American Health Organization, 1996 (English and Spanish).

щины, которая часто отличается от указанной в свидетельстве о смерти, если оно имеется.

Для разработки системного подхода к анализу проблем, которые могли повлиять на смерть женщин, полезно рассмотреть препятствия, которые могут встретить женщины на пути к получению медицинской помощи. Для выяснения подлинных причин материнской смертности ВОЗ разработала (Graham W., 1996) структуру вопросника, помогающего целенаправленно оценить ситуацию, особенно, в развивающихся странах⁶.

- ♦ Произошла ли смерть из-за того, что женщины не осознавали необходимости в получении помощи или не были осведомлены остораживающих признаках, свидетельствующих о возникновении проблем, связанных с беременностью?
- ♦ Отсутствовали ли соответствующие службы, оказывающие помощь, или они были недоступны по другим причинам, например, из-за удаленности, стоимости или наличия социально-культурных барьеров?
- ♦ Умирают ли женщины умирают потому, что оказываемая им помощь является неадекватной или ошибочной?

Традиционно анализ материнской смертности сосредотачивался вокруг вопросов, связанных с третьим уровнем помощи. Однако если посмотреть шире, то укрепляешься в мысли, что цель исследования не состоит исключительно в изучении клинических аспектов помощи, но и в поиске способов сокращения числа смертных случаев на всех уровнях оказания помощи, включая мероприятия на уровне местных сообществ.

3.9. Преобразование результатов исследования в действия

Смысл всей предшествовавшей работы состоит в принятии определенных мер. Характер мер может зависеть от применяемого подхода, лиц, проводивших исследование, участия заинтересованных сторон и результатов анализа. Мероприятия могут осуществляться на уровне служб здравоохранения, местных сообществ, в просветительской сфере, коммуникационной и транспортной системах, либо заключаться в разработке клинических руководств или стандартов. Важно, чтобы в процесс были постоянно вовлечены те лица, в компетенции которых находится осуществление необходимых действий, с тем, чтобы не возникло «сюрпризов» после опубликования отчета, для чего заблаговременно должно быть обеспечено обсуждение возможной необходимости в корректирующих действиях или в обосновании бездействия.

Сведения, полученные в ходе исследований на уровне медицинских учреждений, в результате проведения клинического аудита и исследования тяжелой заболеваемости могут привести к переменам в клинической практике на местах или внести коррективы в деятельность служб медицинской помощи. Использование подходов, связанных с изучением случаев по месту проживания, например, вербаль-

⁶ Graham WJ, Fillipi VA, Ronsmans C. Demonstrating programme impact on maternal mortality. *Health Policy and Planning*, 1996, 11:16–20.

ной аутопсии, может тоже привести к разработке образовательных программ и программ укрепления здоровья, а также к возможным изменениям в предоставлении услуг на территории по месту проживания. Информация, полученная благодаря выводам конфиденциальных расследований, может охватывать все вышеуказанные вопросы на более широкой основе. Она может использоваться на уровне учреждений, местном и национальном уровнях политиками, работниками в области планирования служб здравоохранения, медицинскими специалистами, работниками общественного здравоохранения и органов просвещения, а также группами защиты интересов женщин. Наличие такой информации может подтолкнуть и к разработке национальных и региональных клинических руководств.

Характер разрабатываемых рекомендаций

Вопрос о действиях, которые необходимо предпринять для снижения уровня материнской смертности решается на основе выводов, сделанных в результате проведенного исследования и анализа. Рекомендации в отношении мер должны быть научно-обоснованными, базироваться на результатах анализа собранной информации, иначе они будут уязвимы для возражений. Персонал, проводивший исследование, должен, если потребуется, представить доказательства обоснованности выводов и рекомендаций. Рекомендации по изменениям в работе служб должны опираться на цифры и факты, а клинические протоколы или стандарты должны разрабатываться на основе самых достоверных данных. Руководство по “Интегрированному ведению беременности и родов” (ИВБР), опубликованное ВОЗ, может быть легко адаптировано для решения этой задачи, особенно в бедных ресурсами странах⁷.

Полученные в ходе процесса оценки выводы часто становятся очевидными на ранних этапах и, если выявляются четкие тенденции, то подготовку клинко-практических руководств и рекомендаций можно начинать до опубликования отчета. Целесообразнее опубликовать отчет, который уже содержит четкие руководящие принципы и рекомендации, чем оставить их разработку на будущее. Более того, чем ближе к окончанию отчетного периода будет составлен окончательный отчет, тем скорее его влияние отразится на местной практике.

Рекомендации в отношении мер, направленных на совершенствование охраны материнского здоровья и снижение уровня материнской смертности, соответствуют трем видам стратегий.

Стратегии первичной профилактики:

Их целью является предупреждение возникновения состояния через образование населения и совершенствование работы органов здравоохранения. Например, улучшение полового воспитания и оказание услуг по планированию семьи, совершенствование медицинского обслуживания женщин еще до зачатия и улуч-

⁷ WHO, Integrated management of pregnancy and childbirth. Geneva, World Health Organization, 2000 (available from the Department of Reproductive Health and Research, WHO, Geneva, or consult <http://www.who.int/reproductive-health> for further information).

шение диагностики и лечения болезней, передаваемых половым путем для предупреждения внематочной беременности и инфекций во время и после родов.

Стратегии вторичной профилактики:

Эти стратегии направлены на раннее выявление и лечение состояний с тем, чтобы минимизировать их последствия. Примеры включают повышение осведомленности населения и знаний пациенток о нормальной беременности и признаках и симптомах, указывающих на возможные проблемы; усиление внимания вопросам удовлетворенности пациенток уходом, что побуждало бы их следовать рекомендациям работников здравоохранения и способствовало бы совершенствованию методов оказания помощи во время беременности, в родах, и в послеродовой период.

Стратегии третичной профилактики:

Эти стратегии указывают направление оказания оптимальной помощи при определенных состояниях в целях сокращения уровней смертности и заболеваемости. Например, улучшение акушерского обслуживания и медицинского лечения осложнений, совершенствование клинических практик, деятельности медицинских учреждений, консультативных служб и организации обслуживания.

Исследования, проводимые на разных уровнях в каждой отдельно взятой стране, помогут определить на основе собственных результатов, в каком сочетании данные стратегии будут наилучшим образом соответствовать существующим в стране условиям. Зачастую трудно бывает достичь изменений в поведении и клинических практиках без широкого продвижения и видимой поддержки со стороны известных и уважаемых сторонников этого процесса в лице специалистов и профессиональных организаций. Поэтому особое значение придается выбору людей для разработки рекомендаций, в плане их приверженности и преданности делу перемен.

3.10. Распространение выводов и рекомендаций исследования

Следует заранее наметить план распространения результатов всякого исследования, хотя он должен предусматривать определенную гибкость в случае получения непредвиденных результатов. Формат и методы распространения отчета будут зависеть от условий, в которых он готовится и от имеющихся ресурсов. Важно заметить, что в самом начале невозможно представить себе окончательные рекомендации, которые будут сделаны по завершении работы над отчетом.

Ключевым принципом при составлении любого отчета, публикуемого или любого другого (например, по результатам вербальной аутопсии, проведенной по месту проживания), является то, что команда, работающая над ним, должна в полном составе участвовать в разработке и осуществлении рекомендаций и выступать в качестве проводников идеи изменений. Для исследований, проводимых по месту проживания, равное значение имеет привлечение с самого начала ключе-

вых фигур местного сообщества для того, чтобы они могли довести выводы исследования до своего населения. С их помощью можно разработать способы решения местных проблем и способствовать осуществлению полезных просветительских мероприятий.

Публикуемые отчеты должны быть ориентированны на поиск путей совершенствования системы, а не на исправление допущенных в прошлом частных ошибок. До опубликования отчетов следует тщательным образом проверить их содержание на предмет предотвращения утечки конфиденциальной информации и неправильной интерпретации данных.

Информацию надлежит распространять таким способом, чтобы она была доступна большей части населения. Для массового потребления будет дешевле и проще распространять краткие изложения ключевых выводов и рекомендаций, чем многостраничные документы, основанные на деталях исследования, например, таких, как конфиденциальные расследования. Схожим образом имеют тенденцию выпадать из поля зрения лиц, ответственных за улучшение качества жизни женщин, отчеты, публикуемые в профессиональных журналах. В общем, чем короче документ, тем больше вероятности, что он будет прочитан более широким кругом лиц.

Главное, чтобы информация достигла нужной аудитории, т. е. тех людей, которые могут предпринять в соответствии с ней действия. Потенциальные потребители информации должны быть определены на стадии планирования, а рекомендации должны быть письменно изложены таким образом, чтобы они были легко понятны для широкой аудиторией.

Кого информировать о результатах

То, какие группы и отдельные лица должны учитываться при распространении информации и результатов исследований, будет зависеть от объемов и масштабов применения методологии. Однако, важно, чтобы основные положения были доведены до тех, кто может осуществить рекомендации и внести подлинные изменения в дело спасения жизни женщин. К ним относятся:

- ◆ Министерство здравоохранения
- ◆ Местные, региональные и/или национальные работники в области планирования здравоохранения, ответственные работники, принимающие решения, и политики.
- ◆ Специалисты здравоохранения, участвующие в оказании помощи на всех уровнях, от местного до общенационального, включая врачей-акушеров, акушерок, анестезиологов и патологоанатомов.
- ◆ Руководители других систем, оказывающих медицинскую помощь, например, социального обеспечения и частного сектора.
- ◆ Эксперты по вопросам укрепления здоровья и просвещения.
- ◆ Центральные или местные отделы здравоохранения.
- ◆ Учебные заведения.
- ◆ Менеджеры и руководители местных служб здравоохранения.

- ◆ Местные органы власти.
- ◆ Группы сторонников изменений на национальном или местном уровнях.
- ◆ Средства массовой информации.
- ◆ Представители определенных религиозных или культурных организаций или другие лидеры общественного мнения, которые могут внести вклад в проведение полезных изменений в местных обычаях и традициях.
- ◆ Все, кто принимал участие в проведенном исследовании.

Возможные методы

Объемные, дорогостоящие и очень подробные отчеты бесполезны, если их нельзя широко распространить. К всеобъемлющим докладам, предназначенным для работников сферы планирования здравоохранения и руководителей высшего звена, можно дополнительно выпускать краткие отчеты для работников здравоохранения. Эти отчеты могут быть изданы в виде простого информационного бюллетеня или небольшой брошюры, предпочтительно с предисловием, написанным от лица Министерства здравоохранения или руководства профессиональных организаций работников здравоохранения.

Ниже приводятся все методы распространения результатов исследований.

Уровень сообщества / медицинского учреждения

- ◆ Совещание команды
- ◆ Собрания населения
- ◆ Публикация докладов
- ◆ Программы обучения
- ◆ Плакаты

Субнациональный / национальный уровни

- ◆ Научные статьи
- ◆ Табличные данные
- ◆ Веб-сайты
- ◆ Информационные письма и бюллетени
- ◆ Листовки с изложением фактов
- ◆ Пресс-релизы
- ◆ Обучающие программы
- ◆ Профессиональные конференции
- ◆ Плакаты
- ◆ Средства массовой информации

3.11 Оценка

Особое значение при любом подходе к исследованию материнской смертности и заболеваемости имеет заключительный этап, в ходе которого замыкается цикл наблюдений и осуществляется оценка последствий сделанных рекомендаций. Основное назначение этапа оценки состоит в том, чтобы рассмотреть вопрос о влиянии разработанных рекомендаций на улучшение здоровья, благополучие и безопасность женщин. Важно признать, что достижение значительного снижения в уровнях смертности и заболеваемости может потребовать времени, тогда как местные изменения практик могут иметь достаточно быстрые результаты.

Оценка последствий сделанных рекомендаций может производиться путем отслеживания положительных изменений на уровне местного сообщества, в системе здравоохранения или в обществе в целом. В зависимости от того, какие факторы были названы ответственными за материнскую смертность и тяжелую заболеваемость и какие меры были предприняты, могут оцениваться различные аспекты деятельности. Оценка снова приводит нас к процессу наблюдения, который используется для выявления и изучения случаев смертности и тяжелой заболеваемости с целью отработки действий, необходимых для обеспечения большей безопасности беременности.

В ходе оценки следует также проанализировать общие расходы на процесс наблюдения и произвести расчет эффективности затрат. Это приобретает особое значение для поддержания жизнеспособности процесса. В идеале, наблюдение должно проводиться регулярно и даже стать постоянно текущим процессом, но вряд ли это возможно, если процесс становится слишком затратным в смысле человеческих и финансовых ресурсов.

В целом, назначение оценки двояко: обеспечить эффективность применяемого подхода с точки зрения рациональности и действенность с точки зрения внедрения в практику полезных методов.

Рациональность

(достижение результата с наименьшими затратами)

Оценка рациональности включает проверку цельности самого подхода с целью обеспечения скоординированной работы и достижения необходимых результатов. Например, существуют ли какие-либо препятствия на пути его устойчивого функционирования? Как их преодолеть? Можно ли это сделать более рационально? А если возможно, как этого достичь?

Эффективность

(определяется в зависимости от того, дала ли какая-либо деятельность результат)

Оценка эффективности предназначена для проверки выполнения рекомендованных мер и выявления узких мест и существующих проблем. Каким образом должен осуществляться данный этап оценки в каждом случае, будет зависеть от

конкретных обстоятельств в отдельном медицинском учреждении, сообществе и системе здравоохранения. Было бы неверно использовать показатель материнской смертности в качестве единственного критерия оценки. Прежде всего, его трудно точно вычислить, и это занимает много времени, и, кроме того, требуется большое количество родов, чтобы увидеть изменения этого показателя. Намного важнее определить как конкретные выводы и рекомендации, полученные в результате исследования, реализовались в действия, и к каким результатам это приводило. Например, как сократилось количество женщин, умерших от определенного состояния, после внедрения специфического руководства по оказанию помощи при данном состоянии?

3.12 Обеспечение конфиденциальности и соблюдение этико-правовых норм

Во всем мире при изучении проблем, связанных с материнской смертностью, уделяется серьезное внимание этико-правовым аспектам. Национальные законы и культурные обычаи страны могут оказать существенное влияние на исследовательский процесс, способствуя или препятствуя доступу к информации, привлечению к исследованию членов семей и специалистов здравоохранения, а также проведению исследований и использованию их результатов.

Этические аспекты при исследовании случаев материнской смертности, возможно, более универсальны, тогда как правовые аспекты имеют свои особенности в каждой стране. Кроме того, значительно облегчить процесс может благоприятная политика в области здравоохранения, поощряющая проведение исследования всех случаев материнской смерти на постоянной основе.

Соображения правового характера

Законы могут повлиять на доступ к информации, защиту людей, вовлеченных в исследование, на его результаты и на способы применения выводов. Во многих странах существуют законодательные акты, относящиеся ко многим или ко всем из названных вопросов. В ряде стран законы могут варьироваться от штата к штату.

Наличие или отсутствие юридической защиты может сказаться на нежелании человека участвовать в исследовании или давать информацию участникам расследования смертного случая. В некоторых странах с высоким количеством случаев, где имели место неправильные практики, боязнь судебного преследования привела к отказу от проведения исследований случаев материнской смертности. Те, кто будут пользоваться одним из указанных подходов, должны выяснить, какие законы действуют в данной местности, и, в случае необходимости, лоббировать их изменение.

Доступ к информации

При пользовании указанными подходами, исследователям может понадобиться просмотреть записи, относящиеся к дородовому периоду или ко времени пребывания в стационаре, переговорить с членами семьи или близкими женщины, и/или опросить работников службы здравоохранения. На просмотр различного рода записей, включая записи, сделанные в клиниках отдельными врачами или в стационаре, должно существовать юридическое разрешение. Также может потребоваться и разрешение на ведение разговоров с домочадцами и работниками здравоохранения, принимавшими участие в оказании помощи умершей.

Обычно только местные работники по сбору информации будут знать имена и фамилии женщин и работников здравоохранения, имеющих отношение к данному случаю. Хотя такие подробности не требуются в заполняемых для отчета анкетах, в функции местных сборщиков данных или координаторов входит удаление всей возможной нарушающей анонимность информации из анкет при направлении их для проведения оценки. Они должны обеспечивать конфиденциальность и хранение записей, когда ими не пользуются.

Защита участников и результатов исследования

Могут потребоваться законы, защищающие лиц, проводящих расследование случаев материнской смертности, от гражданской и профессиональной ответственности за действия, предпринимаемые в рамках проводимого исследования (иммунитет). Нужны также законы для защиты информации, собранной во время расследования от раскрытия и использования в последующих судебных делах (конфиденциальность). Важно получить юридическую консультацию при планировании исследования с тем, чтобы процесс исследования протекал безопасно для причастных к нему лиц и без разглашения информации о личной жизни умершей женщины.

Использование результатов

Назначение указанных подходов состоит в определении причин материнской смертности и причин возникновения критических состояний с целью разработки стратегий по их предотвращению, а отнюдь не в том, чтобы подвергнуть наказанию тех, кто оказывает помощь или поставить под сомнение их квалификацию. Нет необходимости даже знать фамилии пациентов и практикующего персонала. Этот вид исследований должен в большей степени находиться под юридической защитой и нести меньшую нагрузку правовой ответственности, чем дисциплинарные разбирательства. В то же время, в определенных случаях, когда обнаруживаются халатное отношение или неверные практики, бывает необходимым поставить в известность официальные органы.

Этические соображения

При расследовании материнской смертности и тяжелой заболеваемости приходится сталкиваться с вопросами этического характера. Автономность подразуме-

вает, что как сами женщины, так и члены их семей должны быть полностью проинформированы о целях исследования и принципе добровольности их участия в нем. Они должны знать, что могут в любой момент отказаться от дальнейшего участия в интервью.

Сохранение тайны личной жизни одинаково важно и для членов семьи, и для работников здравоохранения. С одной стороны, покойная и члены ее семьи имеют право на неразглашение информации личного характера, а с другой, почти невозможно расследовать случай материнской смерти и сохранять абсолютную конфиденциальность. Родственники покойной и работники здравоохранения должны быть, по возможности, уверены в том, что никто не вмешается в их частную жизнь, а личности женщины, членов ее семьи и специалистов здравоохранения, которые оказывали помощь, будут сохраняться в секрете и будут известны только тем, кто фактически участвовал в исследовании. Заполненные анкеты, краткие отчеты о случаях смертности, материалы совещаний, посвященные анализу случаев, а также любые отчеты и распространяемые результаты не должны иметь упоминания имен и фамилий. Это особенно важно, когда смерть наступила в результате криминального аборта.

В некоторых случаях (например, при конфиденциальном расследовании) полная анонимность является правилом. Однако, в других случаях (таких, как исследования случаев смертности на уровне медицинских учреждений или по месту проживания) принято называть фамилии скончавшейся и работников служб здравоохранения, оказывающих помощь. При любом подходе, после того, как были идентифицированы те, кто оказывал помощь, их готовность к участию в последующем расследовании возрастает, если внутри группы, проводившей исследование, сохраняется конфиденциальность.

Эти подходы должны служить инструментом, помогающим раскрыть завесу над причинами смерти женщин и осуществить изменения, направленные на сокращение материнской смертности. Их не нужно использовать для обвинения или наказания отдельных лиц или коллективов. Расследования, которые проводятся с целью выявления виновных в неправильных действиях, создают препятствия на пути готовности людей к сотрудничеству.

С другой стороны, работники здравоохранения должны нести ответственность за свои действия. Поощрению ответственности служат такие меры в рамках любого из подходов, которые направлены на улучшение подготовки как тех, кто оказывает помощь, так и тех, кому оказывается помощь. Все же, в некоторых случаях будет необходимо ответственным лицам (таким, как инспектора, члены лицензионных комитетов, медицинских советов) взыскивать с медицинских работников, постоянно допускающих небрежность в своей работе, несмотря на усилия к их стимулированию и обучению.

3.13 Источники получения дальнейшей информации

На компакт-диске, прилагаемом к данному руководству приводятся образцы вопросов (анкет), которые использовались в других аналогичных исследованиях и которые могут быть адаптированы к местным условиям.

Исследовательские методы, описанные в настоящем руководстве, используют качественные данные, а в отдельных случаях количественные данные. Дополнительная информация о принципах надзора и аудита может быть получена из ряда источников, в том числе:

National Institute for Clinical Excellence and the Commission for Health Improvement. *Principals for Best Practice in Clinical Audit*. Radcliffe Medical Press. London 2002.
<http://www.nice.org.uk>

Campbell O, Cleland J, Collumbien M, Southwick K. Social science methods for research on reproductive health. WHO 1999 (WHO/RHR/HRP/SOC/99.1).

Публикации на французском языке, которые могут представлять интерес:

Comité national d'experts sur la mortalité maternelle, Rapport au ministre, Paris mai 2001.
<http://www.sante.gouv.fr/htmlpointsur/maternit?/>

Bouvier-Colle MH. Enquêtes confidentielles avec comités d'experts, audits et soins obstétricaux. In: Évaluation des soins en obstétrique. Pour une pratique fondée sur les preuves. B Blondel, F Goffinet et G Bréart ed. Paris, Masson, 2001 : 209-232.

Глава 4: Вербальная аутопсия: уроки исследования случаев материнской смерти в сообществе

Авторы: Carine Ronsmans, Отдел эпидемиологии инфекционных болезней, Лондонский Институт гигиены и тропической медицины; Jean-Francois Etard, Институт исследований вопросов развития, Дакар, Сенегал; Gijs Walraven, Полевая станция Фарафенни, лаборатории медицинского исследовательского Совета, Гамбия

Основные положения

- ✓ Местные сообщества являются ценным источником информации о причинах женской смертности.
- ✓ Данный подход предпочтительно использовать при высокой численности случаев материнской смерти, имеющих место вне медицинских учреждений. В определенных случаях вербальная аутопсия может дополнять анализ случаев материнской смерти на уровне медицинских учреждений.
- ✓ Данные о причинах материнской смертности, полученные в результате вербальной аутопсии, страдают неточностью, и ими надлежит пользоваться только для получения общего представления о типичных причинах смертности по месту проживания.
- ✓ Вербальная аутопсия обычно подразумевает установление факторов, которые, возможно, повлияли на случай материнской смерти. Полученные результаты могут способствовать выявлению общих направлений деятельности, нуждающихся в усовершенствовании. Например, потребность в медицинских образовательных программах, потребности в обеспечении транспортными средствами на местах, укрепление систем перевода пациентов на более высокий уровень оказания медицинской помощи или модернизация медицинских учреждений.

Анализ случаев материнской смертности по месту проживания, проводимый с использованием вербальной аутопсии используется уже более двух десятилетий, и его определение изменялось за это время. Первоначально под вербальной аутопсией строго понимался метод, позволявший выяснить масштабы проблемы и медицинские причины, приводящие к материнской смерти. Этот метод основывался на опросах членов семьи и соседей скончавшейся женщины¹. Однако, с течением времени была признана необходимость в получении информации, касаю-

¹ Campbell O, Ronsmans C. *Verbal autopsies for maternal deaths: report of a WHO workshop, London, 10-13 January 1994*. Geneva, World Health Organization, 1995 (document - WHO/FHE/MSM/95.15.)

щейся немедицинских факторов, которые, предположительно, могут играть определенную роль в случаях материнской смертности. Сегодня вербальная аутопсия используется гораздо шире в целях сбора информации, касающейся как медицинских, так и немедицинских факторов, послуживших причиной материнской смертности. Такой широкий взгляд резко контрастирует с подходом, используемым в контексте детской смертности, где единственной целью проведения вербальной аутопсии является выявление медицинской причины смерти².

4.1 Что такое вербальная аутопсия случаев материнской смерти?

Вербальная аутопсия (словесное расследование) случаев материнской смертности – это метод выявления медицинских причин смерти и установление личных, семейных или общественных факторов, которые, возможно, способствовали смерти женщины, произошедшей вне медицинского учреждения.

Вербальная аутопсия заключается в опросе людей, которые что-либо знают о событиях, приведших к смерти (например, члены семьи, соседи, традиционные повитухи). Основные задачи вербальной аутопсии состоят в том, чтобы:

- ◆ Выявить случаи смерти, имевшие место среди беременных или недавно родивших женщин.
- ◆ Дать широкую классификацию причин материнской смертности по категориям.
- ◆ Понять факторы, которые, возможно, способствовали летальному исходу.
- ◆ Представить данные о женщинах, скончавшихся по причинам, связанным с беременностью (а именно, возраст, количество родов в анамнезе, образование и прочие социальные характеристики).
- ◆ Предложить национальным, областным и районным отделам здравоохранения механизм стимулирования действий по устранению препятствий на пути каждой беременной женщины к получению высококачественной акушерской помощи.

В основе идеи подхода, применяемого при вербальной аутопсии, лежит цикл наблюдения за материнской смертностью и заболеваемостью, описанный в Главе 3. Адаптированный к данному методу цикл представлен на рис. 4.1.

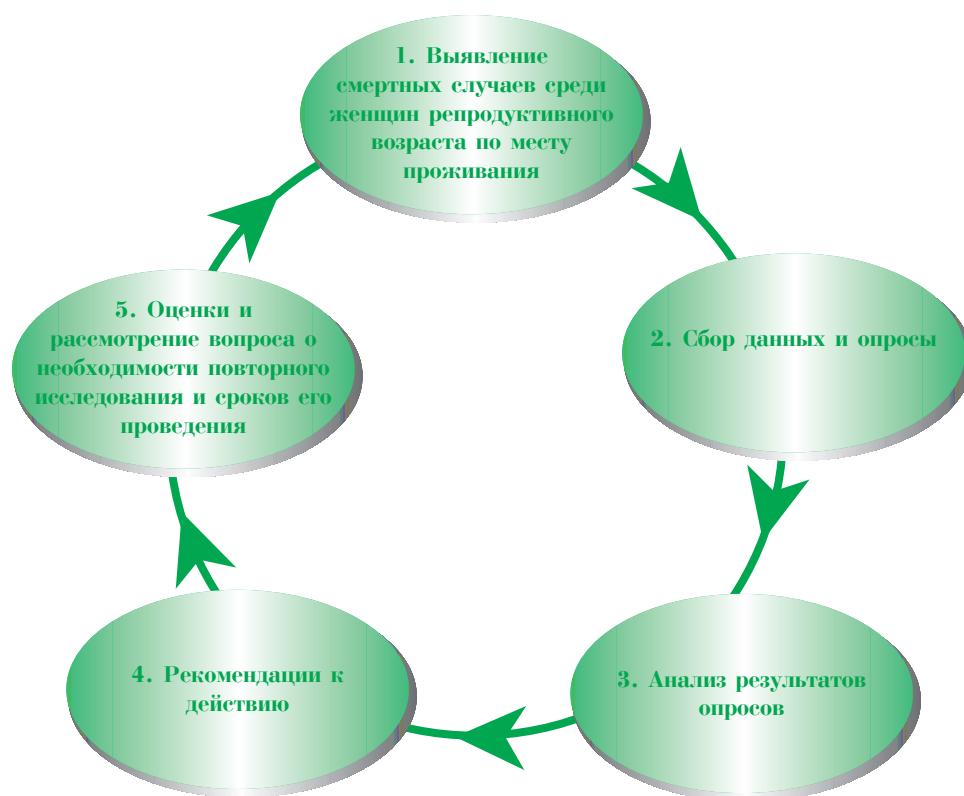
Хотя вербальная аутопсия иногда использовалась для определения масштабов материнской смертности в определенной популяции, в данной главе этот подход целенаправленно выступает как метод определения причин смертности и выявления факторов, способствовавших летальному исходу, а не для измерения масштабов проблемы.

Как правило, вербальные аутопсии производятся с определенной периодичностью, скажем, раз в три месяца, раз в полгода или раз в год и включают все случаи материнской смерти, о которых стало известно за данный период. Этот метод обычно используется на районном уровне и охватывает смертные случаи,

² Anker M et al. *A standard verbal autopsy method for investigating cause of death in infants and children*. Geneva, World Health Organization, 1999 (document WHO/CDS/CDR/ISR/99.4).

происходящие по месту проживания. Однако в ситуациях, где качество медицинской документации неудовлетворительное, может оказаться целесообразным проводить вербальные аутопсии всех смертных случаев, имевших место в пределах определенного местного сообщества, независимо от того, умерла женщина в медицинском учреждении или вне его. Другими словами, в некоторых ситуациях вербальная аутопсия может дополнить данные анализа случаев материнской смертности на уровне медицинских учреждений.

Рисунок 4.1. Цикл вербальной аутопсии



Для гарантированного выявления всех случаев материнской смертности в определенной популяции важно проводить вербальные аутопсии по всем сообщаемым смертным случаям среди женщин репродуктивного возраста, а не только по летальным случаям, закодированным как случаи материнской смертности в свидетельствах о смерти. Множество смертных случаев, связанных с беременностью, до сих пор проходят мимо внимания органов здравоохранения, или о них не сообщается в отчетности. По-прежнему имеются значительные погрешности в оценке уровня материнской смертности даже в развитых странах, обладающих совершенными системами демографической статистики³. Особую озабоченность вызывает неполнота сведений о смертных случаях в ранние сроки беременности (т.е. в связи с внематочной беременностью или осложнениями после аборта), а также о случаях смерти от косвенных, не связанных с беременностью, причин (например, гепатита, сердечно-сосудистых заболеваний и т.д.). Отсутствие от-

3 Salanave B et al. Classification differences and maternal mortality: a European study. *International Journal of Epidemiology*, 1999, 28:64-69.

четности по всем случаям материнской смерти может привести к искажению результатов. Следует также всегда учитывать вероятную неполноту перечня причин материнской смертности, указываемых в отчетах.

Репрезентативность данных не имеет столь серьезного значения, если задачей вербальной аутопсии является понимание факторов, оказавших влияние на конкретный случай материнской смерти, ибо история даже одной женщины может оказаться достаточно информативной. Однако следует проявлять осторожность в том, чтобы не преувеличивать или делать выводы, полученных в результате наблюдения за небольшим числом смертных случаев. В рамке 4.1 представлены фрагменты медицинских случаев, изученных в Мексике. Они иллюстрирует, каким образом на основе отдельных случаев⁴ можно получить полезные знания о препятствиях, стоящих перед женщиной на пути получения акушерской помощи.

Рамка 4.1. Анализ случаев материнской смертности в Мексике с помощью метода вербальной аутопсии⁵

На четвертом месяце беременности она начала испытывать сильные головные боли. Мы не посещали врача, потому что считали это нормальным. Она уже страдала от подобных головных болей при прежних беременностях.

Она становилась все тяжелее и тяжелее, и у нее очень разболелось левое предплечье. Но она не обращалась за помощью, потому что оплата врачей стоит слишком дорого, а у нас не было денег.

4.2 Цель вербальной аутопсии

Федеральные, областные и местные власти или органы местного сообщества могут заинтересоваться причинами случаев материнской смертности, происходящих по месту проживания женщин. Как мы уже упоминали, в Главе 1, показатель материнской смертности не рассматривается как один из наиболее ценных показателей для мониторинга Программ безопасного материнства, потому что он не раскрывает подлинных причин смертности женщин. Тем не менее, получение даже приблизительного перечня причин материнской смертности полезно с точки зрения привлечения внимания к проблеме и целей планирования.

Результаты вербальных аутопсий могут использоваться для определения относительного влияния на материнскую смертность наиболее распространенных факторов общественного здравоохранения, которые можно исправить или устранить, с целью установления приоритетов, принятия соответствующих мер вмешательства или проведения изменений. Препятствиями на этом пути могут стать недо-

4 Langer A et al. Identifying interventions to prevent maternal mortality in Mexico: a verbal autopsy study. In: Berer M, Ravindran TKS, eds. *Safe Motherhood Initiatives: critical issues*. London, Blackwell Science, 1999:127-136.

5 Walraven G et al. Maternal mortality in rural Gambia: levels, causes and contributing factors. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78:603-613.

понимание необходимости получения медицинской помощи, опасные культурные обычаи и поверья, отсутствие медицинских учреждений или транспортных средств, или финансовые трудности. Меры, принимаемые по результатам обследований, которые проводились по месту проживания, могут спасти человеческие жизни путем доведения до сознания населения тех или иных идей медицинского просвещения, повышения степени понимания проблемы и уровня знаний, но также путем принятия изменений клинических практик и реорганизации работы местных медицинских служб с целью обеспечения их доступности, большей приемлемости и физического наличия.

Однако, относительная невозможность точного установления причин материнской смертности с помощью вербальной аутопсии требует проявлять осторожность при оценке динамики структуры причин за длительный период или различий между географическими территориями. Для проведения достоверного сравнения причин смертности требуется не только проанализировать большое количество случаев материнской смерти, но и учитывать, что метод вербальной аутопсии недостаточно надежен, что, как мы увидим далее, ограничивает возможности его использования для точных количественных сравнений.

Описание всех событий, окружавших каждый случай материнской смерти, рассматривается как важный компонент метода вербальной аутопсии, поскольку на этой основе разрабатываются комплексные профилактические стратегии. Знание обстоятельств немедицинского характера, сопутствовавших смерти женщины, помогает выявить многочисленные препятствия на пути доступа женщины к комплексным акушерским услугам и к их использованию.

Например, анализ проведенный с использованием вербальной аутопсии в Мексике выявил, что родственники умершей неспособны были распознать патологические признаки или критические симптомы у женщины, а отсутствие адекватных транспортных средств послужило основным препятствием на пути к получению ею помощи в учреждении здравоохранения⁴. Влияние аналогичных обстоятельств было отмечено в Гамбии, хотя в качестве основного фактора, оказывающего влияние на материнскую смертность, указывалось несоответствие уровня акушерской специализированной помощи стандартам⁵. Эти выводы не только обращают внимание лиц, ответственных за принятие решений, на сложный характер проблем, связанных с материнской смертностью. Они также могут подтолкнуть к разработке конкретных рекомендаций. В Мексике вышеуказанные выводы позволили сделать рекомендацию о том, как сократить задержки с обращением за медицинской помощью. Для этого предлагается в период родового обслуживания не только научить женщин распознавать осложнения, требующие медицинской помощи, но и настроить их на возможную необходимость прибегнуть к неотложной транспортировке и на наличие средств для этой транспортировки во время схваток и родов.

И, наконец, вербальная аутопсия позволяют собрать полезную информацию, касающуюся некоторых демографических и социальных характеристик скончавшихся женщин.

4.3 Преимущества и недостатки вербальной аутопсии

К преимуществам вербальной аутопсии относятся:

- ♦ В ситуациях, когда значительная часть женщин умирает дома, вербальная аутопсия служит единственным средством установления медицинских причин смерти.
- ♦ Вербальная аутопсия позволяет исследовать медицинские и немедицинские факторы в ходе анализа цепочки событий, приведших к материнской смерти. Подтвержденное документами наличие препятствий индивидуального, семейного и общественного характера, оказавшихся на пути доступа женщины к получению акушерской помощи, даже при существовании адекватных медицинских служб, воссоздает всеобъемлющую картину факторов, определяющих материнскую смертность, и позволяет предпринять соответствующие корректирующие меры.
- ♦ Вербальная аутопсия дает уникальную возможность учитывать мнение семьи и общественности по вопросам доступности и качества медицинского обслуживания с целью совершенствования деятельности служб, участвующих в охране здоровья матери.
- ♦ Вербальная аутопсия снабжает местных лидеров общественного мнения и всех борцов за материнское здоровье информацией, свидетельствующей о необходимости внесения изменений и улучшений в культурную, общественную и образовательную сферы или в медицинские практики и использование ресурсов здравоохранения.

К недостаткам вербальной аутопсии относятся:

- ♦ *Отсутствие надежности в установлении медицинской причины смерти*

В целом, качество данных, полученных с помощью метода вербальной аутопсии, будет зависеть от тщательности разработки, апробирования и предварительного тестирования опросной анкеты, адекватной подготовки полевых работников и руководства ими, а также от осторожного обращения с информацией. Даже при выполнении этих условий, медицинские причины смерти, установленные с помощью вербальной аутопсии остаются не точными, и различные исследователи, проводящие оценку, могут прийти к разным выводам относительно медицинских причин смерти. Один из врачей в Бангладеш отнес 41% всех случаев материнской смерти на счет прямых акушерских причин, тогда как другая группа врачей посчитала эту долю равной 51%⁵. Именно поэтому данные о причинах материнской смертности, выявленные с помощью вербальной аутопсии, надлежит использовать для получения лишь приблизительного представления о типичных причинах смертности среди данной группы населения.

- ♦ *Субъективность определения факторов, повлиявших на смерть*

Вопрос о том, насколько возможно избежать воздействия того или иного фактора, в значительной степени отражает субъективное мнение. Оно зависит от целого ряда обстоятельств, в том числе от того, как проводились опросы, как бы-

ли составлены отчеты, от уровня и подготовки интервьюеров и аналитиков, и от того, насколько аналитики были знакомы с местными условиями. Трудно сказать, насколько могут быть велики расхождения между различными исследователями относительно устранимых факторов, но в одном из исследований, проводившихся в Гамбии, высказано предположение, что расхождения могут оказаться весьма существенными⁷. В ходе работы над данным исследованием трем врачам предложили ознакомиться с результатами опросов, проведенных с помощью вербальной аутопсии, и высказать свое мнение относительно факторов, повлиявших на летальный исход. При этом аналитики не знали мнения друг друга и руководствовались контрольным перечнем потенциальных факторов. По крайней мере, половина из 18 случаев материнской смерти были отнесены на счет отсутствия доступа к надлежащей акушерской специализированной помощи, и по этому вопросу не существовало больших расхождений между аналитиками. С другой стороны, доля летальных исходов, отнесенных на счет непонимания семьей серьезности проблем, вызвала значительное расхождение мнений и колебалась от 11% до 33%. Двое из аналитиков посчитали, что в 28% случаев отсутствовали очевидные факторы, которые могли привести к смерти, тогда как один - обнаружил присутствие устранимых факторов в каждом случае смерти.

