



## ხლინიური შემთხვევა N1

43 წლის მამაკაცი ფილტვის დისემინირებული ტუბერკულოზით

**19 დეკემბერი, 2012**  
**პირველი ვიზიტი**  
**ოჯახის ექიმთან**

ადგილობრივ პირველადი ჯანდაცვის ქსელს სოფლის მკვიდრმა, 43 წლის მამაკაცმა მიმართა.

ბოლო ორი თვის განმავლობაში პაციენტს ანამნეზში აღენიშნებოდა ხველა, სუბფებრილური ტემპერატურა, ოფლიანობა და საერთო სისუსტე, თუმცა ექიმისთვის არ მიუმართავს და მკურნალობა არ ჩატარებია. პაციენტი სარისკო ქცევას არ აღნიშნავს,

ტუბერკულოზის განვითარების რისკფაქტორებს არ მიეკუთვნება, მსგავსი სიმპტომებით მიმდინარე სხვა რესპირატორული დაავადებისთვის დამახასიათებელი ნიშნები არ აქვს.

აუსკულტაციით ორივე ფილტვის პროექციაზე შესუსტებული ვეზიკულური სუნთქვის ფონზე ისმინება მრავლობითი სველი ხიხინი.

20 დეკემბერს ოჯახის ექიმის მიმართვით პაციენტი რაიონულ სამედიცინო ცენტრში გაიგზავნა, სადაც გულმკერდის რენტგენოგრაფიით ორივე ფილტვის პარენქიმაში დაფიქსირდა სხვადასხვა ზომისა და ფორმის კეროვანი ჩრდილები პერიფოკალური ინფილტრაციით.

**ანამნეზისა და ლაბორატორიული-ინსტრუმენტული კვლევის საფუძველზე რამდენად საეჭვოა ტუბერკულოზი?**

ხველა, სუბფებრილური ტემპერატურა, ოფლიანობა და საერთო სისუსტე ორი თვის განმავლობაში ტუბერკულოზისთვის დამახასიათებელი სიმპტომებია. მათ საფუძველზე პაციენტი ტუბერკულოზზე საეჭვოდ უნდა შეფასდეს და დიაგნოსტიკისთვის ფთიზიატრიულ ქსელში გაიგზავნოს, სადაც ფთიზიატრის კონსულტაცია, რენტგენოგრაფია და დიაგნოსტიკისთვის აუცილებელი ბაქტერიოლოგიური კვლევა სახელმწი-

ფო პროგრამის ფარგლებში უფასოდ ჩატარდება. მოცემულ პაციენტთან ამ შესაძლებლობის გამოყენება და მისი პირდაპირ ფთიზიატრიულ ქსელში მიმართვა შესაძლებელი იყო, თუმცა გასათვალისწინებელია ისიც, რომ პაციენტი ტუბერკულოზის განვითარების რისკფაქტორებს არ მიეკუთვნებოდა და ოჯახის ექიმმა რაიონულ სამედიცინო ცენტრში ჩატარებული რენტგენოგრაფიით აღმოჩენილი ტუბერკულოზისთვის დამახასიათებელი ცვლილებები ტუბერკულოზზე ეჭვის გასამყარებლად გამოიყენა. მით უმეტეს, რომ გამოკვლევას მხოლოდ 1 დღე დასჭირდა და ამით ტუბერკულოზზე საეჭვო შემთხვევის გამოვლენის პროცესში მდებარე სონალს დამატებითი ბარიერი არ შეუქმნია.

**21 დეკემბერი, 2012  
რეფერალური  
ფთიზიატრიან**

ანამნეზში დაფიქსირებული ტუბერკულოზზე საეჭვო სიმპტომებისა და ტუბერკულოზისთვის დამა-

ხასიათებელი რენტგენოლოგიური ცვლილებების საფუძველზე რაიონული სამედიცინო ცენტრის ოჯახის ექიმმა პაციენტი ფთიზიატრის კონსულტაციაზე შესაბამისი ფორმა 100-ით გაგზავნა, სადაც დიაგნოზის გრაფაში გააკეთა ჩანაწერი: „A16. რესპირატორული ტუბერკულოზი დაუდასტურებელი ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევით“.

**რამდენად დროული იყო  
რეფერალური  
ფთიზიატრიან?**

ოჯახის ექიმმა პაციენტის სწორი მიმართულებით რეფერალური პირველად ჯანდაცვის ქსელში მიმართვიდან ორ დღეში უზრუნველყო, რაც მედპერსონალის მხრივ ტუბერკულოზზე საეჭვო შემთხვევის დროული გამოვლენის კარგი მაგალითია. თუმცა პაციენტი, რომელსაც მგბ(+) ფილტვის ტუბერკულოზი დაუდასტურდა, 2 თვის განმავლობაში დიაგნოსტიკისა და ადეკვატური მკურნალობის გარეშე იყო თავად და ტუბერკულოზით დაავადების რისკს უქმნიდა გარშემო მყოფებს. შესაბამისად,

გარდა პროფესიული ჩართულობისა, მედპერსონალის მხრივ სასურველია მეტი მუშაობა საზოგადოებასთან სამედიცინო დანერგულების გარეთ, პაციენტების ინფორმირება და მათი მიზეზით გამოწვეული დაყოვნების მინიმუმამდე შემცირება.

მცირე ხარვეზია ოჯახის ექიმის მიერ შევსებული ფორმა 100-ის ჩანაწერში. ანამნეზისა და რენტგენოლოგიური კვლევის საფუძველზე შესაძლებელია მხოლოდ ტუბერკულოზზე საეჭვო შემთხვევის გამოვლენა, მისთვის Z03.0 კოდის (დაკვირვება, როცა ეჭვობენ ტუბერკულოზს) მინიჭება და ფთიზიატრიულ ქსელში მიმართვა, სადაც ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკისთვის გადამწყვეტი ბაქტერიოლოგიური კვლევის საფუძველზე მოხდება აქტიური ტუბერკულოზის დადასტურება და პაციენტისთვის შესაბამისი A-15 — A-19 კოდის მინიჭება.\*

\*დამატებითი ინფორმაცია ICD10 კოდებზე იხილეთ ბმულზე: <http://ehealth.moh.gov.ge/Hmis/ClassificationsNew/Pages/ViewICD10.aspx>



**21-28 დეკემბერი, 2012  
ლიაზროვის დაბანა  
და აქტიური ტუბერკულოზის  
მართვა ფთიზიატრიულ ქსელში**

21 დეკემბერს პაციენტმა მიმართა შესაბამის ტუბკაბინეტს, სადაც მიჩნეულ იქნა ტუბერკულოზზე საექვოდ, მიენიჭა Z03.0 კოდი და ჩაუტარდა ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკისთვის აუცილებელი კვლევები.

23 და 24 დეკემბერს ჩატარებული ნახველის ნაცხის ბაქტერიოსკოპიული კვლევით დაფიქსირდა მგბ(+) შედეგი („3+“ და „2+“). მასალა გაიგზავნა ჰაინის ტესტსა და კულტურალურ კვლევაზე.

26 დეკემბერს პაციენტს დაესვა დიაგნოზი: A15.0

ფილტვების დისემინირებული ტუბერკულოზი ინფილტრაციისა და რღვევის ფაზაში, მგბ(+), ახალი შემთხვევა. პაციენტი აყვანილ იქნა აღრიცხვაზე და სტაციონარულ რეჟიმში დაიწყო სტანდარტული მკურნალობა რეგულარული ტუბერკულოზის სანინალმდეგო 4 პრეპარატით (HRZE).

28 დეკემბერს ცნობილი გახდა ჰაინის ტესტის შედეგები, რომელთა მიხედვითაც *M. tuberculosis* შტამი მგრძობიარე იყო იზონიაზიდისა და რიფამპიციინის მიმართ. პაციენტს სტაციონარულ რეჟიმში გაუგრძელდა რეგულარული ტუბერკულოზის სანინალმდეგო მკურნალობა.

ინტენსიური ფაზის დასრულებამდე 19 დღით ადრე პაციენტმა ოჯახური პრობლემების გამო სტაციონარიდან განწერა მოითხოვა.



