



USAID | **GEORGIA**
FROM THE AMERICAN PEOPLE

TUBERCULOSIS
PREVENTION
PROJECT



საქართველოს
ფთიზიატრთა და პულმონოლოგთა
ასოციაცია

სასწავლო კურსი ოჯახის ექიმებისთვის ტუბერკულოზის დროული გამოვლენა და მართვა ზოგად საექიმო პრაქტიკაში

სასწავლო პროგრამა ხორციელდება საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის მიერ,
საქართველოს ფთიზიატრთა და პულმონოლოგთა ასოციაციასთან თანამშრომლობით



USAID | **GEORGIA**
FROM THE AMERICAN PEOPLE

TUBERCULOSIS
PREVENTION
PROJECT

თემა 1:

ტუბერკულოზის ეპიდემიოლოგია
ტუბერკულოზი - საზოგადოებრივი
ჯანდაცვის განსაკუთრებული პრობლემა

მარინა ჯანჯღავა, MD, PhD
2013წ

ტუბერკულოზის სპეციფიურობა

ტუბერკულოზი ინფექციური დაავადებაა,
რომელსაც იწვევს თვალით უხილავი
ტუბერკულოზის მიკობაქტერია

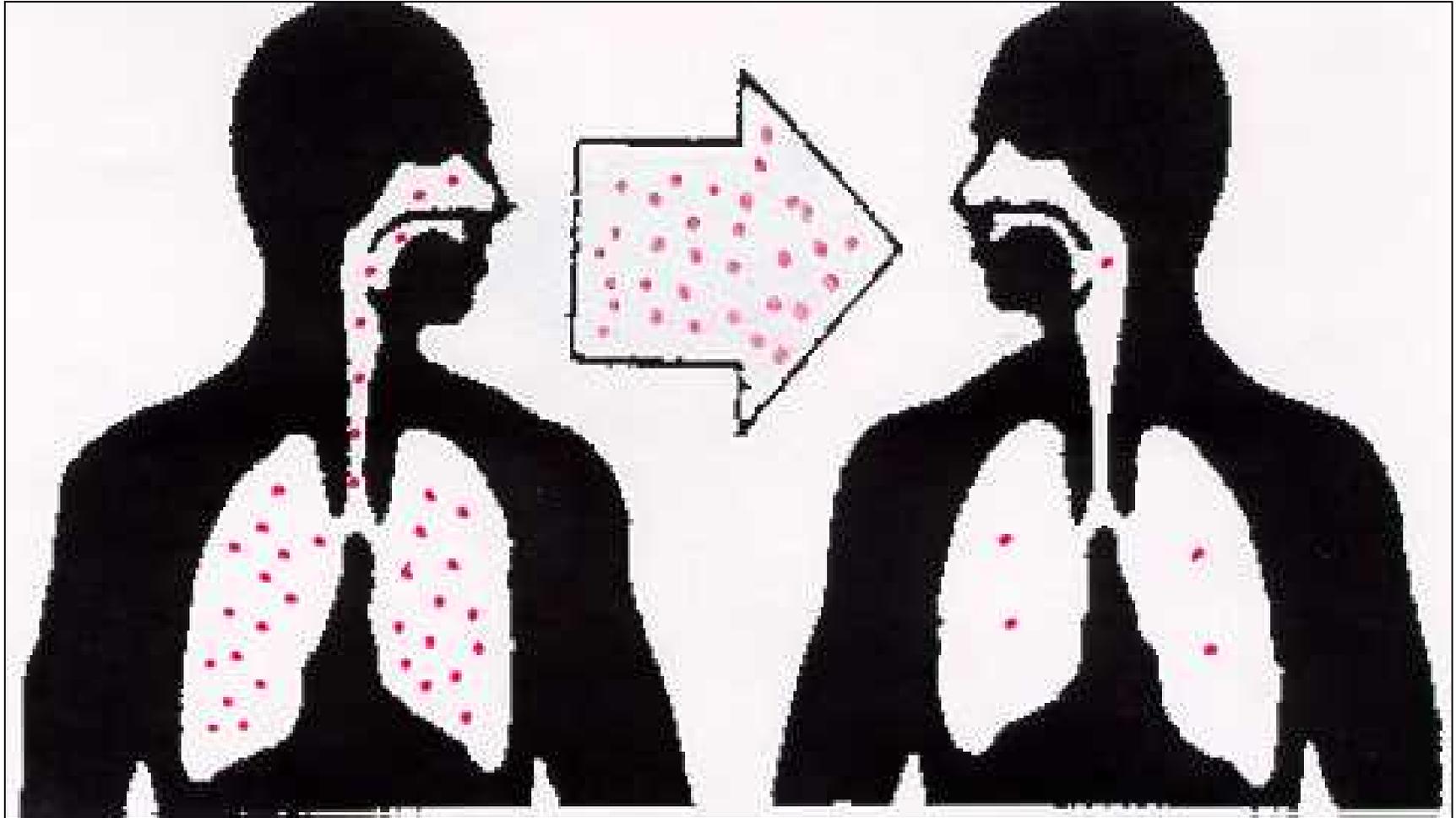
ტუბერკულოზი იკურნება

ამავდროულად 2012 წელს მსოფლიოში ამ
დაავადებით 1,3 მილიონი ადამიანი
გარდაიცვალა

ტუბერკულოზის სპეციფიურობა

- ჰაერით გავრცელებადი ინფექციური დაავადებაა
- მსოფლიოს მოსახლეობის 1/3 ინფიცირებულია, ანუ მათ აქვთ ლატენტური ტუბერკულოზი
- მკურნალობის გარეშე დარჩენილი ბაქტერიაბამომყოფი პირი წელიწადში აინფიცირებს მჭიდრო კონტაქტში მყოფ 10-15 ადამიანს
- მკურნალობის გარეშე უმეტეს შემთხვევაში 2/3 სიკვდილით მთავრდება

ტუბერკულოზის სპეციფიურობა



ტუბერკულოზის სპეციფიურობა

- წამლებისადმი მბრძნობიარე ტუბერკულოზის მკურნალობა და განკურნება შესაძლებელია:
- თუ პაციენტი კარგად ინფორმირებულია
- მკურნალობა ტარდება ექთნის უწყუალო მეთვალყურეობით პირველი რიგის 4 ანტიტუბერკულოზური მედიკამენტით უწყვეტად 6 თვის განმავლობაში
- წინააღმდეგ შემთხვევაში დაავადება პროგრესირებს

ტუბერკულოზის სპეციფიურობა

- მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის განვითარებას კირითადად იწვევს არააღქვატური, არასწორი და უხარისხო მედიკამენტებით მკურნალობა
- MDR ტუბერკულოზის მკურნალობა ბრძედება საშუალოდ – 24 თვე ტოქსიური და სერიოზული გვერდითი მოვლენების მქონე მეორე რიგის მედიკამენტებით
- XDR ტუბერკულოზის მკურნალობა უფრო მეტად უეხლუღულია
- 2012 წელს მსოფლიოში MDR-TB შემთხვევათა 9,6%-ს XDR დაუდასტურდა

ტუბერკულოზის მიკობაქტერიის თვისებები

- მზის სხივების მოქმედებით ილუპება 1,5სთ-ში
- დაბალ ტემპერატურაზე არ ილუპება
- გარემოში არ მრავლდება, მაგრამ ინარჩუნებს სიცოცხლისუნარიანობას
- გაუნიავებელ შენობაში ჰაერში რჩება შეწონილ მდგომარეობაში

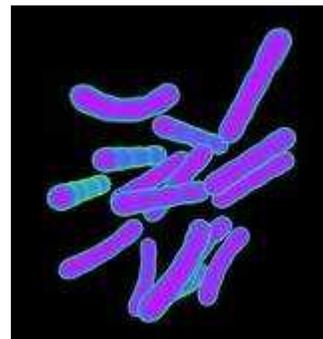
ინფექციური წვეთების ზომა & ჰაერში სუსპენზიის უნარი

ინფექციური წვეთების
ზომა

ნაწილაკის დაღეკვის დრო

100 μ	—————>	10 წამი
20 μ	—————>	4 წუთი
10 μ	—————>	17 წუთი
1-5 μ	—————>	ჰაერში შეწონილი რჩება საათების განმავლობაში

❖ მიკრონი=მიკრომეტრი= 10^{-6} მ.



როგორ ხდება ინფექციის გადაცემა \ტრანსმისია\

- ინფექციის ძირითადი წყარო - ფილტვის ტუბერკულოზით დაავადებული ბაქტერიაგამომყოფი ავადმყოფი, რომელიც ცემინების, ხველების, საუბრის ან სიცილის დროს ჰაერში გამოყოფს მიკობაქტერიების შემცველ უხილავ წვეთებს
- ინფექციის გადაცემა ადამიანიდან ადამიანზე ხდება ჰაერის მეშვეობით
- ტუბერკულოზი არ გადადის საყოფაცხოვრებო ნივთებით (თევში, ჭიქა, კოვზი, თეთრეული, ტანსაცმელი და ა.შ.)

ტუბერკულოზის ტრანსმისია



- ერთი დახველებით გამოიყოფა დაახლოებით 3.500 მიკობაქტერია
- იგივე რაოდენობა გამოიყოფა 5 წუთიანი საუბრის დროს
- ერთი დაცემინებისას გამოიფრქვევა დაახლოებით 1 მილიონი მიკობაქტერია

ინფექციის გავრცელების იშვიათი გზები

ალიმენტური

- ინფექციის წყაროს წარმოადგენს ხარის ტიპით დაავადებული საქონელი, გადაცემა ხდება არაპასტერიზებული რძის მიღებისას

კონტაქტური

- გადაცემა ხდება დაზიანებული კანიდან

ინფიცირება არ ნიშნავს დაავადებას

ინფიცირება

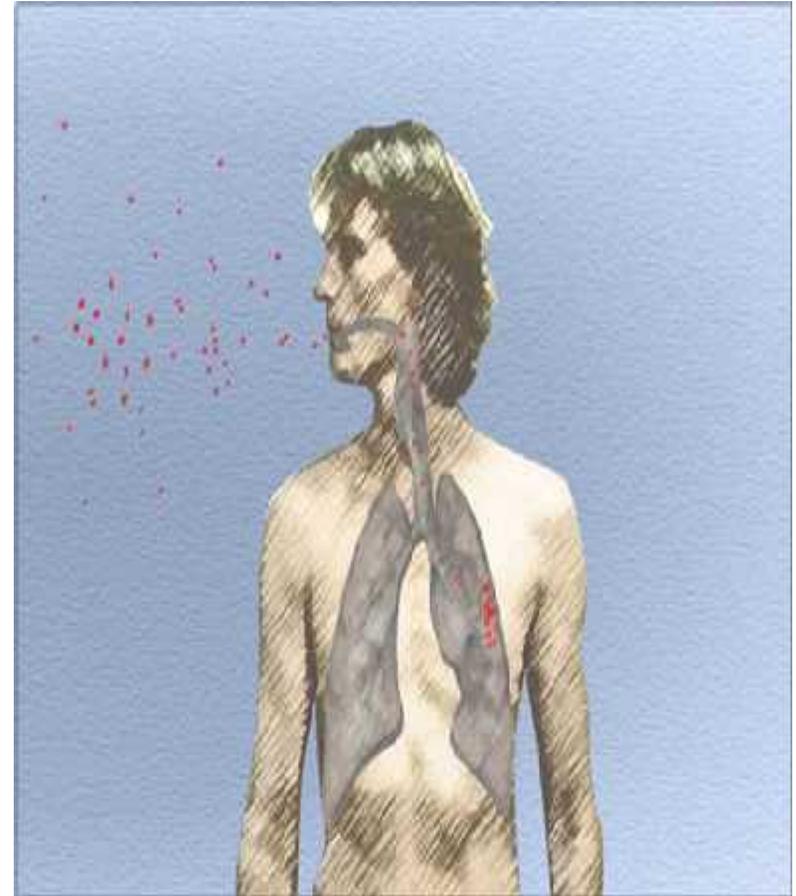
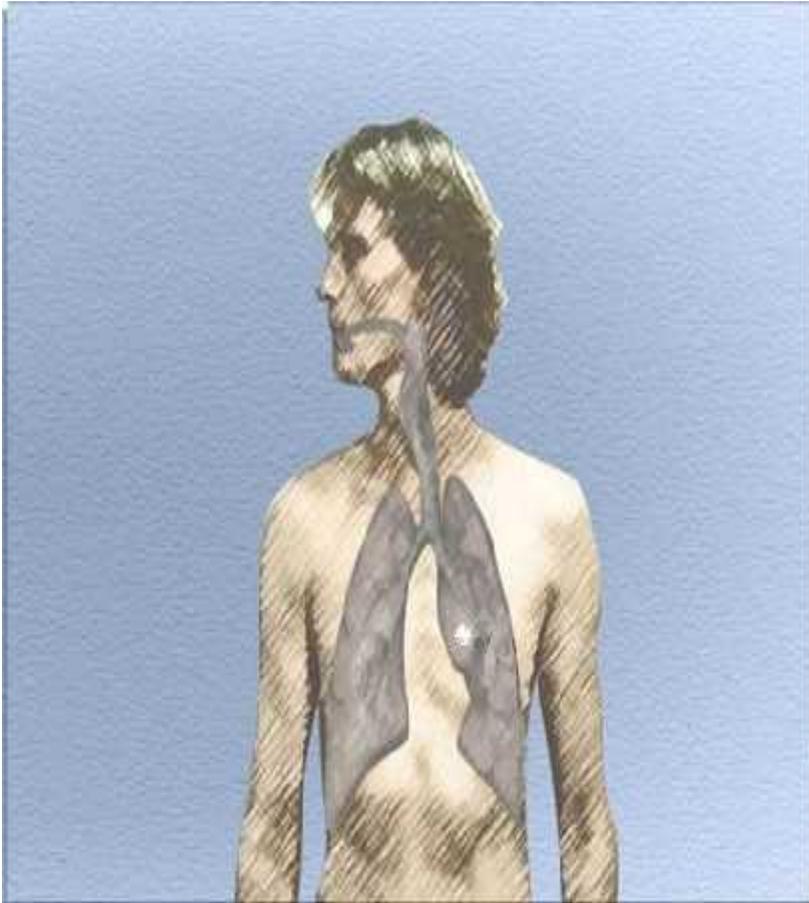
- ორგანიზმში არსებობენ ტუბერკულოზის მიკობაქტერიები
- ნახველის ბაქტერიოსკოპული და კულტურალური გამოკვლევა – უარყოფითია
- რენტგენოგრაფია ცვლილებების გარეშე
- პაციენტს არ აღენიშნება ტუბერკულოზისთვის დამახასიათებელი სიმპტომები
- პიროვნება არ წარმოადგენს ინფექციის გადაცემის წყაროს

დაავადება

- ორგანიზმში არსებობენ ტუბერკულოზის მიკობაქტერიები
- ნახველის ბაქტერიოსკოპული ან კულტურალური გამოკვლევა – დადებითია
- რენტგენოგრაფიაზე აღინიშნება დამახასიათებელი ცვლილებები
- პაციენტს აღენიშნება ტუბერკულოზისთვის დამახასიათებელი სიმპტომები
- ავადმყოფი უმეტეს შემთხვევაში წარმოადგენს ინფექციის წყაროს

- ინფიცირებული

- დაავადებული



ინფიცირებულთა დაახლოებით 5-10% შემთხვევაში ხდება დაავადების განვითარება

ინფიცირების რისკი დამოკიდებულია გარემო პირობებზე

ინფიცირების რისკი მაღალია

- დახურულ, ცუდად განთავსებულ გარემოში ხანგრძლივი კონტაქტისას

ინფიცირების ალბათობა მცირდება:

- შენობის განთავსებითა და ვენტილაციით

ინფიცირებიდან დაავადების განვითარების რისკი

ინფიცირების შემთხვევაში ცხოვრების მანძილზე
ნებისმიერ მომენტში შემდეგი რისკ ფაქტორების ფონზე
შეიძლება განვითარდეს დაავადება

- ორგანიზმის იმუნური სისტემის დაქვეითება
- აივ-ინფექცია და შიდსი
- სხვადასხვა დაავადებები (შაქრიანი დიაბეტი, წყლულოვანი დაავადება, ჰორმონოთერაპია)
- წონის სწრაფად კლება
- ცუდი კვება

დაავადების განვითარების რისკ-ჯგუფები

- ფილტვის ტუბერკულოზით დაავადებულ ბაქტერიაგამომყოფ ავადმყოფთან კონტაქტში მყოფი პირები
- სოციალურად დაუცველი პირები
- ნარკოტიკებისა და ალკოჰოლის ჭარბად მომხმარებელი
- ტუბსაწინააღმდეგო დაწესებულებაში მომუშავე სამედიცინო პერსონალი
- პატიმრები



USAID | **GEORGIA**
FROM THE AMERICAN PEOPLE

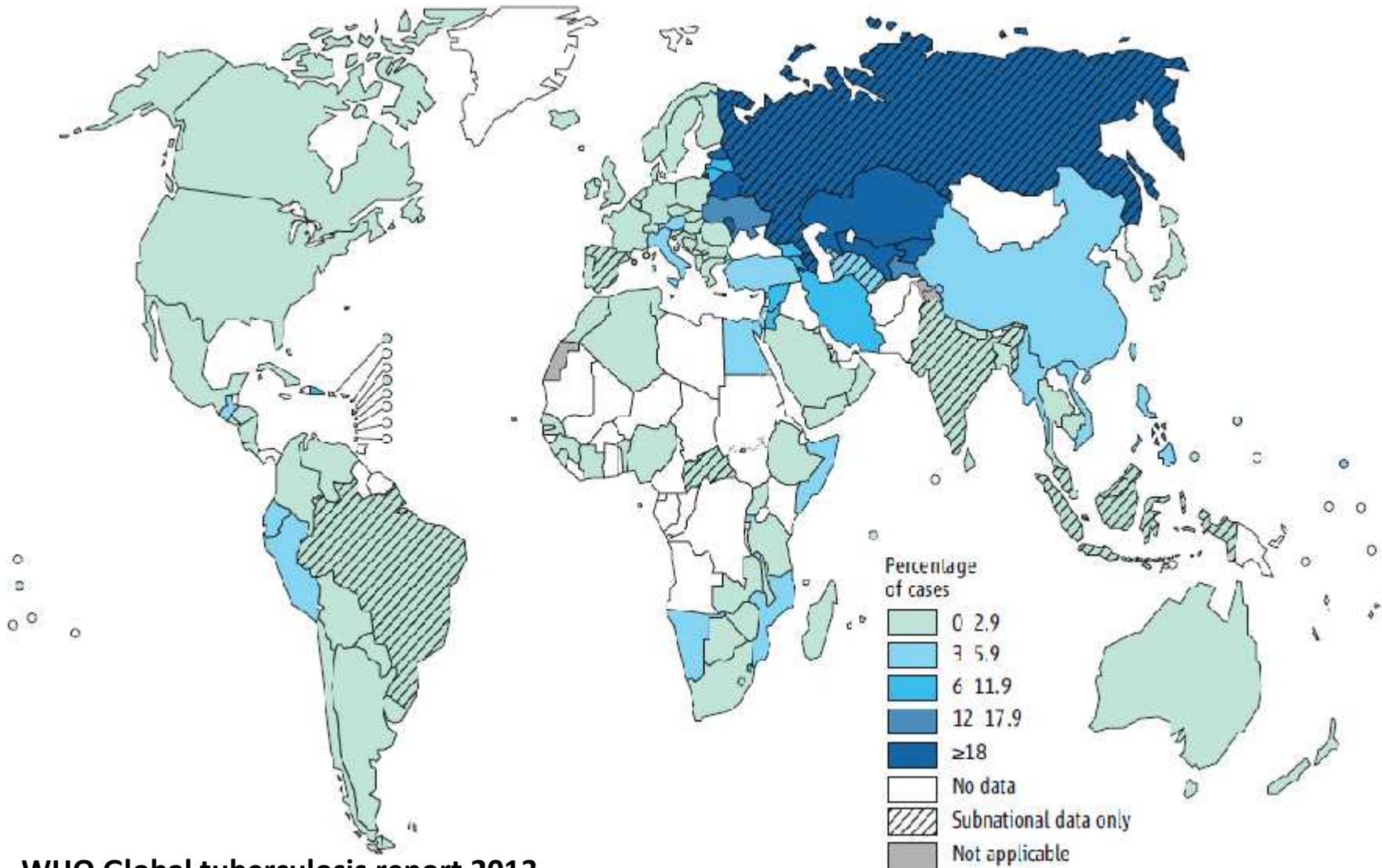
TUBERCULOSIS
PREVENTION
PROJECT

ტუბერკულოზის ეპიდემიოლოგია

ტუბერკულოზის გავრცელების უახლესი მონაცემები მსოფლიოში (2012წ)

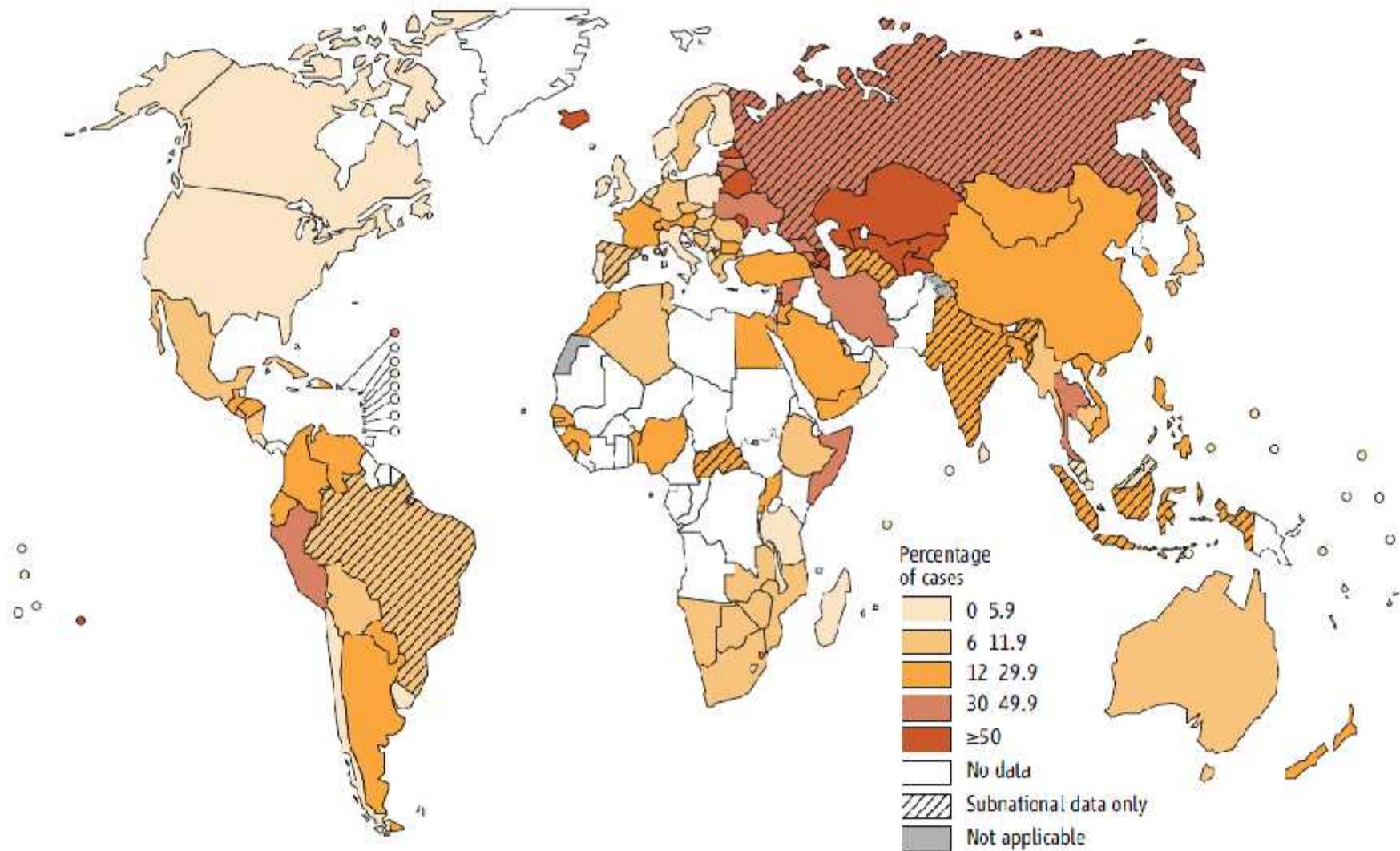
	ტუბერკულოზის შემთხვევები	სიკვდილობის შემთხვევები
სულ რეგისტრირებული შემთხვევები	8.6 მილიონი	1.3 მილიონი
მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზი (MDR-TB)	~450 000	~170 000
ექსტენსიურად რეზისტენტული ტუბერკულოზი (XDR-TB)	~43 200	
ბავშვთა ტუბერკულოზი	530 000	74 000 (HIV ნეგატიური)
კოინფექცია – TB/HIV	1.1 მილიონი	320 000

მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის გავრცელება ახალ შემაჯავებებში 2012 წ



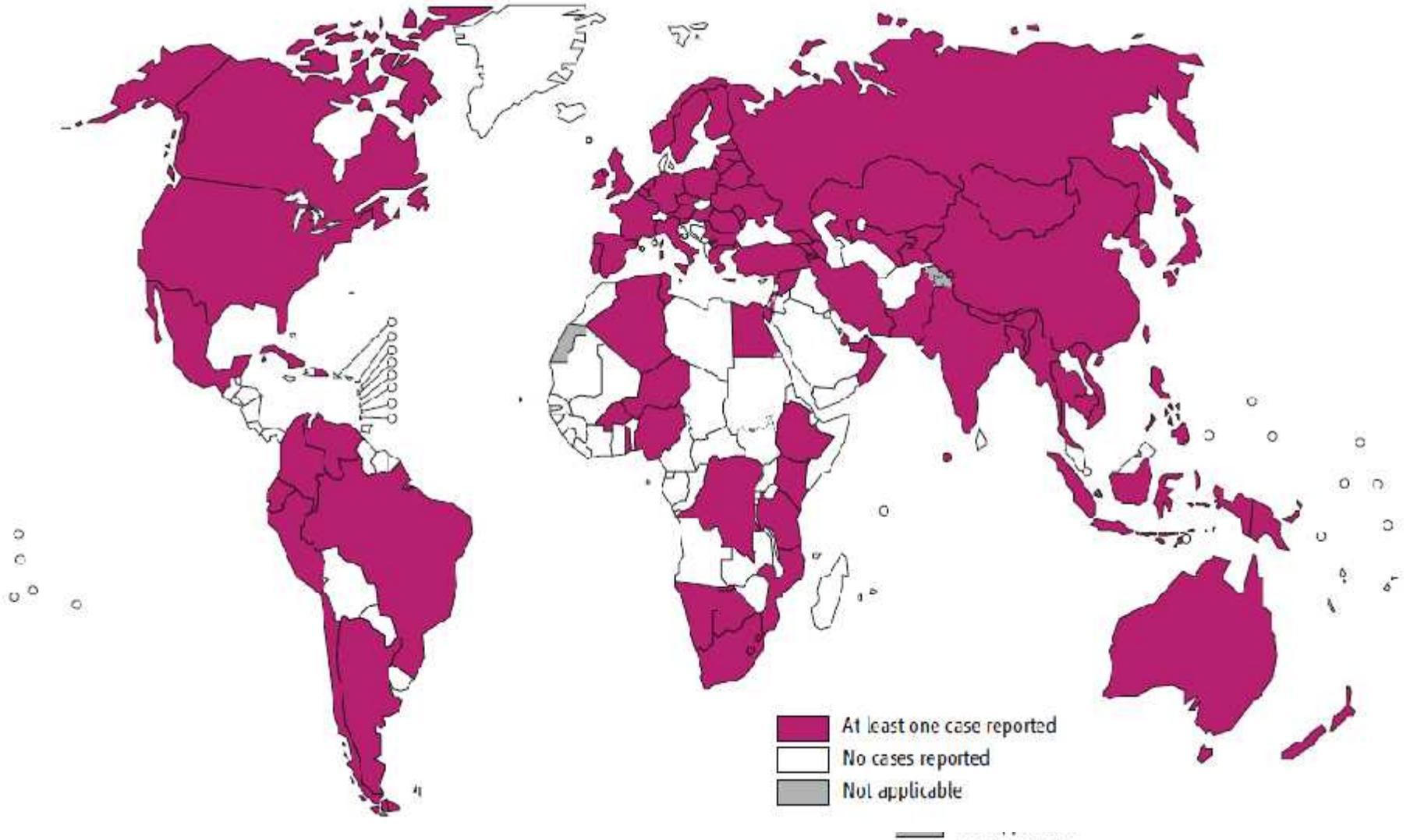
WHO Global tuberculosis report 2013

მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის გავრცელება ნამკურნალევ შემთხვევებში 2012 წ



WHO Global tuberculosis report 2013

ქვეყნები, რომლებშიც 2012 წლის ბოლოსთვის დაფიქსირდა თუნდაც ერთი XDR-TB შემთხვევა



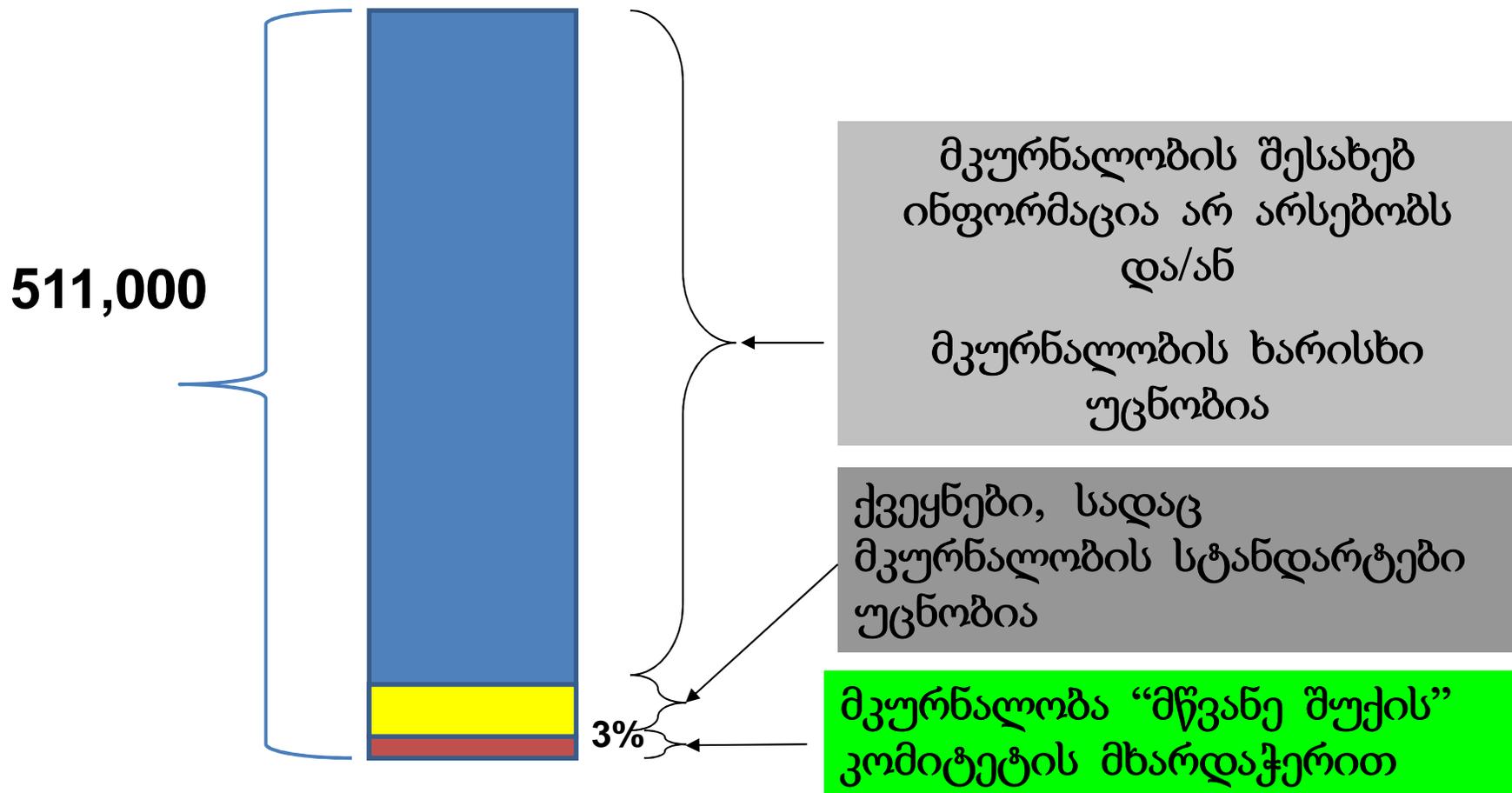
WHO Global tuberculosis report 2013

ტუბერკულოზის „მძიმე ტვირთის“ ქვეშ მყოფი 27 ქვეყანა

- ჩინეთი
- ინდოეთი
- რუსეთის ფედერაცია
- პაკისტანი
- ბანგლადეში
- სამხრეთ აფრიკა
- უკრაინა
- ინდონეზია
- ფილიპინები
- ნიგერია
- უზბეკეთი
- კონგოს დემოკრატიული რესპუბლიკა
- ყაზახეთი
- ვიეტნამი
- ეთიოპია
- მიანმარი
- ტაჯიკეთი
- აზერბაიჯანი
- მოლდავეთი
- ყირგიზეთი
- ბელორუსია
- საქართველო
- ბულგარეთი
- ლიტვა
- სომხეთი
- ლატვია
- ესტონეთი

გლობალური პრობლემა - მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მკურნალობა

2012 წელს II რიგის TB პრეპარატებით მკურნალობა დაიწყო 77 000 MDR-TB პაციენტმა, 16 000 MDR-TB პაციენტი კი მკურნალობის გარეშე დარჩა



ჯანმო-ს მიერ მოწოდებული ძირითადი ფაქტები

- მსოფლიოში ინფექციური დაავადებით გამოწვეულ სიკვდილის მიზეზთა შორის ტუბერკულოზი მეორე ადგილზეა აივ ინფექცია/ შიდსით გარდაცვლილთა შემდეგ
- ტუბერკულოზით გამოწვეულ სიკვდილის შემთხვევათა 95% მოდის დაბალი და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებზე
- 2011 წელს ტუბერკულოზის ყველა შემთხვევის 80% რეგისტრირებული იყო 22 ქვეყანაში
- 2012 წელს ტუბერკულოზით გარდაიცვალა 410 000 ქალი, მათგან 160 000 აივ (+) იყო. ტუბერკულოზით გარდაცვლილ აივ ინფიცირებულთა 50% ქალები არიან. ტუბერკულოზი რეპროდუქციული ასაკის ქალების გარდაცვალების ერთ-ერთი მთავარი მიზეზია;
- 2012 წელს ტუბერკულოზით ავად გახდა 530 000 ბავშვი, მათგან აივ ნეგატიური 74 000 ბავშვი გარდაიცვალა;

ჯანმო-ს მიერ მოწოდებული ძირითადი ფაქტები

- ტუბერკულოზი ითვლება ახალგაზრდების დაავადებად, მათ ყველაზე პროდუქტიულ ასაკში, თუმცა რისკის ქვეშაა ყველა ასაკის წარმომადგენელი
- ტუბერკულოზი არის წამყვანი ფაქტორი აივ ინფიცირებულთა სიკვდილის მიზეზებს შორის და მასზე მოდის შიდსით გარდაცვლილების 25%
- თამბაქოს მოხმარება მნიშვნელოვანი რისკ-ფაქტორია ტუბერკულოზით დაავადების და სიკვდილობის
- მსოფლიოში ტუბერკულოზის შემთხვევათა 20% დაკავშირებულია მოწევასთან

ჯანმოს მიერ მოწოდებული დადებითი ტენდენციები

- მსოფლიო მიისწრაფის მილენიუმის განვითარების მიზნისკენ - 2015 წლისთვის გაანახევროს ტუბერკულოზით ავადობისა და სიკვდილობის შემთხვევები
- მსოფლიოში ტუბერკულოზით დაავადებულთა რიცხვი ყოველწლიურად კლებულობს
- 2010-2011 წლებში აღინიშნება ტუბერკულოზის ახალი შემთხვევების კლების ტენდენცია 2,2%-ით
- ტუბერკულოზის სიკვდილობის მაჩვენებელი 1990 – 2011 წლებს შორის შემცირდა 41%-ით
- 1995 წ-დან 2012 წ-მდე 56 მილიონი ადამიანის ტუბსაწინააღმდეგო მკურნალობა წარმატებით დასრულდა, 22 მილიონ ადამიანს შეუნარჩუნდა სიცოცხლე;

ჯანმოს მიერ მოწოდებული დადებითი ტენდენციები

1995 წლიდან ჯანმოს მიერ რეკომენდებული DOTS და STOP TB სტრატეგიის დანერგვით მსოფლიოში:

- 51 მილიონმა ადამიანმა წარმატებით იმკურნალა
- 20 მილიონ ადამიანს სიცოცხლე შეუნარჩუნდა

გლობალური გამოწვევები

- ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო ახალი მედიკამენტები
- ტუბერკულოზის ახალი სადიაგნოზო საშუალებები
- ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო ახალი ვაქცინა

ახალი მედიკამენტები

- წარმატებით მიმდინარეობს ახალი თაობის მედიკამენტების შექმნა
- 10 ახალი წამალი გადის კლინიკური კვლევის სხვადასხვა ფაზებს, მათ შორის Bedaquiline (TMC207), რომლის ფართოდ გამოყენების რეკომენდაციას იძლევა ჯანმო;
- იხვეწება ახალი სამკურნალო რეჟიმები, როგორც მგრძნობიარე ისე რეზისტენტული ტუბერკულოზის შემთხვევებისთვის
- ძირითადი აქცენტები კეთდება მკურნალობის ხანგრძლივობის მნიშვნელოვან შემცირებაზე
- მოცემული მომენტისთვის კვლევების ანალიზი იძლევა საშუალებას ვიმსჯელოთ რეზისტენტული ტუბერკულოზის მკურნალობის საკმაოდ იმედისმომცემ გამოსავლებზე

ახალი დიაგნოსტიკური საშუალებები

- მსოფლიო მასშტაბით დაჩქარებული ტემპებით იწერება სწრაფი მოლეკულური ტესტი Xpert MDR/RIF, რომელსაც პირველად ეტაპზე შეუძლია ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკა და რეზისტენტობის განსაზღვრა რიფამპიციინზე 100 წუთის განმავლობაში
- ამ მეთოდის დანერგვას ჯანმომ მხარი დაუჭირა 2010 წელს
- Xpert MDR/RIF მეთოდის დანერგვაში წამყვან ქვეყნად აფრიკა ითვლება
- 2012 წელს დაბალი და საშუალო შემოსავლების 67 ქვეყანამ შეიძინა 1,1 მილიონი ტესტი, რამაც განაპირობა ფასის კლება 41%-ით. (17\$-დან 10\$-მდე)

Xpert MTB/RIF ტესტის დანერგვა

- ქვეყნის ჯანდაცვის სამინისტრომ გადაწყვეტილება Xpert MTB/RIF ტესტის დანერგვის შესახებ მიიღო როგორც ტუბერკულოზის ეროვნული სტრატეგიის შემადგენელი ნაწილი TB, M/XDR-TB, TB/HIV ბრძოლაში;
- Xpert MTB/RIF ტესტის დანერგვა შევიდა ქვეყნის ლაბორატორიული ქსელის გაძლიერების გეგმაში, იმის გათვალისწინებით, რომ გამოკვლევის ახალი მეთოდის დანერგვა შეამცირებს სხვა კომპლექსური კვლევების დანახარჯს;

Xpert MTB/RIF ტესტის დანერგვა

მიზანი:

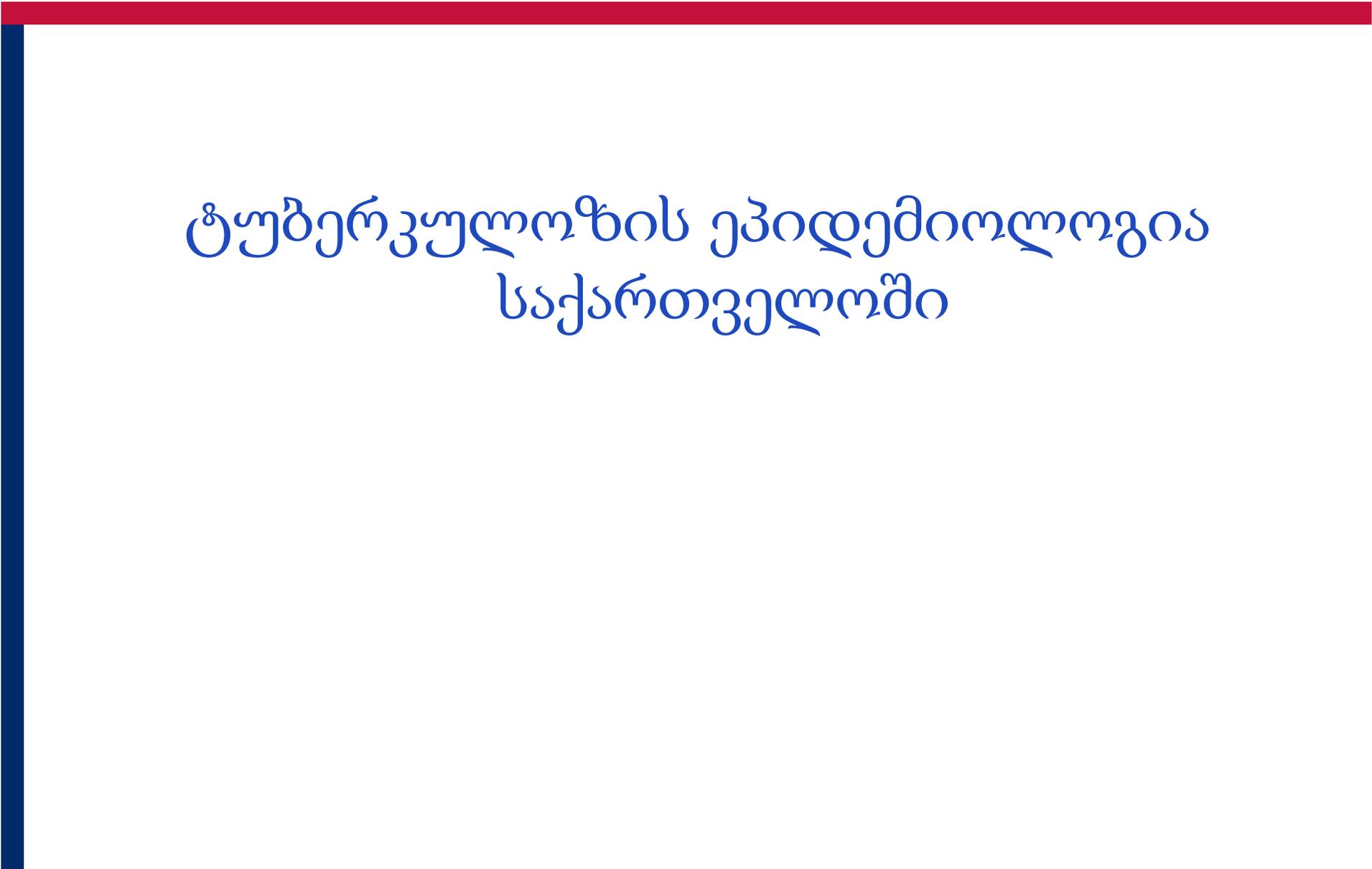
- ახალი, სწრაფი მეთოდით ტუბერკულოზისა და რიფამპიცინის მიმართ რეზისტენტობის ადრეული გამოვლენა და ამ გზით მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის ტრანსმისიის რისკის და აივ-ასოცირებული ტუბერკულოზით გამოწვეული სიკვდილობის მაჩვენებლის შემცირება.

ჯანმო-ს ძირითადი რეკომენდაციები

- Xpert MTB/RIF ტესტი გამოიყენება, როგორც საწყისი დიაგნოსტიკური გამოკვლევის მეთოდი მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის, ან აივ - ასოცირებულ ტუბერკულოზზე ექვმიტანილ პირებში (მყარი რეკომენდაცია);
- Xpert MTB/RIF ტესტი მიკროსკოპული გამოკვლევის შემდეგ განსაკუთრებით გამოიყენება ნაცხ- უარყოფით შემთხვევებში იმ ქვეყნებში, სადაც მულტირეზისტენტული ან აივ-ასოცირებული ტუბერკულოზი ნაკლებ საშიშროებას წარმოადგენს (პირობითი რეკომენდაცია განპირობებული რესურსების ხელმისაწვდომობით);

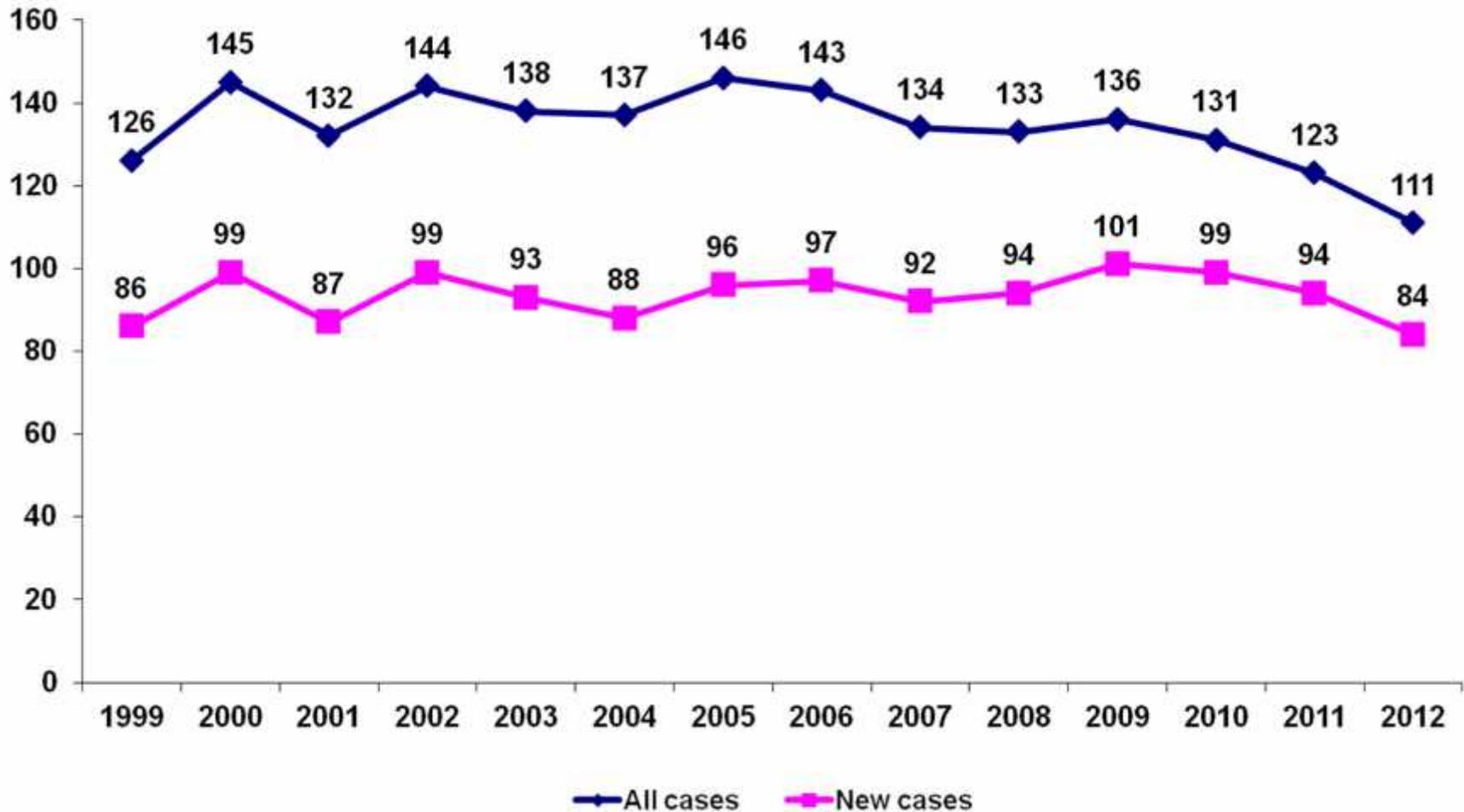
ახალი ვაქცინა

- ტუბერკულოზის პრევენციისთვის შემუშავების სხვადასხვა ეტაპებზეა 11 ვაქცინა
- ექსპერტების ანალიზით არსებობს შესაძლებლობა ამ ვაქცინებიდან თუნდაც ერთმა მიიღოს ლიცენზირება 2020 წლისთვის

