

აივ ინფექცია/შიდსით ავადმყოფთა
მკურნალობა და მოვლა

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო
სტანდარტი

(პროტოკოლი)

აივ ინფექცია/შიდსის ანტირეტროვირუსული თერაპია (პროტოკოლი)

1. დაავადების/ნოზოლოგიის/სინდრომის მოკლე განმარტება

აივ ინფექცია/შიდსი ეწოდება ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით გამოწვეულ ინფექციურ დაავადებას.

2. კრიტერიუმები –

- ა. დამადასტურებელი – აივ ინფექცია/შიდსის დამადასტურებელი კრიტერიუმებია: აივ ანტისხეულების არსებობა სისხლის შრატში იმუნობლოტინგის მეთოდით, აივ რნმ-ის რაოდენობრივად და/ან აივ პროვირუს დნმ-ის თვისობრივად აღმოჩენა სისხლში პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით.
- ბ. გამომრიცხავი – აივ ინფექცია შიდსის გამომრიცხავი კრიტერიუმებია: აივ ანტისხეულების არ არსებობა სისხლის შრატში იმუნოფერმენტული მეთოდით, რაოდენობრივად აივ რნმ-ის და/ან თვისობრივად აივ პროვირუს დნმ-ის არარსებობა სისხლში პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით.

3. სიმპტომები და ნიშნები –

- ა. დამადასტურებელი – აივ ინფექცია/შიდსს პათოგნომური კლინიკური ნიშნები არ გააჩნია. იგი მიეკუთვნება ლაბორატორიულად სადიაგნოზო დაავადებებს. სიმპტომებიდან შეიძლება გამოვყოს: გახანგრძლივებული ცხელება, გახანგრძლივებული ფაღარათი, ლიმფადენოპათია, არამოტივირებული პროფუზული ოფლიანობა, ძლიერი საერთო სისუსტე, არამოტივირებული წონაში კლება (ერთი თვის განმავლობაში სხეულის წონის 10% და მეტი), სხვადასხვა გამონაყარი კანსა და ლორწოვანზე, კანდიდოზური ეზოფაგიტი, ცნს-ის ატიპური დაზიანებები და სხვა. ატიპური მიკობაქტერიებით გამოწვეული ინფექციების დამადასტურებელ სიმპტომებს განეკუთვნება ცხელება, ღამის ოფლიანობა, დიარეა, აბდომინალური ტკივილი, წონაში კლება და კახექსია.
- ბ. გამომრიცხავი – აივ ინფექცია/შიდსის გამომრიცხავი სიმპტომები არ არსებობს, აივ ინფიცირებული წლების განმავლობაში შეიძლება ჩვილებს არ წარმოადგენდეს.

4. დიაგნოსტიკურ – ლაბორატორიული ტესტები და სპეციალისტთა კონსულტაციები

ლაბორატორიული ტესტები

<p>აივ ინფექციასთან დაკავშირებული ტესტირება:</p> <ul style="list-style-type: none"> • აივ სეროლოგიური გამოკვლევა (ტიპურად ELISA ან სწრაფი ტესტი), რომელსაც მოჰყვება დამადასტურებელი ტესტი (ტიპურად ვესტერნ ბლოტინგი) (11); • CD4 უჯრედების რიცხვი იმუნოდეფიციტის ხარისხის განსაზღვრისთვის; ორსულ ქალებში CD4% (12,13) და • ვირუსული დატვირთვის ტესტი პოლიმერაზული ჯაჭვური რეაქციის (პჯრ) მეთოდით, ვირუსის რეპლიკაციის დონის განსაზღვრისთვის ;
<p>ტესტირება სხვა ინფექციებზე</p> <ul style="list-style-type: none"> • ტესტი სიფილისზე (VDRL); • ვაგინალური, ასოს ან ანალური ჩამონაფხეკი გონორეისა და Chlamydia trachomatis იდენტიფიკაციისთვის; • ტესტირება ტოქსოპლაზმის IgG სეროლოგიურ ტესტზე და ინფორმაცია ინფექციის რისკის შესახებ თუ სეროლოგიის შედეგი უარყოფითია; • კრიპტოკოკის ანტიგენის ტიტრი, როდესაც CD4 ლიმფოციტების რიცხვი < 200 მმ3 და სახეზეა კრიპტოკოკოზის კლინიკური ნიშნები; • CMV ანტიგენემია (pp65 ადრეული ანტიგენი), როდესაც CD4 უჯრედების რიცხვი < 100 მმ3; • სეროლოგიური ტესტი B,C ჰეპატიტის ვირუსებზე (anti HCV, HBsAg)
<p>ძირითადი ლაბორატორიული ტესტები:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ელექტროლიტები (ნატრიუმი, კალიუმი); • ღვიძლის ფუნქციური სინჯები (ALT, AST, ტუტე ფოსფატაზა, საერთო და არაპირდაპირი ბილირუბინი); • თირკმლის ფუნქციები (შარდოვანა, კრეატინინი); • ლაქტადეჰიდროგენაზა (ლიმფომების დროს უჯრედთა ძირითადი ბრუნვა, ფილტვის ინფექციების ნიშნები, მიოკარდიუმის ინფარქტი, კუნთების დაზიანებანი და ა.შ.); • INR ან პროთრომბინის დრო; • სისხლის საერთო ანალიზი (ფორმულითა და თრომბოციტების რიცხვით); • ორსულობის ტესტი არვ თერაპიის დაწყებამდე.
<p>საჭიროების შემთხვევებში:</p> <ul style="list-style-type: none"> • გლუკოზა; • ქოლესტერინი (HDL, VLDL); • ტრიგლიცერიდები; • ლიპაზა; • C-რეაქტიული ცილა (CRP); • თირიდი-მასტიმულირებელი ჰორმონი (TSH).

სხვა გამოკვლევები

<ul style="list-style-type: none"> • ტუბერკულოზის კანის ტესტი; • ნახველის ნაცხის მიკროსკოპია და გულ-მკერდის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა, თუ სახეზეა ტუბერკულოზის ნიშნები; • ეკგ (გამოკვლევა მკურნალობამდე ართ-ზე მყოფ პაციენტებში გულ-სისხლძარღვოვანი დაავადების დიდი რისკის გათვალისწინებით, შედარებისთვის) (14)

სპეციალისტთა კონსულტაციები

<ul style="list-style-type: none"> • ნევროლოგიური გამოკვლევა, როდესაც HIV პირველად არის დიაგნოსტირებული (მაგ. პერიფერიული ნეიროპათიის იდენტიფიკაციისთვის); • ოფთალმოლოგიური გამოკვლევა ყოველ სამ თვეში ერთხელ CMV რეტინიტის იდენტიფიკაციისთვის, როდესაც CD4 უჯრედების რიცხვი < 100მმ³; • გინეკოლოგიური გამოკვლევა PAP ნაცხის ჩათვლით ყოველ 6 თვეში ერთხელ (აღამიანის პაპილომაავირუსით გამოწვეული კარცინომა); • სხვა სპეციალისტების კონსულტაცია აუცილებლობის შემთხვევებში.

5. მკურნალობა

ა)	რეკომენდებული პირველი რიგის ართ
ართ რეჟიმი	მედიკამენტების კომბინაცია
2 NRTI-ს + 1 NNRTI	ZDV + 3TC + (EFV ^ა or NVP) ან TDF + FTC + (EFV ^ა or NVP) ან ABC + 3TC + (EFV ^ა or NVP)

ბ)	რეკომენდებული მეორე რიგის არც რეჟიმი მოზარდებისა და მოზრდილთათვის
პირველი რიგის რეჟიმი	მეორე რიგის რეჟიმი
ZDV + 3TC + (EFV ან NVP)	LPV/r ^ა (ან ATV/r, SQV/r, FPV/r, IDV/r) + ddI + ABC ან LPV/r ^ა (ან ATV/r, SQV/r, FPV/r, IDV/r) + TDF + ABC ან LPV/r ^ა (ან ATV/r, SQV/r, FPV/r, IDV/r) + TDF + (ZDV + 3TC) ^ბ
TDF + FTC + (EFV ან NVP)	LPV/r ^ა (ან ATV/r, SQV/r, FPV/r, IDV/r) + ddI + ABC ან LPV/r ^ა (ან ATV/r, SQV/r, FPV/r, IDV/r) + ddI + ZDV
ABC + 3TC + (EFV ან NVP)	LPV/r ^ა (ან ATV/r, SQV/r, FPV/r, IDV/r) + ddI + ZDV ან LPV/r ^ა (ან ATV/r, SQV/r, FPV/r, IDV/r) + ZDV + TDF (+ 3TC) ^ბ

6. რეაბილიტაცია და დაკვირვება

მონიტორინგის სამიზნეებს წარმოადგენს ლაბორატორიული ტესტები ანტირეტროვირუსული მკურნალობის ეფექტურობის გასაკონტროლებლად

	საწყისი	2 კვირა	4 კვირა	8 კვირა	16 კვირა	24 კვირა	36 კვირა	48 კვირა
ვირუსული დატვირთვა	X			X		X	X	X
CD4 უჯრედების რიცხვი	X			X		X	(X)	X
სისხლის საერთო ანალიზი	X		X	X	X (ZDV)	X	(X)	X
ღვიძლის ფუნქციური სინჯები	X	X (NVP)	X	X (NVP, ZDV, PI)	X (NVP, PI)	X	(X)	X
ქოლესტერინი ტრიგლიცერიდები	X (PI)				X (PI)			X (PI)
თირკმლის ფუნქციები	X	X (TDF)	X (TDF, IDV)			X	(X)	X

7. ბაიფლანინი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი –

„აივ ინფექცია/შიდსით ავადმყოფთა მკურნალობა და მოვლა“.

8. აღამიანური და მათერიალურ-ტიქნიკური რესურსი – ექიმი-ინფექციონისტი, ექიმი-ეპიდემიოლოგი, ექიმი-ლაბორანტი, ვირუსოლოგიური, იმუნოლოგიური, კლინიკური ბიოქიმიის და მოლეკულური მედიცინის ლაბორატორიები.

**აივ ინფექცია/შიდსით დაავადებული ბავშვების
ანტირეტროვირუსული მკურნალობა
(პროტოკოლი)**

1. დაავადების/ნოზოლოგიის/სინდრომის მოკლე განმარტება

აივ ინფექცია/შიდსი წარმოადგენს ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით (აივ) გამოწვეულ ინფექციურ დაავადებას.

2 კრიტერიუმები

- ა. დამადასტურებელი – 18 თვის შემდეგ აივ ინფექცია/შიდსის დამადასტურებელი კრიტერიუმებია: აივ ანტისხეულების არსებობა სისხლის შრატში იმუნობლოტინგის მეთოდით, აივ რნმ-ის რაოდენობრივად და/ან აივ პროვირუს დნმ-ის თვისობრივად აღმოჩენა სისხლში პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით.
- ბ. გამომრიცხავი – 18 თვის შემდეგ აივ ინფექცია შიდსის გამომრიცხავი კრიტერიუმებია: აივ ანტისხეულების არ არსებობა სისხლის შრატში იმუნოფერმენტული მეთოდით, რაოდენობრივად აივ რნმ-ის და/ან თვისობრივად აივ პროვირუს დნმ-ის არ არსებობა სისხლში პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით.

18 წლამდე ასაკის ბავშვებში აივ ინფექციის დიაგნოსტიკა შემდეგი სქემით ხორციელდება

- აივ-ის პირველადი დიაგნოსტიკა ხორციელდება დაბადებიდან 48 სთ-ის შემდეგ. გამოიყენება პჯრ მეთოდით აივ დნმ განსაზღვრა ახალშობილის სისხლში, რომელიც არ არის აღებული ჭიპლარის ვენიდან, ვინაიდან ის შეიძლება დაბინძურებული იყოს დედის სისხლით. ამ დროს კვლევის სუბსტრატს წარმოადგენს პერიფერიული სისხლის მონონუკლეარებში არსებული პროვირუსული დნმ. დაბადებიდან 48 საათში ინფიცირებული ბავშვების 38% აჩვენებს დადებით პასუხს აივ დნმ პჯრ-ზე. ტესტის მგრძობელობა არ იცვლება მნიშვნელოვნად პირველი 1 კვირის განმავლობაში, მაგრამ მკვეთრად მატულობს სიცოცხლის მეორე კვირიდან, როდესაც დაავადებული ბავშვების 93% გამოვლინდება. 28 დღის ასაკში აივ დნმ პჯრ-ს უკვე აქვს 96% მგრძობელობა და 99% სპეციფიურობა. აივ დნმ პჯრ გამოკვლევაზე უარყოფითი პასუხის მიღების შემთხვევაში ბავშვს განმეორებითი გამოკვლევა იმავე მეთოდით უტარდება 3 თვის ასაკში. მიღებული დადებითი შედეგი საფუძველია აივ ინფექციის წინასწარი დიაგნოზისა. საბოლოო დიაგნოზი დგინდება განმეორებითი პჯრ-ით აივ -ის დნმ-ზე სისხლის ახალ პორციაში.
- 2-3 თვის ასაკში აივ დნმ პჯრ მეთოდის ალტერნატიულ მეთოდად შესაძლოა ჩაითვალოს აივ რნმ პჯრ დიაგნოსტიკის მეთოდი, რომლის მგრძობელობა ამ ასაკში 90-100%-ს აღწევს, ხოლო სპეციფიურობა აივ დნმ პჯრ სპეციფიურობის მსგავსია, თუმცა აივ რნმ დაბალი დონით დეტექტირება (<10 000 ასლი/მლ) შესაძლოა არ იყოს დასაყრდნობი და ინტერპრეტაცია უნდა მოხდეს სიფრთხილით.
- თუ პჯრ არ არის ხელმისაწვდომი, 15-18 თვის ასაკში ტარდება ბავშვის სისხლის ანალიზი აივ ანტისხეულებზე. დედის

ანტისხეულები IgG (მათ შორის აივ ინფექციის საწინააღმდეგო) ტრანსპლაცენტური გზით ხვდება ბავშვის ორგანიზმში. ის მთლიანად იშლება 18 თვის ასაკისათვის. ამდენად ამ ასაკის შემდეგ აივ საწინააღმდეგო ანტისხეულებზე დადებითი შედეგი მიუთითებს, რომ ბავშვი აივ ინფიცირებულია.

- თუ ბავშვი იკვებება დედის რძით, მაშინ აივ ანტისხეულებზე გამოკვლევას აზრი აქვს ძუძუთი კვების შეწყვეტიდან 6 თვის შემდეგ, ვინაიდან მანამდე ბავშვი შეიძლება ე.წ. “ფანჯარა პერიოდში” იმყოფებოდეს.

3. სიმპტომები და ნიშნები –

ა) დამადასტურებელი – აივ ინფექცია/შიდსს პათოგენოზური კლინიკური ნიშნები არ გააჩნია. იგი მიეკუთვნება ლაბორატორიულად სადიაგნოზო დაავადებებს. საშვილოსნოსშიდა ინფიცირების შემთხვევაში აღწერილია თავისებური სიმპტომოკომპლექსი, რაც ხასიათდება ზრდა-განვითარების შეფერხებით, შესაძლოა გამოხატული იყოს მრავლობითი დარღვევები ქალა-სახისა და ტვინის ნაწილებში. აივ ინფიცირებულ ახალშობილებს შესაძლოა გამოხატული ჰქონდეთ გამოწვეული შუბლი, ბრტყელი ცხვირი, ეგზოფთალმი მოცისფრო სკლერები, მიკროცეფალია, თუშცა უნდა აღინიშნოს, რომ განვითარების ანომალიები არ არის მკაფიოდ დამახასიათებელი ნიშანი აივ ინფექციისათვის.

აივ ინფიცირებულ ბავშვებში სიმპტომებიდან შეიძლება გამოვყოს: ზრდა-განვითარებაში ჩამორჩენა, არამოტივირებული ცხელება, ქრონიკული/მორეციდივე ყურის ინფექციები, ქრონიკული პნევმონია ან დიარეა, ქრონიკული დერმატიტი, პაროტიდული ჯირკვლების შეშუპება, სისტემური ლიმფადენოპათია, ჰეპატომეგალია, სპლენომეგალია. ლიმფოციტური დისფუნქცია საფუძვლად უდევს მორეციდივე სოკოვან ინფექციებს, როგორცაა კანდიდოზი, რაც ჩვეულებრივ თერაპიას არ ემორჩილება. ბავშვებში ყველაზე გავრცელებული ოპორტუნისტული ინფექციებია: პნევმოციტური პნევმონია (PCP) და სისტემური კანდიდოზი, ხშირია ეზოფაგიტი. პედიატრიული პნევმოციტური პნევმონიის დიდი წილი ძალიან ადრეულ ასაკში იჩენს თავს, რასაც თან ახლავს მაღალი ლეტალობა. ეს კი ამ დაავადების პროფლაქტიკის ფართოდ ჩატარების აუცილებლობის საფუძველს იძლევა. ადრეული PCP პროფლაქტიკის ჩატარების შესაძლებლობა 4-6 კვირის ასაკიდან დედის აივ სტატუსის ადრეულ დადგენას დიდ მნიშვნელობას სძენს. სხვა ოპორტუნისტული ინფექციებიდან აღსანიშნავია: ციტომეგალოვირუსული ინფექცია, რომელიც იწვევს ფილტვებისა და გასტროენტერალური ტრაქტის დაზიანებას და იშვიათად იწვევს რეტინიტს. (რაც ხშირია მოზრდილებში), ქრონიკული დიარეა, გამოწვეული კრიპტოსპორიდიოზით, ლამბლიოზით, იზოსპორათი ან ისეთი ვირუსით, როგორცაა, ადენოვირუსი. მენინგიტი შესაძლოა გამოწვეულ იყოს კრიპტოკოკით, რაც კლინიკურად ნაკლები სიმწვავეთ ვლინდება ბაქტერიულ მენინგიტთან შედარებით. არატუბერკულოზური მიკობაქტერია (*Mycobacterium avium intracelulare*) დაავადებას იწვევს მოგვიანებით ეტაპებზე იმუნიტეტის მძიმე სუპრესიისას. ის იწვევს ცხელებას წონაში კლებით ან მის გარეშე ან შესაძლოა გამოვლინდეს მაღაბსორბციული დიარეის სახით.

ოპორტუნისტული ინფექციის გარდა სიცოცხლის პირველი წლის განმავლობაში აივ ინფიცირებულ ბავშვებს შესაძლოა გამოუვლინდეთ ლიმფოიდური ინტერსტიციული პნევმონია. ეს ნელა მოპროგრესირე და ხშირად ასიმპტომური დაავადებაა. ის ჩვეულებრივ ვლინდება სიცოცხლის პირველი წლის თავზე და პიკს ორი წლის ასაკისათვის აღწევს. ხშირადაა ასოცირებული პაროტიდული

ჯირკვლების შეშუპებასთან და ჰიპერგამაგლობულინემიასთან. ბავშვს შესაძლოა ჰქონდეს მხოლოდ ეს გამოვლინებანი ფილტვების დაზიანების გამოვლინებამდე დიდი ხნით ადრე. შემდგომ ვლინდება დაქვეითებულ ოქსიგენაციასთან დაკავშირებული გამოვლინებანი, მათ შორის დოლის ჯოხისებური თითები. თუმცა წლების მანძილზე გამოვლინებანი შესაძლოა ძალზე მწირი იყოს.

ხშირია მორეციდივე ბაქტერიული ინფექციები, რაც გამოწვეულია: Hemophilus influenzae, Streptococcus pyogenes, Staphylococcus epidermidis, pneumococcus, salmonellas. ყველაზე ხშირად მორეციდივე ბაქტერიულ ინფექციას პნევმონია მიეკუთვნება, რომლის ხშირ მიზეზსაც S. pneumoniae წარმოადგენს. მწვავე პნევმონიის ხშირი მიზეზია პნევმოცისტური პნევმონიაც, რაც მხედველობაში უნდა გვქონდეს მიუხედავად პაციენტის იმუნური სტატუსისა და CD4 რაოდენობისა.

ტუბერკულოზი აივ ინფიცირებული ბავშვების ერთ-ერთ სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს. დიაგნოსტიკისათვის გამოიყენება კანის ტუბერკულინური ტესტი და ნახველში მუავაგამძლე ბაქტერიის აღმოჩენა მიკროსკოპიისა და კულტურის მიღების გზით. ბავშვებში ნახველის არარსებობის დროს მიმართავენ კუჭის ამონარეცხის კვლევას. აივ ინფიცირებულ ბავშვებში ხშირია ცნს დაზიანება, რაც გამოიხატება ფსიქო-ფიზიკური განვითარების შეფერხებით, ენცეფალოპათიით, ცერებრული დამბლით ან/და სპასტიური ტეტრაპლეგიის სახით. ადგილი აქვს თავის გარშემოწერილობის ზრდის შეჩერებას. კომპიუტერული ტომოგრაფია კორტიკულ ატროფიას ან კალციფიკაციას უჩვენებს (განსაკუთრებით ბაზალურ განგლიებში სიმეტრიულად).

აივ ინფიცირებული ბავშვების დაახლოებით 20%-ში ვითარდება თრომბოციტების იმუნური დესტრუქცია. ანემია განპირობებული შეიძლება იყოს აივ-ის მიერ, იატროგენული ფაქტორებით ან ვირუსული ინფექციების (მაგალითად, პარვოვირუს B19) სუპრესიული ზეგავლენით ძვლის ტვინზე, ასევე შრატში ერთროეპოეტინის დონის დაქვეითებითა და ძვლის ტვინის დაქვეითებული რეაგირებით ერთროეპოეტინზე. ანემიას იწვევს ნეოპლაზიური აგენტებიც.

ნეიტროპენია ხშირია ღრმა იმუნოსუპრესიის დროს და კავშირშია ბაქტერიული ინფექციების დართვის მაღალ რისკთან. ნეიტროპენია შესაძლოა გამოწვეული იყოს მედიკამენტებით, რომელსაც ბავშვი იღებს მკურნალობის პროცესში.

აივ აზიანებს გულსა და თირკმელებს. ეს გართულებები განსაკუთრებით ხშირია მოზრდილ ბავშვებში 2-3 წლის ასაკის ზემოთ. ჩვეულებრივ გამოხატულია ქრონიკული კარდიომიოპათია. თირკმლის დაზიანება ვლინდება ნეფროზული სინდრომის ან გლომერულონეფრიტის სახით.

4. დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული ტესტები და სპეციალისტთა კონსულტაციები

ა) პირველ 4 საათში

- კონსულტაცია სტაციონარული;
- სისხლის კლინიკური ანალიზი (სისხლის საერთო ანალიზი, სისხლის ჯგუფის და რეზუსის განსაზღვრა, ტრანსამინაზების, ბილირუბინის, ლაქტატდეჰიდროგენაზას, შარდოვანას, კრეატინინის, გლუკოზის, საერთო ცილის და ცილის ფრაქციების, რკინის და რკინის გაჯერების უნარის, პროთრომბინის და თრომბინის დროის განსაზღვრა);
- იმუნოლოგიური ანალიზი (CD4+, CD8+ ლიმფოციტების ჩათვლით);

- შარდის საერთო ანალიზი;
- ლიქვორის საერთო ანალიზი;
- ლიქვორის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა;
- ნახველის ბაქტერიოსკოპული გამოკვლევა;
- სისხლში Toxo IgG დიაგნოსტიკა;
- მანტუს სინჯი.

ბ) პირველ 24 საათში

- გულმკერდის რენტგენოგრაფია (ერთი პროექცია);
- რენტგენოლოგის კონსულტაცია;
- ეკგ;
- კარდიოლოგის კონსულტაცია;
- სისხლის ბიოქიმიური ანალიზი (საერთო ცილა, ალბუმინი, ALT, AST, ბილირუბინი, და მისი ფრაქციები, CD4, CD8);
- შარდის ანალიზი;
- განავლის ანალიზი;
- სისხლის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა;
- ნახველის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა.

გ) პირველ 3 დღეში

- ნევროპათოლოგის კონსულტაცია;
- ფტიზიატრის კონსულტაცია;
- ანტიბიოტიკებისადმი მგრძობელობის განსაზღვრა;
- აივ ვირუსული დატვირთვის განსაზღვრა;
- ვირუსული ჰეპატიტების (B, C, D) დიაგნოსტიკა;
- ათაშანგის დიაგნოსტიკა (TPHA, RPR მეთოდებით);
- სეროლოგიური გამოკვლევები სხვა მიკროორგანიზმებისათვის.

