**Προεγχειρητική αντιμικροβιακή αγωγή**

**Έναρξη χορήγησης αντιμικροβιακής θεραπείας**

1. Διάγνωση ή την βάσιμη υποψία της ενδοκοιλιακής λοίμωξης.
2. Αν ο ασθενής εμφανίζει σηπτικό shock, η έναρξη της αντιμικροβιακής θεραπείας θα πρέπει να είναι άμεση .
3. Η αντιμικροβιακή θεραπεία θα πρέπει να αρχίζει από το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών.
4. Η δοσολογία των αντιμικροβιακών φαρμάκων θα πρέπει να ρυθμίζεται ώστε τα ιστικά επίπεδά τους να διατηρούνται όπως ενδείκνυται καθ όλη τη διάρκεια της θεραπευτικής αντιμετώπισης, ακόμη και αν απαιτηθεί πρόσθετη δόση αντιβιοτικών πριν από την έναρξη της χειρουργικής επέμβασης.

**ΗΠΙΕΣ ΕΩΣ ΜΕΤΡΙΩΣ ΣΟΒΑΡΕΣ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΕΝΔΟΚΟΙΛΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ**

1. Τα αντιβιοτικά που χορηγούνται εμπειρικά για τη θεραπεία των εξωνοσοκομειακών ενδοκοιλιακών λοιμώξεων πρέπει να είναι δραστικά έναντι των εντερικών Gram-αρνητικών αεροβίων και των δυνητικά αναεροβίων βακτηριδίων καθώς και έναντι των εντερικών στρεπτοκόκκων.
2. Κάλυψη των υποχρεωτικώς αναεροβίων βακτηριδίων θα πρέπει παρέχεται για τις λοιμώξεις του απώτερου λεπτού εντέρου, της σκωληκοειδούς απόφυσης και του παχέος εντέρου. Επίσης, θα πρέπει να καλύπτονται τα αναερόβια στελέχη όταν η λοίμωξη προέρχεται από διάτρηση του εγγύς τμήματος του γαστρεντερικού σωλήνα αλλά υπάρχει απόφραξη ή παραλυτικός ειλεός.
3. Οι ενήλικες ασθενείς με ήπια έως μετρίως σοβαρή εξωνοσοκομειακή λοίμωξη μπορούν να λάβουν τικαρκιλίνη/κλαβουλανικό οξύ, κεφοξιτίνη, ερταπενέμη, μοξιφλοξασίνη ή τιγεκυκλίνη ως μονοθεραπεία ή συνδυασμό μετρονιδαζόλης με κεφαζολίνη, κεφουροξίμη, κεφτριαξόνη, λεβοφλοξασίνη ή σιπροφλοξασίνη.
4. Δεν συνιστάται η χορήγηση αμπικιλίνης/σουλμπακτάμης επειδή η *Escherichia* *coli* εμφανίζει υψηλά ποσοστά αντοχής.
5. Η κλινδαμυκίνη δεν συνιστάται λόγω της ανάπτυξης σημαντικής αντοχής σε στελέχη του *B. Fragilis*.
6. H χρήση των αμινογλυκοσιδών στις εξωνοσοκομειακές λοιμώξεις θα πρέπει να περιορισθεί καθώς υπάρχουν λιγότερο τοξικοί παράγοντες με τουλάχιστον ισοδύναμη δραστικότητα.
7. Η εμπειρική κάλυψη του εντεροκόκκου δεν είναι αναγκαία στις εξωνοσοκομειακές λοιμώξεις (Α-Ι)
8. Η εμπειρική κάλυψη της *Candida* δεν συνιστάται στους παιδιατρικούς και ενήλικες ασθενείς με εξωνοσοκομειακή ενδοκοιλιακή λοίμωξη (Β-ΙΙ)
9. Οι αντιμικροβιακοί παράγοντες που συνιστώνται για τις σοβαρότερες λοιμώξεις της κοινότητας καθώς και με λοιμώξεις που αναπτύχθηκαν σε περιβάλλον παροχής υπηρεσιών υγείας (health-care associated infections) δεν θα πρέπει να χορηγούνται στους ασθενείς με ηπιότερες λοιμώξεις καθώς αυξάνουν τον κίνδυνο τοξικών αντιδράσεων και ανάπτυξης μικροβιακής αντοχής (Β-ΙΙ)
10. Οι ασθενείς με ήπια ενδοκοιλιακή λοίμωξη (που περιλαμβάνει την οξεία εκκολπωματίτιδα καθώς και διάφορες μορφές σκωληκοειδίτιδας) που δεν θα υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση, θα πρέπει να λάβουν την αντιμικροβιακή θεραπεία η οποία συνιστάται για τις ήπιες έως μετρίως σοβαρές λοιμώξεις, έχοντας κατά νου την πιθανότητα μιας πρώιμης στροφής της αγωγής σε από του στόματος παράγοντες (Β-ΙΙΙ)

