



Ассоциация
больниц КР



ЦЕНТР АНАЛИЗА
ПОЛИТИКИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Документ исследования политики № 63

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

**Ибраимов Айбек
Нажимидинова Гульмира
Боронбаева Эльнура
Шукурова Венера**

Бишкек - 2009

Выражение признательности

Инициаторами проведения данного исследования выступили: ЮНИСЕФ, ВОЗ, Национальный центр охраны материнства и детства, Общественный фонд «Центр анализа политики здравоохранения», Ассоциация больниц и Ассоциация групп семейного врача.

Разработка дизайна, методологических приемов и подходов исследования, подготовительные, полевые исследования, включая проведение предварительного тестирования инструментов, статистическую обработку полученного материала и его анализ были проведены совместно советником по вопросам политики здравоохранения европейского бюро ВОЗ Мелиттой Якаб, сотрудниками общественного фонда «центр анализа политики здравоохранения», со специалистом питания и здоровья детей ЮНИСЕФ, профессором Иманалиевой Чолпон.

Благодарим руководителей областных и районных организаций здравоохранения за большую поддержку и предоставление необходимой медицинской документации в проведении исследования.

Выражаем благодарность представительству ЮНИСЕФ в Румынии за оказание методической помощи, ЮНИСЕФ в Кыргызстане и Европейское бюро ВОЗ за техническую и финансовую поддержку в проведении данного исследования.

СОКРАЩЕНИЯ

МЗ КР	Министерство здравоохранения Кыргызской Республики
РМИЦ	Республиканский медико-информационный центр
КГМИП и ПК	Кыргызский государственный медицинский институт подготовки и переподготовки кадров
АБР	Азиатский банк развития
ВБ	Всемирный Банк
ЮНИСЕФ	Детский фонд ООН
ЮСАИД	Агентство по международному развитию США
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ЛПО	Лечебно-профилактическая организация
ОМС	Обязательное медицинское страхование
ТБ	Территориальная больница
ЦОВП	Центр общей врачебной практики
ЦСМ	Центр семейной медицины
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
РЦ	Республиканский Центр
ГСВ	Группа семейных врачей
ИВБДВ	Интегрированное ведение болезней детского возраста
БЦЖ	Противотуберкулезная вакцина Кальметта Герена
ДОП	Дополнительный пакет Фонда обязательного медицинского страхования
ФАП	Фельдшерско-акушерский пункт
МР	Медицинский работник
СВ	Супервайзер
ИГВ	Исключительно грудное вскармливание
ВПр	Врожденные пороки развития
ВПС	Врожденный порок сердца
ОПО	Общие признаки опасности
ОРС	Оральное регидратационное средство
ЦРТ	Цели развития тысячелетия
ЗАГС	Запись акта гражданского состояния
МС	Младенческая смертность
МИКИ	Мульти-индикаторное кластерное исследование

СОДЕРЖАНИЕ

РЕЗЮМЕ	5
.....	
I. ВВЕДЕНИЕ	12
.	
II. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ	15
III. МЕТОДОЛОГИЯ	15
IV. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	18
4.1. ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ	18
4.2. ХАРАКТЕРИСТИКИ СООБЩЕСТВ, В КОТОРЫХ ПРОЖИВАЛИ УМЕРШИЕ ДЕТИ	19
4.2.1. Инфраструктура населенного пункта.	19
4.2.2. Доступность медицинских услуг на уровне первичного звена здравоохранения	21
.....	
4.3. ХАРАКТЕРИСТИКИ СЕМЕЙ, В КОТОРЫХ УМЕРЛИ ДЕТИ	21
4.3.1. Численность семьи	21
.....	
4.3.2. Социально-экономический статус семьи.....	22
4.3.3. Условия проживания	24
.....	
4.3.4. Доход семьи	24
.....	
4.4. ХАРАКТЕРИСТИКА РОДИТЕЛЕЙ	25
4.4.1. Возраст матерей.....	25
4.4.2. Занятость родителей.....	26
4.4.3. Образование родителей.....	27

4.5. ФАКТОРЫ РИСКА СО СТОРОНЫ РОДИТЕЛЕЙ.....	27
4.5.1. Возраст и первая беременность.....	27
4.5.2. вредные привычки отцов.....	28
4.6. АНТЕНАТАЛЬНЫЕ ПОСЕЩЕНИЯ ЛПО.....	29
4.6.1. Исход беременностей.....	30
4.7. ФАКТОРЫ РИСКА СО СТОРОНЫ РЕБЕНКА.....	32
4.7.1. Возраст детей в момент смерти.....	32
4.7.2. Пол детей.....	33
4.7.3. Вес при рождении.....	34
4.7.4. Состояние здоровья новорожденных.....	34
4.8. НАБЛЮДЕНИЕ ЗА РЕБЕНКОМ В ЦСМ/ГСВ/ФАП.....	35
4.8.1. Первичный осмотр умерших детей по поводу болезни.....	38
4.9. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА СМЕРТИ ДЕТЕЙ.....	39
4.9.1. Внезапная смерть без признаков заболевания.....	40
4.9.2. Смерть в результате слишком быстрого течения заболевания.....	41
4.9.3. Смерть в результате несчастных случаев.....	42
4.10. МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ, ОКАЗАННЫЕ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ.....	45

4.10.1. Первичный осмотр ребенка МР приемного отделения.....	45
4.10.2. Диагнозы, умерших детей в первые 24 часа после госпитализации.....	46
4.10.3. Лабораторное обследование.....	47
4.10.4. Лечение детей умерших в первые 24 часа после госпитализации.....	48
4.10.5. Патолоанатомическое вскрытие умерших детей.....	51
V. ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ	53
Список использованной литературы	56

РЕЗЮМЕ

При проведении исследования учитывался опыт других стран в изучении данного вопроса. В частности, румынского исследования: «Socio-medical causes of death children under 5 years who died at home and at the first 24 hours after hospitalization». Final report. UNICEF. Bucharest 2005.

Районы, входящие в исследование были выбраны с учетом уровня смертности детей в возрасте до 2 лет на дому и в первые 24 часа после госпитализации в стационарах с наиболее высокими показателями (основная группа) и с относительно благополучной ситуацией по смертности (контрольная группа), а также с учетом географического расположения районов.

В исследование вошли все умершие дети на дому и в первые 24 часа после госпитализации с января 2007г по декабрь 2008г. в исследуемых районах. По возрастному признаку все умершие дети были разделены на две категории: до 1 года и с 1 года до 2 лет. Обследованию были подвержены 105 детей в возрасте до 2-х лет, умершие на дому и в первые 24 часа после госпитализации.

Сравнительный анализ данных показал, что большинство детей в возрасте до 1 года из контрольной группы умирали на дому, тогда как в основной группе большая смертность у детей до 1 года отмечалась в первые 24 часа после госпитализации.

Примерно одинаковое количество детей обеих групп в возрасте от 1 года до 2 лет умирают дома. Смертность детей в возрасте от 1 года до 2 лет умерших в первые 24 часа после госпитализации отмечались лишь в основной группе.

Характеристика сообществ, в которых проживали умершие дети

Характеристики сообществ, в которых проживали умершие дети, были сформулированы на основе опроса матерей относительно инфраструктуры населенного пункта, средствах связи, а также возможности доступа к услугам медицинской помощи.

При сравнительном анализе данных было выявлено:

- большинство матерей обеих групп до ближайшей ГСВ/ФАП и больницы могли пройти менее чем за 30 минут и 1/3 матерей до 1 часа, при этом 1/6 часть матерей основной группы добиралась до больницы от 1 до 3-х часов;
- 80% дорог до ГСВ/ФАП в основной группе - грунтовые, тогда как в контрольной группе асфальтированы 52,4%. Асфальтированные дороги до больницы в контрольной группе составляют 95,2%, что сокращает время прибытия матерей с ребенком в больницу, тогда как 62,4% дорог в основной группе – грунтовые;
- воспользоваться услугами скорой помощи, в 5 раз больше имели возможность матери контрольной группы, нежели основной;
- 77.6% матерей основной группы имели мобильные телефоны, а в контрольной у 47.6% матерей были стационарные телефоны, которые являются более надежными;
- большинство семей обеих групп имели доступ к услугам медицинской помощи, а к аптечной сети преимущество доступа имели семьи из контрольной группы.

Характеристика семей, в которых умерли дети

В характеристиках семей, в которых умерли дети, описывается информация о численности семьи, ее социально-экономический статус, доступность к питьевой воде.

Данное исследование по данному разделу показало:

- 45,2% смертных случаев на дому у детей в возрасте до 1 года отмечались в семьях с численностью до 3-х человек, следовательно, чаще умирает, первый или второй ребенок, что вероятно, 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 4-6 человек, что возможно объясняется наличием других маленьких детей и отсутствием времени и внимания со стороны матери;
- сравниваемые группы имеют примерно одинаковый социально - экономический статус домохозяйств;
- примерно половина семей из основной группы употребляют артычную воду, что повышает риск развития кишечных инфекций.

Характеристика родителей

В данном разделе содержится информация о родителях: возраст, род занятий, образование, их заболевания и вредные привычки.

В целом, средний возраст матерей в основной и контрольных группах был 25-29 лет и:

- большинство матерей в сравниваемых группах во время опроса были безработными. 1/4 часть отцов основной группы занимались мелким предпринимательством (продажей риса, овощей и ягод), а 1/3 часть отцов контрольной группы занимались фермерством. В то же время примерно одинаковое количество отцов (1/3) не имело работы;
- большинство матерей основной и отцов контрольной группы имели оконченное среднее образование, тогда как высшее образование больше имели родители контрольной группы;
- примерно половина матерей обеих групп были в возрасте до 20 лет, когда наступила первая беременность. Около 5% матерей основной группы были в возрасте 30-34 года, на момент наступления первой беременности, что является фактором риска как для ребенка, так и для матери;
- почечные заболевания больше имели матери основной группы. Примерно, одинаковое количество матерей обеих групп страдали анемией, при этом в контрольной группе у матерей больше отмечались гепатиты и психоневрологические заболевания;
- большинство отцов обеих групп злоупотребляли курением. В то же время в контрольной группе алкоголь употребляли в 1,5 раза больше чем в основной группе.

Аntenатальные посещения ЛПО

Предродовые посещения и своевременное выполнение рекомендаций МР, благотворно влияют на здоровье новорожденных и детей.

Анализ данных показал, что:

- 91,5% матерей во время беременности состояли на учете у семейного врача/фельдшера. Основная часть матерей контрольной группы встала на учет до 12 недель беременности. Примерно, третья часть матерей обеих групп - в сроке с 12 до 20 недель. В то же время, 13,6% беременных основной группы встали на учет в сроке позже 21 недель беременности;
- 20% детей из контрольной группы родились недоношенными, что могло стать фактором риска и повлиять на течение болезни;
- лишь 12,7% матерей во время беременности в сроке до 12 недель из основной и 26,7% из контрольной группы принимали фолиевую кислоту, что могло бы снизить случаи ВПР у детей;
- практически более 60% смертности детей в обеих сравниваемых группах отмечалось у детей от 1-3 беременности.

Факторы риска со стороны ребенка

Факторами риска со стороны ребенка являются ранний возраст ребенка, его низкий вес, а также осложнения в родах. Это подтверждается следующим:

- 60% детей до года в контрольной группе и 47,6% детей в основной группе умерли в возрасте от 3 до 9 месяцев. При этом, в контрольной группе 15% детей умирали в периоде новорожденности. В основной группе превалировала смертность детей в возрасте от года до полутора, что возможно связано с регистрацией детей, умерших в возрасте до 1 года, как умерших в возрасте от 1 года до 2 лет;
- 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;
- смертность детей в обеих сравниваемых группах преобладает среди мальчиков;
- низкий вес имели больше умершие дети основной группы;
- в контрольной группе четверть детей при выписке из роддома имели ВПР и др. заболевания, а также осложнения при родах со стороны ребенка в виде асфиксии.

Наблюдение за ребенком в ЦСМ/ГСВ/ФАП

Анализ медицинской документации на амбулаторном уровне и опрос матерей умерших детей показал:

- количество посещений матерей ГСВ/ФАП за последние 6 месяцев в основной группе составил 4 раза и 6 раз в контрольной группе;
- большинство визитов было сделано медицинской сестрой, которая в основном ограничивалась приглашением детей на прививку и проведением антропометрических измерений;
- 38,1% умерших детей основной и 20% контрольной группы были оценены медицинскими работниками согласно рекомендаций программы ИВБДВ, на наличие опасных признаков болезни, при этом правильно была классифицирована примерно четвертая часть умерших детей в обеих группах;

- практически все дети контрольной группы перед направлением в стационар получили первую дозу антибактериального препарата, и лишь третья часть детей основной группы;
- медицинским работником у 10% умерших детей основной группы недооценена тяжесть состояния, вследствие этого ребенок вовремя не был направлен на стационарное лечение;
- опрос матерей о причине не вызова кареты скорой помощи показал, что 76.9% основной и 85.7% контрольной группы ссылались на отсутствие службы скорой и неотложной медицинской помощи в проживаемом селе;
- 71.6% детей основной и 57.1 % контрольной группы спали в бешике. В основной группе около 15,6% случаев смертности детей на дому наступили именно во время нахождения 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

Матерей попросили описать обстоятельства, при которых умерли их дети дома или в первые 24 часа после госпитализации, что показало:

- внезапная смерть детей в 90% случаев происходила за счет механической асфиксии. В 10% случаев констатирован синдром внезапной смерти;
- опрос матерей показал, что в 33,3% случаях смерть детей в возрасте до 1 года основной группы и в 18,2% контрольной группы случилась внезапно, во время сна;
- в 30% случаев смерти детей до 1 года в медицинской документации, без уточнения причины смерти, медицинским работником выставляется диагноз: механическая асфиксия или внезапная смерть. Но при детальном опросе, матери отмечали у ребенка некоторые общие симптомы болезни, которые возможно и привели к смерти. Диагноз: Внезапная смерть или Механическая асфиксия вызывает все больше сомнений в том, что на местах детализируются причины и обстоятельства смерти и наталкивает на мысль что на уровне ЛПО не проводится качественный разбор смертности детей умерших на дому. Большинство смертей детей в возрасте до 1 года на дому с диагнозом: Внезапная смерть и Механическая асфиксия случались во время сна ребенка в бешике;
- около половины детей контрольной и 1/3 детей основной группы умерли от быстрого течения болезни (в течение суток);
- ВПР, наследственные болезни, и несчастные случаи чаще встречались у умерших детей в возрасте от 1 года до 2 лет в контрольной группе;
- у 10% умерших детей основной группы, медицинскими работниками были недооценены тяжесть состояния ребенка, вследствие чего ребенок вовремя не был направлен на стационарное лечение;
- 11,5% матерей основной группы при болезни детей обращались не к медицинским работникам, а к народным целителям (молдо, знахарям).

Медицинские услуги, оказанные на стационарном уровне

Оценка медицинских услуг на стационарном уровне проводилось путем осмотра медицинских документов умерших детей. Очень важно для сохранения

здоровья ребенка оказание неотложной, своевременной и квалифицированной медицинской помощи во всех звеньях здравоохранения.

Анализ медицинских документаций на уровне стационара показал, что

- 10,6% умершие дети основной группы были осмотрены МР приемного отделения позже 6 часов после поступления;
- 1/3 детей основной группы с ОКИ с тяжелым обезвоживанием и 40% детей с ОРИ 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 основной группы и 10 часов контрольной группы;
- более 40% детей основной группы умерли от острой диареи с обезвоживанием, и более 50% детей контрольной группы умерли от ОРИ и пневмонии;
- полученные данные позволяют сделать вывод, что дети умирают от острых инфекций, трагических последствий которых можно было бы избежать, хотя у 1/3 умерших детей контрольной группы имелись сопутствующий фон (ВПС).

Лабораторное обследование умерших детей в первые 24 часа после госпитализации

- примерно одинаковому количеству умерших детей в обеих группах был проведен общий анализ крови, тогда как биохимические тесты назначались лишь 75,6% детей основной группы, и ни у одного больного контрольной группы;
- всего лишь у 22,2% умерших детей основной и 14,3% контрольной группы 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

Сравнительный анализ историй болезни умерших детей в обеих группах показал одинаковую тактику ведения болезней, которая не соответствовала клиническим протоколам. Возможно, это связано с отсутствием клинических протоколов на уровне стационара по многим нозологиям, а также наличием устаревших клинических протоколов. В связи с чем, описания лечения были проведены без деления умерших детей на основную и контрольную группы.

Практически все дети поступали в стационар в очень тяжелом состоянии в поздних стадиях заболевания с развитием осложнений, такие как нейротоксикоз. Проявлением которого было гипертермический и судорожные синдромы, ДВС-синдром и обезвоживание тяжелой степени.

Анализ медицинской документации умерших детей в первые 24 часа после госпитализации показал:

- в 60% случаев нет расчета вводимой инфузионной жидкости и надлежащего мониторинга за вводимой жидкостью, а также в 40% случаев, детям с пневмонией, несмотря на тяжелое состояние, назначался только 1 антибиотик;
- зуфиллин детям обеих групп применялся часто необоснованно, без точного расчета тяжести состояния. В 90% случаев он вводился в/в струйно, без

мониторинга, тогда как его рекомендуют вводить детям раннего возраста в\в капельно;

- в 100% случаев отмечалось необоснованное назначение мочегонного препарата – фуросемида и зачастую в большой дозировке, что могло усилить имеющееся нарушение гемодинамики и электролитные расстройства. Наряду с этим, широко и необоснованно назначается сердечный гликозид – дигоксин, который может токсично действовать на сердечную мышцу при имеющихся выраженных нарушениях кислотно-щелочного равновесия;
- являющееся основным лечебным вмешательством для сохранения жизни ребенка с диареей – регидратационная инфузионная терапия у всех детей проводилась без должного расчета вводимой жидкости и без какого-либо мониторинга во всех случаях;
- при диарее необходимый раствор Рингера капается в малых количествах только в начале регидратации и необоснованно заменяется на 5% и 10% растворы глюкозы и коллоидные растворы – реополиглюкин, полиглюкин и солевой раствор ацесоль. Инфузионная терапия коллоидными растворами при выраженном обезвоживании детей может способствовать развитию сосудистой гиперволемии с развитием сердечно-сосудистой недостаточности;
- в 37% случаев детям назначались до 5-6 препаратов одновременно, а в 20% - более 7-8 препаратов;
- только 56% детей в терминальной стадии переводились на ИВЛ;
- необоснованно назначались такие препараты как: мочегонные, сердечные гликозиды, коллоидные растворы, витамины, препараты кальция, магния и др.

