

# Ενημερωτική Εκδοση για τις Λοιμώξεις

Ιανουάριος - Φεβρουάριος  
Μάρτιος - Απρίλιος 2003  
Τεύχη 103, 104

Συντακτική Επιτροπή:  
Β. ΣΥΡΙΟΠΟΥΛΟΥ  
Γ. ΣΑΡΟΓΛΟΥ

---

ΤΜΗΜΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ - ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΧΩΡΕΜΕΙΟΥ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ

---

## ΧΗΜΕΙΟΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

**Αθανάσιος Μίχος**

*Παιδίατρος*

*Συνεργάτης Τμήματος Λοιμώξεων*

*Α' Παιδιατρική Κλινική Παν/μίου Αθηνών*

Η προληπτική χορήγηση αντιμικροβιακών φαρμάκων ή χημειοπροφύλαξη (ΧΠ) εφαρμόζεται σε ορισμένες περιπτώσεις για να αποφευχθεί η νόσηση από παθογόνα που έχουν υψηλή θνητότητα ή προκαλούν σοβαρές επιπλοκές ή υποτροπιάζουν συχνά. Το όφελος από τη χορήγησή της δεν είναι εύκολο να εκτιμηθεί σε όλες τις περιπτώσεις, γιαυτό και η εφαρμογή της συχνά προβληματίζει τον κλινικό ιατρό, ιδιαίτερα επί παρατεταμένης χρήσης των αντιμικροβιακών φαρμάκων, τόσο για την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών όσο και για την ανάπτυξη μικροβιακής αντοχής με σοβαρές συνέπειες.

**Γενικές αρχές.** Πολλοί παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν την αποτελεσματικότητα της ΧΠ, όπως το παθογόνο αίτιο που προκαλεί τη λοίμωξη, το αντιμικροβιακό φάρμακο που χρησιμοποιείται, το άτομο (ξενιστής) στο οποίο χορηγείται η ΧΠ, η νόσος που επιδιώκεται να προληφθεί και η εστία της λοίμωξης. Η ΧΠ είναι πιο αποτελεσματική όταν πρόκειται για την πρόληψη ενός μόνο παθογόνου μικροοργανισμού και όταν χορηγείται αμέσως ή βραχύ χρονικό διάστημα μετά από την έκθεση. Εάν η έκθεση είναι συνεχής ή παρατεταμένη ή πρόκειται για πρόληψη λοίμωξης από παθογόνο που ανήκει στην μικροβιακή χλωρίδα τότε η ΧΠ είναι λιγότερο αποτελεσματική. Τα αντιμικροβιακά που χρησιμοποιούνται για ΧΠ πρέπει να έχουν περιορισμένο αντιμικροβιακό φάσμα, εύκολη χορήγηση να είναι καλά ανεκτά και να μην προκαλούν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες. Όσο αραιότερα είναι τα μεσοδιαστήματα χορήγησής τους η συμμόρφωση των ατόμων είναι καλύτερη και το αποτέλεσμα πιο ικανοποιητικό. Η εφάπαξ χορήγηση φαρμάκου για την πρόληψη μιάς λοίμωξης αποτελεί ιδανικό τρόπο ΧΠ.

Η σοβαρότητα της λοίμωξης που επιδιώκεται να προληφθεί αποτελεί και τον πρωταρχικό λόγο για τη χορήγηση ΧΠ. Σοβαρές λοιμώξεις που απειλούν άμεσα τη ζωή, όπως η μηνιγγιτιδοκοκκική σηψαιμία ή λοιμώξεις με υψηλή θνητότητα όπως η ενδοκαρδίτιδα αποτελούν ένδειξη για ΧΠ. Η εστία της λοίμωξης παίζει σημαντικό ρόλο για το αποτέλεσμα της ΧΠ. Εάν το αντιβιοτικό που χορηγείται δεν συγκεντρώνεται ικανοποιητικά στο σημείο της λοίμωξης, λόγω πηλομελούς αιμάτωσης της περιοχής, ή λόγω κακής φαρμακοκινητικής του (μέσο ους, λοίμωξη αφορά προσθετικά ξένα σώματα) η ΧΠ είναι λιγότερο αποτελεσματική. Κατωτέρω αναφέρονται οι λοιμώξεις ή παθολογικές καταστάσεις που ενδείκνυται ΧΠ, το είδος του φαρμάκου και το δοσολογικό του σχήμα (Πίνακας 1).

Πίνακας 1. ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΗ ΧΗΜΕΙΟΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΑΙΤΙΟ

Αίτιο/Κατάσταση	Φάρμακο	Οδός Χορήγησης	Δοσολογία	
			Παιδιά	Ενήλικες
<b>I. ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ</b>				
<b>ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΚΘΕΣΗ</b>				
<b>Αιμόφιλος ινφλουένζας τύπου b (Hib).</b>	Rifampin	PO	<1 μηνός 10 mg/kg σε μία δόση χ 4 μέρες	20 mg/kg (μεγίστη, 600 mg) σε μία δόση χ 4ημέρες
	Ceftriaxone	I.M	> 1 μηνός 20 mg/kg (μεγίστη δόση 600 mg) σε μία δόση χ 4 ημέρες	250 mg εφάπαξ για εγκύους
<b>Αιμόφιλος του κοκκύτη</b>	Erythromycin	PO	40-50 mg/kg/24ωρο (μεγίστη δόση 2g) σε 3 δόσεις χ 14 ημέρες	500 mg χ 3 δόσεις χ 14 ημέρες
	Azithromycin		10-12 mg/kg/24ωρο (μεγίστη δόση, 1,5 g) χ 5-7 ημέρες	10 mg/kg (μεγίστη δόση, 1,5 g) χ 5-7 ημέρες
	Clarithromycin	PO	15 mg/kg σε 2 δόσεις χ 5-7 ημέρες	500 mg χ 2 για 7 ημέρες
	Τριμεθοπρίμη Σουλφαμεθο- ξαζόλη(TMP/ SMX)	PO	8 mg/kg/24ωρο (TMP) σε 2 δόσεις χ14 ημέρες	1 δισκίο χ 2 ημερησίως χ 14 ημέρες
<b>Μηνιγγιτιδόκοκκος</b>				
	Rifampin		Ηλικία < 1 μηνός 5 mg/kg / 12ωρο χ 2 ημέρες	10 mg/kg (μεγίστη δόση 600 mg) / 12ωρο χ 2 ημέρες
	Ceftriaxone	IM	> 1 μηνός 10 mg/kg (μεγίστη δόση, 600 mg) / 12ωρο χ 2 ημέρες < 15 ετών 125 mg εφάπαξ	Δεν συνιστάται σε εγκύους  250 mg εφάπαξ
	Ciprofloxacin	PO	> 15 ετών 250 mg εφάπαξ > 18 ετών 500 mg εφάπαξ	500 mg εφάπαξ Δεν συνιστάται σε εγκύους
<b>Μυκοβακτηρίδιο φυματίωσης<sup>1</sup></b>				
Ευαίσθητα στην Ισονιαζίδη στελέχη	Isoniazid	PO	10mg/kg/24ωρο (μεγίστη δόση 300mg)χ 9 μήνες	5 mg/kg/24ωρο (μεγίστη δόση, 300 mg) χ 9 μήνες
Ανθεκτικά στην Ισονιαζίδη στελέχη	Rifampin	PO	10mg/kg/24ωρο (μεγίστη δόση, 600 mg	10mg/kg/24ωρο (μεγίστη δόση, 600 mg

<sup>1</sup> Σε ανοσοκατεσταλμένους και HIV θετικούς ασθενείς για 12 μήνες.Εναλλακτικό σχήμα εάν υπάρχει αμφιβολία για τη συμμόρφωση: Μετά τη συμπλήρωση ενός μηνός καθημερινής θεραπείας, 2 φορές εβδομαδιαίως σε δόση 20-30mg/kg (μεγίστη ημερήσια δόση 900mg).

