

Republica Moldova lipsește cu desăvârșire din statisticile privind IAAM din motivul că astfel de îmbolnăviri nu sunt raportate. Totodată, luând în considerație datele OMS și cele bibliografice, putem constata că statistica oficială din Republica Moldova nu reflectă morbiditatea reală prin IAAM. Astfel, în conformitate cu statistica oficială, în republică morbiditatea prin IAAM în anul 2011 a constituit: la bolnavii de profil chirurgical – 1,4 la 1000 operații (în 2010 – 2,1), în maternități: la nou-născuți – 1,9 la 1000 nou-născuți (în a. 2010 – 2,1) și la lăuze – 8,3 la 1000 nașteri (în 2010 – 7,0).

Anual 6-10 teritorii administrative nu raportează nici un caz de IAAM, astfel, în anul 2011 nu au raportat nici un caz de IAAM 6 teritorii: Criuleni, Drochia, Dubăsari, Orhei, Șoldănești și Taraclia (în 2010 – 10 teritorii). Așadar, se observă o subraportare a acestor infecții și o subevaluare a importanței lor. Acest aspect determină cheltuieli suplimentare pentru sănătate (creșterea duratei de spitalizare, tratamente medicamentoase complexe și pe perioade mai lungi etc.).

Conform OMS, cele mai frecvente în IAAM sunt infecțiile de plagă, ale sistemului sangvin, tractului urinar și căilor respiratorii inferioare, iar în unele condiții sunt frecvente endometritele după nașteri și infecțiile intestinale.

În republică cele mai frecvente dintre IAAM sunt infecțiile de plagă și endometritele după nașteri. Practic nu sunt diagnosticate și raportate infecțiile sistemului sangvin, tractului urinar și căilor respiratorii inferioare.

Din microorganismele agenților cauzali ai ISPN predomină: *S. aureus*, *S. epidermidis*, *E. coli*, *Ps. aeruginosa*, *Kl. Pneumoniae*, *P.vulgaris* etc.

În Republica Moldova IAAM rămân o problemă pentru toate serviciile de sănătate publică. Concomitent, în maternități se înregistrează 51,2% (în a. 2010 – 57,1%) din numărul total de IAAM; în staționările de profil chirurgical – 44,6% (în 2010 – 41,1%); în staționările de profil terapeutic – 4,2% (în 2010 – 1,8%).

Frecvența afectării este mai înaltă printre pacienții cu o receptivitate mai sporită, cauzată de vârstă (copiii și vârstnicii), gravitatea maladiei, frecvența procedurilor invazive, slăbirea sistemului imun (chimioterapie).

Izbuclirile IAAM pot avea consecințe grave în instituțiile medico-sanitare, iar răspândirea infecției poate duce și la izbucliri în afara instituției. Apariția infecțiilor respiratorii grave (SARS, gripa aviară, gripa pandemică etc.) determină abordări practice privind controlul infecțiilor în instituțiile medico-sanitare. În perioada pandemiei SARS numărul personalului medical infectat a alcătuit circa 20-60% din toate cazurile înregistrate în lume.

Chimioterapia intensivă la ora actuală duce la creșterea rezistenței microbiene la antibiotice și biocide. Conform OMS, IAAM provocate de tulpini rezistente constituie cauza principală a letalității în toate țările.

Tulpinile izolate în cazurile de IAAM diagnosticate și examinate microbiologic în Republica Moldova manifestă rezistență înaltă față de 54,87% din cele 33 de antibiotice testate, în special față de preparatele din grupa penicilinei (92,3%). O rezistență deosebit de înaltă a fost depistată la *P. aeruginosa*. O situație similară alarmantă se atestă privitor la tulpinile spitalicești de *Kl. pneumonia*, testate în spitalele din Chișinău, care manifestă rezistență față de antibiotice în 81,8% cazuri. Mai frecvent acestea sunt rezistente față de preparatele grupului penicilinic – 100%, tetraciclic – 100%, marcolide – 80%, aminoglicozide – 100%, polipeptide – 100%, cefalosporine – 50%, fluochinolone – 50%. Investigațiile microbiologice efectuate în instituțiile medico-sanitare din țară demonstrează o poluare intensă a mediului spitalicesc cu microorganisme-agenți cauzali ai IAAM.

IAAM pot fi ușor prevenite. Majoritatea intervențiilor ce contribuie la prevenirea IAAM nu necesită investiții considerabile.

Totodată, deși multe instituții medico-sanitare din republică au elaborat și au aprobat politici și standarde privind prevenirea și controlul infecțiilor, acestea nu sunt acoperite atât financiar, cât și cu personal instruit în domeniu.

#### СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ПНЕВМОНИЯМИ

**В.В. ШКАРИН, О.В. КОВАЛИШЕНА,  
А.С. БЛАГОНРАВОВА, О.А. ЧУБУКОВА,**

Нижегородская государственная медицинская академия, г. Нижний Новгород, Россия

Внебольничные пневмонии являются одним из наиболее распространенных инфекционных заболеваний в мире и в РФ. Число взрослых больных пневмонией в год в 5 ведущих европейских странах превышает 3 млн. случаев, в США эта цифра составляет 5 млн., причем 1,2 млн. нуждается в госпитализации, из них 60 тыс. умирает. Согласно данным официальной статистики, в России заболеваемость пневмонией взрослых в 2006 – 2010 гг. колебалась от 344,0 до 403,4 случаев на 100 тыс. населения. Реальная заболеваемость пневмониями существенно выше регистрируемой, абсолютное число случаев составляет около 1,5 млн. случаев в год.

Несмотря на большую эпидемиологическую и медицинскую значимость пневмоний, система эпидемиологического надзора и система контроля в том виде, в котором они традиционно существуют за другими инфекциями, при пневмониях фактически отсутствуют, имеются только отдельные компоненты. Целью исследования являлось – на основе комплексной характеристики пневмоний – усовершенствовать эпидемиологический и микробиологический мониторинг в системе эпидемиологического надзора за пневмониями.

Выявлены следующие основные проблемные положения учета и регистрации пневмоний организационно-методологического характера:

- Потеря информации методологического характера, заложенная в самих государственных формах статистического наблюдения: форма №12 не отражает всю заболеваемость пневмониями, хотя именно данная форма берется за основу при составлении статистических отчетов по заболеваемости в Российской Федерации. В форму №2 не входят те случаи пневмонии, когда человек поступает в стационар самостоятельно или по скорой помощи и после госпитализации не проходит долечивание или диспансеризацию в АПУ. Форма №2 не включает данные по подведомственным учреждениям Министерства здравоохранения РФ.

- Параллельные потоки информации содержат несопоставимые данные, сведения, собираемые по разным параметрам. Так, в формах №12 и №14 дается общее число пневмоний, без разделения на внутрибольничные и внебольничные. Вероятнее всего, внутрибольничные пневмонии не попадают в эти формы, т.к. в них заносятся данные из заключительных диагнозов по основному заболеванию (для регистрации выбирается один шифр болезни по МКБ-10). Однако официального разделения по форме нет. Кроме того, в АПУ на долечивание может обратиться пациент после стационарного лечения с внутрибольничной пневмонией и, соответственно, будет внесен в сведения по форме №12. А в форме №2 данные по внутрибольничным пневмониям выносятся в отдельную таблицу. В этой форме имеется дифференцировка пневмоний на вирусные и бактериальные. Вирусные пневмонии указываются по шифру J12, т.е. сюда не включаются пневмонии при гриппе, которые проходят под шифрами J10, J11 (грипп с пневмонией, вирус гриппа идентифицирован (J10.0); грипп с пневмонией, вирус не идентифицирован (J11.0)), нет и J17 (пневмонии при болезнях,

классифицированных в других рубриках). Тогда как в формы №12 и №14 входят пневмонии с шифром J17, куда включаются шифры J10., J11.

- Наличие нескольких потоков информации с неполным дублированием данных, что создает сложности функционирования, взаимодействия ЛПО, министерства здравоохранения региона и учреждений Роспотребнадзора.

- Потеря информации организационного характера, связанная со сложностью регистрации пневмоний на этапе амбулаторно-поликлинического обслуживания населения.

На основании проведенного анализа были усовершенствованы параметры эпидемиологического мониторинга, включающие оптимизацию учета и регистрации пневмоний и улучшение информационной базы для эпидемиологического анализа: интегративная учетная форма по пневмониям; маршрутирование пациентов с пневмониями, выписывающихся из стационара; определение ключевых показателей для сверки по различным формам и информационным потокам; база исходных данных для эпидемиологического анализа заболеваемости пневмониями на территориальном уровне; эпидемиологический анализ заболеваемости пневмониями как обязательный компонент эпидемиологического анализа заболеваемости инфекциями верхних дыхательных путей; учет, выявление, регистрация и анализ пневмоний в целом с последующей дифференциацией на внебольничные и внутрибольничные.

Установлено, что при оказании стационарной медицинской помощи взрослым пациентам с пневмониями имеются проблемы организационно-методологического плана в части микробиологического обследования и антибактериальной терапии. Выявлен низкий охват, несвоевременность и некачественное проведение бактериологических исследований: отсутствие микроскопии мокроты, видовой идентификации и количественной оценки микроорганизмов, единых подходов к интерпретации результатов.

Как следствие, в обследованных профильных стационарах отсутствовала этиологическая расшифровка пневмоний (100% случаев пневмоний регистрировались как J.18 по МКБ-10 пневмонии неустановленной этиологии). Отмечалась значительная вариабельность схем лечения (44 схемы АБТ), которые только в 30,7% случаев отвечали рекомендованным. В целом, АБТ проводилась

эмпирически, длительно, нерационально и по целому ряду позиций не соответствовала согласительным национальным рекомендациям по ведению внебольничных пневмоний у взрослых пациентов (2010 г.).

