

«СКАТ в стационарах Москвы: текущая ситуация и перспективы»

**Профессор Журавлева М.В.
Первый МГМУ им. И.М.Сеченова
16 ноября 2018
Москва**

- * Информация предоставлена в качестве информационной и образовательной поддержки врачей. Мнения, высказанные на слайдах и в выступлении, отражают точку зрения докладчиков, которая не обязательно отражает точку зрения компании MSD (Merck & Co., Inc., Уайтхауз Стейшн, Нью-Джерси, США).
- * MSD не рекомендует применять свои препараты способами, отличными от описываемых в инструкции по применению.
- * В связи с различиями в требованиях регулирующих инстанций в разных странах, зарегистрированные показания и способы применения препаратов, упоминающихся в данной презентации, могут различаться.
- * Перед назначением любых препаратов, пожалуйста, ознакомьтесь с локальными инструкциями по медицинскому применению, предоставляемыми компаниями-производителями.
- * Полные инструкции по медицинскому применению доступны по запросу.

Информация о раскрытии финансовой заинтересованности.

Настоящим лектор подтверждает, что он(а) получает гонорары за консультационные услуги в области научной и педагогической деятельности (образовательные услуги, научные статьи, участие в экспертных советах, участие в исследованиях и др.) от следующих компаний: MSD. Данная презентация поддерживается компанией MSD.

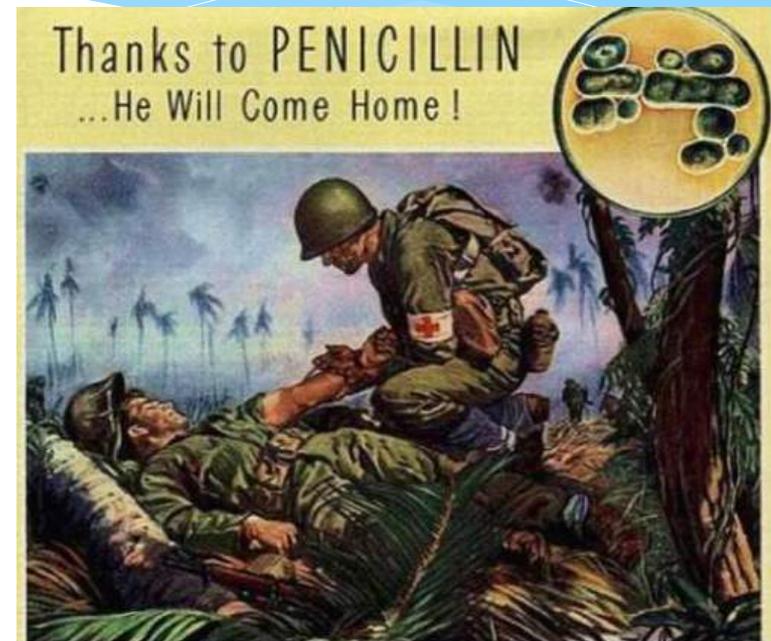
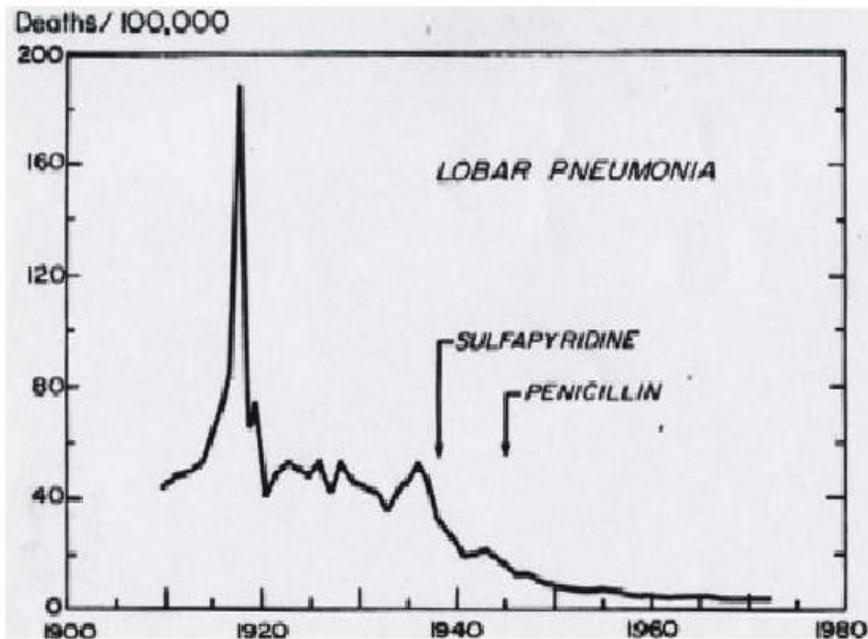
Факторы, определяющие здоровье

- * Генетика
- * Образ жизни и социальные факторы
- * Качество пищи и воды
- * Загрязненность окружающей среды
- * Вредные привычки
- * Медицинская помощь
- * Лекарственные препараты



Антибиотики – роль в снижении смертности- по данным ВОЗ - антимикробные препараты «подарили» Человечеству 30 лет Жизни!

- Антибиотики – это препараты, которые убивают или замедляют рост бактерий
- Слово «антибиотики» происходит от греческого анти («против») и биос ("жизнь").

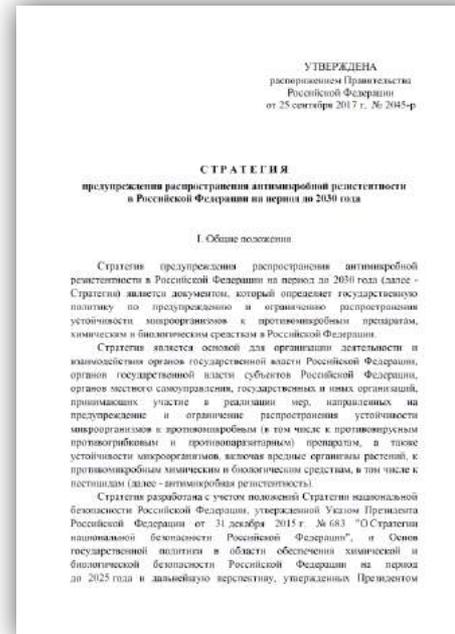


Стратегия предупреждения распространения антимикробной резистентности

Утверждена 25 сентября 2017 года распоряжением правительства РФ №2045-р.

Цель Стратегии – предупреждение и ограничение распространения антимикробной резистентности на территории России.

Стратегия разработана с учётом Стратегии национальной безопасности России (утверждена Указом Президента России от 31 декабря 2015 года №683), Основ государственной политики в области обеспечения химической и биологической безопасности России на период до 2025 года и дальнейшую перспективу (утверждены Президентом России от 1 ноября 2013 года №Пр-2573), Глобального плана действий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам, принятого на 68-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2015 года.



