



კლინიკური შემთხვევა N 23
70 წლის ქალი, ფილტვის მგბ(+) ტუბერკულოზით

ტუბერკულოზზე საექვო პაციენტის გამოვლენა პირველად ჯანდაცვის ქსელში



2013 წლის 15 თებერვალს 70 წლის მდედრობითი სქესის პაციენტმა განმეორებით მიმართა სოფლის ექიმს.

ანამნეზის მიხედვით პაციენტს ბოლო 3 თვის განმავლობაში აღენიშნებოდა პროდუქტიული ხველა, ტემპერატურული რეაქცია (38°C), ოფლიანობა, საერთო სისუსტე, უძილობა და წონაში კლება. იგივე ჩივილებით პაციენტმა 1 თვის წინაც მიმართა სოფლის ექიმს,

რომელმაც ანამნეზის და აუსკულტაციური მონაცემების საფუძველზე დასვა ბრონქიტის დიაგნოზი და ჩაატარა ანტიბიოტიკოთერაპია. შედეგად პაციენტის კლინიკური მდგომარეობა ნაწილობრივ გაუმჯობესდა, თუმცა ხველას, ოფლიანობას და წონაში კლებას კვლავ აღნიშნავდა. 2 დღის წინ პაციენტმა ნახველში სისხლი შენიშნა და ამიტომ ექიმს განმეორებით მიმართა.

აუსკულტაციით ორივე ფილტვის პროექციაზე განსაკუთრებით კი მარჯვნივ მოისმინებოდა მრავლობითი, სხვადასხვა კალიბრის ხიხინი.

სისხლიანი ხველის და წარსულში ჩატარებული უშედეგო ანტიბიოტიკოთერაპიის გამო სოფლის ექიმმა პაციენტი ტუბერკულოზზე საექვოდ მიიჩნია და დიაგნოზის დაზუსტების მიზნით ფორმა N100-ით რაიონულ ტუბკაბინეტში ფთიზიატრის კონსულტაციაზე გააგზავნა.

ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკა ფთიზიატრიულ ქსელში

19 თებერვალს პაციენტმა მიმართა რაიონული ტუბკაბინეტის ფთიზიატრს, რომელმაც ანამნეზის საფუძველზე პაციენტი **ტუბერკულოზზე საექვოდ მიიჩნია**, მიანიჭა კოდი Z03.0 და დიაგნოსტიკისათვის შესაბამის გამოკვლევებზე გააგზავნა.

ნახველის ბაქტერიოსკოპიული კვლევის შედეგად ორივე ულუფაში დაფიქსირდა მგბ(+) [2+; 3+] შედეგი (20.02.13.). **ჰაინის ტესტით** რეზისტენტობა რიფამპიციინის და იზონიაზიდის მიმართ არ გამოვლინდა (18.03.13). **კულტურალური კვლევით** მიღებულ იქნა დადებითი შედეგი (24.04.13), პირველი რიგის პრეპარატების (S, H, R, E) მიმართ შტამი მგრძნობიარე აღმოჩნდა (24.05.13).

გულმკერდის რენტგენოგრაფიით მარჯვნივ ტოტალურად გამოვლინდა სხვადასხვა ზომისა და ინტენსივობის კეროვანი ჩრდილები (19.02.13).

რამდენად დროულად მოხდა ტუბერკულოზზე საექვო პაციენტის გამოვლენა პირველად ჯანდაცვის ქსელში?

გახანგრძლივებული ხველა, ტემპერატურული რეაქცია, ოფლიანობა, საერთო სისუსტე, უძილობა და წონაში კლება ტუბერკულოზზე საექვო სიმპტომებია. შესაბამისად მათ საფუძველზე პირველივე ვიზიტზე უზრუნველყოფილი უნდა ყოფილიყო პაციენტის რეფერალი ფთიზიატრთან. ჩატარებული ანტიბიოტიკოთერაპიის შედეგად არასრული დადებითი დინამიკა (მკურნალობის შემდეგ კვლავ დაფიქსირებული ხველა, ოფლიანობა და წონაში კლება) დამატებით ამყარებს ექვს ტუბერკულოზზე და თუ პირველის შემდეგ არა, მეორე ვიზიტზე მაინც ეს პაციენტი ფთიზიატრთან უნდა გაგზავნილიყო. სისხლიანი ხველა შორსწასული სპეციფიური პროცესის გართულებაა და მხოლოდ მისი დაფიქსირების შემდეგ პაციენტის ტუბერკულოზზე საექვოდ მიჩნევა შემთხვევის დაგვიანებულ გამოვლენას ნიშნავს. ეს კი პრობლემატურია როგორც დაავადებული პაციენტის არადროული დიაგნოსტიკის, ისე დაავადების ტრანსმისიის თვალსაზრისით. მითუმეტეს, რომ 3 თვის განმავლობაში ხველის მქონე პაციენტთან საბოლოოდ მგ[2+; 3+] ტუბერკულოზის დიაგნოზი დაისვა, აქედან ბოლო 1 თვე პაციენტი ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ იმყოფებოდა და ამის მიუხედავად მისი ადექვატური სამედიცინო მომსახურებით დროულად უზრუნველყოფა ვერ მოხერხდა.

