

<https://doi.org/10.29296/25877305-2020-04-11>

Возможности АИС «МАГС» в обеспечении перинатальной профилактики

Т.П. Васильева^{1, 2},
А.И. Малышкина¹,
О.Н. Песикин¹,

А.В. Мелерзанов², кандидат медицинских наук

¹Ивановский научно-исследовательский институт
материнства и детства им. В.Н. Городкова Минздрава России

²Национальный научно-исследовательский институт
общественного здоровья им. Н.А. Семашко, Москва

E-mail: vasileva_tp@mail.ru

В настоящее время возросла важность темы снижения перинатальных рисков; это обосновано отмечаемым ухудшением репродуктивно-демографических процессов.

Целью работы была оценка возможностей автоматизированной информационной системы «Мониторинг акушерско-гинекологической службы» (АИС «МАГС») для информационной поддержки врача при проведении профилактики материнской и перинатальной патологии и смертности.

Результаты. Научным обоснованием необходимости информационной поддержки функций врача при обеспечении профилактического принципа наблюдения беременных женщин является установленный большой объем факторов риска (около 200) перинатальной и материнской патологии и смертности, включая сочетанные риски (4,6 на 1 женщину), а также большое число мер профилактики реализации (около 400) перинатального и материнского рисков. Анализ работы акушерско-гинекологической службы одного из субъектов Российской Федерации по профилактике перинатального риска и использования автоматизированного мониторинга здоровья беременных и женщин, завершивших беременность, создает реальные возможности для развития системы поддержки принятия решений по классификации беременных из групп риска на акушерскую и перинатальную патологию, и мониторинга материнской и перинатальной смертности для врачей и руководителей учреждений и службы по управлению перинатальными и материнскими рисками.

Заключение. Ведущим условием эффективного использования информационной системы является повышение активности врачей и руководителей в применении инновационной организационной системы, а также участие самих женщин в сборе данных для обоснованного принятия организационных решений.

Ключевые слова: акушерство и гинекология, управление перинатальным риском, информационная система, анализ данных.

Для цитирования: Васильева Т.П., Малышкина А.И., Песикин О.Н. и др. Возможности системы АИС «МАГС» в обеспечении перинатальной профилактики // Врач. – 2020; 31 (4): 62–67. <https://doi.org/10.29296/25877305-2020-04-11>

в стране остается неблагоприятной. В проведенных отечественных и зарубежных исследованиях отмечено наличие у многих женщин к началу беременности значительного числа факторов риска (ФР) перинатальной и материнской смертности, высокой степени перинатального и материнского риска, сочетания рисков акушерской и перинатальной патологии [1–3]; отмечено также повышение объема и тяжести перинатального и материнского риска в период беременности. Сказанное свидетельствует о необходимости оперативной переоценки рисков и планов их коррекции в процессе наблюдения беременной женщины, а это, с учетом значительного объема анализируемой врачом информации, требует соответствующего информационного обеспечения.

По мнению многих исследователей, наиболее информативную основу анализа состояния здоровья населения и принятия адекватных этому состоянию управленческих решений могут составить социально-гигиенические мониторинги, созданные на информационной платформе [4–8]. Основу формирования социально-гигиенических мониторингов для решения проблем перинатального риска составляют выявленные еще в середине прошлого века (В. Pasamanick) подходы к его прогнозированию [1, 2]. В шкале оценки перинатального риска О.Г. Фроловой и Е.Н. Николаевой, утвержденной Приказом МЗ СССР №430 (1981) [2], учитывались ФР, имеющиеся к началу и возникающие во время беременности (n=52), а также в интранатальный период (n=20). Пренатальные ФР были разделены на 5 групп (социально-биологические, акушерско-гинекологические по данным анамнеза, экстрагенитальные заболевания, осложнения настоящей беременности, оценка состояния плода), интранатальные – на 3 группы (материнские, плодовые факторы, изменения плаценты и пуповины).