5. მკურნალობა

პირველი რიგის ართ სქემა აივ ინფიცირებულ ბავშვებში

ართ-ს ანამნეზი (მათ შორის დედის მიერ არე პრეპარატების მიღება ორსულობისა და მშობიარობის დროს), თანმხლები დაავადებები	პირველი რიგის ართ სქემა*
ბავშვებში, რომლებიც არ ღებულობდნენ არე პრეპარატებს, არ არის რისკი პრეპარატების ურთიერთქმედებისა და წამლისმიერი მდგრადობის	ზიდოვუდინი** + ლამივუდინი + ნევირაპინი ან ზიდოვუდინი** + ლამივუდინი + ეფავირენზი***
ბავშვები, რომლებიც იმყოფებოდნენ ნევირაპინის ზემოქმედების ქვეშ, დედიდან ბავშვზე აივ ინფექციის გადადების პროფილაქტიკის მიზნით.	ზიდოვუდინი** + ლამივუდინი + ლოპინავირი/რიტონავირი ან ზიდოვუდინი** + ლამივუდინი + ნელფინავირი
ტუბერკულოზით დაავადებულები****	ზიდოვუდინი** + ლამივუდინი + აბაკავირი ან

	ზიდოვუდინი** + ლამივუდინი + ეფავირენზი***
* ** *** ****	<p>საჭიროა არე პრეპარატების ბავშვებისათვის მისაღებ სამკურნალწამლო ფორმებში მიწოდება (თხევად ფორმაში, 6 წელზე პატარა ბავშვებში), რომელიც უზრუნველყოფს ზუსტ დოზირებას.</p> <p>ანემიის მქონე ბავშვებში უკუნაჩვენებია ზიდოვუდინის შემცველი ართ სქემები.</p> <p>3 წელზე დიდი ასაკის ბავშვებში</p> <p>ართ უნდა დავიწყოთ 2 თვიანი ინტენსიური ანტიტუბერკულოზური თერაპიის შემდეგ. თუ სიტუაცია საშუალებას გვაძლევს ართ უმჯობესია დავიწყოთ ანტიტუბერკულოზური თერაპიის კურსის დამთავრებისას. ეს თავიდან აგვაცილებს რიფამპინისა და არე პრეპარატის ნეგატიური ურთიერთქმედების შედეგებს. გარდა ამისა ართ და ანტიტუბერკულოზური პრეპარატების ერთდროული დანიშვნა ზრდის თერაპიის რეჟიმის დარღვევის რისკს. ართ-ს ადრეული დანიშვნა გამართლებულია, თუ ტუბერკულოზით დაავადებულ აივ ინფიცირებულ ბავშვს აღენიშნება აივ ინფექციის გამოსატყლი გამოვლინებები ან/და მძიმე იმუნოდეფიციტი.</p>

ართ სქემის შეცვლის აუცილებლობა განპირობებულია ან თერაპიის არაეფექტურობით, ან შეუთავსებელი გვერდითი მოვლენებით. სქემა უნდა შეცვალოს იმ ექიმმა, რომელმაც დანიშნა პირველადი მკურნალობა. ვიდრე ახალ სქემას დაენიშნავთ უნდა დავრწმუნდეთ, რომ ბავშვი პრეპარატებს ღებულობდა მკაცრად დანიშნულების მიხედვით. თუ ართ-ს სქემის გამოცვლა განპირობებულია თერაპიის არაეფექტურობით, საჭიროა სამივე პრეპარატის ერთდროული შეცვლა

მეორე რიგის ართ სქემა

ართ-ს საწყისი სქემა	მეორე რიგის რეკომენდებული სქემა
ზიდოვუდინი + ლამივუდინი + ნევირაპინი ან ზიდოვუდინი + ლამივუდინი + იფავირენცი	აბაკავირი + დიდანოზინი + ლოპინავირი/რიტონავირი ან აბაკავირი + დიდანოზინი + ნელფინავირი
ზიდოვუდინი + ლამივუდინი + ნელფინავირი ან ზიდოვუდინი + ლამივუდინი + ლოპინავირი/რიტონავირი	აბაკავირი + დიდანოზინი + ნევირაპინი ან აბაკავირი + დიდანოზინი + ეფავირენზი
<p>* თუ ბავშვს შეუძლია კავსულის გადაყლაპვა, ხოლო პრეპარატის ერთჯერად დოზა (რომელიც გათვლილია წონაზე ან სხეულის ფართობზე) შეადგენს რამოდენიმე კავსულას ერთად, მას ასევე შეგვიძლია დაეუნიშნოთ სექვინავირ/რიტონავირი ან ინდინავირ/რიტონავირი</p>	

6. რეაბილიტაცია და ლაპვირვება
მონიტორინგი სამიზნეები

	შემოწმების ვადა	ანთროპომეტრული მონაცემები	შემოწმება	ლაბორატორიული გამოკვლევები
პირველი შემოწმება	ართ-ს დაწყებიდან 2 კვირაში	+	+	სისხლის კლინიკური ანალიზი, ღვიძლის ფერმენტების აქტივობა; შარდის საერთო ანალიზი
მეორე შემოწმება	პირველი შემოწმებიდან ერთ თვეში	+	+	სისხლის კლინიკური ანალიზი, ღვიძლის ფერმენტების აქტივობა; შარდის საერთო ანალიზი
მომდევნო შემოწმებები	ყოველ 3 თვეში, თუ საჭირო არ არის უფრო ხშირი ვიზიტები	+	+	სისხლის კლინიკური ანალიზი, ღვიძლის ფერმენტების აქტივობა. CD4-ის დონეს საზღვრავენ ყოველ 3-4 თვეში, თუ არ არის ჩვენება უფრო ხშირი გამოკვლევებისათვის
¹ თუ სქემა შეიცავს ნევირაპინს, 18 თვის განმავლობაში, ყოველ 4 თვეში უნდა განესაზღვროთ ღვიძლის ფუნქციური მაჩვენებლები.				

ართ-ს ეფექტურობის კონტროლი

კლინიკური მაჩვენებლების კონტროლი (სივრძე, წონა, საერთო მდგომარეობა)

ჯანმრთელი ბავშვის ფიზიკური განვითარება მუდმივად მიმდინარეობს და წონისა და სიმაღლის მატებით გამოვლინდება. იმუნოდეფიციტის მქონე აივ ინფიცირებულ ბავშვებში იგი შეფერხებულია და ართ-ს დაწყების ფონზე მკვეთრად მატულობს. ქვემოთ მოცემულია ძირითადი კლინიკური მაჩვენებლები, რომლებიც საშუალებას მოგვცემს ვიმსჯელოდ ართ-ს ეფექტიანობაზე.

- “წონა/სიმაღლის” დიაგრამა (როდესაც შეუძლებელია CD4-ის დონის განსაზღვრა, მკურნალობის ეფექტიანობის შესაფასებლად გამოიყენება ფიზიკურ განვითარების დიაგრამები). თუ იმ ბავშვების განვითარების ფიზიკური მაჩვენებლები, რომლებსაც უტარდებათ ართ, არ შეესაბამება დიაგრამებზე მოცემულ მაჩვენებლებს, უნდა ვეძებოთ განვითარების შეფერხების მიზეზები. ძირითადი მიზეზი ორია:
 - ოპორტუნისტული ინფექცია (ამ შემთხვევაში დიაგრამის მრუდი მკვეთრად ეცემა);
 - თერაპიის რეჟიმის დარღვევა (ამ შემთხვევაში დიაგრამის მრუდი ეცემა თანდათანობით).
- ფსიქომოტორული განვითარება;

- ნევროლოგიური დარღვევები, მათ შორის ენცეფალოპათიის სიმპტომები;
- ინფექციური დაავადებები: სახე და სისშირე.

ლაბორატორიული მონაცემების კონტროლი

- CD4-ის დონე (თუ შესაძლებელია);
- სისხლის კლინიკური ანალიზი;
- ღვიძლის ფერმენტების აქტივობა (ალტ, ასტ);
- დამატებითი გამოკვლევები: ართ-ს სქემისა და პრეპარატების გვერდითი ეფექტების მიხედვით.

7. ბაიფლანინი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი –

„აივ ინფექცია/შიდსით ავადმყოფთა მკურნალობა და მოვლა“.

8. აღამიანური და მათერიალურ-ტიქნიკური რესურსი – ექიმი-ინფექციონისტი, ექიმი-ეპიდემიოლოგი, ექიმი-ლაბორანტი, ვირუსოლოგიური, იმუნოლოგიური, კლინიკური ბიოქიმიის და მოლეკულური მედიცინის ლაბორატორიები.

**აივ ინფექცია/შიდსის ფონზე ბანკითარებული
ბაქტერიული პნევმონიები
(პროტოკოლი)**

1. დაავადების/ნოზოლოგიის/სინდრომის მოკლე განმარტება

აივ ინფექცია/შიდსი ეწოდება ადამიანი იმუნოდეფიციტის ვირუსით გამოწვეულ ინფექციურ დაავადებას. ბაქტერიული პნევმონიის ყველაზე ხშირი გამომწვევია Streptococcus pneumoniae. სხვა გამომწვევებია: Haemophilus influenzae, Klebsiella spp., Staphylococcus spp., Mycobacterium tuberculosis, Micobacterium avium-intracellulare.

2. კრიტერიუმები –

ა) დამადასტურებელი – აივ ინფექცია/შიდსის დამადასტურებელი კრიტერიუმებია: აივ ანტისხეულების არსებობა სისხლის შრატში იმუნობლოტინგის მეთოდით, აივ რნმ-ის რაოდენობრივად და/ან აივ პროვირუს დნმ-ის თვისობრივად აღმოჩენა სისხლში პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით. **ზედა სასუნთქი გზების ბაქტერიული ინფექციების დიაგნოზი ეფუძნება** კლინიკურ გამოვლინებებსა და რენტგენოლოგიურ ცვლილებებს. რენტგენოგრაფიაზე შეიძლება აღმოჩნდეს ფილტვის პარენქიმის წილოვანი, კეროვანი ან ღიფუზური დაჩრდილვა ან გამოვლინდეს ატიპური ცვლილებები.

ბ) გამომრიცხავი – აივ ინფექცია/შიდსის გამომრიცხავი კრიტერიუმებია: აივ ანტისხეულების არ არსებობა სისხლის შრატში იმუნოფერმენტული მეთოდით, რაოდენობრივად აივ რნმ-ის და/ან თვისობრივად აივ პროვირუს დნმ-ის არ არსებობა სისხლში პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით. **ზედა სასუნთქი გზების ბაქტერიული ინფექციების გამომრიცხავი** კრიტერიუმებია კლინიკური გამოვლინებებისა და რენტგენოლოგიური ცვლილებების არ არსებობა.

3. სიმპტომები და ნიშნები –

ა. დამადასტურებელი – აივ ინფექცია/შიდსს პათოგნომური კლინიკური ნიშნები არ გააჩნია. იგი მიეკუთვნება ლაბორატორიულად სადიაგნოზო დაავადებებს. სიმპტომებიდან შეიძლება გამოვყოთ: გახანგრძლივებული ცხელება, გახანგრძლივებული ფაღარათი, ლიმფადენოპათია, არამოტივირებული პროფუზული ოფლიანობა, ძლიერი საერთო სისუსტე, არამოტივირებული წონაში კლება (ერთი თვის განმავლობაში სხეულის წონის 10% და მეტი), სხვადასხვა გამონაყარი კანსა და ლორწოვანზე, კანდიდოზური ეზოფაგიტი, ცნს-ის ატიპიური დაზიანებები და სხვა. **ზედა სასუნთქი გზების ბაქტერიული ინფექციების დამადასტურებელ სიმპტომებს** განეკუთვნება ცხელება, ადვილად დაღლა, ხველება, ქოშინი, ტკივილი გულმკერდის არეში, ტაქიპნოე.

ბ გამომრიცხავი – აივ ინფექცია/შიდსის გამომრიცხავი სიმპტომები არ არსებობს, აივ ინფიცირებული წლების განმავლობაში შეიძლება ჩივილებს არ წარმოადგენდეს. **ზედა სასუნთქი გზების ბაქტერიული ინფექციების გამომრიცხავი** ფაქტორია შესაბამისი ჩივილებისა და სიმპტომების არ არსებობა.

4. დიაგნოსტიკურ – ლაბორატორიული ტესტები და სპეციალისტთა კონსულტაციები

CD3, CD4, CD8 ლიმფოციტების აბსოლუტური რიცხვის განსაზღვრა, აივ ვირუსული დატვირთვის განსაზღვრა პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის

მეთოდით, სისხლის საერთო ანალიზი, ღვიძლის ფუნქციური სინჯები, თირკმლის ფუნქციური სინჯები, გულმკერდის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა, ექიმ-პულმონოლოგის კონსულტაცია.

5. მკურნალობა

ბაქტერიული პნევმონიის მკურნალობის პირველი რიგის სქემები

ანტიბიოტიკი	დოზა	მიღების სიხშირე	მიღების გზა	მკურნალობის ხანგრძლივობა
ამოქსიცილინი (პენიცილინისა და ამპიცილინის მიმართ შესაძლო რეზისტენტობის შემთხვევაში გამოიყენეთ პენიცილინი ბეტა ლაქტამაზას ინჰიბიტორებთან კომბინაციაში)	500-1000მგ	3X დღეში	PO	7 დღე ან უფრო ხანგრძლივად მორჩენამდე
ან				
ერიტრომიცინი	500მგ	4X დღეში	PO	7 დღე
ან				
კლარიტრომიცინი	500მგ	2X დღეში	PO	7 დღე
ან				
აზიტრომიცინი	500მგ	ერთხელ დღეში	PO	3-4 დღე
ან				
ქინოლონი პნევმოკოკური აქტივობით (მაგ: მოქსიფლოქსაცინი)	400 მგ	ერთხელ დღეში	PO	7 დღე
ან				
დოქსიციკლინი		100 მგ 2X დღეში	PO	7 დღე

- თუ პირველი რიგის სქემით მკურნალობის ფონზე მდგომარეობა 72 სთ-ში არ გაუმჯობესდა (ცხელების ნორმალიზება, ლეიკოციტოზის დონის შემცირება), აუცილებელია პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია და მკურნალობის შეცვლა II რიგის სქემით, საჭიროების შემთხვევაში – უანგბადით ინჰალაცია.

ბაქტერიული პნევმონიების მკურნალობის მეორე რიგის სქემები

ანტიბიოტიკი	დოზა	მიღების სიხშირე	მიღების გზა	მკურნალობის ხანგრძლივობა
ცეფტრიაქსონი +	2გ	დღეში ერთხელ	IV	7 დღე
ერიტრომიცინი	500მგ	4X დღეში		
ან				
ამპიცილინი/ სულბაქტამი +	1500მგ	3X დღეში	IV	7 დღე
ერიტრომიცინი	500მგ	4X დღეში		
ან				

ქინოლონი პნევმოკოკური აქტივობით (მაგ: მოქსიფლოქსაცინი)	400 მგ	ერთხელ დღეში	IV/PO	7 დღე
ან				
ქლორამფენიკოლი (მხოლოდ სხვა პრე-პარატების არ არსებობის დროს)	12,5 მგ/კგ	4X დღეში	IV	7 დღე

6. ბაილანი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი –

„აივ ინფექცია/შიდსით ავადმყოფთა მკურნალობა და მოვლა“.

7. აღამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი – ექიმი-ინფექციონისტი, ექიმი-ეპიდემიოლოგი, ექიმი-ლაბორანტი, ვირუსოლოგიური, იმუნოლოგიური, კლინიკური ბიოქიმიის და მოლეკულური მედიცინის ლაბორატორიები.

აივ ინფექცია/შიდსის ფონზე განვითარებული ატიპიური მიკობაქტერიოზების მართვა (პროტოკოლი)

1. დაავადების/ნოზოლოგიის/სინდრომის მოკლე განმარტება

აივ ინფექცია/შიდსი ეწოდება ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით გამოწვეულ ინფექციურ დაავადებას. ატიპიური მიკობაქტერიოზები ეწოდება Mycobacterium avium complex გამოწვეულ ინფექციებს.

2. კრიტერიუმები –

ა) დამადასტურებელი – აივ ინფექცია/შიდსის დამადასტურებელი კრიტერიუმებია: აივ ანტისხეულების არსებობა სისხლის შრატში იმუნობლოტინგის მეთოდით, აივ რნმ-ის რაოდენობრივად და/ან აივ პროვირუს დნმ-ის თვისობრივად აღმოჩენა სისხლში პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით. ატიპიური მიკობაქტერიებით გამოწვეული ინფექციების დიაგნოზი ისმება კლინიკური სურათისა და ლაბორატორიული გამოკვლევების მიხედვით. მისი დამადასტურებელი კრიტერიუმია Mycobacterium avium complex -ის აღმოჩენა სპეციალურ ნიადაგზე დათესილ სისხლში, განავალში, ღვიძლისა და ძვლის ტვინის ბიოპტატში.

ბ) გამომრიცხავი – აივ ინფექცია/შიდსის გამომრიცხავი კრიტერიუმებია: აივ ანტისხეულების არ არსებობა სისხლის შრატში იმუნოფერმენტული მეთოდით, რაოდენობრივად აივ რნმ-ის და/ან თვისობრივად აივ პროვირუს დნმ-ის არ არსებობა სისხლში პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით. ატიპიური მიკობაქტერიებით გამოწვეულ ინფექციების გამომრიცხავი კრიტერიუმია კლინიკური სურათისა და Mycobacterium avium complex -ის არ არსებობა სპეციალურ ნიადაგზე დათესილ სისხლში, განავალში, ღვიძლისა და ძვლის ტვინის ბიოპტატში.

3. სიმპტომები და ნიშნები –

ა. დამადასტურებელი – აივ ინფექცია/შიდსს პათოგნომური კლინიკური ნიშნები არ გააჩნია. იგი მიეკუთვნება ლაბორატორიულად სადიაგნოზო დაავადებებს. სიმპტომებიდან შეიძლება გამოვყოთ: გახანგრძლივებული ცხელება, გახანგრძლივებული ფაღარათი, ლიმფადენოპათია, არამოტივირებული პროფუზული ოფლიანობა, ძლიერი საერთო სისუსტე, არამოტივირებული წონაში კლება (ერთი თვის განმავლობაში სხეულის წონის 10% და მეტი), სხვადასხვა გამონაყარი კანსა და ლორწოვანზე, კანდიდოზური ეზოფაგიტი, ცნს-ის ატიპიური დაზიანებები და სხვა. ატიპიური მიკობაქტერიებით გამოწვეული ინფექციების დამადასტურებელ სიმპტომებს განეკუთვნება ცხელება, წონაში კლება, ღვიძლის ოფლიანობა, ღიარვა, განლევა.

ბ. გამომრიცხავი – აივ ინფექცია/შიდსის გამომრიცხავი სიმპტომები არ არსებობს, აივ ინფიცირებული წლების განმავლობაში შეიძლება ჩვილებს არ წარმოადგენდეს. ატიპიური მიკობაქტერიებით გამოწვეული ინფექციების გამომრიცხავი ფაქტორია შესაბამისი ჩვილებისა და სიმპტომების არ არსებობა.

4. დიაგნოსტიკურ – ლაბორატორიული ტესტები და სპეციალისტთა კონსულტაციები

CD3, CD4, CD8 ლიმფოციტების აბსოლუტური რიცხვის განსაზღვრა, აივ ვირუსული დატვირთვის განსაზღვრა პოლიმერაზის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით, სისხლის საერთო ანალიზი, ღვიძლის ფუნქციური სინჯები, თირკმლის ფუნქციური სინჯები, გულმკერდის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა, Mycobacterium avium complex-ის აღმოჩენა სპეციალურ ნიადაგზე დათესილ სისხლში, განავალში, ღვიძლსა და ძვლის ტვინის ბიოპტატში.

5. ატიპური მიკობაქტერიოზების მკურნალობა

ანტიბიოტიკი	დოზა	მიღების სისშირე	მიღების გზა	მკურნალობის ხანგრძლივობა
პირველი რიგის პრეპარატები				
კლარიტრომიცინი	500-1000 მგ	2-ჯერ დღეში	PO	6 თვე ; დამოკიდებულია კლინიკურ მდგომარეობაზე
+				
ეტამბუტოლი	15 მგ/კგ	დღეში ერთხელ	PO	6 თვე ; დამოკიდებულია კლინიკურ მდგომარეობაზე
+				
რიფაბუტინი	300-450 მგ	დღეში ერთხელ	PO	6 თვე ; დამოკიდებულია კლინიკურ მდგომარეობაზე
სხვა პრეპარატები, რომლებიც მოქმედებენ ატიპურ მიკობაქტერიებზე				
აზიტრომიცინი	500-1200 მგ	დღეში ერთხელ	PO	6 თვე
ციპროფლოქსაცინი	500 მგ	2-ჯერ დღეში	PO	6 თვე
ამიკაცინი	15 მგ/კგ/დღ	დღეში 1X	ი/ვ	არა უმეტეს 4 კვირისა
	ან 7,5 მგ/კგ/დღ	2-ჯერ დღეში	ი/ვ	

6. რეაბილიტაცია და დაკვირვება

- თუ ატიპური მიკობაქტერიოზების მკურნალობის ფონზე მდგომარეობა გაუმჯობესდა და პრეპარატები კარგად გადაიტანება უნდა დაიწყოს ართ.
- ატიპური მიკობაქტერიოზების მკურნალობიდან 4-6- კვირაში იწყება ართ. 6 თვის შემდეგ იმუნური პასუხის გაუმჯობესების შემდეგ (CD4 რიცხვი > 100 მმ³) ჩერდება ატიპური მიკობაქტერიოზების მკურნალობა და გამოიყენება მეორადი პროფილაქტიკა.
- მეორადი პროფილაქტიკის შეწყვეტა შესაძლებელია, როდესაც იმუნური სისტემა სტაბილურია 3-6- თვის მანძილზე.

- ატიპიური მიკობაქტერიოზების მკურნალობა და მეორადი პროფილაქტიკა გრძელდება 6 თვე, რაც არის მკურნალობის წარმატების და რელაქსის თავიდან აცილების საწინდარი.
- დიდი მნიშვნელობა აქვს ატიპიური მიკობაქტერიოზების მკურნალობის დაწყებას არვ თერაპიის დაწყებამდე.
- არსებობს ალბათობა იმუნური რეკონსტიტუციის ანთებითი სინდრომის განვითარების ართ-ს დაწყების შემდეგ.

7. ბაიფლანი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი –

„აივ ინფექცია/შიდსით ავადმყოფთა მკურნალობა და მოვლა“.

8. აღამიანური და მათერიალურ-ტექნიკური რესურსი – ექიმი-ინფექციონისტი, ექიმი-ეპიდემიოლოგი, ექიმი-ლაბორანტი, ვირუსოლოგიური, იმუნოლოგიური, კლინიკური ბიოქიმიის და მოლეკულური მედიცინის ლაბორატორიები.

აივ ინფექცია/შიდსის ფონზე ბანვიტარული პნევმოცისტური პნევმონიის მართვა (პროტოკოლი)

1. დაავადების/ნოზოლოგიის/სინდრომის მოკლე განმარტება

აივ ინფექცია/შიდსი ეწოდება ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით გამოწვეულ ინფექციურ დაავადებას. პნევმოცისტური პნევმონიის გამომწვევია *Pneumocystis jiroveci*.

2. კრიტიკრიუმები

ა) დამადასტურებელი – აივ ინფექცია/შიდსის დამადასტურებელი კრიტერიუმებია: აივ ანტისხეულების არსებობა სისხლის შრატში იმუნობლოტინგის მეთოდით, აივ რნმ-ის რაოდენობრივად და/ან აივ პროვირუს დნმ-ის თვისობრივად აღმოჩენა სისხლში პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით. პნევმოცისტური პნევმონიის დიაგნოზი ისმება კლინიკური სურათისა და რენტგენოლოგიური ცვლილებების მიხედვით. **პნევმოცისტური პნევმონიის კლინიკური გამოვლინებებია:** ხველა, ქოშინი, ცხელება, რესპირატორული დისტრესი – ციანოზით. რენტგენოლოგიური ნიშანი - ორივე ფილტვის ქვემო წილში გამჭვირვალობის დრუბლისებური დაქვეითება - ყველა პაციენტს არ აღენიშნება. პნევმოცისტური პნევმონიის დამადასტურებელი კრიტერიუმია *Pneumocystis jiroveci*-ის ცისტის აღმოჩენა ნახველში ან ბრონქოალვეოლარული ლავაჟით მიღებულ სითხეში.

ბ) გამომრიცხავი – აივ ინფექცია/შიდსის გამომრიცხავი კრიტერიუმებია: აივ ანტისხეულების არ არსებობა სისხლის შრატში იმუნოფერმენტული მეთოდით, რაოდენობრივად აივ რნმ-ის და/ან თვისობრივად აივ პროვირუს დნმ-ის არ არსებობა სისხლში პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით. **პნევმოცისტური პნევმონიის გამომრიცხავი კრიტერიუმებია** კლინიკური გამოვლინებებისა და *Pneumocystis jiroveci*-ის ცისტის არ არსებობა ნახველში ან ბრონქოალვეოლარული ლავაჟით მიღებულ სითხეში.

3. სიმპტომები და ნიშნები –

ა) დამადასტურებელი – აივ ინფექცია/შიდსს პათოგნომური კლინიკური ნიშნები არ გააჩნია. იგი მიეკუთვნება ლაბორატორიულად სადიაგნოზო დაავადებებს. სიმპტომებიდან შეიძლება გამოვყოთ: გახანგრძლივებული ცხელება, გახანგრძლივებული ფაღარათი, ლიმფადენოპათია, არამოტივირებული პროფუზული ოფლიანობა, ძლიერი საერთო სისუსტე, არამოტივირებული წონაში კლება (ერთი თვის განმავლობაში სხეულის წონის 10% და მეტი), სხვადასხვა გამონაყარი კანსა და ლორწოვანზე, კანდიდოზური ეზოფაგიტი, ცნს-ის ატიპიური დაზიანებები და სხვა. **პნევმოცისტური პნევმონიის დამადასტურებელ სიმპტომებს** განეკუთვნება ხველა, ქოშინი, ცხელება, რესპირატორული დისტრესი – ციანოზით.

ბ) გამომრიცხავი – აივ ინფექცია/შიდსის გამომრიცხავი სიმპტომები არ არსებობს, აივ ინფიცირებული წლების განმავლობაში შეიძლება ჩვილებს არ წარმოადგენდეს. **პნევმოცისტური პნევმონიის გამომრიცხავი ფაქტორია** შესაბამისი ჩვილებისა და სიმპტომების არ არსებობა.

4. დიაგნოსტიკურ – ლაბორატორიული ტესტები და სპეციალისტთა კონსულტაციები

CD3, CD4, CD8 ლიმფოციტების აბსოლუტური რიცხვის განსაზღვრა, აივ ვირუსული დატვირთვის განსაზღვრა პოლიმერაზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით, სისხლის საერთო ანალიზი, ღვიძლის ფუნქციური სინჯები, თირკმლის ფუნქციური სინჯები, გულმკერდის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა, Pneumocystis jirovecii-ის ცისტის აღმოჩენა ნახველში ან ბრონქოალვეოლარული ლავაჟით მიღებულ სითხეში, ექიმ-პულმონოლოგის კონსულტაცია.

5. პნევმოციისტური პნევმონიის მკურნალობა

ტარდება სტაციონარში. აუცილებელია დამხმარე თერაპია ჟანგბადით ინჰალაციის ჩათვლით.