Москва

Территориальное устройство

До 1 июля 2012 г.



10 округов

С 1 июля 2012 г.



11 округов

Население города выросло на 233 тыс. человек

Количество клинических фармакологов в г. Москве



| Округ | Стационарная помощь / Кол-во врачей КФ | Амбулаторные центры (взросл.) / Кол-во врачей КФ | Всего врачей КФ |
|---------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------|
| ЦАО | 4 / 7 | 5 (5) / 1 | 8 |
| ЮВАО | 3 / 7 | 6 (5) / 2 | 9 |
| ЮАО | 3 / 7 | 5 (4) / 1 | 8 |
| СВАО | 3 / 6 | 1 (2) / 1 | 7 |
| СЗАО | 5 / 5 | 3 (4) / 0 | 5 |
| САО | 5 / 3 | 5 (4) / 1 | 4 |
| ЮЗАО | 3 / 2 | 5 (5) / 7 | 9 |
| ЗАО | 2 / 3 | 5 (5) / 2 | 5 |
| ВАО | 4 / 1 | 9 (6) / 3 | 4 |
| ЗелАО | 1 / 1 | 1 (3) / 1 | 2 |
| ТиНАО | 3 / 1 | 2(3) /- | 1 |
| ВСЕГО: | 37 / 29 | 47ГП (46 ДГП) / 33 | 62 |

Для чего нам нужен контроль?

“A post-antibiotic era means, in effect, an end to modern medicine as we know it. Things as common as strep throat or a child’s scratched knee could once again kill.”

**-Dr. Margaret Chan, Director General of the World Health Organization
Keynote Address, Conference On Combating Antimicrobial Resistance,
Copenhagen, Denmark (March 14, 2012)**



Медицинские проблемы, связанные с применением АМП.

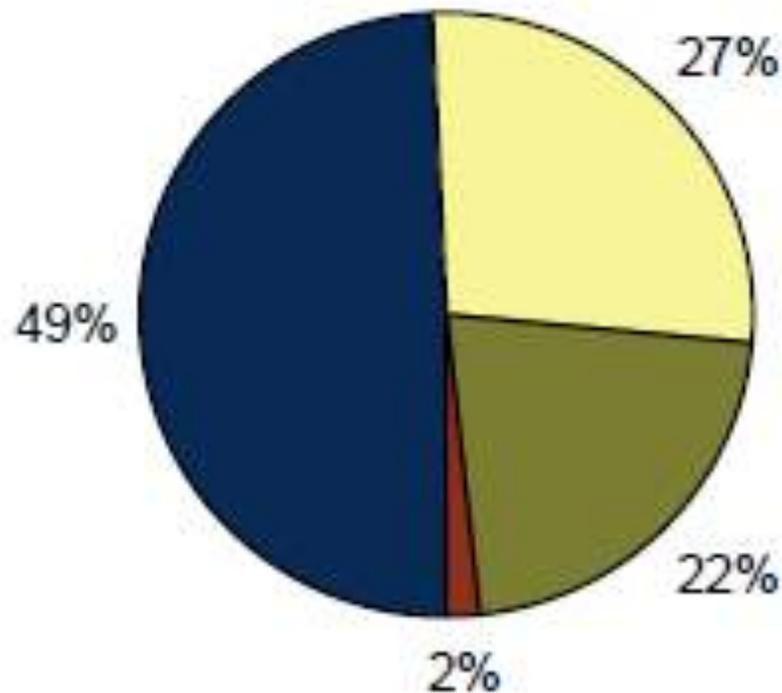
1. Взаимозаменяемость, выписка ЛП по мнн.
2. Нежелательные лекарственные реакции (НЛР).
3. Off-label (не по инструкции); и Unlicensed (у детей) drug.
4. Некачественные ЛП и фальсификаты.
5. Острые и хронические отравления.
6. Полипрагмазия.
7. Неблагоприятные взаимодействия.
8. Приверженность терапии .
9. Ятрогения ,Смертность, вызванная ЛП.

- 
- ❑ ***Увеличение резистентности бактерий***
 - ❑ ***Нежелательные побочные реакции***
 - ❑ ***Увеличение затрат на лечение***