Стратегия перинатального риска получила дальнейшее развитие за счет переоценки балльных значений ранее установленных и выявления новых ФР, внедрения этапного перинатального скрининга [1] и создания информационных ресурсов прогнозирования перинатального риска [3]. Одним из первых автоматизированных мониторингов перинатального риска был мониторинг здоровья и качества медицинского наблюдения беременных и женщин, завершивших беременность (разработан в ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова» Минздрава РФ). В настоящее время существует автоматизированная информационная система «Мониторинг акушерско-гинекологической службы» (АИС «МАГС»). Она функционирует в режиме online и включает комплексный мониторинг: здоровья и качества медицинского обеспечения беременных и женщин, завершивших беременность; супружеских пар, планирующих рождение ребенка; репродуктивно-поведения женского населения и управления профи-

Несмотря на достигнутые успехи в снижении материнской, перинатальной и младенческой смертности, репродуктивно-демографическая ситуация

лактикой нежелательной беременности; критических акушерских состояний.

Нами проанализирован 25-летний опыт применения информационного ресурса в субъекте Российской Федерации (Ивановская область) с позиций оценки его возможностей для информационной поддержки принятия решения врачом/руководителем медицинской организации/службы по осуществлению индивидуальной и популяционной профилактики перинатального риска.

Профилактика перинатального риска — одна из важных функций врача акушера-гинеколога при наблюдении беременных женщин. Выполнение этой функции предусматривает выявление ФР материнской и перинатальной патологии и смертности, оценку тяжести рисков и планирование адекватных имеющемуся риску профилактических мероприятий. Для выполнения этих функций врачу необходимо затратить значительное время на поиск у беременной ФР акушерской, перинатальной патологии, материнской и перинатальной смертности, осложнений родоразрешения путем сопоставления выявленных у женщины характеристик с перечнем установленных исследователями факторов перинатального и материнского риска. Трудность поиска ФР определяется необходимостью не только анализа большого объема информации, полученной по итогам опроса и клинико-лабораторно-функционального обследования беременной женщины, но и сопоставления этих данных с большим объемом выявленных исследователями ФР акушерской и перинатальной патологии, материнской и перинатальной смертности.

Анализ работы женских консультаций страны показывает, что в разных регионах используется однотипный путь решения данной проблемы — включение в индивидуальную карту беременной и родильницы специального вкладыша — таблицы «Оценка факторов перинатального риска». Врач заполняет вкладыш и подсчитывает суммарную балльную оценку риска перинатальной смертности, определяет степень риска. Поиск же ФР и прогнозирование риска развития других форм акушерской и перинатальной патологии осуществляется врачами по памяти (без использования вспомогательных таблиц). Однако как показали данные экспертизы случаев наблюдения беременных ($n=456$), в каждом 3-м случае были такие нарушения, как «Пропуск имеющихся факторов перинатального и материнского риска» (33,7 случая на 100 услуг) и «Невключение беременных в группу риска развития материнской и перинатальной патологии при наличии рисков» ($39,1 \pm 2,2$ случая на 100 услуг). Выявлено, что при низком качестве профилактики эти нарушения регистрировались достоверно чаще, чем при высоком ($p=0,001$), что позволяет отнести их к медико-организационным ФР снижения результативности профилактики перинатального риска и свидетельствует о необходимости планирования мероприятий по предупреждению их возникновения.

Необходимость автоматизации данной функции обусловлена значительностью временных затрат врача на прогнозирование рисков и формирование комплексного плана индивидуальной профилактики реализации выявленных рисков. Введение определения рисков акушерской и перинатальной патологии, расчета степени тяжести риска перинатальной и материнской смертности, оценочных групп здоровья и степени тяжести риска осложнений родоразрешения в автоматизированном режиме обеспечено разработанной справочно-экспертной базой АИС «МАГС», в которую включено 8 справочников и >40 алгоритмов поиска рисков. В частности, справочник «Факторы перинатального и материнского риска» содержит 5 групп ФР (в том числе акушерской патологии, перинатальной патологии, материнской смертности, перинатальной смертности, осложнений родоразрешения) и балльные оценки ФР по последним 3 группам; справочник «Угрожаемая акушерская и перинатальная патология» содержит 14 рисков акушерской и перинатальной патологии.

