



ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΣ
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ, ΤΗΝ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΤΩΝ
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ/ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΩΝ ΚΑΙ
ΤΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΜΗΤΡΩΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ
(ΦΕΚ 505/ΥΟΔΔ/13.10.2017)

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

ΛΟΙΜΩΔΗΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΤΙΔΑ

ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2018

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	2
ΠΡΟΛΟΓΟΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑ	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ Ο.Ε.	5
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΩΝ	6
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΛΟΙΜΩΔΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΤΙΔΑ	7
1.ΟΡΙΣΜΟΣ	7
2. ΣΤΟΧΟΙ ΤΟΥ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	7
3. ΚΩΔΙΚΟΙ ICD-10	8
4. ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	8
5.ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	9
6. ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ.....	9
7.ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ	9
8.ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΣΧΗΜΑΤΑ.....	10
9.ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	11
10.ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	11
11.ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	12

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

Φανουργιάκης Παναγιώτης (Συντονιστής). Παθολόγος – Λοιμωξιολόγος, Δ/ντής ΕΣΥ Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

Λιαπίκου Αδελφάντεια. Επιμελήτρια Α' Πνευμονολογίας 6η Πνευμονολογική Κλινική ΝΝΘΑ Σωτηρία

Πέππας Θεόδωρος. Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος. Διευθυντής Γ Παθολογικού Τμήματος και Διαβητολογικού Κέντρου Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά. Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Ελέγχου Λοιμώξεων

Σαμάρκος Μιχαήλ. Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Επ. Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ»

ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ ΟΜΑΔΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ – ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΚΕΙΜΕΝΩΝ

Θηραίος Ελευθέριος. Γενικός Ιατρός, Δ/ντής Ε.Σ.Υ., Γενικός Γραμματέας της Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών

Μήτρου Παναγιώτα, MD, PhD. Παθολόγος. Συνεργάτης Γενικού Γραμματέα Υπουργείου Υγείας

Ποδηματάς Ιωάννης. Φαρμακοποιός. Ειδικός Σύμβουλος Γενικού Γραμματέα Υπουργείου Υγείας

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Κακούτη Φωτεινή
Λεγάντη Μαρία

ΠΡΟΛΟΓΟΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑ

Το Υπουργείο Υγείας βρίσκεται σε διαδικασία υλοποίησης μιας μεγάλης μεταρρυθμιστικής προσπάθειας προς όφελος του Πολίτη. Συγκεκριμένα, σε μία προσπάθεια διασφάλισης της ταχύτερης διάγνωσης, της βέλτιστης θεραπείας, της αποτελεσματικότερης παρακολούθησης των ασθενών αλλά και της πλέον αποδοτικής διαχείρισης των πόρων για την υγεία, έχει προχωρήσει από τον Μάιο του 2017 σε ανασύσταση της Επιτροπής για την παρακολούθηση της φαρμακευτικής δαπάνης, την κατάρτιση και επεξεργασία των διαγνωστικών/θεραπευτικών πρωτοκόλλων και τη δημιουργία μητρώων ασθενών.

Η Επιτροπή αυτή είναι υπεύθυνη για την έγκριση και εφαρμογή των διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων συνταγογράφησης στην κλινική πράξη, μέσω της ενσωμάτωσής τους στις ηλεκτρονικές εφαρμογές υγείας. Παράλληλα προωθείται η ανάπτυξη κλινικών πρωτοκόλλων τα οποία θα ενσωματωθούν στα πληροφοριακά συστήματα των νοσοκομείων και θα διασυνδεθούν με το σύστημα των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων, η ανάπτυξη και ενσωμάτωση στη συνταγογράφηση ενός συνοπτικού ιατρικού ιστορικού, η ανάπτυξη του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Ασθενή και η δημιουργία Μητρώων Χρονίων Παθήσεων.