**ΣΟΒΑΡΕΣ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΕΝΔΟΚΟΙΛΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ**

1. Στους ασθενείς με σοβαρή εξωνοσοκομειακή ενδοκοιλιακή λοίμωξη (όπως αυτή μπορεί να προσδιορισθεί από διάφορους παράγοντες στους οποίους περιλαμβάνονται η καθυστερημένη αντιμετώπιση, η μεγάλη ηλικία, η κακή διατροφική κατάσταση, η υπολευκωματιναιμία, η παρουσία κακοήθους νόσου, η έκταση της λοίμωξης, η αδυναμία επαρκούς χειρουργικού ελέγχου της κατάστασης και, τέλος, το υψηλό (>15) score APACHE II\*), η εμπειρική χορήγηση αντιβιοτικών θα πρέπει να παρέχει ευρεία κάλυψη έναντι των Gram-αρνητικών βακτηριδίων και περιλαμβάνει τους παράγοντες μεροπενέμη, ιμιπενέμη-σιλαστατίνη, δοριπενέμη, πιπερακιλίνη-ταζομπακτάμη ως μονοθεραπεία ή τους συνδυασμούς σιπροφλοξασίνης, λεβοφλοξασίνης, κεφταζιδίμης ή κεφεπίμης με μετρονιδαζόλη (Α-Ι)
2. Επειδή είναι συχνή η παρουσία στελεχών της *E. coli* που είναι ανθεκτικά στις κινολόνες, τα αντιβιοτικά αυτά θα πρέπει να χορηγούνται μόνο όταν τα επιδημιολογικά στοιχεία δείχνουν ευαισθησία στο νοσοκομειακό χώρο >90% (Α-ΙΙ)
3. Η αζτρεονάμη σε συνδυασμό με μετρονιδαζόλη αποτελεί εναλλακτική επιλογή, αλλά θα πρέπει να προστίθεται ένας αντιμικροβιακός παράγοντας δραστικός έναντι των Gram-θετικών κόκκων (Β-ΙΙΙ)
4. Η χορήγηση αμινογλυκοσιδών ή άλλου δεύτερου παράγοντα κατά των δυνητικά αναερόβιων/αερόβιων Gram-αρνητικών βακτηριδίων δεν συνιστάται, αν απουσιάζουν ενδείξεις ότι ο ασθενής μπορεί να έχει προσβληθεί από ανθεκτικούς μικροοργανισμούς που απαιτούν μια τέτοια θεραπευτική προσέγγιση (Α-Ι)
5. Συνιστάται η εμπειρική κάλυψη των εντεροκόκκων (B-II)
6. H χορήγηση παραγόντων έναντι του MRSA (Methicillin Resistant Staphylococcus Aureus) και των μυκήτων δεν συνιστάται αν απουσιάζουν ενδείξεις λοίμωξης που οφείλεται σ αυτά τα παθογόνα (Β-ΙΙΙ)
7. Σ αυτούς τους ασθενείς που θεωρούνται υψηλού κινδύνου, η επιλογή των αντιβιοτικών θα πρέπει να στηρίζεται στα αποτελέσματα των καλλιεργειών και των δοκιμασιών ευαισθησίας, ούτως ώστε να διασφαλίζεται κατά το δυνατόν η αποτελεσματική δράση τους έναντι των επικρατέστερων παθογόνων μικροβίων (Α-ΙΙΙ)

**ΕΝΔΟΚΟΙΛΙΑΚΕΣ ΛΟΙΙΜΩΞΕΙΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΟΞΕΙΑ Η ΧΡΟΝΙΑ ΠΑΡΟΧΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Ο όρος “health-associated infection” εκφράζει στην πράξη τον αυξημένο κίνδυνο λοίμωξης από πολυανθεκτικά μικρόβια και μπορεί να αναφέρεται σε παθολογικές καταστάσεις που ανεξάρτητα αν έχουν ως αφετηρία το νοσοκομειακό περιβάλλον ή την κοινότητα, ακολουθούν τη «νοσοκομειακή» παθοφυσιολογία.

