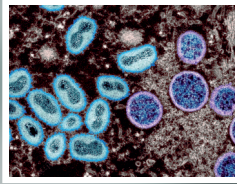


Azərbaycan
Respublikası
Səhiyyə
Nazirliyi

MEYMONÇİÇƏYİ
XƏSTƏLİYİNİN
DİAQNOSTİKA VƏ
MÜALİCƏSİ ÜZRƏ
KLİNİK PROTOKOL



Bakı
2022

**Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin
Elmi-Tibbi Şurasının 14 iyun 2022-ci il tarixli
12 nömrəli qərarı ilə təsdiq edilmişdir**

**MEYMONÇİÇƏYİ XƏSTƏLİYİNİN
DİAQNOSTİKA VƏ MÜALİCƏSİ ÜZRƏ
KLİNİK PROTOKOL**

BAKİ – 2022

616.24-002

M41

M41 Meymunçiqəyi xəstəliyinin diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol. Bakı, 2022. – 20 səh.

Klinik protokolun tərtibçilər heyəti:

Təyyar Eyvazov – Əziz Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun Tədris işləri üzrə prorektoru, Səhiyyə Nazirliyinin baş infeksiyoz xəstəliklər üzrə mütəxəssis-eksperti

Nigar Mütəlibova – Əziz Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun Mikrobiologiya və epidemiologiya kafedrasının müdiri

Arzu Hüseynova – Əziz Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun infeksiyoz xəstəliklər kafedrasının assistenti

Yaqut Qarayeva – Tibbi Ərazi Bölmələrini İdarəetmə Birliyinin Strateji inkişaf departamentinin rəhbəri

Nəzrin Mustafəva – Tibbi Ərazi Bölmələrini İdarəetmə Birliyinin infeksiyoz xəstəliklər üzrə işçi qrupunun həkim-infeksiyozoloq

Şəhla İsmayılova – İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzi, Tibbi keyfiyyət Standartları şöbəsinin müdiri

Rəyçi:

Cəlal İsayev – Azərbaycan Tibb Universitetinin İnfeksiyoz xəstəliklər kafedrasının müdiri, t.e.d.

Bu protokol ilkin səhiyyə xidmətində çalışan terapevtlər, pediatrlar, ailə həkimləri, təcili tibbi yardım həkimləri, həmçinin yoluxucu və dəri-zöhrəvi xəstəliklər üzrə mütəxəssislər üçün nəzərdə tutulur.

İxtisarlar

EV71 PNT	– Enterovirus ştam 71 RNT
ƏTPZR	– Əks Transkripsiya ilə Polimeraz Zəncirvari Reaksiya
DNT	– Dezoksiribonuklein turşusu
HZV DNT	– Herpes Zoster Virus DNT
HSV-1 DNT	– Herpes Sipleks Virus 1-ci tip DNT
İgM	– İmmunoqlobulin M anticisimləri
KMV	– Kontagioz Molyusk Virusu
MPXV	– meymunçıçəyi xəstəliyi virusu
OPXV	– Ortopoksviruslar
PZR	– polimeraza zəncirvari reaksiya
PZR (NAAT)	– Polimeraz Zəncirvari Reaksiya (Nukleid Turşusunun Amplifikasiya Testi)
RNT	– Ribonuklein turşusu
ÜST	– Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı

Giriş

Meymunçıçəyi virusu (MPV və ya MPXV) insanlarda və heyvanlarda meymunçıçəyi xəstəliyinə səbəb olan ikiqat zəncirli DNT virusdur. *Poxviridae* ailəsinin *orthopoxvirus* cinsinə aiddir. Bu, insan ortopoksviruslarından biridir. Meymunçıçəyi xəstəliyinə səbəb olan virus təbii çiçək virusu ilə eyni ailədən olan virusdur, lakin, onun qədər aqressiv deyil, mütəxəssislər ona yoluxma ehtimalının aşağı olduğunu hesab edirlər.

Virus ilk dəfə meymunda aşkar edilmiş, 1970-ci ildən bəri on Afrika ölkəsində sporadik epidemiyalar qeydə alınmışdır. Virusun iki əsas növü var – Qərbi Afrika və Mərkəzi Afrika növləri. Afrikadan kənarında xəstəliyin ilk yayılması halı 2003-cü ildə ABŞ-da qeydə alınmışdır. Avropada ilk təsdiqlənmiş yoluxma halı 2022-ci ilin may ayında qeydə alınmış və iki həftə sonra yoluxma halları artıq 100-ə yaxınlaşmışdır.

