



ЦЕНТР АНАЛИЗА
ПОЛИТИКИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Документ исследования политики №62

**Изучение причин роста острых кишечных инфекций
неустановленной этиологии**

**Абдраимова А. (Центр анализа политики здравоохранения)
Нурматов З.Ш.(Департамент Госсанэпиднадзора при МЗКР)
Исмаилова Б. (Департамент Госсанэпиднадзора при МЗКР)**

Бишкек – 2009

Центр анализа политики здравоохранения,
Кыргызская Республика, Бишкек, 720040, ул. Т. Молдо 1
Тел: +996 (312)666-244 • Факс: +996 (312) 663-649 •Email: aida@manas.elcat.kg

Принятые сокращения

ДГСЭН	Департамент государственного санитарно-эпидемиологического надзора при МЗКР
РЦГСЭН	Районный Центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора
МЗ КР	Министерство здравоохранения Кыргызской Республики
НД	Нормативные документы
ЛС	Лекарственные средства
КР/КП	Клинические руководства,/клинические протоколы
ОКИ	Острые кишечные инфекции
ТБ	Территориальная больница
ЦСМ	Центр семейной медицины
ФАП	Фельдшерско-акушерский пункт

Содержание

1. Ведение.....	5
2. Цель исследования.....	6
3. Задачи исследования.....	6
4. Материалы и методы исследования.....	6
5. Обзор текущей ситуации по острым кишечным заболеваниям в Кыргызской Республике.....	6
5.1. Сезонность заболеваемости общей кишечной группой.....	9
5.2. Анализ возрастной структуры	10
5.3. Летальность от ОКИ	11
6. Нормативные документы для учета и регистрации и ведения больных с ОКИ.....	13
7. Учет больных ОКИ на первичном уровне.....	14
8. Мнение врачей относительно предоставляемой медицинской помощи больным с кишечными инфекциями, получающие лечение в амбулаторных условиях (фокус группы с врачами).....	15
9. Результаты анализа амбулаторных карт и историй болезней.....	16
9.1. Анализ амбулаторных карт с диагнозом ОКИ на первичном уровне.....	16
9.2. Анализ историй болезней с диагнозом ОКИ в стационаре.....	17
10. Деятельность бактериологических лабораторий.....	19
11. Заключение.....	21
12. Рекомендации	22
13. Приложения	23

Выражение благодарности

Центр анализа политики здравоохранения выражает признательность всем руководителям Центров Семейной Медицины, территориальных больниц, районных и городских Центров государственного эпидемиологического надзора, бактериологических лабораторий, Республиканской клинической инфекционной больницы г.Бишкек, Чуйской и Ошской областей принимавших участие в данном исследовании, за содействие и большой вклад при сборе информации.

Также мы хотели бы поблагодарить сотрудников Департамента государственного санитарно-эпидемиологического надзора, которые спланировали и провели данное исследование, за их неоценимую работу при разработке методологии исследования и составлении отчета.

1. Введение

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. Многолетний анализ заболеваемости показывает что, за последние 10 лет ежегодно по республике регистрируется от 12 до 45 тысяч случаев заболевших кишечными инфекциями, из них более 80% - дети до 14 лет. Заболеваемость ОКИ до недавнего времени имела некоторую тенденцию к снижению – с 369,2 (показатель на 100.000 населения) в 1995 году до 249,7¹ в 2003 году. Смертность среди детей до 14 лет также сокращается - с 340 в 2004 г. до 151 ребенка в 2008 г.

Несмотря на относительно благоприятную картину в отношении смертности от ОКИ, заболеваемость ОКИ за последние 5 лет выросла. При этом рост ОКИ неустановленной этиологии возрос в 2,2 раза с 152,2 в 2004 г. до 347,1² в 2008 г. Основную структуру кишечной инфекции составляют энтериты неуточнённой этиологии, которые занимают 64,7%, на долю уточнённой этиологии приходится 25% и на дизентерию -13,3%.

Ежегодно от ОКИ неустановленной этиологии в республике умирает около 100 детей до 14 лет жизни (2003 г.- 109, 2008г. – 128 детей). Смертность и рост ОКИ неустановленной этиологии могут иметь последствия как для здоровья населения, так и последствия для экономики здравоохранения. К примеру, для диагностики и лечения ОКИ вирусной этиологии лечебные учреждения в республике не располагают действенными средствами диагностики и специфической терапии. В условиях ограничения пребывания больного на койке, рост этой группы инфекции может негативно сказываться на исходе случаев ОКИ неуточнённой этиологии и эффективности профилактики ОКИ вирусной этиологии.

В качестве факторов заболеваемости и смертности ОКИ чаще всего указываются доступность к доброкачественной питьевой воды, соблюдение правил личной гигиены, оказание медицинской помощи. Говоря о последней группе факторов, следует отметить, что с началом реформ в системе здравоохранения Кыргызстана произошли изменения, которые призваны улучшить ситуацию с ОКИ. При всех лечебных учреждениях первичного уровня работают пункты отпаивания регидроном, разработаны клинические протоколы по ОКИ, установлены механизмы оплаты труда медицинских работников и учреждений при ведении ОКИ и др. Проведенные мероприятия и другие процессы могут иметь последствия для распределения ролей медицинских учреждений при ведении случаев ОКИ, вести к появлению новых мотивов поведения медицинских работников, изменению возможностей регистрации случаев ОКИ. К примеру, сейчас официально регистрируются только те случаи, которые получают стационарное лечение. Зачастую больные, оставленные на дому, остаются с ОКИ неуточнённой этиологии.

¹ Показатель на 100.000 населения

² Показатель на 100.000 населения

В связи с вышеизложенным, необходимо изучить причину роста острых кишечных инфекций неустановленной этиологии и насколько эффективны проводимые мероприятия организациями здравоохранения по снижению заболеваемости ОКИ не установленной этиологии.

2. Цель исследования

Изучить причины и последствия растущей заболеваемости острыми кишечными инфекциями неустановленной этиологии.

