


კლინიკური შემთხვევა N 5

21 წლის მამაკაცი, ფილტვის მგბ(+) ტუბერკულოზით

ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკა	რამდენად დროულად გამოვლინდა ტუბერკულოზის შემთხვევა?
<p> 08.07.13-ში პირველად ჯანდაცვის ქსელს მიმართა 22 წლის მამაკაცი.</p> <p>ანამნეზის მიხედვით პაციენტს 1 თვის განმავლობაში აღენიშნებოდა პროდუქტიული ხველა, სუბფებრილური ტემპერატურა და საერთო სისუსტე. ბოლო 3 დღის განმავლობაში სუბფებრილური ტემპერატურა ჰექტიურით შეიცვალა, რის გამოც პაციენტმა ოჯახის ექიმს მიმართა. პაციენტი ალკოჰოლის და ნარკოტიკული საშუალებების მომხმარებელია.</p> <p>ოჯახის ექიმის მიერ ჩატარებული აუსკულტაციით ორივე ფილტვის პროექციაზე მოისმინებოდა მრავლობითი სველი ხიხინი.</p> <p>გულმკერდის რენტგენოგრაფიით გამოვლინდა გაძლიერებული სისხლძარღვოვანი სურათი. ორივე ფილტვის პროექციაზე აღინიშნებოდა სხვადასხვა ზომის, საშუალო ინტენსივობის კეროვანი ჩრდილები.</p> <p>სიმპტომების, რისკ-ფაქტორების და რენტგენოლოგიური მონაცემების გათვალისწინებით ოჯახის ექიმმა პაციენტი ტუბერკულოზზე საექვოდ მიიჩნია და ფთიზიატრთან გააგზავნა.</p> <p>10.07.13-ში პაციენტმა ფთიზიატრიულ ქსელს მიმართა, სადაც როგორც ტუბერკულოზზე საექვოს მიენიჭა კოდი Z.03.0 და დიაგნოზის დაზუსტების მიზნით გამოკვლევები ჩაუტარდა.</p> <p>აუსკულტაციით და გულმკერდის რენტგენოგრაფიით დაფიქსირდა იგივე სურათი, რაც 2 დღის წინ პირველად ჯანდაცვის ქსელში (10.07.13.).</p> <p>ნახველის ბაქტერიოსკოპიით დაფიქსირდა მგბ(+) შედეგი (11.07.13). მასალა გაიგზავნა ჰაინის ტესტზე და კულტურალურ კვლევაზე.</p> <p>12.07.13-ში ცნობილი გახდა ჰაინის ტესტის შედეგი, შტამი რიფამპიციინის და იზონიაზიდის მიმართ მგრძობიარე აღმოჩნდა.</p> <p>12.07.13-ში დაისვა ბაქტერიოლოგიურად დადასტურებული დიაგნოზი: A.15.0 ფილტვების დისემინირებული ტუბერკულოზი რღვევის ფაზაში, მგბ(+), „ახალი შემთხვევა“. პაციენტი სამკურნალოდ რაიონულ სპეციფიურ სტაციონარში გაიგზავნა.</p>	<p>მართალია პაციენტს 1 თვის განმავლობაში აღენიშნებოდა ტუბერკულოზისათვის დამახასიათებელი სიმპტომები და მიეკუთვნებოდა ტუბერკულოზის განვითარების რისკ-ჯგუფს, მაგრამ არასაკმარისი ინფორმირების გამო მდგომარეობას სათანადოდ ვერ აფასებდა და ექიმთან არ მიდიოდა. პაციენტმა, რომელთანაც საბოლოოდ მგბ(+), ფილტვის დისემინირებული ტუბერკულოზის დიაგნოზი დაისვა, პირველად ჯანდაცვის ქსელს მხოლოდ მდგომარეობის გამწვავების და ტემპერატურის მატების შემდეგ, მინიმუმ 1 თვის დაგვიანებით მიმართა. ეს საზოგადოების, განსაკუთრებით კი რისკ-ჯგუფების, სწორად ინფორმირების და ამ გზით პაციენტის მიზეზით დაავადების გვიანი გამოვლენის შემცირების აუცილებლობაზე მიუთითებს.