Klinik mənzərə

İnkubasiya dövrü adətən 6 -13 gündür, lakin 5 - 21 gün arasında dəyişə bilər. Xəstəlik adətən 2-4 həftə davam edir. İnfeksiyanın gedişi iki dövrə bölünür:

1.İnvaziya / prodromal dövrü (0-5 gün). Təzahürləri:

- qızdırma
- şiddətli baş ağrısı
- limfadenopatiya (adətən qızdırma ilə eyni vaxtda başlayır, bir və ya ikitərəfli olur, qulaqətrafı, aksilyar, boyun və qasıq limfa düyünləri cəlb olunur
- bel və əzələ ağrısı
- nəzərəçarpacaq asteniya

Daha az hallarda boğaz ağrısı, öskürək, asqıraq, mədə-bağırsaq əlamətləri (disfagiya, qusma, diareya) müşahidə olunur. Hərərət və digər prodromal əlamətlər adətən səpkilərin əmələ gəlməsi ilə zəifləyir.

2.Səpkilər dövrü (dəri səpkiləri adətən qızdırma başlayandan sonra 1-3 gün ərzində müşahidə edilir). Səpkilər daha çox üz və ətraflarda yerləşir:

- üz (95%)
- ovuc və ayaqaltı (75%)
- ağız boşluğunun selikli qişası (70%)
- xarici cinsiyyət üzvləri (30%)
- konyunktiva (20%)
- daha az hallarda gövdə.

Ağız boşluğunda və ağız-udlaqda səpkinin formalaşması öskürək, asqıraq və disfagiya ilə müşayiət oluna bilər. Zədələnmə sahəsi daha geniş olduqda ürəkbulanma / qusmanın ortaya çıxması daha ağır gedişata dəlalət edə bilər. Orofaringeal səpkilər asqıraq / öskürək əmələ gətirərək sekresiyanın aerözollaşmasına səbəb ola bilər. Cinsi yolla yoluxma hadisələrində səpkilər ilkin olaraq labial/genital/perianal nahiyələrdə yerləşir.

Səpkilər təqribən 10 gün ərzində aşağıdakı mərhələləri keçir (şəkil 1):

- ✓ çəhrayı rəngli makula
- ✓ papula (dəri üzərindən azca qalxmış, sərt yara)
- ✓ vezikula (dəri üzərindən qalxmış və şəffaf maye ilə dolmuş qovuqcuq)
- ✓ pustula (qovuqcuq daxili maye qeyri-şəffavdır, yara dərinləşir)
- ✓ qartmaq
- ✓ çapıq

Yayılmış yaralar



Şəkil 1. Səpkilərin ardıcıl mərhələləri

Mənbə: https://www.researchgate.net/figure/Primary-Inoculation-Reactions-Panels-A-B-and-C-Examples-of-the-Smallpox-like-Panel_fig1_8908382

- ✓ *Çiçəkəbənzər (Şəkil D) və Göbəyəbənzər Çiçək (Şəkil E) nümunələri.*
- ✓ *Yayılmış Meymun çiçəyi yaraları və zamanla yayılan yaraların morfoloji görünüşü (Şəkil F, G, H və I):
Şəkil F, əmələ gəldikdən sonra 24 saatdan az bir müddətdə yayılmış yaraların görünüşü, Şəkil G, 6 gündən sonrakı yaraların görünüşü, Şəkil H, 96 saat sonrakı yaraların görünüşü və Şəkil I 9 gündən sonrakı yaraların görünüşünü.*

Səpkilər monomorf, yəni bütün nahiyələrdə eyni inkişaf mərhələlərində olur. Səpki azsaylı və ya bir neçə minə qədər ola bilər. Ağır hallarda, səpkilər birləşərək dərinin böyük sahəsinin soyulmasına səbəb ola bilər.

Xəstəliyin ağır gedişatına görə risk faktorları

Ağır hallar daha çox uşaqlar arasında rast gəlinir, virus yükü, pasiyentin ümumi sağlamlıq vəziyyəti və ağırlaşmaların xarakteri ilə əlaqədardır. Dərin immunçatışmazlıq daha ciddi nəticələrə səbəb ola bilər. Həmçinin, hamilə qadınlar, atopik dermatit, ekzema və digər dəri xəstəlikləri olanlar daha yüksək ağırlaşma və ölüm riski altında ola bilərlər. Tibb işçiləri də virusla daha uzun müddət təmas etdiklərinə görə daha yüksək risk altındadırlar.