3. Задачи исследования

1. Провести обзор тактики ведения больных ОКИ, имеющих клинических протоколов, регламентирующих инструкций;
2. Оценить полноту регистрации и учета ОКИ в организациях здравоохранения на всех уровнях;
3. Изучить оснащенность и деятельность лабораторий, занимающихся диагностическими исследованиями ОКИ неустановленной этиологии;
4. Изучить практику постановки диагноза в случаях ОКИ;
5. Изучить взаимодействие между медицинскими учреждениями при ведении больных с ОКИ (ГСВ, ФАП, ТБ, ЦГСЭН, бактериологические и вирусологические лаборатории);

4. Материалы и методы исследования

Исследование проведено с использованием перекрестного дизайна. Анализ проводился с использованием как количественных, так и качественных данных. Для сбора данных были применены интервью и обзор нормативных документов.

Были изучены записи по учету и регистрации ОКИ в лечебных учреждениях, нормативные документы и инструкции, отчетные формы в ЛПО, истории болезни и амбулаторные карты, учетные данные в учреждениях, занимающихся диагностическими исследованиями, месячные отчетные формы, связанных с ОКИ.

Были проведены интервью:

- с работниками здравоохранения (руководители учреждений, врачи ГСВ/ФАПов и территориальных больниц, работники лабораторий);
- семейных врачей 4-х ГСВ;
- врачей-бактериологов 6-ти бактериологических лабораторий районных и городских Центров Госсанэпиднадзора и территориальных больниц;
- врачей-инфекционистов 4-х территориальных больниц.

Интервью семейных врачей и врачей стационаров осуществлялось с применением полуструктурированных анкет и фокус-групп. Вопросы анкет для опроса врачей были направлены на изучение применения пациентами

лекарственных препаратов до обращения в ПМСП, назначение антибактериальной терапии, диагностику и исход лечения

Для получения представления о причинах высокой заболеваемости ОКИ не уточненной этиологии для проведения исследования были выбраны г. Бишкек, г. Ош, Ошская, Чуйская области. В данных регионах за последние годы отмечаются наиболее высокие показатели по заболеваемости и смертности ОКИ неустановленной этиологии.

В каждом регионе были исследованы учреждения первичного и стационарного уровней (инфекционные больницы или отделения), занимающихся лечением больных с ОКИ, Центра Госсанэпиднадзора и лаборатории, занимающиеся диагностикой ОКИ не установленной этиологии.

- г. Бишкек (РКИБ, ЦСМ №6, БЦГСЭН)
- Ошская область (г. Ош, Узгенский р-н)
- Чуйская область (Иссык-Атинский р-н)

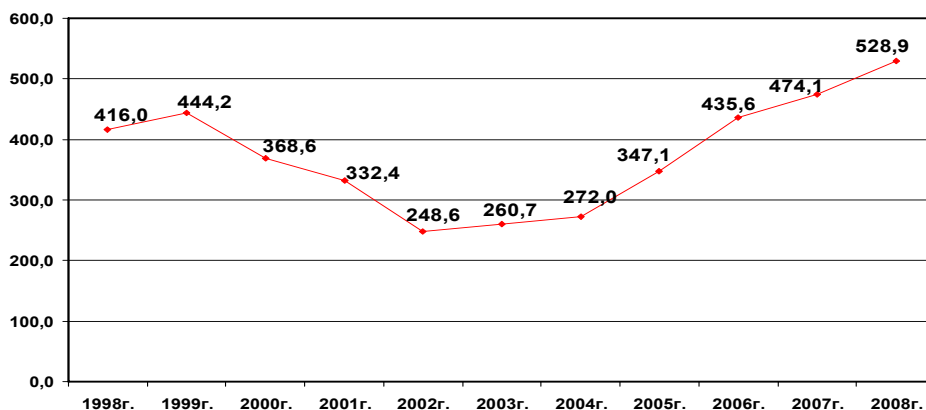
Для получения представления о факторах общего уровня, связанных с заболеваемостью группы кишечных инфекций были использованы многолетние данные, занесенные в Государственную статистическую форму №1 «Об инфекционных и паразитарных заболеваниях», утвержденную Национальным статистическим комитетом Кыргызской Республики, также годовые данные по инфекционным и паразитарным заболеваниям стран Центрально-Азиатских регионов и Российской Федерации.

5. Обзор текущей ситуации по острым кишечным заболеваниям в Кыргызской Республике

Анализ данных заболеваемости ОКИ за последние 10 лет с 1998 по 2008 год показывает, что среднереспубликанский показатель заболеваемости инфекцией кишечной группой держится на стабильно высоком уровне, достигая в отдельные годы показателя от 260,7 (2003г.) до 528,9 (2008г.) на 100 тыс. населения (рис.1).

Рис.1

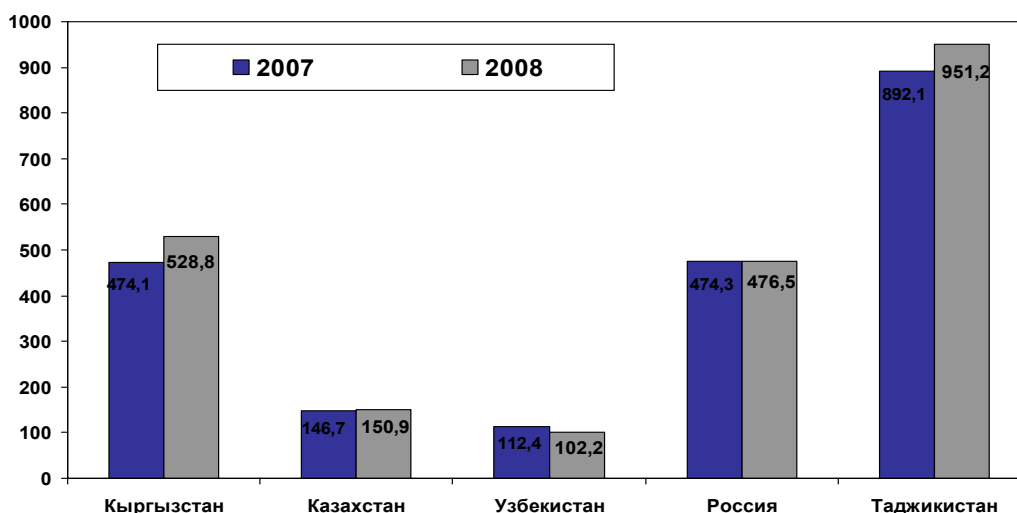
Динамика и тенденции заболеваемости ОКИ
(Кыргызская Республика, 1998-2008гг. на 100 тыс. населения)



Кыргызская Республика по показателям заболеваемости группы кишечных инфекций занимает лидирующее положение среди стран Центрально-Азиатского региона и России, уступая лишь Таджикистану (рис.2). [Информационные статистические данные по инфекционным и паразитарным заболеваниям ЦАР и РФ, 2007-2008гг.].