**რამდენად დროულად დაიწვა ტუბერკულოზის ლიაზროვი და რამდენად სრულყოფილი იყო პასიენტის მართვა ფთიზიატრიულ ქსელში?**

ფთიზიატრიულ ქსელში აქტიური ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკა, *M. tuberculosis* შტამის იზონიაზიდისა და რიფამპიციინის მიმართ მგრძობიარეობის განსაზღვრა და სტაციონარულ რეჟიმში ადეკვატური მკურნალობის დაწყება დროულად, ლაბორატორიული შედეგების მიღებისთანავე, დაუყოვნებლივ მოხდა, თუმცა ინტენსიური ფაზის ბოლომდე პაცი-

ენტის ჰოსპიტალიზაცია ვერ მოხერხდა. ექიმი ფთიზიატრი იძულებული გახდა, სანყისი გამოკვლევით მგბ(+) პაციენტი ბაქტერიოსკოპიული დინამიკის შეფასების გარეშე გაეწერა სტაციონარიდან. მართალია, ინტენსიური ფაზის ბოლოს მონიტორინგით გათვალისწინებულმა ბაქტერიოსკოპიამ დაადასტურა ნახველის კონვერსია, მაგრამ დაავადების ტრანსმისიის მინიმალური რისკის არსებობის შემთხვევაშიც კი სასურველია მედპერსონალის მხრივ პაციენტთან მეტი მუშაობა, მისი ინდივიდუალური მდგომარეობის გათვალისწინებით პრობლემის გადაჭრა და დაავადების გავრცელების მაქსიმალური პრევენცია.

## ◆ ტუბერკულოზის გამოვლენა და მართვა პირველად ჯანდაცვაში

### 4 თებერვალი, 2013 აქტიური ტუბერკულოზის მართვა პირველადი ჯანდაცვის ქსელში

სტანდარტული მკურნალობის ამბულატორიულ რეჟიმში გასაგრძელებლად პაციენტი ექიმი ფთიზიატრის მიერ შესაბამისი ფორმა 100-ითა და მედიკამენტების მარაგით სოფლის ამბულატორიაში გაიგზავნა.

პაციენტმა მკურნალობა ამბულატორიულ რეჟიმ-

ში სოფლის ექთნის უშუალო მეთვალყურეობით გააგრძელა.

ინტენსიური ფაზის ბოლოს მონიტორინგით გათვალისწინებული გამოკვლევებისთვის ოჯახის ექიმმა პაციენტი ტუბკაბინეტში გააგზავნა, სადაც კლინიკური და რენტგენოლოგიური კვლევით — დადებითი დინამიკა, ბაქტერიოსკოპიით კი ნახველის კონვერსია დაფიქსირდა.

გაგრძელების ფაზაში პაციენტი მკურნალობას კვლავ სოფლის ამბულატორიის მეთვალყურეობით ჩაიტარებს.

### რამდენად სწორად მოხდა პაციენტის მართვა პირველადი ჯანდაცვის ქსელში?

ეს შემთხვევა სოფლის დონეზე აქტიური ტუბერ-

კულოზით დაავადებული პაციენტის მართვის კარგი მაგალითია.

სოფლის ამბულატორიაში პაციენტის უშუალო მეთვალყურეობით მკურნალობა და მონიტორინგით გათვალისწინებულ კვლევებზე ფთიზიატრიულ ქსელში მიმართვა სტანდარტების შესაბამისად მიმდინარეობს და მისი განკურნების იმედს იძლევა.



## ხლინიური შემთხვევა N2

70 წლის მამაკაცი ფილბეზის ინფილტრაციული ტუბერკულოზით

**15 თებერვალი, 2013**  
**ვიზიტი**  
**ოჯახის ექიმთან**

პირველადი ჯანდაცვის ქსელს 70 წლის მამაკაცი-მამი მამართა.

ბოლო სამი თვეა, პაციენტი უჩივის პროდუქტიულ ხველას, ტემპერატურულ რეაქციას, საერთო სისუსტეს, გულის ფრიალს, უძილობას, ღამით ოფლიანობას და წონის კლებას.

აღნიშნული ჩივილების გამო ერთი თვის წინ პაციენტმა მიმართა ოჯახის ექიმს და მისი რეკომენდა-

ციით ერთკვირიანი ანტიბიოტიკოთერაპია ჩაიტარა, რომელსაც მხოლოდ დროებითი, მცირედი კლინიკური გაუმჯობესება მოჰყვა.

3 დღის წინ პაციენტმა ნახველში შეამჩნია სისხლი, რის გამოც ოჯახის ექიმს განმეორებით მიმართა. პაციენტი ანამნეზში ქრონიკულ რესპირატორულ დაავადებას ან ტუბერკულოზის განვითარების რისკფაქტორს არ აღნიშნავს.

აუსკულტაციით ორივე ფილტვის პროექციაზე, განსაკუთრებით — მარჯვნივ, შესუსტებული ვეზიკულური სუნთქვის ფონზე მოისმინება სხვადასხვა კალიბრის ხიხინი.

ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული კვლევები პაციენტს არ ჩასტარებია.

**ანამნეზის მიხედვით რამდენად საეჭვოა ტუბერკულოზი?**

სამი თვის განმავლობაში პროდუქტიული ხველა, ტემპერატურული რეაქცია, საერთო სისუსტე, უძილობა, ღამით ოფლიანობა და წონის კლება, როგორც ერთად, ისე ცალკე აღებული, ტუბერკულოზისთვის დამახასიათებელი სიმპტომებია. მათ საფუძველზე პაციენტი ტუბერკულოზზე საეჭვოდ უნდა შეფასდეს

და დიაგნოსტიკისთვის ფთიზიატრიულ ქსელში გაიგზავნოს. ტუბერკულოზის განვითარების რისკფაქტორების არარსებობა სიმპტომების მიხედვით ტუბერკულოზზე ეჭვს არ ამცირებს და ფთიზიატრის კონსულტაციის აუცილებლობას არ ხსნის, განსაკუთრებით — იმ პაციენტებთან, რომლებსაც ანამნეზში მსგავსი სიმპტომებით მიმდინარე სხვა დაავადების ნიშნები არ უდასტურდებათ.

ამ რეკომენდაციის გათვალისწინებით, მოცემული პაციენტი ანამნეზის მიხედვით ტუბერკულოზზე საეჭვო იყო.

**!** 15 თებერვალი, 2013  
რეფერალი  
ფთიზიატრთან

სისხლიანი ხველის, ტუბერკულოზზე საექვო სიმპტომების, აუსკულტაციური მონაცემებისა და უშედეგო ანტიბიოტიკოთერაპიის გამო ოჯახის ექიმმა პაციენტი განმეორებით ვიზიტზე ტუბერკულოზზე საექვოდ მიიჩნია და შესაბამისი ფორმა 100-ით ფთიზიატრის კონსულტაციაზე გაავზავნა.

**?** რამდენად დროული იყო  
რეფერალი  
ფთიზიატრთან?

ოჯახის ექიმი შეცდა, როდესაც ანამნეზის მიხედვით ტუბერკულოზზე საექვო პაციენტი დაუყოვნებლივ ფთიზიატრთან არ გაგზავნა. შეცდომა იყო ფთიზიატრის კონსულტაციის გარეშე პაციენტის დატოვება ერთკვირიანი უშედეგო ანტიბიოტიკოთერაპიის შემდეგაც. სისხლიანი ხველა შორს ნასული ტუბერკულოზური პროცესის გართულებაა და მხო-

ლოდ ამ ნიშნის გამოვლენის შემდეგ პაციენტის ფთიზიატრთან გაგზავნა ტუბერკულოზზე საექვო შემთხვევის დაგვიანებული გამოვლენაა, რაც არა მარტო პაციენტის წარმატებით მკურნალობას ართულებს, არამედ პრობლემებს წარმოშობს ეპიდემიოლოგიური თვალსაზრისითაც.

პაციენტი, რომელსაც პროდუქტიული ხველა აქვს და მხოლოდ 3 თვის შემდეგ უდასტურდება მგბ(+) ფილტვის ტუბერკულოზი, თავადაც გვიან იწყებს ადეკვატურ მკურნალობას და კონტაქტში მყოფ პირებსაც უქმნის ტუბერკულოზით ინფიცირების ან დაავადების რისკს.



**!** 19-21 თებერვალი, 2013  
ლიაზნოვის დასვა  
ფთიზიატრიულ ქსელში

19 თებერვალს პაციენტმა მიმართა შესაბამის ტუბ-კაბინეტს, სადაც ფთიზიატრის მიერ მიენიჭა Z03.0 კოდი (დაკვირვება, როცა ეჭვია ტუბერკულოზზე) და ჩაუტარდა ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკისთვის აუცილებელი ბაქტერიოლოგიური და რენტგენოლოგიური გამოკვლევები.

გულმკერდის რენტგენოგრაფიით (19.02.13) მარჯვნივ ტოტალურად დაფიქსირდა სხვადასხვა ზომისა და ინტენსივობის კეროვანი ჩრდილები, ჰილუსები

- უსტრუქტურო, დეფორმული.

