

Деконтаминация ЖКТ:

прошлое,
настоящее,
будущее

Ю. И. Налапко

БУС - 2016

Конфликт интересов:

Отсутствует

Инфекции в ОИТ:

тяжелые осложнения, влекущие увеличение
стоимости лечения, длительности лечения, летальности

Разработан в Англии в 1977 г.,
применен в Бельгии в 1984 г.

Stoutenbeek CP, van Saene HKF, Miranda DR, Zandstra DF. A new technique of infection prevention in the ICU by selective decontamination of the digestive tract. Acta Anaesthesiol Belg 3:209;13

Stoutenbeek CP, van Saene HKF, Miranda DR and Zandstra DF. The effect of selective decontamination of the digestive tract on colonization and infection rate in multiple trauma patients. Intensive Care Med 1984;10:185-192

ЧАСТОТА ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ 81% → 16%
ЛЕТАЛЬНОСТЬ 23% → 15%

Селективная деконтаминация... чего?

СД ЖКТ:

Орофарингеально – пасты 2% препаратов: ПОЛИМИКСИН Е, ТОБРАМИЦИН и АМФОТЕРИЦИН В (каждые 6 часов)

+

В назогастральный зонд суспензия:

ПОЛИМИКСИН Е 100 мг,

ТОБРАМИЦИН 80 мг и

АМФОТЕРИЦИН В 500 мг (каждые 6 часов)

+-

*Цефотаксим 1000 мг внутривенно каждые 6 часов или
ципрофлоксацин 400 мг каждые 12 часов.*

Селективная деконтаминация

*Антибиотикопрофилактика инфекций
нижних дыхательных путей и инфекций крови
у пациентов ОИТ*

Концепция носительства:

*Инфекции – главная угроза для пациента ОИТ
Профилактическое назначение парентеральных,
энтеральных и топических АБ*

Носительство и колонизация

Носительство – выделение потенциальных патогенов из 2 посевов в течение 1 недели (рот и/или прямая кишка)

Нормальное носительство:

Str.pneumoniae

Haemophilus influenzae

Moraxella catarrhalis

S.Aureus

E.Coli

Candida albicans

Носительство и колонизация

Патологическое носительство:

MRSA

Klebsiella

Proteus

Morganella

Citrobacter

Enterobacter

Serratia

Acinetobacter

Pseudomonas

Носительство и колонизация

Колонизация:

*Выявление патогенов в местах,
обычно стерильных*

Селективная деконтаминация... чего?

СД ЖКТ – Грам-, S.aureus, грибы

Орофарингеально – пасти 2% препаратов: ПОЛИМИКСИН Е, ТОБРАМИЦИН и АМФОТЕРИЦИН В (каждые 6 часов)

+

В назогастральный зонд суспензия:

ПОЛИМИКСИН Е 100 мг,

ТОБРАМИЦИН 80 мг и

АМФОТЕРИЦИН В 500 мг (каждые 6 часов)

+-

*Цефотаксим 1000 мг внутривенно каждые 6 часов или
ципрофлоксацин 400 мг каждые 12 часов.*

Селективная деконтаминация... чего?

СД РП:

ТОЛЬКО орофарингеально – пасты 2% препаратов:
ПОЛИМИКСИН Е, ТОБРАМИЦИН и АМФОТЕРИЦИН В
(каждые 6 часов)

+

В назогастральный зонд суспензия:

ПОЛИМИКСИН Е 100 мг,

ТОБРАМИЦИН 80 мг и

АМФОТЕРИЦИН В 500 мг (каждые 6 часов)

+/-

Цефотаксим 1000 мг внутривенно каждые 6 часов или

ципрофлоксацин 400 мг каждые 12 часов.

Селективная деконтаминация... чего?

СД РП – профилактика ВАП!

ТОЛЬКО орофарингеально – пасты 2% препаратов:
ПОЛИМИКСИН Е, ТОБРАМИЦИН и АМФОТЕРИЦИН В
(каждые 6 часов)

+

В назогастральный зонд суспензия:

ПОЛИМИКСИН Е 100 мг,

ТОБРАМИЦИН 80 мг и

АМФОТЕРИЦИН В 500 мг (каждые 6 часов)

+/-

Цефотаксим 1000 мг внутривенно каждые 6 часов или

ципрофлоксацин 400 мг каждые 12 часов.