По результатам собственных исследований были усовершенствованы уже имеющиеся параметры микробиологического мониторинга за пневмониями: количественные критерии оценки микроорганизмов, выделенных из мокроты; критерии этиологической значимости микроорганизмов, выделенных из мокроты пациентов при пневмониях; микробиологические исследования микробных ассоциаций; оценка чувствительности микроорганизмов к дезинфектантам; анализ результатов микробиологического мониторинга при эпидемиологическом анализе заболеваемости пневмониями; включение исследований на легионеллез по показаниям дифференцированно по отделениям.

Доказана фактическая эффективность рекомендованного микробиологического мониторинга при проспективном наблюдении за пациентами с пневмонией по разработанным параметрам при сравнении с рутинным ведением больных в тот же период. Бактериологическое исследование проводилось в 8,7 раз чаще – 100% случаев vs  $11,46 \pm 1,4\%$ ,  $p=0,0000001$ ; положительные результаты при исследовании образцов мокроты от этих же пациентов встречались в 2 раза чаще –  $79,0 \pm 3,3\%$  vs  $38,9 \pm 23,0\%$ ,  $p=0,0005$ ; в 27,5 раз больше выделено микроорганизмов, расцениваемых как этиологически значимые, соответственно, этиологическая структура была представлена более широким спектром микроорганизмов – 13 vs 3 родов; получены данные по чувствительности микроорганизмов к антибиотикам и дезсредств.

Осуществлено организационно-методическое обеспечение эпидемиологического и микробиологического мониторинга, комплекс мер по оптимизации антибактериальной терапии (введение хронограмм антибактериальной терапии и их оценка), коррекция дезинфекционных мероприятий, обучение и подготовка кадров.

Разработанные параметры эпидемиологического и микробиологического мониторинга позволяют улучшить информационное обеспечение и эпидемиологическую диагностику за счет оптимизации учета и регистрации случаев пневмоний, оценки микробного пейзажа и этиологической расшифровки пневмоний, и, соответственно, обеспечить адекватное этиотропное лечение и усовершенствовать эпидемиологический надзор за пневмониями.

## ПРОБЛЕМЫ МОНИТОРИНГА ЛЕГИОНЕЛЛЕЗА

**В.В. ШКАРИН, А.С. БЛАГОНРАВОВА,  
О.В. КОВАЛИШЕНА, О.А. ЧУБУКОВА**

Нижегородская государственная медицинская академия, г. Нижний Новгород, РФ

Легионеллез в настоящее время заслуживает особого внимания. На его долю, по данным разных авторов, приходится от 1,3% до 11,8% в различных странах мира и РФ (File T.M., 1996; Темежникова Н.Д., Тартаковский И.С., 2007; Чучалин А.Г., 2010; Тартаковский И.С. с соавт., 2010). Лабораторная диагностика легионеллеза и эпидемиологический надзор за этой инфекцией в РФ находятся в стадии внедрения – нормативные документы 2007-2011 годов, соответственно, оценка эпидемиологической ситуации по легионеллезу на региональном уровне и в отдельных лечебно-профилактических организациях (ЛПО) вызывает серьезные трудности.

Целью исследования была оценка эпидемиологической ситуации по легионеллезу в Нижегородской области. Проводилось исследование мокроты и биоптатов легких на наличие ДНК *L.pneumophila* методом ПЦР с гибридизационно-флуоресцентной детекцией в режиме реального времени (качественное выявление), с использованием тест-систем *Amпли-Сенс Legionella pneumophila-FI*, иммунохроматографический тест на наличие растворимого антигена *Legionella pneumophila* в моче (*NOW Legionella Urinary Antigen Test*), ПЦР исследование смывов, соскобов с объектов внешней среды (963) методом качественного выявления и воды (156) методом количественного выявления, оценка чувствительности Тест-штамм к *Legionella pneumophila* 1-ой серогруппы (штамм *Philadelphia*, ATCC 33152) к 9 дезинфицирующим средствам из 6 групп авторской методикой (Шкарин В.В. с соавт., 2010).

На основании широкого комплексного исследования, включавшего бактериологические и исследования методом ПЦР клинического материала (мокрота, моча) от больных с внебольничными и внутрибольничными пневмониями (174) в рамках проспективного наблюдения и патологоанатомического материала (аутопсийный материал из патологических очагов) от умерших пациентов с диагнозом пневмония (74), а также данных ретроспективного анализа заболеваемости пневмониями (769), был выявлен только 1 вероятный случай легионеллезной инфекции, подтвержденных случаев пневмонии легионеллезной этиологии не было. Однако, надо отметить, что в период начала исследований эпидемиоло-