Хотя чрезвычайно важно знать то, как члены семьи воспринимали оказанную помощь, мнение непрофессионалов о техническом уровне медицинской помощи и ее восприятие может не совпадать с мнением специалиста в области медицины по тем же вопросам. Вербальную аутопсию не следует направлять в русло рассмотрения профессионального качества оказания медицинской помощи в случае материнской смерти (например, недостаточность диагностических и терапевтических процедур). Исключение может быть сделано тогда, когда имеются подробные записи, имеющие отношение к случаю, которые могут быть изучены квалифицированным медицинским персоналом, что позволит провести сравнения с установленными стандартами (см. Главу 8 по Клиническому аудиту).

Субъективный характер интерпретации влияющих факторов, тем не менее, не должен приводить к отказу от усилий по их выявлению. Целью вербальной аутопсии является выявление не количественных показателей, а общих сфер, требующих совершенствования. В данном случае более важным является обсуждение вопросов доступа к услугам и их качества между всеми участниками процесса принятия решений, а не составление точного перечня факторов, влияющих на летальный исход.

♦ Недоказанная достоверность вербальной аутопсии

Сведения, почерпнутые от непрофессиональных информаторов относительно причин, приведших к смерти пациентки, не всегда совпадают с данными о причинах смерти, указанными в свидетельствах о смерти. На данный момент есть только одно исследование, относительно достоверности причин смерти, установленных с помощью вербальной аутопсии⁶. Поскольку это исследование было проведено в условиях стационара, оно, к сожалению, не дает возможности сделать

6 Ronsmans C et al. A comparison of three verbal autopsy methods to ascertain levels and causes of maternal deaths in Matlab, Bangladesh. *International Journal of Epidemiology*, 1998, 27:660-666.

выводы относительно достоверности вербальной аутопсии применительно к женщинам, скончавшимся по месту проживания.

♦ *Возможность неполной или избыточной информации в официальной отчетности о материнской смертности и ее конкретных причинах*

Официальная отчетность характеризуется неполнотой данных, в частности, относительно смертности в ранние сроки беременности и смертности от косвенных причин. В Бангладеш система демографического надзора упустила из виду 30% смертных случаев, вызванных абортми и 58% случаев смерти, не связанных непосредственно с беременностью, вызванных косвенными причинами⁷. Для обнаружения смертных случаев, связанных с абортми, интервьюеру необходимо обладать специальными навыками установления отношений с людьми и уметь вызывать доверие родственников, которые могут быть не готовы говорить о столь деликатном вопросе, как искусственный аборт. Косвенные причины зачастую фигурируют в официальной отчетности как не связанные с материнством, поскольку они больше всего влияют на формирование картины. Однако недооценка косвенных причин должна представлять меньшую проблему для вербальной аутопсии, если в анкете особое внимание уделяется аспектам беременности.

В то же время, сведения о косвенных причинах материнской смертности могут также завышаться в официальной отчетности. В таблице 3.1. и разделе 3.5. третьей главы даются определения различных видов материнской смертности. С концептуальной точки зрения, материнская смерть, вызванная косвенными причинами, связана с медицинским состоянием, отягощенным воздействием беременности, например, сердечно-сосудистые заболевания, эпилепсия или диабет. На практике возможно возникновение путаницы относительно того, какие акушерские причины смертного случая считать косвенными. Определения, приведенные в Главе 3, должны внести в данный вопрос большую ясность. Лица, занимающиеся классификацией случаев материнской смертности, часто принимают решения, основываясь на конкретных случаях независимо от того, как они классифицируют определенные причины: как косвенные или случайные для данной беременности. При использовании вербальной аутопсии в статистику материнской смертности включаются все закончившиеся летальным исходом случаи беременности или недавней беременности* независимо от причины, за исключением ситуаций, когда смерть была вызвана намеренным или ненамеренным нанесением увечий. Такой подход может ошибочно раздуть статистику материнской смертности, особенно в условиях, когда косвенные причины смерти во время беременности становятся ведущими, например, на территориях с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции^{8,9}.

7 Chandramohan D et al. The validity of verbal autopsies for assessing the causes of institutional maternal death. *Studies in Family Planning*, 1998, 29:414-422.

* *íàààáíÿü áâðàíáííñòü - â òàðèà 42 áíáé òñèà íèíí-àíèÿ áâðàíáííñòè èèè ðíáíà*

8 Khat M, Ronsmans C. Deaths attributable to childbearing in Matlab, Bangladesh: indirect causes of maternal mortality questioned. *American Journal of Epidemiology*, 2000, 151: 300-306.

9 Bicego G, Boerma JT, Ronsmans C. The effect of AIDS on maternal mortality in Malawi and Zimbabwe. *AIDS*, 2002, 16:1078-1081.

4.4. Поэтапный процесс проведения вербальной аутопсии в случае материнской смерти

Ниже подробно описывается каждый из этапов проведения вербальной аутопсии в случае материнской смерти. В обобщенном виде весь процесс состоит из следующих девяти этапов.

1. Подготовка к проведению вербальной аутопсии
2. Выявление случаев материнской смерти
3. Определение источников информации
4. Разработка анкеты для проведения вербальной аутопсии
5. Отбор и подготовка интервьюеров
6. Выбор респондентов
7. Разработка механизма классификации медицинских причин смерти
8. Разработка механизма классификации влияющих факторов
9. Использование результатов исследования с целью осуществления действий.

Этап 1: Подготовка к проведению вербальной аутопсии

Необходим ряд предпосылок, без существования которых нельзя приступать к проведению вербальной аутопсии. Нужен также человек, обладающий опытом и полномочиями, который бы взял на себя ответственность за координацию действий. Поскольку вербальная аутопсия проводится по месту проживания, то потребуется обеспечить сотрудничество со стороны населения, для чего следует составить краткую информационную справку о своих намерениях. Учитывая то обстоятельство, что может понадобиться определенная информация от органов здравоохранения, необходимо также поставить в известность руководителей соответствующих учреждений. Кроме того, понадобится обеспечить полевым сотрудникам транспортными средствами и гарантировать им безопасность работы. Для этого необходимо будет заключить договор на оплату транспортных перевозок и услуг персонала.

Этап 2: Выявление случаев материнской смерти

Вербальная аутопсия проводится в сообществе по месту проживания. Для выявления смертных случаев среди женщин репродуктивного возраста по месту проживания используется ряд методов, в том числе данные демографической статистики, а также текущие данные системы медицинского надзора за состоянием здоровья населения. В установившейся практике демографической статистики в развивающихся странах нередко встречаются заниженные данные относительно смертных случаев, в первую очередь это касается случаев материнской смерти. В ряде стран были созданы специальные системы наблюдения за изменениями тенденций в сфере демографии^{5,9,9,10,11}. Однако подобное мероприятие является достаточно дорогостоящим, а результаты локальных обследований не всегда мо-

10 Fauveau V et al. Causes of maternal mortality in rural Bangladesh, 1976-85. *Bulletin of the World Health Organisation*, 1998, 66:643-51.

11 Greenwood AM et al. A prospective study of the outcome of pregnancy in a rural area of The Gambia. *Bulletin of the World Health Organization*, 1987, 65:635-643.

гут быть типичными для структуры смертности в пределах более широких территориальных образований. Нередко полезным источником информации относительно смертных случаев среди взрослых женщин могут стать более широкие исследования (в том числе, исследования случаев смерти среди сестер), а также переписи населения, затраты на проведение которых могут, однако, возрасти, если в них включить вопросы, которые задаются в ходе проведения вербальной аутопсии.

В условиях, когда нет данных о смертности в сообществе по месту проживания, эти сведения можно получить от ключевых информаторов на местах (работников здравоохранения, лидеров сообществ, традиционных повитух и т.д.) или через местную систему коммуникации.

Давность срока, истекшего с момента наступления смерти женщины, варьировалась в различных исследованиях. В Гвинее-Бисау, где вербальная аутопсия проводилась до восьми лет после произошедшего смертного случая, срок давности не повлиял на сообщенные сведения медицинского характера¹². Однако желательно, чтобы, как правило, срок давности события не превышал пяти лет¹.

Этап 3: Определение источников информации

Суть метода вербальной аутопсии состоит в опросе лиц, имеющих какие-либо сведения об обстоятельствах, приведших к летальному исходу. По возможности собирается дополнительная информация о скончавшихся женщинах с использованием их медицинских карт или домашних записей. Это относится к тем из них, кто перед смертью имел контакт с службами здравоохранения (либо женщина получала от них дородовую помощь, либо была госпитализирована, но позднее выписана из больницы, либо она скончалась в медицинском учреждении). Для получения точных сведений в регистрационных журналах медицинского учреждения должны быть правильно указаны фамилии и адреса, а это не всегда бывает так. Например, в Гамбии были найдены медицинские карты только двух из четырнадцати женщин, находившихся в период, предшествующий смерти, в контакте с учреждением здравоохранения, да и те содержали мало дополнительной информации⁵. Таким образом, в целом вербальная аутопсия опирается на информацию, предоставленную родственниками покойной.

Этап 4: Разработка анкеты для проведения вербальной аутопсии

Опросы, проводимые в рамках вербальной аутопсии, обычно бывают структурированными, полуструктурированными и детальными. Формат «вопрос-ответ» часто используется для воссоздания медицинских обстоятельств, приведших к летальному исходу, а рассказ респондента и полуструктурированный подход применяется для выяснения факторов, повлиявших на смерть.

Анкеты для вербальной аутопсии могут иметь самые разнообразные форматы: в виде открытых вопросов, контрольного перечня симптомов, памятки с фильтру-

12 Delaunay V. *La situation démographique et épidémiologique dans la zone de Niakhar au Sénégal: 1984-1996*: [The demographic and epidemiological situation in the Niakhar region of Senegal: 1984-1996]. Dakar, Senegal, ORSTOM (Organisation Recherche Scientifique et Technique Outre Mer), 1998.

ющими вопросами¹³ или их комбинации^{5,7,13,14}. Образцы анкет для вербальной аутопсии, использовавшихся в Гамбии и Бангладеш, представлены на компактном диске, приложенном к данному руководству. Как правило, анкеты начинаются с вопросов, касающихся общих сведений о женщине (таких, как возраст, количество родов, социальные факторы и т.д.). За ними следует пустая страница, куда интервьюер заносит перенесенные женщиной болезни и обстоятельства, приведшие к смерти, в том виде, как они сохранились непосредственно в памяти родственников. После этого обычно идет более структурированный перечень вопросов о болезни, предшествовавшей смерти.

Этап 5: Отбор и подготовка интервьюеров

В большинстве случаев предпочтение отдается пусть не имеющим медицинской подготовки, но опытным интервьюерам, по сравнению с квалифицированным медицинским персоналом, поскольку последний может проявлять излишнюю прямолинейность при постановке вопросов. К другим факторам, влияющим на отбор интервьюеров, относится мобильность человека (в некоторых условиях женщины не мобильны), пригодность для данной работы и наличие свободного времени для данного вида деятельности¹.

Интервьюеру требуется основательно изучить не только основные понятия медицинских состояний и связанных с ними симптомов, которые могут привести к материнской смерти, но и методы проведения детальных опросов¹⁵. Для детального опроса интервьюер должен быть хорошо подготовлен по нескольким подлежащим анализу темам, например, знать модель «трех задержек», предложенную Thaddeus и Maine¹⁶.

Интервьюер должен умело предлагать респондентам поделиться своими знаниями о событиях, предшествовавших смерти. Когда затрагиваются особенно деликатные темы, как, например, аборт, может оказаться целесообразным проведение повторного интервью с одним и тем же респондентом для развития более доверительных отношений и лучшего взаимопонимания.

Интервьюеры не квалифицированные в медицинских вопросах нуждаются в постоянной поддержке медицинского персонала для того, чтобы не упустить всей информации, касающейся признаков и симптомов, предшествовавших летальному исходу. Повторные интервью могут понадобиться, если предполагается, что дальнейшие подробности описания болезни помогут выявить причину смерти более точно.

13 Hoj L, Stensballe J, Aaby P. Maternal mortality in Guinea-Bissau: the use of verbal autopsy in a multi-ethnic population. *International Journal of Epidemiology*, 1999, 28:70-76.

14 Chandramohan D et al. Verbal autopsies for adult deaths: issues in their development and validation. *International Journal of Epidemiology*, 1994, 23:213-222.

15 Kodio B et al. Levels and causes of maternal mortality in Senegal. *Tropical Medicine & International Health*, 2002, 7:499-505.

16 Campbell O et al. *Social science methods for research on reproductive health*. Geneva, World Health Organisation, 1999 (document WHO/RHR/HRP/SOC/99.1).

Этап 6: Выбор респондентов

Респондент — это человек, который знает о болезнях, приведших к смерти женщины. Респондентами могут быть муж, сестра, мать, отец, свекровь, соседи или традиционные повитухи.

Для выявления признаков и симптомов, проявившихся перед смертью, полезно опросить лиц, которые присутствовали в момент смерти. А для того, чтобы узнать, какие факторы немедицинского характера связаны со смертью, полезно опросить не только людей, присутствовавших в момент смерти, но и тех, кто знал женщину достаточно хорошо, чтобы они могли сообщить о ее общем состоянии здоровья и о том, обращалась ли она за медицинской помощью.

Во многих ситуациях недостаточно бывает ограничиваться интервью с одним лицом. Опрос ряда респондентов может, кроме того, принести полезную информацию, касающуюся характера отношений, возможно, повлиявших на решение обратиться за медицинской помощью. Когда опрашивают нескольких респондентов, они часто вступают в обсуждение излагаемых фактов, и это может помочь установить более полную картину обстоятельств, предшествовавших смерти женщины. Некоторые респонденты могут утаивать часть информации при групповом опросе, и тогда может возникнуть необходимость вернуться позже и проинтервьюировать этих людей поодиночке.

Этап 7: Разработка механизма классификации медицинских причин смерти

В ходе вербальной аутопсии бывает нелегко различить смертные случаи, вызванные косвенными акушерскими причинами и те, которые имели случайное отношение к беременности, за исключением смертных случаев, связанных с травмами. Поэтому метод вербальной аутопсии направлен скорее на анализ смертных случаев, связанных с беременностью, а не с материнской смертностью. При этом все смертные случаи, произошедшие во время беременности или в течение 42 дней после родов, независимо от их причин, включаются в отчетность. Все смертные случаи, кроме тех, где причиной были непосредственные акушерские состояния или травмы, обычно классифицируются как случаи смерти от косвенных причин. В таблице 3.1 в главе 3 эти определения объясняются более полно.

Случаи смерти от прямых акушерских причин далее классифицируются по таким широким категориям, как смерть при ранней беременности, кровотечение, сепсис, эклампсия, абсолютно клинически узкий таз / разрыв матки, внезапная смерть и смерть от неизвестной причины. Там, где возможно, нужно давать более точные указания — второй уровень классификации по категориям (например, предлежание плаценты, преждевременная отслойка плаценты и т.д.).

Процедуры установления медицинского диагноза варьируются в различных исследованиях. Как правило, считается, что диагноз нельзя ставить во время опроса и что анкету должна проанализировать экспертная комиссия врачей на более позднем этапе. К примеру, можно предложить трем врачам независимо друг от друга дать заключение о характере и причине случая материнской смертности.

Вопрос о причинах смерти решается врачами в два этапа: сначала они определяют, была ли смерть связана с беременностью, а затем называют вероятную причину. Смерть считается связанной с беременностью, если хотя бы двое из троих врачей установят такой диагноз. Среди всех установленных таким образом связанных с беременностью смертных случаев диагноз рассматривается как окончательный, когда, по крайней мере, двое из троих врачей приходят к согласию относительно основной причины смерти. В установлении причин смерти врачам могут оказать помощь таблицы причин материнской смертности, которые были опубликованы ВОЗ¹ и исследователями из Гвинеи-Бисау¹³.

В настоящее время отсутствует достаточный опыт использования четких, заранее определенных диагностических критериев, позволяющих определять медицинские причины смерти в условиях, когда невозможно получить заключение врачей.

Этап 8: Разработка механизма классификации влияющих факторов

Хотя существует явная тенденция учитывать повлиявшие на смерть факторы при расследовании случаев материнской смертности, до сих пор не совсем ясно, каким образом можно вывести эти факторы или как их нужно классифицировать. Поэтому, как следует из ряда научных работ, в данный момент не существует нормативного подхода к классификации факторов, оказавших влияние на материнскую смерть^{4,5,17,18,19}.

Подход, описываемый в данной главе, призывает использовать устранимые факторы, потому что важно тщательно разобраться с каждым отдельным случаем смерти и понять, на каком уровне или на каких уровнях возможное вмешательство потенциально могло бы изменить исход. Устранимые факторы могут быть обнаружены как внутри, так и за пределами системы здравоохранения, причем нужно иметь в виду возможное наличие не одного, а нескольких факторов одновременно.

Система детерминирующих факторов, предложенная McCarthy и Maine²⁰, служит полезным руководством при анализе устранимых факторов. Хотя некоторые авторы пользуются моделью “трех задержек”, предложенной Thaddeus и Maine¹⁷ для классификации факторов, имевших отношение к материнской смертности, к ней не рекомендуется прибегать в целях классификации. Согласно модели «трех задержек» случаи материнской смерти изучаются на предмет выявления факторов, способствовавших трем различным видам задержек: (1) задержка с принятием решения об обращении за медицинской помощью, (2) задержка с поступлением в лечебное учреждение и (3) задержка с предоставлением адекватной помощи. Хотя эта модель чрезвычайно полезна для того, чтобы мысленно представить «дорогу к смерти», а также в качестве тематического руковод-

17 Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Social Science & Medicine*, 1994,38:1091-1110.

18 Barnes-Josiah D, Myntti C, Augustin A. The “three delays” as a framework for examining maternal mortality in Haiti. *Social Science & Medicine*, 1998, 46:981-993.

19 Ministry of Health, National maternal mortality study (Egypt, 1992-1993): preliminary report of findings and conclusions. Cairo, Ministry of Health and Population, 1994.

20 Fawcus S et al. A community-based investigation of avoidable factors for maternal mortality in Zimbabwe. *Studies in Family Planning*, 1996, 27:319-327.

ства к проведению детального опроса, она мало пригодна для непосредственной разработки конкретных рекомендаций. Отсюда, модель «трех задержек» должна рассматриваться в первую очередь как пища для размышлений, а не как инструмент классификации случаев смерти.

До сих пор не выработано единого подхода к изучению устранимых факторов. Если определять неадекватную помощь как отход от норм в медицинском обслуживании в конкретном контексте, то нужны определенные критерии, по которым можно было бы оценивать качество помощи. В то время, как может существовать целый ряд подразумеваемых критериев (например, повитуха должна направить женщину в случае наличия абсолютно клинически узкого таза на более высокий уровень специализированной помощи), мы редко располагаем четкими нормами. Помимо прочего, установление норм и критериев для факторов, действующих на уровне местного сообщества, может оказаться невозможным, а высказанные суждения, вероятно, будут субъективными.

Установление факторов, которых можно избежать, обычно производится группой людей в ходе совместного обсуждения. В развивающихся странах группа людей, определяющих устранимые факторы, почти неизменно состоит из медицинских специалистов и исследователей^{4,5,19,20,21}. Тем не менее, предполагается, что анализировать данные должна мультидисциплинарная команда^{19,20}.

До нынешних времен ответственные за решения руководители и администраторы редко привлекались к оценке данных, полученных в ходе вербальной аутопсии. Однако, чтобы влиять на политику, анализ материнской смертности с использованием вербальной аутопсии должен из сугубо разрозненных научных мероприятий постепенно превращаться во всеохватывающую деятельность, а лица, принимающие решения, специалисты в области здравоохранения и члены сообществ должны сообща принимать участие в разборе обстоятельств, приводящих к смерти. Можно сказать, почти с полной уверенностью, что активное участие всех, кто озабочен проблемой спасения жизни матерей, в проведении анализа с целью определения устранимых факторов, является более мощным стимулом к изменениям, чем данные одной только статистики. Такая инициатива в настоящее время проводится в Индонезии, где в трех провинциях²² на районном уровне проводится вербальная аутопсия. И хотя в настоящее время не существует системы проведения формальной оценки, ожидаемый успех материнского и перинатального аудита подтолкнул правительство Индонезии заняться распространением подобной деятельности на всю страну.

Этап 9: Использование результатов исследования с целью осуществления действий

Классифицируя смертные случаи на те, которых можно избежать, и те которых избежать невозможно, многие исследования документально подтвердили наличие

21 McCarthy J, Maine D. A framework for analyzing the determinants of maternal mortality. *Studies in Family Planning*, 1992, 23:23-33.

22 Kwast BE et al. Confidential enquiries into maternal deaths in Addis Ababa, Ethiopia 1981-1983. *Journal of Obstetrics & Gynaecology in Eastern and Central Africa* 1989, 8:75-82.

медицинских и немедицинских причин материнской смертности, но только в некоторых из исследований предлагались системные подходы к мониторингованию хода работ, направленных на изменение этих факторов. Система вербальных аутопсий является не только средством выявления причин материнской смертности, но, как и все подходы, предлагаемые в этой книге, выступает орудием изменений, направленных на улучшение понимания женщиной проблемы, обеспечение доступа к медицинской помощи и предоставление женщине высококвалифицированной медицинской помощи.

Данные, полученные в ходе вербальной аутопсии, позволяют идентифицировать общие сферы, нуждающиеся в совершенствовании, например, потребность в образовательных программах в области охраны здоровья, потребности в обеспечении транспортными средствами на местах, укрепление систем перевода пациентов на более высокий уровень оказания помощи или модернизация медицинских учреждений. Вопрос о том, найдут или нет указанные потребности отражение в конкретных стратегиях, в большой мере будет зависеть от готовности руководителей, принимающих решения, осуществить изменения, и от работников сферы здравоохранения принять на себя ответственность за действия. Для осуществления действий и обеспечения жизнеспособности предлагаемых программ, основанных на результатах анализа данных, полученных в ходе вербальной аутопсии, требуется заинтересованность всех участников на национальном, региональном и районном уровнях, включая работников здравоохранения.

4.5 Варианты вербальной аутопсии

Формат метода вербальной аутопсии может потенциально быть представлен большим числом вариантов. Как и другие методы, описанные в данном руководстве, метод вербальной аутопсии можно адаптировать и изменять с учетом условий отдельно взятой страны.

Например, формат анкет существенным образом зависит от условий проведения исследования, и, стало быть, анкеты, представленные на компактном диске, должны рассматриваться в первую очередь как типовые образцы, а не как конечные варианты. Прежде, чем их использовать, анкеты нужно адаптировать к местным условиям, где они должны пройти тщательное предварительное апробирование.

В ряде случаев к проведению исследований привлекались интервьюеры, имеющие медицинскую подготовку, а в других случаях их проводили, как это рекомендуется в настоящем руководстве, высоко опытные специалисты-интервьюеры, не являющиеся медиками. Медицинские специалисты, возможно, имеют лучшую подготовку в профессиональной сфере изучения болезней, приводящих к летальному исходу, но им может быть свойственен излишне прямолинейный характер интервьюирования.

Глава 5: Исследование случаев материнской смертности на уровне медицинских учреждений: уроки, извлеченные при изучении летальных исходов в стационарах

Авторы: Д-р Colin Bullough и д-р Wendy Graham. Центр Дугалд Бэрда по исследованиям здоровья женщин, отдел акушерства и гинекологии, Университет Абердина

Основные положения

- ✓ Материнская смерть всегда является трагедией. Сбор надежной информации от медицинских специалистов и родственников относительно обстоятельств смерти требует умения и деликатности.
- ✓ Анализ ведения любого случая, закончившегося материнской смертностью в медицинском учреждении, всегда является образцом хороших практик.
- ✓ Медицинские записи и память людей о произошедших событиях содержат ценную информацию, которая может помочь в улучшении качества ухода, и они должны быть использованы надлежащим образом.
- ✓ Во многих ситуациях лишь небольшая доля всех случаев материнской смерти происходит в медицинских учреждениях.

5.1 Что такое исследование случаев материнской смертности на уровне медицинских учреждений?

Исследование случаев материнской смертности на уровне медицинских учреждений является «качественным, детальным исследованием причин и обстоятельств случаев материнской смерти, произошедших в медицинском учреждении». Наибольшее внимание обращается на прослеживание пути умерших женщин в рамках системы здравоохранения и стационара с целью выявления таких факторов, которых можно было избежать или которые можно было изменить с целью улучшения качества помощи матерям в будущем. Там, где это возможно, информация должна быть дополнена данными из сообщества, хотя это может быть не всегда возможным.

Во многих ситуациях лишь небольшая доля случаев материнской смерти проис-

ходит в стационаре. Таким образом, процессы исследования этих случаев, описанные в данной главе, могут дать лишь частичную картину причин материнской смертности в определенной совокупности населения. Различия, которые часто находят между характером причин материнской смертности дома и в стационаре показывают, что это важный момент, который следует иметь в виду. Например, в Непале наиболее распространенной причиной материнской смерти в стационарах является эклампсия, тогда как ее наиболее распространенной причиной в целом среди матерей является кровотечение¹. Эта разница легко объясняется тем фактом, что женщины часто умирают от массивного кровотечения, не успев добраться до лечебного учреждения.

Проведение Исследования случаев материнской смерти на уровне медицинских учреждений в первую очередь является процессом обучения медицинских специалистов, оказывающих помощь беременным или недавно родившим женщинам, а также тех, кто учится. Оно является также мощным средством обеспечения отчетности.

Исследование случаев материнской смерти на уровне медицинских учреждений нельзя считать полным, если за ним не следует попытка принять необходимые меры в ответ на полученные результаты. И это справедливо независимо от того, один или несколько отдельных случаев подвергаются анализу, или же это большая серия случаев, результаты которых собираются воедино. При разборе большого количества случаев, этот аспект следует учитывать в ходе планирования.

Резюмируя сказанное, исследование случаев материнской смерти на уровне медицинских учреждений основывается на цикле наблюдения, представленном в Главе 3, а также на рисунке 5.1.

Уровни, на которых может проводить такое исследование:

Исследование каждого случая материнской смертности в стационаре

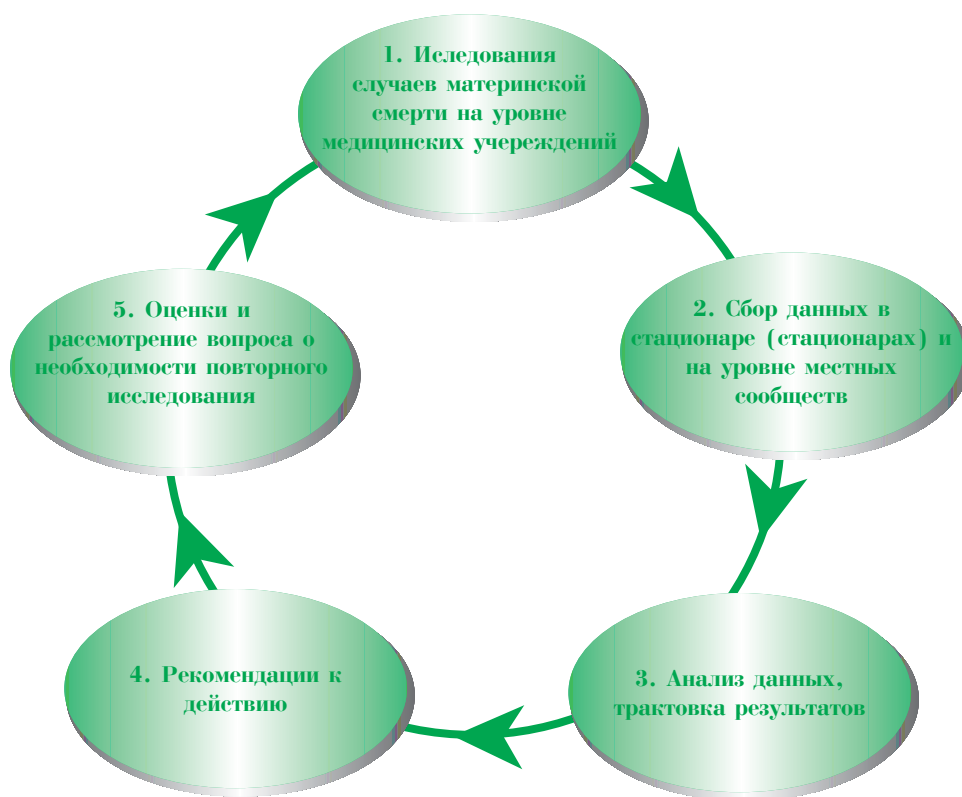
Во многих системах здравоохранения анализ каждого случая материнской смерти, произошедшей в стационаре, уже осуществляется в рамках хороших клинических практик. Такой разбор проводится на совещании мультидисциплинарной группы, проводящей анализ, с целью извлечения уроков из ведения данного конкретного случая и решения вопроса о том, каким образом можно улучшить методы и процедуры, осуществляемые в стационаре, на благо будущих пациенток. Тот факт, что в анализ конкретного случая смерти женщины вовлечены все те, кто участвовал в ведении пациентки, включая врачей, медсестер, акушеров, патологоанатомов и анестезиологов, гарантирует разрешение проблем, связанных с разработкой мультидисциплинарных протоколов в стационаре и их авторством, межкомандной работой и распределением обязанностей.

¹ Family Health Division. *Maternal mortality and morbidity study*. Kathmandu Nepal, Department of Health Services, 1998.

Исследование всех случаев смерти, произошедших в течение определенного периода времени в одном стационаре

Хотя анализ каждого случая в отдельности важен и может привести к извлечению отдельных полезных уроков, время от времени полезно рассмотреть возможное наличие каких-либо общих местных факторов и причин смертности, которых можно было бы избежать. Такое рассмотрение может указать на необходимость более серьезной реорганизации служб оказания помощи или адаптации местных протоколов. Поэтому полезно рассматривать совокупности случаев на регулярной основе.

Рисунок 5.1. Цикл исследования случаев материнской смертности на уровне медицинских учреждений



Включение исследования случаев тяжелой заболеваемости

В тех стационарах, где материнская смерть встречается относительно редко, но где все-таки существует необходимость анализа случаев для выявления аспектов медицинского ухода, требующих улучшения, отбор случаев для рассмотрения, возможно, следует проводить иначе. Как вариант предлагается включать в исследование случаи тяжелой заболеваемости, как это описано в Главе 7, но применив подход, описанный в данной главе.

Исследование всех случаев материнской смертности или их подгруппы во всех местных стационарах

Исследование случаев материнской смертности на уровне медицинских учреждений может быть проведено в единичном лечебном учреждении или может осуществляться периодически в нескольких стационарах в рамках проведения районной или даже региональной оценки². В таком случае объектом изучения может стать каждый случай смерти в каждом стационаре за определенный период времени, например за последние 12 месяцев, или, если их количество слишком велико для проведения тщательного исследования, определенная подгруппа случаев смертности. Например, можно было бы провести анализ всех случаев смертности, связанных с операцией кесарева сечения за определенный период времени. Исследование при желании может быть сосредоточено на определенных аспектах, например, на показаниях к проведению операции, на времени между принятием решения оперировать и началом операции или на послеоперационном уходе.

Расширение рамок исследования случаев смертности за счет включения факторов на уровне местных сообществ

Хорошо известно, что социальные условия и условия среды играют определенную роль в причинности материнской смертности. Поэтому в идеале следует попытаться проанализировать факторы по месту проживания, имеющие отношение к каждому случаю, равно как и те факторы, которые имеют отношение к помощи, оказываемой в стационаре. При использовании этого подхода исследование начинается с выявления случаев материнской смертности, произошедших в стационаре, и затем прослеживается путь каждой пациентки в сообщество по месту жительства для установления последовательности событий. Таким образом, делается попытка воспроизвести историю беременности и родов женщины, а также раскрыть другие медицинские, социальные факторы и факторы, имеющие отношение к медицинскому обслуживанию женщины на ее пути к смерти³.

Исследование случаев материнской смерти на уровне медицинских учреждений не даст полной картины событий, если нет информации о событиях на уровне местных сообществ. Но получение такой информации с помощью посещения дома умершей специальным человеком для сбора данных требует значительно более изощренного и дорогостоящего подхода, а также деликатности, что во многих ситуациях трудно достижимо.

Тем не менее, трудности на этом пути не должны явиться причиной бездействия. Важным фактором, лежащим в основе всех подходов, предлагаемых в данном руководстве, является наиболее оптимальное использование имеющихся в распоряжении методов с учетом имеющихся ресурсов с целью улучшения материнского здоровья. Исследование, состоящее только из анализа медицинских за-

2 Malle Det al. Institutional maternal mortality in Mali. International Journal of Gynaecology and Obstetrics, 1994, 46:19–26.

3 World Health Organization. Maternal mortality: helping women off the road to death. WHO Chronicle, 1986, 40:175–183.

писей с описанием случаев все же намного лучше, чем отказ от проведения такого исследования на том основании, что со сбором данных на уровне сообщества имеются трудности.

Как вариант предлагается сбор данных по месту проживания лишь в тех случаях, когда это представляется особенно важным. Другим предложением является обязательный постоянный сбор данных относительно факторов, действующих на уровне сообществ, при поступлении женщин в стационар. Такой подход может оказаться единственно возможным. Конечно, там где это возможно, после смерти женщины можно дополнить эту информацию с помощью родственников или других источников информации.

5.2 Историческая справка о проведении исследований случаев материнской смертности

Идея проведения исследования случаев материнской смертности на уровне учреждений не нова. В прошлом она реализовывалась различными путями. С течением времени произошло развитие подходов от простых к более сложным, что можно продемонстрировать на следующих примерах.

♦ С помощью исследований по изучению всех случаев смертности в больнице, являющейся обучающей базой медиков в Уганде, с 1952 г. по 1959 г.⁴, и аналогичных исследований всех случаев смертности в больнице, которая является обучающей базой для медиков в южной части Индии с 1960 по 1972 гг.⁵, удалось классифицировать причины материнской смертности, а также сделать некоторые выводы относительно социальных факторов и факторов, касающихся медицинского обслуживания.

♦ Более репрезентативное исследование было проведено в Малави в 1977 г.⁶, которое включало изучение случаев смертности, произошедших в течение года во всех 15 больницах и 92 родильных отделениях региона, где роды принимали акушерки. В результате данного исследования были выявлены факторы, которые можно было предотвратить, как на уровне медицинского обслуживания, так и относительно пациенток, а также их среды их проживания. Результатом явилась рекомендация о необходимости обучения традиционных повитух.

♦ Ретроспективное исследование всех случаев материнской смертности, начиная с 1988 г. по 1992 г., во всех 24 стационарах, имеющих родильные отделения, в трех регионах Мали⁷ также было более репрезентативным и включало опросы персонала с целью выявления проблем, с которыми медицинские работники

4 Rendle Short CW. Causes of maternal death among Africans in Kampala, Uganda. *Journal of Obstetrics and Gynaecology British Commonwealth*, 1961, 68:44–51.

5 Rao KB. Maternal mortality in a teaching hospital in Southern India. A 13-year study. *Obstetrics and Gynecology*, 1975, 46:397–400.

6 Bullough CH. Analysis of maternal deaths in the Central Region of Malawi. *East African Medical Journal*, 1981, 58(1):25–36.

7 Malle D et al. Institutional maternal mortality in Mali. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 1994, 46:19–26.

сталкивались в ходе выполнения своей работы.

♦ В ретроспективном исследовании, которое охватывало случаи материнской смертности в 10 из 17 больниц Северного Йемена в течение 1989-1991 гг.⁸, были отобраны пациентки соответствующей контрольной группы (женщины с такими же осложнениями, но без смертельного исхода) для 177 из 224 идентифицированных случаев материнской смерти, что обеспечило большую достоверность выводов. В ходе этого исследования посещались дома умерших женщин, а также дома женщин соответствующей контрольной группы, в результате чего был подтвержден тот факт, что факторами риска материнской смертности являются проживание в сельской местности, более низкий уровень жизни и неграмотность.

♦ Последний пример показывает, чего можно достичь в результате действий, предпринятых на основе результатов анализа случаев⁹. Поскольку из-за недостатка ресурсов оказалось невозможным исследовать проблемы на уровне сообщества, был проведен ретроспективный анализ случаев материнской смерти в региональной больнице Танзании за трехлетний период. На основании выявленных в ходе анализа устранимых факторов был проведен дальнейший анализ процедур, штатного персонала и оборудования больницы, а также разработана и внедрена целевая программа мер, осуществляемая в течение четырех лет. Показатель материнской смертности в больнице упал с 933 на момент начала ретроспективного исследования до 186 на 100 000 живорожденных. Тем не менее, эти результаты следует трактовать с осторожностью. Доверительные интервалы были достаточно широки и пересекались, снижение не было статистически значимым, и, кроме того, не исключена возможность улучшения показателей за счет каких-либо других факторов.

5.3 Преимущества и недостатки исследования случаев материнской смерти на уровне медицинских учреждений

Преимущества исследования случаев материнской смерти на уровне медицинских учреждений включают:

Улучшение профессиональной практики

♦ *Исследование случаев материнской смерти на уровне медицинских учреждений* помогает выявить те аспекты, в которых клиническая помощь, оказанная конкретной пациентке, была ниже установленных стандартов, с целью осуществления конкретных мер для того, чтобы это не повторялось в будущем. Это в свою очередь может привести к разработке новых процедур или руководств по ведению клинических случаев, и в конечном итоге может снова потребоваться проведение клинического аудита.

