

ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՈԶԻ ՎԱՐՄԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ

Ամփոփում

Նպատակ

Սույն ուղեցույցի նպատակն է տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ռազմավարության մշակումը Հայաստանի Հանրապետությունում և տուբերկուլոզով հիվանդ պացիենտների բուժման ելքերի բարելավումը:

Մեթոդաբանություն

Սույն Ուղեցույցը մշակվել է ՀՀ ԱՆ Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային կենտրոն ՊՈԱԿ-ի անձնակազմի կողմից: Ուղեցույցի հիմնական գրականական աղբյուր է հանդիսացել Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (ԱՀԿ) կողմից հրապարակված ուղեցույցները (WHO treatment guidelines for drug-resistant tuberculosis, 2016 update; Companion handbook to the WHO guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis, 2014; Algorithm for laboratory diagnosis and treatment-monitoring of pulmonary tuberculosis and drug-resistant tuberculosis using state-of-the-art rapid molecular diagnostic technologies, 2017), ինչպես նաև PubMed, EMBASE, Cochrane Library, National Guideline Clearinghouse և UpToDate շտեմարանների արդի տվյալները: Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և ցուցումների ուժը որոշելիս սկզբնաղբյուր հանդիսացող փաստաթղթում, հիմք է ընդունվել Ցուցումների ուսումնասիրման, ստեղծման և գնահատման դասակարգման համակարգը (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation – GRADE) (Հավելված 1): Ուղեցույցի տեղայնացման գործընթացը իրականացվել է համաձայն միջազգային ADAPTE մեթոդաբանության: Բոլոր խորհուրդները քննարկվել և հավանության են արժանացել ՀՀ ԱՆ Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային կենտրոն ՊՈԱԿ-ի անձնակազմի կողմից (արձանագրությունը կցվում է): Սույն փաստաթուղթը ենթակա է պարբերական թարմացումների և/կամ խմբագրման յուրաքանչյուր 5 տարին մեկ կամ ավելի հաճախակի՝ կախված տվյալ ոլորտում նոր գիտագործնական տեղեկատվության ի հայտ գալուց: Ուղեցույցը նախատեսված է տուբերկուլոզային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների, մասնագետների, տուբերկուլոզի դեմ պայքարի կաբինետների բուժաշխատողների համար՝ առողջության պահպանման առաջնային օղակի մասնագետներ, թերապևտներ, ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկներ, ընտանեկան բժիշկներ, մանկաբույժներ, թոքաբաններ, լաբորատոր մասնագետներ, ինչպես նաև առողջապահության կազմակերպիչներ, տուբերկուլոզային վարակին առնչվող ծառայություններ տրամադրող հասարակական կազմակերպություններ, հիվանդության կանխարգելման և բուժման ծրագրերին աջակցություն տրամադրող կազմակերպություններ:

Արդյունքներ

Հիմնվելով վերոնշյալ ապացուցողական մեթոդաբանության վրա սույն Ուղեցույցում լուսաբանվել են տուբերկուլոզի ախտորոշման ռազմավարությունների ու ալգորիթմների կազմման մոտեցումները, ախտորոշման հետազոտությունների որակի հսկողությունը, մոնիտորինգը և գնահատումը:

Հետևություններ

Ապացուցողական մոտեցումների վրա հիմնված տուբերկուլոզի կլինիկական, լաբորատոր հետազոտության ախտորոշման իրականացումը տուբերկուլոզի վաղ հայտնաբերման, բուժման ժամանակին տրամադրման, տուբերկուլոզային վարակի, տուբերկուլոզով հիվանդացության, տարածվածության, տուբերկուլոզի մահացության ցուցանիշերի նվազեցման հիմքն են:

Բանալի բառեր

Ապացուցողական բժշկություն, ցուցումների ուսումնասիրման, մշակման և գնահատման դասակարգման համակարգ, Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն, տուբերկուլոզ, բազմադեղակայունություն, ՄԻԱՎ

Պատասխանատու համակարգող

Հայրապետյան Ա.Օ. (պատասխանատու համակարգող) «Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային կենտրոն» ՊՈԱԿ-ի տնօրեն, Բ.Գ.Թ.

Թղթակցական հասցե՝ ՀՀ, ք. Արմավյան, Արզնու խճուղի 10. հեռ՝ (0222)20011.

Աշխատանքային խմբի անդամների անվանացուցակ

- Մանուկյան Ա. Վ. «Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային կենտրոն» ՊՈԱԿ-ի տնօրենի՝ ՏԱԾ գծով տեղակալ
- Նիկողայան Լ.Թ. «Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային կենտրոն» ՊՈԱԿ-ի տնօրենի գիտական գծով խորհրդական, Բ.Գ.Թ., դոցենտ
- Ղուկասյան Մ.Ա. «Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային կենտրոն» ՊՈԱԿ, Ներհիվանդանոցային վարակի և որակի վերահսկման բաժնի վարիչ
- Սահակյան Ա.Կ. «Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային կենտրոն», դեղերի պլանավորման և կառավարման բաժնի վարիչ
- Եղիազարյան Լ.Մ. «Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային կենտրոն», դեղակայուն տուբերկուլոզային բաժանմունքի վարիչ, Բ.Գ.Թ.
- Ուլումյան Ա.Կ. «Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային կենտրոն», մանկական տուբերկուլոզային բաժանմունքի վարիչ, Բ.Գ.Թ.
- Միրզոյան Ա.Զ. Տուբերկուլոզային ազգային ռեֆերենս լաբորատորիայի վարիչ

Շահերի բախման հայտարարագիր և ֆինանսավորման աղբյուրներ

Սույն փաստաթղթի մշակման աշխատանքները ֆինանսավորվել են ՀՀ ԱՆ և ԱՄՆ Միջազգային զարգացման գործակալության կողմից: Ֆինանսավորող կառույցները չի ունեցել ոչ մի ազդեցություն սույն Ուղեցույցի մշակման որևէ փուլի վրա: Պատասխանատու համակարգողը հայտարարում է, որ շահերի բախումը բացակայում է:

Շնորհակալական խոսք

Պատասխանատու համակարգողն իր երախտագտությունն է հայտնում «Բժիշկներ առանց սահմանների» ֆրանսիական միության հայաստանյան մասնաճյուղին, Գլոբալ հիմնադրամի ծրագրերը համակարգող խմբին, ԱՄՆ Միջազգային զարգացման գործակալությանը՝ սույն ուղեցույցի մշակմանը սատարելու համար:

Բովանդակություն

Նախաբան

Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն

Տուբերկուլոզային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների կառուցվածքը

Տուբերկուլոզի միկոբակտերիայի նկարագիրը

Տուբերկուլոզ վարակի և հիվանդության զարգացումը մարդկանց շրջանում

Ակտիվ տուբերկուլոզ

Տուբերկուլոզի համաճարակաբանական փոփոխական գործոնները և համաճարակաբանական ցուցանիշները

Աշխարհում տուբերկուլոզի տարածվածության գնահատումը

Թոքային տուբերկուլոզ

Արտաթոքային տուբերկուլոզ

Տուբերկուլոզի կլինիկական դրսևորումը ՄԻԱՎ/ՏԲ համավարակով պացիենտների շրջանում և ՄԻԱՎ/ՏԲ համավարակի համատեղ վարումն ու բուժումը

Ախտորոշիչ հետազոտություններ

Ճառագայթաբանական (ռենտգենաբանական) հետազոտություն

Գերձայնային հետազոտություն

Տուբերկուլոզի արագ ախտորոշման թեստ (փորձ)

Գամմա-ինտերֆերոնի արտազատման փորձեր (IGRAs)

Բիոպսիաներ, մարմնի կենսաբանական հեղուկների

Լաբորատոր հետազոտություններ և այլ կենսաբանական հետազոտություններ
Թոքային տուբերկուլոզի ախտորոշիչ ալգորիթմներ
Տուբերկուլոզային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների
կողմից նմուշների տեղափոխումը ազգային ռեֆերենս լաբորատորիա
ՏԲ դեպքերի բուժման լաբորատոր վերահսկման կազմակերպման
Չափանիշները
Երեխաների շրջանում տուբերկուլոզային ախտահարման բնորոշ հատկությունները
Տուբերկուլոզի ախտորոշումը երեխաների շրջանում
Տուբերկուլոզ հիվանդության դեպքերի ինտենսիվ բացահայտումը ՏԲ/ՄԻԱՎ համավարակով
պացիենտների շրջանում
Իզոնիազիդով կանխարգելիչ բուժման ենթակա պացիենտների հայտնաբերում
Տուբերկուլոզային դեպքի սահմանում
Հակատուբերկուլոզային դեղեր և բուժման ռեժիմներ
Դեղազգայուն ՏԲ-ի բուժում
Բազմադեղակայուն տուբերկուլոզի բուժումը
Երկրորդ շարքի դեղերով բուժման կողմնակի ազդեցությունների կառավարումը
Քիմաթերապիան հետվիրահատական շրջանում
Ամոքիչ խնամք
Մոնոդեղակայուն և պոլիդեղակայուն տուբերկուլոզի բուժումը
Բուժման հետևողականությունը
Տուբերկուլոզի կանխարգելիչ բուժումը
Տուբերկուլոզով պացիենտների հաշվառման և տեղեկատվության փոխանակման կարգ
Խորհուրդների ամփոփում
Գրականության ցանկ
Հավելվածներ

Հապավումներ

ԱԹՏԲ՝ արտաթոքային տուբերկուլոզ
ԱՀԿ՝ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն
ԱՄՆ ՀՎԿԿ՝ Ամերիկայի Միացյալ Նահանգների Հիվանդությունների վերահսկման և
կանխարգելման կենտրոններ
ԲԱԱԲ՝ բարակ ասեղային արտածող բջջաբանություն
ԲԱՍ՝ բժիշկներ առանց սահմանի
ԲԴԿ ՏԲ՝ բազմադեղակայուն տուբերկուլոզ

ԲՆԱ՝ բժշկական նշանակության առարկա
 ԳԴԿ ՏԲ՝ գերդեղակայուն տուբերկուլոզ
 ԳԻԱ՝ գամմա-ինտերֆերոնների ազատման թեսթ
 ԴԶ ՏԲ՝ դեղազգայուն տուբերկուլոզ
 ԴԶԹ՝ դեղազգայունության թեստ
 ԴԿ ՏԲ՝ դեղակայուն տուբերկուլոզ
 ԷՍԳ՝ Էլեկտրասրտագրություն
 ԹԿՄ՝ թթվակայուն մանրէ
 ԹՆՕ՝ թմրանյութերի ներարկային օգտագործում
 ԻԿԲ՝ իզոնիազիդով կանխարգելիչ բուժում
 ԼԳԹ՝ լյարդի գործունեության թեստ
 ԳՏԲՎ՝ գաղտնի (լատենտ) տուբերկուլոզային վարակ
 ԿԳՄ՝ Կալմետ Գերենի մանրէ
 ԿԿԲ՝ Կո-տրիմօքսազոլով կանխարգելիչ բուժում
 ԿՖՑ՝ կծիկային ֆիլտրացման ցուցանիշ
 ՀՀ ԱՆ՝ Հայաստանի Հանրապետության Առողջապահության նախարարություն
 ՀՀ ԱՆ «ՏԱԿ» ՊՈԱԿ՝ Հայաստանի Հանրապետության Առողջապահության նախարարության
 «Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային կենտրոն» Պետական ոչ առևտրային կազմակերպություն
 ՀԴ՝ համակցված դեղեր
 ՀՌՎԲ՝ հակառետրովիրուսային բուժում
 ԶԻԱՀ՝ ձեռքբերովի իմունային անբավարարության համախտանիշ
 Մ/Զ՝ մարմնի զանգված
 ՄԻԱՎ՝ մարդու իմունային անբավարարության վիրուս
 ՄՋԻԹ՝ միկոբակտերիայի աճի ցուցիչ փորձանոթ
 ՆՄ՝ ներմկանային
 ՊՇՌ՝ պոլիմերազային շղթայական ռեակցիա
 Ռ/ԲԴԿ ՏԲ՝ ռիֆամպիցին- կամ բազմադեղակայուն տուբերկուլոզ
 ՎՎ՝ վարակի վերահսկում
 ՏԲ կաբինետ՝Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի կաբինետ
 ՏԲ՝ տուբերկուլոզ
 ՏՄԹ՝ տուբերկուլինային մաշկային թեստ
 ՏՄԿ՝ տուբերկուլոզային միկոբակտերիաների կոմպլեքս
 ՏՄԲ՝ տուբերկուլոզային միկոբակտերիա
 ՏՄԲ ԴԿ՝ դեղակայուն տուբերկուլոզի միկոբակտերիա

SUP ԲԴԿ՝ բազմադեղակայուն տուբերկուլոզի միկոբակտերիա
 SUP ԳԴԿ՝ գերդեղակայուն տուբերկուլոզի միկոբակտերիա
 ՅՊՔ՝ ցետիլաբերիդինի քլորիդ
 ՈւՀԿԲ՝ ուղղակիորեն վերահսկվող կարճաժամկետ բուժում
 ՈւՎԲ՝ ուղղակիորեն վերահսկվող բուժում
 ՔՀՏԴ՝ «Քաղաքային հակատուբերկուլոզային դիսպանսեր» ՓԲԸ
 ՔԿՎ՝ քրեակատարողական վարչություն
 ՔԿՀ՝ քրեակատարողական հիմնարկներ
 Amk՝ ամիկացին
 Amx/ Clv՝ ամօքսիցիլին/կլավուլանաթթու
 Bdq՝ բեդաքվիլին
 Cfz՝ կլոֆազիմին
 Cm՝ կապրեոմիցին
 CMX՝ կո-տրիմօքսազոլ
 Cs՝ ցիկլոսերին
 CXR՝ կրծքավանդակի ռենտգեն հետազոտություն
 DIm՝ դելամանիդ
 E՝ էթամբուտոլ
 Eto՝ էթիոնամիդ
 H՝ իզոնիազիդ
 Imp/ Cln՝ իմիպենեմ/ցիլաստատին
 Km՝ կանամիցին
 Lfx՝ լևոֆլօքսացին
 Lzd՝ լինեզոլիդ
 Mfx՝ մօքսիֆլօքսացին
 Mpm՝ մերոպենեմ
 NRTI՝ հետադարձ տրանսկրիպտազայի արգելակիչ
 Ofx՝ օֆլօքսացին
 PAS՝ պարաամինոսալիցիլաթթու
 PCP՝ պնևմացիստային թոքաբորբ
 Pto՝ պրոթիոնամիդ
 R՝ ռիֆամպիցին
 Rfb՝ ռիֆաբուտին
 RR՝ կայունություն ռիֆամպիցինի նկատմամբ

S՝ ստրեպտոմիցին
Thz՝ թիոացետազոն
Z՝ պիրազինամիդ

Նախաբան

1. Ուղեցույցը նախատեսված է տուբերկուլոզային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների, տուբերկուլոզի դեմ պայքարի կաբինետների և առողջության առաջնային պահպանման կազմակերպությունների բժիշկների, ինչպես նաև բուժքույրերի, մանրէաբանների, լաբորատոր և այլ նեղ մասնագետների համար:
2. Սույն ուղեցույցի նպատակն է տուբերկուլոզի կառավարման շրջանակներում հակատուբերկուլոզային բուժում իրականացնող բուժաշխատողներին ուղղորդել արդի միջազգային առաջարկներին և առանձնահատկություններին համապատասխան, ինչպես նաև տեղեկատվություն տրամադրել տուբերկուլոզով պացիենտների կառավարման և Հայաստանում ներկայումս մատուցվող տուբերկուլոզային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների վերաբերյալ:
3. Ուղեցույցը ներառում է տուբերկուլոզի դեմ պայքարին առնչվող բոլոր հարցերը, այդ թվում բուժումը և գաղտնի (լատենտ) տուբերկուլոզային վարակի կառավարման ու կոնտակտավորների հետագա հսկողության գործընթացը:
4. Ուղեցույցն անդրադառնում է միայն տուբերկուլոզային միկոբակտերիայի կոմպլեքսին (SUԿ) և դրանով հարուցված վիճակներին և հիվանդություններին:

Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն

Սույն Ուղեցույցը մշակվել է ՀՀ ԱՆ Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային կենտրոն ՊՈԱԿ-ի անձնակազմի կողմից: Ուղեցույցի հիմնական գրականական աղբյուր է հանդիսացել Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (ԱՀԿ) կողմից հրապարակված ուղեցույցները (WHO treatment guidelines for drug-resistant tuberculosis, 2016 update; Companion handbook to the WHO guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis, 2014; Algorithm for laboratory diagnosis and treatment-monitoring of pulmonary tuberculosis and drug-resistant tuberculosis using state-of-the-art rapid molecular diagnostic technologies, 2017), ինչպես նաև PubMed, EMBASE, Cochrane Library, National Guideline Clearinghouse և UpToDate շտեմարանների արդի տվյալները: Որոնման ժամանակ փաստաթղթերի նկատմամբ կիրառվել են

հետևյալ տեսակավորման ցուցանիշները՝ ապացուցողական բնույթ (համակարգված ամփոփ տեսություն, պատահական բաշխմամբ վերահսկվող փորձարկում, ցանկացած խոհուրդի վերաբերյալ հստակ հղումների առկայություն, ապացույցների ուժի և որակի գնահատականներ և այլ), ազգային կամ համաշխարհային ամփոփումների կարգավիճակ, անգլերեն լեզու: Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և ցուցումների ուժը որոշելիս սկզբնաղբյուր հանդիսացող փաստաթղթում, հիմք է ընդունվել Ցուցումների ուսումնասիրման, ստեղծման և գնահատման դասակարգման համակարգը (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation – GRADE) (Հավելված 1): Ուղեցույցի տեղայնացման գործընթացը իրականացվել է համաձայն միջազգային ADAPTE մեթոդաբանության: Բոլոր խորհուրդները քննարկվել և հավանության են արժանացել ՀՀ ԱՆ Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային կենտրոն ՊՈԱԿ-ի անձնակազմի կողմից (արձանագրությունը կցվում է): Սույն փաստաթուղթը ենթակա է պարբերական թարմացումների և/կամ խմբագրման յուրաքանչյուր 5 տարին մեկ կամ ավելի հաճախակի՝ կախված տվյալ ոլորտում նոր գիտագործնական տեղեկատվության ի հայտ գալուց: Ուղեցույցը նախատեսված է տուբերկուլոզային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների, մասնագետների, տուբերկուլոզի դեմ պայքարի կաբինետների բուժաշխատողների համար՝ առողջության պահպանման առաջնային օղակի մասնագետներ, թերապևտներ, ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկներ, ընտանեկան բժիշկներ, մանկաբույժներ, թոքաբաններ, լաբորատոր մասնագետներ, ինչպես նաև առողջապահության կազմակերպիչներ, տուբերկուլոզային վարակին առնչվող ծառայություններ տրամադրող հասարակական կազմակերպություններ, հիվանդության կանխարգելման և բուժման ծրագրերին աջակցություն տրամադրող կազմակերպություններ:

Սույն Ուղեցույցում տրվող խորհուրդների հիմնական մասը չունի աստիճանակարգում ըստ ուժգնության և ապացույցների որակի, քանի որ դրանք գործունեության վաղուց կիրառվող ստանդարտներ են, որոնց համար չեն իրականացվել պատահական բաշխմամբ վերահսկվող հետազոտություններ կամ վերլուծություններ:

Տուբերկուլոզային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների կառուցվածքը

5. ՀՀ-ում գործող ՏԲ-ային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների կառուցվածքը եռաստիճան է.

5.1 կենտրոնական մակարդակ՝ համակարգում և տրամադրում է մասնագիտական խորհրդատվական օժանդակություն,

- 5.2 Տուբերկուլոզային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպություններ՝ հիվանդանոցներ, բաժանմունքներ,
- 5.3 առաջնային մակարդակ (առողջության առաջնային պահպանման կազմակերպություններ՝ պոլիկլինիկաների ՏԲ-ի դեմ պայքարի կաբինետներ, առողջության կենտրոններ, գյուղական բժշկական ամբուլատորիաներ, բուժակ/մանկաբարձական կետեր և այլն):
6. Տուբերկուլոզային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների առաջնային օղակը նախատեսված է ՏԲ-ով պացիենտների վաղ հայտնաբերման, ախտորոշման, հոսպիտալացման նաև բուժման կազմակերպման և կանխարգելիչ աշխատանքների գործընթացում ներգրավման համար:
7. ՏԲ-ով պացիենտների հիվանդանոցային բուժումը կազմակերպվում է «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում տուբերկուլոզի դեմ պայքարի» չափորոշչի պահանջներին համաձայն:
8. ՀՀ-ում ՏԲ-ով պացիենտների բուժումն իրականացվում է ՀՀ ԱՆ «Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային կենտրոն» ՊՈԱԿ-ում, Երևանի քաղաքապետարանի «Քաղաքային հակատուբերկուլոզային դիսպանսեր» ՓԲԸ-ում, թվով չորս մարզային Տուբերկուլոզային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների բաժանմունքներում, Քրեակատարողական համակարգի թվով երկու դատապարտյալների բաժանմունքում, ինչպես նաև թվով 60՝ ՏԲ-ի դեմ պայքարի կաբինետներում:
9. ՏԲ-ի արդյունավետ կառավարման առաջին նախապայմանը պատշաճ գործող լաբորատորիայի առկայությունն է, քանի որ հիվանդության ախտորոշումը և հետագա բուժումն իրականացվում է համալիր՝ կլինիկական, լաբորատոր և գործիքային հետազոտությունների հիման վրա:
10. Խորխի քուրքի մանրադիտակային և ցանքի հետազոտությունները շնչառական համակարգի երկարատև ախտանշաններ ունեցող ցանկացած անձի, ինչպես նաև ՏԲ-ով պացիենտների հետագա հսկողության համար անհրաժեշտ առաջնահերթ լաբորատոր հետազոտություններից են:
11. **ՏԲ-ի լաբորատոր ախտորոշման, բուժման և հետագա հսկողության նպատակով կիրառվում են հետևյալ ախտորոշիչ թեստերը. խորխի նմուշի մանրադիտում, ՏՄԿ-ի և միաժամանակ Իզոնիազիդի և Ռիֆամպիցինի, ինչպես նաև Էթամբութոլի, երկրորդ շարքի դեղերից ֆտորքինոլոնների, ամինագլիկոզիդների և ցիկլիկ պեպտիդների**

նկատմամբ արագ ախտորոշման մոլեկուլային գենետիկ մեթոդը (գենային զոնդերի որոշում), իրական ժամանակում պոլիմերազային շղթայական ռեակցիայի մեթոդով «Գեն Էքսպրես» ՏՄԿ-ի և միաժամանակ Ռիֆամպիցինի նկատմամբ կայունության որոշման մոլեկուլային գենետիկ հետազոտություն, ցանքս՝ հեղուկ և պինդ միջավայրերում, ԴՋԹ առաջին և երկրորդ շարքի հակատուբերկուլոզային դեղերի նկատմամբ: *(ուժեղ խորհուրդ, ապացուցողականություն բարձր որակ)*

12. Հայաստանում խորխի տեղափոխումը կազմակերպվում է խորխի նմուշների հավաքման կետերից մարզային և ծայրամասային լաբորատորիաներ և այնուհետև ԱՌԼ տեղափոխման համակարգի միջոցով:
13. ՏԲ-ի դեմ պայքարի ազգային ծրագրի շրջանակներում Հայաստանում գործում է խորխի նմուշների հավաքման 15 կետ, թվով 25 խորխի մանրադիտակային հետազոտություն իրականացնող լաբորատորիա և 1 ԱՌԼ:
14. ԴՋԹ կատարվում է հետևյալ հակատուբերկուլոզային դեղերի նկատմամբ՝ Ստրեպտոմիցին 1մկգ/մլ, Իզոնիազիդ 0.1մկգ/մլ, Իզոնիազիդի բարձր խտաստիճան 0.2մկգ/մլ, Ռիֆամպիցին 1.0մկգ/մլ, Էթամբուտոլ 5մկգ/մլ, Պիրազինամիդ 100մկգ/մլ, Օֆլոքսացին, Ամիկացին, Կապրեոմիցին, Պրոթիոնամիդ, Պարաամինոսալիցիլաթթու և Ցիկլոսերին:
15. Գեն-Էքսպրես ՏՄԿ/Ռիֆ հետազոտության համակարգի միջոցով հայտնաբերվում է ՏՄԿ և միաժամանակ Ռիֆամպիցինի նկատմամբ կայունությունը:

Տուբերկուլոզի միկոբակտերիայի նկարագիրը

16. Համաձայն ԱՀԿ-ի դասակարգման՝ ՏԲ-ի հարուցիչը պատկանում է կենսաբանական վտանգավորության 3-րդ խմբի միկրոօրգանիզմների դասին: Այս խմբի մեջ են մտնում նաև այն միկրոօրգանիզմները, որոնք տարածվում են օդային ճանապարհով: Մյուս կարևոր պատճառը, որ ՏՄԲ-ն պատկանում է 3-րդ խմբին, ներթափանցման ավելոյային ճանապարհին է: ՏՄԲ անվանումը առաջացել է լատիներեն mycos-սունկ և bacterium-ցուպիկ բառերից: 1882 թ. մարտի 24-ին ՏԲ-ի հարուցիչը հայտնաբերվել է Ռոբերտ Կոխի կողմից, որով և սկիզբ է դրվել ՏԲ-ի ուսումնասիրման նոր շրջանին, ինչպես նաև ՏԲ-ի դեմ պայքարին: ՏՄԲ-ն պատկանում է միկոբակտերիում ցեղին: Դրա բարձր հիդրոֆոբությունը պայմանավորված է պեպտիդոգլիկոլիպիդային շերտում միկոլաթթվի առկայությամբ: Միկոբակտերիաների թթվակայունությունը պայմանավորված է բջջապատի կառուցվածքի առանձնահատկությամբ: Նույն սկզբունքով է պայմանավորված նաև ՏՄԲ-ի թթվա-, հիմնա- և սպիրտակայունությունը: Թթվակայուն

- հատկությամբ օժտված են ոչ միայն ՏՄԲ-ները, այլ նաև սապրոֆիտ միկոբակտերիաները, ինչպես նաև այլ մանրէներ, օրինակ՝ կորինեբակտերիում ընտանիքի ներկայացուցիչները, նոկարդիաները և ցեռեուս ցուպիկի սպորները:
17. ՏՄԲ-ի թթվակայունությունը պայմանավորված է նաև ցիտոպլազմայում լիպիդների մեծ քանակությամբ, ինչպես նաև բջջապատի ամբողջականությամբ, որը բացատրվում է երկու հիմնական գործոններով.
- 17.1 ցիտոպլազմայում թթվակայուն ճարպերի (միկոլաթթվի տեսակ) և դրանց ածանցյալների առկայությամբ,
- 17.2 բջջապատի հատուկ հատկանիշներով, որոնք դժվարացնում են ներկի ետդարձը ակոհոլի և թթվի ազդեցության դեպքում:
18. Միկոբակտերիաները փոքր, ցուպիկաձև մանրէներ են, որոնք մարդկանց շրջանում առաջացնում են մի շարք հիվանդություններ:
19. Ըստ կլինիկական նշանակության՝ միկոբակտերիաները ներկայումս բաժանվում են.
- 19.1 ՏՄԿ՝ բաղկացած ՏՄԲ (*M. tuberculosis*), միկոբակտերիում բովիս՝ եզան միկոբակտերիա (*M. bovis*), միկոբակտերիում բովիս Կալմետ-Գերենի բացիլ (*P3ժ*), միկոբակտերիում աֆրիկանումի միկոբակտերիա (*M. africanum*), միկոբակտերիում միկրոտի (*M. microti*), միկոբակտերիում կանետի (*M. Canetti*), միկոբակտերիում պիննիպեդի (*M. pinnipedii*) տեսակներից:
- 19.2 Միկոբակտերիում ավիում կոմպլեքս՝ բաղկացած միկոբակտերիում ավիումից (*M. avium*), միկոբակտերիում ինտրացելյուլարեից (*M. intracelulare*),
- 19.3 միկոբակտերիում ֆորտուիտում կոմպլեքս՝ բաղկացած միկոբակտերիում ֆորտուիտումից (*M. fortuitum*),
- 19.4 միկոբակտերիում տերե կոմպլեքս՝ բաղկացած միկոբակտերիում տերեից (*M. terrae*):
20. Այս բոլոր միկոբակտերիաները մարդկանց շրջանում կարող են առաջացնել ՏԲ հիվանդությունը: Տուբերկուլոզային հիվանդությունների ճնշող մեծամասնությունն առաջանում է ՏՄԲ-ներից: ՏՄԿ-ով հարուցված հիվանդությունների բուժումը միանման է (եզան միկոբակտերիան ունի բնածին կայունություն Պիրազինամիդի նկատմամբ, իսկ աֆրիկական միկոբակտերիան՝ Թիոացետազոնի նկատմամբ),
- 20.1 Բորի միկոբակտերիաներն առաջացնում են բոր հիվանդությունը,
- 20.2 ոչ տուբերկուլոզային միկոբակտերիաների խմբում ընդգրկվում են մարդկանց շրջանում հիվանդություն առաջացնող մնացած բոլոր միկոբակտերիաները: Ոչ տուբերկուլոզային միկոբակտերիաները երբեմն կարող են թոքերում, մաշկի վրա,

ոսկորներում կամ ավշային հանգույցներում առաջացնել ՏԲ-ին բնորոշ կլինիկական ախտանշաններ: Շրջապատում առկա ոչ տուբերկուլոզային միկոբակտերիաների մեծ մասը սովորաբար մարդուց մարդուն չեն փոխանցվում և հաճախ ախտածին չեն առողջ իմունային համակարգ և թոքային հյուսվածք ունեցող մարդկանց համար:

21. ՏՄԿ-ն ավելի դանդաղ է բազմանում, քան մնացած մանրէների մեծ մասը: Սա է պատճառը, որ ՏԲ-ը զարգանում է դանդաղ (հիվանդությունն առաջանում է վարակվելուց հետո շաբաթներ, նույնիսկ ամիսներ և տարիներ անց)՝ այլ տեսակի շատ մանրէային վարակների համեմատ:
22. ՏՄԲ-ն խիստ աէրոբային մանրէ է, այդ պատճառով ավելի լավ է բազմանում թոքային հյուսվածքում՝ հատկապես թոքի գագաթային հատվածում, որտեղ թթվածնի խտությունն ավելի բարձր է:
23. ՏՄԲ-ն հիվանդից առողջ մարդուն փոխանցվում է օդային ճանապարհով: Վարակի աղբյուրը թոքային կամ կոկորդի մանրէազատ ՏԲ-ով հիվանդն է, ով հազալիս, խոսելիս կամ փռշտալիս արտազատում է վարակիչ փոքրիկ կաթիլներ՝ 1-5 միկրոն, մոտ 1-5/1000մմ ցողացրային (աէրոզոլային) մասնիկներ: Ցողացրային մասնիկները կարող են օդում մնալ մի քանի ժամ՝ կախված շրջակա միջավայրից:
24. ՏԲ-ի վարակի փոխանցումը տեղի է ունենում այդ վարակիչ կաթիլները շնչելու դեպքում: Ուլտրամանուշակագույն ճառագայթները և օդափոխումը կանխում են վարակի տարածումը:
25. Փոխանցման մյուս եղանակներն այդքան էլ էական չեն: Մաշկի կամ լորձաթաղանթի վարակումը հազվադեպ է: Նմանատիպ դեպքեր կարող են արձանագրվել լաբորատորիայի աշխատակիցների շրջանում: Սննդային ճանապարհով ՏԲ-ի փոխանցումը նույնպես հազվադեպ երևույթ է և կարող է տեղի ունենալ եզան ՏՄԲ-ով ախտոտված սննդամթերքի, մասնավորապես, համապատասխան մշակման չենթարկված կովի կաթի միջոցով: Չի բացառվում նաև ՏԲ-ի ներարգանդային փոխանցումը:
26. Հիվանդի վարակելիության աստիճանը կախված է խորխում առկա մանրէների քանակից: Քսուք և ցանք-դրական հիվանդներն առավել վարակիչ են, քան քսուք- բացասականները (ցանք-դրական): Քսուք և ցանք-բացասական հիվանդները սովորաբար վարակիչ չեն:
27. ՏՄԿ-ով վարակված ԼՏԲՎ, բայց ակտիվ հիվանդություն չունեցող հիվանդները վարակի աղբյուր չեն կարող լինել:
28. ԱԹՏԲ-ի ձևերը վարակիչ են միայն բացառիկ հանգամանքներում:

29. Երեխաներն անհամեմատ քիչ են վարակի աղբյուր հանդիսանում, քան մեծահասակները, դա պայմանավորված է նրանց թույլ արտահայտված հազով, քիչ խորխարտադրությամբ և ցածր մանրէային բեռնվածությամբ:
30. ՏԲ-ով պացիենտների հետ շփվածներից բոլորը չեն, որ վարակվում են ՏԲ-ով: ՏԲ-ի փոխանցման հավանականությունը կախված է երեք հիմնական գործոնից.
- 30.1 վարակի աղբյուրի վարակելիությունից (հիմնական գործոնը).
- 30.1.1 մանրէաբանական կարգավիճակից (քսուք և ցանք-դրական կարգավիճակն ամենավարակիչն է),
- 30.1.2 ՏԲ-ի վարակելիությունից/ախտաճնության աստիճան/ (վիրուլենտություն)՝ որոշ շտամների փոխանցման դեպքում ավելի մեծ է ակտիվ հիվանդության հարուցման հավանականությունը,
- 30.2 ՏԲ-ով հիվանդի հետ շփման մեջ գտնված անձանց/կոնտակտի/շփման միջավայրից.
- 30.2.1 թարմ օդը կամ ուլտրամանուշակագույն ճառագայթները հանդիսանում են այն միջավայրը, որոնց առկայության դեպքում վարակի փոխանցման հավանականությունն ավելի քիչ է, մինչդեռ վերջիններիս բացակայությունը նպաստում է վարակի փոխանցմանը,
- 30.2.2 հիվանդից շփման շառավղի հեռավորությունը (հիվանդասենյակում հիվանդից 20 մ հեռավորությամբ՝ դեմ հանդիման գտնվելը):
- 30.3 Վարակի հետ շփման տևողությունից.
- 30.3.1 վարակիչ ՏԲ-ով հիվանդի հետ սերտ շփումը ՏԲ-ով վարակվելու ամենավտանգավոր պայմանն է: Դրանք կարող են լինել ընտանիքի անդամները, սենյակակիցները, ընկերները, աշխատակիցները կամ այն անձինք, ովքեր օրվա մեջ երկար ժամանակ շփվում են ՏԲ-ով հիվանդի հետ:
31. Վարակի փոխանցումը դադարեցնելու լավագույն միջոցը հիվանդին հնարավորինս արագ հակատուբերկուլոզային բուժման մեջ ընդգրկելն է: Վարակիչ ՏԲ-ով հիվանդի բուժման ժամանակահատվածը հաստատուն թիվ չէ, սակայն ապացուցողական բժշկության փաստարկների համաձայն, ժամանակին և արդյունավետ հակատուբերկուլոզային բուժում սկսելու դեպքում (եթե հիվանդը հետևում է նշանակված բուժման սխեմային) վարակելիության աստիճանը շատ արագ նվազում է՝ նույնիսկ մի քանի օրվա ընթացքում:

32. Հաշվարկված է, որ չախտորոշված և բուժում չստացող քսուք-դրական ՏԲ-ով հիվանդը տարվա ընթացքում կարող է վարակել 10-20 անձի: Տատանումը կախված է ապրելակերպի և շրջակա միջավայրի պայմաններից:
33. ՏԲ-ի դեմ պայքարի վարակի հսկողության միջոցառումներն իրականացվում են ՀՀ ԱՆ 10.20.2008թ. N21-Ն հրամանով հաստատված «Հայաստանի Հանրապետությունում տուբերկուլոզի համաճարակաբանական հսկողություն» ՍԿ 3.1.1-010-08 սանիտարահամաճարակային կանոնների և նորմերի և ՀՀ ԱՆ 03.07.13թ. N 1853-Ա հրամանով հաստատված և «Տուբերկուլոզի վարակի հսկողության» մեթոդական ուղեցույցի պահանջների համաձայն:
34. ՏԲ-ի իմունականխարգելման գործընթացն իրականացվում է ՀՀ ԱՆ 15.10.08թ. թիվ 20-Ն հարամանով հաստատված «Հայաստանի Հանրապետությունում իմունականխարգելման գործընթացի կազմակերպում և իրականացում» ՍԿ 3.1.6.009-08 սանիտարահամաճարակային կանոնների և նորմերի պահանջների համաձայն:

Տուբերկուլոզ վարակի և հիվանդության զարգացումը մարդկանց շրջանում

35. ՏՄԲ-ներ պարունակող վարակիչ ցողացիոր մասնիկներ շնչելիս առավել խոշոր կաթիլների մեծ մասը մնում են վերին շնչուղիներում (քիթ, կոկորդ), որտեղ վարակը չի զարգանում: Մինչդեռ, ավելի փոքր մասնիկները հասնում են ավելոլներին (թոքերի օդային փոքր պարկերին), որտեղ կարող է տեղի ունենալ վարակի զարգացում:
36. Առաջնային վարակի ժամանակ վարակի փոխանցումից հետո ՏԲ-ի միկոբակտերիան բազմանում է դանդաղ, մեծամասամբ թոքերի սահմանային ավելոլներում (առաջնային օջախ) և ավշային հանգույցներում՝ դրենաժային հատվածներին համապատասխան: Առաջնային օջախը և համապատասխան ներկրծքային ավշային հանգույցների ախտահարումը ձևավորում են առաջնային տուբերկուլոզային համալիրը:
37. Մեկ-երկու ամսվա ընթացքում՝ պայմանավորված լիմֆոցիտների և մակրոֆագերի (բջջային անընկալունակություն, իմունիտետ) ազդեցությամբ, կենտրոնում պարենխիմատոզ լոռանման մեռուկացման (կազեոզ նեկրոզ) առկայությամբ առաջնային օջախը պարփակվում և պատիճավորվում է, ինչի շնորհիվ ձևավորվում է ՏԲ-ի դեմ յուրահատուկ (սպեցիֆիկ) դիմադրողականություն, և ՏՄԹ արդյունքը դառնում է դրական: Այս փուլը որպես կանոն ընթանում է անախտանիշ: Այնուամենայնիվ, որոշ դեպքերում կարող են առաջանալ գերզգայունության ռեակցիաներ:

Նկատարում. ավելուում կարող է ձևավորվել գրանուլեմատոզային բորբոքման փոքր հատված, ինչը սովորաբար չի հայտնաբերվում ռենտգենաբանորեն: Դա արտացոլվում է թոքանկարում զգալի չափերի դեպքում կամ կրակավման փուլում: Այն կոչվում է առաջնային օջախ:

38. Ախտաճնությունը զարգանում է.

38.1 ՏՄԲ-ի ազդեցությունն օրգանիզմի վրա սկսվում է հարուցչի՝ թոքեր ներթափանցելու արդյունքում,

38.2 սոսնձումից (ադգեզիա) հետո միկոբակտերիաները, քորո գործոնի օգնությամբ կլանվում են ավելուային մակրոֆագերի կողմից,

38.3 մակրոֆագերի կողմից միկոբակտերիաների բազմացումը կամ բազմացման դադարեցումը կախված է մակրոֆագերի մանրէասպան ակտիվության և միկոբակտերիաների վիրուլենտության միջև եղած հարաբերությունից,

38.4 բազմանալով մակրոֆագում՝ միկոբակտերիաներն այն ենթարկում են քայքայման,

38.5 դուրս գալով արյան հունից՝ մոնոցիտները քեմոտաքսիսի ազդեցության տակ կլանում են կազմալուծված մակրոֆագերի միջից դուրս եկած միկոբակտերիաներին,

38.6 միկոբակտերիաներին մոտակա ավշահանգույց տեղափոխելուց հետո մակրոֆագերը երկար ժամանակ պահպանվում են անավարտ ֆագոցիտոզի ձևով,

38.7 անավարտ ֆագոցիտոզի արդյունքում հարուցչի առաջնային ներթափանցումը թոքեր կամ այլ օրգաններ առաջացնում է փոքր կամ ոչ սպեցիֆիկ մակրոֆագային ներթափանցում՝ բորբոքում, վարակումից 2-4 շաբաթ հետո սկսվում է հիվանդության հաջորդ փուլը՝ հարուցչի փոխազդեցությունը մակրոօրգանիզմի հետ: Այս ընթացքում դիտարկվում է երկու գործընթաց՝

38.7.1 հյուսվածքի վնասման ռեակցիա դանդաղեցված տիպի հիպերզգայնությամբ (յուրահատուկ բորբոքում).

38.7.2 մակրոֆագերի ակտիվացում:

38.8 Անընկալունակության զարգացումով և առաջնային օջախում մեծ քանակությամբ ակտիվացված մակրոֆագերի կուտակման արդյունքում ձևավորվում է լիմֆոցիտներից և ակտիվացված մակրոֆագերից, այսինքն՝ էպիթելամնան և Լանգհանսի հսկա բջիջներից կազմված տուբերկուլոզային գրանուլոմա,

38.9 հյուսվածքի վնասում՝ լուռանման մեռուկի/կազեոզ նեկրոզի/ ձևավորմամբ գրանուլոմային օջախի կենտրոնում,

38.10 օջախի լավացման արդյունքում մեռուկի զանգվածը պնդանում է, կրակավում, և օջախի շուրջը ձևավորվում է շարակցական հյուսվածքի պատիճ՝ Գոնի օջախ,

- 38.11 օջախում միկրոբակտերիաների ֆիլտրվող և L ձևերը երկար տարիներ պահպանում են իրենց կենսունակությունը,
- 38.12 մակրոօրգանիզմի կայունության իջեցման ժամանակ տեղի է ունենում օջախի ակտիվացում՝ երկրորդային ՏԲ-ի զարգացումով,
- 38.13 առաջնային ՏԲ-ի օջախից բրոնխային, ավշային և արյան ճանապարհով կարող է տեղի ունենալ միկրոբակտերիաների սերմնացրում՝ այլ օրգաններում և հյուսվածքներում օջախների առաջացումով:
39. ՄԻԱՎ վարակ չունեցող դեպքերի 90-95%-ի շրջանում թոքային առաջնային օջախներն աստիճանաբար ապաքինվում են, իսկ թոքային ախտահարման դեպքերի 5-10% զարգանում և վերածվում է ակտիվ հիվանդության՝ աստիճանական զարգացմամբ և/կամ ավշային համակարգի կամ արյան հունի միջոցով տարածմամբ, առաջնային կամ երկրորդային ախտահարումների վերաակտիվացմամբ (երբեմն շատ տարիներ անց):

Ակտիվ տուբերկուլոզ

40. Նախքան անընկալունակության ձևավորումը մանրէներն առաջնային վարակի օջախից կամ ախտահարված ավշահանգույցից ավշի կամ արյան միջոցով կարող են տարածվել ողջ օրգանիզմում: Մանրէներ պարունակող երկրորդային օջախները, մասնավորապես՝ թոքերում, ավշահանգույցներում, շճաթաղանթներում, ուղեղային թաղանթներում, ոսկորներում ու երիկամներում առաջանում են այս ձևով: Իմունային համակարգի գործունեության բարձրացմանը զուգահեռ, այս օջախների մեծ մասը ինքնաբերաբար կազմալուծվում է: Սակայն մանրէների մի մասը կարող է ամիսներ, նույնիսկ տարիներ շարունակ մնալ թաքնված վիճակում:
41. Դիմադրողականության անկումը պայմանավորված է տարբեր գործոններով, օրինակ՝ ՄԻԱՎ վարակը, ուղեկցող հիվանդությունները և այլն, որոնք նպաստում են այդ օջախներից մեկում կամ մի քանիսում մանրէների վերաակտիվացմանը և բազմացմանը: Առաջնային և երկրորդային օջախներում այս վերաակտիվացումն ու զարգացումը նպաստում է ակտիվ ՏԲ-ի ձևավորմանը:
42. Հիմնականում ակտիվ ՏԲ-ը ձևավորվում է առաջնային վարակից ամիսներ կամ տարիներ անց՝ առանց կլինիկական նշանների, բայց միևնույն ժամանակ հարկ է նշել, որ ակտիվ ՏԲ-ի դեպքերի կեսն ի հայտ են գալիս վարակվելուց մեկ տարի հետո:
43. Ակտիվ ՏԲ-ի առաջացման ռիսկը կախված է մի շարք գործոններից, այդ թվում՝ այն գործոններից, որոնք թուլացնում են իմունային համակարգը, վնասում թոքերը կամ բարձրացնում վարակի հետ շփման ինտենսիվությունն ու տևողությունը:

44. Իմունային համակարգը թուլացնող գործոններ.

44.1 ՄԻԱՎ վարակ (ռիսկը բարձրանում է 20-40 անգամ),

44.2 շաքարային դիաբետ (ռիսկը բարձրանում է 3-5 անգամ), 3թերսնուցում,

44.3 կորտիկոստերոիդներով երկարատև բուժում (օրինակ՝ պրեդնիզոլոն) և իմունային համակարգը ընկճող այլ բուժումներ,

44.4 քաղցկեղի որոշ տեսակներ (օրինակ՝ լեյկոզներ, Հոջկինի ավշաուռուցք (լիմֆոմա), գլխի կամ պարանոցի քաղցկեղ),

44.5 իմունային համակարգի ընկճում առաջացնող օրգանների փոխապատվաստում,

44.6 երիկամների ծանր ախտահարում,

44.7 ալկոհոլիզմ,

44.8 թմրադեղերի օգտագործում,

44.9 տարիք.

44.9.1 երեխաները (5 տարեկանից ցածր երեխաների շրջանում ռիսկը կրկնակի է հատկապես՝ մինչև 6 ամսական երեխաների),

44.9.2 վաթսույն տարեկանից բարձր անձինք (ռիսկը 5 անգամ բարձր է)

44.10 հղիություն:

45. Գործոններ, որոնք վնասում են թոքերը.

45.1 ծխել,

45.2 որոշ քիմիական նյութերի փոշիներ՝ սիլիցիում և այլն:

46. Վարակի հետ շփման ինտենսիվություն.

46.1 վարակի աղբյուր,

46.2 հիվանդի հետ շփման շրջապատ և շփման հեռավորություն,

46.3 վարակի հետ շփման տևողություն,

46.4 բնակիչների և աշխատակիցների մեկ վայրում կուտակվելու բարձր ռիսկ:

Տուբերկուլոզի համաճարակաբանական փոփոխական գործոնները և համաճարակաբանական ցուցանիշները

47. Գոյություն ունի չորս հիմնական գործոն, որոնք ազդում են ՏԲ-ի համաճարակաբանության վրա.

47.1 սոցիալ-տնտեսական զարգացումը.

47.2 ՏԲ-ի բուժումը. 21ՏԲ հիվանդության վաղ փուլում հիվանդի ախտորոշումը և արդյունավետ բուժման սկիզբը, նախքան այլ մարդկանց վարակելը, համարվում է

ՏԲ-ի դեմ կանխարգելման ամենաարդյունավետ կանխարգելիչ միջոցը, 22արդյունավետ բուժումը կարող է նվազեցնել կամ դադարեցնել վարակիչ պացիենտների կողմից հիվանդության փոխանցումը:

47.3 ՄԻԱՎ վարակը.

47.3.1 ՄԻԱՎ վարակից առաջացած իմունային համակարգի անբավարարությունը ՏԲ-ի վարակի զարգացման հիմնական գործոնն է և էական ազդեցություն է թողնում ՏԲ-ի համաճարակաբանության վրա: ՏՄԲ-ներով վարակվելուց հետո, ողջ մնացած կյանքի ընթացքում հիվանդության զարգացման ռիսկը կազմում է մոտավորապես 10%, սակայն ՏԲ/ՄԻԱՎ համավարակի դեպքերում ռիսկի մոտավոր գործոնը տարեկան կազմում է 10%: Ներկայումս աշխարհում ՏԲ-ի դեպքերի մոտավորապես 12-14%-ը կազմում են ՄԻԱՎ վարակով հիվանդները: ՄԻԱՎ վարակի ազդեցությունը ՏԲ-ի համաճարակաբանության վրա կարող է աճել միայն ՄԻԱՎ վարակի համաճարակի տարածմամբ, օրինակ Ասիայում, որտեղ ապրում է աշխարհում ՏՄԲ-ներով վարակված ազգաբնակչության 2/3-ը:

47.4 ԲՑԺ պատվաստումը.

47.4.1 Ծննդաբերելուց անմիջապես հետո՝ 0-48 ժամվա ընթացքում, նախքան առաջնային վարակը կատարած պատվաստումը, մինչև մեկ տարեկան երեխաներին 80%-ով պաշտպանում է ՏԲ-ի ծանր ձևերից՝ կորեկանման (միլիար) ՏԲ-ից և տուբերկուլոզային մենինգիտից:

48. ՏԲ-ի ամենատարածված համաճարակաբանական ցուցանիշներն են.

48.1 ՏԲ-ի բոլոր ձևերի հիվանդացության տարեկան մակարդակ.

48.1.1 ՏԲ-ի տարեկան հիվանդացությունը ՏԲ-ի (բոլոր տեսակների) նոր դեպքերի թիվն է՝ հաշվարկված 100.000 բնակչության համար:

48.2 քսուք-դրական ՏԲ-ի դեպքերի հիվանդացության տարեկան մակարդակը.

48.2.1 ՏԲ-ի տարեկան քսուք-դրական հիվանդացությունը նոր քսուք դրական ԹՏԲ-ի դեպքերի թիվն է՝ հաշվարկված 100.000 բնակչության համար:

48.3 քսուք դրական ՏԲ-ի հիվանդության տարածվածությունը.

48.3.1 կոնկրետ ժամանակահատվածում (սովորաբար մեկ տարվա ընթացքում) քսուք-դրական ՏԲ-ով անձանց թիվն է՝ հաշվարկված 100.000 բնակչության համար: Հիվանդության տարածվածությունը գերազանցում է հիվանդացությունը:

48.4 ԲԴԿ ՏԲ նոր և նախկինում բուժում ստացած դեպքերի մասնաբաժինը:

49. ՏԲ-ով բոլոր պացիենտներից ՄԻԱՎ դրական անձանց մասնաբաժին.

49.1 տվյալ ժամանակահատվածում ՏԲ-ով բոլոր պացիենտներից ՄԻԱՎ դրական կարգավիճակ ունեցող պացիենտների մասնաբաժինն է:

Աշխարհում տուբերկուլոզի տարածվածության գնահատումը

50. Ներկայումս ՏԲ-ն, որպես մահվան հիմնական պատճառ հանդիսացող վարակիչ հիվանդություն, զիջում է միայն ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ին: Չնայած 2006 թվականից ի վեր դիտվում է ՏԲ-ի դեպքերի բացարձակ թվի նվազում, այնուամենայնիվ, աշխարհի շատ տարածաշրջաններում ՏԲ-ի դեպքերի թիվը դեռևս աճում է:

51. ԴԿ ՏԲ-ը տարածված է ողջ աշխարհում և մեծ խնդիր է ներկայացնում:

52. ԲԴԿ ՏԲ-ի շտամները կայուն են միաժամանակ Իզոնիազիդի և Ռիֆամպիցինի նկատմամբ:

53. ԳԴԿ ՏԲ-ի շտամները կայուն են Իզոնիազիդի, Ռիֆամպիցինի, Ֆտորքինոլոնների և երկրորդ շարքի ներարկային դեղերից (Ամիկացին, Կանամիցին, Կապրեոմիցին) առնվազն մեկի նկատմամբ:

54. Ըստ համաշխարհային մասշտաբով իրականացված գնահատման տվյալների՝ ՏԲ-ի նոր դեպքերի 3.7%-ը, իսկ նախկինում բուժում ստացածների 20%-ը կազմում են ԲԴԿ ՏԲ դեպքերը:

Թոքային տուբերկուլոզ

55. ԹՏԲ-ին բնորոշ ախտանշաններն են երկարատև (2-3 շաբաթից ավել) տևող հազը, խորխարտադրությունը, Մ/Զ-ի նվազումը, ախորժակի կորուստը, հոգնածությունը, շնչարգելությունը, կրծքավանդակի շրջանի ցավը, ենթատենդային (սուբֆերի) ջերմությունը, գիշերային քրտնարտադրությունը, արյունախիտումը: Դրսևորման բոլոր այս ախտանշաններն աստիճանով փոփոխական են և զարգանում են քրոնիկական ընթացքով՝ մեծ մասամբ գաղտնի ձևով:

56. ՏԲ-ի զարգացման հետևանքով կարող են նաև բարդություններ առաջանալ.

56.1 շնչառական անբավարարություն՝ թոքերի տարածուն ախտահարման, բազմաթիվ քայքայումների, մեծ մնացորդային փոփոխությունների և քրոնիկ ընթացքի դեպքում,

56.2 թոքային արյունահոսություն՝ գերանոթավորման ենթարկված մեծ խոռոչների և անոթների էրոզիայի պատճառով,

56.3 պնևմաթորաքս՝ խոռոչի թափաճական հետևանքով օդի արտահոսք դեպի թոքամզի խոռոչ:

Աղյուսակ 1

ՄԻԱՎ վարակ չունեցող պացիենտների ԹՏԲ-ի տարբերակիչ ախտորոշումը

Հիվանդություններ	Նկարագիր
Մանրէային թոքաբորբ	- Սովորաբար ավելի սուր է և կարճ տևողությամբ՝ հաճախ բարձր ջերմությամբ, - եթե լայն ոլորտի հակաբիոտիկների կիրառման արդյունքում նկատվում է բուժման դրական տեղաշարժ, ապա մանրէային թոքաբորբ է: - Բլթային ներսփռանքը(ինֆիլտրացիա) բնորոշ է մանրէային թոքաբորբին, սակայն, միայն ռենտգենյան հետազոտությամբ հնարավոր չէ ՏԲ-ը տարբերակել մանրէային թոքաբորբից:
Թոքի թարախակույտ	- Գարշահոտ, թարախային բնույթի խորխ, - Խոռոչները սովորաբար լինում են հաստ պատերով և հեղուկի մակարդակով:
Բրոնխալայնանք(բրոնխոէկտազիա)	- Բուժված բրոնխաթոքային վարակների հաճախակի բարդություն: - Ավելի հաճախ կարող է լինել արյունախիտում:
Թոքի քաղցկեղ	- Ծխելը կամ շրջակա միջավայրում թունավոր նյութերի հետ շփումը (աշխատանք հանքահորերում և այլն): - Արյունախիտում պացիենտներից 20-50%-ի շրջանում:
Թոքերի էխինակոզ (Հիթատիդի հիվանդություն)	- թոքերի ախտահարումը կարող է առաջացնել քրոնիկ հազ արյունախիտմամբ կամ առանց դրա: - Բշտերը կարող են նմանվել տուբերկուլզի խոռոչներին:
Պնևմացիտային թոքաբորբ	- ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ով հիվանդներ, - Իմունային անբավարարությամբ հիվանդները, ովքեր ստանում են կորտիկոստերոիդային կամ հակաքաղցկեղային բուժում:

Արտաթոքային տուբերկուլոզ

57. Թոքային հյուսվածքներում տեղակայվելիս (առաջնային վարակ) ՏԲ-ները, հիմնականում վարակի սկզբում, կարող են տարածվել նաև մյուս օրգաններում,

մասնավորապես՝ ավշահանգույցներ, ուղեղաթաղանթներ, ողնաշար, հոդեր, երիկամներ, սեռական օրգաններ և որովայնի խոռոչ՝ ձևավորելով ակտիվ ՏԲ:

58. ԱԹՏԲ-ի ձևերը կարող են զարգանալ ցանկացած տարիքում: ՄԻԱՎ վարակակով մեծահասակ հիվանդներն ավելի խոցելի են ԱԹՏԲ-ով վարակվելու տեսանկյունից:

59. ԱԹՏԲ-ի ձևերն արտահայտվում են տարբեր կլինիկական ախտանիշներով: ԱԹՏԲ-ին բնորոշ է հիվանդության գաղտնի զարգացումը ֆիզիկական վիճակի աստիճանական վատթարացմամբ՝ օրգանիզմը չի արձագանքում ախտանշային կամ ոչ ինքնատիպ հակամանրէային բուժմանը:

60. ԱԹՏԲ-ն կարող է զուգակցվել թոքային հյուսվածքներում ՏԲ-ի տեղակայմամբ, որը հաստատվում կամ ժխտվում է ԱԹՏԲ-ի ախտորոշման ժամանակ:

61. Ավշահանգույցների ՏԲ-ն ավելի հաճախ հանդիպում է երեխաների և ՄԻԱՎ պացիենտների շրջանում: Այն արտահայտվում է ոչ բորբոքային ադենոպաթիայով՝ մեկ կամ ավելի ավշահանգույցների ընդգրկմամբ: Քրոնիկական լիմֆադենիտի ժամանակ ավշահանգույցները փափկում են, կարող են ձևավորվել խուղակներ: Այդ հանգույցները կոչվում են «սառը թարախակույտեր»: Ի տարբերություն անոթային և ներկրծքային ավշահանգույցներում տեղակայման, պարանոցային ավշահանգույցների ՏԲ-ն առավել հաճախ է հանդիպում: Արձանագրված դեպքերից 10-30%-ում դրանք համատեղվում են ՏԲ-ի այլ տեղակայումների հետ: Ավշահանգույցների ՏԲ-ի ախտորոշումը հիմնականում հաստատվում է ավշահանգույցի կենսանմուշառման և կենսանմուշի հյուսվածաբանական հետազոտության հիման վրա: Թարախի առկայության դեպքում, այն հետազոտել ՏԲ-ի և երկրորդային մանրէների հայտնաբերման համար:

62. Տուբերկուլոզային մենինգիտով առավելապես հիվանդանում են վաղ մանկական հասակի երեխաները (60-70%) և ՄԻԱՎ վարակով հիվանդ մեծահասակները: Հիվանդությանը բնորոշ են սաստիկ գլխացավերը, դյուրագրգռությունը, բարձր ջերմությունը, հոգեկան վիճակի զարգացող փոփոխությունները, սրտխառնոցը, փսխումը:

63. Տուբերկուլոզային մենինգիտի հիմնական տարբերակիչ ախտորոշումը վիրուսային, սնկային կամ մանրէային մենինգիտներից իրականացվում է ողնուղեղային հեղուկի հետազոտության միջոցով:

64. Ողնաշարի ՏԲ (սպոնդիլիտ) կամ Փոթի հիվանդություն: Ողնաշարի ՏԲ-ի արդյունքում ախտահարվում են ողերն ու սկավառակները, որը հանգեցնում է ողնաշարի քայքայմանն ու ձևախախտմանը՝ սապատի ձևավորմամբ: Կրծքային կամ ողնաշարի պարանոցային ՏԲ-ի սխալ ախտորոշումը կարող է ավարտվել կաթվածահարությամբ: Ողնային տեղակայումով ողնաշարի ՏԲ-ն առավել հաճախ է հանդիպում գոտկային և

գոտկասրբոսկրային հատվածներում: Ռենտգենաբանական փոփոխություններին (միջողային սկավառակների քայքայում) նախորդում է մի քանի ամիս շարունակվող տեղայնացված ցավը: Հարողնաշարային թարախակույտը կարող է ուղեկցվել խուղակների առաջացմամբ, ոսկրահոդային ախտահարումներով, իսկ նյարդաբանական ախտանշանները կարող են բարդացնել դրանք:

65. Միզասեռական օրգանների ՏԲ-ի տարբերակիչ ախտորոշումը հիմնվում է լայն ոլորտի հակաբիոտիկներով ապարդյուն բուժման վրա՝ թարախամիզության, միկրոկամակրոհեմատուրիայի պահպանման պայմաններում: Նման դեպքերում ախտորոշման համար անհրաժեշտ է կատարել մեզի հետազոտություն:

66. Կանանց սեռական օրգանների ՏԲ-ը կարող է փոխանցվել նաև արյունածին (հեմատոգեն) ճանապարհով: Վարակը կարող է տարածվել դեպի որովայնամիզ: Երբեմն, միզասեռական համակարգի ՏԲ-ի ախտորոշման առիթը դառնում է անպտղությունը:

67. Մաշկի ՏԲ-ը կլինիկորեն դրսևորվում է մաշկի ախտահարումների տարբեր տարրերով՝ փոքր բշտիկներ, կարմրամաշկություն (էրիթեմա), մեծ տուբերկուլումներով և այլն, ուղեկցվելով քրոնիկ ընթացքով՝ առանց արտահայտված ախտանշանների: Ախտորոշումն իրականացվում է կենսաբանական նմուշի ցանքի լաբորատոր հետազոտության արդյունքների հիման վրա:

68. Ախտորոշվում է ախտահարված հյուսվածքից նմուշառված մանրէաբանական հետազոտության մեկ դրական արդյունքի հիման վրա, կամ հյուսվածքաբանական, կամ ԱԹՏԲ-ին բնորոշ կլինիկական ախտանշանների հիման վրա, երբ առկա է բուժող բժշկի որոշում՝ հակատուբերկուլոզային քիմիաթերապիայի լրիվ կուրս նշանակելու մասին:

69. Միաժամանակ և՛ թոքային, և՛ արտաթոքային ՏԲ ունեցող պացիենտը պետք է դասակարգվի որպես ԹՏԲ:

Տուբերկուլոզի կլինիկական դրսևորումը ՄԻԱՎ/ակտիվ համավարակով պացիենտների շրջանում և ՄԻԱՎ/ՏԲ համավարակի համատեղ վարումն ու բուժումը

70. ՏԲ հիվանդության դեպքում ՄԻԱՎ-ի համատեղ վարումը և բուժումը իրականացվում է համաձայն ՀՀ ԱՆ 27. 12.14թ. թիվ 3158-Ա հրամանով հաստատված «ՏԲ/ՄԻԱՎ համակցված վարակով պացիենտների վարման տակտիկան» ազգային ուղեցույցի պահանջների:

ՏԲ-ի կլինիկական դրսևորումների առանձնահատկությունները ՏԲ/ՄԻԱՎ համավարակով պացիենտների շրջանում

Անվանումը	Կլինիկական դրսևորում	ՏԲ/ՄԻԱՎ համավարակով պացիենտների կլինիկական դրսևորումների առանձնահատկությունները
Թոքային ՏԲ	-Երկարատև հազ (>2 շաբաթ), խորխարտադրություն, ցավեր կրծքավանդակի շրջանում -շնչարգելություն, -արյունախիտում, -երբեմն նաև ինքնաթունավորման ախտանշաններ (բարձր ջերմություն, գիշերային քրտնարտադրություն, Մ/Զ-ի նվազում, ախորժակի բացակայություն, հոգնածություն):	Տես ալգորիթմները
Կորեկանման ՏԲ	Ոչ հատուկ ախտանշաններ՝ -բարձր ջերմություն, գլխացավ, Մ/Զ-ի նվազում, -ինքնազգացողության աստիճանական (շաբաթներ) վատթարացում, -բազմաթիվ օրգանների միաժամանակյա ախտահարում, -երեխաների շրջանում մենինգիտի մեծ հավանականություն (60-70%):	- Կորեկանման ՏԲ-ն կարող է չախտորոշվել, քանի որ ՄԻԱՎ վարակի ավելի ուշ փուլերում այն շփոթում են խիստ հյուծող հիվանդության հետ: -Ռենտգենյան հետազոտությամբ պացիենտների 90%-ն ունի կորեկանման ՏԲ-ին բնորոշ փոփոխություններ: -ՏԲ/ՄԻԱՎ համավարակով պացիենտների շրջանում արյան ցանքի միջոցով երբեմն հնարավոր է լինում անջատել ՏՄԲ, ինչը հազվադեպ է լինում ՄԻԱՎ վարակ չունեցողների շրջանում:
Ավշահանգույցներ	Առանց ցավերի և բորբոքման երևույթների լիմֆադենոպաթիա(>4 շաբաթ, > 2սմ): Շատ հաճախ՝ պարանոցի ավշահանգույցների քրոնիկ	Լիմֆադենոպաթիան համեմատաբար տարածված է ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների շրջանում: Կայուն և սփռված (գեներալիզացված)լիմֆադենոպաթիայի դեպքում ավշահանգույցները սիմետրիկ են ախտահարվում: Երբեմն ախտահարվում են հետին պարանոցային և վերանրակային խմբերը:

	ախտահարում՝ խուղակի ձևավորմամբ: Երբեմն զուգակցվում է ՏԲ-ի այլ ձևերի հետ:	Լիմֆադենոպաթիայի առավել հաճախ հանդիպող այլ ձևերից են ավշաուռուցքը, քաղցկեղի մետաստազները, Կապոշիի սարկոման:
Մենինգիտ	-Ենթասուր, զարգանում է օրերի(շաբաթների) ընթացքում -բարձր ջերմություն, դյուրագրգռություն, ախորժակի բացակայություն, սաստիկ և փսխմամբ ուղեկցվող գլխացավեր, վարքագծի փոփոխություններ, -սովորաբար առկա է լինում փսխում, պարանոցի մկանների կարկամություն և լուսավախություն: -Հաճախ զուգակցվում է կորեկանման ՏԲ-ի հետ:	- ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների շրջանում զարգացող մենինգիտների այլ ձևերի համեմատ այս ձևը հաճախ սկսում է աստիճանաբար: - կրիպտոկոկերային մենինգիտը բացառելու նպատակով ողնուղեղային հեղուկում կատարվում է անտիգենային Ag crypt LA հետազոտություն՝ կրիպտոկոկային հակամարմիններ պարունակող շիճուկի միջոցով կրիպտոկոկային հակածին հայնաբերելու համար:
Ոսկրահոդային ՏԲ	Մոնոարթրիտ՝ թույլ արտահայտված ցավով կամ առանց ցավի, որն ուղեկցվում է ախտահարված հոդի քայքայմամբ:	Առավել տարածված է ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների շրջանում: Առավել տարածված է հարաճող բազմաօջախային (մուլտիֆոկալ) լեյկոէնցեֆալոպաթիայով պացիենտների շրջանում:
Ողնաշարի ՏԲ (Պոստի հիվանդություն)	-Ողնաշարի ձևախախտ (դեֆորմացիա):	-Առավել տարածված է ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների շրջանում:

Որովայնամզի կամ որովայնի խոռոչի օրգանների ՏԲ	-Ասցիտ (բացառել այլ հնարավոր պատճառները): -Որովայնային խոռոչի գոյացություն (25-50% աջ ստորին քառորդում), ուղեկցվում է ցավով կամ փորլուծությամբ: -Սովորաբար բարձր ջերմություն (> 2 շաբաթ):	-Ավելի բնորոշ է թոքային ՏԲ-ին, քան ՄԻԱՎ վարակին:
Էքսուդատիվ պլևրիտ	- կրծքավանդակի ցավեր, հևոց: -Առավել տարածված է երիտասարդների շրջանում:	-Ծանր ընթացք ունեցող էքսուդատիվ պլևրիտները բնորոշ են ՄԻԱՎ վարակին:
Էքսուդատիվ պերիկարդիտ	-Ցավ կրծքավանդակում, հևոց, ստորին վերջույթների այտուցվածություն կամ ասցիտ, սրտի զարկերը խլացած են:	-Էքսուդատիվ պերիկարդիտի առկայության դեպքում (ՏԲ-ՄԻԱՎ համավարակի բարձր ցուցանիշ ունեցող տարածաշրջաններում) հիմնական շեշտը դրվում է ՏԲ-ի բուժման վրա:

Ախտորոշիչ հետազոտություններ

71. Գործնականում մանրադիտման դրական պատասխան արձանագրվում է 1 մլ խորխում մոտ 5000-100000 թթվակայուն մանրէների պարունակության դեպքում: Մեկ քսուքի հետազոտության զգայունությունը և տեղեկատվությունը հասնում է 22-43%-ի, բայց հայտնաբերման հաճախականությունը իրականում բարձրանում է մի քանի անգամ հետազոտելուց հետո: Քանի որ ԹՏԲ-ի ախտահարված հատվածներից կամ քայքայման խոռոչներից արտախիսումը կարող է լինել ընդմիջումներով, հնարավոր է որ խորխը մի օր լինի բացասական իսկ հաջորդ օրը՝ դրական: Այդ պատճառով էլ խորհուրդ է տրվում հետազոտել խորխի 3 նմուշ (ոչ թե 3 քսուք միևնույն նմուշից):

72. Բազմաթիվ ուսումնասիրություններ ցույց են տվել, որ մեկ նմուշի հետազոտությունը կհայտնաբերի վարակիչ դեպքերի մոտավորապես 80-83%-ը, 2 նմուշի դեպքում՝ 10-14% և ավելի, իսկ 3 նմուշի դեպքում՝ 5-8% ավել: Սա նշանակում է, որ միայն մեկ նմուշ հետազոտելով՝ բաց կթողնվեն ՏԲ-ի վարակիչ դեպքերի մոտ 20%-ը:

73. Խորխի քսուքի մանրադիտման արդյունքը կախված է նաև պատրաստուկների որակից և ընթերցումից, ինչը հնարավոր է համապատասխան վերապատրաստում անցած

լաբորանտների և որակի կանոնավոր վերահսկում իրականացնող լաբորատորիայի առկայության դեպքում:

74. Արտածման մեթոդները (Հավելված 3) բարձրացնում են խորխի քսուքի մանրադիտման արդյունավետությունը և ֆյուրոսցենտությունը:

75. Ախտորոշիչ նմուշի ցանքը սննդարար միջավայրի վրա SUF-ի շտամների անջատման հիմնական մեթոդներից մեկն է: Նրա սպեցիֆիկությունը գերազանցում է մանրադիտակային հետազոտությանը, իսկ զգայունությունը առավել բարձր է՝ թույլ է տալիս 1 մլ հետազոտվող նմուշում մի քանի տասնյակ կենսունակ մանրէների առկայության դեպքում հայտնաբերել թթվակայուն մանրէներ: Մանրադիտման մեթոդի համեմատ այս եղանակի առավելությունը հարուցչի կոլտուրան անջատելն է, ինչի շնորհիվ հետագայում հնարավոր է դառնում որոշել դրա տեսակային պատկանելիությունը, դեղազգայունությունը, ախտածնության աստիճանը (վիրուլենտությունը), մոլեկուլային-գենետիկական բնութագիրը և այլ հատկությունները:

76. Մանրէաբանական, մոլեկուլային թեստերի մեթոդաբանությունների տարբերությունները ամփոփված են աղյուսակ 4-ում:

77. **Ցանքին ավելի մեծ կարևորություն պետք է տալ հիվանդության ախտորոշման և պացիենտների վերահսկման համար, քանի որ ստորև նշված դեպքերի համար ուղղակի մանրադիտման արդյունավետությունը սահմանափակ է (ուժեղ խորհուրդ, ապացուցողականության շարք ցածր որակ)։**

77.1 SF-ի բուժման ձախողում,

77.2 ԱԹSF-ի ախտորոշում,

77.3 կասկածելի քսուք-բացասական SF-ի դեպքերի ախտորոշման հաստատում,

77.4 ԱԹSF դեպքերի հայտնաբերում,

77.5 SUF-ի և ոչ SUF-ի տարբերակում,

77.6 հակատուբերկուլոզային դեղերի նկատմամբ ԴՁԹ-ի որոշում և բուժման հսկողություն:

78. Ցանկացած միջավայրում ցանքի աճի դեպքում իրականացվում է միկրոօրգանիզմի նույնականացում: SUF-ի և ոչ SUF-ների նույնականացման համար կիրառվում են արագ ախտորոշիչ իմունաքրոմատագրաֆային թեստը (MPT 64 հակածին) և նուլեինաթթվային պատճենահանման հաջորդականության եղանակը (ԴՆԹ հետազոտության օգտագործմամբ):

79. Հսկողություն ԴԿ-ի նկատմամբ.

