

АКСЕМЕДІН

ДАЙДЖЕСТ МАТЕРІАЛІВ СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ МЕДИЧНИХ ВИДАНЬ

#3 Листопад 2019



**Розвивайся професійно,
призначай раціонально**



8

**ВООЗ ПРОПОНУЄ НОВУ МЕТОДИКУ
ПРИСКОРЕННЯ ДІЙ У БОРОТБІ ЗІ СТІЙКІСТЮ
ДО ПРОТИМИКРОБНИХ ПРЕПАРАТІВ**

10

**АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ І ВАКЦИНАЦІЯ
ПРИ ІНФЕКЦІЇ СЕЧОВОГО ТРАКТУ**

Іванов Д.Д.

11

**ВІД СУЧАСНОЇ КОНЦЕПТУАЛЬНОЇ МОДЕЛІ
НЕУСКЛАДНЕНОГО ЦИСТИТУ ДО ВИБОРУ КЛІНІЧНОГО
РІШЕННЯ У ПОВСЯКДЕННІЙ ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ**

12

**ПРОБЛЕМА АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ
И МЕЖДУНАРОДНЫЕ УСИЛИЯ ПО ЕЕ ПРЕОДОЛЕНИЮ**

Голубовская О.А.

16

**ПРОФЕССОР ДМИТРИЙ ИВАНОВ –
ПРО ПРИНЦИПЫ СОВРЕМЕННОЙ РАЦИОНАЛЬНОЙ
АНТИБІОТИКОТЕРАПИИ В НЕФРОЛОГИИ**

18

**СТВОРЮЙ ВЛАСНЕ ПОРТФОЛІО ДЛЯ АТЕСТАЦІЇ
РАЗОМ З АСЕМЕДИН.COM**

20

**СУПЕРІНФЕКЦІЇ: ЧИ ДОСТАТНЬО У ЛЮДСТВА
ЗБРОЇ ДЛЯ ЇХ ПОДОЛАННЯ?**

Фещенко Ю.І., Гуменюк М.І.

22

**ЧОМУ ПЛАТФОРМА «АКСЕМЕДІН»
Є РЕСУРСОМ №1 СЕРЕД ЛІКАРІВ?**

Попович В.І.

СТІЙКІСТЬ ДО АНТИБІОТИКІВ

ПРОБЛЕМА РЕЗИСТЕНТНОСТІ МІКРООРГАНІЗМІВ ДО АНТИБІОТИКІВ (ЛЕКЦІЯ)

Цимбаліста О.Л.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ХВОРОГО НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ ІЗ СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СПОСОБУ ВВЕДЕННЯ АНТИМІКОБАКТЕРІАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ

Кушко М.М., Гульчук Н.М.

ЧИ ДОЦІЛЬНО ПРИЗНАЧАТИ АНТИБІОТИКИ ПЕРЕД СТОМАТОЛОГІЧНИМИ ПРОЦЕДУРАМИ

НАСТАНОВА З КОНТРОЛЮ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИХ МІКРООРГАНІЗМІВ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

СТАВЛЕННЯ ЛІКАРІВ ПЛАТФОРМИ АСМЕДИН.COM ДО ПРОБЛЕМИ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ



Наклад: 20 000 примірників
Розповсюджується безкоштовно



В настоящее время любой практикующий врач, имеющий многолетнюю практику, может на собственном клиническом опыте продемонстрировать изменение подходов к лечению того или иного инфекционного заболевания в связи с растущей неэффективностью стандартных подходов к терапии.

Несмотря на достижения в терапии многих инфекционных заболеваний, вызываемых бактериями, на современном этапе наблюдается адаптация возбудителей к антибиотикам, что сопровождается малоконтролируемым явлением резистентности к антимикробным препаратам. Кроме этого, большую обеспокоенность вызывает появление новых форм резистентности, таких как NDM-1-энзим, который вызывает резистентность почти ко всем антибактериальным средствам. Распространенность этого явления в масштабах всего мира, благодаря активному

свободному и быстрому перемещению людей, создает серьезную угрозу национальной безопасности любой страны и требует быстрого информирования и взаимодействия между странами с помощью международных медико-санитарных правил.

Ольга Голубовская

*д. мед. н., профессор, Заслуженный врач
Украины, заведующая кафедрой инфекционных
болезней НМУ им. А. А. Богомольца*



Жан Карле MD Париж, Франція

Засновник та президент світового альянсу проти антибіотикорезистентності. 25 років очолював відділення інтенсивної терапії в лікарні Святого Йосипа в Парижі. У 2015 році міністром охорони здоров'я Франції був призначений президентом спеціальної експертної групи по збереженню антибіотиків для розробки національного плану. Член кількох професійних громадських організацій з контролю за антибіотикорезистентністю. Засновник коаліції «Антимікробна допомога проти туберкульозу», для досягнення цілей ВООЗ.

Занадто часто антибіотики без необхідності призначають при поширених респіраторних захворюваннях в амбулаторних умовах, особливо при наданні невідкладної допомоги. Найчастіше це відбувається при застуді або гострому бронхіті. Згідно з результатами нещодавно проведеного масштабного дослідження опублікованого в The Journal of the American Medical Association, лікарі в центрах невідкладної допомоги роблять ці призначення майже в 46% випадків захворювань. Також високим рівнем непотрібних призначень антибіотиків для цих станів відрізняються відділення інтенсивної терапії (в 25%), амбулаторій (в 17%) і медичні кабінети (в 14%). Якщо брати до уваги інші відділення, кількість непотрібних призначень антибіотиків на національному рівні у всіх амбулатор-

них умовах може бути вище, ніж передбачуваних зараз 30%. Зусилля, спрямовані на раціональне застосування антибіотиків, можуть допомогти знизити кількість непотрібних призначень на всіх рівнях амбулаторного прийому, і особливо важливі в центрах невідкладної допомоги. Коли антибіотики не потрібні, вони не тільки не допомагають, а можуть завдати шкоди пацієнтам, спричиняючи побічні ефекти. Розуміння того, як медичні працівники призначають антибіотики, а також, як пацієнти їх приймають, допомагає зберегти наше здоров'я зараз, допомагає боротися зі стійкістю до антибіотиків і забезпечує доступність життєво важливих лікарських засобів для майбутніх поколінь».

www.waaar.org



Івана Галускова Балтер MD Париж, Франція

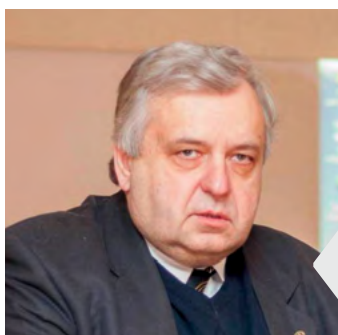
Спеціаліст з інфектології та імунології, член адміністративної ради WAAAR (Всесвітній альянс проти стійкості до антибіотиків), працювала над проектами по антибіотикорезистентності для Індії та Вірменії

Стійкі до лікарських засобів бактерії, віруси, паразити і грибки, є причиною 700 000 смертей на рік у всьому світі. До 2050 року цей показник може збільшитись до 10 мільйонів смертей на рік і коштуватиме для світової економіки 100 трильйонів доларів США.

Резистентність до антимікробних препаратів в даний час розглядається як серйозна загроза для громадської охорони здо-

ров'я в усьому світі. Проблема привертає увагу політиків найвищого рівня. У 2017 році вперше на G7 і G20 обговорювалися ці проблеми. Зусилля політиків спрямовані на керівництво заходів та сприяння дослідженням з розробки нових антибіотиків в рамках програм ВООЗ».

pathogenesis.conferenceseries.com



Ігор Карпов Минск, Беларусь

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой инфекционных болезней Белорусского государственного медицинского университета

Острые респираторные заболевания являются одними из самых распространённых патологических состояний в амбулаторной клинической практике и чаще всего протекают в виде инфекций верхних дыхательных путей (ИВДП) вирусной этиологии. Несмотря на то, что только ограниченная часть ИВДП вызвана бактериями, практически 72% таких пациентов назначается системная антибактериальная терапия, что составляет 41% от всех антибиотиков, используемых вне стационаров. Систематический обзор и метаанализ Кокрановской группы проанализировал 11 рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) применения антибиотиков против плацебо и не показал их каких-либо значимых преимуществ при

ИВДП, включая острый риносинусит длительностью до 10 дней.

Необоснованное использование антибактериальных лекарственных средств прямо ассоциировано с риском ряда нежелательных, иногда жизнеугрожающих, побочных эффектов — аллергических реакций, C.difficile-ассоциированной инфекции, нефро- и гепатотоксичности, а также с растущей в популяции селекцией антибиотикорезистентных возбудителей. Особой проблемой для практикующего врача является вопрос дифференциации между бактериальной и вирусной этиологией поражений респираторного тракта».

Антибиотики и химиотерапия, 2018, 63; 9–10 19



Захі Гроссман MD, PhD

Тель-Авів, Ізраїль

*Генеральний секретар Ізраїльської педіатричної асоціації,
науковий директор EAPRASnet*

Антибіотики — це ліки, які найчастіше призначаються дітям з гострою патологією у всьому світі. Більшість з цих рецептів випускається в умовах первинної медичної допомоги. Незважаючи на це, надійної доказової бази даних щодо вибору лікарських засобів для первинної медичної допомоги у педіатрії не вистачає за багатьма показаннями, включно з позагоспітальною пневмонією.

В епоху підвищення резистентності до антибіотиків, коли оптимальне використання антибіотиків має першочергове значення для збереження цього дорогоцінного ресурсу, необхідно проводити дослідження за участю амбулаторних пацієнтів та представників первинної медичної допомоги.

www.researchgate.net



Софія Мезнер

Будапешт, Угорщина

Професор педіатрії медичного департаменту Будапештського університету

Останнім часом посилюється занепокоєння щодо антимікробної стійкості. Запропоновані дії щодо подолання резистентності також містять програми нагляду за антибіотиками, спрямовані на поліпшення їх використання для збереження ефективності

та зменшення появи резистентних штамів, і розробки вакцин для запобігання інфекцій, при яких можуть мати місце застосування антибіотиків».

bmcpublichealth.biomedcentral.com



Никита Соловей

Минск, Беларусь

кандидат медицинских наук, доцент кафедры инфекционных заболеваний Белорусского государственного медицинского университета, член Межрегиональной ассоциации клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии (МАКМАХ), Европейское общество клинической микробиологии и инфекционных заболеваний (ESCMID)

Однако микроорганизмы также продолжали эволюционировать, быстро вырабатывая новые механизмы устойчивости к постоянно появляющимся в клинической практике антибактериальным средствам. Так, уже через 6 лет после начала применения бензилпенициллина в 1943 году в британских стационарах регистрировалось до 60% пенициллин-резистентных золотистых стафилококков. И если сегодня у нас есть высокоактивные антибиотики для ле-

чения большинства внебольничных бактериальных инфекций, то с нозокомиальными инфекциями дела обстоят гораздо печальнее. Следует признать, что в борьбе с внутрибольничной полирезистентной микрофлорой мы стремительно проигрываем позиции, приближаясь к порогу «доантибиотической эры».

studylib.ru/doc/2295818/infekcii-vyzvannye-mul-tirezistentnymi-izolyatami



Андрій Александрін

Київ, Україна

кандидат медичних наук, лікар-епідеміолог, голова ГО «Інфекційний контроль в Україні», керівник Національної експертної групи з інфекційного контролю (NEGIC)

Мультимодальні стратегії є одним з ключових компонентів згідно з Керівництвом ВООЗ по впровадженню програми інфекційного контролю у лікувальних закладах. Заходи з інфекційного контролю мають бути впроваджені разом з мультимодальними підходами задля зменшення рівня інфекцій, що пов'язані з наданням медичної допомоги та рівнів резистентності шляхом впливу

на поведінкові реакції цільової групи (найчастіше медичні працівники) та створення нової якості організаційної культури. Мультимодальні стратегії мають бути пов'язані з стратегіями покращення якості та програмами акредитації».

accemedin.com/img/content/materials/images/Настанова.pdf



Сергій Сошинський

керівник accemedin.com

МВА в сфері охорони здоров'я

Сто років тому цінність українських лікарів була для суспільства вищою (лікарі вміли об'єднуватись, знали як боротись із смертельними хворобами) і цінність антибіотиків також була вищою — адже антибіотики вбивали більшість бактерій. Проте науковці не знали про резистентність...

Завжди перемагає сильніший — той, хто має знання.

А чи можливо отримати знання без зусиль та без витрат?

Частина українських лікарів змінюють своє життя, обираючи нове місце праці, рушаючи за кордон або полишаючи професію. Саме вони знають, що завдяки змінам та новим знанням можна здобути гідне життя.

Безкоштовний досвід не має цінності. «Шара» — це наслідок радянської системи — «безплатної країни», в якій ціною була відсутність демократії, свобод, якості життя та іншого.

Чи були знання цінністю для радянського лікаря, якщо у нього не було мотивації розвиватись, шансів більше заробляти та краще жити без порушення закону?

Чимало лікарів звикли гаяти час на безоплатні конференції та сумнівні лекції які «надають дармові бали БПР». Цей період минає, адже виграти у боротьбі за пацієнта зможуть більш компетентні (ті, хто знає та вміє), бо грошей у НСЗУ на тих, хто звик розвиватись «задарма», просто не вистачить...

У цьому дайджесті ви знайдете: посилення на практичні рекомендації застосування антибактеріальної терапії, інтерв'ю та матеріали провідних експертів різних областей, які прагнуть, щоб їхній досвід і знання розставили акценти, вкрай необхідні для Вашої успішної клінічної практики.

Кожен чув фразу: «Безплатний сир буває тільки у мишоловці». Вся наша команда прагне, щоб український лікар навіть думки не мав, що він — звичайна сіра миша і саме тому, з наступного року, лікарі зможуть оформити передплату на дайджест «Аксемедін» з якісним контентом, що на 100% зробить лікарів сильнішими — через їх знання та Безперервний Професійний Розвиток!

Резистентність до антибіотиків — загроза, яку не можна ігнорувати, так само, як БПР



Продовження
інтерв'ю
на accemedin.com



ВООЗ пропонує нову методику прискорення дій у боротьбі зі стійкістю до протимікробних препаратів

Сьогодні Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) розгорнула глобальну кампанію, покликану переконати уряди держав застосовувати методику, яка допомагає уповільнити поширення стійкості до протимікробних препаратів, зменшити поширеність побічних дій і скоротити витрати.

Методика «AWaRe» реалізована як частина Переліку основних лікарських засобів ВООЗ і спрямована на стримування тенденції до зростання антибіотикорезистентності, а також на підвищення безпеки та ефективності антибактеріальних препаратів. Вона передбачає розподіл антибіотиків на три групи — «доступ», «спостереження» і «резерв» — і визначає, які з них потрібно використовувати для лікування найбільш поширених і серйозних інфекцій, які повинні бути доступними в системі охорони здоров'я постійно, а які — використовуватися рідко або зберігатися про запас і застосовуватися тільки як крайній захід.

Нова кампанія має на меті збільшити частку глобального споживання антибіотиків у групі «доступ» як мінімум до 60% і зменшити масштаби використання антибіотиків із груп «спостереження» і «резерв», які мають найбільшу ймовірність розвитку резистентності до них. Використання антибіотиків групи «доступ» знижує ризик розвитку стійкості, оскільки це препарати вузького спектра дії (спрямовані на конкретний мікроорганізм, а не на кілька). Крім того, вони дешевші, бо доступні у вигляді дженериків.

«У наш час стійкість до протимікробних препаратів є одним із найактуальніших чинників ризику для здоров'я і загрожує звести нанівець століття прогресу в медицині, — заявив Генеральний директор ВООЗ д-р Тедрос Адханом Гебрейесус. — Всі країни повинні знайти баланс між забезпеченням доступу до життєво важливих антибіотиків і сповільненням розвитку стійкості, використовуючи деякі антибіотики для лікування найважчих інфекцій. Я наполегливо закликаю країни використовувати «AWaRe» — цінний і практичний інструмент, призначений саме для досягнення цієї мети».