Патологоанатомическое вскрытие умерших детей

Практически все патологоанатомические диагнозы совпадали с клиническими диагнозами. Возможно, это связано с недостаточными знаниями патологоанатомов на местах по педиатрии, а также возможно объясняется отсутствием лабораторий для проведения качественного гистопатологического и микробиологического исследования биоптатов умерших детей.

Анализ историй болезней умерших детей показал:

- патологоанатомическое вскрытие умерших детей проведено лишь в 23,8% контрольной и 4,2% основной группы;
- в медицинской документации умерших детей посмертные эпикризы оформляются не полностью, они малоинформативны по изучению обстоятельств и причины смерти;
- в 30% случаев в основной группе, в карте развития ребенка (форма 112/у) отсутствуют посмертные эпикризы, что наталкивает на мысль о некачественном разборе смертности данных умерших детей на местах.

I. ВВЕДЕНИЕ

Кыргызская Республика расположена в северо-восточной части Центральной Азии. Кыргызстан - горное государство, большую часть территории занимают горы. Население Кыргызской Республики на начало 2009г. составило 5 млн. 304 тыс. человек, постоянное население – 5 млн. 276 тыс. Население Кыргызстана в демографическом отношении молодое: в начале 2008г. 33% общей численности населения составили дети и подростки, 59,0% - лица трудоспособного возраста и 8,2 % - лица старше трудоспособного возраста. Более трети населения (34,7%) проживало в городах и около 2/3 (65,3%) - в селах. За последние годы наиболее стабильное развитие демографических процессов отмечалось в 2003-2006гг., что характеризовалось возрастающими темпами прироста населения, когда снизился миграционный отток населения, и ежегодный темп прироста численности населения составлял 0,9-1,1%. В 2007г. отмечался более низкий прирост численности населения, что связано с ростом миграционного оттока населения из республики. В 2008г. численность населения страны увеличилась на 51,8 тыс. человек, или на 1%¹.

По данным Министерства здравоохранения КР в республике - 1627525 детей в возрасте до 14 лет, из них до года жизни 101344 и до 5 лет - 490001 детей.

Первичная медико-санитарная помощь населению оказываются 79 центрами семейной медицины, 12 центрами общеврачебной практики (ЦОВП), 678 группами семейных врачей (ГСВ), 21 самостоятельными юридическими ГСВ и 960 фельдшерско-акушерскими пунктами (ФАП).

Правительство Кыргызской республики и Министерство здравоохранения декларирует приверженность основным принципам Национальной программы реформ здравоохранения Кыргызской республики «Манас таалими» на 2006-2010 годы. Задачей №1 в разделе «Предоставление индивидуальных медицинских и общественных услуг здравоохранения в рамках приоритетных программ», определено достижение ЦРТ4 и ЦРТ5: «Снижение показателей материнской и детской смертности за счет увеличения охвата медицинскими услугами, имеющими доказательную основу» до 15 на 1000 живорожденных к 2015 г.

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 2004г. национальные критерии живорождения и, соответственно, младенческой смертности имели отличия от рекомендованных Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), что значительно занижало показатель в стране. В 2004г. 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 гг. (рис.1).

¹ РМИЦ 2008 г.

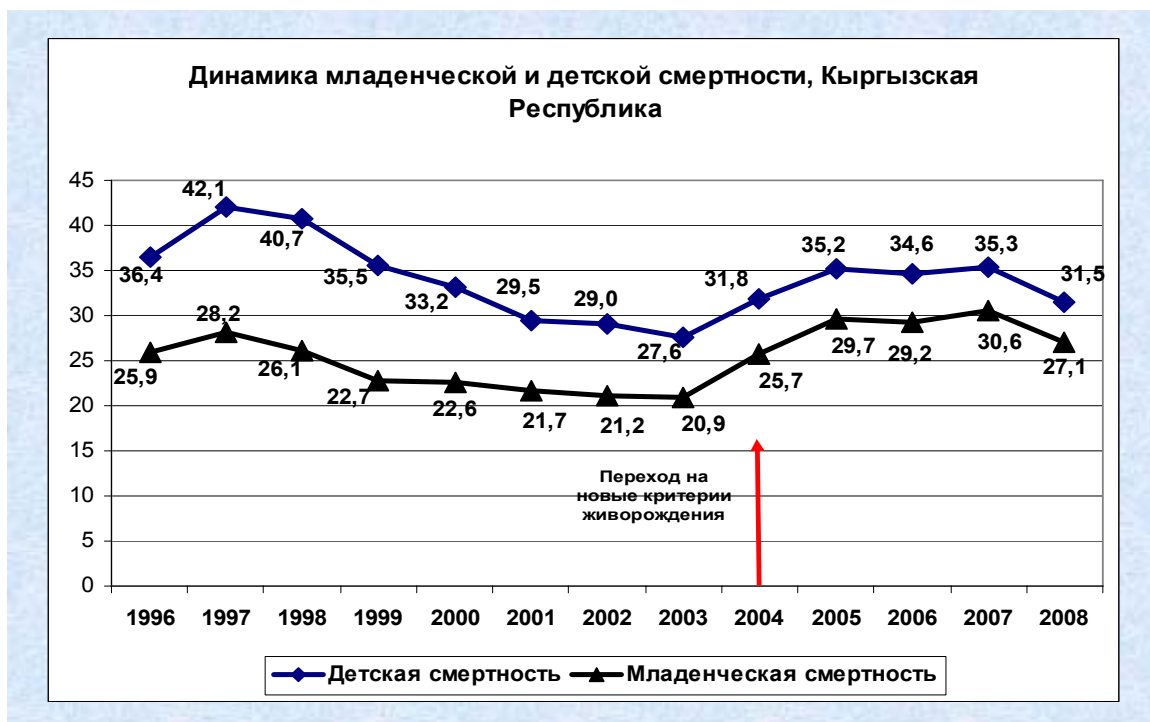


Рис. 1.

В структуре причин младенческой смертности основное место занимают заболевания и состояния, возникающие в перинатальном (послеродовом) периоде (2007г. – 60,0%; 2008г. – 63,5%), болезни органов дыхания (2007г. – 16,7%; 2008г. - 14,0%), врожденные аномалии (2007г. – 11,3%; 2008г. - 11,1%) и инфекционные и паразитарные болезни (2007г. – 6,8%; 2008г. - 5,8%), из которых три четверти - кишечные инфекции. Коэффициент детской смертности составил - 31,5 на 1000 живорожденных (2007г. – 35,3; -10,8%).

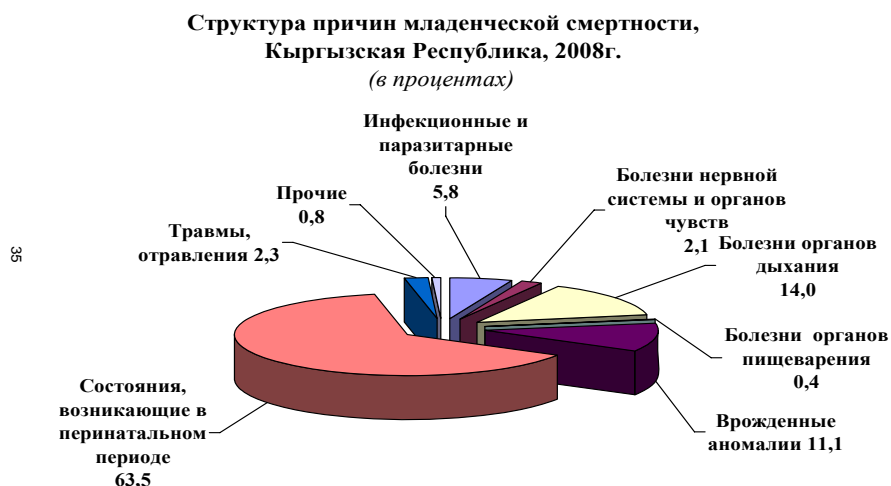


Рис. 2.

Настораживает высокий удельный вес умерших новорожденных с врожденными аномалиями, который имеет некоторую тенденцию к росту (2000г. - 8,9 % и 2008г. - 11,1%)². По данным МИКИ (2006г.) показатель младенческой

² РМИЦ, 2007 г.

смертности в сельской местности выше в 1,4 раза по сравнению с городской местностью.

Несмотря на сравнительное снижение смертности, по-прежнему на высоком уровне остается доля смертности детей на дому (рис. 3).

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

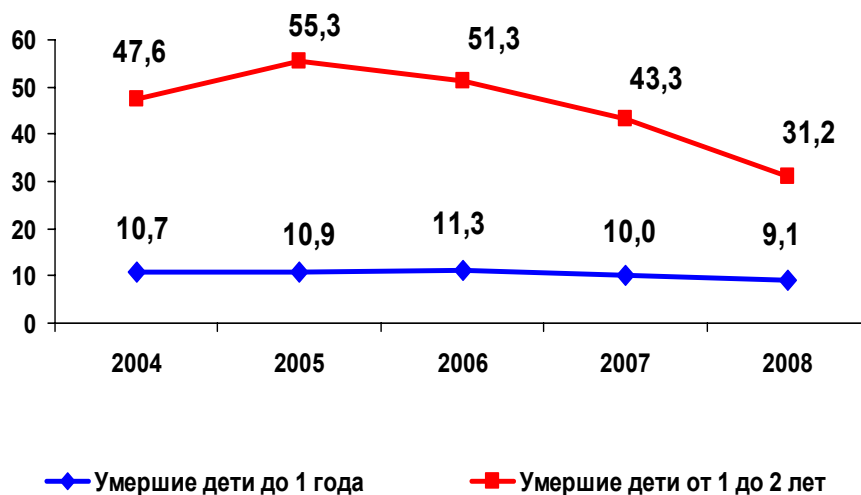
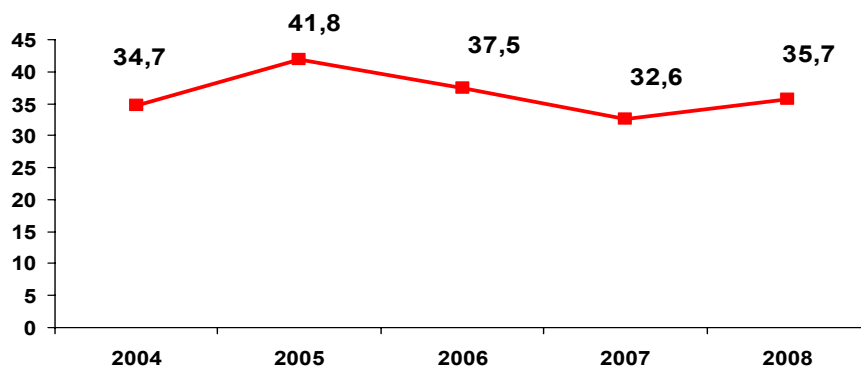


Рис. 3

Более 30% детей в возрасте до года умирают в течение 24 часов после госпитализации в стационар.

Рис. 4

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



Возможно, это связано с незнанием родителей опасных признаков болезни и поздним обращением за медицинской помощью,³ а также неквалифицированным оказанием неотложной медицинской помощи, как в стационаре, так и в ГСВ/ФАПе.

³ Справка об итогах деятельности организаций здравоохранения республики за 2007 год и задачах на 2008 год

Все вышеперечисленное определяет актуальность проведения данного исследования.

II. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ

Цель исследования:

Изучение социальных, медико-биологических факторов риска приведших к смерти детей в возрасте до 2-х лет на дому и в течение 24 часов после госпитализации с последующей разработкой рекомендаций по снижению смертности детей на дому и в стационаре.

Задачи исследования:

1. идентификация социальных и медико-биологических факторов риска смертности детей до 2-х лет;
2. оценка объема и качества оказанных медицинских услуг, умершим детям во время заболевания, приведшее к их смерти;
3. разработка рекомендаций по снижению смертности детей в возрасте до 2-х лет на дому и до суток в стационаре.

III. МЕТОДОЛОГИЯ

Основные этапы проведения исследования:

1. Адаптация всех инструментов исследования – рабочей группой был адаптирован инструмент (апрель-май 2009г.).
2. Проведение предварительного тестирования всех инструментов – тестирование было проведено с 17.06.2009 по 19.06.2009г. в близко расположенном к городу районе не вошедший в основной список исследуемых районов.
3. Обсуждение результатов предварительного тестирования, утверждение целей и задач исследования, критерий отбора районов, сроков проведения исследования и ответственных лиц с представителями МЗ КР (июль 2009г.).
4. Проведение исследования в выбранных районах страны (июль-август).
5. Ввод полученных результатов в базу данных для обработки (сентябрь).
6. Составление предварительного отчета и обсуждение (октябрь-ноябрь).
7. Подготовка заключительного отчета, презентация результатов и проведение круглого стола (ноябрь-декабрь).

Критерии отбора районов:

Для проведения исследования были выбраны 3 района исходя из следующих критериев:

1. Уровень смертности детей в возрасте до 2 лет на дому и до суток в стационаре (отобрано 2 района с наиболее высокими показателями (основная группа), 1 район с относительно благополучной ситуацией по смертности (контрольная группа) детей в возрасте до 2-х лет);
2. Географическое расположение (районы отобраны из северного и из южного регионов республики).

В исследование вошли все умершие дети на дому и в первые 24 часа после госпитализации с января 2007г по декабрь 2008г. в исследуемых районах. По возрастной категории все умершие дети были разделены на 2: до 1 года и с 1 года до 2 лет (см. табл.1)

Категории умерших детей до 2 лет вошедших в исследование

Группы	Возрастная группа	Место смерти
Основная	До 1 года	Дома
		Больница, первые 24 часа после госпитализации
	От 1 года до 2 лет	Дома
		Больница, первые 24 часа после госпитализации
Контрольная	До 1 года	Дома
		Больница, первые 24 часа после госпитализации
	От 1 года до 2 лет	Дома
		Больница, первые 24 часа после госпитализации

Все умершие дети, вошедшие в исследование, были разделены на 4 категории в зависимости от возраста и места смерти. Таким образом:

первая категория - дети в возрасте до 1 года, которые умерли на дому;

вторая категория - дети в возрасте до 1 года, умершие в первые 24 часа после госпитализации;

третья категория - дети в возрасте от 1 года до 2-х лет, умершие на дому;

четвертая категория - дети в возрасте от 1 года до 2-х лет, умершие в первые 24 часа после госпитализации.

Информация, предоставленная матерями умерших детей в возрасте до 2-х лет является конфиденциальной в связи, с чем наименования исследуемых районов не указаны.

Источники данных:

1. Интервью было проведено с матерями, дети которых умерли в период исследуемого времени – с 2007 по 2008 гг. Интервью с матерями проводили дома, при отсутствии матерей, интервьюировали дедушек и бабушек, отца умершего ребенка или другого члена семьи, который ухаживал за ребенком и кто был знаком с обстоятельствами, при которых умер ребенок.
2. Медицинские документы умерших детей были предоставлены администрацией ЦСМ и ТБ.

Механизмы исследования:

Исследование проведено на основе аналогичного исследования, проведенного в Румынии: «Socio-medical causes of death children under 5 years who died at home and at the first 24 hours after hospitalization». Final report. UNICEF. Bucharest 2005.

В исследовании было использовано 3 инструмента, из которых 1-й и 2-й был разработан рабочей группой, основу третьего инструмента составляет анкета румынского исследования, впоследствии адаптированная к региональным особенностям и системе здравоохранения нашей страны.

На всех умерших детей в возрасте до 2 лет на дому и в стационаре заполнялись все 3 инструмента.

I *инструмент* (приложение 1). При помощи первого инструмента, проводилась оценка оказания качественной медицинской помощи на уровне стационара, с использованием клинических протоколов (Клинический протокол для госпитального уровня здравоохранения. Часть 2. Бишкек 2005г.).

Аналізу были подвергнуты следующие документы умершего ребенка в течение 24 часов после госпитализации:

- а) история родов;
- б) история развития новорожденного;
- в) история болезни ребенка.

II *инструмент* (приложение 2). Посредством второго инструмента проводилась оценка качества оказанной медицинской помощи на амбулаторном уровне, при помощи клинических протоколов на уровне первичного звена здравоохранения (Программа ИВБДВ). Подвергнуты анализу следующие документы умершего ребенка на дому:

- а) амбулаторная карта наблюдения беременных;
- б) амбулаторная карта развития ребенка.

III *инструмент* (приложение 3). При помощи третьего инструмента были собраны данные о населенном пункте, о матери и семье ребенка, а также данные об умершем ребенке путем анкетирования родителей и осмотра состояния (социально-экономического и др.) семьи и их членов.

Сбор данных

Данные собирались 2 группами исследователей состоящие из 4-х исследователей. Все исследователи являлись тренерами программы ИВБДВ, членами рабочей группы по разработке клинических протоколов и руководств, имеющие практический опыт работы, как на амбулаторном, так и на стационарном уровнях.

В каждой группе первый исследователь работал с медицинской документацией стационарного уровня умерших детей в возрасте до 2-х лет в первые 24 часа после госпитализации (история родов; история развития новорожденного; история болезни ребенка).

Второй исследователь проводил оценку ведения медицинской документации амбулаторного уровня (амбулаторная карта наблюдения беременных; амбулаторная карта развития ребенка) умерших детей.

Третий и четвертый исследователи собирали данные о населенном пункте, о матери и семье ребенка, а также данные об умершем ребенке путем интервьюирования родителей и осмотра состояния (социально-экономического и др.) семьи и их членов.

Выезжающие в районы группы исследователей получили список детей, умерших дома и в первые 24 часа после госпитализации, и их адреса. Группы исследователей интервьюировали матерей умерших детей и собирали информацию из медицинских документаций умерших детей, которые хранились у координатора по детству ЦСМ и ТБ. Исследователи изучали медицинские записи,

такие как: ведение и качество наблюдения, правильность назначения лекарственных препаратов, своевременность и полнота визитов врача и медицинской сестры и профилактических прививок, а также записи о смерти, показания матерей о смерти их ребенка, лабораторные данные и результаты патологоанатомического вскрытия.

До начала сбора информации исследователи были ознакомлены с инструментами исследования и были обсуждены вопросы по развитию навыков проведения интервью и по ведению беседы с матерями умерших детей. Также были рассмотрены способы уверения матерей в том, что раскрытая ими информация будет конфиденциальной, также как и данные, взятые из медицинских карточек умерших детей. Члены групп по сбору могли подробно объяснить матерям цель интервью, подчеркивая тот факт, что целью интервью было определение причин, повлекшие за собой смерть ребенка, и оценка нужд предоставления услуг, а также предотвращение будущих смертей, а не в том, чтобы осудить их или критиковать чье-либо поведение. Перед интервьюированием матерей исследователи объясняли цель визита и брали согласие матерей.