Αίτιο/Κατάσταση	Φάρμακο	Οδός Χορήγησης		Δοσολογία	
				Παιδιά	Ενήλικες
<b>Οφθαλμία νεογνών Neisseria gonorrhoeae</b>	Erythromycin 0,5% ophthalmic ointment	NEOΓΝΑ Τοπικά		Μία εφάπαξ δόση	
	Tetracycline 1% ophthalmic ointment			Μία εφάπαξ δόση	
	Silver nitrate 1% solution			Μία εφάπαξ δόση	
<b>Neisseria gonorrhoeae</b> με αντοχή στην πενικιλίνη (που παράγει πενικιλινάση) ή μητέρα θετική για γονόκοκκο που δεν έχει πάρει θεραπεία	Ceftriaxone ή Cefotaxime	IV, IM		25-50 mg/kg (125 mg) και τοπική θεραπεία 100 mg/kg και τοπική θεραπεία	
<b>Chlamydia trachomatis</b>	Erythromycin 0,5% ophthalmic ointment	Τοπικά		Μία εφάπαξ δόση	
	Tetracycline 1% ophthalmic ointment			Μία εφάπαξ δόση	
<b>Στρεπτόκοκκος ομάδας Β (GBS)</b> Έγκυες με θετική καλλιέργεια GBS ή με παράγοντες κινδύνου	Penicillin G ή Ampicillin	IV		5 X 10 <sup>6</sup> IU αρχικά και στη συνέχεια 2,5 X10 <sup>6</sup> IU κάθε 4-6 ώρες μέχρι να ολοκληρωθεί ο τοκετός.  Εναλλακτικά σε δόση 2gr αρχικά και στη συνέχεια 1 gr κάθε 4-6 ώρες	
Γυναίκες αλλεργικές στην πενικιλίνη	Κεφαλοσπορίνη 1ης ή 2ης γενεάς ή κλινδαμυκίνη			2 g αρχικά και ακολούθως 1g /8ωρο 900 mg/8 ωρο μέχρι να ολοκληρωθεί ο τοκετός	
<b>ΆΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ</b> <b>Ανατομική ή λειτουργική ασπληνία<sup>2</sup></b>	Penicillin V	PO	< 5 ετών: 125 mg χ 2 το 24ωρο 2-3 χρόνια μετά τη σπληνεκτομή >5 ετών: 250mg χ 2 το 24ωρο, 2-3 χρόνια μετά τη σπληνεκτομή	250 mg χ 2 το 24ωρο 2-3 χρόνια μετά τη σπληνεκτομή	
	Amoxicillin	PO	20 mg/kg/24ωρο x 1	500 mg/ 24ωρο	
	TMP/SMX	PO	2mg TMP/10mg SMX /kg/24ωρο, μία δόση	Ένα χάπι 80 kg TMP x1	
Σε ασθενείς αλλεργικούς στην πενικιλίνη και στις σουλφοναμίδες	Erythromycin ή Clarithromycin	PO	20-40mg/kg/24ωρο (2 δόσεις)  7,5-15 mg/kg/24ωρο (1 ή 2 δόσεις)	250 mg χ 2 ημερησίως  250mg χ 2 το 24ωρο	

<sup>2</sup>Η ΧΠ δεν είναι πάντα αποτελεσματική. Τα άτομα με σπληνεκτομή πρέπει να ενημερώνονται για τον αυξημένο κίνδυνο νόσησης που διατρέχουν και να παίρνουν θεραπευτικές δόσεις αμοξικιλίνης ή Amoxicillin-clavulanate επί πυρετού μέχρι να συμβουλευθούν γιατρό. Απαραίτητος ο εμβολιασμός με τα εμβόλια πνευμονιοκόκκου, αιμοφίλου και μηνιγγιτιδοκόκκου. Το πολυσακχαριδικό εμβόλιο πνευμονιοκόκκου πρέπει να επαναλαμβάνεται κάθε 6 χρόνια.

Αίτιο/Κατάσταση	Φάρμακο	Οδός Χορήγησης	Δοσολογία	
			Παιδιά	Ενήλικες
<b>Δήγμα ζώου ή ανθρώπου</b>	Amoxicillin-clavulanate	PO	50mg/kg/24ωρο 2-3 δόσεις χ 5-7 μέρες	625mg χ 3/24ωρο χ 5-7 μέρες
Σε αλλεργικούς στην πενικιλίνη ασθενείς			Clindamycin μαζί με TMP/SMX	Clindamycin μαζί με Κινολόνη
<b>Ενδοκαρδίτιδα</b> Για επεμβάσεις που αφορούν στο στόμα, δόντια, αναπνευστικό και οισοφάγο	Amoxicillin ή Ampicillin	PO  IM ή IV	50mg/kg (μεγίστη δόση 2g) 1ώρα πριν από την επέμβαση  50mg/kg (μεγίστη δόση 2g) 30 λεπτά προ της επέμβασης	2g 1 ώρα πριν από την επέμβαση  2g 30 λεπτά προ της επέμβασης
Σε αλλεργία στην πενικιλίνη	Clindamycin ή Clarithromycin	PO ή IV  PO	20mg/kg (μεγίστη δόση 600mg)  15mg/kg (μεγίστη δόση 500mg) 1 ώρα προ της επέμβασης	Clindamycin 600mg  Clarithromycin 500mg 1 ώρα προ της επέμβασης
<b>Ενδοκαρδίτιδα</b> Για οδοντιατρικές επεμβάσεις και άλλες επεμβάσεις στόματος, οισοφάγου και αναπνευστικού	Amoxicillin  Ampicillin	PO  IM, IV	50mg/kg (μεγίστη δόση 2g) μία ώρα πριν την επέμβαση  50mg/kg (μεγίστη δόση 2g) μία ώρα πριν την επέμβαση	2 g μία ώρα πριν την επέμβαση  2g μία ώρα πριν την επέμβαση
Ασθενείς αλλεργικοί στην Ampicillin	Clindamycin  ή Azitromycin ή Clarithromycin  ή Cephalosporin 1ης ή 2ης γενιάς (Cefazolin)	PO ή IM, IV  PO  PO ή IM, IV	20 mg/kg μία ώρα πριν την επέμβαση PO ή IM, IV μισή ώρα πριν την επέμβαση  15mg/kg μία ώρα πριν την επέμβαση  20 mg/kg μία ώρα πριν την επέμβαση	600 mg μία ώρα πριν την επέμβαση PO,IM και μισή ώρα IV  500 mg μία ώρα πριν την επέμβαση  500 mg μία ώρα πριν την επέμβαση ή 1 g μισή ώρα πριν IM ή IV
Για επεμβάσεις που αφορούν στο πεπτικό κάτω από τον οισοφάγο και το ουροποιογεννητικό σύστημα	Ampicillin και Gentamicin	IM ή IV	50mg/kg (μεγίστη δόση 2g)  5mg/kg (μεγίστη δόση 120mg) 30 λεπτά πριν από την έναρξη της επέμβασης	2g  1,5mg/kg (μεγίστη δόση 30 λεπτά πριν από την έναρξη της επέμβασης)

