

Опыт внедрения программы СКАТ в
ОРИТ, многопрофильного
стационара МБЛПУ ГКБ №1,
г.Новокузнецка.

- **«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, упоминающиеся в данной презентации, могут различаться.**
- **Перед назначением любых препаратов, пожалуйста, ознакомьтесь с локальными инструкциями по медицинскому применению, предоставляемыми компаниями-производителями.**

Информация о раскрытии финансовой заинтересованности

- Настоящим лектор подтверждает, что она 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.

- 1) Выбрал
- 2) Введи быстрее
- 3) Дай максимум



*Всемирное сообщество экстренной
хирургии рекомендует использовать
продленные инфузии с предшествующей
дозой насыщения:*

- пиперациллин/тазобактам*
- имипенем*
- меропенем*
- амоксициллин/клавуланат*

БОРЬБА ЗА МПК!!!

Рекомендация: World society of emergency surgery

Антибиотикотерапия и проблематике госпитальной инфекции (Збигнев Рыбицкий)

Применение дженериков может привести к
увеличению затрат на лечение:

- 1) Отсутствие должной эффективности в сравнении с оригинальными АМП
- 2) Формирование резистентности флоры стационара в условиях недостаточной эффективности АМП
- 3) Последующий переход на более дорогую линию АМП +/- Антимикотик (\$\$\$ ☹)

Комбинации АМП





- 1) Расширение спектра
- 2) Синергидный киллинг
- 3) Подавления резистентности

- 1) Побочные эффекты
- 2) Возможен антоганизм!**
- 3) Стоимость





- Мы придерживаемся мнения, что комбинированная терапия показана у пациентов с высоким риском летального исхода.

- Основным принципом комбинации АМП является их синергизм действия!!!

Когда же мне отменить
антибиотик???



РСТ!!!

- Важную информацию о *целесообразности назначения, эффективности и ранней отмены АБТ* предоставляет динамика РСТ, клинически доказано!
- Возможность определения РСТ в клинике позволяет снизить расходы на дорогостоящие АБП, путем своевременной отмены.

Кто должен заниматься СКАТ?