Рис.2

Показатель заболеваемости группы кишечных инфекций
в странах СНГ за 2007-2008г.г. (на 100 тыс. населения)



Анализ многолетней динамики заболеваемости ОКИ по регионам республики показал территориальную неравномерность распространения данных инфекций. Наибольший уровень заболеваемости ОКИ отмечается в южном регионе республики (Ошская, Жалал-Абадская и Баткенская области),

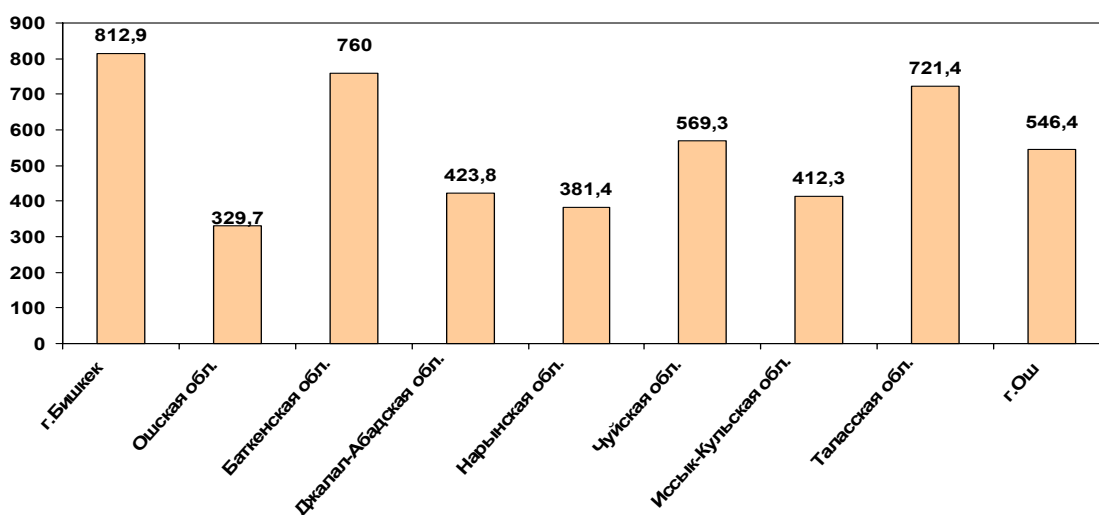
характеризующимся жарким климатом, высокой плотностью населения, высоким уровнем рождаемости.

Отмечено заметное снижение эпидемического процесса ОКИ в Нарынской области: средний уровень заболеваемости в 2008 году снизился в 1,5 раза по сравнению с 1992-1993 годами и был минимальным.

Анализ данных заболеваемости ОКИ за 2008 год также показал, что неравномерной была заболеваемость ОКИ и в отдельных регионах северных областей республики. Превалировала заболеваемость в Таласской области и в г. Бишкек, где показатели составляли 721,4 и 812,9 на 100 тысяч населения соответственно. Существенно ниже они были в Иссык-Кульской и Нарынской областях - 412,3 и 381,4 соответственно (рис.3). Эпидемическое благополучие указанной природно-экономической зоны обусловлено природно-климатическими условиями, большой разобщенностью населенных пунктов, меньшим участием водного и пищевого путей распространения кишечных инфекций, чем на других территориях республики. Эпидемиологический прогноз в данной области в отношении кишечных инфекций предполагается благополучным: показатели на 100 тыс. населения не имеют нарастающего характера и ниже среднереспубликанского уровня заболеваемости в 2,3 раза.

Рис.3

**Заболеваемость ОКИ по регионам
республики за 2008 г.
(показатель на 100 тыс. населения)**

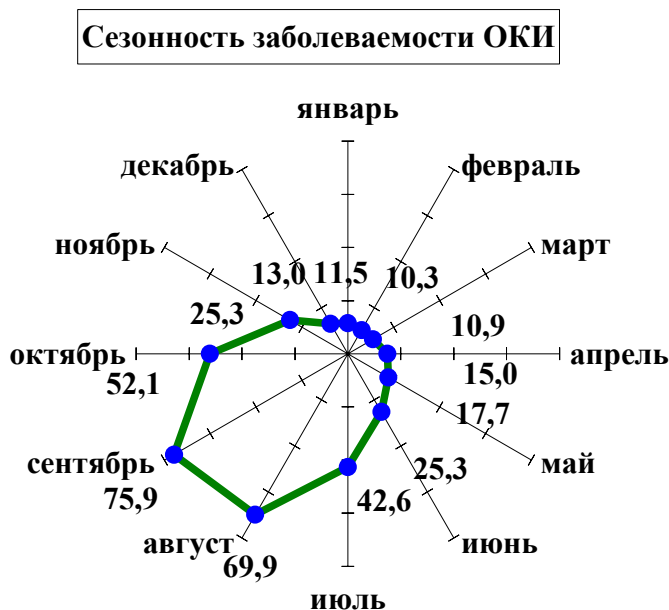


5.1. Сезонность заболеваемости общей кишечной группой

Анализ сезонности общей кишечной группой инфекций показал, что самые низкие показатели заболеваемости регистрировались с декабря по апрель месяцы, затем отмечался подъем заболеваемости с мая по октябрь месяцы

года Максимальный уровень заболеваемости приходился на август-октябрь месяцы, пик - на сентябрь (рис.4)..

