

[Akceptuje](#)

W ramach naszej witryny stosujemy pliki cookies w celu świadczenia państwu usług na najwyższym poziomie, w tym w sposób dostosowany do indywidualnych potrzeb. Korzystanie z witryny bez zmiany ustawień dotyczących cookies oznacza, że będą one zamieszczone w Państwa urządzeniu końcowym. Możecie Państwo dokonać w każdym czasie zmiany ustawień dotyczących cookies. Więcej szczegółów w naszej [Polityce Prywatności](#)

[Portal](#) [Informacje](#) [Katalog firm](#) [Praca](#) [Szkolenia](#) [Wydarzenia](#) [Porównania międzylaboratoryjne](#)
[Kontakt](#)



[Laboratoria](#)
[.net](#)
[Innowacje](#)
[Nauka](#)
[Technologie](#)

[Logowanie](#) [Rejestracja](#) [pl](#)

Newsletter

zapisz się



[Strona główna](#) > [Biomedycyna](#)

Leczenie zakażeń drobnoustrojami z rodzaju *Acinetobacter*

Treatment of *Acinetobacter* infections Argyris Michalopoulos, Matthew E. Falagas

Pełna treść artykułu jest dostępna w publikacji: *Medycyna Praktyczna Chirurgia* 2011/5

KOMENTARZ

prof. dr hab. med. Waleria Hryniewicz

Zakład Epidemiologii i Mikrobiologii Klinicznej Narodowego Instytutu Leków w Warszawie

Pałeczki niefermentujące z rodzaju *Acinetobacter* stanowią jeden z najbardziej narastających problemów w medycynie zakażeń i to zarówno ze względów epidemiologicznych jak i terapeutycznych. Składają się na to różnorodne cechy biologiczne tego drobnoustroju, takie jak niewysokie wymagania odżywcze, a więc łatwość przeżywania, naturalne mechanizmy oporności na wiele leków i związków biobójczych (np. chlorheksydyna), szeroki rezerwuar w środowisku, co wraz z nowymi ciągle doskonalonymi mechanizmami oporności na antybiotyki spowodowało, że pałeczki

Acinetobacter stanowią w wielu szpitalach/oddziałach w Polsce główny czynnik zakażeń. Dotyczy to szczególnie oddziałów intensywnej terapii i zabiegowych. Przeprowadzone w Polsce - w ramach Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków - badanie punktowe (Point Prevalence Study), określające odsetek zakażeń szpitalnych wskazało, że na wielu oddziałach jest to patogen najczęściej izolowany zarówno z zakażeń jak i nosicielstwa,¹ przy czym w wielu ośrodkach stanowił on florę endemiczną. Ponadto pałeczki Acinetobacter mogą utrzymywać się miesiącami w nieożywionym środowisku szpitala. Niewłaściwe procedury higieniczne, złe przygotowywanie środków dezynfekujących, a także kolonizowanie sprzętu, aparatury, pościeli powodują, że rezerwuar tego drobnoustroju jest bardzo szeroki, a możliwość wystąpienia zakażenia u pacjenta hospitalizowanego - duża.

Opisano wiele czynników ryzyka nabycia zakażenia Acinetobacter, które starannie wymieniają autorzy komentowanej publikacji. Najważniejsze to długotrwała mechaniczna wentylacja, żywienie pozajelitowe, obecność licznych cewników i długotrwała hospitalizacja, zwłaszcza na oddziale intensywnej terapii. Jednak najważniejsza wydaje się długotrwała terapia antybiotykowa i to lekami o szerokim zakresie działania. To właśnie nadużywanie i niewłaściwe stosowanie antybiotyków doprowadziło do powstania, selekcji i rozprzestrzeniania się wieloopornych szczepów tego drobnoustroju. Opisano - określane akronimami - już nie tylko izolaty MDR (multi-drug resistant), czyli odporne na trzy grupy terapeutyczne, jak również XDR (extensively-drug resistant), a więc wrażliwe na jeden-dwa antybiotyki, a także PDR (pan-drug resistant) odporne na wszystkie dostępne leki. Niestety przedstawiciele wszystkich tych kategorii występują w zakażeniach u chorych w polskich szpitalach podobnie jak w Grecji, kraju, z którego pochodzą autorzy omawianej publikacji. Szczegółowo omawiają oni wartość antybiotyków możliwych do zastosowania w obecnej sytuacji. Ciągłe największą aktywność wykazują karbapenemy, ale także i wobec tej grupy leków oporność się zwiększa.²