Показания для назначения антибиотиков

Эмпирическая терапия

Целенаправленная терапия



Профилактика

Селективная деконтаминация

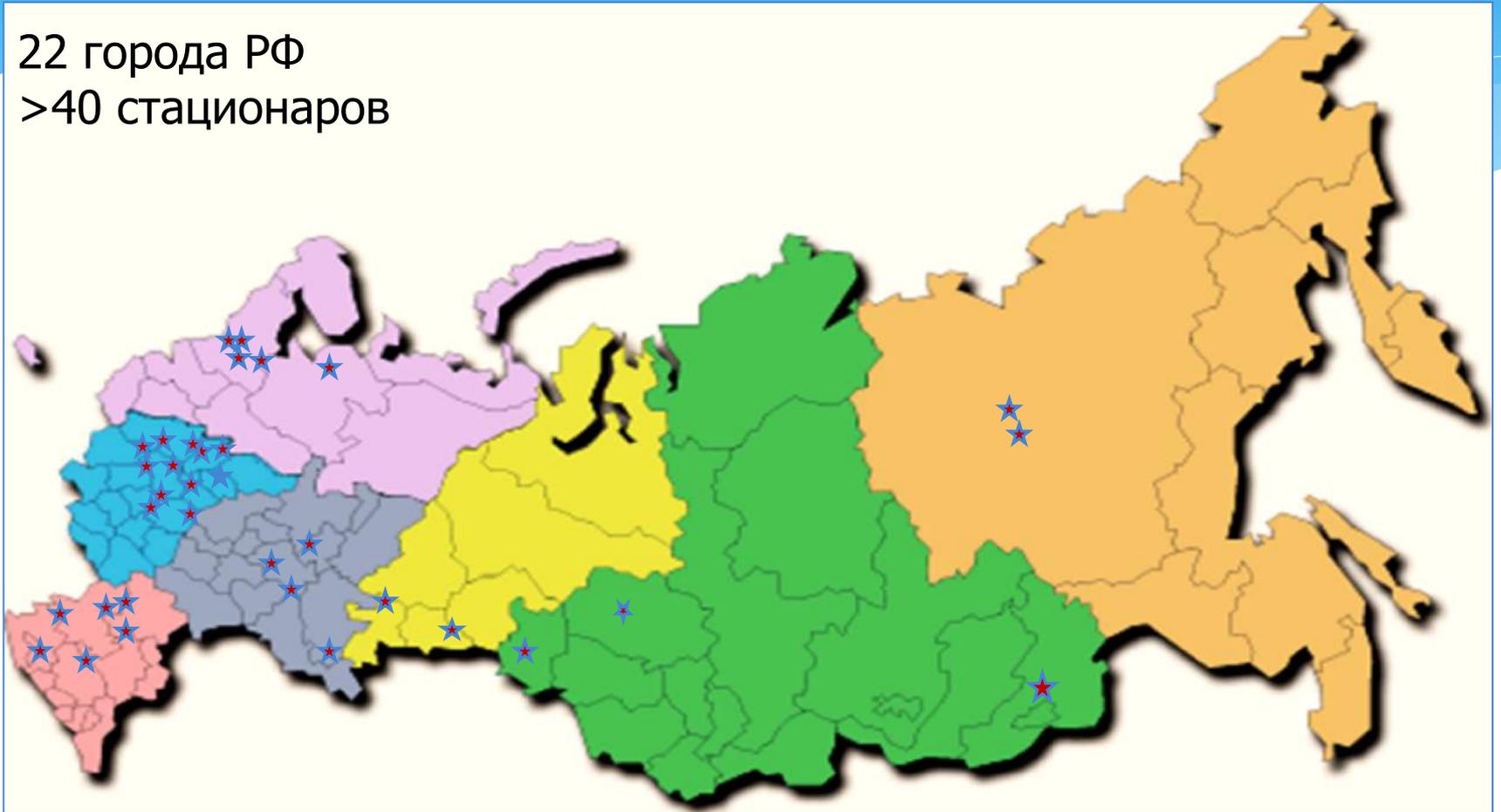


**Что
делать?**

**Нам нужна единая стратегия
контроля инфекций
и антимикробной терапии в
МО**

СКАТ в России

22 города РФ
>40 стационаров



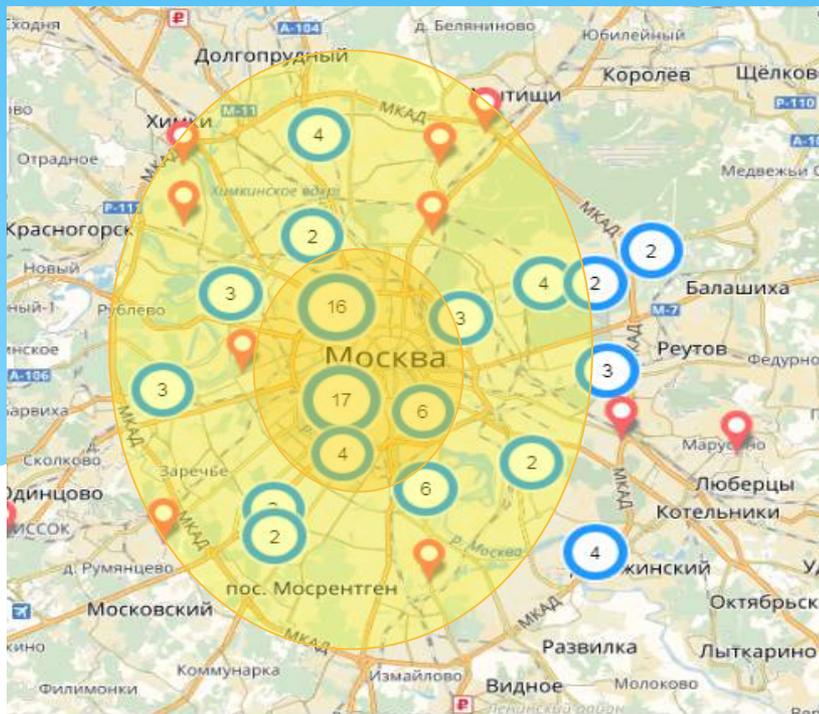
План внедрения СКАТ-М в медицинских организациях города Москвы

2012 г. Начало внедрения СКАТ

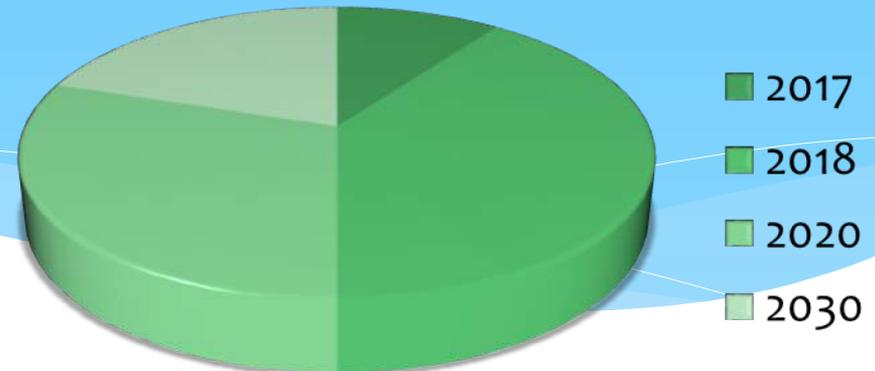
2017 г. В программу включено 14 стационаров.

До 2020 года планируется включить 37 стационаров г. Москвы

До 2030 года активное включение 100% медицинских организаций г. Москвы в программу СКАТ-М



Медицинские организации г. Москва использующие СКАТ, %



Программа СКАТ-М(Стратегия Контроля Антимикробной Терапии) в Москве

- ❖ Более 15 многопрофильных стационаров
- ❖ Созданы и внедрены внутренние протоколы эмпирической антибактериальной терапии с учетом стратификации риска пациентов для отделений:
 - хирургии
 - урологии
 - реанимации и ИТ-терапии
- ❖ Пересмотр протоколов каждые 6-12 месяцев

Департамент здравоохранения города Москвы
Главный специалист клинический фармаколог

119240, г. Москва, ул. Яузская, д.11, 1КБ №23 им. «Медсантруд». Тел: 915-72-64 Факс: 915-23-49

Руководителям Государственных казенных учреждений
«Дирекции по обеспечению деятельности государственных учреждений здравоохранения: ЦАО; САО; СЗАО; ЗАО; ЮЗАО; СВАО; ВАО; ЮВАО; ЮАО; ЗеленоградскийАО»

По согласованию с Департаментом здравоохранения города Москвы в рамках «Всероссийской программы по рациональному применению антимикробных препаратов», проводится региональная программа «Стратегия Контроля Антимикробной Терапии (СКАТ)». В программу войдут многопрофильные стационары, оснащенные современной бактериологической лабораторией (в соответствии с ИСО-2006), при участии врачей – клинических фармакологов данных ЛПУ.

Актуальность программы обусловлена неуклонным ростом антибиотикорезистентности и глобальным распространением резистентных штаммов при отсутствии создания и внедрения в практическую медицину новых классов антибактериальных препаратов.

Реальным выходом из сложившейся ситуации являются Программы, направленные на рациональное применение антимикробных препаратов. В настоящее время в программе СКАТ принимают участие ведущие стационары Москвы, Санкт-Петербурга, Новосибирска, Омска, Ростова-на Дону, всего 12 городов РФ.