Да здравствует СД ЖКТ?

*В 1980-2000-е годы –
оглушительный успех и...*

резистентная микрофлора

(MRSA, VRE, CRO)

Типы инфекций

Первичная эндогенная

Вторичная эндогенная

Экзогенная

Типы инфекций

Первичная эндогенная

Вторичная эндогенная

Экзогенная

Типы инфекций

Первичная эндогенная

*Наличие при поступлении в
ротовой полости / кишечнике*

Профилактика: антибиотики

Типы инфекций

Первичная эндогенная

Вторичная эндогенная

Экзогенная

Типы инфекций

Вторичная эндогенная

*Вызывается ППМ,
отсутствующими при
госпитализации*

Профилактика: эрадикация

Селективная деконтаминация ротовой полости: предпосылки

Oropharynx

S. Viridans	10 ⁵	100%
Anaerobes	10 ¹²	100%
S. Pneum.	10 ⁵	30-80%
H. Influenza	10 ⁵	30-80%
S. Aureus	10 ³	30-80%
Enterobacter	10 ³	15%
Pseudom.	10 ³	15%

Intestinal

Anaerobes	10 ¹¹	100%
Enterococci	10 ⁴	100%
E Coli	10 ⁵	90%
Yeast	10 ³	20-40%
Enterobacter	10 ³	15%
Pseudom.	10 ³	15

Типы инфекций

Первичная эндогенная

Вторичная эндогенная

Экзогенная

Типы инфекций

Экзогенная

Внутригоспитальная=ИОМП

Профилактика: гигиена

Типы инфекций

ППМ	Время	Профилактика
Первичная 6 нормальных эндогенная (50%)	< 1 недели	Парентеральная АБТ
Вторичная 9 ненорм. эндогенная (30-35%)	> 1 недели	Топическая АБТ + гигиена
Экзогенная 9 ненорм. (10-15%)	любое	Гигиена

Am J Respir Crit Care Med 1997;157:1647-1655

Chest 2001;119:1160-1165

Anesth Intensive care 2002;30:275-282

J Hosp Infect 1999;42:125-133

4 принципа СД ЖКТ

- 1. Парентерально антибиотики (первые 4 дня)*
- 2. Локально/энтерально (полимиксин, тобрамицин, амфотерицин)*
- 3. Строгая гигиена*
- 4. Бактериологический контроль:*
 - тип инфекции*
 - оценить резистентность*
 - оценить эффективность СД*
 - устранить источники, в т.ч. внешние*

1. Антибиотики

Показаны

Цефалоспорины 3 поколения
Ко-тримоксазол
Ципрофлоксацин
Метронидазол
Эритромицин
Тетраиклин

Не показаны

Пенициллины
Амоксициллин+клавулон.
Пиперациллин+тазобактам
Карбапенемы
Клиндамицин

2. Топические

ПТА

3. Гигиена

- *Ополаскивание / чистка зубов щеткой (хлоргексидин 2%)*
- *ПТА местно вокруг трахеостомы 4 р/д*
- *Посевы 2 раза в неделю из ротовой полости, прямой кишки, раны*
- *При наличии колоний грибов в моче – промывание мочевого пузыря 5 мг Амфотерицина В 2 р/д*
- *Небулайзер: колистин или тбрамицин (наличие Proteus в дыхательных путях)*

4. Бактериологический контроль

- *Клинический микробиолог*
- *Анестезиолог*
- *Клинический фармаколог*
- *Администратор*

Комплаинс СД ЖКТ

Великобритания – 4% ОИТ

Дания – 24% ОИТ

- *«Недостаточно доказательств»*
- *Незаинтересованность фармпроизводителей*
- *Различия in vitro и in vivo*
- *Дисбактериоз*

Будущее СД ЖКТ

*Созданы протоколы ДМ
относительно СД ЖКТ*

*Поддержка СД ЖКТ Европейскими, Британскими и
Американскими профессиональными обществами:
«ДЕШЕВЫЙ МЕТОД СНИЗИТЬ ЛЕТАЛЬНОСТЬ»*

*СД ЖКТ может продлить
эру антибиотиков*

Выводы

3 типа инфекций

**Дифференцированно выбирать
СД ЖКТ и СД РП**

Гигиена

**Определение внешних источников
заражения**

Ю.И.Налапко
Луганск – Киев, Украина