



Информационный обзор №26

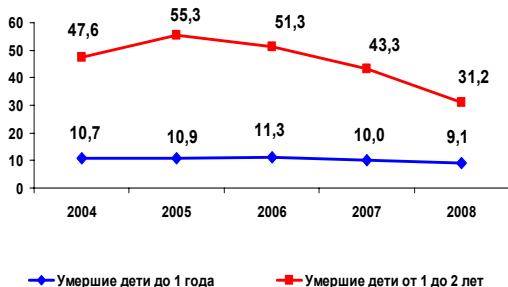
Социально-медицинские причины смертности детей до 2 лет, умерших дома и в первые 24 часа после госпитализации

I. Введение

В стране ежегодно на первом году жизни от различных заболеваний, отравлений и травм умирает более трех тысяч детей, или 29-30 умерших детей в возрасте до 1 года на 1000 родившихся. До 2004 года национальные критерии живорождения и, соответственно, младенческой смертности имели отличия от рекомендованных Всемирной организацией здравоохранения, что значительно занижало показатель в стране. В 2004 году был осуществлен переход Кыргызстана на международные критерии живорождения и младенческой смертности. После этого, в органах ЗАГС началась регистрация новорожденных с низкой массой тела (от 500 до 1000г). В соответствии с официальными данными после внедрения новых критериев живорождения, МС повысилась от 25,7 в 2004 году до 29,7 в 2005 году и приостановилась на уровне 27,1 на 1000 живорожденных в период с 2005 по 2008 год.

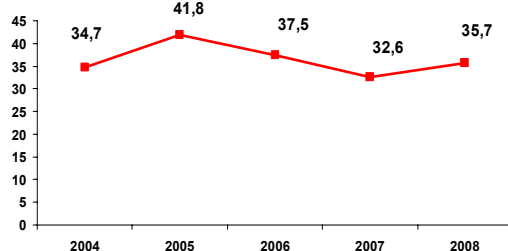
Несмотря на видимое снижение доли смертности детей на дому, этот показатель по-прежнему остается на высоком уровне.

Смертность детей на дому, Кыргызская Республика, 2004-2008гг. (%)



Кроме того, более 30% детей в возрасте до года умирают в течение 24 часов после госпитализации в стационар.

Досуточная летальность детей до 1 года, Кыргызская Республика, 2004-2008гг. (%)



В структуре причин младенческой смертности основное место занимают заболевания и состояния, возникающие в перинатальном (послеродовом) периоде (2008 г – 63,5%), а именно: болезни органов дыхания - 14,0%, врожденные аномалии - 11,1%, инфекционные и паразитарные болезни - 5,8% (из них три четверти - кишечные инфекции). Коэффициент детской смертности составил - 31,5 на 1000 живорожденных.

Для выявления причин вышеперечисленного и было проведено данное исследование.

II. Цель и методика исследования

Изучение социальных и медико-биологических факторов риска, приведших к смерти детей в возрасте до 2-х лет на дому и в течение 24 часов после госпитализации. В исследовании рассматривались все случаи смертей детей до 1 года и детей с 1 года до 2-х, умерших на дому и в первые 24 часа после госпитализации с января 2007 года по декабрь 2008 года.

III. Результаты исследования

Характеристика сообществ, в которых проживали умершие дети

- 95.2% дорог до стационаров – асфальтированные, что сокращает время прибытия матерей с ребенком в больницу;



ЦЕНТР АНАЛИЗА
ПОЛИТИКИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- Большинство матерей (78.8%) до ближайшей ГСВ/ФАП, либо стационара могли добраться менее чем за 30 минут;
- Большинство семей имели доступ к услугам медицинской помощи и аптечной сети.

Характеристика семей, в которых умерли дети

- 45,2% смертных случаев на дому у детей в возрасте до 1 года отмечались в семьях с численностью до 3-х человек, причем, чаще умирал первый или второй ребенок, что связано с недостаточным знанием по уходу за ребенком со стороны матери;
- Смертность детей в возрасте до 1 года в первые 24 часа после госпитализации и детей от 1 года до 2-х лет умерших дома в большинстве случаев отмечались в семьях, состоящих из 4 и более человек, что, вероятно, объясняется наличием других маленьких детей и отсутствием времени и внимания со стороны матери;
- Примерно половина семей были вынуждены употреблять артычную воду, что повышает риск развития кишечных инфекций.

