

Azərbaycan
Respublikası
Səhiyyə
Nazirliyi

**BÖYÜKLƏR VƏ
YENİYETMƏLƏRDƏ
İİV/QİÇS-in MÜAYİNƏ
VƏ ANTİRETROVİRUS
TERAPİYASI ÜZRƏ
KLİNİK PROTOKOL**



Bakı
2013

**Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi
kollegiyasının 21 iyun 2013-cü il tarixli
22 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmişdir**

**BÖYÜKLƏR VƏ YENİYETMƏLƏRDƏ
İİV/QİÇS-İN MÜAYİNƏ VƏ
ANTİRETROVİRUS TERAPİYASI ÜZRƏ
KLİNİK PROTOKOL**

Bakı - 2013

54.148

B 83

B 83 Böyüklər və yeniyetmələrdə İİV/QİÇS-in müayinə və antiretrovirus terapiyası üzrə klinik protokol.
– 2013. – 88 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 şöbəsinin müdiri
T.Heydərova Səhiyyə Nazirliyi Respublika QİÇS-lə Mübarizə Mərkəzinin ambulator-yardım dispanser müşahidə şöbəsinin müdiri
Y.Əliyeva Səhiyyə Nazirliyi Respublika QİÇS-lə Mübarizə Mərkəzinin ambulator-yardım dispanser müşahidə şöbəsinin həkimi
Ş.İsmayılova Səhiyyə Nazirliyi İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinin Tibbi keyfiyyət standartları şöbəsinin müdiri

Rəyçilər:

F.Sadixova Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun Epidemiologiya və Mikrobiologiya kafedrasının müdiri, professor, t.e.d.
T.Eyvazov Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun Yoluxucu xəstəliklər kafedrasının müdiri, t.f.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
AÜÖP	İİV-in anadan uşağa ötürülməsinin profilaktikası
CYYİ	Cinsi yolla yoluxan infeksiya/infeksiyalar
ÇASL	Çox aşağı sıxlıqlı lipoproteidlər
ƏTNİ	Əks transkriptazanın nukleozid/nukleotid inhibitorları
ƏTQNI	Əks transkriptazanın qeyri-nukleozid inhibitorları
HBV	Hepatit B virusu
HCV	Hepatit C virusu
İBİS	İmmunitetin bərpasının iltihabi sindromu
İFA	İmmunof ferment analizi
İİV	İnsanın immunçatışmazlığı virusu
İNİ	İnyeksion narkotik istifadəçisi/istifadəçiləri
İYİ	İİV-lə yaşayan insan/insanlar
QİÇS	Qazanılmış immunçatışmazlığı sindromu
LDH	Laktatdehidrogenaza
MAK	<i>Mycobacterium avium-intracellulare</i> kompleksi
MBT	Mədə-bağırsaq traktı
MSS	Mərkəzi sinir sistemi
OƏT	Opioidlərlə əvəzedici terapiya
Oİ	Opportunist infeksiya/infeksiyalar
Pİ	Proteaza inhibitorları
PSP	Pnevmosist pnevmoniya (törədici- <i>Pneumocystis jirovecii</i>)
PZR	Polimeraz zəncirvari reaksiya
RQMM	Respublika QİÇS-lə Mübarizə Mərkəzi
SMV	sitomeqalovirus
TB	Vərəm
TMP/SMK	Trimetoprim/sulfametoksazol
TTH	Tireotrop hormon
USM	Ultrasəs müayinəsi
ÜST	Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı
VY	Virus yükü
YSL	Yüksək sıxlıqlı lipoproteidlər

Protokol insanın immunçatışmazlığı virusu (İİV) infeksiyası üzrə müalicə və yardımı təşkil edən həkim və tibb işçiləri üçün nəzərdə tutulmuşdur.

Pasiyent qrupu: Qazanılmış immunçatışmazlığı sindromu ilə (QİÇS) xəstə olan yeniyetmələr və böyüklər.

Protokol QİÇS-li xəstələrin diaqnostika və müalicə üsullarına dair sübutlu təbabətə əsaslanan metodik tövsiyələrin verilməsi məqsədini daşıyır.

XBT-10 ÜZRƏ TƏSNİFAT

- B20** İnsanın immunçatışmazlığı virusu (İİV) tərəfindən törədilən infeksiyon və parazitər şəklində təzahür olunan xəstəlik
- B21** İnsanın immunçatışmazlığı virusu (İİV) tərəfindən törədilən bədxassəli yenitörəmələr şəklində təzahür olunan xəstəlik
- B22** İnsanın immunçatışmazlığı virusu (İİV) tərəfindən törədilən digər dəqiqləşdirilməmiş xəstəliklər şəklində təzahür olunan xəstəlik
- B23** İnsanın immunçatışmazlığı virusu (İİV) tərəfindən törədilən və digər patoloji hallar şəklində təzahür olunan xəstəlik
- B24** İnsanın immunçatışmazlığı virusu (İİV) tərəfindən törədilən dəqiqləşdirilməmiş xəstəlik
- Z21** İnsanın immunçatışmazlığı virusu (İİV) tərəfindən törədilən simptomuz infeksiyon status

Ümumi müddəalar

İİV infeksiyası – sağaldılması hələ ki, mümkün olmayan xronik xəstəlikdir, bu səbəbdən İİV-lə yaşayan insanların (İYİ) bütün həyatları boyu daimi tibbi yardıma ehtiyacları var. İİV/QİÇS zamanı müalicə və yardımın əsas komponentini antiretrovirus terapiyası (ART) təşkil edir. Düzgün seçilmiş ART İYİ-lərin həyat keyfiyyətini və müddətini artırır və bundan əlavə virusun digər insanlara ötürülmə riskini azaldır.

İİV infeksiyası zamanı müalicə və yardımın kompleks şəkildə briqada tərəfindən aparılması ən optimaldır. Respublika QİÇS-lə Mübarizə Mərkəzində (RQMM) tibbi yardımını və pasiyentin müşahidəsini təmin edən briqada həkim-infeksiyonistdən, tibb

bacısından, psixoloqdan və sosial işçidən ibarətdir. Briqadanın hər bir nümayəndəsi bir-birini tamamlayaraq müəyyən funksiyaları həyata keçirir. Həmçinin İYİ-lərə digər mütəxəssislərin konsultasiyalarını, bir-birinə dəstək qrupları ilə təmas imkanlarını təmin edir.

Anamnez və baxışın nəticələrini, aparılmış ART barədə məlumatları, laborator və digər tədqiqatların nəticələrini, həmçinin sosial şərait barədə məlumatları uzun illər sürə biləcək müalicə müddəti ərzində sənədləşdirmək lazımdır. Məlumatların qeydiyyatı (məsələn, endoskopik müayinələri nəticələri, kompüter tomoqrafiyası, mikrobioloji tədqiqatlar, virus yükünün (VY) hesablanmaları) yalnız pasiyent üçün deyil, həmçinin retrospektiv tədqiqatlar üçün də vacibdir. Şəxsi Tibbi məlumatın məxfiliyi təmin edilməlidir.

ART-nin məqsədləri

1. Klinik – həyatın uzadılması və onun keyfiyyətinin yaxşılaşdırılması
2. İmmunoloji – opportunist infeksiyaların (Oİ) qarşısının alınması üçün immunitetin kəmiyyət və keyfiyyətə bərpası
3. Virusoloji – xəstəliyin progressivləşməsini maksimum uzun müddətə ləngidilməsi və dərman davamlılığının yaranmasının qarşısının alınması məqsədilə VY-nin maksimal dərəcədə aşağı salınması
4. Epidemioloji – İİV-in ötürülmə riskinin azaldılması

İİV infeksiyalı pasiyentlərin müayinə və müalicəsi

İİV üzrə ilkin tədqiqat və müayinənin nəticələrinin təsdiqi və İİV-ə yoluxmuş pasiyentin sonrakı müşahidəsi RQMM-də aparılır.

İİV-li xəstənin dispanser müşahidəsini aparən həkim-infeksiyonist tərəfindən aşağıdakı işlər görülür:

- ▶ İİV-li pasiyentin ilkin müayinəsinin aparılması
- ▶ İİV-li pasiyentin vəziyyətinin klinik qiymətləndirilməsi və İİV infeksiyasının mərhələsinin təyin edilməsi
- ▶ RQMM-in həkim-stomatoloqu, inyeksion narkotik istifadəçiləri (İNİ) üçün həkim-narkoloqu konsultasiyalarının təmin edilməsi
(*Əlavə 3*)

- ▶ müvafiq laborator müayinələrin təyin edilməsi
 - ▶ pasiyentin sağlamlığına nəzarət
 - ▶ ART-nin başlanması və davamı
 - ▶ Oİ-nin, digər yanaşı gedən infeksiyaların və xəstəliklərin qarşısının alınması və müalicəsi
 - ▶ ART-yə bağlılığın qiymətləndirməsi və dəstəklənməsi
 - ▶ psixoloji yardımın göstərilməsi
 - ▶ dəstəyin fasiləsiz təmin edilməsi üçün pasiyentin İİV/QİÇS sahəsində xidmət göstərən müvafiq QHT-lərə yönəldilməsi
 - ▶ aktiv İNİ-ləri zərərin azaldılması sahəsində çalışan QHT-lərə yönəldilməsi
 - ▶ xəstənin istəyi ilə əlillik dərəcəsinin alınması üçün ona sosial müdafiə xidmətinə göndərişin verilməsi (forma 88)
- Yenicə İİV infeksiyası diaqnozu təyin edilmiş, həmçinin artıq müalicə alıb digər müəssisələrdən köçürülmüş pasiyentlərin fiziki müayinəsindən əvvəl tam anamnezini toplamaq lazımdır (C) (Cədvəl 1).

Cədvəl 1. İlk müayinə zamanı toplanması vacib olan anamnez

<p>Ümumi məlumat:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ pasiyentin adı, soyadı, atasının adı ▶ təvəllüdü ▶ cinsi ▶ sorğunun tarixi
<p>İİV üzrə müayinə məlumatları:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ İİV üzrə ilk müsbət testin tarixi ▶ müayinənin aparılma səbəbi ▶ əgər məlumdursa, İİV üzrə son mənfi müayinə
<p>İİV-ə yoluxma riski və yoluxma yolu (əgər məlumdursa):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ inyeksiyon narkotiklərdən istifadə ▶ cinsi əlaqələr (hetero- və ya homoseksual; əlaqələrin növü: oral, vaginal, anal) ▶ qan və ya qan komponentlərinin köçürülməsi; orqan və toxumaların transplantasiyası ▶ anadan uşağa ötürülmə ▶ iş yerində kontakt (təsvir etmək) ▶ naməlum ▶ cinsi partnyorların İİV statusu ▶ cinsi partnyorlarda risk faktorları
<p>Yoluxmanın baş verdiyi zaman və məkan (ölkə) (əgər məlumdur və ya böyük ehtimalla güman etmək olarsa)</p>

<p>İİV infeksiyası zamanı müalicə və qulluq tarixi (<i>Əlavə 1</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ əvvəlki müalicənin (və ya qulluğun) zamanı və məkanı, fasilələr də daxil edilməklə ▶ ART sxemləri ▶ əlavə təsirlər ▶ müalicə rejiminə əməl olunması ▶ laborator göstəricilər (CD4 limfositlərinin sayı, VY, elektrolitlər, qaraciyər və böyrəklərin funksiyasının biokimyəvi göstəriciləri, qanın ümumi müayinəsi – xronoloji ardıcılıqla (o cümlədən infeksiya çoxdan- bir neçə il əvvəl aşkar olunmuş pasiyentlərdə) ▶ dərman davamlılığı tədqiqatların (əgər keçirilibsə) nəticələrinin qeydləri
<p>İİV infeksiyası ilə əlaqəli xəstəlik və vəziyyətlər</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ vərəm (TB) ▶ tənəffüs orqanlarının infeksiyaları ▶ digər virus, bakterial və göbələk infeksiyaları ▶ hepatit C və/və ya B ▶ yenitörəmələr ▶ digərləri
<p>Digər xəstəlik və vəziyyətlər</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ hospitalizasiya ▶ cərrahi əməliyyatlar ▶ psixi pozuntular (depressiya və s.) ▶ qaraciyər və böyrək xəstəlikləri ▶ endokrin pozuntular ▶ cinsi yolla yoluxan infeksiyalar (CYYİ) ▶ vaksinasiya ▶ allergik xəstəliklər ▶ bədən quruluşunun dəyişməsi ▶ hal-hazırda qəbul edilən dərman vasitələri
<p>Ailəvi anamnez (şəkər xəstəliyi, arterial hipertoniya, dəri xəstəlikləri, onkoloji xəstəliklər və s.)</p>
<p>Ürək-damar xəstəlikləri və risk faktorları (piylənmə, siqaret çəkmə, arterial hipertoniya və s.)</p>
<p>Vərəm xəstələri ilə təmas (pasiyentin və yaxud ailə üzvlərinin)</p>
<p>Hal-hazırda qəbul edilən dərman preparatları (opioidlərlə əvəzedici terapiyada (OƏT) daxil olmaqla)</p>
<p>Psixoaktiv maddələrin tətbiqi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ narkotiklər (keçmişdə və hal-hazırda, onların istifadə yolları) ▶ alkoqol

<p>Reproduktiv və seksual sağlamlıq</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ kontrasepsiya metodları (qadınlarda) ▶ hamiləlik haqqında məlumatlar (keçmişdə, hazırda, planlaşdırılan)
<p>Sosial anamnez</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ partnyor, ailənin tərkibi (ər/arvad, uşaqlar, ailənin digər üzvləri) ▶ əmək məşğuliyyəti və peşə ▶ sosial yardım (sosial və tibbi sığorta, ictimai təşkilatlar və pasiyentin İİV statusu barədə məlumatı olan yaxınları və s. tərəfindən dəstək)

Fizikal müayinə

Fizikal müayinə zamanı mövcud simptom və əlamətləri, eləcə də pasiyentin vəziyyətindəki dəyişiklikləri digər həkimlərin müəyyən edə bilmələri üçün obyektiv göstəriciləri sənədləşdirmək lazımdır (C). Anamnezin toplanması və müayinə üçün (*Cədvəl 2*) standartlaşdırılmış sorğu vərəqələrin istifadəsi məqsəduyğundur.

Cədvəl 2. İlk fizikal müayinə

<p>Ümumi vəziyyət:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ boy və çəki ▶ bədən quruluşu (lipodistrofiya) ▶ Karnofski şkalası və ya digər standart şkalalar üzrə fiziki vəziyyət
<p>Əsas fizioloji göstəricilər:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ arterial təzyiq ▶ bədən temperaturu ▶ nəbz ▶ tənəffüsün sayı
<p>Limfa düyünləri</p>
<p>Dəri (bütün bədən):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ aktiv və ya keçirilmiş kəmərləyici dəmrov əlamətləri ▶ qaraciyər xəstəliklərinin əlamətləri ▶ Kaposi sarkoması ▶ seboreyalı dermatit ▶ İNİ-lərdə inyeksiyaların izləri <p>Xalların ölçüsü və rənginin dəyişməsi və tünd ləkələrin əmələ gəlməsi kimi dəri dəyişikliklərinin sənədləşdirilməsi üçün daha yaxşı olar ki, şəkil çəkilsin ki, (konturların sürətini, həmçinin şəffaf lent üzərindən də etmək olar) dəyişiklikləri növbəti müayinələrdə qiymətləndirmək mümkün olsun.</p>

<p>Ağız-udlaq:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ kandidozlu stomatit ▶ ağız boşluğunun tüklü leykoplakiyası ▶ birincili sifilis
<p>Döş qəfəsi və ağciyərlər:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ tənəffüs, öskürək, tənənfəslik ▶ döş qəfəsinin forması ▶ ağciyər emfizemasının inkişaf riskinin kontrolu
<p>Süd vəziləri – süd vəzi xərçənginin inkişaf riskini aşkar etmək məqsədilə müayinə (qadınlar və kişilərdə)</p>
<p>Ürək-damar sistemi: ARV preparatlarının qəbulu zamanı ürək-damar fəsadları riski yüksək olan və ya inyeksion narkotiklərin tətbiqi ilə əlaqədar yüksək endokardit riski olan pasiyentlərdə cari vəziyyətin qiymətləndirilməsi</p>
<p>Qarın və mədə-bağırsağ traktı (MBT) – ARV preparatlarının əlavə təsirin, xüsusən də xronik hepatit, qaraciyərin sirrozu və alkoqol zədələnməsi olan pasiyentlərdə, qiymətləndirilməsi üçün cari məlumatlar</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ qaraciyərin və dalağın konsistensiyası, ölçüsü və konfigurasiyası ▶ bağırsağın peristaltikası ▶ ağrılılıq ▶ qarının ön divar əzələlərinin gərilməsi ▶ ürəkbulanma, qusma, disfagiya
<p>Cinsi orqanlar və perianal nahiyə:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ herpetik infeksiya ▶ sitomeqalovirus (SMV) infeksiyası ▶ sifilis ▶ insanın papilloma virusunun (İPV) törətdiyi infeksiyalar (itiuclu kondilomalar, anus karsinoması); digər CYYİ ▶ erektil disfunksiya
<p>Aşağı ətraflar (yerişi, oynaqlarda hərəkətin həcmi, lipodistrofiya) – ART-nin əlavə təsirlərini qiymətləndirmək üçün son məlumatlar</p>
<p>Nevroloji status (neyropatiya əlamətləri də daxil olmaqla)</p>
<p>Psixi status</p>
<p>Görmə və eşitmə</p>

Laborator və digər tədqiqatlar
Cədvəl 3. Laborator tədqiqatlar (Əlavə 2) (C)

İİV infeksiyasının aşkarlanması və qiymətləndirilməsi:
<ul style="list-style-type: none">▶ İİV üzrə seroloji testlər (adətən, immunoferment analizi (İFA) və ya ekspress-test), sonrakı təsdiqləyici testlər (adətən immunoblotting) (A)▶ immunodefisitinin ağırlığını qiymətləndirmək üçün CD4 limfositlərinin sayı (A)▶ virusun replikasiya aktivliyini qiymətləndirmək üçün VY-nin polimeraz zəncirvari reaksiya PZR üsulu ilə təyini (A)
Digər infeksiyalara müayinə:
Mütləq müayinələr: <ul style="list-style-type: none">▶ İFA üsulu ilə sifilisə müayinə▶ hepatit A, C və B üzrə seroloji testlər (hepatit C virusuna (HCV) anticisimlərin və hepatit B virusunun (HBV) səthi antigeninin - HBsAg müəyyən olunması) (A)▶ toksoplazmaya qarşı IgG anticisiminin seroloji müayinəsi: (B) mənfəi nəticədə – yoluxma riskini qiymətləndirmə, müsbət nəticədə və mərkəzi sinir sisteminin (MSS) zədələnməsi əlamətləri zamanı – toksoplazma ensefalitinin inkar edilməsi▶ sitomeqalovirusa (SMV) qarşı IgG anticisiminin seroloji müayinəsi: mənfəi nəticədə – yoluxma riskini qiymətləndirmə, müsbət nəticədə və CD4 səviyyəsi <100/mkl olan pasiyentlərdə SMV-retinit və qastroenteritin inkar edilməsi▶ uşaqlıq boynundan götürülmüş yaxmanın sitoloji müayinəsi (Pap-yaxma), hər il (İPV ilə əlaqədar olan uşaqlıq boynu xərçənginin aşkar edilməsi)▶ CYYİ mövcuddursa: qonoreyaya və <i>Chlamydia trachomatis</i>-ə yaxma (göstərişlərə görə: uşaqlıq yolu, cinsiyyət üzvü və ya anusdan)▶ CD4 <200 hüc/mkl və meningit və ya ensefalit simptomları olan pasiyentlərdə zərdab və onurğa beyni mayesində kriptokok antigeninin təyini
Ümumi laborator müayinələr:
<ul style="list-style-type: none">▶ qanın ümumi müayinəsi (trombositlərin təyini və differensiasiyası)▶ qaraciyərin funksiyasının biokimyəvi göstəriciləri (alanin-aminotransferaza (ALT), aspartataminotransferaza (AsAT), qələvi fosfataza) (A)▶ bilirubin▶ böyrəklərin funksiyası (zərdabda kreatinin) (A)▶ laktatdehidrogenaza (LDH) (limfomalar, həmçinin ağciyər infeksiyaları, miokard infarktı, əzələlərin zədələnməsi və s. zamanı hüceyrələrin aktivlik markeri)▶ acqarına qlükozanın səviyyəsi (A)▶ amilaza

Cədvəl 4. Əlavə müayinələr

- ▶ xolesterin (yüksək sıxlıqlı lipoproteidlər (YSL), çox aşağı sıxlıqlı lipoproteidlər (ÇASL), triqliseridlər
- ▶ İİV-in dərmana davamlı mutasiyalarının təyini məqsədi ilə müayinə
- ▶ ART-yə başlamazdan əvvəl hamiləlik testi
- ▶ döş qəfəsinin rentgenoqrafiyası
- ▶ *M.tuberculosis* üçün spesifik olan γ -interferonun səviyyəsinin qanda təyini
- ▶ vərəm simptomu olmayan, anamnezində vərəm məlum olmayan pasiyentlərdə tuberkulin sınağı
- ▶ aktiv vərəm əlamətləri və simptomları olan pasiyentlərdə bəlgəmin rənglənmiş yaxmalarının mikroskopiyası
- ▶ göz dibinin müayinəsi (SMV-retinitin aşkar edilməsi üçün CD4 limfositlərinin sayının $<100/\text{mkl}$ olduğu halda hər 3 ayda təkrar etmək)
- ▶ ART fonunda yüksək ürək-damar xəstəlikləri riski ilə əlaqədar olaraq EKQ-də QT və PQ intervallarının uzanması ilə aritmiyalar, sonrakı müqayisə üçün cari məlumat kimi faydalı ola bilər

Cədvəl 5. Təvsiyə olunan mütəxəssis konsultasiyaları (Əlavə 3)

- ▶ nevropatoloqun
- ▶ oftalmoloqun
- ▶ ginekoloqun (bütün qadınlar üçün ildə 1 dəfə, uşaqlıq boynundan götürülmüş, Papanikolau üsulu ilə rənglənmiş yaxmanın sitoloji müayinəsi daxil olmaqla)
- ▶ narkoloqun
- ▶ psixiatrın
- ▶ onkoloq və hematoloqun
- ▶ kardioloqun
- ▶ ehtiyac olduqda, digər mütəxəssislərin

Pasiyentdə müşahidə edilən yanaşı gedən xəstəliklərdən asılı olaraq əlavə müayinələr tələb oluna bilər. Məsələn, HCV/İİV və ya HBV/İİV-in koinfeksiyası zamanı qaraciyər və dalağın ölçü və formasını qiymətləndirmək üçün qarın boşluğunun ultrasəs müayinəsi (USM); MSS-nin zədələnməsi zamanı – lyumbal punksiya, kompüter və ya maqnit-rezonans tomoqrafiya; xəstəliklərin dəri izharı hallarda – dərinin biopsiyası. MBT xəstəliklərinin klinik əlamətlərinin varlığında MBT-nin yuxarı və aşağı şöələrinin endoskopiyası. Endoskopik müayinələrin nəticələri şəkillərlə müşayiət olunmalıdır.

