



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

ΟΞΕΙΑ ΡΙΝΟΚΟΛΠΙΤΙΔΑ

ΜΑΡΤΙΟΣ 2018

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	2
ΠΡΟΛΟΓΟΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑ	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ Ο.Ε.	5
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΩΝ	6
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΡΙΝΟΚΟΛΠΙΤΙΔΑ	7
1. ΟΡΙΣΜΟΣ	7
2. ΣΤΟΧΟΙ ΤΟΥ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	7
3. ΚΩΔΙΚΟΙ ICD-10	7
4. ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	8
5. ΕΞΑΙΡΕΣΕΙΣ	8
6. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	9
7. ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΟΞΕΙΑΣ ΡΙΝΟΚΟΛΠΙΤΙΔΑΣ	9
8. ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	9
9. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ	10
10. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΣΧΗΜΑΤΑ (Βλ Σχήμα)	10
11. ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	11
12. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	12
13. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	13

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

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

Λιαπίκου Αδελμάντια. 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, Επ. Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ»

ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ ΟΜΑΔΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ – ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΚΕΙΜΕΝΩΝ

Θηραίος Ελευθέριος. Γενικός Ιατρός, 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. Επιλέχτηκαν 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 συνταγογραφουμένων αντιβιοτικών.

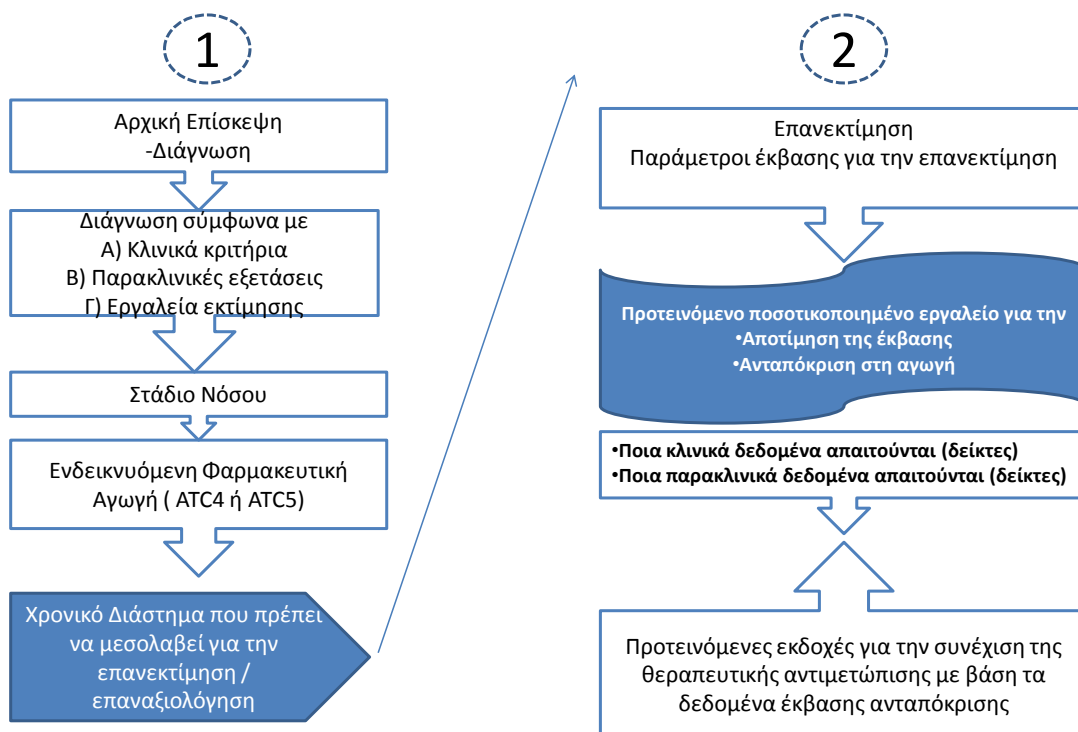
Ένα ερώτημα που εύλογα προκύπτει είναι αν τα πρωτόκολλα αυτά «δένουν τα χέρια των γιατρών» στις θεραπευτικές τους επιλογές. Η απάντηση είναι ότι όποιος δει προσεκτικά τα βήματα των πρωτοκόλλων θα αντιληφθεί ότι μάλλον βοηθούν σε ένα ορθολογικό άρα και αποτελεσματικό σχεδιασμό θεραπείας και όχι σε περιορισμό 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 ΡΙΝΟΚΟΛΠΙΤΙΔΑ

