

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

заснований у 2001 році

1 (25) 2007

Головний редактор
В.Ф. Москаленко

Заступники головного редактора
Н.Г. Гойда
А.Р. Уваренко

Відповідальний секретар
Т.С. Грузева

Редакційна колегія
М.В. Банчук
Ю.В. Вороненко
Ю.О. Гайдаєв
В.В. Загородній
Б.П. Криштопа
Ю.В. Поляченко
В.М. Пономаренко
О.Г. Процек
М.І. Хвисюк
С.В. Шевчук
О.П. Волосовець
В.М. Лехан
Р.М. Макомела
Б.О. Ледощук
О.М. Орда

Засновник
Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи МОЗ України

Журнал рекомендовано
Вченою медичною радою
Міністерства охорони здоров'я України
Протокол № 51 від 30.03.2001 р.
Свідоцтво про державну реєстрацію
КВ № 4981 від 26.03.2001 р.

Журнал внесено до
Переліку фахових видань з медицини
Постанова Президії ВАК України
№ 2-05/9 від 14.11.2001 р.

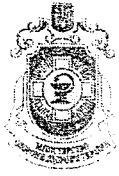
Цей номер рекомендовано
Вченою радою НМУ імені О.О.Богомольця
Протокол № 7 від 23.03.07 р.

Адреса редакції
02156, Київ – 156, вул. Маршала Жукова, 21-а
Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи МОЗ України
Тел./факс: (044) 513-83-01
Цілковите або часткове розмноження в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні, допускається лише з письмового дозволу редакції.

Видавець
ТОВ "Книга плюс"
01030, м. Київ, вул. Б. Хмельницького, 62,
тел./факс: (044) 482-12-54

Підписано до друку 26.03.2007 р.
Формат 60x84/8. Друк офсетний.
Ум. друк. арк. 5,25. Обл.-вид. арк. 9,63.
Наклад 1000. Закаа №45-4561

Надруковано ТОВ «Четверта хвиля»
01030, м. Київ, вул. Володимирська, 57



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ



БЮРО ВООЗ В УКРАЇНІ



УНІВЕРСИТЕТ АЛАБАМИ У БІРМІНГЕМІ (США)



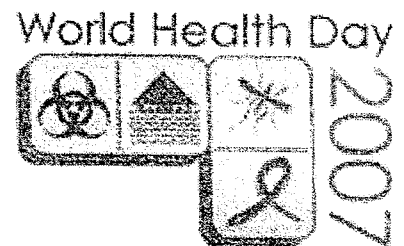
ЦЕНТР ГЛОБАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я СПАРКМАНА (США)



**НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О.БОГОМОЛЬЦЯ**

**КАФЕДРА СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ
ТА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

**ЛАБОРАТОРІЯ СТРАТЕГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ
В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я**



МАТЕРІАЛИ

**Міжнародної науково-практичної конференції
з нагоди Всесвітнього дня здоров'я 2007 р., присвяченого
міжнародній безпеці у сфері охорони здоров'я**

**«ІНВЕСТИУЮЧИ В ЗДОРОВ'Я, ЗБУДУЄМО
БІЛЬШ БЕЗПЕЧНЕ МАЙБУТНЄ»**

4-5 квітня 2007 р.
Київ

Проблеми епідеміологічного нагляду за хірургічними інфекціями та шляхи їх вирішення в Україні

Вступ. Незважаючи на безсумнівні успіхи у галузі лікувально-діагностичних технологій і методів стаціонарного лікування хірургічних захворювань, частота інфекцій в області хірургічного втручання (ІОХВ) не має тенденції до зниження, залишаючись актуальною проблемою усіх країн світу у зв'язку з високим рівнем поширеності та причиненими соціально-економічними збитками.

За даними ВООЗ, частота інфекційних ускладнень хірургічної рани у розвинених країнах світу коливається на рівні від 0,5 до 15%. В країнах СНД ІОХВ в середньому виявляється у 35-45% хірургічних хворих. В Україні, за даними літератури, цей показник коливається у межах від 3 до 29%. В той же час за державними статистичними даними рівень захворюваності складає 0,08% (2006 р.). Суттєва різниця між даними літератури та офіційної статистики щодо частоти ІОХВ свідчить про відсутність в країні достовірних даних щодо масштабів цих інфекцій.

На національному рівні в Україні епідеміологічний нагляд (ЕН) за ІОХВ здійснюється державною санітарно-епідеміологічною службою (СЕС) на основі аналізу даних статистичної звітності (пасивний ЕН), який не віддзеркалює реальний стан епідемічної ситуації в хірургічних стаціонарах, тому, що існуюча державна система звітності не передбачає облік та реєстрацію всіх можливих форм ІОХВ. Це ускладнює аналіз епідемічної ситуації та розробку адекватних заходів боротьби з ними, внаслідок чого епідемічний процес стає неконтрольованим.