პნევმოციისტური პნევმონიის პირველი რიგის მკურნალობა

ანტიბიოტიკული აგენტი	დოზა	მიღების სიხშირე	მიღების გზა	მკურნალობის ხანგრძლივობა
ტიმეტოპრიმი/სულფამეტოქსაზოლი	400/80 მგ	4X დღეში	PO/IV	21 დღე
<i>პნევმოციისტური პნევმონიის მეორე რიგის მკურნალობა</i>				
კლინდამიცინი + პრიმაქინი	600მგ 15 მგ	4X დღეში 2X დღეში	PO/IV PO	21 დღე
ან				
პენტამიდინი (ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკთან კომბინაციაში ბაქტერიული სუპერინფექციის პროფილაქტიკისთვის მაგ. ამპიცილინ+სულბაქტამი 10 დღე)	4 მგ/კგ IV დღეში. დოზა მცირე 2 მგ/კგ 5 დღის მკურნალობის შემდეგ (18)	დღეში ერთხელ	IV	21 დღე

- მძიმე მდგომარეობაში მყოფ ავადმყოფებში ინიშნება პრედნიზოლონი, 80-250 მგ PO/IV დღეში 1-2 კვირა (ამცირებს ინტერსტიციულ შეშუპებას).
- მძიმე შემთხვევებში განიხილება კომბინირებული მკურნალობა, მაგ. კო-ტრიმოქსაზოლი და პენდამიდინი მხოლოდ ერთეული შეტყობინებული შემთხვევების მიხედვით დაკავშირებულია ტოქსიურობის მაღალ რისკთან. პნევმოციისტური პნევმონიის მძიმე შემთხვევები მოითხოვს ხელოვნურ ვენტილაციას ან ოქსიგენით სატურაციას (SO₂)<92%.

6. რეაბილიტაცია და ღაკვირვება

მონიტორინგის სამიზნეებს წარმოადგენს თირკმლების, პარკრეასის (პენდამიდინით მკურნალობისას), ძვლის ტვინის (კო-ტრიმოქსაზოლით მკურნალობისას) ლაბორატორიული გამოკვლევები 2 კვირაში ერთხელ.

პნევმოცისტური პნევმონიის მწვავე შემთხვევის წარმატებით მკურნალობის შემგედ :

- მეორადი პროფილაქტიკის მიზნით აივ ინფიცირებულმა პაციენტებმა უნდა მიიღონ ტრიმეტოპრიმ/სულფამეტოქსაზოლი 160/800 მგ დოზით ერთხელ დღეში ხანგრძლივად ;
- აღნიშნული პრეპარატების მიღება პაციენტმა შეიძლება შეწყვიტოს თუ **CD4** ლიმფოციტების რაოდენობა სტაბილურად აღემატება 200 მმ³-ს სულ მცირე სამი თვის განმავლობაში.

7. ბაილანი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი –

„აივ ინფექცია/შიდსით ავადმყოფთა მკურნალობა და მოვლა“.

8. აღამიანური და მათერიალურ-ტიქნიკური რესურსი – ექიმი-ინფექციონისტი, ექიმი-ეპიდემიოლოგი, ექიმი-ლაბორანტი, ვირუსოლოგიური, იმუნოლოგიური, კლინიკური ბიოქიმიის და მოლეკულური მედიცინის ლაბორატორიები.

აივ ინფექცია/შიდსის ფონზე ბანკოტარებული კანდიდოზების მართვა (პროტოკოლი)

1. დაავადების/ნოზოლოგიის/სინდრომის მოკლე განმარტება

აივ ინფექცია/შიდსი ეწოდება ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით გამოწვეულ ინფექციურ დაავადებას. კანდიდოზების გამომწვევია *Candida albicans*.

2. კრიტერიუმები –

ა) დამადასტურებელი – აივ ინფექცია/შიდსის დამადასტურებელი კრიტერიუმებია: აივ ანტისხეულების არსებობა სისხლის შრატში იმუნობლოტინგის მეთოდით, აივ რნმ-ის რაოდენობრივად და/ან აივ პროვირუს დნმ-ის თვისობრივად აღმოჩენა სისხლში პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით. **ორფარინგეული კანდიდოზის** დიაგნოსტიკა ეფუძნება კლინიკურ ნიშნებს, გასინჯვას და დაზიანებული უბნებიდან აღებული მასალის მიკროსკოპულ დათვალიერებას. პირის ღრუს დათვალიერებისას ვნახულობთ ბაღის ფორმის თეთრ ნაღებს შეწითლებულ და ანთებად ლორწოვან გარსზე. ანთება შეიძლება გავრცელდეს სასახე, ხახახე, ღრძილებზე, ენასა და ლოყის ლორწოვანზე. ენა დაზიანებისას ხდება გლუვი, წითელი და დვრილები სწორდება. კანდიდოზური ეზოფაგიტის შემთხვევებში დიაგნოზის დადასტურებისთვის აუცილებელია ქსოვილის ბიოპტატის ჰისტოლოგიური გამოკვლევა.

ბ) გამომრიცხავი – აივ ინფექცია/შიდსის გამომრიცხავი კრიტერიუმებია: აივ ანტისხეულების არარსებობა სისხლის შრატში იმუნოფერმენტული მეთოდით, რაოდენობრივად აივ რნმ-ის და/ან თვისობრივად აივ პროვირუს დნმ-ის არ არსებობა სისხლში პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით. **კანდიდოზების გამომრიცხავი** კრიტერიუმებია შესაბამისი კლინიკური გამოვლინებების არარსებობა.

3. სიმპტომები და ნიშნები –

ა) დამადასტურებელი – აივ ინფექცია/შიდსს პათოგნომური კლინიკური ნიშნები არ გააჩნია. იგი მიეკუთვნება ლაბორატორიულად სადიაგნოზო დაავადებებს. სიმპტომებიდან შეიძლება გამოვყოთ: გახანგრძლივებული ცხელება, გახანგრძლივებული ფაღარათი, ლიმფადენოპათია, არამოტივირებული პროფუზული ოფლიანობა, ძლიერი საერთო სისუსტე, არამოტივირებული წონაში კლება (ერთი თვის განმავლობაში სხეულის წონის 10% და მეტი), სხვადასხვა გამონაყარი კანსა და ლორწოვანზე, კანდიდოზური ეზოფაგიტი, ცნს-ის ატიპიური დაზიანებები და სხვა. **პირის ღრუს კანდიდოზი მოიცავს:** ლოყის ლორწოვან გარსს, ენას, პირ-ხახას, ღრძილებს, რბილ და მაგარ სასასს. ავადმყოფს შეიძლება არ ჰქონდეს ჩივილები ან აღნიშნავდეს ჭამის დროს წვის შეგრძნებას. ზოგიერთი ავადმყოფი უჩივის პირში თეთრი ნაღების არსებობას. როცა კანდიდოზი ვრცელდება საყლაპავზე პაციენტი უჩივის: ტკივილს ყლაპვის დროს, რეტროსტერნალურ ტკივილს, ჰიპერსალივაციას.

ბ) გამომრიცხავი – აივ ინფექცია/შიდსის გამომრიცხავი სიმპტომები არ არსებობს, აივ ინფიცირებული წლების განმავლობაში შეიძლება ჩივილებს არ წარმოადგენდეს. **კანდიდოზების გამომრიცხავი** ფაქტორია შესაბამისი ჩივილებისა და სიმპტომების არ არსებობა.

4. დიაგნოსტიკურ – ლაბორატორიული ტესტები და სპეციალისტთა კონსულტაციები

CD3, CD4, CD8 ლიმფოციტების აბსოლუტური რიცხვის განსაზღვრა, აივ ვირუსული დატვირთვის განსაზღვრა პოლიმერაზის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით, სისხლის საერთო ანალიზი, ღვიძლის ფუნქციური სინჯები, თირკმლის ფუნქციური სინჯები, გულმკერდის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა, კანდიდოზური ეზოფაგიტის შემთხვევებში დიაგნოზის დადასტურებისთვის აუცილებელია ქსოვილის ბიოპსიის ჰისტოლოგიური გამოკვლევა.

5. კანდიდოზების მკურნალობა

პირის ღრუს კანდიდოზის მკურნალობა

ანტიმიკოზური აგენტი	დოზა	მიღების სიხშირე	მიღების გზა	მკურნალობის ხანგრძლივობა
მკურნალობის პირველი რიგის სქემები				
მიკონაზოლი	ტაბლეტები გასაწოვად	დღეში ერთხელ	ადგილობრივად	7 დღე
ან				
ფლუკონაზოლი	100 მგ	2-ჯერ დღეში 3 დღე შემდეგ ერთხელ დღეში 4 დღე	PO	7 დღე
მკურნალობის მეორე რიგის სქემები				
იტრაკონაზოლი	200-400 მგ	დღეში ერთხელ	PO	7 დღე

ვაგინალური კანდიდოზის მკურნალობა

ანტიმიკოზური აგენტი	დოზა	მიღების სიხშირე	მიღების გზა	მკურნალობის ხანგრძლივობა
პირველი რიგის სქემები				
ფლუკონაზოლი	100 მგ	ერთჯერადად	PO	ერთჯერადად
კლოტრიმაზოლი	500 მგ	ერთჯერადად	ვაგინალურად	ერთჯერადად
მეორე რიგის სქემები				
კეტოკონაზოლი	200 მგ	2-ჯერ დღეში	PO	3 დღე
კეტოკონაზოლი	200 მგ	დღეში ერთხელ	PO	7 დღე
შემანარჩუნებელი თერაპია				
ნისტატინი	2-4 მლნ IU	2-ჯერ დღეში	PO	10 დღე
ან				
ფლუკონაზოლი	50-200 მგ	დღეში ერთხელ	PO	ყოველდღე
მესამე რიგის სქემები				
კეტოკონაზოლი	200 მგ	დღეში ერთხელ	PO	დამოკიდებული პასუხზე, ჩვეულებრივ 7-10 დღე

იტრაკონაზოლი	100 მგ	დღეში ერთხელ	PO	დამოკიდებული პასუხზე, ჩვეულებრივ 7-10 დღე
--------------	--------	--------------	-----------	---

ეზოფაგური და დისემინირებული კანდიდოზების მკურნალობა

ანტიმიკოზური აგენტი	დოზა	მიღების სისშირე	მიღების გზა	მკურნალობის ხანგრძლივობა
პირველი რიგის სქემები				
კეტოკონაზოლი	200-400 მგ	2-ჯერ დღეში	PO	21 დღე
ან				
ფლუკონაზოლი (კეტოკონაზოლზე ეფექტურია)	200-400 მგ შემცირდეს კლინიკური შედეგის მიხედვით 3 დღის შემდეგ 100 მგ/დღეში	დღეში ერთხელ	PO/IV	14 დღე
მეორე რიგის სქემები				
ამფოტერიცინი B	0,3-0,5 მგ/კგ		IV	10-14 დღე
ან				
იტრაკონაზოლი	200-400 მგ	დღეში ერთხელ	PO	2 კვირა

6. რეაპილიტაცია და დაკვირვება

კანდიდოზური ეზოფაგიტის მკურნალობის შემდეგ საჭიროა ხანგრძლივი შემანარჩუნებელი თერაპია ფლუკონაზოლით 50-100 მგ/დღეში ყოველდღე, ან იტრაკონაზოლით 100 მგ/დღეში ყოველდღე, ან კეტოკონაზოლით 200 მგ/დღეში ყოველდღე.

7. ბაილანი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი –

„აივ ინფექცია/შიდსით ავადმყოფთა მკურნალობა და მოვლა“.

8. აღამიანური და მათერიალურ-ტიქნიკური რესურსი –

ექიმი-ინფექციონისტი, ექიმი-ეპიდემიოლოგი, ექიმი-ლაბორანტი, ვირუსოლოგიური, იმუნოლოგიური, კლინიკური ბიოქიმიის და მოლეკულური მედიცინის ლაბორატორიები.

აივ ინფექცია/შიდსის ფონზე ბანვიტარული კრიპტოკოკული მენინგიტის მართვა (პროტოკოლი)

1. დიაგნოზის /ნოზოლოგიის / სინდრომის მოკლე განმარტება

აივ ინფექცია/შიდსი ეწოდება ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით გამოწვეულ ინფექციურ დაავადებას. კრიპტოკოკული მენინგიტის გამომწვევია სოკო *Cryptococcus neoformans*.

2. კრიტერიუმები –

ა) დამადასტურებელი – აივ ინფექცია/შიდსის დამადასტურებელი კრიტერიუმებია: აივ ანტისხეულების არსებობა სისხლის შრატში იმუნობლოტინგის მეთოდით, აივ რნმ-ის რაოდენობრივად და/ან აივ პროვირუს დნმ-ის თვისობრივად აღმოჩენა სისხლში პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით. კრიპტოკოკოზის დიაგნოზის დადასტურებისთვის ლიქვორს აცენტრიფუგირებენ, მიღებულ ნალექს იკვლევენ მიკროსკოპის ქვეშ ტუშის წვეთის **India ink** დამატების შემდეგ. პრეპარატში ნახულობენ სქელი კაფსულით დაფარულ საფუარის უჯრედებს. შესაძლებელია კრიპტოკოკის კულტურის გამოყოფა თავზურგტვინის სითხიდან. გამოიყენება შრატის და თავზურგტვინის სითხის გამოკვლევა კრიპტოკოკულ ანტიგენზე.

ბ) გამომრიცხავი – აივ ინფექცია/შიდსის გამომრიცხავი კრიტერიუმებია: აივ ანტისხეულების არარსებობა სისხლის შრატში იმუნოფერმენტული მეთოდით, რაოდენობრივად აივ რნმ-ის და/ან თვისობრივად აივ პროვირუს დნმ-ის არ არსებობა სისხლში პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით. კრიპტოკოკოზის გამომრიცხავი კრიტერიუმებია ლიქვორში სქელი კაფსულით დაფარული საფუარის უჯრედების არარსებობა.

3. სიმპტომები და ნიშნები

ა) დამადასტურებელი – აივ ინფექცია/შიდსს პათოგნომური კლინიკური ნიშნები არ გააჩნია. იგი მიეკუთვნება ლაბორატორიულად სადიაგნოზო დაავადებებს. სიმპტომებიდან შეიძლება გამოვყოთ: გახანგრძლივებული ცხელება, გახანგრძლივებული ფაღარათი, ლიმფადენოპათია, არამოტივირებული პროფუზული ოფლიანობა, ძლიერი საერთო სისუსტე, არამოტივირებული წონაში კლება (ერთი თვის განმავლობაში სხეულის წონის 10% და მეტი), სხვადასხვა გამონაყარი კანსა და ლორწოვანზე, კანდიდოზური ეზოფაგიტი, ცნს-ის ატიპიური დაზიანებები და სხვა. კრიპტოკოკული მენინგიტის დროს პაციენტი უჩივის თავის ტკივილს, ცხელებას, სახეზეა კეფის კუნთების რეგილობა, თავის ქალის ნერვების დაზიანება, ცნობიერების დარღვევა, კომატოზური მდგომარეობა. ხშირად მენინგიტის ნიშნები არც აღინიშნება, მათ შორის, ცხელება და კეფის კუნთების რეგილობა.

ბ) გამომრიცხავი – აივ ინფექცია/შიდსის გამომრიცხავი სიმპტომები არ არსებობს, აივ ინფიცირებული წლების განმავლობაში შეიძლება ჩივილებს არ წარმოადგენდეს. კრიპტოკოკული მენინგიტის გამომრიცხავი ფაქტორია შესაბამისი ჩივილებისა და სიმპტომების არ არსებობა.

4. დიაგნოსტიკურ – ლაბორატორიული ტესტები და სპეციალისტთა კონსულტაციები

CD3, CD4, CD8 ლიმფოციტების აბსოლუტური რიცხვის განსაზღვრა, აივ ვირუსული დატვირთვის განსაზღვრა პოლიმერაზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით, სისხლის საერთო ანალიზი, ღვიძლის ფუნქციური სინჯები, თირკმლის ფუნქციური სინჯები, თავზურგტვინის სითხის აღება და ნალექის გამოკვლევა მიკროსკოპის ქვეშ ტუშის წვეთის **India ink** დამატების შემდეგ ან, კრიპტოკოკის კულტურის გამოყოფა თავზურგტვინის სითხიდან ან, შრატსა და/ან თავზურგტვინის სითხეში კრიპტოკოკული ანტიგენის აღმოჩენა.

5. კრიპტოკოკული მენინგიტის მკურნალობა

ანტიმიკოზური აგენტი	დოზა	მიღების სისშირე	მიღების გზა	მკურნალობის ხანგრძლივობა
პირველი რიგის სქემები (27)				
ამფოტერიცინი B + 5-ფლუციტოზინი	0,7-1,0 მგ/კგ 25 მგ/კგ	ერთხელ დღეში 4X დღეში	IV	14 დღე
შემდეგ				
ფლუკონაზოლი	400 მგ	ერთხელ დღეში	PO	სულ მცირე 10 კვირა
შემდეგ				
ფლუკონაზოლი	200მგ	ერთხელ დღეში	PO	მთელი ცხოვრება
მეორე რიგის სქემები				
ამფოტერიცინი B + 5-ფლუციტოზინი	0,7-1,0 მგ/კგ 25 მგ/კგ	ერთხელ დღეში 4X დღეში	IV	6-10 კვირა
ან				
ამფოტერიცინი B	0,7-1,0 მგ/კგ	ერთხელ დღეში	IV	6-10 კვირა
ან (მსუბუქ შემთხვევებში)				
ფლუკონაზოლი	400-800 მგ	ერთხელ დღეში	PO	10-12 კვირა
შემდეგ				
ფლუკონაზოლი	200 მგ	ერთხელ დღეში	PO	მთელი ცხოვრება

6. რეაბილიტაცია და დაკვირვება

აუცილებელია მთელი ცხოვრების მანძილზე ჩატარდეს კრიპტოკოკოზის მეორადი ქიმიოპროფილაქტიკა. ამ მიზნით ინიშნება ფლუკონაზოლი 200 მგ/დღეში ყოველდღე. ალტერნატივას წარმოადგენს იტრაკონაზოლი 200 მგ/დღეში ყოველდღე. შემანარჩუნებელი თერაპიის აუცილებლობა პაციენტებში, რომელთა იმუნური სისტემა აღდგა (CD4 რიცხვი >200 მმ3) არ არის დამსმარე და არ არსებობს რაიმე საწინააღმდეგო მოსაზრება ამ კონკრეტული შემთხვევისთვის.

7. ბაილანი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი –
„აივ ინფექცია/შიდსით ავადმყოფთა მკურნალობა და მოვლა“.

8. აღამიანური და მათერიალურ-ტექნიკური რესურსი – ექიმი-
ინფექციონისტი, ექიმი-ეპიდემიოლოგი, ექიმი-ლაბორანტი, ვირუსოლოგიური,
იმუნოლოგიური, კლინიკური ბიოქიმიის და მოლეკულური მედიცინის
ლაბორატორიები.

**აივ ინფექცია/შიდსის ფონზე ბანკითარებული
ჰისტოპლაზმოზის მართვა
(პროტოკოლი)**

1. ღააკვადების /ნოზოლოგიის / სინდრომის მოკლე ბანმარტება

აივ ინფექცია/შიდსი ეწოდება ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით გამოწვეულ ინფექციურ დაავადებას. ჰისტოპლაზმოზის გამომწვევია სოკო Histoplasma capsulatum ინჰალაციური სპორები.

2. კრიტერიუმები –

ა) **დამადასტურებელი** – აივ ინფექცია/შიდსის დამადასტურებელი კრიტერიუმებია: აივ ანტისხეულების არსებობა სისხლის შრატში იმუნობლოტინგის მეთოდით, აივ რნმ-ის რაოდენობრივად და/ან აივ პროვირუს დნმ-ის თვისობრივად აღმოჩენა სისხლში პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით. **ჰისტოპლაზმოზის** დიაგნოსტიკა დასტურდება სოკოს კულტურით ან ქსოვილის ბიოპტატის ჰისტოლოგიური გამოკვლევით. ჰისტოპლაზმოზის დიაგნოსტიკისთვის უნდა ჩატარდეს სისხლის და კანის ტესტები, თუმცა ისინი არ არის ფართოდ გამოყენებული.

ბ) **გამომრიცხავი** – აივ ინფექცია/შიდსის გამომრიცხავი კრიტერიუმებია: აივ ანტისხეულების არარსებობა სისხლის შრატში იმუნოფერმენტული მეთოდით, რაოდენობრივად აივ რნმ-ის და/ან თვისობრივად აივ პროვირუს დნმ-ის არ არსებობა სისხლში პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით. **ჰისტოპლაზმოზის** გამომრიცხავი კრიტერიუმებია სოკოს არარსებობა ქსოვილის ბიოპტატის ჰისტოლოგიური გამოკვლევით.

3. სიმპტომები და ნიშნები

ა) **დამადასტურებელი** – აივ ინფექცია/შიდსს პათოგნომური კლინიკური ნიშნები არ გააჩნია. იგი მიეკუთვნება ლაბორატორიულად სადიაგნოზო დაავადებებს. სიმპტომებიდან შეიძლება გამოვყოთ: გახანგრძლივებული ცხელება, გახანგრძლივებული ფაღარათი, ლიმფადენოპათია, არამოტივირებული პროფუზული ოფლიანობა, ძლიერი საერთო სისუსტე, არამოტივირებული წონაში კლება (ერთი თვის განმავლობაში სხეულის წონის 10% და მეტი), სხვადასხვა გამონაყარი კანსა და ლორწოვანზე, კანდიდოზური ეზოფაგიტი, ცნს-ის ატიპიური დაზიანებები და სხვა. **ჰისტოპლაზმით გამოწვეული** მწვავე დაავადება გრიპისმაგვარია და ახასიათებს: ცხელება, ანორექსია, ართრალგია, მიალგია, მშრალი ხველება, ტკივილი გულ-მკერდის არეში. დისემინაცია იმუნოსუპრესიულ ავადმყოფში სწრაფად ვითარდება და ახასიათებს: წონაში დაკლება, ორალური და კანის დაზიანებული უბნები, ღვიძლის, ელენთის და ლიმფური კვანძების გადიდება. ორალური უბნებისთვის დამახასიათებელია ნეკროზული წყლულები. შესაძლებელია განვითარდეს სასის პერფორაცია და რბილი ქსოვილის დესტრუქცია.

ბ) **გამომრიცხავი** – აივ ინფექცია/შიდსის გამომრიცხავი სიმპტომები არ არსებობს, აივ ინფიცირებული წლების განმავლობაში შეიძლება ჩივილებს არ წარმოადგენდეს. **ჰისტოპლაზმოზის** გამომრიცხავი ფაქტორია შესაბამისი ჩივილებისა და სიმპტომების არ არსებობა.

4. დიაგნოსტიკურ – ლაბორატორიული ტესტები და სპეციალისტთა კონსულტაციები

CD3, CD4, CD8 ლიმფოციტების აბსოლუტური რიცხვის განსაზღვრა, აივ ვირუსული დატვირთვის განსაზღვრა პოლიმერაზის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით, სისხლის საერთო ანალიზი, ღვიძლის ფუნქციური სინჯები, თირკმლის ფუნქციური სინჯები, ქსოვილის ბიოპტატის ჰისტოლოგიური გამოკვლევა ჰისტოპლაზმოზის დიაგნოსტიკისთვის.

5. ჰისტოპლაზმოზის მკურნალობა

ანტიფუნგალური აგენტი	დოზირება	მიღების სისწორე	მიღების გზა	ხანგრძლივობა
ამფოტერიცინი B	0.7-1 მგ/კგ	ერთხელ დღეში	IV	10 დღე

საწყის მკურნალობას მოჰყვება 3 თვიანი მკურნალობა იმუნორეკონსტიტუციამდე >100 CD4 უჯრედით, შედეგი მედიკამენტებით:

- იტრაკონაზოლი 200 მგ 2X დღეში PO
- ფლუკონაზოლი 200 მგ 2X დღეში PO
- ამფოტერიცინი B 1 მგ/კგ IV კვირაში ერთხელ.

ალტერნატიულ რეჟიმს წარმოადგენს იტრაკონაზოლი 200 მგ სამჯერ დღეში - 3 დღე, შემდეგ 200 მგ 2X დღეში 12 კვირა (საკვებთან ერთად).

7. ბაილანი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი –

„აივ ინფექცია/შიდსით ავადმყოფთა მკურნალობა და მოვლა“.

8. აღამიანური და მათერიალურ-ტიქნიკური რესურსი – ექიმი-ინფექციონისტი, ექიმი-ეპიდემიოლოგი, ექიმი-ლაბორანტი, ვირუსოლოგიური, იმუნოლოგიური, კლინიკური ბიოქიმიის და მოლეკულური მედიცინის ლაბორატორიები.

აივ ინფექცია/შიდსის ფონზე ბანკითარებული კაპოშის სარკომის მართვა (პროტოკოლი)

1. დაავადების /ნოზოლოგიის / სინდრომის მოკლე ბანმარტება

აივ ინფექცია/შიდსი ეწოდება ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით გამოწვეულ ინფექციურ დაავადებას. კაპოშის სარკომა ავთვისებიანი სიმსივნეა, რომლის გამომწვევია გამომწვევია მე-8 ტიპის ჰერპეს ვირუსი (HHV8 ან KSHV).

2. კრიტერიუმები –

ა) დამადასტურებელი – აივ ინფექცია/შიდსის დამადასტურებელი კრიტერიუმებია: აივ ანტისხეულების არსებობა სისხლის შრატში იმუნობლოტინგის მეთოდით, აივ რნმ-ის რაოდენობრივად და/ან აივ პროვირუს დნმ-ის თვისობრივად აღმოჩენა სისხლში პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით. **კაპოშის სარკომის** დიაგნოზი დასტურდება კანის დაზიანებული უბნებიდან აღებული ბიოპტატის ჰისტოლოგიური გამოკვლევით.

ბ) გამომრიცხავი – აივ ინფექცია/შიდსის გამომრიცხავი კრიტერიუმებია: აივ ანტისხეულების არარსებობა სისხლის შრატში იმუნოფერმენტული მეთოდით, რაოდენობრივად აივ რნმ-ის და/ან თვისობრივად აივ პროვირუს დნმ-ის არ არსებობა სისხლში პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით. **კაპოშის სარკომის** გამომრიცხავი კრიტერიუმებია კანის დაზიანებული უბნებიდან აღებულ ბიოპტატში დაიგნოზის ჰისტოლოგიურად არ დადასტურება.