- 79.1 կուլտուրայի՝ բարձր մակարդակի վրա դրված հետազոտությունը կարող է բարձրացնել մանրէաբանորեն հաստատված ԹՏԲ-ի հաստատված դեպքերի (բացասական քսուքով) արդյունավետությունը 20% - 40 % -ով,
- 79.2 նմուշի վերցման և լաբորատորիայում դրա հետազոտման միջև ընկած ժամանակի կրճատումը որոշիչ գործոն է, քանի որ ցանքի միջոցով բացահայտվում են մանրադիտմամբ չհայտնաբերված սակավաթիվ մանրէներ արտազատողները: Որքան վաղ է իրականացվում ախտաբանական նմուշի ցանքը, այնքան բարձր է միկոբակտերիաների կենսունակության պահպանման հավանականությունը,
- 79.3 նախկինում հակատուբերկուլոզային դեղեր ստացած պացիենտների շրջանում կայունության հայտնաբերումը մեծ հավանականությամբ կարող է բացատրվել սխալ բուժումով (ձեռք բերովի դեղակայունություն), որը նշանակվել է, երբ հիվանդը առաջին անգամ է ընդգրկվել ծրագրում: Երբևէ հակատուբերկուլոզային դեղեր չստացած պացիենտների շրջանում դեղակայունության առաջացումը պայմանավորված է դեղակայուն պացիենտներից կայուն շտամների փոխանցմամբ առողջ մարդկանց, հետևապես այս ցուցանիշով կարելի է դատել, թե ինչ ծավալով է ընթանում այդ գործընթացը հանրության մեջ: Առաջնային և երկրորդային դեղակայունության հաճախականության մասին ստացված տվյալներով կարելի է գնահատել հակատուբերկուլոզային ծրագրի պատշաճ իրականացումը,
- 79.4 ԴԿ-ի հիմքում ընկած է ՏՄԲ-ների շտամների գենոտիպում մուտացիաների առաջացումը, որը փոխում է մանրէային բջջի զգայունությունը հակատուբերկուլոզային դեղերի նկատմամբ,
- 79.5 առաջնային ԴԿ-ի համար բնութագրական է բարձր կայունությունը և ժառանգական նախատրամադրվածությունը՝ անկախ հակաբիոտիկի հետ կոնտակտից: Երկրորդային ԴԿ-ն առաջանում է որոշակի խտաստիճանով հակաբիոտիկների ընդունումից:
80. Ֆենոտիպային ԴԶԹ-ն, որոշում է շտամի կայունությունը հակատուբերկուլոզային դեղերի նկատմամբ՝ գնահատելով միկրոօրգանիզմի աճը (կամ մետաբոլիկ ակտիվությունը) դեղի առկայությամբ: Աղյուսակ 3-ում ներկայացված են ԴԶ կիրառվող մեթոդները և ԴԶ-ի խտաստիճանները:

Աղյուսակ 3

Դեղագգայունության կիրառվող մեթոդ և դեղագգայունության խտաստիճանները

Դեղերի խումբ	Դեղերի անվանում	Դեղերի պատկանելությունն ըստ խմբերի	ԴՋԹ կիրառվող մեթոդ	ԴՋԹ խտաստիճաններ մկգ/մլ				
				Լևենշտեյն Յենսեն	Միդլբոռն Է 7<10	Միդլբոռն Է 7<11	Էմ Ջի ԱՅ ԹԻ 460	Էմ Ջի ԱՅ ԹԻ 960
I խումբ 1-ին շարքի հակատուբերկուլոզային դեղեր	Իզոնիազիդ	I	Պինդ, հեղուկ	0.2	0.2	0.2	0.1	0.1
	Ռիֆամպիցին	I	Պինդ, հեղուկ	40.0	1.0	1.0	2.0	1.0
	Էթամբուլոլ	II	Պինդ, հեղուկ	2.0	5.0	7.5	2.5	5.0
	Պիրազինամիդ	II	Հեղուկ	-		-	100.0	100.0
II խումբ Ներարկման դեղեր	Ստրեպտոմիցին	II	Պինդ, հեղուկ	4.0	2.0	2.0	2.0	-
	Կանամիցին	II	Պինդ, հեղուկ	30.0	5.0	6.0	4.0	1.0
	Ամիկացին	II	Պինդ, հեղուկ	-	10.0	10.0	1.0	2.5
	Կապրետոմիցին	V	Հեղուկ ոչ	40.0	-	-	1.25	-
III խումբ ֆտորքինոլոն	Վիոմիցին	II		-			-	
	Ցիպրոֆլօքսացին	III	Պինդ, հեղուկ	2.0	2.0	2.0	2.0	1.0
	Օֆլոքսացին	III	Պինդ, հեղուկ	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
	Լեվոֆլօքսացին	IV	Պինդ, հեղուկ	-	2.0	-	-	2.0
	Մօքսիֆլօքսացին	IV	Հեղուկ	-	-	-	0.5	0.25
IV խումբ Երկրորդ շարքի	Գատիֆլօքսացին	IV		-	1.0	-	-	-
	Էթոննամիդ	IV	Պինդ, հեղուկ	40.0	5.0	10.0	1.25	5.0
	Պրոթիոնամիդ	IV	Պինդ, հեղուկ	40.0	-	-	-	2.5

բակտերիոստատիկ դեղեր	Ֆիկլոսերին	IV	Պինդ, հեղուկ	40.0	-	-	-	-
	Թերիգիդոն	IV	Հեղուկ ոչ	-	-	-	2.0	-
	ՊԱՍ	IV		1.0	2.0	8.0	-	-
	Թիոացետազոն	V		-	-	-		-
V խումբ	Կլոֆագիմին	V	Հեղուկ	-	-	-	4.0	-
	Ամօքսիցիլին/կլավուլանատ	V	ոչ	-	-	-	-	-
	Կլարիտրոմիցին	V	ոչ	-	-	-	-	1.0
	Լինեզոլիդ	V	Հեղուկ				1.0	

ա.ԱՀԿ Ուղեցույց ԴԿՏԲ ծրարային կառավարման (5)

բ.Խորհուրդ է տրվում անուղղակի համամասնության մեթոդը, պինդ միջավայրերի կիրառման այլ մեթոդները (կայունության հարաբերակցության,հարաբերական խտության) չեն անցել համապատասխան վալիդացիա երկրորդ շարքի դեղերի նկատմամբ

գ.ԴՁԹ 4 և 5 խմբի դեղերի համար խորհուրդ չի տրվում,

դ.Ցիպրոֆլոքսացինը այլևս խորհուրդ չի տրվում նշանակել ԴՁ կամ ԴԿ ՏԲ-ի բուժման համար (5).

ե.Գատիֆլոքսացինը հարկ է հազվադեպ կիրառել (5).

81. Վերը նշված հետազոտությունները (ցանք, նույնականացում, դեղագալյունություն և մոլեկուլային գենետիկական հետազոտություններ) իրականացվում են ԱՌԼ-ում, որը տարեկան ստանում է որակի միջազգային վկայական Գերմանիայի Բորստել քաղաքի միկոմանրէաբանության վերազգային ռեֆերենս լաբորատորիայի կողմից:
82. ԴՋԹ-ի հավաստիությունը տարբեր է տարբեր դեղերի համար: Առաջին շարքի հակատուբերկուլոզային դեղերից ԴՋԹ-ի արդյունքների հավաստիությունը բավականաչափ վստահելի է Ռիֆամպիցինի և իզոնիազիդի համար (100%), սակայն ոչ այնքան՝ պիրազինամիդի և էլ ավելի քիչ՝ էթամբուտոլի համար:
83. Ամինազիկոզիդների, ցիկլիկ պեպտիդների և ֆտորքինոլոնների ԴՋԹ-ն ստուգվել է տարբեր լաբորատորիաներում և ցուցաբերել է համեմատաբար բարձր ճշգրտություն և արդյունավետություն:
84. Բացառությամբ երկրորդ շարքի հակատուբերկուլոզային դեղերի, մյուս շարքի դեղերի ԴՋԹ-ն ունի ավելի ցածր ճշգրտություն և արդյունավետություն (պարա-ամինոսալիցիլաթթու, էթիոնամիդ և ցիկլոսերին):
85. Ավտոմատացված իրական ժամանակում ՊՇՌ (Գեն-էքսպերտ) հետազոտությունը հիմնված է իրական ժամանակում ՊՇՌ-ի մեթոդի վրա՝ ուղղված ՏՄԿ-ի գենոմում նուկլեինաթթվային ամպլիֆիկացիայի հաջորդականության հայտնաբերմանը և միաժամանակ տեղեկատվություն է տրամադրում Ռիֆամպիցինի՝ ամենից հաճախ կայունություն առաջացնող մուտացիաների վերաբերյալ (ՌՆԹ, պոլիմերազա rpoB):
86. Ուսումնասիրությունների հրատարակված արդյունքները ցույց են տվել, որ ՏԲ-ի հայտնաբերման համար Գեն-էքսպերտ մեթոդն արդյունավետ է 98% քուր-դրական և ցանք-դրական նմուշների դեպքում և 72%՝ քուր-բացասական և ցանք-դրական նմուշների դեպքում (եռանվագ փորձի դեպքում արդյունավետությունը կարող է հասնել 90%-ի):
87. ԴՋԹ-ի համեմատ Ռիֆամպիցինի (ՌԻՖ) կայունության համար այս հետազոտության արդյունավետությունը 97.6% է: Հետազոտությունն ունի բարձր բացասական կանխատեսող արժեք, հետևաբար ոչ՝ Ռիֆամպիցին կայուն արդյունքները կասկածելի են համարվում: Սակայն դրա դրական կանխատեսող արժեքը ցածր է և ԲԴԿ ՏԲ-ի 10%-ից ցածր տարածվածությամբ տարածաշրջաններում Գեն-էքսպերտ դրական արդյունքները պետք է հաստատվեն ԴՋԹ-ի միջոցով, ինչպես օրինակ՝ ԴՋԹ ԷՄ ՋԻ ԱՅ ԹԻ համակարգում կամ մեկ այլ գենոտիպային մեթոդով:

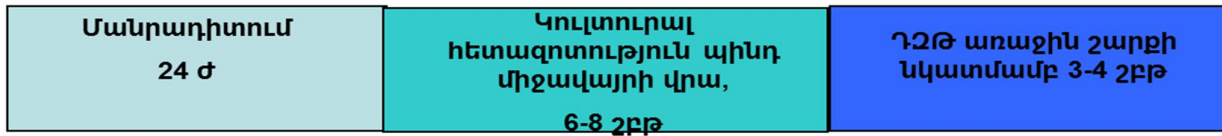
88. Գեն-էքսպերտ ՏՄԿ/ՌԻՖ հետազոտության իրականացմանը զուգահեռ անհրաժեշտ է իրականացնել մանրադիտակային հետազոտություն, ցանք և ԴՋԹ, որոնք պահանջվում են բուժման հսկողության վերահսկման և Ռիֆամպիցինից բացի նաև այլ հակատուբերկուլոզային դեղերի նկատմամբ կայունության որոշման համար:
89. Նուկլեինաթթվային պատճենահանման հաջորդականության մեթոդով ՏՄԿ-ի և միաժամանակ Իզոնիազիդի, Ռիֆամպիցինի, ֆտորքինոլոնների, ամինագլիկոզիդների, ցիկլիկ պեպտիդների և էթամբուտոլի նկատմամբ կայունության որոշման մեթոդը ցուցաբերել է բարձր արդյունավետություն քսուք-դրական և ցանք-դրական պացիենտների շրջանում Ռիֆամպիցինի և Իզոնիազիդի նկատմամբ կայունության հայտնաբերման առումով (Ռիֆամպիցինի և Իզոնիազիդի համար զգայունության և առանձնահատկության արժեքները կազմել են համապատասխանաբար 95.3% և 95.5%, 89.9 և 87.1%):
90. Վերը նշված մեթոդի առավելությունը արդյունքների արագ ստացումն է՝ քսուք-դրական պացիենտների դեպքում մի քանի ժամվա ընթացքում (կոչվում է ուղղակի հետազոտություն, քանի որ հիվանդի խորխը ենթարկվում է անմիջական քննության): Քսուք-բացասական պացիենտների դեպքում այս հետազոտությունն իրականացվում է դրական ցանքով (կոչվում է անուղղակի հետազոտություն, քանի որ նախապես անհրաժեշտ է դրական կուլտուրա):
91. Ախտորոշող թեստի արդյունքն արագացնելու համար անհրաժեշտ է տրամադրել կազմակերպչական աջակցություն՝ նմուշները ռեֆերենս լաբորատորիա տեղափոխելու և լաբորատորիայից պատասխանները ժամանակին բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությանը տրամադրելու համար: Թեստի իրականացման համար խոչընդոտող գործոններ են թանկարժեքությունը, ենթակառուցվածքների խիստ պահանջները և խաչաձև երկրորդային աղտոտվածության վտանգը:
92. Այս թեստի մյուս առավելությունն այն է, որ այս ձևով հնարավոր է հայտնաբերել կատալազ պերօքսիդազա (katG), ռեդուկտազա (inhA) գեններում տեղի ունեցած մուտացիաները, որոնք առաջացնում են կայունություն Իզոնիազիդի նկատմամբ.
- 93.1 կատալազ պերօքսիդազա գենում մուտացիան համապատասխանում է բարձր դեղաչափերով Իզոնիազիդի նկատմամբ կայունությանը,
- 93.2 ռեդուկտազա գենում մուտացիան համապատասխանում է Իզոնիազիդի և Էթիոնամիդի նկատմամբ կայունությանը, բայց հավանականորեն ցածր Իզոնիազիդի դեղաչափերի նկատմամբ կայունությանը:

93. Ամինազլիկոզիդների և ցիկլիկ պեպտիդների նկատմամբ կայունությունը պայմանավորված է այն գենային մուտացիաներով, որոնք կոդավորում են 16 ենթամիավոր ռիբոսոմալ ռիբոնուկլեինաթթուն (*rrs*), դեզօքսիռիբոնուկլեինաթթվի գիրազան (*gyrA*) Ֆտորքինալոնների, արաբինոզիլտրանսֆերազա (*embCAB*) էթամբութոլի նկատմամբ:
94. Երկրորդ շարքի հակատուբերկուլոզային դեղերի կայունության որոշման դեպքում այս մեթոդի հետ միաժամանակ պետք է իրականացնել նաև ԴՋԹ-ի հետազոտություն երկրորդ շարքի դեղերի նկատմամբ: Այն տալիս է կողմնորոշիչ տեղեկություն քսուք-դրական նմուշներից ՏԲ-ի գերդեղակայուն կասկածելի դեպքերի նախնական բուժման հարցում, քանի դեռ պատրաստ չեն հաստատող ԴՋԹ-ի արդյունքները:
95. 4-րդ աղյուսակում ներկայացված է մանրէաբանական քննությունների հակիրճ պատկերը:

Աղբորոիթմ 1

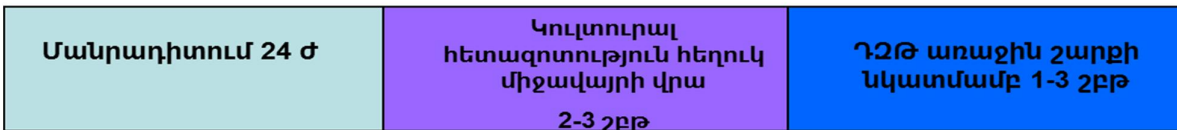
Մանրէաբանական և մոլեկուլային գենետիկ հետազոտությունների հակիրճ ներկայացում

ԲԴԿ-ՏԲ-ի ախտորոշումը պինդ միջավայրում ցանքի և ԴՋԹ միջոցով



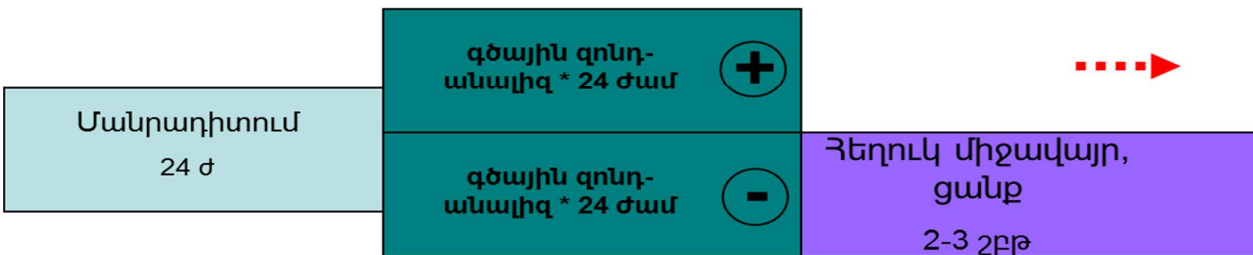
ԴՁԹ երկրորդ շաբթի
նկատմամբ 3-4 շբթ

ԲԴԿ ՏԲ ախտորոշման
ժամանակը 9-12 շաբաթ

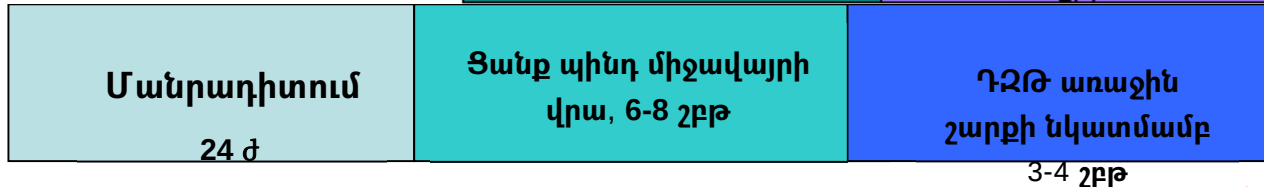


ԴՁԹ երկրորդ
շաբթի նկատմամբ
1-2 շբթ

ԲԴԿ ՏԲ ախտորոշման
ժամանակը 3 - 5 շաբաթ



ԲԴԿ ՏԲ ախտորոշման
ժամանակը 1 - 2 օր



ԲԴԿ ՏԲ ախտորոշման
ժամանակը 3 - 5 շաբաթ

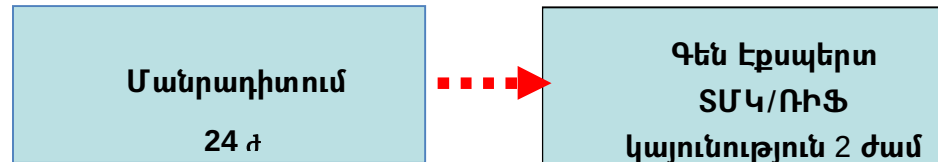
ԴՁԹ երկրորդ
շաբթի նկատմամբ
3-4 շբթ

ԳԴԿ ՏԲ ախտորոշման
ժամանակը 12 - 16 շբթ

ԳԴԿ ՏԲ-ի ախտորոշումը հեղուկ միջավայրում ցանք և ԴՁԹ միջոցով



ԲԴԿ-ՏԲ-ի ախտորոշումը իրական ժամանակում ՊՇՌ մեթոդով



Գծայն զոնդ -անալիզ*: ՊՇՌ հետազոտություն ԴՆԹ սթրիկի տեխնոլոգիայով (Նուկլեինաթթվային պատճենահանման հաջորդականության մեթոդ) Իզոնիազիդի և Ռիֆամպինի նկատմամբ ՏՄԿ-ի կայունության որոշում

Գծային զոնդ-անալիզ**: ՊՇՌ հետազոտություն ԴՆԹ սթրիկի տեխնոլոգիայով (Նուկլեինաթթվային պատճենահանման հաջորդականության մեթոդ) ֆլուորօրինոլոնների, ամինագլիկոզիդների, ցիկլիկ պեպտիդների և էթամբութոլի նկատմամբ ՏՄԿ-ի կայունության որոշում:

ՃԱՌԱԳԱՅԹԱԲԱՆԱԿԱՆ(ՌԵՆՏԳԵՆԱԲԱՆԱԿԱՆ) ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆ

96. Կրծքավանդակի ճառագայթաբանական (ռենտգենաբանական) հետազոտությունը ՏԲ-ի հաստատման համար առանձնահատուկ հետազոտություն չէ:

97. Կրծքավանդակի ռենտգենյան հետազոտությունը համարվում է հավելյալ ախտորոշիչ միջոց՝ հաշվի առնելով դրա սահմանափակումներից:

98. ՏԲ/ՄԻԱՎ համավարակով պացիենտների շրջանում (հատկապես պրոգրեսիվ իմունային անբավարարության դեպքում) ներսփռանքներն ավելի ցրված են և տեղակայված թոքերի ստորին հատվածներում. դեպքերի 10%-ում թոքանկարը կարող է լինել առանց շեղումների: ՏԲ/ՄԻԱՎ համավարակով պացիենտների շրջանում ՏԲ-ի խոռոչներն ավելի քիչ են ձևավորվում:

99. Կրծքավանդակի ռենտգենյան պատկերը էքսուդատիվ պլևրիտի և էքսուդատիվ պերիկարդիտի ախտորոշման կարևորագույն մեթոդներից է, հատկապես հիվանդության վաղ շրջանում, երբ կլինիկական նշանները նվազագույնն են դրսևորվում:

100. Ռենտգենյան հետազոտությունը կարևոր է նաև կորեկանման ՏԲ-ի ախտորոշման համար, ինչը բացահայտում է հանգուցային օջախները՝ հիվանդության 7-10-րդ օրից սկսած:

101. Ռենտգենյան հետազոտությունը կիրառվում է նաև ԱԹՏԲ-ի կասկածի դեպքերում՝ հոդերի և ոսկորների հետազոտության նպատակով:

102. Ճառագայթային հետազոտությունը, այդ թվում նաև համակարգչային, մասնավորապես մագնիսառեզոնանսային շերտագրումը, մեծ դերակատարում ունի ողնաշարի ՏԲ-ի ախտորոշման գործում:

Գերծայնային հետազոտություն

103. Գերծայնային հետազոտությունն անգնահատելի է թոքամզի, որովայնամզի, սրտապարկի արտաքին տվյալներով ուղեկցվող ՏԲ ախտահարման ժամանակ:

104. Գերծայնային հետազոտությունը հնարավորություն է ընձեռում ախտորոշել որովայնային ՏԲ-ը՝ որովայնի խոռոչում հայտնաբերելով ՏԲ-ին բնորոշ մեծ թվով մեծացած ավշահանգույցներ: Զստաղու պատի հաստացումը ևս կարող է որովայնի օրգանների ՏԲ-ի նշան լինել:

Տուբերկուլոզի արագ ախտորոշման թեստ (փորձ)

105. ՏԲ-ի արագ ախտորոշիչ թեստը կիրառվում է համաձայն սահմանված կարգի:

106. Արագ ախտորոշիչ փորձն իրականացվում է վերապատրաստված բուժաշխատողի կողմից՝ կատարում են արտադրողի կողմից ամրագրված մաշկային փորձի հրահանգի պահանջների համաձայն: Փորձի արդյունքը նույնպես ընթերցվում է արտադրողի կողմից հրահանգով ամրագրված պահանջների համաձայն:

Գամմա ինտերֆերոնի արտազատման փորձեր (IGRAs)

107. Բջջային անընկալունակության փորձի միջոցով հայտնաբերվում է գամմա ինտերֆերոնը:

108. ՏՄԿ-ի հետ երբևէ չփուլում ունեցած անձի արյան լիմֆոցիտներում պահպանվում է սկզբնական ՏԲ-ի հակամարմնի մասին հիշողությունը: Նման անձի արյունը պարունակող փորձանոթի մեջ ՏԲ-ի հակաձնի ավելացման՝ (խթանվում է T լիմֆոցիտների հիշողությունը) արդյունքում արտազատվում է գամմա ինտերֆերոն, ինչը և վկայում է իմունային հակազդման ակտիվացման մասին:

109. Գամմա ինտերֆերոնի արտադրման հետազոտության առավելությունն այն է, որ կատարված ԲՅԺ պատվաստումը շրջակա միջավայրի միկրոակտերիաների մեծ մասի հետ խաչաձև ռեակտիվություն չի առաջացնում: Սակայն, ընդհանուր առմամբ փորձի առավելությունները չեն գերազանցում ՏՄԹ-ի առավելությունները, և անգամ կարող են ավելի քիչ արդյունավետ լինել ՏԲ/ՄԻԱՎ համավարակով պացիենտների համար, չնայած դեռ անհրեժեշտ է ուսումնասիրություններ իրականացնել: Ավելին, IGRAs դեռ մնում է թանկարժեք և սովորաբար չի իրականացվում սահմանափակ ռեսուրսներով պայմաններում:

Բիոպսիաներ, մարմնի կենսաբանական հեղուկների լաբորատոր հետազոտություններ և այլ կենսաբանական հետազոտություններ

110. ԱԹՏԲ-ի կենսաբանական նմուշների նմուշառումը իրականացվում է համաձայն ՀՀ ԱՆ-ի կողմից հաստատված ալգորիթմի:

111. Ավշային հանգույցների բիոպսիայի և ԲԱԱԲ-ի արդյունքում առանձնացված սպեցիֆիկ գրանուլոմատոզ հյուսվածքը, Պիրոգով-Լանգհանսի հսկա բջիջների և/կամ լոռանման մեռուկի առկայությունը, վկայում են ՏԲ-ի մասին: Այս հետազոտության ժամանակ միշտ չէ որ անջատվում են թթվակայուն մանրէներ: ՊՇՌ և ԴՆԹ մոլեկուլային թեստերը կարող են իրականացվել ավշային հանգույցների բիոպսիայի և ԲԱԱԲ-ի միջոցով ստացված նմուշներից: Ավշային հանգույցների բիոպսիայի և ԲԱԱԲ-ի իրականացման եղանակի վերաբերյալ տես Հավելված 3:

112. ԱԹՏԲ-ին բնորոշ տեղակայումները կարող են հայտնաբերվել մարմնի համապատասխան հեղուկների փորձաքննությունների միջոցով:

Աղյուսակ 4

Տուբերկուլոզի ժամանակ մարմնի կենսաբանական հեղուկների բնորոշ փոփոխությունների հետազոտությունների համառոտ նկարագրությունը

Հեղուկ	Հետազոտություն
Ասցիտիկ հեղուկ	- Սովորաբար կիսաթափանցիկ դեղին հեղուկ է, - Լիմֆոցիտներով հարուստ արտաքիտ, սովորաբար 300 լեյկոցիտ/մմ³, Ռիվալտի փորձը դրական է: 1.1գ/դլ-ից ցածր ալբումինի շիճուկ-ասցիտային աստիճանը (SAAG) վկայում է ՏԲ-ի մասին և շատ այլ վիճակների մասին, իսկ 1.1 գ/դլ-ից բարձր ալբումինի շիճուկ-ասցիտային աստիճանը (SAAG) ՏԲ-ային պերիտոնիտի ախտորոշումը դարձնում է անհավանական (ալբումինի շիճուկը պետք է անջատվի պերիտոնեալ ալբումինից 30 րոպի ընթացքում): - Ադենոզին դեամինազա ֆերմենտը կարող է կիրառվել որպես փոխարինող ցուցիչ որովայնի կամ թոքամզի հեղուկում ՏԲ-ների ախտորոշման համար: - Մանրադիտումը ՏԲ-ների հայտնաբերման նպատակով շատ հաճախ բացասական արդյունք ունի:
Թոքամզի հեղուկ	- Սովորաբար ծղոտագույն, - Սպիտակուցները 30 գ/լ և ավելի - Հարուստ է լեյկոցիտներով (1,000-2,500/մմ³)՝ լիմֆոցիտների գերակշռությամբ, - Մանրադիտումը ՏԲ-ների հայտնաբերման նպատակով շատ հաճախ բացասական արդյունք ունի: - Ադենոզին դեզամինազա ֆերմենտը կարող է կիրառվել որպես փոխարինող

	ցուցիչ՝ թոքամզի հեղուկում SՄԲ-ի հայտնաբերման համար: • Թոքամզի հեղուկում Գեն-էքսպերտ SՄԿ/ՌԻՖ ունի միջին արդյունավետություն, հետևաբար չպետք է կիրառվի: Սակայն, ԲԴԿ SԲ-ի առավել բարձր տարածվածությամբ տարածաշրջաններում այն կարող է օգտակար լինել՝ Ռիֆամպիցինի նկատմամբ կայունության որոշման համար:
Ուղեղ-ողնուղեղային հեղուկ (CSF)	• Պարզ, գերխիտ հեղուկ, • Սպիտակուցները 0.40 գ/լ ավելի: • Գլյուկոզան 60 մգ/լ-ից ցածր է: • Գլյուկոզային CSF: Արյան հարաբերակցությունը ցածր է 0.5-ից: • 100-1,000 լեյկոցիտ/մլ, որից 80%-ից ավելին լիմֆոցիտներ են: • Գեն-էքսպերտ SՄԿ/ՌԻՖ-ն ունի միջին արդյունավետություն, ինչը կարելի է բարձրացնել ցենտրիֆուգումից հետո: • Ուղեղ-ողնուղեղային հեղուկում հազվադեպ (ուղղակի մանրադիտմամբ մինչև 10%) կարելի է հայտնաբերել SՄԲ-ներ • ՄԻԱՎ վարակակիր անձանց շրջանում կրիպտոկոկային մենինգիտի կասկածի դեպքում կրիպտոկոկային հակածինն հայտնաբերելու նպատակով առաջարկվում է կատարել կրիպտոկոկային հակամարմնով շիճուկի և ուղեղ-ողնուղեղային հեղուկի լաթեքս ագլյուտինացիոն թեստ, ինչն ավելի արդյունավետ է, քան հնդկական թանաքով ներկելը (միայն 80%):
Մեզ	• Մեզի մանրադիտման արդյունքում SՄԲ-ի հայտնաբերումը գրեթե միշտ բացասական արդյունք ունի: • Ֆենտրիֆուգումից հետո ցանքը միակ եղանակն է ախտորոշումը հաստատելու համար: • Գեն-էքսպերտ SՄԿ/ՌԻՖ-ն ունի միջին արդյունավետություն: ՍԻԴԻ/CD/4

	բջիջների քանակը 50-ից ցածր պացիենտների համար քննության արդյունավետությունն ավելի բարձր է:
--	---

113. Այս հակաձին հայտնաբերող հետազոտությունները հիմնված են լիպորաբինոմանանի (LAM) հայտաբերման վրա. դրանք ածխաջրածնային բջջապատի հակաձիններ են, որոնք արտազատվում է SF-ով հիվանդի մեզով (ELISA):

114. Լիպորաբինոմանանի հետազոտությունը բացառապես արդյունավետ է այն պացիենտների համար, որոնց ՍԻԴԻ 4 բջիջների քանակը 200-ից ցածր է: Այս հետազոտությունը կարող է որոշակիորեն օգտագործվել ՄԻԱՎ վարակով պայմանավորված իմունային անբավարարության դեպքերում, սակայն դրա համար ևս անհրաժեշտ են որոշակի ուսումնասիրություններ:

Թոքային տուբերկուլոզի ախտորոշիչ ալգորիթմներ

115. Խորխի քսուքի առնվազն մեկ նմուշի մանրադիտման սկզբնական պատասխանի առկայության դեպքում.

- 1) որոշվում է հիվանդի խումբը,
- 2) իրականացվում է հիվանդի հետագա մանրադիտումով վերահսկումը,
- 3) ընդունվում են SF վարակի վերահսկման հետ կապված հրատապ որոշումներ:

116. Ալգորիթմների կիրառման նպատակն է աջակցել ախտորոշման գործընթացին: Ստորև ներկայացված ալգորիթմները մեծահասակների և դեռահասների համար են:

SF կասկածելի դեպքի սահմանում. 2-3 շաբաթ և ավելի տևող հազ կամ ավելի քիչ տևողությամբ ցանկացած բնույթի հազ, որն ուղեկցում է նշված ախտանշաններից առնվազն մեկով՝ Մ/Զ-ի կորուստ, գիշերային քրտնարտադրություն, բարձր ջերմություն և կլինիկական գնահատման արդյունքում ձևավորված կասկած:

117. Կլինիկական գնահատում.

- 1) վտանգավոր ախտանշաններն են.
 - շնչառության հաճախացում $> 30/$ րոպե,

- ջերմություն $> 39^{\circ}\text{C}$,
- Անոթազարկի հաճախացում $> 120/$ րոպեում,
- ի վիճակի չէ քայլել առանց օգնության:

118. ՏԲ-ի մանրէաբանական հաստատման բացակայության դեպքում կլինիկական գնահատումը խիստ կարևոր է լայն ոլորտի հակաբիոտիկներ և/կամ հակատուբերկուլոզային անհրաժեշտ դեղերը որոշելու համար:

119. Կլինիկական արձագանք. մանրէային կամ պնևմոցիստային թոքաբորբով պացիենտների էմպիրիկ հակաբիոտիկային բուժման նկատմամբ արդյունավետության բացակայությունը մեծացնում է ՏԲ-ի հաստատման հավանականությունը:

120. Տվյալ պարագայում ինքնազգացողության լավացումը դեռևս ոչինչ չի նշանակում, քանի որ հակաբիոտիկների նկատմամբ բուժման դրական արձագանքը չի բացառում ՏԲ-ի առկայության կասկածը, առավել ևս, որ շնչառական ախտանշանները մնում են նույնիսկ բուժումից հետո: Չի բացառվում, որ մանրէային կամ պնևմոցիստային թոքաբորբը կարող է զարգանալ նաև ՏԲ-ով պացիենտների շրջանում:

121. ՏԲ կասկածելի դեպքերի լաբորատոր հետազոտման չափանիշները.

- բոլոր ՏԲ կասկածելի դեպքերի համար (անկախ այն բանից, արդյոք կասկածվող անձն ունի նախկինում ախտորոշված ՏԲ, թե ոչ) Գեն-էքսպերտ ՏՄԿ/ՌիՖ թեստը համարվում է ՏԲ ախտորոշման և ՌիՖամպիցինի նկատմամբ կայունության հայտնաբերման նպատակով անցկացվող առաջին հետազոտությունը,
- ՏԲ կասկածելի անձանցից կլինիկական հետազոտման երկու օրվա ընթացքում նմուշառվում է խորխի երեք նմուշ,
- խորխի քսուքի անմիջապես կատարվող մանրադիտումից հետո (անկախ մանրադիտման արդյունքից) նմուշներից մեկը (առկայության դեպքում նախընտրաբար քսուք դրական նմուշ) հետազոտվում է Գեն-էքսպերտ ՏՄԿ/ ՌիՖ միջոցով: Նույն նմուշից կատարվում է նաև ցանք հեղուկ միջավայրում,
- խորխի երկրորդ նմուշը (դրական կամ բացասական) հետազոտվում է պինդ միջավայրում ցանքի միջոցով: Այս ցանքը կարող է օգտագործվել ՊՇՌ հետազոտություն ԴՆԹ սթրիփ տեխնոլոգիայի համար և/կամ ԴՋԹ-ի համար, եթե աճեցված առաջին նմուշը տվել է բացասական պատասխան կամ ցանքը աղտոտվել է: Եթե առաջին նմուշի արդյունքները բավարար են, այս ցանքը կարող է ոչնչացվել:

122. Գեն-էքսպերտ ՏՄԿ/ՌիՖ հետազոտման արդյունքից ելնելով՝ նմուշների հետագա հետազոտումը կազմակերպվում է հետևյալ չափանիշով.

- եթե Գեն-Էքսպերտ ՏՄԿ/ՌԻՖ հետազոտման արդյունքներով շտամը զգայուն է Ռիֆամպիցինի նկատմամբ, ցանքի աճից հետո կատարվում է ՊՇՌ հետազոտություն ԴՆԹ սթրիփ տեխնոլոգիայի միջոցով (HAIN 1շարք)՝ հայտնաբերելու Իզոնիազիդի և Ռիֆամպիցինի նկատմամբ կայունությունը կամ զգայունությունը: Այնուհետև Իզոնիազիդի նկատմամբ հայտնաբերված կայունության դեպքում կատարվում է ՊՇՌ հետազոտություն ԴՆԹ սթրիփ տեխնոլոգիայի միջոցով (HAIN 2շարք)՝ հայտնաբերելու ամինագլիկոզիդների, ցիկլիկ պեպտիդների և Ֆտորքինոլոնների նկատմամբ կայունությունը կամ զգայունությունը,
- եթե Գեն- Էքսպերտ ՏՄԿ/ՌԻՖ հետազոտման արդյունքներով շտամը կայուն է Ռիֆամպիցինի նկատմամբ, ցանքի աճից հետո անմիջապես կատարվում է ՊՇՌ հետազոտություն ԴՆԹ սթրիփ տեխնոլոգիայի միջոցով (HAIN 2-րդ շարք)՝ հայտնաբերելու ամինագլիկոզիդների, ցիկլիկ պեպտիդների և Ֆտորքինոլոնների նկատմամբ կայունությունը կամ զգայունությունը,
- այդ ամենին զուգահեռ դրական ցանքից կատարվում է հեղուկ միջավայրում ԴՂԹ առաջին շարքի դեղերի նկատմամբ և Իզոնիազիդի և/կամ Ռիֆամպիցինի կայունության դեպքում երկրորդ շարքի դեղերի նկատմամբ,
- լրացուցիչ ԴՂԹ ցիկլոսերինի և պարաամինոսալիցիլաթթվի (PAS) նկատմամբ կատարվում է հետևյալ դեպքերում.

1) նախքան բուժում սկսելը նախկինում ԴԿՏԲ-ով բուժում ստացած բոլոր պացիենտներին,

2) ԳԴԿ ՏԲ-ով պացիենտների կոնտակտավորներին,

3) բժշկի կողմից հիմնավորված և պաշտոնապես պահանջված դեպքերում:

123. ՏՄԲ կոմպլեքս/Ռիֆամպիցին Գեն-Էքսպերտ մեթոդը կիրառվում մեծահասակների և երեխաների ԱԹՏԲ դեպքերի ախտորոշման համար: Այս մեթոդով ենթակա են ստուգման՝ ողնուղեղային (տուբերկուլոզային մենինգիտի խիստ կասկածի դեպքում), թոքամզի հեղուկները, բրոնխիալ ջրերը, ավշահանգույցները և այլ հյուսվածքներ:

124. Կղանքի հետազոտությունն նպատակահարմար է իրականացնել միայն երեխաների շրջանում:

125. Տվյալները ցույց են տվել, որ Գեն-Էքսպերտը հայտնաբերում է Ռիֆամպիցինի նկատմամբ որոշ կայուն շտամներ, որոնք զգայուն են ֆենոտիպիկ ԴՂԹ-ի արդյունքներով: Այս անհամապատասխան գործողությունների հաջորդականության արդյունքները սովորաբար լուծվում են՝ նախապատվություն տալով Գեն-Էքսպերտի արդյունքներին, և հիվանդները կարող են ունենալ առաջին շարքով բուժման ոչ ցանկալի ելք՝ ֆենոտիպիկ ԴՂԹ-ի բաց թողնված արդյունքների պատճառով:

126. Արյան հետքեր և քսանտոքրոմային ողնուղեղային հեղուկ պարունակող նմուշների դեպքում կարող են ստացվել կեղծ բացասական արդյունքներ:

Տուբերկուլոզային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների կողմից նմուշների տեղափոխումը ազգային ռեֆերենս լաբորատորիա

127. ՀՀ մարզերի և Երևան քաղաքի ՏԲ-ի դեմ պայքարի կաբինետներին կից խորխի հավաքման կետերից խորխի նմուշները տեղափոխվում են խորխի մանրադիտակային հետազոտություն իրականացնող լաբորատորիաներ, այնուհետև ԱՌԼ՝ ցանք, ՊՇՌ և ԴՋԹ 1-ի և 2-րդ շարքի հակատուբերկուլոզային դեղերի նկատմամբ կայունություն որոշելու համար: Ուղարկվում են ՏԲ կասկածվող անձի (ախտորոշումը հաստատվելուց հետո արդեն՝ հիվանդի) խորխի երկրորդ և երրորդ նմուշները: Վերջինս իրականացվում է այն դեպքում, երբ հիվանդը բուժման նպատակով չի ուղեգրվում ստացիոնար, քանի որ այդ պացիենտների խորխի ցանքը և ԴՋԹ-ն իրականացվելու է ստացիոնարում գտնվելիս:

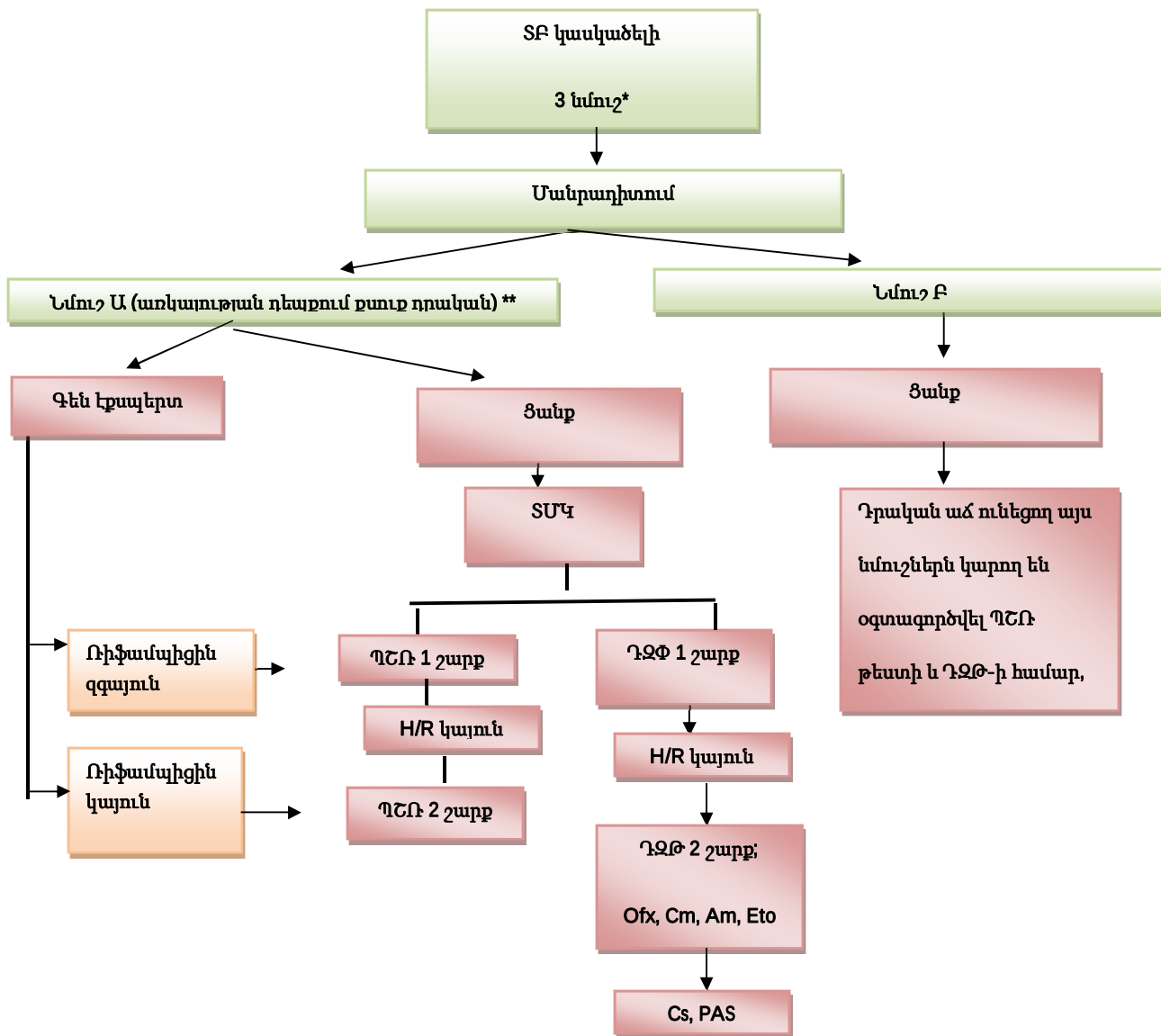
128. Տուբերկուլոզային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպություններից ԱԹՏԲ-ի կասկածով և/կամ ախտորոշումը հաստատված պացիենտների կենսաբանական նմուշները կարող են ուղարկվել ԱՌԼ՝ մանրադիտում, ցանք, ՊՇՌ և ԴՋԹ իրականացնելու համար, նմուշը վերցնելուց ոչ ուշ քան, մեկ աշխատանքային օրվա ընթացքում՝ հաշվի առնելով նմուշների վերցման և պահպանման չափանիշները:

129. Այն բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունները, որոնք չեն իրականացնում տուբերկուլոզային բժշկական օգնություն, անհրաժեշտության դեպքում ՏԲ-ի ախտորոշման նպատակով կարող են ախտորոշվող պացիենտների կենսաբանական նմուշները ուղարկել ԱՌԼ՝ մանրաբանական հետազոտություն (մանրադիտում, ՊՇՌ, ցանք և ԴՋԹ) իրականացնելու նպատակով: Նմուշի հետ մեկտեղ ներկայացվում է համապատասխան բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների կողմից լրացված, պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության սպասարկման շրջանակներում հատուկ և դժվարամատչելի ախտորոշիչ հետազոտությունների ուղեգիրը (հաստատված տվյալ բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպության տնօրենի կողմից):

ԱԼԳՈՐԻԹՄ 2

ՏԲ ԿԱՍԿԱԾՎՈՂ ԴԵՊՔԵՐԻ ԼԱԲՈՐԱՏՈՐ ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ

(Քսուք բացասական և քսուք դրական դեպքեր)



Նկատարում. *Երեք խորխի նմոշից 2-ը հետազոտվում է նույն օրը:

******Հետազոտության համար ցանկալի է ընտրել դրական նմուշ, եթե այն առկա է

ՏԲ դեպքերի բուժման լաբորատոր վերահսկման կազմակերպման չափանիշները

130. Խորխի մանրադիտակային հետազոտություն իրականացվում է.

1) ԴՋՏԲ-ով իվանդների համար.

- ինտենսիվ փուլի վերջում (առաջնակի հիվանդներ՝ բուժման 2-րդ կամ 3-րդ ամսվա, կրկնակի հիվանդներ՝ բուժման 3-րդ կամ 4-րդ ամսվա վերջում), երբ մանրադիտումը դրական է կամ հիմնավորված անհրաժեշտության դեպքում (երբ մանրադիտումը բացասական է),
- շարունակական փուլում՝ երկու ամիսը մեկ անգամ,
- բուժման ավարտի հսկողության ժամանակ՝ 5-րդ և 7-րդ ամիսներ:

2) ԴԿՏԲ-ով պացիենտների համար.

- ինտենսիվ փուլում՝ յուրաքանչյուր ամիս կամ ավելի հաճախ, եթե բժշկի կողմից կան ցուցումներ,
- շարունակական փուլում յուրաքանչյուր՝ երկու ամիսը մեկ անգամ:

3) Ցանք իրականացվում է.

ԴՋՏԲ-ով պացիենտների համար.

- ինտենսիվ փուլի վերջում (առաջնակի հիվանդներ՝ բուժման երկրորդ կամ երրորդ ամսվա, կրկնակի հիվանդներ՝ բուժման երրորդ կամ չորրորդ ամսվա վերջում), երբ մանրադիտումը դրական է կամ հիմնավորված անհրաժեշտության դեպքում (երբ մանրադիտումը բացասական է),
- անբարեհաջող ելքերի դեպքում,
- բացառության կարգով, ելնելով կլինիկական անհրաժեշտությունից, իրականացնել բացասական և/կամ դրական խորխի ցանք բժշկի ցուցումով՝ անկախ բուժման ժամանակահատվածից,
- բուժման ավարտի հսկողության ժամանակ՝ 5-րդ և 7-րդ ամիսներ
ԴԿՏԲ-ով պացիենտների համար,
- յուրաքանչյուր ամիս, մինչև ինտենսիվ փուլի ավարտը,
- շարունակական փուլում՝ երկու ամիսը մեկ անգամ:

4) Առաջին և երկրորդ շարքի ԴՁԹ-ն իրականացվում է.

- մոնոդեղակայուն և պոլիդեղակայուն ՏԲ պացիենտների համար,
- նախքան բուժում սկսելը բոլոր այն դեպքերում, երբ հիվանդը ախտորոշիչ նմուշի ԴՁԹ պատասխանից հետո ստացել է մեկ ամսից ավելի անհամապատասխան բուժում,
- ինտենսիվ փուլի ավարտին, եթե չկա խորխի լաբորատոր արդյունքի փոխակերպում,
- պահպանողական փուլում (երեք ամիսը մեկ անգամ՝ ցանք-դրական պատասխանի դեպքում),
- Բոլոր դեպքերում, երբ նկատվում է խորխի լաբորատոր արդյունքի վերափոխակերպում:

5) ԲԴԿ ՏԲ-ով պացիենտների համար.

- ինտենսիվ փուլի ընթացքում՝ երեք ամիսը մեկ անգամ, եթե չկա խորխի ցանքի փոխակերպում՝ (կախված առաջին շարքի դեղերի նկատմամբ ունեցած նախկին կայունությունից),
- շարունակական փուլում, երբ նկատվում է խորխի ցանքի վերափոխակերպում:

1) Լրացուցիչ ԴՁԹ ցիկլոսերինի և պարամինոսալիցիլաթթվի նկատմամբ իրականացվում է.

- ԲԴԿ անբարեհաջող ելք կամ ձախողում,
- Բժշկի կողմից հիմնավորված և պաշտոնապես պահանջված դեպքերում:

2) ՊՇՌ (HAIN 1 շարք) հետազոտություն ԴՆԹ սթրիփ տեխնոլոգիայով (Իզոնիազիդի և Ռիֆամպիցինի նկատմամբ SՄԿ-ի կայունության որոշում) իրականացվում է.

- առաջնակի կամ կրկնակի դեպքեր, եթե բուժման ինտեսիվ փուլի վերջում (առաջնակի հիվանդներ՝ երկրորդ ամսվա, կրկնակի հիվանդներ՝ երրորդ ամսվա վերջում) և ավելի ուշ, մանրադիտումը կամ ցանքը դրական է,
- Մոնո- և պոլիդեղակայուն դեպքեր, որոնց մոտ երրորդ ամսվա վերջում մանրադիտումը և ցանքը դրական է:

3) ՊՇՌ (HAIN 2շարք) հետազոտություն ԴՆԹ սթրիփ տեխնոլոգիայով (ֆտորքինոլոնների, ամինագլիկոզիդների, ցիկլիկ պեպտիդների և առաջին շարքից էթամբուտոլի նկատմամբ SՄԿ-ի կայունության որոշում) իրականացվում է.

- Բոլոր դեղակայուն դեպքերը, եթե բուժման երրորդ ամսվա վերջում մանրադիտումը և ցանքը դրական է:

131. Ռենտգենյան հետազոտություն կիրառվում է բոլոր կասկածելի դեպքերի համար, ովքեր ԱԱՊԿ-ից ուղղորդվել են ՏԲ-ի դեմ պայքարի կաբինետի մասնագետի խորհրդատվության, և գնահատումը իրականացվում է նրա կողմից: Ռենտգենյան հետազոտություն նույնպես կիրառվում է նաև բուժման հսկողության ընթացքում (նվազագույնը 3 անգամ):

Ալգորիթմ 3

Առողջության առաջնային պահպանման կազմակերպություններում ՏԲ կասկածելի դեպքերի հայտնաբերման ախտորոշիչ ալգորիթմ

Թոքային ախտանշաններով հիվանդը դիմել է ԱԱՊԿ՝ որպես գանգատ
ներկայացնելով
2 շաբաթից ավելի տևող հազը

ԱԱՊԿ մակարդակում

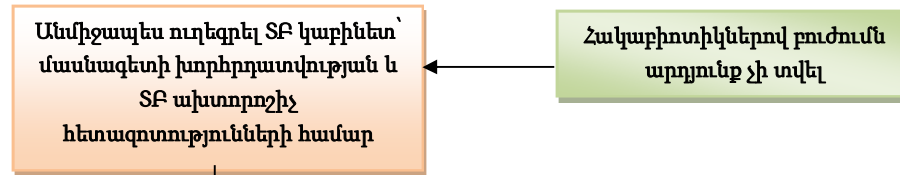
Կլինիկական համարժեք
գնահատում ԱԱՊԿ բժշկի կողմից
Կրծքավանդակի ռենտգեն՝ ըստ
անհրաժեշտության

ՏԲ կասկածելի դեպք (Բարձր
հավանականությամբ)

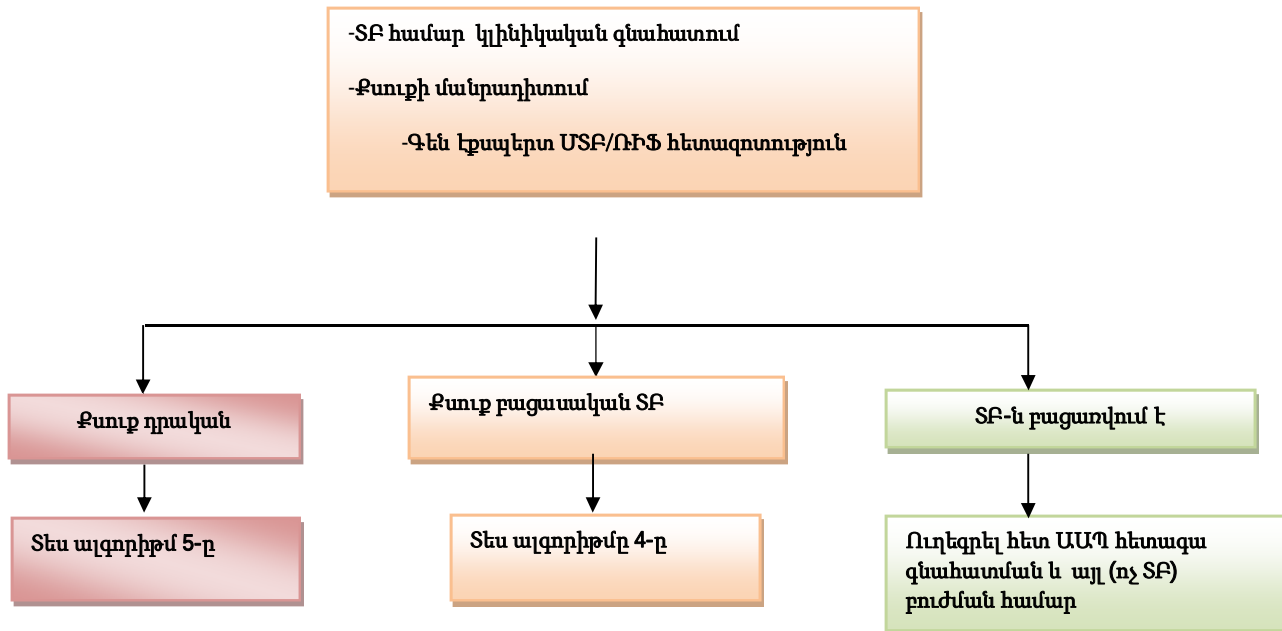
- Կլինիկական տագնապային վիճակ վտանգավոր
նշաններով¹
- Նախկինում ՏԲ հիվանդության պատմություն
- ՏԲ հիվանդի հետ շփում
- ՄԻԱՎ դրական

- Կայուն կլինիկական վիճակ
- ՏԲ հիվանդի հետ շփում չի ունեցել
- ՄԻԱՎ բացասական

Լայն կիրառության
հակաբիոտիկներ² (օրինակ՝
ամօքսիցիլին 7 օր), սակայն ոչ
" " " "



SF կաբինետի մակարդակում



1. **Վտանգավոր նշաններ.** Շնչառության հաճախականությունը՝ ավելի քան 30/ր և բարձր ջերմություն՝ ավելի քան 39°C և/կամ սրտի զարկերը՝ ավելի քան 120 զ/ր և/կամ ի վիճակի չէ քայլել:

Արտաընդերային լայն կիրառության հակաբիոտիկներ և/կամ պնևմացիստային թոքաբորբի բուժումը հաստատված ՄԻԱՎ-ի դեպքում

2. Լայն կիրառության հակաբիոտիկներին կլինիկական արձագանքը չի բացառում ՏԲ-ի առկայությունը: Անհրաժեշտ է տեղեկացնել պացիենտին ախտանշանների կրկնակի ի հայտ գալու դեպքում վերադառնալ կրկնակի գնահատման համար:

3.Հազացող ՄԻԱՎ վարակով հիվանդ մեծահասակների և դեռահասների ախտորոշումը լուրջ կլինիկական որոշում է պահանջում: Կո-տրիմօքսազոլի կանխարգելիչ բուժում և ուրիշ այլ բուժումներ ստացած պացիենտների համար ախտորոշումը հիմնվում է կլինիկական գնահատման, կրծքավանդակի ռենտգենյան հետազոտության և ՍԻԴԻ 4 բջիջների քանակի հետազոտության արդյունքների վրա: Ակտիվ ՏԲ-ի մեծ հավանականության դեպքում հակատուբերկուլոզային էմպիրիկ բուժումը սկսում են առանց ախտորոշման հաստատմանը սպասելու:

ՏԲ		Պնևմացիստային		Մանրէային		
		թոքաբորբ	թոքաբորբ			
		(ՄԻԱՎ +)				
Կլինիկական նշաններ	§	Ներկայում հազ	§	Չոր հազ	§	Սուր սկիզբ
	§	Մ/Զ-ի կորուստ	§	Շնչահեղձություն ++	§	Բարձր
	§	Թարախային խորխարտադրությունը և արնախխումն ավելի քիչ հավանական են, եթե պացիենտը ՄԻԱՎ դրական է՝ ՍԻ ԴԻ4 բջիջների ցածր քանակով	§	թթվածնաքաղց և Չի ստանում կո-տրիմօքսազոլով կանխարգելիչ բուժում		ջերմություն
	§	Բարձր ջերմություն	§	Պնևմացիստային		

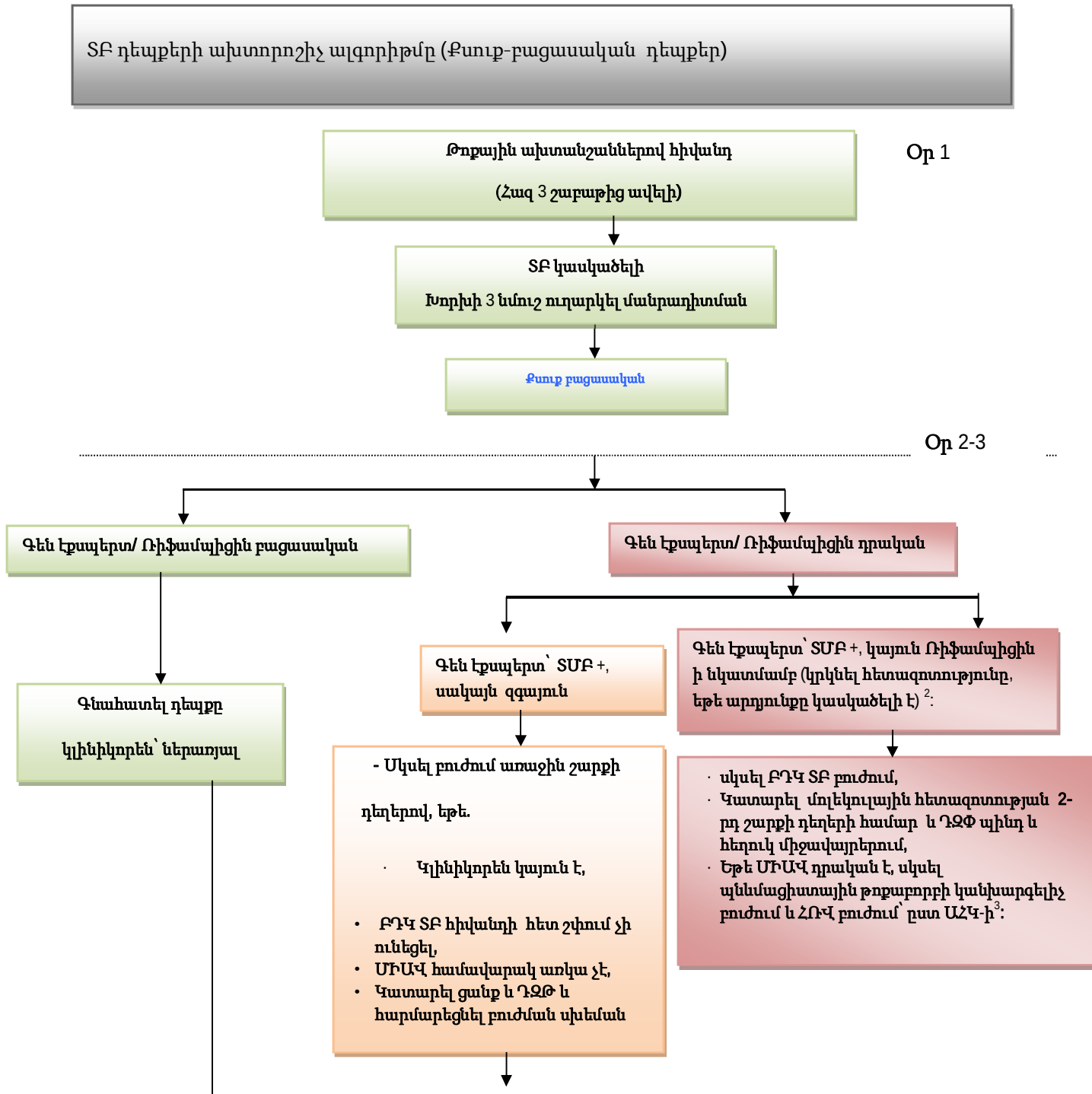
	§ Գիշերային քրտնարտադրություն	թոքաբորբն առավել
	§ Ցավ կրծքավանդակում	հավանական է, եթե ՍԻ ԴԻ4 բջիջների քանակը ցածր է:
Կրծքավանդակի ռենտգեն հետազոտություն	§ Ներսփռանքներ և խոռոչներ վերին բլթերում	§ Երկկողմանի
	հավանական են միայն ՄԻԱՎ վարակով հիվանդ	ինտերստիցիալ
	մեծահասակների շրջանում, ում ՍԻ ԴԻ 4	ներսփռանքներ՝
	բջիջների քանակը բարձր է: Հնարավոր է թոքի	ռետիկուլոնոդուլար Բլթային
	ցանկացած բլթի ախտահարում:	ներգրավվածությամբ, պնդացումներ
	§ ՄԻԱՎ վարակով, ՍԻ ԴԻ4 բջիջների ցածր	որոնք առավել
	քանակով հիվանդ մեծահասակների շրջանում	արտահայտված են
	հետևյալ 4 պատկերները վկայում են ՏԲ-ի	ստորին բլթերում,
	մասին.	§ Կրծքավանդակի
	§ կորեկանման պատկեր	ռենտգեն նկարի
	§ Թոքամզի հեղուկ՝ առանց օդային տարածքի	տվյալները հետ են
	(ծղոտագույն հեղուկի առկայության)	մնում կլինիկական
	§ Թոքարմատային և միջնորմային ադենոպաթիա	դրսևորումներից և
	§ Մեծ սիրտ (հատկապես եթե սիմետրիկ է և	հիվանդության վաղ
	կլորացած)	շրջանում կարող են
		լինել նորմալ:

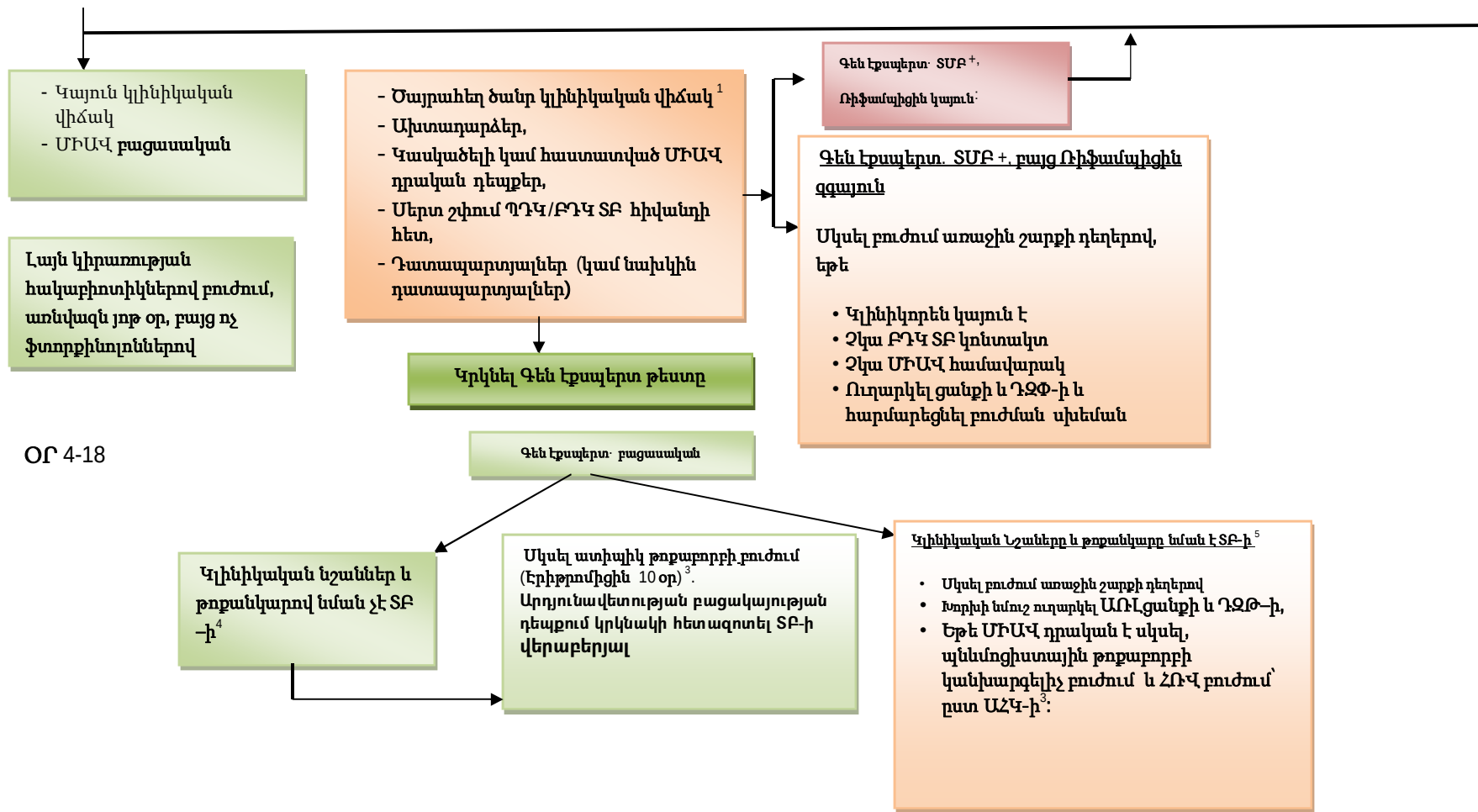
Կլինիկական նշանները և կրծքավանդակի ռենտգեն հետազոտության արդյունքներն ավելի բնորոշ են ՄԻԱՎ վարակ չունեցող ակտիվ ՏԲ-ով պացիենտներին.

	ՏԲ			Մանրէային թոքաբորբ	
Կլինիկական նշաններ	§	Մ/Զ-ի	կորուստ,	հազ՝	§ Սուր սկիզբ
		խորխարտադրությամբ,			§ Բարձր
		թարախային		խորխ,	ջերմություն
		արյունախիտում,		ցավ	
		կրծքավանդակում			
Կրծքավանդակի ռենտգեն հետազոտություն	§	Ներսփռանքներ,	օջախներ՝	Բլթային	
		խոռոչներով	կամ	առանց	պնդացումներ
		խոռոչների	վերին	բլթերում	և
		ստորին	բլթերի	վերին	
		հատվածներում			
	§	Թոքամզի հեղուկ			
	§	Աղենուպաթիա	միջնորմում	կամ	
		թոքարմատում	(հազվադեպ	է	
		մեծահասակների	և	դեռահասների	
		ՏԲ-ի ժամանակ)			
	§	Կորեկանման հիվանդություն			

Եթե կլինիկական նշանները և կրծքավանդակի ռենտգեն հետազոտության արդյունքը հստակ վկայում են ակտիվ ՏԲ-ի մասին, ապա բուժումը պետք է սկսել՝ առանց սպասելու ախտորոշման հաստատմանը:

Ալգորիթմ 4





1. Կատարել երկրորդ շաբթի դեղերի նկատմամբ մոլեկուլային հետազոտություն ցանք-դրական նմուշի վրա (Ֆտորքինոլոնների/ներարկման դեղերի կայունության վաղ հայտնաբերման համար), քանի որ հեղուկ կամ պինդ միջավայրերում ԴԶԹ-ն ժամանակատար է.

