


კლინიკური შემთხვევა N 2

16 წლის გოგონა, ფილტვის ინფილტრაციული ტუბერკულოზით, მგბ(+), კონტაქტის ჯგუფიდან

ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკა	რამდენად დროულად და სტანდარტულად მოხდა ოჯახური კონტაქტის გამოვლენა და დიაგნოსტიკა?
 <p>2011 წლის 25 იანვარს 16 წლის, მდედრობითი სქესის მოზარდმა თვითდინებით მიმართა ფთიზიატრიულ ქსელს.</p> <p>ანამნეზის მიხედვით პაციენტს ბოლო 2 თვის განმავლობაში აღენიშნებოდა ხველა, ტემპერატურის მატება, უმადობა, წონაში კლება და ზოგადი სისუსტე. პაციენტს ექიმისთვის არ მიუმართავს, მას მშობლების რჩევით ჩაუტარდა ანტიბიოტიკებით მკურნალობა.</p> <p>2 წლის წინ პაციენტი კონტაქტში იმყოფებოდა ტუბერკულოზით დაავადებულ დედასთან, რისთვისაც ჩაუტარდა გამოკვლევები როგორც ოჯახურ კონტაქტს. იმ ეტაპზე ტუბერკულოზით ავადობა გამოირიცხა.</p> <p>აუსკულტაციით ორივე ფილტვის პროექციაზე მოისმინებოდა სხვადასხვა კალიბრის სველი ხიხინი.</p> <p>სიმპტომების და კონტაქტის გათვალისწინებით პაციენტი შეფასდა როგორც ტუბერკულოზზე საეჭვო და დიაგნოზის დაზუსტების მიზნით ჩაუტარდა გამოკვლევები.</p> <p>სისხლის საერთო ანალიზით დაფიქსირდა მომატებული ედს-ი - 38 მმ/სთ.</p> <p>გულმკერდის რენტგენოგრაფიით მარჯვნივ ლავიწზედა მიდამოდან მეორე ნეკნის დონემდე ფილტვის ქსოვილზე აღინიშნებოდა სხვადასხვა ზომის წვრილკეროვანი ჩრდილები. მარცხნივ მეორე ნეკნის დონიდან გამჭირვალეობა დაქვეითებული იყო. აღინიშნებოდა ორმხრივი ინფილტრატი მოთესვით.</p> <p>კანის ტუბერკულინური სინჯის შედეგად დაფიქსირდა 14 მმ დიაგნოზის ინდურცია (28.01.11).</p> <p>ნახველის ბაქტერიოსკოპიით ორივე ულუფაში დაფიქსირდა დადებითი შედეგი (1+, 1+). მასალა გაიგზავნა კულტურალურ კვლევაზე (28.01.11).</p> <p>პაციენტი იწონიდა 55 კგ.-ს.</p>	<p>როგორც ანამნეზიდან გაირკვა 2 წლის წინ პაციენტი კონტაქტში იმყოფებოდა ტუბერკულოზით დაავადებულ დედასთან, რის გამოც როგორც ოჯახურ კონტაქტს ჩაუტარდა გამოკვლევები და იმ ეტაპზე ტუბერკულოზით ავადობა გამოირიცხა. მიუხედავად ამისა კონტაქტიდან 2 წლის თავზე, ანუ პერიოდში, როცა ინფიცირების შემთხვევაში დაავადების განვითარების რისკი ყველაზე მაღალია, მოზარდი მაინც დაავადდა მგბ(+) ტუბერკულოზით, ფთიზიატრს კი სიმპტომების პირველადი გამოვლენიდან მხოლოდ 2 თვის შემდეგ მიმართა. ეს ყოველივე მიანიშნებს, რომ კონტაქტების კვლევისას ოჯახის წევრების კონსულტირება არასრულყოფილია. კონტაქტების მიდევნება არ უნდა შემოიფარგლებოდეს მხოლოდ სპეციფიური კვლევებით. კონტაქტში მყოფ პირებს უნდა მიეწოდებათ ინფორმაცია ტუბერკულოზის განვითარების დროში გაწეილი რისკების, პრევენციული ღონისძიებების დაცვის აუცილებლობის და სიმპტომების შესახებ. მხოლოდ ასეთი მიდგომით არის შესაძლებელი კონტაქტებში ტუბერკულოზის გავრცელების პრევენცია და დაავადების ადრეულ სტადიაზე დიაგნოსტიკა, მინიმუმ მანამ, სანამ კონტაქტი თავად გახდება ინდექს-პაციენტი სხვებისათვის.</p> <p>პაციენტთან ფილტვის ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკა ოქროს სტანდარტის შესაბამისად მოხდა. ჩატარდა ნახველის ბაქტერიოსკოპიული და კულტურალური კვლევები. ასევე განისაზღვრა მგრძობელობა პირველი რიგის პრეპარატებისადმი, თუმცა DST-ის შედეგი ცნობილი გახდა მკურნალობის დაწყებიდან მხოლოდ 3 თვის შემდეგ, რაც ჰაინის ტესტის ხელმისაწვდომობის პირობებში მგბ(+) შემთხვევებისათვის მაღლედ დაგვიანებულია.</p> <p>მოცემულ პაციენტთან კანის ტუბერკულინური სინჯის ჩატარება აუცილებლობას არ წარმოადგენდა. შემთხვევებში, სადაც შესაძლებელია</p>

