

Azərbaycan
Respublikası
Səhiyyə
Nazirliyi

İİV/QİÇS-li xəstələrdə
opportunistik infeksiyaların
profilaktika, diaqnostika
və müalicəsi üzrə
KLİNİK PROTOKOL



Bakı
2015

**Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi
kollegiyasının 17 mart 2015-ci il tarixli
15 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmişdir**

**İİV/QİÇS-İ XƏSTƏLƏRDƏ OPPORTUNİSTİK
İNFEKSİYALARIN PROFİLAKTİKA,
DİAQNOSTİKA VƏ MÜALİCƏSİ ÜZRƏ
KLİNİK PROTOKOL**

Bakı - 2015

55.148

İ 11

İ 11 İİV/QİÇS-li xəstələrdə opportunistik infeksiyaların profilaktika, diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol, 2015. – 56 səh.

Redaktor:

C.Məmmədov Səhiyyə Nazirliyi İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinin direktoru, t.f.d.

Tərtibçilər:

E.Alməmmədova Səhiyyə Nazirliyi Respublika QİÇS-lə Mübarizə Mərkəzinin direktoru

S.Əhmədova Səhiyyə Nazirliyi Respublika QİÇS-lə Mübarizə Mərkəzinin Stasionar yardım şöbəsinin müdiri

M.Camaləddinov Azərbaycan Tibb Universitetinin İnfeksiyon Xəstəliklər kafedrasının dosenti, t.f.d.

S.Nadirova Səhiyyə Nazirliyi Respublika QİÇS-lə Mübarizə Mərkəzinin Ambulator yardım və dispanser müşahidə şöbəsinin həkim-infeksiyonisti

Ş.İsmayılova Səhiyyə Nazirliyi İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinin Tibbi keyfiyyət standartları şöbəsinin müdiri

Rəyçi:

H.Qədirova V.Axundov adına Elmi-Tədqiqat Tibbi Profilaktika İnstitutunun elmi işlər üzrə direktor müavini, professor, t.e.d.

Sübutların etibarlılıq dərəcəsi və elmi tədqiqatların tipləri

Sübutların etibarlılıq dərəcəsi	Sübutların mənbələri (elmi tədqiqatların tipləri)
Ia	Sübutlar meta-analiz, sistemativ icmal və ya randomizasiya olunmuş klinik tədqiqatlardan (RKT) alınmışdır
Ib	Sübutlar ən azı bir RKT-dən alınmışdır
IIa	Sübutlar ən azı bir yaxşı planlaşdırılmış, nəzarət edilən, randomizasiya olunmamış tədqiqatdan alınmışdır
IIb	Sübutlar ən azı bir yaxşı planlaşdırılmış kvazi-eksperimental tədqiqatdan alınmışdır
III	Sübutlar təsviri tədqiqatdan (məsələn, müqayisəli, korrelyasion tədqiqatlar, ayrı-ayrı halların öyrənilməsi) alınmışdır
IV	Sübutlar ekspertlərin rəyinə və ya klinik təcrübəyə əsaslanmışdır

Tövsiyələrin etibarlılıq səviyyəsi şkalası

Tövsiyələrin etibarlılıq səviyyəsi	Tövsiyələrin əsaslandığı sübutların etibarlılıq dərəcəsi
A	RKT-lərin yüksək keyfiyyətli meta-analizi, sistemativ icmalı və ya nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistemativ səhv ehtimalı çox aşağı olan (++) irimiqyaslı RKT. Sübutların etibarlılıq dərəcəsi Ia.
B	Kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli tədqiqatların yüksək keyfiyyətli (++) sistemativ icmalı, yaxud Sistemativ səhv riski çox aşağı olan (++) yüksək keyfiyyətli kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli tədqiqat, yaxud Nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistemativ səhv riski yüksək olmayan (+) RKT. Sübutların etibarlılıq dərəcəsi Ib və IIa.
C	Nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistemativ səhv riski yüksək olmayan (+) kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli və ya nəzarət edilən, randomizasiya olunmamış tədqiqat, yaxud Nəticələri uyğun populyasiyaya bilavasitə şamil edilə bilməyən, sistemativ səhv riski çox aşağı olan və ya yüksək olmayan (++) və ya (+) RKT. Sübutların etibarlılıq dərəcəsi IIb.
D	Klinik hallar seriyasının təsviri, yaxud Nəzarət edilməyən tədqiqat, yaxud Ekspertlərin rəyi. Yüksək səviyyəli sübutların mövcud olmamasının göstəricisidir. Sübutların etibarlılıq dərəcəsi III və IV.

İxtisarlarm siyahısı

ALT	alaninaminotransferaza
ART	antiretrovirus terapiyası
ARV	antiretrovirus
AST	aspartataminotransferaza
CYYİ	cinsi yolla yoluxan infeksiyalar
ƏTQNI	əks-transkriptazanın qeyri-nukleozid inhibitorları
ƏTNİ	əks-transkriptazanın nukleozid/nukleotid inhibitorları
HBV	hepatit B virusu
HCV	hepatit C virusu
XBT-10	Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı, 10-cu baxış
İBİS	immunitetin bərpasının iltihabi sindromu
İFA	immunoferment analizi
İİV	insanın immunçatışmazlığı virusu
İNİ	inyeksion narkotik istifadəçiləri
İYİ	İİV-lə yaşayan insanlar
QHL	Qeyri-Hockins limfoması
QİÇS	qazanılmış immunçatışmazlığı sindromu
KT	kompüter tomoqrafiyası
MAK	<i>mycobacterium avium-intracellulare</i> kompleksi
MBS	mədə-bağırsaq sistemi
MRT	maqnit-rezonans tomoqrafiyası
MSS	mərkəzi sinir sistemi
OƏT	opioidlərlə əvəzedici terapiya
Oİ	oportunistik infeksiyalar
PSP	pnevmosist pnevmoniya (törədici- <i>Pneumocystis jirovecii</i> , əvvəllər - <i>P.carinii</i>)
Pİ	proteaza inhibitorları
PZR	polimeraza zəncirvari reaksiya
SHV	sadə herpes virusu
SMV	sitomeqalovirus
TB	vərəm
TMP/SMK	trimetoprim/sulfametoksazol
USM	ultrasəs müayinəsi
ÜST	Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı
VY	virus yükü

Protokol səhiyyə idarə və müəssisələrində çalışan İİV-infeksiyası üzrə mütəxəssislər üçün nəzərdə tutulmuşdur.

Protokol İİV/QİÇS-li xəstələrdə opportunistik infeksiyaların profilaktika, diaqnostika və müalicə üsullarına dair sübutlu təbabətə əsaslanan metodik tövsiyələrin verilməsi məqsədini daşıyır.

Pasiyent qrupu: İİV/QİÇS-li xəstələr.

ÜMUMİ MÜDDƏALAR

İİV-ə yoluxmuş insanlarda immunitetin kəskin zəifləməsi nəticəsində progressivləşən ağır infeksiyon və qeyri-infeksiyon xəstəliklər baş verir. Bunlar opportunistik (ikincili) və ya QİÇS-lə assosiasiya olunan xəstəliklər adlanır.

Əksər hallarda İİV-infeksiyasının sonuncu – QİÇS mərhələsində olan xəstələrdə, opportunistik infeksiyalar (Oİ) ölümün əsas səbəbi olur. Oİ bakteriyalar, göbələklər, ibtidailər və viruslar tərəfindən törədilir.

Oİ-nin aşkar edilməsi və müalicəsi İİV-li xəstələrə göstərilən kompleks tibbi yardımın vacib hissəsidir. Oİ olan bütün pasiyentlərə (inyeksiyon narkotiklərdən istifadə edənlər, seks biznes işçiləri, məhbuslar və digər əhali qrupu daxil olmaqla) müalicə imkanı yaradılmalıdır. Oİ-nin müalicəsi və ya profilaktikası zamanı yanaşı gedən xəstəliklərin müalicəsi davam edilməlidir.

İİV-infeksiyası ilə bağlı Oİ və digər xəstəliklər *Cədvəl 1*-də göstərilir.

Cədvəl 1. İV-infeksiyası ilə bağlı opportunistik infeksiyalar və digər xəstəliklər

Bakterial infeksiyalar	Göbələk infeksiyaları	Virus infeksiyaları	İbtidailər törətdiyi infeksiyalar	Digər xəstəliklər
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Vərəm ▶ Tənəffüs orqanlarının infeksiyaları ▶ MBS infeksiyaları ▶ Atipik mikobakteriyaların törətdiyi infeksiyalar ▶ Bartonellyoz 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Kandidozlu ezofagit ▶ Kriotokokkoz ▶ Histoplazmoz ▶ Pnevmosist pnevmoniya ▶ Koksidioidomikoz 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Sadə herpes virusu infeksiyası ▶ Kəmərləyici dəmrov virusu (<i>Varicella zoster</i>) infeksiyası ▶ İnsanın 8-ci tip herpes (Kapoşi sarkoması ilə assosiasiya olunan virus) infeksiyası ▶ Sitomeqalovirus infeksiyası ▶ İnsanın papilloma virusu infeksiyası ▶ Proqressivləşən multifokal leykoensefalopatiya ▶ Viruslu hepatitlər B və C 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Toksoplazmoz ▶ Kriptosporidiaz ▶ Mikrosporidiaz ▶ İzosporioz ▶ Leyşmanioz 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Kapoşi sarkoması ▶ Qeyri-Hockin limfoması ▶ Uşaqlıq boyununun xərçəngi ▶ Ensefalopatiya ▶ Vakuolyar mielopatiya

XBT-10 ÜZRƏ TƏSNİFAT²

B20 İnfeksiyon və parazitər xəstəliklərlə təzahür olunan insanın immunçatışmazlıq virus (İİÇV) xəstəliyi

Çıxarılıb: İVÇ tərəfindən törədilən kəskin infeksiyon sindrom (B23.0)

B20.0 Mikobakterial infeksiya ilə təzahür olunan İİÇV xəstəliyi

Vərəm xəstəliyi ilə təzahür olunan İİÇV xəstəliyi

B20.1 Digər bakterial infeksiya ilə təzahür olunan İİÇV xəstəliyi

B20.2 Sitomeqalovirus xəstəliyi ilə təzahür olunan İİÇV xəstəliyi

B20.3 Digər virus infeksiyaları ilə təzahür olunan İİÇV xəstəliyi

- B20.4 Kandidoz xəstəliyi ilə təzahür olunan İİÇV xəstəliyi**
- B20.5 Digər mikoqlar ilə təzahür olunan İİÇV xəstəliyi**
- B20.6 Pneumocystis jirovecii etiologiyalı pnevmoniya ilə təzahür olunan İİÇV xəstəliyi**
Pneumocystis carinii etiologiyalı pnevmoniya ilə təzahür olunan İİÇV xəstəliyi
- B20.7 Çoxsaylı infeksiyalarla təzahür olunan İİÇV xəstəliyi**
- B20.8 Digər infeksiyon və parazitər xəstəliklərlə təzahür olunan İİÇV xəstəliyi**
- B20.9 Dəqiqləşdirilməmiş infeksiyon və parazitər xəstəliklərlə təzahür olunan İİÇV xəstəliyi**
ƏGO infeksiya ilə təzahür olunan İİÇV xəstəliyi
- B21 Bədxassəli yenitörəmələrlə təzahür olunan insanın immunçatışmazlıq virus [İİÇV] xəstəliyi**
- B21.0 Kəpoşi sarkoması ilə təzahür olunan İİÇV xəstəliyi**
- B21.1 Berkitt limfoması ilə təzahür olunan İİÇV xəstəliyi**
- B21.2 Digər qeyri-Hockin limfomalrı ilə təzahür olunan İİÇV xəstəliyi**
- B21.3 Limfoid, qanyaradıcı və onlara mənşəyinə, quruluşuna görə yaxın olan toxumaların digər bədxassəli yenitörəmələrlə təzahür olunan İİÇV xəstəliyi**
- B21.7 Çoxsaylı bədxassəli yenitörəmələrlə təzahür olunan İİÇV xəstəliyi**
- B21.8 Digər bədxassəli yenitörəmələrlə təzahür olunan İİÇV xəstəliyi**
- B21.9 Dəqiqləşdirilməmiş bədxassəli yenitörəmələrlə təzahür olunan İİÇV xəstəliyi**
- B22 Digər dəqiqləşdirilməmiş xəstəliklərlə təzahür olunan insanın immunçatışmazlıq virus [İİÇV] xəstəliyi**
- B22.0 Ensefalopatiya ilə təzahür olunan İİÇV xəstəliyi**
İİÇV xəstəsində kəmağıllıq
- B22.1 Limfatik interstisial pnevmonitlə təzahür olunan İİÇV xəstəliyi**
- B22.2 Üzücü sindromla təzahür olunan İİÇV xəstəliyi**
Həyat nişənelərinin sönməsi ilə təzahür olunan İİÇV xəstəliyi
Üzücü xəstəlik (kəskin arıqlama sindromu)
- B22.7 Başqa rubrikalarda təsnif olunmayan çoxsaylı xəstəliklərlə təzahür edən İİÇV xəstəliyi**
Qeyd: Bu rubrikalardan istifadə edərkən II cildə xəstələnmə və ölüm

hallarının kodlaşdırılmasına aid müvafiq təlimata istinad olunmalıdır.