3. სიმპტომები და ნიშნები

ა) დამადასტურებელი – აივ ინფექცია/შიდსს პათოგნომური კლინიკური ნიშნები არ გააჩნია. იგი მიეკუთვნება ლაბორატორიულად სადიაგნოზო დაავადებებს. სიმპტომებიდან შეიძლება გამოვყოთ: გახანგრძლივებული ცხელება, გახანგრძლივებული ფაღარათი, ლიმფადენოპათია, არამოტივირებული პროფუზული ოფლიანობა, ძლიერი საერთო სისუსტე, არამოტივირებული წონაში კლება (ერთი თვის განმავლობაში სხეულის წონის 10% და მეტი), სხვადასხვა გამონაყარი კანსა და ლორწოვანზე, კანდილოზური ეზოფაგიტი, ცნს-ის ატიპიური დაზიანებები და სხვა. კანზე ელემენტები წარმოდგენილია ცისფერი ან მეწამული ფერის პაპულებით ან კვანძებით, არაიშვიათად გარშემო არსებული კანის ლიმფური შეშუპებით. ხშირად ზიანდება სასა, ფილტვები კუჭ-ნაწლავის ტრაქტი და ლიმფური კვანძები. **პირის ღრუში კაპოშის სარკომის ელემენტები** ყველაზე ხშირად განლაგებულია მაგარ სასაზე, იშვიათად ენაზე, ხახაზე, ნუშურა ჯირკვლებსა და ღრძილებზე. ისინი წარმოადგენენ მეწამული ფერის პაპულებს, რომლებიც ჩვეულებრივ არ არის მტკივნეული. ხანდახან შეიძლება შეგვხვდეს მსხვილი ელემენტებიც და ელემენტები კანზე. ფილტვის პარენქიმის დაზიანება ატარებს ინფილტრაციულ ხასიათს. ხშირად ვითარდება სუნთქვის უკმარისობა. ფილტვის ინფილტრაციული დაზიანების მქონე ავადმყოფებს არაკეთილსაიმედო პროგნოზი აქვთ და მათში მაღალია სიკვდილიანობა.

ბ) გამომრიცხავი – აივ ინფექცია/შიდსის გამომრიცხავი სიმპტომები არ არსებობს, აივ ინფიცირებული წლების განმავლობაში შეიძლება ჩივილებს არ წარმოადგენდეს. **კაპოშის სარკომის** გამომრიცხავი ფაქტორია შესაბამისი ჩივილებისა და სიმპტომების არ არსებობა.

4. დიაგნოსტიკურ – ლაბორატორიული ტესტები და სპეციალისტთა კონსულტაციები

CD3, CD4, CD8 ლიმფოციტების აბსოლუტური რიცხვის განსაზღვრა, აივ ვირუსული დატვირთვის განსაზღვრა პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით, სისხლის საერთო ანალიზი, ღვიძლის ფუნქციური სინჯები, თირკმლის ფუნქციური სინჯები, კაპოშის სარკომით დაზიანებული კანის უბნების ბიოპსია და ჰისტოლოგიური გამოკვლევა.

5. კაპოშის სარკომის მკურნალობა

კაპოშის სარკომის მკურნალობა ტარდება ონკოლოგის მიერ. ლოკალური ფორმის სამკურნალოდ გამოიყენება სხივური თერაპია. გენერალიზირებული ფორმის სამკურნალოდ ინიშნება ციტოტოქსიური ქიმიოთერაპია. ეფექტურობის სხვადასხვა ხარისხით გამოიყენება სიმსივნის საწინააღმდეგო პრეპარატების შემდეგი კომბინაციები: ლიპოსომური დოკსორუბიცინით მონოთერაპია, ბლემოციკინი, ვინკრისტინი, დაუნორუბიცინი, ვინბლასტინი, ეტოპოზიდი. ცალკეული ელემენტები შეიძლება მოშორდეს ქირურგიულად ან ლაზერის, თხევადი აზოტის და დასხივების ზემოქმედებით. დემონსტრირებული იყო უშუალოდ კაპოშის სარკომატოზულ კვანძში ბლემოციკინის შეყვანის ეფექტურობა. კაპოშის სარკომა შესაძლოა დაექვემდებაროს მხოლოდ ართ-ს და ნელ-ნელა აღადგეს.

6. ბაიფლანინი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი –

„აივ ინფექცია/შიდსით ავადმყოფთა მკურნალობა და მოვლა“.

7. ადამიანური და მათერიალურ-ტექნიკური რესურსი –

ინფექციონისტი, ექიმი-ეპიდემიოლოგი, ექიმი-ლაბორანტი, ვირუსოლოგიური, იმუნოლოგიური, კლინიკური ბიოქიმიის და მოლეკულური მედიცინის ლაბორატორიები.

აივ ინფექცია/შიდსის ფონზე ბანკითარებული არაჰოჯკინის ლიმფომების მართვა (პროტოკოლი)

1. დაავადების /ნოზოლოგიის / სინდრომის მოკლე განმარტება

აივ ინფექცია/შიდსი ეწოდება ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით გამოწვეულ ინფექციურ დაავადებას. არაჰოჯკინის ლიმფომები ლიმფური სისტემის ავთვისებიანი სიმსივნეებია, რომლებიც შიდსის ფონზე ხშირ შემთხვევაში ასოცირებულია ეპშტეინ-ბარის ვირუსთან (EBV).

2. კრიტიკრიუმები

ა) დამადასტურებელი – აივ ინფექცია/შიდსის დამადასტურებელი კრიტერიუმებია: აივ ანტისხეულების არსებობა სისხლის შრატში იმუნობლოტინგის მეთოდით, აივ რნმ-ის რაოდენობრივად და/ან აივ პროვირუს დნმ-ის თვისობრივად აღმოჩენა სისხლში პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით. **არაჰოჯკინის ლიმფომების დიაგნოზი** დასტურდება ჰიპერპლაზირებული ლიმფური კვანძის ბიოფსიით, ჰისტოლოგიური გამოკვლევით.

ბ) გამომრიცხავი – აივ ინფექცია/შიდსის გამომრიცხავი კრიტერიუმებია: აივ ანტისხეულების არარსებობა სისხლის შრატში იმუნოფერმენტული მეთოდით, რაოდენობრივად აივ რნმ-ის და/ან თვისობრივად აივ პროვირუს დნმ-ის არ არსებობა სისხლში პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით. **არაჰოჯკინის ლიმფომის** გამომრიცხავი კრიტერიუმებია სიმსივნის მორფოლოგიური სუბსტრატის არარსებობა ჰიპერპლაზირებული ლიმფური კვანძის ბიოპტატში.

3. სიმპტომები და ნიშნები

ა) დამადასტურებელი – აივ ინფექცია/შიდსს პათოგნომური კლინიკური ნიშნები არ გააჩნია. იგი მიეკუთვნება ლაბორატორიულად სადიაგნოზო დაავადებებს. სიმპტომებიდან შეიძლება გამოვყოთ: გახანგრძლივებული ცხელება, გახანგრძლივებული ფაღარათი, ლიმფადენოპათია, არამოტივირებული პროფუზული ოფლიანობა, ძლიერი საერთო სისუსტე, არამოტივირებული წონაში კლება (ერთი თვის განმავლობაში სხეულის წონის 10% და მეტი), სხვადასხვა გამონაყარი კანსა და ლორწოვანზე, კანდიდოზური ეზოფაგიტი, ცნს-ის ატიპიური დაზიანებები და სხვა. **არაჰოჯკინის ლიმფომების** დროს სიმპტომები მრავალფეროვანია: ჰიპერპლაზირებული ლიმფური კვანძები შესაძლებელია პალპირდებოდეს სხვადასხვა ადგილზე; ცხელება, წონაში კლება და სისუსტე ხშირია, თუმცა არა აუცილებელი; დაავადების სტადიის განსაზღვრისთვის (I-IV) აუცილებელია შემდეგი გამოკვლევები: ცერებრული, ცერვიკალური, თორაკალური და აბდომინალური კომპიუტერულ-აქსიალური ტომოგრაფიული (CAT) სკანირება, ძვლის ტვინის და თავ-ზურგ-ტვინის სითხის ასპირაცია და გასტროსკოპია.

ბ) გამომრიცხავი – აივ ინფექცია/შიდსის გამომრიცხავი სიმპტომები არ არსებობს, აივ ინფიცირებული წლების განმავლობაში შეიძლება ჩვილებს არ წარმოადგენდეს. **არაჰოჯკინის ლიმფომის** გამომრიცხავი ფაქტორია შესაბამისი ჩვილებისა და სიმპტომების არ არსებობა.

4. დიაგნოსტიკურ – ლაბორატორიული ტესტები და სპეციალისტთა კონსულტაციები

CD3, CD4, CD8 ლიმფოციტების აბსოლუტური რიცხვის განსაზღვრა, აივ ვირუსული დატვირთვის განსაზღვრა პოლიმერაზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით, სისხლის საერთო ანალიზი, ღვიძლის ფუნქციური სინჯები, თირკმლის ფუნქციური სინჯები, ჰიპერპლაზირებული ლიმფური კვანძის ბიოფსია და ჰისტოლოგიური გამოკვლევით სიმსივნის მორფოლოგიური სუბსტრატის აღმოჩენა.

5. არაჰოჯკინის ლიმფომების (მათ შორის ბერკიტის ტიპის და ცნს-ის ლიმფომების) მკურნალობა

არა-ჰოჯკინის ლიმფომების სამკურნალოდ ეფექტურია CHOP რეჟიმი, უნდა ჩატარდეს 6 კურსი (განმეორებები აუცილებელია სრული რემისიის მისაღებად):

- პრედნიზოლონი 100 მგ/დღეში ერთხელ 5 დღე
- ვინკრისტინი (ონკოვინი) 1,4 მგ/მ² (მაქსიმუმ 2 მგ/დღეში) ერთი დოზა მკურნალობის პირველ დღეს
- ციკლოფოსფამიდი 750 მგ/მ²/დღეში ერთი დოზა მკურნალობის პირველ დღეს
- დოქსორუბიცინი (ჰიდროქსიდაუნომიციინი) 50 მგ/მ²/დღეში ერთი დოზა მკურნალობის პირველ დღეს.

მეორე ციკლი იწყება ყოველ 21-ე დღეს (დღე 22-ე მოჰყვება I დღეს)

- EPOCH რეჟიმი, რომელიც მოიცავს ეტოპოზიდს, პრედნიზოლონს, ვინკრისტინს, ციკლოფოსფამიდს და დაუნორუბიცინს ან დოქსორუბიცინს ეფექტურია ართ-სთან კომბინაციაში. იგი ეფუძნება გაგრძელებით ინფუზიას 96 საათის განმავლობაში, რომელიც შემდეგია:
 - ეტოპოზიდი 50 მგ/მ² დღეში (ცენტრალური ვენური ხაზით)
 - დოქსორუბიცინი 10 მგ/მ²/დღეში (ცენტრალური ვენური ხაზით)
 - ვინკრისტინი 0,4 მგ/მ²/დღეში (მაქს 2 მგ/კვირაში) (ცენტრალური ვენური ხაზით)
 - ციკლოფოსფამიდი 375 მგ/მ² მე-5 დღეს მხოლოდ, ბოლუსით (ცენტრალური ვენური ხაზით)
 - პრედნიზოლონი 100 მგ/დღეში პირველი 5 დღე ერთხელ დღეში.

რეჟიმი უნდა განმეორდეს ყოველ 21 დღეში სანამ არ ჩატარდება 6 ციკლი.

- ბერკიტის–ტიპის ლიმფომის მენჯემენტი არ განსხვავდება სხვა ლიმფომების მკურნალობისგან და პასუხობს CHOP და EPOCH რეჟიმებს. სწრაფად მზარდი ლიმფომის მკურნალობა უფრო აგრესიული ქიმიოთერაპიით (მაგ : B-ALL რეჟიმი) დისკუსიის თემას წარმოადგენს და სპეციფიკური რეკომენდაციები დღევანდელი დღისთვის არ არსებობს.
- ბერკიტის–ტიპის ლიმფომების შემთხვევებში ქიმიოთერაპიას თან უნდა ახლდეს სავარაუდო პირველადი კერის დასხივება.
- არაჰოჯკინის ლიმფომების მკურნალობა შესაძლებელია CD4 უჯრედების რიცხვისგან დამოუკიდებლად, თუმცა მკურნალობის ეფექტურობისთვის ართ უნდა დაინიშნოს უფრო ადრე. ქიმიოთერაპიის განმავლობაში CD4 უჯრედების რიცხვი >350 მმ³ დაკავშირებულია რელაპსის მაღალ მაჩვენებლებთან ართ გარეშე (37).

- ინტაკრანიალური ლიმფომების (მეტასტაზები) არსებობისას სასურველია თავის დასხივება, სიმსივნის საწინააღმდეგო პრეპარატებთან და გლუკოკორტიკოიდებთან ერთად (38).

ცნს-ის პირველადი ლიმფომის დროს ერთადერთი ეფექტური მტკიცებულებაზე დაფუძნებული თერაპიაა სხივური თერაპია. დაუცონებლივ უნდა დაიწყოს ართ (39,40).

6. ბაილჿანი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი –

„აივ ინფექცია/შიდსით ავადმყოფთა მკურნალობა და მოვლა“.

7. აღამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი – ექიმი-ინფექციონისტი, ექიმი-ეპიდემიოლოგი, ექიმი-ლაბორანტი, ვირუსოლოგიური, იმუნოლოგიური, კლინიკური ბიოქიმიის და მოლეკულური მედიცინის ლაბორატორიები.

**აივ ინფექცია/შიდსის ფონზე ბანკითარებული
ტოქსოპლაზმოზის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი
(პროტოკოლი)**

1. დაავადების /ნოზოლოგიის / სინდრომის მოკლე განმარტება

აივ ინფექცია/შიდსი ეწოდება ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით გამოწვეულ ინფექციურ დაავადებას. დაავადება ტოქსოპლაზმოზის გამომწვევია პარაზიტი *Toxoplasma gondii*. შიდსით ავადმყოფებში ტოქსოპლაზმა იწვევს თავის ტვინში მრავლობითი ანთებადი უბნების წარმოქმნას და გამოვლინდება ენცეფალიტის ან დისემინირებული დაავადების სახით.

2. კრიტერიუმები

ა) **დამადასტურებელი** – აივ ინფექცია/შიდსის დამადასტურებელი კრიტერიუმებია: აივ ანტისხეულების არსებობა სისხლის შრატში იმუნობლოტინგის მეთოდით, აივ რნმ-ის რაოდენობრივად და/ან აივ პროვირუს დნმ-ის თვისობრივად აღმოჩენა სისხლში პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით. **ტოქსოპლაზმოზის** დროს თავის ტვინის MAC ან MRI სკანირებით აღმოჩნდება მრავლობითი რგოლისებური კერები. თუ ეს მეთოდები არ არის ხელმისაწვდომი დიაგნოზის დადგენაში გვეხმარება სეროლოგიური ტესტები ტოქსოპლაზმის საწინააღმდეგოდ გამომუშავებულ ანტისხეულებზე (**IgG** კლასის). ცერებრალური ტოქსოპლაზმოზის მქონე პაციენტების უმრავლესობას აღენიშნება **Toxoplasma gondii**-ით გამოწვეული ინფექციის გადატანის სეროლოგიური ნიშნები. დიაგნოზს ადასტურებს თავის ტვინის ქსოვილის პისტოლოგიური გამოკვლევა.

ბ) **გამომრიცხავი** – აივ ინფექცია/შიდსის გამომრიცხავი კრიტერიუმებია: აივ ანტისხეულების არ არსებობა სისხლის შრატში იმუნოფერმენტული მეთოდით, რაოდენობრივად აივ რნმ-ის და/ან თვისობრივად აივ პროვირუს დნმ-ის არ არსებობა სისხლში პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით. **ტოქსოპლაზმოზის** გამომრიცხავი კრიტერიუმებია თავის ტვინის MAC ან MRI სკანირებით აღმოჩნდება მრავლობითი რგოლისებური კერების არ არსებობა, ნეგატიური სეროლოგიური ტესტები ტოქსოპლაზმის საწინააღმდეგოდ გამომუშავებულ ანტისხეულებზე (**IgG** კლასის).

3. სიმპტომები და ნიშნები

ა) **დამადასტურებელი** – აივ ინფექცია/შიდსს პათოგნომური კლინიკური ნიშნები არ გააჩნია. იგი მიეკუთვნება ლაბორატორიულად სადიაგნოზო დაავადებებს. სიმპტომებიდან შეიძლება გამოვყოთ: გახანგრძლივებული ცხელება, გახანგრძლივებული ფაღარათი, ლიმფადენოპათია, არამოტივირებული პროფუზული ოფლიანობა, ძლიერი საერთო სისუსტე, არამოტივირებული წონაში კლება (ერთი თვის განმავლობაში სხეულის წონის 10% და მეტი), სხვადასხვა გამონაყარი კანსა და ლორწოვანზე, კანდიდოზური ეზოფაგიტი, ცნს-ის ატიპიური დაზიანებები და სხვა. **ტოქსოპლაზმოზის** დროს სახეზეა შემდეგი კლინიკური სურათი: ცნობიერების დარღვევა, ცხელება, კრუნჩხვები, თავის ტკივილი, კეროვანი ნევროლოგიური სიმპტომატიკა მოტორული დეფიციტის,

კრანიული ნერვის პარეზის, მოძრაობის შეზღუდვის, დისმეტრიის, მხედველობის დაკარგვის და აფაზიის ჩათვლით.

ბ) **გამომრიცხავი** – აივ ინფექცია/შიდსის გამომრიცხავი სიმპტომები არ არსებობს, აივ ინფიცირებული წლების განმავლობაში შეიძლება ჩივილებს არ წარმოადგენდეს. **ტოქსოპლაზმოზის** გამომრიცხავი ფაქტორია შესაბამისი ჩივილებისა და სიმპტომების არ არსებობა.

4. დიაგნოსტიკურ – ლაბორატორიული ტესტები და სპეციალისტთა კონსულტაციები

CD3, CD4, CD8 ლიმფოციტების აბსოლუტური რიცხვის განსაზღვრა, აივ ვირუსული დატვირთვის განსაზღვრა პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით, სისხლის საერთო ანალიზი, ღვიძლის ფუნქციური სინჯები, თირკმლის ფუნქციური სინჯები, თავის ტვინის MAC ან MRI სკანირება, სეროლოგიური ტესტები ტოქსოპლაზმის საწინააღმდეგოდ გამომუშავებულ ანტისხეულებზე (**IgG** კლასის), თავის ტვინის ბიოფსია და ქსოვილის ჰისტოლოგიური გამოკვლევა.

5. ტოქსოპლაზმოზის მკურნალობა

პრეპარატი	დოზა	მიღების სიხშირე	მიღების გზა	მკურნალობის ხანგრძლივობა
მკურნალობა				
პირიმეტამინი	200 მგ	ერთჯერადად (გაჯერებითი დოზა)	PO	ერთჯერადად
შემდეგ				
პირიმეტამინი	25 მგ ან 50 მგ	3-ჯერ დღეში 2-ჯერ დღეში	PO	6-8 კვირა
+				
ფოლიუმის მუავა	15 მგ	დღეში ერთხელ	PO	6-8 კვირა
+				
სულფადიაზინი	1 გ	4-ჯერ დღეში	PO	6-8 კვირა

ამ სქემაში სულფადიაზინი შეიძლება შეიცვალოს:

- კლინდამიცინით 600 მგ ი/ვ ან PO დღეში 4-ჯერ 6 კვირა
- აზიტრომიცინით 1200 მგ PO დღეში ერთხელ 6 კვირა
- კლარიტრომიცინით 1 გ PO 2-ჯერ დღეში 6 კვირა
- ატოვაკონით 750 მგ PO 4-ჯერ დღეში 6 კვირა.

6. რეაბილიტაცია და ლაპვირვება

ზოგიერთ პაციენტს სჭირდება ხანგრძლივი მკურნალობა ტოქსოპლაზმოზის გამო. გადაწყვეტილება ეფუძნება კლინიკურ მდგომარეობას და განმეორებით CAT სკანირებას.

მეორადი პროფილაქტიკა გრძელდება ეფექტური რეჟიმის განახევრებული დოზებით მანამდე სანამ CD4 უჯრედებს რიცხვი სამი თვის განმავლობაში სტაბილურად არ მოიმატებს (200 უჯრედი და მეტი).

7. ბაილანიანი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი –
„აივ ინფექცია/შიდსით ავადმყოფთა მკურნალობა და მოვლა“.

8. აღამიანური და მათერიალურ-ტექნიკური რესურსი – ექიმი-ინფექციონისტი, ექიმი-ეპიდემიოლოგი, ექიმი-ლაბორანტი, ვირუსოლოგიური, იმუნოლოგიური, კლინიკური ბიოქიმიის და მოლეკულური მედიცინის ლაბორატორიები.

აივ ინფექცია/შიდსის ფონზე განვითარებული მარტივი ჰერპესით გამოწვეული ინფექციების მართვა (პროტოკოლი)

1. დაავადების /ნოზოლოგიის / სინდრომის მოკლე განმარტება

აივ ინფექცია/შიდსი ეწოდება ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით გამოწვეულ ინფექციურ დაავადებას. შიდსით ავადმყოფებში მარტივი ჰერპესის ვირუსი HSV I და II ტიპის იწვევს ვრცელ, პერსისტულ ან დისემინირებულ ინფექციას, მენინგიტსა და მენინგოენცეფალიტს.

2. კრიტერიუმები –

ა) დამადასტურებელი – აივ ინფექცია/შიდსის დამადასტურებელი კრიტერიუმებია: აივ ანტისხეულების არსებობა სისხლის შრატში იმუნობლოტინგის მეთოდით, აივ რნმ-ის რაოდენობრივად და/ან აივ პროვირუს დნმ-ის თვისობრივად აღმოჩენა სისხლში პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით. **ლოკალური მარტივი ჰერპესის** დიაგნოზი ისმება კლინიკურად, ხოლო დისემინირებული მარტივი ჰერპესით გამოწვეული ინფექციის დიაგნოსტიკისთვის აუცილებელია ვირუსის კულტურის გამოყოფა, რადიო-იმუნობლოტინგის მეთოდი, იმუნოფლუოროესცენცია და მონოკლონური ანტისხეულებით ტესტირება. ჰერპესულ ენცეფალიტს მიყვავართ თავის ტვინში დაზიანების მრავლობითი კერების განვითარებამდე, რომელიც თვალსაჩინოა CAT სკანირებით; ასევე მარტივი ჰერპესით გამოწვეული ცნს-ის დიაგნოსტიკისთვის გამოიყენება თავ-ზურგ-ტვინის სითხეში დნმ-ის აღმოჩენა პჯრ მეთოდით.

ბ) გამომრიცხავი – აივ ინფექცია/შიდსის გამომრიცხავი კრიტერიუმებია: აივ ანტისხეულების არ არსებობა სისხლის შრატში იმუნოფერმენტული მეთოდით, რაოდენობრივად აივ რნმ-ის და/ან თვისობრივად აივ პროვირუს დნმ-ის არ არსებობა სისხლში პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით. **მარტივი ჰერპესით** გამოწვეული დისემინირებული ინფექციის გამომრიცხავი კრიტერიუმებია მარტივი ჰერპესის ვირუსის კულტურის, რადიო-იმუნობლოტინგის მეთოდის, იმუნოფლუოროესცენციის და მონოკლონური ანტისხეულებით, თავ-ზურგ-ტვინის სითხეში მარტივი ჰერპესის ვირუსის დნმ-ზე პჯრ ტესტირების ნეგატიური შედეგი.

3. სიმპტომები და ნიშნები

ა) დამადასტურებელი – აივ ინფექცია/შიდსს პათოგნომური კლინიკური ნიშნები არ გააჩნია. იგი მიეკუთვნება ლაბორატორიულად სადიაგნოზო დაავადებებს. სიმპტომებიდან შეიძლება გამოვყოთ: გახანგრძლივებული ცხელება, გახანგრძლივებული ფაღარათი, ლიმფადენოპათია, არამოტივირებული პროფუზული ოფლიანობა, ძლიერი საერთო სისუსტე, არამოტივირებული წონაში კლება (ერთი თვის განმავლობაში სხეულის წონის 10% და მეტი), სხვადასხვა გამონაყარი კანსა და ლორწოვანზე, კანდიდოზური ეზოფაგიტი, ცნს-ის ატიპიური დაზიანებები და სხვა. **ჰერპესული გამონაყარი** ჩვეულებრივ წარმოდგენილია ვეზიკულებითა და მტკივნეული ეროზიებით, რომლებიც განლაგებულია პირის ირგვლივ, ცხვირის ნესტოებზე, ტუჩებსა და სასქესო ორგანოებზე. დისემინირებული მარტივი ჰერპესით გამოწვეული ინფექციის

დიაგნოზის დასმა ხშირად ძნელია. სახეზეა მენინგიტისა ან/და მენინგოენცეფალიტის სურათი, შესაბამისი ცვლილებებით CAT სკანირებისას.

ბ) გამომრიცხავი – აივ ინფექცია/შიდსის გამომრიცხავი სიმპტომები არ არსებობს, აივ ინფიცირებული წლების განმავლობაში შეიძლება ჩივილებს არ წარმოადგენდეს. **ლოკალური და დისემინირებული მარტივი ჰერპესით** გამოწვეული ინფექციის გამომრიცხავი ფაქტორია შესაბამისი ჩივილებისა და სიმპტომების არ არსებობა.

4. დიაგნოსტიკურ – ლაბორატორიული ტესტები და სპეციალისტთა კონსულტაციები

CD3, CD4, CD8 ლიმფოციტების აბსოლუტური რიცხვის განსაზღვრა, აივ ვირუსული დატვირთვის განსაზღვრა პოლიმერაზის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით, სისხლის საერთო ანალიზი, ღვიძლის ფუნქციური სინჯები, თირკმლის ფუნქციური სინჯები, მარტივი ჰერპესის ვირუსის კულტურის გამოყოფა, მარტივი ჰერპესის დეტექცია რადიო-იმუნობლოტინგის მეთოდი, იმუნოფლუოროესცენციის ან/და მონოკლონური ანტისხეულებით ტესტირების მეთოდებით, ჰერპესულ ენცეფალიტზე ეჭვის შემთხვევებში - თავის ტვინის MAC ან MRI სკანირება და თავ-ზურგ-ტვინის სითხეში მარტივი ჰერპესის დნმ-ის აღმოჩენა პჯრ მეთოდით.