1. ΟΡΙΣΜΟΣ

1.1. Οξεία ρινοκολπίτιδα είναι η φλεγμονή του βλεννογόνου των ρινικών οδών και των παραρρινίων κόλπων, η οποία διαρκεί μέχρι 4 εβδομάδες.

1.2. Οφείλεται σε αλλεργιογόνα, περιβαλλοντικούς ερεθιστικούς παράγοντες, ιούς, βακτήρια και μύκητες. Μόνο το 2% -10% των επεισοδίων οξείας ρινοκολπίτιδας οφείλεται σε βακτήρια (**οξεία βακτηριακή ρινοκολπίτιδα - OBPN**) και χρειάζεται αντιμικροβιακή αγωγή.

2. ΣΤΟΧΟΙ ΤΟΥ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ

2.1. Το παρόν Θεραπευτικό Πρωτόκολλο Συνταγογράφησης (ΘΠΣ) αφορά τη φαρμακευτική αντιμετώπιση της OBPN και έχει σαν στόχο να προάγει την ορθή θεραπευτική πρακτική όπως αυτή εκφράζεται από τις Κατευθυντήριες Οδηγίες της Ελληνικής Εταιρείας Λοιμώξεων. Οι κύριοι σκοποί του πρωτοκόλλου είναι η επιλογή των ασθενών με οξεία ρινοκολπίτιδα στους οποίους η λοίμωξη οφείλεται σε βακτήρια (OBPN) και ο εξορθολογισμός της συνταγογράφησης αντιβιοτικών μόνο σε αυτή την υποομάδα ασθενών.

2.2. Επειδή η οξεία ρινοκολπίτιδα 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 OBPN, 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.

2.4. Το παρόν ΘΠΣ ΔΕΝ αφορά ασθενείς με άλλα σύνδρομα ρινοκολπίτιδας: υποξεία, οξεία υποτροπιάζουσα ή χρόνια ρινοκολπίτιδα.

3. ΚΩΔΙΚΟΙ ICD-10

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

- J01 Οξεία παραρρινοκολπίτιδα
- J01.0 Οξεία φλεγμονή του γναθιαίου κόλπου
- J01.1 Οξεία μετωπιαία κολπίτιδα
- J01.2 Οξεία ηθμοειδίτιδα

- J01.3 Οξεία σφηνοειδίτιδα
- J01.4 Οξεία παγκολπίτιδα
- J01.8 Άλλη οξεία παραρρινοκολπίτιδα
- J01.9 Οξεία παραρρινοκολπίτιδα, μη καθορισμένη

4. ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

- 4.1. Ηλικία ασθενούς > 16 ετών
- 4.2. Κλινική διάγνωση οξείας ρινοκολπίτιδας (Βλ 7)
- 4.3. Ισχυρή πιθανότητα βακτηριακής αιτιολογίας (OBPN) – Πρέπει να υπάρχει ΕΠΙΠΛΕΟΝ ένα από τα παρακάτω:
- Τα συμπτώματά του επιμένουν για τουλάχιστον 10 ημέρες, χωρίς να βελτιώνονται.
 - Η έναρξη της νόσου είναι οξεία με πυρετό $\geq 39^{\circ}\text{C}$, με πυώδεις ρινικές εκκρίσεις ή άλγος στο πρόσωπο που διαρκεί τουλάχιστον 3-4 ημέρες από την έναρξη των συμπτωμάτων.
 - Διπλή νόσηση: μετά από την ύφεση των συμπτωμάτων μιας τυπικής ιογενούς λοίμωξης του ανώτερου αναπνευστικού, που είχε διαρκέσει 5-6 ημέρες, παρατηρηθεί επιδείνωση των συμπτωμάτων και σημείων, με έναρξη ή επανεμφάνιση πυρετού, κεφαλαλγίας και αύξησης της ποσότητας των ρινικών εκκρίσεων.
- 4.4. Απεικονιστικός έλεγχος: Μπορεί να αποκλείσει τη διάγνωση της παραρρινοκολπίτιδας. Δεν μπορεί να βοηθήσει στη διάγνωση της οξείας βακτηριακής ρινοκολπίτιδας. Συνιστάται σε ορισμένες περιπτώσεις μη ανταπόκρισης στη θεραπεία (βλ 8)
- 4.5. Καλλιέργεια ρινικού εκκρίματος: Είναι αναξιόπιστη και πρέπει να αποφεύγεται. Σε περιπτώσεις στις οποίες είναι απαραίτητη η μικροβιολογική τεκμηρίωση (πχ μη ανταπόκριση στη θεραπεία, ανοσοκατασταλμένοι ασθενείς) μπορεί να ληφθεί καλλιέργεια μετά από παρακέντηση των παραρρινίων κόλπων

5. ΕΞΑΙΡΕΣΕΙΣ

5.1 Εξαιρούνται από το ΘΠΣ ασθενείς με τις παρακάτω διαγνώσεις:

- J31 Χρόνια ρινίτιδα, ρινοφαρυγγίτιδα και φαρυγγίτιδα
- J31.0 Χρόνια ρινίτιδα
- J31.1 Χρόνια ρινοφαρυγγίτιδα
- J32 Χρόνια παραρρινοκολπίτιδα
- J32.0 Χρόνια φλεγμονή του γναθιαίου άντρου
- J32.1 Χρόνια μετωπιαία κολπίτιδα

- J32.2 Χρόνια ηθμοειδίτιδα
- J32.3 Χρόνια σφηνοειδίτιδα
- J32.4 Χρόνια παγκολπίτιδα
- J32.8 Άλλη Χρόνια παραρρινοκολπίτιδα
- J32.9 Χρόνια παραρρινοκολπίτιδα, μη καθορισμένη

6. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

6.1. Σε περιπτώσεις μη ανταπόκρισης (στασιμότητα ή επιδείνωση) μετά από δύο διαφορετικά σχήματα αντιβιοτικών συνιστάται παραπομπή σε ειδικό και απεικονιστικός έλεγχος (CT ή MRI σπλαγχνικού κρανίου).

6.2. Συνιστάται ΑΜΕΣΗ παραπομπή στο νοσοκομείο όταν υπάρχουν:

- περιοφθαλμικό οίδημα ή ερυθρότητα βλεφάρων,
- παρεκτόπιση βολβού,
- διπλωπία,
- οφθαλμοπληγία,
- μείωση οπτικής οξύτητας,
- έντονη ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη μετωπιαία κεφαλαλγία,
- οίδημα ύπερθεν των μετωπιαίων κόλπων,
- σημεία μηνιγγίτιδας ή εστιακά νευρολογικά σημεία.

7. ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΟΞΕΙΑΣ ΡΙΝΟΚΟΛΠΙΤΙΔΑΣ

7.1. Για τη κλινική διάγνωση της οξείας ρινοκολπίτιδας απαιτούνται δύο μείζονα ή ένα μείζον και δύο ελάσσονα κριτήρια (Πίνακας 1):

- ΜΕΙΖΟΝΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ: πρόσθια ή οπίσθια πυώδης ρινική καταρροή, ρινική συμφόρηση ή απόφραξη, αίσθημα συμφόρησης ή πληρότητας στο πρόσωπο, άλγος ή αίσθημα πίεσης στο πρόσωπο, υποσμία ή ανοσμία, πυρετός.
- ΕΛΑΣΣΟΝΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ: Κεφαλαλγία, ωτικό άλγος, πίεση ή αίσθημα πληρότητας, δύσσομη αναπνοή, οδονταλγία, βήχας, καταβολή.

8. ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

8.1. Δεν συνιστάται καλλιέργεια ρινικών εκκρινμάτων

8.2. Ο απεικονιστικός έλεγχος μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να αποκλεισθεί η διάγνωση της οξείας ρινοκολπίτιδας σε ειδικές περιπτώσεις. Δεν μπορεί να διακρίνει ιογενή από βακτηριακή οξεία ρινοκολπίτιδα.

8.3. Σε περιπτώσεις μη ανταπόκρισης (στασιμότητα ή επιδείνωση) μετά από δύο διαφορετικά σχήματα αντιβιοτικών συνιστάται CT ή MRI σπλαχνικού κρανίου.

9. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

9.1. Αρχικά πρέπει να γίνει η επιλογή των ασθενών στους οποίους ενδείκνυται η αντιμικροβιακή αγωγή, δηλαδή οι ασθενείς με οξεία βακτηριακή ρινοκολπίτιδα (Βλ. 4. ΣΥΝΗΘΗΚΕΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ και ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ).

9.2. Τα κύρια παθογόνα αφορούν *Streptococcus pneumoniae* και *Haemophilus influenzae*. Παρόλο ότι, ο *Staphylococcus aureus* αποτελεί σπάνιο παθογόνο ρινοκολπίτιδας, δεν συνιστάται κάλυψη έναντι αυτού στο αρχικό εμπειρικό σχήμα.

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

- Υπάρχει σοβαρή αλλεργία (αναφυλακτική αντίδραση με οίδημα λάρυγγος, βρογχόσπασμο ή shock) ή δυσανεξία σε β-λακταμικά αντιβιοτικά;
- Ο ασθενής έχει παράγοντες κινδύνου για ανθεκτικά παθογόνα;
 - Ηλικία >65 ετών,
 - Γονείς παιδιών που φοιτούν σε παιδικό σταθμό.
 - Λήψη αντιβιοτικών τον προηγούμενο μήνα,
 - Νοσηλεία τις προηγούμενες 5 ημέρες,
 - Συννοσηρότητα,
 - Ανοσοκαταστολή.
- Η αγωγή αξιολογείται τις πρώτες 5 ημέρες. Θεωρείται ότι η αγωγή έχει αποτύχει αν υπάρχει επιδείνωση μετά 2-3 ημέρες αγωγής ή στασιμότητα μετά 3-5 ημέρες αγωγής.

10. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΣΧΗΜΑΤΑ (Βλ Σχήμα)

10.1. **1^ο ΒΗΜΑ:** Ασθενείς με πιθανή OBPN, χωρίς παράγοντες κινδύνου για ανθεκτικά παθογόνα:

- Θεραπεία εκλογής (1^{ης} γραμμής θεραπεία):
 - Amoxicillin/Clavulanate 1 gr x 2 για 5-7 ημέρες.
 - Doxycyclin 100 mg x 2 ή 200 mg x 1 για 5-7 ημέρες.
 - Εναλλακτική Θεραπεία (2^{ης} γραμμής θεραπεία):
 - Ceftidoren 400 mg x 2 για 5-7 ημέρες
- ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ**
- Clindamycin 300 mg x 3 για 5-7 ημέρες

- Σε ασθενείς με ήπια αλλεργία (δερματικό εξάνθημα) στην πενικιλίνη:
 - Doxycyclin 100 mg x 2 ή 200 mg x 1 για 5-7 ημέρες.
- Σε ασθενείς με σοβαρή αλλεργία (αναφυλαξία) ή δυσανεξία στα β-λακταμικά αντιβιοτικά:
 - Doxycyclin 100 mg x 2 ή 200 mg x 1 για 5-7 ημέρες.