Η σύνταξη των διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων βασίστηκε στις εισηγήσεις των αντίστοιχων Επιστημονικών Ομάδων Εργασίας αποτελούμενων από ιατρούς με αποδεδειγμένη εκπαίδευση, εξειδίκευση και εμπειρία στο εκάστοτε γνωστικό αντικείμενο.

Απώτερος στόχος είναι να αποτελέσουν τα εργαλεία αυτά ηλεκτρονικής υγείας ένα χρήσιμο βοήθημα για την εφαρμογή κανόνων ορθής κλινικής πρακτική με στόχο την αποτελεσματική παροχή φροντίδας υγείας, αλλά και ένα εργαλείο συλλογής μεγάλων δεδομένων (big data) για τη λήψη αποφάσεων σχετικών με πολιτικές υγείας.

Ευχαριστούμε θερμά όσους εργάστηκαν με συνέπεια, υπευθυνότητα και θυσία του προσωπικού τους χρόνου για την ολοκλήρωση του έργου.

Γιώργος Γιαννόπουλος

Γενικός Γραμματέας Υπουργείου Υγείας

Πρόεδρος της Επιτροπής για την παρακολούθηση της φαρμακευτικής δαπάνης,
την ολοκλήρωση των διαγνωστικών/θεραπευτικών πρωτοκόλλων και
τη δημιουργία μητρώων ασθενών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ Ο.Ε

Η εφαρμογή θεραπευτικών πρωτοκόλλων στη συνταγογράφηση των λοιμώξεων είναι μια αναγκαιότητα που βρίσκει σύμφωνο το σύνολο του ιατρικού κόσμου. Ζούμε στη χώρα που κατέχει μια από τις πρώτες θέσεις στον τομέα της μικροβιακής αντοχής στην Ευρώπη και οι θάνατοι από πολυανθεκτικούς μικροοργανισμούς αυξάνουν. Όλοι γνωρίζουμε πλέον ότι η υπερσυνταγογράφηση αντιβιοτικών είναι από τους κυρίως υπεύθυνους αυτού του φαινομένου. Πολλοί ασθενείς με ιογενείς λοιμώξεις λαμβάνουν αντιβιοτικά, ενώ δεν χρειάζεται (πολλές φορές και με την πίεση των ιδίων των ασθενών ή των γονέων). Ακόμα σε μικροβιακές λοιμώξεις συνταγογραφούνται κατηγορίες αντιβιοτικών 2^{ης} ή 3^{ης} επιλογής, ευρύτερου φάσματος ή επόμενης γενιάς απ'ότι ενδείκνυται. Οι ημέρες θεραπείας είναι πολύ συχνά περισσότερες από ότι χρειάζεται. Και βέβαια η μικροβιακή αντοχή δεν είναι ο μόνος λόγος για την ορθολογική χρήση των αντιβιοτικών. Το κόστος, οι παρενέργειες και οι αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα είναι επίσης σημαντικά.

Οι μικροβιακές αντοχές που διαφέρουν από χώρα σε χώρα καθιστούν αναγκαία την προσαρμογή των οδηγιών για τη θεραπευτική αντιμετώπιση των λοιμώξεων στα τοπικά δεδομένα. Στη χώρα μας η προσπάθεια αυτή έχει αποτυπωθεί στις «Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη Διάγνωση και τη Θεραπεία των Λοιμώξεων» που εκδόθηκε από την Ελληνική Εταιρεία Λοιμώξεων. Τα πρωτόκολλα που προέκυψαν από την εργασία της ομάδας μας είναι συμβατά με τις οδηγίες αυτές. Επιλέχθηκαν και θα αναρτηθούν αρχικά τα σχετικά με την πνευμονία της κοινότητας, την οξεία βρογχίτιδα, οξεία ρινοκολπίτιδα, οξεία φαρυγγοαμυγδαλίτιδα, οξεία γαστρεντερίτιδα και ουρολοιμώξεις. Αυτό γιατί στους κωδικούς που περιλαμβάνονται στις οντότητες αυτές αντιστοιχεί ένα πολύ μεγάλο κομμάτι των συνταγογραφούμενων αντιβιοτικών.