Рис. 4

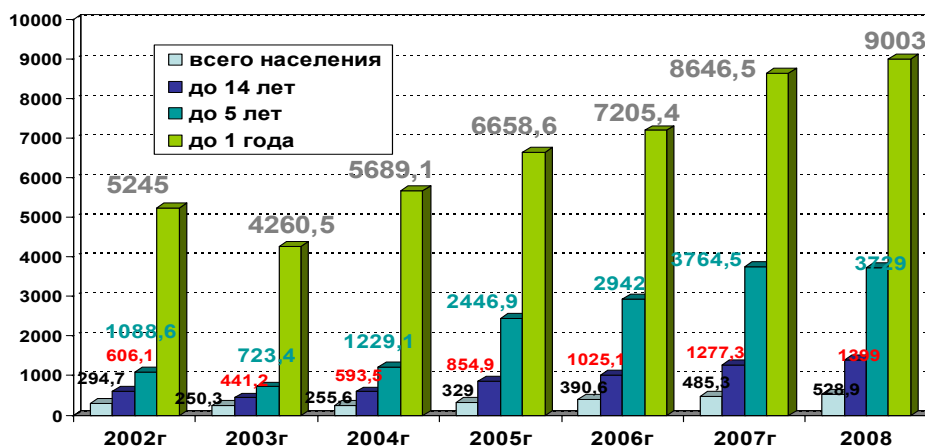


5.2 Анализ возрастной структуры

ОКИ в основном болеют дети до 14 лет жизни. Основными группами риска по заболеваемости ОКИ неустановленной этиологии были дети первого года жизни: от 33,8% до 45,4% от числа зарегистрированных случаев приходилось на эти возрастные группы. Учитывая преимущественное поражение данными группами инфекций детей раннего возраста, можно предположить реализацию контактно-бытового и пищевого путей передачи инфекции (рис.5).

Рис.5

Многолетняя заболеваемость ОКИ по возрастам в Кыргызской Республике за 2002-2008гг. на 100 тыс. нас.



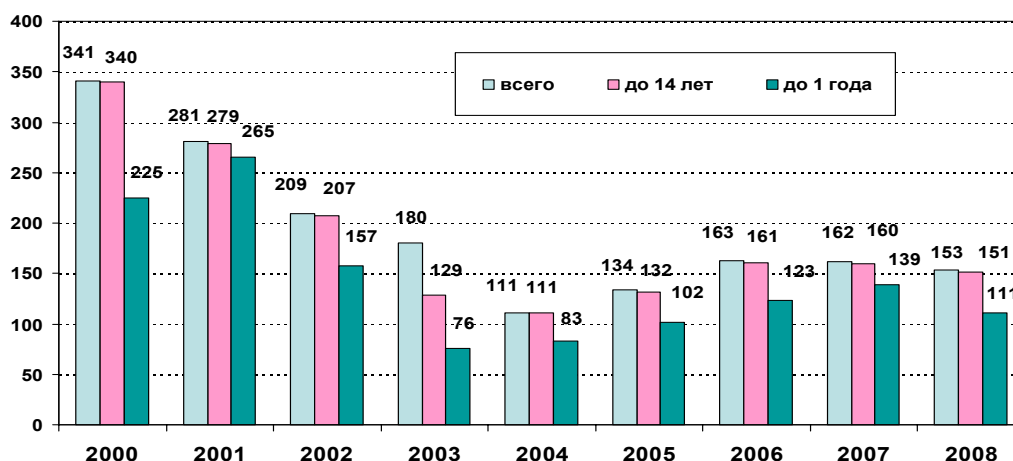
5.3 Летальность от ОКИ

Во всех возрастных группах заболевших ОКИ преобладала летальность от ОКИ неустановленной этиологии, которая превышала летальность от ОКИ установленной этиологии в разные годы от 1,47 до 4,85 раз. Наиболее высокие показатели летальности отмечались в возрастной группе до 1 года жизни. Так, в 2008 году показатель летальности детей до 1 года жизни от ОКИ установленной и от ОКИ неустановленной этиологии по республике составил 0,19 и 0,78 соответственно. В то время как летальность детей 1-6 лет жизни была существенно ниже и составляла 0,01 и 0,04 соответственно.

Летальность в южных областях республики превышала аналогичные показатели в северных регионах страны (рис. 6).

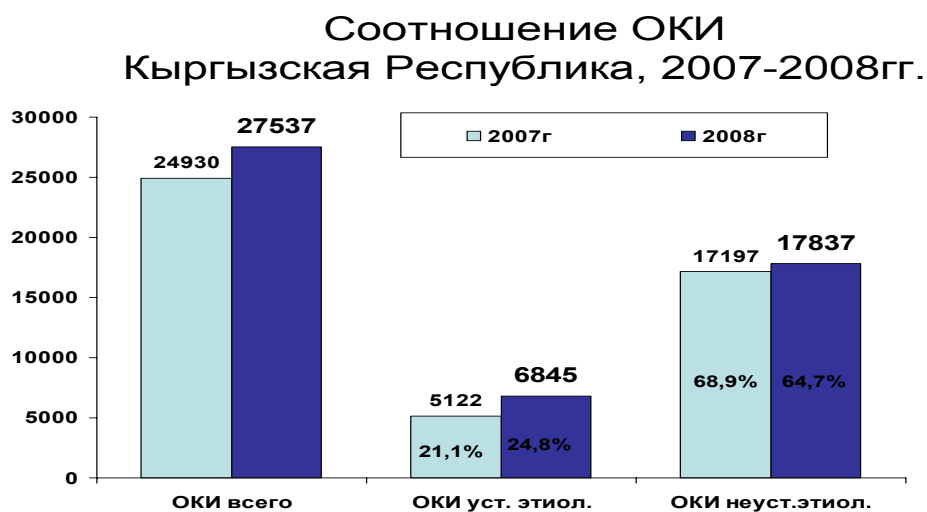
Рис. 6

Показатель смертности по Кыргызской Республике от ОКИ за 2000-2008 гг.



