



კლინიკური შემთხვევა N6

58 წლის მამაკაცი, სისხლიანი ხველით, ინფილტრაციული ტუბერკულოზით, მგბ(+), ახალი შემთხვევა

ტუბერკულოზის გამოვლენა და დიაგნოსტიკა



2014 წლის 21 აგვისტოს 58 წლის მამაკაცი პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებას მიმართა.

ანამნეზის მიხედვით პაციენტს ერთი თვის განმავლობაში აღენიშნებოდა ხველა, საერთო სისუსტე, ოფლიანობა და მადის დაქვეითება. ბოლო ერთი კვირა ნახველში სისხლი შენიშნა, რის გამოც ოჯახის ექიმს მიმართა. სიმპტომების საფუძველზე ოჯახის ექიმმა პაციენტი ტუბერკულოზზე სავარაუდოდ მიიჩნია, მიანიჭა კოდი Z03.0 და ფორმა N100-ით ტუბკაბინეტში ფთიზიატრთან გაგზავნა.

25.08.14-ს პაციენტმა ტუბკაბინეტს მიმართა, სადაც როგორც ტუბერკულოზის სავარაუდო შემთხვევას ფთიზიატრის კონსულტაცია და შესაბამისი გამოკვლევები ჩაუტარდა.

აუსკულტაციით მარცხნივ ქვემო ველის პროექციაზე მოისმინებოდა გაფანტული, სველი, წვრილბუშტუკოვანი ხიხინი.

გულმკერდის რენტგენოგრაფიით ფილტვის სურათი გაძლიერებული, მარცხნივ ქვემო წილში აღინიშნებოდა კეროვანი ჩრდილები [25.08.14].

ნახველის ბაქტერიოსკოპიული კვლევით ორივე ულუფაში მგბ(1+) შედეგი დაფიქსირდა [27.08.14]. იგივე მასალაზე ჩატარდა კულტურალური კვლევა და მედიკამენტებისადმი მგრძობელობის ფენოტიპური და გენოტიპური ტესტი, რის შედეგადაც კულტურა(+) შედეგი და პირველი რიგის მედიკამენტებისადმი მგრძობიარე შტამი დაფიქსირდა [15.09.14].

პაციენტს დაესვა დიაგნოზი: A.15.0. მარცხენა ფილტვის ინფილტრაციული ტუბერკულოზი რღვევის ფაზაში, მგბ(+), „ახალი შემთხვევა“ (01.09.14).

ტუბერკულოზის მკურნალობა ამბულატორიულ რეჟიმში

პაციენტმა სტაციონარულ მკურნალობაზე კატეგორიული უარი განაცხადა. მისი მკურნალობა რეგულარული ტუბერკულოზის სამკურნალო რეჟიმით 2HRZE [H-75გ/R-150გ; 4 აბი 1-ჯერ დღეში; Z-400გ; 4 აბი 1-ჯერ დღეში; E-400გ; 3 აბი 1-ჯერ დღეში] ადგილობრივ ტუბკაბინეტში ფთიზიატრის და DOT ექტნის

რამდენად დროულად გამოვლინდა ტუბერკულოზის შემთხვევა და რამდენად სტანდარტული იყო დიაგნოსტიკა?

ეს შემთხვევა პაციენტის მიზეზით ტუბერკულოზის არადროული გამოვლენის მაგალითია. საზოგადოება ტუბერკულოზის სიმპტომების შესახებ ჯერ კიდევ არასაკმარისად ინფორმირებულია. შედეგად პაციენტები კვირების და თვეების განმავლობაში ახველებენ, ავრცელებენ დაავადებას, მაგრამ თავს ავად ვერ აღიქვამენ და ექიმს არ მიმართავენ მაშინაც კი, როცა სამედიცინო სერვისებისადმი ხელმისაწვდომობის ფინანსური ბარიერი მოხსნილი აქვთ. მოცემულმა პაციენტმა ექიმს მხოლოდ ნახველში სისხლის შემჩნევის შემდეგ, ანუ დაავადების გართულების და კლინიკური გამწვავების ფაზაში მიმართა, რაც პაციენტის განკურნების შანსს ამცირებს, დაავადების ტრანსმისიის რისკს კი ზრდის.

მართალია პაციენტის მიზეზით სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვა დაგვიანდა, მაგრამ შემდეგ უკვე ექიმის მხრიდან ბარიერი აღარ შექმნილა. ოჯახის ექიმი სწორად მოიქცა, როდესაც ეჭვი ტუბერკულოზზე მხოლოდ გახანგრძლივებული სიმპტომების საფუძველზე მიიტანა, ზოგადი პროფილის ქსელში ინსტრუმენტულ-ლაბორატორიულ კვლევებზე, ან ანტიბიოტიკოთერაპიაზე დრო და ფინანსები არ დახარჯა და ფთიზიატრიულ ქსელში პაციენტის დოკუმენტირებული რეფერალი დაუყოვნებლივ უზრუნველყო.

ფთიზიატრიულ ქსელში პაციენტის დიაგნოსტიკა სტანდარტის შესაბამისად მოხდა. ჩატარდა ნახველის ბაქტერიოსკოპია და კულტურალური კვლევა. მედიკამენტებისადმი მგრძობელობა განისაზღვრა როგორც გენოტიპური (ჰაინის ტესტი), ისე ფენოტიპური მეთოდებით.