B23 Digər patoloji hallarla təzahür olunan insanın immuñçatışmazlıq virus [İİÇV] xəstəliyi

B23.0 Kəskin İİÇV infeksiya sindromu

B23.1 Generalizə olunmuş (persistə edən) limfadenopatiya ilə təzahür olunan İİÇV xəstəliyi

B23.2 Başqa rubrikalarda təsnif olunmayan, hematoloji və immunoloji pozğunluqlarla təzahür edən İİÇV xəstəliyi

B23.8 Digər dəqiqləşdirilmiş patoloji hallarla təzahür olunan İİÇV xəstəliyi

B24 İnsanın immuñçatışmazlıq virusu [İİÇV] tərəfindən törədilən dəqiqləşdirilməmiş xəstəlik

Birincili müayinə

Hal-hazırda ağır Oİ-lər aşkarlanan xəstələrin 90%-ni²⁴, özlərinin İİV-ə yoluxması haqda məlumatı olmayan və ya məlumatı olan, lakin antiretrovirus terapiyadan (ART) imtina edən şəxslər təşkil edirlər. İİV statusu naməlum olan xəstələrdə hər hansı İİV-infeksiyası ilə assosiasiya olunan xəstəlik aşkar olunarsa, xəstəyə İİV testi və testdən öncə konsultasiya təklif olunmalıdır. Konsultasiya zamanı xəstəyə testin aparılma səbəbləri və testin nəticəsindən asılı olaraq, sonrakı müalicənin düzgün aparılmasının vacibliyi izah edilməlidir. Xəstə testdən keçməkdə imtina hüququna malikdir.

İİV statusunun birincili qiymətləndirilməsinə daxildir:

- ▶ Testdən əvvəl məsləhətvermə
- ▶ Seroloji müayinə (adətən, İFA və ya ekspres-test üsul ilə); müsbət nəticə alındığı halda immunoblotla təsdiq olunma
- ▶ Testdən sonra məsləhətvermə

Testin nəticəsi müsbət olduğu halda İİV-infeksiyasının mərhələsini və yanaşı gedən xəstəlikləri müəyyən etmək üçün klinik müayinələr aparılır (bax: “Böyükər və yeniyetmələrdə QİÇS-in müayinəsi və antiretrovirus terapiyası üzrə klinik protokol”^{*}).

^{*} bax: “Böyükər və yeniyetmələrdə QİÇS-in müayinəsi və antiretrovirus terapiyası üzrə klinik protokol”. Azərbaycan Respublikasının Səhiyyə Nazirliyi, - Bakı, 2013. - 91 səh.

Opportunistik infeksiyalar və digər vəziyyətlərlə bağlı məsləhətvərmə

- ▶ İİV-infeksiyalı pasiyentlərə İİV-infeksiyasının xronik xəstəlik olması və onun çoxsaylı Oİ-lərlə müşayiət olunması haqda pasiyentlərə müalicə həkimi və tibb bacıları tərəfindən izahlar verilməlidir
- ▶ Bəzi Oİ-lərin qarşısının alınmasının mümkünlüyü haqda pasiyentlər məlumatlandırılmalıdırlar (*Cədvəl 2*)
- ▶ Pasiyentlərə aşağıdakı simptomların hansı Oİ-lərə işarə etməsini aydınlaşdırmaq vacibdir:
 - ✓ təngnəfəslik: vərəm, pnevmosist pnevmoniya (PSP), digər mənşəli pnevmoniya
 - ✓ öskürək: vərəm, PSP, digər mənşəli pnevmoniya
 - ✓ qan hayxırma: vərəm, müxtəlif mənşəli pnevmoniya
 - ✓ nevroloji pozuntular: serebral toksoplazmoz, serebral limfoma, meningit/ensefalit
 - ✓ çəkinin azalması, yüksək hərarət, gecə tərləmələri: vərəm, atipik mikobakterioz, limfoma
 - ✓ udqunma zamanı ağrılar: kandidozlu ezofagit
 - ✓ görmə itiliyinin azalması: sitomeqalovirus (SMV) törətdiyi retinit
 - ✓ diareya: SMV törətdiyi kolit, kriptosporidioz, mikrosporidioz, salmonellyoz və s.

İİV-infeksiyalı pasiyentlərdə opportunistik infeksiyaların profilaktikası

- ▶ İİV-infeksiyalı pasiyentlərdə bəzi Oİ-lərin qarşısının alınması mümkündür (*Cədvəl 2*)
- ▶ Oİ-lərin ilkin profilaktikası aşağıdakı hallarda dayandırılmalıdır:
 - ✓ ART-nin tətbiqi fonunda ilk 3-6 ay ərzində CD4-limfositlərin sayı müəyyən səviyyəyə qədər artdıqda (məs., PCP zamanı $>200/\text{mkl}$, toksoplazmoz olduqda $>100/\text{mkl}$, MAK olduqda $>50/\text{mkl}$) (C)³
- ▶ Oİ-lərin ikincili profilaktikası eyni şərtlərlə dayandırıla bilər, lakin pasiyent üçün daha diqqətli müşahidə tələb olunur: CD4-limfositlərin sayı yuxarıda göstərilən səviyyədən aşağı enərsə, profilaktika yenidən başlanmalıdır

Cədvəl 2. Oİ-lərin profilaktikası üzrə ümumi tövsiyələr

Törədicisi	Göstəriş	I sıra preparatları	Alternativ sxem
<i>Pneumocystis jirovecii</i>	CD4-limfositlərin sayı <200 mkl və ya ağız boşluğu və udlağın kandidozu (A) ³	Trimetoprim/sulfametaksazol 160/800 mq/gündə, hər gün daxilə (A) ³	<ul style="list-style-type: none"> ▶ TMP/SMK-80/400 mq/gündə daxilə, hər gün ▶ TMP/SMK-160/800 mq/gündə daxilə, həftədə 3 dəfə ▶ Dapson* 50 mq daxilə gündə 2 dəfə ▶ Dapson* 100 mq daxilə, gündə 1 dəfə (B)³ ▶ Pirimetamin* 50 mq +dapson 50 mq +fol turşusu 15 mq daxilə həftədə 1 dəfə (A)³
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	müsbət tuberkulin sınağı (papula > 5 mm diametrdə) və ya aktiv vərəmli xəstələrlə kontakt	İzoniazid 300 mq/gündə + piridoksin 50 mq/gündə, hər gün daxilə 6 ay müddətində	
<i>Toxoplasma gondii</i>	CD4-limfositlərin sayı <100 mkl (B) ³	Trimetoprim/sulfametaksazol 160/800 mq/gündə, hər gün daxilə (B) ³	<ul style="list-style-type: none"> ▶ TMP/SMK - 80/400 mq/ gündə daxilə, hər gün (B)³ ▶ Dapson* 50 mq/gündə daxilə, hər gün (B)³ + pirimetamin* 50 mq daxilə həftədə 1 dəfə + fol turşusu 25 mq daxilə həftədə 1 dəfə
<i>Micobacterium avium</i> kompleksi	CD4-limfositlərin sayı <50 mkl (A) ³	Azitromitsin 1200 mq/gündə, həftədə 1 dəfə, daxilə (A) ³	Klaritromitsin 500 mq daxilə, gündə 2 dəfə (A) ³
<i>Cryptococcus neoformans</i>	CD4-limfositlərin sayı <50 mkl	Flukonazol 100 və ya 200 mq/gündə; hər gün, daxilə	

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri

OPPORTUNİSTİK İNFEKSİYALARIN DİAQNOSTİKA VƏ MÜALİCƏSİ

Vərəm²⁷

İİV-lə yaşayan insanlar (İYİ) arasında ən çox rast gəlinən opportunistik infeksiya vərəmdir. ÜST-nin məlumatlarına görə 30% hallarda İYİ-nin ölüm səbəbi vərəmin latent forması və ya *Mycobacterium tuberculosis* ilə yeni yoluxma nəticəsində progressivləşən vərəm infeksiyasıdır.

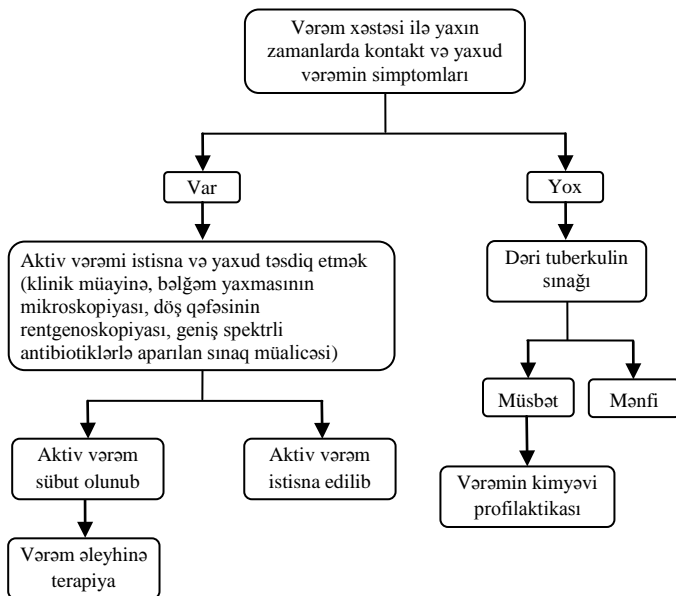
İİV-infeksiyasının erkən mərhələsində vərəmin klinik əlamətləri İİV-ə yoluxmamış şəxslərlə eynidir. Bunun əksi olaraq, İİV-infeksiyasının sonrakı mərhələlərində rentgen zamanı ağciyər toxumasında kavernalar deyil, infiltratlar müşahidə olunur və bakterioskopik müayinələrin nəticələri çox vaxt mənfi olur. İmmunçatışmazlığın səviyyəsi yüksək olan xəstələrdə ağciyərdən kənar və səpələnmiş vərəm hallarına daha çox rast gəlinir.

ART təyin olunan xəstələr arasında vərəmlə xəstələnmə riski digərlərinə nisbətən daha azdır. Vərəm özü özlüyündə müəyyən qədər immunitetin zəifləməsinə səbəb olur. İİV-infeksiyası olan pasiyentlərdə aktiv vərəm zamanı immunçatışmazlığı daha da artır ki, bu da digər opportunistik infeksiyaların (məs., *Candida albicans* tərəfindən törədilən *ezofaqit*, kriptokokklar tərəfindən törədilən meningit və nisbətən az hallarda *Pneumocystis jirovecii* tərəfindən törədilən pnevmoniyalar) progressivləşməsinə şərait yaradır. Vərəm və İİV-infeksiyası olan xəstələrdə istənilən Oİ ölümə səbəb ola bilər.

Diagnostika

QİÇS-lə mübarizə xidmətləri göstərən müəssisələrdə, bütün vərəm əleyhinə müəssisələrdə vərəmli xəstələrin hamısına İİV testi və konsultasiya təklif olunduğu kimi bütün İİV-infeksiyalı pasiyentlərdə vərəm mövcudluğu və yaxud yoluxma riski faktorlarını qiymətləndirmək lazımdır (*Şəkil 1*).

Şəkil 1. İİV-infeksiyalı pasiyentlərdə vərəmin diaqnostikası



Müalicə

Aktiv vərəm aşkar olunan İİV-infeksiyalı pasiyentlərdə ilk növbədə vərəmin müalicəsi aparılmalıdır. Vərəm əleyhinə müalicənin başlanmasından sonra ilk 8 həftə ərzində ART əlavə olunur²⁷. Vaxtında aparılmış vərəm əleyhinə terapiya vərəmdən ölüm faizini və digər şəxslərin yoluxma riskini aşağı salmağa imkan verir.

Vərəm əleyhinə terapiya kursu iki mərhələdən ibarətdir: 1-ci mərhələ (başlanğıc fazası) 2-3 ay müddətli və 2-ci mərhələ (davamiyyət fazası) 4-5 ay müddətli (*Cədvəl 3*). Mövcud məlumatlar, İİV-infeksiyalılarda bütün müalicə kursu zamanı tərkibində rifampisin olan sxemi istifadə etdikdə, vərəmin residiv vermə riskini minimuma endiyini göstərir.

Cədvəl 3. Aktiv vərəmli İYİ-lər üçün vərəm əleyhinə terapiyanın tövsiyə edilən sxemləri

Vərəm halının xüsusiyyəti	Vərəmin müalicə sxemi^a	
	Birinci mərhələ^b	İkinci mərhələ
İlk dəfə aşkar olunmuş vərəm	İzoniazid + rifampisin + pirazinamid + etambutol ^v 2 ay	İzoniazid + rifampisin 4 ay
Əvvəl müalicə olunmuş vərəm, o cümlədən: ▶ residiv ▶ dayandırılmış kursdan sonra müalicə ▶ müalicənin effektivsizliyi ^q	İzoniazid+rifampisin + pirazinamid+etambutol + streptomisin 2 ay və bundan sonra izoniazid+rifampisin+pirazinamid+etambutol 1 ay	İzoniazid+rifampisin + etambutol 5 ay
Xronik ya da polirezistent Vərəm (həkim nəzarəti altında vərəm əleyhinə təkrar terapiya kursuna baxmayaraq, <i>M.tuberculosis</i> -in bəlgəmlə ifrazatı)	Xüsusi hazırlanmış sxemlər – standart və yaxud individual	

^a Aktiv vərəmli İV-infeksiyalı pasiyentlərdə vərəm əleyhinə preparatların gündəlik qəbulunu tələb edən sxemlərdən istifadə etmək tövsiyə edilir (*Əlavə 1*)

^b Preparatların tibb işçisinin nəzarəti altında qəbulu bütün müalicə kursu ərzində, xüsusilə ilk mərhələdə tövsiyə edilir

^v Etambutolu streptomisinlərlə əvəz etmək olar. Bu kimi əvəz olunma əsasən vərəm meningiti halında tövsiyə edilir, çünki streptomisin beyin qişalarına daha yaxşı daxil olur

^q İndividual sxem üzrə müalicə zamanı mümkün olarsa, *Mycobacterium tuberculosis*-in seçilmiş preparatlara qarşı həssaslığını müəyyən etmək lazımdır

Tənəffüs orqanlarının infeksiyaları

İV-ə yoluxmuş insanlarda həyatları üçün təhlükəli olan və tez-tez residiv verən tənəffüs yollarının aşağı şöələrinin infeksiyalarına daha çox təsadüf edilir. Bu infeksiyaların törədiciləri bakteriyalar, bəzən viruslar və göbələklər olur. İV-infeksiyasının erkən mərhələsində aşkar olunmuş bakterial pnevmoniyalar (daha çox *Streptococcus pneumoniae* və *Haemophilus influenza* ilə törədilən) antibiotiklərlə müalicəyə yaxşı tabe olur. Sonralar immun sisteminin zəifləməsi fonunda İV-infeksiyalı pasiyentlərdə ağciyərləri zədələyən və həyatları üçün təhlükəli Oİ-lər inkişaf edir: vərəm,

pnevmosist pnevmoniya, viruslar və göbələklər tərəfindən törədilmiş ağır pnevmoniyalar.