Период сбора данных с 3 августа по 30 августа 2009 года.

Обработка данных и презентация

Данные обрабатывались на компьютере с использованием программного обеспечения для медицинской статистики и анализа SPSS.

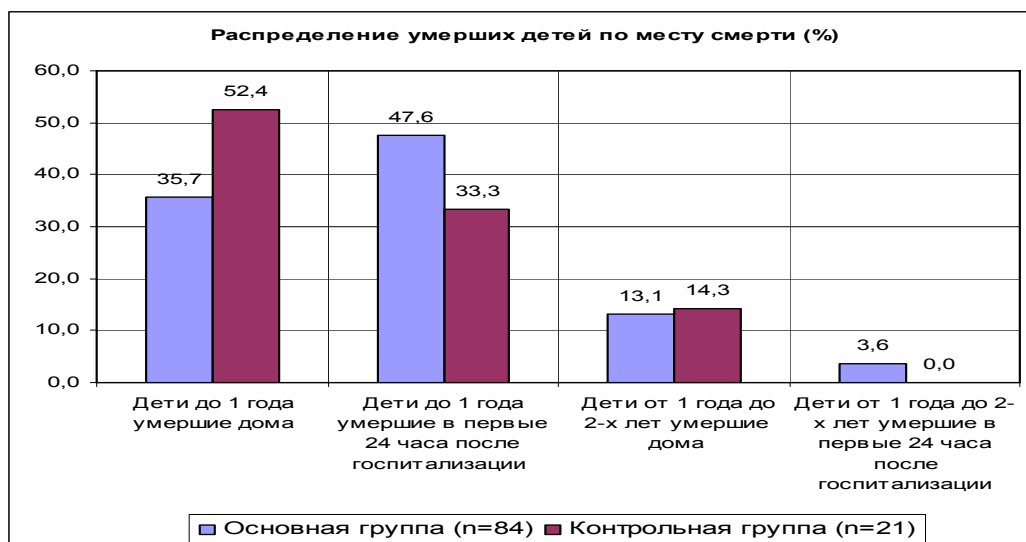
IV. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Глава 4.1. Общая информация

Обследованию были подвергнуты случаи смерти 108 детей в возрасте до 2-х лет, умерших на дому и в первые 24 часа после госпитализации. В процессе работы из исследования были исключены 3 умерших ребенка в первые 24 часа после госпитализации, так как данные дети умерли, находясь в стационаре больше суток. Несмотря на то, что в отчетах ЛПО они были включены в смертность детей в первые 24 часа после госпитализации.

Сравнительный анализ данных показал, что большинство детей в возрасте до 1 года из контрольной группы умирали на дому, тогда как в основной группе большая смертность у детей до 1 года отмечалась в первые 24 часа после госпитализации.

Примерно одинаковое количество детей обеих групп в возрасте от 1 года до 2 лет умирают дома. Смертность детей в возрасте от 1 года до 2 лет умерших в первые 24 часа после госпитализации отмечалась лишь в основной группе.



Как показано в табл. 2 в выборке исследования 7,5% смертей детей в возрасте до 2-х лет на дому и в первые 24 часа после госпитализации имели место в районных центрах и 92,5% в сельской местности.

Таблица 2

Административный статус населенных пунктов, в которых проживали семьи умерших детей

Тип местности	%
Районный центр	7,5
Село	92,5
Всего	100,0

Глава 4.2. Характеристики сообществ, в которых проживали умершие дети

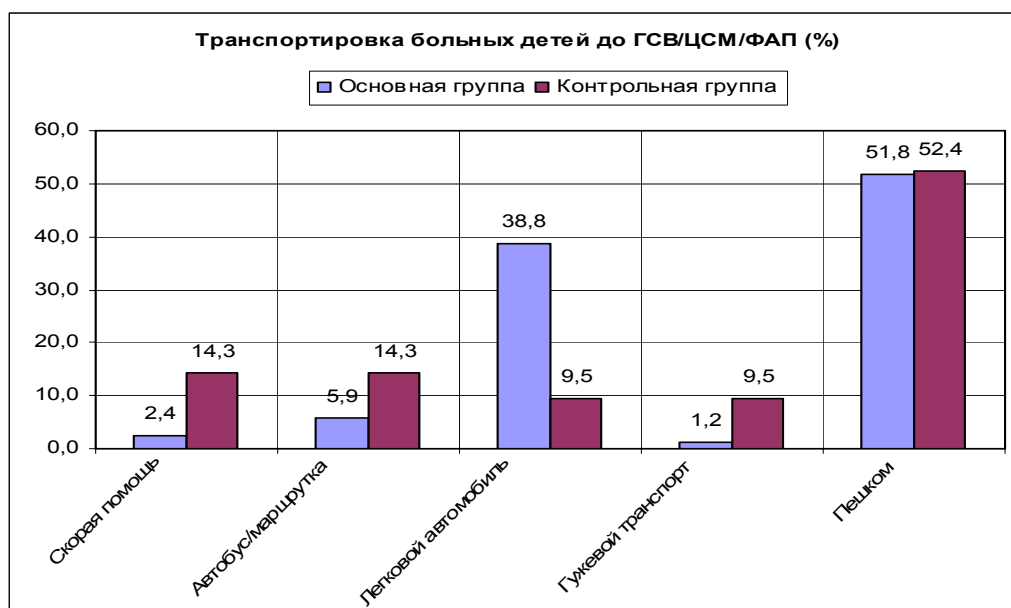
Характеристики сообществ, в которых проживали умершие дети, были собраны путем опроса матерей касательно инфраструктуры населенного пункта, средствах связи, а также возможности доступа к услугам медицинской помощи.

4.2.1. Инфраструктура населенного пункта

Более половины матерей обеих групп могут дойти до ближайшего ЦСМ/ГСВ/ФАП пешком и около 50% матерей добираются до стационара посредством легкового автомобиля.

Большой доступ к скорой помощи имели матери из контрольной группы (рис. 2).

Рис. 6



Сравнительный анализ состояния дорог до ЦСМ/ГСВ/ФАП показал, что 80% дорог в основной группе - грунтовые, тогда как в контрольной группе 52,4% - асфальтированные. Кроме того, в контрольной группе 95,2% матерей могли добраться до больницы по асфальтированной дороге, что сокращало время их прибытия (табл. 3).

Таблица 3

Типы дорог к ЦСМ/ГСВ/ФАП и больницу (%)

Тип дорог	Основная группа		Контрольная группа		Всего	
	ГСВ/ФАП	Больница	ГСВ/ФАП	Больница	ГСВ/ФАП	Больница
Шосейные асфальтированные дороги	17,6	35,3	52,4	95,2	24,5	47,2
Проселочные грунтовые дороги	80,0	62,4	47,6	4,8	73,6	50,9
Горные тропы	2,4	2,4	-	-	1,9	1,9
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

23,8% опрошенных матерей контрольной группы упомянули о наличии сезонных ограничений доступа к ближайшей ЛПО (снежные заторы, сход лавин), в то же время об этом отметили лишь 3,6% матерей из основной группы (табл. 4).

Таблица 4

Участки снежных заторов и схода лавин (%)

	Основная группа	Контрольная группа	Общее
Да	3,6	23,8	7,6
Нет	96,4	76,2	92,4
Всего	100,0	100,0	100,0

Для большинства матерей контрольной группы дорога до ближайшей ГСВ/ФАП и больницы занимает менее чем 30 минут.

Как показано в табл. 5 около половины опрошенных матерей основной группы также могут добраться до ближайшей больницы менее чем за 30 минут и 1/3 матерей затрачивает на это время до 1 часа и от 1 до 3-х часов – 15,3% матерей.

Таблица 5

Время, затраченное до ЦСМ/ГСВ/ФАП и больницу (%)

	Основная группа		Контрольная группа		Всего	
	ГСВ/ФАП	Больница	ГСВ/ФАП	Больница	ГСВ/ФАП	Больница
Менее 30 минут	78,8	49,4	90,5	61,9	81,1	51,9
От 30 минут до 1 часа	20,0	35,3	9,5	33,3	17,9	34,9
От 1 до 3 часов	1,2	15,3	-	4,8	9	13,2
Всего	100	100	100	100	100	100

77,6% матерей основной группы имели мобильные телефоны, а в контрольной половину составляли матери (47,6%) имеющие домашние телефоны, которые являются более надежными в отличие от сотовой связи, где зона покрытия, определяется наличием отдельных базовых станций, особенностями рельефа местности и стандарта сотовой связи (табл.6).

Таблица 6

Наличие телефонной связи (%)

	Основная группа	Контрольная группа	Всего
Стационарная	7,1	47,6	15,1
Мобильная	77,6	42,9	70,8
Общественные телефоны	4,7	4,8	4,7
Не знает/не отвечает	10,6	4,8	9,4
Всего	100	100	100

4.2.2. Доступность медицинских услуг ОЗ

52,9% респондентов основной группы и 42,9% контрольной группы имели доступ к медицинским услугам ЦСМ/ГСВ в проживаемом селе, 35,3% и 19% соответственно имели доступ к ФАПу (табл. 7).

Доступность к территориальной больнице отмечалась лишь у 9,4% основной группы и 33,3 % контрольной группы. Аптечные пункты в проживаемом селе 71,4% случаев имелись в контрольной и 41,1% в основной группе.

Таблица 7

Виды медицинских организаций в населенном пункте (%)

Типы медицинских организаций	Основная группа	Контрольная группа	Всего
ТБ	9.4	33.3	14.2
Роддом	-	4.8	0.9
ЦСМ/ГСВ	52.9	42.9	50.9
ФАП	35.3	19.0	32.1
Аптека	41.1	71.4	47.2
Другие	2.4	-	1.9
Всего	100.0	100.0	100.0

Таким образом:

- большинство матерей обеих групп до ближайшей ГСВ/ФАП и больницы могли пройти менее чем за 30 минут и 1/3 матерей до 1 часа, при этом 1/6 часть матерей основной группы добиралась до больницы от 1 до 3-х часов;

- воспользоваться услугами скорой помощи, в 5 раз больше имели возможность матери контрольной группы, чем основной;

- 77.6% матерей основной группы имели мобильные телефоны, а в контрольной у 47.6% матерей были стационарные телефоны, которые являются более надежными;

- большинство семей обеих групп имели доступ к услугам медицинской помощи, а к аптечной сети преимущество доступа имели семьи из контрольной группы.

Глава 4.3. Характеристика семей, в которых проживали умершие дети

В данной главе описывается информация о численности семьи, ее социально-экономический статус, доступность к питьевой воде.

4.3.1. Численность семьи

Около половины охваченных обследованием семей состоят из 4-6 членов (табл. 8).

Таблица 8

Численность семьи, не включая умершего ребенка (%)

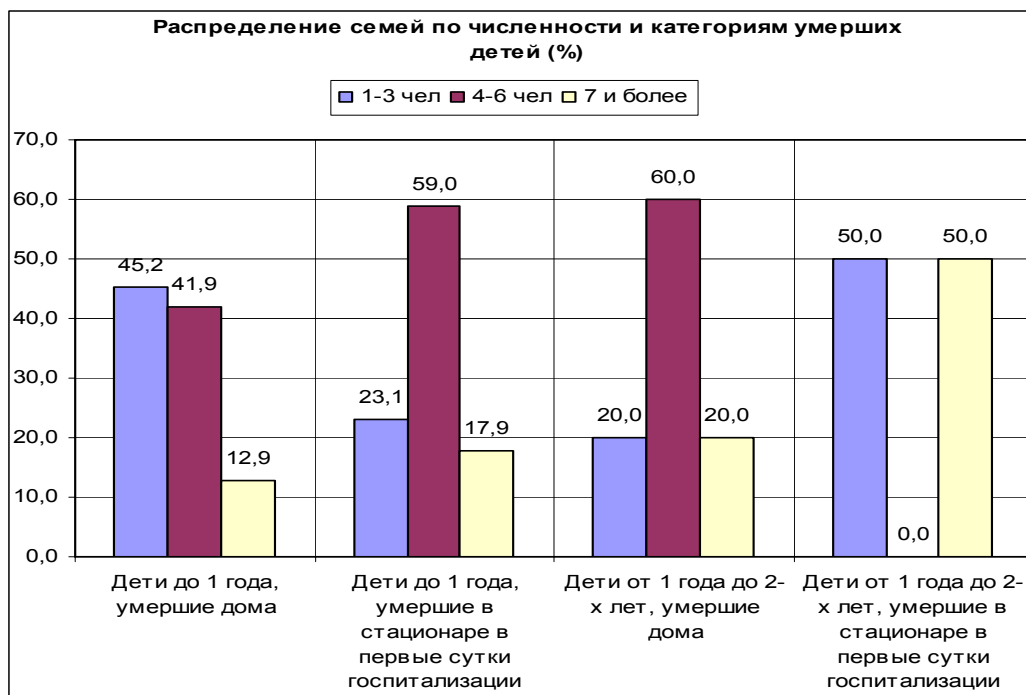
Количество человек	Основная группа	Контрольная группа	Всего
2-3 чел	16,5	19,0	17,0
4-6 чел	49,4	57,1	50,9
7 и более	34,1	23,8	32,1
Всего	100	100	100

45,2% смертных случаев детей в возрасте до 1 года на дому отмечались в семьях с численностью до 3-х человек. Следовательно, чаще умирает, первый или второй ребенок, смерть которого, по-видимому, связана с недостаточным знанием и уходом 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 4-6 человек, что возможно связано с

наличием других маленьких детей и отсутствием времени и внимания со стороны матери (рис.7).

Рис.7



4.3.2. Социально-экономический статус семьи

Для оценки социально-экономического состояния семьи, была собрана информация о предметах домашнего обихода, земельном наделе, средствах связи и транспорте.

Предметы длительного пользования и некоторые услуги, доступные для семей обеих групп, представлены в табл. 9.

Практически все домохозяйства имели телевизор и 80% семей, как в основной, так и в контрольной группе имели земельные наделы. Более половины семей контрольной группы имели возможность слушать радио и лишь 28,5% из основной группы. Домашний скот и сельхозтехнику обе группы имели в равном количестве. Около 90% матерей основной группы владели мобильным телефоном и лишь 61,9% – контрольной.

Таблица 9

Социально-экономический статус домохозяйств (%)

Товары	Основная группа	Контрольная группа	Общее
1.Машина	35,3	23,8	33,0
2.Велосипед	26,2	14,3	23,8
3.Мотоцикл	11,9	-	9,5
4.Телевизор	98,8	100,0	99,1
5.Радио	28,6	52,4	33,3
6.Музыкальный центр	14,3	19,1	15,2
7.Холодильник	28,6	33,3	29,5
8.Стационарный телефон	7,1	23,8	10,5
9.Мобильный телефон	89,3	61,9	83,8
10.Собственный дом/кв	68,2	85,7	71,7

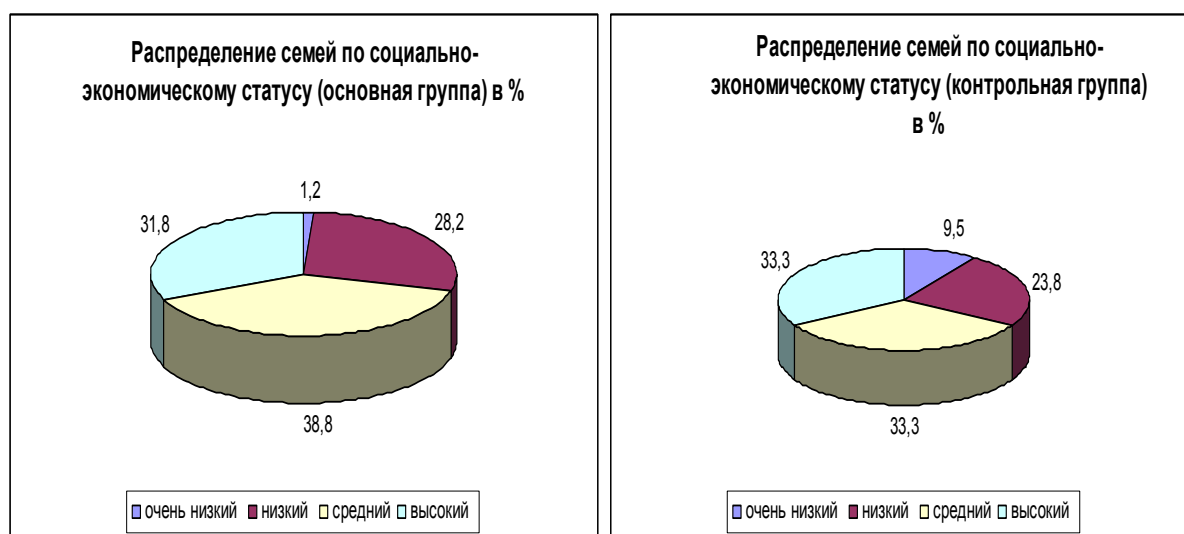
11.Земельный участок	80,0	80,9	80,2
12.Сельхозтехника	4,7	4,8	4,7
13.Домашние животные	74,1	76,2	74,5

Все предметы домохозяйств были суммированы для создания социально-экономического индикатора семей. Социально-экономический индикатор был разработан на основе установления равных очков (1 балл) при обладании каждым из следующих предметов домохозяйства: холодильник, радио, телевизор, компьютер, стационарная телефонная связь, мобильный телефон, сельхозтехнику. Очки, полученные каждой семьей, варьировались в интервале 0-10 баллов. Эти очки были необходимы для классификации семей по 4 уровням: очень низкий уровень при владении 0-1 предметом, низкий при владении 2-4 предметами, средний при владении 5-7 предметами и высокий - 8-10 предметов.

В целом, исходя из этих подсчетов, видно то, что 1.2% матерей основной группы и 9.5% контрольной группы занимают очень низкое социально-экономическое положение (они не имеют ничего из перечисленных предметов домохозяйства или имеют максимум 1), 28.2% и 23.8% соответственно занимают низкое социально-экономическое положение (обладая 2-4 предметами домохозяйства), 38.8% и 33.3% соответственно занимают среднее социально-экономическое положение (с 5-7 предметами домохозяйства). 31.8% семей основной и 33.3% контрольной группы занимают высокое социально-экономическое положение (с 8-10 предметами домохозяйства).

