



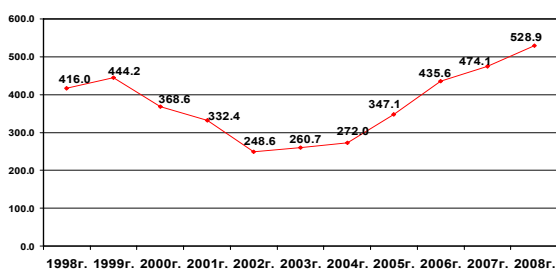
Информационный обзор №25

Изучение причин роста острых кишечных инфекций не установленной этиологии

Настоящий информационный обзор описывает результаты исследования, направленного на изучение причин и последствий растущей заболеваемости острыми кишечными инфекциями не установленной этиологии.

В структуре инфекционных заболеваний в Кыргызстане за 2008 год острые кишечные инфекции (ОКИ) составили 34,6% и занимают первое место по удельному весу среди всех инфекционных болезней. Анализ данных заболеваемости ОКИ за последние 10 лет с 1998 по 2008 год показывает, что средний республиканский показатель заболеваемости инфекцией кишечной группы держится на стабильно высоком уровне, достигая в отдельные годы показателя от 260,7 (2003г.) до 528,9 (2008г.) на 100 тыс. населения (см рис.). При этом рост ОКИ не установленной этиологии возрос в 2,2 раза с 152,2 в 2004 г. до 347,1 в 2008 г. на 100.000 населения.

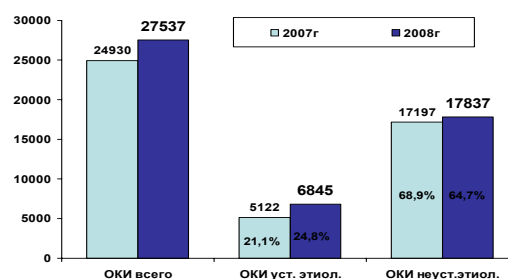
Динамика и тенденции заболеваемости ОКИ
(Кыргызская Республика, 1998-2008гг. на 100 тыс. населения)



Структуру кишечной инфекции составляют большей частью энтериты не установленной этиологии. Несмотря на незначительное улучшение этиологической расшифровки, заболеваемость ОКИ не установленной этиологии остается на высоком уровне.

За 2008 год из всех случаев ОКИ только в 24,8% случаев был установлен тип патогенного возбудителя, в остальных случаях - 64,7%, тип возбудителя не был установлен и, соответственно, был выставлен диагноз «ОКИ не установленной этиологии»

Соотношение ОКИ
Кыргызская Республика, 2007-2008гг.



Результаты исследования

Результаты опроса врачей

Интервью с семейными врачами ЦСМ выявило, что врачи очень часто без показаний назначают антибактериальные препараты, поскольку они не уверены, что пациенты или родители больных детей будут строго соблюдать предписания (отпаивание, диета), и чтобы избежать осложнений, сразу назначают антибактериальный препарат. При выявлении одного из показаний для госпитализации экстренно госпитализируют больного в стационар. В тех случаях, когда родители больных детей отказываются от госпитализации, семейным врачом подается экстренное извещение в территориальный ЦГСЭН, при этом бактериологическое лабораторное обследование больному не назначается, расшифровка этиологической структуры не производится, и диагноз выставляется - «энтерит не установленной этиологии».

Фрагменты интервью врачей:

«...при обращении больных за медицинской помощью, я всегда назначаю антибиотик цефалоспоринового ряда, если даже у ребенка легкое течение, но в картах не указываю...»