Təbii çiçək xəstəliyinə qarşı peyvənd edilmiş insanların meymunçiçəyinə yoluxmasına qarşı müəyyən qədər qorunma ehtimalı var. Eyni zamanda dünya üzrə təbii çiçək xəstəliyinə qarşı peyvəndləmənin 40 ildən artıqdır ki, dayandırılması bu yaşdan cavan olan insanların meymunçiçəyi xəstəliyinə həssas olmalarını əsaslandırır.

Yoluxmanın risk qrupları

- ✓ immunçatışmazlığı olan insanlar
- ✓ yoluxmuş insanlara qulluq edən şəxslər

Ağırlaşmalar

- ✓ ikincil infeksiyalar

- ✓ bronxopnevmoniya
- ✓ sepsis
- ✓ ensefalit
- ✓ görmənin pozulması (buynuz qişasının zədələnməsi)

Fəsadların monitorinqi

Xəstə aşağıdakı simptomlardan hər hansı birinin olduğu təqdirdə yaxından izlənilməlidir:

- ✓ gözdə ağrı və ya bulanma
- ✓ tənəfəslik, sinə ağrısı, nəfəs almaqda çətinlik
- ✓ huşun pozulması, dezoriyentasiya, yuxululuq, qıcolmalar
- ✓ sidik ifrazının azalması
- ✓ qida qəbulunun əhəmiyyətli azalması
- ✓ uzun müddət davam edən qızdırma, arterial hipotenziya

Yuxarıda qeyd olunan əlamətlərdən hər hansı biri olarsa, gecikmədən həkimə müraciət olunmalıdır.

Diaqnostika

Test üçün göstərişlər

Xəstəliyin olmasına şübhəli şəxslərə test edilməlidir. Testin aparılması qərarı infeksiya ehtimalının qiymətləndirilməsi ilə əlaqəli olaraq həm klinik, həm də epidemioloji amillərə əsaslanmalıdır. Diaqnoz xəstədən götürülmüş patoloji materialda PZR (NAAT) üsulu ilə meymunçiçəyi virusunun DNT-nin aşkarlanması ilə təsdiq olunur.

Viral kultura

Virusların təcrid edilməsi rutin diaqnostik prosedur kimi tövsiyə edilmir və yalnız müvafiq təcrübəsi və qoruyucu vasitələri olan laboratoriyalarda aparılmalıdır. Bu üsullar müntəzəm diaqnostikanın bir hissəsi kimi tövsiyə edilmədiyinə görə, bu metodologiyaların xüsusi təfərrüatları bu sənəddə əks olunmur.

Seroloji üsullar

Ortopoksviruslar seroloji olaraq çarpaz reaksiyalara səbəb olduğundan, antigen və anticisimlərin aşkarlanması üsulları meymunçığı xəstəliyinin spesifik təsdiqini təmin etmir. Bundan əlavə, təbii çiçəyə qarşı peyvənd almış insanlarda yalnız müsbət nəticələr rast gələ bilər.

Əlavə müayinələr

Stasionar müalicəyə daxil olmuş xəstələrə qanın və sidiyin ümumi analizi ilə yanaşı göstərişlərə əsasən qanda elektrolitlərin təyini, qaraciyərin funksional sınaqları, sidik çövhəri, koaguloqram və venoz qanda laktat miqdarı təyin olunmalıdır. Təcrid olunmuş xəstə ağır vəziyyətdədirsə və onda dəri yaralarının bakterial infeksiyasının qoşulması güman edilirsə, antibakterial müalicədən əvvəl qanın bakterioloji müayinəsinin aparılması tövsiyə olunur. Hərərətin yüksəlməsindən 3 həftə əvvəl malaridaya endemik regionda olmuş şəxslərdə malariya infeksiyasını inkar etmək üçün müvafiq müayinə aparılmalıdır.