Кроме того, в экспертную базу включен ряд справочников, характеризующих организационное, кадровое, нормативно-методическое обеспечение поиска и устранения рисков. Реализована также возможность создания электронного архива дополнительной информации о беременной женщине. Для этого в форму «Карта регистрации беременной» введена строка «Прикрепленные файлы». Возможными прикрепленными файлами могут быть выписки из медицинской документации женщины, письменные жалобы и ответы на них и др. Благодаря использованию специальной кодировки для каждой женщины может быть получена информация из архива о предыдущих беременностях.

Поиск ФР у беременной формализован (рис. 1). Для этого в Электронную карту регистрации беременных введена строка «Выбор факторов риска». При нажатии на кнопку «Выбрать факторы риска» на экране появляется справочник «Факторы риска», в котором напротив нужного фактора делается пометка «галочкой» в колонке слева (рис. 2).

Информация о ФР, имеющихся у беременной женщины, выдается врачу в виде выходной формы «Карта регистрации беременных, взятых на учет». Кроме того, в этой форме указана сформированная в автоматическом режиме на основании выявленных ФР информация о перинатальных и акушерских рисках, комплексных показателях здоровья женщины (группа здоровья, степень тяжести риска материнской смертности, степень риска перинатальной смертности, степень тяжести риска осложнений родоразрешения) и уровень акушерского стационара для родоразрешения. Карта может быть сформирована и распечатана на бумажном носителе, размещена в Индивидуальной карте беременной и родильницы или в электронном виде. Возможна последующая актуализация при выявлении дополнительных данных.

Профилактический принцип наблюдения беременных женщин обеспечивается адекватным планированием мероприятий по предупреждению выявленных у беременной рисков материнской и перинатальной патологии и смертности. Необходимость автоматизации этой функции объясняется ее высокой трудоемкостью из-за большого объема управляющих мероприятий (>400), который врач должен проанализировать при выборе профилактических мер для конкретной женщины. Ситуация усложняется наличием у женщин нескольких рисков (в среднем – 4,6 случая на 1 беременную).

При наличии нескольких рисков врачу необходимо не только отобразить профилактические мероприятия по каждому виду риска, но и сформировать комплексный План индивидуальной профилактики. Система оказывает поддержку врачу в принятии решения по формированию этого Плана, проводя группировку управляющих мероприятий по видам и срокам выполнения с учетом всего имеющегося у беременной объема перинатального и материнского рисков.

По запросу врача формируется и выдается в электронном виде или на бумажном носителе выходная форма «Рекомендованный индивидуальный План ведения беременной по группам риска». В нем указывается дата формирования, а также имеющиеся на эту дату данные – срок беременности, необходимый уровень акушерского стационара для родоразрешения, ФР и риски материнской и перинатальной патологии и смертности, перечень медикаментозных, немедикаментозных и клинико-лабораторно-функциональных профилактических мер и сроки их выполнения (недели беременности).

В ходе дальнейшего наблюдения беременных женщин, включенных в группы риска, важной функцией врача является выполнение планируемых профилактических мероприятий. При этом система АИС «МАГС» предоставляет врачу возможность вносить в мониторинг дополнительную информацию о беременной и обеспечивать информационную поддержку при принятии врачом решения об актуализации индивидуального Плана. Эта информация может быть получена врачом по запросу в любое время. По запросу врача в автоматическом режиме могут быть сформированы дополнительные выходные формы о наблюдаемых беременных, в том числе перечни состоящих на учете; женщин, имеющих высокую степень риска материнской/перинатальной смертности, с врожденными пороками развития (ВПР) плода, а также перечни нуждающихся – в родоразрешении в акушерском стационаре (высокий риск) и в консультации на территориальном приеме (высокий перинатальный риск). В программе реализована возможность по желанию врача делать отметки о выполнении индивидуального Плана ведения беременной женщины из групп риска.