Как показано на рис. 8, сравниваемые группы имеют примерно одинаковый социально-экономический статус домохозяйств.

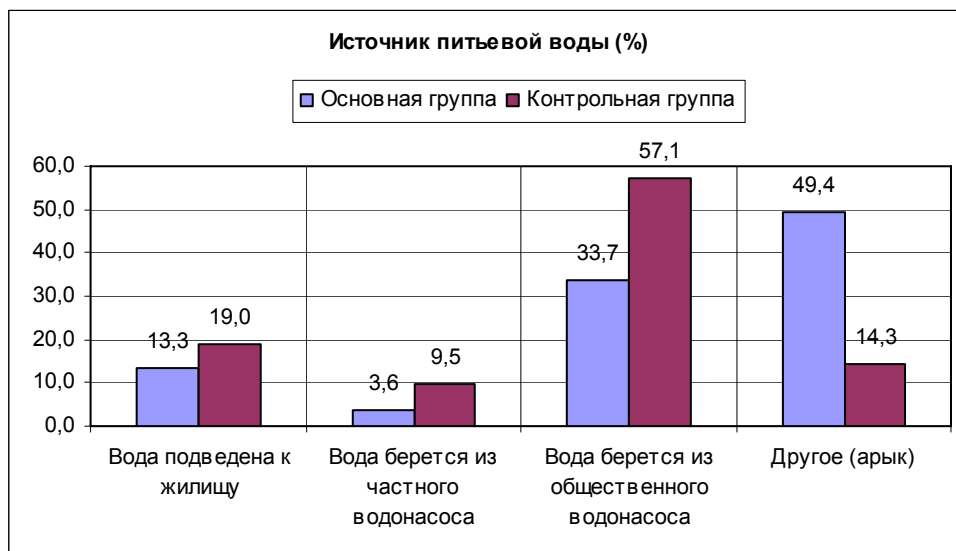
Рис. 8



4.3.3. Условия проживания исследованных семей

Примерно половина семей из основной группы употребляют привозную воду, а в летний период - артычную. Большинство семей контрольной группы употребляют воду из общественного водонасоса (рис. 9).

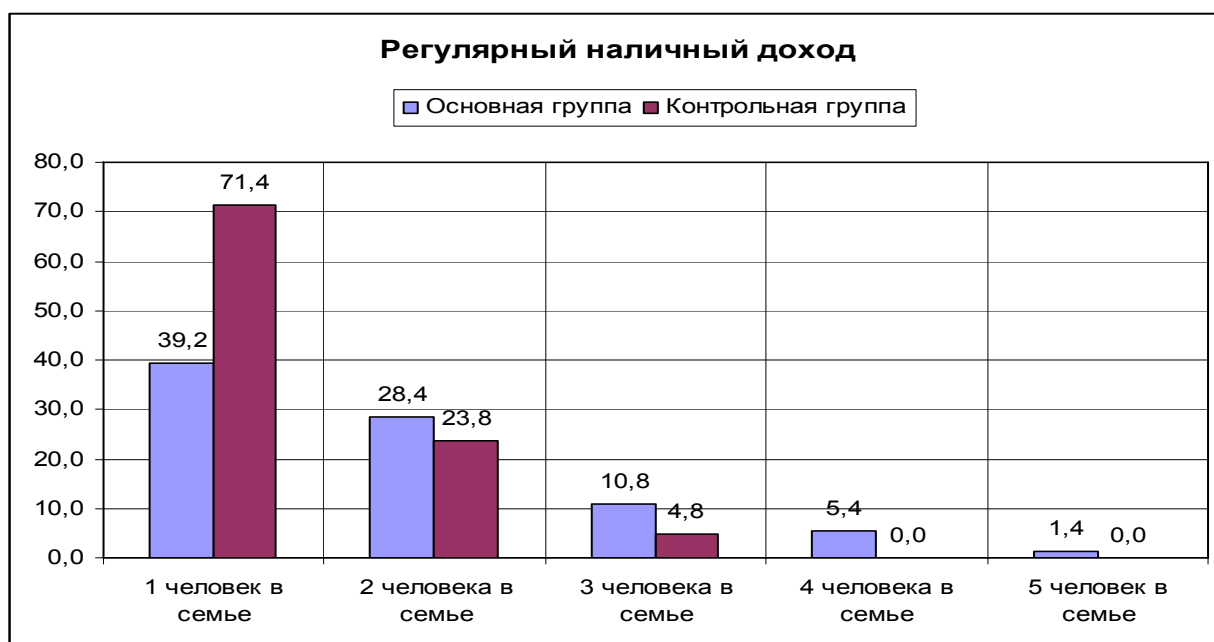
Рис. 9



4.3.4. Доход семьи

Рис. 10. представляет источники регулярного дохода по месту проживания. Примечателен тот факт, что только 1 человек в семье имел регулярный заработок в 40% случаев - основной группы и более 70% в контрольной группе. 28,4% и 23,8% имели регулярный заработок в семье из 2 человек соответственно.

Рис. 10



Получаемая сумма наличного дохода как в основной и контрольной группе была одинаковой (табл.10).

Сумма регулярного дохода семьи

	Основная Группа	Контрольная группа	Всего
Сколько членов семьи получают регулярно наличные деньги в течение 6 месяцев	1.57	1.33	1.52
Получаемая сумма	2436.34	2588.90	2471.16

Таким образом:

- 45,2% смертных случаев на дому у детей в возрасте до 1 года отмечались в семьях с численностью до 3-х человек, следовательно, чаще умирает, первый или второй ребенок. Вероятно, это связано с недостаточным знанием и уходом 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 4-6 человек, возможно, это объясняется наличием других маленьких детей и отсутствием времени и внимания со стороны матери;
- сравниваемые группы имеют примерно одинаковый социально-экономический статус домохозяйств;
- примерно половина семей из основной группы употребляют артычную воду.

Глава 4.4. Характеристика родителей

В данной главе содержится информация о родителях: возраст, род занятий и образование.

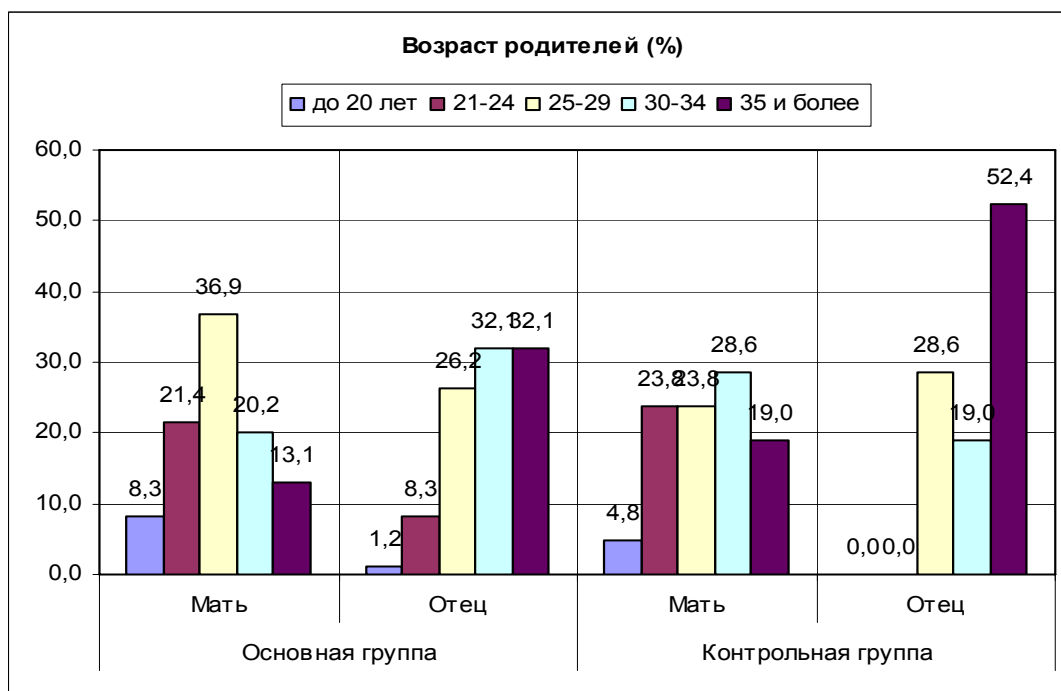
4.4.1. Возраст матерей

Возраст матерей представляет собой потенциальный фактор риска младенческой смертности. Матери, рожаящие детей до 18 и после 40 лет, дают самые высокие коэффициенты младенческой смертности.

Так, согласно рис. 11 - 8,3% и 4,8% в основной и контрольной группе составляли матери в возрасте до 20 лет, а 20,2% и 28,6% матерей были в возрасте 30-34.

В целом, средний возраст матерей в обеих группах составлял 25-29 лет при минимальном возрасте 16 лет и максимальном – 47 лет.

32,1% отцов были в возрасте старше 30 лет в основной группе и 52,4% отцов были старше 35 лет из контрольной группы.



4.4.2. Занятость родителей

Большинство матерей в сравниваемых группах во время опроса были безработными. 1/4 часть отцов основной группы занималась мелким предпринимательством (продажей риса, овощей и фруктов), тогда как 1/3 часть отцов контрольной группы занимались фермерством. В то же время примерно одинаковое количество отцов (1/3) не имели работы.

Таблица 11

Род занятий матери и отца (%)

Место работы	Основная группа		Контрольная группа		Всего	
	Мать	Отец	Мать	Отец	Мать	Отец
Сотрудник государственной организации	12,2	7,2	14,3	5,0	12,6	6,8
Частный предприниматель (с патентом)	2,4	4,8	-	10,0	2,0	5,9
Самозанятый без патента (торговец, ремесленник и др.)	3,7	26,5	9,5	5,0	4,9	22,3
Фермер (сельскохозяйственный работник)	6,1	16,9	4,8	30,0	5,7	19,3
Временно безработный/домохозяйка	70,7	36,1	71,4	40,0	70,9	36,9
Пенсионер	1,2	7,3	-	5,0	1,0	6,8
Служащий в силовых структурах	-	1,2	-	-	-	1,0
Другое	3,7		-	5,0	2,9	1,0
Всего	100	100	100	100	100	100

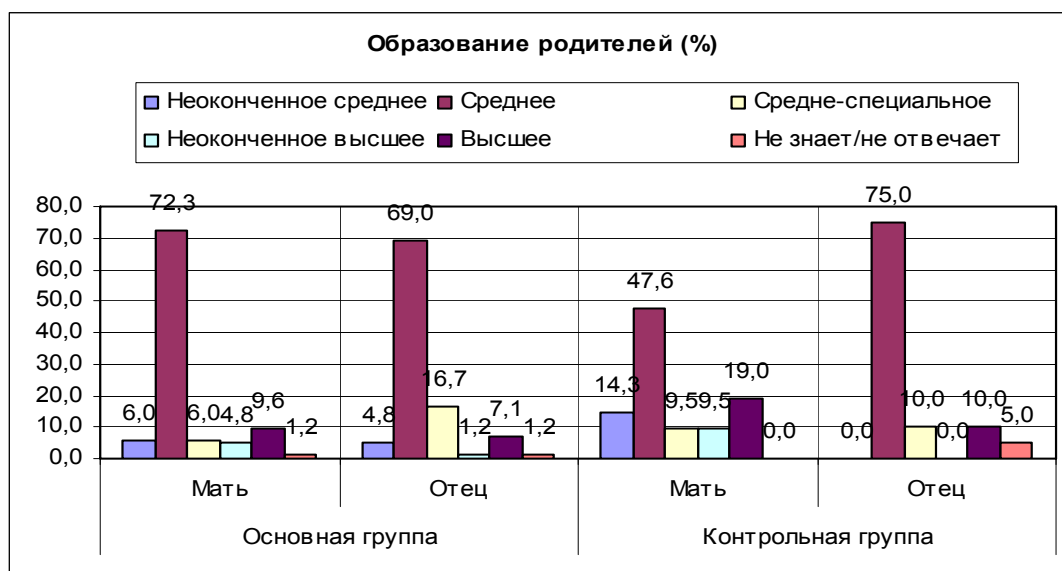
4.4.3. Образование родителей

Уровень образования родителей является одним из показателей, влияющим на здоровье и выживание ребёнка. Низкий уровень образования родителей является одним из факторов риска, который способствует смерти младенцев и смерти детей в раннем возрасте.

Как показано в рис. 12 большинство матерей обеих групп имели оконченное среднее (школьное) образование - 72,3% в основной и 47,6% в контрольной группе. Неоконченное среднее образование больше чем в 2 раза имели матери в контрольной группе, по отношению к основной (14,3% и 6,0% соответственно). Матери с высшим образованием составили - 9,6% основной и 19% - контрольной группы.

Около 70% отцов в обеих группах имели оконченное среднее образование, при этом средне-специальное имели 16,7% отцов основной и 10% контрольной группы. Неоконченное среднее образование имели лишь 4,8% отцов основной группы.

Рис 12



Таким образом:

- в целом, средний возраст матерей в обеих группах был 25-29 лет;
- большинство матерей в сравниваемых группах во время опроса были безработными. 1/4 часть отцов основной группы занимались мелким предпринимательством (продажей риса, овощей и ягод) и 1/3 часть отцов контрольной группы занимались фермерством. В то же время примерно одинаковое количество отцов (1/3) не имели работы;
- большинство матерей основной и отцов контрольной группы имели оконченное школьное образование, тогда как высшее образование больше имели родители контрольной группы.

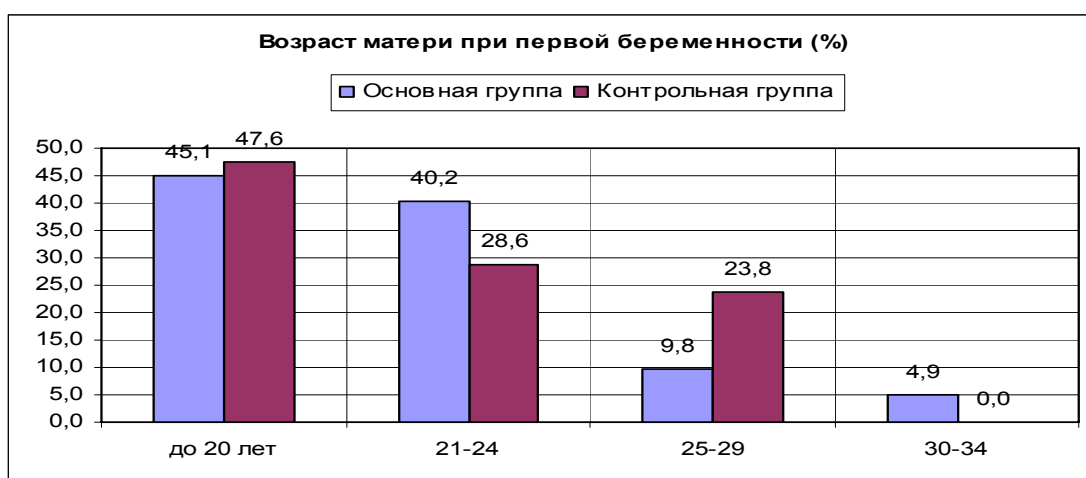
Глава 4.5. Факторы риска со стороны родителей

4.5.1. Возраст и первая беременность

Во всей выборке средний возраст матерей первой беременности составил 20,5 лет, при самом раннем возрасте беременности в 16 лет и позднем в 33 года (рис. 13).

Примерно половина матерей обеих групп была в возрасте до 20 лет и около 5% матерей основной группы в возрасте 30-34 года, когда наступила первая беременность, что является фактором риска как для ребенка, так и для матери. У более 40% матерей основной группы первая беременность наступила в возрасте 21-24 года, при этом у 1/3 матерей контрольной группы первая беременность была в возрасте от 21 до 29 лет.

Рис. 13



Около 50% матерей обеих групп, вошедших в обследование, были здоровы. Почечные заболевания наблюдались у 14,1% матерей основной группы и 9,5% контрольной, а также в контрольной группе у матерей чаще отмечались анемия (14,3%), гепатиты и психоневрологические заболевания (табл. 12). Однако, эти факты выяснялись со слов матери, поэтому нельзя полностью полагаться на эти данные.

Таблица 12

Состояние здоровья матери (%)

Состояние здоровья		Основная группа	Контрольная группа	Всего
1	Здорова	51,8	38	49
2	ГБ	4,7	4,7	4,7
3	Гепатит	2,4	4,7	1,9
4	Эндокринные заболевания	0	4,7	0,9
5	Почечные заболевания	14,1	9,5	13,2
6	Анемии	12,9	14,3	13,2
7	Заболевания легких	2,4	0	21,9
8	Психоневрологические болезни	4,8	9,5	5,7
9	Гинекологические болезни	4,8	0	3,8

10	ЛОР болезни	0	4,7	0,9
11	Кожные болезни	0	4,7	0,9
12	Бруцеллез	1,2	0	0,9

4.5.2. Вредные привычки отцов

Большинство отцов обеих групп злоупотребляли курением. В то же время в контрольной группе алкоголь употребляли в 1,5 раза чаще чем в основной группе (табл. 13).

Таблица 13

Вредные привычки (курение и употребление алкоголя) отцов (%)

Вредные привычки	Основная группа	Контрольная группа
Курение	54,1	66,7
Употребление алкоголя	37,6	66,7

Таким образом:

- примерно половина матерей обеих групп была в возрасте до 20 лет, и около 5% матерей основной группы - в возрасте 30-34 года, когда наступила первая беременность, что является фактором риска как для ребенка, так и для матери;

- почечные заболевания чаще встречались у матерей основной группы. Примерно одинаковое количество матерей обеих групп страдали анемией. Кроме того, у матерей контрольной группы больше отмечались гепатиты и психоневрологические заболевания; Однако, эти факты выяснялись со слов матери, поэтому нельзя полностью полагаться на эти данные.

- большинство отцов обеих групп злоупотребляли курением. В то же время в контрольной группе алкоголь употребляли в 1,5 раза больше чем в основной группе.

Глава 4.6. Антенатальные посещения ЛПО

Хорошо известны преимущества антенатальных посещений медицинских работников, заключающиеся в предотвращении младенческой смертности. Предродовые посещения и своевременное выполнение рекомендаций МР, благотворно влияют на здоровье как новорожденных, так и матерей.

91,5% матерей во время беременности состояли на учете у семейного врача/фельдшера, при этом около половины женщин обеих исследуемых групп встали на учет до 12-недельного срока беременности. В то же время, 13,6% беременных основной группы встали на учет при сроке беременности в 21-27 недель.