1. Η εμπειρική αντιμικροβιακή θεραπεία για τις νοσοκομειακές ενδοκοιλιακές λοιμώξεις θα πρέπει να καθοδηγείται από τα τοπικά μικροβιολογικά δεδομένα (Α-ΙΙ)
2. Μπορεί να υπάρξει αναγκαιότητα χορήγησης σύνθετου αντιμικροβιακού σχήματος προκειμένου να καλυφθεί το ευρύ φάσμα των μικροβίων που μπορεί να εμπλέκονται στη λοίμωξη. Στους κατάλληλους παράγοντες περιλαμβάνονται η μεροπενέμη, η ιμιπενέμη-σιλαστατίνη, η δοριπενέμη, η πιπερακιλίνη-ταζομπακτάμη καθώς και ο συνδυασμός κεφταζιδίμης ή κεφεπίμης με μετρονιδαζόλη. Είναι ακόμη πιθανό να χρειασθεί να χορηγηθούν αμινογλυκοσίδες ή κολιστίνη (Β-ΙΙΙ)
3. Η αντιμικροβιακή θεραπεία θα πρέπει να προσαρμοσθεί σύμφωνα με τα αποτελέσματα των καλλιεργειών και των δοκιμασιών ευαισθησίας, (B-III)
4. Σε περιστατικά με σοβαρή λοίμωξη, νοσοκομειακή ή από την κοινότητα, αν οι ενδοκοιλιακές καλλιέργειες απομονώνουν στελέχη *Candida*, θα πρέπει να χορηγείται η κατάλληλη αντιμυκητιασική αγωγή (Β-ΙΙ)
5. Για την *C. albicans* η κατάλληλη θεραπευτική επιλογή είναι η φλουκοναζόλη (Β-ΙΙ)
6. Για τα ανθεκτικά στη φλουκοναζόλη στελέχη *Candida*, κατάλληλη θεραπευτική επιλογή αποτελούν οι εχινοκανδίνες (κασποφουγκίνη, μικαφουγκίνη, ανιδουλαφουγκίνη) (Β-ΙΙΙ)
7. Αν ο ασθενής βρίσκεται σε κρίσιμη κατάσταση, η αρχική αντιμυκητιασική αγωγή θα πρέπει να περιλαμβάνει μια εχινοκανδίνη αντί της αζόλης (Β-ΙΙΙ)
8. Η αμφοτερικίνη Β δεν συνιστάται ως αρχική θεραπεία, λόγω τοξικότητας (Β-ΙΙ)
9. Στα νεογνά, η εμπειρική θεραπεία θα πρέπει να ξεκινά με την υποψία της λοίμωξης από *Candida*. Αν το στέλεχος που θα απομονωθεί είναι *C. albicans*, θα πρέπει να χορηγηθεί φλουκοναζόλη (Β-ΙΙ)
10. Αν απομονώνονται εντερόκοκκοι από το περιεχόμενο της ενδοκοιλιακής εστίας σε ασθενείς με νοσοκομειακή λοίμωξη, θα πρέπει να χορηγείται η κατάλληλη αντιμικροβιακή αγωγή (Β-ΙΙΙ)
11. Η εμπειρική αγωγή έναντι των εντεροκόκκων συνιστάται στα περιστατικά με νοσοκομειακή λοίμωξη, ιδιαίτερα μάλιστα σε όσα εμφανίζουν μετεγχειρητική λοίμωξη, έχουν λάβει αγωγή με κεφαλοσπορίνες ή άλλους παράγοντες που επιλέγουν του εντεροκόκκους, σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς, καθώς και σε όσους πάσχουν από νοσήματα των καρδιακών βαλβίδων ή διαθέτουν προσθετικά ενδαγγειακά υλικά. (Β-ΙΙ)
12. Η αρχική αγωγή κατά των εντεροκόκκων θα πρέπει να στοχεύει τον *Enterococcus faecalis*. Τα αντιβιοτικά που μπορούν να χρησιμοποιηθούν θα επιλεγούν με βάση τις δοκιμασίες ευαισθησίας του συγκεκριμένου στελέχους και περιλαμβάνουν τις αμπικιλίνη, πιπερακιλίνη-ταζομπακτάμη και βανκομυκίνη (Β-ΙΙΙ\_
13. Η εμπειρική αγωγή κατά του ανθεκτικού στη βανκομυκίνη *Enterococcus faecium* δεν συνιστάται, εκτός εάν ο ασθενής βρίσκεται σε υψηλό κίνδυνο λοίμωξης από το μικρόβιο αυτό, όπως ως παράδειγμα, αν έχει υποβληθεί σε μεταμόσχευση ήπατος και η ενδοκοιλιακή λοίμωξη έχει ως πηγή τα χοληφόρα αγγεία ή ακόμη αν είναι γνωστό ότι είναι αποικισμένος από ανθεκτικό στη βανκομυκίνη στέλεχος *E. faecium* (B-III)
14. H εμπειρική κάλυψη έναντι του MRSA θα πρέπει να παρέχεται στους ασθενείς με νοσοκομειακή ενδοκοιλιακή λοίμωξη που είναι γνωστό ότι φέρουν τον σχετικό αποικισμό ή που υπόκεινται σε κίνδυνο λοίμωξης από το συγκεκριμένο μικρόβιο επειδή προϋπήρξε θεραπευτική αποτυχία ή έχουν λάβει εκτεταμένη αντιμικροβιακή αγωγή (Β-ΙΙ)
15. Για τη θεραπεία των πιθανών ή αποδεδειγμένων λοιμώξεων που οφείλονται σε MRSA συνιστάται η χορήγηση βανκομυκίνης (Α-ΙΙΙ)