У нещодавній доповіді Міжорганізаційної координаційної групи про стійкість до антибактеріальних препаратів підкреслюється, що ця резистентність є глобальною загрозою для здоров'я і розвитку, яка продовжує зростати в усьому світі. Згідно з оцінками, сьогодні понад 50% антибіотиків у світі використовуються невідповідно (наприклад, для лікування вірусних інфекцій, хоча лікують тільки бактеріальні) або ж неправильно підбирається препарат (використовуються антибіотики ширшого спектра), що сприяє поширенню резистентності.

Однією з найактуальніших проблем є поширення стійких грамнегативних бактерій, зокрема *Acinetobacter*, *Escherichia*

coli і *Klebsiella pneumoniae*. Вони зазвичай виявляються у госпіталізованих пацієнтів і викликають такі захворювання, як пневмонія, менінгіт, ранові інфекції, інфекції кровотоку та ділянок хірургічних втручань. Коли антибіотики стають неефективними, потрібні дорожчі методи лікування і госпіталізація — і все це лягає важким тягарем на і без цього обмежені бюджети сфери охорони здоров'я.

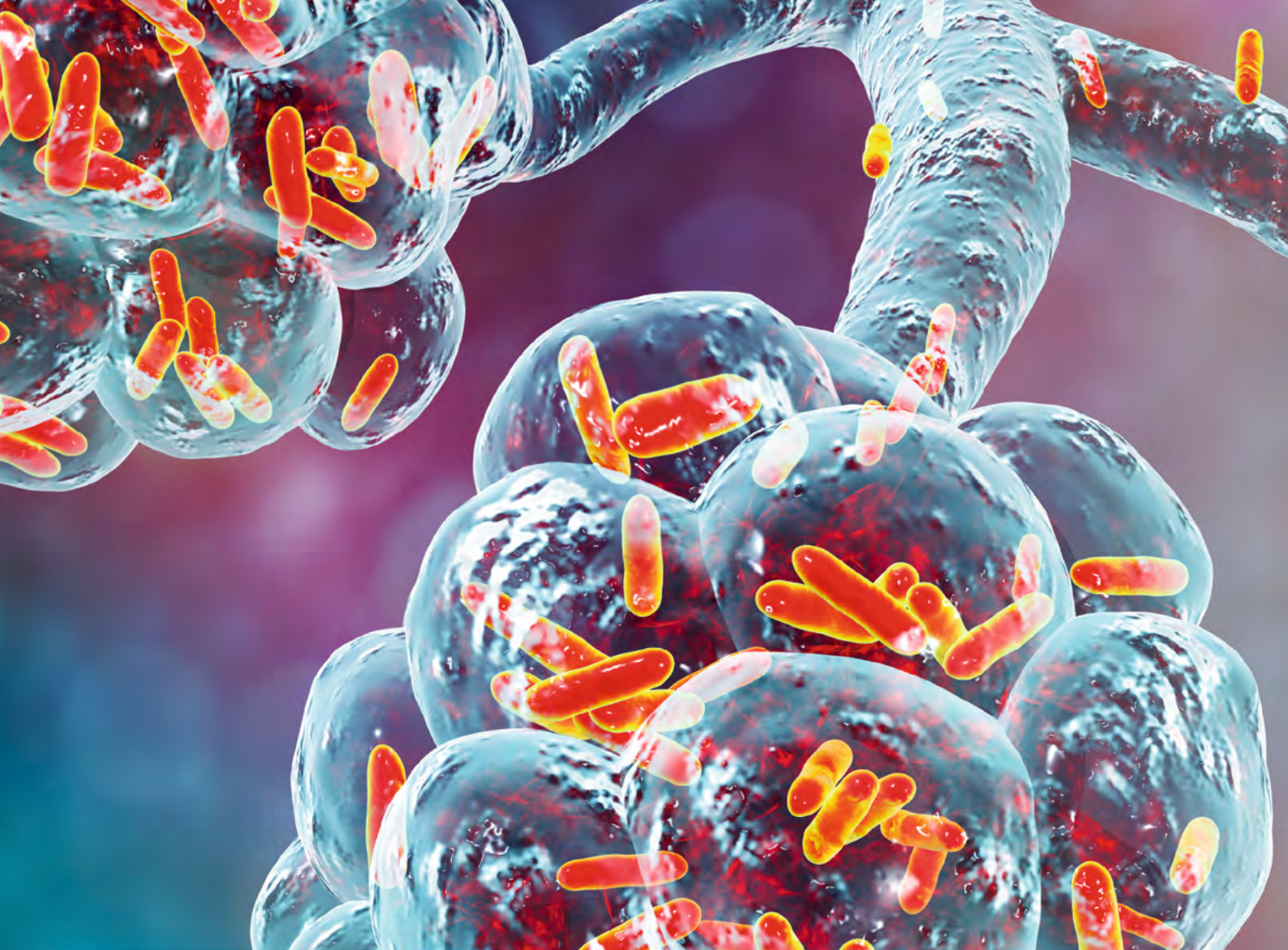
У той самий час багато країн з низьким і середнім рівнем доходу мають величезні труднощі з отриманням доступу до ефективних антибіотиків, тому там і досі часто трапляються випадки смерті дітей від пневмонії (згідно з оцінками, майже один мільйон випадків на рік). І хоча вже понад 100 країн розробили національні плани щодо боротьби з антибіотикорезистентністю, лише близько 20% із них забезпечені фінансуванням і реалізуються на практиці.

«Для вирішення проблеми стійкості до протимікробних препаратів необхідний ретельно вибудований баланс між доступом і збереженням в резерві, — зазначила д-р Ханан Балх (Hanan Balkhy), помічник Генерального директора ВООЗ із проблем стійкості до протимікробних препаратів. — Методикою «AWaRe» можна керуватися під час формування політики забезпечення лікування пацієнтів, одночасно обмежуючи використання препаратів, найбільш небезпечних у плані розвитку стійкості».

За відсутності нових масштабних інвестицій у розробку нових антибіотиків оптимізація їх використання є одним із ключових заходів, необхідних для стримування подальшого формування і поширення стійкості. Чітко розподіляючи антибіотики на три групи і встановлюючи умови їхнього використання, «AWaRe» допомагає політикам, лікарям і медичному персоналу вибирати потрібні антибіотики в потрібний час і зберігати ті препарати, що знаходяться під загрозою.

Коли антибіотики стають неефективними, потрібні дорожчі методи лікування і госпіталізація — і все це лягає важким тягарем на і без цього обмежені бюджети сфери охорони здоров'я.

«Стійкість до протимікробних препаратів — невидима пандемія, — підкреслила д-р Маріангела Сімао, помічник Генерального директора з питань доступу до лікарських засобів. — З появою інфекцій, які не піддаються лікуванню жодним класом антибіотиків, ми вже спостерігаємо ознаки постантибіотикової ери. Тому маємо зберегти цінні препарати останньої лінії, щоб забезпечити ефективне лікування і профілактику серйозних інфекцій».



ПРОЙДІТЬ ДИСТАНЦІЙНИЙ КУРС

Негоспітальна пневмонія



АВТОР КУРСУ

Юдіна Людмила Володимирівна

доцент кафедри фтизіатрії і пульмонології
НМАПО імені П.Л.Шупика, лікар-пульмонолог



пройти курс

Антибіотикорезистентність і вакцинація при інфекції сечового тракту

Дмитро Іванов, Заслужений лікар України, д. мед. н.,
професор, завідувач кафедри нефрології і НЗТ НМАПО
ім. П.Л. Шупика



повний матеріал
на accemedin.com

Однією з причин формування антибіотикорезистентності в лікуванні інфекцій сечового тракту є відсутність у рекомендаціях застосування уроантисептиків європейського виробництва, зокрема макмірору та фурамагу. Проблему терапії резистентних, рецидивуючих інфекцій сечового тракту і безсимптомної бактеріурії можна вирішити за допомогою полівакцин, як самостійної опції, так і в поєднанні з профілактичним лікуванням уроантисептиком і/або фітопрепаратом.

Щорічно Європейська асоціація урологів (EAU) пропонує клінічні рекомендації з діагностики та лікування урологічних інфекцій [1], які нами приймаються за основу в лікуванні безсимптомної бактеріурії, циститів і пієлонефритів [2]. Маючи безперечні переваги в діагностиці та узагальненні досвіду, Європейські рекомендації з лікування інфекції сечового тракту:

- обмежені досвідом застосування уроантисептиків, навіть тих, що виробляються в країнах Європи, наприклад фурамагу і макмірору, що може призвести до надмірного використання антибіотиків, що сприяє формуванню резистентності в країнах ЄС;
- не містять доказових даних щодо лікування людей східно-європейської популяції;
- базуються на особистих традиціях лікарів та ментальності європейського населення [3].

Можливо, тому останніми роками в Західній Європі все більше уваги приділяється фітопрепаратам [4–6] або альтернативним підходам, наприклад вживанню більшої кількості рідини [7].

В Україні на цей час немає доказових даних щодо антибіотикорезистентності при інфекціях сечового тракту. Традиційно нами при циститах використовуються уроантисептики, а не антибіотики. Тому можна очікувати меншу кількість антибіотикорезистентної безсимптомної бактеріурії як негативного результату лікування інфекцій сечового тракту.

Дослідження біоплівки і зростаюча резистентність до антибіотиків [8–10] змінили європейську думку щодо безсимптомної бактеріурії, яка зараз вважається в цілому доброякісним, а іноді й захисним станом [11]. Еволюційно мікроорганізми та людина розвинули здатність співіснувати, умовно-патогенна мікрофлора виробила властивості персистенції [12]. Тому EAU (2017) пропонує не лікувати безсимптомну бактеріурію невагітним жінкам, людям, які страждають від діабету, пацієнтам будинків престарілих, тим, хто має ураження спинного мозку, та при наявних катетерах сечового міхура [13–17].

У цілому можна погодитись із недоцільністю багаторазового застосування антибіотиків (уроантисептиків) при збереженні бактеріурії після попереднього лікування [18]. Проте стерильна сеча все ж таки здається більш привабливим результатом лікування інфекцій сечового тракту.

Яка тактика може розглядатись при збереженні бактеріурії після проведеного лікування? Можливі такі варіанти:

- динамічне спостереження;
- застосування фітопрепаратів, що мають уроантисептичну дію;

- застосування вакцинації аутовакцинами або індустриально виготовленими препаратами [19].

Фітопрепарати з певними припущеннями можна зарахувати до природних уроантисептиків. Така терапія є досить ефективною та, на наш погляд, більш привабливою, ніж динамічне спостереження.

Вакцинація є альтернативним підходом, який, на основі формування імунної відповіді, дозволяє організму самостійно визначитись із доцільністю наявності бактеріурії як захисної реакції або нестерильного імунітету.

На початку XX століття А. Райт (1903–1904) обґрунтував, що принципи активної імунізації важливі не тільки в профілактиці, а й у терапії, і почав використовувати термін «вакцинотерапія».

Вакцинотерапія заснована на багаторазовому системному впливі на організм специфічним антигенним подразником, що супроводжується виробленням специфічних антитіл і підвищенням загальної опірності організму. Вакцинотерапія застосовується головним чином при хронічних рецидивуючих інфекціях.

Вакцинація є альтернативним підходом, який, на основі формування імунної відповіді, дозволяє організму самостійно визначитись із доцільністю наявності бактеріурії як захисної реакції або нестерильного імунітету.

Особливості формування імунологічної відповіді обмежують ефективне застосування вакцин у дітей віком до 5–6 років та, можливо, мають певні особливості у людей похилого віку. Аутовакцини, що виробляються з власного збудника, є золотим стандартом, проте за зручністю поступаються індустриально виготовленим препаратам.

Перевагами застосування полівакцин є те, що кишкова паличка може маскувати причинний мікробний агент, пригнічуючи його ріст при проведенні посіву сечі. Тому тактика виготовлення полівакцини є більш обґрунтованою.

Які групи є цільовими для вакцинації?

- Рецидивуючі інфекції сечового тракту (понад 2 рази протягом півроку або 3 рази на рік), незважаючи на повторні курси антибактеріальної чи уроантисептичної терапії.
- Безрезультативність принаймні двох курсів антимікробної терапії і збереження бактеріурії.
- Профілактика повторних епізодів інфекції сечового тракту в групах ризику (наявність вульвіту або вульвовагініту у дівчаток і жінок; люди, які страждають від діабету; пацієнти з будинків престарілих; ті, хто має ураження спинного мозку; при катетерах сечового міхура; жінки, які планують вагітність; попередні інфекції сечового тракту).
- Уретральні синдроми та цистити, що провокуються статевими зносінами.

Доцільною є вакцинація дітей віком після 4–6 років із безсимптомною та симптомною бактеріурією.

Від сучасної концептуальної моделі неускладненого циститу до вибору клінічного рішення у повсякденній практиці лікаря



повний текст статті
на accemedin.com

У професійному медичному середовищі проблемі неускладненого циститу, незважаючи на його значну поширеність, приділяють недостатньо уваги. Цей патологічний процес триває недовго, не призводить до фатальних ускладнень, а арсенал можливостей лікування невеликий — провідне місце належить антибактеріальній терапії.

Етіологія неускладнених циститів

Провідну роль серед мікроорганізмів у розвитку інфекційно-запального процесу в сечовому міхурі відіграють *Escherichia coli* (80%), *Staphylococcus saprophyticus* (4%), *Klebsiella pneumoniae* (4%) і *Proteus mirabilis* (4%). Водночас більше третини жінок із симптомами не мають ідентифікованої бактеріологічної інфекції.

Донедавна вважали, що мікрофлора у разі циститів і чутливість до неї константні та не змінюються залежно від віку, супутніх захворювань, застосування антибіотиків (АБ) в анамнезі, що стало передумовою для активного впровадження емпіричної антибактеріальної терапії.

Однак натепер стійкість до протимікробних препаратів визнана головною загрозою збереженню ефективності АБ, у зв'язку з чим були вивчені різні стратегії щодо зниження їх загального використання, зокрема у разі неускладнених циститів та інфекцій сечовивідних шляхів (ІСШ).

У ситуації, коли збудник достовірно не відомий або не вивчено його резистентність до антибіотиків, підвищується ризик неефективності антибактеріальної терапії та розвитку побічних реакцій, тому цілком закономірно знайти альтернативний підхід до лікування хворих на гострий неускладнений цистит.

Порівняння ефективності альтернативних методів лікування за ІСШ

У нещодавніх дослідженнях повідомлялося про альтернативи застосуванню АБ у разі неускладненої інфекції нижніх сечовивідних шляхів (нІНСШ) у жінок: сприяння самоконтролю, зокрема управління гідратацією для зменшення частоти рецидивів ІСШ; відстрочене призначення антибіотикотерапії та симптоматичне лікування за допомогою НПЗП, наприклад ібупрофену.

У дослідженні, проведеному в Німеччині, Bleidorn et al. порівнювали клінічну ефективність ібупрофену і ципрофлоксацину щодо зникнення симптомів ІСШ у 79 жінок і виявили, що ібупрофен не поступається ципрофлоксацину.

В іншому дослідженні за участі 240 жінок віком 18–65 років із неускладненими ІСШ німецькі вчені порівнювали ефективність АБ у двох групах: одна отримувала одноразову дозу фосфоміцину 3 г, інша — 3-денний курс ібупрофену з можливістю відстроченого призначення АБ. Дві третини жінок, які одержували симптоматичне лікування ібупрофеном, одержували без АБ, але спостерігалось суттєве збільшення загального тягаря симптомів і більша частота розвитку пієлонефриту (5/241).

Автори припускають, що симптоматичне лікування ібупрофеном можна використовувати у жінок з легкими або помірними симптомами.

