Смаилова Д.К.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ В ОИШСКОЙ ОБЛАСТИ

УДК: 616-053.3-036.88-058.8-082+312.1/2+616.037.

Проведено комплексное исследование для оценки качества оказываемой медико-социальной помощи умершим детям первого года жизни, на основе экспертизы полного комплекта медицинской документации в 4-х районах Ошской области.

Ключевые слова: дети первого года жизни, младенческая смертность, показатели оценки состояния здоровья.

Актуальность темы.

Первый год жизни ребенка является наиболее уязвимым периодом, в течение которой важное значение имеет практика кормления, плановая иммунизация, профилактика заболеваемости от различных инфекционных болезней, а также безопасность и качество среды обитания и меры, по диспансерному наблюдению, особенно за детьми из группы риска.

Уровень смертности детей первого года жизни в наибольшей степени также зависит от качества и своевременности медицинской помощи, а также организации противоэпидемических мероприятий. Многие причины (инфекции, травмы, отравления) могут быть устранены при надлежащем уходе за младенцем, его патронажном наблюдении, своевременном обращении к врачу и оказании медицинской помощи [1,2].

Проанализировав случаи младенческой смертности по периодам жизни ребенка можно получить достаточно полное представление о качестве и эффективности работы акушерско-гинекологической и педиатрической службы [3,4].

Методы исследования.

Объектом исследования послужили семьи детей, умерших на первом году жизни, а также полные комплекты медицинской документации

Изучено состояние здоровья детей 1-го года жизни, произведена ретроспективная оценка качества оказания медицинской помощи, а также медико-демографических и социально-гигиенических харак-

теристик семей, особенностей образа жизни и условия воспитания ребенка в семье.

Оценка состояния здоровья детей исследуемой когорты проводилась на основе комплекса критериев: наличие или отсутствие отклонений в ante-, интра-, и раннем постнеонатальном онтогенезе, уровень физического и нервно-психического развития, степень резистентности организма, наличие хронических заболеваний и врожденных пороков развития.

В соответствии с программой исследования применены различные методы и методики сбора информации. Это методы комплексных медицинских осмотров, изучения медицинской документации, выкопировка данных на специально разработанные карты, заполнение специально составленных карт опроса и анкет, методы посемейного обследования, методы опроса-интервью матери, медицинского работника, экспертный метод.

Результаты исследования.

Известно, что предупреждение заболеваемости и смертности на 1-м году жизни ребенка требует учета всех имеющихся факторов риска у новорожденных, причем ведущая роль в прогнозировании и профилактике должна выполняться медицинскими работниками в основном в условиях ГСВ или ЦСМ. Эффективность диспансеризации и первичной профилактики важнейших заболеваний у детей раннего возраста значительно возрастает при привлечении в этот процесс таких специалистов как невропатолог, ЛОР врач, стоматолог и хирург.

Исследования показали, что полноценный медико-санитарный контроль за состоянием здоровья и развитием детей проведен только в 0,6% случаев, не было регулярных осмотров невропатологами (в 3 мес.) у 0,6% детей, хирургами/ортопедами (в 3 месяца) у 1,8%, ЛОР врачами (в 3 месяца) у 0,6%, стоматологами (в 3 месяца) у 0,6%. Сведения по другим категориям обследования в динамике жизни ребенка отсутствовали (табл. 1)

Таблица 1.

Данные об осмотрах детей 1 года жизни узкими специалистами (%)

Регион	Невропатолог				Хирург-ортопед			
	3 мес	6 мес	9 мес	12 мес	3 мес	6 мес	9 мес	12 мес
Алайский	1,6	0,0	0,0	0,0	1,6	0,0	0,0	0,0
Каракульджинский	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ноокатский	0,0	0,0	0,0	0,0	2,6	1,0	0,5	0,0
Чоналайский	5,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ИТОГО	0,6	0,0	0,0	0,0	1,8	0,6	0,3	0,0
Регион	ЛОР				Стоматолог			
	3 мес	6 мес	9 мес	12 мес	3 мес	6 мес	9 мес	12 мес

Алайский	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Каракульджинский	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ноокатский	0,5	0,0	0,0	0,0	1,0	0,5	0,0	0,0
Чоналайский	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ИТОГО	0,6	0,0	0,0	0,0	0,6	0,3	0,0	0,0

План диспансерного наблюдения ребенка должен включать кроме частоты осмотров врачей специалистов, сроки и объем лабораторно-диагностических исследований, показаний и противопоказаний к профилактическим прививкам.

Углубленное обследование детей при диспансеризации (ОАК, ОАМ УЗИ и т.д.) проведено по разным ЛПО от 1,8% до 8,3% (табл. 2).

Таблица 2

Данные об объеме лабораторных исследований у детей 1 года жизни (%)

Регион	Кровь	Моча	Копрология	УЗИ	R-граф
Алайский	15,6	7,8	3,1	0,0	0,0
Каракульджинский	30,0	21,7	20,0	10,0	0,0
Ноокатский	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Чоналайский	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ИТОГО	8,3	5,3	4,1	1,8	0,0

Больше всего иммунизацией были охвачены дети в Алайском и Каракульджинском районах (табл. 3).

