



კლინიკური შემთხვევა N 16

ა ნ ა ლ ი ზ ი

72 წლის ქალი დაუდასტურებელი ტუბერკულოზით



1 აპრილი, 2013

პირველი ვიზიტი ოჯახის ექიმთან

ქალაქის პირველადი ჯანდაცვის ქსელს მიმართა პაციენტმა, რომელიც უჩივის 3 კვირაზე მეტად გახანგრძლივებულ ხველას ნახველში სისხლის მინარევით, სუბფებრილურ ტემპერატურას, ოფლიანობას, საერთო სისუსტეს და ტკივილს გულმკერდის არეში. პაციენტს წარსულში გადატანილი აქვს დაუდგენელი ეტიოლოგიის პლევრიტი.

აუსკულტაციით მარცხენა ფილტვის ქვემო წილში მოისმინება შესუსტებული ვეზიკულური სუნთქვა, მარჯვნივ, მწვერვალზე - ერთეული წვრილბუშტუკოვანი ხიხინი.

ამ მონაცემების საფუძველზე პაციენტს დაესვა მარჯვენამხრივი პნევმონიის დიაგნოზი და დაენიშნა მკურნალობა რაციოცეფით (1 გ დღეში 2-ჯერ 5 დღის განმავლობაში) და ფლუდიტეკით (1 ს.კ. დღეში 3-ჯერ 5 დღის განმავლობაში).



რამდენად სწორად დაისვა დიაგნოზი და შეირჩა სამკურნალო რეჟიმი?

ქალაქის პირველადი ჯანდაცვის ქსელში, სადაც გულმკერდის რენტგენოგრაფია ყველა პაციენტისთვის ხელმისაწვდომია, მხოლოდ კლინიკური ნიშნებისა და აუსკულტაციური მონაცემების საფუძველზე პნევმონიის დიაგნოზის დასმა რეკომენდებული არ არის.

ასევე არასაკმარისია პნევმონიის საწინააღმდეგოდ მხოლოდ რაციოცეფის ხუთდღიანი კურსის დანიშვნა. პნევმონიის სამკურნალოდ რეკომენდებულია ბეტალაქტამური პრეპარატების ან მაკროლიდთან კომბინაციაში ცეფალოსპორინის მეორე ან მესამე თაობის პრეპარატების 7 დღის განმავლობაში გამოყენება.¹

8 აპრილი, 2013

მეორე ვიზიტი ოჯახის ექიმთან

ერთი კვირის შემდეგ პაციენტი კვლავ მივიდა ოჯახის ექიმთან კონსულტაციაზე. მისი მდგომარეობა კლინიკურად გაუმჯობესებული არ იყო, ჰქონდა ხველა სისხლიანი ნახველით, სუბფებრილური ტემპერატურა, ოფლიანობა და ტკივილი გულმკერდის არეში.

რამდენად საეჭვო იყო ტუბერკულოზი?

პაციენტის ტუბერკულოზზე საეჭვოდ შეფასების ერთერთი მიზეზი უშედეგო ანტიბიოტიკოთერაპია გახდა, თუმცა მსგავსი დასკვნის გამოტანისას გათვალისწინებულ უნდა იქნეს, რამდენად მართებულად არის შერჩეული ანტიბიოტიკოთერაპიის დროს პრეპარატი და მისი გამოყენების ხანგრძლივობა.



პაციენტს ჩაუტარდა გულმკერდის რენტგენოგრაფია, რიმლის მიხედვითაც მარცხენა ფილტვის ქვემო წილში დაფიქსირდა დეფორმული და ფიბროზულად გადაგვარებული უბანი, მარჯვენა ფილტვის ზემო წილში - რბილი ინფილტრაციული კერები. რენტგენოლოგის დასკვნით, პაციენტი ავად არის მარჯვენამხრივი ტუბერკულოზით.

უშედეგო ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკოთერაპიისა და რენტგენოლოგის დასკვნის საფუძველზე ოჯახის ექიმმა პაციენტი დაუყოვნებლივ ფთიზიატრის კონსულტაციაზე გაგზავნა.

15 აპრილი, 2013

მესამე ვიზიტი ოჯახის ექიმთან

ამჯერად პაციენტმა ოჯახის ექიმს ინფორმაციის მისაწოდებლად მიმართა. მისი გადმოცემით, ფთიზიატრიულ ქსელში ამ ეტაპზე აქტიური ტუბერკულოზით ავადობა არ დადასტურდა, რენტგენოლოგიური ცვლილებები შეფასდა როგორც ტუბერკულოზის ნარჩენი მოვლენები. პაციენტი თავს კარგად გრძნობდა, ჩივილებს არ აღნიშნავდა. აუსკულტაციით მარჯვენა ფილტვის ზემო წილის პროექციაზე მოისმინებოდა ვეზიკულური სუნთქვა პათოლოგიის გარეშე.

ოჯახის ექიმმა პაციენტის მდგომარეობა შეაფასა როგორც პნევმონიის შემდგომი მდგომარეობა.



რენტგენოგრაფიის საფუძველზე შესაძლოა მხოლოდ ტუბერკულოზზე მიმანიშნებელი პათოლოგიური სურათის დაფიქსირება, რენტგენოლოგის მიერ ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკა არასწორია. მხოლოდ რენტგენოგრაფიით სპეციფიური პროცესის აქტივობის განსაზღვრა შეუძლებელია,² შესაბამისად რენტგენოლოგმა კვლევის შემდეგ მხოლოდ დაფიქსირებული პათოლოგიური სურათი უნდა აღწეროს, რითაც გაამყარებს კლინიცისტის ეჭვს ტუბერკულოზზე, მაგრამ არ უნდა დასვას ტუბერკულოზის დიაგნოზი.



რამდენად შედეგა უკუკავშირი ფთიზიატრიულ ქსელსა და ოჯახის ექიმს შორის?

ინფორმაცია ტუბერკულოზის გამორიცხვის შესახებ ოჯახის ექიმმა პაციენტისგან სიტყვიერად მიიღო, რაც პროფესიული თვალსაზრისით არასწორია და არ შეიძლება სარწმუნოდ ჩაითვალოს. პაციენტის ადეკვატური მართვისათვის, მისივე ინტერესებიდან გამომდინარე, უნდა არსებობდეს ფთიზიატრიული ქსელიდან ოჯახის ექიმთან დოკუმენტირებული უკუკავშირი.

1. მწვავე პნევმონია მოზრდილებში, კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი); თბილისი, 2006; <http://www.moh.gov.ge/files/gaidline/protokoli/5.1.pdf>
2. ტომანის ტუბერკულოზი - შემთხვევათა გამოვლენა, მკურნალობა, მონიტორინგი; ჯანმო, 2004; <http://tbgeo.ge/uploads/files/Tomanis%20Tuberkulozi.pdf>