Αίτιο/Κατάσταση	Φάρμακο	Οδός Χορήγησης	Δοσολογία	
			Παιδιά	Ενήλικες
	Ampicillin ή Amoxicillin	IM ή IV PO	6 ώρες αργότερα 25mg/kg 1(μεγίστη δόση 1g)	6 ώρες αργότερα 1g
	Vancomycin και  Gentamicin	IV	20mg/kg (μεγίστη δόση 1g) IV έγχυση σε 1-2 ώρες  5mg/kg (μεγίστη δόση 120mg) 30 λεπτά πριν από την επέμβαση	1g IV έγχυση σε 1-2 ώρες 30 λεπτά πριν από το χειρισμό  1,5mg/kg (μεγίστη δόση 120mg) 30 λεπτά πριν από την επέμβαση
<b>Ρευματικός πυρετός</b>	Benzathine Penicillin G  ή  Penicillin V  Sulfadiazine ή sulfisoxazole	IM   PO  PO	1.200.000 IU IM κάθε 3-4 εβδομάδες χ 10 χρόνια ή μέχρι την ηλικία των 25 ετών σε περιπτώσεις καρδίτιδας   250mg 2 φορές την ημέρα  0,5g μία φορά την ημέρα για ασθενείς με βάρος <27kg και 1g μία φορά την ημέρα για ασθενείς με βάρος >27kg	
Σε ασθενείς αλλεργικούς στην πενικιλίνη και στις σουλφοναμίδες	Erythromycin ή Clarithromycin	PO	250 mg X 2 ημερησίως	
<b>Ουρολοίμωξη</b> Παιδιά με κυστε- ουρητηρική παλιν- δρόμηση	Τριμεθοπρίμη - Σουλφαμεθο- ξαζόλη (TMP-SMX)  ή Νιτροφουραντοίνη  Εναλλακτικά κεφαλοσπορίνες 2ης γενεάς	PO  PO  PO	2mg TMP/10mg SMX /kg/ 24ωρο, μία δόση προ του ύπνου για 1-2 χρόνια  1-2mg/kg/24ωρο, μία δόση προ του ύπνου 1-2 χρόνια  10-20 mg/kg/24ωρο, μία δόση	
Νέες γυναίκες με υποτροπές ( ≥ 3 επεισόδια το χρόνο)	TMP-SMX	PO	Ένα χάπι 80 kg(TMP) προ του ύπνου	
<b>Υποτροπιάζουσα οξεία μέση ωτίτιδα . (ΟΜΩ)</b>	Amoxicillin ή TMP/SMX	PO  PO	20mg/kg/24ωρο σε μία δόση προ του ύπνου  2mg TMP/10mg SMX /kg/ 24ωρο σε μία δόση προ του ύπνου	
<b>ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ</b> <b>Καρδιοαγγειακές επεμβάσεις</b>	Cefazolin ή Cefuroxime ή  Vancomycin  Mupirocin	IV IV  IV	1 g εφάπαξ ή ανά 8ωρο για 1-2 ημέρες 1,5 g εφάπαξ ή ανά 12ωρο χ 2-3 ημέρες  1g εφάπαξ  Ενδορινικά χ 2 για 5 ημέρες πριν την επέμβαση	

Αίτιο/Κατάσταση	Φάρμακο	Οδός Χορήγησης	Δοσολογία	
			Παιδιά	Ενήλικες
<b>Επεμβάσεις</b>				
<b>Γαστρεντερικού</b>				
Στομάχου, 12-δακτύλου, Χοληφόρων και χολοκυστεκτομή με λαπαροσκόπηση	Cefazolin ή Cefoxitin  ή Cefuroxime	IV IV  IV	1 g εφάπαξ ή ανά 8ωρο για 2-3 ημέρες	1,5 g εφάπαξ ή ανά 12ωρο για 2-3 ημέρες
<b>Επεμβάσεις από το</b>				
<b>ορθό και</b>				
<b>σκωληκοειδεκτομή</b>				
Προγραμματισμένη	Neomycin και Erytromycin	PO	1 μμ, 2 μμ, 10 μμ 10 μμ Νεομικίνη 1 g και ερυθρομικίνη 1 g	
Επείγουσα	Cefazolin και Metronidazole ή Cefoxitin	IV IV	Cefazolin 1-2 g και Metronidazole 0,5 g 1-2 g	
Ρήξη κοίλου σπλάχνου	Cefoxitin	IV	2 g και ακολούθως 1 g ανά 8ωρο χ 5-10 ημέρες	
<b>Επεμβάσεις κεφαλής</b>				
<b>και τραχήλου</b>				
Όταν αναμένεται μόλυνση τραύματος με χλωρίδα φάρυγγος	Cefazolin  Clindamycin μαζί με Gentamicin	IV IV IV	2 g εφάπαξ 600-900 mg εφάπαξ 1,5 mg/kg εφάπαξ	
<b>Νευροχειρουργικές</b>				
Καθαρές επεμβάσεις κρανιοτομής	Cefazolin ή Vancomycin	IV IV	1 g χ 1 1 g χ 1	
Πιθανή μόλυνση με χλωρίδα στόματος	Clindamycin	IV	600-900 mg εφάπαξ	
Τοποθέτηση βαλβίδας	Vancomycin Gentamicin	Ενδοκοιλιακά	10 mg 3mg	
<b>Επεμβάσεις</b>				
<b>γυναικολογικές</b>				
Υστερεκτομή	Cefazolin  ή Cefoxitin ή Cefuroxime	IV IV IV	1-2 g 30 λεπτά πριν την επέμβαση 1-2 g 1,5 g	
Καισαρική τομή με πρώρη ρήξη θυλακίου	Cefazolin	IV	1 g χ 1 αμέσως μετά την περιέδεση ή μετά τοκετού έναρξη του ομφαλίου λώρου	
Έκτρωση 1ου τριμήνου	Penicillin G ή Doxycycline	IV PO	2 mU 300 mg	
2ου τριμήνου	Cefazolin	IV	1 g χ 1	
<b>Περιτονοδιύλιση</b> <b>αντικατάσταση</b> <b>καθετήρα</b>	Vancomycin	IV	1g εφάπαξ 12 ώρες πριν την αντικατάσταση	