Структуру кишечной инфекции составляют большей частью энтериты неустановленной этиологии. Несмотря на незначительное улучшение этиологической расшифровки, заболеваемость ОКИ неустановленной этиологии остается на высоком уровне. За период 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 неустановленной этиологии (рис.7).

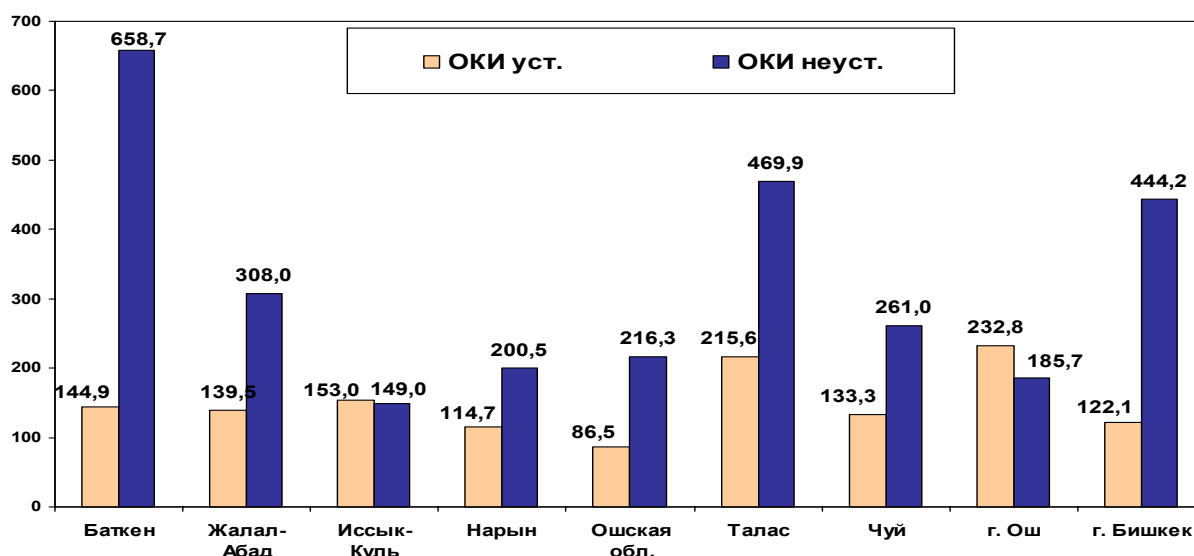
Рис. 7



Анализ данных соотношения ОКИ за 2009 год в разрезе регионов указывают что, наиболее высокие показатели ОКИ неустановленной этиологии в Баткенской области – 658, 7 (на 100 тыс. населения) и превышают в 4,5 раз показатель ОКИ установленной этиологии. Высокие показатели соотношения ОКИ установленной и не установленной этиологии также в г. Бишкек и составляют 3,6 раза. В Таласской, Жалал-Абадской и Ошской областях соотношение ОКИ установленной и не установленной этиологии составляют в среднем около 2,3 раза.

Рис. 8

Соотношение ОКИ разрезе регионов
(2009г. показатель на 100 тыс. населения)



6. Нормативные документы для учета и регистрации и ведения больных с ОКИ

1. Учет и регистрация ОКИ проводится на основании следующих нормативных документов:

- Закона «Об общественном здравоохранении»
- Приказа Министерства здравоохранения Кыргызской Республики № 610 от 26.11.2008г. «О совершенствовании системы эпиднадзора за инфекционными и паразитарными болезнями в Кыргызской Республике». Данным приказом регламентируется учёт, отчетность, подача эпидемиологических донесений, учёт и регистрация выделенных микроорганизмов и т.д.
- Приказа МЗ КР №307 от 29.08.2001г. «О мерах по контролю острых кишечных инфекций в республике».

Для учета и регистрации больных с ОКИ ведется статистическая форма №1, куда вносятся только те случаи, на которые медицинский работник ЛПО подал экстренное извещение. Экстренное извещение подается в территориальный ЦГСЭН только на госпитализированных больных с ОКИ, больные с ОКИ, пролеченные амбулаторно в статистику не попадают и не учитываются.

2. Ведение амбулаторных больных по вопросам лечения, лабораторного обследования проводится на основании клинического протокола для первичного уровня здравоохранения «Лечение острых кишечных инфекций» (Сборник клинических протоколов №3, 2006 г).

3. Этиологическая расшифровка острых кишечных инфекций проводится территориальными бактериологическими лабораториями на основании «Методического указания по микробиологической диагностике заболеваний, вызываемых энтеробактериями».

Анализ существующих в республике стандартов лечения и нормативных документов по ведению эпидемиологического надзора и профилактики ОКИ показал, что имеются различия в подходах к диагностике и лечению в нормативных документах, регламентирующих ведение и лечение больных с ОКИ.

Согласно приказа Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 29.08.2001г. №307 «О мерах по контролю острых кишечных инфекций в республике» бактериологическое обследование больных, получающих лечение на дому, не проводится, за исключением детей, посещающих детские дошкольные учреждения и лиц, связанных с производством и реализацией продуктов питания. Отбор проб от указанных контингентов проводит медицинский работник ГСВ, ФАП». Основными моментами ведения детей с ОКИ (диареями) является регидратационная терапия и питание...».

В клиническом протоколе «...Бактериологическое исследование кала проводится у детей из закрытых детских учреждений или посещающие детские дошкольные учреждения...». Вместе с тем, в разделе «Медикаментозное

лечение» не отмечается о назначении бактериологического исследования больным перед назначением антимикробного препарата.