У подвійному сліпому з подвійною імітацією контрольованому рандомізованому багатоцентровому міжнародному дослідженні, яке проводили у 2017 році в 51 дослідницькому центрі в 3 країнах Європи за участі 668 пацієток віком 18–70 років із симптомами нІНСШ або циститу було доведено таку саму ефективність рослинного препарату зі стандартизованим екстрактом BNO 1045* порівняно з АБ. Пацієнтки у групі антибіотикотерапії отримували 5,631 г фосфоміцину трометамолу (ФТ) (еквівалентного 3 г фосфоміцину), в іншій групі — по 2 таблетки BNO 1045 перорально 3 рази на добу протягом 7 днів до або після їди.

Період подальшого спостереження становив 30 днів після останньої дози препарату. На тлі застосування BNO 1045 спостерігалася тенденція до зменшення тяжкості симптомів у часовій динаміці та до поліпшення якості життя.

Ці результати були порівнянні зі зменшенням тяжкості симптомів і поліпшенням якості життя, які спостерігають у пацієток, що отримували ФТ. При цьому препарат BNO 1045 спричиняв менше побічних реакцій з боку ШКТ.

Симптоматичне лікування препаратом BNO 1045 було не менш ефективне, ніж АБ-терапія із застосуванням ФТ, з погляду запобігання додатковому використанню АБ для лікування гострої нІНСШ у жінок. Ці дані переконливо свідчать на користь заміни АБ-терапії лікуванням препаратом BNO 1045 у разі нІНСШ і проведення подальших досліджень щодо застосування рослинних препаратів.

Сучасні посібники Європейської асоціації урологів рекомендують застосовувати АБ як препарати першої лінії для лікування ІСШ. З огляду на те, що ІСШ належать до найбільш поширених інфекційних захворювань у загальній медичній практиці, ця рекомендація може сприяти поглибленню глобальної проблеми антибіотикорезистентності. Тому дуже важливо визначити альтернативні стратегії.

Використання АБ як препаратів першої лінії потрібне у разі виражених і тяжких клінічних проявів, а також за наявності в анамнезі рецидивних циститів. Для пацієнтів із нетяжким перебігом процесу може бути запропонована тактика відстроченого призначення АБ, а як засоби першої лінії — протизапальні препарати і препарати рослинного походження, зокрема вивчений у низці великих досліджень BNO 1045, що може стати альтернативою АБ для лікування нІНСШ у повсякденній клінічній практиці.

*Далі по тексті стандартизований екстракт з трави золототисячника, кореня любистку та листя розмарину

Проблема антибиотикорезистентности и международные усилия по ее преодолению

Antibiotic resistance and international actions of its overcoming

Резюме

В статье отмечается современное состояние проблемы резистентности к антимикробным препаратам. Показано, что, несмотря на достижения в терапии многих инфекционных заболеваний, вызываемых бактериями, на современном этапе наблюдается адаптация возбудителей к антибиотикам, что сопровождается малоконтролируемым явлением резистентности к антимикробным препаратам. Кроме этого, большую обеспокоенность вызывает появление новых форм резистентности, таких как NDM-1-энзим, который вызывает резистентность почти ко всем антибактериальным средствам. Распространенность этого явления в масштабах всего мира благодаря активному свободному и быстрому перемещению людей создает серьезную угрозу национальной безопасности любой страны и требует быстрого информирования и взаимодействия между странами с помощью международных медико-санитарных правил.

Также в статье очерчены основные международные усилия, направленные на сдерживание возникновения и распространения резистентности к антимикробным средствам – от их рационального применения до создания системы мониторинга на международном уровне.

Ключевые слова: антибиотикорезистентность, энзим NDM-1, европейский план действий по проблемам устойчивости к антибиотикам.

Resume

The article concerns the current state of the problem of antimicrobial resistance. It was shown that despite the many advances in the therapy of infectious diseases caused by bacteria, today there is an adaptation to the antibiotic agents, accompanied by poorly controlled antimicrobial resistance. Furthermore, growing concern in new forms of resistance, such as NDM-1 enzyme, that leads to resistance to almost all antibacterial agents. The prevalence of this phenomenon throughout the world thanks to the activity of free and rapid movement of people presents a serious threat to the national security of any country and requires a rapid communication and interaction between the countries with the help of International Health Regulations.

The article also pointed out the major international efforts aimed at curbing the emergence and spread of resistance to antimicrobial agents, such as their rational use and establishing a monitoring system at the international level.

Keywords: antibiotic resistance, the enzyme NDM-1, a European action plan on antibiotic resistance.

В настоящее время любой практикующий врач, имеющий многолетнюю практику, может на собственном клиническом опыте продемонстрировать изменение подходов к лечению того или иного инфекционного заболевания в связи с растущей неэффективностью стандартных подходов к терапии. Кроме того, к сожалению, лечение многих инфекций на сегодняшний день требует применения нескольких классов антибактериальных средств для получения стойкого клинического эффекта. Так, лечение внегоспитальных пневмоний в условиях стационара предусматривает назначение не менее двух антибактериальных средств, радикальным путем изменяются подходы к лечению болезни Лайма, где, помимо сочетаний антибактериальных препаратов, рекомендуется значительно удлинять курсы терапии.

Явление антибиотикорезистентности представляет собой, с нашей точки зрения, еще одну грань адаптации и эволюции микроорганизмов, проходящей на наших глазах. Закономерная эйфория после изобретения пенициллина, значительно снижавшего смертность от инфекционных бактериальных заболеваний, сменилась жестокой реальностью – всего через 4 года после того, как в 1943 г. фармацевтические компании начали его массовое производство, стали появляться микроорганизмы, противостоящие этому средству, и первым возбудителем такой когорты микробов стал *Staphylococcus aureus*. В настоящее время уровень устойчивости этого микроба к метициллину (метициллинрезистентные штаммы – MRSA) в ряде государств – членов Европейского союза (ЕС) составляет 25–50%. Проблема устойчивости грамотрицательных бактерий, таких как *Escherichia coli* и *Klebsiella pneumoniae*, стремительно растет в Южной и Восточной Европе. В странах ЕС, а также в Норвегии и Исландии, по оценочным данным, ежегодно от проблем, связанных с антибиотикорезистентностью, умирают 25 тыс. человек, а дополнительные расходы на здравоохранение составляют около 1 млрд евро. При этом следует заметить, что данные, собираемые в рамках Европейского проекта по эпиднадзору за потреблением антимикробных средств (ESAS), свидетельствуют о том, что масштабы использования антибиотиков в восточных и южных странах Европы намного выше, чем на севере. Этому способствует и безрецептурный отпуск антимикробных препаратов во многих странах, и неконтролируемое их использование в ветеринарии. Во многих лечебных учреждениях отсутствует необходимая лабораторная инфраструктура для исследования чувствительности возбудителя к антибиотикам, и поэтому инфекционные болезни лечат, не имея информации о наиболее адекватной лекарственной терапии. Все это приводит к тому, что препараты резерва, такие как карбапенемы, становятся неэффективными при жизнеугрожающих ситуациях вследствие приобретения микробами новых мутаций, приводящих к синтезу ферментов карбапенемаз [3].

Так, в начале 2011 г. ВОЗ сообщила о вспышках устойчивых штаммов *E. coli* к карбапенемам и другим b-лактамам. Эта устойчивость была обусловлена наличием энзима NDM-1 (New Delhi metallo-b-lactamase), который может вызывать панрезистентность практически ко всем имеющимся на сегодняшний день антибактериальным средствам. Появление этого штамма бактерии вызвало серьезную настороженность экспертов. Так, Джон Конли¹ предполагает, что в случае распространения этого штамма мы можем оказаться «отброшенными в эпоху, когда антибиотики не существовали».



повний текст статті
на accemedin.com

10 кроків до знань



Як стати користувачем освітньо-інформаційної платформи для лікарів **accemedin.com**

1



Знаходимо на смартфоні застосунок для входу в Інтернет (Safari, Chrome, Opera) та запускаємо його.

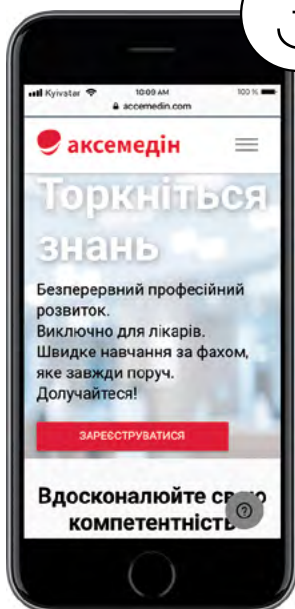
2



У відкритому вікні застосунку в полі для пошуку за допомогою клавіатури вводимо **accemedin.com** та натискаємо на клавішу переходу (Go, «Перейти» тощо).

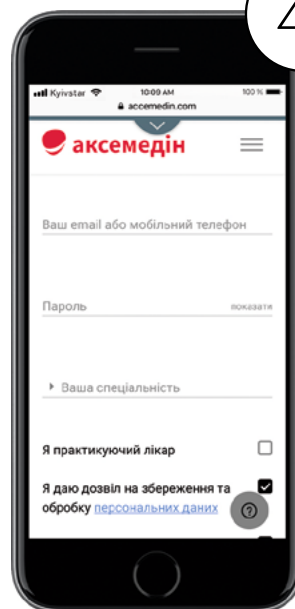
3

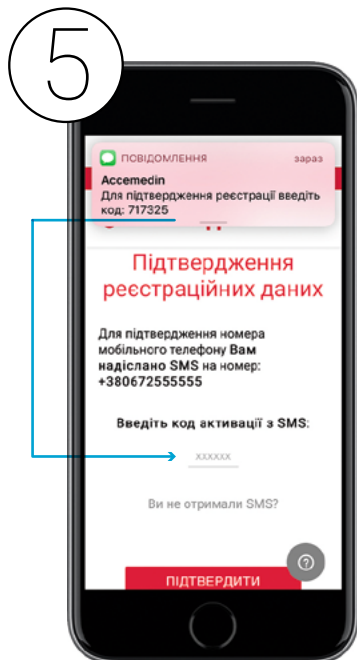
На завантаженій сторінці платформи **Аксемедін** знаходимо кнопку **ЗАРЕЄСТРУВАТИСЯ** та натискаємо на неї.



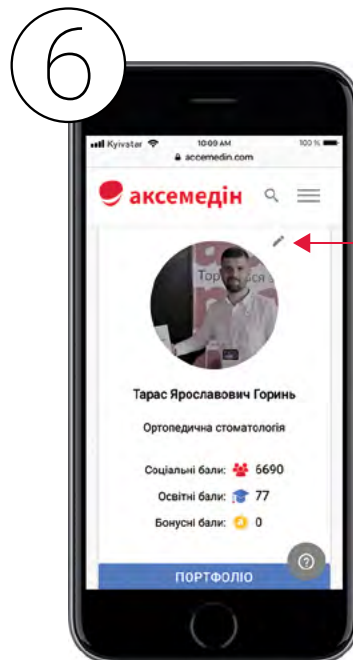
4

У новому вікні заповнюємо всі поля форми даними користувача (телефон або email, пароль не менше 6 символів, обов'язково обираємо спеціальність). Ставимо позначки навпроти полів **Я практикуючий лікар, Я даю дозвіл на збереження та обробку персональних даних, Угода користувача** і натискаємо кнопку **ЗАРЕЄСТРУВАТИСЯ**.

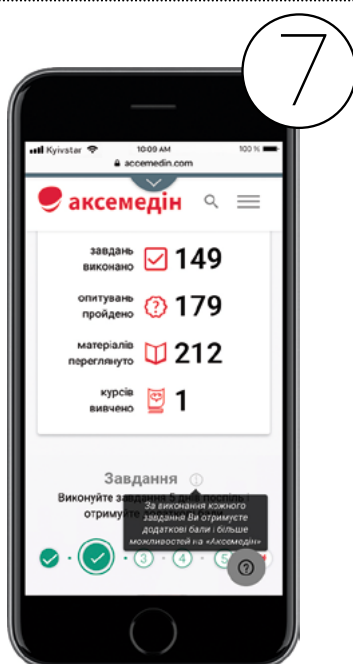




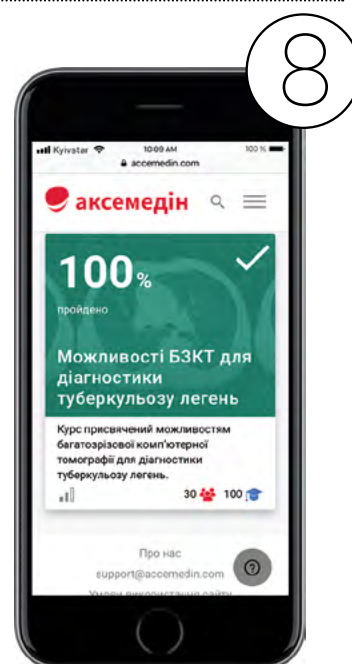
Після реєстрації відкриється вікно **Підтвердження реєстраційних даних**. У ньому потрібно ввести код активації, який прийшов у SMS. Вводимо код та натискаємо кнопку **ПІДТВЕРДИТИ**.



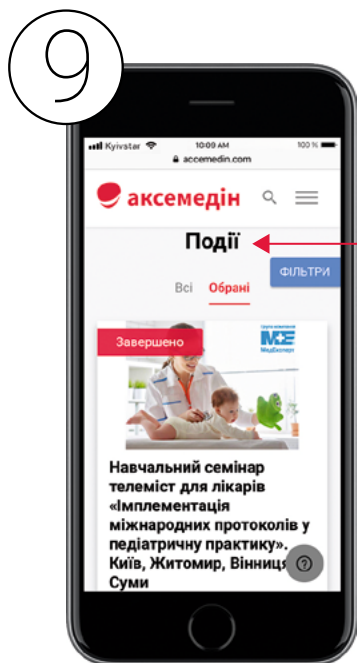
Для внесення нових даних до портфоліо натискаємо на іконку **Редагувати** праворуч над фото.



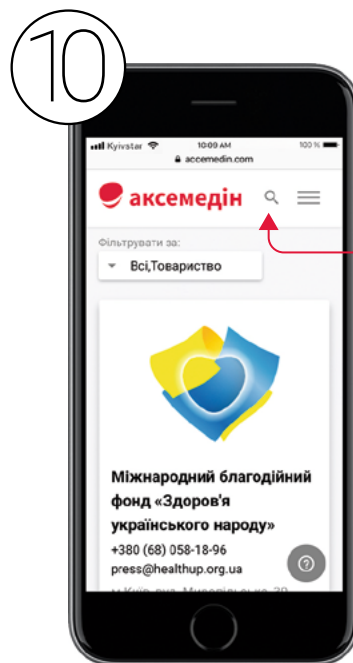
Проявляємо соціальну активність і проходимо **Опитування**, щоб висловити власну думку про медицину в Україні.



Навчаємося безперервно та розвиваємося за допомогою **Навчальних курсів**.



Дізнаємося про найважливіші медичні заходи і реєструємося на них онлайн за допомогою сервісу **Події**.



Для пошуку на платформі матеріалів, авторів, курсів, організацій використовуємо кнопку пошуку.

Вітаємо вас на платформі **accemedin.com**



відео інтерв'ю
на accemedin.com

Профессор Дмитрий Иванов — про принципы современной рациональной антибиотикотерапии в нефрологии

Инфекционно-воспалительная патология почек (как у взрослых, так и у детей) представляет актуальную проблему во всем мире и в Украине в частности. Это обусловлено, с одной стороны, их широкой распространенностью, с другой — прогрессирующим течением и вероятностью большого количества осложнений. О современных тенденциях в вопросах назначения антибактериальной терапии в отечественной нефрологии рассказал заведующий кафедрой нефрологии и почечнозаместительной терапии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика (г. Киев), доктор медицинских наук, профессор Дмитрий Дмитриевич Иванов.

Как часто в Вашей клинической практике приходится сталкиваться со случаями антибиотикорезистентности?