</p> <p>პირველადი ჯანდაცვის ქსელის ოჯახის ექიმის მიერ ტუბერკულოზზე საექვო პაციენტი დროულად და სტანდარტის შესაბამისად გამოვლინდა. ოჯახის ექიმმა პირველსავე ვიზიტზე სწორად შეკრიბა ანამნეზი, დააფიქსირა ტუბერკულოზზე საექვო სიმპტომები, რისკ-ფაქტორები, აუსკულტაციური და რენტგენოლოგიური მონაცემები და დამატებით კვლევებსა და მკურნალობაზე ზედმეტი დროისა და ფინანსების ხარჯვის გარეშე პაციენტი ფთიზიატრთან იმავე დღეს გააგზავნა.</p> <p>დროულად და სტანდარტის შესაბამისად მოხდა ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკა ფთიზიატრიულ ქსელშიც. ჯამში აქტიური ტუბერკულოზის ბაქტერიოსკოპიულ დადასტურებას და რეზისტენტობის ფორმის განსაზღვრას 2 დღე დასჭირდა, რაც დროული დიაგნოსტიკის კარგ მაგალითს წარმოადგენს და რაც მთავარია ადექვატური მკურნალობის დროულად ინიცირების საშუალებას იძლევა.</p> <p>სტანდარტის შესაბამისად პაციენტს ასევე უნდა ჩატარებოდა აივ-ტესტირება, თუმცა ამის შესახებ ისტორიაში ჩანაწერი არ არის. სტანდარტიდან ამ ტიპის გადახვევა განსაკუთრებით საგულისხმოა იმის გათვალისწინებით, რომ პაციენტი აივ/შიდსის რისკ-ჯგუფს მიეკუთვნებოდა, კერძოდ, ნარკოტიკების მომხმარებელი იყო.</p>

<p>მკურნალობა სტაციონარულ და ამბულატორიულ რეჟიმში, მკურნალობის მონიტორინგი</p>	<p>რამდენად სწორად მოხდა სამკურნალო პრეპარატების დოზირება და რამდენად სრულყოფილად ტარდებოდა მკურნალობის მონიტორინგი?</p>
<p>17.07.13.-ში პაციენტი სტაციონარში მოთავსდა, სადაც ტუბსაწინააღმდეგო მკურნალობა 2 HRZE სქემით (4 FDC აბი [H 75, R 150, E 275, Z 400] 1 ჯერ დღეში) უტარდებოდა. პაციენტს დამატებით დანიშნული ჰქონდა B6 ვიტამინი და გადასხმები (ფიზიოლოგიური ხსნარი, რინგერი და გლუკოზა). მკურნალობის ფონზე პაციენტის კლინიკური მდგომარეობა გაუმჯობესდა, ინტოქსიკაცია მოიხსნა, წონაში 1 კგ-ით (60-იდან 61კგ-მდე) მოიმატა. 23.08.13-ში პაციენტმა სტაციონარი თვითნებურად დატოვა.</p> <p>29.08.13-დან პაციენტმა მკურნალობა ამბულატორიულ რეჟიმში საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით განაგრძო.</p> <p>09.08.13-ში ცნობილი გახდა კულტურალური კვლევის დადებითი შედეგი, 12.09.13-ში კი ცნობილი გახდა, რომ შტამი მგრძობიარე იყო პირველი რიგის ყველა პრეპარატის მიმართ. მკურნალობა კვლავ რეგულარული ტუბერკულოზის სამკურნალო სქემით გაგრძელდა.</p> <p>16.09.13-ში, ინტენსიური ფაზის ბოლოს, პაციენტს ჩაუტარდა ნახველის ბაქტერიოსკოპიული გამოკვლევა, დაფიქსირდა მგბ(-) შედეგი, რენტგენოლოგიური კვლევით აღინიშნა დადებითი დინამიკა.</p> <p>17.09.13-დან პაციენტთან მკურნალობა გაგრძელების ფაზაში კვლავ ამბულატორიულ რეჟიმში, 4 HR (4 FDC აბი [H 75, R 150] 1 ჯერ დღეში) სქემით გაგრძელდა.