8 Abdulghani NA. *Risk factors for maternal mortality among women using hospitals in North Yemen*. London School of Hygiene and Tropical Medicine, University of London, 1993 (dissertation).

9 Mbaruku G, Bergstrom S. Reducing maternal mortality in Kigoma, Tanzania. *Health Policy and Planning*, 1995, 10:71–78.

♦ В тех случаях, когда оказывается, что несоответствующая стандартам медицинская помощь является результатом халатности врача, акушерки или другого сотрудника, должны быть предприняты соответствующие корректирующие меры. Действия, которые предпринимаются в таком случае по результатам проведенного анализа, вероятно, могут состоять, в том числе, в организации дальнейшего практического обучения и контроле деятельности медицинского работника, о котором идет речь. Другой надлежащей мерой может явиться пересмотр порядка информирования и инструктажа обучающихся относительно того уровня помощи, который им разрешается оказывать самостоятельно, не обращаясь за советом и поддержкой к более опытному сотруднику.

Совершенствование обучения

♦ Лица, отвечающие либо за преддипломное обучение, либо за обучение по месту работы, могут внести изменения в программу обучения или внедрить более подходящие методы обучения и механизмы контроля /обратной связи в соответствии с результатами исследования случаев материнской смерти на уровне медицинских учреждений.

Совершенствование ресурсов

♦ Руководитель врачебной или акушерской службы может использовать результаты анализа для убеждения менеджеров или руководителей, ответственных за формирование политики, в необходимости дополнительных ресурсов (в отношении персонала, оборудования и лекарственных средств) для акушерской службы.

♦ Менеджеров в области здравоохранения на районном, региональном или национальном уровнях можно снабдить резюме результатов исследования для того, чтобы помочь им выяснить потребности акушерской службы и составить приоритетный список необходимых ресурсов.

Защита интересов

♦ Результаты исследования случаев материнской смерти на уровне медицинских учреждений никогда не доводятся до сведения общественности. Это происходит потому, что невозможно гарантировать анонимность информации. Тем не менее, общественности, неправительственным организациям (НПО) и руководителям общественного здравоохранения следует предоставить информацию в обобщенном виде относительно факторов, играющих роль на уровне местных сообществ. Это можно сделать в ходе встреч, либо в виде письменных документов или путем опубликования статей в местных газетах. Такого рода обратная связь может, скажем, привести к попыткам формирования местных групп самопомощи с целью предоставления либо наличных денежных средств, либо транспорта тем, кто нуждается в неотложной акушерской помощи.

Ресурсы

♦ Поскольку исследования случаев материнской смертности на уровне медицинских учреждений обычно проводятся силами персонала, уже работающего в стационарах, то проводить такого рода исследования дешевле, чем использовать другие методы. Тем не менее, для расширения рамок исследования с охватом нескольких стационаров или с включением процесса опроса родственников или других членов местного сообщества может потребоваться дополнительный персонал.

Недостатки исследования случаев материнской смерти на уровне медицинских учреждений включают:

Отсутствие данных обо всем населении

♦ Помимо исключительных ситуаций, когда все случаи материнской смерти регистрируются в стационарах (даже если смерть произошла вне рамок медицинских учреждений), анализ случаев смерти на уровне медицинских учреждений нельзя рассматривать как подход на уровне совокупности населения, то есть популяционный. Анализ случаев смерти на уровне стационаров не даст полной картины материнской смертности в данной популяции, особенно в странах или областях, где большинство женщин умирают вне медицинских учреждений.

Может оказаться затруднительным получить данные о факторах действующих на уровне местных сообществ, ведущих к смерти, произошедшей в стационаре

♦ *Исследование случаев материнской смерти на уровне медицинских учреждений* не даст полной картины событий, если не собирается информация о факторах на уровне местных сообществ, связанных со смертью женщины, произошедшей в стационаре. Наипростейшим подходом является получение информации о факторах действующих на уровне местных сообществ и о событиях, предшествовавших госпитализации, на постоянной основе рутинно от женщины или ее родственников в момент госпитализации. Получение такой информации путем направления человека для опроса родственников после смерти женщины требует значительно более изощренного и дорогостоящего подхода и деликатности, что во многих ситуациях представляется затруднительным.

Результаты менее достоверны, чем результаты клинического аудита

♦ *Исследование случаев материнской смертности на уровне медицинских учреждений* не является столь же систематичным, как клинический аудит (см. Главу 8), и может сопровождаться получением огромных объемов информации, трудно поддающейся трактовке и анализу.

5.4 Поэтапный процесс проведения исследования случаев материнской смертности на уровне медицинских учреждений

В данном разделе представляется детальное поэтапное описание проведения *исследования случаев материнской смерти на уровне медицинских учреждений*. Ниже в кратком виде представлено десять этапов процесса:

1. Подготовка и организация процесса исследования случаев материнской смертности на уровне медицинских учреждений
2. Принятие решения относительно масштаба исследования случаев материнской смерти на уровне медицинских учреждений
3. Разработка форм сбора данных и проведение небольшого пилотного исследования
4. Выбор людей, которые будут сотрудничать с вами, и обучение персонала, который будет заниматься сбором данных
5. Выявление случаев материнской смерти
6. Определение источников данных
7. Осуществление сбора данных в стационаре или стационарах, и если это уместно, то и на уровне местных сообществ
8. Анализ данных, трактовка результатов и выводы
9. Использование полученных результатов
10. Принятие решения относительно целесообразности повторения исследования случаев материнской смертности на уровне медицинских учреждений через определенный период времени или проведения его на постоянной основе

Этап 1: Подготовка и организация процесса исследования случаев материнской смерти на уровне медицинских учреждений

Существуют определенные важные предпосылки, без которых исследование случаев материнской смертности на уровне медицинских учреждений не может быть проведено:

- ♦ Необходимо, чтобы общую ответственность и координацию приняло на себя лицо, наделенное соответствующими полномочиями и опытом.
- ♦ Стационар или стационары, проводящие анализ случаев материнской смерти на уровне медицинских учреждений должны иметь приемлемый уровень ведения документации по регистрации случаев смертности, возможность получения для анализа историй болезни и приемлемое качество ведения записей. Например, следует записывать адреса пациенток с тем, чтобы впоследствии можно было найти семью по месту жительства, если это потребуется в процессе анализа случаев.
- ♦ Медицинские специалисты, которые выступают инициаторами исследования случаев материнской смертности на уровне медицинских учреждений и/или фактически выполняют их, нуждаются в полномочиях и поддержке, заручиться которыми, возможно, придется на различных уровнях, например,

на уровне областной администрации	Главный медицинский специалист Старший администратор
на уровне стационара	Заместитель главного врача больницы по лечебной работе или главный врач больницы Заведующий акушерским отделением Старшая медсестра/акушерка
на уровне местного	Районный медицинский специалист сообщества Глава администрации Местные руководители и лидеры

♦ При обращении с просьбой о разрешении на проведение исследования случаев материнской смерти на уровне медицинских учреждений может потребоваться представление протокола или описания предстоящей деятельности.

♦ Следует согласовать вопросы оплаты и использования сотрудников, принимающих участие в проведении анализа. Сведение воедино результатов серий отдельных разборов случаев и сбора данных по факторам на уровне местных сообществ, если это представляется возможным, требует больше ресурсов, чем простой анализ отдельных случаев, ограничивающийся анализом факторов, связанных со стационаром.

♦ И, наконец, следует создать группу лиц, проводящих исследование случаев материнской смертности на уровне медицинских учреждений. Эта команда несет основную ответственность за проведение анализа, хотя важно также привлекать к этому процессу других людей. Обычно такая группа состоит из 2-4 человек при сбалансированном распределении профессий и навыков, но численность ее может быть и больше, если анализ проводится по нескольким стационарам, например, на районном уровне. К примеру, группа, проводящая анализ, может состоять из медсестры-акушерки, врача акушера-гинеколога, врача общественного здравоохранения и кого-либо с опытом работы с населением по месту жительства.

♦ Каждый из членов группы может иметь различные функции в отношении сбора данных в зависимости от имеющихся навыков. Наиболее важными критериями являются следующие: члены группы должны быть заинтересованы в проведении анализа и привержены этому делу, а также должны располагать достаточным количеством времени, которое они могли бы уделить этой работе. Если в анализ входит и работа с населением, то им следует владеть местным языком и уметь общаться с местным населением. Важно включить в группу как минимум одного опытного профессионала для придания команде весомости и для облегчения установления взаимоотношений с другими организациями.

Этап 2: Принятие решения относительно масштаба проведения исследования случаев материнской смерти на уровне медицинских учреждений

Там, где планируется провести *исследование случаев материнской смертности на уровне медицинских учреждений* более, чем в одном стационаре как, на-

пример, на районном или региональном уровне, будет полезно, по возможности, полностью охватить все учреждения. Тем не менее, если известно, что общее количество случаев смертности превышает возможности исследования, то на первом этапе проводится выбор стационаров, которые следует включить в исследование. Обычно планируют получить информацию, по крайней мере, по 20-40 случаям смертности, минимум 4-6 случаям, и включать случаи смертности из репрезентативного диапазона учреждений. Помощь в выборе на основании этих критериев может оказать таблица 2.1 в Главе 2 в том случае, если хотя бы приблизительная оценка показателя материнской смертности на местном уровне известна.

Можно также проводить *исследование случаев материнской смертности на уровне медицинских учреждений* в отдельных стационарах, если имеется достаточно случаев смерти для рассмотрения. Когда исследование проводится в специализированном акушерском центре, куда направляются наиболее сложные случаи, то для повышения репрезентативности *исследования* будет полезно включить в анализ все случаи смертности, происходящие в периферийных стационарах на той территории, которую обслуживает специализированный акушерский стационар.

Этап 3: Разработка форм сбора данных и проведение небольшого пилотного исследования

Разработка форм сбора данных может занять достаточно много времени, и для облегчения этого процесса на компактном диске, прилагаемом к данному руководству приводится ряд примеров таких форм. Образцы форм, взяты из проекта Руководства ВОЗ по оценке потребностей в рамках безопасного материнства¹⁰, часть 6. Первые четыре формы предназначены для записи данных из различных источников — медицинских карт, карт, которые женщины имеют на руках (обменных карт), интервью с персоналом и опросы населения по месту жительства. Сюда входят также образцы для заполнения резюме полученной информации, выписки о смерти и закодированной формы для персонала.

Таким образом, легко увидеть, что можно собрать большой объем информации. При этом подчеркивается, что необязательно все данные будут заноситься в компьютер и анализироваться. Информация собирается для того, чтобы дать возможность группе, проводящей анализ, выявить и классифицировать исправимые факторы, выделить наиболее распространенные из них, а также те, которые легко можно будет предотвратить в будущем с помощью осуществления конкретных мер. Более подробная информация по общим принципам сбора данных и анализ приводится в Главе 3.

Следует провести пилотное исследование достаточного масштаба, с тем, чтобы группа, осуществляющая анализ, смогла оценить возможности реализации своих планов и провести апробацию форм по сбору данных. Обычно для этих целей используется анализ от 4 до 6 случаев смертности. При проведении пилот-

10 WHO. Safe motherhood needs assessment, part VI: maternal death review guidelines (draft). Geneva, World Health Organization, 1996.

ного исследования группа, проводящая экспертную оценку, должна выполнить этапы 4-8, приведенные ниже.

При проведении пилотного исследования членам экспертной группы рекомендуется лично проводить все необходимые этапы работы, включая сбор данных. Это позволит им в дальнейшем лучше координировать работу дополнительных лиц, которые нанимаются для сбора данных при проведении основного исследования.

Этап 4: Выбор людей, которые будут с вами сотрудничать, и обучение персонала, который будет заниматься сбором данных

Если исследование случаев ограничивается одним медицинским учреждением, тогда для осуществления этого процесса может быть достаточно непосредственно группы, выделенной для анализа. С другой стороны, если анализ проводится по нескольким стационарам, то может потребоваться группа расширенного состава.

Включение опытных профессионалов из всех основных учреждений, которые вовлечены в этот процесс, позволит заручиться поддержкой руководства в каждом учреждении. Наиболее подходящими лицами в качестве дополнительных сотрудников и работников, помогающих собирать данные, могут быть сотрудники среднего звена с 3-6-летним профессиональным стажем работы, поскольку у них имеются надлежащие знания и зрелость, но при этом они не слишком заняты административной работой. Подключение их к анализу, кроме того, представляет собой позитивный обучающий процесс.

Если планируется включать данные, касающиеся местного сообщества, то, возможно, стоит набрать ряд сотрудников специально для выполнения этой функции. Таким образом, те, кто собирают данные по месту проживания, не будут знать подробностей о ведении случаев в стационаре, и тем самым потенциально им удастся избежать вовлечения в трудные обсуждения по этому вопросу. После подбора достаточного количества лиц для сбора данных экспертной группе необходимо будет организовать для них обучающий курс.

Далее следует принять еще одно решение. Это касается вопроса о том, могут ли работники, занимающиеся сбором данных, делать это в тех учреждениях, в которых они не работают. В том случае, если они выполняют свою работу с очевидной беспристрастностью и с соблюдением конфиденциальности, это допустимо. Следует отметить, что в тех случаях, когда анализу подвергаются случаи материнской смерти в нескольких стационарах, то весьма важно во всех из них использовать одних и тех же лиц по сбору данных. В противном случае различия в методике сбора данных могут послужить причиной ошибки в полученных результатах.

Этап 5: Выявление случаев материнской смертности

Случаи материнской смерти для анализа обычно отбираются из регистрационных журналов стационара, таких как журналы регистрации госпитализации и выпи-

ски, журналы в родовом отделении, операционной и журналы регистрации смерти. Другими возможными источниками информации могут являться неформальные регистрационные записи, которые ведутся медицинскими специалистами. Ведение таких записей лично старшими докторами и акушерками или поручение этой работы кому-то из членов коллектива является распространенным явлением. Однако такие *вспомогательные источники информации* всегда должны дополняться или проверяться данными регистрационных журналов.

Два фактора затрудняют выявление случаев материнской смерти в стационаре. Первый состоит в том, что определенная доля случаев материнской смерти происходит вне акушерских или гинекологических отделений, в частности, смерть, наступающая на ранних сроках беременности, и смерть от косвенной причины. Второй фактор заключается в том, что не все случаи материнской смерти правильно классифицируются и регистрируются. Это означает, что вышеупомянутых источников информации будет недостаточно, вследствие чего необходимо будет обращаться к другим источникам. В кратком виде это положение отражено в рамке 5.1, где представлены источники информации, которые использовались для выявления случаев материнской смерти, подлежащих анализу в Северном Йемене. В Главе 3 более подробно обсуждаются другие возможные стратегии по совершенствованию выявления соответствующих случаев.

Рамка 5.1: Источники выявления случаев материнской смерти в Северном Йемене

Первичные источники выявления 224 случаев материнской смерти в больницах Северного Йемена приводятся ниже. Только 52,7% этих случаев материнской смерти произошли в акушерских и гинекологических отделениях

Источники выявления	Количество	% от общего количества
Журналы регистрации госпитализации в целом по больнице	107	47,8%
Журналы регистрации в отделении скорой помощи	13	5,8%
Журналы регистрации приема в отделение	60	26,8%
Свидетельства о смерти	28	12,5%
Ежедневные медсестринские отчеты	5	2,2%
Журналы регистрации оплат	1	4,9%

Одним из путей преодоления этих проблем является составление перечня всех случаев смерти в стационаре женщин в возрасте 15-49 лет¹¹. При составлении этого списка необходимо оценить все возможные источники информации. Совершенно очевидно, что сюда включаются журналы регистрации не только акушерских и гинекологических отделений, но и всех взрослых отделений. После составления такого перечня¹² те случаи смерти, которые не являются результатом

11 Или другое определение понятия репродуктивного возраста, соответствующее местным условиям, например, от 12 до 54 лет.

12 Один из примеров составления перечня приводится в описании системы надзора на Ямайке: McCaw-Binns A. *Preventing maternal deaths in the Caribbean through surveillance*. Postgraduate Doctor Caribbean 1996, 12(2): 72-80.

либо прямых акушерских причин, либо состояний, отягощенных беременностью, могут быть исключены на основании просмотра медицинских карт.

Если такого рода исследование планируется проводить по нескольким стационарам в регионе, то за основу при составлении списка можно взять существующую официальную систему регистрации смертности в том случае, если в ней существует указание на место смерти. И снова следует отметить, что иногда важно более детально изучить отдельные случаи смерти женщин, не попавших в графу материнской смертности, но которые произошли с женщинами в репродуктивном возрасте, с тем, чтобы оценить величину ошибки за счет неправильной классификации. Пример из Бразилии, представленный в Главе 3 (рамка 3.1) показывает, как это процедура почти удвоила оценку показателя материнской смертности в одном из штатов.

При первом проведении *исследования случаев материнской смертности на уровне* медицинских учреждений может быть решено включить определенное количество случаев смертности за предыдущий период времени. Невозможно дать однозначного совета относительно того, какой период времени следует захватить, но если случаев смертности немного, то необходимо будет охватить достаточно большой период времени в прошлом для выявления как минимум 4-6 случаев.

Если количество случаев, выявленных для анализа, превышает имеющиеся возможности по их разбору, то следует произвести соответствующий отбор. Один из подходов, предлагаемых в данном случае, состоит в выборе по меньшей мере одного из четырех основных акушерских осложнений (кровотечение, преэклампсия / эклампсия, инфекция, абсолютно клинически узкий таз), и проведении дальнейшего отбора, применяя ряд таких характеристик, как место жительства, поступление на более высокий уровень оказания помощи по направлению или нет, первородящая или повторнородящая и т.д.

Этап 6: Определение источников данных

Картина обстоятельств каждого случая смерти создается путем сбора данных из множественных источников, как на уровне стационара, так и по месту проживания. Целью является получение наиболее полной и точной картины, поскольку различные источники рассматривают проблему под разным углом зрения. Наиболее распространенные источники информации в кратком виде приводятся ниже.

Письменные источники информации:

- ◆ регистрационные журналы в отделениях и операционных,
- ◆ записи о дородовом наблюдении в клинике,
- ◆ медицинская карта женщины, хранящаяся у нее на руках (обменная карта),
- ◆ медицинские записи с описанием случаев в стационаре (истории болезни),
- ◆ выписки из историй болезни

Интервью с:

- ◆ врачами,
- ◆ акушерками,
- ◆ другим персоналом больницы,
- ◆ лицами, принимающими роды по месту проживания,
- ◆ родственниками и соседями,
- ◆ лидерами сообществ.

В медицинском учреждении основным источником информации обычно являются медицинские карты пациенток. Тем не менее, почти всегда в них наблюдается отсутствие необходимых подробностей, и их необходимо дополнять информацией из интервью с отобранным медицинским персоналом. Опросы должны проводиться не в осуждающей манере, при этом следует заверить интервьюируемого в обеспечении конфиденциальности информации, особенно в том случае, если интервьюер не является сотрудником данного стационара.

Если масштаб исследования предполагает сбор дополнительных данных помимо тех, которые имеются в картах или выявляются в ходе обсуждений с медицинскими специалистами, то следует соответствующим образом к этому подготовиться. В случае необходимости получения более подробной информации относительно последовательности событий, приведших женщину к смертельному исходу, обычно требуется проведение индивидуальных интервью с соответствующими лицами, такими как муж или лицо, принимавшее роды, а иногда это можно сделать с использованием фокус-групп или групповых интервью. И следует повторить, что интервьюер не должен высказывать никаких суждений относительно произошедшего как по месту проживания, так и в стационаре.

Этап 7: Сбор данных в стационаре или стационарах

Сбор данных в стационаре

Для обеспечения большей точности информации оптимальным является сбор данных как можно в более короткие сроки после смерти. Успех сбора данных может зависеть от того, насколько соблюдается конфиденциальность и беспристрастность.

Сотрудники всех участвующих учреждений должны быть уверены в том, что процесс анализа не имеет целью поиска виновного за случившееся. Они должны знать, что все данные будут фиксироваться и докладываться полностью анонимно. Сотрудников можно заверить в этом на предварительных совещаниях, либо в письменном виде, раздав им информацию об используемых в работе методах при проведении исследования. В частности, возможно, сотрудников необходимо будет заверить в том, что каждый из них получит конфиденциальный код для целей сбора данных, а доступ к кодам будет иметь только группа, занимающаяся анализом случаев.

Единственным исключением к сказанному выше являются моменты раскрытия

халатного отношения медицинского персонала к пациенткам. Такие вещи нельзя игнорировать, и в этих случаях должны применяться те же методы разбора и меры, которые обычно применяются в данном учреждении.

Даже при всех перечисленных выше уверениях сборщикам данных следует проявлять такт, уважительное отношение и внимание к малейшим подробностям, если они хотят успешно справиться с задачей. Обычно порядок их работы таков:

- ◆ Извлечение данных из медицинских и медсестринских карт. Медсестринские/акушерские карты не всегда прилагаются к медицинским картам, заполняемым врачами, и может потребоваться помощь медсестры/акушерки, чтобы не упустить из виду их записи.

- ◆ Опрос участвующих в уходе за пациентками. Этот вид работы лучше всех могут осуществить члены группы, проводящие анализ, имеющие клинический опыт работы, а не опыт работы в общественном здравоохранении или на уровне местных сообществ. В зависимости от количества задействованного персонала и от того, насколько комфортно себя чувствуют интервьюируемые, можно принять решение об опросе сотрудников по отдельности или в группах работников приблизительно одного уровня квалификации. Интервью следует начать с предложения персоналу просто рассказать обо всех произошедших событиях. Затем следует задать целенаправленные вопросы для заполнения пробелов в рассказе, либо для получения более широкой информации по тем моментам, в связи с которыми возникло недопонимание, или которые входят в некоторое противоречие с другими данными.

Может оказаться так, что по некоторым случаям смерти невозможно получить практически никакой информации. Тем не менее, не следует упускать из виду эти случаи смерти. Вообще говоря, следует приложить особые усилия как для выяснения вопроса о том, почему в данном случае отсутствует информация, так и для восполнения картины произошедших событий, используя сбор данных по месту проживания.

Точность сбора данных должна обеспечиваться применением какого-либо метода контроля качества. В этом процессе на разных его этапах могут произойти ошибки, например, это может быть пропуск некоторых случаев смертности или отсутствие интервью с ключевыми медицинскими сотрудниками, или неправильный сбор информации из записей о ведении пациенток. Особенно важно выявлять такого рода ошибки, когда разбирается небольшое количество случаев смерти. Например, ошибка в регистрации периода времени, прошедшего с момента поступления пациентки до начала лечения лишь по одному случаю смерти приведет к непропорционально большой ошибке в исследовании, рассматривающем небольшое количество случаев смерти.

Одним из методов контроля качества является проведение качественного обучения работников, собирающих данные, а также в дальнейшем проведение для них курсов по повышению квалификации¹³. Среди других мер предлагаются перепро-

13 Ministry of Health, *National maternal mortality study (Egypt, 1992–1993): preliminary report of findings and conclusions*. Cairo, Ministry of Health and Population, 1994

верка данных, вносимых в формы, и проведение повторного сбора данных с использованием других сотрудников для этой цели.

Планирование сбора данных по месту проживания, если это уместно

Уже говорилось о том, что в идеале следовало бы собирать данные на уровне местного сообщества при посещении дома умершей женщины через некоторое время после ее кончины. Это может раскрыть ценную информацию относительно обстоятельств, которые оказали влияние на беременность или роды до того, как женщина обратилась за медицинской помощью. Это также дает возможность обратиться с просьбой, показать какие-либо имеющиеся записи или медицинские карты, хранившиеся на руках пациенток.

Понятно, что посещение родственников скончавшейся женщины не всегда возможно. Это может быть затруднено из-за больших расстояний или невозможности найти дом. Существующие культурные традиции могут также воспрепятствовать посещению дома умершей женщины в период траура.

Для территорий, где это представляется осуществимым, данный раздел представляет информацию о том, кто должен собирать данные по месту проживания, кого следует опрашивать и как следует выполнять это задание.

Кто должен собирать информацию?

Эта задача должна быть посильна обученному сотруднику без медицинского или акушерского опыта, либо можно организовать работу таким образом, чтобы эти данные собирал работник здравоохранения по месту проживания. Но в любом случае человек, выполняющий данную работу, должен пройти специальную подготовку.

От кого получать информацию?

На этот вопрос можно ответить лишь после предварительных бесед с рядом людей. Необходимо выявить и интервьюировать двух или трех лиц, непосредственно знакомых с этим случаем, и отказаться от получения информации из вторых рук. Если необходимые люди испуганы или испытывают чувство вины, то получить информацию может оказаться достаточно трудно, однако проявление такта и настойчивости могут способствовать успеху в выполнении этой задачи. В некоторых обстоятельствах способом получения необходимой информации может быть обсуждение в группе.

Как следует собирать информацию?

Перед тем, как приступать к основной задаче после предварительного обсуждения, интервьюирующий должен рассмотреть необходимость нанесения визита вежливости главе местного сообщества и, возможно, получения его формального разрешения. При проведении формального интервью лучше всего начать с открытого вопроса, тем самым давая возможность респондентам рассказать исто-

рию своими словами. После этого следует задать целенаправленные вопросы и в заключение перейти к заполнению структурированной анкеты. К этому моменту на многие вопросы уже будут получены ответы. Один из возможных вариантов перечня вопросов представлен на компактном диске.

Интервьюер должен всегда понимать, что члены семьи могут иметь совершенно иное представление о произошедших событиях и что они могут испытывать чувство вины или страха. Очень важно, чтобы интервьюер придерживался только обсуждения факторов по месту проживания, и не комментировал ведение данной пациентки в стационаре. Если кто-либо из опрашиваемых будет интересоваться этим вопросом, то его следует адресовать к соответствующему лицу в конкретном медицинском учреждении.

Следует подчеркнуть важность контроля качества в процессе сбора данных. В этом отношении можно сделать следующее: руководители или другие члены группы, проводящей анализ случаев смерти, могут присутствовать на интервью или звонить тем, кто должен был опрашиваться, чтобы удостовериться, что интервью действительно состоялось.

Этап 8: Анализ данных, трактовка результатов и выводы

Сначала следует провести анализ отдельных случаев материнской смертности. Затем результаты всех случаев должны быть собраны воедино с целью выявления сходных моментов. В обоих случаях следует выделять факторы, которых можно было избежать, связанные с событиями до поступления в стационар, с доступностью медицинского учреждения и с той помощью, которая оказывалась медицинскими специалистами.

Обычно проводится совещание со всеми участвовавшими в ведении пациентки. Среди приглашенных должны находиться все работники здравоохранения, которые участвовали в оказании помощи пациентке до госпитализации. Следует пригласить также сотрудников лаборатории, патологоанатомов и всех тех, кто может иметь необходимую информацию.

Подробности случая или случаев должны быть представлены в фактическом, всестороннем и точном изложении, без вынесения каких-либо первоначальных суждений. Затем следует обсуждение для полного понимания цепи событий. Важно сохранять атмосферу беспристрастности, не направленную на поиски виновного, давая возможность высказываться откровенно, без боязни обвинения. Такой разбор со стороны коллег, однако, должен проходить не анонимно и не конфиденциально. Такой подход повышает ответственность и готовность участников к сотрудничеству в проведении последующих корректирующих мер¹⁴. Тем не менее, сотрудники, участвующие в этом этапе анализа, должны следовать принципу конфиденциальности, не разглашая информации за пределами совещания.

Конечной целью таких совещаний является выявление устранимых факторов в

14 Bugalho A, Bergstrom S. Value of perinatal audit in obstetric care in the developing world: a ten-year experience of the Maputo model. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 1993, 36:239–243.

каждом конкретном случае. Речь идет о таких факторах, избежав которых, можно было бы предотвратить смерть. Некоторые исследователи материнской смертности заменили поиск устранимых факторов поиском свидетельств неадекватной медицинской помощи, несоответствующей стандартам. Это происходит потому, что легче увидеть, в каких случаях оказываемая помощь могла бы быть лучше, чем понять, предотвратила ли бы смерть более качественная помощь. Считается также, что работа облегчается, если принимать во внимание не только недостатки в клинической практике, но также и другие факторы, которые могли неблагоприятным образом повлиять на оказываемую помощь. Имеется в виду нехватка ресурсов для обеспечения персоналом, недостатки административного характера и невозможность оказания услуг, например таких, как переливание крови¹⁵.

При обобщении результатов всех случаев наиболее важные результаты отдельных случаев материнской смерти объединяют с целью поиска общих закономерностей. На данном этапе обобщенные данные и результаты должны представляться анонимно. Это особенно важно, если планируется опубликование результатов.

Один или два члена группы должны сначала подготовить обобщение результатов, которые затем представляются небольшой группе персонала. Должна быть сделана попытка - прийти к соглашению относительно значимых результатов. Например:

- ◆ Непропорционально большое количество летальных случаев произошло с женщинами на какой-то определенной территории.
- ◆ Недостаточное использование переливания крови являлось общим фактором, которого можно было избежать.
- ◆ В нескольких ситуациях произошли задержки в привлечении еще одного специалиста для консультации.

Однако следует отметить, что эти первоначальные результаты нуждаются в дальнейшей трактовке, поскольку по каждому из этих пунктов может найтись несколько объяснений.

В качестве примера ниже представлены некоторые соображения относительно возможных причин **недостаточного использования переливания крови**.

- ◆ Возможно, население неохотно сдавало кровь?
- ◆ Возможно, имело место недостаточное снабжение безопасной кровью?
- ◆ Возможно, пациентки не желали получать переливание крови, в том числе из-за боязни ВИЧ-инфицирования?
- ◆ Возможно, сотрудников лаборатории невозможно найти после дневной смены?
- ◆ Возможно, врачи не хотели использовать донорскую кровь или не хотели определять группу крови и делать перекрестную пробу?
- ◆ Возможно, имелось недостаточное обеспечение, например, пакетами для трансфузии, наборами для переливания крови?

15 Abou-Zahr C. Maternal mortality overview: In: Murray CJL, Lopez AD, eds. *Health dimensions of sex and reproduction*. Cambridge MA, Harvard School of Public Health, 1998:111–164.

- ♦ Возможно постоянно недооценивались либо объем потери крови, либо необходимость в переливании крови?

Группе, проводящей *исследование случаев материнской смерти на уровне медицинских учреждений*, возможно, придется предпринять поиск дополнительного фактического материала, перед тем как можно будет сделать обоснованные выводы относительно причин, лежащих в основе факторов, которых можно было избежать.

Какие бы действия не предпринимала бы группа, важно осуществить проверку процесса обобщения и трактовки данных. Проверить процесс обобщения результатов можно, например, путем сравнения закономерностей, обнаруженных в различных медицинских учреждениях или районах, при этом выявление значительных несоответствий указывает на ошибки в процессе анализа материала, а не на реально существующие различия. Получение второго мнения или консенсуса в вопросе трактовки результатов также, вероятно, будет способствовать большей достоверности выводов.

Чаще всего *при исследовании случаев материнской смерти на уровне медицинских учреждений* исследователи прорабатывают все свидетельства и выносят свое суждение о том, что в реальности произошло. Это может быть очень трудной задачей, поскольку свидетельства из различных источников часто бывают убедительными, равно как и противоречивыми. Если дело обстоит именно так, то может оказаться полезным использовать инновационный подход к решению этой проблемы, который называется методом Рашомона¹⁶.

Данный метод состоит в объективной регистрации фактической истории, рассказанной рядом ключевых свидетелей событий, с последующим анализом ситуации, примеры чего представлены в Рамке 5.2. При этом не делается никакой попытки заключения о том, какое из повествований является наиболее точным. Наоборот, различия в восприятии и интерпретации свидетелей используются для лучшего понимания событий разными людьми. Исходя из этого материала, делается попытка формулирования выводов относительно того, как вмешательства могут изменить поведение как населения, так и работников здравоохранения в целях улучшения материнского здоровья.

16 Iskandar MB et al. *Unravelling the Mysteries of Maternal Deaths in West Java*. Depok: Centre for Health Research, Research Institute University of Indonesia 1996.

Рамка 5.2: Результаты применения метода Рашомона

“...для многих членов семьи объем кровотечения после родов сам по себе был шокирующим, и ... этого шока было достаточно, чтобы вызвать страх или смятение, которые могли либо привести к действиям, либо парализовать волю членов семьи.”

Поручение членам семьи отыскать кровь или лекарственные средства для «спасения» женщин часто указывали на неспособность медицинских учреждений подготовиться к экстренным ситуациям и на тенденцию медицинских специалистов перенести ответственность за результаты лечения на семью.

“В результате интервью с персоналом медицинских служб было обнаружено, что во время транспортировки экстренная помощь женщинам не оказывается по многим причинам. Диапазон этих причин варьируется от простого и, возможно, справедливого утверждения о том, что акушерка в деревне требуется для оказания помощи и другим пациенткам, ... до более сложных вопросов, а именно, как акушерка может организовать эту помощь ..., если бюджет не предусматривает таких видов деятельности.”

“... на более глубинном уровне трудность состояла в нерешительности акушерок, медсестер и врачей в отношении предоставления каких-либо услуг пациенткам, которых планируется немедленно передать на более высокий уровень ухода. Часто используется термин ‘takut salah’ (боязнь сделать ошибку), и, как представляется, этот страх ощущается особенно остро в тех случаях, когда пациентка направляется к специалисту.”

Этап 9: Использование результатов

Членам группы, проводящей анализ, следует осознавать необходимость контроля за тем, чтобы по всем извлеченным урокам были приняты соответствующие меры. В самом деле, осуществление обратной связи с соответствующими лицами является требованием морального и этического свойства. Таким образом, всякий раз в заключение проведения анализа следует составить план действий как в случае исследования одного случая смерти, так и ряда случаев. В перечне мероприятий следует указать, что должно быть сделано и кто будет это делать, а также кому именно поручается связаться с другими сотрудниками, не присутствовавшими на совещании. Позднее следует проверить исполнение всех намеченных действий. В осуществлении действий может потребоваться участие следующих лиц:

- ◆ Заведующий акушерским и гинекологическим отделением или рядовые врачи-акушеры
- ◆ Старшая медсестра/акушерка или рядовые медсестры/акушерки
- ◆ Старший анестезиолог или рядовые анестезиологи
- ◆ Медицинские работники по месту жительства
- ◆ Фармацевт больницы

- ◆ Руководитель лаборатории
- ◆ Менеджер или администратор больницы
- ◆ Врач или акушерка в специализированном стационаре
- ◆ Лидеры местных сообществ.

Ниже приводится примерный перечень действий, которые могут потребоваться в конкретном случае смерти женщины:

- ◆ Предоставление новой информации близким родственникам скончавшейся женщины.
- ◆ Беседа с фармацевтом стационара относительно обеспечения поставок определенного лекарственного средства.
- ◆ Организация поставок крови из банка крови.
- ◆ Обновление какого-либо определенного раздела клинического руководства.
- ◆ Применение корректирующих мер и/или проведение дополнительного обучения кого-либо из персонала.
- ◆ Обеспечение обратной связи с лицами, осуществляющими обучение в области здравоохранения, негосударственными организациями и руководителям государственных служб (например, по вопросам водоснабжения и транспорта) в тех случаях, когда результаты проведенного анализа имеют отношение к их сфере деятельности.

Конечной целью всех этих видов деятельности является предотвращение аналогичных случаев материнской смерти в будущем. Можно ожидать, что частично этого можно достичь в результате практических действий. В Рамке 5.3 приводится пример принятия решения относительно практических действий в результате исследования случаев материнской смерти на уровне медицинских учреждений в Непале. Информация, представленная в Рамке 5.4, также демонстрирует ценность анализа материнской смертности, проведенного в Западной Яве. Но возможно, следует подчеркнуть, что наибольшую пользу от всей этой деятельности получают медицинские работники, поскольку полученные знания они смогут и далее применять в своей практике. Поэтому лица, проводящие исследование случаев материнской смерти на уровне медицинских учреждений, должны строить работу таким образом, чтобы она максимально служила образовательным целям.

Этап 10: Принятие решения относительно необходимости повторного проведения исследования случаев материнской смертности на уровне медицинских учреждений или проведения его на постоянной основе

Важно завершить процесс исследования размышлением над полученным опытом. Следует принять решение относительно того, является ли оправданным дальнейшее повторное проведение такого анализа или проведение его на постоянной основе, с учетом необходимых ресурсов и получаемой пользы от применения информации на практике. Необходимо также извлечь уроки в отношении качества проведения анализа и использовать полученный опыт для совершенствования проведения последующих исследований.

Рамка 5.3 Исследование случаев материнской смертности на уровне медицинских учреждений в Непале¹⁷

Исследование случаев материнской смертности на уровне медицинских учреждений проводилось в трех районах Непала в период 1996-1997 гг. Оно являлось частью исследования, включавшего вербальную аутопсию по месту проживания, равно как и анализ случаев материнской смерти, произошедших в стационарах, и случаев материнской заболеваемости среди пациенток стационаров.

Исследование случаев материнской смертности на уровне медицинских учреждений проводилось в четырех больницах трех выбранных районов. Врачи акушеры-гинекологи, а также медсестры родильных отделений больниц были обучены данному методу. Исследование начинали проводить в течение 24 часов с момента смерти женщины. Врач инициировал исследование, а далее врач и/или медсестра заполняли соответствующую форму для анализа.