2. Վտանգավոր նշաններ. շնչառության հաճախացում՝ ավելի քան 30/ր և բարձր ջերմություն՝ ավելի քան 39°C և/կամ սրտի զարկերը՝ ավելի քան 120 զ/ր և/կամ ի վիճակի չէ քայլել:

Արտաընդերային լայն կիրառության հակաբիոտիկներ և/կամ պնևմացիստային թոքաբորբի բուժումը հաստատված ՄԻԱՎ-ի դեպքում

3. Ըստ ԱՀԿ-ի (2010թ.) ուղեցույցի՝ պետք է սկսել բուժում բոլոր ՄԻԱՎ/ՏԲ համավարակով պացիենտների համար՝ անկախ ՍԻԴԻ 4 բջիջների քանակից: Նախ պետք է սկսել ՏԲ բուժումը, այնուհետև՝ միացնել ՀՌՎ բուժումը հնարավորինս վաղ՝ ՏԲ բուժումը սկսելուց հետո 8 շաբաթվա ընթացքում: (ուժեղ խորհուրդ, ապացուցողականության շարք ցածր որակ) Բացի այդ, հնարավորինս վաղ պետք է սկսվել Կո-տրիմոքսազոլով բուժումը բոլոր ՄԻԱՎ/ՏԲ համավարակով պացիենտների համար:

4. Լայն կիրառության հակաբիոտիկներին կլինիկական արձագանքը չի բացառում ՏԲ-ի առկայությունը: Անհրաժեշտ է տեղեկացնել պացիենտին ախտանշանների կրկնակի ի հայտ գալու դեպքում վերադառնալ կրկնակի գնահատման համար:

Հազացոլ ՄԻԱՎ վարակով հիվանդ մեծահասակների և դեռահասների ախտորոշումը լուրջ կլինիկական որոշում է պահանջում: Կո-տրիմոքսազոլի կանխարգելիչ բուժում և ուրիշ այլ բուժումներ ստացած պացիենտների համար ախտորոշումը հիմնվում է կլինիկական գնահատման, CXR և ՍԻԴԻ 4 բջիջների քանակի հետազոտության արդյունքների վրա: Ակտիվ ՏԲ-ի մեծ հավանականության դեպքում հակատուբերկուլոզային էմպիրիկ բուժումը սկսում են առանց ախտորոշման հաստատմանը սպասելու:

ՏԲ		Պնևմացիստային թոքաբորբ (ՄԻԱՎ +)	Մանրէային թոքաբորբ
Կլինիկական նշաններ	§ Ներկայում հազ	§ Չոր հազ	§ Սուր սկիզբ
	§ Մ/Զ-ի կորուստ	§ Շնչահեղձություն ++	§ Բարձր
	§ Թարախային խորխարտադրությունը	և § թթվաճնաքաղց	ջերմություն

	արնախիտումը ավելի քիչ հավանական են, եթե § 2ի ստանում ԿԿԲ
	պացիենտը ՄԻԱՎ դրական է՝ ՍԻԴԻ 4 բջիջների § Պնևմացիտային
	ցածր քանակով թոքաբորբն առավել
§ Բարձր ջերմություն	հավանական է, եթե
§ Գիշերային քրտնարտադրություն	ՍԻԴԻ 4 բջիջների
§ Ցավ կրծքավանդակում	քանակը ցածր է:
Կրծքավանդակի ռենտգեն հետազոտություն	§ Ներսփռանքներ և խոռոչներ վերին բլթերում § Երկկողմանի
	հավանական են միայն ՄԻԱՎ վարակով հիվանդ ինտերստիցիալ
	մեծահասակների շրջանում, ում ՍԻԴԻ 4 ներսփռանքներ՝
	բջիջների քանակը բարձր է: Հնարավոր է թոքի ռետիկուլոնոդուլար Բլթային
	ցանկացած բլթի ախտահարում: ներգրավվածությամբ, պնդացումներ
	§ ՄԻԱՎ վարակով, ՍԻԴԻ 4 բջիջների ցածր որոնք առավել
	քանակով հիվանդ մեծահասակների շրջանում արտահայտված են
	հետևյալ 4 պատկերները վկայում են ՏԲ-ի ստորին բլթերում,
	մասին. § Կրծքավանդակի
§ կորեկանման պատկեր	ռենտգեն նկարի
§ Թոքամզի հեղուկ՝ առանց օդային տարածքի (ծղոտագույն հեղուկի առկայության)	տվյալները հետ են
§ Թոքարմատային և միջնորմային ադենոպաթիա	մնում կլինիկական
§ Մեծ սիրտ (հատկապես եթե սիմետրիկ է և կլորացած)	դրսևորումներից և
	հիվանդության վաղ
	շրջանում կարող են
	լինել նորմալ:

Կլինիկական նշանները և կրծքավանդակի ռենտգեն հետազոտության արդյունքներն ավելի բնորոշ են ՄԻԱՎ վարակ չունեցող ակտիվ ՏԲ-ով պացիենտներին.

	ՏԲ			Մանրէային թոքաբորբ	
Կլինիկական նշաններ	§	Մ/Զ-ի	կորուստ,	հազ`	§ Սուր սկիզբ
		խորխարտադրությամբ,			§ Բարձր
		թարախային		խորխ,	ջերմություն
		արյունախիտում,		ցավ	
		կրծքավանդակում			
Կրծքավանդակի ռենտգեն հետազոտություն	§	Ներսփռանքներ,	օջախներ`	Բլթային	
		խոռոչներով	կամ	առանց	պնդացումներ
		խոռոչների	վերին	բլթերում	և
		ստորին	բլթերի	վերին	
		հատվածներում			
	§	Թոքամզի հեղուկ			
	§	Ադենոպաթիա	միջնորմում	կամ	
		թոքարմատում	(հազվադեպ	է	
		մեծահասակների	և	դեռահասների	
		ՏԲ-ի ժամանակ)			
	§	Կորեկանման հիվանդություն			

Եթե կլինիկական նշանները և կրծաքվանդակի ռենտգենյան հետազոտության արդյունքը հստակ վկայում են ակտիվ ՏԲ-ի մասին, ապա բուժումը պետք է սկսել՝ առանց սպասելու ախտորոշման հաստատմանը:

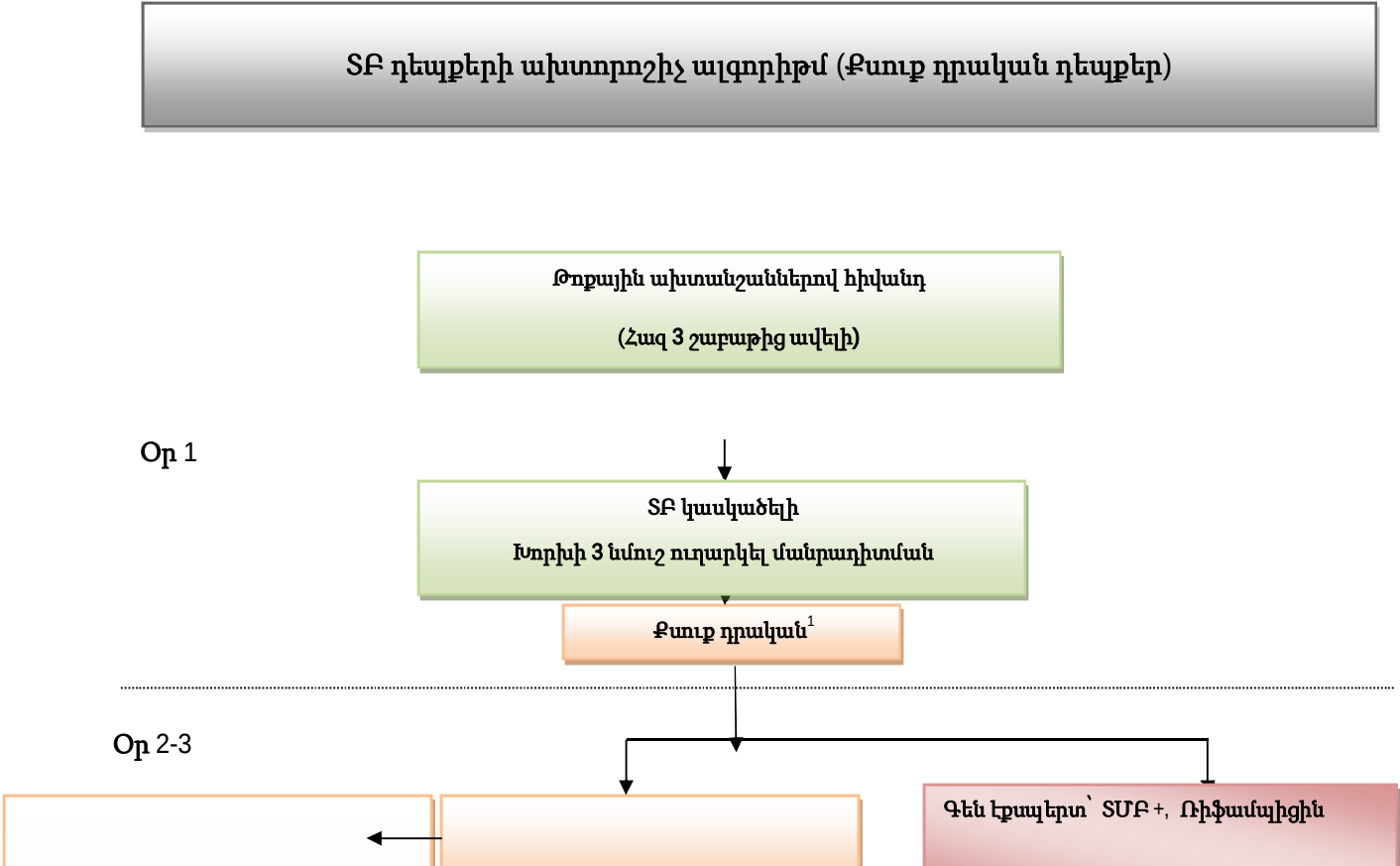
5. Առաջին և երկրորդ շաբթի հակատուբերկուլոզային դեղերի լիարժեք ԴԶԹ պետք է իրականացվի ԱՌԼ-ում, այն դեպքերում, երբ.

Հայտնաբերվել է կայունություն Իզոնիազիդի կամ/և Ռիֆամպիցինի նկատմամբ մոլեկուլային հետազոտությամբ:

Կլինիկորեն ծանր դեպքերի համար,

Ռիսկի գործոնների դեպքում (սերտ շփման պատմություն ՊԴԿ/ԲԴԿ ՏԲ պացիենտի հետ, նախկինում ՏԲ-ի բուժման պատմություն, ՄԻԱՎ դրական և այլն):

Ալգորիթմ 5



1. Խորխի երկու նմուշի հետազոտությունը կատարվում է նույն օրում:
 2. Եթե քսուք դրական պացիենտի Գեն էքսպերտ հետազոտության արդյունքը բացասական է կամ անորոշ, անհրաժեշտ է կրկնել հետազոտությունը հնարավորինս վաղ (նմուշառումը կատարել ուղղակի վերահսկողությամբ) և նմուշը ուղարկել ցանքի և ԴՋԹ-ի:
 3. Ծանրության աստիճանի գնահատում. շնչառության հաճախություն $>30/\text{ր}$, ջերմություն $>39^{\circ}\text{C}$, սրտի զարկերը՝ $>120/\text{ր}$, անկարող է քայլել:
 4. Ըստ ԱՀԿ-ի (2010թ.) ուղեցույցի՝ պետք է սկսել ՀՌՎ բուժում բոլոր ՄԻԱՎ դրական և ՏԲ համավարակով պացիենտների համար՝ անկախ ՍԻԴԻ 4 բջիջների քանակից: Նախ պետք է սկսել ՏԲ բուժումը, այնուհետև՝ միացնել ՀՌՎ բուժումը հնարավորինս վաղ՝ ՏԲ բուժումը սկսելուց հետո 8 շաբաթվա ընթացքում: Բացի այդ, հնարավորինս վաղ պետք է սկսվել Կո-տրիմօքսազոլով բուժումը բոլոր ՄԻԱՎ դրական և ՏԲ համավարակով պացիենտների համար:
 5. Առաջին և երկրորդ շարքի հակատուբերկուլոզային դեղերի լիարժեք ԴՋԹ պետք է իրականացվի ԱՌԼ-ում, այն դեպքերում, երբ.
 - Հայտնաբերվել է կայունություն Իզոնիազիդի կամ/և Ռիֆամպիցինի նկատմամբ մոլեկուլային հետազոտությամբ:
 - Կլինիկորեն ծանր դեպքերի համար,
 - Ռիսկի գործոնների դեպքում (սերտ շփման պատմություն ՊԴԿ/ԲԴԿ ՏԲ պացիենտի հետ, նախկինում ՏԲ-ի բուժման պատմություն, ՄԻԱՎ դրական և այլն):
132. Պացիենտները գտնվում են ԲԴԿ ՏԲ-ի ցածր ռիսկում, եթե նրանք չեն համապատասխանում ստորև ներկայացված չափանիշներից որևէ մեկին.
- 1) ԲԴԿ ՏԲ-ի բարձր տարածվածության տարածաշրջանի բնակիչների շրջանում,

2) կրկնակի բուժման կատեգորիաների բոլոր պացիենտները,

3) ԲԴԿ ՏԲ-ով պացիենտի հետ շփման առկայություն,

4) երկու ամսվա բուժման ընթացքում, չփոխակերպվող դրական քսուք

5) ԲԴԿ ՏԲ-ի բարձր ռիսկայնությամբ հաստատություններում (օրինակ՝ բանտում) գտնվելու փաստը:

133. Լայն կիրառության հակաբիոտիկներին դրական ազդեցությունը չի բացառում ՏԲ-ի առկայությունը: Ախտանշանների կրկնակի ի հայտ գալու դեպքում պացիենտը նորից ենթարկվում են հետազոտության:

134. ԲԴԿ ՏԲ-ով 10%-ից ցածր տարածվածություն ունեցող ազգաբնակչության շրջանում, Գեն-Էքսպերտ ՏՄԿ/ՌԻՖ-ի միջոցով ախտորոշված ՌԻՖ-ի նկատմամբ կայունությունը հաստատվում է ընդունված մեթոդներով՝ դեղազգայունության թեստ առաջին և երկրորդ շարքի հակատուբերկուլոզային դեղերի նկատմամբ:

135. ԲԴԿ ՏԲ- ի $< 10 \%$ - ի տարածվածությամբ պացիենտների խմբերում ԲԴԿ ՏԲ-ի բուժման որոշումը ընդունվում է՝ ելնելով պացիենտի կլինիկական և իմունոլոգիական կարգավիճակից:

Երեխաների շրջանում տուբերկուլոզային ախտահարման բնորոշ հատկությունները

136. ՏԲ-ի բարձր տարածվածությամբ տարածքներում, ՏԲ-ն երեխաների հիվանդացության և մահացության կարևոր պատճառներից մեկն է: Ճշգրիտ ախտորոշիչ մեթոդների բացակայության պայմաններում հնարավոր չէ տիրապետել ՏԲ-ի տարածվածության իրական պատկերին: Բարձր տարածվածության պայմաններում, < 15 տարեկան երեխաները պետք է կազմեն ՏԲ-ի ամբողջ դեպքերի 10- ից 20 %-ը:

137. ՏԲ հիվանդության բնորոշ հատկությունները և ախտորոշման մոտեցումը > 10 տարեկան երեխաների համար նույնն է, ինչ մեծահասակների համար:

138. Երեխաները ՏԲ-ով վարակվելու բարձր ռիսկի խմբի մեջ են գտնվում: ՏԲ-ի էնդեմիկ տարածքներում երեխաների ՏԲ-ով վարակվելու վտանգն ավելի մեծ է, քան իրենց բնակության վայրում կամ տանը: Առաջնահերթ ուշադրության են արժանի ՏԲ-ին բնորոշ ախտանշաններ ունեցող կոնտակտավոր երեխաները:

139. ՏԲ ախտորոշված երեխաների կոնտակտավորները սահմանված կարգով ենթարկվում են հետազոտման՝ պարզաբանվում է բոլոր պացիենտների, մասնավորապես քսուք-դրական երեխաների կամ մեծահասակների սերտ շփումը այլ երեխաների հետ:

140. Երեխաները ակտիվ ՏԲ-ով վարակվելու բարձր ռիսկի խմբի մեջ են գտնվում: ՏԲ-ով վարակված երեխաների 90%-ի շրջանում, հիվանդությունն ի հայտ է գալիս վարակվելուց արդեն իսկ 12 ամիս անց: Երեք տարեկանից փոքր կամ իմունային համակազմի անբավարարությամբ երեխաները (օրինակ՝ ՄԻԱՎ վարակ, թերսնուցում, հետկարմրուկային շրջան) ավելի խոցելի են: ՏԲ-ի հետազոտումը, համարժեք բուժումը կամ կանխարգելիչ բուժումը շատ կարևոր են այս երեխաների համար:

141. Դեպքերի մեծ մասում ախտորոշվում է ԹՏ: Երեխաների քսուք-դրական դեպքերը հազվադեպ են՝ սովորաբար հարուցիչների սակավաթվության պատճառով: Բացի այդ, երեխաների խորխի նմուշառումը շատ դժվար է իրականացվում, ուստի 0-14 տարեկան տարիքային խմբում բոլոր հետազոտված դեպքերից միայն 10%-ի խորխի լաբորատոր հետազոտությունն է լինում դրական:

142. ԱԹՏԲ-ի դեպքեր կարող են դիտվել նաև երեխաների շրջանում: Կորեկանման կամ ՏԲ-ային մենինգիտը փոքր տարիքի երեխաների շրջանում ավելի հաճախ են հանդիպում:

Տուբերկուլոզի ախտորոշումը երեխաների շրջանում

143. Երեխաների շրջանում ՏԲ-ի ախտորոշման համար իրականացվում են խորխի մանրէաբանական և կրծքավանդակի ռենտգենյան հետազոտություն, ինչպես նաև արագ ախտորոշման մաշկային թեստ, (օրինակ ՏՄԹ՝ մինչև 18 տարեկան երեխաների շրջանում):

144. Հակատուբերկուլոզային դեղերով բուժման փորձը, որպես ՏԲ-ի ախտորոշման մեթոդ, երեխաների նկատմամբ չի կիրառվում: Երեխայի բուժման որոշումը կայացվում է շատ զգուշորեն: Որոշում կայացնելիս հետո երեխան ստանում է բուժման ամբողջ կուրսը:

145. Ստորև ներկայացվում են երեխաների բուժման համար որոշում կայացնելու ախտորոշման գլխավոր բաղադրիչները.

1) ՏԲ-ով պացիենտի հետ շփված կոնտակտավորներ կամ ՏԲ-ի կասկածելի դեպքեր.

ա. վարակման ժամանակահատված՝ ռիսկն ավելի մեծ է, եթե վարակը տեղի է ունեցել վերջին 12 ամիսների ընթացքում,

բ. կոնտակտի մտերմության աստիճան՝ ռիսկն ավելի մեծ է, եթե ապրում են միևնույն տանը կամ քնում միևնույն սենյակում,

գ. վարակի աղբյուրի ՏԲ-ի տեսակը՝ ռիսկն ավելի մեծ է, եթե պացիենտը քսուք-դրական է, ըստ ռենտգեն նկարի՝ ունի խոռոչներ, կամ ըստ ԴՋԹ-ի՝ ԴԿՏԲ է:

2) ՏԲ-ին հատուկ ախտանշաններ.

- ա. առանց լավացման 2-3 շաբաթ և ավելի տևող հազ,
- բ. մեկ շաբաթ և ավելի տևող անբացատրելի ջերմություն,
- գ. Մ/Զ-ի անբացատրելի նվազում կամ ավելացման անհաջող փորձեր՝ ձախողում,
- դ. անբացատրելի հոգնածություն, քնկոտություն կամ աշխուժության անկում:

1) կլինիկական հետազոտություն.

- ա. կենսական ախտանշաններ՝ բարձր ջերմություն կամ հաճախաշնչություն,
- բ. երեխայի ներկայիս և նախկին Մ/Զ-ի և հասակի ցուցանիշների համեմատություն: Մ/Զ-ի նվազումը կամ հասակի չավելանալը կարող են լինել քրոնիկ հիվանդության ահազանգ,
- գ. շնչառական հետազոտության արդյունքը (ունկնդրում կամ բախում): Ծանր շնչառական վարակի նշաններ են՝ հաճախաշնչումը, ցիանոզը, հիպօքսեմիա $\text{SaO}_2 < 90\%$, քթահոսությունը, կրծքավանդակի միջկողային տարածությունների ներքաշումները, խզղոցները:

2) ԱԹՏԲ-ի ֆիզիկական ախտանշաններ.

- հաճախ հանդիպող, օրինակ,
 - ա. սապատ՝ ողնաշարի անկյան տեսքով ձևախախտ,
 - բ. պարանոցային ավշահանգույցների խուլակ,
- ոչ առանձնահատուկ և լրացուցիչ հետազոտություն պահանջող, օրինակ.
 - ա. հակաբիոտիկային բուժմանը չարձագանքող թույլ արտահայտված մենինգիտ,
 - բ. հեղուկով լցված որովայն,
 - գ. առանց խուլակի ձևավորմամբ լիմֆադենոպաթիա,
 - դ. մեծացած, բայց չցավացող հող,

ե.որոշակի ֆիզիկական բացահայտումներ ևս կարող են ուղղորդվել այլընտրանքային ախտորոշումների (օրինակ՝ ասթմա) կամ համապատասխան զուգակցվող հիվանդություններ (օրինակ՝ ՄԻԱՎ վարակ):

3) ՏԲ-ի կասկածով երեխայի կրկնակի գնահատում և հետագա վերահսկում.

ա. Առաջին խորհրդատվության ժամանակ, մեծ մասամբ, ՏԲ չի ախտորոշվում, քանի որ նախնական կլինիկական ախտանշանները սովորաբար բնորոշ չեն ՏԲ-ին,

բ. հետագա պարտադիր վերահսկումն ուղղված է գնահատելու, ՏԲ-ին բնորոշ նշանների և ախտանշանների պահպանումից անկախ, ճիշտ վերահսկմամբ իրականացված փորձնական հակատուբերկուլոզային բուժման արդյունքը,

գ. ՏԲ հիվանդությանը բնորոշ հատկանիշներն են.

- թոքաբորբի առկայություն՝ լավ վերահսկված համապատասխան հակաբիոտիկային բուժումից հետո,
- հիմնական պատճառների՝ մալարիա, թոքաբորբ և այլն բացառելուց հետո մեկ շաբաթ տևող $> 38^{\circ}\text{C}$ ջերմություն,
- չնայած համապատասխան սնուցման՝ Մ/Զ-ի նվազում,
- կայուն կամ ծանր հարաճուն ընթացող թուլություն:

4) ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության ենթարկվում են ՏԲ ախտորոշված կամ դեռևս ՏԲ-ի առումով հետազոտվող երեխաները:

5) Ախտորոշիչ հետազոտություններ- ՏԲ-ի կասկածով բոլոր երեխաները ենթակա են հետևյալ հետազոտությունների.

ա. արագ ախտորոշիչ թեստ, օրինակ՝ մաշկային թեստ (ՄԹ). IGRAs **թեստը չի փոխարինում ՄԹ-ին՝ անկախ ՄԻԱՎ կարգավիճակից: (ուժեղ խորհուրդ, ապացուցողականության ցածր որակ)**

- թեստի դրական արդյունքը կարող է օգնել կլինիկական ախտանշաններով երեխաների շրջանում ախտորոշման հաստատմանը,
- մաշկային թեստ թեստի բացասական արդյունքը դեռևս չի բացառում ՏԲ-ը,
- կեղծ դրական պատասխանի պատճառ կարող են հանդիսանալ՝ ոչ ՏԲ-ային միկոբակտերիան, ՄԻԱՎ վարակը, թերսնուցումը և այլն:

- թոքանկարն արվում է ներկրծքային ՏԲ-ի ախտորոշման ժամանակ, այս դեպքում մեծացած ավշային հանգույցներ հաճախ են հանդիպում: Քանի որ երեխաների թոքանկար ստանալը և դրա ճշգրիտ ընթերցումը դժվար է, ապա դրանց կիրառումը շատ դեպքերում սահմանափակվում է,
- **մանրէաբանական հետազոտության իրականացման համար ՏԲ կասկածելի պացիենտից կատարվում է կենսաբանական նմուշառում, որից հետո նմուշը ենթարկում են համապատասխան հետազոտության՝ ցանք, բջջաբանական կամ ախտահյուսվածքաբանական և մոլեկուլային մեթոդներով (օրինակ՝ Գեն-Էքսպերտ ՏՄԿ/ՌԻՖ), (պայմանական խորհուրդ, որը հաշվի է առնում ռեսուրսները, ապացուցողականության շարքի ցածր որակ)**
- մանրէաբանական հետազոտության արդյունքներն ավելի բարձր են ավագ տարիքի և ծանր հիվանդ երեխաների շրջանում (անկախ տարիքից): Խորխի նմուշառման ալգորիթմը ներկայացված է Հավելված 2-ում,
- երեխաների՝ ինդուկցիայի միջոցով ստացած խորխի Գեն-Էքսպերտ ՏՄԿ/ՌԻՖ հետազոտության տվյալները լավ զգայունություն են ցույց տալիս, հատկապես քսուք դրական դեպքերի ժամանակ,
- ԲԴԿ ՏԲ-ով կասկածվող քսուք բացասական պացիենտները նախնական հետազոտվում են Գեն-Էքսպերտ ՏՄԿ/ՌԻՖ թեստի միջոցով:

146. **Երեխաների խորխի նմուշառումն իրականացվում է՝ հիմք ընդունելով հիվանդության հաստատման կարևորությունն այն տարածաշրջաններում, որտեղ կա ԴԿ ՏԲ-ի գերակշռում կամ ԲԴԿ ՏԲ-ի հետ շփում: (ուժեղ խորհուրդ, ապացուցողականության շարքի ցածր որակ)**

147. Վեց տարեկանից փոքր և նույնիսկ 10 տարեկան երեխաներից խորխի նմուշառման գործընթացը շատ դժվար է իրականացնել՝ ինքնուրույն խորխազատման դժվարության պատճառով: Նման իրավիճակներում խորհուրդ է տրվում կրծքավանդակին թեթևակի հարվածել:

148. Հակառակ դեպքում խորխի նմուշառումն իրականացվում է խորխի ինդուկցիայի կամ ստամոքսային արտածման միջոցով: (Հավելված 3): Հաշվի առնելով երեխային պատճառած ֆիզիկական ցավը և մանրադիտման համար նմուշի քիչ քանակության առկայությունը, սույն գործընթացը կատարվում է միայն ցանքի կամ Գեն-Էքսպերտ ՏՄԿ/ՌԻՖ հետազոտության իրականացման նպատակով:

ա) Կոնտակտավոր երեխան ապրում է միևնույն տանը, կամ սերտ և կանոնավոր շփման մեջ է վերջին 12 ամսվա ընթացքում կասկածելի կամ անհայտ ՏԲ-ով պացիենտի հետ,

բ) թերսնուցում կամ աճի ցուցանիշի բացակայություն,

գ) «Ակնհայտ ՏԲ»-ի օրինակները ներառում են Փոթթի հիվանդությունը, ՏԲ-ային մենինգիտը, խուղակով լիմֆադենիտը, քսուք կամ Գեն-Էքսպերտ ՏՄԿ/ՌԻՖ դրական լինելը, ինչպես նաև թոքանկարի ակնհայտ շեղումները՝ թոքարմատային լիմֆադենոպաթիա, վերին բլթի ներսփռանքներ, կորեկանման սերմնացրում,

դ) լայն ոլորտի հակաբիոտիկներ.

- վտանգավոր նշանների բացակայության դեպքում՝ 7 օրյա Ամօքսիցիլինի ընդունում,
- վտանգավոր նշանների առկայության դեպքում՝ ներարկային լայն ոլորտի հակաբիոտիկների ընդունում, օրինակ՝ Ցեֆրիտաքսոն:

ե) Լայն ոլորտի հակաբիոտիկների նկատմամբ կլինիկական արձագանքումը դեռևս չի բացառում ՏԲ-ի առկայությունը: Ախտանշանների կրկնման դեպքում անհրաժեշտ է դիմել ֆթիզիատորի խորհրդատվության:

Ալգորիթմ 7

ՏԲ-ի ախտանշաններով երեխաների ախտորոշում

2 շաբաթյա հազ, կամ աճի դանդաղում կամ 1 շաբաթից ավել բարձր ջերմություն, կամ արտաթոքային SF- ի կասկած

Օր 1 Կլինիկական գնահատում և այլ հետազոտություններ

Եթե ՏԲ-ն ակնհայտ է՝
սկսել ՏԲ բուժում

Հակաբիոտիկներ, սնուցման բարելավում կամ այլ բուժում՝ հիմնվելով կլինիկական նշանների վրա

Ախտանշանների 1 շարաթ պահպանման դեպքում՝ կլինիկական
 ճնահատում և ալլ հետազոտություններ

Ակնհայտ ՏԲ- ի
դեպքում՝ սկսել
հակասութերկուլոզա
յին բուժում

A horizontal beam of length 0.2 m is shown. A downward point load of 100 N is applied at the right end of the beam.

ՄԻԱՎ. կարգավիճակը պարզված չէ կամ ՄԻԱՎ վարակով
հիվանդ է կամ ՏԲ հիվանդի կոնտակտ է

Ω_2

Օր 7

ՈՉ

Հակաբիոտիկներ, սնուցման բարելավում կամ մեկ շաբաթ տևողությամբ այլ բուժում՝ հիմնվելով կլինիկական նշանների վրա

Կլինիկական գնահատում աճի դանդաղում
Կայուն հազ, կայուն ջերմություն, թուլություն կամ
քնկոտություն թոքանկարում նշմարվում է ՏԲ-ի
նշաններ

Կայուն հազ, կայուն ջերմություն, թուլություն կամ քնկոտություն թոքանկարում նշմարվում է SF-ի նշաններ

Առկա չէ

Մեկն է առկա

Առկա է ≥ 2 շաբաթ

ՏԲ- ն
անհավանական է

Մկսեղ ՏԲ բուժում

ՏԲ բուժում՝ մասնավորապես ՄԻԱՎ վարակակրություն < 3 տարեկան, ծայրահեղ թերսնուցման, կամ ԴՋԹ+ դեպքում

ա) թերսնուցում կամ աճի ցուցանիշի բացակայություն

բ) $> 38^{\circ}\text{C}$ ջերմություն,

գ) **կլինիկական գնահատում (ներառյալ աճի գնահատումը), մանրէաբանական հետազոտություններ, ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտություն (ՄԻԱՎ վարակի բարձր տարածվածությամբ տարածքներում), անհրաժեշտության դեպքում թոքանկարի, ԱԹՏԲ-ի ուղղությամբ հետազոտություններ՝ ներառյալ Գեն-Էքսպերտ ՏՄԿ/ՌԻՖ (պայմանական խորհուրդ, ապացուցողականության ցածր որակ),** տուբերկուլինի մաշկային թեստ,

դ) **քսուք մանրադիտմամբ դրական կամ Գեն-Էքսպերտ ՏՄԿ/ՌԻՖ դրական, կրծքավանդակի ռենտգենյան՝ թոքարմատային լիմֆադենոպաթիա, վերին բլթի ներսփռանքներ, կորեկանման սերմնացրում, կիֆոզ, և այլն: տուբերկուլոզային մենինգիտի կասկածով երեխաների համար իրականացնել Գեն-Էքսպերտ ՏՄԿ/ՌԻՖ՝ որպես նախնական ախտորոշիչ փորձ, (ուժեղ խորհուրդ՝ ելնելով հրապապ ախտորոշման անհրաժեշտությունից, ապացուցողականության շատ ցածր որակ)**

ե) լայն ոլորտի հակաբիոտիկներ.

· սուր ախտանշանների բացակայության դեպքում՝ առաջին շաբթ՝ Ամօքսիցիլին 7 օրվա համար, արգելվում է ֆտորքինոլոնների օգտագործումը: Հակաբիոտիկների ընդունումից 48 ժամ հետո վիճակի բարելավման բացակայության դեպքում երեխան ենթակա է կրկնակի հետազոտման,

զ) հակաբիոտիկների երկրորդ փուլով կրկնելու անհրաժեշտության դեպքում՝ 5 օրյա ազիթրոմիցին,

է) սուր ախտանշանների առկայության (ոսկեգույն ստաֆիլակոկի/St. aureus/ կասկած) դեպքում՝ ներարկային Ցեֆտրիաքսոն և Կլոքսացիլին:

Նկատարում.

Պնևմոցիստային թոքաբորբի նախնական կանխարգելիչ բուժման ենթակա են ՄԻԱՎ վարակի զարգացման վտանգ ունեցող կամ ՄԻԱՎ վարակով հիվանդ մեկ տարեկանից փոքր բոլոր երեխաները՝ անկախ կլինիկական վիճակից և ՍԻԴԻ 4 բջիջների քանակից, ինչպես նաև ավելի մեծ տարիքի ՄԻԱՎ վարակով հիվանդ երեխաները, ովքեր ունեն խիստ արտահայտված իմունային անբավարարություն և CTX կանխարգելիչ բուժում չեն ստանում: Պնևմոցիստային թոքաբորբի բուժումը ցուցված է ՄԻԱՎ վարակի զարգացման ռիսկ ունեցող կամ ՄԻԱՎ վարակով հիվանդ բոլոր այն երեխաներին, ովքեր ունեն պնևմոցիստային թոքաբորբին բնորոշ կլինիկական դրսևորումներ և լայն ոլորտի հակաբիոտիկային բուժումից 48 ժամ անց բուժման արդյունավետության բացակայություն:

Տուբերկուլոզ հիվանդության դեպքերի ինտենսիվ բացահայտումը ՏԲ/ՄԻԱՎ համավարակով պացիենտների շրջանում

151. ՄԻԱՎ վարակով բոլոր պացիենտներին՝ ներառյալ երեխաները, անհրաժեշտ է հետազոտել ՏԲ-ի վերաբերյալ: *(ուժեղ խորհուրդ, ապացուցողականության ցածր որակ)* Նմանապես ՏԲ-ով բոլոր պացիենտներին անհրաժեշտ է հետազոտել ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ, քանի որ.

ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների շրջանում բարձր է ակտիվ ՏԲ-ի զարգացման վտանգը,

ՄԻԱՎ վարակն ազդում է ՏԲ-ի զարգացման և բուժման վրա,

ՏԲ-ն ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մահվան հիմնական պատճառներից է,

ՏԲ-ն ազդում է ՄԻԱՎ վարակի ընթացքի և բուժման արդյունքների վրա,

· ՏԲ-ն կարող է լինել հարաճուն ՄԻԱՎ վարակի ինդիկատոր:

152. ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների շրջանում ՏԲ-ի վտանգը գնահատելիս առանձնահատուկ ուշադրություն պետք է դարձնել.

- 1) շնչառական համակարգի ախտահարման նշաններով անձանց,
- 2) թոքերի ՏԲ-ով պացիենտների հետ բնակվող անձանց,
- 3) ռիսկի այլ գործոններ և բարձր խոցելիություն ունեցող անձանց՝ ԹՆՕ, ՔԿՀ գտնվողներ, ակոհոլամոլներ:

153. ՏԲ-ի առկայության առաջնային գնահատումը պետք է ներառի՝

- 1) կոնտակտների վերաբերյալ անամնեզի հավաքում,
- 2) կասկածելի ախտանշանների վերաբերյալ անամնեզի հավաքում (հատկապես 2 շաբաթից ավելի շարունակվող անբացատրելի հազ):

154. ՄԻԱՎ վարակով մեծահասակների և դեռահասների հետազոտությունը ՏԲ-ի վերաբերյալ անհրաժեշտ է սկսել հետևյալ 4 հիմնական ախտանշանների առկայության մասին հարցերից՝ հազ, տենդ, Մ/Զ-ի անկում և գիշերային առատ քրտնարտադրություն: Նշված ախտանշաններից անգամ մեկի առկայությունը կարող է վկայել ակտիվ ՏԲ-ի մասին:

155. Նման դեպքերում կատարվում են՝

- 1) կլինիկական հետազոտություն,
- 2) խորխի հետազոտություն Գեն-էքսպերտ ՏՄԲ/ՌԻՖ մեթոդով,*
- 3) խորխի երկու նմուշի (կարելի է անգամ միևնույն օրը վերցված) մանրէաբանական այլ հետազոտություններ (քսուքի մանրադիտում և ցանք), եթե չկա Գեն-էքսպերտ ՏՄԲ/ՌԻՖ թեստ-համակարգով հետազոտության հնարավորություն,
- 4) կրծքավանդակի ռենտգենաբանական հետազոտություն,
- 5) ԱԹՏԲ-ի ախտանշաններով բոլոր պացիենտների շրջանում պետք է իրականացնել արտաձման կամ բիոպսիայի միջոցով ստացված կենսանյութերի մանրէաբանական հետազոտություններ Գեն-էքսպերտ ՏՄԲ/ՌԻՖ կամ հարուցիչի կուլտուրայի անջատում), սերմնացրված վարակի կամ հարաճուն իմունային անբավարարության ախտանշաններով պացիենտների շրջանում օգտակար կարող է լինել միկոբակտերիաների վերաբերյալ արյան ցանքը,

6) ԱԹՏԲ-ի կասկածի դեպքում խորհուրդ են տրվում համապատասխան այլ լրացուցիչ հետազոտություններ (եթե դրանք հասանելի են), ներառյալ համակարգչային շերտագրում:

156. ՏԲ-ի կասկածով ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների հետազոտությունն իրականացվում է համաձայն ԱՀԿ-ի առաջարկած ախտորոշման ալգորիթմի, որպես առաջնային ախտորոշիչ մեթոդ Գեն-էքսպերտ ՏՄԲ/ՌԻՖ թեստ-համակարգի կիրառմամբ ինչպես ամբուլատոր, այնպես էլ ծանր պացիենտների համար: Բարձր զգայունության շնորհիվ կարող է կիրառվել նաև

մանրադիտակային հետազոտության բացասական արդյունքով խորխի նմուշների հետազոտության համար:

157. Եթե ՏԲ ախտորոշումը չի հաստատվում, ոչ յուրահատուկ բակտերիալ վարակների ժխտման համար օգտակար կարող է լինել լայն սպեկտրի հակաբիոտիկներով բուժման լիարժեք կուրսը: Կարող է ախտորոշիչ թեստերի կրկնակի անցկացման և լրացուցիչ կլինիկական հետազոտության անհրաժեշտություն առաջանալ: Նման իրավիճակում խորհուրդ չի տրվում փորձնական հակամանրէային բուժում առաջին շարքի հակատուբերկուլոզային դեղերով և Ֆտորքինոլոններով (երկրորդ շարքի հակատուբերկուլոզային դեղեր):

158. ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մոտ ԴԿ ՏԲ-ի ախտորոշման և բուժման առավել արդյունավետ սխեմա ընտրելու նպատակով անհրաժեշտ է ՏԲ-ով բոլոր պացիենտներից անջատված հարուցիչի զգայունությունը հակատուբերկուլոզային դեղերի նկատմամբ: (ուժեղ խորհուրդ)

159. Առաջնակի բոլոր պացիենտների մոտ ԴԶԹ-ի որոշման անհնարինության դեպքում հարկավոր է այն իրականացնել նախկինում հակատուբերկուլոզային բուժում ստացած պացիենտների* համար, ինչպես նաև ԴԿ ՏԲ-ի կասկածի դեպքում:

160. ՏԲ-ի կասկածով բոլոր պացիենտներին պետք է հետազոտել արագ մոլեկուլա-կենսաբանական մեթոդով (օրինակ՝ Գեն-էքսպերտ ՏՄԲ/ՌԻՖ թեստ-համակարգով)՝ հակատուբերկուլոզային դեղերի նկատմամբ հարուցչի կայունության որոշման համար:

161. Գեն-էքսպերտ ՏՄԲ/ՌԻՖ թեստ-համակարգի միջոցով Ռիֆամպիցինի նկատմամբ կայունություն հայտնաբերվելու դեպքում հարկավոր է որոշել զգայունությունն առաջին և երկրորդ շարքի հակատուբերկուլոզային բոլոր դեղերի նկատմամբ՝ երկրորդ շարքի դեղերի օպտիմալ կիրառման նպատակով:

162. ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մոտ ԼՏԲՎ-ի ախտորոշման նպատակով նախքան ՏԲ-ի կանխարգելիչ բուժումն սկսելն անհրաժեշտ է անցկացնել ՏՄԹ, եթե ԼՏԲՎ-ի տարածվածությունը ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների շրջանում չի գերազանցում 30%-ը: Հակառակ դեպքում ՏՄԹ-ի անհրաժեշտություն չկա:

163. ԲՅԺ պատվաստման բարձր ընդգրկվածության պայմաններում ՏՄԹ-ի փոխարեն կարող է կիրառվել գամմա-ինտերֆերոնի ազատման թեստը (ԳԻԱԹ):

Ակտիվ ՏԲ-ի կլինիկական ախտանշաններ չունեցող ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մոտ 164. ՏՄԹ-ի կամ ԳԻԱԹ-ի դրական արդյունքի և/կամ ՏԲ-ով հնարավոր վարակման դեպքում (սերտ շփում պացիենտի հետ) կարող է լինել ԼՏԲՎ, ինչը ՏԲ-ի կանխարգելիչ բուժման անցկացման ցուցում է: ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների շրջանում ԼՏԲՎ-ի բարձր տարածվածության պայմաններում ակտիվ ՏԲ-ի կլինիկական ախտանշաններ (հազ, տենդ, Մ/Զ-ի անկում, գիշերային

առատ քրտնարտադրություն) չունեցող ՄԻԱՎ վարակով բոլոր պացիենտները պետք է լրացուցիչ հետազոտվեն ԼՏԲՎ-ի հայտնաբերման նպատակով:

165. ԼՏԲՎ-ի հայտնաբերման ստանդարտ թեստը ՏՄԹ-ն է, որի դրական արդյունքը (պապուլայի տրամագիծը >5 մմ) ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մոտ վկայում է ՏԲ վարակի առկայության մասին:

166. ՍԻԴԻ 4+ լիմֆոցիտների 200բջ/մկլ-ից ցածր քանակով, թոքերի ռենտգենաբանական հետազոտությամբ ՏԲ-ին բնորոշ փոփոխություններով նախկինում հակատուբերկուլոզային բուժում չստացած ՄԻԱՎ վարակով պացիենտներին պետք է դիտարկել որպես ՏԲ-ով պացիենտներ՝ անկախ ԼՏԲՎ-ի վերաբերյալ ախտորոշիչ թեստերի արդյունքներից:

167. ՄԻԱՎ վարակով պացիենտները, ովքեր ունեցել են սերտ շփում թոքային ՏԲ-ով պացիենտի հետ, սակայն չունեն ակտիվ ՏԲ, պետք է ստանան բուժում ԼՏԲՎ-ի կապակցությամբ՝ անկախ ՄՏԹ-ի կամ ԳԻԱԹ-ի արդյունքներից, եթե ՏԲ-ի հնարավոր վարակի աղբյուրը Իզոնիազիդի նկատմամբ կայունություն չունի:

168. ԼՏԲՎ-ի փորձնական բուժման ցուցում չունեցող ՄԻԱՎ վարակով պացիենտները ԼՏԲՎ-ի վերաբերյալ ախտորոշիչ թեստերի բացասական արդյունքների և հարաճուն ՄԻԱՎ վարակի դեպքում (ՍԻԴԻ 4+ լիմֆոցիտներ <200 բջիջ/մկլ) պետք է կրկնակի հետազոտվեն ԼՏԲՎ-ի վերաբերյալ ՀՌՎ բուժումն սկսելուց հետո, երբ ՍԻԴԻ 4+ լիմֆոցիտների քանակը դառնա 200 բջիջ/մկլ-ից ավելի:

169. Բարձր ռիսկի խմբերին (ԹՆՕ-ներ, ՔԿՀ-ներում գտնվողներ և այլն) պատկանող, ԼՏԲՎ-ի ախտորոշիչ թեստերի բացասական արդյունք ունեցող ՄԻԱՎ վարակով պացիենտներին ցուցված է ԼՏԲՎ-ի վերաբերյալ ամենամյա հետազոտություն:

170. Եթե ՄԻԱՎ վարակով պացիենտն ունի թոքերի կամ ԱԹՏԲ-ի կլինիկական ախտանշաններ, և/կամ առկա է շփում ՏԲ-ով պացիենտի հետ, անհրաժեշտ է կատարել հետազոտություններ ակտիվ ՏԲ-ի վերաբերյալ: Ակտիվ ՏԲ-ն բացառելու նպատակով անհրաժեշտ է պացիենտին մանրակրկիտ զննել, կատարել խորխի մանրէադիտում և ցանք, կրծքավանդակի ռենտգենաբանական հետազոտություն:

171. Կրծքավանդակի ռենտգենյան նկարի վրա ներսփռանքային փոփոխությունների առկայության դեպքում կարող է ծագել լայն ոլորտի հակաբիոտիկներով փորձնական բուժման անհրաժեշտություն՝ ՏԲ-ի և թոքերի ոչ սպեցիֆիկ բորբոքման տարբերակիչ ախտորոշման նպատակով:

172. ՄԻԱՎ վարակով պացիենտի մոտ ակտիվ ՏԲ հայտնաբերելիս անցկացվում է հակատուբերկուլոզային բուժում՝ համաձայն ընդունված սխեմաների

Ակտիվ ՏԲ-ով կամ ՏԲ-ի կասկածով բոլոր պացիենտներին պետք է առաջարկվի ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտություն և խորհրդատվություն:

173. ՄԻԱՎ վարակի հայտնաբերման դեպքում կատարվում են լրացուցիչ հետազոտություններ, որոնց արդյունքների հիման վրա ընտրվում է բուժման ռազմավարությունը՝ համաձայն ՄԻԱՎ վարակով հիվանդ մեծահասակների բուժման ու վարման գործող ազգային ուղեցույցի:

174. Հաշվի առնելով ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մոտ տարբեր օպորտունիստական հիվանդությունների զարգացման վտանգը՝ ՏԲ/ՄԻԱՎ համավարակով պացիենտներին, ինչպես նաև ՏԲ-ի կասկածով ՄԻԱՎ վարակով պացիենտներին անհրաժեշտ է հետազոտել և տարբերակիչ ախտորոշում անցկացնել նաև այլ օպորտունիստական հիվանդությունների նկատմամբ:

Իզոնիազիդով կանխարգելիչ բուժման ենթակա պացիենտների հայտնաբերում

175. ԻԿԲ առնվազն 6 ամիս տևողությամբ պետք է ստանան ՄԻԱՎ-ով ապրող մեծահասակներն ու դեռահասները՝ անկախ իմունային անբավարարության աստիճանից, նաև ՀՌՎ բուժում ստացող և նախկինում հակատուբերկուլոզային դեղեր ընդունած պացիենտներն ու հղի կանայք:

176. Կանխարգելիչ բուժում անցկացնելիս մեկ դեղի՝ Իզոնիազիդի կիրառումը չի բարձրացնում դրա հանդեպ կայուն ՏԲ-ի ձևերի առաջացման վտանգը:

177. ՍԻԴԻ 4+լիմֆոցիտների քանակը որևէ նշանակություն չունի կանխարգելիչ հակատուբերկուլոզային բուժում սկսելու հարցում:

178. Անամնեզում ՏԲ-ի առկայությունը, հղիությունը կամ անցկացվող ՀՌՎ բուժումը հակացուցում չեն կանխարգելիչ հակատուբերկուլոզային բուժում սկսելու համար:

179. Հեպատիտի (սուր կամ քրոնիկ) կամ ծայրամասային նեյրոպաթիայի, նաև ալկոհոլի չարաշահման դեպքերում անհրաժեշտ է բուժման ընթացքի մանրակրկիտ վերահսկում կողմնակի ազդեցությունների զարգացման ավելի բարձր վտանգի պատճառով:

180. ԼՏԲՎ ունեցող ՄԻԱՎ-ով ապրող մարդկանց շրջանում չափազանց բարձր է ակտիվ ՏԲ-ի զարգացման վտանգը: Այդ պատճառով կանխարգելիչ հակատուբերկուլոզային բուժում պետք է նշանակել ՄԻԱՎ-ով ապրող այն անձանց, ում մոտ բացակայում է ակտիվ ՏԲ-ն, բայց հաստատված է կամ ենթադրվում է ԼՏԲՎ, ինչի մասին վկայում են հետազոտությունների արդյունքները կամ ԼՏԲՎ-ի տարածվածության մասին տվյալները:

181. ԻԿԲ պետք է անցկացվի՝ անկախ միաժամանակ անցկացվող ՀՌՎ բուժումից:

182. Հակատուբերկուլոզային կանխարգելիչ բուժման համար Իզոնիազիդի խորհուրդ տրվող դեղաչափը կազմում է 5մգ/կգ (առավելագույն դեղաչափը 300մգ) օրը 1 անգամ: Իզոնիազիդը չի ցուցաբերում էական փոխազդեցություններ ՀՌՎ դեղերի հետ:

183. ԻԿԲ-ի ընթացքում կողմնակի ազդեցությունների վտանգը մեծ չէ. կարող է զարգանալ դեղորայքային հեպատիտ՝ առավելապես թեթև կամ միջին ծանրության, նաև ծայրամասային նեյրոպաթիաներ:

184. Սովորաբար չկա լյարդի գործառույթի ամենօրյա մոնիտորինգի կարիք՝ բացառությամբ ՄԻԱՎ-ով ապրող այն մարդկանց, ովքեր ունեն լյարդի ախտահարման այլ գործոններ (ուղեկցող վիրուսային հեպատիտ, ալկոհոլից կամ թմրամիջոցներից կախվածություն և այլն): Սակայն Իզոնիազիդ ընդունող բոլոր պացիենտներին պետք է տեղեկացնել լյարդի ախտահարման կլինիկական նշանների (սրտխառնոց, փսխում, դեղնուկ և այլն) և դրանց դեպքում անհապաղ բժշկի դիմելու անհրաժեշտության մասին:

185. Ծայրամասային նեյրոպաթիաներ ավելի հաճախ զարգանում են ՄԻԱՎ-ով ապրող այն մարդկանց շրջանում, ովքեր ունեն ուղեկցող հիվանդություններ կամ վիճակներ, օրինակ՝ հղիություն, ալկոհոլային կախվածություն, սնուցման խանգարումներ, շաքարային դիաբետ, լյարդի քրոնիկ հիվանդություններ և երիկամային անբավարարություն:

186. Ծայրամասային նեյրոպաթիաների կանխարգելման և բուժման համար պետք է օգտագործել պիրիդոքսին՝ համապատասխանաբար 10մգ/օր և 50-70մգ/օր դեղաչափերով:

187. Իզոնիազիդը հազվադեպ կարող է առաջացնել քնկոտություն: Այդպիսի դեպքերում դեղը կարելի է ընդունել քնելուց առաջ:

188. Կո-տրիմօքսազոլով կանխարգելիչ բուժում պետք է նշանակել ակտիվ ՏԲ-ով ՄԻԱՎ վարակով բոլոր պացիենտներին՝ անկախ ՍԻԴԻ 4+ լիմֆոցիտների քանակից:

189. Մեծահասակների և դեռահասների շրջանում Կո-տրիմօքսազոլով կանխարգելիչ բուժման համար խորհուրդ տրվող դեղաչափն է՝ օրական մեկ կրկնակի դեղահաբ (160+800մգ):

190. ՏԲ/ՄԻԱՎ համակցված վարակով պացիենտների մոտ ՏԲ-ի բուժման ավարտից հետո Կո-տրիմօքսազոլով կանխարգելիչ բուժումը կարելի է դադարեցնել, երբ ՍԻԴԻ 4+ լիմֆոցիտների քանակը >200բջ/մկլ ՀՌՎ բուժումն սկսելուց հետո 3 ամսվա ընթացքում:

Տուբերկուլոզային դեպքի սահմանում

191. Նայել Հաշվառման և հաշվետվական կարգը:

Հակատուբերկուլոզային դեղեր և բուժման ռեժիմներ

192. ՏԲ հիվանդության բուժման և կայունության զարգացումից խուսափելու համար անհրաժեշտ է որոշ հակամանրէային դեղերի համակցություն: Բուժման ռեժիմն օգտագործվող դեղերի համակցությունն է և սահմանում է բուժման տևողությունը:

193. Հակատուբերկուլոզային դեղերն, ըստ իրենց արդյունավետության, գործածման փորձի և դեղերի պատկանելիության՝ դասակարգվում են 5 խմբի: Միևնույն խմբին պատկանող ո՛չ բոլոր դեղերն ունեն միևնույն արդյունավետությունը, ազդեցության մեխանիզմը, կողմնակի ազդեցությունները: Յուրաքանչյուր դեղ ունի իր յուրահատուկ ազդեցությունը մեկ կամ ավելի մանրէային խմբերի (պոպուլյացիաների) վրա, սակայն ոչ մի դեղ «նիրհած» մանրէաների վրա չի ազդում:

194. Ստորև՝ աղյուսակ 5-ում ներկայացված են ՏԲ-ի բուժման ռեժիմների և հակատուբերկուլոզային դեղերի ստանդարտ ծածկագրերը/կոդերը/:

Աղյուսակ 5

Հակատուբերկուլոզային դեղերի խմբերն ու հապավումներն ըստ ԱՀԿ-ի

Խմբի անվանում	Հակատուբերկուլոզային դեղեր	Հապավումներ
Խումբ 1 I-ին շարքի ներքին օգտագործման դեղեր	Իզոնիազիդ	H
	Ռիֆամպին	R
	Պիրազինամիդ	Z
	Էթամբուտոլ	E
	Ռիֆաբուտին	Rfb
Խումբ 2 ներարկման դեղեր	Ստրեպտոմիցին	S
	Ամիկացին	Amk
	Կանամիցին	Km
	Կապրեոմիցին	Cm
Խումբ 3 Ֆտորքինոլոններ (FQs)	Մօքսիֆլօքսացին	Mfx
	Լևօֆլօքսացին	Lfx
	Օֆլօքսացին	Ofx
Խումբ 4	Էթիոնամիդ	Eto

Ներքին օգտագործման 2-րդ շարքի բակտերիոստատիկ հակատուբերկուլոզային դեղեր	Պրոթիոնամիդ Ցիկլոսերին Պարաամինասալիցիլաթթու	Pto Cs PAS
Խումբ 5 Բեդաքվիլին և դեղեր, որոնց դերը ԲԴԿ ՏԲ բուժման մեջ փորձարկվում է:	Բեդաքվիլին Դելանամիդ Լինեզոլիդ Կլոֆազիմին Ամօքսիցիլին/կլավուլանաթթու Իզոնիազիդ (բարձր դեղաչափ) Թիոացետազոն Իմիպենեմ/ցիլաստատին Մերոպենեմ	Bdq Dlm Lzd Cfz Amx/Clv H բարձր դեղաչափ Thz Ipm/Clm Mpm

Նկարագրում

- «I-ին շարքի» ընդունված հակատուբերկուլոզային դեղերն են՝ H, R, Z, E և ստրեպտոմիցին (S), դրանք դասվում են I-ին խմբի շարքին, բացառությամբ S-ի, որը պատկանում է II-րդ խմբին: 2-5-րդ խմբերի դեղերը սովորաբար օգտագործվում են ԴԿ ՏԲ-ի բուժման համար և համարվում են 2-րդ շարքի հակատուբերկուլոզային դեղեր:
- Այս ուղեցույցում կլարիտորումիցինը ընդգրկված չէ 5-րդ խմբի դեղերի շարքում՝ վերջինիս արդյունավետության վերաբերյալ տվյալների բացակայության պատճառով:

195. ՏԲ-ի բուժման ռեժիմների գործընթացի իրականացում.

- դեղերը նշվում են իրենց հապավումներով,
- բուժումը բաժանվում է 2 փուլի՝ սկզբնական (կամ ինտենսիվ) և շարունակական: Այս 2 փուլերը առանձնացվում են թեք գծով,
- յուրաքանչյուր փուլի դիմաց նշված թիվը ցուցանշում է տվյալ փուլի տևողությունն ամիսներով,
- տառից հետո որպես ինդեքս նշված թիվը նշանակում է, որ տվյալ դեղը օգտագործվում է մեկընդմեջ,
- տառի տակ ինդեքս թվի բացակայությունը նշանակում է, որ դեղն ընդունվում է ամեն օր,
- երբ դեղերը նշվում են փակագծերի մեջ, նշանակում է, որ դեղը օգտագործվում է համակցված հաբի տեսքով,
- եթե դեղերի անվանումները նշվում են առանց փակագծերի, ապա դեղերն օգտագործվում են առանձին- առանձին՝ ոչ համակցված: Ստորև ներկայացվում են մի շարք օրինակներ.

- 2(HRZE)/4 (HR)՝ պացիենտը ստանում է 4 դեղ (Իզոնիազիդ, Ռիֆամպիցին, պիրազինամիդ, էթամբուտոլ), ամեն օր, 2 ամիս շարունակ՝ համակցված հաբերի տեսքով, այնուհետև՝ համակցված հաբի տեսքով, որը ներառում է օրական 2 դեղ (Իզոնիազիդ, Ռիֆամպիցին), 4 ամիս տևողությամբ:

- 8 Km-Lfx-Eto-Cs-Z/14 Lfx-Eto-Cs-Z՝ **պացիենտը առանձին-առանձին ստանում է 5 դեղ, ամեն օր, 8 ամիս շարունակ (պայմանական խորհուրդ, ապացուցողականության չափ ցածր որակ)**, այնուհետև ամեն օր, 4 դեղ առանձին-առանձին, 14 ամիս շարունակ: Սկզբում նշվում է ներարկման դեղը, հետո ֆտորքինոլոնը, իսկ I-ին խմբի դեղերը նշվում են վերջում:

196. Բուժման մոտեցումներ՝ օրինաչափ բուժում կամ ռեժիմ: Ստույգ խմբին պատկանող բոլոր պացիենտները բուժումը ստանում են միևնույն ռեժիմով: Տարբեր խմբերի պատկանող պացիենտների բուժումն իրականացվում է տարբեր ռեժիմներով:

Օրինակ.

- բոլոր պացիենտները, ովքեր զգայուն են առաջին շարքի դեղերի նկատմամբ, ստանում են օրինաչափ բուժում 6 կամ 12 ամիս տևողությամբ՝ կախված ախտահարման ծավալից,
- I-ին շարքի դեղերով բուժման ձախողում ունեցող պացիենտները կարող են սկսել էմպիրիկ ԲԴԿ՝ ստանդարտ բուժումով (հիմնվելով տվյալ պացիենտի կոնտակտավոր դեպքերի I-ին և II-րդ շարքի հակատուբերկուլոզային դեղերի ԴԶԹ-ի արդյունքների վրա)՝ մինչև պացիենտի ԴԶԹ-ի ամբողջական արդյունքները կպարզվեն, այնուհետև պացիենտի բուժման ռեժիմը կվերանայվի:

197. Յուրաքանչյուր անհատական բուժում կամ ռեժիմ կազմվում է՝ հիմնվելով ՏԲ-ով պացիենտի բուժման նախորդ պատմության և անհատական ԴԶԹ-ի արդյունքների վրա:

198. Սովորաբար ԴԿ ՏԲ-ի բուժման ծրագրերում գործածում են օրինաչափ և անհատական մոտեցումների համադրումը: Սակայն այն դեպքերում, երբ ԴԶԹ-ի հետազոտությունը հնարավոր չէ իրականացնել կամ սահմանափակված է I-ին շարքի միայն մեկ կամ երկու դեղով, ընդհանուր առմամբ գործածվում է օրինաչափ (ստանդարտ) մոտեցումը:

199. Հակատուբերկուլոզային դեղերի համակցված ձևակերպումը մի քանի (2, 3 կամ 4) առանձին դեղերի համադրումն է մեկ հաբում: Համակցված հաբերի ընդունումը խրախուսվում է, քանի որ ունի շատ առավելություններ՝ հետևողականությունն նշանակված դեղերի միայն մեկ մասը ընդունելու վտանգից խուսափելու, ինչպես նաև ձախողման և կայունության զարգացման վտանգը նվազեցնելու առումով: Որակի երաշխավորմամբ համակցված հաբերի կազմումը առկա է միայն I-ին խմբի դեղերի համար, որոնց բաղադրությունը ներկայացվում է Աղյուսակ 6-ում:

Աղյուսակ 6.

Որակի երաշխավորմամբ համակցված հաբերի ձևակերպումները և բաղադրությունները

Համակցված հաբեր	Բաղադրությունները օրական բուժման համար
Մեծահասակների բուժումը	
Համակցված հաբերով 4 դեղ	E275 մգ/H75 մգ/ Z400 մգ/R150 մգ
Համակցված հաբերով 3 դեղ	E275 մգ/H75 մգ/ R150 մգ
Համակցված հաբերով 3 դեղ	H75 մգ/ Z400 մգ/ R150 մգ
Համակցված հաբերով 2 դեղ	H75 մգ/ R150 մգ
Երեխաների բուժումը*	
Համակցված հաբերով 3 դեղ	H30 մգ/ Z150 մգ/ R60 մգ
Համակցված հաբերով 2 դեղ	H30 մգ/ R60 մգ
Համակցված հաբերով 2 դեղ	H60 մգ/ R60 մգ

***Նկատարում.** Այս ձևակերպումները աստիճանաբար գործածությունից կհանվեն այն ժամանակ, երբ ԱՀԿ-ի կողմից առաջարկվող նոր՝ մանկական դեղաչափերին համապատասխանող մանկական համակցված հաբերը հասանելի դառնան:

200. Որակի երաշխավորմամբ համակցված հաբերը 2-5-րդ խմբի դեղերի համար բացակայում են: Այդ իսկ պատճառով ԲԴԿ ՏԲ-ի բուժումը տրամադրվում է առանձին դեղերի համադրությամբ:

201. Ոչ բոլոր դեղերի համար գոյություն ունեն մանկական դեղաչափերի ձևակերպումներ: Որոշ դեղերի համար միակ տարբերակը մեծահասակների համար նախատեսված դեղաչափերի ձևակերպումների միջամտությունն է, որը կատարվում է հետևյալ կերպ.

- հաբերի կիսում, եթե հաբն ունի բաժանարար գիծ, ապա պետք է առաջնորդվել դրանով: Այնուամենայնիվ, ոչ բոլոր դեղերը կարելի է բաժանել մասերի, քանի որ այն կարող է ազդել դեղի կենսաբանական արժեքի և արդյունավետության վրա (օրինակ՝ բաղադրությունը, որը հաբի թաղանթապատ շերտով պաշտպանվում է ստամոքսի թթվայնությունից),
- դեղահաբի փշրում և դեղապատիճի բացում՝ համաձայն հաշվարկների որոշված փոշու չափը ապահովում է անհրաժեշտ դեղաչափը: Մնացած փոշին պետք է թափել անմիջապես առանձնացնելուց հետո: Փոշին կարելի խառնել սննդի կամ հեղուկների (հյութի և այլնի) հետ: Նման գործողություններն անհրաժեշտ է կատարել անմիջապես դեղն ընդունելուց առաջ: Դեղի՝ սննդի և հյութի հետ խառնելու ազդեցության վերաբերյալ տեղեկատվությունները շատ քիչ են: Որոշ դեպքերում փոխազդման արդյունքում դեղի կենսաբանական արժեքը կարող է փոխվել:

202. Որակի չափանիշներին չհամապատասխանող հակատուբերկուլոզային դեղերի գործածումը վտանգավոր է և՛ անհատի, և՛ հասարակության համար: Այն կարող է հանգեցնել բուժման ձախողման, կայունության զարգացման, ինչը կարող է ավարտվել մահվամբ կամ կայուն շտամների ձևավորմամբ:

203. Օգտագործման ենթակա են միայն որակով հաստատված դեղերը: Գոյություն ունեն միջազգայնորեն ճանաչված մի շարք մեխանիզմներ, որոնց միջոցով իրականացվում է հակատուբերկուլոզային դեղերի որակի գնահատումը: Այդ մեխանիզմներն են՝ վերահսկիչ մարմինների կողմից հաստատված ԱՀԿ-ի նախատրակավորման, կամ վերահսկիչ հանձնաժողովի անդամների (Համաշխարհային Դեղերի Ծառայության) կողմից ժամանակավոր վավերացված ծրագիրը:

204. Հակատուբերկուլոզային բուժման նպատակով գործածվող որոշ հակամանրէային դեղերի միջև գոյություն ունի հայտնի խաչաձև կայունության երևույթը: Մեկ հակատուբերկուլոզային դեղի հանդեպ փոխակերպումը կարող է փոխանցվել միևնույն դեղի ընտանիքին պատկանող մի քանի կամ բոլոր դեղերի, ավելի հազվադեպ՝ այլ ընտանիքի դեղերի: Ամինագլիկոզիդների շարքից Կանամիցինի հանդեպ կայունությունը զուգորդվում է գրեթե ամբողջական խաչաձև կայունությամբ Ամիկացինի հետ: Որպես հակադրություն, խաչաձև կայունության հավանականությունը Կանամիցինի և Ստրեպտոմիցինի միջև սովորաբար ցածր է: Ավելին, Կանամիցինի հանդեպ բարձր կայունության ՏԲ-ի շտամները կարող են կայուն լինել նաև Կապրետոմիցինի հանդեպ (պոլիպեպտիդ):

Աղյուսակ 7

Հակատուբերկուլոզային դեղերի միջև խաչաձև կայունության ամփոփում.

Դեղի ընտանիք	Խաչաձև կայունություն
Ռիֆամպիցիններ	R և Rfb ունեն խաչաձև կայունության բարձր հավանականություն
Իզոնիազիդ	Eto/Pto-ն կարող են խաչաձև կայունություն ունենալ H-ի հետ, եթե inhA փոխակերպման է ենթարկվել:
Ամինագլիկոզիդներ և պոլիպեպտիդներ	Amk և Km-ը ունեն խաչաձև կայունության շատ մեծ հավանականություն Km –ը (կամ Amk) Cm-ը ունեն խաչաձև կայունության ցածր կամ միջին հավանականություն: S-ն Amk և Km-ի հետ ունի խաչաձև կայունության ցածր հավանականություն
Ֆտորքինոլոններ	Ֆտորքինոլոնների միջև խաչաձև կայունությունը տարբերվում է: Համաձայն որոշ լաբորատոր տվյալների, շտամները կարող են զգայուն լինել վերջին սերնդի ՖՔ-ների նկատմամբ, իսկ ավելի վաղ սերնդի ՖՔ-ների հանդեպ՝ կայուն (Ofx). Նման դեպքերում հայտնի չէ, արդյոք վերջին սերնդի ՖՔ-ները

	կլինիկորեն արդյունավետ են, թե ոչ:
Թիոամիդներ	Eto-ն և Pto-ն ունեն 100% խաչաձև կայունություն:
Թիոացետազոն (Thz)	Thz-ի խաչաձև կայունություն է գրանցվել H, Eto/Pto և PAS-ի հետ, սակայն հավանականությունը ընդհանրապես ցածր է:

Դեղազգայուն ՏԲ-ի բուժում

205. Առաջին շարքի դեղերով ստանդարտ բուժման ռեժիմները նշանակում են ենթադրյալ ԴՉ ՏԲ-ով, հաստատված ԴՉՏԲ պացիենտներին կամ մինչ ԴՉԹ-ի հետազոտության արդյունքների հայտնի լինելը՝ կայունության ցածր հավանականության դեպքում:

206. Առաջնակի պացիենտները այն պացիենտներն են, ովքեր նախկինում հակատուբերկուլոզային բուժում չեն ստացել կամ ստացել են մեկ ամսից պակաս տևողությամբ: ԹՏԲ առաջնակի պացիենտները կարող են լինել քուրք-բացասական, քուրք-դրական կամ էլ ունենան ԱԹՏԲ:

207. Թոքային և ԱԹՏԲ-ի՝ բացառությամբ ՏԲ-ային մենինգիտի և ոսկրահոդային/ ողնաշարի/ ՏԲ-ի, 2 (HRZE)/ 4 (HR) բուժումը տևում է 6 ամիս, որից 2 ամիս ինտենսիվ փուլն է (4 հակատուբերկուլոզային դեղ), իսկ 4 ամիսը շարունակական (2 հակատուբերկուլոզային դեղ):

208. Ավշահանգույցների ՏԲ-ի բուժման սկզբից 3 ամսվա ընթացքում ադենոպաթիաները սովորաբար անհետանում են: Բուժման սկզբում հնարավոր են թարախակույտերի, խուղակների ձևավորում կամ այլ ավշահանգույցների ընդգրկում, որը չի կարող բուժման ընթացքը փոխելու պատճառ դառնալ: Նման պացիենտների բուժման մեջ ներառում են ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային դեղեր:

209. Տուբերկուլոզային մենինգիտ, ոսկրահոդային և ողնաշարի ՏԲ-ի (Փոթի հիվանդություն)՝ 2 (HRZE)/10 (HR):

210. Տուբերկուլոզային մենինգիտի բուժման տևողությունը 12 ամիս է: Չնայած 6-ամսյա բուժման հնարավոր բավարար արդյունքին՝ բուժումն ավելի երկար է տևում, քանի որ հակատուբերկուլոզային որոշ դեղերի ներթափանցումը կենտրոնական նյարդային համակարգ պարզ չէ: Խորհուրդ է տրվում նաև ՏԲ-ային մենինգիտով բոլոր պացիենտների բուժումը զուգակցել կորտիկոստերոիդներով:

211. Ոսկրահոդային և ողնաշարի ՏԲ-ի (Փոթի հիվանդություն) ժամանակ խորհուրդ է տրվում անցկացնել 12 ամիս տևողությամբ բուժում՝ 2(HRZE)/10 (HR)՝ հիմնականում բուժման արդյունավետությունը գնահատելու դժվարության պատճառով: Փոթի հիվանդությունը ՏԲ-ի բարդ ձև է, որի բուժումը պետք է առաջնային լինի, քանի որ ողնուղեղի մշտապես ճնշումը կարող է հանգեցնել նյարդաբանական բարդությունների: Նկատելի ձևախախտի և նյարդաբանական ախտանշանների բացակայության դեպքում ողնաշարային ՏԲ-ի դեպքերի մեծ մասը կարող է

բուժվել հանգստի, ողնաշարը անշարժեցնելու և հակատուբերկուլոզային դեղերի միջոցով: Նյարդաբանական ախտանշանների, հարողնաշարային կամ հոսող թարախակույտների, ինչպես նաև ապարդյուն բուժման դեպքերը ենթակա են վիրահատական միջամտության:

212. Կրկնակի են համարվում այն պացիենտները, ովքեր նախկինում մեկ կամ ավելի ամիս տևողությամբ ստացել են հակատուբերկուլոզային բուժում: Արդյունավետ բուժման ռեժիմի կիրառման նպատակով անհրաժեշտ է բացահայտել նման պացիենտների ԴԿ-ն, հատկապես ԲԴԿ-ն: ԲԴԿ ՏԲ-ի շտամների առկայության դեպքում առաջին շարքի հակատուբերկուլոզային դեղերով բուժման ռեժիմներն անարդյունավետ են, և նման ռեժիմների կիրառումը կարող է բերել ԲԴԿ ՏԲ-ի մահացության, հիվանդացության և դեղակայունության բարձրացման:

213. Բոլոր կրկնակի պացիենտների համար անհրաժեշտ է բացահայտել ԴԿ-ն նախքան բուժումն սկսելը կամ բուժումն սկսելուն պես: Գեն-էքսպերտ ՏՄԿ/ՌԻՖ-ը ԲԴԿ ՏԲ-ի դեպքերի հետազոտման համար համարվում է նախընտրելի, քանի որ այն զգայուն է, արդյունքներն էլ արագ են ստացվում:

214. Կրկնակի պացիենտների բուժման ռեժիմները, կրկնակի պացիենտների վարման ռազմավարություններն՝ ըստ ԴՋԹ-ի արդյունքների.

