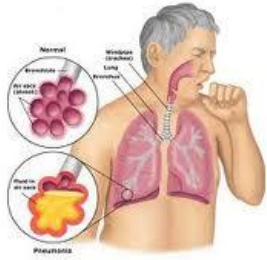




56 წლის მამაკაცი ფილტვების ინფილტრაციული ტუბერკულოზით



25 სექტემბერი, 2012

ტუბერკულოზზე საექვო პაციენტის მართვა პირველადი ჯანდაცვის ქსელში

ბოლო 6 თვის განმავლობაში ადგილობრივ პირველადი ჯანდაცვის ქსელს პერიოდულად მიმართავდა 56 წლის მამაკაცი. პაციენტი ანამნეზში აღნიშნავდა ხველას დიდი რაოდენობით ნახველის გამოყოფით. ბოლო 3 თვის განმავლობაში ჩივილებს დაემატა სუნთქვის უკმარისობა და ფებრილური ტემპერატურა, რის საწინააღმდეგოდაც, ოჯახის ექიმის დანიშნულებით, ერთთვიანი შუალედით ორჯერ ჩაიტარა ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკოთერაპია. უკანასკნელი მკურნალობით მიღწეული მცირედი გაუმჯობესების შემდეგ პაციენტს კვლავ აღენიშნა ხველა, სუნთქვის გახშირება, ტემპერატურული რეაქცია (38-39°C) და ძლიერი სისუსტე, რის გამოც 25 სექტემბერს კვლავ მიმართა ადგილობრივ პირველად ჯანდაცვის ქსელს.



აუსკულტაციით მარცხენა ფილტვის ზემო წილის პროექციაზე შესუსტებული ვეზიკულური სუნთქვის ფონზე მოისმინებოდა მრავლობითი წვრილბუმტუკოვანი სველი ხიხინი.

გულმკერდის რენტგენოგრაფიით მარცხენა ფილტვის ზემო ველში დაფიქსირდა სხვადასხვა ინტენსივობის არაჰომოგენური ჩრდილი, ეჭვით მარცხენა ფილტვის ინფილტრაციულ ტუბერკულოზზე (25.09.12).

ოჯახის ექიმმა პაციენტი ტუბერკულოზზე საექვოდ მიიჩნია და ფორმა 100-ში ჩანაწერით „მარცხენა ფილტვის TBC ?“ ფთიზიატრის კონსულტაციაზე გააგზავნა.

რამდენად საექვო იყო ტუბერკულოზი და რამდენად დროულად განხორციელდა რეფერალი ფთიზიატრთან?

2 კვირაზე მეტად გახანგრძლივებული ხველა და ტემპერატურული რეაქცია ტუბერკულოზზე საექვო ნიშნებია. შესაძლოა, საწყის ეტაპზე ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული კვლევების არასაკმისი ხელმისაწვდომობის გამო ოჯახის ექიმმა მხოლოდ ანტიბიოტიკოთერაპიის ფონზე მიღწეული კლინიკური დინამიკის შეფასებით გადაწყვიტა პაციენტთან მსგავსი სიმპტომებით მიმდინარე სხვა რესპირატორული დაავადების გამორიცხვა, მაგრამ მეორე ეტაპის ანტიბიოტიკოთერაპიის ჩატარება და 6 თვის განმავლობაში ხველის მქონე პაციენტის არასრული დიაგნოსტიკა დაუშვებელია. მით უმეტეს, როცა ბოლო 3 თვის განმავლობაში პაციენტის მდგომარეობა ფებრილური ტემპერატურითა და სუნთქვის უკმარისობით დამძიმდა. მოცემულ პაციენტთან აქტიური ტუბერკულოზის დაგვიანებული გამოვლენით საფრთხე შეექმნა არა მარტო მის ჯანმრთელობას, არამედ კონტაქტში მყოფ ყველა პირსაც, ვინაიდან დიაგნოსტიკისას გაირკვა, რომ პაციენტი დიდი რაოდენობით იზონიაზიდის მიმართ რეზისტენტულ შტამს გამოყოფდა. ოჯახის ექიმის მიერ ხარვეზით იყო შევსებული ფთიზიატრიულ ქსელში მიმართვის ფორმა 100-იც. სასურველი იყო, მას პაციენტი გაეფორმებინა როგორც ტუბერკულოზზე საექვო და მიენიჭებინა კოდი Z03.0. არაფთიზიატრის მიერ მხოლოდ სიმპტომატიკისა და რენტგენოლოგიური კვლევის საფუძველზე კოდის გარეშე ტუბერკულოზის დიაგნოზის, თუნდაც კითხვის ნიშნის ქვეშ, გაფორმება, დღევანდელი მიდგომით, რეკომენდებული არ არის.