Таблица 14

Взятие на учет в ГСВ/ФАП (%)

Срок беременности	Основная группа	Контрольная группа	Общее
1 до 12 недель	48,5	61,1	51,2
2 12-20 недель	34,8	27,8	33,3
3 21-27 недель	13,6	5,6	11,9
4 28-36 недель	3,0	5,6	3,6
Всего	100,0	100,0	100,0

В обеих группах большинство матерей во время беременности посетили ГСВ/ФАП 5 и более раз. При этом, следует учесть тот факт, что некоторые матери с трудом вспоминали количество антенатальных посещений.

Таблица 15

Антенатальные посещения матерей ГСВ/ФАП (%)

	Кратность посещений	Основная группа	Контрольная группа	Общее
1	1-2 раза	15,9	11,1	14,8
2	2-5 раз	33,3	61,1	39,5
3	свыше 5 раз	49,2	27,8	44,4
4	ни разу	1,6	-	1,2
	Всего	100,0	100,0	100,0

4.6.1. Исход беременностей

Выкидыши отмечались у 1/4 части матерей контрольной группы, тогда как мертворождения были лишь у матерей основной группы (табл. 16).

Таблица 16

Исход беременностей (%)

		Основная группа	Контрольная группа	Общее
1	Выкидыши	14,5	25,0	16,3
2	Мертворожденные	5,7	-	4,5
3	Аборты	66,7	57,1	64,5

У большинства матерей обеих групп роды были самостоятельными, а также срочными.

Таблица 17

Роды (%)

Роды	Основная группа	Контрольная группа	Общее
Самостоятельные	96,4	90,0	95,2
Кесарево сечение	3,6	10,0	4,8
Всего	100,0	100,0	100,0

20% детей из контрольной группы родились недоношенными, что могло стать фактором риска и повлиять на течение болезни (табл. 18).

Таблица 18

Исход родов (%)

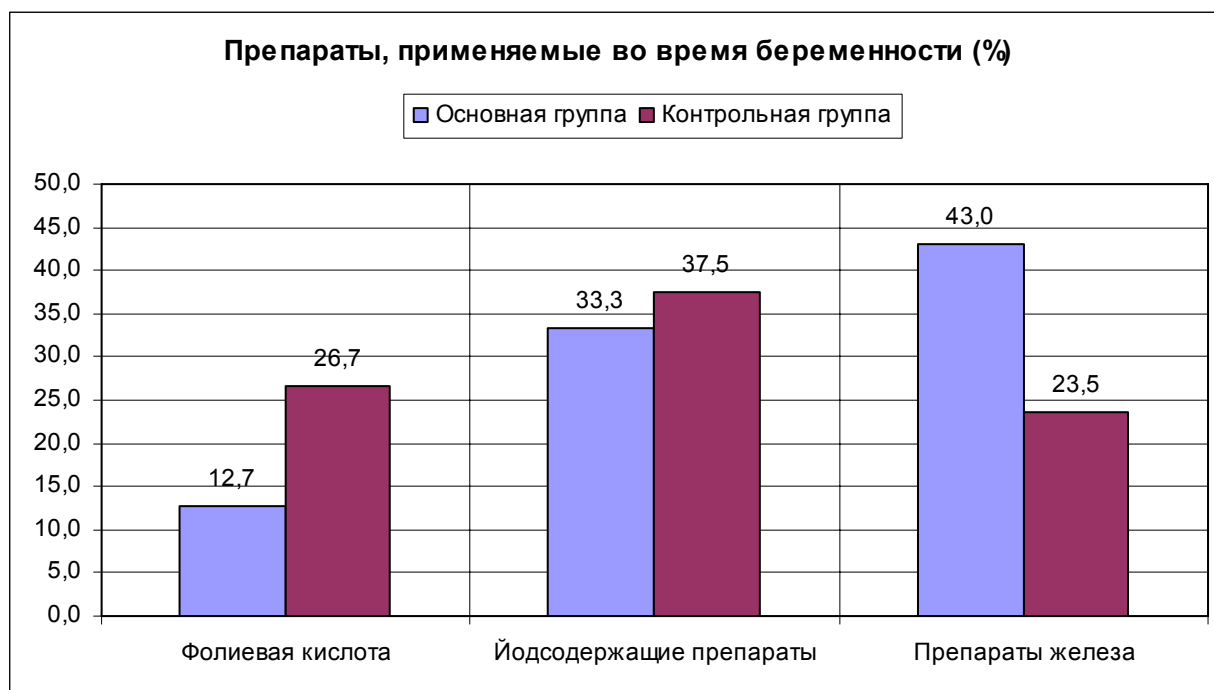
Роды	Основная группа	Контрольная группа	Общее
Срочные	85,9	80,0	84,8
Преждевременные	12,9	20,0	14,3
Переношенные	1,2	-	1,0
Всего	100,0	100,0	100,0

Согласно клиническому протоколу беременные женщины должны принимать фолиевую кислоту и йодсодержащие препараты в первом триместре беременности.

Как показано в рис. 14 лишь 12,7% матерей во время беременности в сроке до 12 недель из основной и 26,7% из контрольной группы принимали фолиевую кислоту и примерно 1/3 треть матерей в обеих группах во время беременности (33,3-37,5%) принимали йодсодержащие препараты.

Препараты железа во время беременности принимали 43% матерей основной группы и 23,5% контрольной группы.

Рис. 14



Практически более 60% смертей у детей в обеих сравниваемых группах отмечалось у детей от I-III беременности, при этом 24,4% у детей от I беременности в основной и от II - у 35% контрольной группы. В большинстве случаев дети умирали от 1-х и 2-х родов, что возможно, было связано с недостаточным знанием матерей по уходу за больным ребенком и незнанием опасных признаков болезни.

Таблица 19

Количество умерших детей в зависимости от количества родов (%)

Роды по счету	Основная группа	Контрольная группа	Общее
I	24,4	15,0	22,7
II	21,1	35,0	23,6
III	16,7	20,0	17,3
IV	18,9	15,0	18,2
V	12,2	5,0	10,9
VI	3,3	-	2,7
VII	2,2	10,0	3,6
IX	1,1	-	0,9
Всего	100,0	100,0	100,0

Таким образом:

- 91,5% матерей во время беременности состояли на учете у семейного врача/фельдшера. Больше матерей контрольной группы встали на учет до 12 недель беременности, при этом 1/3 матерей основной группы - в сроке с 12 до 20 недель. В то же время, 13,6% беременных основной группы встали на учет в сроке позже 21 недель беременности;

- 20% детей из контрольной группы родились недоношенными, что могло стать фактором риска и повлиять на течение болезни;

- лишь 12,7% матерей во время беременности в сроке до 12 недель из основной и 26,7% из контрольной группы принимали фолиевую кислоту и примерно 1/3 треть матерей в обеих группах во время беременности (33,3-37,5%) принимали йодсодержащие препараты. Препараты железа больше принимали матери из основной группы;

- практически более 60% смертей в обеих сравниваемых группах отмечалось у детей от 1-3 беременности.

Глава 4.7. Факторы риска со стороны ребенка

Факторами риска со стороны ребенка являются ранний возраст ребенка, его низкий вес, а также осложнения в родах.

4.7.1. Возраст детей в момент смерти

В 60% дети до года в контрольной группе и 47,6% детей в основной группе умерли в возрасте от 3 до 9 месяцев. При этом, в контрольной группе 15% детей умирали в периоде новорожденности. В основной группе превалировала смертность детей (17.9%) в возрасте 12 – 18 месяцев над подобной смертностью в контрольной группе, что возможно связано с регистрацией детей, умерших в возрасте до 1 года, как умерших в возрасте от 1 года до 2 лет (табл. 20).

Таблица 20

Распределение умерших детей по возрасту в месяцах (%)

Возраст (мес.)	Основная группа	Контрольная группа	Общее
До 1	7,2	15	8,7
1-3	19	0	15,4
3-6	20,2	30	22,1
6-9	27,4	30	27,9
9-12	5,9	10	6,7
12-18	17,9	5	15,4
18-25	2,4	10	3,8
Всего	100,0	100,0	100,0

Большинство детей до года умерли на дому и в первые 24 часа после госпитализации в возрасте от 3 до 9 месяцев. Вероятно, это объясняется физиологическими особенностями детского организма и комплексом факторов окружающей среды ребенка. Как показано в табл. 21 новорожденные в 2 раза чаще умирают на дому (из 9 новорожденных 6 умерли на дому), нежели в стационаре, что скорее всего проистекает из недооценки степени тяжести новорожденного перед выпиской из роддома и плохой преемственностью между роддомами и ЦСМ, а также внутри ГСВ и ФАПами.

Например:

Ребенок Э. 20 дней. После выписки из роддома мать с ребенком уехала в другое село к своей матери. Вернулась домой через 20 дней с больным ребенком и в тот же день ребенок умер дома.

Ребенок К. 8 дней. После выписки из роддома ребенок не наблюдался на участке МР. Ребенок умер на восьмые сутки на дому.

Ребенок С. 27 дней. Ребенок ни разу не был осмотрен семейным врачом. Умер дома.

Смертность в третьей категории умерших детей в два раза больше отмечается в возрасте от 12 до 18 месяцев, чем в возрасте от 18 до 24 месяцев. Высокая смертность детей в этом возрасте в очередной раз подтверждает предположение относительно регистрации умерших детей в возрасте до 1 года, как умерших в возрасте от 1 года до 2 лет.

Например:

Ребенок З. 23.01.2006 г.р. по медицинской документации умер 31.01.2007 г., тогда как опрос матери и отца показал, что ребенок в действительности умер дома 10.11.2006 г.

Ребенок О. 27.12.2005 г.р. по медицинской документации умер дома 16.01.2007 г., при опросе матери выяснилось, что ребенок умер в сентябре 2006г. когда ребенку было 9 месяцев.

Таблица 21

Распределение умерших детей по категориям смерти (%)

Возраст в месяцах	Дети в возрасте до 1 года умершие на дому	Дети в возрасте до 1 года, умершие в первые 24 ч. госпитализации	Дети в возрасте от 1 года до 2 лет умершие на дому	Дети в возрасте от 1 года до 2 лет, умершие в первые 24 ч. госпитализации	Всего
До 1	13,6	5,9	-	-	7,9
1-3	18,1	23,5	-	-	17,7
3-6	20,4	29,4	-	-	21,3
6-9	38,6	31,3	-	-	29,2
9-12	9,2	9,7	-	-	7,9
12-18	-	-	66,7	100,0	11,5
18-24	-	-	33,3	-	4,5
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

4.7.2. Пол детей

Как видно из таблицы 22 смертность детей в обеих сравниваемых группах преобладает среди мальчиков – 56,4% и 43,6% соответственно.

Распределение детей по полу (%)

Пол	Основная группа	Контрольная группа	Общее
Мальчики	55,6	60	56,4
Девочки	44,4	40	43,6
Всего	100,0	100,0	100,0

Распределение умерших детей по полу в зависимости от категории показало, что в I категории отмечается преобладание смертных случаев среди девочек, тогда как во II категории преобладали мальчики. В третьей категории умерших детей можно заметить, что почти 2 раза больше смертных случаев были у девочек (табл.23).

Распределение детей по полу в зависимости от категории (%)

Пол	дети до 1 года умершие дома	дети до 1 года умершие в первые 24 часа после госпитализации	дети от 1 года до 2-х лет умершие дома	Дети от 1 года до 2-х лет умершие в первые 24 часа после госпитализации	Всего
Мальчики	35,9	53,1	9,4	1,6	100,0
Девочки	42,9	36,7	18,4	2,0	100,0
Общее	38,9	46,0	13,3	1,8	100,0

4.7.3. Вес при рождении

Известно, что дети, имеющие низкий вес более подвержены неблагоприятному влиянию окружающей среды. Так, сравнительный анализ показал, что низкий вес имели 22,5% умерших детей основной группы и 12,5% детей контрольной (табл. 24).

Вес при рождении (%)

Вес при рождении	Основная группа	Контрольная группа	Общее
Родился с весом менее 2500 гр.	22,5	12,5	16,7
Родился с весом более 2500 гр.	77,5	87,5	83,3
Всего	100,0%	100,0	100,0

Как показано в табл. 25 низкий вес менее 2500 гр. имели примерно одинаковое количество умерших детей I и II категории. В третьей категории смерть на дому отмечалась у детей с весом при рождении более 2500 гр., тогда как в четвертой категории умерших детей отмечалось одинаковое количество детей вне зависимости от веса.

Распределение умерших детей по категориям смерти и веса при рождении (%)

Вес при рождении	До 1 года смерть на дому	До 1 года смерть в первые 24 часа госпитализации	1-2 года смерть на дому	1-2 года смерть в первые 24 часа госпитализации
Родился с весом менее 2500грамм	17,7	19,6	0	50
Родился с весом более 2500грамм	82,3	80,4	100	50
Всего	100.0	100.0	100.0	100.0

4.7.4. Состояние здоровья новорожденных

В основной группе большинство умерших детей (92,7%) выписались из роддома с диагнозом: Здоров. В то же время в контрольной группе 26,3% детей имели ВПР и др. заболевания.

Состояние здоровья новорожденного при выписке (%)

Состояние здоровья		Основная группа	Контрольная группа	Общее
1	Здоров	92,7	73,7	89,1
2	Имеет врожденные аномалии развития	4,9	10,5	5,9
3	Имеет другие заболевания	2,4	15,8	5,0
	Всего	100,0	100,0	100,0

Осложнения при родах со стороны ребенка в виде асфиксии чаще встречались у детей (30%) контрольной группы (табл. 27).

Осложнения в родах. Асфиксия (%)

Асфиксия	Основная группа	Контрольная группа	Общее
Да	22,1	30,0	23,6
Нет	77,9	70,0	76,4
Всего	100,0	100,0	100,0

Таким образом:

- 60% детей до года в контрольной группе и 47.6% детей в основной группе умерли в возрасте от 3 до 9 месяцев. При этом, в контрольной группе 15% детей умирали в периоде новорожденности. В основной группе превалировала смертность детей в возрасте 12 – 18 месяцев, что возможно связано с регистрацией умерших детей в возрасте до 1 года, как умерших в возрасте от 1 года до 2 лет;

- новорожденные в 2 раза больше умирают на дому, нежели в стационаре, возможно, это связано с недооценкой степени тяжести новорожденного перед выпиской из роддома и плохой преемственностью роддома и ЦСМ, а также внутри ГСВ и ФАПами;

- смертность детей в обеих сравниваемых группах преобладает среди мальчиков;
- низкий вес имели в большинстве случаев умершие дети основной группы;
- в контрольной группе четверть детей при выписке из роддома имели ВПР и др. заболевания, а также осложнения при родах со стороны ребенка в виде асфиксии.

Глава 4.8. Наблюдение за ребенком в ЦСМ/ГСВ/ФАП

Как показано в табл. 28 при ознакомлении с картой развития ребенка было выявлено, что матери за последние 6 месяцев посетили ГСВ/ФАП 4 раза в основной и 6 раз в контрольной группах. Причиной посещения ГСВ/ФАП у 90% матерей в обеих группах были профилактические прививки и антропометрические измерения. Хотя большинство умерших детей были в возрасте до 1 года, количество посещений было всего 4-5 раз, при этом меньше всего осмотр был сделан семейным врачом. Домашние визиты в большинстве случаев были сделаны медицинской сестрой, которая в основном ограничивалась приглашением детей на прививку или антропометрическими измерениями. Практически 67% случаев у умерших детей в карте развития ребенка имеется запись медицинской сестры и реже врача о том, что был домашний визит не более чем за неделю до смерти ребенка.

Таблица 28

Среднее количество посещений матери с ребенком ГСВ/ФАП

Среднее	Основная группа	Контрольная группа	Общее
Посещения в течение последних 6 месяцев	4,4	6,7	4,8
Посещения в течение 12 месяцев	5,2	5,7	5,3

Лишь в 38,1% посещений основной и в 20% контрольной групп медицинскими работниками были оценены опасные признаки болезни, при этом правильно классифицированы были примерно у 1/4 части умерших детей в обеих группах. Практически все дети контрольной группы перед направлением в стационар получили первую дозу антибактериального препарата, и лишь третья часть детей основной группы (табл. 29).

Таблица 29

Оценка рекомендаций программы ИБДВ МР

		Основная группа	Контрольная группа	Общее
1	Оценка общих признаков опасности	38,1%	20,0%	34,6%
2	Правильно ли классифицированы	21,1%	25,0%	21,7%
3	Были ли назначены антибиотики перед отправлением в стационар	33,3%	100,0%	42,9%

Сравнительный анализ карты развития ребенка показывает, что большинство семейных врачей не осуществляют патронажей детей раннего

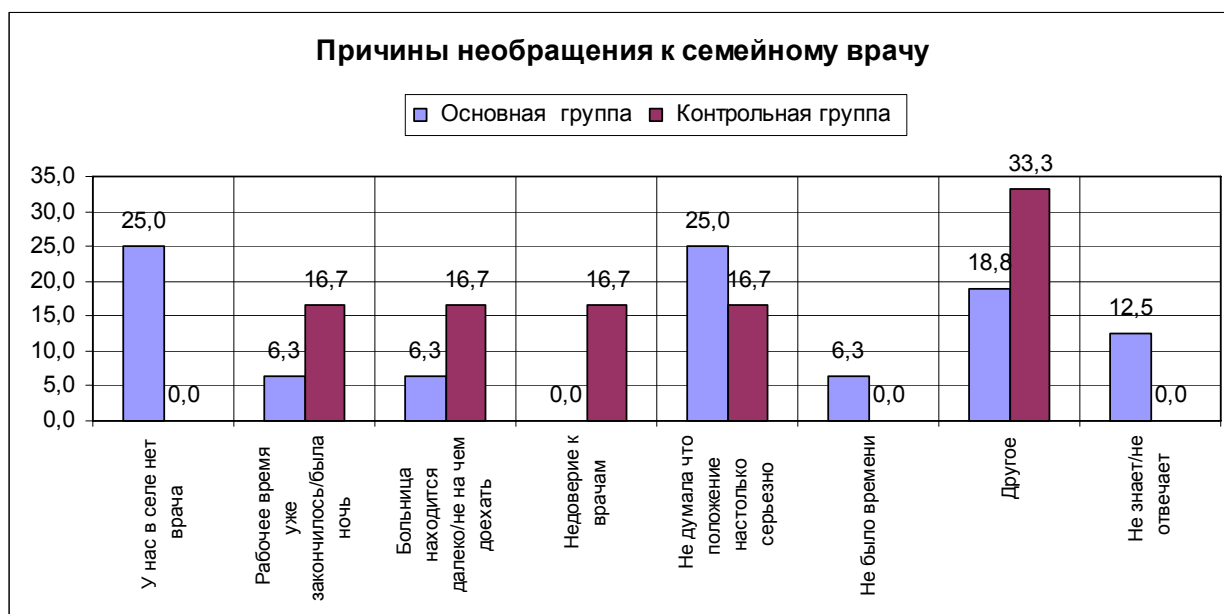
возраста, кроме первичного патронажа новорожденного после выписки из роддома. Опрос матерей показал, что патронаж детей медицинской сестрой в основном, связан с графиком проведения профилактических прививок, и визиты к больным детям проводились только в 30% случаев, и только 10% активных визитов осуществляли врачи.