10.2. **2^ο ΒΗΜΑ:** Ασθενείς με πιθανή OBPN, χωρίς παράγοντες κινδύνου για ανθεκτικά παθογόνα, με επιδείνωση μετά από 2-3 ημέρες αγωγής ή στασιμότητα μετά 3-5 ημέρες αγωγής:

- Αν η αρχική αγωγή ήταν Doxycycline
 - Amoxicillin/Clavulanate 1 gr x 2 για 7 ημέρες.
- Αν η αρχική αγωγή ήταν Amoxicillin/Clavulanate:
 - Levofloxacin 500 mg x 1 για 7 ημέρες
 - Moxifloxacin 400 mg x 1 για 7 ημέρες

10.3. **3^ο ΒΗΜΑ:** Ασθενείς με πιθανή OBPN, και παράγοντες κινδύνου για ανθεκτικά παθογόνα:

- Levofloxacin 500 mg x 1 για 10 ημέρες.
- Moxifloxacin 400 mg x 1 για 10 ημέρες.

10.4. **Δεν συνιστώνται** ως εμπειρική μονοθεραπεία, οι μακρολίδες και η κοτριμοξαζόλη λόγω των υψηλών ποσοστών αντοχής του *Streptococcus pneumoniae* σε αυτά τα αντιμικροβιακά, στον ελληνικό χώρο

10.5. Το ίδιο ισχύει, εν μέρει, και για τις κεφαλοσπορίνες α' και β'γενεάς από του στόματος. Εξ αυτών, η Ceftidoren θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως θεραπεία δεύτερης γραμμής.

11. ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

11.1. Ως επικουρικά της αντιμικροβιακής θεραπείας συνιστώνται οι ενδορρινικές εκπλύσεις με φυσιολογικό ορό ή υπέρτονο διάλυμα NaCl και η ενδορρινική χορήγηση κορτικοστεροειδών, ιδιαίτερα σε ασθενείς με ιστορικό αλλεργικής ρινίτιδας. Τα αντισταμινικά και τα τοπικώς ή συστηματικώς δρώντα αποσυμφορητικά δεν συνιστώνται.

11.2. Οι ασθενείς πρέπει να ενημερώνονται ώστε να επανεξετάζονται αν η κατάσταση τους επιδεινωθεί μετά 2-3 ημέρες αγωγής ή μένει στάσιμη μετά από 3-5 ημέρες αγωγής.

12. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ελληνική Εταιρεία Λοιμώξεων. Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη διάγνωση και τη θεραπεία της οξείας ρινοκολπίτιδας σε ενήλικες. Εις «Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη Διάγνωση και τη Θεραπεία των Λοιμώξεων». Κεφάλαιο 4, Σελ 9-14. ΚΕΕΛΠΝΟ. Αθήνα 2015.
2. Ελληνική Εταιρεία Χημειοθεραπείας. Ρινοκολπίτιδα. Εις «Οι λοιμώξεις στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη και η θεραπεία τους», Σελ 10-12. ΕΟΦ, Αθήνα 2014.
3. IDSA Clinical Practice Guideline for Acute Bacterial Rhinosinusitis in Children and Adults. Clin Infect Dis 2012;54(8):e72–112. DOI: 10.1093/cid/cir1043
4. Appropriate Antibiotic Use for Acute Respiratory Tract Infection in Adults: Advice for High-Value Care From the American College of Physicians and the Centers for Disease Control and Prevention. Ann Intern Med. 2016;164:425-434. DOI:10.7326/M15-1840