<p>28.01.11-ში დაისვა დიაგნოზი: A.15.0 მარჯვენა ფილტვის ინფილტრაციული ტუბერკულოზი რღვევისა და მოთესვის ფაზაში, მგბ(+), „ახალი შემთხვევა“.</p>	<p>ნახველის საკვლევ მასალად შეგროვება და რენტგენოლოგიური კვლევის ჩატარება, მანტუს სინჯის დიაგნოსტიკური ღირებულება ძალზედ დაბალია.</p>
<p>მკურნალობა სტაციონარულ და ამბულატორიულ რეჟიმში</p>	<p>რამდენად სწორად მოხდა სამკურნალო პრეპარატების დოზირება და რამდენად სრულყოფილად ტარდებოდა მკურნალობის მონიტორინგი?</p>
<p>29.01.11-ში პაციენტი მოთავსდა სტაციონარში, სადაც დაენიშნა რეგულარული ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო მკურნალობა 2HRZE სქემით (3 FDC აბი [H 75, R 150, Z 400, E 275] 1 ჯერ დღეში).</p> <p>სტაციონარში პაციენტის კლინიკური მდგომარეობა გაუმჯობესდა, ჩივილები მოიხსნა. პაციენტმა წონაში მოიმატა 2 კგ. მკურნალობისადმი დამყოლობა კარგი იყო. 07.03.11-ში პაციენტი ოჯახური პირობების გამო გაეწერა სტაციონარიდან და მკურნალობა ამბულატორიულ რეჟიმში ადგილობრივ ტუბდისპანსერში გააგრძელა.</p> <p>14.03.11-ში ცნობილი გახდა კულტურალური კვლევის დადებითი შედეგი.</p> <p>30.03.11-ში (ინტენსიური ფაზის ბოლოს) პაციენტს ჩაუტარდა მონიტორინგით გათვალისწინებული ფთიზიატრის კონსულტაცია და კვლევები. ზოგადი მდგომარეობა დამაკამყოფილებელი იყო, ჩივილებს არ აღნიშნავდა, აუსკულტაციით მოისმინებოდა ვეზიკულური სუნთქვა. მკურნალობისადმი დამყოლობა იყო სრულყოფილი.</p> <p>ნახველის ბაქტერიოსკოპიით დაფიქსირდა უარყოფითი შედეგი (01.04.11).</p> <p>30.03.11-ში მკურნალობის ინტენსიური ფაზა დასრულდა. გაგრძელების ფაზაში მკურნალობა პაციენტს კვლავ ამბულატორიულ რეჟიმში, 4HR სქემით (4 FDC აბი [H 75, R 150] 1 ჯერ დღეში) გაუგრძელდა.</p> <p>22.04.11-ში ცნობილი გახდა DST-ის შედეგი, შტამი მგრძნობიარე იყო პირველი რიგის ყველა პრეპარატის მიმართ. ამბულატორიის ფთიზიატრმა ეს ინფორმაცია ოფიციალურად 11.05.11-ში მიიღო. მკურნალობა გაგრძელდა იგივე სქემით.</p> <p>გაგრძელების ფაზაში პაციენტს თვეში ერთხელ (27.04.11., 25.05.11., 22.06.11., 20.07.11.) უტარდებოდა ფთიზიატრის კონსულტაცია. ყოველ ვიზიტზე პაციენტის კლინიკური მდგომარეობა და მკურნალობისადმი დამყოლობა ფასდებოდა დამაკამყოფილებლად, კონტროლდებოდა ტემპერატურა, არტერიული წნევა, პულსი, სუნთქვის სიხშირე და წონა. მკურნალობის გაგრძელების ფაზის ბოლოს პაციენტი იწონიდა 59 კგ-ს.