В двух случаях из-за отсутствия преемственности между ЦСМ и роддомом, дети не были своевременно осмотрены медицинскими работниками первичного уровня. В результате, один ребенок умер в возрасте 8 дней дома, а другой в возрасте 6 дней из основной группы в первые 24 часа после госпитализации.

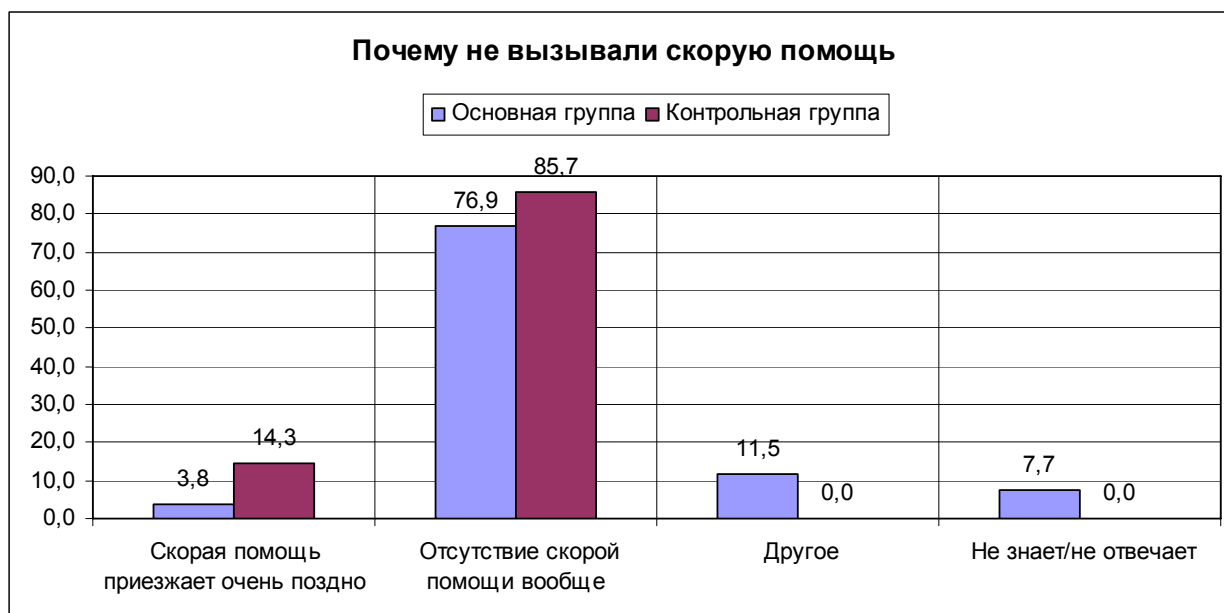
На вопрос «Почему при ухудшении состояния ребенка не вызвали скорую медицинскую помощь?», ответы оказались неоднозначными (рис. 15).

Четверть матерей основной группы не обратились к МР так как, у них в селе не было семейного врача и столько же матерей не думали что состояние ребенка настолько серьезно, и 1/3 матерей контрольной группы не придали особого значения состоянию ребенка думая, что болезнь пройдет сама.

Рис. 15



Опрос матерей о причине невызова кареты скорой помощи показал, что 76,9% основной и 85,7% контрольной группы ссылались на отсутствие скорой помощи в проживаемом селе (рис.16).



Как показано в табл. 30 - 71,6% детей основной, и 57,1 % контрольной группы спали в бешике. В основной группе около 15,6% случаев смертности детей на дому наступило именно во время нахождения в бешике (из 32 умерших детей в возрасте до 1 года на дому 5 детей умерли в бешике).

Таблица 30

Где и с кем спал ребенок (%)

	Основная группа	Контрольная группа	Общее
Один в комнате	3,7	-	2,9
В бешике	71,6	57,1	68,6
Вместе с матерью/родителями	23,5	42,9	27,5
Вместе с другими людьми	1,2	-	1,0
Всего	100,0	100,0	100,0

4.8.1. Первичный осмотр детей по поводу болезни, вызвавшей за собой смерть ребенка

73,9% умерших детей основной группы и 25% контрольной группы были осмотрены семейным врачом после того как ребенок заболел. Фельдшерами/медицинским сестрами умершие дети контрольной группы были осмотрены в 3 раза чаще, и лишь незначительная часть детей обеих групп были осмотрены МР скорой медицинской помощи (табл.31).

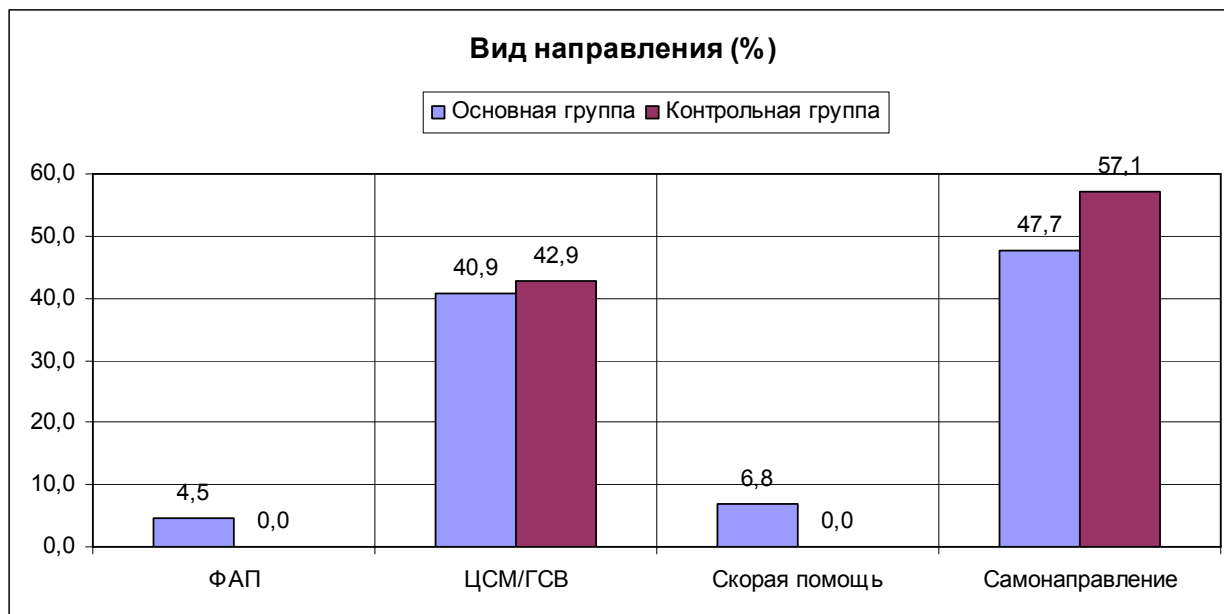
Таблица 31

Кем был проведен осмотр (%)

	Основная группа	Контрольная группа	Общее
Врач скорой помощи	4,3	12,5	6,5
Семейный врач	73,9	25,0	61,3
Фельдшер/медсестра	21,7	62,5	32,3
Всего	100,0	100,0	100,0

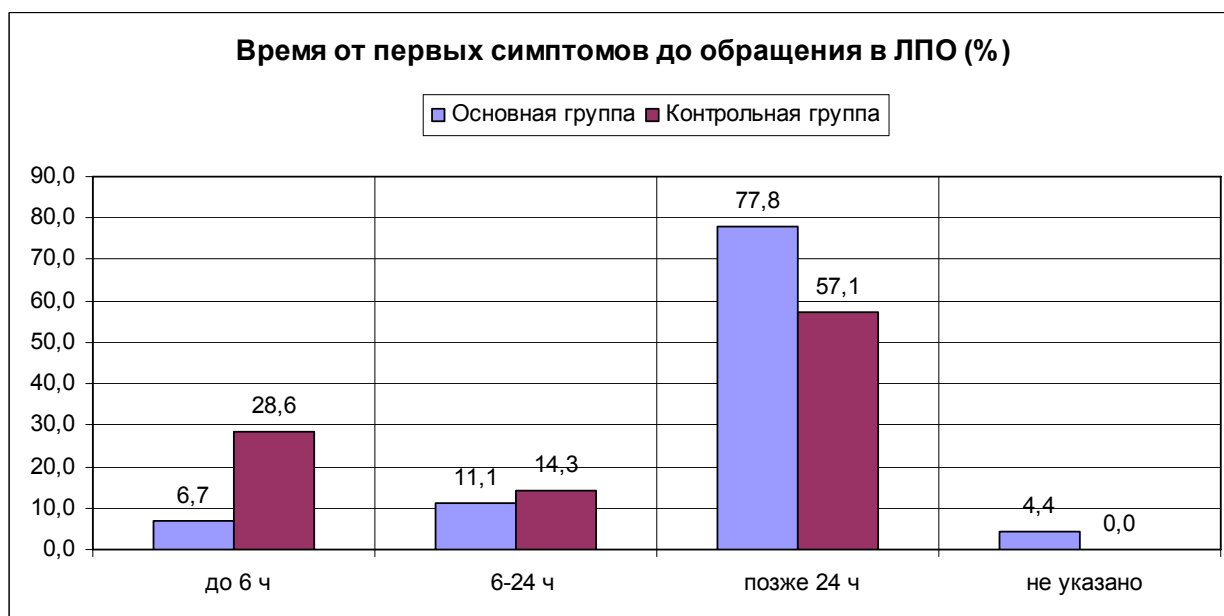
Примерно одинаковое количество детей обеих групп, было доставлено в стационар самостоятельно, без предварительного осмотра семейным врачом, что указывает на недостаточность работы медицинских работников первичного звена, а также отсутствие связи матерей с ЛПО (рис 17).

Рис. 17



Как показано в рис.18 большинство матерей умерших детей поздно обращались в ЛПО, что указывает на низкую информированность матерей по опасным признакам заболевания. Дети в стационар поступали в тяжелом состоянии в поздних стадиях заболевания с развитием осложнений.

Рис. 18



Таким образом:

- количество посещений матерями ГСВ/ФАП за последние 6 месяцев в основной группе составил 4 раза и 6 раз в контрольной группе;

- домашние визиты больше сделанные медицинской сестрой, в основном ограничивались приглашением детей на прививку или антропометрические измерения;
- 38.1% умерших детей основной и 20% контрольной группы были оценены медицинскими работниками на наличие опасных признаков болезни, при этом правильно классифицирована были примерно 1/4 часть умерших детей в обеих группах;
- практически все дети контрольной группы перед направлением в стационар получили первую дозу антибактериального препарата, и лишь третья часть детей основной группы;
- медицинским работником у 10% умерших детей основной группы 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 76.9% основной и 85.7% контрольной группы ссылались на отсутствие скорой помощи в проживаемом селе;
- 71.6% детей основной и 57.1 % контрольной группы спали в бешике. В основной группе около 15,6% случаев смертности детей на дому наступило именно во время нахождения в бешике;
- в большинстве случаев, отмечается позднее обращение в ЛПО, что указывает на низкую информированность матерей по опасным признакам болезни. Дети в стационар поступали в тяжелом состоянии в поздних стадиях заболевания с развитием осложнений.

Глава 4.9. Обстоятельства смерти детей

Матерей попросили описать обстоятельства, при которых умерли их дети.

Как видно из табл. 32 большинство детей умерли в результате слишком быстрого течения заболевания, в то время как в контрольной группе смертность детей отмечалась от ВПР.

Таблица 32

Каким образом умер ребенок (%)

№	Причины смерти	Основная группа	Контрольная группа	Общее
1	Внезапная смерть без признаков заболевания во время бодрствования	-	4,8	1,0
2	Внезапная смерть без признаков заболевания во время сна	3,8	4,8	4,0
3	Обострение хронических заболеваний	1,3	-	1,0
4	Серьезные врожденные аномалии и наследственные болезни	7,5	23,8	10,9
5	Несчастные случаи	7,5	9,5	7,9
6	Внезапная смерть в результате несчастного случая	-	4,8	1,0

7	В результате слишком быстрого течения заболевания	45,0	38,1	43,6
8	Другое	35,0	14,3	30,7
	Всего	100,0	100,0	100,0

4.9.1. Внезапная смерть без признаков и симптомов заболевания

Внезапная смерть без признаков и симптомов заболевания требует тщательного изучения причин. По опросу матерей основной группы 33,3% случаев и 18,2% контрольной группы смертность детей в возрасте до 1 года случилось внезапно во время сна (табл. 33).

Со слов большинства матерей их дети перед сном чувствовали себя хорошо, не было никаких симптомов заболевания.

Например:

Ребенок К. 8 дней. В 4 часа утра мать покормила ребенка грудью в бешике, а утром, в 8 часов, обнаружила мертвого ребенка. В тот же день, не сообщив об этом никому, ребенка похоронили.

Анализ причин смертности детей связанный с внезапной смертностью показал, что в 90% случаев дети умирали от механической асфиксии и 10% случаев был установлен посмертный диагноз: Синдром внезапной смерти.

Следует отметить, что при детальном опросе матерей, дети которых умерли на дому в результате внезапной смерти без признаков заболевания, выяснилось что у детей отмечались некоторые общие симптомы болезни, на которые попросту не обратили внимания.

В 30% случаев смерти детей до 1 года, в медицинской документации без уточнения причин смерти выставлялся диагноз: Механическая асфиксия или Внезапная смерть.

Например:

Ребенок А. Возраст 1 мес. 12 дней. Накануне смерти, ребенок был беспокойным, много плакал, плохо сосал. Температуру тела не измеряли. Родители ходили к бабке заговаривали. Ночь спал в бешике. Утром вынули из бешика умершего ребенка. В медицинской документации был выставлен диагноз: Механическая асфиксия.

Ребенок Т. возраст 2 мес. 10 дней. У ребенка была высокая температура тела и понос. Фельдшер назначает амбулаторное лечение – фуразолидон. Дальнейшего наблюдения за ребенком не было. МР недооценивает состояние тяжести, в результате чего, ребенок не был направлен на стационарное лечение и умер дома. В медицинской документации ребенку был выставлен диагноз: Внезапная смерть.

Сравнительный анализ смертности на дому детей в возрасте до 1 года, показал, что внезапная смерть без признаков заболевания в основной группе отмечалось в 15,6% случаев во время сна, когда ребенок находился в бешике.

Например:

Ребенок О. возраст 1 мес. 10 дней. Умер во время сна в бешике. В медицинской документации ребенку выставлен диагноз: Механическая асфиксия.

Ребенок А. возраст 1 год. Была рвота перед сном, мать почистила ротик ребенка и уложила спать в бешик. Обнаружила утром умершего ребенка в бешике.

Таблица 33

Смертность на дому детей в возрасте до 1 года (%)

		Основная группа	Контрольная группа	Общее
1	Внезапная смерть без признаков заболевания во время сна	33,3	18,2	29,3
2	Обострение хронических заболеваний	3,3	-	2,4
3	ВПР и наследственные болезни	20	18,2	19,5
4	Несчастные случаи	10	9,1	9,8
5	Быстрое течение болезни	33,3	54,5	39
	Всего	73,2	26,8	100

4.9.2. Смерть в результате слишком быстрого течения заболевания

Известно, что острые респираторные и кишечные заболевания у детей раннего возраста чаще дают осложнения в виде отека мозга, а в особенности у детей, у которых имеются еще и другие заболевания, такие как, пороки развития и фоновые заболевания (анемия, низкий вес и др.).

Согласно таблице 47 у 33,3% детей до 1 года в основной и 54,5% детей контрольной группы смертность наступила вследствие быстрого течения заболевания.

ВПР, наследственные болезни (66,7%) и несчастные случаи (33,3%) встречались у умерших детей в возрасте от 1 года до 2 лет в контрольной группе (табл. 48).

Большинство детей (63,6%) основной группы умерли от быстрого течения болезни.

МР, примерно в 10% случаев смерти детей основной группы недооценили тяжелое состояние ребенка, вследствие чего, ребенок вовремя не был направлен на стационарное лечение.

3,7% детей на получили стационарного лечения, ввиду отсутствия возможности матерей госпитализироваться вместе с ребенком, а также из-за того, что дети уже получали стационарное лечение.

Например:

Ребенок Г. возраст 1г. 2 мес. Вечером повысилась температура тела, ночью родители давали ребенку парацетамол, температура тела снизилась незначительно. К утру у ребенка отмечались судороги, которые самостоятельно купировались. Утром обратилась к медицинской сестре, так как она была соседкой. Та сделала в/м ампициллин и сказала, что повторит еще вечером. После обеда у ребенка вновь повысилась температура тела, которая не снижалась приемом парацетамола. Обратились семейному врачу в

ГСВ. Врач, не осмотрев ребенка и не измерив температуру тела, выписал направление на стационарное лечение в ТБ, которая находилась в райцентре (1 час езды на автомобиле). По дороге, у ребенка вновь несколько раз повторились судороги, и затем, ребенок умер.

30% матерей основной группы при болезни детей обращались не к медицинским работникам, а к народным целителям (целителям, молдо). Те проводили кровопускание, делая разрезы/насечки на деснах и между лопатками, резали курицу и прикладывали к телу, при кишечной инфекции – грели тесто на огне, заговаривая, прикладывали на живот ребенка. И только после того, как состояние ребенка значительно ухудшалось, обращались к МР.

10% смертей у детей в возрасте до 1 года основной группы случились в результате течения серьезного заболевания. Эти дети часто находились на стационарном лечении. Некоторые родители соглашались в том, что лечение бесполезно для ребенка и ребенка забирали домой, а смерть этих детей регистрировалась как «умерший дома».