Характеристика родителей

- Большинство матерей во время опроса были безработными. 1/4 часть отцов семейств занималась мелким предпринимательством (продажей риса, овощей и ягод), а 1/3 - фермерством. Остальная часть, работы не имела;
- Большинство матерей и отцов имели оконченное среднее образование, 14,3% - родители с высшим образованием;
- Примерно половина матерей была в возрасте до 20 лет, когда наступила первая беременность. Около 5% матерей были в возрасте 30-34 лет, на момент наступления первой беременности, что является фактором риска как для ребенка, так и для матери;
- Только 49% матерей вошедших в обследование, были здоровы. 22% матерей имели заболевания легких. На втором месте матери с почечными заболеваниями и анемиями. Также отмечались гепатиты и психоневрологические заболевания;
- Большинство отцов злоупотребляли курением и употреблением алкоголя.

Аntenатальные посещения ЛПО

- 91,5% матерей во время беременности состояли на учете у семейного врача/фельдшера. Основная часть встала на учет до 12 недель беременности. Примерно, третья часть матерей - в

сроке с 12 до 20 недель. В то же время, 3,6% беременных встали на учет в сроке позже 28 недель беременности;

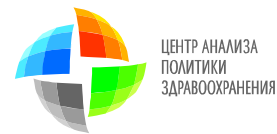
- 20% детей родились недоношенными, что могло стать фактором риска и повлиять на течение болезни;
- Лишь 26,7% матерей во время беременности в сроке до 12 недель принимали фолиевую кислоту, что снижает случаи ВПР у детей.

Факторы риска со стороны ребенка

- 60% детей до года умерли в возрасте от 3 до 9 месяцев. При этом 15% детей умирали в периоде новорожденности;
- Новорожденные в 2 раза чаще умирают на дому, нежели в стационаре. Возможно, это связано с недооценкой степени тяжести состояния новорожденного перед выпиской из роддома, а также, плохой преемственностью между роддомами и ЦСМ, а также внутри ГСВ и ФАПами;
- 16,7% умерших детей имели низкий вес при рождении;
- При выписке из роддома, у 10,9% умерших детей имелись ВПР и др. заболевания, а также осложнения при родах со стороны ребенка в виде асфиксии.

Наблюдение за ребенком в ЦСМ/ГСВ/ФАП

- Количество посещений матерей ГСВ/ФАП за последние 6 месяцев жизни ребенка составил 4 раза;
- 38.1% умерших детей были оценены медицинскими работниками на наличие опасных признаков болезни согласно рекомендаций программы ИВБДВ. Но при этом правильно классифицированы были состояния примерно четвертой части умерших детей;
- Медицинским работником у 10% умерших детей была недооценена тяжесть состояния, вследствие этого ребенок вовремя не был направлен на стационарное лечение;
- Опрос матерей о причине не вызова кареты скорой помощи показал, что в 85,7% случаев служба скорой и неотложной медицинской помощи в проживаемом селе отсутствовала;
- При разговоре с родными исследуемой группы выяснилось, что родные укладывали ребенка в бешик в 71,6% случаев. При этом, около 15% случаев смерти детей на дому наступили именно во время нахождения ребенка в бешике.;
- Большинство матерей поздно обращались в ЛПО по поводу болезни ребенка, что указывает на низкую информированность матерей по опасным признакам болезни. Дети в стационар поступали в



тяжелом состоянии в поздних стадиях заболевания с развитием осложнений.

Обстоятельства смерти детей

- Опрос матерей показал, что в 33,3% случаях смерть детей в возрасте до 1 года случилась внезапно, во время сна;
- Внезапная смерть детей в 90% случаев происходила за счет механической асфиксии. В 10% случаев констатирован синдром внезапной смерти;
- Большинство смертей детей в возрасте до 1 года на дому с диагнозом: внезапная смерть и механическая асфиксия случались во время сна ребенка в бешике;
- В случаях смерти детей до 1 года на дому, медицинским работником без уточнения причины смерти выставлялся диагноз: механическая асфиксия или внезапная смерть. Но при детальном опросе, матери отмечали у ребенка некоторые общие симптомы болезни, которые возможно и привели к смерти;
- У 10% умерших детей, медицинскими работниками первичного звена были недооценены тяжесть состояния ребенка, вследствие чего ребенок вовремя не был направлен на стационарное лечение;
- 11,5% матерей при болезни детей вообще не обращались к медицинским работникам, а к народным целителям (молдо, знахарям).