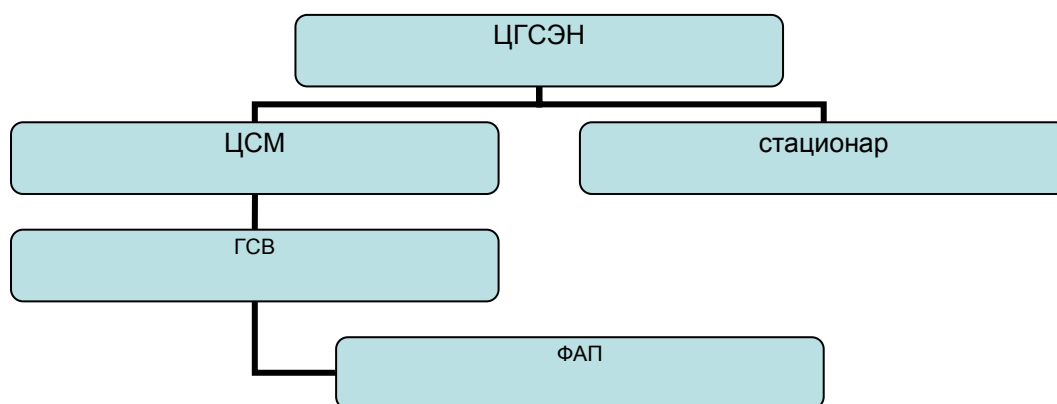
По клиническому протоколу «...Назначьте антимикробный препарат, если в стуле имеется слизь и/или кровь. Антимикробный ряд первого ряда ампициллин. Антимикробный препарат второго ряда налидиксовая кислота...». Кроме того, в организациях первичной медико-санитарной помощи (ГСВ, ФАП) не имеется соответствующих условий для взятия анализа от больных с диареей (пробирки с транспортными средами).

Данные факты указывают на то, что необходимо пересмотреть и привести в соответствие все нормативные документы, регламентирующие лечение и ведение больных с ОКИ.

7. Учет больных ОКИ на первичном уровне

В случае обращения пациента в ФАП с ОКИ информация о данном случае передается в ЦСМ, где обобщается и передается в территориальный Центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора (ЦГСЭН).

В случае обращения больного в стационар, информация о нём в виде экстренного извещения передаётся непосредственно в ЦГСЭН. В районе/городе может быть несколько ЦСМ и стационаров, которые по отдельности предоставляют информацию в ЦГСЭН и далее предаётся на республиканский уровень



В ФАП по клиническому состоянию больного с ОКИ либо направляют в ГСВ или стационар (для врачебной консультации и госпитализации) либо оставляют на дому. Статистическая отчетность в конце месяца фельдшером ФАП предоставляется в ЦСМ.

В ЦСМ обобщаются данные со всех подструктурных ФАП, и далее предоставляются в территориальные ЦГСЭН.

ЦСМ данные по всему району предоставляет ежемесячно в территориальный ЦГСЭН, но эти данные не включаются в статистическую отчетную форму.

Сведения о больных, пролеченных в стационаре также поступают в виде экстренного извещения в территориальный ЦГСЭН. Санитарной службой района/города отчетные данные на республиканский уровень ежемесячно

предоставляются только на тех больных, на которых подается экстренное извещение. Схема учета больных с ОКИ в приложении 1.

8. Мнение врачей относительно предоставляемой медицинской помощи больным с кишечными инфекциями, получающие лечение в амбулаторных условиях (фокус группы с врачами)

Интервью с семейными врачами ЦСМ выявило, что врачи ЦСМ ведут больных с ОКИ согласно утвержденного клинического протокола, однако очень часто без показаний назначаются антибактериальные препараты, поскольку врачи 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 неустановленной 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)

Проведенные фокус группы среди врачей свидетельствуют о том, что врачи предпочитают назначать антимикробные препараты до проведения бактериологических исследований, руководствуясь вышеперечисленными нормативными документами. Больные, самостоятельно принимающие антимикробные препараты без эффекта и обратившиеся к семейным врачам в отягощенном состоянии, госпитализируются в стационар. В последующем, из анализа таких больных редко высеивается микробный агент.

Кроме того, по мнению врачей при назначении антимикробных препаратов новых поколений сроки выздоровления больных укорачивается, тем самым уменьшается нагрузка медицинских работников (наблюдение за контактными лицами, патронаж и т.д.).

Семейными врачами также было отмечено, что в пунктах оральной регидратации (ПОР) больные находятся от 10 до 30 минут и не более. Отпаивание в ПОР проводится формально, заключается только в выдаче регидратационных порошков. Необходимо отметить, что во всех ЦСМ имеются

кабинеты ПОР и работают они не целесообразно. Выдачу порошков и обучение матерей приготовлению раствора вполне могли бы проводить семейные медсестры в каждом ГСВ.

9. Результаты анализа амбулаторных карт и историй болезней

9.1. Анализ амбулаторных карт с диагнозом ОКИ на первичном уровне

Анализ амбулаторных карт с ОКИ (формы У25 и 112) показал, что

- очень часто больные с диареей без назначения врача самостоятельно принимали антимикробные препараты (20%),
- более половины изученных случаев (52%) больные прошли через ПОР (пункт оральной регидратации), где получили рекомендации по приему и приготовлению регидратационных порошков;
- только в 5% изученных случаях 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 случаях больные, получившие лечение на амбулаторном уровне имели осложнения и ухудшение состояния в связи с чем были направлены в стационар (таблица 1).

Таблица 1.

Ведение амбулаторных больных с ОКИ на первичном уровне

Регионы	Самостоятельное лечение до обращения в ГСВ	Отпаивание в ПОР	Назначение бактериологических исследований	Дополнительное назначение антибиотиков	Результат лечения (направлен в стационар)
г. Ош	10% (n-10)	50% (n-10)	20% (n-10)	60% (n-10)	10% (n-10)
Ошская область Узгенский р-н,	30% (n-10)	70% (n-10)	-	30% (n-10)	-
г. Бишкек	-	40% (n-10)	-	40% (n-10)	30% (n-10)
Чуйская область Иссык-Атинский р-н,	20% (n-10)	50% (n-10)	-	40% (n-10)	20% (n-10)

Кроме того, при просмотре медицинских карт амбулаторных больных установлены следующие факторы:

- в 12,5% случаях родители больных детей отказались от госпитализации и пролечились в домашних условиях, при этом экстренное извещение подано без лабораторного обследования и без расшифровки этиологической структуры. В данных случаях диагноз выставлен «ОКИ неустановленной этиологии».
- в 45% случаях 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 не следование врачами клиническим протоколам, во многих случаях амбулаторным больным назначаются антибиотики цефалоспоринового ряда.