(г. Ош, семейный врач ГСВ)

«Если одному ребенку назначаешь ампициллин, то в случае заболевания второго ребенка, мать обязательно дает этот же антибиотик, а к врачам обращаются только в отягощенном состоянии»

(Узгенский район, семейный врач ГСВ)

Результаты анализа амбулаторных карт с диагнозом ОКИ на первичном уровне

- очень часто больные с диареей без назначения врача самостоятельно принимали антимикробные препараты (20%);
- в более, чем половина изученных случаев (52%), больные прошли через ПОР (пункт оральной регидратации), где получили рекомендации по приему и приготовлению регидратационных порошков;
- только в 5% изученных случаев семейным врачом было назначено бактериологическое исследование перед назначением антибиотика;
- в 43% изученных случаев семейный врач прописывал больным с ОКИ антимикробные препараты без предварительного лабораторного исследования;
- в 15% изученных случаев больные, получившие лечение на амбулаторном уровне, имели осложнения и ухудшение состояния, в связи с чем были направлены в стационар;
- в 12,5% случаев родители больных детей отказались от госпитализации и пролечились в домашних условиях, при этом экстренное извещение подано было без лабораторного обследования и без расшифровки этиологической структуры, и был выставлен диагноз: «ОКИ неустановленной этиологии».
- в 45% случаев при лечении больных с ОКИ в амбулаторных условиях назначены антибиотики (ампициллин, цефазолин, цебанекс и др.) без предварительного бактериологического обследования;
- чаще всего больных направляют сразу в стационар, даже если не имеются показания для госпитализации;
- в плане медикаментозного лечения наблюдается несоблюдение врачами клинических протоколов, во многих случаях амбулаторным больным назначаются антибиотики цефалоспоринового ряда.

Результаты анализа медицинских карт больных ОКИ на стационарном уровне

- больные с ОКИ до поступления в стационар часто получают антимикробную терапию, либо в ЦСМ, либо самостоятельно на дому без назначения врача, что оказывает влияние на бактериологическую высеваемость. У данных больных результаты бактериологических исследований показывают отрицательный результат наличия патогенного микроба и, соответственно, данным пациентам выставляется диагноз «ОКИ неустановленной этиологии»: 25% больных, поступивших в стационар, ранее получали антибактериальное лечение в ЦСМ, и 20% больных, поступивших в стационар, ранее самостоятельно принимали антибактериальные препараты на дому без назначения врача;

- во всех изученных случаях у стационарных больных с ОКИ проводились бактериологические исследования на наличие патогенного микроба;
- из всех регионов только в 2-х врач-инфекционисты назначали анализы на определение чувствительности к антибиотикам перед лечением: в Бишкеке в 100% случаев врачи проводили определение чувствительности к антибиотикам, в 10% изученных случаев в Узгенском районе определяли чувствительность к антибиотикам, в остальных исследуемых регионах анализ на чувствительность к антибиотикам не проводился.

Анализ деятельности бактериологических лабораторий

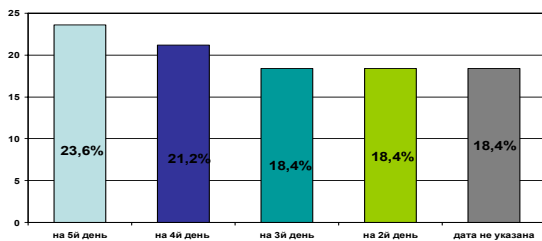
Для функционирования и работы с патогенными биологическими агентами все исследованные лаборатории имели разрешение Республиканской режимной комиссии. Лаборатории выполняют бактериологические исследования, связанные с профилактикой и диагностикой инфекционных заболеваний, проводят расшифровку этиологии инфекционных заболеваний, проводят санитарно-бактериологические исследования для определения путей и факторов передачи инфекций.

Доставка материалов от больного с ОКИ в лабораторию проводится средним медицинским персоналом стационара со специальной транспортной средой. Очень важным моментом получения достоверных и наиболее точных результатов анализов являются соответствующие обоснованные показания к проведению бактериологического исследования, своевременное и правильное взятие материала от больного.