İİV infeksiyası ilə bağlı məsələlər üzrə konsultasiyalar

İİV infeksiyasına dair məsələlər üzrə İYİ-lərlə konsultasiyanın keçirilməsinə müalicə həkimi cavabdehdir. Konsultasiyanın əsas komponentləri RQMM-in psixoloqu tərəfindən aparılır (C).

Konsultasiya İİV infeksiyalı pasiyentlərin aparılma strategiyasının mühüm komponentidir və eləcə də pasiyent və tibb işçisi arasında etibarlılıq əsasında qarşılıqlı münasibətlərin yaradılması üçün məqamdır. Konsultasiyaya pasiyentin sosial şəraitinin aydınlaşdırılması və müzakirəsi ilə başlamaq lazımdır.

Aşağıdakıları aydınlaşdırmaq vacibdir:

- ▶ cinsi partnyorun mövcudluğu və ona İİV-in ötürülmə ehtimalı
 - ▶ əmək məşğuliyyəti, işin növü və şəraiti
 - ▶ pasiyentdə İİV infeksiyası olduğunu bilən və yaxud bu barədə xəbərdar edilməli şəxslər
 - ▶ tibb işçiləri ilə pasiyentin səhhətini müzakirə edə biləcək şəxslər
 - ▶ qohumlar ilə münasibətlər
 - ▶ həyat tərzinin müalicəyə mənfi təsir edə biləcək xüsusiyyətləri
- İYİ-ləri konsultasiya edən tibb işçisi mütləq qaydada aşağıdakı məsələləri pasiyentlə müzakirə etməli və pasiyentin onları anladığına əmin olmalıdır:
- ▶ İİV-in ötürülmə riskini azaltma tədbirlərinə (təhlükəsiz cinsi əlaqə, inyeksiyaların daha təhlükəsiz edilmə praktikasısı və s.) əməl edilməsinin vacibliyini müzakirə etmək
 - ▶ pasiyentləri onların qanun qarşısında məsuliyyəti və hüquqları barədə məlumatlandırmaq
 - ▶ İİV-in ARV preparatlarına davamlı ştammi ilə yoluxmaya səbəb ola biləcək İİV infeksiyalı partnyorlarla qorunmamış cinsi əlaqələrin təhlükəsi barədə xəbərdarlıq etmək
 - ▶ pasiyentin yoluxmuş olduğunu öz partnyorlarına, dostları və ailə üzvlərinə söyləməsinin aşağıdakı səbəblərdən vacibliyini izah etmək:
 - ✓ cinsi partnyorun İİV-ə müayinəsi üçün
 - ✓ psixoloji dəstəyin və eləcə də müalicə zamanı dəstəyin alınması üçün
 - ✓ İİV-in ötürülməsinin qarşısını almaq üçün

- ▶ müalicənin mümkünlüyü, onun üstünlükləri, ona hazırlıq, sonrakı nəticələr və müalicə rejiminə əməl etmənin vacibliyini müzakirə etmək
- ▶ pasiyentləri baş verə biləcək Oİ-nin simptom və əlamətləri və onlar təzahür etdikdə həkimə müraciət edilməsi barədə xəbərdar etmək
- ▶ narkotiklərdən istifadə edən pasiyentlərlə bu vərdəşdən əl çəkməyin vacib olduğunu müzakirə etmək
- ▶ əgər pasiyent narkotiklərdən imtina etmək istəmir, yaxud bacarmırsa, ona zərərin azaldılması tədbirləri (yalnız şəxsi şpris, iynə və digər ləvazimatlardan istifadə etmək), eləcə də narkoloji müalicə (opioid ilə əvəzedici terapiya) barədə məlumat vermək lazımdır
- ▶ digər infeksiyaların profilaktika tədbirlərini müzakirə etmək
- ▶ pasiyenti sağlam həyat tərzi keçirməyə həvəsləndirmək

Opportunizist və digər infeksiyaların profilaktikası

- ▶ Aktiv vərəmin qarşısının alınması məqsədilə İYİ-lərə müalicə həkimi tərəfindən verilmiş göndərişə əsasən vərəm əleyhinə dispanserdə döş qəfəsinin rentgenoqrafiyası, tuberkulin sınağı və ftiziatriın müayinəsi ildə 1 dəfə aparılmalıdır
- ▶ İİV infeksiyalı pasiyentlərdə HBV və HCV koinfeksiyası riski yüksəkdir. Bütün İYİ-lərə qeydiyyatı götürülərkən HBV və HCV üzrə seroloji testlər aparılır; mənfi nəticə alındıqda – risk qrupu nümayəndələri üçün ildə 1 dəfə müayinələr təkrarlanır
- ▶ İİV-in anadan uşağa ötürülməsinin profilaktikası (AUÖP) üzrə tövsiyələr vermək vacibdir
- ▶ İYİ-lərə B və A hepatitləri və qripə qarşı peyvəndlərin olunması vacibdir
- ▶ CD4 limfositlərinin sayı <200 hüceyrə/mkl olan bütün pasiyentlərə bəzi Oİ-lərin, xüsusilə pnevmosist pnevmoniyanın – PSP (törədici *Pneumocystis jirovecii*) kotrimoksazol ilə profilaktikası keçirilir. Kotrimoksazolun qəbulunu yalnız CD4 limfositlərinin sayı ART fonunda 3 ay ərzində stabil olaraq >200/mkl olduqda kəsmək olar (A)
- ▶ əgər pasiyentdə toksoplazmaya qarşı anticisim yoxdursa, ona toksoplazmaya yoluxmanın yolları və bu xəstəliyin profilaktika

üsulları barədə danışmaq lazımdır (ev heyvanları ilə əlaqədar risk daxil olmaqla)

Antiretrovirus terapiyası

ARV terapiyasına göstərişi olan bütün xəstələrdən onun aparılması üçün məlumatlandırılmış razılıq alırlar (*Əlavə 4*). ARV terapiyası (müalicə sxemi) RQMM-in həkimi tərəfindən təyin edilir, ekspert komissiyası üzvləri tərəfindən isə təsdiq edilir. Pasiyentin vəziyyətindən asılı olaraq göstərişlərə görə xəstəyə ARV terapiyası ya RQMM-in stasionar şöbəsində, ya da ambulator şöbədə başlanır. Xəstənin sonrakı müalicəsi və monitorinq müayinələri regional ARV terapiyası mərkəzlərində davam edilir (*Əlavə 5*).

ART-nin başlanması

Bir neçə qrup araşdırmalar ART-nin başlanması üçün CD4 limfositlərinin sayının və İİV infeksiyasının klinik mərhələsinin 3 və yaxud 4 olmasını ən yaxşı ilkin meyarlar, köməkçi meyar kimi isə VY-nin səviyyəsini göstərir. ART-dən əvvəl pasiyentin müalicəyə bağlılığını təminatı məqsədilə onunla iş aparılmalıdır.

Klinik və immunoloji meyarlar

Cədvəl 6-da Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı (ÜST) tərəfindən ART-nin başlanmasına göstərişlər kimi tövsiyə edilmiş klinik və immunoloji meyarlar təqdim edilmişdir.

CD4 limfositlərinin başlanğıc göstəricisi ARV terapiyasına immunoloji cavabın qiymətləndirilməsində həlledici göstərici hesab edilir. ART-nin başlanması barədə qərar, laboratoriyanın səhvini və digər xətaları (məsələn, yanaşı gedən xəstəliklər) istisna etmək məqsədilə, 7 gündən az olmayan fasilə ilə CD4 limfositlərinin iki müxtəlif hesablanması nəticələrinə əsaslanmalıdır.

İmmunoloji müayinənin aparılması üçün ən əlverişli vaxt pasiyentdə heç bir Oİ olmadığı zamandır.

Pasiyentdə yanaşı gedən kəskin xəstəlik olduqda, CD4 səviyyəsinin təkrar müayinəsini yalnız bu xəstəlikdən müalicə edilib sağaldıqdan sonra aparmaq lazımdır. Lakin əgər pasiyent özünü pis hiss edərsə, yaxud təkrar CD4 müayinəsinin tez aparılması mümkün deyilsə, ART-nin təyini gecikdirilməməlidir.

Cədvəl 6. ART-nin başlanması üzrə tövsiyələr

İYİ-lərin qrupu	Klinik mərhələ (ÜST)	CD4 limfositlərinin sayı	Tövsiyələr
Klinik simptomuz şəxslər	1	≤350 hüceyrə/mkl	Müalicə etmək (A)
	1	>350 hüceyrə/mkl	Müalicəni təxirə salmaq (B)
Klinik simptomlu şəxslər	2	≤350 hüceyrə/mkl	Müalicə etmək (A)
	2	>350 hüceyrə/mkl	Müalicəni təxirə salmaq (B)
	3	CD4 sayından asılı olmayaraq	Müalicə etmək (A)
	4	CD4 sayından asılı olmayaraq	Müalicə etmək (A)
Müalicə tələb edən xronik B viruslu hepatit		CD4 sayından asılı olmayaraq	Müalicə etmək (B)
Aktiv vərəm		CD4 sayından asılı olmayaraq	Müalicə etmək (C)
Müalicə tələb edən C viruslu hepatit		<500 hüceyrə/mkl	Müalicə etmək (B)
		≥500 hüceyrə/mkl	ART-ni başlamaq mümkündür (C)
Hamilələr		CD4 sayından asılı olmayaraq	CD4 sayı >350 hüceyrə/mkl-də, ART-nin tətbiqini 2-ci trimestrdən başlamaq olar (A)
Serodiskordant cütlüklərdə İİV-müsbət partnyorlar		CD4 sayından asılı olmayaraq	İİV-ə yoluxmamış cinsi partnyora İİV-in ötürülmə riskini azaltmaq məqsədilə İİV-müsbət partnyora ART-ni başlamaq lazımdır

Əgər CD4 hesablanmasını aparmağa imkan yoxdursa, ART-nin başlanması barədə qərarı yalnız xəstəliyin klinikasına əsaslanaraq vermək olar (3 və yaxud 4-cü mərhələnin klinik əlamətləri).

Virus yükünün əhəmiyyəti

VY CD4 limfositlərinin sayının azalması ilə əlaqələndirilir. Yüksək VY (100 000 nüsxə/ml-dən artıq), CD4 limfositləri sayının

kəskin azalma ehtimalını yüksəldir. Bununla əlaqədar ART-yə başlamamanın mümkünlüyünü CD4 limfositlərin $>350/\text{mkl}$ və VY-nin 100 000 nüsxə/ml-dən yuxarı olduqda nəzərdən keçirmək məsləhət görülür.

ART-nin başlanılması üçün VY meyar olmasa da, onun hesablanması zəruridir. VY-nin başlanğıc göstəricisi sonralar müalicənin effektivliyini qiymətləndirilməsi üçün vacibdir (A).

Dərman preparatlarının davamlılığının təyini

ART-yə hələ başlamamış xəstələr arasında İİV-in ARV preparatlarına davamlılığının yayılma dərəcəsi bir neçə faktordan asılıdır, o cümlədən yoluxanlar üçün ART-nin əlçatan olduğu zamandan, istifadə olunan ARV preparatının növündən və həmin preparatın İİV-in replikasiyasının nə dərəcədə zəiflətməsindən.

İYİ-lərin çoxunda ARV terapiyasının son nailiyyətləri sayəsində VY təyin olunmayan səviyyəyə qədər azalır. Buna görə İİV-in davamlı ştammlarının ötürülməsinin səbəbləri aydın deyil.

İİV infeksiyası diaqnozu təyin edildikdən sonra törədicinin dərmana davamlılığının qiymətləndirilməsi tövsiyəsi qüvvədə qalır (A). Xəstələrdə ARV terapiyasına başlamazdan əvvəl törədicinin dərmana həssaslığının öyrənilməsi optimal ART sxeminin təyin edilməsinə kömək edir. Dərmana həssaslığının öyrənilməsinin yüksək qiyməti və əlçatanlığının məhdudluğu bu metodun geniş istifadəsinə maneçilik törədir.

Pasiyentin yaşı

Əlavə 8-də sadalanan xəstəliklərdən başqa həm İİV infeksiyası özü, həm onun yaratdığı immunçatışmazlığı bir sıra xəstəliklərin yaranma riskini artırır, yaxud onların müalicəsinə mənfi təsir göstərə bilər. Əyani misal hepatitdir. HBV və HCV ilə İİV infeksiyalı xəstələrdə CD4 limfositlərinin sayı 350-500 diapazonunda olarkən ART-ni başlamaq lazımdır (*Cədvəl 6*).

İİV infeksiyasının yaşla bağlı xəstəliklərin, xüsusən də ürək-damar, ağciyərlərin xronik obstruktiv xəstəlikləri, tubulo- və qlomerulopatiyalar (İİV nefropatiyadan başqa), nevroloji və koqnitiv pozuntular (İİV ensefalopatiyadan başqa) və bədxassəli törəmələr

(QİÇS indikatorlu xəstəliklərdən başqa) yaranmasında rolunun olub-olmaması (və müvafiq olaraq ART-nin bu xəstəliklərin qarşısını almaqda iqtidarı) – bu sual hələ də açıq olaraq qalır. ARV terapiyasını klinik simptomuz xəstələrdə tətbiq edərkən, belə xəstəliklərin əmələgəlmə riskini nəzərə almaq üçün məlumatlar çatışmır. Məlum deyil belə, İYİ-lərə ART xeyir, yoxsa zərər gətirəcək. Eyni zamanda, QİÇS indikatorlu xəstəliklər hesab olunmayan diaqnozlu xəstələr – ağır böyrək xəstəliyi, ağır nevroloji və koqnitiv pozuntular olanlar və yaxud şüa-kimya terapiyası alan bədxassəli törəmələri olan xəstələrə CD4-dən asılı olmayaraq ART-yə başlamaq lazımdır (**B**).

İİV-in ötürülməsi

ARV terapiyası İİV-in başqalara ötürülmə riskini azaltmaq, İİV infeksiyalı anadan uşağa ötürülməsinin qarşısını almaq məqsədilə təyin edilir. Tədqiqatlar göstərir ki, ART İİV-in cinsi yolla ötürülmə riskini azaldır (**B**). Görünür ki, analoji şəkildə İİV infeksiyasının ümumi şpris və iynələrdən ötürülmə riski də azalır. Hesab olunur ki, ARV terapiyası fonunda, VY 50 nüsxə /ml-dən aşağı endikdə İİV-in cinsi yolla ötürülmə ehtimalı aşağı düşür.

Son tədqiqatların nəticələri ARV-terapiyanın profilaktik məqsədlə serodiskordant cütlüklərdə İİV-müsbət partnyora təyini yolu ilə İİV-ə yoluxmamış cinsi partnyorlarda İİV-ə yoluxma riskinin azalmasını təsdiq edir. Bu cür pasiyentlərə, CD4 limfositlərin sayından asılı olmayaraq, ART-yə başlamaq lazımdır. Eyni zamanda pasiyentə ARV-terapiyanın əsas şərti izah olunmalıdır – onlar dərk etməlidirlər ki, bir dəfə başlanan ARV-terapiya bütün həyatları boyu davam edəcək və ağır yanaşı təsirlərlə müşayiət oluna bilər (**B**). Digər bütün hallarda ARV terapiyasının İİV infeksiyasının yayılması ilə mübarizədə effektiv profilaktik təsirinin olub-olmaması aydın deyil. ART-nin tətbiqi başqa təhlükəsizlik tədbirlərini, xüsusilə qoruyucu vasitələrdən istifadəni əvəz etməməlidir.

Opportunist infeksiyaları olan xəstələrdə ART-yə başlama

Oİ olan xəstələrə ARV terapiyasını CD4 limfositlərinin sayından asılı olmayaraq başlamaq lazımdır (*Cədvəl 6*). ART-yə başlama zamanını seçərək aşağıdakılara diqqət yetirmək lazımdır:

- ▶ mövcud olan Oİ-nin xarakteri (infeksiyasının ağırlıq dərəcəsi, dərman müalicəsinin əlçatanlığı)
- ▶ dərman preparatlarının qarşılıqlı təsiri; Oİ və ARV preparatının əlavə təsirləri
- ▶ digər Oİ-nin yaranma riskinə və İBİS-in inkişafına səbəb ola bilən immunçatışmazlığının dərəcəsi

Oİ olan xəstələrə müalicəyə başladıqdan və müalicənin müsbət təsiri təsdiq edildikdən sonra tez bir müddətdə (adətən, 2 həftədən gec olmayaraq) ART-yə başlamaq məsləhət görülür (A). Bu, CD4 100 hüceyrə/ml az olan xəstələr üçün xüsusilə vacibdir.

Birinci sıra ART sxemləri

Birinci sıra ART sxemləri üçün əks transkriptazanın iki nukleozid/nukleotid inhibitorunu (ƏTNİ) əks transkriptazanın qeyri-nukleozid inhibitorlarından (ƏTQNİ) biri ilə kombinasiya etmək məsləhət görülür.

Cədvəl 7. Məsləhət görülən birinci sıra ART sxemləri: əsas, alternativ və münasib

	ART sxemi	ƏTNİ-lərin kombinasiyası		3-cü preparat
		1-ci preparat	2-ci preparat	
Məqsədyönlü	2 ƏTNİ+ efavirenz	lamivudin və ya emtrisitabin	tenofovir	efavirenz
Alternativ	2 ƏTNİ+ 1Pİ/r və ya nevirapin*		tenofovir, abakavir* və ya zidovudin	Pİ/r və ya nevirapin
Münasib	3 ƏTNİ		zidovudin və ya tenofovir	abakavir* və ya tenofovir

ARV preparatlarının məsləhət görülən dozaları *Əlavə 6*-da verilir.

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri

ƏTNİ seçimi üzrə məsləhətlər

Birinci sıra ART sxeminin əsas hissəsi iki ƏTNİ-nin kombinasiyasından ibarətdir:

- ▶ onlardan biri lamivudin, yaxud emtrisitabin olmalıdır; emtrisitabin effektivlik və toksikliyinə görə lamivudinə ekvivalent hesab edilir və klinik əhəmiyyətli yan təsirləri yaratmır. Onlar bir birini əvəz edə bilər. Əgər ART virusun replikasiyasını tam yatırmırsa, bu preparatlara davamlılıq tezliklə yaranır.
- ▶ ikinci ƏTNİ-nin kombinasiyasında aşağıda sadalanan beş preparatlardan biri olmalıdır. Onların hamısı virusa qarşı eyni aktivliyə malikdir (dərmanlara dözümlülük şərti ilə). ART rejimi İV replikasiyasını tam yatırmırsa, preparatlara qarşı davamiyyət ləng əmələ gəlir (əsas davamlılıq mutasiyalarının fərqlənməsinə baxmayaraq). Bu preparatların yan təsirləri fərqlidir.

Timidinin qeyri-analoqları

- ▶ Tenofovir zidovudin və stavudin ilə müqayisədə daha yaxşı dözüləndir. Əsas əlavə təsiri – böyrəklərin funksiyasının kəskin pozulmasıdır (Fankoni sindromu). Bu səbəbdən onu təyin etməzdən əvvəl böyrəklərin funksiyasını müayinə etmək lazımdır. Bundan əlavə, tenofovir sümüklərin mineralaşmasını da poza bilər.
- ▶ Abakavir* – VY yüksək olan pasiyentlərdə, tenofovirlə müqayisədə, virusa qarşı aktivliyi daha azdır. Abakavir zidovudin və stavudindən daha yaxşı dözüləndir. Lakin histouyğunluq allelinin HLA (B*5701) daşıyıcısı olan pasiyentlərdə müalicənin ilk 6 həftəsində abakavir hiperhəssaslıq reaksiyasını yaradır. Bu səbəbdən abakaviri təyin etməkdən əvvəl HLA (B*5701) müəyyən etmək üçün genetik müayinə aparılmalıdır. Əgər HLA (B*5701) tapılsa, abakavir təyin edilmir. Abakaviri eyni yan effektiv preparatlarla (trimetoprim/sulfametoksazol, nevirapin) təyin etdikdə, ehtiyat etmək lazımdır. Gizli ürək-damar xəstəlikləri olan şəxslərdə

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri

abakavirinin uzun müddət istifadəsi hallarda ürəyin işemik xəstəliyinin əmələgəlmə riskini artıdır.

