


კლინიკური შემთხვევა N 3

9 წლის გოგონა, მკერდშია ლიმფური კვანძების ტუბერკულოზით, კონტაქტის ჯგუფიდან

ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკა	რამდენად დროულად და სტანდარტულად მოხდა ოჯახური კონტაქტის გამოვლენა და დიაგნოსტიკა?
 <p>9 წლის, მდედრობითი სქესის გოგონა ოჯახურ კონტაქტში იმყოფებოდა ახლადდიაგნოსტირებულ, ფილტვის ფორმის მგბ(+) ტუბერკულოზით დაავადებულ ბიცოლასთან, ამიტომ 26.04.12-ში მასთან, როგორც კონტაქტთან, ჩატარდა ეპიდკვლევა. გოგონასთან გამოვლინდა ტუბერკულოზისათვის დამახასიათებელი სიმპტომები და ის დაუყოვნებლივ გაიგზავნა ფთიზიატრთან.</p> <p>27.04.12-ში მშობელმა ბავშვი ადგილობრივ ფთიზიო-პედიატრთან მიიყვანა.</p> <p>ანამნეზის მიხედვით პაციენტს ბოლო 2.5 თვის განმავლობაში აღენიშნებოდა ხველა, ტემპერატურის მატება, ოფლიანობა, წონაში კლება და ზოგადი სისუსტე. ბავშვთან ცხიმოვანი ქსოვილი განვითარებული იყო ზომიერად და გადანაწილებული იყო თანაბრად. კისრის და ყბისქვეშა ლიმფური კვანძები 8-10 მმ-მდე ზომის, მოძრავი, უმტკივნეულო, მკვრივი კონსისტენციის. ბავშვს აქვს ბცჟ-ს შემდგომი ნაწიბური.</p> <p>აუსკულტაციით მკვრივი სუნთქვის ფონზე მოისმინებოდა გაფანტული მშრალი ხიხინი.</p> <p>სიმპტომების და მიმდინარე კონტაქტის გათვალისწინებით პაციენტი შეფასდა როგორც ტუბერკულოზზე საეჭვო, მიენიჭა კოდი Z.03.0 და დიაგნოზის დაზუსტების მიზნით ჩატარდა გამოკვლევები (27.04.12).</p> <p>სისხლის საერთო ანალიზით დაფიქსირდა ნორმა; სისხლის ბიოქიმიური ანალიზით კრეატინინი-71, ALT-3.62, AST-4.3, ბილირუბინი-10.4.</p> <p>გულმკერდის რენტგენოგრაფიით გამოვლინდა ბრონქოპულმონარული ლიმფური კვანძების ზომიერი ჰიპერპლაზია. ფილტვის სურათი და ჰილუსები გაძლიერებული, სინუსები თავისუფალი.</p> <p>კანის ტუბერკულინური სინჯის შედეგად დაფიქსირდა 22 მმ დიაგონალის ინდურცია.</p> <p>ნახველის ბაქტერიოსკოპია ვერ ჩატარდა, ვინაიდან ბავშვს ნახველი არ ჰქონდა.</p> <p>პაციენტი იწონიდა 21 კგ.-ს.</p> <p>აივ-ტესტირებით დაფიქსირდა უარყოფითი შედეგი.</p> <p>სიმპტომების, კონტაქტის და რენტგენოლოგიური კვლევის საფუძველზე დაისვა დიაგნოზი: A.16.3</p>	<p>ვინაიდან ბავშვი ოჯახურ კონტაქტში იმყოფებოდა მგბ(+) ტუბერკულოზით ახლადდიაგნოსტირებულ ბიცოლასთან, მას დროულად და სტანდარტის შესაბამისად ჩატარდა ეპიდკვლევა და სიმპტომების გათვალისწინებით დაუყოვნებლივ გაიგზავნა ფთიზიატრთან, თუმცა სტანდარტის მიხედვით იგივე გაკეთდებოდა იმ შემთხვევაშიც თუ ბავშვს ტუბერკულოზზე საეჭვო სიმპტომები არ ექნებოდა.</p> <p>პაციენტთან მკერდშია ლიმფური კვანძების ტუბერკულოზის დიაგნოზი კლინიკურად, ბაქტერიოლოგიური დადასტურების გარეშე დაისვა. ამის მიზეზი იმაში მდგომარეობს, რომ მკერდშია ლიმფური კვანძებიდან ბიოფსიური მასალის აღება ინვაზიურ ჩარევას მოითხოვს და ჩვენს ქვეყანაში რუტინულად ხელმისაწვდომი არ არის.</p> <p>თუმცა მოცემულ შემთხვევაში შესაძლებელი იყო საკვლევად სხვა მასალის მიღება და ბაქტერიოლოგიური დიაგნოსტიკის შესაძლებლობის მაქსიმალურად გაზრდა. კერძოდ, 9 წლის პაციენტთან, რომელიც ვერ ახერხებდა ნახველის გამოყოფას სასურველი იყო ნახველის პროდუქციისა და გამოყოფის პროვოცირება და მიღებული მასალის ბაქტერიოსკოპიული და კულტურალური გამოკვლევა, მითუმეტეს რომ მონიტორინგით გათვალისწინებული რენტგენოლოგიური კვლევების ფარგლებში პაციენტის ფილტვის ქსოვილში ცვლილებები დაფიქსირდა.</p> <p>მოცემულ პაციენტთან ნახველის ინდუცირებით მიღებული მასალის ბაქტერიოსკოპიული და კულტურალური კვლევა გაზრდიდა არა</p>