**Η ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΛΛΗΛΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΧΟΛΑΓΓΕΙΪΤΙΔΑ**

1. Ο υπερηχογραφία αποτελεί την απεικονιστική τεχνική επιλογής για τις ύποπτες περιπτώσεις οξείας χολοκυστίτιδας ή χολαγγειΐτιδας. (Α-Ι)
2. Οι ασθενείς που εμφανίζουν υποψία λοίμωξης και σημεία οξείας χολοκυστίτιδας ή χολαγγειΐτιδας πρέπει να λάβουν την κατάλληλη αντιμικροβιακή αγωγή:

* Για τις ήπιες έως μέτριας βαρύτητα χολοκυστίτιδες από την κοινότητα προτείνεται η χορήγηση κεφαζολίνης, κεφουροξίμης ή κεφτριαξόνης
* Για τις χολοκυστίτιδες από την κοινότητα που είτε είναι σοβαρές, είτε αφορούν άτομα μεγάλης ηλικίας ή ανοσοκατασταλμάνα, προτείνονται η μεροπενέμη, η ιμιπενέμη-σιλαστατίνη, η δοριπενέμη, η πιπερακιλίνη-ταζομπακτάμη, η σιπροφλοξασίνη, η λεβοφλοξασίνη ή η κεφεπίμη σε συνδυασμό με μετρονιδαζόλη
* Για τις οξείες χολαγγειΐτιδες που εμφανίζονται μετά από χολοπεπτική αναστόμωση, ανεξάρτητα από τον βαθμό βαρύτητας συνιστάται ή ως άνω θεραπεία
* Για τις νοσοκομειακές λοιμώξεις των χοληφόρων και πάλι η ως άνω θεραπεία με την προσθήκη όμως βανκομυκίνης

1. Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε χολοκυστεκτομή εξ αιτίας οξείας χολοκυστίτιδας θα πρέπει να διακόψουν την αντιμικροβιακή θεραπεία μετά πάροδο 24 ωρών, εκτός εάν υπάρχουν ενδείξεις λοίμωξης εκτός του τοιχώματος της χοληδόχου κύστεως (Β-ΙΙ)
2. Δεν χρειάζεται θεραπεία κατά των εντεροκόκκων στις περιπτώσεις εξωνοσοκομειακής λοίμωξης των χοληφόρων, παρά μόνο σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς και ειδικά σε όσους υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση ήπατος (Β-ΙΙΙ)

**ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ**

1. Προκειμένου να διασφαλισθεί η μέγιστη αποτελεσματικότητα, η ελάχιστη τοξικότητα και να μειωθεί ο κίνδυνος ανάπτυξης μικροβιακής αντοχής, η εμπειρική θεραπεία των ασθενών με επιπεπλεγμένες ενδοκοιλιακές λοιμώξεις απαιτεί τη χορήγηση των αντιβιοτικών στη βέλτιστη δοσολογία (Β-ΙΙ)
2. Η χορήγηση των αμινογλυκοσιδών πρέπει να εξατομικεύεται ανάλογα με την καθαρή μάζα σώματος (lean body mass) και τον υπολογιζόμενο εξωκυττάριο όγκο υγρών (Β-ΙΙΙ)

**Η ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΩΝ ΣΤΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΚΡΟΒΙΑΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

1. Οι ασθενείς χαμηλού κινδύνου με ενδοκοιλιακές λοιμώξεις της κοινότητας δεν χρειάζονται τροποποίηση της θεραπείας τους, εφ όσον υπάρξει ικανοποιητικός έλεγχος της πηγής της λοίμωξης και καλή κλινική ανταπόκριση, ακόμη και αν στη συνέχεια αναφερθεί από το μικροβιολογικό εργαστήριο παρουσία ασυνήθιστων μικροβίων που δεν καλύπτονται από το αντιμικροβιακό σχήμα που χορηγείται (Β-ΙΙΙ)
2. Αν, στους ασθενείς χαμηλού κινδύνου, κατά τους αρχικούς ιατρικούς χειρισμούς αποκαλυφθούν ανθεκτικά μικροβιακά στελέχη και παράλληλα υπάρχουν σημεία συνεχιζόμενης λοίμωξης, τότε η θεραπεία θα πρέπει να είναι στοχευμένη (Β-ΙΙΙ)
3. Στους ασθενείς με σοβαρή εξωνοσοκομειακή ή νοσοκομειακή λοίμωξη, η χρήση των αποτελεσμάτων που θα ανακοινώσει το μικροβιολογικό εργαστήριο θα γίνει με γνώμονα την δυνατότητα των μικροβίων που αποκαλύφθηκαν να προκαλέσουν τη συγκεκριμένη λοίμωξη αλλά και την πυκνότητά τους στο υλικό που μελετήθηκε (B-III)
4. Τα μικρόβια που αποκαλύπτονται από τις καλλιέργειες θα πρέπει να θεωρούνται ως κλινικά σημαντικά εάν έχουν διαπιστωμένη ικανότητα να προκαλέσουν την συγκεκριμένη ενδοκοιλιακή λοίμωξη ή αν είναι παρόντα σε ≥2 αιμοκαλλιέργειες (Α-Ι) ή αν πιστοποιείται η ανάπτυξή τους σε μέτριες η σημαντικές πυκνότητες από υλικό των παροχετεύσεων (Β-ΙΙ)

**ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

1. Η αντιμικροβιακή θεραπεία μιας διαπιστωμένης λοίμωξης θα πρέπει να περιορίζεται σε 4-7 ημέρες, εκτός εάν είναι δύσκολο να υπάρξει έλεγχος της εστίας της λοίμωξης. Οι μεγαλύτερης διάρκειας θεραπείες δεν έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικότερες (B-III)
2. Στις οξείες διατρήσεις του στομάχου και της εγγύς νήστιδας και επί απουσίας θεραπείας μείωσης της γαστρικής οξύτητας ή κακοήθους νόσου και εφ όσον ο έλεγχος του προβλήματος έχει επιτευχθεί μέσα σε 24 ώρες, η μιας ημέρας προφυλακτική αντιμικροβιακή αγωγή που κατευθύνεται έναντι των αερόβιων Gram-θετικών κόκκων είναι επαρκής (Β-ΙΙ)
3. Αν η χειρουργική επέμβαση για το ανωτέρω πρόβλημα έχει καθυστερήσει, ή αν ο ασθενής ελάμβανε θεραπεία μείωσης της γαστρικής οξύτητας ή έπασχε από κακοήθη νόσο, τότε η αντιμικροβιακή αγωγή θα πρέπει να καλύψει μικτή μικροβιακή χλωρίδα (δηλαδή όπως στις επιπεπλεγμένες λοιμώξεις του παχέος εντέρου (Β-ΙΙΙ)

Στις βλάβες του εντέρου που οφείλονται σε τραυματισμό από διατιτραίνον ή αμβλύ όργανο ή προέκυψαν ιατρογενώς και έχουν διορθωθεί εντός 12ώρου, καθώς και στις επιμολύνσεις του χειρουργικού πεδίου από εντερικά βακτηρίδια που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της επέμβασης, η αντιμικροβιακή θεραπεία δεν θα πρέπει να υπερβαίνει τις 24 ώρες (Α-Ι)

1. Η οξεία σκωληκοειδίτιδα χωρίς ενδείξεις διάτρησης, σχηματισμού αποστήματος ή τοπικής περιτονίτιδας απαιτεί μόνο τη χορήγηση προφυλακτικής αγωγής περιορισμένου φάσματος που θα είναι δραστική έναντι των αεροβίων και δυνητικά αναεροβίων μικροβίων. Η θεραπεία θα πρέπει να τερματίζεται έπειτα από 24 ώρες (Α-Ι)
2. Η χορήγηση προφυλακτικής αντιμικροβιακής αγωγής στους ασθενείς με σοβαρή νεκρωτική παγκρεατίτιδα, πριν τη διάγνωση της λοίμωξης, δεν συνιστάται (Α-Ι)

Οι οδηγίες επισημαίνουν την ανάγκη ορθολογικής χρήσης των αντιβιοτικών και δίνουν έμφαση στο θέμα της χορήγησης αντιβιοτικών στη νεκρωτική παγκρεατίτιδα, επικαλούμενοι τα διαθέσιμα βιβλιογραφικά στοιχεία.