Differensial diaqnostika

Dəri səpkilərinə səbəb ola biləcək müxtəlif patoloji vəzittəyilərin mümkünlüyü, meymunçığı xəstəliyinin klinik təzahürünün atipik ola bilməsi ehtimalı onun yalnız klinik əlamətlər əsasında diaqnostikasını çətin edə bilər. Buna görə yayılmış səpkilərin digər potensial səbəblərini nəzərə almaq xüsusilə vacibdir. İnkişafın müxtəlif mərhələlərində oxşar görünən dəri yaralarının digər etiologiyaları cədvəl 1-də təqdim olunur.

Cədvəl 1. Meymunçiçəyinin differensial diaqnostikası

Xəstəlik	Fərqləndirici simptomlar	Laborator müayinələr
Suçiçəyi	<p>Limfadenopatiya səciyyəvi deyil.</p> <p>Səpkilər, əvvəlcə başın tüklü hissəsində, dərhal sonra gövdədə kiçik qırmızı papulalar olaraq əmələ gəlir, gözyaşı damlası şəkilində vezikulaya çevrilir. Elementlər daha çox mərkəzdə cəmləşir, meymunçiçəyi zamanı isə üz və ayaqlarda olur (eləcə də ovucların içində və ayaqaltında).</p> <p>Meymunçiçəyindən fərqli olaraq elementlər daha səthi yerləşir və asanlıqla partlayırlar. Elementlər 3 gün boyunca əmələ gəlməkdə davam edir. Səpki polimorfudur, çox qaşıntılıdır. Qartmaq düşdükdən sonra keçici pigmentasiya qalır.</p>	<p>Vezikula və pustul möhtəviyyatının PZR müayinəsində HZV DNT aşkar olunur</p>
Kəmərləyici dəmrov	<p>Vezikula və pustulalar səpkilər eritematoz fonda rast gəlir. Lakin səpkilər çoxsaylı, adətən bir dermatom boyunca orta xəttədən kənara yayılmadan rast gəlir. Şiddətli göynəmə və ağrı hissi ilə müşayiət olunur. Bu əlamət çox vaxt səpkidən 24-48 saat əvvəl meydana çıxır və bəzən səpkilər yox olduqdan</p>	<p>Vezikula və ya pustula möhtəviyyatının PZR müayinəsində HZV DNT aşkar olunur</p>

	sonra da davam edir (1 ilədək). Səpkilər özündən sonra kiçik piqmentasiya qoya bilər. Xəstəlik adətən 60 yaşdan yuxarı insanlarda rast gəlinir, eləcə də, immunçatmazlığı olan şəxslərdə residiv gedişatlı olur.	
Enterovirus mənşəli vezikulyar stomatit	Vezikulalar əsasən ağız boşluğunun selikli qişasında, eləcə də əllərin içi, ayaqların altında əmələ gəlir. Səpmə birmomentlidir, polimorf səpki görünür və qaşınma vermir. Çapıq və iz qoymadan sağalır. Ağırlaşma olmasa, xəstəlik mülayim gedişatlıdır, bir neçə günə sağalma baş verir.	Bu klassik klinik diaqnozdur. Koksaki və EV71 RNT ƏTPZR ilə aşkarlamaq olar, lakin metod əlçatan deyil.
Sadə Herpes Virusu 1 –ci tip	Adətən 38°C-dən yüksək olan qızdırma müşahidə olunur. Kəskin qinçivit və yayılmış ağız yaraları ilə təzahür edir. Dəridə hiperemiya fonunda xırda, oval, qruplaşmış vezikulalar görünür. Adətən səpki ovucların içində və ayaqaltında müşahidə olunmur, lakin bəzi hallarda kiçik yaşlı uşaqlarda barmaq sovrma nəticəsində 1 və ya 2 barmaqda elementlər əmələ gələ bilər. Səpkilər yayılmayıb dərin yerləşmiş, genital bölgədə də	Vezikula möhtəviyyatının PZR müayinəsində HSV-1 DNT-si aşkar olunur. Adətən bu müayinə referens laboratoriyalarda təbii çiçək və meymunçičəyi üçün eyni müayinələrlə bərabər avtomatik icra olunur.

