

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

ИНФЕКЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ В МНОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

Мелкумян А.Р.

Заведующая Центром лабораторной диагностики ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ» Главный специалист ОМО по КЛД ГБУ «НИИ ОЗММ ДЗМ»

Кандидат медицинских наук



ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ»

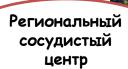
Многопрофильный скоропомощной стационар на 967 коек. Ежегодно оказывает медицинскую помощь более 50 000 пациентам, выполняется более 25 000 оперативных вмешательств.

Центр сочетанной травмы ЦЕНТР ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ: КДЛ Микробиологическая лаборатория



Акушерскогинекологический центр

Центр анестезиологии и реанимации









Пилотный проект

«Совершенствование мер борьбы и профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи в Российской Федерации» краткое наименование проекта – «Обеспечение эпидемиологической безопасности медицинской помощи»

Поручение Председателя Правительства Российской Федерации от 12 декабря 2016 г. № ДМ-П12-75пр Д.А. Медведева, поручения заместителя Председателя Правительства Российской Федерации от 29 марта 2017 г. № ОГ-П12-1842 О.Ю. Голодец и приказа Роспотребнадзора от 09 июля 2018 г. № 616 «О совершенствовании системы эпидемического надзора за инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи»

УЧАСТНИКИ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА

Медицинские организации 6 субъектов Российской Федерации, в которых проводились научные исследования по данной проблеме, и существует опыт реализации научно-исследовательских проектов, в каждом из которых принимают участие 2-3 МО различного уровня:

1. г. Москва - ГБУЗ г. Москвы «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ»

- 2. г. Санкт-Петербург СПБ ГБУЗ «Родильный дом №9»
- 3. Свердловская область МАУЗ «ГКБ №14», МАУЗ «ГКБ №40» г.Екатеринбург, ГБУЗ Свердловской области «Полевская центральная городская больница»
- 4. Тюменская область ГБУЗ Тюменской области «ОКБ №2», ГБУЗ Тюменской области «Перинатальный центр»;
- 5. Пермский край ГБУЗ Пермского края «ГКБ №2 им. Ф.Х. Граля», ГБУЗ Пермского края «ГКБ №7», ГБУЗ Пермского края «Кунгурская городская больница»;
- 6. Хабаровский край КГБУЗ «Перинатальный центр» МЗ Хабаровского края, КГБУЗ «Городская больница №10» МЗ Хабаровского края.

С развитием инновационных и инвазивных технологий (трансплантация органов, пересадка стволовых клеток, шунтирование сосудов сердца и др.) повышается риск развития инфекционных осложнений, поэтому профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи уделяется особое значение











Лечащий врач

Санитарнопротивоэпидемический режим



Госпитальный эпидемиолог



Инфекционный контроль

Клинический микробиолог



Клинический фармаколог

Рациональная

антимикробная



Цели Инфекционного Контроля многопрофильного стационара

СТРАТЕГИЧЕСКАЯ

Слежение за эпидемиологическими тенденциями в динамике ИСМП

ТАКТИЧЕСКАЯ

Выбор антибиотиков для профилактики и лечения конкретного пациента и контроль эффективности лечения

Обоснование антибиотикополитики и проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий

ПРОФИЛАКТИКА ИСМП

НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ

Архитектурно - планировочные Санитарно-технические Санитарно-противоэпидемические

СПЕЦИФИЧЕСКАЯ

Иммунопрофилактика Антибиотикопрофилактика Фагопрофилактика Общеукрепляющая терапия

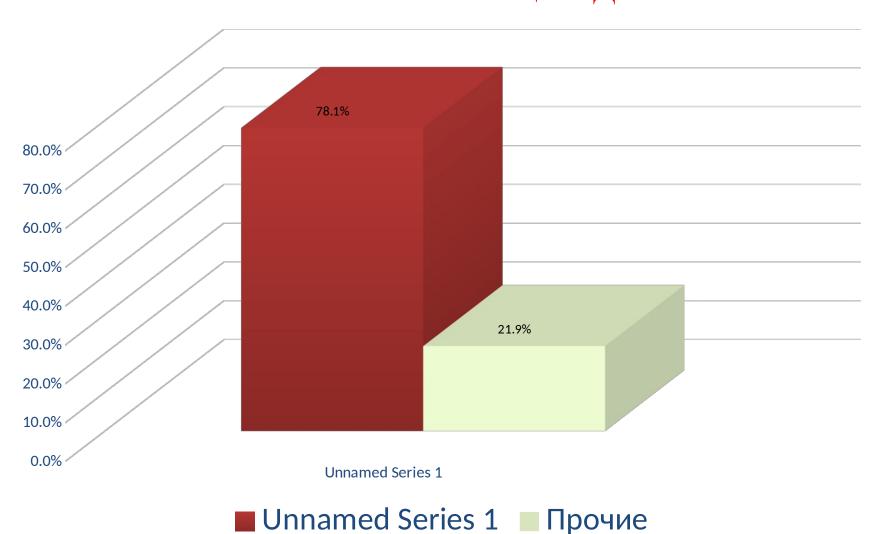
«ПРОБЛЕМНЫЕ МИКРООРГАНИЗМЫ»