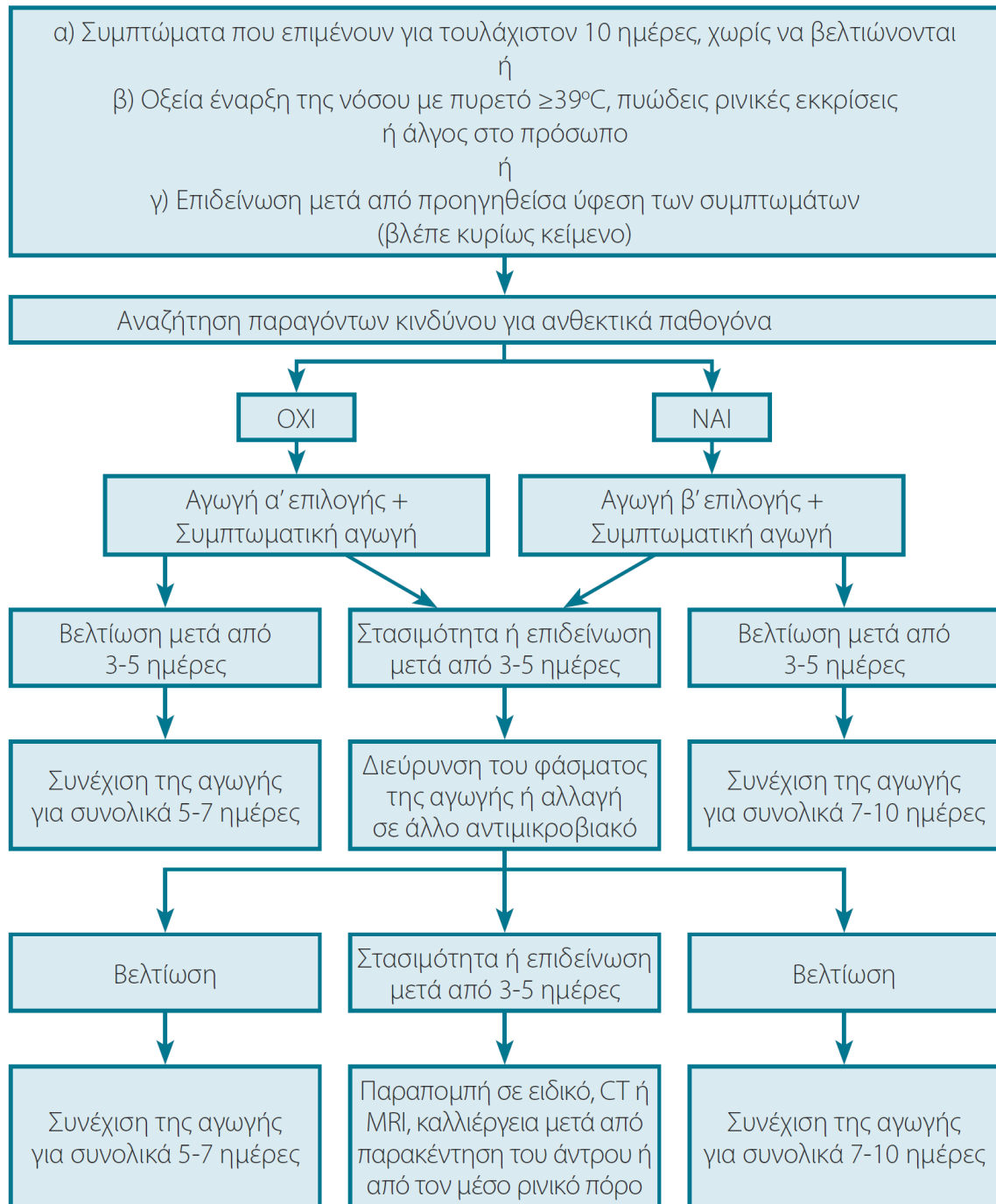
13. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Κριτήρια διάγνωσης οξείας ρινοκολπίτιδας

Μείζονα κριτήρια	Ελάσσονα κριτήρια
Πυώδης πρόσθια ρινική καταρροή	Κεφαλαλγία
Πυώδης οπισθορρινική καταρροή	Ωτικό άλγος, πίεση ή αίσθημα πληρότητας
Ρινική συμφόρηση ή απόφραξη	Δύσσοση αναπνοή
Αίσθημα συμφόρησης ή πληρότητας στο πρόσωπο	Οδονταλγία
Άλγος ή αίσθημα πίεσης στο πρόσωπο	Βήχας
Υποσμία ή ανοσμία	Καταβολή
Πυρετός (ισχύει μόνο για την οξεία ΡΚ)	Πυρετός (ισχύει για υποξεία και χρόνια ΡΚ)

