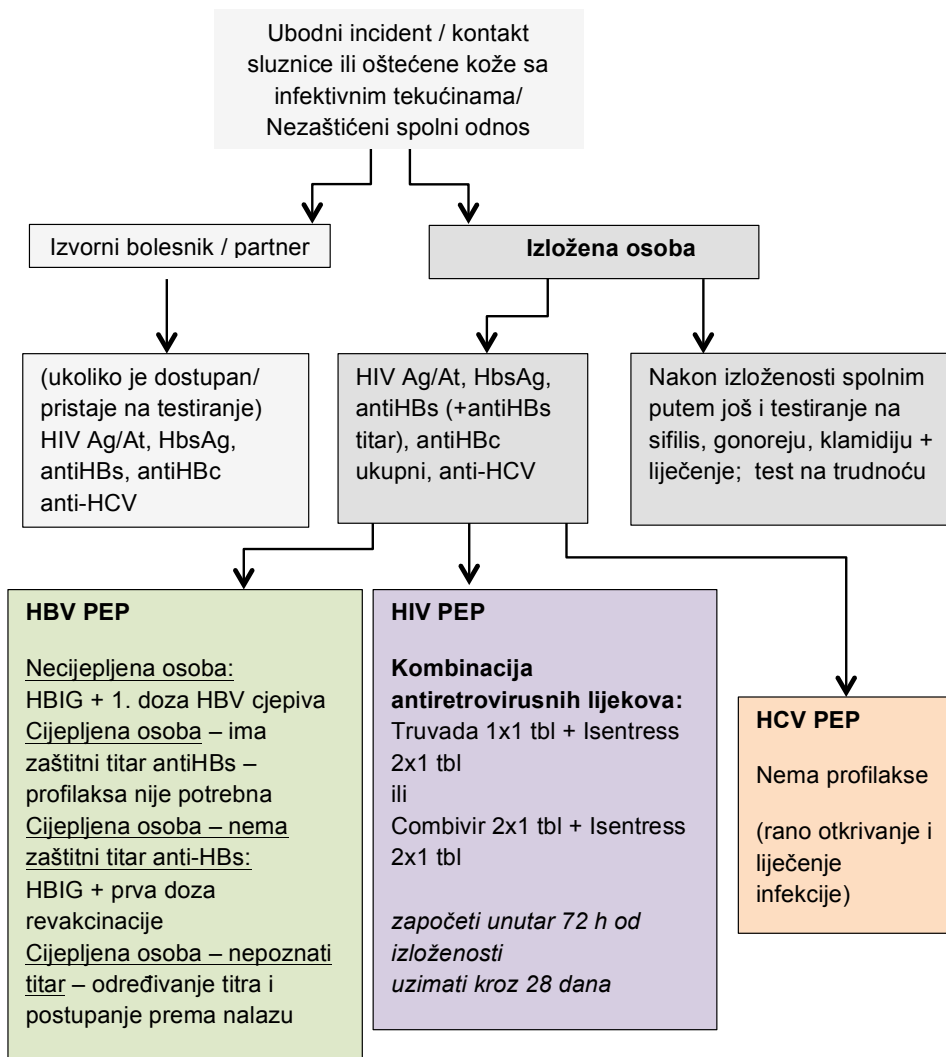


POSTEKSPOZICIJSKA PROFILKSA

dr. med. Mihaela Bender, prof. dr. sc. Josip Begovac



Hrvatski liječnički zbor
Hrvatsko Društvo za Infektivne Bolesti
Sekcija mladih

SIMPOZIJ

NAJČEŠĆI INFEKTIVNI SINDROMI U ORDINACIJI PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

PROGRAM

- 09:15 - 09:30 **Infektivne bolesti u Hrvatskoj - iskustva Klinike za infektivne bolesti «Dr. Fran Mihaljević»**
dr. sc. Neven Papić, prim. dr. Elvira Čeljuska-Tošev
- 09:30 - 10:00 **Infekcije kože**
dr. med. Branimir Gjurašin, prof. dr. sc. Bruno Baršić
- 10:00 - 10:30 **Sindrom infektivne mononukleoze**
dr. med. Andrea Kalaba, prof. dr. sc. Goran Tešović
- 10:30 - 11:00 **Evaluacija, liječenje i praćenje bolesnika sa infekcijom donjeg respiratornog trakta**
dr. med. Iva Lisičar, dr. sc. Vladimir Krajinović
- 11:00 - 11:30 **Stanka za kavu**
- 11:30 - 12:00 **Bolesnik s recidivirajućim infekcijama urinarnog trakta**
dr. med. Mia Ajduković, prof. dr. sc. Alemka Markotić
- 12:00 - 12:30 **Infektivni proljev - kada je potrebna obrada i liječenje?**
dr. med. Juraj Krznarić, doc. dr. sc. Mirjana Balen Topić
- 12:30 - 13:00 **Kliničke manifestacije, dijagnostika i liječenje Lyme borelioze**
dr. med. Marina Baličević, prim. dr. sc. Oktavija Đaković-Rode, doc. dr. sc. Marija Santini
- 13:00 - 13:30 **Postekspozicijska profilaksa i ubodni incidenti (HIV, virusni hepatitis)**
dr. med. Mihaela Bender, prof. dr. sc. Josip Begovac

INFEKCIJE KOŽE

dr. med. Branimir Gjurašin, prof. dr. sc. Bruno Baršić

| | |
