








ინფექციური გართულებები პერიტონეული დიალიზის დროს

ქეთევან დალაქიშვილი MD

ISPD Peritonitis Guideline Recommendations: 2022 Update on Prevention and Treatment

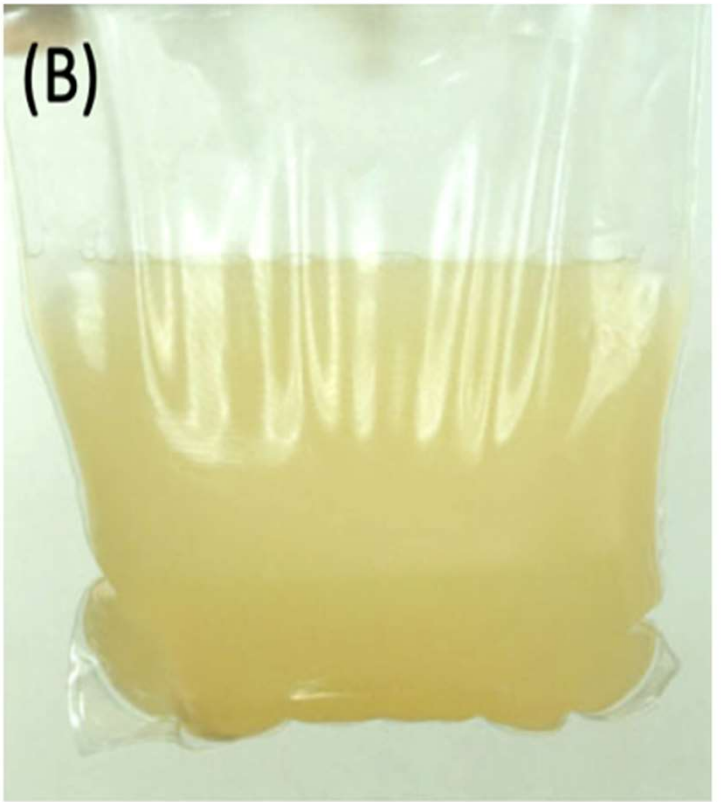
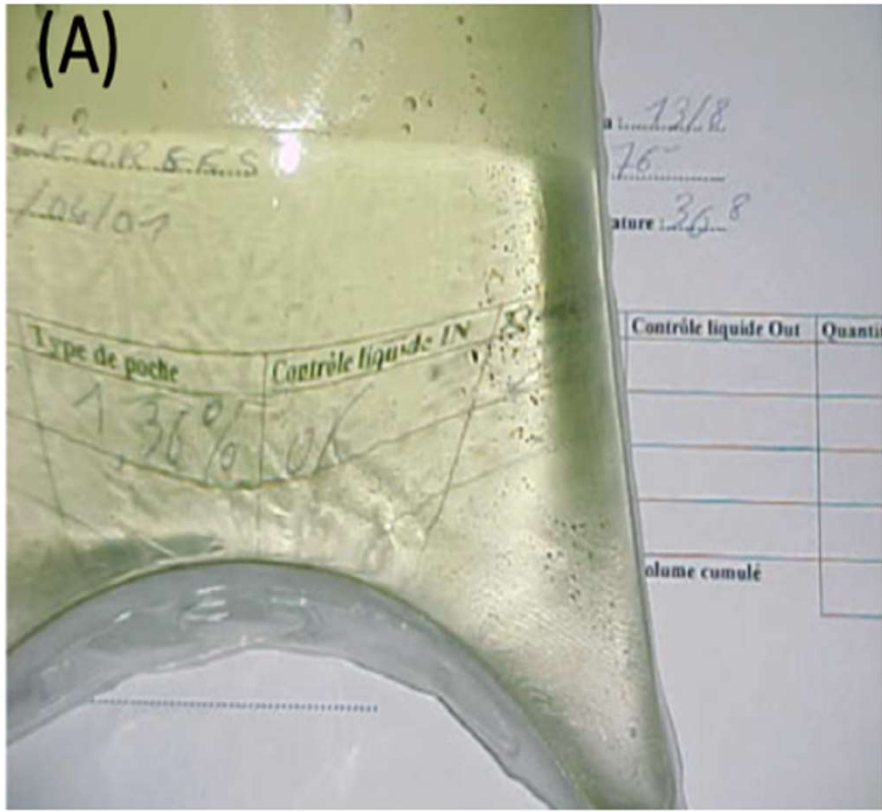


PERITONEAL
DIALYSIS
INTERNATIONAL

Definitions and measurement of peritonitis	Prevention of peritonitis	Treatment of peritonitis: initial and subsequent	Monitoring response to peritonitis treatment <i>(including indications for catheter removal)</i>	Return to PD after cessation of PD <i>(due to peritonitis-related catheter removal)</i>
 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cause-specific peritonitis <input type="checkbox"/> Time-specific peritonitis <input type="checkbox"/> Outcomes-specific definitions 	 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Catheter placement <input type="checkbox"/> Exit-site care <input type="checkbox"/> Contamination of PD system <input type="checkbox"/> Invasive G.I. and Gynecological procedures <input type="checkbox"/> Training program <input type="checkbox"/> Domestic pet and zoonotic infections 	 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identification of causative organisms <input type="checkbox"/> Empiric antibiotic selection <input type="checkbox"/> Dosage of antibiotics <input type="checkbox"/> Antibiotic delivery and stability 	 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Refractory peritonitis <input type="checkbox"/> Relapsing, recurrent and repeat peritonitis 	

These recommendations are evidence-based where evidence is available, and if multiple reports are available, findings from the more recent publications have been incorporated by the committee.