- ▶ Didanozinin zidovudin (və ya emtrisitabin) və efavirenz ilə kombinasiyası virusa qarşı yaxşı aktivliyə malikdir. Didanozinin qəbulu zamanı periferik neyropatiya, pankreatit, uzun müddət qəbulu zamanı qeyri-sirrotik portal hipertenziyanın əmələgəlmə təhlükəsi artır. Preparat ucuzdur və daha təhlükəsiz və yaxşı öyrənilmiş preparat olmadığı halda stavudini əvəz edə bilər.

Timidinin analoqları

- ▶ Zidovudin (azidotimidin) üzrə ən çox məlumat və klinik təcrübə toplanmışdır: o, 20 ildən artıq istifadə olunur. Müalicənin ilk həftələri ərzində ürəkbulanma, anemiya və neytropeniya kimi əlavə təsirləri ola bilər. Müalicənin tətbiqindən bir neçə il sonra lipodistrofiyaya gətirib çıxara bilər.
- ▶ Stavudin* zidovudindən ucuzdur, dözüləbiləndir və zidovudindən fərqli olaraq qantörətməni zəiflətmir. Lakin onun periferik neyropatiya, laktasidoz və lipoatrofiya kimi ağır, uzaq əlavə təsirləri vardır. Bu səbəbdən istifadə edilməsi, adətən, tövsiyə olunmur. Yalnız qısa müddət ərzində (6 aydan artıq olmayaraq) zidovudini əvəz etmək üçün ehtiyat preparat kimi istifadəsi mümkündür. Bədən çəkisindən asılı olmayaraq dozası 30 mq gündə 2 dəfə tətbiq edilir.

Timidinin qeyri-analoqları timidinin analoqlarından daha üstündür (**B**). Üstünlük vermə qaydası:

tenofovir>abakavir>zidovudin>didanozin və stavudin.

Tenofovir və abakavirin* üstünlüyü onların daha yaxşı dözüləbilənliyidir. Abakavirin* 1-ci sıra sxemlərində istifadəsi, sxemin öz effektivliyini itirdiyi halda, 2-ci sıra sxemlərdə Pİ-lərlə kombinasiya olunan ƏTNİ-lərin seçimini artırır. Hər iki dərman gündə 1 dəfə qəbul edilir (qəbulu gündə 2 dəfə tələb olunan timidinin analoqlarından fərqli olaraq).

Digər ƏTNİ və onların bəzi kombinasiyaları (məsələn tenofovir və didanozinin kombinasiyası) birinci sıra ART üçün tövsiyə edilmir. Aşağıdakı dərman kombinasiyaları qəti qadağandır:

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri

- ▶ zidovudin + stavudin*
- ▶ lamivudin + emtrisitabin
- ▶ didanozin + stavudin* (xüsusən hamilələrdə)

Üçüncü preparatın seçimi üzrə məsləhətlər

- ▶ Birinci sıra ART üçün sxemin tərkibindəki 2 ƏTNİ preparatına 1 ƏTQNİ və ya ritonavirlə gücləndirilmiş 1 Pİ əlavə etmək tövsiyə olunur.
- ▶ 3 ƏTNİ-dən ibarət sxemlərin istifadəsi də tövsiyə olunur
ƏTQNİ. Hazırda istifadəsi mümkün olan iki ƏTQNİ mövcuddur – efavirenz və nevirapin. Eyni zamanda onların yalnız birindən istifadə etmək olar: hər iki preparatın eyni zamanda təyini məsləhət görülmür.
- ▶ Efavirenzin virusa qarşı aktivliyi ən yüksəkdir. Onun digər dərman preparatları ilə qarşılıqlı təsir spektri vərəmin müalicəsində istifadə edilən dərmanlarla eyni zamanda təyin edilməsinə imkan verir. Pasiyent eyni zamanda vərəmin müalicəsi üçün rifampisin qəbul edirsə, efavirenzə üstünlük vermək lazımdır.
- ▶ Efavirenzin əsas 2 çatışmayan cəhəti vardır: MSS-yə toksik təsiri və teratogen effekti. Anamnezində ağır psixi xəstəlik olan pasiyentlərə, etibarlı kontrasepsiyadan istifadə etməyən yetkin yaşlı qadınlara və hamiləliyin ilk trimestrində efavirenz təyin etməkdən çəkinmək lazımdır. Bu hallarda nevirapin alternativ hesab edilir.
- ▶ Nevirapinin effektivliyi efavirenzin effektivliyi ilə müqayisə edilə bilər.
- ▶ Nevirapin immunosupressiyanın səviyyəsi ilə əlaqədar olaraq kəskin hepatoksikliyə malikdir. Bununla bağlı onun istifadəsi CD4 limfositlərinin sayı >250/mkl olan qadın və >400/mkl olan kişilər üçün məhdudlaşdırılır. CD4 limfositlərinin daha yüksək miqdarı nevirapinin hepatoksikliyinə daha yüksək riski ilə əlaqələndirilir.
- ▶ Nevirapinlə müalicə zamanı preparatın dozasının tədricən artırılması vacibdir. Onu daha yaxşı keçirilməsi üçün 200 mq gündə 1 dəfə, 14 gün ərzində təyin etmək lazımdır, daha sonra isə doza standart qədər artırılır (gündə 2 dəfə 200 mq).

- ▶ Nevirapini rifampisinlə eyni zamanda təyin etmək olmaz. Nevirapinin metadonun metabolizminə təsir olduğundan, metadonun dozasını korreksiya etmək lazımdır.

Seçim zamanı efavirenz nevirapinlə müqayisədə daha üstündür

(B). ƏTQNİ-yə qarşı davamlılıq xas olan İİV-2 ilə törədilmiş infeksiya zamanı, ƏTQNİ təyin edilməməlidir **(B)**.

Həm efavirenz, həm də nevirapini gündə 1 dəfə qəbul etmək mümkündür. Əgər ART virusun replikasiyasını tam yatırmırsa, bu preparatlara davamlılıq tezliklə yaranır. Bu preparatların oxşar rezistentlik profili olduğundan, hər ikisinə qarşı tam, çarpazlaşdırılmış davamlılıq yaranır.

Hər iki preparatın ciddi əlavə təsirləri olması səbəbindən, təyin edildikdə diqqətli müşahidə tələb olunur. Adətən, müalicənin ilk 3-4 ayı ərzində əlavə təsirlər müşahidə edilməyibsə, bu preparatlar uzun müddət qəbul edilə bilər (sxemin effektiv olması şərti ilə).

Ritonavirlə gücləndirilmiş Pİ-lər:

- ▶ Xüsusi hallarda – ƏTQNİ-lərin istifadəsi mümkün olmayan zaman: ƏTQNİ-lərin istifadəsinə əks göstəriş olduqda və ya ƏTQNİ qəbul edən pasiyentlərin aparılması aydın çətinliklər törədirsə, Pİ-lər təyin edilməlidir. Belə halda tərkibində iki ƏTQNİ ilə birləşən Pİ olan birinci sıra ART sxemi məsləhətdir. Gücləndirilmiş Pİ-ni, adətən, ikinci sıra ART üçün saxlayırlar.

Pİ daxil olan sxemləri bu kimi hallarda istifadə etmək olar:

- ▶ ƏTQNİ-yə dözülməzlik və ya onun istifadəsinə əks göstərişlər
- ▶ psixi pozuntular
- ▶ qaraciyər xəstəliyi (ALT-nin səviyyəsinin 3-5 dəfədən artıq yüksəlməsi) və təsdiq edilmiş sirroz
- ▶ ƏTQNİ-yə qarşı davamlılığa xas olan İİV-2 ilə törədilmiş infeksiya.

Birinci sıra müalicə sxemlərində istifadəsi mümkün olan bir neçə ritonavirlə gücləndirilmiş Pİ-lər vardır: atazanavir*/ritonavir, lopinavir/ritonavir, darunavir*/ritonavir və sakvinavir*/ritonavir. atazanavir/ritonavir və lopinavir/ritonaviri gündə 1 dəfə qəbul etmək mümkündür.

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri

Atazanavir/ritonavir – sarılıq və nefrolitiaz, lopinavir/ritonavir – ürəkbulanma və diarreya, darunavir/ritonavir – səpgi törədə bilər. Bundan əlavə, Pİ-lər ürək-damar xəstəliklərinin əmələ gəlmə riskini artırır. Gücləndirilmiş Pİ-lər vərəmin müalicəsində istifadə edilən rifampisinlə birgə təyin olunmamalıdır. Ritonavirlə gücləndirilmiş Pİ-lərin digər xəstəliklərin müalicəsi zamanı istifadə edilən dərmanlarla qarşılıqlı əlaqəsi ola bilər (*Cədvəl 12, 13*).

- ▶ Pİ-lərə qarşı davamlılıq gec əmələ gəlir, bu səbəbdən ARV terapiyasına bağlılığı şübhəli olan pasiyentlərə bu qrup preparatların təyin edilməsi məqsədyönlüdür
ƏTNİ-dən ibarət sxemlər:
- ▶ 3 ƏTNİ-dən ibarət iki sxemin istifadəsi mümkündür. Lakin onların hər ikisi ayrı-ayrı siniflərdən ibarət olan sxemlərdən az effektivdir. Daha effektiv sxemlərin istifadəsi mümkün olmayan zaman istifadə edilir
- ▶ Zidovudin+abakavir*+lamivudin: xüsusilə VY yüksək olan pasiyentlərdə virusa qarşı aktivliyinə görə məqsədyönlü I sıra sxemlərdən zəifdir
- ▶ Zidovudin+lamivudin+tenofovir: aktivliyinə görə məqsədyönlü və alternativ I sıra sxemlərlə müqayisə edilə bilən sxemdir
- ▶ Birinci sıra ART-də aşağıdakı preparatların kombinasiyalarının istifadəsi tövsiyə olunmur: tenofovir+abakavir+lamivudin və stavudin+didanozin+abakavir

Xüsusi vəziyyətlər zamanı birinci sıra ART sxemlərinin seçimi

Xronik hepatit B:

Məqsədyönlü sxem – tenofovirlə emtrisitabinin (və ya lamivudinin) kombinasiyasıdır (**A**). Hər iki preparat eyni zamanda HBV-yə qarşı aktivdir. Emtrisitabin (və ya lamivudin) abakavir və ya timidinin analogları (zidovudin, stavudin) ilə birgə təyin edildikdə, HBV-də qısa müddət ərzində davamlılıq yaranır. HBV ilə yoluxmuş şəxslərdə virus əleyhinə preparatların hepatotoksik təsiri daha yüksəkdir.

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri

Vərəm:

Rifampisinin istifadəsi nevirapinin, efavirenzin, bütün ritonavirlə gücləndirilmiş Pİ-lərin konsentrasiya dərəcəsini endirir. Bu səbəbdən rifampisini rifabutinlə əvəz etmək məsləhətdir (**B**). Əgər rifabutin ölçətan deyilsə, məqsədyönlü sxemlər aşağıdakılardır:

2 ƏTNİ+efavirenz və ya 3 ƏTNİ-dən ibarət sxemlər (zidovudin+lamivudin+abakavir, zidovudin+lamivudin+tenofovir və zidovudin+emtricitabin+tenofovir). Rifampisin qəbulu dayandırmaqdan sonra daha effektiv sxemə keçmək məsləhətdir (**A**).

Reproduktiv yaşlı qadınlar:

Reproduktiv yaşlı qadınlara efavirenzin təyini ancaq kontraseptivlərdən istifadə etdikləri halda mümkündür, əks halda ART-nin digər sxemləri tövsiyə olunur. OƏT alan İYİ-lərdə efavirenzin, nevirapinin və lopinavir/ritonavirin istifadəsi zamanı abstinensiya sindromunun qarşısını almaq məqsədilə metadonun dozasını artırmaq lazımdır (200/300). Adı çəkilən ARV preparatlarının daxil olduğu sxemləri dəyişən zaman ehtiyatlı olmaq lazımdır, çünki metadonun dozasının artıqlığı yarana bilər. Yaxşı olardı ki, ART alan xəstələrə metadon əvəzinə daha təhlükəsiz preparat olan buprenorfin təyin edilsin.

Gözlənilən zəif bağlılıq:

Pİ əvəzinə ƏTQNİ-dən istifadə etmək tövsiyə olunur ki, bununla törədicinin dərmanlara davamlılığının yaranma riskini azaltmaq olar.

Psixi pozuntular:

Bu hallarda efavirenzə nisbi əks göstəriş olduğu üçün digər ART sxemlərindən istifadə etmək məsləhət görülür.

Yan təsirlərin yaranması ehtimalı:

Bəzi İYİ-lər efavirenzin təsirindən MMS-də yarana biləcək simptomlara qarşı döfölməz qorxu hissi olduqları üçün ART-yə başlamaq istəmirlər. Belə hallarda digər ART sxemləri istifadə olunmalıdır

ART-yə bağlılıq:

Müalicənin optimal nəticələrini əldə etmək üçün ART rejiminə ciddi əməl etmək vacibdir. Məlumdur ki, əgər pasiyent müalicə rejiminə ciddi riayət edərsə, İİV infeksiyası ilə əlaqəli xəstəliklərin tezliyi və ölüm halları kəskin azalar. Lakin preparatların qəbul

rejimini pozduqda dərmana davamlılıq sürətlə inkişaf edir. Son məlumatlara əsasən müxtəlif sinif ARV preparatlarına qarşı davamlılıq ilə müalicə rejiminə əməl olunma arasında asılılıq mövcuddur.

Müalicəyə bağlılığın aşağı, yaxud kifayət qədər olmayan pasiyentlər, səhiyyə və milli iqtisadiyyatə mənfi təsir göstərir:

- ▶ Pasiyentlərdə dərman davamlılığının inkişafı, müalicənin effektivliyi və xəstəliyin progressivləşməsi təhlükəsi yaranır. Bir qayda olaraq uğursuz müalicədən sonra yeni sxem keçdikdə pasiyentlər üçün təyinatlara əməl etmək daha da çətin olur (daha çox həb, daha çox əlavə təsirlər, qida qəbulu ilə əlaqədar məhdudsiyyətlər, toksiklik, daha çətin dozalanma)
- ▶ İqtisadi nöqteyi-nəzərdən virusun davamlı ştammları tərəfindən törədilmiş İİV infeksiyasının müalicəsi ikinci və üçüncü sıra sxemlərindən, həmçinin, bir qayda olaraq birinci sıra sxemlərdən baha olan ehtiyat sxemlərdən də daha geniş istifadəni tələb edəcəkdir
- ▶ Müalicə rejiminə pis əməl olunma xəstəliyin progressivləşmə riskini, Oİ-nin müalicə xərclərini artırır

Aludəliyin/Bağlılığın kifayət qədər olmamasının səbəbləri və onun artırılma üsulları

Müalicə və yardımı təmin edən personal müalicə rejiminə pis riayət etməyə səbəb ola biləcək faktorları aşkar etməli və onların aradan qaldırılmasına köməklik göstərməlidir (**B**).

Pasiyentin müalicəyə olan bağlılığına təsir edən faktorlar və onların aradan qaldırılması üçün yardımın göstərilməsi

Pasiyentlərin özlərinin rolu əsasdır. Pasiyentin müalicə rejiminə nə dərəcədə dəqiqliklə əməl edəcəyini əvvəlcədən bilmək mümkün deyil. Eyni xəstədə zaman ötdükcə bağlılıq səviyyəsi dəyişə bilər. Uzun müddət müalicə qəbul edən İYİ-lərin çoxunda aşağı səviyyəli bağlılıq müşahidə olunur.

Müalicə rejiminə pis riayət etmənin mümkün ola bilən səbəblərinə aşağıdakılar aiddir:

- ▶ narkotik və alkoqoldan istifadə (pasiyent preparatın qəbulunun mütəmadiyini poza bilər)

- ▶ yoxsulluq və ya digər səbəblərdən pis qidalanma
- ▶ dinlə bağlı yanlışlıqlar
- ▶ preparatların mütəmadi qəbulu üzündən İİV statusunun artıq sirr olmayacağı qorxusu
- ▶ psixi xəstəliklər
- ▶ əlavə təsirlər qorxusu və preparatların qəbulunun zəruriliyinə dair şübhələr

Yüksək bağlılıq səviyyəsinin saxlanması üçün mümkün üsullar:

- ▶ ART-nin vacibliyinin izah olunması
- ▶ pasiyentin yanılmalarının öhdəsindən gəlməsi
- ▶ ART rejiminə riayət etməni mütəmadi qiymətləndirmə
- ▶ “tay-taya” məsləhət; yaxınlar və digərlərinin dəstəyi (qarşılıqlı dəstək qrupları, dostlar, pasiyentlərə dəstək göstərən digər şəxslər)
- ▶ psixi sağlamlığın mütəmadi qiymətləndirilməsi
- ▶ müalicə rejiminə riayət üçün lazımi davranış vərdislərinin qiymətləndirilməsi
- ▶ yardım üçün ixtisaslaşmış sosial xidmətlər və digər müəssisələrə müraciət etmək

Tibb işçilərinə aid olan faktorlar

- ▶ RQMM/regional ART Mərkəzlərində terapiyaya bağlılığın möhkəmləndirilməsinin yazılı planının olması və onun artırılması üzrə strategiyanın müntəzəm olaraq nəzərdən keçirilməsi

RQMM/regional ART Mərkəzlərinin İYİ-lərlə işləyən personalı pasiyentlərin müalicəyə bağlılığın artırılma üsulları haqqında bilik səviyyələrini daim artırmalıdırlar.

Pasiyentlərin ART-yə yüksək bağlılıq səviyyəsini təmin etməkdə personala yardım edə biləcək bir sıra strategiyalar mövcuddur:

- ▶ Tibb işçilərini bağlılığın möhkəmləndirilməsi proqramlarında iştiraka cəlb etmək lazımdır;
- ▶ Pasiyentlərin müalicəyə dair istəklərinin öyrənilməsi bağlılığın artmasına təsir edə bilər;
- ▶ Müalicə rejiminə riayətin yaxşılaşdırılması üçün yardımı bütün pasiyentlərə göstərmək lazımdır, belə ki, onların hamısında

müalicə müddəti ərzində bağlılıq səviyyəsinin dəyişməsi müşahidə oluna bilər;

- ▶ Müalicə rejiminə ciddi riayət birdəfəlik deyil, daimi cəhdlər tələb etdiyi üçün dəstəyi ART-nin əvvəli və müalicə sxeminin dəyişilməsində olduğu kimi planlı görüşlər zamanı da təklif etmək lazımdır.
- ▶ Tibb işçilər əmin olmalıdırlar ki, pasiyent İİV infeksiyasının xüsusiyyətlərini və təyinatlara əməl etmə ilə dərman davamlılığının inkişafı arasında olan əlaqəni anlayır; təyin olunmuş preparatların qəbuluna dair tələbləri və mümkün əlavə təsirləri bilir. Şifahi məlumat yazılı tövsiyələrlə möhkəmləndirilməlidir;
- ▶ Müalicə və yardımı təmin edən personal müalicə rejiminə əməl etməni yüngülləşdirən bütün üsulları pasiyentlərə təklif etməlidir (həblərin qəbulunu xatırladacaq gündəlik və qəbul qrafikinə tutulmasından dərman qutusu və elektron xatırlatma cihazlarından istifadə, ailə üzvləri və dostların cəlb olunmasına qədər);
- ▶ Pasiyentlər həkim və digər personalla öz münasibətlərini müsbət qiymətləndirdikdə müalicə rejiminə riayət yaxşılaşır;
- ▶ Pasiyentin daha ətraflı məlumata və yaxud diqqətdən yayınmış problemlərin həllinə ehtiyacı olmasını aydınlaşdırmaq üçün müalicə rejiminə riayətin ilk dəfə qiymətləndirilməsini terapiyaya başladıqdan və ya sxem dəyişdirildikdən iki gün sonra keçirmək lazımdır.