Основная задача состоит в оптимизации применения антимикробных препаратов при участии ведущих специалистов, которые формируют стратегию принятия решений – главные врачи, заместители главных врачей ЛПУ, заведующие отделениями, клинические фармакологи, микробиологи, клинические эпидемиологи.

Прошу принять участие и поддерживать реализацию Программы «Стратегия Контроля Антимикробной Терапии», в Вашем ЛПУ, которое отвечает всем необходимым требованиям для проведения рациональной антимикробной фармакотерапии.

Гл. клинический фармаколог
ДЗ города Москвы, д.м.н., профессор -

М.В.Журавлева

Стратификация госпитализированных пациентов по риску наличия резистентных возбудителей и инвазивного кандидоза с целью определения тактики эмпирической

| Тип 1 | Тип 2 | Тип 3 | Тип 4 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1) Не было обращений за мед помощью в течение последних 6 мес</p> <p>2) Не было АБТ в течение последних 90 дней</p> <p>3) Пациенты без сопутствующей патологии</p> | <p>1) Обращение за мед.помощью (госпитализация в предыдущие 6 мес, стационар на дому, гемодиализ и т.д)</p> <p>2) Предшествующая АБТ (в последние 90 дней)</p> <p>3) Множественная сопутствующая патология</p> | <p>1) Длительная госпитализация или инфекция, последующая за инвазивными процедурами</p> <p>2) Предшествующая АБТ</p> <p>3) Тяжелое течение основного заболевания или наличие коморбидности</p> | <p>Пациенты 3 типа с лихорадкой длит-тью более 4-6 дней, резистентной с адекв АБТ и наличием след факторов:</p> <p>1) колонизация <i>Candida spp</i> > 2 локусов</p> <p>2) наличие риска 2 и более факторов риска инвазивного кандидоза:</p> <ul style="list-style-type: none"> -в/в катетер -хир.вмешательство -выраженный мукозит -полное парент питание - прием ГКС или иммуносупрессантов |
| Нет факторов риска | БЛРС-продуценты | БЛРС-продуценты <i>A.baumannii</i> , <i>Ps.aeruginosa</i> , MRSA | Те же бактерии(как при типе 3) + <i>Candida spp.</i> |

Accessed 7 April 2008

Dimopoulos G, Falagas ME. Eur Infect Dis. 2007;49-51; Ben-Ami R, et al. Clin Infect Dis. 2006;42(7):925-934;

Pop-Vicas AE, D'Agata EMC. Clin Infect Dis. 2005;40(12):1792-1798; Shah PM. Clin Microbiol Infect. 2008;14(suppl 1):175-180

Стратификация госпитализированных пациентов с инфекцией с учетом риска полирезистентных возбудителей и инвазивного кандидоза

| Тип пациента | Тип I | Тип II | Тип IIIa | Тип IIIb | Тип IV |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Характер инфекции | Внебольничная | Внебольничная с факторами риска продуцентов БЛРС | Нозокомиальная без факторов риска ПРВ | Нозокомиальная с факторами риска ПРВ | Нозокомиальная с факторами риска ИК |
| Обращение за медицинской помощью или госпитализация | Не было обращений за медицинской помощью в последние 3 месяца | Обращение за медицинской помощью (дневной стационар поликлиники, гемодиализ, нахождения в учреждениях длительного ухода) или госпитализация в последние 3 месяца | Длительность нахождения в стационаре ≤ 7 дней (вне ОРИТ), отсутствие оперативных вмешательств, | Длительность нахождения в стационаре > 7 дней (в ОРИТ > 3 дней) или инфекция, возникшая после оперативных вмешательств | Пациенты III типа с лихорадкой >38,0°C более 6 дней, сохраняющейся на фоне адекватной антибактериальной терапии и санированным очагом инфекции при наличии следующих факторов: |
| Терапия антибиотиками > 1 суток | Не было АБТ в течение последних 90 дней | Предшествующая АБТ (в последние 90 дней) | Не получал АБТ или антибактериальную профилактику более 24 часов | Предшествующая антибактериальная терапия | 1. Распространенная (2 и более локусов) колонизация <i>Candida spp.</i> 2. Наличие двух и более факторов риска инвазивного кандидоза: |
| Характеристика пациента | Пациенты без тяжелой сопутствующей патологии | Тяжелая сопутствующая патология (ХПН, цирроз печени, сахарный диабет, алкогольная висцеропатия, наркомания, ВИЧ) | Любые пациенты | Тяжелое течение основного заболевания или наличие тяжелой ко-морбидности | - в/в катетер; - лапаротомия; - полное парентеральное питание; - применение глюкокортикоидов или иммуносупрессантов |
| Дополнительные факторы риска ПРВ | Нет | Поездка за границу в регион с высоким уровнем ПРВ | Нет | Факторы риска MRSA, <i>P. aeruginosa</i> | Предшествующая терапия/профилактика азолами |
| Вероятные полирезистентные возбудители или грибы <i>Candida</i> | Нет | Энтеробактерии – продуценты БЛРС | Энтеробактерии – продуценты БЛРС | Энтеробактерии – продуценты БЛРС; MRSA; НФГОБ | Те же бактерии (IIIb тип) + <i>Candida spp.</i> |

Обозначения: БЛРС – бета-лактамазы расширенного спектра; ПРВ – полирезистентные возбудители; ИК – инвазивный кандидоз; MRSA – метициллинорезистентный *Staphylococcus aureus*; НФГОБ – неферментирующие грамотрицательные бактерии (*Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter spp.*)

Данные микробиологического мониторинга инфекции мочевыделительной системы по стратификации риска мультирезистентных штаммов

