

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗΣ - ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΕΩΣ

Απ. Παπαβασιλείου
Πνευμονολόγος ΕΑ
Μονάδα Ανθεκτικής Φυματίωσης
Γ.Ν.Ν.Θ.Α «ΣΩΤΗΡΙΑ»

ΚΑΝΟΝΑΣ

Όλοι οι ασθενείς με θετικά πτύελα για οξεάντοχα (απλή θετική) και στέλεχος πλήρως ευαίσθητο στα πρωτεύοντα αντιφυματικά αρνητικοποιούνται μέσα στο πρώτο 3μηνο κατάλληλης θεραπείας

ΚΛΙΝΙΚΗ ΥΠΟΨΙΑ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗΣ – ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΗΣ ΤΒ

Όταν ασθενής με ενεργό ΤΒ έχει :

- 1. Ιστορικό προηγούμενης θεραπείας για ΤΒ
- 2. Θετικά πτύελα μετά τον 3^ο μήνα κατάλληλης θεραπείας
- 3. Κλινική και ακτινολογική επιδείνωση υπό θεραπεία
- 4. Εκτεθεί με ανθεκτική -πολυανθεκτική φυματίωση
- 5. Προέρχεται από χώρες με μεγάλη επίπτωση ανθεκτικής ΤΒ

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΠΟΤΥΧΙΑ

- Θετικές καλλιέργειες μετά τη συμπλήρωση 4 μηνών κατάλληλης και βεβαίας θεραπείας
- Απαιτείται test ευαισθησίας και χορήγηση τουλάχιστον 3 νέων φαρμάκων, κατά προτίμηση περισσότερων (μεταξύ των οποίων 1 ενέσιμο) μέχρι το test ευαισθησίας να είναι διαθέσιμο

ΑΙΤΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΠΟΤΥΧΙΑΣ

- Μη συμμόρφωση του ασθενή
- Πρωτοπαθής ανθεκτικότητα
- Μη κατάλληλο θεραπευτικό σχήμα
- Δυσασπορρόφηση των φαρμάκων
- Αναμόλυνση με ένα νέο στέλεχος

ΑΝΑΖΩΠΥΡΩΣΗ I

- Μετά την επιτυχή συμπλήρωση της αντιφυματικής θεραπείας με αρνητικοποίηση των καλλιέργειών
 - ✓ οι ασθενείς παρουσιάζουν υποτροπή με νέες θετικές καλλιέργειες ή
 - ✓ παρουσιάζουν κλινική ή ακτινολογική επιδείνωση συμβατή με ενεργό TB
- Η αναζωπύρωση είναι περισσότερο συχνή τον πρώτο χρόνο μετά τη συμπλήρωση της θεραπείας

ΑΝΑΖΩΠΥΡΩΣΗ II

Οι ασθενείς με σπήλαιο αρχικά και θετική καλλιέργεια μετά τους 2 πρώτους μήνες θεραπείας έχουν υψηλό κίνδυνο αναζωπύρωσης με το 6μηνο σχήμα

Οι ασθενείς με αναζωπύρωση έχουν υψηλό κίνδυνο δευτεροπαθούς ανθεκτικότητας, ειδικότερα όταν έλαβαν θεραπεία χωρίς κατάλληλη παρακολούθηση και επίβλεψη της θεραπείας

ΑΝΑΘΕΡΑΠΕΙΑ Ι

Σε αναμονή νέας ευαισθησίας

Όταν το στέλεχος αρχικά ήταν πλήρως ευαίσθητο και δεν υπάρχει υποψία ανθεκτικότητας (θεραπευτικά λάθη)

Τότε επαναχορηγείται το ίδιο θεραπευτικό σχήμα για τουλάχιστον 12 μήνες (HR)

** εφόσον η κλινική κατάσταση το επιτρέπει*

ΑΝΑΘΕΡΑΠΕΙΑ II

- Σε βαριά κλινική κατάσταση (ανοσοκαταστολή, μειωμένη αναπνευστική εφεδρεία, προσβολή ΚΝΣ ...)
- Χορηγείται το αρχικό θεραπευτικό σχήμα μαζί με **τουλάχιστον 3 νέα φάρμακα**, αναμένοντας το test ευαισθησίας

ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗΣ ΤΒ

Μόνο με τον έλεγχο ευαισθησίας του στελέχους στα αντιφυματικά φάρμακα

MDR-TB = ανθεκτικότητα
τουλάχιστον στην INH και RIF

XDR-TB = ανθεκτικότητα
τουλάχιστον στην INH, RIF, FQN,
ενέσιμο

ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗ – ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΤΒ

Απομονωμένος θάλαμος με αρνητική πίεση σε σχέση με το διάδρομο και με αερισμό ο οποίος ανανεώνεται ≥ 12 φορές την ώρα.

Ο εξαγόμενος αέρας φιλτράρεται (HEPA) και γίνεται χρήση τακτικά υπεριώδους ακτινοβολίας σε θαλάμους και κοινόχρηστους χώρους.