Dużą skuteczność przypisuje się sulbaktamowi, który nie jest w Polsce dostępny jako samodzielny lek, a jedynie zaleca się podawanie go w preparacie ampicylina/sulbaktam - w proporcji 2:1 (szczegóły: www.antybiotyki.edu.pl). Ostatnio wprowadzona na rynek tygecyklina również może być zastosowana, gdy nie ma innych opcji terapeutycznych w zarejestrowanych wskazaniach (powikłane zakażenia skóry i tkanki podskórnej i zakażenia w obrębie jamy brzusznej), ale zawsze po oznaczeniu wartości najmniejszego stężenia hamującego (minimum inhibitory concentration - MIC). Tygecyklina, nowo wprowadzony antybiotyk, może być skuteczna³ i wykazuje in vitro dobrą aktywność wobec Acinetobacter także polskich izolatów,⁴ ale nie uzyskała rejestracji w leczeniu zakażeń powodowanych przez ten drobnoustrój. Inne antybiotyki również mogą wykazywać skuteczność, zwłaszcza piperacylina/tazobaktam, aminoglikozydy, ceftazydym, ale niestety odsetek opornych szczepów na te leki ciągle się zwiększa, stąd nie powinny one być stosowane w terapii empirycznej, gdy Acinetobacter może być czynnikiem etiologicznym zakażenia.

Dużo uwagi poświęcono kolistynie, antybiotykowi nieomal zapomnianemu, a obecnie stanowiącemu coraz częściej lek ostatniej szansy. Tymczasem nie dysponujemy wynikami badań klinicznych spełniających obecne standardy i leczenie oparte jest na ustaleniu wartości MIC. Kolistyna bywa stosowana coraz częściej, bowiem w terapii zakażeń spowodowanych przez pałeczki niefermentujące stanowi jedyny wybór, który może zapewnić sukces. Niestety obserwuje się coraz więcej przypadków oporności na ten lek (PDR).

W podsumowaniu należy podkreślić, że Acinetobacter to kolejna grupa patogenów bakteryjnych o rosnącym znaczeniu klinicznym, a jego szczególne cechy biologiczne, zwłaszcza bardzo znacząca antybiotykooporność, stawiają go w grupie szczególnie niebezpiecznych drobnoustrojów odpowiadających za zwiększającą się śmiertelność, przy jednoczesnym braku nowych leków w perspektywie najbliższej dekady. Dlatego tak ważne stało się wprowadzanie zasad racjonalnego

leczenia oraz kompleksowej diagnostyki mikrobiologicznej pozwalającej na wdrażanie terapii celowanej oraz rygorystycznych programów kontroli zakażeń.

PIŚMIENNICTWO DO KOMENTARZA

1. Ozorowski T., Hryniewicz W. i uczestnicy sieci pilotażowej wybranych szpitali. NPOA, 2010
2. Bogiel T., Kwiecińska-Piróg J., Jachna-Sawicka K. i wsp.: Acinetobacter oporny na karbapenemy. Med. Dośw. Mikrobiol., 2010; 62: 119-126
3. Gune R., Hasanoglu I., Keske S. i wsp.: Outcome in patients infected with carbapenem-resistant Acinetobacter baumannii and treated with tigecycline alone or in combination therapy. Infection, 2011 [Epub ahead of print]
4. Stefaniuk E., Hryniewicz W.: Tygecyklina - nowy antybiotyk w terapii zakażeń. Pol. Przegl. Chir., 2007; 79: 1057-1068

Źródło: <http://www.mp.pl>

<http://laboratoria.net/life-science/biomedycyna/12131.html>

Informacje dnia: [Jak poradzić sobie z końcem wakacji? Zalecenia w sprawie mpox są racjonalne i adekwatne](#) [Przydatność organów do przeszczepu](#) [Naukowcy zbadali, jak powstają nowe słowa w mediach społecznościowych](#) [Telefony komórkowe nie powodują nowotworów mózgu](#) [Ryzyko zawału i udaru mózgu u kobiet](#) [Jak poradzić sobie z końcem wakacji? Zalecenia w sprawie mpox są racjonalne i adekwatne](#) [Przydatność organów do przeszczepu](#) [Naukowcy zbadali, jak powstają nowe słowa w mediach społecznościowych](#) [Telefony komórkowe nie powodują nowotworów mózgu](#) [Ryzyko zawału i udaru mózgu u kobiet](#)

Partnerzy