<p>მკერდშიდა ლიმფური კვანძების ტუბერკულოზი, „ახალი შემთხვევა“, ფილტვგარეშე ფორმა (01.05.12).</p> <p>ფთიზიო-პედიატრის მიერ ინტენსიურ ფაზაში დაინიშნა მკურნალობა 2HRZE სქემით (1.5 FDC აბი [H 75, R 150, Z 400, E 275] 1 ჯერ დღეში) და პაციენტი ამბულატორიულ რეჟიმში სამკურნალოდ სოფლის ამბულატორიაში გაიგზავნა.</p>	<p>მარტო ბაქტერიოლოგიური დიაგნოსტიკის, არამედ ინდივიდუალურ DST პროფილზე დაყრდნობით პაციენტისთვის სამკურნალო სქემის შერჩევის შანსსაც.</p> <p>დიაგნოსტიკისას ჩატარდა აივ-ტესტირება, რაც შესაბამისობაშია საერთაშორისო და ნაციონალურ სტანდარტებთან.</p>
<p>მკურნალობა ამბულატორიულ რეჟიმში</p>	<p>რამდენად სწორად მოხდა სამკურნალო პრეპარატების დოზირება და რამდენად სრულყოფილად ტარდებოდა მკურნალობის მონიტორინგი?</p>
<p>ინტენსიურ და გარძელების ფაზაში პაციენტი მკურნალობას სოფლის მედიის უშუალო მეთვალყურეობით ყოველდღიურ რეჟიმში იტარებდა. მკურნალობისადმი დამყოლობა კარგი იყო. ყოველთვიურად პაციენტი იგზავნებოდა რაიონულ ფთიზიო-პედიატრთან. ვიზიტებზე მისი კლინიკური დინამიკა ფასდებოდა დადებითად, პაციენტი ჩივილებს არ აღნიშნავდა, გვერდითი მოვლენები არ გამოვლენილა. აუსკულტაციით მოისმინებოდა ვეზიკულური სუნთქვა. პაციენტმა წონაში 0.5 კგ. მოიმატა. გაგრძელების ფაზაში მას დაენიშნა მკურნალობა 4HR სქემით (1.5 FDC აბი [H 75, R 150] 1 ჯერ დღეში).</p> <p>ინტენსიური და გაგრძელების ფაზების ბოლოს (28.06.12-ში და 12.11.12-ში) ჩატარებული გულმკერდის რენტგენოგრაფიით მარჯვნივ მწვერვალზე დაფიქსირდა გამჭირვალობის დაქვეითება, ამავე მხარეს ფესვი უსტრუქტურო, დეფორმული. ერთეული მკვრივი კეროვანი ჩრდილები, სინუსები თავისუფალი.</p> <p>ნახველის ბაქტერიოსკოპიული ან კულტურალური კვლევა მონიტორინგის მიზნით პაციენტს არ ჩატარებია, ვინაიდან მას არ ჰქონდა ნახველი.</p> <p>რენტგენოლოგიური დინამიკა კიდევ ერთხელ გაკონტროლდა 03.12.12-ში, დაფიქსირდა ნორმა.</p> <p>28.06.12-ში ჩატარებული სისხლის ბიოქიმიური ანალიზით დაფიქსირდა კრეატინინი-46.88, ALT - ALT 2.82, AST 4.31, ბილირუბინი 12.6, 12.11.12 -ში ჩატარებული კი -კრეატინინი 67.44, ALT 41.53, AST 38.32, ბილირუბინი 16.44.</p> <p>02.11.12-ში პაციენტის მკურნალობა დასრულდა გამოსავლით „დასრულებული მკურნალობა“.</p>	<p>9 წლის პაციენტი დიაგნოსტიკისას იწონიდა 21 კგ-ს და მკურნალობისას მოიმატა მხოლოდ 0.5 კგ. ამის გათვალისწინებით მასთან როგორც ინტენსიურ, ისე გაგრძელების ფაზაში სამკურნალო პრეპარატების დოზები სწორად იყო შერჩეული (1.5 FDC აბი HRZE და 1.5 FDC აბი HR), თუმცა სასურველი იქნებოდა ფთიზიო-პედიატრს შეეფასებინა პაციენტის სტატუსი ზრდის და წონაში მატების თვალსაზრისით და საჭიროების შემთხვევაში მისი ოჯახის წევრებისათვის მიეცა კვებითი ნორმების გაუმჯობესების შესაბამისი რეკომენდაციები.</p> <p>პაციენტთან მკურნალობის მონიტორინგი სტანდარტის შესაბამისად ხდებოდა. ყოველთვიურად ტარდებოდა ფთიზიატრის კონსულტაცია, რომლის მიერ კონტროლდებოდა პაციენტის ზოგადი კლინიკური მდგომარეობა, ტემპერატურა, წონა და აუსკულტაციური მონაცემები. ფასდებოდა გვერდითი მოვლენების არსებობა და მკურნალობისადმი დამყოლობა.</p> <p>დიაგნოსტიკისას და შემდეგ უკვე მონიტორინგის ფარგლებში პაციენტთან ჯამში სამჯერ ჩატარდა სისხლის ბიოქიმიური ანალიზი (კრეატინინი, ALT, AST, ბილირუბინი), რაც მართალია სცდება საერთაშორისო სტანდარტებს, მაგრამ შესაბამისობაშია ტუბერკულოზის პროგრამული მართვის 2012 წლის ნაციონალურ სტანდარტებთან.</p>