Το προσωπικό να φορά μάσκες κατάλληλων προδιαγραφών (3M-1863)

Σε αναμονή του ελέγχου ευαισθησίας

- Περιμένουμε μέχρι 4 εβδομάδες χωρίς θεραπεία όταν η κλινική κατάσταση του ασθενή το επιτρέπει
- Διαφορετικά, χορηγούμε εξατομικευμένο σχήμα κατά προτίμηση με 5 τουλάχιστον φάρμακα που θεωρούμε βάσιμα ότι είναι δραστικά και δεν έχουν ξαναχρησιμοποιηθεί
- Δεν αφήνουμε φάρμακα για εφεδρεία
- Τα χορηγούμε στις μέγιστες επιτρεπτές δόσεις

Έκθεση σε ανθεκτική TB και νόσος

Οι ασθενείς μετά από έκθεση με γνωστό ανθεκτικό - πολυανθεκτικό ασθενή πρέπει να λάβουν σχήμα βασιζόμενο στο τελευταίο test ευαισθησίας των φαρμάκων της γνωστής «πηγής»

Στρατηγική στο σχεδιασμό θεραπευτικού σχήματος

- Διαγράφουμε από τη φαρέτρα μας όλα τα φάρμακα με γνωστή ανθεκτικότητα
- Θεωρούμε αμφίβολα, όσα έχουν ήδη χρησιμοποιηθεί, τουλάχιστον μέχρι το αναμενόμενο test ευαισθησίας
- Σχεδιάζουμε σχήμα ισχυρά βασισμένο στα υπόλοιπα με τον παρακάτω ιεραρχικό αλγόριθμο

Θεραπευτικό σχήμα για MDR-TB και XDR-TB

1. **Ενέσιμο** (CM, STR, AMK, KAN). Ο ακρογωνιαίος λίθος της θεραπείας, τουλάχιστον για 6 μήνες, κατά προτίμηση περισσότερους και οπωσδήποτε 4 μήνες μετά την αρνητικοποίηση των πτυέλων
2. **Υπόλοιπα πρωτεύοντα** (EMB, PZA). Όταν το στέλεχος θεωρούμε βάσιμα ότι είναι ευαίσθητο σε αυτά.
3. **Κινολόνη** (MXL, LVX). Απαραίτητη αν δεν έχει ξαναχρησιμοποιηθεί.
4. **Άλλα δευτερεύοντα**. Από αυτά προτιμούμε κυρίως την εθειοναμίδη (ETH), μετά την κυκλοσερίνη (CS) και τέλος το PAS

Σε απελπιστικές καταστάσεις ή εναλλακτικά

✓Χορηγούνται και τα :

Ριφαμπουτίνη, κλοφαζιμίνη,
θειακεταζόνη,
αμοξυκιλίνη/κλαβουλανικό οξύ,
κλαριθρομυκίνη, θειοριδαζίνη,
λινεζολίδη, IFN- γ , υψηλές δόσεις
ισονιαζίδης (900 mg) και άλλα

✓Όλοι οι ασθενείς πρέπει να λαμβάνουν
καθημερινά πυριδοξίνη 150 mg

Διασταυρούμενη ανθεκτικότητα

- Κατά 80% μεταξύ ριφαμπουτίνης – ριφαμπικίνης
- Μεταξύ ΑΜΚ και ΚΑΝ
- ΣΤΙΣ ΚΙΝΟΛΟΝΕΣ
- Μεταξύ εθειοναμίδης (ΕΤΗ) και θειακεταζόνης (ΤΚΖ)

Με τη λήψη του test ευαισθησίας

- Προσθέτουμε κάθε φάρμακο με αποδεδειγμένη ευαισθησία
- Διακόπτουμε τυχόν χορηγούμενα με αποδεδειγμένη ανθεκτικότητα

ΣΚΟΠΟΣ

- Το τελικό θεραπευτικό σχήμα να βασίζεται σε τουλάχιστον τέσσερα, κατά προτίμηση περισσότερα δραστικά φάρμακα μεταξύ των οποίων απαραίτητα ένα **ενέσιμο**
- Αν το σχήμα πρέπει να αναπροσαρμοστεί (παρενέργειες, αποτυχία) θα πρέπει να προστεθούν (αν βέβαια είναι διαθέσιμα), τουλάχιστον δύο άλλα ταυτόχρονα. **Ποτέ δεν προστίθεται ένα μόνο φάρμακο σε αποτυχημένη θεραπεία**

Παρακολούθηση

- Η βακτηριολογική πορεία ελέγχεται τουλάχιστον κάθε μήνα αρχικά (το πρώτο 6μηνο) και στη συνέχεια ανά 3 μήνες
- Κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος ανά εβδομάδα αρχικά και ανά 2 εβδομάδες μετά την αρνητικοποίηση των πτυέλων
- Απεικονιστικός έλεγχος κάθε 2-3 μήνες

Διάρκεια Θεραπείας

Απαιτούνται τουλάχιστον 18 μήνες
μετά την αρνητικοποίηση των
πτυέλων

Συμπληρωματική χειρουργική θεραπεία

Ενδείκνυται όταν υπάρχει κλινική ανταπόκριση στη φαρμακευτική θεραπεία αλλά παραμένει ένα μεγάλο σπήλαιο χωρίς βελτίωση 3 μήνες αργότερα.