Процесс анализа всецело был построен по принципу: не именовать — не обвинять. При этом основной целью было выяснение того, являлась ли причиной смерти неадекватная помощь, не соответствующая стандартам, или она происходила за счет других факторов. Причина смерти устанавливалась в соответствии с МКБ-10 (ВОЗ, 1993 г.). Для анализа каждого случая материнской смерти использовалась анкета, при этом информация отбиралась из журналов родовспомогательных служб и лабораторий, а также из интервью со всем персоналом, участвовавшим в оказании помощи, включая санитарок.

Проводимое исследование способствовало сбору информации относительно умерших женщин, включая социальные и экономические факторы, такие как религия, кастовая принадлежность, род деятельности, семейное положение, образование и возраст. Была получена также важная информация относительно причины смерти, периода беременности, наличия родов в анамнезе, срока беременности на момент смерти, была ли беременность желанной, осведомленности по вопросам планирования семьи, наблюдения во время беременности, а также места проведения родов и способа родоразрешения.

Проведенное исследование выявило важность наличия обладающего необходимыми навыками лица при ведении родов и своевременного распознавания опасных признаков во время беременности, как дома, так и в условиях стационара. Исследование также выявило устранимые факторы, при этом большинство из этих факторов имели отношение к медицинским службам (79%). Были отмечены также факторы, имеющие отношение к пациенткам и их семьям (13%), а также к транспорту и доступу к лечебному учреждению (8%).

Основными факторами относящимися к медицинским службам являлись следующие: задержка в предоставлении лечения в стационаре (23%), отсутствие крови для переливания (19%) и ненадлежащее стационарное лечение (19%).

17 Ajit Singh Pradhan, Ministry of Health, Nepal

В целях предотвращения случаев смерти в будущем было принято решение о необходимости присутствия медицинского специалиста, оценки состояния пациентки и начале лечения немедленно по прибытии пациентки в медицинское учреждение. Проведенный анализ выявил проблемы в координации действий между принимающим роды врачом, лабораторией и сотрудниками, занимающимися вопросами банка крови, которые должны быть проработаны и скорректированы. Было указано, что для решения проблем неадекватного лечения следует разработать клинические протоколы, которым должен следовать персонал.

Рамка 5.4 Анализ конкретной ситуации: Западная Ява¹⁸

В данном исследовании случаи материнской смертности выявлялись в рамках системы перинатального наблюдения и сопоставлялись с проспективно собранными данными как в стационарах, так и по месту проживания. Таким образом, данное исследование не являлось исследованием случаев материнской смерти на уровне медицинских учреждений, описанным в данной главе. Тем не менее, оно показывает, каким образом анализ случаев материнской смертности может выявить общие недостатки в уходе и подвести к принятию решений по преодолению проблемы.

В ходе данного исследования, являвшегося частью более крупного исследования по изучению подхода с точки зрения риска в сельскохозяйственном районе Западной Явы (Индонезия), были выявлены и проанализированы все случаи материнской смертности за двухлетний период.

Причиной половины случаев материнской смертности являлось кровотечение, а причиной двух третей случаев смерти в результате кровотечения была задержка отделения плаценты. Анализ этой последней группы случаев выявил очень сходные ситуации. После рождения младенца плацента не отделялась. Принимавшие роды, в основном это были подготовленные традиционные повитухи, обоснованно направляли женщин в местный медицинский центр. В медицинском центре обученные акушерки, которых теоретически научили ручному отделению плаценты, на практике не могли или не хотели выполнить данную процедуру. Поэтому женщин направляли в районную больницу, которая находилась в трех часах езды от медицинского центра. Они либо погибали по дороге, либо прибывали в больницу в необратимом шоковом состоянии, или с острым респираторным дистресс-синдромом (ОРДС, или «шоковое легкое») и погибали.

Анализ случаев выявил несоответствие между теоретическими знаниями и реальными навыками акушерок медицинского центра по ручному отделению плаценты, а также привел к пониманию необходимости разработки руководств и целесообразности повторного обучения в целях повышения квалификации.

18 Alisjahbana AD. The implementation of the Risk Approach on pregnancy outcome by traditional birth attendants. Doctoral dissertation. University of Rotterdam, 1993

Глава 6: Конфиденциальные расследования случаев материнской смертности

Автор: Gwyneth Lewis, Директор Службы конфиденциальных расследований случаев материнской смерти в Великобритании. Данная глава была обсуждена с профессором Robert Pattinson, Директором Службы конфиденциальных расследований случаев материнской смерти в ЮАР

Основные положения данного руководства

- ✓ Конфиденциальные расследования содержат информацию о том, как и почему умерли отдельные женщины, и прослеживают путь их контактов с медицинскими учреждениями и общественными службами.
- ✓ Конфиденциальные расследования предоставляют информацию об основных препятствиях на пути преодоления проблемы материнской смертности, дают анализ возможных с практической точки зрения действий и выделяют основные области, нуждающиеся в рекомендациях для сектора здравоохранения и для действий на уровне местных сообществ, а также для разработки клинических руководств в целях улучшения клинических результатов.
- ✓ Вовлечение лиц, способных благодаря занимаемому положению способствовать изменениям в системе здравоохранения, позволяет использовать результаты, полученные в ходе расследований, для разработки национальных или региональных программ по охране материнского здоровья.
- ✓ Реализация подобных программ в различных областях здравоохранения может привести к разработке клинических руководств или стандартов клинической практики с последующим их распространением, внедрением и проведением аудитов в целях улучшения качества ухода.

Основная задача конфиденциальных расследований случаев материнской смертности, так же, как и других методологий, описанных в данном руководстве, - научиться на совершенных ошибках спасению жизни людей и уменьшить бремя тяжелой материнской и неонатальной заболеваемости. Конфиденциальные расследования не являются упражнением в подсчете количества смертных случаев для статистических целей или для вычисления показателей материнской смертности (ПМС), хотя это может быть дополнительным полезным результатом в том случае, если расследования проводятся в общенациональном масштабе. Подобные расследования предоставляют информацию об основных препятствиях на пути преодоления проблемы материнской смертности, дают анализ возможных с практической точки зрения действий и выделяют основные области, нуждающиеся в рекомендациях для сектора здравоохранения и для действий на уровне ме-

стных сообществ, а также для разработки руководств в целях улучшения клинических результатов. Информация, полученная в ходе этих исследований, должна использоваться как необходимая предпосылка для действий.

Основное отличие данного подхода от других, приведенных в руководстве, заключается в том, что расследования проводятся на таком уровне, на котором могут приниматься ключевые решения или разрабатываться клинические руководства. Поэтому результаты этих исследований и разработанные рекомендации могут иметь более существенное влияние на материнское здоровье в целом, в отличие от ситуаций, когда исследования проводятся только в масштабе отдельных медицинских учреждений или районов по месту проживания. Такие широкомасштабные исследования предоставляют данные для лиц, занимающихся планированием в области здравоохранения и министров здравоохранения, и позволяют менять или разрабатывать политику, а при необходимости увеличивать уровни инвестиций в здравоохранение. Реализация подобных программ в различных областях здравоохранения приводит к разработке клинических руководств, с последующим распространением, внедрением и проведением аудита. Полученные данные могут использоваться для создания национальных или региональных программ по охране материнского здоровья, основанных на видении ситуации, но опирающихся на реальность.

Второе отличие заключается в том, что хотя данные вначале собираются конфиденциально на местном уровне, но затем собранная информация в анонимной форме предоставляется независимой мультидисциплинарной группе медицинских специалистов для сопоставления и оценки. Это означает, что невозможно определить имя умершей женщины, оказывающих ей помощь медицинских работников и название учреждения, в котором она скончалась. При этом лица, оказывающие помощь женщине, могут безбоязненно предоставить непредвзятый и откровенный отчет о реальных обстоятельствах и о возможных упущениях, сопутствовавших ее смерти, не опасаясь карательных мер. Таким образом, можно получить более реалистичную и точную картину событий и определить факторы, которых можно было избежать или которые можно исправить при оказании помощи.

Конфиденциальные расследования являются, по сути, наблюдательными исследованиями с применением качественного и количественного анализа, учитывающими факторы медицинского и, порой, немедицинского характера, приводящими к смерти женщины. Они предоставляют данные по отдельным случаям, которые, будучи собранными воедино, могут выявить общие тенденции или факторы, подлежащие исправлению. Они «повествуют» о том, как умерли отдельные женщины.

Наблюдательные исследования позволяют выявить множество факторов, приведших к смерти женщины. Даже в том случае, если медицинские причины смерти, указанные в свидетельстве о смерти, одинаковы, лежащие в основе их факторы, вызвавшие летальный исход, могут существенно различаться. Например, женщина может умереть от кровотечения по нескольким причинам: она могла не получать никакой акушерской помощи; у нее не было возможности получить

помощь ; она могла недооценить степени серьезности своих симптомов; она могла получить неадекватную помощь, или не было возможности сделать необходимое переливание крови.

Как описано ниже, конфиденциальные расследования также могут помочь достоверно узнать, как умирали отдельные женщины, и при необходимости предоставить соответствующие комментарии.

6.1 Уроки, извлеченные из конфиденциальных расследований случаев материнской смерти в Великобритании за первые пятьдесят лет

Примером наиболее продолжительного проведения конфиденциального расследования случаев материнской смерти (КРСМС) является опыт Великобритании. В 1920-х гг., в то время, когда отмечалось улучшение показателей здравоохранения, таких, как младенческая смертность, медицинские специалисты и группы по защите прав женщин были обеспокоены явным отсутствием подобного улучшения в области материнской смертности. Поэтому в 1928 г. группой медицинских работников была разработана система проведения аудита отдельных случаев¹. Хотя эти аудиты материнской смертности не проводились на общенациональном уровне, они включали подробный разбор событий, приведших к неблагоприятному исходу. Со временем, по мере возрастания заинтересованности и участия со стороны медицинских работников, эти небольшие исследования или аудиты на уровне местных учреждений развились к 1935 г. в более масштабные системы конфиденциальных расследований, проводимых органами здравоохранения. Их рекомендации сыграли существенную роль в снижении показателей материнской смертности в течение следующих двух десятилетий.

В первые годы эти расследования способствовали быстрому прогрессу, особенно потому, что женщины не имели всеобщего доступа к бесплатным медицинским услугам до создания в конце 1940-х гг. Национальной медицинской службы. Показатель материнской смертности в Великобритании снизился с 400 в 1935 г. до 11 на 100 000 родов в 1999 г. За исключением ВИЧ-инфекции и СПИДа, основными причинами смертности во всем мире на сегодня являются сепсис, кровотечение, эклампсия и криминальные аборты, чрезвычайно схожие с причинами смертности, которые были наиболее распространены в Великобритании в 1935 г. Введение методов асептического ухода позволило снизить смертность от сепсиса еще до наступления эпохи антибиотиков, а проведение родов у женщин из группы повышенного риска в больнице, так же, как и создание службы переливания крови, способствовало снижению смертности от кровотечений. Таким образом, принятие простых, хотя и не основанных на доказательных данных, на тот период времени, мер, содержащихся в отчетах того времени, сыграло важную роль в существенном снижении показателя материнской смертности в Великобритании.

¹ Loudon I. *Death in childbirth: an international study of maternal care and maternal mortality, 1800-1950*. Oxford, Clarendon Press; 1992

Наиболее разительное снижение показателя материнской смертности на местном уровне было достигнуто в Рочдейле, промышленном городке в беднейшей части Англии, где в 1928 г. материнская смертность составляла свыше 900 на 100 000 беременностей, что более чем в два раза превышало средний показатель того времени по стране. Вследствие обеспокоенности общественности местный отдел здравоохранения организовал проведение конфиденциального расследования. По результатам расследования были приняты меры, способствовавшие снижению материнской смертности к 1934 г. до 280 на 100 000, что явилось самым низким показателем по стране. Это достижение было еще более примечательным, если учесть, что оно было осуществлено в период тяжелой экономической депрессии. Однако, в отчете говорится: «важно отметить, что результаты были получены благодаря изменениям в общем духе и в методике, но без кадровых изменений и без существенного увеличения государственных вложений»². Исследование установило, что основные причины смерти были связаны с плохой информированностью женщин в вопросах беременности, а также со слишком частым наложением щипцов и использованием других методов, направленных на ускорение течения родов. Местные врачи и акушерки совместно работали над введением новых стандартов оказания помощи и, как сказано в опубликованном отчете, «были использованы все возможные средства, такие как трибуны, церковные кафедры, руководство заводов и фабрик, а также пресса для привлечения внимания населения к необходимости дородового ухода и к признакам и симптомам осложнений».

Комментируя влияние, оказанное этим и другими исследованиями тех лет, сэр Джордж Годбер, в прошлом главный офицер медицинской службы Англии, сказал: «Первоначально эта процедура была предназначена только для того, чтобы добиться улучшений благодаря анализу случаев на местном уровне, но скоро стало ясно, что факторы, которых можно было бы избежать, слишком часто встречаются в дородовом уходе и родовспоможении, чтобы игнорировать возможность централизованных действий, направленных на исправление ситуации»³. Это привело к решению провести общегосударственное конфиденциальное расследование в Англии и Уэльсе в 1952 г., затем расширенное вплоть до охвата всей Великобритании в 1985 г. — система, которая и в настоящее время, 50 лет спустя, продолжает работать для улучшения материнского здоровья.

Первые отчеты по конфиденциальным расследованиям материнской смертности в Англии и Уэльсе представляли собой весьма краткие документы, объемом от 24 до 40 страниц, и были посвящены только трем или четырем основным причинам смерти, не охватывая все сопутствующие клинические факторы и факторы общественного здравоохранения, которые принято учитывать в настоящее время. Этот начальный подход может быть легко адаптирован для использования другими странами сегодня. И первые отчеты, как и сегодняшние, продолжают наглядно демонстрировать тот факт, что получение информации является предпосылкой для действий.

2 Oxley W, Phillips MH, Young J. Maternal Mortality in Rochdale. *British Medical Journal*, 1935. 1:304-307.

3 Godber G. The confidential enquiry into maternal deaths. In: McLachan G, ed. *A Question of quality? : Roads to assurance in medical care*. Oxford, Oxford University Press, 1976.

Еще одним важным свойством первых расследований являлось то, что сделанные на их основе рекомендации были простыми, недорогими, эффективными, что способствовало их широкому распространению. Некоторые из них были очень похожи на основанные на доказательствах руководства Всемирной Организации Здравоохранения по Интегрированному ведению беременности и родов (ИВБР - IMPAS), которые используются в настоящее время⁴. И те, и другие до сих пор сохраняют свое значение как для Великобритании, так и для многих других стран.

Возможно, одним из наиболее важных свойств отчетов системы конфиденциальных расследований в Великобритании является тот факт, что в них всегда включены анонимные описания ситуаций — краткие резюме, повествующие о происшедших случаях. Члены группы, проводящей расследование, никогда не забывают, что смерть каждой женщины — трагедия как личная, так и для семьи погибшей. Также они помнят о том, что у каждой женщины была своя, уникальная история, и что благодаря прослеживанию пути ее контактов с системой здравоохранения и описанию необходимых действий, которые можно было бы предпринять и тем самым предотвратить ее смерть, достигается мощное влияние на тех, кто читает эти истории, и во многих случаях отмечаются немедленные изменения в практике.

Участие в конфиденциальном расследовании, будь то путем предоставления данных и описания истории женщины, личность и семья которой еще не забыты, или даже путем анонимной оценки случая, может рассматриваться как законное вмешательство в контексте оказания помощи. В результате изменения в практике медработника или учреждения в целом на основе полученного опыта могут произойти задолго до того, как отчет и связанные с ним рекомендации будут опубликованы. В Великобритании уже давно (еще в 1954 г.) было признано, что участие в конфиденциальном расследовании влечет за собой «мощный вторичный эффект», который выражается в том, что «каждый из принимавших участие в подобных расследованиях, независимо от того, работает ли он/она в клинике при учебном заведении, в местной больнице или на участке, приобретет дополнительный опыт благодаря образовательному эффекту.⁵»

Личный опыт, следовательно, представляет собой не менее, а возможно, и более важный инструмент для претворения в жизнь изменений, чем анонимные статистические отчеты.

4 ИВБР — это общий свод норм, стандартов и механизмов, которые могут быть адаптированы и применяться на национальном и районном уровне с целью поддержания в стране усилий, направленных на снижение материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Распространяется Департаментом репродуктивного здоровья и научных исследований, ВОЗ, Женева. Дополнительную информацию можно также получить на вебсайте: <http://www.who.int/reproductive-health/index.htm>.

5 Walker AL et al, Report on confidential enquiries into maternal deaths in England and Wales, “1952-1954”. London, HMSO, 1957 (Reports on public health and medical subjects No. 97).

Анализ конкретной ситуации 1: Случай разрыва матки⁶

Нижеприведенная ситуация является наглядным примером наличия факторов, которых можно было бы избежать, включая неадекватное применение синтоцинона, в случае смерти женщины от разрыва матки.

Женщина скончалась в 32 года. Она родила троих детей, все они были живы на момент интервью по месту жительства, и ее предыдущие беременности и роды протекали нормально. Женщина использовала ВМС в течение восьми лет, но затем удалила ее по просьбе мужа. В течение беременности, приведшей к ее смерти, она один раз посетила врача-акушера в частной клинике. Перед тем, как начались родовые схватки, у нее отмечались приступы неукротимой рвоты. Во время родов, которые проходили дома, акушерка, сделала ей инъекцию синтоцинона. Спустя восемь часов женщину перевезли в районную больницу, где был поставлен диагноз «разрыв матки». В больнице не было запаса крови, и через 15 минут женщина была направлена в более крупную больницу на гистерэктомию. По пути она скончалась.

Анализ конкретной ситуации 2: Случай послеродового кровотечения⁷

Женщине, в анамнезе которой было указание на задержку отделения плаценты с послеродовым кровотечением во время предыдущих родов (в первый раз было отмечено плотное прикрепление плаценты), было проведено родовозбуждение. Стимуляция проводилась в выходной день, и, когда возникла проблема с задержкой отделения плаценты, акушерка не сразу вызвала врача. Когда кровотечение стало профузным, возникла новая задержка, пока врач связался с консультантом; затем время было упущено и в процессе подготовки к гистерэктомии под общим наркозом. Ситуация была усугублена дополнительными задержками, связанными с получением перекрестно-совместимой крови из больницы, находящейся на расстоянии нескольких миль. Учитывая сложившуюся ситуацию, пациентке было сделано переливание крови 0 группы с отрицательным резус-фактором без перекрестной пробы на совместимость, но к этому моменту ситуация вышла из-под контроля, и наступила остановка сердца. При родах женщине был введен эргометрин, но повторно он не назначался.

Было ошибкой госпитализировать эту женщину, относящуюся к группе высокого риска, в больницу, в которой не имелось своего банка крови. Не было необходимости выполнять стимуляцию родовой деятельности — процедуру, увеличивающую риск осложнений в 3-м периоде родов, и тем более делать это в выходной день.

6 Campbell OMR, ed. National maternal mortality study: Egypt 2000. Cairo, John Snow, Inc., 2001

7 Lewis G, ed. Why mothers die 1997–1999. Fifth report of the confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom. London, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2001 (ISBN 1-900364-65-4).

Анализ конкретной ситуации 3: Недостаточные знания о симптомах и о том, когда следует обратиться за помощью⁸

«Женщина с четвертой беременностью, у которой имелся один ребенок, была госпитализирована в местную больницу с сильными головными болями, болью в эпигастральной области и нарушениями зрения в анамнезе. В день накануне госпитализации она теряла сознание. Женщина умерла от эклампсии, несмотря на прекрасно оказанную в больнице помощь. Она не обращалась за медицинской помощью в дородовый период. Она и ее семья не осознавали ни серьезности симптомов, ни необходимости прибегнуть к помощи медиков».

Национальные, также как и региональные расследования, проводящиеся на постоянной основе либо через регулярные промежутки времени, были организованы в ряде стран, например в Австралии, в некоторых штатах США и в отдельных странах Европы. В последующие годы конфиденциальные расследования с использованием адаптированной методологии конфиденциальных расследований, разработанной в Великобритании, были начаты в отдельных районах таких государств, как Суринам, Малайзия, Израиль, Индонезия и ЮАР. В меньшем масштабе ограниченные по времени расследования проводились и в других странах, например Ямайке, Нидерландах и Египте. Еще несколько стран заинтересовались возможностью осуществления подобных исследований.

6.2 Что такое конфиденциальное расследование случаев материнской смертности?

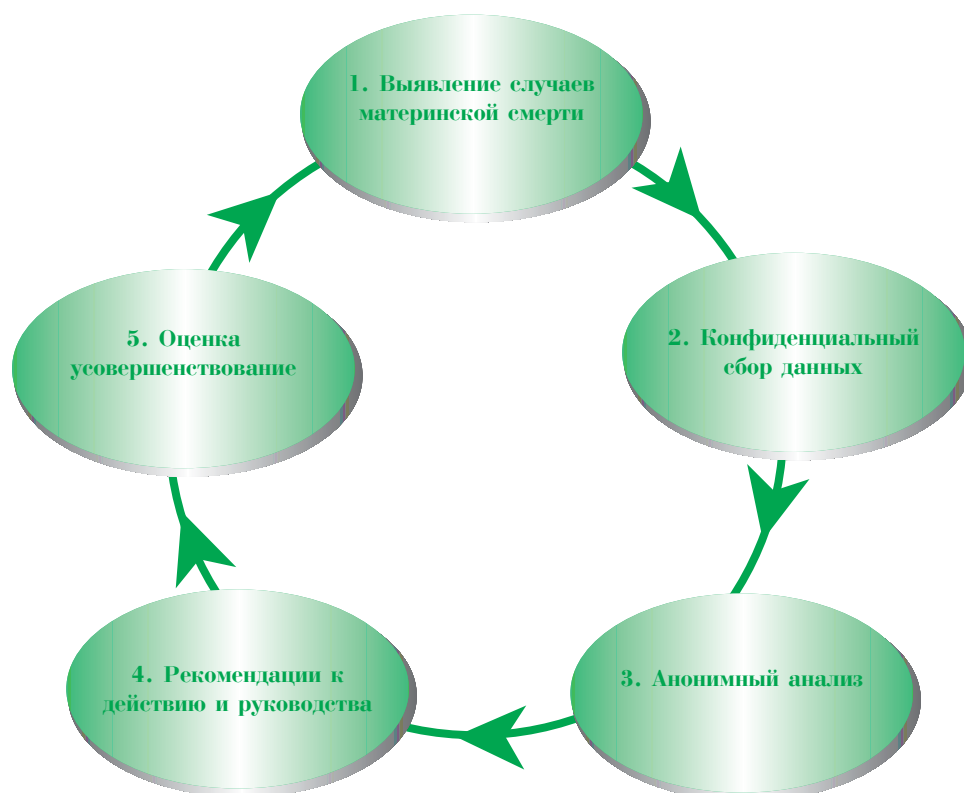
Конфиденциальное расследование случаев материнской смертности может быть определено как систематическое мультидисциплинарное анонимное исследование всех, либо репрезентативной выборки, случаев материнской смертности, имевших место в определенной области, регионе (штате) или на национальном уровне, которое определяет количество случаев, их причины и связанные с ними факторы, которые можно исправить или которых можно избежать. Посредством уроков, извлекаемых в результате анализа смерти каждой женщины, и путем обобщения данных расследования предоставляют информацию об основных препятствиях на пути преодоления проблемы материнской смертности, дают анализ возможных с практической точки зрения действий и выделяют основные области, нуждающиеся в рекомендациях для сектора здравоохранения и для действий на уровне местных сообществ, а также для разработки клинических руководств в целях улучшения клинических результатов.

Следовательно, основной задачей конфиденциального расследования является спасение жизней путем определения либо недостатков в медицинских услугах,

⁸ Rodrigo R et al. Maternal Deaths in Sri Lanka: A review of estimates and causes 1996. UNICEF Sri Lanka 2002 (ISBN 995-9170-01-2).

предоставленных той или иной женщине, либо в системе здравоохранения или в обществе, которые могли способствовать летальному исходу. Затем проводится сопоставление всех имеющихся знаний и полученной в результате оценки совокупности случаев информации, после чего разрабатываются рекомендации по проведению необходимых изменений, как это показано на рис.6.1.

Рис. 6.1 Цикл наблюдения при проведении конфиденциального расследования



Характеристики конфиденциального расследования материнской смертности:

♦ Расследование должно проводиться на национальном или региональном уровне и поддерживаться руководством органов здравоохранения, медицинскими специалистами и Министерством здравоохранения. Полученных данных должно быть достаточно, чтобы иметь возможность:

□ разработать на национальном или региональном уровне стратегию преобразований в программах по охране материнского здоровья и обеспечить надежную базу для увеличения финансирования программ при наличии такой возможности;

□ составить клинические руководства и стратегии развития служб, которые окажут на индивидуальном уровне непосредственное влияние на спасение жизни женщин;

- обеспечить обратную связь с общественными структурами, женскими группами или женщинами в целом с целью помочь им в защите их прав, и донести до их понимания ключевые позиции по вопросам их здоровья и беременности.
- ◆ Расследование включает анонимную мультидисциплинарную всестороннюю оценку факторов и обстоятельств, влияющих на материнскую смертность в отдельных группах учреждений, регионах или странах. Направленность расследования может быть ограничена конкретными клиническими вопросами и проблемами, препятствующими оказанию надлежащей помощи, либо она может быть более широкой и учитывать обстоятельства в местном сообществе или в семье, которые могли привести к смерти женщины. Каждое расследование будет иметь свои задачи в зависимости от местных особенностей, факторов и ресурсов - для подобных исследований не может быть единой модели.
- ◆ Процесс расследования строго конфиденциален, и прежде, чем проводить оценку, все имена женщин или медицинских работников, имеющих отношение к помощи, удаляются. Таким образом, обеспечивается безопасная среда для работы, случаи оцениваются только анонимно, что приводит к большей открытости и полноте в составлении отчета, дает более точную картину последовательности событий.
- ◆ При проведении расследования используются относительно не затратные в финансовом отношении методы, которые не должны зависеть от полноты статистики рождаемости и смертности и не нуждаются в подробном разборе структуры причин смертности в качестве необходимого предварительного условия.
- ◆ В расследовании используются относительно простые системы составления отчета. В таких странах, как Великобритания, где случаи материнской смертности происходят редко, используется простая система бумажных записей, а использование компьютера, кроме как для сохранения полностью анонимных данных, не практикуется из соображений защиты информации. С другой стороны, в ЮАР при проведении подобных исследований применяются компьютерные технологии, поскольку там масштаб информации существенно шире – рассматривается более 1000 смертей в год. Там была разработана простая анонимная программа, предоставляющая основные демографические данные, причины смерти и таблицы факторов, которых можно избежать. Форма для внесения данных представляет собой одну страницу, на которой имеется контрольная таблица для удобства работы лиц, проводящих оценку. Эта анонимная форма заполняется работниками, проводящими оценку, которые отправляют ее по почте или по электронной почте в национальное бюро.
- ◆ По каждому случаю смерти заполняется стандартная конфиденциальная форма отчета всеми местными медицинскими работниками, участвовавшими в оказании помощи женщине. К ним могут относиться врач первичного звена, местный врач, врач-акушер, анестезиолог, медицинская сестра или акушерка, осуществлявшие уход за женщиной на протяжении ее беременности, во время родов или в послеродовой период, а также любые другие врачи, хирурги и медицин-

ский персонал среднего звена, участвовавшие в лечении состояний, связанных с ее смертью. Также предусмотрены разделы для заполнения одним из патологоанатомов, проводивших вскрытие, где приводятся полученные на основании вскрытия подробные данные. Помимо медицинской информации, при возможности, следует указывать информацию относительно социально-экономического статуса женщины, ее семейных обстоятельств, а также каких-либо географических и культурных особенностей, которые могли повлиять на ее смерть.

♦ Затем эти формы отчета делаются анонимными местным координатором расследований, после чего их анализирует региональная группа специалистов различных профилей, не принимавших участие в оказании помощи данным женщинам. Как правило, такая группа работает в другом медицинском учреждении или в другом районе страны. Впоследствии их оценки сопоставляются и анализируются центральным комитетом, который подготавливает окончательный отчет и на его основании — рекомендации.

♦ При охвате всех случаев материнской смерти или их репрезентативной выборки цифры могут не быть столь большими, чтобы казаться непомерными с точки зрения планирования и проведения расследования и его оценки. Благодаря работе на основании полученных данных и с использованием существующих клинико-практических руководств, таких как «Интегративное ведение беременности и родов», позволяющих разработать не только национальные, но и местные протоколы, становится заметным улучшение результатов, что равным образом важно как для медицинских работников, так и для тех, кто занимается планированием политики в области здравоохранения.

6.3 Преимущества и недостатки конфиденциальных расследований случаев материнской смертности

К преимуществам относятся:

- ♦ возможность составления рекомендаций на общенациональном или региональном уровне по вопросам общей политики или клинической практики в отличие от исследований, проводимых только в пределах местных медицинских учреждений,
- ♦ предоставление обоснованных фактов, на основании которых можно требовать увеличения ассигнований на охрану материнского здоровья,
- ♦ укрепление потенциала для разработки и внедрения программ охраны материнского здоровья в различных условиях,
- ♦ предоставление более полной картины материнской смертности, чем обычно содержится в медицинских картах,
- ♦ возможность гибкого подхода к учету данных, например, могут учитываться как все причины материнской смертности, так и конкретные наиболее распространенные ее причины,
- ♦ обеспечение конфиденциальной, безопасной среды, в обстановке которой проводится анализ факторов, ведущих к смерти отдельных женщин. Все записи ведутся анонимно и уничтожаются перед публикацией, поэтому на их основе не

возможно возбудить судебный процесс или обозначить виновных,

- ♦ создание мотивации и энтузиазма у задействованного персонала благодаря возможности увидеть реальную пользу от такого относительно простого исследования, которое может привести к внедрению положительных изменений в местную практику даже до опубликования официального отчета,
- ♦ поощрение участвующих в исследовании работников выступать в качестве сторонников изменений в практике здравоохранения на местном и государственном уровне, а также оказание помощи другим во внедрении аналогичных методологий.

К недостаткам относятся:

- ♦ метод не может заменить рутинный сбор данных относительно причин материнской смертности или частоты данного события,
- ♦ метод предоставляет только данных числителя. Информация о характеристиках всех рожавших женщин в ходе расследования не предоставляется, хотя основные цифры, как правило, имеются. Если это возможно, данные о случаях материнской смертности следует рассматривать в контексте всех зарегистрированных родов, иначе существует опасность сделать выводы, не подтвержденные фактами,
- ♦ процесс работает эффективнее, если имеется действующая статистическая инфраструктура (система регистрации гражданского состояния населения и статистический анализ рождаемости и смертности, человеческие ресурсы, работники, занимающиеся учетом, и т.д.). Однако отсутствие таких ресурсов не обязательно означает, что сбор имеющихся данных невозможен. Пересказ и анализ даже отдельных случаев может служить мощным фактором мотивации, способствующим проведению в жизнь изменений,
- ♦ в некоторых случаях вследствие ограничений, связанных с ресурсами, с человеческим фактором или с масштабностью проблемы, расследования могут быть посвящены исключительно клиническим вопросам и не касаться лежащих в корне проблемы социально-экономических и демографических факторов, влияющих на материнскую смертность, таких, как бедность, недостаточное питание и географическое местоположение. Однако даже если невозможно предпринять более чем ограниченное клиническое расследование, при условии принятия и использования клинических руководств или рекомендаций должны последовать улучшения в состоянии материнского здоровья,
- ♦ важно обеспечить реальное внедрение разрабатываемых руководств. Можно составить рекомендации и разработать руководства, но они бессмысленны, если не преобразуются в реальные действия,
- ♦ поскольку конфиденциальные расследования, как правило, не включают интервью с родственниками женщины или другими членами местных сообществ, результаты зачастую бывают направлены на исправимые клинические факторы или проблемы здравоохранения, хотя нередко можно выявить проблемы также и на уровне местных сообществ.
- ♦ конфиденциальное расследование потребует больше ресурсов и личной инициативы, чем некоторые из других описанных в данном руководстве методологий, однако оно не обязательно потребует интенсивного вложения ресурсов. Его методика может быть адаптирована в зависимости от имеющихся ресурсов. Основ-

ная часть работы, как правило, выполняется на общественных началах заинтересованными работниками на местах, при этом требуется лишь небольшое количество оплачиваемых работников, хотя участие в расследованиях может быть определено как функциональная обязанность в должностных инструкциях.

6.4 Ключевые принципы

Важность признания на государственном и местном уровне

Трудно переоценить важность сотрудничества с проводящими расследование специалистами или поддержки в проведении расследования со стороны правительства или местной администрации. Хотя местные клинические аудиты могут иметь важное влияние на снижение показателей материнской смертности в данном районе, и следует поощрять их проведение, но именно благодаря поддержке правительства или местной администрации может быть разработана государственная политика на основании результатов деятельности исследователей.

Многие хорошие программы завершаются с окончанием их финансирования. Необходимо информировать правительство и других ключевых участников о ходе работы, приглашать их на заседания и привлекать к участию в работе организационных комитетов.

Также решающее значение для успеха подобных расследований имеет местная поддержка и участие в работе всех имеющих отношение медицинских работников. Обычно именно эти люди являются “катализатором” подобных исследований. Местное признание также улучшает обратную связь, что необходимо иметь в виду при выборе лиц, проводящих оценку. Может потребоваться заверение участников в том, что процесс проводится конфиденциально, что анализ отдельных случаев выполняется анонимно и что единственная цель процесса — спасти жизни, а не выявить виновных. Необходимо, чтобы они почувствовали, что создана безопасная среда для обсуждения деликатных аспектов их профессиональной практики без страха перед санкциями «сверху» или возбуждением судебного процесса.

Временные параметры

Для подготовки к проведению конфиденциального расследования может потребоваться определенное время. После подготовки процесс оценки, как правило, идет по накатанным рельсам, хотя отчеты составляются через определенные промежутки времени, например, каждый год, каждые три года и т.д., в зависимости от числа проанализированных случаев материнской смерти, с целью предоставления существенной информации. В Египте успешное конфиденциальное расследование проводилось лишь однократно⁹. Этот подход был полезен для того, чтобы определить основные проблемы и район страны, в котором они возникли. Большинство других конфиденциальных расследований проводится на по-

⁹ Ministry of Health, National maternal mortality study (Egypt, 1992–1993): preliminary report of findings and conclusions. Cairo, Ministry of Health and Population, 1994.

стоянной основе не только потому, что при этом можно наглядно отследить изменения (или их отсутствие), достигнутые благодаря использованию рекомендаций и руководств, замыкая цикл аудита, но и потому, что после того, как медицинские работники увидят пользу от участия в процессе и количество спасенных жизней, у них появится желание продолжать предоставлять данные для обеспечения дальнейшего улучшения.

Выявление случаев материнской смерти: преимущества получения отчетов от медицинских работников

Начальным этапом расследования в Великобритании является предоставление медицинскими работниками отчетов о случаях материнской смерти группе, ведущей расследование. Эта информация подкрепляется данными свидетельств о смерти, хотя до 20% случаев материнской смерти от косвенных причин были неправильно закодированы в свидетельствах о смерти, представленных для последнего отчета “Почему умирают матери”, и, если бы не расследование, могли бы быть вовсе упущены. Подобный метод уточнения, как правило, приводит в первые несколько лет проведения расследования к незначительному увеличению цифр материнской смертности в отчетах. Такого результата можно ожидать с самого начала, и он не должен становиться препятствием к проведению расследования.

В странах, где ведется регистрация гражданского состояния, следует пользоваться информацией, содержащейся в свидетельствах о смерти. Однако администрации больниц, врачам и другим медицинским работникам следует дополнить эту информацию, выявляя случаи материнской смерти и извещая об этом группу, ведущую расследование. Преимущество этой системы заключается в том, что ситуация может быть проанализирована по свежим следам, когда в памяти людей еще сохранились подробности обстоятельств смерти женщины и, по всей вероятности, имеются записи по ведению этих случаев. Обработка информации, содержащейся в свидетельствах о смерти, может занимать много месяцев и даже лет, за это время события могут стереться из памяти, медицинские работники - сменить работу, а записи — не сохраниться.

Еще один механизм заключается в том, чтобы сделать сообщение о материнской смертности событием, подлежащим регистрации в обязательном порядке, как это принято относительно туберкулеза во многих странах. В Великобритании медицинские работники обязаны сообщать о случаях материнской смерти в группу, ведущую расследование. В ЮАР факт несообщения о случае материнской смерти рассматривается как профессиональное преступление.

В странах, где регистрация гражданского состояния населения отсутствует, расследования все же могут быть проведены по вышеперечисленным причинам. В таком случае в каждом медицинском учреждении должен быть назначен человек, отвечающий за выявление каждого случая материнской смерти и сообщение о нем в группу, ведущую расследования. Также он может заниматься сбором простых статистических сведений, например, ежегодно учитывать количество родивших женщин (знаменатель). Могут быть также найдены и другие решения

вопроса выявления случаев материнской смерти. Например, в Малайзии полиция извещает власти о случаях смерти женщин в возрасте от 15 до 49 лет в частных больницах, а затем районная медицинская комиссия проводит расследование.

Использование различных методов для выявления случаев материнской смерти позволяет получать максимально достоверную информацию. Сведения о случаях смерти в больнице можно получить как из записей в медицинских картах, так и путем просмотра записей в регистрационных журналах родильного отделения и в операционной. Смертные случаи, произошедшие на дому, выявить сложнее, и для их изучения необходимо тесное сотрудничество с персоналом местного сообщества. Если система регистрации гражданского состояния населения функционирует, полезно получить информацию обо всех смертных случаях среди женщин детородного возраста, а также информацию об установленных случаях материнской смерти. Это должно способствовать выявлению смертных случаев, не известных службам охраны материнского здоровья.