▶ Самые серьёзные инфекции вызываются группой резистентных микроорганизмов – названных «Обществом по инфекционным болезням» (IDSA, США) как «ESKAPE»-патогены (от анг. escape — ускользать, избегать), поскольку они «избегают» воздействия антибактериальных препаратов

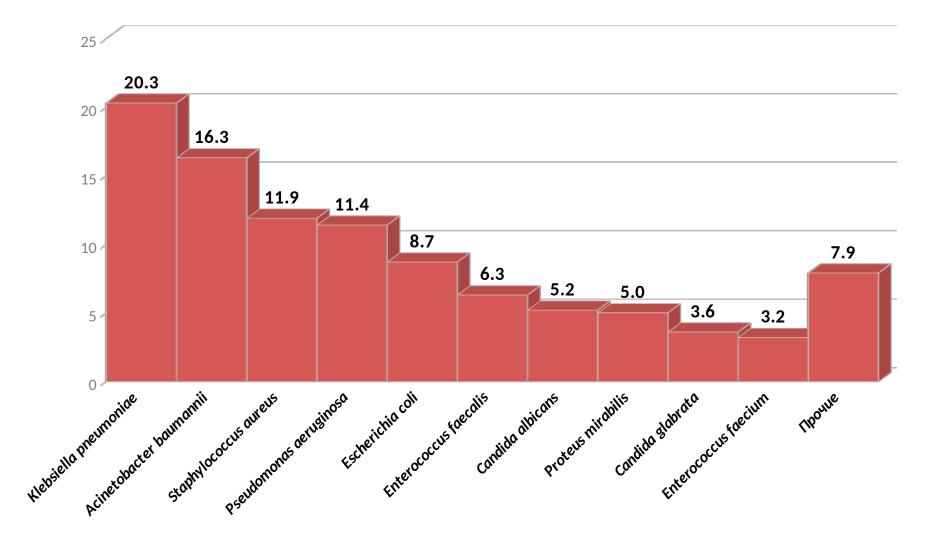
Enterococcus faecium VR
Staphylococcus aureus MR
Klebsiella pneumoniae KPC
Acinetobacter baumannii MDR
Pseudomonas aeruginosa MDR

Enterobacteriacae ESBL

Доля ESKAPE –патогенов среди возбудителей инфекций в реанимационных отделениях ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ» в 2018 г.



Высеваемость (%) основных возбудителей инфекций в реанимационных отделениях ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ» в 2018 г.



СКАТ - СТРАТЕГИЯ КОНТРОЛЯ АНТИМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ

Комплекс необходимых мероприятий по рационализации использования антимикробных препаратов (АМП), сдерживанию антибиотикорезистентности, контролю нозокомиальных инфекций За рубежом обозначается как «Управление антибиотикотерапией» (Antibiotic Stewardship), а в России как «Стратегия Контроля Антимикробной Терапией (СКАТ).

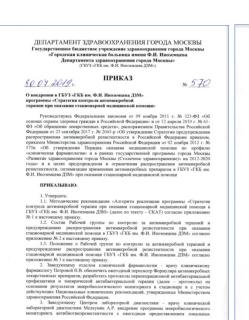


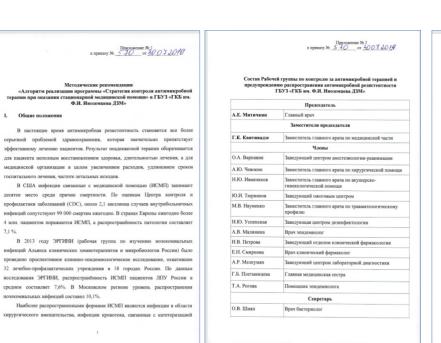


ВНЕДРЕНИЕ ПРОГРАММЫ СКАТ В ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. ИНОЗЕМЦЕВА ДЗМ»

Утвержден приказ главного врача № 570 от 30.07.2019 г. «О внедрении в ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ» программы «Стратегия контроля антимикробной терапии при оказании стационарной медицинской помощи» с приложениями:

- Методические рекомендации «Алгоритм реализации программы «Стратегия контроля антимикробной 1. терапии при оказании стационарной медицинской помощи» в ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ».
- Состав Рабочей группы по контролю за антимикробной терапией и предупреждению распространения антимикробной резистентности ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ».
- Положение о Рабочей группе по контролю за антимикробной терапией и предупреждению распространения антимикробной резистентности при оказании стационарной медицинской помощи ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ»





Приложение № 3 к приказу № 570 от 3004 2019г.