Важной функцией врача является самоанализ эффективности своей работы с беременными по группам риска. Это позволяет врачу оценить правильность дей-

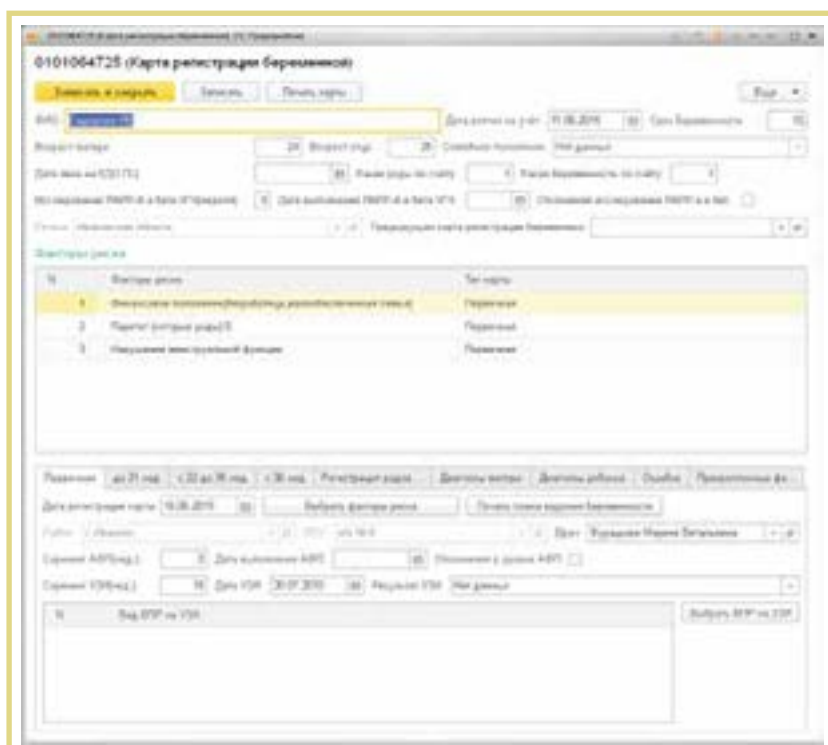


Рис. 1. Карта регистрации беременной

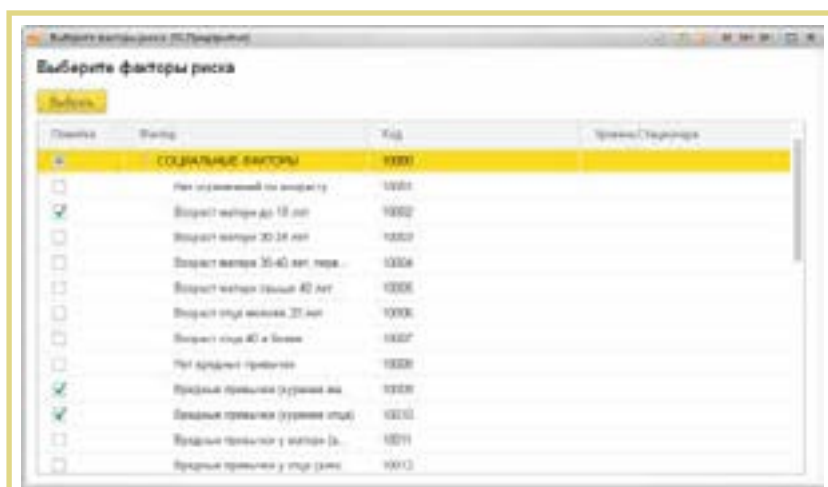


Рис. 2. Выбор факторов риска

ствий, определить перспективы дальнейшей работы, в том числе необходимость повышения профессиональной компетентности. Для получения необходимой информации врач дополнительно к данным официальной статистики может использовать стандартный комплект электронных форм, формируемых АИС «МАГС» в автоматическом режиме. Так, может быть сформирована выходная форма «Перечень беременных, взятых на учет по акушерско-гинекологическим участкам». Она создается в автоматическом режиме по запросу врача за любой необходимый ему период и по любой группе риска наблюдаемых у него беременных женщин. Программа предоставляет врачу возможность сформировать разные варианты данной формы, в том числе:

- перечень беременных с разными сроками беременности;
- беременные с разной степенью риска материнской смертности;
- беременные с разной степенью риска перинатальной смертности;
- беременные с разными исходами беременности;
- беременные высокого перинатального риска с показаниями для направления на консультацию на областной прием;
- беременные с ВПР плода;
- беременные высокого риска с показаниями для родоразрешения в акушерском стационаре.

Информация формируется по запросу врача в виде электронных форм на монитор компьютера или на бумажном носителе.

Кроме того, в стандартный комплект входят следующие формируемые в автоматическом режиме электронные формы:

- «Количество беременных, наблюдавшихся у данного врача в мониторинге»;
- «Распределение беременных по уровню акушерских стационаров, необходимых для родоразрешения»;
- «Распределение беременных по группам здоровья и степени риска перинатальной и материнской смертности»;
- «Распределение беременных по выполнению пренатального скрининга»;
- «Частота и структура факторов риска перинатальной и материнской смертности, акушерской и перинатальной патологии, осложнений родоразрешения»;
- «Исходы беременности».

При необходимости стандартный комплект информации может быть дополнен специальными формами.

При оценке эффективности профилактической работы с беременными женщинами чаще всего анализируются следующие показатели:

- частота и структура осложнений беременности, родов и послеродового периода;

- показатели материнской и перинатальной смертности, группы здоровья, исходы беременности;
- патология со стороны матери и плода;
- частота мертворождаемости;
- частота осложненного течения беременности.

Однако представляется целесообразным дополнительно к этим показателям анализировать так называемые профилактические целевые показатели, основанные на определении частоты реализации риска развития акушерской/перинатальной патологии в соответствующей группе риска.

Показатель частоты реализации риска у беременных женщин по каждой группе риска рассчитывают по одноименной формуле:

$$P_{\text{r}} = (N_{\text{r}} / N_{\text{or}}) \cdot 100\%,$$

где P_{r} — частота реализации риска развития патологии в группе риска ее развития; N_{r} — число беременных с реализованным риском в группе риска развития данной патологии; N_{or} — общее число беременных, состоявших в группе риска развития данной патологии.

Критериями оценки результативности профилактики реализации риска определены следующие:

- высокая результативность — если достигнутый врачом показатель ниже среднего по учреждению за тот же временной период;
- низкая результативность — если достигнутый врачом показатель выше среднего по учреждению за тот же период.

Кроме того, можно сравнивать достигнутый врачом показатель с его же данными за предшествующий период.

При применении данного показателя для оценки результативности профилактики перинатальных и материнских рисков у беременных из групп риска на территориальном уровне целесообразно использовать среднетерриториальные данные. Так, по нашим данным, среднетерриториальный коэффициент реализации риска по группе риска развития анемии беременных составил 65,4%, преэклампсии — 66,6%, акушерского травматизма — 45,6%, обострений экстрагенитальной патологии — 59,3%, недонашивания беременности — 55,0%, кровотечения — 31,9%, аномалии родовой деятельности — 70,5%.

Система АИС «МАГС» оказывает экспертам качества медицинской помощи поддержку в принятии экспертного решения. Это обеспечено, с одной стороны, частичной формализацией поиска нарушений, а с другой — частичной формализацией внесения информации о выявленных нарушениях в базу данных, их группировки и расчета показателей частоты и структуры нарушений.