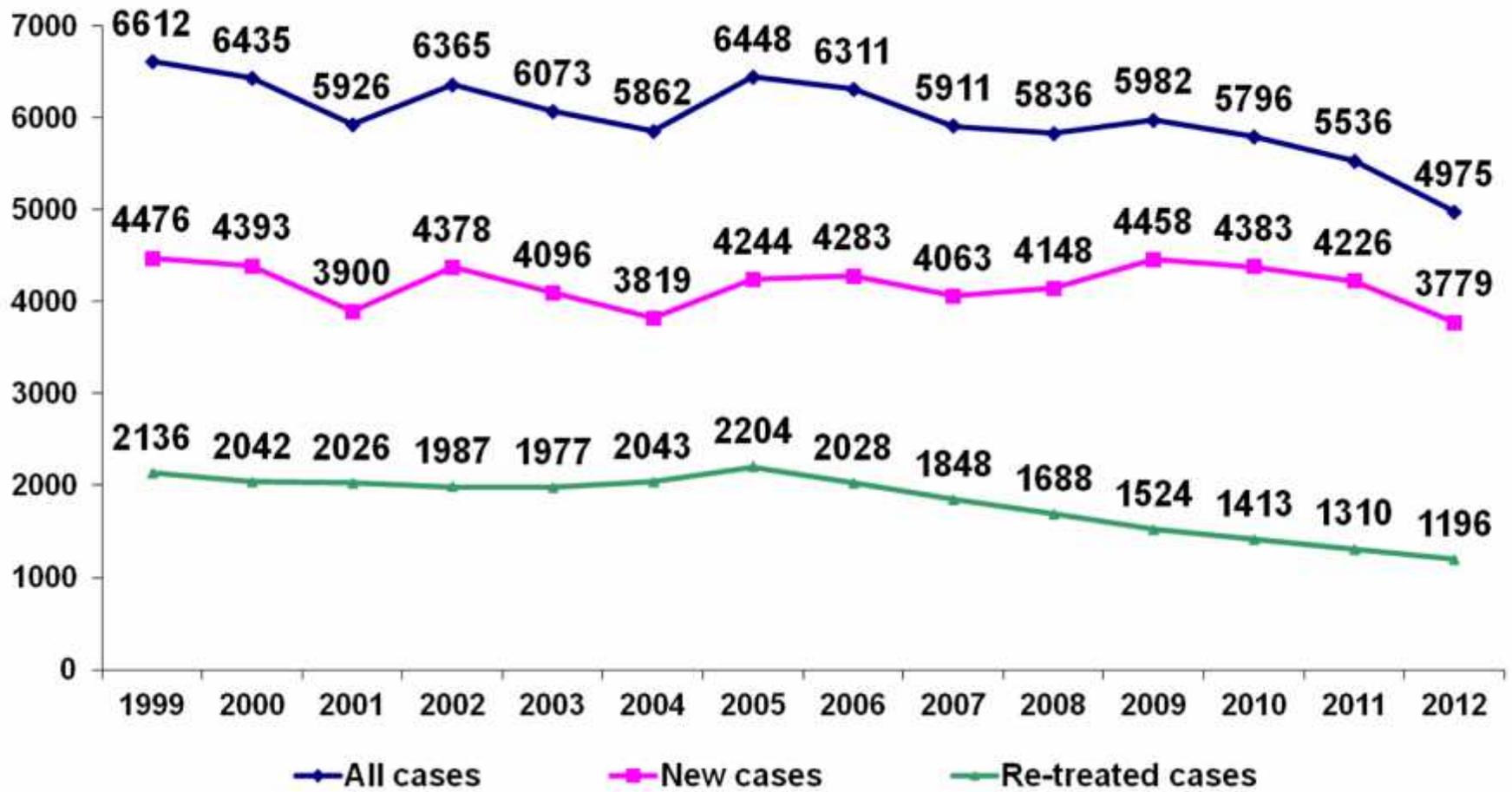


ტუბერკულოზის ეპიდემიოლოგია
საქართველოში

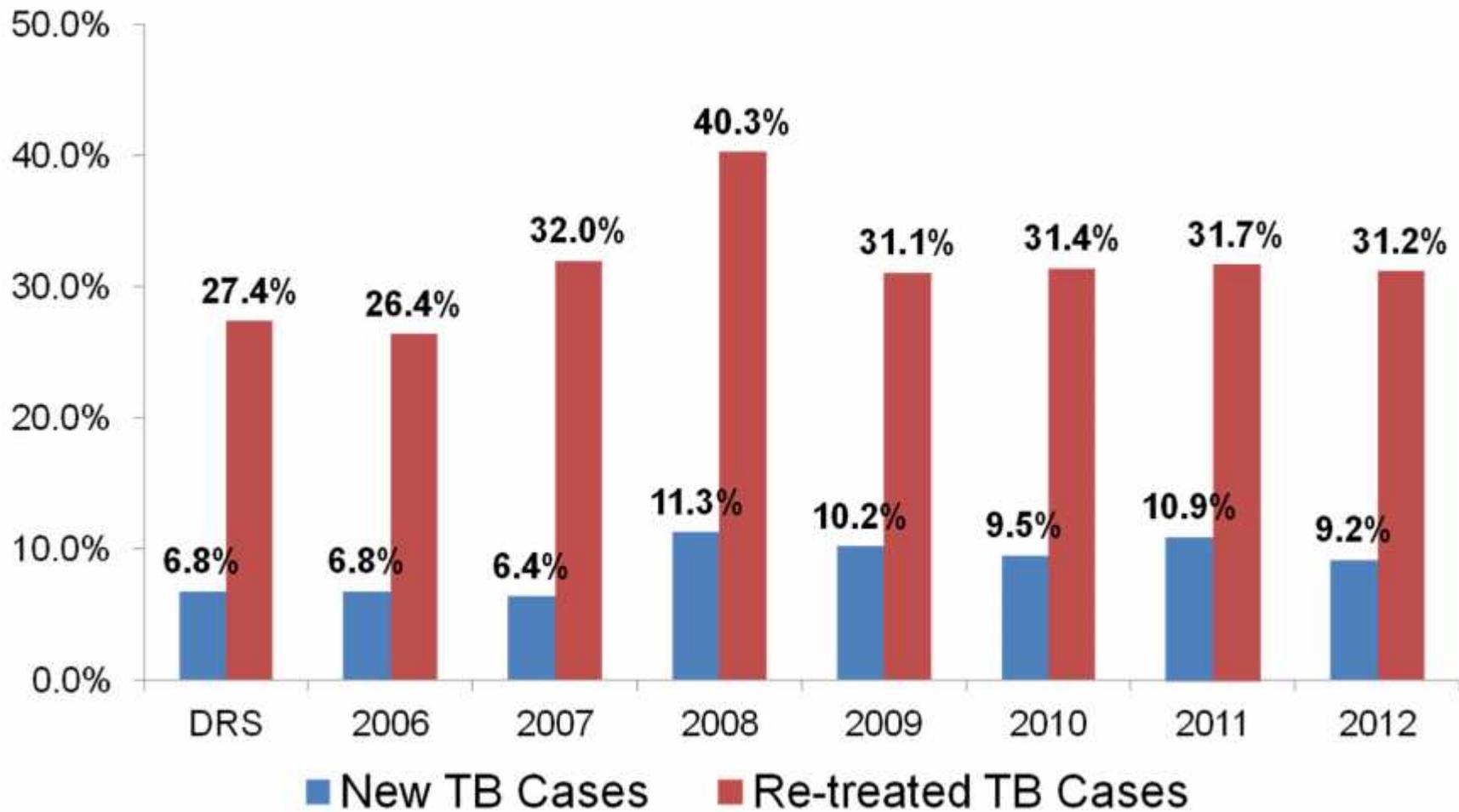
ტუბერკულოზის შემთხვევათა რეგისტრაცია საქართველოში (100,000 მოსახლეზე)



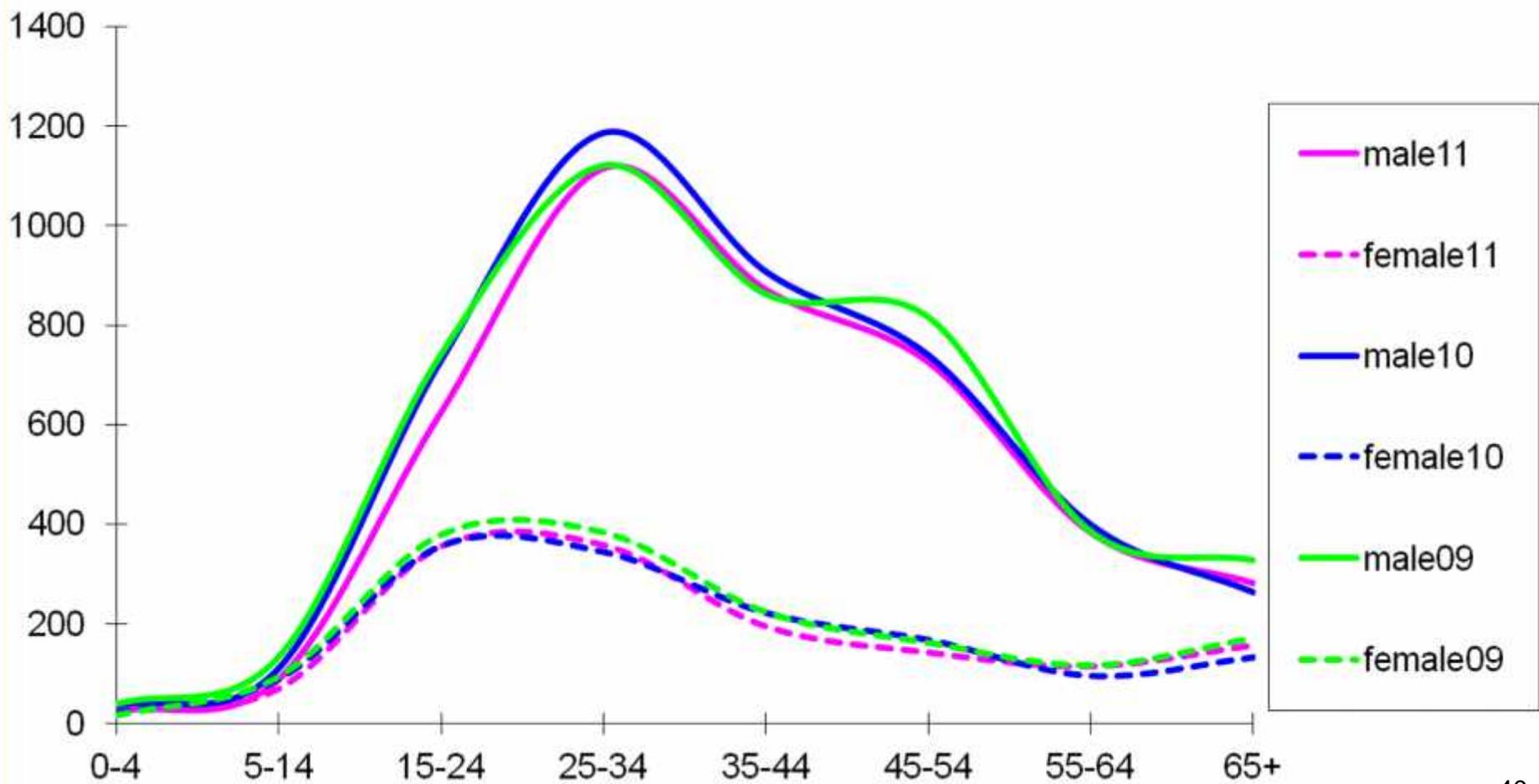
ტუბერკულოზის შემთხვევათა რეგისტრაცია საქართველოში (აბსოლუტურ რიცხვებში)



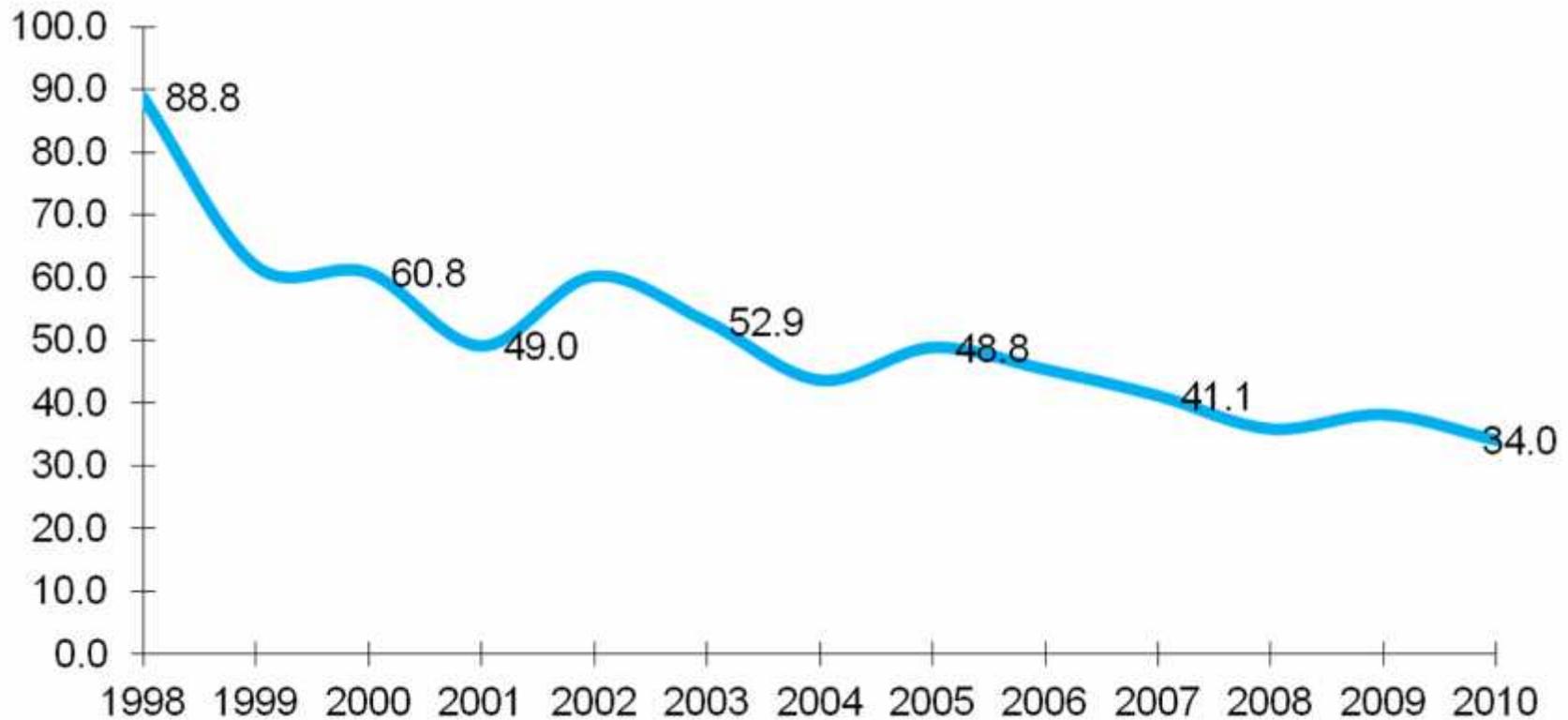
წამლების მიმართ რეზისტენტობაზე ეპიდზედამხედველობის მონაცემები (2005-2012)



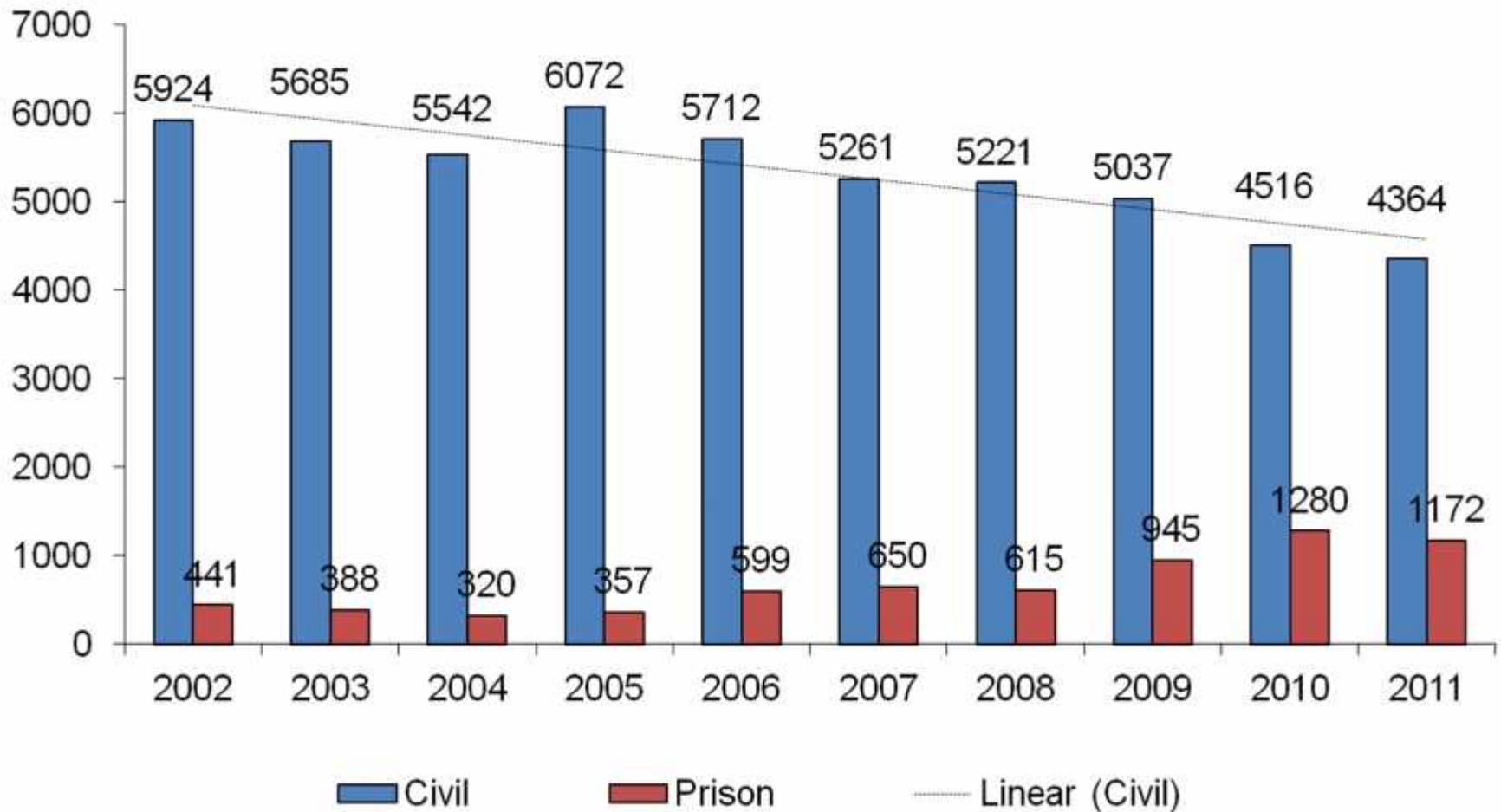
ტუბერკულოზი სქესისა და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით (2009-2011)



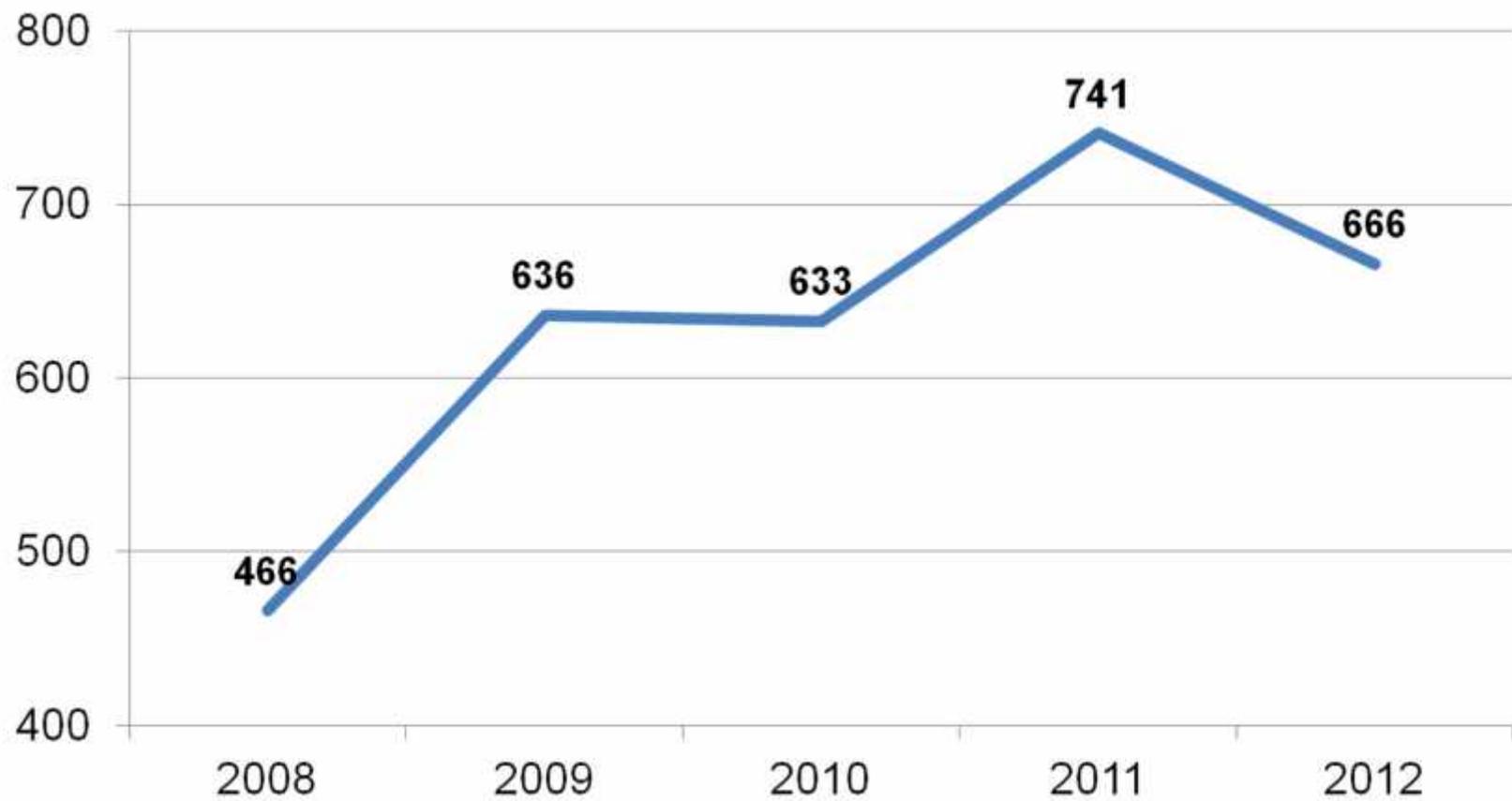
ტუბერკულოზის გავრცელება ბავშვებში (0-14 ასაკობრივი ჯგუფი)



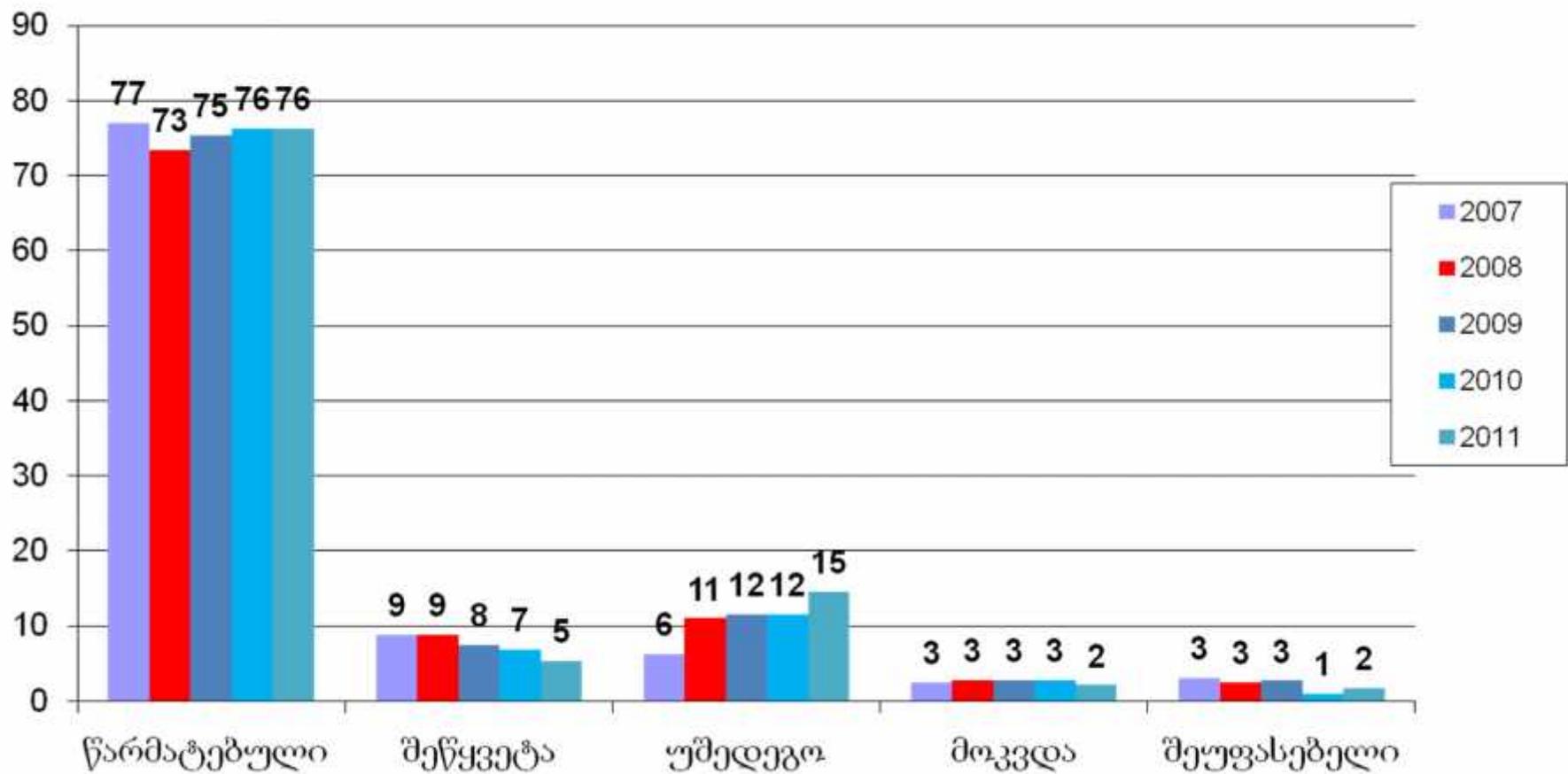
ტუბერკულოზის ყველა შემთხვევა სამოქალაქო სექტორსა და ციხეებში (აბსოლუტურ რიცხვებში)