медицинской помощи ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземпева ЛЗМ

1. Очастите подполжения за антимеробной терпиней и предпреждения предпреждения репредерского предпреждения премения предпреждения предпреждения предпреждения предпреж

Федеральным законом от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об

живретиенных средству;

— расподъемення Правительства Российской Федерации от 25 сентября 2017 г.

№ 2055-р «Об утверждения Стратегия предургаждения распространения антимикробной регистительств в Российский Федерации»;

— приказом Манистерства здавноврения Российской Федерации от 02 поября 2012 г. № 573-м соб утверждения Порядка оказания медицинской помощи по профако

приказами и распоряжениями главного врача ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцев

2.3. Ада-Чи КОМИТЕТА СКАТ
2.1. Разработа в инсерение перерамена «Стратегия контроля антимокробной прилага при оказания стационарной медиципской домоция» в отделениях стационарной прилага при оказания стационарной прилага прила

ным законом от 09 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны

1.2. Комитет СКАТ в своей паботе пуковолетвуется законолятель

2012 г. г. из 373и «пос утверждения городка оказания медиципескої «клиническая формакология» — Государственной города Мосска «Развитие за Москва (Столярственной програменно) на 2012-2020 года; от прикламия и распоряжениями Руководителя Департам города Мосска».

2. ЗАЛАЧИ КОМИТЕТА СКАТ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ И АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА

Утвержден приказ №512 от 12.07.2019 «О порядке проведения эмпирической антибиотикотерапии и периоперационной антибиотикопрофилактики в ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ» с приложениями:

- 1. Порядок назначения эмпирической антибактериальной терапии.
- 2. Порядок назначения антибактериальных препаратов с целью профилактики инфекции области хирургического вмешательства.
- 3. Протоколы периоперационной антибиотикопрофилактики.





АЛГОРИТМ СТРАТИФИКАЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ МИС и ЛИС

Внедрить алгоритм стратификации как обязательное действие со стороны лечащего врача на каждом из следующих этапов:

- 1. при первом осмотре при поступлении пациента в стационар;
- 2. при первом осмотре врача-реаниматолога;
- 3. при переводе пациента «в» или «из» реанимационного отделения;
- 4. при эмпирическом назначении АБТ;
- 5. при первичном назначении микробиологического исследования При заполнении шкалы стратификации пациента в электронной истории болезни пациента автоматически появляется тип стратификации в графе *СКАТ_МИС* (I, II, IIIa, III b).

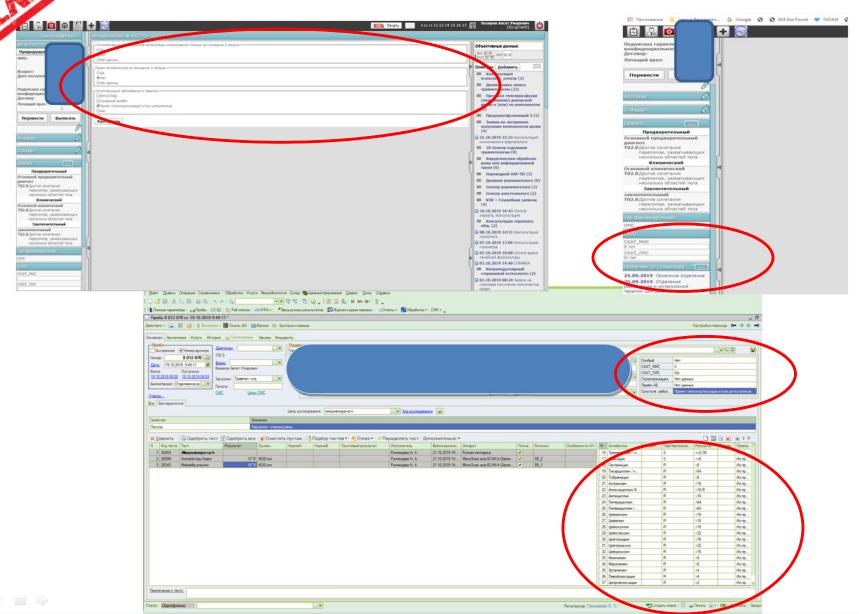
По результатам бактериологического исследования уровень стратификации пациента (I, II, IIIa, III b, IV) может быть изменен. Результаты скорректированных данных будут внесены в ЛИС в графу *СКАТ_ЛИС* и автоматически переданы в графу *СКАТ_ЛИС* электронной истории болезни пациента.

