İ.M.AXUNDOVA, Y.Ş.ŞIXƏLİYEV, K.M.KƏRİMOVA, A.M.HÜSEYNOVA,

M.N.SEYFƏDDİNOVA, A.E.ASLANOVA, H.N.HACIMƏMMƏDLİ

VƏRƏMİN DİAQNOSTİKASI VƏ MÜALİCƏSİ ÜZRƏ

KLİNİKİ PROTOKOL

Bakı 2025

Klinik protokol vərəm əleyhinə tədbirlərin həyata keçirilməsində iştirak edən aşağıdakı tibb işçilərinə ünvanlanır: vərəm əleyhinə dispanserlərin və ilkin tibbi-sanitariya xidməti sahəsində çalışan (poliklinikalar, ambulatoriyalar, feldşer-mama məntəqələri, sahə xəstəxanaları) həkimlərə və tibb bacılarına; ilkin tibbi-sanitariya xidməti müəssisələrinin, vərəmlə mübarizə xidmətinin, şəhər və rayon səviyyəli tibb müəssisələrinin rəhbərlərinə, həmçinin gigiyena və epidemiologiya mərkəzlərinin işçilərinə.

Hədəf qrupu: ilkin tibbi-sanitariya xidməti müəssisəsinin əhatə sahəsində yaşayan əhali, ambulatoriya və xəstəxana müəssisələrinə müraciət edənlər, idarə və ya müəssisə nəzdindəki tibb müəssisələrində xidmət alan kontingent.

Məsləhətçi: E.Qurbanova

MÜNDƏRİCAT

İ.M.AXUNDOVA, Y.Ş.ŞIXƏLİYEV, K.M.KƏRİMOVA, A.M.HÜSEYNOVA, ... 0
M.N.SEYFƏDDİNOVA, A.E.ASLANOVA, H.N.HACIMƏMMƏDLİ 0
ÜMUMİ MÜDDƏALAR 5
Terminlər və onların açıqlamaları 6
VƏRƏM HALININ TƏRİFİ VƏ KLİNİKİ TƏSNİFATI 11
XBT-10 üzrə təsnifat 11
Bakterioloji təsdiqdən asılı olaraq təsnifat 12
Prosesin lokalizasiyasından asılı olaraq təsnifat 12
Vərəmin təsnifatı (ÜST) 13
Vərəm halının əvvəlki müalicəyə əsaslanan təsnifatı 13
Vərəm halının İİV statusuna əsaslanan təsnifatı 14
Vərəm halının dərmanlara qarşı davamlılığa əsaslanan təsnifatı 14
Vərəmin müalicə nəticələrini göstərən təsnifat 15
VƏRƏMİN AŞKARLANMASI VƏ DİAQNOSTİKASI 17
Müayinə 17
Anamnez 18
Simptomlar 19
Görüntülü (vizual) diaqnostik üsullar 20
Vərəmin diaqnostik alqoritmi 20
Vərəmin laborator diaqnostik üsulları 21
Ağciyərdən kənar vərəmin diaqnostikası 22
Vərəm diaqnozu qoyulduqda müalicəyə başlamazdan əvvəl diaqnostik tədbirlər 23
Aşkarlanmanın qeydiyyatı 25
VƏRƏMİN MÜALİCƏSİNİN TƏŞKİLİ 28
Xəstəxanaya yerləşdirmə 28
Stasionar müalicəyə göstərişlər 28
Xəstəxanaya yerləşdirmə üçün əlavə göstərişlər 28
Xəstəxanadan çıxarış meyarları 28
Ambulator müalicə 29
VƏRƏMİN MÜALİCƏSİ 30
Vərəmin kimyaterapiyasının əsas prinsipləri 30
DHV üçün müalicə rejimləri 31
Mono- və ya çox dərmana davamlı vərəmin müalicə rejimləri 33
RDV-nin müalicə rejimləri 34
BPaLM və BPaL üçün qısa müalicə rejimləri 34
BpaLM rejimi ilə müalicə müddəti 6 aydır (26 həftə). 35

Modifikasiya olunmuş qısa 9 aylıq müalicə rejimləri 37
RDV üçün uzunmüddətli fərdi müalicə rejimi 38
Müalicənin monitorinqi 39
Arzuolunmaz reaksiyaların (AR) kliniki idarə olunması 43
XÜSUSİ HALLARDA VƏRƏMİN MÜALİCƏSİ 45
Hamiləlik dövründə ailə planlaması və vərəmin müalicəsi 45
Anadangəlmə vərəm 47
Yenidoğulmuşlarda vərəm 47
Şəkərli diabet 48
Böyrək çatışmazlığı 49
Hepatitlər 50
Medikamentoz hepatit 50
Virus hepatitləri 51
Cərrahi müalicə 51
Palliativ yardım 54
VƏRƏM İNFEKSİYASININ İDARƏ EDİLMƏSİ 56
Vərəm infeksiyasının diaqnozu 56
Vərəm infeksiyasının (Vİ) müalicəsi 58
Vİ-nin profilaktik müalicəsinin nəticələrinin qeydiyyatı 59
VƏRƏM/İİV KO-İNFEKSİYASININ İDARƏ EDİLMƏSİ 61
Antiretrovirus terapiyasının (ART) aparılması 62
ART-nin təyin edilməsi 64
Ko-trimoksazol ilə profilaktika 65
İİV-li xəstələrdə vərəm əleyhinə müalicənin xüsusiyyətləri 65
Vərəm/İİV üzrə hesabatlar 66
UŞAQLARDA VƏ YENİYETMƏLƏRDƏ VƏRƏM 67
KJB peyvəndi 67
Yüngül arzuolunmayan reaksiyalar 68
Vərəm infeksiyasının aşkarlanması 70
Vərəm infeksiyasının (Vİ) profilaktik müalicəsi 70
Uşaqlarda vərəmin diaqnostikası 73
DHV-nin müalicəsi 75
DDV-nin müalicəsi 78
Uşaqlarda və yeniyetmələrdə ağciyərdən kənar vərəm (AKV) 79
Müalicə monitorinqi 83

İCMA VƏ VƏTƏNDAŞ CƏMİYYƏTİ TƏRƏFİNDƏN HƏYATA KEÇİRİLƏN XİDMƏTLƏR BARƏDƏ 84
Əlavə 1. Vərəmin diaqnostik alqoritmləri 0
Əlavə2. VMB üzrə tədqiqat üçün bioloji materialların növləri 0
Əlavə 3. Vərəmin diaqnostikası üçün bioloji materialın toplanması, saxlanması və daşınması qaydaları 1
Əlavə 4. Bioloji materialın toplanması, saxlanması və daşınması ardıcıllığı 2
Əlavə 5: Bioloji materialların VMB-yə görə müayinə üçün göndərilə biləcəyi laboratoriyaların siyahısı 3
Əlavə 6. Bədən çəkisindən asılı olaraq böyüklər və uşaqlar üçün DHV-nin müalicəsi üçün VƏDP dozaları 0
Əlavə 7. Böyüklərdə və uşaqlarda DDV-nin müalicəsində istifadə olunan VƏDP-lərin bədən çəkisinə müvafiq dozaları 0
Əlavə 8. Arzuolunmaz əlavə təsirlərin dərəcəsinin təyin edilməsi 8
Əlavə 9. RDV-nin müalicəsində istifadə olunan ikinci sıra VƏDP-lərin təsnifatı və hər preparat üzrə qısa məlumat 26
Əlavə 10. Dərman vasitələrinin əsas arzuolunmaz reaksiyaları və onların qarşısının alınması üçün tədbirlər 27
Əlavə 11. VƏDP-nın yaratdığı arzuolunmaz reaksiyalara qarşı dərman preparatlarının siyahısı 0
Əlavə 12. Böyrək çatışmazlığı zamanı VƏDP-nın dozaları 3
Əlavə 13. Vərəm infeksiyasının müalicə sxemləri və dərman preparatlarının tövsiyə olunan dozaları 4
Əlavə 14. Vərəm infeksiyasının profilaktik müalicə dozalarının qəbulunda ara vermə zamanı taktika 5
ƏLAVƏ 15. 10 yaşa qədər uşaqlarda bakterioloji təsdiq olmadıqda müalicənin başlanmasına dair qərarın qəbulu ilə ağciyər vərəminin və döş qəfəsi daxili limfadenopatiyanın diaqnostikasının kompleks alqoritmi 6
ƏDƏBİYYAT 7

ÜMUMİ MÜDDƏALAR

Bu klinik protokol uşaqlarda, yeniyetmələrdə və böyüklərdə vərəm infeksiyasının, dərmana həssas və dərmana davamlı vərəmin diaqnostikası və müalicəsi üzrə ÜST-nin müasir tövsiyələri əsasında hazırlanmışdır.

Bu klinik protokolun tələbləri səhiyyə haqqında qanunvericiliyin müəyyən etdiyi prosedura uyğun olaraq tibbi fəaliyyət göstərən hüquqi şəxslər və fərdi sahibkarlar üçün mütləqdir.

Vərəm diaqnozunu və ya epidemioloji, kliniki, laborator və digər məlumatlar əsasında vərəm infeksiyasının olmasını aşağıdakılar təyin edir:

Həkim-ftiziatr – dərmana həssas vərəmin (o cümlədən, monorezistentliyin) sübut olunmuş halları, latent vərəm halları;

Tibbi konsilium – Rifampisinə davamlı vərəmin sübut olunmuş halları, çox və geniş dərmana davamlı hallar və bakteriya ifrazediciliyi olmayan vərəm halları.

Terminlər və onların açıqlamaları

Bu klinik protokolun məqsədləri üçün aşağıdakı terminlərdən istifadə olunur:

ağciyər vərəmi (bundan sonra AV) – ağciyər parenximasını və ya traxeobronxial ağacı əhatə edən, bakterioloji təsdiqlənmiş və ya kliniki diaqnozu qoyulmuş hər hansı bir vərəm hadisəsi. Miliar vərəm AV kimi təsnif edilir, çünki xəstəliyin bu formasında zədələnmə ağciyərlərdə baş verir. Ağciyərlərdə rentgenoloji aşkar edilmiş patologiyası olmayan vərəm plevritləri ağciyərdən kənar vərəm halları kimi təsnif edilir. Həm AV, həm də ağciyərdən kənar vərəmdən əziyyət çəkən xəstə ağciyər vərəmi halı kimi təsnif edilməlidir. 2021-ci ildən uşaqlarda döşqəfəsi daxili limfa düyünlərinin vərəmi (mediastinal və ya hiliar) AV kimi təsnif edilir;

ağciyərdən kənar vərəm (bundan sonra AKV) – prosesin ağciyərlərdən başqa, digər orqanlarda (plevrada, limfa düyünlərində, həzm və sidik-cinsiyyət yollarında, dəridə, oynaqlarda və sümüklərdə, beyin qişalarında və s.) lokalizasiyası ilə bakterioloji və ya kliniki təsdiqlənmiş hər hansı vərəm halı;

arzuolunmayan reaksiya (bundan sonra AR) – vərəm əleyhinə dərman preparatlarının (bundan sonra – VƏDP) bilavasitə qəbulu ilə əlaqəli və ya qəbuluna şübhəli səbəb-nəticə əlaqəsi olan VƏDP ilə bağlı hər hansı bir arzuolunmaz hal;

arzuolunmayan hadisə (bundan sonra AH) – VƏDP-nin istifadəsi ilə səbəb-nəticə əlaqəsindən asılı olmayaraq, VƏDP təyin edilmiş xəstənin sağlamlıq vəziyyətindəki hər hansı bir arzuolunmuş dəyişiklik;

bakteriya ifrazının monitorinqi – bəlğəmin konversiyasını müəyyən etmək, konversiya tarixini və ya səmərəsiz müalicə faktını aydınlaşdırmaq üçün təyin edilmiş test tezliyi ilə xəstənin bakteriya ifrazetmə nəticələrinin monitorinqi;

bakterioloji konversiya – ən azı 7 gün ara ilə götürülmüş ən azı iki ardıcıl əkmə (DHV və DDV üçün) və ya yaxma (yalnız DHV üçün) nəticəsi mənfi olduqda bakterioloji təsdiqlənmiş vərəm xəstəsinin vəziyyətini təsvir edir;

bakterioloji reversiya – ən azı 7 gün ara ilə götürülmüş iki ardıcıl əkmə (DHV və DDV üçün) və ya yaxma (DHV üçün) nəticəsinin müsbət olduğu halda istər bakterioloji konversiyadan sonra, istərsə də bakterioloji təsdiqlənməmiş vərəm xəstəsinin vəziyyətini təsvir edir;

birinci sıra VƏDP – izoniazid (bundan sonra – **H**), rifampisin (bundan sonra – **R**), etambutol (bundan sonra **– E**), pirazinamid (bundan sonra – **Z**);

ciddi əlavə təsir (bundan sonra CƏT) – dərmanın istifadəsi ilə əlaqədar xəstənin vəziyyətində olan və dərmanın dozasından asılı olmayaraq arzuolunmaz nəticəyə səbəb olan hər hansı bir mənfi hadisə, yəni: ölüm; həyat üçün təhlükə; xəstəxanaya yerləşdirmə və ya stasionar müalicə müddətinin uzadılması; davamlı və ya əhəmiyyətli əmək qabiliyyətinin itirilməsi; əlillik; ƏT – əlavə təsir;

çox sayda dərmanlara davamlılıq (bundan sonra ÇDD) – eyni vaxtda ən azı H və R-ə qarşı davamlılıq; **ÇDDV** – ÇDD olan vərəm halı;

dəri testi – tuberkulin və ya vərəm mikobakteriyası (bundan sonra – VMB) antigeninin intradermal inyeksiyası, spesifik immun cavabı müəyyən etməyə imkan verir;

dərmana həssas vərəmi (bundan sonra DHV) olan xəstələrdə konversiya – ən azı 7 gün (adətən 30 gün) fasilə ilə götürülmüş iki ardıcıl nümunənin müayinəsi zamanı mənfi mikroskopiya və (və ya) kultura nəticələrinin əldə edilməsi. Konversiya tarixi ilk mənfi nümunənin toplandığı tarixdir;

dərmana həssas vərəm (DHV) – VMB-nin təsdiqlənmiş olması və klinik izolyatların VƏDP-lərə – H, R, E və Z-ə qarşı müəyyən edilmiş dərman həssaslığı olan vərəm halı;

dərman həssaslığı testi (bundan sonra DHT) – VMB-nin vərəm əleyhinə dərmanlara həssaslığını müəyyən edir. DHT ***molekulyar*** (VMB-nin DNT-də (dezoksiribonuklein turşusunda) dərmana qarşı davamlılıqla əlaqəli genetik mutasiyaları aşkar edir) və ***fenotipik*** (VMB-nin vərəm əleyhinə dərmanların müxtəlif konsentrasiyalarda olduğu mühitdə böyümə və çoxalma qabiliyyətini birbaşa ölçür) ola bilər. Molekulyar DHT-lərə Xpert GDD (izoniazid, flüorxinolonlar, etionamid və amikasinə qarşı davamlılığı aşkar edir), "LPA-MTBDRplus" (izoniazid və rifampisinə qarşı davamlılığı aşkar edir) və "LPA MTBDRsl" (flüorxinolonlara və amikasinə qarşı davamlılığı müəyyən edir) daxildir. Fenotipik DHT-yə bərk mühitdə (Levenşteyn – Yensen mühiti – LY) və ya maye mühitdə (MQIT) sınaq daxildir;

əvvəllər müalicə olunmuş hal – keçmişdə bir aydan çox VƏDP ilə müalicə almış şəxs;

geniş dərmana davamlılıq/polidavamlı (GDD) – ÇDD istisna olmaqla, birdən çox VƏDP-ə qarşı davamlılıq; flüorxinolonlardan (bundan sonra – Fq) hər hansı birinə və A qrupunun VƏDP-lərindən ən azı birinə (bedakvilin (bundan sonra – Bdq) və (və ya) linezolid (bundan sonra – Lzd)) qarşı müəyyən edilmiş əlavə davamlılığı olan ÇDD və ya RDV. Sonradan digər VƏDP-lər A qrupuna daxil edildikdə onlara qarşı davamlılıq GDD üçün meyar olacaq. GDDV – GDD olan vərəm halı.

ikinci sıra VƏDP – dərmana davamlı vərəmin müalicəsi üçün istifadə edilən, H, R, E, Z-dən başqa digər VƏDP dərmanlar;

insanın immunçatışmazlığı virusu (İİV) statusu (bundan sonra xəstənin İİV-müsbət statusu) – İİV-ə yoluxma zamanı xəstənin laboratoriya müayinələrinin müsbət nəticələrinin alınması faktı ilə müəyyən edilən vəziyyəti;

İİV-lə yaşayan insanlar (bundan sonra İYİ) – İİV infeksiyasına görə diaqnostik testin müsbət nəticələrini almış xəstələr;

immunoloji dəri testləri – tuberkulin dəri sınağı və rekombinant vərəm allergeni ilə dəri testi;

induksiya edilmiş bəlğəm – xəstə ultrasəs inhalyatorundan istifadə edərək steril hipertonik natrium xlorid məhlulu ilə nəfəs aldıqdan sonra əldə edilən bəlğəm;

məişət təması (ailədaxili təmas) – cari müalicənin başlanmasına qədər 3 ay ərzində indeks halı ilə eyni məhdud yaşayış yerində bir və ya bir neçə gecə və ya gün ərzində uzun müddət yaşayan şəxs;

monorezistent/monodavamlı – H, R, E, Z VƏDP-lərdən yalnız birinə davamlılıq;

operativ tədqiqatlar – xəstənin sağlamlığını və ya müalicə nəticələrini yaxşılaşdırmaq üçün səhiyyə sisteminə müdaxilələrin effektiv, davamlı və hərtərəfli həyata keçirilməsini dəstəkləyəcək kritik sübutlu bazanın yaradılmasına yönəlmiş tətbiqi tədqiqat üsulu;

pre-geniş dərmana davamlı (bundan sonra pre-GDD) vərəm – hər hansı flüorxinolona (Fq) əlavə davamlılıq müəyyən edilmiş RDV;

təmasda olan şəxs – indeksli vərəm xəstəsi ilə əlaqədə olan şəxs. Təmasların aşkarlanması indeksli vərəm xəstəsinin ətrafında baş verir. İndeksli vərəm xəstəsi mütləq infeksiya mənbəyi deyil;

tuberkulin dəri testi (bundan sonra TDT) – dərinin qabarması ilə ifadə olunan, ölçüsü millimetrlə ölçülə bilən, immun reaksiyaya (ləng tipli hiperhəssaslığa) səbəb olan mikobakterial antigen kompleksinin dəridaxili yeridilməsidir. TDT vərəm infeksiyasının diaqnozu üçün istifadə olunur;

turşuya davamlı mikobakteriyalar (TDM) – turşu məhlulu ilə rəngsizləşdirildikdən sonra anilin boyasını saxlaya bilən və mikroskopiya zamanı aşkar olunan mikroorqanizmlərdir. Bunlara VMB, həmçinin vərəm olmayan bakteriyalar – qeyri-vərəm mikobakteriyaları (bundan sonra QVM) aiddir;

rifampisinə davamlı vərəm (RDV) – VMB-nin təsdiqlənmiş mövcudluğu və fenotipik və ya molekulyar üsullardan istifadə etməklə R-ə qarşı təyin olunmuş

davamlılıq halıdır, o cümlədən: R-nə monodavamlılıq, R-nə çoxdavamlılıq, ÇDD, pre-GDD və GDD;

RDV olan xəstələrdə konversiya – ən azı 7 gün fasilə ilə (adətən 30 gün) götürülmüş iki ardıcıl nümunənin müayinəsi zamanı mənfi əkmə nəticəsinin əldə edilməsidir. Konversiya tarixi mənfi əkmə nəticəsi olan ilk nümunənin toplandığı tarixidir;

qamma-interferon testləri – qanda qamma-interferonun azad olunmasının təhlili və ya qamma-interferon hasil edən T-limfositlərin sayının hesablanması, orqanizmin vərəm bakteriyalarına qarşı immun reaksiyasını yoxlamaqla vərəm infeksiyasını aşkar etmək üçün istifadə olunur;

qeyri-vərəm mikobakteriyaları (QVM) – *M. tuberculosis* (vərəmin törədicisi) və *M. leprae* (cüzamın törədicisi) istisna olmaqla, digər növ mikobakteriyalardır. QVM-lərə həmçinin atipik mikobakteriyalar, vərəmdən fərqlənən mikobakteriyalar və ya ətraf mühit mikobakteriyaları (klinik cəhətdən müvafiq *M. avium* kompleksi, *M. chimaera, M. kansasii, M. abscessus, M. chelonae, M. fortuitum, M. mucogenicum*) aiddir;

vərəm infeksiyasına qarşı mübarizə – vərəmin yayılmasının qarşısını alan tədbirlər və texnoloji prosedurlar kompleksi;

vərəm mikobakteriyaları kompleksi (VMK) – insanlarda və heyvanlarda vərəmə səbəb olan yaxın qohum növlərin nümayəndələri də daxil olmaqla, mikobakteriyalar qrupuna aiddir (ən çox yayılmış növləri – *M. tuberculosis, M. africanum, M. bovis, M. canettii, M. microti*);

vərəmin diaqnostikası üçün ÜST tərəfindən tövsiyə olunan sürətli testlər – VMB-nin sürətli diaqnostikası üçün ÜST tərəfindən tövsiyə olunan testlər. Bunlar VMB-nin DNT-sinin aşkarlanmasına əsaslanan ***molekulyar*** testlər (məsələn, Xpert Ultra) və sidikdə VMB lipoarabinomannan antigeninin aşkarlanmasına əsaslanan ***biomarkerlərdir*** (məsələn LF-LAM).

vərəmin indeksli hadisəsi (indeksli vərəm xəstəsi) – digər şəxslər üçün vərəmə yoluxma riskinin mövcud olduğu konkret yaşayış yerində və ya digər müvafiq şəraitdə olan yeni aşkarlanmış və ya təkrar vərəm hadisəsi;

vərəm müalicəsinə sadiqlik – xəstənin vərəmin müalicəsinin zəruriliyinə inamı, mütəxəssis həkimin reseptlərinə əməl etməsi və tibb işçiləri ilə əməkdaşlıq etmək istəyi;

vərəmin profilaktik müalicəsi (**VPM**) – vərəmə yoluxma riski olan şəxslərə bu riski azaltmaq məqsədilə təklif olunan müalicədir. Həmçinin "vərəm infeksiyasının müalicəsi" və ya "vərəmin profilaktik terapiyası" adlanır.

vərəm infeksiyası (bundan sonra Vİ) – aktiv vərəmin kliniki təzahürləri olmayan, orqanizmə əvvəllər daxil olmuş VMB (*Mycobacterium tuberculosis*) antigenlərinə qarşı davamlı immun cavab vəziyyətidir. İnsanlarda *M.tuberculosis* infeksiyasının birbaşa aşkarlanması üçün qızıl standart yoxdur. Yoluxmuş insanlarda vərəm xəstəliyinin əlamətləri və ya simptomları yoxdur, lakin onlar vərəm xəstəliyinə tutulma riski altındadırlar. "Gizli vərəm infeksiyası" (latent vərəm infeksiyası) termini "vərəm infeksiyası" termini ilə əvəz edilmişdir;

vərəmin kimyaterapiyası (VKT) – xəstənin orqanizmində VMB-ni (bakterisid təsir) və (və ya) VMB-nin yayılmasını (bakteriostatik təsir) məhv edən VƏDP-in uzunmüddətli davamlı birgə istifadəsi;

vizual diaqnostika üsulları – bu üsullara rəqəmsal rentgen, kompüter tomoqrafiyası, maqnit nüvə rezonans tomoqrafiyası, daxili orqanların ultrasəs müayinəsi, pozitron emission tomoqrafiyası daxildir;

uşaqlarda dərmana həssas vərəmin müalicə müddətini təyin etmək məqsədilə ağır olmayan ağciyər vərəmi halları:

- tənəffüs yollarında obstruksiya yaratmayan döş qəfəsi daxili limfa düyünlərinin vərəmi;
- ağciyərlərin bir payı ilə məhdudlaşan və miliar olmayan zədələnmə;
- ağırlaşmamış vərəm mənşəli plevral maye (yığıntı);
- oliqobasilyar, destruksiyası olmayan vərəm halı;

yaş qrupları:

Körpə: 1 yaşa qədər (12 ay)

Azyaşlı uşaq: 1-4 yaşa qədər

Uşaq: 5-13 yaş

Yeniyetmə: 14-17 yaş

Böyüklər: 18 yaş və daha çox

yaxın təmas – indeksli xəstə ilə eyni evdə yaşamayan (məişət təması olmayan), lakin xəstəliyin cari epizodunun başlamasından 3 ay əvvəl gün ərzində uzun müddət indeksli xəstə ilə məhdud bir məkanda, məsələn, ictimai yerdə, iş yerində vaxt keçirmiş şəxs;

yeni hal – əvvəllər heç vaxt vərəmdən müalicə olunmamış və ya bir aydan az müddətdə VƏDP qəbul etmiş şəxs.

VƏRƏM HALININ TƏRİFİ VƏ KLİNİKİ TƏSNİFATI

Ağciyər vərəminin yaxşı məlum olan bir neçə təsnifat və kodlaşdırma sistemi mövcuddur:

- Xəstəliklərin beynəlxalq təsnifatı (XBT-10)
- Bakterioloji təsdiqdən asılı olaraq təsnifat
- Vərəm prosesinin lokalizasiyasına əsaslanan təsnifat
- Vərəmin təsnifatı (ÜST)
- Vərəmin dərmanlara qarşı davamlılığına əsaslanan təsnifat
- Vərəmin müalicə nəticələrini göstərən təsnifat

Bu təsnifatlar hazırda Azərbaycanda istifadə olunur. Yuxarıda qeyd edilən təsnifatlara uyğun olaraq diaqnozların formalaşdırılması və kodlaşdırılması ilə vərəm əleyhinə dispanserlərin tərkibindəki Həkim Komissiyaları və tibb müəssisələrinin təşkilati-metodik şöbələrinin işçiləri məşğul olmalıdırlar.

XBT-10 üzrə təsnifat

SİNİF: Bəzi infeksion və parazitar xəstəliklər – A00-B99

BÖLMƏ: VƏRƏM – A15-A19

A15. Tənəffüs üzvlərinin bakterioloji və histoloji təsdiq olunmuş vərəmi

- A15.0. Kulturanın bitməsi ilə və ya onsuz bakterioskopik üsulla təsdiq olunmuş ağciyər vərəmi*
- A15.1. Ancaq kulturanın bitməsi ilə təsdiq olunmuş ağciyər vərəmi
- A15.2. Histoloji üsulla təsdiq olunmuş ağciyər vərəmi
- A15.3. Qeyri-müəyyən üsullarla təsdiq olunmuş ağciyər vərəmi

A16. Tənəffüs üzvlərinin bakterioloji və histoloji təsdiq olunmamış vərəmi

- A16.0. Bakterioloji və histoloji müayinələrin mənfi nəticələri ilə ağciyər vərəmi
- A16.1. Bakterioloji və histoloji müayinələr aparılmamış ağciyər vərəmi

- A16.2. Bakterioloji və histoloji təsdiqin qeyd olunmaması ilə ağciyər vərəmi

A17. Sinir sisteminin vərəmi

A18. Digər orqanların vərəmi

A19. Miliar vərəm

Qeyd:

- P 37.0 Anadangəlmə vərəm;
- J 65 Vərəmlə əlaqəli pnevmokonioz;
- B 90 Vərəmin nəticələri

Qeyd:

* ilk növbədə molekulyar-genetik üsul – Gene Xpert aparılmalıdır.

Bakterioloji təsdiqdən asılı olaraq təsnifat

Bakterioloji təsdiqlənmiş vərəm halı – yaxmanın mikroskopiyası, əkmə və ya "Xpert Ultra" və ya "LF-LAM" kimi ÜST tərəfindən təsdiq edilmiş sürətli testlər vasitəsilə diaqnozu qoyulmuş vərəm hadisəsi;

Kliniki təsdiqlənmiş vərəm halı - bakterioloji təsdiqləmə meyarlarına cavab verməyən, lakin aktiv vərəm diaqnozu qoyulmuş və vərəm əleyhinə müalicənin təyin edilməsi barəsində qərar qəbul edilmiş haldır. Buraya görüntüləmə (vizualizasiya) vasitələri və ya histoloji tədqiqatlar əsasında vərəm diaqnozu qoyulmuş hallar daxildir.

Prosesin lokalizasiyasından asılı olaraq təsnifat

ağciyər vərəmi (AV) – ağciyər parenximasını və ya traxeobronxial ağacı əhatə edən bakterioloji təsdiqlənmiş və ya kliniki diaqnozu qoyulmuş hər hansı bir vərəm hadisəsinə aiddir. Miliar vərəm AV kimi təsnif edilir, çünki xəstəliyin bu formasında

zədələnmə ağciyərlərdə baş verir. Ağciyərlərdə rentgenoloji aşkar edilmiş patologiyası olmayan vərəm plevritləri ağciyərdən kənar vərəm halları kimi təsnif edilir. Həm AV, həm də AKV-dən əziyyət çəkən xəstə ağciyər vərəmi halı kimi təsnif edilməlidir. 2021-ci ildən uşaqlarda hiliar limfa düyünlərinin vərəmi (mediastinal və ya hiliar) AV kimi təsnif edilir;

ağciyərdən kənar vərəm (AKV) – prosesin ağciyərlərdən başqa digər orqanlarda (plevrada, limfa düyünlərində, həzm və sidik-cinsiyyət yollarında, dəridə, oynaqlarda və sümüklərdə, beyin qişalarında və s.) lokalizasiyası ilə bakterioloji və ya kliniki təsdiqlənmiş hər hansı vərəm halı aiddir).

Vərəmin təsnifatı (ÜST)

Vərəm halının əvvəlki müalicəyə əsaslanan təsnifatı

Yeni hallar – əvvəllər heç vaxt vərəm müalicəsi almamış və ya bir aydan az müddətdə vərəm əleyhinə dərman qəbul etmiş xəstələrdir.

Təkrarlanan hallar (əvvəllər müalicə olunmuş xəstələr) – əvvəlki müalicənin ən son kursunun nəticələrinə əsasən aşağıdakılara bölünür:

Residiv – əvvəllər vərəmdən müalicə almış və müalicənin son kursunun sonunda sağalma və ya müalicəsini tamamlayan kimi qəbul edilmiş, lakin sonradan vərəmin təkrar epizodu diaqnozu qoyulmuş xəstələr (bu, əsl residiv və ya reinfeksiya nəticəsində yeni vərəm epizodu ola bilər);

Uğursuz terapiya kursundan sonra müalicə – əvvəlki müalicə kursunun uğursuz nəticəsindən sonra ikinci müalicə kursuna başlayan xəstələr;

Müayinədən kənarda qalanlar – əvvəllər vərəmdən müalicə almış, lakin müalicənin sonuncu kursunun sonunda təqib üçün itirilmiş hesab edilən xəstələr;

Əvvəllər müalicə olunan digər xəstələr – əvvəllər vərəmdən müalicə almış, lakin son terapiya kursunun sonunda müalicənin nəticəsi məlum olmayan və ya sənədləşdirilməyən xəstələr.

Köçürülmüş – başqa tibb müəssisəsindən köçürülmüş və müalicəni davam etdirmək üçün yeni bölgədə/müəssisədə qeydiyyatda olan xəstələr.

Vərəm halının İİV statusuna əsaslanan təsnifatı

İİV-müsbət vərəm xəstələri – vərəm diaqnozundan əvvəl, diaqnoz qoyulan zaman və ya sonra İİV-ə görə müsbət test nəticəsi olan və ya İİV zamanı yardım proqramlarında iştirakına dair digər sənədləşdirilmiş sübutları olan vərəm xəstələridir.

İİV-mənfi vərəm xəstələri – vərəm diaqnozu qoyulan zaman İİV testinin sənədləşdirilmiş mənfi nəticəsi olan vərəm xəstələridir. Sonradan İİV-müsbət olduğu müəyyən edilən hər hansı İİV-mənfi vərəm xəstəsi müvafiq olaraq yenidən təsnif edilməlidir.

İİV statusu naməlum olan vərəm xəstələri – İİV testinin sənədləşdirilmiş nəticəsi olmayan xəstələrdir. İİV statusu sonradan müəyyən edilərsə, İİV testinin nəticələrinə görə xəstə nəticəyə müvafiq olaraq yenidən təsnif edilməlidir.

Vərəm halının dərmanlara qarşı davamlılığa əsaslanan təsnifatı

Dərmana davamlı vərəm (DDV) – bir və ya daha çox VƏDP-lərə qarşı davamlılıq göstərən vərəm törədicisi ştammının səbəb olduğu vərəm halıdır.

Dərmana həssas vərəm (DHV) – birinci sıra VƏDP-lərə – izoniazid, rifampisin, pirazinamid və etambutola həssas olan vərəm mikobakteriyalarının ştamlarının törətdiyi vərəmdir.

Monorezistent vərəm (MonoDDV) – rifampisindən başqa, yalnız birinci sıra VƏDP-lərə – izoniazid, pirazinamid və ya etambutola davamlı VMB ştamlarının səbəb olduğu vərəmdir.

İzoniazidə davamlı vərəm (HDV) – izoniazidə davamlı və rifampisinə həssas olan VMB ştamlarının törətdiyi vərəmdir.

Çox dərmana davamlı vərəm (ÇDDV) – rifampisinə davamlılıqdan əlavə olaraq, birdən çox birinci sıra VƏDP-lərə davamlı VMB ştamlarının yaratdığı vərəmdir.

Rifampisinə davamlı vərəm (RDV) – fenotipik və ya molekulyar laboratoriya üsulları vasitəsilə təsdiqlənmiş, digər VƏDP-lərə qarşı davamlılığı olan və ya olmayan, rifampisinə davamlı VMB ştamlarının törətdiyi vərəmdir. RDV-yə rifampisinə qarşı bütün növ davamlılıqlar, yəni mono-, poli-, çox dərmana davamlılıq, pre-geniş və geniş dərmana davamlılıq aiddir.

Çox dərmana davamlı vərəm (ÇDDV) – eyni zamanda həm rifampisinə, həm də izoniazidə qarşı davamlı olan VMB növləri tərəfindən törədilən vərəmdir.

Pre-geniş dərmana davamlı vərəm (pre-GDDV) – ÇDDV və ya RDV təsnifatına müvafiq, eyni zamanda, flüorxinolonların hər hansı birinə qarşı davamlı olan ştamlar tərəfindən törədilən vərəmdir.

Geniş dərmana davamlı vərəm (GDDV) – ÇDDV və ya RDV təsnifatına cavab verən və eyni zamanda, flüorxinolonlardan (levofloksasin, moksifloksasin) və ən azı digər A qrup dərmanlarından birinə (bedakvilin, linezolid) qarşı davamlı ştamların törətdiyi vərəmdir.

Vərəmin müalicə nəticələrini göstərən təsnifat

Bakterioloji təsdiq edilmiş və ya klinik təzahürlər əsasında (bakterioloji təsdiq olmadıqda) diaqnozu qoyulmuş DHV və DDV bütün hallarının müalicə nəticələri aşağıdakı cədvəldən istifadə etməklə müəyyən olunmalıdır:

Nəticə	Tərif (DHV + DDV)
Sağalma	Müalicəyə başlamazdan öncə bakterioloji təsdiqlənmiş ağciyər vərəmi olan, milli tövsiyələrə uyğun olaraq müalicəsini tamamlamış, bakterioloji cavab almış və uğursuz müalicə əlamətləri olmayan xəstə. **Bakterioloji cavab** reversiya olmadan bakterioloji konversiyaya aiddir. **"Bakterioloji konversiya"** ən azı 7 gün ara ilə götürülmüş ən azı iki ardıcıl əkmə (DHV və DDV üçün) və ya yaxma (yalnız DHV üçün) nəticəsi mənfi olduqda bakterioloji təsdiqlənmiş vərəm xəstəsinin vəziyyətini təsvir edir. **"Bakterioloji reversiya"** ən azı 7 gün ara ilə götürülmüş iki ardıcıl əkmə (DHV və DDV üçün) və ya yaxma nəticəsinin (DHV üçün) müsbət olduğu halda istər bakterioloji konversiyadan sonra, istərsə də bakterioloji təsdiqlənməmiş vərəm xəstəsinin vəziyyətini təsvir edir.
Müalicə bitmişdir	Milli təlimatlara uyğun olaraq tam terapiya kursunu bitirmiş və müalicəsinin nəticəsi nə sağalma, nə də uğursuz nəticə anlamına uyğun gəlməyən vərəm xəstəsi. Bu tərif ağciyərdən kənar vərəm hallarına, eləcə də bakterioloji təsdiqi olmadan diaqnoz qoyulmuş hallara şamil edilə bilər.
Uğursuz müalicə	Müalicəsi dayandırılmalı və ya daimi olaraq yeni rejimə və ya müalicə strategiyasına keçirilməsi tələb olunan xəstə. Dəyişdirmə səbəbləri arasında: - bakterioloji cavabın olmaması (konversiya); - VƏDP rejiminə əlavə qazanılmış davamlılıq; - dərmana qarşı mənfi reaksiya. *BPaL(Mfx) rejimi ilə müalicə edildikdə, səmərəsiz müalicə aşağıdakı hallarda da qeydə alınır: - Bdq və ya Pa-nın hər hansı bir səbəbdən ləğvi; - tam müalicə rejimi ilə ardıcıl 9 həftəlik müddət keçmədən Lzd dozasının dayandırılması və ya azaldılması.
Ölüm	Müalicəyə başlamazdan əvvəl və ya müalicə zamanı ölən vərəm xəstəsi
Sonrakı müşahidə üçün itirilmiş xəstə	Müalicəyə başlamamış və ya müalicəsi ardıcıl iki ay (və ya daha çox) müddətində fasilə vermiş vərəmi olan xəstə
Nəticə qiymətləndirilməmişdir	Müalicə nəticəsi müəyyən edilməmiş vərəm xəstəsi. Buraya başqa müəssisəyə köçürülmüş hallar və müalicəsinin nəticəsi məlum olmayan hallar daxildir; müşahidə etmək üçün itirilmiş hallar daxil deyil.
Uğurlu müalicə	Nəticələri "sağalma" və "müalicə bitmişdir" olan halların cəmi.

VƏRƏMİN AŞKARLANMASI VƏ DİAQNOSTİKASI

Vərəmin aşkarlanması tibb müəssisələrində, o cümlədən ilkin səhiyyə xidməti işçiləri tərəfindən əhalinin müəyyən qruplarının tibbi müayinəsi zamanı, habelə tibbi yardıma müraciət edən xəstələr arasında həyata keçirilir. Tənəffüs sistemində və digər orqan və sistemlərdə vərəmin aşkarlanması bütün ixtisaslar üzrə tibb mütəxəssisləri və ümumi praktika (ailə həkimləri) tərəfindən aparılır. Mütəxəssis həkim (ailə həkimi) vərəmdən şübhələndikdə xəstəni həkim ftiziatrın konsultasiyasına göndərir. Vərəm əleyhinə tibb müəssisələrində zəruri müayinələr aparılır, vərəm diaqnozu təsdiqlənir və ya inkar edilir. Aşkarlanma vərəmin patogenetik əlamətlərinin müəyyən edilməsi, anamnezin toplanması, vərəmin risk faktorlarının müəyyən edilməsi, xəstənin fiziki müayinəsi, rentgen müayinəsi və VMB təyini (Xpert Ultra) üçün sürətli molekulyar testlə bioloji materialın müayinəsindən ibarətdir.

Vərəmin diaqnostikası patoloji prosesin lokalizasiyasının müəyyən edilməsindən, vərəm xəstəliyinin bakterioloji təsdiqindən, həmçinin patogenin müəyyən edilməsindən və VƏDP qarşı DH-nin müəyyən edilməsindən ibarətdir.

Müayinə

Tibbi müayinə zamanı xəstədən aşağıdakı şikayətlər soruşulur: öskürək, bəlğəm ifrazı, hərarətin yüksəlməsi, xüsusilə gecələr tərləmə, çəki itkisi (xəstəlikdən əvvəlki adi çəki göstəricisi), təngnəfəslik, iştahasızlıq (anoreksiya) – xüsusilə azyaşlı xəstələrdə (bundan sonra, başqa hal nəzərdə tutulmayıbsa – uşaqlar), çəki itkisi, boy artımında geriləmə (uşaqlar üçün), qarın ağrısı, ürəkbulanma, qusma, ishal, qəbizlik, başağrısı, əzələlərdə hissiyyatın itirilməsi, oynaq ağrıları, eşitmə qabiliyyətinin zəifləməsi, depressiya, narahatlıq hissi və digər şikayətlər.

Fiziki tibbi müayinə zamanı ürək döyüntülərinin sayı, arterial təzyiq, tənəffüs tezliyi qiymətləndirilir, auskultasiya aparılır, boy və çəki ölçülür, dərinin vəziyyəti, böyümüş limfa düyünləri, sinir, sidik-cinsiyyət və sümük-oynaq sistemlərinin vəziyyəti qiymətləndirilir, qarın boşluğu orqanlarının palpasiyası həyata keçirilir.

Anamnez

Vərəmin aşkarlanması üçün anamnez hazırkı xəstəliyin tarixini, vərəmin inkişafının tibbi və sosial risk faktorlarının təhlilini əhatə edir:

- diaqnozun təsdiq olunması tarixi göstərilməklə, bu xəstədə əvvəllər vərəm halının müəyyən edilməsi;
- bütün əvvəlki müalicə kurslarının başlama və bitmə tarixlərinin, müalicənin nəticələrinin, müalicə rejimlərinə riayət edilməsinə dair məlumatların əldə edilməsi;
- vərəm diaqnozunun qoyulması üçün yaxma mikroskopiyasının, əkmə və DHT üzrə sürətli test nəticələrinin alınması;
- tibbi müşahidə dövründə rentgen müayinələrinin nəticələrinin alınması; rentgen arxivi;
- keçmişdə dərmanlara və ya VƏDP-lərə, hazırda qəbul edilən dərmanlara arzuolunmaz reaksiyaların (AR) müəyyən edilməsi;
- keçmiş cərrahi müdaxilələrin, ağciyər xəstəliklərinin ağırlaşmalarının (pnevmotoraks, empiyema, qanlı bəlğəm və s.), xroniki xəstəliklərin (böyrəklər, qaraciyər, mədə-bağırsaq traktının, ürək, şəkərli diabetin) olması, xəstənin İİV-müsbət statusunun olması, allergiya və digər anamnez;
- keçmişdə psixiki və davranış pozuntularının müəyyən edilməsi;
- siqaret, alkoqol və ya digər maddələrdən sui-istifadə hallarının müəyyən edilməsi;
- keçmişdə cəzaçəkmə müəssisələrində qalması, nəzarət altında saxlanılması barədə məlumatların alınması;
- qadınlarda menstrual dövrünün başlanğıc tarixinin və istifadə olunan kontrasepsiya üsulunun aydınlaşdırılması;
- indeksli xəstə ilə təmasda olmuş şəxslərin yaşayış şəraiti, gəlir səviyyəsi, sosial mühiti, ailə üzvləri haqqında məlumatların sonrakı araşdırmalarla müəyyən edilməsi, vərəm infeksiyasının yayılma mənbəyinin axtarılması və onunla ünsiyyət müddətinin müəyyən edilməsi, təmasda olmuş şəxslərin xəstələnmə tarixinin, müalicə və DHT məlumatlarının göstərilməsi;
- Uşaqlarda vərəmə yoluxma halı aşkarlandıqda, bir qayda olaraq, uşağın yaxın ətrafı arasında infeksiya mənbəyi müəyyən edilir.

Simptomlar

Ağciyər vərəminin simptomları. Tənəffüs sistemi vərəminin diaqnostikası xəstələrdə iltihablı bronxopulmonar xəstəliyin simptomları, tənəffüs simptomları (3 həftədən çox produktiv və ya quru öskürək, qanlı bəlğəm, döş qəfəsində tənəffüslə əlaqəli ağrı), 3 həftədən çox davam edən intoksikasiya əlamətləri olduqda (hərarətin yüksəlməsi, halsızlıq, xüsusilə gecələr artan tərləmə, çəki itkisi və s.) və ya xəstənin müayinəsi zamanı vərəmə şübhəli simptomlar müəyyən edildikdə aparılır.

Ağciyərdən kənar vərəmin (AKV) simptomları patoloji vərəm prosesinin lokalizasiyası ilə (limfa düyünləri, plevra, qırtlaq, sümüklər, oynaqlar, onurğa sütunu, böyrəklər və s.) bağlıdır. Xəstələrdə AKV-nin müəyyən edilməsi uroloqlar, travmatoloq-ortopedlər, cərrahlar, oftalmoloqlar, mama-ginekoloqlar, onkoloqlar və digər tibb mütəxəssisləri tərəfindən həyata keçirilir. AKV-nin diaqnostikası məqsədilə müayinənin həcmi tibb mütəxəssisi tərəfindən müəyyən edilir. AKV diaqnostikası zamanı həkim-mütəxəssislə məsləhətləşmək üçün tibbi göstərişlər:

- uzunmüddətli antibakterial və iltihabəleyhinə müalicənin effektsiz olduğu halda hər hansı bir lokalizasiyalı iltihabın təkrarlanan (residiv verən) kliniki əlamətləri ilə müşahidə olunan xəstəliklərin (sindromların) davam etməsi;
- anamnezdə vərəmin olması;
- vərəm xəstəsi ilə təmas;
- vizual diaqnostik və ya digər üsullar vasitəsilə müəyyən edilmiş vərəmə şübhəli dəyişikliklər;
- sonsuzluq;
- uveit;
- mənşəyi bilinməyən qızdırma.

Sidik-cinsiyyət, sümük-oynaq sisteminin, mədə-bağırsaq traktının, görmə orqanlarının xroniki, təkrarlanan və ya müalicəyə çətin tabe olan xəstəlikləri zamanı, qeyri-müəyyən limfadenopatiyası və s. olan xəstələrə diaqnozun dəqiqləşdirilməsi məqsədilə, əlavə müayinələrin həcmini, növünü və yerini təyin edəcək müvafiq profilli həkim-mütəxəssisdən məsləhət alınmalıdır.

Görüntülü (vizual) diaqnostik üsullar

Ağciyər vərəminə şübhə olduqda, xəstə rentgen müayinəsindən (flüoroqrafiya, rentgenoqrafiya, rentgenoskopiya) zəruri hallarda döş qəfəsinin kompüter tomoqrafiyasından keçməlidir.

Ağciyərdən kənar orqanların zədələnməsinin diaqnostikası üçün aşağıdakılar istifadə olunur: rentgen müayinəsi, kompüter tomoqrafiyası, ultrasəs müayinəsi, maqnit rezonans tomoqrafiyası (bundan sonra MRT), pozitron emission tomoqrafiya.

Vərəmin diaqnostik alqoritmi

Böyüklərdə və uşaqlarda vərəm barədə düşünməyə vadar edən əlamət, simptomlar və ya görüntüləmə üsulları vasitəsilə müəyyən edilmiş anomaliyalar olduqda **bəlğəmin (və ya digər bioloji materialın)** toplanması təşkil olunur.

Ağciyər vərəminə görə yoxlanılan şəxslər üçün seçim nümunəsi bəlğəmdir. Biopsiya toxuma nümunələrinin təkrar əldə edilməsi çətin və ya imkansız olduğu halda bu material eyni zamanda mümkün qədər çox üsulla tədqiq edilməlidir.

Nümunə №1 xəstənin müraciəti zamanı yerində toplanır və sürətli diaqnostik testdən (Xpert Ultra) istifadə etməklə dərhal tədqiq edilməlidir. Sürətli testin nəticəsi müsbət olarsa, o zaman 1 nömrəli nümunədən yaxmanın mikroskopiyası aparılır və 2 nömrəli nümunə götürülür;

2 nömrəli nümunə kimi səhər saatlarında toplanmış bəlğəmə və ya 1 nömrəli nümunə götürüldükdən 8-24 saat sonra toplanmış bəlğəmə üstünlük verilir.

Nümunə № 2 molekulyar DHT üçün izoniazid və flüorxinolonlara (Xpert GDD) görə, maye və bərk qidalı mühitlərdə əkməyə göndərilir. Xpert GDD mümkün olmadıqda, Xpert VMB/RIF və mikroskopiya nəticəsi müsbət olarsa, bəlğəm “LPA MTBDRplus” (molekulyar izoniazid DHT) və “LPA MTBDRsl” (molekulyar flüorxinolon DHT) istifadə edilərək yoxlanılır. Müsbət əkmə nəticəsi olduqda, maye DHT (MQIT) birinci sıra VƏDP (H, R, E, Z) və ikinci sıra (levofloksasin (Lfx), moksifloksasin (Mfx), amikasin (Ami), Eto, protionaid (Pto adlandırılacaq), Lzd, Bdq, delamanid (Dlm), klofazimin (Cfz)) üçün aparılır. Laboratoriyada keyfiyyətə nəzarət üçün bərk Levenşteyn – Yensen qidalı mühitində əkmə aparılır.

Diaqnostik alqoritm Əlavə 1-ə uyğun olaraq qurulur.

Vərəmin laborator diaqnostik üsulları

Vərəm hallarının laborator diaqnostika üsullarına aşağıdakılar daxildir:

sürətli molekulyar diaqnostika – eyni vaxtda *M. tuberculosis* kompleksinin DNT-nin aşkarlanması və rifampisinə dərman həssaslığının təyini üçün molekulyar testdən istifadə edilir (Xpert Ultra). Xpert Ultra müalicənin uğurla başa çatmasından sonra 5 ilə qədər yanlış-müsbət nəticə verə bilər ki, bu da anamnezində vərəm olan xəstələrdə nəticələri şərh edərkən nəzərə alınmalıdır. Bu vəziyyətdə prioritet canlı mikobakteriyaları aşkar edən əkmə nəticəsidir. Xpert Ultra molekulyar test nəticəsini 2 saat müddət ərzində əldə etmək mümkündür.

sürətli biomarker diaqnostikası – *M. tuberculosis* kompleks biomarkerinin sidikdə təyini üsulu (LF-LAM). Bu test yalnız uyğun İYİ üçün əlavə diaqnostika vasitəsi kimi tövsiyə olunur (vərəmin klinik simptomları və ya ağır xəstəliyi olan və ya CD4 hüceyrələrinin sayı <100 hüceyrə/mm3 olan İİV-ə yoluxmuş xəstələr üçün ambulator şəraitdə; İİV-ə yoluxmuş xəstələr üçün stasionar şəraitdə vərəmin klinik simptomları və ya ağır və ya inkişaf etmiş İİV infeksiyası və ya CD4 hüceyrələrinin sayı <200 hüceyrə/mm3). LF-LAM test nəticəsini almaq üçün 15 dəqiqə vaxt tələb olunur.

bəlğəmin (digər bioloji materialın) yaxmasının mikroskopiyası – TDM aşkarlanması epidemik cəhətdən ən təhlükəli vərəm xəstələrini müəyyən etmək, həmçinin müalicənin effektivliyinə nəzarət etmək məqsədilə aparılır. Mikroskopiya nəticəsi müsbət, əkmə nəticəsində isə mikobakteriyaların bitməsi əldə olunmayan nümunələrdə canlı olmayan mikobakteriyalar ola bilər. VMB görə molekulyar test nəticəsinin mənfi, mikroskopiya nəticəsinin isə müsbət olması nümunədə qeyri-vərəm mikobakteriyalarının (QVM) olma ehtimalını göstərir. Nəticə əldə etmək üçün 15 dəqiqə vaxt tələb olunur;

VMB görə bəlğəmin (digər bioloji materialın) əkilməsi: avtomatlaşdırılmış sistemdə (MQIT) maye qidalı mühitə, eləcə də bərk qidalı mühitə (Levenşteyn – Yensen) əkmə üsulu istifadə olunur. Bioloji materialın əkilməsi DHV və RDV-nin müalicəsinin diaqnostikası və monitorinqi, həmçinin kulturanın alınması və həm birinci, həm də ikinci sıra VƏDP görə DHT-nin aparılması üçün lazımdır. Maye mühitdən istifadə edildikdə mikobakteriyaların bitməsi 4-42 gündən sonra, bərk qidalı mühitdən istifadə edildikdə isə 18-56 gündən sonra əldə edilə bilər. Daha erkən zamanda bitmə qeyri-vərəm mikobakteriyalarının mövcudluğunu göstərə bilər. Maye və ya bərk mühitdə bioloji materialın əkilməsi ilə ayrılmış VMB kulturası QVM-i istisna etmək üçün identifikasiya olunur. VMB-nin müəyyən edilməsi üçün testlər fenotipik (əkmə və biokimyəvi),

immunoxromatoqrafik (MRI64) və molekulyar genetik (Xpert Ultra, LPA) olaraq bölünür. Diaqnoz qoyularkən maye qidalı mühitə üstünlük verilir;

Birinci və ikinci sıra VƏDP qarşı VMB DHT – bərk və ya maye qidalı mühitdə həyata keçirilə bilər. Bərk qidalı mühitdə təxminən 4 həftə ərzində aşağıdakı VƏDP üçün DHT əldə etmək mümkündür: H, R, S, E, Lfz, Mfx, Eto, Pto. Maye qida mühitdən istifadə edərək 1-2 həftə ərzində (Z üçün 1-3 həftə) daha çox sayda VƏDP üçün DHT aparmaq mümkündür və buna görə də vərəm diaqnozu qoyularkən bu üsula üstünlük verilir: H, R, S, E, Lfz, Mfx, Eto, Pto, Bdq, Lzd, Cfz, Dlm, Z.

dərman həssaslığının molekulyar testi – *M. tuberculosis*-in dərmanlara qarşı davamlılığı ilə əlaqəli genetik mutasiyaları təyin etmək mümkündür: rifampisin və izoniazidə davamlılığı aşkar etmək üçün xətti zond analizi (LPA MTBDRplus), flüorxinolonlara və amikasinə (LPA MTBatedDRsl) davamlılıq aşkar etmək üçün xətti zond analizi, mürəkkəblik səviyyəsi aşağı olan avtomatlaşdırılmış PZR testi vasitəsilə izoniazid, flüorxinolonlar, etionamid və amikasinə (Xpert XDR) qarşı davamlılığın aşkar edilməsi. Test nəticəsini almaq üçün vaxt: “LPA MTBDRplus” – 1 gün, “LPA MTBDRsl” – 1 gün, Xpert GDD – 2 saat.