I ТИП

| No | Возбудитель (%) | Чувствительность антибиотиков в порядке убывания |
|------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I | Enterococcus faecalis 39,4% | Ампициллин - 100%, амоксициллин/клавулат - 100%, пиперацillin - 100%, ципрофлоксацин - 100%, офлоксацин - 100%, ванкомицин - 100%, линезолид - 100%, фторхинолоны - 100%, тетрациклины - 100%, гентамицин - 100%, фузидиевая кислота - 100%, ко-тримоксазол - 100%, цефалоспорины - 100%, цефазолин - 100%, цефотриаксон - 100%, цефепим - 100%, меропенем - 100%, ванкомицин - 100%, линезолид - 100%, фторхинолоны - 100%, тетрациклины - 100%, гентамицин - 100%, фузидиевая кислота - 100%, ко-тримоксазол - 100%, цефалоспорины - 100%, цефазолин - 100%, цефотриаксон - 100%, цефепим - 100%, меропенем - 100% |
| II | E.coli 36,3% | Ампициллин - 100%, амоксициллин/клавулат - 100%, пиперацillin - 100%, ципрофлоксацин - 100%, офлоксацин - 100%, ванкомицин - 100%, линезолид - 100%, фторхинолоны - 100%, тетрациклины - 100%, гентамицин - 100%, фузидиевая кислота - 100%, ко-тримоксазол - 100%, цефалоспорины - 100%, цефазолин - 100%, цефотриаксон - 100%, цефепим - 100%, меропенем - 100% |
| III | Клебсиелла пневмониа 9,1% | Ампициллин - 100%, амоксициллин/клавулат - 100%, пиперацillin - 100%, ципрофлоксацин - 100%, офлоксацин - 100%, ванкомицин - 100%, линезолид - 100%, фторхинолоны - 100%, тетрациклины - 100%, гентамицин - 100%, фузидиевая кислота - 100%, ко-тримоксазол - 100%, цефалоспорины - 100%, цефазолин - 100%, цефотриаксон - 100%, цефепим - 100%, меропенем - 100% |
| IV | Staphylococcus aureus 3% | Ампициллин - 100%, амоксициллин/клавулат - 100%, пиперацillin - 100%, ципрофлоксацин - 100%, офлоксацин - 100%, ванкомицин - 100%, линезолид - 100%, фторхинолоны - 100%, тетрациклины - 100%, гентамицин - 100%, фузидиевая кислота - 100%, ко-тримоксазол - 100%, цефалоспорины - 100%, цефазолин - 100%, цефотриаксон - 100%, цефепим - 100%, меропенем - 100% |
| V | Клебсиелла oxytoca 3% | Ампициллин - 100%, амоксициллин/клавулат - 100%, пиперацillin - 100%, ципрофлоксацин - 100%, офлоксацин - 100%, ванкомицин - 100%, линезолид - 100%, фторхинолоны - 100%, тетрациклины - 100%, гентамицин - 100%, фузидиевая кислота - 100%, ко-тримоксазол - 100%, цефалоспорины - 100%, цефазолин - 100%, цефотриаксон - 100%, цефепим - 100%, меропенем - 100% |
| VI | Enterobacter cloacae 3% | Ампициллин - 100%, амоксициллин/клавулат - 100%, пиперацillin - 100%, ципрофлоксацин - 100%, офлоксацин - 100%, ванкомицин - 100%, линезолид - 100%, фторхинолоны - 100%, тетрациклины - 100%, гентамицин - 100%, фузидиевая кислота - 100%, ко-тримоксазол - 100%, цефалоспорины - 100%, цефазолин - 100%, цефотриаксон - 100%, цефепим - 100%, меропенем - 100% |
| VII | Pseudomonas aeruginosa 3% | Ампициллин - 100%, амоксициллин/клавулат - 100%, пиперацillin - 100%, ципрофлоксацин - 100%, офлоксацин - 100%, ванкомицин - 100%, линезолид - 100%, фторхинолоны - 100%, тетрациклины - 100%, гентамицин - 100%, фузидиевая кислота - 100%, ко-тримоксазол - 100%, цефалоспорины - 100%, цефазолин - 100%, цефотриаксон - 100%, цефепим - 100%, меропенем - 100% |
| VIII | Staphylococcus epidermidis 2% | Ампициллин - 100%, амоксициллин/клавулат - 100%, пиперацillin - 100%, ципрофлоксацин - 100%, офлоксацин - 100%, ванкомицин - 100%, линезолид - 100%, фторхинолоны - 100%, тетрациклины - 100%, гентамицин - 100%, фузидиевая кислота - 100%, ко-тримоксазол - 100%, цефалоспорины - 100%, цефазолин - 100%, цефотриаксон - 100%, цефепим - 100%, меропенем - 100% |

II ТИП

| No | Возбудитель (%) | Чувствительность антибиотиков в порядке убывания |
|-----|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I | E. coli (EPEC, ECEC) 43,7% | Ампициллин - 100%, амоксициллин/клавулат - 100%, пиперацillin - 100%, ципрофлоксацин - 100%, офлоксацин - 100%, ванкомицин - 100%, линезолид - 100%, фторхинолоны - 100%, тетрациклины - 100%, гентамицин - 100%, фузидиевая кислота - 100%, ко-тримоксазол - 100%, цефалоспорины - 100%, цефазолин - 100%, цефотриаксон - 100%, цефепим - 100%, меропенем - 100% |
| II | Enterococcus faecalis 27,8% | Ампициллин - 100%, амоксициллин/клавулат - 100%, пиперацillin - 100%, ципрофлоксацин - 100%, офлоксацин - 100%, ванкомицин - 100%, линезолид - 100%, фторхинолоны - 100%, тетрациклины - 100%, гентамицин - 100%, фузидиевая кислота - 100%, ко-тримоксазол - 100%, цефалоспорины - 100%, цефазолин - 100%, цефотриаксон - 100%, цефепим - 100%, меропенем - 100% |
| III | Клебсиелла пневмониа 5,9% | Ампициллин - 100%, амоксициллин/клавулат - 100%, пиперацillin - 100%, ципрофлоксацин - 100%, офлоксацин - 100%, ванкомицин - 100%, линезолид - 100%, фторхинолоны - 100%, тетрациклины - 100%, гентамицин - 100%, фузидиевая кислота - 100%, ко-тримоксазол - 100%, цефалоспорины - 100%, цефазолин - 100%, цефотриаксон - 100%, цефепим - 100%, меропенем - 100% |
| IV | Proteus mirabilis 4,6% | Ампициллин - 100%, амоксициллин/клавулат - 100%, пиперацillin - 100%, ципрофлоксацин - 100%, офлоксацин - 100%, ванкомицин - 100%, линезолид - 100%, фторхинолоны - 100%, тетрациклины - 100%, гентамицин - 100%, фузидиевая кислота - 100%, ко-тримоксазол - 100%, цефалоспорины - 100%, цефазолин - 100%, цефотриаксон - 100%, цефепим - 100%, меропенем - 100% |
| V | Резистентная стафилококк 3,4% | Ампициллин - 100%, амоксициллин/клавулат - 100%, пиперацillin - 100%, ципрофлоксацин - 100%, офлоксацин - 100%, ванкомицин - 100%, линезолид - 100%, фторхинолоны - 100%, тетрациклины - 100%, гентамицин - 100%, фузидиевая кислота - 100%, ко-тримоксазол - 100%, цефалоспорины - 100%, цефазолин - 100%, цефотриаксон - 100%, цефепим - 100%, меропенем - 100% |
| VI | Staphylococcus aureus 2,5% | Ампициллин - 100%, амоксициллин/клавулат - 100%, пиперацillin - 100%, ципрофлоксацин - 100%, офлоксацин - 100%, ванкомицин - 100%, линезолид - 100%, фторхинолоны - 100%, тетрациклины - 100%, гентамицин - 100%, фузидиевая кислота - 100%, ко-тримоксазол - 100%, цефалоспорины - 100%, цефазолин - 100%, цефотриаксон - 100%, цефепим - 100%, меропенем - 100% |

