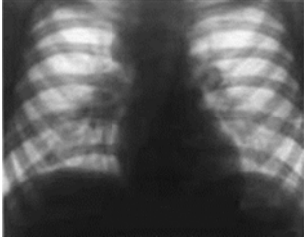


კლინიკური შემთხვევა N 1

15 წლის ბიჭი, მკერდშია ლიმფური კვანძების ტუბერკულოზით, კონტაქტის ჯგუფიდან

ფილტვარზე ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკა	რამდენად დროულად და ადეკვატურად მოხდა ოჯახური კონტაქტის მართვა?
 <p>2012 წლის 4 ივნისს 15 წლის, მამრობითი სქესის მოზარდმა მშობლის თანხლებით მიმართა ფთიზიატრიულ ქსელს.</p> <p><b>ანამნეზის მიხედვით</b> ბოლო 1 თვის განმავლობაში პაციენტს აღენიშნებოდა ტემპერატურის მატება, მშრალი ხველა, ოფლიანობა, წონაში კლება და ზოგადი სისუსტე. პაციენტი წარსულში კონტაქტში იმყოფებოდა ტუბერკულოზით დაავადებულ მამასთან.</p> <p>პერიფერიული ლიმფური კვანძების პალპაციით ისინჯებოდა ყბისქვეშა ლიმფური კვანძი ზომით 8-10 მმ, რბილი კონსისტენციის, მოძრავი, უმტკივნეულო და უსტრუქტურო.</p> <p><b>აუსკულტაციით</b> მკვრივი სუნთქვის ფონზე მოისმინებოდა გაფანტული მშრალი ხიხინი.</p> <p>სიმპტომების და ტუბერკულოზით დაავადებულ მამასთან კონტაქტის გათვალისწინებით პაციენტი შეფასდა როგორც ტუბერკულოზზე საეჭვო, მიენიჭა კოდი Z.03.0 და დიაგნოზის დაზუსტების მიზნით ჩაუტარდა გამოკვლევები (04.06.12).</p>	<p>როგორც ანამნეზიდან გაირკვა პაციენტი კონტაქტში იმყოფებოდა ტუბერკულოზით დაავადებულ მამასთან. შესაბამისად მას, როგორც ოჯახურ კონტაქტს, უნდა ჩატარებოდა ფთიზიატრის კონსულტაცია და სიმპტომების მიუხედავად გამოკვლეული უნდა ყოფილიყო აქტიურ ტუბერკულოზზე, თუმცა ამის შესახებ ისტორიაში ჩანაწერი არ არის. ამასთანავე ბავშვის მშობელი ინფორმირებული უნდა ყოფილიყო იმის შესახებ, რომ ტუბერკულოზით დაავადებულ პირთან ოჯახური კონტაქტი არამართო მოცემულ პერიოდში, არამედ შემდგომშიც წარმოადგენს ტუბერკულოზის განვითარების რისკს. სწორი ინფორმირების პირობებში კონტაქტში მყოფმა ოჯახის წევრებმა უნდა იცოდნენ ტუბერკულოზის განვითარების რისკ-ფაქტორების და სიმპტომების შესახებ, რათა შეძლონ ოჯახის ყველა წევრის, განსაკუთრებით ბავშვების დაცვა დაავადების განვითარებისაგან, სიმპტომების გამოვლენის შემთხვევაში კი დაუყოვნებლივ უზრუნველყონ მათი ვიზიტი ფთიზიატრთან.</p> <p>მოცემული შემთხვევა კიდევ ერთხელ ადასტურებს, რომ კონტაქტურ პირებთან, რომელთა შორისაც ყველაზე კრიტიკულ ჯგუფს ბავშვები წარმოადგენენ, ტუბერკულოზის განვითარების პრევენცია და მკურნალობის დროული ინიცირება მხოლოდ კონტაქტების დროული კვლევის და სწორი ინფორმირების პირობებშია შესაძლებელი.</p>