Использование свидетельств о смерти

Информация, содержащаяся в свидетельствах о смерти, является ценным источником сведений о случаях материнской смерти, однако у этого источника есть свои ограничения, уже освещенные выше. Добавление в свидетельство о смерти графы с вопросом, была ли женщина беременна или родила ли она за определенное время до смерти, также может способствовать уточнению выявления случаев материнской смерти. Тем не менее, многие случаи могут быть упущены потому, что смерть наступила не в родильном доме, или наступила вне больницы за некоторое время до или после родов. При оценке свидетельств о смерти женщин детородного возраста с целью выявления случаев материнской смертности необходимо проанализировать все причины смерти, указанные в свидетельстве, а не только первопричину. Например, при анализе всех причин летального исхода может быть обнаружено, что смерть от тромбоэмболии легочной артерии наступила вследствие проведенного кесарева сечения по поводу обширной отслойки плаценты.

6.5 Преобразование полученной информации в действия

В этом и заключается основная цель расследования, поскольку при отсутствии каких-либо предпринятых действий с учетом рекомендаций весь процесс теряет смысл. Следовательно, с самого начала следует принять решение о том, что полученная информация будет использоваться как предпосылка к действиям. Результаты позволят определить основные причины смертности и установить наличие каких-либо факторов в помощи, оказываемом женщинам, которых можно избежать или которые поддаются исправлению. Расследование помогает практикующим медицинским работникам и организаторам здравоохранения учиться на сделанных ошибках. Оно предоставляет информацию об основных проблемах и выделяет основные области, нуждающиеся в разработке рекомендаций для сектора здравоохранения и для действий на уровне местных сообществ, а также для разработки клинических руководств. Расследование определяет исходный

уровень, относительно которого можно отследить успехи в изменении практики¹⁰. Поэтому, будучи встроенным в систему, оно должно стать объективным методом наблюдения за тем, как происходит внедрение рекомендаций. Это отвечает двум задачам: стимулированию действий в области здравоохранения и напоминанию группе, проводящей расследование, о необходимости обоснованности ее рекомендаций.

Информация, полученная в ходе проведения конфиденциального расследования, используется в самом учреждении, на местном и государственном уровне должностными лицами, отвечающими за планирование развития служб здравоохранения, клиницистами, преподавателями и все чаще — группами, отстаивающими права женщин. На национальном уровне, решения, принимаемые в вопросах планирования развития служб, находятся под влиянием результатов расследования. Например, в результате выявления конкретных проблемных областей в первом промежуточном отчете по конфиденциальным расследованиям материнской смертности в ЮАР было предложено десять рекомендаций¹¹. Они были посвящены различным вопросам — от конкретных аспектов ведения беременности и родов до оказания услуг по прерыванию беременности, вплоть до необходимости проведения консультирования женщин из группы высокого риска службами планирования семьи. Врачи-клиницисты используют полученные сведения для расширения собственных знаний в области своей практики, а также для того, чтобы извлечь уроки по оказанию помощи при определенных осложнениях. В образовательной сфере полученные сведения применяются при подготовке молодых акушерок и врачей. Женские группы используют эту информацию, чтобы знать, в чем заключаются проблемы, и иметь большую компетентность в общении с руководящими органами здравоохранения.

6.6 Поэтапный процесс проведения конфиденциального расследования

В данном разделе приведен перечень этапов, необходимых при планировании конфиденциального расследования. Его необходимо прочесть в сочетании с Главой 3, где более подробно представлены многие объяснения и освещены практические вопросы, общие для всех методологий.

В кратком изложении эти этапы выглядят следующим образом:

1. Создание комитета по вопросам материнской смертности на государственном или региональном уровне, если таковой еще не существует.
2. Принятие решения относительно сбора данных — на национальном, региональном или местном уровне - какие случаи следует включать, и какой выбрать подход.
3. Планирование сбора данных и определение временных рамок для составле-

10 Benbow A, Maresh M. Reducing maternal mortality: reaudit of recommendations in reports of confidential inquiries into maternal deaths. *British Medical Journal*, 1998, 317:1431–1432.

11 Department of Health, South Africa. First Interim Report on Confidential enquiries into Maternal Deaths in South Africa. The National Committee on Confidential Enquiries into Maternal Deaths. April 1998.

- ния отчета и завершения работы.
4. Создание региональных команд для проведения анализа собранных данных, отбор и обучение координаторов на местном уровне.
 5. Регулярный анализ смертных случаев, сопоставление и анализ результатов и подготовка рекомендаций к действиям.
 6. Распространение полученных сведений и рекомендаций.
 7. Оценка и совершенствование.

Этап 1: Создание комитета по вопросам материнской смертности на государственном или региональном уровне, если таковой еще не существует

Члены комитета должны быть заинтересованы в вопросах материнского здоровья. Желательно отбирать членов комитета из представителей лидеров своих профессиональных организаций и Министерства Здравоохранения, а не просто отдельных представителей тех или иных профессий. Задача проведения расследования заключается в побуждении к действию, а представители руководящих структур организаций обладают большими возможностями, чем отдельные специалисты в плане внедрения изменений в политике и практике. В Великобритании этот комитет всегда возглавляет официальный представитель Министерства здравоохранения, тем самым полученные сведения и рекомендации попадают в эпицентр процесса разработки политики в данной области. Комитет не должен быть многочисленным, чтобы это не затрудняло работу, но, с другой стороны, он должен включать как минимум по одному или более представителей следующих специальностей: врач акушер-гинеколог, медсестра/акушерка, анестезиолог, патологоанатом, статистик, представитель общественного здравоохранения, региональной или местной администрации.

Комитету надлежит проанализировать все имеющиеся на государственном или местном уровне данные или иные источники информации, такие как неформальные обзоры, чтобы определить число и причины вероятных смертей, которые потребуют исследования. Окончательные возможности будут зависеть от ресурсов и от возможностей системы. При принятии этого решения может оказаться полезным обратиться к опыту других стран, где проводились подобные расследования.

Основные задачи комитета заключаются в следующем:

- ♦ Определить, какого рода расследование будет проводиться, составить план проведения расследования и использовать лучшие или наиболее подходящие элементы из существующих расследований, если это целесообразно.
- ♦ Вовлечь ключевые фигуры — представителей властей, системы здравоохранения, профессиональных организаций и групп на базе местных сообществ, которые могут взять на себя ответственность и действовать в качестве инициаторов изменений.
- ♦ Обеспечить контроль за специалистами, проводящими анализ на местах, предоставить им необходимые консультации.
- ♦ Проконтролировать предварительную апробацию системы конфиденциального

расследования на отдельных территориях.

- ♦ Обеспечить поддержку в распространении процесса проведения расследования на весь регион или на всю страну.
- ♦ Проводить анализ смертных случаев на постоянной основе.
- ♦ Объединять данные, интерпретировать результаты, составлять рекомендации для действий и подготавливать отчет.
- ♦ Составить план распространения отчета, получить отзывы и использовать полученные сведения. Распространение может включать проведение мероприятия на государственном уровне, например, официальная презентация программы министром здравоохранения с привлечением средств массовой информации, парламентариев и групп женского движения.

Этап 2: Принятие решения относительно сбора данных – на национальном, региональном или районном уровне. Какие случаи следует включать, и какой выбрать подход

Национальный, региональный или районный уровень?

Существуют различные способы организации проведения конфиденциального расследования. В некоторых случаях подробное расследование смертельных случаев может быть ограничено определенными причинами смерти или определенными секторами системы здравоохранения, например, медицинскими учреждениями системы общественного здравоохранения в тех странах, где доступ к медицинским картам в частных учреждениях невозможен. Однако в крупных странах или в странах с очень высокими показателями материнской смертности может быть более целесообразным организовать проведение расследования на районном уровне, либо на уровне региона или провинции. В Бразилии, например, конфиденциальные расследования проводятся на муниципальном уровне, где данные собираются, анализируются и публикуются, а затем отправляются на национальный уровень, где собираются воедино. В Египте национальное конфиденциальное расследование (основанное на репрезентативной выборке со всех районов здравоохранения) дополнялось информацией, полученной в ходе вербальной аутопсии. Еще один вариант заключается в регистрации базовой информации на все случаи материнской смертности с проведением детального расследования по двум или трем основным причинам смерти, как это делалось в первых отчетах Службы конфиденциального расследования Великобритании.

В странах, где недостаточно эффективно работает система регистрации гражданского состояния, необходимо учитывать, реально ли задействовать усилия и ресурсы, необходимые для определения всех случаев материнской смерти. В таких ситуациях проведение расследований меньшего масштаба, требующих меньшей интенсивности ресурсов может оказаться столь же эффективным с точки зрения предоставления сведений для действий на местном уровне. В некоторых случаях даже при условии полноценных записей в отчетах о смертности может оказаться невозможным проведение детального расследования всех случаев, например, тех, которые произошли в частных медицинских учреждениях.

Комитету необходимо решить на основании ожидаемого количества смертельных

случаев, имеющихся в наличии ресурсов и поддержки со стороны профессионалов, следует ли проводить расследование на государственном уровне или начать с пилотных расследований в отдельных регионах или районах прежде, чем выходить на национальный уровень.

Какие случаи включать в расследование? Только случаи смерти от прямых причин или и прямых, и косвенных?

Комитету необходимо принять решение о том, какие случаи материнской смертности целесообразно расследовать. Определения случаев материнской смертности приведены в Табл. 3.1, Глава 3. Приблизительная оценка ожидаемого числа смертей и имеющихся в наличии ресурсов позволит предварительно оценить, какое количество случаев удастся расследовать. В Табл. 2.1, Глава 2, приведено ожидаемое число смертей в случае известного показателя материнской смертности.

В большинстве стран основными причинами материнской смертности, которых можно было бы избежать, являются прямые причины, например, кровотечение, эклампсия, абсолютно клинически узкий таз и сепсис. Оценка подобных случаев может также потенциально привести к максимальному положительному эффекту за короткий срок с точки зрения соотношения спасенных жизней и имеющихся ресурсов. Следовательно, в странах с незначительными ресурсами и высокими показателями смертности может быть целесообразным вначале ограничить расследование основными устранимыми причинами материнской смерти, а затем, после того, как будет упрочена методология и изысканы дополнительные ресурсы, расширить масштаб расследования так, чтобы оно охватывало и другие причины. В странах с достаточными ресурсами возможно проведение детального расследования косвенных причин смерти, которых можно было бы избежать, таких как кардиологические заболевания, малярия, сахарный диабет или анемия.

В отдельных странах одной из наиболее распространенных причин смерти среди беременных или недавно родивших женщин может быть ВИЧ-инфекция. Взаимосвязь между ВИЧ-инфекцией и беременностью достаточна сложна, но в целом эти случаи смерти, в особенности в развивающихся странах, следует рассматривать как смерть от косвенной причины. Хотя при включении в расследования случаев смерти от ВИЧ-инфекции объем работы может увеличиться, важно их включать, где только возможно, поскольку эту проблему предстоит решать руководителям здравоохранения и рядовым медицинским работникам.

Выбор подхода

В определенных обстоятельствах может оказаться слишком сложно с самого начала проводить расследование, охватывающее конкретные детали по всем случаям материнской смерти на общегосударственном или даже на региональном уровне. В этих условиях комитет может выбрать один или несколько подходов в зависимости от ситуации, сосредоточив внимание на тех группах, в которых практическое применение рекомендаций может иметь потенциально максимальный эффект. Важно еще раз отметить, что успех конфиденциального расследования не зависит от степени отлаженности системы статистического учета рож-

даемости и смертности среди населения, и что расследования, основанные на неполных данных, не менее действенны по степени влияния, которое они могут иметь на местном, региональном или национальном уровне. Необходимо решить два ключевых вопроса: будет ли проводиться подробное расследование всех случаев материнской смерти или будет выбрана подгруппа из трех или четырех наиболее распространенных прямых причин; и будет ли расследование охватывать все или же только отдельные случаи смерти на всех уровнях, только в медицинских учреждениях или в некоторых медицинских учреждениях и сообществах одновременно. Различные подходы, которые могут быть использованы или адаптированы к местным обстоятельствам, приведены в таблице 6.1.

Таблица 6.1. Виды конфиденциальных расследований (варианты, обозначенные цифрами, описаны ниже)

	Все случаи материнской смертности	Отдельные причины материнской смертности
Случаи смерти в местных сообществах и медицинских учреждениях	Вариант 1	Вариант 5
Случаи смерти во всех медицинских учреждениях	Вариант 2	Вариант 6
Случаи смерти в отдельных местных сообществах и медицинских учреждениях	Вариант 3	Вариант 7
Случаи смерти в отдельных медицинских учреждениях	Вариант 4	Вариант 8

Имеющиеся варианты

Расследование всех случаев материнской смертности:

Вариант 1: Именно такая система действует в Великобритании. Полученные таким образом данные наиболее надежны, и, при наличии тщательного учета демографической статистики, возможно определение истинных показателей материнской смертности наряду с созданием надежной базы для клинических и прочих рекомендаций. Все смертные случаи независимо от причин, происходящие во время беременности и в течение одного года после родов, регистрируются и учитываются в расследовании, включая смерть от случайных причин, самоубийство и более поздние случаи смерти, произошедшие в промежутке от 42 дней до одного года после родов. При этом необходимо наличие достаточного числа специалистов, проводящих оценку, и хорошо организованной системы проведения расследования. Затраты на проведение расследования невелики, поскольку система уже отлажена и необходимость участия всех медицинских работников не подвергается сомнению. Эта тема входит также в программу подготовки врачей акушеров-гинекологов и акушерок. На их участие можно с уверенностью пола-

гаться, поскольку, благодаря конфиденциальности проведения расследования и анонимности результатов, за последние 50 лет ни один медицинский работник не подвергся какому-либо взысканию в результате участия в расследованиях.

Вариант 2: В этом случае сбор данных ведется менее интенсивно, поскольку он сосредоточен на тех медицинских учреждениях, в которых отчет об обстоятельствах, сопутствующих смерти женщины, предполагается получить на основании записей, сделанных в больнице, а также рассказов сотрудников. Подобное расследование может предоставить чрезвычайно полезные данные относительно основных причин материнской смертности без дополнительных сложностей, связанных с получением данных относительно ситуации в сообществе, и тем самым получается дешевле, чем в варианте 1. Однако при этом в поле внимания не попадают потенциально ценные данные относительно состояния здоровья населения и ситуации в местных сообществах. Такая система имеет место в Малайзии; такой же подход применяется в Великобритании при проведении конфиденциальных расследований случаев самоубийств.

Вариант 3: Если показатели смертности в целом высоки или сильно различаются между местными сообществами, то наиболее эффективным подходом, с точки зрения затрат, может быть проведение расследования в нескольких отдельных сообществах, что позволит, тем не менее, извлечь общие уроки. Подобные расследования также включают информацию о ситуации в сообществе. Работники, участвующие в проведении таких местных расследований, могут затем использоваться как движущая сила для проведения расследований более широкого масштаба.

Вариант 4: Этот подход ценен, если показатели смертности очень высоки и отсутствует доступная информация о сообществе, или в том случае, если есть существенные проблемы в получении данных от отдельных медицинских учреждений, например, из частных больниц. Как и в случае с вариантом 3, работники, проводящие расследование, могут впоследствии быть использованы для проведения аналогичных расследований в других учреждениях.

Расследование отдельных причин материнской смертности

Вариант 5: Этот подход, при котором все случаи смерти по конкретным причинам анализируются подробно, использовался в Великобритании при проведении первых расследований и является, возможно, наилучшим подходом для стран с высокими показателями смертности от прямых причин, которых можно было бы избежать, и где имеются достаточные ресурсы для проведения подобного расследования. Как правило, наибольшее снижение материнской смертности наблюдается именно среди подобных случаев. Однако целесообразно, тем не менее, собирать основную информацию и по другим причинам материнской смерти с тем, чтобы отслеживать тенденции или модифицировать процесс проведения расследований, когда он будет отлажен.

Вариант 6: Как и в варианте 2, этот подход имеет преимущество, заключающееся в ограничении проведения расследования по отдельным причинам случа-

ев смерти, произошедших в медицинских учреждениях, и может быть использован в странах с очень высокими показателями смертности и отсутствием информации о ситуации в сообществе.

Варианты 7 и 8: Эти варианты представляют собой минимальный уровень, на котором может быть организовано конфиденциальное расследование. Они могут оказаться эффективным первым шагом или выступать в роли пилотной модели. При проведении подобных типов расследования необходимо обеспечить для анализа достаточное число случаев, на основании которых можно сделать как частные, так и общие выводы.

Этап 3: Планирование сбора данных и определение временных рамок для составления отчета и завершения работы

Сбор данных

В Главе 3 подробно описаны виды данных, которые следует учесть при сборе информации, поскольку в существующих системах наблюдения распространена тенденция к сбору излишней информации при отсутствии четкого плана относительно целей ее использования с точки зрения достижения определенных результатов.

Для всех расследований должна быть разработана стандартная форма уведомления о случаях материнской смерти, позволяющая систематизировать сбор данных для учреждений и работников. Одни и те же вопросы должны задаваться относительно каждого аспекта оказания помощи для каждой женщины. Заполнение этих форм может также стать элементом обучения для принимающих в нем участие работников и учреждений. Работникам, выполняющим анализ на региональном уровне, нужно будет заполнить еще одну форму, в которой информация с формы уведомления и из истории болезни будет преобразована в стандартизированный формат с конкретными разделами или переменными. Примеры подобных форм, которые могут быть адаптированы для местного применения, можно найти в материалах проводимых расследований и на компактном диске, предоставляемом по запросу вместе с данным руководством.

Определение временных рамок для составления и завершения отчета

Важно с самого начала определить четкий график распределения времени для того, чтобы работникам, проводящим анализ на местах, были известны конкретные сроки, в течение которых необходимо запросить отчеты по случаям смерти и провести разъяснительную работу относительно ожидаемых отчетов. Также важно реалистично представлять время, которое потребуется на выполнение работы, поскольку на организацию этого процесса может потребоваться определенное время. Кроме того, время, необходимое для завершения первого цикла отчетности, зависит от ожидаемого количества случаев, с которыми предстоит иметь дело. Даже после завершения анализа может потребоваться еще некоторое время на ознакомление центрального комитета с представленной информацией и на подготовку отчета. Как правило, подготовка большинства отчетов по

конфиденциальным расследованиям завершается спустя год после окончания сбора информации. В странах с низкими показателями материнской смертности используется трехгодичный отчетный период для получения достаточного количества смертных случаев, на основании анализа которых можно формулировать рекомендации. В странах с более высокими показателями материнской смертности отчетный период может быть короче, но в целом требуется не менее года для отлаживания процесса.

Этап 4: Создание региональных команд для проведения анализа собранных данных, отбор и обучение координаторов на местном уровне

Работники, проводящие анализ на региональном уровне

В зависимости от подлежащего анализу числа смертных случаев и, соответственно, объема работы необходимо создать региональные команды работников, проводящих анализ, или комитеты экспертов. Эти комитеты будут на анонимной основе анализировать все случаи, произошедшие на их территории, сопоставлять полученные данные и направлять их в центральный организационный комитет. Им нет необходимости знать ни имена женщин, ни медицинских работников. Также они не обладают властью для принятия каких-либо карательных мер. Им надлежит проанализировать медицинский случай и прокомментировать качество помощи, оказанной женщине, относительно наилучшей практики на местном уровне, отметить какие-либо препятствия, с которыми могла столкнуться женщина с точки зрения доступа к системе оказания медицинской помощи, а также указать на действия, которые могут быть предприняты в будущем во избежание повторения подобных ситуаций. Важно учитывать вопросы контроля качества для того, чтобы обеспечить стандартизированный и постоянный анализ и поступление отчетов. Этого можно достичь в ходе встреч между работниками, проводящими анализ, если один и тот же случай будет анализироваться двумя специалистами, или если рандомизированно отобранные обзоры будут оцениваться независимыми специалистами. Однако, окончательный уровень контроля качества обеспечивается тогда, когда все случаи будут проанализированы совместно всеми членами центрального комитета по проведению расследования перед составлением и публикацией итогового отчета.

Членами этих групп являются, как правило, профессиональные медицинские работники, обладающие опытом в анализируемой области здравоохранения. Например, в Великобритании в состав регионального комитета входят врач-акушер, акушерка, патологоанатом, анестезиолог и семейный врач. В Шотландии все работники, проводящие анализ, встречаются каждые полгода для того, чтобы проанализировать все произошедшие за это время смертельные случаи, в то время как в Англии общение при проведении анализа осуществляется по почте.

Отбор и подготовка координаторов на местном уровне

Местные координаторы отвечают за информирование государственной или региональной команды по расследованию случаев материнской смертности и за правильное заполнение формы отчета. В Великобритании эту функцию выполнял

местный Директор отдела общественного здравоохранения, однако недавно на смену ему в выполнении этой функции пришли старшие акушерки на местах. Координатор может быть выбран в каждой больнице — акушерка, врач акушер-гинеколог, представитель руководства или представитель местного отделения здравоохранения. Поскольку в отдельно взятом стационаре не происходит большого количества случаев материнской смертности, эта работа не должна оказаться тяжелой. Координаторам необходимо проследить, чтобы все сотрудники, принимавшие участие в оказании помощи женщине, заполнили соответствующие разделы формы, и чтобы вся требуемая информация была предоставлена.

Местный координатор - единственный человек в процессе расследования, которому будут известны имена женщин и медицинских работников. Хотя эти детали не включены в отчет, местному координатору необходимо соблюдать конфиденциальность и следить за тем, чтобы записи хранились в надежном месте, когда с ними не проводится работа. Координаторам надлежит удалить из формы отчета любую информацию, способствующую идентификации личности, прежде чем она будет направлена для оценки на региональный уровень.

Как правило, целесообразно выделить специальные дни для подготовки как работников, проводящих анализ на региональном уровне, так и местных координаторов для того, чтобы обеспечить единый подход к сбору и анализу данных. В этом контексте необходимо учесть ряд вопросов. Следует организовать регулярные встречи работников, проводящих анализ на региональном уровне, для обеспечения проведения стандартизированного и последовательного анализа и составления отчетов, хотя дальнейшую независимую общую оценку полученной информации будет давать центральный комитет. Также возможно выборочное проведение анализа независимыми специалистами с целью подтверждения полученных данных.

Этап 5: Регулярный анализ смертных случаев, сопоставление и анализ результатов, подготовка рекомендаций к действиям

Регулярный анализ смертных случаев

Работникам, проводящим анализ на региональном уровне, следует посылать свои отчеты в национальный комитет по вопросам материнской смертности раз в три или шесть месяцев. Там полученные данные повторно оцениваются, собираются воедино, и начинается следующая ступень анализа. В ходе этой оценки комитет может также выявить какие-то области, в которых процесс расследования не функционирует должным образом, и начать работу по исправлению недостатков.

В течение этого процесса часто результаты становятся очевидными очень скоро, и если выявляются четкие тенденции, можно начать подготовку руководств и рекомендаций еще до опубликования отчета. Более целесообразно опубликовать отчет, уже содержащий четкие руководящие принципы и рекомендации, чем оставить их разработку на будущее. Более того, чем ближе к концу отчетного периода будет составлен окончательный отчет, тем скорее его влияние отразится на местной практике.

Анализ данных

И количественный, и качественный анализ позволяют пролить свет на причины случаев материнской смерти. Сочетание обоих видов анализа может выявить больше информации, чем каждый из них в отдельности. Количественный анализ показывает, какие группы женщин подвержены большему риску материнской смертности, например, женщины из тех или иных этнических групп, женщины, проживающие в определенной местности, или имеющие какие-либо другие общие характеристики. Затем качественный анализ дает более подробную информацию относительно конкретных причин смерти женщин из групп повышенного риска. Читателям настоятельно рекомендуется прочесть соответствующий раздел в Главе 3, где дается подробное описание этих методов и приведены полезные источники литературы.

Какие давать рекомендации

Действия, предпринимаемые с целью уменьшения связанной с беременностью смертности, будут определяться результатами, полученными в процессе оценки и анализа полученной информации. Меры, направленные на улучшение материнского здоровья и уменьшение связанной с беременностью смертности, разделяются на три типа стратегий, а именно:

Стратегии первичной профилактики направлены на предотвращение возникновения патологического состояния,

Стратегии *вторичной профилактики* направлены на выявление и лечение состояний на ранней стадии с целью минимизации их последствий,

Стратегии третичной профилактики направлены на лечение состояний оптимальным образом с целью снижения показателей смертности и заболеваемости.

Эти стратегии подробно описаны в Главе 3.

В процессе проведения исследований в каждой стране можно на основании полученных результатов определить, в каком сочетании следует использовать эти стратегии на начальном этапе.

Не слишком много рекомендаций одновременно

В целях привлечения внимания организаторов здравоохранения и медицинских работников к требующим решения ключевым вопросам необходимо свести количество рекомендаций к минимуму. Более сложные рекомендации можно вводить на более поздней стадии исследования. В качестве ключевых необходимо выбрать те рекомендации, которые позволят достичь на практике максимальных улучшений в состоянии здоровья. В клинических областях они будут, вероятно, связаны с оказанием помощи при распространенных акушерских осложнениях, приводящих к материнской смертности от прямых причин. Даже на территориях с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции наибольшая польза в отно-

шении здоровья будет достигнута путем улучшения оказания помощи женщинам с осложнениями, прямо связанными с беременностью, когда простые вмешательства могут иметь решающее значение в вопросе спасения жизни. Например, при проведении расследования в ЮАР в первом отчете содержалось всего 10 рекомендаций, но все они обладали первостепенной важностью для улучшения состояния материнского здоровья¹².

Этап 6: Распространение полученных сведений и рекомендаций

Комитетом по оценке случаев материнской смерти должен быть заблаговременно намечен формальный план распространения отчета, однако необходимо учитывать вероятность появления и новых возможностей. Важно отметить, что на начальном этапе невозможно определить, в чем конкретно будут заключаться рекомендации.

Комитету необходимо учитывать, какие организации и отдельные лица смогут проводить в жизнь рекомендации на основании выводов, содержащихся в отчете. К ним относятся Министерство здравоохранения, врачи и организаторы системы общественного здравоохранения, профессиональные группы, участвующие в оказании материнского ухода по месту проживания и в медицинских учреждениях, группы защиты прав потребителей и представители отдельных религиозных или культурных организаций, которые также могут способствовать положительным изменениям в местных обычаях.

Формат и методы распространения отчета зависят от тех обстоятельств, в которых он будет составлен. Однако важно донести суть полученной информации до тех, кто сможет внедрить ее в практику и добиться реальных изменений, направленных на спасение жизни женщин. Составление объемных, дорогостоящих и чрезмерно подробных отчетов не имеет смысла, если их невозможно распространить среди широкого круга пользователей. Возможно, составление всеобъемлющего отчета для организаторов здравоохранения и руководящих работников можно дополнить более краткими «административным резюме» для рядовых медицинских работников. Подобные резюме могут быть представлены в форме простого информационного бюллетеня или небольшого буклета, желательно с предисловием, подписанным министром здравоохранения или руководителями профессиональных организаций медицинских работников.

Возможно, комитет по вопросам материнской смертности может пожелать обнародовать отчет на мероприятии национального масштаба, например, предложить министру здравоохранения представить его с вовлечением средств массовой информации, парламентариев, профессиональных медицинских работников и групп защиты прав потребителей.

12 Lewis G et al. Why mothers die. Report on confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom, 1994-1996. London, The Stationary Office, 1998.

Этап 7: Оценка и совершенствование

Завершение аудита с оценкой понимания и влияния рекомендаций и соответствующим образом модифицированных процедур является исключительно важным заключительным шагом в любом процессе аудита. Ключевые принципы описаны в Главе 3. В случае с материнской смертностью важно понимать, что достижение существенного снижения показателей смертности может занять определенное время тогда как местные изменения в практике могут привести к достаточно быстро заметным результатам. На деле вскоре после начала проведения конфиденциального расследования показатели материнской смертности могут даже повыситься вследствие большей выявляемости случаев. Это нормально, и этого следует ожидать при планировании программы.

В Великобритании в ходе расследования определяется ряд ключевых стандартов оказания помощи при родовспоможении, подлежащих аудиту, наблюдение за выполнением которых ведется путем проведения регулярных исследований. В 1996 г. в 295 родильных отделениях Великобритании был проведен аудит выполнения рекомендаций, составленных в результате расследования 1991-93 гг., в котором участвовали 100% отделений¹². Аудит показал улучшение работы служб, призванных минимизировать риск для матерей – большее количество родильных отделений было готово к оказанию неотложной помощи, с большим количеством отделений интенсивной терапии и банков крови, и хотя в большинстве отделений имелись местные протоколы оказания помощи при тяжелых осложнениях, в отдельных случаях эти руководства были устаревшими. Таким образом, полученные результаты можно использовать для оценки существующей практики и подготовки заказов в сфере материнского здоровья. Новейшие подлежащие аудиту стандарты, составленные во время конфиденциального расследования случаев материнской смерти в Великобритании, приведены ниже в Рамке 6.1.

Рамка 6.1 Подлежащие аудиту стандарты, установленные Комитетом по проведению конфиденциальных расследований Великобритании на 2000-2026гг.

В каждом отделении должен быть выбран ответственный медицинский специалист для разработки и регулярного обновления местных мультидисциплинарных клинических руководств по оказанию помощи при различных акушерских проблемах. Руководства должны быть представлены как минимум по следующим темам:

- ◆ Выявление и оказание поддержки женщинам при беременности высокого риска, а также тем, кому требуется специализированное наблюдение (помощи со стороны акушерки недостаточно).
- ◆ Процедуры наблюдения для женщин, регулярно не обращающихся за дородовой помощью.
- ◆ Ведение женщин, находящихся в группе риска по поводу возможного обострения или рецидива серьезного психического заболевания.
- ◆ Ведение женщин, страдающих от домашнего насилия и разработка стратегий по оказанию им поддержки на местном уровне.
- ◆ Мультидисциплинарный подход к ведению женщин с сопутствующими медицинскими проблемами
- ◆ Оказание помощи при преэклампсии и эклампсии.
- ◆ Оказание помощи при акушерском кровотечении.
- ◆ Профилактика тромбоза.
- ◆ Применение антибиотиков при кесаревом сечении.
- ◆ Выявление и оказание помощи при внематочной беременности.

Клинические руководства должны быть помещены на видном месте во всех отделениях дородового и послеродового ухода, в родильном отделении и в отделениях неотложной помощи. Всем поступающим на работу сотрудникам надлежит ознакомляться с содержанием руководств.

Выполнение руководств должно подвергаться регулярному аудиту.

В целях повышения качества услуг в будущем следует интересоваться мнением женщин, обращающихся за медицинской помощью в поздние сроки беременности или не наблюдавшихся во время беременности вообще. Также необходимо на регулярной основе выяснять мнение всех женщин, обращающихся за помощью.

Все сотрудники должны быть ознакомлены с содержанием отчета о конфиденциальном расследовании. Необходимо организовать регулярное обучение персонала, особенно в вопросах аудита и местных клинических руководств.

Анализ конкретной ситуации 1 – Конфиденциальные расследования случаев материнской смертности в Малайзии¹³

В Малайзии система конфиденциальных расследований случаев материнской смертности была введена в 1991 г. с целью выявления недостатков в помощи и составления рекомендаций по их исправлению. Она была основана на системе, применяемой в Англии и Уэльсе, с некоторой модификацией для соответствия местным потребностям. Основными признаками процесса расследования являются конфиденциальность, полнота, своевременность и отсутствие административных взысканий.

В государственных больницах координатору по вопросам материнской смертности надлежит рассмотреть каждый случай смерти среди женщин в возрасте от 15 до 49 лет и принять решение относительно необходимости проведения расследования. Просматриваются медицинские карты пациенток на предмет наличия факта задержки менструации. Если смерть наступает на дому, случай анализируется координатором системы здравоохранения данного района, который опрашивает родственников покойной. Координаторы представляют полученные сведения в больницы врачам акушерам-гинекологам, осуществлявшим уход за пациенткой, или соответствующим районным медицинским чиновникам. О случаях смерти в частных больницах информация поступает от полиции, эти случаи расследуются районными работниками органов здравоохранения. Хотя участие в процессе расследования не является обязательным для частных больниц, практически все они сотрудничают в той или иной степени при его проведении.

Сотрудник из государственной системы семейной медицины вначале получает информацию по телефону, затем в письменной форме, после чего сведения передаются в государственный комитет для анализа. Комитет направляет конфиденциальный отчет о причине смерти, аспектам, по которым не была оказана оптимальная помощь, и действиям, которые необходимо предпринять, в Национальный технический Комитет. Этот государственный комитет подготавливает ежегодный отчет, включающий рекомендации, направленные на снижение материнской смертности, и обсуждает аспекты их внедрения с различными организациями. Заслуживающие беспокойства факты направляются в комитеты по обеспечению качества в административных регионах, без указания конкретных имен или больниц.

С 1991 по 1996 г. было выявлено 1702 случая смерти, связанной с беременностью. Из них 1186 (70%) были связаны с прямыми причинами и 214 (13%) – с косвенными причинами. Остальные 17% смертных случаев объяснялись случайными причинами. Основными причинами материнской смерти были послеродовые кровотечения, гипертензивные нарушения при беременности и тромбоэмболия легочной артерии как акушерское осложнение.

После того, как в Малайзии начали проводиться конфиденциальные расследования, было отмечено заметное увеличение показателя материнской смертности с незначительным снижением показателя после внедрения рекомендаций. Это увеличение показателя объясняется, очевидно, более полной отчетностью о материнской смертности.

Влияние конфиденциального расследования, проведенного в Малайзии, отразилось на программе подготовки и обучения всех категорий медицинских работников, особенно медицинских сестер, на разработке протоколов и учебных пособий, и на широком распространении публикаций и отчетов, связанных с расследованием.

13 S.Selvaraju, A.Mathews, J.Ravindran, R.Koshy. Report on the confidential enquiries into maternal deaths in Malaysia, 1997.

Анализ конкретной ситуации 2. Конфиденциальные расследования случаев материнской смертности в ЮАР¹⁴

В ЮАР конфиденциальное расследование случаев материнской смерти было впервые проведено в октябре 1997 г. после принятия поправки к Закону о политике в области здравоохранения, согласно которой все случаи материнской смерти подлежали обязательной регистрации и уведомлению о них. Министром здравоохранения был учрежден комитет по организации процесса с целью разработки рекомендаций на основе сведений, полученных в ходе конфиденциальных расследований случаев материнской смертности. Внедрение этих рекомендаций должно было привести к существенному сокращению числа случаев материнской смертности в ЮАР.

Система основывается преимущественно на сборе данных, предоставляемых медицинскими учреждениями, и очень похожа на систему проведения конфиденциальных расследований случаев материнской смертности в Великобритании. Если такая смерть наступает в медицинском учреждении, то на специальном заседании, посвященном разбору материнской смертности и заболеваемости, заполняется форма уведомления о смерти женщины. Эта форма вместе с копией истории болезни пересылается в течение семи дней в Отдел охраны здоровья материнства и детства провинции, где секретариатом национального конфиденциального расследования делу присваивается личный номер, оно анонимизируется, после чего форма вместе с историей болезни направляется специалистам для проведения анализа на уровне провинции. Каждый случай анализируется как минимум врачом и акушеркой, затем возвращается в отдел провинции в течение 30 дней. Форма анализа передается в национальный секретариат. В национальном бюро случаи классифицируются в соответствии с категориями заболеваний и передаются специалистам, отвечающим за составление главы по данной категории болезней. Каждый случай материнской смерти анализируется с точки зрения факторов, которых можно было бы избежать, упущенных возможностей и отклонений от стандартов ухода касательно пациента и местного сообщества, а также с точки зрения административных факторов и медицинских работников. Член национального комитета повторно анализирует случайную выборку случаев с целью обеспечения высокого качества проведения анализа. Данные сопоставляются, обсуждаются со специалистами, проводящими анализ, с отделами охраны здоровья материнства и детства провинций, с представителями Государственного Департамента здравоохранения, в результате чего составляется итоговый отчет с рекомендациями. Комитет принял решение о том, что рекомендации должны касаться основных причин материнской смерти, они должны быть выполнимыми в условиях ограниченных ресурсов ЮАР, и результаты их внедрения должны быть измеримыми. Затем данные уничтожаются.

14 Professor Robert Pattinson. Director of the South African Confidential Enquiry into Maternal Deaths

Отчет распространяется среди всех медицинских учреждений через отделы охраны здоровья материнства и детства провинции. Проводятся региональные семинары с целью информирования всех медицинских работников, оказывающих помощь беременным женщинам, о принятых рекомендациях. Составляется административное резюме, которое направляется по почте всем врачам и акушеркам страны. Для населения составляются брошюры на всех 11 официальных языках, в которых содержатся основные идеи отчета. Каждые три года составляется полный отчет и ежегодно дополнительно – промежуточные отчеты. Промежуточные отчеты отслеживают изменения в структуре заболеваемости и сигнализируют руководству здравоохранения о необходимости новых работ.

Первый полный отчет представил данные за 1998 г., следующий отчет касался периода с 1999 по 2001 г. Ежегодно поступают сообщения приблизительно о 1000 случаев материнской смерти. Доля случаев материнской смертности от прямых причин уменьшается вследствие увеличения доли случаев материнской смертности от косвенных причин. В настоящее время около 40% случаев материнской смертности вызваны косвенными, и 60% - прямыми причинами. Наиболее распространенной причиной материнской смертности являются инфекционные заболевания, не связанные с беременностью, включая СПИД, затем следуют осложнения гипертензии во время беременности, акушерское кровотечение и послеродовой сепсис. Постоянно растет число смертей от СПИДа. Вместе с тем, число смертей от абортс с годами снизилось. Это совпало с введением в ЮАР Закона о праве на прерывание беременности. Наиболее распространенными факторами, которых можно было бы избежать, были: применительно к пациентам – отказ от ухода в дорожном периоде, в отношении административных проблем - отсутствие транспорта, а относительно медицинских работников - несоблюдение предписанных протоколов оказания помощи.