1) Գեն-էքսպերտ ՏՄԿ/ՌԻՖ հետազոտության արդյունքների առկայության դեպքում.

ա/ նման հետազոտության արդյունքում կրկնակի պացիենտների ՌԻՖամպիցին կայունության դեպքում նշանակվում է էմպիրիկ ԲԴԿ ՏԲ բուժում: Գեն-էքսպերտ ՏՄԿ/ՌԻՖ-ի նկատմամբ կայունություն չունեցող կրկնակի պացիենտներն անցնում են առաջին շարքի հակատուբերկուլոզային դեղերի ԴՋԹ և բուժվում առաջին շարքի կրկնակի ռեժիմով,

2) միայն պայմանական ԴՋԹ-ի արդյունքների առկայության դեպքում.

ա/ բուժումը ձախողված կամ ամենայն հավանականությամբ ԲԴԿ ՏԲ-ով (համարվում է սերտ կոնտակտ) պացիենտները, նախքան ԴՋԹ-ի արդյունքների պատասխանը ենթարկվում են էմպիրիկ բուժման,

բ/ ախտադարձ ունեցող կամ բուժման ընդհատումից հետո վերադարձած պացիենտները կարող են ստանալ կրկնակի բուժում առաջին շարքի հակատուբերկուլոզային դեղերով՝ ԴՋԹ-ի արդյունքներին սպասելու ընթացքում: ԴՋԹ-ի արդյունքներն ստանալուց հետո բուժման ռեժիմը ենթակա է վերանայման:

գ/ I-ին շարքի հակատուբերկուլոզային դեղերով կրկնակի բուժման ընթացքում (մինչ ԴՋԹ-ի արդյունքների պատասխանը) պացիենտի կլինիկական վիճակի չբարելավման կամ վատթարացման դեպքում անհրաժեշտ է անցնել էմպիրիկ ԲԴԿ բուժման ռեժիմի:

2) ԴՋԹ-ի արդյունքների բացակայության դեպքում.

ա/ կրկնակի պացիենտներին ԴՋԹ-ի արդյունքների բացակայության դեպքում որևէ ռազմավարություն չի առաջարկվում: Նման իրավիճակներում բուժման ձախողմամբ կամ ԲԴԿ

հիվանդ լինելու բարձր հավանականություն ունեցող պացիենտներին (սերտ կոնտակտ) խորհուրդ է տրվում բուժել բուժման էմպիրիկ սխեմայով,

բ/ ԲԴԿ հիվանդ լինելու ցածր կամ միջին ռիսկի պացիենտները (ախտադարձ կամ վերադարձ բուժման ընդհատումից հետո) բուժումը կարող են ստանալ հակատուբերկուլոզային առաջին շարքի դեղերով՝ կրկնակի ռեժիմով՝ 2 S(HRZE)/1 (HRZE)/5 (HR)E: Բուժման արդյունավետության բացակայության դեպքում անհրաժեշտ է անցնել ԲԴԿ էմպիրիկ բուժման: ԲԴԿ բուժման ռեժիմը պետք է պահպանվի բուժման ամբողջ ընթացքում:

215. ԴՋՏԲ-ի բուժման սխեմաները հատուկ կարգավիճակ ունեցող պացիենտների (հղիներ, նորածիններ, մայրեր-ծննդկաններ, ստնտու և հակաբեղմնավորիչներ ընդունող կանայք, երեխաներ) համար տարբերվում են ստանդարտ սխեմաներից:

216. Հղիներին ցուցված են հակատուբերկուլոզային առաջին շարքի ներքին օգտագործման բոլոր դեղերը:

217. Ստրեպտոմիցինը հակացուցված է, քանի որ ազդում է պտղի լսողության վրա:

218. Ռիֆամպիցինը կարող է ակտիվացնել վիտամին K-ի փոխանակությունը, ինչը կարող է արյան մակարդեղիության խանգարման պատճառ դառնալ, ուստի հղիության ընթացքում Ռիֆամպիցին ընդունած մորն ու նորածինն, որպես կանխարգելիչ միջոց, նշանակում են վիտամին K:

219. Սպասվող ծննդաբերությունից առաջ մորը նշանակում են Ֆիտոմենադիոն (վիտամին K) PO՝ օրական 10 մգ. 15 օր տևողությամբ:

220. Անկախ մոր ընդունած կանխարգելիչ միջոցներից՝ նորածնի հեմոռագիկ հիվանդությունը կանխելու նպատակով նշանակում են կանխարգելիչ IM վիտամին K:

221. Նորածնին ծնված օրը միանվագ ընդունելու համար նշանակում են Ֆիտոմենադիոն (վիտամին K) IM՝ 1 մգ:

222. Բոլոր հղի կանայք, Իզոնիազիդից առաջացող ծայրամասային ներոպաթիայի դեմ, հակատուբերկուլոզային դեղերի հետ համատեղ ստանում են օրական 10 մգ պիրիդոքսին PO:

223. Ստնտու կանայք մշտապես կանխարգելիչ բուժում են ստանում Իզոնիազիդից առաջացող ծայրամասային ներոպաթիայի դեմ՝ պիրիդոքսին PO՝ օրական 10 մգ՝ հակատուբերկուլոզային դեղերի հետ համատեղ: Մայրական կաթով սնվող երեխաները ստանում են պիրիդոքսին PO՝ օրական 5 մգ.:

224. Ռիֆամպիցինը փոխազդում է հակաբեղմնավորիչ դեղերի հետ և նվազեցնում վերջիններիս ազդեցությունը: Հակաբեղմնավորիչ միջոցներ ընդունող կանայք ամբողջ բուժման ընթացքում պետք է կա՛մ ընդունեն էստրոգենի բարձր դեղաչափ (50 μ g), կա՛մ մեթրոքսիպրոգեստերոն IM պարունակող հակաբեղմնավորիչ միջոցներ, կա՛մ օգտվեն պաշտպանիչ այլ միջոցներից (թաղանթ, պահպանակ, ներարգանդային պարույր և այլն):

225. ԴՁՏԲ-ով հիվանդ երեխաները բուժվում են 2 (HRZE)/4 (HR) ռեժիմով, բացառությամբ ՏԲ-ային մենինգիտի և ոսկրահոդային ՏԲ-ի, երբ բուժման սխեման պետք է լինի՝ 2 (HRZE)/10 (HR): (ուժեղ խորհուրդ, ապացուցողականության ցածր որակ)

226. ԴՁՏԲ-ով հիվանդ երեխաների բուժման համար մշտապես կիրառվում է էթամբուտոլը, որն անվնաս է՝ անկախ երեխայի տարիքից, մասնավորապես տեսողության վրա ազդելու առումով, եթե տրվում է ճիշտ դեղաչափով՝ 20 մգ/կգ/օրական:

227. Երեխաներին Ստրեպտոմիցին նշանակելուց անհրաժեշտ է խուսափել, քանի որ այն անվերադարձ վնասում է լսողական նյարդը, ուստի կրկնակի բուժման ռեժիմը երեխաների համար կիրառելի չէ: (ուժեղ խորհուրդ, ապացուցողականության չափավոր որակ)

228. ՏԲ-ով հիվանդ երեխաները հիմնականում թերսնված են, ուստի ծայրահեղ թերսնվածներն ստանում են կազդուրիչ (թերապևտիկ) սնուցում: Եթե երեխան ծայրաստիճան թերսնված չէ, ապա բուժման առաջին երկու ամիսների ընթացքում ստանում են լրացուցիչ սնունդ՝ ստանդարտ սննդի փաթեթի կամ պատրաստի ուտելիքի տեսքով:

229. ԴՁՏԲ-ով պացիենտներին ցուցված է նաև լրացուցիչ բուժում կորտիկոստերոիդ պատրաստուկներով, որոնք ցուցված են հետևյալ դեպքերում.

- 1) մենինգիտի բարդության բոլոր աստիճանները,
- 2) սրտապարկի էքսուդատիվ բորբոքում, դժվարաշնչությամբ ուղեկվցող էքսուդատիվ թոքամզաբորբ,
- 3) վերին շնչուղիների նեղացմամբ լարինգիտ, միզուղիների ՏԲ (դժվարամիզության կանխման նպատակով),
- 4) ծայրահեղ զգայունություն հակատուբերկուլոզային դեղերի նկատմամբ (արդյունավետությունն ապացուցված չէ),
- 5) հակառետրովիրուսային կամ ՏԲ-ի բուժման սկզբում կյանքին սպառնացող արտասովոր ռեակցիաներ (առնկալունակությունը վերականգնող բորբոքային համախտանիշ):

230. Վերը նշված վիճակների դեպքում, կախված ախտանշանների ծանրությունից և կլինիկական արձագանքից, առաջարկվում է 6-12 շաբաթ տևողությամբ Պրեդնիզոլոնով հետևյալ սխեմաներով.

- 1) երեխաներին՝ 2 մգ/կգ առավոտյան մեկ անգամ և մինչև 4 մգ/կգ, իսկ ծանր դեպքերում՝ առավելագույն դեղաչափը՝ 6.0 մգ/կգ, օրական մեկ անգամ,
- 2) մեծահասակներին՝ 4.0-ից 60 մգ/կգ առավոտյան մեկ անգամ:

231. Վերջին 2 շաբաթվա ընթացքում դեղաչափին աստիճանաբար նվազեցվում է՝ մեծահասակների համար 2-3 օրում դեղաչափը նվազեցվում է 5-10 մգ-ով: Կորտիկոստերոիդների կտրուկ դադարեցումը կարող է հանգեցնել մակերիկամային սուր անբավարարության:

232. Հակատուբերկուլոզային առաջին շարքի դեղերով բուժվող պացիենտները հսկողության տակ գտնվում են բուժման ողջ ընթացքում: Հսկողությունը բուժման ընթացքի գնահատումն է, անհրաժեշտության դեպքում՝ բուժման ռեժիմի փոփոխությունը, կողմնակի ազդեցությունների և բուժման ռեժիմի հետևողականության հետ կապված խնդիրների բացահայտումն ու կառավարումը:

233. Բժշկի կողմից զննումների հաճախականությունը կախված է պացիենտի կլինիկական վիճակից և հիվանդության բուժման ընթացքից: Որևէ առանձնահատուկ խնդիր չունեցող, ամբուլատոր փուլում բուժվող պացիենտի դիտարկումը կատարվում է բուժման առաջին ամսվա ընթացքում շաբաթական մեկ անգամ, երկրորդ ամսվա ընթացքում՝ երկու շաբաթը մեկ անգամ և հաջորդիվ՝ ամիսը մեկ անգամ:

234. Դեղաչափերի համապատասխանեցման համար յուրաքանչյուր այցի ժամանակ որոշվում է պացիենտի Մ/Զ-ը:

235. Յուրաքանչյուր այցի ժամանակ բժիշկը տեղեկացվում է դեղերի կողմնակի ազդեցությունների մասին:

236. Այցերի և մանրէաբանական հետազոտությունների ժամանակաշրջանները պետք է համընկնի:

237. ԱԹՏԲ-ի բուժման արդյունավետությունը գնահատվում է կլինիկական փոփոխության զարգացման հիման վրա: ԱԹՏԲ-ի վերահսկման համար շատ է կարևորվում ախտանշաններին և Մ/Զ-ի ավելացմանը հետևելը:

238. ԱԹՏԲ-ի ժամանակ քսուքի մանրադիտում կատարվում է միայն ԹՏԲ-ի ախտանիշների զարգանալու դեպքում:

239. ԹՏԲ-ով պացիենտների խորխի հետազոտություն կատարվում է.

1) մանրադիտում՝ ինտենսիվ փուլի ավարտին.

ա) ԹՏԲ-ով բոլոր պացիենտները (քսուք-դրական և քսուք-բացասական) ենթարկվում են խորխի մանրադիտման 2-րդ ամսվա վերջում (առաջնակի պացիենտներ) կամ 3-րդ ամսվա վերջում (կրկնակի պացիենտներ):

240. Քսուք-բասացական պացիենտներն անցնում են բուժման շարունակական փուլ:

241. Քսուք-դրական դեպքերը.

Բուժման սկզբում Գեն-էքսպերտ կա	Ռիֆամպիցինի հանդեպ կայունության որոշում. Գեն-էքսպերտ ՏՄԿ/Ռիֆ զգայուն 1-ին շարքի հակատուբերկուլոզային դեղերով մեկ ամիս տևողությամբ ինտենսիվ փուլով բուժումը շարունակել, որից հետո կրկնել խորխի մանրադիտումը և ցանքը: Գեն-էքսպերտ ՏՄԿ/Ռիֆ + էմպիրիկ ԲԴԿ բուժում, ցանքի և ԴԶԹ-ի
---------------------------------------	---

հետազոտություններ և համապատասխանաբար՝ բուժման ռեժիմների փոփոխում:	
Գեն-էքսպերտ չկա	Ի սկզբանե քսուք-դրական պացիենտներ. Շարունակական փուլով բուժում՝ մեկ ամիս հետո կրկնելով խորխի մանրադիտումը: Պացիենտների մեծ մասի խորխը մեկ ամիս հետո դառնում է բացասական (բուժման սկզբում մեծ քանակությամբ ՏՄԲ ունեցող պացիենտների խորխում ինտենսիվ փուլի ավարտին խորխի մեջ դեռ կարող են հայտնաբերվել «մեռած» միկոբակտերիաներ, բայց մեկ ամիս հետո դրանց լինելու հավանականությունը քիչ է): Եթե առաջնակի պացիենտների քսուքը 3-րդ, իսկ կրկնակի պացիենտներինը՝ 4-րդ ամսում դրական է, ապա կատարվում է ցանք և ԴՋԹ-ի հետազոտություններ: Կլինիկական վիճակի վատթարացման դեպքում, նախքան ԴՋԹ-ի արդյունքները, անցնում են էմպիրիկ ԲԴԿ բուժման: Եթե ԴՋԹ-ի արդյունքում արձանագրվում է ԲԴԿ ՏԲ, ապա բուժումը համապատասխանորեն ենթարկվում է փոփոխման: Ի սկզբանե քսուք-բացասական պացիենտներ. Բուժման ձախողման կասկածների դեպքում կատարվում է ցանքի և ԴՋԹ-ի հետազոտություն: Վիճակի կլինիկական վատթարացման ժամանակ նախքան ԴՋԹ-ի արդյունքները, անհրաժեշտ է անցնել էմպիրիկ ԲԴԿ բուժման: Եթե ԴՋԹ-ի արդյունքում արձանագրվում է ԲԴԿ ՏԲ, ապա բուժումը է համապատասխանորեն ենթարկվում է փոփոխման:

242. Խորխի մանրադիտում շարունակական փուլի կեսերին.

- 1) 4-րդ ամսվա վերջում (կրկնակի պացիենտների դեպքում՝ 5-րդ ամսվա վերջում) քսուք-բացասական արդյունք ստանալիս բուժումը շարունակվում է մինչև վերջ,
- 2) 4-րդ ամսվա վերջում (կրկնակի պացիենտների դեպքում՝ 5-րդ ամսվա վերջում) քսուք-դրական արդյունքը վկայում է բուժման ձախողման մասին:

Միայն մանրադիտմամբ ձախողման ելք որոշելիս պետք է զգուշություն ցուցաբերել: Քսուք-դրական արդյունք կարող է պահպանվել նաև «մեռած» հարուցիչների առկայությամբ, մանավանդ ի սկզբանե առատ մանրէազատման պարագայում:

243. Բուժման ձախողումը միշտ ենթակա է հաստատման՝

- 1) արագ ցանքի հետազոտությամբ,
- 2) պացիենտի կլինիկական վիճակի գնահատմամբ (ցանքի հետազոտության անհնարինության պայմաններում կլինիկական գնահատումը բավական է):

244. Ցանք-բացասական և բարվոք կլինիկական վիճակի դեպքում, 4-րդ կամ 5-րդ ամսվա վերջում քսուք-դրական արդյունքը դեռևս չի համարվում բուժման ծախսողում: Նման իրավիճակներում պացիենտին պետք է հսկողության տակ պահել՝ երկու շաբաթը մեկ անգամյա զննությամբ, քսուքի և ցանքի հետազոտությամբ՝ մինչև պացիենտի վերջնական ապաքինումը՝ շարունակելով բուժումը:

245. Բուժման հսկողության նպատակով չի կիրառվում Գեն-Էքսպերտ SU4/Ռիֆ (կամ այլ մոլեկուլային մեթոդ) հետազոտությունը, դրան դիմում են միայն ապացուցելու համար, որ ընթացիկ հսկողության ժամանակ խորխի դրական քսուքն ունեցել է կայունություն Ռիֆամպիցինի նկատմամբ, ինչը, հավանաբար, ներկա անարդյունավետ բուժման պատճառն է:

246. Խորխի հետազոտությունը բուժման ավարտին՝ մանրադիտում 6-րդ (առաջնակի պացիենտներ) և 8-րդ ամիսների վերջում (կրկնակի պացիենտներ) թույլ է տալիս որոշել բուժման վերջնական ելքը:

247. Խորհրդատվություններ հիվանդության մասին և հետևողականության վերաբերյալ կատարվում է բուժող բժշկի կողմից: Պացիենտին ախտորոշող և բուժող բժիշկը տեղեկացնում է պացիենտին հիվանդության ընթացքի և բուժման մասին:

248. Խորհրդատվություններն իրականացվում են.

- բուժման սկզբին (2 զրույց)՝ տեղակատվության փոխանցման նպատակով (մեկ հանդիպումը՝ պացիենտին տեղեկացնելու համար, մյուսը՝ համոզվելու, որ տեղեկատվությունն ընկալվել է պացիենտի կողմից),
- ինտենսիվ փուլի ավարտին, երբ ներկայացվում են բուժման փոփոխությունները, որին հաջորդում է բուժման հաջորդ փուլին անցնելը,
- բուժման ընթացքում բոլոր խորհրդատվությունների ժամանակ անցկացվում են զրույցներ՝ պացիենտների հետևողականությունը գնահատելու և խրախուսելու համար:

249. Պացիենտների մեծ խմբաքանակի դեպքում բուժման հետևողականությանն ուղղված հանդիպումները կարող են իրականացվել հատուկ վերապատրաստված անձնակազմի օգնությամբ:

250. Առաջին շաբթի հակատուբերկուլոզային դեղերով բուժում ստացող առաջնակի պացիենտների ընթացիկ հսկողությունների ժամանակացույց(գրաֆիկ)

Ամիս	0	1	2	3	4	5	6
Զննում բժշկի կողմից ^w	* * *	* *	*	*	*	*	*
Մանրէաբանական հսկողություն	*		*	*	*բ,գ,դ		*
Հետևողականություն	* * *	* *	*	*	*	*	

^ա Պացիենտի կլինիկական վիճակի վատթարացման կամ չբարելավման դեպքում կայունության որոշման համար կատարվում է ԴՋԹ-ի փորձ կամ մոլեկուլային հետազոտություն:

^բ 4-րդ ամսվա վերջում (կրկնակի պացիենտների դեպքում՝ 5-րդ ամսվա վերջում) քսուք-բացասական արդյունք ստանալիս բուժումը շարունակվում է մինչև վերջ,

^գ Բուժման 2-րդ ամսից հետո մանրէաբանական հետազոտություն՝ ցանք իրականացվում է, երբ ի սկզբանե պացիենտը մանրէազատող չի եղել, 2-րդ ամսում եղել է քսուք-բացասական, և կլինիկական վիճակը չի բարելավվել:

^դ ԱԹՏԲ-ի դեպքում մանրէաբանական հսկողության անհրաժեշտություն չկա, եթե թոքային ձև չի կասկածվում:

Առաջին շարքի հակատուբերկուլոզային դեղերով ութ ամիս տևողությամբ բուժում ստացող կրկնակի պացիենտների ընթացիկ հսկողությունների ժամանակացույց (գրաֆիկ)

Ամիս	0	1	2	3	4	5	6
Բժշկի այցեր ^ա	* * *	* *	*	*	*	*	*
Մանրէաբանական հսկողություն	*			*բ,	*գ	*դ	*
Հետևողականություն	* * *	* *	*	*	*	*	*

^ա Բուժման ընթացքում պացիենտի կլինիկական վիճակի վատթարացման կամ չբարելավման դեպքում, կայունությունը որոշելու նպատակով, կատարվում է ԴՋԹ-ի փորձ կամ մոլեկուլային հետազոտություն:

^բ Բուժման 3-րդ ամսում քսուք դրական արդյունքի դեպքում կատարվում է ԴՋԹ-ի փորձ կամ մոլեկուլային հետազոտություն:

^գ 5-րդ ամսում կամ ավելի ուշ քսուք-դրական կամ ցանք-դրական պացիենտները գնահատվում են որպես «բուժման ձախողում», վերագրանցվում են, և բուժումը փոխվում է:

^դ ԱԹՏԲ-ի դեպքում մանրէաբանական հսկողության անհրաժեշտություն չկա, եթե թոքային ձև չի կասկածվում:

251. ՏԲ-ի բուժման ժամանակ դեղերի կողմնակի ազդեցությունների արագ և ակտիվ կառավարումը կարևոր միջոց է դեղերի տանելիությունը բարձրացնելու համար: Թույլ կողմնակի ազդեցությունների դեպքում դեղերի ընդունումը դադարեցվում է, հիվանդին քաջալերում են, ապա նորից սկսում դադարեցված բուժումը: Ուժեղ կողմնակի ազդեցությունների դեպքում բուժումը դադարեցվում է և շարունակվում է փոփոխված ռեժիմով:

Աղյուսակ 8.

Հիմնական կողմնակի ազդեցությունները (ԿԱ) և այն առաջացնող հիմնական դեղերը

Կողմնակի ազդեցություններ	Հնարավոր կողմնակի ազդեցություններ առաջացնող դեղ(եր)	Կառավարում
Թույլ		
Սրտխառնոց, փսխում	R, H, Z	Տես Հավելված 8
Հոդացավ	Z	Տես Հավելված 8
Ծայրամասային նեյրոպաթիա	H	
Նարնջագույն/կարմիր մեզ, արտասուք և այլն	R	Նախքան բուժում սկսելը պացիենտներին պետք է ասել, որ դա շեղում չէ
Ուժեղ		
Մաշկի ցան	S,E,Z,R,H	
Ազդեղություն լսողության վրա	S	Տես Հավելված 8
Թունավոր ազդեցություն հավասարակշռության համակարգի վրա	S	Տես Հավելված 8
Նեֆրոտոքսիկություն	S	Տես Հավելված 8
Հեպատիտ	Z,H,R	
Տեսողական նյարդի ախտահարում	E	Տես Հավելված 8
Թրոմբոտիկ միկրոանգիոպաթիա	R	Տես Հավելված 8

252. Միայն կլինիկական հիմքերի (օրինակ՝ լյարդի կամ երիկամների հիվանդության պատմության և այլն) դեպքում է իրականացվում հսկողություն երիկամների, լյարդի գործառույթի նկատմամբ (արյան հետազոտություններ):

253. Մաշկային կամ համընդհանուր գերզգայունություն սովորաբար առաջանում է բուժման վաղ շրջանում, ավելի հաճախ՝ առաջին ամսվա, հազվադեպ՝ առաջին շաբաթվա ընթացքում: Ամենայն հավանականությամբ դա առաջանում է Ստրեպտոմիցինից, թեև այլ դեղերից էլ կարող է առաջանալ: Նման դեպքերում պետք է հաշվի առնել նաև մաշկի ցանի այլ պատճառները (օրինակ՝ քոսը):

254. Գերզգայունությունը դրսևորվում է քորի և մաշկի ցանի տեսքով: Հնարավոր հիմնական ախտանիշներն են՝ բարձր ջերմությունը, գլխապտույտը, փսխումը և գլխացավը:

255. Շատ հազվադեպ կարող է առաջանալ ծանր, նույնիսկ մահացու էքսֆոլիատիվ մաշկաբորբ՝ Ստիվենս-Ջոնսոնի համախտանիշ, հատկապես, երբ հիվանդը դեղերի ընդունումը շարունակում է նաև գերզգայնության նշանների պայմաններում:

Նկատարում՝ Ստիվենս-Ջոնսոնի համախտանիշը իմունաբանական մեխանիզմներով ընթացող հիվանդություն է՝ առավել հաճախ դեղերի կամ վարակների հանդեպ գերզգայնության հետևանքով: Այս համախտանիշի օրինականացված սահմանում կամ դասակարգում դեռևս չկա, և հստակ հայտնի չեն իմունաբանական մեխանիզմները:

256. Միայն քորով դրսևորված կողմնակի ազդեցության դեպքում, առանց բուժման ընդհատման կամ փոփոխման, անցկացվում է ախտանշական բուժում՝ հակահիստամինային պատրաստուկներով և այլն:

257. Քորով կամ առանց քորի ընթացող մաշկի ցանի դեպքում՝

- 1) Նախքան ախտանշանների անհետանալը դադարեցվում է հակատուբերկուլոզային բուժումը, նշանակվում է ախտանշական բուժման, արգելվում է կորտիկոստերոիդների (բացառությամբ հրատապ դեպքերի) կիրառումը:
- 2) Բուժման վերսկսման նպատակով հնարավորինս արագ բացահայտվում է կողմնակի ազդեցություն առաջացնող դեղը, այնուհետև փորձարկման են ենթարկվում օգտագործվող դեղերի դեղաչափերը՝ առաջնահերթ օգտագործելով քիչ հավանականությամբ նման կողմնակի ազդեցություններ առաջացնողները: Նշանակվում է Իզոնիազիդ՝ երեք օր և ավել, ապա ավելացվում է Ռիֆամպիցին՝ 3 օր և ավել և այլն:
- 3) Կրկնակի ռեժիմով (ներառյալ ստրեպտոմիցինը) բուժվող պացիենտներին Իզոնիազիդի, Ռիֆամպիցինի, պիրազինամիդի և էթամբուտոլի փորձարկման պայմաններում ցանի բացակայության դեպքում ստրեպտոմիցինը դադարեցվում է առանց փորձարկման:

Աղյուսակ 9.

Հակատուբերկուլոզային առաջին շարքի ներքին օգտագործման դեղերի և ստրեպտոմիցինի փորձարկում (համաձայն ԱՀԿ-ի):

Դեղ	Հավանականություն	Փորձարկման դեղաչափ		Սկսած ընդունման 3-րդ օրից
		Օր 1	Օր 2	
H	Քիչ հավանական	50 մգ	Ամբողջ դեղաչափով	Ամբողջ դեղաչափով
R		75 մգ	300 մգ	Ամբողջ դեղաչափով
Z		250 մգ	1000 մգ	Ամբողջ դեղաչափով
E		100 մգ	500 մգ	Ամբողջ դեղաչափով
S	Առավել հավանական	125 մգ	500 մգ	Ամբողջ դեղաչափով

Նկատարում. եթե սկզբնական ռեակցիան ուժեղ է, պետք է ավելի թույլ փորձնական դեղաչափեր կիրառել (առաջին օրվա համար ցուցված դեղաչափի մոտավորապես 1/10-րդը):

258. Բոլոր հակատուբերկուլոզային դեղերը լյարդի վրա թողնում են թունավոր ազդեցություն: Ըստ թողած թունավոր ազդեցության՝ առաջին տեղում է պիրազինամիդը, ապա՝ Իզոնիազիդը (ավելի քիչ ազդեցությամբ): Որոշ համադրություններ, ինչպիսիք են Ռիֆամպիցին-պիրազինամիդը, ուժգնացնում են յուրաքանչյուր դեղի թունավոր ազդեցության ~~հավանականությունը~~ 259. Կիրառվում և չորսումով դա նման է վիրուսային հեպատիտի (ախորժակի բացակայություն,

սրտխառնոց, փսխում, դեղնություն և այլն):

260. Լյարդի գործունեության արդյունավետությունը գնահատելու նպատակով կատարվում են մի շարք լաբորատոր հետազոտություններ՝ դեղի թունավորության աստիճանի որոշում և լյարդի գործունեության թեստերի հսկողություն: Լյարդային թունավորման դեպքում ալանին ասպարտատ տրանսֆերազա (AST) և ալանին ամինոտրանսֆերազա (ALT) խմորիչների մակարդակը շիճուկում բարձրանում է: AST-ի կամ ALT-ի կամ շիճուկային բիլիռուբինի մակարդակի վերին սահմանից եռակի բարձրացումը և ախտանշանների առկայությունը, ինչպես նաև AST-ի կամ ALT-ի կամ շիճուկային բիլիռուբինի մակարդակի վերին սահմանից հինգ անգամ բարձացումը, մինչև իսկ առանց կլինիկական ախտանշանների, համարվում է բարձր աստիճանի թունավորում: Նորմայից հինգ անգամ բարձր AST-ն կամ ALT-ն կամ շիճուկային բիլիռուբինը համարվում է թեթև թունավորում, նորմայից՝ 5-10 անգամ բարձրը՝ միջին թունավորում, իսկ 10-ից ավելի բարձրը՝ ուժեղ թունավորում:

261. Վերը նշված ախտանշանների առաջացման, ինչպես նաև լյարդի խմորիչների(էնզիմներ) քանակի՝ նորմայից միջին կամ ավելի շատ բարձրացման դեպքում հակատուբերկուլոզային բոլոր դեղերի ընդունումը դադարեցվում է՝ մինչև ախտանշանների անհետանալը: Նույն դեղերով բուժումը վերսկսելիս շատ հիվանդներ կարող են բավարար զգալ: Նախնական կամ այլ ռեժիմով բուժումն անհրաժեշտ է հնարավորինս վաղ վերսկսել:

262. Եթե հիվանդի կլինիկական վիճակը թույլ չի տալիս ընդհատել ՏԲ-ի բուժումը, ապա ամենաքիչ թունավոր դեղերը (ստրեպտոմիցինը և էթամբուտոլը) կարելի է օգտատրծել՝ մինչև լյարդի կլինիկական վիճակի կարգավորվելը:

263. Ախտանշանների կրկին ի հայտ գալիս դեղերը պետք է ընդունել առանձին-առանձին, իսկ ախտանշանների նորից ի հայտ գալու կամ լյարդի հետազոտության ցուցանիշների՝ նորմային չհամապատասխանելու դեպքում վերջին դեղի ընդունումը դադարեցվում է: Որոշ հեղինակներ առաջարկում են սկսել Ռիֆամպիցինից (և էթամբուտոլից) և 3-7 օր հետո վերսկսել Իզոնիազիդը: Եթե Ռիֆամպիցինի, էթամբուտոլի և Իզոնիազիդի ընդունման վերսկսումն ընթանում է առանց կենսաքիմիական շեղումների, ապա պիրազինամիդի ընդունման վերսկսումը արգելվում է, քանի որ, ամենայն հավանականությամբ, հենց ա՛յդ դեղով էլ պայմանավորված է կողմնակի ազդեցությունը:

264. Այլընտրանքային ռեժիմի ընտրությունը կախված է լյարդի թունավորում առաջացնող դեղից: Այդ ռեժիմները, բացառությամբ առաջին և երկրորդ ենթակետերի, նման են տվյալ դեղերի կայունության դեպքում առաջարկվող ռեժիմներին.

- Պիրազինամիդի դեպքում՝ 2 S(HR)/7 (HR) կամ 2 (HR)E/7 (HR),
- Իզոնիազիդի դեպքում՝ 9 RZE,
- Ռիֆամպիցինի դեպքում՝ 3 S-Lfx-HZE/12 Lfx-HZE կամ 3 Km-Lfx-HZE/12 Lfx-HZE,
- Պիրազինամիդի և Ռիֆամպիցինի դեպքում՝ 3 S-Lfx-HE/12 Lfx-HE կամ 3 Km-Lfx-HE/12Lfx-HE,
- Ռիֆամպիցինի և Իզոնիազիդի դեպքում (ինչը հազվադեպ է) նշանակվում է ԲԴԿ բուժման ռեժիմ:

265. Իզոնիազիդից առաջացած ծայրամասային նեյրոպաթիան ենթադրում է կետնրոնական նյարդային համակարգից դուրս տեղակայված նյարդերի վրա ազդեցություն, որը սովորաբար դիտվում է հղիների, ստնտու կանանց, ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների, ոգելից ըմպելիքը չարաշահողների շրջանում, թերսնման, շաքարատի, լյարդի քրոնիկական հիվանդության և երիկամների գործառույթի վատթարացման դեպքում: Նման հիվանդները, հակատուբերկուլոզային դեղերի հետ մեկտեղ, ստանում են նաև կանխարգելիչ բուժում պիրիդոքսինով, երեխաներին՝ 5-10մգ/օրական, մեծահասակներին՝ 10 մգ/օրական դեղաչափով:

Որոշ հեղինակներ առաջարկում են 25 մգ/օրական, բայց կան փաստեր, որ նման դեղաչափը կարող է ճնշել Իզոնիազիդի հակաբիոտիկային ազդեցությունը: 25մգ հաբերն անհրաժեշտ է ընդունել շաբաթական 3 անգամ կամ հաբը կիսել:

266. Ծայրամասային նեյրոպաթիայի զարգացման ժամանակ անհրաժեշտ է ընդունել պիրիդոքսին հետևյալ չափաբաժիններով.

- 12 տարեկանից ցածր երեխաների համար՝ 10- 20 մգ, օրական 2 անգամ,
- 12 տարեկանից բարձր երեխաների համար՝ 30- 50 մգ, օրական 2 անգամ,
- մեծահասակների համար՝ օրական 100-ից 200 մգ:

267. Բուժման ընդհատումով առաջնակի պացիենտների հետագա վարումը կախված է.

- հիվանդի նախնական մանրէաբանական հետազոտության արդյունքից,
- կրկնակի բուժման սկզբից,
- նախորդ բուժման տևողությունից,
- ակտիվ SF-ի տեսակից և դեղակայունությունից:

268. Բուժման ընդհատումները կարող են տարբեր պատճառներ ունենալ: Բուժումն ընդհատած հիվանդները կրկին վերսկսում են բուժումը մինչև վերջինիս ավարտը: Բուժման վերսկսման գործընթացը մի շարք գործողություններ պահանջող (հիվանդի պատմության կլինիկական մանրակրկիտ ուսումնասիրություն, թոքանկար, մանրէաբանական հետազոտություններ և այլն), բավականին բարդ գործառույթ է: Շատ կարևոր է նաև նախկինում իրականացված լաբորատոր և գործիքային հետազոտությունների համեմատական համադրումը:

269. Բուժումը վերսկսած հիվանդները վտանգված են բուժումը կրկնակի ընդհատելու տեսանկյունից և քանի որ կրկնակի բուժման ռեժիմը հաճախ ապաքինման վերջին հնարավորությունն է, ապա հիվանդի հետևողականությունը պահպանելու համար պետք է հաշվի առնել հարմարեցված ռազմավարությունները:

Աղյուսակ 10.

Բուժումն ընդհատած առաջին շարքի ռեժիմներով բուժվող առաջնակի պացիենտների վարում

Բուժման տևողություն	Ընդհատման տևողություն	Խորիսի արդյունքները վերադառնալու պահին	Բուժման ելք	Դասակարգումը վերադառնալու պահին	Բուժման գործողություններ և գրանցում
<1 ամիս	< 2 շաբաթ	Կարիք չկա	-	-	Շարունակել բուժումը ընդհատման պահից

1-ից ամիս	2	2-7 շաբաթ	Կարիք չկա	-	-	Բուժման վերսկսում
		≥ 8 շաբաթ	Քսուք + Քսուք -	Բուժումն ընդհատած	Առաջնակի	Բուժման վերսկսում, ԴՋԹ-ի իրականացում ^բ
		< 2 շաբաթ	Կարիք չկա	-	-	Շարունակել բուժում ընդհատման պահից
		2-7 շաբաթ	Քսուք + Քսուք -	- -	- -	-Բուժման վերսկսում, ԴՋԹ-ի իրականացում ^բ -Շարունակել բուժումն ընդհատման պահից
	≥ 2 ամիս	≥ 8 շաբաթ	Քսուք + Քսուք -	Բուժումն ընդհատած	ԲԸՀ ^ա ԲԸՀ ^ա	Բուժման վերսկսում, ԴՋԹ-ի իրականացում ^բ , հիվանդին նոր կողի տրամադրում
		< 2 շաբաթ	Կարիք չկա	-	-	Շարունակել բուժումն ընդհատման պահից
		2-ից 7 շաբաթ	Քսուք + Քսուք -	Նախորդ գրանցման կասեցում -	Այլ -	Բուժման վերսկսում, ԴՋԹ-ի իրականացում ^բ , գրանցում որպես “Այլ” Շարունակել բուժում ընդհատման պահից

	≥ 8 շաբաթ ^ա	Քսուք + Քսուք -	Բուժումն ընդհատած	ԲԸՀ ^ա ԲԸՀ ^ա	Բուժման վերսկսում, ԴՋԹ-ի իրականացում ^բ , հիվանդին նոր կողի տրամադրում
--	------------------------	--------------------	----------------------	--------------------------------------	--

^ա Բուժման ընդհատումից հետո

^բ Գեն-Էքսպերտ ՏՄԿ/ՌԻՖ կամ պայմանական ԴՋԹ,

^գ Հիվանդներ, ովքեր >4 ամիս կամ ավել ստացել են կանոնավոր բուժում, վերադարձել են, քսուք-բացասական են, կլինիկորեն լավ վիճակում են: Բուժումը վերսկսելու որոշումը իրականացվում է դեպք առ դեպք:

Աղյուսակ 10.1.

Բուժումն ընդհատած առաջին շաբթի ռեժիմներով բուժվող կրկնակի պացիենտների վարում

Բուժման տևողություն	Ընդհատման տևողություն	Խորիսի արդյունքները վերադառնալու պահին	Բուժման ելք	Դասակարգումը վերադառնալու պահին	Բուժման գործողություններ և գրանցում
<1 ամիս	< 2 շաբաթ	Կարիք չկա	-	-	Շարունակել կրկնակի բուժումը ընդհատման պահից
	2-7 շաբաթ	Կարիք չկա	-	-	Կրկնակի բուժման վերսկսում
	≥ 8 շաբաթ	Քսուք + Քսուք -	Բուժումն ընդհատած Բուժումն ընդհատած	Նույնը ինչպես նախորդ գրանցումը	Կրկնակի բուժման վերսկսում, հիվանդին նոր կողի տրամադրում
<1 ամիս	< 2 շաբաթ	Կարիք չկա	-	-	Շարունակել կրկնակի բուժումը ընդհատման պահից
	2-ից 7 շաբաթ	Քսուք + Քսուք -	- -	- -	-Բուժման վերսկսում, ԴՋԹ-ի իրականացում ^բ -Շարունակել բուժում ընդհատման պահից, ԴՋԹ-ի իրականացում ^բ
	≥ 8 շաբաթ	Քսուք +	Բուժումն ընդհատած	ԲԸՀ ^ա ԲԸՀ ^ա	Կրկնակի բուժման վերսկսում, հիվանդին

		Քսուք -	Բուժումն ընդհատած		նոր կողի տրամադրում ԴՋԹ-ի իրականացում ^բ ,
--	--	---------	-------------------	--	--

^ա Բուժում ընդհատումից հետո

^բ Պայմանական ԴՋԹ և Գեն-էքսպերտ SUԿ/ՌԻՖ

Բազմադեղակայուն տուբերկուլոզի բուժումը

270. ԲԴԿՏԲ-ի բուժման ռեժիմների նախատեսումը կատարվում է հետևյալ հիմնական սկզբունքներով.

1) **ինտենսիվ փուլում այն ներառում է երկրորդ շարքի առնվազն չորս հիմնական, հավանականորեն արդյունավետ հակատուբերկուլոզային դեղ՝ ներառյալ ներարկման դեղը և գումարած պիրազինամիդը (Z) (պայմանական խորհուրդ, ապացուցողականության շարքածր որակ):**

2) որևէ դեղի արդյունավետության մասին տվյալների բացակայության դեպքում այն կարելի է ընդգրկել ռեժիմում, սակայն վերջինս չպետք է համարել երկրորդ շարքի չորս հիմնական հակատուբերկուլոզային դեղերից մեկը:

271. Հակատուբերկուլոզային դեղը համարվում է «հավանականորեն արդյունավետ», եթե.

- այն չի օգտագործվել տվյալ հիվանդի համար ձախողված բուժման ռեժիմում,
- շտամերի ԴՋԹ արդյունքների համաձայն շտամը զգայուն է: Վստահելի է համարվում միայն Իզոնիազիդի (H), Ռիֆամպիցինի (R), 2-րդ և 3-րդ շարքի դեղերի ԴՋԹ-ն,
- բարձր խաչաձև կայունությամբ դեղերի նկատմամբ կայունությունը բացակայում է,
- հիվանդը սերտ շփման մեջ չի եղել տվյալ դեղի հանդեպ կայուն շտամով հիվանդի հետ,

272. Նշված չորս սկզբունքների հավաստիությունը միշտ չէ, որ հնարավոր է որոշել, ուստի հաճախ անհրաժեշտ է լինում կլինիկորեն որոշել տվյալ դեղի «հավանականորեն արդյունավետ» լինելը:

273. ԲԴԿ ՏԲ-ի ռեժիմները մշակելիս որպես խանգարող հանգամանք կարող է լինել ԴՋԹ-ի համար նախատեսված անհրաժեշտ ժամանակը (հիվանդը կարող է արդեն մի քանի ամիս լինել բուժման մեջ՝ նախքան լաբորատորիայից ԴՋԹ-ի արդյունքների ստանալը): Անհրաժեշտ է հաշվի առնել այդ ժամանակահատվածի ընթացքում հնարավոր կայունության զարգացումը: Եթե ԴՋԹ-ի համար նմուշառումից հետո կայունություն զարգանալու հավանականությունը մեծ է, ապա տվյալ դեղը չպետք է համարվի հիմնական ռեժիմի երկրորդ շարքի հակատուբերկուլոզային չորս դեղ մեկը, սակայն վերջինս կարող է օգտագործվել որպես օժանդակ դեղ:

274. ԲԴԿ ՏԲ-ի ամենաարդյունավետ ռեժիմներն առնվազն ընդգրկում են մեկ Ֆտորքինոլոն (ուժեղ խորհուրդ, ապացուցողականության շարքի ցածր որակ)՝ նախընտրելի է վերջին սերնդի, մեկ ներարկման դեղ, Էթիոնամիդ (կամ Պրոթիոնամիդ), Ցիկլոսերին կամ Պարաամինոսալիցիլաթթու և Պիրազինամիդ (պայմանական խորհուրդ, ապացուցողականության շարքի ցածր որակ):

275. Լինում են դեպքեր, երբ նշանակում են հինգից ավելի դեղ, երբ զգայունության տվյալները բացակայում են կամ դեղի արդյունավետությունը կասկածելի է:

276. Դեղի օգտագործման հակացուցումների (դեղերի փոխազդեցություն, նախկինում ալերգիա, հղիություն) դեպքում արգելվում է դրա կիրառումը:

277. Բուժման ողջ ընթացքում դեղերի բոլոր դեղաչափերը տրվում են ՈՒՎԲ (DOT) միջոցով: Բուժման քարտի վրա նշվում է յուրաքանչյուր վերահսկված դեղաչափ: ՈՒՎԲ կարելի է իրականացնել բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունում կամ տանը:

278. Բուժումը տրամադրվում է շաբաթական վեց օր: Շաբաթական վեցօրյա բուժումը նախընտրելի է ԱԱՊԿ-ում բուժում ստացող պացիենտների համար, երբ ՈՒՎԲ-ն ամեն օր իրականացնել անհնար է:

279. Ստորև ներկայացվում է հակատուբերկուլոզային դեղերի ընտրությունը ԲԴԿ ռեժիմների համար.

1) խումբ 1 (առաջին շարքի դեղահաբեր)

- Պիրազինամիդն ավելացվում է ԲԴԿ ՏԲ ռեժիմին, եթե ԴՋԹ-ի արդյունքում դրա նկատմամբ արձանագրվել է զգայունություն, կամ եթե ԴՋԹ-ի վերաբերյալ տվյալները բացակայում են: Բավարար տանելիության դեպքում այն օգտագործվում է բուժման ողջ ընթացքում: Հիվանդի բավարար ինքնազգացողության և թոքային սահմանափակ ախտահարման դեպքում դեղը կարելի դադարեցնել ներարկման դեղի հետ միաժամանակ և շարունակել բուժումը առնվազն երեք՝ հավանականորեն արդյունավետ դեղով:

3) Էթամբուտոլը սովորաբար չի ընդգրկվում ԲԴԿ ՏԲ ռեժիմում, սակայն այն կարելի է ավելացնել, եթե այն համապատասխանում է հավանական արդյունավետության չափանիշներին (պայմանական խորհուրդ, ապացուցողականության շարքի ցածր որակ):

4) այն դեպքերում, երբ հիվանդի շտամները կայուն են Իզոնիազիդի ցածր դեղաչափերի, բայց զգայուն՝ բարձր դեղաչափերի նկատմամբ, ապա Իզոնիազիդի բարձր դեղաչափերի օգտագործումը կարող է արդյունավետ լինել (տես Խումբ 5) (պայմանական խորհուրդ, ապացուցողականության շարքի ցածր որակ):

- Ռիֆամպիցինի շարքի դեղերը, օր.¹ ռիֆաբուտին, ունի շատ բարձր խաչաձև կայունություն Ռիֆամպիցինի հետ և չի կիրառվում ԲԴԿ-ի բուժման ռեժիմներում:

2) Խումբ 2 (ներարկման դեղեր).

- Բոլոր հիվանդները ստանում են 2-րդ շարքի ներարկման դեղեր, եթե զգայունությունն արձանագրված է կամ դեղը համարվում է հավանականորեն արդյունավետ:
- Կանամիցինը և ամիկացինը առաջին ընտրության ներարկման դեղերից են: Դրանք միմյանց շատ նման են և դրանց խաչաձև կայունությունը հաճախ է պատահում:
- Քանի որ ԲԴԿ ՏԲ պացիենտների շրջանում շատ տարածված է Ստրեպտոմիցինի հանդեպ կայունությունը, այն ԲԴԿ ՏԲ բուժման ռեժիմներում չի օգտագործվում:
- Եթե շտամը զգայուն է Կապրետմիցինի նկատմամբ և պացիենտների շրջանում դրա նկատմամբ կայունությունը հազվադեպ է, և եթե ամինագլիկոզիդները հակացուցված են կամ հարուցչի շտամի նկատմամբ անարդյունավետ են կամ կա դրանց ոչ բավարար տանելիություն, ապա անհրաժեշտ է օգտագործել Կապրետմիցին:

3) Խումբ 3 (Ֆտորքինոլոններ).

- համաձայն լաբորատոր և կենդանիների վրա իրականացված ուսումնասիրությունների արդյունքների՝ ամենաբարձր ազդեցությամբ ֆտորքինոլոնները, ըստ նվազման կարգի, համարվում են
- **մօքսիֆլօքսացինը > (պայմանական խորհուրդ, ապացուցողականության շարք ցածր որակ).**
- լևոֆլօքսացինը >
- օֆլօքսացինը:

Նկատարում. Օֆլօքսացինի օգտագործումը խորհուրդ չի տրվում, քանի որ իր ազդեցությամբ այն զիջում է 3-րդ շարքի մյուս ֆտորքինոլոններին և կարող է ավելի արագ զարգացնել կայունություն ֆտորիսինոլոնների շարքի դեղերի նկատմամբ, եթե օգտագործվի ԲԴԿՏԲ-ի բուժման ռեժիմում: Ցիպրոֆլօքսացինը չի ներառվում 3-րդ շարքում և արգելվում է վերջինիս օգտագործումը ԴՁ կամ ԴԿ ՏԲ-ի բուժման ժամանակ, քանի որ այն ունի ցածր արդյունավետություն ՏՄԿ-ի նկատմամբ:

Նկատարում. Վերջին սերնդի ֆտորքինոլոնները (Մօքսիֆլօքսացինը և Լևոֆլօքսացինը) կարող են որոշակիորեն արդյունավետ լինել օֆլօքսացին-կայուն շտամերի հանդեպ:

ԲԴԿ ՏԲ բուժման ռեժիմներում ֆտորքինոլոններից ամենից հաճախ օգտագործվում է Լևոֆլօքսացինը, մինչդեռ Մօքսիֆլօքսացինը կիրառվում է ԳԴԿ ՏԲ-ի դեպքում (կայունություն Օֆլօքսացինի, ներարկման դեղերի կամ այլ երկրորդ շարքի հակատուբերկուլոզային դեղերի նկատմամբ): Ֆտորքինոլոնների նկատմամբ կայունության դեպքում, պետք է մտածել Բեդաքվիլինի օգտագործման մասին (պայմանական խորհուրդ, ապացուցողականության շարք ցածր որակ՝ արդյունքների գնահատմամբ):

4) Խումբ 4 (երկրորդ շարքի բակտերիոստատիկ հակառակակողմային դեղահաբեր)

- **Էթիոնամիդը և Պրոթիոնամիդը համարվում են 4-րդ խմբի ամենաազդեցիկ դեղերը:** Սակայն այս դեղերն ունեն որոշակի խաչաձև կայունություն Իզոնիազիդի հետ: **Էթիոնամիդը և Պրոթիոնամիդը կարող են ընդգրկվել ռեժիմում, եթե հայտնաբերվել է InhA գեն՝ ռեդուկտազա (inhA) Իզոնիազիդի նկատմամբ, սակայն դրանք չպետք է համարվեն հավանականորեն արդյունավետ դեղեր (ուժեղ խորհուրդ, ապացուցողականության չափ ցածր որակ):**
- Ֆիկլոսերինը և/կամ Պարաամինոսալիցիլային թթուն պետք է ընդգրկվել ԲԴԿ ՏԲ բուժման ռեժիմներում: Դրանցից ոչ մեկը չունեն խաչաձև կայունություն այլ հակառակակողմային դեղերի նկատմամբ: Քանի որ Էթիոնամիդի կամ Պրոթիոնամիդի և Պարաամինոսալիցիլային թթվի համատեղ օգտագործումը հաճախ առաջացնում է ստամոքս-աղիքային համակարգի խանգարումներ և հիպոթիրեոզ, սովորաբար այս դեղերը համատեղ օգտագործվում են միայն 4-րդ խմբի երեք դեղի անհրաժեշտության դեպքում:
- 4-րդ խմբի դեղերը կարելի է սկզբում նշանակել ցածր դեղաչափերով, իսկ հետո, տանելիության լավացման համար, 1-2 շաբաթվա ընթացքում դեղաչափն ավելացնել:

5) Խումբ 5 (ԲԴԿ ՏԲ փորձարկվող արդյունավետություն կամ անորոշ դեր ունեցող)

- 5-րդ խմբի դեղերը օգտագործվում են, երբ բացառվում է 1-4-րդ խմբի դեղերով համապատասխան բուժման ռեժիմի մշակումը,
- սույն ուղեցույցում Բեդաքվիլինը ընդգրկված է 5-րդ խմբում՝ չնայած ԱՀԿ-ի կողմից այն ընդգրկված չէ և ո՛չ մի շարքում: Այս խմբի մյուս դեղերի համեմատ բեդաքվիլինը միակն է ՏԲ-ի դեմ հաստատված արդյունավետությամբ: Չնայած 5-րդ խմբի դեղերի օգտագործման ստորաբաժանման համար հստակ ապացույցներ չկան, բայց այս ուղեցույցը առաջարկում է թվով երեք ամենից նախընտրելի դեղ՝ Բեդաքվիլին, Լինեզոլիդ և Կլոֆազիմին,
- Բեդաքվիլինը նույն Դիարիլքինոլինն է՝ մանրէասպան հակամիկոբակտերիային ակտիվությամբ: Այս նոր դեղը գրանցվել է ԱՄՆ-ի Պարենի և Դեղորայքի Վարչության կողմից 2012 թվականի դեկտեմբերին՝ հակառակակողմային բոլոր դեղերի նկատմամբ կայունություն ունեցող ԲԴԿ պացիենտների համար: **Այն առաջարկվում է օգտագործել, երբ առկա է կայունություն Ֆտորքինոլոնների նկատմամբ կամ երբ անհնար է բուժման ռեժիմում 2-4-րդ խմբերից ընդգրկել 4 արդյունավետ դեղ: Դեղաչափը չափահասների համար 400մգ է, օրական մեկ անգամ ընդունմամբ 2 շաբաթ տևողությամբ, այնուհետև 22 շաբաթ՝ 200մգ, շաբաթական 3 անգամ ընդունմամբ: Դեղը դեռևս չի կիրառվում երեխաների և հղի կանանց շրջանում: Բեդաքվիլինի հիմնական կողմնակի ազդեցություններն են՝ սրտխառնոցը, հոդացավերը, գլխացավերը և QT միջակայքի**

- Երկարացումը:** ՉՏ միջակայքի երկարացումը կարող է դառնալ սրտի առիթմիայի և հանկարծակի մահվան պատճառ: *(պայմանական խորհուրդ, արդյունքների գնահատման շարք ցածր հավաստիություն)* Անհրաժեշտ է կատարել նախնական ԷՍԳ և կանոնավոր կերպով կրկնել այն՝ շարունակաբար վերահսկման նպատակով: ՉՏ միջակայքի երկարացումը ավելի է արտահայտվում, երբ Բեդաքվիլինը համակցվում է Կլոֆազիմինի հետ: Անհրաժեշտ է խուսափել ՉՏ միջակայքը երկարացնող՝ Մօքսիֆլօքսացին, Օնդանսենտրոն և այլ դեղերի ու Բեդաքվիլինի համակցումից,
- այն իրավիճակներում, երբ համապատասխան ռեժիմ ստանալու համար անհրաժեշտ է կատարել 2-րդ և 4-րդ խմբերի միայն մեկ դեղի փոփոխություն՝ կարելի է ավելացնել միայն Բեդաքվիլին: Ձախողված ռեժիմի դեպքում արգելվում է միայն Բեդաքվիլինի ավելացումը,
 - այն դեպքերում, երբ Բեդաքվիլինից բացի անհրաժեշտ է օգտագործել նաև 5-րդ խմբի այլ դեղեր (կամ երբ Բեդաքվիլինը հասանելի չէ), առաջարկվում է օգտագործել արդյունավետության վերաբերյալ սահմանափակ տվյալներ ունեցող 5-րդ խմբի առնվազն երկու դեղ,
 - Լինեզոլիդը լաբորատոր և կենդանիների վրա կատարված ուսումնասիրություններում ցուցաբերել է լավ արդյունավետություն: Կան մի շարք հաշվետվություններ ԲԴԿ և ԳԴԿ ՏԲ-ի բուժման ժամանակ դրա օգտագործման վերաբերյալ, իսկ վերջերս կատարված հետազոտությունը ցույց է տվել ԳԴԿ ՏԲ-ի դեմ Լինեզոլիդով բուժման արդյունավետությունը: Դեղն ունի մի շարք ծանր կողմնակի ազդեցություններ՝ ներառյալ ոսկրածուծի վրա ճնշող ազդեցությունը և անվերականգնելի ծայրամասային նեյրոպաթիան,
 - Կլոֆազիմինի կիրառումը ԲԴԿ բուժման համար ունի բավականին փորձ, սակայն ՏԲ-ի դեմ բուժման արդյունավետության վերաբերյալ կենդանի օրգանիզմների վրա իրականացված հետազոտությունների տվյալները բացակայում են: Այն սովորաբար ավելացվում է ԳԴԿ ՏԲ-ի բուժման ռեժիմներին
 - Ամօքսիցիլին/Կլավուլանաթթուն, որը պատկանում է բետա-լակտամազային հակաբիոտիկների շարքին, սովորաբար ՏԲ-ի բուժման համար արդյունավետ դեղ չի համարվում: Սակայն լաբորատոր պայմաններում բետա-լակտամազային արգելակչի ավելացումը դրան դարձնում է ՏԲ-ի դեմ ակտիվ: Միայն մեկ կենդանի օրգանիզմի վրա ստացված հետազոտության տվյալները ցույց են տալիս վաղ դրական մանրէասպան ազդեցությունը: Չնայած Ամօքսիցիլին/Կլավուլանաթթուն համեմատաբար ավելի թույլ հակատուբերկուլոզային դեղ է, սակայն այն հաճախ ընդգրկվում է բուժման ռեժիմում, քանի որ հասանելի է և ունի միայն թեթև կողմնակի ազդեցություններ,

- բարձր դեղաչափով Իզոնիազիդը՝ 16-20 մգ/կգ/օր, օգտագործվում է որպես 5-րդ խմբի դեղ՝ Իզոնիազիդի ցածր դեղաչափերի նկատմամբ առկա կայունության դեպքում (մանրէների 1%-ից ավելին կայուն է Իզոնիազիդի 0.2 մկգ/մլ-ի նկատմամբ, բայց զգայուն է դրա 1 մկգ/մլ նկատմամբ): Բարձր դեղաչափերի նկատմամբ կայունության (մանրէների 1%-ից ավելին կայուն է Իզոնիազիդի 1 մկգ/մլ-ի նկատմամբ) կամ KatG գենի մուտացիայի առկայության դեպքում Իզոնիազիդի օգտագործումը խորհուրդ չի տրվում,
- Իմիպենեմ/Ցիլաստատին և մերոպենեմ (խումբ 5). Այս բետա-լակտամային (կարբապենեմները տրվում են միայն ներերակային ներարկման միջոցով): Հաշվի առնելով դեղի արժեքը և օրական երկու անգամ ներերակային ներարկում կատարելու դժվարությունը՝ այն սովորաբար չի օգտագործվում սահմանափակ ռեսուրսներով իրավիճակներում: Մերոպենեմը նախընտրելի է երեխաների համար, քանի որ դրա օգտագործման ավելի մեծ փորձ կա: Մերոպենեմի օգտագործումը կարող է համակցվել կլավուլանատի ներքին ընդունման դեղաչափերի հետ: Այս դեղերը սովորաբար օգտագործվում են 2 ամիս տևողությամբ՝ խորխի փոխակերպումից հետո,
- **Դելամանիդ (խումբ 5). Դիհիդրո-նիտրոիմիդազոքսազոլի ածանցյալ է, օժտված է մանրէասպան հակամիկոբակտերիային ակտիվությամբ: Այն առաջարկվում է օգտագործել, երբ առկա է կայունություն ներարկման դեղի նկատմամբ կամ երբ անհնար է բուժման ռեժիմում 2-4-րդ խմբերից ընդգրկել 4 արդյունավետ դեղ (պայմանական խորհուրդ, արդյունքների գնահատման ապացուցողականության շարժաժր որակ):** Դեղաչափը չափահասների համար 200մգ է՝ օրական երկու անգամ ընդունմամբ: Դելամանիդի հիմնական կողմնակի ազդեցություններն են QT միջակայքի երկարացումը, սակավարյունությունը, արյան տրիգլիցերիդների բարձրացումը, միասթենիան: Անհրաժեշտ է կատարել նախնական ԷՍԳ և շարունակաբար վերահսկման նպատակով՝ կանոնավոր կերպով կրկնել այն: QT միջակայքի երկարացումը ավելի է արտահայտվում, երբ Դելամանիդը համակցվում է Կլոֆազիմինի հետ:

Նկատարում. ՀՀ-ում դեռևս չկիրառվող հակատուբերկուլոզային դեղեր.

- Գատիֆլոքսացինը (3-րդ խումբ). առաջացնում է այնպիսի լուրջ երևույթներ ինչպիսիք են հիպո/հիպերգլիկեմիան և 2-րդ տիպի շաքարային դիաբետը: Քանի դեռ չկան դեղի անվտանգությունը ապացուցող վստահելի տվյալներ՝ ԲԴԿ ՏԲ բուժման համար խորհուրդ է տրվում նշանակել Լևոֆլոքսացին կամ Մօքսիֆլոքսացինին:
- Թերիզիդոն (4-րդ խումբ). Այս դեղի արդյունավետության բացակայության պատճառով նախընտրելի է Ցիկլոսերինի օգտագործումը,
- Կլարիտրոմիցին (5-րդ խումբ). դեղի ԲԴԿ-ի բուժման արդյունավետության վերաբերյալ քիչ տվյալներ կան: Կլարիտրոմիցին կարող է առաջին շաբաթի հակատուբերկուլոզային դեղերի

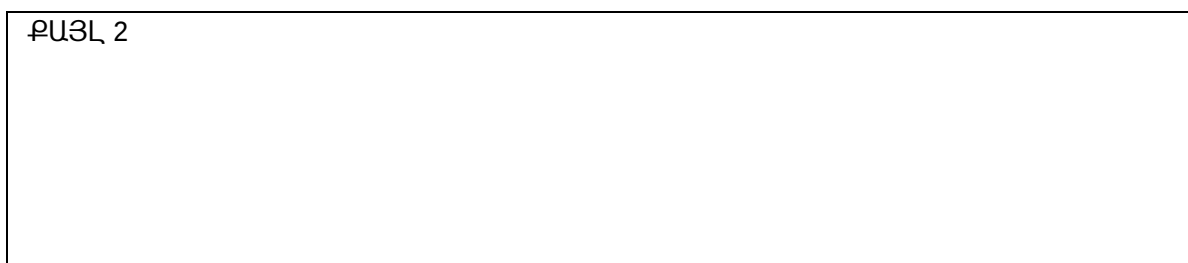
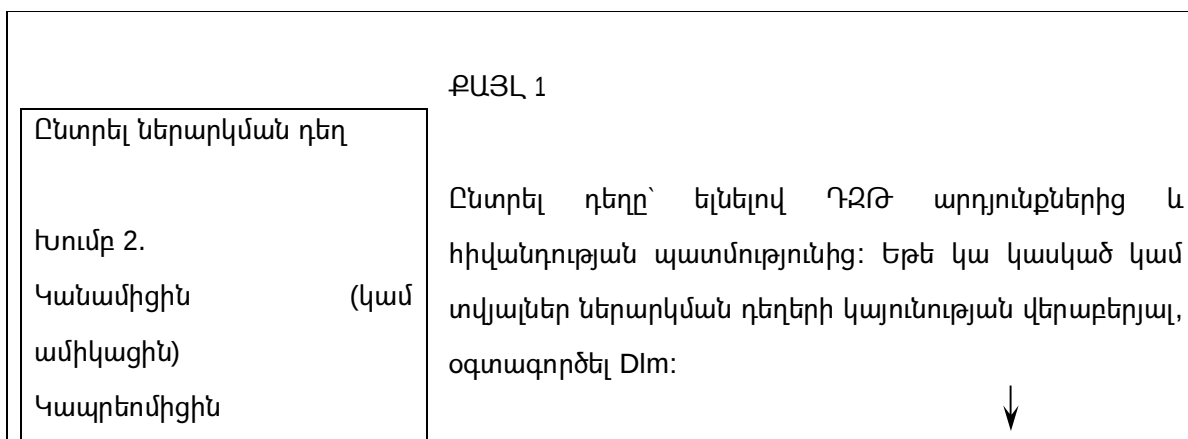
նկատմամբ ունենալ համատեղ (սիներգետիկ) ազդեցություն՝ ուժեղացնել ներբջջային ազդեցությունը SUP-ի վրա: Սակայն դեղի օգտագործելը թույլատրելի միայն դրա՝ SF-ի (այդ թվում նաև ԲԴԿ) դեմ բուժման արդյունավետության տվյալների առկայության դեպքում,

- Թիոացետազոն (5-րդ խումբ). Չնայած, որ հայտնի է SF-ի հարուցչի վրա թիոացետազոնի թողած արդյունավետությունը, սակայն այն ընդգրկված է հակատուբերկուլոզային դեղերի 5-րդ խմբում, քանի որ վերջինիս դերը ԴԿSF-ի բուժման գործընթացում դեռևս հաստատված չէ: Թիոացետազոնը խաչաձև կայունություն ունի հակատուբերկուլոզային որոշ դեղերի նկատմամբ, և ընդհանուր առմամբ, այն օժտված է թույլ բակտերիոստատիկ հատկություններով: Ծանր կողմնակի ազդեցությունների պատճառով այն հակացուցված է ՄԻԱՎ վարակով պացիենտներին (Սթեվենս-Ջոնսոնի համախտանիշ և մահ): Ասիական էթնիկ խմբին պատկանողների շրջանում հաճախ է հանդիպում Սթեվենս-Ջոնսոնի համախտանիշը, ուստի թիոացետազոնը, որպես 5-րդ խմբի դեղ, հազվադեպ է ավելացվում բուժման ռեժիմին:

280. ԲԴԿ SF-ի բուժման անհատական ռեժիմները մշակվում են՝ ելնելով վարակած շտամի ԴՋԹ-ի արդյունքներից, Տբ-ով հիվանդի և կոնտակտավորների հիվանդության պատմություններից:

Նկար 1.

ԲԴԿ SF-ի բուժման ռեժիմների կազմումը:



Ընտրել Ֆտորքինոլոն	
Խումբ 3.	Ավելացնել վերջին սերնդի Ֆտորքինոլոն: Եթե կասկած
Լևոֆլօքսացին	կամ տվյալներ կան Ofx կայունության վերաբերյալ,
Մոքսիֆլօքսացին	օգտագործել Bdq:
ՔԱՅԼ 3 4-րդ խմբից ավելացնել առնվազն երկու դեղ Ավելացնել 4-րդ խմբի դեղեր՝ ռեժիմում հավանականորեն արդյունավետ երկրորդ շարքի առնվազն չորս հակատուբերկուլոզային դեղեր ունենալու համար (հնարավոր է անհրաժեշտ լինեն բոլոր 3 դեղերը): Ընտրությունը կախված է հիվանդության պատմության և կողմնակի ազդեցությունների տվյալներից: 4-րդ խմբի դեղերի ԴՁԹ-ն չի համարվում բավարար վստահելի անհատական ռեժիմներ կազմելիս:	
Խումբ 4.	
Էթիոնամիդ կամ պրոթեին (կամ պրոթեոնամիդ)	
Ցիկլոսերին	
Պարաամինոսալիցիլաթթու	
ՔԱՅԼ 4 Ավելացնել 1-ին խմբի դեղեր Խումբ 1. Պիրազինամիդ Էթամբուտոլ Z-ը սովորաբար բուժման ռեժիմին ավելացվում է՝ բացի հիվանդի կողմից դեղի անտանելիության կամ Z-ի նկատմամբ արձանագրված կայունության դեպքերից: Կայունության մասին տվյալների բացակայության դեպքում Z-ը նշանակվում է, նույնիսկ եթե հիվանդը նախկինում ստացել է այդ դեղը: E սովորաբար չի ավելացվում ռեժիմին: Եթե այն համապատասխանում է հավանականորեն արդյունավետ դեղերի չափանիշներին, ապա այն կարելի է ավելացնել ռեժիմին:	

281. Ստորև ներկայացվում է ԲԴԿ ՏԲ-ի բուժման ռեժիմների տևողությունն ըստ փուլերի

1) Ինտենսիվ փուլ

- Ինտենսիվ փուլի տևողությունը հիմնված է ցանքի հետազոտությունների արդյունքների վրա: Ներարկման դեղի օգտագործումը շարունակվում է առնվազն 8 ամիս, իսկ հիվանդի ցանքի 1-ին բացասական արդյունքից հետո՝ առնվազն 4 ամիս:

282. Ելնելով ցանքի, քսուքի, ռենտգենյան նկարի և հիվանդի կլինիկական վիճակից՝ անհատական մոտեցմամբ որոշվում է վերը առաջարկված ժամկետներից ավելի երկար տևողությամբ ներարկման դեղի ընդունման ժամկետը, հատկապես այն դեպքում, երբ ԴՁԹ-ի արդյունքն անհայտ է կամ երբ հիվանդի թոքային ախտահարումը տարածված կամ երկկողմանի է:

283. Ներարկման դեղով ընդմիջվող (շաբաթական 3 անգամ) բուժման անցնում են ինքնաթունավորման նշանների առկայության ժամանակ: Շաբաթական երեք անգամյա բուժումն առաջարկվում 6 ամիս շարունակ ներարկման դեղ ստացած և ցանքը փոխակերպված պացիենտներին, քանի որ թունավորման վտանգը մեծ է երկարաժամկետ ներարկման դեղ օգտագործած պացիենտների համար:

284. Բուժման տևողությունը հիմնված է ցանքի հետազոտությունների արդյունքների վրա: ՏԲ նոր դեպքերի համար խորհուրդ է տրվում բուժումը շարունակել առնվազն 20 ամիս՝ հիվանդի ցանք-բացասական դառնալուց հետո 12 ամիս, իսկ կրկնավարակների դեպքում՝ 24 ամիս (պայմանական խորհուրդ, ապացուցողականության շարժ ցածր որակ):

285. ԲԴԿ ՏԲ-ի դեմ բուժման մեջ գտնվող պացիենտների վերահսկողությունն իրականացվում է.