|--------------------------------------|--|
| IMPETIGO / FOLIKULITIS | jednostavni impetigo (5 dana): MUPIROCIN 2x1 prošireni impetigo i ektima (7 dana): CEFALEKSIN 4x500 mg (KLINDAMICIN 3x300-450 mg <u>kod preosjetljivosti</u> ili KOTRIMOKSAZOL 2x960 mg <u>kod rizičnih čimbenika za MRSA</u>) |
| SVRAB | PERMETRIN - 8-14 sati, ponoviti za 7 d BENZIL BENZOAT - 2x 24-48 sati, ponoviti za 7 d |
| VARICELLA - ZOSTER | ACIKLOVIR 5x800 mg 7-10 dana (kod svih starijih od 12 godina unutar 72 sata) (oftalmički ili diseminirani zoster – konzultacija specijalista) |
| ERIZIPEL | AMOKSICILIN 3x500 mg p.o. ili CEFALEKSIN 4x500 mg KLINDAMICIN 4x300-450mg kod preosjetljivosti /7-10d + ekstremitet na povišenom + vlaženje kože ekstremiteta + liječenje uzroka interdigitalnih oštećenja stopala |
| CELULITIS | CEFALEKSIN 4x500mg ili KLINDAMICIN 4x300-450mg kod rizičnih čimbenika za MRSA: AMOKSICILIN 3x500mg + KOTRIMOKSAZOL 2x960mg gnojenje: drenaža + bris, KOTRIMOKSAZOL 2x960 mg do uvida u antibiogram |
| CELULITIS KOD KRONIČNIH RANA: | BLAGA INFEKCIJA (P.O.)* <i>kao i cellulitis</i> UMJERENA INFEKCIJA (P.O.): KOAMOKSIKLAV 2x1 g + KOTRIMOKSAZOL 2x960 mg ili KLINDAMICIN 4x300-450 mg + CIPROFLOKSACIN 2x500-750 mg |
| UGRIZI: | INSEKT - simptomatsko liječenje ŠTAKOR: AMOKSICILIN 3x500 mg ili DOKSICIKLIN 2x100 mg; 14 dana +/- tetanus/bjesnoća MAČKA/PAS: KOAMOKSIKLAV 2x1 g (ili DOKSICIKLIN 2x100 mg + METRONIDAZOL 2x500 mg); 3-5 dana +/- tetanus/bjesnoća ČOVJEK: KOAMOKSIKLAV 2x1 g (ili DOKSICIKLIN 2x100 mg + METRONIDAZOL 2x500 mg); 3-5 dana |