19-20 თებერვალს ჩატარებული ნახველის ნაცხის ბაქტერიოსკოპიული კვლევით დაფიქსირდა მგბ(+) შედეგი („2+“ და „3+“). მასალა გაიგზავნა ბაქტერიოლოგიურ კვლევაზე.

21 თებერვალს პაციენტს დაესვა დიაგნოზი: A15.0 მარჯვენა ფილტვის ინფილტრაციული ტუბერკულოზი რღვევისა და მოთესვის ფაზაში, მგბ(+), ახალი შემთხვევა. პაციენტი აყვანილ იქნა აღრიცხვაზე და ფორმა 100-ით ტუბსანინაალმდეგო სტაციონარში გაიგზავნა.

ინფორმაცია პაციენტთან აქტიური ტუბერკულოზის დადასტურების შესახებ ოჯახის ექიმს არ მიუღია.

**?** რამდენად დროულად მოხდა დიაგნოსტიკა ფთიზიატრიულ ქსელში და რამდენად დროული იყო უკუკავშირი ოჯახის ექიმთან?

ფთიზიატრიულ ქსელში აქტიური ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკა და სტაციონარულ რეჟიმში ადეკვატური მკურნალობის დაწყება დაყოვნების გარეშე, დროულად მოხდა, თუმცა ინფორმაცია პაციენტთან აქტიური ტუბერკულოზის დადასტურების შესახებ ოჯახის ექიმს არ მიუღია. ვინაიდან ტუბერკულოზის

სტაციონარულ მკურნალობაში ოჯახის ექიმი არ მონაწილეობს, ფთიზიატრმა უკუკავშირი ამ ეტაპზე აუცილებლად არ მიიჩნია, რამაც განსაზღვრულ შემთხვევებში შესაძლოა შეაფერხოს ტუბერკულოზის ერთობლივი მართვა. სასურველია, ოჯახის ექიმმა ტუბერკულოზის დადასტურებისთანავე მიიღოს ფთიზიატრისგან ინფორმაცია. მაშინ ის საჭიროების შემთხვევაში შეძლებს, დროულად ჩაერთოს ამბულატორიულ რეჟიმში ტუბერკულოზის მკურნალობის გვერდითი მოვლენების მართვასა და მკურნალობისადმი დამყოლობის უზრუნველყოფაში.



## ხლინიური შემთხვევა N3 47 წლის მამაკაცი, მგბ(-) ტუბერკულოზით

**31 იანვარი, 2013**  
**ტუბერკულოზი საეჭვო**  
**პაციენტის მართვა**  
**პირველადი ჯანდაცვის ქსელში**

ადგილობრივ პირველადი ჯანდაცვის ქსელს სოფლის მკვიდრმა 47 წლის მამაკაცმა მიმართა. პაციენტს ანამნეზში აღენიშნებოდა საერთო სისუსტე, ადვილად დაღლა, ოფლიანობა. ბოლო 3 თვის განმავლობაში უჩიოდა ხველას და ტემპერატურის

მატებას. რამდენიმე დღით ადრე ნახველში შეამჩნია სისხლი. პაციენტი ალკოჰოლის მომხმარებელია, სხვა რისკფაქტორებს არ აღნიშნავს.

აუსკულტაციით ორივე, განსაკუთრებით კი მარჯვენა ფილტვის მწვერვალის პროექციაზე მოისმინება შესუსტებული ვეზიკულური სუნთქვა.

ოჯახის ექიმმა პაციენტი ტუბერკულოზზე საეჭვოდ მიიჩნია და იმავე დღეს ფორმა 100-ით ფთიზიატრის კონსულტაციაზე გაგზავნა, სადაც დიაგნოზის გრაფაში მიუთითა: „ჰემოპტოე (Z03.0)“.

**რამდენად საეჭვო იყო**  
**ტუბერკულოზი და რამდენად**  
**დროულად განხორციელდა**  
**რეფერალი ფთიზიატრთან?**

საერთო სისუსტე, ადვილად დაღლა, ოფლიანობა, გახანგრძლივებული ტემპერატურული რეაქცია და ხველა ტუბერკულოზზე საეჭვო ნიშნებია, მითუმეტეს, თუ ხველას, თუნდაც იშვიათად, თან ახლავს სისხლიანი ნახველი.

მოცემულ პაციენტთან ეჭვს ტუბერკულოზზე ამყარებდა ალკოჰოლიზმიც, როგორც ტუბერკულო-

ზის განვითარების რისკფაქტორი. ამრიგად, პირველადი ჯანდაცვის ექიმი სწორად მოიქცა, როდესაც პაციენტს ტუბერკულოზზე საეჭვო შემთხვევის კოდი Z03.0 მიანიჭა და დაუყოვნებლივ ფთიზიატრის კონსულტაციაზე გაგზავნა. თუმცა აქტიური სკრინინგით, პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრების ინფორმირებით და ექიმთან დროული მიმართვიანობის უზრუნველყოფით სოფლის დონეზე შესაძლებელი უნდა ყოფილიყო 3 თვით გახანგრძლივებული ხველის მქონე პაციენტის ბევრად უფრო ადრეული გამოვლენა და ადეკვატური მკურნალობის გაცილებით ადრე ინიცირება.





**4 თებერვალი – 12 მარტი, 2013**  
**ტუბერკულოზი საეჭვო**  
**მგბ (-) შემთხვევის მართვა**  
**ფთიზიატრიულ ქსელში**

4 თებერვალს პაციენტმა მიმართა რაიონულ ტუბკაბინეტს, სადაც ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკისთვის აუცილებელი კვლევები ჩაუტარდა.

ნახველის ნაცხის ბაქტერიოსკოპიით დაფიქსირდა მგბ(-) შედეგი (4-6 თებერვალი).

გულმკერდის რენტგენოგრაფიით ორივე ფილტვის გაძლიერებული სურათის ფონზე უპირატესად მარჯვნივ დაფიქსირდა საშუალო ინტენსივობის არაჰომოგენური კეროვანი ჩრდილები, ჰილუსები — გამკვრივებული და დეფორმული, სინუსები — თავისუფალი (04.02.13).

8 თებერვალს ფთიზიატრმა პაციენტი შეაფასა როგორც ტუბერკულოზზე საეჭვო მგბ(-) შემთხვევა, დანიშნა ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკოთერაპია და დამატებითი კვლევებისთვის, კერძოდ, ბრონქოსკოპისთვის, ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნულ ცენტრში გაგზავნა.

19 თებერვალს პაციენტმა მიმართა ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნულ ცენტრს,

სადაც ბრონქოსკოპიის შედეგად მიღებული ბრონქოალვეოლარული ლავაჟის ბაქტერიოსკოპიითაც მგბ(-) შედეგი დაფიქსირდა (22.02.13). მასალა გაიგზავნა კულტურალურ კვლევაზე. პაციენტს ასევე ჩაუტარდა სისხლის საერთო ანალიზი (ედს — 30 მმ/სთ), მანტუს სინჯი (ინდურაცია — 12 მმ) და სწრაფი ტესტი აივ ინფექციაზე. დიაგნოზის დასაზუსტებლად პაციენტი გაიგზავნა კომპიუტერულ ტომოგრაფიაზე, რომლის დასკვნით, კტ მონაცემები მეტად შეესაბამებოდა ფილტვების ტუბერკულოზს.

27 თებერვალს კლინიკურ საბჭოსთან შეთანხმებით პაციენტს დაესვა დიაგნოზი: A16.0 მარჯვნივ ფილტვის ინფილტრაციული ტუბერკულოზი რღვევისა და მოთესვის ფაზაში, მგბ(-), ახალი შემთხვევა. ამბულატორიულ რეჟიმში სტანდარტული მკურნალობის ჩასატარებლად პაციენტი რაიონულ ტუბკაბინეტში გაიგზავნა.

12 მარტს პაციენტმა მიმართა რაიონულ ტუბკაბინეტს, სადაც ფთიზიატრმა სტანდარტული ტუბსანი-ნაალმდეგო რეჟიმი (HRZE) შეურჩია და სამკურნალოდ სოფლის ამბულატორიაში გაგზავნა. პაციენტმა მკურნალობა სოფლის პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებაში ექთნის უშუალო მეთვალყურეობით დაიწყო.



რამდენად სწორად მიიღართა ტუბერკულოზზე საეჭვო მგბ(-) შემთხვევა ფთიზიატრიულ ქსელში, რამდენად დროულად მოხდა აქტიური ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკა და ადეკვატური მკურნალობის ინიცირება?