Tədqiqatın keyfiyyətini təmin etmək üçün bəlğəm və (və ya) digər bioloji materialın adekvat nümunəsinin toplanması, laboratoriyaya vaxtında daşınması və bioloji materialın işlənməsi tələb olunur. Bioloji materialın növü diaqnostik testin seçilməsinə birbaşa təsir göstərir. VMB tədqiqatı üçün diaqnostik materialın növləri **Əlavə 2**-yə uyğun olaraq müəyyən edilir.

Vərəmin diaqnostikası üçün **bioloji materialın toplanması, saxlanması və çatdırılması** qaydası **Əlavə 3**-ə uyğun olaraq müəyyən edilir.

Bioloji materialın **toplanması, saxlanması və daşınması qaydaları Əlavə 4-ə** uyğun olaraq müəyyən edilir.

VMB tədqiqatı üçün **bioloji materialın göndərilə biləcəyi laboratoriyaların siyahısı**, habelə daşınma qrafiki **Əlavə 5-ə** uyğun olaraq müəyyən edilir.

Ağciyərdən kənar vərəmin diaqnostikası

AKV diaqnozu vərəm xəstəliyini təsdiqləyən əkmə testlərinin, molekulyar testlərin, mikroskopiyanın və (və ya) morfoloji tədqiqatların (bioptatın histoloji və bakterioskopik müayinəsi) müsbət nəticələrinə əsaslanır. Mürəkkəb klinik hallarda,

bakterioloji və (və ya) histoloji cəhətdən təsdiqlənməmiş AKV diaqnozu anamnez məlumatlarının, xəstəliyin klinik gedişatının və xəstənin müayinəsinin, vizual diaqnostik üsulların nəticələrinin birlikdə təhlilinə əsaslanaraq tibbi konsilium tərəfindən təyin edilə bilər. VƏDP-nin təyin edilməsi müvafiq profilli həkim-mütəxəssislərin iştirakı ilə tibbi konsilium tərəfindən həyata keçirilir.

Vərəm diaqnozu qoyulduqda müalicəyə başlamazdan əvvəl diaqnostik tədbirlər

İstənilən lokalizasiyalı vərəm diaqnozunu təyin edərkən müalicəyə başlamazdan əvvəl həyata keçirilməli olan mütləq diaqnostik tədbirlər aşağıdakılardır:

- anamnezin toplanması (tibbi və sosial);
- antropometriya (uşaqlarda yaş nəzərə alınmaqla);
- fiziki müayinə;
- döş qəfəsi orqanlarının rentgenoqrafiyası (DQOR);
- bioloji materialın sürətli molekulyar tədqiqi (Xpert Ultra);
- bioloji materialın TDM-ə görə mikroskopiyası;
- bioloji materialın maye qidalı mühitə əkilməsi;
- VMB-in DHT-nin birinci və (və ya) ikinci sıra VƏDP-lərə görə aparılması;
- trombositlərin sayını hesablamaqla ümumi qan analizinin nəticələri;
- ümumi zülal, albumin, alanin aminotransferaza (bundan sonra - ALT), aspartat aminotransferaza (bundan sonra - AST), qələvi fosfataza (bundan sonra - ALP), laktat dehidrogenaza (bundan sonra - LDH), alfa-amilazanın, kreatinin konsentrasiyası, qlomerulyar filtrasiya sürətinin (bundan sonra QFR) təyini, sidik cövhəri, qlükoza, bilirubin və onun fraksiyaları, elektrolitlərin (kalium) aktivliyinin təyini ilə biokimyəvi qan testi;
- qanda hepatit B və C virusları markerlərinin təyini;
- aclıq qlükozasının və qlikohemoqlobinin təyini (xəstədə şəkərli diabet varsa və ya aclıq qlükoza səviyyəsi yüksək olarsa);
- qanda tiroid stimullaşdırıcı hormonun təyini (TSH);
- insanın immunçatışmazlığı virusunun (İİV) markerlərinin təyini üçün qan testi;
- sifilisin diaqnostikasının dolayı (seroloji) üsulları;
- ümumi sidik analizi;
- elektrokardioqram (bundan sonra – EKQ);
- reproduktiv yaşda olan qadınlar üçün mama-ginekoloqun müayinəsi, ailə planlaşdırılması və kontrasepsiya üzrə məsləhət;
- reproduktiv yaşda olan qadınlar üçün hamiləlik testinin aparılması;

- görmə itiliyi və görmə sahələri, rəng qavrayışını təyin etmək üçün oftalmoloq məsləhəti;
- periferik neyropatiyanın və onun dərəcəsinin müəyyən edilməsi üçün nevroloq məsləhəti;
- əməliyyatdan əvvəl qrup və Rh statusunun təyini üçün qan testi;
- koaquloqram – əməliyyatdan əvvəl və ya qanhayxırma halı olduqda;
- bioptatın və (və ya) cərrahi materialın histoloji müayinəsi;
- bioptatın və (və ya) cərrahi materialın sitoloji müayinəsi (bakterioloji və histoloji cəhətdən təsdiqlənmiş tənəffüs sisteminin vərəmi (A15), bakterioloji və ya histoloji cəhətdən təsdiqlənməmiş tənəffüs sisteminin vərəmi (A16), Miliar vərəm (A19) üçün);
- kompüter tomoqrafiyası (bundan sonra KT), DQOR (uşaqlarda);
- uşaqlıq boynu kanalından və uretradan yaxmaların flora və qonoreya zamanı mikroskopik müayinəsi (sidik-cinsiyyət orqanlarının vərəmi zamanı (A18.1));
- sümüklərin (oynaqların) rentgenoqrafiyası (sümük və oynaqların vərəmi zamanı (A18.0));
- qarın boşluğu orqanlarının rentgenoqrafiyası (bağırsaq, periton və mezenterial limfa düyünlərinin vərəmi zamanı (A18.3));
- icmal və ekskretor uroqrafiya (sidik-cinsiyyət orqanlarının vərəmi zamanı (A18.1), uşaqlıq boynunun vərəm infeksiyası (N74.0) istisna olmaqla), qadın çanaq orqanlarının vərəm etiologiyalı iltihabi xəstəlikləri (N74.1);
- histerosalpinqoqrafiya (sidik-cinsiyyət orqanlarının vərəmi üçün (A18.1) (qadın çanaq orqanlarının vərəm etiologiyalı iltihabi xəstəlikləri (N74.1));
- qarın boşluğu orqanlarının, böyrəklərin (sidik-cinsiyyət orqanlarının vərəmi zamanı (A18.1), bağırsaqların, peritonun və mezenterial limfa düyünlərinin vərəmi zamanı (A18.3)) ultrasəs müayinəsi (bundan sonra – USM);
- Çanaq orqanlarının USM (sidik-cinsiyyət orqanlarının vərəmi zamanı (A18.1), bağırsaqların, peritonun və mezenterial limfa düyünlərinin vərəmi zamanı (A18.3));
- Periferik limfa düyünlərinin USM (periferik vərəm limfadenopatiyası zamanı (A18.2));
- sistoskopiya (sidik-cinsiyyət orqanlarının vərəmi zamanı (A18.1), uşaqlıq boynunun vərəm infeksiyası (N74.0), qadın çanaq orqanlarının vərəm etiologiyalı iltihabi xəstəlikləri (N74.1) istisna olmaqla);
- kolposkopiya (sidik-cinsiyyət orqanlarının vərəmi zamanı (A18.1) (Uşaqlıq boynunun vərəm infeksiyası (N74.0), qadın çanaq orqanlarının vərəm etiologiyalı iltihabi xəstəlikləri (N74.1));
- histeroskopiya (sidik-cinsiyyət orqanlarının vərəmi zamanı (A18.1) (qadın çanaq orqanlarının vərəm etiologiyalı iltihabi xəstəlikləri zamanı (N74.1));

- endometriumun ayrıca diaqnostik küretajı və ya aspirasiya biopsiyası (sidik-cinsiyyət orqanlarının vərəmi zamanı (A18.1) (uşaqlıq boynunun vərəm infeksiyası (N74.0), qadın çanaq orqanlarının vərəm etiologiyalı iltihabi xəstəlikləri (N74.1));
- sürətli molekulyar test, maye qidalı mühitdə əkmə və plasentanın morfoloji müayinəsi (hamiləlik zamanı vərəm);
- bioptat və (və ya) cərrahi materialın histoloji müayinəsi;
- sitoloji müayinə
- bioptat və (və ya) cərrahi materialın hazırlanması;
- sürətli molekulyar test, maye qidalı mühitə əkmə və plevral mayelərin klinik laborator müayinəsi (biokimyəvi tədqiqat: zülal; qlükoza; xolesterol; amilaza; LDH; adenozin dezaminaza - ADA; fiziki-kimyəvi tədqiqatlar: rəng; şəffaflıq; pH; xüsusi çəkisi);
- onurğa beyni mayesinin (bundan sonra OBM) müayinəsi ilə onurğanın punksiyası (sinir sisteminin vərəmi zamanı (A17));
- vizometriya (gözün vərəmi zamanı (A18.5));
- tonometriya (gözün vərəmi zamanı (A18.5));
- perimetriya (gözün vərəmi zamanı (A18.5));
- qonioskopiya (gözün vərəmi zamanı (A18.5));
- fundus linza ilə göz dibinin müayinəsi (gözün vərəmi zamanı (A18.5));
- autorefraktometriya (gözün vərəmi zamanı (A18.5))

Aşkarlanmanın qeydiyyatı

Vərəmə nəzarət proqramında istifadə olunan standartlaşdırılmış sənədlər:

1. Xəstələrin tibb müəssisəsinə müraciəti barədə qeydiyyat kitabı – Bütün vərəm müəssisələrinə müraciət edən xəstələrin qeydiyyatı aparılmalıdır.

2. Dərmanlara həssas vərəm xəstəsinin şəxsi müalicə kartı (TB-01H) – müalicə müəssisələrində hər bir xəstə üçün açılır və müalicə müddəti ərzində orada saxlanılır. Kartda xəstənin şəxsi məlumatları, bəlğəm müayinəsinin nəticələri, xəstəliyin təyinatı və müalicə rejimi haqqında məlumatlar qeyd olunur. Xəstə başqa müalicə müəssisəsinə köçürüldükdə bütün müvafiq sənədlər həmin müalicə müəssisəsinə göndərilir.

3. Dərmanlara davamlı vərəm xəstəsinin şəxsi müalicə kartı (TB-01-R-ÇDD) – bu forma həssas vərəmlı xəstələr üçün olan analoji formanın davamıdır və xəstənin bütün müalicə müddətində saxlanılır.

4. Vərəm xəstələrinin qeydiyyat kitabı (forma TB-03H) – hər bir müalicə müəssisəsində saxlanılır. Burada müalicəyə qoşulmuş hər bir xəstə haqqında bütün məlumatlar – bəlğəm müayinəsinin nəticələri, xəstəliyin təyinatı və müalicənin nəticələri haqqında məlumatlar qeyd olunur. Qeydiyyata düşmüş hər bir xəstə nömrələnir, daha sonra xəstənin nömrəsi vərəm müalicə kartında qeyd olunur.

5. Vərəm əleyhinə müəssisənin dərmanlara davamlı vərəm xəstələrinin qeydiyyat kitabı (forma TB-03R) – Hər bir vərəm müəssisəsində ikinci sıra dərmanlara davamlı vərəm xəstələrinin müalicəsi haqqında bütün məlumat bu formada qeyd olunur.

6. Vərəmin laboratoriya qeydiyyat jurnalı (TB-04) – diaqnostika və müalicənin gedişinə nəzarət məqsədilə laboratoriya tərəfindən həyata keçirilən bəlğəm müayinəsinin nəticələrini (yaxma, əkmə, DHT və s.) əks etdirir.

7. Həssas vərəm hallarının aşkarlanması üzrə rüblük hesabat (TB-07 hesabat forması) - Yeni və təkrar hallar haqqında rüblük hesabata (TB 07) rüb ərzində bütün aşkar olunmuş halların sayı, o cümlədən yeni və təkrar ağciyər yaxmasının müsbət və ya neqativ halları, həmçinin ağciyərdən kənar hallar daxildir.

8. Müalicə nəticələri haqqında hesabat (TB 08-1 forması) – Bu formada 1 il əvvəl həssas xəstələr və 2 il əvvəl davamlı qeydiyyata alınmış bütün vərəm xəstələri üçün müalicə nəticələri qeyd olunur. Xəstələrin müalicə nəticəsi "Sağalma", "Müalicə başa çatdı", "Müalicə dayandırıldı", "Uğursuz müalicə", "Ölüm" və ya "Köçürülüb" kimi yazıla bilər. Beləliklə, 2022-ci ildə qeydiyyata alınan həssas xəstələrin müalicə nəticələri 2023-cü ildə və həmin ildə qeydiyyata götürülən davamlı xəstələrin müalicə nəticələri 2024-cü ildə qiymətləndirilir. Hesabata qeydiyyatda olduğu ərazidən asılı olmayaraq bütün xəstələr daxil edilir. Müalicə nəticələrinə əsasən analiz olunmuş halların sayı hesabat dövrü ərzində registrə daxil olunan halların sayı ilə eyni olmalıdır. Bütün kursun müalicəsi haqqında nəticələr koqort analizi vasitəsilə qiymətləndirilir.

9. Vərəm xəstələrinin bəlğəm monitorinqi kitabı – qeydiyyatda olan vərəm xəstələrinin bəlğəm verməsi və nəticələrinin izlənməsi üçün qeydiyyat formasıdır.

10. Vərəm xəstəsi ilə təmasda olan şəxslərin qeydiyyat kitabı – Vərəm ocaqları ilə təmasda olan şəxslərin qeydiyyatı, müayinəsi, profilaktik müalicəsi bu kitabda aparılmalıdır.

11. Vərəm haqqında Dövlət Statistik forma 08 – Vərəm əleyhinə tədbirlərin həyata keçirildiyi hər bir müəssisə tərəfindən 8 nömrəli dövlət statistik forma üzrə məlumatlar illik olaraq SN-nin Statistika və İnformatika İdarəsinə təqdim edilməlidir.

12. Ambulator və ya stasionar kartdan çıxarış-göndəriş forması (027-2N forması) – səhiyyə işçisi tərəfindən yazılır. Xəstə və onun müalicəsi haqqında əsas məlumat qeyd olunur. Xəstə qeydə alındıqdan sonra başqa müalicə müəssisəsinə göndərildikdə, bu forma ilə göndərilir.

13. Hər bir ilkin xəstə haqqında məlumatlar – qeydiyyatda olduğu və faktiki yaşadığı ünvan, ağciyər və ya ağciyərdən kənar prosesin olduğu göstərilmək şərtilə yerli GEM idarələrinə 72 saat ərzində bildirilməlidir **(089 forması).** TDM ifraz edən şəxs aşkar olunduğu halda xəstəliyin növündən (ilkin və ya təkrar) asılı olmayaraq qeydiyyatda olduğu və faktiki yaşadığı ünvan, ağciyər və ya ağciyərdən kənar proses olduğu göstərilmək şərtilə yerli GEM idarələrinə 24 saat ərzində bildirilməlidir **(058 forması).**

14. Dərmana davamlı vərəm xəstələrinin müalicəsinə dair konsilium qərarı.

15. Dərmana davamlı vərəm xəstələrinin stasionara göndəriş vərəqəsi

16. "e-TB Menecer" elektron məlumat bazası – Bütün aktiv vərəm xəstələri barədə məlumatlar e-TB menecer sisteminə rayon üzrə cavabdeh ftiziatr tərəfindən daxil edilməlidir.

Bütün hesabat formaları koqort analizi prinsipləri əsasında hazırlanır. Koqort 1 rüb ərzində müalicəyə başlayan bir qrup xəstədir. Bütün hesabat formaları sahə və rayon ftiziatrları tərəfindən doldurulur və hesabat rübü qurtardıqdan sonra 15 gün ərzində Elmi Tədqiqat Ağciyər Xəstəlikləri İnstitutunun (ETAXİ) müvafiq şöbəsinə təqdim olunmalıdır.

Hər bir vərəməleyhinə müəssisə vərəməleyhinə tədbirləri milli monitorinq və qiymətləndirmə sisteminə daxil etməlidir. Vərəməleyhinə tədbirlərin həyata keçirildiyi hər bir müəssisə tərəfindən 8 nömrəli statistik forma (əlavəyə bax) üzrə məlumatlar rüblük/illik olaraq SN-nin Statistika və İnformatika İdarəsinə təqdim edilməlidir.

ETAXİ nəzdində fəaliyyət göstərən Milli Vərəm Proqramının (MVP) Mərkəzi qurumu tərəfindən bütün vərəm xidməti müəssisələrindən rüblük hesabatlar (məcmu formaları) toplanır. Həmin hesabatlar hal-hazırda statistik məlumatların əsas mənbəyidir. Bu məlumatlar rüblük nəzarət səfərləri zamanı MVP tərəfindən yoxlanılır. Həmçinin, Ədliyyə Nazirliyi Baş Tibb İdarəsi rüblük bütün müvafiq məlumatları MVP-yə təqdim edir. Xəstələrin fərdi məlumatları rayonun vərəm qeydiyyatından (TB-03) MVP-nin Mərkəzi ofisində milli vərəm məlumat bazasında toplanılır.

VƏRƏMİN MÜALİCƏSİNİN TƏŞKİLİ

Ftiziatrik tibbi yardımın göstərilməsinin təşkili ambulator və ya stasionar şəraitdə və (və ya) gündüz stasionar xidmət şöbələrində həyata keçirilir.

Xəstəxanaya yerləşdirmə

Vərəm xəstələrinin xəstəxanaya yerləşdirilməsi xəstənin intensiv tibbi yardıma və (və ya) gecə-gündüz daimi tibbi nəzarətə ehtiyacı olduqda həyata keçirilir.

Stasionar müalicəyə göstərişlər:

- vərəmin ağır kliniki gedişatı və (və ya) mövcud (yaranan) yanaşı patologiya;
- ambulator şəraitdə müalicə zamanı baş vermiş ciddi əlavə təsirlərin (CƏT) inkişafı;
- dərmana davamlılıq spektrinin genişlənməsinin diaqnostikasını aparmaq və (və ya) bərk və (və ya) maye qidalı mühitə əkilmə yolu ilə müəyyən edilən abasilləşmədən sonra bakteriya ifrazının geri dönməsini təsdiqləmək, müalicənin uğursuzluğunu təsdiqləmək və ya DHT nəzərə alınmaqla yeni müalicə kursunun təyini məqsədi ilə;
- xəstəxana şəraitində müalicə (həkim nəzarəti) tələb edən yanaşı gedən xəstəliklərin dekompensasiyası.

Xəstəxanaya yerləşdirmə üçün əlavə göstərişlər:

- ambulator şəraitdə müalicəyə nəzarətin mümkün olmadığı hallar.

Xəstəxanadan çıxarış meyarları

Vərəmi olan xəstələrin stasionar şəraitdə tibbi yardım göstərən tibb müəssisələrindən çıxarılmasının əsas meyarları aşağıdakılardır:

- dürüst DHT nəticəsi və effektiv müalicə rejimi;
- xəstənin vəziyyətinin klinik yaxşılaşması (bədən hərarətinin normallaşması, bədən çəkisinin sabitləşməsi və ya artması, yanaşı xəstəliklərin klinik təzahürlərinin, VƏDP qəbul edərkən ağır və orta AR-ın olmaması);
- mikroskopiya üsulu ilə müəyyən edilmiş neqativ bakteriya ifrazı və (və ya) xəstənin müalicəyə düzgün riayət etməsi şərti ilə ən azı iki həftə ərzində effektiv müalicə rejiminin aparılması;

- stasionar şəraitdə nəzarət tələb edən ağır yanaşı gedən patologiyaların (qaraciyərin, böyrəklərin, ürək-damar sisteminin zədələnməsi və s.) olmaması halında;
- stasionar şəraitdə nəzarət tələb edən ağır AR-ın olmaması, ambulator şəraitdə CƏT-ləri aradan qaldırmaq imkanının olması;
- yaşayış yerində ambulator şəraitdə effektiv nəzarət altında müalicənin təmin edilməsinin mümkün olması;
- yanaşı gedən patologiyaların ambulator şəraitdə müalicəsinin mümkün olması;
- vərəm və VMB müsbət (+) xəstələri ambulator şəraitdə müalicə etmək lazımdırsa, infeksiyaya nəzarət tədbirlərinə riayət etmək üçün imkanın olması.

Ambulator müalicə

Vərəm xəstəsinin ambulator müalicəsinin bütün kursu tibb işçisinin tibbi nəzarəti altında aparılır. Vərəmin müalicəsi (DHV və DDV) VƏDP-larına qarşı davamlılığa, ƏT/CƏT-lərin baş verməsinə/verməməsinə, yanaşı gedən xəstəliklərin kompensasiyasına/dekompensasiyasına nəzarət etmək üçün tibb mütəxəssisi (tibb işçisi) tərəfindən gündəlik tibbi nəzarətlə başlayır. Adətən xəstə müalicə rejiminə 1-2 həftə ərzində uyğunlaşır, bundan sonra xəstənin tibbi müayinələrinin tezliyi azaldıla bilər, lakin ən azı ayda bir dəfə olmaqla aparılmalıdır. Klinik monitorinqin məqsədlərindən biri xəstəyə patoloji simptomları və AR-ları vaxtında tanımaq bacarıqlarını öyrətməkdir.

DHV və ya DDV olan xəstələrin ambulator şəraitdə müalicəsi vərəm əleyhinə və ilkin tibbi yardım göstərən tibb müəssisələrində bir qrup mütəxəssis həkim, o cümlədən: ftiziatr, nevroloq, kardioloq, otorinolarinqoloq, psixiatr-narkoloq, şua diaqnostikası həkimi, həkim-laborant, digər tibb mütəxəssisləri, habelə digər tibbi və sosial işçilər tərəfindən aparılır.

Vərəmin video-dəstəkli müalicəsinin təşkili xəstənin ambulator şəraitdə müalicəyə riayət etməsinin vacib şərtidir. Video nəzarətli müalicə apararkən xəstə ayda ən azı 30 doza qəbul edir.

Vərəmi olan xəstələrin müalicəsi ambulator şəraitdə təşkil olunarkən VƏDP-nin bütün dozasının gündəlik qəbulu xəstə üçün əlverişli şəraitdə, tibb işçisinin birbaşa nəzarəti altında təmin edilir: VƏDP evdə video dəstəyi ilə, vərəm əleyhinə dispanserdə, vərəm əleyhinə kabinetdə, yaşayış (yaşayış yeri) üzrə ambulator müəssisədə, xəstənin iş yeri üzrə tibb məntəqəsində, digər səhiyyə müəssisələrində, yanaşı gedən patologiyanın müalicəsi zamanı stasionarda və ya VƏDP xəstənin evinə çatdırılaraq qəbul olunur.

Xəstələr vərəm əleyhinə terapiyanın ilkin kursunu keçdikdə vərəmin residivlərinin inkişafı ehtimalının qarşısını almaq üçün bir sıra tədbirlər kompleksi həyata keçirilməlidir. Fəaliyyətlər kompleksinə aşağıdakılar daxildir:

- DHV və RDV olan xəstələr üçün nəzarət edilən müalicənin, o cümlədən video nəzarətli müalicənin təmin edilməsi;
- patogenin rifampisinə və flüorxinolonlara qarşı davamlılığının vaxtında laborator diaqnostikasının təmin edilməsi (ilk növbədə, sürətli molekulyar testlər vasitəsilə)
- vərəm əleyhinə terapiya kursunun müəyyən edilmiş müddətə uyğunlaşdırılması;
- komorbid xəstəliklərin və vərəmin müalicəsinin təşkili: İİV və parenteral virus hepatitləri və s.;
- alkoqol asılılığının aradan qaldırılması üçün psixiatr-narkoloqun məsləhətləri və nəzarəti;
- CƏT-lərin vaxtında aşkar edilməsi və aradan qaldırılması;
- sosial dəstək tədbirlərinin təmin edilməsi.

VƏRƏMİN MÜALİCƏSİ

Vərəmin müalicəsi bakterioloji müayinə nəticələri əldə edildikdən sonra başlayır, xəstənin bioloji materialının VMB-na görə sürətli molekulyar testlə tədqiqi və/və ya əkmə nəticələrinə və DHT məlumatlarına əsaslanır. Bakterioloji təsdiqini tapmayan ağciyər vərəminin diaqnozu və xəstənin müalicə və müayinə taktikasının seçimi tibbi konsiliumun qərarı ilə müəyyən edilir. Bakterioloji və ya histoloji təsdiqi olmayan AKV diaqnozu tibbi konsiliumun qərarı ilə müəyyən edilir.

Vərəmin kimyaterapiyasının əsas prinsipləri

- Müalicənin vaxtında başlanması – kimyaterapiya kursunun başlanması vərəm diaqnozu qoyulduqdan və ya təsdiq edildikdən sonra həyata keçirilir;
- Müalicənin kompleks təyini – həm VƏDP-nin, həm də VƏDP-nin təyini zamanı yaranmış ƏTH-nı (əlavə təsir halları) aradan götürmək üçün istifadə edilən dərmanların eyni vaxtda təyin edilməsi;
- Dərman qəbulunun qaydaları – VƏDP-lər 1 (adətən səhər) dozada istifadə olunur ki, bu da dərmana qarşı davamlılığın inkişafının qarşısını almağa kömək edir; və

ya dərmanların tibbi istifadəsi qaydalarına (təlimat vərəqi) uyğun olaraq müalicə həkimi tərəfindən təyin edilir;

- Müalicənin müddəti – vərəmin müalicəsi müəyyən müddət ərzində aparılır: DHV üçün ən azı 4 ay və DDV üçün 6 aydan 20 aya qədər;
- Dozanın adekvatlığı – VƏDP dozasının xəstənin yaşına, bədən çəkisinə və müşayiət olunan patologiyaya uyğunluğu;
- DHT-nin adekvat olması – xəstənin (xəstənin təmaslarının) VMB-nın DHT-yə uyğun olaraq VƏDP-nin təyin edilməsi;
- Müalicənin davamlı olması – VƏDP-nin tövsiyə olunan qəbulu bütün kurs ərzində həftədə 7 gün, lakin ayda 26 dozadan az olmamaq şərti ilə (VƏDP-nin gündəlik qəbul edildiyi qısa müalicə rejimləri istisna olmaqla);
- Müalicənin nəzarət altında aparılması – xəstə VƏDP-i tibb işçisinin birbaşa nəzarəti altında və ya müalicənin video dəstək müşahidəsi altında qəbul etməlidir.

Kliniki olaraq təsdiq edilmiş vərəm xəstələrinin müalicəsi kimyaterapiya rejimi mövcud xəstəliyin tarixinə, təmasların DHT nəticələrinə və (və ya) əvvəlki müalicə tarixinə əsaslanır.

DHV üçün müalicə rejimləri

İzoniazid və rifampisinə qarşı həssaslıq aşkar edilərsə, vərəmi olan xəstələrə DHV üçün standart 6 aylıq müalicə rejimi (2HRZE/4HR, cəmi 182 doza) təyin edilir: 2 ay ərzində gündəlik H, R, Z, E (56 doza)); sonra 4 ay ərzində gündəlik H və R (126 doza). Əgər iki aylıq müalicədən sonra yaxma mikroskopiyası müsbət olarsa, o zaman xəstənin müalicəyə sadiqliyini aydınlaşdırıb, rifampisinə (Xpert Ultra) qarşı davamlılığı müəyyən etmək üçün sürətli molekulyar test təkrarlanmalıdır. Sonrakı müalicə taktikası test nəticəsi əsasında tibbi konsilium tərəfiindən təyin edir. Rifampisinə qarşı davamlılıq müəyyən edildikdə müvafiq müalicə təyin edilir. Rifampisinə qarşı həssaslıq saxlanılarsa, o zaman dörd dərmanla müalicə mikroskopiya nəticəsi mənfi olana qədər davam etdirilir. Müalicənin ümumi müddəti uzadılmır (cəmi 182 doza).

Bakterioloji təsdiqlənmiş ağciyər vərəmi olan, 12 yaş və daha yuxarı yaşa çatmış, H, R və Fq-a sübut olunmuş DH ilə, bədən çəkisi 40 kq və ya daha çox olan xəstələr üçün alternativ qısaldılmış 4 aylıq DHV müalicə rejimi təyin oluna bilər (2HPMfxZ/2HPMfx):

2 ay ərzində H 300 mq, rifapentin (bundan sonra P) 1200 mq, Z 1600 mq, Mfx 400 mq; sonra 2 ay H 300 mq, P 1200 mq, Mfx 400 mq.

Bu qısaldılmış müalicə rejiminə əks göstərişlər aşağıdakılardır: CD4 sayı 100 hüceyrə/mkl-dən az olan İYİ, hamilə və süd verən qadınlar. Flüorxinolonların səbəb olduğu toksiklik riskini nəzərə alaraq, 4 aylıq rejimə nisbi əks göstərişlərə aritmiyalar (xüsusilə bradiaritmiya), QTc intervalını uzadan digər dərmanların eyni vaxtda istifadəsi səbəbindən QTc intervalının uzanması, ürəyin işemik xəstəliyi və ailə anamnezində qəfil ürək xəstəliklərindən ölüm halının olması daxildir.

Rifapentinin toksiklik riski ilə əlaqədar olaraq, nisbi əks göstərişlərə aşağıdakılar daxildir: ilkin transaminazalar normanın yuxarı həddindən >3 dəfə, ilkin ümumi bilirubin normanın yuxarı həddindən >2,5 dəfə, ilkin kreatinin >2 mq/dL.

Təsdiqlənmiş osteoartikulyar vərəm üçün aşağıdakı müalicə rejimi təyin edilir: 2HRZE/10HR.

Təsdiqlənmiş vərəm meningiti üçün aşağıdakı müalicə rejimi təyin edilir: 2HRZE/10HR.

DHT olmadıqda xəstələrə AKV müalicəsi üçün aşağıdakı müalicə rejimi təyin edilir: 2HREZ/4-10HR. Müalicə müddəti AKV yeri ilə müəyyən edilir: limfa düyünlərinin vərəmi halında müalicə müddəti 6 ay, sümük və oynaqların vərəmi üçün – 12 ay, vərəm meningiti üçün – 12 ay müalicə təyin edilir. DD-AKV şübhə yaranarsa, müalicə tibbi konsiliumun qərarına əsasən təyin edilir.

AKV terapiyasının effektivliyi ağrının olub-olmaması, konstitusional simptomlar, zədələnmiş oynağın hərəkətliliyi və nevroloji əlamətlər kimi klinik göstəricilərlə izlənilə bilər. Adətən AKV, xüsusən də osteoartikulyar vərəmə görə terapiyaya cavab nisbətən ləng (bir neçə ay ərzində) baş verir. AKV terapiyasına cavabın monitorinqində iltihabi markerlərin (C-reaktiv zülal, prokalsitonin) rolu məhduddur. Ardıcıl rentgenoqrafiya osteoartikulyar vərəmdə faydalı deyil, çünki müvafiq müalicə zamanı rentgenoloji dəyişikliklər irəliləyə bilər. Pott paraplegiyasında ən çox mühüm proqnostik faktor əzələ gücü, paraplegiyanın qiymətləndirilməsi, hissiyyatla yaradılmış və hərəkətlə yaradılmış potensiallardır. Yüngül zəiflik və paraplegiyanın aşağı səviyyəli göstəriciləri olan xəstələrin müalicənin sonunda tam sağalma ehtimalı daha yüksəkdir.

Xəstənin bədən çəkisindən asılı olaraq DHV-nin müalicəsi üçün VƏDP dozaları **Əlavə 6-ya** uyğun olaraq müəyyən edilir.

Müalicə zamanı xəstənin bədən çəkisinə uyğun olaraq daimi dozanın tənzimlənməsi tələb olunur, çünki bədən çəkisi dəyişə bilər.

Müalicənin ən effektiv yolu həkimin birbaşa nəzarəti altında bütün müalicə kursu ərzində gündəlik olaraq VƏDP qəbul etməkdir. Birləşdirilmiş sabit dozalı VƏDP-lərin (H+R; H+R+E; H+R+Z+E; H+P) istifadəsi aşağıdakı üstünlüklərə malikdir:

- müalicənin təyin edilməsi zamanı səhvlərin qarşısının alınması;
- müalicəyə sadiqliyi yaxşılaşdıran daha az həb qəbulu;
- xəstənin müəyyən VƏDP-ləri təyin edilmiş müalicə rejimindən xaric edə bilməməsi davamlılığın inkişafına mane olur.

Kombinə edilmiş VƏDP-nin hər hansı bir komponentinə tibbi əks göstərişləri olan, xüsusən də AR-la qarşılaşan xəstələr üçün fərdi VƏDP-lərin istifadəsi istisna edilmir.

Mono- və ya çox dərmana davamlı vərəmin müalicə rejimləri

Mono- və ya çox dərmana davamlı vərəm xəstələrinin müalicə rejimləri cədvələ uyğun olaraq müəyyən edilir.

Davamlılıq	Müalicə sxemi	Müalicə müddəti (aylarla)	Qeydlər
H	R, E, Z plus Fq	6	Hər ay mikroskopya və əkmə tövsiyə olunur. İki aylıq müalicədən sonra yaxma mikroskopiyası və ya əkmə müsbət olarsa, sonrakı müalicəyə qərar vermək üçün rifampisin və flüorxinolonlara, eləcə də maye qidalı mühitdə DHT-yə qarşı davamlılıq aşkar etmək üçün sürətli molekulyar testlə tədqiqatın təkrarlanması tövsiyə olunur. Əgər izoniazidə qarşı davamlılıq daha sonra, xəstə artıq DHV üçün standart 6 aylıq müalicə rejimi (2HRZE/4HR) ilə müalicə aldığı zaman yaranıbsa, o zaman izoniazid

			monorezistent vərəm üçün müalicə rejimi təyin edilərkən, müalicənin başlanğıc tarixi altı aylıq müalicə müddəti 6REZFq rejiminin qəbulunun ilk günüdür.
H, E	Çox dərmana davamlılıq üzrə tibbi konsiliumun qərarı		4 effektiv VƏDP sxemini tərtib etmək üçün əlavə olaraq Fq, Lzd və ya Cfz istifadə etmək mümkündür.
H, Z			
H, E, Z			

RDV-nin müalicə rejimləri

RDV-nin müalicəsi standart qısa rejimlər və ya fərdi olaraq hazırlanmış uzunmüddətli müalicə rejimləri ilə həyata keçirilə bilər. Yüksək effektivliyinə, təhlükəsizliyinə və xəstələr üçün rahatlığına görə RDV-nin müalicəsi üçün qısamüddətli rejimlərin istifadəsinə üstünlük verilir. Qısa rejimlərə əks göstərişlər olduqda və ya qısa rejimlər uğursuz olarsa, fərdi uzunmüddətli müalicə rejimləri tibbi konsilium tərəfindən təyin edilir. Xəstənin bədən çəkisindən asılı olaraq RDV-nin müalicəsi üçün VƏDP dozaları **Əlavə 7**-yə uyğun olaraq müəyyən edilir.

BPaLM və BPaL üçün qısa müalicə rejimləri

Mərkəzi sinir sisteminin, sümük və oynaqların vərəmi və yayılmış (miliar) vərəm istisna olmaqla, ağciyər vərəmi və ya ağciyərdən kənar vərəmin istənilən forması zamanı R-yə qarşı davamlılığı təsdiq olunmuş 14 yaşdan yuxarı xəstələr üçün qısaldılmış BPaLM rejiminin tətbiqi daha məqsədyönlü hesab edilir: 6 ay ərzində Bdq (ilk iki həftə 400 mq, sonra həftədə üç dəfə 200 mq və ya 8 həftə ərzində gündəlik 200 mq, sonra gündəlik 100 mq alternativ doza), gündəlik pretomanid 200 mq, linezolid 600 mq və moksifloksasin 400 mq.

Əks göstərişlər: hamiləlik və laktasiya dövrü, mərkəzi sinir sisteminin, sümük və oynaqların vərəmi, yayılmış (miliar) vərəm, bedakvilin, linezolid, delamanid və ya pretomanidə qarşı DHT əsasında təsdiqlənmiş davamlılıq, və ya rejimin komponentlərinə DHT həssaslığının təsdiqinin olmaması, xəstənin əvvəllər 4 həftədən çox VƏDP qəbul etməsi. Belə hallarda uzunmüddətli fərdi müalicə rejimi təyin edilir.

BPaLM/BPaL aşağıdakı xəstələrə ehtiyatla təyin olunmalıdır:

- Moksifloksasin və bedakvilin QTc intervalının uzanmasına səbəb ola bildikləri üçün Frederik düsturu (QTcF) ilə hesablanmış ilkin korreksiya olunmuş QT intervalı 450 ms-dən çox olan halda, anamnezində huşun itirilməsi ilə ürək xəstəliyinin olması, ciddi aritmiya, özünün və ya ailə anamnezində anadangəlmə korreksiyalı uzanmış QT intervalı olan halda, ikili mədəcik taxikardiyalı, bradiaritmiya və ya kardiomiopatiya hallarının olduğu hallarda.
- hemoqlobin səviyyəsi 8 q/dL-dən az və ya trombosit sayı 75 000/mm3-dən az olduqda
- bedakvilin və pretomanid qaraciyər fermentlərinin səviyyəsinin artmasına səbəb ola bildikləri üçün qaraciyər göstəricilərinin normanın yuxarı həddinin üç dəfəsindən çox artması əks göstərişdir;
- 3-4-cü ağırlıq dərəcəsi olan periferik neyropatiya;
- Moksifloksasinə qarşı təsdiq olunmuş davamlılıq olarsa, BPaL rejimi ilə müalicə 6-9 ay davam etdirilə bilər. BPaL rejimində pretomanid, bedakvilin və linezolid dozaları BPaLM rejimindən fərqlənmir.

DHT nəticəsini gözləyərkən BPaLM rejiminə başlamaq olar. Flüorxinolonlara davamlılıq təsdiqləndikdən sonra isə moksifloksasin rejimdən çıxarıla bilər. Flüorxinolonlara qarşı davamlılıq ehtimalı varsa (məsələn, 4 həftədən çox flüorxinolon qəbul edilirsə və ya xəstə flüorxinolonlara davamlı ştammla yoluxmuş şəxslə yaxın təmasda olmuşdursa), BPaLM rejimindən istifadə etmək və onu flüorxinolon təyin olunana qədər davam etdirmək məsləhətdir. Sonra DHT nəticələrinə müvafiq istifadənin davam etdirilməsinə və ya moksifloksasinin dayandırılmasına qərar verilə bilər.

BPaLM rejimi ilə müalicə zamanı xəstədə flüorxinolonlara qarşı davamlılıq yaranarsa, digər dərmanlara qarşı əldə edilmiş davamlılıq haqqında məlumat olmadıqda, moksifloksasin bu rejimdən çıxarılmalı və BPaL seçimi ilə müalicə davam etdirilməlidir. Bedakvilin, linezolid və ya pretomanidə qarşı davamlılıq təsdiq edildikdə, müalicə uğursuz hesab edilməli və xəstə uzunmüddətli fərdi müalicə rejiminə keçirilməlidir.

BpaLM rejimi ilə müalicə müddəti 6 aydır (26 həftə).

BpaL rejimi ilə müalicə müddəti 6 aydan (26 həftə) 9 aya (39 həftə) qədərdir. Əgər xəstə BPaLM müalicə rejimindən BpaL rejiminə keçirilirsə, müalicənin müddəti BPaLM/BPaL rejimi ilə müalicənin əvvəlindən hesablanır. BpaL rejiminin müalicənin 4-6 ayında da əkmə nəticəsinin dəyişməməsi və ya müalicəyə klinik reaksiya olmadıqda

(davamlı hərarət, çəki itkisi, yeni boşluqlarla geniş ikitərəfli zədələnmələr) 9 aya (39 həftə) qədər uzadılması mümkündür.

BpaLM və ya BPaL rejimləri ilə müalicənin müvəqqəti dayandırılmasına dərmanların səbəb olduğu toksikliyə şübhə yarandığı hallarda icazə verilir. Ardıcıl olaraq 14 gündən çox olmayan və ya ümumilikdə 4 həftədən çox olmayan müalicədə fasiləyə icazə verilir. Buraxılmış dozalar kompensasiya edilməlidir, buna görə də müalicənin ümumi müddəti 1 aydan çox olmayaraq artırıla bilər: BpaLM üçün 7 aya qədər və BPaL üçün 10 aya qədər. Əgər buraxılmış dozaların sayı icazə veriləndən çox olarsa, o zaman müalicə uğursuz hesab edilməli və xəstə uzunmüddətli fərdi müalicə rejiminə keçirilməlidir.

AR səbəbi ilə bedakvilin və ya pretomanid qəbulunu dayandırmaq lazım gələrsə, müalicə uğursuz hesab edilməli və xəstə uzunmüddətli fərdi müalicə rejiminə keçirilməlidir.

9 həftə davamlı olaraq linezolid qəbul etdikdən sonra doza gündə 300 mq-a qədər azaldıla və ya zəruri hallarda tamamilə dayandırıla bilər. Əgər 9 həftə davamlı olaraq linezolid qəbul etdikdən sonra, AR səbəbi ilə müvəqqəti olaraq dayandırılmış, rejimdə qalan dərmanlar davam etdirilmişdirsə, sonradan linezolidin buraxılmış dozalarını kompensasiya etməyə ehtiyac yoxdur. Lakin yadda saxlamaq lazımdır ki, linezolid (və ya hər hansı digər dərman) BPaLM/BPaL rejiminin bir hissəsi kimi dəfələrlə dayandırılıb yenidən başlanılarsa, rejimin qalan komponentlərinə qarşı davamlılığın inkişaf riski artır. Əgər AR görə BPaLM/BpaL-nin 9 həftəlik davamlı istifadə müddəti keçmədən linezolid dayandırılmalıdırsa, o zaman müalicə uğursuz hesab edilməli və xəstə uzunmüddətli fərdi müalicə rejiminə keçirilməlidir.

İstənilən ağırlıq dərəcəsi olan görmə sinirinin nevriti diaqnozu qoyularsa, linezolid qəbulunun daimi dayandırılması göstərişdir. Əgər nevrit diaqnozu və linezolid qəbulunun dayandırılması rejimin 9 həftəsi tamamlanmadan baş vermişdirsə, müalicə uğursuz hesab edilməli və xəstə fərdi uzunmüddətli rejimə köçürülməlidir. BPaLM/BpaL rejiminin 9 həftəlik davamlı istifadəsindən sonra nevrit inkişaf edərsə, müalicə linezolidsiz qalan VƏDP ilə davam etdirilir.

İkinci dərəcəli periferik neyropatiya üçün linezolid dozası gündə 300 mq-a qədər azaldılmalıdır. Üçüncü dərəcəli periferik neyropatiya halında linezolid qəbuluna 1-2 həftə

ara vermək və simptomatik müalicə aparmaq lazımdır. Əgər fasilə və simptomatik müalicədən sonra periferik neyropatiyanın şiddəti 2-ci dərəcəyə qədər azalarsa, o zaman linezolid gündə 300 mq azaldılmış dozada bərpa oluna bilər (bu yanaşma ehtiyatlı olmağı tələb edir, çünki xəstədə ağır, əlilliklə nəticələnə bilən davamlı periferik neyropatiya inkişaf edə bilər).

Mielosupressiya (hətta 3-4-cü ağırlıq dərəcəsi olan) adətən linezolidin qəbulunda 1-2 həftəlik fasilədən sonra, dozanın gündə 300 mq-a endirilməsi ilə aradan qalxır.

BpaLM rejimində moksifloksasinin levofloksasinlə əvəz edilməsi yolverilməzdir.

Arzuolunmaz halların ağırlıq dərəcəsi Əlavə 8-ə uyğun olaraq müəyyən edilir.

Bedakvilin istisna olmaqla, digər VƏDP-lər həftədə 7 gün müalicə boyu birbaşa nəzarət altında və ya video müşahidə ilə təyin edilir.

Modifikasiya olunmuş qısa 9 aylıq müalicə rejimləri

Ağciyər ÇDDV olan və flüorxinolonlara qarşı həssaslığı təsdiq edilmiş 14 yaşdan kiçik uşaqlar və hamilə qadınlar üçün operativ tədqiqatlarının bir hissəsi kimi dəyişdirilmiş qısa müalicə rejimləri istifadə olunur:

- 39 həftə Bdq, Lfx, Lzd, Cfz, Cs; və ya
- 39 həftə Bdq, Lfx, Lzd, Cfz, Dlm (əgər Cs əvvəllər istifadə olunubsa və ya Cs qarşı AR-lərin olduğu halda);

RDV üçün dəyişdirilmiş qısa müalicə rejimləri aşağıdakı hallarda təyin edilmir:

- xəstə əvvəllər 1 aydan çox müddətə bu rejimdən olan VƏDP qəbul edibsə;
- müalicə rejiminin komponentlərinə müqavimət olduqda;
- sümüklərin vərəmi, mərkəzi sinir sisteminin vərəmi və miliar vərəm hallarında.

Müalicə kursu 39-43 həftə ərzində 273 doza təşkil edir. Bütün dərmanlar müalicə kursu ərzində istifadə olunur. Bedakvilin istisna olmaqla, bütün VƏDP-lər birbaşa nəzarət altında və ya video müşahidə ilə müalicə boyu həftədə 7 gün təyin edilir.

Bedakvilin ilk iki həftə ərzində gündəlik, sonra həftədə üç dəfə təyin edilir. Xəstə VƏDP-nin 28 və ya daha çox dozasını qəbulunu buraxarsa, o, fərdi uzunmüddətli ÇDDV müalicəsi rejiminə keçirilir. Müalicə zamanı 4 aylıq müalicədən sonra bəlğəmin konversiyası müşahidə olunmazsa, bu zaman qısa rejim uğursuz hesab edilir və yeni DHT nəticəsi əsasında xəstə uzunmüddətli müalicə rejiminə keçirilir.

RDV üçün uzunmüddətli fərdi müalicə rejimi

RDV üçün uzunmüddətli fərdi müalicə rejimi vərəm əleyhinə müalicənin anamnezi, dərmanların qəbuluna qarşı dözümlülük və DHT nəticələri əsasında hər bir xəstə üçün fərdi olaraq hazırlanmış müalicə rejimidir.

Uzunmüddətli rejim tərtib edilməsi üçün tövsiyə olunan ikinci sıra dərman preparatları RDV-nin müalicəsindəki effektivliyi və təhlükəsizliyinə görə prioritetlərin azalan ardıcıllığı ilə A, B və C qruplarına təsnif edilir. İkinci sıra VƏDP-nin təsnifatı və qısa məlumat hər bir dərman üçün Əlavə 10-da təqdim olunur.

Uzunmüddətli müalicə rejiminə **4-5 effektiv VƏDP** daxil edilməlidir:

- müalicə yüksək effektivliyə malik ən azı dörd VƏDP ilə - A qrupundan hər 3 dərman və B qrupundan 1-2 dərmanla başlayır və bedakvilin dayandırıldığı təqdirdə ən azı üç dərmanla davam edir;
- müalicə üçün yalnız A qrupunun 1-2 dərmanı istifadə olunursa, o zaman rejimə B qrupunun 2 dərmanı daxil edilməlidir.
- rejim yalnız A və B qruplarından olan dərmanlardan tərtib edilə bilmirsə, onlara C qrupundan olan dərmanlar əlavə edilməlidir və tamamilə peroral qəbul ən çox üstünlük verilən qəbul üsuludur.

VƏDP aşağıdakı hallarda effektiv hesab olunur:

- xəstədən alınan ştamm üzərində aparılan DHT VƏDP-lərə olan həssaslığı təsdiqləyir;
- xəstə əvvəlki uğursuz müalicə rejimində həmin preparatdan istifadə etməmişdir;
- çarpaz davamlılığı məlum olan VƏDP-lərə qarşı davamlılıq yoxdur.

Dərman seçimi effektivliyin qiymətləndirilməsi ilə yanaşı, həmçinin aşağıdakılarla da müəyyən edilir: DHT-nin nəticələri, mövcud DHT üsullarının dürüstlüyü, xəstənin anamnezində VƏDP-dən istifadə və dərmana qarşı davamlılıq.

H, R, Lfx, Mfx, Lzd, Bdq, Dlm, Cfz və Ami üçün DHT nəticələri dəqiq olur və yenidən təkrarlana bilir.

Bir çox hallarda E, Z, S, Eto, Cs, PAS üçün DHT-nin nəticələrinin dəqiqliyi və təkrarlanması ilə bağlı problemlər yaranır. Buna görə də, yalnız onlara qarşı DHT-nin nəticələrinə əsaslanan fərdi rejimlər yaratmaq tövsiyə edilmir.

Müalicə rejimi sürətli molekulyar üsulların nəticələrinə uyğun olaraq təyin edilir. R üçün DHT-ni təyin etmək üçün Xpert Ultra və ya "LPA MTBDRplus" istifadə edilə bilər. Fq və ikinci sıra inyeksion VƏDP üçün DHT təyin etmək üçün Xpert GDD və ya "LPA MTBDRsl" istifadə edilə bilər. Eyni zamanda, bütün VƏDP-lər üçün fenotipik DHT də aparıla bilər.

Uzunmüddətli fərdi ÇDD/RD-Vərəm müalicə rejimlərinin müddəti 18-20 ay və əkmədə konversiya əldə edildikdən sonra ən azı 15-17 aydır. Müddət xəstənin müalicəyə reaksiyasından asılı olaraq dəyişdirilə bilər.