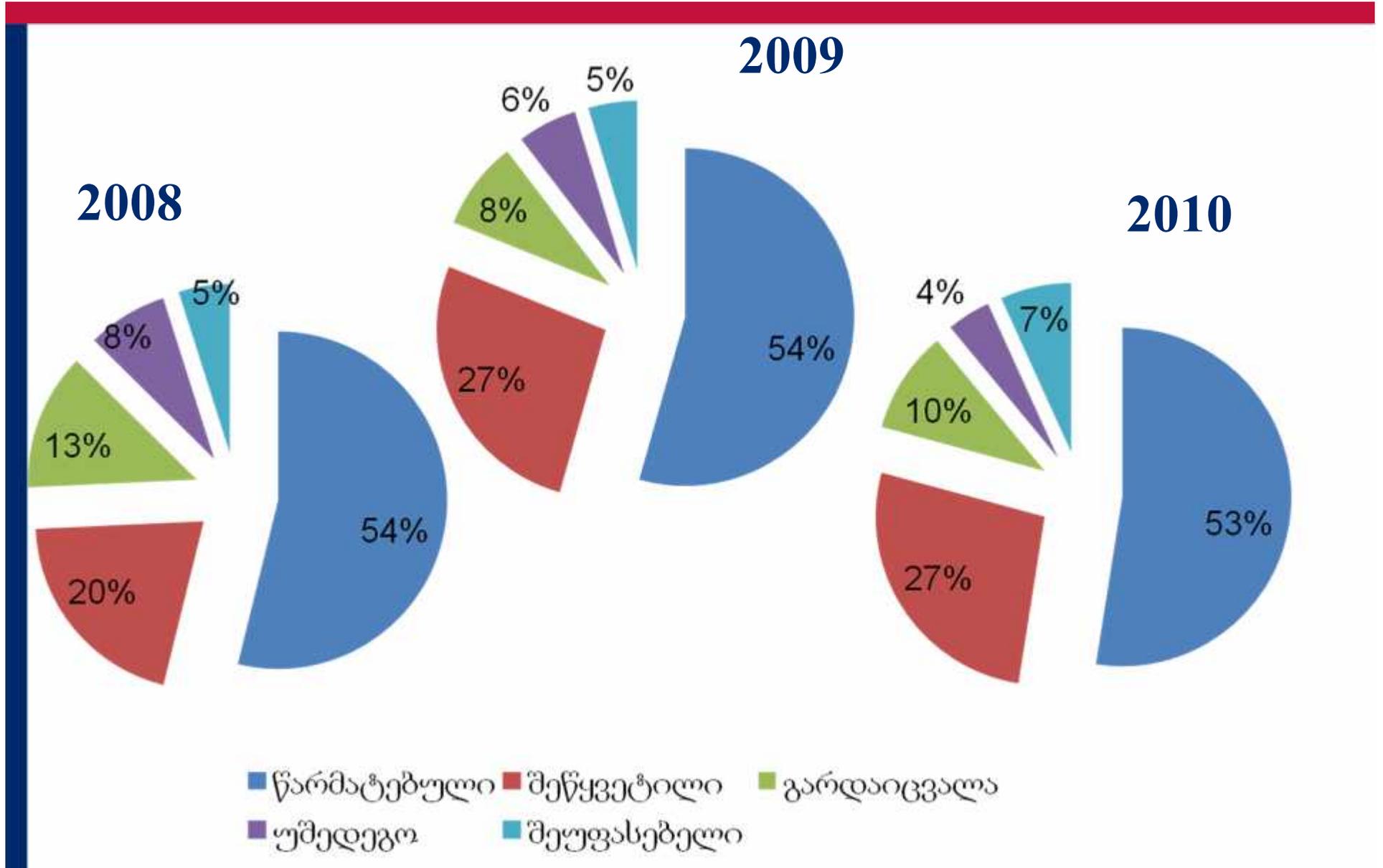
რეზისტენტული ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტთა მკურნალობაში ჩართვის დინამიკა (აბსოლუტურ რიცხვებში)



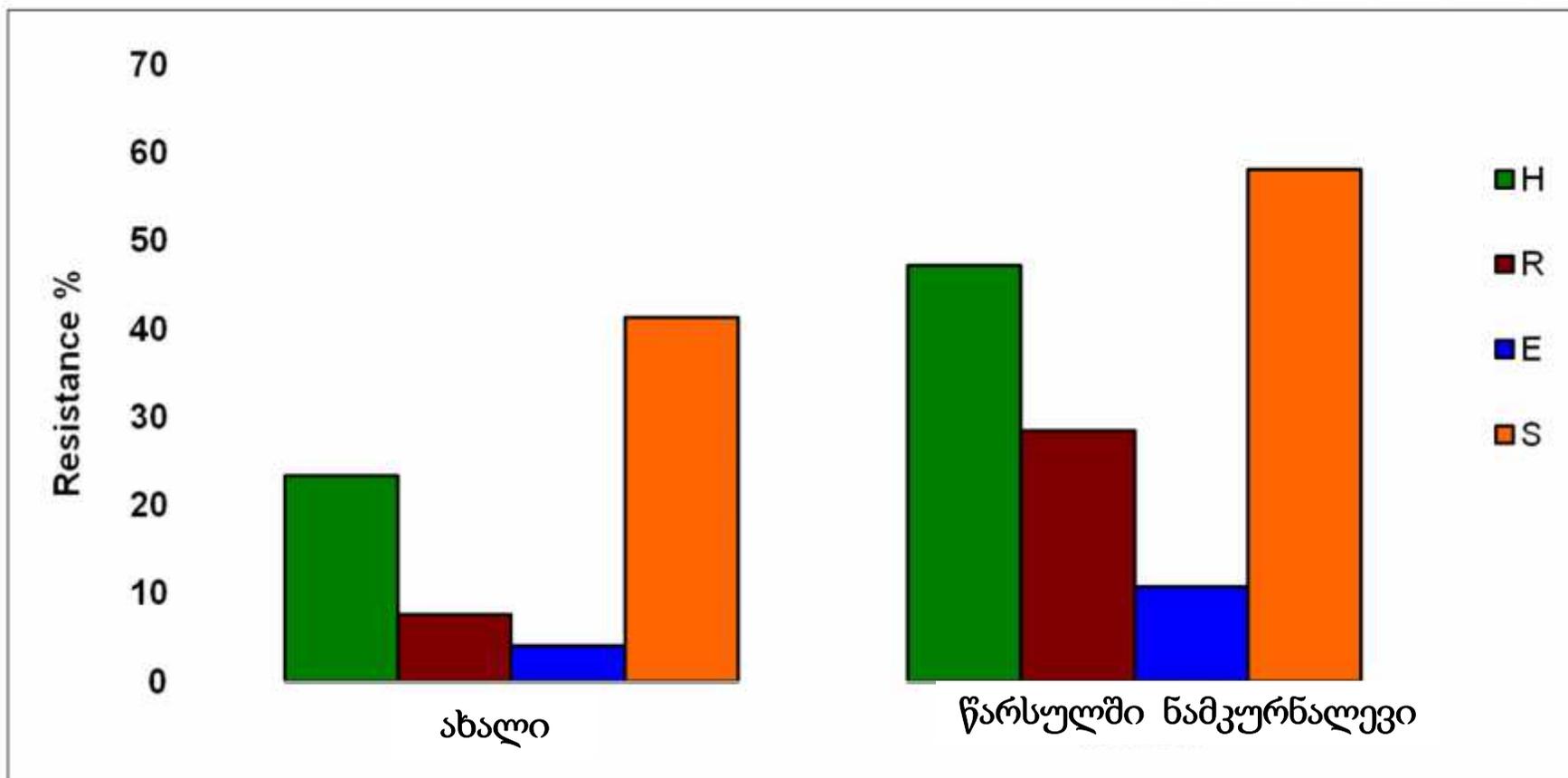
ახალ მგბ(+) და/ან კულტურა-დადებით შემთხვევათა მკურნალობის გამოსავლები



M/XDR-TB მკურნალობის შედეგები



რეზისტენტობის გავრცელება I რიგის ტუბსაწინააღმდეგო მედიკამენტების მიმართ



ათასწლეულის განვითარების მიზნები

სტრატეგია ” შევაჩეროთ ტუბერკულოზი”

ტუბერკულოზთან ბრძოლის პრინციპები

- ადრეული გამოვლენა, დიაგნოსტიკა, ტუბერკულოზის ყველა შემთხვევის ადექვატური მკურნალობა
- კონტაქტების გამოვლენა კონტაგიოზურ პაციენტებში

სტრატეგია - შევაჩეროთ ტუბერკულოზი

ახალი ხედვა

ტუბერკულოზისგან თავისუფალი
მსოფლიო

სტრატეგია - შევაჩეროთ ტუბერკულოზი

მიზანი

2015 წლისთვის მნიშვნელოვნად შევამციროთ
ტუბერკულოზის გლობალური ტვირთი
ათასწლეულის მიზნების განვითარების სფეროში
STOP-TB-ის ამოცანების მიხედვით

სტრატეგია - შვეაჩეროთ ტუბერკულოზი ამოცანები

- ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტთა ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა
- პაციენტთათვის ტუბერკულოზთან დაკავშირებული სოციალურ-ეკონომიკური სიძნელეების შემცირება
- მოსახლეობის დაუცველ ჯგუფებში ტუბერკულოზის ისეთი მძიმე ფორმების სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა, როგორცაა M/XDR-TB, TB/HIV შემთხვევები
- ტუბერკულოზის კონტროლთან დაკავშირებული ახალი მიდგომებისა და მეთოდების განხორციელების მხარდაჭერა, მათი დროული და ეფექტური გამოყენება
- ადამიანის უფლებების დაცვა ტუბერკულოზის პრევენციის, მკურნალობისა და კონტროლის ღონისძიებებში

სტრატეგია - შვეაჩეროთ ტუბერკულოზი მიზნობრივი მაჩვენებლები

- 2015 წლისთვის შვეაჩეროთ ტუბერკულოზის შემთხვევების ზრდა და შევძლოთ ავადობის შემცირება
- 2015 წლისთვის 50%-ით შვეამციროთ ტუბერკულოზის გავრცელება და ტუბერკულოზით გამოწვეული სიკვდილობა
- 2050 წლისთვის შევძლოთ ტუბერკულოზის, როგორც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრობლემის აღმოფხვრა (1 000 000 - 1 შემთხვევა).

სტრატეგია - შევაჩეროთ ტუბერკულოზი ექვსი კომპონენტი

1. მაღალი ხარისხის DOTS-ის შემდგომი გაძლიერება-გაფართოება
2. ბრძოლა TB/HIV კოინფექციასთან, განსაკუთრებული მიდგომები MDR-TB-ის მართვასა და სხვა გამოწვევებზე
3. პირველადი ჯანდაცვის სისტემების გაძლიერებაში მონაწილეობა
4. სხვადასხვა სამედიცინო სერვისის მიმწოდებლების ჩართულობის უზრუნველყოფა
5. საზოგადოების ჩართვის და ტუბერკულოზით დაავადებულთა დამყოლობის უზრუნველყოფა
6. სამეცნიერო კვლევების გაძლიერება და მხარდაჭერა

სტრატეგია - შვეაჩეროთ ტუბერკულოზი (მესამე კომპონენტი)

- პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების ჩართვა ტუბერკულოზის კონტროლში
- ქვეყნის, რეგიონისა და რაიონის დონეზე პროგრამის პრიორიტეტულობა და განსახორციელებელი ღონისძიებების დაგეგმვა
- ტუბერკულოზის კონტროლის ძირითადი ღონისძიებების უზრუნველყოფა - ადრეული დაიგნოსტიკა, ეფექტური მკურნალობა, მედიკამენტების მიწოდება, რეგისტრაცია-ანგარიშგება
- პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში მომუშავე ოჯახის ექიმებისა და ექთნების განსწავლა ტუბერკულოზის საკითხებში.



სტრატეგია - შევაჩეროთ ტუბერკულოზი (მეექვსე კომპონენტი)

- სამეცნიერო კვლევების განხორციელების მხარდაჭერა
- მხარდაჭერა და მონაწილეობა სამეცნიერო კვლევების განხორციელებაზე, რომლებიც მიმართულია:

ახალი დიაგნოსტიკური მეთოდების

ახალი ტუბსაწინააღმდეგო მედიკამენტების

ახალი ვაქცინების შექმნაზე

პრობლემები ტუბერკულოზის კონტროლში

- დიაგნოსტიკური საშუალებები 100 წლისაა
- ტუბსაწინააღმდეგო მედიკამენტები 43 წლის
- ვაქცინა - 88 წლის



USAID | **GEORGIA**
FROM THE AMERICAN PEOPLE

TUBERCULOSIS
PREVENTION
PROJECT

თემა 2:

ტუბერკულოზის შემთხვევების დეფინიციები

მარინა ჯანჯღავა, MD, PhD

2013წ

ტუბერკულოზის შემთხვევათა კლასიფიკაცია

მოიცავს შემდეგ კრიტერიუმებს

1. დაავადების ლოკალიზაცია
2. წარსულის მკურნალობის ანამნეზი
3. ბაქტერიოლოგიური კვლევის შედეგები
4. რეზისტენტობის პროფილი

1. დაავადების ლოკალიზაციის მიხედვით

- ფილტვის ტუბერკულოზი - სპეციფიკური პროცესი მოიცავს მხოლოდ ფილტვის პარენქიმას.
- ფილტვგარეშე ტუბერკულოზი - სპეციფიკური პროცესი ლოკალიზდება ნებისმიერ სხვა ორგანოში

2. წარსულის მკურნალობის ანამნეზის მიხედვით:

- ახალი შემთხვევა

პაციენტი, რომელსაც არასოდეს მიუღია ტუბსაწინააღმდეგო მედიკამენტები ან ღებულობდა არაუმეტეს ერთი თვისა

- წარსულში ნამკურნალები შემთხვევა

პაციენტი, რომელიც იტარებდა მკურნალობას პირველი და ან მეორე რიგის ტუბსაწინააღმდეგო მედიკამენტებით ერთი თვის ან მეტი დროის

2. წარსულში ნამკურნალები შემთხვევა:

- წარსულში პირველი რიგის მედიკამენტებით ნამკურნალები შემთხვევა – პაციენტი, რომელიც მკურნალობას იტარებდა I რიგის მედიკამენტებით ერთი თვის ან მეტი დროის განმავლობაში
- წარსულში მეორე რიგის მედიკამენტებით ნამკურნალები შემთხვევა – პაციენტი, რომელიც მკურნალობას იტარებდა II რიგის მედიკამენტებით ერთი თვის ან მეტი დროის განმავლობაში

3. ბაქტერიოლოგიური კვლევის შედეგების მიხედვით

ფილტვის ტუბერკულოზის მგბ (+) შემთხვევა

ფილტვის ტუბერკულოზის მგბ (-) შემთხვევა

- ფილტვის ტუბერკულოზის მგბ(+) შემთხვევა - პაციენტი, მწავაგამძლე ბაქტერიებზე ნახველის ნაცხის მიკროსკოპული გამოკვლევის ერთი ან მეტი დადებითი შედეგით

3. ბაქტერიოლოგიური კვლევის შედეგების მიხედვით

ფილტვის ტუბერკულოზის მგბ (-) შემთხვევა

- მგბ(-) მაგრამ კულტურა დადებითი შემთხვევა:
პაციენტი, მწავაგამძლე ბაქტერიებზე ნახველის ნაცხის მიკროსკოპული გამოკვლევის სულ მცირე ორი უარყოფითი შედეგით

3. ბაქტერიოლოგიური კვლევის შედეგების მიხედვით

ფილტვის ტუბერკულოზის მგბ (-) შემთხვევა

➤ მგბ(-) მაგრამ აკმაყოფილებს შემდეგ კრიტერიუმებს:

- რენტგენოლოგიურად აღინიშნება აქტიური ტუბერკულოზისთვის დამახასიათებელი ცვლილებები
- არსებობს ექიმის კლინიკური გადაწყვეტილება ქიმიოთერაპიის ჩატარების შესახებ
- არ აღინიშნება დადებითი დინამიკა ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკებით მკურნალობის ფონზე

4. რეზისტენტობის პროფილის მიხედვით:

- რეგულარული ტუბერკულოზი - დაავადების გამომწვევი მიკობაქტერია მგრძობიარეა ყველა პირველი რიგის ტუბსაწინააღმდეგო მედიკამენტის მიმართ;
- მონორეზისტენტული ტუბერკულოზი (SDR-TB) – დაავადების გამომწვევი მიკობაქტერია გამძლეა ერთი რომელიმე ტუბსაწინააღმდეგო მედიკამენტის მიმართ;
- პოლირეზისტენტული ტუბერკულოზი (PDR-TB) – დაავადების გამომწვევი მიკობაქტერია გამძლეა ორი ან მეტი ტუბსაწინააღმდეგო მედიკამენტის, მაგრამ არა ერთდროულად იზონიაზიდის და რიფამპიციინის მიმართ

4. რეზისტენტობის პროფილის მიხედვით

- მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზი (**MDR**) - დაავადების გამომწვევი მიკობაქტერია გამძლეა ერთდროულად იზონიაზიდის და რიფამპიცინის მიმართ
- ექსტენსიურად რეზისტენტული ტუბერკულოზი (**XDR**) - დაავადების გამომწვევი მიკობაქტერი გამძლეა: იზონიაზიდის, რიფამპიცინის,
 - ✓ ფთორქინოლონების ჯგუფიდან ერთ-ერთი მედიკამენტისა და
 - ✓ საინექციო მედიკამენტებიდან (კანამიცინი, ამიკაცინი, კაპრეომიცინი) რომელიმეს მიმართ

რეზისტენტობა ახალ შემთხვევებში

- გამძლეობა პაციენტებში, რომელთაც არ უმკურნალიათ ტუბსაწინააღმდეგო მედიკამენტებით, ან მკურნალობა ჩატარებული აქვთ ერთ თვეზე ნაკლები დროის განმავლობაში

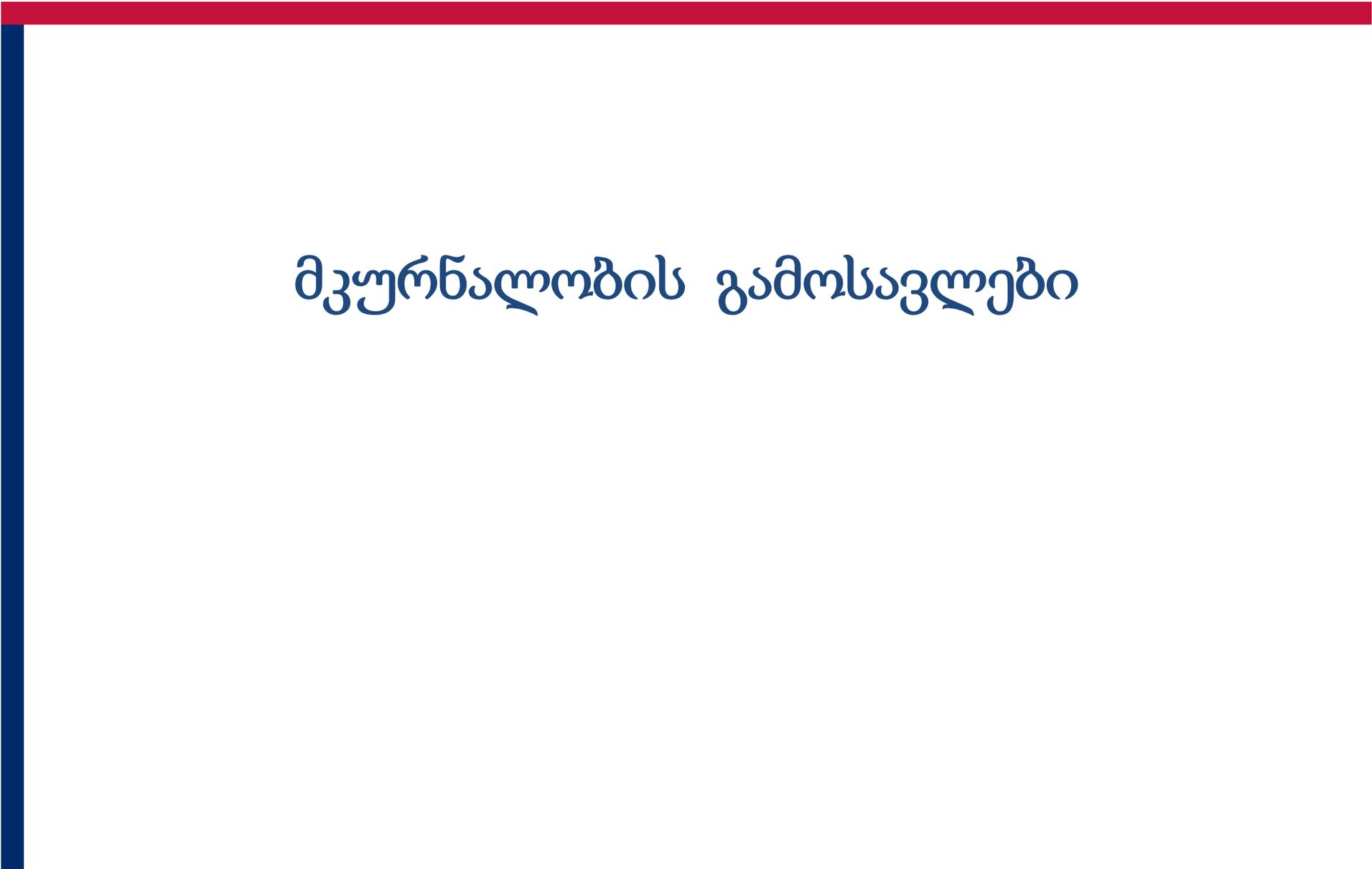
ეპიდემიოლოგიური მნიშვნელობა: პაციენტები სავარაუდოდ პირველად დაინფიცირდნენ რეზისტენტული შტამით

რეზისტენტობა წარსულში ნამკურნალევ შემთხვევებში

- გამძლეობა პაციენტებში, რომელთაც ტუბსაწინააღმდეგო მედიკამენტებით მკურნალობა ჩატარებული აქვთ ერთ თვეზე მეტი ხნის განმავლობაში

ეპიდემიოლოგიური მნიშვნელობა: პაციენტი, რომელიც თავიდან დაავადებული იყო მგრძნობიარე შტამით და შემდეგ განუვითარდა გამძლეობა:

- არასწორი, არარეგულარული მკურნალობის გამო
- მკურნალობის შეწყვეტის გამო



მკურნალობის გამოსავლები

რეგულარული ტუბერკულოზის მკურნალობის გამოსავლები

- განკურნება

საწყისი გამოკვლევით მგბ(+) ან კულტურა დადებითი ავადმყოფი, რომელმაც ჩაიტარა ქიმიოთერაპიის სრული კურსი და მკურნალობის ბოლოს და სულ მცირე ერთ-ერთ წინამორბედ გამოკვლევაში აქვს მგბ (-) ან კულტურა უარყოფითი პასუხი;

- დასრულებული მკურნალობა

პაციენტი, რომელმაც დაასრულა ქიმიოთერაპიის სრული კურსი, მაგრამ ვერ ხერხდება გამოსავლის განსაზღვრა, როგორც „განკურნება“

(მაგ. ბაქტერიოსკოპული კვლევის ნაკლებობის გამო)

„განკურნება“ + „დასრულებული მკურნალობა“ = წარმატებული მკურნალობა

რეგულარული ტუბერკულოზის მკურნალობის გამოსავლები:

- **შეწყვეტილი მკურნალობა:** პაციენტი, რომელმაც შეწყვიტა მკურნალობა 2 თვით ან მეტი ხნის განმავლობაში
- **მოკვდა:** პაციენტი, რომელიც მოკვდა მკურნალობის პერიოდში ნებისმიერი მიზეზით
- **უშედეგო:** პაციენტი, რომლის ნახველის ნაცხი ან კულტურა არის დადებითი მკურნალობის დაწყებიდან მეხუთე თვეს ან მოგვიანებით. ასევე, ის პაციენტები, რომლებსაც მკურნალობის ნებისმიერ მომენტში დაუდგინდათ მულტირეზისტენტობა, მიუხედავად იმისა პაციენტი მგზ დადებითია თუ უარყოფითი
- **გადასვლა:** პაციენტი, რომელიც მკურნალობის პერიოდში გადავიდა რეგისტრაციის სხვა სისტემაში და რომლის გამოსავალიც უცნობია.