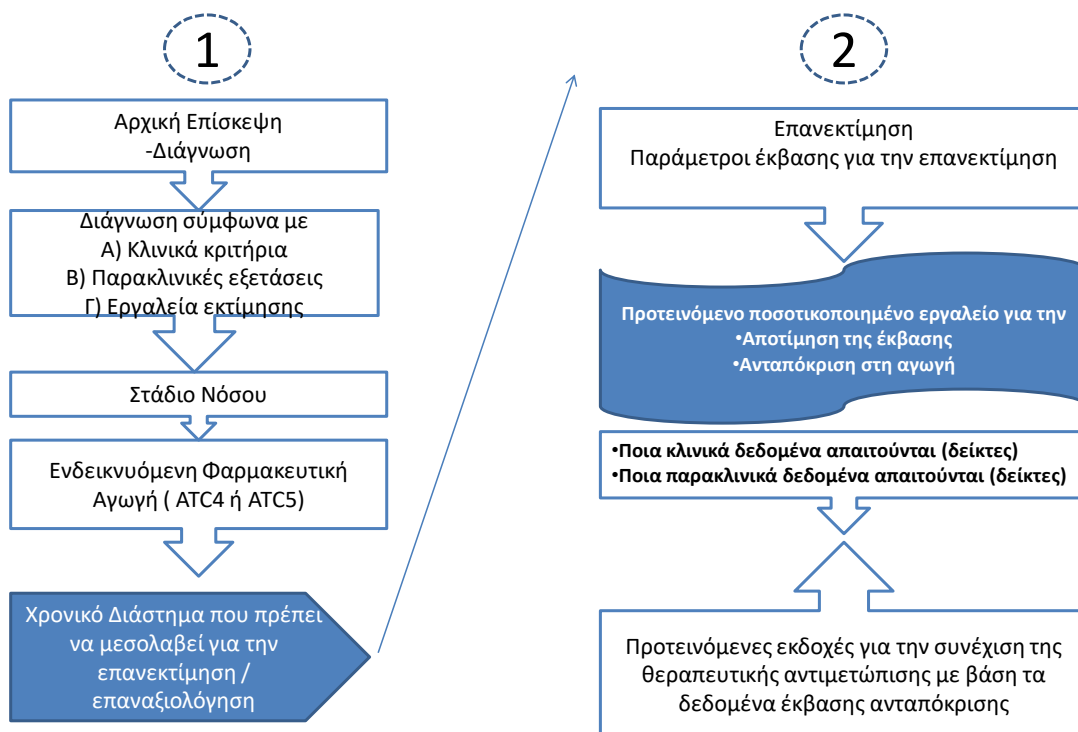
Ένα ερώτημα που εύλογα προκύπτει είναι αν τα πρωτόκολλα αυτά «δένουν τα χέρια των γιατρών» στις θεραπευτικές τους επιλογές. Η απάντηση είναι ότι όποιος δει προσεκτικά τα βήματα των πρωτοκόλλων θα αντιληφθεί ότι μάλλον βοηθούν σε ένα ορθολογικό άρα και αποτελεσματικό σχεδιασμό θεραπείας και όχι σε περιορισμό των επιλογών. Να σημειώσουμε ότι οι συνάδελφοι εφόσον έχουν ισχυρούς λόγους μπορούν να παρακάμψουν αιτιολογημένα τα πρωτόκολλα. Πιστεύουμε ότι αυτό θα είναι η εξαίρεση του κανόνα.

Τέλος και εκ μέρους των συναδέλφων της Ομάδας Εργασίας της κ.Λιαπίκου και των κ.Πέππα και κ.Σαμάρκου, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Γ.Γ. του Υπουργείου κ. Γ.Γιαννόπουλο και τους εκλεκτούς συνεργάτες του για την βοήθεια που μας προσέφεραν σε αυτό το εγχείρημα.