5. მარტივი ჰერპესვირუსული ინფექციის მსუბუქი ფორმის მკურნალობა

ანტივირუსული აგენტი	დოზა	მიღების სიხშირე	მიღები გზა	მკურნალობის ხანგრძლივობა
პირველი რიგის სქემები				
აციკლოვირი	400 მგ	3-ჯერ დღეში	PO	7-10 დღე
		ან		
ფამციკლოვირი	250 მგ	3-ჯერ დღეში	PO	7-10 დღე
		ან		
ვალაციკლოვირი	1 გ	2-ჯერ დღეში	PO	7-10 დღე

მარტივი ჰერპესვირუსული ინფექციის რეციდივის მკურნალობა

ანტივირუსული აგენტი	დოზა	მიღების სიხშირე	მიღები გზა	მკურნალობის ხანგრძლივობა
პირველი რიგის სქემები				
აციკლოვირი	800 მგ	5-ჯერ დღეში	PO	7-10 დღე
		ან		
ფამციკლოვირი	500 მგ	3-ჯერ დღეში	PO	7-10 დღე
		ან		
ვალაციკლოვირი	1 გ	2-ჯერ დღეში	per os	7-10 დღე

მარტივი ჰერპესვირუსული ინფექციის მძიმე ფორმის მკურნალობა

ანტივირუსული აგენტი	დოზა	მიღების სისშირე	მიღების გზა	მკურნალობის ხანგრძლივობა
პირველი რიგის სქემები				
აციკლოვირი	10 მგ/კგ	3-ჯერ დღეში	IV	7-10 დღე
ან				
ვალაციკლოვირი	1 გ	2-ჯერ დღეში	PO	7-10 დღე

მარტივი ჰერპესვირუსული ინფექციის მძიმე ვისცერალური ფორმების მკურნალობა

ანტივირუსული აგენტი	დოზა	მიღების სისშირე	მიღების გზა	მკურნალობის ხანგრძლივობა
პირველი რიგის სქემები				
აციკლოვირი	10 მგ/კგ	3-ჯერ დღეში	IV	14-21 დღე
მეორე რიგის სქემა				
ფოსკარნეტი (აციკლოვირზე რეზისტენტობის შემთხვევებში)	40-60 მგ/კგ	3-ჯერ დღეში	IV	14 დღე

6. ბაილანი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი –
„აივ ინფექცია/შიდსით ავადმყოფთა მკურნალობა და მოვლა“.

7. აღამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი – ექიმი-ინფექციონისტი, ექიმი-ეპიდემიოლოგი, ექიმი-ლაბორანტი, ვირუსოლოგიური, იმუნოლოგიური, კლინიკური ბიოქიმიის და მოლეკულური მედიცინის ლაბორატორიები.

აივ ინფექცია/შიდსის ფონზე ბანვიტარებული სარტყლისებური ლიქენის მართვა (პროტოკოლი)

1. დაავადების /ნოზოლოგიის / სინდრომის მოკლე განმარტება

აივ ინფექცია/შიდსი ეწოდება ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით გამოწვეულ ინფექციურ დაავადებას. დაავადება სარტყლისებური ლიქენის გამომწვევია ჰერპესის ჯგუფის მესამე ტიპის ვირუსი Varicella zoster virus (VZV). შიდსით ავადმყოფებში სარტყლისებური ლიქენი მულტიდერმატოზულია, პერსისტირებს, ახასიათებს ძლიერი ტკივილი და სისუსტე; შესაძლოა მოხდეს ინფექციის დისემინაცია კანის, ნერვული სისტემის, ფილტვების, ლორწოვანი გარსების ჩართვით პათოლოგიურ პროცესში.

2. კრიტერიუმები

ა) დამადასტურებელი – აივ ინფექცია/შიდსის დამადასტურებელი კრიტერიუმებია: აივ ანტისხეულების არსებობა სისხლის შრატში იმუნობლოტინგის მეთოდით, აივ რნმ-ის რაოდენობრივად და/ან აივ პროვირუს დნმ-ის თვისობრივად აღმოჩენა სისხლში პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის (პჯრ) მეთოდით. **სარტყლისებური ლიქენის** დამადასტურებელი კრიტერიუმია დამახასიათებელი ვეზიკულური გამონაყარის არსებობა დერმატომის გასწვრივ; ცნს-ის დაზიანებისას თავ-ზურგ-ტვინის სითხეში VZV დნმ-ის აღმოჩენა პჯრ მეთოდით.

ბ) გამომრიცხავი – აივ ინფექცია/შიდსის გამომრიცხავი კრიტერიუმებია: აივ ანტისხეულების არარსებობა სისხლის შრატში იმუნოფერმენტული მეთოდით, რაოდენობრივად აივ რნმ-ის და/ან თვისობრივად აივ პროვირუს დნმ-ის არ არსებობა სისხლში პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით. **სარტყლისებური ლიქენის** გამომრიცხავი კრიტერიუმებია დამახასიათებელი ვეზიკულური გამონაყარის არარსებობა კანზე.

3. სიმპტომები და ნიშნები

ა) დამადასტურებელი – აივ ინფექცია/შიდსს პათოგნომური კლინიკური ნიშნები არ გააჩნია. იგი მიეკუთვნება ლაბორატორიულად სადიაგნოზო დაავადებებს. სიმპტომებიდან შეიძლება გამოვყოთ: გახანგრძლივებული ცხელება, გახანგრძლივებული ფაღარათი, ლიმფადენოპათია, არამოტივირებული პროფუზული ოფლიანობა, ძლიერი საერთო სისუსტე, არამოტივირებული წონაში კლება (ერთი თვის განმავლობაში სხეულის წონის 10% და მეტი), სხვადასხვა გამონაყარი კანსა და ლორწოვანზე, კანდიდოზური ეზოფაგიტი, ცნს-ის ატიპიური დაზიანებები და სხვა. **სარტყლისებური ლიქენის** დროს სახეზეა ვეზიკულური გამონაყარი დერმატომის გასწვრივ, რომელსაც თან ახლავს ძლიერი მტკივნეულობა, ზოგჯერ ცხელება, რეგიონული ლიმფადენოპათია, ძლიერი სისუსტე; შესაძლოა მოხდეს ინფექციის დისემინაცია მულტიდერმატოზული ფორმის განვითარებით, ნერვული სისტემის, ფილტვების და ლორწოვანი გარსების ჩართვით პათოლოგიურ პროცესში.

ბ) გამომრიცხავი – აივ ინფექცია/შიდსის გამომრიცხავი სიმპტომები არ არსებობს, აივ ინფიცირებული წლების განმავლობაში შეიძლება ჩივილებს არ წარმოადგენდეს. **სარტყლისებური ლიქენის** გამომრიცხავი ფაქტორია შესაბამისი ჩივილებისა და სიმპტომების არ არსებობა.

4. დიაგნოსტიკურ – ლაბორატორიული ტესტები და სპეციალისტთა კონსულტაციები

CD3, CD4, CD8 ლიმფოციტების აბსოლუტური რიცხვის განსაზღვრა, აივ ვირუსული დატვირთვის განსაზღვრა პოლიმერაზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით, სისხლის საერთო ანალიზი, ღვიძლის ფუნქციური სინჯები, თირკმლის ფუნქციური სინჯები, VZV საწინააღმდეგო ანტისხეულების განსაზღვრა სისხლში (IgM და IgG კლასის), ცნს-ის დაზიანებისას VZV დნმ-ის აღმოჩენა თავ-ზურგ-ტვინის სითხეში პჯრ მეთოდით.

5. სარტყლისებური ლიქენის სხვადასხვა ფორმების მკურნალობა

სარტყლისებური ლიქენის (კანის ფორმის) მკურნალობა

ანტივირუსული აგენტი	დოზა	მიღების სისშირე	მიღები გზა	მკურნალობის ხანგრძლივობა
პირველი რიგის სქემები				
აციკლოვირი	800 მგ	5-ჯერ დღეში	PO	7-10 დღე ან ვეზიკულის გაშრობამდე
ან				
ფამციკლოვირი	500 მგ	3-ჯერ დღეში	PO	7-10 დღე
ან				
ვალაცკლოვირი	1 გ	3-ჯერ დღეში	PO	7-10 დღე

თვალის სარტყლისებური ლიქენის, ინფექციის დისემინირებული და ვისცერული ფორმების მკურნალობა

ანტივირუსული აგენტი	დოზა	მიღების სისშირე	მიღები გზა	მკურნალობის ხანგრძლივობა
პირველი რიგის სქემები				
აციკლოვირი	10 მგ/კგ	3-ჯერ დღეში	IV	7-10 დღე
ან				
ვალაცკლოვირი	1 გრ	3-ჯერ დღეში	PO	7-10 დღე
ან				
ფამციკლოვირი	500 მგ	3-ჯერ დღეში	PO	7-10 დღე
მეორე რიგის სქემა				
ფოსკარნეტი	60 მგ/კგ ან 40 მგ/კგ	2-ჯერ დღეში ან 3-ჯერ დღეში	IV	7-10 დღე

6. რეაბილიტაცია და დაკვირვება

პოსტ-ჰერპესული ნევრალგია ხშირი და სერიოზული პრობლემაა. დაზიანებულ დერმატომებში ვითარდება ძლიერი ტკივილი.

ტკივილის კონტროლი მნიშვნელოვანია და ტკივილის კუპირების მიზნით ინიშნება არასტეროიდულ ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატები.

თუ ტკივილი გახანგრძლივდა ინიშნება ამიტრიპტილინი, კარბამაზეპინი ან ფენიტონი.

7. ბაილანიანი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი –
„აივ ინფექცია/შიდსით ავადმყოფთა მკურნალობა და მოვლა“.

8. აღამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი – ექიმი-ინფექციონისტი, ექიმი-ეპიდემიოლოგი, ექიმი-ლაბორანტი, ვირუსოლოგიური, იმუნოლოგიური, კლინიკური ბიოქიმიის და მოლეკულური მედიცინის ლაბორატორიები.

**აივ ინფექცია/შიდსის ფონზე ბანკითარებული
ციტომეგალოვირუსული ინფექციის მართვა
(პროტოკოლი)**

1. დაავადების /ნოზოლოგიის / სინდრომის მოკლე განმარტება

აივ ინფექცია/შიდსი ეწოდება ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით გამოწვეულ ინფექციურ დაავადებას. ციტომეგალოვირუსული დაავადების გამომწვევია ჰერპესის ჯგუფის მე-4 ტიპის ვირუსი CMV. შიდსით ავადმყოფებში ციტომეგალოვირუსმა შეიძლება დააზიანოს სხვადასხვა ორგანოები და სისტემები.

2. კრიტერიუმები

ა) დამადასტურებელი – აივ ინფექცია/შიდსის დამადასტურებელი კრიტერიუმებია: აივ ანტისხეულების არსებობა სისხლის შრატში იმუნობლოტინგის მეთოდით, აივ რნმ-ის რაოდენობრივად და/ან აივ პროვირუს დნმ-ის თვისობრივად აღმოჩენა სისხლში პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით. ციტომეგალოვირუსის დეტექციისთვის გამოიყენება მისი ადრეული ანტიგენის pp65 აღმოჩენა სისხლში; პაციენტებს, რომელთა CD4<100 მმ3 ყოველ 3 თვეში უნდა ჩაუტარდეთ ოფთალმოსკოპია, რათა დროულად გამოვლინდეს ციტომეგალოვირუსული რეტინიტი. ციტომეგალოვირუსული ინფექციის სხვა ლოკალიზაციის შემთხვევებში დიაგნოზის დასადგენად საჭიროა ძვირადღირებული გამოკვლევების ჩატარება, მათ შორის დაზიანებული ორგანოების ბიოპტატის გამოკვლევა, დნმ-ის ჰიბრიდიზაციის მეთოდის გამოყენება.

ბ) გამომრიცხავი – აივ ინფექცია/შიდსის გამომრიცხავი კრიტერიუმებია: აივ ანტისხეულების არარსებობა სისხლის შრატში იმუნოფერმენტული მეთოდით, რაოდენობრივად აივ რნმ-ის და/ან თვისობრივად აივ პროვირუს დნმ-ის არ არსებობა სისხლში პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით. ციტომეგალოვირუსული ინფექცია გამორიცხულია, როდესაც CD4 უჯრედების რიცხვი მეტია 200 მმ3.

3. სიმპტომები და ნიშნები

ა) დამადასტურებელი – აივ ინფექცია/შიდსს პათოგნომური კლინიკური ნიშნები არ გააჩნია. იგი მიეკუთვნება ლაბორატორიულად სადიაგნოზო დაავადებებს. სიმპტომებიდან შეიძლება გამოვყოთ: გახანგრძლივებული ცხელება, გახანგრძლივებული ფაღარათი, ლიმფადენოპათია, არამოტივირებული პროფუზული ოფლიანობა, ძლიერი საერთო სისუსტე, არამოტივირებული წონაში კლება (ერთი თვის განმავლობაში სხეულის წონის 10% და მეტი), სხვადასხვა გამონაყარი კანსა და ლორწოვანზე, კანდიდოზური ეზოფაგიტი, ცნს-ის ატიპიური დაზიანებები და სხვა. ციტომეგალოვირუსული ინფექციის დროს სიმპტომები მოიცავს:

- ცხელება და დიარეა - ციტომეგალოვირუსული კოლიტის დროს;
- დისპნოე - პნევმონიის დროს;
- სიბრმავე - რეტინიტის დროს;

- ციტომეგალოვირუსულმა ინფექციამ შეიძლება გამოიწვიოს პირის ღრუს ლორწოვანის მტკივნეული წყლულები, რაც იწვევს კვების რეჟიმის დარღვევას.

ბ) გამომრიცხავი – აივ ინფექცია/შიდსის გამომრიცხავი სიმპტომები არ არსებობს, აივ ინფიცირებული წლების განმავლობაში შეიძლება ჩივილებს არ წარმოადგენდეს. ციტომეგალოვირუსული ინფექციის გამომრიცხავი ფაქტორია შესაბამისი ჩივილებისა და სიმპტომების არ არსებობა.

4. დიაგნოსტიკურ – ლაბორატორიული ტესტები და სპეციალისტთა კონსულტაციები

CD3, CD4, CD8 ლიმფოციტების აბსოლუტური რიცხვის განსაზღვრა, აივ ვირუსული დატვირთვის განსაზღვრა პოლიმერაზის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით, სისხლის საერთო ანალიზი, ღვიძლის ფუნქციური სინჯები, თირკმლის ფუნქციური სინჯები, CMV pp65 ადრეული ანტიგენის აღმოჩენა სისხლში, დაზიანებული ორგანოების ბიოპტატის გამოკვლევა, CMV დნმ-ის აღმოჩენა პჯრ მეთოდით, ოფთალმოლოგის კონსულტაცია, გასტროენტეროლოგის კონსულტაცია, ნევროპათოლოგის კონსულტაცია.

5. ციტომეგალოვირუსული ინფექციების სხვადასხვა ფორმების მკურნალობა

ციტომეგალოვირუსული ინფექციით გამოწვეული კუჭ-ნაწლავის ტრაქტისა და ცნს-ის დაზიანებების და რეტინიტის მკურნალობა

ანტივირუსული აგენტი	დოზა	მიღების სისშირე	მიღები გზა	მკურნალობის ხანგრძლივობა
პირველი რიგის სქემა				
განციკლოვირი	5 მგ/კგ	2-ჯერ დღეში	IV	2-3 კვირა

მეორადი პროფილაქტიკისთვის აუცილებელია განციკლოვირით 5 მგ/კგ IV დღეში მკურნალობა.

ციტომეგალოვირუსული ინფექციით გამოწვეული კუჭ-ნაწლავის ტრაქტისა და ცნს-ის დაზიანებების მკურნალობა

ანტივირუსული აგენტი	დოზა	მიღების სისშირე	მიღები გზა	მკურნალობის ხანგრძლივობა
მეორე რიგის სქემები				
ფოსკარნეტი	90 მგ/კგ	2-ჯერ დღეში	IV	3 კვირა

მეორადი პროფილაქტიკისთვის აუცილებელია ფოსკარნეტით მკურნალობის ხანგრძლივი კურსი დოზით 90მგ/კგ IV ერთხელ დღეში.

6. რეაბილიტაცია და დაკვირვება

ციტომეგალოვირუსული რეტინიტის მეორადი პროფილაქტიკა

ანტივირუსული აგენტი	დოზა	მიღების სისშირე	მიღების გზა	მკურნალობის ხანგრძლივობა
მეორე რიგის სქემები				
თვალის იმპლანტანტი, რომელიც გამოყოფს განციკლოვირს				
+				
ვალგანციკლოვირი	900 მგ	ერთხელ დღეში	PO	მანამდე სანამ უჯრედები მოიმატებს მინიმუმ განმავლობაში
				სანამ რიცხვი 100-150 მმ3 თვის
				CD4 არ მმ3 თვის

მეორადი პროფილაქტიკის შეწყვეტა შესაძლებელია 6 თვის შემდეგ და იმუნორეკონსტიტუციისას - CD4 100-150 მმ3.

7. ბაილანი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი –

„აივ ინფექცია/შიდსით ავადმყოფთა მკურნალობა და მოვლა“.

8. აღამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი – ექიმი-ინფექციონისტი, ექიმი-ეპიდემიოლოგი, ექიმი-ლაბორანტი, ვირუსოლოგიური, იმუნოლოგიური, კლინიკური ბიოქიმიის და მოლეკულური მედიცინის ლაბორატორიები.

აივ ინფექცია/შიდსის ფონზე ბანკითარებული დერმატომიკოზების მართვა (პროტოკოლი)

1. ღაავადების /ნოზოლოგიის / სინდრომის მოკლე ბანმართვა

აივ ინფექცია/შიდსი ეწოდება ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით გამოწვეულ ინფექციურ დაავადებას. დერმატომიკოზები ეწოდება კანის სოკოვან დაზიანებას, რომელიც შეიძლება გაჩნდეს სხეულის ნებისმიერ ადგილზე, გამონაყარი მშრალია, აქერცვლადი, თან ახლავს ქავილი.

2. კრიტერიუმები –

ა) დამადასტურებელი – აივ ინფექცია/შიდსის დამადასტურებელი კრიტერიუმებია: აივ ანტისხეულების არსებობა სისხლის რატში იმუნობლოტინგის მეთოდით, აივ რნმ-ის რაოდენობრივად და/ან აივ პროვირუს დნმ-ის თვისობრივად აღმოჩენა სისხლში პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით. **დერმატომიკოზების** დადასტურებისთვის აუცილებელია დაზიანებული კანის ანაფხეკის მიკროსკოპული გამოკვლევა.

ბ) გამომრიცხავი – აივ ინფექცია/შიდსის გამომრიცხავი კრიტერიუმებია: აივ ანტისხეულების არ არსებობა სისხლის შრატში იმუნოფერმენტული მეთოდით, რაოდენობრივად აივ რნმ-ის და/ან თვისობრივად აივ პროვირუს დნმ-ის არ არსებობა სისხლში პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით. **დერმატომიკოზის** გამომრიცხავი კრიტერიუმია დაზიანებული კანის ანაფხეკის მიკროსკოპიით გამომწვევის არ არსებობა.

3. სიმპტომები და ნიშნები

ა) დამადასტურებელი – აივ ინფექცია/შიდსს პათოგნომური კლინიკური ნიშნები არ გააჩნია. იგი მიეკუთვნება ლაბორატორიულად სადიაგნოზო დაავადებებს. სიმპტომებიდან შეიძლება გამოვყოთ: გახანგრძლივებული ცხელება, გახანგრძლივებული ფადართი, ლიმფადენოპათია, არამოტივირებული პროფუზული ოფლიანობა, ძლიერი საერთო სისუსტე, არამოტივირებული წონაში კლება (ერთი თვის განმავლობაში სხეულის წონის 10% და მეტი), სხვადასხვა გამონაყარი კანსა და ლორწოვანზე, კანდილოზური ეზოფაგიტი, ცნს-ის ატიპიური დაზიანებები და სხვა. **დერმატომიკოზების** დროს სახეზეა სხეულის ნებისმიერ ადგილზე განვითარებული მშრალი და აქერცვლადი უბანი, რომელსაც თან ახლავს ქავილი.

ბ) გამომრიცხავი – აივ ინფექცია/შიდსის გამომრიცხავი სიმპტომები არ არსებობს, აივ ინფიცირებული წლების განმავლობაში შეიძლება ჩივილებს არ წარმოადგენდეს. **დერმატომიკოზის** გამომრიცხავი ფაქტორია შესაბამისი გამონაყარის არ არსებობა კანზე.

4. დიაგნოსტიკურ – ლაბორატორიული ტესტები და სპეციალისტთა კონსულტაციები

CD3, CD4, CD8 ლიმფოციტების აბსოლუტური რიცხვის განსაზღვრა, აივ ვირუსული დატვირთვის განსაზღვრა პოლიმერაზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით, სისხლის საერთო ანალიზი, ღვიძლის ფუნქციური სინჯები, თირკმლის ფუნქციური სინჯები, ვირუსული ჰეპატიტების დიაგნოსტიკა, კანის დაზიანებული უბნის ანაფხეკის მიკროსკოპული დათვალიერება, დერმატოლოგის კონსულტაცია.

5. დერმატომიკოზების მკურნალობა

ანტიფუნგალური პრეპარატი	დოზა	მიღების სიხშირე	მიღების გზა	მკურნალობის ხანგრძლივობა
პირველი რიგის სქემები				
მიკონაზოლი (ადგილობრივად გამოყენებისთვის)		3-ჯერ დღეში	ადგილობრივად	21 დღე
ან				
კლოტრიმაზოლი (ადგილობრივად გამოყენებისთვის)		3-ჯერ დღეში	ადგილობრივად	21 დღე
მეორე რიგის სქემები				
კეტოკონაზოლი	200 მგ	დღეში ერთხელ	PO	1-3 თვე
ან				
იტრაკონაზოლი	100 მგ	დღეში ერთხელ	PO	1-3 თვე

6. ბაიფლანინი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი –

„აივ ინფექცია/შიდსით ავადმყოფთა მკურნალობა და მოვლა“.

7. ადამიანური და მათერიალურ-ტექნიკური რესურსი – ექიმი-ინფექციონისტი, ექიმი-ეპიდემიოლოგი, ექიმი-ლაბორანტი, ვირუსოლოგიური, იმუნოლოგიური, კლინიკური ბიოქიმიის და მოლეკულური მედიცინის ლაბორატორიები.

**აივ ინფექცია/შიდსის ფონზე ბანკითარებული
ონიქომიკოზების მართვა
(პროტოკოლი)**

1. დაავადების /ნოზოლოგიის / სინდრომის მოკლე ბანმარტება

აივ ინფექცია/შიდსი ეწოდება ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით გამოწვეულ ინფექციურ დაავადებას. **ონიქომიკოზები** წარმოადგენს ფრჩხილის სოკოვან დაზიანებებს, რომლებიც იწვევენ ფრჩხილის ფირფიტების დეფორმაციასა და რღვევას.

2. კრიტერიუმები –

ა) **დამადასტურებელი** – აივ ინფექცია/შიდსის დამადასტურებელი კრიტერიუმებია: აივ ანტისხეულების არსებობა სისხლის შრატში იმუნობლოტინგის მეთოდით, აივ რნმ-ის რაოდენობრივად და/ან აივ პროვირუს დნმ-ის თვისობრივად აღმოჩენა სისხლში პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით. **ონიქომიკოზების** დამადასტურებელი კრიტერიუმია გამომწვევის აღმოჩენა ფრჩხილის ფირფიტის ქვევიდან აღებულ და კალიუმის ჰიდროქსიდით დამუშავებულ მასალაში მიკროსკოპული გამოკვლევით.

ბ) **გამომრიცხავი** – აივ ინფექცია/შიდსის გამომრიცხავი კრიტერიუმებია: აივ ანტისხეულების არარსებობა სისხლის შრატში იმუნოფერმენტული მეთოდით, რაოდენობრივად აივ რნმ-ის და/ან თვისობრივად აივ პროვირუს დნმ-ის არ არსებობა სისხლში პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით. **ონიქომიკოზების** გამომრიცხავი კრიტერიუმია დაზიანებული ფრჩხილის ფირფიტის ქვევიდან აღებულ და კალიუმის ჰიდროქსიდით დამუშავებულ მასალაში გამომწვევის არარსებობა მიკროსკოპული დათვალიერებით.

3. სიმპტომები და ნიშნები

ა) **დამადასტურებელი** – აივ ინფექცია/შიდსს პათოგნომური კლინიკური ნიშნები არ გააჩნია. იგი მიეკუთვნება ლაბორატორიულად სადიაგნოზო დაავადებებს. სიმპტომებიდან შეიძლება გამოვყოთ: გახანგრძლივებული ცხელება, გახანგრძლივებული ფაღარათი, ლიმფადენოპათია, არამოტივირებული პროფუზული ოფლიანობა, ძლიერი საერთო სისუსტე, არამოტივირებული წონაში კლება (ერთი თვის განმავლობაში სხეულის წონის 10% და მეტი), სხვადასხვა გამონაყარი კანსა და ლორწოვანზე, კანდიდოზური ეზოფაგიტი, ცნს-ის ატიპიური დაზიანებები და სხვა. **ონიქომიკოზები** იწვევენ ფრჩხილის ფირფიტების დეფორმაციასა და რღვევას.

ბ) **გამომრიცხავი** – აივ ინფექცია/შიდსის გამომრიცხავი სიმპტომები არ არსებობს, აივ ინფიცირებული წლების განმავლობაში შეიძლება ჩივილებს არ წარმოადგენდეს. **ონიქომიკოზების** გამომრიცხავი ფაქტორია შესაბამისი ჩივილებისა და სიმპტომების არ არსებობა.