Cədvəl 4-də İİV-infeksiyası ilə assosiasiya olunmuş tənəffüs yollarının xəstəlikləri cəmləşdirilib.

Cədvəl 4. İİV-lə yaşayan insanlarda tənəffüs yollarının xəstəlikləri

İnfeksiyalar	Yarana bilən fəsadlar
Bakterial infeksiyalar	
<i>Streptococcus pneumoniae</i> törədən pnevmoniya	Plevra empiemasi, plevral boşluqda maye, ağciyər absessi
<i>Haemophilus influenza</i> törədən pnevmoniya	Plevra empiemasi, plevral boşluqda maye, ağciyər absessi
<i>Klebsiella pneumoniae</i> törədən pnevmoniya	Plevra empiemasi, plevral boşluqda maye
Stafilokokklar törədən pnevmoniya	Plevra empiemasi, plevral boşluqda maye, ağciyər absessi
Ağciyər vərəmi	Perikardial maye, ağciyər absessi, plevra empiemasi, plevral boşluqda maye
<i>Mycobacterium avium</i> kompleksi törədən pnevmoniya	Nadir hallarda: absess
Virus infeksiyaları	
<i>Cytomegalovirus</i> (SMV) törədən infeksiya	Pnevmonit (yüksək letallıq)
<i>Herpes Simpleks virusu</i> (HSV) törədən infeksiya	Pnevmonit (yüksək letallıq)
Göbələk infeksiyaları	
<i>Pnevmocystis jirovecii</i> törədən pnevmoniya	Pnevmotoraks
Kriptokokkoz	
Histoplazmoz	
<i>Aspergillus</i> törədən aspergillyoz	Ağciyər absessi
Digər xəstəliklər	
Kapoşi sarkomasi	Plevral boşluqda və ya perikardial maye
Limfomalar	Plevral boşluqda və ya perikardial maye
Karsinomalar (İİV-lə əlaqəli olmayan)	Perikardial maye

Bakterial pnevmoniyalar

Ümumi populyasiyaya nisbətən İİV-infeksiyalı pasiyentlərdə bakterial pnevmoniyalar daha geniş yayılmışdır. İİV-infeksiyası zamanı immundefisit fonunda tez inkişaf edir və ağır gedişatlı olur. Ən geniş yayılmış törədicisi – *Streptococcus pneumoniae*. Bakterial pnevmoniyanın əlamətləri: öskürək, hərarət, çox vaxt döş qəfəsində ağrı, tənəffüsün çətinləşməsi və tezləşməsidir. Rentgenoloji müayinə zamanı paylı pnevmoniya və bronxopnevmoniyanın klassik əlamətləri aşkar edilir, bəzən isə atipik dəyişiklik və ya heç bir dəyişiklik aşkar edilmir.

Diaqnostika:

Pnevmoniyanın diaqnozu klinik əlamətlər və rentgenoloji müayinələrin nəticəsi əsasında qoyulur. Bu zaman:

- ▶ paylı və ocaqlı kölgəliklər
- ▶ diffuz infiltrasiya
- ▶ atipik dəyişikliklər, hətta kavernalar aşkar oluna bilər

Müalicə:

Pasiyentin vəziyyəti orta ağır olarsa və PSP inkar edilibsə, müalicə ev şəraitində cədvəldə göstərilən kimi aparıla bilər (*Cədvəl 5* və *6*).

Cədvəl 5. Bakterial pnevmoniyanın müalicəsi: I sıra preparatlar

Antibiotik	Doza	Qəbul etmə tezliyi	Qəbul etmə üsulu	Müalicənin müddəti
Amoksisillin (B) ³	500-1000 mq	hər 8 saatdan bir, gündə 3 dəfə	daxilə	7 gün
və ya				
Eritromisin (B) ³	500 mq	hər 6 saatdan bir, gündə 4 dəfə	daxilə	7 gün
və ya				
Klaritromitsin (B) ³	500 mq	hər 12 saatdan bir, gündə 2 dəfə	daxilə	7 gün
və ya				
Azitromisin (B) ³	500 mq	gündə 1 dəfə	daxilə	3-4 gün
və ya				
Ftorxinolon (B) ³ (moksifloksasin)	400 mq	gündə 1 dəfə	daxilə	7 gün

- ▶ əgər 72 saat ərzində I sıra sxem üzrə müalicə zamanı xəstənin vəziyyəti yaxşılaşmırsa, xəstə hospitalizasiya edilməli və II sıra sxem (*Cədvəl 6*) üzrə müalicə aparılmalıdır (**B**)³. Lazım olarsa, oksigenlə inqalasiya edilir (bu zaman PSP haqda şübhə yaranmalıdır)
- ▶ ağır xəstələr təcili hospitalizasiya olunurlar

Cədvəl 6. Bakterial pnevmoniyanın müalicəsi: II sıra preparatlar

Antibiotik	Doza	Qəbul etmə tezliyi	Qəbul etmə üsulu	Müalicənin müddəti
Seftriakson + Eritromisin (B) ³	2 q 500 mq	gündə 1 dəfə gündə 4 dəfə	v/d	7 gün
və ya				
Ampisillin/sulbaktam + eritromisin (B) ³	1500 mq 500 mq	gündə 3 dəfə gündə 4 dəfə	v/d	7 gün
və ya				
Ftorxinolon (moksifloksasin) (B) ³	400 mq	gündə 1 dəfə	daxilə və ya v/d	7 gün
və ya				
Xloramfenikol	12,5 mq/kq hesabı ilə	gündə 4 dəfə	v/d	7 gün

Müalicə müsbət nəticə vermirsə, PSP və vərəm (TB) inkar edilməlidir. Bu məqsədlə antibakterial müalicədən əvvəl bronxoalveolyar lavaj edildikdə törədici müəyyən edilir. Eyni zamanda qanın əkilməsi aparılır ki, bu da pnevmokokların aşkar edilmə imkanını artırır. Əkməni 5 dəfəyə qədər təkrar etmək olar.

Atipik mikobakteriyalar törətdiyi infeksiyalar

Mycobacterium avium-intracellulare kompleksi (MAK) tərəfindən törədilən infeksiyalar, digər Oİ-dən daha az rast gəlinir. Onlara məxsusdur:

- ▶ hərarət
- ▶ diareya
- ▶ çəkinin azalması
- ▶ halsızlıq
- ▶ gecə tərləmələri

Mikobakteriyanı xəstənin nəcis və qanında aşkar etmək olar. Adətən, steril bioloji mayelərdə (qanda, onurğa beyin mayesində, beyin iliği və qaraciyərin bioptatlarında) turşuya davamlı bakteriyaların aşkarlanması diaqnozu təsdiqləyir.

Diaqnostika

Mycobacterium avium-intracellulare-nin aşkar edilməsinin əsas üsulu xüsusi mühitdə qanın əkilməsidir. Əksər hallarda qan əkildikdə törədiciyi aşkar etmək mümkündür. İnfeksiya inkişaf etdikdə qaraciyər və sümük iliğini zədələyə bilər. Bu zaman qaraciyər biopsiyası diaqnozu dəqiqləşdirməyə kömək edir və müalicəni erkən başlamağa imkan yaradır.

Müalicə

MAK tərəfindən törədilən infeksiyaların müalicəsi *Cədvəl 7*-də göstərilib.

Cədvəl 7. MAK tərəfindən törədilən infeksiyaların müalicəsi

Antibiotik	Doza	Qəbul etmə tezliyi	Qəbul etmə üsulu	Müalicənin müddəti
I sıra preparatlar				
Klaritromisin	500-1000 mq	gündə 2 dəfə	daxilə	6 ay
+				
Etambutol	15 mq/kq	gündə 1 dəfə	daxilə	6 ay
+				
Rifabutin* (C)	300-450 mq	gündə 1 dəfə	daxilə	6 ay
Atipik mikobakteriyalara təsir edən digər preparatlar				
Azitromisin	500 mq-1200 mq	gündə 1 dəfə	daxilə	6 ay
Siprofloksasin	500 mq	gündə 2 dəfə	daxilə	6 ay
Amikasin	7,5 mq/kq/ və ya 15 mq/kq/	gündə 2 dəfə gündə 1 dəfə	v/d v/d	4 həftəyə qədər

- Xəstənin vəziyyəti yaxşılaşarsa, 4-6 həftədən sonra ARV terapiya başlanıla bilər. 6 aydan sonra CD4-limfositlər >100/mkl olarsa, antibiotikin dozasını azaltmaq və ya ikincili profilaktikaya keçmək olar

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri

- ▶ CD4-limfositlərin miqdarı 3-6 ay müddətində kifayət qədər yüksək qalır, ikincili profilaktika dayandırılır. Beləliklə terapiyanın effektivliyi və residivlərin qarşısının alınması əldə edilir
- ▶ Antibakterial preparatların yan təsirlərini ARV preparatların yan təsirləri ilə səhv salmamaq məqsədilə müalicəni antibakterial terapiyadan başlamaq vacibdir
- ▶ ARV-terapiyanın nəticəsində MAK infeksiyanın kəskinləşməsi və ya immunitetin bərpa sindromu əmələ gələ bilər

Pnevmosist pnevmoniya

Pnevmosist pnevmoniya (PSP) ən geniş yayılmış opportunistik infeksiyadır. Törədici *Pneumocystis jirovecii* (əvvəlki adı *Pneumocystis carinii*). Tipik klinik əlamətləri öskürək, tənəffüs və hərarətdir. Bəzi hallarda fizikal müayinə zamanı ağciyər zədələnməsi aşkar edilmir. Xəstələrdə daha çox tənəffüs çatışmazlığı əlamətləri: tənəffüs və sianoz müşahidə olunur. Xəstəliyin gedişi çox ağır ola bilər və vaxtında effektiv müalicə təyin edilməsə, ölümlə nəticələnə bilər.

Diaqnostika

- ▶ Əksər hallarda PSP diaqnozu klinik əlamətlər əsasında (hərarətin yüksəlməsi, tənəffüs çatışmazlığı və sianoz) olarsa, qoyulur
- ▶ Diaqnostikanın “qızıl standartı” bronxoalveolyar lavaj müayinəsi hesab edilir. *Pneumocystis jirovecii* sistlərinin bəlgəmdə və ya aspiratda tapılması diaqnozu təsdiq edir
- ▶ Xəstədə quru öskürək ola bilər, lakin əsas diaqnostik simptom tənəffüs çatışmazlığı hesab edilir
- ▶ Bronxoskopiya aparmaq mümkün olmadıqda, xarici tənəffüs funksiyasının və arterial qanda qazların göstəricilərinin pisləşməsi PSP diaqnozunu təsdiqləyir
- ▶ Diaqnoz qoyulduqdan dərhal sonra müalicə təcili başlanmalıdır (A)³

Diqqət tələb edən rentgenoloji dəyişikliklər

- ▶ ağciyərlərin aşağı paylarında homogen kölgəliklər (donuq şüşə)
- ▶ bakterial pnevmoniyalar və vərəm zamanı olduğu kimi hər iki ağciyərdə ocaqlı kölgəliklər

- pnevmosist pnevmoniyalı xəstələrin əksəriyyətində rentgenoloji dəyişiklər olmaya bilər

Müalicə

Pnevmosist pnevmoniyanın müalicəsi stasionarda aparılmalıdır. Ola bilsin ki, oksigenlə inhalyasiya aparmaq lazım olsun. Müalicə sxemləri *Cədvəl 8* və *9*-da əks olunub.

Cədvəl 8. Pnevmosist pnevmoniyanın müalicəsi üçün I sıra preparatlar

Antimikrob preparat	Doza	Qəbul etmə tezliyi	Qəbul etmə üsulu	Müalicənin müddəti
Trimetoprim/ sulfametoksozol (A) ³	240/1200 mq (bədən çəkisi ≤ 60 kq olduqda) 320/1600 mq (bədən çəkisi > 60 kq olduqda)	gündə 4 dəfə	daxilə və ya v/d	21 gün (B) ³

Cədvəl 9. Pnevmosist pnevmoniyanın müalicəsi üçün II sıra preparatlar

Antimikrob preparat	Doza	Qəbul etmə tezliyi	Qəbul etmə üsulu	Müalicənin müddəti
Klindamisin +	600 mq	gündə 4 dəfə	daxilə; v/d	21 gün (B) ³
Primaksin*	15 mq	gündə 2 dəfə	daxilə	
və ya				
Pentamidin* (B) ³	4 mq/kq, 5 gündən sonra doza azalır 2 mq/kq	gündə 1 dəfə	v/d	21 gün (B) ³

- Ağır gedişat zamanı daxilə və ya vena daxilinə 1-2 həftə ərzində 80-250 mq prednizolon təyin edilir, ağciyərlərin süni ventilyasiyası və oksigen inqalyasiyası tətbiq olunur
- Pnevmosist pnevmoniyanın kəskin simptomları azaldıqdan sonra ikincili profilaktika aparılmalıdır: gündə 1 dəfə Trimetoprim/sul-

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri

fometaksozol – 160/800 mq uzun müddət (CD4-limfositlərin sayı 3 aydan artıq müddət ərzində 200/mkl-dən artıq olana qədər) (A)²

Digər etiologiyalı pnevmoniyalar

Pnevmoniyanın törədiciləri viruslar və göbələklər də ola bilər. Bu infeksiyaları müvafiq laborator avadanlıq olmadığı halda aşkarlamaq və müalicə etmək olduqca çətinidir. Virus pnevmoniyasının törədicisi sadə herpes virusu (SHV), kəmərləyici dəmrov virusu (*Varicella Zoster*) və sitomeqalovirus (SMV) ola bilər.