Philip Kam-Tao Li, Kai Ming Chow, Yeoungjee Cho, et al. **ISPD Peritonitis Guideline Recommendations: 2022 Update on Prevention and Treatment.** *Perit Dial Int.* DOI:10.1177/08968608221080586
Visual Graphic by Edgar Lerma, MD



პერიტონეული დიალიზთან ასოცირებული პერიტონიტის დიაგნოსტიკა:

პერიტონიტის დიაგნოსტიკა უნდა მოხდეს ქვემოთ ჩამოთვლილიდან მინიმუმ ორი მახასიათებლის არსებობისას.

- ✓ კლინიკური ნიშნები, რომლებიც შეესაბამება პერიტონიტს, ანუ მუცლის ტკივილს და/ან შემღვეული სადიალიზო სითხე;
- ✓ პერიტონეული დიალიზის ხსნარში თეთრი უჯრედების რაოდენობა $> 100/\mu\text{L}$ ან $> 0,1 \times 10^9/\text{ლ}$ (მინიმუმ 2 სთ დაყოვნების შემდეგ), $> 50\%$ პოლიმორფონუკლეარული ლეიკოციტებით ;
- ✓ პერიტონეული ხსნარის დადებითი კულტურა (1C).

გამომწვევ-სპეციფიკური პერიტონიტი

- რეკომენდირებულია პერიტონიტის დიაგნოზი ემყარებოდეს ბაქტერიოლოგიური კვლევით გამოვლენილ გამომწვევს (მაგ. *Staphylococcus aureus* ასოც. პერიტონიტი; (1C).
- კულტურა-ნეგატიური პერიტონიტი, როდესაც პერიტონიტი განისაზღვრება ზემოთ ჩამოთვლილი მინიმუმ ორი კრიტერიუმით, მაგრამ არ იდენტიფიცირდება კონკრეტული გამომწვევი.
- პერიტონიტი გამოწვეული კათეტერის გამოსავალი ნაწილის და გვირაბის ინფექციით.
- ენტერული პერიტონიტი, რომლის განვითარების მიზეზი შეიძლება გახდეს ნაწლავის ანთებითი დაავადებები, პერფორაცია ან ინტრააბდომინალური ორგანოების იშემია.

დროზე დამოკიდებული პერიტონიტი

- ✓ პრე-PD პერიტონიტის განისაზღვრება, როგორც პერიტონიტის ეპიზოდი, რომელიც ვითარდება PD კათეტერის იმპლანტაციის შემდეგ PD მკურნალობის დაწყებამდე.

PD-ს დაწყების თარიღად განისაზღვრება დღე, როდესაც PD-ის ხსნარის პირველი ჩანაცვლება მოხდება გრძელვადიანი მკურნალობის პროცესის გაგრძელებით. PD კათეტერის პერიოდული ჩარეცხვა კათეტერის გამავლობის შენარჩუნების მიზნით არ კვალიფიცირდება როგორც PD დაწყება;

- ✓ პერიტონეულ დიალიზთან ასოცირებული პერიტონიტი(რომელიც ვითარდება პერიტონეული დიალიზით მკურნალობის დაწყების შემდეგ);
- ✓ პდ კათეტერის იმპლანტაციასთან დაკავშირებული პერიტონიტი(რომლის განვითარება განისაზღვრება პერიტონეული დიალიზის კათეტერის იმპლანტაციიდან 30 დღის ვადაში).

პდ ასოცირებული პერიტონიტის მართვის მენეჯმენტი:

კლინიკური შეფასება: კათეტერის გამოსავალი ნაწილის, სანათურის და კათეტერის გვირაბის შეფასება, უნდა განისაზღვროს პდ ხსნარის უჯრედოვნება, განხორციელდეს გრამის წესით შეღებვა და ბაქტერიული კვლევა.

ანტიბაქტერიული თერაპიის დაწყება დაუყოვნებლივ ი/პ.ემპირიული თერაპია განისაზღვრება პაციენტის წარსული ისტორიით.

გრამ-დადებითი
გამომწვევი: ცეფალოსპორინები I თაობა ან ვანკომიცინი

გრამ-უარყოფითი
გამომწვევი: ცეფალოსპორინები III თაობა ან ამინოგლიკოზიდები

მონოთერაპია IV თაობის
ცეფალოსპორინები

თანმხლები თერაპია: ჰეპარინი ი/პ; ანტიფუნგალური პროფილაქტიკა; ტკივილის კონტროლი;

დიფ.დიაგნოსტიკა პდ ხნარის შემღვრევის შემთხვევაში:

■ უჯრედული მიზეზები:

- ✓ პოლიმორფულბირთვიანი ლეიკოციტები: კულტურა დადებითი პერიტონიტი; კულტურა ნეგატიური პერიტონიტი; ქიმიური პერიტონიტი.
- ✓ ეოზინოფილები: ეოზინოფილები დიალიზატში; ქიმიური პერიტონიტი.
- ✓ მონოციტები/მაკროფაგები: ნიმუში აღებული „მშრალი მუცლიდან“.
- ✓ სისხლის წითელი უჯრედები: ჰემოპერიტონეუმი.
- ✓ ატიპიური უჯრედები: ლიმფომა, პერიტონეული მტს.

არაუჯრედული მიზეზები:

- ✓ ფიბრინი;
- ✓ ტრიგლიცერიდები (კალციუმის არხის ბლოკაჟები, ლიმფური გზების ობსტრუქცია, მწვავე პანკრეატიტი).