26 სექტემბერი - 5 ოქტომბერი, 2012

აქტიური ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკა ფთიზიატრიულ ქსელში

26 სექტემბერს პაციენტმა რაიონულ ტუბკაბინეტს მიმართა, სადაც ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკისთვის აუცილებელი ნახველის ბაქტერიოსკოპიული კვლევით ორივე ულუფაში დაფიქსირდა მგბ(3+) შედეგი (27.09.12). მასალა გაიგზავნა ჰაინის ტესტსა და კულტურალურ კვლევაზე.

26 სექტემბერს ტუბკაბინეტში ჩატარებული გულმკერდის რენტგენოგრაფიით მარცხენა ფილტვის მწვერვალიდან III ნეკნის დონემდე დაფიქსირდა ჰილუსთან დაკავშირებული ინტენსიური არაჰომოგენური ჩრდილი.

1 ოქტომბერს პაციენტს დაესვა დიაგნოზი: მარცხენა ფილტვის ინფილტრაციული ტუბერკულოზი, რღვევის და მოთესვის ფაზაში, მგბ(+), ახალი შემთხვევა. პაციენტმა მკურნალობა სტაციონარში HRZE რეჟიმით დაიწყო.

5 ოქტომბერს ცნობილი გახდა ჰაინის ტესტის შედეგი, რომლის მიხედვითაც შტამი რეზისტენტული იყო იზონიაზიდის მიმართ. პაციენტი გაფორმდა როგორც PDR-A შემთხვევა და HRZE სამკურნალო რეჟიმი REZ-ით შეეცვალა.

ინტენსიური ფაზის ბოლოს პაციენტთან დაფიქსირდა ნახველის კონვერსია და ის ამბულატორიულ რეჟიმში მკურნალობის გასაგრძელებლად რაიონულ ტუბკაბინეტში გაიგზავნა. არც ერთ ეტაპზე ფთიზიატრიული ქსელიდან ოჯახის ექიმთან უკუკავშირი არ განხორციელებულა.

რამდენად დროულად მოხდა აქტიური ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკა ფთიზიატრიულ ქსელში და როგორია უკუკავშირი ოჯახის ექიმთან?

ფთიზიატრიულ ქსელში აქტიური ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკა, პრეპარატების მიმართ მგრძობილობის განსაზღვრის ჩათვლით, უმოკლეს ხანში მოხდა, თუმცა ამის შესახებ ინფორმაცია ოჯახის ექიმს არ მიუღია. მართალია, მოცემულ პაციენტს მკურნალობა როგორც სტაციონარულ, ისე ამბულატორიულ რეჟიმში ფთიზიატრიული ქსელის შიგნით უტარდებოდა და ამ პროცესში ოჯახის ექიმის პირდაპირი ჩართულობის აუცილებლობა არ იყო, მისი ინფორმირება მაინც ძალზე მნიშვნელოვანია. ოჯახის ექიმს, განსაკუთრებით - სოფლის დონეზე, ხშირი და უშუალო შეხება აქვს პაციენტთან და მასთან კონტაქტში მყოფ პირებთან, შესაბამისად, შეუძლია წვლილი შეიტანოს საზოგადოების განსწავლაში, მკურნალობისადმი დამყოლობის გაუმჯობესებასა და ტუბერკულოზის გავრცელების პრევენციაში.