Απαραίτητη προϋπόθεση του χειρουργείου η νόσος να είναι εντοπισμένη, ο ασθενής να έχει ικανοποιητική μετεγχειρητική αναπνευστική λειτουργία και να υπάρχει ευαισθησία μόνον σε 2-3 αδύναμα δευτερεύοντα φάρμακα που δεν αναμένονται να αποστειρώσουν τον ασθενή

Χημειοπροφύλαξη και MDR-TB

Τα άτομα που έχουν μολυνθεί από πολυανθεκτικούς βακίλλους είναι προτιμότερο να παρακολουθούνται κλινικά ανά 3μηνο τουλάχιστον για 2 χρόνια

Εξαίρεση οι ανοσοκατασταλμένοι

ΧΠΦ με 2 φάρμακα για 6–12 μήνες

Παιδιά και MDR-TB

- Οφείλεται σε μετάδοση από ενήλικα
- Όταν δεν είναι εφικτό να έχουμε test ευαισθησίας βασιζόμεστε στο test ευαισθησίας του ενήλικα
- Επί αποδεδειγμένης MDR-TB σε παιδί δεν υπάρχουν απόλυτες αντενδείξεις φαρμάκων

Εγκυμοσύνη και MDR-TB

- Η εγκυμοσύνη πρέπει να αποφεύγεται
- Τα αντισυλληπτικά δεν συνιστώνται λόγω αλληλεπιδράσεων
- Η θεραπεία είναι προτιμότερο να αρχίζει μετά το πρώτο 3μηνο χωρίς ενέσιμο, το οποίο προστίθεται μετά τον τοκετό μαζί με άλλο ή άλλα ενδεχομένως
- Μεγάλος κίνδυνος αιματογενούς διασποράς για το βρέφος
- Οι μητέρες με θετικά πτύελα απομακρύνονται από το βρέφος

MDR-TB και νεφρική ανεπάρκεια

Σε κάθαρση κρεατινίνης < 30 ml/min και αιμοδιάλυση

- PZA, EMB, CPX, OFX, LVX χορηγούνται 3 φορές την εβδομάδα (στην κανονική ημερήσια δόση)

- Αμινογλυκοσίδες και καπρεομυκίνη 12-15mg/kg 3 φορές εβδομαδιαίως

- ETH καθημερινά 500 mg

- CS καθημερινά 250 mg ή 500 mg 3 φορές εβδομαδιαίως

- MXL και CLOF καθημερινά, το PAS 4gr x 2 καθημερινά

Όλα χορηγούνται αμέσως μετά την αιμοδιάλυση

ΚΝΣ και MDR-TB

- Κυκλοσερίνη στη μέγιστη δόση 15 mg/kg ημερησίως
- Δραστικά είναι και τα : INH, PZA, ETH
- Όλα τα υπόλοιπα επί φλεγμονής

AIDS και MDR-TB

- Υψηλή θνησιμότητα
- Άμεση έναρξη θεραπείας σε συνδυασμό με αντιρετροϊκά
- Ιατρική συνεργασία
- Κοινωνική υποστήριξη

ΜΟΝΟ-ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΙΣΟΝΙΑΖΙΔΗ

- RIF, EMB, PZA τουλάχιστον 6 κατά προτίμηση 9 μήνες
- RIF, EMB, PZA + κινολόνη (MXL, LVX) σε εκτεταμένη νόσο και τουλάχιστον για 6 μήνες
- Όταν δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί PZA, τότε RIF, EMB, κινολόνη για 12 μήνες

ΜΟΝΟ-ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗ ΡΙΦΑΜΠΙΚΙΝΗ

- ΙΝΗ, ΕΜΒ, κινολόνη για 12 – 18 μήνες μαζί με ΡΖΑ τους 2 – 3 πρώτους μήνες
- Σε εκτεταμένη νόσο : ΙΝΗ, ΕΜΒ, κινολόνη για 12 μήνες μαζί με ενέσιμο και ΡΖΑ τους 2-3 πρώτους μήνες τουλάχιστον
- Εναλλακτικά : ΙΝΗ, ΡΖΑ και ενέσιμο για 9 μήνες

ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ

ΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΟ ΣΧΗΜΑ

- INH και PZA → RIF, EMB, κινολόνη 12 μήνες
- INH και EMB → RIF, PZA, κινολόνη 12 μήνες
- INH, EMB, PZA → RIF, κινολόνη, ETH, ενέσιμο
18 μήνες, το ενέσιμο 3 μήνες τουλάχιστον
- RIF και PZA → INH, EMB, κινολόνη, ενέσιμο 18 μήνες
- RIF και EMB → INH, PZA, κινολόνη, ενέσιμο 18 μήνες
- RIF, EMB, PZA → INH, κινολόνη, ETH, ενέσιμο 18 μήνες

Σχόλια

Η MDR-TB είναι σχεδόν πάντα το αποτέλεσμα μιας ακατάλληλης θεραπείας που οφείλεται σε :

- Μη συμμόρφωση
- Ιατρικά λάθη
- Δυσαπορρόφηση των φαρμάκων
- Ελλιπή σχεδιασμό και εφαρμογή προγράμματος για την καταπολέμηση της TB

Ιατρικά λάθη

1. Μη χορήγηση του 4πλού σχήματος HRZE
2. Χορήγηση θεραπείας χωρίς βακτηριολογική επιβεβαίωση – ταυτοποίηση και έλεγχο ευαισθησίας
3. Διακοπή φαρμάκων πριν το αποτέλεσμα ευαισθησίας
4. Υποδοσολογία των φαρμάκων
5. Αυξημένη χορήγηση B₆
6. Προσθήκη ενός μόνου φαρμάκου σε ένα σχήμα που δεν αποδίδει

Ιατρικά λάθη

7. Πρόωρη έξοδος από το νοσοκομείο
8. Απρόσωπη σχέση με τους ασθενείς
9. Λανθασμένη αντιμετώπιση παρενεργειών
10. Ατελής διάρκεια θεραπείας
11. Χειρουργικές επεμβάσεις πριν την έναρξη αντι – TB αγωγής
12. Έλλειψη συνεργασίας με έμπειρους στη φυματίωση

TBC υπερδοσες - ευεργ.

