




კლინიკური შემთხვევა N 24
24 წლის მამაკაცი, ფილტვის ინფილტრაციული მგბ(+) ტუბერკულოზით, მკურნალობის შეწყვეტის რისკით

ტუბერკულოზზე საექვო პაციენტის გამოვლენა პირველად ჯანდაცვის ქსელში	რამდენად დროულად მოხდა ტუბერკულოზზე საექვო პაციენტის გამოვლენა პირველად ჯანდაცვის ქსელში?
 <p>2013 წლის 26 აგვისტოს 24 წლის მამრობითი სქესის პაციენტმა განმეორებით მიმართა სოფლის ექიმს.</p> <p>ანამნეზის მიხედვით პაციენტი ალკოჰოლის ჭარბი მომხმარებელია. მას ბოლო 2 თვის განმავლობაში აღენიშნებოდა ძლიერი, პროდუქტიული ხველა, ოფლიანობა, ტემპერატურული რეაქცია (38°C-მდე), უმადობა და წონაში დაკლება. სოფლის ექიმმა წინა ვიზიტზე (09.08.13) კლინიკური მდგომარეობის და აუსკულტაციური მონაცემების საფუძველზე დასვა მარცხენამხრივი ბრონქოპნევმონიის დიაგნოზი და დანიშნა 2 კვირიანი ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკოთერაპია (ბაქტამედით, აზიმაკით და ცეფტრიაქსონით). ჩატარებული მკურნალობის ფონზე მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა, რის გამოც სოფლის ექიმმა პაციენტი ტუბერკულოზზე საექვოდ მიიჩნია და ფორმა N100-ით რაიონულ ტუბკაბინეტში ფთიზიატრის კონსულტაციაზე გააგზავნა.</p>	<p>პაციენტი სიმპტომატიკის და რისკ-ფაქტორების მიხედვით ტუბერკულოზზე საექვო იყო, ვინაიდან აღენიშნებოდა 2 კვირაზე მეტად გახანგრძლივებული პროდუქტიული ხველა, ოფლიანობა, ტემპერატურული რეაქცია, უმადობა, წონაში დაკლება და ამასთანავე ალკოჰოლსაც ჭარბად მოიხმარდა. შესაბამისად ანტიბიოტიკოთერაპიის გარეშე შესაძლებელი იყო მისი ტუბერკულოზზე საექვოდ მიჩნევა და ფთიზიატრის კონსულტაციის დაუყოვნებლივ უზრუნველყოფა. ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკოთერაპია რეკომენდებული იქნებოდა იმ შემთხვევაში თუ ფთიზიატრის მიერ ჩატარებული ბაქტერიოსკოპია უარყოფით შედეგს მოგვცემდა. მოცემულ შემთხვევაში კი როცა საექვო სიმპტომების და რისკ-ფაქტორების მქონე პაციენტთან მგბ(+) ტუბერკულოზი დასტურდება, წინასწარი 2 კვირიანი ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკოთერაპიით იკარგება დრო და იზრდება დაავადების ტრანსმისიის რისკი.</p>
ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკა ფთიზიატრიულ ქსელში	რამდენად დროულად დაისვა ტუბერკულოზის დიაგნოზი ფთიზიატრიულ ქსელში?