9.2. Анализ историй болезней с диагнозом ОКИ в стационаре

В случае госпитализации больного в стационар экстренное извещение (форма №058у) подается медицинским работником инфекционного отделения в территориальный центр Госсанэпиднадзора, которые в последующем ежемесячно заносятся в государственную статистическую форму №1.

В рамках задания по проведению исследования было изучено 40 историй болезней в стационарных учреждениях исследуемых регионов, а также исследовательской группой для изучения ситуации в других регионах республики была запрошена дополнительная информация от эпидемиологов ЦГСЭН гг. Талас, Нарын, Каракол, Токмок по ведению стационарных больных ОКИ врачами-инфекционистами.

Анализ историй болезней и полученных по запросу данных показал, что:

- в среднем 25% больных, поступивших в стационар ранее получали антибактериальное лечение в ПМСП;
- в среднем 20% больных, поступивших в стационар ранее самостоятельно принимали антибактериальные препараты на дому без назначения врача;
- из всех регионов только в 2-х врачи-инфекционисты назначали анализы на определение чувствительности к антибиотикам для назначения лечения: в Бишкеке в 100% случаях врачи проводили определение чувствительности к антибиотикам, в 10% изученных случаях в Узгенском районе определяли чувствительность к антибиотикам, в остальных исследуемых регионах анализ чувствительности к антибиотикам не проводился.

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что больные с диареей до поступления в стационар часто получают антимикробную терапию либо в ЦСМ, либо самостоятельно на дому без назначения врача, что естественно 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.

Необходимо отметить, что в стационарах у больных с ОКИ всегда берут анализы на бактериологические исследования. Например, во всех исследованных случаях (100%) от больных находящихся на стационарном лечении были взяты анализы на бактериологическое исследование на наличие патогенного микроба (таблица 2).

Вирусологические исследования ни в одном из исследованных случаев не назначались и не проводились. Необходимо отметить, что вирусологические лаборатории в регионах отсутствуют, имеется только в гг. Бишкек, Ош.

Таблица 2.

Ведение больных с ОКИ на стационарном уровне

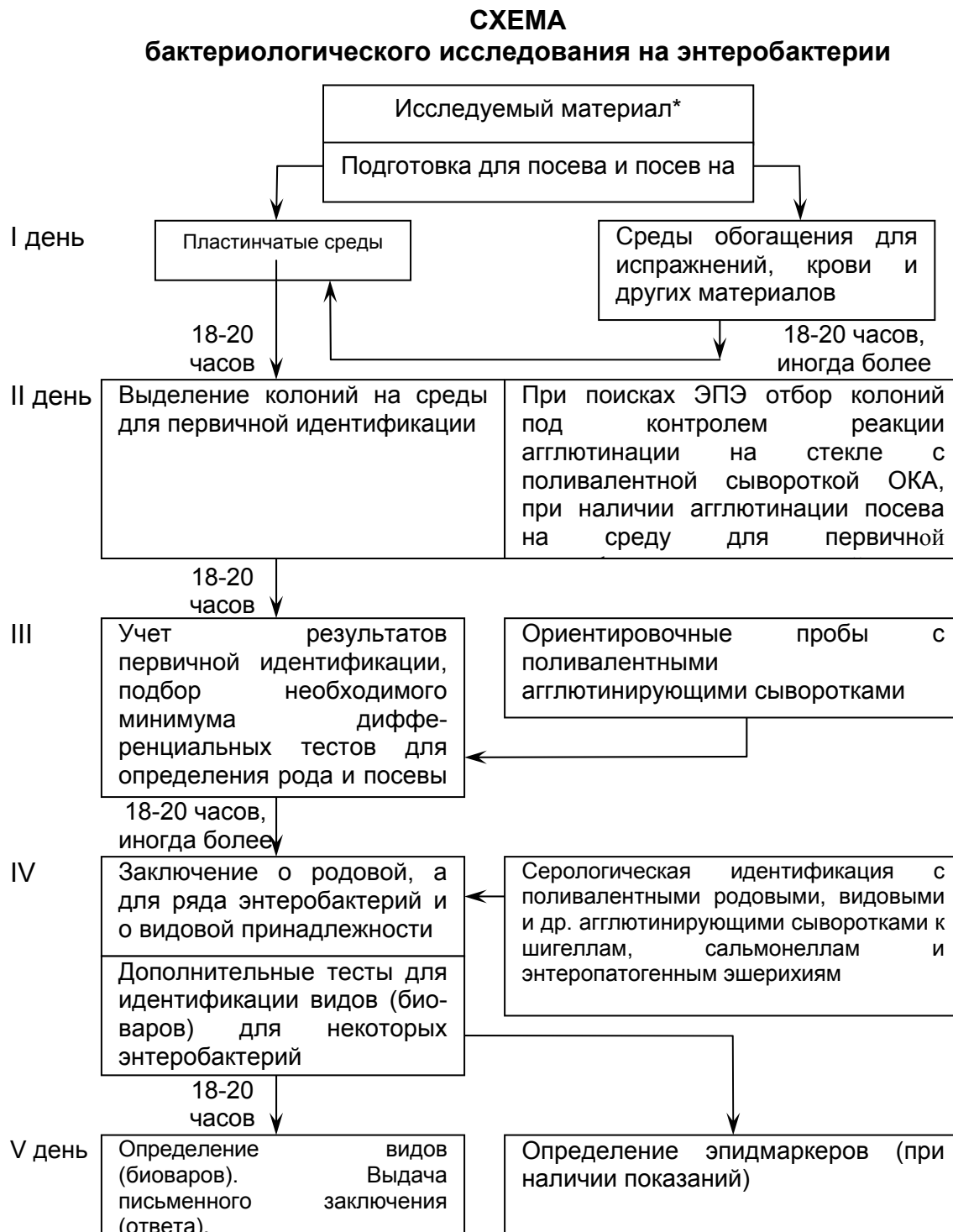
Регионы	Получение антибактериальной терапии до поступления в инфекционное отделение		Назначение бактериологических исследований	Определение чувствительности к антибиотикам
	в ПМСП	самостоятельно		
г. Ош	40% (n-10)	10% (n-10)	100% (n-10)	0% (n-10)
Узгенский р-н, Ошская область	30% (n-10)	20% (n-10)	100% (n-10)	10% (n-10)
г. Бишкек	10% (n-10)	30% (n-10)	100% (n-10)	100% (n-10)
Иссык-Атинский р-н, Чуйская область	20% (n-10)	20% (n-10)	100% (n-10)	0% (n-10)
г. Талас	20% (n-20)	20% (n-20)	100% (n-20)	0% (n-20)
г. Каракол	20% (n-20)	30% (n-20)	100% (n-20)	0% (n-20)
г. Нарын	10% (n-20)	20% (n-20)	100% (n-20)	0% (n-20)
г. Токмок	10% (n-20)	25% (n-20)	100% (n-20)	0% (n-20)