В нефрологической практике антибиотикорезистентность встречается при лечении инфекций мочевой системы. Для лечения инфекций нижних мочевых путей мы, традиционно, используем в стартовой терапии уроантисептики (нифуратель), как второй ряд — цефиксим или фторхинолон (ципро, левофлоксацин), а при пиелонефритах — указанные антибиотики являются препаратами первого ряда. При соблюдении правил рациональной терапии (адекватная доза и длительность назначения, смена препаратов, использование профилактической дозы при достижении стерильной мочи) антибиотикорезистентность не превышает 15%. Набольшая частота неуспеха при назначении фосфомицина или фторхинолонов.

Назовите основные принципы, на которые Вы полагаетесь в клинической практике, когда делаете выбор в пользу назначения антибиотика.

Как я уже отметил, антибиотики в нефрологии в основном применяются при пиелонефрите, а также для профилактики стрептококковой агрессии при гломерулонефритах. Поэтому первое правило: при цистите старайтесь использовать уроантисептик, при пиелонефрите — только антибиотик.

Второе: антибиотик должен быть направлен в основном на грамотрицательную флору, поэтому, например, мы не используем аминопенициллины, макролиды, защищенные пенициллины. И, наконец, третье: адекватная доза и длительность назначения (10 дней). Отмечу, что мы не рекомендуем возвращаться к одному и тому же препарату (или группе препаратов) чаще одного раза в год.

Место антибиотиков в современной нефрологии четко очерчено. Но, тем не менее, проблем, связанных с антибиотикорезистентностью, от этого меньше не становится. На Ваш взгляд, в чем причина такого положения дел? И какие из них, по Вашему мнению, наиболее острые?

На мой взгляд, антибиотикорезистентность более актуальная проблема для западного мира. В силу ряда причин, Европейские рекомендации предлагали использовать антибиотики для лечения цистита, что противоречит логике элиминации возбудителя при наличии уроантисептиков. Вызывает недоумение, почему современные нитрофураны (нифуратель, фурагин), которые менее токсичны и шире по спектру действия, да и производятся в Европе, рассматриваются для лечения только в отдельных странах. Успешное использование уроантисептика в лечении наиболее частой инфекции — цистита — снимает проблему антибиотикоре-

зистентности как таковую. Вторым важным компонентом является диагностика внутриклеточных возбудителей: бессмысленно назначать уроантисептик, или антибиотик из группы цефалоспоринов, или ципрофлоксацин при уреоплазмозе, который вызывает рецидивы цистита. Т.е. диагностика причин рецидивирующих циститов позволяет правильно выбрать препарат для лечения (в том числе и партнера).

Сложнее ситуации с пиелонефритами, в особенности при уросепсисе и осложненных вариантах пиелонефрита, но это уже сфера деятельности урологов.

Успешное использование уроантисептика в лечении наиболее частой инфекции — цистита — снимает проблему антибиотикорезистентности как таковую.

Многие современные клинические руководства и рекомендации, нефрологические в том числе, базируются на результатах крупных международных исследований. Но, во многих случаях, они проводятся в развитых странах, где и спектр микробной флоры, и ее устойчивость могут отличаться. Можно ли в этих случаях безусловно принимать эти выводы в Украине, или все же стоит их перепроверять на выборках пациентов из Украины?

Вы абсолютно правы: Украина имеет генетические особенности, отличающие нас от западного мира, в том числе и по особенностям течения заболеваний, требующих назначения антибиотиков. Поэтому мы адаптируем под себя международные рекомендации, хотя своей собственной доказательной базы в Украине практически нет.

Существует ли необходимость в крупных национальных исследованиях по изучению микрофлоры и ее устойчивости к АБТ? Могут ли они продемонстрировать отличия и быть основой для создания собственных принципов, или, с учетом дефицита средств, такие глобальные проекты не могут иметь надлежащей пользы и достаточно руководствоваться чужим опытом?

Продолжая предыдущий вопрос — да, целесообразно. Мне кажется, что чужой опыт можно и нужно использовать как базу знаний. Индивидуализация же лечения возможна только на собственных исследованиях. Поэтому мы иницилируем создание национального института доказательной медицины; посмотрим, хватит ли на это воли и финансов.

Бактериурия в нефрологии. Когда врачу стоит задуматься о необходимости дообследования пациента? И стоит ли ждать?

Пациенты с бактериурией должны дообследоваться в соответствии с критериями групп риска: беременные, наличие предшествующих инфекций, люди пожилого возраста, обездвиженные люди, при наличии у человека других заболеваний (например, сахарного диабета или иммуносупрессии). Точка зрения многих украинских экспертов отличается от изложенного в европейском руководстве. Мы считаем, что, помимо беременных, группы риска должны, по крайней мере, хотя бы раз рассматриваться для активной терапии с последующим назначением профилактической дозы и вакцинации. И я так делаю, и мы так преподаем врачам.

Еще несколько лет назад говорили, что эффективной профилактикой инфекций в нефрологии и распространению устойчивости может стать вакцинация. Но в последнее время об этом мало говорится, что произошло? Исследования зашли в тупик?

В последние пару лет произошел прорыв в этой отрасли. Стала доступной 6-валентная вакцина, содержащая инак-

тивированные микроорганизмы в виде замороженных лиофилизированных форм (*Propionibacterium acnes*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterococcus faecalis*, *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*), которая, фактически, сменила препарат на основе лизата бактерий *Escherichia coli*. Мы провели исследование CRUTIL, результаты которого успешно доложили на европейском конгрессе детских нефрологов в 2018 году. Наш опыт почти 3-летнего использования 6-валентной вакцины свидетельствует о снижении частоты инфекций мочевой системы практически в два раза при рациональной сопутствующей терапии.

Антибиотикопрофилактика. Имеет ли место в современной медицине данный термин и, если да, в каких случаях он уместен?

Да, мы используем термин «профилактическая доза», как правило, это уроантисептик после успешного лечения инфекции однократно на ночь в течение 3-12 месяцев в дозе 1/3-1/4 от суточной. Антибиотики сейчас для профилактики при инфекциях мочевой системы применяются редко. Но, как я упоминал ранее, мы используем бициллин-профилактику, при наличии стрептококковой агрессии, длительностью 6 месяцев один раз в месяц при гломерулонефритах.

В Ваших докладах иногда звучат данные о пользе лекарственных средств на растительной основе. Но сейчас очень часто можно услышать мнение профессионалов, что эти данные очень ограничены и не имеют под собой реальной доказательной базы. На Ваш взгляд, может ли быть достигнут консенсус по данному вопросу, и на что необходимо ориентироваться практикующему врачу в принятии решения — назначать или не назначать пациенту подобное лекарственное средство?

Получить доказательную базу по фитопрепаратам очень сложно ввиду низкой их стандартизации. Титанические усилия, и довольно успешно, в этом направлении сделаны только для ограниченного количества лекарственных средств. В результате некоторые препараты получили разрешение на применение у беременных в Украине и вошли в Польский консенсус. Из-за низкой стандартизации препараты клюквы исключены из рекомендаций европейского общества урологов. Поэтому в Украине, например, для соответствия стандарту 36 мг ПАЦ-А был разработан отечественный препарат. В урологической и нефрологической практике могут быть рекомендованы растительные биодобавки. Честно скажу, эти препараты мы применяем и учим этому врачей. И сами активно подключаемся в инициации доказательных исследований. Ведь невозможно делать назначения, если нет доказательной базы и веры в препарат, опыта его эффективного использования.

Мы считаем, что, помимо беременных, группы риска должны, по крайней мере, хотя бы раз рассматриваться для активной терапии с последующим назначением профилактической дозы и вакцинации.

Возможно у Вас есть дополнительные темы, которые Вы хотели бы озвучить в аспекте антибиотикорезистентности?

Я бы предложил не быть заложником западных рекомендаций; давайте использовать из них лучшее, экстраполировать на свой опыт, иницировать самостоятельные исследования и формировать национальный институт доказательной медицины.



Створюй власне портфоліо для атестації разом з acsemedin.com

Згідно з Наказом №446 «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів», кожен лікар має формувати власне професійне портфоліо.

- Що таке професійне портфоліо лікаря?
- Для чого потрібне професійне портфоліо?
- Де взяти бланк професійного портфоліо?
- Куди надають професійне портфоліо?
- Чому «Аксемедін» — це зручний інструмент для створення професійного портфоліо лікаря?
- Як вести власне професійне портфоліо на «Аксемедіні»?
- Чи потрібно надсилати копію особистого освітнього портфоліо для щорічної перевірки 1 березня 2020 року?
- Які санкції передбачені за недостовірні дані про безперервний професійний розвиток в особистому освітньому портфоліо?
- Скільки балів можна декларувати в особистому освітньому портфоліо?
- Чи треба затверджувати печаткою закладу і підписом керівника ООП?

Що таке особисте освітнє портфоліо лікаря (ООП)?

Офіційно: Безпосередньо в Наказі МОЗ №446 «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів» професійне портфоліо лікаря згадують у Порядку проведення атестації лікарів (пункт 3, розділ II):

Для атестації на підтвердження звання «лікар-спеціаліст», крім зазначених документів, необхідно подати особисте освітнє портфоліо з результатами проходження безперервного професійного розвитку за формою, наведеною у додатку 2 до цього Порядку, та копії документів, що підтверджують обліковані бали безперервного професійного розвитку (посвідчення про проходження курсів стажування тощо). Оригінали цих документів лікар пред'являє на засіданні атестаційної комісії особисто.

Формально: ООП — це бланк документа, у який лікар повинен внести відомості про проходження безперервного професійного розвитку за один рік. Останнє особливо важливо, щоб атестаційна комісія могла правильно визначати, яка була активність лікаря протягом кожного року до моменту атестації. Особисте освітнє портфоліо — новація, запроваджена Положенням №302. Це сукупність задокументованих відомостей щодо персональних досягнень, проходження періодів підвищення кваліфікації, неформальної та інфор-

мальної освіти фахівців у сфері охорони здоров'я у процесі БПР. Комісія нараховує бали за БПР на основі даних цього портфоліо, що, звісно, підтверджують оригінали відповідних документів (копії документів надсилаються з портфоліо). У якому саме освітньому заході (стажування, науково-практична конференція, дистанційне навчання тощо) братиме участь лікар, визначає організатор цього заходу. Усі лікарі, без винятку, відтепер мають щороку подавати на перевірку своє освітнє портфоліо та підтверджувати щонайменше 50 балів. Якщо атестаційна комісія виявить недостовірну інформацію, лікарю буде відмовлено в атестації.

Для чого потрібне професійне портфоліо лікаря?

Портфоліо лікаря — це документальне підтвердження діяльності лікаря у процесі безперервного професійного розвитку за період до проведення атестації.

Головні умови БПР — постійне навчання протягом року з отриманням необхідних знань і формальних балів на платформах, які відповідають основним вимогам щодо надання послуг БПР.

Професійне портфоліо буде для атестаційної комісії маркером того, чи відповідає лікар своїй кваліфікації і чи необхідно підтримувати його прагнення до саморозвитку у своїй спеціальності.

У майбутньому ООП, можливо, стане одним із головних документів, за яким роботодавці зможуть обирати спеціалістів на ринку праці та визначати рівень оплати їхньої праці. Ще одна функція портфоліо може бути використана для планування роботи професійних лікарських спільнот і асоціацій. Портфоліо може допомогти проаналізувати зацікавленість лікаря, його активність у професійному середовищі та у визначенні напрямів, які необхідно розвивати в подальшому. Для атестації актуальними вважають дані про безперервний професійний розвиток за останні роки від попередньої атестації, тому в атестаційній справі мають бути портфоліо відповідно до кожного року міжатестаційного періоду.

Де взяти бланк професійного портфоліо лікаря?

Бланк ООП можна завантажити на платформі «Аксемедін» за посиланням. Для його заповнення треба вручну розширити таблицю і заповнювати кожен пункт.

Але, щоб зекономити час та зусилля лікаря, «Аксемедін» розробив електронне портфоліо, яке цілком відповідає вимогам МОЗ!

Тепер вам не треба напружуватися, щоб пригадати все, що ви зробили в межах БПР, для заповнення документів, які будуть розглянуті лише раз на три — п'ять років.

Зайдіть на «Аксемедін» і заповніть власний профіль. Відомості, які ви надали, автоматично перейдуть до вашого ООП, яке можна буде вивантажувати у затвердженій МОЗом формі. А головне, коли Ви будете проходити курси, вебінари і реєструватися на конференції за допомогою сервісів «Аксемедіна», вся інформація про вашу активність автоматично буде внесена до ООП. Отже, Вам не буде потрібно вручну вносити безліч даних. Система сама все внесе і підрахує, а Ви, лише натиснувши кнопку «Завантажити портфоліо», завантажите його на свій пристрій (комп'ютер або інший девайс) і роздрукуєте на принтері. З 1 січня 2020 року автоматичне надсилання Вашого портфоліо до атестаційної комісії або керівництва медичного закладу через МІС або інші механізми буде доступне кожному верифікованому лікарю платформи.

Що вказують в ООП?

1. Рік проходження заходів (дані вносять за один рік).
 2. Анкетні дані:
 - 2.1. ПІБ (відповідно до паспортних даних),
 - 2.2. місце роботи (заклад чи установа відповідно до спеціальності, де працює лікар),
 - 2.3. посада, яку займає лікар (від якого подається на атестацію).
 3. Наступний розділ — основний: по пунктах окремими рядками в табличному вигляді вносять такі дані:
 - 3.1. вид діяльності (види діяльності чітко прописані у Додатку 5 до Порядку проведення атестації лікарів (пункт 1, розділ V)),
 - 3.2. місце проведення заходу,
 - 3.3. дата/тривалість заходу,
 - 3.4. кількість отриманих балів (ці дані мають засвідчувати сертифікати, які додаються на підтвердження діяльності лікаря).
 4. Відомості щодо персональних досягнень лікаря (дані щодо набуття певних навичок, здобуття знань, складання кваліфікаційних іспитів тощо).
 5. ПІБ та підпис лікаря, який подає портфоліо.
 6. ПІБ та підпис керівника закладу, де працює лікар.
 7. Печатка, що засвідчує правильність вказаних даних.
- Детальніше з цими пунктами ви можете ознайомитись у розділі «Резюме».

Куди подають професійне портфоліо лікаря?

До 1 березня кожного року копію особистого освітнього портфоліо слід подавати до атестаційної комісії. Від початку цієї дати буде проведена щорічна перевірка особистого освітнього портфоліо з балами БПР.

Чи потрібно надсилати копію особистого освітнього портфоліо для щорічної перевірки 1 березня 2020 року?

Так, рекомендовано.

Які санкції передбачені за недостовірні дані про безперервний професійний розвиток в особистому освітньому портфоліо?

Лікареві, який свідомо надав недостовірні дані про перебіг свого безперервного професійного розвитку, буде відмовлено в атестації.

Скільки балів можна декларувати в особистому освітньому портфоліо?

Кількість балів не обмежується, проте обов'язковий щорічний мінімум з 1 січня 2020 року — 50 балів. Якщо лікар бажає «перестрибнути» через категорію (тобто з 2-ї на вищу, наприклад), окрім виконання всіх умов для вищої категорії йому необхідно зібрати понад 100 балів БПР.

50 балів БПР за рік — крута атестація!

? Що таке атестаційні бали безперервного професійного розвитку (БПР)?

Бал БПР — це одиниця оцінювання активності лікаря під час навчання. Поняття «бал БПР» введено в Наказі МОЗ №446 від 22.02.2019.

? Як нараховують бали БПР?

Бали нараховують за системою, визначеною в Додатку 5 до Порядку проведення атестації лікарів (пункт 1 розділу V) Наказу МОЗ №446 від 22.02.2019.

? Хто фіксує бали БПР?

Облік балів повинен виконати сам лікар згідно з отриманими документами (сертифікатами, дипломами) у процесі БПР по завершенні певного етапу навчання.