~~.....~~ 75 Kgr

- 1) T_b Rifinah B (III) 2012
S: 2 x 1
- 2) T_b Dexambutol B (III) 2012
S: 2 1/2 x 1
- 3) T_b Pyrazinamide B (III) 2012
S: 1 x 3
- 4) T_b Neurobion B (II) sub
S: 1 x 1

Η φάρμακα για την ανάλυση περιλαμβάνει
για την περαιτέρω παρακολούθηση του
ασθενούς α. MEXAMENT, 500mg,
που χορηγούμε στην ασθενή από
28/12/2005 μέχρι 9/1/2006 για οξεία
επιδημιολογική ΤΒΚ στην ενήλικη —

Πρωί (+)

Αρμονική κατάσταση ή ανεπάρκεια

Προβλεπόμενη αγωγή:



- Rifampin 2x1
- Pyrazinamide 1x3
- Dexamethasone (0.5mg) 1x2

Bestx 1/2x1

9/1/2006

Κηρύκος Πνευμονολόγος
Αναπλ. Δ/ντης ΕΣΥ

Aguzi

1. Rifinax tabl (εξ)
S. 2x1 πρωτ μεσημ.

2. Dexametol tabl. (500mg)
S. 2 1/2 δρωρις μελα
το πρωγευμα

3. Besix tabl of n. I. I. I.
S. 1/2 x 4 ημερ μετ πρωτ -
(Nα η φασακι. η κικι και 1. A.T.)

ετάσεις του αρρώστου.

21070
ΑΙ. ΝΝΘΑ
210778-617
ΤΗΛ. 7778-617
(ΕΓΩ. 1376)
ΑΙ. ΝΝΘΑ

Αποσύνθεση οφθαλμικών

16 Rifinax B+1 (m)

S 2tabl x1 ηρωι.

16 Pyraznamide 500mg B+L(m)

S 1x3 ηρωι peg 66

16 Myambutol 400mg B+1

S 1x1 ηρωι

16 Bac 250 B+1

ΑΠΟΤΟΜΗ ΑΡΧΗ ΚΑΤΑΧΩΡΗΣΗ
ΤΗΣ ΣΥΝΤΑΓΗΣ

HTI

HTI

ΒΟΛΟΓΟΣ
ΑΝΤΗΣ ΒΕΣΥ

501

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ
ΑΝΤΙΦΥΜΑΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ
Δ/ΝΤΗΣ Δρ. ΚΑΛΕΤΑΝΕΑΣ ΣΤΕΛΙΟΣ

HBsAg

ηοχμιαθιτικος
φ: 204/06

ΑΜ
ΑΜ
ΗΜΕΡΟΜ. 19-9-06

Α) ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΑΣΘΕΝ

(Συμπληρωθεί από την Ε.Υ.)

1. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: ΤΑ ΓΗ

2. ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: ΠΑΤΡΟΣ

3. ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ: 1971

4. ΦΥΛΛΟ: ΠΑΤΡΚΑΤΙ - ΤΥΠΕΩΣ 8

5. Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ΣΤΑΣΗ

6. ΛΕΩΦΟΡΕΙΟ: ΚΑΡΙΑ

7. ΕΒΝΙΚΟΤΗΣ ΥΠΗΚΟΤΗΣ: Μικροασιακή

8. ΧΡΟΝΟΣ ΜΟΝΙΜΟΥ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ: Αθήνα

9. ΔΙΑΜΟΝΗ: α) Αθήνα β) Επαρχία
α) Ίδρυμα β) Φυλακή
γ) Άλλους χώρους

10. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: Χώρας εργασίας: α) Νοσοκομείο β) Σχολείο
γ) Εργοστάσιο δ) Επιχειρήσεις ε) Άλλοι

11. ΤΗΛΕΦΩΝΟ 2107015223 Ασφαλ. Φορέας ΤΚΑ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΦΥΜΑΤΙΝΟΑΝΤΙΔΡΑΣΗ

ΝΕΑ ΠΕΡΙΛΨΗ ΤΒΟ

ΑΝΑΖΟΠΥΡΩΣΗ ΤΒΟ

ΠΑΛΑΙΑ ΤΒΟ

ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΤΒΟ 1. Μονο 2. Πολυανθεκτική

ΜΥΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΩΣΗ

ΕΙΔΟΣ ΑΤΥΠΟΥ

ΧΗΜΕΙΟΠΡΟΦΥΛΑΞΗ

HBsAg 4CV 4IV

ΑΙΤΙΑ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ

ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

ΕΝΤΩΣΗ

ΝΑΙ ΟΧΙ

ΛΗΨΗ ΨΥΧΠΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

20-3-07

Π.Χ. ΕΡΕΥΝΑ

ΕΚΤΑΣΗ

Ημερομηνία εισόδου: 12-06-2006

Ημερομηνία εξόδου: 07-08-2006

Ο ασθενής προσήλθε στα ΤΕΠ αιτιώμενος από 3μήνου δεκατική πυρετική κίνηση, παραγωγικό βήχα και βάρος στο στήθος

Ατομικό Αναμνηστικό: Αναφέρεται ελεύθερο

Κλινική Εξέταση: Επισκόπηση: χωρίς παθολογικά ευρήματα Αναπνευστικό: ρεγχάζοντες στο (δε) άνω πνευμονικό πεδίο Καρδιαγγειακό: S1-S2 ευκρινείς ρυθμικοί. Κοιλιά: μαλθακή ευπίεστη, ανώδυνη

SaO₂ 96 % στον αέρα

Α/α θώρακος: 2 σπηλαια στο (δε) άνω πνευμονικό πεδίο

ΗΚΓ: φλεβοκομβικός ρυθμός, χωρίς σημεία ισχαιμίας

CT θώρακος : εκτεταμένη πύκνωση στο ΔΑΛ με παρουσία αεροβρογχογράμματος .Επιπλέον σημειώνεται η παρουσία σπηλαίων ,η μεγαλύτερη κοιλότητα διαμέτρου 3 εκ.

