



კლინიკური შემთხვევა N 22  
46 წლის ქალი, ფილტვებზე ტუბერკულოზით

ტუბერკულოზზე საექვო პაციენტის გამოვლენა პირველად ჯანდაცვის ქსელში	რამდენად დროულად მოხდა ტუბერკულოზზე საექვო პაციენტის გამოვლენა პირველად ჯანდაცვის ქსელში?
<p>2013 წლის 30 სექტემბერს 46 წლის მდედრობითი სქესის პაციენტმა მიმართა რაიონული ამბულატორიის ოჯახის ექიმს.</p> <p><b>ანამნეზის მიხედვით</b> პაციენტი ბოლო 2-3 თვის განმავლობაში უჩიოდა სუნთქვის გაძნელებას, გახშირებას, ადვილად დაღლას და ტკივილს მარცხენა ფერდის არეში, რომელიც ღრმა ჩასუნთქვისას ძლიერდებოდა. ამ პერიოდში პაციენტი სამუშაოდ საზღვარგარეთ იმყოფებოდა და იქ ჩატარებული რენტგენოგრაფიით დაფიქსირებული პათოლოგიის მიუხედავად ადექვატური მკურნალობა არ ჩატარებია.</p> <p><b>აუსკულტაციით</b> მარცხენა ფილტვის ქვემო წილში სუნთქვა არ ტარდებოდა.</p> <p><b>გულმკერდის რენტგენოგრაფიით</b> მარცხენა ფილტვის პროექციაზე ლავიწის ძვლამდე დაფიქსირდა ჰომოგენური ჩრდილი ზედა ირიბი დამუხაზოს ხაზით.</p> <p><b>პაციენტს ჩაუტარდა პუნქცია</b>, მიღებულ იქნა 3 ლ-მდე მოყვითალო ფერის სითხე, რომელზეც კლინიკური ან ბაქტერიოლოგიური კვლევები არ ჩატარებულა.</p> <p>ოჯახის ექიმმა დასვა არასპეციფიური <b>პლევრიტის დიაგნოზი</b> და 2 კვირის განმავლობაში პაციენტს ჩაუტარა <b>მკურნალობა</b> ამინოგლიკოზიდით, ცეფალოსპორინით და პრედნიზოლონით, რის ფონზეც პაციენტის კლინიკური მდგომარეობა გაუმჯობესდა, მაგრამ <b>საკონტროლო რენტგენოგრაფიით</b> იგივე მხარეს მეხუთე ნეკნის დონიდან კვლავ დაფიქსირდა ჰომოგენური ჩრდილი (14.10.13).</p> <p>არადამაკმაყოფილებელი დინამიკის გამო ოჯახის ექიმმა პაციენტი ფორმა N100-ით რაიონულ ტუბკაბინეტში ფთიზიატრის კონსულტაციაზე გააგზავნა (15.10.13).</p>	<p>ოჯახის ექიმმა პირველივე ვიზიტზე პაციენტი ტუბერკულოზზე საექვოდ არ მიიჩნია და მხოლოდ ორკვირიანი ფართო სპექტრის უშედეგო ანტიბიოტიკოთერაპიის საფუძველზე მიმართა ის ფთიზიატრთან და სწორიც იყო იმ თვალსაზრისით, რომ პაციენტს გარდა ტიპური პლევრიტის ნიშნებისა, ტუბერკულოზის სხვა ორგანოსპეციფიური ან ზოგადი სიმპტომები არ ჰქონდა და არც ტუბერკულოზის განვითარების რისკ-ჯგუფს მიეკუთვნებოდა.</p> <p>თუმცა ამ ეტაპზე შეცდომა იყო დაშვებული პლევრიტის დიაგნოსტიკისათვის საჭირო კვლევების თვალსაზრისით. პლევრის ღრუში სითხის დაფიქსირების შემთხვევაში უნდა ჩატარდეს პუნქცია და მიღებული სითხის მინიმუმ კლინიკური გამოკვლევა. ტუბერკულოზზე ეჭვის შემთხვევაში უზრუნველყოფილი უნდა იყოს ექსუდატის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა. პუნქტატის გადაღვრა და პლევრიტის ეტიოლოგიური დიაგნოსტიკის გარეშე მკურნალობის ინიცირება პაციენტის კლინიკური მდგომარეობის გაუარესების რისკს ქმნის.</p> <p>მართალია პლევრიტის გვიანი დიაგნოსტიკა დაავადების ტრანსმისიის თვალსაზრისით საშიშროებას არ წარმოადგენს, მაგრამ პრობლემატურია პაციენტის კლინიკური მდგომარეობის თვალსაზრისით. გახანგრძლივებული, არაადექვატურად ნამკურნალები პლევრიტების შემთხვევაში მაღალია პლევრის ვისცერალურ და პარიეტალურ ფურცლებზე შეხორცებითი ცვლილებების, ხარიხების და მათ შორის სითხის თავისუფალი, ან ჩაპარკებული სახით ხანგრძლივად დარჩენის ალბათობა, რაც სასუნთქი ზედაპირის შემცირების რისკს ქმნის.</p>
<p><b>ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკა ფთიზიატრიულ ქსელში</b></p> <p>16 ოქტომბერს პაციენტმა მიმართა რაიონული ტუბკაბინეტის ფთიზიატრს, რომელმაც ანამნეზის საფუძველზე პაციენტი <b>ტუბერკულოზზე საექვოდ მიიჩნია</b>, მიანიჭა კოდი Z03.0 და დიაგნოსტიკის მიზნით ადგილობრივად ხელმისაწვდომი კვლევები ჩაატარა.</p> <p><b>ნახველის ბაქტერიოსკოპიული კვლევის</b> შედეგად ორივე ულუფაში დაფიქსირდა მგბ (-)</p>	<p><b>რამდენად დროულად და სტანდარტის შესაბამისად დაისვა ფილტვებზე ტუბერკულოზის დიაგნოზი ფთიზიატრიულ ქსელში?</b></p> <p>ოჯახის ექიმთან ვიზიტიდან ფთიზიატრიულ ქსელში ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკამდე ჯამში ერთი თვე გავიდა, რითაც კიდევ ერთხელ გამოიკვეთა ფილტვებზე ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკასთან დაკავშირებული პრობლემები. პროცესის გახანგრძლივება გამოიწვია პირველადი პუნქციის შემდეგ სტანდარტის შეუსრულებლობამ (რაზეც</p>