**Η ΑΠΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ**

1. Δεν υπάρχει ανάγκη συνέχισης της χορήγησης αντιβιοτικών στους ενήλικες και τα παιδιά, όταν τα σημεία της λοίμωξης έχουν εξαλειφθεί (Β-ΙΙΙ)
2. Οι ενήλικες ασθενείς που ανανήπτουν από μια ενδοκοιλιακή λοίμωξη, είναι αποδεκτό να συνεχίσουν την θεραπεία τους με από του στόματος σκευάσματα, όπως η μοξιφλοξασίνη, η σιπροφλοξασίνη, η λεβοφλοξασίνη ή μια διαθέσιμη σε από του στόματος μορφή κεφαλοσπορίνη σε συνδυασμό με μετρονιδαζόλη, καθώς και η αμοξυκιλίνη–κλαβουλανικό οξύ, υπό τον όρο ότι μπορούν να δεχθούν εντερική διατροφή και δεν υπάρχουν προβλήματα μικροβιακής αντοχής με τους ως άνω παράγοντες. (Β-ΙΙ)
3. Αν οι καλλιέργειες αποδείξουν την ύπαρξη μικροβίων για τα οποία δεν υπάρχουν κατάλληλα από του στόματος αντιβιοτικά, η ενδοφλέβια θεραπεία μπορεί να συνεχισθεί κατ οίκον (Β-ΙΙΙ)
4. Στα παιδιά μπορεί να χορηγηθεί παρεντερική αντιμικροβιακή αγωγή κατ οίκον, αν δεν υπάρχει θέμα νέας παροχετευτικής επέμβασης αλλά τα συμπτώματα μιας συνεχιζόμενης φλεγμονής εξακολουθούν με μειωμένη ένταση (ελάττωση πυρετού, έλεγχος του πόνου, δυνατότητα λήψης από του στόματος υγρών, ικανοποιητική κινητοποίηση) (Β-ΙΙ)
5. Η αποκλιμάκωση σε από του στόματος θεραπεία στα παιδιά προϋποθέτει ότι το αποτέλεσμα των διεγχειρητικών καλλιεργειών δίνει αυτή τη δυνατότητα. Η επιλογή θα γίνει από παράγοντες που θα διαθέτουν το πλέον περιορισμένο αναγκαίο φάσμα, θα είναι καλά ανεκτοί και ασφαλείς. Μια κεφαλοσπορίνη 2ης ή 3ης γενιάς σε συνδυασμό με μετρονιδαζόλη ή η αμοξυκιλίνη-κλαβουλανικό οξύ μπορεί να αποτελέσουν κατάλληλες επιλογές. Οι σιπροφλοξασίνη και η λεβοφλοξασίνη μπορούν να χορηγηθούν για τη θεραπεία ευαίσθητων στελεχών *Pseudomonas, Enterobacter, Serratia* και *Citrobacter*, (B-ΙΙΙ). Αν χορηγηθούν σιπροφλοξασίνη ή λεβοφλοξασίνη, θα πρέπει να συνδυασθούν με μετρονιδαζόλη
6. Οι δοκιμασίες ευαισθησίας των αεροβίων και αναεροβίων Gram-αρνητικών βακτηριδίων πρέπει να χρησιμοποιούνται για να κατευθύνουν την επιλογή των κατάλληλων αντιβιοτικών, τόσο στους ενήλικες, όσο και στα παιδιά (Β-ΙΙΙ)
7. Επειδή αρκετοί ασθενείς που δεν θα αντιμετωπισθούν με χειρουργική επέμβαση μπορούν να λάβουν αγωγή κατ οίκον, η από του στόματος θεραπεία αποτελεί συνιστώμενη πρακτική, είτε ως αρχική, είτε ως αποκλιμακούμενη αγωγή μετά από την αρχική ενδοφλέβια θεραπεία (Β-ΙΙΙ)

**Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΠΟΤΥΧΙΑΣ**

Μια θεραπευτική αποτυχία δεν αποτελεί σπάνιο γεγονός. Παρ ότι οι εκάστοτε διαγνωστικές και θεραπευτικές αποφάσεις στις περιπτώσεις αυτές είναι ανέφικτο να κωδικοποιηθούν σε ένα περιορισμένης έκτασης κείμενο, οι οδηγίες επιχειρούν να παράσχουν ορισμένες βασικές κατευθύνσεις:

1. Οι ασθενείς που εμφανίζουν παραμένουσα λοίμωξη ή υποτροπιάζουν μετά από θεραπεία 4-7 ημερών θα πρέπει να υποβάλλονται σε νέα διαγνωστική διερεύνηση. Αυτή μπορεί να περιλαμβάνει τη διενέργεια αξονικής τομογραφίας ή υπερηχογραφικού ελέγχου. Η δραστική αντιμικροβιακή αγωγή έναντι των αρχικά αποκαλυφθέντων παθογόνων θα πρέπει να συνεχίζεται (Α-ΙΙΙ)
2. Αν ο ασθενής δεν εμφανίζει ικανοποιητική κλινική ανταπόκριση παρά την χορήγηση επαρκούς αντιμικροβιακής αγωγής, θα πρέπει να διερευνώνται πιθανές εξωκοιλιακές εστίες λοίμωξης ή μη-λοιμώδους αιτιολογίας καταστάσεις (Α-ΙΙ)
3. Στους ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται εξ αρχής και η εστία της λοίμωξης παραμένει, θα πρέπει να διενεργούνται νέες αερόβιες και αναερόβιες καλλιέργειες από ένα επαρκές και κατάλληλο δείγμα βιολογικού υλικού που θα προσκομισθεί στο μικροβιολογικό εργαστήριο με το ενδεδειγμένο σύστημα μεταφοράς (C-III)

**ΤΑ ΚΡΙΣΙΜΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΟΥ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΥΝ ΤΗΝ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΕΝΟΣ ΤΟΠΙΚΟΥ ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΥ ΓΙΑ ΤΟΝ ΧΕΙΡΙΣΜΟ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΔΑΣ**

1. Τα κατά τόπους νοσοκομεία πρέπει να καθιερώσουν κλινικούς αλγόριθμους διάγνωσης, νοσοκομειακής αντιμετώπισης, εξόδου από το νοσοκομείο και εξωνοσοκομειακού χειρισμού (Β-ΙΙ)
2. Οι αλγόριθμοι θα πρέπει να σχεδιασθούν από συνεργαζόμενες ομάδες κλινικών γιατρών οι οποίοι εμπλέκονται στη φροντίδα αυτών των ασθενών, που ασφαλώς θα περιλαμβάνουν αλλά δεν θα περιορίζονται μόνο στους χειρουργούς. Στην ομάδα θα πρέπει να συμμετέχουν λοιμωξιολόγοι, γενικοί γιατροί, γιατροί της επείγουσας ιατρικής, ακτινολόγοι, νοσηλευτές και φαρμακοποιοί που θα εκφράζουν τις τοπικές δυνατότητες αλλά και τα τοπικά πρότυπα της φροντίδας υγείας (Β-ΙΙ)
3. Αν και δεν υπάρχουν κλινικά σημεία που να αναγνωρίζουν καθοριστικά τους ασθενείς με σκωληκοειδίτιδα, υπάρχει ένα σύνολο ευρημάτων που περιλαμβάνει τον χαρακτηριστικό κοιλιακό πόνο, την τοπική ευαισθησία και τα εργαστηριακά ευρήματα οξείας φλεγμονής που στην πράξη μπορούν να αναγνωρίσουν τους περισσότερους ασθενείς με πιθανή σκωληκοειδίτιδα (Α-ΙΙ)
4. Η ελικοειδής αξονική τομογραφία κοιλίας και πυέλου με τη χορήγηση ενδοφλέβιου (αλλά όχι από του στόματος) σκιαστικού αποτελεί την απεικονιστική μέθοδο επιλογής για τους ασθενείς αυτούς (Β-ΙΙ)
5. Οι θήλυς ασθενείς πρέπει να υποβάλλονται σε απεικονιστική διερεύνηση. Όσες διανύουν την παραγωγική ηλικία θα πρέπει να ελέγχονται με test κυήσεως πριν από τον ακτινολογικό έλεγχο και εφ όσον βρίσκονται στο πρώτο τρίμηνο της κύησης θα πρέπει να υποβάλλονται σε μαγνητικό ή υπερηχογραφικό έλεγχο αντί της έκθεσης σε ιοντίζουσα ακτινοβολία (Β-ΙΙ) Αν αυτές οι μελέτες αποτύχουν να αποκαλύψουν την υποκείμενη παθολογική κατάσταση, θα πρέπει να εξετασθεί το ενδεχόμενο της λαπαροτομίας ή της περιορισμένης έκτασης αξονικής τομογραφίας (Β-ΙΙΙ)
6. Απεικονιστική διερεύνηση πρέπει να διενεργείται και στα παιδιά, ιδιαίτερα σε όσα έχουν ηλικία <3 ετών, εφ όσον η διάγνωση της σκωληκοειδίτιδας δεν είναι βεβαία. Ο αξονικός έλεγχος προτιμάται, αν και προκειμένου να αποφευχθεί η έκθεση στην ιοντίζουσα ακτινοβολία μπορεί εναλλακτικά να επιχειρηθεί υπερηχογραφικός έλεγχος (Β-ΙΙΙ)
7. Οι ασθενείς στους οποίους ο απεικονιστικός έλεγχος θα αποβεί αρνητικός για την παρουσία σκωληκοειδίτιδας, θα πρέπει να τίθενται σε παρακολούθηση για 24 ώρες προκειμένου να διασφαλισθεί η εξάλειψη των σημείων και συμπτωμάτων, επειδή υπάρχει μικρός μεν, αλλά υπαρκτός κίνδυνος ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων (Β-ΙΙΙ)
8. Όπου ο βαθμός υποψίας είναι μεγάλος θα πρέπει να ζητείται η νοσηλεία των ασθενών (Α-ΙΙΙ)
9. Αντιμικροβιακή θεραπεία θα πρέπει χορηγείται σε όλους τους ασθενείς που διαγιγνώσκεται σκωληκοειδίτιδα (Α-ΙΙ)
10. Η κατάλληλη αντιμικροβιακή θεραπεία περιλαμβάνει παράγοντες που είναι δραστικοί έναντι των αεροβίων και δυνητικά αναεροβίων Gram-αρνητικών μικροβίων, όπως έχει ήδη αναφερθεί στη σύσταση για την αντιμετώπιση των εξωνοσοκομειακών ενδοκοιλιακών λοιμώξεων (Α-Ι)