Müalicənin monitorinqi

Vərəmin lokalizasiyasından asılı olmayaraq, müalicə prosesində aparılması zəruri olan diaqnostik tədbirlər aşağıdakılardır:

- fiziki müayinə (mütəxəssis tərəfindən tibbi müayinə) – həkim baxışı xəstənin vəziyyətinin ağırlığına uyğun olaraq müəyyən edilir, lakin ayda bir dəfədən az olmamalıdır;
- ən azı ayda bir dəfə hər bir xəstənin müayinəsi zamanı AR-nin qiymətləndirilməsi (tibbi mütəxəssis tərəfindən);
- klinik monitorinq (həyati vacib funksiyalar, periferik neyropatiyaya görə qısa skrininq) müalicə kursu ərzində hər 30 gündən bir aparılır;
- antropometriya (çəki dinamikası, uşaqlarda – yaş məlumatları nəzərə alınmaqla boy və çəki dinamikası) – müalicə kursu ərzində hər 30 gündən bir;

- ağciyər vərəminin bütün müalicə kursu ərzində 30 gün fasilə ilə aylıq bioloji materialın TDM görə mikroskopiyası;
- RDV üçün qısa müalicə rejimlərinin (BPaL, BPaLM, 9 aylıq müalicə rejimləri) bütün kursu boyunca 30 gün fasilə ilə hər ay duru qida mühitinə əkilmə. Müalicə həkiminin qərarına əsasən, maye qidalı mühitlərdə əkmə daha qısa, lakin 7 gündən az olmayan intervalla götürülə bilər;
- RDV-nin bütün müalicə kursu ərzində (BPaL, BPaLM, 9 aylıq müalicə rejimləri) 30 gün fasilə ilə hər ay bərk qidalı mühitə əkilmə. Müalicə həkiminin qərarına əsasən, bərk qidalı mühitlərdə əkmə daha qısa, lakin 7 gündən az olmayan intervalla götürülə bilər.
- müalicə kursu boyunca 30 günlük fasilə ilə ümumi qan analizi;
- qanın biokimyəvi analizi (ALT, AST, alfa-amilazanın, kreatinin konsentrasiyasının təyini və YFS (yumaqcıq filtrasiya sürəti), qlükoza, bilirubin və onun fraksiyalarının, elektrolitlərin (kalium) təyini) – vərəmin kimyaterapiyası zamanı hər 30 gündən bir;
- sidiyin ümumi analizi – müalicə müddətində hər 30 gündən bir;
- linezolid qəbulu zamanı 30 gün fasilələrlə oftalmoloq müayinəsində görmə kəskinliyinin və sahələrinin, rəng qavrayışının müəyyən edilməsi;
- RDV-nin müalicəsi zamanı hər 30 gündən bir EKQ.
- döş qəfəsi rentgenoqrafiyası və (və ya) döş qəfəsinin KT-si 3 ayda bir dəfə tibbi göstərişə əsasən və müalicənin sonunda aparılır (tənəffüs orqanlarının bakterioloji və histoloji təsdiqlənmiş vərəmi zamanı (A15)), bakterioloji və ya histoloji təsdiqlənməmiş (A16), miliar vərəm zamanı (A19));
- əlavə diaqnostik tədbirlərin (testlərin) aparılması barədə qərar klinik vəziyyətdən asılı olaraq müalicə həkimi tərəfindən qəbul edilir.

Əlavə diaqnostik tədbirlər aşağıdakılardır:

- Qanın biokimyəvi analizi: C-reaktiv zülal, ümumi zülal, albumin, protein fraksiyaları, mikroelementlər və s. (bütün A15-A19 lokalizasiyalı vərəm üçün);
- immunoqramma (bütün lokalizasiyalı A15-A19 vərəm zamanı);
- zədələnmiş oynağın, onurğa sütununun bir hissəsinin rentgenoqrafiyası (sümük və oynaqların vərəmi zamanı (A18.0)), onurğa punksiyası (bundan sonra SMP adlandırılacaq) (sinir sisteminin vərəmi zamanı (A17));

- davamlılığın inkişafına (genişlənməsinə) şübhə olduqda dərmanlara həssaslığın molekulyar testlərlə təyini;
- döş qəfəsi orqanlarının KT-si, MRT-si;
- pozitron emissiya tomoqrafiyası;
- beynin KT-si, MRT-si (sinir sisteminin vərəmi zamanı (A17));
- sümük və oynaqların KT-si, MRT-si (sümük və oynaqların vərəmi zamanı (A18.0));
- qarın boşluğu orqanlarının KT-si, MRT-si (bağırsaq, periton və mezenterial limfa düyünlərinin vərəmi zamanı (A18.3));
- sidik-cinsiyyət orqanlarının KT-si, MRT-si (sidik-cinsiyyət orqanlarının vərəmi zamanı (A18.1));
- tibbi mütəxəssislərlə məsləhətlər: həkim-terapevt, nevroloq, travmatoloq-ortoped, uroloq;
- qarın boşluğunun orqanlarının ultrasəs müayinəsi (USM);
- plevra boşluğunun USM müayinəsi (tənəffüs sistemi orqanlarının bakterioloji və histoloji cəhətdən təsdiqlənmiş vərəmi (A15), tənəffüs sistemi orqanlarının bakterioloji və ya histoloji cəhətdən təsdiqlənməmiş vərəmi (A16), miliar vərəm (A19) zamanı);
- kiçik çanaq orqanlarının USM müayinəsi (sidik-cinsiyyət orqanlarının vərəmi (A18.1), qadın çanaq orqanlarının vərəm etiologiyalı iltihabi xəstəlikləri (N74.1), digər mövqelərdə təsnif edilən xəstəliklərdə kişi cinsiyyət orqanlarının zədələnməsi (N51) zamanı);
- böyrəklərin, böyrəküstü vəzilərin USM müayinəsi (sidik-cinsiyyət orqanlarının vərəmi (A18.1), digər bölmələrdə təsnif edilən yoluxucu və parazitar xəstəliklərdə böyrək və sidik axarının digər zədələnmələri (N29.1), böyrəküstü vəzilərin vərəmi (A18.7) zamanı);
- Periferik limfa düyünlərinin USM (periferik vərəm limfadenopatiyası (A18.2) zamanı);
- fibrobronxoskopiya (tənəffüs orqanlarının bakterioloji və histoloji cəhətdən təsdiqlənmiş vərəmi (A15), tənəffüs orqanlarının bakterioloji və ya histoloji cəhətdən təsdiqlənməmiş vərəmi (A16), miliar vərəm (A19) zamanı);
- xarici tənəffüs funksiyasının öyrənilməsi (tənəffüs orqanlarının bakterioloji və histoloji cəhətdən təsdiqlənmiş vərəmi (A15), tənəffüs orqanlarının bakterioloji və ya histoloji cəhətdən təsdiqlənməmiş vərəmi (A16), miliar vərəm (A19) zamanı);
- artroskopiya (sümük və oynaqların vərəmi (A18.0) zamanı);

- retroqrad ureteropiyeloqrafiya (uşaqlıq boynunun vərəm infeksiyası (N74.0), vərəm etiologiyalı qadın çanaq orqanlarının iltihabi xəstəlikləri (N74.1) istisna olmaqla, sidik-cinsiyyət orqanlarının vərəmi (A18.1),);
- vulvoskopiya (sidik-cinsiyyət orqanlarının vərəmi (A18.1), Uşaqlıq boynunun vərəm infeksiyası (N74.0), qadın çanaq orqanlarının vərəm etiologiyalı iltihabi xəstəlikləri (N74.1) zamanı);
- kolonoskopiya (bağırsaqların, peritonun və mezenterial limfa düyünlərinin vərəmi zamanı (A18.3));
- diaqnostik laparoskopiya (laparotomiya) (sidik-cinsiyyət orqanlarının vərəmi (A18.1), bağırsaqların, peritonun və mezenterial limfa düyünlərinin vərəmi (A18.3) zamanı);
- flüoressen angioqrafiya (gözün vərəmi zamanı (A18.5));
- elektrofizioloji müayinə (gözün vərəmi zamanı (A18.5));
- adaptometriya (gözün vərəmi zamanı (A18.5));
- uşaqlıq boynu biopsiyası (sidik-cinsiyyət orqanlarının vərəmi (A18.1), uşaqlıq boynunun vərəm infeksiyası (N74.0) zamanı);
- prostat vəzinin, sidik kisəsinin biopsiyası (sidik-cinsiyyət orqanlarının vərəmi (A18.1), vərəm sistiti (N33.0), digər bölmələrdə təsnif edilən xəstəliklərdə kişi cinsiyyət orqanlarının zədələnməsi (N51) zamanı);
- qırtlaq biopsiyası (bakterioloji və ya histoloji olaraq təsdiqlənməmiş qırtlaq, nəfəs borusu və bronxların vərəmi (A16.4) zamanı);
- punksion və ya aspirasion transtorakal iynə biopsiyası (tənəffüs orqanlarının bakterioloji və histoloji cəhətdən təsdiqlənmiş vərəmi (A15), tənəffüs orqanlarının bakterioloji və ya histoloji olaraq təsdiqlənməmiş vərəmi (A16), miliar vərəm (A19) zamanı);
- endobronxial biopsiya (tənəffüs orqanlarının bakterioloji və histoloji cəhətdən təsdiqlənmiş vərəmi (A15), tənəffüs orqanlarının bakterioloji və ya histoloji cəhətdən təsdiqlənməmiş vərəmi (A16), miliar vərəm (A19) zamanı);
- ağciyərin transbronxial biopsiyası, ağciyər formasiyaları, döş qəfəsi limfa düyünləri (tənəffüs sisteminin bakterioloji və histoloji cəhətdən təsdiqlənmiş vərəmi (A15), tənəffüs orqanlarının bakterioloji və ya histoloji olaraq təsdiqlənməmiş vərəmi (A16), miliar vərəm (A19) zamanı);
- plevral punksiya (bakterioloji və histoloji cəhətdən təsdiqlənmiş vərəm plevriti (A15.6) zamanı);

- cərrahi diaqnostika üsulları: video-dəstəkli torakoskopiya, minitorakotomiya, torakotomiya, ağciyərin, döş qəfəsi daxili limfa düyünlərinin, plevranın biopsiyası, ağciyərin, döş qəfəsi aralığının, diafraqmanın, döş qəfəsi divarı törəməsinin rezeksiyası (tənəffüs orqanlarının bakterioloji və histoloji cəhətdən təsdiqlənmiş vərəmi (A15), tənəffüs orqanlarının bakterioloji və ya histoloji olaraq təsdiqlənməmiş vərəmi (A16), miliar vərəm (A19) zamanı).
- nevroloqun, oftalmoloqun məsləhəti (sinir sisteminin vərəmi zamanı (A17)); OBM müayinəsi ilə OBP (sinir sisteminin vərəmi üçün (A17));
- zədələnmiş nahiyənin KT və ya MRT müayinəsi – 2-3 ayda bir dəfə (sümük və oynaqların vərəmi zamanı (A18.0));
- periferik limfa düyünlərinin eksizion biopsiyası (periferik vərəm limfadenopatiyası (A18.2);
- sinovial qişaların biopsiyası (sümük və oynaqların vərəmi zamanı (A18.0)).

Arzuolunmaz reaksiyaların (AR) kliniki idarə olunması

Müalicəyə çətin tabe olan qıcolmalardan əziyyət çəkən xəstələrdə Cs ümumiyyətlə istifadə edilmir. Əgər Cs müalicə rejiminin effektiv komponentlərindən biridirsə və digər dərmanları əvəz etmək üçün alternativ preparat yoxdursa, qıcolma əleyhinə preparatın dozasının müvafiq tənzimlənməsi ilə Cs təyin edilir. Bdq qəbul edən xəstələrə karbamazepin təyin edilmir. Valproik turşusu olan dərmanlar təyin edilir.

Cs, H, Lzd səbəb olduğu nevroloji arzuolunmaz reaksiyaların tibbi profilaktikası üçün xəstələrə piridoksin tabletləri təyin edilir. H qəbul edən xəstələr üçün profilaktik doza gündə 10-25 mq, Cs və Lzd qəbul edən xəstələr üçün gündə 50-100 mq təşkil edir. Uşaqlar üçün profilaktik doza gündə 1-2 mq/kq təşkil edir.

AR müalicəsi üçün dərmanların təxmini siyahısı Əlavə 11-ə uyğun olaraq müəyyən edilir.

RDV xəstələrində narahatlıq və depressiv pozuntulara çox rast gəlinməsi müşahidə olunur ki, bu da vərəmin uzunmüddətli müalicəsi və xəstəliklə bağlı stress amilləri ilə əlaqələndirilə bilər.

Vərəmi olan xəstələrə tibbi yardımın göstərilməsini təşkil edərkən və yeni VƏDP-lərdən istifadə etdikdə müalicə rejimlərinin tətbiqi zamanı xəstələrin vəziyyətinin sistematik və məqsədyönlü klinik və laborator monitorinqini aparmaqla, AR vaxtında müəyyən edib və idarə etməklə, xəstənin tibbi sənədlərinə və Analitik Ekspertiza Mərkəzinə klinik əhəmiyyətli AR dair məlumatları daxil etməklə təhlükəsizliyin aktiv monitorinqi təmin edilir. Bildiriş formasını buradan yükləmək olar: https://pharma.az/farmakonezaret/bildirish-kartlari/bildiris-kartlari/

Müalicəvi qidalanma: vərəmin müalicəvi pəhrizi yüksək proteinli və yüksək kalorili olmalıdır.

XÜSUSİ HALLARDA VƏRƏMİN MÜALİCƏSİ

Hamiləlik dövründə ailə planlaması və vərəmin müalicəsi

Vərəmə görə müalicə alan qadınlar ana sağlamlığı və dölün inkişafı üçün potensial təhlükə səbəbindən hamiləliklərini planlaşdırmalıdırlar.

Hamiləlik vərəmin inkişafı üçün risk faktoru deyil. Doğuşdan sonrakı erkən dövrdə vərəmin artma səbəbi çox vaxt hamiləlik dövründə gecikmiş aşkarlanmanın nəticəsidir.

Hamiləlik dövründə vərəmin diaqnostikası hamiləlikdən kənar dövrlə eynidir.

Hamiləlik dövründə ən təhlükəsiz görüntüləmə üsulları ultrasəs müayinəsi və maqnit rezonans tomoqrafiyasıdır ki, bu da ağciyər vərəminin diaqnostikasında çox informativ deyil. Qoruyucu ekrandan istifadə etməklə diafraqmadan yuxarı və ya dizdən aşağı rentgenoqrafiya və KT müayinələri döl üçün aşağı dozalı şüalanma prosedurları hesab olunur. Dölə daha yüksək radiasiya dozası olan prosedurlar (məsələn, çanaq nahiyəsini əhatə edən KT) yalnız digər üsullarla məlumatı əldə etmək mümkün olmadıqda nəzərdən keçirilməlidir.

Hamiləlik vərəmin müalicəsi üçün tibbi əks göstəriş deyil. Kimyaterapiyanın vaxtında və düzgün aparılması VMB-nin anadan uşağa ötürülməsinin qarşısını almağın ən yaxşı üsuludur.

DHV-in müalicəsi üçün **standart 6 aylıq müalicə rejimi** tövsiyə olunur: 2 ay H, R, Z, E; sonra 4 ay H və R. AKV üçün müalicə müddəti 12 aya qədər uzadıla bilər. Preparatın dozası dinamika nəzərə alınaraq xəstənin bədən çəkisinə uyğun hesablanmalıdır. Hamiləlik dövründə H qəbul edən bütün qadınlara gündə 50 mq piridoksin təyin edilir.

Döldə və yeni doğulmuş körpələrdə rifapentinin təhlükəsizliyinə dair məlumatların olmaması səbəbindən hamiləlik və laktasiya dövründə DHV üçün rifapentinlə **qısaldılmış 4 aylıq müalicə rejimi tövsiyə edilmir.**

Ağciyər ÇDDV-i və flüorxinolonlara qarşı həssaslığı sübut olunmuş hamilə qadınların müalicəsi üçün RDV üçün dəyişdirilmiş qısa müalicə rejimlərinin istifadəsi tövsiyə olunur:

39 həftə Bdq, Lfx, Lzd, Cfz, Cs; və ya

39 həftə Bdq, Lfx, Lzd, Cfz, Dlm (əgər Cs əvvəllər istifadə olunubsa və ya Cs-yə AR olması halında);

Pretomanidin döl və yeni doğulmuş körpələrdə təhlükəsizliyinə dair məlumatların olmaması səbəbindən BpaL/BpalM rejimi hamilə və süd verən qadınlar üçün tövsiyə edilmir.

Hamilə qadınlar üçün uzun fərdi müalicə rejimlərinin hazırlanması digər xəstələr üçün olduğu kimi eyni prinsiplərə əsaslanır.

Eto (Pto), PAS-ın istifadəsi arzuolunmaz reaksiyalara (ürəkbulanma, qusma) görə tövsiyə edilmir, əlavə olaraq, dölə teratogen təsir göstərir. Amikasin və streptomisin isə dölə ototoksik təsir göstərir. Hamiləlik dövründə Lzd və ya Cs qəbul edən bütün qadınlara gündə 50 mq piridoksin təyin edilir.

H, R, Z, E qəbulu süd verən qadınlar üçün əks göstəriş deyil. Bu dərmanlar ana südündə minimal konsentrasiyalarda olur, körpəyə zəhərləyici və ya toksik təsir göstərmir. İzoniazidlə vərəm əleyhinə müalicə alan anadan ana südü ilə qidalanan körpəyə gündə 5-10 mq piridoksin tövsiyə olunur.

Bedakvilin, delamanid, etionamid, protionamid, pretomanid və PAS qəbul edərkən süni qidalandırmadan istifadə etmək məsləhətdir. Qalan ikinci sıra dərmanlar ana südündə minimal konsentrasiyalarda olur, körpəyə zəhərli və ya terapevtik təsir göstərmir.

Ananın effektiv müalicə alması, ona əməl etməsi, infeksiyaya qarşı mübarizə qaydalarına riayət etməsi (uşağa qulluq edərkən cərrahi tibbi maska taxmaq, gecələr ayrı-ayrı otaqlarda yatmaq) şərti ilə ana və uşağın ayrılması tələb olunmur.

Reproduktiv yaşda olan vərəm xəstələrinə hamiləliyin qarşısını almaq üçün kontrasepsiyadan istifadə etmək tövsiyə olunur. Vərəm xəstəliyinin olması hər hansı bir kontrasepsiya üsuluna tibbi əks göstəriş deyil.

Müalicə rejimində rifampisin istifadə edildikdə, estrogen-progestogen kontraseptivlərin effektivliyi azalır və alternativ kontrasepsiya üsulunun seçilməsi üçün

ginekoloq məsləhəti tələb olunur. Xəstə hormonal kontrasepsiyada israr edərsə, rifampisinlə müalicə müddətində və müalicəni dayandırdıqdan 2 həftə sonra əlavə kontrasepsiya üsulundan istifadə təklif olunur.

Əgər qadın yalnız kombinə edilmiş oral kontraseptivləri qəbul etməkdə israrlıdırsa, hormonların qəbulunda interval vermədən tərkibində ən azı 30 mkq etinil olan monofazalı kontraseptivlərdən istifadə etmək tövsiyə olunur.

Rifampisin olmayan müalicə fonunda oral kontraseptivlərin istifadəsi əks göstəriş deyildir. Oral kontraseptivlərin VƏDP ilə eyni vaxtda qəbulu zamanı ürəkbulanma və qusma daxil olmaqla arzuolunmaz halların sayı artır, buna görə də oral kontraseptivlərin və VƏDP-in qəbul vaxtlarını ayırmaq lazımdır. Bu da təsirsiz olarsa, VƏDP ilə müalicənin əvvəlində AR-lərin sayı azalana qədər kontrasepsiya üçün maneə (baryer) üsulları istifadə olunur, daha sonra isə xəstəyə yenidən oral kontraseptivlər təyin edilə bilər.

Anadangəlmə vərəm

Vərəm xəstəliyinin dölün bətndaxili inkişaf dövründə göbək ciyəsindən hematogen yayılma yolu ilə və ya doğuş zamanı infeksiyalaşmış amniotik mayenin və ya uşaqlıq boynu və vaginal axıntının udulması nəticəsində əldə edilən bir növüdür. Plasentadan alınan molekulyar və ya bakterioloji testin müsbət nəticəsi, həmçinin yeni doğulmuş uşağın qaraciyərində ilkin vərəm kompleksi anadangəlmə vərəmi göstərir. Anadangəlmə vərəm adətən doğuşdan sonra ilk üç həftədə özünü göstərir və yüksək ölüm faizinə malikdir.

Yenidoğulmuşlarda vərəm

Vərəmə yoluxmuş şəxslə (adətən ana, bəzən isə yaxın təmasda olan başqa şəxs) təmas nəticəsində doğuşdan sonra qazanılan vərəmdir. Anadangəlmə vərəmi yeni doğulmuşun vərəmindən ayırmaq çətindir. Vərəm xəstəliyinin idarə edilməsi taktikası hər iki halda eynidir.

Şəkərli diabet

Şəkərli diabeti olan vərəm xəstələrində böyrək zədələnməsi, periferik neyropatiyanın inkişafı və əlverişsiz müalicə nəticəsi (müalicə uğursuzluğu, ölüm, residiv) ilə ağırlaşan ağır və orta dərəcəli VƏDP qarşı AR inkişafı riski yüksəkdir.

Vərəmlə əlaqəli iltihab müvəqqəti, kəskin ifadə olunan "stressə bağlı hiperqlikemiyaya" gətirib çıxara bilər ki, adətən o, vərəmin müalicəsi fonunda aradan qalxır. Əgər qanda qlükoza səviyyəsi yüksəkdirsə, vərəmlə mübarizənin optimal nəticələrini əldə etmək üçün onun korreksiyası lazımdır. Mümkün qədər tez bir zamanda dayanıqlı qlikemik nəzarətə nail olunması və onun vərəm əleyhinə müalicə müddətində saxlanması vərəmin uğurlu müalicəsi üçün vacibdir. Diabeti olan vərəm xəstəsi üçün qlikemik hədəf: HbA1c<7%, 80-130 mq/dl (4,4-7,2 mmol/l).

Diabeti olan vərəm xəstələrinin müalicəsində metformin, sulfanil sidik turşusu preparatları və insulin tövsiyə olunur. Vərəm xəstələrində şəkərli diabetin müalicəsi üçün yeni dərmanların (qliflozinlər, qlükaqonabənzər peptid-1, tiazolidindion) istifadəsi haqqında məlumat məhduddur. Şəkərli diabeti olan vərəm xəstəsini endokrinoloqla birlikdə idarə etmək məsləhətdir.

Qandakı qlükoza səviyyəsinin dəyərləri sabitləşənə qədər bu göstəriciyə gündəlik nəzarət edilir, sonra insulin terapiyası ilə - həftədə 4 dəfə, hipoqlikemik dərmanların oral qəbulu ilə - həftədə 2 dəfə.

Bəzi hipoqlikemik dərmanlar VƏDP ilə qarşılıqlı təsir göstərir və daha diqqətli monitorinq tələb edir:

- flüorxinolonlar metforminin, pioqlitazon, saksaqliptin, qlipizid və insulinin təsirini artırır. Moksifloksasin metforminin effektinə daha az təsir edir.

- rifampisin pioqlitazonun və saksaqliptinin təsirini azaldır;

- izoniazid saksaqliptinin təsirini artırır;

- izoniazid insulin səviyyəsini azaldır;

- rifampisin və izoniazid qlipizidin səviyyəsini azaldır;

- linezolid qlipizidin və insulinin təsirini artırır;

- yüksək dozada metformin və linezolid laktoasidozun inkişafı riskini artıra bilər.

Şəkərli diabet xəstələrinə piridoksin tövsiyə olunur. Şəkərli diabetli xəstələrdə linezolid, yüksək dozada izoniazid və sikloserinin uzunmüddətli istifadəsi periferik neyropatiyanın inkişafı riskinin artmasına səbəb ola bilər. Əvvəllər görmə sinirinin nevriti, retinopatiyası və ya makulopatiyası olan xəstələrdə linezoliddən istifadə etdikdən sonra ağırlaşmalar ola bilər, ona görə də müalicədən əvvəl və müalicə zamanı görmə qabiliyyəti müntəzəm dəyərləndirilməlidir.

Böyrək disfunksiyasının inkişafı riski olan xəstələri müəyyən etmək üçün mikroalbuminuriyanın müntəzəm qiymətləndirilməsi aparılmalıdır.

Antitrombositar dərmanlar ürək-damar xəstəliklərinin ikincili profilaktikasının təməl daşıdır: aspirin VƏDP ilə qarşılıqlı təsir göstərmir, rifampisin tikaqrelorun səviyyəsini azaldır.

Ehtiyac yarandıqda, koronar arteriyaları zədələnmiş xəstələrdə koronar arteriya şuntlaması və ya perkutan koronar müdaxilə mümkündür.

Retinopatiyanın səbəbi həm diabet, həm də E qəbulu ola bilər. Retinopatiya ağırlaşarsa, E-ni ikinci sıra VƏDP (A və ya B qrupu) ilə əvəz etmək tövsiyə olunur.

Diabetli xəstələrdə tez-tez elektrolit balansının pozulması, o cümlədən insulin müalicəsi nəticəsində hipokalemiya, həmçinin mədə-bağırsaqla və ya böyrəklə K+ itkisi müşahidə olunur. Hipokalemiyası olan xəstələrə Bdq və Dlm təyin edilərkən xüsusi ehtiyat tədbirləri görülməlidir.

Böyrək çatışmazlığı

Böyrək çatışmazlığı olan xəstələr üçün VƏDP-nin dozası hesablanmalıdır. Böyrək çatışmazlığı üçün VƏDP doza rejimi **Əlavə 12-**yə müvafiq müəyyən edilir. VƏDP dozasının tənzimlənməsi qlomerulyar filtrasiya sürətinin (QFS) səviyyəsini əks etdirən kreatinin klirensi göstəricisinə uyğun olaraq həyata keçirilir. Kişilərdə normal kreatinin

klirensi 97-137 ml/dəq, qadınlarda isə 88-128 ml/dəq. Kreatinin klirensi düsturla hesablanır:

(140 - yaş (il)) X çəki (kq) X əmsal / serum kreatinin (mmol/l)

qan serumunda kreatinin (µmol/l);

kişilər üçün əmsal = 1,23, qadınlar üçün əmsal = 1,04.

Hepatitlər

Medikamentoz hepatit

Aşağıdakı VƏDP-lər hepatotoksik təsir göstərir: H, R və Z. Ən hepatotoksik təsirə malik preparat Z-dir. R xolestazla toksik qaraciyər zədələnməsinə səbəb ola bilər. Eto (Pto), PAS, Bdq, Lzd, Cfz əhəmiyyətli hepatotoksik təsir göstərə bilir. Anamnezində qaraciyər xəstəliyi olan xəstələr qaraciyər çatışmazlığı və ya kəskin (xroniki) hepatitin klinik və laborator əlamətləri olmadığı halda hepatotoksik təsirə malik VƏDP ilə müalicə rejimi ala bilərlər.

ALT və AST aktivliyini təyin edərkən, norma dəyərlərinin yuxarı həddindən üç və ya daha çox olduqda və xəstədə qaraciyər çatışmazlığının klinik və laborator əlamətləri olduqda, və ya ALT və AST aktivliyi norma dəyərlərinin yuxarı həddindən beş və ya daha çox dəfə artıq olduqda, lakin qaraciyər çatışmazlığının klinik-laborator əlamətləri olmadığı halda belə Z təyin edilmir.

Hepatotoksik mənfi reaksiyalara səbəb olan digər VƏDP-lər qaraciyər fermentlərinin aktivlik səviyyəsi nəzarət altında saxlanılaraq istifadə olunur. VƏDP-lərin AR aradan qaldırmaq üçün aparılan müalicə zamanı qaraciyər fermentlərinin aktivliyinin səviyyəsi yüksək olaraq qalırsa və (və ya) artmağa davam edərsə, xəstənin klinik vəziyyətində pisləşmə müşahidə edilirsə, qaraciyər fermentlərinin aktivliyi normallaşana qədər müalicə müvəqqəti olaraq dayandırılır. VƏDP-lərin qəbulunun bərpası daha az hepatotoksik dərmanlardan başlamaqla, bir həftə ərzində ardıcıl olaraq həyata keçirilir.

Virus hepatitləri

Vərəm əleyhinə müalicəyə başlamazdan əvvəl hepatit C-yə (Anti-HCV) qarşı anticisimlərin yoxlanılması məqsədəuyğundur. Bu test cari və ya keçmiş hepatit C virusu (HCV) infeksiyasını müəyyən etmək üçün istifadə olunur və buna görə də aktiv virus replikasiyasının olub-olmadığını müəyyən etmək üçün təsdiqedici testə ehtiyacı olanlar müayinə olunmalıdırlar. Təsdiqedici testlər kimi keyfiyyət (HCV RNT) və ya kəmiyyət (HCV RNT (VL)) PCR testi, nüvə antigen testi (HCV nüvəsi (p22)) və ya Xpert HCV testi istifadə edilə bilər.

Rifamisinlərin (rifampisin, rifabutin və rifapentin) sofosbuvir, velpatasvir, daklatasvir və ya ledipasvir ilə birləşməsi qanda antiviral dərmanların konsentrasiyasının əhəmiyyətli dərəcədə azalmasına səbəb olduğuna görə, HCV və DHV-nin eyni vaxtda etiotrop müalicəsi yolverilməzdir. Aktiv vərəm ikincili ötürülmə riski daşıyır və HCV-dən daha qısa müddət ərzində həyat üçün təhlükə yarada bilər. Buna görə, DHV-nin müalicəsi HCV-in etiotrop müalicəsindən öncə aparılmalıdır.

DDV-nin ikinci sıra VƏDP-lərlə müalicəsi HCV üçün etiotrop terapiya ilə birgə aparıla bilər, çünki ciddi dərman mübadiləsi yoxdur. Əvvəlcə vərəm əleyhinə müalicəyə başlamaq tövsiyə olunur, lakin qaraciyərin ağır zədələnməsi və/yaxud qaraciyər fermentlərinin yüksəlməsi hallarında prioritet olaraq qaraciyər funksiyasını normallaşdırmaq üçün HCV müalicəsinə başlamaq olar.

Virus hepatiti üçün etiotrop terapiya həkim-infeksionist tərəfindən təyin edilir.

Cərrahi müalicə

Vərəmin cərrahi müalicəsi infeksiya ocağının lokalizasiyasından asılı olmayaraq əsas müalicə üsulu deyil və VƏDP qəbul edən xəstələr üçün əlavə müalicə üsulu hesab edilir.

Vərəm zamanı cərrahi müdaxilələrin əsas növləri:

- Vərəm diaqnozunu təsdiq etmək məqsədi daşıyan cərrahi müdaxilə. Xüsusi müalicə başlamazdan əvvəl həyata keçirilir;

- Təcili tibbi göstərişlərə görə cərrahi müdaxilə. Vərəmin effektiv müalicə kursu fonunda həyata keçirilir;
- Planlaşdırılmış cərrahi müdaxilə. Vərəm üçün effektiv müalicə kursu fonunda həyata keçirilir.

Rezeksiyadan sonra bioloji material, cərrahiyyə əməliyyatının aparıldığı tibb müəssisəsindən asılı olmayaraq, sürətli molekulyar müayinə, mikroskopiya və əkilmə üçün vərəm əleyhinə tibb müəssisəsinin bakterioloji laboratoriyasına göndərilir. Histoloji müayinə mütləqdir. Ağciyər vərəminin cərrahi müalicəsinin təşəbbüskarı vərəm həkimidir. Vərəm zamanı cərrahi müdaxilə üçün tibbi göstərişlər mütəxəssis həkim (uroloq, mama-ginekoloq və başqaları) tərəfindən müəyyən edilir. Vərəm zamanı cərrahi müdaxilənin həcmini təyin edərkən, yerindən asılı olmayaraq, kiçik həcmli rezeksiya tipli orqan qoruyucu cərrahi müdaxilələrə üstünlük verilir. Adekvat terapiyaya baxmayaraq müalicənin effektivliyinin azalmasına səbəb olan digər səbəbləri istisna etdikdən sonra vərəmin inkişafı fonunda cərrahi müdaxiləyə ehtiyac barədə qərar həkim ftiziatrların, torakal cərrahların və digər tibb mütəxəssislərinin iştirakı ilə tibbi konsilium tərəfindən qəbul edilir.

Əməliyyat üçün təxirəsalınmaz (təcili) tibbi göstərişlər dərmana davamlılıq modelindən asılı deyil, həm DHV, həm də DDV olan xəstələrdə tətbiq olunur. Xəstənin həyatı üçün təhlükə yaradan şəraitdə vərəmin cərrahi müalicəsi üçün təxirəsalınmaz (təcili) tibbi göstərişlər aşağıdakılardır:

- profuz ağciyər qanaması;
- qapaqlı-ventilyasion pnevmotoraks.

Xəstənin həyatı və sağlamlığı üçün təhlükə yaradan, konservativ üsullardan istifadə etməklə dayandırıla bilməyən, təkrarlanan qanaxma vərəmin müalicəsində cərrahi müdaxilə, o cümlədən bronxoskopiyanın istifadəsi üçün təcili tibbi göstərişdir.

Tənəffüs orqanlarının vərəminə planlı cərrahi müdaxilə bu müdaxiləyə tibbi göstərişləri və əks göstərişləri müəyyən edən torakal cərrahın cəlb edilməsi ilə, tibbi konsiliumun qərarı ilə həyata keçirilir. Tibbi göstəriş olduqda planlı cərrahiyyə əməliyyatı, ətrafdakı sağlam ağciyər toxumasında bakterial infeksiyalaşmasının qarşısını almaq üçün DHT əsasında adekvat müalicədən 2 aydan tez olmayaraq, yaxşı olar ki, əkmənin konversiyasından sonra nəzərdən keçirilsin. Müalicənin ümumi müddəti, eləcə

də əkmə konversiyasından sonra müalicə müddəti “Vərəmin müalicəsi” bölməsində verilmiş tövsiyələrə uyğun olmalıdır.

Palliativ müalicə alan vərəm xəstələrində cərrahi müdaxilələrin tətbiqi xüsusi vərəm əleyhinə terapiyanın olmaması səbəbindən məqsədəuyğun deyil. Cərrahi müdaxilə məsələsi yalnız vərəm əleyhinə effektiv terapiya təyin etmək mümkün olduqda həll edilə bilər.

Həyati təhlükəsi olan ağırlaşmaların (gərgin pnevmotoraks, plevral maye artımı, ağciyər qanaxması) inkişafı ilə müalicə taktikası konservativ və minimal invaziv müalicə üsullarından istifadə etməklə xəstənin həyat keyfiyyətini yaxşılaşdırmağa və onun vəziyyətini yüngülləşdirməyə yönəldilməlidir.

Qapaqlı pnevmotoraksın inkişafı zamanı, drenaj sisteminə sonradan qulluq etməklə plevral boşluğun drenajı icra edilir.

Tənəffüs çatışmazlığının inkişafı ilə müşayiət olunan ekssudativ plevrit zamanı plevral mayenin boşaldılması məqsədilə plevral punksiya göstərişdir.

Plevral mayenin toplanması təkrarlanırsa, plevra mayesinin mütəmadi boşaldılması üçün təkrar plevral punksiya yerinə yetirməkdənsə, plevra boşluğunun drenajını həyata keçirmək mümkündür.

Ağciyər qanaması üçün konservativ terapiya göstərişdir.

Konservativ üsullar (nebulayzer adrenalin inhalyasiyası, təzə dondurulmuş plazmanın transfuziyası, idarə olunan arterial hipotenziya) təsirsizdirsə, qanaxmanın dayandırılmasının minimal invaziv üsullarına (qanaxma mənbəyinin endoskopik koaqulyasiyası, qanaxma zamanı bronxial ağacın endoskopik irriqasiyası, vazokonstriktor preparatlarının əlavə edilməsi ilə soyudulmuş məhlullarla qanaxma mənbəyini boşaldan bronxun endoskopik blokadası, süngər və ya balon kateterlərdən istifadə etməklə, qanaxma mənbəyi olan damarların endovaskulyar embolizasiyası) üstünlük verilməlidir.

Qanaxma mənbəyini aradan qaldırmaq üçün rezeksiya tipli cərrahi müdaxilələrin aparılması arzuolunmazdır, çünki vərəm əleyhinə effektiv müalicə imkanı olmadıqda əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların inkişaf riski yüksəkdir.

Palliativ yardım

Palliativ yardım xəstəliyin səbəb olduğu əziyyəti aradan qaldırmaq məqsədi daşıyır və sağalmağa yönəlmiş müalicə ilə birlikdə təmin edilməlidir. Palliativ yardıma ehtiyac vərəm xəstələrinin hər biri üçün qiymətləndirilməlidir. Nəzərə alınmalıdır ki, vərəmin bəzi formaları (xüsusilə vərəm meningiti, sümük və oynaqların vərəmi) və yanaşı xəstəlikləri olan insanlarda (məsələn, İİV infeksiyası) bu ehtiyac daha kəskin ola bilər. Palliativ yardım vərəm əleyhinə terapiya ilə yanaşı, o cümlədən aşağıdakı hallarda nəzərə alınmalıdır:

- narahatedici simptomlar, xüsusən də ağrı və ya tənəffüs çatışmazlığı olduqda simptomlara nəzarəti yaxşılaşdırmaq üçün;
- xəstənin istəklərini və mövcud müalicə variantlarını nəzərə almaqla, onun vəziyyətinin pisləşməsi riski olduqda yardımı əvvəlcədən planlaşdırmaq üçün;
- vərəmlə bağlı səhhətinin pisləşməsi xəstəyə və onun ailəsinin sosial vəziyyətinə əhəmiyyətli təsir göstərdikdə sosial müdafiə qruplarının cəlb edilməsi üçün;
- xəstəlik xəstənin emosional və ya psixiki vəziyyətinə əhəmiyyətli dərəcədə təsir göstərdiyinə görə ona psixoloji dəstək tələb olunursa;
- xəstənin ölümü gözlənildikdə, simptomların idarə olunması, mənəvi dəstək və doğmasının itirilməsi ilə bağlı dəstək də daxil olmaqla, ömrünün sonuna qədər qayğı göstərilməlidir.

Əlavə 11-də nəfəs darlığı, ağrı, mədə-bağırsaq disfunksiyası, gecə tərləmələri və qanaxma da daxil olmaqla, əhəmiyyətli simptomları olan vərəm xəstələrinin simptomlarını yüngülləşdirmək üçün lazım olan dərman vasitələrinin təxmini siyahısı verilmişdir. Vərəm müalicəsinin dayandırılması barədə qərar qəbul edildikdən sonra formal palliativ yardım təmin edilməlidir.

Vərəmin müalicəsinin 8-9 ayı ərzində bakteriya ifrazı davam etdikdə, xəstənin klinik vəziyyətinin çəki itkisi və artan tənəffüs çatışmazlığı ilə pisləşməsi fonunda, ən azı 4 effektiv VƏDP təyin etmək mümkün olmadığı halda müalicənin dayandırılması məsələsinə baxılır və qərar verilir. Vərəmin müalicəsi üçün cərrahi müdaxilənin mümkün olmadığına qərar verilir. Bütün kimyaterapiya variantları tükəndiyi və müalicənin davam etdirilməsi xəstənin həyat keyfiyyətinin pisləşməsinə səbəb olduğu, dərmanlara qarşı davamlılığının artmasına səbəb olduğu və başqalarının vərəmin sağalmaz formalarına yoluxma riskini artırdığı hallarda müalicə dayandırılır. Xəstənin palliativ müalicəyə

keçirilməsi barədə qərar tibbi konsilium tərəfindən qəbul edilir. Palliativ yardım ölümün qarşısını almır və vərəm xəstəsinin həyat keyfiyyətinin yaxşılaşdırılmasına yönəlib. Ətrafındakı insanlar üçün epidemik təhlükə yaradan xəstəyə infeksiyaya qarşı mübarizə tədbirlərinə uyğun olaraq palliativ müalicəyə keçirilir.

Palliativ tibbi yardımın əsas prinsipləri xəstə üçün psixoloji cəhətdən rahat həyat şəraitinin yaradılması (xəstəxana şəraitində, evdə), mənəvi dəstək və tibbi yardımın simptomlara uyğun təmin edilməsidir. Evdə palliativ yardım təşkil edilərkən zəruri tibbi yardım göstərmək və infeksiyaya qarşı mübarizə tədbirlərinə riayət olunmasına nəzarət etmək üçün mütəmadi olaraq (həftədə bir dəfədən az olmayaraq) xəstələrə baş çəkmək zəruridir.

Vərəm xəstələrində qanaxma qorxu hissi yaradır. Xəstəni sakitləşdirmək üçün tünd rəngli dəsmal və qablardan istifadə etmək tövsiyə olunur. Yüngül qanaxma üçün tərkibində etamsilat və kodein olan dərmanlar peroral olaraq təyin edilir. Ağır qanaxma hallarında etamsilat və (və ya) digər hemostatik preparatların venadaxili yeridilməsi tələb olunur, qan itkisininin həcmi bərpa olunur, sakitləşdirici dərmanlar təyin edilir. Müvafiq klinik simptomlar olduqda, bronxospazmı azaldan və qusma əleyhinə dərmanlar, antipiretiklər, analgetiklər təyin edilir.

Vərəm xəstələri yüksək kalorili, asan həzm olunan hissəvi qidalanma və gigiyenik prosedurlarla təmin olunur: ağız boşluğunun gigiyenası, çimizdirmə və saça qulluq, vaxtında təraş olunma, dırnaqların kəsilməsi, fizioterapiya, masaj, yataq yaralarının və əzələ kontrakturasının əmələ gəlməsinin qarşısının alınması.

Palliativ yardım göstərərkən xəstələrin müayinə tezliyi:

- bəlğəm mikroskopiyası – aylıq;
- VMB üçün bəlğəm əkilməsi - ildə bir dəfə və ya tibbi konsiliumun qərarı ilə;
- DHT – tibbi konsiliumun qərarı ilə;
- döş qəfəsi orqanlarının rentgenoqrafiyası – hər 6 ayda bir dəfə; daha tez – həkim təyinatına əsasən;
- bədən çəkisinin ölçülməsi, ümumi qan analizi, ümumi sidik analizi, biokimyəvi qan analizi – tibbi səbəblərə görə.

Palliativ yardımın göstərildiyi yerdən (xəstəxana şəraitində, evdə) asılı olmayaraq, xəstəyə və onun ailə üzvlərinə digər məsələlərlə yanaşı, psixoloqların, sosial işçilərin, tibb işçilərinin, zəruri hallarda ictimai təşkilatların, dini icmaların cəlb edilməsi də daxil olmaqla, effektiv psixoloji və sosial dəstək göstərilir. Vərəm xəstəsinə palliativ tibbi yardımın göstərilməsinin təşkili həkim ftiziatrın vəzifəsidir. O, tibbi yardım göstərmək, psixoloji və sosial dəstəyin təşkili ilə yanaşı, yoluxucu xəstəliklərə qarşı mübarizə tədbirlərinə riayət olunmasına nəzarət edir (vərəm xəstəsinin cərrahi maskadan istifadə etməsi, xəstəyə qulluq edən ətrafdakı insanlarla təmasda olduqda 95-dən aşağı olmayan mühafizə sinfinə aid respiratorlardan istifadə). Yanaşı patoloji vəziyyətin kəskinləşməsi zamanı xəstəyə təcili tibbi yardım, o cümlədən ixtisaslaşdırılmış və yüksək texnologiyalı yardım göstərilir. Evdə palliativ tibbi yardımın təşkili imkanı olmayan epidemioloji təhlükəsi olan xəstələrə tibbi yardım stasionar şəraitdə ixtisaslaşdırılmış şöbələrdə göstərilir.

VƏRƏM İNFEKSİYASININ İDARƏ EDİLMƏSİ

Vərəm infeksiyasının diaqnozu

Vərəmin diaqnostik müayinəsi əsasən aşağıdakı əhali qruplarına göstərişdir:

- **Vərəm riskinin yüksək olması ilə əlaqəli** – ağciyər vərəmi olan xəstələrlə təmasda olan böyüklər və uşaqlar (yaxın və məişət təmasları);
- **Vərəmin reaktivasiya riskinin yüksək olması ilə əlaqəli –** İYİ, bioloji preparatlarla müalicəyə başlayan xəstələr (TNFα inhibitorları və s.), dializdə olan xəstələr, orqan və (və ya) toxuma transplantasiyasına hazırlaşan xəstələr, həmçinin ağciyər silikozu olan xəstələr.

Vərəm diaqnozu üçün immunoloji dəri testlərindən (tüberkülin dəri testi və ya rekombinant vərəm allergen dəri testi) və qamma interferon testlərindən (qamma interferonun azad olması və ya T limfositlərinin sayılması əsasında) istifadə olunur.

Tüberkulin dəri testi (bundan sonra TDT adlandırılacaq) təmizlənmiş vərəm allergeni ilə standart dəri testidir (2 TU ilə Mantu testi).

Vərəm riski yüksək olduğuna görə həmçinin aşağıdakı əhali qrupları üçün də testlər aparıla bilər:

- tibb işçiləri, həbsdə olanlar, cəzaçəkmə müəssisələrində çalışanlar, daimi yaşayış yeri olmayan şəxslər, inyeksion narkotik istifadəçiləri, infeksion xəstəliyə yoluxma hallarının yüksək olduğu (100 000 nəfərə 100-dən çox vərəm hadisəsi) ölkələrdən gələn immiqrantlar.

Rekombinant vərəm allergen dəri testi (Diaskintest) orqanizmin vərəm patogeninə xüsusi həssaslığını müəyyən etmək üçün diaqnostik dəri testidir. Bu test tüberkulin dəri testindən daha həssasdır.

İmmunoloji diaqnostikanın ən informativ üsulları interferon qammanın (QFT-plus) azad olmasına və ya spesifik VMB antigenləri ilə inkubasiyadan sonra interferon qamma hasil edən T-limfositlərin (T-Spot) sayının hesablanmasına əsaslanan testlərdir.

Rekombinant vərəm allergen dəri testində (Diaskintest) istifadə edilən antigenlər və interferon qamma (QFT-plus və T-Spot) azad olmasına əsaslanan testlər VMB üçün yüksək spesifikdir, çünki belə antigenlər yalançı müsbət nəticələr ehtimalını minimuma endirən KJB vərəm peyvəndi ştammlarında yoxdur. Dəri testləri ilə birlikdə interferon-qamma testlərinin istifadəsi immunosupressiv xəstələrdə vərəm infeksiyasının təyini üçün uyğun ola bilər. KJB peyvəndi ilə immunizasiya edilmiş populyasiyada, eləcə də immunosupressiyası olan xəstələrdə vərəm infeksiyasının diaqnostikası üçün rekombinant vərəm allergen dəri testi və interferon qamma testləri tüberkulin dəri testinə nisbətən üstünlüklərə malikdir. İki yaşdan kiçik uşaqlar üçün dəri testinə üstünlük verilir.

Hər hansı müsbət dəri testi və ya interferon qamma testinin nəticəsi vərəmin müalicəsinin tətbiqinə qərar vermək üçün vərəmin inkişafının ümumi riski kontekstində şərh edilir. Vərəmin hər hansı klinik və rentgenoloji (digər görüntüləmə) simptomları və əlamətləri olmadıqda, bakterioloji təsdiq olmadıqda, ancaq dəri testi və ya interferon qamma testi müsbət olduqda, vərəm infeksiyası diaqnozu qoyulur. Vərəm infeksiyası üçün mənfi test nəticəsi ya *M. tuberculosis* infeksiyasının olmadığını, ya da şəxsin yaxın zamanlarda yoluxduğunu və orqanizmin reaksiya verməsi üçün kifayət qədər vaxt keçmədiyini göstərə bilər. İnfeksiyalaşma anından hüceyrəvi immunitetin inkişafına qədər 12 həftəlik müddəti olan “pəncərə” dövrü mövcuddur. İmmunoloji testlər mənfi olduqda, lakin yoluxma şübhəsi varsa, 12 həftəlik fasilə ilə təkrar testlər mümkündür.

Vərəm üçün müsbət immunoloji test nəticələri olan şəxslərə vərəmin profilaktik müalicəsi təyin edilir.

Vərəm infeksiyasının (Vİ) müalicəsi

Vİ müalicəsi üçün aşağıdakı rejimlər istifadə olunur:

H monoterapiya – 6-9 ay ərzində gündəlik;

R monoterapiya – 4 ay ərzində gündəlik;

H və R – gündəlik 3 ay;

H və P – 3 ay ərzində həftədə 1 dəfə (12 doza);

1 ay ərzində gündəlik H və P (28 doza).

ÇDDV xəstələrinin təmasda olduqları şəxslərə aşağıdakı hallarda levofloksasinlə profilaktik müalicə təyin edilir:

- flüorxinolonlara qarşı həssaslığı təsdiq edilmiş ÇDDV-nin bakterioloji cəhətdən təsdiqlənmiş halı ilə yaxın və ya məişət təması olduqda;
- immunoloji dəri testləri və ya interferon qamma testlərindən istifadə etməklə uşaq və ya yeniyetmədə vərəm infeksiyası olduğu təsdiq edildikdə.

ÇDDV-nin profilaktik müalicəsi altı ay ərzində gündəlik levofloksasin kursundan ibarətdir. Müalicə statusundan asılı olmayaraq, ÇDDV xəstəsi ilə təmasda olan şəxslər iki il müddətində kliniki müşahidə altında olurlar.

VƏDP-nin tövsiyə olunan dozaları və Vİ üçün müalicə rejimləri **Əlavə 13**-ə uyğun olaraq müəyyən edilir.

Vİ-nin profilaktik müalicəsinin nəticələrinin qeydiyyatı

Vərəmin profilaktik müalicəsinin nəticəsi qeyd edilməlidir.

Vərəmin profilaktik müalicəsinin uğurla başa çatması – xəstə tövsiyə olunan müalicə müddətinin 133%-dən çox olmayan müddətdə tövsiyə olunan dozaların 80% və ya daha çoxunu qəbul edərsə, profilaktik müalicə kursu uğurla başa çatmış hesab edilə bilər.

	Müddəti (aylarla)	**Dozaların miqdarı**	**Minimal doza miqdarı (tövsiyə olunanların 80%-i)**	**Müalicənin maksimal müddəti (günlərlə)**
6H (gündəlik)	6	182	146	239
3HR (gündəlik)	3	84	68	120
3HP (həftəlik)	3	12	11a	120
4R (gündəlik)	4	120	96	160
1HP (gündəlik)	1	28	23	40

Profilaktik müalicənin uğursuzluğu – vərəmin profilaktik müalicə kursu zamanı xəstədə aktiv vərəm inkişaf edərsə, uğursuz hesab olunur.

Ölüm – vərəmin profilaktik müalicəsi zamanı hər hansı bir səbəbdən ölüm.

Profilaktik müalicə ardıcıl səkkiz həftə və ya daha çox, 6H, 3HP, 3HR və 4R üçün dörd ardıcıl həftə və ya daha çox, 1HP üçün isə 10 ardıcıl gün kəsildikdə**, izlənilmə itirilir**.

Toksikliyə görə profilaktik müalicənin dayandırılması – neqativ hallara və ya dərmanlarla qarşılıqlı təsirlərə görə rejimin sonradan yenidən başlaması və ya dəyişdirilməsi ilə, həkim tərəfindən profilaktik müalicənin dayandırılması.

Qiymətləndirilməyib – məsələn, qeydlərin itirilməsi, xəstənin başqa bir tibb müəssisəsinə köçürülməsi.

Vərəmin profilaktik müalicəsinin buraxılmış dozalarının taktikası **Əlavə 14**-ə uyğun olaraq müəyyən edilir.

Vərəm infeksiyası üçün profilaktik müalicəyə başlamazdan əvvəl qan transaminazlarını (ALAT və AST) yoxlamaq tövsiyə olunur.

Vərəm infeksiyasının profilaktik müalicəsi üçün əks göstərişlər: aktiv hepatit (kəskin və ya xroniki), qan transaminazlarının normanın yuxarı həddindən 3 dəfədən çox artması, müntəzəm və həddindən artıq spirtli içki qəbulu, periferik neyropatiyanın simptomları, anamnezdə rejim dərmanlarına qarşı yüksək həssaslıq.