რაიონული ტუბკაბინეტის ფთიზიატრი სწორად მოიქცა, როდესაც უარყოფითი ბაქტერიოსკოპიული შედეგის მიღების შემდეგ, ტუბერკულოზზე საეჭვო მგბ(-) შემთხვევების დიაგნოსტიკური ალგორითმის<sup>1</sup> შესაბამისად, პაციენტს ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკოთერაპია ჩაუტარა. თუმცა ცენტრში გაგზავნილ ფორმა 100-ში გამოყენებული პრეპარატები, დოზები და მკურნალობის ხანგრძლივობა არ მიუთითა.

სწორი გადაწყვეტილება იქნა მიღებული, როცა უშედეგო ანტიბიოტიკოთერაპიის ფონზე დამატებით კვლევად ჩატარდა ბრონქოსკოპია. მართალია, ამ კონკრეტულ შემთხვევაში კვლავ მგბ(-) შედეგი დაფიქსირდა, მაგრამ ნახველთან შედარებით ბრონქოალვეოლარულ ლავაჟში მგბ-ის აღმოჩენის

გაზრდილი შანსი მაქსიმალურად იქნა გამოყენებული.

საკონტროლოდ შესაძლებელი იყო რენტგენოლოგიური კვლევის ჩატარება, თუმცა თუ ფინანსური ბარიერი არ არსებობს, ორმხრივი დისემინირებული პროცესების დიაგნოსტიკისთვის გაცილებით ინფორმაციულია კომპიუტერული ტომოგრაფია.

მართალია, ფთიზიატრიულ ქსელში ტუბერკულოზზე საეჭვო მგბ(-) შემთხვევა, არსებული რესურსების გათვალისწინებით, სწორად იმართა, მაგრამ საბოლოოდ აქტიური ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკას და ადეკვატური მკურნალობის ინიცირებას თვეზე მეტი (4 თებერვალი — 12 მარტი) დასჭირდა, რაც პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობისთვის არცთუ სახარბიელოა. მსგავსი პრობლემის გადაჭრის საუკეთესო საშუალებას Xpert MTB/RIF წარმოადგენს, მაგრამ მგბ(-) შემთხვევების სწრაფი დიაგნოსტიკის ეს მეთოდი ჩვენს ქვეყანაში ჯერჯერობით ხელმისაწვდომია მხოლოდ MDR-TB-ის რისკის მქონე და აივოზიტიური ნაცხით უარყოფითი პაციენტებისთვის. შესაბამისად, მეტი ძალისხმევაა საჭირო სწრაფი დიაგნოსტიკის ამ მეთოდის ქვეყანაში უფრო ფართოდ დასანერგად.

1. Smear-negative pulmonary and extrapulmonary tuberculosis among adults and adolescents — Recommendations for HIV-prevalent and resource-constrained settings, WHO, 2006, [http://www.who.int/tb/publications/2006/tbhiv\\_recommendations.pdf](http://www.who.int/tb/publications/2006/tbhiv_recommendations.pdf)



## ხლინიური შემთხვევა N4

### 56 წლის მამაკაცი ფილტვის ინფილტრაციული ტუბერკულოზით

**25 სექტემბერი, 2012**  
**ტუბერკულოზი და სეჟო**  
**პაციენტის მართვა პირველადი**  
**ჯანდაცვის ქსელში**

ბოლო 6 თვის განმავლობაში ადგილობრივ პირველადი ჯანდაცვის ქსელს პერიოდულად მიმართავდა 56 წლის მამაკაცი. პაციენტი ანამნეზში აღნიშნავდა ხველას დიდი რაოდენობით ნახველის გამოყოფით. ბოლო 3 თვის განმავლობაში ჩივილებს დაემატა სუნთქვის უკმარისობა და ფებრილური ტემპერატურა, რის სანინალმდეგოდაც, ოჯახის ექიმის დანიშნულებით, ერთთვიანი შუალედით ორჯერ ჩაიტარა ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკოთერაპია. უკანასკნელი მკურნალობით მიღწეული მცირედი გაუმჯობესების შემდეგ

დეგ პაციენტს კვლავ აღენიშნა ხველა, სუნთქვის გახშირება, ტემპერატურული რეაქცია (38-39°C) და ძლიერი სისუსტე, რის გამოც 25 სექტემბერს კვლავ მიმართა ადგილობრივ პირველად ჯანდაცვის ქსელს.

აუსკულტაციით მარცხენა ფილტვის ზემო ნილის პროექციაზე შესუსტებული ვეზიკულური სუნთქვის ფონზე მოისმინებოდა მრავლობითი ნვრილბუშტუკოვანი სველი ხიხინი.

გულმკერდის რენტგენოგრაფიით მარცხენა ფილტვის ზემო ველში დაფიქსირდა სხვადასხვა ინტენსივობის არა-ჰომოგენური ჩრდილი, ეჭვით მარცხენა ფილტვის ინფილტრაციულ ტუბერკულოზზე (25.09.12).

ოჯახის ექიმმა პაციენტი ტუბერკულოზზე საეჭვოდ მიიჩნია და ფორმა 100-ში ჩანანერით „მარცხენა ფილტვის TBC?“ ფთიზიატრის კონსულტაციაზე გააგზავნა.

**რამდენად საეჭვო იყო**  
**ტუბერკულოზი და რამდენად**  
**დროულად განხორციილდა**  
**რეაქციული ფთიზიატრთან?**

2 კვირაზე მეტად გახანგრძლივებული ხველა და ტემპერატურული რეაქცია ტუბერკულოზზე საეჭვო ნიშნებია. შესაძლოა, სანყის ეტაპზე ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული კვლევების არასაკმისი ხელმისაწვდომობის გამო ოჯახის ექიმმა მხოლოდ ანტიბიოტიკოთერაპიის ფონზე მიღწეული კლინიკური დინამიკის შეფასებით გადაწყვიტა პაციენტთან მსგავსი სიმპტომებით მიმდინარე სხვა რესპირატორული დაავადების გამორიცხვა, მაგრამ მეორე ეტაპის ანტიბიოტიკოთერაპიის ჩატარება და 6 თვის განმავლობაში ხველის მქონე პაციენტის არასრული დიაგნოსტიკა დაუშვებელია. მით უმეტეს, როცა ბოლო 3

თვის განმავლობაში პაციენტის მდგომარეობა ფებრილური ტემპერატურითა და სუნთქვის უკმარისობით დამძიმდა. მოცემულ პაციენტთან აქტიური ტუბერკულოზის დაგვიანებული გამოვლენით საფრთხე შეექმნა არა მარტო მის ჯანმრთელობას, არამედ კონტაქტში მყოფ ყველა პირსაც, ვინაიდან დიაგნოსტიკისას გაირკვა, რომ პაციენტი დიდი რაოდენობით იზონიაზიდის მიმართ რეზისტენტულ შტამს გამოყოფდა. ოჯახის ექიმის მიერ ხარვეზით იყო შევსებული ფთიზიატრიულ ქსელში მიმართვის ფორმა 100-იც. სასურველი იყო, მას პაციენტი გაეფორმებინა როგორც ტუბერკულოზზე საეჭვო და მიენიჭებინა კოდი Z03.0. არაფთიზიატრის მიერ მხოლოდ სიმპტომატიკისა და რენტგენოლოგიური კვლევის საფუძველზე კოდის გარეშე ტუბერკულოზის დიაგნოზის, თუნდაც კითხვის ნიშნის ქვეშ, გაფორმება, დღევანდელი მიდგომით, რეკომენდებული არ არის.

## ◆ ტუბერკულოზის გამოვლენა და მართვა პირველად ჯანდაცვაში

**26 სექტემბერი –  
5 ოქტომბერი, 2012  
აქტიური ტუბერკულოზის ღია-  
მოსტიკა ფთიზიატრიულ ქსელში**

26 სექტემბერს პაციენტმა რაიონულ ტუბკაბინეტს მიმართა, სადაც ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკისთვის აუცილებელი ნახველის ბაქტერიოსკოპიული კვლევის ორივე ულუფაში დაფიქსირდა მგბ(3+) შედეგი (27.09.12). მასალა გაიგზავნა ჰაინის ტესტსა და კულტურალურ კვლევაზე.

26 სექტემბერს ტუბკაბინეტში ჩატარებული გულმკერდის რენტგენოგრაფიით მარცხენა ფილტვის მწვერვლიდან III ნეკნის დონემდე დაფიქსირდა ჰილუსთან დაკავშირებული ინტენსიური არაჰომოგენური ჩრდილი.