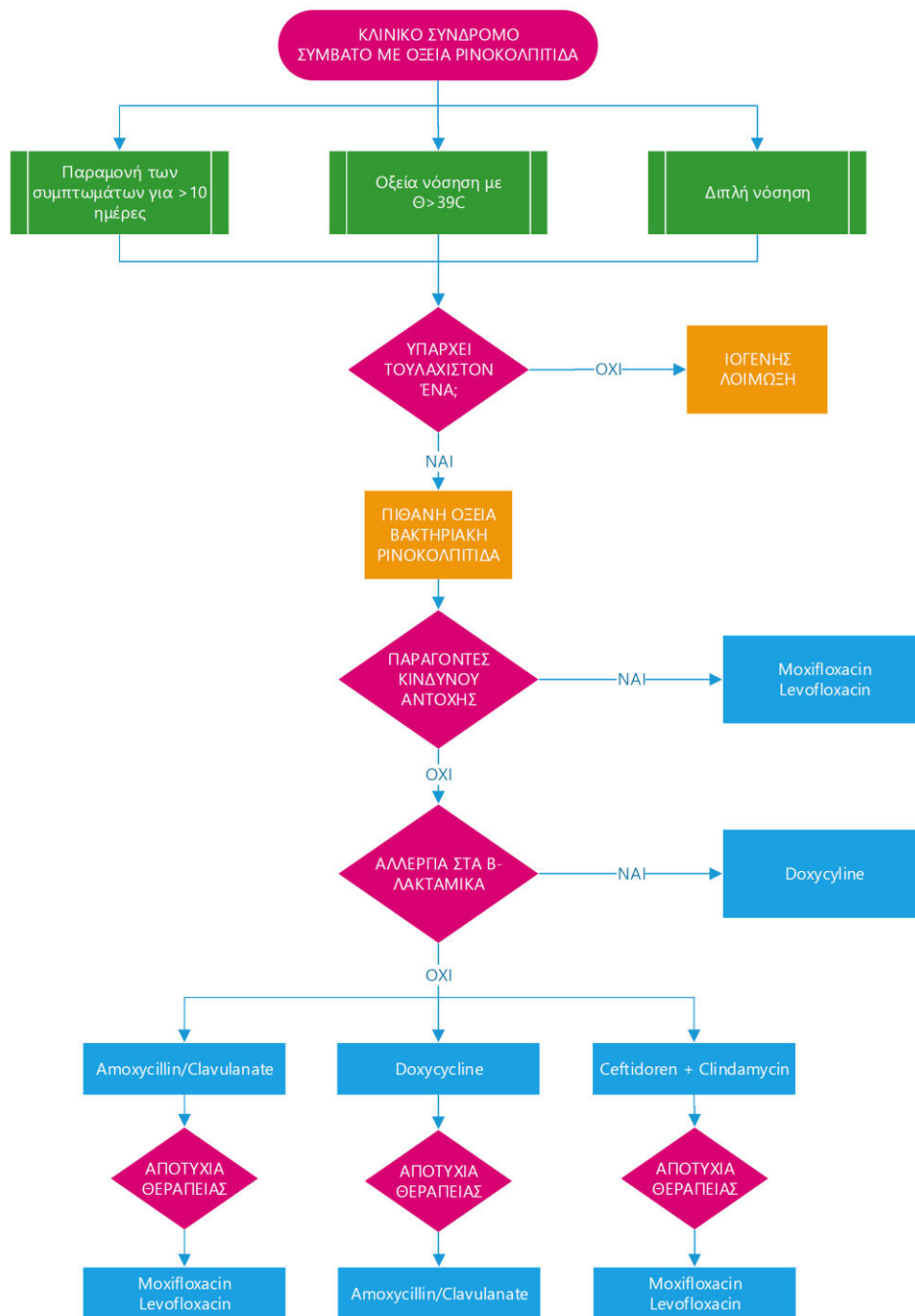
Από: Ελληνική Εταιρεία Λοιμώξεων. Κατευθυντήριες οδηγίες για τη διάγνωση και τη θεραπεία της οξείας ρινοκολπίτιδας σε ενήλικες. Εις «Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη Διάγνωση και τη Θεραπεία των Λοιμώξεων», Σελ 9 ΚΕΕΛΠΝΟ, Αθήνα 2015.