АЛГОРИТМ СТРАТИФИКАЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ МИС и ЛИС

Критерии для электронной стратификационной шкалы:

- 1. Госпитализация в медицинские организации стационарной помощи за последние 3 месяца:
- ✓ Да
- √ Нет
- ✓ Нет данных
- 2. Прием антибиотиков за последние 3 месяца
- **√** Да
- √ Нет
- ✓ Нет данных
- 3. Сопутствующие заболевания и терапия
- ✓ ВИЧ/СПИД
- ✓ Сахарный диабет
- ✓ Прием глюкокортикоидов и/или цитостатиков
- √ Нет

АЛГОРИТМ СТРАТИФИКАЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ МИС и ЛИС



«Регламенты микробиологического обследования пациентов с инфекционными заболеваниями и гнойно-септическими осложнениями в отделениях ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ» (2017-02)

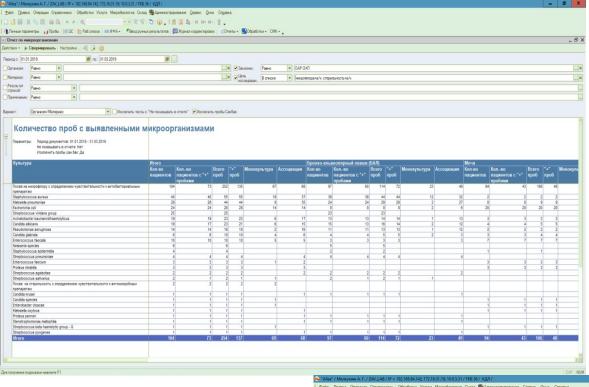


Заведующий	00
Центром лабораторной диагно	А.Р. Мелкумян
K.M.H.	A.I. Meskysish
Врач клинической лабораторн	ой диагностики
Центра лабораторной диагнос	О.В. Сафронова
2 × 11	- U)
Заведующий Центром дезинф	Н.Ю. Успенская
Врач эпидемиолог	Allof А.В. Малинина
Врач клинический фармаколо	
к.м.н.	Д.М. Сердюкова
Killin	
СОГЛАСОВАНО	
Заместитель главного врача	
по медицинской части (по ОМ	(P)
K.M.H.	Г.К. Квитивадз
Заместитель главного врача	
по хирургической помощи	Roll
K.M.H.	А.Ю. Чевокин
Заместитель главного врача	, 60
по травматологическому прос	рилю ДД
д.м.н.	Е.А. Литвина
Заместитель главного врача	
по акушерско-гинекологичес	кому профилю
д.м.н.	С.В. Апресян
Заведующий центром анесте	виологии-реанимации О.А. Варнави
	О.А. Варнави
Заведующий ожоговым цент	ООМ
K.M.H.	Ю.И. Тюрнико
Методические указания утвержде Иноземцева ДЗМ от « 40 » 04	ны приказом главного врача ТБУЗ «ГКБ им. Ф.И. • месть 2017 г. № УОГ.

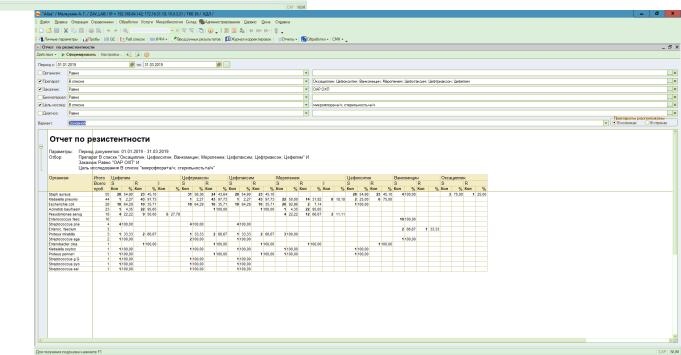
«Регламенты микробиологического обследования пациентов с инфекционными заболеваниями и гнойно-септическими осложнениями в отделениях ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ» (2017-02)

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение 6	
Регламент микробиологического обследования пациентов в отделениях	
анестезиологии-реанимации всех профилей 8	
Регламент микробиологического обследования пациентов хирургического и	
травматологического профилей 10	
Регламент микробиологического обследования пациентов	
ожогового отделения	
Регламент микробиологического обследования пациентов терапевтического	
(в т.ч. кардиологического, неврологического) профиля	
Регламент микробиологического обследования пациентов	
акушерско-гинекологического профиля 17	
Регламент микробиологического обследования новорожденных 20	
Регламент назначения посева крови пациентам отделений стационара 22	
Литература 23	



Лабораторная информационная система «АЛИСА» интегрированная в медицинскую информационную систему «ВИСТА»



Анализ данных микробиологического мониторинга позволяет:

- Проводить корректную эмпирическую терапию в отделениях стационара при развитии инфекций
- Избежать необоснованных материальных и временных затрат на выполнение большого количества исследований
- Реализовать возможность закупки антибактериальных препаратов на основе реальных данных резистентности возбудителей
- Определять политику антибиотикопрофилактики и антибиотикотерапии стационара вцелом

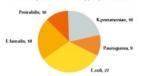
ЭМПИРИЧЕСКАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноремцева ДЗМ»

ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ



ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ



I, II TWII	Illa тип*	Шь тип*	I, II TMN	IIIa тип*	Шь тип∗
<u>Пьяборг</u> Амоскациялин/ялавуланат 7,2 г.Х віз мін 1 г.Х вінутрь <u>Амоскация т</u> г.Х він, 0,5 г.Х вінутрь	<u>Пьябор:</u> Зртаненем 7 г х1 n/h, n/м <u>Авыпукатаниямі</u> Тичециялин 0,7 г n/h нагрузочная доза, затем 0,06 г х2 n/h	Выбоку: Полиминский В 1,6-2,6 мг/мг/сут в 2 поедении одо "-» Ванкомиция 1 г ло рода идо" Микарожимин 1 г ло накручочная доза, дагом Доб т хд идо Амикарожимин до г ло накручочная доза, дагом Доб т хд идо в 1 поедение одо"	<u>Пьябор:</u> Амоскещиялен/клавуванат 7,2 г. кЗ абъ или 17 г.2 плутрь <u>Авискративаній</u> Цяпрофлокация 0,4 г.к2 в/в или 0,6 г.к2 шчутрь	<u>Выбор:</u> Зртаненем т / х1 ю/в или и/м + Вынкомиции т / х2 розо в/м** А <u>высорозначам:</u> Тичециклим 6,1 г м/в нагрузочная дозо, загом 0,06 г х2 м/в + Амикации 1,5 м/м/г/суг в 1 воедение м/в **	Выбор: Полнаником В 1,6-2,6 мг/кг/сут в 2 вогданена від "« Винезовиц 0,6 г х2 даза в сут від мине вічутрь Лаксоризичнай: Тичециклин 0,1 г від нагрузочная доза, затем 0,06 г х2 від» Винкомиция 1 г х2 даза від» " Винкомиция 1 г х2 даза від» "

^{*}консультация клинического фармаколога обязательная для пационтов IIIa-IIIb типа **коррокция дозы по клиронсу кроатинина

СТРАТИФИКАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПО РИСКУ НАЛИЧИЯ РЕЗИСТЕНТНОЙ ФЛОРЫ

Факторы риска	1 TWIT	2 ТИП	За ТИП	36 TMTI	4 TMTI	
Характер инфекции	Внебольничная	Внебольничная с факторами риска БЛРС	Нозокомиальная без факторов риска ПРВ	Нозокомиальная с факторами риска ПРВ	Нозокомиальная с факторами риска ИК	
Медицинская помощь	Не было обращений за медицие- схой помощью в течение последних 90 дней	Обращение за медицинской помо- щью (дневной стационар поликли- ника, гемодиализ, нахождение в уч- реждениях длительного ухода) или госпитализации в последяне 3 ме- сяца без проведения инвазиеных процедур	Длительность нахождения в стацио- наре (вне ОРИТ) < 7 дией, отсутствие оперативных вмещательств	Длительность нахождения в стаци- онаре > 7 дней (в ОРИТ > 3 дней) или инфекция, возникшая после оперативных вмещательств	Пациенты 3b типа с лихорадкой >38,0 °C более 6 дней, сохранию щейся на фоне адекпатной АБТ и санированным очагом инфекции при наличии следующих факторов: 1) Распространенная (2 и более локусов) колонизация Candida spp.;	
АБТ терапия > 1 суток	Не было АБТ в течение последних 90 дней	Предшествующая АБТ (в последние 90 дней)	Не получал АБТ или АБ профилактику > 24 часов	Предшествующая АБТ	 Наличие двух и более факторов риска инваливного кандидоза: или категер; напаротомии; полное парентеральное питание; применение ГКС или иммуносу-прессантор. 	
Характеристика пациента	Пациенты без тижелой сопутствую- щей патологии	Тяжелая сопутствующая патология (ХПН, цирроз печени, сахарный ди- абет, алкогольная висцеропатия, наркомания, ВИЧ)	Любые пациенты	Тяжелое течение основного заболевания или наличие тяжелой коморбидности		
Дополнительные факторы риска ПРВ	Нет	Поездка за границу в регион с вы- соким уровнем ПРВ	Нет	Факторы риска MRSA, P. aeruginosa	Предшествующая терапия/профи- лактика азолами	
Вероятные ПРВ или грибы Candida	Нет	Энтеробактерии – продуценты БЛРС	Энтеробактерии – продущенты БЛРС	Энтеробактерии-продуценты БЛРС и карбапенемаз, MRSA, НФГОБ	Те же бактерии (3b тип) + Candida spp.	