**რამდენად დროულად მოხდა  
აქტიური ტუბერკულოზის  
ღია-მოსტიკა ფთიზიატრიულ  
ქსელში და როგორია უკუკავშირი  
ოჯახის ექიმთან?**

ფთიზიატრიულ ქსელში აქტიური ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკა, პრეპარატების მიმართ მგრძობელობის განსაზღვრის ჩათვლით, უმოკლეს ხანში მოხდა, თუმცა ამის შესახებ ინფორმაცია ოჯახის ექიმს არ მიუღია. მართალია, მოცემულ პაციენტს

1 ოქტომბერს პაციენტს დაესვა დიაგნოზი: მარცხენა ფილტვის ინფილტრაციული ტუბერკულოზი, რღვევის და მოთესვის ფაზაში, მგბ(+), ახალი შემთხვევა. პაციენტმა მკურნალობა სტაციონარში HRZE რეჟიმით დაიწყო.

5 ოქტომბერს ცნობილი გახდა ჰაინის ტესტის შედეგი, რომლის მიხედვითაც შტამი რეზისტენტული იყო იზონიაზიდის მიმართ. პაციენტი გაფორმდა როგორც PDR-A შემთხვევა და HRZE სამკურნალო რეჟიმი REZ-ით შეეცვალა.

ინტენსიური ფაზის ბოლოს პაციენტთან დაფიქსირდა ნახველის კონვერსია და ის ამბულატორიულ რეჟიმში მკურნალობის გასაგრძელებლად რაიონულ ტუბკაბინეტში გაიგზავნა. არც ერთ ეტაპზე ფთიზიატრიული ქსელიდან ოჯახის ექიმთან უკუკავშირი არ განხორციელებულა.

მკურნალობა როგორც სტაციონარულ, ისე ამბულატორიულ რეჟიმში ფთიზიატრიული ქსელის შიგნით უტარდებოდა და ამ პროცესში ოჯახის ექიმის პირდაპირი ჩართულობის აუცილებლობა არ იყო, მისი ინფორმირება მაინც ძალზე მნიშვნელოვანია. ოჯახის ექიმს, განსაკუთრებით — სოფლის დონეზე, სწორი და უშუალო შეხება აქვს პაციენტთან და მასთან კონტაქტში მყოფ პირებთან, შესაბამისად, შეუძლია წვლილი შეიტანოს საზოგადოების განსწავლაში, მკურნალობისადმი დამყოლობის გაუმჯობესებასა და ტუბერკულოზის გავრცელების პრევენციაში.



## ხლინიური შემთხვევა N5

### 51 წლის მამაკაცი პოლიორგანული ტუბერკულოზით

**29 ნოემბერი – 11 დეკემბერი, 2012**  
**ტუბერკულოზი და სავსე შემთხვევის მართვა არაფთიზიატრიულ ქსელში**

29 ნოემბერს პირველადი ჯანდაცვის ქსელს მიმართა პაციენტი, რომელსაც ბოლო ერთი თვის განმავლობაში აღენიშნებოდა ტემპერატურული რეაქცია, ტკივილი და შესივების შეგრძნება მარჯვენა სათესლე ჯირკვლის არეში. ოჯახის ექიმმა პაციენტი უროლოგის კონსულტაციაზე შესაბამის სტაციონარში გაგზავნა, სადაც ჩატარებული ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული კვლევებით დაისვა მწვავე ორქეპიდიდიმიტის დიაგნოზი. პაციენტი სტაციონარში მოთავსდა და ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკოთერაპია ჩაუტარდა. მკურნალობის მიუხე-

დავად, დაავადება პროგრესირებდა. უროლოგის მიერ ანამნეზის დამატებით შეკრებისას პაციენტმა მიუთითა 3 თვის განმავლობაში გახანგრძლივებულ ხველაზე მცირე რაოდენობის ნახველის გამოყოფით. უროლოგმა ეჭვი ტუბერკულოზზე მიიტანა და დამატებითი კვლევებისათვის პაციენტი კვლავ ოჯახის ექიმთან გაგზავნა.

10 დეკემბერს პირველადი ჯანდაცვის ქსელში პაციენტს გულმკერდის რენტგენოგრაფია ჩაუტარდა, რომლის შედეგადაც მარჯვენა ფილტვის შუა ნილის პროექციაზე დაფიქსირდა მკაფიო ინტენსივობის არაჰომოგენური, ტუბერკულოზზე საეჭვო ჩრდილი.

11 დეკემბერს ოჯახის ექიმმა პაციენტი დამატებითი კვლევებისათვის შესაბამისი ფორმა 100-ით ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნულ ცენტრში (ტფდეც-ში) გაგზავნა.

**რამდენად დროულად გამომვლინდა ტუბერკულოზი და სავსე შემთხვევის მართვა არაფთიზიატრიულ ქსელში?**

მიუხედავად იმისა, რომ ტუბერკულოზის შემთხვევათა 15-20% ფილტვგარეშე ფორმებზე მოდის, არაფთიზიატრიულ ქსელში მათზე აქცენტი ნაკლებად კეთდება. საქართველოში საკმაოდ გავრცელებულია საყრდენ-მამოძრავებელი, შარდსასქესო, ცენტრალური ნერვული სისტემის, პერიფერიული ლიმფური კვანძებისა და აბდომინალური ტუბერკულოზი, მაგრამ მათი გამოვლენა არაფთიზიატრიულ ქსელში იშვიათად და დაგვიანებით ხდება. ფილტვგარეშე ტუბერკულო-

ზისთვის დამახასიათებელი ორგანოსპეციფიკური ნიშნების დაფიქსირებისას არაფთიზიატრებს ეჭვი უპირატესად სხვა ეტიოლოგიის ანთებით პროცესებზე მიაქვთ და მხოლოდ გამოკვლევებისა და მკურნალობის ყველა ლიმიტის ამონურვის შემდეგ ახსენდებათ ტუბერკულოზი. იგივე მოხდა მოცემულ შემთხვევაშიც, შარდსასქესო სისტემის პათოლოგიისთვის დამახასიათებელ ნიშნებზე ოჯახის ექიმს ტუბერკულოზი არ გაახსენდა. უფრო მეტიც: ამ ჩივილებმა ფილტვის ტუბერკულოზზე საეჭვო ყველაზე ხშირი ნიშანი — გახანგრძლივებული ხველა — გადაფარა. შესაბამისად, ოჯახის ექიმისგან უროლოგთან, მერე უკანვე, ოჯახის ექიმთან და ბოლოს ფთიზიატრთან პაციენტის რეფერალში, მართალია, არცთუ დიდი, მაგრამ მაინც დრო დაიკარგა (29.11.12 — 12.12.12).



**12-18 დეკემბერი, 2012  
ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკა  
ფთიზიატრიულ ქსელში და  
უკუკავშირი ოჯახის ექიმთან**

12 დეკემბერს პაციენტმა მიმართა ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნულ ცენტრს, სადაც ფილტვისა და შარდსასქესო სისტემის ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკისთვის ნახველისა და შარდის ბაქტერიოსკოპია, გულმკერდის რენტგენოგრაფია, უროგრაფია და შარდსასქესო სისტემის ექოსკოპია ჩაუტარდა.

კვლევის შედეგების საფუძველზე 17 დეკემბერს პაციენტს დაესვა დიაგნოზი: A16.0 მარჯვენა ფილ-

ტვის ინფილტრაციული ტუბერკულოზი რღვევისა და მოთესვის ფაზაში, მგბ(-), მარჯვენამხრივი ტუბერკულოზური ეპიდემიოტი, ფილტვის ფორმა, ახალი შემთხვევა. პაციენტმა ამბულატორიულ რეჟიმში დაიწყო სტანდარტული ტუბსანინალმდეგო მკურნალობა, რომლის ფონზეც ნეფრო- და ნეიროტოქსიკურობა, ასევე კარდიალური ჩივილები განვითარდა.

გვერდითი მოვლენების მართვის, სიმპტომური მკურნალობისა და ტუბსანინალმდეგო პრეპარატების დოზების კორექციისთვის 24 დეკემბერს პაციენტი ტფდევც-ში მოთავსდა. ამის შესახებ ინფორმაცია ოჯახის ექიმმა ცენტრიდან გამოგზავნილი ფორმა 100-ით მიიღო და პაციენტისთვის ნევროპათოლოგისა და კარდიოლოგის კონსულტაცია უზრუნველყო.