* BLAGA INFEKCIJA: 2 ili više znakova upale (gnojenje, eritem, bol, toplina, induracija); UMJERENA INFEKCIJA: -II- + eritem promjera većeg od 2 cm oko ulkusa, tračak limfangitisa, apsces, zahvaćanje dubljih struktura; TEŠKA INFEKCIJA: -II- sustavni znakovi infekcije – bolničko liječenje

KLINIČKE MANIFESTACIJE, DIJAGNOSTIKA I LIJEČENJE LAJMSKE BORELIOZE

dr. med. Marina Baličević, prim. dr. sc. Oktavija Đaković-Rode, doc. dr. sc. Marija Santini

| LAJMSKA BORELIOZA | Klinička slika | Serološka dijagnostika | Laboratorijska/klinička potvrda | Terapija |
|---|---|---|--|---|
| Erythema migrans | Crvenilo s ili bez centralnog blijedenja, u razini kože. | Nije potrebna | Dokaz B.burgdorferi s.l. kulturom i/ili PCR iz bioptata kože | Doksiciklin 2 x 100 mg po / 2 tj Djeca: Amoksicilin 25-50 mg/kg u 3 doze / 2 tj |
| Borelijski limfocitom (rijetko) | Bezbolna plavo-crvena kvržica, većinom na ušnoj resici, bradavici ili skrotumu. Češće u djece. | Serokonverzija ili pozitivna serologija*. Histološka potvrda | Dokaz B.burgdorferi s.l. kulturom i/ili PCR iz bioptata kože. Raniji ili istovremeni EM | |
| Acrodermatitis chronica atrophicans | Dugotrajne plavo-crvene lezije, većinom na ekstenzornoj površini ekstremiteta. Lezije vremenom postaju atrofične. | Visoka razina specifičnih serumskih IgG antitijela** | Dokaz B.burgdorferi s.l. kulturom i/ili PCR iz bioptata kože. | Doksiciklin 2 x 100 mg po / 21 dan Amoksicilin 3 x 500-1000 /21 dan Ceftriakson 1 x 2 gr iv |
| Neuroborelioz | U odraslih meningoradikulitis, meningitis, s ili bez facijalne pareze. U djece većinom meningitis i facijalna pareza. | Pleocitoza i dokaz intratekalne sinteze specifičnih protutijela** | Dokaz B.burgdorferi s.l. kulturom i/ili PCR iz CSL. Intratekalna sinteza At. Specifična serumska At. Podatak o EM. | Ceftriakson* 1x2 gr iv; Djeca 50 mg /kg iv Doksiciklin 2x 100 mg po /21 dan |
| Artritis <i>Nakon isključenja uobičajenih dijagnoza</i> | Recidivirajuća oticanja jednog ili više velikih zglobova. | Specifična serumska IgG protutijela, obično u visokim koncentracijama** | Analiza sinovijske tekućine. Dokaz B.burgdorferi s.l. PCR i/ili kulturom iz sinovijske tekućine | Doksiciklin 2x100 mg po / 21 dan Amoksicilin 3 x 500-1000 mg /Djeca: 25-50 mg/kg /21 dan Ceftriakson 50-100 mg /kg / 21 dan |

* Specifična razina protutijela u serumu se može povećati kao odgovor na progresiju infekcije ili može pasti zbog prolaska infekcije. Uzorci se uzimaju u razmaku od minimalno 3 mjeseca kako bi se otkrila promjena u razini IgG protutijela. ** U početku bolesti intratekalna proizvodnja specifičnih protutijela može biti odsutna.

INFEKTIVNI PROLJEV - KADA JE POTREBNA DIJAGNOSTIKA I LIJEČENJE

dr. med. Juraj Krznarić, doc. dr. sc. Mirjana Balen Topić

Kultivacija stolice se preporuča kod:

1. imunokompromitiranih, trudnica, dobi <3 mj, ili >65 g.
2. bolesnika s komorbiditetima koji povećavaju rizik komplikacija (umjetne proteze, umjetni ili biološki srčani zalisci, kronične bolesti: ciroza jetre, sistemski lupus, reumatoidni artritis, splenektomirani itd.)
3. s klinički težim proljevom (≥6 rijetkih stolica/dan, bolest traje >48 h i/ili znaci hipovolemije, jake boli u trbuhu)
4. jasno hemoragičnim proljevom ili oskudnim stolicama s primjesom krvi i sluzi (upalni proljev-dizenterički sindrom, EHEC)
5. bolesnika s upalnom bolesti crijeva
6. zanimanja koja podliježu sanitarnom nadzoru