შედეგი (17.10.13.).

**სისხლის საერთო ანალიზით** ცვლილება არ გამოვლინდა (16.10.13).

შემდგომი კვლევებისათვის რაიონული ტუბკაბინეტის ფთიზიატრმა პაციენტი სტაციონარში გააგზავნა.

18 ოქტომბერს პაციენტმა მიმართა სპეციფიურ საავადმყოფოს, სადაც ჩაუტარდა **პუნქცია**. ევაკუირებული იყო 2 ლიტრამდე სეროზული სითხე. ექსუდატის **კლინიკური გამოკვლევით** დაფიქსირდა ლიმფოციტარული პლევრიტი (ცილა - 19.8; რივალტა (+); ლეიკოციტები - საშუალო რაოდენობით; ერთროციტები - მცირე რაოდენობით; ნეიტროფილები 17%; ლიმფოციტები - 83%).

**პლევრალურ სითხეზე** ასევე ჩატარდა **ბაქტერიოსკოპიული კვლევა**, დაფიქსირდა მგბ(-) შედეგი, მასალა გაიგზავნა **კულტურალურ კვლევაზე** (პასუხი ჯერჯერობით უცნობია).

პაციენტს 10 დღის განმავლობაში ჩაუტარდა **ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკოთერაპია**, რომლის შემდეგაც **საკონტროლო რენტგენოგრაფიით** მეხუთე ნეკნიდან კვლავ დაფიქსირდა მარცხენამხრივი ინტენსიური ჩრდილი ზედა ირიბი კონტურით (28.10.13). **ექსკოპიით** მარცხენა პლევრის ღრუში დაფიქსირდა 2 ლ-მდე თავისუფალი სითხე და მრავლობითი შვარტები (28.10.13.).

პაციენტის სქესის და ასაკის გათვალისწინებით, ასევე ბოლო 2 თვის განმავლობაში მენსტრუალური ციკლის დარღვევის გამო დიფდიაგნოსტიკის მიზნით ჩატარდა **გინეკოლოგის კონსულტაცია და მცირე მენჯის ორგანოების ექსკოპია**. ურო-გენიტალური სისტემის პათოლოგია გამოირიცხა.

პაციენტს ჩაუტარდა **აივტესტირება**, რომლის შედეგადაც ინფიცირება არ გამოვლინდა.