**რამდენად დროულად მოხდა  
აქტიური ტუბერკულოზის  
დიაგნოსტიკა ფთიზიატრიულ  
ქსელში და როგორია  
უკუკავშირი ოჯახის ექიმთან?**

მიუხედავად იმისა, რომ როგორც ფილტვის, ისე ფილტვგარეშე ტუბერკულოზის მგბ(-) შემთხვევების დიაგნოსტიკა რთულია, ამ კონკრეტულ შემთხვევაში ყველა აუცილებელი გამოკვლევა

ფთიზიატრიულ ქსელში დროულად ჩატარდა და პოლიორგანული ტუბერკულოზით ავადობაც დროულად დადასტურდა. დროული იყო უკუკავშირი ოჯახის ექიმთანაც.

მართალია, ამის საჭიროება ნევროპათოლოგისა და კარდიოლოგის კონსულტაციის აუცილებლობამ წარმოშვა, მაგრამ აქტიური ტუბერკულოზის დადასტურების შესახებ ნებისმიერი საბაზით ინფორმირება საშუალებას აძლევს ოჯახის ექიმს, თავისი კომპეტენციის ფარგლებში ჩაერთოს ტუბერკულოზის პრევენციისა და მართვის პროცესში.



## ხლინიური შემთხვევა N6

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 რაციოციფით (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 ნიშნე-

ბისა და აუსკულტაციური მონაცემების საფუძველზე პნევმონიის დიაგნოზის დასმა რეკომენდებული არ არის.

ასევე არასაკმარისია პნევმონიის საწინააღმდეგოდ მხოლოდ რაციოციფის ხუთდღიანი კურსის დანიშვნა. პნევმონიის სამკურნალოდ რეკომენდებულია ბეტა-ლაქტამური პრეპარატების ან მაკროლიდთან კომბინაციაში ცეფალოსპორინის მეორე ან მესამე თაობის პრეპარატების 7 დღის განმავლობაში გამოყენება.<sup>1</sup>



**!** 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.

პაციენტს ჩაუტარდა გულმკერდის რენტგენოგრაფია, რომლის 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 გააგზავნა.

**?** 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.

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



**!** 15 აპრილი, 2013  
მესამე ვიზიტი  
ოჯახის ექიმთან

ამჯერად პაციენტმა ოჯახის ექიმს ინფორმაციის მისაწოდებლად მიმართა. მისი გადმოცემით, ფთიზიატრიულ ქსელში ამ ეტაპზე აქტიური ტუბერკულო-

ზით 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.

**?** რამდენად შედეგ უკუკავშირი  
ფთიზიატრიულ ქსელსა და  
ოჯახის ექიმს შორის?

ინფორმაცია ტუბერკულოზის გამორიცხვის შესა-

ხებ 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>

## ხლინიური შემთხვევა N7

65 წლის მამაკაცი დაუდასტურებელი ტუბერკულოზით

**11 აპრილი, 2013**  
**ვიზიტი**  
**ოჯახის ექიმთან**

პირველადი ჯანდაცვის ქსელს მიმართა პაციენტმა, რომელიც 10 დღეა ავად არის ვირუსული რესპირატორული ინფექციით. ამ ეტაპზე ტემპერატურული რეაქცია ალადგა, ხველა დიდი რაოდენობის ნახველით, უმადობა და სისუსტე კი კვლავ რჩება. პაცი-

ენტს მკურნალობა ჩატარებული აქვს სიცხის დამნევი პრეპარატებით.

აუსკულტაციით შესუსტებული ვეზიკულური სუნთქვის ფონზე მარჯვენა ბეჭის კუთხეში მოისმინება ნვრილბუმტუკოვანი ხიხინი.

გულმკერდის რენტგენოგრაფიით მარჯვენა ფილტვის შუა წილის პროექციაზე დაფიქსირდა ტუბერკულოზზე საეჭვო ინფილტრაციული რბილი კერა.

ოჯახის ექიმმა პაციენტი ტუბერკულოზზე საეჭვოდ მიიჩნია და შესაბამისი ფორმა 100-ით ფთიზიატრის კონსულტაციაზე გაგზავნა.

**რამდენად საეჭვო იყო**  
**ტუბერკულოზი?**

ვირუსული ინფექციის ფონზე მხოლოდ 10 დღით გახანგრძლივებული პროდუქტიული ხველა, უმადო-

ბა და სისუსტე არ შეიძლება ტუბერკულოზზე საეჭვო ნიშნებად ჩაითვალოს. ამ შემთხვევაში დაფიქსირებული აუსკულტაციური და რენტგენოლოგიური მონაცემები განხილული უნდა ყოფილიყო როგორც ვირუსული ინფექციის გართულება და არა როგორც ტუბერკულოზზე საეჭვო მდგომარეობა. ოჯახის ექიმის მიერ მოცემული პაციენტის ფთიზიატრთან გაგზავნა ჰიპერდიაგნოსტიკის მაგალითია.



**16-17 აპრილი, 2013**  
**ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკა**  
**ფთიზიატრიულ ქსელში და**  
**უკუკავშირი ოჯახის ექიმთან**

პაციენტმა მიმართა ფთიზიატრიულ ქსელს, სადაც ვირუსული ინფექციის შემდგომი ხველა, უმადობა და სისუსტე ტუბერკულოზზე საეჭვოდ არ ჩაითვალა. ანამნეზის მიხედვით არც ტუბერკულოზის განვითარების ხელშემწყობი რისკფაქტორი გამოვლენილა.

ნახველის ბაქტერიოსკოპიით დაფიქსირდა მგბ(-) შედეგი (17.04.13).

გულმკერდის რენტგენოგრაფიით მარჯვენა ფილტვის შუა წილის პროექციაზე დაფიქსირდა ჰომოგენური ჩრდილი განათების უბნებისა და კეროვანი ჩანართების გარეშე (17.04.13).

ხელთ არსებული მონაცემების მიხედვით, ფთიზიატრის მიერ ამ ეტაპზე სასუნთქი სისტემის აქტიური ტუბერკულოზი არ დადასტურდა. პაციენტი შესაბამისი ფორმა 100-ით შემდგომი მეთვალყურეობის რეკომენდაციით ოჯახის ექიმთან გაიგზავნა.

**რამდენად სწორად გამოირიცხა**  
**ტუბერკულოზის დიაგნოზი და**  
**როგორია უკუკავშირი**  
**ოჯახის ექიმთან?**

ფთიზიატრიულ ქსელში ანამნეზის, ბაქტერიოსკოპიული და რენტგენოლოგიური კვლევების საფუძველზე პაციენტთან ტუბერკულოზზე ეჭვი

ჰიპერდიაგნოსტიკად შეფასდა და აქტიური ტუბერკულოზი სწორად გამოირიცხა, თუმცა პაციენტზე მეთვალყურეობა კვლავ საჭიროდ იქნა მიჩნეული და ფორმა 100-ში ასახული შესაბამისი რეკომენდაციით პაციენტი კვლავ ოჯახის ექიმთან გაიგზავნა. ამით კავშირი შედგა ფთიზიატრიულ და პირველადი ჯანდაცვის ქსელებს შორის, რაც პაციენტის ადეკვატური და წარმატებული მართვის წინაპირობაა.

## ხლინიური შემთხვევა N8 64 წლის მამაკაცი სისხლიანი ნახვლით

**20 თებერვალი, 2013  
პირველი ვიზიტი  
ოჯახის ექიმთან**

პირველადი ჯანდაცვის ქსელს მიმართა პაციენტმა, რომელიც ბოლო ერთი თვეა უჩივის ხველას, ოფლიანობას და სისუსტეს, ბოლო 3 დღეა, აქვს სის-

ხლიანი ნახველი.

აუსკულტაციით მარჯვენა ფილტვის ზემო ნილის პროექციაზე სუნთქვა მკვეთრად შესუსტებულია.

გულმკერდის რენტგენოგრაფიით მარჯვენა ფილტვის მწვერვალში ფიქსირდება ინფილტრაციული კერა, კარი გაძლიერებულია.

ოჯახის ექიმმა პაციენტი ტუბერკულოზზე საექვოდ მიიჩნია და შესაბამისი ფორმა 100-ით ფთიზიატრის კონსულტაციაზე გაგზავნა.

**რამდენად საეჭვო იყო  
ტუბერკულოზი?**

სისხლიანი ხველის მქონე პაციენტთან ოჯახის ექიმმა დიფდიაგნოსტიკის პირველ ეტაპზე მიზანშეწონილად მიიჩნია ფთიზიატრის კონსულტაცია, ვინა-

იდან სისხლიან ხველას წინ უძღვოდა ერთი თვის განმავლობაში გახანგრძლივებული ხველა, ოფლიანობა და სისუსტე. ტუბერკულოზზე მიაჩნებდა რენტგენოლოგიური მონაცემებიც.