Müalicə sxeminə aid faktorlar və onların aradan qaldırılması üzrə strategiyalar

- ▶ Gündə iki dəfədən çox preparat qəbulunu tələb edən sxemlər zamanı müalicə rejiminə daha pis əməl olunur, lakin çox güman ki, preparatların gündə bir və ya iki dəfə qəbul sxemlərində müalicə rejiminə əməl etməkdə fərq yoxdur. Çox faktorlu analiz göstərdi ki, dozaların gecikmə ilə qəbul edilməsi müalicənin effektiv olmasına ilə nəticələnir
- ▶ Azsayı həblər olan sxem təyin edildikdə VY-nin müalicənin 48 həftəsindən sonra 50 nüsxə/ml-yə enməsi ehtimalı yüksək idi

- ▶ Müalicəyə bağlılıq səviyyəsi ARV preparatlarının hər hansı müəyyən bir sinfi ilə korrelyasiya etmir. Lakin müxtəlif preparatların qəbulunun qida qəbulundan asılılığına dair ziddiyyətli tələblər rejimə riayəti çətinləşdirə bilər
 - ▶ Müalicə rejiminə riayətə dərmanlararası təhlükəli qarşılıqlı təsirlər və əlavə effektlər təsir edə bilər. Pasiyentlər preparatların qəbulunu ürəkbulanma, yaxud qusma üzündən ötürə bilərlər, yorğunluq isə preparatın son dozasının qəbulu vaxtı yuxuya qalmaya səbəb ola bilər
- Müalicəyə aludəliyin dəstəklənməsi metodlarına aiddir:
- ▶ Pasiyentin həyat tərzini ilə əlaqədar faktorların qiymətləndirilməsi (qidalanma, yuxu, iş və s. rejimlər) və onların müalicə rejiminə uyğun korreksiyası
 - ▶ pasiyentin müalicəyə dair fərdi istəklərinin qiymətləndirilməsi (həblərin ölçüsü, dərman formaları, preparatların sayı, qida qəbulu ilə əlaqədar məhdudlaşdırma və s.)
 - ▶ müalicə sxemini seçməzdən əvvəl həblərin görünüşünü pasiyentə nümayiş etdirmək
 - ▶ əlavə təsirlərlə əlaqədar suallar üzrə maarifləndirmə; onların təzahürlərinin öhdəsindən gəlmək üçün təqdim edilmiş tövsiyələr; dəstəyin göstərilməsi
 - ▶ Preparatların qısa fasilələrlə az sayda verilməsi aşağıdakı hallara kömək edə bilər:
 - ✓ müalicə rejiminə riayət ilə bağlı mümkün problemləri onlar davamlılığın inkişafına səbəb olmadan əvvəl aşkar etmək
 - ✓ müalicənin kəsilmə və preparatların səhv qəbul edilmə ehtimalını məhdudlaşdırmaq
 - ▶ Preparat gündə bir dəfə qəbul edilən sxemlərin və təsbit edilmiş dozalı kombinasiyaların istifadə edilməsi; bu həblərin sayının azaldılmasına imkan yaradır və müalicənin erkən mərhələlərində faydalıdır
 - ▶ Preparatların qəbuluna, xüsusilə klinik şəraitdə, bilavasitə nəzarət

Antiretrovirus preparatlarının verilmə qaydası

ARV preparatlarının pasiyentə verilməsi onun RQMM/regional ARV terapiyası mərkəzlərinə tez-tez gəlməsinə səbəb olur və bununla da, tibb işçilərinə müalicə ilə bağlı istənilən problemi vaxtında aşkar etməyə imkan yaradır.

Bu, xüsusilə, ART kursunun əvvəlində vacibdir. Preparatları düzgün qəbul etdiyinə və müalicəni yaxşı keçirdiyinə əmin olmaq üçün pasiyenti terapiya başladıqdan sonra 2-4 həftədən gec olmayaraq həkimin qəbuluna dəvət etmək lazımdır. Bu səbəbdən birinci ay ərzində pasiyent bir həftəlik preparat ehtiyatı, sonra iki həftəlik və daha sonra bir aylıq ehtiyat alır. Pasiyentlərlə məsləhətlərin əksəriyyəti İV-ə yoluxmuş digər insanlar və ya orta tibbi personal tərəfindən, ehtiyac olduqda isə həkim tərəfindən verilir.

Belə yanaşmanın üstünlüyü aşağıdakılardır:

- ▶ Preparat qəbulunda buraxılışların erkən aşkar olunması və pasiyentin ART rejiminə pis riayət etmə ehtimalının azalması. Yəni əvvəldə təyinatlara kifayət qədər ciddi əməl etməyən pasiyentlərdə virusun rezistent ştammlarının əmələgəlmə riski azalır
- ▶ Müalicənin dayandırılma və preparatların səhv istifadə olunma ehtimalının məhdudlaşdır.

Preparatın gündə bir dəfə qəbul sxemlərindən və təsbit edilmiş dozalı kombinasiyalardan istifadə tövsiyə edilir; bu həblərin sayının azaldılmasına imkan verir və müalicənin erkən mərhələlərində faydalıdır.

ART-nin effektivliyi və uğursuzluqları

Bütün pasiyentlər təcrübəli klinisistlərin müntəzəm nəzarəti altında olmalıdırlar. İdeal şəraitdə bütün pasiyentlər immunoloji və virusoloji testlərdən keçməlidirlər. ART-nin müvəffəqiyyəti barədə klinik, immunoloji və virusoloji meyarlara (*Cədvəl 8*) əsasən mühakimə yürütmək olar.

Birinci sıra ART-nin uğursuzluğunu üç növ meyar vasitəsilə aşkar etmək olar: klinik, immunoloji və virusoloji. Bu üç meyar müalicənin effektivliyinin üç müxtəlif aspektini əks etdirəcəkdir.

Cədvəl 8. Müalicənin effektivlik meyarları

	Virusoloji		İmmunoloji	Klinik
Göstərici	Virus yükü		CD4-ün sayı	Klinik mərhələ
Müddət ^a	24 həftə ^b	48 həftə ^b	24-48 həftə	Terapiya başladıqdan 12 həftə sonra pasiyentdə simptomlar olmamalı və ya az olmalıdır ^c
Məqsəd ^a	<200 nüsxə/ml	<50 nüsxə/ml	Başlanğıc səviyyədən ən az 50 hüceyrə/mkl yüksəlmə	Mərhələ 1 və ya 2 ^c

^aART-ni başladıqdan sonra təklif olunan qiymətləndirmə müddətləri təxminən göstərilmişdir.

^bVirus yükü tədricən azalır.

^cİmmunitetin bərpasının iltihabi sindromu (İBİS) haqqında daha ətraflı məlumat aşağıda verilib.

Virusoloji cavab və virusoloji uğursuzluq

- ▶ VY – müalicənin uğurlu olub-olmamasının ən erkən göstəricisidir.
- ▶ Əgər VY müalicənin 24-cü həftəsinə <200 nüsxə/ml-ədək və yaxud müalicənin 48-ci həftəsinə <50 nüsxə/ml-ədək azalmayıbsa, bu natamam immun cavaba işarə edir.
- ▶ Əgər VY artıq təyin olunmayan səviyyəyə qədər enibsə və daha sonra 4-8 həftəlik intervalla 2 dəfə keçirilən hesablamalar onun yenidən >400-1000 nüsxə/ml-ə qədər artdığını göstəribsə, müalicənin virusoloji effektivliyi riski var.
- ▶ VY-nin təyin olunmayan səviyyədən 50-200 nüsxə/ml-ə qədər artmaları (“sıçrayışlar”) davamlı virus ştammları inkişaf etmədən (hesablama xətaləri) belə qeydə alınabilir, lakin buna baxmayaraq, bu, pasiyentlə onun müalicə rejiminə riayət edilməsi haqda müzakirə üçün səbəb olmalıdır. VY-ni 2-4 həftədən sonra yenidən ölçmək lazımdır.

- ▶ Əgər virusoloji effektivliyin səbəbi (məsələn, qəbul rejiminin pozulması, dərmanların qarşılıqlı təsiri və s.) aşkar olunmamışdırsa, ikinci sıra sxemə keçid məsələsini müzakirə etmək lazımdır (**B**).

İmmunoloji cavab

- ▶ CD4 limfositlərinin sayının göstəriciləri öz-özlüyündə müalicənin uğurlu olub-olmamasını qiymətləndirmək üçün istifadə oluna bilər.
- ▶ Orta hesabla müalicənin birinci ili ərzində əvvəl ARV preparatları qəbul etməyən pasiyentlərdə CD4 limfositlərinin sayı təxminən 150/mkl artır. ART-nin birinci ili ərzində CD4 limfositlərinin sayının 50/mkl-dən çox artmaması müalicənin immunoloji effektivliyini sübut edir.
- ▶ Əgər 6 aydan sonra CD4 limfositlərinin sayı artmazsa, müalicə rejiminə necə riayət olunduğunu yenidən qiymətləndirmək və ona əməl olunmasını təmin etmək lazımdır.

Klinik cavab

- ▶ Adətən, müalicəyə başladıqdan bir neçə həftə və ya ay sonra İİV infeksiyası ilə bağlı klinik simptomlar ümumiyyətlə itir, ya da minimal səviyyəyə enir.
- ▶ 3-cü və ya 4-cü mərhələni təsdiq edən bəzi Oİ-lər residiv verə bilər, məsələn, ağız boşluğu və qida borusu kandidozunun proqnostik əhəmiyyəti hər zaman dəqiq deyildir.
- ▶ Lakin bir qayda olaraq, ART-yə başladıqdan sonra 3 və yaxud 4-cü mərhələ üçün səciyəvi (Oİ və ya İİV infeksiyası ilə əlaqədar digər xəstəliklər) yeni və yaxud təkrar əlamətlərin əmələ gəlməsi müalicənin klinik effektivliyini göstərir (**B**).

Virusoloji və immunoloji cavablar arasında ziddiyyət

Bəzi pasiyentlərdə ART-nin virusoloji uğursuzluğuna baxmayaraq, CD4 limfositlərinin sayı bir müddət stabil olaraq qala və hətta yüksələ bilər. Belə hallarda, müalicənin effektivliyini qiymətləndirərkən, üstünlük virusoloji göstəricilərə verilməlidir: məhz VY ART sxemini dəyişib-dəyişməmək haqda qərarı üçün əsas

göstəricidir. Virusoloji göstəriciləri ölçmədən, yalnız CD4 hüceyrələrinin sayına əsaslanaraq, ART-ni səhvən uğurlu hesab etmək olar. Bu səbəbdən ART qəbul edən bütün pasiyentlərdə VY-nin müntəzəm olaraq ölçülməsi tövsiyə edilir (**A**).

İkinci sıra ART sxemləri

1. Birinci sıra ART sxemlərinin effektivlik əlamətləri aşkar olunarsa, effektivlik təsdiq edilərsə, pasiyentin ikinci sıraya keçirilməsi tövsiyə edilir və bu zaman ARV preparatları bütövlüklə dəyişdirilir.
2. İkinci sıra ART sxemlərindən istifadə zamanı ritonavir ilə gücləndirilmiş Pİ ilə birgə iki ƏTNİ istifadə etmək tövsiyə edilir.
3. ART sxemini dəyişərkən davamlılığı yoxlamaq, II sıra ART sxeminə iki sinifdən olan preparatlar və onlara qarşı həssaslıq saxlanılan preparatları təyin etmək tövsiyə olunur (**B**).
4. İV infeksiyanı törədən virusun dərmana davamlılığını təyin etmək mümkün deyilsə, II sıra sxemin seçimi I sıra sxemin tərkibindən asılı olur (irəli gəlir). Sxemlərin seçimi üzrə məsləhətlər *Cədvəl 9*-da əks olunub (**B**). Orada dərmanlara davamlılığı təyin etmək mümkün olmadığı zamanı II sıra ART sxemlərinin təyini üzrə tövsiyələr yerləşir.

ƏTNİ seçimi üzrə məsləhətlər

1. İkinci sıra sxemin seçimi zamanı minimal dəyişiklər – bir və ya iki yeni ƏTNİ təyin edilir.
2. Dərman kombinasiyaları *Cədvəl 9*-da olanlardan fərqlənsə, effektivsiz ola bilər.
3. I sıra sxemdə timidin analoqu istifadə olunubsa, məsləhət olunan preparat+tenofovir (üstünlük verilən preparat) və ya abakavir (alternativ preparat) ola bilər. Və əksinə, I sıra sxemdə timidin qeyri-analoqu istifadə olunubsa, zidovudin ilə didanazin və ya lamivudin kombinasiyasından istifadə etmək məsləhət görülür; zidovudin əvəzinə stavudin istifadə oluna bilər.
4. I sıra sxemdə lamivudin və ya emtrisitabin istifadə olunubsa, onlara qarşı davamlı mutasiyaların əmələ gəlməsinə baxmayaraq, bəzi mütəxəssislər bu preparatların II sıra

sxemdə saxlanılmasını tövsiyə edirlər. İİV-in lamivudina qarşı davamlılığı olduğu halda da, bu preparatın virusoloji və klinik cəhətdən effektiv olması barədə məlumatlar var. Lakin lamivudinin davamlı qəbul edilməsinin II sıra sxemi ilə İİV replikasiyasının tam yatırılmasında köməyin göstərilməsi güman edilmir.

Cədvəl 9. Virusoloji effektivlik zamanı tövsiyə olunan II sıra ART sxemləri (törədiciyin dərmanlara qarşı davamlılığının təyin edilməsi mümkün olmayan zaman)^a

Birinci sıra sxemlər	Uğursuz müalicədən sonra ikinci sıra sxemlər					
	Məqsədyönlü		Alternativ		Münasib	
	ƏTNI	3-cü preparat	ƏTNI	3-cü preparat	ƏTNI	3-cü preparat
zidovudin+ lamivudin (emtrisitabin) + efavirenz (nevirapin)	tenofovir + lamivudin və ya emtrisitabin ^b	lopinavir/ritonavir və ya atazanavir*/ritonavir	abakavir+ lamivudin (emtrisitabin)	darunavir*/ritonavir ^c	didanozin + lamivudin (emtrisitabin)	sakvinavir*/ritonavir
tenofovir (abakavir*) + lamivudin (emtrisitabin) + efavirenz (nevirapin)	zidovudin + didanozin	lopinavir/ritonavir və ya atazanavir/ritonavir	zidovudin + lamivudin (emtrisitabin)	darunavir*/ritonavir ^c	stavudin + lamivudin (emtrisitabin)	sakvinavir/ritonavir
2 ƏTNI+ Pİ/r	yuxarıdakılar	darunavir*/ritonavir	yuxarıdakılar	lopinavir/ritonavir ^c	yuxarıdakılar	ralteqravir*
3 ƏTNI	yuxarıdakılar	lopinavir/ritonavir (Atazanavir/ritonavir)	yuxarıdakılar	darunavir*/ritonavir ^c	yuxarıdakılar	sakvinavir/ritonavir

^a Törədiciyin dərman preparatlarına davamlılığının təyin edilməsi və alınmış nəticələr əsasında II sıra sxem seçmək təkidlə tövsiyə olunur.

^b I sıra sxemlərdə uğursuzluq olarsa, lamivudin və ya emtrisitabini əvəz etmək məsləhət görülmür.

^c Lopinavir/ritonavir əsas, darunavir/ritonavir isə alternativ preparat kimi götürülür və bunun darunavir/ritonavirin dəyərinin yüksək olması ilə əlaqədar ART-nin ehtiyat sxemi kimi saxlanmasına üstünlük verilir. Əvvəllər Pİ-ni almayan xəstələrə darunavir/ritonavir 800/100 mq gündə 1 dəfə təyin olunur. I sıra sxem virusoloji uğursuzluğu olan xəstələrə isə darunavir/ritonavir 600/100 mq gündə 2 dəfə təyin olunur.

ARV preparatlarının tövsiyə olunan dozaları Əlavə 6-da verilir.

Pİ-nin seçimi

- ▶ Əgər I sıra sxemə ƏTQNİ daxil olunmuşdursa, II sıra sxemlərə ritonavirlə gücləndirilmiş Pİ daxil edilir. Törədinin dərman preparatlarına davamlılığı təyin edilən zaman onun etravirinə həssaslığının qaldığı təsdiq olunsa, etravirini istifadə etmək olar, lakin II sıra sxemlərdə etravirin ritonavirlə gücləndirilmiş formada istifadə olunmalıdır.
- ▶ Pİ mutasiyaların sayına (genetik maneə), eyni zamanda əlavə təsirlərin spektrinə, həblərin sayına, sutkalıq dozasına və dəyərinə görə fərqlənir.
- ▶ Ən yüksək genetik maneəyə malik olan preparatlardan biri ritonavirlə gücləndirilmiş darunavir hesab olunur – ritonavirlə gücləndirilmiş lapinovirinin genetik maneəsi bir qədər aşağıdır.
- ▶ Ritonavirlə gücləndirilmiş atazanavir, fosamprenavir və sakvinavirin davamlılıq şəkli az fərqlənir və II sıra sxemlər üçün klinik əhəmiyyət kəsb etmir.
- ▶ Pİ-ni seçən zaman mümkün ola biləcək əlavə təsirləri, yanaşı xəstəlikləri, dərmanların qarşılıqlı təsirini, həm də pasiyentin fikrini nəzərə almaq lazımdır.
- ▶ Əgər uğursuzluğa uğramış I sıra sxemində Pİ olubsa, II sıra seçimində dərmanlara davamlılığa əsaslanaraq seçim etmək lazımdır. Əgər törədinin dərmanlara davamlılığının tədqiqi mümkün deyilsə, uğursuzluğun səbəbini dərman preparatları və ona daxil olan Pİ-yə qarşı yaranan davamlılığı hesab etmək olar.
- ▶ Ritonavirlə gücləndirilmiş lopinavir və ya atazanavirə II sıra ART sxemləri içərisində üstünlük verilir (**B**). Əgər törədicidə Pİ-yə birincili (ötürülən) və ikincili (qazanılmış) davamlılıq yaranıbsa, üstünlük verilən Pİ darunavir/ritonavir olmalıdır (**A**).

İİV infeksiyalı pasiyentlərin klinik müşahidəsi

Pasiyentdə İİV infeksiyası müəyyən olunduğu andan ona nəzarət və yardımın göstərilməsi RQMM tərəfindən təmin edilir.

ART-ni başlamazdan əvvəl laborator göstəricilərin monitorinqi

- ▶ CD4 sayının monitorinqi (vaxtaşırı hesablanması)
 - ✓ CD4 limfositlərin sayının azalması immunodefisitinin təzahürü kimi qəbul olunur. Əksər Oİ-lər CD4 sayı $\leq 200/\text{mkl}$ azaldıqda yaranır (vərəm, Kapoşi sarkomasi, bəzi limfomalar istisna olmaqla).
 - ✓ Hər 6 aydan bir təkrarlanır. Lakin gözlənilməz nəticələrin və yaxud vəziyyətlərin (CD4 sayının sürətlə düşməsi və yaxud Oİ-nin əmələ gəlməsi) yaranması hallarında müayinə təcili təkrarlanmalıdır.
 - ✓ Əgər ART-yə başlanması haqda müzakirə aparılırsa (CD4 limfositlərinin sayı 400-450 hüceyrə/mkl), CD4 sayının hesablanmasını üç aydan bir təkrarlamaq lazımdır. Statistika görə orta hesabla bütün pasiyentlərdə CD4 sayı ildə 50/mkl azalır, lakin bəzən onların təmərküzü, xüsusilə yanaşı infeksiyaların fonunda çox sürətlə azala bilər.
- ▶ Virus yükü
 - ✓ VY virusunun replikasiya aktivliyi barədə mühakimə etmək imkan verir. Aşağı VY (1000-5000 nüsxə/ml) infeksiyanın asta irəliləməsinə, yüksək VY isə ($>100\ 000$ nüsxə/ml) – sürətlə irəliləmənin yüksək riskinə işarə edir.
 - ✓ VY-nin hesablanması bahadır, lakin nəzarət olunmayan ART daha baha başa gəlir (faydasız preparat qəbulu, müalicənin effektsizliyi zamanı hospitalizasiya).
 - ✓ Əgər mümkündürsə, VY-ni və CD4 limfositlərinin sayını eyni zamanda öyrənmək lazımdır.
- ▶ Ümumi laborator müayinələr (*Cədvəl 3*).

ART qəbul edən pasiyentlərdə laborator göstəricilərin monitorinqi

ART-nin effektiv olması barədə düşünməyə əsas verən birinci göstərici VY-nin azalmasıdır; müalicəyə immunoloji cavab (CD4 limfositlərinin sayının artması) VY-dən asılıdır və bu səbəbdən daha sonra üzə çıxır. ART-nin nəticələrinin qiymətləndirilməsi üçün hər iki göstəricidən – VY və CD4 limfositlərinin sayından istifadə etmək daha yaxşıdır.

- ▶ Virus yükü
 - ✓ ART-nin effektivliyini qiymətləndirmək üçün VY-ni ART-yə başlamazdan əvvəl, müalicə başladıqdan 1, 2, 6, 9 və 12 ay sonra ölçmək lazımdır. Adətən, VY müalicənin 4-6 ayı ərzində qanda artıq təyin olunmur (A).
 - ✓ Sonralar, müalicəyə uğurla cavab verən pasiyentlərdə VY-ni 4-6 ayda bir dəfə ölçmək lazımdır.
- ▶ CD4 limfositlərinin sayı
CD4 limfositlərinin sayını ART-yə başlamazdan əvvəl, müalicənin birinci ili ərzində 4 dəfə və daha sonra ildə 2 dəfə ölçmək lazımdır.
- ▶ Laborator müayinələrin ümumi toplusunu (*Cədvəl 3*), ARV preparatlarının əvəz edilməsi olmayıbsa və yaxud hər hansı bir digər vəziyyət yaranmadığı halda, 6 aydan bir təkrarlamaq lazımdır.
- ▶ Laborator müayinələrin təkrarlanma tezliyi istifadə olunan ARV preparatlarından asılıdır (*Cədvəl 10*).

Cədvəl 10. Təyin olunmuş ARV preparatlarından asılı olaraq laborator müayinələrin aparılma müddəti (C)

	Müalicəyə başlamazdan əvvəl	2-ci həftə	4-cü həftə	8-ci həftə	16-cı həftə	24-cü həftə	36-cı həftə	48-cü həftə
Virus yükü	x			x		x	x	x
CD4 limfositlərinin sayı	x			x		x	(x)	x
Qanın ümumi müayinəsi	x		x	x	x (zidovudin)	x	(x)	x
Qaraciyərin funksiyasının biokimyəvi göstəriciləri	x	x (nevirapin)	x	x (nevirapin, zidovudin, PI)	x (nevirapin, PI)	x	(x)	x
Xolesterin, triqliseridlər	x (PI)				x (PI)			x (PI)
Qlükoza	x (PI)				x (PI)			x (PI)
Böyrəklərin funksiyasının göstəriciləri	x	x (tenofovir)	x (tenofovir)			x	(x)	x
x	– istifadə olunan ARV preparatlarından asılı olmayaraq laborator müayinəyə göstəriş var							
x (preparat)	– müayinə mətərizədə göstərilən preparatı qəbul edən pasiyentlərə tövsiyə olunur							
(x)	– mütləq olmayan test							

İmmunitetin bərpasının iltihabi sindromu (İBİS)

İBİS ART-yə başladıqdan sonra əksər hallarda limfosit sayı 100/mkl-dan aşağı olan pasiyentlərdə tezliklə inkişaf etməyə başlayır.