Αίτιο/Κατάσταση	Φάρμακο	Οδός Χορήγησης	Δοσολογία	
			Παιδιά	Ενήλικες
<b>Επεμβάσεις ορθοπεδικές</b>				
Αρθροπλαστική ισχίου και αντικατάσταση άλλων αρθρώσεων	Cefazolin και	IV	50 mg/kg	1-2 g πριν την επέμβαση και πιθανόν και 2η δόση 1 g με την είσοδο στο χειρουργείο
	Vancomycin		50 mg/kg	
Επεμβάσεις στη σπονδυλική στήλη				
Ανοικτή ανάταξη καταγμάτων	Ceftriaxone	IV, IM	50 mg/kg	2 g εφάπαξ
<b>Επεμβάσεις ουροποιητικού</b>				
Αν υπάρχει μικροβιουρία	Cefazolin	IV	1 g ανά 8ωρο χ 1-3 δόσεις ακολούθως TMP/SMX ή νιτροφουραντοίνη μέχρι βγει ο ουροκαθετήρας	
<b>Βιοψία προστάτου (διορθική)</b>	Ciprofloxacin	PO	500 mg 12 ώρες πριν και 12 ώρες μετά τη βιοψία	
<b>II. ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ</b>				
<b>Περιγεννητική μετάδοση HIV</b>	Zidovudine (ZDV)	PO	Νεογνό: 2 mg/kg/6ωρο, (4 δόσεις) έναρξη 8-12 ώρες μετά γέννηση έως 6η εβδομάδα ζωής	Φαρμακευτική αγωγή εγκύου: 300 mg χ 2 ημερησίως. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, μετά τη 14η εβδομάδα της κύησης
		IV		Φαρμακευτική αγωγή εγκύου κατά τη διάρκεια του τοκετού: 2 mg/kg IV την 1η ώρα του τοκετού και στη συνέχεια 1 mg/kg κάθε ώρα έως το τέλος του τοκετού
	Εναλλακτικά Nevirapine	PO	2mg/kg εφάπαξ δόση εντός 72 ωρών από τη γέννηση	200 mg εφάπαξ την ώρα του τοκετού
<b>Έκθεση στον ιό HIV</b>				
Επαγγελματικό ατύχημα Χαμηλό φορτίο ιού				Βασικό σχήμα: ZDV 200 mg χ 3 μαζί με λαμβουδίνη (3TC) 150 mg χ 2 για 4 εβδομάδες
Υψηλό φορτίο ιού				Ευρύ σχήμα: Βασικό σχήμα και ινδιναβίρη (IDV) 800 mg χ 3ή νελφίναβιρη (NLF) 750 mg χ 3 για 4 εβδομάδες
Μετά σεξουαλική επαφή ή χρήστες ναρκωτικών				Ανάλογα με το φορτίο του ιού βασικό ή ευρύ σχήμα
<b>III. ΠΑΡΑΣΙΤΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ</b>				
<b>ΕΛΟΝΟΣΙΑ</b>				
Για περιοχές χωρίς ανθεκτικά στη χλωροκίνη πλασμώδια P. falciparum	Chloroquine phosphate  (Aralen, Chlroloquin)	PO	8,3mg (5mg/kg βάση) 1 φορά την εβδομάδα (μέγιστη δόση 500mg) διάρκεια ίδια με ενήλικες	500mg (300mg βάση) 1 φορά την εβδομάδα Μια εβδομάδα πριν, κατά την παραμονή και 4 εβδομάδες μετά την επίσκεψη ενδημικής περιοχής

Αίτιο/Κατάσταση	Φάρμακο	Οδός Χορήγησης	Δοσολογία	
			Παιδιά	Ενήλικες
Για περιοχές με ανθεκτικά στη χλωροκίνη πλασμώδια P. falciparum Φάρμακο εκλογής	Mefloquine (Lariam)	PO	< 15kg: 5mg/kg, 15-19kg: 1/4 δισκίο (62,5 mg), 20-30kg: 1/2 δισκίο (125mg), 31-45 kg: 3/4 δισκίο (187,5mg), > 45 kg: 1 δισκίο (250mg), 1 φορά την εβδομάδα Διάρκεια όπως ενήλικες	250mg (228mg βάση) 1 φορά την εβδομάδα. Μια εβδομάδα πριν, κατά τη διάρκεια και 4 εβδομάδες μετά την επίσκεψη ενδημικής περιοχής
	ή Primaquine phosphate	PO	0,88mg (0,5mg βάση)/kg/24ωρο κατά την διάρκεια παραμονής και μία εβδομάδα μετά την επίσκεψη ενδημικής περιοχής	52,6mg (30mg βάση) ημερησίως κατά την διάρκεια παραμονής και μία εβδομάδα μετά την επίσκεψη ενδημικής περιοχής
Εναλλακτική προφύλαξη	Doxycycline (Vibramycin)	PO	> 8 ετών: 2mg/kg/ 24ωρο (μέγιστη δόση 100mg/ημέρα) μια ημέρα πριν, κατά το διάστημα της έκθεσης και 4 εβδομάδες μετά.	100mg/24ωρο διάρκεια όπως παιδιά
	ή atovaquone 250 mg+Proguanil 100mg (malarone)	PO	11-20 kg: 62,5/25mg/24ωρο, 21-30 kg: 125/50mg/24ωρο 31-40 kg: 187,5/75 mg/24ωρο > 40 kg: 250/100 mg/24ωρο. Διάρκεια όπως ενήλικες.	1 χάπι την ημέρα μαζί με τροφή μία ημέρα πριν κατά την διάρκεια και 7 ημέρες καθημερινά μετά το ταξίδι.
	ή Chloroquine phosphate μαζί με Pyrimethamine -sulfadoxine (Fansidar)	PO	Βλ. Ανωτέρω < 1 έτους: 1/4δισκίο 1-3 ετών: 1/2δισκίο 4-8 ετών: 1 δισκίο 9-14 ετών: 2 δισκία	Βλ. Ανωτέρω 3 χάπια (25mg pyrimethamine +500mg sulfadoxine) εφάπαξ, εφόσον εμφανιστεί πυρετός
	ή Chloroquine phosphate μαζί με Proguanil (Paludrine)		Βλ. Ανωτέρω < 2 ετών: 50mg ημερησίως 2-6 ετών: 100mg ημερησίως 7-10 ετών: 150mg ημερησίως > 10 ετών: 200 mg ημερησίως	200 mg ημερησίως κατά τη διάρκεια της έκθεσης και για 4 εβδομάδες κατά τη διάρκεια της έκθεσης και για 4 εβδομάδες μετά.