ამრიგად, ოჯახის ექიმმა სწორად მოიქცა, როდესაც ეჭვი უპირატესად ტუბერკულოზზე მიიტანა და მხოლოდ აქტიური ტუბერკულოზის გამორიცხვის შემდეგ გაგზავნა პაციენტი ონკოლოგის კონსულტაციაზე.



**27 თებერვალი და 4 მარტი, 2013**  
**ბანეოკრაზიითი ვიზიტები**  
**ოჯახის ექიმთან**

27 თებერვალს, ტუბდანესებულებაში ვიზიტის შემდეგ, პაციენტმა მიმართა ოჯახის ექიმს და ზეპირსიტყვიერად მიანოდა ინფორმაცია იმის შესახებ, რომ ფთიზიატრმა ამ ეტაპზე აქტიური ტუბერკულოზით ავადობა გამოიწვია.

პაციენტს კვლავ აღენიშნებოდა სისხლიანი ხველა, რის გამოც ოჯახის ექიმმა დანიშნა ჰემოსტატიკური მკურნალობა.

პაციენტის მართვის მომდევნო ეტაპის დასაგეგმავად ოჯახის ექიმმა პაციენტს ტუბდანესებულებიდან წერილობითი დასკვნის მოტანა სთხოვა.

4 მარტს პაციენტმა პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებაში მიიტანა ფთიზიატრის დასკვნა, რომლის საფუძველზეც ოჯახის ექიმმა პაციენტი ონკოლოგის კონსულტაციაზე გაგზავნა.

**რამდენად სრულყოფილია**  
**კავშირი ფთიზიატრიულ და**  
**პირველად ჯანდაცვის**  
**ქსელს შორის?**

პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებიდან ფთიზიატრიულ ქსელში ტუბერკულოზზე საეჭვო პაციენტი შესაბამისი ფორმა 100-ით გაიგზავნა, ოჯახის ექიმმა კი დოკუმენტირებული შეტყობინება იმის შე-

სახებ, რომ პაციენტთან აქტიური ტუბერკულოზი გამოირიცხა, მხოლოდ განმეორებითი მოთხოვნის შემდეგ მიიღო და ეს მაშინ, როცა პაციენტს სისხლიანი ხველა ჰქონდა და დიფდიაგნოსტიკის მომდევნო ეტაპზე ონკოლოგის კონსულტაცია სჭირდებოდა. მოცემული შემთხვევა იმის დასტურია, რომ პაციენტის დროული დიაგნოსტიკისა და ადეკვატური მკურნალობისთვის ფთიზიატრიულ და პირველად ჯანდაცვის ქსელს შორის კავშირიც და უკუკავშირიც ერთნაირად მნიშვნელოვანია.

## ხლინიური შემთხვევა N9

40 წლის მამაკაცი ფილტვის აქტიური ტუბერკულოზით

**25 მარტი, 2013  
ვიზიტი  
ოჯახის ექიმთან**

პირველადი ჯანდაცვის ქსელს მიმართა პაციენტმა, რომელიც უჩივის ერთი თვის განმავლობაში გახანგრძლივებულ ხველას, საერთო სისუსტეს, ოფლიანობას, სუბფებრილურ ტემპერატურას, წონის 7 კილოგრამით კლებას. ექიმისთვის არ მიუმართავს,

მკურნალობა არ ჩაუტარებია.

აუსკულტაციით ორივე ფილტვის პროექციაზე ვეზიკულური სუნთქვა შესუსტებულია, მარჯვნივ მოისმინება ერთეული მშრალი ხიხინი.

გულმკერდის რენტგენოგრაფიით მარჯვენა სინუსი არ ნათდება, მარჯვენა ფილტვის ლავინზედა და ლავინქვეშა არეში, მარცხნივ მწვერვალში ფიქსირდება მრავლობითი ინფილტრაციული კერა.

ოჯახის ექიმმა პაციენტი ტუბერკულოზზე საექვოდ მიიჩნია და შესაბამისი ფორმა 100-ით ფთიზიატრის კონსულტაციაზე გაგზავნა.

**რამდენად საეჭვო იყო  
ტუბერკულოზი?**

ერთი თვის განმავლობაში გახანგრძლივებული ხველა, საერთო სისუსტე, ოფლიანობა, ტემპერატურული რეაქცია და წონის საგრძნობი კლება ტუბერკულოზზე საეჭვო ნიშნებია. მხოლოდ მათი დაფიქსირებაც კი საკ-

მარისი პირობაა იმისათვის, რომ პაციენტი ტუბერკულოზზე საეჭვოდ იქნეს მიჩნეული და გაიგზავნოს ფთიზიატრთან. ოჯახის ექიმს სრულყოფილად აქვს აღწერილი აუსკულტაციური და რენტგენოლოგიური მონაცემებიც, რომლებიც ამყარებს ეჭვს ტუბერკულოზზე, თუმცა, ამასთანავე, სასურველი იქნებოდა, ჩანაწერში მითითებული ყოფილიყო, დასტურდება თუ არა პაციენტთან ტუბერკულოზის განვითარების რომელიმე რისკფაქტორი და თუ კი, სახელდობრ რომელ რისკფაქტორს მიეკუთვნება იგი.





**!** ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკა ფთიზიატრიულ ქსელში და უკუკავშირი ოჯახის ექიმთან

პაციენტის გადმოცემით, ოჯახის ექიმთან ვიზიტიდან რამდენიმე დღეში მან საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით მიმართა ტუბდანესებულებას, სადაც დაუსვეს ფილტვის ტუბერკულოზის დიაგნოზი და ამბულატორიულ რეჟიმში დაუწყეს ტუბსანიინალ-მდეგო მკურნალობა. ოჯახის ექიმს ფთიზიატრისგან ფორმა 100 არ მიუღია.

**?** რამდენად სრულყოფილია კავშირი ფთიზიატრიულ და პირველად ჯანდაცვის ქსელს შორის?

დოკუმენტირებული შეტყობინება პაციენტთან აქტიური ტუბერკულოზის დადასტურების, კონკრე-

ტული დიაგნოზის, მკურნალობის ტიპის ან ეპიდსა-შიშროების შესახებ ოჯახის ექიმს ფთიზიატრისგან არ მიუღია, მაშინ როცა ამ ინფორმაციის ფლობის შემთხვევაში ოჯახის ექიმს, სულ მცირე, შეეძლო მონაწილეობა მიეღო პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრების განსწავლაში, აგრეთვე ბინასა თუ სამედიცინო დაწესებულებაში ტუბერკულოზის ტრანსმისიის რისკის შემცირებაში.

## ხლინიური შემთხვევა N10 64 წლის ქალი აპარნოული ტუბერკულოზით

**12 თებერვალი, 2013  
ვიზიტი  
ოჯახის ექიმთან**

ოჯახის ექიმს მიმართა პაციენტმა, რომელიც 3 კვირაა უჩივის სუბფებრილურ ტემპერატურას, საერთო სისუსტეს, ოფლიანობას და ხველას მცირე რაოდენობის ნახველით. ბოლო 3 დღეა აქვს ჰექტიური ტემპერატურა.

აუსკულტაციით ვეზიკულური სუნთქვა შესუსტებულია, მარცხენა ფილტვის ზემო წილის პროექციაზე სუნთქვა არ ტარდება.

გულმკერდის რენტგენოგრაფიით მარცხენა ფილტვის მწვერვალი ჰიპოვენტილირებულია, ლავინის არეში ფიქსირდება ინფილტრაციული კერები, 1 ნეკნთაშუა სივრცეში აღინიშნება განათების უბანი.

ოჯახის ექიმმა პაციენტი ტუბერკულოზზე საექვოდ მიიჩნია და შესაბამისი ფორმა 100-ით ფთიზიატრის კონსულტაციაზე გაგზავნა.

**რამდენად დროულად  
გამოვლინდა ტუბერკულოზი  
საეჭვო კასინეტი პირველადი  
ჯანდაცვის ქსელში?**

პაციენტმა პირველადი ჯანდაცვის ქსელს ტუბერკულოზზე საექვო ნიშნების მანიფესტირებიდან 3 კვირის შემდეგ მიმართა. ოჯახის ექიმმა ანამნეზი-

სა და რენტგენოლოგიური კვლევის საფუძველზე ეჭვი ტუბერკულოზზე მართებულად მიიტანა და ხელოვნური ბარიერების გარეშე, პირველივე ვიზიტის შემდეგ, პაციენტი ფთიზიატრთან გაგზავნა. ამრიგად, მოცემული შემთხვევა ინფორმირებული პაციენტის დროული გამოვლენის კარგი მაგალითია და წარმატებულ მკურნალობასთან ერთად დაავადების ტრანსმისიის რისკის შემცირების წინაპირობასაც ქმნის.