Επίσης παρουσία πύκνωσης και σπηλαίου στο έσω τμήμα του μέσου λοβού

.Διάσπαρτοι κεντρολοβιακοί όζοι ολίγων χιλιοστών στο ΔΑΛ ,μέσο λοβό καθώς και στο κορυφαίο και πρόσθιο τμήμα του ΔΚΛ ,συνηγορούν υπερ ενδοβρογχικής διασποράς .Παρουσία Block διογκωμένων λεμφαδένων υποτροπιδικά ~4 εκ καθώς και δεξιά παρατραχειακά 2,6 εκ .Χωρίς εικόνα υπεζωκοτικής συλλογής

Γεν. Αίματος - Βιοχημικές Εξετάσεις:

Wbc 9220 Hct 39.6 Plt 629000 Glu 80 U 18 Cr 0.62 Na 137 K 4.78 Ca 9.8 SGOT 18

SGPT 18 ALP 101 gGT 21 bil 0.59 Prot 6.5 Alb 3.3 Glob 3.2 LDH 152 CRP 4.55

TKF 60 INR 1.13 ApTT 40.20 fib 699 D-dimers 0.39

Anti HIV- Anti HCV: (-)κό

HBsAg: (+)κό

Προφίλ. HBV:

HBsAg: (+)κό

Anti Core: (+)κό

Wbc 9220 Hct 39.6 Plt 629000 Glu 80 U 18 Cr 0.62 Na 137 K 4.78 Ca 9.8 SGOT 18
SGPT 18 ALP 101 gGT 21 bil 0.59 Prot 6.5 Alb 3.3 Glob 3.2 LDH 152 CRP 4.55
TKE 60 INR 1.13 ApTT 40.20 fib 699 D-dimers 0.39

Anti HIV- Anti HCV: (-)κό

HBsAg: (+)κό

Προφίλ HBV:

HBsAg: (+)κό

Anti Core: (+)κό

Anti -S: : (+)κό

HBV DNA:

Ποιοτική PCR (+)κή

Real Time PCR: 5.68×10^7 IU/ML

Άμεσο πτυέλων για B.Koch: ++++ (κά)

Καλλιέργεια πτυέλων για B.Koch: αναμένεται .

Test ευαισθησίας μυκοβακτηριδίου : ευαίσθητο στα 5 κοινά αντιφυματικά (I
RIF , STREPTO ,ETHAMB PYRAZINAMI)

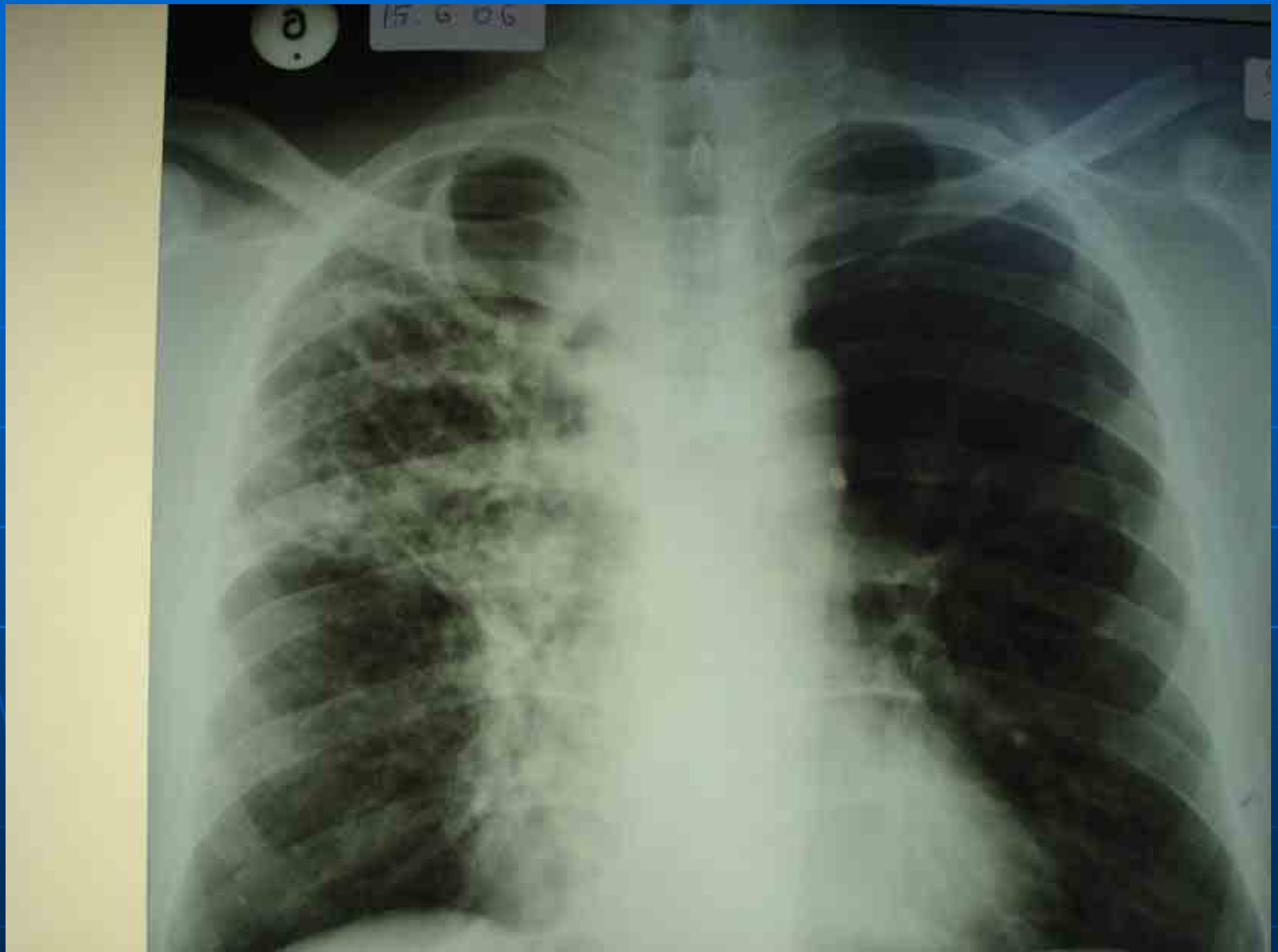
Φαρμακευτική Αγωγή: Κατά την νοσηλεία του έλαβε :