Например:

Ребенок А. Возраст 6 мес.11дн. В 1.5 мес. возрасте был выставлен диагноз: Атрезия желчевыводящих путей. Неоднократно находилась на стационарном лечении. Со слов матери, последняя госпитализация была с 25.03 по 10.04.08 г. ребенка выписали в тяжелом состоянии домой. Врач сказал матери, что состояние ребенка улучшится дома, но отец знал неблагоприятный исход болезни. Ребенок умер дома 11.04.08 г. В выписном эпикризе было написано: ребенок выписан в удовлетворительном состоянии.

4.9.3. Смерть в результате несчастных случаев

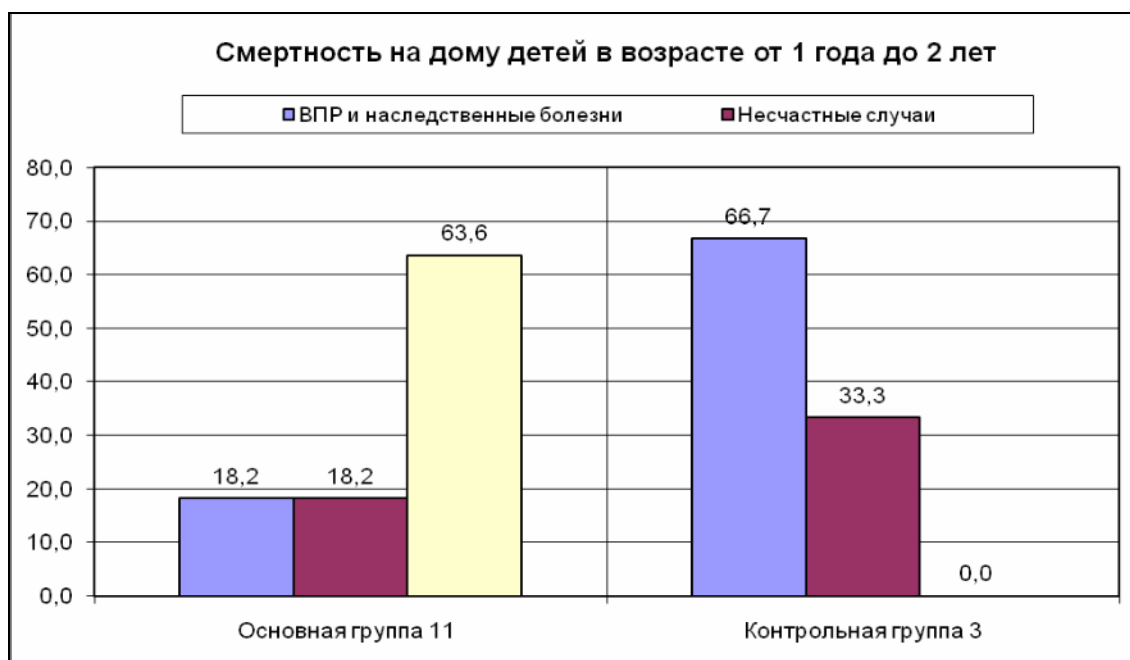
Около 10% случаев смертности у детей в возрасте до 1 года произошло в результате несчастного случая, и почти в 2 раза чаще встречалась у детей в возрасте от 1 года до 2-х лет.

Анализ причин смерти в результате несчастного случая указывает не только на то, что родители не всегда смотрели за ребенком, но и на то, что в большинстве случаев они не знали об интересах детей раннего возраста. Большинство родителей не придавали значения тому, что дети до года начинают исследовать окружающий мир, поэтому ребенку следует уделять гораздо больше внимания, для того чтобы не подвергать опасности жизнь ребенка.

Например:

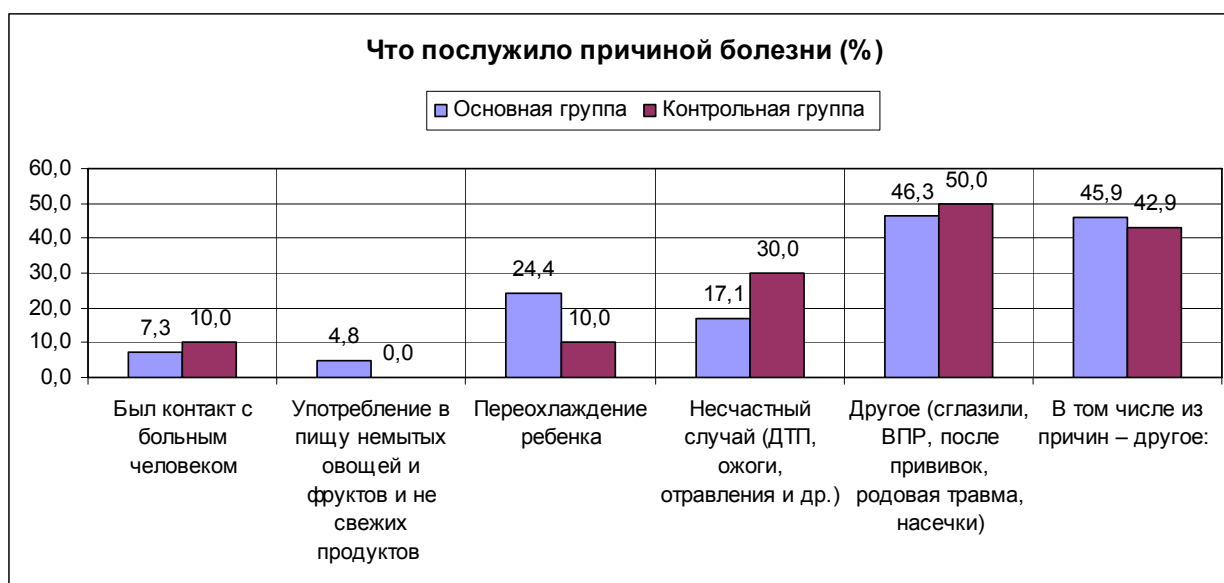
Ребенок С. Возраст 8 мес. Мать, обложив подушками ребенка в комнате одного, пошла в сарай доить корову. Ребенок, потянувшись за игрушкой перевернулся лицом вниз и задохнулся.

Ребенок З. Возраст 10 мес. Ребенка уронила сестра. Родители не обратили внимания и не обратились к МР. Ребенок умер дома вследствие тяжелой закрытой черепно-мозговой травмы.



При опросе матерей, около половины основной и контрольной групп указали на то, что не знают причин смерти своих детей. Предположительно, связано это с замалчиванием причин смерти медицинскими работниками, а также боязнью ответственности за ребенка со стороны самих родителей. 15% матерей основной группы думали, что кто-то сглазил ребенка, но при этом, 1/3 часть матерей контрольной группы отметили, что причиной смерти детей были ВПР. Несчастные случаи больше отмечались у умерших детей контрольной группы. 1/4 часть матерей основной группы причиной смерти детей считали переохлаждение ребенка (рис.20).

Рис. 20



Сравнительный анализ первых симптомов болезни показывает, что у большинства детей обеих групп отмечалось повышение температуры тела, при этом рвота и понос были больше у умерших детей основной группы.

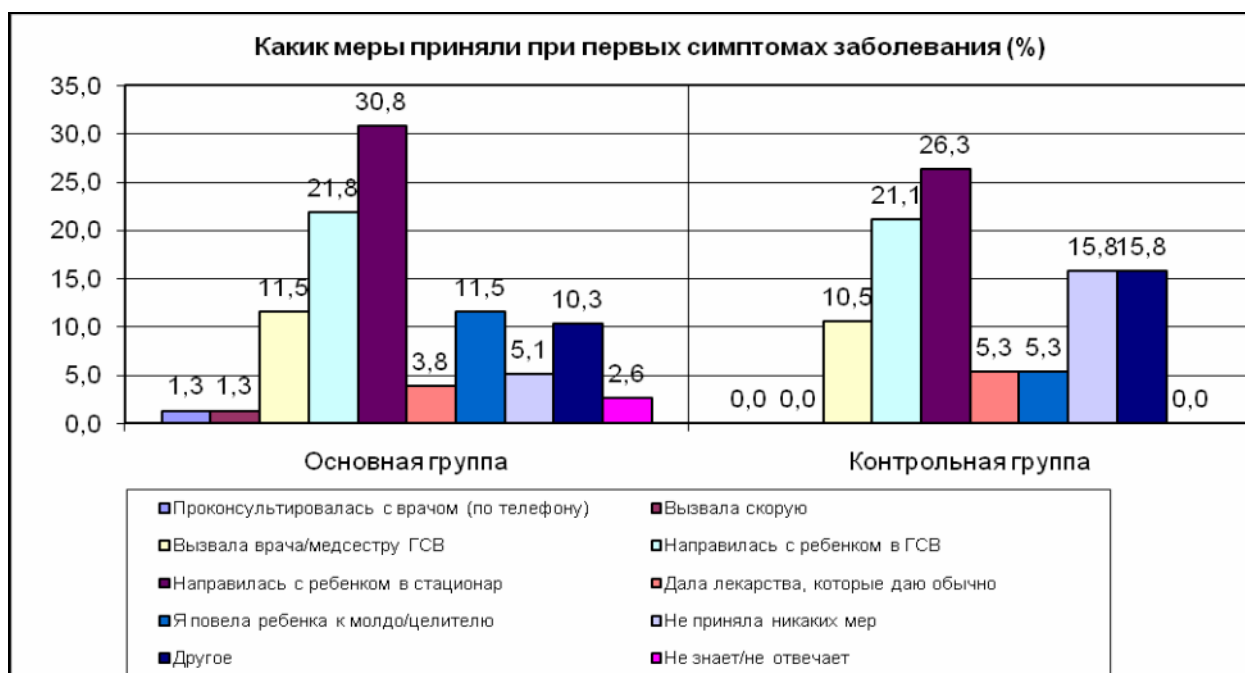
Таблица 34

Симптомы болезни (%)

Симптомы болезни	Основная группа	Контрольная группа	Общее
1 Температура	58,4	36,8	54,2
2 Рвота	35,1	10,5	30,2
3 Понос	29,9	26,3	29,2
4 Кашель	11,7	10,5	11,5
5 Спутанность сознания	1,3	-	1,0

1/3 часть матерей обеих групп с больным ребенком сразу направлялись в стационар и примерно такое же количество матерей обращались к медицинским работникам ГСВ/ФАП. Не приняли никаких мер более 15,8% матерей контрольной группы, так как думали, что дети у них имели болезни не совместимые с жизнью. 11,5% матерей направились к народным знахарям и целителям.

Рис. 21



Таким образом:

- внезапная смерть детей в 90% случаев происходила за счет механической асфиксии. В 10% случаев констатирован синдром внезапной смерти;
- опрос матерей показал, что в 33,3% случаях смерть детей в возрасте до 1 года основной группы и в 18,2% контрольной группы случилась внезапно, во время сна;
- в 30% случаев смерти детей до 1 года в медицинской документации без уточнения причины смерти выставлялся диагноз: механическая асфиксия или внезапная смерть. Следует отметить, что при детальном опросе матерей, дети которых умерли на дому в результате внезапной смерти без признаков

заболевания, выяснилось что у детей отмечались некоторые общие симптомы болезни, на которые попросту не обратили внимания;

- диагноз: Внезапная смерть или Механическая асфиксия вызывает все больше сомнений в том, что на местах детализируются причины и обстоятельства смерти, и наталкивает на мысль что в ЛПО не проводится качественный разбор смертности детей умерших на дому;

- большинство смертей детей в возрасте до 1 года на дому с диагнозом: Внезапная смерть и Механическая асфиксия случилось во время сна ребенка в бешике;

- около половины детей контрольной и 1/3 детей основной группы умерли от быстрого течения болезни (в течение суток);

- ВПР, наследственные болезни, и несчастные случаи чаще встречались у умерших детей в возрасте от 1 года до 2 лет в контрольной группе;

- у 10% умерших детей основной группы, медицинскими работниками были недооценены тяжесть состояния ребенка, вследствие чего, ребенок вовремя не был направлен на стационарное лечение;

- 11,5% матерей основной группы при болезни детей обращались не к медицинским работникам, а к народным целителям (целителям, молдо).

Глава 4.10. Медицинские услуги, оказанные на стационарном уровне.

Оценка медицинских услуг на стационарном уровне проводилась путем работы с медицинской документацией умерших детей. Очень важно для сохранения здоровья ребенка оказание неотложной, своевременной и квалифицированной медицинской помощи во всех звеньях здравоохранения.

4.10.1. Первичный осмотр ребенка МР приемного отделения

У большинства детей обеих групп первичный осмотр осуществлялся в первые 3 часа, но в основной группе 10,6% умерших детей были осмотрены позже 6 часов (табл. 35).

Таблица 35

Время первичного осмотра ребенка МР приемного блока

Время в часах	Основная группа	Контрольная группа	Всего
1. до 3 часов	76,6	85,7	77,8
2. от 3 до 6 часов	-	-	-
3. позже 6 часов	10,6	-	9,3
4. не указано	12,8	14,3	12,9
Всего	100,0	100,0	100

42,9% умерших детей контрольной группы после поступления в детское отделение в течение 3-х часов были переведены в ОРИТ, тогда как 23,4% детей основной группы были переведены позже 6 часов, что указывает на недооценку тяжести состояния детей, что усугубило неблагоприятный исход болезни.

Время нахождения ребенка в детском отделении до момента перевода в ОРИТ (%)

Время в часах	Основная группа	Контрольная группа	Всего
1. до 3 часов	6,4	42,9	11,1
2. от 3 до 6 часов	2,1	-	1,9
3. больше 6 часов	23,4	14,2	22,2
4. Поступившие в ОРИТ	68,1	42,9	64,8
Всего	100	100	100

Согласно табл. 37 в среднем умершие дети в отделении реанимации находились около 8 часов основной группы и 10 часов контрольной группы. Это свидетельствует о том, что у медицинского персонала было достаточно времени для полноценного обследования и проведения соответствующего лечения.

Среднее количество часов пребывания детей в реанимации

Время в часах	Основная группа	Контрольная группа	Общее
Среднее время пребывания в стационаре	7,8	10,0	8,1

Поздний перевод в отделение реанимации

Около 30% детей с ОКИ с тяжелым обезвоживанием первоначально находилось в инфекционном отделении более 6 часов и не получали должной неотложной терапии и переводились в ОРИТ в крайне тяжелом состоянии.

40% детей с ОРИ и пневмонией поступали в детское отделение в состоянии как тяжелое и средне-тяжелое и не получали необходимого объема терапии и наблюдения и только позже, с связи с ухудшением состояния переводились в ОРИТ.

4.10.2. Диагнозы, умерших детей в первые 24 часа после госпитализации

Сравнительный анализ клинических диагнозов умерших детей в первые 24 часа после госпитализации в стационар показывает, что более 40% детей основной группы умерли от острой диареи с обезвоживанием, а более 50% детей контрольной группы умерли от ОРИ и пневмонии (табл. 38). Полученные данные позволяют сделать вывод, что умирают дети от острых инфекций (около 80%), от которых можно было бы спасти, хотя у 1\3 умерших детей контрольной группы имелся сопутствующий фон (ВПС).

Диагнозы, умерших детей в первые 24 часа после госпитализации (%)

Диагнозы	Основная группа	Контрольная группа	Всего
1. Пневмония	23,4	28,5	24,1
2. Пневмония+диарея	4,3	14,3	5,5
3. ОРВИ	17	14,3	16,6
4. ОРВИ+Диарея	2,1	-	1,9

5. Острая диарея с умеренным обезвоживанием	4,3	-	3,7
6. Острая диарея с тяжелым обезвоживанием	36,2	-	31,5
7. Затяжная диарея с тяжелым обезвоживанием	-	14,3	1,9
8. Дизентерия	2,1	-	1,9
9. Дизентерия с тяжелым обезвоживанием	2,1	-	1,9
10. Последствия родовой травмы	4,3	-	3,7
11. ЗЧМТ (ушиб ГМ)	2,1	14,3	3,7
12. Анемия тяжелой степени	2,1	-	1,9
13. Геморрагическая болезнь новорожденных. Пупочное кровотечение	-	14,3	1,9
Всего	100,0	100,0	100,0

Таким образом:

- 10,6% умершие дети основной группы были осмотрены МР приемного отделения позже 6 часов после поступления;
- 1/3 детей основной группы с ОКИ с тяжелым обезвоживанием, и 40% детей с ОРИ и пневмонией первоначально поступали в инфекционное и детское отделения, проводили там более 6 часов, не получая должной неотложной терапии и наблюдения, и переводились в ОРИТ в крайне тяжелых состояниях;
- в среднем, умершие дети в отделении реанимации находились около 8 часов основной группы и 10 часов контрольной группы. Это свидетельствует о том, что у медицинского персонала было достаточно времени для полноценного обследования и проведения соответствующего лечения;
- более 40% детей основной группы умерли от острой диареи с обезвоживанием, и более 50% детей контрольной группы умерли от ОРИ и пневмонии;
- полученные данные позволяют сделать вывод, что дети умирают от острых инфекций от которых можно было бы спасти, хотя у 1\3 умерших детей контрольной группы имелись сопутствующий фон (ВПС).

4.10.3. Лабораторное обследование умерших детей в первые 24 часа после госпитализации

Согласно рис. 22 примерно одинаковое количество умерших детей в обеих группах были обследованы на общий анализ крови, хотя биохимические тесты имелись лишь у 75,6% детей основной группы и не было ни у одного больного контрольной группы.

Общий анализ мочи был взят у большинства детей основной группы. бактериологические анализы по показаниям были взяты лишь у 42,9% основной группы.

Вызывает беспокойство то, что группу крови определяют лишь у небольшого количества детей, хотя необходимо это делать всем. Анализ медицинской документации большинства умерших детей показал отсутствие интерпретации полученных анализов и в зависимости от этого плана лечебных мероприятий.