Աղյուսակ 11

Ընթացիկ պացիենտների վերահսկողությունը

Գնահատում	Հաճախականություն
Գնահատում բժշկի կողմից	Ինտենսիվ փուլի ընթացքում. հոսպիտալացված հիվանդի վիճակն առաջին շաբաթների ընթացքում գնահատվում է ամեն օր, իսկ ամբուլատոր բուժման պայմաններում՝ առնվազն ամեն շաբաթ մինչև լավացումը: Հիվանդի վիճակի կայունացման դեպքում հիվանդի նկատմամբ հսկողությունն իրականացվում է ամսական 1-2 անգամ: Շարունակական փուլի ընթացքում հիվանդի վիճակը գնահատվում է ամսական մեկ անգամ(եթե հիվանդին ավելի հաճախ տեսնելու համար բժշկական առումով անհրաժեշտություն չկա): ՈՒՎԲ իրականացնողը

	խորհրդատվությունների միջակայքում հիվանդին հանդիպում է ամեն օր և բժշկին տեղյակ է պահում անհանգստացնող հարցերի մասին:
Բուժման հետևողականությունը և տանելիությունը	Ամեն օր ՈՒՎԲ իրականացնողը վերանայում է ՈՒՎԲ հետևողականությունը:
Մ/Զ-ը	Բուժումն սկսելիս և շարունակաբար՝ ամեն ամիս
Թոքանկար	Բուժումն սկսելիս և շարունակաբար՝ 3-6 ամիսը մեկ անգամ
Շիճուկում կրեատինինի և կալիումի հետազոտություն (K+)	Բուժումն սկսելիս և շարունակաբար՝ բուժման առաջին երկու ամիսների ընթացքում ամսական երկու անգամ, ապա՝ ամսական մեկ անգամ, քանի դեռ հիվանդը ստանում է ներարկման դեղ: ՄԻԱՎ վարակակիր պացիենտների և շաքարախտով պացիենտների հետազոտությունները կատարվում են 1-3 շաբաթը մեկ անգամ՝ ներարկման դեղ ստանալու ամբողջ ընթացքում:
Թիրեոտրոպ հորմոն (ԹՏՀ)	Հետազոտությունը կատարվում է յուրաքանչյուր վեց ամիսը մեկ անգամ, եթե հիվանդն ստանում է Eto/Pto և/կամ PAS (ՄԻԱՎ վարակակիր պացիենտների դեպքում՝ երեք ամիսը մեկ անգամ) և հիպոթիրիոզի նշանների/ախտանշանների ի հայտ գալու ժամանակ: Հիպոթիրեոզի հայտնաբերման համար ԹՏՀ հետազոտությունը բավարար է:
Լյարդի ցուցանիշներ	Բուժումն սկսելիս և շարունակաբար յուրաքանչյուր ամիս՝ ինտենսիվ փուլի ընթացքում և երեք ամիսը մեկ անգամ հետազայում: ՄԻԱՎ վարակակիր հիվանդները ենթարկվում են ամսական վերահսկման: Վիրուսային հեպատիտով հիվանդները՝ բուժման առաջին ամսվա ընթացքում ամեն շաբաթ իսկ հետազայում՝ մեկից չորս շաբաթը մեկ անգամ:
ՄԻԱՎ հետազոտություն	Բուժումն սկսելիս և ըստ կլինիկական ցուցումի, իսկ այն տարածաշրջաններում, որտեղ ՄԻԱՎ-ը ունի բարձր տարածվածություն՝ 6 ամիսը մեկ անգամ:
Հղիության թեստ	Բուժումը սկսելիս և ցուցումների դեպքում:
Հեմոգլոբին և լեյկոցիտներ	Lzd ստացող պացիենտներին առաջին ամսվա ընթացքում՝ յուրաքանչյուր շաբաթ, շարունակաբար՝ ամսական մեկ անգամ կամ ըստ անհրաժեշտության՝ ելնելով ախտանշաններից: Lzd երկարաժամկետ օգտագործման կլինիկական փորձը դեռ քիչ է: AZT ստացող ՄԻԱՎ վարակակիր պացիենտներին՝ սկզբում ամեն ամիս, հետագայում՝ ըստ անհրաժեշտության՝ ելնելով ախտանշաններից: Lzd կամ AZT չստանալու դեպքում սովորաբար վերահսկողության ցուցում չկա:

Լսողական թեստ	Բուժման սկզբում աուդիոգրամա, հետագայում յուրաքանչյուր ամիս ինտենսիվ փուլի ընթացքում և ըստ կլինիկական անհրաժեշտության: Ամեն անգամ կլինիկա այցելելիս հիվանդին հարցնել լսողության փոփոխությունների մասին և գնահատել նորմալ զրույցին նրա մասնակցելու ունակությունը:
Տեսողության թեստ	Երկարաժամկետ E կամ Lzd օգտագործող հիվանդները ենթարկվում են Իշիհարա թեստի (գունային տեսողության փոփոխությունների հայտնաբերման թեստ): Թեստն իրականացվում է բուժման սկզբում, քանի որ բնակչության որոշակի տոկոսն ունի գունային կուրություն:
Սոցիալ-հոգեբանական խորհրդատվություն	Բուժումը սկսելիս՝ սոցիալ-հոգեբանական հմտություններով վերապատրաստված մասնագետների կողմից և ցուցման դեպքում: Ըստ անհրաժեշտության՝ հիվանդին ուղեգրել հոգեբույժի խորհրդատվության:

286. ՏԲ-ի լաբորատոր ախտորոշման չափանիշները ներկայացված են սույն ուղեցույցի ալգորիթմ 1, 2-ում:

Երկրորդ շարքի դեղերով բուժման կողմնակի ազդեցությունների կառավարումը

287. Երկրորդ շարքի դեղերի կողմնակի ազդեցությունների արագ և համարժեք բուժումը կարևոր է պացիենտների կողմից դրանց տանելիությունը և բուժման ելքերը լավացնելու համար:

288. Բոլոր հիվանդները տեղեկացվում են դեղերից առաջացող հնարավոր կողմնակի ազդեցությունների մասին: Կողմնակի ազդեցությունները սովորաբար առաջանում են բուժման սկզբում, մանավանդ բուժման առաջին շաբաթների ընթացքում: Ամենահաճախ դիտվող կողմնակի ազդեցությունները սրտխառնոցն ու փսխումն են: Հիվանդները տեղեկացվում են, որ թեթև կողմնակի ազդեցությունները սովորաբար անցնում են ժամանակի ընթացքում և բուժման միջոցով:

289. Յուրաքանչյուր ՈՒՎԲ-ի ժամանակ իմքնաթունավորման և դեղերից առաջացած թունավորման հայտնաբերման նպատակով հիվանդները ենթարկվում են վերահսկման: Պացիենտներին զգուշացնում են՝ զգալի կողմնակի ազդեցությունների (լսողության կորուստ, գլխապտույտ, աղմուկ ականջներում, հեպատիտ, այտուց, միզարձակման նվազում, ցան կամ այրոց ոտքերում) առաջացման դեպքում անմիջապես տեղեկացնել բուժաշխատողներին:

290. Եթե կողմնակի ազդեցության վերահսկելիս անտանելիության ախտանշանները պահպանվում են, ապա անհրաժեշտ է դեղերից մեկի դեղաչափը նվազեցնել կամ դադարեցնել: Դեղաչափերի մշտապես նվազեցումը կամ դեղի վերջնական դադարեցումը պետք է դիտարկվի միայն տանելիության համար բոլոր հնարավոր տարբերակները

փորձելուց հետո, այսինքն՝ միայն օրգանների գործառույթի էական խանգարման կամ ծայրահեղ անտանելիության դեպքում: Ցանկալի է բուժման ռեժիմից հանված բոլոր դեղերը փոխարինել հավասարազոր մեկ այլ դեղով, որպեսզի ռեժիմը չկորցնի իր ընդհանուր արդյունավետությունը:

291. Դեղաչափի նվազեցումը կարելի է կատարել համակարգված կերպով. նվազեցնել պատճառ հանդիսացող ամենահավանական դեղի դեղաչափը մեկ շաբաթով և հետևել ախտանշաններին: Եթե ախտանշանները շարունակվում են, ապա դեղի դեղաչափը բերվում է նախկին չափին, և նույն գործընթացը կատարվում է մյուս դեղերի համար: Հաջորդ քայլը կլինի միաժամանակ մի քանի զուգակցված դեղերի դեղաչափերի նվազեցումը:

292. Հակատուբերկուլոզային դեղերից առաջացած կողմնակի ազդեցությունները վերացնելու համար կիրառվում են հակափսխումային, կալիում պարունակող, հոգեմետ և այլ դեղեր:

293. Առանձին դեղերից կողմնակի ազդեցությունների կառավարումը ներկայացված է հավելված 9-ում

294. ԹՏ-ով պացիենտների վիրահատության ցուցումներ.

- 1) բուժման 4-6 ամիս անընդմեջ ցանք- դրական՝ համարժեք բուժման պայմաններում, կամ ցանքի փոխակերպում դրականի բուժման ընթացքում,
 - 2) այլ գործոններ, որոնք կարող են հաշվի առնվել.
- 2-րդ շարքի դեղերի օգտագործում նախկինում,
 - ԲԴԿ ՏԲ՝ 2- րդ շարքի դեղերի նկատմամբ լրացուցիչ կայունությամբ,
 - ՏԲ տարածուն ախտահարում (մեկ բլթից ավելի կամ երկկողմանի),
 - Խոռոչներ (տրամագիծը > 10 սմ) կամ թոքերի տարածուն ֆիբրոզ (մեկ բլթից ավելի կամ երկկողմանի),
 - նախկինում բուժման ցածր հետևողականություն (20%-ից ավելի ընդհատած կամ բացթողնված դեղաչափեր),
 - առատ մանրէազատում մինչև բուժումն սկսելը (քսուք + ցանք+),
 - որոշ ուղեկցող հիվանդություններ (շաքարային դիաբետ, թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդություններ, ՄԻԱԿ) ցածր ՄԶԻ, ալկոհոլիզմ:

295. Բուժման ձախողման բարձր հավանականությունը ցուցում է վիրահատական միջամտության համար, և հիվանդը պետք է ուղեգրվի վիրաբուժական հանձնաժողովի քննության՝ վիրաբուժական միջամտության դեպքում ռիսկերի և օգուտի գնահատման համար: Վիրաբուժական միջամտությունը պետք է պլանավորվի նախօրոք՝ քիմիաթերապիայի մեկնարկից առաջ, և պետք է իրականացվի մինչև բուժման ձախողման

ի հայտ գալը, ինչը ոչ միայն կանխում է բուժման ձախողումը, այլ նաև նվազեցնում է հետվիրահատական բարդությունների ռիսկը:

296. Ներկայումս պարզ է, որ «պատուհանի» շրջանը, այսինքն՝ ԲԴԿ պացիենտների ՏԲ-ի ակտիվության նվազագույն ժամանակահատվածը սկսում է քիմիաթերապիայի մեկնարկից 2 ամիս անց և շարունակվում է միջինում մինչև 6 ամիս: Հենց այս «պատուհանի» ընթացքում է, որ պետք է կատարվի վիրահատությունը: Հետևաբար, ձախողման բարձր ռիսկայնությամբ պացիենտների համար վիրահատության հարմար «պատուհանը» ՏԲ բուժումն սկսելուց հետո 2-6 ամիս ընկած ժամանակահատվածն է՝ ցածր մանրէազատման ժամանակահատվածին համապատասխան:

297. Բոլոր դեպքերում, վիրահատական միջամտությունները պետք է իրականացվեն միայն առնվազն 2 ամիս լիարժեք ՏԲ բուժում տրամադրելուց հետո, և լավագույնը՝ ցանքի փոխակերպումից հետո: 4-6 ամիս հետո փոխակերպման բացակայության դեպքում վիրահատությունը չպետք է հետաձգել ավելի քան 4-6 ամիս: Բացառության կարգով, միակողմանի ՏԲ պրոցեսով հիվանդը նշված ամենապատասխան ժամկետից տարբեր ժամանակահատվածում կարող է համարվել վիրահատության համար թեկնածու, եթե հիվանդը համարվում է համապատասխան տվյալ վիրահատության և անզգայացման համար, և եթե վիրահատությունը դիտարկվում է որպես հիվանդի կյանքը փրկելու և/կամ անբուժելի պացիենտների կյանքի որակի բարելավելու և/կամ ԳԴԿ շտամերի տարածումը նվազեցնելու միակ միջոց:

298. Բուժման ախտադարձի իրական կամ բարձր հավանականություն.

- “Բուժված” կամ “բուժումն ավարտած” դասակարգված ակտիվ ՏԲ հիվանդության երկու կամ ավել ախտադարձ,
- Բուժող բժիշկների համատեղ խորհրդատվության որոշում ախտադարձի բարձր ռիսկի վերաբերյալ:

299. Թեև ՏԲ-ի ախտադարձի հանգեցնելու բարձր հավանականությամբ խոռոչների բնութագրման համար չկան բավարար ապացույցներ, կա համընդհանուր կարծիք այն մասին, որ ավելի քան 4 սմ տրամագծով և ավելի քան 1 մմ հաստությամբ պատերով խոռոչները կամ 2 սմ ավել չափերով տուբերկուլումները կարող են կապ ունենալ ախտադարձի հետ:

300. Այս խմբի պացիենտների վիրահատության համար ցուցված լավագույն ժամանակը բուժման սկզբից հաշված 6- 12 ամիս ընկած ժամանակահատվածն է, երբ մանրէազատումն այլևս ակտիվ չէ, սակայն կան մնացորդային փոփոխություններ:

301. Բարդությունների և հետևանքների իրական կամ բարձր հավանականություն.

- կրկնվող, ավելի քան 500մլ արյունախսում երկու անգամից ավել,

- բժշկական միջոցներով չվերահսկվող արյունահոսություն,
- միանվագ երկու լիտրից ավել,
- ավելի քիչ քանակով արյունահոսություն ամիսներ շարունակ,
- հիվանդի մոտ արտահայտված ճնշվածություն արյունահոսության պատճառով,
- Էմպիեմա՝ բրոնխոթոքամզային խուղակով կամ առանց:

302. Վիրահատական միջամտությունը կարող է ցուցվել՝ համաձայն վիրաբույժի որոշման:

303. Հետտուբերկուլոզային կրծքային ախտանշաններ.

- տարվա ընթացքում թոքաբորբի ախտանշաններով (2-3 ամսգամ)՝ կրկնվող թոքային վարակների այլ պատճառների բացակայություն: Նման դեպքերը պետք է զանազանել ՏԲ ախտադարձի,
- հիվանդի մոտ արտահայտված ճնշվածություն՝ ախտանշանների պատճառով,
- բարդության առաջացման դեպքում վիրահատությունը սովորաբար հրատապ է, թեև կարող են մի շարք հետազոտություններ պահանջվել:

Նկատարում Բոլոր դեպքերում, վիրահատությունը նկատի է առնվում միայն տեղակայված հիվանդության դեպքում: Այսինքն՝ հնարավոր է կատարել թոքերի առավելապես ախտահարված անատոմիական մասերի հեռացում՝ առանց թոքերի գործառույթին զգալի վնասելու:

- Քիմիաթերապիան ԹՏԲ-ի կապակցությամբ կատարված վիրաբուժական միջամտության պարագայում:

304. ՏԲ-ի բուժումը, բուժման արդյունավետությունը, դեղերի կողմնակի ազդեցության վերահսկողությունը պետք է կատարվի համաձայն սույն ուղեցույցի պահանջների:

Քիմիաթերապիան հետվիրահատական շրջանում

305. Վիրահատությունը չի կարող կրճատել ՏԲ բուժման կուրսը: Նույնիսկ թոքերի հաջող մասնահատման դեպքում հիվանդը պետք է ընդունի բուժման ամբողջական կուրսը:

306. ԳԴԿ կամ նախա-ԳԴԿ հիվանդներ.

- 1) եթե հիվանդի ցանքը դրական է վիրահատության պահին.
 - շարունակել բուժումը առնվազն 24 ամիս՝ ցանքի փոխակերպումից հետո:
- 2) եթե հիվանդի ցանքը բացասական է վիրահատության պահին*.
 - շարունակել բուժումը առնվազն 24 ամիս՝ ցանքի փոխակերպումից հետո, և առնվազն 6 ամիս վիրահատությունից հետո:

307. ԲԴԿ հիվանդներ.

- 1) եթե հիվանդի ցանքը դրական է վիրահատության պահին,
 - շարունակել բուժումը առնվազն 12 ամիս՝ ցանքի փոխակերպումից հետո:

- 2) եթե հիվանդի ցանքը դրական է վիրահատության պահին*,
- շարունակել բուժումը առնվազն 12 ամիս՝ցանքի փոխակերպումից հետո, և առնվազն 6 ամիս վիրահատությունից հետո:

308.ՊԴԿ պացիենտների հետվիրահատական քիմիաթերապիան կախված է.

- 1) եթե հիվանդի ցանքը դրական է վիրահատության պահին,
- շարունակել բուժումը 7-12 ամիս՝ կախված ՊԴԿ տեսակից,
- 2) եթե հիվանդի ցանքը բացասական է վիրահատության պահին*,
- շարունակել բուժումը 7-12 ամիս՝ կախված ՊԴԿ տեսակից, և առնվազն 6 ամիս վիրահատությունից հետո:

309.Ցանկացած հնարավորության դեպքում մասնահատված թոքային հյուսվածքը պետք է ուղարկել ԱՌԼ ցանքի համար: Կենսունակ բացիլների հայտնաբերման դեպքում նմուշը համարվում է ցանք-դրական, նույնիսկ խորիսի ցանքի բացասական լինելու դեպքում:

310. Վիրահատություն կատարելու մասին որոշումը և վիրահատության հակացուցումների սահմանումը համարվում են չափազանց կարևոր է:

311. ԴԿ ՏԲ խորհուրդը, որտեղ սովորաբար պացիենտներին ներկայացնում են ՀՀ ԱՆ «ՏԱԿ» ՊՈԱԿ-ի և ԲԱՍ-ի/Ֆրանսիա/ բժիշկները՝ ԴԿ ՏԲ պացիենտների հետ կապված բոլոր տեսակի բժշկական որոշումներ ընդունելու համար (ընդգրկում, բուժման սխեմայի կազմում, կողմնակի ազդեցությունների կառավարում, բուժման ելքեր և այլն): ԴԿ ՏԲ-ը խորհուրդը ԴԿ ՏԲ բոլոր պացիենտների հետ ամենասերտ կոնտակտի մեջ գտնվող մարմինն է, քանի որ ԴԿ ՏԲ հիվանդները պետք է պարբերաբար ներկայացվեն այդ խորհրդին՝ ԴԿ ՏԲ բուժումն սկսելու համար: Ուստի, այս խորհրդի ընթացակարգը կատարյալ է վաղ շրջանում այն պացիենտների հայտնաբերման համար, ովքեր կարող են դրական արդյունք ունենալ վիրահատական միջամտությունից:

Ամոքիչ խնամք

312. Ամոքիչ խնամքի գլխավոր նպատակն է թեթևացնել պացիենտների տառապանքը և կանխարգելել ՏԲ վարակի փոխանցումը: Հետևաբար, ՏԲ պացիենտների ամոքիչ խնամքը համարվում է ՏԲ դեմ պայքարի ազգային ծրագրի էթիկական կարևորագույն հարցերից մեկը և ունի հետևյալ նպատակները.

- թեթևացնել հիվանդի տառապանքը՝ լավացնելով հիվանդի (և հիվանդի ընտանիքի) կյանքի որակը,
- կանխել ՏԲ վարակի շարունակական փոխանցումը, քանի որ այս հիվանդները շարունակում են լինել վարակի կայուն աղբյուր,

- շարունակել սոցիալ-հոգեբանական աջակցությունը՝ որպես ամոքիչ խնամքի անբաժան մաս:

313. Բժշկական առումով ամոքիչ խնամքը հիմնականում ներառում է ցավի և այլ ծանր ախտանշանների ճանաչումը, թեթևացումը և կառավարումը: Սակայն, պալիատիվ խնամքի միջամտությունները գլխավորապես ուղղված են հիվանդի հարմարվելությանը, այլ ոչ հիվանդության բուժմանը կամ կյանքի երկարացմանը:

314. ՏԲ պացիենտների ամոքիչ խնամքի առանցքային սկզբունքներն են.

- ամոքիչ խնամքը պետք է հասանելի լինի նման ծառայության կարիքն ունեցող բոլոր ՏԲ պացիենտներին: ՏԲ պացիենտների ամոքիչ խնամքի վերաբերյալ տեղեկատվությունը պետք է հանրամատչելի լինի ՏԲ պացիենտների և նրանց ընտանիքների համար,
- ամոքիչ խնամքը կիրառելի է միայն հիվանդության այն փուլում, երբ ՏԱԿ-ի ԴԿ հանձնաժողովը (ՏԱԿ-ի խորհուրդը) որոշում է, որ առկա բուժման տարբերակները չեն կարող բարենպաստ ելք ապահովել հիվանդի համար և/կամ որ մոտ է հիվանդի մահը,
- ամոքիչ բժշկական խնամքը պետք է իրականացվի շաբաթական 7 օր՝ օրական 24 ժամ: 315. Ամոքիչ խնամքը պետք է.

- թեթևացնի շնչարգելությունը, ցավը և այլ ախտանշանները,
- կյանքն ընդունի այնպիսին, ինչպիսին կա, և մահը դիտի որպես բնականոն գործընթաց,
- ուղղված չլինի մահին արագացնելուն կամ այն հետաձգելուն,
- ներառի հիվանդի խնամքի հոգեբանական և հոգևոր տեսակետները,
- աջակցի պացիենտներին՝ արժանապատվորեն ապրելու մինչև մահը,
- աջակցի հիվանդի ընտանիքի անդամներին՝ հաղթահարելու դժվարությունները կապված իրենց հարազատի հիվանդության և կորստի հետ:
- ցուցաբերի թիմային մոտեցում պացիենտների և նրանց ընտանիքների կարիքները հոգալու համար, այդ թվում՝ ըստ անհրաժեշտության տրամադրելով խորհրդատվություն հարազատի կորստի դեպքում:

316. ԲԴԿ ՏԲ-ի վարման գործընթացը հատուկ իրավիճակներում (հղիներ, ստնտու և վերարտադրողական տարիքի կանայք և այլն) իրականացվում է հետևյալ կերպ.

1) հղի կանանց ենթարկում են գնահատման՝ ելնելով բուժման հնարավոր վտանգներից ու առավելություններից՝ ըստ հղիության ժամկետի և հիվանդության բարդության.

- երեխայի առողջության պահպանման համար ամենից առաջ կարևոր է մոր ցանքի փոխակերպումը ծնունդից առաջ և հետո,
- հիվանդի վիճակի կայունացման և հիվանդության թույլ դրսևորման դեպքում բուժումը կարելի է հետաձգել և սկսել հղիության երկրորդ եռամսակում՝ 3-րդ կամ 4-րդ շաբաթի,

հղիությանը վտանգ չսպառնացող, միևնույն ժամանակ հարուցչի ոչնչացման համար արդյունավետ դեղերով: Միջին ծանրության և ծանր հիվանդության դեպքերում բուժումն անհրաժեշտ է սկսել անմիջապես՝ հիվանդին բացատրելով բուժման վտանգներն ու առավելությունները,

- ներարկման դեղի անհրաժեշտության դեպքում օգտագործում են միայն կապրետմիցին, քանի որ տվյալներ կան հղիության ընթացքում դրա անվտանգ օգտագործման վերաբերյալ: Այլ ամինագլիկոզիդները հակացուցված են,
- էթիոնամիդի և պրոթիոնամիդի օգտագործումից անհրաժեշտ է խուսափել, քանի որ դրանցից փորձնական կենդանիների պտղի զարգացման խանգարումներ են դիտվել,
- **չնայած սահմանափակ տվյալների՝ Ֆտորքինոլոնները համարվում են ընդունելի (ուժեղ խորհուրդ, ապացուցողականության չափ ցածր որակ),**
- Մօքսիֆլօքսացինը, Պարաամինոսալիցիլաթթուն, Ցիկլոսերինը և Ամօքսիցիլին (Կլավուլանաթթուն մտնում են համապատասխան նախնական ռեժիմի կազմում), իսկ խորացած հիվանդության (պարենքիմայի տարածված քայքայում կամ կյանքին վտանգ սպառնացող այլ իրավիճակներ) դեպքում կարելի է ավելացնել նաև կապրետմիցին,
- հղիության պատճառով բուժման ռեժիմում չընդգրկված որոշ դեղեր, ռեժիմի ամբողջականության անհրաժեշտության դեպքում, նշանակվում են ծննդաբերությունից հետո,

317. Ստնտու կանայք.

- հակատուբերկուլոզային դեղերից շատերը կրծքի կաթում հայտնաբերվում են միայն մանկական բուժման ռեժիմներում ընդգրկված դեղաչափի փոքր մասնաբաժնում: ԴԿ ՏԲ-ի բուժման ամբողջ ընթացքում դրա ազդեցությունը երեխայի վրա դեռ չի հաստատված, այդ իսկ պատճառով առաջարկվում է կրծքի կաթը փոխարինել մանկական սննդով: Մորը տրամադրվում է մանկական սնունդ, մաքուր ջուր, ամանեղեն և շշեր: Բացի այդ անհրաժեշտ է կրթել մորը՝ մանկական սնունդը պատրաստելու և օգտագործելու համար,
- մանկական սննդի կանոնավոր կերպով տրամադրման և անվտանգ օգտագործման անհնարինության դեպքում երեխային կերակրում են կրծքով՝ մորը բացատրելով դրա վտանգներն ու առավելությունները,
- ժամանակին տրամադրված համապատասխան բուժումը կրծքով սնվող երեխային ՏԲ-ի հարուցիչներից պաշտպանելու լավագույն միջոցն է,
- մոր խորխի քսուք-դրական և բուժման ձախողման բարձր հավանականության դեպքում երեխայի խնամքը անհրաժեշտ է հանձնել ընտանիքի մյուս անդամներին՝ մինչև քսուքի բացասական դառնալը:

318 .Վերարտադրողական տարիքի կանայք.

- վերարտադրողական տարիքի կանայք, ԲԴԿ ՏԲ-ի բուժմանը զուգահեռ, ստանում են նաև հակաբեղմնավորիչներ:
- Հակաբեղմնավորիչ հաբերի ընդունումից հետո, երկու ժամվա ընթացքում փսխում ունեցող պացիենտներին խորհուրդ է տրվում օգտվել պատնեշային հակաբեղմնավորիչներից: Այդ պացիենտների մոտ Ռիֆամպիցինը փոխազդում է հակաբեղմնավորիչների հետ՝ թուլացնելով վերջիններիս ազդեցությունը:

Նկատառում. Ռիֆամպիցինի հանդեպ զգայուն մոնոդեղակայուն կամ ՊԴԿ ՏԲ-ով հիվանդները բուժման ամբողջ ընթացքում օգտագործում երեք հնարավոր տարբերակներից մեկը.

- բարձր դեղաչափով էստրոգեններ պարունակող հակաբեղմնավորիչ (50 միկրոգրամ) հաբեր,
- միջմկանային մեթոքսիպրոգեստերոն,
- պատնեշային հակաբեղմնավորիչներ՝ հեշտոցային խտրոցներ, պահպանակներ, ներարգանդային պարույրներ:

319. Երեխաներ.

- ԴԿ ՏԲ-ով հիվանդ երեխաները սովորաբար ունենում են առաջնային կայունություն՝ փոխանցված ԴԿ ՏԲ-ով հիվանդ մեծահասակից, ում հետ շփվել են,
- բուժման կազմակերպման ժամանակ, հնարավորության դեպքում օգտագործում են ցանքի հետազոտության և ԴՋԹ-ի արդյունքները, հակառակ դեպքում երեխային նշանակվում է էմպիրիկ բուժում՝ ըստ հաստատված դեպքի ԴՋԹ-ի տվյալների: Սակայն, անհրաժեշտ է երեխայից նմուշ վերցնել ցանքի հետազոտության և ԴՋԹ-ի համար: Ծանր ԴԿ ՏԲ-ի դեպքում երեխաների համար դեղերից ոչ մեկի օգտագործումը բացարձակապես հակացուցված չէ,
- երեխաները, սովորաբար հակատուբերկուլոզային երկրորդ շարքի դեղերը լավ են տանում, սակայն երկրորդ շարքի դեղերի օգտագործումը կարող է խնդրահարույց լինել, քանի որ դրանք մանկական դեղաչափերով վաճառքում չկան (Մանկական դեղաչափերը ներկայացված են 5 և 6-րդ աղբյուրի մեջ):

320. Արտաթոքային ԴԿ ՏԲ.

- արտաթոքային ԴԿ ՏԲ-ի բուժման ռեժիմները և բուժման տևողությունը նույնն է, ինչ թոքային ԴԿ ՏԲ-ինը,

- կենտրոնական նյարդային համակարգի ախտանշաններով ԴԿ ՏԲ-ով հիվանդին նշանակվում է ուղեղ-ողնուղեղային հեղուկի մեջ լավ ներթափանցող (էթիոնամիդ, պրոթիոնամիդ, ցիկլոսերին և այլն) դեղեր պարունակող բուժման ռեժիմ,
- կանամիցինը, ամիկացինը և կապրեոմիցինը ներթափանցում են միայն ուղեղի թաղանթների բորբոքման դեպքում,
- պարաամինոսալիցիլաթթվի և էթամբուտոլի ներթափանցումը ուղեղ-ողնուղեղային հեղուկի մեջ աննշան է կամ բացակայում է,
- ֆտորքինոլոնների ներթափանցումը ուղեղ-ողնուղեղային հեղուկի մեջ տարբեր է, ավելի բարձր է նոր սերնդի դեղերի դեպքում:

321. Երիկամային անբավարարություն.

- երիկամային անբավարարության պատճառը կարող է լինել հակատուբերկուլոզային ներարկման դեղը կամ այլ պատճառները՝ ներառյալ ՏԲ-ի երկարատև վարակը: Անհրաժեշտ է հաշվել երիկամային անբավարարություն ունեցող պացիենտների կրեատինինի կլիրենսի ցուցանիշը: Վերջինիս 30 մլ-ից ավելի բարձր ցուցանիշի դեպքում հակատուբերկուլոզային դեղերի դեղաչափերը հարմարեցվում են: (Հարմարեցված դեղաչափերը ներկայացված են հավելված 9-ում):

322. ԳԴԿ ՏԲ-ի բուժումը.

- ԳԴԿ ՏԲ-ն առաջին անգամ հայտնաբերվել է 2006թ. և մոտավոր նախահաշվարկներով այն կազմում է բոլոր ԲԴԿ ՏԲ պացիենտների մոտավորապես 9%-ը.
- ԳԴԿ ՏԲ-ն ավելի դժվար է բուժել, քան ԲԴԿՏԲ-ն և այն է՛լ ավելի դժվար է ՄԻԱՎ վարակակիր պացիենտների դեպքում:
- ԳԴԿ ՏԲ-ն տարբեր կլինիկական մոտեցումների վերաբերյալ տվյալները սահմանափակ են և վերջնական չեն, քան որ վերջին տարիներին նկատվում են արագ զարգացումներ և նոր մոտեցումների ներդրումներ ԳԴԿ ՏԲ բուժման կազմակերպման գործառույթում: Վերջիններիս շրջանակներում իրականացվում են պացիենտների բուժման տվյալների (նոր դեղերի, նրանց դեղանվտանգության, բուժման արդյունքների) հավաքագրում և ուսումնասիրություններ, որոնք հիմք են տալիս ԱՀԿ-ին հանդես գալու նոր առաջարկներով Ազգային ծրագրերի կողմից կիրառելու համար:

Հաստատված կամ գրեթե հաստատված ԳԴԿ ՏԲ-ով հիվանդի վարման կազմակերպման համար կարևոր է հետևյալը.

- անհրաժեշտ է նկատի ունենալ Բեդաքսվինի և Դելամանիդի օգտագործումը,

- մտածել ներարկման դեղի ավելի երկար օգտագործման մասին (12 ամիս կամ հնարավոր է ամբողջ բուժման ընթացքում): Եթե հիվանդը կայուն է ներարկման բոլոր դեղերի նկատմամբ, ապա օգտագործել այն դեղը, որը հիվանդը նախկինում չի ստացել,
- **օգտագործել վերջին սերնդի, ինչպես օրինակ՝ Մօքսիֆլօքսացին (պայմանական խորհուրդ, ապացուցողականության շարժաճր դրակ),**
- օգտագործել նախորդ ռեժիմում չօգտագործված հակատուբերկուլոզային 4-րդ խմբի դեղ, կամ այն դեղը, որը, հավանականորեն, արդյունավետ կլինի,
- օգտագործել հակատուբերկուլոզային 1-ին շարքի հնարավոր արդյունավետ դեղ, այդ թվում Պիրազինամիդ,
- օգտագործել հակատուբերկուլոզային 5-րդ շարքի երկու կամ ավելի դեղ ի հավելումն Բեդաքսիլինի կամ Դելամանիդի:
- մտածել բարձր դեղաչափով Իզոնիազիդի մասին, եթե դրա ցածր դեղաչափերի նկատմամբ առկա է կայունություն, կամ եթե KatG մուտացիա հայտնաբերված չէ,
- հիվանդության սահմանափակ տարածվածության դեպքում անհրաժեշտ է մտածել օժանդակող վիրահատական միջամտության մասին,
- մտածել նոր կարեկցական դեղերի օգտագործման մասին, եթե ԱՀԿ տվել է հավանություն օգտագործելու այդ դեղն ԳԴԿ ՏԲ բուժման համար
- ԳԴԿ ՏԲ բուժման դեպքում 24 ամիս բուժմանն առնուցիք նվազագույն առաջարկվող ժամկետն է:
- Նոր հակատուբերկուլոզային դեղերը նոր են ստեղծվել և ազգային ծրագրերն հետևելով ԱՀԿ-ի կողմից նոր տվյալների հրապարակումներին ըստ անհրաժեշտության վերանայեն առկա և ներդրված մոտեցումներն զետեղված ազգայն ուղեցույցներում:

Նկատարում. Նոր հակատուբերկուլոզային դեղերով ԲԴԿ/ԳԴԿ ՏԲ դեպքերի վարման կարգը կներկայացվի առանձին ուղեցույցում, որն ներառում է ՀՀ ՏԲ-ի ազգային ծրագրի կողմից ընդունված և գործընկերների հետ իրականացվող ծրագրային մոտեցումներն և գործողությունների ծավալը:

Մոնոդեղակայուն եվ պոլիդեղակայուն տուբերկուլոզի բուժումը

323. Մոնոդեղակայուն և պոլիդեղակայուն ՏԲ-ի բուժման սխեմայի ընտրությունը հիմնված է պոլիդեղակայուն ՏԲ-ի բուժման սխեմաների վրա, որոնք ներկայացված են 13-րդ աղյուսակում:

Կայունության պատկերը և առաջարկվող բուժման սխեմաները

Կայունության տեսակը	H	R	E	S	Բուժման ռեժիմը
H-R զգայունություն	Չգայուն	Չգայուն	Չգայուն	Չգայուն	Ռեժիմ նոր դեպքերի համար
	Չգայուն	Չգայուն	Չգայուն	Կայուն	Ռեժիմ նոր դեպքերի համար
	Չգայուն	Չգայուն	Կայուն	Չգայուն	Ռեժիմ նոր դեպքերի համար
	Չգայուն	Չգայուն	Կայուն	Կայուն	Ռեժիմ նոր դեպքերի համար
H կայունություն	Կայուն	Չգայուն	Չգայուն	Չգայուն	ՊԴԿ A սխեմա *
	Կայուն	Չգայուն	Չգայուն	Կայուն	ՊԴԿ A սխեմա *
	Կայուն	Չգայուն	Կայուն	Չգայուն	ՊԴԿ B սխեմա
	Կայուն	Չգայուն	Կայուն	Կայուն	ՊԴԿ B սխեմա

* Բացառությամբ նախկինում բուժում ստացած պացիենտների, որոնց համար նախընտրելի է ՊԴԿ B սխեմա + էթամբուտոլ

324. Մոնո/պոլիդեղակայուն SF-ի բուժման սխեմաներն ընտրելիս ենթադրվում է, որ նախկինում կամ բուժման սկզբում կատարվել է բոլոր առաջին շարքի դեղերի դեղազգայունության հետազոտություն (ԴՋԹ):

325. Մոնո/պոլիդեղակայուն SF-ի բուժման սխեմաները հիմնված են SF-ի բուժման սկզբունքների վրա:

326. Բուժման ռեժիմում ներառվում են առնվազն երեք, լավագույն դեպքում չորս արդյունավետ դեղ: Համապատասխան սխեման ընտրելու համար օգտագործվում են բուժման սկզբում կատարված ԴՋԹ-ի արդյունքները և նախկին բուժման տվյալները:

327. Իզոնիազիդ կայունության և հնարավոր Ռիֆամպիցինակայունության զարգացման դեպքում Գեն-էքսպերտ SUԿ/Ռիֆ-ի օգտագործումը օգնում է պացիենտներին համապատասխան ռեժիմով բուժում նշանակելու համար:

328. Նախկինում երկրորդ շարքի հակատուբերկուլոզային դեղերով բուժված պացիենտների համար անհրաժեշտ է կատարել ԴՋԹ երկրորդ շարքի դեղերի համար, քանզի այդ տվյալներն ազդում են ռեժիմի ընտրության վրա (պայմանական խորհուրդ, ապացուցողականության շարքի ցածր որակ):

329. Պոլիդեղակայուն SF-ի Ա սխեմա՝ H կամ HS կայունությամբ դեպքերի համար: Նոր պացիենտների համար բուժման ռեժիմն է 9 RZE: Սակայն, HRZE համակցումը կարող է օգտագործվել, եթե այն ավելի հարմար է, քանի որ այն կարող է տրվել ֆիքսված դեղաչափային համակցման ձևով:

330. Երկրորդ ամսում իրականացվում է քսուքի, Գեն-Էքսպերտ ՏՄԿ/ՌԻՖ-ի և ցանքի հետազոտություն: Երկու ամիսը մեկ անգամ կատարվում է քսուքի և ցանքի հետազոտություն: Եթե քսուքի և ցանքի հետազոտության արդյունքը դրական է, ապա անհրաժեշտ է անցնել բազմադեղակայուն ռեժիմով բուժման՝ մինչ ամբողջական ԴՋԹ-ի արդյունքները, որի հիման վրա համապատասխանաբար փոփոխվելու են բուժման ռեժիմները:

Կա Գեն-Էքսպերտի հնարավորություն	Գեն-Էքսպերտ ՏՄԿ/ՌԻՖ+՝ անցնել ԲԴԿ էմպիրիկ ռեժիմով բուժման մինչ ամբողջական ԴՋԹ արդյունքները ստանալը, ապա համապատասխանաբար փոփոխել ռեժիմը: Գեն-Էքսպերտ ՏՄԿ/ՌԻՖ՝ շարունակել բուժումը ՊԴԿ Ա սխեմայով:
Չկա Գեն-Էքսպերտի հնարավորություն	Ցանք+՝ անցնել ԲԴԿ էմպիրիկ ռեժիմով բուժման, ներառելով R՝ մինչ ամբողջական ԴՋԹ արդյունքները ստանալը: Եթե ԴՋԹ արդյունքները նույնն են (կայունություն H կամ HS նկատմամբ), դադարեցնել ԲԴԿ ռեժիմով բուժումը, վերսկսել ՊԴԿ Ա սխեմայով բուժումը: Եթե ԴՋԹ տվյալները փոփոխվել են, ապա համապատասխանաբար փոփոխել բուժման ռեժիմը: Ցանք(-)՝ շարունակել բուժումը ՊԴԿ Ա սխեմայով:

331. Նախկինում բուժում ստացած պացիենտների համար օգտագործվում է պոլիդեղակայուն ՏԲ-ի Բ սխեմա՝ գումարած Էթամբուտոլ, քանի որ այս դեղի ԴՋԹ-ի արդյունքի վրա պետք չէ հիմնվել, եթե հիվանդը նախկինում ստացել է այն:

332. ՊԴԿ Բ սխեմա HE կամ HES կայունությամբ դեպքերի համար բուժումն անհրաժեշտ է սկսել 3 Cm (կամ Km)-Lfx-RZ/7 Lfx-RZ ռեժիմով՝ անկախ ախտորոշման պահին քսուքի հետազոտության արդյունքից, ապա երկրորդ ամսում իրականացնելով քսուքի, Գեն-Էքսպերտ ՏՄԿ/ՌԻՖ և ցանքի հետազոտություններ:

Կա Գեն-Էքսպերտի հնարավորություն	Գեն-Էքսպերտ ՏՄԿ/ՌԻՖ +՝ անցնել ԲԴԿ էմպիրիկ ռեժիմով բուժման՝ մինչ ամբողջական ԴՋԹ արդյունքները ստանալը, ապա համապատասխանաբար փոփոխել ռեժիմը: Գեն-Էքսպերտ ՏՄԿ/ՌԻՖ(-)՝ շարունակել բուժումը ՊԴԿ Բ սխեմայով:
Չկա Գեն-Էքսպերտի հնարավորություն	Ցանք(+)-՝ անցնել ԲԴԿ էմպիրիկ ռեժիմով բուժման, ներառելով R՝ մինչ ամբողջական ԴՋԹ արդյունքները ստանալը: Եթե ԴՋԹ արդյունքները նույնն են (կայունություն HE կամ HES

	նկատմամբ), դադարեցնել ԲԴԿ ռեժիմով բուժումը, վերսկսել ՊԴԿ Բ սխեմայով բուժումը: Եթե ԴՋԹ տվյալները փոփոխվել են, ապա համապատասխանաբար փոփոխել բուժման ռեժիմը: Ցանք(-)՝ շարունակել բուժումը ՊԴԿ B սխեմայով:
--	--

333. Բուժման երրորդ ամսում քսուքի, Գեն-Էքսպերտ SUԿ/Ռիֆ և ցանքի հետազոտությունների Գեն-Էքսպերտ SUԿ/Ռիֆ+ կամ ցանք դեռևս դրական արդյունքի դեպքում ռեժիմը հայտարարվում է «ծախողում», և անհրաժեշտ է անցնել ԲԴԿ ՏԲ-ի բուժման:

334. Մինչև իսկ Ստրեպտոմիցինի հանդեպ զգայունության դեպքում այն չպետք է օգտագործել բուժման համար, քանի որ ԴԿ ՏԲ-ով պացիենտների շրջանակներում այս դեղի նկատմամբ կայունության ցուցանիշը բարձր է, իսկ ԴՋԹ-ի տվյալները վստահելի չեն:

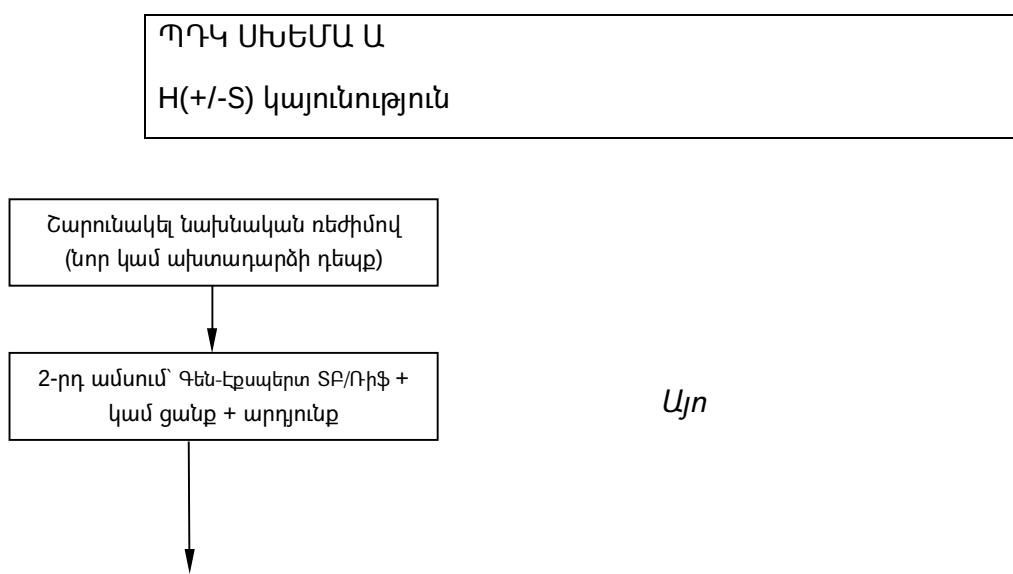
335. Ռիֆամպիցին մոնոդեղակայունության բուժումն իրականացվում է ԲԴԿ ՏԲ-ի ռեժիմով (բուժում մինչև տվյալներ ստանալը)՝ ընդունելով, որ շտամը զգայուն է Ֆտորքինոլոնների և ներարկման դեղերի նկատմամբ:

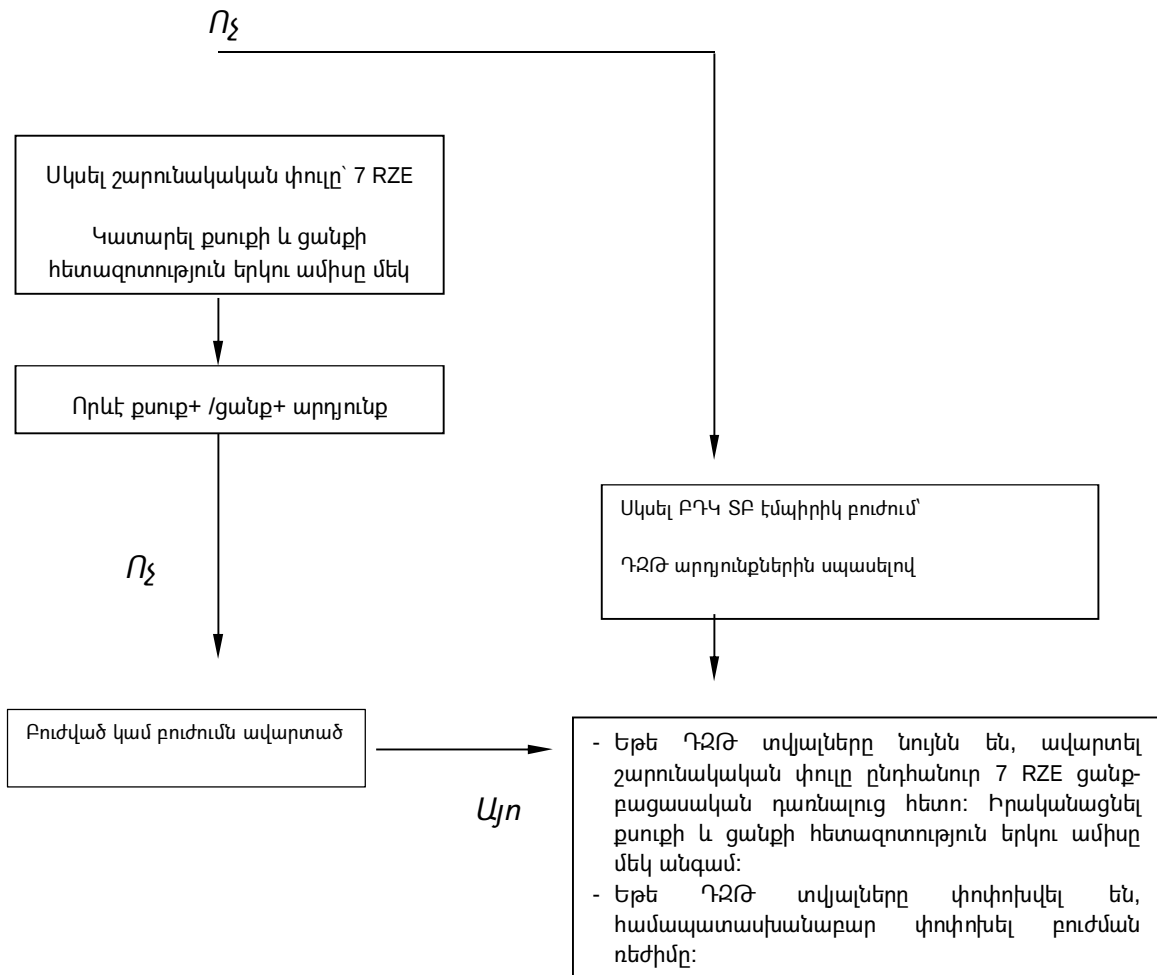
1) շարունակել ԲԴԿ ՏԲ-ի բուժման ողջ կուրսը՝ ավելացնելով Իզոնիազիդ՝ հաշվի առնելով, որ ԴՋԹ-ի արդյունքները 100%-ով չեն կարող ճիշտ լինել: Բուժման այս ռեժիմը առաջարկվում է այն դեպքերի համար, երբ ԲԴԿ ՏԲ-ի հավանականությունը մեծ է, երբ հիվանդը ԲԴԿ ՏԲ-ով հիվանդի հետ է շփվել կամ առաջին շարքի դեղերով բուժման ռեժիմը ձախողվել է,

2) մինչև իսկ Ստրեպտոմիցինի հանդեպ զգայունության դեպքում այն չի ընդգրկվում բուժման ռեժիմում, քանի որ դեղակայուն ՏԲ-ով պացիենտների շրջանակներում այս դեղի նկատմամբ կայունության ցուցանիշը բարձր է, իսկ ԴՋԹ-ի տվյալները վստահելի չեն:

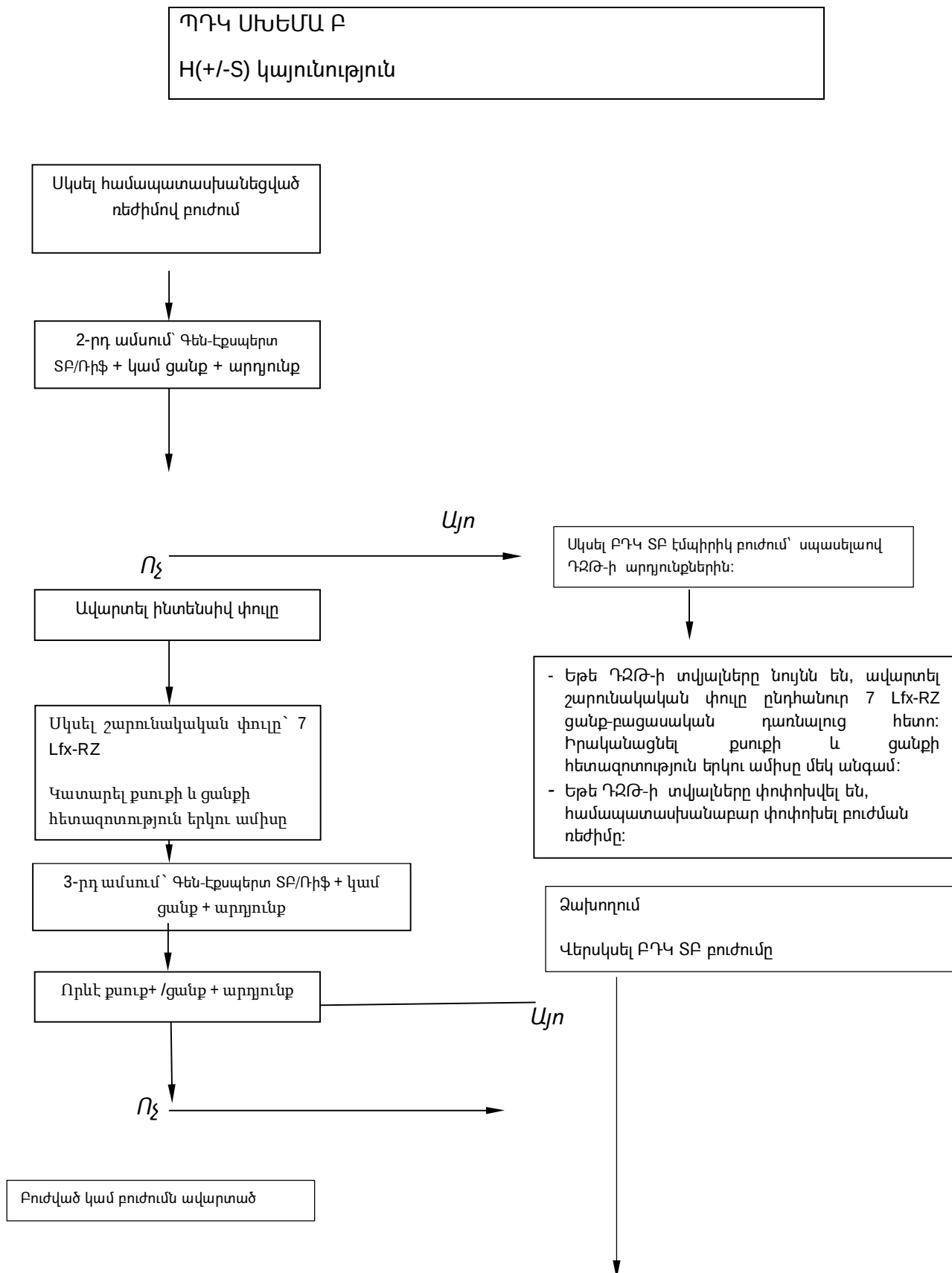
336. Պոլիդեղակայուն ՏԲ-ի բուժման ալգորիթմները՝ 7,8.

Ալգորիթմ 7





Նկատարում. Նախկինում բուժված պացիենտների դեպքում ավելի անվտանգ է կիրառել պոլիդեղակայուն ՏԲ-ի բուժման ՊԴԿ B ռեժիմը + էթամբուտոլ Ալգորիթմ 8



Այո

Ոչ

Մոնո և պոլիդեղակայուն ՏԲ-ի բուժման սխեմաները ըստ ԱՀԿ-ի 2015թ. Ուղեցույցի

Աղյուսակ 13.

Դեղազգայունության պատկեր	Առաջարկվող սխեմաներ	Բուժման նվազագույն տևողություն ամիսներով	Մեկնաբանություն
H (+/-S)	RZ և E (+/- Lfx/Mfx)	6-9	Կատարել գեն էքսպերտ 0, 2-րդ,և 3-րդ ամիսներին, եթե կա Ռիֆամպիցին կայունություն անցնել ԲԴԿ բուժման: Խորհուրդ է տրվում ավելացնել Ֆտորքինոլոններ
H և E (+/-S)	RZ և Lfx/Mfx	9-12	Կատարել գեն էքսպերտ 0, 2-րդ,և 3-րդ ամիսներին, եթե կա Ռիֆամպիցին կայունություն անցնել ԲԴԿ բուժման և կատարել ամբողջական ԴՁՓ առաջին և երկրորդ շաբթի դեղերի նկատմամբ: Խորհուրդ է տրվում ավելացնել երկրորդ շաբթի ներարկման դեղեր առաջին 2-3 ամիսներ ընթացքում
H E Z (+/-S)	R, Lfx/Mfx, էթիոնամիդ, և երկրորդ շաբթի ներարկման դեղեր առաջին 2-3 ամիսների ընթացքում (+/-Z)	18	Ներարկման դեղերի երկարատև օգտագործումը կարող է ուժեղացնել բուժման սխեման տարածված պրոցեսների դեպքում: Z պետք է ավելացվի, եթե կայունությունը վստահելի չէ: Կատարել գեն էքսպերտ 0, 2-րդ,և 3-րդ ամիսներին, եթե կա Ռիֆամպիցին կայունություն անցնել ԲԴԿ բուժման և կատարել ամբողջական ԴՁՓ առաջին և երկրորդ շաբթի դեղերի նկատմամբ: Եթե ցանքը դրական է 2-րդ ամսից հետո, կրկնել ԴՁՓ առաջին և երկրորդ շաբթի դեղերի նկատմամբ:

R մոնո և պոլիդեղակայունություն	Ամբողջական ԲԴԿ ՏԲ բուժման սխեմա ավելացված H	20	H պետք է ավելացնել ԲԴԿ բուժման սխեմային, մինչև Իզոնիազիդի ԴԶՓ արդյունքը ստանալը, անուիետև հարմարեցնել բուժման սխեման:

Բուժման հետևողականությունը

337. Բուժման հետևողականությունը համարվում է բավարար, եթե հիվանդի կողմից դեղերի իրական ընդունումը համապատասխանում է նշանակված բուժմանը: Հակատուբերկուլոզային դեղերի անհետևողական ընդունումը կամ բուժման վաղաժամ ընդհատումը ծախսողում են բուժումը կամ հիվանդության կրկնության պատճառ դառնում: Ավելին, դրա պատճառով կարող է զարգանալ կայունություն, ինչը կոժվարեցնի հետագա բուժումը՝ դրանով իսկ նվազեցնելով բուժման հաջող ելքի հնարավորությունները:

338. Բավարար հետևողականության հասնելու համար երբեմն բուժումն անցկացվում է ՈՒՎԲ-ով, սակայն այն կարող է ճնշող թվալ՝ պացիենտների և աշխատատար՝ իրականացման համար:

339. Իրավիճակներ, երբ հիվանդին անհրաժեշտ է աջակցություն տրամադրել ուղղակի վերահսկմամբ բուժումը կազմակերպելու համար.

1) երկրորդ շարքի դեղերով բուժում. քանի որ բուժման ռեժիմները բարդ են և կողմնակի ազդեցություններով պայմանավորված դեղերի տանելիությունը վատ է, այն միշտ պահանջում է ՈՒՎԲ:

2) բուժում առաջին շարքի դեղերով.

- հիվանդը ցանկանում է ստանալ ՈՒՎԲ, սակայն կապված հոգեկան առողջության կամ լուրջ սոցիալ-տնտեսական խնդիրների հետ առկա են բուժման հետևողականությանը խանգարող գործոններ(անօթևաններ, ինքնուրույն դեղերն ընդունելու անկարողություն),
- ազատագրված պացիենտների համար կա վտանգ, որ դեղերը կարող են վաճառվել, գողանալ կամ չընդունել:

340. ՈՒՎԲ ստանալու համար հիվանդի ամենօրյա պարտադիր հանրային փոխադրամիջոցներից օգտվելը կամ դեպի կլինիկա երկար տարածություն անցնելը կարող են բացասաբար ազդել բուժման հետևողականության վրա:

341. Հիվանդի և կլինիկայում ՌԻՎԲ տրամադրող բուժանձնակազմի համար կարող են առաջանալ վարակի վերահսկման խնդիրներ: Այդ պատճառով, կազմակերպման հնարավորության դեպքում, տնային այցերով կազմակերպվող ՌԻՎԲ-ն(որը նաև կոչվում է ամենօրյա այցելություն) առավել նախընտրելի է, քան կլինիկայում տրամադրվող ՌԻՎԲ-ն: Տնային այցերով կազմակերպվող ՌԻՎԲ-ն սովորաբար իրականացվում է վերապատրաստված բուժաշխատողի կողմից:

342. Կապված հիվանդի և նրա բուժման պայմանների հետ՝ գոյություն ունեն հետևողականության վրա ազդող տարբեր գործոններ: Չնայած հնարավոր չէ մշտապես կառավարել դրանք (մանավանդ, եթե դրանք կապված են հիվանդի հետ) հնարավոր է կառավարել գեթ բուժման պայմանների հետ կապված գործոնները:

343. Հիվանդի հետ կապված տարբեր գործոններ, որոնք կարող են ազդել բուժման հետևողականության վրա.

- 1) սոցիալ-տնտեսական գործոններ(հիվանդի աշխատանքը, տունը, ընտանիքը, խարանված կամ մեկուսացած լինելը),
- 2) հոգեբանական գործոններ(հուսահատություն),
- 3) հիվանդության և բուժման ընկալումը(տեսնում կամ չի տեսնում լավացում, ուստի չի կողմնորոշվում՝ շարունակել, թե՛ կիսատ թողնել բուժումը):

344. Բուժման հետ կապված գործոններին ուղղված քայլերն են.

- 1) բուժման պարզությունը(լավացնում է հետևողականությունը), ֆիքսված դեղաչափերով համակցված դեղերի օգտագործումը (կրճատվում է դեղահաբերի քանակը,ինչպես նաև անհնարին է դարձնում պացիենտների կողմից այս կամ այն դեղի ինքնուրույն դուրս բերումը):
- 2) հաճախ հիվանդի կողմից բուժման ընդհատման պատճառ են հանդիսանում դեղերի կողմնակի ազդեցությունները, հետևաբար անհրաժեշտ է դրանք արագ հայտնաբերել և կառավարել: Օժանդակ դեղերը պետք է լինեն հասանելի և անվճար:

345. Գործոններ՝ կապված բուժման պայմանների հետ.

- 1) հոսպիտալացված պացիենտների համար պետք է լինեն համապատասխան սենյակներ (հարմարություններ, սնունդ, ջեռուցում և այլն),
- 2) դեղերի տրամադրման հասանելիությունը սահմանափակում է փոխադրամիջոցներով պայմանավորված բուժումն ընդհատող պացիենտների թիվը,
- 3) հիվանդի և բուժաշխատողի միջև հարաբերություններն ազդում են բուժման հետևողականության վրա: Բուժաշխատողի նկատմամբ ունեցած հավատի ու վստահության շնորհիվ հիվանդը հետևում է բուժաշխատողի ցուցումներին և խորհուրդներին՝ համագործակցելով նրա հետ: Այդ դեպքում ավելի հավանական է, որ հիվանդն իրեն անհանգստացնող հարցերն ու խնդիրները կներկայացնի բուժաշխատողի ուշադրությանը,

4) պացիենտների հոսպիտալացումը և դուրս գրումն իրականացվում է սահմանված կարգով:
Պացիենտների մեծ մասին տրամադրվում է ամբուլատոր բուժում (պայմանական խորհուրդ, ապացուցողականության շարք ցածր որակ),

5) տրամադրվող անվճար բուժօգնությունը (լաբորատոր հետազոտությունները, բուժումը այդ թվում՝ կողմնակի ազդեցությունների դեմ) սահմանափակում է ֆինանսական պատճառներով բուժումը ընդհատող պացիենտների թիվը,

6) ՄԻԱՎ-ի և ՏԲ-ի համատեղ բուժումն իրականացվում է ՏԲ-ի և ՄԻԱՎ/ՁԱԻՀ-ի դեմ պայքարի ծրագրերի փոխհամագործակցության արդյունքում: «Մեկ ծառայությամբ» ՏԲ-ի և ՄԻԱՎ-ի դեմ տրամադրված համակցված բուժման շնորհիվ նվազում է պացիենտների այցելությունների թիվը և սպասելու ժամանակը՝ նպաստելով կլինիկական և ծրագրային հաջողություններին,

7) պացիենտների բուժումների հասանելիությունն ապահովելու նպատակով՝ այլ հիվանդությունների (շաքարախտ, զարկերակային գերճնշում) բուժումն, ինչպես նաև վիրաբուժական միջամտություններն անհրաժեշտ է կազմակերպել նույն բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունում,

8) անհրաժեշտ է խստորեն կառավարել դեղերի մատակարարումը՝ բացառելով դրանց պակասը, քանի որ այն կարող է բերել բուժման ընդհատման և բացասաբար անդրադառնալ հետևողականության վրա (հիվանդները ժամանակ են ծախսում անիմաստ այցելության վրա, կորցնում են վստահությունը հիվանդանոցի հանդեպ և այլն),

9) հնարավոր խնդիրները կանխատեսելով՝ բուժման օրերին ավելացնել մի քանի հավելյալ օր՝ նախատեսելով ա՛յն օրերի փոխարեն, երբ նա անկարող կլինի գալ դեղերն ընդունելու:

347. Պացիենտների աջակցությունը բուժանձնակազմին (բժիշկներ, բուժքույրեր, բուժմանը աջակցողներ և այլոք), շարունակական գործընթաց է, քանի որ հետևողականությունը ժամանակ առ ժամանակ կարող է փոփոխվել, երբ հիվանդը բուժման մի հատվածում ընդունում է բուժումը, մյուսում՝ մերժում: Մեծածավալ ծրագրերում բուժում տրամադրող բուժանձնակազմը հիվանդին տեղեկատվություն և աջակցություն տրամադրելու համար ներառում է նաև խորհրդատուներ:

348. Պացիենտների կրթումը բաղկացած է.

1) օգնել հիվանդին հասկանալ՝ իր հիվանդության և բուժման էությունը,

2) օգնել հիվանդին՝ ձեռք բերել և ամրապնդել հմտություններ, որոնք թույլ կտան նրան բավարար կերպով կառավարել իր հիվանդությունն առօրյայում,

3) պատասխանել պացիենտների հարցերին ամբողջ բուժման ընթացքում:

349. Զգացմունքային (էմոցիոնալ) աջակցություն.

1) հիվանդին լսել, հուսադրել և ձեռք բերել նրա վստահությունը, որպեսզի նա ստիպված չլինի թաքցնել, որ մոռացել է բուժման մասին կամ սխալվել է բուժման ընթացքում: Նման

իրավիճակներ հաճախ են պատահում, և անհրաժեշտ է տեղյակ լինել դրանց մասին՝ լուծումներ գտնելու համար:

350. Հոգեբանական և/կամ նյութական աջակցություն.

1) Հնարավորինս պետք է հոգալ հիվանդի կարիքները:

351. Սոցիալական աջակցություն.

1) այս աջակցությունը նպաստում է սոցիալ-տնտեսական դժվարություններ ունեցող պացիենտների բուժման գործընթացին: Վերջինս ներառում է պացիենտների տեղափոխումը, փոխադրամիջոցների գումարների կամ կտրոնների տրամադրումը,

2) խրախուսանքները տրվում են պացիենտներին բուժումը հետևողականորեն ապահովելու համար և/կամ բուժման ընթացքում դժվարություններ ունեցող պացիենտներին՝ նրանց հուսադրելու համար: Դրանք կարող են լինել սննդի տեսքով, ծանր տնտեսական վիճակում գտնվողների համար գումարների փոխանցումով և այլն,

3) սննդային աջակցություն տրամադրվում է 90% և բարձր հետևողականություն ունեցող պացիենտներին, ինչպես նաև այն պացիենտներին ովքեր բուժական պատճառով ունեցել են 90%-ից ցածր հետևողականություն: Աջակցությունը տրամադրվում է գումարի տեսքով,

4) սոցիալական աշխատողները կարող են օգնել հիվանդին օգտվել տեղի սոցիալական աջակցությունից, այդ թվում՝ հաշմանդամության թոշակից կամ նման պացիենտների համար նախատեսված անօթևանների կացարանից:

352. Հավելյալ աջակցություն ԴԿ ՏԲ պացիենտների համար. Երկրորդ շարքի դեղերի տանելիությունը վատ է, իսկ ԲԴԿ ՏԲ-ի բուժումը պահանջում է երկար ժամանակ օգտագործել դեղահաբերի մեծ քանակություն: Բուժման ընթացքում բացթողումները կարող են զարգացնել կայունություն, ուստի բուժման ողջ ընթացքում ՈՒՎԲ-ն իրականացվում է խիստ հսկողությամբ:

353. ՈՒՎԲ կարելի է իրականացնել ապակենտրոնացված ձևով՝ բուժումը տրամադրողների կամ վերապատրաստված և վերահսկվող բուժմանը աջակցողների կողմից: Պացիենտներին և՛ տնտեսական, և՛ սննդային աջակցություն տրամադրելու շեմը պետք է լինի շատ ցածր:

XXXIV. ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՈՉԻ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼԻՉ ԲՈՒԺՈՒՄ

354. Իզոնիազիդով կանխարգելիչ թերապիան (կամ իոզիանիդի կանխարգելում) առավել հաճախ կիրառվում է առաջնային վարակի դեպքում՝ ակտիվ ՏԲ-ի զարգացումը կանխելու համար: Դա ավելի շատ բուժում է, քան կանխարգելում: Այն իրենից ներկայացնում է Իզոնիազիդի (H) օրական ընդունում 6 ամսվա ընթացքում հետևյալ դեղաչափով¹ (ուժեղ խորհուրդ, ապացուցողականության բարձր որակ)՝

Իզոնիազիդի կանխարգելում՝

Նորածիններ և երեխաներ (30 կգ-ից պակաս կշռող)՝ 10մգ/կգ օրական մեկ անգամ (7-ից 15 մգ/կգ/օրը)
Երեխաներ (30 կգ-ից բարձր կշռող) 5մգ/կգ օրական մեկ անգամ (4-ից 6 մգ/կգ/օրը)
Առավելագույն դեղաչափը՝ 300 մգ/օրը

355. Իզոնիազիդով կանխարգելիչ բուժման առավելությունները և սահմանափակումները.

1) առավելությունները.

- ԴՁ ՏԲ-ի կանխարգելումն արդյունավետ է պատշաճ կատարելու դեպքում: Այն կարող է նվազեցնել առաջնային վարակով հիվանդի զարգացող ՏԲ-ի ռիսկը մինչև 90%-ով:

2) սահմանափակումները.

- ակտիվ ՏԲ-ով հիվանդին կանխարգելման ենթարկելը հավասարազոր է հիվանդին Իզոնիազիդով մոնոթերապիայի ենթարկելուն,
- ուսումնասիրությունների մեծ մասը բացահայտում է վատ հետևողականություն (28-60%), քանի որ անախտանիշ հիվանդները իմաստ չեն տեսնում այդ, ըստ իրենց՝ երկարատև ու պարտադրող բուժման մեջ,
- կանխարգելման արդյունավետությունը կախված է Իզոնիազիդի հանդեպ շտամի զգայունությունից,
- Իզոնիազիդից առաջացած հեպատիտի ռիսկը պետք չէ անտեսել: Այն ցածր է երիտասարդների շրջանում և աստիճանաբար աճում է տարիքի հետ՝ հասնելով 2% -ի՝ 50տարեկանից բարձր տարիքում,
- Իզոնիազիդը հակացուցվում է սուր կամ քրոնիկ ակտիվ հեպատիտով պացիենտներին: Այն պետք է զգուշությամբ տրվի կանոնավոր կերպով ոգելից խմիչք գործածող պացիենտներին:

356. Իզոնիազիդով կանխարգելիչ բուժման ենթարկվում են քսուք-դրական մայրերի նորածին երեխաները: Երեխայի ծնվելու պահին մոր քսուք-դրական լինելու դեպքում նորածինը 6 ամսով ստանում է Իզոնիազիդով կանխարգելիչ բուժում հետևյալ մոտեցումներով.

- նշանակել Իզոնիազիդ 3 ամսվա ընթացքում, այնուհետև կատարել մաշկի տուբերկուլինային թեստ,
- տուբերկուլինային թեստի դրական արդյունքի դեպքում Իզոնիազիդով կանխարգելիչ բուժումը շարունակել ևս 3 ամիս,
- տուբերկուլինային թեստի բացասական արդյունքի դեպքում դադարեցնել Իզոնիազիդով կանխարգելիչ բուժումը և նշանակել ԲՅԺ պատվաստում:

· Իզոնիազիդով կանխարգելիչ բուժման ընթացքում հակացուցված է ԲՑԺ պատվաստումը:
357. Անմիջապես կամ ավելի ուշ (2-8 շաբաթ հետո) ՏԲ-ի ախտանշանների(աճի դանդաղում, լյարդ-փայծաղային համախտանիշ, դեղնախտ, երբեմն՝ թոքաբորբ) ի հայտ գալու դեպքում (այլ հնարավոր բժշկական պատճառները բացառելուց հետո) երեխան ստանում է ամբողջական հակատուբերկուլոզային բուժում:

358. Կանխարգելիչ բուժման ընթացքում հնարավոր են նմանատիպ երևույթներ, եթե.

- 1) Իզոնիազիդով կանխարգելիչ բուժումը սխալ է կազմակերպվում,
- 2) կա Իզոնիազիդի հանդեպ առաջնային կայունություն:

Նկատարում.

