ОТВЕТЫ МИТРОХИНА С.Д., д.м.н., профессора, зав. отделом клинической фармакологии с центром клинических исследований, ГБУЗ "ГКБ № 67 им. Л.А.Ворохобова" ДЗ г.Москвы, НА ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКИХ МИКРОБИОЛОГОВ (ЗАОЧНОЕ УЧАСТИЕ В ДИСКУССИИ, СЕМИНАР СОВЕТА ПО ИСМП, 03.06.2019)

1. Нужна ли Вам в бланках результатов исследований информация о природной резистентности выделенного возбудителя?

Нет, не нужно. Для адекватной АБ - терапии достаточно результатов приобретенной резистентности у конкретного штамма.

2. Какой формат антибиограмм Вас больше всего устраивает: сокращенный или полный? Имеется в виду, что короткий формат – это только те антибиотики, к которым определялась чувствительность, а интерпретация к другим внизу текстом. Полный формат – чувствительность с учетом интерпретаций и природной резистентности.

Предпочитаю короткий формат, необходимый для принятия решения у "постели больного"

3. Имеет ли смысл выписывать чувствительность к АБ групповым типом? Например: аминогликозиды, макролиды, аминопенициллины, ингибиторзащищенные пенициллины, цефалоспорины I, II, III, IV, V и др.?

Нет. Нужен результат по отдельным АМП, т.к. перекрестная резистентность бывает не во всех группах АМП

4. В каких случаях требуется предварительный результат о наличии возбудителя в биоматериале? Его грампринадлежность?

При ургентном состоянии, например, сепсис/септический шок

5. Какими критериями пользоваться клиническому микробиологу при интерпретации антибиограмм: клин. рекомендациями от 2015 г. или текущей версией EUCAST или CLSI?

Главное что бы применялись одни и те же критерии, используемые при трактовке различных результатов, полученных при различных исследованиях.

6. Являются ли быстрые тесты (ПЦР, хромогенные среды и др.), определяющие механизм резистентности, достаточным основанием для выбора или коррекции АБ терапии?

Да. Являются

7. Как оптимизировать быструю передачу врачу результаты микробиологических исследований (законченных и предварительных)?

Телефон, компьютер и др. IT - технологии.

8. Как правильно организовать мониторинг возбудителей ИСМП и их чувствительности к АБ в стационаре?

Надо заставлять лечащих врачей отправлять материал от больного с ИСМП в микробиологическую лабораторию

9. Применение цефоперазона/сульбактама в педиатрии. Какие инфекции лечим. Биодоступность. Преимущества перед другими амп или комбинациями. Монотерапия или комбинированное использование. Мнение клинфармаколога и лечащих врачей.

Должен применяться с осторожностью, по строгим показаниям и под контролем функций внутренних органов (печень, почки и т.д.)

10. Выбор эмпирической терапии в педиатрической практике. Сепсис, менингит, пневмония, бакэндокардит, гинекологические инфекции, инфекции МВП, интраабдоминальные инфекции - не связанные с операцией и послеоперационные.

По тем же принципам и подходам, что и во "взрослой" практике

11. Периоперационная профилактика - выбор препаратов и экономическая целесообразность.

Как такового выбора нет. АМП для профилактики в хирургии это: цефазолин, цефуроксим или защищенный ампициллин/ амоксициллин (клавулановая к-та или сульбактам). Экономическая целесообразность - лечить всегда дороже, чем профилактировать.