რეზისტენტული ტუბერკულოზის მკურნალობის გამოსავლები

- **განკურნება:** პაციენტი, რომელმაც დაასრულა მკურნალობა (ქვეყნის პროტოკოლის მიხედვით) და მკურნალობის ბოლო 12 თვის მანძილზე აღენიშნება, სულ მცირე, 5 თანმიმდევრულად კულტურა-უარყოფითი შედეგი. თუ ამ პერიოდში აღინიშნა მხოლოდ ერთი კულტურა-დადებითი პასუხი და არ არის კლინიკური გაუარესების არავითარი ნიშანი, პაციენტი კვლავ შეიძლება ჩაითვალოს განკურნებულად, თუ ამ კულტურა-დადებით შედეგს ახლავს 30 დღის შუალედით აღებული ნიმუშების სამი მომდევნო კულტურა უარყოფითი პასუხი.
- **დასრულებული მკურნალობა:** პაციენტი, რომელმაც დაასრულა მკურნალობა (ქვეყნის პროტოკოლის მიხედვით), მაგრამ არ შეესაბამება განმარტებას “განკურნებული” ბაქტერიოლოგიური კვლევის შედეგების ნაკლებობის გამო (მაგ., 5-ზე ნაკლები კულტურალური კვლევა მკურნალობის ბოლო 12 თვის განმავლობაში).

„განკურნება“ + „დასრულებული მკურნალობა“ = წარმატებული მკურნალობა

რეზისტენტული ტუბერკულოზის მკურნალობის გამოსავლები:

- **შეწყვეტილი მკურნალობა:** პაციენტი, რომელმაც შეწყვიტა მკურნალობა 2 თვით ან მეტი ხნის განმავლობაში;
- **მოკვდა:** პაციენტი, რომელიც მოკვდა მკურნალობის პერიოდში ნებისმიერი მიზეზით;
- **უშედეგო:** ბოლო 12 თვის განმავლობაში გაკეთებული 5 კულტურალური კვლევიდან 2 ან მეტი, შედეგი არის დადებითი, ან თუ სამი უკანასკნელი კვლევიდან რომელიმე არის დადებითი. (მკურნალობა, ასევე, ითვლება უშედეგოდ მაშინ, როდესაც ხდება მისი შეწყვეტა კლინიკური გადაწყვეტილების საფუძველზე უეფექტობის ან გვერდითი მოვლენების გამო);
- **გადასვლა:** პაციენტი, რომელიც გადავიდა სხვა ტუბრეგისტრში და რომლის გამოსავალიც უცნობია.



USAID | **GEORGIA**
FROM THE AMERICAN PEOPLE

TUBERCULOSIS
PREVENTION
PROJECT

თემა 3:

ექვი ტუბერკულოზზე და
ტუბერკულოზზე საექვო
შემთხვევების მართვა

ლამარა ვაშაკიძე
2013 წელი

პრეზენტაციის შინაარსი

- პრეზენტაცია მოიცავს ინფორმაციას ტბ საექვო შემთხვევის კლინიკური ნიშნების, რისკ-ფაქტორების, დიფერენციული დიაგნოსტიკის და მართვის შესახებ პჯ ქსელში

პრეზენტაციის მიზანია:

- მსმენელმა გაიცნოს თემა, აითვისოს საექვო შემთხვევის იდენტიფიცირების და მისი სწორი მართვის პრაქტიკული ჩვევები

შესავალი

- TB შემთხვევის გამოვლენა და TB საექვო შემთხვევის სწორი მართვა ტუბერკულოზის ეფექტური კონტროლის აუცილებელი პირობაა
- TB შემთხვევის გამოვლენასა და TB საექვო შემთხვევის მართვაში მონაწილეობენ როგორც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ისე კერძო სექტორის ექიმები
- პროფესიული მოღვაწეობის პერიოდში TB საექვო შემთხვევას შეიძლება შეხვდეს თითქმის ყველა სპეციალობის ექიმი
- TB საექვო შემთხვევის მართვის წესი ეხება როგორც ფილტვის (PTB), ისე ფილტვგარეთა (EPTB) ფორმებს

TB საექვო შემთხვევის გამოვლენა

➤ შეიძლება განხორციელდეს:

- პასიური მეთოდით – როდესაც პაციენტი თავად მიმართავს ექიმს ჩივილებით
- აქტიური მეთოდით – როდესაც წარმოებს დაავადების აქტიური სკრინინგი მედპერსონალის მიერ

➤ ჩვენ ქვეყანაში მიღებულია TB გამოვლენის პასიური მეთოდი

აქტიური გამოვლენა ხორციელდება მხოლოდ ტბ მაღალი რისკის ჯგუფებში (კონტაქტები, ციხე, აივ-შიდსი)

ფილტვის TB საექვო შემთხვევა

- კონსულტაციაზე მოსულ პაციენტებთან TB საექვო შემთხვევის იდენტიფიკაციისათვის აუცილებელია:
 - შეფასდეს ჩივილები და კლინიკური ნიშნები
 - შეიკრიბოს დეტალური ანამნეზი
 - შეფასდეს რისკ-ფაქტორები და გამოიყოს რისკ-ჯგუფი
 - გაკეთდეს მსგავსი გამოვლინებების მქონე დაავადებების ჩამონათვალი და პროტოკოლების მიხედვით შემუშავდეს გამოკვლევის გეგმა

გახსოვდეთ!

2 კვირაზე მეტი ხანგრძლივობით

- ხველა
- სისუსტე
- უმადობა
- წონაში დაკლება
- ღამის ოფლიანობა
- სუბფებრილური ტემპერატურა

საექვოა ფილტვის ტუბერკულოზზე
და მოითხოვს გამოკვლევას!!!

ფილტვის ტუბერკულოზზე (PTB) საექვო კლინიკური ნიშნები

- გულ-მკერდის სიმპტომები
 - ხველა მშრალი, ან პროდუქტიული (95%)
 - სისხლიანი ხველა, ან სისხლდენა ფილტვებიდან
 - ტკივილი გულ-მკერდის არეში
 - სუნთქვის გაძნელება
- ზოგადი კლინიკური ნიშნები
 - სისუსტე
 - უმადობა და წონაში დაკლება
 - ღამის ოფლიანობა
 - სუბფებრილიტეტი

PTB საექვო გულ-მკერდის სიმპტომები

- ხველა – მშრალი, ან მცირედ პროდუქტიული, ხანგრძლივობა 2 კვირაზე მეტი, დღიური და სეზონური რითმი არ ახასიათებს, არ არის შეტევითი ხასიათის, არ ახასიათებს კავშირი გამაღიზიანებლებზე
- სისხლიანი ხველა, ან ფილტვებიდან სისხლდენა – შეიძლება იყოს PTB პირველი, ზოგჯერ ერთადერთი ნიშანი. თან ახლავს ქსოვილის რღვევას. სისხლი ალისფერია, საკვების მინარევების გარეშე
 - გაითვალისწინეთ სხვა შესაძლო მიზეზები: Cr, ბრონქოექტაზიები, ჰიპერტენზია, პორტული ჰიპერტენზია, გულის დაავადება, გასტრალური გენეზი და თრომბოემბოლია

PTB საექვო გულ-მკერდის სიმპტომები

(გაგრძელება)

- ტკივილი გულმკერდში
 - აღინიშნება მაშინ, როცა დაინტერესებულია პლევრა
 - უნდა შეფასდეს ლოკალიზაცია, სიმწვავე, ხანგრძლივობა, ირადაცია
 - გამოირიცხოს ექსტრაპულმონური მიზეზი: მიოზიტი, მიალგია, ტრამვა
 - განსახილველია: მშრალი პლევრიტი, ფილტვის ინფარქტი, მიოკარდიუმის ინფარქტი, პნევმოთორაქსი, Cr

PTB საექვო გულ-მკერდის სიმპტომები (გაგრძელება)

- დისპნოე და სუნთქვის უკმარისობა
- დამოკიდებულია სასუნთქი ზედაპირის დაზიანების მოცულობაზე
- როგორც წესი არის ჰიდროთორაქსის ან დიფუზური დაზიანების დროს
- განსახილველია ექსტრაპულმონური გენეზი: კარდიალური, ანემია, ცენტრალური წარმოშობა

PTB საექვო ზოგადი კლინიკური სიმპტომები

➤ ზოგადი კლინიკური ნიშნები

- სისუსტე, ადვილად დაღლა
- უმადობა
- წონაში დაკლება
- ოფლიანობა
- სუბფებრალური t° დღის მეორე ნახევარში

PTB საექვო ფიზიკური გამოკვლევის მონაცემები

- აუსკულტაციური და პერკუტორული სიმპტომები
 - პერკუტორული ხმიანობის შეცვლა
 - შესუსტებული სუნთქვა
 - ბრონქული სუნთქვა
 - სხვადასხვა ყალიბის სველი და მშრალი ხიხინი
- ძირითადი განმასხვავებელი ნიშანი არის ზ/წილოვანი ლოკალიზაცია

მონაცემები, რომლებიც ამყარებენ TB ეჭვს

➤ TB რისკ-ჯგუფი

- მგბ (+) ტუბერკულოზით დაავადებულ პირთან კონტაქტი
- რენტგენოლოგიურად დადასტურებული პოსტტუბერკულოზური ნარჩენი ცვლილებები ფილტვებში, ან ადრე ჩატარებული ანტი TB მკურნალობა
- თავისუფლების აღკვეთის ადგილებში ყოფნა ან პენიტენციალურ დაწესებულებაში მუშაობა
- ტუბდაწესებულებების თანამშრომლები
- ხანგრძლივი დაყოვნების დაწესებულებებში ყოფნა (მოხუცებულთა სახლები, თავშესაფრები, ფსიქიატრიული საავადმყოფოები)

მონაცემები, რომლებიც ამყარებენ TB ეჭვს

➤ TB რისკ-ჯგუფი

- აივ-შიდსი
- დაქვეითებული იმუნორეზისტენტობა
 - დიაბეტი
 - წყლულოვანი დაავადება
 - გასტრექტომია, ბაიპასი
 - კორტიკოსტეროიდული თერაპია
 - ქიმიო და სხივური თერაპია
- ალკოჰოლიზმი
- ნარკომანია
- მალნუტრიცია (სხეულის მასის დეფიციტი 10% მეტი)

ყურადსაღებია, რომ:

ყურადსაღებია, რომ:

- გულ-მკერდის სიმპტომები, ზოგადი კლინიკური ნიშნები და პერკუტორულ-აუსკულატაციური მონაცემები არასპეციფიკური ხასიათისაა, ასახავენ სასუნთქი სისტემის პათოლოგიას, მაგრამ ვერ ადასტურებენ დიაგნოზს
საშუალებას იძლევიან გამოიყოს TB საექვო პირები შემდგომი გამოკვლევისთვის
- PTB დიაგნოზს უტყუარად ადასტურებს მხოლოდ მიკობაქტერიის გამოვლენა ნახველში

გახსოვდეთ!

- კლინიკური ნიშნებთან ერთად ერთი ან მეტი რისკ-ფაქტორის არსებობა – ამყარებს ეჭვს TB!
- რესპირატორული სიმპტომების ხანგრძლივობა 2 კვირაზე ნაკლებ ხანს არ გამორიცხავს TB, მაგრამ სხვა დაავადებებიც უნდა განიხილოს
- თუ რესპირატორული სიმპტომების გამოვლენის ხანგრძლივობა 2 კვირას აღემატება ყველაზე სავარაუდო ტუბერკულოზია
- თუ სიმპტომების ხანგრძლივობა არის თვეები ან წლები და წინა გამოკვლევები დინამიკაში გამორიცხავს ტუბერკულოზს, უნდა განვიხილოთ სხვა დაავადებები

რესპირატორული სიმპტომების ხანგრძლივობის მიხედვით განსახილველი დაავადებები

რესპირატორული სიმპტომები \leq 2 კვირა

- სასუნთქი სისტემის მწვავე ანთებითი დაავადებები
 - რესპირატორული ინფექციების სეზონური ეპიდსიტუაცია
 - თანდართული ყელის ტკივილი, სურდო და ზ.ს.გ. კატარის მოვლენები
- მწვავე ბაქტერიული პნევმონია (წილოვანი, კეროვანი)
- ატიპური, ინტერსტიციული პნევმონიები
- დესტრუქციული პნევმონიები

რესპირატორული სიმპტომების ხანგრძლივობის მიხედვით განსახილველი დაავადებები

რესპირატორული სიმპტომები 2 კვირა

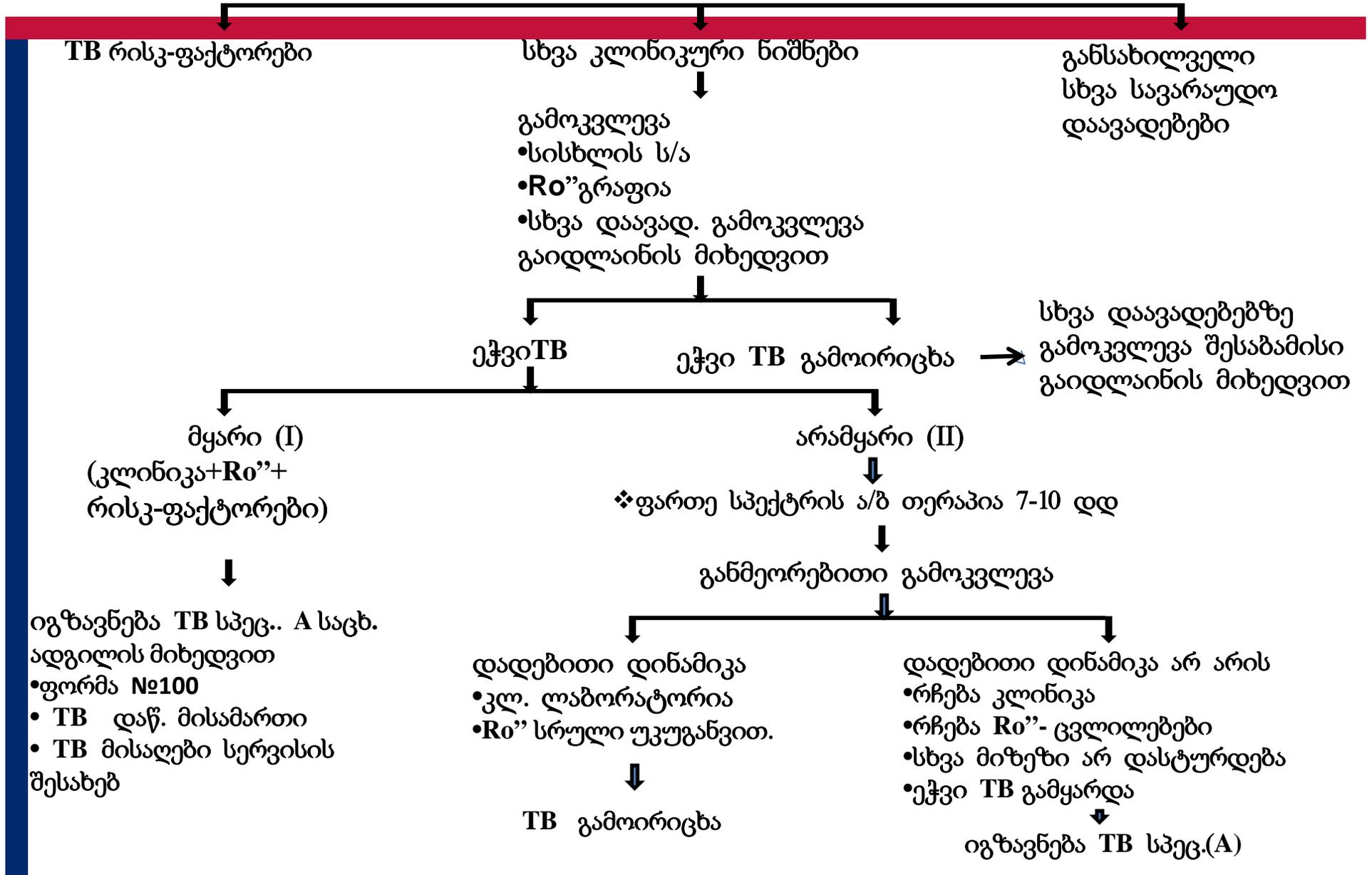
- ქრონიკული ბრონქიტი (ფქოდი)
- ბრონქოექტაზული დაავადება
- ბრონქული ასთმა
- ფილტვის კიბო (პირველადი, მეტასტაზური)
- გულის დაავადებები (დეკომპენსირებული მანკები, გულის ქრ.უკმარისობა, შეგუბებითი ფილტვი)
- ფილტვების ინტერსციტული დაავადებები (პნევმოფიბროზები)

გვახსოვდეს!

- ყველა ჩამოთვლილი დაავადების მართვა ხდება ეროვნული გაიდლაინების მიხედვით!
- გაიდლაინები და პროტოკოლები ხელმისაწვდომია ჯანდაცვის სამინისტროს ვებ.გვერდზე
www.moh.gov.ge

TB საექვო შემთხვევის მართვა

ამბულატორიული პაციენტი ხველით და/ან TB საექვო ზოგადი კლინიკური ნიშნებით



გვანსოვდეს!

- ფართო სპექტრის ა/ზ თერაპიის ჩატარების დროს არ უნდა იქნას გამოყენებული:
 - ✓ სტრეპტომიცინი
 - ✓ კანამიცინი
 - ✓ ამიკაცინი
 - ✓ რიფამპიცინი
 - ✓ ფთორქინილონები
- ჩამოთვლილ ა/ზ ახასიათებს ანტიტუბერკულოზური მოქმედება და მათი გამოყენება
 - ✓ წაშლის სურათს, რაც დაავადებას გამოვლენას;
 - ✓ გაზრდის პირველადი რეზისტენტობის განვითარების ალბათობას;

გულ-მკერდის “R₀” გრაფიის დიაგნოსტიკური ღირებულება

- რენტგენოგრაფია წარმოადგენს გამოკვლევას სენსიტიურ, მაგრამ არასპეციფიკურ მეთოდს, სუბიექტურობის რისკით
- ასახავს არსებულ მორფოლოგიურ ცვლილებებს, მაგრამ ვერ ადასტურებს TB დიაგნოზს
- იძლევა იმ პირთა იდენტიფიცირების საშუალებას, რომლებიც შემდგომ კვლევებს საჭიროებენ – პირები უარყოფითი დინამიკით ანტიბაქტერიული მკურნალობის შემდეგ
- აივ-შიდსიანი პაციენტებთან ცვლილებები მინიმალური და ატიპიურია

შესაძლო “R₀” ცვლილებები

- კეროვანი ჩრდილები
- წილოვანი, სეგმენტური და სუბსეგმენტური ინფილტრატები
- მრგვალი ჩრდილები
- ბეჭდისებური ჩრდილები და რღვევის უბნები
- გადიდებული ლ/კვანძების ჩრდილები
- პლევრის ღრუში სითხე და/ან ჰაერი
- ფიბროზული და ციროტული ცვლილებებისათვის დამახასიათებელი სურათი

სამახსოვრო ექიმს

- ფორმა 100 შევსებისას დეტალურად უნდა იქნას დასაბუთებული ტბ-ის ეჭვის მიზეზები: კლინიკა, რისკ-ფაქტორები და ჩატარებული მკურნალობის არაეფექტურობა
- პაციენტმა უნდა იცოდეს ტბ სპეციალისტთან რა მოცულობის მომსახურეობას მიიღებს უფასოს ამბულატორიულ რეჟიმში
 - ✓ ექიმის კონსულტაცია
 - ✓ ნახველის გამოკვლევა
 - ✓ რენტგენოლოგიური გამოკვლევა
 - ✓ ნებისმიერი დამატებითი გამოკვლევა – ფასიანია!
- ტბ გამორიცხვის შემთხვევაში პაციენტი უბრუნდება პჯდ ექიმს და აგრძელებს გამოკვლევას
- ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკის შემთხვევაში იღებს ინფორმაციას პაციენტის ტეკ-ში ინტეგრირების შესახებ და აფიქსირებს ამას.

მდგომარეობები, რომელიც შეიძლება ახლდეს TB პროცესს, როგორც გართულება

- პნევმოთორაქსი – პლევრის ფურცლის მთლიანობის დარღვევა, შესაძლოა TB სუბპლევრული კერის პევრის ღრუში გახსნის შედეგად განვითარდეს
- სისხლიანი ხველა და სისხლდენა ფილტვებიდან – დაკავშირებულია ქსოვილის დესტრუქციასთან TB შორსწასული ფორმის დროს
- ფილტვ-გულის უკმარისობა – ფილტვის TB შორსწასული, გავრცელებული ფორმების დროს განვითარებული მარჯვენა გულის უკმარისობა ე.წ. “ფილტვისმიერი გული”, როგორც ფილტვის არტერიის ჰიპერტენზიის შედეგი

მდგომარეობები, რომელიც შეიძლება ახლდეს TB პროცესს, როგორც გართულება (გაგრძელება)

- ამილოიდოზი – მეორადი ამილოიდოზი TB შორსწასული ქრონიკული ფორმების ფონზე. გამოვლინდება ძირითადად თირკმლის, იშვიათად – ღვიძლის უკმარისობით
- ჰიდროთორაქსი – პლევრის ღრუში სითხის დაგროვება TB პირველადი ინფიცირების პერიოდში, ანუ TB პლევრიტი
- პოლისეროზიტი – პლევრის, პერიტონეუმის და პერიკარდიუმის ღრუში სითხის დაგროვება, როგორც TB პირველადი ინფიცირების პერიოდის რეაქტიული ექსუდაცია

გვახსოვდეს!

- აღწერილი მდგომარეობები შეიძლება ტუბერკულოზის გართულება იყოს
- უნდა იქნას განხილული, როგორც ეჭვი ტუბერკულოზზე
- უნდა ჩატარდეს TB სპეციალისტის კონსულტაცია და შესაბამისი გამოკვლევები

პნევმონიის და ტუბერკულოზის დიფერენცირება

დიფ. დიაგნოზი საჭიროა:

- გახანგრძლივებული პნევმონიების დროს;
- ზემოწილოვანი S1; S2 და S6 ლოკალიზაციის პნევმონიების დროს;
- დესტრუქციით მიმდინარე პნევმონიების;
- ატიპიური პნევმონიების დროს.

პნევმონია	ტუბერკულოზი
<ul style="list-style-type: none"> ➤ მწვავე დასაწყისი, შემცივნება, მაღალი ტემპერატურა ძლიერი ინტოქსიკაცია და ოფლიანობა; ➤ ხველა ნახველით (ზოგჯერ ჟანგისფერი), შემაწუხებელი; ➤ გამოხატული კრეპიტაცია და ბრონქული ელფერის სუნთქვა ქვემო ველებში; ➤ გამოხატული ლეიკოციტოზი, მარცხნივ გადახრა, მომატებული ედს-ი; ➤ რენტგენზე ინფილტრაციული ჩრდილები შუა და ქვემო ველებში; ➤ ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკოთერაპიის პირობებში დადებითი დინამიკა, რენტგენი 2 კვირაში. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ქვემწვავე, თანდათანობით დასაწყისი, სუბფებრილიტეტი, ღამის ოფლიანობა, წონაში დაკლება; ➤ ხველა (უფრო ჩახველება), ზოგჯერ ნახველით, ან სისხლიანი ხველა 3 კვირაზე მეტი ხანგრძლივობით; ➤ აუსკულტაციური ფენომენები ღარიბია, შესაძლოა ნაზი კრეპიტაცია ინფილტრაციის ლოკაციის არეში ➤ ნორმო-, ან უმნიშვნელო ლეიკოციტოზი, ლიმფოციტოზი, ზომიერი ედს-ი; ➤ რენტგენზე ინფილტრაციული ჩრდილები უპირატესად ზემო ველებში; ➤ ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკოთერაპიის ფონზე ეფექტი არ არის.