პერიტონიტის შემდგომი მართვა

რეკომენდირებულია ანტიბაქტერიული თერაპიის კორექტირება, როგორც კი ბაქტერიოლოგიური კვლევისა და ანტიბიოტიკოთერაპიის შედეგები გახდება ცნობილი.(1C)

გამომწვევი მიკრობი:Staphylococcus aureus

სენსიტიურობის გათვალისწინებით გრძელდება გრამ დადებით ფლორაზე მოქმედი თერაპია და წყდება გრამ უარყოფით ფლორაზე მოქმედი ანტიბაქტერიული თერაპია.

მეტიცილინის მიმართ რეზისტენტობის შემთხვევაში(MRSA)გადასვლა ვანკომიცინზე.

შეაფასეთ კლინიკური გაუმჯობესება, სადიალიზო სითხეში გაიმეორეთ უჯრედების რაოდენობრივი შეფასება, გაიმეორეთ ბაქტერიოლოგიური კვლევა 72სთ-ში.

ანტიბაქტერიული
თერაპია 21 დღე ი/პ

კლინიკური გაუმჯობესება

არ აღინიშნება კლინიკური
გაუმჯობესება მკურნალობის
დაწყებიდან 5 დღეში

პდ კატეტერის
ამოღება,ანტიბაქტერიული
თერაპია 14 დღე

პერიტონიტის შემდგომი მართვა

რეკომენდირებულია ანტიბაქტერიული თერაპიის კორექტირება, როგორც კი ბაქტერიოლოგიური კვლევისა და ანტიბიოტიკოთერაპიის შედეგები გახდება ცნობილი.(1C)

გამომწვევი მიკრობი: Streptococcus

გრძელდება ცეფაზოლინი ი/პ; წყდება გრამურყოფით ფლორაზე მოქმედი ანტიბაქტერიული თერაპია

თუ აღინიშნება ალერგიული რეაქცია ან რეზისტენტობა პენიცილინი/ცეფალოსპორინების მიმართ უნდა შიცვალოს ცეფაზოლინი ვანკომიცინით.

შეაფასეთ კლინიკური გაუმჯობესება, სადიალიზო სითხეში გაიმეორეთ უჯრედების რაოდენობრივი შეფასება, გაიმეორეთ ბაქტერიოლოგიური კვლევა 72სთ-ში.

ანტიბაქტერიული თერაპია 14 დღე ი/პ

კლინიკური გაუმჯობესება

არ აღინიშნება კლინიკური გაუმჯობესება მკურნალობის დაწყებიდან 5 დღეში

პდ კატეტერის ამოღება, ანტიბაქტერიული თერაპია 14 დღე

პერიტონიტის შემდგომი მართვა

რეკომენდირებულია ანტიბაქტერიული თერაპიის კორექტირება, როგორც კი ბაქტერიოლოგიური კვლევისა და ანტიბიოტიკოთერაპიის შედეგები გახდება ცნობილი.(1C)

გამომწვევი მიკრობი:სხვა გრამდადებითი მიკროორგანიზმები, მათ შორის კოაგულაზა ნეგატიური Staphylococcus.

სენსიტიურობის გათვალისწინებით გრძელდება გრამ დადებით ფლორაზე მოქმედი თერაპია და წყდება გრამ უარყოფით ფლორაზე მოქმედი ანტიბაქტერიული თერაპია

შეაფასეთ კლინიკური გაუმჯობესება, სადიალიზო სითხეში გაიმეორეთ უჯრედების რაოდენობრივი შეფასება, გაიმეორეთ ბაქტერიოლოგიური კვლევა 72სთ-ში.

ანტიბაქტერიული
თერაპია 14 დღე ი/პ

კლინიკური გაუმჯობესება

არ აღინიშნება კლინიკური
გაუმჯობესება მკურნალობის
დაწყებიდან 5 დღეში

პდ კათეტერის
ამოღება, ანტიბაქტერიული
თერაპია 14 დღე

არაფერმენტირებადი გრამუარყოფითი ბაქტერია

თუ არ აღინიშნება
კლ.გაუმჯობესება, განმ.
ბაქტ.კვლევა და შეფასება

თუ არ აღინიშნება
კლ.გაუმჯობესება 5 დღის ვადაში,
პდ კათეტერისნ ამოღება

Pseudomonas

Acinetobacter

Stenotrophomonas

2 სხვადასხვა მექანიზმის მქონე
ანტიბიოტიკის დანიშვნა
მგრძობელობის მიხ.გვირაბისა და
Exit site განმ.შეფასება.

Ciprofloxacin per os ან
Trimethoprim-sulfamethoxazole
per os ან Meropenem ი/პ
Aminoglycoside ი/პ.

კომბინირებული
ანტიბაქტერიული თერაპია 2
ანტიბაქტერიული
მედიკამენტით, მათ შორის ერთი
Trimethoprim-sulfamethoxazole.

ი/პ Ceftazidime ან Cefepime+ ი/პ
Gentamicin/Tobramycin/amikacin ან
Ciprofloxacin per os.

Amicacin ი/პ ან Colistin ი/პ
+/- Ampicilin/sulbactam.

მკურნალობის ხანგრძლივობა 21 დღე.

(თუ 5 დღის შემდეგ არ აღინიშნება გაუმჯობესება, პდკათეტერის ამოღება და მკურნალობის გაგრძელება შემდეგი 14 დღე).

რჩება პერსისტული Exit site და გვირაბის ინფექცია

უნდა განხილული იქნას ერთმომენტან პდ კათეტერის ამოღება და რეიმპლანტაცია.