ΣΧΗΜΑ 1



Από: Ελληνική Εταιρεία Λοιμώξεων. Κατευθυντήριες οδηγίες για τη διάγνωση και τη θεραπεία της οξείας ρινοκολπίτιδας σε ενήλικες. Εις «Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη Διάγνωση και τη Θεραπεία των Λοιμώξεων», Σελ 9 ΚΕΕΛΠΝΟ, Αθήνα 2015.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΣ ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΣ ΟΞΕΙΑΣ ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗΣ ΡΙΝΟΚΟΛΠΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ



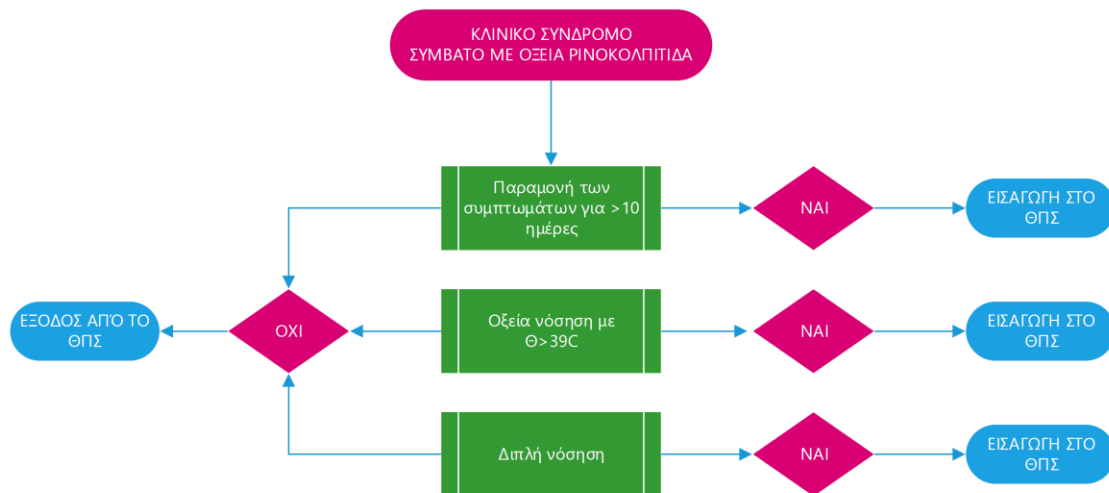
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΝΤΟΧΗΣ: Ηλικία <2 ετών ή >65 ετών, παιδικός σταθμός, λήψη αντιβιοτικών τον προηγούμενο μήνα, νοσηλεία τις προηγούμενες 5 ημέρες, συννοσηρότητα, ανοσοκαταστολή.

ΑΠΟΤΥΧΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ: Επιδείνωση μετά 2-3 ημέρες ή στασιμότητα μετά 3-5 ημέρες αγωγής.

Από: 1.Οι λοιμώξεις στην πρωτοβάθμια φροντίδα και η θεραπεία τους. Ελληνική Εταιρεία Χημειοθεραπείας. Επιμέλεια έκδοσης Ε. Γιαμαρέλλου, Χ. Γαβριήλ. ΕΟΦ 2014.

2.Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη Διάγνωση και τη Θεραπεία των Λοιμώξεων. Ελληνική Εταιρεία Λοιμώξεων, ΚΕΕΛΠΝΟ. Focus on Health 2015

ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΣΤΟ Θ.Π.Σ



ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΚΑΘΕ ΒΗΜΑ