დისემინირებული ტბ და ფილტვის დიფუზური დაზიანებების დიფერენცირება

- შეგუბებითი ფილტვი (გულის პათოლოგიის ფონზე);
- ქრონიკული ბრონქიტი;
- ინტერსტიციული პნევმონია;
- პნევმოფიბროზები.

შეგუბებითი ფილტვი	დისემინირებული TB
<ul style="list-style-type: none"> ➤სახეზეა კარდიალური დაავადების ფონი (გ.ი.დ, მანკი, მიოკარდიტი) ➤ხველა, ქოშინი, ტკივილი მკერდში, მოვარდისფრო ქაფიანი ნახველი; ➤ტემპერატურა ნორმა (თუ არ დაერთო ინფექცია); ➤ქვემო ველებში მოისმინება სხვადასხვა კალიბრის სველი ხიხინი; ➤ლეიკოციტები და ედს-ი ნორმა (თუ არ დაერთო ჰიპოსტატური პნევმონია) ➤ღო-შუა და ქვემო ველებში დიდი კერები და ბადის სურათი, კარი უსტრუქტურო; ➤სწრაფი უკუგანვითარება გლიკოზიდების და შარდმდენების ფონზე. ➤გლიკოზიდების და შარდმდენების ფონზე. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤კარდიალური დაავადება არ არის; ➤მშრალი ხველა, მცირე ნახველით, ტ, ქოშინი, შესაძლოა მენინგიზმის ნიშნები; ➤კატარალური მოვლენები არ მოისმინება; ➤ლეიკოციტები და ედს-ი ზომიერად მომატებული; ➤რენტგენზე- ზემო ველები, ლატერალური, სუბპლევრალური არეები, წვრილი კერები, კარი გაგანიერებული არ არის; ➤კარდიალურ თერაპიას არ ექვემდებარება.

ფილტვის ინტერსტიციული დაავადებები (პნევმოფიბროზები)

- პათოლოგიური პროცესი ლოკალიზებულია ინტერსტიციუმში;
- წარმოდგენილია ინტერსტიციული ფიბროზით, ან გრანულომატოზით;
- მატულობს მანძილი სუბეპითელსა და სუბენდოთელს შორის, რის გამოც გაძნელებულია დიფუზია (შენარჩუნებულია ვენტილაცია და პერფუზია).

პნევმოფიბროზი

- ქოშინის და სუნთქვის უკმარისობის ხანგრძლივი (2-3 წწ) ანამნეზი;
- მცირე ხველა, უფრო მშრალი;
- ტემპერატურა და ლეიკოციტები ნორმა (ან დამოკიდებულია ფონურ დაავადებაზე);
- უხეში ხმიანობა, სკლეროზული ხიხინი ქვემო ველებში;
- რენტგენზე-ინტერსტიციული ფიბროზი შუა და ქვემო ველებში, “თაფლის ფიჭა”;
- ექვემდებარება კორტიკოსტეროიდულ თერაპიას.

დისემინირებული TB

- ქვემწვავე მიმდინარეობა, ტემპერატურა, ხველა, ინტოქსიკაცია, სუნთქვის უკმარისობა;
- კატარალური მოვლენები არ მოისმინება;
- რენტგენზე- წვრილკეროვანი დისემინაცია ფილტვის ზემო ველებში და ლატერალურად, სუბპლევრალურად, ე.წ. “დამტამპული” კავერნები, კარი გადიდებული არ არის;
- ექვემდებარება ანტი ტბ მკურნალობას.

ქრონიკული ბრონქიტი

- ხველა 3 თვის განმავლობაში ბოლო 2 წლის მანძილზე;
- ხველა ნახველით, ჩვეულებრივ დილით, ადგომის შემდეგ;
- ინტოქსიკაცია და ტემპერატურა არ არის (თუ არ დაერთო ინფექცია);
- ქოშინი და სუნთქვის უკმარისობა ვითარდება წლების შემდეგ (ობსტრუქციის შედეგად);
- გაფანტული მოგუგუნე მშრალი ხიხინი, გახანგრძლივებული ამოსუნთქვა, ექსპირაციული ქოშინი;
- ლეიკოციტები და ედს-ი ნორმა (თუ არ დაერთო ინფექცია);
- რენტგენზე გაძლიერებული ბრონქული სურათი უფრო შუა და ქვემო ველებში, პერიბრონქიტი.

ფილტვის სიმსივნის კლინიკური სიმპტომები ტბ დიფ-დიაგნოსტიკისათვის:

- ხველა მშრალი, ჯერ გარდამავალი, შემდეგ მუდმივი, მყეფავი, ლორწოვან-ჩირქოვანი ნახველის გამოყოფით, ნახველის შეწყვეტა მიუთითებს ბრონქის დახშობაზე;
- ნახველში სისხლის ზონრები – ცენტრალური კიბოს შემთხვევათა 40%-ში;
- ქოშინი (30-40%) დამოკიდებულია დახშული ბრონქის კალიბრზე;
- ტკივილი დაზიანებულ მხარეს პროცესში პლევრის ჩათრევის გამო (70%) (პანკოსტის ტიპის);
- ტემპერატურა (40-80%) ატელექტაზის უბანში ე.წ. პარაკანკროზული პნევმონიის დროს, ასევე ნახველის დრენაჟის დარღვევით და სიმსივნის რღვევის პროდუქტების შეწოვით გამოწვეული ინტოქსიკაცია

პარანეოპლასტიური ნიშნები:

- ენდოკრინული (12%) – კუშინგის სინდრომი, ჰიპერგლიკემია, ჰიპოფოსფატემია, ჰიპონატრიემია – პარათირეოიდული და ადენოკორტიკოიდული ჰორმონის ექტოპიური სეკრეციის გამო;
- ძვლების მხრივ (30%) – “დოლის ჯოხის” თითები, ოსტეოართროპათია;
- ნევროლოგიური დარღვევები (1%) – მiasტენური სინდრომი, პერიფერიული ნეიროპათია, პოლიმიოზიტი, ტვინის დეგენერაცია;
- კოაგულოპათია (1-8%) – მიგრირებადი თრომბოფლებიტები, ანემია;
- კანის დაზიანება(1%) – დერმატომიოზიტი, პიგმენტური დისტროფია.

Cr კომპრესიული ნიშნები

- დისფაგია;
- ტრაქეის ობსტრუქცია;
- რეკურენსის ნიშანი-ხმის ჩახლეჩა;
- დიაფრაგმის ნერვზე ზეწოლა და დიაფრაგმის ელევაცია;
- სიმპათიკურ ნერვზე ზეწოლით გამოწვეული ფთოზი;
- ზემო ღრუ ვენის სინდრომი;
- პანკოსტა I-II ნეკნის რღვევით.

დიაგნოსტიკური გამოკვლევები:

- რენტგენო-ტომოგრაფია;
- კომპიუტერული ტომოგრაფია;
- ბრონქოსკოპია ბიოფსიით;
- მასალის ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური კვლევა;
- პლევრის სითხის ანალიზი (კლინიკური, ბიოქიმიური, ბაქტერიოლოგიური);
- დიაგნოსტიკური თორაკოსკოპია, თორაკოცენტეზი;
- ლიმფური კვანძის პუნქცია;
- ანთებითი პროცესის ეტიოლოგიის ბაქტერიოლოგიური და სეროლოგიური დიაგნოსტიკა;
- პლევრის ღრუს ექოსკოპია;
- ანგიოპულმონოგრაფია;
- გარეგანი სუნთქვის ფუნქციის შესწავლა.



USAID | **GEORGIA**
FROM THE AMERICAN PEOPLE

TUBERCULOSIS
PREVENTION
PROJECT

თემა 4:

ლატენტური ტუბერკულოზური
ინფექცია (LTBI)

ლამარა ვაშაკიძე
2013

პრეზენტაციის შინაარსი

- პრეზენტაცია მოიცავს ინფორმაციას ლატენტური ტუბერკულოზური ინფექციის (LTBI) შესახებ და განიხილავს მისი მართვის პრინციპებს
- პრეზენტაციის მიზანია მიაწოდოს მსმენელს პრაქტიკული მნიშვნელობის ინფორმაცია რათა იგი მზად იყოს ადგილზე (LTBI) მართვისათვის

LTBI - ლატენტური ტუბერკულოზური ინფექცია

- ლატენტური ტუბერკულოზური ინფექცია არის მდგომარეობა, როდესაც ადამიანი მხოლოდ ინფიცირებულია ტუბერკულოზის მიკობაქტერიით მაგრამ არ არის აქტიური დაავადება ტუბერკულოზი ანუ
- არ არის ტბ-ის კლინიკურ-რენტგენოლოგიური ნიშნები
- ქსოვილებში არ არის ტბ-ს დამახასიათებელი მორფოლოგიური სურათი
- ადამიანი არ წარმოადგენს ინფექციის წყაროს

LTBI - ლატენტური ტუბერკულოზური ინფექცია

- LTBI, ანუ “ინფიცირება” ვითარდება ადამიანის ორგანიზმში ტუბერკულოზის მიკობაქტერიის მოხვედრის შედეგად.
- LTBI დროს ტუბერკულოზის მიკობაქტერიები ორგანიზმში იმყოფებიან მხოლოდ ე.წ. “მთვლემარე”, არაგამრავლებადი ფორმით და ვერ იწვევენ დაავადების განვითარებას

LTBI - ლატენტური ტუბერკულოზური ინფექცია

- LTBI 5%-10% შეიცავს პროგრესირებისა და აქტიურ ტბ დაავადებაში გადასვლის რისკს
- “მთვლემარე”, არაგამრავლებადი მიკობაქტერიები, გარკვეულ პირობებში გადადიან გამრავლებად ფორმაში და ვითარდება დაავადება თავისი კლინიკურ-მორფოლოგიური სურათით
- LTBI იდენტიფიცირება და მკურნალობა ტბ ელიმინაციის ერთ-ერთი პირობაა

LTBI განვითარების რისკ-ჯგუფები (TB ინფიცირების რისკ-ჯგუფები)

- TB დაავადებულთან კონტაქტში მყოფი ბავშვები, მოზარდები და მოზრდილები (განსაკუთრებით ბაცილარულ პაციენტებთან)
- სამედიცინო დაწესებულებების, ლაბორატორიების, მოხუცებულთა სახლების პერსონალი
- პატიმრები და ციხის თანამშრომლები
- თავშესაფარის მცხოვრები და პერსონალი
- ლტოლვილები და იძულებით გადაადგილებული პირები
- ეკონომიკურად გაჭირვებული დაბალი სოციალური ფენები

LTBI (ინფიცირების) აქტიურ TB დაავადებაში გადასვლის რისკ-ფაქტორები

- 5 წლამდე ასაკის ბავშვები
- აივ-შიდსიანი პირები
- ნარკომანები, ალკოჰოლიკები
- იმუნოსუპრესიული პირები: კორტიკოსტეროიდებზე დამოკიდებული, TNF- ანტაგონისტებზე მყოფი, ქიმიო და რენტგენოთერაპიის შემდეგ
- შაქრიანი დიაბეტი, თირკმლის ქრონიკული უკმარისობა
- გასტრექტომია ან “ბაიპასი”
- სხეულის მასის დეფიციტი 10% მეტი

ინფიცირების აქტიურ დაავადებაში გადასვლის რისკი განსაკუთრებით მაღალია ინფიცირებიდან 2 წლის განმავლობაში

LTBI სკრინინგი

- LTBI სკრინინგის აღიარებული და ხელმისაწვდომი მეთოდია კანის ტუბერკულოზური სინჯი – მანტუს სინჯი
- მანტუს სინჯი ინტრადერმული, დაყოვნებული ტიპის ალერგიული ტესტია. ხორციელდება 0,1 მლ (5TU) ტუბერკულინის (PPD) კანში შეყვანით წინამხრის შუა მესამედში
- პასუხის შეფასება წარმოებს 48-72 სთ შემდეგ. ფასდება ინდურაციის დიამეტრი (არა ერითემის)

უნდა გვახსოვდეს!

- მანტუს სინჯით არ ხდება **TB** დაავადების დიაგნოსტიკა.
- მანტუს სინჯი მხოლოდ ინფიცირების (**LTBI**) გამოსავლენად გამოიყენება

კანის ტუბერკულოზური სინჯის შედეგების შეფასების კრიტერიუმები

შედეგი	ინდ. ზომა	შენიშვნა
უარყოფითი	0 - 5 მმ	ყველა შემთხვევაში
დადებითი	5 მმ ან მეტი	<p><i>5 მმ ან მეტი ინდურაცია განიხილება დადებითად თუ პაციენტი:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ აივ ინფიცირებულია; ➤ მოცემულ პერიოდში კონტაქტშია TB ინფექციურ პაციენტთან; ➤ გულმკერდის რენტგენოგრამაზე აღენიშნება სპეციფიური ცვლილებები; ➤ ჩატარებული აქვს ორგანოს ტრანსპლანტაცია, ან მიეკუთვნება სხვა იმუნოსუპრესიულ ჯგუფს (მათ შორის პაციენტები, რომლებიც ხანგრძლივად იღებენ სტეროიდებს, ან TNF- ანტაგონისტებს);
	10 მმ ან მეტი	<p><i>10 მმ ან მეტი ინდურაცია განიხილება დადებითად თუ პაციენტი:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 5 წლამდე ასაკის ბავშვია; ➤ ჩვილი, ბავშვი ან მოზარდია და კონტაქტშია TB რისკ-ჯგუფში შემავალ მოზრდილთან; ➤ ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებელია; ➤ მიკრობიოლოგიური ლაბორატორიის მუშაკია; ➤ მუშაობს ან ცხოვრობს TB მაღალი რისკის მქონე მჭიდროდ დასახლებულ გარემოში; ➤ ავადაა TB რისკის მქონე დაავადებით (სილიკოზით, შაქრიანი დიაბეტით, თირკმლის მწვავე უკმარისობით, სიმსივნის გარკვეული ტიპით, კუჭ-ნაწლავის გარკვეული პათოლოგიებით);
	15 მმ ან მეტი	<p><i>15 მმ ან მეტი ინდურაცია განიხილება დადებითად თუ პაციენტი TB რისკ-ჯგუფს არ მიეკუთვნება</i></p>

კანის ტუბერკულოზური სინჯის (მანტუს ტესტი) ცრუ-უარყოფითი და ცრუ-დადებითი შედეგების მიზეზები

მანტუს სინჯის ცრუ უარყოფითი შედეგი

- შიდსი
- ალკოჰოლიზმი
- გასტრექტომია და ბაიპასი
- ლეიკოზი და ლიმფოპროლიფერაციული დაავადებები
- მალნუტრაცია
- სარკოიდოზი
- ასაკი >45
- თირკმლის უკმარისობა
- მძიმე ბაქტერიული, ვირუსული და სოკოვანი ინფექციები
- კორტიკოსტეროიდები
- თუთიის დეფიციტი

გვახსოვდეს!

წითელა, წითურა, ქუნთრუშა, პოლიომიელიტის აცრიდან 2 თვის მანძილზე მანტუ იქნება უარყოფითი

კანის ტუბერკულოზური სინჯის (მანტუს ტესტი) ცრუ-უარყოფითი და ცრუ-დადებითი შედეგების მიზეზები

მანტუს სინჯის ცრუ-დადებითი შედეგი

- ატიპიურ, არატუბერკულოზურ მიკობაქტერიებთან ჯვარედინი რეაქცია
- ბუსტერ – ეფექტი
- BCG ვაქცინაცია

LTBI სკრინინგი

- LTBI სკრინინგის თანამედროვე, ეფექტურ მეთოდს წარმოადგენს “ინერფერონ-გამა”, ანუ “კვანტიფერონ” ტესტი
- წარმოებს *in vitro*, სისხლში ხდება *M.tuberculosis* საწინააღმდეგოდ გამომუშავებული სპეციფიური ანტისხეულების (INF γ) ტიტრის განსაზღვრა
- არ არის დაკავშირებული BCG ვაქცინაციასთან
- არ იძლევა ჯვარედინ რეაქციას არატუბერკულოზურ მიკობაქტერიებთან
- საქართველოში რუტინულად ხელმისაწვდომი არ არის

LTBI დიაგნოსტიკისთვის რეკომენდირებულია

- აქტიური TB დაავადებული პაციენტის ოჯახის წევრებთან 5 წლის ზევით - იგტ+მანტუ
- მაღალი პრევალენტობის ქვეყნებიდან ჩამოსულ 2-15 წლის ასაკის პირებთან - მანტუ
- 16-35 წლის პირებთან - იგტ+მანტუ
- კონტაქტში მყოფი 2-5 წლამდე ასაკის ბავშვებთან - მანტუ, იგტ
- იმუნოკომპრომისულ პირებთან - იგტ+მანტუ

LTBI სამკურნალო რეჟიმი

ჯანმო-ს მიერ მოწოდებული რეკომენდაციით

საქართველოში მიღებულია რეჟიმი:
იზონიაზიდი 300 მგ დღეში, ყოველდღე
6 თვის განმავლობაში

LTBI საქართველოში

- საქართველო TB ინფიცირებისა და დაავადების მაღალი რისკის რეგიონია
- რეგიონში მაღალია MDR და XDR სიხშირე
- LTBI სკრინინგი აუცილებელია მაღალი რისკის ჯგუფებში,

მაგრამ:

- LTBI მკურნალობა იზონიაზიდით დასაშვებია მხოლოდ სენსიტიურ ტუბერკულოზთან კონტაქტში მყოფი პირებისათვის
- MDR და XDR TB კონტაქტებში იზონიაზიდით მონოთერაპია გაუმართლებელია
- ინფექციის არსებული რეზერვუარის პირობებში, იზონიაზიდით ქიმიოპროფილაქტიკის შემდეგ რეინფიცირების ალბათობა რჩება მაღალი

შესაბამისად:

- საქართველოში LTBI საყოველთაო მკურნალობა გაუმართლებელია
- LTBI მკურნალობა გამართლებულია ქვეყნებში, სადაც დაავადება ელიმინაციის ფაზაშია

ჯანმო-ს რეკომენდაციით

ლატენტური ტუბერკულოზური ინფექციის (LTBI) პროფილაქტიკური მკურნალობა იზონიაზიდით ჯანმო-ს გაიდლაინის მიხედვით უნდა ჩაუტარდეთ:

- აივ ინფიცირებულ პირებს;
- **5 წლამდე ასაკის ბავშვებს კონტაქტების ჯგუფიდან:**
 - აქტიური ტუბერკულოზის გამორიცხვის შემდეგ
 - ინდექს-შემთხვევაში ტუბერკულოზის სენსიტიური ფორმის დადასტურებისას

გვახსოვდეს! რეზისტენტული ტუბერკულოზის კონტაქტებში LTBI-ის მკურნალობა არ ტარდება

LTBI კლინიკური მნიშვნელობა

LTBI ასახავს ინფიცირების სტატუსს

მაკროორგანიზმის ტბ ინფექციასთან შეხვედრის შემდეგ შესაძლებელია:

- არ მოხდეს ლატენტური ტუბერკულოზური ინფექციის განვითარება, თუ მიკრობთა რაოდენობა მცირეა და ელიმინირდება;
- მოხდეს ინფიცირება, მაგრამ ნორმალური იმუნური სტატუსის პირობებში არ განვითარდეს დაავადება და პროცესი დამთავრდეს მხოლოდ ინფიცირებით (90%);
- მოხდეს ინფიცირება და დაქვეითებული იმუნიტეტის პირობებში განვითარდეს დაავადება;

LTBI

- ინფიცირების პროცესის დასრულების შემდეგ ინფიცირებულ პირს (**LTBI**) არა აქვს დაავადების არავითარი კლინიკური ნიშნები, ან ლოკალური გამოვლინება; არ წარმოადგენს ინფექციის წყაროს
- მაგრამ:
 - პირველადი ინფიცირების პერიოდში პირველი ორი წლის განმავლობაში შესაძლებელია ადგილი ქონდეს რიგ არასპეციფიკურ გამოვლინებებს, განპირობებულს ლატენტური მიკრობიზმით
 - არასპეციფიკური გამოვლინებები არ წარმოადგენენ ტუბერკულოზის ნიშნებს და ასახავენ მხოლოდ იმუნური სტატუსის დამახულობას

პირველადი ინფიცირების პერიოდი

- ❖ პირველადი ჯანდაცვის ექიმს უნდა ახსოვდეს, რომ ნებისმიერი ქრონიკული ინტოქსიკაციური სინდრომის არსებობისას, სხვა დაავადებებთან ერთად აუცილებლად განიხილოს ტუბერკულოზით პირველადი ინფიცირების პერიოდის (ლატენტური მიკრობიზმი) არასპეციფიკური ნიშნების არსებობის შესაძლებლობა

დიფერენცირებისას განსახილველი მდგომარეობები

- ც.ნ.ს.: აგზნებულობა, ჭირვეულობა, ან მოთენთილობა, ძილიანობა, თავის ტკივილი
- საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატი: კუნთების და სახსრების მფრინავი ხასიათის ტკივილები ლოკალური დაზიანების ნიშნების გარეშე
- გულ-სისხლძარღვთა სისტემა: გულის ფრიალი, აჩქარება, არტერიული წნევის ლაბილურობა
 - ორგანული დაზიანება არ ვლინდება
- საჭმლის მომნელებელი სისტემა: უმადობა, გულზიდვა, მფრინავი ხასიათის, არამუდმივი ტკივილები მუცლის სხვა და სხვა არეში ლოკალური ორგანული დაზიანების გარეშე
- სასუნთქი სისტემა: ხშირი “გაცივებები” ანთების დადასტურების გარეშე
- კანი: კვანძოვანი ერითემა, ხშირი ფურუნკულები, ჯიბლიბო

ყურადსაღებია

➤ ყველა ექიმს უნდა ახსოვდეს, რომ

- ზემოთ ჩამოთვლილი ნიშნები შესაძლოა გამოწვეული იყოს ლატენტური მიკრობიზმით და იმუნური პასუხის დამაბულობით
- განსაკუთრებით TB ინფიცირების მაღალი რისკის ჯგუფებში
- როდესაც არ დასტურდება სხვა ორგანოსპეციფიური დაავადება (ც.ნ.ს. რევმატიული პათოლოგია, კარდიალური პათოლოგია, გასტრო-ენტერო-კოლიტი, ქოლეცესტიტი, ატინფოზი)

➤ აუცილებელია კანის ტუბერკულოზური სინჯის ჩატარება!