Simptomsuz (və ona görə də aşkar olunmayan) Oİ ART fonunda immun sisteminin bərpası və aktivləşdirilməsi ilə əlaqədar olan iltihabi reaksiya ilə təzahür edə bilər ki, bu da onları diaqnostika etməyə imkan verir. İBİS ART-yə başlamış vərəmli pasiyentlərin üçdə birində müşahidə oluna bilər. Oİ təzahürləri çox vaxt qeyri-xarakterik olur: atipik mikobakteriyalar (*Mycobacterium avium-intracellulare* kompleksi – MAK) abses törədə bilər, pnevmosist pnevmoniya (PSP) isə ağciyərlərin rentgenoqramında qeyri-adi dəyişikliklərlə gedə bilər. Güman olunur ki, bu İBİS pasiyentlərin təxminən 10%-də inkişaf edir. Çox vaxt Oİ-nin törədicisi MAK və yaxud SMV olur; həmçinin müalicə olunmuş PSP-nin kəskinləşmələri də müşahidə oluna bilər. Bir qayda olaraq Oİ-ni müalicə etmək və ART-ni davam etdirmək lazımdır. Prednizolonun aşağı dozaları effektiv olur (20-60 mq/gündə). Pasiyent Oİ-nin müalicəsində istifadə olunan dərmanların əlavə təsirləri və ya qida borusunda olan ağrı (sitomeqalovirus, herpesik və ya kandidoz mənşəli ezofaqit) üzündən ARV preparatlarını mütəmadi qəbul etmədikdə ART-ni dayandırmaq lazımdır.

Müalicəyə bağlılığın monitorinqi

Planlı görüşlər zamanı hər bir pasiyentin ART rejiminə nə dərəcədə ciddi riayət etməsini qiymətləndirmək lazımdır. Bunun üçün müxtəlif üsullardan istifadə olunur (*əlavə 7-yə baxın*).

Müalicə rejiminə əməl etmənin dəstəklənməsi İİV-ə yoluxmuş pasiyentlərə yardım göstərən bütün personalın gündəlik işinin bir hissəsidir. Müalicənin müvafiq mərhələsində onun tələbatını nəzərə almaqla hər pasiyentə fərdi yanaşmaq lazımdır. Pasiyentin hər gəlişi zamanı tibb işçisi əmin olmalıdır ki, pasiyent:

- ▶ başa düşür ki, müalicə rejiminə riayət olunmaması dərman davamlılığı ilə nəticələnir
- ▶ bütün dozaları qəbul etmək lazım olduğunu dərk edir
- ▶ həkimlə görüşləri ötürmür

- ▶ ARV preparatlarının qarşılıqlı təsirləri və onların əlavə təsirləri barədə bilir
 - ▶ həkimə müraciət etməsini vacib edən təhlükəli simptomlar və digər vəziyyətlərdən xəbərdardır
 - ▶ mənəvi və praktik dəstəyi alır
 - ▶ preparatların qəbulunu öz gün rejiminə uyğunlaşdırıb
 - ▶ digər şəxslərin yanında preparatları qəbul etməkdən çəkinmir
- Pasiyent artıq ART qəbul etdiyi zaman vaxtında müzakirə olunmağı tələb edən digər problemlər yarana bilər:
- ▶ əmələ gələ bilən depressiyanın müalicəsi
 - ▶ dərmanların qarşılıqlı təsiri və dozaların korreksiyası

ARV preparatlarının toksikliyi və əlavə təsirlərinin təzahürü zamanı taktika

ARV preparatlarının qəbulu zamanı əlavə təsirlər – çox təsadüf olunan haldır (*Cədvəl II*).

- ▶ Zidovudin, didanozin, lopinavir/ritonavir kəskin diareya, ürəkbulanma və qusma verə bilər
- ▶ Lopinavir/ritonavir hiperlipididemiya ilə əlaqələnir (xüsusilə hipertrigliseridemiya ilə)
- ▶ Efavirenz gecə qarabasmaları, depressiya törədə bilər
- ▶ Uzaq əlavə təsirlər və ürək-damar fəsadları riski uzunmüddətli tədqiqatlarda qiymətləndirməni tələb edir

Toksiklik, təyin olunmuş ARV preparatının həmin sxemdə əvəz edilməsinə səbəb ola bilər. Toksik əlamətlər üzündən başqa müalicə sxeminə keçmək məsləhət görünür.

**Cədvəl 11. ARV preparatlarının təsdiqlənmiş toksikliyi
və onun təzahürü zamanı pasiyentlərin aparılma
taktikası**

ARV preparatı	Toksiklik	Taktika
Qaraciyərin nekrozu (həyati təhlükəli)		
Nevirapin*	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Qızdırma, səpgi (50%), ürəkbulanma, qusma, eozinofiliya, ALT və AST-nin aktivliyinin artması ▶ Adətən, müalicənin ilk 6-18 həftəsində bürüzə verir, nadir hallarda 48-ci həftədən sonra təsadüf olunur ▶ Nevirapin qəbul edən pasiyentlərin 1-2%-də inkişaf edir; risk CD4 limfositlərinin sayı >250/mkl olan qadınlar və CD4 limfositlərinin sayı >400 /mkl olan kişilərdə daha yüksəkdir 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Qaraciyər funksiyalarının biokimyəvi göstəricilərini müalicənin 2, 4, 8, 16-cı həftələrində və sonra 3 ayda bir dəfə qiymətləndirmək ▶ Simptomatik müalicə ▶ Qaraciyərin nekrozu həyati təhlükəlidir; ağır hallarda bütün preparatlar həmin dəqiqə ləğv olunmalıdır
Laktasidoz (həyati təhlükəli)		
Risk, azalma üzrə: ▶ Stavudin* didanozinlə* ▶ Stavudin* ▶ Didanozin* ▶ Zidovudin	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ürəkbulanma, qusma, arıqlama, zəiflik, pankreatit, poliörqan çatışmazlığı, kəskin respirator distress sindromu ▶ Didanozin və stavudin üçün ildə 1000 pasiyentə 1-10 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Laktasidozun klinik əlamətlərinin əmələ gəlməsinə nəzarət etmək; erkən əlamətləri təyin etmək (KFK, HCO₃) ▶ Bikarbonatla simptomatik müalicə ▶ Preparatı abakavir, tenofovir, lamivudin və ya emtrisitabin ilə əvəz etmək

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri

Hiperhəssashlıq (abakavirin təkrar təyin olunması zamanı həyati təhlükə daşıyır: anafilaktik şok)		
Abakavir*	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Qızdırma və səpgi (demək olar ki, hər zaman), zəiflik və ürəkbulanma ▶ 5% (HLAB* 5701 allel daşıyıcıların >50% rast gəlinir) ▶ Nadir hallarda müalicənin 6-cı həftəsindən sonra inkişaf edir 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Dərini müayinə etmək; müalicəni abakavirlə birgə səpgi yarıdan digər preparatlarla başlamamaq ▶ Diaqnozda əmin olduqda abakaviri ləğv etmək və bir daha müalicəni onunla bərpa etməmək ▶ Abakaviri zidovudin, tenofovir və ya stavudinlə əvəz etmək
Stivens-Jonson Sindromu, Layell sindromu		
Nevirapin Nadir hallarda efavirenz	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Qızdırma, suluqlu səpgi, mialgiya ▶ Nevirapin - 0,3%; efavirenz - 0,1% 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Dərini müayinə etmək ▶ Antibiotiklər təyin etmək; yara səthlərinin intensiv müalicəsini aparmaq, yarıq mərkəzlərində mümkündür
Pankreatit		
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Risk, azalma üzrə: ▶ Stavudin didanozinlə ▶ Didanozin ▶ Stavudin 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ağrı, lipazanın yüksək aktivliyi. ▶ Didanozin 1-7%, dozanın korreksiyası zamanı daha az 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Lipazanın aktivliyinə nəzarət etmək. ▶ Simptomatik müalicə: ağrıkəsici, parenteral qidalanma; preparatı ləğv etmək. ▶ Preparatı zidovudin, tenofovir və ya abakavirlə əvəz etmək
Nefrotoksiklik		
Tenofovir	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Böyrək çatışmazlığı və Fankoni sindromu ▶ Çox vaxt böyrək funksiyasının başlanğıc pozuntusu olan pasiyentlərdə inkişaf edir 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Plazmada kreatinin səviyyəsinə nəzarət etmək, anamnezində böyrək çatışmazlığı olan xəstələrə ehtiyatla təyin etmək ▶ Simptomatik müalicə ▶ Dozanı azaldaraq tenofovirlə müalicəni bərpa etmək, (kreatinin klirensini bilmək vacibdir: preparatı günəşırı qəbul etmək) ▶ Tenofoviri zidovudin, abakavir və ya stavudin ilə əvəz etmək

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri

Anemiya		
Zidovudin	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Anemiya, neytropeniya (zəif azalma zidovudinlə müalicə zamanı normal haldır). ▶ Pasiyentlərin 1-4%, dozadan asılıdır 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Müalicənin 2, 4, 8 və 12 həftəsindən sonra qanın müayinəsini etmək. Çox vaxt makrositoz və yüngül dərəcəli anemiya aşkar olunur ▶ Müalicə: eritropoetin preparatlarının transfuziyası və ya zidovudinin digər ƏTNI (tenofovir, abakavir və ya stavudin) ilə əvəz olunması
Periferik neyropatiya		
Didanozin, stavudin (d-preparatlar)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ağrı, ətraflarda paresteziya ▶ Pasiyentlərin 10-30%, bir neçə ildən sonra inkişaf edə bilər 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Neyropatiya simptomlarına nəzarət etmək, pasiyenti xəbərdar etmək ▶ Müalicə: ağrıkəsici, d-preparatının digər ƏTNI ilə əvəz edilməsi (zidovudin, tenofovir və ya abakavir)
Piy toxumasının atrofiyası		
Stavudin və digər ƏTNI	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Yanaqlar və ətraflar nahiyəsində piy toxumasının azalması ▶ Çox vaxt uzunmüddətli müalicə zamanı təsadüf edilir (mitoxondrial toksiklik) 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Pasiyentə nəzarət etmək, dəyişiklikləri başlanğıc göstəricilərlə müqayisə etmək ▶ Stavudini tenofovir və ya abakavir ilə əvəz etmək. Əgər atrofiya geriyyə dönməzdirsə, plastik cərrahiyyə əməliyyatın edilməsini nəzərdən keçirmək
Piy toxumasının toplanması		
PI	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Gövdənin, süd vəzilərinin piylənməsi, “öküz donqarı” ▶ 20-80% 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Antropometrik göstəriciləri müəyyən etmək və onları əvvəlkilərlə müqayisə etmək ▶ Əgər pasiyent lipodistrofiya/lipoatrofiyanı ağır keçirirsə, PI-ni ƏTQNI ilə əvəz etmək; plastik əməliyyata ehtiyac ola bilər

Səpki		
Azalan qaydada: ƏTQNİ >amprenavir* >abakavir*	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ləkəli-papulyoz (düyünlü) qaşınan səpki ▶ ƏTQNİ-15 %, amprenavir -20 %, abakavir-5 % 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Tez-tez bədən temperaturunu ölçmək və qaraciyər funksiyasının biokimyəvi göstəricilərini və KFK-ni qiymətləndirmək ▶ Digər preparatlara qarşı allergiyanı istisna etmək (TMP/SMK, antibiotiklər); bəzi hallarda ART fonunda səpginin spontan həlli baş verir ▶ Nevirapini efavirenzlə və ya əksinə əvəz etmək olar; əgər səpqi saxlanılırsa, digər sxemi sinamaq
Aminotransferazaların aktivliyinin artması		
ƏTQNİ (hamısı) və Pİ (hamısı)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Qaraciyər fermentlərinin aktivliyinin başqa görünən səbəblər olmadan artması ▶ Pİ və ƏTQNİ ilə müalicə zamanı 8-15% ▶ Çox vaxt xronik B və C hepatitli pasiyentlərdə inkişaf edir 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ALT-nin aktivliyini hər 3 aydan bir ölçmək; digər səbəbləri istisna etmək (hepatit, dərman vasitələri) ▶ Çox vaxt fermentlərin səviyyəsi ƏTQNİ və ya Pİ ilə müalicəni davam etdikdə normallaşır ▶ ƏTQNİ və ya Pİ-ni ləğv etmək
Mədə-bağırsağ pozuntuları		
Pİ (hamısı), zidovudin, didanozin	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ürəkbulanma, qusma, diareya ▶ Yayılmış haldir 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Digər səbəbləri istisna etmək (İBİS zamanı SMV-kolit, kriptosporidioz və mikrosporidioz, hansı ki, eləcə də ART başladıqdan sonra ilk həftələrdə inkişaf edə bilər) (A) ▶ Əgər diareyanın başqa səbəbləri yoxdursa, loperamid təyin etmək; ürəkbulanma və qusma zamanı metoklopramid və ya ondansetron təyin etmək
MSS tərəfindən pozuntular		
Efavirenz	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Gecə qarabasmaları, fikiri bir yerə toplama pozuntuları, depressiya (intihar riski) ▶ 50% 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Pasiyenti xəbərdar etmək, psixiatrik anamnezi toplamaq, psixiatrın konsultasiyasına yönəltmək ▶ Adətən müalicə tələb olunmur; simptomlar 5-21 gün ərzində keçir

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri

İnsulinə rezizstentlik		
PI (atazanavirdən başqa hamısı), xüsusilə indinavir	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Qlükozaya toleranlığa peroral test zamanı qlükoza səviyyəsinin artması, qlükoza səviyyəsinin səhər acqarına artması ▶ 5% 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Qanda qlükozanın acqarına səviyyəsinə nəzarət etmək ▶ Müalicə: pəhriz, fiziki məşqlər, metformin və ya tiazolidindionun törəmələri ▶ Pİ-ni ƏTQNİ ilə əvəz etmək
Hiperlipidemiya		
Stavudin >PI (atazanavirdən başqa hamısı)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Qanda lipidlərin səviyyəsinin artması, ÇASL, xolesterin, triqliseridlərin səviyyəsinin artması (hipertriqliseridemiya stavudınla müalicədə xüsusilə nəzərə çarpır) ▶ Tezlik fərqlənir 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ART-dən əvvəl və hər 6 aydan bir lipidlərin səviyyəsinə ölçmək ▶ Lipid, xolesterin və triqliseridlərin səviyyəsinin artması zamanı aparılan müalicəyə dair tövsiyələrə əsasən müalicə etmək ▶ Hipolipidemik vasitələr təyin etmək: Hidroksimetilqlutaril Koenzim A (HMQ-KoA) -reduktazanın inhibitorları və fibroy turşusunun törəmələri; dərmanların qarşılıqlı təsirlərinə dair ehtiyat etmək (simvastatin, lovastatinlə birgə təyin etməmək)
Hiperbilirubinemiya		
Atazanavir* >indinavir*	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Bilirubin səviyyəsinin artması (təhlükəsizdir, qaşınma mümkündür; qaraciyərin uzunmüddətli zədələnməsi müşahidə olunmur, dəyişikliklər geri döndürülür) ▶ Tezlik fərqlənir 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Qanda bilirubin səviyyəsinə ölçmək və simptomatikaya nəzarət etmək ▶ Preparatı yalnız dözülməz olduqda ləğv etmək, Pİ ilə əvəz etmək
Nefrolitiaz		
İndinavir	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Qarında ağrı, hematuriya, böyrək sancıları ▶ İldə 10% ▶ Sutka ərzində 3 l-dən çox maye qəbul etdikdə — 10%-dən az 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Sidik müayinəsinə, kreatinin səviyyəsinə nəzarət etmək ▶ Müalicə-nefrolitiazın digər növlərində olduğu kimi

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri

Dərmanların qarşılıqlı təsirləri

ART zamanı dərmanların qarşılıqlı təsiri ciddi problem ola bilər. İYİ-lər həm İİV infeksiyasının, həm də onun ağırlaşmalarının, eləcə də yanaşı gedən xəstəliklərin müalicəsi üçün çoxlu müxtəlif dərman vasitələri qəbul etməli olurlar.

Bununla bərabər, bəzi preparatları bir yerdə təyin etmək olmaz, bəzilərini isə olar. Sonuncular çoxdur, lakin onların qarşılıqlı təsiri əlavə təsir riskini artırır ki, onları da diqqətlə izləmək lazımdır. Kontraseptivlərin effektivliyi azala bilər. ƏTQNİ və Pİ ilə dərmanların qarşılıqlı təsiri *Cədvəl 12* və *13*-də göstərilmişdir.

Cədvəl 12. ƏTQNİ-nin bəzi dərman vasitələri ilə qarşılıqlı təsiri

ƏTQNİ (preparat A) ^a		birgə (preparat B)	Qarşılıqlı təsirin nəticəsi	Əhəmiyyət ^b
Efavirenz	Nevirapin			
+		Çovdar mahmızı alkaloidi	B səviyyəsinin ↑	++ (çəkinmək)
	+	Antiaritmik vasitələr: lidokain, amiodaron, digərləri	B səviyyəsinin ↑və↓	++ (ehtiyatla təyin etmək)
+	+	Qıcolmaya qarşı: karbamazepin, fentoin*, fenobarbital	B və/və ya A səviyyəsinin; əvəzində qabapentindən istifadə etmək	++
(+) ^c	+	itrakonazol, ketokonazol	B səviyyəsinin	+
	+	siklosporin, takrolimus, sirolimus	B səviyyəsinin ↑	++
++	+	midazolam, alprazolam, triazolam	B səviyyəsinin ↑	++
	+	kalsium antaqonistləri	B səviyyəsinin ↑	++
+	+	sildenafil, vardenafil, tadalafil*	B səviyyəsinin ↑	++
	+	fentanil	A səviyyəsinin ↑	++
+	+	metadon	B səviyyəsinin ↓	++
+	+	kontraseptivlər	B səviyyəsinin ↑və↓	++
+	+	rifampisin, rifabutin*	B səviyyəsinin ↑və↓, A səviyyəsinin ↓ (ehtiyatla)	++
+	+	dazı otu preparatları	B səviyyəsinin ↓	++
+	+	varfarin	B səviyyəsinin ↑	++

^a + və ya ++ A preparatına münasibətdə onun B preparatının səviyyəsinə təsir dərəcəsinə göstərir.

^b Əhəmiyyət: + o deməkdir ki, qarşılıqlı təsirlər klinik cəhətdən əhəmiyyətli ola bilər, ++ — qarşılıqlı təsirlər şübhəsiz klinik əhəmiyyətlidir.

^c (+) və yaxud (-) — qeyri-sabit nəticələr

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri

Cədvəl 13. Proteaza inhibitorlarının bəzi dərman vasitələri ilə qarşılıqlı təsiri

Proteaza inhibitorları (preparat A) ^a							Birgə (preparat B)	Qarşılıqlı təsir	Əhəmiyyət ^b
Amprenavir [*]	Atazanavir [*]	İndinavir [*]	Lopinavir [*]	Nelfinavir [*]	Ritonavir [*]	Sakinavir [*]			
					+		Fentanil, tramadol, hidrokodon [*]	B səviyyəsinin ↑	+
			+		+		Kodein, morfin, metadon	B səviyyəsinin ↓	+
+	+	+	+	+	+	+	Amiodaron, lidokain, flekainid	B səviyyəsinin ↑	+
+		+	+	+	+	+	Karbamazepin, klonazepam [*] , fentoin [*] , fenobarbital	B səviyyəsinin ↑ A səviyyəsinin ↓	++ (çəkinmək)
+	+	+			+		Tritsiklik antidepressantlar	B səviyyəsinin ↑	+
	+				+		Bütün digər antidepressantlar	B səviyyəsinin ↑	+
					+		Loratadin	B səviyyəsinin ↑	++
			+				Atovakvon	B səviyyəsinin ↓	+
+	+	+	++	+	+	++	Benzodiazepinlər	B səviyyəsinin ↑	++
					+		Betaadrenoblokatorlar	B səviyyəsinin ↑	+
+	+	+	+	+	+	+	Kalsium antaqonistləri	B səviyyəsinin ↑	++
	+				+	+	Böyrək funksiyaları pozulduqda klaritromisin, eritromisin	B səviyyəsinin ↑	+ (ehtiyatla)
+		+		+	+	+	Klaritromisin, eritromisin	B və A səviyyəsinin ↑	+

^a Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri

	+		+	+	+		Kontraseptivlər	B səviyyəsinin ↓	++
+			+		+	+	Qlükokortikoidlər	B səviyyəsinin ↑ A səviyyəsinin ↓	+
+	+	+	+	+	+	+	Siklosporin	B səviyyəsinin ↑	+
+	+	+	+	+	+	+	Çovdar məhmızı alkaloidləri	B səviyyəsinin ↑	++ (çəkinmək)
+	++	+	+	+	+	+	H ₂ , K ⁺ AT Fazaların inhibitorları	A səviyyəsinin ↓	++ (ehtiyatla) (++, atazanavirdən - çəkinmək)
+	++	+	+	+	+	+	H ₂ - blokatorlar	A səviyyəsinin ↓	++ (ehtiyatla) (++, atazanavirdən — çəkinmək)
+	+	+	+	+	+	+	Lovastatin, simvastatin	B səviyyəsinin ↑	++ (çəkinmək)
	+						İrinotekan	A səviyyəsinin ↑	++ (çəkinmək)
+		+	+	+		+	Ketokonazol, itrakonazol	A səviyyəsinin ↑ A səviyyəsinin ↑	+
+	+	+	+	+	+	+	Pimozid	A səviyyəsinin ↑	++ (çəkinmək)
+	+	+	+	+	+	+	Rifampisin	B səviyyəsinin ↑ A səviyyəsinin ↓	++ (çəkinmək)
+	+	+	+	+	+	+	Rifabutin	B səviyyəsinin ↑ A səviyyəsinin ↓	+ (dozını ehtiyatla korreksiya etmək)
+	+	+	+	+	+	+	Sildenafil	B səviyyəsinin bəzən ↑, bəzən ↓	++
+	+	+	+	+	+	+	Dadı otu preparatı	A səviyyəsinin ↓	++ (çəkinmək)
	+						Tenofovir	A səviyyəsinin ↓	++ (ritonaviri əlavə etmək)
		+	+		+		Teofillin	B səviyyəsinin ↓	+
+	+		+		+		Varfarin	B səviyyəsinin ↑	+

^a + və/ya++ A preparatına münasibətdə onun B preparatının səviyyəsinə təsir dərəcəsinə göstərir

^b **Əhəmiyyət:** + o deməkdir ki, qarşılıqlı təsirlər klinik cəhətdən əhəmiyyətli ola bilər, ++ - qarşılıqlı təsirlər şübhəsiz klinik əhəmiyyətlidir.