1. tb rifinah 2*1
2. tb pyrazinamide 4*1
3. fl streptomycin 1*1
4. tb besix ¼*1 Δεύτερα και Πέμπτη

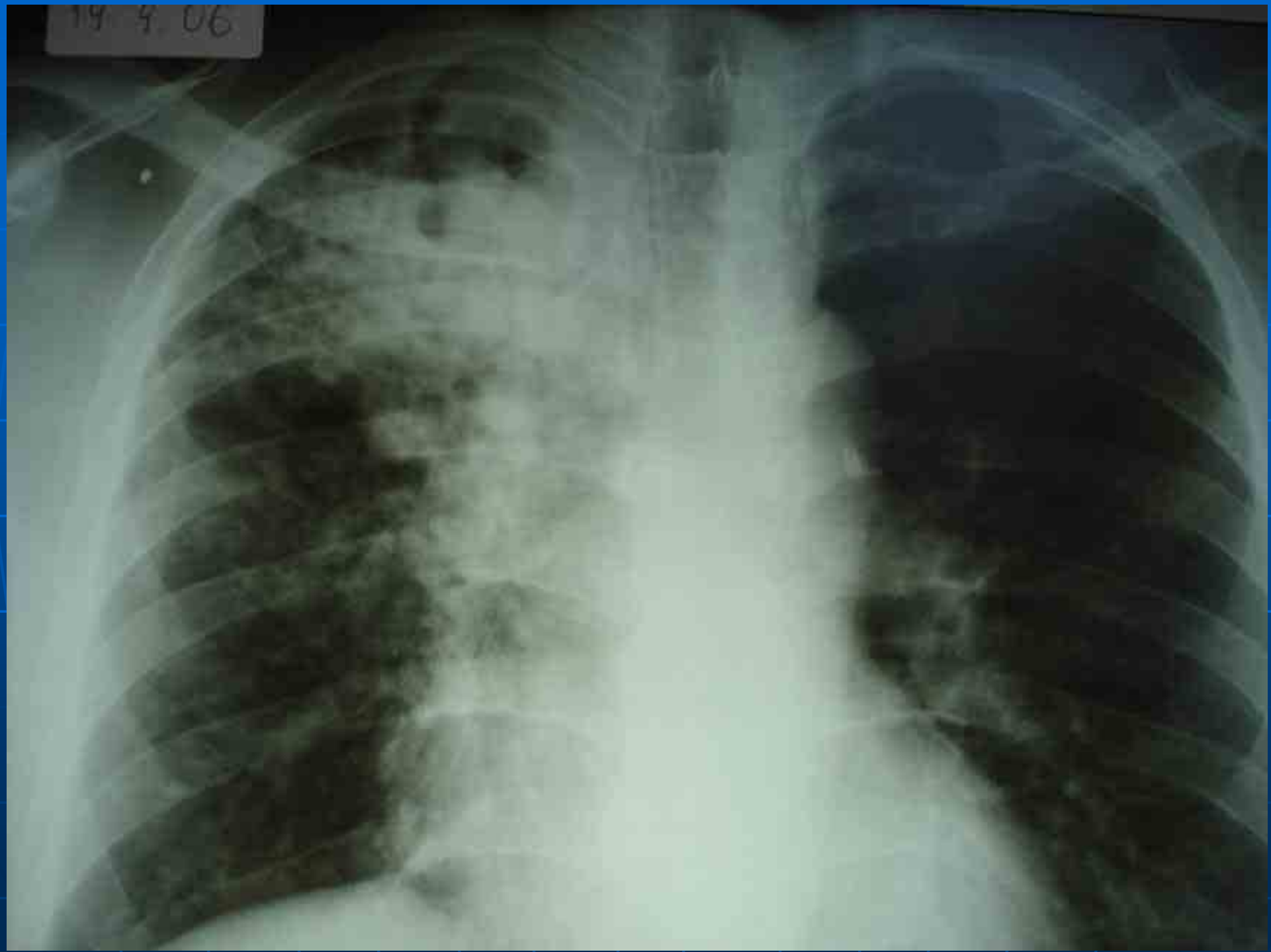
Οδηγίες εξόδου:

**Παρακολούθηση του ασθενούς και ρύθμιση της αγωγής σ
κέντρο του Νοσοκομείου «Σωτηρία»**

- Ραντεβού για εξέταση σε 15 μέρες στο Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο.
- Παρακολούθηση της ηπατικής βιοχημείας



19. 4. 06



15.6.06

7.8.06

22.9.06

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΣΧΗΜΑ

ΜΗΝΑΣ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
ΗΜΕΡ/ΝΙΑ												

ΙΣΟΝΙΑΖΙΔΗ	300				300							
ΡΙΦΑΜΠΙΚΙΝΗ	500				500							
ΠΥΡΑΖΙΝΑΜΙΔΗ	2000				1000							
ΣΤΡΕΠΤΟΜΥΚΙΝΗ	1gr								1gr			
ΑΙΘΑΜΒΟΥΤΟΛΗ									1gr			
ΚΥΚΛΟΣΕΡΙΝΗ									1gr			
ΕΘΕΙΟΝΑΜΙΔΗ									7TU			
ΚΛΟΦΑΖΙΜΙΝΗ												
ΚΑΠΡΕΟΜΥΚΙΝΗ												
ΘΕΙΑΚΕΤΑΖΟΝΗ												
PAS												
ΡΙΦΑΜΠΟΥΤΙΝΗ												
ΜΑΚΡΟΛΙΔΗ												
ΚΙΝΟΛΟΝΗ												

ΧΗΜΕΙΟΠΡΟΦΥΛΑΞΗ

Παρατηρήσεις: Σχόλια

19.9.06

0w 7

Μεσογείων 152, Τ.Κ. 15669 Τηλ. 210-7778611
ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΜΥΚΟΒΑΚΤΗΡΙΑΙΩΝ
Αλευθρίας Τηλ. 210-7779400
Τηλ. 210-7778

00

Όνοματεπώνυμο

Πατρώνυμο

Διεύθυνση

Κλινική/Εργαστήριο ΑΙ

Νοσοκομείο

Ιατρός

Ημερομηνία 22/09/2006 - 062

Αρ.Π. Κέντρου

200613232

Κωδικός ΝΠΣ :

Ειδ. Κωδικός : Φ.204/06

Υλικό Προς Εξέταση ΠΤΥΕΛΑ

Είδος Δείγματος 3 ΔΕΙΓ

Χρώση ZIEHL - NEEL SEN

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ **ΑΡΝΗΤΙΚΗ**

Καλλιέργεια Lowenstein Jensen (L.J.)

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ **ΕΠΙΜΟΛΥΝΣΗ**

Ο Υπεύθυνος

DR. ΣΥΣΤΗΜΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ
ΜΥΚΟΒΑΚΤΗΡΙΟΛΟΓΙΑΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ

22/11/06
160 μίση + 620
αυτοφωσφ.
Σημειώ.



ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ
ΠΑ Β. ΚΟΧ

Μεσογείων 152, Τ.Κ. 15669 Τηλ. 210-7778611
ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΜΥΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΩΝ
Απευθείας Τηλ. 210-7778100
Τηλ. 210-7778

Όνοματεπώνυμο

Πατρώνυμο

Διεύθυνση

Κλινική/Εργαστήριο ΑΙ

Νοσοκομείο

Ιατρός

Ημερομηνία 26/09/2006 - 006

Υλικό Προς Εξέταση ΠΤΥΕΛΑ

Είδος Δείγματος 3 ΔΕΙΓ

Αρ.Π. Κέντρου

200613326

Κωδικός ΝΠΣ :

Ειδ. Κωδικός : Φ.204/06

Φ204/06

Χρώση ZIEHL - NEEL SEN

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ **ΑΡΝΗΤΙΚΗ**

Καλλιέργεια Lowenstein Jensen (L.J.)

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ **ΕΠΙΜΟΛΥΝΣΗ**

Ο Υπεύθυνος
Δρ. ΣΠΙΛΙΩΝ ΠΑΡΑΜΠΕΤΑ
ΕΠΙΜΕΤΡΩΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΑΣ
ΜΥΚΟΒΑΚΤΗΡΙΩΣ

15.6.06

7.8.06

22.9.06

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΣΧΗΜΑ

ΜΗΝΑΣ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
ΗΜΕΡ/ΝΙΑ												
ΙΣΟΝΙΑΖΙΔΗ	300				300							
ΡΙΦΑΜΠΙΚΙΝΗ	500				500							
ΠΥΡΑΖΙΝΑΜΙΔΗ	2000				1000							
ΣΤΡΕΠΤΟΜΥΚΙΝΗ	1gr								1gr			
ΑΙΘΑΜΒΟΥΤΟΛΗ									1gr			
ΚΥΚΛΟΣΕΡΙΝΗ									7TU			
ΕΘΕΙΟΝΑΜΙΔΗ												
ΚΛΟΦΑΖΙΜΙΝΗ												
ΚΑΠΡΕΟΜΥΚΙΝΗ												
ΘΕΙΑΚΕΤΑΖΟΝΗ												
PAS												
ΡΙΦΑΜΠΟΥΤΙΝΗ												
ΜΑΚΡΟΛΙΔΗ												
ΚΙΝΟΛΟΝΗ					250					400		