- მანტუს სინჯის ზომისა და BCG ვაქცინაციის ვადის მიხედვით გადაწყვეტილების მიღება რეფერალის შესახებ
- ან სათანადო რეკომენდაციები



USAID | **GEORGIA**
FROM THE AMERICAN PEOPLE

TUBERCULOSIS
PREVENTION
PROJECT

თემა: 5

*ექვი ფილტვგარეშე
ტუბერკულოზზე*

ლ. ვაშაკიძე, 2013

ფილტვგართა ტუბერკულოზი *EPTB*

პრეზენტაციის შინაარსი

- მოიცავს ინფორმაციას *EPTB* ფორმების და მათი კლინიკური ნიშნების შესახებ

პრეზენტაციის მიზანი

- მსმენელი გაეცნობა თემას და მზად იქნება ადგილზე ექვი მიიტანოს *EPTB*

ფილტვგართა ტუბერკულოზი EPTB

- TB პროცესი, რომელიც ლოკალიზებულია ნებისმიერ ორგანოში ფილტვის პარენქიმის გართ, განისაზღვრება როგორც ფილტვგართა ტუბერკულოზი (ექსტრაპულმონური TB)
- ხშირია აივ პოზიტიურ და შიდსით დაავადებულ პირებში
- EPTB ფორმებია: ლიმფური კვანძების, პლევრის, გენიტალური ორგანოების, საშარდე სისტემის, ძვლებისა და სახსრების, თავის ტვინის გარსის და თავის ტვინის, პერიტონიუმის და პერიკარდიუმის ტუბერკულოზი; იშვიათია კანის, თვალის TB;

ფილტვართა ტუბერკულოზი EPTB

- EPTB ვითარდება ინფექციის ლიმფო-ჰემატოგენური გზით გავრცელების შედეგად
- EPTB შეიძლება განვითარდეს პირველად ინფიცირების პერიოდში, ან, როგორც მეორადი – რეაქტივაციის შედეგად
- EPTB შეიძლება იყოს იზოლირებული ან თან ახლდეს ფილტვის ფორმას (ასეთ შემთხვევაში ისმება ფილტვის ტუბერკულოზის დიაგნოზი);

EPTB საექვო შემთხვევის იდენტიფიცირება

- EPTB კლინიკური გამოვლინება და ნიშნები დამოკიდებულია პროცესის ლოკალიზაციაზე
- EPTB ლოკალური ორგანო სპეციფიკურ ნიშნებთან ერთად გამოხატულია ტბ დამახასიათებელი ზოგადი კლინიკური ნიშნები: სისუსტე, უმადობა, წონაში დაკლება, ოფლიანობა, სუბფებრალური ტემპერატურა დღის მეორე ნახევარში, არ ექვემდებარება ა/ზ მკურნალობას
- EPTB, რომელიც თან ახლავს PTB ამ უკანასკნელის დიაგნოსტიკების შემდეგ შედარებით იოლი ექვმისატანია

სავარაუდო დიაგნოზები

- კისრის და ილლიის ფოსოში ისინჯება გადიდებული ლ/კვანძები
- ❖ სავარაუდოა ლიმფური კვანძების TB

- პლევრიტის ნიშნები
 - სუნთქვა არ ტარდება
 - გულ-მკერდის მოძრაობა შეზღუდულია, პერკუტორულად არის მოყრუება
- ❖ სავარაუდოა TB პლევრიტი

სავარაუდო დიაგნოზები

- ✓ პერიკარდიტის ნიშნები
- ✓ გულის ტონების მოყრუება
- ✓ ხელმისაწვდომ პოზიციაში კისრის და მხრის ვენების დაბერვა
- ✓ კიდურების/მუცლის შეშუპება
- სავარაუდოა ტბ პერიკარდიტი
- ✓ მენინგიტის ნიშნები
- ✓ კისრის რიგიდობა, ნისტაგმი
- ✓ აგზნებადობა/ნერვული აშლილობა
- სავარაუდოა ტბ მენინგიტი
- ✓ კისრის და ილლიის ფოსოში ისინჯება
- ✓ გადიდებული ლ/კვანძები
- სავარაუდოა ლ/კვანძების ტბ

EPTB ლოკალური ნიშნები

- ხერხემლის TB

კისრის ან ზურგის არეში ლოკალური ტკივილის ირადიაცია, ჩამონაწვეთი “ცივი” აბსცესი, მიელიტი და დამბლები, კუზი;

- სახსრების TB

უპირატესად მსხვილი სახსრების მონოარტიკულარული ართრიტი უმტკივნეულო შემუპებით, მოძრაობის შეზღუდვით, სიწითლის და სიმხურვალის გარეშე;

თირკმლისა და საშარდე გზების TB

- თირკმლის არეში ყრუ ტკივილი, ჰემატურია, პიურია, მტკვნიული შარდვა
- “სტერილური პიურია”- არის ლეიკოციტები, არ იზრდება ფლორა
- თირკმლის ქრონიკული უკმარისობა
- შესაძლოა პროსტატიტი, ორხოეპიდიდიმიტი

EPTB ლოკალური ნიშნები

გენიტალური TB

- ქალებში – მენსტრუალური ციკლის დარღვევა, ტკივილი მცირე მენჯის ღრუში, საშვილოსნოს დეფორმაცია, ლულების შევიწროება და გაუვალობა, უშვილობა;
- მამაკაცებში – ეპიდდიმიტი: დანამატების უმტკივნეულო შეშუპება, გამკვრივება, სიმძიმის შეგრძნება, შეიძლება ჩაითრიოს პროსტატა;

EPTB ლოკალური ნიშნები

- **პერიტონული TB**

ასციტი პორტალური ჰიპერტენზიის გარეშე, გადიდებული მეზენტერიული და რეტროპერიტონული ლ/კვანძები, შეიძლება გამოიწვიოს გაუვალობა

- **პერიკარდიუმის TB**

პროგრესირებადი ქოშინი, პარადოქსული პულსი, დაბალი ა/წნევა, გულის ტონების მოყრუება ძლიერი სისუსტე, ტემპერატურა, “ჩაიდნის” ფორმის გული, შეიძლება განვითარდეს კონსტრიქციული პერიკარდიტი, უფრო ხშირია აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში.

გვახსოვდეს!

EPTB ეჭვის ყველა შემთხვევაში
სავალდებულოა TB სპეციალისტის
დაუყოვნებელი კონსულტაცია, რომელიც
უზრუნველყოფს გაიდლაინით
გათვალისწინებულ შემდგომ მართვას



USAID | **GEORGIA**
FROM THE AMERICAN PEOPLE

TUBERCULOSIS
PREVENTION
PROJECT

თემა 6:

ექვი ტუბერკულოზზე ბავშვთა
ასაკში

ლ. ვაშაკიძე
2013

ექვი ტუბერკულოზზე ბავშვთა ასაკში

შინაარსი

- პრეზენტაცია მოიცავს ინფორმაციას ბავშვთა ასაკში ტბ საექვო შემთხვევას იდენტიფიკაციისა და მართვის შესახებ

მიზანი

- მსმენელმა გაიცნოს თემა და ადგილზე პრაქტიკულად შეძლოს ბავშვთა ტბ ექვის მიტანა და სწორი მართვა

ექვი TB-ზე ბავშვთა ასაკში

- ბავშვთა ასაკში ექვი ტბ-ზე მატულობს:
 - ოჯახური კონტაქტის პირობებში
 - დაფიქსირებული მაღალუტრიციის შემთხვევაში
 - რამოდენიმე თვის წინ გადატანილ მძიმე ინფექციის დროს (წითელა)
 - აივ-ინფიცირების შემთხვევაში

ექვი TB-ზე ბავშვთა ასაკში

➤ TB ალბათობა განხილული უნდა იყოს ყველა ბავშვთან, ვისაც:

ანამნეზში აქვს:

- დაუდგენელი მიზეზით წონაში დაკლება, ან ზრდაში ჩამორჩენა
- დაუდგენელი მიზეზების to 2 კვირაზე მეტი ხანგრძლივობით
- ქრონიკული ხველა
- კონტაქტი TB დაავადებულებთან

ექვი TB-ზე ბავშვთა ასაკში

გასინჯვით ვლინდება პათოლოგია:

- სითხე პლევრის ღრუში, პოლისეროზიტი
- გადიდებული, უმტკივნეულო ლ/კვანძები, შესაძლო ფისტულით კისრის არეში
- მკერდშიდა ლიმფადენოპათია
- მენინგიტის ნიშნები: თავის ტკივილი, კისრის კუნთების რიგიდობა, პათოლოგიური რეფლექსები, ლიმფოციტარული ლიქვორი მომატებული ცილით და დაბალი გლუკოზით
- შებერილი მუცელი, ასციტი, მეზენტერული ლ/კ გადიდება
- ძვლების და სახსრების, მათ შორის ხერხემლის ლოკალური შეშუპება, დეფორმაცია
- კვანძოვანი ერითემა
- ფლიქტენური კონიუქტივიტი

გვახსოვდეს!

- ბავშვებში TB ეჭვის დროს აუცილებელია ტბ სპეციალისტის კონსულტაცია და სათანადო გამოკვლევები (რენტგენი, ხელმისაწვდომი მასალის ბაქტერიოლოგიური კვლევა, მანტუს სუნჯი) გაიდლაინის მიხედვით;
- განსაკუთრებით საშიშია მილიარული ტუბერკულოზი და TB მენინგიტი;

ტუბერკულოზის თავისებურებანი ბავშვთა ასაკში

- ბავშვთა ასაკში მეტია EPTB , განსაკუთრებით დისემინირებული ტუბერკულოზის და მენინგიტის განვითარების ალბათობა
- ბავშვთა ასაკისათვის დამახასიათებელია ლიმფადენოპათია
- ბავშვები ოლიგობაცვილარულები არიან და ბაქტერიოლოგიური დიაგნოსტიკა რთულია
- ბავშვებში პრაქტიკულად არ გვხვდება მეორადი რეზისტენტობა; ძირითადია პირველადი, კონტაქტის შედეგად მიღებული რეზისტენტობა
- ბავშვებში უცნობი DST დროს მკურნალობა იწყება კონტაქტის DST-ის მიხედვით



USAID | **GEORGIA**
FROM THE AMERICAN PEOPLE

TUBERCULOSIS
PREVENTION
PROJECT

თემა 7:

მედიკამენტების გვერდითი მოვლენები და
მათი მართვა

ლ. ვაშაკიძე
ლ. გოგინაშვილი
2013წ

შესავალი

- II რიგის ტუბსაწინააღმდეგო პრეპარატები უფრო ხშირად იწვევენ გვერდით ეფექტებს, ვიდრე I რიგის მედიკამენტები
- ტუბსაწინააღმდეგო მედიკამენტების გვერდითი რეაქციები შეიძლება გამოვლინდეს როგორც მკურნალობის დაწყებიდან პირველ 2-3 კვირაში, ისე მკურნალობის ყველა ეტაპზე
- ამბულატორიულ რეჟიმში პაციენტი მოდის უკვე აწყობილი მკურნალობით და გვერდითი მოვლენების მართვის გამოცდილებით.

გვერდითი რეაქციების კლასიფიკაცია:

- **მსუბუქი** - ავადმყოფი აგრძელებს მკურნალობას ტუბ.საწინააღმდეგო მედიკამენტებით და ღებულობს პრეპარატებს გვერდითი რეაქციების საწინააღმდეგოდ
- **საშუალო** – მცირდება დოზირება ან დროებით იხსნება “დამნაშავე” პრეპარატი
- **მძიმე** – განიხილება სქემის კორექციის შესაძლებლობა

მკურნალობის დაწყებამდე პჯ ექიმმა სასურველია
მიაწოდოს ინფორმაცია **TB** სპეციალისტს

- თანმხლები დაავადების და/ან მდგომარეობის შესახებ, რომელმაც შეიძლება გავლენა მოახდინოს მედიკამენტების ამტანობაზე
- ადრე არსებული გვერდითი რეაქციების შესახებ
- ალერგიული რეაქციების შესახებ
- ნებისმიერი დამატებითი საინტერესო ინფორმაცია

კლინიკური დაკვირვება: პჯდ ექიმმა უნდა შეახსენოს პაციენტს

გამოკვლევები, რომლებიც უნდა ჩატარდეს ყოველთვიურად:

- სისხლის, შარდის საერთო ანალიზი
- ღვიძლის ფუნქციური სინჯები
- თირკმლის ფუნქციური სინჯები (კრეატინინი, კალიუმი)
- იმ პაციენტების აუდიომეტრია, რომლებიც დებულობდნენ ამინოგლიკოზიდებს ან კაპრეომიცინს
- სხვა გამოკვლევები (დამოკიდებულია პაციენტის ჩივილებზე)

კლინიკური დაკვირვება: პჯდ ექიმმა უნდა შეახსენოს პაციენტს

სპეციალისტების კონსულტაციები:

- ოკულისტის კონსულტაცია
- ფსიქიატრის კონსულტაცია
- ჰიპოთირეოიზზე ეჭვისას ენდოკრინოლოგის კონსულტაცია
- ალერგოლოგის კონსულტაცია
- ნევროპათოლოგის კონსულტაცია
- და სხვა.

პჯდ ექიმმა უნდა იცოდეს წამლების შესაძლო გვერდითი რეაქციები

- გასტრო-ინტესტინალური ტრაქტის დაზიანება
- ღვიძლის დაზიანება/ტოქსიკური ჰეპატიტი
- ცნს-ის ტოქსიური ...დაზიანება
- ფსიქიური და ნევროლოგიური მოშლილობები
- VIII წყვილი ნერვის ტოქსიური დაზიანება: ვესტიბულარული, სმენითი
- თირკმლის დაზიანება
- მძიმე ალერგიული რეაქციები
- კანის მსუბუქი რეაქციები
- მხედველობის დაზიანება
- საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის (კუნთების, ჩონჩხის) პრობლემები
- ელექტროლიტების დისბალანსი
- სისხლმბადი სისტემის დაზიანება
- ტკივილი ინექციის ადგილას

პჯ ექიმმა გვერდითი რეაქციის გამოვლენისას უნდა შეაფასოს

- სხვა შესაძლო მიზეზი
- გვერდითი რეაქციის სიმძიმე და სახე
- გვერდითი რეაქციის გამოვლინის დრო
- მათი ადგილობრივი მართვის შესაძლებლობა
- რეფერალის აუცილებლობა

პაციენტის მკურნალობაზე დამყოლობა

- ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტის მკურნალობა მთლიანად პაციენტზე ორიენტირებული უნდა იყოს
- ეს ნიშნავს :
 - გათვალისწინებული იყოს პაციენტის ინდივიდუალური თვისებები, მოტივაცია
 - შეძლებისდაგვარად გათვალისწინებული იყოს პაციენტის მოთხოვნები
 - შეექმნას მაქსიმალურად კომფორტული გარემო მკურნალობისათვის.
 - ყველაფერი გაკეთდეს იმისათვის რომ პაციენტმა არ შეწყვიტოს მკურნალობა

პაციენტის მკურნალობაზე დამყოლობა

პაციენტის მკურნალობაზე
დამყოლობის ხელისშემშლელი
ძირითადი მიზეზები

ცუდი დამყოლობის მიზეზები	გადაწყვეტის გზები
<p>პაციენტს მედ-მუშაკთან ცუდი დამოკიდებულება აქვს</p>	<p>საჭიროა პრობლემის მიზეზის განსაზღვრა და მედმუშაკთან და პაციენტთან საუბრით შესაძლო გამოსავლის მოძებნა; თუ მკურნალობისას არ არის გათვალისწინებული პაციენტის ინტერესები, შეცვალებით მედმუშაკი (სადაც შესაძლებელია) და გამოასწორეთ ყველა ხარვეზი</p>
<p>მკურნალობის გარკვეული პერიოდის შემდეგ პაციენტი თავს ცუდად აღარ გრძნობს</p>	<p>გამუდმებით გაუმეორეთ პაციენტს მკურნალობის დასრულების აუცილებლობის და იმ შედეგების შესახებ, რაც შეიძლება მოჰყვეს არასრულ მკურნალობას. მაგ. შემდგომში რეზისტენტობის და დაავადების უფრო მძიმე ფორმების განვითარება</p>
<p>სტიგმა</p>	<p>პაციენტს ხაზგასმით განუმარტეთ, რომ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ტუბერკულოზით შეიძლება ნებისმიერი დაავადდეს • ტუბერკულოზი განკურნებადია და პაციენტთა უმრავლესობა მკურნალობის დაწყებიდან ხანმოკლე პერიოდში აღარ არის ინფექციური • დაარწმუნეთ პაციენტი, რომ მათი დაავადების შესახებ ინფორმაცია კონფიდენციალურია
<p>ალკოჰოლიზმი ან ნარკომანია</p>	<ul style="list-style-type: none"> • დაეხმარეთ პაციენტს დაუკავშირდეს ალკოჰოლიზმისა და ნარკომანიასთან ბრძოლის სპეციალიზებულ სამსახურებს • დაიხმარეთ მისი ოჯახის წევრები • მუდმივად ხაზი გაუსვით მკურნალობის აუცილებლობას • წაახალისეთ პაციენტი (საკვებით ან ფულადი დახმარებით)
<p>პირადი ან საზოგადოებრივი თავისებურებები- ალტერნატიული მკურნალობა</p>	<ul style="list-style-type: none"> • იყავით ყურადღებიანი და გაიზიარეთ პაციენტის მდგომარეობა • ნუ აკურძალავთ პაციენტს დამატებით ქმედებებს, თუ ეს მისთვის საზიანო და დამღუპველი არ იქნება

ცუდი დამყოლობის მიზეზები	გადაწყვეტის გზები
გვერდითი მოვლენების განვითარება	<ul style="list-style-type: none"> • თავიდანვე განუმარტეთ პაციენტს შესაძლო გვერდითი მოვლენების შესახებ • ასწავლეთ პაციენტს გვერდითი მოვლენების ამოცნობა • გვერდითი მოვლენების მართვა დაიწყეთ გამოვლენისთანავე, მძიმე გვერდითი მოვლენების დახმარებისთვის მიმართეთ შესაბამის სპეციალისტს
საზოგადოებაში კვლავ დაბრუნების უიმედობა	<ul style="list-style-type: none"> • ხაზგასმით განუმარტეთ პაციენტს, რომ მკურნალობის დაწყებიდან ხანმოკლე პერიოდში ის კვლავ შეძლებს დაუბრუნდეს თავის საქმიანობას • მკურნალობის მანძილზე პაციენტი მუდმივად ინფორმირებული უნდა გყავდეთ.
უნარშეზღუდულობა (მ.შ. მენტალური უნარების)	<ul style="list-style-type: none"> • სცადეთ კიდევ ერთხელ აუხსნათ პაციენტს, თუ რა გააკეთოს სამკურნალო რეჟიმის დასაცავად, ჩართეთ პროცესში ოჯახის წევრები და შესაბამისი სამსახურები; • ეცადეთ მოძებნოთ სხვა გამოსავალიც (მაგ. მიამაგრეთ პაციენტს პიროვნება, რომელიც კლინიკაში გაყვება)
არასაკმარისი სოციალური მხარდაჭერა	<ul style="list-style-type: none"> • დახმარებისთვის მიმართეთ სოციალურ სამსახურებს, რათა მოაგვაროთ ტრანსპორტირების და სხვ. პრობლემები • წამახალისებელი საშუალებები
ენობრივი ბარიერი	<ul style="list-style-type: none"> • დაიხმარეთ ოჯახის წევრი ან ახლობელი და დარწმუნდით, რომ პაციენტმა კარგად გაუგო თქვენი ნათქვამი
სხვა პრობლემები (მაგ. სამსახურის დაკარგვის და ფინანსური პრობლემების შიში)	<ul style="list-style-type: none"> • კვლავაც განუმარტეთ პაციენტს მომავლისთვის მკურნალობის დასრულების აუცილებლობა • ხაზი გაუსვით, რომ მკურნალობის დასრულების შემდეგ იგი კვლავაც დაუბრუნდება აქტიურ პროფესიულ საქმიანობას • განუმარტეთ პაციენტს, რომ დამქირავებელთან დაუდასტურებთ მკურნალობის დასრულების და განკურნების ფაქტს.



USAID | **GEORGIA**
FROM THE AMERICAN PEOPLE

TUBERCULOSIS
PREVENTION
PROJECT

თემა 8: ტუბერკულოზის მართვა პირველად ჯანდაცვაში

ტუბერკულოზის მართვა პირველად ჯანდაცვაში

- პირველადი ჯანდაცვა და ტუბსაწინააღმდეგო სამსახური ურთიერთდაკავშირებულია
- პირველადი სამედიცინო დახმარება არ ითვლება სრულყოფილად, თუ ის არ ითვალისწინებს მონაწილეობას ტუბსაწინააღმდეგო ღონისძიებებში

პჯდ გუნდი



საოჯახო მედიცინის გუნდის როლი ტუბერკულოზის წინააღმდეგ ბრძოლის საქმეში

- ორიენტირებულია თემზე და პაციენტზე და ამდენად ყველაზე ხშირად მას უხდება პაციენტთან კონტაქტი.
- შეუძლია ადრეულ ეტაპზე გამოავლინოს ტუბერკულოზის შემთხვევა და დროულად მიმართოს პაციენტი სპეციალისტთან.
- განახორციელოს მკურნალობაზე დამყოლობის და მედიკამენტების გვერდით მოვლენებზე კონტროლი.

პირველადი ჯანდაცვის მუშაკის როლი ტუბსაწინააღმდეგო ღონისძიებებში

მონაწილეობა ტუბერკულოზზე ეჭვმიტანილი პირების დროულ გამოვლენაში

მონაწილეობა (საჭიროების შემთხვევაში) ტუბერკულოზით დაავადებულის მკურნალობის პროცესში - წამლების მიღებაზე უშუალო მეთვალყურეობის განხორციელების მიზნით

მუდმივი კავშირის დამყარება ტუბსაწინააღმდეგო სამსახურთან

მონაწილეობა ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტის და მისი ოჯახის წევრების განსწავლაში

საზოგადოებაში ტუბერკულოზის ტრანსმისიის პრევენცია

მონაწილეობა საზოგადოების საგანმანათლებლო პროცესში

DOTS სტრატეგიის შესაბამისად ტუბერკულოზთან ბრძოლის გლობალური მიზანი

- საზოგადოებაში სიკვდილობის, ავადობის და დაავადების გავრცელების შემცირება
- ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო მედიკამენტების მიმართ რეზისტენტობის განვითარების პრევენცია

აღნიშნული მიზნის განხორციელების ერთ-ერთი პირობაა

- მკურნალობა უშუალო მეთვალყურეობის ქვეშ (DOT წერტილების აუცილებლობა საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით);
- პაციენტების ტუბსაწინააღმდეგო მკურნალობისადმი დამყოლობის უზრუნველყოფა;

DOT-სამსახურის ამოცანები

- მკურნალობა უშუალო მეთვალყურეობის ქვეშ
- მკურნალობის განხორციელებაზე მონიტორინგი
- პაციენტებთან საგანმანათლებლო მუშაობის ჩატარება
- პაციენტების სოც. მეურვეობა
- სასურსათო პროგრამის განხორციელება, წამახალისებლით უზრუნველყოფა

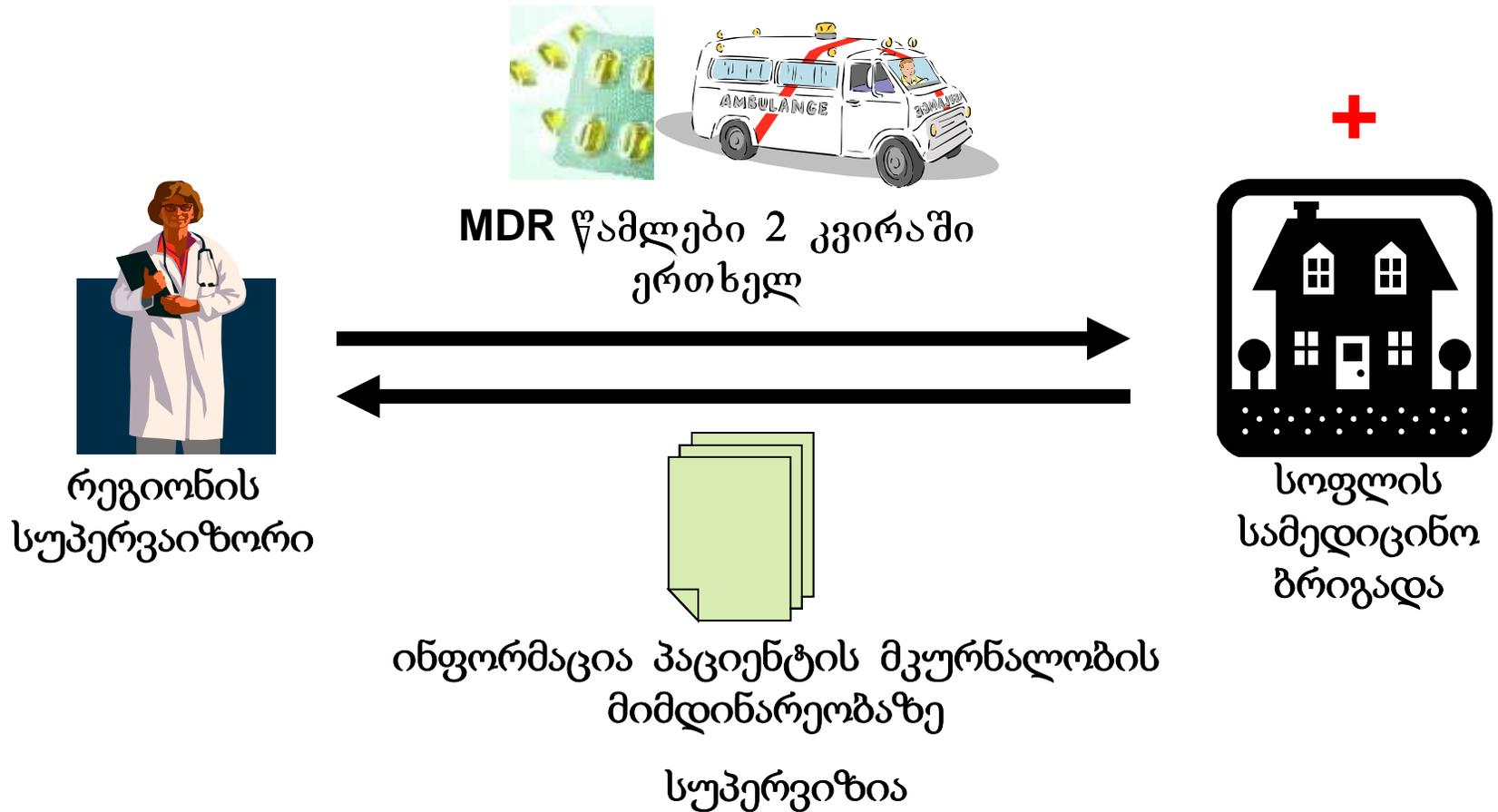
DOT მედდის ვალდებულებები:

- ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო მედიკამენტებით დროული უზრუნველყოფა
- მკურნალობის მიმდინარეობაზე მონიტორინგის განხორციელება
- პაციენტის მკურნალ ექიმსა და DOT პუნქტს შორის აქტიური კომუნიკაცია

DOT მედდის ვალდებულებები:

- უშუალო მეთვალყურეობით მკურნალობის განხორციელება;
- პაციენტებთან საგანმანათლებლო მუშაობის ჩატარება;
- პაციენტთან ვიზიტი ბინაზე, ან მისთვის სასურველ ადგილას DOT-ის განხორციელებისთვის;
- პაციენტის დროული ვიზიტის უზრუნველყოფა ფთიზიატრთან კონსულტაციისა და მონიტორინგით გათვალისწინებული გამოკვლევებისათვის;
- ტუბსაწინააღმდეგო პრეპარატებით გამოწვეული გვერდითი მოვლენების შეფასება და საჭიროების შემთხვევაში ფთიზიატრთან პაციენტის ვიზიტის უზრუნველყოფა;

ტუბსაწინააღმდეგო კაბინეტსა და სოფლის სამედიცინო ბრიგადას შორის კავშირის დამყარება



DOT- პუნქტის უპირატესობები

- გეოგრაფიული პრინციპის შენარჩუნება
- ეფექტიანი და ხელმისაწვდომი მონიტორინგი
- DOT-წერტილის სამუშაო გრაფიკის შერჩევა პაციენტის სასურველ გრაფიკთან
- სატრანსპორტო ხარჯების დაზოგვა
- სტიგმის შემცირება
- გვერდითი მოვლენების დროული გამოვლენა
- წარმატებული მკურნალობის მაჩვენებლის მატება
- შეწყვეტილი მკურნალობის მაჩვენებლის შემცირება

როგორ გავაუმჯობესოთ მკურნალობაზე დამყოლობა?