Например:

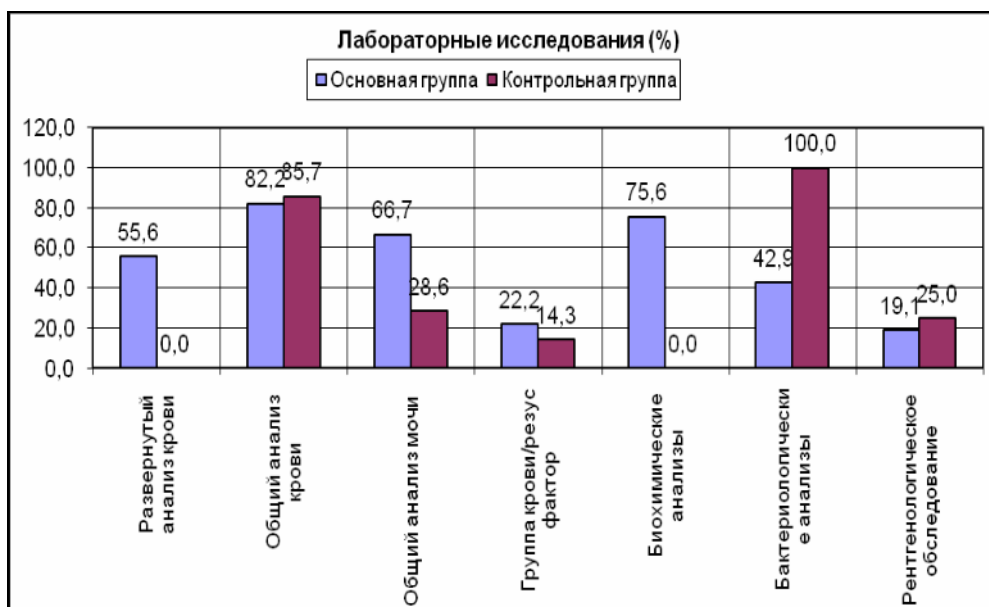
Ребенок А. в возрасте 1 мес. 24 дня. Диагноз: ОРВИ. Нейротоксикоз. ДВС синдром. Анемия тяжелой степени. В развернутом анализе крови: Эритроциты 1×10^{12} ; гемоглобин 18г/л; тромбоциты 85000.

В данном случае не была назначена и выполнена необходимая гемотрансфузия. В основной группе такие случаи имелись у 4-х умерших детей.

Ребенок в возрасте 6 дней с диагнозом: Геморрагическая болезнь новорожденных. Пупочное кровотечение.

Не была определена группа крови и соответственно не был оказан необходимый объем экстренной помощи.

Рис. 22



Таким образом:

- Примерно одинаковое количество умерших детей в обеих группах были обследованы на общий анализ крови, тогда как биохимические тесты имелись лишь у 75,6% детей основной группы, и ни у одного больного контрольной группы.

- Всего лишь у 22,2% умерших детей основной и 14,3% контрольной группы были определены группа крови/резус-фактор. У большинства умерших детей в медицинской документации отсутствуют интерпретации лабораторных данных.

4.10.4. Лечение детей умерших в первые 24 часа после госпитализации

Сравнительный анализ историй болезни умерших детей в обеих группах показал одинаковую тактику ведения болезней, которая не соответствовала клиническим протоколам. Возможно, это связано с отсутствием клинических протоколов на уровне стационара по многим нозологиям, а также устаревшими клиническими протоколами. В связи с чем, описания лечения были проведены без деления умерших детей на основную и контрольную группы.

Практически все дети поступали в стационар в очень тяжелом состоянии в поздних стадиях заболевания с развитием осложнений, такие как нейротоксикоз.

Проявлением которого, было гипертермический и судорожные синдромы, ДВС синдром и обезвоживание тяжелой степени.

ОРИ

В 60% случаев, в историях болезни умерших детей нет расчета объемов вводимой инфузионной жидкости и надлежащего мониторинга за вводимой жидкостью.

В 2-х случаях заболеваний с клиническим диагнозом ОРИ, дети имели анемию тяжелой степени и нуждались в проведении гемотрансфузии с заместительной целью по жизненным показаниям, но вместо данной терапии, в обоих случаях, детям необоснованно были прокапаны раствор реополиглюкина, который мог усугубить имеющийся геморрагический синдром у детей. В данных случаях обоснованность диагноза ОРИ вызывает сомнения, так как тяжесть состояния детей была обусловлена имеющейся анемией тяжелой степени (гемоглобин 47 г/л и 18г/л у детей до 3-х месяцев).

Эуфиллин детям обеих групп применялся часто необоснованно, без точного расчета по тяжести состояния. В 90% случаев он вводился в/в струйно без мониторинга, тогда как его рекомендуют вводить детям раннего возраста в\в капельно.

Дети с тяжелой ОРИ нуждались в оксигенотерапии, которая не была назначена по неизвестным причинам.

Пневмония

Анализ историй болезни показал, что 30% детей в стационаре умерли от пневмонии.

Несмотря на крайне тяжелое состояние детей, в 40% случаев, назначался только 1 антибиотик (ампициллин или цефазолин) без подключения второго антибиотика – гентамицина. Доказано что в таких случаях монотерапия одним антибиотиком не дает желаемого эффекта.

Все дети нуждались в проведении оксигенотерапии (увлажненный O₂ через маску, небулайзер, кислородную палатку) как основной компонент базисной терапии во всех неотложных состояниях у детей. В историях болезней в большинстве случаев не назначается и не мониторируется данное лечебное мероприятие.

В 100% случаев отмечалось необоснованное назначение мочегонного препарата – фуросемида и зачастую в большой дозировке, что могло усилить имеющиеся нарушение гемодинамики и электролитные расстройства. Наряду с этим широко и необоснованно назначается сердечный гликозид – дигоксин, который может токсично действовать на сердечную мышцу при имеющихся выраженных нарушениях кислотно-щелочного равновесия.

Применение инотропного препарата – дофамина по показаниям, было отмечено лишь у 5,6% детей с диагнозом ОРИ и пневмония, но без надлежащего расчета и мониторинга. Данный факт можно объяснить тем, что для применения дофамина необходимо наличие перфузоров (инфузоматов) т.к. он вводится путем титрования и его эффект зависит от рассчитанной дозы и времени воздействия данного препарата на организм ребенка.

ОКИ

Лечение всех детей с диареей с тяжелым обезвоживанием не соответствовало клиническому протоколу. Являющиеся основным лечебным вмешательством для сохранения жизни ребенка с данной патологией – регидратационная инфузионная терапия у всех детей проводилось без должного расчета вводимой жидкости и без какого-либо мониторинга во всех случаях. Объем вводимой жидкости не распределен по часам, не указано начало и конец введения жидкости и не отражает динамику состояния ребенка. Раствор Рингера капается в малых количествах только в начале регидратации и необоснованно заменяется на 5% и 10% растворы глюкозы и коллоидные растворы – реополиглюкин, полиглюкин и солевой раствор ацесоль. Инфузионная терапия коллоидными растворами при выраженном обезвоживании детей может способствовать развитию сосудистой гиперволемии с развитием сердечно-сосудистой недостаточности.

Не практикуется зондовая регидратация, которую можно было бы провести параллельно с инфузионной регидратацией.

В изученных нами 1/3 историях болезни необоснованно был назначен цефазолин вместо необходимого антибиотика - ампициллина.

10% умерших детей в возрасте до 2-х лет, в первые 24 часа после госпитализации, у которых были определены группы крови и резус-фактор, по жизненным показаниям нуждались в переливании с заместительной целью одногруппной эритроцитной массы. Эти мероприятия не были назначены и выполнены.

Полипрагмазия

Большинство больных детей в стационаре получали необоснованно несколько препаратов одновременно: группы витаминов В, С, хлористый кальций, дигоксин, фуросемид, магний сульфат, никотиновую кислоту, но-шпу и эуфиллин. В 37% случаев детям назначались до 5-6 препаратов одновременно, а в 20% - более 7-8 препаратов.

Ребенку А. с пневмонией в возрасте 2 месяца (вес 4кг) было назначено одновременно 16 препаратов.

Кислородотерапия

Практически всем детям с неотложным состоянием показана кислородотерапия, как основной компонент, эффективно устраняющий имеющиеся явления гипоксии и гипоксемии в комплексе с инфузионной терапией.

Недостаток кислородотерапии в ОРИТ делает интенсивную терапию проводимую врачами не достаточно эффективной.

ИВЛ

Только 56% детей в терминальной стадии переводились на ИВЛ, тогда как раннее подключение к ИВЛ (при наличии соответствующего оборудования ОРИТ и подготовленных специалистов), как базисной терапии, при неотложных состояниях у детей, могло бы значительно предотвратить смертность. Как показывают записи в историях болезней, имеющиеся аппараты ИВЛ (Фабиус, РО-6) не соответствуют современным требованиям.

Дофамин

Инотропный препарат дофамин имеет дозозависимый эффект и показан как базисный препарат при многих неотложных состояниях у детей. Для внедрения применения дофамина необходимо наличие перфузоров в ОРИТ.

Таким образом:

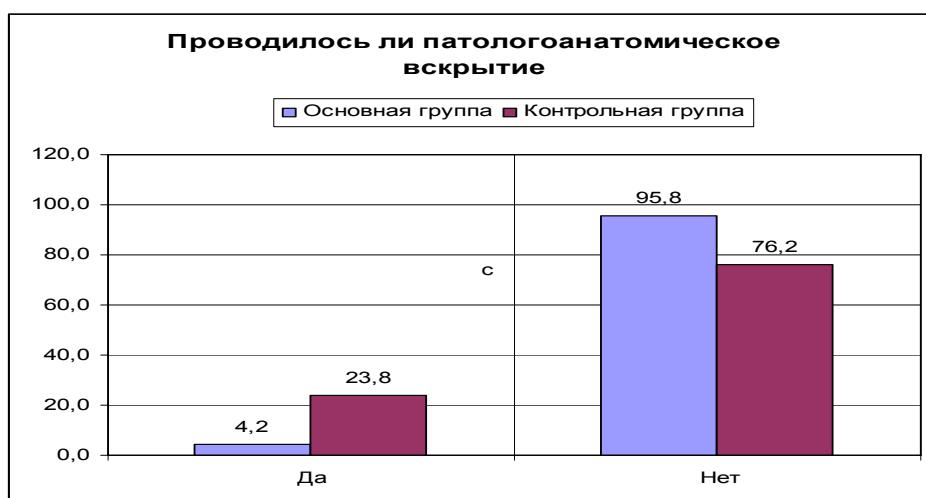
- анализ медицинской документации умерших детей в первые 24 часа после госпитализации показал, что в 60% случаев нет расчета вводимой инфузионной жидкости и надлежащего мониторинга за вводимой жидкостью;
- в 40% случаев, детям с пневмонией, несмотря на тяжелое состояние, назначался только 1 антибиотик;
- эуфиллин детям обеих групп назначался часто необоснованно, без точного расчета относительно тяжести состояния. В 90% случаев он вводился в/в струйно без мониторинга, тогда как его рекомендуют вводить детям раннего возраста в/в капельно;
- в 100% случаев отмечалось необоснованное назначение мочегонного препарата – фуросемида и зачастую в большой дозировке, что могло усилить имеющиеся нарушение гемодинамики и электролитные расстройства. Наряду с этим, широко и необоснованно назначается сердечный гликозид – дигоксин, который может токсично действовать на сердечную мышцу при имеющихся выраженных нарушениях кислотно-щелочного равновесия;
- являющиеся основным лечебным вмешательством для сохранения жизни ребенка с диареей – регидратационная инфузионная терапия у всех детей проводилось без должного расчета вводимой жидкости и без какого-либо мониторинга во всех случаях;
- при диарее необходимый раствор Рингера капается в малых количествах только в начале регидратации и необоснованно заменяется на 5% и 10% растворы глюкозы и коллоидные растворы – реополиглюкин, полиглюкин и солевой раствор ацесоль. Инфузионная терапия коллоидными растворами при выраженном обезвоживании детей может способствовать развитию сосудистой гиперволемии с развитием сердечно-сосудистой недостаточности;
- в 37% случаев детям назначались до 5-6 препаратов одновременно, а в 20% - более 7-8 препаратов;
- только 56% детей в терминальной стадии переводились на ИВЛ;
- необоснованно назначались такие препараты как: мочегонные, сердечные гликозиды, коллоидные растворы, витамины, препараты кальция, магния и др.

4.10.5. Патологоанатомическое вскрытие умерших детей

Патологоанатомическое вскрытие умерших детей было произведено у 23.8% контрольной и 4.2% основной группы (рис. 23). Низкий процент вскрытий умерших детей обусловлен категорическим отказом многих родителей от вскрытия и возможно отсутствием участия и заинтересованности самих врачей. Практически все патологоанатомические диагнозы умерших детей обеих сравниваемых групп совпадали с посмертными диагнозами, что указывает на недостаточно квалифицированный подход патологоанатома и врачей. В медицинских документах умерших детей посмертные эпикризы оформляются не полностью, они малоинформативны для изучения обстоятельств и причин

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

Рис. 23



Таким образом:

- патологоанатомическое вскрытие умерших детей проведено лишь 23,8% контрольной и 4,2% основной группы. При этом, практически все клинические диагнозы совпадали с патологоанатомическим диагнозом. Возможно, это связано с отсутствием детских патологоанатомов на местах, а также отсутствием лабораторий для проведения качественного гистопатологического и микробиологического исследования биоптатов умерших детей;

- в медицинских документах умерших детей посмертные эпикризы оформляются не полностью, они малоинформативны по изучению обстоятельств и причины смерти;

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

ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

На уровне сообщества	
Низкая информированность матерей относительно опасных признаков болезни и признаков болезни, когда необходимо немедленно обратиться к МР	<ul style="list-style-type: none"> • 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 и др. • Вести разъяснительную работу с населением по здоровому образу жизни
Незнание матерей о своих правах как пациентов, а также незнание обязанностей медицинских работников в отношении оказания медицинской помощи	
Низкая ответственность матерей за здоровье будущих детей (позднее обращение к МР женщин во время беременности)	
Наличие вредных привычек у отцов (курение, употребление алкоголя), отсутствие постоянной работы в селах	
Отсутствие связи МР с населением - низкое доверие к медицинским работникам, обращение к народным целителям и знахарям	
Оказание недостаточного внимания матерям новорожденным детям, результатом чего является смертность от несчастных случаев, а также случаи смерти детей, находящихся в бешиках	
На уровне оказания первичной медицинской помощи	
Низкий процент беременных женщин которым назначалась фолиевая кислота и препараты йода в первом триместре беременности	<ul style="list-style-type: none"> • Проведение регулярного мониторинга за оказанием медицинской помощи детям раннего возраста с акцентом на внутренний • Продолжение обучения МР программам, имеющим доказательную основу включая медицинских сестер • Продолжить обучение МР по распознаванию опасных признаков болезни требующих немедленной госпитализации • Улучшение работы по ведению медицинской документации
Неполноценное наблюдение семейными врачами на амбулаторном уровне за новорожденными и детьми в возрасте до 2 лет	
Некачественное оформление медицинских документов умерших детей (отсутствие посмертного эпикриза, даты, причины и времени смерти)	
Недооценка тяжести ребенка на амбулаторном уровне (недостаточная оценка общих опасных признаков болезни)	

Тяжелобольным детям перед направлением в стационар не дают первую дозу антибактериального препарата (согласно программе ИВБДВ)	<ul style="list-style-type: none"> • Своевременное назначение антибактериальной терапии больным детям с пневмонией • Своевременное назначение ОРС детям с диареей (низкоосмолярного)
Недостаточно детально выясняются причины смертности детей особенно на дому с диагнозом: Внезапная смерть или Механическая асфиксия.	
На уровне оказания стационарной помощи включая неотложную	
Отсутствие клинических протоколов по оказанию стационарной помощи детям включая неотложную помощь	<ul style="list-style-type: none"> • 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
Несвоевременное оказание неотложной помощи тяжелобольным детям внутри стационара с момента поступления в стационар	
Недостаточная оценка тяжести состояния тяжелобольных детей на стационарном уровне (тяжелобольные дети первоначально поступали в соматические отделения)	
Некачественное оказание стационарной помощи, включая неотложную (полипрагмазия, отсутствие мониторинга за вводимой жидкостью, поздний перевод на ИВЛ)	
Неполноценное обследование тяжелобольных детей в реанимационном отделении	
Недостаточная связь МР с родителями умерших детей	
Выписка тяжелобольных детей из стационара	
На уровне политики, руководства и менеджмента в секторе здравоохранения: на областном и районных уровнях	
Недостаточная преемственность ЦСМ, ТБ и роддомом	<ul style="list-style-type: none"> • Качественный разбор смертности умерших детей раннего возраста с целью повышения знаний медицинских работников причин и путей
Некачественный разбор смертности умерших детей на местах	

(не на всех умерших детей имеются рецензии/анализ смерти ребенка, не уточнены причины смертности детей)	<p>предотвращения смертности</p> <ul style="list-style-type: none"> • Улучшение системы регистрации умерших детей • Улучшить преемственность организаций ПМСП с ТБ и родильными отделениями.
Недостовверная регистрация умерших детей (особенно детей до 1 года переводят в смертность детей старше 1 года)	
Низкий % вскрытий умерших детей	
Низкий уровень знаний патологоанатомов педиатрии (100% отсутствие расхождений между патологоанатомическими и клиническими диагнозов)	
На уровне политики, руководства и менеджмента в секторе здравоохранения: <i>на национальном уровне</i>	
Отсутствие клинических протоколов по многим нозологиям на стационарном уровне	<ul style="list-style-type: none"> • Разработка клинических протоколов по всем нозологиям включая неотложную помощь детям • Улучшение доступа населения к услугам аптечной сети и услугам скорой медицинской помощи • Обеспечить необходимым оборудованием детских стационаров и отделений неотложной помощи
Недоступность к лекарственным препаратам (отсутствие аптек в близлежащих селах)	
Недоступность услуг скорой медицинской помощи	
Отсутствие необходимого оборудования в детских отделениях включая реанимационные	
На уровне Правительства	
Труднодоступность к чистой питьевой воде.	<ul style="list-style-type: none"> • Обеспечение чистой водой
Низкий процент дорог с асфальтобетонным покрытием, большинство дорог – грунтовые, низкого качества	<ul style="list-style-type: none"> • Улучшение состояния дорог

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Проект отчета по оценке качества детской больничной службы в Кыргызстане. Бишкек 2006 г.
2. Отчет «Оценка качества внедрения программы ИБДВ и определения барьеров для её устойчивости на всех уровнях первичной медико-санитарной помощи в Кыргызской республике Бишкек 2006 г.
3. A Standard Verbal Autopsy Method for Investigating Causes of Death in Infants and Children. WHO. 1999
4. Causes of infant and child mortality in Kazakhstan. Almaty, 2003
5. РМИЦ. 2008
6. Socio-medical causes of death children under 5 years who died at home and at the first 24 hours after hospitalization. Final report. UNICEF. Bucharest 2005.
7. Клинические протоколы для первичного уровня здравоохранения. Сборник №3. Бишкек 2006 г.
8. Клинические протоколы для госпитального уровня здравоохранения. Сборник №2. Бишкек 2005 г.