? З якого часу починає діяти бальна система?

З 2019 р., після публікації Наказу МОЗ №446 від 22.02.2019.

? Куди вносять бали БПР?

Бали БПР і дані про заходи, які пройшов лікар відповідно до системи БПР, вносять у особисте освітнє портфоліо лікаря.

? Скільки балів БПР необхідно набрати лікарю?

За 1 рік щонайменше 50 балів БПР.

? Хто підраховує бали БПР?

Атестаційна комісія відповідно до даних, вказаних у професійному портфоліо лікаря та документів, що підтверджують ці бали.

? Чому необхідно набрати саме 50 балів БПР?

Згідно з Наказом №446, щорічний мінімум для проходження атестації має становити 50 балів.

? Як можна набрати 50 балів БПР за один рік?

Навчатися на курсах дистанційної освіти, відвідувати конференції, проходити майстер-класи, цикли ТУ та інше відповідно до Додатку 5 Наказу №446.

? Чи можна отримати 50 балів БПР з одного ресурсу?

Так, на accemedin.com.

Суперінфекції: чи достатньо у людства зброї для їх подолання?

Фещенко Ю. І., Гуменюк М. І.

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України»

ВСТУП. За даними ВООЗ, через формування резистентності мікроорганізмів до антиінфекційних препаратів у майбутньому людство стикнеться з глобальною загрозою. Щороку фіксуються до 700 тисяч випадків смерті, спричинених інфекційними захворюваннями, що викликані стійкими до лікарських засобів збудниками. Але, через низький рівень діагностики ця кількість є суттєво заниженою. За відсутності ефективних кроків, спрямованих на зменшення швидкості формування резистентності, внаслідок поширення цієї проблеми до 2050 року населення планети зменшуватиметься майже на 10 мільйонів осіб за рік.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ. Ретроспективний аналіз літературних джерел – рекомендацій, резолюцій ВООЗ та ООН, наукових статей, аналітичних звітів і статистичних даних.

РЕЗУЛЬТАТИ. Огляд даних доводить закономірність процесу формування стійкості мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів. Проте надзвичайна швидкість її утворення до наявних препаратів не супроводжується одночасним впровадженням нових протимікробних засобів, що становить загрозу для всього людства. Спеціалісти прогнозують не лише стрімке збільшення рівня смертності від резистентних інфекцій, а й значні обмеження можливостей застосування високотехнологічних методів лікування, що потребують антибактеріальної підтримки.

ВИСНОВКИ. Соціальна обізнаність, мотивація, прихильність до відповідальних кроків, жорсткі правила застосування антибіотиків й контроль за їх обігом, впровадження найкращих управлінських практик і виховання поведінкових змін у всіх галузях промисловості, застосування сучасних технологій задля допомоги пацієнтам (наприклад, для своєчасного нагадування про необхідність вживання ліків) можуть стати важливими інструментами подолання тягаря суперінфекцій як в Україні, так і у світі загалом.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: суперінфекція, резистентність, протимікробні препарати.

Super-infections: does the humankind have weapons to fight?

Feshchenko Y. I., Gumeniuk M. I.

SO "National Institute of Phthisiology and Pulmonology named after F.G. Yanovsky NAMS of Ukraine"

INTRODUCTION. The resistance of microorganisms to anti-infective drugs is recognized by WHO as a global threat to humankind: more than 700,000 people die every year from infectious diseases caused by drug-resistant agents, and this amount is significantly underestimated due to the low level of diagnosis. In the absence of effective steps that can reduce the rate of formation of resistance, by 2050 this figure will increase to 10 million people.

MATERIALS AND METHODS. Retrospective analysis of literature sources - recommendations, resolutions of the WHO and the UN, scientific articles, analytical reports and statistical data.

RESULTS. An overview of the data showed that the resistance of microorganisms to anti-infective drugs is a natural process, but the rate of its formation to existing medicines is threatening and exceeds the possibility of introducing new drugs, which poses a threat to all humanity, not only in the form of a rapid increase in the mortality rate from resistant infections, but also significantly limits the possibility to apply high-tech treatment methods that require anti-infective support.

CONCLUSIONS. Social awareness, motivation, commitment to responsible action, strict rules for the use of anti-infective agents and control of their turnover, the introduction of best management practices and the development of behavioral changes in all industry sectors, the use of modern technology that will help patients (for example, to timely recall drugs) can become important tools to overcome the burden of super-infections in Ukraine and in the world.

KEY WORDS: super-infection, resistance, anti-infective drugs.

Суперинфекции: хватит ли у человечества оружия для борьбы с ними?

Фещенко Ю. И., Гуменюк Н. И.

ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины»

ВВЕДЕНИЕ. Устойчивость микроорганизмов к антибактериальным препаратам признана ВОЗ глобальной угрозой человечеству: ежегодно от инфекционных заболеваний, вызванных устойчивыми к лекарственным средствам возбудителями, умирает больше 700 тыс. человек, причем это количество значительно недооценено из-за низкого уровня диагностики. При отсутствии эффективных шагов, которые смогут уменьшить скорость формирования резистентности, к 2050 эта цифра увеличится до 10 млн человек.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Ретроспективный анализ литературных источников - рекомендаций, резолюций ВОЗ и ООН, научных статей, аналитических отчетов и статистических данных.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Обзор данных показал, что устойчивость микроорганизмов к антибактериальным препаратам является закономерным процессом, однако скорость ее образования к имеющимся лекарственным средствам является угрожающей и превышает возможности внедрения новых препаратов, представляет угрозу для всего человечества не только в виде резкого увеличения уровня смертности от резистентных инфекций, но и значительно ограничивает возможность применять высокотехнологичные методы лечения, требующие антиинфекционной поддержки.

ВЫВОДЫ. Социальная осведомленность, мотивация, приверженность к ответственным шагам, жесткие правила применения антиинфекционных средств и контроль за их оборотом, внедрение лучших управленческих практик и воспитания поведенческих изменений во всех областях промышленности, применение инновационных технологий (например, приложения для своевременного напоминания пациентам принять лекарство) могут стать важными инструментами преодоления бремени суперинфекций в Украине и в мире.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: суперинфекция, резистентность, противомикробные препараты.

Актуальність проблеми

Інфекційні захворювання входять до ТОП-10 причин смерті й інвалідності у світі. Серед них саме на гострі інфекції нижніх дихальних шляхів, діарею та туберкульоз (ТБ) припадає основний тягар смертності від хвороб [1].

З осені 1928 року, коли Александр Флемінг, працівник маленької лондонської мікробіологічної лабораторії, випадково помітив, що вирощені ним у пробірці гриби можуть пригнічувати зростання бактерій, історія людства суттєво змінилася. Винайдений ним пеніцилін, перший у

світі антибіотик, щороку продовжує рятувати життя сотням тисяч людей.

Результатом настання нової ери антибіотиків є мільйони врятованих пацієнтів, які раніше майже стовідсотково помирали від таких захворювань як пневмонія, дифтерія, сифіліс, внаслідок інфекційних ускладнень після оперативних втручань тощо. Протимікробні препарати стали потужною зброєю в руках людства, що широко використовується для зменшення кількості смертей від інфекцій.

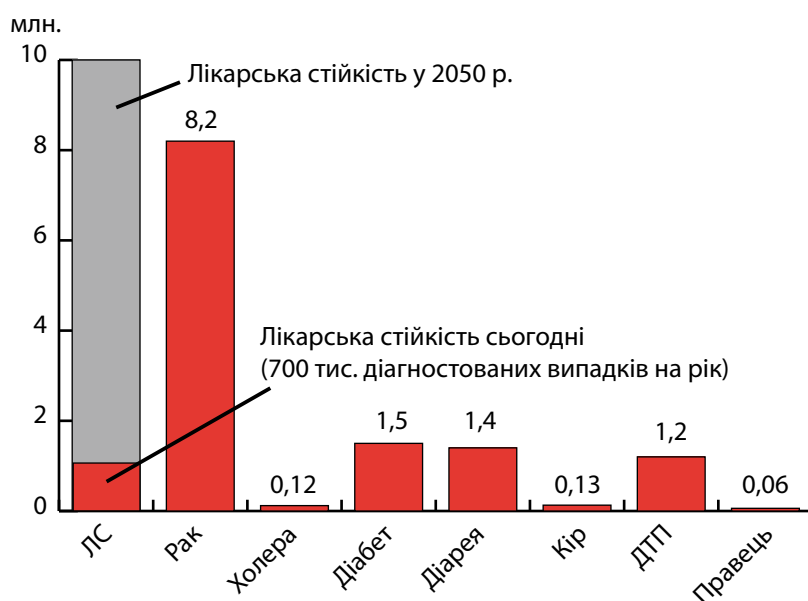


Рис. 1. Смертність від лікарської стійкості (ЛС) порівняно з іншими причинами смерті в 2018 р і прогнозована смертність від ЛС в 2050 р.



повний текст статті
на accemedin.com



Чому платформа «Аксемедін» є ресурсом №1 серед лікарів?

1. Дослідження ProximaResearch, в якому взяли участь понад 16 000 респондентів визначило, що серед усіх спеціалізованих медичних інтернет-ресурсів accemedin.com посідає **перше місце**.
2. Станом на жовтень 2019 року на платформі зареєстровано **45 000 користувачів**. Тепер ми впевнено можемо говорити, що ми найбільша платформа лікарів в Україні!
3. Ми **найзручніший спосіб БПР**. Ми підписали понад 50 меморандумів з ключовими партнерами (асоціації, університети, заклади післядипломної освіти, медичні установи), щоб надати лікарю можливість обирати якісний український контент.
4. Платформа «Аксемедін» — це **найпотужніша мережа лікарських портфоліо** — вже 25 тис лікарів створили свої. Ми надаємо можливість кожному лікарю заповнити Особисте освітнє портфоліо у форматі додатку 2 446 наказу МОЗ України. Також вже з нового року Ви зможете надсилати власне освітнє портфоліо в атестаційну комісію в режимі онлайн.
5. Ми перші, хто створив для Вас **«Гарантований пакет на 50 балів»** на 2020 рік із сертифікатами!
І це тільки тезисно, зараз розповімо детальніше!

Відповідно до Постанови КМ України №302 від 28.03.2018, Наказу МОЗ України №166 від 22.07.93, зареєстрованого в МЮ України 27.08.93 за №113, (із змінами, внесеними згідно з Наказом МОЗ України №446 від 22.02.2019), проводиться безперервне професійне навчання лікарів та здійснюється об'єктивний контроль рівня їхньої кваліфікації.

«Аксемедін» (accemedin.com) — це найбільша українська освітня IT-платформа, створена для забезпечення безперервного професійного розвитку (БПР) та вдосконалення професійних компетенцій професіоналів сфери охорони здоров'я після здобуття ними вищої освіти у сфері охорони здоров'я. На ресурсі розміщений навчальний контент понад 20 професійних провайдерів наукового контенту.

Accemedin — Accelerator of Medical Information («Акселератор (прискорювач) медичної інформації») — створений винятково для професіоналів охорони здоров'я.

Мета «Аксемедіна» — якісне безперервне вдосконалення професіоналізму українського лікаря задля підтримки його клінічних рішень. Навчання на «Аксемедіні» проходить за інтерактивною схемою, яка сприяє легшому засвоєнню інформації та уповільнює її забування. Міжнародна освітня модель адаптована до потреб сучасної спільноти лікарів України.

Для БПР лікарів існують різноманітні сервіси на платформі «Аксемедін», в межах партнерських відносин залучені: Національна академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Харківська академія післядипломної освіти, Інститут післядипломної освіти Івано-Франківського медичного університету, Інститут післядипломної освіти Київського медичного університету ім. О.О. Богомольця, школа професійного розвитку «Medical school» та інші.

За результатами навчання на платформі «Аксемедін» лікарі створюють особисте освітнє портфоліо — сукупність задокументованих відомостей щодо персональних досягнень, проходження періодів підвищення кваліфікації, неформальної та інформальної освіти фахівців сфери охорони здоров'я у процесі безперервного професійного розвитку.

Також усі зареєстровані користувачі платформи «Аксемедін», відповідно до умов використання, мають пройти верифікацію за місцем основної роботи, щоб унеможливити порушення законодавства (щодо розповсюдження інформації для працівників сфери ОЗ, персональних даних, реклами, основ законодавства системи ОЗ тощо).

Місце «Аксемедіна» в рейтингу спеціалізованих медичних інтернет-ресурсів

У дослідженні компанії «Проксіма Ресерч», згідно з даними проекту Promotest™, де підсумовані відомості 1-го півріччя 2019 року, за кількістю згадувань лікарів 17 спеціальностей із 25 міст України серед ТОП-20 спеціалізованих інтернет-ресурсів accemedin.com посідає перше місце (рис. 1).

Формати безперервного професійного розвитку accemedin.com такі:

- навчальні та екзаменаційні тести;
- відеолекції, розділені на модулі (до 15 хвилин) в межах навчальних програм;
- протоколи лікування та клінічні випадки з інтерактивними елементами;
- спілкування з авторами матеріалів;
- рекомендації клінічного фармаколога (за потреби);
- статті та відеофрагменти авторських публікацій;
- медичні події та можливість участі в них тощо.

Під час навчання з accemedin.com лікар отримує бали, які дають йому можливість брати участь у створенні реєстру

«ТОП-100 у медицині» та, власне, стати його лауреатом. Також лікар може обміняти накопичені бали (навчальні) на сертифікований контент та на інші соціальні можливості (знижки на товари та послуги, потрібні лікарю у його повсякденному та професійному житті).

Навчальний контент accemedin.com опрацьовують команди «Бюро освітньої інформації» та креативного простору «QInfinity quad», вдосконалюють вчені та викладачі профільних клінічних, педагогічних і психологічних кафедр кращих вишів України за сприяння професійних асоціацій лікарів (співавторів та рецензентів навчальних курсів), зважаючи на спеціалізовані моделі навчання дорослих на тлі успішного міжнародного досвіду.

В основі нової технології передавання знань у системі БПР лікарів мають бути принципи, які пропонує «Аксемедін»:

- індивідуалізація освіти;
- навчання на робочому місці (чи у зручному для лікаря місці);
- ефективний пошук професійної інформації;
- впровадження єдиного освітнього простору;
- постійний комп'ютерний самоконтроль знань;
- дистанційний початковий і завершальний контроль;
- інформаційна децентралізація освіти;
- впровадження логіки компетенцій;
- створення, збереження та надсилання особистого освітнього портфолію та автоматизованої атестації.

Приєднуйтеся до спільноти лікарів accemedin.com та професійно розвивайтесь!