1) երեխան պետք է առանձնացվի մորից միայն վերջինիս ծանր լինելու դեպքում: Կրծքով կերակրումը պետք է շարունակվի:

2) Իզոնիազիդի հանդեպ առաջնակի կայունության առկայության կամ մոր մոտ երկրորդային կայունության վտանգի դեպքում հնարավոր է, որ Իզոնիազիդով կանխարգելումն ապարդյուն անցնի: Այնուամենայնիվ, բոլոր դեպքերում երեխան պետք է գտնվի հսկողության տակ:

359. ՏԲ-ով հիվանդի հետ շփման մեջ գտնվող հինգ տարեկանից ցածր երեխաների քիմիականխարգելման վերաբերյալ տես «ՏԲ-ի ախտորոշումը երեխաների շրջանում» բաժնում:

360. Եթե երեխան չի հազում, չի ջերմում, Մ/Զ-ը բավարար է, ապա, անկախ երեխայի պատվաստումային կարգավիճակից, նա պետք է ստանա է 6-ամսյա Իզոնիազիդով կանխարգելիչ բուժում: Իզոնիազիդով կանխարգելիչ բուժման անհնարինության դեպքում ԲՑԺ պատվաստման չենթարկված երեխաները հսկողության սահմանման դեպքում ենթակա են պատվաստման՝ մինչև մեկ տարեկան հասակը (խորհուրդի ուժն ու ապացուցողականության հավաստիության մակարդակը չեն գնահատվել):

361. Դեպքերի 33-64%-ում Իզոնիազիդով կանխարգելիչ բուժումը նվազեցնում է ՄԻԱՎ-ով վարակված մեծահասակների և դեռահասների ակտիվ ՏԲ-ի վարակման ռիսկը: Այն կիրառելի է ՏԲ-ի և ՄԻԱՎ-ի լայն տարածում ունեցող վայրերում:

362. Ներկայումս փաստերը վկայում են, որ Իզոնիազիդով կանխարգելիչ բուժումը արդյունավետ է միայն մաշկային տուբերկուլինային թեստ- դրական պատասխանով ՄԻԱՎ-ով վարակված մեծահասակների համար: ՄԻԱՎ-ով վարակված մեծահասակներին և դեռահասներին, ովքեր չունեն ՏԲ-ի չորս ախտանիշներից որևէ մեկը(երեք շաբաթից ավելի հազ, բարձր ջերմություն, Մ/Զ-ի կորուստ, գիշերային քրտնարտադրություն) և տուբերկուլինային թեստը դրական է, ենթակա են Իզոնիազիդով երկարաժամկետ կանխարգելիչ թերապիայի (առնվազն 36 ամիս):

363. Նախքան Իզոնիազիդով կանխարգելիչ բուժում սկսելը կարևոր է գնահատել ռիսկի գործակիցները(վիրուսային հեպատիտներ, քրոնիկ հարբեցող, հնարավոր հեպատոտոքսիկ դեղերի օգտագործում և այլն), ինչպես նաև լյարդի հիվանդության ախտանշաններ: Այս

դեպքերում անհրաժեշտ է ուշադրություն դարձնել լյարդի գործառույթի հիմնական թեստերին՝ համեմատելով Իզոնիազիդով կանխարգելիչ բուժման արդյունավետությունը հենց Իզոնիազիդից առաջացած լյարդի հիվանդության վատթարացման ռիսկի հետ: Լյարդի տրանսամինազների (ALT) ընթացիկ հսկողությունը պարտադիր չէ բոլոր նրանց համար, ովքեր Իզոնիազիդով կանխարգելիչ բուժում են ստանում: Լյարդի գործառույթի ստուգումը կատարվում է միայն կլինիկական ցուցման և/կամ լյարդի հիվանդության զգալի ռիսկի առկայության դեպքում,

- Իզոնիազիդով կանխարգելիչ բուժմանը զուգահեռ ակտիվ ՏԲ-ի զարգացման դեպքում տվյալ անհատի խորխի նմուշներն ուղարկում են ՏԲ-ի վերաբերյալ ցանք և ԴՋԹ կատարելու: Իզոնիազիդի հանդեպ կայուն ակտիվ ՏԲ հայտնաբերված պացիենտներին նշանակվում է հարմարեցված բուժում(ինչպես ԴԿ ՏԲ-ի դեպքում),
- **Իզոնիազիդով կանխարգելիչ բուժմանը զուգահեռ, ակտիվ ՏԲ-ի զարգացման դեպքում, երեխաներն ինտենսիվ փուլում ստանում են նաև հակատուբերկուլոզային բուժում՝ 4 դեղով (օր.՝ HRZE) (ուժեղ խորհուրդ, ապացուցողականության չափավոր որակ):** Նմուշառման հնարավորության դեպքում(խորխ և այլ), նմուշն ուղարկվում է լաբորատորիա՝ ցանքի և ԴՋԹ-ի վերաբերյալ հետազոտության: Պետք է նշել, որ երեխաների շրջանում ԴԿ ՏԲ-ի առաջացման ռիսկը այս պարագայում շատ ավելի ցածր է, քան մեծահասակների դեպքում:

364. ԴԿ ՏԲ-ով պացիենտների հետ շփվողները հաճախ վարակվում են հաստատված դեպքի շտամով և ախտորոշվում որպես ԼՏԲՎ-ով անձ:

365. ԲԴԿ ՏԲ-ով պացիենտների հետ շփվողների նկատմամբ առնվազն 2 տարվա հսկողություն է սահմանվում: Ակտիվ ՏԲ զարգանալիս նրանց նշանակվում է ԲԴԿ ՏԲ-ի հաստատված դեպքի բուժման ռեժիմ:

Տուբերկուլոզով պացիենտների հաշվառման և տեղեկատվության փոխանակման կարգ

366. ՏԲ-ի պացիենտների հաշվառումը և տեղեկատվությունն իրականացվում է համաձայն սույն ուղեցույցի հավելված 11-ով ներկայացված «Տուբերկուլոզով պացիենտների հաշվառման և տեղեկատվության փոխանակման» կարգի:

Խորհուրդների ամփոփում

ՏԲ-ի լաբորատոր ախտորոշման, բուժման և հետագա հսկողության նպատակով կիրառվում են հետևյալ ախտորոշիչ թեստերը. խորխի նմուշի մանրադիտում, ՏՄԿ-ի և միաժամանակ Իզոնիազիդի և Ռիֆամպիցինի, ինչպես նաև Էթամբուտոլի, երկրորդ շարքի դեղերից ֆտորքինոլոնների, ամինագլիկոզիդների և ցիկլիկ պեպտիդների նկատմամբ արագ ախտորոշման մոլեկուլային գենետիկ մեթոդը (գենային զոնդերի որոշում), իրական ժամանակում պոլիմերազային շղթայական ռեակցիայի մեթոդով «Գեն Էքսպրես» ՏՄԿ-ի և միաժամանակ Ռիֆամպիցինի նկատմամբ կայունության որոշման մոլեկուլային գենետիկ հետազոտություն, ցանքս՝ հեղուկ և պինդ միջավայրերում, ԴՋԹ առաջին և երկրորդ շարքի հակատուբերկուլոզային դեղերի նկատմամբ *(ուժեղ խորհուրդ, ապացուցողականություն բարձր որակ)*:

Ցանքին ավելի մեծ կարևորություն պետք է տալ հիվանդության ախտորոշման և պացիենտների վերահսկման համար, քանի որ ստորև նշված դեպքերի համար ուղղակի մանրադիտման արդյունավետությունը սահմանափակ է *(ուժեղ խորհուրդ, ապացուցողականության շատ ցածր որակ)*.

- ՏԲ-ի բուժման ձախողում,
- ԱԹՏԲ-ի ախտորոշում,
- կասկածելի քուրք-բացասական ՏԲ-ի դեպքերի ախտորոշման հաստատում,
- ԱԹՏԲ դեպքերի հայտնաբերում,
- ՏՄԲ-ի և ոչ ՏՄԲ-ի տարբերակում,
- հակատուբերկուլոզային դեղերի նկատմամբ ԴՋԹ-ի որոշում և բուժման հսկողություն:

Ըստ ԱՀԿ-ի (2010թ.) ուղեցույցի՝ պետք է սկսել բուժում բոլոր ՄԻԱՎ/ՏԲ համավարակով պացիենտների համար՝ անկախ ՄԻԴԻ 4 բջիջների քանակից: Նախ պետք է սկսել ՏԲ բուժումը, այնուհետև՝ միացնել ՀՌՎ բուժումը հնարավորինս վաղ՝ ՏԲ բուժումը սկսելուց հետո 8 շաբաթվա ընթացքում *(ուժեղ խորհուրդ, ապացուցողականության շատ ցածր որակ)*:

IGRAs թեստը չի փոխարինում ՄԹ-ին՝ անկախ ՄԻԱՎ կարգավիճակից *(ուժեղ խորհուրդ, ապացուցողականության ցածր որակ)*:

Մանրէաբանական հետազոտության իրականացման համար ՏԲ կասկածելի պացիենտից կատարվում է կենսաբանական նմուշառում, որից հետո նմուշը ենթարկում են համապատասխան հետազոտության՝ ցանք, բջջաբանական կամ

ախտահյուսվածքաբանական և մոլեկուլային մեթոդներով (օրինակ՝ Գեն-Էքսպերտ SU4/Ռիֆ) (պայմանական խորհուրդ, որը հաշվի է առնում ռեսուրսները, ապացուցողականության շարքի գաժարակ):

Երեխաների խորխի նմուշառումն իրականացվում է՝ հիմք ընդունելով հիվանդության հաստատման կարևորությունն այն տարածաշրջաններում, որտեղ կա ԴԿ ՏԲ-ի գերակշռում կամ ԲԴԿ ՏԲ-ի հետ շփում (ուժեղ խորհուրդ, ապացուցողականության շարքի գաժարակ):

Կլինիկական գնահատում (ներառյալ աճի գնահատումը), մանրէաբանական հետազոտություններ, ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտություն (ՄԻԱՎ վարակի բարձր տարածվածությամբ տարածքներում), անհրաժեշտության դեպքում թոքանկարի, ԱԹՏԲ-ի ուղղությամբ հետազոտություններ՝ ներառյալ Գեն-Էքսպերտ SU4/Ռիֆ (պայմանական խորհուրդ, ապացուցողականության գաժարակ), տուբերկուլինի մաշկային թեստ,

քսուք մանրադիտմամբ դրական կամ Գեն-Էքսպերտ SU4/Ռիֆ դրական, կրծքավանդակի ռենտգենյան՝ թոքարմատային լիմֆադենոպաթիա, վերին բլթի ներսփռանքներ, կորեկանման սերմնացրում, կիֆոզ, և այլն: Տուբերկուլոզային մենինգիտի կասկածով երեխաների համար իրականացնել Գեն-Էքսպերտ SU4/Ռիֆ՝ որպես նախնական ախտորոշիչ փորձ (ուժեղ խորհուրդ՝ ելնելով հրապապ ախտորոշման անհրաժեշտությունից, ապացուցողականության շարքի գաժարակ):

ՄԻԱՎ վարակով բոլոր պացիենտներին՝ ներառյալ երեխաները, անհրաժեշտ է հետազոտել ՏԲ-ի վերաբերյալ (ուժեղ խորհուրդ, ապացուցողականության գաժարակ):

Km-Lfx-Eto-Cs-Z/14 Lfx-Eto-Cs-Z՝ պացիենտը առանձին-առանձին ստանում է 5 դեղ, ամեն օր, 8 ամիս շարունակ (պայմանական խորհուրդ, ապացուցողականության շարքի գաժարակ):

ԴՉՏԲ-ով հիվանդ երեխաները բուժվում են 2 (HRZE)/4 (HR) ռեժիմով, բացառությամբ ՏԲ-ային մենինգիտի և ոսկրահոդային ՏԲ-ի, երբ բուժման սխեման պետք է լինի՝ 2 (HRZE)/10 (HR) (ուժեղ խորհուրդ, ապացուցողականության գաժարակ):

Երեխաներին Ստրեպտոմիցին նշանակելուց անհրաժեշտ է խուսափել, քանի որ այն անվերադարձ վնասում է լսողական նյարդը, ուստի կրկնակի բուժման ռեժիմը երեխաների համար կիրառելի չէ (ուժեղ խորհուրդ, ապացուցողականության չափավոր որակ):

ԲԴԿ ՏԲ բուժման ինտենսիվ փուլը ներառում է երկրորդ շարքի առնվազն չորս հիմնական, հավանականորեն արդյունավետ հակատուբերկուլոզային դեղ՝ ներառյալ ներարկման դեղը

և գումարած պիրազինամիդը (Z) (*պայմանական խորհուրդ, ապացուցողականության շարժաժր որակ*):

ԲԴԿ ՏԲ-ի ամենաարդյունավետ ռեժիմներն առնվազն ընդգրկում են մեկ Ֆտորքինոլոն (ուժեղ խորհուրդ, ապացուցողականության շատ ջաժր որակ)՝ նախընտրելի է վերջին սերնդի, մեկ ներարկման դեղ, Էթիոնամիդ (կամ Պրոթիոնամիդ), Ցիկլոսերին կամ Պարաամինոսալիցիլաթթու և Պիրազինամիդ (*պայմանական խորհուրդ, ապացուցողականության շարժաժր որակ*):

Էթամբուտոլը սովորաբար չի ընդգրկվում ԲԴԿ ՏԲ ռեժիմում, սակայն այն կարելի է ավելացնել, եթե այն համապատասխանում է հավանական արդյունավետության չափանիշներին (*պայմանական խորհուրդ, ապացուցողականության շարժաժր որակ*):

ԲԴԿ ՏԲ-ի այն դեպքերում, երբ հիվանդի շտամները կայուն են Իզոնիազիդի ջաժր դեղաչափերի, բայց զգայուն՝ բարձր դեղաչափերի նկատմամբ, ապա Իզոնիազիդի բարձր դեղաչափերի օգտագործումը կարող է արդյունավետ լինել (*պայմանական խորհուրդ, ապացուցողականության շարժաժր որակ*):

ԲԴԿ ՏԲ-ի բուժման 3-րդ խմբի դեղորայքից՝ Ֆտորքինոլոններից ամենաարդյունավետը համարվում է մօքսիֆլօքսացինը (*պայմանական խորհուրդ, ապացուցողականության շարժաժր որակ*):

ԲԴԿ ՏԲ բուժման ռեժիմներում Ֆտորքինոլոններից ամենից հաճախ օգտագործվում է Լևոֆլօքսացինը, մինչդեռ Մօքսիֆլօքսացինը կիրառվում է ԳԴԿ ՏԲ-ի դեպքում (կայունություն Օֆլօքսացինի, ներարկման դեղերի կամ այլ երկրորդ շարքի հակատուբերկուլոզային դեղերի նկատմամբ): Ֆտորքինոլոնների նկատմամբ կայունության դեպքում, պետք է մտածել Բեդաքվիլինի օգտագործման մասին (*պայմանական խորհուրդ, ապացուցողականության շարժաժր որակ՝ արդյունքների գնահատմամբ*):

Էթիոնամիդը և Պրոթիոնամիդը համարվում են 4-րդ խմբի ամենաազդեցիկ դեղերը: Սակայն այս դեղերն ունեն որոշակի խաչաձև կայունություն Իզոնիազիդի հետ: Էթիոնամիդը և Պրոթիոնամիդը կարող են ընդգրկվել ռեժիմում, եթե հայտնաբերվել է InhA գեն՝ ռեդուկտազա (inhA) Իզոնիազիդի նկատմամբ, սակայն դրանք չպետք է համարվեն հավանականորեն արդյունավետ դեղեր (*ուժեղ խորհուրդ, ապացուցողականության շարժաժր որակ*):

Դելամանիդը դիհիդրո-նիտրոմիդազօքսազոլի ածանցյալ է, օժտված է մանրէասպան հակամիկոբակտերիային ակտիվությամբ: Այն առաջարկվում է օգտագործել, երբ առկա է կայունություն ներարկման դեղի նկատմամբ կամ երբ անհնար է բուժման ռեժիմում 2-4-րդ խմբերից ընդգրկել 4 արդյունավետ դեղ (*պայմանական խորհուրդ, արդյունքների գնահատման ապացուցողականության շարքի ցածր որակ*):

ԲԴԿ ՏԲ-ի բուժման տևողությունը հիմնված է ցանքի հետազոտությունների արդյունքների վրա: ՏԲ նոր դեպքերի համար խորհուրդ է տրվում բուժումը շարունակել առնվազն 20 ամիս՝ հիվանդի ցանք-բացասական դառնալուց հետո 12 ամիս, իսկ կրկնավարակների դեպքում՝ 24 ամիս (*պայմանական խորհուրդ, ապացուցողականության շարքի ցածր որակ*):

ԲԴԿ ՏԲ-ի վարման գործընթացը հատուկ իրավիճակներում (հղիներ, ստնտու և վերարտադրողական տարիքի կանայք և այլն) չնայած սահմանափակ տվյալների՝ Ֆտորքինոլոնները համարվում են ընդունելի (*ուժեղ խորհուրդ, ապացուցողականության շարքի ցածր որակ*):

Վերարտադրողական տարիքի կանանց շրջանում, եթե պացիենտը կայուն է ներարկման բոլոր դեղերի նկատմամբ, ապա օգտագործել այն դեղը, որը հիվանդը նախկինում չի ստացել, օգտագործել վերջին սերնդի, ինչպես օրինակ՝ Մօքսիֆլօքսացին (*պայմանական խորհուրդ, ապացուցողականության շարքի ցածր որակ*):

Նախկինում երկրորդ շարքի հակատուբերկուլոզային դեղերով բուժված պացիենտների համար անհրաժեշտ է կատարել ԴՁԹ երկրորդ շարքի դեղերի համար, քանզի այդ տվյալներն ազդում են ռեժիմի ընտրության վրա (*պայմանական խորհուրդ, ապացուցողականության շարքի ցածր որակ*):

Պացիենտների մեծ մասին տրամադրվում է ամբուլատոր բուժում (*պայմանական խորհուրդ, ապացուցողականության շարքի ցածր որակ*):

Իզոնիազիդով կանխարգելիչ թերապիան (կամ իոզիանիդի կանխարգելում) առավել հաճախ կիրառվում է առաջնային վարակի դեպքում՝ ակտիվ ՏԲ-ի զարգացումը կանխելու համար: Դա ավելի շատ բուժում է, քան կանխարգելում: Այն իրենից ներկայացնում է Իզոնիազիդի (H) օրական ընդունում 6 ամսվա ընթացքում հետևյալ դեղաչափով (*ուժեղ խորհուրդ, ապացուցողականության բարձր որակ*). նորածիններ և երեխաներ (30 կգ-ից պակաս կշռող)՝ 10մգ/կգ օրական մեկ անգամ (7-ից 15 մգ/կգ/օրը), երեխաներ (30 կգ-ից բարձր կշռող) 5մգ/կգ օրական մեկ անգամ (4-ից 6 մգ/կգ/օրը), առավելագույն դեղաչափը՝ 300 մգ/օրը:

Եթե երեխան չի հազում, չի ջերմում, Մ/Զ-ը բավարար է, ապա, անկախ երեխայի պատվաստումային կարգավիճակից, նա պետք է ստանա է 6-ամսյա Իզոնիազիդով կանխարգելիչ բուժում: Իզոնիազիդով կանխարգելիչ բուժման անհնարինության դեպքում ԲՑԺ պատվաստման չենթարկված երեխաները հսկողության սահմանման դեպքում ենթակա են պատվաստման՝ մինչև մեկ տարեկան հասակը (*խորհուրդի ուժն ու ապացուցողականության հավաստիության մակարդակը չեն գնահատվել*):

Իզոնիազիդով կանխարգելիչ բուժմանը զուգահեռ, ակտիվ ՏԲ-ի զարգացման դեպքում, երեխաներն ինտենսիվ փուլում ստանում են նաև հակատուբերկուլոզային բուժում՝ 4 դեղով (օր.՝ HRZE) (*ուժեղ խորհուրդ, ապացուցողականության չափավոր որակ*):

Գրականության ցանկ

1. WHO treatment guidelines for drug-resistant tuberculosis 2016 update Number of pages: 61
2. Guidance for national tuberculosis programmes on the management of tuberculosis in children
Second edition WHO 2014. Number of pages: 125
3. TUBERCULOSIS LABORATORY BIOSAFETY MANUAL, World Health Organization 2012 Number
of pages: 60
4. Companion handbook to the WHO guidelines for the programmatic management of drug-
resistant tuberculosis WHO/HTM/TB/2014.11. Number of pages: 447
5. WHO interim guidance on the use of delamanid in the treatment of MDR-TB, 2014 Number of
pages: 80
6. The use of bedaquiline in the treatment of multidrug-resistant tuberculosis, 2013 Number of
pages: 64
7. Definitions and reporting framework for tuberculosis, 2013 Number of pages: 47
8. Algorithm for laboratory diagnosis and treatment-monitoring of pulmonary tuberculosis and
drug-resistant tuberculosis using state-of-the-art rapid molecular diagnostic technologies, 2017
Number of pages: 40

Հավելվածներ

Հավելված 1. Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության կողմից առաջարկվող ցուցումների ուսումնասիրման, ստեղծման և գնահատման դասակարգման համակարգ

Հավելված 2. Խորխի նմուշառումը, հավաքումը, պահպանումը և տեղափոխումը

Հավելված 3. Բարակ ասեղային արտածող բջջաբանություն (ԲԱԱԲ)

Հավելված 4. Սպիտակուցների հաշվարկում

Հավելված 5. Ադենոզին դեսամինազի հետազոտություն

Հավելված 6. Հակատուբերկուլոզային դեղերի օրական չափաբաժինը համակցված դեղերի օգտագործմամբ

Հավելված 7. Հակատուբերկուլոզային դեղերի ցանկերը և պացիենտներին տրվող ցուցումները

Հավելված 8. ԴԿ բուժման ժամանակ հաճախ պատահող կողմնակի ազդեցությունների կառավարումը չափահաս պացիենտների մոտ

Հավելված 9. Հակատուբերկուլոզային դեղերի հարմարեցված դեղաչափեր երիկամային անբավարարության ժամանակ հավելված

Հավելված 10. Տուբերկուլոզով պացիենտների հաշվառման եվ տեղեկատվության փոխանակման կարգը

Հավելված 1

**Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության կողմից առաջարկվող
ցուցումների ուսումնասիրման, ստեղծման և գնահատման դասակարգման
համակարգ**

Ապացույցների որակի դասակարգում

Բարձր	Հետագա հետազոտությունները շատ անհավանական են, որ կփոխեն ազդեցության
-------	---

	գնահատականի ներկայիս վստահելիությունը:
Միջին	Հետագա հետազոտությունները հավանական են, որ կունենան կարևոր ներգործություն ազդեցության գնահատականի վստահելիության վրա և հավանական է որ կփոխեն գնահատականը:
Ցածր	Հետագա հետազոտությունները շատ հավանական են, որ կունենան կարևոր ներգործություն ազդեցության գնահատականի վստահելիության վրա և հավանական է որ կփոխեն գնահատականը:
Շատ ցածր	Ազդեցության գնահատականը շատ անորոշ է:

խորհրդի ուժի դասակարգում

	Ուժեղ խորհուրդ	Պայմանական խորհուրդ
Պացիենտների համար	Այս իրավիճակում մեծ մաս անհատները կցանկանան տվյալ խորհուրդը, և շատ քչերը չեն ցանկանա:	Այս իրավիճակում մեծամասնությունը կցանկանա տվյալ խորհուրդը, սակայն շատերը կարող են չցանկանալ:
Բժիշկներ համար	Մեծ մաս անհատները պետք է ստանան տվյալ միջամտությունը: Այս խորհուրդի իրականացման մակարդակը կարող է կիրառվել որպես որակի վերահսկման չափանիշ:	Իմանալ, որ տարբեր այլ ընտրությունները անհատական դեպքերում կարող են համապատասխան լինել և պացիենտներին պետք է օգնել որոշում կայացնելիս՝ ելնելով իրենց նախընտրություններից և արժեքներից:
Առողջապահության կազմակերպիչների համար	Սույն խորհուրդը մեծ մաս դեպքերում կարող է վերաժվել որպես կիրառման քաղաքականության:	Սույն խորհուրդը քաղաքականություն ընտրելիս պետք է իրականացնել նշանակալի քննարկումներ և ներառել տարբեր շահագրգիռ կողմերի:

Հայաստանի Հանրապետության
առողջապահության նախարարի

2016 թվականի օգոստոսի 05 - ի
թիվ 2462 – Ա հրամանի

ԽՈՐԻՒԻ ՆՄՈՒՇԱՌՈՒՄ, ՀԱՎԱՔՈՒՄ ՊԱՀՊԱՆՈՒՄ ԵՎ ՏԵՂԱՓՈԽՈՒՄ

1. Խորխի նմուշառումն իրականացվում է շնչադիմակով, վարակումից պաշտպանվելու համար:
2. Ստորև ներկայացվում է խորխի հավաքման սխեման.
 - 1) ՏԲ կասկածով բոլոր հիվանդները (նույնիսկ ռենտգենաբանական փոփոխությունների բացակայության դեպքում) ենթարկվում են խորխի տարբեր նմուշների եռակի մանրադիտակային հետազոտության՝ թթվակյուն միկոբակտերիաներ հայտնաբերելու նպատակով:
 - 2) Բուժաշխատողները, կլինիկական հետազոտման 2 օրվա ընթացքում, հավաքում են խորխի երեք նմուշ՝ ներկայացված սխեմային համապատասխան.

ա. խորխի առաջին նմուշի հավաքումը իրականացվում է բուժաշխատողի հսկողությամբ՝ ՏԲ կասկածով հիվանդի առաջին այցի ժամանակ(առաջին օր): Հիվանդին բացատրում են խորխի եռակի հետազոտման անհրաժեշտությունը և զգուշացնում հաջորդ օրվա պատահիր այցի անհրաժեշտությունը: Հարկավոր է բացատրել տնային պայմաններում խորխի հավաքման կանոնները:

բ. խորխի երրորդ նմուշի հավաքումը իրականացվում է, երբ հիվանդը եկրորդ անգամ այցելում է բերելով խորխի երկրորդ նմուշը (երկրորդ օր), նա բուժաշխատողի ներկայությամբ հանձնում է նաև երրորդ նմուշը:
 - 3) խորխի հավաքման պայմաններ
 - ա. խորխը պետք է հավաքվի լավ օդափոխվող սենյակում: Հնարավորության սահմաններում սենյակում պետք է կիրառվի բացասական ճնշման տակ օդափոխում, որը հնարավորություն է տալիս սենյակում պահպանել բացասական ճնշում շրջապատի հետ համեմատ: Եթե այդպիսի հնարավորություն չկա, խորխը պետք է հավաքել միայն այդ նպատակի համար ծառայող

դատարկ, բաց պատուհաններով սենյակում, ինչպես նաև բաց օդում: Տնային պայմաններում խորխի հավաքումը ցանկալի է իրականացնել բաց օդում: Եթե հիվանդն այնուամենայնիվ խորխը հավաքում է տանը, նա պետք է այդ գործողությունն անի մենակ, հարազատների բացակայության պայմաններում, բաց պատուհանի առջև: Հավաքած խորխի ծավալը պետք է կազմի առնվազն 2մլ:

Նկար 2

ԽՈՐԽԻ ՀԱՎԱՔՄԱՆ ՏԱՐՈՂՈՒԹՅՈՒՆ



5) Նմուշները պետք է հավաքել մաքուր տարողություններում: Վերջիններս պետք է համապատասխանեն հետևյալ պահանջներին.

ա. Տարողության բերանը պետք է լինի լայն (առնվազն 35մմ տրամագծով), որը թույլ կտա խորխը հավաքել տարայում՝ առանց արտաքին մակերեսի ախտոտմամբ.

բ. տարողությունը պետք է լինի թափանցիկ, որպեսզի հավաքված նմուշի որակը և քանակը հնարավոր լինի գնահատել առանց կափարիչը բացելու՝ դրանով իսկ պակասեցնելով բուժաշխատողների վարակման վտանգը.

գ. օգտագործում են միանվագ օգտագործման, վարակազերծվող տարողություններ, կափարիչը պետք է ամուր փակվի՝ վարակի հնարավոր տարածումը կանխելու համար.

դ. տարողության վրա նշումներ կատարելը պետք է հեշտ լինի և այդ նշումները պետք է պահպանվեն.

ե. Տարողության ծավալը պետք է կազմի 50մլ.

զ. Տարողության արտաքին մակերեսի ախտոտման դեպքում այն պետք է մաքրվի ախտահանող լուծույթով թրջված խծուծով, որից հետո խծուծը պետք է անհապաղ ոչնչացվի:

11) Բուժաշխատողների անվտանգությունը

ա. Բուժաշխատողը պետք է պահպանի անվտանգության կանոնները՝ խալաթից և գլխարկից բացի կրելով դիմակ ու ռետինե ձեռնոցներ: Բուժաշխատողը պետք է կանգնի

հիվանդի ետևում կամ հնարավորության դեպքում դուրս գա սենյակից՝ խորխի հավաքմանը հետևելով դռան վրայի ապակե պատուհանից.

12) Բացատրություն և ցուցումներ պացիենտների համար

ա. բուժաշխատողը պետք է հիվանդին մանրամասն բացատրի խորխի հավաքման պատճառը և կարևորությունը: Բացի այդ հիվանդին հարկավոր է պարզ նկարագրել խորխի հավաքման ողջ գործընթացը: Մանրամասն ցուցումների և բացատրությունների միջոցով բուժաշխատողը պետք է հիվանդին օգնի՝ խորխի որակյալ նմուշ հավաքելու:

13) հիշեցում պացիենտներին՝ խորխի որակյալ նմուշ հավաքելու վերաբերյալ.

ա. Խորխն անհրաժեշտ է հավաքել առավոտյան, քաղցած վիճակում՝ ատամները մաքրելուց հետո.

բ. Եթե խորխը հավաքում են ուտելուց հետո, պետք է բերանի խոռոչը ողողել, որպեսզի նմուշի մեջ ուտելիքի մնացորդներ չընկնեն.

գ. Նստել աթոռին, հատուկ առանձին տեղում, բաց պատուհանի դիմաց.

դ. մի քանի անգամ հարվածել կրծքին կամ կատարել շնչառական մարմնամարզություն՝ խորը ներշնչում, պահել շունչը մի քանի վայրկյան, այնուհետև դանդաղ արտաշնչել: Վարժությունը կրկնել ևս մեկ անգամ.

ե. կատարեք երրորդ խորը ներշնչումը և օդը կտրուկ դուրս մղել թոքերից, որպեսզի ստոծանին սեղմի թոքերը: Այսպիսի արտաշնչումն առաջացնում է բնական հազ.

զ. հազալով արտախփել և թքել տարայի մեջ: Ամուր փակել կափարիչը, ձեռքերը լվալ օճառով.

է. Եթե արտախփումը դժվարանում է, կարելի է կատարել ինհալացիա. շնչել տաք ջրի գոլորշի (1 ջրին ավելացնել 1 ճաշի գդալ աղ կամ սոդա).

14) Խորխը կարող է լինել խիտ և լորձոտ, բայց կարող է լինել նաև ջրիկ՝ թոքի մեռուկացված հյուսվածքի կտորներով: Խորխի գույնը լինում է սպիտակից մինչև կանաչ: Արյան առկայության դեպքում խորխը կարմրավուն է կամ շականակագույն երանգով: Թափանցիկ թուքը գործնականում անօգուտ է ՏԲ ախտորոշելու համար: Խորխը հավաքելուց հետո բուժաշխատողը հիվանդին տալիս է նոր տարա՝ առավոտյան նմուշը հավաքելու համար: Պետք է համոզվել, որ հիվանդն իրոք հասկացել է խորխը հավաքելու կանոնները և կարևորությունը:

15) Խորխի նմուշների պահպանումը.

ա. բուժաշխատողը պետք է ճիշտ նշումներ կատարի խորխի նմուշով տարայի վրա: Նույնականացման համարը, նմուշառման ամսաթիվը, հիվանդի անուն ազգանունը պետք է գրվի տարայի արտաքին մակերեսի վրա (ոչ կափարիչի վրա): Խորխի մանրադիտումը պետք է կատարվի նմուշը վերցնելուց 24 ժամվա ընթացքում: Եթե

խորխի նմուշով տարան ուղարկվում է լաբորատորիա խորխը վերցնելուց անմիջապես հետո, այն տեղավորվում է տեղափոխման համար նախատեսված հատուկ տուփի մեջ: Հակառակ դեպքում նյութը պահվում է սառնարանում +2 +8°C ջերմաստիճանի պայմաններում՝ 72 ժամից ոչ ավել:

16) Խորխի նմուշների տեղափոխումը.

ա. տեղափոխման ժամանակ տարաները ամուր փաթեթավորում են՝ դրանք պաշտպանելով հարվածներից, հնարավոր արտահոսքից, ճնշման տատանումներից և արտաքին այլ ազդեցություններից: Տեղափոխման համար օգտագործում են բիքսեր և սառնարկղեր: Տեղափոխվող նյութը պետք է գտնվի հնարավորինս սառը պայմաններում և պաշտպանված լինի արևի ճառագայթներից:

բ. տեղափոխվող բոլոր 3 նմուշները ուղարկվում են մեկ ուղեգրով՝ SF05: Տեղափոխվող նմուշների համար կազմվում է նմուշների տեղափոխման ուղեկցող փաստաթուղթ, որտեղ նշվում են անհրաժեշտ տվյալներ յուրաքանչյուր հիվանդի վերաբերյալ (անուն, ազգանուն, ծննդյան թիվ, հասցե, մանրադիտման և նմուշի հերթական համար, նմուշի հավաքման ամսաթիվ, մանրադիտման արդյունք, հիվանդի տեսակը, ցանքի համարը և արդյունքը, ԴՋԹ և ՊՇՌ առաջին շարքի նկատմամբ արդյունքները, ԴՋԹ և ՊՇՌ երկրորդ շարքի արդյունք և պատասխանի տրման ամսաթիվը): Խորխի ինդուկցիան երբեմն կիրառվում է երեխաների (նաև մեծահասակների) նկատմամբ, երբ որակյալ նմուշ հավաքելու խնդիր կա:

գ. Խորխի նմուշառումն ինդուկցիայով կատարվում է միայն բուժանձնակազմի անմիջական վերահսկողության ներքո: Անհրաժեշտ է հետևել, որ ինդուկցիայի ընթացքում և ավարտից 15 րոպե հետո երեխայի շնչուղիներում ցավ չլինի: Կարող են առաջանալ բրոնխային ջղակծկումներ: Միջամտությունն իրականացվում է միայն բուժանձնակազմի անմիջական վերահսկողությամբ: Միջամտությունն իրականացվում է սալբուտամոլի լուծույթի և թթվածնի առկայության պայմաններում:

17) Անհրաժեշտ սարքավորումներ.

ա. ձեռնոց և դիմակ,

բ. արտամղիչ (6, 7, 8 F)

գ. խորխաման,

դ. ներարկիչ՝ 50 մլ, ասեղ

ե. օդացրիչ դիմակ և խողովակ

զ. երեխայի դիմակ՝ միանվագ օգտագործման,

է. մանրէազերծ հիպերտոնիկ լուծույթ՝ համապատասխան սառնարանային ջերմաստիճանում պահված 5 %- ոց նատրիումի քլորիդի լուծույթ,

ը. մանրէագերծ լուծույթ՝ 0.9 % նատրիումի քլորիդ (նմուշի համար)

թ. սալբուտամոլի լուծույթ

ժ. թթվածին:

18) Իրականացման ընթացակարգ.

ա. գործողությունը կատարելուց առնվազն 2 ժամ առաջ երեխան պետք է լինի քաղցած

բ. արտամղումից առաջ.

գ. երեխային և/կամ նրան ուղեկցող անձին (ուղեկցող անձը պետք է կրի դիմակ) անհրաժեշտ է բացատրել գործընթացը.

դ. երեխային նստեցնել մեծահասակի գրկում.

ե. արտամղումից 10 րոպե առաջ սալբուտամոլը երկու անգամ փչել խողովակի միջով.

զ. պատրաստել խորխամանը:

19) Արտամղում.

ա. 5 մլ 5 %- ոց հիպերտոնիկ աղի լուծույթը լցնել արտամղիչի մեջ (խորխի մղիչ).

բ. տեղադրել արտամղիչի դիմակը երեխայի բերանին.

գ. երեխային թույլ տալ օդը ներս քաշել այնքան ժամանակ, մինչև գլանատակառը դատարկվի:

20) Քթմպանից քաշում

ա. 1- 2 րոպե թեթև հարվածել մեջքին.

բ. մաքրել քթի խոռոչը.

գ. քաշելու ժամանակ պառկացնել երեխային կողքի՝ մեջքով դեպի կատարողը.

դ. լցնել արտամղման կաթետերը ներարկիչի 50 մլ չափով: Կաթետերի ծայրը պատել փափկեցնող նյութով.

ե. չափել տարածությունը քթի ծայրից մինչև կզակի անկյունը: Քաշելու կաթետերը մտցնել այդ խորությամբ.

զ. երբ տեղադրվում և հանվում է խողովակը, ետ քաշել ներարկիչի մխոցը՝ արտամղումն ապահովելու համար.

է. ներարկիչը, օդով և լորձով լցվելուց անմիջապես հետո, անջատել այն քաշող կաթետերից և օդն արտամղել՝ գլխիկը վեր պահելով, որպեսզի միայն լորձը մնա ներարկիչի մեջ.

ը. լորձը հավաքելու համար քաշել 0.9 % 2 մլ նատրիումի քլորիդ՝ ներարկիչի մեջ ողողելու համար, այնուհետև դատարկել պարունակությունը նմուշի տարողության մեջ.

թ. խորխը տեղում արտամղելու կամ հանելու անհնարինության դեպքում արտաբերում են երեխայի ստամոքսահյութը՝ կիրառելով աղի հիպերտոնիկ լուծույթ:

21) Սարքավորումներ՝

- ա. ձեռնոց և դիմակ.
- բ. ներծծման կաթետեր.
- գ. Խորխաման.
- դ. ներարկիչ՝ 50 մլ.
- ե. մանրէազերծ ջուր.

22) Ընթացակարգ.

ա. նախքան արտամղման կաթետերը մտցնելը

- բացատրել տվյալ գործընթացը երեխային և/կամ նրան ուղեկցող անձին:
- երեխային նստեցնել կամ կիսանստած դիրքում պահել մեծահասակի գրկում.
- մտցնել քթաստամոքսային խողովակը և ստուգել՝ արդյո՞ք այն ճիշտ է տեղադրված.
- սկզբում քաշել հավաքված ստամոքսահյութը և լցնել այն խորխամանի մեջ, այնուհետև ստամոքսը լվանալ 30 մլ մանրէազերծ ջրով և նորից քաշել.
- արտամղված հեղուկն ավելացնել առաջին նմուշին:

Հավելված 3

Հայաստանի Հանրապետության
առողջապահության նախարարի

2016 թվականի օգոստոսի 05 - ի
թիվ 2462 – Ա հրամանի

ԲԱՐԱԿ ԱՍԵՂԱՅԻՆ ԱՐՏԱԾԾՈՂ ԲՋՋԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ (ԲԱԱԲ)

1. ԲԱԱԲ-ը կիրառվում է ավշային հանգուցներից հետազոտվող կենսաբանական նյութի նմուշառման ժամանակ: Հետագա հետազոտության համար առարկայական ապակիների (սլայդերի) կիրառման միջոցով նմուշից պատրաստվում են քսուքներ:
 2. 14. Երկու քսուք պատրաստվում է Գիմզայի ներկով (լոռանման նյութ, գրանուլոմա, հսկա բջիջներ և էպիթելանման բջիջներ կամ հիստոցիդներ հայտնաբերելու համար), իսկ 1-2 քսուք պատրաստվում է Ցիլ Նիլսենի (ՑՆ) ներկով՝ թթվակայուն մանրէներ հայտնաբերելու համար (ԹԿՄ):
 - 1) Սարքավորումներ.
- 23 Ջի ասեղ (շատ քիչ դեպքերում հնարավոր կլինի օգտագործել 19 Գ)

- 10 մլ ներարկիչ
 - 2 սլայդ՝ Գիմզայով ներկելու համար + 1-2 սլայդ ՅՆ- ով ներկման համար
 - 10 % պոլիվիդոն յոդ, մանրէազերծ թանգիֆ, ձեռնոցներ:
- 2) Կատարման կարգը.
- նմուշառումից առաջ նմուշառվող դաշտն ախտահանել
 - ներարկչի ասեղը խրել ավշահանգույցի մեջ
 - ասեղն ավշահանգույց մխրճելուց անմիջապես հետո քաշել ներարկչի մխոցը՝ վակուումային տարածություն ստեղծելու համար
 - ասեղն արագ ետ-առաջ շարժել՝ նյութի մուտքը դեպի ասեղ ապահովելու համար
 - ասեղի մեջ արյան կամ նյութի հայտնվելուն պես արտաձծումը դադարեցնել: Անհրաժեշտ է հնարավորինս մեծ քանակի նյութ նմուշառել, քանի որ նմուշի քանակը առանձնահատուկ դեր ունի ախտորոշման առանձնահատկությունների և զգայունության գործում:
 - ապահովել բացասական ճնշում՝ նախքան ասեղի ավշահանգույցից հանելը: Ասեղը հանելու ընթացքում դադարեցնել ներքաշումը՝ կասեցնելով նյութի արտաձծումը դեպի ներարկիչ և դրա խառնվելը ծայրամասային արյան հետ:
- 3) քսուքների պատրաստում.

ա) արտաձծումից հետո ասեղն անմիջապես անջատել ներարկչից,

բ) ասեղից անջատած ներարկիչը լցնել օդով:

- 4) քսուք ըստ Գիմզայի.
- ասեղը կրկին հագցնել ներարկչին, նմուշից մեկ փոքր կաթիլ զգուշորեն լցնել ապակու ծայրերից մեկի վրա՝ ներքև հրելով ներարկիչի մխոցը (եթե կաթիլը լինի ապակու կենտրոնում, դժվար կլինի հետո քսուքը պատրաստել):
 - մեկ այլ ապակի դնել նմուշի վրա
 - առարկայական 2 ապակիները դնել միմյանց դարձած երեսներով՝ նրանց միջև նմուշը տարածելու համար(բջիջները չվնասվելու համար ապակիներն իրար ուժեղ չսեղմել)
 - Թողնել՝ օդում չորանա:
 - Ֆիքսել նմուշները մեթանոլով, երբ նրանք ամբողջովին չոր են:
 - Ներկել Գիմզայով:

5) քսուք ըստ Ցիլ Նիլսենի

- արտաձծված նմուշի կենտրոնից մի փոքր կաթիլ դնել ապակու վրա
- քսուքը պատրաստել միջին հաստության(ոչ շատ բարակ, ոչ շատ հաստ):
- թողնել՝ օդում չորանա
- քսուքը ֆիքսել կրակի վրա՝ մինչև ամբողջովին չորանալը
- ներկել ըստ Ցիլ Նիլսենի:

6) Ապակիների ընթերցումը Գիմզայով ներկելուց հետո.

ա) յուրաքանչյուր ապակու վրա կարելի է հայտնաբերել հետևյալ տարբերակներից մեկը կամ մի քանիսը.

- լոռանման մեռուկ (կազեոզ նեկրոզ)՝ միատարր, անբջիջ, վարդագույն նյութ:
- գրանուլոմա՝ էպիթելանման բջիջների և լիմֆոցիտների կուտակումն է, որն արտահանվում է խորխի միջոցով՝ լոռանման նյութի հետ կամ առանց դրա:
- էպիթելանման բջիջներ, որոնք ձգված, հաճախ կիսալուսնաձև բջիջներ են՝ բարակ միջուկային քրոմատինով՝ շրջապատված վարդագույն ցիտոպլազմայով:
- հսկա բջիջներ, որոնք մեծ, բազմակորիզ բջիջներ են:

Նկարառումներ. գրանուլոման և մեռուկն անհրաժեշտ է փնտրել 10x և 40x մանրադիտակի օբյեկտիվով, իսկ էպիթելանման և հսկա բջիջները՝ 100x օբյեկտիվով: Ապակիները տեղափոխվում են ռեֆերենս բջջաբանական լաբորատորիա՝ որակի վերահսկման կամ հաստատման համար: Նմուշի որակը և պատրաստումը շատ կարևոր գործոններ են:

Հավելված 4

Հայաստանի Հանրապետության
առողջապահության նախարարի

2016 թվականի օգոստոսի 05 - ի
թիվ 2462 – Ա հրամանի

ՍՊԻՏԱԿՈՒՑՆԵՐԻ ՀԱՇՎԱՐԿՈՒՄ

1. Պանդիի փորձն օգտագործվում է կարբոլաթթվի լուծույթով սպիտակուցների շատացումը ողնուղեղային հեղուկում (ՈՂՀ) հայտնաբերելու համար:
2. Սպիտակուցների նորմայի սահմանը ՈՂՀ-ում 0.20-0.45 գ/լիտր:
3. Պանդիի փորձը դրական է, երբ սպիտակուցները գերակշռում են 0.45 գ/լիտրը:

1) Սարքավորումներ՝

- ձեռնոցներ
- Պանդիի ռեագենտ
- Պաստերի կաթոցիչներ
- կոնային ցենտրիֆուգային ապակե սրվակ

- 1 մլ-անոց կաթոցիչներ
- 2) 500 մլ-անոց Պանդիի ռեագենտի պատրաստում
- 30 գ կարբոլաթթուն լցնել 1000 մլ ապակե տարայի մեջ
 - ավելացնել 500 մլ թորած ջուր և ուժեղ թափահարել
 - պահել մեկ օր
 - ստուգել, որ ստացվի համասեռ լուծույթ(կարբոլաթթվի ամլուծելի մաս մնացած չլինի)
 - լուծույթը քամել և այն արդեն պատրաստ է
 - կարբոլաթթուն ամբողջովին լուծվելիս ավելացնել ևս 10գ կարբոլաթթու և սպասել մեկ օր մինչև քամվելը:
- 3) Պանդիի ռեագենտը շատ քայքայիչ և թունավոր լուծույթ է.
- շիշը պիտակավորել՝ վրան նշելով «Քայքայիչ է և թունավոր»,
 - պատրաստելուց հետո ձեռքերը լվալ:
- 4) Ընթացակարգ.
- ցենտրիֆուգի սրվակի մեջ լցնել 1 մլ Պանդիի ռեագենտ,
 - կաթիլ- կաթիլ ավելացնել 3 կաթիլ ողնուղեղային հեղուկ,
 - յուրաքանչյուր կաթիլից հետո սրվակի մեջ պետք է սպիտակ ծուխ բարձրանա,
 - հետազոտության արդյունքն առավել ցայտուն դարձնելու համար անհրաժեշտ է սև գույնի առարկա տեղադրել սրվակի հետևում:
- 5) Արդյունքներ.
- սպիտակ նստվածքի առկայության դեպքում Պանդիի թեստը դրական է,
 - սպիտակ նստվածքի բացակայության դեպքում Պանդիի թեստը բացասական է:
4. **Ռիվալտի հետազոտությունն** օգտագործվում է թոքամզի և որովայնի խոռոչների հեղուկներում սպիտակուցների ավելացումը բացահայտելու համար: Թեստը համարվում է դրական, երբ սպիտակուցները գերակշռում են 30գ/ լիտրը:
- 1) Սարքավորումներ.
- Ձեռնոցներ,
 - Ռիվալտի ռեագենտ,
 - Պաստերի կաթոցիչներ,
 - Կոնային ցենտրիֆուգային ապակե սրվակ,
 - 5 մլ կաթոցիչներ:
- 2) 100 մլ-ոց Ռիվալտի ռեագենտի պատրաստում.
- 10 մլ ծավալով գլանի մեջ լցնել 50 մլ թորած ջուր
 - 5 մլ կաթոցիչով ավելացնել 3 մլ սառը քացախաթթու, որից հետո ավելացնել մնացած 50 մլ թորած ջուրը՝ մինչև 100 մլ նիշին հասնելը

- լուծույթը տեղափոխել 22ի մեջ
- 3) Ընթացակարգ.
- 2 մլ Ռիվալտի ռեագենտը տեղադրել ցենտրիֆուգի սրվակի մեջ,
 - Կաթիլների տեսքով 3 կաթիլ ավելացնել թոքամզի կամ որովայնի խոռոչներից ստացված հեղուկ,
 - Յուրաքանչյուր կաթիլից հետո պետք է սրվակի մեջ սպիտակ ծուխ բարձրանա
 - Փորձի արդյունքն առավել ցայտուն դարձնելու համար անհրաժեշտ է սև գույնի առարկա տեղադրել սրվակի հետևում:
- 4) Արդյունքներ՝ սպիտակ նստվածքի առկայության դեպքում Ռիվալտի թեստը դրական է, իսկ բացակայության դեպքում՝ բացասական:

Հավելված 5

Հայաստանի Հանրապետության
առողջապահության նախարարի

2016 թվականի օգոստոսի 05 - ի
թիվ 2462 – Ա հրամանի

ԱՂԵՆՈՂԻՆ ԴԵՉԱՄԻՆԱԶԻ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆ (ԱԴՀ)

1. Աղենոզին դեզամինազը խմորիչ է, որն անհրաժեշտ է լիմֆոիդ բջիջների զարգացման և տարբերակման համար: Այն թոքամզի կամ որովայնի խոռոչներում ՏԲ-ի բացահայտման օգտակար ցուցանիշ է:
2. Աղենոզին դեզամինազ հետազոտությունն (ԱԴՀ) այդքան էլ մատչելի չէ, բայց սպեկտրաֆոտոմետրի առկայության դեպքում այն կարելի է իրականացնել համեմատաբար հեշտ և էժան:
3. Թոքամզի ՏԲ-ի դեպքում ԱԴՀ-ն 50Ս/լիտրից բարձր է: Եթե ԱԴԱ-ի մակարդակը 40 Ս/լիտրից պակաս է, ապա ՏԲ-ով ախտահարման հավանականությունը քիչ է: Հավաստիությունն ավելի է բարձրանում, երբ ԱԴԱ-ն >50 է, իսկ լիմֆոցիտ/նեյտրոֆիլ հարաբերությունն $> 0.75^3$ է:

4. Որովայնամզի հեղուկի հետազոտությունն լավագույնս կրճատում է ախտորոշման ծախսերը. >39 Ս/լիտր արդյունքը ՏԲ-ի հավանական պատճառի մասին է վկայում: ԱԴԱ-ի զգայունությունը որովայնամզի հեղուկում զգալիորեն ավելի ցածր է լյարդի ցիռոզով պացիենտների շրջանում:

Նկատառում. ՄԻԱՎ-ով վարակված և հակատուբերկուլոզային դեղեր ստացող հիվանդները կարող են ունենալ ավելի ցածր ԱԴԱ-ի մակարդակ: Ողնուղեղային հեղուկի համար ԱԴԱ-ն լավագույն թեստ չի համարվում:

Հավելված 6

Հայաստանի Հանրապետության
առողջապահության նախարարի

2016 թվականի օգոստոսի 05 - ի
թիվ 2462 – Ա հրամանի

ՀԱՎԱՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՈՂԱՅԻՆ ԴԵՂԵՐԻ ՕՐԱԿԱՆ ՉԱՓԱԲԱԺԻՆԸ FDC- ՆԵՐԻ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՄԲ

Ինտենսիվ փուլ

Մ/Զ (կգ)	Միսեմաներ մանուկների համար		Միսեմաներ մեծահասակների համար		
	HZR	E	E	H	EHZR
	30/150/60	100	400	100	275/75/400/150
4	1 հաք	1 հաք			
5	1 հաք	1 հաք			
6	2 հաք	1 հաք			
7	2 հաք	1 հաք			
8	2 հաք	2 հաք			
9	2 հաք	2 հաք			
10	3 հաք	2 հաք			

11	3 հաք	2 հաք			
12	3 հաք	2 հաք			
13	3 հաք	2 հաք			
14	3 հաք	2 հաք			
15	4 հաք	3 հաք			
16	4 հաք	3 հաք			
17	4 հաք	3 հաք			
18	4 հաք	3 հաք			
19	5 հաք	3 հաք			
20	5 հաք	-	1 հաք		
21	5 հաք	-	1 հաք		
22	5 հաք	-	1 հաք		
23	-	-	-	1 հաք	2 հաք
24	-	-	-	1 հաք	2 հաք
25	-	-	-	1 հաք	2 հաք
26	-	-	-	1 հաք	2 հաք
27	-	-	-	1 հաք	2 հաք
28	-	-	-	1 հաք	2 հաք
29	-	-	-	1 հաք	2 հաք
30-34	-	-	-	-	2 հաք
35-39	-	-	-	-	2 ½ հաք
40-54	-	-	-	-	3 հաք
55-70	-	-	-	-	4 հաք
>70	-	-	-	-	5 հաք

Օրինակ՝

- 1) 9 կգ կշռող երեխան խմում է HZR-ի 2 հաք (30մգ/150 մգ/ 60 մգ) + E- ի (100 մգ) 2 հաք օրը մեկ անգամ
- 2) 20 կգ կշռող երեխան խմում է HZR-ի 5 հաք (30 մգ/ 150 մգ/ 60 մգ) + E- ի 2 (400 մգ) 1 հաք օրը մեկ անգամ
- 3) հաքերն անհրաժեշտ է խմել անոթի

Շարունակական փուլ

Մ/Ձ (կգ)	Սխեմաներ մանուկների համար	Սխեմաներ մեծահասակների համար
	HR	HR
	30/60	75/150

4	1 հաք	
5	1 հաք	
6	2 հաք	
7	2 հաք	
8	2 հաք	
9	2 հաք	
10	3 հաք	
11	3 հաք	
12	3 հաք	
13	3 հաք	
14	3 հաք	
15	-	2 հաք
16	-	2 հաք
17	-	2 հաք
18	-	2 հաք
19	-	2 հաք
20	-	2 հաք
21	-	2 հաք
22	-	3 հաք
23	-	3 հաք
24	-	3 հաք
25	-	3 հաք
26	-	3 հաք
27	-	3 հաք
28	-	3 հաք
29	-	3 հաք
30-34	-	2 հաք
35-39	-	2 ½ հաք
40-54	-	3 հաք
55-70	-	4 հաք
>70	-	5 հաք

	Օրական չափաբաժինը < 30 կգ պացիենյւնների համար (ումեղ խորհուրդ, ապացուցողականության	Օրական չափաբաժինը ≥ 30 կգ պացիենյւնների համար

	չափավոր որակ)	
E	15- ից 20 մգ/ կգ օրական մեկ անգամ	15- ից 25 մգ/ կգ օրական մեկ անգամ
H	7- ից 15 մգ/ կգ օրական մեկ անգամ	4- ից 6 մգ/ կգ օրական մեկ անգամ
Z	30- ից 40 մգ/ կգ օրական մեկ անգամ	20- ից 30 մգ/ կգ օրական մեկ անգամ
R	10- ից 20 մգ/ կգ օրական մեկ անգամ	8- ից 12 մգ/ կգ օրական մեկ անգամ

Հավելված 7

Հայաստանի Հանրապետության
առողջապահության նախարարի

2016 թվականի օգոստոսի 05 - ի
թիվ 2462 – Ա հրամանի

ՀԱՎԱՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՈՂԱՅԻՆ ԴԵՂԵՐԻ ԽՄԲԵՐԸ և ՊԱՅԻՆՏՆԵՐԻՆ ՏՐՎՈՂ ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐԸ

ԽՈՒՄԲ 1

Իզոնիազիդ

Ռիֆամպիցին

Պիրազինամիդ

Էթամբուտոլ

Ռիֆաբուտին

ԽՈՒՄԲ 2

Ստրեպտոմիցին

Կանամիցին

Ամիկացին

Կապրետմիցին

ԽՈՒՄԲ 3

Լեվոֆլոքսացին

Մօքսիֆլօքսացին

Օֆլօքսացին

ԽՈՒՄԲ 4

Էթիոնամիդ/Պրոթիոնամիդը

Ցիկլոսերին

Պարաամինոսալիցիլաթթուներ

ԽՈՒՄԲ 5

Կլոֆագիմին

Լինեզոլիդ

Ամօքսիցիլին/Կլավուլանաթթու

ԻԶՈՆԻԱԶԻԴ (H)

Թերապևտիկ ազդեցություն.

- Հակամանրէային՝ մանրէասպան ազդեցությամբ

Թողարկման ձևը.

- 100 մգ և 300 մգ դեղահաբեր
- 50 մգ/ 5 մլ, ներքին կիրառման լուծույթ

Դեղաչափը.

- **Մինչև 30 կգ Մ/Զ-ով երեխաները՝ 10 մգ/կգ (7 – 15 մգ/կգ), օրը մեկ անգամ (ուժեղ խորհուրդ, ապացուցողականության չափավոր որակ)**
- 30 կգ-ից ավելի Մ/Զ-ով երեխաները և չափահասները՝ 5 մգ/կգ (4 – 6 մգ/կգ) օրը մեկ անգամ
- Առավելագույն չափաբաժինը՝ 300 մգ օրական

Հակացուցումներ, կողմնակի ազդեցություններ, նախազգուշական միջոցներ.

Հակացուցումներ

- Դեղը հակացուցված է այն պացիենտներին, ովքեր ունեն լյարդային անբավարարություն:

Կողմնակի ազդեցություններ.

- ծայրամասային ներոպաթիա(թերսնուցվածներ, հղի և ստնտու կանայք, ոգելից ըմպելիքը չարաշահող, շաքարախտով, ՄԻԱՎ-ով վարակված, երիկամային անբավարարություն

կամ լյարդային քրոնիկ հիվանդությամբ, ինչպես նաև Իզոնիազիդի բարձր չափաբաժին ստացող հիվանդներ),

- լյարդի գործունեության խանգարումներ (ոգելից ըմպելիքը չարաշահող, Ռիֆամպիցին ընդունող և > 35 տարեկան հիվանդներ),

Նախազգուշական միջոցառումներ

- խուսափել կամ զգուշությամբ նշանակել ընկնաժողովրդամբ(էպլիեպսիա) տառապողներին՝ մանավանդ Յիկլոսերինով զուգորդելիս

Գերզգայունության ռեակցիա, հոգեկան ռեակցիաներ.

- դեղը զգուշությամբ նշանակել և հետևել այն պացիենտներին, ովքեր ստանում են Ֆենիտոին, Կարբամազեպին, Բենզոդիազեպիններ (թունավորման ռիսկ), Վարֆարին (արյունահոսության ռիսկ), Յիկլոսերին (ծայրամասային ներոպաթիա, քնկոտություն, գլխապտույտ):
- Միաժամանակ տալ պիրիդոքսին (վիտամին B₆), ծայրամասային ներոպաթիայի ռիսկի դեպքում (երեխաներին՝ 5 – 10 մգ/օր, չափահասներին՝ 10 մգ/օր):
- Հղիության և ստնտվության շրջանում հակացուցում չկա: Պիրիդոքսինը տրվում է (10 մգ/օր)՝ ծայրամասային ներոպաթիան կանխելու համար: Բացի այդ ավելացնել պիրիդոքսին (5 մգ/օր)՝ մոր կաթով սնվող երեխայի համար:

Մշտադիտարկում

- ախտանշանային մշտադիտարկում

Ցուցումներ պացիենտներին

- Ընդունել անօթի
- Բուժման ընթացքում խուսափել ոգելից խմիչքից:

Նկատառում. Հակատուբերկուլոզային առաջին շարքի դեղերով բուժման մեջ գտնվող պացիենտներին Իզոնիազիդը տրվում է որպես ֆիքսված դեղաչափով համակցված դեղի մի մաս:

- Իզոնիազիդը ընդգրկվում է 1-ին խմբում, սակայն բարձր չափաբաժնի կիրառման դեպքում (16 – 20 մգ/կգ/օր)՝ այն ընդգրկվում է 5-ում:
- Պահպանումը՝ 30°C-ից ցածր

ԻԶՈՆԻԱԶԻԴ (H)

Դեղաչափը.

- Հիվանդ < 30 կգ՝ 7 -15 մգ/կգ, օրը մեկ անգամ
- Հիվանդ ≥ 30 կգ՝ 4 – 6 մգ/կգ օրը մեկ անգամ
- Առավելագույն չափաբաժինը՝ 300 մգ օրական

Մ/Զ	Օրական	300 մգ	100 մգ	50 մգ/ 5մլ ներքին
-----	--------	--------	--------	-------------------

(կգ)	չափաբաժին (մգ)	դեղահատ	դեղահատ	կիրառման լուծույթ
5	35-37	-	-	5 մլ
6	42-90	-	-	6 մլ
7	49-105	-	-	7 մլ
8	56-120	-	-	8 մլ
9	63-135	-	-	9 մլ
10	70-150	-	-	10 մլ
11	77-165	-	-	11 մլ
12	84-180	-	-	12 մլ
13	91-195	-	-	13 մլ
14	98-210	-	-	14 մլ
15	105-225	-	-	15 մլ
16	112-240	-	2 դհպ.	-
17	119-255	-	2 դհպ.	-
18	126-270	-	2 դհպ.	-
19	133-285	-	2 դհպ.	-
20	140-300	-	2 դհպ.	-
21	147-300	1 դհպ.	-	-
22	154-300	1 դհպ.	-	-
23	161-300	1 դհպ.	-	-
24	168-300	1 դհպ.	-	-
25	175-300	1 դհպ.	-	-
26	182-300	1 դհպ.	-	-
27	189-300	1 դհպ.	-	-
28	196-300	1 դհպ.	-	-
29	203-300	1 դհպ.	-	-
30-35	150	½ դհպ.	-	-
36-45	200	-	2 դհպ.	-
46-55	300	1 դհպ.	-	-
56-70	300	1 դհպ.	-	-
> 70	300	1 դհպ.	-	-

Թերապևտիկ ազդեցությունը.

- Հակամանրէային (Ռիֆամիցին)՝ մանրէասպան ազդեցությամբ

Թողարկման ձևը.

- 150 մգ և 300 մգ դեղահաբեր կամ դեղապատիճներ, լինում է նաև 100 մգ/ 5 մլ, ներքին կիրառման կախույթ:

Դեղաչափը.

- **Մինչև 30 կգ Մ/Չ-ով երեխաներին՝ 15 մգ/կգ (10 – 20 մգ/կգ) օրը մեկ անգամ (ուժեղ խորհուրդ, ապացուցողականության չափավոր որակ)**
- 30 կգ-ից ավելի Մ/Չ-ով երեխաներին ու չափահասներին՝ 10 մգ/կգ (8 – 12 մգ/կգ), օրը մեկ անգամ
- Առավելագույն չափաբաժինը՝ 600 մգ օրական

Հակացուցումներ, կողմնակի ազդեցություններ, նախազգուշական միջոցներ

- դեղը հակացուցված է սկսել այն հիվանդների համար, ովքեր հիվանդ են դեղնախտով, անցյալում ունեցել են ալերգիա կամ, Ռիֆամպիցինով նախկին բուժման ժամանակ արյան կազմի էական շեղումներ (թրոմբոցիտոպենիա, ծիրանացան (պուրպուրա)):
- Խուսափել կամ զգուշությամբ նշանակել դեղն այն պացիենտների համար, ովքեր ունեն լյարդի անբավարարություն (դեղաչափը չպետք է գերազանցի 8 մգ/կգ/օր):
- Այն հիվանդները, ովքեր ընդունում են Նեվիրապին, Ինդինավիր, Նելֆինավիր, Լոպինավիր/Ռիտոնավիր, Ատազանավիր/Ռիտոնավիր, Ռիֆամպիցինի փոխարեն նշանակել Ռիֆաբուտին:

Կարող է առաջացնել.

- մարմնի արտազատուկների նարնջագույն, կամ կարմիր գունավորում,
- ստամոքսաաղիքային համակարգի խանգարումներ, գլխացավ, լյարդի խանգարումներ,
- թրոմբոցիտոպենիա, գերզգայունություն:

Կողմնակի ազդեցությունների կառավարումը տե՛ս Հավելված 8-ում:

Նկատառում. Ռիֆամպիցինը նվազեցնում է շատ դեղերի (հակամանրէային, հակառետրովիրոսային, որոշ հորմոններ, հակադիաբետիկ, կորտիկոիդներ, ֆենիտոին և այլն) ազդեցությունը.

Հակաբեղմնավորիչներ ընդունող կանանց դեպքում պետք է վստահ լինել, որ ներքին հակաբեղմնավորիչների յուրաքանչյուր դեղահաբ պարունակում է 50մգ էթինիլէստրադիոլ կամ օգտվել այլ միջոցներից (մեթոքսիպրոգեստերոնի ներարկում և այլն):

- Ֆյուկոնագոլի հետ զուգընթաց նշանակելիս առանձին դեղերն ընդմիջել 12 ժամով (Ռիֆամպիցինը՝ առավոտյան, Ֆյուկոնագոլը՝ երեկոյան):
- Այլ դեղերի դեպքում՝ ըստ անհրաժեշտության համապատասխանեցնել դեղաչափը:
- Հղիության և ստնտվության շրջանում հակացուցումներ չկան: Հղիության վերջին շրջանում, արյունահոսության դիսկը նվազեցնելու նպատակով, մորը և երեխային նշանակվում է Ֆիտոմենադիոն (վիտամին K):

Մշտադիտարկում.

- ախտանշանային մշտադիտարկում, տարեց և լյարդայի հիվանդություն ունեցողներին՝ ստուգել լյարդի գործառույթը:

ՌԻՖԱՄՊԻՑԻՆ (R)

Ցուցումներ պացիենտներին.

- Ընդունել անոթի
- Ռիֆամպիցինը մեզում, կղանքում, քրտնքի, թքի մեջ, խորխում, արցունքներում և մարմնի այլ արտազատուկներում առաջացնում է նարնջագույն կամ կարմիր գունավորում, որն անվտանգ է:

Նկատառում.

- Առաջին շաբթի դեղերով բուժվող պացիենտներին Ռիֆամպիցինը տրվում է որպես ֆիքսված դեղաչափով համակցված դեղերի մի մաս:
- Պահպանումը՝ 30°C-ից ցածր

Դեղաչափը.

- Հիվանդ < 30 կգ՝ 10 - 20 մգ/կգ, օրը մեկ անգամ, անոթի
- Հիվանդ $\geq$ 30 կգ՝ 8 – 12 մգ/կգ օրը մեկ անգամ, անոթի
- Առավելագույն չափաբաժինը՝ 600 մգ օրական

Մ/Զ (կգ)	Օրական չափաբաժին (մգ)	300 մգ դեղահատ կամ դեղապարիճ	150 մգ դեղահատ ^ա	100 մգ/ 5մլ ներքին կիրառման լուծույթ
5	50-100	-	-	4 մլ
6	60-120	-	-	5 մլ
7	70-140	-	-	5 մլ
8	80-160	-	-	6 մլ
9	90-180	-	-	7 մլ

^ա Եթե կա է միայն 150 մգ դեղապատիճ, ապա 8-15 կգ Մ/Զ-ով երեխաներին տալ օրական 1 դեղապատիճ:

10	100-200	-	-	8 մլ
11	110-220	-	1 դհպ.	-
12	120-240	-	1 դհպ.	-
13	130-260	-	1 ½ դհպ.	-
14	140-280	-	1 ½ դհպ.	-
15	150-300	-	1 ½ դհպ.	-
16	160-320	1 դհպ.	-	-
17	170-340	1 դհպ.	-	-
18	180-360	1 դհպ.	-	-
19	190-380	1 դհպ.	-	-
20	200-400	1 դհպ.	-	-
21	210-420	1 դհպ.	-	-
22	220-440	1 դհպ.	-	-
23	230-460	1 դհպ.	-	-
24	240-480	1 դհպ.	-	-
25	250-500	1 դհպ.	-	-
26	260-520	1 դհպ.	-	-
27	270-540	1 դհպ.	-	-
28	280-560	1 դհպ.	-	-
29	290-580	1 դհպ.	-	-
30-35	300	1 դհպ.	-	-
36-45	450	1 ½ դհպ.	-	-
46-55	450	1 ½ դհպ.	-	-
56-70	600	2 դհպ.	-	-
> 70	600	2 դհպ.	-	-
ՊԻՐԱԶԻՆԱՄԻԴ (Z)				

Թերապևտիկ ազդեցություն՝

- Հակամանրէային՝ մանրէազերծ և մանրէասպան ազդեցությամբ

Թողարկման ձևը.

- 400 մգ դեղահաբ

Դեղաչափը.

- Մինչև 30 կգ Մ/Զ-ով երեխաներին՝ 35 մգ/կգ (30 – 40 մգ/կգ), օրը մեկ անգամ (*ուժեղ խորհուրդ, ապացուցողականության չափավոր որակ*)

- 30 կգ-ից ավելի Մ/Զ-ով երեխաներին ու չափահասներին՝ 25 մգ/կգ (20 – 30 մգ/կգ), օրը մեկ անգամ
- Առավելագույն չափաբաժինը՝ 2000 մգ/ օրական
- Երիկամային անբավարարություն ունեցողներին՝ 25 մգ/կգ/դեղաչափ, շաբաթը 3 անգամ:

Հակացուցումներ, կողմնակի ազդեցություններ, նախազգուշական միջոցներ

- Դեղը հակացուցված է այն հիվանդներին, ովքեր անցյալում ունեցել են ալերգիա պիրազինամիդից, ունեն լյարդի սուր անբավարարություն, պոդագրա:

Կարող է առաջացնել.

- պոդագրա և հոդացավ, լյարդի խանգարումներ, լուսազգայնություն, ցան, ստամոքսաղիքային համակարգի խանգարումներ, գերզգայնություն:

Կողմնակի ազդեցությունների կառավարումը տե՛ս Հավելված 8-ում:

Հղիություն.

- անվտանգությունն առաջին եռամսյակում այնքան էլ հստակ չի հստակեցված: Սակայն, հաշվի առնելով հիվանդության զգայնությունը, այն կարելի է օգտագործել հղիության ընթացքում:
- Ստնտվության շրջանում հակացուցում չկա:

Մշտադիտարկում

- ախտանշանային մշտադիտարկում

Ցուցումներ պացիենտներին

- Ընդունել սննդի հետ կամ առանց դրա:
- մաշկը պաշտպանել արևից:

Նկատառում. առաջին շաբթի դեղերով բուժվող պացիենտներին Պիրազինամիդը տրվում է որպես ֆիքսված դեղաչափով համակցված դեղերի մի մաս:

Պահպանումը.

- 30°C-ից ցածր

Դեղաչափը.

- Հիվանդ < 30 կգ՝ 30 - 40 մգ/կգ, օրը մեկ անգամ
- Հիվանդ $\geq$ 30 կգ՝ 20 – 30 մգ/կգ, օրը մեկ անգամ
- Առավելագույն չափաբաժինը՝ 2000 մգ օրական

ՊԻՐԱԶԻՆԱՄԻԴ (Z)

Մ/Զ	Օրական չափաբաժին	400 մգ
-----	------------------	--------

(կգ)	(մգ)	դեղահատ
5	150-200	½ դհպ.
6	180-240	½ դհպ.
7	210-280	½ դհպ.
8	240-320	¾ դհպ.
9	270-360	¾ դհպ.
10	300-400	1 դհպ.
11	330-440	1 դհպ.
12	360-480	1 դհպ.
13	390-520	1 դհպ.
14	420-560	1 դհպ.
15	450-600	1 ½ դհպ.
16	480-640	1 ½ դհպ.
17	510-680	1 ½ դհպ.
18	540-720	1 ½ դհպ.
19	570-760	1 ½ դհպ.
20	600-800	1 ½ դհպ.
21	630-840	2 դհպ.
22	660-880	2 դհպ.
23	690-920	2 դհպ.
24	720-960	2 դհպ.
25	750-1000	2 դհպ.
26	780-1040	2 դհպ.
27	810-1080	2 դհպ.
28	840-1120	2 ½ դհպ.
29	870-1160	2 ½ դհպ.
30-35	800	2 դհպ.
36-45	1000	2 ½ դհպ.
46-55	1200	3 դհպ.
56-70	1600	4 դհպ.
> 70	2000	5 դհպ.