**14-20 თებერვალი, 2013  
ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკა  
ფთიზიატრიულ ქსელში და  
უქუთუბოში ოჯახის ექიმთან**

14 თებერვალს პაციენტმა საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით მიმართა ტუბკაბინეტს, სადაც ჩატარებული ბაქტერიოლოგიური და განმეორებითი

რენტგენოლოგიური კვლევის საფუძველზე დაისვა დიაგნოზი: A15.0 მარცხენა ფილტვის კავერნოზული ტუბერკულოზი ინფილტრაციის ფაზაში, მგბ(+), ახალი შემთხვევა, სენსიტიური ფორმა (20.02.13).

პაციენტმა პირველად ჯანდაცვის ქსელში წარადგინა ფთიზიატრის მიერ შევსებული ფორმა 100 და ტუბსანიანააღმდეგო მკურნალობა ამბულატორიულ რეჟიმში დაიწყო.

**რამდენად დროულად დაისვა  
ტუბერკულოზის დიაგნოზი  
ფთიზიატრიულ ქსელში და  
როგორია უქუთუბოში პირველად  
ჯანდაცვის ქსელთან?**

ფთიზიატრიულ ქსელში აქტიური ტუბერკულოზის სრული დიაგნოსტიკა, პრეპარატებისადმი მგრძობელობის განსაზღვრის ჩათვლით უმოკლეს

ხანში, 4 სამუშაო დღეში დასრულდა. პაციენტის აქტიური ტუბერკულოზით ავადობის შესახებ დოკუმენტირებული შეტყობინება ოჯახის ექიმმაც დაუყოვნებლივ მიიღო და საჭიროების შემთხვევაში შეძლებს ჩაერთოს კონტაქტის ჯგუფში დაავადების გავრცელების პრევენციასა თუ პაციენტის მიერ მკურნალობისადმი კარგი დამყოლობის უზრუნველყოფაში, ეს ყოველივე ერთად აღებული კი ხელს შეუწყობს ტუბერკულოზის მართვის ხარისხის გაუმჯობესებას.

# ◆ ტუბერკულოზის გამოვლენა და მართვა პირველად ჯანდაცვაში

## შეამოწმათ თქვენი სკოლენა

პირველადი ჯანდაცვის ქსელიდან მიმართულ პაციენტს ფთიზიატრმა დაუსვა დიაგნოზი: მარცხენა ფილტვის ინფილტრაციული ტუბერკულოზი რღვევისა და მოთესვის ფაზაში, მგბ(-), „ახალი“ შემთხვევა. პაციენტმა მკურნალობა ამბულატორიულ რეჟიმში დაიწყო. ტუბსანინაალმდეგო მკურნალობის ფონზე განვითარდა გვერდითი მოვლენები, რის გამოც პაციენტმა კვლავ ოჯახის ექიმს მიმართა. გვერდითი მოვლენების მართვის პროცესში შეიქმნა პაციენტის მიერ მკურნალობის შეწყვეტის საფრთხე.

**1** ოჯახის ექიმმა აცნობა ფთიზიატრს პაციენტის მიერ მკურნალობის შეწყვეტის საფრთხის შესახებ და იმ მოტივაციით, რომ მკურნალობაზე დამყოლობის უზრუნველყოფა მხოლოდ ფთიზიატრის მოვალეობაა, პაციენტი კვლავ ტუბკაბინეტში გააგზავნა.

**2** ოჯახის ექიმმა აცნობა ფთიზიატრს პაციენტის მიერ მკურნალობის შეწყვეტის საფრთხის შესახებ და იმის გათვალისწინებით რომ მკურნალობაზე დამყოლობის უზრუნველყოფა ფთიზიატრთან ერთად მისი მოვალეობაცაა, მონაწილეობა მიიღო მკურნალობაზე დამყოლობის ერთობლივ უზრუნველყოფაში.

ოჯახის ექიმის  
რომელი  
ბადაწყვეტილებაა  
სწორი?

5 წლის გოგონას ავადობის გამო ოჯახის ექიმის ვიზიტი შედგა ბინაზე. ბავშვს 6 დღის განმავლობაში აღენიშნებოდა ყელის ტკივილი, ხველა, გამონადენი ცხვირიდან, ძლიერი სისუსტე და ფებრილური ტემპერატურა. ოჯახის ექიმმა პაციენტის კლინიკური შეფასებისას შეამჩნია, რომ ბავშვის დედაც ავად არის, ახველებს და წინა პერიოდთან შედარებით საგრძნობლად აქვს დაკლებული წონაში. როგორც გაირკვა დედა დიდი ხანია თავს ავად გრძნობს, მაგრამ პირადი მიზეზის გამო ექიმთან ვერ მიდის.

**1** ოჯახის ექიმმა უზრუნველყო მხოლოდ ბავშვის რესპირატორული ჩივილების საწინააღმდეგო მკურნალობა.

**2** ოჯახის ექიმმა დაიწყო ბავშვის რესპირატორული ჩივილების საწინააღმდეგო მკურნალობა, დედა კი დაუყოვნებლივ ფთიზიატრის კონსულტაციაზე გაგზავნა.

ოჯახის ექიმის  
რომელი  
ბადაწყვეტილებაა  
სწორი?



# ტესტი

**1** როგორი ნიშანი არ არის შარდ-სასქენო ტუბერკულოზზე სააჭვო?

- ა) ხშირი შარდვა;
- ბ) ტემპერატურული რეაქცია;
- გ) წონაში დაკლება;
- დ) გახანგრძლივებული ხველა;
- ე) ღამის ოფლიანობა.

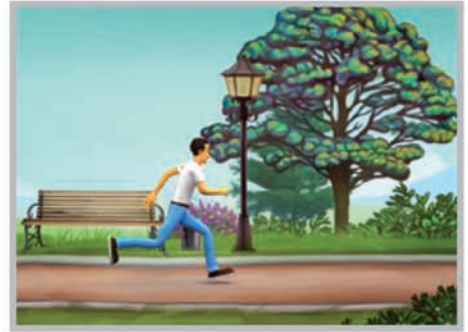
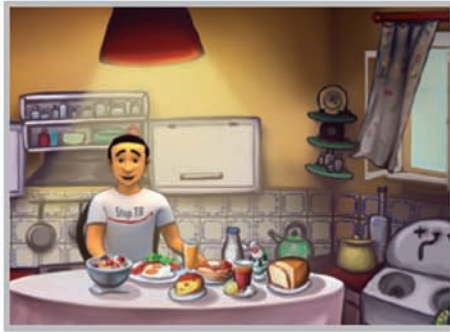
**2** როგორი ინფორმაციის შეტანა არის საჭირო ფთიზიატრთან გასაგზავნი ტუბერკულოზზე სააჭვო შემთხვევის ფორმა 100-ში?

- ა) გამოვლენილი ტუბერკულოზზე სააჭვო ნიშნები და მათი ხანგრძლივობა;
- ბ) დაფიქსირებული რისკფაქტორები;
- გ) საჭიროების შემთხვევაში ჩატარებული გამოკვლევების შედეგები;
- დ) საჭიროების შემთხვევაში ჩატარებული მკურნალობის დროს გამოყენებული პრეპარატები (დოზის და ხანგრძლივობის მინიშნებით) და მკურნალობის შედეგი;
- ე) ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი.

**3** აქტიური ტუბერკულოზის მართვის როგორი კომპონენტი არ შედის ოჯახის ექიმის კომპეტენციაში?

- ა) ტუბსანინალმდეგო სამკურნალო რეჟიმის შერჩევა;
- ბ) პაციენტთან ტუბსანინალმდეგო პრეპარატებით გამოწვეული მსუბუქი გვერდითი მოვლენების მართვა;
- გ) ტუბერკულოზის მკურნალობის პერიოდში მონიტორინგით გათვალისწინებული ვიზიტებისა და კვლევებისათვის პაციენტის ფთიზიატრთან დროული მიმართვა;
- დ) პაციენტის განსწავლა, ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა და მკურნალობისადმი დამყოლობის უზრუნველყოფა;

სწორი პასუხებია: 1. - დ; 2. — ე; 3. — ა.



# შუბანიკუღოზი იკუნინეზე!