Национальный комитет разработал политику и руководства по оказанию помощи при состояниях, являющихся частыми причинами материнской смертности, которые были распространены среди всех медицинских учреждений. Была привлечена независимая организация с целью оценки внедрения 10 рекомендаций в учреждениях. Для этого ею было проведено обследование нескольких учреждений, отобранных методом случайной выборки.

Система проведения конфиденциальных расследований случаев материнской смертности в ЮАР получила законный статус. В настоящее время процесс упрощается благодаря применению специально разработанной программы, позволяющей осуществлять анализ и передачу данных в более короткие сроки. Основной задачей на ближайшие три года является обеспечение внедрения рекомендаций и оценка их влияния.

Глава 7: Исследование тяжелых случаев материнской заболеваемости: уроки, полученные при исследовании женщин, переживших угрожающие жизни состояния

Авторы: Carine Ronsmans и Veronique Filippi, кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии Лондонского Института гигиены и тропической медицины

Основные положения

- ✓ Случаи опасных для жизни осложнений или, как еще принято говорить, «критические случаи» происходят значительно чаще, нежели случаи материнской смерти. Поэтому их анализ позволяет более достоверно судить об основных факторах риска для здоровья матери, а также о том, какие из этих факторов можно устранить или исправить.
- ✓ За исключением методики вербальной аутопсии, все подходы, описанные в настоящем справочном руководстве, могут быть использованы и для анализа критических случаев.
- ✓ Устоявшихся определений понятий «серьезная заболеваемость» или «критический случай» не существует. Главное, чтобы определения, используемые при анализе, соответствовали местным условиям и служили целям улучшения положения вещей в родовспоможении. Настоятельно рекомендуется использовать стандартизированные определения случаев. Это позволит контролировать соблюдение стандартных клинических протоколов и будет способствовать проведению сравнительного количественного анализа статистических данных, как по различным медицинским учреждениям так и за различные периоды времени.
- ✓ Пережившие кризисную ситуацию женщины могут многое рассказать. Поэтому при проведении данных исследований нужно обязательно поинтересоваться мнением женщин о том, что произошло и какая медицинская помощь им была оказана.
- ✓ Изучение критических случаев, когда жизнь женщин оказывалась под угрозой, но их удалось спасти, вероятно, вызовет гораздо меньше опасений у медиков, чем разбор случаев с летальным исходом.

При изучении положения дел в сфере охраны здоровья матери материнская смертность традиционно бралась за отправную точку. Летальный исход — самое неприятное, чем может завершиться беременность, и изучение обстоятельств, приведших к смерти матери, позволяет высветить не только клинические проблемы, но и устранимые или исправимые факторы на этапе организации оказания медицинской помощи, в местном сообществе и общественном здравоохранении. В последнее десятилетие выявление случаев серьезных материнских осложнений стало рассматриваться в качестве дополнения или альтернативы изучению материнской смертности. В частности, самые тяжелые, так называемые критические случаи, когда женщина оказывалась на грани смерти, сегодня считаются важным показателем для оценки и усовершенствования работы служб, занимающихся охраной материнского здоровья^{1,2}.

Хотя изучение акушерских осложнений иногда рассматривается в качестве относительно простой альтернативы изучению материнской смертности, сохраняются определенные трудности в их определении и выявлении. Кроме того, в развивающихся странах накоплено недостаточно опыта по использованию тяжелых акушерских осложнений в качестве отправной точки для анализа. В настоящей главе достаточно детально представлены вопросы определения и выявления случаев, подлежащих экспертизе, на местном уровне. В качестве примера приводятся два исследования.

Документация с описанием критических ситуаций достаточно хорошо проработана в некоторых отраслях, например, в гражданской авиации, где происшествия с потенциально гибельными последствиями изучаются на предмет улучшения ситуации в области обеспечения безопасности. В последние годы понятие критический случай стало приживаться при оценке работы служб здравоохранения, в частности, в акушерстве. Анализ критических случаев используется для оценки качества акушерской помощи в крупных больницах или на региональном уровне в ситуации с низкой материнской смертностью в Великобритании^{3,4}.

В развивающихся странах критические случаи изначально рассматривались в качестве многообещающего показателя при оценке программ охраны материнства на популяционном уровне⁵. В Бенине было проведено исследование, базирующееся на гипотезе о том, что поскольку женщины, вероятно, не забывают серьезных случаев, которые могут быть квалифицированы как критические, многообещающим инструментом оценки программ на уровне населения представляется опрос матерей в рамках исследований по оценке частоты возникновения критических случаев. Однако это исследование показало, что воспоминания матерей о родах недостаточно отчетливы, чтобы на них можно было положиться как на достоверный источник данных в исследованиях.

1 Filippi V et al. Near misses: maternal morbidity and mortality (letter). *Lancet*, 1998, 351:145–146.

2 Mantel GD et al. Severe acute maternal morbidity: a pilot study of a definition for a near miss. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1998, 105:985–990.

3 Graham SG, Luxton MC. The requirement for intensive care support for the pregnant population. *Anaesthesia*, 1989, 44:581–584.

4 Stones W et al. An investigation of maternal morbidity with identification of life-threatening 'near miss' episodes. *Health Trends*, 1991, 23:13–15.

С другой стороны, исследование установило, что критические случаи представляют собой потенциально полезную отправную точку для проведения аудитов и анализа (экспертизы) случаев в развивающихся странах⁵. По этой причине в четырех странах Африки было проведено комплексное исследование с целью определения путей использования критических случаев для запуска углубленных расследований по проблемам качества медицинской помощи, оказываемой пациентам стационаров (Рамка 7.1). Аналогичная работа была проведена в Малайзии⁶ и ЮАР^{2,7}.

Рамка 7.1. Повышение качества акушерской помощи на основе исследования критических случаев: изучение возможности проведения такого рода исследований в Бенине, Гане, Береге Слоновой Кости, Марокко⁸

Этот совместный научно-исследовательский проект был предпринят с целью разработки и реализации стратегии повышения качества акушерской помощи в специализированных стационарах посредством систематического анализа критических случаев. Исследование проводилось на базе 12 специализированных стационаров в четырех Африканских странах. Стратегия исследования случаев предусматривала:

- ◆ Формирование в каждой из стран-участниц комитета по расследованию критических случаев для содействия разработке, применению и распространению результатов таких расследований.
- ◆ Формирование в стационарах групп по исследованию критических случаев, имевших место в их медицинском учреждении.
- ◆ Выявление достоверных и обоснованных критериев определения и выявления критических случаев.
- ◆ Проведение углубленных исследований по подгруппам критических случаев с целью документального установления причины несоблюдения стандартов медицинской помощи, выработки рекомендаций относительно улучшения клинической помощи и работы организационных процедур и содействия осуществлению изменений.
- ◆ Проведение количественного анализа всех рассматриваемых критических случаев для документирования масштабов и причин критических случаев в стационарах.

5 Filippi V et al. The 'near-misses': Are life-threatening complications practical indicators for Safe Motherhood programmes? Paper presented at IUSSP seminar on Innovative Approaches to the Assessment of Reproductive Health, Manila, Philippines, 24–27 September 1996.

6 Sivalingam N, Looi KW. Clinical experience with management of "near-miss" cases in obstetrics. *Medical journal of Malaysia*, 1999, 54:496–503.

7 Ghandi M et al. Audit of perinatal mortality and acute maternal morbidity in northern KwaZulu Natal. *Health Systems Trust Update* (Issue 45), Durban, Health Systems Trust, 1999.

8 Проект был реализован в период с ноября 1998 года по сентябрь 2001 года. В настоящее время проводится подготовка итоговых материалов проекта

Sahel A et al. Des catastrophes obstétricales évitées de justesse: les near miss dans les hôpitaux marocains [Obstetric catastrophes barely just avoided: near misses in Moroccan hospitals]. *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé*, 2001, 11:229–235.

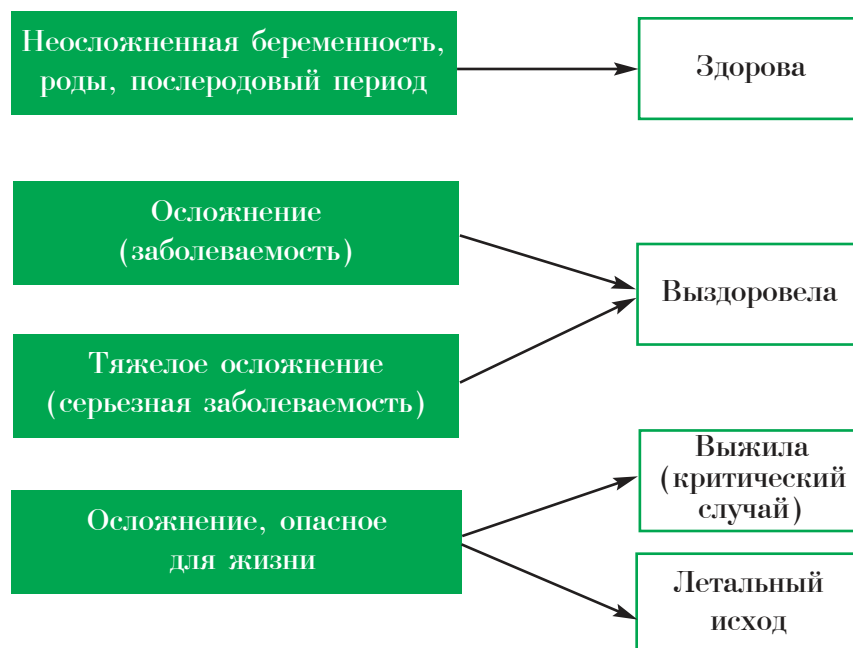
7.1 Разъяснение терминологии, используемой в настоящей главе

В литературе используется ряд терминов для описания случаев тяжелого состояния материнского здоровья, включая смертельно опасные осложнения, тяжелую материнскую заболеваемость и критические случаи. Все эти термины нередко используются взаимозаменяемо, в качестве синонимов^{3,4,9,10}, создавая путаницу.

Беременность как непрерывное разнообразие (континуум) между хорошим и плохим состоянием здоровья

Плохое состояние здоровья беременной женщины можно рассматривать как часть непрерывного разнообразия состояний здоровья, простирающихся от нормального состояния до смерти. В этом континууме беременность может быть представлена как не осложненная, осложненная (заболеваемость), серьезно осложненная (тяжелая заболеваемость) или представляющая опасность для жизни (Рисунок 7.1). Из опасного для жизни состояния женщина может перейти в состояние выздоровления, временной или постоянной инвалидности, либо умереть. Таким образом, критический случай представляет собой один из двух возможных исходов состояния с угрожающим для жизни осложнением, т.е., если женщина выжила, опасное для жизни осложнение классифицируется как критический случай, если нет — оно переходит в категорию «материнской смертности».

Рисунок 7.1. Непрерывное разнообразие (континуум) состояний в период беременности от нормы до летального исхода



9 Drife JO. Maternal 'near miss' reports? British Medical Journal, 1993, 307:1087–1088.

10 Baskett TF, Sternadel J. Maternal intensive care and near-miss mortality in obstetrics. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 1998, 105:981–984.

Поскольку основополагающая концепция подобного исследования предусматривает извлечение уроков с целью совершенствования медицинской помощи, не так уж и важно, как называется изучаемое состояние *критическим случаем* или *тяжелым осложнением беременности*. Гораздо важнее наличие искреннего желания тщательно анализировать эти случаи, как бы они ни назывались на местах. Поскольку в большинстве упоминаемых в настоящей главе исследований и приводимых примеров принят термин *«критический случай»*, мы будем повсюду далее использовать именно его применительно к анализу всех случаев, когда женщина пережила серьезные проблемы, связанные с беременностью. Однако следует еще раз подчеркнуть, что ключевой вопрос при планировании исследования случаев на местах состоит в выработке и использовании приемлемой и адекватной с точки зрения местных условий терминологии и определений.

Определение критического случая

Универсального определения понятия критический случай не существует. Ведение или определение критического случая послеродового кровотечения в блоке интенсивной терапии стационара третичного уровня высокоразвитой страны будет в корне отличаться от ситуации, наблюдаемой при послеродовом кровотечении в районной больнице в развивающейся стране, где отсутствует банк крови. Поэтому самое главное — это соответствие определения местным условиям в целях улучшения медицинской помощи на местах.

В Бенине *критический случай был определен как «тяжелое, угрожающее жизни акушерское осложнение, требующее неотложного медицинского вмешательства в целях сохранения жизни матери»*¹¹. Упоминание о неотложной помощи было включено, поскольку исследование касалось именно острых состояний, непосредственно угрожающих жизни женщины.

Западноафриканская Сеть аудита критических случаев использовала следующее определение для анализа критических случаев: «Это случай когда любая беременная или недавно родившая женщина (в течение шести недель после окончания беременности или родов), жизни которой существует непосредственная угроза, выживает лишь благодаря случаю или полученной в больнице помощи». «Случай» здесь упомянут неспроста, поскольку бывает, что женщины выживают при серьезных осложнениях и в отсутствие медицинской помощи. Присутствие элемента случайности было признано и в ЮАР, где исследователи определили критический случай как ситуацию, когда «тяжело больная женщина скончалась бы, если бы не вмешались везение и качественная медицинская помощь»².

Определение понятия «исследование критических случаев»

Исследование критических случаев может проводиться как по отдельным случаям, так и по совокупности всех случаев, имевших место в одном или нескольких медицинских учреждениях, как в рамках исследования случаев на уровне стационара, так и в дополнение к нему. Его проведение уже включается в мето-

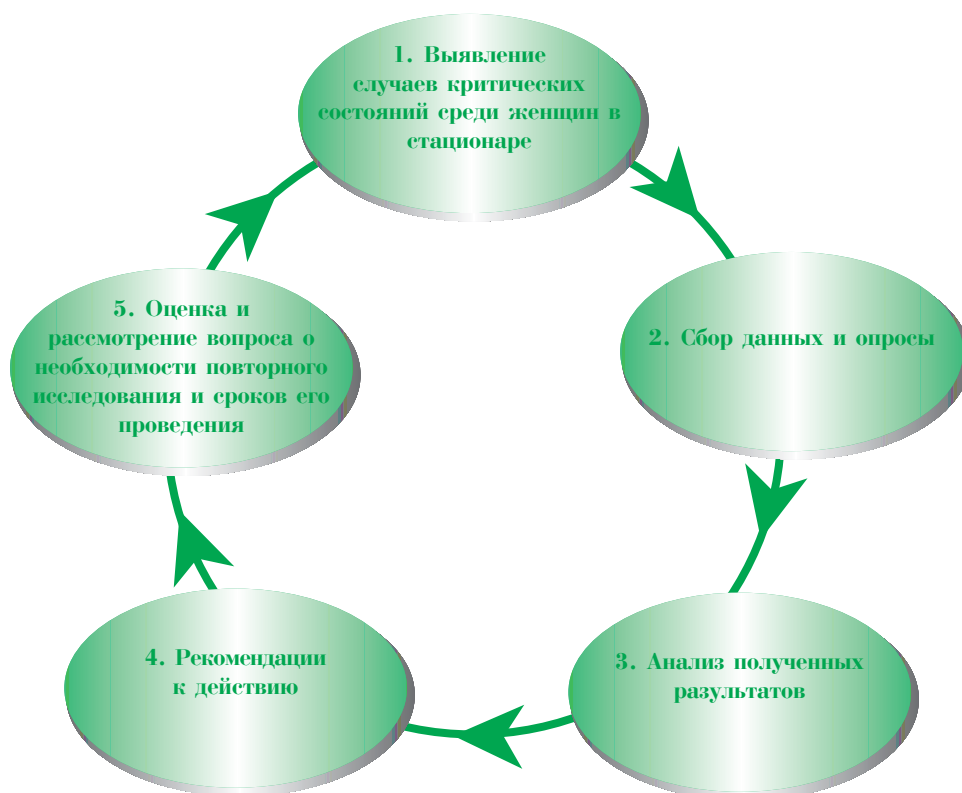
11 Filippi V. Validation of women's perceptions of near miss obstetric morbidity in South Benin. London, University of London, 1999 (PhD thesis).

дологии проведения конфиденциальных расследований случаев материнской смертности, используемые в ЮАР и Шотландии. Скоро за ними последуют и другие страны. Поскольку такие случаи гораздо проще отслеживать в лечебных учреждениях, их анализ едва ли поможет выявить устранимые факторы по месту проживания.

Глава 3, посвященная практическим вопросам реализации и специальные главы, посвященные исследованию случаев на уровне стационара, конфиденциальным расследованиям и клиническому аудиту, также содержат полезные практические советы и алгоритмы, которые можно применить при разработке процедуры анализа критических случаев, соответствующей этим подходам.

После принятия решения относительно того, какие случаи подлежат разбору, этапы исследования критических случаев практически не отличаются от обычных этапов классического цикла наблюдения. Они состоят в разработке оптимальной практики (на местном уровне), сравнении реальной и оптимальной практики, внесении корректив в работу и повторной оценке практики. Этот цикл проиллюстрирован на Рисунке 7.2.

Рисунок 7.2. Цикл исследования критических случаев



Как и в случае всех других подходов, описанных в настоящем документе, конечной целью исследования критических случаев является улучшение охраны здоровья матери. Пример итогового результата одного из таких исследований представлен в Рамке 7.2.

Рамка 7.2. Меры, принятые по результатам исследования критических случаев в Папуа — Новой Гвинее¹²

Врач А был вызван интерном для осмотра первородящей женщины в виду задержки второго периода родов, связанной с лицевым предлежанием плода. Врач определил, что шейка полностью раскрыта, а головка находится в полости малого таза. Он принял решение использовать акушерские щипцы. Вслед за вмешательством наблюдалось обильное маточное кровотечение (400-500 мл), которое, как показалось, удалось остановить инфузионным введением окситоцина. (В данной акушерской службе при затылочном предлежании плода принято использовать вакуум-экстрактор.) Ночью дежурная медсестра заметила, что умеренное вагинальное кровотечение продолжается. На утро кровяные выделения всё еще имели место, обследование выявило у матери крайнюю бледность кожных покровов и разрыв шейки матки. При обследовании в операционной возникло подозрение на обширный разрыв, распространяющийся от области шейки матки на нижний сегмент по задней стенке матки. Был вызван врач-консультант, и было принято решение о необходимости проведения лапаротомии. Диагностирован разрыв матки, затронувший и серозную оболочку прямой кишки. В брюшной полости скопилось более литра крови. Для остановки кровотечения потребовалось проведение тотальной гистерэктомии.

После операции были тщательно изучены записи о ходе родов в медицинской карте с целью установления причины обширного разрыва. Было отмечено использование щипцов, но указаний на какие-либо трудности и проблемы в начале послеродового периода в истории родов не содержалось. Однако в дежурном журнале родильного отделения было зарегистрировано, что в изучаемом случае имел место задний вид лицевого предлежания и были использованы ротационные щипцы для извлечения плода.

На следующий день врача-стажера А на совещании врачей-специалистов попросили объяснить, как ему удалось извлечь плод при заднем виде лицевого предлежания при помощи щипцов. Врач А объяснил, что ему удалось вручную повернуть головку в поперечное положение, затем изогнутыми акушерскими щипцами завершить поворот и извлечь головку. Дальнейшая дискуссия доктора А и группы консультантов завершилась следующими постановлениями:

1. При попытке применения незнакомой манипуляции или процедуры должен присутствовать самый опытный из специалистов для консультирования.
2. Изогнутые щипцы не должны применяться для поворота головки плода.
3. Любой случай патологической кровопотери после родов должен сопровождаться обследованием для выяснения ее причины, особенно после инструментального родоразрешения.
4. Стандартный протокол оказания помощи при заднем виде лицевого предлежания - операция кесарево сечение. Если врач-акушер считает, что в конкретном случае можно использовать альтернативный протокол ведения родов, решение об отклонении от стандартного ведения родов должно быть согласовано с самым старшим лицом из состава врачебного персонала, присутствующим в отделении на данный момент.

¹² Проф. Glen Mola, больница общего профиля, порт Моресби, Папуа Новая Гвинея (Port Moresby General Hospital, Papua New Guinea)

7.2. Достоинства и недостатки исследования критических случаев или других методов изучения тяжелой заболеваемости

Преимущества исследования критических случаев:

Более полный анализ

Как и в случае материнской смертности, случаи тяжелых акушерских осложнений могут послужить поводом для проведения исследования^{2,8} или аудита¹³. Основное преимущество использования критических случаев по сравнению со случаями с летальным исходом в качестве механизма запуска аудита или анализа состоит в том, что они происходят гораздо чаще и, как следствие, дают больше материалов для полного статистического анализа. В стационарах Бенина и ЮАР, например, критические случаи наблюдались в 5 - 10 раз чаще, чем случаи с летальным исходом^{1,2}. В зависимости от используемого определения, это соотношение может достигать до 117 критических случаев на один случай с летальным исходом в развитых странах^{14,15}. Это соображение крайне важно с точки зрения клинического аудита, который требует достаточно больших массивов данных для получения статистически значимых результатов, позволяющих судить о наличии прогресса на пути к достижению заданных критериев или показателей. В целом, чем большее число тяжелых осложнений рассматривается, тем более детальную количественную информацию о факторах риска и определяющих факторах можно получить по сравнению с анализом относительно небольшого количества случаев материнской смертности.

Другое потенциальное преимущество анализа случаев заболеваемости по сравнению со случаями смертности при анализе и аудите состоит в том, что некоторые опасные для жизни осложнения могли развиться во время пребывания женщин в стационаре, что дает возможность наблюдать и анализировать помощь, оказанную в стационаре. С другой стороны, некоторые случаи материнской смертности не могут быть предотвращены вследствие запоздалой госпитализации, и женщины умирают относительно быстро после поступления в стационар. Такие случаи менее информативны при анализе стационарной помощи, которая является объектом клинического аудита.

Приемлемость

В контексте изучения случаев анализ исходов тяжелой акушерской заболеваемости имеет еще два потенциальных преимущества. Во-первых, если женщина выжила после опасного для жизни осложнения, медики будут в меньшей степени уклоняться от обсуждения случая, чем в случае летального исхода, поскольку

13 Wagaarachchi PT et al. Holding up a mirror: changing obstetric practice through criterion-based clinical audit in developing countries. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2001, 74:119–130.

14 Stephens IA. ICU admissions from an obstetrical hospital. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 1991, 38:677–681.

15 Waterstone M, Bewley S, Wolfe C. Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: case-control study. *British Medical Journal*, 2001, 322:1089–1093.

разбирательство с меньшей вероятностью закончится поисками виновного. А поскольку женщине удалось спасти, это позволяет вычленивать позитивные элементы в применявшемся лечении, и персонал можно будет отметить в связи со спасением жизни женщины. Во-вторых, поскольку пациентка жива, можно расспросить о качестве оказанной помощи её саму, а не членов её семьи. Это нередко позволяет раскрыть важные аспекты качества медицинской помощи, которые в противном случае легко могли бы ускользнуть от внимания. Результаты собеседования могут дополнить данные, полученные из медицинских записей.

И, наконец, как уже упоминалось в предыдущих главах, привлечение медицинских специалистов к выработке определений случаев и акцентирование их внимания на необходимости ответственно относиться к регистрации точных и исчерпывающих данных о случаях тяжелой заболеваемости само по себе может явиться первым шагом на пути повышения качества акушерской помощи.

Недостатки исследования критических случаев:

Определение случаев, подлежащих анализу

В отличие от случаев материнской смерти, точно определить перечень ситуаций с угрозой для жизни пациентки непросто. Необходимо выработать и согласовать определение, учитывающее местную специфику, что требует совместных и целенаправленных усилий всех участников аналитического процесса. Эта проблема более подробно обсуждается ниже в данной главе.

Невозможность выявления критических случаев по месту проживания

Критические случаи можно выявить только в медицинских учреждениях; данные же о случаях, произошедших по месту жительства, практически не доступны. Поскольку в большинстве таких случаев для спасения женщины требуется госпитализация, медицинская документация стационаров представляется наиболее вероятным источником данных о подобных осложнениях. Хотя имеются мнения о том, что эти случаи можно также выявлять на уровне местного сообщества, поскольку женщины могут помнить столь тягостное событие, как критическое состояние, в настоящее время накоплено достаточно данных, опровергающих такую точку зрения. Работы по оценке воспоминаний матерей о пережитых осложнениях выявили значительное несоответствие между воспоминаниями женщин о том, что происходило в процессе родов, и информацией об осложнениях и критических случаях, зафиксированной в историях родов^{16,17,18}. Рабочая группа по экспертизе достоверности показаний женщин об осложнениях при родах пришла к заключению, что «оценка акушерских осложнений на уровне населения, сделанная на основе данных, полученных в результате интервью в рамках обще-

16 Stewart MK et al. Issues in measuring maternal morbidity: lessons from the Philippines Safe Motherhood Survey Project. *Studies in Family Planning*, 1996, 27:29–35.

17 Ronsmans C et al. Women's recall of obstetric complications in south Kalimantan, Indonesia. *Studies in Family Planning*, 1997, 28:203–214.

18 Filippi V et al. Women's report of severe (near-miss) obstetric complications in Benin. *Studies in Family Planning*, 2000, 31:309–324.

национальных исследований, является мало достоверной или надежной»¹⁹. Хотя это и не означает, что невозможно получить представление о серьезных осложнениях при беременности и родах по месту проживания, но полученные результаты однозначно свидетельствуют о том, что случаи с угрозой для жизни женщины следует сначала выявлять в стационаре, иначе есть риск опрашивания людей по случаям, которые не представляли угрозы для жизни в истинном смысле.

В условиях, когда относительно малая доля женщин рождает в медицинских учреждениях, даже опросы национального масштаба в отношении критических состояний не дадут объективной репрезентативной картины структуры устранимых факторов.

Выявление случаев

Для выявления случаев тяжелой заболеваемости может потребоваться изучение большого количества журналов регистрации и историй болезни в каждом медицинском учреждении, а в условиях с большим количеством случаев тяжелой заболеваемости для углубленного исследования может потребоваться отбор подгруппы случаев. Критерии отбора могут, например, включать определенное время события (ночью, выходные дни) или конкретный тип осложнения.

Получение согласия

Если методологией предусмотрено проведение личной беседы с женщинами, чьи случаи подвергаются анализу, необходимо получить их личное согласие. Кроме того, сам факт приглашения для беседы может вызвать у женщин несправедливые подозрения относительно качества оказанной им помощи и недоверие к медицинским работникам, которые, вполне возможно, в реальности спасли им жизнь. Впрочем, в ходе обследования африканских больниц таких проблем не возникало. Открытость медицинских работников и администраторов к мнению женщин, вполне возможно, явилась одним из основных факторов, стимулирующих внедрение изменений с целью улучшения помощи. Иногда только лишь понимание переживаний женщины в период их пребывания в медицинском учреждении, иногда в сочетании с глубоким стыдом за происшедшее, иногда в сочетании с радостью от услышанных слов благодарности, — всё это способствовало повышению качества медицинской помощи.

7.3 Ключевые принципы

Исследование должно планироваться и проводиться с учетом местных условий

Порог, после которого неблагоприятное развитие беременности и родов становится опасным для жизни состоянием, зависит от общего состояния здоровья женщины и наличия доступа к лечебным учреждениям. Вероятность летального

¹⁹ Statement from a task force meeting on validation of women's reporting of obstetric complications in national surveys. *MotherCare Matters*, 1997, 6:15–16.

исхода зависит не только от того, насколько организм женщины способен справиться с осложнением, но и от наличия доступа к медицинской помощи и от ее качества. Например, потеря 500 мл крови не смертельна для здоровой женщины, не страдающей анемией, однако при тяжелой форме анемии такая кровопотеря ставит жизнь женщины под угрозу. Аналогичным образом, предлежание плаценты сопряжено с высоким риском летального исхода в условиях отсутствия возможностей для её своевременной ультразвуковой диагностики, в то время как в медицинских учреждениях с хорошими дородовыми и родовспомогательными службами раннее выявление этой патологии и принятие мер может предотвратить развитие тяжелого осложнения. Еще одним примером является партограмма — структурное графическое отображение процесса родовой деятельности, которая, хотя и улучшила ситуацию с диагностикой затянувшихся родов, все еще не используется широко в развивающихся странах.

Таким образом, жизненно важно разработать определения случаев, необходимые для исследования в контексте наиболее распространенных медицинских проблем и наличия служб на местах.

Определения, выработанные с учетом местной специфики, должны быть поняты, согласованы и приняты всеми участниками исследования

В отличие от материнской смертности, материнская заболеваемость — понятие неоднозначное, и мнения относительно того, какие именно случаи следует включать в эту категорию, даже среди клиницистов одного и того же медицинского учреждения разнятся. Кроме того, некоторые диагнозы серьезных акушерских осложнений могут в большой степени зависеть от субъективного взгляда врача. Неоднозначность определения таких понятий, как *дистоция*, или *затянувшиеся роды*, хорошо известна^{20,21}. Особенно много разночтений в трактовке такого диагноза как *несоответствие размеров таза размерам головки плода*²². В США в 1980-е годы операция кесарева сечения по поводу диагноза несоответствие размеров таза размерам головки плода применялась в шесть раз чаще, чем в Ирландии среди женщин с сопоставимой степенью риска. Однако считалось, что эти различия отражали культурные факторы, а не реальные различия в распространенности случаев диагноза *несоответствие размеров таза размерам головки плода*²³.

Таким образом, для обеспечения последовательности в исследовании случаев и надежности анализа необходимо с самого начала согласовать определения критических случаев со всеми медицинскими специалистами и убедиться в их приемлемости с точки зрения местной специфики и практики.

20 Crowther C et al. Monitoring the progress of labour. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse MJNC, eds. *Effective care in pregnancy and childbirth. Vol. 2. Childbirth*. Oxford, Oxford University Press, 1989:833–845.

21 Lomas J, Enkin M. Variations in operative delivery rates. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse MJNC, eds. *Effective care in pregnancy and childbirth. Vol. 2. Childbirth*. Oxford, Oxford University Press, 1989:1182–1195.

22 van Roosmalen J, van der Does CD. Caesarean birth rates worldwide. *Tropical and Geographical Medicine*, 1995, 47:19–22.

23 Sheehan KH. Caesarean section for dystocia: a comparison of practices in two countries. *Lancet*, 1987, 1:548–551.

7.4 Проведение исследования критических случаев

Этапы проведения исследования критических случаев аналогичны этапам других методик, описанных в настоящей книге. Если исследование критических случаев применяется в рамках исследования случаев на уровне медицинского учреждения, следует придерживаться этапов, описанных в Главе 5. В рамках конфиденциального расследования применяются этапы, описанные в Главе 7. Если планируется клинический аудит, следует полностью придерживаться процедуры, описанной в Главе 8. Глава 3 наиболее полно и подробно описывает процессы, общие для всех методологий. Однако имеется несколько дополнительных этапов, которые следует предусмотреть при проведении исследования критических случаев любого типа, о которых пойдет речь в этом разделе.

Дополнительные этапы исследования критических случаев:

1. Определить цель и выбрать методологию исследования.
2. Выработать определение критического случая в контексте выбранного исследования.
3. Договориться относительно порога для отбора критических случаев, подлежащих анализу.
4. Договориться относительно местных критериев отбора критических случаев для изучения.
5. Определить порядок выявления случаев.

Этап 1: Определить цель и выбрать методологию исследования

Если цель состоит в использовании данных об опасных для жизни осложнениях для мониторинга или аудита прогресса в соблюдении конкретных клинических стандартов (например, в контексте *клинического* аудита), первым требованием является достаточная распространенность осложнения, чтобы можно было накопить приемлемый для количественного анализа объем данных. Во-вторых, нужно разработать четкие критерии выявления и ведения данного осложнения. Для преэклампсии, например, определение «гипертензия и протеинурия» является слишком общим, поскольку не указывает на уровни артериального давления или содержания белка в моче, при превышении которых надлежит применять конкретные вмешательства. Желательно, чтобы определение включало четкие критерии для последующей оценки и классификации случаев. Например, если одним из критериев является необходимость назначения противогипертензивных препаратов всем женщинам с диастолическим артериальным давлением выше 95 мм рт.ст., то целесообразно включить этот уровень артериального давления в определение преэклампсии.

Если целью исследования является извлечение уроков из неблагоприятных случаев, как, например, при *исследовании случаев на уровне медицинских учреждений* или конфиденциальных расследованиях, можно ограничиться менее жесткими определениями, поскольку полезную информацию можно почерпнуть практически из любого случая. Настоятельно рекомендуется, однако, использовать

стандартизированные определения, поскольку это облегчает сравнение со стандартными протоколами лечения.

Если ставится целью выявление потребностей в ресурсах здравоохранения и уровне технических навыков для надлежащего ведения пациенток, может оказаться полезным выявление органно-системных нарушений или дисфункций, помимо акушерских осложнений. В Претории, где использовались определения, основанные на дисфункциях органов, удалось установить, что самой распространенной дисфункцией была гиповолемия; это высветило необходимость в перераспределении дефицитных ресурсов таким образом, чтобы обеспечить эффективное ведение таких случаев².

Если, с другой стороны, целью ставится изучение обоснованности госпитализации в блок интенсивной терапии, то за отправную точку можно принять сам факт поступления в блок интенсивной терапии (вне зависимости от причины). Но и тогда следует определить критерии тяжести состояния, чтобы можно было судить о том, являлось ли направление в блок интенсивной терапии оправданным.

Этап 2: Выработать определение критического случая в контексте данного исследования

В литературе предлагались три подхода, а также их различные сочетания, к выявлению и анализу угрожающих жизни акушерских осложнений и критических случаев. Эти подходы предусматривают использование определений, основанных на: **(а)** тактике оказания помощи, **(б)** клинических признаках и симптомах и **(в)** органно-системном принципе. Возможен целый ряд подходов к решению этого вопроса, а выбор наиболее подходящего из них будет зависеть от местного контекста.

(а) Определения на основе тактики оказания помощи

Поступление в блок интенсивной терапии

В развитых странах большинство определений опасных для жизни акушерских осложнений и критических случаев основаны на предпринятой тактике оказания помощи. Самый распространенный критерий оказания помощи — поступление в блок интенсивной терапии вне зависимости от причины поступления^{3,10,24, 25, 26}.

Основные плюсы такого определения — его простота и доступность данных, поскольку все необходимые сведения можно найти в одном регистре. Кроме того, при таком определении изучаются и случаи серьезных осложнений и критических состояний, не связанных непосредственно с беременностью и родами, напри-

24 Ng TI et al. Obstetric admissions to the intensive care unit—a retrospective review. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 1992, 21:804–806.

25 Fitzpatrick C et al. Near miss maternal mortality (NMM). *Irish Medical Journal*, 1992, 85:37.

26 Bouvier-Colle MH et al. Obstetric patients treated in intensive care units and maternal mortality. *European Journal of Obstetrics and Gynaecology and Reproductive Biology*, 1996, 65:121–125.

мер, кровоизлияние в мозг и гепатит. Основной недостаток такого подхода заключается в том, что далеко не все опасные для жизни состояния сопровождаются направлением пациентки в блок интенсивной терапии. Во Франции, например, большинство случаев летального исхода среди рожениц происходят в отделениях интенсивной терапии, а в Великобритании — меньше трети умерших женщин получали интенсивную помощь^{26,27}. Критерии направления в блок интенсивной терапии зависят от страны, стационара и субъективного мнения клинических работников, а также от возможностей и загруженности блока интенсивной терапии, его удаленности от клинического отделения²⁸. Само понятие отделения интенсивной терапии и его составляющих четко не определено и варьируется от больницы к больнице.¹⁰ Наконец, в некоторых стационарах отделение интенсивной терапии вовсе отсутствует. Из-за такой неоднородности сравнительный анализ данных по различным стационарам следует проводить с крайней осторожностью.

Серьезные вмешательства

Другие критерии определения угрожающих жизни осложнений, основанные на тактике оказания помощи, включают применение серьезных вмешательств, таких как экстренная гистерэктомия, кесарево сечение, переливание крови, госпитализация более чем на четверо суток, патологические реакции на анестезию и т. п.^{2,10,11,18,29,30}

В Бенине, например, исследователи классифицировали все случаи послеродового кровотечения, потребовавшие серьезных вмешательств для остановки кровотечения, как *критические*. К серьезным вмешательствам были отнесены гистерэктомия, переливание двух и более литров крови из-за острой анемии и плохой свертываемости крови, мануальное обследование матки и удаление фрагментов плаценты, кесарево сечение, ушивание разрывов шейки матки или влагалища^{11,18}. Основной причиной выбора этих вмешательств явилась их обязательная регистрация в больничной документации, в то время как детального описания клинических признаков и симптомов в историях родов не содержалось.

Вышеописанным критериям, основанным на использовании серьезных вмешательств, свойственны, однако, те же недостатки, что и критерию поступления в отделение интенсивной терапии, поскольку показания к применению серьезных вмешательств также могут быть не стандартизированы и будут варьироваться от больницы к больнице. В ЮАР², например, определение тяжелой гиповолемии, предложенное для специализированных стационаров (в случае гиповолемии для реанимации пациентки требуется 5 или более единиц донорской крови или эритроцитарной массы), для сельских больниц пришлось адаптировать. В сельской ме-

27 Lewis G et al. Why mothers die. Report on confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom, 1994-1996. London, The Stationary Office, 1998.