**Λοιμώξεις από Αιμόφιλος ινφλουένζας τύπου b (Hib).** Η νόσηση μετά έκθεση σε πάσχοντα με Hib λοίμωξη εξαρτάται από την ηλικία του ατόμου και το χρονικό διάστημα της έκθεσης. Ο κίνδυνος για την εμφάνιση δευτερογενών κρουσμάτων μετά έκθεση είναι μεγαλύτερος αν το κρούσμα εμφανιστεί στο οικογενειακό περιβάλλον ενός ατόμου από ότι στον παιδικό σταθμό. Υπολογίζεται δε σε 6% για παιδιά μικρότερα του έτους, σε 2,1% για παιδιά 1-4 ετών και είναι ελάχιστος για άτομα >6 ετών (CV Broome και συν NEJM 316:1226,1987).

Μετά την ευρεία χρήση του Hib εμβολίου η χημειοπροφύλαξη για την πρόληψη της Hib λοίμωξης στις περισσότερες περιπτώσεις είναι περιττή, αφού ο παιδικός πληθυσμός είναι άνοσος. Σήμερα συνιστάται χημειοπροφύλαξη για την πρόληψη της Hib: α) σε όλα τα μέλη της οικογένειας που θα εμφανιστεί κρούσμα αν στο οικογενειακό περιβάλλον υπάρχει παιδί μικρότερο των 4 ετών που είναι ανεμβολίαστο ή ανεπαρκώς εμβολιασμένο, β) στις περιπτώσεις που υπάρχει βρέφος < 12μηνών που δεν έχει εμβολιασθεί με όλες τις αρχικές δόσεις εμβολίου ή παιδί με ανοσοκαταστολή, γ) σε παιδιά και προσωπικό βρεφονηπιακών σταθμών στους οποίους εμφανίστηκαν, εντός 60 ημερών, δύο ή περισσότερες περιπτώσεις διεισδυτικής Hib νόσου, δ) στους πάσχοντες από Hib νόσο για την εξάλειψη της φορείας εκτός εάν χορηγήθηκε αγωγή με Ceftriaxone ή Cefotaxime.

Πλήρως εμβολιασμένο έναντι του Hib θεωρείται ένα παιδί αν έχει λάβει τουλάχιστον 1 δόση Hib εμβολίου σε ηλικία  $\geq$  15 μηνών, δύο δόσεις σε ηλικία μεταξύ 12-14 ετών και 2-3 δόσεις σε ηλικία μικρότερη των 12 μηνών καθώς και μία αναμνηστική μετά τους 12 μήνες. Η ριφαμπικίνη εκριζώνει τον Hib από το φάρυγγα στο 95% των φορέων. Σε εγκύους συνήθως δεν απαιτείται ΧΠ αν κριθεί σκόπιμο συνιστάται χορήγηση Ceftriaxone 250mg IM εφάπαξ (Rowley και συν J Pediatr, 110:792, 1987).

**Κοκκύτης.** Χημειοπροφύλαξη συνιστάται στα μέλη της οικογένειας του ασθενούς και στα άτομα που ήρθαν σε στενή επαφή ανεξάρτητα από την ηλικία τους ή τον εμβολιασμό τους. Η χορήγηση ΧΠ και στα εμβολιασμένα άτομα κρίνεται σκόπιμη επειδή η ανοσία που παρέχει το εμβόλιο του κοκκύτη δεν είναι πλήρης και πολλές φορές δεν προστατεύει από τη νόσο. Επιπλέον, τα εμβολιασμένα άτομα μπορεί να εκδηλώσουν ήπια νόσο, η οποία συνήθως διαφεύγει της διάγνωσης, γιαυτό και συχνά αποτελούν εστία διασποράς του μικροβίου. Η χορήγηση ερυθρομυκίνης 40-50mg/kg για 14 μέρες είναι αποτελεσματική για την πρόληψη της νόσου, αν δοθεί εντός 5 ημερών από την έκθεση. Εάν η ερυθρομυκίνη χορηγηθεί κατά το καταρροϊκό στάδιο της νόσου συνήθως τροποποιεί τη νόσο. Βραχύτερα σχήματα ΧΠ έχουν χρησιμοποιηθεί όπως η ερυθρομυκίνη για 7 μέρες και οι νεότερες μακρολίδες (κλαριθρομυκίνη ή αζιθρομυκίνη) για 5-7 μέρες (Halperin και συν Pediatrics, 100:65-71, 1997, Aoyama και συν J Pediatr, 129:761-764, 1996) χωρίς όμως να έχει τεκμηριωθεί πλήρως η αποτελεσματικότητά τους. Σε βρέφη μικρότερα των 6 εβδομάδων έχει αναφερθεί συσχέτιση μεταξύ της χορήγησης ερυθρομυκίνης και εμφάνισης υπερτροφικής στένωσης πυλωρού, γι'αυτό θα πρέπει οι γονείς να ενημερώνονται για τον πιθανό κίνδυνο και τα συμπτώματα της νόσου. Έγκυες γυναίκες με υποψία ή τεκμηριωμένη λοίμωξη από κοκκύτη θα πρέπει να λαμβάνουν ΧΠ τουλάχιστον 3 μέρες πριν από τον τοκετό για 10 μέρες (Davies και συν, Royal College of Pediatrics, 2001).

**Μηνιγγιτιδοκοκκικές λοιμώξεις.** Πρόληψη των μηνιγγιτιδοκοκκικών λοιμώξεων με ΧΠ συνιστάται για τα άτομα που ήρθαν σε στενή επαφή με τον πάσχοντα (πίνακας 2). Υπολογίζεται ότι ο κίνδυνος νόσησης των ατόμων που ευρίσκονται στο άμεσο οικογενειακό περιβάλλον του πάσχοντος είναι περίπου 300 φορές μεγαλύτερη από ότι στο γενικό πληθυσμό (AAP, Red Book, p:432, 2003). Η ΧΠ πρέπει να χορηγείται όσο το δυνατόν ενωρίτερα μετά την έκθεση ή δυνατόν εντός 24 ωρών από τη διάγνωση του αρχικού κρούσματος. Η χρήση ΧΠ μπορεί να μειώσει κατά 72-97% τη φορεία και την εμφάνιση δευτερογενών κρουσμάτων (Schwartz και συν, Lancet, 1:239-242, 1988- Martin και συν, BMJ, 312:1536, 1996). Η συστηματική αντιμικροβιακή θεραπεία για την αντιμετώπιση της μηνιγγιτιδοκοκκικής λοίμωξης δεν εξαφανίζει τη φορεία, εκτός αν χορηγηθεί Ceftriaxone ή Cefotaxime, γιαυτό χορηγείται ΧΠ και στους ασθενείς μετά τη αποθεραπεία. Σε επιδημική έξαρση κρουσμάτων μηνιγγιτιδοκοκκικής νόσου δεν συστήνεται χορήγηση ΧΠ στην κοινότητα, αλλά μπορεί να δοθεί σε κλειστούς πληθυσμούς (π.χ. σχολεία) αν παρουσιαστούν κρούσματα (MMWR, 46:1-21, 1997).