Göbələk mənşəli pnevmoniyalar *Histoplasma capsulatum*, *Cryptococcus neoformans* və *Aspergillus spp.* törədiciləri ilə əmələ gələ bilər.

Diaqnostika

- ▶ Pnevmoniyanın antibiotiklərlə standart müalicəsi zamanı effekt alınmırsa, ağciyər vərəmi, virus, göbələk və ibtidailərlə törədilmiş pnevmoniyalar barəsində düşünmək olar
- ▶ Törədiciyi aşkar etmək üçün xüsusi laborator müayinələr aparmaq lazımdır:
 - ✓ bronxoalveolyar lavaj zamanı əldə edilmiş mayədə SMV antigeninin təyin edilməsi
 - ✓ herpes virusların (SHV, SMV, *Epşteyn-Barr* virusu) təyini məqsədilə PZR analizi
 - ✓ xüsusi mühitlərə əkmələr

Müalicə törədicidən asılı olaraq aparılır.

Mədə-bağırsaq sisteminin (MBS) infeksiyaları

İİV-infeksiyalı pasiyentlərdə MBS infeksiyalarını yarada bilən törədicilər:

- ✓ İİV (İİV-in bilavasitə MBS-ə təsiri)
- ✓ bakteriyalar
- ✓ göbələklər
- ✓ viruslar
- ✓ ibtidailər
- ✓ parazitlər

MBS-nin zədələnməsinin ən çox yayılmış əlaməti ishaldır ki, bu da kəskin, yarı kəskin və ya xronik ola bilər. Aparılan müalicəyə baxmayaraq, kəskin ishal orqanizmin susuzlaşmasına gətirib çıxarır. Xronik ishal İİV-infeksiyalı xəstələrdə gecikmiş mərhələlərdə (QİÇS) müşahidə edilir və çox vaxt ölümün səbəbi olur. Nəcisdə qan elementlərinin görünməsi və ya qanaxmalar şigellalar və ya amöblərin törətdiyi dizenteriyanın olduğunu göstərir.

Bəzən problem bağırsaq xovlarının atrofiyası səbəbindən sorulma prosesinin pozulmasından yaranır.

İİV-infeksiyalı insanlarda MBS-də rast gəlinən digər pozuntular:

- ✓ iştahanın pozulması
- ✓ ürəkbulanma
- ✓ qusma
- ✓ bədən çəkisinin azalması

Cədvəl 10-da İİV-infeksiyalı xəstələrdə tez-tez rast gəlinən MBS xəstəliklərinin klinik xarakteristikası, diaqnoz və müalicə üsulları göstərilib.

Cədvəl 10. İİV-infeksiyalı pasiyentlərdə tez-tez rast gəlmə MBS xəstəlikləri

İnfeksiyalar	Klinik şəkli və diaqnostikası	Müalicə
Salmonellyoz (<i>Salmonella typhi</i> və <i>paratyphi</i> -dən başqa)	Qızdırma, qarında ağrı, ishal (bəzən qan qarışıqları ilə), ariqlama, iştahanın azalması, hepatosplenomeqaliya. <i>Diaqnostika:</i> nəcisin və ya qanın əkilməsi	Siprofloksasin 500 mq gündə 2 dəfə, daxilə (2 həftə) (B) ³
Şigellyoz	Qızdırma, qarında ağrı, ishal (qan qarışıqları ilə) <i>Diaqnostika:</i> nəcisin və ya qanın əkilməsi	Siprofloksasin 500 mq gündə 2 dəfə, daxilə (7-10 gün) (B) ³ və ya Nalidiks turşusu 500 mq gündə 4 dəfə, daxilə (7-10 gün) və ya TMP/SMK 160/800 mq gündə 2 dəfə, daxilə (7-10 gün) (C) ³
Kriptosporidioz	Sulu ishal, iştahanın itməsi, normal bədən temperaturu <i>Diaqnostika:</i> nəcisin mikroskopik müayinəsi	Paromomisin* 1 q gündə 2 dəfə, daxilə + Azitromisin 600 mq daxilə, gündə 1 dəfə (4 həftə ərzində), ardınca yalnız Paromomisin* (8 həftə ərzində) Müalicə çox vaxt uğursuz olur (B) ³
Mikrosporidioz	Sulu ishal, iştahanın itməsi, normal bədən temperaturu <i>Diaqnostika:</i> nəcisin mikroskopik müayinəsi	Albendazol 400 mq daxilə, gündə 2 dəfə (4 həftə ərzində) (B) ³ Əgər təsirsiz olarsa: Mebendazol 200 mq gündə 3 dəfə, daxilə

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri

Kandidoz

Candida albicans insanların MBS-də koloniyalar əmələ gətirir. *C.albicansa* təxminən sağlam qadınların 1/3-də uşaqlıq yolunun mikroflorasında rast gəlinir. Vaginal kandidozlu qadınlarda uşaqlıq yolunda və girəcəyində qaşınma və ifrazat müşahidə oluna bilər. Genital kandidozlu kişilərdə balanit və balanopostit inkişaf edir ki, bu da kişi cinsiyyət üzvünün başında və ətrafında qaşınma və ifrazat ilə müşayiət olunur.

Ağız boşluğu kandidozu (“süd yarası”) selikli qişanın iltihabı və ona bərk yapışmış ağ piləklərin əmələ gəlməsi ilə özünü göstərir. Ağır immunçatışmazlığı zamanı ağız boşluğu kandidozu qida borusuna keçə bilər. *C.albicans* dərinin zədələnməsinə, qaşınma ilə müşayiət olunan dermatitlərə gətirib çıxara bilər. Bronxların yoluxması və disseminə olunmuş infeksiyalara az-az rast gəlinir.

Simptomlar

Ağız boşluğunun kandidozu zamanı aşağıdakı orqanların selikli qişasının zədələnməsi baş verir:

- ▶ yanaqların
- ▶ dilin
- ▶ udlağın
- ▶ diş ətinin
- ▶ yumşaq və sərt damağın

Simptomsuz gedişat da ola bilər: bəzən pasiyentlər qida qəbulu zamanı ağızda göynəmə, yanğı hissiyyatından şikayət edir. Bəzi pasiyentlər ağız boşluğunun selikli qişasında ağ piləklərin əmələ gəlməsindən şikayət edirlər.

Qida borusu kandidozunda aşağıdakı şikayətlər ola bilər:

- ▶ udqunma, yemək qəbulu zamanı ağrı
- ▶ döş sümüyü arxasında ağrı
- ▶ ağız suyu ifrazının artması

Kandidoza aşağıdakı insanlarda daha tez-tez rast gəlinir:

- ▶ Sağlam hamilə qadınlar və peroral kontraseptiv preparatları qəbul edən qadınlarda
- ▶ Sağlam yenidoğulmuşlarda, xüsusən vaxtından əvvəl doğulmuşlarda
- ▶ Uzun müddət geniş spektrli antibiotiklər qəbul etmiş xəstələrdə

- ▶ Steroid hormonlar alan xəstələrdə
- ▶ Şəkərli diabetli xəstələrdə
- ▶ Anadangəlmə və qazanılmış immunçatışmazlığı olan insanlarda
- ▶ Zəifləmiş və üzülmüş xəstələrdə
- ▶ Ağır qidalanma pozğunluğu olan xəstələrdə
- ▶ Şüa və kimyəvi terapiya alan onkoloji xəstələrdə

Diaqnostika

Ağız boşluğu və udlağın kandidozunun diaqnostikası klinik şəklin və ağız boşluğunun selikli qişasından götürülmüş yaxmanın mikroskopiyası əsasında qoyulur. Baxış zamanı selikli qişanın qızarması və ağ piləklərin əmələ gəlməsi qeyd edilir. Yumşaq və sərt damağın, udlağın, dilin və yanaqların selikli qişasının iltihabı olur, dil qırmızı və məməcikləri hamarlaşmış olur. Diaqnozun biopsiya üsulu ilə təsdiqi qida borusu kandidozu və ağciyər aspergillyozuna şübhə olduqda aparılır.

Kandidozlu ezofagit üçün aşağıdakılar səciyyəvidir:

- ▶ udqunma zamanı ağrı
- ▶ udqunma zamanı sinədə artan ağrılar

Disseminə olunmuş kandidoz qızdırma ilə və digər orqanlar tərəfindən zədələnmələrlə (məs., korluq və gözlərin zədələnməsi) üzə çıxır.

Müalicə

Lokallaşdırılmış kandidozun müalicəsi ucuz və yerli preparatlarla aparılır: Nistatin, Mikonazol və ya Klotrimazol. Disseminə olunmuş kandidoz zamanı aşağıdakı göbələk əleyhinə preparatlar sistemli tədbiq üçün təyin edilir: Ketokonazol, Flukonazol, İtrakonazol, Amfoterisin* B. Metadonla əvəzedici terapiya alan xəstələrdə metadonla təyin olunmuş dərman preparatlarının (Flukonazol, İtrakonazol, Ketokonazol) qarşılıqlı təsirini nəzərə almaq lazımdır.

Kandidozun müalicə sxemləri *Cədvəl 11, 12 və 13*-də göstərilib.

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri

Cədvəl 11. Ağız boşluğu kandidozunun müalicəsi

Göbələk əleyhinə preparat	Doza	Qəbul etmə tezliyi	Qəbul etmə üsulu	Müalicənin müddəti
I sıra preparatlar				
Mikonazol	Sormağ üçün həblər	gündə 1 dəfə	həbləri ağızda tam sorulana qədər saxlamalı	7 gün
və ya				
Flukonazol (A) ²	100 mq	gündə 2 dəfə 3 gün ərzində, sonra gündə 1 dəfə 4 gün ərzində	daxilə	7 gün
II sıra preparatlar				
İtrakonazol (B) ²	200-400 Mq	gündə 1 dəfə	daxilə	7 gün

Cədvəl 12. Kandidozlu vulvovaginitin müalicəsi

Göbələk əleyhinə preparat	Doza	Qəbul etmə tezliyi	Qəbul etmə üsulu	Müalicənin müddəti
I sıra preparatlar				
Flukonazol (B) ³	100 mq	birdəfəlik	daxilə	birdəfəlik
Klotrimazol	500 mq	birdəfəlik	intravaginal	birdəfəlik
II sıra preparatlar				
Ketokonazol (B) ²	200 mq	gündə 2 dəfə	daxilə	3 gün
Ketokonazol	200 mq	gündə 1 dəfə	daxilə	7 gün
Dəstəkləyici terapiya				
Nistatin	2-4 mln Vahid	gündə 2 dəfə	daxilə	10 gün
və ya				
Flukonazol	50-200 Mq	gündə 1 dəfə	daxilə	10 gün
III sıra preparatlar				
Ketokonazol	200 mq	gündə 1 dəfə	daxilə	7-10 gün
İtrakonazol	100 mq	gündə 1 dəfə	daxilə	7-10 gün

Cədvəl 13. Qida borusu kandidozu və disseminə olunmuş kandidozun müalicəsi

Göbələk əleyhinə preparat	Doza	Qəbul etmə tezliyi	Qəbul etmə üsulu	Müalicənin müddəti
I sıra preparatlar				
Ketokonazol	200-400 mq	gündə 2 dəfə	daxilə	21 gün
və ya				
Flukonazol (A) ²	200-400 mq, 3 gündən bir	gündə 1 dəfə	daxilə, v/d	14 gün
II sıra preparatlar				
Amfoterisin B* (B) ³	0,3-0,5 mq/kq		v/d	10-14 gün
və ya				
İtrakonazol (A) ²	200-400 mq	gündə 1 dəfə	daxilə	14 gün

- ▶ Qida borusunun kandidozu olan xəstələrdə flukonazol (50-100 mq), itrakonazol (100 mq) və ya ketokonazol (200 mq) ilə uzun müddətli terapiya aparmaq tələb olunur
- ▶ Əgər müalicə effekt vermirsə SHV və ya SMV törətdiyi ezofaqitdən şübhələnmək və pasiyenti ezofaqoskopiya göndərmək lazımdır
- ▶ *Candida glabrata*, *C.krusei* və *C.tropicalis* flukonazola qarşı davamlı ola bilər. Buna görə də nümunələrin kultural müayinəyə göndərilməsi vacibdir

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri

Kriptokokk meningiti

Kriptokokkozun ən çox rast gəlinən təzahürü meningitdir. Ağciyər və disseminə olunmuş kriptokokkoza az rast gəlinir. Kriptokokk meningiti İİV-infeksiyalı insanlarda göbələklərin törətdiyi sistem xəstəliyidir.

Kriptokokk meningitli xəstə müalicə olunmazsa, onun orta yaşama müddəti 1 aydan azdır.

Diaqnostika

Adətən, diaqnozun qoyulması çətinlik yaratmır. Müşahidə olunan simptomlar baş ağrısı, qızdırma, ənsə əzələlərinin rigidliyi, kəllə sinirlərinin zədələnməsi simptomları, huşun itməsidir. Lakin bəzən qızdırma və ənsə əzələlərinin rigidliyi olmaya bilər. Törədici onurğa beyni mayesindən götürülmüş və sentrifüqadan keçirilmiş çöküntülərin mikroskopik müayinəsi ilə aşkar etmək olar (tuşla rənglənmə). Yaxmada qalın kapsula ilə örtülmüş maya hüceyrələri görünür. Digər diaqnostika üsulu kriptokokk kulturasının alınması üçün onurğa beyni mayesinin əkilməsidir.