ენტერული გრამუარყოფითი ბაქტერია

არასპეციფიკური

o/პ Cefazidime ან
Cefepime+ o/პ ან
Ciprofloxacin per os.

ESBL

Meropenem o/პ ან
Ciprofloxacin per os

Amp C

Enterobacter
cloacae, Serratia
, Citrobacter, Morgan
ella morgani

Cefepime+ o/პ ან
Ciprofloxacin per os ან
Meropenem o/პ

CPE

მგრძნობელობის
გათვალისწინებით
შერჩევა.

მკურნალობის ხანგრძლივობა 21 დღე.

(თუ 5 დღის შემდეგ არ აღინიშნება გაუმჯობესება, პდკათეტერის ამოღება და მკურნალობის გაგრძელება შემდეგი 14 დღე).



პოლიმიკრობული პერიტონიტი

რამდენიმე გრამ+ ან მიქს ინფექცია გრამ+/გრამ-

GI ტრაქტის პრობლემა? .

თერაპიის ცვლილება: Metronidazole per os
კომბინაციაში Amoxicillin per os და Gentamicin ი/პ ან
Ceftazidime ი/პ

ქირურგიული შეფასება

ლაპარატომია ინტრაბდომინალური
პათოლოგიის/აბსცესის შემთხვევაში და პდ კათეტერის
ამოღება.

ანტიბაქტერიული თერაპიის გაგრძელება მინიმუმ 21
დღე.

რამდენიმე გრამ+ გამომწვევი

ინფექციის შეხებით კონტამინაცია
პდ კათეტერის ინფექცია

მკურნალობის ხანგრძლივობა მინიმუმ 21 დღე
მგრძნობელობის გათვალისწინებით.

Exit site და გვირაბის
ინფექციის გარეშე

ანტიბაქტერიული თერაპია
მინიმუმ 21 დღე.

Exit site და გვირაბის
ინფექციით

პდ კათეტერის ამოღება

უარყოფითი ბაქტერიოლოგიური ნათესი-დღე 1 და 2

საწყისი თერაპიის გაგრძელება

დღე 3- ბაქტერიოლოგიური კვლევა კვლავ უარყოფითი, კლ. შეფასება, პდ ხსნარში უჯრედების განმეორებითი დათვლა და დიფერენცია.

კლინიკური გაუმჯობესება

გენტამიცინის
შეწყვეტა, ცეფაზოლინი ი/პ 14
დღე.

არ არის კლინიკური გაუმჯობესება

იშვიათი გამომწვევების
გამორიცხვა (Legionella, Mycobacteria)

დადებითი კულტურა

მკურნალობის
გაგრძ. მგრძნობელობის
მიხ.

5 დღის შემდეგ
კათეტერის ამოღება

უარყოფითი
კულტურა

კლ. გაუმჯობესება

მკურნალობის გაგრძელება მინ.
14 დღე

კათეტერის ამოღება, მკურნალობის
გაგრძელება მინ. 14 დღე

მკურნალობის
გაგრძელება მინ. 14 დღე

სოკოვანი პერიტონიტი

პდ კატეტერის ამოღება გადაუდებლად

საფუარი სოკოები .

ობის სოკოები

Fluconazole

ფლუკონაზოლ-
რეზისტენტული
შტამები: Candida
glabrata, Kodamaea
ohmeri, Pichia kudriavzevii

Aspergillus

Mucormycetes

Echinocandin per os ან
Voriconazole ი/ვ

Voriconazole per os ან
Posaconazole per os ან
Isavuconazole per os ან
Amphotericin B ი/ვ

Posaconazole ან
Amphotericin B ი/ვ

ტუბერკულოზური პერიტონიტი

Mycobacterium tuberculosis -ით გამოწვეული პერიტონიტის შემთხვევაში რეკომენდირებულია ანტიტუბერკულოზური მკურნალობის ჩატარება.

Isoniazid	Oral 5 mg/kg daily (maximum dose 300 mg daily)
Rifampicin	Oral 450 mg daily for BW <50 kg; 600 mg daily for BW ≥50 kg
Pyrazinamide	Oral 30 mg/kg three times weekly
Levofloxacin	Oral 250 mg every 48 h
Ofloxacin	Oral 200 mg daily
Ethambutol	Oral 15 mg/kg every 48 h
Moxifloxacin	Oral 400 mg daily
Pyridoxine	Oral 50–100 mg daily

არატუბერკულოზური მიკობაქტერიული პერიტონიტი

- რეკომენდირებულია: Ziehl-Neelsen-ის შეღებვას მჟავა ბაქტერიებზე, როდესაც არსებობს არატუბერკულოზური მიკობაქტერიული (NTM) პერიტონიტის კლინიკური ვარაუდი, მათ შორის მდგრადი კულტურა-უარყოფითი პერიტონიტის (2D).
- არატუბერკულოზური მიკობაქტერიული პერიტონიტის მკურნალობა. შესაძლებელია როგორც ანტიბიოტიკებით, ასევე კათეტერის მოცილებით (2D) ზოგადი რეკომენდაციების გათვალისწინებით.

პრევენცია

➤ კათეტერის იმპლანტაცია.

- რეკომენდირებულია სისტემური პროფილაქტიკური ანტიბიოტიკოთერაპიის ჩატარება კათეტერის იმპლანტაციამდე(1A).

➤ კათეტერის გამოსავალი ნაწილის მოვლა.

➤ PD-სთან დაკავშირებული სისტემების დაბინძურება.

- რეკომენდირებულია პროფილაქტიკურ ანტიბაქტერიული თერაპია PD სისტემების სველი დაბინძურების შემდეგ პერიტონიტის თავიდან ასაცილებლად (2D).