<p>29 აგვისტოს პაციენტმა მიმართა რაიონულ ტუბკაბინეტს, სადაც შესაბამისი გამოკვლევები ჩაუტარდა.</p> <p>ნახველის ბაქტერიოსკოპიული კვლევის შედეგად დაფიქსირდა მგბ(+) [1+] შედეგი (30.08.13.). ჰაინის ტესტით რეზისტენტობა რიფამპიციინის და იზონიაზიდის მიმართ არ გამოვლინდა (04.09.13). კულტურალური კვლევით მიღებულ იქნა დადებითი შედეგი, პირველი რიგის პრეპარატების (S, H, R, E) მიმართ შტამი მგრძობიარე აღმოჩნდა (11.10.13).</p> <p>გულმკერდის რენტგენოგრაფიით მარცხნივ მესამე და მეოთხე ნეკნთაშუა მიდამოში დაფიქსირდა ინტენსიური არაჰომოგენური დაჩრდილვა, განათების უბნებით (29.08.13).</p> <p>სისხლის საერთო ანალიზით ფორმულაში ცვლილება არ გამოვლინდა (29.08.13).</p> <p>აივ-ტესტირებით მიღებულ იქნა უარყოფითი შედეგი.</p> <p>ჩატარებული გამოკვლევების საფუძველზე ფთიზიატრმა დასვა დიაგნოზი: A15.0 მარცხენა ფილტვის ინფილტრაციული ტუბერკულოზი რღვევის ფაზაში, მგბ(+), „ახალი</p>	<p>ფთიზიატრიულ ქსელში ტუბერკულოზის ბაქტერიოსკოპიული დადასტურება და სწრაფი მოლეკულური ტესტით იზონიაზიდის და რიფამპიციინის მიმართ შტამის მგრძობიარეობის განსაზღვრა მაქსიმალურად მოკლე ვადაში - 4 სამუშაო დღეში მოხერხდა, რაც მნიშვნელოვანია ადექვატური მკურნალობის დროულად ინიცირების და დაავადების გავრცელების პრევენციის თვალსაზრისით. ასევე დროულად (6 კვირაში) მოხდა ტუბერკულოზის კულტურალური დადასტურება და პირველი რიგის პრეპარატების მიმართ სრული DST პროფილის განსაზღვრა.</p> <p>მოცემულ პაციენტთან დაცულ იქნა აივ-ტესტირების სტანდარტი, აქტიური ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკისთანავე ის გამოკვლეულ იქნა აივ-ინფიცირებაზე. პარალელურად უნდა განხორციელებულიყო მგბ(+) პაციენტთან ოჯახურ და ახლო კონტაქტში მყოფი პირების ეპიდკვლევა, თუმცა ამის შესახებ ისტორიაში ჩანაწერი არ არის.</p> <p>პაციენტთან შესრულდა ტუბსაწინააღმდეგო პრეპარატების დოზირების რეკომენდაცია, კერძოდ, მასთან წონის ზუსტი გათვალისწინებით განისაზღვრა</p>

<p>შემთხვევა“ (30.08.13.).</p> <p>დიაგნოსტიკისას პაციენტი 59 კგ-ს იწონიდა, შესაბამისად ფთიზიატრმა საწყის ინტენსიურ ფაზაში დანიშნა 4 (FDC) აბი [H-75 მგ; R – 150 მგ; Z – 400 მგ; E – 275 მგ], დღეში ერთხელ, ყოველდღე, 2 თვის განმავლობაში.</p> <p>სტაციონარული მკურნალობაზე პაციენტმა უარი განაცხადა.</p>	<p>ფიქსირებულდოზიანი პრეპარატის ყოველდღიურად მისაღები აბების რაოდენობა. ვინაიდან პაციენტი დიაგნოსტიკისას 59, ინტენსიური ფაზის ბოლოს კი 62 კგ-ს (>55 კგ-ზე) იწონიდა, მასთან პირველი 2 თვე დაინიშნა ფიქსირებულ დოზიანი კომბინაციის (FDC) [H-75 მგ; R – 150 მგ; Z – 400 მგ; E – 275 მგ] 4 აბი, გაგრძელების ფაზაში კი FDC -ის [H-75 მგ; R – 150 მგ] ასევე 4 აბი.</p> <p>ფთიზიატრის მხრიდან მგბ(+) პაციენტის საკმარისად ინფორმირება და სტაციონარულ მკურნალობაზე დათანხმება ამ შემთხვევაშიც ვერ მოხერხდა.</p>
<p>ტუბსაწინააღმდეგო მკურნალობა ამბულატორიულ რეჟიმში</p>	<p>რამდენად სტანდარტულად წარიმართა ტუბსაწინააღმდეგო მკურნალობა და მისი მონიტორინგი?</p>