	<p>müşahidə edilə bilər. İnfeksiya üçün residivli gedişat xasdır, zədələnmə çox vaxt eyni nahiyələrdə rast gəlir.</p>	
<p>Sadə Herpes Virus 2-ci tip</p>	<p>Anamnezdə qızdırma, cinsiyyət orqanlarının selikli qişalarında suluqların və xoraların olması, ilk epizod zamanı limfadenopatiyanın olması müşahidə oluna bilər. Fizikal müayinə zamanı genital nahiyədə və anus ətrafında çox sayda vezikuloz səpki və xoralı zədələnmələr aşkar olunur. Səpkilər yayılmayıb dərin yerləşmir. Səpkilər həmçinin ağız-dodaq nahiyəsində də müşahidə edilə bilər. İnfeksiya üçün residivli gedişat xasdır, zədələnmə çox vaxt eyni nahiyələrdə rast gəlir.</p>	<p>Vezikula möhtəviyyatının PZR müayinəsində HSV-2 DNT-si aşkar olunur. Adətən bu müayinə referens laboratoriyalarda təbii çiçək və meymunçiçəyi üçün eyni müayinələrlə bərabər avtomatik icra olunur.</p>
<p>Qızılca</p>	<p>Səpki, əvvəl makula, daha sonra makulopapuloz şəkili xarakter alır, vezikullara çevrilir. 3 gün ərzində mərhələli şəkildə yuxarıdan ətraflara doğru yayılır. Əvvəl üzdə, qulaqların arxasında, saç örtüyünün ətrafında və boynun yanlarında əmələ gəlir, sonra qollara və sinəyə yayılır. Əlavə olaraq konyunktivit və zökam ilə müşahidə olunur.</p>	<p>Qan zərdabında qızılcaya qarşı İgM anticisimlərin əmələ gəlməsi və titrinin artması. Burun-udlaqdan və ya boğazdan eləcə də sidikdən PZR metodu ilə virus RNT-nin aşkar edilməsi. Sidikdən və ya udlaqdan götürülən yaxmadan virusun ayırd edilməsi (bu üsul yalnız təbii çiçək</p>

		və meymunçiçəyi inkar olunduğu halda istifadə oluna bilər).
Kontagioz molyusk	Səpki, lokalizə olunmuş sədəfvari papulyoz elementlərdən ibarətdir. Papulaların mərkəzində göbək şəkilli çökmə olur. Vezikula əmələ gətirmir. İmmunosupressiv şəxslərdə daha tez-tez rast gəlinir.	Standart histoloji müayinələr əsasında klinik diaqnozu təsdiq etmək olar. Nadir hallarda elektron mikroskopiya müayinəsi aparılır-tipik KMV-u aşkarlanır.
Sifilis	İkincili sifilis zamanı generalizə olunmuş səpki makulo-papulyoz tərzdə olur. Vezikulalar əmələ gəlmir. Səpki gövdəyə, ovucların içinə, ayaqların altına və başın tüklü hissəsinə yayıla bilər. Səpki qaşıntılı deyil. Müalicə almayan ikincili sifilislə xəstələrin 25 %-də səpmə epizodları təkrarlanır. Eləcə də, anadangəlmə sifilis zamanı da səpkilər əmələ gəlir.	Seroloji metodlar: Antikardiolipin testi (<i>Treponema pallidum</i> hissəciklərinin aqqlütinasiya analizi): spesifik deyil, lakin xəstəliyin aktivliyini əks etdirir. Passiv hemaqqlütinasiya reaksiyası (PHAR) spesifikdir, lakin effektiv müalicədən də sonra müsbət qalır. Yalnız təbii çiçək və meymunçiçəyi inkar olunduğu halda müayinələr aparılır.
Qotur	İnfeksiyanın əsas əlaməti axşam və gecənin birinci yarısında baş verən qaşınmadır. Tipik qoturluq zamanı qoturluq yolları dərinin üstündən yuxarı qalxan 5-7 mm uzunluğunda ağımtıl zolaq kimi görünür. Daha tez-tez keçidlər barmaqlar	Dərinin mikroskopiyası və ya biopsiyası