В Электронную карту регистрации беременных введены специальные «экспертные» строки — «Нарушения» и «Выбор нарушений» (см. рис. 1). При нажатии на кнопку «Выбор нарушений» на мониторе появляет-

ся перечень возможных нарушений, в котором эксперт делает отметку о выявленных нарушениях. Сводная информация обо всех выявленных нарушениях формируется системой в выходной форме «Карта регистрации беременной, взятой на учет». Для информирования врача о выявленных экспертом нарушениях выполнения Плана профилактики карта вносится в первичную медицинскую документацию беременной, каковой является «Индивидуальная карта беременной и родильницы».

На основании этих данных для руководителя учреждения/службы может быть сформирована сводная информация – «Структура нарушений в ведении беременных из групп риска», в которой представлены расчетные данные о вкладе каждого нарушения в общее число нарушений, выявленных по всем беременным из групп риска. При этом информация сгруппирована по видам нарушений, врачам, учреждениям, территории в целом. Форма формируется по запросу за любой период и сохраняется в электронном виде или распечатывается на бумажном носителе.

При применении показателя для оценки качества профилактики перинатальных и материнских рисков у беременных из групп риска на территориальном уровне целесообразно использовать среднетерриториальные данные. Так, установлено, что наибольшую долю в структуре нарушений составили следующие:

- «Невыполнение в полном объеме медикаментозной и немедикаментозной профилактики перинатальных рисков» (9,77%);
- «Невыполнение межвизитного самоконтроля здоровья» (7,43%);
- «Пропуск факторов риска материнской и перинатальной патологии и смертности и рисков при выявлении факторов» (5,99%);
- «Неполная диагностика экстрагенитальной патологии» (5,95%);
- «Несоответствие необходимых и фактических сроков и кратности явок при диспансерном наблюдении беременной в группах риска» (5,18%).

Важность оперативного анализа динамики показателей частоты нарушений и структуры обусловлена тем,

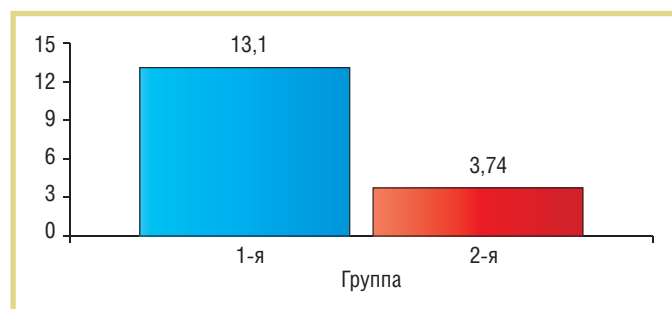


Рис. 3. Среднее число дефектов профилактики перинатальной и акушерской патологии в группе с нереализованным (2-я) и реализованным (1-я) рисками осложненного течения беременности

что в группе беременных женщин с нереализованным риском осложненного течения беременности (2-я группа) среднее число нарушений профилактики перинатального риска достоверно ниже, чем в группе с реализованным риском (1-я группа) (рис. 3).

Это обусловлено тем, что, поскольку о дефектах профилактики материнской и перинатальной патологии и смертности врач узнает во время наблюдения беременной, у него есть возможность их своевременной коррекции.

Результаты социологического опроса и использования технологии показали, что при наличии положительной мотивации к данной инновации у значительной части опрошенных врачей (72%) в ряде случаев ими допускаются нарушения корректности использования технологии, среди которых – «Ввод в базу меньшего числа беременных, чем число взятых на учет» и «Ввод неадекватной информации». Анализ причин возникновения этих нарушений показал, что в каждом 3-м случае опрошенные указали на отсутствие знаний о значимости данной организационной технологии для врача, в каждом 4-м – на отсутствие стимулирования использования инноваций и постоянного контроля со стороны руководства. В ряде случаев причины были связаны с отказом беременной женщины от информирования врача и выполнения в полном объеме его рекомендаций. Исходя из этих данных, в качестве путей оптимизации медико-организационных аспектов повышения эффективности использования данной технологии могут быть предложены следующие:

- развитие инновационного потенциала персонала и информирование его о возможностях внедряемой инновации;
- введение постоянного экспертного контроля корректности использования технологии в критические сроки (до 12 нед, в 20, 30, 36 нед беременности и в первые 5 дней после родов);
- профилактическое информирование беременных женщин.