28 Kilpatrick SJ, Matthay MA. Obstetric patients requiring critical care. A five-year review. Chest, 1992, 101:1407-1412.

29 de Bernis L et al. Maternal morbidity and mortality in two different populations of Senegal: a prospective study (MOMA survey). British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2000, 107:68-74.

30 Prual A et al. Severe maternal morbidity from direct obstetric causes in West Africa: incidence and case fatality rates. Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78:593-602.

стности порог кровопотери, при котором назначают переливание крови, оказался гораздо выше, а объемы переливаемой крови - значительно ниже. Поэтому для гиповолемии было принято следующее определение «гиповолемия – это состояние, когда, при наличии такой возможности, было бы назначено переливание четырех единиц донорской крови или эритроцитарной массы в целях реанимации (при этом должны учитываться все пациентки, отвечающие данному критерию, даже если переливание крови было недоступным)»⁷. Последний пример показывает, что при отсутствии на местах запасов крови для переливания полагаться на назначение гемотрансфузии при выборе критерия определения *критического случая* нецелесообразно, и придется воспользоваться иными, вероятно, клиническими критериями.

(б) Определения на основе клинических признаков и симптомов

Определения на основе клинических признаков и симптомов обычно строятся вокруг акушерских диагнозов или осложнений, ориентированных на преобладающие причины материнской смертности, такие как кровотечение, гипертензивные нарушения и сепсис. Такой подход обеспечивает простоту интерпретации и понятен как клиническим специалистам, так и не клиническим работникам, поскольку перечисленные состояния обычно отражают основные причины материнской смертности. В развивающихся странах данные по таким расширенным диагнозам осложнений также относительно просто получить из больничных регистрационных журналов.

Однако, разработка определений на основе признаков и симптомов для всех типов осложнений может явиться трудной задачей. Необходим консенсус клиницистов относительно критериев тяжести, выработать который достаточно трудно, учитывая разнообразие клинического опыта³⁰. Критерии будут также зависеть от средств диагностики, имеющихся в распоряжении клинических специалистов. Наконец, критерии должны основываться на информации, заносимой в рабочем порядке в медицинские карты, что облегчает извлечение и проверку данных.

Вышеназванные соображения можно проиллюстрировать на примере различных определений тяжелых влагалищных кровотечений. В Европейском исследовании Bouvier-Colle et al.³¹ определение опасного для жизни послеродового кровотечения основано на следующих симптомах и признаках: потеря крови $\geq 1\ 500$ мл (если имеется возможность для измерения), либо кровотечение, приводящее к аномалиям свертываемости крови. С другой стороны, в исследовании, проведенном в Великобритании, тяжелой считается кровопотеря более 2 000 мл⁴. В условиях, где невозможно точно измерить объем кровопотери, нужно искать другие показатели. В Бенине, например, к *критическим случаям* относят любое послеродовое кровотечение, сопровождающееся клиническими признаками шока¹¹. Ясно, что единого мнения относительно объема кровопотери, представляющего угрозу для жизни, до сих пор не выработано, и определения будут варьи-

31 Bouvier-Colle MH, Varnoux N, Groupe MOMS-B. Mortalité maternelle et morbidité grave dans trois régions françaises : résultats de MOMS, une enquête européenne multicentrique [Maternal mortality and severe morbidity in 3 French regions: results of MOMS, a European multicenter investigation]. *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, 2001, 30 (6 suppl.):S5–S9.

роваться в зависимости от контекста исследования. Однако это не должно препятствовать использованию местных определений для оценки качества медицинской помощи на уровне отдельно взятых медицинских учреждений и выработке надлежащих рекомендаций.

(в) Определения на основе органно-системных нарушений

Интересный подход к определению критических случаев состоит в их классификации по органно-системному принципу². Недостаточность или дисфункция органа (например, острая почечная или сердечная недостаточность) во время беременности или в первые шесть недель после ее окончания с большой вероятностью может стать причиной смерти женщины, если ей не будет оказана надлежащая медицинская помощь². Кровотечение, например, может представлять угрозу для жизни, если потеря крови приводит к развитию сосудистых нарушений (гиповолемия), нарушению функции почек (олигурия) или свертываемости крови. Инфекция, в свою очередь, будет представлять угрозу для жизни при развитии у женщины опасных дисфункций дыхательной системы, иммунной системы или церебральных нарушений.

Определение по признаку пораженных органов максимально приближается к истинному определению состояния, опасного для жизни, или *критического случая*, поскольку реально учитывает только крайне тяжелые состояния. Правда, этому подходу также отчасти свойственны описанные выше недостатки, поскольку критерии определения органно-системной недостаточности или дисфункций могут также зависеть от характера лечения (например, поступление в блок интенсивной терапии или экстренная гистерэктомия). Кроме того, для диагностики органной недостаточности могут потребоваться технологии, которые отсутствуют в больницах многих развивающихся стран (например, определение насыщения крови кислородом).

Этап 3: Договориться относительно порога для отбора критических случаев, подлежащих анализу

После принятия решения о том, какие случаи включать в исследование, следующим шагом будет определение того, на каком этапе в континууме состояний пациентки, представленном на Рисунке 7.1, должен запускаться механизм анализа. Где тот порог тяжести, начиная с которого случай становится тяжелым или даже опасным для жизни? Для некоторых состояний этот порог определить легко (например, едва ли кто-то станет оспаривать тот факт, что разрыв матки опасен для жизни), для других всё не так просто (например, каковы предельные значения кровопотери или длительности родов, превышение которых следует считать опасными для жизни?)

И снова хотелось бы подчеркнуть, что нужно учитывать контекст, в котором будет проводиться изучение. Некоторые состояния могут представлять опасность для жизни в одних условиях и не быть опасными в других, и может потребоваться использование различных дополнительных клинических критериев (т. е. признаки и симптомы) для отнесения осложнения к категории опасных для жизни. Как уже говорилось, определение тяжести кровотечения может быть менее

жестким у пациенток с анемией в тяжелой форме по сравнению со здоровыми женщинами без анемии. Кроме того, при выборе критериев, связанных с тактикой оказания помощи, следует учитывать фактор обеспеченности медицинского учреждения необходимыми ресурсами. Например, как уже говорилось, при отсутствии возможностей для переливания крови полагаться на показания к переливанию бессмысленно, и нужно будет использовать иные критерии — вероятно, клинические.

В условиях, когда аудиты и анализ случаев проводятся не в одном, а в нескольких учреждениях, следует приложить усилия к стандартизации используемых определений по всем стационарам. Хотя это и не всегда возможно, такой подход определенно облегчит сравнение лечебных учреждений.

Этап 4: Выработать реалистичную и удобную формулировку определения

Хорошее операционное определение должно быть понятным и удобным для всех сотрудников, а необходимые данные легко извлекаться из имеющихся журналов регистрации или медицинских карт. Это подразумевает, что определения случаев должны быть сформулированы с учетом качества имеющейся документации. Хотя усилия по определению и анализу случаев сами по себе могут привести к более тщательному ведению записей, сначала необходимо просмотреть медицинские карты, чтобы убедиться, что качество имеющейся информации удовлетворительно для решения поставленных задач, и только потом приниматься за попытку определения понятия *критического случая*. Если, например, величина кровопотери не измеряется рутинно и не заносится в медицинскую карту, следует подобрать другие критерии определения тяжелой потери крови. Или если партограмма не используется рутинно, определение нарушений родовой деятельности придется проводить на основании тех описаний признаков и симптомов, которые имеются в медицинских картах.

Учитывая различное качество медицинских карт иногда полезно сформулировать несколько альтернативных определений случая. Так, например, в Бенине влагалищное кровотечение классифицировалось как опасное для жизни при наличии у женщины шока *или* в случае использования серьезного вмешательства для остановки кровотечения. Такой выбор был сделан, поскольку симптомы шока не всегда регистрировались в медицинской карте, даже если шок реально имел место^{11,18}.

Этап 5: Определить порядок выявления случаев

О проблемах с выявлением случаев по месту проживания уже говорилось. Таким образом, остается два основных способа установления случаев.

Регистрационные журналы

Внутри медицинских учреждений данные об осложнениях при родах часто приходится извлекать из разрозненных регистрационных журналов и записей, включая реестры приемного отделения, родильного блока, выписки, направления на

более высокий уровень специализированной медицинской помощи, интенсивной терапии и хирургии³². Женщины с осложнениями с большой вероятностью поступают в различные отделения стационара и отслеживать пациенток по различным журналам - задача непростая, поскольку далеко не всегда в регистрационных журналах содержатся четкие идентификационные сведения о них. Поэтому при необходимости сверяться по нескольким реестрам неизбежно возникает риск повторного учета случая.

Для организации сбора необходимых данных нередко приходится пересматривать действующий порядок ведения регистрационных журналов. В своем большинстве больничные реестры содержат сведения о типе родов и акушерских вмешательствах. Однако, сведения об осложнениях послуживших медицинским показанием к тому или иному вмешательству регистрируются далеко не всегда или не точно^{32,33,34}. В Марокко, например, 28% серьезных вмешательств, потенциально спасших пациенткам жизнь, не содержат сведений о показаниях к ним³⁵. Информационные пробелы в регистрационных записях еще более распространены при экстренной госпитализации, когда вероятность серьезных осложнений особенно высока.

Регулярные сообщения со стороны медперсонала

Если регулярно проводятся собрания медицинского персонала, рабочие протоколы этих собраний² также могут служить источником данных об интересующих случаях; альтернативный вариант — поручить кому-либо из сотрудников регулярно собирать сведения о тяжелых случаях, имевших место во всех отделениях больницы, и сообщать о них координатору исследования.

7.5 Варианты исследования тяжелой материнской заболеваемости

В центре внимания этой главы до сих пор находилось изучение случаев тяжелой акушерской патологии, поскольку события из этой части спектра заболеваемости позволяют раскрыть различные аспекты обеспечения доступности и качества медицинской помощи. Тем не менее, не обязательно, чтобы пусковым моментом для проведения аудита или анализа становилось чрезвычайное происшествие; изучение повседневной практики может оказаться в равной мере информативным. Проведение регулярного аудита или анализ случаев использования партограммы, например, может указать на недостатки, требующие принятия незамедлительных мер для предотвращения неблагоприятных событий. Аналогичным образом, анализ использования утеротоников также представляется целесообраз-

32 Measure Evaluation. Towards improving monitoring and evaluation in maternal and perinatal health. *Proceedings from a workshop on the use of birth registers as a data source for maternal and perinatal health care*. Arlington, VA, March 2–4, 1999.

33 Nirupam S, Yuster EA. Emergency obstetric care: measuring availability and monitoring progress. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 1995, 50 (2 suppl.):S79–S88.

34 Bouvier-Colle MH et al. Evaluation of the quality of care for severe obstetric haemorrhage in three French regions. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2001, 108:898–903.

35 Belghiti A et al. Monitoring unmet obstetric need at district level in Morocco. *Tropical Medicine & International Health*, 1998, 3:584–591.

ным, поскольку их использование может как спасти жизнь женщины и ребенка, так и причинить вред здоровью при их ненадлежащем использовании.

Прежде, чем приступать к крупномасштабному исследованию или аудиту, важно тщательно продумать темы и задачи исследования, которые помогут высветить проблемные области, где улучшение не только желательно, но и осуществимо. Иногда анализ весьма узких и конкретных вопросов, таких как использование партограммы и сокращающих матку средств, приносит гораздо больше практической пользы, чем исследование проблемных областей, охватывающих всю систему здравоохранения.

И наконец, хотя опрос женщин позволяет получить ценную информацию об их восприятии произошедших событий, рабочие группы стационаров могут отказаться от него, если исследование носит чисто технический характер или если такой подход представляется трудноосуществимым.

Рамка 7.3: Исследование критических случаев в Бенине^{36,37}

Если такие методики, как клинический аудит, основанный на критериях, и исследование случаев материнской смертности ориентированы преимущественно на совокупный анализ большого числа случаев с целью выявления недостатков в процессе оказания медицинской помощи, то в данном проекте основное внимание уделялось взаимодействию медицинских и/или административных работников при обсуждении каждого случая в отдельности на совещаниях. Планировалось, что активное привлечение к аналитическому процессу медицинских работников и администрации позволит привить им не только чувство причастности к выработанным заключениям и ответственности за выполнение рекомендаций, но и разовьет культуру самокритики. Ожидалось также, что этот процесс обеспечит устойчивое повышение качества акушерской помощи.

Договоренность об использовании такого подхода была достигнута по следующим причинам:

- ◆ Критические случаи — серьезная проблема здравоохранения, при этом такие случаи более распространены, чем случаи с летальным исходом.
- ◆ Обсуждение критических случаев воспринимается медицинскими работниками с меньшей опаской, чем обсуждение случаев с летальным исходом. Поскольку женщина осталась жива, могут выявиться позитивные аспекты лечения, и в этой ситуации персонал можно поблагодарить за спасение человеческой жизни.
- ◆ При анализе критических случаев можно побеседовать и с самой женщиной. Это важно, поскольку появляется возможность узнать её мнение об оказанной помощи. Кроме того, можно узнать дополнительную информацию, которой нет в медицинских картах.

Этап 1. Определение критериев критического случая

Этот ключевой этап был осуществлен всеми группами в ходе рабочего семинара, прове-

36 Авторы анализа конкретной ситуации 1: Carine Ronsmans и Veronique Filippi с выражением благодарности Rudiger Pittrof за помощь в подготовке Рамки 7.3.

37 *Выражение признательности:* Настоящий исследовательский проект (IC18CT980349) финансировался Департаментом международного развития Великобритании и Европейской комиссией. В реализации проекта

денного в каждой из стран. Критерии определения критических случаев отбирались на основе их часов, возможностей ресурсов в каждой из стран и качества ведения медицинских карт. Определения были уточнены во время международной рабочей группы. Был достигнут консенсус относительно основных клинических характеристик по пяти осложнениям: гипертонические расстройства при беременности, кровотечение, инфекции, дистоция и анемия.

Этап 2. Определение оптимальной практики

Этот этап начался в ходе национального семинара с участием врачей, акушерок, ученых и руководителей здравоохранения. На начальной стадии, однако, удалось разработать лишь ограниченное число четко сформулированных клинических руководств. Процесс согласования стандартных критериев лечебного процесса продолжался по мере рассмотрения случаев. Была выражена надежда, что со временем сам по себе анализ критических случаев даст материал для формулирования более четких и обоснованных стандартов акушерской помощи взамен подразумеваемых правил оптимальной практики.

Этап 3. Разработка порядка проведения совещаний по рассмотрению отдельных случаев

В каждой больнице рабочая группа установила базовые правила проведения совещаний. В основу были положены принципы конфиденциальности и запрета на использование информации для санкций в отношении персонала. Всячески поощрялось активное привлечение к обсуждению всех непосредственных участников клинического процесса, представителей администрации и вспомогательных служб стационаров. Кроме того, были выработаны базовые правила относительно места проведения, периодичности и продолжительности совещаний, назначения председателя, ведущего и секретаря, формата выступлений и итоговых отчетов. Некоторые из этих правил со временем, вероятно, эволюционировали и менялись.

Кроме того, была разработана общая модель систематического анализа каждого из случаев. Эта модель представляла собой систематический список вопросов, помогающих выявить возможные недостатки в процессе оказания медицинской помощи.

По каждому случаю анализировались три составляющие:

1. Ведение пациентки с момента поступления до выписки из больницы (от порога до порога), с выявлением позитивных и негативных моментов в организации и оказании медицинской помощи. Выявленные недостатки сортировались по шести категориям: направление, поступление, диагностика, лечение, наблюдение и дальнейшее лечение, выписка.

принимали участие: Институт тропической медицины (Бельгия); Исследовательский центр репродуктивного здоровья и демографии (Бенин); Отделение охраны здоровья населения Школы медицинских наук, Кумаси (Гана); Институт охраны детства (Италия); Организация по научным исследованиям человеческой репродукции и Национальный институт общественного здоровья (Кот-д'Ивуар); Национальный институт санитарного управления (Марокко); Лондонская школа гигиены и тропической медицины (Великобритания). В проекте участвовали следующие стационары: (1) Больница Св. Луки; (2) Университетская акушерско-гинекологическая клиника; (3) «Лагуна материнства», (4) Больничный центр и Родильное отделение (Порто-Ново) и (5) Центр здоровья субпрефектуры Аплаху — в Бенине; (1) ЦКБ г. Кокоди и (2) Больница г. Абобо Суд — в Кот-д'Ивуар; (1) Учебная больница г. Комфо Аноки, (2) Районная больница г. Мампонг, (3) Больница Св. Михаила г. Прамсо — в Гане; (1) Больница г. Тетуан и (2) Больница г. Сиди-Касем — в Марокко.

2. Факторы или причины, которые мешали или способствовали оказанию качественной медицинской помощи. Они также классифицировались по шести категориям: персонал, лекарственные средства, оборудование, протоколы, организация и управление, пациент и семья.

3. Сферы в процессе оказания медицинской помощи, работу которых можно улучшить; согласованные меры или решения по обеспечению в будущем оптимального качества медицинской помощи при экстренных ситуациях в акушерстве.

Этап 4. Выявление случаев и опрос женщин

Случаи выявлялись на основании больничных регистрационных журналов и медицинских карт. Поскольку критические случаи в этих больницах были крайне распространены, пришлось определить критерии отбора с целью обеспечения либо репрезентативности выборки, либо ориентации на конкретные проблемы (например, медицинская помощь в ночное время). После выписки женщину посещали на дому и задавали вопросы относительно качества помощи, полученной ею в период госпитализации. С целью обеспечения жизнеспособности аудита как подхода опросы проводились силами социальных работников больниц в Бенине и Кот-д'Ивуар. Полученная от бывших пациенток информация приобщалась к материалам дискуссий при анализе данного случая.

Этап 5. Исследование ряда критических случаев

В каждой больнице было принято решение о проведении определенного количества регулярных собраний для обсуждения случаев. После обширного обсуждения каждого случая с использованием модели, выработанной на этапе 3, группа, проводящая анализ, предлагала решения и рекомендации к действию, назначались ответственные исполнители, в обязанности которых входили реализация и последующий контроль за выполнением предложенных мер. В конце собрания заполнялась форма сводного отчета. Обсуждение реализации и результатов принятых мер вносилось в повестку дня следующего совещания.

Этап 6. Обобщение результатов и пересмотр критериев отбора и стандартов в случае необходимости

Через шесть месяцев после начала проекта научным ассистентом была проведена оценка структуры повторяющихся недостатков в уходе. Его заключение докладывалось на рабочем семинаре с участием рабочих групп больницы и руководства. Целью семинара являлась ревизия процедуры анализа критических случаев, включая пересмотр тем для изучения и разработку стандартных критериев.

Этап 7. Переоценка практики

Вслед за вторым раундом анализа ведения критических случаев следовала повторная оценка структуры недостатков в оказании медицинской помощи.

Чем такой анализ случаев отличался от обычного текущего разбора случаев на собраниях медицинского персонала?

Врачи и медицинский персонал других категорий часто проводят по утрам краткую планерку, где обсуждаются поступившие за ночь или за последние сутки пациенты. Представленный здесь анализ критических случаев отличается от такого рутинного разбора следующим:

- ◆ Совещания в рамках аудита были структурированы по аналитической модели, в них участвовали административные работники больницы, соблюдались базовые правила конфиденциальности и открытости.
- ◆ По каждому диагнозу, подлежащему анализу, были разработаны формальные и четкие стандартные процедуры ухода. Хотя их разработка требует времени, есть надежда, что строгие критерии определения критического случая и постоянное подчеркивание необходимости стандартизации в ходе аналитических совещаний будут способствовать скорейшей разработке ряда важнейших критериев качества медицинской помощи.
- ◆ Исследование критических случаев не ограничивалось клиническими аспектами ведения пациентки (точность диагностики или адекватность лечения), но охватывало весь процесс оказания медицинской помощи (включая его административно-управленческие и клинические аспекты). Кроме того, учитывается мнение пациентки о полученной ею медицинской помощи.
- ◆ Основной акцент делался на поиск решения выявленных проблем, а не на их констатацию и описание. На совещаниях обсуждались причины проблем, предлагались решения и механизмы для контроля реализации предложенных мер. Последнее, возможно, являлось самым трудным аспектом цикла, но без которого реальных улучшений не последовало бы, и медперсонал утратил бы веру в действенность системы клинического аудита.

Рамка 7.4. Анализ конкретной ситуации 2: Тяжелые акушерские кровотечения во Франции. Пример аудита случаев заболеваемости женщин в связи с беременностью и родами³⁸.

В восьмидесяти процентах случаев смерти матерей в результате кровотечения, согласно данным Национального комитета по изучению материнской смертности, можно было бы избежать. Более того, во Франции показатели материнской смертности вследствие кровотечения хуже, чем во всех других Европейских странах с аналогичным уровнем развития. Для изучения вопроса адекватности медицинской помощи при кровотечениях в акушерстве в 1995-1996 годах было предпринято специальное исследование в трех административных регионах страны. Им были охвачены все беременные и недавно разрешившиеся от беременности/родившие живого ребенка жительницы этих регионов. Были изучены все случаи тяжелого кровотечения в акушерстве.

Этап 1. Определение критериев тяжелого кровотечения

Кровотечение при разрешении от беременности (роды, аборт, кесарево сечение, внематочная беременность) определялось как массивная кровопотеря если: при возможности измерения кровопотеря составляла 1 500 мл, или возникала необходимость использования плазмозаменителя в объеме 2 500 мл за 24 часа или эквивалентной дозы эритроцитарной массы; оно приводило к переливанию крови, гистерэктомии или смерти пациентки.

³⁸ Автор примера 2: Мари Элен Бувье-Колль, Национальный институт здоровья и медицинских исследований, отдел 149 — Эпидемиологические исследования в области репродуктивного и женского здоровья. Адрес: 123, bd Port-Royal, 75014 Paris, Тел.: +33-1-42 34-55-72, Факс: +33-1-43 26-89-79, e-mail: bouvier@cochin.inserm.fr.

Этап 2. Организация анализа случаев

Был назначен экспертный комитет в следующем составе: пять акушеров-гинекологов (из медицинских учреждений, не участвующих в исследовании), два анестезиолога, два эпидемиолога. Комиссия разработала модель оценки случаев по критерию качества.

Этап 3. Определение оптимальной практики

Критерии оценки качества медицинской помощи при тяжелых кровотечениях были частично взяты из международной литературы, частично основывались на профессиональном опыте медицинских экспертов. Они приведены в Таблице 7.1. Было выделено три категории качества медицинской помощи:

- ◆ надлежащее (соблюдены все критерии);
- ◆ полностью неадекватное (не соблюдено большинство критериев);
- ◆ недостаточное (не соблюдены 1-2 критерия, или мнения экспертов расходятся).

Этап 4. Выявление случаев и сбор информации

По каждому случаю специально обученными исследователями ретроспективно заполнялась анкета, включающая следующие пункты: демографические данные; медицинский и акушерский анамнез; родовое наблюдение и лечение в период беременности; течение родов по периодам и послеродовый период; тип анестезии и лекарственных средств; медикаментозное и хирургическое лечение кровотечения; назначение внутривенно окситоцина или простагландина, с указанием хронологии этих действий.

Также собиралась информация об организационных аспектах работы медицинского учреждения, в отношении каждой пациентки (число принимаемых родов в год; государственное или частное; обеспеченность кадрами - круглосуточное дежурство консультанта анестезиолога и акушера-гинеколога; наличие собственного банка крови; наличие собственного блока интенсивной терапии; наличие клинических руководств по лечению кровотечения).

Этап 5. Анализ случаев опасной для жизни патологии

Все случаи изучались анонимно. Случаи распределялись по экспертным командам по методу случайной выборки. В состав каждой команды входили один акушер-гинеколог и один анестезиолог. Если между ними возникали разногласия по поводу того, к какой категории отнести изучаемый случай, вопрос выносился на обсуждение всей группы экспертов для выработки консенсуса.

Краткая сводка результатов

Из 165 изученных случаев 51% составили роды через естественные родовые пути, 19% — вагинальные роды с хирургическим вмешательством и 30% — операции кесарева сечения. Основной причиной кровотечений оказалась атония матки. В целом в 62% случаев медицинская помощь была признана надлежащей, в 14% — недостаточной, в 24% полностью неадекватной. Была отмечена необходимость в более быстрой и эффективной диагностике и лечении в следующие моменты: между родами и диагностикой послеродового кровотечения (в 21% случаев прошло более 45 мин. от момента родоразрешения до установления диагноза); в период времени между установлением диагноза и ручным отделением плаценты или ручным обследованием матки (длительность интервала составила более 15 мин. в 49% случаев); не назначение простагландинов при неэффективности окситоцина (в 85% случаев). Наконец, отсутствие дежурного анестезиолога в ночное время и незначительное число ежегодно принимаемых в медучреждении родов также были названы в числе факторов, в значительной степени связанных с несоблюдением стандартов медицинской помощи³⁴.

Таблица 7. 1 - Критерии для изучения критических случаев в связи с кровотечением, принятые во французском исследовании (Рамка 7.4)

Критерий отбора	Обоснование
1. Было ли кровотечение диагностировано не позже 45 минут после рождения ребенка?	Единогласное решение экспертной группы
2. Было ли в течение менее 15 минут после диагностирования кровотечения проведено ручное удаление плаценты или обследование матки?	Единогласное решение экспертной группы
3. Время в минутах между диагностированием кровотечения и применением анестезии (при отсутствии эпидуральной анестезии ранее).	Единогласное решение экспертной группы
4. В случае ручного удаления плаценты, обследования матки или кесарева сечения — назначались ли профилактически антибиотики?	(a) SFAR ³⁹ , (b) Smail ⁴⁰

39 Martin C, coordinator. Recommandations pour la pratique de l'antibioprophylaxie en chirurgie. Actualisation 1999 des recommandations issues de la Conférence de consensus de décembre 1992 [Antibioprophylaxy for adult patient in surgical circumstances. 1999 update of recommendations of a consensus conference or December 1992]. Paris, Société Française d'Anesthésie et Réanimation (SFAR), 1999.

40 Smaill F, Hofmeyr GJ. Antibiotic prophylaxis for caesarean section (Cochrane review). In: Cochrane Library, Issue 3. Oxford, Update Software, 2000.

5. Был ли введен окситоцин в течение 15 минут после установления атонии матки?	Единогласное решение экспертной группы
6. Были ли назначены простагландины в течение 20 минут после установления неэффективности окситоцина?	(c) Goffinet ⁴¹
7. При падении гемоглобина ниже уровня 7 г/л – было ли применено возмещение кровопотери коллоидными растворами или переливание крови?	(d) SFAR/ANDEM ⁴²
8. При неэффективности терапевтических вмешательств в течение 60 минут с момента диагностирования кровотечения или 120 минут с момента родоразрешения – рассматривалась ли возможность применения хирургических или радиологических вмешательств?	Единогласное решение экспертной группы

41 Goffinet F. Hémorragies de la délivrance: prise en charge en France et intérêt des prostaglandines [Hemorrhage during delivery: management in France and value of prostaglandins]. *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction* (Paris), 1997, 26 Suppl 2:26–33.

42 Société française d'Anesthésie et Réanimation. Les apports d'érythrocytes pour la compensation des pertes sanguines en chirurgie de l'adulte. Texte résumé des recommandations. [Use of red blood cells for compensation of surgical blood loss in adult patients. Summary of recommendations]. Paris, SFAR-ANDEM, 1993.

Глава 8: Клинический аудит¹: уроки, полученные из систематического анализа случаев на соответствие оказываемой помощи четким критериям

Авторы: Д-р Colin Bullough и д-р Wendy Graham. Центр Дугалд Бэрда по исследованиям здоровья женщин, отдел акушерства и гинекологии, Университет Абердина

Основные положения

- ✓ Медицина, основанная на доказательных фактах, способствует установлению и внедрению надлежащей практики в клинических условиях.
- ✓ Качество осуществляемой людьми надлежащей практики никогда не бывает столь высокого уровня, как им хотелось бы думать.
- ✓ При проведении клинического аудита лучше сосредоточить внимание на более подробном изучении одного или нескольких аспектов практики, а не пытаться проанализировать все сразу.
- ✓ Улучшения в практике можно осуществлять поэтапно.

Слово “аудит” часто используется в отношении широкого спектра методов мониторинга, исследования и отчетности по показателям здоровья в результате лечения, а также в отношении структуры или процесса ухода. Термин аудит материнской смертности также является широким понятием и используется для описания анализа случаев материнской смертности, конфиденциальных расследований и системы надзора за материнской смертностью. Однако термин «клинический аудит» имеет более конкретное значение, и в последнее время он получил следующее определение: “процесс улучшения качества, направленный на улучшение оказания помощи пациентам и исходов путем систематического анализа оказываемой помощи на соответствие четким критериям с последующим внедрением изменений. То есть, различные аспекты процессов и результатов оказываемой помощи выбираются и систематически оцениваются на соответствие четким критериям. Там, где это показано, проводятся изменения на индивидуальном, групповом уровнях или на уровне службы, а далее используется система мониторинга для подтверждения улучшений в оказании медицинской помощи”². В данном контексте слово “клинический” применяется по отношению к работе врачей, акушеров, медсестер и других медицинских специалистов. И хотя клинический аудит больше используется для исследования структуры и процесса

¹ Иногда именуемый также “клиническим аудитом, основанным на критериях”.

² National Institute for Clinical Excellence (NICE). Principles for best practice in clinical audit. Abingdon, Radcliffe Medical Press, 2002 (ISBN 1-85775-976-1).

оказания помощи, его также можно использовать для рассмотрения результатов в отношении здоровья.

Многие специалисты, участвующие в процессе аудита, считают, что он обладает значительным потенциалом в отношении влияния на качество помощи, оказываемой пациентам³. Этот тезис нашел безусловное подтверждение в Великобритании, где правительство и ведущие медицинские специалисты разного профиля предприняли множество шагов для внедрения этого подхода. *Клинический аудит* по отдельным аспектам был инициирован правительством Великобритании в 1989 году как часть реформ службы здравоохранения и в настоящее время он является ключевым компонентом общих усилий, направленных на предоставление таких медицинских услуг, которые являются клинически эффективными⁴. Профессиональные Ассоциации как врачей, так и медицинских сестер возглавили это движение, однако, в целом, в этом процессе задействованы медицинские работники всех профилей и секторов. Правительство Великобритании основало Национальный институт лучших клинических практик, который оказывает поддержку и координирует программу по разработке национальных клинических руководств и развитию клинического аудита. Но, несмотря на поддержку правительства, клинический аудит все-таки остается процессом, в ходе которого клиницисты и медицинские работники пересматривают свою собственную работу, сверяя ее с согласованными стандартами, основанными на доказательных фактах⁵.

В отношении материнского здоровья существуют два основных вида аудита. Первый — аудит критических/неблагоприятных случаев — включает такие методы, как конфиденциальные расследования материнской смертности и исследования случаев материнской смерти. Такая методология скорее ориентирована на проведение аудита исходов (таких, как смерть или заболеваемость), чем на структуру или процесс оказания помощи, и обычно не занимается оценкой помощи, которую получила женщина, на основе сопоставления его с заранее установленными клиническими критериями. Второй вид — *клинический аудит*, который включает оценку существующей клинической практики с точки зрения сопоставления ее с четкими согласованными критериями, — является предметом рассмотрения в данной Главе. Некоторые авторы, к числу которых мы причисляем и себя, часто для разграничения этих двух понятий называют эту методику *клиническим аудитом, основанным на критериях*.

8.1 Цикл клинического аудита

В понятие клинического аудита заложена идея нацеленности процесса на улучшение клинической практики на основании результатов аудита. Улучшенная клиническая практика может быть также оценена на основании сопоставления с согласованными критериями и задачами, таким образом являясь предметом по-

3 Halligan AW et al. Achieving best practice in maternity care [commentary]. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1997, 104:873–875.

4 Mann T. Clinical Audit in the NHS: using clinical audit in the NHS: a position statement. *Whetherby*, National Health Service Executive, 1996.

5 Burnett AC, Winyard G. Clinical audit at the heart of clinical effectiveness. *Journal of Quality in Clinical Practice*, 1998, 18:3–19.

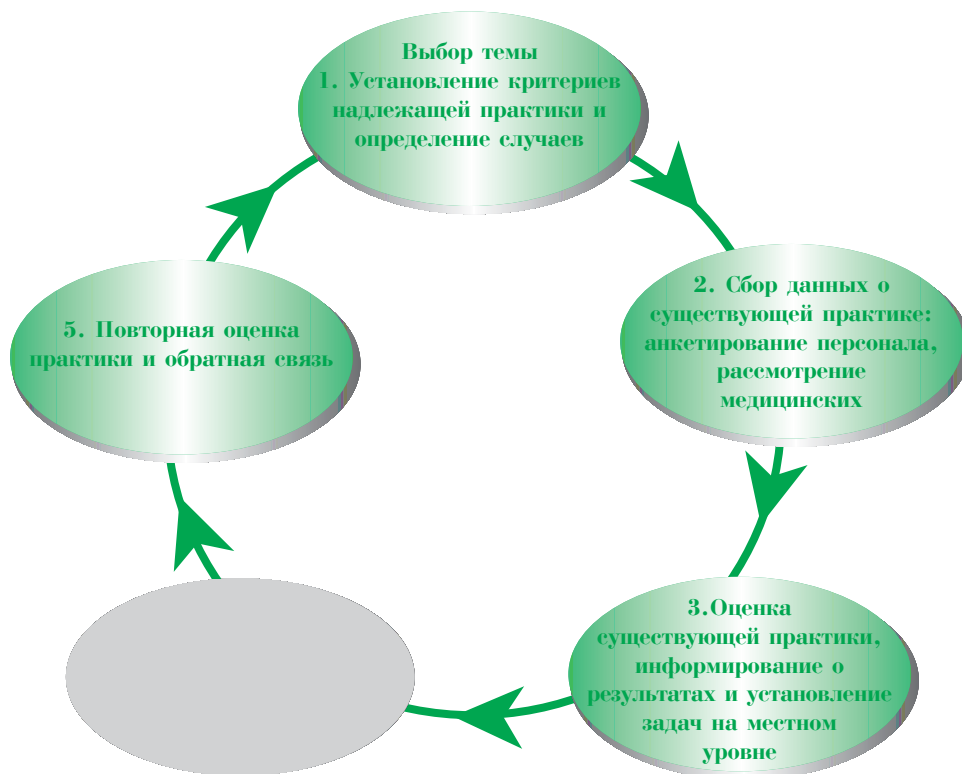
вторного аудита. Другими словами, *клинический аудит* должен представлять собой цикл, где в конечном итоге «петля» аудита приобретает замкнутую форму, как это схематично изображено на рис. 8.1.

В данной Главе в центре внимания описанной методологии аудита находится помощь, которая оказывается женщинам в случаях *тяжелой материнской заболеваемости или в критических случаях*. Использование клинического аудита для изучения результатов в отношении здоровья является достаточно новым подходом в сравнении с другими методами, описанными в данном руководстве. Этот метод еще не использовался широко при изучении материнской смертности или серьезной заболеваемости в развивающихся странах⁶. Тем не менее, этот вид аудита является потенциально мощным способом улучшения помощи женщинам, у которых развиваются осложнения беременности.

8.2 Ключевые принципы

Терминология и концепции *клинического аудита* требуют некоторого предварительного объяснения. Одной из их отличительных черт является тот факт, что сам процесс выявления несоответствия уровня помощи установленному уровню одновременно указывает, какие именно конкретные изменения требуются в клинической практике для улучшения ситуации. Таким образом, основное внимание в *клиническом аудите* направлено на непосредственное улучшение качества помощи.

Рисунок 8.1 Цикл клинического аудита



⁶ Wagaarachchi PT et al. Holding up a mirror: changing obstetric practice through criterion-based clinical audit in developing countries. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2001, 74:119–130.

Выбор темы

Клинический аудит обычно концентрирует свое внимание на каком-либо аспекте процесса оказания помощи. При этом предпочтение обычно отдается более узкой теме. Например, скорее будет выбрана тема “переливание крови в случае акушерского кровотечения”, чем не более широкая тема - “общее оказание помощи при акушерском кровотечении”. Или, например, “использование антибиотиков при ведении послеродового сепсиса”, а не “общее ведение послеродового сепсиса”. Тем не менее, мы хотим показать, что клинический аудит может быть применен к практике ведения угрожающих жизни акушерских осложнений, таким образом внося непосредственный вклад в профилактику материнской смертности и заболеваемости.

Четкие критерии

Клинический аудит подразумевает непосредственное сравнение помощи, оказываемой пациенткам в конкретных случаях, с ранее установленными и согласованными критериями оптимальной практики при ведении такого рода случаев. И хотя слово критерий имеет повседневное значение, или значение на уровне здравого смысла, в данном случае критерии клинического аудита определяются специфически как краткие положения об оптимальной помощи.

В некоторых странах медицинские специалисты могут быть незнакомы с концепцией оптимальной практики или практики, основанной на доказательных данных⁵. Говоря проще, это означает, что научные данные используются для установления оптимального ведения распространенных состояний, и клиницисты приходят к согласованному мнению относительно такого ведения. Не все клиницисты сразу и легко могут принять эту идею, и обычно требуется проведение семинаров или каких-то других видов работ по информированию медицинских специалистов и формированию у них готовности к введению в практику клинического аудита.