11. Οι ασθενείς στους οποίους ο απεικονιστικός έλεγχος απέδωσε αμφίβολα αποτελέσματα, η αντιμικροβιακή θεραπεία θα πρέπει να χορηγηθεί ταυτόχρονα με τον φαρμακευτικό έλεγχο του πόνου και τα αντιπυρετικά. Στους ενήλικες, η αντιμικροβιακή αγωγή θα πρέπει να χορηγηθεί κατ ελάχιστον επί 3 ημέρες, μέχρις ότου τα σημεία και συμπτώματα υποχωρήσουν ή τεθεί η τελική διάγνωση (Β-ΙΙΙ)
12. Η χειρουργική αντιμετώπιση της οξείας, μη-διατρηθείσας σκωληκοειδίτιδας θα πρέπει να επιχειρείται το συντομότερο δυνατόν. Η επέμβαση είναι αποδεκτό να καθυστερήσει για λίγο εφ όσον το επιβάλλουν οι τοπικές νοσοκομειακές συνθήκες (Β-ΙΙ)
13. Τόσο η ανοικτή, όσο και η λαπαροσκοπική σκωληκοειδεκτομή αποτελούν αποδεκτές χειρουργικές μεθόδους και η επιλογή κάθε μιας απόκειται στις δεξιότητες του χειρουργού στην πραγματοποίησή τους (Β-ΙΙ)
14. Η μη χειρουργική αντιμετώπιση μπορεί να θεωρηθεί ως μέρος μιας ειδικής θεραπευτικής προσέγγισης σε άρρενες ασθενείς, υπό την προϋπόθεση ότι ο πάσχων θα εισαχθεί στο νοσοκομείο για 48 ώρες και θα δείξει σταθερή βελτίωση των κλινικών του σημείων και συμπτωμάτων εντός 24 ωρών, ενώ θα λαμβάνει αντιμικροβιακή θεραπεία (Α-ΙΙ)
15. Οι ασθενείς με διατρηθείσα σκωληκοειδίτιδα θα πρέπει να υποβάλλονται επειγόντως σε χειρουργική επέμβαση προκειμένου να ελεγχθεί αποτελεσματικά η εστία της λοίμωξης (Β-ΙΙΙ)
16. Οι ασθενείς με σαφώς περιχαρακωμένο περισκωληκοειδικό απόστημα μπορεί να αντιμετωπισθούν με διαδερμική ή ανοικτή παροχέτευση όταν είναι αναγκαίο. Γενικά, η σκωληκοειδεκτομή αναβάλλεται σ αυτούς τους ασθενείς (Α-ΙΙ)
17. Σε επιλεγμένους ασθενείς που παρουσιάζονται αρκετές από ημέρες μετά την ανάπτυξη της φλεγμονής και έχουν αναπτύξει περισκωληκοειδικό φλέγμωνα ή μια περιορισμένη αποστηματική συλλογή που δεν επιδέχεται διαδερμική παροχέτευση, η χειρουργική επέμβαση για τον έλεγχο της εστίας μπορεί να καθυστερήσει ή και να ακυρωθεί προκειμένου να αποτραπεί μια επικινδυνότερη επέμβαση από την απλή σκωληκοειδεκτομή. Αυτοί οι ασθενείς θεραπεύονται με αντιβιοτικά και υποβάλλονται σε προσεκτική παρακολούθηση κατά τη διάρκεια νοσηλείας, κατά τρόπο ανάλογο των ασθενών με οξεία εκκολπωματίτιδα (Β-ΙΙ)
18. Η επιλογή της σκωληκοειδεκτομής σε δεύτερο χρόνο μετά από διαδερμική παροχέτευση ή συντηρητική θεραπεία για την αντιμετώπιση διατρηθείσας σκωληκοειδούς είναι αμφιλεγόμενη και μπορεί να μην είναι αναγκαία (Α-ΙΙ)

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Field M, Lohr K. Institute of Medicine Committee to Advise the Public Health  
   Service on Clinical Practice Guidelines. Washington, DC: National Academy Press, 1990:8
2. Solomkin JS, Mazuski JE, Bradley JS, Rodvold KA, Goldstein EJC, Baron EJ, et al. Diagnosis and management of complicated intra-abdominal infection in adults and children: Guidelines by the Surgical Infection Society and the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2010; 50: 133-164
3. The periodic health examination. Canadian Task Force on the Periodic health Examination. Can Med Assoc J. 1979; 121:1193-1254
4. Yosida M, Takada T, Kawarada Y, Tanaka A, Nimura Y, Gomi Y, et al. Antimicrobial therapy for acute cholecystitis: Tokyo Guidelines. J Hepatobiliary Pancreat Surg 2007; 14(1): 83-90