Медицинские услуги, оказанные на стационарном уровне

- 10,6% умерших детей были осмотрены МР приемного отделения позже 6 часов после поступления;
- 1/3 детей с ОКИ с тяжелым обезвоживанием и 40% детей с ОРВИ и пневмонией первоначально находились в инфекционном и детском отделениях более 6 часов и не получали должной неотложной терапии и наблюдения и переводились в ОРИТ в крайне тяжелых состояниях;
- В среднем, умершие дети в отделении реанимации находились около 8 часов;
- Полученные данные позволяют сделать вывод, что дети умирают от острых инфекций, трагических последствий, которых можно было бы избежать, хотя у 1/3 умерших детей имелся сопутствующий фон (ВПС).

Лабораторное обследование умерших детей в первые 24 часа после госпитализации

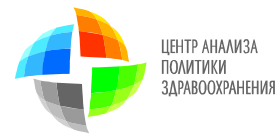
- У 85,7% умерших детей был проведен общий анализ крови, тогда как биохимические тесты назначались лишь в 75,6% случаев;
- Всего лишь у 22,2% умерших детей были определены группа крови и резус-фактор;
- У большинства умерших детей в медицинской документации отсутствуют интерпретации лабораторных данных.

Лечение детей умерших в первые 24 часа после госпитализации

- Тактика ведения болезней не соответствовала клиническим протоколам;
- Практически все дети поступали в стационар в очень тяжелом состоянии в поздних стадиях заболевания с развитием осложнений (нейротоксикоз, ДВС-синдром, тяжелое обезвоживание и др.);
- В 60% случаев не проводился должный расчет вводимой инфузионной жидкости и надлежащий мониторинг за вводимой жидкостью, раствор Рингера необоснованно заменялся на коллоидные растворы, способствовавшие развитию сосудистой гиперволемии с развитием сердечно-сосудистой недостаточности;
- В 40% случаев, детям с пневмонией, несмотря на тяжелое состояние, назначался только 1 антибиотик;
- В 100% случаев отмечалось необоснованное назначение мочегонных препаратов и сердечных гликозидов, что могло усиливать имеющееся нарушение гемодинамики, электролитные расстройства и токсично воздействовать на работу миокарда при нарушениях кислотно-щелочного равновесия;
- В 37% случаев детям назначались до 5-6 препаратов одновременно, а в 20% - более 7-8 препаратов (мочегонные, сердечные гликозиды, коллоидные растворы, витамины, препараты кальция, магния и др.);
- Только 56% детей в терминальной стадии переводились на ИВЛ.

Патологоанатомическое вскрытие умерших детей

- Практически все патологоанатомические диагнозы совпадали с клиническими диагнозами;
- Патологоанатомическое вскрытие умерших детей проведено лишь в 23,8% случаев;
- В медицинской документации умерших детей посмертные эпикризы оформляются не



полностью, они малоинформативны по изучению обстоятельств и причин смерти;

- В 30% случаев в карте развития ребенка (форма 112/у) отсутствуют посмертные эпикризы, что наталкивает на мысль о некачественном разборе смертности данных умерших детей на местах.

IV. Рекомендации

На уровне сообществ

- Улучшить работу на уровне сообществ по распознаванию опасных признаков болезни и уходу за больным ребенком;
- Ознакомление населения на местах с ПГГ, законами ЖК и постановлениями и приказами МЗ КР о здоровье граждан;
- Вести разъяснительную работу: школа родителей, школа молодых матерей, здоровый образ жизни и др.

На уровне оказания первичной медицинской помощи

- Продолжение обучения МР программам, имеющим доказательную основу включая медицинских сестер;
- Улучшение работы по ведению медицинской документации.

На уровне оказания стационарной помощи, включая неотложную

- Разработка клинических протоколов по всем нозологиям, включая неотложную помощь детям;
- Улучшить систему перенаправления тяжело больных детей как внутри стационара, так и на другой уровень оказания медицинской помощи.

На уровне политики, руководства и менеджмента в секторе здравоохранения

- Улучшение системы регистрации умерших детей;
- Улучшить преемственность организаций ПМСП с ТБ и родильными отделениями;
- Разработка клинических протоколов по всем нозологиям, включая неотложную помощь детям;
- Улучшение доступа населения к услугам аптечной сети и услугам скорой медицинской помощи;
- Обеспечить детские стационары и отделения неотложной помощи необходимым оборудованием.

На уровне Правительства

- Обеспечение населения чистой водой;
- Улучшение состояния дорог.