ცენტრალური სტაციონარის ფთიზიატრმა დასვა **დიაგნოზი**: A16.5 მარცხენამხრივი ტუბერკულოზური პლევრიტი, მგბ (-), „ახალი შემთხვევა“, ფილტვარეშე ფორმა და პაციენტი ამბულატორიულ რეჟიმში სამკურნალოდ შესაბამისი ფორმა 100-ით კვლავ რაიონულ ტუბკაბინეტში გააგზავნა (28.10.13).

1 ნოემბერს პაციენტმა მიმართა რაიონულ ტუბკაბინეტს, **აყვანილ იქნა აღრიცხვაზე** და უშუალო მეთვალყურეობით ამბულატორიულად დაიწყო **ტუბსაწინააღმდეგო მკურნალობა** რეჟიმით 2 HRZE; 4 (FDC) აბი [H - 75 მგ; R - 150 მგ; E - 275 მგ; Z - 400 მგ.] დღიურად.

ზევით უკვე ვისაუბრეთ) და კლინიკური და ბაქტერიოლოგიური კვლევის მხოლოდ მეორე პუნქტატზე განხორციელებამ. ამას ისიც დაემატა, რომ როგორც სხვა ხშირ შემთხვევაში, ამ პაციენტთანაც კლინიკური და ბაქტერიოსკოპიული კვლევებით ტუბერკულოზი მაღალი სარწმუნოებით ვერ დადასტურდა. ყოველივე ამის გათვალისწინებით მნიშვნელოვანია შეიქმნას და რუტინულად დაინერგოს ახალი კვლევა, რომლის შედეგადაც ფილტვარეშე, მგბ(-) შემთხვევებთან ტუბერკულოზის დადასტურება მაღალი სპეციფიურობითა და სენსიტიურობით იქნება შესაძლებელი.

დიაგნოსტიკა გაახანგრძლივა ორჯერ ჩატარებულმა ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკოთერაპიამაც. ჯერ ოჯახის ექიმმა 10 დღის განმავლობაში უმკურნალა პაციენტს და სწორედ არადაამკამყოფილებელი შედეგის გამო მიიჩნია ის ტუბერკულოზზე საეჭვოდ, შემდეგ კი უკვე ფთიზიატრმა ჩაუტარა პაციენტს როგორც მგბ(-) შემთხვევას 14 დღიანი ანტიბიოტიკოთერაპია. სასურველია ექიმებმა ტუბერკულოზზე საეჭვო, თუ მგბ(-) შემთხვევებთან ანტიბიოტიკოთერაპიის გამოყენების რეკომენდაციები სწორად შეასრულონ და ერთმანეთის უკვე განხორციელებული ქმედებებიც გაითვალისწინონ. მოცემულ შემთხვევაში ფთიზიატრს შეეძლო გაეთვალისწინებინა ოჯახის ექიმის მიერ ერთხელ უკვე ჩატარებული უშედეგო ანტიბიოტიკოთერაპია, უარი ეთქვა მგბ(-) პაციენტთან სტანდარტის შესაბამისი ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკოთერაპიაზე და ტუბსაწინააღმდეგო მკურნალობა 14 დღით ადრე დაეწყო.

ფთიზიატრი სწორედ მოიქცა, როდესაც პაციენტის სქესის, ასაკის და ბოლო 2 თვის განმავლობაში მენსტრუალური ციკლის დარღვევის გამო, აუცილებლად მიიჩნია ურო-გენიტალური სისტემის გამოკვლევა, ვინაიდან ამ ასაკობრივი ჯგუფის ქალებში მაღალია შარდ-სასქესო ორგანოების ონკოპათოლოგიების პლევრიტით გართულების ალბათობა.

ფთიზიატრიულ ქსელში ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკისთანავე სტანდარტის შესაბამისად ჩატარდა პაციენტის აივ-ტესტირება. სტანდარტის შესაბამისად შეირჩა ტუბსაწინააღმდეგო სამკურნალო რეჟიმიც და პრეპარატების დოზებიც. პაციენტი იწონიდა 74 კგ-ს, შესაბამისად ინტენსიურ ფაზაში იღებდა 4 (FDC) აბს (იზონიაზიდო 75 მგ; რიფამპიციინი 150 მგ; პირაზინამიდი 400 მგ; ეტამბუტოლი 275 მგ); ყოველდღიურად; 2 თვის განმავლობაში.