</p> <p>მკურნალობის მეხუთე და მეექვსე თვის ბოლოს ჩატარდა ნახველის ბაქტერიოსკოპიული კვლევა, დაფიქსირდა მგბ(-) შედეგები.</p> <p>მკურნალობის მეექვსე თვის ბოლოს ჩატარებული სისხლის საერთო ანალიზით პათოლოგია არ დაფიქსირდა (ედს-ი 3მმ/სთ).</p> <p>გულმკერდის რენტგენოგრაფიით ბრონქოპულმონარული ლიმფური კვანძები</p>	<p>მკურნალობის დასაწყისში მოზარდი 55 კგ-ს იწონიდა და მას დაენიშნა 3 FDC აბი [H 75, R 150 , Z 400, E 275] 1 ჯერ დღეში. ინტენსიური ფაზის დასრულებამდე, სტაციონარული მკურნალობის პერიოდში პაციენტმა მოიმატა 2 კგ-ი, გახდა 57 კგ (>55 კგ) და შეიძლებოდა მისთვის უკვე ინტენსიურ ფაზაში 3-ის ნაცვლად 4 (FDC) HRZE აბის დანიშვნა, მაგრამ ფთიზიატრმა წონის მატება მხოლოდ მკურნალობის გაგრძელების ფაზისთვის გაითვალისწინა და მხოლოდ გაგრძელების ფაზაში დანიშნა 4 (FDC) HE აბი.</p> <p>პაციენტს, როგორც ფილტვის მგბ(+) ტუბერკულოზით დაავადებულ პირს, ინტენსიურ ფაზაში მკურნალობა სტაციონარულ რეჟიმში ჩაუტარდა, თუმცა ნახველის კონვერსიამდე მისი სტაციონარში დაყოვნება ვერ მოხერხდა და ეს სტანდარტიდან გადახვევას არ წარმოადგენს თუ მკურნალობისადმი დამყოლობა კარგია და პაციენტი ოჯახის წევრებთან ერთად ინფორმირებულია ბინაზე ინფექციის კონტროლით გათვალისწინებული ნორმების დაცვის აუცილებლობის შესახებ.</p> <p>პაციენტს ამბულატორიულ რეჟიმში სტანდარტის შესაბამისად თვეში ერთხელ უტარდებოდა მონიტორინგით გათვალისწინებული ფთიზიატრის კონსულტაცია და გამოკვლევები. ყოველ ვიზიტზე ფასდებოდა პაციენტის კლინიკური მდგომარეობა, გვრდითი მოვლენები და მკურნალობისადმი დამყოლობა. რენტგენოლოგიური კვლევა ასევე სტანდარტის შესაბამისად მხოლოდ მკურნალობის დასრულებისას ჩატარდა.</p> <p>ვინაიდან ინტენსიური ფაზის ბოლოს ბაქტერიოსკოპიული კვლევის შედეგი უარყოფითი იყო, მომდევნო ბაქტერიოსკოპიული კვლევები პაციენტს სტანდარტის შესაბამისად მეხუთე და მეექვსე თვის ბოლოს, კულტურალური კვლევის და DST პროფილის გადამოწმების გარეშე, ჩაუტარდა.</p> <p>მკურნალობის გამოსავალი დეფინიციით „განკურნება“ მეორე, მეხუთე და</p>

ჰიპერპლაზირებული, ფილტვის სურათი გაძლიერებული, ერთეული მკვრივი კეროვანი ჩრდილებით. სინუსები თავისუფალი (20.07.11).

27.07.11-ში მკურნალობა დასრულდა. პაციენტს მიენიჭა **გამოსავალი „განკურნება“**.

მეექვსე თვის ბოლოს ჩატარებული ბაქტერიოსკოპიული კვლევების უარყოფითი შედეგების გათვალისწინებით სწორად შეფასდა.