Δρ Παναγιώτης Φανουργιάκης
Συντονιστής της Ομάδας Εργασίας

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΩΝ

ΠΡΟΤΥΠΟ ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΥ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ



ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΛΟΙΜΩΔΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΤΙΔΑ

1. ΟΡΙΣΜΟΣ

1.1. Οξεία γαστρεντερίτιδα είναι σύνδρομο με μεγάλη ευρύτητα και δύσκολα οριζόμενο. Προτιμητέα η έννοια της «δυσνητικά λοιμώδους διάρροιας» καθώς η διάρροια μπορεί να ορισθεί και η αιτία λοιμώδους αιτιολογίας σε επίπεδο ΠΦΥ σπάνια μπορεί να τεκμηριωθεί ή να αποκλεισθεί με εργαστηριακό έλεγχο (ήτοι πυοσφαίρια ή λακτοφερρίνη σε εξέταση κοπράνων), οπότε η αντιμικροβιακή αγωγή είναι αναγκαστικά εμπειρική με βάση το ιστορικό και την αντικειμενική εξέταση. Ο όρος «διάρροια» αναφέρεται στη μεταβολή των κενώσεων του εντέρου, η οποία χαρακτηρίζεται από μη σχηματισμένες κενώσεις (>250g/24ωρο) ή από αύξηση του όγκου των κενώσεων ή/και αύξηση στη συχνότητα των κενώσεων (3 ή περισσότερες ημερησίως), η οποία διαρκεί μέχρι 4 εβδομάδες και της οξείας γαστρεντερίτιδας ως >3 μη εσχηματισμένων κενώσεων/24ωρο συν ένα σύμπτωμα εκ των ακολούθων: ναυτία, έμετο, κοιλιακές κράμπες, κοιλιακό άλγος, τεινεσμό, έπείξη και μετεωρισμό.

1.2. Η οξεία λοιμώδης διάρροια προκαλείται από ιούς, αναλογικά συχνότερο αίτιο, βακτήρια και σπάνια σε πρωτόζωα και παράσιτα. Μόνο το ποσοστό που οφείλεται σε βακτήρια (οξεία βακτηριακή διάρροια) θα ωφεληθεί από το αντιβιοτικό, και αυτό ενδεχομένως, καθώς πολλές βακτηριακές είναι αυτοπεριοριζόμενες και ιώνται χωρίς αντιμικροβιακή αγωγή.

2. ΣΤΟΧΟΙ ΤΟΥ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ

2.1. Το παρόν Θεραπευτικό Πρωτόκολλο Συνταγογράφησης (ΘΠΣ) αφορά τη φαρμακευτική αντιμετώπιση της οξείας δυσνητικά λοιμώδους γαστρεντερίτιδας που ενδεχομένως να οφείλεται σε βακτήρια (*E.coli*, *Campylobacter*, *Salmonella* κττ) και έχει σαν στόχο να προάγει την ορθή θεραπευτική πρακτική όπως αυτή εκφράζεται από τις Κατευθυντήριες Οδηγίες της Ελληνικής Εταιρείας Λοιμώξεων και ανάλογες διεθνείς. Οι κύριοι σκοποί του πρωτοκόλλου είναι η επιλογή των ασθενών με οξεία διάρροια στους οποίους ενδέχεται η λοίμωξη να οφείλεται σε βακτήρια και ο περιορισμός της συνταγογράφησης αντιβιοτικών μόνο σε αυτή την υποομάδα ασθενών.

2.2. Επειδή η οξεία διάρροια στη μεγάλη πλειονότητα των ασθενών δεν οφείλεται σε βακτήρια και επομένως τα αντιβιοτικά δεν ενδείκνυνται, το παρόν ΘΠΣ, εκτός από θεραπευτικές συστάσεις, παρέχει και συστάσεις για την κλινική αξιολόγηση της πιθανότητας βακτηριακής γαστρεντερίτιδας ώστε να επιλεγούν οι ασθενείς στους οποίους ενδείκνυται η χορήγηση αντιβιοτικών.