Qiymətli diaqnostika üsulu qanda və ya onurğa mayesinde kriptokokk antiqenin aşkarlanmasıdır.

Müalicə

Kriptokokk meningitinin müalicə sxemi *Cədvəl 14*-də göstərilib.

Cədvəl 14. Kriptokokk meningitinin müalicəsi

Göbələk əleyhinə preparat	Doza	Qəbul etmə tezliyi	Qəbul etmə üsulu	Müalicənin müddəti
I sıra preparatlar				
Amfoterisin* B (A) ³ + 5-ftorsitozin	0,7-1,0 mq/kq 25 mq/kq	gündə 1 dəfə gündə 4 dəfə	v/d v/d	14 gün
Sonra flukonazol (A) ²	400 mq	gündə 1 dəfə	daxilə	10 həftə
Sonra flukonazol (A) ²	200 mq	gündə 1 dəfə	daxilə	ömürlük
II sıra preparatlar				
Amfoterisin* B + 5-ftorsitozin	0,7-1,0 mq/kq 25 mq/kq	gündə 1 dəfə gündə 4 dəfə	v/d v/d	14 həftə
və ya				
Amfoterisin* B (B) ²	0,7-1,0 mq/kq	gündə 1 dəfə	v/d	6-10 həftə
və ya (yüngül hallarda)				
Flukonazol (B) ²	400-800 mq	gündə 1 dəfə	daxilə	10-12 həftə
Sonra flukonazol	200 mq	gündə 1 dəfə	daxilə	ömürlük

İkincili kimyəvi profilaktika və ya dəstəkləyici terapiya

- ▶ Ömürlük ikincili kimyəvi profilaktika vacibdir: bunun üçün flukonazol 200 mq daxilə, gündə 1 dəfə istifadə edilir (A)²
- ▶ Ömürlük ikincili kimyəvi profilaktika üçün alternativ preparat: İtrakonazol 200 mq, gündə 1 dəfə (B)¹
- ▶ İmmun sistemin funksiyası yaxşılaşdıqdan sonra (CD4-limfositlər >200/mkl) kimyəvi profilaktikanın davam etdirilməsi və ya kəsilməsinin xeyrinə konkret sübutlar yoxdur
- ▶ Metadonla əvəzedici müalicə alan pasiyentlərdə metadonla flukonazolun qarşılıqlı təsirini yadda saxlamaq vacibdir

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri

Histoplazmoz

Histoplazmoz – *Histoplasma capsulatum* göbələk sporları ilə nəfəs alma nəticəsində yaranan çox az-az rast gəlinən kəskin və ya xronik infeksiyadır. Xəstələnmə riski immun sistemin vəziyyətindən və orqanizmə düşmüş törədicilərin miqdarından asılıdır. Disseminə olunmuş histoplazmozun qarşısını almaq üçün hüceyrə immunitetinin normal vəziyyəti vacibdir. Kəskin histoplazmoz klinik şəklinə görə qrip xəstəliyini xatırladır:

- ▶ qızdırma
- ▶ iştahanın itməsi
- ▶ artralgiya
- ▶ mialgiya
- ▶ quru öskürək
- ▶ döş qəfəsində ağrılar

Zəifləmiş immuniteti olan şəxslərdə xəstəliyin ilkin əlamətləri üzə çıxdıqdan az müddət sonra disseminə olunmuş histoplazmoz aşağıdakı simptomlarla özünü göstərir:

- ▶ çəkinin azalması
- ▶ ağız boşluğunun və dərinin zədələnməsi
- ▶ ağciyər simptomları
- ▶ qaraciyər, dalaq və limfa vəzilərinin böyüməsi
- ▶ ağzın selikli qişasında kənarları qalxmış nekrozlaşmış xoraların əmələ gəlməsi
- ▶ sərt damağın perforasiyası və yumşaq toxumaların ciddi zədələnməsi ola bilər

Diaqnostika

Diaqnoz klinik şəklə əsasən göbələk kulturasının alınması və ya zədələnmiş toxumaların biopsiyası nəticəsində qoyula bilər. Histoplazmozun kəskin mərhələsində döş qəfəsinin rentgen müayinəsi zamanı aşkar oluna bilər:

- ▶ yayılmış infiltrasiyalar
- ▶ kökətrafi limfa düyünlərinin böyüməsi
- ▶ ağciyərlərin aşağı payında vəzilər

Müalicə

İmmun sisteminin normal vəziyyətində kəskin histoplazmoz öz-özünə keçir və müalicəyə ehtiyac olmur. Zəifləmiş immunitetli xəstələrlə müalicə sxemi *Cədvəl 15*-də göstərilib.

Cədvəl 15. Histoplazmozun müalicəsi

Göbələk əleyhinə preparat	Doza	Qəbul etmə tezliyi	Qəbul etmə üsulu	Müalicənin müddəti
Amfoterisin* B (A) ²	0,7-1,0 mq/kq	gündə 1 dəfə	v/d	10 gün

Birinci kursdan sonra davamedici müalicə kursu aparılır (3 ay ərzində, CD4 səviyyəsi >100/mkl-dək bərpa olunandan sonra)

- ▶ İtrakonazol 200 mq daxilə gündə 2 dəfə (B)²
- ▶ Flukonazol 200 mq daxilə gündə 2 dəfə
- ▶ Amfoterisin* B 1mq/kq venadaxili həftədə 1 dəfə

Alternativ sxem: itrakonazol 200 mq daxilə gündə 3 dəfə - 3 gün, sonra 200 mq daxilə həftədə 2 dəfə, 12 həftə ərzində (yemək vaxtı, turş içki ilə içməli).

Kapoşi Sarkoması (KS)

KS-nin törədicisi Kapoşi sarkoması ilə assosiasiya olunmuş herpes virusu kimi tanınan insanın 8-ci tip herpes virusudur. Kapoşi sarkomasına şübhə yaradan bütün pasiyentlər onkoloqun müayinəsinə və ehtiyac olarsa, onkoloji klinikaya göndərməlidir. İmmunçatışmazlığı olan İİV-li xəstələrdə İİV-siz insanlarla müqayisədə KS-i daha ağır disseminə olmuş tendensiya və tez progressivləşmə ilə keçir.

Diaqnostika

Diaqnoz klinik şəklə əsaslanaraq və yoluxmuş toxumalardan götürülən biopstatların histoloji müayinəsi əsasında qoyulur.

Klinik simptomlar:

- ▶ Zədələməyə bədənin bütün nahiyələrində və selikli qişalarında rast gəlinir. Dəri elementləri hiperpiqmentasiyalı, göyümtül və

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri

qabarıq papula və ya düyünlər kimi özünü göstərir ki, bunlar da limfostazla müşayiət olunur. Sistemli yoluxma zamanı damaq, mədə-bağırsaq sistemi və limfa vəziləri də qoşulur

- ▶ KS-nin elementlərinə sərt damaqda, bəzən dildə və boğazda, badamcıqlarda da rast gəlmək olur. Elementlər qabarıq papula şəklində və ağrısız olur. Bəzən iri ölçülü elementlər və ayaqcıqlı elementlərə də rast gəlmək olur
- ▶ KS-də ağciyərlərin zədələnməsi infiltrativ xarakter daşıyır və plevral ekssudat ilə müşayiət olunur; tez-tez tənəffüs çatışmazlığı inkişaf edir. KS-ni İİV-li xəstələrdə rast gəlinən bakterial anqiomatoz (törədici *Bartonella spp.*) ilə diferensial diaqnoz aparmaq lazımdır

Müalicə

KS onkoloji xəstəlikdir və onkoloq tərəfindən müalicə olunmalıdır. Lokalizə olunmuş formalarda şüa terapiyasından, generalizə olunmuş formalarda sitostatik kimyəvi terapiyadan istifadə olunur.

Aşağıdakı sitostatik preparatlardan istifadə oluna bilər:

- ▶ monoterapiya məqsədi ilə liposomlu Doksorubisin
- ▶ Bleomisin*
- ▶ Vinkristin*
- ▶ Daunorubisin*
- ▶ Vinblastin*
- ▶ Etopozid

Remissiya çətinliklə əldə edilir, tez-tez residivlər müşahidə olunur. Lokalizə olunmuş törəmələri cərrahi yolla, lazer və ionizə olunmuş şüalardan, maye azotdan (residiv daha tez-tez müşahidə olunur) istifadə etməklə götürmək olar. Adətən, KS ARV terapiya fonunda əlavə müalicə metodları olmadan da müalicə olunur. Effektiv ART fonunda KS elementlərinin progressivləşməsi baş vermir və tədricən itir.

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri

Uşaqılıq boynu xərçəngi

- ▶ Uşaqılıq boynu xərçəngi dünyada qadın ölümünə səbəb olan ən geniş yayılmış xəstəliklərdən biridir. Yeni xəstələnmələrin sayı ildə orta hesabla 500000-ə bərabərdir
- ▶ Genital sistemin aşağı şöbələrinin, uşaqılıq boynu da daxil olmaqla, xərçəng və xərçəng öni xəstəliklərinin əmələ gəlməsinin aparıcı etioloji agenti insanın papilloma virusu hesab edilir
- ▶ İİV-li qadınlarda servikal intraepitelial neoplaziya yaranma riski 5-10 dəfə yüksəkdir. Uşaqılıq boynundan götürülən Papanikolau (Pap-yaxma) üsulu ilə rənglənmiş yaxmanın sitoloji müayinəsi İİV-ə yoluxmuş qadınların 20-40% -də dəyişikliyi təsdiq edir

Diaqnostika

Diaqnozun qoyulması zamanı İİV-infeksiyalı qadınlarda ginekoloji və sitoloji müayinənin (Pap-yaxma) aparılması vacibdir. Müayinə 6 aydan sonra təkrarlanır və sonralar ildə 1 dəfə aparılır (**B**)³.

Qeyri-Hockins limfoması (QHL)

QHL-ə (adətən, B-hüceyrəli, nadir hallarda T-hüceyrəli) immünçatışmazlığı olan İİV-ə yoluxmuş insanlarda tez-tez rast gəlinir, lakin onun əmələ gəlməsi CD4-limfositlərin sayından asılı deyil.

Limfomaların patogenezinə virusların, xüsusən Epşteyn-Barr virusunun əsas rol oynadığını hesab edirlər.

QHL-nin şiş hüceyrələrinə orqanizmin hər yerində daha çox limfa vəzilərində və əzələlərdə, həmçinin qaraciyərdə, dalaqda, ağciyərlərdə, ürəkdə, baş beyində, mədə-bağırsaq sistemində rast gəlinə bilər. Sümükdə nisbətən az rast gəlinir.

- ▶ Simptomlar müxtəlif ola bilər:
 - ✓ Böyümüş limfa düyünləri müxtəlif nahiyələrdə əllənə bilər
 - ✓ Xəstələr tez-tez (həmişə yox) qızdırmadan, arıqlamaqdan, halsızlıqdan şikayət edirlər
- ▶ Xəstəliyin mərhələsini (I-IV) təyin etmək üçün müxtəlif müayinələr aparılmalıdır: KT, sümük iliyinin biopsiyası, onurğa

beyini mayesinin alınması üçün lyumbal punksiya və gastroskopiya

- ▶ Diaqnoz böyümüş limfa düyünündən götürülmüş biopstatın histoloji müayinəsinin müsbət nəticəsi əsasında qoyulur

Berkitt limfoması

Berkitt limfoması İIV-infeksiyası ilə assosiasiya edilmiş QHL-nin yarım qrupuna aiddir. Onlar pasiyentlərdə nəzərə çarpan immunçatışmazlıq inkişaf etməmişdən əvvəl müşahidə edilə bilər. Şişlərin bu tipi Epşteyn-Barr virusu ilə assosiasiya edilir.

Diaqnostika

Diaqnoz limfa düyünü və şişin biopstatlarının dəqiq histoloji müayinələrinə əsaslanır.

Bütün növ limfomaların (QHL, Berkitt və MSS) müalicəsi

- ▶ QHL-də 6 kurs (tam remissiyayı əldə etmək üçün) CHOP (siklofosfamid, hidroksidaunomisin (doksorubisin), prednizolon) (*CHOP - cyclophosphamide, hydroxydaunomycin (doxorubicin), and prednisolone chemotherapy regimen*) kimyəvi terapiya sxemi ilə aparılan kimyəvi müalicə effektivdir:

- ✓ Prednizolon, 100 mq/gündə daxilə gündə 1 dəfə 5 gün ərzində
- ✓ Vinkristin* (Onkovin), 1,4 mq/m²/gündə (maksimal doza – 2 mq/gündə) 1 dəfə müalicənin 1-ci günündə
- ✓ Siklofosfamid, 750 mq/m²/gündə 1 dəfə müalicənin 1-ci günündə
- ✓ Doksorubisin (hidroksidaunomisin), 50 mq/m²/gündə 1 dəfə müalicənin 1-ci günündə

Növbəti kurs hər 21-ci gündən bir başlamalıdır (22-ci gün növbəti kursun 1-ci günü hesab olunur).