➤ ინვაზიური პროცედურები დაკავშირებული კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის კვლევასთან და გინეკოლოგიურ პროცედურებთან.

რეკომენდირებულია პროფილაქტიკური ანტიბაქტერიული თერაპია მაგ. კოლონოსკოპიის (2C) და ინვაზიური გინეკოლოგიური პროცედურების წინ.(2D).

პრევენცია

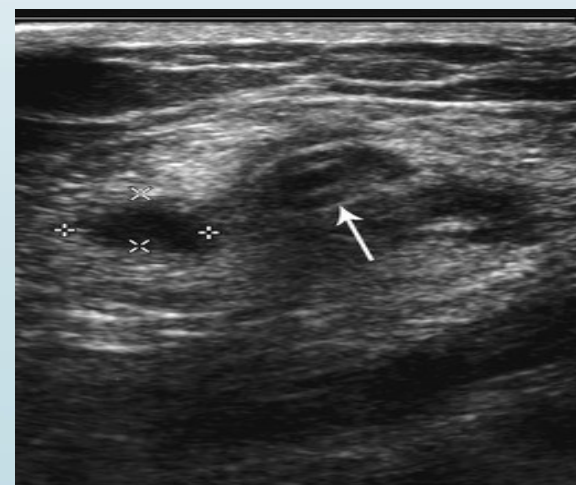
სასწავლო პროგრამები:

- რეკომენდირებულია გათვალისწინებული იქნას ISPD-ის მიერ რეკომენდირებული განახლებული ტრენინგის სახელმძღვანელო მითითებები, როგორც პაციენტების ასევე მათი მომვლელებისათვის.
- სასწავლო ტრენინგები უზრუნველყოფს პდ კათეტერის იმპლანტაციასთან დაკავშირებული ინფექციების განვითარების რისკების შემცირებას.

- კათეტერთან ასოცირებული ინფექციის ტიპები:

- ✓ *კათეტერის გამოსავალი ნაწილის ინფექცია*
:განისაზღვრება როგორც ჩირქოვანი გამონადენი კანის ერიტემატოზულ ცვლილებებთან ერთად ან მის გარეშე „კათეტერ-ეპიდერმის საზღვარზე“.

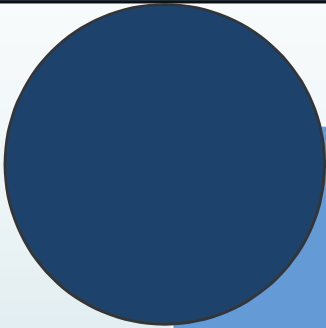
- ✓ *კათეტერის გვირაბის ინფექცია:*
განისაზღვრება როგორც ანთებითი პროცესის არსებობა პდ კათეტერის გვირაბის გასწვრივ(ერიტემა, შეშუპება, გამკვრივება, მტკივნეულობა, სითხის არსებობა).



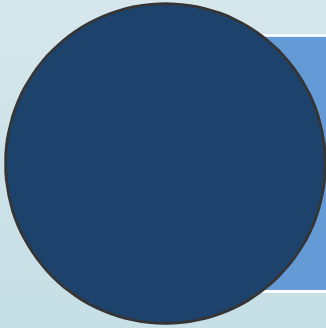


კათეტერ ასოცირებული ინფექციები კონკრეტული გამომწვევით.

კლასიფიკაცია



ბაქტერიული კულტურაში კონკრეტული გამომწვევი მიკრობის(ების) გათვალისწინებით, დადასტურებული ბაქტერიოლოგიური კვლევით.



კათეტერ ასოცირებული ინფექციები კონკრეტული გამომწვევი მიკრობის გარეშე(ბაქტერიოლოგიური კვლევის ურყოფითი შედეგით).

კათეტერ ასოცირებული ინფექციები კონკრეტული გამოსავლით:

- მკურნალობისადმი რეფრაქტერული კათეტერ ასოცირებული ინფექცია(როდესაც არ დგება შედეგი ანტიბაქტერიული თერაპიის ჩატარების 2 კვირის ვადაში და კათეტერის გამოსავალი ნაწილის სათანადო ინტენსიური დამუშავების პირობებში).
- რეკომენდირებულია პდ კათეტერის ექსპლანტაცია, დაკავშირებული ინფექციასთან, რომელიც არ ექვემდებარება სათანადო ანტიბაქტერიულ თერაპიას ან აღდგენით ქირურგიულ ჩარევას.

კათეტერის გამოსავალი ნაწილის მოვლა

- ✓ მუპიროცინისა და გენტამიცინის ადგილობრივი გამოყენების , ასევე მუპიროცინის ნაზალური გამოყენების შესახებ რეკომენდაციები მკაფიო არ არის.
- ✓ რეკომენდირებულია კათეტერის გამოსავალი ნაწილის დამუშავება მინიმუმ 2-ჯერ კვირაში. ყოველ ჯერზე ინტენსიური ფიზიკური დატვირთვის და დუშის შემდეგ.
- ✓ რეკომენდირებულია 3დ კათეტერის გამოსავალი ნაწილის დამუშავება პერიტონეული დიალიზის დაწყების გადადების ან დროებითი შეწყვეტის შემთხვევაში, სანამ კათეტერი რჩება.რეკომენდირებული არ არის მუდმივად სახვევი კათეტერის გამოსავალ ადგილზე, თუნდაც დამუშავების და ადგილობრივად ანტიბაქტერიული საშუალებების გამოყენების შემდეგ.
- ✓ რეკომენდირებულია 3დ კათეტერის იმობილიზაცია კათეტერის გამოსავალი ნაწილის ტრავმული დაზიანების თავიდან აცილების მიზნით.