ԷԹԱՄԲՈՒՏՈՒԼ (E)

Թերապևտիկ ազդեցություն

- հակամանրէային՝ մանրէասպան ազդեցությամբ

Թողարկման ձևը.

- 100 մգ և 400 մգ դեղահաբեր

Դեղաչափը.

- **Մինչև 30 կգ Մ/Զ-ով երեխաներին՝ 20 մգ/կգ (15 – 25 մգ/կգ), օրը մեկ անգամ (ուժեղ խորհուրդ, ապացուցողականության չափավոր որակ)**
- 30 կգ-ից ավելի Մ/Զ-ով երեխաներին ու չափահասներին՝ 15 մգ/կգ (15 – 25 մգ/կգ), օրը մեկ անգամ
- Առավելագույն չափաբաժինը՝ 1200 մգ/ օրական
- Երիկամների անբավարարությամբ պացիենտներին՝ 15 - 25 մգ/կգ/դեղաչափ, շաբաթը 3 անգամ

Հակացուցումներ, կողմնակի ազդեցություններ, նախազգուշական միջոցներ.

- Դեղը հակացուցված է այն հիվանդներին, ովքեր ունեն երիկամային խիստ անբավարարություն, կամ տեսողական նյարդի արդեն իսկ գոյություն ունեցող նեվրիտ (օրինակ՝ դիաբետային ռետինոպաթիա):
- Կարող է առաջացնել տեսողական նյարդի հետկոճղեզային նյարդաբորբ:

Դեղաչափը պետք է զգուշությամբ համապատասխանեցվի հիվանդի Մ/Զ-ին (կողմնակի ազդեցությունները կապված են դեղաչափից), մանավանդ 5 տարեկանից փոքր երեխաների համար, քանի որ այդ տարիքում տեսողական փոփոխությունների հայտնաբերումն ավելի դժվար է:

Կողմնակի ազդեցությունների կառավարումը տե՛ս Հավելված 8-ում:

- Հղիությունը հակացուցում չէ:
- Ստնտվության շրջանը հակացուցում չէ:

Մշտադիտարկում

- Տեսողության սրության և գույների տարբերակում նախքան բուժումն սկսելը և բուժման ընթացքում:

Ցուցումներ պացիենտներին

- Ընդունել սննդով կամ առանց դրա:

Նկատառում. Առաջին շարքի դեղերով բուժվող պացիենտներին Էթամբուտոլը տրվում է որպես ֆիրսված դեղաչափով համակցված դեղերի մի մաս:

- Պահպանումը՝ 30°C-ից ցածր

Դեղաչափը.

- Հիվանդ < 30 կգ՝ 20 մգ/կգ (15 – 25 մգ/կգ), օրը մեկ անգամ
- Հիվանդ ≥ 30 կգ՝ 15 մգ/կգ (15 – 25 մգ/կգ), օրը մեկ անգամ
- Առավելագույն չափաբաժինը՝ 1200 մգ օրական

ԷԹԱՄԲՈՒՏՈԼ (E)			
Մ/Զ (կգ)	Օրական չափաբաժին (մգ)	400 մգ դեղահապ	100 մգ դեղահապ
5	75-125	-	1 դհպ.
6	90-150	-	1 դհպ.
7	105-175	-	1 դհպ.
8	120-200	½ դհպ.	-
9	135-225	½ դհպ.	-
10	150-250	½ դհպ.	-
11	165-275	½ դհպ.	-
12	180-300	½ դհպ.	-
13	195-325	½ դհպ.	-
14	210-350	-	3 դհպ.
15	225-375	-	3 դհպ.
16	240-400	-	3 դհպ.
17	255-425	-	3 դհպ.
18	270-450	1 դհպ.	-
19	285-475	1 դհպ.	-
20	300-500	1 դհպ.	-
21	315-525	1 դհպ.	-
22	330-550	1 դհպ.	-
23	345-575	1 դհպ.	-
24	360-600	1 դհպ.	-
25	375-625	1 դհպ.	-
26	390-650	1 դհպ.	-
27	405-675	1 ½ դհպ.	-
28	420-700	1 ½ դհպ.	-
29	435-725	1 ½ դհպ.	-

30-35	600	1 ½ դիպ.	-
36-45	800	2 դիպ.	-
46-55	1000	2 դիպ.	-
56-70	1200	3 դիպ.	-
> 70	1200	3 դիպ.	-
ՌԻՖԱՐՈՒՏԻՆ (Rfb)			

Թերապևտիկ ազդեցությունը.

- Հակամանրէային (Ռիֆամպին)՝ մանրէասպան ազդեցությամբ

Թողարկման ձևը.

- 150 մգ դեղապատիճ

Դեղաչափը.

- Երեխաներ և մեծահասակներ՝ 5 - 10 մգ/կգ, օրը մեկ անգամ
- Առավելագույն չափաբաժինը՝ 300 մգ օրական
- Երիկամների սուր անբավարարությամբ պացիենտներին՝ չափաբաժինը կրճատել կեսով
- Որոշ հակառետրովիրուսային դեղերի հետ միասին օգտագործելու դեպքում անհրաժեշտ է համապատասխանեցնել չափաբաժինը:

Հակացուցումներ, կողմնակի ազդեցություններ, նախազգուշական միջոցներ

- Դեղը հակացուցված է այն հիվանդներին, ովքեր անցյալում ունեցել են ալերգիա կամ, Ռիֆամպինոլ նախկին բուժման ընթացքում արյան կազմում էական շեղումներով հիվանդություններ (թրոմբոցիտոպենիա, ծիրանացան (պուրպուրա)):
- Զգուշությամբ նշանակել դեղը այն պացիենտներին, ովքեր ունեն լյարդի կամ երիկամների անբավարարություն կամ արյան հիվանդություններ:
- Այն հիվանդները, ովքեր ընդունում են Նեվիրապին, Ինդինավիր, Նելֆինավիր, Լոպինավիր/Ռիտոնավիր, Ատազանավիր/Ռիտոնավիր, Ռիֆամպինի փոխարեն նշանակել Ռիֆաբուտին:
- Կարող է առաջացնել մաշկի և մարմնի արտազատուկների նարնջագույն, կամ կարմիր գունավորում, ստամոքսաղիքային համակարգի խանգարումներ, գերզգայունություն, արյան հիվանդություններ (լեյկոպենիա, սակավայրություն, թրոմբոցիտոպենիա), երկկողմանի ուլեիտ (աչքի անոթաթաղանթաբորբ), լյարդի գործառույթի խանգարումներ:
- Կողմնակի ազդեցությունների կառավարումը տե՛ս Հավելված 8-ում:
- Վերահսկել Ֆլյուկոնազոլի համակցությունը (մեծ է տեսանյարդի վրա թունավոր ազդեցության վտանգը):

- Ռիֆաբուտինը նվազեցնում է շատ դեղերի (հակամանրէային, որոշ հորմոններ, հակադիաբետիկ, կորտիկոիդներ, ֆենիտոին և այլն) ազդեցությունը.

Հակաբեղմնավորիչներ ընդունող կանանց դեպքում, պետք է վստահ լինել, որ ներքին ընդունման կիրառվող հակաբեղմնավորիչների յուրաքանչյուր դեղահաբ պարունակում է 50մգ էթինիլէստրադիոլ կամ օգտվել այլ միջոցներից (մեթօքսիպրոգեստերոնի ներարկում և այլն):

- Մյուս դեղերի դեպքում դեղաչափը համապատասխանեցնել՝ ըստ անհրաժեշտության:

Հղիություն և ստնտվության շրջան.

- խուսափել նշանակումից, բացառությամբ կենսականորեն անհրաժեշտ դեպքերի (անվտանգությունը չի հստակեցված): Հղիության վերջին շրջանում օգտագործելու դեպքում, արյունահոսության վտանգը նվազեցնելու նպատակով մորը և նորածնին նշանակվում է Ֆիտոմենադիոն (վիտամին K):

Մշտադիտարկում

- ախտանշանային մշտադիտարկում, լյարդի ցուցանիշները՝ լյարդի ախտահարմամբ պացիենտների և տարեցների դեպքում:

Ցուցումներ պացիենտներին

- Ընդունել սննդի հետ կամ առանց դրա:

ՌԻՖԱԲՈՒՏԻՆ (Rfb)

- Ռիֆաբուտինը մաշկը, մեզը, թուքը և մարմնի այլ արտազատուկները գունավորում է նարնջագույն կամ կարմիր, որն անվտանգ է:

Նկատառում. Ռիֆաբուտինը փոխարինում է Ռիֆամպիցինին, եթե հիվանդը ստանում է Նեվիրապին, Ինդինավիր, Նելֆինավիր, Լոպինավիր/Ռիտոնավիր, Ատազանավիր/Ռիտոնավիր: Առաջին շարքի դեղերով բուժվող պացիենտներին Ռիֆաբուտինը տրվում է որպես ֆիքսված դեղաչափով համակցված դեղերի մի մաս: **Պահպանումը**

- 25°C-ից ցածր

Դեղաչափը.

- Հիվանդ < 30 կգ՝ 5 – 10 մգ/կգ, օրը մեկ անգամ
- Հիվանդ $\geq$ 30 կգ՝ 5 – 10 մգ/կգ, օրը մեկ անգամ
- Առավելագույն չափաբաժինը՝ 300 մգ օրական

Մ/Զ (կգ)	Օրական չափաբաժին (մգ)	400 մգ դեղապարիճ
5	25-50	-
6	30-60	-
7	35-70	-
8	70-80	-

9	45-90	-
10	50-100	-
11	55-110	-
12	60-120	-
13	65-130	-
14	70-140	-
15	75-150	1 դեղապարիճ
16	80-160	1 դեղապարիճ
17	85-170	1 դեղապարիճ
18	90-180	1 դեղապարիճ
19	95-190	1 դեղապարիճ
20	100-200	1 դեղապարիճ
21	105-210	1 դեղապարիճ
22	110-220	1 դեղապարիճ
23	115-230	1 դեղապարիճ
24	120-240	1 դեղապարիճ
25	125-250	1 դեղապարիճ
26	130-260	1 դեղապարիճ
27	135-270	1 դեղապարիճ
28	140-280	1 դեղապարիճ
29	145-290	1 դեղապարիճ
30-35	300	2 դեղապարիճ
36-45	300	2 դեղապարիճ
46-55	300	2 դեղապարիճ
56-70	300	2 դեղապարիճ
> 70	300	2 դեղապարիճ
USP-ԵՊՏՈՄԻՑԻՆ (S)		

Թերապևտիկ ազդեցություն.

- Հակամանրէային (ամինագլիկոզիդ)՝ մանրէասպան ազդեցությամբ

Թողարկման ձևը.

- Ստրեպտոմիցինի սուլֆատ, որը համարժեք է 1 գ հիմքին, փոշու սրվակ՝ միջմկանային ներարկման համար:
- ՑՈՒՑՎԱԾ ՉԷ ՆԵՐԵՐԱԿԱՅԻՆ ՆԵՐԱՐԿՄԱՆ:

Դեղաչափը.

- Մինչև 30 կգ Մ/Զ-ով երեխաներին ու մեծահասակներին՝ 12–18 մգ/կգ, օրը մեկ անգամ:
- Առավելագույն չափաբաժինը՝ 1000 մգ օրական:
- 60 տարեկանից բարձր հիվանդներ՝ 500 – 750 մգ, օրը մեկ անգամ:
- Հիվանդներ, ովքեր ունեն երիկամային անբավարարություն՝ 12 – 15 մգ/կգ/դեղաչափ, շաբաթը 2 կամ 3 անգամ:

Հակացուցումներ, կողմնակի ազդեցություններ, նախազգուշական միջոցներ

- Դեղը հակացուցված է <30 կգ Մ/Զ-ով երեխաների և այն հիվանդներին, ովքեր անցյալում ամինազիկոզի հանդեպ գերզգայունություն են դրսևորել:
- Զգուշությամբ նշանակել դեղը 60 տարեկանից բարձր, երիկամային կամ հավասարակշռության գործառույթի խանգարումներով պացիենտներին կամ լսողական նվազումով(կորուստ) անձանց:

Կարող է առաջացնել.

- հավասարակշռության և լսողական նյարդի(օտոտոքսիկ),ինչպես նաև երիկամների վրա թունավոր ազդեցություն, էլեկտրոլիտների փոխանակության խանգարում, հազվադեպ՝ գերզգայունություն:
- Կողմնակի ազդեցությունների կառավարումը տե՛ս Հավելված 8-ում:
- Խուսափել կամ մշտադիտարկել օտոտոքսիկ և/կամ նեֆրոտոքսիկ դեղերի (Ֆուրոսեմիդ, Ամֆոտերիցին B, Տենոֆովիր և այլն) համակցումը:

Հղիություն.

- ՀԱԿԱՑՈՒՑՎԱԾ է: Օգտագործել Կապրետմիցին, եթե պահանջվում է ներարկման համար անհրաժեշտ դեղ:

Ստնտվության շրջան.

- հակացուցում չկա:

Մշտադիտարկում

- ախտանշանային մշտադիտարկում, մասնավորապես օտոտոքսիկության(զլխապտույտ, աղմուկ ականջներում կամ լսողության կորուստ) վաղ հայտնաբերման համար:

Ցուցումներ պացիենտներին

- Ընդունել հեղուկներ՝ երիկամային խնդիրները նվազեցնելու նպատակով:

Պահպանումը.

- 25°C-ից ցածր, բացված լուծույթը կարելի է պահել 24 ժամ, լույսից հեռու և 25°C-ից ցածր ջերմաստիճանի պայմաններում:

Դեղաչափը.

- Հիվանդ ≥ 30 կգ (և < 60 տարեկան)՝ 12 – 18 մգ/կգ, օրը մեկ անգամ:

- Առավելագույն չափաբաժինը՝ 1000 մգ/օրական:

ՍՏՐԵՊՏՈՄԻՑԻՆ (S)		
Մ/Ձ (կգ)	Օրական չափաբաժին (մգ)	Օրական չափաբաժին – ներմկանային ներարկում (ներարկման համար՝ 1 գ 5 մլ ջրի մեջ = 200 մգ/մլ)
5-29	չի օգտագործվում < 30 կգ պացիենտների դեպքում	
30-33	500	2.5 մլ
34-40	600	3 մլ
41-45	700	3.5 մլ
46-50	800	4 մլ
51-70	900	4.5 մլ
> 70	1000	5 մլ
ԿԱՆԱՄԻՑԻՆ (Km)		

Թերապևտիկ ազդեցություն.

Հակաբամանրէային (ամինազիկոզիդներ)՝ մանրէասպան ազդեցությամբ:

Թողարկման ձևը.

- Կանամիցինի սուլֆատ, որը համարժեք է 1 գ հիմքին, փոշու սրվակ՝ միջմկանային ներարկման համար:
- լինում է նաև 1 գ հիմքով սրվակով (250մգ/մլ, 4 մլ) միջմկանային ներարկման:

Դեղաչափը.

- < 30 կգ Մ/Ձ-ով երեխաներին՝ 15 – 30 մգ/կգ, օրը մեկ անգամ
- >30 կգ-ից Մ/Ձ-ով երեխաներին ու չափահասներին՝ 15 – 20 մգ/կգ, օրը մեկ անգամ
- Առավելագույն չափաբաժինը՝ 1000 մգ օրական
- 60 տարեկանից բարձր հիվանդները՝ 10 մգ/կգ, օրը մեկ անգամ (առավելագույնը՝ 750 մգ, օրական)
- Երիկամների սուր անբավարարությամբ պացիենտներին՝ 12-15 մգ/կգ/դեղաչափ, շաբաթը 3 անգամ

Հակացուցումներ, կողմնակի ազդեցություններ, նախազգուշական միջոցներ

- Դեղը հակացուցված է անցյալում ամինազիկոզիդներից գերզգայունություն ունեցած հիվանդներին:
- Զգուշությամբ նշանակել դեղը 60 տարեկանից բարձր, երիկամային կամ հավասարակշռության գործառույթի խանգարումներով պացիենտներին կամ լսողական նվազումով(կորուստ) անձանց:

Կարող է առաջացնել.

- հավասարակշռության և լսողական նյարդի(օտոտոքսիկ),ինչպես նաև երիկամների վրա թունավոր ազդեցություն, էլեկտրոլիտների փոխանակության խանգարում, հազվադեպ՝ գերզգայունություն:
- ցավ ներարկման տեղում:
- Կողմնակի ազդեցությունների կառավարումը տե՛ս Հավելված 8-ում:

Հղիություն.

- ՀԱԿԱՑՈՒՑՎԱԾ է: Օգտագործել Կապրեոմիցին, եթե պահանջվում է ներարկման համար անհրաժեշտ դեղ:

Ստնտվության շրջան.

- հակացուցում չկա:

Մշտադիտարկում.

- Ախտանշանային մշտադիտարկում, կրեատինինի շիճուկի և էլեկտրոլիտների հետազոտություն, աուդիոմետրիկ հետազոտություն (նախքան բուժումը և բուժման ընթացքում):

Ցուցումներ պացիենտներին.

- Երիկամաների աշխատանքը բարելավելու նպատակով ընդունել հեղուկներ:

Նկատառում. Նույն ներարկչի մեջ չխառնել մյուս դեղերի հետ:

Պահպանումը.

- 25°C-ից ցածր ջերմաստիճանային պայմաններում
- Բացված լուծույթը կարելի է պահել 24 ժամ, 25°C-ից ցածր ջերմաստիճանի և առանց լույսի պահպանման պայմաններում այն կարող է մգանալ, սակայն դա չի անդրառնում դեղի որակի վրա:

ԿԱՆԱՄԻՑԻՆ (Km)

Դեղաչափը.

- Հիվանդ < 30 կգ՝ 15 - 30 մգ/կգ, օրը մեկ անգամ
- Հիվանդ ≥ 30 կգ (և < 60 տարեկան)՝ 15 – 20 մգ/կգ օրը մեկ անգամ
- Առավելագույն չափաբաժինը՝ 1000 մգ օրական

· Մ/Ձ (կգ)	Օրական չափաբաժին (մգ)	Օրական չափաբաժին – ներմկանային ներարկում ^ա (ներարկման համար՝ 1 գ 5 մլ ջրի մեջ = 200 մգ/մլ)
5	75-150	0.5 մլ
6	90-180	0.5 մլ
7	105-210	0.5 մլ

^ա 1 մլ-ից ցածր դեղաչափի դեպքում օգտագործել 0.01 մլ սանդղակ ունեցող 1 մլ-ոց ներարկիչ

8	120-240	0.5 մլ
9	135-270	0.8 մլ
10	150-300	0.8 մլ
11	165-330	0.8 մլ
12	180-360	1 մլ
13	195-390	1 մլ
14	210-420	1 մլ
15	225-450	1 մլ
16	240-480	1 մլ
17	255-510	1.5 մլ
18	270-540	1.5 մլ
19	285-570	1.5 մլ
20	300-600	1.5 մլ
21	315-630	1.5 մլ
22	330-660	1.5 մլ
23	345-690	1.5 մլ
24	360-720	1.5 մլ
25	375-750	2 մլ
26	390-780	2 մլ
27	405-810	2 մլ
28	420-840	2 մլ
29	435-870	2 մլ
30-33	500	2 մլ
34-40	625	2.5 մլ
41-45	750	3 մլ
46-50	875	3.5 մլ
51-70	1000	4 մլ
> 70	1000	4 մլ
ԱՄԻԿԱՑԻՆ (Amk)		

Թերապևտիկ ազդեցություն.

- Հակամանրէային (ամինազիլոզիդներ)՝ մանրէասպան ազդեցությամբ:

Թողարկման ձևը.

- Ամիկացինի սուլֆատ, որը համարժեք է 500 մգ հիմքին, 2 մլ սրվակով (250 մգ/մլ)՝ միջմկանային ներարկման համար:

- Ամիկացիների սուվֆատ, որը համարժեք է 500 մգ հիմքին, փոշու սրվակ միջմկանային ներարկման համար: Այն լինում է նաև 100 մգ և 1 գ փոշու սրվակներ ներարկման համար:

Դեղաչափը.

- < 30 կգ Մ/2-ով երեխաներին՝ 15 – 30 մգ/կգ, օրը մեկ անգամ
- >30 կգ-ից Մ/2-ով երեխաներին ու չափահասներին՝ 15 – 20 մգ/կգ, օրը մեկ անգամ
- Առավելագույն չափաբաժինը՝ 1000 մգ օրական
- 60 տարեկանից բարձր հիվանդները՝ 10 մգ/կգ, օրը մեկ անգամ (առավելագույնը՝ 750 մգ, օրական)
- Երիկամների սուր անբավարարություն ունեցող հիվանդները՝ 12-15 մգ/կգ/դեղաչափ, շաբաթը 2 կամ 3 անգամ:

Հակացուցումներ, կողմնակի ազդեցություններ, նախազգուշական միջոցներ

- Դեղը հակացուցված է անցյալում ամինազլիկոզիդներից գերզգայունություն ունեցած հիվանդներին:
- Զգուշությամբ նշանակել դեղը 60 տարեկանից բարձր, երիկամային կամ հավասարակշռության գործառույթի խանգարումներով պացիենտներին կամ լսողական նվազումով(կորուստ) անձանց:

Կարող է առաջացնել.

- հավասարակշռության և լսողական նյարդի(օտոտոքսիկ),ինչպես նաև երիկամների վրա թունավոր ազդեցություն, էլեկտրոլիտների փոխանակության խանգարում, հազվադեպ՝ գերզգայունություն:
- ցավ ներարկման տեղում:
- Խուսափել (մշտադիտարկել) օտոտոքսիկ և/կամ նեֆրոտոքսիկ դեղերի (Ֆուրոսեմիդ, Ամֆոտերիցին B, Տենոֆովիր և այլն) համակցումից:

Հղիություն.

- ՀԱԿԱՑՈՒՅՎԱԾ է:
- Օգտագործել Կապրեոմիցին, եթե պահանջվում է ներարկման համար անհրաժեշտ դեղ:

Ստնտվության շրջան.

- հակացուցում չկա:

Մշտադիտարկում

- անախտանիշ մշտադիտարկում, կրեատինինի շիճուկի և էլեկտրոլիտների հետազոտություն, աուդիոմետրիկ հետազոտություն (նախքան բուժումը և բուժման ընթացքում):

Ցուցումներ պացիենտներին

- Երիկամների աշխատանքը բարելավելու նպատակով ընդունել հեղուկներ:

Նկատառում. Նույն ներարկչի մեջ չպետք է խառնել մյուս դեղերի հետ:

Պահպանումը.

- 25°C-ից ցածր
- Բացված լուծույթը կարելի է պահել 25°C-ից ցածր ջերմաստիճանում, մթության մեջ, 24 ժամ, որի ընթացքում այն կարող է մգանալ, բայց չ կորցնել իր ազդեցությունը:

Դեղաչափը.

- Հիվանդ < 30 կգ՝ 15 - 30 մգ/կգ, օրը մեկ անգամ
- Հիվանդ ≥ 30 կգ (և < 60 տարեկան)՝ 15 – 20 մգ/կգ օրը մեկ անգամ
- Առավելագույն չափաբաժինը՝ 1000 մգ օրական

ԱՄԻԿԱՑԻՆ (Amk)		
· Մ/Զ (կգ)	Օրական չափաբաժին (մգ)	Օրական չափաբաժին – ներմկանային ներարկում ^ա (ներարկման համար՝ 500 մգ 2 մլ սրվակի մեջ = 250 մգ/մլ)
5	75-150	0.5 մլ
6	90-180	0.5 մլ
7	105-210	0.5 մլ
8	120-240	0.5 մլ
9	135-270	0.8 մլ
10	150-300	0.8 մլ
11	165-330	0.8 մլ
12	180-360	1 մլ
13	195-390	1 մլ
14	210-420	1 մլ
15	225-450	1 մլ
16	240-480	1 մլ
17	255-510	1.5 մլ
18	270-540	1.5 մլ
19	285-570	1.5 մլ
20	300-600	1.5 մլ
21	315-630	1.5 մլ
22	330-660	1.5 մլ
23	345-690	1.5 մլ
24	360-720	1.5 մլ
25	375-750	2 մլ
26	390-780	2 մլ

^ա 1 մլ-ից ցածր դեղաչափի դեպքում, օգտագործել 0.01 մլ սանդղակ ունեցող 1 մլ-ոց ներարկիչ

27	405-810	2 մլ
28	420-840	2 մլ
29	435-870	2 մլ
30-33	500	2 մլ
34-40	625	2.5 մլ
41-45	750	3 մլ
46-50	875	3.5 մլ
51-70	1000	4 մլ
> 70	1000	4 մլ
ԿԱՊՐԵՈՄԻՑԻՆ (Cm)		

Թերապևտիկ ազդեցություն.

- Հակամանրէային (ցիկլիկ պոլիպետիդ)՝ մանրէասպան ազդեցությամբ:

Թողարկման ձևը.

Կապրեոմիցինի սուլֆատ, որը համարժեք է 1 գ հիմքին, փոշու սրվակով խորը միջմկանային ներարկման համար:

Դեղաչափը.

- <30 կգ Մ/Ձ-ով երեխաներին՝ 15 – 30 մգ/կգ, օրը մեկ անգամ
- >30 կգ-ից Մ/Ձ-ով երեխաներին և չափահասներին՝ 15 – 20 մգ/կգ, օրը մեկ անգամ
- Առավելագույն չափաբաժինը՝ 1000 մգ օրական
- 60 տարեկանից բարձր հիվանդները՝ 10 մգ/կգ, օրը մեկ անգամ (առավելագույնը՝ 750 մգ/օրական)
- Երիկամների սուր անբավարարությամբ ունեցող հիվանդները՝ 12-15 մգ/կգ/դեղաչափ, շաբաթը 2 -3 անգամ:

Հակացուցումներ, կողմնակի ազդեցություններ, նախազգուշական միջոցներ

- Դեղը հակացուցված է կապրեոմիցինի նկատմամբ անցյալում գերզգայունություն ունեցողներին:
- Զգուշությամբ նշանակել դեղը 60 տարեկանից բարձր, երիկամային կամ հավասարակշռության գործառույթի խանգարումներով պացիենտներին կամ լսողական նվազումով(կորուստ) անձանց:

Կարող է առաջացնել.

- Էլեկտրոլիտների փոխանակության խանգարում, հավասարակշռության և լսողական նյարդի(օտոտոքսիկ),ինչպես նաև երիկամների վրա թունավոր ազդեցություն, հազվադեպ՝ գերզգայունություն:

- ցավ ներարկման տեղում:
- Կողմնակի ազդեցությունների կառավարումը տե՛ս Հավելված 8-ում:

Հղիություն.

- անվտանգությունը հստակեցված չէ, այնուամենայնիվ, եթե պահանջվում է ներարկվող դեղ, Կապրեոմիցինը միակ տարբերակն է, քանի որ ամինագլիկոզիդները հակացուցված են հղիության ընթացքում::

Ստնտվության շրջան.

- հակացուցում չկա:

Մշտադիտարկում

- ախտանշանային մշտադիտարկում, կրեատինինի շիճուկի և էլեկտրոլիտների հետազոտություն, աուդիոմետրիկ հետազոտություն (նախքան բուժումը և բուժման ընթացքում):

Ցուցումներ պացիենտներին

- Երկամանների աշխատանքը բարելավելու նպատակով ընդունել հեղուկներ:

Պահպանումը.

- 25°C-ից ցածր պայմաններում
- Բացված լուծույթը կարելի է պահել սառը պայմաններում (2°C - 8°C) և այն կարելի է օգտագործել մինչև 24 ժամ:
- Պահպանման ժամանակ լուծույթը կարող է դառնալ ծղոտագույն, բայց չկորցնել է իր ազդեցությունը:

Դեղաչափը.

- Հիվանդ < 30 կգ՝ 15 - 30 մգ/կգ, օրը մեկ անգամ
- Հիվանդ ≥ 30 կգ (և < 60 տարեկան)՝ 15 – 20 մգ/կգ օրը մեկ անգամ
- Առավելագույն չափաբաժինը՝ 1000 մգ օրական

ԿԱՊՐԵՈՄԻՑԻՆ (Cm)		
Մ/Զ (կգ)	Օրական չափաբաժին (մգ)	Օրական չափաբաժին – ներմկանային ներարկում ^ա (ներարկման համար՝ 500 մգ 2 մլ սրվակի մեջ = 250 մգ/մլ)
5	75-150	0.2 մլ
6	90-180	0.2 մլ
7	105-210	0.3 մլ
8	120-240	0.3 մլ
9	135-270	0.4 մլ
10	150-300	0.4 մլ

^ա 1 մլ-ից ցածր դեղաչափի դեպքում օգտագործել 0.01 մլ սանդղակ ունեցող 1 մլ-ոց ներարկիչ

11	165-330	0.4 մլ
12	180-360	0.5 մլ
13	195-390	0.5 մլ
14	210-420	0.5 մլ
15	225-450	0.6 մլ
16	240-480	0.6 մլ
17	255-510	0.6 մլ
18	270-540	0.6 մլ
19	285-570	0.6 մլ
20	300-600	0.7 մլ
21	315-630	0.7 մլ
22	330-660	0.7 մլ
23	345-690	0.8 մլ
24	360-720	0.8 մլ
25	375-750	1 մլ
26	390-780	1 մլ
27	405-810	1 մլ
28	420-840	1 մլ
29	435-870	1 մլ
30-33	500	1 մլ
34-40	625	1.2 մլ
41-45	750	1.5 մլ
46-50	875	1.6 մլ
51-70	1000	2 մլ
> 70	1000	2 մլ
ԼԵՎՈՖԼՈՔՍԱՑԻՆ (Lfx)		

Թերապևտիկ ազդեցություն.

- Հակաբամանրեային (ֆտորքինոլոն)՝ մանրէասպան ազդեցությամբ:

Թողարկման ձևը.

- 250 մգ և 500 մգ դեղահատեր

Դեղաչափը

- ա) < 30 կգ Մ/Զ-ով երեխաներին
 - 6 ամսական – 5 տարեկան՝ 15 – 20 մգ/կգ/օր՝ բաժանելով 2 չափաբաժնի:
 - 5 տարեկան և բարձր՝ 10 մգ/կգ, օր մեկ անգամ:

բ) >30 կգ-ից Մ/2-ով երեխաներին և չափահասներին.

- 750 -1000 մգ, օրը մեկ անգամ

գ) Առավելագույն չափաբաժինը.

- 1000 մգ օրական

դ) երիկամների սուր անբավարարությամբ պացիենտներին.

- 750 - 1000 մգ/դեղաչափ, շաբաթը 3 անգամ:

Հակացուցումներ, կողմնակի ազդեցություններ, նախազգուշական միջոցներ.

- Դեղը հակացուցված է այն հիվանդներին, ովքեր անցյալում ֆտորքինոլոններով բուժվելիս գերզգայնություն կամ ջլերի ախտահարում են նշում,
- զգուշությամբ նշանակել երեխաներին, դեռահասներին և 60 տարեկանից բարձր անձանց (ջլերի վնասման հավանականություն), QT միջակայքի երկարացման վտանգի դեպքում (սրտային անբավարարություն, հազվասրտություն, կալիումի պակաս և այլն), ինչպես նաև հոգեկան խանգարումներ (կամ ցնցումներ) տարածներին:
- կարող է առաջացնել ստամոքսաաղիքային համակարգի խանգարումներ, կենտրոնական նյարդային համակարգի խանգարումներ (գլխացավ, գլխապտույտ, անքնություն, ընկճախտ և այլն), գերզգայնություն, լուսավախություն, ծայրամասային ներոպաթիա, մկանացավ, ջլի բորբոքում(տենդինիտ) կամ պատռվածք:
- Խուսափել (կամ մշտադիտարկել) այն դեղերի համակցումից, որոնք երկարացնում են QT միջակայքը(ամիոդարոն, էրիտրոմիցին, ֆլուկոնազոլ, լուպինավիր, մեֆլոքսին, օնդանցետրոն, պենտամիդին, քվինին և այլն) և վարֆարինից:
- կողմնակի ազդեցությունների կառավարումը տե՛ս Հավելված 8-ում:
- չպետք է միաժամանակ նշանակել անտացիդների հետ (մագնեզիում կամ ալյումին, կալցիում, երկաթի և ցինկի աղեր պարունակողներ), դիդանոզին (ոչ պատիճավորված ֆորմուլան). դեղերը պետք է տալ 2 ժամ ընդմիջմամբ:

Հղիություն և ստնտվության շրջան. անվտանգությունը հստակեցված չէ, այն ընդունելի է, եթե կենսական է մոր համար:

Մշտադիտարկում

- ախտանշանային մշտադիտարկում:

Ցուցումներ պացիենտներին

- Կարելի է ընդունել սննդի հետ(սակայն ոչ՝ կաթնամթերքների, անտացիդների, բազմավիտամինների հետ): Ընդունելուց հետո մինչև մյուս դեղի ընդունելը սպասել երկու ժամ:
- Ընդունել հեղուկ:
- մաշկը պաշտպանել արևից:

Նշումներ

- ներքին կիրառման կախույթ (25 մգ/մլ), սակայն բենզիլալկոհոլի բարձր խտության պատճառով այն հակացուցված է մինչև 3 տարեկան երեխաներին: Դեղը երկարաժամկետ ընդունելու համար Երեխաների անվտանգության մասին տվյալներ չեն նշվում:

Պահպանումը.

- 30°C-ից ցածր ջերմաստիճանային պայմաններում

Դեղաչափը.

ա) հիվանդ < 30 կգ.

- 6 ամսականից մինչև < 5 տարեկան՝ 15 - 20 մգ/կգ/օր՝ բաժանելով 2 չափաբաժնի
- ≥ 5 տարեկան՝ 10 մգ/կգ օրը մեկ անգամ

բ) հիվանդ ≥ 30 կգ՝ 750 – 1000 մգ օրը մեկ անգամ

- առավելագույն չափաբաժինը՝ 1000 մգ օրական
- երիկամների սուր անբավարարություն ունեցող հիվանդներ՝ 750-1000 մգ/դեղաչափ, շաբաթը 3 անգամ

Մ/Զ (կգ)	Օրական չափաբաժին (մգ)	500 մգ դեղահատ	250 մգ դեղահատ
5	75-100	-	-
6	90-120	-	-
7	105-140	-	-
8	120-160	-	-
9	135-180	-	-
10	150-200	-	-
11	165-220	-	-
12	180-240	-	$\frac{1}{2}$ դեղ x 2
13	195-260	-	$\frac{1}{2}$ դեղ x 2
14	210-280	-	$\frac{1}{2}$ դեղ x 2
15	225-300	-	$\frac{1}{2}$ դեղ x 2
16	240-320	-	$\frac{1}{2}$ դեղ x 2
17	255-340	-	$\frac{1}{2}$ դեղ x 2
18	270-360	-	$\frac{1}{2}$ դեղ x 2
19	285-380	-	$\frac{1}{2}$ դեղ x 2
20	200	-	1 դեղ
21	210	-	1 դեղ
22	220	-	1 դեղ

23	230	-	1 դիպ
24	240	-	1 դիպ
25	250	-	1 դիպ
26	260	-	1 դիպ
27	270	-	1 դիպ
28	280	-	1 դիպ
29	290	-	1 դիպ
30-35	750	-	3 դիպ
36-45	750	-	3 դիպ
46-55	1000	2 դիպ.	-
56-70	1000	2 դիպ.	-
> 70	1000	2 դիպ.	-

ՄՕՔՍԻՖԼՕՔՍԱՅԻՆ (Mfx)

Թերապևտիկ ազդեցություն

- հակամանրէային (ֆտորքինոլոն)՝ մանրէասպան ազդեցությամբ:

Թողարկման ձևը.

- 400 մգ դեղահատ

Դեղաչափը.

- ա) < 30 կգ ք Մ/Զ-ով երեխաները.
- 7.5 – 10 մգ/կգ, օրը մեկ անգամ:
- բ) >30 կգ-ից Մ/Զ-ով երեխաները և չափահասները.
- 400 մգ, օրը մեկ անգամ:
- Առավելագույն չափաբաժինը՝ 400 մգ օրական:

Հակացուցումներ, կողմնակի ազդեցություններ, նախազգուշական միջոցներ

- Դեղը հակացուցված է նախկինում ֆտորքինոլոններով բուժման ընթացքում գերզգայունություն կամ ջլերի վնասվածք ունեցած հիվանդներին
- դեղն զգուշությամբ նշանակել երեխաներին, դեռահասներին և 60 տարեկանից բարձր (ջլերի վնասվելու մեծ վտանգ), ՉԴմիջակայքի երկարացման վտանգով պացիենտներին (սրտի անբավարարություն, հազվասրտություն, կալիումի պակաս և այլն) կամ ունեցել են հոգեկան խանգարումներ (ցնցումներ):
- կարող է առաջացնել ստամոքսաաղիքային համակարգի խանգարումներ, կենտրոնական նյարդային համակարգի խանգարումներ (գլխացավ, գլխապտույտ, անքնություն, ընկճախտ և այլն), գերզգայունություն, լուսավախություն, ծայրամասային ներոպաթիա, մկանացավ, ջլի բորբոքում(տենդինիտ) կամ պատռվածք:

- Խուսափել (կամ մշտադիտարկել) այն դեղերի համակցումից, որոնք երկարացնում են QT միջակայքը(ամիոդարոն, էրիտրոմիցին, ֆլուկոնազոլ, լուպինավիր, մեֆլոքսին, օնդանցետրոն, պենտամիդին, քվինին և այլն) և վարՖարինից:
- Կողմնակի ազդեցությունների կառավարումը տե՛ս Հավելված 8-ում:
- չպետք է միաժամանակ նշանակել անտացիդների հետ (մագնեզիում կամ ալյումին, կալցիում, երկաթի և ցինկի աղեր պարունակողներ), դիդանոզին (ոչ պատիճավորված ֆորմուլան). դեղերը պետք է տալ 2 ժամ ընդմիջմամբ:

Հղիություն և ստնտվության շրջան. անվտանգությունը հստակեցված չէ, այն ընդունելի է, եթե կենսական է մոր համար:

Մշտադիտարկում

- ախտանշանային մշտադիտարկում:

Ցուցումներ պացիենտներին

- Կարելի է ընդունել սննդի հետ(սակայն ոչ՝ կաթնամթերքների, անտացիդների, բազմավիտամինների հետ): Ընդունելուց հետո մինչև մյուս դեղի ընդունելը սպասել երկու ժամ:
- Ընդունել հեղուկ:
- մաշկը պաշտպանել արևից:

Նկատառում

- Մօքսիֆլօքսացինը ավելի հաճախ է ազդում QTմիջակայքի երկարացման վրա, քան Լեվոֆլօքսացինը և Օֆլօքսացինը:

Պահպանումը.

- 30°C-ից ցածր ջերմաստիճանային պայմաններում:

ՄՕՔՄԻՖԼՕՔՍԱՑԻՆ (Mfx)

Դեղաչափը.

- հիվանդ < 30 կգ՝ 7.5 – 10 մգ/կգ, օրը մեկ անգամ
- հիվանդ ≥ 30 կգ՝ 400 մգ, օրը մեկ անգամ
- առավելագույն չափաբաժինը՝ 400 մգ օրական

Մ/Զ (կգ)	Օրական չափաբաժին (մգ)	250 մգ դեղահատ
5	37.5-50	-
6	45-60	-
7	52.5-70	-
8	60-80	-
9	67.5-90	-

10	75-100	¼ դիպ
11	82.5-110	¼ դիպ
12	90-120	¼ դիպ
13	97.5-130	¼ դիպ
14	105-140	¼ դիպ
15	112.5-150	¼ դիպ
16	120-160	¼ դիպ
17	127.5-170	¼ դիպ
18	135-180	½ դիպ
19	142.5-190	½ դիպ
20	150-200	½ դիպ
21	157.5-210	½ դիպ
22	165-220	½ դիպ
23	172.5-230	½ դիպ
24	180-240	½ դիպ
25	187.5-250	½ դիպ
26	195-260	½ դիպ
27	202.5-270	½ դիպ
28	210-280	½ դիպ
29	217.5-290	½ դիպ
30-35	400	1 դիպ
36-45	400	1 դիպ
46-55	400	1 դիպ
56-70	400	1 դիպ
> 70	400	1 դիպ

ՕՖԼՕՔՍԱՑԻՆ (Ofx)

Թերապևտիկ ազդեցություն.

- Հակամանրէային (ֆտորքինոլոն)՝ մանրէասպան ազդեցությամբ:

Թողարկման ձևը.

- 400 մգ դեղահաբեր

Դեղաչափը.

ա) < 30 կգ Մ/Ձ-ով երեխաները.

- 15 – 20 մգ/կգ/օր՝ բաժանելով 2 չափաբաժնի:

բ) 30 կգ-ից ավելի Մ/Ձ-ով երեխաները և չափահասները

- 800 մգ/օրը՝ բաժանելով 2 չափաբաժնի

գ) Առավելագույն չափաբաժինը.

- 800 մգ օրական:

դ) Երիկամների սուր անբավարարությամբ հիվանդները.

- 600 - 800 մգ/դեղաչափ, շաբաթը 3 անգամ:

Հակացուցումներ, կողմնակի ազդեցություններ, նախազգուշական միջոցներ

- Դեղը հակացուցված է այն հիվանդներին, ովքեր անցյալում ֆտորքինոլոններով բուժվելիս գերզգայունություն կամ ջլերի ախտահարում են նշում,
- զգուշությամբ նշանակել երեխաներին, դեռահասներին և 60 տարեկանից բարձր անձանց (ջլերի վնասման հավանականություն), QT միջակայքի երկարացման վտանգի դեպքում (սրտային անբավարարություն, հազվասրտություն, կալիումի պակաս և այլն), ինչպես նաև հոգեկան խանգարումներ(կամ ցնցումներ) տարածներին:
- կարող է առաջացնել ստամոքսաաղիքային համակարգի խանգարումներ, կենտրոնական նյարդային համակարգի խանգարումներ (գլխացավ, գլխապտույտ, անքնություն, ընկճախտ և այլն), գերզգայունություն, լուսավախություն, ծայրամասային նկրոպաթիա, մկանացավ, ջլի բորբոքում (տենդինիտ) կամ պատռվածք:
- Խուսափել (կամ մշտադիտարկել) այն դեղերի համակցումից, որոնք երկարացնում են QT միջակայքը(ամիոդարոն, էրիտրոմիցին, ֆլուկոնազոլ, լուպինավիր, մեֆլոքսին, օնդանցետրոն, պենտամիդին, քլինին և այլն) և վարֆարինից:
- կողմնակի ազդեցությունների կառավարումը տե՛ս Հավելված 8-ում:
- չպետք է միաժամանակ նշանակել անտացիդների հետ (մագնեզիում կամ ալյումին, կալցիում, երկաթի և ցինկի աղեր պարունակողներ), դիդանոզին (ոչ պատիճավորված ֆորմուլան). դեղերը պետք է տալ 2 ժամ ընդմիջմամբ:

Հղիություն և ստնտվության շրջան. անվտանգությունը հստակեցված չէ, այն ընդունելի է, եթե կենսական է մոր համար:

Մշտադիտարկում

- ախտանշանային մշտադիտարկում:

Ցուցումներ պացիենտներին

- Կարելի է ընդունել սննդի հետ(սակայն ոչ՝ կաթնամթերքների, անտացիդների, բազմավիտամինների հետ): Ընդունելուց հետո մինչև մյուս դեղի ընդունելը սպասել երկու ժամ:
- Ընդունել հեղուկ:
- մաշկը պաշտպանել արևից:

Նկատառում

- Մօքսիֆլօքսացինը ավելի հաճախ է ազդում ՉԴմիջակայքի երկարացման վրա, քան Լեվոֆլօքսացինը և Օֆլօքսացինը:

Պահպանումը.

30°C-ից ցածր ջերմաստիճանային պայմաններում

ՕՖԼՕՔՍԱՑԻՆ (Ofx)

Դեղաչափը.

ա) Հիվանդ < 30 կգ.

- 15 – 20 մգ/կգ/օրը՝ բաժանված 2 դեղաչափի

բ) Հիվանդ ≥ 30 կգ

- 800 մգ/օրը՝ բաժանված 2 դեղաչափի

գ) Առավելագույն չափաբաժինը.

- 800 մգ օրական

Մ/Զ (կգ)	Օրական չափաբաժին (մգ)	400 մգ դեղահատ	200 մգ դեղահատ
5	75-100	-	-
6	90-120	-	-
7	105-140	-	-
8	120-160	-	-
9	135-180	-	-
10	150-200	-	½ դիպ x 2
11	165-220	-	½ դիպ x 2
12	180-240	-	½ դիպ x 2
13	195-260	-	½ դիպ x 2
14	210-280	-	½ դիպ x 2
15	225-300	-	1 դիպ (առավոտ) + ½ դիպ (երեկո)
16	240-320	-	1 դիպ (առավոտ) + ½ դիպ (երեկո)
17	255-340	-	1 դիպ (առավոտ) + ½ դիպ (երեկո)
18	270-360	-	1 դիպ (առավոտ) + ½ դիպ (երեկո)
19	285-380	-	1 դիպ (առավոտ) + ½ դիպ (երեկո)
20	300-400	-	1 դիպ x 2
21	315-420	-	1 դիպ x 2
22	330-440	-	1 դիպ x 2
23	345-460	-	1 դիպ x 2
24	360-480	-	1 դիպ x 2
25	375-500	-	1 դիպ x 2

26	390-520	-	1 դիպ x 2
27	405-540	-	1 դիպ x 2
28	420-560	-	1 դիպ x 2
29	435-580	-	1 դիպ x 2
30-35	800	1 դիպ x 2	-
36-45	800	1 դիպ x 2	-
46-55	800	1 դիպ x 2	-
56-70	800	1 դիպ x 2	-
> 70	800	1 դիպ x 2	-

ԷԹԻՈՆԱՄԻԴ (Eto) և ՊՐՈԹԻՈՆԱՄԻԴ (Pto)

Թերապևտիկ ազդեցություն.

- Հակամանրէային (թիոամիդներ)՝ մանրէասպան և բակտերիոստատիկ ազդեցությամբ:

Թողարկման ձևը.

- 250մգ դեղահատ

Դեղաչափը.

ա) < 30 կգ Մ/Ձ-ով երեխաներին

- 15–20 մգ/կգ/օր՝ բաժանելով 2 չափաբաժնի, իսկ դեղի տանելիության դեպքում՝ օրը մեկ անգամ:

բ) >30 կգ-ից Մ/Ձ-ով երեխաներին և չափահասներին.

- 500 - 750 մգ/օրը՝ բաժանելով 2 չափաբաժնի, իսկ դեղի տանելիության դեպքում՝ օրը մեկ անգամ:

գ) առավելագույն չափաբաժինը.

- 1000 մգ օրական:

դ) երիկամային սուր անբավարարությամբ հիվանդները.

- 250 - 500 մգ/օր:

Հակացուցումներ, կողմնակի ազդեցություններ, նախազգուշական միջոցներ

- Դեղը հակացուցված է լյարդի անբավարարությամբ հիվանդներին,
- դեղը զգուշությամբ նշանակել լյարդի հիվանդությամբ, շաքարախտով կամ ընկճախտով պացիենտներին

Կարող է առաջացնել.

- հաճախակի կրկնվող ստամոքսաաղիքային համակարգի խանգարումներ (սրտխառնոց, փսխում, գաստրիտ, ստոմատիտ, փորլուծություն, ցավ որովայնում, մետաղական համ բերանում և այլն):

- երբեմն՝ ներգատական խանգարումներ (հիպոթերոզ, գինեկոմաստիա, ճաղատություն և այլն), հիպոգլիկեմիա, ընկճախտ, անհանգստություն, գլխապտույտ, հեպատիտ, ծայրամասային կամ օպտիկ ներոպաթիա, գերզգայունություն:
- կողմնակի ազդեցությունների կառավարումը տե՛ս Հավելված 8-ում:

Մշտադիտարկում

- Ֆիկլոսերինի (մեծ է ցնցումների ռիսկը) և պարաամինոսալիցիլաթթուների (մեծ է հիպոթերոզի և ստամոքսաաղիքային խանգարումների ռիսկը) հետ համակցումը:

Հղիություն.

- խուսափել (հնարավորինս տերատոգեն)

Ստնտվության շրջան.

- կարելի է կիրառել: Հետևել երեխային՝ կողմնակի ազդեցությունների առումով:

Մշտադիտարկում

- ախտանշանային մշտադիտարկում՝ լյարդի և վահանագեղձի գործառույթի նկատմամբ:

Ցուցումներ պացիենտներին

- ստամոքսաաղիքային խանգարումները սահմանափակելու նպատակով կարելի է ընդունել սննդի հետ կամ քնելիս:
- բուժման ընթացքում խուսափել ոգելից ըմպելիքից:

Նկատառումներ.

- Դեղի տանելիությունը բարձրացնելու համար սկսել ցածր դեղաչափով (250 մգ/օր), 1-2 շաբաթ հետո դեղաչափը ավելացնել՝ հասնելով նպատակային չափաբաժին:
- էթիոնամիդը և պրոթիոնամիդը օգտագործվում են միևնույն ցուցմամբ և նույն չափաբաժնով:

Պահպանումը.

- 25°C-ից ցածր ջերմաստիճանային պայմաններում

ԷԹԻՈՆԱՄԻԴ (Eto) ԵՎ ՊՐՈԹԻՈՆԱՄԻԴ (Pto)

Դեղաչափը.

ա) Հիվանդ < 30 կգ՝

- 15–20 մգ/կգ/օրը՝ բաժանված 2 դեղաչափի, իսկ դեղի տանելիության դեպքում՝ օրը մեկ անգամ,

բ) Հիվանդ $\geq$ 30 կգ՝

- 500 - 750 մգ/օրը՝ բաժանված 2 դեղաչափի, իսկ դեղի տանելիության դեպքում՝ օրը մեկ անգամ

գ) Առավելագույն չափաբաժինը

- 1000 մգ օրական

Մ/Հ (կգ)	Օրական չափաբաժին (մգ)	250 մգ դեղահատ
5	75-100	-
6	90-120	-
7	105-140	½ դիպ
8	120-160	½ դիպ
9	135-180	½ դիպ
10	150-200	½ դիպ
11	165-220	1 դիպ
12	180-240	1 դիպ
13	195-260	1 դիպ
14	210-280	1 դիպ
15	225-300	1 դիպ
16	240-320	1 դիպ
17	255-340	1 դիպ
18	270-360	1 դիպ
19	285-380	1 ½ դիպ
20	300-400	1 ½ դիպ
21	315-420	1 ½ դիպ
22	330-440	1 ½ դիպ
23	345-460	1 ½ դիպ
24	360-480	1 ½ դիպ
25	375-500	2 դիպ
26	390-520	2 դիպ
27	405-540	2 դիպ
28	420-560	2 դիպ
29	435-580	2 դիպ
30-35	500	2 դիպ
36-45	500	2 դիպ
46-55	750	3 դիպ
56-70	750	3 դիպ
> 70	1000	4 դիպ
ՑԻԿԼՈՍԵՐԻՆ (Cs)		

Թերապևտիկ ազդեցություն.

- Հակամանրէային՝ մանրէասպան ազդեցությամբ

Թողարկման ձևը.

- 250 մգ դեղապատիճ

Դեղաչափը.

ա) < 30 կգ Մ/Զ-ով երեխաներին.

- 10–20 մգ/կգ/օր՝ բաժանելով 2 չափաբաժնի կամ օրը մեկ անգամ, կապված առկա դեղաձևի և տանելիության հետ:

բ) >30 կգ-ից Մ/Զ-ով երեխաներին և չափահասներին.

- 500 - 750 մգ/օրը՝ բաժանելով 2 չափաբաժնի. որոշ պացիենտների համար դեղի մեկ օրվա չափաբաժինը կարող է տանելի լինել:

գ) Առավելագույն չափաբաժինը.

- 800 մգ օրական:

դ) Երիկամների սուր անբավարարությամբ հիվանդները՝

- 250 մգ, օրը մեկ անգամ կամ 500 մգ/դեղաչափ, շաբաթը 3 անգամ:

Հակացուցումներ, կողմնակի ազդեցություններ, նախազգուշական միջոցներ

- Հնարավորինս խուսափել դեղը նշանակել այն հիվանդներին, ովքեր ունեն ընկճավորություն, ընկճախտ, փսիխոզ, խիստ անհանգստություն, նշում են անցյալում նյարդաբանական կամ հոգեկան խանգարումներ, կախվածություն ոգելից ըմպելիքից: Այնուամենայնիվ, եթե Ֆիկլոսերինը կարևոր դեղ է բուժման սխեմայում, այն պետք է սկսել խիստ հսկողությամբ:

Կարող է առաջացնել.

- նյարդաթունավոր ազդեցություններ. ցնցումներ, գլխացավ, թմրածություն, հուզմունք, անձնային փոփոխություն, գլխապտույտ, քնկոտություն, անհանգստություն, փսիխոզ, ընկճախտ, ինքնասպանության մտադրություն, հազվադեպ՝ ծայրամասային ներոպաթիա:
- գերզգայունություն:
- Կողմնակի ազդեցությունների կառավարումը տե՛ս Հավելված 8-ում:

Մշտադիտարկում.

- Իզոնիազիդի, Էթիոնամիդի, պրոթիոնամիդի համակցությունը (մեծ է նյարդաթունավոր ազդեցությունների ռիսկը):
- Միաժամանակ տալ պիրիդոքսին (վիտամին B₆)՝ նյարդաթունավոր ազդեցություններից խուսափելու նպատակով (երեխաներին՝ 5–10մգ/օր, չափահասներին՝ 50 մգ՝ 250 մգ Ֆիկլոսերին/օր):

Հղիություն.

- անվտանգությունը հստակեցված չէ, տերատոգենության մասին տվյալներ չկան: Նյարդաթունավոր ազդեցություններից խուսափելու նպատակով անհրաժեշտ է նշանակել պիրիդոքսին՝ ըստ վերևում նշվածի:

Ստնտվության շրջան.

- հակացուցում չկա: Նյարդաթունավոր ազդեցություններից խուսափելու նպատակով նշանակել պիրիդոքսին՝ ըստ վերևում նշվածի: Մոր կաթով սնվող երեխայի համար ավելացնել պիրիդոքսին (5 մգ/օր):

Մշտադիտարկում.

- ախտանշական մշտադիտարկում(մասնավորապես ընկճախտի և վարքագծի փոփոխման վաղ հայտնաբերման համար):

Ցուցումներ պացիենտներին

- դեղապատիճներն ընդունել ջրով, ուտելուց առաջ կամ հետո:
- բուժման ընթացքում խուսափել ոգելից ըմպելիքից:

ՑԻԿԼՈՍԵՐԻՆ (Cs)

Նկատառումներ

- Դեղի տանելիությունը բարձրացնելու համար սկսել ցածր դեղաչափով (250 մգ/օր), այնուհետև, 1-2 շաբաթ հետո, ավելացնել դեղաչափը՝ հասնելով նպատակային չափաբաժնին:

Պահպանումը.

- 25°C-ից ցածր ջերմաստիճանային պայմաններում

Դեղաչափը.

ա) Հիվանդ < 30 կգ.

- 10–20մգ/կգ/օրը բաժանված 2 դեղաչափի կամ օրը մեկ անգամ՝ կապված առկա դեղաձևից և տանելիությունից:

բ) Հիվանդ ≥ 30 կգ.

- 500-750 մգ/օրը՝ բաժանված 2 դեղաչափի, իսկ դեղի տանելիության դեպքում՝ օրը մեկ անգամ,

գ) Առավելագույն չափաբաժինը.

- 1000 մգ օրական:

Մ/Ձը (կգ)	Օրական չափաբաժին (մգ)	250 մգ դեղահատ
5	50-100	-
6	60-120	-
7	70-140	-

8	80-160	-
9	90-180	-
10	100-200	-
11	110-220	-
12	120-240	-
13	130-260	1 դեղապատիճ
14	140-280	1 դեղապատիճ
15	150-300	1 դեղապատիճ
16	160-320	1 դեղապատիճ
17	170-340	1 դեղապատիճ
18	180-360	1 դեղապատիճ
19	190-380	1 դեղապատիճ
20	200-400	1 դեղապատիճ
21	210-420	1 դեղապատիճ
22	220-440	1 դեղապատիճ
23	230-460	1 դեղապատիճ
24	240-480	1 դեղապատիճ
25	250-500	1 դեղապատիճ
26	260-520	1 դեղապատիճ x 2
27	270-540	1 դեղապատիճ x 2
28	280-560	1 դեղապատիճ x 2
29	290-580	1 դեղապատիճ x 2
30-35	500	1 դեղապատիճ x 2
36-45	500	1 դեղապատիճ x 2
46-55	500	1 դեղապատիճ x 2
56-70	750	1 դեղապատիճ (առավոտ) + 2 դեղապատիճ (երեկո)
> 70	750	1 դեղապատիճ (առավոտ) + 2 դեղապատիճ (երեկո)
ՊԱՐԱՄԻՆՈՍԱԼԻՑԻԼԱԹԹՈՒՆԵՐ (PAS) և ՊԱՍԹ-ի նադրիումական աղ		

Թերապևտիկ ազդեցություն.

- Հակամանրէային՝ բակտերիոստատիկ ազդեցությամբ:

Թողարկման ձևը.

- Պարամինոսալիցիլաթթու (ՊԱՍԹ). երկարատև ազդեցությամբ հատիկներ, 4 գ դեղ պարունակող փաթեթ (PASER® Jacobus)
- Նատրիումի պարամինոսալիցիլատ (ՊԱՍԹ-ի նատրիումական աղ).
- փոշի՝ ներքին ընդունման, 5.52 գ փաթեթ (PAS-Na® Olainfarm),

- 60% w/w երկարատև ազդեցությամբ հատիկներ, 9.2 գ դեղ պարունակող փաթեթ կամ 100 գ սրվակ (MONOPAS® Macleods):

- ՊԱՍԹ-ի 4 գ պարունակող մեկ փաթեթ (PASER® Jacobus) = ներքին ընդունման 5.52 գ նատրիումի պարաամինոսալիցիլատ փոշի պարունակող մեկ փաթեթ (PAS-Na Olainfarm) = 9.2 գ նատրիումի պարաամինոսալիցիլատ 60% w/w հատիկներ պարունակող մեկ փաթեթ (MONOPAS® Macleods):

Դեղաչափն արտահայտված ՊԱՍԹ-ով.

ա) < 30 կգ Մ/Զ-ով երեխաները.

- 200–300 մգ/կգ/օր՝ բաժանելով 2-3 չափաբաժնի (օրական առավելագույն չափաբաժինը՝ 8 գ):

բ) >30 կգ-ից Մ/Զ-ով երեխաները և չափահասները.

- օրական 8գ՝ դեղի տանելիության դեպքում կամ բաժանելով 2 չափաբաժնի՝ օրական առավելագույն չափաբաժինը՝ 12 գ:

գ) Երիկամների սուր անբավարարությամբ հիվանդները.

- 8 գ/օրը՝ բաժանելով 2 չափաբաժնի:

Հակացուցումներ, կողմնակի ազդեցություններ, նախազգուշական միջոցներ.

- դեղը շատ մեծ զգուշությամբ նշանակել լյարդի կամ երիկամների անբավարարությամբ կամ ստամոքսի խոցով պացիենտներին:

Կարող է առաջացնել

- հաճախակի կրկնվող ստամոքսաաղիքային համակարգի խանգարումներ(սրտխառնոց, փսխում, գաստրիտ, փորլուծություն),
- հազվադեպ՝ հիպոթերոզ, հեպատիտ, արյան հիվանդություններ, գերզգայնություն:
- Կողմնակի ազդեցությունների կառավարումը տե՛ս Հավելված 8-ում:

Մշտադիտարկում

- Էթինոնամիդի/Պրոթինոնամիդի համակցությունը (մեծ է հիպոթերոզի և ստամոքսաաղիքային խանգարումների ռիսկը):

Հղիություն. անվտանգությունը չի հստակեցված, տերատոգենության մասին տվյալներ չկան:

- Ստնտվության շրջանը հակացուցված չէ

Մշտադիտարկում

- լյարդի և վահանագեղձի գործառույթի ախտանշանային մշտադիտարկում:

Ցուցումներ պացիենտներին

- Հատիկներն ընդունել յոգուրտով կամ թթվաշ հյութերով (խնձոր կամ նարինջ):
- Հատիկները չպետք է ծամել:

- Չօգտագործել դեղը, եթե փաթեթը փքված է կամ եթե հատիկները գունավոր են(մուգ շագանակագույն կամ մանուշակագույն):
- Բուժմանող ընթացքում խուսափել ոգելից ըմպելիքից:

ՊԱՐԱՄՄԻՆՈՍԱԼԻՑԻԼԱԹԹՈՒՆԵՐ (PAS) և ՊԱՍԹ-ի նատրիումական աղ

Նկատառումներ

- Դեղի տանելիությունը բարձրացնելու համար սկսել ցածր դեղաչափով (4 գ/օր՝ բաժանելով երկու դեղաչփի), այնուհետև, 1-2 շաբաթ հետո, ավելացնել դեղաչափը՝ հասնելով նպատակային չափաբաժին:
- ՊԱՍԹ-ը և ՊԱՍԹ-ի նատրիումական աղը կարող են լինել տարբեր չափաբաժնով կամ համամասնությամբ: Քանի որ օրական չափաբաժինը հաշվարկվում է ըստ ՊԱՍԹ-ի, ապա դեղաձևում պետք է միշտ ստուգել ՊԱՍԹ-ի պարունակությունը. 1 գ ՊԱՍԹ-ը համարժեք է 1.38 գ ՊԱՍԹ-ի նատրիումական աղին (օրիանակ՝ MONOPAS® 60% w/w պարունակում է 600մգ ՊԱՍԹ-ի նատրիումական աղ, որը համարժեք է մոտավորապես 435 մգ ՊԱՍԹ-ին 1 գ գրանուլայում):

Պահպանումը.

- ՊԱՍԹ՝ 15°C-ից ցածր, կարող է պահպանվել 40°C-ի դեպքում առավելագույնը 8 շաբաթ,
- ՊԱՍԹ-ի նատրիումական աղ՝ 25°C-ից ցածր

Դեղաչափ.

ա) հիվանդ < 30 կգ.

- 15–20մգ/կգ/օրը՝ բաժանված 2 դեղաչափի կամ օրը մեկ անգամ, դեղի տանելիության դեպքում:

բ) հիվանդ ≥ 30 կգ.

- 500-750մգ/օրը՝ բաժանված 2 դեղաչափի, իսկ դեղի տանելիության դեպքում օրը մեկ անգամ,

գ) առավելագույն չափաբաժինը՝ 1000 մգ օրական

Մ/Զ (կգ)	Օրական չափաբաժին (մգ) ՊԱՍԹ-ով	PASER® Jacobus (մգ)	PAS-Na® Olainfarm (փաթեթ)	MONOPAS 9.2 g® Mcleods (գ)
5	1000-1500	500 մգ x 2	-	1.5 գ x 2
6	1200-1800	750 մգ x 2	-	1.5 գ x 2
7	1400-2100	750 մգ x 2	-	2 գ x 2
8	1600-2400	1000 մգ x 2	-	2 գ x 2
9	1800-2700	1000 մգ x 2	-	3 գ x 2
10	2000-3000	1000 մգ x 2	-	3 գ x 2

11	2200-3300	1500 մգ x 2	-	3 գ x 2
12	2400-3600	1500 մգ x 2	-	3 գ x 2
13	2600-3900	1500 մգ x 2	-	3 գ x 2
14	2800-4200	1500 մգ x 2	-	4 գ x 2
15	3000-4500	2000 մգ x 2	-	4 գ x 2
16	3200-4800	2000 մգ x 2	-	4 գ x 2
17	3400-5100	2000 մգ x 2	-	4 գ x 2
18	3600-5400	2000 մգ x 2	-	4 գ x 2
19	3800-5700	2500 մգ x 2	-	6 գ x 2
20	4000-6000	2500 մգ x 2	-	
21	4200-6300	2500 մգ x 2	-	6 գ x 2
22	4400-6600	2500 մգ x 2	-	6 գ x 2
23	4600-6900	3000 մգ x 2	-	6 գ x 2
24	4800-7200	3000 մգ x 2	-	6 գ x 2
25	5000-7500	3000 մգ x 2	-	8 գ x 2
26	5200-7800	3000 մգ x 2	-	8 գ x 2
27	5400-8000	3500 մգ x 2	-	8 գ x 2
28	5600-8000	3500 մգ x 2	-	8 գ x 2
29	5800-8000	3500 մգ x 2	-	8 գ x 2
30-70	8 գ	2 փաթեթ	2 փաթեթ	2 փաթեթ
> 70	8-12 գ	2-3 փաթեթ	2-3 փաթեթ	2-3 փաթեթ
ԿԼՈՖԱՐԻՄԻՆ (Cfz)				

Թերապևտիկ ազդեցություն.

- հակամանրէային ազդեցությամբ՝ լաբորատոր պայմաններում (ին վիտրո). կենդանական օրգանիզմի վրա (ին վիվո) ազդեցության մասին որևէ ապացույց չկա

Թողարկման ձևը.

- 50 մգ և 100 մգ պարկուճներ

Դեղաչափը.

ա) < 30 կգ Մ/Զ-ով երեխաներին.

- 2-3 մգ/կգ/օր,

բ) >30 կգ-ից Մ/Զ-ով երեխաներին և չափահասներին

- 200 – 300 մգ/օր, երկու ամիս ժամկետով, այնուհետև 100 մգ/օր,

գ) օրական չափաբաժինը պետք է տալ՝ այն կիսելով կամ միանգամից՝ կապված դեղի տանելիությունից և առկա դեղաձևից:

Հակացուցումներ, կողմնակի ազդեցություններ, նախազգուշական միջոցներ

- դեղը հակացուցված է նախկինում կլոֆագիմինի նկատմամբ գերզգայունություն ունեցած հիվանդներին,
- լյարդի սուր անբավարարությամբ տառապող պացիենտներին դեղը տալ զգուշությամբ

Կարող է առաջացնել.

- ստամոքսաաղիքային համակարգի խանգարումներ(սրտխառնոց, փսխում, որովայնի ցավեր, փորլուծություն, երբեմն նաև սուր խանգարումներ, աղիքային արյունահոսություն),
- մաշկի, մարմնի արտազատուկների և կղանքի վարդագույն, կարմիր կամ շագանակասև գունավորում,
- չորություն և գրգռվածություն աչքերում և մաշկի վրա, գերզգայունություն, լուսավախություն,
- QT միջակայքի երկարացում (նոր հաղորդում):
- Կողմնակի ազդեցությունների կառավարումը տե՛ս Հավելված 8-ում:

Հղիություն.

- խորհուրդ չի տրվում՝ անվտանգությունը չի հստակեցված:

Ստնտվության շրջան.

- կարող է կիրառվել, կարող է կրծքի կաթը գունավորել(հետևաբար՝ դրանով սնվող երեխայի մաշկի գունավորում, որն անդառնալի չէ):

Մշտադիտարկում.

- Ախտանշական մշտադիտարկում

Ցուցումներ պացիենտներին.

- ընդունել սննդի հետ՝ ստամոքսաաղիքային տանելիությունն ապահովելու նպատակով:
- մաշկը պաշտպանել արևից
- Կլոֆագիմինը կարմիր (նարնջագույն) է գունավորում մաշկը, աչքի շաղկապենին, կղանքը, մեզը, քրտինքը, արցունքները, թուքը, խորխը, կրծքի կաթը և այլ արտազատուկները, ինչը կվերանա բուժումը դադարելուց մի քանի ամսից մինչև տարիներ հետո:

Նկատառում.

- Պահպանումը՝ 25°C-ից ցածր ջերմաստիճանային պայմաններում

ԿԼՈՖԱԶԻՄԻՆ (Cfz)

Դեղաչափը.

ա) Հիվանդ < 30 կգ

- 2–3 մգ/կգ/օր (առավելագույնը՝ 100 մգ օրական):

բ) Հիվանդ $\geq$ 30 կգ

- 200–300 մգ/օր՝ 2 ամիս տևողությամբ, այնուհետև 100 մգ/օր:

Մ/Զ (կգ)	Օրական (մգ)	100 մգ դեղապատիճ	50 մգ դեղապատիճ
5	10-15	-	-
6	12-18	-	-
7	14-21	-	-
8	16-24	-	-
9	18-27	-	-
10	20-30	-	-
11	22-33	-	-
12	24-36	-	-
13	26-39	-	-
14	28-42	-	-
15	30-45	-	-
16	32-48	-	1 դեղապատիճ
17	34-51	-	1 դեղապատիճ
18	36-54	-	1 դեղապատիճ
19	38-57	-	1 դեղապատիճ
20	40-60	-	1 դեղապատիճ
21	42-63	-	1 դեղապատիճ
22	44-66	-	1 դեղապատիճ
23	46-69	-	1 դեղապատիճ
24	48-72	-	1 դեղապատիճ
25	50-75	-	1 դեղապատիճ
26	52-78	-	1 դեղապատիճ
27	54-81	-	1 դեղապատիճ
28	56-84	-	1 դեղապատիճ
29	58-87	-	1 դեղապատիճ
30-35	Առաջին 2 ամիսը՝	Առաջին 2 ամիսը՝	-
36-45	200 մգ, այնուհետև	1 դեղապատիճ x 2,	-
46-55	նվազեցնել մինչև	այնուհետև	-
56-70	100 մգ	1 դեղապատիճ	-
> 70			-

ԼԻՆԵԶՈԼԻԴ (Lzd)

Թերապևտիկ ազդեցություն.

- Հակամանրէային (օքսազոլիդինոն)՝ մանրէասպան ազդեցությամբ:

Թողարկման ձևը.

- 600 մգ դեղահատ
- լինում նաև է 400 մգ դեղահատ և 100/ 5 մլ, ներքին կիրառման կախույթ:

Դեղաչափը.