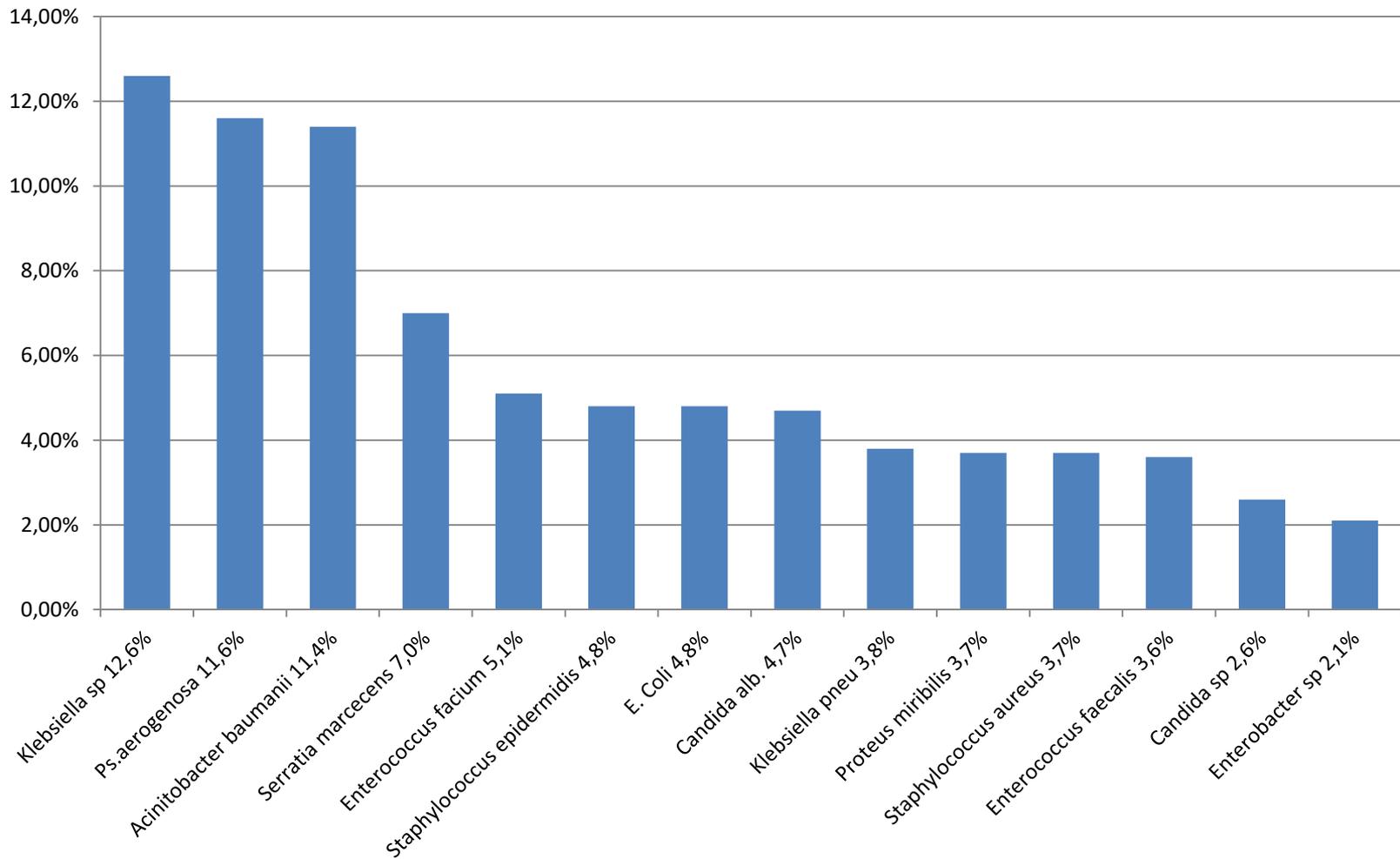


Реальность...

Микробиолог

Реаниматолог

Частота выделения микроорганизмов резистентной микрофлоры в 2015 году





8347704707
BD Biosciences GmbH
Ludwigstr. 20
D-10585 Berlin
Tel: +49 30 26402111
Fax: +49 30 26402112

BD Phoenix™ System
Quick Reference Guide

- 1. Power On/Off
- 2. Sample Loading
- 3. Sample Unloading
- 4. Sample Identification
- 5. Sample Rejection
- 6. Error Handling
- 7. Maintenance

BD Biosciences

BD Phoenix™ System and Components
© 2008 BD Biosciences

BD Biosciences
Frankfurt, Germany

BD Biosciences
Frankfurt, Germany

BD Biosciences
Frankfurt, Germany



Phoenix™ 100

The control panel features a central black touchscreen display. Above the screen is a yellow indicator light with an exclamation mark. To the left of the screen are three buttons: a left arrow, a square, and a right arrow. To the right are three buttons: an up arrow, a down arrow, and a right arrow. Below the screen is a row of seven small, dark rectangular buttons.

Ensure vials are properly seated prior to drawer closure.



Адресат для владения ф

A - A	X - XH
B - B	Y - YH
C - C	Z - ZH
D - D	SH - SHCH
E - E	M - Y
K - KH	B - BH
L - L	YU - YUH
M - M	B - BA
N - N	B - B
O - O	
P - P	
Q - Q	
R - R	
S - S	
T - T	
U - U	
V - V	





Thermo
SCIENTIFIC

MULTISKAN ASCENT

ESC PREV NEXT ENTER



1 2 3

4 5 6

7 8 9

. 0 -

CLEAR OPTION STOP



SPACE PRINT START



Вернёмся к реальности!



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

	Тип I	Тип II	Тип III	Тип IV
Контакт с ЛПУ	1) Не было обращений за медицинской помощью в течении последних 6 мес.	1) Обращение за медицинской помощью (в том числе предыдущие госпитализации в течение 6 мес, стационар на дому и дневной стационар, гемодиализ, Нахождение в учреждениях длительного ухода	1) Длительная госпитализация и/или инфекция, последующая за инвазивными процедурами	Пациенты 3-го типа с лихорадкой длительностью более 4-6 дней, резистентной к адекватной антибактериальной терапии и наличием следующих факторов:
Терапия антибиотиками	2) Не было АБТ в течение последних 90 дней	2) Предшествующая АБТ (в последние 90 дней)	2) Предшествующая АБТ	1) распространенная (от 2 локусов) колонизация <i>Candida spp.</i> ;
Характеристики пациента	3) Пациенты без сопутствующей патологии	3) Множественная сопутствующая патология (ХПН, цирроз печени, сахарный диабет, хр.алкогольная интоксикация, наркомания, ВИЧ или другой иммунодефицит	3) Тяжелое течение основного заболевания, наличие ко-морбидности или	2) наличие двух и более факторов риска развития инвазивного кандидоза <ul style="list-style-type: none"> • в/в катетер, • хирургическое вмешательство на органах брюшной полости, • выраженный мукозит, • полное парентеральное питание, • применение ГКС или иммуносупрессантов
Риск R бактерий или <i>Candida</i>	Нет факторов риска полирезистентных возбудителей	БЛРС-продуценты	БЛРС-продуценты <i>Pseudomonas</i> <i>Acinetobacter</i> MRSA	Те же бактерии (как при типе III) + <i>Candida spp</i>