- ▶ ART ilə birgə aparılan EPOCH (etopozid, prednizolon, vinkristin*, siklofosfamid, daunorubisin* və ya doksorubisin) (*EPOCH etoposide, prednisolone, Onconvin (vincristine), cyclophosphamide and hydroxorubicin (doxorubicin) a chemotherapy regimen*) kimyəvi terapiya sxemlərinin effektivliyi

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri

müəyyən edilmişdir. Bu sxemin əsasını fasiləsiz v/d 96 saat ərzində (4 gün) aparılan 6 kurs müalicə təşkil edir

- ✓ Etopozid, 50 mq/m²/gündə (mərkəzi venoz kateterlə)
- ✓ Doksorubisin, 10 mq/m²/gündə (mərkəzi venoz kateterlə)
- ✓ Vinkristin*, 0,4 mq/m²/gündə, maksimal doza 2 mq/həftədə (mərkəzi venoz kateterlə)
- ✓ Siklofosamid, 375 mq/m²/gündə, v/d 1 dəfə müalicənin yalnız 5-ci günündə (bolyus v/d inyeksiya)
- ✓ Prednizolon, 100 mq/gündə müalicənin 1-5-ci günlər daxilə gündə 1 dəfə

6 kurs bitənə qədər kurslar 21 gün fasilə olmaqla təkrarlanmalıdır.

- ▶ Berkitt limfomasında analogi müalicə sxemləri (CHOP və ya EPOCH) istifadə olunur
- ▶ Berkitt limfomasında kimyəvi müalicədən sonra şişin ilkin ocaq nahiyəsinə şüa terapiyası təyin olunur
- ▶ QHL-nin kimyəvi müalicəsi CD4-limfositlərinin sayından asılı olmayaraq təyin oluna bilər, amma uzun müddətli remissiyaya nail olmaq üçün ART-ni erkən başlamaq zəruridir (kimyəvi müalicə zamanı hətta CD4-limfositlərinin sayı 350/mkl yuxarı olduqda) belə ki, ART təyin edilməsə, QHL tez-tez residiv verir
- ▶ MSS-nin limfomasında (metastazlar) sitostatik və steroidlərlə kimyəvi müalicə fonunda başın şüalanması tövsiyə olunur
- ▶ MSS-nin birincili limfomasında başın şüalanması effektivliyi klinik təcrübə ilə təsdiq olunmuş yeganə müalicə üsulu hesab olunur. Pasiyentlərin əksəriyyətində diaqnoz qoyulan zaman CD4-limfositlərin sayı <50/mkl olur. Remissiyanı uzatmaq üçün ART yeganə əlavə faktor hesab olunur (A)². Sitostatiksiz ART-nin effektivliyi haqda bir neçə məlumat əldə olunub və hesab edilir ki, o, mümkün qədər erkən təyin olunmalıdır

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri

Sinir sistemi xəstəlikləri (ensefalopatiya, vakuolyar miyelopatiya)

İİV-in sinir sisteminə daxil olması ensefalopatiya, miyelopatiya və periferik neyropatiyalara gətirib çıxarır. İİV-infeksiyası zamanı çox saylı nevroloji sindromlar meydana çıxır, onlardan:

- ▶ baş-beyin maddəsinin atrofiya və degenerasiyası
- ▶ QİÇS-demensiya sindromu
- ▶ beyinciğin atrofiyası
- ▶ vakuolyar miyelopatiya
- ▶ üz sinirinin iflici
- ▶ Qiyen-Barre sindromu
- ▶ ağrı sindromu ilə müşayiət olunan periferik neyropatiya

MSS-ni, həmçinin çoxsaylı bakterial, virus və göbək Oİ zədələyə bilər (“Kriptokokk meningiti” bölməsinə bax).

Toksoplazmoz

İnkişaf etmiş ölkələrdə toksoplazmoza İİV-infeksiyalı pasiyentlərdə daha tez-tez rast gəlinir. O, baş-beyində çoxsaylı iltihabi ocaqların inkişaf etməsinə gətirib çıxarır. İİV-lə yaşayan insanlarda toksoplazmoz əsasən ensefalit və ya disseminə olunmuş infeksiya kimi özünü göstərir.

Diaqnostika

- ▶ Pasiyentdə aşağıdakı klinik əlamətlər aşkar olunduqda, toksoplazmoza şübhələnmək olar:
 - ✓ huşun pozulması
 - ✓ qızdırma
 - ✓ qıcolmalar
 - ✓ başağrı
 - ✓ ocaqlı nevroloji simptomlar (tormozlaşma, kəllə sinirlərinin iflic və parezləri, hərəkətin koordinasiyasının pozulması, görmə sahələrinin itməsi, afaziya)
- ▶ Baş-beyin qabığının diffuz zədələnməsi əlamətləri olan pasiyentlərdə məhəlli simptomatika xəstəlik progressivləşdikcə əmələ gəlir
- ▶ KT və MRT köməyi ilə pasiyentlərin baş beyində çoxsaylı üzükvari ocaqlar aşkar etmək olar

- ▶ Əgər KT və MRT əlçatmazdırsa, onda toksoplazmanın diaqnozunu qoymaq üçün *Toxoplasma gondii* qarşı anticisimləri (IgG) aşkar edən seroloji testlər kömək edir **(B)**²
- ▶ Serebral toksoplazmozlu pasiyentlərin çoxunda *Toxoplasma gondii* ilə törədilən keçirilmiş infeksiyasının seroloji əlamətləri təyin edilir (IgG) **(B)**²
- ▶ Toksoplazmoza şübhələndikdə sınaq müalicəsi təyin olunur
- ▶ Əgər sınaq müalicənin 2 həftəlik kursu nəticə vermirsə, yalnız o zaman baş beyin biopsiyasının aparılması nəzərdən keçirilir
- ▶ Diaqnoz biopsiyada alınmış baş-beyin toxumasının histoloji müayinəsi ilə təsdiq olunur

Müalicə

Toksoplazmozun müalicəsi *Cədvəl 16*-da göstərilib.

Cədvəl 16. Toksoplazmozun müalicəsi

Preparat	Doza	Qəbul etmə tezliyi	Qəbul etmə üsulu	Müalicənin müddəti
Pirimetamin* (A) ²	200 mq	1 dəfə (zərbəli doza)	daxilə	1 dəfəlik
sonra Pirimetamin* + Fol turşusu	25 mq və ya 50 mq	gündə 3 dəfə gündə 2 dəfə	daxilə	6-8 həftə
+	15 mq	gündə 1 dəfə	daxilə	6-8 həftə
Sulfadiazin	1 q	gündə 4 dəfə	daxilə	6-8 həftə

Cədvəl 16-da göstərilən sxemdə sulfadiazini aşağıda göstərilən preparatların biri ilə əvəz etmək olar:

- ✓ Klindamisin, 600 mq v/d və ya daxilə gündə 4 dəfə 6 həftə ərzində
- ✓ Azitromisin, 1200 mq daxilə gündə 1 dəfə 6 həftə ərzində
- ✓ Klaritromisin, 1 q daxilə gündə 2 dəfə 6 həftə ərzində
- ✓ Atovakvon*, 750 mq daxilə gündə 4 dəfə 6 həftə ərzində **(C)**³
- ▶ Bəzi xəstələrə kəskin infeksiyanın müalicəsi üçün çox uzun müddətli intensiv kurs müalicəsi tələb olunur. Uzun müddətli müalicə haqda standart tövsiyələr yoxdur: klinik göstəricilərə və

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri

KT-nin nəticələrinə (əgər bu müayinə aparmaq mümkün olubsa) əsaslanaraq digər müalicə kursuna keçmək qərarı qəbul edilir

- ▶ İkincili profilaktika üçün kəskin toksoplazmozun müalicəsində istifadə olunan effektiv sxemlərin tərkibində olan preparatların yarı dozası istifadə olunur; CD4-limfositlərin sayı 3 ay ərzində >200/mkl səviyyəsində qalana qədər müalicə davam etdirilir (A)³

Sadə Herpes Virusu (SHV) ilə törədilən infeksiyalar

Klinik təcrübədə SHV infeksiyasına tez-tez rast gəlinir. Herpesin ilkin təzahüründən sonra çoxsaylı residivlərə rast gəlinir. İmmunodefisitli pasiyentlərdə herpetik zədələnmələr daha geniş və daha uzun müddət persistə olur; infeksiyanın disseminasiyası mümkündür. SHV, həmçinin meningit və meninqoensefalit törədə bilər.

Diaqnostika

- ▶ SHV infeksiyasının diaqnozu, adətən, tipik klinik təzahürlər (ağız ətrafında, burun qanadlarında, dodaq və/və ya cinsiyyət üzvlərində yerləşən vezikulalar və ağrılı səthi eroziyalar) əsasında qoyulur
- ▶ Əksər hallarda generalizə olunmuş SHV infeksiyasının diaqnozunu qoymaq çətindir. Xüsusi müayinə metodları tələb oluna bilər: hüceyrə kulturasında virusun aşkarlanması, immunoblotting, monoklonal anticisimlərlə düz immunofluoressensiya üsulu
- ▶ SHV ilə törədilmiş ensefalit, KT-də görünə bilən, baş-beynin çoxsaylı zədələnmə ocaqlarını yaradır

Müalicə

SHV infeksiyasının müalicəsi *Cədvəl 17, 18, 19 və 20*-də göstərilir

Cədvəl 17. SHV infeksiyasının müalicəsi: yüngül forma

Virus əleyhinə preparat	Doza	Qəbul etmə tezliyi	Qəbul etmə üsulu	Müalicənin müddəti
I sıra preparatlar				
Asiklovir (B) ³	400 mq	gündə 3 dəfə	daxilə	7-10 gün
və ya				
Famsiklovir	250 mq	gündə 3 dəfə	daxilə	7-10 gün
və ya				
Valasiklovir (B) ³	1 q	gündə 2 dəfə	daxilə	7-10 gün

Cədvəl 18. SHV infeksiyasının müalicəsi: residivlər

Virus əleyhinə preparat	Doza	Qəbul etmə tezliyi	Qəbul etmə üsulu	Müalicənin müddəti
I sıra preparatlar				
Asiklovir	800 mq	gündə 5 dəfə	daxilə	7-10 gün
və ya				
Famsiklovir	500 mq	gündə 3 dəfə	daxilə	7-10 gün
və ya				
Valasiklovir	1 q	gündə 2 dəfə	daxilə	7-10 gün

Cədvəl 19. SHV-infeksiyasının müalicəsi: ağır forma

Virus əleyhinə preparat	Doza	Qəbul etmə tezliyi	Qəbul etmə üsulu	Müalicənin müddəti
I sıra preparatlar				
Asiklovir (B) ³	10 mq/kq	gündə 3 dəfə	v/d	7-10 gün
və ya				
Valasiklovir	1 q	gündə 2 dəfə	daxilə	7-10 gün

Cədvəl 20. SHV-infeksiyasının müalicəsi: daxili üzvlərin zədələnməsi ilə gedən ağır forma

Virus əleyhinə preparat	Doza	Qəbul etmə tezliyi	Qəbul etmə üsulu	Müalicənin müddəti
I sıra preparatlar				
Asiklovir (B) ³	10 mq/kq	gündə 3 dəfə	v/d	14-21 gün
II sıra preparatlar				
Foskarnet* (asiklovirə davamlılığa şübhə olduqda) (A) ³	40-60 mq/kq	gündə 3 dəfə	v/d	14 gün

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri

Kəmərleyici dəmrov (*Varisella-Zoster virusu*)

- ▶ Kəmərleyici dəmrov virusu yaradan birincili infeksiya çox vaxt generalizə olunmuş formada keçir
- ▶ İnsanların çoxunda yoluxmadan sonra xəstəliyin heç bir əlaməti və simptomu qeyd olunmur, uşaqlarda isə birincili infeksiya su çiçəyi xəstəliyini törədir
- ▶ Virus illərlə onurğa beyninin qanqliyalarında yatmış vəziyyətdə qalır
- ▶ Hər bir immundefisit halında virus aktivləşir, çoxalmağa başlayır və sinir boyu dermatom hüdudlarında dəri örtüyünün zədələnməsini yaradır
- ▶ Disseminə olunmuş forma dəri örtüyünün, sinir sisteminin, ağciyərlərin və selikli qişaların zədələnməsi ilə inkişaf edə bilər
- ▶ İmmundefisiti olan pasiyentlərdə kəmərleyici dəmrov çox vaxt bir neçə dermatomun geniş və residivləşən zədələnməsilə və çox şiddətli ağrılar, zəiflik ilə müşahidə olunur

Diaqnostika

Adətən, diaqnoz xəstəliyin klinik gedişatına əsasən qoyulur.

Müalicə

Kəmərleyici dəmrovun müalicəsi *Cədvəl 21* və *22*-də göstərilib.

Cədvəl 21. Kəmərleyici dəmrovun müalicəsi (bir dermatomun hüdudu)

Virus əleyhinə preparat	Doza	Qəbul etmə tezliyi	Qəbul etmə üsulu	Müalicənin müddəti
I sıra preparatlar				
Asiklovir (B) ³	800 mq	gündə 5 dəfə	daxilə	7-10 gün və ya zədə quruyanaqədək
və ya				
Famsiklovir (B) ³	500 mq	gündə 3 dəfə	daxilə	7-10 gün

Cədvəl 22. Dəri örtüyünün, gözlərin və daxili orqanların zədələnməsi ilə dissiminə olunmuş kəmərləyici dəmrovun müalicəsi

Virus əleyhinə preparat	Doza	Qəbul etmə tezliyi	Qəbul etmə üsulu	Müalicənin müddəti
I sıra preparatlar				
Asiklovir (B) ³	10 mq/kq	gündə 3 dəfə	v/d	7-10 gün
və ya				
Famsiklovir (B) ³	500 mq	gündə 3 dəfə	daxilə	7-10 gün
II sıra preparatlar				
Foskarnet* (B) ³	60 mq/kq və ya 40 mq/kq	gündə 2 dəfə gündə 3 dəfə	v/d	7-10 gün

- ▶ Kəmərləyici dəmrovun daha çox rast gəlinən və ağır keçən fəsadı postherpetik nevralfiyadır. Postherpetik nevralfiya sinir boyu bir dematom hədudlarında çox şiddətli ağrılar yaradır və xəstəni halsız edir
- ▶ Ağrıları götürmək üçün qeyri steroid iltihab əleyhinə vasitələr təyin edilir
- ▶ Əgər qeyri-steroid iltihab əleyhinə vasitələr kömək etmirsə amitriptilin, karbamazepin və ya fenitoin* təyin edilir

Sitomeqalovirus (SMV) infeksiyası

İmmundefisiti olan şəxslərdə sitomeqalavirus (SMV) çoxsaylı orqan və sistemləri zədələyə bilər. Təzahürləri:

- ▶ SMV koliti zamanı qızdırma və diareya
- ▶ SMV pnevmoniya zamanı tənənfəslik
- ▶ SMV retinit zamanı korluq
- ▶ ağız boşluğunda ağrılı xoraların əmələ gəlməsi və qida qəbulunun çətinləşməsi

Diaqnostika

Daha tez-tez zədələnmə gözün tor qişasında yerləşir. Diaqnoz oftalmoloq tərəfindən qoyulur.