კატეტერთან ასოცირებული ინფექციის მკურნალობა

ინფიცირებული კატეტერის გამოსავალი ნაწილის მოვლა

- რეკომენდირებულია ინფიცირებული კატეტერის გამოსავალი ნაწილის დათვალიერება და დამუშავება.
- კატეტერის გამოსავალი ნაწილის მკურნალობის მთავარ ასპექტს წარმოადგენს ინფექციის დროული ამოცნობა, შემდგომში გვირახის ინფექციისა და თანმხლები ინფექციების განვითარების თავიდან აცილების მიზნით.
- კატეტერის გამოსავალ ნაწილთან გრანულომების არსებობა მოითხოვს ამ ნაწილის დამატებით მოვლას, რადგან ისინი დაკავშირებულია კატეტერის გამოსავალი ადგილის ინფექციის მაღალ რისკთან.

ემპირიული ანტიბაქტერიული მკურნალობა:

- რეკომენდირებულია კატეტერის გამოსავალი ნაწილის ემპირიული პერორალური ანტიბიოტიკოთერაპია S.Aureus -ის დაფარვით(მაგ ცეფალოსპორინების პირველი თაობა ან ანტისტაფილოკოკური პენიცილინი). თუ პაციენტს ანამნეზში ჰქონდა ინფექციის ეპიზოდი მაგ: S.Aureus(MRSA) ან Pseudomonas გამომწვევით რეკომენდირებულია გამოყენებული იქნას გლიკოპეპტიდი(მაგ.ვანკომიცინი ან კლინდამიცინი თუ დადასტურებულია მისი მიკრობის მიმართ სენსიტიურობა) ან ანტიფსევდომონალური ანტიბაქტერიული საშუალებები.
- პერორალური ანტიბაქტერიული თერაპია ხშირად გამოიყენება ემპირიული მკურნალობის დროს, რომელიც პირველ რიგში ითვალისწინებს S.Aureus-ის დაფარვას.
- ISPD-ის 2022 წლის განახლებული რეკომენდაციების მიხედვით თანმხლები ანტიფუნგალური თერაპია უნდა დაინიშნოს ყველა პაციენტთან, ვისაც უტარდება ანტიბაქტერიული თერაპია ნებისმიერი მიზეზით, სოკოვანი პერიტონიტის განვითარების რისკის შესამცირებლად.

კათეტერის გამოსავალი ნაწილის ინფექცია ჩირქოვანი გამონადენით

იგივე გამომწვევი მიკრობით პერიტონიტის განვითარების შემთხვევაში კათეტერის ამოღება.

მიკროფლორის ნაცხი+გრამ შეღებვა(გამონადენის არსებობის შემთხვევაში)

კათეტერის გვირაბის დათვალიერება, ულტრასონოგრაფიული კვლევის ჩატარება გვირაბის ინფექციის გამორიცხვის მიზნით

გვირაბის ინფექციის მკურნალობის ალგორითმი

პერორალური ანტიბაქტერიული თერაპიის ჩატარება კათეტერის გამოსავალი ნაწილის მკურნალობის მიზნით

ანტიბაქტერიული თერაპიის შერჩევა ნათესის შედეგის და in vitro მგრძობელობის გათვალისწინებით

არატუბერკულოზური მიკობაქტერიები

Pseudomonas-ს სახეობები

სხვა ბაქტერიები

ინფექციონისტის კონსულტაცია, მკურნალობის ხანგრძლივობა არანაკლებ 4 კვირა.

მკურნალობის ხანგრძლივობა არანაკლებ 3 კვირა.

მკურნალობის ხანგრძლივობა 2 კვირა

მდგრადი ინფექციის არსებობის შემთხვევაში პდ კათეტერის ამოღება ან კათეტერის შეცვლის პროცედურა(ერთდროულად კათეტერის ამოღება და

თუ აღინიშნება კლინიკური გაუმჯობესება შესაძლებელია ანტიბაქტერიული თერაპიის ხანგრძლივობა შემცირდეს 7-10

მკურნალობის მონიტორინგი და ხანგრძლივობა

- რეკომენდირებულია ანტიბაქტერიული თერაპიის ხანგრძლივობის კორექტირება კატეტერის გამოსავალი ნაწილის ინფექციის კლინიკური სურათის, ბაქტერიული კვლევის შედეგების in vitro ანტიმიკრობული პრეპარატების მიმართ მგრძობელობის გათვალისწინებით.
- რეკომენდირებულია მკურნალობის ხანგრძლივობის მშეცირება 2 კვირიდან 7-10 დღემდე, თუ კლინიკურად მკურნალობის დაწყებიდან 1 კვირაში ინფექციის არსებობა აღარ დასურდება.
- რეკომენდირებულია Pseudomona-ს სხვადასხვა ტიპებით გამოწვეული კატეტერის გამოსავალი ნაწილის ეფექტური ანტიბაქტერიული მკურნალობა არანაკლებ 3 კვირა.
- რეკომენდირებულია კატეტერის გვირაბის ინფექციის შემთხვევაში მკურნალობის ხანგრძლივობა ეფექტური ანტიბაქტერიული საშუალებებით გაგრძელედეს არანაკლებ 3 კვირა.