2.3. Το παρόν ΘΠΣ αφορά ασθενείς που θεραπεύονται ως εξωτερικοί και όχι νοσηλευόμενους ασθενείς.

3. ΚΩΔΙΚΟΙ ICD-10

3.1. Το παρόν ΘΠΣ ενεργοποιείται όταν καταχωρηθούν οι παρακάτω κωδικοί ICD-10:

- A09 Διάρροια και γαστρεντερίτιδα πιθανώς λοιμώδους αιτιολογίας
- A01.4 Παρατυφοειδής πυρετός, μη καθορισμένος
- A02.0- Εντερίτιδα από σαλμονέλλα
- A03.0-A03.3 – Λοίμωξη από διάφορες μορφές σιγκέλλας
- A03.8-A03.9 Άλλη σιγκέλλωση-σιγκέλλωση μη καθορισμένη
- A04. Άλλες βακτηριακές εντερικές λοιμώξεις
- A04.0-A04.3: Εντερίτιδα από διάφορες μορφές κολοβακτηριδίων
- A04.7 Εντεροκολίτιδα που οφείλεται στο *Clostridium difficile*

4. ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

4.1. Ηλικία ασθενούς > 16 ετών

4.2. Κλινική διάγνωση οξείας λοιμώδους γαστρεντερίτιδας και Ισχυρή πιθανότητα βακτηριακής αιτιολογίας- με:

A. ερωτήματα βάσει ιστορικού

1. Αριθμό διαρροιών/24ωρο

2. Πυρετό ($\theta \geq 37,8^{\circ}\text{C}$)

3. Σύσταση διαρροιών (αιματηρές-υδαρείς). Εάν αιματηρές καλό είναι να συσταθεί μικροβιολογικός έλεγχος.

4. Πρόσφατη λήψη αντιβιοτικών -ενδεχομένως *C.difficile*.

5. Επιδημιολογικό ιστορικό

Ερώτηση αν πρόσφατο ταξίδι στο εξωτερικό -επί θετικής κατεύθυνση σε οδηγίες Διαρροίας Ταξιδιώτη- (Βήμα 3)

Ερώτηση για παρομοια συνδρομή σε άτομα του οικογενειακού ή φιλικού περιβάλλοντος, πρόσφατη συνεστίαση -πχ δεξιώσεις μετά γάμο, ιδίως βάπτισμα.

B. ερωτήματα βάσει ιστορικού, συμπτωμάτων και σημείων ασθενούς. Εάν ανήκει σε κατηγορία υψηλού κινδύνου για λοίμωξη από σαλμονέλλα (ιδέ ΠΙΝΑΚΑ 1 εις ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ) ή εάν:

1. Σοβαρή διάρροια με σημεία υπογκαιμίας
2. Πολλαπλές διάρροιες με βλέννη και αίμα
3. Αιματηρή διάρροια
4. Πυρετός $>38,5^{\circ}\text{C}$
5. Αριθμός διαρροϊκών κενώσεων >6 ανά 24 ώρες
6. Διάρκεια διαρροϊκής νόσου >48 ώρες
7. Έντονο κοιλιακό άλγος
8. Πρόσφατη λήψη αντιβιοτικών ή νοσηλεία
9. Διάρροια σε ηλικιωμένους >70 ετών
10. Σακχαρώδης Διαβήτης
11. Ιδιοπαθής Φλεγμονώδης Νόσος του Εντέρου (ΙΦΝΕ)
12. HIV λοίμωξη

5. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

6.1. Ασθενείς με υψηλό πυρετό ($\Theta > 40^\circ \text{C}$), αιμοδυναμική αστάθεια, σημεία βαρείας αφυδάτωσης (ορθοστατική υπόταση, λιποθυμία, αδυναμία λήψης υγρών λόγω εμέτων) πρέπει να παραπέμπονται στο νοσοκομείο για έλεγχο και πιθανή εισαγωγή.

6. ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

6.1. Άμεση εξέταση κοπράνων για αναζήτηση πυοσφαιρίων εάν υπάρχει η χρονική ευχέρεια και εγγύς μικροβιολογικό εργαστήριο μπορεί να ληφθεί υπ' όψιν για ενίσχυση ή αποκλεισμό της βακτηριακής αιτιολογίας σε ενδεχομένη λοιμώδους αιτίου διάρροια.

6.2. Καλλιέργεια κοπράνων είναι επιθυμητό να υπάρχει σε ασθενή με ανοσοκαταστολή

6.3. Σε διαρροϊκό σύνδρομο άνω των 10 ημερών πρέπει να παραπεμφθεί για παρασιτολογική κοπράνων

6.4. Εάν πρόσφατη λήψη αντιβιοτικών πρέπει να συσταθεί αναζήτηση τοξίνης *Clostridium difficile* στα κόπρανα.

7. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

7.1. Στην αντιμετώπιση της λοιμώδους διάρροιας κεφαλαιώδους σημασίας είναι η άμεση ενυδάτωση του ασθενή.

- Σε ήπια διάρροια, η αφυδάτωση αντιμετωπίζεται απλά με αυξημένη πρόσληψη υγρών από το στόμα (νερό, αραιωμένοι χυμοί, ζωμοί, σούπες).
- Σε ασθενή με βαρύτερη αφυδάτωση απαιτείται χορήγηση ειδικών διαλυμάτων. Βαριά αφυδατωμένος ασθενής, εφόσον δεν είναι σε shock και χωρίς εμέτους, μπορεί άριστα να ενυδατωθεί από το στόμα. Ένα τέτοιο διάλυμα που προτείνεται από τον Π.Ο.Υ. μπορεί να παρασκευασθεί και να περιλαμβάνει 3,5 g αλάτος (NaCl), 2,5 g σόδας (NaHCO_3), 1,5 g χλωριούχου καλίου (KCl) και 20 g γλυκόζης, στα οποία προστίθεται νερό μέχρι τελικού όγκου 1 lt. (σε απλούστερες κατανοητές οδηγίες 9 κουταλάκια τσαγιού ζάχαρη, $\frac{1}{2}$ κουταλάκι τσαγιού αλάτι, $\frac{1}{2}$ κουταλάκι τσαγιού baking soda, $\frac{1}{4}$ κουταλάκι τσαγιού χλωριούχο κάλιο [Μπανάνες, πορτοκάλια, ντομάτες] ανά 1 λίτρο νερού) Κατάλληλη διατροφή, για τη διευκόλυνση της ανανέωσης των εντεροκυττάρων, αποτελούν οι βραστές αλατισμένες αμυλούχες τροφές και τα δημητριακά (π.χ., πατάτες, ζυμαρικά, ρύζι, σιτάρι και βρώμη) συνοδευόμενα με αλάτι. Σε ασθενείς με υδαρή διάρροια συνιστώνται μπισκότα, μπανάνες, γιαούρτι, σούπες και βραστά λαχανικά.

7.2. Αρχικά πρέπει να γίνει η επιλογή των ασθενών στους οποίους ενδείκνυται αντιμικροβιακή αγωγή, λόγω ανοσοκαταστολής ή ηλικίας, καθώς και στους οποίους ιστορικό και αντικειμενική εξέταση πιθανολογούν βακτηριακή αιτιολογία, ως εις 4. ΣΥΝΗΘΗΚΕΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ και ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.

7.3. Για την επιλογή της κατάλληλης αντιμικροβιακής αγωγής ο ιατρός πρέπει να γνωρίζει αν υπάρχουν τα παρακάτω:

- Ιστορικό αλλεργίας σε κάποια κατηγορία αντιβιοτικών ή γνωστής έλλειψης G-6-PD

- Κύηση ή πιθανότητα κύησης
- Νεφρική ανεπάρκεια
- Ο ασθενής έχει παράγοντες κινδύνου για ανθεκτικά παθογόνα;