Приказ NeS12 от 12.022019 О поредко проводения эмпирической антибиотикотералии и периоперационной антибиотикопрофилактики в ГБУЗ «ГКБ им. Ф И. Иноземцева Д

БЛРС бето-изкламалы расширенного опектра ПРВ-полиреанстичные возбудители

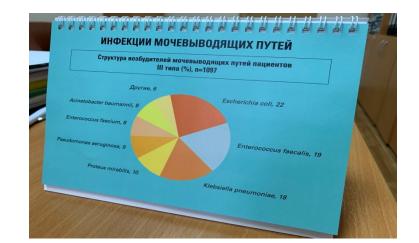
АБТ-антибактериальная теропия

MRSA метиционерезис

истентный стафилововх

НФГОБ-неферментирующие Грам-отрицативные бок

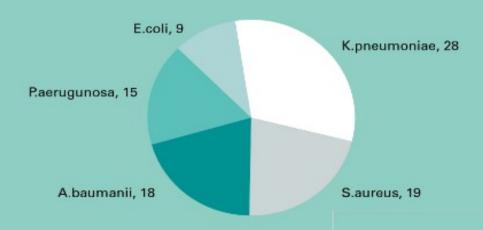
[«]Программа СКАТ (Стрателя Контроля Антиникробной Тератин) при оказания стационарной медицинской помощи Российские клинические рекомендации М. Перо 2018. С.





ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Структура возбудителей инфекций нижних дыхательных путей пациентов III тип (%), n=2088



Эмпирическая антибактериальная терапия инфекций нижних дыхательных путей в зависимости от типа по СКАТ

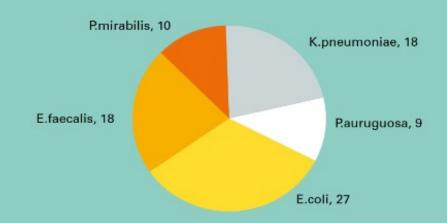
I, II TUN	Illa ТИП*	Шь тип∗
Выбор: Амоксициллин/клавуланат 1,2 г х3 в/в или 1 г х2 внутрь Авьтернативный: Левофлоксацин 1 г х1 в/в, 0,5 г х1 внутрь	Выбор: Эртапенем ? г х1 в/в, в/м <u>Альторнатияный:</u> Тигециклин 0,1 г в/в нагрузочная доза, затем 0,05 г х2 в/в	Выбос: Полимиксин В 1,5-2,5 мг/кг/сут в 2 введения в/в **+ Ванкомицин 1 г х2 раза в/в** Альтеонатияный: Тигециклин 0,1 г в/в нагрузочная доза, затем 0,05 г х2 в/в+ Амикацин 15 мг/кг/сут в 1 введение в/в**

^{*}консультация клинического фармаколога обязательная для пационтов IIIa-IIIb типа

^{**}коррекция дозы по клиренсу креатичниа

инфекции мочевыводящих путей

Структура возбудителей мочевыводящих путей пациентов III типа (%), n=1097



Эмпирическая антибактериальная терапия инфекций мочевыводящих путей в зависимости от типа по СКАТ

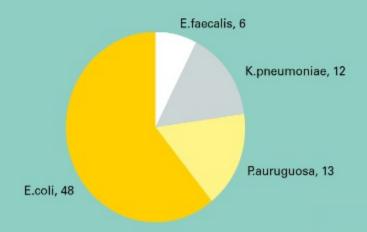
I, II TUN	Illa TИП*	ШЬ ТИП*
Выбор: Амоксициллин/клавуланат 1,2 гх3 в/в или 1 гх2 внутрь Альтернативный; Ципрофлоксацин 0,4 гх2 в/в или 0,5 гх2 внутрь	Выбор: Эртапенем 1 г х1 в/в или в/м + Ванкомицин 1 г х2 раза в/в** Альтернативный; Тигециклин 0,1 г в/в нагрузочная доза, затем 0,05 г х2 в/в + Амикацин 15 мг/кг/сут в 1 введение в/в**	Выбор: Полимиксин В 1,5-2,5 мг/кг/сут в 2 введения в/в **+ Линезолид 0,6 г x2 раза в сут в/в или внутрь Альтернативный: Тигециклин 0,1 г в/в нагрузочная доза, затем 0,05 г x2 в/в+ Ванкомицин 1 г x2 раза в/в**

^{*}консультация клинического фармаколога облаательная для пациентов IIIa IIIb типа