4. დიაგნოსტიკურ – ლაბორატორიული ტესტები და სპეციალისტთა კონსულტაციები

CD3, CD4, CD8 ლიმფოციტების აბსოლუტური რიცხვის განსაზღვრა, აივ ვირუსული დატვირთვის განსაზღვრა პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით, სისხლის საერთო ანალიზი, ღვიძლის ფუნქციური სინჯები,

თირკმლის ფუნქციური სინჯები, ვირუსული ჰეპატიტის მარკერები, მასალის აღება დაზიანებული ფრჩხილის ფირფიტის ქვევიდან, კალიუმის ჰიდროქსიდით დამუშავება და მიკროსკოპული დათვალიერება, დერმატოლოგის კონულტაცია.

5. ონიქომიკოზების მკურნალობა

პირველი რიგის სქემები				
ანტიფუნგალური პრეპარატი	დოზა	მიღების სისშირე	მიღების გზა	მკურნალობის ხანგრძლივობა
ტერბინაფინი	250 მგ	დღეში ერთხელ	PO	6 კვირა ხელის თითების დაზიანებისას ან 12 კვირა ფეხის თითების დაზიანებისას
ან				
იტრაკონაზოლი	200 მგ	2-ჯერ დღეში	PO	ყოველი თვის I კვირის განმავლობაში 2 თვის მანძილზე (ხელის თითების დაზიანებისას), 3-4 თვე (ფეხის თითები დაზიანებისას)

6. ბაილანი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი – „აივ ინფექცია/შიდსით ავადმყოფთა მკურნალობა და მოვლა“.

7. აღამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი – ექიმი-ინფექციონისტი, ექიმი-ეპიდემიოლოგი, ექიმი-ლაბორანტი, ვირუსოლოგიური, იმუნოლოგიური, კლინიკური ბიოქიმიის და მოლეკულური მედიცინის ლაბორატორიები.

აივ ინფექცია/შიდსის ფონზე ბანკოთარებული სებორეული დერმატიტის მართვა (პროტოკოლი)

1. დიაგნოზის /ნოზოლოგიის / სინდრომის მოკლე ბანმარტება

აივ ინფექცია/შიდსი ეწოდება ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით გამოწვეულ ინფექციურ დაავადებას. ვარაუდობენ, რომ სებორეული დერმატიტის გამომწვევია სოკო *Pitysporu ovale* (ასევე ცნობილია როგორც *Malassezia furfur*). ელემენტი წარმოადგენს წითელი ფერის ლაქას, რომელიც იქერცლება.

2. კრიტერიუმები

ა) დამადასტურებელი – აივ ინფექცია/შიდსის დამადასტურებელი კრიტერიუმებია: აივ ანტისხეულების არსებობა სისხლის შრატში იმუნობლოტინგის მეთოდით, აივ რნმ-ის რაოდენობრივად და/ან აივ პროვირუს დნმ-ის თვისობრივად აღმოჩენა სისხლში პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით. სებორეული დერმატიტის დიაგნოზი დასტურდება სოკოს აღმოჩენით კანის დაზიანებული უბნიდან ანაფხეკი მასალის მიკროსკოპული გამოკვლევისას.

ბ) გამომრიცხავი – აივ ინფექცია/შიდსის გამომრიცხავი კრიტერიუმებია: აივ ანტისხეულების არარსებობა სისხლის შრატში იმუნოფერმენტული მეთოდით, რაოდენობრივად აივ რნმ-ის და/ან თვისობრივად აივ პროვირუს დნმ-ის არ არსებობა სისხლში პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით. სებორეული დერმატიტის დიაგნოზი გამოირიცხება, თუ კანის დაზიანებული უბნიდან ანაფხეკი მასალის მიკროსკოპული გამოკვლევისას გამომწვევი არ აღმოჩნდება.

3. სიმპტომები და ნიშნები

ა) დამადასტურებელი – აივ ინფექცია/შიდსს პათოგნომური კლინიკური ნიშნები არ გააჩნია. იგი მიეკუთვნება ლაბორატორიულად სადიაგნოზო დაავადებებს. სიმპტომებიდან შეიძლება გამოვყოთ: გახანგრძლივებული ცხელება, გახანგრძლივებული ფაღარათი, ლიმფადენოპათია, არამოტივირებული პროფუზული ოფლიანობა, ძლიერი საერთო სისუსტე, არამოტივირებული წონაში კლება (ერთი თვის განმავლობაში სხეულის წონის 10% და მეტი), სხვადასხვა გამონაყარი კანსა და ლორწოვანზე, კანდიდოზური ეზოფაგიტი, ცნს-ის ატიპიური დაზიანებები და სხვა. სებორეული დერმატიტის დროს სახეზეა აქერცლილი წითელი ფერის ლაქა სახეზე, ცხვირის ნესტოების ირგვლივ, ცხვირ-ტუჩის ნაოჭზე, წარბებზე, თავის თმთან ნაწილზე, გულ-მკერდის არეში იდლებში, ტანის ზედა ნაწილსა და საზარდულის არეში.

ბ) გამომრიცხავი – აივ ინფექცია/შიდსის გამომრიცხავი სიმპტომები არ არსებობს, აივ ინფიცირებული წლების განმავლობაში შეიძლება ჩივილებს არ წარმოადგენდეს. სებორეული დერმატიტის გამომრიცხავი ფაქტორია შესაბამისი ჩივილებისა და სიმპტომების არარსებობა.

4. დიაგნოსტიკურ – ლაბორატორიული ტესტები და სპეციალისტთა კონსულტაციები

CD3, CD4, CD8 ლიმფოციტების აბსოლუტური რიცხვის განსაზღვრა, აივ ვირუსული დატვირთვის განსაზღვრა პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით, სისხლის საერთო ანალიზი, ღვიძლის ფუნქციური სინჯები,

თირკმლის ფუნქციური სინჯები, ვირუსული ჰეპატიტის მარკერები, დაზიანებული კანის ანაფხეკის მიკროსკოპული გამოკვლევა, დერმატოლოგის კონსულტაცია.

5. სეპორეული დერმატიტის მკურნალობა

რეკომენდებულია დაზიანებული უბნების ხშირად დაბანა ქერცლის მოსაშორებლად,

კარგ შედეგს იძლევა სელენის სულფიდის შემცველი სამკურნალო შამპუნების გამოყენება.

შესაძლოა ყველაზე ეფექტური აღმოჩნდეს ჰიდროკორტიზონის 1%-ანი მазის აპლიკაციები. ასევე კარგ შედეგს იძლევა კეტოკონაზოლის 2%-ანი კრემი.

6. ბაილანინი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი –

„აივ ინფექცია/შიდსით ავადმყოფთა მკურნალობა და მოვლა“.

7. აღამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი – ექიმი-ინფექციონისტი, ექიმი-ეპიდემიოლოგი, ექიმი-ლაბორანტი, ვირუსოლოგიური, იმუნოლოგიური, კლინიკური ბიოქიმიის და მოლეკულური მედიცინის ლაბორატორიები.

აივ ინფექცია/შიდსის ფონზე განვითარებული მუნის მართვა (პროტოკოლი)

1. დაავადების /ნოზოლოგიის / სინდრომის მოკლე განმარტება

აივ ინფექცია/შიდსი ეწოდება ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით გამოწვეულ ინფექციურ დაავადებას. დაავადება მუნის გამომწვევია ტიპა *Sarkoptes scabiei*. მდებარე ტიპას კანში გაჰყავს გასასვლელი, რომელსაც აქვს რამოდენიმე სმ სიგრძის ზედაპირიდან წამოწეული წითელი ნაწიბურის შესახედაობა. მდებარე ტიპა გაყვანილ გასასვლელში დებს კვერცხებს და შემდეგ გადაადგილდება სხეულის სხვა ნაწილში. კვერცხებიდან გამოდის ტიპების ახალი თაობა, რომლებიც იზრდებიან, ჯვარდებიან, გაჰყავთ ახალი გასასვლელები და დებენ ახალ კვერცხებს.

2. კრიტერიუმები

ა) დამადასტურებელი – აივ ინფექცია/შიდსის დამადასტურებელი კრიტერიუმებია: აივ ანტისხეულების არსებობა სისხლის შრატში იმუნობლოტინგის მეთოდით, აივ რნმ-ის რაოდენობრივად და/ან აივ პროვირუს დნმ-ის თვისობრივად აღმოჩენა სისხლში პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით. მუნის დიაგნოზი დიაგნოზი ისმება კლინიკური გამოვლინებებისა და დაზიანებული კერის ანაფხეკის მიკროსკოპული გამოკვლევის საფუძველზე. მიკროსკოპიისას აღმოჩნდება ტიპები ან/და მათი კვერცხები.

ბ) გამომრიცხავი – აივ ინფექცია /შიდსის გამომრიცხავი კრიტერიუმებია: აივ ანტისხეულების არარსებობა სისხლის შრატში იმუნოფერმენტული მეთოდით, რაოდენობრივად აივ რნმ-ის და/ან თვისობრივად აივ პროვირუს დნმ-ის არ არსებობა სისხლში პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით. მუნის გამომრიცხავი კრიტერიუმებია ანაფხეკის მიკროსკოპიისას ტიპების ან/და მათი კვერცხების არარსებობა.

3. სიმპტომები და ნიშნები

ა) დამადასტურებელი – აივ ინფექცია/შიდსს პათოგნომური კლინიკური ნიშნები არ გააჩნია. იგი მიეკუთვნება ლაბორატორიულად სადიაგნოზო დაავადებებს. სიმპტომებიდან შეიძლება გამოვყოთ: გახანგრძლივებული ცხელება, გახანგრძლივებული ფაღარათი, ლიმფადენოპათია, არამოტივირებული პროფუზული ოფლიანობა, ძლიერი საერთო სისუსტე, არამოტივირებული წონაში კლება (ერთი თვის განმავლობაში სხეულის წონის 10% და მეტი), სხვადასხვა გამონაყარი კანსა და ლორწოვანზე, კანდიდოზური ეზოფაგიტი, ცნს-ის ატიპიური დაზიანებები და სხვა. მუნის დროს კანქვეშა გასასვლელის ადგილზე ვითარდება გამონაყარი, რომელიც ხშირად გვხვდება:

- ხელებზე - მტევნებზე (განსაკუთრებით თითებს შორის),
- მაჯის, იდაყვის, მუხლისმომხრელ ზედაპირებზე,
- წინამხრის იდაყვისკენა ზედაპირზე,
- სასქესო ასოზე,
- სარძევე ჯირკვლებსა და
- ბეჭებზე.
- ავადმყოფს ძირითადად აწუხებს ტანის ძლიერი ქავილი, განსაკუთრებით ღამით.

- იმუნოდეფიციტის მქონე პაციენტებს ხშირად უვითარდებათ მუნის მძიმე ფორმა, რომელსაც უწოდებენ ნორვეგიულს. მისთვის დამახასიათებელია ვეზიკულური გამონაყარი და სქელი ფუფხების წარმოქმნა მთელ სხეულზე. მუნის ამ ფორმის დროს ქავილი არ არის გამოხატული.
- ქავილის გამო მუნი ხშირად რთულდება მეორადი ინფექციებით.

ბ) **გამომრიცხავი** – აივ ინფექცია/შიდსის გამომრიცხავი სიმპტომები არ არსებობს, აივ ინფიცირებული წლების განმავლობაში შეიძლება ჩივილებს არ წარმოადგენდეს. მუნის გამომრიცხავი ფაქტორია შესაბამისი ჩივილებისა და სიმპტომების არარსებობა.

4. დიაგნოსტიკურ – ლაბორატორიული ტესტები და სპეციალისტთა კონსულტაციები

CD3, CD4, CD8 ლიმფოციტების აბსოლუტური რიცხვის განსაზღვრა, აივ ვირუსული დატვირთვის განსაზღვრა პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით, სისხლის საერთო ანალიზი, ღვიძლის ფუნქციური სინჯები, თირკმლის ფუნქციური სინჯები, ვირუსული ჰეპატიტის მარკერები, დაზიანებული კერის ანაფხეკის მიკროსკოპული შესწავლა, დერმატოლოგის კონსულტაცია.

5. მუნის მკურნალობა

შერჩევის პრეპარატს წარმოადგენს ადგილობრივად გამოსაყენებელი 1%-ანი გამაბენზენ ჰექსაქლორიდი, რომელიც ისმება მთელს ტანზე, თავის გარდა, მოზრდილებში ჩამოიბანება 24 სთ-ში, ხოლო ბავშვებში – 8სთ-ში. საკმარისია ერთჯერადი დამუშავება.

ასევე შესაძლებელია კანის დამუშავება 1%-ანი პერმეტრინით ან 1%-ანი ლინდანიტ; ეს პრეპარატებიც ისმება მთელს ტანზე და ჩამოიბანება 8 სთ-ში. პერმეტრინისა და ლინდანის გამოყენება არ შეიძლება ორსულებისათვის, მეძუძური დედებისა და ბავშვებისათვის.

ნორვეგიული მუნის სამკურნალოდ, იმუნოდეფიციტის მქონე პაციენტებში, ეფექტურია ივერმექტინი, 200 მგ/კგ PO ერთჯერადად.

ტანსაცმელი, თეთრეული და პირსახოცები უნდა გამოიხარშოს და დაუთოვდეს გაშრობის შემდეგ.

მუნის მკურნალობა უნდა ჩაუტარდეს სქესობრივ პარტნიორს და ყველას ვინც საყოფაცხოვრებო კონტაქტში იყო ავადმყოფთან.

6. ბაილანი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი –

„აივ ინფექცია/შიდსით ავადმყოფთა მკურნალობა და მოვლა“.

7. აღამიანური და მათერიალურ-ტიქნიკური რესურსი –

ექიმი-ინფექციონისტი, ექიმი-ეპიდემიოლოგი, ექიმი-ლაბორანტი, ვირუსოლოგიური, იმუნოლოგიური, კლინიკური ბიოქიმიის და მოლეკულური მედიცინის ლაბორატორიები.

**აივ ინფექცია/შიდსის ფონზე ბანვიტარული
სტაფილოკოკური ფოლიკულიტის მართვა
(პროტოკოლი)**

1. დიაგნოზის /ნოზოლოგიის / სინდრომის მოკლე განმარტება

აივ ინფექცია/შიდსი ეწოდება ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით გამოწვეულ ინფექციურ დაავადებას. ფოლიკულიტი – კანის ინფექციაა, რომლის დროსაც პროცესი თმის ფოლიკულშია ლოკალიზებული. აივ ინფიცირებულებს ხშირად უვითარდებათ პუსტულარული პერიფოლიკულიტი. ფოლიკულიტს, როგორც წესი, იწვევს **Staphylococcus aureus**, მაგრამ სხვა მიკროორგანიზმებსაც შეუძლია მისი გამოწვევა.

2. კრიტერიუმები –

ა) დამადასტურებელი – აივ ინფექცია/შიდსის დამადასტურებელი კრიტერიუმებია: აივ ანტისხეულების არსებობა სისხლის შრატში იმუნობლოტინგის მეთოდით, აივ რნმ-ის რაოდენობრივად და/ან აივ პროვირუს დნმ-ის თვისობრივად აღმოჩენა სისხლში პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით. **სტაფილოკოკური ფოლიკულიტის** დიაგნოზი ისმება კლინიკური გამოვლინებების საფუძველზე. გამონაყარი წარმოდგენილია მრავლობითი წვრილი (5 მმ დიამეტრის), ჰიპერემიული ფოლიკულებით, რომლებიც ცენტრში დაჩირქებულია. ხშირად ელემენტებს აქვთ მიდრეკილება გაერთიანებისაკენ. კანის დაზიანებას თან ახლავს ქავილი.

ბ) გამომრიცხავი – აივ ინფექცია/შიდსის გამომრიცხავი კრიტერიუმებია: აივ ანტისხეულების არ არსებობა სისხლის შრატში იმუნოფერმენტული მეთოდით, რაოდენობრივად აივ რნმ-ის და/ან თვისობრივად აივ პროვირუს დნმ-ის არარსებობა სისხლში პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით. **სტაფილოკოკური ფოლიკულიტის** გამომრიცხავი კრიტერიუმია შესაბამისი კლინიკური სურათის არ არსებობა.

3. სიმპტომები და ნიშნები

ა) დამადასტურებელი – აივ ინფექცია/შიდსს პათოგნომური კლინიკური ნიშნები არ გააჩნია. იგი მიეკუთვნება ლაბორატორიულად სადიაგნოზო დაავადებებს. სიმპტომებიდან შეიძლება გამოვყოთ: გახანგრძლივებული ცხელება, გახანგრძლივებული ფაღარათი, ლიმფადენოპათია, არამოტივირებული პროფუზული ოფლიანობა, ძლიერი საერთო სისუსტე, არამოტივირებული წონაში კლება (ერთი თვის განმავლობაში სხეულის წონის 10% და მეტი), სხვადასხვა გამონაყარი კანსა და ლორწოვანზე, კანდიდოზური ეზოფაგიტი, ცნს-ის ატიპიური დაზიანებები და სხვა. **სტაფილოკოკური ფოლიკულიტის** დროს გამონაყარი წარმოდგენილია მრავლობითი წვრილი (5 მმ დიამეტრის), ჰიპერემიული ფოლიკულებით, რომლებიც ცენტრში დაჩირქებულია. ხშირად ელემენტებს აქვთ მიდრეკილება გაერთიანებისაკენ. კანის დაზიანებას თან ახლავს ქავილი.

ბ) გამომრიცხავი – აივ ინფექცია/შიდსის გამომრიცხავი სიმპტომები არ არსებობს, აივ ინფიცირებული წლების განმავლობაში შეიძლება ჩივილებს არ წარმოადგენდეს. **სტაფილოკოკური ფოლიკულიტის** გამომრიცხავი ფაქტორია შესაბამისი გამონაყარის არარსებობა.

4. დიაგნოსტიკურ – ლაბორატორიული ტესტები და სპეციალისტთა კონსულტაციები

CD3, CD4, CD8 ლიმფოციტების აბსოლუტური რიცხვის განსაზღვრა, აივ ვირუსული დატვირთვის განსაზღვრა პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით, სისხლის საერთო ანალიზი, ღვიძლის ფუნქციური სინჯები, თირკმლის ფუნქციური სინჯები, ვირუსული ჰეპატიტის მარკერები, პუსტულის შიგთავსის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა, დერმატოლოგის კონსულტაცია.

5. სტაფილოკოკური ფოლიკულიტის მკურნალობა

I რიგის პრეპარატი

ცეფალექსინი 500 მგ PO 4-ჯერ დღეში 7-21 დღე.

ალტერნატიული პრეპარატი

კლოქსაცილინი 500 მგ PO 4-ჯერ დღეში 7-21 დღე.

6. ბაიფლანი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი –

„აივ ინფექცია/შიდსით ავადმყოფთა მკურნალობა და მოვლა“.

7. ადამიანური და მათერიალურ-ტექნიკური რესურსი – ექიმი-ინფექციონისტი, ექიმი-ეპიდემიოლოგი, ექიმი-ლაბორანტი, ვირუსოლოგიური, იმუნოლოგიური, კლინიკური ბიოქიმიის და მოლეკულური მედიცინის ლაბორატორიები.

**აივ ინფექცია/შიდსის ფონზე განვითარებული
კონტაგიოზური მოლუსკის მართვა
(პროტოკოლი)**

1. დაავადების /ნოზოლოგიის / სინდრომის მოკლე განმარტება

აივ ინფექცია/შიდსი ეწოდება ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით გამოწვეულ ინფექციურ დაავადებას. კონტაგიოზური მოლუსკი – კანის ზედაპირული ინფექციაა, რომელსაც იწვევს კონტაგიოზური მოლუსკის ვირუსი. აივ ინფიცირებულელებში აივ ნეგატიურებისგან განსხვავებით: ელემენტები რაოდენობრივად ბევრია, ხანგრძლივად პერსისტირებს, უფრო მსხვილია და ძნელად ექვემდებარება მკურნალობას.

2. კრიტერიუმები

ა) დამადასტურებელი – აივ ინფექცია/შიდსის დამადასტურებელი კრიტერიუმებია: აივ ანტისხეულების არსებობა სისხლის შრატში იმუნობლოტინგის მეთოდით, აივ რნმ-ის რაოდენობრივად და/ან აივ პროვირუს დნმ-ის თვისობრივად აღმოჩენა სისხლში პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით. **კონტაგიოზური მოლუსკის** დიაგნოზი ისმება დამახასიათებელი ელემენტის აღმოჩენისას. სპეციფიკური დიაგნოსტიკური ტესტი ვირუსის აღმოსაჩენად არ არსებობს.

ბ) გამომრიცხავი – აივ ინფექცია/შიდსის გამომრიცხავი კრიტერიუმებია: აივ ანტისხეულების არარსებობა სისხლის შრატში იმუნოფერმენტული მეთოდით, რაოდენობრივად აივ რნმ-ის და/ან თვისობრივად აივ პროვირუს დნმ-ის არ არსებობა სისხლში პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით. **კონტაგიოზური მოლუსკი** გამომრიცხავი კრიტერიუმია შესაბამისი გამონაყარის არარსებობა.

3. სიმპტომები და ნიშნები

ა) დამადასტურებელი – აივ ინფექცია/შიდსს პათოგნომური კლინიკური ნიშნები არ გააჩნია. იგი მიეკუთვნება ლაბორატორიულად სადიაგნოზო დაავადებებს. სიმპტომებიდან შეიძლება გამოვყოთ: გახანგრძლივებული ცხელება, გახანგრძლივებული ფაღარათი, ლიმფადენოპათია, არამოტივირებული პროფუზული ოფლიანობა, ძლიერი საერთო სისუსტე, არამოტივირებული წონაში კლება (ერთი თვის განმავლობაში სხეულის წონის 10% და მეტი), სხვადასხვა გამონაყარი კანსა და ლორწოვანზე, კანდიდოზური ეზოფაგიტი, ცნს-ის ატიპიური დაზიანებები და სხვა. **კონტაგიოზური მოლუსკის** გამომწვევი კანში შეღწევისას იწვევს 2-5 მმ დიამეტრის კანისფერი მკვრივი პაპულების განვითარებას. პაპულები შეიცავს თეთრ ცხიმოვან სეკრეტს. გამონაყარის ელემენტები შეიძლება განვითარდეს სხეულის ნებისმიერ ადგილას, ხშირად იყოს უცვლელად მრავალი თვის მანძილზე და/ან გაქრეს და შემდეგ კვლავ გაჩნდეს.

ბ) გამომრიცხავი – აივ ინფექცია/შიდსის გამომრიცხავი სიმპტომები არ არსებობს, აივ ინფიცირებული წლების განმავლობაში შეიძლება ჩვილებს არ წარმოადგენდეს. **კონტაგიოზური მოლუსკის** გამომრიცხავი ფაქტორია შესაბამისი გამონაყარის არ არსებობა.

4. დიაგნოსტიკურ – ლაბორატორიული ტესტები და სპეციალისტთა კონსულტაციები

CD3, CD4, CD8 ლიმფოციტების აბსოლუტური რიცხვის განსაზღვრა, აივ ვირუსული დატვირთვის განსაზღვრა პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით, სისხლის საერთო ანალიზი, ღვიძლის ფუნქციური სინჯები, თირკმლის ფუნქციური სინჯები, ვირუსული ჰეპატიტის მარკერები, ექიმ დერმატოლოგის კონსულტაცია.

5. კონტაგიოზური მოლუსკის მკურნალობა

კონტაგიოზური მოლუსკის მკურნალობა მდგომარეობს პაპულის რბილი შიგთავსის მოცილებაში, რომლის შემდეგ პაპულა ქრება. მკურნალობის ტაქტიკა ყველა შემთხვევაში ინდივიდუალურია. არსებობს კანის დაზიანებული უბნის დამუშავების სხვადასხვა მეთოდი. ელემენტებს დამუშავება შესაძლებელია შემდეგი მეთოდების გამოყენებით:

- კიურეტაჟი;
- ქიმიური დესტრუქცია ფენოლის კონცენტრირებული ხსნარით;
- კრიოთერაპია;
- ელექტროკოაგულაცია.

ცნობილია, რომ აივ ინფიცირებულებში ართ-ს დაწვება ხელს უწყობს კონტაგიოზური მოლუსკის ელიმინაციას. ნაჩვენებია იყო, რომ ანტივირუსული პრეპარატი – ციდოფოვირი, რომელსაც აქვს ძლიერი ანტირეტროვირუსული მოქმედება, ასევე ეფექტურია კონტაგიოზური მოლუსკის სამკურნალოდ

6. ბაიფლანინი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი –

„აივ ინფექცია/შიდსით ავადმყოფთა მკურნალობა და მოვლა“.

7. ადამიანური და მათერიალურ-ტექნიკური რესურსი – ექიმი-ინფექციონისტი, ექიმი-ეპიდემიოლოგი, ექიმი-ლაბორანტი, ვირუსოლოგიური, იმუნოლოგიური, კლინიკური ბიოქიმიის და მოლეკულური მედიცინის ლაბორატორიები.

აივ ინფექცია/შიდსით ავადმყოფებში B ჰეპატიტის ვირუსით კო-ინფექციის მართვა (პროტოკოლი)

1. დაავადების /ნოზოლოგიის/სინდრომის მოკლე განმარტება

B ჰეპატიტი ადამიანის B ჰეპატიტის ვირუსით გამოწვეული ინფექციური დაავადებაა. აივ ინფექცია/შიდსი ეწოდება ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით გამოწვეულ ინფექციურ დაავადებას. ორივე პათოგენით ერთდროულად დაავადებისას საუბარია აივ ინფექცია/შიდსის და B ჰეპატიტის ვირუსით კოინფექციაზე.

2. კრიტერიუმები

ა) **დამადასტურებელი** – აივ ინფექცია/შიდსის დამადასტურებელი კრიტერიუმებია: აივ ანტისხეულების არსებობა სისხლის შრატში იმუნობლოტინგის მეთოდით, აივ რნმ-ის და/ან აივ პროვირუსის დნმ-ის აღმოჩენა სისხლში პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით; **B ჰეპატიტის ვირუსით** დაავადების დამადასტურებელი კრიტერიუმია HBsAg-ის არსებობა სისხლის შრატში. იმუნოფერმენტული ანალიზის მეთოდით. HBsAg-ის არსებობა > 6 თვეზე მეტი ხანგრძლივობით ქრონიკული HBV ინფექციის მაჩვენებელია. ქრონიკული HBV ინფექციის სხვადასხვა ვარიანტის სადიაგნოსტიკო მარკერებია: HBeAg, Anti-HBe და HBV DNA.