Экспертная комплексная оценка ценности технологии, основанная на методологических разработках международных проектов по оценке медицинских технологий [9], включала оценку инновационности, медико-социально-экономической результативности, доступности, валидности, воспроизводимости, показав нахождение ее в высоком индикативном коридоре (88%). В настоящее время материалы о характеристиках организационной технологии доступны также на сайте Минздрава России (www.rosminzdrav.ru).

Реализация задачи на ЭВМ повышает оперативность не только сбора сведений о беременных и женщинах, завершивших беременность, в том числе с высокой степенью риска перинатальной и материнской смертности, высоким риском осложнений родоразрешения, риском угрожаемой акушерской и перинаталь-

ной патологии, но и формирования индивидуального комплексного Плана ведения женщин по группам риска; выявления женщин, нуждающихся в направлении на областной консультативный прием беременных с высокой степенью риска; управления регионализацией акушерской помощи беременным за счет определения необходимого уровня акушерского стационара для родоразрешения.

В качестве мер поддержки корректности использования технологии АИС «МАГС» целесообразно организовать обучение и непрерывный контроль знаний врачей по работе с ней. Следует также организовать не только непрерывный экспертный контроль ведущими женскими консультациями корректности использования технологии врачами, в том числе полноты ввода данных о беременных в систему, выявления ФР материнской и перинатальной патологии и смертности, выполнения плана профилактики, но и обучение и вовлечение беременных в процесс сбора данных для обеспечения полноты получаемой информации, внедрить стратегию повышения активности и инновационного развития персонала и учреждения.

Конфликт интересов не заявлен.

Литература/Reference

1. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия / М.: Издательство «Журнал StatusPraesens», 2017; 872 с. [Radzinskii V.E. Akusherskaya agressiya / M.: Izdatel'stvo «Zhurnal StatusPraesens», 2017; 872 s. (in Russ.).]
2. Приказ МЗ СССР №430 от 22.04.81 «Об утверждении инструктивно-методических указаний по организации работы женских консультаций» / М., 1981 [Prikaz MZ SSSR №430 ot 22.04.81 «Ob utverzhdenii instrukтивно-metodicheskikh ukazanii po organizatsii raboty zhenskikh konsul'tatsii» / M., 1981 (in Russ.).]
3. Васильева Т.П., Малышкина А.И., Борзова Н.Ю. Медико-социальные факторы риска перинатальных потерь Плод и новорожденный как пациенты: сборник статей. Под ред. А.В. Михайлова, Д.О. Иванова / СПб: ИД «Петрополис», 2015; с. 53–77 [Vasil'eva T.P., Malyshekina A.I., Borzova N.Yu. Mediko-sotsial'nye faktory riska perinatal'nykh poter' Plod i novorozhdennyi kak patsienty: sbornik statei. Pod red. A.V. Mikhailova, D.O. Ivanova / SPb: ID «Petropolis», 2015; s. 53–77 (in Russ.).]
4. Гурьев Д.Л., Костин В.Г., Олендарь Н.В. и др. Принятие управленческих решений на основе «Автоматизированного мониторинга здоровья беременных» // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2017; 1: 55–8 [Guriev D.L., Kostin V.G., Olendar' N.V. et al. Management decisions based on automated monitoring of pregnant women health // Byulleten' natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N.A. Semashko. – 2017; 1: 55–8 (in Russ.).]
5. Шалковский А.Г., Купцов С.М., Берсенева Е.А. Актуальные вопросы создания автоматизированной системы дистанционного мониторинга здоровья человека // Врач и информационные технологии. – 2016; 1: 67–79 [Shalkovskiy A.G., Kuptsov S.M., Berseneva E.A. Topical issues of person health remote monitoring automated system creation // Vrach i informatsionnye tekhnologii. – 2016; 1: 67–79 (in Russ.).]
6. Берсенева Е.А. Пути решения задачи создания гибких автоматизированных информационных систем лечебно-профилактических учреждений // Врач и информационные технологии. – 2007; 4: 55–6 [Berseneva E.A. Puti resheniya zadachi sozdaniya gibkikh avtomatizirovannykh informatsionnykh sistem lechebno-profilakticheskikh uchrezhdenii // Vrach i informatsionnye tekhnologii. – 2007; 4: 55–6 (in Russ.).]
7. Чих И.Д., Мушников Д.Л., Васильева Т.П. и др. Частота риска развития сахарного диабета у лиц репродуктивного возраста и его роль в развитии репродуктивных потерь // Здравоохранение Таджикистана. – 2019; 3: 52–60 [Chih I.D., Mushnikov D.L., Vasileva T.P. et al. Diabetes frequency risk of reproductive age people and its role in the development of reproductive loss // Zdravookhraneniye Tadjikistana. – 2019; 3: 52–60 (in Russ.).]
8. Якушин М.А., Александрова О.Ю., Якушина Т.М. и др. Экспертная система мониторинга и коррекция показателей системной гемодинамики в решении стратегических задач общественного здоровья // Практическая медицина. – 2019; 17 (5): 160–8 [Yakushin M.A., Aleksandrova O.Yu., Yakushina T.M. et al. Ekspertnaya sistema monitoringa i korrektsiya pokazatelei sistemnoi gemodinamiki v reshenii strategicheskikh zadach obshchestvennogo zdorov'ya // Prakticheskaya meditsina. – 2019; 17 (5): 160–8 (in Russ.).]
9. Оценка медицинских технологий и формирование политики здравоохранения в странах Европы. Современное состояние, проблемы и перспективы. ВОЗ / Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2010, 216 с. [Otsenka meditsinskikh tekhnologii i formirovaniye politiki zdavookhraneniya v stranakh Evropy. Sovremennoye sostoyaniye, problemy i perspektivy. VOZ / Evropeiskaya observatoriya po sistemam i politike zdavookhraneniya, 2010, 216 s. (in Russ.).]