İzoniazidlə induksiya olunan periferik neyropatiyanın qarşısını almaq üçün vərəm infeksiyasının müalicəsi zamanı gündə 10-25 mq dozada vitamin B6 tabletlərinin (piridoksin) təyin edilməsi məqsədəuyğundur. İzoniazidin səbəb olduğu müəyyən edilmiş periferik neyropatiya üçün piridoksin daha yüksək terapevtik dozada gündə 50-100 mq təyin edilməlidir.

Profilaktik müalicəyə başlamazdan əvvəl pasiyentlər VƏDP-lərin potensial neqativ halları barəsində məlumatlandırılmalı və onlara bildirilməlidir ki, hansı hallar tibbi yardıma müraciət etməyə vadar edən əlamət və simptomlardır.

VƏRƏM/İİV KO-İNFEKSİYASININ İDARƏ EDİLMƏSİ

İİV-müsbət xəstələrdə vərəmin aşkarlanması

İİV-müsbət statusu olan xəstələrdə vərəmin aşkarlanması Respublika QİÇS-lə Mübarizə Mərkəzinin vərəm mütəxəssisi tərəfindən həyata keçirilir.

Xəstələri İİV infeksiyası ilə bağlı klinik müşahidəyə yerləşdirərkən ilkin olaraq vərəmi müəyyən etmək üçün 4 simptomlu sorğu aparılır, sonra xəstə döş qəfəsi orqanlarının rentgenoqrafiyasından (DQOR), rəqəmsal rentgenoqrafiyadan (bundan sonra RRQ) keçirilir.

Sonradan RRQ metodu ilə müayinə müntəzəm olaraq hər il, yaxud tibbi səbəblərə görə, ən azı ildə bir dəfə aparılır.

Vərəm xəstəsi ilə təması təsdiqlənmiş, həbsdə olan, penitensiar sistemin müəssisələrində yerləşən şəxslər üçün, digər əlverişsiz amillər olduqda – RRQ ildə 2 dəfə aparılır.

Aşkar edilmiş dəyişikliklərin gələcəkdə retrospektiv qiymətləndirilməsinin mümkün olması üçün xəstənin rentgen arxivi yaradılır. Xəstənin infeksionistə müntəzəm müraciətləri zamanı vərəmə xas olan simptomların olub-olmaması barədə sorğu aparılır və onlar baş verdikdə xəstəyə mütəxəssis həkimlə əlaqə saxlamağın zəruriliyi barədə məlumat verilir.

Tənəffüs sistemi orqanlarının vərəminin simptomları olduqda (bəlğəmli öskürək və s.) vərəmin diaqnostik alqoritminə uyğun olaraq plandan kənar RRQ müayinə aparılır (**Əlavə 1**).

Diaqnostik alqoritmə əlavə olaraq, aşağıdakı meyarlara cavab verən İİV-müsbət şəxslər əlavə LF-LAM sidik testindən keçməlidirlər ki, bu da vərəm xəstəliyini 15 dəqiqə ərzində aşkar etməyə imkan verir (standart diaqnostik alqoritmdən daha sürətlidir).

Stasionar şəraitində LF-LAM İİV-müsbət böyüklərdə, yeniyetmələrdə və uşaqlarda vərəm xəstəliyinin diaqnostikasında aşağıdakı hallar üçün istifadə edilə bilər:

- vərəmin əlamətləri və simptomları ilə (ağciyər və ya ağciyərdən kənar) olan xəstələr;

- inkişaf etmiş İİV infeksiyası ilə xəstələr (Böyüklər, yeniyetmələr və 5 yaşdan yuxarı uşaqlar üçün inkişaf etmiş İİV infeksiyası CD4<200 və ya xəstənin müraciəti zamanı ÜST-nin 3-cü və ya 4-cü mərhələsi kimi qiymətləndirilmiş xəstələrdir. 5 yaşdan kiçik bütün uşaqlar inkişaf etmiş İİV infeksiyası kimi dəyərləndirilir);

- ağır xəstələr (4 təhlükə əlaməti ilə müəyyən edilir: tənəffüs sürəti dəqiqədə >30, hərarət >39°C, nəbz >120 döyüntü/dəqiqədə və köməksiz yeriyə bilməyən xəstələr);

- vərəmin əlamətlərindən və simptomlarından asılı olmayaraq, CD4 hüceyrələrinin sayı 200 hüceyrə/mm3-dən az olanlar.

Ambulator şəraitdə LF-LAM İİV-müsbət böyüklərdə, yeniyetmələrdə və uşaqlarda vərəm xəstəliyinin diaqnostikasında aşağıdakı hallar üçün istifadə edilə bilər:

- vərəmin əlamətləri və simptomları (ağciyər və ya ağciyərdən kənar) olan hallar;

- ağır xəstə;

- vərəmin əlamətlərindən və simptomlarından asılı olmayaraq, CD4 hüceyrələrinin sayı 100 hüceyrə/mm3-dən aşağı olan hallar;

LF-LAM yuxarıdakı meyarlara cavab verməyən xəstələrdə istifadə edildikdə effektiv deyil. LF-LAM VMB aşkarlanması üçün aşağı həssaslığa malikdir, ona görə də bu test **Əlavə 1**-də göstərilən diaqnostik alqoritmə əlavə olaraq istifadə edilməlidir.

Xəstə həkim ftiziatra müraciət etməlidir.

Antiretrovirus terapiyasının (ART) aparılması

Əvvəllər müəyyən edilmiş İİV-müsbət statusu olan xəstə qəbul edildikdə və ya vərəm əleyhinə tibb müəssisəsində vərəmi olan xəstədə İİV infeksiyası aşkar edildikdə, xəstə 5 gün müddətində həkim-infeksionistin məsləhətini almalıdır.

Aktiv vərəmi olan böyüklərdə və uşaqlarda ART vərəm əleyhinə müalicə ilə eyni vaxtda və ya CD4+ limfositlərin sayından və VMB həssaslıq profilindən asılı olmayaraq vərəm əleyhinə müalicənin ilk 2 həftəsi ərzində mümkün qədər tez başlanır. VƏDP-ə

qarşı qeyri-qənaətbəxş davamlılıq halında, xüsusən də dərmana davamlı vərəmin müalicəsində, ART-nin başlanması mənfi hallar aradan qalxana qədər, maksimum 8 həftəyə qədər təxirə salına bilər.

Vərəm meningiti olan xəstələrdə ART 4 həftəlik vərəm əleyhinə müalicədən sonra, lakin onun başladığı vaxtdan 8 həftədən gec olmayaraq başlayır.

İmmunitetin bərpasının iltihabi sindromu (İBİS) ART ilə əlaqəli immunitetin bərpasından sonra öncə mövcud olan yoluxucu xəstəliyin (məsələn, vərəmin) paradoksal şəkildə pisləşməsidir. İBİS-in inkişafı xəstənin ümumi vəziyyətini pisləşdirir və bəzi opportunistik xəstəliklər bu zaman xəstənin ölümünə səbəb ola bilər (kriptokokk və vərəm meningiti, proqressivləşən multifokal leykoensefalopatiya və s.). İBİS-in baş vermə vaxtı ART başlandıqdan sonra 2 həftədən 12 aya qədər, əksər hallarda ilk 3 aydır. Xəstənin ilkin CD4 sayı nə qədər aşağı olarsa, İBİS-in inkişafı ehtimalı bir o qədər yüksək olur.

İBİS-in tibbi profilaktikası İİV infeksiyası olan xəstələrin hərtərəfli diqqətli tibbi müayinəsidir. Orta ağır dərəcəli İBİS zamanı qeyri-steroid iltihab əleyhinə dərmanlar istifadə olunur (böyrəklərin, o cümlədən İİV ilə əlaqəli zədələnmənin yüksək ehtimalını və TDF-dən (tenofovir dizoproksil fumarat) istifadə ehtiyacını nəzərə alaraq).

Şiddətli paradoksal İBİS halında, qlükokortikoid hormonlarının qısa kursunun (1 aya qədər) istifadəsinə icazə verilir. İstisnalar kriptokokkal meningit və Kapoşi sarkomasıdır, onların müalicəsində qlükokortikoid hormonlarının istifadəsi arzuolunmazdır.

Ağır dərəcəli İBİS-in qarşısını almaq üçün CD4 hüceyrələrinin sayı ilkin olaraq <100 hüceyrə/μL olan və vərəm müalicəsinin başlanmasından sonra 30 gün ərzində ART-yə başlayan xəstələrdə ART-dən sonra ilk dörd həftə ərzində aşağı dozada prednizolon istifadə oluna bilər (iki həftə ərzində gündə 40 mq, sonra iki həftə ərzində isə gündə 20 mq).

ART-nin təyin edilməsi

Antiretrovirus preparatlarının təyini, o cümlədən ART rejimi və istifadəyə başlama tarixi həkim ftiziatr tərəfindən stasionar və ya ambulator xəstənin tibbi kitabçasının dərman resepti vərəqəsində qeyd edilir. Xəstənin ART aparılmasına dair məlumatlı razılığı yazılı şəkildə rəsmiləşdirilir və xəstənin tibbi kitabçasında saxlanılır.

İİV-lə əlaqəli vərəmi olan xəstə vərəm əleyhinə tibb müəssisəsinə qəbul edildikdə, onun yaşayış yerindən (qeydiyyat yerindən) asılı olmayaraq ART ilə təmin edilməsi aşağıdakı hallarda məcburidir:

- vərəm əleyhinə müəssisədə yeni aşkarlanmış İİV infeksiyası halları və ya ART qəbul etməyən İİV statusu məlum müsbət olan xəstələr üçün – infeksionistlə məsləhətləşdikdən və ART təyin etdikdən sonra;
- ART qəbul edən İİV-müsbət statusu olan xəstələr üçün dərhal.

Müalicənin stasionar mərhələsində xəstələr ARV preparatlarını vərəm əleyhinə müəssisənin tibb işçisinin nəzarəti altında qəbul edirlər.

Vərəm əleyhinə müəssisədə ART-yə başladıqdan sonra xəstə həkim-infeksionist tərəfindən tibbi səbəblərə görə, lakin ən azı rübdə bir dəfə, həmçinin vərəm əleyhinə müəssisədən evə buraxılmazdan əvvəl müayinə olunur. Laboratoriya müayinəsi təsdiq edilmiş klinik protokol və təlimatlara uyğun aparılır.

Xəstə vərəm əleyhinə müəssisədən buraxıldıqda epikrizin (nəticələrin) surətləri Respublika QİÇS-lə Mübarizə Mərkəzinə təqdim edilir. Epikrizdə ART-nin başlama tarixi (xitam verilməsi, rejimin dəyişdirilməsi), istifadə olunan ART rejimi (rejimlərləri) və xəstəyə verilən ART dərmanlarının (həblərin) sayı göstərilir.

İİV-lə əlaqəli vərəm xəstəsinin sonrakı müalicəsi onun qeydiyyatda olduğu/yaşayış yeri üzrə həkim ftiziatr və infeksionist tərəfindən həyata keçirilir. Həkim ftiziatr xəstənin vərəm əleyhinə müalicəsinin dəyişdirilməsi (tamamlanması, dayandırılması) barədə infeksionistə məlumat verir. İnfeksionist isə həkim ftizatra diaqnozun dəyişməsi, xəstənin ART-dən ayrılması (rejimi) barədə məlumat verir.

Ftiziatriya kabinetində ambulator xəstənin tibbi qeydlərində əsas diaqnoz, müalicə haqqında məlumat və növbəti müayinənin tarixi göstərilir, mütəxəssislərin (infeksionist

və ftiziatr) xəstəliyin profili üzrə məsləhətçi rəyləri tərtib edilir. Məsləhətçi rəylərinə müvafiq olaraq, vərəm və İİV infeksiyası olan xəstənin dispanser müşahidəsi yerinə yetirilir.

Ko-trimoksazol ilə profilaktika

Ko-trimoksazol ilə profilaktika böyüklər və İİV-li uşaqlarda *Pneumocystis jirovecii* pnevmoniyasının, toksoplazmoz, malyariya və ağır bakterial infeksiyaların qarşısının alınması deməkdir. Ko-trimoksazol 960 mq/gün ilə müalicə CD4 hüceyrələrinin sayından asılı olmayaraq, aktiv vərəmi olan bütün xəstələr üçün göstərişdir. Əgər xəstə klinik cəhətdən stabildirsə və immunitetin bərpasına dair əlamətləri varsa (CD4 hüceyrələrinin sayı >350 hüceyrə/mm3, virus yükü azalmış), vərəmlə müalicədən sonra ko-trimoksazol dayandırıla bilər.

İİV-li xəstələrdə vərəm əleyhinə müalicənin xüsusiyyətləri

Vərəm və İİV-li xəstələr üçün müalicə rejimləri və müalicə müddəti İİV infeksiyası olmayan vərəm xəstələri ilə eynidir.

İstisna DHV, İİV və ilkin CD4 sayı 100 hüceyrə/mkl-dən az olan xəstələrdə əks göstəriş olan DHV (2HPMfxZ/2HPMfx) üçün qısa müalicə rejimidir. İlkin CD4 sayı 100 hüceyrə/mkl-dən çox olan xəstələrdə DHV üçün qısa rejimdən istifadə edərkən, efavirenz, tenofovir disoproksil fumarat (TDF) + lamivudin və ya emtrisitabinə əsaslanan ART tövsiyə olunur.

VƏDP standart 6 aylıq DHV müalicə rejiminin (2HRZE/4HR) efavirenz ilə təhlükəli dərman qarşılıqlı mübadilə təsiri yoxdur. Buna görə də bu qrup xəstələrdə tenofovir (TDF), lamivudin (3TC) və efavirenzdən (EFV) ibarət ART rejiminə üstünlük verilir.

Standart 6 aylıq DHV rejimində olan bir xəstə doluteqravir (DTG) ehtiva edən ART qəbul edirsə, rifampisinlə qarşılıqlı təsirə görə doluteqravirin dozası 12 saatlıq

fasilələrlə gündə iki dəfə 50 mq-a qədər artırılmalıdır. Bu dozanın tənzimlənməsi rifampisinin dayandırılmasından sonra iki həftə davam etdirilməlidir, çünki induksiyaedici təsir güclü induktorun dayandırılmasından sonra da davam edə bilər. Standart 6 aylıq DHV rejimində rifampisin rifabutin və ya rifapentinlə əvəz edilərsə, doluteqravirin dozasının artırılması tələb olunmur.

BPaLM VƏDP rejiminin ART rejimi tenofovir (TDF), lamivudin (3TC) və efavirenz (EFV) ilə təhlükəli dərman qarşılıqlı mübadilə təsiri yoxdur. Bu kombinasiya VƏDP və ART dərmanlarının dozasının tənzimlənməsi olmadan istifadə edilə bilər.

Bedakvilin, pretomanid və delamanidin efavirenz ilə eyni vaxtda istifadəsi VƏDP-lərin terapevtik təsirinin azalması və AR-ın inkişafı ehtimalına görə əks göstərişdir:

- pretomanid və efavirenzin birgə tətbiqi pretomanidin maksimal konsentrasiyasını 28%, biomənimsənilməsi 35% və minimal konsentrasiyanı 46% azaldır;

- bedakvilin və efavirenzin birgə istifadəsi bedakvilinin biomənimsənilməsini 18% azaldır;

- delamanidin efavirenzlə birlikdə qəbulu zamanı neyropsixiki əlavə təsirlərin daha yüksək tezliklə rast gəlindiyi müşahidə edilmişdir (məsələn, eyforik əhval-ruhiyyə və anormal yuxular).

Xroniki C virus hepatitinin antiviral müalicəsi ikinci sıra VƏDP qəbul edən vərəm xəstəsinə yalnız o halda təyin edilir ki, hepatitin aktivliyi vərəm əleyhinə müalicəyə mane olur.

Vərəm/İİV üzrə hesabatlar

İİV/Vərəm ko-infeksiyası olan xəstələrin qeydiyyatı Respublika QİÇS-lə Mübarizə Mərkəzinin elektron məlumat bazasında həkim ftiziatr tərəfindən aparılır.

- Əvvəlki ildə aşkar edilmiş İİV ilə əlaqəli vərəm hadisələrinin sayı (DHV və DDV ayrılır);
- Əvvəlki ildə aşkarlanmış İİV ilə əlaqəli vərəm halları arasında ART əhatəsi.

Vərəm əleyhinə tibb müəssisəsi şəraitində ART-yə başlamış və dayandırmış xəstələr haqqında məlumatlar ambulator kartlarda və QİÇS-lə Mübarizə Mərkəzinin elektron məlumat bazasında saxlanılır. Orada xəstənin soyadı, adı, atasının adı, doğum ili, yaşayış yeri, klinik diaqnozu, sxemlər və ART-nin faktiki başlanma, dəyişiklik, xitam tarixi, dayandırılma səbəbləri məxfilik tələbləri nəzərə alınmaqla göstərilir.

QİÇS-lə Mübarizə Mərkəzinin həkim ftiziatrı hər il fevral ayının 1-nədək Elmi Tədqiqat Ağciyər Xəstəlikləri İnstitutuna həmin il sürətli molekulyar diaqnostik testlərə və vərəm əleyhinə dərmanlara ehtiyat tələbatının formalaşdırması üçün məlumat ötürür:

- əvvəlki ildə aşkar edilmiş İİV hadisələrinin sayı;
- əvvəlki ildə aşkarlanmış İİV-li şəxslər arasında vərəm skrininqinin əhatə dairəsi (sürətli molekulyar diaqnostika metodu (Xpert Ultra) ilə müayinədən keçmiş halların sayını göstərməklə);
- əvvəlki ildə aşkar edilmiş İİV-ə yoluxma halları arasında vərəmin profilaktik müalicəsinin (profilaktik müalicənin nəticələrini göstərməklə) əhatə olunması.

UŞAQLARDA VƏ YENİYETMƏLƏRDƏ VƏRƏM

KJB peyvəndi

KJB peyvəndi yenidoğulmuşlara tətbiq edildikdə, onlarda vərəmin ağır formalarına, o cümlədən vərəm meningiti və miliar vərəmə qarşı effektiv (90%-ə qədər) müdafiəni təmin edir. Bütün sağlam yenidoğulmuşlara doğulduqdan sonra bir doza peyvəndin vurulması mütləqdir. Doğuşdan bilavasitə sonra KJB peyvəndini tətbiq etmək mümkün deyilsə, mümkün qədər tez müddətdə tətbiq edilməlidir. **KJB ilə revaksinasiya tövsiyə edilmir.**

İİV-ə yoluxduğu təsdiqlənmiş yenidoğulmuş körpələrə doğuş zamanı KJB peyvəndi vurulmamalıdır. Peyvənd ART başlanana və körpənin immunoloji statusunun sabitliyi təsdiq olunana qədər təxirə salınmalıdır.

Aşağıdakı vəziyyətdə uşaqlar immunoloji cəhətdən sabit hesab edilirlər:

- CD4 limfositlərinin nisbəti 25%-dən çox (beş yaşa qədər uşaqlarda) və ya CD4 sayı ən azı 200/mm³ (beş yaşdan yuxarı uşaqlarda);
- kliniki vəziyyəti yaxşı olan və yeni opportunistik infeksiyaların olmaması şərti ilə virus yükünün müəyyən olunmaması.

Bakterioloji təsdiqlənmiş ağciyər vərəmi olan analardan doğulan, anadangəlmə vərəm əlamətləri olmayan yenidoğulmuş uşaqlara vərəm xəstəliyini istisna etdikdən sonra vərəm infeksiyasının profilaktik müalicəsi aparılmalıdır. Daha sonra yenidoğulmuş uşaq vərəmə işarə edən simptomlar və əlamətlərə görə mütəmadi olaraq müayinə edilməlidir. Profilaktik müalicə başa çatdıqdan sonra immunoloji dəri testləri (tuberkulin dəri testi və ya rekombinant vərəm allergen dəri testi) və ya interferon-qamma testlərindən istifadə etməklə vərəm infeksiyasına görə yoxlanılmalıdır. Vərəm infeksiyasına görə aparılmış testlər mənfi olarsa, uşaq KJB peyvəndi almalıdır (İİV-ə yoluxmuş uşaqlardan başqa). Test müsbət olarsa, KJB peyvəndi olunmur.

KJB üçün əks göstərişlərə aşağıdakılar daxildir:

- ART aparılmayan halda İİV infeksiyası və ya ART zamanı immunoloji sabitliyin olmaması;
- immunosupressiyanın digər formaları (məsələn, orqan transplantasiyası namizədləri, immunosupressiv terapiya alan şəxslər, anadangəlmə immun çatışmazlığı).
-

Yüngül arzuolunmayan reaksiyalar

KJB peyvəndindən sonra, demək olar ki, bütün uşaqlarda bir reaksiyaya rast gəlinir – inyeksiya yerində qızartı, basıldığında ağrı və sıxlaşma ilə xarakterizə edilə bilən bir papula. Papula peyvənddən iki və ya daha çox həftə sonra inkişaf edir və xoraya çevrilə bilər, 2-5 ay ərzində sağalır və səthi çapıq qalır. İnyeksiya yerinə yaxın regional limfa düyünlərinin də (adətən qoltuqaltı, boyun və/və ya supraklavikulyar) böyüməsi mümkündür. Təsirə məruz qalan limfa düyünləri kiçik ölçülü (1,5 sm-ə qədər) qalır və dəri ilə birləşmir. Xoraların heç bir müdaxilə olmadan təbii yolla sağalmasına imkan verilməlidir. Peyvəndin dəriiçi olaraq tətbiq edilməsinə baxmayaraq, yüngül yerli reaksiyalar mümkündür. Reaksiyaların miqyası bir sıra amillərdən, o cümlədən peyvəndin tərkibindəki ştammdan, peyvənd partiyasındakı canlı basillərin sayından və tətbiq texnikasındakı dəyişikliklərdən asılıdır. Yüngül regional limfadenopatiya ilə

müşayiət olunanlar da daxil olmaqla, inyeksiya yerindəki yüngül reaksiyalar müalicə tələb etmir. Lazım gələrsə, peyvənd edilən şəxsə parasetamol kimi analgetiklər verilə bilər.

KJB peyvəndindən sonra **ağır mənfi reaksiyalar** mümkündür, lakin nadir hallarda rast gəlinir. Şiddətli mənfi reaksiyalara aşağıdakılar aiddir:

- **inyeksiya yerində reaksiyalar**, o cümlədən dərialtı abses və inyeksiya yerində keloid (qalınlaşmış) çapıq;
- **inyeksiya yeri ilə əlaqəli olmayan dəri zədələnməsi**: immun çatışmazlığı olan xəstədə çoxsaylı dəri zədələnmələri KJB-nin səbəb olduğu yayılmış vərəm ola bilər;
- KJB-nin səbəb olduğu **limfadenit** – ağır formalarda irinləmə ilə müşayiət oluna bilən limfa düyünlərinin üst dəri ilə birləşməsi (palpasiya zamanı fluktuasiya və ya kəsik aparıldıqda irinin olması, fistula əmələ gəlməsi və ya böyük bir limfa düyününün dəri ilə birləşməsi və kəsik zamanı kazeoz nekrozun aşkarlanması). Adətən qoltuqaltı limfa düyünləri zədələnir, lakin körpücükaltı və ya boyun düyünləri də prosesə cəlb oluna bilər. "Xpert MTB/RIF" və ya Ultra ilə müayinə zamanı limfa düyünlərindən götürülmüş material müsbət ola bilər;
- inyeksiya yerindən və regional limfa düyünlərindən uzaq bir və ya bir neçə anatomik yerdə KJB-dən *M.Bovis* aşkarlanması təsdiqlənən **sistemli və ya yayılmış KJB infeksiyası**. İİV-lə yaşayan körpələrdə KJB və ya sistemli KJB infeksiyası nəticəsində yayılmış vərəmdən ölüm göstəricisi 70%-i ötür. Klinik mənzərəyə görə bu vəziyyət vərəmə çox oxşar ola bilər və diaqnozun təsdiqi yalnız növlərin identifikasiyası ilə aparılan mikobakteriyaların müsbət əkmə nəticəsi ilə mümkündür. Mümkün simptomlara böyümə və inkişafın zəifləməsi və ya geriləməsi, anemiya, hepatosplenomeqaliya, limfadenit (qoltuqaltı və boyun limfa düyünləri), osteomielit və rentgenoqrafiyada infiltrasiyanın olması;

İmmunitetin bərpasının iltihabi sindromu (İBİS) ART müalicəsinə başlayan İYİ şəxslərdə KJB peyvəndi ilə əlaqədar mənfi reaksiyadır. O, adətən immunitetin bərpasından sonra üç ay ərzində inkişaf edir və adətən yayılmadan yerli abses və ya regional limfadenit ilə xarakterizə olunur.

Digər nadir reaksiyalara osteit, osteomielit, sarkoidoz, görmə orqanının zədələnməsi (konyunktivit, xoroidit, optik nevrit), düyünlü eritema və meningit (çox nadir hallarda) daxildir.

Vərəm infeksiyasının aşkarlanması

Vərəm infeksiyası - praktiki sağlam olan, vərəm əlamətləri olmayan, rentgenoqrafiyası norma daxilində olan, lakin dəri immunoloji testləri (Diaskin və ya Mantu) və ya interferon qamma testi müsbət nəticəsi olan uşaqda kliniki diaqnozdur. *Mycobacterium tuberculosis* uzun illər gizli (latent) vəziyyətdə qala bilər, yalnız yeniyetməlik və ya yetkinlik dövründə aktiv xəstəliyə səbəb olur. Hesab edilir ki, uşaqlıqda vərəm infeksiyasının müalicəsi gələcəkdə aktiv xəstəliyin inkişaf riskini azaldır.

Aktiv vərəm və vərəm infeksiyasının diaqnostikasına görə skrininq üçün göstəriş olan uşaq və yeniyetmələrə aşağıdakılar daxildir: ağciyər vərəmi olan xəstələrlə təmasda olan uşaqlar (yaxın və ev təmasları), İİV-lə yaşayan uşaqlar, bioloji dərmanlarla müalicəyə başlayan uşaqlar (TNF-alfa və s.), dializdə olan uşaqlar, orqan və (və ya) toxuma transplantasiyasına hazırlaşan uşaqlar, digər immunçatışmazlığı olan uşaqlar.

Uşaqlarda vərəm infeksiyasının diaqnostikası üçün immunoloji dəri testləri və qamma interferon testləri istifadə olunur. İki yaşdan kiçik uşaqlarda dəri testlərinə üstünlük verilir, çünki interferon qamma testləri flebotomiya tələb edir. İmmunoloji dəri testlərinin və interferon qamma testlərinin mənfi nəticəsi üç aydan kiçik uşaqlarda dürüst olmaya bilər, çünki həmin dövrdə hüceyrəvi immunitet tam formalaşmamış olur.

Vərəm infeksiyasının (Vİ) profilaktik müalicəsi

Vİ üçün profilaktik müalicə vərəm infeksiyasının vərəm xəstəliyinə keçmə riskini azaltmaq üçün həyata keçirilir.

Yaş <5 yaş. Bakterioloji təsdiqlənmiş ağciyər vərəmi hadisəsi ilə məişət təmasında olan, vərəm əlamətləri göstərməyən və normal rentgenoqrafiyası olan 5 yaşından kiçik uşaqlar dəri immunoloji və ya interferon-qamma testlərinin nəticələrindən asılı olmayaraq Vİ-nin profilaktik müalicəsinə başlamalıdırlar. Testi mənfi olan uşaqlarda bu məqsədəuyğundur, çünki test zamanı uşağın vərəmə qarşı hüceyrə immun reaksiyası tam formalaşmamış ola bilər, bundan əlavə, yaxın müddətdə vərəmə yoluxmuş 5 yaşınadək uşaqlarda vərəmlə xəstələnmə riski nisbətən yüksəkdir. Belə hallarda, Vİ üçün ilkin test

mənfi olarsa, uşaq 8-12 həftədən sonra təkrar test edilməlidir. Təkrar test mənfi olarsa, nəticənin yalançı neqativ ola biləcəyindən şübhələnmədikdə (məsələn, immun çatışmazlığı, qida çatışmazlığı, gənc yaş) həkimin qərarı ilə müalicə dayandırıla bilər. İkinci testdən yanlış mənfi nəticəyə şübhə varsa, Vİ üçün profilaktik müalicə tamamlanana qədər davam etdirilməlidir.

Yaş ≥5 yaş. İlkin Vİ testi mənfi olan, vərəm xəstəliyinin simptomları olmayan və normal rentgenoqrafiyası olan, lakin bakterioloji cəhətdən təsdiqlənmiş ağciyər vərəmi xəstələri ilə məişət təmasında olmuş 5 yaş və daha yuxarı immunokompetent uşaqlar üçün Vİ-nın profilaktik müalicəsi ilə bağlı qərar təkrar Vİ görə müayinə nəticələri əldə edilənə qədər təxirə salına bilər. Bu test indeksli xəstə ilə son təmas tarixindən 8-12 həftə sonra həyata keçirilən testdir. Bu onunla əlaqədardır ki, immunoloji dəri testləri və interferon qamma testləri infeksiyadan dərhal sonra mənfi ola bilər, çünki vərəmlə ilkin təmasda olduqdan sonra vərəm antigenlərinə qarşı immun cavabın inkişafı üçün 12 həftəyə qədər zaman tələb olunur. Təkrar test mənfi olarsa, Vİ üçün profilaktik müalicə tələb olunmur. Təkrar test müsbət olarsa, Vİ üçün profilaktik müalicə aparılır.

İİV-lə yaşayan, yaşı 12 aydan kiçik olan, vərəm şəxslə təmasda olan və kliniki qiymətləndirməyə əsasən vərəm xəstəliyinə tutulma ehtimalı az olan körpələr Vİ-na qarşı profilaktik müalicə almalıdırlar.

İİV-ə yoluxmuş 12 aylıq və daha yuxarı yaşda olan və kliniki olaraq vərəm xəstəliyinə tutulma ehtimalı az olan uşaqlar, vərəm xəstələri ilə təmasdan asılı olmayaraq, hərtərəfli İİV profilaktikasının tədbirlər kompleksinin bir hissəsi kimi Vİ-na görə profilaktik müalicə almalıdırlar.

Uşaqlar üçün Vİ-na görə qısaldılmış profilaktik müalicə rejimləri tövsiyə olunur, ona görə ki, onlardan istifadə etmək daha rahatdır. Çəkisi 25 kq-dan az olan uşaqlarda VƏDP-lərin pediatrik formaları istifadə edilməlidir. Bədən çəkisindən asılı olaraq dərmanların dozaları **Əlavə 8**-də təqdim olunur. İİV və ya qida çatışmazlığı olan uşaqlarda izoniazidin yaratdığı periferik neyropatiyanın qarşısını almaq üçün profilaktik müalicənin bütün müddəti ərzində gündəlik oral piridoksin təyin edilməlidir (beş yaşdan kiçik uşaqlar üçün 5-10 mq; beş yaşdan yuxarı uşaqlar üçün gündə 25 mq).

DHV-yə görə profilaktik müalicə rejimləri üçün seçimlər

Məqsədli qruplar	Əsas sxem	Alternativ sxem	Qeydlər
2 yaşdan kiçik İİV-neqativ uşaqlar	3HR, uşaqlar üçün sabit doza birləşməsi (SDB) varsa	Uşaqlar üçün SDB mövcud deyilsə, 6H (həll olunan tabletlər) istifadə edilməlidir	Rifapentinin optimal dozaları haqqında mövcud məlumatlar iki yaşdan kiçik uşaqlarda 3HP istifadəsini dəstəkləmək üçün kifayət deyil.
Çəkisi 25 kq-dan az olan iki yaş və daha böyük İİV-mənfi uşaqlar	3HR, uşaqlar üçün SDB varsa	SDB mövcud deyilsə, 3HP və ya 6H	Uşaqlar üçün rifapentinin dərman forması yoxdur
Çəkisi 25 kq-dan çox olan iki yaş və daha böyük İİV-mənfi uşaqlar	3HP böyüklər üçün dərman istifadə etməklə	3HP böyüklər üçün SDB istifadə etməklə 1HP böyüklər üçün dərman istifadə etməklə (13 yaş və daha çox)	Böyüklər üçün izoniazid 300 mq/rifapentin 300 mq bölünən həbləri və böyüklər üçün rifapentinin 150 mq tabletləri mövcuddur.
İİV-lə yaşayan uşaqlar	6H (yaxşı olar ki, həll olunan həblərdən istifadə edilsin)	EFV əsaslı ART alan uşaqlar üçün 3HR EFV əsaslı ART yuxarı yaş qrupundan olan və həbləri uda bilən uşaqlar üçün 3HP	DTG qəbul edən uşaqların müalicəsi üçün 3HP-nin istifadəsi ilə bağlı hələ yetərli məlumat yoxdur.
İİV ilə yaşayan yeniyetmələr	TDF, EFV, DTG və ya RAL əsasında ART alındığı halda - 3HP	TDF, EFV, DTG və ya RAL əsasında ART alırsa, 1HP (13 yaş və yuxarı) 6H	

1HP – gündəlik izoniazid və rifapentin bir ay müddətində; 3HP – həftəlik izoniazid və rifapentin üç ay müddətində; 3HR – üç aylıq gündəlik izoniazid və rifampisin; 6H – altı ay gündəlik izoniazid; DTG – doluteqravir; EFV - efavirenz; SDB – sabit dozaları olan kombinasiyalı dərman; RAL – ralteqravir; TDF - tenofovir disproksil fumarat.

ÇDDV xəstələri ilə təmasda olan uşaq və yeniyetmələrə levofloksasinlə Vİ üçün profilaktik müalicə aşağıdakı hallarda təyin edilir:

- əgər uşaq flüorxinolonlara qarşı həssaslığı təsdiq edilmiş ÇDDV bakterioloji cəhətdən təsdiqlənmiş xəstəsi ilə yaxın və ya məişət təmasında olmuşdursa;
- immunoloji dəri testləri və ya interferon qamma testləri vasitəsilə uşaqda və ya yeniyetmədə vərəm infeksiyası olduğu təsdiq edilmişdirsə.

ÇDDV-nin profilaktik müalicəsi altı ay ərzində gündəlik levofloksasin kursundan ibarətdir. Dərmanın dozaları **Əlavə 8**-də təqdim olunur. Müalicə statusundan asılı

olmayaraq, ÇDDV xəstəsi ilə təmasda olan şəxslər iki il müddətində klinik müşahidə altında saxlanılır.

Vİ görə profilaktik müalicə alan uşaqlar və yeniyetmələr aylıq monitorinq edilməlidir:

- Vərəm əlamətlərinin izlənilməsi (məsələn, öskürək, qızdırma, yorğunluq, ləng çəki artımı, oyun oynamaq istəyinin azalması);
- Vİ-in profilaktik müalicəsi üçün dərmanların düzgün dozasını təmin etmək üçün bədən çəkisinin izlənilməsi;
- Arzuolunmaz halların izlənilməsi;
- Müalicə rejiminə riayət olunma dərəcəsinin və həblərin sayının izlənilməsi.

Bu təlimatın müvafiq fəslində təsvir edilən müalicə nəticələrinə uyğun olaraq uşaqlarda və yeniyetmələrdə, eləcə də böyüklərdə Vİ üçün profilaktik müalicənin qeydiyyatını və hesabatını təmin etmək lazımdır. Vİ üçün profilaktik müalicənin dozalarını atlama taktikası **Əlavə 14**-ə uyğun olaraq müəyyən edilir.

Uşaqlarda vərəmin diaqnostikası

Uşaqlarda vərəmin diaqnostikası həyat və xəstəlik anamnezinin hərtərəfli öyrənilməsindən (xəstəliyin inkişafının və gedişatının xüsusiyyətləri, uşağın vərəm xəstələri ilə təması (xüsusilə son 12 ayda)), yaş nəzərə alınmaqla fiziki müayinəsindən, Vİ görə testlərin nəticələrindən, vizual diaqnostika üsullarından istifadə edilən müayinlərin nəticələrindən, bakterioloji müayinə metodlarından, AKV görə əlavə diaqnostik metodların nəticələrindən, İİV testinin nəticələrindən asılıdır. Uşaqlarda vərəmin aşkarlanması adətən ilkin tibbi yardım göstərən tibb müəssisələri tərəfindən həyata keçirilir. Vİ-nin diaqnostikasını və vərəm əleyhinə tibb müəssisəsində əlavə olaraq müayinəni ilkin tibbi yardım göstərən tibb müəssisəsinin pediatrı təyin edir, diaqnoz isə həkim ftiziatr tərəfindən yoxlanılır (verifikasiya).

Tibbi yardıma müraciət olunduğu zaman uşaqlarda vərəmin aşkarlanması böyüklərdə vərəmin aşkarlanmasından heç də fərqlənmir. Pediatr atipik gedişatlı və (və ya) müalicəsi uzanan xəstəliklərə diqqət yetirir: kəskin respirator virus infeksiyaları, bronxit, ekssudativ plevrit, pnevmoniya, meningit, limfadenit, düyünlü eritema, görmə

orqanının, sidik yollarının xroniki xəstəlikləri və s. Antibakterial müalicənin heç bir təsiri olmadıqda, ftiziatr ilə məsləhətləşmə təyin edilir. Yuxarıda təsvir edilən vərəm əlamətləri olan uşaqlar həkim ftiziatrın müayinəsinə göndərilirlər. Uşaq ambulatoriyalarında və ya uşağın müalicə olunduğu stasionar şəraitdə tibbi yardım göstərən səhiyyə təşkilatlarında ftiziatrın tibbi (məsləhətçi) qəbulu təşkil edilə bilər.

Uşaqlarda vərəm xəstəliyinin əsas risk faktorları bunlardır:

- ağciyər vərəmindən əziyyət çəkən xəstə ilə məişət təması, xüsusən də təmasda olan xəstənin xəstəliyi bakterioloji üsullarla təsdiq edildikdə;
- uşağın yaşının 5 yaşdan az olması;
- İİV-müsbət statusun olması;
- ağır kəskin qidalanma pozulması (malabsorbsiya sindromu);
- immun çatışmazlığının olması.

Uşağı həkim ftiziatrın qəbuluna yönləndirdikdə aşağıdakı məlumatlar verilməlidir:

- KJB peyvəndi məlumatları;
- immunoloji diaqnostik testlərin nəticələri (dəri testləri/İGRA və/və ya interferon qamma azad olmasına əsaslanan testlər);
- vərəm xəstəsi ilə təmasda olması haqqında məlumatlar;
- uşağın ətrafında olan şəxslərin rentgen müayinəsinin nəticələri;
- keçmiş xəstəliklər haqqında məlumatlar;
- həkim ftiziatrın əvvəlki müayinələri barəsində məlumatlar;
- kliniki müayinə və laboratoriya tədqiqatlarından alınan məlumatlar;
- rentgen film və ya elektron daşıyıcıda uşağın rentgen arxivi (əgər varsa);
- müalicə haqqında məlumat (antibiotik terapiyası və qlükokortikosteroidlər daxil olmaqla);
- histoloji preparatlar (əgər varsa).

Vərəm diaqnozu uşağın hərtərəfli müayinəsi əsasında vərəm əleyhinə müəssisə tərəfindən təsdiqlənir.

Böyüklərdən fərqli olaraq, uşaqlarda vərəm diaqnozu qoyularkən, Nümunə 1-dən Xpert MBT/Rif (Ultra) testinin nəticəsi mənfi olsa belə, bioloji material iki dəfə yoxlanılır.

Bəlğəm (induksiya və ya öskürək) və mədə aspiratı mikobakteriyaların ən yüksək ehtimalla aşkar edilməsini təmin edir. Nəcis nümunələrinin Xpert Ultra ilə yoxlanılması daha aşağı dəqiqliyə malikdir. Nazofaringeal aspiratın müayinəsi ilə müqayisə edilə bilər, lakin eyni zamanda qeyri-invaziv yolla nümunə götürülməsi baxımından ondan üstündür. Buna görə 5 yaşdan kiçik uşaqlarda vərəmin (ağciyər) diaqnozu üçün molekulyar sürətli testin aparılması üçün optimal nümunə **nəcis nümunəsidir**.

VMB-nin identifikasiyası tibb mütəxəssisləri tərəfindən həyata keçirilir. Dayaq-hərəkət aparatının xroniki, təkrarlanan və ya müalicəsi çətin olan xəstəlikləri və aydın olmayan limfadenopatiyası olan uşaqlar ftiziatr məsləhətinə göndərilməlidirlər.

Molekulyar və bakterioloji diaqnostika üsullarının mənfi nəticəsi uşaqlarda vərəmi istisna etməyə imkan vermir. Vərəm kliniki şübhəsi olan və bakterioloji testləri mənfi nəticə verən uşaq klinik diaqnozu təsdiqləmək üçün görüntüləmə müayinələrindən (rentgen, KT və s.) keçməlidir. 10 yaşınadək uşaqlarda bakterioloji təsdiq olmadıqda müalicənin başlanmasına dair qərarın qəbul edilməsi ilə ağciyər vərəminin və döş qəfəsi daxili limfadenopatiyanın diaqnostikasının kompleks alqoritmi **Əlavə 15**-də təqdim olunur. Bu alqoritm ağciyərdən kənar vərəmin diaqnostikası üçün uyğun deyil.

DHV-nin müalicəsi

Uşaqlar və yeniyetmələr üçün vərəm əleyhinə terapiyanın prinsipləri böyüklər üçün olanlarla üst-üstə düşür.

3 aydan yuxarı və 16 yaşdan kiçik uşaqlarda ağır olmayan DHV üçün 4 aylıq müalicə rejimi tətbiq olunur: 2 ay H, R, Z, E; sonra 2 ay H və R. Gedişatı ağır olmayan vərəm aşağıdakı diaqnozlarla müəyyən edilir: periferik limfa düyünlərinin vərəmi; tənəffüs yollarının maneəsiz keçiriciliyi ilə limfa düyünlərinin vərəmi; ağırlaşmamış vərəm ekssudativ plevriti (empiema və pnevmotoraks olmadan); və ya, miliar vərəm mənzərəsi olmadığı halda ağciyərin bir payı ilə məhdudlaşan oliqobasilyar qeyri-kavernoz vərəm.

Bununla belə, ağır olmayan vərəm meyarlarına cavab verməyən uşaq və yeniyetmələr ağciyərdən kənar vərəmin ağır formaları üçün standart 6 aylıq müalicə rejimi (2HRZE/4HR) və ya tövsiyə olunan müalicə rejimləri almalıdırlar.

Təsdiqlənmiş və ya şübhəli ağciyər vərəmi və ya periferik vərəm limfadeniti olan 0-3 aylıq körpələr təcili olaraq 6 aylıq müalicə rejiminə (2HRZ(E)/4HR) başlamalıdırlar.

Dərmana həssas ağciyər vərəmi olan 12 yaş və yuxarı xəstələrə 4 aylıq rejimdə izoniazid, rifapentin, moksifloksasin və pirazinamid (2HPMZ/2HPM) verilə bilər.

DHV meningiti olan uşaqlarda alternativ müalicə rejimi istifadə edilə bilər: 6HRZEto. Aşağıdakı VƏDP dozaları istifadə olunur:

H – 15-20 mq/kq (izoniazidin doza diapazonundan daha yüksək dəyərlər azyaşlı uşaqlara aiddir); R – 22,5-30 mq/kq; Z – 35-45 mq/kq; Eto – 17,5-22,5 mq/kq.

Çəkisi 25 kq-a qədər olan uşaqlarda pediatriyaya uyğun sabit dozalı kombinasiyalardan istifadə edilməlidir. Bədən çəkisinə görə VƏDP dozaları **Əlavə 8** və **Əlavə 9-da** müəyyən edilmişdir.

Yaş qrupundan, xəstəliyin şiddətindən və yerli epidemioloji vəziyyətdən asılı olaraq ağciyər vərəminin müalicə rejimləri

Pasiyentin yaşı və çəkisi	Müalicənin tərkibi və müddəti[a]	
	İntensiv mərhələ	Dəstəkləyici mərhələ
Üç aydan kiçik və ya çəkisi 3 kq-dan az olan körpələr		
İstənilən ağırlıq dərəcəsi olan ağciyər vərəmi	2HRZ və ya 2HRZE	4HR
3 aydan 12 yaşa qədər uşaqlar və yeniyetmələr		
Ağır olmayan ağciyər vərəmi	2HRZ və ya 2HRZE	2HR[c]
Ağır dərəcəli ağciyər vərəmi	2HRZE	4HR
12-16 yaş arası yeniyetmələr		
Ağır olmayan ağciyər vərəmi	2HRZ və ya 2HRZE	2HR
Ağır dərəcəli ağciyər vərəmi	2HRZE	4HR
İstənilən ağırlıq dərəcəsi olan ağciyər vərəmi	2HPZM	2HPM
16 – 20 yaş arası yeniyetmələr		
Müxtəlif ağırlıq dərəcəsi olan ağciyər vərəmi	2HRZE	4HR
Müxtəlif ağırlıq dərəcəsi olan ağciyər vərəmi	2HPZM	2HPM

İİV-lə yaşayan və qida çatışmazlığından əziyyət çəkən uşaq və yeniyetmələrə vərəm əleyhinə terapiya zamanı gündə 0,5-1 mq/kq dozada piridoksin (vitamin B6) təyin etmək tövsiyə olunur.

Vərəm meningiti olan xəstələrə kortikosteroidlərlə ilkin yardım terapiya göstərilməlidir: deksametazon və ya prednizolon, sonra 6-8 həftə ərzində azaltma şərti ilə (mütləq tövsiyə, orta sübut əminliyi).

Vərəm perikarditi olan xəstələr birincili əlavə kortikosteroidlərlə müalicə oluna bilər.

Uşaq və yeniyetmələrdə vərəmin müalicəsinin dayandırılması ilə bağlı görülən tədbirlərə dair tövsiyələr aşağıda təqdim olunur. Müalicə fasiləsi zamanı vərəm simptomları yenidən yaranarsa, uşaq və ya yeniyetməyə dərmanlara qarşı davamlılığı qiymətləndirmək üçün bir daha sürətli molekulyar test, əkilmə və DHT təyin edilməlidir.

Uşaq və yeniyetmələrdə dərmana həssas vərəmin müalicəsinin dayandırılması ilə əlaqədar görülən tədbirlər

Fasilə anında müalicənin mərhələsi	Fasilənin xarakteri	Tədbirlər
Müalicənin ilk iki ayında fasilə 4 aylıq sxem 2HRZE/2HR və ya 6 aylıq sxem 2HRZE/4HR	<14 gündən az fasilə	Müalicəni davam etmək və ilk iki ayın bütün dozalarını tamamlamaq
	≥14 gündən artıq fasilə	Müalicəyə yenidən başlamaq
Üçüncü və ya dördüncü ayda fasilə 4 aylıq sxem 2HRZE/2HR	8 həftə ərzində dozaların 80%-dən çoxu tamamlanıb	Müalicənin davamına ehtiyac yoxdur
	Tamamlanmış dozaların miqdarı 80%-dən azdır, fasilənin ümumi müddəti 1 aydan azdır.	Qalmış dozaları tamamlamaq
	Tamamlanmış dozaların miqdarı 80%-dən azdır, fasilənin ümumi müddəti 1 aydan çoxdur.	Müalicəyə yenidən başlamaq
Dəstəkləyici mərhələ (6 aylıq 2HRZE/4HR rejimi)		
6 aylıq 2HRZE/4HR rejiminin üçüncü, dördüncü, beşinci və ya altıncı ayında fasilə, başlanğıc zamanı bakterioloji cəhətdən mənfi	16 həftə ərzində dozaların ≥80%-i tamamlanıb	Müalicənin davamına ehtiyac yoxdur
6 aylıq 2HRZE/4HR rejiminin üçüncü, dördüncü, beşinci və ya altıncı ayında fasilə, başlanğıc zamanı bakterioloji cəhətdən müsbət	16 həftə ərzində dozaların ≥80%-i tamamlanıb	Qalmış dozaların qəbulunu tamamlamaq. Əgər fasilənin ümumi müddəti >2 aydırsa, klinik mülahizələrə əsaslanmaq.
6 aylıq 2HRZE/4HR rejiminin üçüncü, dördüncü, beşinci və ya altıncı ayında fasilə	Tamamlanmış dozaların miqdarı 80%-dən azdır, fasilənin ümumi müddəti 2 aydan azdır.	Qalmış dozaların qəbulunu tamamlamaq
	Tamamlanmış dozaların miqdarı 80%-dən azdır, fasilənin ümumi müddəti 2 aydan çoxdur.	Qalmış dozaları tamamlamaq

Uşaqlarda və yeniyetmələrdə müalicənin monitorinqi böyüklərdəkindən fərqlənmir.

DDV-nin müalicəsi

Uşaqlarda və yeniyetmələrdə ilk növbədə qısaldılmış DDV müalicə rejimlərindən istifadə edilməlidir. Modifikasiya edilmiş qısa 9 aylıq müalicə rejimləri istənilən yaşda olan uşaqların müalicəsi üçün istifadə edilə bilər. BPaL və ya BPaLM rejimləri 14 yaşından etibarən müalicə üçün istifadə edilə bilər. Daha ətraflı məlumat üçün müvafiq bölməyə baxın.

Uzunmüddətli rejimlər yalnız mənfi hadisələr və ya əks göstərişlər səbəbindən qısaldılmış rejimlərdən istifadə etmək mümkün olmadıqda istifadə olunur. Uşaqlar və yeniyetmələr üçün fərdi uzunmüddətli rejimin tərtib edilməsi prinsipləri və müddəti böyüklər üçün olduğu kimidir. Daha ətraflı məlumat üçün müvafiq bölməyə baxın.

İstənilən yaşda olan uşaqlarda və yeniyetmələrdə çoxlu dərmanlara davamlı vərəm və rifampisin rezistentliyi üçün flüorxinolona qarşı davamlılığın mövcudluğu və xəstəliyin şiddəti nəzərə alınmaqla fərdi müalicə rejimləri üçün seçimlər

Flüorxinolonlara həssaslıq	Rejim sxemi[a]	Əlavə parametrlər
Flüorxinolonlara həssas olduqda	Bdq-Lfx-Lzd-Cfz-(Cs)	Cs, Dlm, PAS, Eto[b,c] (E, Z)[d]
Flüorxinolonlara davamlı olduqda	Bdq-Lzd-Cfz-Cs-(Dlm)[e]	Dlm[e], PAS, Eto[b,c] (E, Z)[d]
Flüorxinolonlara və bedakvilinə davamlı olduqda (±klofazimin)	Lzd-Cs-Dlm[e]-E-Z[d]	İpm/Clav, Eto[b,c], PAS[c]

Bdq – bedakvilin; Cfz – klofazimin; Cs – sikloserin; Dlm – delamanid; E – etambutol; Eto – etionamid; FQ – flüorxinolon; Lfx – levofloksasin; Lzd – linezolid; İpm/Clav – imipenem-klavulanat; PAS – para-aminosalisil turşusu; Z – pirazinamid.

a – Bu sütunda mötərizədə olan adlar ağır xəstəlik zamanı təklif oluna bilən beşinci dərman variantlarına uyğundur.

b – Etionamid yalnız uşaqda və ya infeksiya mənbəyində təsdiqlənmiş və ya şübhəli inhA mutasiyası olmadıqda istifadə edilməlidir.

c – Para-aminosalisil turşusu və etionamid yalnız bedakvilin, linezolid, klofazimin və ya delamanid olmayan rejimlərdə effektivliyini nümayiş etdirmişdir və buna görə də yalnız bu rejim digər dərmanlarla birləşdirilə bilmədikdə təklif edilməlidir.

d – Həssaslıq dəlilləri olduqda və kifayət qədər dərman preparatları ilə müalicə sxemi hazırlana bilmirsə, etambutol və pirazinamidin istifadəsi nəzərə alınmalıdır.

e – Delamanid və sikloserin birlikdə istifadə edildikdə neyropsixi yan təsirlərə nəzarət etmək vacibdir.