ბ) **გამომრიცხავი** – აივ ინფექცია/შიდსის გამომრიცხავი კრიტერიუმებია: აივ ანტისხეულების არარსებობა სისხლის შრატში იმუნოფერმენტული ანალიზის მეთოდით, აივ რნმ-ის და/ან აივ პროვირუს დნმ-ის არარსებობა სისხლში პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით. B ჰეპატიტის ვირუსით ინფექციის გამომრიცხავი კრიტერიუმებია: HBsAg-ის და Anti-HBc ანტისხეულების არარსებობა სისხლის შრატში.

3. სიმპტომები და ნიშნები

ა) **დამადასტურებელი** - აივ ინფექცია/შიდსს პათოგნომური კლინიკური ნიშნები არ გააჩნია, იგი მიეკუთვნება ლაბორატორიულად სადიაგნოზო დაავადებებს. სიმპტომებიდან შესაძლოა გამოვყოს: გახანგრძლივებული ცხელება, გახანგრძლივებული ფაღარათი, ლიმფადენოპათია, არამოტივირებული პროფუზული ოფლიანობა, ძლიერი საერთო სისუსტე, არამოტივირებული წონაში კლება (1 თვის განმავლობაში სხეულის წონის 10% ან მეტი), სხვადასხვა გამონაყარი კანსა და ლორწოვანზე, კანდიდოზური ეზოფაგიტი, ცნს-ის ატიპიური დაზიანებები. **B ჰეპატიტი** მწვავე სტადიაზე შესაძლოა უსიმპტომოდ მიმდინარეობს, უმეტეს შემთხვევაში მწვავე B ჰეპატიტის დროს ავადმყოფს აღენიშნება ზოგადად ჰეპატიტის ნიშნები, როგორცაა: სიყვითლე, საერთო სისუსტე, შარდის გამუქება, განავლის გაღიავება, ზოგჯერ სხეულის ტემპერატურის მომატება, დისკომფორტი მუცლის ღრუში, გულისრევის შეგრძნება, ღებინება და სხვა ინტოქსიკაციის მოვლენები. დაავადებამ 14%-ში შესაძლოა მიიღოს ფულმინანტური მიმდინარეობა. ავადმყოფთა 10-15%-ში დაავადება ქრონიკულ მიმდინარეობას ღებულობს და ქრონიკული B ჰეპატიტი

პრაქტიკულად ხასიათდება უსიმპტომო მიმდინარეობით, შესაძლებელია გამოსატული იყოს მხოლოდ ზოგადი საერთო სისუსტე.

ბ) **გამომრიცხავი** - ქრონიკულ B ჰეპატიტის ისევე როგორც აივ ინფექცია/შიდსის გამომრიცხავი სიმპტომები არ არსებობს, ქრონიკულ B ჰეპატიტითა და აივ-ით კონფიცირებული პაციენტი წლების განმავლობაში შეიძლება ჩივილებს არ წარმოადგენდეს.

4. დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული ტესტები

ყველა HIV დადებით ავადმყოფს უნდა ჩაუტარდეს გამოკვლევა HBsAg-ზე და anti-HBc ანტისხეულებზე(AII). იმ შემთხვევაში, თუ HBsAg უარყოფითია და anti-HBc დადებითი, მაშინ ავადმყოფს უნდა ჩაუტარდეს გამოკვლევა anti-HBs-ზე(AII) და გადაწყდეს ესაჭიროება თუ არა ავადმყოფს HBV ვაქცინაცია.

ყველა ავადმყოფს, რომელსაც აქვს დადებითი HBsAg უნდა ჩაუტარდეს გამოკვლევა anti-HDV-ზე(AII).

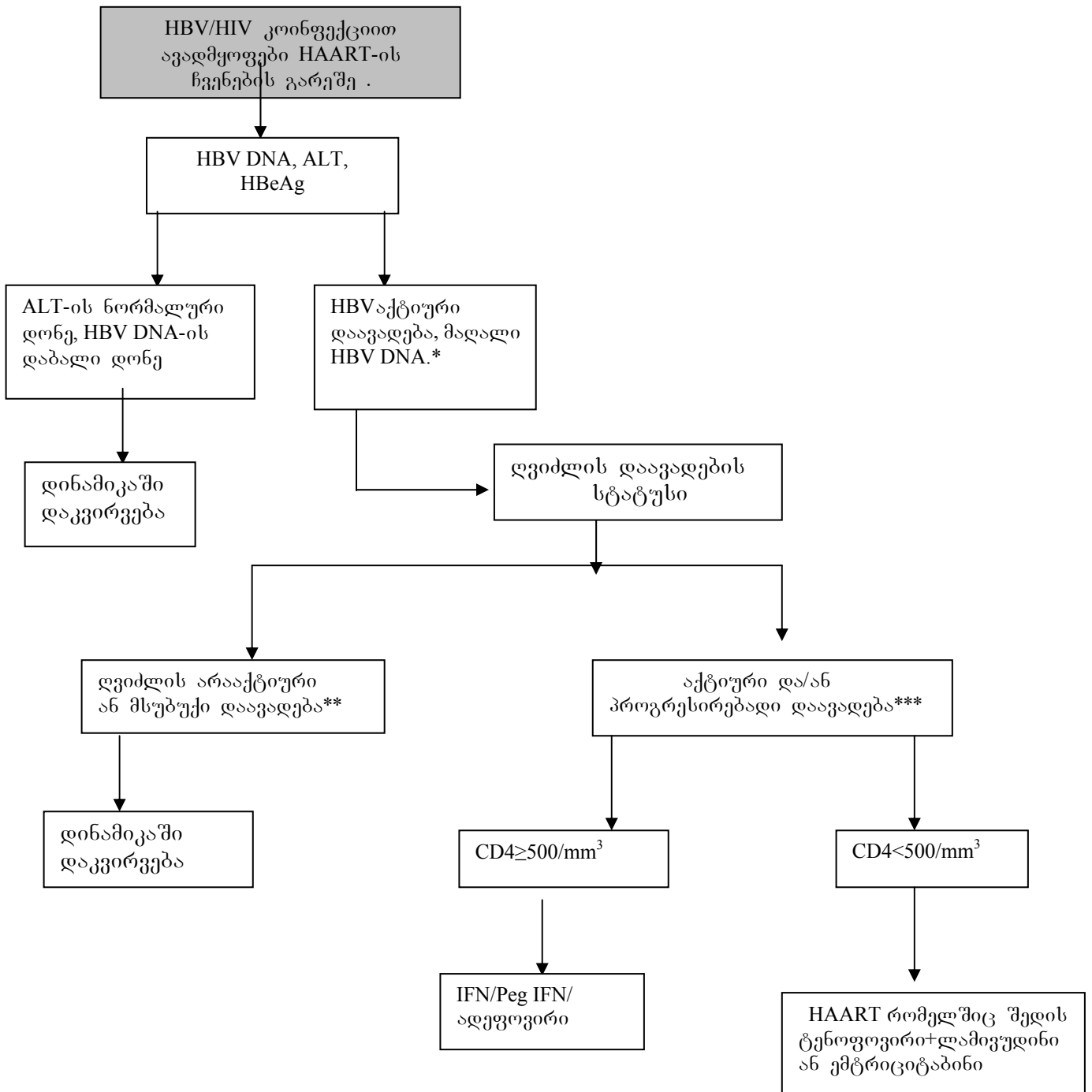
ყველა ავადმყოფს, რომელსაც აქვს დადებითი HBsAg უნდა ჩაუტარდეს შემდეგი გამოკვლევები:

HBeAg და anti-HBe, HBV დნმ-ის განსაზღვრა, ღვიძლის ულტრაბგერითი გამოკვლევა, ღვიძლის ბიოფსია ან ფიბროზის არაინვაზიური მარკერების განსაზღვრა ღვიძლის დაავადების სიმძიმის შესაფასებლად, ALT-ის განსაზღვრა (სერიული), CD3, CD4, CD8 ლიმფოციტების აბსოლუტური რიცხვის განსაზღვრა, აივ ვირუსული დატვირთვის განსაზღვრა, სისხლის საერთო ანალიზი.

5. მკურნალობა

HBV ინფექციის მკურნალობის შემთხვევაში HIV კონფექციით ავადმყოფებში გათვალისწინებულ უნდა იქნას 2 ძირითადი ვარიანტი:

1. HBV მკურნალობის ალგორითმი HIV კონფექციით ავადმყოფებისთვის, რომელთაც არ ესაჭიროებათ არც მკურნალობა.



*HBV DNA>20000IU/ml HBeAg(+) პოზიტიურისთვის, HBV DNA>2000IU/ml HBeAg(-) ნეგატიურისთვის.

** Metavir <A2 და/ან<F2

*** Metavir >_A2 და/ან>_F2

HBV/HIV კონფექციით ავადმყოფებისთვის, რომელთაც არ ესაჭიროებათ არც მკურნალობა HBV ინფექციის სამკურნალოდ შერჩევის პრეპარატი არის ინტერფერონი.

მკურნალობის რეჟიმები არის შემდეგი:

1. HBeAg (+) პოზიტიური ავადმყოფებისთვის.

სტანდარტული INF 5-6 MU/დღეში ან 10 MU 3-ჯერ კვირაში 4-6 თვე.

2. HBeAg (-) ნეგატიური ავადმყოფებისთვის.

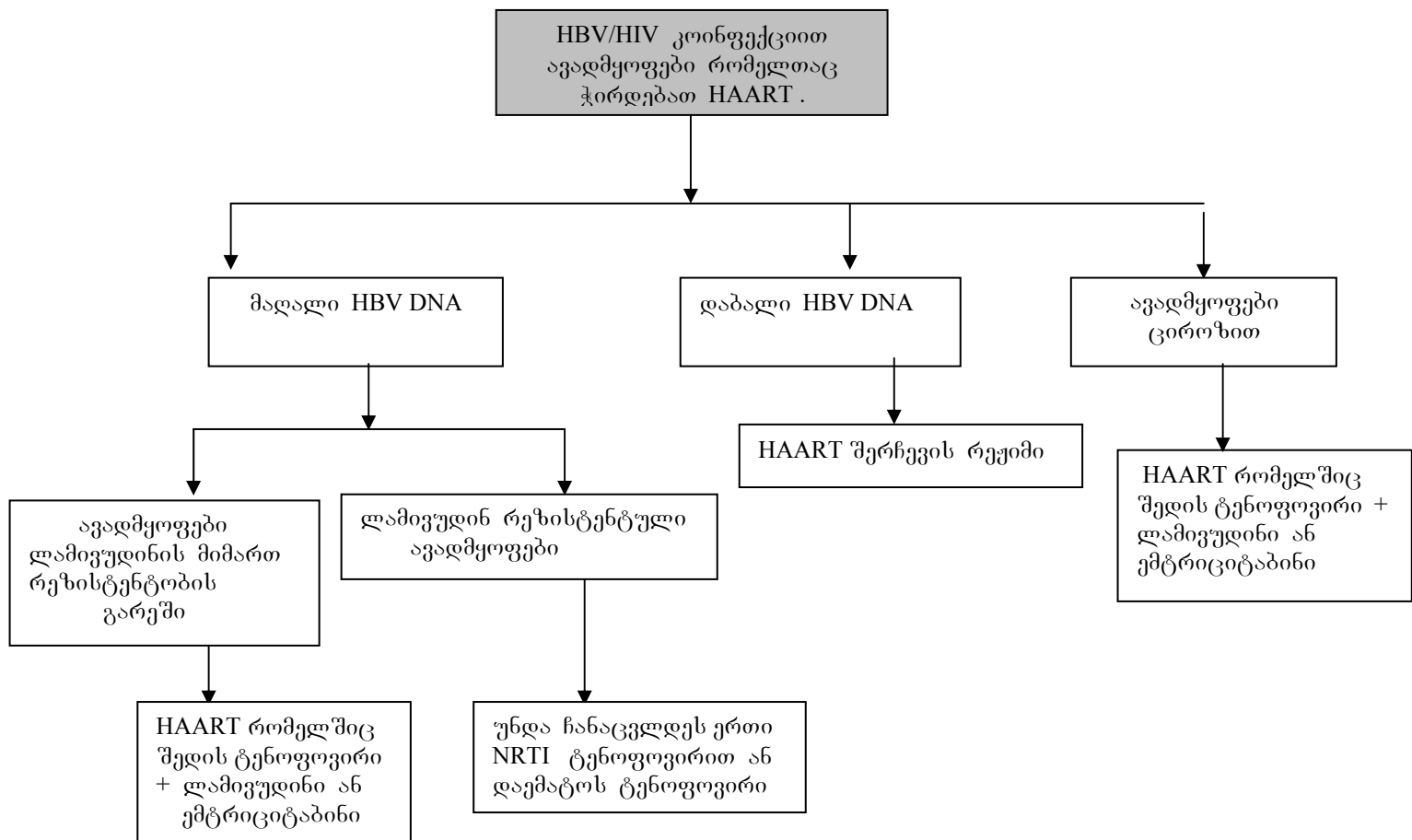
სტანდარტული INF 3-6 MU 3-ჯერ კვირაში 12 თვე.

ან

3. PEG-INF 2a 180mkg 1- ჯერ კვირაში 12 თვე. HBeAg/ anti-HBe სტატუსისგან დამოუკიდებლად.

4. იმ შემთხვევაში თუ ინტერფერონი უკუნაჩვენებია გამოყენებულ უნდა იქნას ადეფოვირი 10მგ დღეში.

2. HBV მკურნალობის ალგორითმი HIV კონფექციით ავადმყოფებისთვის, რომელთაც ჭირდებათ არც მკურნალობა.



HBV/HIV კონფექციით ავადმყოფებისთვის, რომელთაც ესაჭიროებათ არც მკურნალობა და HBV მკურნალობა გათვალისწინებულ უნდა იქნას შემდეგი:

- ა) თუ HBV DNA არის მაღალი კონცენტრაციით, მაშინ HAART აუცილებლად უნდა შეიცავდეს ორ მედიკამენტს, რომელსაც გააჩნია ორმაგი აქტიუობა როგორც HBV ასევე HIV მიმართ.
- ბ) ლამივუდინის მიმართ რეზისტენტობის შემთხვევაში, როცა HIV ინფექცია კონტროლირებადია, ერთ-ერთი NRTI უნდა შეიცვალოს ტენოფოვირით.
- გ) ლამივუდინის მიმართ რეზისტენტობის შემთხვევაში, როცა HIV ინფექცია კარგად არ კონტროლდება, პირველ რიგში ყურადღება უნდა მიექცეს HAART-ს, რომელიც კარგად გააკონტროლებს აივ ინფექციას და დაემატოს ტენოფოვირი.
- დ) ავადმყოფებში, რომელთაც აქვთ ციროზი HBV მკურნალობის საკითხი უნდა გადაწყდეს HBV DNA-ს დაბალი მაჩვენებლის დროს. (HBV DNA > 200 IU/ml). ასეთ ავადმყოფებში ინტერფერონი უკუნაჩვენებია.

ფულმინანტური მწვავე B ჰეპატიტის მკურნალობა HIV კონფექციით ავადმყოფებში

ჩვეულებრივ მწვავე B ჰეპატიტი შემთხვევათა მაღალ პროცენტში მთავრდება გამოჯანმრთელებით და ამიტომ მკურნალობას არ საჭიროებს.

ფულმინანტური მწვავე B ჰეპატიტის შემთხვევაში ლამივუდინით მკურნალობა უნდა იქნას განხილული, მიუხედავად აივ-ის მიმართ რეზისტენტობის განვითარების რისკისა.

ტენოფოვირის და ადეფოვირის დანიშნისგან თავი უნდა იქნას შეკავებული ამ მედიკამენტების გამოხატული ნეფროტოქსიურობის გამო.

6. რეაბილიტაცია და ღაპვირება

HBV მკურნალობის ეფექტურობა HBeAg (+) პოზიტიურ ავადმყოფებში ფასდება anti-HBe-ის მყარი სეროკონვერსიით, ხოლო HBeAg (-) ნეგატიურ ავადმყოფებში ALT-ს მყარი ნორმალიზებით და HBV დნმ-ის მყარი სუპრესიით (< 2000 IU/ml).

ნუკლეოტიდის და ნუკლეოზიდის ანალოგებით მკურნალობის შემთხვევაში საწყისი პასუხი მკურნალობაზე განისაზღვრება როგორც HBV დნმ-ის $1 \log_{10}$ -ით შემცირებით 1-3 თვის განმავლობაში. ამის შემდეგ HBV დნმ-ს განსაზღვრა უნდა ხდებოდეს ყოველ 3 თვეში ერთჯერ. მკურნალობა ეფექტურია თუ HBV დნმ არაგანსაზღვრადია.

რაც შეეხება მკურნალობის შეწყვეტის საკითხს (ნუკლეოზიდის და ნუკლეოტიდის ანალოგებით მკურნალობისას) ჯერ-ჯერობით ამის თაობაზე აზრთა სხვადასხვაობაა. მკურნალობა სასურველია გაგრძელდეს რაც შეიძლება დიდხანს, რადგანაც შეწყვეტამ შესაძლოა გამოიწვიოს ღვიძლის ფატალური დაავადება.

7. ბაილანინი რომელსაც ეძღვნება აღნიშნული პროტოკოლი –

„აივ ინფექცია/შიდსით ავადმყოფთა მკურნალობა და მოვლა“.

8. აღამიანური და მათერიალურ-ტიქნიკური რესურსი –

ინფექციონისტი, ექიმი-ეპიდემიოლოგი, ექიმი-ლაბორანტი, ვირუსოლოგიური, იმუნოლოგიური, კლინიკური ბიოქიმიის და მოლეკულური მედიცინის ლაბორატორიები.

ინფექცია/შიდსით ავადმყოფებში C ჰეპატიტის ვირუსით კო-ინფექციის მართვა (პროტოკოლი)

1. დაავადების /ნოზოლოგიის/სინდრომის მოკლე განმარტება

C ჰეპატიტი ადამიანის C ჰეპატიტის ვირუსით გამოწვეული ინფექციური დაავადებაა. აივ ინფექცია/შიდსი ეწოდება ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით გამოწვეულ ინფექციურ დაავადებას. ორივე პათოგენით ერთდროულად დაავადებისას საუბარია აივ ინფექცია/შიდსის და C ჰეპატიტის ვირუსით კოინფექციაზე.

2. კრიტერიუმები

ა) **დამადასტურებელი** – აივ ინფექცია/შიდსის დამადასტურებელი კრიტერიუმებია: აივ ანტისხეულების არსებობა სისხლის შრატში იმუნობლოტინგის მეთოდით, აივ რნმ-ის და/ან აივ პროვირუსის დნმ-ის აღმოჩენა სისხლში პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით; **C ჰეპატიტის ვირუსით** დაავადების დამადასტურებელი კრიტერიუმებია: C ჰეპატიტის ვირუსის საწინააღმდეგო ანტისხეულების არსებობა სისხლის შრატში იმუნოფერმენტული ანალიზის მეთოდით და/ან C ჰეპატიტის ვირუსის რნმ-ის აღმოჩენა სისხლში პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით..

ბ) **გამომრიცხავი** – აივ ინფექცია/შიდსის გამომრიცხავი კრიტერიუმებია: აივ ანტისხეულების არარსებობა სისხლის შრატში იმუნოფერმენტული ანალიზის მეთოდით, აივ რნმ-ის და/ან აივ პროვირუს დნმ-ის არარსებობა სისხლში პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით. C ჰეპატიტის ვირუსით ინფექციის გამომრიცხავი კრიტერიუმებია: C ჰეპატიტის ვირუსის საწინააღმდეგო ანტისხეულების არარსებობა, და/ან C ჰეპატიტის ვირუსის რნმ-ის არარსებობა სისხლში პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით.

3. სიმპტომები და ნიშნები

ა) **დამადასტურებელი** - აივ ინფექცია/შიდსს პათოგნომური კლინიკური ნიშნები არ გააჩნია, იგი მიეკუთვნება ლაბორატორიულად სადიაგნოზო დაავადებებს. სიმპტომებიდან შესაძლოა გამოვყოს: გახანგრძლივებული ცხელება, გახანგრძლივებული ფაღარათი, ლიმფადენოპათია, არამოტივირებული პროფუზული ოფლიანობა, ძლიერი საერთო სისუსტე, არამოტივირებული წონაში კლება (1 თვის განმავლობაში სხეულის წონის 10% ან მეტი), სხვადასხვა გამონაყარი კანსა და ლორწოვანზე, კანდიდოზური ეზოფაგიტი, ცნს-ის ატიპიური დაზიანებები; **C ჰეპატიტი** მწვავე სტადიაზე ძირითადად უსიმპტომოდ მიმდინარეობს, მხოლოდ შემთხვევათა 25%-ში შესაძლოა გამოვლინდეს სიმპტომები: სიყვითღე, საერთო სისუსტე, შარდის გამუქება, განავლის გაღიავება, ზოგჯერ სხეულის ტემპერატურტის მომატება, დისკომფორტი მუცლის ღრუში, გულისრევის შეგრძნება, ღებინება და სხვა ინტოქსიკაციის მოვლენები. დაავადება შემთხვევათა 80%-ში ქრონიკულ მიმდინარეობას ღებულობს და ქრონიკული C ჰეპატიტი პრაქტიკულად ხასიათდება უსიმპტომო მიმდინარეობით, შესაძლებელია გამოხატული იყოს მხოლოდ ზოგადი საერთო სისუსტე. აქედან გამომდინარე C ჰეპატიტიც მიეკუთვნება ლაბორატორიულად დასიაგნოსტიკო დაავადებებს.

ბ) გამომრიცხავი - აივ ინფექცია/შიდსის გამომრიცხავი სიმპტომები და ნიშნები არ არსებობს, აივ ინფიცირებულს წლების განმავლობაში შესაძლოა სიმპტომები არ აღენიშნებოდეს; C ჰეპატიტის ვირუსით ინფექციის სიმპტომები და ნიშნები ასევე არ არსებობს და ავადმყოფს წლების განმავლობაში შესაძლოა არ აღენიშნებოდეს არავითარი სიმპტომი.

4. დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული ტესტები.

ყველა HIV დადებით ავადმყოფს უდნა ჩატარდეს გამოკვლევა anti-HCV ანტისხეულებზე(AII). Anti-HCV (+) პოზიტიური შედეგის შემთხვევაში უნდა ჩატარდეს HCV RNA-ს განსაზღვრა.

ყველა ავადმყოფს, რომელსაც აქვს HCV RNA (+) პოზიტიური უნდა ჩატარდეს შემდეგი გამოკვლევები:

1. HCV გენოტიპის განსაზღვრა .
2. HCV ვირუსული დატვირთვის განსაზღვრა.
3. სისხლის საერთო ანალიზი, ALT, AST, G-GT, კრეატინინი.
4. ღვიძლის ულტრაბგერითი გამოკვლევა.
5. ღვიძლის ბიოფსია ან ფიბროზის არაინვაზიური მარკერების განსაზღვრა ღვიძლის დაავადების სიმძიმის შესაფასებლად
6. CD3, CD4, CD8 ლიმფოციტების აბსოლუტური რიცხვის განსაზღვრა, აივ ვირუსული დატვირთვის განსაზღვრა.

5. მკურნალობა

HCV ინფექციის სამკურნალოდ HCV/HIV კო-ინფექციით ავადმყოფებში გამოიყენება კომბინირებული ანტივირუსული მკურნალობა პეგილირებული ალფა ინტერფერონით და რიბავირინით.

მწვავე C ჰეპატიტის მკურნალობის საკითხი კო-ინფექციით ავადმყოფებში ჯერ-ჯერობით საბოლოოდ გადაჭრილი არ არის.

ქრონიკული C ჰეპატიტის მკურნალობა: თუ ქრონიკული C ჰეპატიტის დიაგნოზი განისაზღვრა აივ ინფექციის ადრეულ სტადიაზე (მანამდე, სანამ ავადმყოფს არ ჭირდება HAART მკურნალობა) HCV ინფექციის მკურნალობა დაწყებულ უნდა იქნას. (AIII).

თუ კო-ინფექციით ავადმყოფებს აქვთ ღრმა იმუნოდეფიციტი, ჯერ დაწყებულ უნდა იქნას HAART და HCV მკურნალობის საკითხი განხილულ უნდა იქნას მხოლოდ CD4 უჯრედების რაოდენობის მომატების შემდეგ. (AII).

HCV ინფექციის მკურნალობის რეჟიმი HIV კოინფექციით ავადმყოფებში

ინტერფერონი:

- PEG-IFN alpha 2a- 180 მკგ 1 Xჯერ კვირაში ან PEG-IFN alpha 2b 1.5 მკგ/კგ კვირაში ერთხელ.