ΧΗΜΕΙΟΠΡΟΦΥΛΑΞΗ

Παρατηρήσεις: Σχόλια

19.9.06

0w 7

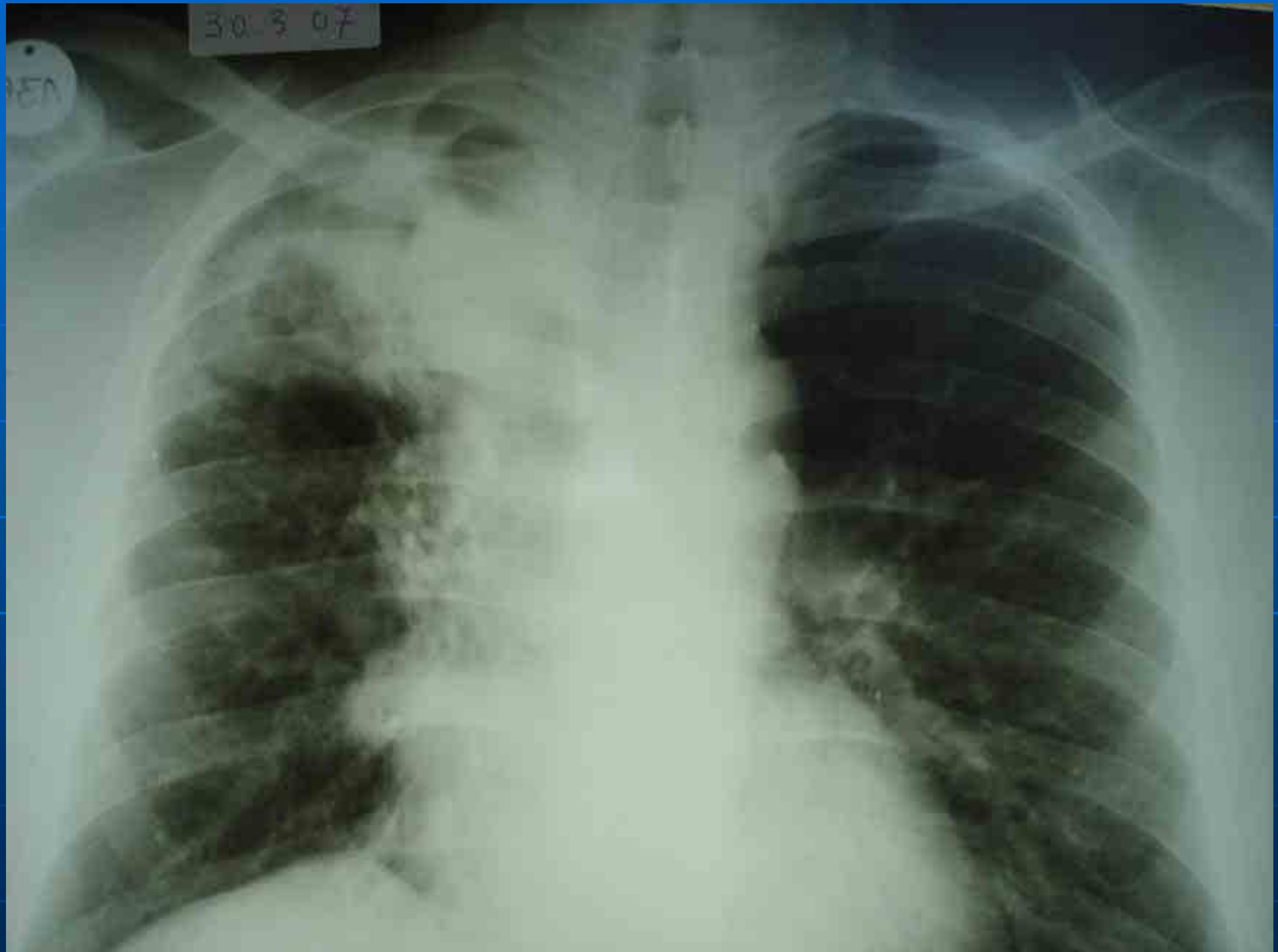
7.													
8.													
9.													
10.													

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΑ ΕΠΙΣΚΕΠΤΡΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

12/10/06 Οικία κλειστή
5/12/06 Γραπτή Εντύπωση για πύλη
16/11/07 Οικία κλειστή Γραπτή Εντύπωση
να επικαιροποιηθεί
13/12/07 Το τμήμα δεν απαιτείται
19/3/07 Το τμήμα δεν απαιτείται
28/3/07 Οικία κλειστή Γραπτή
Εντύπωση

Η ΕΠΙΣΚΕΠΤΡΙΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΥΠΟΔ. ΚΕ - 50



0			
tb	Dexamethasone	3 X 1	
tb	Capostat	1 X 1	
tb	Treator	1 X 3	↓
tb	Sprunx 4	1 X 3	↓
tb	Avelox	1 X 1	
cpd	Moxibutin	2 X 1	
	β2 agonist	1/2 X 1	
	ultrafine	2 X 2	
	Controlac	1 X 1	

Tablet

NOI NOMINATA
 ΑΠΟΣΤΡΑΦΕΥΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ
 ΠΙΝΕΜΟΝΟΡΡΟΕ-ΘΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑ
 ΠΙΝΕΜΑΝΤΗ ΕΣΥ

Δεν είναι απρεπές, αν ένας γιατρός, αμφιβάλλοντας για το τι πρέπει να κάνει σε μια περίπτωση αρρώστου του και βρισκόμενος σε αβεβαιότητα από απορία, προσκαλεί και άλλους συναδέλφους του για να εξετάσουν από κοινού τον άρρωστο και να συνεργαστούν για την εφαρμογή της καλύτερης θεραπείας.

Ιπποκράτης