Əlavələrin siyahısı

- Əlavə 1* İİV infeksiyasının əvvəlki müalicəsi barədə şəxsi məlumatlar
- Əlavə 2* Nazirlər Kabinetinin qərarı
- Əlavə 3* İİV-li xəstələrin anonim qaydada müayinə və ixtisaslaşdırılmış müalicəsinə cavabdeh olan tibb müəssisələrinin siyahısı
- Əlavə 4* İİV infeksiyasının antiretrovirus preparatları ilə müalicəsinə (ARV terapiyasına) könüllü razılıq forması
- Əlavə 5* Regional ARV terapiyası Mərkəzlərinin siyahısı
- Əlavə 6* ARV preparatlar barədə əsas məlumatlar
- Əlavə 7* Müalicəyə bağlılığın qiymətləndirilmə üsulları
- Əlavə 8* İİV infeksiyasının klinik təsnifatı (ÜST-2012-ci il)
- Əlavə 9* ARV preparatlarının siyahısı
- Əlavə 10* Lüğət
- Əlavə 11* Tibb müəssisələrində toplanması məsləhət görülən məlumatların minimal siyahısı

**Azərbaycan Respublikası Nazirlər Kabinetinin “İnsanın
immünçatışmazlığı virusunun törətdiyi xəstəliklə mübarizə
haqqında Azərbaycan Respublikası Qanununun tətbiqi ilə bağlı
bəzi normativ hüquqi aktların təsdiq edilməsi barədə”
62 nömrəli 27 aprel 2011-ci il tarixli Qərarı ilə təsdiq
edilmiş
“İnsanın immünçatışmazlığı virusu ilə yaşayan şəxslərə dövlət
büdcəsinin vəsaiti hesabına göstərilən tibbi yardımın həcmi”
(3 nömrəli əlavə).**

Bu sənəd “İnsanın immünçatışmazlığı virusunun törətdiyi xəstəliklə mübarizə haqqında” Azərbaycan Respublikası Qanununun tətbiq edilməsi barədə” Azərbaycan Respublikası Prezidentinin 2010-cu il 10 iyun tarixli 280 nömrəli Fərmanının 1.5-ci bəndinin icrası ilə əlaqədar hazırlanmışdır və insanın immünçatışmazlığı virusu ilə yaşayan şəxslərə dövlət büdcəsinin vəsaiti hesabına göstərilən tibbi yardımın həcmi müəyyən edir (*Cədvəllər 1, 2, 3*).

Laboratoriya müayinələri

Sıra №-si	Müayinələrin növü	Məqsəd qrupları, müayinələrin keçirilməsinin müddətləri və halları
1	2	3
1. İnfeksiyanın aşkarlanması və qiymətləndirilməsi		
1.1.	İİV-ə seroloji testlər: skrining testi (İFA), sonrakı təsdiqləyici testlər (İFA, immunoblotting və polimeraz zəncirvari reaksiya – PZR)	bütün xəstələr üçün
1.2.	İmmunoloji statusun təyin edilməsi	6 ayda 1 dəfə
1.3.	Virus yükünün PZR üsulu ilə təyin edilməsi	6 ayda 1 dəfə
2. Digər infeksiyalara görə müayinə		
2.1.	İFA üsulu ilə sifilisə görə müayinə	bütün xəstələr üçün: qeydiyyatda götürülərkən, nəticə mənfi alındıqda, risk qrupu nümayəndələri üçün - ildə 1 dəfə

2.2.	Hepatit C-yə görə seroloji test: hepatit C virusuna (HCV) anticisimlərin müəyyən edilməsi	bütün xəstələr üçün: qeydiyyatda götürülərkən, nəticə mənfi alındıqda, risk qrupu nümayəndələri üçün - ildə 1 dəfə
2.3.	Hepatit B-yə görə seroloji test: hepatit B virusunun (HBV) səthi antigeninin - HbsAg-in müəyyən edilməsi	bütün xəstələr üçün: qeydiyyatda götürülərkən, nəticə mənfi alındıqda, risk qrupu nümayəndələri üçün - ildə 1 dəfə
2.4.	Toksoplazmaya qarşı Ig-G-anticisimlərin İFA üsulu ilə müəyyən edilməsi	göstəriş olarsa: CD4 limfositlərinin sayı 100 mkl-dən az olan pasiyentlər üçün
2.5.	Qonoreyaya görə və urogenital xlamidiozun aşkarlanması üçün yaxmanın götürülməsi	göstəriş olarsa
2.6.	Sitomeqalovirusun antigeninin müəyyən edilməsi (erkən antigen pp65)	göstəriş olarsa: CD4 limfositlərinin sayı 100/mkl-dən az olan pasiyentlər üçün
2.7.	Kriptokokkoz törədicisinin antigeninin təyin edilməsi	göstəriş olarsa: CD4 limfositlərinin sayı <200/mkl və xəstəliyin əlamətləri olduqda

3. Ümumi laboratoriya müayinələri

3.1.	Qanın ümumi müayinəsi (trombositlərin təyin edilməsi və diferensiasiyası ilə)	6 ayda 1 dəfə
3.2.	Qaraciyər funksiyasının biokimyəvi göstəricilərinin təyin edilməsi (ALT, AsAT, qələvi fosfataza, bilirubin)	6 ayda 1 dəfə
3.3.	Böyrək funksiyası göstəricilərinin təyin edilməsi (kreatinin, sidik cövhəri)	6 ayda 1 dəfə
3.4.	Laktatdehidrogenaza	göstəriş olarsa
3.5.	BNM (beynəlxalq normalaşdırılmış münasibət) sürətli testi (protrombin vaxtı)	göstəriş olarsa

3.6.	Hamiləlik testi	ART-yə başlamazdan əvvəl, reproduktiv yaşlı qadınlar üçün
3.7.	Opioidlər testi	venadaxili narkotik istifadəçiləri üçün
3.8.	Xolesterinin (yüksək sıxlıqlı lipoproteidlər (YSL), çox aşağı sıxlıqlı lipoproteidlər (ÇASL), triqliseridlər, lipaza, C-reaktiv zülal, qlükoza və tireotrop hormonun (TTH) müəyyən edilməsi (mümkün olduqda)	göstəriş olarsa
4. Əlavə müayinələr		
4.1.	Tuberkulin sınağı	vərəm simptomları olmayan pasiyentlər üçün - ildə 1 dəfə
4.2.	Döş qəfəsinin rentgenoskopiyası	6 ayda 1 dəfə
4.3.	Bəlgəmin mikroskopik müayinəsi	vərəm simptomları olan pasiyentlər üçün - 3 dəfə təkrar
4.4.	Bəlgəmin kultural müayinəsi	göstəriş olarsa
4.5.	EKQ	ürək-damar xəstəliklərinin yüksək riski olduqda
4.6.	Ultrasəs	göstəriş olarsa: virus hepatitləri C və B, ağciyərdən kənar TB, şişlər
4.7.	Endoskopiya	göstəriş olarsa: mədə-bağırsaq traktı xəstəliklərinin kliniki əlamətləri
4.8.	Kompüter tomoqrafiyası	göstəriş olarsa
4.9.	Nüvə-mağnit rezonansı	göstəriş olarsa
4.10.	Histoloji müayinə	göstəriş olarsa: limfoproliferativ xəstəliklər və şişlər

Sahələr üzrə mütəxəssislərin konsultasiyaları

Sıra №-si	Konsultasiyaların növü	Məqsəd qrupları, konsultasiyaların keçirilməsinin müddətləri və halları
1.	Ftiziatr	6 ayda 1 dəfə
2.	Narkoloq	venadaxili narkotik istifadəçiləri üçün - mütəmadi olaraq
3.	Nevropatoloq	göstəriş olarsa
4.	Oftalmoloq	CD4 - limfositlərinin sayı 100 mkl-dan az olan pasiyentlər üçün - 3 ayda 1 dəfə
5.	Stomatoloq	ağız boşluğunun kandidozu, tükü leykoplakiya, birincili sifilis olduqda
6.	Ginekoloq	uşaqlıq boynu xərçənginin aşkar edilməsi məqsədi ilə - 6 ayda 1 dəfə
7.	Dermatoveneroloq	cinsi yolla yoluxan infeksiyaların əlamətləri olduqda

ARV-terapiya tətbiq olunan xəstələrdə müalicənin monitorinqi üçün təkrar müayinələr

Sıra №-si	Müayinələrin növü	Keçirilmə müddəti
1.	Virus yükünün müəyyən edilməsi	müalicənin 8, 24, 36, 48-ci həftəsində
2.	CD-4 limfositlərinin sayının müəyyən edilməsi	müalicənin 8, 24, 36, 48-ci həftəsində
3.	Qanın ümumi müayinəsi	müalicənin 4, 8, 24, 36, 48-ci həftəsində
4.	Qaraciyər funksiyasının biokimyəvi müayinəsi	müalicənin 4, 8, 16, 24, 36, 48-ci həftəsində
5.	Xolesterin və triqliseridlərin müəyyən edilməsi	müalicənin 16, 48-ci həftəsində (sxemdə Proteaza inhibitorları olarsa)

***Qeyd.** Bu tədbirlərin icrası ilə əlaqədar tələb olunan xərclər Azərbaycan Respublikasının dövlət büdcəsinin mərkəzləşdirilmiş xərclərində hər il Azərbaycan Respublikasının Səhiyyə Nazirliyi üçün nəzərdə tutulmuş vəsait hesabına həyata keçirilir.*

İİV-li xəstələrin anonim qaydada müayinə və ixtisaslaşdırılmış müalicəsinə cavabdeh olan tibb müəssisələrinin

SİYAHISI

Sıra №-si	Tibbi yardımın növləri	Cavabdeh tibb müəssisələri və baş mütəxəssislər
1.	Ftziopulmonoloji yardım	4№-li vərəm əleyhinə dispanser, Elmi-Tədqiqat Ağciyər Xəstəlikləri İnstitutu
2.	Dermatoveneroloji yardım	Respublika dəri-zöhrəvi dispanseri
3.	Psixiatrik yardım	1№-li Psixiatriya Xəstəxanası
4.	Onkoloji yardım	Milli Onkologiya Mərkəzi
5.	Cərrahi yardım	M.A.Topçubaşov adına Elmi Tədqiqat Klinik və Eksperimental Cərrahiyyə İnstitutu
6.	İnfeksiyon xəstəliklər üzrə yardım	V.Axundov adına Elmi-Tədqiqat Milli Profilaktika İnstitutu, Klinik Tibbi Mərkəzi
7.	Hematoloji yardım	B.Eyvazov adına Elmi-Tədqiqat Hematologiya və Transfuziologiya İnstitutu
8.	Stomatoloji yardım	SN Stomatoloji poliklinikası (Stomatoloji Mərkəz)
9.	Terapevtik, otolarinqoloji, pulmonoloji, nevroloji, gastro-enteroloji, proktoloji yardım	Akademik Mirqasımov adına Respublika klinik xəstəxanası
10.	Mama-ginekoloji yardım	Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutu
11.	Narkoloji yardım	Respublika Narkoloji Dispanseri
12.	Pediatrik yardım	K.Fərəcova adına Elmi-Tədqiqat Pediatriya İnstitutu
13.	Oftalmoloji yardım	Akademik Z.Əliyeva adına Elmi-Tədqiqat Göz xəstəlikləri İnstitutu
14.	Travmatoloji yardım	Elmi-Tədqiqat Travmatologiya və Ortopediya İnstitutu
15.	Neyrocərrahi yardım	Respublika Neyrocərrahiyyə xəstəxanası
16.	Uronefroloji yardım	Respublika Klinik Uroloji xəstəxanası
17.	Endokrinoloji yardım	Respublika Endokrinoloji Dispanseri

Qeyd: təcili və ilkin tibbi yardım ümumi qaydalar üzrə ərazi prinsipinə uyğun müvafiq tibb müəssisələri tərəfindən göstərilir.

***İİV infeksiyasının antiretrovirus preparatları ilə müalicəsinə
(ARV terapiyasına) könüllü razılıq
(nümunə)***

Mən _____
(soyadı, adı və atasının adı)

İİV-kod _____

_____ il təvəllüdlü ARV terapiyasının (ART) aparılmasına
könüllü razılığımı verirəm.

Təsdiq edirəm ki:

- ▶ Təyin edilmiş ARV terapiyasının mahiyyəti və onun vacibliyi mənə ətraflı izah olunmuşdur;
- ▶ Təyin olunmuş ARV preparatlarının təsiri və əks-təsiri haqqında məlumat verilmişdir;
- ▶ Müalicə zamanı yarana biləcək hər hansı bir narahatçılıq hallarında təcili olaraq həkimə müraciət edilməsinin vacibliyi mənə bildirilmiş və kontakt telefonu verilmişdir.

Dərk edirəm ki:

- ▶ ARV terapiyası orqanizmində olan insanın immunçatışmazlığı virusunun (İİV) azalmasına və İİV infeksiyasının nəticəsində yaranan ikincili xəstəliklərin qarşısının alınmasına yönəlmişdir. Eyni zamanda bu dərmanlar mənim tam müalicə olunmağıma və digər şəxsləri yoluxdurمامağıma zəmanət vermir;
- ▶ ARV preparatlarının, digər dərman preparatlarında olduğu kimi, kənar təsirləri ola bilər;
- ▶ Tibbi göstərişlərə görə ARV terapiyasının sxemləri dəyişdirilə bilər;
- ▶ ARV terapiyası rejiminin pozulması, yaxud öz başına dayandırılması xəstəliyin ağırlaşması ilə nəticələncək;
- ▶ ARV terapiyası rejiminin pozulması, yaxud öz başına dayandırılmasına görə ART həkim tərəfindən dayandırıla bilər.

Mən iltizam verirəm:

- ▶ Müalicənin gedişinə nəzarət məqsədi ilə müəyyən edilmiş *Cədvələ* görə vaxtı-vaxtında tibbi müayinələrdən keçmək və tələb olunan analizlərinin aparılması üçün qan və sidik vermək;
- ▶ ARV preparatlarının qəbulu rejiminə ciddi və dəqiq riayət etmək;
- ▶ ARV terapiyasının hər hansı səbəbdən pozulması və ya dayandırılması haqda müalicə həkimimə dərhal məlumat vermək;
- ▶ Müalicə zamanı səhhətimdə baş verən dəyişikliklər barədə (əgər həmin dəyişiklikləri qəbul etdiyim ARV preparatlarla əlaqələndirəmsə) dərhal həkimə məlumat vermək;
- ▶ Mənə verilən ARV preparatlarını digər şəxslərə verməmək;
- ▶ ARV terapiyası zamanı müalicə həkimimlə məsləhətləşməmiş digər dərman preparatlarını qəbul etməmək.

İmza: _____

(soyadı, adı və atasının adı)

Tarix: _____

Həkim: _____

(soyadı, adı və atasının adı)

Tarix: _____

**Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin “Respublikada
İİV infeksiyasına yoluxmuş xəstələr üçün antiretrovirus-terapiya
mərkəzlərinin yaradılması barədə” 18 mart 2011-ci il tarixli
40 №-li əmrinə Əlavə**

**Regional ARV terapiyası mərkəzlərinin
SİYAHISI**

Sıra №-si	Tibb müəssisəsi
1	Gəncə Şəhər Səhiyyə İdarəsinin Yoluxucu Xəstəliklər Xəstəxanası
2	Şirvan Şəhəri Mərkəzi Xəstəxanasının infeksiyon şöbəsi
3	Quba Rayon Mərkəzi Xəstəxanasının infeksiyon şöbəsi
4	Şəki Rayon Mərkəzi Xəstəxanasının infeksiyon şöbəsi
5	Lənkəran Rayon Mərkəzi Xəstəxanasının infeksiyon şöbəsi
6	Naxçıvan MR QIÇS-lə Mübarizə Mərkəzi

ARV preparatları barədə əsas məlumatlar

Cədvəl 15. ARV preparatları barədə əsas məlumatlar

Adı	İngilis abbreviaturası	Dərmanın dozası	Gündəlik dozalar	Qeydlər	Əsas əlavə təsirlər (Cədvəl 11)	Davamlılıq mutasiyaları (birincili, ikincili)
ƏTNİ						
Abakavir*	ABC	300 mq	Həb 300 mq gündə 2 dəfə, yaxud 600 mq gündə 1 dəfə	Anamnezdə hiperhəssaslıq olduqda preparatı təkrar təyin etməmək	Hiperhəssaslıq reaksiyası (qızdırma, səpgi, qripəbənzər sindrom, MBT və ağciyərlər tərəfindən simptomlar)	<u>65R, 74V, 115F</u> 184V/I
Didanozin*	ddl	250 mq 400 mq	Bədən çəkisi ≥ 60 kq: həb 400 mq gündə 1 dəfə, <60 kq: həb 250 mq gündə 1 dəfə	Yeməkdən 2 saat sonra qəbul etmək. Sxemdə tenofovir varsa, dozanı azaltmaq ribavirinlə təyin etməmək	Periferik polineyropatiya, pankreatit, laktasidoz	65R, <u>74V</u>

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri

Zidovudin	ZDV	300 mq	Həb 300 mq gündə 2 dəfə	Stavudinlə birgə təyin etməmək; 65R və 184V mutasiyalar preparata həssaslığı artırır	Anemiya, mədə-bağırsaq pozuntuları, başağrısı	41L, 67N, 70R, 210W, <u>215Y/E</u> , 219Q/E
Lamivudin	3TC	300 mq 150 mq	Həb 300 mq gündə 1 dəfə yaxud 150 mq gündə 2 dəfə		Diareya (nadir hallarda)	65R, <u>184V/I</u>
Stavudin*	d4T	30 mq	Kapsul 30 mq gündə 2 dəfə	Zidovudinlə birgə təyin etməmək	Periferik neyropatiya, lipodistrofiya, ALT/AST - aktivliyinin yüksəlməsi	41L, 67N, 70R, <u>75T/M/S/A</u> , 210W, <u>215Y/E</u> , 219Q/E
Tenofovir	TDF	300 mq	Həb 300 mq gündə	Didanozinin dozasını azaltmaq, stavudinlə kombinasiya etməmək; böyrək çatışmazlığı zamanı ehtiyatla istifadə etmək (dozanı azaltmaq)	Böyrək çatışmazlığı	41L, <u>65R</u> , 10W
Emtrisitabin	FTC	200 mq	Kapsul gündə 1 dəfə 200 mq		Lamivudindəki kimi	65R, <u>184V/I</u>

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri

Abakavir + lamivudin	KVX	600 mq abakavir, 300 mq lamivudin	1 həb gündə 1 dəfə			
Tenofovir + emtrisitabin	TVD	300 mq tenofovir, 200 mq emtrisitabin	1 həb gündə 1 dəfə			
Zidovudin + lamivudin	CBV	300 mq zidovudin, 150 mq lamivudin	1 həb gündə 2 dəfə	Zidovudin çox yüksək dozalarda qəbul olunduqda (əvvəllər istifadə olunurdu) əlavə təsirlər riski yüksəkdir		
Zidovudin + lamivudin + abakavir	TZV	300 mq zidovudin, 150 mq lamivudin, 300 mq abakavir	1 həb gündə 2 dəfə	Gündə 1 dəfə qəbul etmək üçün deyil		

ƏTQNI						
Delavirdin	DLV	200 mq 100 mq	2 həb hər biri 200 mq gündə 3 dəfə və yaxud 4 həb hər biri 100 mq gündə 3 dəfə	Avropada istifadə olunmur	Səpqi, mədə-bağırsaq pozuntuları, diareya	K103N/S, Y181C/I, P236L, G190A/S/E/Q/C, Y188L/H/C, V106A/M, K101E/P, M230L, K238T/N, F318L, V179D/E
Nevirapin*	NVP	200 mq	Həb 200 mq gündə 2 dəfə	İlk 14 gün ərzində 200 mq gündə 1 dəfə, sonra 200 mq gündə 2 dəfə	Səpki, qaraciyər fermentlərinin aktivliyinin artması	100I, 101E, <u>103N</u> , <u>106A/M</u> , 108I, 179D/E, <u>181C/I</u> , <u>188C/H</u> , <u>190A/S</u> , <u>230L</u>
Efavirenz	EFV	600 mq	Həb 600 mq gündə 1 dəfə	Birinci dozanı axşam qəbul etmək	Başgicəllənməsi, yuxu pozuntusu, psixi pozuntular (depressiya, intihar riski)	100I, 101E, <u>103N</u> , <u>106A/M</u> , 108I, <u>181C</u> , 188L, 190A/S, 225H, <u>230L</u>

