

ATB u hospitalizovaných pacientů, potřeba vzniku stanoviska panelu k zásadám racionální antibiotické léčby v nemocnicích a k vybraným otázkám systémové implementace ATBS v podmínkách českého zdravotnictví.

Zástupci společností Roche, s. r. o. – Diagnostická divize a Thermo Fisher Diagnostics CZ, s. r. o., byli jednání přítomni výhradně v roli technických organizátorů, bez jakéhokoli zapojení do diskuze či ovlivnění jejích závěrů.

Výstupy AB

Diskuze byla zaznamenána ve formátu audiozáznamu se souhlasem všech členů panelu, následně transkribována a přetvořena do souhrnného textu, jehož obsah reflektuje projednávaná témata a průběh diskuze k předmětné problematice. Text byl zformátován do struktury „souhrn panelové diskuze“ a opakovaně připomínkovan v rámci AB až do získání souhlasu všech členů panelu s jeho věcným obsahem. Dokument v předložené podobě vyjadřuje názory a konsenzuální stanovisko členů panelu a nelze jej považovat za systematický literární přehled problematiky či ekvivalent odborného doporučení pro ATBS.

Výsledky

Složení AB

- Adámková Václava (Společnost pro lékařskou mikrobiologii ČLS JEP)
- Černý Vladimír (Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (ČLS JEP) – odborný koordinátor AB a diskuze
- Dlouhý Pavel (Společnost infekčního lékařství ČLS JEP)
- Malina Pavel (Česká společnost klinické biochemie ČLS JEP)
- Matějovič Martin (Česká internistická společnost ČLS JEP)
- Šrámek Vladimír (Česká společnost intenzivní medicíny ČLS JEP)
- Žemličková Helena (Společnost pro epidemiologii a mikrobiologii ČLS JEP)

Souhrn diskuze AB

Členové AB sdíleli své zkušenosti, diskutovali současný stav klinické praxe používání ATB u hospitalizovaných pacientů (s důrazem na pracoviště typu JIP/ARO) a související odborné či organizační problémy. Mezi diskutované okruhy témat patřily:

- strategie eskalace a deeskalace antibiotické léčby,
- využití laboratorní diagnostiky při zahajování a ukončování podávání ATB,
- postupy prevence vzniku a šíření MDR kmenů,
- význam ATBS v klinické praxi a v systémech řízení nemocnic,
- překážky efektivní implementace ATBS v ČR – individuální anebo systémové.

Text práce a formulace názorů panelu byly zpracovány bez jakékoliv účasti či zasahování do jejich struktury a obsahu ze strany Roche, s. r. o. – Diagnostická divize a Thermo Fisher Diagnostics CZ, s. r. o. Analýza diskuze umožnila strukturovat a formulovat příspěvky členů panelu do následujících tematických okruhů:

Současný stav ATBS v ČR

- V ČR neexistuje ucelený legislativní rámec pro ATBS.
- Mezinárodní doporučení (CDC, ECDC, ESAC) nejsou systematicky adaptována do praxe.
- Neexistují jednotné národní indikátory kvality antibiotické péče.

Racionální indikace antibiotik

- Antibiotická léčba by měla být indikována pouze na základě klinických příznaků infekce, nikoliv izolovaného mikrobiologického nálezu.
- Rozhodování má být individualizované, s důrazem na klinickou diagnózu, mikrobiologické vyšetření a stanovení citlivosti patogenů.
- Obava z rizika rezistence by neměla převážet v situacích dostatečně odborně zdůvodněné klinické potřeby empirického podávání širokospektrých a/nebo rezervních ATB.
- Každé podání ATB zvyšuje riziko narušení střevního mikrobiomu a přispívá k nárůstu antibiotické rezistence.
- Součástí zdravotnické dokumentace má být informace o průkazu MDR patogenů u konkrétního pacienta a antibiotický dekurz s výčtem užívaných ATB.
- Nemocniční informační systémy většinou neumožňují efektivní editaci antibiotické dokumentace, což ztěžuje sledování indikací a racionalitu léčby.

Délka podávání antibiotik

- Délka antibiotické léčby by měla být co nejkratší, přizpůsobená individuální klinické odpovědi a charakteristikám typu infekce i pacienta.
- V odborné komunitě existuje podle názoru některých členů panelu nedostatečná úroveň znalostí důkazů podporujících zkrácení léčby ATB.
- Chybí standardizované dokumenty pro ukončování antibiotické léčby, což vede k velké variabilitě doby podávání ATB v klinické praxi.

Deeskalace empirické antibiotické léčby

- Deeskalace antibiotické léčby je v ČR podprůměrná (odhad panelu je cca 10 % oproti evropskému průměru).
- Systémy tzv. „stop orders“ (= automatické přehodnocení léčby) nejsou běžně zavedené, léčba ATB často pokračuje bez opětovného zvážení indikace.
- Včasná konverze podání ATB z intravenózního na perorální není systémově dostatečně implementována.

Role biomarkerů při rozhodování o ukončení antibiotické léčby

- Biomarkery nelze používat izolovaně, vždy musí být hodnoceny v klinickém kontextu.
- Prokalcitonin (PCT) je „nejslibnější“ biomarker pro rozhodování o ukončení léčby, především u respiračních infekcí, jako je např. komunitní pneumonie.
- C-reaktivní protein (CRP) je také užitečný, ale méně specifický než PCT. Ideální je kombinace PCT a CRP.