რამდენად დროულად დაისვა ტუბერკულოზის დიაგნოზი ფთიზიატრიულ ქსელში?

ფთიზიატრიულ ქსელში ტუბერკულოზი ბაქტერიოსკოპიულად 1 დღეში დადასტურდა, მაგრამ ჰაინის ტესტის პასუხი ერთ თვეში გახდა ცნობილი, რაც დაგვიანებული დიაგნოსტიკის მაგალითია. დღეს ქვეყანაში არსებული კვლევების ხელმისაწვდომობა საკმარის პირობას ქმნის იმისათვის, რომ მგბ(+) პაციენტებთან ადექვატური რეჟიმი შტამის მგრძნობელობის მიხედვით შეირჩეს და ეს შესაძლებლობა ყველა შემთხვევაში მაქსიმალურად უნდა იყოს გამოყენებული.

ვინაიდან პაციენტი მგბ(+) იყო, მასთან მკურნალობა სტანდარტის შესაბამისად სტაციონარულ რეჟიმში დაიწყო, თუმცა ისტორიაში არ არის

<p>სისხლის საერთო ანალიზით დაფიქსირდა მომატებული ედს-ი [30 მმ/ს] (19.02.13).</p> <p>ჩატარებული გამოკვლევების საფუძველზე ფთიზიატრმა დასვა დიაგნოზი: A15.0 მარჯვენა ფილტვის კეროვანი ტუბერკულოზი რღვევის ფაზაში, მგბ(+), „ახალი შემთხვევა“ და ტუბსაწინააღმდეგო მკურნალობისათვის პაციენტი სტაციონარში გააგზავნა (20.02.13).</p>	<p>ჩანაწერი იმის შესახებ, ჩაუტარდა თუ არა მას აივ-ტესტირება და გამოიკვლიეს თუ არა მგბ(+) პაციენტთან ოჯახურ და ახლო კონტაქტში მყოფი პირები.</p>
<p>ტუბსაწინააღმდეგო მკურნალობა სტაციონარულ და ამბულატორიულ რეჟიმში</p>	<p>რამდენად სტანდარტულად წარმართა ტუბსაწინააღმდეგო მკურნალობა და მისი მონიტორინგი?</p>
<p>20 თებერვალს პაციენტი მოთავსდა სტაციონარში, სადაც დაენიშნა მკურნალობა 2HRZE რეჟიმით. სტაციონარში მოთავსებისას პაციენტი 49 კგ-ს იწონიდა, შესაბამისად მას დაენიშნა 3 (FDC) აბი [H-75 მგ; R – 150 მგ; Z – 400 მგ; E – 275 მგ], ერთხელ დღეში, ყოველდღიურად, 2 თვის განმავლობაში.</p> <p>სტაციონარული მკურნალობის დაწყებიდან 1 თვის შემდეგ პაციენტის კლინიკური მდგომარეობა გაუმჯობესდა, თუმცა აბაცილირება არ მოხდა. მიუხედავად ამისა ფთიზიატრი იძულებული გახდა პაციენტი მისივე დაქინებული მოთხოვნით სტაციონარიდან გაეწერა და ამბულატორიულ მკურნალობაზე გადაეყვანა.</p> <p>22 მარტიდან პაციენტმა მკურნალობა DOT ექთნის მეთვალყურეობით ამბულატორიულ რეჟიმში გააგრძელა.</p> <p>ინტენსიური ფაზის ბოლოს პაციენტს ჩაუტარდა ტუბსაწინააღმდეგო მკურნალობის მონიტორინგით გათვალისწინებული კონსულტაცია და გამოკვლევები. რაიონული ტუბკაბინეტის ფთიზიატრის მიერ პაციენტის კლინიკური მდგომარეობა დამაკმაყოფილებლად შეფასდა (ჩივილები არ დაფიქსირდა, პაციენტმა წონაში მოიმატა 4 კგ), აუსკულტაციით მოისმინებოდა ვეზიკულური სუნთქვა, რენტგენოლოგიურად დაფიქსირდა დადებითი დინამიკა, ნახველის ბაქტერიოსკოპიით მიღებულ იქნა მგბ(-) შედეგი (23.04.13.).