Uşaqlarda və yeniyetmələrdə ağciyərdən kənar vərəm (AKV)

AKV ağciyərlərdən başqa orqanların (məsələn, plevra, periferik limfa düyünləri, qarın boşluğu orqanları, sidik-cinsiyyət yolları, dəri, oynaqlar və sümüklər, beyin qişaları) daxil olduğu, bakterioloji üsulla təsdiqlənmiş və ya kliniki diaqnoz qoyulmuş hər hansı bir vərəm halıdır. 2021-ci ildən uşaqlarda döş qəfəsi daxili limfadenopatiya yenidən ağciyər vərəmi olaraq təsnif edilmişdir. Ağciyərdən kənar vərəm azyaşlı uşaqlarda və İİV-lə yaşayan uşaqlar və yeniyetmələr arasında daha çox rast gəlinir. Onun diaqnostikası daha çətin olduğundan, AKV şübhəsi olan uşaqlar, xüsusən də ağır xəstələr dərhal müayinə edilməli və ya əlavə müayinə və diaqnoz üçün göndərilməlidir. AKV-nin simptomları zədələnmə yerindən asılıdır. Onlar adətən davamlı və proqressiv olur, çəki itkisi, ləng çəki artımı və qızdırma ilə müşayiət oluna bilər.

AKV-in bütün şübhəli hallarını kliniki qiymətləndirərkən aşağıdakılar nəzərə alınmalıdır:

- anamnezində vərəm xəstələri ilə təmas haqqında məlumat;
- sürətli molekulyar testlər daxil olmaqla təsdiqləyici testlər üçün zədə nahiyəsindən müvafiq nümunə növlərinin (beyin-onurğa beyni mayesi, limfa düyünlərinin punksiya materialı, limfa düyünlərinin bioptatı, plevral maye, periton mayesi, perikardial maye, sinovial maye və ya sidik) toplanması, həmçinin histoloji müayinə (mümkün olduğu halda);

- ağciyər vərəminə görə müayinə üçün (nəcis (azyaşlı uşaqlar bəlğəmi udduqları üçün), öskürəklə və ya induksiya yolu ilə əldə olunan bəlğəm, mədə aspiratı və ya nazofarengeal aspirat) nümunələrin toplanması (uşaqda həm ağciyər vərəmi, həm də ağciyərdən kənar vərəm eyni zamanda ola bilər);
- zədələnmə nahiyəsindən asılı olaraq rentgenoqrafiya və digər görüntüləmə üsullarının istifadəsi;
- İİV testinin aparılması.

Uşaq və yeniyetmələrdə ağciyərdən kənar vərəmin tipik kliniki xüsusiyyətləri və tövsiyə olunan müayinələr

Vərəmin lokalizasiyası	Tipik kliniki mənzərə	Müayinələr
AKV yayılmış formaları		
Limfa düyünlərinin vərəmi (vərəm limfadenopatiyası)	Digər müalicələrə (məsələn, antibiotiklər) 1 aydan çox müddətə cavab verməyən, asimmetrik olaraq böyümüş, ağrısız limfa düyünləri (çox vaxt >2 x 2 sm) Möhtəviyyatlı fistulanın əmələ gəlməsi mümkündür Ən çox boyun düyünləri zədələnmiş olur	Döş qəfəsi orqanlarının rentgeni USM TDT (Mantu)/Diaskin testi/IGRA Nazik iynə aspirasiyası və ya histologiya ilə punksional biopsiya, Xpert MTB/RIF və ya Ultra testi, əkmə Xpert MTB/RIF və ya Ultra testi üçün tənəffüs yollarından müayinə nümunələri
Vərəm plevriti	Perkussiya zamanı boğuq səs və tənəffüs səslərinin azalması, bəzən döş qəfəsində ağrı Kəskin xəstəlik yoxdur	Döş qəfəsi orqanlarının rentgeni USM TDT/ Diaskin testi/IGRA Biokimyəvi və ümumi analiz, Xpert MTB/RIF və ya Ultra və ya əkilmə ilə plevral punksiya (mümkünsə) Xpert MTB/RIF və ya Ultra testi üçün tənəffüs yollarından müayinə nümunələri
Adətən xəstəliyin yayılmış forması ilə olan beş yaşınadək ağır xəstə uşaqlar		
Vərəm meningiti	Yarımkəskin başlanğıc (>5 gün): baş ağrısı, əsəbilik və ya anormal davranış, qusma (ishal olmadan), letargik hal, şüurun zəifləməsi, qıcolmalar, boyun sərtliyi, əmqəyin qabarıqlığı, kəllə sinirinin iflici	Döş qəfəsi orqanlarının rentgeni Onurğa beyni maye nümunələrində biokimyəvi analiz və hüceyrə sayı, "Xpert MTB/RIF" və ya Ultra (əkməyə üstünlük verilir) ilə lyumbal punksiya Beyinin görüntülənməsi "Xpert MTB/RIF" və ya Ultra testi üçün tənəffüs yollarından nümunələr DST/IGRA
Miliar vərəm	Davamlı qızdırma, letargik hal və tükənmə ilə müşayiət olunan qeyri-spesifik simptomlar	Döş qəfəsi orqanlarının rentgeni (tipik miliar vərəm mənzərəsi) Onurğa beyni mayesi nümunələrində

		biokimyəvi analiz və hüceyrə sayı, "Xpert MTB/RIF" və ya Ultra (əkməyə üstünlük verilir) ilə lyumbal punksiya Beyinin görüntülənməsi "Xpert MTB/RIF" və ya Ultra testi üçün tənəffüs yollarından nümunələr Vİ görə testlər
Adətən 5 yaş və daha çox uşaqlar		
Qarın boşluğu vərəmi	Assit və ya qarında həcmli kütlələrlə qarın ödemi Kəskin xəstəlik yoxdur	Döş qəfəsi orqanlarının rentgeni Qarın boşluğu orqanlarının USM TDT/Diaskin testi/İGRA Biokimyəvi analiz və hüceyrə sayı, Xpert MTB/RIF, Xpert Ultra və ya əkmə (mümkündürsə) Xpert MTB/RIF və ya Ultra testi üçün tənəffüs yollarından nümunələr
Onurğanın vərəmi	Onurğanın deformasiyası, bucaqlı kifoz (qozbellik) Aşağı ətraflarında zəiflik, iflic və ya sidik və ya nəcis saxlaya bilməməsi mümkündür	Onurğanın rentgenoqrafiyası İncə iynə aspirasiyası və ya histologiya ilə punksion biopsiya, Xpert MTB/RIF və ya Ultra testi, əkilmə
Vərəm perikarditi	Ürək çatışmazlığı Ürək səsləri boğulur və ya sanki uzaqdan eşidilir Zirvə vurğusunun palpasiyası çətindir	Döş qəfəsi orqanlarının rentgeni Ürəyin USM TDT/Diaskin testi İncə/İGRA Xpert MTB/RIF, Xpert Ultra və ya əkmə ilə perikardial punksiyası (mümkündürsə) Xpert MTB/RIF və ya Ultra testi üçün tənəffüs yollarından nümunələr
Sümük və oynaqların vərəmi	Məhdud hərəkətlilik və ya yeriş pozulması Birtərəfli mayenin toplanması (adətən diz və ya bud) Uzun sümüklərin və ya əllərin kiçik sümüklərinin uclarında şişkinlik (daktilit)	Döş qəfəsi orqanlarının və oynaqların rentgenoqrafiyası, TDT/Diaskin testi İncə/İGRA Xpert MTB/RIF, Xpert Ultra və ya əkmə ilə oynağın punksiyası və ya sinovial qişanın biopsiyası (mümkündürsə) Xpert MTB/RIF və ya Ultra testi üçün tənəffüs yollarından nümunələr

DHV səbəb olduğu ağciyərdənkənar vərəmin müalicə rejimləri aşağıda təqdim olunur. Bədən çəkisindən asılı olaraq VƏD dozası Əlavə 8-də təqdim olunur.

Uşaq və yeniyetmələrdə ağciyərdənkənar vərəmin müalicə rejimləri

Pasiyentin yaşı və AKV forması	Müalicə rejimi
Yaşı 3 aydan az olan və çəkisi >3 кq-dan az olan körpələr	
Periferik limfa düyünlərinin vərəmi	2HRZE/4HR
3 aydan 16 yaşa qədər uşaq və yeniyetmələr	
Periferik limfa düyünlərinin vərəmi	2HRZE/2HR
16 yaşdan yuxarı uşaqlar	
Periferik limfa düyünlərinin vərəmi	2HRZE/4HR
0 yaşdan 19 yaşa qədər	
AKV[c]	2HRZE/4HR
Vərəm meningiti[d] (mütləq tövsiyə)	2HRZE/10HR
Vərəm meningiti[d] (şərti tövsiyə)	6HRZEto
Sümük və oynaqların vərəmi	2HRZE/10HR

Vərəm meningiti, sümük və oynaqların vərəmi və miliar vərəm istisna olmaqla, dərmana davamlı vərəmin ağciyərdən kənar formaları qısaldılmış müalicə rejimləri ilə müalicə edilə bilər: BPaL, BPaLM, doqquz aylıq dəyişdirilmiş müalicə rejimləri. Daha ətraflı məlumat üçün müvafiq bölməyə baxın.

Dərmana davamlı ştamm nəticəsində yaranan vərəm meningitinin, sümük və oynaqların vərəminin və miliar vərəmin müalicəsi uzunmüddətli fərdi müalicə rejimləri ilə həyata keçirilir. Vərəm meningitinin müalicə rejimini tərtib edərkən VMB ştammının davamlılıq profilinə əlavə olaraq, dərmanların hematoensefalik baryerdən nüfuz etmə qabiliyyətini və bunun nəticəsində serebrospinal mayedə konsentrasiyalarını nəzərə almaq lazımdır.

Çox dərmana və rifampisinə davamlı vərəmin müalicəsində istifadə edilən vərəm əleyhinə dərmanların onurğa beyni mayesinə nüfuz etməsi

Preparat	Onurğa beyni mayesinə nüfuz etməsi
Levofloksasin, moksifloksasin, linezolid, sikloserin, etionamid, imipenem, pirazinamid	Yaxşı nüfuz edir
İzoniazid davamlılığı zamanı izoniazid, para-aminosalisil turşusu, amikasin	Beyin qişalarını çıxmaq şərtilə, pis nüfuz edir
Etambutol	Pis nüfuz edir
Bedakvilin, delamanid, klofazimin	Məlumat azdır

Ağciyərdən kənar RDV-nin digər formaları ağciyər vərəminin RD formasının müalicəsinə müvafiq qaydada uzunmüddətli rejimdən istifadə etməklə müalicə edilə

bilər. Sümüklərin və oynaqların (onurğa da daxil olmaqla) RDV formalarının müalicəsi zamanı vərəm əleyhinə dərmanların sümük toxumasına nüfuz etməsinə dair qeyri-müəyyənliyin olması səbəbindən və ağciyərdən kənar vərəmin bu forması ağır hesab edildiyi üçün adətən ən azı 18 ay müalicə davam edir. Bədən çəkisindən asılı olaraq VƏDP dozası **Əlavə 9-da** təqdim olunur.

Müalicə monitorinqi

Uşaqlarda və yeniyetmələrdə müalicənin monitorinqi böyüklərdə olduğu kimi eyni prinsiplərə əsasən aparılır. Uşaqlarda və yeniyetmələrdə mikrobioloji monitorinqin mürəkkəbliyi səbəbindən terapiyanın klinik təsirini diqqətlə izləmək vacibdir. Müalicənin müsbət klinik effektinin ən bariz əlamətləri klinik simptomların aradan qalxması və çəki artımıdır. Müalicə alan bütün uşaqlar müntəzəm olaraq klinik müayinədən keçməlidirlər, o cümlədən bədən çəkisinin monitorinqi, həmçinin boy artımının və qidalanmanın yaxşılaşmasının qiymətləndirilməsi aparılmalıdır. Vərəmin yaratdığı radioloji dəyişikliklər adətən tədricən azalır. Rentgen görüntüsünün tədricən yaxşılaşmasına baxmayaraq, müalicənin sonuna yaxın bəzi patoloji dəyişikliklər qalmaqda davam edə bilər.

Xəstəliyin simptomlarının ağırlaşması, çəki artımının olmaması və ya çəki itkisi müalicənin uğursuzluğunun ilk əlamətləridir. Bu əlamətlər varsa və ya rentgenoqrafik şəkil pisləşirsə, xəstənin müalicə rejiminin uyğunluğu və effektivliyi diqqətlə yenidən qiymətləndirilməlidir. Belə hallarda əkmə və DHT üçün təkrar nümunə toplanması tələb olunur.

Müalicənin izlənilməsi üçün lazım olan tədbirlər haqqında ətraflı məlumat müvafiq bölmədə yer almışdır.

İCMA VƏ VƏTƏNDAŞ CƏMİYYƏTİ TƏRƏFİNDƏN HƏYATA KEÇİRİLƏN XİDMƏTLƏR BARƏDƏ

Elmi Tədqiqat Ağciyər Xəstəlikləri İnstitutu PHŞ-in həkim mütəxəssislərinin və İcbari Tibbi Sığorta üzrə Dövlət Agentlyinin maliyyə mütəxəssisinin dəstəyi ilə Vərəm əleyhinə QHT tərəfindən **Vərəm müalicəsinin nəticələrini yaxşılaşdırmaq üçün icma əsaslı dəstəkləyici xidmətlərin standartlaşdırılmış paketi** hazırlanmışdır[1].

Sənədin hazırlanmasında məqsəd vərəmlə mübarizədə müəyyən olunmuş milli və beynəlxalq hədəflərə çatmaq üçün vətəndaş cəmiyyəti təşkilatlarını da səfərbər etmək və onların potensialından istifadə etməkdir. Sənəd regionun bir çox ölkəsində ölkə səviyyəsinə uyğunlaşdırılmışdır.

Sənəd vərəmin təsirinə məruz qalmış insanların ehtiyaclarına yönəlmiş qayğının həyata keçirilməsini dəstəkləmək üçün icmalar və vətəndaş cəmiyyəti təşkilatlarını (VCT), o cümlədən tibb işçilərini tövsiyə və alətlərlə təmin edir.

Xidmətlər siyahısına 10 əsas icma əsaslı xidmət daxil edilmişdir:

1. Vərəmlə bağlı maarifləndirmə aksiyaları.
2. İcma və VCT-lər üçün onlayn kursların təşkili.
3. Vərəmlə xəstələnmə riski yüksək olan şəxslərin məlumatlandırılması və konsultasiya
4. Vərəmin aktiv aşkarlanmasına dəstək xidmətləri
5. Müalicənin sonadək müşahidə edilməsi
6. Müalicənin izlənilməsi və müalicə müddətində qeyri-tibbi çətinliklərin aradan qaldırılmasına dəstək
7. Psixoloji məsləhət və yardımın təşkili
8. Pasiyentlərə maddi (ərzaq, əşya) yardımın təşkili
9. Müalicə müddətində pasiyentlərə səhiyyə maarifi və konsultasiya
10. Müalicədən sonrakı dövrdə sosial dəstək və ya reabilitasiya

[1] Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin Elmi-Tibbi Şurasının 17 dekabr 28 nömrəli qərarı ilə metodik vəsait kimi qəbul edilmişdir.

Xidmətlər paketində müalicənin sonadək izlənilməsi ilə bağlı QHT-lər tərəfindən 2011-ci ildən icra olunan "Azadlığa buraxılmış vərəm xəstələrinin müalicələrinin mülki sektorda izlənilməsi" layihəsi və onun müalicə uğurluluğu qeyd edilir. Eyni zamanda, QHT tərəfindən hazırda icra olunan icma əsaslı monitorinq vasitəsi - "OneİmpactAzərbaycan" mobil tətbiqi barədə məlumat qeyd olunur. Bu xidmətin pasiyentlərin müalicə müddətində üzləşdikləri qeyri-tibbi çətinliklərin monitorinqində əhəmiyyətli rolu barədə qeyd olunur.

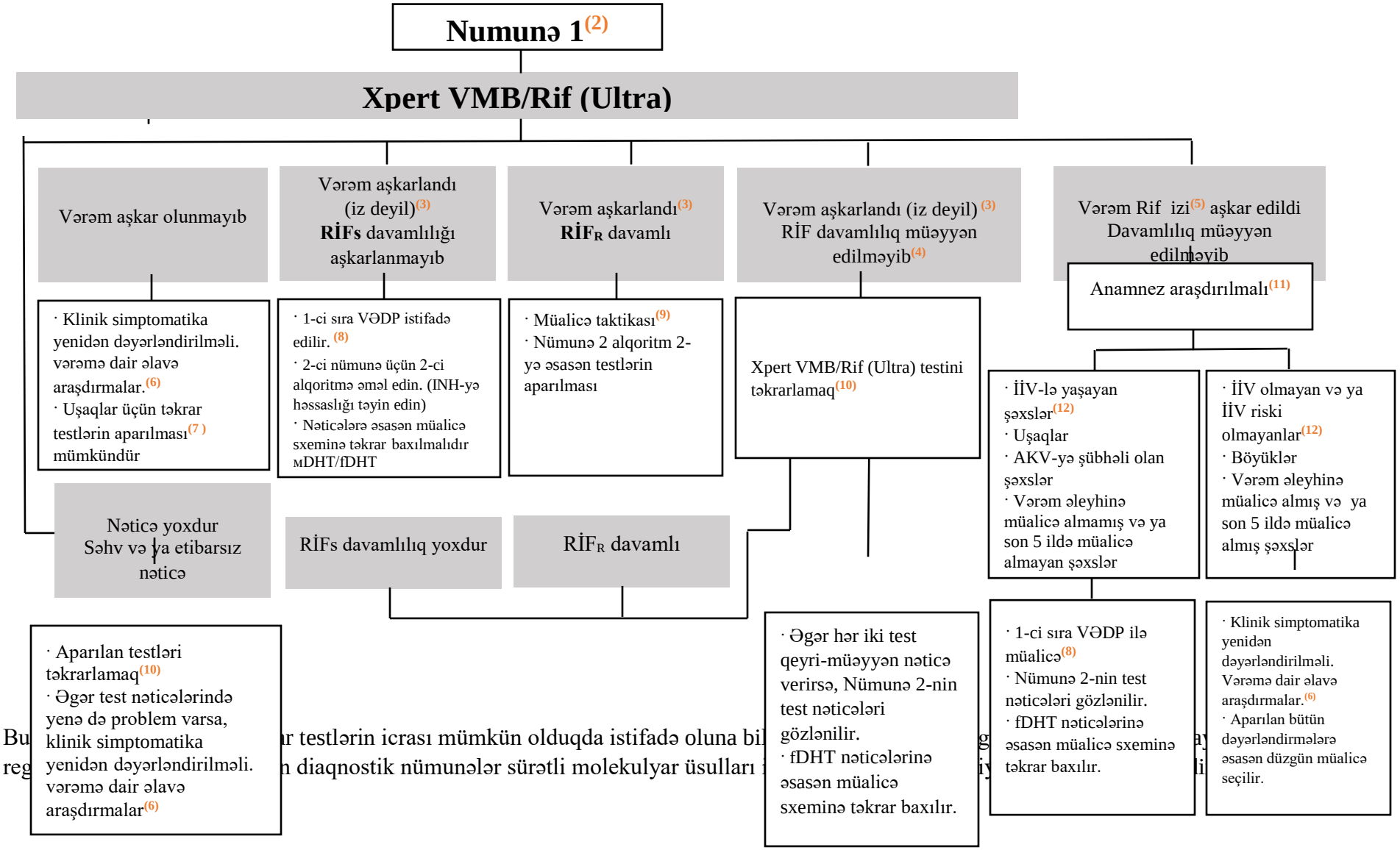
Sənədin ikinci hissəsi İcbari Tibbi Sığorta üzrə Dövlət Agentliyi tərəfindən təyin edilmiş müvafiq mütəxəssis tərəfindən hazırlanmışdır. Qeyd olunmuş xidmətlərin həyata keçirilməsi üçün lazım olacaq minimum büdcələr hər bir xidmət üzrə ayrılıqda hesablanmışdır.

QHT-lər üçün vərəmlə mübarizə istiqamətində sosial müqavilələrin tətbiqi, eləcə də dövlət büdcəsindən digər ayırmalar, o cümlədən qrantların verilməsi zamanı bu sənəddə müəyyən edilmiş xidmətlər dəyərinin müvafiq standartlarına müraciət oluna bilər.

ƏLAVƏLƏR

Əlavə 1. Vərəmin diaqnostik alqoritmləri

Alqoritm 1. Vərəmə yoluxma şübhəsi olan şəxslər



Bu r testlərin icrası mümkün olduqda istifadə oluna bil
reg n diaqnostik nümunələr sürətli molekulyar üsulları i

(1) Vərəmə görə yoxlanılacaq şəxslərə, vərəmi göstərən əlamətləri və ya simptomları olan, və ya döş qəfəsinin rentgenoqrafiyasında vərəmi göstərən dəyişiklikləri olan böyüklər və uşaqlar daxildir. Bu alqoritm həmçinin onurğa beyni mayesi, limfa düyünlərinin biopsiyası və digər toxuma nümunələrinin köməyi ilə ağciyərdənkənar vərəmin diaqnostikasında istifadə oluna bilər.

(2) **Nümunə №1** pasiyent müraciət etdiyi zaman yerində toplanır və Xpert VMB/Rif və ya Xpert Ultra testindən istifadə edərək tez bir zamanda sınaqdan keçirilməlidir. **Nümunə №2** – səhər saatlarında götürülən bəlğəm nümunəsi **Alqoritm 2-də** təsvir edilən əlavə sınaq üçün istifadə edilməlidir (əkmə və LPA (HAİN MTBDR)).

Ağciyər vərəminə görə yoxlanılan şəxslər üçün seçim nümunəsi bəlğəmdir. Biopsiya toxuma nümunələrinin təkrar əldə edilməsi çox vaxt çətin və ya qeyri-mümkün olduğu üçün material mümkün qədər çox üsulla sınaqdan keçirilməlidir: Xpert VMB/Rif (Ultra), əkmə.

(3) VMB aşkar edilmişdir (yəni izləri deyil) – yüksək, orta, aşağı və ya çox aşağı səviyyələrdə VMB-nin DNT-nin aşkarlanmasını əhatə edir. Bu kateqoriyalar orijinal Xpert VMB /RIF testinə və Xpert Ultra testinə aiddir. Hər hansı müsbət Xpert VMB/Rif (Ultra) nəticəsi əldə edilərsə, xəstənin infeksiyalaşma vəziyyətini müəyyən etmək üçün eyni diaqnostik nümunədən bəlğəm yaxmasının mikroskopiyası aparılmalıdır.

(4) "VMB aşkar edilmişdir /Rifampisin qeyri-müəyyən" nəticələrinin interpretasiyası və sonrakı sınaqlar Xpert Ultra testi üçün fərqlidir. Qeyri-müəyyən nəticələr adətən nümunədəki bakteriyaların çox az olması ilə bağlıdır. Belə bir nəticə əldə edilərsə, test ikinci nümunə ilə təkrarlanır. Yüksək və ya orta dərəcədə VMB siqnalı və qeyri-müəyyən RIF nəticəsi olduqda, laboratoriya RIF-ə davamlılıq göstərən böyük delesiyaların və ya çoxlu mutasiyaların mümkünlüyünü istisna etmək üçün ərimə əyrilərinin təhlilini aparmalıdır. Digər hallarda, DHT və LPA (HAIN MTBDR plus) üsullarından istifadə etməklə RIF-ə qarşı davamlılığı təsdiqləmək və ya istisna etmək üçün **Nümunə №2** nəticələri gozlənilməlidir.

(5) "VMB izləri" nəticəsi yalnız Xpert Ultra testinə şamil edilir.

(6) Vərəmlə bağlı əlavə tədqiqatlara geniş spektrli antibakterial preparatlarla müalicədən sonra təkrar döş qəfəsinin rentgenoqrafiyası, milli təlimatlara uyğun olaraq əlavə klinik müayinə daxil ola bilər.

(7) Ağciyər vərəminin əlamətləri və simptomları olan uşaqlarda yeni nümunə ilə təkrar molekulyar test aparıla bilər. Xpert VMB /Rif istifadə edərkən, bəlğəmdən əlavə, mədə yuyuntusu, nazofaringial yuyuntu və nəcis nümunələri istifadə edilə bilər. Xpert VMB /Rif Ultra testindən istifadə edərkən mədə şirəsi və nəcis nümunələrinin yoxlanılması yalnız operativ tədqiqatlarda mümkündür. Tekrarlanan testin nəticəsi bu alqoritmdə göstərildiyi kimi şərh edilir. Klinik qərarlar üçün ikinci testin nəticəsi istifadə edilir.

(8) Xəstədə ÇDDV inkişafı riski çox yüksək deyilsə, onlar milli təlimatlara uyğun olaraq birinci sıra vərəm əleyhinə dərmanlarla müalicə edilməlidir. İzoniazidə monorezistentlik aşkar edildikdə müalicə rejimini tənzimləmək üçün - **Nümunə №2** üçün **Alqoritm 2**-yə baxın.

(9) Xəstələr dərhal milli təlimatlara uyğun olaraq ÇDDV üçün müalicəyə başlamalıdırlar. Xpert XDR testinin icrası mümkündürsə, eyni nümunədən test edilir (**Nümunə №1**). **Nümunə 2** üçün 2-ci alqoritmə baxılmalıdır. VƏDP-lərə qarşı davamlılığı qiymətləndirmək üçün fenotipik (əkmə və DHT) və molekulyar (LPA və ya xətti zond analizi) üsulları mövcuddur. Sürətli molekulyar üsullara üstünlük verilir.

(10) Xpert VMB /Rif Ultra testi təzə nümunə ilə, yaxşı olar ki səhər bəlğəmi ilə təkrar aparılmalıdır. Yeni testin nəticəsi bu alqoritmdə göstərildiyi kimi şərh edilməlidir. Klinik qərarlar üçün ikinci testin nəticəsi istifadə edilə bilər.

(11) Xəstəni ağciyər vərəmi və ya ağciərdən kənar vərəmə görə, İİV-ə görə müayinə edin, yaş və anamnezində 5 ilə qədər və ya daha çox vərəm müalicəsi almasına müəyyənləşdirin.

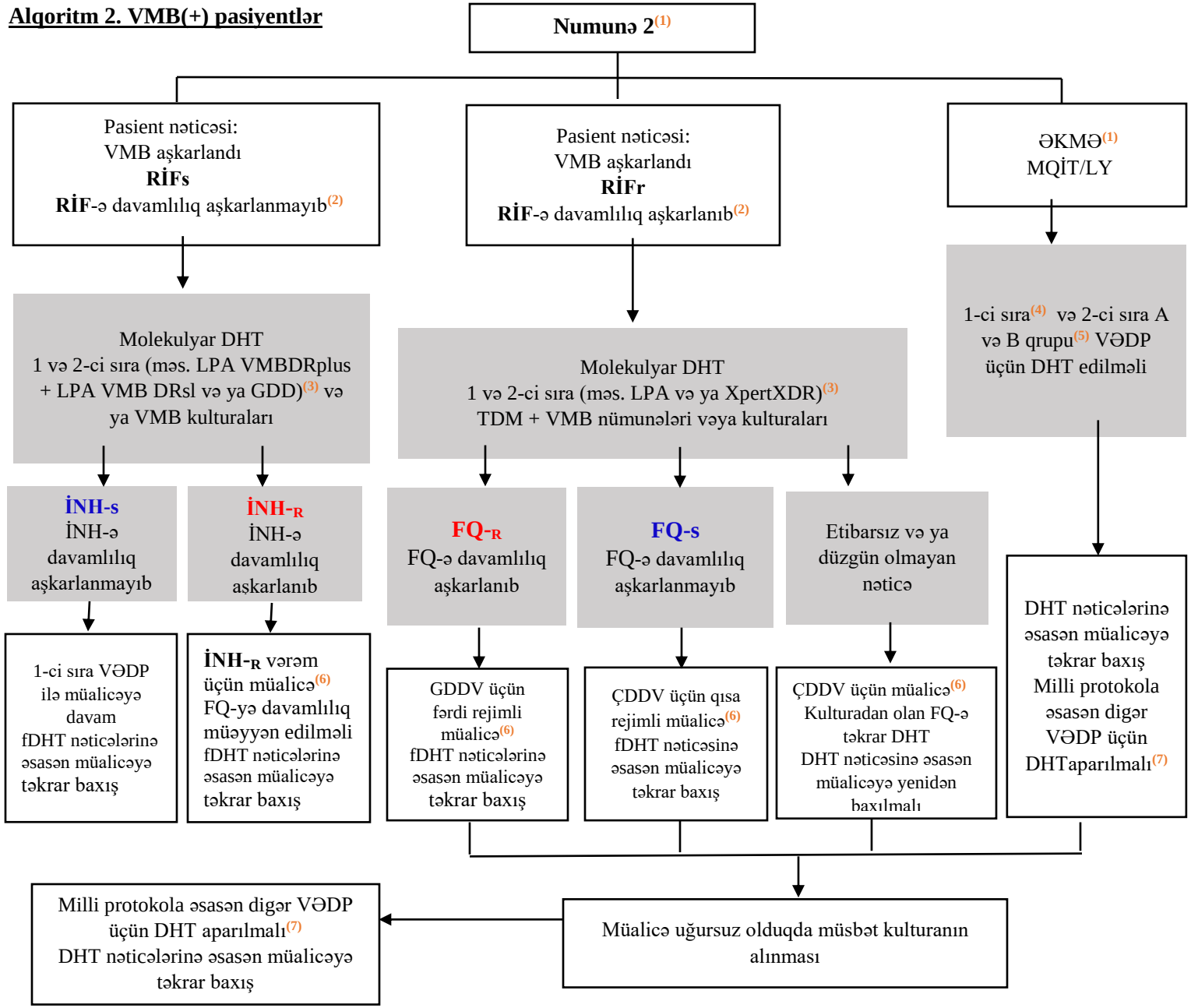
(12) İİV-lə yaşayan insanlar qrupuna İİV-müsbət olan və ya İİV statusu məlum olmayan, lakin İİV-ə yoluxma ilə bağlı güclü kliniki sübuta malik olan, İİV-in yüksək yayılması olan yerlərdə və ya İİV risk qrupunun üzvləri arasında olan şəxslər daxildir. İİV statusu naməlum olan bütün insanlar üçün İİV testi milli təlimatlara uyğun aparılmalıdır.

(13) Son 5 il ərzində əvvəllər vərəm xəstəliyi olan xəstələrdə və ya vərəm müalicəsi 5 ildən az müddətdə başa çatdırılıbsa, Xpert Ultra "iz aşkarlandı" nəticələri aktiv vərəm xəstəliyi olduğuna görə deyil, qeyri-aktiv basillərin olmasi ilə əlaqədar pozitiv ola bilər. Həyat fəaliyyəti olmayan basillər aşkar edilən halda Xpert VMB /RIF (Ultra) təkrar testi tövsiyə edilmir. Bu halda əkmə və DHT vərəmi və dərmanlara qarşı davamlılığı aşkar etmək üçün daha faydalı ola bilər. **Nümunə №2** üçün **Alqoritm 2**-yə baxın.

Klinik qərarlar bütün mövcud məlumatlara və klinik mülahizələrə əsasən qəbul edilməlidir.

Qeyd: fDHT – fenotipik dərmana həssaslıq testi

Algoritm 2. VMB(+) pasiyentlər



Alqoritm 2 üzrə qeydlər.

1. Nalc-NaOH üsulu ilə bəlğəmin dekontaminasiyasından sonra çöküntüdən eyni vaxtda nəzarət yaxması və Sil-Nilson üsulu ilə boyandıqdan sonra 1 MQİT sınaq şüşəsinə və 2 LY sınaq şüşəsinə inokulyasiya edilir. Bəlğəm çöküntüsündən LPA-nın aparılması.

2. **Nümunə №1** əldə edilmiş Xpert VMB/Rif (Ultra) test nəticəsinə baxın.

3. INH və 2-ci sıra dərmanlar üçün molekulyar DHT-nin təyini LPA və ya ÜST tərəfindən tövsiyə olunan digər texnologiya (məsələn, Xpert XDR) tərəfindən həyata keçirilə bilər. Mənfi yaxma nəticəsi olan nümunələrin qeyri-müəyyən nəticə ehtimalının daha yüksək olacağı gözlənilir. Bu vəziyyətdə müsbət kultura testini təkrarlamaq lazımdır. LPA 1-ci sıra testinin (GenoType MTBDRplus) aparılması həm RIF davamlılığının aşkar olunmadığı, həm də RIF davamlılığının aşkar edildiyi hallar üçün vacibdir. Birinci halda bu, inhA və katG genlərindəki mutasiyalar əsasında rifampisinə mümkün heterorezistentliyi müəyyən etmək və izoniazidə aşağı müqavimət səviyyəsini müəyyən etmək üçün vacibdir.

İkinci halda bu, inhA və katG genlərindəki mutasiyalar əsasında izoniazid və etionamidə qarşı mümkün davamlılığı müəyyən etmək üçün vacibdir. ÜST qısa ÇDDV müalicəsi rejiminə başlamaq və tez bir zamanda qərar vermək üçün, flüorxinolonlar və amikasinə qarşı davamlılığı göstərən LPA 2 xəttini (GenoType MTBDRsl) molekulyar test nəticəsi əldə etməyi tövsiyə edir, lakin nəticəni gözləmək müalicənin başlanmasını gecikdirməməlidir.

4. “VMB aşkarlandı, RİF qarşı davamlılıq aşkarlanmadı” nəticəsi olan xəstələr üçün 1-ci sıra vərəm əleyhinə dərmanlar (Lfx, Rif, Ihn, Emb, Z) üçün DHT aparılmalıdır.

5. “VMB aşkar edildi, RİF qarşı davamlılıq aşkarlandı” nəticəsi olan xəstələr üçün A (Lfx, Mfx, Bdq, Lzd) və B (Cfz) qrupunun 1-ci sıra vərəm əleyhinə dərmanlar və 2-ci sıra vərəm əleyhinə dərmanlar üçün DHT aparılmalıdır.

6. ÜST-nin Dərmana davamlı vərəmin müalicəsi üzrə Konsolidasiya edilmiş təlimatlarına baxın 2020.

7. C qrupunun 2-ci sıra vərəm əleyhinə dərmanları və ya hər hansı digər mövcud dərmanlar üçün DHT aparın.

Əlavə2. VMB üzrə tədqiqat üçün bioloji materialların növləri

№ п/п	Tədqiqat tipi	Metod	Material
1	Mikroskopiya	Sil-Hilsen üsulu ilə boyanmış yaxmalarında TDM görə bakterioskopiya	Nativ bəlğəm. Materialın digər növləri (qan və nəcis istisna olmaqla) - əkmə zamanı çöküntünün mikroskopiyası
	Əkmə	Bərk və duru qidalı mühitlərə əkilmə	Qan istisna olmaqla, zərərsizləşdirmə və sentrifuqalaşdırma prosedurundan sonra istənilən diaqnostik material (hemokultura üçün - maye mühiti olan xüsusi flakonlardan istifadə edərək avtomatlaşdırılmış sistemdə kultivasiya)
	DHT fenotipik üsulu	DHT	Qidalı mühitdə bitmiş VMB kulturası
2	Vərəmin diaqnozu üçün ÜST tərəfindən tövsiyə olunan sürətli testlər: molekulyar	Xpert Ultra	Nativ bəlğəm. Serebrospinal maye (meningit simptomları zamanı). Limfa düyünləri, mayelər (plevral, peritoneal, perikardial, sinovial), sidik (ağciyərdən kənar vərəmə şübhəsi varsa). Nəcis (uşaqlarda). Bronxalveolyar lavaj. Qan istisna olmaqla, zərərsizləşdirmə və sentrifuqalaşdırma prosedurundan sonra istənilən diaqnostik material
	biomarkerlərə əsaslanmış testlər	LF-LAM	İİV-ə yoluxmuş xəstənin sidiyi
3	DHT-nin sürətli molekulyar testləri	LPA	Dezinfeksiya və sentrifuqalaşdırma prosedurundan sonra TDM görə bakterioskopiyanın müsbət və mənfi nəticələri olan bəlğəm. Qidalı mühitdə bitmiş VMB
		Xpert MTB/XDR	Xpert MTB/RIF (Ultra) metodu ilə MBT+ nümunələrinin zərərsizləşdirilməsindən sonra nativ bəlğəm və ya çöküntü

Əlavə 3. Vərəmin diaqnostikası üçün bioloji materialın toplanması, saxlanması və daşınması qaydaları

№ п/п	Tədqiq olunan material	Materialın toplanması şərtləri	Qab növü	Miqdar	Laboratoriyaya maksimal çatdırılma vaxtı	Saxlanma şəraiti (eht olduqda)
1	Bəlğəm	Pasiyent ağızını yaxalayıb 3-5 dəfə öskürür	Bəlğəm üçün steril qab	3–5 ml	1–2 saat	Soyuducu +2–+8 °C 1–3 gün
2	İnduksiya olunmuş bəlğəm və ya nazofaringial aspirat	Ultrasəs inhalyatordan istifadə edərək pasiyent steril hipertonik məhlulla inhalyasiya edir	Bəlğəm üçün steril konteyner	3–5 ml	1–2 saat	Soyuducu +2–+8 °C 1–3 gün
3	Mədə yuyuntusu	Prosedurdan 12 saat öncə qida qəbulu qadağandır. Pasiyent 200 ml distillə olunmuş su içir, sonra onun mədəsinə zond yeridilərək maye alınır. Uşaqlara yuxudan sonra nazoqastral zond yeridilir və 2–5 ml miqdarında mədə möhtəviyyatı aspirasiya olunur. əgər aspirat almaq mümkün olmursa, 5–10 ml miqdarında fizioloji məhlul yeridilir və daha sonra asoirasiya. Nümunəyə 1:1 nisbətində 8 % soda məhlulu əlavə edilir	Steril sınaq şüşəsi	Bütöv material	30 dəq., əgər mədə şirəsi turşuluğu neytrallaşdırılmayı bsa	Dərhal laboratoriyay göndərilməli
4	Sidik	Sabun və ya dezinfeksiyaedici maddələr istifadə edərək xarici cinsiyyət orqanlarının gigiyenası aparılmır	Steril konteyner	50–100 ml	1–2 saat	Soyuducu +2–+8 °C 24 saat
5	Plevral və digər punktatlar	Plevral və ya digər punksiya aparılır	Steril sınaq şüşəsi	5–10 ml	Topladıqdan dərhal sonra	Soyuducu +2–+8 °C 24 saat
6	Onurğa beyni mayesi (OBM)	Onurğa beyni punksiyası edilir və OBM alınır	Steril sınaq şüşəsi	> 5 ml, uşaqlarda yaşdan asılı olaraq	Topladıqdan dərhal sonra 15 dəq. ərzində	Soyuducu +2–+8 °C 1–2 saat
7	Nəcis	Xüsusi qaba nəcis nümunəsi götürülür (düz bağırsaqdan)	Steril sınaq şüşəsi	1 q	1–2 saat	Soyuducu +2–+8 °C 24 saat
8	Qan	Venadan alınan qan (qan alınan nahiyə 70 % spirtlə dezinfeksiya edilir)	Hemokultivator üçün xüsusi mühiti olan flakon	3 ml	1–2 saat	Qısa zaman ərzind laboratoriyaya çatdırıl qədər otaq temperatur
9	İrinli möhtəviyyat	Steril tamponla alınan material steril qaba yerləşdirilir	Steril sınaq şüşəsi	1–5 ml	1–2 saat	Soyuducu +2–+8 °C 24 saat
10	Operasion və biopsiya materialı	Patoloji törəmənin toxuma fraqmenti	Steril qab	–	1–2 saat	Soyuducu +2–+8 °C 72 saata qədər

Əlavə 4. Bioloji materialın toplanması, saxlanması və daşınması ardıcıllığı

1. Bəlğəm, o cümlədən induksiya olunmuş bəlğəm, mədə yuyuntusu, aspiratlar (plevral, nazofarengial və s.), OBM, cərrahi və biopsiya materialları, sidik və digər bioloji material xüsusi steril qaba (konteyner, sınaq şüşəsi, flakon) yerləşdirilir və materialın tez bir zamanda çatdırılması üçün müvafiq maddi-texniki təchizata (plana) uyğun olaraq rayona vərəmin diaqnozunu aparan laboratoriyaya (bakterioloji laboratoriya) çatdırılır. Əgər bioloji material toplanandan sonra 10-15 dəqiqə ərzində laboratoriyaya çatdırıla bilmirsə, dərhal soyuducuya qoyulur və +2–+8°C temperaturda saxlanılır. Vərəmin diaqnostikasını aparan laboratoriyaya (bakterioloji laboratoriya) çatdırılma soyuq elementi və temperaturu (+2 – +8°C) tənzimləyən xüsusi konteynerə toplandığı andan 3 gündən gec olmayaraq həyata keçirilir.

2. Bəlğəmin toplanması proseduru sorucu ventilyasiyası, bakterisid şüalandırıcıları, ultrasəs inhalyatorları olan xüsusi təchiz olunmuş otaqda və ya küçədə aparılır. Bəlğəmin toplanması prosedurundan əvvəl xəstəyə aydın şəkildə prosedurun mənasını, onun əsas mərhələlərini, bioloji materialla işləyərkən əməyin mühafizəsi tələblərinə uyğun olaraq bəlğəmin toplanması və tibb işçisinə verilməsi qaydaları izah edilir. Bəlğəm yoxdursa, xəstəyə qıcıqlandırıcı inhalyasiya edilir. Bəlğəm almaq mümkün olmadıqda, qab istifadə edilmiş sayılır və atılır. Xəstə vəziyyətinin ağırlığına görə evdə bəlğəm götürməyə məcbur olarsa, ona qab verilir və bioloji materialın toplanması, saxlanması və daşınması qaydaları haqqında təlimat verilir. Əgər toplanmış bioloji material informativ deyilsə, materialın toplanması proseduru və laborator tədqiqat təkrarlanır.

3. Tibb işçisi: qabın bağlanmasının möhkəmliyini, üzərində aparılan qeydi yoxlayır; bəlğəm olan qabı laboratoriyaya və ya soyuducuya çatdırmaq üçün konteynerə yerləşdirir; sanitar norma və qaydalara uyğun olaraq əllərin gigiyenik dezinfeksiyasını həyata keçirir.

4. Xəstə üçün bəlğəmin toplanması qaydaları:

   - bəlğəm toplanması acqarına aparılır;
   - ağız boşluğunu yemək qalıqlarından və bakteriyalardan azad etmək üçün su ilə yaxalayır;
   - bəlğəm toplama prosedurundan əvvəl dişləri fırçalamaq tövsiyə edilmir;
   - bəlğəm ağciyərlərin dərin hissələrindən öskürülür;
   - ağız suyu və nazofarengial selik vərəmin diaqnozunda informativ deyil;
   - tədqiqat üçün tərkibində sıx selikli (irinli) hissəciklər olan 3-5 ml bəlğəm almaq lazımdır

5. Bəlğəm verərkən xəstənin hərəkətləri:

   - iki dərin nəfəs alır, hər inhalyasiyadan sonra nəfəsini bir neçə saniyə saxlayır və sonra yavaş-yavaş nəfəs verir;
   - üçüncü dəfə nəfəs alır və havanı ağciyərlərdən güc edərək çıxarır;
   - yenidən nəfəs alır və sonra öskürür. Həqiqi dərin öskürəyi əldə etmək bəzən çox vaxt tələb edir. İlk dəfə alınmadıqda, addımlar təkrarlanmalıdır, bəzən bir neçə dəfə;
   - produktiv öskürək alındıqdan sonra qabı dodaqlarına yaxınlaşdırır və bəlğəmi səliqəli şəkildə qabın içinə tüpürür;
   - bəlğəm olan konteyneri möhkəm bağlayıb tibb işçisinə təhvil verir və ya ştativ, daşıma qabı və ya soyuducuya qoyur.

Əlavə 5: Bioloji materialların VMB-yə görə müayinə üçün göndərilə biləcəyi laboratoriyaların siyahısı

Müəssisə adı	Adlar	Bioloji materialların VMB-yə görə müayinəsi üçün aparılan testlər
1 saylı VƏD	1 saylı VƏD	GeneXpert MTB/ ULTRA və GeneXpert MTB/ XDR testi; Sil-Nilsen metodu ilə mikroskopiya müayinəsi aparır. Nümunələr MİL-na sonrakı müayinələr üçün göndərilir.
2 saylı VƏD	2 saylı VƏD	2-ci sinif tipli Biotəhlükəsizlik boksu var. Sil-Nilsen metodu ilə mikroskopiya müayinəsi aparır. Nümunələr MİL-na sonrakı müayinələr üçün göndərilir.
3 saylı VƏD	3 saylı VƏD	2-ci sinif tipli Biotəhlükəsizlik boksu var. Sil-Nilsen metodu ilə mikroskopiya müayinəsi aparır. Nümunələr MİL-na sonrakı müayinələr üçün göndərilir.
4 saylı VƏD	4 saylı VƏD	2-ci sinif tipli Biotəhlükəsizlik boksu var. Sil-Nilsen metodu ilə mikroskopiya müayinəsi aparır. Nümunələr MİL-na sonrakı müayinələr üçün göndərilir.
5 saylı VƏD	5 saylı VƏD	Sil-Nilsen metodu ilə mikroskopiya müayinəsi aparır. Nümunələr MİL-na sonrakı müayinələr üçün göndərilir.
11 saylı VƏD	1 saylı UVŞ	Sil-Nilsen metodu ilə mikroskopiya müayinəsi aparır. Nümunələr MİL-na sonrakı müayinələr üçün göndərilir.
24 BŞX	4 saylı VƏD	Sil-Nilsen metodu ilə mikroskopiya müayinəsi aparır. Nümunələr MİL-na sonrakı müayinələr üçün göndərilir.
Şəki	Şəki Rayon Mərkəzi Xəstəxanası	Sil-Nilsen metodu ilə mikroskopiya müayinəsi aparır. Nümunələr Zaqatala Regional laboratoriyasına sonrakı müayinələr üçün göndərilir.
Sabirabad	Sabirabad Rayon Mərkəzi Xəstəxanası	Sil-Nilsen metodu ilə mikroskopiya müayinəsi aparır. Nümunələr MİL-na sonrakı müayinələr üçün göndərilir.
Şəmkir	Şəmkir Rayon Mərkəzi Xəstəxanası	Sil-Nilsen metodu ilə mikroskopiya müayinəsi aparır. Nümunələr MİL-na sonrakı müayinələr üçün göndərilir.
Ağcəbədi	Ağcabədi Rayon Mərkəzi Xəstəxanası	Sil-Nilsen metodu ilə mikroskopiya müayinəsi aparır. Nümunələr MİL-na sonrakı müayinələr üçün göndərilir.
Aqstafa	Ağstafa Rayon Mərkəzi Xəstəxanası	Sil-Nilsen metodu ilə mikroskopiya müayinəsi aparır. Nümunələr MİL-na sonrakı müayinələr üçün göndərilir.
Salyan	Salyan Rayon Mərkəzi Xəstəxanası	Sil-Nilsen metodu ilə mikroskopiya müayinəsi aparır. Nümunələr Masallı Regional laboratoriyasına sonrakı müayinələr üçün göndərilir.
Tovuz	Tovuz Rayon Mərkəzi	Sil-Nilsen metodu ilə mikroskopiya müayinəsi aparır. Nümunələr MİL-na sonrakı müayinələr üçün göndərilir.

	Xəstəxanası	
Sumqayıt	Sumqayıt Şəhər Səhiyyə İdarəsi	GeneXpert MTB/ ULTRA və GeneXpert MTB/ XDR testi; Sil-Nilsen metodu ilə mikroskopiya müayinəsi aparır. Nümunələr MİL-na sonrakı müayinələr üçün göndərilir.
Xaçmaz	Xaçmaz Rayon Mərkəzi Xəstəxanası	GeneXpert MTB/ ULTRA; Sil-Nilsen metodu ilə mikroskopiya müayinəsi aparır. Nümunələr Quba Regional laboratoriyasına sonrakı müayinələr üçün göndərilir.
Saray modul tipli VƏD		GeneXpert MTB/ ULTRA; Sil-Nilsen metodu ilə mikroskopiya müayinəsi aparır. Nümunələr MİL-na sonrakı müayinələr üçün göndərilir.
Lənkəran	Lənkəran Rayon Mərkəzi Xəstəxanası	GeneXpert MTB/ ULTRA; Sil-Nilsen metodu ilə mikroskopiya müayinəsi aparır. Nümunələr Masallı Regional laboratoriyasına sonrakı müayinələr üçün göndərilir.
Zaqatala RL	Zaqatala Rayon Mərkəzi Xəstəxanası	GeneXpert MTB/ ULTRA; Sil-Nilsen metodu ilə mikroskopiya; əkmə müayinəsi aparır. Müsbət kulturalar sonrakı müayinələr üçün MİL-na göndərilir.
Gəncə RL	Gəncə Şəhər Səhiyyə İdarəsi	GeneXpert MTB/ ULTRA və GeneXpert MTB/XDR testi; Sil-Nilsen metodu ilə mikroskopiya; əkmə müayinəsi aparır. Müsbət kulturalar sonrakı müayinələr üçün MİL-na göndərilir.
Masallı RL	Masallı Rayon Mərkəzi Xəstəxanası	GeneXpert MTB/ ULTRA və GeneXpert MTB/XDR testi; Sil-Nilsen metodu ilə mikroskopiya; əkmə müayinəsi aparır. Müsbət kulturalar sonrakı müayinələr üçün MİL-na göndərilir.
Quba RL	Quba Rayon Mərkəzi Xəstəxanası	GeneXpert MTB/ ULTRA və GeneXpert MTB/XDR testi; Sil-Nilsen metodu ilə mikroskopiya; əkmə müayinəsi aparır. Müsbət kulturalar sonrakı müayinələr üçün MİL-na göndərilir.
Naxçıvan RL	NAXÇIVAN MRX	GeneXpert MTB/ ULTRA və GeneXpert MTB/XDR testi; Sil-Nilsen metodu ilə mikroskopiya; əkmə; 1-ci sıra Dərmanlara Həssaslıq Testi müayinələrini aparır. Müsbət kulturalar sonrakı müayinələr üçün MİL-na göndərilir.
ETAXİ MİL		GeneXpert MTB/ ULTRA və GeneXpert MTB/XDR testi; HAİN müayinəsi; Sil-Nilsen metodu ilə mikroskopiya; əkmə; 1-ci və 2-ci sıra Dərmanlara Həssaslıq Testi müayinələrini aparır.