Адаптировано из Carmeli Y. Predictive factors for multidrug-resistant organisms. In: *Role of Ertapenem in the Era of Antimicrobial Resistance* [newsletter]. Available at: http://www.invanz.co.il/secure/downloads/IVZ_Carmeli_NL_2006_W-226364-NL.pdf. 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.

	МВП	
I тип ¹	II тип ²	III тип (крайне тяжёлая категория больных)
1) Не было обращений за медицинской помощью в течение года 2) Не было АБТ в последние 90 суток 3) Молодые пациенты без сопутствующей патологии	1) Обращения за медицинской помощью, госпитализации в течение года 2) АБТ последние 90 дней 3) Возраст больше 50 лет, множественные сопутствующие патологии	1) Длительная госпитализация и инфекция, последующая за инвазивными процедурами 2) Предшествующая АБТ в стационаре (больные с отрицательной динамикой) 3) Тяжелое течение основного заболевания при наличии тяжёлых сопутствующей патологии, на фоне иммунодефицитных состояний.
1-Эртапенем 1гр 1р\сут Ингибитор защищенные: 2-амоксиклав 1,2 гр. 4р/с ³ (продлённые инфузии, 1 доза насыщения) <u>3- амписид 3 гр. 4р/с</u> <u>4- Ципрофлоксацин 600 мг 2р\сут</u> <u>5- Цефалоспорины III⁶</u>	1-Эртапенем 1 гр. 1 р/с ⁴ <u>2-Цефоперазон/сульбактам 2гр каждые 6 часов</u> 3- Пиперациллин\тазобактам 4,5гр 4р\сут (1 доза насыщения)	1- Тигециклин 50 мг 2 р/с + полимиксин 50 мг 2 р/с +/- Карбапенем 2- Дорипенем 500 мг каждые 8 часов (4 часовые инфузии, 1 доза нагрузочная) ^{3,5} +\ - линезолид +/- антимикотики

¹-нет риска наличия устойчивых возбудителей.

²- БЛРС продуценты без риска MRSA, Pseudomonas/Acinetobacter.

³- Режим продлённых инфузий с целью поддержания адекватной МПК

⁴- Препарат выбора с учётом отсутствия резистентности флоры к АМП в данной группе

⁵- P/S : Группа карбапенемов больше подходит для режима деэскалации в виду формирования резистентности. Дорипенем – сложно оценить его эффективность, с учётом короткого срока применения в нашем отделении.

⁶- На сегодняшний период времени являются сильнейшими индукторами резистентности- от использования донной группы препаратов отказались