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri

Müalicə

SMV retinitin, həmçinin SMV mənşəli mədə-bağırsaq və MSS infeksiyalarının müalicəsi *Cədvəl 23, 24 və 25*-də göstərib.

Cədvəl 23. SMV retinitin, həmçinin SMV mənşəli mədə-bağırsaq və MSS infeksiyalarının müalicəsi (birinci sıra preparatlar)

Virus əleyhinə preparat	Doza	Qəbul etmə tezliyi	Qəbul etmə üsulu	Müalicənin müddəti
I sıra preparatlar				
Qansiklovir (A) ³	5 mq/kq	gündə 2 dəfə	v/d	2-3 həftə

İkincili profilaktikada uzun müddətli Qansiklovir – gündəlik 5 mq/kq vena daxilinə yeridilməyi tələb olunur (A)².

Cədvəl 24. SMV retinitin, həmçinin SMV mənşəli mədə-bağırsaq və MSS infeksiyalarının müalicəsi (ikinci sıra preparatlar)

Virus əleyhinə preparat	Doza	Qəbul etmə tezliyi	Qəbul etmə üsulu	Müalicənin müddəti
II sıra preparatlar				
Foskarnet*	90 mq/kq	gündə 2 dəfə	v/d	3 həftə

İkincili profilaktika üçün foskarnetlə* uzun müddətli müalicə gündəlik 90 mq/kq v/d tələb oluna bilər.

Cədvəl 25. SMV retinitin ikincili profilaktikası

Virus əleyhinə preparat	Doza	Qəbul etmə tezliyi	Qəbul etmə üsulu	Müalicənin müddəti
I sıra preparatlar				
Qansiklovir (göz daxili implantant) (A) ³ + Valqansiklovir (ikinci gözdə infeksiyanın əmələ gəlməsinin qarşısını almaq məqsədi ilə) (B) ³	900 mq	gündə 1 dəfə	daxilə	3 ay ərzində CD4-limfositlərin sayı >100-150/mkl olana qədər

CD4-limfositlərin sayı 100-150/mkl təşkil etdikdə, 6 aydan sonra ikincili profilaktikamı dayandırmaq olar.

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri

Epşteyn-Barr virusu ilə yaranan infeksiya

- ▶ Herpes viruslar ailəsinə aid olan Epşteyn-Barr virusu ilə yaranan infeksiya həm İİV-lə yaşayan insanların arasında, həm də İİV-infeksiyası olmayan insanlar arasında yayılmışdır
- ▶ İİV-lə yaşayan insanların ağız, udlaq möhtəviyyatında virus dənəciklərinin sayı və əks cisimciklərin titri İİV-infeksiyası olmayan insanlarla müqayisədə daha yüksəkdir
- ▶ Güman edilir ki, bir sıra xəstəlikləri Epşteyn-Barr virusu törədir:
 - ✓ ağız boşluğunun tüklü leykoplakiyası
 - ✓ limfoidli interstisial pnevmoniti
 - ✓ QHL
 - ✓ Berkitt limfoması
 - ✓ burun-udlaq xərçəngi

Ağız boşluğunun tüklü leykoplakiyası

- ▶ Ağız boşluğunun tüklü leykoplakiyasına İİV-lə yaşayan insanlarda və orqanları trasplantasiyasından sonra immunsupressiyası olan bəzi pasiyentlərdə də rast gəlinir
- ▶ Bu ağız boşluğunun selikli qişasının, daha çox dilin yan tərəflərində xoşxassəli ağ qabarıq və qırışıqlı ərp şəklində zədələnməsidir
- ▶ Ağız boşluğunun tüklü leykoplakiyasını çox zaman ağız boşluğunun kandidozu ilə səhv salırlar, ona görə ki, pasiyentlərdə bu xəstəliklər çox vaxt yanaşı olur
- ▶ Ağız boşluğunun tüklü leykoplakiyasının spesifik müalicəsi yoxdur. Adətən, ağız boşluğunun gigiyenasına daha mükəmməl riayət edilməsi tövsiyə olunur

Limfoidli interstisial pnevmonit

- ▶ Limfoidli interstisial pnevmoniti əsasən uşaqlarda olur, lakin ona İİV-lə yaşayan böyüklərdə də rast gəlinir
- ▶ Ağciyərlərdə diffuz interstisial infiltratlar xasdır, onları TB və PSP-nin təzahürlərinə oxşatmaq olar. Lakin limfoidli interstisial pnevmonitdə pasiyentlərin əksəriyyətində ağciyərin ağır zədələnməsinin əlamətləri olmur
- ▶ Limfoidli interstisial pnevmonitdə spesifik müalicə yoxdur

Ümumi simptomlar

Ağız boşluğunun zədələnmələri

İİV-infeksiyalı pasiyentlərdə kandidozdan əlavə ağız boşluğunun bir sıra digər xəstəlikləri də mövcuddur. Onlardan bir neçəsi *Cədvəl 26*-da əks olunub.

Cədvəl 26. İİV-infeksiyalı xəstələrdə tez-tez rast gəlinən ağız boşluğunun xəstəlikləri

Xəstəlik	Klinik təzahürlər	Müalicə
Qinqivit	Hiperimiya, damaqların ödemi və qansızması	Metronidazol 400 mq gündə 2 dəfə (7 gün) və ya Eritromisin 500 mq gündə 4 dəfə (7 gün)
Pioreya	Diş-damaq ciblərində irinin yığılması	Hər qida qəbulundan sonra ağız boşluğunun ilıq duzlu su ilə yaxalanması. Gündə 2 dəfə dişlərin təmizlənməsi
Periodontit	Damaqların qanaxması, dişlərin düşməsi, xoraların əmələ gəlməsi	Amoksisilin 500 mq gündə 3 dəfə və ya Metronidazol 200 mq gündə 3 dəfə (5 gün) Ağız boşluğunun sanasiyası Xlorheksidin məhlulu ilə ağız boşluğunun yaxalanması
Aftoz xoralar	İrinli ekssudatlı xoralar, qansızmalar	Ağız boşluğunun əsaslı gigiyenası, steroidlərin yerli istifadəsi
Stomatit	Gigiyena qaydalarına riayət edilməməsi və anaerob bakteriyaların yayılması nəticəsində əmələ gələn ağız boşluğu selikli qişasının iltihabı	Hər qida qəbulundan sonra ağız boşluğunun ilıq duzlu su ilə yaxalanması. Gündə 2 dəfə dişlərin təmizlənməsi
Xeylit	İltihab, hiperimiya, dodaqların solğunluğu	A, B və C qrup vitaminləri, ağız boşluğunun gigiyenası
İkincili sifilis	Sulanan papula və xoralar, ağız künçündə enli kondilomalar	Benzatinbenzilpenisillin 2,4 mln ə/d həftədə 1 dəfə (3 həftə ərzində) və ya Doksisiklin 100 mq gündə 2 dəfə (28 gün) və ya Eritromisin 500 mq gündə 4 dəfə (28 gün)

Dəri və dırnaq xəstəlikləri

Dermatomikozlar

Dəri örtüyünün göbələk zədələnmələrinə (dermatomikozlar) həm immundefisitli pasiyentlərdə, həm də immuniteti normal vəziyyətdə olan pasiyentlərdə rast gəlinir.

- ▶ Adətən, səpgilər qaşınma ilə müşayiət edilir
- ▶ Səpgilər bədənin hər bir hissəsində yerləşə bilər

Diaqnostika

Törədiciyə dəri sıyrıntısının mikroskopiyası zamanı aşkar etmək olar.

Müalicə

Dermatomikozların müalicəsi *Cədvəl 26*-də göstərilib.

Cədvəl 27. Dermatomikozların müalicəsi

Göbələk əleyhinə dərman	Doza	Qəbul etmə tezliyi	Qəbul etmə üsulu	Müalicənin müddəti
I sıra dərmanlar				
Mikonazol		gündə 3 dəfə	yerli	21 gün
və ya				
Klotrimazol		gündə 3 dəfə	yerli	21 gün
II sıra dərmanlar				
Ketokonazol	200 mq	gündə 1 dəfə	daxilə	1-3 ay
və ya				
İtrakonazol	100 mq	gündə 1 dəfə	daxilə	1-3 ay

Onixomikozlar

Onixomikoz - dırnaqların rənginin dəyişməsi, deformasiyası və sınıması ilə müşayiət olunan göbələk xəstəliyidir.

Diaqnostika

Diaqnoz, adətən, klinik əlamətlər əsasında qoyulur. Dırnağın daxili səthindən götürülmüş və kalium hidroksidilə işlənmiş materialın mikroskopiyası törədiciyə aşkarlanmasına imkan yaradır.

Müalicə

Onixomikozların müalicəsi *Cədvəl 28*-də göstərilib.

Cədvəl 28. Onixomikozların müalicəsi

Göbələk əleyhinə dərman	Doza	Qəbul etmə tezliyi	Qəbul etmə üsulu	Müalicənin müddəti
I sıra dərmanlar				
Terbinafin	250 mq	gündə 1 dəfə	daxilə	6 həftə (əl dırnaqlarının zədələnməsi halında), 12 həftə (ayaq dırnaqlarının zədələnməsi halında)
və ya				
İtrakonazol	200 mq	gündə 2 dəfə	daxilə	Əl dırnaqlarının zədələnməsi; 1 həftə ərzində hər ay (2 ay müddətində) Ayaq dırnaqlarının zədələnməsi; 1 həftə ərzində hər ay (3-4 ay müddətində)

Seboreyalı dermatit

Seboreyalı dermatitə tez-tez İİV-lə yaşayan şəxslərdə rast gəlmək olur. Ehtimal olunur ki, bu xəstəliyi törədən *Pityrosporum ovale* göbələyidir (digər adı – *Malasezia furfur*). Pulcuqlarla örtülmüş eritematoz (al qırmızı) səpgilər xəstəliyin səciyyəvi əlamətləridir. İİV-li şəxslərdə zədə sahəsi daha geniş, əlamətlər daha uzun müddət müşahidə olunur və daha tez-tez təkrarlanır (residiv verir).

Diaqnostika

Diaqnoz klinik şəklin əsasında qoyulur. Səpgilərin, adətən, yerləşməsi:

- ▶ sifətdə
- ▶ burun dəliklərinin ətrafında
- ▶ burun dodaq qırışlarında
- ▶ qaşlar nahiyəsində
- ▶ başda (tüklü hissədə)
- ▶ sinədə
- ▶ qoltuqaltı çuxurlarda
- ▶ bədənənin yuxarı hissəsində

- ▶ cinsiyyət orqanları sahəsində

Diaqnoz dəridən alınmış qaşınıtıda göbələk elementlərinin aşkarlanması əsasında qoyulur.

Müalicə

- ▶ Pulcuqlardan azad olmaq məqsədilə zədəli sahəni tez-tez yumaq məsləhət görülür
- ▶ Selen sulfid tərkibli şampunların tətbiqi yaxşı nəticə verir
- ▶ Hidrokortizonun 1%-li məlhəmi yaxud kreminin yerli applikasiyası (zədə üzərinə yayılması) daha səmərəli görünür
- ▶ Eləcə də Ketokonazolun 2%-li krem şəklində istifadəsinin səmərəliyi təsdiqlənmişdir

Qoturluq

Qoturluğun törədicisi *Sarkoptes skabei* gənəsidir. Dişi gənəsi dəriyə daxil olaraq, onun içində zahirən dəri üzərində bir qədər yüksələn xətvəri çapıqlara bənzəyən, ölçüsü bir neçə santimetrədək uzanan yollar açır.

- ▶ İlk dəfə yoluxmada qoturluğun əlamətləri 2-6 həftə ərzində görünməyə bilər
- ▶ İnsan orqanizmi gənə ifrazatlarına qarşı sensibilizə olduğundan, sonrakı yoluxmalarda xəstəlik özünü 1-4 gün ərzində büruzə verir
- ▶ Dəri altında gənənin açdığı yollar səpgilər əmələ gətirir, onların, adətən, yerləşməsi:
 - ✓ əllərdə, əsasən barmaqarası sahələrdə
 - ✓ dirsək, diz, bilək oynaqlarının bükülmə səthlərində
 - ✓ bazu önlərinin dirsək tərəflərində
 - ✓ cinsiyyət üzvündə
 - ✓ süd vəzilərində
 - ✓ kürəklərdə
- ▶ Bəzi pasiyentlərdə qoturluq yolları və gənələr az miqdarda olduğundan, onları aşkarlamaq çətin olur
- ▶ Şiddətli qaşınmalar, xüsusən də gecələr səciyyəvidir. Qaşınma bütün bədən səthinə yayılır, hətta gənələr olmayan yerlərə də

- ▶ Zəif immunitetli şəxslərdə xəstəliyin daha ağır formasına - Norveç qoturluğuna rast gəlinir. Qoturluğun bu formasında vezikulyar səpgilərin, dəri üzərində qalın qabıqların, çoxsaylı gənələrin olmasına baxmayaraq, qaşınma zəif təzahür edir
- ▶ Xəstəliyin fəsadları, qaşınma nəticəsində dəridə əmələ gələn zədələrə ikincili infeksiyanın düşməsilə əlaqədardır

Diagnostika

Diagnoz dəridə səpgilər və qotur yollarının aşkarlanması əsasında qoyulur. Mikroskopiya üçün zədələnmiş dəridən götürülmüş materialda həm gənəni və həm də onun yumurtalarını görmək mümkündür.