Əlavə 6. Bədən çəkisindən asılı olaraq böyüklər və uşaqlar üçün DHV-nin müalicəsi üçün VƏDP dozaları

Dərman preparatı	Çəkiyə müvafiq doza	Buraxılış forması (mq)	4–<8 kq	8–<12 kq	12–<16 kq	16–<25 kq	25–<30 kq	30–<35 kq	35–<50 kq	50–<65 kq	65 kq +
			Həb	Həb	Həb	Həb	Həb	Həb	Həb	Həb	Həb
HR*		50/75	1	2	3	4	-	-	-	-	-
HRZ*		50/75/150	1	2	3	4	-	-	-	-	-
HR*		75/150	-	-	-	-	2	3	4	4	5
HRE*		75/150 275	-	-	-	-	2	3	4	4	5
HRZE*		75/150/400/275	-	-	-	-	2	3	4	4	5
İzoniazid (H)	4–6 mq/kq	300	-	-	-	-	0,5	1	1	1	1,25
Rifampisin (R)	8–12 mq/kq	300	-	-	-	-	1	1,5	2	2	2,5
Etambutol (E)	15–25 mq/kq	400	-	-	-	-	1,5	2	3	3	4
Etambutol (E)	15–25 mq/kq	100	1	2	3	4	-	-	-	-	-
Pirazinamid (Z)	20–30 mq/kq	400	-	-	-	-	2	3	4	4	5
Pirazinamid (Z)	20–30 mq/kq	500	-	-	-	-	1,5	2,5	3	3	4
Rifapentin (P)	Fiksə olunmuş miqda	150	-	-	-	-	-	-	8	8	8

Rifapentin (P)	Fiksə olunmuş miqdar	300	-	-	-	-	-	-	4	4	4
Moksifloksasin (M)	Fiksə olunmuş miqdar	400	-	-	-	-	-	-	1	1	1

*** fiksə olunmuş doza ilə kombinə olunmuş preparat**

Əlavə 7. Böyüklərdə və uşaqlarda DDV-nin müalicəsində istifadə olunan VƏDP-lərin bədən çəkisinə müvafiq dozaları

A Qrupu preparatları	**Buraxılış forması (həblər, ehtiyac olduqda 10 ml suda həll olunan)**	**3–<5 kq**	**5–<7 kq**	**7–<10 kq**	**10–<16 kq**	**16–<24 kq**	**24–<30 kq**	**30–<36 kq**	**36–<46 kq**	**46–<56 kq**	**56–<70 kq**	**≥70 kq**	**Qeydlər**
Levofloksasin (Lfx)	**həll olunan həblər 100 mq (10 mq/ml)**	5 ml (0,5 Həll olunan. həblər)	1	1,5	2	3	–	–					
	Həblər 250 mq (25 mq/ml)	2 ml[b]	5 ml (0,5 həblər)[b]		1	1,5	2	3		4			
	Həblər 500 mq	–					1	1,5		2			
	Həblər 750 mq	–						1		1,5			
Moksifloksasin (Mfx)	**Həll olunan həblər 100 mq (10 mq/ml)**	4 ml	8 ml	1,5	2	3	4	4		–			
	Həblər 400 mq (40 mq/ml) **Standart doza**	1 ml[b]	2 ml[b]	3 ml[b]	5 ml (0,5 həblər)[b]	7,5 ml (0,75 həblər)[b]	1	1					
	Həblər 400 mq (yüksək doza)[c]	–		–	–	–		1 və ya 1,5	1,5	1,5 və ya 2	2		

A Qrupu preparatları	**Buraxılış forması (həblər, ehtiyac olduqda 10 ml suda həll olunan)**	**3–<5 kq**	**5–<7 kq**	**7–<10 kq**	**10–<16 kq**	**16–<24 kq**	**24–<30 kq**	**30–<36 kq**	**36–<46 kq**	**46–<56 kq**	**56–<70 kq**	**≥70 kq**	**Qeydlər**

Bedakvilin (Bdq)	**həll olunan həblər 20 mq**	0<3 ay: 1,5 həb sutkada 1 dəfə 2 həftə ərzində; sonra 0,5 həb sutkada 1 dəfə həftənin 1,3,5 günləri (22 həftə) ≥ 3 ay: 3 həb sutkada 1 dəfə 2 həftə ərzində; sonra 1 həb sutkada 1 dəfə həftənin 1,3,5 günləri (22 həftə)	0<3 ay: 1,5 həb sutkada 1 dəfə 2 həftə ərzində; sonra 0,5 həb sutkada 1 dəfə həftənin 1,3,5 günləri 3 ay <6 ay: 3 həb sutkada 1 dəfə 2 həftə ərzində; sonra 1 həb sutkada 1 dəfə həftənin 1,3,5 günləri ≥ 6 ay: 4 həb sutkada 1 dəfə (2 həftə ərzində); sonra 2 həb sutkada 1 dəfə həftənin 1,3,5 günləri	3 <6 ay: 3 həb sutkada 1 dəfə 2 həftə ərzində; sonra1 həb sutkada 1 dəfə həftənin 1,3,5 günləri ≥6 ay: 6 həb sutkada 1 dəfə 2 həftə ərzində; sonra 3 həb sutkada 1 dəfə həftənin 1,3,5 günləri	10 həb sutkada 1 dəfə 2 həftə ərzində; sonra 5 həb sutkada 1 dəfə həftənin 1,3,5 günləri	20 həb sutkada 1 dəfə в теченvəe 2 недель; sonra 10 həb sutkada 1 dəfə həftənin 1,3,5 günləri	–	

	Həblər 100 mq (10 mq/ml)[d]	0 <3 ay: 3 ml sutkada 1 dəfə 2 həftə ərzində; sonra 1 ml sutkada 1 dəfə həftənin 1,3,5 günləri[b] ≥ 3 ay: 6 ml sutkada 1 dəfə 2 həftə ərzində; sonra 2 ml sutkada 1 dəfə (həftənin 1,3,5 günləri[b)]	0<3 ay:3 ml sutkada 1 dəfə 2 həftə ərzində; sonra 1 ml sutkada 1 dəfə həftənin 1,3,5 günləri[b] 3<6 ay: 6 ml sutkada 1 dəfə 2 həftə ərzində; sonra 2 ml sutkada 1 dəfə həftənin 1,3,5 günləri[b] ≥6 ay:8 ml sutkada 1 dəfə 2 həftə ərzində; sonra 4 ml sutkada 1 dəfə həftənin 1,3,5 günləri[b]	3<6 ay: 6 ml sutkada 1 dəfə 2 həftə ərzində; sonra 2 ml sutkada 1 dəfə həftənin 1,3,5 günləri[b] ≥6 ay: 12 ml sutkada 1 dəfə 2 həftə ərzində; sonra 6 ml 1 sutkada 1 dəfə həftənin 1,3,5 günləri[b]	2 həb sutkada 1 dəfə 2 həftə ərzində; sonra 1 həb sutkada 1 dəfə həftənin 1,3,5 günləri[b]	4 həb sutkada 1 dəfə 2 həftə ərzində; sonra 2 həb sutkada 1 dəfə həftənin 1,3,5 günləri[b]		
	Həblər 100 mq (10 mq/ml)	–					200 mq/sut (sutkada 1 dəfə) 8 həftə ərzində, sonra 100 mq/sut (sutkada 1 dəfə) gündəlik	Dozalama sxemi BPaLM/BPaL rejimi üçün aparılmışdır (yaşı 14 və daha çox olan pasiyentlərə)

A Qrupu preparatları	**Buraxılış forması (həblər, ehtiyac olduqda 10 ml suda həll olunan)**	**3–<5 kq**	**5–<7 kq**	**7–<10 kq**	**10–<16 kq**	**16–<24 kq**	**24–<30 kq**	**30–<36 kq**	**36–<46 kq**	**46–<56 kq**	**56–<70 kq**	**≥70 kq**	**Qeydlər**
Linezolid (Lzd)	**Suspenziya 20 mq/ml**	2 ml	4 ml	6 ml	8 ml	11 ml	14 ml	15 ml	20 ml	–			
	Həll olunan həblər 150 mq (15 mq/ml)	2,5 ml	5 ml (0,5 həll olunan həblər)	1		2[e]		2	3	–			
	Həblər 600 mq (60 mq/ml)	–	1,25 ml[b]	2,5 ml[b]		5 ml (0,5 həb)[b, e]		5 ml (0,5 həb)[b]	7,5 ml (0,75həb)[b]	1	1		

B Qrupu preparatları	**Buraxılış forması**	**3–<5 kq**	**5–<7 kq**	**7–<10 kq**	**10–<16 kq**	**16–<24 kq**	**24–<30 kq**	**30–<36 kq**	**36–<46 kq**	**46–<56 kq**	**56–<70 kq**	**≥70 kq**	**Qeydlər**
Klofazimin (Cfz)	**Kapsul və ya həblər 50 mq**[f]	1 əd. Həftənin 1 və 5-ci günləri	1 əd. Həftənin 1, 3, 5-ci günləri		1		2	2					Çəkisi 24 kq-dan aşağı olan uşaqlara 50 mq həblər arzuolunmazdır
	Kapsul və ya həblər 100mq[f]	–	1 əd. həftənin 1 və 5-ci günləri		1 əd. Həftənin 1,3,5-ci günləri		1	1					
Sikloserin və ya **terizidon** (Cs/Tz)	**Minikapsul 125 mq (Cs) (12,5 mq/ml)**	2 ml[b, g]	4 ml[b]	1	2	3	4	4		–			
	Kapsul 250 mq (25 mq/ml)	1 ml[b, g]	2 ml[b]	5 ml[b]	1	2	2	2		3			

C Qrupu preparatları	Buraxılış forması	3–<5 kq[a]	5–<7 kq[a]	7–<10 kq	10–<16 kq	16–<24 kq	24–<30 kq	30–<36 kq	36–<46 kq	46–<56 kq	56–<70 kq	≥70 kq	Qeydlər
Etambutol (E və ya EMB)	həll olunan həblər. 100 mq (10 mq/ml)	5 ml (0,5 həll olunan həblər)	1	2	3	4	–	–					–
	Həblər 400 mq (40 mq/ml)	1,5 ml[b]	3 ml[b]	4 ml[b]	6 ml	1	1,5	2		3		4	
Delamanid (Dlm)	həll olunan həblər. 25 mq	1 əd. sutkada 1 dəfə	<3 ay: 1 əd. sutkada 1 dəfə ≥3 ay: 1 əd. sutkada 2 dəfə		1 əd. sutkada 2 dəfə	2 əd. səhər 1 əd. axşam		2 əd. sutkada 2 dəfə		–			
	Həblər 50 mq[h] (5 mq/ml)	5 ml (0,5 həb) sutkada 1 dəfə[b]	<3 ay: 5 ml (0,5 həb) sutkada 1 dəfə[b] ≥3 ay: 5 ml (0,5 həb) sutkada 2 dəfə[b]		5 ml (0,5 həb) sutkada 2 dəfə[b]	10 ml (1 həb) səhər 5 ml (0,5 həb) axşam		1 əd. sutkada 2 dəfə		2 əd. sutkada 2 dəfə			

C Qrupu preparatları	Buraxılış forması	3–<5 kq[a]	5–<7 kq[a]	7–<10 kq	10–<16 kq	16–<24 kq	24–<30 kq	30–<36 kq	36–<46 kq	46–<56 kq	56–<70 kq	≥70 kq	Qeydlər
Pirazinamid (Z və ya PZA)	**həll olunan həblər** 150 mq (15 mq/ml)	5 ml (0,5 həll olunan həblər)	1	2	3	5	–	–					–
	Həblər 400 mq (40 mq/ml)	2,5 ml[b]	5 ml (0,5 həblər)[b]	7,5 ml (0,75 həblər)[b]	1	2	2,5	3	4			5	
	Həblər 500 mq (50 mq/ml)	2 ml[b]	5 ml (0,5 həblər)[b]		1	1,5	2	2	3			4	
İmipenem/silastasin (Ipm/Cln)	500 mq + 500 mq toz inyeksiya məhlulu hazırlamaq üçün, flakon (10 ml)	Yaşı 15-dən az olan uşaqlara tətbiq olunmur (meropenem verilir)						2 flakon (1 q + 1 q) sutkada 2 dəfə					Yalnız klavulan turşusu ilə birgə qəbul etmək
Meropenem (Mpm)	1 q inyeksiya məhlulu hazırlamaq üçün, flakon (20 ml)	1 ml sutkada 3 dəfə	2 ml sutkada 3 dəfə	4 ml sutkada 3 dəfə	6 ml sutkada 3dəfə	9 ml sutkada 3 dəfə	11 ml sutkada 3 dəfə	1 flakon sutkada 3 dəfə və ya 2 flakon sutkada 2 dəfə					Yalnız klavulan turşusu ilə birgə qəbul etmək

Amikasin (Am)	500 mq/2 ml inyeksiya üçün məhlul, ampula	[i]							3–4 ml	4 ml	4 ml	Yalnız böyüklər üçün tövsiyə olunur: >18 yaş
Streptomisin (Sm)	1 q toz inyeksiya məhlulu hazırlamaq üçün, flakon	–[i]							İstifadə olunan durulaşmaya müvafiq hesablayın			Yalnız böyüklər üçün tövsiyə olunur: >18 yaş
Etionamid və protionamid (Eto/Pto)	Həll olunan həblər 125 mq (Eto) (12,5 mq/ml)	3 ml[b]	7 ml[b]	1	2	3	4	4	–			Tövsiyə olunan qəbul qaydası sutkada 1 dəfə, lakin yaxşı mənimsənilməsi üçün 2 dəfəyə də bölünə bilər
	Həblər 250 mq (25 mq/ml)	–	3 ml[b]	5 ml (0,5 həblər)[b]	1	2		2	3		4	
Paraamin salisil turşusu (PAST)	PAST-ın natrium duzu (PAST-ın 4q paketinə ekvivalentdir)	0,3 q sutkada 2 dəfə	0,75 q sutkada 2 dəfə	1 q sutkada 2 dəfə	2 q sutkada 2 dəfə	3 q 2 sutkada 2 dəfə	3,5 q sutkada 2 dəfə	4 q 2 sutkada 2dəfə			4–6q sutkada 2 dəfə	Bir neçə dəfəyə qəbul edilə bilər

Digər preparatlar	Buraxılış forması	3–<5 kq	5–<7 kq	7–<10 kq	10–<16 kq	16–<24 kq	24–<30 kq	30–<36 kq	36–<46 kq	46–<56 kq	56–<70 kq	≥70 kq	Qeydlər
İzoniazid (INH və ya H) **(yüksək doza)**	Məhlul 50 mq (в 5 ml)	5 ml	9 ml	15 ml	20 ml	–	–	–					Piridoksin hər zaman uşaqlara yüksək dozalı izoniazidlə təyin edilir (1–2 mq/kq) və yan effektlər riski olan pasiyentlərə (məsələn, İİV-li xəstələr və ya qida defisinti olan pasiyentlər). Körpələrə piridoksin yalnız multivitamin kompleksi tərkibində verilə bilər
	Həll olunan həblər və ya həblər 100 mq (10 mq/ml)	5 ml (0,5 Həll olunan həblər həblər)	1	1,5	2	3	4	4	4,5	–			
	Həblər 300 mq	–				1	1,5	1,5		2			
Klavulan turşusu[j] (amoksisillin klavunat formasında) (Amx/clav)	62,5 mq Klavulan turşusu (amoksisillin klavunat formasında) (250/62,5 mq), Peroral istifadəyə məhlul hazırlamaq üçün toz, 5 ml	1,5 ml sutkada 2 dəfə	2 ml sutkada 2 dəfə	3 ml sutkada 2 dəfə	5 ml sutkada 2 dəfə	8 ml sutkada 2 dəfə	10 ml sutkada 2 dəfə	10 ml sutkada 2 dəfə		–			Amoksisillinlə birgə əldə oluna bilər. İmipinem/silastasinlə hər dozası ilə birgə qəbul etmək (sutkada 2 dəfə)
	Həblər 125 mq Klavulan turşusu (amoksisillin klavunat formasında) (500/125 mq)	–					1 əd. sutkada 3 dəfə	1 əd. sutkada 2 dəfə və ya sutkada 3 dəfə					
Pretomanid (Pa)	Həblər 200 mq	–						1					Hazırda yalnız BPaLM/BpaL rejimində istifadə olunur və yalnız 14 yaşdan yuxarı şəxslər üçün

BPaL: bedakvilin, pretomanid və linezolid; BPaLM: bedakvilin, pretomanid, linezolid və moksifloksasin;

DDV: dərmana davamlı vərəm; q = qram; THQ: Təlimatların Hazırlanması Qrupu; İİV: insanın immun çatışmazlığı virusu; kq = kiloqram; ÇDDV: Çox dərmana davamlı vərəm; ÇDD/RDV: çox dərmana davamlı vərəm və ya rifampisinə davamlı vərəm; mq = milliqram; ml = millilitr; ÜST: Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı.

[a] Dozaj qaydaları hazırda mövcud olan məlumatlara əsaslanır və əlavə məlumat əldə edildikdə onlara yenidən baxıla bilər.

[b] Bu dozanı qəbul edərkən böyüklər üçün həblərin və ya kapsulun əzilmiş forması 10 ml suda həll edilməlidir. Cədvəldəki millilitrlərin sayı tələb olunan dozaya uyğundur. Bu üsul, böyüklər üçün nəzərdə tutulan əzilmiş və həll olunmuş həblərin bioəlçatanlığı qeyri-müəyyən olsa da (həll olan həblərə üstünlük verilir), sərt buraxılış formalarının əzilməsi ehtiyacını aradan qaldırır.

[c] Farmakokinetik qarşılıqlı təsirlər, qeyri-kafi mənimsənilmə və ya digər metabolik səbəblərlə əlaqəli antimikrob aktivliyin azalması, həmçinin ştammın dərmana qarşı davamlılığının aşağı olduğu halda, toksik reaksiyaların riski olmadıqda yüksək dozadan istifadə edilə bilər.

[d] Bedakvilinin böyüklər üçün həblərinin (100 mq) və əzilmiş və ya suspenziya halına gətirilmiş forması, tam udma həbləri ilə eyni səviyyədə bioəlçatanlığa malik olduğu göstərilmişdir. Əzilmiş və suda həll edilmiş 100 mq tableti qəbul etməzdən əvvəl yaranan suspenziyanı yaxşı qarışdırıb və silkələləmək lazımdır.

[e] Çəkisi 16-24 kq olan uşaqlara 600 mq həb və 150 mq həll olunan həblər təyin edildikdə, doza 10-12 mq/kq-dan çox olur. Müalicə həkiminin seçiminə əsasən 1,5 həll olunan həbi və ya 600 mq həbi 10 ml suda həll edərək alınan 4 ml məhlul təyin edə bilər.

[f] Klofazimin həbləri sözün texniki mənasında həll olunan deyil, lakin suda yavaş-yavaş (təxminən 5 dəqiqə ərzində) həll olunur (20 və 100 mq tabletlər üçün müvafiq olaraq 5 ml və 10 ml). İstifadədən əvvəl suspenziya çalxalanmalıdır. 100 mq yumşaq jelatin kapsulları kiçik uşaqlar üçün udmaq çətindir, buna görə də ölkələrə dərmanı 50 mq həblər formasında əldə etmək tövsiyə olunur.

[g]Çəkisi 3 <7 kq olan uşaqlar üçün dozalar əvvəllər tövsiyə edilənlərlə müqayisədə azaldılmışdır. Bu, sikloserinin delamanid ilə eyni vaxtda qəbulu zamanı xüsusi narahatlıq doğuran, dərmanın nisbətən yüksək təsirinə neyropsixiki mənfi reaksiyaların riski ilə əlaqədardır.

[h] Delamanidin böyüklər üçün həblərinin (50 mq) və suspenziya yaratmaq üçün əzilmiş və suda həll edilmiş forması, tam udma həbləri ilə eyni səviyyədə bioəlçatanlığa malik olduğu sübut olunmuşdur.

[i] Amikasin və streptomisin yetkin xəstələrdə (18 yaş və ya daha yuxarı) effektiv peroral qəbul rejimi tərtib oluna bilməyən hallarda, amikasinə və streptomisinə qarşı həssaslıq olduqda və mənfi reaksiyalara görə xəstəni izləmək üçün müvafiq tədbirlər görüldükdə istifadə edilə bilər. Eşitmə qabiliyyətinin itirilməsinin uşağın dil öyrənməsinə və məktəb fəaliyyətinə ciddi mənfi təsir göstərə biləcəyini nəzərə alaraq, uşaqlara yalnız fövqəladə hallarda və həyat xilasedici müalicənin bir hissəsi kimi inyeksiya dərmanları verilməli və ototoksikliyin erkən aşkar edilməsini təmin etmək üçün yaxından izlənilməlidir. 2 yaşdan yuxarı uşaqlarda amikasin istifadə edildikdə, onun gündəlik dozası bədən çəkisi ilə 15-20 mq/kq, streptomisin isə 20-40 mq/kq təşkil edir. Körpələr və 2 yaşa qədər uşaqlar üçün dozanı təyin etmək üçün mq/kq doza uşağın ifrazat sisteminin yetkin olmadığını nəzərə alaraq azaldılmalıdır. İnyeksiya yerində ağrıları azaltmaq üçün dərmanı lidokainlə birlikdə tətbiq etmək tövsiyə olunur.

[j] Bu preparatların yardımşı qismində istifadə olunması tövsiyə olunur.

ÇDDV-in müalicə rejimlərində istifadə edilən ikinci sıra dərmanların pediatrik dozaları haqqında xüsusi qeydlər.

- • Çəkisi 3 kq-dan az və ya 3 kq-dan <5 kq-a qədər olan vaxtından əvvəl doğulmuş körpələr və çəkisi aşağı olan uşaqlar üçün dozanı seçərkən, pediatrik DDV mütəxəssisi ilə məsləhətləşmələr aparılmalıdır.
- • Körpələrdə və az yaşlı uşaqlarda böyüklər üçün həblərlə manipulyasiyalar etmək əvəzinə, kapsul vermək və ya kapsullarla manipulyasiya etməkdənsə, uşaqlar üçün uyğun həll olunan həblərdən istifadə etmək məsləhətdir. Mümkün olduqda, göstərilən doza həll olunan formanı 10 ml suda qarışdırıb və müvafiq sayda millilitr (alikot) götürmək deməkdir. Cədvəldəki millilitrlərin sayı tələb olunan dozaya uyğundur. Həll olunmuş məhlul hazırlandıqdan dərhal sonra istifadə edilməlidir. İstifadə olunmamış 10 ml-dən qalıq atılmalıdır.
- • Bəzi çəki kateqoriyalarında doza həm uşaqlarda həll olunan, həm də böyüklər üçün buraxılış formaları üçün göstərilir. Yetkinlər üçün dozaj formaları istifadə olunursa, cədvəldə hər millilitr alikvota və həb fraksiyasına görə doza göstərilir (əgər fraksiya 0,5 və ya daha çox olarsa)

Əlavə 8. Arzuolunmaz əlavə təsirlərin dərəcəsinin təyin edilməsi

Orqan və sistemlərdə dəyişikliklər	Dəyişikliyin adı	1-ci dərəcə	2-ci dərəcə	3-cü dərəcə	4-cü dərəcə	Açıqlama
Ürək-damar pozuntuları	QT intervalı uzanmadan ürək ritminin pozulması	Yoxdur	Asimptomatik, keçici əlamətlər, müalicə tələb olunmur	Təkrarlanan/davamlı simptomlar; simptomatik müalicə tələb olunur	Davamlı olmayan aritmiya; xəstəxanaya yerləşdirmə və müalicə tələb edir	QT intervalı uzadılması anormal ürək ritmi
Ürək-damar pozuntuları	Ürək troponin I artan konsentrasiyası	NYH-ni aşan və istehsalçı tərəfindən müəyyən edilmiş miokard infarktı səviyyəsinə çatmayan səviyyələr	Yoxdur	İstehsalçı tərəfindən müəyyən edilmiş miokard infarktının baş verməsi ilə uyğun səviyyələr	Yoxdur	laborator analiz nəticəsi troponinin konsentrasiyasının yüksəldiyini göstərir
Ürək-damar pozuntuları	Ürək troponin T artan konsentrasiyası	NYH-ni aşan və istehsalçı tərəfindən müəyyən edilmiş miokard infarktı səviyyəsinə çatmayan səviyyələr	Yoxdur	İstehsalçı tərəfindən müəyyən edilmiş miokard infarktının baş verməsi ilə uyğun səviyyələr	Yoxdur	laborator analiz nəticəsi troponinin konsentrasiyasının yüksəldiyini göstərir
Ürək-damar pozuntuları	Atım fraksiyasının azalması	Yoxdur	Sükut halında atım fraksiyası: 50-40 %; ilkin göstərici ilə müqayisədə 10-19% azalma	Sükut halında atım fraksiyası: 39-20%; Əsas göstəricidən >20% azalma	Sükut halında atım fraksiyası: <20 %	% ürəyin mədəciklərinin yığılması zamanı xaric edilən qanın miqdarı ilə yığılmadan əvvəl mövcud olan qanın miqdarını müqayisə etməklə hesablanır
Ürək-damar pozuntuları	QT intervalının uzanması ilə elektrokardioqram	QTcF dəyəri (QT intervalı Friederik düsturu ilə hesablanır) 450-480 ms	QTcF dəyəri (QT intervalı Friederik düsturu ilə hesablanır) 481 - 500 ms	Ciddi aritmiya əlamətləri/simptomları olmadan orta QTcF > = 501 ms	Orta QTcF > =501 və ya başlanğıcdan 60 ms-dən çox dəyişiklik və aşağıdakı simptomlardan hər hansı biri: İki istiqamətli taxikardiya və ya polimorfik mədəcik taxikardiyası və ya ciddi aritmiyanın əlamətləri/simptomları	Ürək aritmiyasının aşkarlanması anormal şəkildə uzanmış QT intervalı ilə xarakterizə olunur QT intervalı Friederik düsturu ilə hesablanır). Eyni gündə bir neçə EKQ qeydə alınarsa, şiddəti müəyyən etmək üçün QTcF ölçmələrinin ortasından istifadə edilməlidir
Ürək-damar pozuntuları	Qanaxma, qan itkisi	Mikroskopik / naməlum mənşəli	Yüngül, qan köçürməyə zərurət yoxdur	Çox miqdarda qan itkisi; 1-2 vahid transfuziya edilir	Kütləvi qan itkisi; transfuziya > 3 vahid	Qanaxma
Ürək-damar pozuntuları	Hipertoniya	Təzyiqdə keçici artım > 20 mm c. s.; müalicə tələb olunmur	Qan təzyiqinin təkrarlanan, xroniki yüksəlməsi > 20 mm c.. s.; müalicə tələb olunur	Təcili müalicə tələb olunur; ambulator müalicə və ya mümkün olduqda xəstəxanaya yerləşdirmə	İşemik orqan zədələnməsi; xəstəxanaya yerləşdirmə tələb olunur	Qan təzyiqinin anormal artması ilə xarakterizə olunan xəstəlik.

Ürək-damar pozuntuları	Hipotenziya	<20 döyüntü/dəq artması və ya ürək dərəcəsinin <10 mm c. s. azalması ilə keçici ortostatik hipotenziya. Sistolik qan təzyiqi, müalicə tələb olunmur	Ortostatik hipotenziya və ya qan təzyiqi ilə əlaqəli simptomlar <20 mm c.s. azalma.; peroral dərmanlarla müalicə edilə bilər	İntravenoz maye infuziyası tələb olunur; xəstəxanaya yerləşdirmə tələb olunmur	Orta arterial təzyiq <60 mm c.s. işemik orqan zədələnməsi və ya şok; xəstəxanaya yerləşdirmə və vazokonstriktorla müalicə tələb olunur	Müəyyən bir mühitdə bir insanda qan təzyiqinin normadan aşağı düşməsi ilə xarakterizə olunan bir xəstəlik.
Ürək-damar pozuntuları	Perikardit	Cuzi mayenin əmələ gəlməsi	Yüngül/orta dərəcədə asimptomatik maye; müalicə tələb olunmur	Simptomatik maye artımı, ağrı gedişat; EKQ dəyişiklikləri	tamponada; Perikard punksiyası və ya cərrahiyyə tələb olunur	Perikardın təbəqələrinin (ürəyi əhatə edən qoruyucu kisə) qıcıqlanması ilə xarakterizə olunan bir xəstəlik.
Biokimyəvi analiz	Qanda karbamid azotunun konsentrasiyasının artması	1,25 - 2,5 x NYH	2,6 - 5 x NYH	5.1 - 10 x NYH	> 10 x NYH	Nəticə qanda karbamid azotunun yüksək konsentrasiyasını göstərən laboratoriya testlərinə əsaslanır.
Biokimyəvi analiz	Yüksək konsentrasiyada xolesterin	> NYH - 300 mq/dl [> NYH - 7,75 mmol/l]	> 300 - 400 mq / dl [> 7,75 - 10,34 mmol /l]	> 400 - 500 mq / dl [> 10,34 - 12,92 mmol /l]	>500 mq / dL [>12.92 mmol / L]	Nəticə qan nümunəsində xolesterinin konsentrasiyasının normadan yüksək olduğunu göstərən laboratoriya testlərinin nəticələrinə əsaslanır.
Biokimyəvi analiz	Yüksək konsentrasiyada kreatinin	1,1 - 1,5 x NYH	1,6 - 3,0 x NYH	3.1 - 6 x NYH	> 6 x NYH və ya dializ tələb olunur	Nəticə bioloji nümunədə yüksək kreatinin konsentrasiyasını göstərən laboratoriya testi nəticələrinə əsaslanır.
Biokimyəvi analiz	Yüksək konsentrasiyada bilirubin	>NYH - 1,5 x NYH	>1,5 - 3,0 x YH	>3,0 - 10,0 x NYH	>10,0 x NYH	Nəticə qanda bilirubinin qeyri-normal konsentrasiyasını göstərən laboratoriya testlərinə əsaslanır.
Biokimyəvi analiz	Hiperkalsemiya (albuminə görə hesablanır)	10,6 - 11,5 mq/dl [2,65 - 2,87 mmol /l]	11,6 - 12,5 mq/dl [2,88 - 3,12 mmol/l]	12,6 - 13,5 mq / dl [3,13 - 3,37 mmol /l]	> 13,5 mq/ dL [> 3,37 mmol/L] və ya həyati təhlükəsi olan aritmiya *ilə müşayiət olunan* anormal kalsium konsentrasiyası	Qanda kalsium konsentrasiyasının yüksəldiyini göstərən laboratoriya testlərinin nəticələri ilə xarakterizə edilən pozuntu (albumin üçün düzəliş edilmişdir)
Biokimyəvi analiz	Hiperqlikemiya (oruc tutmamaq və diabet tarixinin olmaması)	116 - 160 mq / dl [6,44 - 8,89 mmol /l]	161 - 250 mq / dl [8,90 - 13,87 mmol /l]	251 - 500 mq / dl [13,88 - 27,75 mmol /l]	> 500 mq/ dL [> 27.75 mmol/L] və ya ketoasidoz və ya qıcolmalarla *müşayiət olunan* anormal qlükoza konsentrasiyası	Yüksək qan şəkəri konsentrasiyasını göstərən laboratoriya testlərinin nəticələri ilə xarakterizə olunan xəstəlik. Bir qayda olaraq, şəkərli diabet və ya pozulmuş qlükoza tolerantlığının əlamətidir.
Biokimyəvi analiz	Hiperkalemiya	5,6 - 6,0 mq /l [5,6 - 6,0 mmol /l]	6,1 - 6,5 mq /l [6,1 - 6,5 mmol /l]	6,6 - 7,0 meq /l [6,6 - 7,0 mmol /l]	> 7.0 mekv / L > [7.0 mmol/L] və ya həyat üçün təhlükəli aritmiya *ilə müşayiət olunan* anormal	Qanda kalium konsentrasiyasının artmasına işarə edən laboratoriya testlərinin nəticələri ilə xarakterizə edilən pozuntu; böyrək

					kalium konsentrasiyası	çatışmazlığı və ya bəzən diuretiklərin istifadəsi ilə əlaqəli.
Biokimyəvi analiz	Hipermaqnezemiya	> NYH - 2,46 mEq /l [> NYH - 3,0 mq / dl] [> NYH - 1,23 mmol /l]	Yoxdur	> 2,46 - 6,60 mEq /l [> 3,0 - 8,0 mq/ dl] [> 1,23 - 3,30 mmol/l]	> 6,60 mekv /l [> 8,0 mq/ dl ; > 3,30 mmol/l]; həyat üçün təhlükəli nəticələr	Qanda maqneziumun yüksək konsentrasiyasını göstərən laboratoriya testlərinin nəticələri ilə xarakterizə olunan xəstəlik.
Biokimyəvi analiz	Hipernatremiya	146-150 meq /l [146-150 mmol /l]	151-157 mekv/l [151-157 mmol /l]	158-165 mekv /l [158-165 mmol /l]	> 165 mekv/L [> 165 mmol/L] və ya psixiki vəziyyətin dəyişməsi və ya qıcolmalarla *müşayiət olunan* anormal natrium konsentrasiyası	Qanda yüksək natrium konsentrasiyasını göstərən laboratoriya testlərinin nəticələri ilə xarakterizə olunan xəstəlik.
Biokimyəvi analiz	Hipertriqliseridemiya	150 - 300 mq / dl [1,71 - 3,42 mmol /l]	> 300 - 500 mq / dl [> 3.42 - 5.7 mmol / l]	>500 - 1000 mq / dl [> 5,7-11,4 mmol /l]	> 1000 mq/ dl [> 11,4 mmol/l]; həyat üçün təhlükəli nəticələr	Qanda yüksək triqliserid konsentrasiyasını göstərən laboratoriya testlərinin nəticələri ilə xarakterizə olunan xəstəlik.
Biokimyəvi analiz	Hiperurikemiya (sidik ifrazı turşu)	7,5 - 10,0 mq / dl	10,1 - 12,0 mq /dl	12,1 - 15,0 mq /dl	>15,0 mq / dl	Qanda sidik turşusunun yüksək konsentrasiyasını göstərən laboratoriya testlərinin nəticələri ilə xarakterizə edilən xəstəlik.
Biokimyəvi analiz	Hipoalbuminemiya	< NGN - 3 q/ dl [< NGN - 30 q/l]	< 3 - 2 q/ dl [< 30 - 20 q/l]	< 2 q/ dl [< 20 q/l]	Həyat üçün təhlükəli nəticələr; təcili tibbi müdaxilə tələb olunur	Qanda albumin konsentrasiyasının aşağı olduğunu göstərən laboratoriya testlərinin nəticələri ilə xarakterizə edilən pozuntu
Biokimyəvi analiz	Hipokalsemiya (albuminə görə düzəldilir)	8,4 - 7,8 mq / dl [2,10 - 1,95 mmol /l]	7,7 - 7,0 mq / dl [1,94 - 1,75 mmol /l]	6,9 - 6,1 mq / dl [1,74 - 1,52 mmol /l]	< 6,1 mq/ dL [< 1,52 mmol/L] və ya həyati təhlükəsi olan aritmiya və qıcolmalarla *müşayiət olunan* anormal kalsium konsentrasiyası	Qanda aşağı kalsium konsentrasiyasını (albuminə uyğunlaşdırılmış) göstərən laboratoriya testlərinin nəticələri ilə xarakterizə edilən pozuntu
Biokimyəvi analiz	Hipoqlikemiya	64 - 55 mq / dl [3,55 - 3,05 mmol /l]	54 - 40 mq / dl [3,04 - 2,22 mmol /l]	39 - 30 mq / dl [2,21 - 1,67 mmol /l]	< 30 mq/ dL [< 1.67 mmol/L] və ya psixi sağlamlıq dəyişiklikləri və ya koma *ilə müşayiət olunan* anormal qlükoza konsentrasiyası	Aşağı qan qlükoza konsentrasiyasını göstərən laboratoriya testlərinin nəticələri ilə xarakterizə olunan bir xəstəlik.

Biokimyəvi analiz	Hipokalemiya	3,4 - 3,0 mekv /l [3,4 - 3,0 mmol /l]	2,9 - 2,5 mekv /l [2,9 - 2,5 mmol /l]	2,4 - 2,0 mekv /l [2,4 - 2,0 mmol/l] və ya intensiv əvəzedici terapiya; və ya xəstəxanaya yerləşdirmə	<2,0 mekv/L [>2,0mmol/L] və ya parezi ilə müşayiət olunan anormal kalium konsentrasiyası; bağırsaq obstruksiyası və ya həyati təhlükəsi olan aritmiya	Qanda aşağı kalium konsentrasiyasını göstərən laboratoriya testlərinin nəticələri ilə xarakterizə edilən pozuntu
Biokimyəvi analiz	Hipomaqnezemiya	1,4 - 1,2 mekv /l [0,70 - 0,60 mq/ dl] [1,70 - 1,46 mmol/l]	1,1 - 0,9 mekv /l [0,59 - 0,45 mq/ dl] [1,45 - 1,09 mmol/l]	0,8 - 0,6 mekv /l [0,44 - 0,30 mq/ dl] [1,08 - 0,73 mmol/l]	< 0,6 mekv /l [< 0,30 mmol/l; <0,73 mq/ dL] və ya həyati təhlükəsi olan aritmiya *ilə müşayiət olunan* anormal maqnezium konsentrasiyası	Qanda aşağı maqnezium konsentrasiyasını göstərən laboratoriya testlərinin nəticələri ilə xarakterizə edilən pozuntu
Biokimyəvi analiz	Hiponatremiya	135 - 130 mekv /l [135 - 130 mmol /l]	129 - 123 mekv/l [129 - 123 mmol /l]	122 - 116 mekv /l [122 - 116 mmol /l]	< 116 mekv /L [< 116 mmol/L] və ya psixi vəziyyətin dəyişməsi və ya qıcolmalarla *müşayiət olunan* anormal natrium konsentrasiyası	Qanda aşağı natrium səviyyəsini göstərən laboratoriya testlərinin nəticələri ilə xarakterizə edilən xəstəlik.
Biokimyəvi analiz	Hipofosfatemiya	2,4 - 2,0 mq / dl	1,9 - 1,5 mq/ dl və ya əvəzedici terapiya tələb olunur	1.4 -1.0 mq/ dl intensiv terapiya və ya xəstəxanaya yerləşdirmə tələb edir	< 1,0 mq/ dL və ya həyati təhlükəsi olan aritmiya *ilə müşayiət olunan* anormal fosfat konsentrasiyası	Qanda aşağı fosfat konsentrasiyasını göstərən laboratoriya testlərinin nəticələri ilə xarakterizə edilən pozuntu
Biokimyəvi analiz	Yüksək konsentrasiyada laktat(laktik asidoz)	Asidoz olmadıqda YNH-dən <2.0 x qədər	Asidoz olmadıqda ≥ 2.0 x YNH	Həyat üçün təhlükəli nəticələrlə müşayiət olunmayan pH <7,3 -də laktat konsentrasiyasının artması	Həyat üçün təhlükəli nəticələrlə müşayiət olunan pH <7,3 -də yüksək laktat konsentrasiyası	Qanın oksidləşməsi ilə müşayiət olunan və ya müşayiət olunmayan qanda laktat konsentrasiyasının artması.
Eşitmə qabiliyyətinin pozuntuları	Eşitmə qabiliyyətinin zədələnməsi	Klinik monitorinq proqramında iştirak edən böyüklər (1, 2, 4, 3, 6 və 8 kHz-də audioqram): ən azı bir qulaqda 2 bitişik test tezliyində orta hesabla 15-25 dB eşitmənin dəyişməsi və ya olmadıqda subyektiv dəyişiklik 1-ci dərəcə həddinin dəyişməsi. Uşaqlar (1, 2, 4, 3, 6 və 8 kHz audioqram): Ən azı bir qulaqda 8 kHz-də >20 dB eşitmənin dəyişməsi.	Klinik monitorinq proqramında iştirak edən böyüklər (1, 2, 3, 4, 6 və 8 kHz-də audioqramma): Ən azı bir qulaqda 2 bitişik test tezliyində eşitmə dəyişməsi orta hesabla >25 dB olmuşdur. Klinik monitorinq proqramında iştirak etməyən böyüklər: eşitmə itkisi, lakin eşitmə cihazı və ya tibbi müdaxilə tələb	Klinik monitorinq proqramında iştirak edən böyüklər (1, 2, 3, 4, 6 və 8 kHz-də audioqram): ən azı bir qulaqda 3 bitişik test tezliyi üzrə orta hesabla >25 dB olan eşitmənin dəyişməsi; terapevtik müdaxilə tələb olunur. Klinik monitorinq proqramında İŞTİRAK ETMƏYƏN böyüklər: Eşitmə cihazından istifadə və ya tələb olunan tibbi müdaxilə nəticəsində	Yetkinlər: ağır ikitərəfli eşitmə itkisi (2 kHz və ya daha çox eşitmə həddi > 80 dB (eşitmə həddi)); eşitmə bərpa edilə bilməz Uşaqlar: koxlear implanta ehtiyacı göstərən audioloji göstərici və əlavə nitq-dil xidmətləri tələb olunur.	Qulaq strukturlarının zədələnməsi nəticəsində səsləri qavramaq və ya şərh etmək qabiliyyətinin qismən və ya tam itirilməsi ilə xarakterizə olunan bir xəstəlik

			olunmur; gündəlik instrumental özünə qulluq fəaliyyətini yerinə yetirmək üçün məhdud qabiliyyət. Uşaqlar (1, 2, 3, 4, 6 və 8 kHz audioqramı): Ən azı bir qulaqda 4 kHz və ya daha çox tezlikdə >20 dB eşitmənin dəyişməsi.	eşitmə itkisi; əsas gündəlik özünə qulluq fəaliyyətlərini yerinə yetirmək üçün məhdud qabiliyyət. Uşaqlar (1, 2, 3, 4, 6 və 8 kHz-də audioqramma): eşitmə cihazlarının istifadəsi də daxil olmaqla terapevtik müdaxilə tələb edən eşitmə itkisi: ən azı bir qulaqda 3 (və ya daha çox) kHz-də > 20 dB eşitmənin dəyişməsi; əlavə danışıq dili xidmətləri tələb olunur.		
Eşitmə pozuntuları	Tinnitus	Yüngül simptomlar; tibbi müdaxilə tələb olunmur	Orta dərəcəli simptomlar; gündəlik instrumental özünə qulluq fəaliyyətini yerinə yetirmək üçün məhdud qabiliyyət	Simptomlar şiddətlidir; əsas gündəlik özünə qulluq fəaliyyətlərini yerinə yetirmək üçün məhdud qabiliyyət	Yoxdur	Zəng, vızıltı, uğultu və ya xırıltı kimi tinnitus ilə xarakterizə olunan bir xəstəlik
Eşitmə pozuntuları	Vestibulyar pozuntu	Yoxdur	Simptomatik pozuntu; gündəlik instrumental özünə qulluq fəaliyyətini yerinə yetirmək üçün məhdud qabiliyyət	Simptomlar şiddətlidir; əsas gündəlik özünə qulluq fəaliyyətlərini yerinə yetirmək üçün məhdud qabiliyyət	Yoxdur	Başgicəllənmə, tarazlığın itirilməsi, ürəkbulanma və ya görmə problemləri ilə xarakterizə olunan bir xəstəlik.
Endokrin pozuntular	Hipertiroidizm	Asimptomatik; yalnız klinik və ya diaqnostik müşahidələr; tibbi müdaxilə tələb olunmur	Simptomatik; Tiroid supressiya müalicəsi tələb olunmur; gündəlik instrumental özünə qulluq fəaliyyətini yerinə yetirmək üçün məhdud qabiliyyət	Simptomlar şiddətlidir; əsas gündəlik özünə qulluq fəaliyyətini yerinə yetirmək qabiliyyətinin məhdudluğu; xəstəxanaya yerləşdirmə tələb olunur	Həyat üçün təhlükəli nəticələr; təcili tibbi müdaxilə tələb olunur	Tiroid vəzi tərəfindən tiroid hormonunun istehsalının həddindən artıq artması ilə xarakterizə olunan bir xəstəlik.
Endokrin pozuntular	Hipotiroidizm	Asimptomatik; yalnız klinik və ya diaqnostik müşahidələr; tibbi müdaxilə tələb olunmur	Simptomatik; tiroid vəzinin bərpası tələb olunur; gündəlik instrumental özünə qulluq fəaliyyətini yerinə yetirmək üçün məhdud qabiliyyət	Şiddətli simptomlar; əsas gündəlik özünə qulluq fəaliyyətini yerinə yetirmək qabiliyyətinin məhdudluğu; xəstəxanaya yerləşdirmə tələb olunur	Həyat üçün təhlükəli nəticələr; təcili tibbi müdaxilə tələb olunur	Tiroid vəzi tərəfindən tiroid hormonunun istehsalının azalması ilə xarakterizə olunan bir xəstəlik.

Fermentlər	Alanin aminotransferazanın yüksək konsentrasiyası (ALT və ya SGOT)	> NYH - 3.0 x NYH	> 3,0 - 5,0 x NYH	> 5,0 - 20,0 x NYH	> 20,0 x NYH	Qan nümunəsində alanin aminotransferaza (ALT və ya SGOT) konsentrasiyasının artdığını göstərən laboratoriya testlərinə əsaslanır .
Fermentlər	Qələvi fosfatazların artması	> NYH - 2,5 x NYH	> 2,5 - 5,0 x NYH	> 5,0 - 20,0 x NYH	> 20,0 x NYH	Qan nümunəsində qələvi fosfatazanın konsentrasiyasının artdığını göstərən laboratoriya testlərinin nəticələrinə əsaslanır .
Fermentlər	Yüksək konsentrasiyada amilaza	1,1 - 1,5 x NYH	1,6 - 2,0 x NYH	2.1 - 5.0 x NYH	> 5,1 x NYH	Nəticə bioloji nümunədə amilaza konsentrasiyasının artdığını göstərən laboratoriya testinin nəticələrinə əsaslanır.
Fermentlər	Aspartat aminotransferaza konsentrasiyasının artması (AST və ya SGOT)	> NYH - 3.0 x NYH	> 3,0 - 5,0 x NYH	> 5,0 - 20,0 x NYH	> 20,0 x NYH	Qan nümunəsində aspartat aminotransferaza (AST və ya AST) konsentrasiyasının artdığını göstərən laboratoriya testlərinin nəticələrinə əsaslanır .
Fermentlər	Yüksək konsentrasiyada lipazlar	1,1 - 1,5 x NYH	1,6 - 2,0 x NYH	2.1 - 5.0 x NYH	> 5,1 x NYH	Nəticə bioloji nümunədə lipaz konsentrasiyasının artdığını göstərən laboratoriya testlərinin nəticələrinə əsaslanır.
Fermentlər	Azamış konsentrasiyada mədəaltı vəzi ferment	< NGN və ya asimptomatik	Bağırsaq hərəkətlərinin tezliyi, nəcisin miqdarı və ya qoxunun kəskinləşməsi; steatoreya	Mənimsənilmənin azalmasının nəticələri	Yoxdur	Nəticə bioloji nümunədə pankreas fermentlərinin konsentrasiyasının azaldığını göstərən laboratoriya testlərinin nəticələrinə əsaslanır.
Görmə pozuntuları	Katarakta	Asimptomatik; yalnız klinik və ya diaqnostik müşahidələr; tibbi müdaxilə tələb olunmur	simptomatik; görmə kəskinliyinin orta dərəcədə azalması (20/40 [6/12] və ya daha yaxşı)	Simptomatik, görmə kəskinliyinin nəzərəçarpacaq dərəcədə azalması ilə (20/40 [6/12]-dən pis, lakin 20/200 [6/60]-dan daha yaxşı); əməliyyat tələb olunur (məsələn, katarakt əməliyyatı)	Təsirə məruz qalan gözdə korluq (20/200 [6/60] və ya daha pis).	Bir və ya hər iki gözün linzalarının qismən və ya tam bulanması ilə xarakterizə olunan bir xəstəlik. Bu, müalicə edilmədikdə görmə kəskinliyinin azalmasına və nəticədə korluğa səbəb olur.
Görmə pozuntuları	Görmə pozuntusu, digər	Asimptomatik pozuntular və ya yüngül simptomlar; yalnız klinik və ya diaqnostik müşahidələr; tibbi müdaxilə tələb olunmur	orta; minimal, yerli və ya qeyri-invaziv müdaxilə tələb olunur; yaşa görə gündəlik instrumental özünə qulluq fəaliyyətini yerinə yetirmək	Şiddətli və ya tibbi əhəmiyyətli, lakin dərhal həyat üçün təhlükə yaratmayan simptomlar. Xəstəxanaya yerləşdirmə və ya cari xəstəxanaya yerləşdirmə müddətinin	Görmə üçün təhlükəli nəticələr; tibbi müdaxilə tələb edir; təsirlənmiş gözdə korluq (20/200 [6/60] və ya daha pis).	Katarakt, retinopatiya və ya görmə qabiliyyətinə təsir edən görmə sinir xəstəliyindən başqa hər hansı bir pozuntu

			qabiliyyətinin məhdud olması	uzadılması tələb olunur; iş qabiliyyətinin itirilməsi; əsas gündəlik özünə qulluq fəaliyyətlərini yerinə yetirmək üçün məhdud qabiliyyət		
Görmə pozuntuları	Görmə sinirinin zədələnməsi	Asimptomatik; yalnız klinik və ya diaqnostik müşahidələr	Təsirə məruz qalan gözdə görmənin azalması (20/40 [6/12] və ya daha yaxşı)	Təsirə məruz qalan gözdə görmənin pisləşməsi (20/40 [6/12] -dən pis , lakin 20/200 [6/60]-dan daha yaxşı)	Təsirə məruz qalan gözdə korluq (20/200 [6/60] və ya daha pis).	Görmə sinirinin (ikinci kəllə sinir) zədələnməsi ilə özünü büruzə verən xəstəlik
Görmə pozuntuları	Retinopatiya	Asimptomatik; yalnız klinik və ya diaqnostik müşahidələr	Simptomatik; görmə kəskinliyinin orta dərəcədə azalması ilə (20/40 [6/12] və ya daha yaxşı); gündəlik özünə qulluq fəaliyyətini yerinə yetirmək üçün məhdud qabiliyyət	simptomatik; görmə kəskinliyinin nəzərəçarpacaq dərəcədə azalması ilə (20/40 [6/12]-dən daha pis); iş qabiliyyətinin itirilməsi; əsas gündəlik özünə qulluq fəaliyyətlərini yerinə yetirmək üçün məhdud qabiliyyət	Təsirə məruz qalan gözdə korluq (20/200 [6/60] və ya daha pis).	Zədələnmiş torlu qişa
Mədə-bağırsaq pozuntuları	Qəbizlik	Yumşaldıcıların istifadəsini və ya pəhriz dəyişikliklərini tələb edir	İstənilən laksativ vasitədən istifadə	İmalə tələb edən şiddətli qəbizlik	Bağırsaq obstruksiyası və ya toksiki meqakolon	Qeyri-müntəzəm və çətin nəcis ifrazı ilə xarakterizə olunan xəstəlik.
Mədə-bağırsaq pozuntuları	İshal	Zəif və ya keçici; Gündə boş nəcis və ya 1 həftədən az davam edən yüngül ishal (sutkada 3-4 dəfə).	Orta və ya sabit; Gün ərzində boş nəcis və ya 1 həftədən çox davam edən ishal (sutkada 5-7 dəfə)	Hər gün boş nəcis və ya qanlı ishal və ya ortostatik hipotenziya və ya elektrolit balansının pozulması və ya 2 L-dən çox venadaxili maye yeridilməsini tələb edən dehidratasiya vəziyyəti ilə nəticələnən ishal (sutkada 7 dəfədən çox)	Hipotenziv şok və ya xəstəxanaya yerləşdirilməni tələb edən psixoloji ağırlaşma	Tez-tez və sulu nəcis ifrazı ilə xarakterizə olunan xəstəlik.
Mədə-bağırsaq pozuntuları	Dispepsiya	Yüngül simptomlar; tibbi müdaxilə tələb olunmur	Orta dərəcəli simptomlar; tibbi müdaxilə tələb olunmur	Simptomlar şiddətlidir; əməliyyat tələb olunmur	Yoxdur	Narahat bir vəziyyət, həzmsizlikdən qaynaqlanan tez-tez mədə ağrısı ilə xarakterizə olunan bir xəstəlik. Simptomlara yanğı hissi, şişkinlik, ürək nahiyəsində ağrı, ürəkbulanma və qusma daxildir.
Mədə-bağırsaq pozuntuları	Ürəkbulanma	Zəif və ya keçici; düzgün qida qəbulu zamanı müşahidə olunmur	Orta dərəcədə narahatlıq, qida qəbulunun əhəmiyyətli	Əhəmiyyətli miqdarda yemək yeyə bilməmək; venadaxili maye infuziyası	Təcili xəstəxanaya yerləşdirmə tələb olunur	Ürəkbulanma və/və ya qusma hissi ilə xarakterizə edilən pozuntu

			dərəcədə azalması; müəyyən fəaliyyətləri yerinə yetirmək üçün məhdud imkanlar	tələb olunur		
Mədə-bağırsaq pozuntuları	Ağız boşluğunda narahatlıq/disfagiya	Yüngül narahatlıq; udmaqda çətinlik yoxdur	Qida/maye qəbuluna dair bəzi məhdudiyyətlər	Qida/maye qəbulunda yaranan əhəmiyyətli məhdudiyyət; bərk qidaları udmaq qabiliyyətinin olmaması	maye içə bilməmək; venadaxili maye infuziyası tələb olunur	Udqunma çətinliyi ilə xarakterizə olunan bir xəstəlik
Mədə-bağırsaq pozuntuları	Pankreatit	Yoxdur	Artan ferment konsentrasiyası və ya yalnız radioloji müayinənin nəticələrinə əsasən	Güclü ağrı; Qusma; tibbi müdaxilə (məsələn, analgeziya, əlavə qidalanma) tələb olunur	Həyat üçün təhlükəli nəticələr; təcili tibbi müdaxilə tələb olunur	Pankreasın iltihabı ilə xarakterizə olunan bir xəstəlik.
Mədə-bağırsaq pozuntuları	Qusma	Gündə 1 hal	Gündə 2-5 hal	Gündə 6-dan çox hal və ya venadaxili maye infuziyasına ehtiyac	Xəstəxanaya yerləşdirmə və ya parenteral qidalanma tələb edən psixoloji nəticələr	Mədə möhtəviyyatının ağızdan çıxmasının refleksiv hərəkəti ilə xarakterizə olunan bir pozuntu
Ümumi xarakterli pozuntular	Patoloji yorğunluq	<48 saat azalır	> 48 saat ərzində 25-50% azalır	Normal fəaliyyətlər 50% azalır	Əsas özünə qulluq fəaliyyətini yerinə yetirə bilməməsi	Gündəlik vəzifələri yerinə yetirmək üçün kifayət qədər enerji hiss edə bilməmə ilə, ümumi zəifliklə xarakterizə olunan bir hal.
Ümumi xarakterli pozuntular	Yüksək hərarət	37,7 - 38,5 C və ya 100,0 - 101,5 F	38,6 - 39,5 C və ya 101,6 - 102,9 F	39,6 - 40,5 C və ya 103 - 105 F	> 40,6 C və ya > 105,1 F	Bədən istiliyinin normanın yuxarı həddini aşması ilə xarakterizə olunan hal.
Ümumi xarakterli pozuntular	Başağrısı	Yüngül; müalicə tələb olunmur	keçici , orta; müalicə tələb olunur	Güclü; ilkin narkotik terapiya ilə müalicəyə tabe olur	Müalicə olunmur; təkrar narkotik terapiya tələb olunur	Aşkar şəkildə narahatlıq hissi ilə xarakterizə olunan pozuntu
Ümumi xarakterli pozuntular	Disforiya	Narahatlıq hissi, pis əhval	Narahatlıq; gündəlik özünə qulluq fəaliyyətini yerinə yetirmək üçün məhdud qabiliyyət	Yoxdur	Yoxdur	Ümumi narahatlıq və ya nasazlıq hissi və ya pis sağlamlıq ilə xarakterizə olunan bir hal.
Ümumi xarakterli pozuntular	Ağrı	Yüngül	Orta dərəcədə ağrı; gündəlik özünə qulluq fəaliyyətini yerinə yetirmək üçün məhdud qabiliyyət	Güclü ağrı; gündəlik özünə qulluq fəaliyyətlərini yerinə yetirmək üçün məhdud qabiliyyət	Yoxdur	Şiddətli narahatlıq, ağır nasazlıq və ya iztirab ilə xarakterizə olunan bir hal.
Hematologiya	% polimorf nüvəli leykositlərin artan konsentrasiyası	>80%	90 - 95%	>95%	Yoxdur	Nəticə qan nümunəsində polimorf nüvəli leykositlərin və konsentrasiyasının % artımını göstərən laboratoriya nəticələrinə əsaslanır.