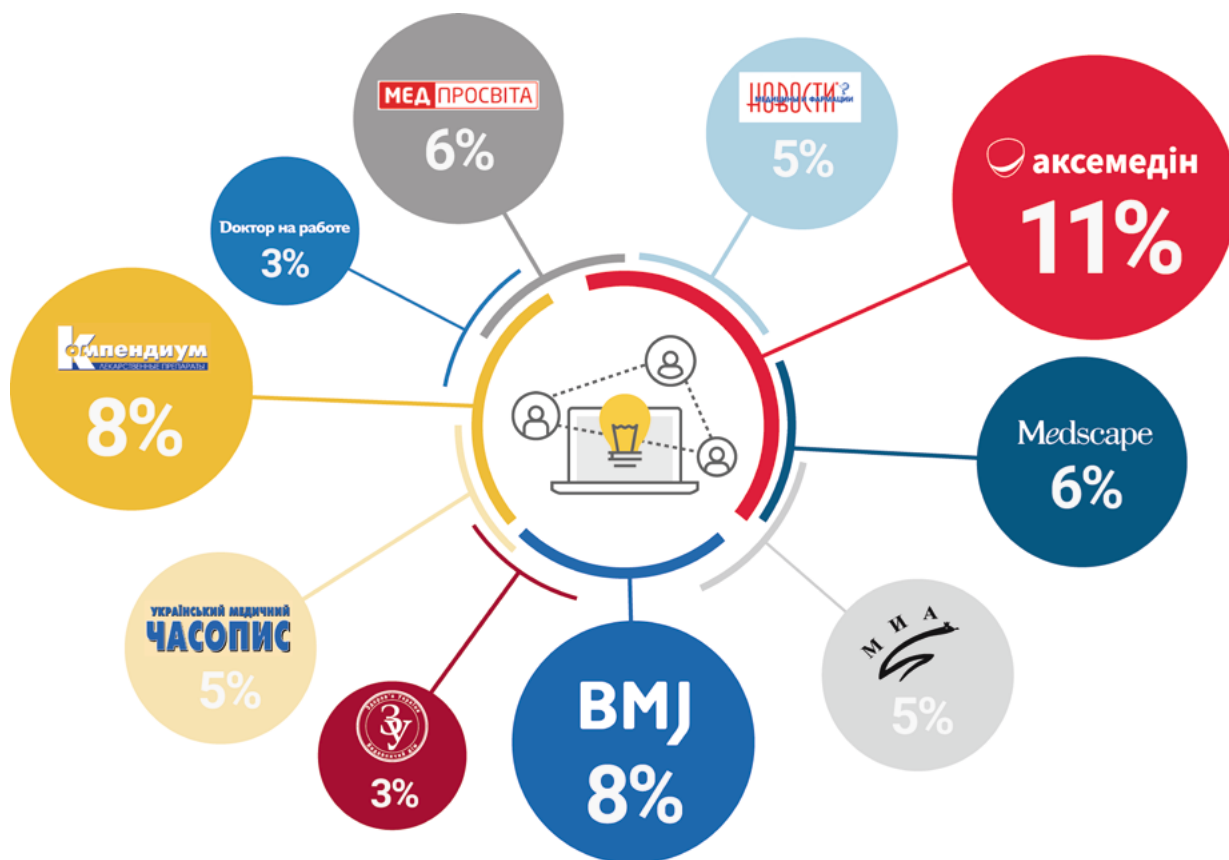


Рис. 1. ТОП-10 медичних інтернет-ресурсів серед лікарів



Видається сертифікат
НМАПО ім. П.Л. Шупика
за проходження*

+1 За проходження курсу
нараховується
1 бал БПР*

ПРОЙДІТЬ ДИСТАНЦІЙНИЙ КУРС Інфекції сечової системи

*Лише верифікованим лікарям платформи accemedi.com



АВТОР КУРСУ

Іванов Дмитро Дмитрович

Заслужений лікар України, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри нефрології та нирково-замісної терапії НМАПО ім. П.Л. Шупика



пройти курс

Гострий тонзиліт: сучасна етіопатогенетична концепція

Попович В. І., завкафедри оториноларингології, офтальмології з курсом хірургії голови та шиї ІФНМУ. Голова експертної групи МОЗ України за напрямом «Отоларингологія. Дитяча отоларингологія. Сурдологія»

Піднебінні мигдалики (Tonsillae palatinae) є частиною т. зв. вальдеєрового лімфатичного глоткового кільця. Після народження лімфатична тканина постійно контактує з антигенами (віруси, бактерії, компоненти їжі тощо). У такий спосіб імунна система «знайомиться» з різноманітним антигенним оточенням з відповідною фізіологічною реакцією у вигляді формування специфічного імунітету як клітинної, так і гуморальної ланок. Цей процес супроводжується збільшенням об'єму лімфатичної тканини (гіперплазією), яка надалі (приблизно з 12-14 років життя) знову зменшується. Після контакту антигенів з лімфоїдною тканиною постає питання щодо їх нейтралізації та елімінації.

З цієї метою використовуються два основні механізми неспецифічного захисту: фагоцитоз і запалення, в якому беруть участь лімфоцити, макрофаги та гранулоцити. Однак оскільки цей процес є фізіологічним, то запалення не супроводжується альтернативними явищами, тому називається «фізіологічним». При цьому тканина мигдаликів при гістопатологічному обстеженні зазвичай має ознаки запалення.

Отже, мигдалики в рамках свого завдання фізіологічно знаходяться в постійному запальному процесі. Тому гістопатологічно неможливо відрізнити мигдалики анамнестично здорової особи та пацієнта з патологією мигдаликів. Цей запальний процес досягає клінічної значущості лише тоді, коли до цього фізіологічного – локального – запалення приєднуються клінічні симптоми (біль та/або перешкода при ковтанні) та системні ознаки запалення (гарячка). Вірусні тонзиліти зумовлюють при цьому типово лімфоцитарну запальну реакцію, бактеріальні тонзиліти – гранулоцитарне запалення.

Коментар В.І. Поповича. Дійсно, сучасні погляди на патологію піднебінних мигдаликів ґрунтуються на таких положеннях: мигдалики постійно перебувають у стані запалення, що є їхнім фізіологічним станом; не можна розцінювати мигдалики як «хворі» або «інфіковані» лише на підставі даних клінічного огляду; патологію мигдаликів слід розглядати, якщо в пацієнта виникає додаткова симптоматика (біль у горлі та/або порушення ковтання й гарячка); розмір (об'єм) мигдаликів не має клінічного значення, окрім ситуації, коли це перешкоджає диханню або ковтанню; тактика ведення пацієнта має спиратися на ступінь і частоту клінічних проявів тонзиліту та його ускладнень.

Саме тому встановлювати пацієнту діагноз будь-якого тонзиліту (гострого, хронічного в ремісії, гіпертрофічного тощо), базуючись лише на зовнішньому вигляді мигдаликів (збільшені, рихлі, набряклі, лакунарні пробки, наліт тощо), якщо немає інших клінічних проявів, згідно із сучасними принципами не можна.

Перебіг гострого тонзиліту патогенетично має 3 стадії:

- альтерація епітелію лакун і лімфоїдної тканини;
- адекватна імунологічна реактивність > завершений фагоцитоз патогенів > відновлення контролю над фізіологічним запаленням;
- одужання.

У деяких ситуаціях імунітет не може повною мірою впоратися з патогенами, виникає т. зв. неповний фагоцитоз, тобто неможливість повної нейтралізації та елімінації анти-

гену, що зрештою призводить до неможливості повернення піднебінних мигдаликів до вихідного стану фізіологічного запалення. У результаті формується т. зв. персистуюче запалення понад фізіологічне. Клінічно така ситуація проявляється рецидивуючим тонзилітом (РТ). Останній належить до повторних гострих тонзилітів, при цьому зумовлюється тим же збудником, що і попередній епізод захворювання.

Отже, клінічна картина тонзиліту формується в результаті виходу фізіологічного запалення піднебінних мигдаликів з-під контролю, як правило, внаслідок приєднання патогенної флори. Тому під тонзилітом слід розуміти запалення мигдаликів понад їх фізіологічну норму, що призводить до клінічної симптоматики.

Коментар В.І. Поповича. Перш за все треба пам'ятати, що піднебінні мигдалики – це орган периферійної імунної системи. У ньому постійно спостерігаються різноманітні імунні реакції, пов'язані з формуванням як специфічного, так і неспецифічного імунного захисту. Ці процеси відбуваються в рамках реалізації основної функції імунної системи – формування імунітету. Піднебінні мигдалики заселяються В- і Т-лімфоцитами з центральних органів імунної системи (кісткового мозку та тимусу (у дітей)).

Після контакту з антигеном у мигдаликах (антигенної презентації) лімфоцити включаються в рециркуляцію, тому жоден антиген не залишається непоміченим. У зв'язку з тим, що людина протягом життя зазнає різного імунного навантаження, мигдалики як імунний орган також працюють з різною інтенсивністю. Іноді через низку причин (як правило, надмірне антигенне, тобто патогенне, навантаження або зниження загальної резистентності організму) впоратися з патогеном мигдалики не можуть – виникає гострий тонзиліт.

Піднебінні мигдалики заселяються В- і Т-лімфоцитами з центральних органів імунної системи (кісткового мозку та тимусу (у дітей)).

Якщо результат боротьби з хворобою не виявився повною мірою успішним (не сталося повного «перетравлення» патогену), формується персистуюче запалення, що є провідним чинником рецидивів тонзиліту. Підсумовуючи, можна зробити 2 основних висновки: піднебінні мигдалики – імунний орган, тому основні патогенетичні принципи виникнення запалення працюють у ньому не зовсім типово; повноцінне лікування гострого тонзиліту (повна елімінація патогену) має дуже велике значення для профілактики виникнення повторних епізодів.



повний текст статті
на accemedin.com

Стійкість до антибіотиків



Стійкість до антибіотиків виникає, коли бактерія змінюється і стає нечутливою до антибіотиків, які використовуються для лікування спричинених нею інфекцій. Це ставить під загрозу нашу здатність лікувати інфекційні захворювання і чимало медичних досягнень. Ми повинні вживати антибіотики відповідально, аби вони залишалися ефективними якомога довше.



Що можуть зробити працівники сфери охорони здоров'я

- 1 **Попереджуйте інфекції** — переконайтеся, що Ваші руки, інструменти і робоче середовище чисті
- 2 Вчасно робіть **щеплення** своїм пацієнтам
- 3 Якщо Ви вважаєте, що пацієнту потрібні антибіотики, при можливості **зробіть тест**, аби зрозуміти, який саме антибіотик потрібний
- 4 Призначаєте і відпускаєте антибіотики лише тоді, коли вони **дійсно потрібні**
- 5 Призначаєте і відпускаєте **належні антибіотики в необхідних дозах на необхідний курс прийому**



Що можуть зробити фахівці галузі управління охороною здоров'я

- 1 Розробіть **надійний національний план дій** з боротьби зі стійкістю до антибіотиків
- 2 Покращуйте епідеміологічне спостереження за інфекціями, стійкими до антибіотиків
- 3 Посилуйте стратегію щодо профілактики інфекцій та боротьби з ними
- 4 Регулюйте та просувajte належне використання якісних ліків
- 5 Забезпечуйте доступ до інформації про значення стійкості до антибіотиків

3-19 листопада – Всесвітній тиждень правильного використання антибіотиків. Стійкість до антибіотиків (антибіотикорезистентність) сьогодні є однією із найбільш серйозних загроз для здоров'я людства, наголошує Всесвітня організація охорони здоров'я. Неправильне використання антибіотиків людьми і застосування їх у тваринництві прискорюють цей процес. Внаслідок цього, лікування бактеріальних інфекційних захворювань (пневмонії, туберкульозу тощо) стає важчим: період госпіталізації стає довшим, зростають медичні витрати та показники смертності від інфекційних хвороб.

www.who.int/drugresistance

#AntibioticResistance



Надмірне використання і зловживання антибіотиками у тваринництві та аграрному секторі є одним з ключових факторів, що сприяють розвитку стійкості до антибіотиків та її поширенню у навколишньому середовищі, харчовим ланцюгом та серед людей. Це ставить під загрозу нашу здатність лікувати інфекційні захворювання і чимало медичних досягнень.



Що можуть зробити працівники аграрного сектору

- 1 Переконайтеся, що антибіотики для тварин, у тому числі сільськогосподарських і домашніх тварин, використовуються лише **для контролю чи боротьби з інфекціями** і лікування проходить під спостереженням ветеринара
- 2 **Зробіть щеплення** тваринам, щоб зменшити необхідність використання антибіотиків і **розробіть альтернативи** вживанню антибіотиків у рослинництві
- 3 Просувайте і застосовуйте **належні практики** на всіх етапах виробництва і обробки харчових продуктів рослинного і тваринного походження
- 4 Впроваджуйте **стійкі системи** на основі покращення гігієни, біобезпеки та безстресового поводження з тваринами
- 5 Керуйтеся **міжнародними стандартами** для відповідального використання антибіотиків, а також керівними принципами МЕБ, ФАО і ВООЗ



Що можеш зробити ти

- 1 Приймай лише ті антибіотики, які були **призначені** дипломованим спеціалістом охорони здоров'я
- 2 Завжди **завершуй курс** антибіотиків, навіть якщо тобі стало краще
- 3 Ніколи не використовуй антибіотики, які **залишилися** після курсу прийому
- 4 Ніколи не ділися антибіотиками з іншими
- 5 **Попереджуй інфекції** — регулярно мий руки, уникай контакту із хворими людьми і вчасно роби щеплення

О.Л. Цимбаліста

Проблема резистентності мікроорганізмів до антибіотиків (лекція)

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна



повний текст статті
на accemedin.com

Мета роботи: розширити знання педіатрів щодо формування резистентності мікроорганізмів до антибіотиків.

Наведено сучасні погляди на фактори ризику, причини і механізми формування первинної і вторинної резистентності мікроорганізмів до антибіотиків. В основі розвитку останньої є мутації: зміна генетичної ендогенної інформації, що передається через хромосоми, та поява екзогенної генетичної інформації (плазмиди і транспозони).

Обґрунтовано роль багатифункціонального характеру системи ефлюксу, яку контролюють хромосомні гени. Основними механізмами набуті резистентності збудників різних інфекцій до антибіотиків є також порушення проникності препарату всередину збудника, поява нових β -лактамаз та зміна експресії існуючих, порушення цитоплазматичного транспорту антибіотиків до мішені, зміна структури самої мішені або формування метаболічного шунта. Обґрунтовано роль формування біоплівки у розвитку антибіотикорезистентності мікроорганізмів та хронічних форм бактеріальних інфекцій. Доведено значення у формуванні резистентності мікроорганізмів до антибіотиків при використанні останніх у ветеринарії.

Для зменшення темпів розвитку антибіотикорезистентності мікроорганізмів необхідно чітко дотримуватись показань, дозування, тривалості лікування протимікробними препаратами; враховувати спектр мікрофлори і її резистентність у даному лікувальному закладі; обмежити використання антибіотиків та знайти їм альтернативу у ветеринарії.

Ключові слова: антибіотики, мікроорганізми, резистентність природна і набута.

Problem of antibiotic resistance of microorganisms (lecture)

O.L. Tsybalyista

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ukraine

The objective of the research was to improve pediatricians' knowledge regarding modern scientific data on the formation of antibiotic resistance of microorganisms.

The lecture presents the current views on risk factors, causes and mechanisms of developing primary and secondary antibiotic resistance of microorganisms. The latter develops due to mutations, namely changes in endogenous genetic information which is transmitted through chromosomes, as well as the appearance of exogenous genetic information (plasmids and transposons). The role of the multifunctional nature of the efflux system which is controlled by chromosomal genes has been substantiated.

The main mechanisms of acquired antibiotic resistance of infectious agents include an impaired penetration of the drug into the pathogen, the emergence of new β -lactamases, as well as the alteration in the expression of the existing ones, impaired transport of antibiotics across the cytoplasmic membrane toward the target site, changes in the structure of the target or the formation of metabolic shunt. The role of biofilm formation in the development of antibiotic resistance of microorganism and chronic forms of bacterial infections has been substantiated. The important role of using antibiotics in veterinary medicine in the formation of microbial resistance to antimicrobial agents has been proven.

To reduce the rate of antibiotic resistance of microorganisms it is necessary to strictly adhere to the indications, dosing, as well as the duration of antimicrobial treatment; to consider the spectrum of microflora and its resistance in a certain health care facility; to minimize antibiotic usage, as well as to find their alternatives for using in veterinary medicine.

Keywords: antibiotics, microorganisms, natural and acquired resistance.

Проблема резистентности микроорганизмов к антибиотикам (лекция)

О.Л. Цимбаліста

ГВНУ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Цель работы: расширить знания педиатров относительно формирования резистентности микроорганизмов к антибиотикам.

В лекции представлены современные взгляды на факторы риска, причины и механизмы формирования первичной и вторичной резистентности микроорганизмов к антибиотикам. В основе развития последней являются мутации: изменения генетической эндогенной информации, которая передается с помощью хромосом, и появление экзогенной генетической информации (плазмиды и транспозоны).