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri

Proteaza inhibitorları(Pİ)						
Atazanavir*	ATV	300 mq	Kapsul 300 mq gündə 1 dəfə + ritonavir kapsulu 100 mq gündə 1 dəfə	Artıq ART qəbul edən pasiyentlər üçün. Ritonavirlə birgə təyin etmək	Bilirubin səviyyəsinin yüksəlməsi (təhlükəsizdir)	24I, 33F/I/V, 36I/L/V, 46I/L, 50L, 54V/L/M/T, 82A/F/T/S, 84V, 88S, 90M
İndinavir*	IDV	400 mq	Kapsul 400 mq gündə 2 dəfə + ritonavir kapsulu 100 mq gündə 2 dəfə	Ritonavirlə birgə təyin etmək	Böyrəkdə daşlar, dislipoproteidemiya	24I, 32I, 36I, <u>46I/L</u> , 54V, <u>82A/F/T/S</u> , 84V, 90M
Lopinavir/ritonavir (təsbit edilmiş dozalı kombinasiya edilmiş preparat)	LPV/r	133 mq/ 33 mq 200 mq/ 50 mq	3 kapsul hər biri 133 mq/33 mq gündə 2 dəfə və yaxud 2 həb hər biri 200 mq/50 mq gündə 2 dəfə	Köhnə dərman formasından fərqli olaraq yenisini soyuducuda saxlamağa ehtiyac yoxdur; gündə 1 dəfə qəbulunun mümkünlüyü müzakirə olunur	Diareya, meteorizm, dislipoproteidemiya	10I/R/V, 20M/R, 24I, 32I, 33I/F/V, 46I/L, 53L, 54V/L, 63P, 71V, 82A/F/T, 84V, 90M
Nelfinavir*	NFV	250 mq 625 mq	2 həb hər biri 625 mq gündə 2 dəfə və yaxud	Yemək zamanı qəbul etmək (sorulma 270%)	Diareya, meteorizm	<u>30N</u> , 36I, 46I/L, 54V/L/M/T,

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri

			5 həb hər biri 250 mq gündə 2 dəfə	yaxşılaşır); ritonavirlə gücləndirilmə tələb olunmur		<u>82A/F/T/S, 84V, 88D/S, 90M</u>
Ritonavir	RTV	100 mq	Yalnız gücləndirici qismində		Dislipo-proteidemiya, qaraciyər fermentlərinin aktivliyinin artması, diareya	
Sakvinavir*	SQV	500 mq	2 kapsul hər biri 500 mq gündə 2 dəfə + 2 kapsul ritonavir hər biri 100 mq gündə 2 dəfə	Yeni həblər hər biri 500 mq; 2004-cü ilədək həblər 200 mq buraxılırdı Ritonavirlə təyin etmək	Diareya və digər mədə-bağırsaq pozuntuları, dislipoproteidemiya	<u>48V, 53L, 54V/L, 82A/F/T, 84V, 90M</u>
Tipranavir*	TPV	250 mq	2 kapsul hər biri 250 mq gündə 2 dəfə + 2 kapsul ritonavir hər biri 100 mq gündə 2 dəfə	Artıq ART qəbul etmiş pasiyentlər üçün. Digər Pİ ilə kombinasiya etməmək. Ritonavirlə təyin etmək	Dislipoproteidemiya (nəzərə çarpan), qaraciyər fermentlərinin aktivliyinin artması, diareya	13L/V, 20M/R/V, 33F/I, 35D/N, 36I, 45R, 46I/L, 47V, 54A/M/T/V, 58E, 66F, 69K, 71I/K, 74P, 82F/L/T, 84C/V, 90M, 91S

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri

Fosamprenavir*	FPV	700 mq	Həb 700 mq gündə 2 dəfə +ritonavir kapsulu 100 mq gündə 2 dəfə	Artıq ART qəbul etmiş pasiyentlər üçün dozalar. Ritonavir ilə təyin etmək	Səpgi, başağrısı, diareya, dislipoproyeide miya	32I,47V, <u>50V</u> , <u>54L/M</u> , 82A/F/T/S, <u>84V</u>
-----------------------	-----	--------	--	---	---	--

Birləşmə inhibitorları						
Enfuvirtid*	ENF	90 mq	90 mq/ml dərialtı gündə 2 dəfə	Daxilə qəbul forması yoxdur	Dəri reaksiyaları (qaşınma, şişmə, ağrı)	gp 41 geninin bir nöqtəvi mutasiyası yaxud iki və ya gp 41 geninin 36 və 45 sahələri arasında üç nöqtəvi mutasiyası; gp 41 geninin 36-45 sahəsindən kənar mutasiyası
<i>Mənbə: Sande & Eliopoulos, 2004 uyğunlaşdırılmışdır; Gilbert, Moellering & Eliopoulos, 2005; Antoniu & Tseng, 2002, IAPAC, 2006 (137–139, 141)</i>						

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri

Müalicəyə bağlılığın qiymətləndirilmə üsulları

Müalicə rejiminə əməl etmənin pasiyentin özü tərəfindən qiymətləndirilməsi (özünə hesabat) – yaxşı üsuldur, lakin ideal deyil. Digər üsullarla müqayisədə belə qiymətləndirmə zamanı ART-yə bağlılıq yüksəldilə bilər. Həkim-pasiyent münasibətləri, xüsusilə təkbətək ünsiyyət zamanı, inam və problemi aşkar etmək istəyi üzərində qurulmalıdır. Tibb işçisi tərəfindən nəzarət əsasında aparılan üsullardan fərqli olaraq bu metod pasiyentin müalicəyə qarşı məsuliyyətini artırmağa imkan verir.

Tibb işçisi tərəfindən qiymətləndirilmə, araşdırmalar göstərdiyi kimi, çox təqribidir və bu metoddan istifadə etmək məsləhət görülmür.

Preparatın zərdabda konsentrasiyasının monitorinqi bahalı metoddur və hələ ki, ARV preparatlarının hamısında istifadə oluna bilmir. Bu metod müalicə rejiminə əməl etməyə müntəzəm nəzarət etmək üçün uyğun gəlmir və yalnız müayinə məqsədilə qan götürülən dövr üçün səciyyəvidir. Qanda preparatların səviyyəsi aşağı olduqda pasiyentlə müalicə rejiminə əməl etmə problemi barədə müzakirə aparmaq lazımdır. Zidovudin və az dərəcədə stavudin qəbulunun müntəzəmliyi barədə eritrositlərin orta həcmi kimi laborator göstəricilər əsasında mühakimə etmək olar.

Müalicənin monitorinqi sistemi çox vaxt tədqiqatlar üçün istifadə olunur. Dərman flakonunun üzərində olan elektrik cihaz flakonun qapağının açılma sayını qeydə alır. Bu göstərici ART-yə proqnozlaşdırılan virusoloji cavab ilə korrelyasiya edir. Bu üsul blister qablaşdırılmalı preparatlar üçün yararlı deyil.

Tibb işçisinin təyinatların yerinə yetirilməsinə nəzarət etmək üçün həblərin hesablanması və aptek formulyarının yoxlanılması pasiyent tərəfindən arzuolunmaz cəhd kimi qiymətləndirilə bilər. Bu üsul çox vaxt aparır və pasiyentlərin bütün həbləri özləri ilə daşmalarını tələb edir.

Həbləri tanıma sınağı – müalicəyə bağlılığın yeni qiymətləndirilmə metodu olub, dəqiqliyinə görə özünə hesabat – öz yararlılığını təsdiq edən metoda uyğun gəlir. Pasiyentə həb yığını içərisindən onun müalicə sxeminə daxil olan həbləri seçməsi təklif

edilir. Bu zaman müxtəlif həblər arasında “əkiz-həblər” – pasiyentə təyin edilənlərə oxşar, lakin eyni olmayan həblər olmalıdır.

Müalicə rejiminə əməl etmənin surroqat markerləri kifayət qədər etibarlıdır, lakin çox gec, pozuntular artıq nəzərə çarpanda aşkar olunur. Pİ tərkibli sxemlərin virusoloji effektivliyi olan pasiyentlərdə qanda Pİ-nin zəif konsentrasiyası, həblərin hesablanması testi üzrə müalicəyə bağlılığın zəifliyi və Pİ-yə qarşı genotipik davamlılığın olmaması aşkar edilir ki, bu da müalicənin effektivliyinin müalicə rejiminə pis əməl olunma ilə əlaqədar olduğunu sübut edir. Tibb işçiləri bu markerlərə ehtiyatla yanaşmalıdırlar, çünki preparatların aşağı səviyyəsi digər səbəblərlə də izah oluna bilər.

Böyükklər və yeniyetmələrdə İİV infeksiyasının klinik mərhələlərinin yenidən baxılmış ÜST təsnifatı (2012-ci il)

Böyükklər və yeniyetmələrdə İİV infeksiyasının klinik mərhələlərinin ÜST təsnifatı

(İİV-ə qarşı anticisim müayinəsinin müsbət nəticələri olan 15 yaşından artıq şəxslər üçün Avropa regionu üzrə müvəqqəti variant)

Kəskin İİV infeksiyası

- ▶ Simptomsuz gediş
- ▶ Kəskin qızdırmalı faza (kəskin retrovirus sindromu)

Klinik mərhələ 1

- ▶ Simptomsuz gediş
- ▶ Persistedici generalizə olunmuş limfadenopatiya

Klinik mərhələ 2

- ▶ Anqulyar xeylit
- ▶ Kəmərləyici dəmrov
- ▶ Onixomikozlar
- ▶ Papulyoz- (düyünlü) qaşınan səpgi
- ▶ Residivləşən aftoz stomatit (son 6 ay ərzində iki dəfə və ya daha çox)
- ▶ Tənəffüs yollarının residivləşən infeksiyaları (istənilən 6 ay ərzində iki dəfə və ya daha çox sinusit , orta qulaq otiti, bronxit, faringit və ya traxeit halı)
- ▶ Seboreya dermatiti
- ▶ Ağız boşluğunun tüklü leykoplakiyası
- ▶ İzah olunmayan arıqlama (çəkinin 5-10% itirilməsi)

Klinik mərhələ 3

- ▶ Kəskin xoralı-nekrotik stomatit, gingivit və ya periodontit
- ▶ Ağız boşluğu və (və ya) udlağın residivləşən kandidozu (6 ay ərzində iki dəfə və ya daha çox)
- ▶ Bir aydan çox davam edən izah olunmayan xronik diareya
- ▶ Bir aydan çox davam edən etiologiyası naməlum olanqızdırma (daimi və ya residivləşən)
- ▶ Hematoloji pozuntular: izah olunmayan anemiya, neytropeniya, trombositopeniya
- ▶ Ağır bakterial infeksiyalar (məsələn, pnevmoniya, plevranın empiyeması, piomioz, sümük və oynaqların infeksiyası, meningit, bakteriemiya)
- ▶ İzah olunmayan arıqlama (çəkinin 10% artıq itirilməsi)
- ▶ Ağciyərlərin vərəmi

Klinik mərhələ 4

- ▶ Ağciyərdənkənar vərəm (limfadenitdən başqa)
- ▶ Uşaqlıq boynunun invaziv xərçəngi
- ▶ İİV infeksiyası ilə əlaqədar olan kaxeksiya sindromu
- ▶ Pnevmosist pnevmoniya
- ▶ Residivləşən ağır və ya rentgenoloji olaraq təsdiqlənmiş bakterial pnevmoniya (il ərzində iki dəfə və ya daha çox)
- ▶ Sadə Herpes virusu törədən infeksiyalar: daxili üzvlərin zədələnməsi ilə və ya dəri və selikli qişaların xronik xorası (1 aydan artıq persistə edən)
- ▶ Qida borusu və ya aşağı tənəffüs yollarının kandidozu
- ▶ Sitomeqaloviruslu retinit, kolit, ezofagit
- ▶ Disseminə olunmuş göbələk infeksiyaları (məs., kandidoz, koksidiomikoz, histoplazmoz)
- ▶ Leyşmanioz – visseral (disseminə olunmuş)
- ▶ İİV ensefalopatiyası
- ▶ Proqressivləşən multifokal leykoensefalopatiya
- ▶ Bədxassəli limfoma – MSS-nin birincili limfoması, B-hüceyrəli qeyrixockin limfoması
- ▶ Kaposi sarkoması və İİV infeksiyası ilə əlaqəli digər yenitörəmələr
- ▶ Toksoplazmoz – MSS-nin zədələnməsi, retinit
- ▶ Kriptokokkoz – ağciyərdənkənar (meningit daxil olmaqla)
- ▶ Xronik kriptosporidiaz (1 aydan artıq diareya)
- ▶ Xronik izosporiaz (1 aydan artıq çəkən hərərət)
- ▶ Atipik mikobakteriyalarla törədilmiş disseminasiya olunmuş infeksiyalar
- ▶ İİV infeksiyası ilə əlaqədar olan kardiomiopatiya
- ▶ İİV infeksiyası ilə əlaqədar olan nefropatiya

ARV preparatlarının siyahısı
Cədvəl 16. ARV preparatlarının siyahısı

Beynəlxalq patentləşdirilməmiş ad (INN)	Patentləşdirilmiş ad	İstehsalçı şirkət
ƏTNİ		
Abakavir* (ABC)	Epzikom – ABŞ, Kiveksa – Böyük Britaniya (lamivudin/ abakavir) Trizivir – Avropa, Böyük Britaniya, ABŞ (zidovudin/ lamivudin/abakavir) Ziagen – Böyük Britaniya, ABŞ	GlaxoSmithKline
	Abavir	Genixpharma
	Virol Virol LZ (abakavir/lamivudin/zidovudin)	Ranbaxy
Didanozin* (ddI)	Videks, Videks EC	Bristol-Myers Squibb
	Dineks EC Odivir Kit (didanozin/lamivudin/efavirenz)	CPİla
	Aviro-Z Virozin Viro-Z	Ranbaxy (Hindistan)
	Divir	Thai Government
Zidovudin (ZDV yaxud AZT)	Kombivir – Böyük Britaniya, ABŞ (lamivudin/zidovudin) Retrovir – Böyük Britaniya, ABŞ Trizivir – Böyük Britaniya, ABŞ (zidovudin/lamivudin/abakavir)	GlaxoSmithKline
	Zidoveks	Auribindo
	Zidovir Duovir (lamivudin/zidovudin)	Cipla

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri

	Zido-N (zidovudin)	Genixpharma
	Antivir	GPO (Tayland)
	Aviro-Z Virokomb (lamivudin/zidovudin) Virol LZ (abakavir/lamivudin/zidovudin) Viro-Z	Ranbaxy
Lamivudin (3TC)	Kombivir – Büyük Britaniya, ABŞ (lamivudin/zidovudin) Epivir – Büyük Britaniya, ABŞ Zeffiks – Büyük Britaniya Epzikom – ABŞ Kiveksa – Büyük Britaniya (lamivudin/abakavir) Trizivir – Büyük Britaniya, ABŞ (zidovudin/lamivudin/abakavir)	GlaxoSmithKline
	Lamivoks Staveks-L (lamivudin/stavudin) Staveks-LN (lamivudin/nevirapin/stavudin) Zidoveks-L (lamivudin/zidovudin) Zidoveks-LN (lamivudin/nevirapin/zidovudin)	Aurobindo
	Duovir (lamivudin/zidovudin) Duovir-N (lamivudin/nevirapin/zidovudin) Lamivir Odivir Kit (didanozin/lamivudin/efavirenz) Triomun (lamivudin/nevirapin/stavudin)	Cipla
	Heptavir Lamistar 30, lamistar 40 (lamivudin/stavudin) Nevilast (lamivudin/nevirapin/stavudin) Zidolam (lamivudin/zidovudin)	Genixpharma

	Violam Virokomb (lamivudin/zidovudin) Virolans (lamivudin/nevirapin/stavudin) Virolis (lamivudin/stavudin) Virol LZ, Abak -ALZ (abakavir/lamivudin/zidovudin)	Ranbaxy
Stavudin* (d4T)	Zerit, Zerit XR	Bristol-Myers Squibb
	Staveks Staveks-L (lamivudin/stavudin) Staveks-LN (lamivudin/nevirapin/stavudin)	Aurobindo
	Stavir Lamivir-S (lamivudin/stavudin) Triomun (lamivudin/nevirapin/stavudin)	CPİla
	Lamistar (lamivudin/stavudin) Nevilast (lamivudin/nevirapin/stavudin) Staq	Genixpharma
	Stavir	GPO (Tayland)
	Avostav Triviro-LNS (lamivudin/nevirapin/stavudin) Virolans (lamivudin/nevirapin/stavudin) Virolis, Koviro (lamivudin/stavudin) Virostav	Ranbaxy
Tenofovir (TDF)	Truvada (tenofovir/emtrisitabin) Viread (tenofovir)	Gilead Sciences
	ATRİPLA (efavirenz/emtrisitabin/tenofovir)	Bristol-Myers Squibb
Üç nukleozid inhibitoru (TRZ)	Trizivir – Böyük Britaniya, ABŞ (zidovudin/lamivudin/abakavir)	Glaxo Smith Kline
Emtrisitabin (FTC)	ATRİPLA (efavirenz/emtrisitabin/tenofovir)	Bristol-Myers Squibb və Gilead

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri

		Sciences
	Emtriva Truvada (tenofovir/emtricitabin)	Gilead Sciences
ƏTQNI		
Delavirdin* (DLV)	Reskriptor	Pfizer, Inc.
Nevirapin* (NVP)	Viramun	Boehringer İngelheim
	Nevireks Staveks LN (lamivudin/nevirapin/stavudin)	Aurobindo
	Duovir-N (lamivudin/nevirapin/zidovudin) Nevimun Triomun (lamivudin/nevirapin/stavudin)	Cipla
	Nevilast (lamivudin /nevirapin/ stavudin)	Genixpharma
	GPOVir	GPO (Tayland)
	Nevipan Triviro LNS (lamivudin/nevirapin/stavudin) Virolans (lamivudin/nevirapin/stavudin) Zidoveks-LN (lamivudin/nevirapin/stavudin)	Ranbaxy
Efavirenz (EFV)	Sustiva – Avropa, Böyük Britaniya Stokrin – Avstraliya, Avropa, Latın Amerikas1, Cənubi Afrika ATRIPLA (efavirenz/emtricitabin/tenofovir)	Bristol-Myers Squibb
	Viranz	Aurobindo
	Efavir	Cipla
	Estiva	Genixpharma
	Efferven	Ranbaxy
Birləşmə inhibitorları		
Enfuvirtid*, T-20	Fuzeon – Böyük Britaniya, ABŞ	Roche

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri

		Pharmaceuticals & Trimeris, Inc.
Proteaza inhibitorları		
Ageneraza – Böyük Britaniya, ABŞ		
Atazanavir* (ATV)	Reyataz – Avropa, ABŞ	
İndinavir* (IDV)	Kriksivan	Merck & Co.
	İndiveks	Aurobinda
	İndivir	Cipla
	İndivir	Genixpharma
	Virodin	Ranbaxy
Lopinavir/ritonavir, kombinə edilmiş preparat (LPV/r)	Kaletra	Abbott Laboratories
Nelfinavir* (NFV)	Virasept	Pfizer, Inc., Roche Pharmaceuticals
	Nelveks	Aurobinda
	Nelvir	Cipla
	Nelfin	Genixpharma
	Nefavir	Ranbaxy
Ritonavir (RTV)	Norvir	Abbott Laboratories
	Ritovir	Hetero/Genix
Sakvinavir* (SQV)	Fortovaza – Avropa, Böyük Britaniya, ABŞ İnviraza - Böyük Britaniya, ABŞ	Roche Pharmaceuticals
Fosamprenavir* (FPV)	Leksiva – ABŞ Telzir – Böyük Britaniya	GlaxoSmithKline və Vertex
	Kriksivan	Merck & Co.

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri

Lüğət

Baza komponenti – adətən, ƏTQNİ, yaxud Pİ və ya Pİ və birləşmə inhibitoru ilə kombinə edilən iki ƏTNİ-dən ibarət olan ART sxeminin bir hissəsidir. “Korreksiya edilmiş baza komponenti” ƏTNİ-nin dərman davamlılığı müayinələrinin nəticəsinə əsasən korreksiya edilmiş aktiv güman edilən kombinasiyası deməkdir.

İkincili mutasiyalar – yalnız digər birincili və ikincili mutasiyalarla birlikdə dərman davamlılığına səbəb olan mutasiyalardır; bundan başqa ikincili mutasiyalar digər mutasiyaların xoşagəlməz nəticələrini zəiflədə bilər.

Genetik baryer – virusun dərman vasitələrinə qarşı davamlılığın yaranması üçün kifayət olan mutasiyaların sayını əks etdirən termdir. Əgər davamlılığın inkişafı üçün bir mutasiya kifayətdirsə, genetik baryer aşağıdır və əgər bunun üçün 10 mutasiya tələb olunursa – çox yüksəkdir (meyarlara yenidən baxılır).