Müalicə

- ▶ 1%-li Lindan* (losyon, krem, şampun, məlhəm, toz) seçim preparatı kimi tətbiq olunur. Preparat bütün bədən səthinə vurulur (boğazdan ayaq barmaqlarınadək) və 24 saat böyük yaşlılarda, 8 saat isə uşaqların üzərində saxlanılır, sonra isə yuyulur. Müalicə üçün bir dəfə sürtmə kifayət edir
- ▶ Eləcə də 1%-li Permetrin səmərəlidir (krem, məlhəm, losyon). Preparat zədələnmiş dəri üzərinə çəkilir və 8 saatdan sonra yuyulur
- ▶ Hamilə, uşaq əmizdirən qadınlara, eləcə də 2,5 yaşadək uşaqlara Lindan və Permetrin istifadəsi əks-göstərişlidir
- ▶ İmmun çatışmazlığı olan pasiyentlərdə Norveç qoturluğunun müalicəsində 200 mkq/kq dozasında 1 dəfə daxilə İvermektin* preparatının qəbulu kifayət edir
- ▶ Müalicə bütün ailə üzvlərinə və cinsi partnyorlara göstərişlidir.
- ▶ Paltar, yataq camaşırı, dəsmallar isti suda yuyularaq qurudulur və ütülənir

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri

Stafilokoklu follikulit

- ▶ Follikulit - tük follikullarında yerləşən dəri infeksiyasıdır
- ▶ İİV-lə yaşayan şəxslərdə, adətən, pustullez (irinli) perifollikulit inkişaf edir
- ▶ Törədici qismində adətən *Staphylococcus aureus* bəzən də digər mikroorqanizmlər aşkarlanır

Diagnostika

- ▶ Diaqnoz klinik əlamətlər əsasında qoyulur
- ▶ Zədələr, adətən, çoxsaylı kiçik (5 mm kiçik diametrlə) qızarmış (hiperemiyalı) mərkəzi ola bilsin irinlənmiş follikul şəklində təzahür olunur
- ▶ Zədələnmiş folikullar, adətən, bir yerdə əmələ gəlir və qaşınma ilə müşayiət olunur

Müalicə

Antibiotiklər – sefalekssin və ya kloksasillinin* gündə 4 dəfə 500 mq dozada 7-21 gün müddətdə daxilə qəbul edilməsi təyin olunur.

Kontaqioz mollyusk

- ▶ Kontaqioz mollyusk - törədicisi kontaqioz mollyusk virusu olan səthi dəri infeksiyasıdır
- ▶ İnfeksiya yaxın bədən kontaktı, ümumi paltarın, yataq camaşırı, bədən dəsmalının istifadəsi nəticəsində ötürülür. Cinsi yolla ötürülmə ehtimalı istisna edilmir
- ▶ İnkubasiya dövrü bir neçə həftədən bir neçə ayadək uzana bilər.
- ▶ Səpgilərin qaşınması, üz qırırma zamanı zədələnməsi infeksiyanın yayılmasına zəmin yaradır
- ▶ Kontaqioz mollyuska çox vaxt İİV-lə yaşayan şəxslərdə rast gəlinir
- ▶ İİV-infeksiyası olmayan şəxslərlə müqayisədə İİV-lə yaşayan şəxslərdə:
 - ✓ daha çox elementlər müşahidə olunur
 - ✓ elementlər daha uzun müddət persistə edir

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri

- ✓ zədələr daha böyük ölçüdə əmələ gəlir
- ✓ müalicə daha çətin nəticə verir

Diaqnostika

- ▶ Diaqnoz səciyyəvi səpgilər aşkarlandıqda qoyulur
- ▶ Virus dəriyə daxil olarkən bədən rəngində, diametri 2-5 mm ölçüdə, daxilində piy sekreti olan qalın qabıqlı papulalar əmələ gətirir
- ▶ Papulalar bədənin hər yerində əmələ gələ bilər çox vaxt bir neçə ay dəyişikliksiz qalaraq özbaşına izsis yox olur, lakin sonradan yenə əmələ gəlirlər
- ▶ Kontaqioz ilbizin diaqnostika üsulları işlənilməmişdir

Müalicə

Müalicənin məqsədi papulaların yumşaq möhtəviyyatının xaric edilməsidir. Bir neçə destruktiv müalicə üsullarından istifadə edilir:

- ▶ Qaşınma
- ▶ Fenolun qatılaşmış məhlulu ilə yandırma
- ▶ Elektrokoagulyasiya

Böyükələr, yeniyetmələr və uşaqlar üçün vərəm əleyhinə preparatların doza və dərman formaları

Vərəm əleyhinə I sıra preparatların tövsiyə edilən dozaları

Preparat	Tövsiyə edilən doza	
	Gündəlik qəbul	Həftədə 3 dəfə qəbul etmə
İsoniazid	5 mq/kq	10 mq/kq
Rifampisin^a	10 mq/kq (450 mq, əgər bədən çəkisi <50 kq; 600 mq, əgər ≥50 kq)	10 mq/kq (450 mq, əgər <50 kq; 600 mq, əgər ≥50 kq)
Pirazinamid	25 mq/kq (20-30 mq/kq)	35 mq/kq (30-40 mq/kq)
Etambutol	15 mq/kq (15-20 mq/kq)	30 mq/kq (20-35 mq/kq)
Streptomisin	15 mq/kq (12-18 mq/kq)	15 mq/kq (12-18 mq/kq)

^a Əgər rifampisin vərəm/İİV-li pasiyentlərdə ARV preparatları ilə eyni zamanda təyin edilirsə, rifampisin gündəlik qəbulu üstün tutulur.

Vərəm əleyhinə I sıra preparatların tövsiyə edilən dərman formaları

Preparat	Dərman forması	Təsir edən maddənin miqdarı (mq)
Monokomponent preparatlar		
İzoniazid	Həblər	100, 300
Rifampisin	Həblər və yaxud kapsullar	150, 300
Pirazinamid	Həblər	400
Etambutol	Həblər	100, 400
Streptomisin	İnyeksiya üçün flakonlarda toz	750, 1000
Təsbit edilmiş dozalarla kombinasiya		
İzoniazid + rifampisin	Həblər	75 + 150
	Həblər	150 + 300
	Həblər	30 + 60
	Həblər və yaxud qranula	150 + 150 (həftədə 3 dəfə)
	Həblər və yaxud qranula	60 + 60 (həftədə 3 dəfə)
İzoniazid + etambutol	Həblər	150 + 400
İzoniazid + rifampisin + pirazinamid	Həblər və yaxud qranula	75 + 150 + 400
	Həblər və yaxud qranula	30 + 60 + 150
	Həblər və yaxud qranula	150 + 150 + 500 (həftədə 3 dəfə)
İzoniazid + rifampisin + pirazinamid + etambutol	Həblər	75 + 150 + 400 + 275

Ədəbiyyat:

1. Böyüklər və yeniyetmələrdə QİÇS-in müayinəsi və antiretrovirus terapiyası üzrə klinik protokol. Azərbaycan Respublikasının Səhiyyə Nazirliyi, - Bakı, 2013. - 91 səh.
2. Xəstəliklərin və sağlamlıqla bağlı problemlərin beynəlxalq statistik təsnifatı; 10-cu baxış. - I cild. - Cenevrə, Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı. - 2002. - 470.
3. Benson C, Kaplan JE et al. Guidelines for prevention and treatment of opportunistic infections in HIV-infected adults and adolescents: recommendations from CDC, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. [Electronic resource]. MMWR Recomm Rep. Apr, 10, 2009; 58 (RR-4):1-207; quiz CE1-4. PubMed. - Available at: aidsinfo.nih.gov/contentfiles/adult_o.pdf (12.10.2014).
4. Conant MA et al. Valaciclovir versus aciclovir for herpes simplex virus infection in HIV-infected individuals: two randomized trials. International Journal of STD and AIDS, 2002, 13(1):12-21.
5. Constance A. Benson, M.D et al. Treating Opportunistic Infections Among HIV-Infected Adults and Adolescents. Recommendations from CDC, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association/Infectious Diseases Society of America. [Electronic resource] Washington St., Suite 100, San Diego, CA 92103. - Available at: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5315a1.htm> (12.10.2014).
6. Cordero E et al. Usefulness of sputum culture for diagnosis of bacterial pneumonia in HIV-infected patients. European Journal of Clinical Microbiology and Infectious Diseases, 2002, 21(5):362-367.
7. Cruciani M et al. Meta-analysis of diagnostic procedures for Pneumocystis carinii pneumonia in HIV-1-infected patients. European Respiratory Journal, 2002, 20(4):982-989.
8. Gant V, Parton S. Community-acquired pneumonia. Current Opinion in Pulmonary Medicine, 2000, 6:226-233.
9. Gnann JW Jr, Whitley RJ. Clinical practice: herpes zoster. The New England Journal of Medicine, 2002, 347(5):340-346.

10. Hoffmann C et al. Response to highly active antiretroviral therapy strongly predicts outcome in patients with AIDS-related lymphoma. *AIDS*, 2003, 17(10):1521-1529.
11. Hoffmann C et al. Successful autologous stem cell transplantation in a severely immunocompromised patient with relapsed AIDS-related B-cell lymphoma. *European Journal of Medical Research*, 2006, 11(2):73-76.
12. Hoffmann C et al. Survival of AIDS patients with primary central nervous system lymphoma is dramatically improved by HAART-induced immune recovery. *AIDS*, 2001, 15(16):2119-2127.
13. Hoffmann C, et al. The short and intensive B-ALL protocol is a highly effective regimen in patients with AIDS-associated Burkitt or Burkitt-like lymphoma. 11th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections Feb. 8-11 2004 San Francisco, CA (Abstract 787).
14. Jacobson MA et al. Ciprofloxacin for Salmonella bacteremia in the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *Annals of Internal Medicine*, 1989, 110(12):1027-1029.
15. Johnson PC et al. Safety and efficacy of liposomal amphotericin B compared with conventional amphotericin B for induction therapy of histoplasmosis in patients with AIDS. *Annals of Internal Medicine*, 2002, 137(2):105-109.
16. Martin DF et al. A controlled trial of valganciclovir as induction therapy for cytomegalovirus retinitis. *The New England Journal of Medicine*, 2002, 346(15):1119-1126.
17. Miao YM, Gazzard BG. Management of protozoal diarrhoea in HIV disease. *HIV Medicine*, 2000, 1(4):194-199.
18. Osoba D et al. Effect of treatment on health-related quality of life in acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)-related Kaposi's sarcoma: a randomized trial of pegylated-liposomal doxorubicin versus doxorubicin, bleomycin, and vincristine. *Cancer Investigation*, 2001, 19(6):573-580.
19. Podzamczar D et al. Thrice-weekly sulfadiazine-pyrimethamine for maintenance therapy of toxoplasmic encephalitis in HIV-infected patients. Spanish Toxoplasmosis Study Group. *AIDS*, 2000, 14(3):331-332.

20. Rosenthal E et al. DNX Study Group Phase IV study of liposomal daunorubicin (DaunoXome) in AIDS related Kaposi sarcoma. American Journal of Clinical Oncology, 2002, 25(1):57-59.
21. Saag MS et al. Practice guidelines for the management of cryptococcal disease. Infectious Diseases Society of America. Clinical Infectious Diseases, 2000, 30(4):710-718.
22. Safrin S. Treatment of acyclovir-resistant herpes simplex virus infections in patients with AIDS. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome, 1992, 5 Suppl. 1:S29-S32.
23. Shanta V et al. Epidemiology of cancer of the cervix: global and national perspective. Journal of the Indian Medical Association, 2000, 98(2):49-52.
24. ВИЧ-инфекция и СПИД: Национальное Руководство. - Под редакцией акад. РАН В.В. Покровского ГЭОТАР Медиа 2013:стр. 608. ISBN 978-5-9704-2442-1
25. К.Хоффман, Ю.К.Рокштро. Лечение ВИЧ-инфекции 2011. [Электронный ресурс]. - М.: Р.Валент, 2012. - стр. 736 ISBN 978-5-93439-389-3. - Режим доступа: http://arvt.ru/sites/default/files/HIV_Medicine_2011_HoffmannRocktroh_RUS.pdf (12.10.2014).
26. Лечение и помощь при ВИЧ /СПИД-е. Клинические протоколы для Европейского региона ВОЗ. [Электронный ресурс]. Редакторы: Irina Eramova Srdan Matic Monique Munz. Верстка и печать: Phoenix Design Aid, Denmark (сертификация ISO 14001 и 9001) Publications WHO Regional Office for Europe Scherfigsvej 8 DK-2100 Copenhagen, Denmark Европейское региональное бюро ВОЗ. - Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/78111/E90840R.pdf (12.10.2014).
27. Туберкулёз и ВИЧ-инфекция: ведение больных с коинфекцией. [Электронный ресурс]. Клинический протокол для европейского региона ВОЗ (обновлённая версия 2013). WHO Regional Office for Europe UN City, Marmorvej 51 DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark. Всемирная организация здраво-охранения, 2013 г. - Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/218516/Management-of-tuberculosis-and-HIV-coinfection-Rus.pdf (12.10.2014).