

УДК 616-007-053.1

Г.Т.Мырзабекова, д.м.н., Г.А.Шахим, А.А.Бисенбаева,
С.Т.Абильдаев, В.Д.Веретенников, А.Р.Сатанов

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей
Детская городская клиническая больница № 2
г. Алматы

ФАКТОРЫ РИСКА И ПРИЧИНЫ ДОСУТОЧНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ДЕТЕЙ

АННОТАЦИЯ

При анализе досуточной летальности выявлены низкая обращаемость родителей за медицинской помощью, отсутствие своевременной диагностики и госпитализации при возникновении острых нарушений в состоянии здоровья.

Ключевые слова: летальность, медицинская помощь, госпитализация.

Младенческая смертность – один из демографических факторов, наиболее наглядно отражающих уровень развития страны и происходящие в ней экономические и социальные изменения. В Республике Казахстан создана законодательная и нормативная правовая база. Кроме того, имеется полная приверженность правительства обеспечить снижение детской и младенческой смертности в стране. В Казахстане, несмотря на позитивные сдвиги в демографической ситуации, снижение младенческой смертности и детской заболеваемости остается актуальной проблемой.

Показатель досуточной летальности (%) вычисляется по формуле: число умерших в первые 24 ч пребывания в стационаре \times 100: общее количество больных, поступивших в стационар. В 2007 г. досуточная летальность в ДГКБ № 2 составила 0,09%, в 2008 г. – 0,07% в 2009 г. – 0,07%, в 2010 г. – 0,04%, в 2011 г. – 0,06%, в 2012 г. – 0,05%.

Проведен ретроспективный анализ 27 историй болезни детей, умерших в ОРИТ ДГКБ № 2 г. Алматы в течение 24 ч пребывания в стационаре за период 2007-2012 гг.

Целью исследования является оценка качественной и количественной структуры досуточной летальности в ДГКБ № 2 г. Алматы за период 2007-2012 гг. Проведен ретроспективный анализ 27 историй болезни детей.

Полученные данные отражают закономерности возрастного-полового состава умерших,

в частности, преобладание детей 1-го года жизни и большую долю мальчиков. Доля детей 1-го года жизни в общей досуточной летальности составила 66,8% (18), в возрасте от 1 года до 3 лет – 4 (14,8%), остальные 7 детей старше 3 лет (25,9%). Среди умерших детей большинство составили мальчики – 69,6%, девочки – 8 (30,5%).

Абсолютное большинство детей (91,3%) было доставлено бригадой «скорой помощи», 1 ребенок был переведен из другого стационара в связи с тяжелым врожденным комбинированным пороком сердца, куда поступил с диагнозом «острый живот», одного больного родители доставили самостоятельно. Больше половины (72%) детей доставлены в стационар с 18.00 до 8.00 утра, из них абсолютное большинство после 22 ч ночи, остальные (28%) в рабочее время – с 8.00 до 18.00 вечера. Таким образом, данные свидетельствуют о позднем обращении за медицинской помощью, отсутствии тесного контакта родителей с медицинскими работниками, в частности, с участковыми врачами.

На уровень досуточной летальности воздействует организация экстренной медицинской помощи не только на догоспитальном этапе, но и в стационаре. Особое влияние оказывает на исход заболевания так называемый «период полного бездействия» в приемном отделении больницы. В этот период не предусматриваются осмотр больного и сбор анамнеза, которые

должны быть максимально краткими в случае поступления тяжелого больного. Анализ историй болезни показал, что все дети находились в приемном отделении не более 10 мин. В том числе 5 детей были госпитализированы в отделение реанимации, минуя приемный покой, т.е. больные были своевременно осмотрены дежурным врачом, реаниматологом были проведены неотложные мероприятия.

Организацию экстренной медицинской помощи детям в стационаре характеризует количество часов, прожитых ребенком, погибшим до суток, т.е. уровень экстренной помощи прямо пропорционален количеству часов, прожитых детьми из числа умерших до суток. Длительность пребывания не превышала 1 ч только в одном случае, когда ребенок был доставлен в терминальном состоянии. Наибольшая длительность жизни (более 12 ч) была у 5 детей. Большинство умерших (55,8%) прожили от 4 до 11 ч. В течение 3 ч прожили 5 детей, поступивших в терминальном состоянии. Анализ историй болезни показал удовлетворительное качество обследования и лечения в период пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии. Критическое состояние, в котором поступило большинство детей, обусловило недостаточный объем обследования. Тем не менее основные диагностические тесты были проведены. Всем детям проводились неотложная посиндромная терапия, интенсивная терапия, реанимационные мероприятия и ИВЛ. На исход заболевания повлияли многие факторы, в том числе характер основного заболевания и фоновая патология.

Врожденное заболевание ЦНС имело место у 12 детей, у 10 больных – тяжелые врожденные комбинированные пороки сердца и врожденный кардит, что в совокупности составило 75,9%. В 5 случаях дети имели такие заболевания, как синдром Прадера-Вилли с сахарным диабетом (14 лет), первичная легочная гипертензия, апластическая анемия, гемангиома головного мозга, спинальная амиотрофия Верднига-Гофмана, смерть при которых наступила от осложнений с развитием декомпенсации витальных функций. Только 4 детей не имели врожденной патологии: причиной летального исхода у них была острая респираторная инфекция в виде пневмонии и ОРВИ (1). У одной больной (3 года б мес.) имела место сочетанная патология, подтвержденная на вскрытии: рети-

нобластома левого глаза, ВПС (ДМЖП) и ДЦП спастическая диплегия. Данные досуточной летальности за 5 лет соответствуют нозологической структуре ежегодной летальности в стационаре, что отражает распространенность наиболее тяжелых форм заболеваний, заканчивающихся летальным исходом. Декомпенсации основного заболевания способствовало развитие пневмонии у 10 (45,5%) детей с ВПС и пороками ЦНС.