</p> <p>გაგრძელების ფაზაში პაციენტმა მკურნალობა სოფლის ამბულატორიაში 4HR სამკურნალო რეჟიმით [3 (FDC) აბი (H-75 მგ; R – 150 მგ); X 1], ზოგადი პრაქტიკის მედდის მეთვალყურეობით გააგრძელა. პაციენტთან მუდმივად ფასდებოდა მკურნალობისადმი დამყოლობა.</p> <p>ყოველი სამკურნალო თვის დასრულებისას მონიტორინგისათვის პაციენტი რაიონულ ტუბკაბინეტში იგზავნებოდა. ფთიზიატრის კონსულტაციაზე სპეციფიური ჩივილები, ან გვერდითი მოვლენები აღარ დაფიქსირებულა. მკურნალობის მეხუთე თვის ბოლოს ჩატარდა ბაქტერიოსკოპიული კვლევა, დაფიქსირდა მგბ (-) შედეგი (19.07.13). მეექვსე თვეზე პაციენტმა ნახველი ვერ ჩააბარა. პაციენტთან მკურნალობა დასრულდა და მიენიჭა გამოსავალი „განკურნება“.</p>	<p>მოცემულ პაციენტთან ტუბერკულოზის მკურნალობა წონის ზუსტი გათვალისწინებით, სწორი დოზირებით მიმდინარეობდა. ვინაიდან მისი წონა არც ინტენსიურ და არც გაგრძელების ფაზაში 55 კგ-ს არ აღემატებოდა, მას ეძლეოდა 3 (FDC) აბი, 2HRZE/4HR რეჟიმით.</p> <p>სტაციონარიდან პაციენტი ნახველის კონვერსიამდე გაეწერა, ისტორიაში კი არ არის ჩანაწერი იმის შესახებ მოხდა თუ არა მისი კონსულტირება. მგბ(+) პაციენტის ამბულატორიულ მკურნალობაზე გადაყვანის შემთხვევაში პაციენტი და მისი ოჯახის წევრები ინფორმირებული უნდა იყვნენ იმ ნორმების შესახებ, რომელთა დაცვაც აუცილებელია ოჯახის პირობებში დაავადების ტრანსმისიის რისკის შესამცირებლად.</p> <p>სტაციონარის და რაიონული ტუბკაბინეტის ფთიზიატრებს ერთმანეთთან და ასევე სოფლის ამბულატორიის მედპერსონალთან კარგი კომუნიკაცია ჰქონდათ. პაციენტი დროულად იგზავნებოდა მონიტორინგით გათვალისწინებულ კონსულტაციებზე. მუდმივად ფასდებოდა მკურნალობისადმი დამყოლობა, პაციენტის კლინიკური მდგომარეობა, წონაში მატების დინამიკა და ტუბსაწინააღმდეგო პრეპარატებით გამოწვეული გვერდითი მოვლენები.</p> <p>ბაქტერიოსკოპიული მონიტორინგი ჩატარდა ინტენსიური ფაზის და V თვის ბოლოს. III და VI თვეზე ბაქტერიოსკოპიული კვლევები პაციენტთან ვერ ჩატარდა. მიუხედავად ამისა მკურნალობის გამოსავალი განისაზღვრა როგორც „განკურნება“, რაც დეფინიციას არ შეესაბამება. იმისათვის რომ მკურნალობის დაწყებამდე მგბ(+) პაციენტი „განკურნებულად“ შეფასდეს მასთან მკურნალობის ბოლოს და სულ მცირე ერთ-ერთ წინამორბედ გამოკვლევაში უნდა დაფიქსირდეს ნახველის მიკროსკოპიის ან კულტურის უარყოფითი პასუხი. ვინაიდან მოცემულ პაციენტთან მკურნალობის ბოლოს ბაქტერიოსკოპია ვერ ჩატარდა, მასთან უნდა გაფორმებულიყო ასევე წარმატებული გამოსავალი, მაგრამ „დასრულებული მკურნალობა“.</p>