8.ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΣΧΗΜΑΤΑ

8.1. **1^ο ΒΗΜΑ:** Ασθενείς με πιθανή βακτηριακή αιτιολογία, ανοσοεπαρκείς. Προτείνεται κινολόνη (σιπρο- ή λεβοφλοξασίνη) ή αζιθρομυκίνη:

- Λεβοφλοξασίνη 500 mg x 1 x 3-5 ημέρες η
- Σιπροφλοξασίνη 500 mg x 1 x 3-5 ημ
- Αζιθρομυκίνη 500 mg x 1 x 3-5 ημ
- Κοτριμοξαζόλη 800/160 mg x 2 x 3-5 ημέρες

8.2. **2^ο ΒΗΜΑ** Σε άτομα υψηλού κινδύνου εάν λοίμωξη από σαλμονέλλα (Πίνακας 1) ή επί θετικής για σαλμονέλλα καλλιέργεια εφόσον ο ασθενής εξακολουθεί συμπτωματικός:

- Σιπροφλοξασίνη 500 mg p.o. x 2 για 7-10 ημέρες
- Λεβοφλοξασίνη 500 mg ημερησίως για 7-10 ημέρες

Εναλλακτικά,

- Αζιθρομυκίνη 500 mg p.o. ημερησίως για 7 ημέρες. Επί ανοσοκαταστολής, θεραπεία για 14 ημέρες

8.3. **3^ο ΒΗΜΑ** Σε διάρροια Ταξιδιώτη

- Λεβοφλοξασίνη 500 mg x 1 x 1-3 ημέρες
- Σιπροφλοξασίνη 500 mg x 1 x 3 ημ (ή 750 mg εφ άπαξ δόση)
- Ριφαξιμίνη 200 mg x 3 x 1-3ημ
- Αζιθρομυκίνη 500 mg x 1 x 3 ημ (ή 1000 mg εφ άπαξ δόση)

8.4. **4^ο ΒΗΜΑ** Εμπειρική θεραπεία λοιμώδους διάρροιας ενδεχομένως από C. Difficile (να αποσταλεί δείγμα για τεκμηρίωση διάγνωσης)

- Μετρονιδαζόλη 500 mg p.o. x 3/ημ. για 10 ημέρες
- Βανκομυκίνη 125 mg x 4 po για 10 ημέρες ή
- Φινταξομικίνη 200 mf x 2 po για 10 ημέρες

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Με τις τελευταίες κατευθυντήριες οδηγίες (Βιβλιογραφική παραπομπή 8) προτεινόμενα σχήματα είναι :

- Βανκομυκίνη 125 mg x 4 po για 10 ημέρες ή
- Φινταξομικίνη 200 mf x 2 po για 10 ημέρες

Πλην όμως, σε πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, το μεν δεν ανευρίσκεται στα φαρμακεία το δε χορηγείται μόνο από Φαρμακεία ΕΟΠΥΥ με διαδικασία (απάντηση μικροβιολογικής τεκμηρίωσης,) που εκφεύγει των συνήθων δυνατοτήτων του ασκούντος σε πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

9.ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

9.1. Οι ασθενείς πρέπει να ενημερώνονται για ανάγκη πρόσληψης υγρών, υγιεινή μετά κένωση με πλύσιμο των χεριών, κλείσιμο καλύματος πριν τραβήξουν το καζανάκι και στο να επανεξετάζονται αν η κατάστασή τους επιδεινωθεί ή μένει στάσιμη μετά από 72 ώρες αγωγής.