Обоснована роль многофункционального характера системы эффлюкса, которую контролируют хромосомные гены.

Основными механизмами приобретенной резистентности возбудителей различных инфекций к антибиотикам являются нарушения проникаемости препарата внутрь возбудителя, синтез новых β -лактамаз и изменения экспрессии существующих, нарушения цитоплазматического транспорта антибиотиков к мишени, изменение структуры самой мишени или формирование метаболического шунта. Обоснована роль формирования биопленки в развитии резистентности микроорганизмов к антибиотикам при использовании их в ветеринарии.

С целью уменьшения развития антибиотикорезистентности микроорганизмов необходимо четко придерживаться показаний, дозировки, продолжительности лечения противомикробными препаратами; учитывать спектр микрофлоры и ее резистентность в данном лечебном учреждении; ограничить использование антибиотиков и найти альтернативу этим препаратам в ветеринарии.

Ключевые слова: антибиотики, микроорганизмы, резистентность естественная и приобретенная.

Антибіотики (АБ) — це речовини мікробно-го, рослинного або тваринного походження, їх синтетичні або напівсинтетичні аналоги та похідні, що вибірково пригнічують життєдіяльність мікробних тіл, вірусів, найпростіших, грибів, а також затримують ріст пухлин. Антибіотикам властиві висока біоло-

гічна активність відносно чутливих до них організмів, велика вибіркова специфічність. На сьогодні відомо понад 6 тис. антибактеріальних препаратів [1,11].

Поширення і ріст природжених і набутих імунодефіцитних захворювань підвищили епідеміологічне значення умовно-патогенної

флори та опортуністичних інфекцій, що викликають важкі госпітальні інфекції, післяопераційні гнійні ускладнення, сепсис. З'явилися незвичайні форми багатьох мікроорганізмів, які викликають важкі захворювання, що супроводжуються бактеріємією, розвитком синдрому токсичного шоку і високою летальністю. Крім того, більшості мікроорганізмів, зокрема умовно-патогенних, притаманні швидке формування резистентності до багатьох протимікробних препаратів та розвиток порушень мікробіоценозу в організмі дитини. Цьому сприяють також екологічна агресія, вторинні імунodefіцитні захворювання, алергічні реакції, хронізація процесу. Зростає число хворих з ускладненнями внаслідок застосування медикamentів, у т.ч. АБ [2,6].

Особливо важливою є стратегія антибактеріальної терапії (АБТ) критичних станів у відділеннях інтенсивної терапії (ВІТ). Актуальність цього питання зумовлена тим, що всі пацієнти ВІТ належать до групи ризику розвитку інфекції у зв'язку з високою концентрацією хворих і персоналу, використанням інвазивних методів діагностики і лікування, а також порушенням біоценозу кишечника, зниженням імунітету. Інфекції зустрічаються майже у половини хворих ВІТ, а колонізація патогенними мікробами спостерігається у 85–90% випадків [11,16].

Інфікування пацієнтів у критичних станах в умовах стаціонару насамперед зумовлено внутрішньолікарняною грамнегативною мікрофлорою (*Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella*, *Acinetobacter* тощо). На особливу увагу серед останніх заслуговує *Pseudomonas aeruginosa*, яка виділяє сильнодіючі екзотоксини. Особливістю її є і швидке формування антибіотикорезистентності до більшості сучасних протимікробних препаратів, утворення мутантних штамів, що є високопатогенними і вірулентними. *Pseudomonas aeruginosa* викликає розвиток важкої госпітальної інфекції, насамперед пневмонії, при зниженій імунологічній реактивності організму: при тривалій АБТ, складних хірургічних втручаннях на внутрішніх органах, імуносупресивній терапії. Інфікування *Pseudomonas aeruginosa* значною мірою визначає важкість перебігу бронхоектатичної хвороби, муковісцидозу, інфекційних ускладнень при природжених вадах розвитку бронхолегеневої системи [12].

У більшості випадків госпіталізації хворого в стаціонар початкова АБТ є емпіричною

та призначається на основі клінічних, патогномонічних ознак інфекційного процесу. Принципи останньої побудовані на основі «Таррагонської стратегії» (2001р.). Відповідно, препарати для *емпіричної монотерапії* АБ повинні відповідати наступним вимогам: широкий спектр дії; бактерицидна дія, яка не супроводжується наростанням ендотоксемії і розвитком «медіаторної бурі»; висока концентрація у «шоковому органі»; стабільність у відношенні β-лактамаз; невисокий рівень резистентності бактерій, які виділяються у хворих ВІТ; сприятлива фармакокінетика і достатнє проникнення в тканини; мінімальний ризик розвитку небажаних реакцій; зручність дозування і використання; сприятливе співвідношення вартість/ефект; доведена ефективність контрольованих клінічних досліджень. При комбінованій терапії названі вимоги досягаються шляхом поєднання кількох АБ [4,11,12].

Подальша програма АБТ ґрунтується на результатах клініки, бактеорологічних досліджень сироватки крові, інших біологічних рідин, результатах полімеразної ланцюгової реакції (ДНК-, РНК-діагностика бактерій, вірусів тощо).

Основна проблема сучасної АБТ полягає у швидких темпах розвитку *резистентності мікробів* до протимікробних препаратів. Під резистентністю мікроорганізму розуміємо відсутність його ерадикації при терапевтичній концентрації АБ в організмі людини. Резистентність буває природною і набутою [3,6,12].

Стрімке поширення резистентності серед патогенних мікроорганізмів у зв'язку з широким використанням АБ як в медицині, так і в різних галузях господарства, має серйозну загрозу для життя людей. У 2011 р. ВООЗ визначила резистентність до АБ однією з головних проблем глобальної охорони здоров'я. Антибіотикорезистентність у багатьох країнах розглядається як один із критеріїв національної безпеки, оскільки щороку зростає кількість летальних випадків від бактеріальних інфекцій у результаті резистентності збудників до протимікробних препаратів [14,20].

Антибіотики вбивають бактерії та уповільнюють їх ріст, зменшують кількість чутливих до них штамів, зумовлюючи поширення резистентних штамів. Зростає частота мультирезистентних до АБ штамів, які викликають інфекції, колонізують кишечник, шкіру і верхні дихальні шляхи людини.

Ефективність лікування хворого на вперше діагностований туберкульоз легень із супутньою патологією в залежності від способу введення антимікобактеріальних препаратів

Кужко М. М., Гульчук Н. М., Аврамчук О. В., Тлустова Т. В.

Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України»

Застосування антимікобактеріальної терапії у своїй більшості призводить до позитивної динаміки захворювання, негатиції мазка та посіву мокротиння та вилікування від туберкульозу. Відсутність очікуваної позитивної відповіді на терапію, що застосовується, ми визначаємо у обмеженої кількості пацієнтів. Однією з найбільш частих причин відсутності позитивної відповіді, за умов призначення лікувальних засобів відповідно до визначеної чутливості та контролюваного прийому хіміопрепаратів, може бути наявність супутньої патології та синдрому мальабсорбції/мальдигестії.

До вашої уваги представлено клінічний випадок прогресування туберкульозу легень на тлі перорального застосування антимікобактеріальних препаратів. В ході лікування була підтверджена наявність хронічного панкреатиту та синдрому мальабсорбції пероральних форм препаратів, що дозволило змінити тактику лікування та досягти вилікування пацієнта.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: вперше діагностований туберкульоз легень, мальабсорбція, хронічний панкреатит.

Effectiveness of treatment of a patient for the first time diagnosed pulmonary tuberculosis with concomitant pathology depending on the method of administration of antimycobacterial drugs

Kuzhko M. M., Gulchuk N. M., Avramchuk O. V., Tlustova T. V.

State Enterprise "National Institute for Phthisiology and Pulmonology named after F.G. Yanovskyi of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kyiv, Ukraine.

The use of antimycobacterial therapy in its majority leads to a positive dynamics of the TB disease, smear and sputum cultures conversion and cure of the patient. The lack of an expected positive response to the therapy happens in a limited number of patients. One of the most common reason for the lack of a positive response, in the conditions of the appointment of therapeutic agents in accordance with the identified sensitivity and controlled use of chemotherapy, may be the presence of concomitant pathology and malabsorption / maldigestia syndrome.

Your attention is given to the clinical case of the progression of pulmonary tuberculosis on the background of oral administration of antimycobacterial drugs. During the treatment, the presence of chronic pancreatitis and malabsorption syndrome of oral forms of drugs was confirmed, which allowed changing the treatment tactics and reaching the patient's cure.

KEY WORDS: malabsorption, chronic pancreatitis, first time diagnosed pulmonary, TB.

Эффективность лечения больного с впервые диагностированным туберкулезом легких с сопутствующей патологией в зависимости от способа введения антимикобактериальных препаратов

Кужко М. М., Гульчук Н. М., Аврамчук О. В., Тлустова Т. В.

ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского НАМН Украины».

Применение антимикобактериальной терапии в большинстве приводит к положительной динамике заболевания, негативации мазка и посева мокроты и излечению от туберкулеза. Отсутствие ожидаемого положительного ответа на терапию, определяется у ограниченного количества пациентов. Одной из наиболее частых причин отсутствия положительного ответа, в условиях назначения лекарственных средств в соответствии с определенной чувствительностью и контролируемого приема химиопрепаратов, может быть наличие сопутствующей патологии и синдрома мальабсорбции/мальдигестии.

Вашему вниманию представлен клинический случай прогрессирования туберкулеза легких на фоне перорального применения антимикобактериальных препаратов. В ходе лечения было подтверждено наличие хронического панкреатита и синдрома мальабсорбции пероральных форм препаратов, что позволило изменить тактику лечения и достичь излечения пациента.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: впервые диагностированный туберкулез легких, мальабсорбция, хронический панкреатит.

Хворий, 47 років. Туберкульоз легень виявлено при рентгенологічному обстеженні (Рис.1.) з приводу скарг на кашель з виділенням скудного мокротиння, підвищення температури тіла до 37,1–37,3 °С, слабкість, пітливість, схуднення на 12 кг протягом 1 року, випорожнення до 2–3 разів на добу (об'ємне, зловонне, сіруватого кольору, з блискучою поверхнею). В анамнезі зловживання алкоголем протягом 8 років. Останні 3 місяці алкоголь не вживає. Супутню патологію діагностовано при дообстеженні, виявлено хронічний панкреатит з помірно вираженою зовнішньо-секреторною недостатністю. Інші захворювання, в тому числі ВІЛ, захворювання нирок, ендокринні та паразитарні захворювання виявлені не були.

З приводу вперше діагностованого туберкульозу легень госпіталізовано в РПТД (районний протитуберкульозний диспансер) за місцем проживання.

Дані обстежень при госпіталізації до РПТД.

За даними дослідження мокротиння (молекулярно-генетичним методом, скопічно, Bactec, а згодом і в посіві) у пацієнта були виявлені мікобактерії туберкульозу. В молекулярно-генетичному тесті визначено чутливість до R, в тесті медикаментозної чутливості визначена чутливість до всіх препаратів I ряду.

УЗД: підшлункова залоза дещо збільшена в розмірах: головка 27 мм, тіло 25–26 мм, хвіст 22–23 мм. Ширина головного протоку 3–4 мм, ехогенність стінки підвищена, просвіт нерівномірний. Контур залози нечіткий, нерівний за рахунок локальних збільшень. Структура паренхіми неоднорідна, з ділянками підвищеної та зниженої ехогенності.

α амілаза крові – 180 г/л; α амілаза сечі – 250 мг/л;
ліпаза крові – 350 ммоль/л; еластаза в калі – 120 мкг/г.

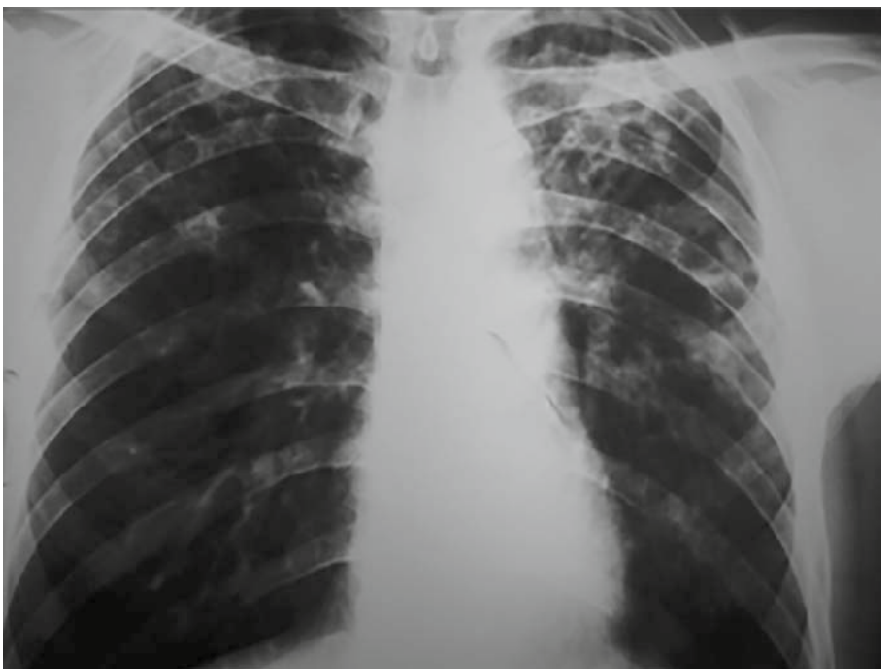


Рис. 1. Рентгенографія органів грудної клітки при надходженні до РПТД: білатерально в легенях, переважно в верхніх долях – вогнищеві інфільтративні зміни, декілька порожнин розпаду різних розмірів.



повний текст статті
на accemedin.com



повний текст статті
на accemedin.com

Чи доцільно призначати антибіотики перед стоматологічними процедурами

Нині в США 1 з 10 рецептів на антибактеріальні препарати призначається стоматологами. Окрім того, незважаючи на скорочення масштабів застосування антибіотиків на національному рівні, а також зміни у клінічних настановах щодо проведення антибіотикопрофілактики перед стоматологічними процедурами, рівень призначення зазначених лікарських засобів у стоматологічній практиці залишається стабільним.

У попередніх настановах з профілактики інфекційних ускладнень було подано рекомендації про необхідність антибіотикопрофілактики до відвідування стоматолога пацієнтам із певними станами (наприклад, особам із нещодавно проведеною установкою імплантів з приводу протезування суглобів). Обґрунтуванням профілактичного призначення протимікробних препаратів було те, що серед пацієнтів з подібними станами відзначають підвищений ризик розвитку тяжких інфекційних ускладнень (наприклад, інфекційний ендокардит та інфекційно-запальні процеси імплантованих суглобів). Однак базові принципи застосування антибіотиків для профілактики розвитку інфекційного ендокардиту та інфекцій імплантованих суглобів переглянуто у 2007 та 2013 рр. відповідно.

Обґрунтування зазначеного перегляду було вторинним відносно низького рівня доказовості даних про ефективність антибіотикопрофілактики, відсутності зв'язку між розвитком ендокардиту та інфікуванням при виконанні стоматологічних процедур, а також ризику розвитку несприятливих побічних реакцій від застосування антибактеріальних препаратів. Так, антибіотикорезистентність, ризик дисбалансу мікробіому та активації *Clostridium difficile* та загальні несприятливі ефекти переважають над будь-якою потенційною користю, яка, імовірно, буде невисокою. Зважаючи на це, призначення антибіотиків перед проведенням стоматологічних процедур рекомендоване лише відповідно до показань у пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями з найвищим ризиком несприятливих наслідків від інфекційного ендокардиту внаслідок проведення інвазивних стоматологічних процедур.

