

**Л.М. ТАСТАНБЕКОВА, Е.Н.ТУТАЕВА**  
Городская клиническая инфекционная  
больница им. И.С. Жекеновой  
г. Алматы

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМИ  
КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

*Большое количество пациентов с острыми кишечными инфекциями (ОКИ) обращаются в инфекционную больницу, минуя поликлинику. Проведенный анализ свидетельствует о том, что лечение больных с легким и среднетяжелым течением ОКИ экономичнее проводить в стационарах на дому под наблюдением участковой службы.*

**Ключевые слова:** острая кишечная инфекция (ОКИ), скорая помощь, эффективность лечения.

В течение последних 5 лет подавляющее большинство больных с острыми кишечными заболеваниями (ОКИ) в эпидемический сезон (лето – осень) обращаются в Городскую клиническую инфекционную больницу им. И.Жекеновой (ГКИБ), минуя амбулаторно-поликлиническую службу.

**Цель** настоящей работы - оценка возможностей повышения качества медицинской помощи больным с ОКИ на догоспитальном этапе.

В 2011г. в приемно-консультативное отделение больницы с диагнозом ОКИ поступило 6982 (в 2010г. - 6360 больных). Из них доставлено по скорой помощи 77,3%, по направлению из поликлиник – 9,5%, из других медицинских организаций – 4,9%, в порядке самообращения – 8,3%. Расхождение в диагнозах между скорой помощи и приемно-консультативным отделением больницы между скорой помощи и приемно-консультативным отделением больницы составило 26,4% (в 2010г. – 23,4%).

Бригадами скорой помощи в 2011г. было доставлено 5402 больных с ОКИ (в 2010г. – 4753), диагноз был подтвержден у 4094 (76,8%) больных (в 2010г. – 79%). Из числа инфекционных больных госпитализировано 2029 (49,6%) больных, остальные 2065 (26,8%) больных с легкими формами ОКИ направлены в КИЗы поликлиник с передачей экстренных извещений. Госпитализировано 2644 (49%) доставленных больных. Остальным 1308 (24,2%) неинфекционным больным было рекомендовано обратиться в профильные стационары или в поликлинику по месту жительства. Расхождение в диагнозах между бригадами скорой помощи и приемно-консультативным отделением больницы составило 23,2% (в 2010г. – 21%) и в основном было обусловлено острой хирургической патологией, в первую очередь острым аппендицитом (87 больных), острым холециститом и панкреатитом (71), а также терапевтической (гастроэнтерологической) патологией (обострение хронического панкреатита, хронического холецистита, токсический и алиментарный энтериты) - всего 285 больных.

В течение 2011г. в ГКИБ им.И.Жекеновой пролечено 3048 больных с ОКИ (в 2010г. – 2905), из них 1652 с сальмонеллезом, 154 - с шигеллезом, 278 - с пищевыми токсикоинфекциями (ПТИ), 964 - с недифференцированными острыми гастроэнтероколитами (ОГЭК).

Бактериологическая подтверждаемость сальмонеллеза по сравнению с 2010г. повысилась на 16,9% (с 50,7% до 67,6%), острой дизентерии - на 11,1% (с 73,3% до 84,4%), а ПТИ - снизилась на 9,4% (с 64,4 до 55%). Но в целом по ОКИ бактериологическая подтверждаемость снизилась на 5,6% (с 51,5 % до 45,9%), что объясняется увеличением числа больных с нерасшифрованными острыми гастроэнтероколитами (ОГЭК) ввиду ограниченных возможностей бактериологической лаборатории: нет диагностикумов на ротавирусную и энтеровирусную инфекцию, а также бесконтрольным приемом больными антибиотиков на догоспитальном этапе. В такой ситуации неподтвержденные случаи сальмонеллеза или острой дизентерии при использовании стандартного определения случаев инфекционных заболеваний могут расцениваться как вероятные случаи (в типичных случаях), или диагноз может оставаться синдромальным.