იგივე შემთხვევის დიაგნოსტიკა დღეს რომ მომხდარიყო, პაციენტს საწყისი კვლევის ფარგლებში აუცილებლად ჩაუტარდებოდა Xpert MTB/RIF ტესტი, რომელიც ამ ეტაპზე ქვეყნის მასშტაბით ხელმისაწვდომია და ტუბერკულოზის სავარაუდო ყველა შემთხვევას რუტინულად უტარდება.¹

რამდენად სტანდარტულად წარიმართა ტუბერკულოზის მკურნალობა და მონიტორინგი?

პაციენტი ფილტვის მგბ(+) ტუბერკულოზით იყო დაავადებული. ასეთ შემთხვევაში ინფექციურ პერიოდში პაციენტის იზოლაციის მიზნით რეკომენდებულია სტაციონარული მკურნალობა. მედპერსონალმა უნდა შეძლოს პაციენტის დარწმუნება და ჰოსპიტალიზაციის უზრუნველყოფა. სადაც ეს შეუძლებელია ექიმმა პაციენტს და მის ოჯახის წევრებს დაავადების ტრანსმისიის რისკის, უწყვეტი მკურნალობის

მეთვალყურეობით დაიწყო (01.09.14).

23.09.14, 01.10.14 და 29.10.14-ში პაციენტს ჩატარდა ფთიზიატრის კონსულტაცია. პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელი იყო, ჩივილებს არ აღნიშნავდა, სისხლიანი ნახველი აღარ განმეორებულა, პაციენტმა წონაში 6 კგ. (77-დან 83 კგ-მდე) მოიმატა.

ინტენსიური ფაზის ბოლოს ჩატარებული ბაქტერიოსკოპიული კვლევით მგბ(-) შედეგი დაფიქსირდა (03.11.14).

გაგრძელების ფაზაში პაციენტთან მკურნალობა **4HR** [H-75გ/R-150გ; 5 აბი 1-ჯერ დღეში] რეჟიმით გაგრძელდა.

გაგრძელების ფაზაში ფთიზიატრის კონსულტაციაზე პაციენტის მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელი იყო. ჩივილებს არ აღნიშნავდა, მეხუთე და მეექვსე თვეებზე ჩატარებული კვლევებით მგბ(-) შედეგები დაფიქსირდა (06.02.15 და 06.03.15), შესაბამისად 2015 წლის 6 მარტს მკურნალობის ექვსთვიანი კურსი **„განკურნების“** დეფინიციით დასრულდა.

აუცილებლობის და ინფექციის კონტროლის ნორმების შესახებ მაქსიმალური ინფორმაცია უნდა მიაწოდოს. სასურველია ფთიზიატრმა ისტორიაში ამ ტიპის კონსულტირების შესახებაც გააკეთოს ჩანაწერი და არ შემოიფარგლოს მხოლოდ იმის აღნიშვნით, რომ პაციენტმა სტაციონარულ მკურნალობაზე კატეგორიული უარი განაცხადა.

მკურნალობის მიმდინარეობისას დაკვირვება ხდებოდა პაციენტის წონაზე და ვინაიდან მან ინტენსიურ ფაზაში 6 კგ (77-დან 83 კგ-მდე) მოიმატა, გაგრძელების ფაზაში 4-ის ნაცვლად HR-ის 5 აბი დაენიშნა, რაც რეკომენდებული დოზა არ არის. 55 კგ-ზე მეტი წონის (56-70 კგ და >70 კგ) პაციენტებისათვის იზოანიაზიდის მაქსიმალური დღიური დოზა 300მგ-ია, რიფამპიციინის კი 600 მგ., ანუ პაციენტს წონაში მატების მიუხედავად გაგრძელების ფაზაში HR-ის არა 5, არამედ 4 აბი [75X4=300მგ H (იზონიაზიდი) და 150X4=600 მგ R (რიფამპიციინი)] უნდა მიეღო.

ისტორიაში არ არის ჩანაწერი იმის შესახებ ხდებოდა თუ არა კონსულტირების დროს გვერდითი მოვლენების მონიტორინგი. შესაძლოა პირველი რიგის მედიკამენტებს გვერდითი მოვლენები არც გამოუწვევია, მაგრამ თუ ისტორიაში კეთდება მაგალითად ჩანაწერი იმის შესახებ, რომ პაციენტი ყველა დოზას იღებს, სასურველია იყოს ჩანაწერი გვერდითი მოვლენების მონიტორინგის შესახებაც. ამგვარი პრაქტიკა დღეს განსაკუთრებით აქტუალურია, ვინაიდან ქვეყანაში რეზისტენტული ტუბერკულოზის სამკურნალოდ ახალი მედიკამენტების რუტინული გამოყენება იწყება, ისინი კი ფთიზიატრის მხრიდან ნებისმიერი გვერდითი მოვლენისადმი განსაკუთრებულ ყურადღებას და მუდმივ ფარმაკოზედამხედველობას საჭიროებენ.

ⁱ ტუბერკულოზის მართვის გაიდლაინი, 2015 წელი.