<p>2 სექტემბერიდან პაციენტმა მკურნალობა ამბულატორიულ რეჟიმში სოფლის მედიცინის მეთვალყურეობით დაიწყო. საწყის ეტაპზე მკურნალობისადმი დამყოლობა კარგი იყო, გვერდითი მოვლენებისათვის დამახასიათებელი ჩივილები პაციენტს არ ჰქონდა. 2 თვიანი მკურნალობის შემდეგ პაციენტი რაიონული ტუბკაბინეტის ფთიზიატრთან მონიტორინგით გათვალისწინებულ კონსულტაციასა და კვლევებზე გაიგზავნა.</p> <p><i>ინტენსიური ფაზის ბოლოს</i> ჩატარებული ნახველის ბაქტერიოსკოპიული კვლევით დაფიქსირდა მგბ(-) შედეგი (05.11.13). გულმკერდის რენტგენოგრაფიით აღინიშნა დადებითი დინამიკა. აუსკულტაციით მარცხენა ფილტვის პროექციაზე მოისმინებოდა ერთეული მშრალი ხიხინი. პაციენტმა წონაში 3 კგ მოიმატა, შესაბამისად მისი მდგომარეობა დამაკმაყოფილებლად შეფასდა და გადაყვანილ იქნა გაგრძელების ფაზაზე სამკურნალო რეჟიმით 4 (FDC) აბი [H-75 მგ; R – 150 მგ] დღეში ერთხელ, ყოველდღე, 4 თვის განმავლობაში.</p> <p>8 ნოემბრიდან პაციენტი სოფლის ამბულატორიაში პრეპერატების მისაღებად აღარ მისულა. ექთანი ტელეფონით პაციენტს ვერ დაუკავშირდა, ამიტომ ბინაზე მივიდა, სადაც მმა დახვდა. მის ინფორმაციით პაციენტი ქალაქში სამუშაოდ წავიდა. ზუსტი მისამართი მისთვის უცნობია. სოფლის ექთანმა რაიონული ტუბკაბინეტის ფთიზიატრს შეატყობინა, რომ პაციენტს ინტენსიური ფაზის შემდეგ (08.11.13-დან) პრეპარატები აღარ მიუღია და რომ მცდელობის მიუხედავად მასთან დაკავშირება ვერ ხერხდება.</p>	<p>ინტენსიურ ფაზაში სოფლის მედიცინის მეთვალყურეობით ტუბსაწინააღმდეგო მკურნალობა სტანდარტის შესაბამისად წარიმართა, მუდმივად ფასდებოდა პაციენტის კლინიკური მდგომარეობა, დროულად ჩატარდა მონიტორინგით გათვალისწინებული კვლევები და მიღწეულიც იქნა დადებითი დინამიკა, მაგრამ მიუხედავად ამისა პაციენტის მხრიდან შეიქმნა მკურნალობის შეწყვეტის საფრთხე. ეს კი იმაზე მიანიშნებს, რომ მოწყვლადი ჯგუფების, განსაკუთრებით ალკოჰოლის და ნარკოტიკული საშუალებების მომხმარებლების და ყოფილი პატიმრების ინფორმირების და კონსულტირების კუთხით მეტი მუშაობა საჭირო. მნიშვნელოვანია, რომ ტუბერკულოზის მართვაში ჩართულ ყველა მედპერსონალს ჰქონდეს ხარისხიანი კონსულტირების უნარ-ჩვევები და პაციენტზე ორიენტირებული მიდგომით უზრუნველყოს მკურნალობის შეწყვეტის რისკის მინიმუმამდე დაყვანა.</p> <p>მოცემული შემთხვევა ადასტურებს, რომ დროული დიაგნოსტიკა და ადექვატური მკურნალობის ინიცირება არასაკმარისია, თუ მკურნალობის ბოლომდე მიდევნება არ არის უზრუნველყოფილი. მითუმეტეს, რომ არასრული მკურნალობა ქმნის არამართო კლინიკური გაუარესების და დაავადების ტრანსმისიის, არამედ რეზისტენტობის განვითარების რისკსაც, რაც კიდევ უფრო აქტუალურს ხდის მედპერსონალის მხრიდან პაციენტების და მისი ოჯახის წევრების თანმიმდევრული და არა ერთჯერადი კონსულტირების აუცილებლობას, იმ რისკების მუდმივი ხაზგასმით რაც შეიძლება მოჰყვეს არასრულ და შეწყვეტილ მკურნალობას.</p>