POSSIBILITIES OF AIS:MOGS IN PROVIDING PERINATAL PREVENTION

T. Vasilyeva^{1,2}, A. Malyshekina¹, O. Pesikin¹, A. Melerzanov², Candidate of Medical Sciences

¹V.N. Gorodkov Ivanovo Research Institute of Maternity and Childhood, Ministry of Health of Russia

²N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow

The importance of reducing perinatal risks has currently increased; this is well-founded by the marked deterioration of reproductive and demographic processes.

Objective: to assess the capabilities of the automated information system: monitoring of obstetric/gynecological services (AIS:MOGS) for the information support of a physician in preventing maternal and perinatal morbidity and mortality.

Results. The scientific rationale for the need for information support of a physician's functions in ensuring the prevention principle in monitoring pregnant women is the established large volume of risk factors for perinatal and maternal morbidity and mortality (about 200), including combined risks (4.6 per woman), as well as a large number of measures to prevent perinatal and maternal risks (about 400). An analysis of the work of an obstetric/gynecological service in one of the subjects of the Russian Federation on the prevention of perinatal risk and the use of automated monitoring of the health of pregnant women and women who have completed their pregnancy creates real opportunities for the development of a system to support decision-making in classifying pregnant women from risk groups into obstetric and perinatal diseases, and for the monitoring of maternal and perinatal mortality for the physicians and heads of institutions and services to manage perinatal and maternal risks.

Conclusion. The leading condition for effectively using the information system is to increase the activity of physicians and health managers in applying the innovative organizational system, as well as the participation of women themselves in collecting data for reasoned organizational decision-making.

Key words: obstetrics and gynecology, perinatal risk management, information system, data analysis.

For citation: Vasilyeva T., Malyshekina A., Pesikin O. et al. Possibilities of AIS:MOGS in providing perinatal prevention // Vrach. – 2020; 31 (4): 62–67. <https://doi.org/10.29296/25877305-2020-04-11>