Отже, ефективна боротьба з післяопераційними інфекціями можлива лише за умови налагодження обліку та реєстрації цих інфекцій. Ця робота в Україні може здійснюватись шляхом впровадження ЕН за ІОХВ на двох рівнях - на національному (силами СЕС) та на лікарняному (силами госпітальних епідеміологів) рівнях з використанням як пасивного, так і активного методів нагляду. Але обмежений досвід роботи госпітальних епідеміологів в деяких лікарнях м. Києва показав, що використання для ЕН лише діагнозу лікарів щодо наявності ІОХВ недостатньо для оцінки епідемічної ситуації в даному закладі. Вирішення проблеми ІОХВ в Україні можливо шляхом впровадження системи ЕН, яка базується на результатах епідеміологічної діагностики - процесу постановки епідеміологічного діагнозу певної епідемічної ситуації шляхом збору та аналізу даних, їх інтерпретації та ви-

явлення причинно-наслідкових зв'язків. На даний час така система ЕН в Україні відсутня, оскільки не розроблено загальноприйнятих критеріїв визначень випадків внутрішньолікарняної інфекції (ВЛІ) та термінів їх розвитку, які є необхідним елементом для організації ефективної системи ЕН за цими інфекціями. Саме критерії, за якими визначається внутрішньолікарняна природа інфекції, а також єдність у визначенні інфекцій різної локалізації має велике значення для інтерпретації даних в системі ЕН за ВЛІ.

Незважаючи на наявність багатьох стандартизованих підручників по боротьбі з ВЛІ, у т.ч. Національної системи епідеміологічного нагляду за нозокоміальними інфекціями (NNIS) Центрів Контролю і Профілактики Захворювань США - CDC (Centers for Disease Control) та системи ЕС по нагляду за госпітальними інфекціями (HELICS), в різних країнах світу використовують свої критерії визначення ВЛІ, що ускладнює порівняння між країнами та хірургічними стаціонарами щодо оцінки епідеміологічної ситуації. Найбільш поширеним у країнах Європи є критерії визначень ВЛІ, в основу якого покладено протокол системи контролю CDC. ВООЗ рекомендує використання критеріїв CDC, які можуть адаптовані для системи ЕН за ІОХВ в Україні.

Критерії визначення ВЛІ об'єднують специфічні клінічні дані, результати лабораторних аналізів та інших видів досліджень, сформульовані у вигляді алгоритмів. Згідно CDC, стандартні визначення випадку ВЛІ - це сукупність клінічних, мікробіологічних, лабораторних та інших показників, необхідних для підтвердження наявності інфекції. Стандартні критерії визначення ВЛІ призначені для епідеміологічної діагностики і не використовуються для постановки клінічного діагнозу та вибору лікування.

Згідно CDC, визначення ВЛІ має ряд важливих принципів. По перше, дані, на підставі яких виявляється і потім класифікується ІОХВ, представляють собою різні комбінації клінічних ознак, а також результатів лабораторних та інших видів діагностичних досліджень. Клінічні дані отримують шляхом безпосереднього спостереження за станом хворого або огляду медичної картки пацієнту або іншої документації, наприклад температурних листів. Лабораторні підтвердження включають результати бактеріологічних посівів і мікроскопічних досліджень. Додаткові дані забезпечуються іншими методами діагностичних досліджень: ультразвуковими (УЗД), ендоскопії тощо. По друге, е

Т а б л и ц я.

Порівняльні показники частоти ІОХВ при різних методах ЕН за ВЛІ (м. Київ, 2004-2006 роки)

Найменування операції	Кількість пацієнтів	Пасивний пошук (ЕН)			Активний пошук (ЕН)		
		Кількість виявлених ІОХВ	показник на 100 операцій (%%)	± m	Кількість виявлених ІОХВ	показник на 100 операцій (%%)	± m
Грижесічення	545	11	2.02	0.22	198	36.3	2.06
Апендектомія	1399	18	1.28	0.07	289	20.6	1.08
Холецистектомія	412	17	4.12	0.44	150	36.4	2.37
Всього	2356	46	2.47	0.24	637	27.1	0.92