<p><b>სისხლის საერთო ანალიზით</b> დაფიქსირდა მკვეთრად მომატებული ედს-ი - 40 მმ/სთ.</p> <p><b>სისხლის ბიოქიმიური ანალიზით</b> დაფიქსირდა ნორმა - კრეატინინი-66.2, ALT -2.64, AST-5.18, ბილირუბინი-10.61.</p> <p><b>გულმკერდის რენტგენოგრაფიით</b> მარცხნივ ბრონქოპულმონარული ლიმფური კვანძები ინფილტრირებული, ფილტვის სურათი გაძლიერებული, სინუსები თავისუფალი.</p> <p><b>ბაქტერიოსკოპიული გამოკვლევა</b> პაციენტს არ ჩატარებია.</p> <p><b>აივ-ტესტირებით</b> დაფიქსირდა უარყოფითი შედეგი.</p>	<p><b>რამდენად სტანდარტის შესაბამისად დაისვა დიაგნოზი?</b></p> <p>მოცემულ პაციენტთან მკერდშია ლიმფური კვანძების ტუბერკულოზის დიაგნოზი სიმპტომების, კონტაქტის და რენტგენოლოგიური კვლევის საფუძველზე დაისვა. ბაქტერიოსკოპიული, ან კულტურალური კვლევა პაციენტს არცერთ პათოლოგიურ მასალაზე არც საწყისი და არც მონიტორინგით გათვალისწინებული კვლევების ფარგლებში არ ჩატარებია. ეს იმით აიხსნება, რომ მკერდშია ლიმფური კვანძებიდან ბიოფსიური მასალის აღება ინვაზიურ ჩარევას მოითხოვს, რაც ტექნიკური აღჭურვილობის და შესაბამისად მომზადებული მედპერსონალის თვალსაზრისით ჩვენს ქვეყანაში რუტინულად უზრუნველყოფილი არ არის. აქედან გამომდინარე, ისევე როგორც შემთხვევათა თითქმის აბსოლუტურ უმრავლესობაში, მოცემულ</p>

<p><b>პაციენტი იწონიდა</b> 53 კგ.-ს.</p> <p>სიმპტომატიკის, რისკ-ფაქტორის არსებობის და რენტგენოლოგიური კვლევის საფუძველზე <b>დაისვა დიაგნოზი:</b> A.16.3 მკერდშიდა ლიმფური კვანძების ტუბერკულოზი, „ახალი შემთხვევა“, ფილტვგარეშე ფორმა (04.06.12).</p> <p><b>პაციენტი აყვანილ იქნა აღრიცხვაზე</b> და 5 ივნისიდან ამბულატორიულ რეჟიმში რეგულარული ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო 2HRZE სქემით (3 FDC აბი [H 75, R 150, Z 400, E 275] 1 ჯერ დღეში) დაიწყო მკურნალობა.</p>	<p>პაციენტთანაც მკერდშიდა ლიმფური კვანძების ტუბერკულოზის დიაგნოზი კლინიკურად, ბაქტერიოლოგიური დადასტურების გარეშე დაისვა და მკურნალობაც ინდივიდუალური DST პროფილის გარეშე შეირჩა. ეს თავისთავად საქართველოს და მისი მსგავსი ქვეყნებისათვის სტანდარტიდან გადახვევას არ წარმოადგენს, თუმცა ხაზს უსვამს ბავშვებში ტუბერკულოზის, განსაკუთრებით კი ფილტვგარეშე ფორმების დიაგნოსტიკასთან დაკავშირებულ პრობლემას და მისი დაუყოვნებელი გადაჭრის აუცილებლობას.</p>
<p><b>მკურნალობის მონიტორინგი</b></p>	<p><b>რამდენად სწორად მოხდა სამკურნალო პრეპარატების დოზირება და რამდენად სრულყოფილად ტარდებოდა მკურნალობის მონიტორინგი?</b></p>