^{**}коррекция доль по клиренсу креатинина

ИНТРААБДОМИНАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ

Структура возбудителей интраабдоминальных инфекций пациентов III типа (%), n=439



Эмпирическая антибактериальная терапия интраабдоминальных инфекций в зависимости от типа по СКАТ

і, іі тип	IIIa ТИП*	IIIb TИП*	IV TUП*
Выбор: Амоксициллин/ клавуланат 1,2 г х3 в/в или 1 г х2 внутрь Альтернативный: Ципрофлоксацин 0,4 г х2 в/в или 0,5 г х2 внутрь + Метронидазол 0,5 г х3 в/в или внутрь	Выбор: Эртапенем 1 г х1 в/в, в/м Альтернативный: Тигециклин 0,1 г в/в нагрузочная доза, затем 0,05 г х2 в/в + Метронидазол 0,5 г х3 в/в или внутрь	Выбор: Имипенем 0,5 г х4 в/в + Ванкомицин 1 г х2 раза в/в** Альтернатияный: Тигециклин 0,1 г в/в нагрузочная доза, затем 0,05 г х в/в + Амикацин 15 мг/кг/сут в 1 введение в/в** + Метронидазол 0,5 г х3 в/в или внутрь	Выбор: Имипенем 0,5 г x4 в/в+ Ванкомицин 1 г x2 раза в/в**+ Флуконазол 0,4 г нагрузочная доза, затем по 0,2 г x1 в/в Альтернативный: Тигециклин 0,1 г в/в нагрузочная доза, затем 0,05 г x в/в + Амикацин 15 мг/кг/сут в 1 введение в/в** + Метронидазол 0,5 г x3 в/в или внутрь + Флуконазол 0,4 г нагрузочная доза, затем по 0,2 г x1 в/в

^{*}консультация клинического фармаколога обязательна

^{**}коррекция дозы по клиренсу креатинина

КЛОСТРИДИАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ

Проявления C.difficile-ассоциированной болезни в зависимости от тяжести ее течения

Течение заболевания	Критерии
Легкое/умеренной тяжести	Диарея (неоформленный стул три или более раз в сутки) в сочетании с болью в животе
Тяжелое	Водянистая диарея с кровью Гипоальбуминемия < 30 г/л в сочетании с одним из следующих симптомов: • лейкоцитоз >15×109/л • болезненность при пальпации живота
Осложненное	Водянистая диарея с кровью + Один из нижеперечисленных симптомов: • гипотензия • лихорадка 38,5 °C • илеус • изменение сознания • лейкоциты >25×109/л или <2x109/л • органная дисфункция
Рецидив болезни	Повторное развитие менее чем через 8 недель после окончания терапии

Антибактериальная терапия клостридиальной инфекции

Степень тяжести инфекции C. difficile	Препараты выбора	Альтернатива	Примечание	
Легкая/средняя	Метронидазол 0,5 г х 3 р/сут. внутрь	Ванкомицин 0,125 г x 4 р/сут. внутрь		
Тяжелая*	Ванкомицин 0,125 г x 4 р/сут. внутрь	При невозможности приема внутрь (илеостома) Ванкомицин 0,5 г x 4 р/сут. в клизмах	Курс лечения – 10 дней.	
Осложненная*	Ванкомицин 0,125 г х 4 р/сут. внутрь+ Метронидазол 0,5 г х 3 р/сут. в/в+ Ванкомицин 0,5 х 4 р/сут. в клизмах		Отмена системной АБТ (при возможности). Не назначать антиперисталь- тические препараты (лоперамид).	
Рецидив болезни*	Ванкомицин в дозе 500 мг в течение 10-14 дней. Затем прием препарата продолжается каждые 3 дня в течение 3 недель по 125-500 мг			

*консультация клинического фармаколога облаательна

Тип пациента	Тип І	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°С более 6 дней, сохраняющейся на фоне адекватной антибактериальной терапии и санированным очагом инфекции при наличии следующих факторов: 1. Распространенная (2 и более локусов) колонизация Candida 2. Наличие двух и более факторов риска инвазивного кандидоза:
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	- в/в катетер; -лапаротомия; -полное п/э питание; - применение ГКС или иммуносупрессантов
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 коморбидности	
Дополнительные факторы риска ПРВ	Нет	Поездка за границу в регион с высоким уровнем ПРВ	Нет	Факторы риска MRSA, P.aeruginosa, CRE	Предшествующая терапия/ профилактика азолами
Вероятные полирезистентные возбудители или грибы Candida	Нет	Энтеробактерии - продуценты БЛРС	Энтеробактерии - продуценты БЛРС	Энтеробактерии – продуценты БЛРС и карбапенемаз; MRSA; НФГОБ	Те же бактерии (IIIb тип) + Candida spp.

КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ СКАТ

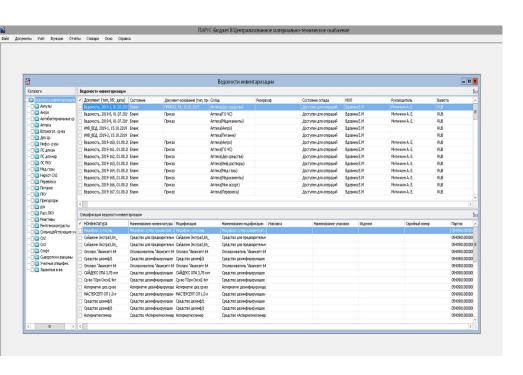
Анализ критериев эффективности СКАТ позволит оценить степень решения задач, поставленных в рамках реализации Проекта, а также своевременно скорректировать объем и направленность мероприятий программы управления назначением АМП.

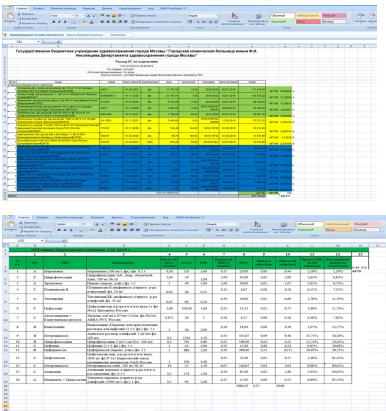
Расчет показателей необходимо проводить регулярно (каждые 12 мес.), сравнивая, данные каждого года до и после внедрения программы СКАТ по следующим критериям:

- 1. Показатели, оценивающие уровень антибиотикорезистентности
- 2. Показатели фармакоэкономической эффективности и качества АМТ

ПРОВЕДЕНИЕ DDD И ABC АНАЛИЗА

Программный продукт сервиса консолидированного управленческого учета Единой медицинской информационно-аналитической системы города Москвы (СКУУ ЕМИАС «Складской учет») – программный продукт ПАРУС-Бюджет 8





ОБУЧЕНИЕ И ТЕСТИРОВАНИЕ ВРАЧЕЙ

Цикл лекций по темам:

- 1. Принципы антибиотикотерапии
- 2. Переоперационная АБпрофилактика в хирургии.
- 3. АБпрофилактика и АБтерапия в травматологии
- 4. АБпрофилактика и АБтерапия в нейрохирургии
- 5. Пневмонии. Разработка протоколов СКАТ.
- 6. Интраабдоминальные инфекции и инфекции, вызванные клостридиями. Разработка протоколов СКАТ.
- 7. Преаналитический этап микробиологического исследования
- 8. Регламенты микробиологического обследования пациентов с инфекционными заболеваниями и гнойно-септическими осложнениями

ОБУЧЕНИЕ И ТЕСТИРОВАНИЕ ВРАЧЕЙ

Разработана электронная платформа на базе фреймворка Webasyst для тестирования врачей, клинических ординаторов, сотрудников кафедр и медицинских сестёр по программе ИСМП и СКАТ, а также бального подсчета знаний анкетируемых (ссылка на электронное анкетирование http://it.

gkb36.ru/ismp/). < → C û ... ☑ ☆ ГБУЗ "ГКБ им, Ф.И. Иноземцева ДЗМ" Зала СКАТ клиническая фармакология ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ Тестовые задания Адрес электронной почты * Тестовые задания ИСМП Реаминатология Наименование медицинской организации * СБУЗ «ГКБ им Ф И Иноземпева ЛЗМ: ИСМП Общие вопросы Другое: ИСМП Хирургия СКАТ митибиотикоризистентности Наименование отлеления ИСМП Реаниматология ИСМП Гинекология Наименование специальности * ИСМП Неонатология СКАТ клиническая фармакология АБП 1. Антибактериальные препараты - это 1 1) Препараты для лечения всех видов инфекций СКАТ микробиология 2) Препараты для лечения только бактериальных инфекций СКАТ антибиотикорезистентность 🔲 3) Препараты для лечения бактериальных и грибковых инфекций

Заключение

- Структура ИСМП индивидуальна для каждого стационара (отделения), что обусловлено множеством факторов (техническая оснащенность отделения, квалификация персонала, контингент больных, антибиотикополитика и т.д.)
- Общие закономерности, по которым развивается эпидемический процесс, приводят к появлению общих черт в «микробном пейзаже» отделений стационаров одного профиля
- С целью предупреждения/уменьшения
 распространения полирезистентных штаммов
 микроорганизмов необходимо проведение
 постоянного микробиологического мониторинга с
 анализом результатов и рациональной антимикробной
 фармакотерапией

Благодарю за внимание!