В соответствии с методикой проведения бактериологических исследований результаты исследований на наличие патогенного агента могут быть высеяны только по истечении 5 дней, в исключительных случаях - на 3 день. Однако проведенный анализ указывает на то, что только в 23,6% изученных случаев результаты анализа были готовы и выдавались на 5 день, в 36,8% - результаты бактериологического анализа были готовы и выданы уже на второй и третий день (см рис). Данные факты свидетельствуют о том, что при проведении бактериологических исследований на наличие патогенного микроба не соблюдаются соответствующие последовательности методики исследования, в результате чего высеваемость этиологического пейзажа просто не возможна. Кроме того, в процессе исследования было выявлено, что в некоторых учреждениях при заборе и проведении бактериологических анализов основой транспортной среды служит физиологический раствор, вместо среды обогащения, что также оказывает большое

влияние на получение достоверных результатов бактериологического исследования.

Сроки выдачи результатов
этиологической расшифровки анализов
от больных ОКИ (n=40)



Изучение деятельности лабораторий по проведению бактериологических исследований и изучение соответствующих отчетных форм выявило, что:

- зачастую работа бактериологов направлена только на выдачу условно-патогенной микрофлоры, не уделяется внимание поиску других патогенных агентов, идентификация культур микробов лабораториями проводится не всегда;
- на результаты анализа большое влияние оказывают неправильный выбор консерванта при транспортировке и забор анализа от больных для исследования;
- при проведении исследования было обнаружено, что некоторые лаборатории работают с просроченными диагностикумами и средами;
- отсутствует дифференциальный подход к проведению исследований, так как имеются случаи необоснованного бактериологического обследования на кишечную группу больных с другими диагнозами.

Основные выводы

Результаты исследования подтверждают, что острые кишечные инфекции не уточненной этиологии являются основной проблемой здравоохранения в Кыргызской Республике, и необходимо совершенствовать систему в области эффективного надзора за данными заболеваниями:

- основными причинами бактериологической неподтверждаемости ОКИ являются прием антибиотиков без предварительного бактериологического обследования;
- в нормативных документах Минздрава нет четкого критерия определения случаев, подлежащих антибиотикотерапии, бактериологическому обследованию, и нет учета отказавшихся от госпитализации при ведении эпидемиологического надзора, лечения, обследования больных с острой кишечной инфекцией;

- при назначении антимикробной терапии больным практически не проводится исследование на чувствительность к тому или иному виду антибиотика;

- на результаты анализа большое влияние оказывают неправильный выбор консерванта при транспортировке материалов от больных с ОКИ в лабораторию и забор анализов от больных;

- не проводится идентификация культур микробов, в 22,5% случаев, результат анализа уже выдается на 2-й день;

- не соблюдаются соответствующие последовательности методики исследования и сроки пригодности реактивов и сред в лабораториях;

- не проводятся вирусологические исследования для расшифровки истинного этиологического происхождения заболевания ОКИ.

Рекомендации

- Необходимо повсеместное внедрение вирусологического исследования больных ОКИ неустановленной этиологии.

- Пересмотреть и усовершенствовать систему регистрации и формы отчетной документации учреждений здравоохранения по заболеваемости ОКИ при лечении в амбулаторных условиях.

- Активизировать мероприятия по обеспечению населения информацией о факторах риска ОКИ, о первых признаках этого заболевания, а также важности своевременного обращения за медицинской помощью.

- Усилить лабораторную службу в диагностике и увеличить объем исследований. Необходимо расширить охват обучения специалистов и проводить регулярный мониторинг на предмет качества проведения лабораторных исследований и приверженности врачей-бактериологов нормативным документам.

- Улучшить потенциал организаций здравоохранения по диагностике ОКИ (обучение специалистов лабораторных служб, внедрение экспресс диагностики загрязненности воды и т.д.).

- Пересмотреть нормативные документы, регламентирующие лечение больных с ОКИ (приказы МЗ, клинические протоколы).

Для получения более подробной информации и полного отчета по исследованию обращайтесь к консультанту Центра анализа политики здравоохранения Абдраимовой Аиде по эл. почте: aida@hpac.kg