პირველი რიგის ანტიბაქტერიული პრეპარატების გამოყენება კათეტერთან ასოცირებული ინფექციების დროს:

- ამოქსაცილინი /კლავულენის მჟავა 500/125მგ ან 250/125მგ 2-ჯერ დღეში
- ცეფალექსინი. 250-500მგ 2-ჯერ დღეში
- კლოქსაცილინი ან დიკლოქსაცილინი 500მგ 4-ჯერ დღეში.

ალტერნატიული პერორალური ანტიბაქტერიული პრეპარატების გამოყენება კათეტერთან ასოცირებული ინფექციების დროს:

- ციპროფლოქსაცინი 500-750მგ 1-ჯერ დღეში
- კლარიტრომიცინი 500მგ 1-ჯერ, შემდეგ 250მგ 2-ჯერ დღეში;
- კლინდამიცინი 300-450მგ 3-4 ჯერ დღეში;
- ლევოფლოქსაცინი 250მგ 1-ჯერ დღეში, ან 500მგ 48სთ-ში 1-ჯერ;
- ლინეზოლიდი 600მგ 2-ჯერ დღეში პირველი 48სთ, შემდეგ 300მგ 2-ჯერ დღეში;
- მოქსიფლოქსაცინი 400მგ 1-ჯერ დღეში
- რიფამპიცინი 450მგ 1-ჯერ დღეში(როდესაც სხეულის მასა <50კგ);600მგ 1-ჯერ დღეში(როდესაც სხეულის მასა. 50კგ);
რიფამიცინი არ ინიშნება მონოთერაპიის სახით S.Aureus-სთან ასოცირებული ინფექციების დროს.
- ტრიმეტოპრიმ/სულფამეტაქსაზოლი 80/400მგ 1-ჯერ ან 2-ჯერ დღეში ან 160/800მგ 1-ჯერ. დღეში.

პდ კათეტერის გამოსავალი ნაწილის გვირაბის ინფექციის მკურნალობა:

გვირაბის ინფექციის დიაგნოსტიკა კლინიკური და ულტრასონოგრაფიული კვლევის საფუძველზე.

მიკროფლორის ნაცხი+გრამ შეღებვა(გამონადენის არსებობის შემთხვევაში)

პერორალური ანტიბაქტერიული თერაპია(მაგ:ცეფალოსპორინები პირველი თაობა ან ანტისტაფილოკოკური პენიცილინი ან ვანკომიცინი ინგრაპერიტონეულად)

ანტიბაქტერიული თერაპიის შერჩევა ნათესის შედეგის და in vitro მგრძნობელობის გათვალისწინებით

მკურნალობის ხანგრძლივობა არანაკლებ 3 კვირა.

ჩატარებული მკურნალობის შედეგების რეგულარული შეფასება

შესაბამისი კლინიკური პასუხის შემთხვევაში ანტიბაქტერიული თერაპიის დასრულება

მდგრადი ინფექციის არსებობის შემთხვევაში პდ კათეტერის ამოღება ან კათეტერის გამოსავალი ნაწილის ადგილის შეცვლა.

ქირურგიული ჩარევა კათეტერ ასოცირებული ინფექციის დროს:

- რეკომენდირებულია პერიტონეულ დიალიზზე მყოფ პაციენტთან პდ კათეტერის ამოღება კათეტერის გამოსავალი ნაწილის ან გვირაბის ინფექციის არსებობის შემთხვევაში, რომელიც პროგრესირებს პერიტონიტის განვითარებამდე ან ვითარდება ერთდროულად ერთიდაიგივე გამომწვევის შემთხვევაში.
- თუ ეფექტური ანტიბაქტერიული თერაპიის ფონზე ვერ მიიღწევა კათეტერის გამოსავალი ნაწილის ან კათეტერის გვირაბის ინფექციის განკურნება რეკომენდირებულია ერთმომენტად პდ კათეტერის ამოღება და პდ კათეტერის რეიმპლანტაცია, კათეტერის გამოსავალი ადგილის შეცვლისა და ანტიბაქტერიული თერაპიის ფონზე.
- არ არის რეკომენდირებული პერიტონეული დიალიზის კათეტერის ამოღება და რეიმპლანტაცია დაკრონის მანჟეტის ღრმა დაზიანებისა და თანმხლები პერიტონიტის დროს.
- ზოგიერთ პაციენტთან რეკომენდირებულია ქირურგიული ჩარევის პროცედურა როგორც კათეტერის ჩანაცვლების ალტერნატივა.
- პერიტონეულ დიალიზზე მყოფ პაციენტებთან ანტიბიოტიკოთერაპიისადმი რეფრაქტერული პდ კათეტერის გამოსავალი ნაწილის ინფექციითა და გარე მანჟეტის ექსტრუზიით რეკომენდირებულია პდ კათეტერის გარე მანჟეტის შეცვლა.
- პაციენტებთან მკურნალობისადმი რეფრაქტერული კათეტერის გამოსავალი ნაწილის ინფექციის დროს რეკომენდირებულია კათეტერის იმპლანტაციის ადგილის შეცვლა.