III ТИП

| No | Возбудитель (%) | Чувствительность антибиотиков в порядке убывания |
|-----|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I | Resistant enterococcus (EIEC, ESEC) 50% | Ампициллин - 100%, амоксициллин/клавулат - 100%, пиперацillin - 100%, ципрофлоксацин - 100%, офлоксацин - 100%, ванкомицин - 100%, линезолид - 100%, фторхинолоны - 100%, тетрациклины - 100%, гентамицин - 100%, фузидиевая кислота - 100%, ко-тримоксазол - 100%, цефалоспорины - 100%, цефазолин - 100%, цефотриаксон - 100%, цефепим - 100%, меропенем - 100% |
| II | E. coli (EPEC, ESEC) 20% | Ампициллин - 100%, амоксициллин/клавулат - 100%, пиперацillin - 100%, ципрофлоксацин - 100%, офлоксацин - 100%, ванкомицин - 100%, линезолид - 100%, фторхинолоны - 100%, тетрациклины - 100%, гентамицин - 100%, фузидиевая кислота - 100%, ко-тримоксазол - 100%, цефалоспорины - 100%, цефазолин - 100%, цефотриаксон - 100%, цефепим - 100%, меропенем - 100% |
| III | Клебсиелла пневмониа 10% | Ампициллин - 100%, амоксициллин/клавулат - 100%, пиперацillin - 100%, ципрофлоксацин - 100%, офлоксацин - 100%, ванкомицин - 100%, линезолид - 100%, фторхинолоны - 100%, тетрациклины - 100%, гентамицин - 100%, фузидиевая кислота - 100%, ко-тримоксазол - 100%, цефалоспорины - 100%, цефазолин - 100%, цефотриаксон - 100%, цефепим - 100%, меропенем - 100% |
| IV | Enterococcus faecalis 10% | Ампициллин - 100%, амоксициллин/клавулат - 100%, пиперацillin - 100%, ципрофлоксацин - 100%, офлоксацин - 100%, ванкомицин - 100%, линезолид - 100%, фторхинолоны - 100%, тетрациклины - 100%, гентамицин - 100%, фузидиевая кислота - 100%, ко-тримоксазол - 100%, цефалоспорины - 100%, цефазолин - 100%, цефотриаксон - 100%, цефепим - 100%, меропенем - 100% |
| V | Staphylococcus aureus 10% | Ампициллин - 100%, амоксициллин/клавулат - 100%, пиперацillin - 100%, ципрофлоксацин - 100%, офлоксацин - 100%, ванкомицин - 100%, линезолид - 100%, фторхинолоны - 100%, тетрациклины - 100%, гентамицин - 100%, фузидиевая кислота - 100%, ко-тримоксазол - 100%, цефалоспорины - 100%, цефазолин - 100%, цефотриаксон - 100%, цефепим - 100%, меропенем - 100% |

| Отправить материал для м/б исследования | | |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| I тип | II тип | III тип |
| Пилонефрит | | |
| Левлофлоксацин 0,25-0,5 г x 1 р/д в/в, вн | Амоксициллин/клавулат 1,2 г x 3-4 р/д в/в, 0,375-0,625 г x 3 р/д вн | Амикацин 15-20 мг/кг x 1 р/д в/в, в/м |
| Офлоксацин 0,2-0,4 г x 2 р/д в/в, вн | Ампициллин/сульбактам 1,5-3,0 г x 3 р/д в/в, в/м | Цефепим/сульбактам 2,0-4,0 г x 2 р/д в/в, в/м |
| Ципрофлоксацин 0,4 г x 2 р/д в/в, 0,5 г x 2 р/д вн | Амоксициллин/сульбактам 0,5 г (по амокс.) x 3 р/д вн, 1 г x 2-3 р/д в/в, в/м | Пиперацillin/сульбактам 4,5 г x 3 р/д в/в |
| | Амоксициллин/клавулат 1,2 г x 3-4 р/д в/в, 0,375-0,625 г x 3 р/д вн | Цефтриаксон 1,0-2,0 г x 1 р/д в/в, в/м |
| | Ампициллин/сульбактам 1,5-3,0 г x 3 р/д в/в, в/м | Цефотаксим 1,0-2,0 г x 3 р/д в/в, в/м |
| | Амоксициллин/сульбактам 0,5 г (по амокс.) x 3 р/д вн, 1 г x 2-3 р/д в/в, в/м | Цофимикс |

Тактика назначения эмпирической антибактериальной терапии по данным мониторинга микрофлоры

| I тип | II тип | III тип | IV тип |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1) Не было обращений за медицинской помощью в течение последних 6 мес</p> <p>2) Не было АБТ в течение последних 90 дней</p> <p>3) Пациенты без сопутствующей патологии</p> <p>Нет факторов риска</p> | <p>1) Обращение за медицинской помощью (в том числе предыдущие госпитализации в течение 6 мес, стационар на дому или дневной стационар, гемодиализ, нахождение в учреждениях длительного ухода)</p> <p>2) Предшествующая АБТ (в последние 90 дней)</p> <p>3) Множественная сопутствующая патология (ХПН, цирроз печени, сахарный диабет, хроническая алкогольная интоксикация, наркомания, ВИЧ или другой иммунодефицит)</p> <p>ИБЛРС</p> | <p>1) Длительная госпитализация и/или инфекция, последующая за инвазивными процедурами</p> <p>2) Предшествующая АБТ</p> <p>3) Тяжелое течение основного заболевания или наличие коморбидности</p> <p>ИБЛРС, MRSA, НФБ</p> | <p>Пациенты 3-го типа с лихорадкой длительностью более 4 дн., резистентной к адекватной антибактериальной терапии, и наличием следующих факторов:</p> <p>1) распространенная колонизация Candida spp (2 и более локусов);</p> <p>2) наличие 2 и более факторов риска развития ИК</p> <ul style="list-style-type: none"> • в/в катетер, • хирургическое вмешательство на органах брюшной полости, • выраженный мукозит, • полное парентеральное питание <p>• применение ГКС или иммунодепрессантов</p> <p>ИБЛРС, MRSA, НФБ + Candida spp.</p> |

Пневмония

| I тип пациента | II тип пациента | III тип пациента |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Препарат выбора</p> <p>ИЗП (амоксциллин/сульбактам; ампициллин/сульбактам; амоксициллин/клавулат) + макролид</p> <p>Альтернативный препарат</p> <p>Цефалоспорины 3 поколения + макролид; фторхинолон 3 или 4 поколения (левлофлоксацин; моксифлоксацин)</p> | <p>Препарат выбора</p> <p>Фторхинолон 3 поколения (левлофлоксацин)</p> <p>Альтернативный препарат</p> <p>Цефалоспорины 4 поколения (цефепим)</p> | <p>Препарат выбора</p> <p>Карбапенем 2 ряда (имипенем/циластатин; меропенем; дорипенем)</p> <p>Альтернативный препарат</p> <p>Тигециклин + полимиксины (колистин)</p> |