Hematologiya	Neytrofillərin mütləq sayının azalması	1500 - 1000/mm3 [1,5 - 1,0 x 10^9/l][1,5 - 1,0 x 10^3/ µl]	999 - 750/mm3 [0,99 - 0,75 x 10^9/l][0,99 - 0,75 x 10^3/ µl]	749 - 500/mm3 [0,74 - 0,50 x 10^9/l][0,74 - 0,50 x 10^3/ µl]	< 500/mm3 [< 0,50 x 10^9/l][< 0,50 x 10^3/ µl]	Nəticə qan nümunəsində neytrofillərin sayının azaldığını göstərən laboratoriya testlərinə əsaslanır.
Hematologiya	Tromboplastinin əmələ gəlməsi və fəaliyyətinin artması	1.01-1.66 x NYH	1,67 - 2,33 x NYH	2.34 - 3 x NYH	> 3 x NYH	Tromboplastinin əmələ gəlməsi və fəaliyyətinin nəzarət dəyərini aşdığı anormal laboratoriya nəticəsi. Koaqulopatiyanın mümkün göstəricisi kimi , tromboplastin əmələ gəlmə müddətinin və aktivliyinin artması həm əsas vəziyyət kimi, həm də müalicə ilə əlaqədar müxtəlif xəstəliklər və pozuntularda baş verə bilər.
Hematologiya	Anemiya	10,5 - 9,5 q/ dl [105 - 95 q/l]	9,4 - 8,0 q/ dl [94 - 80 q/l]	7,9 - 6,5 q/ dl [79 - 65 q/l]	< 6,5 q/ dl [< 65 q/l]	100 ml qanda hemoqlobinin konsentrasiyasının azalması ilə xarakterizə olunan bir xəstəlik. Anemiyanın əlamətləri və simptomları dəri və selikli qişaların solğunluğu, nəfəs darlığı, sürətli ürək döyüntüsü, aşağı sistolik küy, yuxululuq və yorğunluq ola bilər.
Hematologiya	Aşağı CD4 sayı	< NGN - 500 hüceyrə / µl	< 500 - 200 hüceyrə / µl	< 200 - 50 hüceyrə / µl	<50 hüceyrə / µl	Qan nümunəsində CD 4 limfositlərinin konsentrasiyasının azaldığını göstərən laboratoriya testlərinə əsaslanır.
Hematologiya	Qızdırma neytropeniya	Yoxdur	Yoxdur	Neytrofillərin mütləq sayı < 1000 /mm ^{3} [< 1,0 x 10^9/; < 1,0 x 10^3/ µl] tək bir temperaturda > 38,3 dərəcə C (101 dərəcə F) və ya davamlı temperatur >= 38 dərəcə C (100,4 dərəcə F) 1 saatdan çox	Həyat üçün təhlükəli nəticələr; təcili tibbi müdaxilə tələb olunur	^{və} tək temperatur >38,3° C (101° F) və ya 1 saatdan çox müddət ərzində > 38° C (100.4° F) davam edən temperatur ilə xarakterizə olunan xəstəlik .
Hematologiya	Fibrinin parçalanma məhsulları	20-40 mkq / ml	41-50 mkq / ml	51-60 mkq / ml	>60 mkg / ml	Fibrinin mövcud parçalanma məhsulları.
Hematologiya	Aşağı konsentrasiyada haptoqlobin	<NAH	Yoxdur	Yoxdur	Yoxdur	qan nümunəsində haptoqlobinin konsentrasiyasının azaldığını göstərən laboratoriya testlərinin nəticələrinə əsaslanır .

Hematologiya	Yüksək konsentrasiyada hemoqlobin	> 0 - 2 q/ dL [> 0 - 20 q/L] və ya bu dəyər NYH-i keçərsə, ilkin dəyərdən yuxarı konsentrasiyada artım	Bu dəyər NYH-i keçərsə, konsentrasiyanın > 2 - 4 q/ dL [> 20 - 40 q/L] NYH-dən yuxarı və ya ilkin dəyərdən yuxarı artması	> 4 q/ dL [> 40 q/L] NYH-dən yuxarı və ya ilkin dəyərdən yuxarı artması , əgər bu dəyər NYH-i keçərsə	Yoxdur	Nəticə bioloji nümunədə yüksək hemoqlobin konsentrasiyasını göstərən laboratoriya testinin nəticələrinə əsaslanır.
Hematologiya	Hemoliz	Yalnız hemolizi təsdiq edən laboratoriya göstəriciləri (məsələn, birbaşa antiqlobulin testi (DAT); birbaşa Kumbs testi ; şizositlər; haptoqlobin konsentrasiyasının azalması)	> = 2 q azalması	Qanköçürmə və ya tibbi müdaxilə tələb edir (məsələn, steroid qəbulu)	Həyat üçün təhlükəli nəticələr; təcili tibbi müdaxilə tələb olunur	Qırmızı qan hüceyrələrinin membranlarının geniş şəkildə məhv edildiyini göstərən laboratoriya nəticələri ilə xarakterizə olunan bir hal.
Hematologiya	Yüksək konsentrasiyada fibrinogen	Yüksək: 400-600 mq / dL	Yüksək : >600 mq / dL	Yoxdur	Diffuz laxtalanma səbəbindən fibrinogen konsentrasiyasında dəyişikliklər	Nəticə qan nümunəsində fibrinogen konsentrasiyasının artdığını göstərən laboratoriya testlərinə əsaslanır.
Hematologiya	Yüksək beynəlxalq normallaşma əmsalı - İNR	> 1 - 1,5 x NYH; antikoaqulyasiya zamanı ilkin dəyəri > 1 - 1,5 dəfə aşır	> 1,5 - 2,5 x NYH; antikoaqulyasiya zamanı ilkin dəyərdən > 1,5 - 2,5 dəfə artıqdır	> 2,5 x NYH; antikoaqulyasiya zamanı ilkin dəyərdən > 2,5 dəfədən çox artıb	Yoxdur	Nəticə qan nümunəsində xəstənin qan laxtalanma vaxt əmsalının artdığını göstərən laboratoriya testinin nəticələrinə əsaslanır.
Hematologiya	Leykositoz	Yoxdur	Yoxdur	> 100,000/mm3 [> 100 x 10^9/l][> 100 x 10^3/ µl]	Leykositozun klinik təzahürləri; təcili tibbi müdaxilə tələb olunur	Qanda ağ qan hüceyrələrinin artan konsentrasiyasını göstərən laboratoriya testlərinin nəticələri ilə xarakterizə olunan bir pozuntu
Hematologiya	Aşağı konsentrasiyada fibrinogen	Aşağı: 200 - 100 mq / dl	Aşağı : <100 mq / dL	<50 mq / dl	Ciddi qanaxma səbəbi ilə fibrinogen konsentrasiyasında dəyişikliklər	Nəticə qan nümunəsində fibrinogen konsentrasiyasının azaldığını göstərən laboratoriya testlərinə əsaslanır.
Hematologiya	Limfositlərin konsentrasiyasının aşağı düşməsi	< NLN - 800/mm3 [< NLN - 0,8 x 10^9/l] [< NLN - 0,8 x 10^3/ µl]	< 800 - 500/mm3 [0,8 - 0,5 x 10^9/l][0,8 - 0,5 x 10^3/ µl]	<500 - 200/mm3 [0,5 - 0,2 x 10^9/l][0,5 - 0,2 x 10^3/ µl]	< 200/mm3 [<0,2 x 10^9/l][< 0,2 x10^3/ µl]	Nəticə qan nümunəsində limfositlərin konsentrasiyasının azaldığını göstərən laboratoriya testlərinə əsaslanır.
Hematologiya	Limfositlərın artmış konsentrasiya	Yoxdur	> 4000 - 20 000/mm3 [> 4 - 20 x 10^9/l][> 4 - 20 x 10^3/ µl]	> 20,000/mm3 [> 20 x 10^9/l][> 20 x 10^3/ µl]	Yoxdur	Nəticə qanda, efüzyonda və ya sümük iliyində limfositlərin konsentrasiyasında anormal artımı göstərən laboratoriya testlərinə əsaslanır.
Hematologiya	Methemoqlobin	5,0 - 9,9%	10,0 - 14,9%	15,0 - 19,9%	> 20,0%	Qan testinin nəticələrinə əsasən methemoqlobin saturasiyası.

Hematologiya	Aşağı konsentrasiyada trombositlər	99,999-75,000/mm3 [99,9-75,0 x 10^9/l][99,9-75,0 x 10^3/ µl]	74.999-50.000/mm3 [74.9-50.0 x 10^9/l][74.9-50.0 x 10^3/ µl]	49,999-20,000/mm3 [49,9-20,0 x 10^9/l][49,9-20,0 x 10^3/ µl]	< 20.000/mm3 [< 20.0 x 10^9/l][< 20.0 x 10^3/ µl]	Nəticə qan nümunəsində trombositlərin konsentrasiyasının azaldığını göstərən laboratoriya testlərinə əsaslanır.
Hematologiya	Qanın laxtalanma vaxtının artması (BCT)	1,01 - 1,25 x NYH	1,26-1,5 x NYH	1.51-3.0 x NYH	>3 x NYH	Qanın laxtalanma vaxtının nəzarət dəyərini aşdığı anormal laboratoriya nəticəsi.
Hematologiya	Ağ qan hüceyrələrinin konsentrasiyasının azalması	< NLN - 3000/mm3 [< NLN - 3 x 10^9/l] [< NLN - 3 x 10^3/ µl]	< 3000 - 2000/mm3 [3 - 2 x 10^9/l][3 - 2 x 10^3/ µl]	< 2000 - 1000/mm3 [< 2 - 1 x 10^9/l][< 2 - 1 x 10^3/ µl]	< 1000/mm3 [< 1 x 10^9/l][< 1 x 10^3/ µl]	Nəticə qan nümunəsində ağ qan hüceyrələrinin konsentrasiyasının azaldığını göstərən laboratoriya testlərinin nəticələrinə əsaslanır.
Qaraciyər və öd yollarının pozuntuları	Qaraciyər çatışmazlığı	Yoxdur	Yoxdur	Tremor; yüngül ensefalopatiya; əsas gündəlik özünə qulluq fəaliyyətlərini yerinə yetirmək üçün məhdud qabiliyyət	Orta və ya ağır ensefalopatiya; koma; həyat üçün təhlükəli nəticələr	Qaraciyərin orqanizmdə kimyəvi maddələr mübadiləsi apara bilməməsi ilə xarakterizə olunan haldır. Laboratoriya testlərinin nəticələri plazmada ammonyak, bilirubin, laktat dehidrogenaz və qələvi fosfatazın anormal konsentrasiyasını göstərir
İmmunoloji pozuntular	Allergik reaksiya	Qaşınma olmadan səpgilər	Məhdud yayılmış övrə	Övrə; angioödem	Anafilaktik şok	Allergen təsirinə məruz qaldıqda mənfi yerli və ya ümumi reaksiyalarla xarakterizə olunan bir hal. Anafilaksiyanın ən ağır mərhələsi , tosqun hüceyrələrdən histamin və histamin kimi maddələrin azad olması nəticəsində allergik immun reaksiyaya səbəb olan kəskin iltihablı reaksiya ilə xarakterizə olunur. Klinik olaraq tənəffüs çətinliyi, başgicəllənmə, hipotenziya, sianoz və huşun itirilməsi kimi özünü göstərir və ölümlə nəticələnə bilər.
İmmunoloji pozuntular	Autoimmun reaksiya	Asimptomatik; orqanın normal fəaliyyəti zamanı autoimmun reaksiyanın seroloji və ya digər əlamətləri; tibbi müdaxilə tələb olunmur	Kiçik orqanlar və ya onların funksiyalarını əhatə edən autoimmün reaksiyanın əlamətləri (məsələn, hipotiroidizm)	Əsas orqanla əlaqəli autoimmun reaksiyalar (məsələn, kolit, anemiya, miokardit, böyrəklər)	Həyat üçün təhlükəli nəticələr; təcili tibbi müdaxilə tələb olunur	Orqanizmin öz hüceyrə komponentlərinə humoral və hüceyrə immun reaksiyaları nəticəsində orqan və ya bir çox orqanın funksiyasının itirilməsi və ya toxuma tələfi nəticəsində yaranan pozuntu

İnfeksiyalar	İnfeksiyalar	Yerli və ya asimptomatik; yerli tibbi müdaxilə tələb olunur	Simptomatik; tibbi müdaxilə tələb edir (məsələn, topikal və ya oral antibiotiklər)	Sistemli tibbi müdaxilə və ya xəstəxanaya yerləşdirmə/əməliyyat tələb edir	Həyat üçün təhlükəli ağırlaşmalar; təcili tibbi müdaxilə tələb olunur	Yoluxucu proseslə xarakterizə olunan bir hal.
Karbon oksidinə görə diffuzion qabiliyyətin azalması	Karbon oksidi üçün azalmış diffuziya	NAH-dən 3-5 vahid aşağı; təqib zamanı ilkin dəyərdən 3-5 vahid (ml/dəq/mm c.s) aşağı düşmə	NAH-dən 6-8 vahid aşağı; təqib zamanı asimptomatik azalma > 5-8 vahid (ml/dəq/mm c.s.) başlanğıc səviyyəsindən aşağı	Asimptomatik azalma > 8 vahid; ağciyər simptomları olduqda >5 vahidin azalması (məsələn, hipoksiya >2-ci dərəcəli və ya tənnəfəslik>2-ci dərəcəli və ya daha yüksək)	Yoxdur	Nəticə karbon oksidinin absorbsiya qabiliyyətinin azaldığını göstərən ağciyər funksiyası testlərinə əsaslanır.
Gücləndirilmiş nəfəsvermə həcminin azalması	Azalmış ekspirator həcmi (FEV)	Proqnozlaşdırılan FEV1% (müşahidə edilmiş FEV1 və müvafiq proqnozlaşdırılan dəyərlərlə əlaqəli FVC-nin faizi) 99-70% təşkil edir.	FEV1 60-69%	50–59%	<= 49%	Nəticə müəyyən sayda saniyə ərzində nəfəs verən ağciyərlərin məcburi həyat qabiliyyətinin nisbətinin nisbi azaldığını göstərən tədqiqata əsaslanır.
Ağciyərlərin həyat tutumunun azalması	Ağciyərlərin anormal həyat tutumu	90-75% proqnozlaşdırılan dəyərlər	proqnozlaşdırılan dəyərin <75-50 %-i; gündəlik özünə qulluq fəaliyyətini yerinə yetirmək üçün məhdud qabiliyyət	proqnozlaşdırılan dəyərin <50 %-i; əsas gündəlik özünə qulluq fəaliyyətlərini yerinə yetirmək üçün məhdud qabiliyyət	Yoxdur	Nəticə həyat tutumunun (maksimum inhalyasiyadan sonra çıxarılan havanın miqdarı) proqnozlaşdırılan dəyərlə müqayisədə anormal olduğunu göstərən ağciyər funksiyası testinin nəticələrinə əsaslanır.
Çəki artımı	Artan çəki	İlkin çəkinin 5 - < 10 %-i	İlkin çəkinin 10 - < 20 %-i	İlkin çəkidən >= 20 %	Yoxdur	Ümumi bədən çəkisinin artması ilə xarakterizə olunan nəticə; pediatriyada - böyümə əyrisinin ilkin dəyərini aşması.
Çəki itkisi	Azalan çəki	İlkin çəkinin 5 – <10 %-i; tibbi müdaxilə tələb olunmur	İlkin çəkinin 10- <20 %-i qədər; əlavə qida tələb olunur	> = ilkin səviyyənin 20%-də; qidalanma borusu və ya PPT tələb olunur	Yoxdur	Ümumi bədən çəkisinin azalması ilə xarakterizə olunan nəticə; pediatriyada – böyümə əyrisinin ilkin dəyərinə çatmamaq.
Metabolik və qida pozuntuları	Dehidrasiya	Qəbul olunan mayenin həcmini artırmaq lazımdır; quru selikli qişalar; dəri turqorunun azalması	< 24 saat ərzində venadaxili maye infuziyası tələb olunur	İntravenoz maye infuziyası və ya xəstəxanaya yerləşdirilməsini tələb edir	Həyat üçün təhlükəli nəticələr; təcili tibbi müdaxilə tələb olunur	Bədəndən həddindən artıq maye itkisi ilə xarakterizə olunan hal. Bu, adətən şiddətli ishal, qusma və ya tərləmə nəticəsində baş verir.
Metabolik və qida pozuntuları	Piylənmə	Yoxdur	BMI 25 - 29,9 kq / m2	BMI 30 - 39,9 kq / m2	BMI >= 40 kq /m2	Bədənin artıq pylənməsi ilə xarakterizə olunan bir hal

Sümük-əzələ sisteminin xəstəlikləri	Artralgiya (oynaq ağrısı)	Funksiyaya müdaxilə etməyən yüngül ağrı	Analgetiklər və/və ya funksiyaya mane olan, lakin gündəlik özünə qulluq fəaliyyətlərini yerinə yetirmək qabiliyyətini məhdudlaşdırmayan orta dərəcədə ağrı	Güclü ağrı; analgetiklərin istifadəsi və/yaxud gündəlik özünə qulluq fəaliyyətini məhdudlaşdıran ağrı	əmək qabiliyyətini məhdudlaşdıran ağrı	Oynaqlarda şiddətli narahatlıq hissi ilə xarakterizə olunan bir pozuntu
Sümük-əzələ sisteminin xəstəlikləri	Artrit	Oynağın iltihabı, eritema və ya şişməsi ilə müşayiət olunan, lakin oynaq funksiyasına mane olmayan yüngül ağrılar	Orta dərəcədə ağrı, iltihab, eritema və ya oynağın şişməsi ilə müşayiət olunur, bu funksiyaya mane olur, lakin gündəlik özünə qulluq fəaliyyətini həyata keçirmək qabiliyyətini məhdudlaşdırmır.	İltihab, eritema və ya oynağın şişməsi ilə müşayiət olunan və gündəlik özünə qulluq fəaliyyətini məhdudlaşdıran şiddətli ağrı	Geri dönməz və/və ya əlilliyə səbəb olan oynaq destruksiyası	Ümumi təsirə malik iltihabla xarakterizə olunan bir xəstəlik
Sümük-əzələ sisteminin xəstəlikləri	Mialgiya	Hər hansı bir fəaliyyət qabiliyyətini məhdudlaşdırmayan mialgiya	Əzələ ağrıları (inyeksiya yerində deyil) və ya fəaliyyətin yüngül şəkildə pozulması	Fəaliyyətin kəskin pozulması ilə şiddətli əzələ ağrısı	Kəskin ifadə olunan nekroz	Əzələ və ya əzələ qrupunda baş verən əhəmiyyətli narahatlıq hissi ilə xarakterizə olunan bir pozuntu
Sümük-əzələ sisteminin xəstəlikləri	Tendinopatiya	Gərginləşmiş vətərlər (zədəsiz). Ağrı və şişkinlik.	Hissəvi vətər yırtığı. Orta dərəcədə ağrı və şişkinlik. hərəkət diapazonu azalır	Vətərlərin tam zədələnməsi/yarılması, əhəmiyyətli ağrı və şişkinlik. Əzələ daralması zamanı oynağın hərəkətliliyi tamamilə məhduddur. Cərrahi müdaxilə tələb olunur.	Cərrahi müdaxilə nəticəsində həyati təhlükəsi olan ağırlaşmalar	Yüngül iltihab, qismən yırtılma / qırılma səbəbi ilə vətər zədələnməsi.
Nevroloji pozuntular	Depressiya	Depressiya halı. aydın şüur	Sedasiya; stimullara ləng reaksiya; gündəlik özünə qulluq fəaliyyətini yerinə yetirmək üçün məhdud qabiliyyət	Çətin oyanış	Həyat təhlükəli ağırlaşma	Məlumatı qavramaq və suallara cavab vermək qabiliyyətinin azalması ilə xarakterizə olunan pozuntu
Nevroloji pozuntular	Disgeuziya	Dadbilmə qabiliyyətində dəyişiklik var, amma pəhrizdə dəyişiklik yoxdur	Pəhriz dəyişiklikləri (məsələn, pəhriz əlavələri), zəhərli və ya xoşagəlməz dad ilə dadın dəyişməsi; dad itkisi	Yoxdur	Yoxdur	Qidaların dadının anormal qavranılması ilə xarakterizə olunan pozuntu; bu, qoxunu qavramaq qabiliyyətinin azalması ilə bağlı ola bilər.

Nevroloji pozuntular	Əzələ gücünün azalması	Subyektiv zəiflik, obyektiv simptomlar/əlamətlər yoxdur	Obyektiv simptomlar/əlamətlər mülayimdir, aktivlikdə azalma yoxdur	Ciddi zəiflik, məhdud fəaliyyət	İflic	Bədənin bir və ya bir neçə bölgəsində əzələ gücünün azalması ilə xarakterizə olunan bir hal.
Nevroloji pozuntular	Neyroserebral pozuntular	Koordinasiyanın kiçik pozulması, disdiadokokinez	İntension tremor, dismetriya , nitqin pozulması; nistaqmus	Lokomotor ataksiya	əmək qabiliyyətinin itirilməsi	Geniş miqyaslı neyroserebral pozuntular
Nevroloji pozuntular	Neyrosensor pozuntular	Kiçik hissiyyat pozuntusu (həssaslığın azalması, məsələn, vibrasiya, inyeksiya, ayaq barmaqlarının isti/soyuğa həssaslığının itirilməsi), pozuntunun yerli və ya simmetrik paylanması; və ya dad, qoxu, görmə və/və ya eşitmədə dəyişikliklər; və/və ya səviyyə 1 vibrasiya qavrayışının pozulması (həssaslığın yüngül itkisi).	Orta dərəcədə pozuntu (həssaslığın orta dərəcədə azalması, məsələn, vibrasiyaya, iynələrə, topuqda istilik/soyuğa həssaslığın itirilməsi) və/və ya qeyri-normal oynaq düzümü; və/və ya səviyyə 2 vibrasiya qavrayışının pozulması (həssaslığın orta dərəcədə itməsi)	Ağır pozulma (dizlərdə və ya biləklərdə hissiyyatın azalması və ya itməsi); və/və ya 3-cü səviyyə vibrasiya qavrayış pozuntusu və/və ya 1-ci səviyyəli miostatik refleks	Hissiyatın tam itirilməsi; iflic; 0 səviyyəli miostatik refleks.	Geniş miqyaslı neyrosensor pozuntular
Nevroloji pozuntular	Paresteziya	Yüngül narahatlıq; müalicə tələb olunmur	Orta dərəcədə narahatlıq; qeyri-narkotik analgeziya tələb olunur; və/və ya BSPN həyata keçirməklə hər iki tərəfdə 4-6 balla sensor neyropatiyanın subyektiv qiymətləndirilməsi .	Şiddətli narahatlıq; və ya simptomları yaxşılaşdırmaq üçün narkotik analgeziya tələb edir; və (və ya) BSPN həyata keçirməklə hər iki tərəfdən sensor neyropatiyanın 7-10 balla subyektiv qiymətləndirilməsi .	İş qabiliyyətinin itirilməsi; narkotik analgeziyaya reaksiya olmaması.	Həssas neyronların funksional pozuntusu ilə xarakterizə olunan, təsir mənbələri olmadıqda meydana gələn keyimə, iynələnmə, uyuşma, təzyiq, soyuqluq və istilik kimi anormal dəri hissləri ilə nəticələnən hal
Nevroloji pozuntular	Konvulsiyalar	Qısa müddətli hissəvi konvulsiyalar; şüur itkisi olmadan	Qısa müddətli ümumi qıcolmalar	Tibbi müdaxiləyə baxmayaraq çoxsaylı qıcolmalar	Həyat üçün təhlükəli; uzunmüddətli təkrarlanan qıcolmalar	Beyin pozuntuları nəticəsində skelet əzələlərinin ani, qeyri-iradi yığılması ilə xarakterizə olunan bir hal.
Nevroloji pozuntular	Sinkopa	Yoxdur	Yoxdur	huşun itirilməsi; ortostatik kollaps	Yoxdur	Beyinə kifayət qədər qan təchizatının olmaması səbəbindən qəfil huş itkisi ilə xarakterizə olunan hal.

Hamiləlik, doğuşdan sonrakı vəziyyətlər	Dölün inkişafında gecikmə	Yoxdur	Hamiləlik dövrü üçün <10 % faiz çəkisində	Hamiləlik dövrü üçün <5 % faiz çəkidə	Hamiləlik dövrü üçün <1 % faiz çəkisində	Dölün potensial çəkisinə çatmaması ilə nəticələnən dölün böyüməsinin ləngiməsi ilə xarakterizə olunan bir hal.
Hamiləlik, doğuşdan sonrakı vəziyyətlər	Vaxtından əvvəl doğuş	Təbii doğuşla diri uşaq > 34-37 həftəlik hamiləlik	Təbii doğuşla diri uşaq > 28-34 həftəlik hamiləlik	Təbii doğuşla diri > 24-28 həftəlik hamiləlik	Təbii doğuşla diri uşaq > 24 həftəlik və daha az hamiləlik müddəti	Hamiləlik yaşına çatmadan canlı dölün doğulması ilə xarakterizə olunan hal. Tipik olaraq, vaxtından əvvəl doğuş hamiləliyin 20-ci və 37-ci həftələri arasında baş verə bilər.
Psixiatrik pozuntular	Narahatlıq	Yüngül simptomlar; heç bir tibbi müdaxilə tələb olunmur; və/yaxud Hamilton Anksiyete Şkalasında 1-17 bal.	Orta dərəcəli simptomlar; gündəlik özünə qulluq fəaliyyətini yerinə yetirmək qabiliyyətinin məhdudluğu; və/yaxud Hamilton Anksiyete Skalası üzrə 18-24 bal.	Şiddətli simptomlar; gündəlik özünə qulluq fəaliyyətini yerinə yetirmək qabiliyyətinin məhdudluğu ; və/və ya Hamilton Anksiyete Şkalasında 25-30 bal.	Həyat üçün təhlükə; Hamilton Anksiyete Şkalası üzrə > 30 bal ; və/və ya xəstəxanaya yerləşdirmə tələb olunur.	Narahatlıq və qorxu hissləri ilə xarakterizə olunan pozuntu, aydın şəkildə müəyyən edilmiş təsir mənbəyi ilə əlaqəli narahatlıq, gərginlik, taxikardiya və nəfəs darlığı ilə müşayiət olunur.
Psixiatrik pozuntular	Depressiya	Yüngül depressiv simptomlar; və/və ya depressiyanın şiddətini qiymətləndirmək üçün 1-9 ballıq PHQ 9 şkalası	Orta dərəcədə depressiya əlamətləri; gündəlik özünə qulluq fəaliyyətini yerinə yetirmək qabiliyyətinin məhdudluğu; və/və ya depressiyanın şiddətini qiymətləndirmək üçün PHQ 9 10-14 bal.	Şiddətli depressiv simptomlar; əsas gündəlik özünə qulluq fəaliyyətini yerinə yetirmək qabiliyyətinin məhdudluğu; xəstəxanaya yerləşdirmə tələb olunmur; və/və ya depressiyanın şiddətini qiymətləndirmək üçün PHQ 9 15-19 balı.	Həyat üçün təhlükəli nəticələr, özünə və ya başqalarına zərər vurma təhlükəsi; depressiyanın şiddətini qiymətləndirmək üçün PHQ 9 şkalası üzrə 20-27 bal ; və/və ya xəstəxanaya yerləşdirmə tələb olunur	Kədər və ya bədbinlik melanxolik hissləri ilə xarakterizə olunan hal.
Psixiatrik pozuntular	Psixoz	Yüngül psixotik simptomlar	Yüngül psixotik simptomlar (məsələn, nitq pozuntusu; qavrayış pozuntusu testi)	Şiddətli psixotik simptomlar (məsələn, paranoya, tam nizamsızlıq); xəstəxanaya yerləşdirmə tələb olunmur	Həyat üçün təhlükəli nəticələr, özünə və ya başqalarına zərər vurma təhlükəsi; xəstəxanaya yerləşdirmə tələb olunur	Şəxsiyyət dəyişiklikləri, funksiyaların pozulması və reallıqla əlaqənin itirilməsi ilə xarakterizə olunan hal. Bu, şizofreniya, bipolyar pozuntu və ya beyin şişinin təzahürü ola bilər.
Psixiatrik pozuntular	İntihara meyilli düşüncə	Özünü öldürmək arzusu olmadan ölüm haqqında tez-tez fikirlər	Xüsusi bir plan və ya niyyət olmadan intihar düşüncələri	Ciddi ölüm niyyəti olmadan intihar etmək üçün xüsusi plan; Xəstəxanaya yerləşdirmə tələb olunmaya bilər	Ölmək üçün ciddi niyyətlə intihar etmək üçün xüsusi plan; xəstəxanaya yerləşdirmə tələb olunur	İntihar düşüncələri ilə xarakterizə olunan hal.

Psixiatrik pozuntular	İntihar cəhdi	Yoxdur	Yoxdur	Ölmək niyyəti olmadan intihara cəhd. Xəstəxanaya yerləşdirmə tələb olunmaya bilər.	Ölmək niyyəti ilə intihara cəhd; xəstəxanaya yerləşdirmə tələb olunur	Bir insanın həyatına son qoymaq cəhdində özünə zərər verməsi ilə xarakterizə olunan bir pozuntu
Böyrək və sidik yollarının pozuntuları	Kəskin böyrək çatışmazlığı	Kreatinin səviyyəsinin > 0,3 mq/ dl [26,5 µmol /l] artması; kreatinin səviyyəsi NYH 1,5-2,0 dəfə yüksəkdir	Kreatinin səviyyəsi baza səviyyəsindən 2-3 dəfə yüksəkdir	Kreatinin səviyyəsi NYH > 3 dəfə və ya >4,0 mq/ dL [>353,7 µmol /L]; xəstəxanaya yerləşdirmə tələb olunur	Həyat üçün təhlükəli ağırlaşma; dializ tələb olunur	Böyrək funksiyasının kəskin itkisi ilə xarakterizə olunan və ənənəvi olaraq prerenal (böyrəklərə qan axınının azalması), böyrək (böyrək zədələnməsi) və ya postrenal səbəblər (ureterin obstruksiyası və ya sidik kisəsi tıxanması) kimi təsnif edilən bir xəstəlikdir.
Böyrək və sidik yollarının pozuntuları	Xroniki böyrək xəstəliyi	ERFR (təxmin edilən qlomerular filtrasiya dərəcəsi) və ya CK (kreatinin klirensi) < NGN - 60 ml/dəq/1,73 m ^{2} və ya proteinuriyanın olması 2+; sidikdə protein/kreatinin > 0,5	RSKF və ya KK 59 - 30 ml/dəq/1,73 ^{m2}	RSKF və ya KK 29 - 15 ml/dəq/1,73 ^{m2}	RSFR və ya CC < 15 ml/dəq/1,73 ^{m2} ; dializ və ya böyrək transplantasiyası tələb olunur	Böyrək çatışmazlığı səbəbindən böyrək funksiyasının tədricən və adətən geri dönməz itkisi ilə xarakterizə olunan xəstəlik.
Cinsiyyət orqanları və süd vəziləri tərəfindən pozuntular	Azospermiya	Yoxdur	Yoxdur	Eyakulyatda sperma yoxdur	Yoxdur	Spermada spermanın tam olmamasını göstərən laboratoriya testlərinin nəticələri ilə xarakterizə edilən pozuntu
Cinsiyyət orqanları və süd vəziləri tərəfindən pozuntular	Ginekomastiya	Süd vəzinin asimptomatik böyüməsi	Simptomatik (məsələn, ağrı və ya psixososial təsir) ginekomastiya	Şiddətli simptomlar; elektiv cərrahiyyə tələb olunur	Yoxdur	Kişilərdə süd vəzilərinin həddindən artıq inkişafı ilə xarakterizə olunan hal.
Cinsiyyət orqanları və süd vəziləri tərəfindən pozuntular	Qeyri-müntəzəm menstruasiya	1 aydan 3 aya qədər qeyri-müntəzəm menstrual dövr	4 aydan 6 aya qədər qeyri-müntəzəm menstrual dövr	6 aydan çox davam edən amenoreya	Yoxdur	Qeyri-müntəzəm menstruasiya müddəti ilə xarakterizə olunan hal.
Cinsiyyət orqanları və süd vəziləri tərəfindən pozuntular	Menorragiya	Yüngül simptomlar; dəmir preparatlarının qəbulunu tələb edir	Orta dərəcəli simptomlar; tibbi müdaxilə tələb edir (məsələn, hormonların qəbulu)	Simptomlar şiddətlidir; qanköçürmə tələb olunur; əməliyyat tələb olunur (məsələn, histerektomiya)	Həyat üçün təhlükəli ağırlaşma; təcili tibbi müdaxilə tələb olunur	Menstruasiya zamanı anormal ağır vaginal qanaxma ilə xarakterizə olunan hal.
Cinsiyyət orqanları və süd vəziləri tərəfindən pozuntular	Oliqospermiya	Sperma konsentrasiyası > 48 milyon/ml və ya sperma hərəkətliliyi > 68%	Sperma konsentrasiyası 13 - 48 milyon/ml və ya sperma hərəkətliliyi 32 - 68%	Sperma konsentrasiyası < 13 milyon/ml və ya sperma hərəkətliliyi < 32 %	Yoxdur	Spermada sperma konsentrasiyasının azalması ilə xarakterizə olunan hal.

Tənəffüs pozuntular	Kəskin bronxospazmlar	keçici; müalicə tələb olunmur; 70-80% FEV1 pik ekspirator axınında	Müalicə tələb olunur; bronxodilatatorların qəbulu ilə vəziyyət normallaşdırılır ; FEV1 50-70% (pik sürətdə)	Bronxodilatatorlar qəbul edərkən vəziyyət normallaşmır ; FEV1 pik sürətdə 25-50%; və ya geri çəkilmələr mövcuddur	Sianoz: pik sürətdə FEV1 < 25 % və ya intubasiya tələb olunur	Bronxial divarın hamar əzələlərinin ani daralması ilə xarakterizə olunan hal.
Tənəffüs pozuntular	Öskürək	keçici ; müalicə tələb olunmur	Sabit öskürək ; müvafiq müalicə	Paroksismal öskürək ; nəzarət edilmir müalicə	Yoxdur	Ağciyərlərdən havanın məcburi buraxılmasına səbəb olan və adətən xarakterik bir səslə müşayiət olunan qəfil, tez-tez təkrarlanan spazmatik daralması ilə xarakterizə olunan bir hal.
Tənəffüs pozuntular	Təngnəfəslik	gərginlik zamanı yaranır	Adi fəaliyyət zamanı yaranır	Sükut halında yaranır	Oksigen terapiyası tələb edən tənəffüs çatışmazlığı	Nəfəs almaqda çətinlik çəkən narahat bir hiss ilə xarakterizə olunan hal.
Dəri təzahürləri	Suluqlar	< 15 mm	15-30 mm	> 30 mm	Yoxdur	Həddindən artıq maye yığılması nəticəsində şişkinlik ilə xarakterizə olunan hal.
Dəri təzahürləri	Eritema	< 15 mm	15-30 mm	> 30 mm	Yoxdur	Dərinin bir sahəsinin qızartısı ilə xarakterizə olunan hal.
Dəri təzahürləri	Davamlılıq	< 15 mm	15-30 mm	> 30 mm	Yoxdur	Dərinin bir hissəsinin sərtləşməsi ilə xarakterizə olunan hal.
Dəri təzahürləri	İnyeksiya yerində reaksiya	Əlaqədar simptomlarla və ya olmayan ağrı (məsələn, qızdırma, qızartı, qaşınma)	Ağrı; lipodistrofiya, flebit	xora və ya nekroz; ciddi toxuma zədələnməsi; əməliyyat tələb olunur	Həyat üçün təhlükəli ağırlaşmalar; təcili tibbi müdaxilə tələb olunur	İnyeksiya yerində baş verən intensiv mənfi reaksiya (adətən immunoloji mənşəli) ilə xarakterizə olunan pozuntu
Dəri təzahürləri	Selikli qişa və dərinin qıcıqlanması simptomları	eritema ; qaşınma	Diffuziya, makulopapulyar səpgi, quru deskvamasiya	Vesikulyasiya və ya yaş deskvamasiya və ya xoralar	Eksfoliativ dermatit, selikli qişanın zədələnməsi və ya eritema, polimorfik təzahürlər və ya Stevens-Conson sindromunun şübhəsi və ya cərrahi müdaxilə tələb edən nekroz	Adi simptomlardan (məsələn, qaşınma) həyati təhlükəsi olan dəri xəstəliklərinə (məsələn, Stivens-Conson sindromu) qədər ümumi dəri xəstəlikləri
Dəri təzahürləri	Qaşınma	İnyeksiya yerində yüngül qaşınma	İnyeksiya yerində orta dərəcədə qaşınma	Bütün bədən nahiyəsində qaşınma	Yoxdur	Güclü qaşınma hissi ilə xarakterizə olunan hal.
Dəri təzahürləri	İnyeksiya yerində səpgilər	< 15 mm	15-30 mm	> 30 mm	Yoxdur	İnyeksiya yerində dəri səpgisi

Dəri təzahürləri	Hipo- və hiperpiqmentasiya	BSA-nın < 10 %-ni əhatə edən hipo /hiperpiqmentasiya və ya depiqmentasiya; psixoloji təsiri yoxdur	BSA-nın < 10 %-ni əhatə edən hipo /hiperpiqmentasiya və ya depiqmentasiya; psixoloji təsir göstərir	Yoxdur	Yoxdur	Hiperpiqmentasiya nəticəsində dəri rənginin tündləşməsi ilə xarakterizə olunan hal.
Sidik analizi	Hematuriya	Yalnız mikroskopik; yüksək böyüdücü altında görmə sahəsində qırmızı qan hüceyrələrinin sayı - < 10	Kütləvi; laxtalanma olmadan, yüksək böyütmə altında görmə sahəsində qırmızı qan hüceyrələrinin sayı > 10- dur	Kütləvi; laxtalanmış/laxtasız və ya qırmızı qan hüceyrə kütlələri	Obstruktivdir və ya qan köçürməsini tələb edir	Sidikdə qanın varlığını göstərən laboratoriya testlərinin nəticələri ilə xarakterizə olunan bir pozuntu
Sidik analizi	Proteinuriya	Gündə 1+ və ya 200 mq itki – 1q	Gündə 2-3+ və ya 1-2 q itki	Gündə 4+ və ya 2-3,5 q itki	Nefrotik sindrom və ya gündə > 3,5 q itki	Sidikdə artıq protein olmasını göstərən laboratoriya testlərinin nəticələri ilə xarakterizə edilən bir pozuntu. Əsasən bu, albumin və qlobulindir.

NYH – normanın yuxarı həddi

NAH – normanın aşağı həddi

Əlavə 9. RDV-nin müalicəsində istifadə olunan ikinci sıra VƏDP-lərin təsnifatı və hər preparat üzrə qısa məlumat

Qruplar və mərhələlər	Dərman preparatı və onun ixtisarı	
A Qrupu: **Hər üç preparatı daxil etmək**	Levofloksasin və ya Moksifloksasin	Lfx Mfx
	Bedakvilin	Bdq
	Linezolid	Lzd
B Qrupu: **Birini və ya hər ikisini daxil etmək**	Klofazimin	Cfz
	Sikloserin Terizidon	Cs Trd
C Qrupu: **Rejimin komplektləşdirilməsi məqsədi ilə və ya A/B qruplarlarından olan preparatlardan istifadə mümkün olmadığı halda daxil etmək**	Etambutol	E
	Delamanid	Dlm
	Pirazinamid	Z
	İmipenem-silastatin və ya meropenem	Ipm–Cln Mpm
	Amikasin və ya streptomisin	Am, S
	Etionamid və ya protionamid	Eto, Pto
	Paraaminsalisil turşusu	PAST

Əlavə 10. Dərman vasitələrinin əsas arzuolunmaz reaksiyaları və onların qarşısının alınması üçün tədbirlər

Arzuolunmaz reaksiyalar (mümkün səbəblər)	*Müalicə strategiyası*	*Tədbirlər*
Səpgi, allergik reaksiyalar və anafilaksiya (istənilən dərman vasitəsi verə bilər)	1. Ciddi allergik reaksiyalar zamanı. Reaksiya aradan qalxana qədər müalicə tam dayandırılır. Anafilaktik reaksiya zamanı bütün tədbirlər təxirəsalınmaz hallar zamanı yardım tədbirlərinə uyğun təşkil edilir. 2. Digər dəri allergik reaksiyalarının mümkün səbəbləri istisna edilməlidir (qoturluq və ya digər xarici agentlər). 3. Dəri reaksiyaları zamanı müxtəlif vasitələr müalicəni davam etməyə yardım edə bilər: • Antihistamin dərman vasitəsi. • Səpgi olduqda hidrokortizon məlhəmindən yerli istifadə. • Əgər digər üsullar kömək etmirsə, kiçik dozalarda 10 mq-dan 20 mq-dək bir necə həftə ərzində prednizolon təyin edilməlidir. • Fototoksiklik günəş şüalarından qoruyan vasitələrin istifadəsi ilə azaldıla bilər. • Dəri quruluğu qaşınmaya səbəb ola bilər (xüsusilə şəkərli diabet xəstələrində), bu halda çox miqdarda nəmləndirici losyondan istifadə tövsiyə olunur. Dəri quruluğu klofaziminin istifadəsi zamanı rast gəlinən əsas problemlərdəndir.	1. Dərman vasitələrinə qarşı allergik reaksiyalara dair təfsilatlı anamnez toplanılmalıdır. Dərman vasitələrinə qarşı olan istənilən allergik reaksiya xəstənin müalicə kartında qeyd olunmalıdır. Gözlənilmədən baş verən istilik hissi (üzün qızarması) rifampisin və ya pirazinamidə qarşı reaksiya kimi inkişaf edə bilər. Adətən onlar yüngül dərəcəli olub, tez bir zamanda spontan şəkildə itir. Belə hallarda antihistamin dərman vasitələri istifadə edilə bilər. İzoniazid, tiramin tərkibli qida (pendir, qırmızı çaxır) qəbul etdikdə istilik hissinin, qaşınmanın və ürəkdöyünmənin tezləşməsinin səbəbi ola bilər. Əgər belə hallar baş verirsə, xəstəyə bu qida məhsullarından istifadə etməməsini məsləhət görün. 2. İstənilən dərman vasitəsi övrənin yaranmasına səbəb ola bilər. Hansı dərman vasitəsinin övrəyə səbəb olduğunu öyrənmək üçün dərman vasitələrini müalicə sxemində tək-

	4. Səpgi keçdikdən sonra vərəm əleyhinə dərman vasitələri bir-bir əlavə olunmalıdır, səpgiyə səbəb olduğuna şübhə yaranmış dərman vasitəsi isə sonuncu əlavə olunmalıdır. Səpginin yaranmasına səbəb olmuş dərman vasitəsi məlumdursa, bu halda effektiv müalicə sxemini tərtib etmək üçün bu dərman vasitəsi digəri ilə əvəz olunur. 5. Ciddi yan təsirin yaranmasına səbəb olmuş dərman vasitəsinin istifadəsi dayandırılır.	tək bərpa edin. Övrə olduqda desensibilizasiya üsulundan istifadə olunmalıdır. 3. Əgər xəstədə hər hansı dərman vasitəsinə qarşı anafilaksiya və ya Stivens- Jons sindromu müşahidə edilibsə bu dərman vasitəsinin təkrar istifadəsi qadağandır.
Ürəkbulanma və qusma (Eto, Pto, PAST, Bdq, H, E, Z, Amx/Clv, Cfz, Dlm)	1. Hepatitlər, dehidratasiya və elektrolit balansının pozulması kimi ciddi yan təsirlər qiymətləndirilir. Əgər göstəriş varsa, pozulmuş elektrolit balansının bərpası üçün rehidratasion terapiya təyin edilir. Qusma möhtəviyyatında qan müşahidə olunduqda qanda hemoqlobinin miqdarı müayinə olunmalı və mümkün xoraların müalicəsi həyata keçirilməlidir. 2. Ürəkbulanma və qusma zamanı addım-addım müalicə yanaşması tətbiq edilir:	1. Adətən müalicənin ilk həftələrində ürəkbulanma və qusma, demək olar ki, bütün xəstələrdə rast gəlinir, lakin sonralar bu simptomlar spontan şəkildə və ya korreksiya edici terapiya nəticəsində aradan qalxır. Müalicənin əvvəlində ürəkbulanmaya sadəcə dözmək lazımdır. İnfuziya terapiyası 2. Digər müalicə taktikası VƏDP-lərin qəbulunun iki və ya üç günlük dayandırılması, sonra isə dərman qəbulunu bərpa etməklə dozanı tədricən artırmaqdan ibarətdir.

	Faza 1: Sutkalıq doza dəyişmədən dərman vasitələrinin qəbulunun korreksiyası: • Eto/Pto axşam saatlarında qəbulu • Eto və ya PAST-ın gündə iki və ya üç dəfə qəbulu. • VƏDP-lərin qəbulundan öncə yüngül qəlyanaltı (peçenye, çörək, düyü, çay). • PAST-ın digər VƏDP-lərin qəbulundan iki saat sonra qəbulu. **Faza 2: Qusma əleyhinə dərman vasitələrinin təyini**: - VƏDP-lərin qəbulundan 30 dəqiqə əvvəl 10 mq Metoklopramid. - VƏDP-lərin qəbulundan 30 dəqiqə əvvəl və səkkiz saatdan sonra təkrar 8 mq ondansetron. Ondansetronu ayrıca və ya metoklopramidlə birgə istifadə etmək olar (əgər ondansetron yoxdursa, prometazindən istifadə etmək olar). Davamlı ürəkbulanma olduqda vərəm əleyhinə dərman vasitələrinin qəbulundan 30 dəqiqə əvvəl 24 mq təyin edilir. **Faza 3: Dərman vasitəsi dozasının bir çəki kateqoriyasına qədər azaldılması** (əgər bu müalicə sxeminin effektivliyinə təsir etməsə). Dərman vasitəsinin tam ixtisarına nadir hallarda ehtiyac olur.	3. Ondansetron 5-HT3 serotonin reseptorlarının antaqonistidir və güclü antiemetik təsirə malikdir. Ondansetron QTc intervalının uzanmasına səbəb olduğuna görə bedakvilin və delamanidlə birgə istifadə edilmir. 4. VƏDP-lərin qəbulundan 30 dəqiqə əvvəl kiçik dozalarda (Diazepam 5 mq) anksiolitik dərman vasitələrindən də istifadə etmək olar. 5. Ağır qusma hallarında elektrolit və kreatinin səviyyəsi müayinə edilməlidir.

Qastrit və qarın nahiyəsində ağrı (PAST, Eto, Pto, Cfz, Fq-lar, H, E, və Z)	1. Qarın nahiyəsində ağrılar pankreatit, laktoasidoz və hepatit kimi ciddi xəstəliklər səbəbindən ola bilər. Yuxarıda qeyd edilən xəstəliklərə şübhə yarandıqda laborator müayinə aparılmalıdır, diaqnoz müəyyən edilməli və bu əlamətin ortaya çıxmasına səbəb olan dərman vasitəsindən istifadə dayandırılmalıdır. 2. Əgər qastritlə əlaqədar əlamətlər müşahidə edilirsə (epiqastral nahiyədə yanma hissi və ya diskomfort, reflyuksla bağlı ağızda acılıq), H2-reseptorlarının blokatorları (Ranitidin 150 mq gündə iki dəfə və ya 300 mq gündə bir dəfə) və ya proton pompa inhibitorları (Omeprozol gündə bir dəfə 20 mq) ilə müalicə başlanmalıdır. Flüorxinolonların sorulmasını zəiflətdiyinə görə antasidlərdən istifadə tövsiyə olunmur. 3. Dərman vasitəsinin qəbulu zamanı qarında güclü ağrı yaransa, dərman vasitəsinin qəbulu qısa müddət dayandırılır (bir gündən yeddi günədək). 4. Reaksiyaya səbəb olmuş dərman vasitəsinin dozası azaldılır və ya qəbulu dayandırılır.	1. Qusma möhtəviyyatında qan izləri və ya melena ilə müşahidə olunan ağır qastrit mütləq müalicə olunmalıdır ki, xəstənin müalicəyə sadiqliyi saxlanılsın. 2. Əgər antasidlərin istifadəsinə ehtiyac varsa, onlar flüorxinolonların sorulmasının pozulmaması üçün VƏDP-lərin qəbulundan iki saat öncə və ya üç saat sonra istifadə olunmalıdır. 3. Qeyri-steroid iltihab əleyhinə dərman vasitələrinin qəbulu dayandırılır. 4. *Helicobacter pylori* infeksiyasının diaqnostikası aparılır və müvafiq müalicə təyin edilir. 5. Klofaziminin tətbiqi zamanı ağır abdominal simptomlar müşahidə edilir. Bu haqda məlumatlar az olsa da, əlamətlər ortaya çıxdıqda Klofaziminin qəbulu dayandırılmalıdır.