წამახალისებელი პროგრამა ძალაშია იმ შემთხვევაში თუ პაციენტი ასრულებს შემდეგ პირობებს:

- ასრულებს ექიმის დანიშნულებას მკურნალობის სრული კურსის განმავლობაში მედდის უშუალო მეთვალყურეობის ქვეშ
- დროულად ასრულებს ექიმთან ვიზიტს და იტარებს მონიტორინგით გათვალისწინებულ გამოკვლევებს

როგორ გავაუმჯობესოთ მკურნალობაზე დამყოლობა?

- წამახალისებელი პროგრამის ფარგლებში ხდება ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტის სატრანსპორტო ხარჯების დაფარვა (საჭიროების შემთხვევაში);
- რეგულარული და რეზისტენტული ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების კვებითი ვაუჩერებით უზრუნველყოფის აღდგენის საკითხი უახლოეს მომავალში გადაწყდება;



USAID | **GEORGIA**
FROM THE AMERICAN PEOPLE

TUBERCULOSIS
PREVENTION
PROJECT

თემა 9:

ტუბერკულოზით დაავადებულ
პაციენტთა განსწავლა

ვინ უნდა იყოს ჩართული ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტის განსწავლაში?

- ოჯახის ექიმი
- მკურნალი ექიმი (ფთიზიატრი)
- DOT მედდა
- ლაბორანტი
- დამყოლობის კონსულტანტი
- ფსიქოლოგი-ფსიქიატრი

როგორ განვსწავლოთ ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტი

- ვასწავლოთ სენსიტიური და რეზისტენტული ტუბერკულოზის რაობა
- რა განსხვავებაა მათ შორის
- რა უწყობს ხელს რეზისტენტობის განვითარებას
- როგორ დაიცვას პაციენტმა გარშემომყოფები ინფექციის გავრცელებისაგან

რეზისტენტული ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტთა განსწავლა

გავაცნოთ:

- მკურნალობის ხანგრძლივობა
- მედიკამენტები და მათთან დაკავშირებული მოსალოდნელი გვერდითი მოვლენები
- რატომ არის აუცილებელი მკურნალობის სრულყოფილი კურსის ჩატარება
- ამბულატორიული მკურნალობა

ტუბერკულოზის მკურნალობის ხელშემშლელი ფაქტორები

- მკურნალობის პროცესში განვითარებული გვერდითი მოვლენები
- გამოჯანმრთელების და საზოგადოებაში დაბრუნების მცირე იმედი
- პაციენტს არ შეუძლია რეჟიმის დაცვა (მოხუცები, ნარკომანები, ალკოჰოლიკები)
- თანმხლები დაავადებები
- სტიგმა
- სამედიცინო დახმარება არ არის ხელმისაწვდომი (ტერიტორიული სიშორე, გადაადგილების ხარჯები)
- ცუდი ურთიერთდამოკიდებულება მედპერსონალთან

რა უნდა გვახსოვდეს ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტთან საუბრისას

- შევექმნათ გარემო, რომ პაციენტმა საუბრისას თავი იგრძნოს თავისუფლად
- მეტი ვუსმინოთ და ნაკლებად შევეწინააღმდეგოთ
- მოვიშოროთ ხელისშემშლელი ფაქტორები: (მობილური ტელეფონი)
- გამოვხატოთ ჩვენი თანაგრძნობა, წარმოვიდგინოთ თავი მის ადგილას
- ნუ დავუსვამთ კითხვას, რომელიც იწყება სიტყვით “რატომ,” რადგან ის შეიცავს კრიტიკისა და უნდობლობის მარცვალს
- უმჯობესია ვკითხოთ “მითხარით, რა გიშლიდათ ხელს წამლის მიღებაში”

ტუბერკულოზის მართვა პირველად ჯანდაცვაში

- ოჯახის ექიმმა უნდა უზრუნველყოს ტუბერკულოზთან დაკავშირებული პრობლემების მქონე პაციენტის კონსულტირება;
- ოჯახის ექიმი უნდა იყოს ემპათიური და განსაკუთრებულად გულისხმიერი, რომ მან შესძლოს მართვის გეგმის შეთანხმება პაციენტთან და შესძლოს მისი კოორდინებული მოვლა ჯანმრთელობის სხვა პროფესიონალებთან ერთად.
- ოჯახის ექიმმა უნდა იცოდეს თუ რა შემთხვევაში არის პაციენტის სპეციალისტთან რეფერალი აუცილებელი.

ტუბერკულოზის მართვა პირველად ჯანდაცვაში

მოიცავს შემდეგ კომპეტენციებს:

- ტუბერკულოზის სიმპტომებსა და ნიშნებზე სკრინინგი;
- პაციენტის სპეციალისტთან რეფერალის პროცესები და პროცედურების ცოდნა;
- ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების მკურნალობაზე ბაზისური კლინიკური მონიტორინგის დაწესება, მედიკამენტების გვერდითი მოვლენების ჩათვლით და “საგანგაშო ნიშნების” გამოცნობა დაუყოვნებლივი კლინიკური ინტერვენციების განხორციელების მიზნით.

TB დიაგნოსტიკის ფუნდამენტური პრინციპები

- სწრაფი, ზუსტი დიაგნოსტიკა არის უმნიშვნელოვანესი როგორც ინდივიდუალური, ასევე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის თვალსაზრისითაც
- აქტიური ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკა მოიცავს კლინიკურ და მიკრობიოლოგიურ დიაგნოსტიკას
- ლატენტური ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკა მოიცავს ტესტირებას, როგორცაა ტუბერკულინის ტესტი, ვინაიდან ამ დროს პაციენტი ასიმპტომურია
- მიუხედავად მრავალი ტექნოლოგიური მიღწევებისა, ექიმის მიერ კლინიკურად ეჭვის მიტანას ენიჭება სასიცოცხლო მნიშვნელობა ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკაში.

ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკა

კლინიკური შემთხვევა 1.

- 55 წლის მამაკაცი მოგმართავთ ქრონიკული ხველის გამო. ის უჩივის ხველას უკანასკნელი რამდენიმე წელია, რომელიც ბოლო პერიოდში ძალიან შემაწუხებელი გახდა. ხველა არის პროდუქტიული, ზოგჯერ ჩირქოვანი ნახველით, 35 წლის განმავლობაში ეწეოდა ქარბად, 2 კოლოფ სიგარეტს დღეში. ბოლო 2 წელი თამბაქოს მოწევა შეწყვიტა.
- სხვა სიმპტომებიდან აღსანიშნავია: ქოშინი და საერთო სისუსტე
- ფიზიკური გასინჯვისას ყურადღებას იპყრობს: პაციენტის ხმაურიანი სუნთქვა საუბრისას, ხოლო გულმკერდის აუსკულტაციით: მშრალი და სველი ხიხინი ორივე მხარეს.
- რენტგენოლოგიურად: ზემო წილის აპიკალურ და უკანა სეგმენტებში ინფილტრაციის უბნები და პატარა ზომის ფიბროზული კვანძები.

ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკა

სადისკუსიო შეკითხვები:

- რა არის პაციენტის სავარაუდო დიაგნოზი?
- რა შეკითხვები უნდა დაუსვათ ტუბერკულოზზე ექვის მიტანის შემთხვევაში
- ჩამოთვალეთ ტუბერკულოზის სამედიცინო შეფასების კომპონენტები
- რა შეკითხვებს დასვამთ იმისათვის, რომ დაადგინოთ რისკ ფაქტორების არსებობა და როგორ დაადგენთ ტუბერკულოზის გააქტიურების რისკებს ინფორმაციის შეგროვების დროს?

ფილტვის ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკა

პაციენტი, რომელიც აღწერილია პირველ შემთხვევაში, მკურნალობდა 5 წლის წინ ტუბერკულოზის გამო.

სადისკუსიო შეკითხვა:

როგორ მართავთ აღნიშნულ შემთხვევას?

- გაუშვებთ პირდაპირ ტუბერკულოზზე გამოსაკვლევად თუ დაელოდებით მკურნალობის შედეგებს და განმეორებითი შეფასების შემდეგ მიიღებთ გადაწყვეტილებას?
- რატომ?

ექსტრაპულმონური ტუბერკულოზი

- 30 წლის ქალბატონი წარმოადგენს ჩივილებს: ცხელება, ადვილად დაღლა, ოფლიანობა, წონაში დაკლება, ხველა ნახველის გარეშე, გულის ფრიალი, რომელიც გრძელდება უკვე ერთი თვეა. ტუბერკულოზს, დიაბეტს და სხვა იმუნო სუპრესიულ მდგომარეობებს ანამნეზით არ ადასტურებს.
- ფიზიკური გასინჯვისას პაციენტს აქვს ფებრილური ტემპერატურა, პულსი – 86 /წთ არტერიული წნევა – 110/70 mm Hg, სუნთქვა 16/წთ.
- პაციენტს არ აღენიშნება პერიფერიული შეშუპებები, ციანოზი, სიფერმკრთალე, სიყვითლე და სპლენომეგალია.
- ლაბორატორიული გამოკვლევები არსებითი ცვლილებების გარეშე. სერონეგატიურია HIV-ზე ტესტი და ღვიძლისა და თირკმლის ფუნქციები ნორმის საზღვრებშია.
- ECG – დაბალი ვოლტაჟი, ტაქიკარდია.
- გულმკერდის რადიოლოგიური კვლევა – არსებითი ცვლილებების გარეშე.

ექსტრაპულმონური ტუბერკულოზი

სადისკუსიო შეკითხვები:

- რა არის პაციენტის სავარაუდო დიაგნოზი? რა დამატებითი გამოკვლევების ჩატარებაა აუცილებელი?
- რა შეკითხვები უნდა დაუსვას ექსტრაპულმონურ ტუბერკულოზზე ექვს მიტანის შემთხვევაში
- ჩამოთვალეთ ექსტრაპულმონური ტუბერკულოზის სამედიცინო შეფასების კომპონენტები
- რა შეკითხვებს დასვამთ იმისათვის, რომ დაადგინოთ რისკ ფაქტორების არსებობა და როგორ დაადგენთ ტუბერკულოზის გააქტიურების რისკებს ინფორმაციის შეგროვების დროს?

ექსტრაპულმონური ტუბერკულოზი

- პაციენტი გაგზავნილი იქნა ექოკარდიოგრაფიაზე, სადაც დადასტურდა პერიკარდიუმში სითხის არსებობა. პაციენტს, კარდიოქირურგიულ განყოფილებაში ულტრაბგერითი აპარატით ზედამხედველობის ქვეშ ჩაუყენეს სპეციალური (pigtail catheter) კათეტერი. რამდენიმე დღეში მიღებული იქნა 1000 ml სითხე, რომელიც გაიგზავნა მიკრობიოლოგიურ კვლევაზე. კულტურამ აჩვენა *M. Tuberculosis* უხეში კოლონიების ზრდა .
- სამი დღის ნახველის ნიმუში იქნა გაგზავნილი, მაგრამ უარყოფითი პასუხით და არც კულტურა არ გაზრდილა ექვსი კვირის ინკუბაციის შემდეგ.
- პაციენტს დაენიშნა TB მკურნალობა. ორ კვირაში ტემპერატურამ განიცადა ნორმალიზება.
- მკურნალობის დაწყებიდან რვა კვირაში ყველა სიმპტომი/ნიშნები ალაგდა.



USAID | **GEORGIA**
FROM THE AMERICAN PEOPLE

TUBERCULOSIS
PREVENTION
PROJECT

თემა 10:

ინფექციის კონტროლის ზომები ზოგადი
პროფილის დაწესებულებებში



საქართველოს მთავრობის დადგენილება # 359 , 2010 წლის ნოემბერი

ფთიზიატრიული ამბულატორიული სერვისის
შემთხვევაში აუცილებელია:

- ფთიზიატრიული მომსახურების კაბინეტი განთავსებული იყოს სხვა კაბინეტებისაგან იზოლირებულად
- პაციენტების მოსაცდელ დერეფნებში და ფთიზიატრების კაბინეტებში არსებობდეს ვენტილაციის საშუალება

ტუბერკულოზის პრევენცია და კონტროლი სამედიცინო დაწესებულებაში

ტუბერკულოზის ინფექციის კონტროლი
სამედიცინო დაწესებულებაში გულისხმობს

- ✓ ადმინისტრაციული,
- ✓ გარემოს და
- ✓ ინდივიდუალური ნორმების დაცვას.

ტუბერკულოზის ინფექციის კონტროლის ადმინისტრაციული ღონისძიებები (1)

სამედიცინო დაწესებულებაში TB ინფექციის კონტროლისთვის თანმიმდევრულად უნდა განხორციელდეს შემდეგი ადმინისტრაციული ღონისძიებები:

- ტრიაჟირება - პაციენტი, რომელსაც სამედიცინო დაწესებულებაში ვიზიტისას აღენიშნება 2 კვირაზე მეტად გახანგრძლივებული ხველა ან TB-ზე საექვო სხვა ნიშნები, უნდა შეფასდეს როგორც ტუბერკულოზზე საექვო და დაუყოვნებლივ იქნეს გამოკვლეული;
- განსწავლა – სკრინინგის შედეგად გამოვლენილ პაციენტს უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია ხველის ჰიგიენისა და გარშემო მყოფების შესაძლო ინფიცირება/დაავადების შესახებ;

ტუბერკულოზის ინფექციის კონტროლის ადმინისტრაციული ღონისძიებები (2)

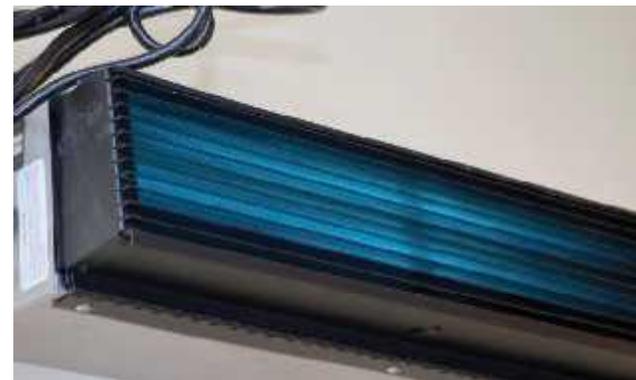
- სეპარაცია:
- ✓ ტუბერკულოზზე საექვო პაციენტი უნდა განცალკევდეს სხვა პაციენტებისგან;
- ✓ მან ექიმთან ვიზიტისთვის ან გამოკვლევებისთვის ცალკე მოსაცდელში, სხვა პაციენტებისგან განცალკევებით უნდა მოიცადოს;
- ✓ მოსაცდელი უზრუნველყოფილი უნდა იყოს სათანადო ვენტილაციით;
- ✓ თუ პაციენტს ახველებს, მედპერსონალმა უნდა მისცეს ქირურგიული ნიღაბი ან ქალაღდის ხელსახოცი, რომელიც გამოყენებისთანავე შესამამისი წესით უნდა გადაიგდოს;

ტუბერკულოზის ინფექციის კონტროლის ადმინისტრაციული ღონისძიებები (3)

- შეძლებისდაგვარად უზრუნველყოფილი უნდა იყოს ინფექციური ან ინფექციურობაზე საექვო პაციენტის დათქმულ დროს ან ურიგო ვიზიტი ექიმთან; ასევე დათქმულ დროს ან ურიგოდ უნდა ჩაუტარდეთ მათ ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული კვლევები;
- პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებაში DOT- ის განხორციელებისას ერთმანეთისგან შეძლებისდაგვარად იზოლირებული უნდა იყვნენ მგბ(+) და მგბ(-), რეგულარული და რეზისტენტული ტუბერკულოზით დაავადებული პირები;

გარემოს დაცვის ღონისძიებები (1)

- ბაქტერიციდული ნათურის გამოყენება:
- ✓ ბაქტერიციდული ნათურა ინსტრუქციით განსაზღვრულ დროს, საჭირო ხანგრძლივობით უნდა ჩაირთოს;
- ✓ კარგია, თუ ბაქტერიციდული ნათურა ჩართულია ვენტილაციასთან ერთად, განსაკუთრებით მაშინ, თუ დაწესებულებაში არსებული ვენტილაცია ჰაერის მხოლოდ ცირკულაციას ახორციელებს;
- ✓ ბაქტერიციდული ნათურის გამოყენების დროს დაცული უნდა იყოს უსაფრთხოების წესები, რათა არ მოხდეს კანისა და მხედველობის ორგანოს დაზიანება.



გარემოს დაცვის ღონისძიებები (2)

გარემოს ვენტილაცია შეიძლება იყოს

- ბუნებრივი – მიიღწევა ფანჯრებისა და კარების პერიოდული გაღებით;
- ხელოვნური – ვენტილატორით ან გამწოვი აპარატურით უზრუნველყოფილი.

ვენტილაციის ხარისხი დამოკიდებულია:

- ვენტილაციის სიმძლავრზე;
- ვენტილაციით უზრუნველყოფილი ჰაერის ნაკადის მიმართულებაზე.

საკმარისი სიმძლავრის სწორად დამონტაჟებული ვენტილაცია ოთახში ჰაერის ნაკადის მაღალი რისკის არიდან დაბალი რისკის არისკენ გადანაცვლებას და მასში მიკობაქტერიების კონცენტრაციის შემცირებას უზრუნველყოფს.

გარემოს დაცვის ღონისძიებები (3)

ბუნებრივი ვენტილაცია ინფექციის კონტროლის ეფექტური საშუალებაა

- ბუნებრივი ვენტილაციის დროს სივრცეში ჰაერის სწორი ნაკადი უნდა იყოს უზრუნველყოფილი – დაბინძურებული ჰაერი დახურული სივრციდან ღია სივრცისკენ უნდა მოძრაობდეს და არა პირიქით;
- ბუნებრივი ვენტილაციის გამოყენება განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია იქ, სადაც ხელოვნური ვენტილაცია არ არის უზრუნველყოფილი;
- თუ ამინდი საშუალებას იძლევა, კარ-ფანჯარა დღის განმავლობაში ღია უნდა იყოს რაც შეიძლება მეტხანს;
- ბუნებრივ ვენტილაციასთან ერთად მარტივი მექანიკური ვენტილატორის გამოყენება ზრდის ვენტილაციის ხარისხს.

ტუბერკულოზის ინფექციის კონტროლის ინდივიდუალური ნორმების დაცვა (1)

გულისხმობს:

- მედპერსონალის (ექიმის, ექთნის, ლაბორანტის, სანიტრის) მიერ რესპირატორის გამოყენებას;
- ✓ ფთიზიატრიულ ქსელში მედპერსონალმა პაციენტთან კონტაქტისას და მანიპულაციის ჩატარებისას უნდა გამოიყენოს N95 რესპირატორი;
- ✓ გამოყენების წინ მედპერსონალმა რესპირატორი სწორად უნდა მოირგოს;
- ✓ რესპირატორის სწორად მოხმარებისათვის მედპერსონალს პერიოდულად უნდა ჩაუტარდეს ტრენინგი;
- ✓ მედპერსონალმა მწარმოებლის ინსტრუქციის მიხედვით უნდა შეინახოს და გარკვეული პერიოდულობით იცვალოს რესპირატორი.



ტუბერკულოზის ინფექციის კონტროლის ინდივიდუალური ნორმების დაცვა (2)

გულისხმობს:

- პაციენტების მიერ ხველის ეტიკეტის დაცვას;
- ✓ ხველის ან ცემინების დროს პაციენტმა ცხვირ-პირზე ცხვირსახოცი ან ერთჯერადი ხელსახოცი უნდა აიფაროს;
- ✓ გამოყენებული ცხვირსახოცი/ხელსახოცი დაუყოვნებლივ უნდა გადააგდოს;
- ✓ თუ პაციენტს არ აქვს ცხვირსახოცი და ხელსახოცი, მან სახეზე უნდა აიფაროს იდაყვის სახსარში მოხრილი ხელი;
- ✓ მედპერსონალმა უნდა უზრუნველყოს ხველის მქონე პაციენტის დაუყოვნებლივ მოხვედრა ექიმთან ან გაგზავნოს ის შესაბამის ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტულ კვლევებზე.

ტუბერკულოზის ინფექციის კონტროლის ინდივიდუალური ნორმების დაცვა (3)

გულისხმობს:

- პაციენტის მიერ ქირურგიული ნიღბის გამოყენებას;
- ✓ ქირურგიული ნიღაბი იცავს გარშემო მყოფებს იმ ინფექციისგან, რომელსაც გამოყოფს ნიღბის მატარებელი;
- ✓ არ იცავს ნიღბის მატარებელს სხვა, გარემოში არსებული ინფექციებისგან;
- ✓ ქირურგიული ნიღაბი აუცილებლად სწორად უნდა იყოს მორგებული, ფარავდეს ცხვირს, პირსა და ნიკაპს;
- ✓ ქირურგიული ნიღაბი, რეკომენდებულია, ეკეთოს ტუბერკულოზზე საექვო და ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტებს ყოველთვის, როცა დიაგნოსტიკისთვის ან მკურნალობისთვის მოძრაობენ სამედიცინო დაწესებულებაში;



ტუბერკულოზის ინფექციის კონტროლის ინდივიდუალური ნორმების დაცვა (4)

გულისხმობს:

- ნახველის შეგროვების დროს შესაბამისი ნორმების დაცვას, კერძოდ:
 - ✓ ნახველი სპეციალურად გამოყოფილ და შესაბამისად აღჭურვილ ოთახში უნდა შეგროვდეს;
 - ✓ ასეთის არარსებობის შემთხვევაში ნახველი ღია სივრცეში, მაგ. სამედიცინო დაწესებულების ეზოში, არახალხმრავალ ადგილზე უნდა შეგროვდეს;
 - ✓ ბინაზე ნახველი პაციენტმა ღია ფანჯარასთან უნდა შეაგროვოს;
 - ✓ ნახველი ერთჯერად ჭურჭელში, მისი გარედან დაბინძურების გარეშე უნდა შეგროვდეს;
 - ✓ შეგროვებული ნახველი ლაბორატორიაში შეძლებისდაგვარად მალე უნდა გაიგზავნოს;
 - ✓ საჭიროების შემთხვევაში ნახველის შემცველი ჰერმეტიკულად დახურული ჭურჭელი შესაბამისი ტემპერატურული რეჟიმის დაცვით უნდა შეინახოს;



გმადლობთ
ყურადღებისათვის