Преморбидный фон был отягощен у 52% детей. По частоте сопутствующей патологии распределение представлено в следующем порядке: железодефицитная анемия (12), БЭН 2-3-й степени у детей раннего возраста (10), ПП ЦНС (8), кахексия у старших детей (4), хронический гепатит С (1), синдром Дауна (1).

При анализе пре- и перинатального анамнеза выявлено, что только 8 детей родились от женщин, не имевших хронической экстрагенитальной патологии. 15 детей родились от преждевременных родов (56,6%). В остальных случаях, несмотря на роды в декретированные сроки, беременность протекала на фоне угрозы прерывания беременности, анемии, ОРВИ, токсикоза в 1-2-й половине. В совокупности у подавляющего большинства женщин беременность протекала на фоне угрозы прерывания беременности, токсикоза, обострения хронического пиелонефрита, анемии, многоводия. В 3-х случаях причиной преждевременных родов была преэклампсия.

Из 27 детей 7 (25,9%) было от первых родов, в 10 (37%) случаях порядковый номер родов соответствовал порядковому номеру беременности, тогда как рождению остальных 10 детей (37%) предшествовали выкидыши и медицинские аборт.

В течение 2-х и более дней до обращения за скорой медицинской помощью признаки ухудшения состояния на фоне основного заболевания наблюдались у 6 детей. Остальных доставили в день смерти с признаками декомпенсации витальных функций. В другом случае ребенку была оказана неотложная помощь в поликлинике (1) и в других стационарах (2) с последующей доставкой на реанимобиле в ДГКБ №2. Анализ историй заболевания свидетельствует, что до последнего поступления в стационар родители по поводу ухудшения состояния к участковым врачам не обращались, не были активно осмотрены сотрудниками

поликлиники, что может быть связано с недооценкой тяжести состояния родственниками больного, а также медицинскими работниками.

Вскрытие было проведено 23 (85,2%) умершим детям. Анализ протоколов вскрытия свидетельствовал о совпадении клинического и патолого-анатомического диагноза во всех случаях, кроме одного, когда диагноз «пневмония с полиорганной недостаточностью» не подтвердился. При патолого-анатомическом исследовании были выявлены признаки острой респираторной вирусной инфекции и инфекционно-токсического шока.

Выводы

- В структуре досуточной летальности среди умерших преобладают дети первого дня жизни, в основном мальчики. Причиной досуточной летальности является позднее обращение за медицинской помощью и соответственно поздняя госпитализация. В нозологической структуре умерших детей лидирующее положение занимают врожденные пороки центральной нервной системы и врожденные комбинированные пороки сердца.

- Пневмония и острая респираторная вирусная инфекция явились непосредственной причиной заболевания у 4 детей (14,4%).

- На развитие летального исхода в подавляющем большинстве случаев повлияло наличие тяжелой врожденной патологии у детей и декомпенсация основного заболевания вследствие присоединения острой респираторной вирусно-бактериальной инфекции.

- У более половины умерших детей был неблагоприятный антенатальный период развития и фоновая патология.

- Данные досуточной летальности за 5 лет соответствуют нозологической структуре ежегодной летальности в стационаре, что отражает распространенность наиболее тяжелых форм заболеваний, заканчивающихся летальным исходом.

- Выявленная низкая обращаемость родителей за медицинской помощью в поликлинику требует полного и систематического наблюдения за детьми с врожденной патологией, своевременной диагностики и госпитализации при возникновении острых нарушений в состоянии здоровья, усиления медико-санитарного воспитания родителей с целью формирования доверительных отношений между родственниками и медицинскими работниками.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Указ Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 г. № 1113 «О Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг.
- 2 Рябов Г. А. Логика развития интенсивной терапии критических состояний // Анестезиология и реаниматология. – 1999. – № 1. – С. 10-13.
- 3 Верткина Н. В. Организационные и клинические аспекты досуточной летальности в многопрофильной больнице скорой медицинской помощи: автореф. ... канд. мед. наук. – М., 2005. – 24 с.
- 4 Садчиков Д. В., Пригородов М. В., Иванов Р. В. Особенности диагностики у пациентов в критическом состоянии // Саратовский науч.-мед. журн. – 2011. – Т. 7, № 3. – С. 601-606.

ТҮЙІН

Тәулікке дейінгі летальді жағдай анализінде ата-аналардың медициналық көмекке жүгунудің төмендігі, уақытылы диагностиканың және денсаулық жағдайындағы жедел бұзылыстардың туындауы кезіндегі ауруханаға жатқызылуының болмауы анықталды.

Түйінді сөздер: летальді жағдай, медициналық көмек, ауруханаға жатқызылуы.

SUMMARY

In the analysis of mortality identified dosutochnoy low uptake parents medical care, lack of timely diagnosis and hospitalization in case of acute disorders in health.

Key words: mortality, medical care, hospitalization.