Доцільність антибіотикопрофілактики в стоматології

Незважаючи на те, що, за результатами досліджень, проведених на рівні первинної амбулаторної медичної допомоги, 30% призначень антибактеріальних препаратів є зайвими, в жодному з досліджень донині не була проаналізована доцільність призначень антибіотиків стоматологами. Тому метою нової роботи, представленої співробітниками Фармацевтичного коледжу Іллінойського університету в Чикаго (College of Pharmacy, University of Illinois at Chicago), США, а також Медичної школи Файнберга при Північно-Західному університеті (Northwestern University Feinberg School of Medicine), США, стало оцінення доцільності проведення ан-

тибіотикопрофілактики перед виконанням інвазивних стоматологічних процедур.

Проект здійснено на основі інформації Національної бази даних Truven у межах дизайну ретроспективного когортного дослідження. Проаналізовано стоматологічні візити у 2011–2015 рр. паралельно з пов'язаними з ними рецептурними призначеннями за період 2009–2015 рр. Учасники дослідження — амбулаторні пацієнти без наявності екстраоральних інфекційних процесів за 14 днів до призначення антибіотикопрофілактики (визначали як рецепт, виданий за 7 днів до запланованого відвідування стоматолога). Дослідники врахували наявність або відсутність в анамнезі серцевих захворювань чи стоматологічних процедур із проведенням маніпуляцій на яснах чи періапексі. Доречно антибіотикопрофілактику визначали як видачу рецепта перед відвідуванням стоматолога з приводу проведення втручань на яснах чи періапексі у пацієнтів з відповідними захворюваннями серцево-судинної системи.

Встановлено, що за період 2011–2015 рр. на 168 420 відвідувань стоматологів антибіотикопрофілактику призначено 91 438 пацієнтам (середній вік — 63 роки; міжквартильний діапазон — 55–72 роки; 57,2% — жінки). Більшість візитів було класифіковано як діагностичні (70,2%) та/чи профілактичні (58,8%). У 90,7% випадках виконано процедури, які зумовлюють необхідність антибіотикопрофілактики для пацієнтів із високим ризиком серцевих ускладнень. Найчастішими супутніми станами були наявність суглобових імплантів (42,5%) та серцеві захворювання з найвищим ризиком несприятливих ускладнень внаслідок інфекційного ендокардиту (20,9%).

Висновки ретроспективного дослідження

Відповідно до чинних рекомендацій, 80,9% профілактичного призначення антибіотиків перед відвідуванням стоматолога були зайвими. Наприклад, призначення кліндаміцину, імовірно, за все, було більш недоцільним порівняно з призначенням амоксициліну (відношення ризиків (ВР) 1,10; 95% довірчий інтервал (ДІ) 1,05–1,15). Загалом втручання, пов'язані з протезуванням (ВР 2,31; 95% ДІ 2,22–2,41), імплантацією зубів (ВР 1,66; 95% ДІ 1,45–1,89), процедури, виконувані у жінок (ВР 1,21; 95% ДІ 1,17–1,25) та візити до спеціалістів у західній частині країни (ВР 1,15; 95% ДІ 1,06–1,25) асоціювалися з недоцільним проведенням антибіотикопрофілактики.

Настанова з контролю мультирезистентних мікроорганізмів у закладах охорони здоров'я



повний матеріал
на accemedin.com

Загальна інформація

Визначення мультирезистентних мікроорганізмів. За епідеміологічним визначенням, термін «мультирезистентний мікроорганізм» (далі МРМ) означає мікроорганізм, переважно бактерію, який є нечутливим до більше ніж одного класу антимікробних препаратів. Незважаючи на те, що назви окремих МРМ часто описують нечутливість тільки до одного агенту (напр., метицилін-резистентний золотистий стафілокок – далі МРЗС, ванкоміцин-резистентні ентерококи – далі ВРЕ), ці патогени часто є нечутливими до найбільш доступних протимікробних препаратів.

Ці високорезистентні організми заслуговують особливої уваги у закладах охорони здоров'я. Окрім МРЗС та ВРЕ, особливе занепокоєння викликають окремі грамнегативні бактерії, зокрема ті, що синтезують бета-лактамази розширеного спектру, та інші, які є нечутливими до великої кількості класів протимікробних препаратів. До них відносяться не лише *Escherichia coli* та *Klebsiella pneumoniae*, а й штами *Acinetobacter baumannii*, резистентні до всіх протимікробних препаратів або до всіх, крім іміпенему, та такі мікроорганізми як *Stenotrophomonas maltophilia*, *Burkholderia cepacia* та *Ralstonia solanum*, які є, по суті, нечутливими до протимікробних препаратів найширшого спектру. У певних закладах, де пацієнт знаходиться довгий час (напр., заклади довготривалого догляду), важливо контролювати мультирезистентний *S. pneumoniae*, який є нечутливим до пеніциліну та інших антибіотиків широкого спектру, наприклад, макролідів та фторхінолонів. Штами золотистого стафілокока з помірно чутливістю або нечутливістю до ванкоміцину уражають певні групи пацієнтів, зокрема тих, що знаходяться на гемодіалізі (напр., помірно чутливий до ванкоміцину *S. aureus* [VISA], ванкоміцин-резистентний *S. aureus* [VRSA]).

Клінічне значення МРМ. Згідно з більшістю джерел, клінічні прояви інфекцій, спричинених МРМ, мало відрізняються від проявів інфекцій, викликаних чутливими збудниками. Однак, можливості лікування пацієнтів з цими інфекціями часто є дуже обмеженими. Наприклад, до недавнього часу, єдиним ефективним засобом для лікування інфекцій, спричинених МРЗС, був ванкоміцин, а протягом 90-х років, були практично відсутні препарати для лікування інфекцій, спричинених ванкоміцин-резистентними ентерококами. Попри наявність у наш час препаратів, здатних протидіяти МРЗС- та ВРЕ-асоційованим інфекціям, окремі ізолювані мікроорганізми вже досягнули резистентності до кожного з нових препаратів. Так само є обмеженими можливості для лікування інфекцій, спричинених окремими грамнегативними бактеріями, які синтезують бета-лактамази широкого спектру; резистентними до всіх протимікробних препаратів, крім іміпенему штамами *A. baumannii* та резистентними за своїми властивостями *Stenotrophomonas* sp. Ці обмеження можуть впливати на особливості антибіотикотерапії через стримування росту нормальної мікрофлори та створення сприятливого середовища для колонізації при зустрічі з

потенційно мультирезистентними мікроорганізмами (тобто селективна перевага).

Підвищення тривалості перебування на лікарняному ліжку, вартості лікування та смертності також є пов'язаними з МРМ. У двох дослідженнях було зафіксовано підвищення смертності, тривалості госпіталізації та лікарняних витрат, пов'язаних з інфекціями, що спричинені мультирезистентними грам-негативними бактеріями. До них увійшов спалах інфекції, викликаній *Klebsiella pneumoniae*, що продукує бета-лактамази широкого спектру, у неонатологічному відділенні інтенсивної терапії та непередбачувана резистентність *Enterobacter* spp. до цефалоспоринів третього покоління у госпіталізованих дорослих.

Нечутливість до ванкоміцину названо незалежним прогностичним фактором летального наслідку при бактеріємії, спричиненій ентерококами. Крім того, ВРЕ мають зв'язок з підвищенням смертності, тривалістю госпіталізації, кількістю переведень до інтенсивної терапії, кількістю хірургічних втручань та витратами при порівнянні пацієнтів, інфікованих ВРЕ, з відповідними групами не інфікованих пацієнтів.

Однак поведінка МРЗС відрізняється серед інших МРМ. При порівнянні групи пацієнтів з МРЗС та пацієнтів з метицилін-чутливим золотистим стафілококом, визначено, що пацієнти з МРЗС частіше мають клінічні прояви інфекції. До того ж, вища смертність зафіксована для окремих викликаних МРЗС інфекцій, зокрема бактеріємії, медіастиніту після стернотомії та інфекцій ділянки хірургічного втручання. Такі результати можуть бути наслідком пізнього початку прийому ванкоміцину, пов'язаного з цим зниження його бактерицидної активності або персистуючої бактеріємії, пов'язаної з особливостями штамів МРЗС. Також надалі очікується підвищення смертності, пов'язане з золотистим стафілококом зі зниженою чутливістю до ванкоміцину. Також у деяких дослідженнях було виявлено зв'язок між інфекціями, спричиненими МРЗС, та підвищенням тривалості госпіталізації і витрат лікарні, проте в інших дослідженнях його виявлено не було. Зрештою, у деяких лікарнях було виявлено підвищення загальної кількості стафілококових інфекцій, внаслідок появи МРЗС у лікарняних відділеннях або відділеннях особливого догляду.

Особливості передачі збудника

Коли МРМ потрапляє у лікарняне середовище, передача та стійкість збудника залежать від наявності вразливих до збудника пацієнтів, селективного тиску, зумовленого використанням протимікробних препаратів, високим потенціалом передачі від більшої кількості колонізованих або інфікованих пацієнтів («колонізаційний тиск»), ефективності проведення профілактичних заходів та ретельності їх дотримання. До пацієнтів, які є вразливими до колонізації та інфікування відносяться важкохворі, особливо з імунодефіцитом, пацієнти у ранньому післяопераційному періоді, або ті, хто має постійно встановлені медичні засоби (напр., сечові катетери або ендотрахеальні трубки).

Ставлення лікарів платформи accemedin.com до проблеми антибіотикорезистентності



повний матеріал
на accemedin.com

Стійкість до антибіотиків ВООЗ визнала однією з найсерйозніших загроз для здоров'я людства, продовольчої безпеки і розвитку. Тому вирішення проблеми антибіотикорезистентності є важливим пріоритетом.

Пропонуємо Вам ознайомитися з результатами опитувань «Антибіотикорезистентність» і «Призначення антибіотиків», що були проведені на платформі accemedin.com з метою визначити:

- ставлення лікарів нашої платформи до раціонального використання антибіотиків;
- думку лікарів платформи щодо вирішення проблеми подолання антибіотикорезистентності.

Усього в опитуваннях взяли участь 1185 респондентів: 608 лікарів вказали власне ставлення до призначення антибіотиків і 912 — щодо проблеми подолання антибіотикорезистентності. 335 лікарів відповіли на запитання обох анкет:

«Антибіотикорезистентність» — 912 лікарів-респондентів

- Лікарів терапевтичного профілю — 631 (69,19%)
- Лікарів хірургічного профілю — 197 (21,6%)
- Лікарів параклінічних служб — 84 (9,2%)

«Призначення антибіотиків» — 608 лікарів-респондентів

- Лікарів терапевтичного профілю — 411 (67,6%)
- Лікарів хірургічного профілю — 139 (22,9%)
- Лікарів параклінічних служб — 58 (9,5%)

В обох опитуваннях одночасно — 335 лікарів-респондентів

- Лікарів терапевтичного профілю — 220 (65,67%)
- Лікарів хірургічного профілю — 85 (25,37%)
- Лікарів параклінічних служб — 30 (8,96%)

Триває наукова дискусія щодо того, чи саме Дюшен відкрив антибіотичні властивості *Penicillium*; і чи ті види грибка, з якими працював Ернст Дюшен, дійсно виробляли пеніцилін, але 2% лікарів, що взяли участь в опитуванні, вважають його першовідкривачем антибіотиків.

Актуальність проблеми антибіотикорезистентності для лікарів платформи accemedin.com

35% респондентів визнають проблему подолання антибіотикорезистентності надзвичайно актуальною, 21% — значно актуальною, 31% — помірно актуальною. 13% не визнають це завдання першочерговим. 3% лікарів вказали, що ця проблема для них зовсім неактуальна, 10% — назвали її незначно актуальною.

Трохи з історії антибіотикотерапії

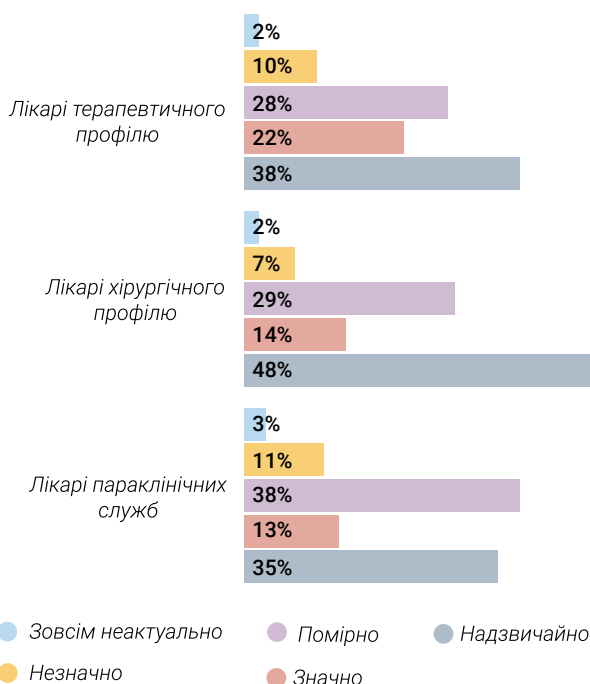
Британський бактеріолог Алексáндер Флémінг (англ. Alexander Fleming; 6 серпня 1881 — 11 березня 1955) виявив у чашці Петрі з бактеріями *Staphylococcus aureus* явище лізису клітин мікроорганізмів навколо колоній цвілевих грибів, що призвело до відкриття пеніциліну. Внесок Флемінга в історію боротьби людства з інфекційними захворюваннями такий вагомий, що ми безперечно вважаємо його батьком антибіотикотерапії. На запитання «Хто був першовідкривачем антибіотиків?» лікарі — учасники опитування — відповіли так:

- Говард Волтер Флорі — 3%
- Александр Флемінг — 85%
- Ернст Боріс Чейн — 1%
- Ернст Дюшен — 2%
- Не вказали нікого — 10%

Флемінг вирішив, що отримати лікарський препарат із плісневих грибів буде дуже складно. Методи очищення пеніциліну розробили Говард Волтер Флорі (англ. Howard Walter Florey; 24 вересня 1898 року — 21 лютого 1968 року) і Ернст Боріс Чейн (англ. Ernst Boris Chain; 19 червня 1906 — 12 серпня, 1979).

- Нобелівська премія з фізіології та медицини 1945 року «за відкриття пеніциліну і його цілющого впливу при різних інфекційних хворобах» була присуджена всім трьом видатним науковцям.
- Французький лікар Ернест Дюшен (30 травня 1874 — 12 квітня 1912) у 1897-му році в Ліоні захистив дисертацію про мікробний антагонізм. Його робота залишалася невідомою впродовж п'ятдесяти років.

Наскільки для Вас актуальна проблема антибіотикорезистентності?



ПРОЙДІТЬ ДИСТАНЦІЙНИЙ КУРС

Грип: ведення на догоспітальному етапі



АВТОР КУРСУ

Голубовська Ольга Анатоліївна

доктор медичних наук, професор кафедри
інфекційних хвороб НМУ ім. О.О. Богомольця



пройти курс

ТІЛЬКИ ДЛЯ
ОБРАНИХ ЛІКАРІВ



ПРАЦЮЙТЕ

Використовуйте досвід
ваших колег з усього світу,
а також довідникову та іншу
професійну інформацію,
протоколи лікування
та медичні калькулятори



РОЗВИВАЙТЕСЯ

Отримуйте нові знання
від лідерів думок
галузі охорони здоров'я
через відеокурси та медичні
матеріали з більше ніж
200 міжнародних
та національних джерел
фахової інформації для лікарів



ЗАРОБЛЯЙТЕ

Отримуйте легальні гонорари за власні
знання: беріть участь у професійних
дослідженнях, персональних програмах
безперервного професійного розвитку
та авторських програмах. Гроші йдуть
за пацієнтом до розумного лікаря!



СПІЛКУЙТЕСЯ

Діліться власними цікавими
клінічними випадками, оцінюйте
профіль своїх колег, а також
їхні публікації, виступи та коментарі

Зареєструйтеся безкоштовно на accemedin.com, проходите опитування,
знайомтеся з матеріалами, отримуйте безоплатно персональний ID лікаря,
заповнюйте особисте освітнє портфоліо, збільшуйте свої статки
завдяки своїм знанням!