Набор критериев по определенной теме или осложнению не обязательно детализирует все элементы ведения клинических случаев, а скорее намечает круг таких элементов практики⁷,

- ♦ которые являются скорее необходимы, чем необязательными,
- ♦ которые подкреплены достоверными научными доказательствами,
- ♦ по отношению к которым можно провести аудит с использованием существующих медицинских записей в картах пациенток,
- ♦ которые реально выполнимы с учетом возможностей медицинского учреждения в отношении персонала и ресурсов.

Для сравнения отметим, что в клиническом руководстве или протоколе будут указаны шаг за шагом все действия, которые следует предпринять.

7 Graham WJ et al. Criteria for clinical audit of the quality of hospital-based obstetric care in developing countries. Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78:614–620.

Например, критерии по теме “переливание крови в случаях акушерского кровотечения” могут включать следующее:

- ◆ Всем женщинам, которые предположительно потеряли как минимум 1500 мл крови после родов, должно быть назначено переливание крови.
- ◆ Переливание крови следует начать в течение часа с момента принятия решения.
- ◆ Во время переливания крови следует вести карту наблюдения за водным балансом.

В некоторых случаях *клинического аудита* сопоставление практики с критериями проводится по отношению к каждому пациенту, ведение которого подпадает под конкретно выбранную тему. Таким образом, становится очевидным, что на проведение такого рода клинического аудита по всем причинам материнской смертности может потребоваться достаточно долгое время, поскольку необходимо будет выработать критерии по различным аспектам оказания помощи. Например, таким, как переливание крови, использование антибиотиков или задержка с переводом женщины в операционную.

Поэтому более реалистичным представляется подход, ориентированный на основные осложнения, которые приводят к смерти, и рассматривающий каждое из них как тему для аудита. Затем отбираются критерии, отражающие наилучшую практику в ведении каждого вида угрожающих жизни осложнений³. В некотором смысле такой подход на самом деле является сочетанием *клинического аудита* и аудита тяжелых состояний, пример чего и приводится ниже в данной главе.

Цели

Еще одно понятие требует разъяснения. Клинический аудит подразумевает, что вид помощи, оказываемой отдельным пациентам, и ее качество сверяются не только с предварительно согласованными критериями, но также и с целями. Примером критерия, уже упомянутого ранее, является следующий: “переливание крови будет начато в течение часа с момента принятия решения”. Целью в данном случае может быть следование этому критерию в 100% случаев. Но, принимая во внимание, например, нехватку кадров и большую загруженность лаборатории, в каком-то конкретном учреждении может быть установлена более низкая цель, скажем, 80%.

После разъяснения ключевых концепций можно подтвердить, что в контексте данного руководства клинический аудит означает систематический критический анализ качества помощи, оказываемой пациентам в случае угрожающих жизни состояний, возникающих в медицинском учреждении.

Временные рамки

Клинический аудит представляет собой непрерывный циклический процесс. Все случаи, возникающие в течение определенного периода времени, рассматривают-

ся, результаты собираются воедино и доносятся до персонала стационара с целью обеспечения обратной связи. Цикл исследования и обратной связи следует повторять до тех пор, пока не будут достигнуты поставленные цели, а затем можно выбрать новую тему и осложнение.

Где можно применить клинический аудит

Клинический аудит может быть проведен в любом медицинском учреждении, где ведутся истории болезни пациентов с записями об оказываемой им медицинской помощи, и где имеется персонал, который может быть использован для извлечения информации из медицинских карт. Потенциально клинический аудит можно проводить на районном, региональном или даже национальном уровне, хотя чаще всего он проводится на уровне отдельных медицинских учреждений.

Репрезентативность результатов

Результаты клинического аудита очень специфичны для учреждения, в котором он проводился — они не переносятся автоматически на другие учреждения без допущения сопоставимости их по идентичности случаев и уровню ресурсов. На деле, при проведении аудитов по нескольким учреждениям результаты часто будут представляться отдельно для каждого из этих учреждений, при этом анонимно.

8.3 Цель клинического аудита

Медицинские специалисты и администраторы используют результаты *клинического аудита* угрожающих жизни осложнений для улучшения оказываемой помощи и снижения, таким образом, уровня материнской смертности среди женщин с угрожающими жизни состояниями. Следует подчеркнуть, что *клинический аудит* скорее дополняет, а не заменяет *исследование случаев смерти на уровне медицинских учреждений*. Например, аудит может подтолкнуть клиницистов к необходимости снова рассмотреть определенные случаи материнской смертности, равно как и в ходе исследования случаев смертности могут возникнуть новые критерии для аудита. В рамке 8.1 приводится описание изменений, происходящих во взглядах персонала после проведения клинического аудита, основанного на критериях, на Ямайке и в Гане.

Рамка 8.1 Изменение взглядов персонала после проведения клинического аудита, основанного на критериях^{6,8}

На Ямайке и в Гане в рамках совместного научно-исследовательского проекта в районных больницах изучалась возможность проведения клинического аудита, основанного на критериях. Подробный отчет об этом исследовании приводится в рамках анализа конкретной ситуации (Рамка 8.3). Здесь мы упомянем лишь о том, как опыт изменил отношение врачебного, медсестринского и административного персонала к восприятию ряда аспектов их работы и практики.

Изначально надо было заручиться согласием персонала с тем, что помощники в проведении исследования, не являвшиеся клиницистами (часто это были регистраторы), способны тщательно и объективно делать выписки из медицинских записей относительно клинической практики. Они заполняли формы отчетности, при этом от них не требовалось вынесения никаких клинических суждений, в основном это были ответы “да /нет”.

Затем персонал был подведен к пониманию того, что, несмотря на индивидуальное различие во мнениях, для группы экспертов возможно прийти к единому мнению относительно того, что составляет надлежащую практику. Затем надо было решить проблему несоответствия между тем фактом, что, как показало анкетирование, персонал имел надлежащее представление о том, что означает оптимальная практика, однако, теоретическое знание не всегда соответствовало практическому воплощению. Когда возник вопрос о том, не было ли это лишь отражением недобросовестного заполнения истории болезни, необходимо было договориться, что если какое-либо действие медиков не было зафиксировано, то следует считать, что оно не проводилось, как говорят в Ганне - «книги не врут».

Когда после согласования стандартов и целей клиническая практика снова подвергалась оценке, за надлежащую практику использовались моральные поощрения, по степени выражения сравнимые с упреками за недостатки. К этому времени для всех было понятно, что результаты являлись истинным отражением практики — как сказал кто-то: “как будто в зеркало смотришься”.

В конечном итоге сложилось понимание того, что проведение клинического аудита, основанного на критериях, может привести к улучшению клинической практики. В действительности персонал был так окрылен полученным опытом, что в обеих странах при проведении совещаний по распространению этого опыта члены коллективов рекомендовали широко применять этот метод.

8 Authors: Wendy Graham (University of Aberdeen), Prabhath Wagaarachchi (University of Aberdeen), Affette McCaw-Binns (University of the West Indies, Jamaica), Kojo Yeboah Antwi (Ministry of Health, Ghana), Gillian Penney (University of Aberdeen and University of Edinburgh), Marion Hall (Grampian University Hospitals NHS Trust)

Поскольку проведение такого рода аудита проводится конфиденциально, пациенты и родственники не будут ознакомлены с результатами клинического аудита. Это должно успокоить тех, кто считает, что принятие критериев может увеличить риск судебных разбирательств. Конфиденциальный характер аудита, таким образом, является залогом его дальнейшей жизнеспособности, до тех пор, пока при его проведении соблюдается анонимность как пациентов, так и медицинских работников.

Возможность проведения *клинического аудита* в развивающихся странах

Можно было бы предположить, что, учитывая необходимые ресурсы, в развивающихся странах будет трудно проводить клинический аудит. Но в статье по клиническому аудиту⁹ Maher приводит описание девяти примеров аудита, проведенного в Малави. Dyke¹⁰ убедительно показал, что не только желательно, но и возможно проводить аудит в Папуа Новой Гвинее, при этом дается описание аудита по хирургическим вопросам в этой стране¹¹.

8.4. Преимущества и недостатки клинического аудита

Преимущества включают:

- ♦ Аналогично другим подходам, описанным в данной книге, процесс вовлечения местного персонала в размышления по поводу осуществляемой ими текущей практики и в установление целей является эффективным механизмом улучшения медицинской помощи. Трудно переоценить важность элемента участия в проведении аудита.
- ♦ Кроме того, одним из распространенных результатов *клинического аудита*, проводимого в медицинских учреждениях, является тот факт, что медицинский персонал начинает разработку мультидисциплинарных местных протоколов клинической практики по темам, которые подвергались аудиту. Эти протоколы часто включают критерии надлежащей практики, которые использовались в процессе аудита, либо критерии, преобразованные в результате проведения аудита.
- ♦ В тех странах, где позволяют ресурсы и имеется полная профессиональная поддержка этого вида деятельности, в результате аудитов, проведенных на уровне страны, могут быть разработаны национальные клинические руководства.

Недостатки включают:

- ♦ Клинический аудит ограничивается описанием клинической практики в медицинском учреждении, в котором он проводится, и не может быть использован для исследования проблем на уровне местных сообществ.

9 Maher D. Clinical audit in a developing country. *Tropical Medicine & International Health*, 1996, 1:409–413.

10 Dyke T. Can medical audit be practised in district hospitals in Papua New Guinea, *Papua and New Guinea Medical Journal*, 1993, 36:114–119.

11 Watters DAK. Quality assurance in surgery: surgical audit in the developing world. *Papua and New Guinea Medical Journal*, 1993, 36:120–125.

- ♦ В связи с необходимостью в сборе и анализе объективных данных в идеале необходимо иметь помощников в проведении аудита (такие, как регистраторы, имеющие дело с медицинскими картами) для поиска медицинских карт пациентов и извлечения из них информации.

8.5 Поэтапное описание проведения клинического аудита в медицинском учреждении

В данном разделе приводится подробное описание методики проведения *клинического аудита* в медицинском учреждении. Ниже в кратком виде приводятся шесть этапов процесса:

1. Подготовка и организация процесса аудита
2. Установление критериев надлежащей практики и определение случаев
3. Оценка существующей практики
4. Осуществление обратной связи в виде информирования о результатах, и установление местных целей
5. Осуществление изменений в практике там, где это показано
6. Повторная оценка практики, и осуществление обратной связи

Этап 1: Подготовка и организация процесса аудита

Обычно процесс клинического аудита начинается по инициативе руководителя клинической службы или старшей акушерки, либо врача-акушера, но в принципе любой медицинский специалист может возглавить этот процесс с согласия своих коллег. Руководство медицинского учреждения должно поддержать эту инициативу. Клиницисты, акушерки, медицинские сестры, а также сотрудники лаборатории и медрегистраторы также должны проявить готовность к сотрудничеству. Поддержка со стороны правительства может оказать значительную помощь в содействии эффективному проведению аудита¹².

Следует создать мультидисциплинарную команду по проведению аудита, члены которой будут представлять профессиональные категории работников, участвующих в предоставлении услуг. Состав этой команды будет зависеть от выбранных для аудита тем или осложнений. Например, если в качестве темы для клинического аудита выбирается “угрожающее жизни акушерское кровотечение”, то к участию в аудите будет приглашен кто-то из службы по переливанию крови. Однако команда не должна быть слишком многочисленной, и каждый член команды должен уделить часть своего времени этой работе. Кроме того, по крайней мере, один из членов команды должен являться клиницистом, который имеет возможность уделять достаточно времени для того, чтобы руководить аудитом и представлять результаты.

Непосредственно сбор и анализ данных могут проводить сотрудники, не являющиеся медиками (например, медрегистраторы, лица, работающие с медицинскими

12 Wagaarachchi PT et al. Conducting Criterion-based clinical audit of obstetric care: a practical field guide. Aberdeen, Dugald Baird Centre for Research on Women's Health, 2001.

ми картами), но могут потребоваться дополнительные ресурсы на финансирование сбора данных, если имеющийся персонал не сможет обеспечить этого аспекта работы. Существующая в некоторых странах национальная или региональная организация, занимающаяся аудитом, может оказать поддержку медицинскому учреждению, например, помочь в определении критериев или в установлении конкретных действий, которые следует предпринять для осуществления изменений в практике.

Основное внимание аудита может быть направлено на конкретную тему, например, использование лекарственных средств в случаях эклампсии, или на конкретное осложнение, каким являются, например, угрожающий разрыв матки при клинически узком тазе. Выбор темы обычно происходит по инициативе старшего врача-акушера или старшей акушерки в ходе разбора случаев материнской смертности или по результатам проведенных ранее аудитов, которые выявили огрехи в оказании помощи.

После завершения начальной организационной фазы в учреждении остальные этапы обычно проводятся в виде циклического процесса, состоящего из пяти основных элементов, как показано на рисунке 8.1. Данный процесс завершается принятием решения относительно того, имеется ли необходимость повторения цикла.

Примеры применения данного цикла приводятся в анализе двух конкретных ситуаций, приведенных в руководстве. Первый случай для рассмотрения, содержащийся в Рамке 8.3, описывает использование основанного на критериях клинического аудита угрожающих жизни акушерских осложнений с целью улучшения качества помощи в Гане и Ямайке. В настоящее время издано практическое пособие по *клиническому аудиту, основанному на критериях*, составленное на основании полученного опыта¹³. Второй случай, приведенный в Рамке 7.1 Главы 7, показывает, как те же принципы применялись в исследовании *критических случаев* в Бенине, Гане, Береге Слоновой Кости и Марокко.

Этап 2: Установление критериев надлежащей практики и определение случаев

Найти руководства и стандарты, которые могут быть использованы в качестве источника критериев надлежащей практики

В некоторых странах существуют национальные руководства и стандарты, которые можно использовать для этой цели. Существует и другой вариант – международные стандарты, опубликованные организациями, как, например, изданное *Всемирной организацией здравоохранения “Интегрированное ведение беременности и родов (ИВБР)”*¹⁴, которое можно использовать и адаптировать с привле-

13 Penney GC. Audit. In: O'Brien PMS, Broughton Pipkin F, eds. Introduction to research methodology for specialists and trainees. London, RCOG Press, 1999:94–106.

14 ИВБР (ИМРАС) представляет собой всеобъемлющий набор норм, стандартов и механизмов, которые можно адаптировать и применять на национальном и районном уровнях в целях оказания поддержки усилий стран по снижению материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Распространяется Отделом

чением местных экспертных советов. В некоторых ситуациях уже может существовать систематический обзор научных данных по какой-либо теме аудита. Для поиска можно использовать один из источников, приведенных в Рамке 8.2.

Рамка 8.2: Источники информации по акушерской практике, основанной на научно-доказательных данных – для врачей и акушеров

- ♦ *Кохрейновская библиотека (The Cochrane Library)* – Источник систематических обзоров и рандомизированных контролируемых исследований имеется на лазерном диске CD-ROM из Update Software Ltd., Summertown Pavilion, Middle Way, Oxford OX2 7LG, UK. При наличии доступа к Интернету новейшую информацию можно найти на веб-сайте <http://www.update-software.com>.
- ♦ *Библиотека ВОЗ по репродуктивному здоровью, 5-е издание (The WHO Reproductive Health Library (RHL) 5th edition)* – Имеется на CD-ROM в ВОЗ. RHL предназначена для развивающихся стран и распространяется в этих странах бесплатно¹⁵. Либо ее можно купить, обратившись в Update Software Ltd.

Для тех, кто не имеет доступа к компьютеру или Интернету, можно обратиться к 2-томному изданию “*Эффективная помощь при беременности и родах*”, в котором в полном объеме отражены вопросы Кохрейновской библиотеки, касающиеся акушерства. Размер и цена этого издания ограничивают возможность его приобретения. Более доступной является книга, содержащая основные выводы упомянутого издания – *Руководство по эффективной помощи при беременности и родах (Третье издание)* М. Энкин и др., Oxford University Press (2000).

Уточнить категории угрожающих жизни состояний или процессов оказания помощи, которые следует подвергнуть аудиту, и за какой период времени

В первом круге аудита внимание обычно сосредотачивается на наиболее распространенной и серьезной категории осложнений. Трудно сказать, какое минимальное количество случаев с учетом всех условий следует рассматривать в процессе аудита для получения полезных результатов. И хотя такой установленной цифры нет, для того, чтобы получить значимые процентные величины числа случаев, которые велись в соответствии с определенным критерием, требуется обычно не менее десяти случаев. Но исследователи сами должны решить вопрос о том, можно ли делать выводы и предпринимать действия, основываясь на изучении меньшего количества случаев, особенно принимая во внимание серьезность рассматриваемых состояний. Сколько потребуется времени для сбора тако-

репродуктивного здоровья и научных исследований, ВОЗ, Женева (Department of Reproductive Health and Research, WHO Geneva). Для получения более подробной информации см. website <http://www.who.int/reproductive-health/index.htm>

¹⁵ распространяется Отделом по репродуктивному здоровью и научным исследованиям, ВОЗ, Женева (Department of Reproductive Health and Research, WHO Geneva). Для получения более подробной информации см. website <http://www.who.int/reproductive-health/index.htm>

го количества случаев, будет зависеть от размера и типа медицинского учреждения.

Например, если каждый случай эклампсии или разрыва матки можно рассматривать как угрожающее для жизни состояние, нельзя то же самое сказать о каждом случае послеродового кровотечения или послеродовой инфекции. Для иллюстрации сказанного приводим рабочее определение угрожающих жизни случаев первичного послеродового кровотечения, которое использовалось в процессе аудита, проведенного в Гане и Ямайке⁷:

Основные характеристики

1. Кровотечение из половых путей в течение 24 часов после родов.
2. Срок беременности > 24 недель.

Дополнительные характеристики

Не менее одного из нижеперечисленных критериев

1. Кровопотеря более 1000 мл.
2. Клинические признаки шока (частота пульса >100/мин, систолическое давление <100 мм рт. ст.).

Определить аспекты помощи, которые должны быть подвергнуты аудиту, и сформулировать критерии в сжатом виде

При установлении местных критериев или стандартов используйте мнения своих экспертов, включая экспертов из других местных, региональных или национальных учреждений, если это необходимо.

Набор критериев, относящихся к определенной теме или оказанию помощи при осложнениях, будет охватывать такие элементы практики:

- ♦ которые являются скорее необходимы, чем необязательными,
- ♦ которые подкреплены достоверными научными доказательствами,
- ♦ по отношению к которым можно провести аудит с использованием существующих медицинских записей в картах пациенток,
- ♦ которые реально выполнимы с учетом возможностей медицинского учреждения в отношении персонала и ресурсов.

В таблице 8.1 приводятся примеры критериев, использованных при изучении случаев угрожающего разрыва матки при клинически узком тазе и разрыва матки в Гане и Ямайке, описанных в конце данной главы.

Таблица 8.1: Критерии оптимальной практики ведения угрожающего разрыва матки при клинически узком тазе и разрыва матки, которые использовались в Гане и Ямайке при анализе конкретных ситуаций⁷

Угрожающие жизни осложнения	Критерии
Угрожающий разрыв матки	<ol style="list-style-type: none"> 1. Экстренное родоразрешение должно произойти в течение трех часов (Гана) или двух часов (Ямайка) с момента установления диагноза. 2. Следует произвести катетеризацию мочевого пузыря. 3. Следует вести записи наблюдений за состоянием женщины (водный баланс, пульс, артериальное давление). 4. Обеспечить венозный доступ и гидратацию. 5. Следует назначить антибиотики широкого спектра. 6. Следует определить группу крови и провести пробы крови на совместимость.
Разрыв матки	<ol style="list-style-type: none"> 1. При подозрении на разрыв матки или установление такого диагноза должна быть произведена экстренная хирургическая операция в течение двух часов (Гана) или одного часа (Ямайка). 2. Следует произвести катетеризацию мочевого пузыря. 3. Следует вести записи наблюдений за состоянием женщины (водный баланс, пульс, артериальное давление).

Этап 3: Оценка существующей практики

Сбор данных

- ◆ Составьте формы аудита. Они разрабатываются на основе критериев и используются для установления соответствия существующей практики стандартам в конкретных случаях. Первичный вариант форм следует апробировать и внести соответствующие изменения. Примеры форм аудита, которые использовались в других исследованиях, приводятся в Томе 2 данного руководства.
- ◆ Обучите персонал, который будет производить выписки данных из медицинских карт пациенток в аудиторские формы.
- ◆ Уточните, из каких журналов и других источников следует отбирать соответствующие случаи. Обычно сначала случаи выявляются из журналов в медицинском учреждении, таких как журналы по регистрации госпитализации и выписки, родов, журналы, которые ведутся в операционных и в отделениях неотложной помощи, и журналы регистрации смертности, или из списков, хранящихся у старших медицинских специалистов в учреждении. Важно не пропустить ни одной материнской смерти вне отделения акушерства и гинекологии, а также женщин, госпитализированных после родов. За более подробной информацией по уменьшению ошибок отбора на этапе идентификации случаев обратитесь к Главе 3.
- ◆ Извлеките медицинские записи случаев и высчитайте долю тех, которые невозможно найти с тем, чтобы вычислить возможную величину ошибки отбора.

- ♦ Проверьте, подпадают ли отобранные случаи под определения.
- ♦ Выпишите информацию в структурированную аудиторскую форму. Где это возможно, следует использовать данные, которые обычно собираются рутинно, при этом дополнительные данные (такие, как отчеты лабораторий) следует собирать только в том случае, если это абсолютно необходимо. Основными источниками информации являются медицинские карты больных и другие клинические документы, заполняемые в плановом порядке, такие как карты, заполняемые медсестрами, регистрационные записи по банку крови и журналы, заполняемые в операционных. Конфиденциальность процесса выборки данных является необходимым условием, при этом обычно фамилии медицинских специалистов, оказывающих помощь, не упоминаются. Это позволяет соблюсти дух аудита, который не является карательной мерой, а представляет собой обучающий механизм по улучшению качества ухода.

В первом круге аудита необходимые данные могут не быть зафиксированы в медицинских картах пациента, тем не менее, когда задается соответствующий вопрос, то сотрудники могут ответить, что данная процедура на самом деле выполнялась. Безусловно, это отражает халатное заполнение медицинских карт. Следует четко обозначить, что при проведении аудита незафиксированное действие, назначение или процедуру следует считать несовершенными.

С целью контроля качества процесса сбора данных необходимо провести надлежащее предварительное обучение с последующими дополнительными курсами по обновлению знаний для помощников проведения аудита. Периодически следует проверять на примере ряда случаев правильность занесения данных в формы.

Анализ данных, их трактовка и выводы

Проанализируйте данные с целью выявления доли случаев, ведение которых отвечало критериям надлежащей практики. Сделать это можно от руки, но если рассматривается значительное количество случаев, то имеет смысл внести информацию в простую компьютерную базу данных и затем вычислить процентное содержание. В процессе изучения случаев в Гане и Ямайке использовалась программа EPI-INFO¹⁶. Проведите анкетирование соответствующего персонала. В некоторых условиях может быть полезно также провести анкетирование по вопросам используемых практик и знаний персонала. Это даст возможность отнести недостатки в оказании помощи либо к отсутствию знаний, либо к факту неиспользования имеющихся знаний на практике.

Этап 4: Осуществление обратной связи в виде информирования о результатах, и установление местных целей

- ♦ Сначала тщательно рассмотрите полученные данные со старшим персоналом (врачами, акушерками и административными работниками) и выведите ключевые результаты.

¹⁶ Этот пакет программного обеспечения можно получить бесплатно, обратившись в правительство США по адресу интернет: www.cdc.gov/epo/epi/epiinfo.htm.

- ◆ Представьте в кратком виде ключевые результаты по существующей практике на собрании всего персонала в больнице. При этом сотрудникам сначала предлагается ответить на вопрос о том, до какой степени, по их мнению, в настоящее время соблюдаются критерии, а затем оглашаются цифры, полученные в процессе аудита. Обычно оказывается, что существующая практика отвечает критериям реже, чем этого хотелось бы сотрудникам, что должно стимулировать персонал к проведению изменений.
- ◆ По каждому критерию решите вместе с сотрудниками вопрос о том, в какой доле случаев он должен соблюдаться, и наметьте реалистичные цели к следующему кругу аудита.
- ◆ Договоритесь о проведении доступных и достижимых изменений в клинической практике и/или в предоставлении услуг, которые могут помочь в достижении цели.
- ◆ Можно пригласить внешних экспертов для участия в этом этапе процесса.

Этап 5: Осуществление изменений в практике там, где это показано

Если, допустим, результаты аудита показали, что в некоторых аспектах помощи имеются недостатки, следующим шагом является выявление причин этих недостатков. При условии, что критерии были действенными, среди возможных причин неудачи в достижении желаемых целей можно назвать следующие:

- ◆ Недостатки в организации оказания медицинской помощи.
- ◆ Неадекватные знания.
- ◆ Неадекватные навыки.
- ◆ Ненадлежащее отношение медицинского персонала.

Часто причины подпадают под одну из первых трех категорий. Если первые три категории причин исключаются, то остается ненадлежащее отношение персонала¹⁷. Например, нежелание оказывать надлежащую помощь ВИЧ-инфицированными женщинами, несмотря на наличие необходимых средств защиты, таких как хирургические перчатки, а также знаний и навыков, может быть отнесено к категории ненадлежащего отношения.

Какие именно необходимо осуществить изменения и действия для достижения целей, будет зависеть от выявленных причин и от местных условий. Это может быть разработка клинических протоколов, проведение занятий по обучению персонала, и обеспечение следования протоколам путем, например, проведения ежедневных обходов больных или еженедельных совещаний по обзору практики. Бывает, что самого по себе информирования о результатах и установления периода времени до момента переоценки практики бывает достаточно для того, чтобы изменения начали проводиться в жизнь.

Этап 6: Повторная оценка практики и осуществление обратной связи

Действия, предпринимаемые на этом этапе, в основном аналогичны действиям на этапе 3 (оценка существующей практики).

- ◆ Установите период времени, необходимый для сбора достаточного количества случаев для второго круга аудита.
- ◆ Подберите журналы и другие источники отбора соответствующих случаев.
- ◆ Отберите медицинские записи случаев и высчитайте долю случаев, которые нельзя найти.
- ◆ Проверьте, соответствуют ли отобранные случаи определениям.
- ◆ Выпишите информацию в структурированную аудиторскую форму.
- ◆ Проанализируйте данные для выяснения доли случаев, которые отвечают критериям надлежащей практики.
- ◆ Рассмотрите результаты совместно со старшим персоналом из числа врачей, акушеров и администрации.
- ◆ Представьте результаты в кратком виде всем сотрудникам.
- ◆ Договоритесь о дальнейших изменениях в клинической и административной практике.
- ◆ Решите, имеет ли смысл провести следующий круг аудиторского цикла. Если да, то его можно начать с этапа 2 пересмотром критериев надлежащей практики или разработкой новых или дополнительных критериев. Если и далее следует руководствоваться первоначальными критериями, то процесс можно начать с этапа 4.

8.6 Другие источники информации

В Главе 3 данной книги описаны общие принципы, лежащие в основе подходов, представленных в этом пособии, многие из которых применимы к *клиническому аудиту*.

Национальный Институт лучших клинических практик недавно опубликовал всеобъемлющее руководство по *принципам оптимальной практики в клиническом аудите*², которое издано в печатном варианте, или его можно также найти в интернете на сайте www.nice.org.uk.

Королевский Колледж акушеров и гинекологов Великобритании подготовил серию полезных в практическом отношении брошюр: «Как искать доказательные данные», «Как разрабатывать руководства» и новую брошюру «Понимание аудита». Имеются также недавно разработанные Королевским Колледжем акушеров и гинекологов (RCOG) руководства по ряду состояний. Все это можно скачать бесплатно с вебсайта Королевского Колледжа www.rcog.org.uk.

Полезными могут оказаться и резюме важных принципов, представленные в издании Berg C, et al. *Strategies to reduce pregnancy-related deaths: from identification and review to action*. Atlanta, Centres for Disease Control and Prevention; 2001.

Следующие издания могут быть особенно полезными для развивающихся стран:

Graham WJ et al. Criteria for clinical audit of the quality of hospital-based obstetric care in developing countries.⁷ (Критерии для клинического аудита качества

акушерской помощи в стационаре в развивающихся странах).

Criterion-based audit manual. New York, NY, AMDD Columbia University, 2003 (internet communication of May 2003 an web site <http://cpmnet.columbia.edu/dept/sph/popfam/amdd/resources.html>) (Руководство по основанному на критериях клиническому аудиту)

Wagaarachchi et al. *Conducting Criterion-based clinical audit of obstetric care: a practical field guide*.¹² (Проведение *основанного на критериях клинического аудита* акушерской помощи: практическое руководство).

Рамка 8.3 Анализ конкретной ситуации. Использование клинического аудита, основанного на критериях, для улучшения качества акушерской помощи: исследование в Гане и Ямайке по изучению возможности выполнения аудита, 1998-2000⁶

Данный совместный научно-исследовательский проект проводил изучение возможности использования клинического аудита, основанного на критериях, как средства оценки и улучшения качества акушерской помощи на уровне районного стационара, при этом основное внимание уделялось оценке и ведению пяти основных угрожающих жизни акушерских осложнений — кровотечение, эклампсия, инфекция половых путей, угрожающий разрыв матки и разрыв матки.

Модель аудита использовалась и оценивалась в четырех районных больницах — в двух больницах Ганы (Coaso и Verecum) и в двух больницах Ямайки (St Ann's Bay и Spanish Town). Все четыре больницы функционируют как больницы первого уровня, в которые направляются женщины с экстренными акушерскими состояниями, при этом количество родов в год составляет от 650 до 6500.

Этапы проведения клинического аудита, основанного на критериях

Этап 1 – Подготовка и организация процесса аудита

В рамках данного проекта старший медицинский сотрудник (СМС) в каждой больнице был ознакомлен чиновниками Министерства здравоохранения, работающими в стране, с идеей клинического аудита, основанного на критериях. Были обсуждены требования исследования в отношении затраты времени, которые потребуются от персонала, и необходимости осуществления изменений в клинической практике по результатам клинического аудита, основанного на критериях. Было очевидно, что необходимо будет привлечь внешние средства финансирования работы помощников по проведению первого круга аудита, но была подчеркнута и необходимость в привлечении к работе сотрудников больницы, работающих с медицинскими картами. Через СМС всем сотрудникам больницы, имеющим отношение к уходу за пациентками родильного отделения, было распространено резюме размером в одну страницу, содержащее цели, задачи и временные рамки проекта.

Этап 2 – Установление критериев надлежащей практики и определение случаев

Этот важнейший этап состоял из проведения структурированного обзора литературы, за которым последовали 3 совещания экспертов с целью оценки критериев¹². Совещания экспертов проходили в Шотландии, Гане и Ямайке. В результате было согласовано 37

критериев оптимальной практики для пяти угрожающих жизни осложнений, а также были приняты рабочие определения случаев. Критерии случаев угрожающих жизни акушерских кровотечений включали:

- *следует определить гематокрит или уровень гемоглобина пациентки, и*
- *при лечении послеродового кровотечения следует использовать утеротоники.*

И хотя существуют опубликованные стандарты, которые группы могут адаптировать для своих целей, в данном проекте была сделана попытка разработать свои критерии. После того, как критерии были установлены, в каждой из больниц были проведены остальные 4 этапа цикла.

Этап 3 – Оценка существующей практики

Первичная оценка текущей практики проводилась путем анализа медицинских карт пациенток, имевших пять отобранных осложнений, которые произошли за последние 12 – 18 месяцев. В начале процесса соответствующие угрожающие жизни случаи выявлялись из всех источников, таких как журналы регистрации госпитализации и выписки. После отбора соответствующих медицинских карт необходимо было убедиться, что женщина отвечала определению случая. Затем помощники в проведении аудита из числа немедицинского персонала выписывали информацию из медицинских карт пациенток в структурированную форму по каждому виду осложнения. Формы использовались для регистрации факта осуществления конкретной оптимальной практики. Данные из всех форм вносились в компьютерную базу данных и анализировались с использованием EPI-INFO. Кроме того, проводилось анкетирование всего персонала больницы для выяснения используемых ими практик и имеющихся знаний.

Этап 4 – Осуществление обратной связи в виде информирования о результатах и установление местных целей

В каждой больнице было проведено два совещания с персоналом, на которых команда проекта информировала сотрудников о результатах оценки текущей практики и знаний. В ходе первого совещания все результаты были подробно освещены и обсуждены со старшим персоналом – врачами-акушерами, акушерками и административным составом. На втором совещании присутствовали все имеющие к этому отношение сотрудники, и на нем были освещены аспекты, в которых требовалось улучшение, а также аспекты выполнения надлежащей практики, заслуживающие одобрение. Всем сотрудникам было роздано резюме размером в одну страницу.

Целью обоих совещаний являлась ориентация персонала на выявление случаев оказания помощи ненадлежащего качества при ведении 5 видов угрожающих жизни осложнений, а также на разработку путей улучшения практики, включая установление реалистичных целей, которые должны быть достигнуты к следующему кругу аудита. А самое важное заключалось в том, что изменения должны были быть реально выполнимыми.

Этап 5 – Осуществление изменений в практике там, где это показано

На осуществление изменений было решено отвести 12 месяцев. В качестве примера можно привести рекомендацию о необходимости использования сульфата магния для лечения судорог при эклампсии, а не сочетания менее эффективных лекарственных средств.

Этап 6 – Повторная оценка практики и осуществление обратной связи

Цикл аудита завершался вторым кругом анализа ведения выбранных осложнений при сопоставлении их с согласованными критериями. Затем соответствующих сотрудников снова информировали о том, в какой степени достигнуты поставленные цели, и принималось решение относительно необходимости проведения следующего круга цикла аудита.

Результаты

В каждой больнице цикл аудита (Этапы 3-6) длился 18 месяцев. Первоначальный анализ практик в каждой больнице базировался на рассмотрении всего 555 угрожающих жизни осложнений. Среди них было зарегистрировано 18 материнских смертей. В целом, удалось отобрать 75% историй болезни с угрожающими жизни осложнениями, идентифицированных на основе просмотра больничных регистрационных журналов, при этом диапазон по четырем больницам составил от 58-83%. Лишь около четверти осложнений появилось более чем в одном журнале, что указало на тот факт, что использование лишь одного источника информации привело бы к тому, что было бы упущено большое количество случаев. Результаты исходной оценки выявили в целом хороший уровень знаний персонала об оптимальной практике ведения осложнений, но данные анализа медицинских карт пациенток показали, что эти знания не всегда применялись на практике. Вообще говоря, ведение этих экстренных состояний на первом этапе было хорошим, но в последующем наблюдении и уходе за этими женщинами наблюдались недостатки. Было также много погрешностей в ведении медицинских карт. В ходе совещаний по информированию о результатах первого цикла во всех четырех больницах был предложен ряд общих мер по достижению улучшений. В их числе были следующие: а) наличие клинических протоколов; б) пересмотр структур контроля и распределения ролей и функций в отделениях роддома; в) связь с администрацией больницы в отношении договоренности о выделении дополнительных помещений и средств для хранения медицинских карт пациенток, проведения бактериологического исследования крови, ведения структурированных медицинских карт пациенток и партограмм и г) совещания и обучающие семинары в целях содействия использованию протоколов и повышения качества регистрации данных в медицинских картах пациенток.

В ходе второго круга оценки практики в каждой больнице было рассмотрено всего 342 угрожающих жизни осложнения. По сравнению с результатами первоначального анализа практики на основании отобранных данных по всем четырем больницам отмечались значительные улучшения в процентной доле случаев, отвечающих критериям наилучшей практики. Ниже приводится ряд примеров:

- ◆ В случаях акушерского кровотечения повышалась доля женщин, прошедших процедуру определения группы крови / перекрестной пробы и определения уровня гемоглобина.
- ◆ Клинический мониторинг частоты пульса и артериального давления с целью раннего выявления ухудшения состояния после купирования обильного кровотечения.
- ◆ Регистрация наблюдения за показателями водного баланса в картах пациенток с эклампсией.
- ◆ Доля пациенток, которых лечили антибиотиками широкого спектра в случаях генитального сепсиса.

Извлеченные уроки

Ниже представлен ряд ключевых уроков, извлеченных в результате использования в районных больницах *клинического аудита, основанного на критериях*:

- ◆ Важность выбора критериев, соответствующих местным условиям, на основании компетенции местных специалистов.
- ◆ Необходимость использования рабочих определений для гарантированного отбора истинно угрожающих жизни случаев.
- ◆ Важность использования множественных источников для выявления случаев.
- ◆ Польза от использования помощников в процессе аудита, не являющихся медиками, что способствует большей объективности в работе с медицинскими картами, выполнимости и жизнеспособности процесса, поскольку медрегистраторы потенциально могут выполнять эту роль на постоянной основе.
- ◆ Возможность, которую аудит предоставляет персоналу больницы в получении обратной связи по осуществляемой ими практике в духе обучения, а не карательных санкций.
- ◆ Необходимость улучшения качества заполнения медицинских карт пациенток, а также их хранения.

На основании этого опыта издано практическое руководство, описывающее проведение *клинического аудита, основанного на критериях*¹².

Выражение признательности

Научный проект финансировался Департаментом Великобритании по международному развитию. Однако Департамент по международному развитию не несет ответственности за информацию, представленную в данном документе, или выраженные в нем взгляды. Помимо вышеупомянутых авторов исследовательская группа клинического аудита, основанного на критериях, состояла из следующих лиц: д-р Кофи Азаре, Министерство здравоохранения (Суниани), Гана; д-р Дианна Эшли, Министерство здравоохранения, Ямайка; г-жа Джорджиана Гордон, Министерство здравоохранения, Ямайка; г-н Ричард Хеннех, Министерство здравоохранения (Суниани), Гана.