	<p>arasında, bilək və dirsək oynaqlarının nahiyəsində, bükücü səthlərdə, qarnın ön-yan səthində, qoltuqaltında, qadınlarda süd vəzlərinin gilələri ətrafında, kişilərdə cinsiyyət bölgəsində yerləşir. Xəstəlik təhlükəli deyil, sistem təzahürləri yoxdur, yüksək yoluxdurucudur.</p>	
Dərman reaksiyaları	<p>Dərman vasitələrinə dəri reaksiyaları vezikulo-bullyoz xarakterli ola bilər, lakin zədələnmələr çox az hallarda eynicinsli olur. Anamnezdə eyni dərman maddəsinin əvvəlki istifadəsi haqqında məlumatlar olur. Eozinofiliya və sistem simptomları ilə gedən dərmana qarşı reaksiya zamanı səpki əvvəl gövdənin üst hissəsində və üzdə əmələ gəlir. Sonra səpki progressivləşərək bədənin bütün hissələrinə yayılır (müxtəlif elementlərlə təzahür edir: makulopapuloz, vezikuloz, bulloz, pustuloz, purpura, eritrodermiya). Limfadenopatiya 70-75% pasientlərdə rast gəlinir. Qızdırma bəzən 38-40 dərəcəyədək yüksələ bilər.</p>	Diaqnoz klinik təyin olunur
Akne	<p>Elementlər pustulaya çevrilə bilər, əsasən üzdə</p>	Diaqnoz klinik təyin olunur

	yerləşir, bəzən gövdədə, nadir hallarda ətraflarda olur. Anamnezdə heç bir prodromal xəstəlik olmadan uzun müddət mövcud sızanaqlar.	
Həşərat dişləməsi	Adətən həşəratların dişləməsi vezikulalara çevrilmiş və monomorf elementlər kimi təzahür etmir (taxtabiti dişləməsi istisna olmaqla). Prodrom vəziyyətin və ümumi simptomların olmaması.	Diaqnoz klinik təyin olunur
Kontagioz pustulyoz dermatit	Adətən, tək-tək elementlərdir, sistem təzahürləri ilə müşayiət olunmur. Pasiyentin vəziyyəti kafidir. Xəstənin anamnezində qoyun/quzu ilə təmas və ya kənd-təsərrüfat fermasında işləməsi qeyd olunur.	Zədələnmə nahiyələrindən götürülmüş materialda PZR metodu vasitəsilə kontagioz pustulyoz dermatit virusunun DNT-nin təyini.
Çoxformalı eksudativ eritema	Vezikulyoz, polimorf, çox vaxt böyük ölçülü vezikulalarla özünü biruzə verir. Adətən konyunktivit, stomatit və uretritlə müştərəklənir (Stivens-Conson sindromu).	Diaqnoz klinik təyin olunur. Ümumiyyətlə, polimorf eritema üçün spesifik diaqnostik testlər mövcud deyil, ancaq bəzən provokasiyaedici faktoru (məsələn, mikoplazma infeksiyası) aşkar etmək olur.

MÜALİCƏ

Xəstəliyi ağır keçirən və ağırlaşma riski yüksək olan pasiyentlər stasionar şəraitdə müalicə olunmalıdırlar.

Antiviral terapiyaya göstərişlər

Əksər xəstələrdə meymunçiçəyi yüngül formada keçdiyi üçün simptomatik müalicə kifayət edir. Lakin, xəstəliyi ağır keçirən və ağırlaşma riski yüksək olan xəstələr (məsələn, immunçatışmazlığı olan xəstələr, 8 yaşdan balaca uşaqlar, hamilə və ya süd verən qadınlar, septik ağırlaşması olan xəstələr) üçün antiviral müalicənin başlanılması məqsədəuyğundur.

Səpkilər tipik yerlərdə olmayan (məsələn, ağız, gözlər, genital bölgə) xəstələrdə də meymunçiçəyi infeksiyasına qarşı antiviral müalicə nəzərdən keçirilə bilər.

Meymunçiçəyi xəstəliyinin müalicəsi üçün hazırda tekovirimat ən faydalı hesab olunur.

Tekovirimat ABŞ-da 2018-ci ildə meymunçiçəyi xəstəliyinin müalicəsi üçün təsdiq edilmişdir. Oral və venadaxili preparatları mövcuddur.

Böyükklər üçün

Venadaxili (v/d):

35 - 120 kq arası xəstələr üçün: hər 12 saatdan bir 200 mq

≥120 kq xəstələr üçün: hər 12 saatdan bir 300 mq

Oral:

40 - 120 kq arası xəstələr üçün: hər 12 saatdan bir 600 mq

≥120 kq xəstələr üçün: hər 8 saatdan bir 600 mq

Uşaqlar* üçün

Bədən çəkisi	Doza	Kapsulların miqdarı
13-25 kq	200 mq hər 12 saatdan bir	1 kapsul (200 mq)
25-40 kq	400 mq hər 12 saatdan bir	2 kapsul (200 mq)
40 kq və daha çox	600 mq hər 12 saatdan bir	3 kapsul (200 mq)

* Uşaqlarda tekovirimat venadaxili və bədən çəkisi 13 kq-dan az olan hallarda tətbiq edilmir.