</p> <p>16.10.13-ში და 04.02.14-ში (მკურნალობის მესამე და მეექვსე თვის ბოლოს) ფთიზიატრის კონსულტაციაზე პაციენტის კლინიკური მდგომარეობის დინამიკა დადებითად, მკურნალობისადმი დამყოლობა კი დოზების გამოტოვების გათვალისწინებით არასრულყოფილად, თუმცა დამაკმაყოფილებლად შეფასდა.</p> <p>მკურნალობის მეხუთე და მეექვსე თვის ბოლოს (23.12.13-ში და 06.02.14-ში) ჩატარებული ბაქტერიოსკოპიული კვლევებით მგბ(-) შედეგები დაფიქსირდა.</p> <p>მკურნალობის დასრულებისას ჩატარებული გულმკერდის რენტგენოგრაფიით ზემო წილებში გამოისახა ფიბროზული ზონრები და ერთეული მკვრივი კეროვანი ჩრდილები (04.02.14.).</p> <p>06.02.14-ში პაციენტის მკურნალობა დასრულდა, მკურნალობის გამოსავალი შეფასდა დეფინიციით „განკურნება“.</p>	<p>სამკურნალო სქემა და პრეპარატების დოზირება, რომელიც პაციენტისათვის სტაციონარულ და ამბულატორიულ რეჟიმში შეირჩა (ინტენსიურ ფაზაში 4 FDC აბი [H 75, R 150, E 275, Z 400] 1 ჯერ დღეში, გაგრძელების ფაზაში 4 FDC აბი [H 75, R 150] 1 ჯერ დღეში) სრულად შეესაბამებოდა რეგულარული ტუბერკულოზის მკურნალობის სტანდარტს.</p> <p>ასევე სტანდარტის შესაბამისად დაიწყო მგბ(+) პაციენტის სტაციონარულ რეჟიმში მკურნალობა, თუმცა ინტენსიურ ფაზაში სრულად მისი სტაციონარში დაყოფნა ვერ მოხერხდა. პაციენტი სტაციონარიდან თვითნებურად გაეწერა და ამბულატორიული მკურნალობის გაგრძელებამდე 6 დღე ტუბსაწინააღმდეგო პრეპარატები არ მიუღია. თვეში საშუალოდ 7-8 დოზას პაციენტი გაგრძელების ფაზაშიც ტოვებდა, რაც მიანიშნებს იმაზე, რომ მკურნალობისადმი სრულყოფილი დამყოლობის და ხარისხიანი DOT-ის უზრუნველსაყოფად მედპერსონალის მხრიდან საჭიროა პაციენტის ინტერესების გათვალისწინება, ხელისშემშლელი პრობლემების პაციენტთან ერთად გამოვლენა და მათი გადაჭრის ინდივიდუალური გზების მოძიება.</p> <p>სტანდარტის შესაბამისი იყო პაციენტის კლინიკური და ლაბორატორიული მონიტორინგიც. თვეში ერთხელ ფთიზიატრი აფასებდა პაციენტის სიმპტომატიკას, აუსკულტაციური მონაცემების დინამიკას, გვერდით მოვლენებს და მკურნალობისადმი დამყოლობას. საწყისი კვლევით მგბ(+) პაციენტს ბაქტერიოსკოპიული მონიტორინგი ინტენსიური ფაზის ბოლოს ჩაუტარდა, უარყოფითი შედეგის დაფიქსირების შემდეგ კი განმეორებითი ბაქტერიოსკოპიული კვლევები სტანდარტის შესაბამისად მკურნალობის მეხუთე და მეექვსე თვეებზე ჩატარდა. რაც შეეხება რენტგენოლოგიურ კვლევებს, მკურნალობის მონიტორინგის მიზნით მისი გამოყენება რეკომენდებული არ არის, თუმცა ამის მიუხედავად მოცემულ პაციენტთან რენტგენოლოგიური კვლევა ინტენსიურ ფაზაში საწყისი კვლევის გარდა ერთხელ, გაგრძელების ფაზაში კი 2-ჯერ ჩატარდა. ხაზგასასმელია ის ფაქტიც, რომ საწყისი რენტგენოლოგიური კვლევა პაციენტს, როგორც ტუბერკულოზზე საეჭვო შემთხვევას, პირველად ჯანდაცვის და ფთიზიატრიულ ქსელში 2 დღის შუალედით ჩაუტარდა, რაც არც დიაგნოსტიკური და არც ფინანსური თვალსაზრისით გამართლებული არ არის.</p>