прийнятним критерієм, щодо наявності інфекції діагноз хірурга, оснований на результатах безпосереднього спостереження під час операції, ендоскопічного дослідження або іншої діагностичної процедури, або поставлений на підставі клінічних даних, якщо немає доведених даних, що заперечують подібний діагноз. В той же час для інфекцій деяких локалізацій діагноз лікаря повинний бути обґрунтований з призначенням відповідної антимікробної терапії. Інфекція розцінюється як ІОХВ також у випадку, коли інфекція виникає у лікарні, а проявляється після виписки. По третє, до категорії ІОХВ не відносяться випадки, коли інфікування відбувається в умовах, коли інфекція представляє собою ускладнення або подовження інфекції або інфекцій, які були наявні в момент госпіталізації хворого, за виключенням випадків, коли виявлення нового мікроорганізму або зміни характеру клінічної симптоматики дозволяє з високим ступенем вірогідності припускати можливість приєднання нової інфекції. Таким чином, у кожному конкретному випадку походження інфекції слід визначити лише в аспекті даних, які можуть підтвердити факт інфікування в стаціонарі у зв'язку з хірургічним лікуванням хворого.

Мета: оцінити ефективність використання критеріїв визначень ВЛІ для епідеміологічного нагляду до ІОХВ в хірургічних стаціонарах.

Матеріали і методи. На основі вивчення статистичної медичної документації хворих хірургічного стаціонару м. Києва, проаналізовані результати лікування 2356 пацієнтів, оперованих протягом 2004-2006 р.р. з приводу гострого хірургічного захворювання, віком від 16 до 84 років, в тому числі 1010 чоловіків та 1346 жінок. Із них з приводу гострого апендициту оперовані 1399 хворих, грижі - 545, гострого холециститу - 412. Пошук ІОХВ здійснювали шляхом вивчення даних медичної документації, які є в лікарні. Активний пошук випадків ІОХВ здійснювали з використанням критеріїв визначень CDC. Для збору даних використано спеціальні таблиці, розроблені нами відповідно до критеріїв визначень CDC.

Нами створено комп'ютерну базу даних, до якої включено 2356 пацієнтів з гострим хірургічним захворюванням, яким була проведена операція. У базу даних внесено відомості про пацієнта (прізвище, вік, стать), відділення, дату та тривалість госпіталізації, найменування операції. Формування бази даних та статистичний аналіз даних проводили з використанням спеціалізованої комп'ютерної програми Microsoft Excel.

Результати дослідження та їх обговорення. За результатами аналізу отриманих даних, проведеного методом пасивного ЕН, згідно з діагнозами лікарів, частота ІОХВ виявилися на рівні 1,9% на 100 операцій. В той же час було встановлено, що у більшості випадків лікарі-хірурги не звертають увагу на нетяжкі форми ІОХВ. В інших випадках лікарі-хірурги вважали причину запалення навколо хірургічної рани не інфекційного або позалікарняного походження, чи трактували як подовження наявної інфекції.

Активний пошук ІОХВ проводили шляхом вивчення медичної документації з використанням стандартних критеріїв визначень CDC.

Результати аналізу вивчених даних показали, що рівень частоти виникнення ІОХВ в післяопераційному періоді коливається у межах від 20,6 до 36,4 % і складає в середньому 27,1%. Найнижчий показник захворюваності на ІОХВ виявлено після апендектомії (20,6%), майже на одному рівні - холецистектомії (36,4%) та грижесічення (36,3%). Отримані дані, вказані у вищезазначеній таблиці, вказують на високу достовірність показників, оскільки вони перевищують величину середньої похибки (m) більш, ніж в 3 рази.

Показано, що при активному ЕН з використанням критеріїв CDC показники захворюваності ІОХВ виявилися досить високими - в 11 разів вищими, ніж при пасивному пошуку (див.табл.), що свідчить про їх ефективність та доцільність ЕН за цими інфекціями.

Висновки:

1. Аналіз результатів лікування пацієнтів, оперованих з приводу гострого хірургічного захворювання, показав досить високі рівні частоти ІОХВ в післяопераційному періоді, яка коливається у межах від 20,6 до 36,4% і складає в середньому 27,1%. Найнижчий показник захворюваності на ІОХВ виявлено серед пацієнтів після апендектомії (20,6%), майже на одному рівні - холецистектомії (36,4%) та грижесічення (36,3%).

2. Показано доцільність розробки та впровадження системи ЕН за ІОХВ на національному (силами СЕС) та лікарняному (силами госпітальних епідеміологів) з використанням як активного, так і пасивного методів збору даних для епідеміологічного аналізу та оцінки епідеміологічної ситуації в хірургічних стаціонарах України.

3. Доведено ефективність та доцільність використання критеріїв визначень CDC при розробці та впровадженні системи ЕН за ІОХВ в хірургічних стаціонарах України.