


<p>კლინიკური შემთხვევა №6 45 წლის მამაკაცი, ტუბერკულოზის დაუდასტურებული შემთხვევა</p>	<p>კლინიკური შემთხვევა №6 45 წლის მამაკაცი, ტუბერკულოზის დაუდასტურებული შემთხვევა - ანალიზი</p>
<p style="text-align: center;">13 თებერვალი, 2012</p> <p style="text-align: center;">პირველი ვიზიტი ოჯახის ექიმთან</p>  <p>პირველადი ჯანდაცვის ქსელს მიმართა 45 წლის მამაკაცი.</p> <p>ანამნეზის მიხედვით პაციენტს ბოლო 3 კვირის განმავლობაში აღენიშნებოდა ხველა, ღამის ოფლიანობა, საერთო სისუსტე, ტემპერატურის მატება 38.5°C-მდე.</p> <p>აუსკულტაციით მარჯვენა ფილტვის პროექციაზე აღინიშნებოდა წვრილბუშტუკოვანი სველი ხიხინი.</p> <p>გულმკერდის რენტგენოგრაფიით დაფიქსირდა ბრონქოპულმონალური ლიმფური კვანძების ჰიპერპლაზია, მარჯვნივ ზემო ველში, ლავიწქვეშა მიდამოში ინფილტრაციული ცვლილებები.</p> <p>ოჯახის ექიმმა დასვა მარჯვენამხრივი მწვავე პნევმონიის დიაგნოზი და დანიშნა მკურნალობა ცეფალსპორინის (ცეფტრიაქსონი 1.0 გ.; 1 ინექცია 2 ჯერ დღეში, ყოველ 12 საათში ერთხელ; 14 დღის განმავლობაში) და მაკროლიდის ჯგუფის (აზითრამიდი 500 მგ.; 1 აბი ერთხელ დღეში 3 დღის განმავლობაში) პრეპარატებით.</p>	<p style="text-align: center;">ანამნეზის მიხედვით რამდენად საეჭვო იყო ტუბერკულოზი?</p> <p>პაციენტს აღენიშნებოდა დროში გახანგრძლივებული რესპირატორული და ზოგადი ნიშნები (ხველა, ღამის ოფლიანობა, საერთო სისუსტე, ფებრილური ტემპერატურა), რომლებიც შეიძლება საეჭვო ყოფილიყო როგორც ფილტვის ტუბერკულოზზე, ისე სხვა რესპირატორულ დაავადებაზე და ვინაიდან პაციენტი ტუბერკულოზის განვითარების რისკ-ჯგუფს არ მიეკუთვნებოდა დიფდიაგნოსტიკის მიზნით მიზანშეწონილად ჩაითვალა ინსტრუმენტულ-ლაბორატორიული კვლევების ჩატარება.</p> <p style="text-align: center;">სწორად დაიგეგმა თუ არა ინსტრუმენტულ-ლაბორატორიული კვლევები და ანტიბიოტიკოთერაპია?</p> <p>გულმკერდის რენტგენოგრაფიის საფუძველზე დაისვა მწვავე პნევმონიის დიაგნოზი და ჩატარდა ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკოთერაპია.</p>
<p style="text-align: center;">27 თებერვალი 2012, განმეორებითი ვიზიტი ოჯახის ექიმთან</p> <p>პაციენტმა ოჯახის ექიმს განმეორებით მიმართა, ვინაიდან ორკვირიანი ანტიბიოტიკოთერაპიის მიუხედავად კლინიკური მდგომარეობა სრულად არ</p>	<p style="text-align: center;">დროულად მოხდა თუ არა პაციენტის მიმართვა ფთიზიატრთან?</p> <p>ვინაიდან პაციენტი ტუბერკულოზის განვითარების არცერთ რისკ-ჯგუფს არ მიეკუთვნებოდა, ის ტუბერკულოზზე საეჭვოდ შეფასდა და შესაბამისი ფორმა</p>

გაუმჯობესდა. პაციენტს კვლავ აღენიშნებოდა ხველა და სუბფებრილური ტემპერატურა.

ოჯახის ექიმმა პაციენტი შეაფასა როგორც **ტუბერკულოზზე საეჭვო და ფორმა 100-ით** საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით **ფთიზიატრთან გააგზავნა**.



100-ით ფთიზიატრთან გაიგზავნა მხოლოდ მას შემდეგ, რაც ანთების საწინააღმდეგოდ ჩატარებულმა ფართო სპექტრის ადექვატურმა ანტიბიოტიკოთერაპიამ შედეგი არ გამოიღო.

2 მარტი,

დიაგნოზის დადგენა ფთიზიატრიულ ქსელში

ფთიზიატრიულ ქსელში ანამნეზის დეტალური შეკრების, ნახველის ნაცხის ბაქტერიოსკოპიული და დამატებითი რენტგენოლოგიური კვლევის საფუძველზე ამ ეტაპზე აქტიური ტუბერკულოზით ავადობა გამოირიცხა. პაციენტს მიეცა რეკომენდაცია ჩივილების კვლავ დაფიქსირების შემთხვევაში ოჯახის ექიმისთვის მიემართა.



რამდენად დროული იყო უკუკავშირი ფთიზიატრიული ქსელიდან?

ტუბერკულოზის გამორიცხვის შესახებ შეტყობინება ოჯახის ექიმმა პაციენტის მიერ იმ დღესვე წარმოდგენილი ფთიზიატრიული ქსელის ფორმა 100-დან მიიღო.