Пневмония		
I тип ¹	II тип ²	III тип
<p>1) Не было обращений за медицинской помощью в течение года</p> <p>2) Не было АБТ в последние 90 суток</p> <p>3) Молодые пациенты без сопутствующей патологии</p>	<p>1) Обращения за медицинской помощью, госпитализации в течение года</p> <p>2) АБТ последние 90 дней</p> <p>3) Возраст больше 50 лет, множественные сопутствующие патологии</p>	<p>1) Длительная госпитализация и инфекция, последующая за инвазивными процедурами</p> <p>2) Предшествующая АБТ в стационаре (больные с отрицательной динамикой)</p> <p>3) Тяжелое течение основного заболевания при наличии тяжёлых сопутствующей патологии, на фоне иммунодефицитных состояний.</p>
<p>1 – зинforo 600 мг, каждые 12 часов в течение 1 часа.</p> <p>2 – эртапенем 1 гр, 1 раз в сутки</p> <p>3 – амоксициллин/клавуланат 1,2 гр, 4 раза в сутки (в виде продлённых инфузий, 1 доза насыщения).</p> <p>4 – амписид 3 гр, 4 раза в сутки.</p> <p>5- Цефалоспорины III⁸</p>	<p><u>1 – эртапенем 1 гр, 1 раз в сутки + азитромицин 0,5 гр, 1 раз в сутки или кларитромицин 0,5 гр, 2 раза в сутки³</u></p> <p><u>2 – Левофлоксацин⁴ 750- 2р.сут+/- макролиды³.</u></p> <p>3 – цефоперазон/сульбактам 2 гр, 4 раза в сутки</p> <p>4- Пиперациллин\тазобактам 4,5гр 4р\сут (1 доза насыщения)</p>	<p>1 Карбапенем - продлённые инфузии 3 часа (1 доза: 1 гр, 1 час)+ амикацин 20мг/кг 1р/сут (Kibsiella) +/- сульбактам(A.baumanii) +/- игаляции амикацина 400мг 2р/сут(ВАП) 2-имипенем/циластатин⁷ 4гр/сут – продлённые инфузии 3 часа + рифампицин 450мг 2р/сут +/- полимиксин 50мг 2р/сут (1 доза 100мг)⁵ 3-дорипенем⁷ 500мг 3р/сут (продлённые инфузии 4 часа, 1 доза нагрузочная) 4- моно! Меронем/ имипенем⁷ + ЭРТАПЕНЕМ^{6???} 5-тигацил 50мг 2р/сут + полимиксин 50мг 2р/сут (1 доза у обоих 100 мг)</p> <p>+/- сульбактам (A.baumanii)</p> <p>+/- линезолиди</p> <p>+/- антимикотики</p>

Абдоминальные инфекции		
I тип ¹	II тип ²	III тип
1) Не было обращений за медицинской помощью в течение года 2) Не было АБТ в последние 90 суток 3) Молодые пациенты без сопутствующей патологии	1) Обращения за медицинской помощью, госпитализации в течение года 2) АБТ последние 90 дней 3) Возраст больше 50 лет, множественные сопутствующие патологии	1) Длительная госпитализация и инфекция, последующая за инвазивными процедурами 2) Предшествующая АБТ в стационаре (больные с отрицательной динамикой) 3) Тяжелое течение основного заболевания при наличии тяжёлых сопутствующей патологии, на фоне иммунодефицитных состояний.
1-Эртапенем 1гр 1р\сут 2-Ингибиторзащищенные: -амоксиклав 1,2 гр. 4р/с ⁶ (продлённые инфузии, 1 доза насыщения) -амписид 3 гр. 4р/с 3-Цефалоспорины III ⁵ , либо Фторхинолоны + метронидазол.	1-Эртапенем 1 гр. 1 р/с ³ 2-Цефоперазон/сульбактам 2гр каждые 6 часов 3- Пиперациллин\тазобактам 4,5гр 4р\сут (1 доза насыщения)	1) Тигециклин 50 мг 2 р/с + полимиксин 50 мг 2 р/с (первая дозировка у обоих 100мг) 2) Дорипенем 500 мг каждые 8 часов (4 часовые инфузии, 1 доза нагрузочная) ^{6,4} +\- линезолид +/- антимикотики

- 1- Нет риска наличия устойчивых возбудителей.
- 2- БЛРС продуценты без риска MRSA, Pseudomonas/Acinetobacter.
- 3- Препарат выбора с учётом отсутствия резистентности флоры к АМП в данной группе
- 4- Группа карбапенемов (Меронем, Имипенем\циластатин) больше подходит для режима деэскалации в виду формирования резистентности. Дорипенем – сложно оценить его эффективность с учётом короткого срока применения в нашем отделении.
- 5- В нашей практике мы отказались от цефалоспоринов III поколения, в виду наличия на сегодняшний день высокой резистентности.
- 6- Режим продлённых инфузий с целью поддержания адекватной МПК



- 1) Внедрение программы стратегии контроля антимикробной терапии!
- 2) Отсутствие интереса других отделений... и не только!
- 3) РСТ...
- 4) Заявка на 2017 год (чьи интересы в ней?!)
- 5) Закупка в большей части дженериков
- 6) Страховые компании
- 7) Отсутствие нужного АМП на полке (здесь и сейчас...)
- 8) Проблема выходного дня (УСИЛЕНИЕ 7 ПУНКТА!)

Пути решения ...