10.ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ελληνική Εταιρεία Λοιμώξεων. Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη διάγνωση και τη θεραπεία του διαρροϊκού συνδρόμου. Εις «Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη Διάγνωση και τη Θεραπεία των Λοιμώξεων». Κεφάλαιο 6, Σελ 51-63. ΚΕΕΛΠΝΟ. Αθήνα 2015.
2. AL Shane, RK Mody, JA Crump et al 2017 Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Infectious Diarrhea *Clinical Infectious Diseases*, 2017 (65, 12) e45–e80
3. M S.Riddle, HL DuPont and BA.Connor ACG Clinical Guideline: Diagnosis, Treatment, and Prevention of Acute Diarrheal Infections in Adults *Am J Gastroenterol*. 2016 May;111(5):602-22
4. Acree M, Davis AM. Acute Diarrheal Infections in Adults. *JAMA*. 2017 Sep 12;318(10):957-58.
5. Guerrant RL, Van Gilder T, Steiner TS, et al.; Infectious Diseases Society of America. Practice guidelines for the management of infectious diarrhea. *Clin Infect Dis*. 2001;32(3):331–51.
6. M S.Riddle, BA.Connor, NI Benning et al Guidelines for the prevention and treatment of travelers' diarrhea: a graded expert panel report *Journal of Travel Medicine*, 2017 (24, suppl_1, 1 April) S63–S80
7. DuPont HL. Guidelines on acute infectious diarrhea in adults. The Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. *Am J Gastroenterol*. 1997;92(11):1962–75
8. I.Clifford McDonald et al Clinical Practice Guidelines for *Clostridium difficile* Infection in Adults and Children: 2017 Update by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA) *Clinical Infectious Diseases*, 2018: Volume 66, Issue 7, 19 March 2018, Pages e1–e48

11.ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ Ι: ΑΤΟΜΑ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΣΑΛΜΟΝΕΛΛΑ

Ηλικία >50 ετών
 Λεμφοϋπερπλαστική νόσος
 Καρκίνος
 AIDS
 Μεταμοσχευμένοι
 Αιμοσφαιρινοπάθεια
 Ασθενείς που φέρουν αγγειακά μοσχεύματα
 Ασθενείς με βαλβιδοπάθεια
 Εκφυλιστική αρθροπάθεια
 Κορτικοειδή

ΠΙΘΑΝΟΛΟΓΗΣΗ ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΟΥ ΑΙΤΙΟΥ ΒΑΣΕΙ ΧΡΟΝΟΥ ΕΠΩΑΣΗΣ, ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ, ΕΝΟΧΟΠΟΙΟΥΜΕΝΟΥ ΦΑΓΗΤΟΥ

Χρόνος επώσεως	Παθογόνο	Συμπτώματα	Πηγές μόλυνσεως
1-6 ώρες	<i>Staphylococcus aureus</i>	Ναυτία, έμετοι Διάρροια	Μαγιονέζα, κρέμες, ζαμπόν πουλερικά, πατατοσαλάτα, αυγά
	<i>Bacillus cereus</i>	Ναυτία, έμετοι Διάρροια	Ρύζι
8-16 ώρες	<i>Clostridium perfringens</i>	Κοιλιακό άλγος διάρροια	Μοσχάρι, πουλερικά, λαχανικά, σάλτσες
	<i>B.cereus</i>	Κοιλιακό άλγος διάρροια	Κρέας, λαχανικά, ξερά όσπρια, δημητριακά
>16 ώρες	<i>Vibrio cholerae</i>	Υδαρής διάρροια	Ωμά ψάρια, θαλασσινά
	Εντεροτοξινογόνο	Υδαρής διάρροια	Σαλάτα, τυρί, κρέας, νερό
	<i>Escherichia coli</i>		
	<i>Salmonella</i> spp.	Φλεγμονώδης διάρροια	Πουλερικά, αυγά, μοσχάρι, γαλακτοκομικά
	<i>Shigella</i> spp.	Δυσεντερία	Πατατοσαλάτα, αυγά, ωμά λαχανικά
	<i>Vibrio parahemolyticus</i>	Δυσεντερία	Ωμά ψάρια, θαλασσινά

Από: Ελληνική Εταιρεία Λοιμώξεων. Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη διάγνωση και τη θεραπεία του διαρροϊκού συνδρόμου. Εις «Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη Διάγνωση και τη Θεραπεία των Λοιμώξεων». Κεφάλαιο 6, Σελ 51-63. ΚΕΕΛΠΝΟ. Αθήνα 2015