**Πίνακας 2: ΧΗΜΕΙΟΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΟΚΟΚΚΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ**

<b>Συνιστάται σε άτομα με αυξημένο κίνδυνο νόσησης</b>	<b>Δεν συνιστάται σε άτομα με χαμηλό κίνδυνο νόσησης</b>
Άτομα στο οικογενειακό περιβάλλον του πάσχοντα (ιδιαίτερα μικρά παιδιά)	Τυχαία επαφή με τον πάσχοντα στο σχολείο ή τη δουλειά
Παιδιά βρεφονηπιακών σταθμών που είχαν άμεση επαφή με πάσχοντα έως και 7 ημέρες προ της εκδήλωσης νόσου	Έμμεση επαφή μέσω ατόμου που ήρθε σε επαφή με τον πάσχοντα
Ιατρικό προσωπικό με άμεση επαφή με εκκρίματα του ασθενούς όπως στόμα με στόμα ανάνηψη	Ιατρικό προσωπικό που φροντίζει τον ασθενή χωρίς άμεση επαφή με τα στοματικά εκκρίματα του ασθενούς
Άτομα με μηνιγγιτιδοκοκκική λοίμωξη που δεν θεραπεύτηκαν με Ceftriaxone ή Cefotaxime, πριν εξέλθουν του νοσοκομείου	

**Λανθάνουσα φυματική λοίμωξη.** Η εξέλιξη της λανθάνουσας φυματικής λοίμωξης σε ενεργό φυματίωση αναστέλλεται σε > 90 % των περιπτώσεων με την κατάλληλη θεραπεία. Για το λόγο αυτό άτομα που έχουν θετική Mantoux χωρίς όμως ένδειξη νόσου με κάποιο παράγοντα κινδύνου (HIV θετικοί, πρόσφατη επαφή με μολυσματικό ασθενή, ασθενείς με μεταμόσχευση οργάνων ή ασθενείς που λαμβάνουν ανοσοκατασταλτικά φάρμακα, πρόσφατη άφιξη (< 5 έτη) από χώρα με υψηλό επιπολασμό TB, χρήστες ναρκωτικών ουσιών ενδοφλεβίως, κάτοικοι και εργαζόμενοι σε χώρους υψηλού κινδύνου μόλυνσης με *M. tuberculosis* για εκδήλωση φυματίωσης) πρέπει να λάβουν ΧΠ. Επίσης μερικά άτομα με αρνητική Mantoux, λόγω του υψηλού κινδύνου εξέλιξης σε ενεργό φυματίωση, πρέπει να θεραπεύονται. Νεογνά και παιδιά μετά από πρόσφατη έκθεση σε μολυσματικό ασθενή πρέπει να παίρνουν ΧΠ για 2 έως 3 μήνες. Εάν η Mantoux παραμένει αρνητική, η θεραπεία διακόπτεται, εάν θετικοποιηθεί η θεραπεία συνεχίζεται. Επίσης, όλοι οι HIV θετικοί ασθενείς μετά από έκθεση σε μολυσματικό ασθενή πρέπει να λάβουν ΧΠ.

Για τα άτομα με θετική Mantoux άνευ παραγόντων κινδύνου η θεραπεία εξατομικεύεται, π.χ. εάν στο περιβάλλον τέτοιου ατόμου υπάρχει νεογνό ή ανοσοκατασταλμένος ασθενής, είναι προτιμότερο να χορηγηθεί θεραπεία για να αποφευχθεί η τυχόν μόλυνση ομάδων υψηλού κινδύνου. Τα θεραπευτικά σχήματα INH για 9 μήνες ή RIF για 4 μήνες έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά. Η χορήγηση RIF και PZA για 2 μήνες λόγω σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών δεν συνιστάται πλέον.

**Στρεπτόκοκκος ομάδας Β (GBS).** Για την πρόληψη της κάθετης μετάδοσης της πρώιμης (early onset) GBS λοίμωξης στα νεογνά προτείνεται χορήγηση ΧΠ στη μητέρα, ενώ για την όψιμη λοίμωξη (late onset) δεν συνιστάται. Σύμφωνα με τις συστάσεις του Κέντρου Λοιμώξεων των ΗΠΑ (CDC) προτείνονται οι ακόλουθες συστάσεις: 1) Όλες οι έγκυες γυναίκες πρέπει να ελέγχονται την 35-37 εβδομάδα κύησης με καλλιέργεια από τον κόλπο και το ορθό για την ανάπτυξη GBS. Εξαιρεση αποτελούν οι γυναίκες που είχαν προηγούμενο παιδί με GBS λοίμωξη, στις οποίες συνιστάται ΧΠ κατά τη διάρκεια του τοκετού, ανεξάρτητα αποικισμού. Κατά την έναρξη του τοκετού ή την ρήξη του θυλακίου συνιστάται ΧΠ στις μητέρες που είναι φορείς του GBS. 2) Εάν δεν ληφθεί καλλιέργεια και δεν είναι γνωστό αν η μητέρα είναι GBS φορέας, ΧΠ κατά τη διάρκεια του τοκετού χορηγείται τις γυναίκες που έχουν παράγοντες κινδύνου όπως κύηση <37 εβδομάδων, ρήξη μεμβρανών > 18ώρες ή πυρετό >38°C. 3) Οι έγκυες που παρουσίασαν συμπτωματική ή ασυμπτωματική βακτηριουρία από GBS πρέπει να πάρουν ΧΠ κατά τον τοκετό, έστω και αν είχαν λάβει θεραπεία κατά την διάρκεια της κύησης, 4) Θεραπεία από του στόματος στις έγκυες που είναι φορείς του GBS δεν συνιστάται γιατί δεν είναι αποτελεσματική για την εξάλειψη της φορέας, εκτός εάν διαπιστωθεί μικροβιουρία, 5) Οι έγκυες φορείς του GBS που θα γεννήσουν με καισαρική τομή, αν δεν έχει γίνει ρήξη θυλακίου και δεν έχει αρχίσει ο τοκετός δεν χρειάζεται να πάρουν ΧΠ.

Το φάρμακο εκλογής είναι η Penicilin G σε δόση 5 X 10<sup>6</sup> IU αρχικά και στη συνέχεια 2,5 X10<sup>6</sup> IU κάθε 4 ώρες και εναλλακτικά αμπικιλίνη σε δόση 2g αρχικά και στη συνέχεια 1g κάθε 4 ώρες. Σε γυναίκες αλλεργικές στην πενικιλίνη μπορεί να χορηγηθεί κλινδαμυκίνη, ερυθρομυκίνη ή κεφαλοσπορίνες 1ης γενεάς. Απαιτούνται τουλάχιστον 2 δόσεις πενικιλίνης για να θεωρήσουμε επαρκή την προφύλαξη του νεογνού από τη μετάδοση της GBS λοίμωξης.