Интраабдоминальные инфекции

| I тип пациента | II тип пациента | III тип пациента |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Препарат выбора</p> <p>ИЗП (амоксциллин/сульбактам; ампициллин/сульбактам; амоксициллин/клавулат)</p> <p>Альтернативный препарат</p> <p>Цефалоспорины 3 поколения + метронидазол</p> | <p>Препарат выбора</p> <p>Карбапенем 1 ряда (эртапенем)</p> <p>Альтернативный препарат</p> <p>Цефоперзон/сульбактам</p> | <p>Препарат выбора</p> <p>Карбапенем 2 ряда (имипенем/циластатин; меропенем; дорипенем)</p> <p>Альтернативный препарат</p> <p>Тигециклин</p> |

Межрегиональная общественная организация
«Альянс клинических химиотерапевтов и микробиологов»
Автономная некоммерческая организация
«Международная ассоциация клинических фармакологов и фармацевтов»

Программа СКАТ

(Стратегия Контроля Антимикробной Терапии)

при оказании стационарной

медицинской помощи

Методические рекомендации

Москва - 2016

Межрегиональная общественная организация
«Альянс клинических химиотерапевтов и микробиологов»
Автономная некоммерческая организация
«Международная ассоциация клинических фармакологов и фармацевтов»

Программа СКАТ (Стратегия Контроля Антимикробной Терапии) при оказании стационарной медицинской помощи

Методические рекомендации



М. В. Журавлева

Главный внештатный специалист
клинический фармаколог
Департамента здравоохранения
города Москвы



Д. Н. Проценко

Главный внештатный специалист
анестезиолог-реаниматолог
Департамента здравоохранения
города Москвы

Москва - 2016

Что необходимо иметь в МО для реализации указанных целей

- ✓ * Отдел клинической фармакологии
- ✓ * Госпитального эпидемиолога
- ✓ * Современную микробиологическую лабораторию
- * Группу контроля нозокомиальных инфекций и антибиотикорезистентности

Программа СКАТ-М – в условиях МО города Москвы- стратегия и тактика

Формирование перечня
МО (стационары,
первичная мсп)

Разработка критериев
оценки
эффективности,
безопасности АМТ,
определения индекса
резистентности

Определение
потребностей МО в
АМП

Базовое исследование
для изучения реальной
ситуации в МО и
оценка эффективности
внедрения программы

Обучение: проведение
школ, обучающих
семинаров

Создание группы
контроля НИ и АБР
на уровне МО, региона

Реализация программы в МО, преемственность АМТ

Оценка эффективности внедрения программы

«Инструменты» оптимизации исходов ВП

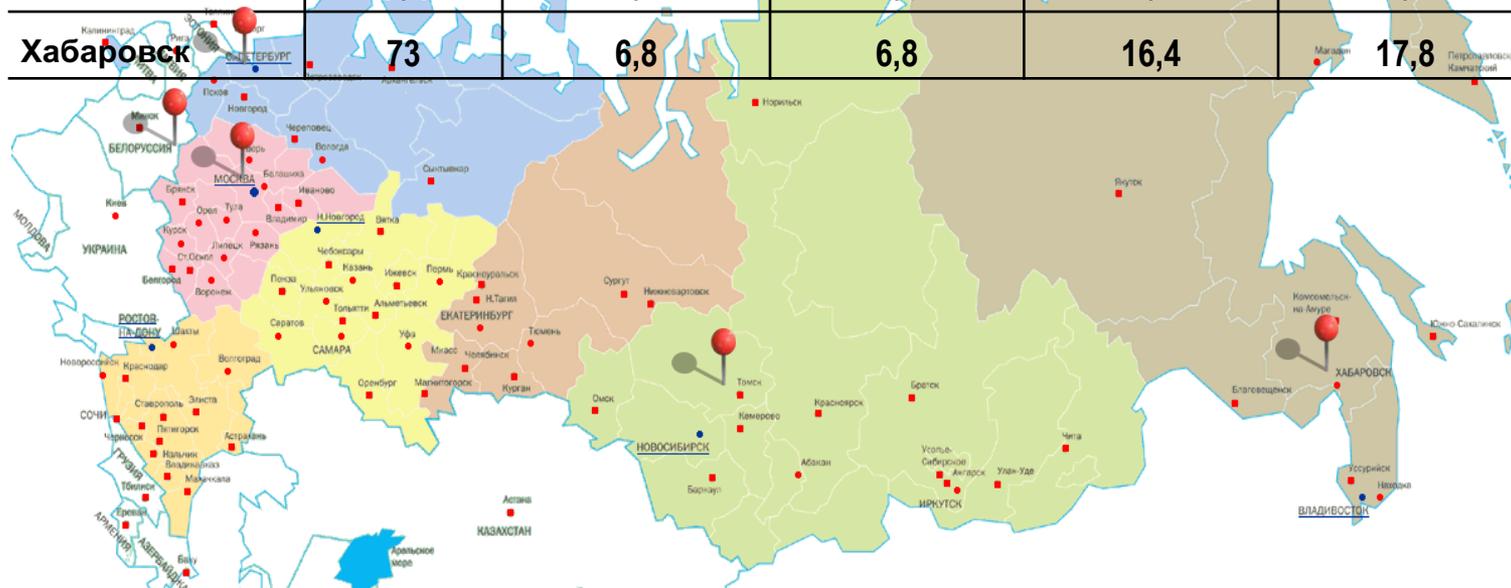
- Время до определения SaO_2 (пульсоксиметрия) < 3 ч
- Время до взятия образца артериальной крови (PaO_2) < 3 ч
- Взятие образцов крови для бактериологического исследования (до введения первой дозы антибиотика)
- Время до введения первой дозы антибиотика (ов) – 4-8 ч
- Рациональная антимикробная терапия*
- Использование доступных шкал оценки прогноза для всех госпитализированных больных ВП
- Вакцинопрофилактики среди пациентов групп риска

*в соответствии с международными, национальными или региональными рекомендациями, стандартами, протоколами

Резистентность(%) *S.pneumoniae* России (2008-12 гг.)