10. Деятельность бактериологических лабораторий

В исследованных регионах бактериологические лаборатории имеются при Центрах госсанэпиднадзора и территориальных больницах г. Бишкек, Ош, Узгенского района Ошской области и являются структурными подразделениями лечебно-профилактических организаций Министерства здравоохранения Кыргызской Республики. Для функционирования и работы с патогенными биологическими агентами все исследованные лаборатории имеют разрешение Республиканской режимной комиссии, руководствуются действующим законодательством КР, организационными и методическими документами МЗ КР. 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 диареей 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 врачами-клиницистами, что также в значительной мере определяет эффективность действий бактериолога.

Необходимо отметить, что в соответствии с методикой проведения бактериологических исследований результаты исследований на наличие патогенного агента могут быть высечены только по истечении 5 дней, в исключительных случаях на 3 день (рис. 10).

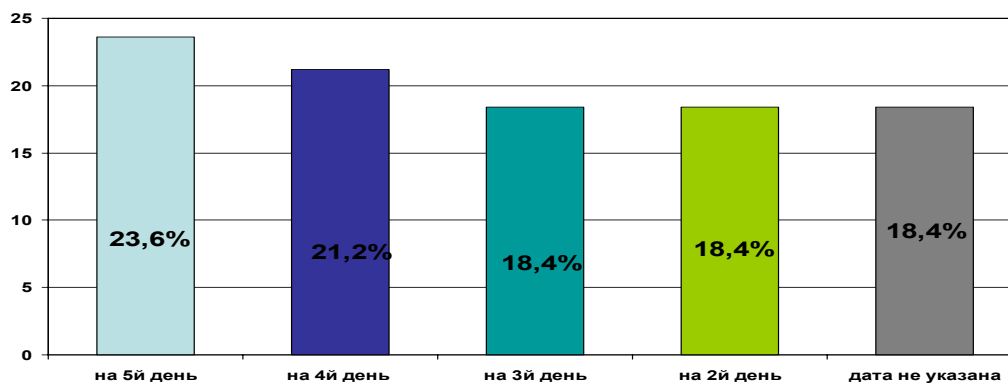


Однако проведенный анализ указывает на то, что только в 23,6% изученных случаев результаты анализа были готовы и выдавались на 5 день, в 36,8% результаты бактериологического анализа были готовы и выданы уже на второй и третий день (рис.9). Данные факты свидетельствуют о том, что вероятнее всего, при 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 основной транспортной среды служит физиологический раствор, вместо среды обогащения, что также оказывает большое влияние на получение достоверных результатов бактериологического исследования.

Рис. 9

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



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

- зачастую работа бактериологов направляется только на выдачу условно-патогенной микрофлоры, не уделяется внимание на поиск других патогенных агентов, идентификация культур микробов лабораториями проводится не всегда.
- на результаты анализа большое влияние оказывают не правильный 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 (агглютинирующие сыворотки сальмонелла тифимуриум – от 01.2008г.; Зонне - 03.2008г.; эшерихии коли- 04.07г.).
- отсутствует дифференциальный подход к проведению исследований, так как имеются случаи необоснованного бактериологического обследования на кишечную группу больных с другими диагнозами.

11. Заключение

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

- ОКИ неуточненной этиологии является основной проблемой здравоохранения в Кыргызской Республике, составляя 34% в структуре инфекционных заболеваний;
- основными причинами бактериологической неподтверждаемости ОКИ являются прием антибиотиков без предварительного бактериологического обследования;
- в нормативных документах Минздрава нет четкого критерия определения случаев подлежащих к антибиотикотерапии, бактериологическому обследованию и учета отказавших от госпитализации при введении 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 не правильный выбор консерванта при транспортировке материалов от больных с ОКИ в лабораторию и забор анализов от больных;
- не проводится идентификация культур микробов, в 22,5% случаях, результат анализа уже выдается на 2-й день;
- не соблюдаются сроки пригодности реактивов и сред в лабораториях;
- не проводятся вирусологические исследования для расшифровки истинного этиологического происхождения заболевания ОКИ

12. Рекомендации

1. Необходимо дальнейшее внедрение вирусологического исследования больных ОКИ неустановленной этиологии.
2. Необходимо пересмотреть и усовершенствовать систему регистрации и формы отчетной документации учреждений здравоохранения по заболеваемости ОКИ при лечении в амбулаторных условиях.
3. Необходимо обеспечить население информацией о факторах риска ОКИ, о первых признаках этого заболевания, а также важности своевременного обращения за медицинской помощью.
4. Усилить лабораторную службу в диагностике и увеличения объема исследований. Необходимо расширить охват обучения специалистов и проводить регулярный мониторинг на предмет качества проведения лабораторных исследований и приверженности врачей-бактериологов к нормативным документам.
5. Улучшить потенциал организаций здравоохранения по диагностике ОКИ (обучение специалистов лабораторных служб, внедрение экспресс диагностики загрязненности воды и т.д.).
6. Пересмотреть нормативные документы, регламентирующие лечение больных с ОКИ (приказы МЗ, клинические протоколы).