<p><b>მკურნალობის ინტენსიურ ფაზაში</b> პაციენტს თვეში ორჯერ (19.06., 03.07., 17.07., 03.08.) ჩაუტარდა <b>ფთიზიატრის კონსულტაცია</b>. ვიზიტებზე მისი კლინიკური დინამიკა შეფასდა დადებითად, პაციენტი ჩივილებს არ აღნიშნავდა, აუსკულტაციით მოისმინებოდა ვეზიკულური სუნთქვა. დამაკმაყოფილებელი იყო მკურნალობისადმი დამყოლობაც. 2 თვის განმავლობაში პაციენტმა წონაში 6 კგ. მოიმატა.</p> <p><b>რენტგენოლოგიური სურათი</b> ინტენსიური ფაზის ბოლოსთვის არ შეცვლილა, მარცხნივ ბრონქოპულმონარული ლიმფური კვანძები ინფილტრირებული, ფილტვის სურათი გამდიდრებული იყო.</p> <p><b>სისხლის ბიოქიმიური ანალიზით</b> პათოლოგია არ დაფიქსირდა (კრეატინინი-48.16, ALT -4.61, AST-5.88, ბილირუბინი-10.46; 3 აგვისტო, 2012).</p> <p>03.08.12-ში მკურნალობის ინტენსიური ფაზა დასრულდა. <b>გაგრძელების ფაზაში მკურნალობა</b> პაციენტს კვლავ ამბულატორიულ რეჟიმში, 4HR სქემით, წონაში მატების გათვალისწინებით (4 FDC აბი [H 75, R 150] 1 ჯერ დღეში) გაუგრძელდა.</p> <p><b>გაგრძელების ფაზაში</b> პაციენტს თვეში ერთხელ (03.09., 03.10., 02.11., 01.12.) უტარდებოდა ფთიზიატრის კონსულტაცია. ყოველ ვიზიტზე პაციენტის კლინიკური მდგომარეობა და მკურნალობისადმი დამყოლობა ფასდებოდა დამაკმაყოფილებლად, კონტროლდებოდა ტემპერატურა, არტერიული წნევა, პულსი, სუნთქვის სიხშირე და წონა. მკურნალობის გაგრძელების ფაზის ბოლოს პაციენტი იწონიდა 60 კგ.-ს.</p> <p>01.12.12-ში პაციენტის <b>მკურნალობა დასრულდა გამოსავლით „დასრულებული მკურნალობა“.</b></p>	<p>პაციენტთან სამკურნალო პრეპარატების დოზის შერჩევა სწორად, წონის ზუსტი გათვალისწინებით მოხდა. ვინაიდან მკურნალობის დასაწყისში მოზარდი 53 კგ-ს (&lt;55კგ) იწონიდა, მას დაენიშნა 3 FDC აბი [H 75, R 150, Z 400, E 275] 1 ჯერ დღეში. მკურნალობის ინტენსიური ფაზის ბოლოს პაციენტი უკვე 59 კგ-ს (&gt;55კგ) იწონიდა, შესაბამისად გაგრძელების ფაზაში 3-ის ნაცვლად იზონიაზიდის და რიფამპიციინის ფიქსირებულდოზიანი 4 აბი დაენიშნა (4 FDC აბი [H 75, R 150] 1 ჯერ დღეში).</p> <p>მკერდშიდა ლიმფური კვანძების ტუბერკულოზით დაავადებული მოზარდის მკურნალობის მონიტორინგი კლინიკური მდგომარეობის და რენტგენოლოგიური დინამიკის შეფასებით მიმდინარეობდა. ყოველ ვიზიტზე ფთიზიატრის მიერ კონტროლდებოდა პაციენტის ტემპერატურა, არტერიული წნევა, პულსი, სუნთქვის სიხშირე და წონა. ფასდებოდა გვერდითი მოვლენების არსებობა და მკურნალობისადმი დამყოლობა, რაც საერთაშორისო სტანდარტების შესაბამისია.</p> <p>სისხლის ბიოქიმიური ანალიზი (კრეატინინი, ALT, AST, ბილირუბინი), რომელიც პაციენტს ამბულატორიული მკურნალობის ინტენსიურ და გაგრძელების ფაზაში ჩაუტარდა არ შეესაბამება საერთაშორისო სტანდარტებს, თუმცა შესაბამისობაშია ტუბერკულოზის პროგრამული მართვის 2012 წლის ნაციონალურ სტანდარტებთან.</p>