Dərman davamlılığı – virus RNT-də amin turşularının əvəz olunmasının nəticəsidir. Bu İİV-in zəif replikasiya bacarığı üzündən baş verir. Bu dəyişikliklərin əksər hissəsi virusun məhvinə səbəb olur; digər dəyişikliklər zamanı isə virus həyat fəaliyyətini saxlayır və ARV preparatlarına qarşı davamlılığı əldə edir. Əksər hallarda davamlılıq inkişaf etdikcə virusun həyat fəaliyyəti zəifləyir ki, bu da replikasiyanın yavaşması ilə təzahür edir. Bu, əvvəldə pasiyent üçün yaxşı sayılmasına baxmayaraq, zaman keçdikcə davamlı ştamm digərlərini sıxışdırmaqla sıradan çıxarır və yüksək sürətlə replikasiya etməyə başlayır. Davamlılıq mutasiyalarının bəzi kombinasiyaları virusun həyat fəaliyyətini və onun replikasiya bacarığını artırır.

Nukleozid analoqlarına davamlılıq mutasiyaları – müvafiq sinif preparatlarının əksəriyyətinə çarpaz davamlılıq yaranan mutasiyalardır.

Timidin analoqlarına davamlılıq mutasiyaları – adətən, zidovudinlə müalicənin nəticəsidir.

Birincili mutasiyalar – virus ribonukleyin turşusunun dəyişilmələri, hansılar ki ayrı-ayrı ARV preparatlarına və ya ARV preparatları sinfinə davamlılığın yaranmasına səbəb olur.

Bağlılıq – pasiyentin ARV preparatını təyinatlara uyğun və müvafiq vaxtda qəbulu (müalicə rejiminin riayət). Yüksək bağlılıq səviyyəsi preparatların bütün dozalarının 95%-dən çoxunun qəbulu kimi müəyyən olunur; aşağı səviyyə - 95%-dən aşağı.

Nöqtəvi mutasiya – ribonukleyin turşusunun müəyyən sahəsində preparata və ya preparatlar sinfinə davamlılığın inkişafına səbəb olan yeganə əvəzolunmadır; məsələn, 103 mutasiyası bu konkret nöqtədəki dəyişikliklər nəticəsində bütün ƏTQNİ-yə qarşı davamlılıq törədir.

Tibbi müəssisələrdə toplanması məsləhət görülən məlumatların minimal siyahısı

Toplanması lazım olan məlumatların təklif olunmuş minimumu xidmətlərin əldə edilməsi və səmərəliliyinin qiymətləndirilməsi üçün vacibdir. Bu məlumatlar səhiyyə təşkilatçılarına, ona ehtiyacı olanlar üçün xidmətin təkmilləşdirilməsi və genişləndirilməsi barədə qərar qəbul edilməsi üçün kömək edəcəkdir.

Hər bir tibbi müəssisə mütəmadi şəkildə (məsələn, ayda, rübdə və yaxud yarım ildə bir dəfə) aşağıda verilmiş məlumatları toplamalıdır:

- ▶ Müəssisədə nəzarətdə olan İİV-ə yoluxmuş pasiyentlərin sayı (ötən son 12 ay ərzində ən azı 1 dəfə müraciət edənlər)
- ▶ Müəssisədə nəzarətdə olan, ART-ya göstərişi olan İİV-ə yoluxmuş pasiyentlərin sayı (CD4 limfositlərinin sayı <350/mkl olan pasiyentlər)
- ▶ ART-yə başlamış İİV-ə yoluxmuş pasiyentlərin sayı
- ▶ Birinci sıra ART preparatları qəbul edən İİV-ə yoluxmuş pasiyentlərin sayı
- ▶ Birinci sıra ART sxemindən ikinci sıra sxemə keçmiş pasiyentlərin sayı
- ▶ İkinci sıra ART sxemindən ehtiyat sxemə keçmiş pasiyentlərin sayı
- ▶ ART-ni dayandıran pasiyentlərin sayı, səbəbi göstərilməklə (məsələn, ölüm, toksiklik/əlavə təsirlər, nəzarətdən itirilənlər, ARV preparatlarının əldə oluna bilməməsi və s.)
- ▶ ART qəbul edənlər arasında ölənlər pasiyentlərin sayı, ölüm səbəbi göstərilməklə (məs., İİV/QİÇS-lə əlaqəli ölüm; İİV/QİÇS ilə əlaqəsi olmayan ölüm, məs., bədbəxt hadisə, narkotiklərlə zəhərlənmə, intihar)
- ▶ Yüksək aktivliyi olan ART-nın birinci ili ərzində ölənlər pasiyentlərin sayı
- ▶ Bütün İİV-ə yoluxmuş pasiyentlər arasında ölənlərin sayı, ölüm səbəbi göstərilməklə (məs., İİV/QİÇS-lə əlaqəli ölüm; İİV/QİÇS ilə əlaqəsi olmayan ölüm, məs., bədbəxt hadisə, narkotiklərlə zəhərlənmə, sui-qəsd)

Ədəbiyyat:

1. Aceijas C, et al. Access and coverage of needle and syringe programmes (NSP) in central and eastern Europe and central Asia // *Addiction*. – 2007. – 102(8). – p 1244-1250.
2. Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: Recommendations for a public health approach. – Geneva.: World Health Organization, 2010. – 105 p.
3. Antiretroviral therapy: Guideline / State Department of Health New York. - New York, 2010 Sep. 112 p.
4. Attia S, et al. Sexual transmission of HIV according to viral load and antiretroviral therapy: systematic review and meta-analysis // *AIDS*. – 2009. - 23(11). – p 1397-1404.
5. Atta M.G, et al. Antiretroviral therapy in the treatment of HIV-associated nephropathy // *Nephrology, Dialysis, Trasplantation*. – 2006. – 21(10). – p 2809-2813.
6. Baker J.V, et al. Untreated HIV infection and large and small artery elasticity // *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. – 2009. – 52(1). – p 25-31.
7. Bannister W. P, et al. Transmitted drug resistant HIV-1 and association with virologic and CD4 cell count response to combination antiretroviral therapy in the EuroSIDA Study // *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. – 2008. – 48(3). – p 324-333.
8. Bansi L, et al. Impact of transmitted drug-resistance on treatment selection and outcome of first-line Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) // *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* . – 2010. – 53(5). – p 633-639.
9. Bansi L, et al. Trends over calendar time in antiretroviral treatment success and failure in HIV clinic populations // *HIV Medicine*. – 2010. – (7). – p 432-438.
10. Balode D, et al. Low prevalence of transmitted drug resistance among newly diagnosed HIV-1 patients in Latvia // *Journal of Medical Virology*. – 2010. – 2(12). – p 2013-2018.
11. Bennett D. E, et al. Recommendations for surveillance of transmitted HIV drug resistance in countries scaling up antiretroviral treatment // *Antiviral Therapy*. – 2008. – 13 (Suppl 2). – p 25-36.

12. Bennett D.E, et al. The World Health Organization's global strategy for prevention and assessment of HIV drug resistance // *Antiviral Therapy*. – 2008. – 13(Suppl 2). – p 1-13.
13. Bhaskaran K, et al. Changes in the risk of death after HIV seroconversion compared with mortality in the general population // *JAMA*. – 2008. – 300(1). – p 51-59.
14. Bhaskaran K, et al. Changes in the incidence and predictors of human immunodeficiency virus- associated dementia in the era of highly active antiretroviral therapy // *Annals of Neurology*. – 2008. – 63(2). – p 213-221.
15. Castilla J, et al. Effectiveness of highly active antiretroviral therapy in reducing heterosexual transmission of HIV // *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. – 2005. – 40(1). – p 96-101.
16. Chun T.W, et al. Early establishment of a pool of latently infected, resting CD4(+) T cells during primary HIV-1 infection // *Proceedings of the National Academy of Sciences*. – 1998. – 95(15). – p 8869-8873.
17. Clumeck N, Pozniak A, Raffi F. European AIDS Clinical Society (EACS) guidelines for the clinical management and treatment of HIV-infected adults // *HIV Medicine*. – 2008. - (2). – p 65-71.
18. Cohen M.S, Gay C.L. Treatment to prevent transmission of HIV-1 // *Clinical Infectious Diseases*. – 2010. – 50(Suppl 3). – p S85-S95.
19. Coates T.J, Richter L, Caceres C. Behavioural strategies to reduce HIV transmission: how to make them work better // *Lancet*. – 2008. – 372(9639). – p 669-684.
20. Crothers K, et al. Increased COPD among HIV-positive compared to HIV-negative veterans // *Chest*. – 2006. - 130(5). – p 1326-1333.
21. Degenhardt L, et al. Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed // *Lancet*. – 2010. – 376(9737). – p 285-301.
22. Diaz P.T, et al. Respiratory symptoms among HIV-seropositive individuals // *Chest*. – 2003. – 123(6). – p 1977-1982.
23. Donnell D, et al. Heterosexual HIV-1 transmission after initiation of antiretroviral therapy: a prospective cohort analysis // *Lancet*. – 2010. – 375(9731). – p 2092-2098.
24. Egger M, et al. Prognosis of HIV-1-infected patients starting highly active antiretroviral therapy: a collaborative analysis of prospective studies // *Lancet*. – 2002. – 360(9327). – p 119-129.

25. Estrella M, et al. HIV type 1 RNA level as a clinical indicator of renal pathology in HIV-infected patients // *Clinical Infectious Diseases*. – 2006. – 43(3). – p 377-380.
26. Friis-Moller N, et al. Class of antiretroviral drugs and the risk of myocardial infarction // *New England Journal of Medicine*. – 2007. – 356(17). – p 1723-1735.
27. Gazzard B.G. British HIV Association guidelines for the treatment of HIV-1-infected adults with antiretroviral therapy 2008 // *HIV Medicine*. – 2008. – (8). – p 563-608.
28. Gilks C.F, et al. The WHO public-health approach to antiretroviral treatment against HIV in resource- limited settings // *Lancet*. – 2006. – 368(9534). – p 505-510.
29. Granich R.M, et al. Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: a mathematical model // *Lancet*. – 2009. – 373(9657). – p 48-57.
30. Grulich A.E, et al. Incidence of cancers in people with HIV/AIDS compared with immunosuppressed transplant recipients: a meta-analysis // *Lancet*. – 2007. – 370(9581). – p 59-67.
31. Gupta R. K, et al. Virological monitoring and resistance to first-line highly active antiretroviral therapy in adults infected with HIV-1 treated under WHO guidelines: a systematic review and meta-analysis // *Lancet Infectious Diseases*. – 2009 Jul. – 9(7). – p 409-17.
32. Guiguet M, et al. Effect of immunodeficiency, HIV viral load, and antiretroviral therapy on the risk of individual malignancies (FHDH-ANRS CO4): a prospective cohort study // *Lancet Oncology*. – 2009. – 10(12). – p 1152-1159.
33. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents / Department of Health and Human Services (DHHS). – 2011 Oct 14. – 167 p.
34. Hogg R. Life expectancy of individuals on combination antiretroviral therapy in high-income countries: a collaborative analysis of 14 cohort studies // *Lancet*. – 2008. – 372(9635). – p 293-299.
35. Kalayjian R.C, et al. Suppression of HIV-1 replication by antiretroviral therapy improves renal function in persons with low CD4 cell counts and chronic kidney disease // *AIDS*. – 2008. – 22(4). – p 481-487.

36. Kitahata M.M, et al. Effect of early versus deferred antiretroviral therapy for HIV on survival // *New England Journal of Medicine*. – 2009. - 360(18). – p 1815-1826.
37. Lohse N, et al. Survival of persons with and without HIV infection in Denmark, 1995-2005 // *Annals of Internal Medicine*. – 2007. – 146(2). – p 87-95.
38. Lucas G.M, et al. Illicit drug use and HIV-1 disease progression: a longitudinal study in the era of highly active antiretroviral therapy // *American Journal of Epidemiology*. – 2006. – 163(5). – p 412-420.
39. Marschner I.C, et al. Use of changes in plasma levels of human immunodeficiency virus type 1 RNA to assess the clinical benefit of antiretroviral therapy // *Journal of Infectious Diseases*. – 1998. – 177(1). – p 40-47.
40. Mathers B.M, et al. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage // *Lancet*. – 2010. – 375(9719). – p 1014-1028.
41. Mallal S, et al. HLA-B*5701 screening for hypersensitivity to abacavir // *New England Journal of Medicine*. – 2008. - 358(6). – p 568-579.
42. Mazurek G.H, et al. Updated guidelines for using Interferon Gamma Release Assays to detect Mycobacterium tuberculosis infection - United States, 2010: Morbidity and Mortality Weekly Report Recommendations and Reports. – United States, 2010. – 59(RR-5). – p 1-25.
43. Markowitz M, et al. Infection with multidrug resistant, dual-tropic HIV-1 and rapid progression to AIDS: a case report // *Lancet*. – 2005. – 365(9464). – p 1031-1018.
44. Marin B, et al. Non-AIDS-defining deaths and immunodeficiency in the era of combination antiretroviral therapy // *AIDS*. – 2009. – 23(13). – p 1743-1753.
45. Marras D, et al. Replication and compartmentalization of HIV-1 in kidney epithelium of patients with HIV-associated nephropathy // *Nature Medicine*. – 2002. – 8(5). – p 522-526.
46. Mellors J. W, et al. Plasma viral load and CD4+ lymphocytes as prognostic markers of HIV-1 infection // *Annals of Internal Medicine*. – 1997. – 126(12). – p 946-954.

47. Mocroft A, et al. Changing patterns of mortality across Europe in patients infected with HIV-1 / EuroSIDA Study Group // *Lancet*. – 1998. – 352(9142). – p 1725-1730.
48. Mofenson L.M, et al. Risk factors for perinatal transmission of human immunodeficiency virus type 1 in women treated with zidovudine. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Study 185 Team // *New England Journal of Medicine*. – 1999. - 341(6). – p 385-393.
49. Montaner J.S, et al. Expanded highly active antiretroviral therapy coverage among HIV-positive drug users to improve individual and public health outcomes // *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. – 2010. – 55(Suppl 1). – p 5-9.
50. Mocroft A, et al. Serious fatal and nonfatal non-AIDS-defining illnesses in Europe // *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. – 2010. - 55(2). – p 262-270.
51. Monforte A, et al. HIV-induced immunodeficiency and mortality from AIDS-defining and non-AIDS- defining malignancies // *AIDS*. – 2008. – 22(16). – p 2143-2153.
52. Murray J.S, et al. The use of plasma HIV RNA as a study endpoint in efficacy trials of antiretroviral drugs // *AIDS*. – 1999. – 13(7). – p 797-804.
53. Obel N, et al. Ischemic heart disease in HIV-infected and HIV-uninfected individuals: a population- based cohort study // *Clinical Infectious Diseases*. – 2007. – 44(12). – p 1625-1631.
54. Opravil M, et al. Clinical efficacy of early initiation of HAART in patients with asymptomatic HIV infection and CD4 cell count >350 x 10(6) /l // *AIDS*. – 2002. – 16(10). – p 1371-1381.
55. Palella F. J, et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection / HIV Outpatient Study Investigators // *New England Journal of Medicine*. – 1998. – 338(13). – p 853 - 60.
56. Palella F. J, et al. Survival benefit of initiating antiretroviral therapy in HIV-infected persons in different CD4+ cell strata // *Annals of Internal Medicine*. – 2003. – 138(8). – p 620-626.
57. Phillips A.N, et al. When should antiretroviral therapy for HIV be started? // *BMJ*. – 2007. – 334(7584). – p 76- 78.
58. Phillips A.N, et al. Ongoing changes in HIV RNA levels during untreated HIV infection: implications for CD4 cell count depletion // *AIDS*. – 2010. – 24(10). – p 1561-1567.

59. Phillips A.N, Neaton J, Lundgren J.D. The role of HIV in serious diseases other than AIDS // AIDS. – 2008. – 22(18). – p 2409-2418.
60. Phillips A.N, et al. Interruption of antiretroviral therapy and risk of cardiovascular disease in persons with HIV-1 infection: exploratory analyses from the SMART trial // Antiviral Therapy. – 2008. – 13(2). – p 177-187.
61. Phillips A.N, et al. Viral load outcome of non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor regimens for 2203 mainly antiretroviral-experienced patients // AIDS. – 2001. – 15(18). – p 2385-2395.
62. Poggensee G, et al. Impact of transmission of drug-resistant HIV on the course of infection and the treatment success: Data from the German HIV-1 Seroconverter Study // HIV Medicine. – 2007. – 8(8). – p 511-519.
63. Post F.A, Holt S.G. Recent developments in HIV and the kidney // Current Opinion in Infectious Diseases. – 2009. – 22(1). – p 43-48.
64. Quinn T.C, et al. Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. Rakai Project Study Group // New England Journal of Medicine. – 2000. – 342(13). – p 921-929.
65. Ray M, et al. The effect of combined antiretroviral therapy on the overall mortality of HIV-infected individuals // AIDS. – 2010. – 24(1). – p 123-137.
66. Reekie J, et al. Relationship between current level of immunodeficiency and non-acquired immunodeficiency syndrome-defining malignancies // Cancer. – 2010. – 116(22). – p 5306-5315.
67. Rodriguez B, et al. Predictive value of plasma HIV RNA level on rate of CD4 T-cell decline in untreated HIV infection // JAMA. – 2006. – 296(12). – p 1498-1506.
68. Robertson K.R, et al. No gender differences in the progression of nervous system disease in HIV infection // Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. – 2004. – 36(3). – p 817-822.
69. Robertson K.R, et al. Highly active antiretroviral therapy improves neurocognitive functioning // Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. – 2004. – 36(1). – p 562-566.
70. Sandy C.J, et al. Screening for cytomegalovirus retinitis in HIV-positive and AIDS patients // QJM. – 1995. – 88(12). – p 899-903.
71. Salzberger B, et al. German-Austrian recommendations for the antiretroviral therapy of HIV-infection // European Journal of Medical Research. – 2004. – 9(11). – p 491-504.

72. Schwartz E.J, et al. Highly active antiretroviral therapy and the epidemic of HIV+ end-stage renal disease // *Journal of the American Society of Nephrology*. – 2005. – 16(8). – p 2412-2420.
73. Schmitt F.A, et al. Neuropsychological outcome of zidovudine (AZT) treatment of patients with AIDS and AIDS-related complex // *New England Journal of Medicine*. – 1988. – 319(24). – p 1573-1578.
74. Severe P, et al. Early versus standard antiretroviral therapy for HIV-infected adults in Haiti // *New England Journal of Medicine*. – 2010. – 363(3). – p 257-265.
75. Shaw G.M, et al. HTLV-III infection in brains of children and adults with AIDS encephalopathy // *Science*. – 1985. – 227(4683). – p 177-182.
76. Siegfried N, Uthman O.A, Rutherford G.W. Optimal time for initiation of antiretroviral therapy in asymptomatic, HIV-infected, treatment-naive adults // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2010. – (3).
77. Smith C. Factors associated with specific causes of death amongst HIV-positive individuals in the D:A:D Study // *AIDS*. – 2010. – 24(10). – p 1537-1548.
78. Soliman E.Z, et al. Prevalence and prognostic significance of ECG abnormalities in HIV-infected patients: results from the Strategies for Management of Antiretroviral Therapy study. *Journal of Electrocardiology*, 2011 November. – 44(6). – p 779-785.
79. Sterne J.A, et al. Timing of initiation of antiretroviral therapy in AIDS-free HIV-1-infected patients: a collaborative analysis of 18 HIV cohort studies // *Lancet*. – 2009. – 373(9672). – p 1352-1363.
80. Stein J.H. Managing cardiovascular risk in patients with HIV infection // *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. – 2005. – 38(2). – p 115-123.
81. Sterling T.R, et al. Improved outcomes with earlier initiation of highly active antiretroviral therapy among human immunodeficiency virus-infected patients who achieve durable virologic suppression: longer follow-up of an observational cohort study // *Journal of Infectious Diseases*. – 2003. – 188(11). – p 1659-1665.
82. Thio C.L, et al. HIV-1, hepatitis B virus, and risk of liver-related mortality in the Multicenter Cohort Study (MACS) // *Lancet*. – 2002. – 360(9349). – p 1921-1926.

83. Urbina A, Jones K. Crystal methamphetamine, its analogues, and HIV infection: medical and psychiatric aspects of a new epidemic // *Clinical Infectious Diseases*. – 2004. – 38(6). – p 890-899.
84. Vercauteren J, et al. Transmission of drug-resistant HIV-1 is stabilizing in Europe // *Journal of Infectious Diseases*. - 2009. – 200(10). – p 1503-1508.
85. Vernazza P.L, et al. Potent antiretroviral treatment of HIV-infection results in suppression of the seminal shedding of HIV / *The Swiss HIV Cohort Study // AIDS*. – 2000. – 14(2). – p 117-121.
86. Weinstock H.S, et al. The epidemiology of antiretroviral drug resistance among drug-naïve HIV-1- infected persons in 10 US cities // *Journal of Infectious Diseases*. – 2004. – 189(12). – p 2174-2180.
87. Weber R, et al. Liver-related deaths in persons infected with the human immunodeficiency virus: the D:A:D study // *Archives of Internal Medicine*. – 2006. – 166(15). – p 1632-1641.
88. Wheeler W.H, et al. Prevalence of transmitted drug resistance associated mutations and HIV-1 subtypes in new HIV-1 diagnoses, U.S. – 2006 // *AIDS*. – 2010. – (8). – p 1203-1212.
89. Wilson I. B, et al. Quality of HIV care provided by nurse practitioners, physician assistants, and physicians // *Annals of Internal Medicine*. – 2005. – 143(10). – p 729-736.
90. Wolfe D, Carrieri M.P, Shepard D. Treatment and care for injecting drug users with HIV infection: a review of barriers and ways forward // *Lancet*. – 2010. – 376(9738). – p 355-366.