Indikacije za parazitološki pregled:

1. perzistentni/kronični proljev (naročito u putnika, i osoba koja borave ili rade u dječjim kolektivima)
2. proljev u homoseksualnih muškaraca i bolesnika s AIDS-om
3. hidrična epidemija AID (lamblijaza, kriptosporidoza)
4. hemoragični proljev, bez ili s malo fekalnih leukocita (amebijaza)

Liječenje AIP

1. rehidracija + nadoknada elektrolita

2. dijeta

Indikacije za antimikrobno liječenje kada uzročnik nije poznat:

Imunokompetentni bolesnici;

- febrilitet >5 dana, febrilitet + krvave stolice, šok

Bolesnici s čimbenicima rizika:

- dob >60 godina i <3 mj; resecirani želudac, vagotomija ili antiulkusna terapija; imunodeficijencija; splenektomija; kronične bolesti (DM, ciroza jetre, renalna lezija, maligne bolesti, LE, IBD, bolesti srčanih zalistaka) imunosupresivna ili sistemna kortikosteroidna terapija, endoproteza)
→ ciprofloksacin 2x500mg za vrijeme febrilieta + 7 dana
- hospitalizacija unutar 4 tjedna → metronidazol 3x500mg 10 dana

Indikacija za antimikrobno liječenje kad je uzročnik poznat:

Campylobacter spp. (samo teške kliničke slike) → azitromicin 1g p.o.
Yersinia enterocolitica, Shigella spp. → ciprofloksacin 2x500mg /4 dana
Cl. difficile → metronidazol 3x500mg ili vankomicin 4x125mg /10 dana

SINDROM INFEKTIVNE MONONUKLEOZE

dr. med. Andrea Kalaba, prof. dr. sc. Goran Tešović

Infektivna mononukleozna je virusna, najčešće blaga bolest koja se liječi simptomatski

- analgoantipireza
- poštuda intenzivnih fizičkih napora
- posebna hepatoprotektivna dijeta nije indicirana
- antivirusno liječenje se ne preporuča
- najčešće se javlja u adolescenata i mladih odraslih osoba
- kontrola hepatograma svaka 2 tjedna do normalizacije
- komplikacije su rijetke – tada uputiti specijalistu
- ampicilinski osip NIJE alergija
- Sportaši: sve aktivnosti koje povisuju intraabdominalni tlak ili dovode do mogućnosti ozljede abdomena prekinuti barem 4 tjedna od početka bolesti

DIJAGNOZA

- Limfocitoza u KKS sa više od 10% atipičnih limfocita u razmazu periferne krvi
- Povišene jetrene transaminaze
- Serologija

| | EBV | | | CMV | |
|-------------|--------|----------|------------|--------|------------|
| | AKUTNA | RECENTNA | PREBOLJELA | AKUTNA | PREBOLJELA |
| EBV VCA IgM | + | +/- | - | - | - |
| EBV VCA IgG | +/- | + | + | +/- | +/- |
| EBV EA | +/- | +/- | -/+ | - | - |
| EBNA | - | +/- | + | +/- | +/- |
| CMV IgM | - | - | - | + | +/- |
| CMV IgG | +/- | +/- | +/- | +/- | + |

EVALUACIJA, LIJEČENJE I PRAĆENJE BOLESNIKA S INFEKCIJOM DONJEG RESPIRATORNOG TRAKTA

dr. med. Iva Lisičar, dr. sc. Vladimir Krajinović

Kada posumnjati na pneumoniju?