По течению острые кишечные инфекции распределились:

-тяжелое течение сальмонеллеза отмечалось в 6,6%, острой дизентерии - в 7,8%, пищевых токсикоинфекций - в 6,8%, острых гастроэнтероколитов - в 6,6% случаев;

- сальмонеллез средней тяжести протекал в 93,4%, острая дизентерия - в 92,2%, пищевые токсикоинфекции - в 93,2%, острые гастроэнтероколиты - в 93,4% случаев.

Летальных случаев больных с острой кишечной инфекцией в 2011г. не было.

Регидратация (инфузионная и пероральная) проводилась у 100% пациентов до 3 дней. Все больные получали антибактериальные препараты (ципрофлоксацин или фуразолидон), спазмолитические (но-шпа, дицетел), ферментные препараты (креон, фестал, панкреатин), противорвотные средства (церулин).

Эффективность лечения ОКИ оценивали, учитывая сроки исчезновения основных симптомов болезни (токсический, диарейный, болевой, гемоколитический) и продолжительность пребывания больных в стационаре.

Установлено, что интоксикация при среднетяжелом течении ОКИ у 78% пациентов сохраняется не более 1-2 дня, а к 3 - 4-му дню болезни исчезает у 98% больных. Прекращение болей в животе и нормализация стула у 99% больных наступали в течение 4-5 дней.

Учитывая данные факты, пребывание больного с ОКИ в домашних условиях, при возможности соблюдения санитарно-эпидемиологических требований, несомненно, более благоприятно, чем в больнице. При этом значительно сократятся экономические затраты на лечение инфекционных больных, если учесть, что в 2011г. стоимость одного койко-дня составила 9265,70 тенге, в том числе по питанию 429,41 тенге. Эти средства можно было бы затратить на закуп дорогостоящих лекарственных препаратов для лечения тяжелых больных (антибиотиков последнего поколения, противовирусных и иммуностимулирующих препаратов).

**Выводы:**

1. Полученные аналитические данные свидетельствуют о том, что лечение больных с легким и среднетяжелым течением ОКИ экономичнее проводить в стационарах на дому под наблюдением участковой службы.

2. Неподтвержденные случаи сальмонеллеза или острой дизентерии при использовании стандартного определения случаев инфекционных заболеваний могут расцениваться как вероятные случаи (в типичных случаях), или диагноз может оставаться синдромальным.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Приказ МЗ РК № 442 от 01.07. 2011 года «Санитарно-эпидемиологические правила и нормы «Организация и проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению заболеваемости острыми кишечными инфекциями»».
- 2 Постановление Правительства РК №2136 от 15.12.2009г. «Об утверждении Перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи».
- 3 Приказ Управления здравоохранения г.Алматы № 138 от 19.03.2012г. «О порядке госпитализации населения в стационары города Алматы».
- 4 Приказ № 1 от 04.01.2012г. «О размещении государственного заказа на оказание стационарных, амбулаторно-поликлинических и прочих услуг на 2012 год».

#### **Л.М.ТАСТАНБЕКОВА, Е.Н.ТУТАЕВА**

#### **ГОСПИТАЛЬДЫҚҚА ДЕЙІНГІ КЕЗЕҢДЕ ІШЕКТІҢ ЖІТІ ИНФЕКЦИЯСЫМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРҒА МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУДІҢ ЖЕТІЛДІРІЛГЕН ЖОЛДАРЫ**

**Түйін:** ЖИИ-сымен ауырған науқастардың көпшілігі індет тараған кезеңде амбулаторлық емдеу емханаларына қаралмастан бірден жолдамасыз ҚКЖАА қабылдауына келеді.

Талдау көрсеткіштері бойынша жеңіл және орта дәрежеде ЖИИ ауырған науқастарды үйде немесе амбулаторлық жағдайда емдеу үнемдірек.

#### **L.M. TASTANBEKOVA, E.N.TUTAEVA**

#### **WAYS OF IMPROVING THE PROVISION OF HEALTH CARE TO PATIENTS WITH ACUTE INTESTINAL INFECTIONS IN THE PRE-HOSPITAL**

**Resume:** The big quantity of patients who suffer from acute intestine disease (infections) appeal to the city hospital of infection disease for medical aid without consulting and appointment card from polyclinic (out patient department). The most economical treatment the patient who suffer from infection acute intestine disease with not severe clinical course is at home and polyclinic.