В

| | № изолятов | Пенициллин | Цефтриаксон | Эритромицин | Клиндамицин |
|-----------------|------------|------------|-------------|-------------|-------------|
| Москва | 229 | 3,9 | 5,7 | 19,6 | 14,4 |
| Санкт-Петербург | 250 | 12,8 | 10,0 | 34,8 | 14,8 |
| Смоленск | 40 | 0 | 0 | 2,5 | 5,0 |
| Томск | 104 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Хабаровск | 73 | 6,8 | 6,8 | 16,4 | 17,8 |



Критерии CLSI M100-S23, 2013

Множественно устойчивые патогены

- * ***Enterococcus faecium***,
- * ***Staphylococcus aureus***
- * ***Klebsiella pneumoniae***
- * ***Acinetobacter baumannii***
- * ***Pseudomonas aeruginosa***
- * ***Enterobacter species***

Резистентность к антибиотикам

Цефалоспорины

резистентность E.coli – 64%,
Klebsiella - 94%

Группа карбапенемов

Рост резистентности E.coli,
Klebsiella, Acinetobacter (71%)

Пенициллины

Резистентность Acinetobacter
более 70%, к оксациллину –
Stafilococcus – более 40%

Классификация карбапенемов

Карбапенемы
1 группы



Эртапенем

Нет активности в отношении

Pseudomonas aeruginosa
Acinetobacter baumannii

Карбапенемы
2 группы



Имипенем/циластатин
Меропенем
Дорипенем

Активны в отношении

Pseudomonas aeruginosa
Acinetobacter baumannii

ФАРМАКОНАДЗОР В МОСКВЕ

Зарегистрированные ЛС

Отправители «спонтанных сообщений»:

1. ЛПУ и врачи.
2. Аптеки.



С 2009 г.- Региональный центр мониторинга безопасности ЛС г. Москвы на базе ГУЗ «Центр сертификации и контроля качества лекарств», ныне - ГБУЗ «ЦЛО и КК ДЗ г. Москвы».

Распоряжение ДЗ г. Москвы от 26.05.2009 г. № 641-р



Росздравнадзор (ЛС, в т.ч. ИЛП) – НР, НЭ, ПВО.
Роспотребнадзор (ИЛП) – ПВО.

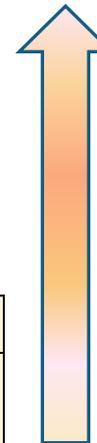
Минздравсоцразвития России.

Департамент государственного регулирования обращения ЛС

Совет по Этике



ИМС



Клинические исследования

Отправители СНЯ и ПОБЛС

1. Разработчики ЛС
2. Организации, проводящие КИ.



ФГБУ «НЦ ЭСМП» МЗСР РФ

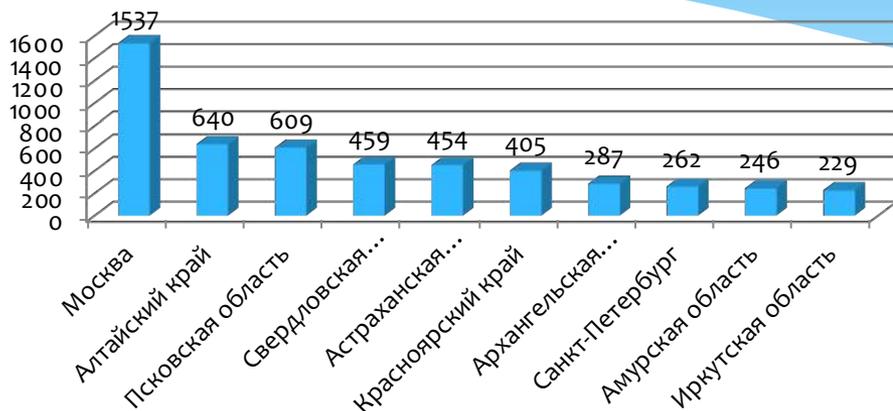
Экспертные подразделения

Научные подразделения

ЦЭБЛС

Сообщаемость о нежелательных реакциях ЛС в субъектах Российской Федерации в 2013г.

Абсолютное количество сообщений (лидеры)



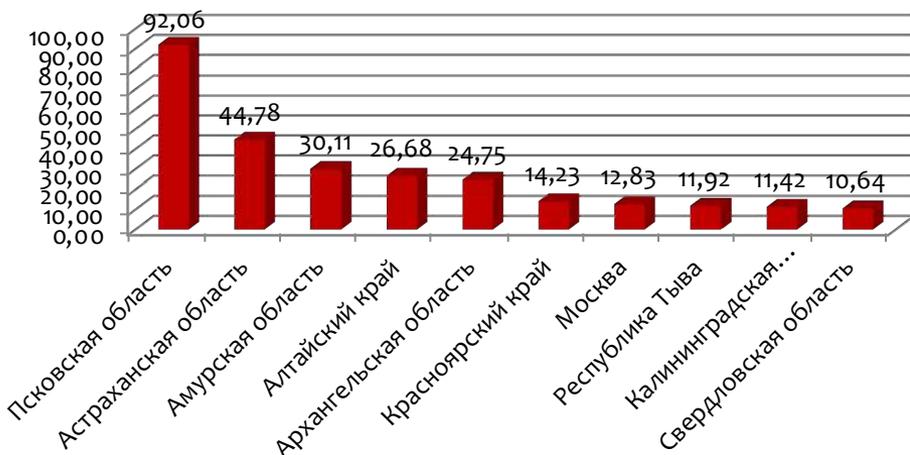
Крайне низкие показатели сообщаемости

(менее 15 сообщений с начала 2013г.)

Еврейская автономная область,
 Карачаево-Черкесская Республика,
 Республика Алтай,
 Чукотский автономный округ,
 Республика Калмыкия,
 Кабардино-Балкарская Республика,
 Республика Марий Эл,
 Республика Ингушетия,
 Костромская область,
 Курганская область

Новгородская область,
 Ямало-Ненецкий АО,
 Камчатский край,
 Магаданская область,
 Владимирская область,
 Республика Адыгея,
 Сахалинская область,
 Чеченская Республика,
 Республика Хакасия,

Сообщений на 100 тыс. населения (лидеры): в среднем по РФ - 9.6



NB! Сообщаемость о НР на 100 тыс. населения за рубежом:

- **США** прил. 72 (на основании данных о поступлении сообщений в MedWatch в 1 квартале 2012 года, Institute for safe medication practices, Monitoring FDA MedWatch Reports <http://www.ismp.org/quarterwatch/pdfs/2012Q1.pdf>)
- **Китай**- 53 (2010, China's Pharmacovigilance System: The Hunger For Safety Insights, S.Gambrill, <http://www.lifescienceleader.com/blogs/contributing-editors-2/item/3896-china%E2%80%99s-pharmacovigilance-system-the-hunger-for-safety-insights>)
- **Австралия**- 60 (данные 2003-2007) Lexchin J. Is there still a role for spontaneous reporting of adverse drug reactions? CMAJ. 2006 Jan 17;174(2):191-2)
- **Великобритания**-40 (2011-2012 серьезные НР(!) только местные, MHRA annual statistics 2011/12. <http://www.mhra.gov.uk/home/groups/comms-ic/documents/websitesources/con224445.pdf>)

Примечание: показатели получены на основании деления абсолютного числа сообщений, поступающих в национальные базы данных страны на численность населения, указанную в открытом источнике (Wikipedia)

Роль врача клинического фармаколога в современных условиях



Спасибо за внимание!