**Δήγμα ζώου ή ανθρώπου.** Η πιθανότητα λοίμωξης μετά δήγμα γάτας είναι περίπου 80% και μετά από δήγμα ανθρώπου ή σκύλου είναι 15-20%. Συνήθως πρόκειται για πολυμικροβιακές λοιμώξεις με πιθανότερα παθογόνα: α) για τα δήγματα ζώου *Pasteurella species* (κυρίως *P. multocida*), *Staphylococcus aureus*, *streptococci*, αναερόβια, *Capnocytophaga*, *Moraxella*, *Corynebacterium*, *Neisseria* και β) για το δήγμα ανθρώπου *Streptococci* (κυρίως *S. viridans*), *S. aureus*, *Eikenella corrodens*, αναερόβια (Talan et al, NEJM,340:85-92,138,1999). Η ΧΠ πρέπει να χορηγείται σε τραύματα στη περιοχή του προσώπου, των χεριών, της γεννητικής περιοχής και σε αυτά που αφορούν οστά, αρθρώσεις, περιτονίες, τένοντες με οίδημα και ερυθρότητα. Καταλληλότερο φάρμακο για προφύλαξη θεωρείται η χορήγηση Amoxicillin- clavulanate ενώ σε αλλεργικούς στην πενικιλίνη ασθενείς μπορεί εναλλακτικά να χορηγηθούν Clindamycin σε συνδυασμό με Trimethoprin/Sulphamethoxazole για 5-7 μέρες (Smith et al, J Clin Pharm Ther,25:85-89,2000). Σημειώνεται ότι η *Pasteurella multocida* και η *Eikenella corrodens* είναι ανθεκτικές στην Clindamycin και Erythromycin (Anti Ag Chem,43:1475,1999).

**Ενδοκαρδίτιδα.** Αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη ενδοκαρδίτιδας παρουσιάζουν ασθενείς με προηγούμενο ιστορικό ενδοκαρδίτιδας, προσθετικές καρδιακές βαλβίδες, συγγενή κυανωτική καρδιο-πάθεια (π.χ. Fallot). Ο κίνδυνος θεωρείται μέτριος σε ασθενείς με άλλες καρδιοπάθειες όπως έλλειμμα δευτερογενούς κολπικού διαφράγματος, επίκτητη βαλβιδοπάθεια (ρευματική), υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια και πρόπτωση μιτροειδούς. Χαμηλό κίνδυνο για ανάπτυξη ενδοκαρδίτιδας παρουσιάζουν παιδιά >6 μηνών μετά από χειρουργική διόρθωση κολπικού ή κοιλιακού ελλείμματος, μετά από σύνδρομο Kawasaki χωρίς βαλβιδική δυσλειτουργία, με ιστορικού ρευματικού πυρετού χωρίς βαλβιδική δυσλειτουργία και αυτά που έχουν εμφυτευμένο καρδιακό βηματοδότη. Χορήγηση ΧΠ ενδείκνυται σε άτομα που παρουσιάζουν αυξημένο ή μέτριο κίνδυνο για ανάπτυξη ενδοκαρδίτιδας κατά τη διάρκεια χειρουργικών ή οδοντιατρικών επεμβάσεων. Οι επεμβάσεις αυτές μπορεί να αφορούν το αναπνευστικό σύστημα (αμυγδαλεκτομή, αδενοειδεκτομή, βρογχοσκόπηση με άκαμπτο βρογχοσκόπιο), το γαστρεντερικό σύστημα (σκληροθεραπεία για κισσούς οισοφάγου, διάταση στένωσης οισοφάγου, ενδοσκοπική παλίνδρομη χολαγγειοπαγκρεατογραφία), το ουροποιητικό (κυστεοσκόπηση, διάταση στενωμένης ουρήθρας) ή οδοντιατρικές πράξεις (εξαγωγή οδόντος, εμφύτευση οδόντος, ορθοδοντικές επεμβάσεις στις οποίες μπορεί να αιμορραγήσουν τα δόντια κτλ) (Dajani et al, JAMA, 277:1794-1801,1997). Η μικροβιαμία που προκαλείται σε αυτές τις επεμβάσεις είναι μικρής διάρκειας και για αυτό το φάρμακο δίνεται το πολύ μία ώρα πριν από την επέμβαση.

**Ρευματικός πυρετός.** Άτομα που νόσησαν από ρευματικό πυρετό παρουσιάζουν αυξημένες πιθανότητες υποτροπής για αυτό και συνιστάται μακροχρόνια χορήγηση ΧΠ. Σε ασθενείς με ρευματικό πυρετό χωρίς καρδίτιδα χορηγείται ΧΠ για 5 χρόνια ή έως της ηλικίας των 18 ετών (ότι διαρκεί περισσότερο). Σε ασθενείς που παρουσίασαν ρευματική καρδίτιδα χωρίς όμως υπολειμματικές βλάβες μετά τη θεραπεία συνιστάται ΧΠ για 10 χρόνια ή έως την ηλικία των 25 ετών. Τέλος σε ασθενείς με ρευματική καρδίτιδα και υπολειμματική βαλβιδοπάθεια συνιστάται χορήγηση ΧΠ τουλάχιστον για 10 χρόνια μετά το τελευταίο επεισόδιο και μέχρι την ηλικία των 40 ετών, ορισμένοι συνιστούν ισόβια προφύλαξη (Dajani et al, Pediatrics, 96:758-764,1995).

**Ανατομική ή λειτουργική ασπληνία** Παιδιά με σπληνεκτομή ή με δρεπανοκυτταρική αναιμία παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα διεισδυτικών λοιμώξεων και σηψαιμίας από μικρόβια με πολυσακχαριτιδική κάψα όπως ο πνευμονιόκοκκος, αιμόφιλος της ινφλουέντζας τύπου b και ο μηνιγγιτιδόκοκκος καθώς και από καπνοσατοφάγα κανιμόρσους (*Capnocytophaga canimorsus*) σαλμονέλλα, κολοβακτηρίδιο, ψευδομονάδα, εντερόκοκκο και σπανιότερα από παράσιτα (*Babesia microti*, πλασμώδια ελονοσίας).