Kada bolesnik ima neki od sljedećih znakova i simptoma:

1. Dispneja; Tahipneja; Tahikardija >100/min; Vrućica koja traje >4 dana
2. CRP >100 mg/L uz simptome koji traju >24 sata → moguća pneumonija
CRP <20 mg/L uz simptome koji traju <24 sata → vrlo mala vjerojatnost
3. U slučaju sumnje učiniti RTG pluća radi potvrde ili odbacivanja dijagnoze

Procjena ugroženosti bolesnika

CURB – 65 (Confusion, Urea, Respiratory rate, Blood pressure, 65 years)

Poremećaj svijesti; urea >7; tahipneja >30; hipotenzija (sistolički <90 ili dijastolički <60); dob >65 godina

0-1 bod = smrtnost <3% → ambulantno

2 boda = smrtnost 9% → razmotriti mogućnost hosp. liječenja

3-5 bodova = smrtnost 15-40% → hospitalno (moguće i JIL)

CRB – 65 → jednostavnija varijanta, prikladna u ordinacijama LOM

≥ 1 bod = **hospitalizacija**

Uvjeti za ambulantno liječenje bolesnika iz domova za starije i nemoćne osobe

- Mogućnost uzimanja tekućine i hrane
- Puls ≤ 100/min
- Frekvencija disanja ≤ 30/min
- Sistolički tlak ≥ 90 mmHg (ili pad ≤ 20 mmHg ukoliko je normalna vrijednost < 100 mmHg)
- SpO₂ ≥ 92% (ili ≥ 90% kod KOPB-a)

Liječenje pneumonije iz opće populacije

- Pregledati bolesnika, postaviti sumnju na CAP, procijeniti njegovu ugroženost
- KKS i RTG pluća

Empirijska terapija:

Bakterijska pneumonija: **amoksicilin** 3x1 g 10 dana +/- **azitromicin** 1x500 mg/3 dana ili **doksiciklin** 2x100 mg/10 dana

Atipična pneumonija: **azitromicin** 1x500 mg/3 dana ili **doksiciklin** 2x100 mg/10 dana

BOLESNIK S RECIDIVIRAJUĆIM INFEKCIJAMA URINARNOG TRAKTA

dr. med. Mia Ajduković, prof. dr. sc. Alemka Markotić

Definicija: najmanje 3 epizode nekomplikirane infekcije u žena bez strukturnih/funkcionalnih abnormalnosti urotakta, dokazane u urinokulturi u posljednjih 12 mjeseci ili 2 epizode u posljednjih 6 mjeseci.

Dijagnostička obrada: sediment urina ≥10 leukocita/mm³ uz signifikantnu bakteriuriju (nekomplikirani cistitis ≥10³ bakterija/mL; nekomplikirani pijelonefritis ≥10⁴ bakterija/mL).

Antimikrobno liječenje je jednako kao i za sporadične epizode, ali je potrebno uzeti u obzir podatke o prethodno dokazanim izolatima i njihovoj osjetljivosti.

Profilaktičke metode:

1. samoliječenje antibioticima 3–7 dana prema nalazu prethodne urinokulture i uspjehu izlječenja prethodne urinarne infekcije
2. primjena antibiotika nakon spolnog odnosa
3. kontinuirano uzimanje profilaktičke doze svaku večer ili tri puta tjedno tijekom 6 mjeseci ili duže:

- nitrofurantoin 50–100 mg p.o.
- trimetoprim/sulfametoksazol 480 mg p.o.
- cefaleksin 250 mg p.o.
- fluorokinolone treba sačuvati za liječenje simptomatskih infekcija te se samo iznimno mogu koristiti: norfloksacin 200 mg p.o. ili ciprofloksacin 125 mg p.o.
- *Bolesnice kod kojih je potrebna profilaksa u trenutku započinjanja profilakse ne smiju imati znakove niti simptome akutne infekcije.*

Liječenje kroničnog prostatitisa traje 4-6 tjedana:

I linija: fluorokinoloni peroralno (ciprofloksacin, levofloksacin, ofloksacin)

II linija: kotrimoksazol / makrolidi (korisna primjena uz fluorokinolone - azitromicin 1x500 mg p.o. dodati fluorokinolonima tri dana u tjednu tijekom svih tjedana liječenja)