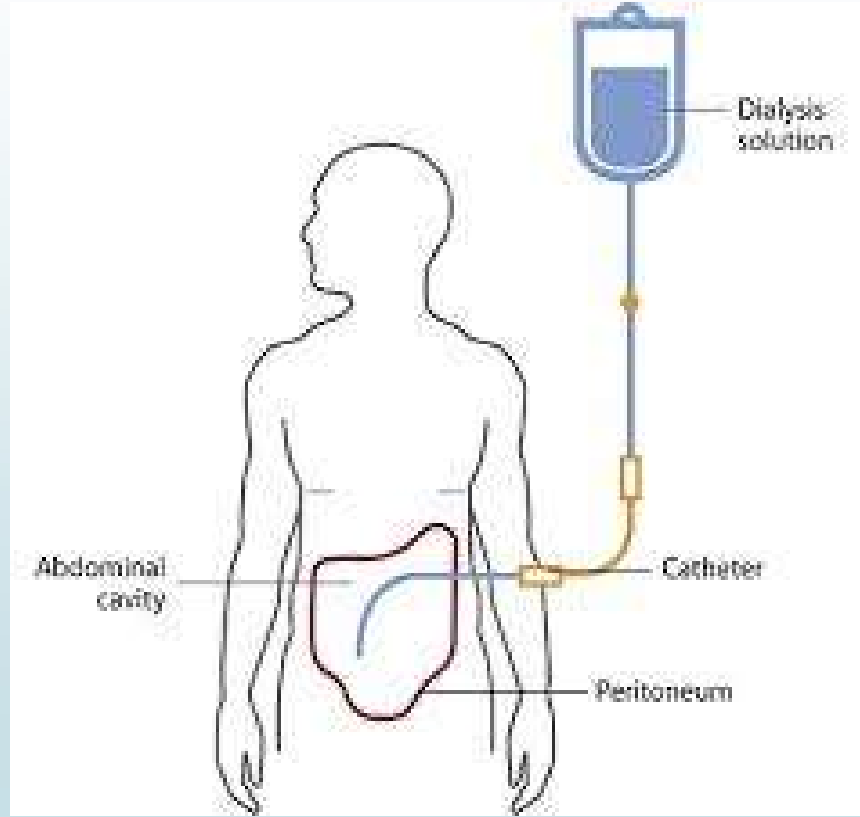
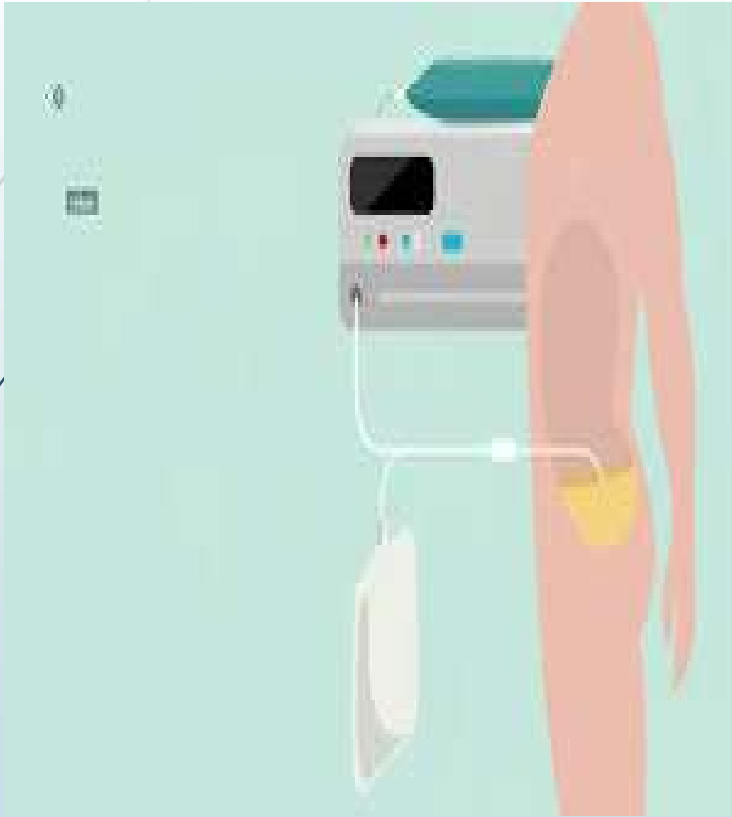
კათეტერ ასოცირებული ინფექციების პროფილაქტიკა.


პდ კათეტერის იმპლანტაცია

- რეკომენდირებულია სისტემური პროფილაქტიკური ანტიბაქტერიული თერაპიის ჩატარება პდ კათეტერის იმპლანტაციის წინ(თუმცა მათი ზუსტი გავლენა შემდგომში კათეტერ ასოცირებული ინფექციების განვითარებასთან ბოლომდე გარკვეული არ არის);
- რეკომენდირებულია ნაზალური პროფილაქტიკური ანტიბაქტერიული თერაპიის ჩატარება, თუ პდ კათეტერის იმპლანტაციის წინ სკრინინგით გამოვლენილია S.aureus არსებობა ცხვირ-ხახის ფლორაში.
- რეკომენდირებულია პდ კათეტერის იმპლანტაციის მეთოდის არჩევანი გაკეთდეს მკურნალი ექიმისა და პაციენტის მიერ. რადგან პდ კათეტერის იმპლანტაციის არსებული მეთოდების განსხვავებული როლი შემდგომში კათეტერ ასოცირებული ინფექციების განვითარების ასპექტში გარკვეულნი არ არის.
- რეკომენდირებულია პდ კათეტერის იმპლანტაციიდან 7 დღის განმავლობაში დარჩეს სახვევი კათეტერის გამოსავალ ადგილზე, იმობილიზაციის და ინფიცირების რისკის შემცირების მიზნით.

პდ კათეტერის კონსტრუქცია

რეკომენდირებულია პდ კათეტერის მოდელის არჩევანი გაკეთდეს მკ. ექიმისა და პაციენტის მიერ, რადგან არ არის დადასტურებული ამ ასპექტის გავლენა კათეტერ ასოცირებული ინფექციების განვითარების რისკებთან.





გმადლობთ ყურადღებისთვის.