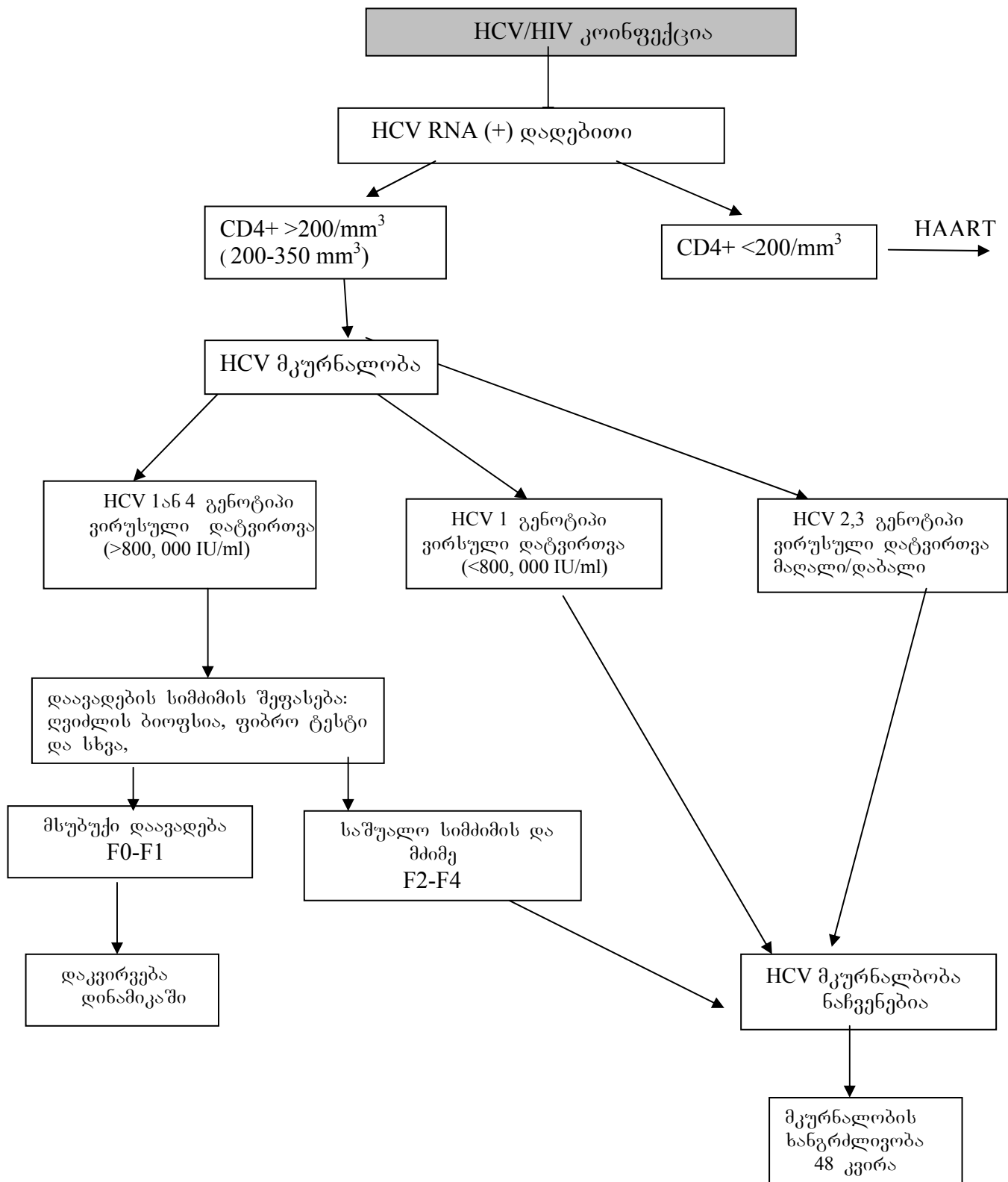
რიბავირინი

- HCV 1 და HCV 4 გენოტიპით ავადმყოფებისთვის მაღალი ვირუსული დატვირთვით რიბავირინი 1000-1200 მგ დღეში 1-ჯერ (მკურნალობის დაწყება) (BIII)

- ყველა სხვა შემთხვევაში (მათ შორის HCV 1 და HCV 4 გენოტიპით ავადმყოფებისთვის დაბალი ვირუსული დატვირთვით) რიბავირინი 800 მგ დღეში 1-ჯერ (AII).

HIV/HCV კო-ინფექციით ავადმყოფებში, გენოტიპისგან დამოუკიდებლად მკურნალობის ხანგრძლივობა შეადგენს 48 კვირას (BI).

HCV ინფექციის მკურნალობის ალგორითმი HCV/HIV კოინფექციით ავადმყოფებში



**პევილირებული ინტერფერონის და რიბავირინის დოზის ცვლილებები
მკურნალობის დროს განვითარებული ჰემატოლოგიური ცვლილებების დროს**

მედიკამენტების დოზის ცვლილებები				
რიბავირინის შემცირება 600 მგ -მდე	რიბავირინის შეწყვეტა	PEG-IFN-ის შემცირება 70%,50%, 25%-ით	PEG-IFN შეწყვეტა	კომბინირებული მკურნალობის შეწყვეტა
ნეიტროფილები		<750/mm ³	<500/mm ³	
თრომბოციტები		25 000– 50 000/mm ³		<25 000/mm ³
ჰემოგლობინი (გულის დაავადების გარეშე)	8.5–10.0 g/dl	<8.5 g/dl		
გულის სტაბილური დაავადება	≥2 g/dl –ით დაქვეითება ნებისმიერი 4 კვირის განმავლ-ში	<12 g/dl		

HIV კო ინფექციით ავადმყოფებში HCV მკურნალობის უკუჩვენებები:

- ორსულობა;
- კარდიოპათია, როგორცაა გულის უკმარისობა და იშემიური დაავადება;
- ფსიქიური სფეროს დარღვევები;
- ალკოჰოლის აქტიური მოხმარება (>50 გ/დღე);
- დეკომპენსირებული ციროზი (Child-Pugh C).

HCV ინფექციის მკურნალობის დროს განვითარებული გვერდითი მოვლენების მართვა

ავადმყოფებში PEG-INF + რიბავირინის კომბინაციით მკურნალობისას განვითარებული გვერდითი მოვლენების მართვისთვის რეკომენდებულია შემდეგი საშუალებები.

მენეჯმენტი	გვერდითი მოვლენები
პარაცეტამოლი (შესაძლებელია კომბინაცია ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდებთან)	გრიპისმაგვარი სინდრომისთვის (AII).
ერითროპოეტინი	მძიმე ანემიის შემთხვევაში (BI).
ზრდის ფაქტორი	მძიმე ნეიტროპენიის შემთხვევაში (CIII).
ანტიდეპრესანტები	კლინიკურად გამოხატული დეპრესიის შემთხვევაში(AII)

მენეჯმენტი	გვერდითი მოვლენები
(სელექტიური სეროტონინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორი)	
თირეოიდული ჰორმონი	ჰიპოთირეოზის დროს (AII).
β-ბლოკატორები	ჰიპერთირეოზის დროს (CIII).

თანმხლები ანტირეტროვირუსული მედიკამენტების გამოყენება.

PEG- ინტრფერონით და რიბავირინით კომბინირებული მკურნალობის დროს ციროზიან ავადმყოფებში დიდანოზინი (ddI) უკუნაჩვენებია **(EI)** და ასევე სასურველია არ იქნას გამოყენებული ღვიძლის ნაკლებად მძიმე დაზიანების დროს. **(EII)**.

PEG- ინტრფერონით და რიბავირინით კომბინირებული მკურნალობის დროს სტავუდინი (d4T) განსაკუთრებით დიდანოზინთან (ddI) კომბინაციაში არ უნდა იქნას გამოყენებული, რადგან ამ დროს იზრდება ლაქტატ აციდოზის განვითარების რისკი. **(EII)**.

ასევე HCV –ს კომბინირებული ანტივირუსული მკურნალობის დროს HIV კო-ინფექციით ავადმყოფებში ზიდოვუდინის გამოყენებისგან თავი უნდა იქნას შეკავებული, რადგან ზიდოვუდინი ზრდის ანემიის და ნეიტროპენიის განვითარების რისკს **(DII)**.

PI –ს გამოყენება ამცირებს მყარი ვირუსული პასუხის(SVR) განვითარების ალბათობას HIV/HCV კო-ინფექციით ავადმყოფებში, თუმცა ჯერ-ჯერობით კატეგორიული უარყოფითი რეკომენდაციები **PI**–ს გამოყენების მიმართ არ არის. NVP (ნევირაპინი) სიფრთხილით უნდა იქნას გამოყენებული **(AII)**.

6. რეაბილიტაცია და დაკვირვება

		HCV ანტივირუსულ მკურნალობაზე მყოფი ავადმყოფების მონიტორინგი, მკურნალობის ტოლერანტობის და მკურნალობის ეფექტურობის შეფასების მიზნით												
მაჩვენებლები		1,2	4	8	12	16	20	24	28	32	34	36	48	72
მკურნალობის ტოლერანტობა	სისხლის საერთო თრომბოციტები	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	CD4			X	X			X	X	X	X	X	X	X
	TSH				X			X			X			

მკურნალობის ეფექტურობა	HCV RNA რაოდენობრი ვი (VL)				X									
	HCV RNA თვისობრივი							X					X	X

- ანტივირუსული მკურნალობის დაწყებიდან 12 კვირაზე, თუ HCV ვირუსული დატვირთვა გახდა არაგანსაზღვრადი ან შემცირდა სულ ცოტა 2 log₁₀-ით, ეს ნიშნავს, რომ მკურნალობაზე ადრეული ვირუსული პასუხი (EVR) მიღებულია და მკურნალობა უნდა გაგრძელდეს.
- თუ HCV ვირუსული დატვირთვა არ შემცირდა სულ ცოტა 2 log₁₀-ით, მკურნალობა უნდა შეწყდეს, რადგან ასეთ შემთხვევაში მყარი ვირუსული პასუხის(SVR) არ მიღება მოსალოდნელია დაახლოებით 99-100%-ში. **(AII)**.
- ზემოთ აღნიშნული ვრცელდება HCV ნებისმიერი გენოტიპით ავადმყოფზე.
- ამის შემდეგ მკურნალობის დაწყებიდან 24 კვირაზე რეკომენდებულია HCV RNA –ის (თვისობრივი) განსაზღვრა და იმ ავადმყოფებში, რომლებიც ამ ეტაპზე რჩებიან HCV RNA (+) პოზიტიური, მკურნალობა უნდა შეწყდეს. (რადგან ასეთ შემთხვევაში მყარი ვირუსული პასუხის(SVR) არ მიიღება მოსალოდნელია დაახლოებით 99-100%-ში.)
- მკურნალობის დაწყებიდან 48 კვირაზე უნდა განისაზღვროს HCV RNA (თვისობრივი) და მიღებული შედეგი დააფიქსირებს მკურნალობის ბოლო პასუხს. (EOT)
- მკურნალობის დამთავრებიდან 6 თვის შემდეგ კვლავ უნდა განისაზღვროს HCV RNA (თვისობრივი). ნეგატიური HCV RNA მიანიშნებს მყარი ვირუსული პასუხის (SVR) მიღებაზე, რის შემდეგაც დაავადების რეციდივის განვითარება ძალიან იშვიათია.
- შემდგომი გამოკვლევა შესაძლოა ჩატარდეს 12-24 თვის შემდეგ მკურნალობის დამთავრებიდან.

7. ბაილჰაინი რომელსაც ემყარება აღნიშნული პროტოკოლი –

„აივ ინფექცია/შიდსით ავადმყოფთა მკურნალობა და მოვლა“.

8. აღამიანური და მათერიალურ-ტიქნიკური რესურსი – ექიმი-ინფექციონისტი, ექიმი-ეპიდემიოლოგი, ექიმი-ლაბორანტი, ვირუსოლოგიური, იმუნოლოგიური, კლინიკური ბიოქიმიის და მოლეკულური მედიცინის ლაბორატორიები.

აივ ინფექცია/შიდსის და ტუბერკულოზის კონფექციის მართვა (პროტოკოლი)

1. დაავადების /ნოზოლოგიის/სინდრომის მოკლე განმარტება

აივ ინფექცია/შიდსი ეწოდება ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით გამოწვეულ ინფექციურ დაავადებას. ტუბერკულოზის გამომწვევია ტუბერკულოზის მიკობაქტერია. ორივე პათოგენით ერთდროულად დაავადებისას საუბარია აივ ინფექცია/შიდსის და ტუბერკულოზით კონფექციაზე.

2. კრიტერიუმები

ა) **დამადასტურებელი** – აივ ინფექცია/შიდსის დამადასტურებელი კრიტერიუმებია: აივ ანტისხეულების არსებობა სისხლის შრატში იმუნობლოტინგის მეთოდით, აივ რნმ-ის რაოდენობრივად და/ან აივ პროვირუსის დნმ-ის თვისობრივად აღმოჩენა სისხლში პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით; **ტუბერკულოზით** დაავადების დამადასტურებელი კრიტერიუმია: ავადმყოფის ბიოლოგიურ მასალაში (მათ შორის ნახველის ნაცხში) მჟავაგამძლე ბაქტერიების (მგბ) არსებობა, ბიოლოგიურ მასალაში კულტურალური მეთოდით ტუბერკულოზის მიკობაქტერიის აღმოჩენა.

ბ) **გამომრიცხავი** – აივ ინფექცია/შიდსის გამომრიცხავი კრიტერიუმებია: აივ ანტისხეულების არარსებობა სისხლის შრატში იმუნოფერმენტული მეთოდით, რაოდენობრივად აივ რნმ-ის და/ან თვისობრივად აივ პროვირუს დნმ-ის არარსებობა სისხლში პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით; **ტუბერკულოზის** გამომრიცხავი კრიტერიუმებია: ტუბერკულოზის დამახასიათებელი კლინიკური ნიშნებისა და სიმპტომების არარსებობა, ბიოლოგიურ მასალაში (მათ შორის ნახველის ნაცხში) ბაქტერიოსკოპიით მგბ-სა და კულტურალური გამოკვლევით ტუბ.მიკობაქტერიის არარსებობა.

3. სიმპტომები და ნიშნები

ა) **დამადასტურებელი** - აივ ინფექცია/შიდსს პათოგნომური კლინიკური ნიშნები არ გააჩნია, იგი მიეკუთვნება ლაბორატორიულად სადიაგნოზო დაავადებებს. სიმპტომებიდან შესაძლოა გამოვყოთ: გახანგრძლივებული ცხელება, გახანგრძლივებული ფადართი, ლიმფადენოპათია, არამოტივირებული პროფუზული ოფლიანობა, ძლიერი საერთო სისუსტე, არამოტივირებული წონაში კლება (1 თვის განმავლობაში სხეულის წონის 10% ან მეტი), სხვადასხვა გამონაყარი კანსა და ლორწოვანზე, კანდიდოზური ეზოფაგიტი, ცნს-ის ატიპიური დაზიანებები; **ტუბერკულოზის** დამადასტურებელ სიმპტომებს მიეკუთვნება: ზოგადი ნიშნები: სუბფებრილიტეტი, ღამის ოფლიანობა, ადვილად დაღლა, საერთო სისუსტე, შრომის უნარის დაქვეითება, ტაქიკარდია. ტუბერკულოზის ფილტვის ფორმის დროს ზოგად სიმპტომატიკას ემატება: 2 კვირის ან მეტი ხანგრძლივობის ხველება (პროდუქტიული, მშრალი ან სისხლიანი), ჰაერის უკმარისობა, უსიამოვნო შეგრძნება ან ტკივილი გულმკერდში; ტუბერკულოზის ფილტვგარეშე ფორმების დროს კი ზოგადო ინტოქსიკაციის ნიშნებს ემატება ამა თუ იმ ორგანოს დაზიანებისათვის დამახასიათებელი ლოკალური სიმპტომატიკა.

ბ) **გამომრიცხავი** - აივ ინფექცია/შიდსის გამომრიცხავი სიმპტომები და ნიშნები არ არსებობს, აივ ინფიცირებულს წლების განმავლობაში შესაძლოა სიმპტომები არ აღენიშნებოდეს; **ტუბერკულოზის გამომრიცხავი** ნიშნები და სიმპტომებია ჩივილების არარსებობა, კონტაქტის არარსებობა აქტიური ტუბერკულოზით დაავადებულთან;

მდგომარეობები დაკავშირებული აქტიურ ტუბერკულოზთან ბავშვებში

<p>ტუბერკულოზი საეჭვოა, როდესაც ადგილი აქვს:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ანამნეზში კონტაქტს ფილტვის ტუბერკულოზის დადასტურებულ შემთხვევასთან • წითელას გადატანის შემდეგ იმუნოსუპრესიულ მდგომარეობას • წონაში კლებას, ხველას, პათოლოგიურ აუსკულტაციურ მონაცემებს ფილტვებში, რომელიც არ დაექვემდებარა ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკოთერაპიას • ზედაპირული ლიმფური კვანძების უმტკივნეულო შეშუპებას
<p>ტუბერკულოზი სავარაუდოა, როცა ადგილი აქვს საეჭვო ტუბერკულოზის შემთხვევას და ერთ-ერთ ნიშანს ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან</p> <ul style="list-style-type: none"> • ტუბერკულოზის კანის ტესტი 5 მმ-ზე მეტი ინდურაციით • შესაბამისი ცვლილებები გულმკერდის რენტგენოგრაფიაზე • შესაბამისი ჰისტოლოგიური ცვლილებები ბიოფსიურ მასალაში • დადებითი შედეგი ანტიტუბერკულოზურ მკურნალობაზე
<p>ტუბერკულოზი დადასტურებულია, როცა</p> <ul style="list-style-type: none"> • ტუბერკულოზის მიკობაქტერია იდენტიფიცირებულია ბიოლოგიურ სეკრეტებში ან ქსოვილებში • ნახველის ნაცხის სამჯერადი პირდაპირი მიკროსკოპით მინიმუმ ორ პრეპარატში აღმოჩენილია მუავაგამძლე მიკობაქტერია

4. დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული ტესტები და სპეციალისტთა კონსულტაციები

CD3, CD4, CD8 ლიმფოციტების აბსოლუტური რიცხვის განსაზღვრა, აივ ვირუსული დატვირთვის განსაზღვრა, სისხლის საერთო ანალიზი, ღვიძლის ფუნქციური სინჯები, თირკმლის ფუნქციური სინჯები, ვირუსული ჰეპატიტის მარკერების განსაზღვრა, ნახველის ნაცხის გამოკვლევა მგბ-ზე, გულ-მკერდის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა, მუცლის ღრუს ექოსკოპია; ექიმ-ინფექციონისტის კონსულტაცია, ექიმ-ფთიზიატრის კონსულტაცია;

5. მკურნალობა

ტუბერკულოზის მკურნალობა აივ ინფიცირებულ პაციენტებში უნდა დაიწყოს აქტიური ტუბერკულოზის დიაგნოზის დადასტურებიდან რაც შეიძლება მალე.

აქტიური ტუბერკულოზის მკურნალობისთვის რეკომენდირებული რეჟიმები აივ ინფიცირებულ პაციენტებში

ტუბერკულოზის შემთხვევის ტიპი	ტუბერკულოზის მკურნალობის რეჟიმები ¹	
	ინტენსიური ფაზა ²	გაგრძელების ფაზა
ახალი ტბ პაციენტი	HRZE 2 თვის განმავლობაში ³	HR 4 თვის განმავლობაში
ადრე ტბ-ნამკურნალები პაციენტი, მათ შორის <ul style="list-style-type: none"> • რელაფსი • მკურნალობა მისი შეწყვეტის შემდეგ • სხვა შემთხვევა • უშედეგო მკურნალობა ⁴ 	HRZES 2 თვის განმავლობაში ან HRZE 1 თვის განმავლობაში	HRE 5 თვის განმავლობაში
ქრონიკული (ზედამხედველობის ქვეშ ჩატარებული განმეორებითი მკურნალობის შემდეგ ნახველი ისევ მგბ პოზიტიურია) მრტბ (აღინიშნება რეზისტენტობა მინიმუმ H და R)	სპეციალური რეჟიმი	

H –იზონიაზიდი, **R** – რიფამპიცინი, **Z** – პირაზინამიდი, **E** – ეტამბუტოლი, **S**- სტრეპტომიცინი.

1 – აივ ინფიცირებული პაციენტებისათვის აქტიური ტუბერკულოზით მკურნალობის ყოველდღიური რეჟიმი რეკომენდირებული;

2 - რეკომენდებულია მკურნალობა უშუალო ზედამხედველობის ქვეშ ჩატარებული ქიმიოთერაპიის მთელი კურსის განმავლობაში.

3 – სტრეპტომიცინი შესაძლოა გამოყენებულ იქნეს ეტამბუტოლის ნაცვლად. ტუბერკულოზური მენინგიტისას ეტამბუტოლი უნდა შეიცვალოს სტრეპტომიცინით.

4- ყველა შემთხვევაში უნდა ჩატარდეს წამლების მიმართ მიკროორგანიზმის მგრძობელობის შესწავლა მკურნალობის რეჟიმის ინდივიდუალური წესით შესარჩევად.

ტუბერკულოზის მკურნალობისთვის აივ ინფიცირებულ ბავშვებში რეკომენდირებულია იგივე რეჟიმები, რაც მოზრდილებში. პრეპარატების დოზირება ხდება სხეულის მასის შესაბამისად.

პირველი რიგის ანტიტუბერკულოზური მედიკამენტების რეკომენდებული დოზები

მედიკამენტები	დღიური დოზები ¹ (ჩვეულებრივი დოზა ან ზღვრული)	კვირაში სამჯერ მიღებისთვის გათვალისწინებული დოზები (ჩვეულებრივი დოზა ან ზღვრული)
იზონიაზიდო	5 მგ/კგ (ჩვეულებრივ 300 მგ)	10 მგ/კგ (ჩვეულებრივ 900 მგ)
რიფამპიცილი	10 მგ/კგ (450 მგ თუ <50 კგ 600 მგ თუ >50 კგ)	10 მგ/კგ (450 მგ თუ <50 კგ 600 მგ თუ >50 კგ)
პირაზინამიდი	25 მგ/კგ (20-30 მგ/კგ)	35 მგ/კგ (30-40 მგ/კგ)
ეტამბუტოლი	15 მგ/კგ (15-20 მგ/კგ)	30 მგ/კგ (20-35 მგ/კგ)
სტრეპტომიცილი	15 მგ/კგ (12-18 მგ/კგ)	15 მგ/კგ (12-18 მგ/კგ)

1. როდესაც რიფამპიცილი გამოიყენება ანტირეტროვირუსულ მედიკამენტებთან ერთად, რეკომენდებულია ყოველდღიური რეჟიმით მკურნალობა

	რეკომენდებული პირველი რიგის მართ რეჟიმი ტბ პაციენტებისათვის, რომლებსაც ეძლევათ რიფამპიცილი ¹	
	მართ	არგ პრეპარატების კომბინაცია
სასურველია	2 ნრტი (ნუკლეოზიდური რევერს ტრანსკრიფტაზას ინჰიბიტორი) + 1 ანტი (არანუკლეოზიდური რევერს ტრანსკრიფტაზას ინჰიბიტორი)	ZDV (ან TDF)+ 3TC (ან FTC) + EFV ²
ალტერნატიული	3 ნრტი	ZDV+ 3TC + ABC(ან TDF)

1 – დოზირება იხ მე-2 დამატებაში

2 - რეკომენდებულია ეფავირენზის დოზირება 600 მგ/დღ განსაკუთრებით <60 კგ წონის პაციენტებში. დოზის გაზრდა 800 მგ/ დღეში საჭიროა >60კგ პაციენტებში, თუმცა ეს დებულება საჭიროებს შემდგომ კვლევას.

ნევირაპინი შესაძლოა გამოიყენებულ იქნას (200 მგ ერთხელ 2 კვირის განმავლობაში, შემდეგ 200 მგ ორჯერ), ღვიძლის ფუნქციური ტესტების და წამლის ტოქსიურობის კონტროლით.

რეკომენდებული მეორე რიგის მართ რეჟიმი ტბ პაციენტებისათვის

	მართ	არე პრეპარატების კომბინაცია
სასურველია	2 ნრტი + 2 პი (მათ შორის ერთი ბუსტირებული)	ABC+ ddI + LPV/r +RTV ან TDF+ ddI + LPV/r +RTV
ალტერნატიული	2 ნრტი + 2 პი	ABC+ ddI + SQV +RTV ან TDF+ ddI + SQV +RTV

რეკომენდებული ტბ რეჟიმები თირკმლის დაავადების მქონე პაციენტებისთვის ¹

	ინტენსიური ფაზა	გაგრძელების ფაზა
შერჩევის პრეპარატი	HRZ 2 თვე	HR 4 თვე
ალტერნატიული	HRZE 2 თვე	HR 4 თვე

1. ზემოთ აღნიშნული რეკომენდაციები უნდა იქნეს გათვალისწინებული, როდესაც კრეატინინის დონე მიაღწევს 130-160 მკმ/ლ.

რეკომენდებული ტბ რეჟიმები პაციენტებში ღვიძლის დაავადებებით ¹

	ინტენსიური ფაზა	გაგრძელების ფაზა
შერჩევის პრეპარატი	SHRE 2 თვე	HR 6 თვე
I ალტერნატივა	SHE 2 თვე	HE 10 თვე
II ალტერნატივა	RE 9 თვე	

1. ღვიძლის დაავადებად იწოდება მდგომარეობა, როდესაც ალანინამინოტრანსფერაზა სამჯერ აღემატება ნორმის მაჩვენებელს ან თუ სახეზეა ქრონიკული ჰეპატიტი ან ციროზი.

6. რეაბილიტაცია და დაკვირვება

არვ და ტბ მკურნალობაზე მყოფი პაციენტების მონიტორინგი														
შეფასება	კვირა				თვე									
	0	2	4	8	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
ტბ/ აივ დაავადებების ისტორია	X													X
ფიზიკალური გამოკვლევა	X	X	X	X	X			X						X
კომორბიდული დაავადებები	X				X			X						X
გინეკოლოგიური გამოკვლევა	X	X			X			X						X
რუტინული ლაბორატორიული ტესტები: <ul style="list-style-type: none"> • სისხლის საერთო ანალიზი • ღვიძლის ფუნქციური სინჯები (ალტ, ასტ, ბილირუბინები) • კრეატინინი • შარდოვანა 	X		X	X				X						
CD4 უჯრედები	X			X				X						X
ვირუსული დატვირთვა	X			X				X						X
გულ-მკერდის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა	X													X
ორსულობის ტესტი	X													X
ნახველის-ნაცხის გამოკვლევა 1	X			X	X		X	X		X				
მკურნალობის რეჟიმის დაცვის შეფასება (ორივე დაავადების: ტბ და აივ ინფექციის)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

7. ბაიფლანინი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი –

„აივ ინფექცია/შიდსით ავადმყოფთა მკურნალობა და მოვლა“.

8. აღამიანური და მათემრიალურ-ტიმქნიკური რესურსი – ექიმი-ინფექციონისტი, ექიმი-ეპიდემიოლოგი, ექიმი-ლაბორანტი, ვირუსოლოგიური, იმუნოლოგიური, კლინიკური ბიოქიმიის და მოლეკულური მედიცინის ლაბორატორიები.