Müalicə müddəti 14 gündür. Böyrək çatışmazlığında oral forma üçün dozanın dəyişdirilməsi tələb olunmur. V/d formalarda kreatinin klirensi 30 mL/dəq-nin üzərində olarsa dozanın dəyişdirilməsi tələb olunmur. Kreatinin klirensi 30 mL/dəq-nin altında olarsa istifadəsi tövsiyə olunmur.

Qusma olduğu halda təkrar doza

Tecovirimat kapsullarını qəbul etdikdən sonra 30 dəqiqə ərzində qusma baş verərsə, daha bir doza dərhal təyin edilə bilər.

Tecovirimat qəbul etdikdən sonra 30 dəqiqədən çox vaxt keçdikdən sonra qusma baş verərsə əlavə doza verilməməlidir və dərman qəbulu 12 saatdan sonra davam etdirilməlidir.

Tecovirimat kapsulları orta və ya yüksək yağ tərkibli qida qəbulundan sonra 30 dəqiqə ərzində qəbul edilməlidir

Tecovirimat kapsullarını udmaq mümkün olmayan xəstələr üçün kapsullar açıla bilər, tərkibi təxminən 30 mL maye (məsələn, süd) və ya yumşaq qida (məsələn, qatıq) ilə qarışdırıla bilər və yeməkdən sonra 30 dəqiqə ərzində qəbul edilir.

Ən çox bildirilən yan təsirlər baş ağrısı, ürəkbulanma və qarın ağrısıdır.

Yerli virusəleyhinə preparatlar buynuz qişanın zədələnməsi zamanı istifadə olunur. Triftortimidin yerli olaraq inəkçiçəyi virusunun göz forması zamanı istifadə olunur, meymunçiçəyi zamanı buynuz qişanın zədələnmələrində tətbiq edilə bilər.

Trifluridin göz damcısı (zədələnmiş gözə 9 damcı, hər gün).

Simptomatik müalicə

Xəstələrin əksəriyyəti xəstəliyi yüngül formada keçirdiyi üçün hər hansı tibbi müdaxilə olmadan sağalır. Ürəkbulanma,

qusma, disfagiya kimi şikayətlər olarsa, xəstəxanaya yatırılaraq maye balansının qorunması üçün infuzion müalicə aparıla bilər.

Qızdırma və ağrı: ilkin xətt terapiyası parasetamoldur (500-1000 mq oral, zəruri hallarda gündə 4-6 dəfə, maksimal doza 4000 mq/gün). İltihab əleyhinə qeyri-steroid preparatların (o cümlədən aspirinin) istifadəsindən yüksək qanaxma riski olan xəstələrdə və potensial nefrotoksiklik səbəbindən nefropatiyalı xəstələrdə çəkinmək lazımdır.

Ürəkbulanma və qusma: oral və ya venadaxili qusmaəleyhinə vasitələr tövsiyə olunur.

Ədəbiyyat:

1. Clinical features and management of human monkeypox: a retrospective observational study in the UK/ lancet/ 24 may 2022
[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(22\)00228-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(22)00228-6/fulltext)
2. Oral Tecovirimat for the Treatment of Smallpox Douglas W Grosenbach 1, Kady Honeychurch 1, Eric A Rose 1, Jarasvech Chinsangaram 1, Annie Frimm 1, Biswajit Maiti 1, Candace Lovejoy 1, Ingrid Meara 1, Paul Long 1, Dennis E Hruby 1
Randomized Controlled Trial N Engl J Med 2018 Jul 5;379(1):44-53.
doi: 10.1056/NEJMoa1705688.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29972742/>
3. Оспа обезьян 19 мая 2022 г. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/monkeypox>
4. Tecovirimat SİGA, tecovirimat monohydrate Annex I Summary of product characteristics
https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/tecovirimat-siga-epar-product-information_en.pdf
5. Guidance for Tecovirimat Use Under Expanded Access Investigational New Drug Protocol during 2022 U.S. Monkeypox Cases
<https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/clinicians/Tecovirimat.html>

QEYDLƏR