Diareya və/və ya meteorizm (PAST, Eto/Pto)	1. Yüngül meteorizm və diareya hallarında xəstəyə bir az dözümlü olmağı məsləhət görmək lazımdır. 2. Çoxlu miqdarda maye təyin edilir. 3. Ağırlaşmamış diareyanın müalicəsi (nəcisdə qan izi olmadan və hərarətsiz) peroral 4 mq Loperamid və sonralar 2 mq hər diareya aktından sonra, 24 saat ərzində cəmi 10 mq-dan çox olmayaraq. 4. Qan zərdabında elektrolitlərin müayinəsi (xüsusilə kalium) və ağır diareyadırsa, dehidratasiya səviyyəsinin müəyyən edilməsi. 5. Hərarət və diareya və/ və ya nəcisdə qan dərman vasitələrinin yan təsiri deyil, ikincili əlamət (başqa səbəbli) ola bilər.	1. Diareyanın digər mümkün səbəbləri araşdırılmalıdır: ● Psevdomembranoz kolit geniş spektrli antibiotiklərin təsiri (məsələn, flüorxinolonlar) nəticəsində yarana bilir və həyat üçün təhlükəli ciddi xəstəlikdir. Hərarət, qanlı diareya, qarın nahiyəsində güclü ağrı və leykositoz psevdomembranoz kolit əlamətləri ola bilər. ● Su vasitəsilə yoluxan patogenlərin və parazitlərin mövcudluğu, onların müalicə imkanları araşdırılmalıdır. ● Xəstəyə xəstəxanada rasionuna adətən daxil edilməyən qida məhsulları verildikdə, laktozaya qarşı dözümsüzlük olanda. 2. İki yaşdan böyük uşaqlarda Loperamiddən istifadə olunmalıdır.
Hepatit (Z, H, R, Pto/Eto, və PAST)	1. Əgər qaraciyər fermentlərinin səviyyəsi beş dəfədən çox artıbsa, bütün hepatotoksik dərman vasitələrinin qəbulu dayandırılmalıdır və müalicə hepatotoksik yan təsiri az olan minimum üç dərman vasitəsi ilə aparılmalıdır (məsələn, inyeksion dərman vasitəsi, flüorxinolonlar və silkoserin). Əgər hətta bu dərman vasitələri fonunda hepatit ağırlaşırsa, müalicə tam dayandırılmalıdır.	1. Anamnezdə dərman səbəbli hepatit dəqiqləşdirilməli və buna səbəb olan dərman vasitəsi gələcək müalicə sxemlərindən çıxarılmalıdır. 2. A, B və C hepatitləri istisna olunmalıdır. 3. Alkoqol qəbulu qəti qadağandır. 4. Adətən hepatitə səbəb olmuş dərman vasitəsinin qəbulu dayandırıldıqda əlamətlər itir.

	2. Hepatitin digər səbəbləri müəyyənləşdirilib istisna edilməli və ya müalicə olunmalıdır (ən çox rast gəlinən səbəblər virus və alkoqol səbəbli hepatitlərdir). 3. Hepatitə səbəb ehtimalı olan vərəm əleyhinə dərman vasitəsi təkrar təyin edilmir. Digər dərman vasitələrinin qəbulu hepatotoksikliyi az olan dərman vasitələrindən başlamaqla və qaraciyər fermentlərinin hər üç gündən bir monitorinqi ilə bir-bir bərpa olunur.	
Artralgiya (Z, Bdq, flüorxinolonlar)	1. Qeyri-steroid iltihab əleyhinə dərman vasitələri ilə müalicə (gündə 2 dəfə 50 mq İndometasin və ya gündə üç dəfə 400 mq-dan 800 mq-dək İbuprofenat). 2. Müalicə sxeminin effektivliyinə təsir etməsə, yan təsiri ehtimalı olan dərman vasitəsinin (adətən Pirazinamid) dozasının azaldılması. 3. Müalicə sxeminin effektivliyinə təsir etməsə, yan təsirə səbəb olan VƏDP-nin qəbulunun dayandırılması.	1. Adətən artralgiya əlamətləri bir müddətdən sonra aradan qalxır. 2. Pirazinamid qəbul edən xəstələrdə sidik turşusunun miqdarı yüksək ola bilər. 3. Oynaq nahiyəsində hiperemiya, şişkinlik və hərarət müşahidə edildikdə padaqra, infeksion və ya autoimmun xəstəliklərin diferensial diaqnostikası məqsədilə oynaq daxili punktatın müayinəsi aparılmalıdır.
Tendonit və vətərlərin zədələnməsi (yırtılması) (flüorxinolonlar)	1. Vətərlər və ya onların üst qişalarının iltihabı baş verdikdə aşağıdakılar həyata keçirilməlidir: • Flüorxinolonların qəbulu dayandırılır. • Qeyri-steroid iltihab əleyhinə dərman vasitələri təyin edilməlidir (gün ərzində dörd dəfə 400 mq İbuprofen).	1. Vətərlərin zədələnməsinə (yırtılmasına) flüorxinolon qəbul edən, şəkərli diabetdən əziyyət çəkən, ahıl yaşlı xəstələrdə və yeni növ fiziki aktivlik tətbiq edən xəstələr arasında daha çox rast gəlinir.

	• Oynağın fiksasiyası həyata keçirilməlidir. 2. Əgər flüorxinolonların qəbulunun dayandırılması müalicə sxeminin zəifləməsinə səbəb olacaqsa, aşağıdakılar tətbiq edilməlidir: • Dozanın azaldılması. • Oynağın fiksasiyası. • Xəstə ilə vətərlərin zədələnməsinə səbəb ola biləcək amillər və müalicədən flüoxinolonların çıxarılmasının ümumi müalicə prosesinə müsbət və mənfi təsirlərini müzakirə etmək.	2. Müalicə sxemlərində flüorxinolonlar istifadə olunan ÇDDV xəstələrində az rast gəlinir.
Elektrolit balansının pozulması: hipokaliemiya Cm, hipomaqniemiya (Km, Am, S)	1. Kalium miqdarının ölçülməsi. 2. Kalium miqdarı aşağı olarsa, maqnezium və kalsium miqdarı da müayinə olunmalıdır. 3. Ehtiyac yarandıqda elektrolit balansının korreksiyası həyata keçirilir. Peroral istifadə edilən elektrolitlərin sorulmasına mənfi təsir etməməsi məqsədilə flüorxinolonlar elektrolitlərdən ayrı qəbul edilməlidir.	1. Ağır hipokaliemiya hallarında xəstənin hospitalizasiyası imkanları müzakirə edilməlidir. 2. Gündəlik 5-10 mq Amilorid və ya 25 mq Spironolakton təyini kalium və maqneziumun itkisinin qarşısını ala bilər. 3. Kaliumun peroral qəbulu ürəkbulanma və qusmaya səbəb ola bilər. Maqneziumun peroral qəbulu diareyaya səbəb ola bilər.
Nefrotoksiklik (S, Km, Am, Cm)	1. Nefrotoksikliyə səbəb olması ehtimal olunan VƏDP-nin qəbulu dayandırılmalıdır. Müalicə sxemində istifadə olunan aminoqlikozid Kapreomisinlə əvəz olunmalıdır. 3. Digər mümkün səbəblər nəzərdən keçirilməlidir (qeyri-steroid iltihab əleyhinə dərman vasitələri,	1. Anamnezdə şəkərli diabet və ya böyrək xəstəliklərinin olması qeyd edilmiş dərman vasitələrinin təyini üçün əks göstəriş deyil, lakin bu qrupa daxil olan xəstələrdə böyrək çatışmazlığının baş vermə riski daha yüksəkdir.

	diabet, digər dərman vasitələri, dehidratasiya, ürək çatışmazlığı, sidik çıxarıcı yolların obstruksiyası və s.) və müvafiq müalicə təyin edilməlidir. 4. Kreatinin (və elektrolitlərin) miqdarı 1-2 həftədən bir müayinə olunmalıdır. 5. İnyeksion dərman vasitəsi müalicə sxemi üçün çox əhəmiyyətlidirsə və xəstə tərəfindən rahat qəbul edilirsə, həftədə 2-3 dəfə təyin edilə bilər. Əgər inyeksion dərman vasitəsinin həftədə 2-3 dəfəyə qədər azaldılmasına baxmayaraq, kreatinin səviyyəsi yüksəlirsə, inyeksion dərman vasitəsinin qəbulu dayandırılmalıdır. 6. Hər bir VƏDP-nin dozası kreatinin klirensinə görə korreksiya edilməlidir.	2. Böyrək çatışmazlığı daimi ola bilər.
Vestibulyar aparatda pozuntu: qulaqlarda küy və başgicəllənmə (S, Km, Am, Cm, Cs, Fq, H, Eto, Lzd)	1. Vestibulyar toksikliyin ilkin əlamətləri yarandıqda inyeksion dərman vasitəsinin dozası həftədə 2-3 dəfə qəbuluna qədər azaldılır. Həmçinin aminoqlikozid Kapreomisinlə əvəz edilir. 2. Əgər yuxarıda qeyd edilmiş doza korreksiyasından sonra da qulaqlarda küy davam edərsə, inyeksion dərman vasitəsinin qəbulu dayandırılır.	1. Qulaqlarda küy və baş gicəllənmənin olmasına dair şikayətlər gündəlik olaraq xəstədən toplanılmalıdır. 2. Qulaqların batması vestibülyar toksikliyin ilkin əlamətlərindəndir. Müvazinət hissinin pozulması ilə əlaqədar patologiyalar Cs, Fq-lar, Eto/Pto, INH və ya Linezolidlə əlaqədar ola bilər. Bəzi klinisistlər bütün dərman vasitələrindən istifadəni bir necə gün dayandırmağı və yan təsirin hansı dərman vasitəsi ilə əlaqədar olmasını müəyyən etməyi daha məqsədəuyğun sayır.

		3. Adətən, vestibulyar toksiklik əlamətləri dərman vasitələrinin istifadəsi dayandırıldıqdan sonra aradan qalxmır.
Eşitmə qabiliyyətinin itirilməsi (S, Km, Am, Cm, Clr)	1. Eşitmə qabiliyyətinin itirilməsini qeydə almaq üçün müalicənin əvvəlində qeydə alınmış audioqram göstəriciləri ilə müqayisəli təhlil aparılmalıdır. 2. Əgər eşitmə qabiliyyətinin itirilməsi erkən mərhələdə qeydə alınırsa, inyeksion dərman vasitəsinin qəbulu həftədə 2-3 dəfəyə qədər azaldılır. Aminoqlikozid Kapreomisinlə əvəz edilir. 3. Əgər dozanın korreksiyasına baxmayaraq eşitmə qabiliyyətinin azalması müşahidə edilirsə, inyeksion dərman vasitələrinin qəbulu dayandırılır.	1. Əvvəllər aminoqlikozid qəbul etmiş xəstələr müalicədən öncədə zəif eşitmə qabiliyyətinə malik ola bilərlər. ÇDDV-nin müalicəsindən öncə belə xəstələr audiometriya müayinəsindən keçirilməlidir. 2. Eşitmə qabiliyyətinin itirilməsi adətən geri dönməz olur. İnyeksion dərman vasitələrinin qəbulu fonunda eşitmə qabiliyyətinin azalması zamanı dərman vasitələrinin qəbulu dayandırılmadıqda karlıq inkişaf edir. 3. Eşitmə qabiliyyətinin artırılması üçün istifadə olunan dərman vasitələri adətən ototoksik zədələnmə zamanı az effektivdir, lakin istifadəsi tövsiyə olunur.
Periferik neyropatiya (Cs, Lzd, H, S, Km, Amklv, Cm, H, Fq-lar, nadir hallarda Pto/Eto, E)	1. Mümkün olan avitaminozun korreksiyası. Piridoksinin maksimal sutkalıq dozasının artırılması (sutkada 200 mq-a qədər) tövsiyə olunur. 2. Müalicə sxeminin effektivliyi saxlanılmaq şərtilə Sikloserinin dozasının azaldılması imkanı araşdırılmalıdır. Əgər İzoniaziddən (xüsusilə yüksək	1. Yanaşı xəstəlikləri (şəkərli diabet, İİV, alkoqolizm) olan xəstələrdə periferik neyropatiyaya daha tez-tez rast gəlinir, lakin qeyd edilmiş dərman vasitələrinin bu xəstəlikləri olan şəxslərə təyini əks göstəriş deyil.

	dozalarda İzoniazid) istifadə olunursa, onun qəbulu dayandırılmalıdır. Aminoqlikozidlər Kapreomisinlə əvəz edilməlidir. 3. Medikamentoz terapiya təyin edilir: 4. Əlamətlərin zəiflədilməsi üçün qeyri-steroid iltihab əleyhinə dərman vasitələrindən və asetaminofendən istifadə olunmalıdır. 5. Amitriptilin kimi trisiklik antidepressant dərman vasitələri ilə müalicə sınaqdan keçirilməlidir (gecə saatlarında 25 mq dozadan başlamaqla, maksimum 150 mq-a qədər artırmaqla). Trisiklik antidepressantlar serotonin əks inhibitorları və antidepressantlarla birgə təyin edilməməlidir. 6. Qıcolma tutmaları zamanı istifadə olunan karbamazepindən də istifadə etmək olar (gündə iki dəfə 100 - 400 mq). 7. Gündə üç dəfə 300 mq-dan maksimal olaraq 3600 mq/gün (gün ərzində 3-4 dəfə qəbul etməli) dozaya qədər qabapentindən istifadə edilə bilər. 8. Alternativ dərman vasitəsi mövcuddursa və müalicə sxeminin effektivliyi saxlanılırsa.	2. Neyropatiya geri dönməz ola bilər, lakin bir sıra xəstələrdə buna səbəb olmuş dərman vasitəsinin qəbulu dayandırıldıqdan sonra əlamətlərin azalması mümkündür. Linezolidin uzun müddətli istifadəsi ilə əlaqədar yaranmış neyropatiya əksər hallarda geri dönməzdir. Bu səbəbdən linezolid qəbulu ilə əlaqədar neyropatiya əlamətləri yaranarsa, Linezolidin qəbulu dayandırılır.

Başağrısı (Cs, Bdq)	Meningit və mərkəzi sinir sisteminin digər infeksion xəstəlikləri səbəbli başağrıları istisna olunmalıdır (İİV+ xəstələrə kompüter tomoqrafiyası və onurğa beyni mayesinin müayinəsi tövsiyə edilir). İbuprofenin və Parasetamol kimi analgetiklərin təyini, uzun müddətli başağrıları zamanı aşağı dozalarda trisiklik antidepressantlardan istifadə tövsiyə edilir.	1. ÇDDV-nin müalicəsi müddətində baş ağrıları tez-tez yaranan yan təsirdir. Klaster ağrıları zamanı miqren ağrıları müşahidə oluna bilər. 2. Baş ağrılarının azaldılması üçün müalicənin başlanğıcında Sikloserin aşağı dozalarda (250–500 mq) təyin oluna bilər, 1-2 həftə sonra isə doza tədricən terapevtik həddə qədər artırıla bilər. 3. Bedakvillin və Sikloserinin istifadəsi ilə əlaqədar baş ağrıları adətən spontan şəkildə keçir. 4. Nevrotoksikliyin profilaktikası məqsədilə Sikloserin qəbul edən bütün xəstələrə piridoksin də təyin edilməlidir. 5. Hər 250 mq Sikloserinə 50 mq Piridoksin tövsiyə olunur.
Depressiya (psixoloji və sosial-iqtisadi vəziyyət, xroniki xəstəliklər (Cs, Fq-lar, H, Eto/Pto)	1. Xəstənin emosional və sosial-iqtisadi vəziyyəti qiymətləndirilir. 2. Narkotik vasitələrdən istifadə ehtimalı və müvafiq müalicə imkanları araşdırılır. 3. Fərdi məsləhətləşmələr təyin edilir (əgər xəstədə mikroskopiya və əkmə nəticələri mənfidirsə, qrup şəklində).	1. Sosial-iqtisadi faktorlar və xronik xəstəliklər depressiyanın yaranmasına səbəb ola bilər. 2. Uğurlu müalicə depressiya əlamətlərini aradan qaldıra bilər. 3. Əvvəlki depressiya halları qeyd edilmiş dərman vasitələrinin təyini üçün əks

	4. Əgər depressiya vəziyyəti əhəmiyyətli dərəcədədirsə, antidepressantlarla (Amitriptillin, Flüoksetin və s.). müalicə təyin edilir. Trisiklik antidepressantlar və selektiv serotonin blokatorları birgə təyin edilir və Linezolid qəbul edən xəstələrə təyin edilməməlidir. 5. Müalicə sxeminin effektivliyinə təsir göstərməsə, patoloji reaksiyaya səbəb olmuş dərman vasitəsinin dozasının azaldılması mümkündür (Sikloserinin və Etionamidin dozasının sutkada 500 mq-dək azaldılması və yan təsirin aradan götürülməsinə nəzarət tövsiyə edilir). 6. Müalicə sxeminin effektivliyinə təsir etməmək şərtilə dərman vasitəsinin qəbulu dayandırılır.	göstəriş deyil, lakin müalicə müddətində depressiyanın yaranmasına səbəb ola bilər. Əgər müalicənin əvvəlində xəstədə ağır depressiya halları müşahidə edilirsə, xəstəyə Sikloserinin təyini tövsiyə edilmir. 4. Əgər xəstədə orta ağırlıqlı depressiya halları müşahidə edilirsə, xəstə ilə ünsiyyət zamanı sui-qəsd fikirlərinin yaranmasını araşdırın.
Suisidal fikirlər (Cs, H, Eto/Pto)	1. Xəstənin sutka ərzində nəzarətdə saxlanılması üçün hospitalizasiya. 2. Sikloserinin qəbulunun dayandırılması. 3. Psixiatr konsultasiyası. 4. Antidepressantlarla müalicənin təyini. 5. Xəstənin vəziyyəti stabilləşənə qədər Eto/Pto sutkalıq dozasının 500 mq qədər azaldılması.	1. Xəstə sui-qəsd cəhdi etmədən stasionara yerləşdirilməlidir. 2. Əgər sikloserinin qəbulu dayandırıldıqdan sonra da eyni vəziyyət davam etsə, H və/və ya Eto/Pto qəbulu da dayandırılmalıdır.

Psixika ilə bağlı əlamətlər (Cs, H, Fq-lar)	1. Psixika ilə bağlı patologiya nəzarət altına alınanadək patologiyaya səbəb olmuş dərman vasitəsinin qəbulu qısa müddətlik (1-4 həftə) dayandırılır. Ehtimal olunan dərman vasitəsi ilk öncə linezoliddir, ondan sonra isə yüksək dozada izoniazid. 2. Əlamətlər davam edərsə, psixiatrik müalicə (Qaloperidol) təyin edilməlidir. 3. Əgər xəstə özü və ya ətrafdakılar üçün təhlükə yaradırsa, onun psixiatrik stasionara yerləşdirilməsi məsələsi müzakirə olunmalıdır. 4. Piridoksinin maksimal sutkalıq dozasının artırılması (sutkada 200 mq qədər) tövsiyə olunur. 5. Patologiyanın yaranmasının səbəbi ehtimalı olan dərman vasitəsinin dozası (adətən Sikloserin sutka ərzində 500 mq-dək) müalicə sxemini zəiflətməmək şərti ilə azaldılmalıdır. 6. Müalicə sxeminin effektivliyinə təsir etmədiyi hallarda dərman vasitəsinin qəbulunun dayandırılması. 7. Sikloserinin qəbulu dayandırıldıqda və bütün əlamətlər itdikdə psixiatrik müalicə dayandırıla bilər. Əgər sikloserinin qəbulu aşağı dozalarda davam edilirsə, psixiatrik müalicənin də davam etdirilməsi tələb oluna bilər, psixiatrik müalicənin dayandırılması haqqında qərar həkim psixiatrla razılaşdırılmalıdır.	1. Bəzi xəstələrdə ÇDDV-nin bütün müalicə müddətində psixiatrik müalicəyə də ehtiyac yarana bilər (müalicə bitdikdə də dayandırmaq). 2. Anamnezdə ruhi xəstəliklərin olması qeyd olunmuş dərman vasitələrinin istifadəsi üçün əks göstəriş deyil, lakin bu növ patologiyaların ortaya çıxma riskini artıra bilir. 3. Alternativ olmadıqda və həkim psixiatrın məsləhəti ilə bəzi xəstələr psixiatrik müalicə ilə yanaşı, sikloserin qəbulunu da davam etdirə bilərlər. 4. Ümumiyyətlə, ÇDDV-nin müalicəsi bitdikdə və ya səbəbkar dərman vasitəsinin qəbulu dayandırıldıqda psixiatrik patologiyalar aradan qalxır. 5. Psixoz əlamətləri yeni müşahidə olunanda xəstələrdə mütləq kreatinin səviyyəsi müayinə olunmalıdır. Böyrəklərin fəaliyyətinin zəifləməsi qanda sikloserinin konsentrasiyasının artmasına səbəb ola bilər.

Qıcolma tutmaları (Cs, H, Fq-lar)	1. Qıcolma tutmaları aradan qalxanadək sikloserin, flüorxinolonlar və izoniazidin qəbulu dayandırılmalıdır. 2. Qıcolma əleyhinə müalicənin təyini (Karbamazepin, Fenitoin və ya Valproy turşusu). 3. Piridoksinin sutkalıq dozasının maksimal artırılması (sutkada 200 mq-dək). 4. Qan zərdabında kalium, sodium bikarbonat, kalsium, maqnezium və xlor da daxil olmaqla elektrolitlərin müayinəsi. 5. Qıcolma tutmaları aradan götürüldükdə VƏDP-lərin sxem üzrə qəbulu bərpa olunur. Sikloserinin qəbulu müalicə sxemində 100% ehtiyac olduqda bərpa edilir. Əgər Sikloserinin qəbuluna ehtiyac varsa, onun dozası bir bədən çəkisi kateqoriyası aşağı təyin edilməlidir	1. Qıcolma əleyhinə dərman vasitələri ÇDDV-nin bütün müalicə müddətində təyin olunur. 2. Əgər xəstə müvafiq müalicə qəbul edirsə, qıcolma tutmaları qeyd edilmiş dərman vasitələrinin təyini üçün əks göstəriş deyil (əgər alternativ dərman vasitəsi varsa, Sikloserindən istifadə etməmək). 3. Anamnezində qıcolma tutmaları olan xəstələrdə ÇDDV-nin müalicəsi zamanı bu əlamətlərin yaranma riski yüksəkdir. 4. Qıcolma tutmaları təkrar baş vermiş xəstələrdə kreatinin miqdarı ölçülməlidir. Böyrəklərin funksiyasının zəifləməsi sikloserinin qanda miqdarının artmasına və qıcolma tutmalarına səbəb ola bilər. Qıcolma tutmalarının qarşısını almaq üçün Sikloserinin dozasının korreksiya edilməsi kifayət ola bilər.
Optik nevrit (E, Eto/Pto, Lzd, Cfz, Rifabutin, H, S)	1. Etambutolun qəbulunu dayandırmaq. 2. Oftalmoloqun konsultasiyası	Bu əlaməti ən çox Etambutol yaradır və dərman vasitəsinin qəbulu dayandırıldıqdan sonra əlamətlər itir.
Ağızda metal tamı (Eto/Pto, Clr, Fq)	Xəstəyə bu yan təsiri səbirlə qəbul etməsi tövsiyə edilməlidir. Bərk karamel və ya saqqızdan istifadə tövsiyə edilməlidir.	Müalicə bitdikdən sonra əlamətlər itir.

Ginekomastiya (Eto/Pto)	1. Süd vəzilərinin böyüməsi və bəzən qaloktoreya Eto/Pto yan təsiridir. 2. Xəstənin bu yan təsirə qarşı dözümlü olması tövsiyə edilməlidir.	Müalicə bitdikdən sonra əlamətlər itir.
Keçəlləşmə (H, Eto/Pto)	1. Saçların tökülməsi və ya saçların incəlməsi müvəqqətidir və artan vəziyyət deyil. 2. Xəstəyə bu yan təsiri səbirlə qəbul etməsi tövsiyə edilməlidir.	Əhəmiyyətli dərəcədə ortaya çıxmış dəyişikliklər haqqında məlumat yoxdur.
Səthi göbələk infeksiyası və ağız yarası (Fq-lar və digər antibiotiklər)	1. Yerli göbələk əleyhinə dərman vasitəsi və ya qısa müddətli peroral göbələk əleyhinə dərman vasitəsi təyin edilir. 2. Digər xəstəliklər istisnadır.	Antibiotiklərlə müalicə zamanı qadınlarda vaginal kandidoz, kişilərdə cinsiyyət üzvünün kandidozu, ağız gəlməsi və ya dəri kandidozu mümkündür.
Laktoasidoz (Lzd)	Laktoasidoz yarandıqda Linezolidin qəbulu dayandırılır.	
Disqlikemiya və hiperqlikemiya	Şəkərli diabetin müalicəsi.	Şəkərli diabet xəstələrində qanda şəkərin səviyyəsinə nəzarət.

QTc intervalının uzanması (Bdq, Dlm, Fq-lar, Cfz)	QTc intervalı 500 ms çox olan xəstələr xüsusi nəzarət altında müşahidə edilməlidirlər. • QTc uzanmasını təsdiq edən təkrar EKQ. • QTc intervalı 500 ms-dən artıq olduqda Bedakvilinin və Delamanidin, həmçinin QTc intervalının uzanmasına təsir edən digər dərman vasitələrinin qəbulunun dayandırılması nəzərdən keçirilməlidir. • Kalium, kalsium və maqneziumun qanda miqdarı təyin edilməlidir. • QTc intervalının uzanması müşahidə edilən bütün xəstələrdə elektrolit balansının qorunması tövsiyə edilir. • Kaliumun miqdarını 4 mmol/l-dən yüksək və maqneziumun miqdarını 1,8 mmol/l-dən yüksək saxlamaq məqsədəuyğundur. • QTc intervalının uzanmasına səbəb ola biləcək digər dərman vasitələrindən istifadə tövsiyə olunmur. Böyrək və qaraciyərin funksiyaları müayinə edilməli, hər hansı patologiya yarandıqda flüorxinolonların dozası korreksiya edilməlidir. Mədəciklərin polimorf taxikardiyası zamanı flüorxinolonların müalicə sxemində saxlanılmasının mənfi və müsbət tərəfləri nəzərdən keçirilməlidir.	Standart EKQ-də QT intervalı QRS kompleksinin başlanğıcından T dişciyinin axrına qədər olan məsafədir. QT intervalı ürək döyünmə sayı nəzərə alınmaqla korreksiya edilir və QTc kimi əksər EKQ aparatlarında qeydə alınır. Adətən normal QTc intervalı kişilərdə ≤430 ms, qadınlarda ≤450 ms-dir. 1. QTc intervalı 450 ms-dan artıq olanda uzanmış hesab olunur. QTc intervalı uzanmış xəstələr mədəciklərin polimorf taxikardiya riski yüksək olan qrupa daxildirlər. 2. Flüorxinolonlar QTc intervalının uzanmasına səbəb olur. Levofloksasin, Moksifloksasinə nisbətən QTc intervalının uzanmasına daha az təsir edir. 3. Hazırda müalicənin başlanğıcında və sonrakı mərhələlərdə EKQ müayinəsi yalnız bedakvilin, delamanid və ya QTc intervalının uzanmasına səbəb ola biləcək iki dərman vasitəsi birgə istifadə olunduqda təyin edilir (məs., Moksifloksasin və Klofazimin).

Hematoloji dəyişikliklər (Lzd)	Miyelosupressiya (leykosit, eritrosit və ya trombositlərin miyelosupressiyası) hallarında Linezolidin qəbulu dayandırılır. Miyelosupressiya keçdikdə və ya dərman vasitəsi müalicə sxemi üçün çox əhəmiyyətli olduqda Linezolidin aşağı dozalarda qəbulu bərpa edilə bilər (300 mq əvəzinə 600 mq-dək). Hematoloji patologiyanın digər səbəbləri də araşdırılmalıdır. Ağır anemiya hallarında qanköçürmə imkanları və ehtiyacı müzakirə edilməlidir.	1. Hematoloji patologiyalar (leykopeniya, trombositopeniya, anemiya, eritrositlərin aplaziyası, laxtalanmanın pozulması və eozinofiliya) bəzən digər dərman vasitələrinin təsiri səbəbindən də meydana çıxa bilər.

Əlavə 11. VƏDP-nın yaratdığı arzuolunmaz reaksiyalara qarşı dərman preparatlarının siyahısı

sıra №	**DP adı**	**Orta sutkalıq doza**	**Buraxılış forması**
1.	Qalxanabənzər vəzin hormonları		
1.1	Levotiroksin	125–250 мkq	Həblər 25 mkq, 50 мkq, 75 мkq, 100 мkq, 125 мkq, 150 мkq
2.	Sidik turşusunun mübadiləsinə təsir edən DP		
2.1	Allopurinol	300–900 mq	Həblər 100 mq
3.	Qeyri-steroid dərman preparatları		
3.1	Diklofenak	75–150 mq	Həblər 25, 100 mq; İnyeksiya üçün məhlul (ampulda) 2,5 % – 3 ml
3.2	İbuprofen	400–800 mq	Həblər 200, 400 mq
4.	Kortikosteroid DP		
4.1	Prednizolon	20–30 mq	Həblər 5 mq
4.2	Deksametazon	4 mq–20 mq	İnyeksiya üçün məhlul (ampulda) 4 mq/ml 2 ml (1 ml)
4.3	Flütikazon	100–500 мkq	İnhalyasiya üçün aerozol (sprey), 50 мkq/doza 120 doza; 125 мkq/doza; 250 мkq/doza, 60 doza
5.	İnhalyasiya üçün		
5.1	İpratropium bromid	40–160 мkq	İnhalyasiya üçün aerozol 20 мkq/doza, 200 doza və ya İnhalyasiya üçün məhlul
5.2	Salbutamol	200–400 мkq	İnhalyasiya üçün aerozol 200 мkq/doza, 200 (400) doza və ya İnhalyasiya üçün məhlul
5.3	Beklometazon	100-400 мkq	İnhalyasiya üçün aerozol və ya İnhalyasiya üçün məhlul
6.	Mukolitik DP		
6.1	Ambraksol	90 mq	Həblər 30 mq; İnhalyasiya və daxilə qəbul üçün məhlul
6.2	Asetilsistein	10–20 ml; 300 mq/3 ml	İnhalyasiya üçün aerozol (ampul) 20 % – 5 ml; İnhalyasiya və inyeksiyalar üçün məhlul (ampul) 100 mq/ml 3 ml
7.	Sidikqovucu DP		

7.1	Spironolakton	25–200 mq	Həblər (kapsullar) 25 mq, 50 mq, 100 mq
7.2	Furosemid	20–40 mq	Həblər 40 mq; İnyeksiya ücün məhlul (ampula) 1 % 2 ml
8.	Vitaminlər		
8.1	Tiamin xlorid B1 və onun C vitamini və B12 vitamini ilə kombinasiyaları	100–300 mq (B6 görə)	Kombinə olunmuş həblər (100 mq/100 mq/1 mq) (100 mq/200 mq/0,2 mq)
8.2	Piridoksin hidroxlorid	50–200 mq	İnyeksiya ücün məhlul (ampul) 5 % 1 ml; Həblər 50 mq
9.	Neyroleptiklər		
9.1	Qaloperidol	5–10 mq	Həblər 1,5 mq; 5 mq
9.2	Risperidon	2–6 mq	Həblər 1 mq; 2 mq; 4 mq
9.3	Kvetiapin	50–100 mq	Həblər 25 mq; 200 mq
10.	Nootrop DP və vazodilyatatorlar		
10.1	Sitikolin	600–900 mq	Kapsullar 250–500 mq; İnyeksiya üçün məhlul 500–1000 mq/4 ml
10.2	Fenibut	750 mq	Həblər 250 mq
10.3	Vinposesin	10–30 mq	Həblər 5 mq; 10 mq; infuziya üçün məhlul (ampul) 5 mq/ml 2 ml
10.4	Pirasetam	1200–2400 mq	Kapsullar 400 mq; İnyeksiya üçün məhlul (ampul) 200 mq/ml 5 ml
10.5	Pentoksifillin	300–1200 mq	Kapsullar (həblər) 100 mq, 400 mq
11.	Xoraəleyhinə DP		
11.1	Famotidin	40–60 mq	Həblər 20 mq, 40 mq
11.2	Omeprazol	20–40 mq	Kapsullar 20 mq, 40 mq
12.	İshal əleyhinə DP		
12.1	Loperamid	4–16 mq	Kapsullar (həblər) 2 mq
13.	Ödçıxarıcı yolların müalicəsi üçün DP		
13.1	Ursodeoksixol turşusu	10–15 mq/kq	Kapsullar 250–300 mq; daxilə qəbul üçün suspenziya 250 mq/100 ml
14.	Digər mədə-bağırsaq yolu və maddələr mübadiləsi pozulmalarının müalicəsi üçün DP		
14.1	Tiokt turşusu	300–600 mq	Həblər 300 mq, 600 mq
15.	Qusma əleyhinə DP		
15.1	Metoklopramid	30–60 mq	Həblər 10 mq; İnyeksiya üçün məhlul (ampul) 0,5 % 2 ml
15.2	Domperidon	30–40 mq	Həblər 10 mq
15.3	Ondansetron	8–32 mq	Həblər 4 mq, 8 mq; İnyeksiya üçün məhlul (ampul) 2(4) mq/ml 2 ml
16.	Antihistamin DP		
16.1	Loratadin	10 mq	Həblər 10 mq
16.2	Klemastin	2–4 mq	Həblər 1 mq; İnyeksiya üçün məhlul (ampul) 1 mq/ ml 2 ml
17.	Antidepressantlar		
17.1	Amitriptillin	50–150 mq	Həblər 25 mq
17.2	Fluksetin	20–40 mq	Kapsullar 20 mq

17.3	Paroksetin	20–40 mq	Həblər 20 mq, 30 mq
17.4	Sertralin	50–100 mq	Həblər 25 mq; 50 mq
18.	Mikroelementlər		
18.1	Tərkibində kalium və maqnezium ionları olan kompleks DP	1050–2100 mq	Həblər 175 mq/175 mq; İnyeksiya üçün məhlul (ampul) 5 ml
18.2	Kalium xlorid		Həblər; İnyeksiya üçün məhlul (ampul)
19	Qıcolma əleyhinə DP		
19.1	Karbamazepin	400–800 mq	Həblər 200 mq
19.2	Valproy turşusu	600–1600 mq	Həblər 200–300 mq
19.3	Qabapentin	900 mq	Kapsullar 300 mq, 400 mq
20.	Yuxugətirici DP		
20.1	Zopiklon	7,5 mq	Həblər 7,5 mq
21.	Antixolinesteraz vasitələr		
21.1	İpidakrin	5–30–200 mq	Əzələ daxili və dərialtı inyeksiyalar üçün məhlul. 5 mq/ml 1 ml, 15 mq/ml 1 ml
22.	Antifunqal preparatlar		
22.1	İtrakonazol	100–400 mq	Kapsullar 100 mq
22.2	Flukonazol	150–450 mq	Kapsullar 150 mq; 50 mq; infuziyalar üçün məhlul (flakonlar) 2 mq/ml 100 ml
23.	Antianemik preparatlar		
23.1	Fol turşusu	0,4 mq - 15mq	Həblər 0,4 mq; 5mq
23.2	Siankobalamin (vir B12)		İnyeksiya üçün məhlul (ampula) 500 мkq - 1 ml;
23.3	Dəmir preparatları	65 mq elementar dəmir	Dəmir-fumarat, dəmir-sulfat. Həblər və venadaxili inyeksiyalar üçün məhlul

Əlavə 12. Böyrək çatışmazlığı zamanı VƏDP-nın dozaları

№ s/n	DP	Kreatinin klirensi <30 ml/dəq olan xəstələr və ya hemodializ alan xəstələr üçün VƏDP tətbiqinin dozaları və tezliyi
1	H	Korreksiya tələb olunmur
2	R	Korreksiya tələb olunmur
3	Z	25–35 mq/kq/doza həftədə 3 dəfə
4	E	15–25 mq/kq/doza həftədə 3 dəfə
5	Lfx	750–1000 mq/doza həftədə 3 dəfə
6	Mfx	Korreksiya tələb olunmur
7	Cs	Gündə 250 mq, və ya 500 mq/doza həftədə 3 dəfə
8	Eto (Pto)	Korreksiya tələb olunmur
9	Am	12–15 mq/kq/doza həftədə 2 və ya 3 dəfə
10	PAS	4 q/doza, gündə iki dəfə (Tərkibində natrium duzları olan PASK həddindən artıq natrium yüklənməsinə səbəb ola bilər və böyrək çatışmazlığı olan xəstələrdə istifadə edilməməlidir. Natrium duzu daxil olmayan PASK-a üstünlük verilməlidir)
11	Cfz	Korreksiya tələb olunmur
12	Amx/clv	Kreatinin klirensi 10-30 ml/dəq olduqda amoksillinin dozası gündə 2 dəfə 1000 mq, kreatinin klirensi <10 ml/dəq olduqda amoksisillin 1000 mq gündə 1 dəfə
13	Lzd	Korreksiya tələb olunmur
14	Bdq	Yüngül və ya orta dərəcəli böyrək çatışmazlığı olan xəstələrdə korreksiya tələb olunmur (ağır böyrək çatışmazlığı üçün doza təyin edilməyib və buna görə də ehtiyatla istifadə edilməlidir)
15	Dlm	Yüngül və ya orta dərəcəli böyrək çatışmazlığı olan xəstələrdə korreksiya tələb olunmur (ağır böyrək çatışmazlığı üçün doza təyin edilməyib və buna görə də ehtiyatla istifadə edilməlidir)
16	Imp/Cst	Kreatinin klirensi 20-40 ml/dəq olduqda hər 8 saatda 500 mq doza; kreatinin klirensi < 20 ml/dəq olduqda hər 12 saatdan bir 500 mq doza
17	Mpm	Kreatinin klirensi 20-40 ml/dəq olduqda hər 8 saatda 750 mq doza; kreatinin klirensi < 20 ml/dəq olduqda hər 12 saatdan bir 500 mq doza

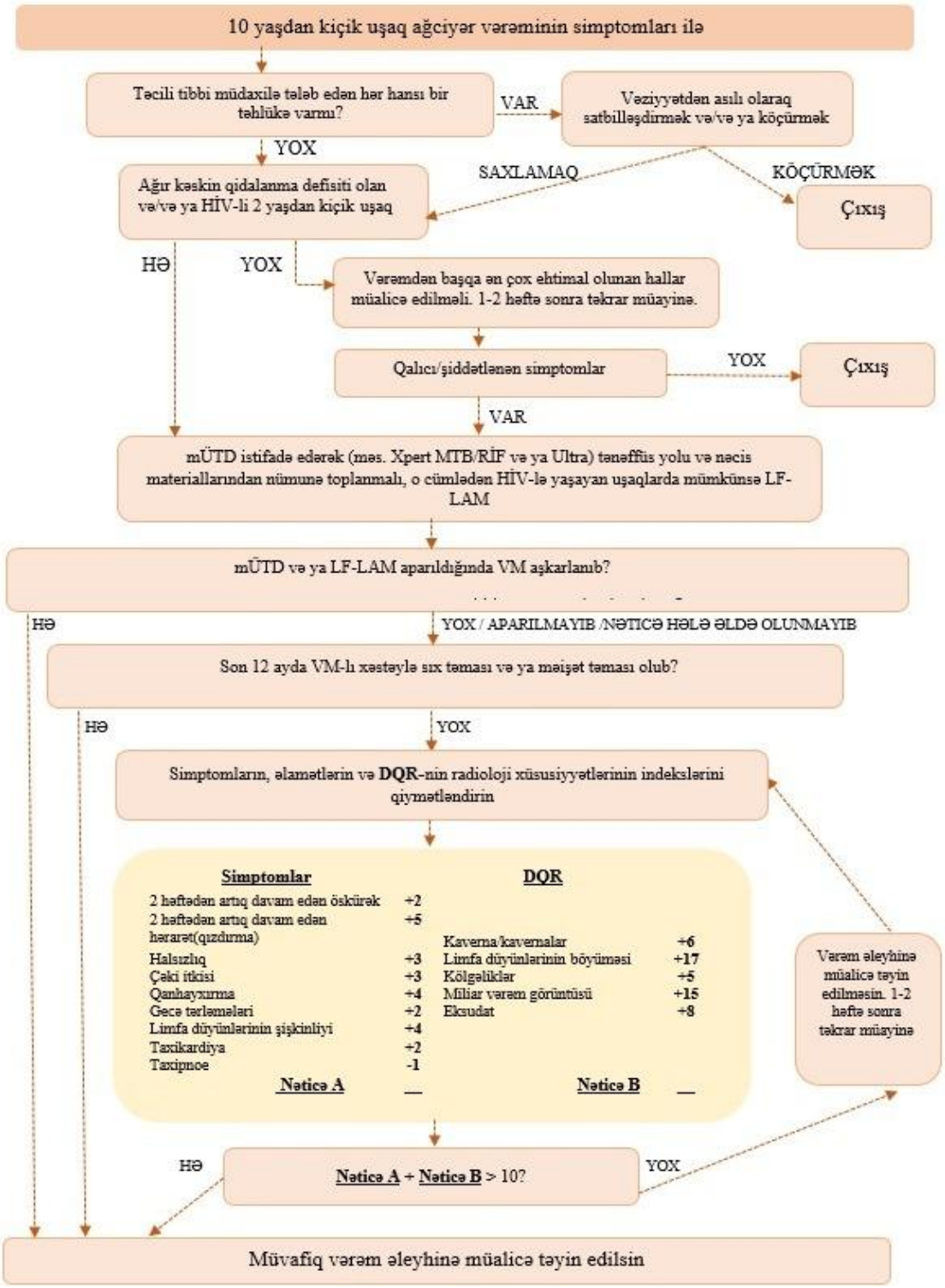
Əlavə 13. Vərəm infeksiyasının müalicə sxemləri və dərman preparatlarının tövsiyə olunan dozaları

№ s/n	DP qəbul qaydaları	Bədən çəkisinin hər kq					
1	Gündəlik, yalnız H 6–9 ay ərzində	Yaşı 10 və daha çox olan: günə 5 mq/kq. <10 yaş pasiyentlər: 10 mq/kq günə (diapazon: 7–15 mq)					
2	Gündəlik, yalnız R 4 ay ərzində	Yaşı 10 və daha çox olan: günə 10 mq/kq; <10 yaşlı pasiyentlər: günə 15 mq/kq (diapazon: 10–20 mq)					
3	3 ay ərzində H və R	H: Yaşı 10 və daha çox olan pasiyentlər: günə 5 mq/kq; <10 yaşlı pasiyentlər: günə 10 mq/kq (diapazon 7–15 mq). R: Yaşı 10 və daha çox olan: günə 10 mq/kq; <10 yaş pasiyentlər: günə 15 mq/kq (diapazon: 10–20 mq)					
4	Həftəlik P və H (12 doza)	2–14 yaşlı pasiyentlər					
		Çəki/VƏDP	10–15 kq	16–23 kq	24–30 kq	31–34 kq	34 kq çox
		H, 100 mq	3	5	6	7	7
		P, 150 mq	2	3	4	5	5
		HP 150mq/150mq	2	3	4	5	5
		>14 yaşlı pasiyentlər					
		Çəki/VƏDP	30–35 kq	36–45 kq	46–55 kq	56–70 kq	70 kq çox
		H, 300 mq	3	3	3	3	3
		P, 150 mq	6	6	6	6	6
		HP 300mq/300mq	3	3	3	3	3
5	Gündəlik, H və P 1 ay ərzində (28 doza)	≥13 yaşlı pasiyentlər (çəkidən asılı olmayaraq): H, günə 300 mq; P, günə 600 mq					
6	Gündəlik Lfx 6 ay ərzində (ÇDD profilaktik müalicəsi)	>14 yaşlı pasiyentlər: <46 kq – günə 750 mq; >46 kq – günə 1000 mq. <15 yaşlı pasiyentlər (təxmini diapazon günə 15–20 mq/kq): 5–9 kq – günə 150 mq; 10–15 kq – günə 200–300 mq; 16–23 kq – günə 300–400 mq; 24–34 kq – günə 500–750 mq.					

Əlavə 14. Vərəm infeksiyasının profilaktik müalicə dozalarının qəbulunda ara vermə zamanı taktika

Profilaktik müalicə sxemi	Müalicədə ara vermə müddəti	Növbəti addım
3HR, 4R, 6H	İki həftədən az	Profilaktik müalicəni bərpa edin və buraxılmış günlərin və dozaların sayını ümumi müalicə müddətinə əlavə edin (məsələn, 3HR rejimində 3 doza buraxılıbsa, profilaktik müalicə başlanandan 3 ay + 3 gün ərzində davam etdirilir).
	İki həftə və daha çox	Müalicənin dayandırılması gözlənilən dozaların 80%-dən çoxu qəbul edildikdən sonra baş verərsə, heç bir tədbir tələb olunmur. Qalan müalicəni əvvəlcə planlaşdırıldığı kimi davam edib və tamamlamaq. Rejim çərçivəsində gözlənilən dozaların 80%-dən azı qəbul edilibsə və müalicə kursu hələ də icazə verilən vaxt ərzində tamamlana bilərsə, yəni müalicə müddəti + 33% əlavə vaxt, sonra heç bir hərəkət tələb olunmur. Qalan müalicəni əvvəlcə planlaşdırıldığı kimi davam edib və tamamlamaq. Əgər rejimdə gözlənilən dozaların 80%-dən azı qəbul edilibsə və icazə verilən müddətdə müalicə başa çatdırıla bilmirsə, vərəmin profilaktik müalicəsi yenidən başlanmalıdır.
3HP	1 həftə	Əgər buraxılmış doza növbəti 2 gün ərzində yada salınarsa, xəstə dərhal dozanı qəbul edə bilər. Əvvəlcə planlaşdırıldığı kimi qəbul etməyə davam etməlidir. Əgər buraxılmış doza 2 gündən çox sonra xatırlanırsa, şəxs buraxılmış dozanı dərhal qəbul edib və müalicə başa çatana qədər həftəlik dozaj cədvəlini buraxılmış dozanın gününə dəyişə bilər. Bu, 4 gündən az bir ara ilə iki həftəlik doza qəbul etmədən qaçmağa imkan verəcək
	1 həftədən çox	Üç həftəlik doza buraxılarsa, müalicə müddəti maksimum 16 həftəyə qədər uzadılması şərti ilə bütün 12 doza qəbul edilənə qədər müalicə davam etdirilir. Əgər həftəlik dörd və ya daha çox doza buraxılarsa, vərəmin profilaktik müalicəsinə yenidən başlamaq lazımdır.
1HP	1 həftə	Əgər gözlənilən rejim dozalarının 80%-dən çoxu (23) qəbul edilibsə, heç bir tədbir tələb olunmur. Əgər rejimdə gözlənilən dozaların 80%-dən (23) az hissəsi qəbul edilibsə, müalicəni bərpa edib və kursu maksimum 6 həftə ərzində başa çatdırmaq üçün buraxılmış dozaları ümumi müalicə müddətinə əlavə edin.
	1 həftədən çox	Ardıcıl olaraq 7-dən çox doza buraxılarsa, vərəmin profilaktik müalicəsinə yenidən başlamaq lazımdır. Əgər cəmi 7-dən çox doza buraxılıbsa, lakin ardıcıl deyilsə, müalicəni davam etdirib kursu maksimum 8 həftə ərzində başa çatdırmaq üçün buraxılmış dozaları ümumi müalicə müddətinə əlavə etmək lazımdır.

ƏLAVƏ 15. 10 yaşa qədər uşaqlarda bakterioloji təsdiq olmadıqda müalicənin başlanmasına dair qərarın qəbulu ilə ağciyər vərəminin və döş qəfəsi daxili limfadenopatiyanın diaqnostikasının kompleks alqoritmi



ƏDƏBİYYAT

1. ÜST-nin vərəmlə bağlı konsolidasiya olunmuş göstərişləri: vərəmin qarşısını alan müalicə. Cenevrə: Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı; 2020. Lisenziya: CC BY-NC-SA 3.0IGO

2. Vərəmlə bağlı ÜST-nin konsolidasiya olunmuş göstərişləri. Modul 1: Qarşısının alınması - infeksiyanın qarşısının alınması və nəzarəti. Cenevrə: Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı; 2022. Lisenziya: CC BY-NC-SA 3.0IGO.

3. Vərəmlə bağlı ÜST-nin konsolidasiya olunmuş göstərişləri. Modul 2: müayinə – vərəm xəstəliyinin sistematik müayinəsi. Cenevrə: Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı; 2021. Lisenziya: CC BY-NC-SA 3.0IGO.

4. ÜST vərəmlə bağlı birləşdirilmiş göstərişlər. Modul 3: diaqnoz - vərəmin aşkarlanması üçün sürətli diaqnostika, 2021-ci ilin yenilənməsi. Cenevrə: Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı; 2021. Lisenziya: CC BY-NC-SA 3.0IGO

5. Vərəmlə bağlı ÜGT-nin konsolidasiya olunmuş göstərişləri. Modul 3: diaqnoz. Vərəm infeksiyası üçün testlər. Cenevrə: Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı; 2022. Lisenziya: CC BY-NC-SA 3.0IGO.

6. ÜST vərəmlə bağlı konsolidasiya olunmuş göstərişlər. Modul 4: müalicə - dərmana davamlı vərəm müalicəsi, 2022-ci ilin yenilənməsi. Cenevrə: Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı; 2022. Lisenziya: CC BY-NC-SA 3.0IGO.

7. ÜST vərəmlə bağlı birləşdirilmiş göstərişlər. Modul 4: müalicə - dərman-susceptible vərəm müalicəsi. Cenevrə: Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı; 2022. Lisenziya: CC BY-NC-SA 3.0IGO.

8. ÜST vərəmlə bağlı birləşdirilmiş göstərişlər. Modul 5: Uşaq və yeniyetmələrdə vərəmin idarə olunması. Cenevrə: Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı; 2022. Lisenziya: CC BY-NC-SA 3.0IGO.

9. Vərəmlə bağlı 1-ci operativ əl kitabçası. Modul 1: qarşısının alınması - vərəmin qarşısını alan müalicə. Cenevrə: Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı; 2020. Lisenziya: CC BY-NC-SA 3.0IGO.

10. Vərəmlə bağlı 5-ci operativ əl kitabçası. Modul 1: qarşısının alınması - infeksiyanın qarşısının alınması və nəzarəti. Cenevrə: Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı; 2023. Lisenziya: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

11. Vərəmə qarşı operativ əl kitabçası. Modul 2: müayinə - vərəm xəstəliyinin sistematik müayinəsi. Cenevrə: Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı; 2021. Lisenziya: CC BY-NC-SA 3.0IGO.

12. Vərəmlə bağlı 1-ci operativ əl kitabçası. Modul 3: diaqnoz - vərəmin saxlanması üçün sürətli diaqnostika, 2021-ci il yeniləməsi. Cenevrə: Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı; 2021. Lisenziya: CC BY-NC-SA 3.0IGO.

13. Vərəmlə bağlı ÜDY operativ əl kitabçası. Modul 3: diaqnoz. Vərəm infeksiyasının müayinələri. Cenevrə: Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı; 2022. Lisenziya: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

14. Vərəmə qarşı operativ əl kitabçası. Modul 4: müalicə - dərmana davamlı vərəm müalicəsi, 2022-ci ilin yenilənməsi. Cenevrə: Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı; 2022. Lisenziya: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

15. Who əməliyyat əl kitabçası vərəm modulu 4: Müalicə – dərman-susceptible tuberculosis müalicə. Cenevrə: Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı; 2022. Lisenziya: CC BY-NC-SA 3.0IGO.
16. Vərəmə qarşı operativ əl kitabçası. Modul 4: müalicə - vərəmə qulluq və dəstək. Cenevrə: Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı; 2022. Lisenziya: CC BY-NC-SA 3.0IGO.
17. Vərəmlə bağlı ÜDY operativ əl kitabçası. Modul 5: Uşaq və yeniyetmələrdə vərəmin idarə olunması. Cenevrə: Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı; 2022. Lisenziya: CC BY-NC-SA 3.0IGO18. ÜST-vərəm üzrə təsnifatlar və hesabatlar çərçivəsi – 2013-cü il reviziya – 2020-ci il yeniləməsi. WHO/HTM/TB/2013.2