Анализ данных о вакцинации детей первого года жизни показал, что 12,1% детей при рождении получили иммунизацию от вирусного гепатита, 10,9% - от туберкулеза, 10,7% - от полиомиелита, от дифтерии (I АКДС – 8,6%, II АКДС – 4,1%, III АКДС – 2,4%).

Таблица 3.

Данные о вакцинации детей 1 года жизни (%)

Регион	Вир.гепатит	БЦЖ	Полио	I АКДС	II АКДС	III АКДС
Алайский	32,8	32,8	31,3	21,9	14,1	6,3
Каракульджинский	33,3	26,7	26,7	25,0	8,3	6,7
Ноокатский	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Чоналайский	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ИТОГО	12,1	10,9	10,7	8,6	4,1	2,4

В результате комплексной оценки состояния здоровья детей они распределены по группам: 1-я - здоровые дети; 2-я, редко болеющие, куда вошли относительно здоровые дети, с редкими эпизодами заболеваниями (до 3-х раз в год); 3-я - больные дети, с частыми заболеваниями (более 4 раз в год) и 4-я – с наличием хронических болезней.

Результаты оценки показали, что в первую группу, т.е. здоровую было отнесено лишь 24,6% детей. Во вторую группу вошло 14,0% детей, в третью – 22,0% и в четвертую – 39,5%. В Каракульджинском районе 11,8% детей вошли в группу здоровых, тогда как в Чоналайском районе таковой группы не было (табл. 4).

Таблица 4.

Показатели оценки состояния здоровья детей по отдельным регионам (%)

Регион	Здоров	Редко болеет	Часто болеет	Наличие хронических заболеваний
Алайский	57,9	21,0	10,5	10,5
Каракульджинский	11,8	17,6	35,3	35,3
Ноокатский	22,0	13,2	20,6	44,1
Чоналайский	0,0	0,0	30,0	70,0
ИТОГО	24,6	14,0	22,0	39,5

Ниже приводятся данные о физическом развитии детей I года жизни по исследуемым регионам. Оценка разницы соответствия массы тела возрасту между различными группами детей показало, что избыточная масса тела в 3 месяца была у 3,0%, в 6 мес. – 1,5%. У 10,4% детей масса тела в 3 месяца соответствовала возрасту, в 6 мес. – у 2,7%, в 9 мес - у 0,9%. У 4,1% - детей масса тела в 3 месяца была ниже среднего, в 6 мес. – у 1,8%, в 9 мес - у 0,6%, в 12 мес. – у 0,3% детей. У 1,8% - детей масса тела в 3 месяца была низкой, в 6 мес. – у 0,6%, в 9 мес - у 0,6% детей.

Оценка разницы соответствия роста возрасту ребенка между различными группами детей показало, что избыточный рост в 3 месяца был у 2,7%, в 6 мес. – 0,6%. У 7,7% детей рост в 3 месяца соответствовала возрасту, в 6 мес. – у 3,0%, в 9 мес - у 1,5%. У 19,8% - детей рост в 3 месяца был ниже среднего, в 6 мес. – у 1,8%, в 9 мес - у 0,6%, в 12 мес. – у 0,3% детей. У 1,2% - детей рост в 3 месяца был низким, в 6 мес. – у 0,3%, в 9 мес - у 0,3% детей. Таким образом, во всех четырех регионах снижение массы тела и роста детей отмечается уже в первые три месяца жизни и нарастает по мере взросления детей.

Оценка состояния здоровья детей также показала, что лишь 17,4% из них не нуждались в диспансерном наблюдении, 56,5% - нуждались в наблюдении по состоянию здоровья и 26,1% - нуждались в наблюдении по социальным показаниям (табл. 5.).

Таблица 5.

Показатели оценки состояния здоровья детей по отдельным регионам (%)

Регион	Не нуждался	Нуждался по состоянию здоровья	Нуждался по социальным показаниям
Алайский	47,8	39,1	13,0
Каракульджинский	13,6	68,2	18,2
Ноокатский	13,0	59,7	27,3
Чоналайский	0,0	50,0	50,0
ИТОГО	17,4	56,5	26,1

Таким образом, анализ случаев младенческой смертности, произошедший с момента выписки ребенка из родильного дома до 1 года показал, что:

1. имеется неполный охват детей иммунизацией и диспансеризацией с осмотрами узких специалистов, хотя более 84% из них нуждались в диспансерном наблюдении по состоянию здоровья;
2. имеется высокий процент несоответствия массы тела и росту детей их возрасту;
3. имеются низкие показатели оценки состояния здоровья детей, особенно в Каракульджинском и Чоналайском районах.

Литература:

1. Балыгин М. Ситуация с младенческой смертностью в России //Врач. – 2001. - №2. – с. 48-53.
2. Воронцов И.М., Кельмансон И.А., Цинзерлинг А.В. Синдром внезапной смерти грудных детей: 2-е издание. Ст-Петербург: Издательство «Специальная литература» 1997, 216стр.
3. Семериков В.В., Лаврентьева И.Н., Таточенко В.К. и др. Краснуха. – Пермь-СПб-Москва, 2002.-175с.
4. Щавелева М.В. Некоторые тенденции младенческой смертности в Республике Беларусь // Качество и эффективность применяемых медицинских технологий. Витебск, 1999. – с. 195-196.