Η ΧΠ σε παιδιά με δρεπανοκυτταρική αναιμία συνιστάται από την ηλικία των 4 μηνών, αλλά δεν υπάρχει ομοφωνία για το πότε πρέπει να διακόπτεται. Η ηλικία των 5 ετών θεωρείται κατάλληλη για τη διακοπή της γιατί φαίνεται να μειώνεται η πιθανότητα διεισδυτικών λοιμώξεων σε άτομα >5 ετών (Falletta και συν, J Pediatr,127:685-690,1995). Στην περίπτωση της σπληνεκτομής συνιστάται χορήγηση ΧΠ για τα 2-3 χρόνια μετά τη σπληνεκτομή που οι λοιμώξεις είναι πιο συχνές (Williams et al, Postgrad Med J, 100:195-205, Anonymous, BMJ, 312:430-434)

Πιο σημαντική θεωρείται σήμερα για την πρόληψη των λοιμώξεων η σωστή ενημέρωση των ατόμων με σπληνεκτομή καθώς και των γονέων τους, όταν πρόκειται για παιδιά, για το σοβαρό

κίνδυνο που διατρέχουν. Κάθε εμπύρετο επεισόδιο στα άτομα αυτά, όσο κι αν φαίνεται ασήμαντο και ο άρρωστος αισθάνεται καλά, πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη. Η έναρξη αμέσως μετά τη διαπίστωση του πυρετού χορήγησης αντιβιοτικών, κατά προτίμηση αμπικιλίνης ή αμοξικιλίνης και η εξέταση από ιατρό κρίνονται απαραίτητα. Επίσης είναι απαραίτητο τα σπληνεκτομηθέντα άτομα να εμβολιάζονται έναντι του πνευμονιοκόκκου, του αιμοφίλου της ινφλουέντζας και του μηνιγγιτιδοκόκκου. Ορισμένοι προτείνουν να εμβολιάζονται και έναντι της γρίπης, επειδή η νόσηση από γρίπη αυξάνει τη νοσηρότητα σε μικροβιακές λοιμώξεις.

**Ουρολοιμώξεις.** Το 30-50% των παιδιών με ουρολοίμωξη παρουσιάζουν υποτροπές, το 90% από αυτές συμβαίνει τους 3 πρώτους μήνες μετά το αρχικό επεισόδιο της ουρολοίμωξης (Mangiarotti και συν J Chemother ,12(2):115-23,2000). Η χορήγηση ΧΠ σε παιδιά με υποκείμενη ανατομική ανωμαλία του ουροποιητικού ή υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις αποσκοπεί στη μείωση των υποτροπών που οδηγεί σε μόνιμες νεφρικές βλάβες. Παρόλα αυτά σε μετα-αναλύσεις που έχουν γίνει φαίνεται ότι δεν υπάρχουν καλά σχεδιασμένες μελέτες που να αποδεικνύουν τη χρησιμότητά της ΧΠ (Craig et al, Curr Opin Infect Dis,14(3):309-13, 2001) (Williams et al, J Pediatr ,138(6):868-74,2001). Στις περιπτώσεις που υπάρχει κυστεοουρηθηρική παλινδρόμηση και οξεία πυελονεφρίτιδα χορηγείται ΧΠ για 2 χρόνια και γίνεται επανεκτίμηση. Σε νεογνά και βρέφη <1έτους χωρίς κυστεοουρηθηρική παλινδρόμηση και πυελονεφρίτιδα χορηγείται ΧΠ για 6 μήνες λόγω του αυξημένου κινδύνου νέας λοίμωξης.

**Υποτροπιάζουσα οξεία μέση ωτίτιδα (ΟΜΩ).** Παρότι ο ρόλος της ΧΠ στην πρόληψη των υποτροπών δεν έχει διευκρινισθεί πλήρως ειδικά λόγω της αύξησης της αντοχής του πνευμονιοκόκκου στη πενικιλίνη, η χορήγηση ΧΠ συνιστάται στα παιδιά που εμφανίζουν >3 επεισόδια ΟΜΩ το εξάμηνο ή >4 επεισόδια το χρόνο. Η ΧΠ συνιστάται κατά τους φθινοπωρινούς και τους χειμερινούς μήνες που τα επεισόδια είναι συχνότερα και με διάρκεια όχι περισσότερο από 6 μήνες (Dowell et al, Pediatrics,101:163-165,1998). Παρακολούθηση των ασθενών πρέπει να γίνεται ανά δίμηνο για την εκτίμηση της ύπαρξης υγρού στο μέσο ούς και βαρηκοίας.

**Πρόληψη περιγεννητικής μετάδοσης HIV λοίμωξης σε νεογνό:** Όπως φαίνεται στον πίνακα 1 για την πρόληψη της κάθετης μετάδοσης της HIV λοίμωξης συνιστάται στην HIV θετική μητέρα, κατά το 2ο ήμισυ της κύησης, η χορήγηση zidovudine (ZDV) 300 mg x 2/24ωρο, PO, καθώς και κατά την έναρξη του τοκετού δόση φόρτισης, 2 mg/kg, IV. Ακολούθως, 1 mg/kg, IV μέχρι να συμπληρωθεί ο τοκετός. Στο νεογνό συνιστά, 8-12 ώρες μετά τη γέννηση, η χορήγηση ZDV 2 mg/kg/6ωρο, για 6 εβδομάδες (MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1998;47(RR-2):1-30). Η εφαρμογή θεραπείας στη μητέρα κατά τη διάρκεια της κύησης και κατά τον τοκετό καθώς και στο νεογνό αμέσως μετά τη γέννηση, φαίνεται να μειώνει τη πιθανότητα μετάδοσης της HIV λοίμωξης από 25,5% σε 8,3% (Connor και συν NEJM,332:1173,1994, NEJM 343:982,2000). Ενώ αν λάβει θεραπεία μόνο το νεογνό και όχι η μητέρα η πιθανότητα μετάδοσης της HIV λοίμωξης μειώνεται από 30% σε 10% (NEJM 339:1409,1998). Τελευταία έχει δοκιμασθεί για την πρόληψη της κάθετης μετάδοσης της HIV λοίμωξης η χορήγηση nevirapine 200 mg, PO εφάπαξ, στην μητέρα κατά τον τοκετό και 2 mg/kg, PO εφάπαξ, στο νεογνήτο εντός 72 ωρών από τη γέννηση.

Τα νεογνά που γεννιούνται από HIV θετικές μητέρες δεν πρέπει να θηλάζουν, αφού ο κίνδυνος μετάδοσης του ιού υπολογίζεται σε 7% στην ηλικία των 11 μηνών και 10,3% στην ηλικία των 23 μηνών (JAMA 282:744,1999).

Η Ενημερωτική Έκδοση για τις Λοιμώξεις έχει σκοπό τη σύντομη και υπεύθυνη ενημέρωση γενικών γιατρών, παθολόγων, παιδίατρων και του παραϊατρικού υγειονομικού προσωπικού σε επίκαιρα θέματα λοιμώξεων με βάση την πρόσφατη βιβλιογραφία Έκδοση της Α' Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών - Υπεύθυνοι κατά νόμο: Β. Σύριοπούλου και Γ. Σαρόγλου - Ετήσια συνδρομή: 20 Ευρώ (τεύχη 6) - Διανέμεται ΔΩΡΕΑΝ σε φοιτητές - Αποστολή συνδρομών: Ενημερωτική Έκδοση για τις Λοιμώξεις, Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδών "Η Αγία Σοφία", Αθήνα, 11527, τηλ. 210 7467478 e-mail: vsyriop@cc.uoa.gr. Επεξεργασία - σελιδοποίηση - εκτύπωση: Εκδόσεις Καυκάς, τηλ: 210 6777590, fax: 210 6756352, e-mail:kafkas@otenet.gr, www.iatrikionline.gr