ա) < 30 կգ Մ/Զ-ով երեխաներին

- 30 մգ/կգ/օր՝ բաժանելով 3 չափաբաժնի

բ) >30 կգ-ից ավելի Մ/Զ-ով երեխաներին և չափահասներին

- 600 մգ, օրը մեկ անգամ

գ) Առավելագույն չափաբաժինը

- 600 մգ օրական

Հակացուցումներ, կողմնակի ազդեցություններ, նախազգուշական միջոցներ

- արյան հիվանդություն կամ գերզգայնություն ունեցող պացիենտների համար դեղի կիրառումը սկսեք զգուշությամբ,

Կարող է առաջացնել

- ոսկրածուծի գործառույթի ընկճում (միելոսուպրեսիա)՝ բուժումից 10-14 օր հետո թրոմբոցիտների և արյան սպիտակ բջիջների քանակի նվազում և սակավարյունություն, կաթնաթթվային ացիդոզ,
- տեսողական և ծայրամասային ներոպաթիա (կարող է լինել անդառնալի), փորլուծություն, սրտխառնոց,
- կողմնակի ազդեցությունների կառավարումը տե՛ս Հավելված 8-ում:
- Խուսափել (կամ մշտադիտարկել) սերոտոնիններգիկ դեղերի հետ համակցումից (տրիցիկլիկ հակադեպրեսանտներ՝ ամիտրիպտիլին, սերոտոնինի ետզավթման սելեկտիվ ինհիբիտորներ՝ ֆլուքսետին, պարոքսետին, լիթիումը և այլն), քանի որ այն կարող է առաջացնել սերոտոնինային համախտանիշ:
- Միաժամանակ տալ պիրիդոքսին (վիտամին B₆)՝ կանխելու նյարդաթունավոր ազդեցությունները (երեխաներին՝ 5 – 10 մգ/օր, չափահասներին՝ 10 մգ/օր):

Հղիություն.

- Խուսափել՝ անվտանգությունը սահմանված չէ, բացառությամբ կենսական անհրաժեշտ դեպքերի: Նյարդաթունավոր ազդեցություններից խուսափելու նպատակով նշանակել պիրիդոքսին՝ ըստ վերևում նշվածի:

Ստնտվության շրջան.

- Խուսափել՝ անվտանգությունը սահմանված չէ, բացառությամբ կենսական անհրաժեշտ դեպքերի: Կրծքով կերակրվող երեխայի համար ավելացնել պիրիդոքսին (5 մգ/օր):

Մշտադիտարկում.

- ախտանշանային մշտադիտարկում, տեսողության ստուգում, արյան ընդհանուր քննություն (առաջին ամսում՝ շաբաթական մեկ անգամ, այնուհետև՝ ամիսը մեկ) և անհրաժեշտության դեպքում՝ ըստ հիվանդի ախտանշանների:

Ցուցումներ պացիենտներին

- Ընդունել սննդով կամ առանց սննդի

Պահպանումը.

- հատուկ ջերմաստիճանային պահանջներ չեն նշվում:

ԼԻՆԵՂՈԼԻԴ (Lzd)

Դեղաչափը.

ա) Հիվանդ < 30 կգ.

- 30 մգ/կգ/օրը՝ բաժանելով 3 չափաբաժնի:

բ) Հիվանդ $\geq$ 30 կգ.

- 600 մգ, օրը մեկ անգամ

գ) Առավելագույն չափաբաժինը

- 600 մգ օրական:

Մ/Զ (կգ)	Օրական չափաբաժին (մգ)	400 մգ դեղահատ	100 մգ դեղահատ
5	150	-	2.5 մլ x 2
6	180	-	3 մլ x 3
7	210	-	3.5 մլ x 3
8	240	-	4 մլ x 3
9	270	-	4.5 մլ x 3
10	300	-	5 մլ x 3
11	330	-	5.5 մլ x 3
12	360	-	6 մլ x 3
13	390	-	6.5 մլ x 3
14	420	-	7 մլ x 3
15	450	-	7.5 մլ x 3
16	480	-	8 մլ x 3
17	510	-	8.5 մլ x 3
18	540	-	9 մլ x 3
19	570	-	9.5 մլ x 3
20	600	-	10 մլ x 3
21	600	-	10 մլ x 3
22	600	-	10 մլ x 3

23	600	-	10 մլ x 3
24	600	-	10 մլ x 3
25	600	-	10 մլ x 3
26	600	-	10 մլ x 3
27	600	-	10 մլ x 3
28	600	-	10 մլ x 3
29	600	-	10 մլ x 3
30-35	600	1 դիպ.	-
36-45	600	1 դիպ.	-
46-55	600	1 դիպ.	-
56-70	600	1 դիպ.	-
> 70	600	1 դիպ.	-

ԱՄՕՔՍԻՑԻԼԻՆ/ԿԼԱՎՈՒԼԱՆԱԹԹՈՒ (Amx/Clv)

Թերապևտիկ ազդեցություն.

- Հակամանրէային (Պենիցիլին)՝ հնարավոր մանրէասպան ազդեցությամբ:

Թողարկման ձևը.

- 875 մգ Ամօքսիցիլին/125 մգ Կլավուլանաթթու, դեղահատ (հարաբերակցությունը՝ 7:1)
- 400 մգ Ամօքսիցիլին/57 մգ Կլավուլանաթթու/5 մլ փոշի ներքին ընդունման սուսպենզիա (հարաբերակցությունը՝ 7:1)
- 500 մգ Ամօքսիցիլին/62.5 մգ Կլավուլանաթթու, դեղահատ (հարաբերակցությունը՝ 8:1)
- 500 մգ Ամօքսիցիլին/62.5 մգ Կլավուլանաթթու/5 մլ փոշի ներքին ընդունման (հարաբերակցությունը՝ 8:1)

Դեղաչափը (հաշվարկված՝ համաձայն Ամօքսիցիլինի)

ա) < 30 կգ Մ/Ձ-ով երեխաները.

- 80 մգ/կգ/օր՝ բաժանելով 2 չափաբաժնի:

բ) >30 կգ-ից Մ/Ձ-ով երեխաները և չափահասները.

- 80 մգ/կգ/օր՝ բաժանելով 2 չափաբաժնի:

գ) Առավելագույն չափաբաժինը.

- 3000 մգ օրական

դ) Սուր երիկամային անբավարարությամբ հիվանդները.

- 1000 մգ/օր՝ բաժանելով 2 չափաբաժնի:

Հակացուցումներ, կողմնակի ազդեցություններ, նախազգուշական միջոցներ

- Դեղը հակացուցված է այն հիվանդների համարն, ովքեր անցյալում ունեցել են ալերգիա Պենիցիլինից կամ Ամօքսիցիլին/կլավուլանաթթվով նախկին բուժման ժամանակ ունեցել են լյարդի անբավարարություն:
- Զգուշությամբ նշանակել այն պացիենտներին, ովքեր ունեն լյարդի անբավարարություն կամ ալերգիա Ցեֆալոսպորինների նկատմամբ (կարող է խաչաձև զգայունություն առաջանալ):
- Նշանակել դեղն զգուշությամբ այն պացիենտներին, ովքեր ունեն արյան հիվանդություն կամ գերզգայունություն:
- Կարող է առաջացնել փորլուծություն, գերզգայունություն, դեղնություն և խոլեստատիկ հեպատիտ:

Հոիություն.

- հակացուցումներ չկան:

Ստնտվության շրջան.

- հակացուցումներ չկան:

Մշտադիտարկում

- ախտանշանային մշտադիտարկում:

Ցուցումներ պացիենտներին

- Ընդունել սննդով:

Նկատառում.

- Ամօքսիցիլինի/Կլավուլանաթթվի հարաբերակցությունը տարբերվում է կախված արտադրողից (2/1, 4/1, 6/1, 8/1, 7/1, 14/1, 16/1): Օրական չափաբաժինը և դեղի կիրառման ժամանակացույցը կարող է լինել տարբեր՝ համաձայն օգտագործվող դեղաձևի:

Պահպանումը.

- 25°C-ից ցածր ջերմաստիճանային պայմաններում
- Լուծույթը բացելու դեպքում, ներքին ընդունման կախույթը պետք է պահել սառնարանում (2°C- 8°C) և օգտագործել մինչև 7 օր:

ԱՄՕՔՍԻՑԻԼԻՆ/ԿԼԱՎՈՒԼԱՆԱԹԹՈՒ (Amx/Clv)

Դեղաչափը (հաշվարկված համաձայն Ամօքսիցիլինի).

ա) Հիվանդ < 30 կգ.

- 80 մգ/կգ/օրը՝ բաժանելով 2 չափաբաժնի:

բ) Հիվանդ $\geq$ 30 կգ.

- 80 մգ/կգ/օրը՝ բաժանելով 2 չափաբաժնի:

գ) Առավելագույն չափաբաժինը.

- 3000 մգ օրական:

Մ/Զ-ը (կգ)	Օրական չափաբաժին (մգ)	875 մգ/125 մգ դեղահատ	400 մգ/57 մգ յուրաքանչյուր 5 մլ ներքին ընդունման սուսպենսիա
5	400	-	2.5 մլ x 2
6	480	-	3 մլ x 2
7	560	-	3.5 մլ x 2
8	640	-	4 մլ x 2
9	720	-	4.5 մլ x 2
10	800	-	5 մլ x 2
11	880	-	5.5 մլ x 2
12	960	-	6 մլ x 2
13	1040	-	6.5 մլ x 2
14	1120	-	7 մլ x 2
15	1200	-	7.5 մլ x 2
16	1280	-	8 մլ x 2
17	1360	-	8.5 մլ x 2
18	1440	-	9 մլ x 2
19	1520	-	9.5 մլ x 2
20	1600	-	10 մլ x 2
21	1680	1 դհյ. x 2	-
22	1760	1 դհյ. x 2	-
23	1840	1 դհյ. x 2	-
24	1920	1 դհյ. x 2	-
25	2000	1 դհյ. x 2	-
26	2080	1 դհյ. (առավոտյան) + 1 ½ դհյ. (երեկոյան)	-
27	2160	1 դհյ. (առավոտյան) + 1 ½ դհյ. (երեկոյան)	-
28	2240	1 դհյ. (առավոտյան) + 1 ½	-

		(երեկոյան)	
29	2320	1 դիպ. (առավոտյան) + 1 ½ դիպ. (երեկոյան)	-
30-35	2600	1 դիպ. (առավոտյան) + 2 դիպ. (երեկոյան)	-
36-45	2600	1 դիպ. (առավոտյան) + 2 դիպ. (երեկոյան)	-
46-55	2600	1 դիպ. (առավոտյան) + 2 դիպ. (երեկոյան)	-
56-70	2600	1 դիպ. (առավոտյան) + 2 դիպ. (երեկոյան)	-
> 70	2600	1 դիպ. (առավոտյան) + 2 դիպ. (երեկոյան)	-

Ցուցումներ հիվանդին

ա) Առաջին շաբթի հակատուբերկուլոզային դեղերը սովորաբար տանելի են: Այնուամենայնիվ, հիվանդին տեղեկացվում է, որ ստորև նշված դեպքերում անհապաղ անհրաժեշտ է տեղեկացնել բժիշկին.

- մաշկային ցան,
- մաշկի և աչքերի գունափոխում (դեղնություն կամ մեզի գույնի մգացում),
- ձեռքի և ոտքի մատների թմրածություն կամ ծակծկոց,
- մեզի քանակի պակասում,
- գլխապտույտ, կամ լսողության կորուստ,
- աղոտ տեսողություն, տեսողության սրության նվազում, կույր բիծ, կանաչ-կարմիր երանգների գունազգացողության կորուստ, աչքի ցավ, զգայունություն լույսի նկատմամբ,
- մկանային ջղաձգում կամ թուլացում,
- հոդացավ կամ այտուցվածություն:

բ) ԴԿ ՏԲ-ի դեմ բուժում ստացող հիվանդին տեղեկացվում է, որ ստորև նշված դեպքերում անհապաղ անհրաժեշտ է բժիշկին տեղեկացնել.

- մաշկային ցան,
- մաշկի և աչքերի գունափոխում (դեղնություն կամ մեզի գույնի մգացում),
- ձեռքի մատների և ոտքի մատների թմրածություն կամ ծակծկոց,

- մեզի քանակի պակասում,
- գլխապտույտ կամ լսողության կորուստ,
- աղոտ տեսողություն, տեսողության սրության նվազում, կույր բիծ, կանաչ-կարմիր երանգների գունազգացողության կորուստ, աչքի ցավ, զգայունություն լույսի նկատմամբ,
- մկանային ջղաձգում կամ թուլացում,
- հոդային ցավ կամ այտուցվածություն,
- անձնային փոփոխություն (ընկճախտ, ագրեսիվ պահվածք, անհանգստություն),
- որովայնային սուր ցավ կամ սրտխառնոց, փսխում, մուգ կամ արյունոտ կղանք,
- ջլերի կամ մկանային ցավ, այրոց, այտուցվածություն,
- անսովոր արյունահոսություն:

Հավելված 8

Հայաստանի Հանրապետության
առողջապահության նախարարի

2016 թվականի օգոստոսի 05 - ի
թիվ 2462 – Ա հրամանի

ԴԿ ՏԲ ԲՈՒԺՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ ՀԱՃԱԽ ՊԱՏԱՀՈՂ ԿՈՂՄՆԱԿԻ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԿԱՌԱՎԱՐՈՒՄԸ ԶԱՓԱՀԱՍ ՊԱՅԻՆՏՆԵՐԻ ՇՐՋԱՆՈՒՄ

Ցավեր որովայնի շրջանում

հնարավոր դեղեր PAS, Eto/Pto, Cfz, Lzd

Որովայնի ցավերի պատճառը կարող է լինել գաստրիտը (տես գաստրիտի բուժում): Որովայնի ցավը կարող է նաև լուրջ կողմնակի ազդեցությունների վաղ նշան լինել օրինակ՝ հեպատիտի, ենթաստամոքսային գեղձի բորբոքման և լակտիկ ացիդոզի՝ հատկապես Lzd ընդունելու դեպքում: Երկրորդ շարքի հակատուբերկուլոզային դեղեր կիրառող ծրագրում պետք է ամիլազանների և լակտատի, հնարավորության դեպքում նաև լիպազանների տեստի անցկացման հնարավորություն՝ հատկապես եթե կիրառվում է ՀՌՎ բուժմանը զուգահեռ:

Cfz-ի բյուրեղիկների կուտակման արդյունքում նույնպես կարող են սուր որովայնային ցավեր առաջանալ: Որովայնի ցավերի դեպքում Cfz-ը պետք է դադարեցնել:

Որովայնի սուր ցավերի դեպքում կասկածվող դեղերը պետք է ժամանակավորապես դադարեցնել կամ պակասեցնել դեղաչափերը:

Ալոպեցիա

հնարավոր դեղեր H, Eto/Pto

H-ից և Eto/Pto-ից կարող է առաջանալ ժամանակավոր չափավոր մազաթափություն բուժման առաջին ամսիների ընթացքում: Արտաքին տեսքի նշանակալից փոփոխություններ նկարագրված չեն:

Արտթալգիա

հնարավոր դեղեր Z, FQs, Bdq

Արտթալգիան նույնիսկ առանց որևէ բուժման ժամանակի ընթացքում թեթևանում է: Միզաթթվի մակարդակը արյան շրճուկում կարող է բարձրանալ, սակայն կլինիկական վտանգ իրենից չի ներկայացնում և այսպիսի պացիենտներին հակաուրիկեմիկ բուժումը չի օգնում:

Բուժումն սկսել հակաբորբոքային դեղերով, օրինակ իբուբրոֆեն՝ 400-800մգ օրը 3 անգամ, Պարացետամոլը 500-1000մգ, օրը 2-3 անգամ հակաբորբոքային դեղերի զուգահեռ տալու դեպքում:

Ախտանշանների չվերանալու դեպքում կասկածվող դեղի (հիմնականում Z) դեղաչափը անհրաժեշտ է փոքրացնել, եթե այն չի ազդում բուժման արդյունավետության վրա:

Օտոտոքսիկություն

հնարավոր դեղեր՝ ամինագլիկոզիդներ, Cm

Լսողության կորուստը կամ/և ականջներում աղմուկը օտոտոքսիկության նշաններ են: Մեծ մասամբ առաջանում է այն պացիենտների մոտ, որոնք մեծ քանակությամբ ամինագլիկոզիդներ կամ Cm են ստանում:

Զուգահեռ ուժեղ միզամուղների (ֆուրոսեմիդ) օգտագործումից՝ հատկապես երկամային անբավարարության դեպքում օտոտոքսիկությունը կարող է սրվել: Հիվանդները, որոնք բուժումն սկսում են թույլ լսողությամբ, վտանգի տակ են:

Բուժումն ավարտելուց հետո լսողությունը չի վերականգնվում: Աուդիոմետրիան օգնում է, որպեսզի լսողության փոփոխությունները վաղ շրջանում հայտնաբերվեն: Եթե գրանցվել է լսողության կորստի վաղ նշաններ անհրաժեշտ է ամինագլիկոզիդները փոխել Cm-ի և տալ շաբաթը երեք անգամ:

Փոփոխություն չլինելու դեպքում դեղը փոխարինել երկրորդ շարքի հակատուբերկուլոզային դեղով: Եթե դեղը փոխել հնարավոր չէ, ապա դեղաչափը փոքրացնել: Լսողության վրա ազդող դեղի դադարեցման դեպքում լսողությունը այլևս չի վատանա: Ներարակման դեղը լսողության վատացման դեպքում չդադարեցնելու արդյունքում խլություն է առաջանում:

Դեպրեսիա

հնարավոր դեղեր՝ Cs, FQs, Eto/Pto, H

SP դեղերով բուժումը նպաստում է դեպրեսիայի առաջացմանը: Բուժման ընթացքում դեպրեսիայի ախտանշանները կարող են տարբեր լինել: Նախկինում դեպրեսիա ունեցող պացիենտների մոտ բուժման ընթացքում դեպրեսիա առաջանալու վտանգը մեծ է, սակայն դեղերը այդ պարագայում հակացուցված չեն:

Միջամտությունների շարքին են պատկանում հոգեբանական աջակցությունը հիվանդին և ընտանիքին, եթե անհրաժեշտ է, ինչպես նաև հակադեպրեսանտներ՝ սովորական դեղաչափով:

Խուսափեք Lzd ստանալու դեպքում զուգահեռ սերոտոնինային արգելակիչներ և տրիցիկլիկ հակադեպրեսանտներ նշանակելուց, քանի որ առկա է սերոտոնինի սինդրոմի առաջացման վտանգ:

Cs ստացող պացիենտներին միշտ պիրիդոքսին է անհրաժեշտ նշանակել (յուրաքանչյուր 250մգ ցիկլոսերինին՝ 50մգ պիրիդոքսին):

Ի նկատի ունեցեք նվազեցնել կասկածվող դեղի դեղաչափը կամ ընդհանրապես դադարեցնել այն, քանի որ տվյալ դեղաչափը չի նպաստում բուժման արդյունավետությանը:

Լուծ

հնարավոր դեղեր PAS, FQs, Eto/Pto, Amx/Clv, Ipm/Cln

Փորլուծությունը ուղեկցված մետեորիզմի և ջղաձգումների հետ, կարող է նշանակալից դժվարություններ առաջացնել հիվանդի համար, սակայն շատ հազվադեպ է դա պատճառ հանդիսանում բուժումն ընդհատելու համար:

PAS-ը հաճախ առաջացնում է փորլուծություն բուժման սկզբում: Հիվանդին տեղեկացրեք, որ լուծը մի քանի շաբաթից սովորաբար դադարում կամ նվազում է:

Եթե լուծը չի ուղեկցվում ջերմությամբ և կղանքում առկա չէ արյուն, ապա նշանակել լոպերամիդ (4մգ ամեն լուծելուց հետո 2մգ, առավելագույնը 10մգ/օր), որը կարելի է ընդունել ընդմիջումներով, հատկապես, եթե հիվանդը դուրս է գալիս կամ աշխատում է: Խրախուսեք հիվանդին, որպեսզի մի փոքր հանդուրժող լինի և շատ հեղուկ օգտագործի, որպեսզի ջրազրկում չառաջանա:

Սուր լուծի դեպքում, հատկապես, եթե լուծն ուղեկցվում է որովայնի սուր ցավերով, ջերմությամբ 38.5 և կղանքում կան արյան հետքեր, ապա ի նկատի ունենալ, կարող է սուր էնտերիտ կամ պսևդոմեմբրանոզ կոլիտ (C.difficile) առաջանալ, որը կարող է կապված լինել FQs-ի հետ: Արյան հետքերի կամ ջերմության դեպքում լուպերամիդ չօգտագործել: Սուր լուծի դեպքում անհրաժեշտ է ստուգել արյան շիճուկում էլեկտրոլիտները, հատկապես կալիումը, և գնահատել ջրազրկման աստիճանը:

Էլեկտրոլիտների կորուստ հնարավոր դեղեր Cm, ամինագլիկոզիդներ

Էլեկտրոլիտների կորուստ կարող է առաջանալ Cm-ից կամ մյուս ներարկման պրեպարատներից: Հնարավորության դեպքում Cm-ն փոխարինել ամինագլիկոզիդով: Բուժման դադարեցմանը զուգընթաց էլեկտրոլիտները կարգավորվում են:

Էլեկտրոլիտների պակասի մյուս պոտենցիալ պատճառները (փսխումը և փորլուծությունը ամենահաճախ հանդիպողներն են) պետք է բուժել:

Էլեկտրոլիտները պետք է ստուգել նախքան բուժումն սկսելը, ապա՝ ինչպես նկարագրված է գլուխ 10-ում:

Միջին աստիճանի հիպոկալեմիայի դեպքում (2.5-3.4մմոլ/լ) անհրաժեշտ է կալիում տալ՝ կալիումի քլորիդ 10-20մմոլ՝ օրը 2-4 անգամ (20-80մմոլ օրական) կախված կալիումի պակասի չափից: Կալիումի քանակը արյան մեջ պարբերաբար ստուգել: Հիպոկալեմիայի դեպքում խորհուրդ է տրվում տալ մագնեզիումի հաբեր, եթե հնարավոր չէ արյան շիճուկում մագնեզիումի քանակը որոշել: Հիպոմագնեզիան չբուժելու դեպքում կարող է կայունության սինդրոմ առաջանալ: Մագնեզիումը պետք է խմել FQs-ը ընդունելուց առնվազն 2 ժամ առաջ կամ էլ 4-6 ժամ հետո:

Սուր հիպոկալեմիայի կլինիկական նշանների առաջացման (մկանների թուլություն, սրտային արիթմիա) կամ կալիումի քանակը 2.5մմոլ/լ-ից ցածր լինելու դեպքում անհրաժեշտ է շտապ ներերակային կալիում տալ:

Սնկային վարակ

հնարավոր դեղեր FQs

Հատկապես FQs ստացող պացիենտների մոտ կարող է կանդիդոզ առաջանալ հեշտոցում, առնանդամում, մաշկի ծալքերում և բերանի խոռոչում: Սովորաբար արդյունավետ է լինում հակասնկային դեղերի ընդունումը կամ քսուքների օգտագործումը:

Գաստրիտ

հնարավոր դեղեր FQs, PAS, Eto/Pto, H, E, Z

Գաստրիտին բնորոշ է էպիգաստրիկ այրոցները, բերանում թթվաշ համ, որովայնի ցավեր նախքան ուտելը կամ ուտելուց հետո: Արյան առկայությունը փսխման մասայում և կղանքում ստամոքսի խոցի ախտանշան է և պահանջում է անհապաղ միջամտություն:

Գաստրիտի, մարսողության խանգարման, գլտոցների, բարձր թթվայնության և վերորովայնային շրջանում ցավերի դեպքում նշանակել օմեպրազոլ՝ 20մգ օրը 1 անգամ: Կարելի է տալ նաև բարձր դեղաչափով՝ 20մգ օրը 2 անգամ:

Թթվայնության հետ կապված մարսողության խանգարման դեպքում՝ օմեպրազոլ 10-20մգ օրեկան, տևողությունը 2-4 շաբաթ: Այլ տարբերակ կարող է լինել ռանիտիդինը, որը հիստամինային H2 անտագոնիստ է:

Անատցիդները չի կարելի նշանակել FQs-ի հետ զուգահեռ, քանի որ այն ազդում է FQs-ի ներծծման վրա:

Բուժման ոչ արդյունավետ լինելու դեպքում հաշվի առնել այլ էթիոլոգիա:

Գինեկոմաստիա

հնարավոր դեղեր Eto/Pto

Eto/Pto-ի պատճառով կարող են կրծքագեղձերը մեծանալ: Հատկապես արական սեռի պացիենտների համար դա կարող է անհանգստացնող լինել: Գրանցվել են նաև կաթնարտադրության դեպքեր: Այս կողմնակի երևույթը բուժման դադարեցման հետ անհետանում է, այնպես որ անհրաժեշտ է պացիենտներին հորդորել, որպեսզի դիմանան մինչև բուժման ավարտը:

Հեմատոլոգիական խնդիրներ

հնարավոր դեղեր Lzd, հազվադեպ այլ SF դեղերը

Lzd կարող է առաջացնել լեյկոպենիա, տրոմբոցիտոպենիա, անեմիա և արյան մակարդելիության խնդիրներ:

Lzd-ն կարող է ազդել ոսկրածուծի վրա (արյան կարմիր գնդիկներ, արյան սպիտակ գնդիկներ, տրոմբոցիտներ): Լինեզոլիդը դադարեցնել և անհրաժեշտության դեպքում արյան փոխներարկում կատարել: Լինեզոլիդը երբեք չվերսկսել:

Հեպատիտ

հնարավոր դեղեր՝ Z, H, R, Eto/Pto, PAS

Ախտանշաններն են սրտխառնոց, փսխում, դեղնախտ, աչքի սկլերաների դեղնություն, մուգ գույնի մեզ, անգույն կղանք, ախորժակի կորուստ:

Հեպատիտի մեկ այլ պատճառ կարող է լինել վարակը (հեպատիտ A, B, C, D, E, ցիտոմեգալովիրուս, լեպտոսպիրոզ, էպշտեյն-Բարի վիրուս, դեղին տենդ, կարմրուկ), ալկոհոլի օգտագործում և այլ դեղեր (հակաէպիլեպտիկ, պարացետամոլ, էրիտրոմիցին, սուլֆանիլամիդներ):

Լյարդի սիստեմատիկ ստուգումների անցկացում, ինչպես նկարագրված է գլուխ 10-ում: Բուժման առաջին ամիսների ընթացքում կարող են նկատվել լյարդի էնզիմների բարձրացում: Այնուամենայնիվ, հեպատիտը սիմպտոմատիկ է և ախտորոշումը հաստատվում է, երբ արյան մեջ տրանսամինազաների քանակը փոփոխվում է:

Եթե հիվանդի մոտ հեպատիտի ախտանշաններ կան, ապա ստուգեք լյարդի գործառույթները:

-Եթե լյարդի էնզիմները բարձր են, սակայն 5 անգամից չեն անցնում, ապա բուժումն անհրաժեշտ չէ դադարեցնել: ՏԲ բուժումը պետք է շարունակել, սակայն ամեն շաբաթ ստուգել լյարդի գործառույթները:

-Եթե լյարդի էնզիմները 5 անգամից ավելի բարձր են, ապա բոլոր ՏԲ դեղերը պետք է դադարեցնել և լյարդի գործառույթներն ամեն շաբաթ ստուգել: Եթե էնզիմները շարունակում են բարձրանալ, ապա պետք է կասկածել, որ հիվանդի մոտ դեղերի պատճառով պրոգրեսիվ հեպատիտ է զարգանում կամ էլ կա դեղերի հետ կապ չունեցող այլ պատճառ:

- Եթե լյարդի գործառույթներն սկսում են կարգավորվել և ախտանշանները վերանում են, ապա ՏԲ բուժումն անհարժեշտ է վերսկսել՝ սկսելով այն դեղերից, որոնք նվազագույնս հեպատոտոքսիկ են (Cm կամ ամինազլիկոզիդներ – E-FQ-Cs), ապա ավելացնել նաև մյուս դեղերը մեկ շաբաթվա ընթացքում: Յուրաքանչյուր շաբաթվա վերջում ստուգել լյարդի էնզիմները՝ PAS-Eto/Pto-R-Z-H: Այսպիսով հնարավոր կլինի հայտնաբերել լյարդի վրա ազդող պրեպարատը և այլևս չտալ կամ փոխարինել այլ պրեպարատով: Մեծ մասամբ ամենակասկածելի պրեպարատը թողնում են վերջում և, եթե բուժման համար այդ դեղը շատ կարևոր չէ, ապա ավելի լավ է չվերսկսել:

Հիպոթերիոիդիզմ

հնարավոր դեղեր՝ Eto/Pto, PAS

Հիպոթերիոիդիզմի ախտանշաններն են հոգնածություն, քնկոտություն, ցրտավախություն, չոր մաշկ, կոպտացած մազեր և փորկապություն, ինչպես նաև ժամանակ առ ժամանակ ի հայտ եկող դեպրեսիա և փսիխոզ:

Ստուգման ժամանակ կարող է հայտնաբերվել վահանագեղձի չափերի մեծացում:

Հիպոթերիոիդիզմի դեպքում անցկացնել թիրիոտրոպ հորմոնի տեստ և եթե արդյունքը 10.0-ից բարձր է, ապա հիվանդին լուտիրոքսին է նշանակվում, սակայն Eto/Pto և PAS-ը չի դադարացվում:

Չափահասների համար լուտիրոքսինի դեղաչափը 100-150 միկրոգրամ/օր է: Լուտիրոքսինը սկսել և դեղաչափը հարմարեցնել հետևյալ կերպ՝

-Երիտասարդ հիվանդներ՝ սկսել 75-100 միկրոգրամ/օր

-Մեծահասակ հիվանդներ՝ սկսել 50 միկրոգրամ/օր

-Սիրտանոթային խնդիրներ ունեցող հիվանդներ՝ սկսել 25 միկրոգրամ/օր

Երկու ամիսը մեկ անգամ ստուգել թիրիոտրոպ հորմոնը և դեղաչափը բարձրացնել 12.5-25 միկրոգրամ մինչև հորմոնը կարգավորվի և հասնի 5.00: Սիրտանոթային հիվանդություններ ունեցող պացիենտների դեղաչափը դանդաղ ավելացնել: Վահանագեղձի գործառույթը կանոնավորվում է ՏԲ բուժումն ավարտելուն զուգընթաց: ՏԲ բուժումն ավարտելուց մի քանի ամիս հետո կարելի է դադարեցնել հորմոնի ընդունումը:

Լակտիկ ացիդոզ

հնարավոր դեղեր՝ Lzd

Լակտիկ ացիդոզը դա միտոխոնդրիալ տոքսիկության պատճառով կաթնաթթվի կուտակումն է օրգանիզմում, որը կյանքի համար պոտենցիալ վտանգ է ներկայացնում: Նշանները և ախտանշաններն են սրտխառնոցը, փսխում, ցավեր որովայնում, արագացած շնչառություն: Հայտնաբերվում է կաթնաթթվի տեստով: Սովորաբար առաջանում է Lzd-ի երկարատև օգտագործումից: Lzd-ն դադարեցնել: Լակտիկ ացիդոզը կարող է կապված լինել նաև հակառետրովիրուսային դեղերի հետ:

Մետաղի համ

հնարավոր դեղեր՝ Eto/Pto, FQs

Խրախուսեք պացիենտներին, որպեսզի դիմանան այս կողմնակի ազդեցությանը: Բերանի նորմալ համը կվերադառնա բուժումն ավարտելուն պես:

Սրտխառնոց/փսխում հնարավոր

դեղեր՝ Eto/Pto, PAS, Z, Amx/Clv, Cfz, Lzd, Ipm/Cln, Bdq, DIm

Սրտխառնոց և փսխում հաճախ է պատահում հատկապես բուժման առաջին շաբաթների ընթացքում: Հազվադեպ է պատահում, որ սրտխառնոցի պատճառով կասկածվող դեղը դադարեցվի:

Eto/Pto, PAS –ը կարելի է սկսել փոքր դեղաչափերից և 1-2 շաբաթվա ընթացքում դեղաչափն ավելացնել, որ կկանխի սրտխառնոցի և փսխման առաջացումը:

Սրտխառնոցի դեղը նշանակվում է կամ ըստ անհրաժեշտության կամ էլ օրվա կտրվածքով (սովորաբար դեղերը ստանալուց 30 րոպե առաջ): Հիստամինային H2 անտագոնիստները (ռանիտին) կամ պրոտոնները մղող ինհիբիտորները (օմեպրազոլ) նույնպես հանգստացնում են սրտխառնոցը:

Փսխող պացիենտներին՝ հատկապես նրանց, որոնց մոտ ուղեկցվում է լուծով, անհրաժեշտ է չջրագրկվելու նպատակով մեծ քանակությամբ հեղուկ ընդունել:

Պարզելու համար, թե որ դեղից է սրտխառնոց առաջանում անհրաժեշտ է 2-3 օր դեղերը դադարեցնել, ապա վերսկսել աստիճանաբար՝ ավելացնելով դեղաչափը (բացատրեք հիվանդին, որ դեղաչափն աստիճանաբար կավելացվի և կհասցվի բուժման համար անհրաժեշտ չափին):

Միայն ծանր դեպքերի ժամանակ SF դեղերը հարմարեցվում են: Eto/Pto կամ PAS-ը ժամանակավոր դադարեցվում է կամ դադարեցվում է ընդմիջտ:

Սրտխառնոցի և փսխման կառավարումը պահանջում է աստիճանաբար կառավարում:

Միշտ ստուգեք սրտխառնոցի և փսխման հետ կապված վտանգավոր ախտանշանները՝

-Ջրագրկման նշաններ (ծարավ, բերանի չորություն, փոս ընկած աչքեր, արյան ցածր ճնշում, թուլություն)

-Փսխման դեպքում ստուգել էլեկտրոլիտները

-Հեպատիտի նշաններ (դեղնաժություն, որովայնի աջ կողմում ցավեր)

-Հարցնել, թե փսխման զանգվածում կամ կղանքում արյան նշաններ կան արդյոք:

Փսխումը և սրտխառնոցը բուժվում է երեք փուլով՝

-Առաջին փուլ՝ առանց դեղերի դեղաչափերն իջեցնելու հարմարեցնել դեղերը

- Սրտխառնոց առաջացնող դեղերը տալ երեկոյան
- PAS-ը տալ հիվանդին SF դեղերը խմելուց մեկ ժամ հետո
- Եթե հիվանդը PAS-ը ստանում է ամեն օր, ապա դեղաչափը կիսել և տալ օրը երկու անգամ, սակայն անպայման ՈԻՎԲ-ով
- Խրախուսեք հիվանդին, որպեսզի շարունակի բուժումը: Շատ հաճախ սրտխառնոցը և փսխումը առաջին շաբաթների ընթացքում անցնում են:

-Երկրորդ փուլ՝ նշանակեք հակասրտխառնոցային դեղեր

- Սկսեք մետոկլոպրամիդից՝ 10մգ 30 րոպե ՏԲ դեղերից առաջ: Առավելագույնը 15մգ՝ օրը երկու անգամ: Նեյրոլոգիական խնդիրների առաջացման դեպքում մետոկլոպրամիդ չտալ:
- Եթե ախտանշանները չեն վերանում, ապա մետոկլոպրամիդը շարունակել զուգահեռ տալով օնդանսենտրոն կամ պրոմետազին: Օնդանսենտրոն՝ 8մգ՝ օրը երկու անգամ (ՏԲ դեղերից 30 րոպե առաջ): Օնդանսենտրոնը կարող է երկարացնել QT միջակայքը և չպետք է նշանակել այն պացիենտներին, որոնք QT միջակայքը զգալիորեն երկարացնող դեղեր են ընդունում: Օնդանսենտրոն չլինելու դեպքում նշանակել պրոմետազին՝ 25մգ ՏԲ դեղերից 30 րոպե առաջ: Անհրաժեշտության դեպքում պրոմետազինի դեղաչափը կարելի է մեծացնել և հասցնել 50մգ՝ օրը երեք անգամ:

Երրորդ փուլ՝ դեղի դեղաչափը պակասեցնել կամ ժամանակավորապես դադարեցնել

- Eto/Pto ստանալու դեպքում դեղաչափը պակասեցնել Մ/Զ-ի մեկ աստիճանով: Օրինակ՝ օրական 1000մգ-ի դեպքում դարձնել 750մգ: 750մգ ստանալու դեպքում դարձնել 500մգ: 33կգ-ց ավել Մ/Զ ունեցող չափահասի դեղաչափը չպետք է լինի 500մգ/օր ցածր:
- Cfx ստանալու դեպքում դեղաչափը փոքրացնել 100մգ/օր (նկատի ունեցեք, որ Cfx-ը կարող է որովայնի սուր ցավեր առաջացնել):
- Ծայրահեղ անհրաժեշտության դեպքում բոլոր ՏԲ դեղերը դադարեցրեք և սպասեք, որ ախտանշանները վերանան:

Ուշադրություն

- Օնդանսենտրոնը սերոտոնին 5-HT3 ռեցեպտորների հակազդիչ է և ուժեղ հակափսխումային դեղ է: Գոյություն ունեն այս կարգի այլ դեղերը նույնպես և հաճախ հիվանդի օրգանիզմը ավելի լավ է ընդունում այս կամ այն դեղը:
- Օմեպրազոլը թուլացնում է թթվի արտադրությունը ստամոքսում և օգնում է սրտխառնոցի ժամանակ (20մգ քնելուց առաջ, եթե արդյունավետ չէ, ապա 20մգ օրը երկու անգամ 1-2 ամիս՝ անհրաժեշտության դեպքում ավելի երկար):
- Եթե որևէ փուլում դեղերի պատճառով սրտխառնոցը չի դադարում, ապա նշանակել բենզոդիազեպին (օրինակ 5մգ դիազեպամ) ՏԲ դեղերը խմելուց 30 րոպե առաջ: Սրտխառնոցը անցնելուն պես դիազեպամը դադարեցնել: Կարճատև պետք է տալ, քանի որ բենզոդիազեպինից կախվածություն է առաջանում: Երկու շաբաթից ավել դիազեպամ չպետք է տալ:

Նեֆրոտոքսիկություն

հնարավոր դեղեր՝ամինագլիկոզիդներ, Cm

Նեֆրոտոքսիկությունը արտահայտվում է արյան մեջ կրեատինինի մակարդակի բարձրացմամբ: Վաղ շրջանում դա սովորաբար ասիմպտոմատիկ է, ինչը նշանակում է ներարկման դեղեր ստանալիս կրեատինինի պարբերաբար ստուգումը շատ կարևոր է:

Ախտանշանները արտահայտվում են հետևյալով՝ հաճախամիզություն, այտուցներ, անասարկա, շնչահեղձություն կամ ուրեմիկ սիմպտոմներ՝ օրինակ մտավոր փոփոխություններ (քնկոտություն, գիտակցության մթազնում) կամ սերոզիտ:

Այնպիսի ուղեկցող հիվանդությունները, ինչպիսիք են դիաբետը կամ խրոնիկ երիկամային անբավարարությունը հակացուցված չեն վերը նշված դեղերը ստանալու համար: այդուամենայնիվ մեծ ուշադրություն պետք է դարձնել նշված հանգամանքներին: Երիկամների վիճակի վատցումը կարող է մշտական բնույթ կրել:

Եթե առաջանում է երիկամային գործառույթի խանգարում՝

- Դադարեցնել նեֆրոտոքսիկ դեղերը
- Հայտնաբերել երիկամային գործառույթի խանգարման այլ պատճառներ (օրինակ՝ դիաբետ, ջրազրկում, դեղեր, սրտի կանգային երևույթներ, միզուղիների բոլորեքում, շագանակագեղձի հիպերտրոֆիա)
- Ամեն 1-2 շաբաթը մեկ կատարել կրեատինինի և էլեկտրոլիտների անալիզ մինչև, որ կարգավորվի
- Եթե երիկամների գործառույթը լավանում է, ապա վերսկսել ներարկամն դեղերը: Եթե նախկինում ամինազիկոզիդ է նշանակված եղել, ապա նշանակել Cm: Դեղաչափը դարձնել շաբաթը երեք անգամ:

Պարենտերալ բուժում ստացող պացիենտների մոտ նեֆրոտոքսիկության վտանգը կարելի է հասցնել նվազագույնի շատ հեղուկներ տալով և նեֆրոտոքսիկ պրեպարատներից խուսափելու միջոցով:

Ի հավելումս վերը ասվածին, երիկամային անբավարարություն ունեցող հիվանդները կարիք ունեն SF դեղերի (դեղաչափերի) փոփոխության՝ համապատասխանեցված կրեատինինի կլիրենսի հետ: Հավելված 13-ում ներկայացված է երիկամային անբավարարությամբ պացիենտների SF դեղերի դեղաչափավորումը:

Տեսողական նյարդի ներիտ հնարավոր դեղեր՝ E և հազվադեպ Eto/Pto, Lzd

Այս հազվադեպ պատահող կողմնակի ազդեցությունը առաջանում է E-ի պատճառով, և դեղը դադարեցնելուն պես վերականգնվում է: Առաջին նշանները կարմիր-կանաչ գույները չտարբերելն է: Դեղը, որի պատճառով առաջացել է տվյալ կողմնակի ազդեցությունը դադարեցնել:

Ծայրանդամների նեյրոպաթիա **հնարավոր դեղեր՝Cs,Lzd,H և հազվադեպ Eto/Pto, ամինազիկոզիդներ,Cm,E,FQs**

Ծայրանդամների նեյրոպաթիան դա կենտրոնական նյարդային համակարգից դուրս տեղակայված նյարդերի վնասումն է: Այդ կողմնակի ազդեցության պատճառ կարող են հանդիսանալ որոշ SF դեղեր՝ հատկապես Cs, Lzd և H:

Լինեզոլիդի պատճառով առաջացած ծայրանդամների նեյրոպաթիան շատ ցավոտ է և կարող է լինել անդարձելի:

Կանխարգելիչ նպատակով կիրառման համար պիրիդոքսինի սովորական դեղաչափը՝

- Cs ստացող պացիենտներին յուրաքանչյուր 250մգ ցիկլոսերինի դիմաց 50մգ/օր
- Lzd ստացող պացիենտներին 50մգ/օր
- H ստացող պացիենտներին, որոնց մոտ ծայրանդամների նեյրոպաթիա առաջանալու վտանգ կա 10մգ/օր

Կանխարգելիչ միջոց է նաև թերսնված պացիենտների մոտ վիտամինների պակասի լրացումը:

Նեյրոպաթիան սովորաբար առաջանում է ստորին ծայրանդամներում (թմրածություն, ծակոցներ, այրոցք, ցավ, ջերմաստիճանի զգացողության կորուստ), որի հետևանքով դժվարանում է քայլելը, առաջանում է թուլություն, վերանում է խորը ջլային ռեֆլեքսը: Ժամանակի ընթացքում փոփոխություններ կարող են առաջանալ նաև վերին վերջույթներում և այլուր:

Ծայրանդամների նեյրոպաթիա ախտորոշվելու դեպքում՝

- Եթե հիվանդը ստանում է Lzd, ապա այն անմիջապես դադարեցնել և այլևս չվերսկսել
- Եթե հիվանդը ստանում է Km և հայտնի է, որ Cm նկատմամբ զգայուն է, ապա Km-ն փոխարինեք Cm-ով
- Հաշվի առնել նաև մյուս նպաստող պայմանները (դիաբետ, թերսնում)
- Պորոդոքսին 100-200մգ/օր այնքան ժամանակ (չափահաս հիվանդներ), մինչև որ ախտանշանները վերանան
- Ախտանշանները թեթևացնում են նաև ոչ ստերոիդ հակաբորբոքային դեղերը կամ պարացետամոլը
- Օգտակար է նաև ախտահարված մասերի ֆիզիոթերապիան

Այս միջոցառումների ոչ բավարար լինելու դեպքում կարելի է փորձել նաև՝

- Ամիլտրիպտիլին՝ սկսել 25մգ/օր քնելուց առաջ մեկ շաբաթ, ապա դեղաչափն ավելացնել 50մգ/օր մեկ շաբաթ, որից հետո դարձնել 75մգ/օր: Լինեզոլիդ ստացող պացիենտներին չտալ տրիցիկլիկ հակադեպրեսանտներ:
- Կարբամազեպին՝ սկսել 200մգ/օր մեկ շաբաթ, ապա մեծացնել դեղաչափը 200մգ օրը երկու անգամ մեկ շաբաթ, ապա 200մգ օրը երեք անգամ:

Չկարգավորվելու դեպքում փոքրացնել դեղի դեղաչափ, որի պատճառով առաջացել է այդ երևույթը, հազվադեպ դեպքերում դեղը կարելի է դադարեցնել, եթե կա այլընտրանք և դրանից բուժման ռեժիմը չի խախտվում:

Լուսազգայնություն**հնարավոր դեղեր՝ Cfz, FQs**

Հիվանդին խորհուրդ տալ չմնալ արևի ուղղակի ճառագայթների տակ, հագնել պաշտպանիչ ակնոցներ և հագուստներ (երկարաթև):

Փսիխոզ**հնարավոր դեղեր՝ Cs, FQs, H**

Տեսողական կամ լսողական հալուցիկացումներ, զառանցանք, պարանոթիկ երևույթներ, աննորմալ վարք, փսիխոզի նշաններ: Վաղ հայտնաբերման հանար անհրաժեշտ է, որպեսզի հիվանդին խնամողները ծանոթ լինեն տվյալ երևույթների հետ: Փսիխոզը հակացուցում չէ, որպեսզի վերը նշված պրեպարատները նշանակվեն: Հոգեբուժական ախտանշաններ նույնպես կարող են ի հայտ գալ: Որոշ պացիենտների անհրաժեշտ կլինի բուժման ողջ ընթացքում հոգեբուժական դեղեր ստանալ: Բուժման ընդհատմանը զուգահեռ կողմնակի ազդեցությունները վերանում են:

Ցիկլոսերինը փսիխոզներ առաջացնող ամենահավանական պրեպարատն է: այնուամենայնիվ, փսիխոտիկ ախտանշաններ կարող են նաև առաջացնել H, FQs և Eto/Pto –ն:

Սուր փսիխոզների դեպքում

- Շտապ հոսպիտալացում, եթե վտանգ կա, որ հիվանդը կարող է վնասել ինքն իրեն կամ այլոց
- Դադարեցնել ցիկլոսերինը
- Սուր փսիխոզը բուժել

Ցիկլոսերինը կարելի է վերսկսել, երբ հիվանդի մոտ փսիխոտիկ երևույթները անցնեն (սովորաբար ցածր դեղաչափով): Որոշ հիվանդներ ի վիճակի չեն լինում վերսկսել ցիկլոսերինը: Այդպիսի դեպքերում անհրաժեշտ է նշանակել այլ դեղ: SF բուժումն ավարտելիս անհրաժեշտ է սահուն ձևով ավարտել նաև հոգեբուժական բուժումը:

Ցիկլոսերին ստացող հիվանդի մոտ փսիխոզ սկսվելու դեպքում անհարժեշտ է ստուգել կրեատինինը: Ցիկլոսերինը դուրս է գալիս օրգանիզմից երիկամների միջոցով՝ կրեատինինի բարձրանալը կարող է նշանակել, որ օրգանիզմում կուտակվել է ցիկլոսերինի տոքսիկ քանակ: Այդ դեպքում անհրաժեշտ կլինի ցիկլոսերինը ժամանակավորապես դադարեցնել, ապա վերսկսել երիկամների համար հարմարեցված դեղաչափով (տես հավելված 13):

QT երկարություն**հնարավոր դեղեր՝ DIm, Bdq, Cfz, FQs**

FQs-ի պատճառով կարող է QT-ն երկարել, որը կարող է նախատրամադրել իլիկանման ֆիբրիլացիայի, առիթմիայի և հանկարծամահության: Ամենաշատը QT-ն երկարում է Mfx-ի պատճառով: Lfx-ից և Ofx-ից QT-ն երկարելու վտանգը փոքր է:

Չնայած այն բանին, որ QT-ն երկարելու վտանգը մեծ չէ, այդուամենայնիվ հետևեք, որպեսզի ֆտորքինոլոնը չհամակցվի այլ QT-ն երկարացնող պրեպարատների հետ: Նաև պետք է հետևել, որպեսզի էլեկտրոլիտների քանակը նորմալ մնա: Հիվանդի երիկամների գործառույթներն անհրաժեշտ է ստուգել և ֆտորքինոլոնի դեղաչափը անհրաժեշտության դեպքում հարմարեցնել: Բեդաքվիլինի դեպքում, էլեկտրասրտագրման հետ կապված, ստուգել արտադրողի խորհուրդները:

Օնդանսետրոնը նույնպես կարող է QT երկարացման պատճառ հանդիսանալ, այնպես որ անհրաժեշտ է բեդաքվիլինի հետ զուգահեռ նշանակելիս ուշադիր լինել:

Վարման առաջարկվող ռազմավարությունը

Բոլոր այն հիվանդներին, որոնց QT միջակայքը 500մվրկ-ից ավելի է, պետք է վարել զգուշորեն.

- Կրկնել ԷՍԳ և հաստատել QT միջակայքի երկարումը,
- Բեդաքվիլինը և դելամանիդը պետք է դադարեցնել, երբ QT միջակայքը 500մվրկ-ից ավելի է: Դիտարկել QT միջակայքը երկարացնող այլ դեղերի դադարեցումը:
- Ստուգել կալիումի, կալցիումի և մագնեզիումի քանակը: Երկար QT միջակայք ունեցող պացիենտների էլկտրոլիտների քանակը պետք է պահել նորմայի սահմաններում:
- Առաջարկվում է պահել կալիումի քանակը 4մմոլ/լ-ից ավելի և մագնեզիումի քանակը՝ 1,8 մգ/դլ-ից ավելի:
- Խուսափել այլ դեղերից, որոնք երկարացնում են QT միջակայքը:

Մշտադիտարկել հիվանդի երիկամային և լյարդային գործառույթները և փոփոխել ֆտորքինոլոնների դեղաչափերը անբավարարության առկայության դեպքում:

Դիտարկել ֆտորքինոլոնի դադարեցումը, եթե torsades de pointes-ի ռիսկը գերազանցում է դեղի կիրառման օգտին:

Մեկնաբանություններ

1. QT միջակայքը չափվում է QRS կոմպլեքսի վերջից մինչև T ատամիկի սկիզբը ստանդարտ ԷՍԳ-ի վրա: QT-ն կորեկցվում է սրտի կծկման հաճախականության հետ: Այն կոչվում է QTc և հիմնականում հաշվարկվում է ԷՍԳ սարքերի կողմից: Նորմալ QTc-ն սովորաբար չի գերազանցում 440մվրկ:
2. 440մվրկ-ից ավելի QTc արժեքները համարվում են երկարած: Երկարած QTc ունեցող պացիենտների մոտ կարող են զարգանալ առիթմիաներ, օրինակ՝ torsades de pointes, որը կարող է սպառնալ կյանքին:
3. Ֆտորքինոլոնները կարող են երկարացնել QTc-ն: Ամենից շատ մօքսիֆլօքսացինը և գատիֆլօքսացինն են երկարացնում QTc-ն, մինչդեռ լևոֆլօքսացինը և օֆլօքսացինն ավելի քիչ ռիսկ են ներկայացնում:

4. Ներկայումս նախքան ԲԴԿ ՏԲ բուժումը սկսելը և բուժման ընթացքում ԷՍԳ մշտադիտարկում անհրաժեշտ է միայն, եթե բուժման մեջ օգտագործվում է բեդաքվիլին կամ դելամանիդ, ինչպես նաև եթե ռեժիմում ներառված են ՉՏ միջակայքը երկարացնող միաժամանակ երկու դեղ (օրինակ՝ մօքսիֆլօքսացին, կլոֆազիմին):

Ջղաձգումներ

հնարավոր դեղեր՝ FQs, Cs, H

Cs, H և FQs-ը կարող են ջղաձգումների պատճառ լինել, մինչդեռ կան նաև այլ պատճառներ (օրինակի համար՝ վարակներ, էպիլեպսիա, մինինգիտ, էնցեֆալիտ, ալկոհոլային խումար, հիպոգլիկեմիա, գանգուլեդային վնասվածք, տոքսոպլազմոզ և չարորակ գոյացություններ ունեցող ՄԻԱՎ հիվանդներ):

Հնարավորության դեպքում ստուգել արյան մեջ էլեկտրոլիտների, կալիումի, կալցիումի և մագնեզիումի քանակը: Ստուգել նաև գլյուկոզան:

Ջղաձգումներ ունեցող պացիենտներին լիովին հակացուցված չէ FQs, Cs և H-ը: Այդուհանդերձ, այլընտրանքի դեպքում ցանկալի է Cs չնշանակել: Ջղաձգումներ ունեցող հիվանդները նախքան ՏԲ բուժումն սկսելը պետք է ստանան էպիլեպսիայի բուժում:

Եթե ջղաձգումները առաջին անգամ ի հայտ են գալիս ՏԲ բուժումն սկսելուց հետո, ապա ամենայն հավանականությամբ պատճառը ՏԲ դեղերն են: Ջղաձգումները չեն հանդիսանում վերը նշված դեղերով բուժման մշտական արդյունք:

Եթե հիվանդի մոտ ջղաձգումները առաջին անգամն է ապա՝

- Կարճ ժամանակով դադարեցնել ցիկլոսերինը
- Սկսել էպիլեպսիայի բուժում (ամենահաճախ նշանակվող դեղերն են կարբամազեպինը, ֆենիտոինը, վալերիանաթթուն) հատկապես այն դեպքերում, երբ նոպաները շարունակվում են նաև ցիկլոսերինը դադարեցնելուց հետո:
- Եթե ցիկլոսերինը կարևոր է բուժման ռեժիմի համար, ապա այն վերսկսեք: Սովորաբար այն կարելի է վերսկսել փոքր դեղաչափով, ապա մեծացնել դեղաչափը, եթե դա հնարավոր լինի:

Էպիլեպսիայի բուժումն անհարժեշտ կլինի ՏԲ բուժման ողջ ընթացքում

Ցիկլոսերին ընդունող հիվանդի մոտ ջղաձգումներ առաջանալու դեպքում ստուգել կրեատինինը: Ցիկլոսերինը 100 տոկոսով դուրս է գալիս օրգանիզմից երիկամների միջոցով, և եթե երիկամների գործառույթի խանգարում է նկատվում (բարձր կրեատինին), ապա դա կարող է ցիկլոսերինի տոքսիկ դեղաչափից լինել, որը բերում է ջղաձգումների: Անհրաժեշտ կլինի դեղաչափը հարմարեցնել երիկամների գործառույթին:

Մաշկային ռեակցիա

հնարավոր դեղեր՝ բոլոր ՏԲ դեղերը

Մաշկային մեծ ռեակցիա՝

- Դադարեցնել բոլոր ՏԲ դեղերը
- Անաֆիլակտիկ ռեակցիայի դեպքում, վարվել այնպես, ինչպես նշված է ուղեցույցում՝ ներառյալ էպինեֆրինի կիրառումը (ադրենալին):
- Գեներալիզացված ցանի դեպքում անհրաժեշտ է կորտիկոստերոիդներ (դեքսամետազոն՝ ներմկանային կամ ներերակային՝ օրը 4 անգամ 2-4մգ) տալ
- Ռեակցիան անցնելուց հետո փորձեք պարզել, թե որ դեղն էր պատճառը:

Այն դեղը, որի պատճառով Սթիվենս-Ջոնսոնի սինդրոմ, կամ անաֆիլակտիկ երևույթներ են առաջացել, չի կարելի վերսկսել:

Մաշկային փոքր ռեակցիա

Տեղային կամ փոքր ռեակցիայի դեպքում՝

- Փորձեք գտնել դեղերի հետ կապ չունեցող այլ պատճառ (քոս, ավերգենների պատճառով դերմատիտ)
 - Եթե պատճառը ակնհայտ չէ, ապա բոլոր ՏԲ դեղերը դադարեցնել
 - Օրը 3-4 անգամ տալ հակահիստամինային պրեպարատ
 - Փորձել պարզել, թե որ դեղից է ռեակցիա եղել: Ռեակցիան անցնելուց հետո ՏԲ բուժումը կարելի է վերսկսել կես դեղաչափով: Հիմնական կարգը հետևյալն է H-R-Z-Eto/Pto-FQ-Cs-E-PAS-Cm կամ ամինագլիկոզիդներ: Եթե ցանը հատկապես լավ է արտահայտված, ապա սկսել դեղաչափի 1/10-ով և ավելացնել շատ ավելի դանդաղ: Ամենահավանական դեղը ավելացնել վերջում: Եթե ամենահավանականը բուժման համար այնքան էլ կարևոր չէ, ապա ցանկալի է չավելացնել:
- Եթե դեղը սկսելուց հետո ցանը նորից սկսվում է, ապա անհրաժեշտ է դեղը ընդհանրապես դադարեցնել և փոխարինել այլ դեղով:

դեղ	Օր 1	Օր 2	Օր 3
H	50մգ	Լրիվ դեղաչափ	Լրիվ դեղաչափ
R	75մգ	300մգ	Լրիվ դեղաչափ
Z	250մգ	1000մգ	Լրիվ դեղաչափ
Eto/Pto	125մգ	250մգ	Լրիվ դեղաչափ
FQ	50մգ	200-250մգ	Լրիվ դեղաչափ
Cs	125մգ	250մգ	Լրիվ դեղաչափ
E	100մգ	500մգ	Լրիվ դեղաչափ
PAS	1գ	4գ	Լրիվ դեղաչափ

Cm	125մգ	500մգ	Լրիվ դեղաչափ
Km	125մգ	500մգ	Լրիվ դեղաչափ
Amk	125մգ	500մգ	Լրիվ դեղաչափ

Հայաստանի Հանրապետության
առողջապահության նախարարի

2016 թվականի օգոստոսի 05 - ի
թիվ 2462 – Ա հրամանի

ՀԱԿԱՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՈՋԱՅԻՆ ԴԵՂԵՐԻ ՀԱՄԱՊԱՏԱՍԽԱՆԵՑՈՒՄԸ ԵՐԻԿԱՄԱՅԻՆ
ԱՆԲԱՎԱՐԱՐՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ

Կրեատինինի կլիրենսի նորմալ չափերը

Տղամարդիկ – 97-137մլ/վրկ

Կանայք – 88-128մլ/վրկ

Կրեատինինի կլիրենսի հաշվարկը

$\text{Կշիռ (կգ)} \times (140 - \text{տարիք}) \times (\text{հաստատուն})$

Շիճուկի կրեատինին ($\mu\text{mol/L}$)

Հաստատունը=1.23 տղամարդկանց համար և 1.04 կանանց համար

Օրինակ՝

Cm ընդունող 46 տարեկան, 50կգ Մ/2-ով կին հիվանդի շիճուկի կրեատինը=212 $\mu\text{mol/L}$

Քայլ 1. Հաշվել կրեատինինի կլիրանսը

$50 \times (140 - 46) \times (1.04) / 212 = 23.0$ մլ/վրկ

Քայլ 2. Համապատասխանեցնել Cm դեղաչափը և հաշվի առնել դադարեցման հնարավորությունը երիկամներում շարունակական տոքսիկության առաջացման դեպքում: Քանի որ կրեատինինի կլիրենսը <30-ից, հարկավոր է ներարկել ստորև նշված դեղաչափը (12-15մգ/կգ, շաբաթական 3 անգամ՝ մեկը դեղաչափը - 600-750մգ Cm շաբաթական 3 անգամ):

Եթե կրեատինինը շարունակում է աճել, մտածեք ներարկման դադարեցման մասին:

Քայլ 3. Անհրաժեշտության դեպքում բուժման ռեժիմի յուրաքանչյուր դեղ համապատասխանեցնել հետևյալ աղյուսակից.

Դեղ	Հաճախականությունը փոփոխվում է՞ թե ոչ	Դեղաչափերը և հաճախականությունը եթե հիվանդի կրեատինինի կլիրենսը ցածր է 30մլ/րոպե,կամ անհրաժեշտություն ունի հեմոդիալիզի
Իզոնիազիդ	ոչ	300mg Միանվագ կամ 900մգ շաբաթը 3 անգամ
Ռիֆամպիցին	ոչ	600մգ միանվագ կամ 600մգ շաբաթը 3անգամ
Պիրազինամիդ	այո	25-35մգ/կգ շաբաթը 3 անգամ
Էթամբուտոլ	այո	15-25մգ/կգ շաբաթը 3անգամ
Ցիկլոսերին	այո	250մգ օրը 1անգամ կամ 500մգ շաբաթը 3 օր
Լևոֆլոքսացին	այո	750-1000մգ շաբաթը 3անգամ
Մօքսիֆլօքսացին	Ոչ	400մգ ամեն օր
Պրոտինոնամիդ	ոչ	250-500 մգ ամեն օր
ՊԱՍԹ	Ոչ	4գ օրը 2 անգամ
Կանամիցին	այո	12-15մգ/կգ շաբաթը 2-3անգամ
Կապրիոմիցին	Այո	12-15 մգ/կգ շաբաթը 2-3անգամ
Ամիկացին	Այո	12-15 մգ/կգ շաբաթը 2-3 անգամ
Կլոֆազիմին	Ոչ	

Ամօքսիկլավ	Այո	1000մգ օրը 2 անգամ
Լինեզոլիդ	Ոչ	
Իմիպենեմ/Ցիլաստատին	Այո	500մգ ամեն 8ժամը մեկ, եթե կրեատինինի կլիրենսը 20-40մլ/վ 500 մգ ամեն 12 ժամը մեկ, եթե կրեատինինի կլիրենսը < 20մլ/վ

Հավելված 10

Հայաստանի Հանրապետության
առողջապահության նախարարի
2016 թվականի օգոստոսի 05 - ի

թիվ 2462 – Ա հրամանի

ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՈՂՈՎ ՊԱՑԻԵՆՏՆԵՐԻ ՀԱՇՎԱՌՄԱՆ ԵՎ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅԱՆ ՓՈԽԱՆԱԿՄԱՆ ԿԱՐԳ

Հաշվառում և հաշվետվություն

Երևան քաղաքում և Հայաստանի Հանրապետության մարզերում ՏԲ ախտորոշմամբ յուրաքանչյուր հիվանդ հաշվառման է ենթարկվում ըստ բնակչության վայրի ՏԲ-ի դեմ պայքարի կաբինետում: Հիվանդի տվյալները գրանցվում են տարածքային պոլիկլինիկայի ՏԲ 03 հաշվառման մատյանում:

ՏԲ ախտորոշմամբ հիվանդները գրանցվում և հաշվառվում են ՏԲ-ի տեղակայման, նախկինում ատացած բուժման, դեղակայունության և բուժման կատեգորիայի (ըստ հավելված 1-ի):

ՏԲ-ով պացիենտների գրանցման և հաշվետվական ձևերը լրացվում են ԱՀԿ-ի կողմից նախատեսված ռազմավարության պահանջներին համապատասխան գրանցման և հաշվետվական ձևերում (ըստ հավելված 2-ի):

ՏԲ-ով հիվանդի բուժման անհատական քարտ (ծև՝ ՏԲ 01) լրացվում է հիվանդի հակատուբերկուլոզային բուժումը սկսելու ժամանակ: Այս քարտը լրացվում է բուժող բժշկի կողմից, ինչպես ՏԲ-ի դեմ պայքարի կաբինետում, այնպես էլ հակատուբերկուլոզային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունում/բաժանմունքում: Քարտի վրա նշումները կատարվում են հիվանդին դեղ տրամադրելու ժամանակ: Նշումներն իրականացվում են հետևյալ օրինաչափությամբ՝ X նշանով, որ հիվանդին դեղը տրվել է բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունում (ՏԲ-ի դեմ պայքարի կաբինետ, ԳԲԱ, ԲՄԿ և այլն), S տառով, երբ հիվանդին դեղը տրվել է տնային այցի ժամանակ, Ա տառով՝ այլ տարբերակների դեպքում, երբ հիվանդին դեղը տրվել է ցանկացած այլ եղանակով: Նշումների մեջ նշվում է դեղը տրամադրելու օրերի թիվը ($X+S+A=\text{ընդամենը}$) և դրանցից յուրաքանչյուրի թիվն առանձին-առանձին (X, S, A):

Գրանցվում են նաև խորխի հետազոտությունների բոլոր արդյունքները՝ բուժման սկզբում, ինտենսիվ փուլի ավարտից հետո, մանրէազատման դեպքում՝ ևս մեկ ամիս հետո (այս դեպքում ինտենսիվ փուլը երկարում է մեկ ամսով), 5-րդ ամսում, 6-րդ ամսում (առաջնակի դեպք) կամ 5-րդ և 8-րդ ամսում (կրկնակի դեպք): «Կուլտուրա» սյունակում լրացվում է ցանքի ամսաթիվը, նշվում է աճի տվյալները՝ «այո» կամ «ոչ»: Աճի դեպքում նշվում են նաև ԴՋԹ-ի արդյունքները:

Հիվանդի տեղափոխման ժամանակ ՏԲ 01 քարտը անմիջապես փոխանցվում է ՀՀ-ում բուժումն իրականացնող այն կազմակերպությանը, որտեղ շարունակվելու է հիվանդի հետագա բուժումն ու հսկողությունը:

ՀՀ ԱՆ «ՏԱԿ» ՊՈԱԿ-ի հոգեբուժական բաժանմունքում բուժված և դուրս գրված ՏԲ-ով պացիենտների ՏԲ 01 քարտերի և էպիկրիզների պատճեններն ուղարկվում են հիվանդի բնակավայրի պոլիկլինիկայի ՏԲ-ի դեմ պայքարի կաբինետ: Ստացված տվյալները ՏԲ-ի դեմ պայքարի կաբինետի բժիշկը գրանցում է ՏԲ հաշվառման մատյանում (ՏԲ 03 և 4-րդ կատեգորիայով բուժման դեպքում նաև՝ ԴԿ ՏԲ 02-ում):

ՏԲ-ով հիվանդի նույնականացման քարտը (ծև ՏԲ 02) լրացվում է հիվանդի ՏԲ ախտորոշվելուց անմիջապես հետո՝ ՏԲ 01 բուժման քարտի հետ միաժամանակ և պահվում հիվանդի մոտ:

Տարածաշրջանի ՏԲ-ի հաշվառման մատյանում (ձև ՏԲ 03) պարտադիր գրանցման են ենթարկվում տվյալ տարում հաստատված ակտիվ ՏԲ-ի (առաջնակի և ախտադարձի) բոլոր դեպքերը: Կրկնությունից խուսափելու նպատակով ՏԲ-ի դեմ պայքարի կաբինետում գրանցված և բուժումը շարունակելու նպատակով մեկ այլ ՏԲ-ի դեմ պայքարի կաբինետ տեղափոխված հիվանդները, ինչպես նաև ազատագրված վայրերից վերադարձած ՏԲ-ով հիվանդները գրանցվում են «տեղափոխվածներ» սյունակում: Խորխի բոլոր հետազոտությունների արդյունքները լրացվում են բուժման սկզբում, ինտենսիվ փուլի ավարտից հետո, մանրէազատման շարունակման դեպքում՝ ևս մեկ ամիս հետո (այս դեպքում ինտենսիվ փուլը երկարում է մեկ ամսով), 5-րդ ամսում, 6-րդ ամսում (առաջնակի դեպք) կամ 5-րդ և 8-րդ ամսում: «Ցանք» սյունակում լրացվում է ցանքի ամսաթիվը, նշվում հետազոտության արդյունքը: Դրական արդյունքի դեպքում նշվում են ԴՋԹ-ի արդյունքները:

Խորխի մանրադիտակային հետազոտության լաբորատոր հաշվառման մատյանը (ձև ՏԲ 04) լրացնում են խորխի մանրադիտակային հետազոտություն իրականացնող լաբորատորիաների աշխատակիցները: Տվյալները լրացվում են խորխի հետազոտման ուղեգրի գրառումներից և լաբորատոր հետազոտության արդյունքներից: Լաբորատոր հաշվառման մատյանը պարբերաբար համեմատվում է ՏԲ-ի հաշվառման տարածաշրջանի մատյանի հետ՝ ախտորոշված բոլոր դեպքերի գրանցումները ստուգելու նպատակով:

Լաբորատորիայի ուղեգիրը (ձև ՏԲ 05) լրացվում է հակատուբերկուլոզային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների աշխատակիցների կողմից և ուղարկվում է համապատասխան մանրադիտակային հետազոտություն իրականացնող լաբորատորիա՝ խորխի մանրադիտման և Ազգային ռեֆերենս լաբորատորիա՝ ցանք, ԴՋԹ իրականացնելու նպատակով:

Ցանքի և ԴՋԹ-ի պատասխանների գրանցամատյան լրացվում է խորխի մանրադիտակային հետազոտություն իրականացնող լաբորատորիաների աշխատակիցներ կողմից (ըստ հավելված 2-ի):

ՏԲ-ով հիվանդի տեղափոխման ձևը (ՏԲ 09) լրացվում է բոլոր այն պացիենտների համար, ովքեր բուժումը շարունակելու նպատակով տեղափոխվում են մեկ այլ տուբերկուլոզային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպություն:

Հակատուբերկուլոզային դեղերի եռամսյակային հաշվետվությունը (ձև ՏԲ 11) լրացվում է տուբերկուլոզային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների աշխատակիցների կողմից՝ ընդգրկելով տեղեկատվություն 1-ին շարքի հակատուբերկուլոզային դեղերի եռամսյակային շարժի և տվյալ եռամսյակում

հայտնաբերված պացիենտների թվի վերաբերյալ՝ ըստ բուժման կատեգորիաների: Յուրաքանչյուր եռամսյակ հաշվետվական այս ձևը ներկայացվում է ՀՀ ԱՆ «Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային կենտրոն» ՊՈԱԿ:

Լրացվում են նաև հետևյալ հաշվետվական ձևերը՝

1. Հիվանդի հակատուբերկուլոզային դեղերի բաշխման մատյան (ձև ՏԲ 12) լրացվում է ՏԲ-ի դեմ պայքարի կաբինետների կողմից:
2. Դեղերի և ԲՆԱ-ի քանակական հաշվառման մատյան (ձև ՏԲ 13) լրացվում է տուբերկուլոզային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների աշխատակիցների կողմից: Հաշվետվության ձևում գրանցվում է նաև եռամսյակի ընթացքում դեղերի ընդունման օրերի ընդհանուր քանակը՝ ըստ դեղերի ընդունման վայրի (կազմակերպություններ-Մ, տնային այց-Տ, այլ տարբերակ-Ա): Ցուցանիշը հաշվարկվում է պացիենտների ՏԲ 01 անհատական քարտերից:
3. Տարածաշրջանի լաբորատոր նյութերի (ռեակտիվների) ծախսի վերաբերյալ եռամսյակային հաշվետվությունը լրացվում է ցանք (ձև ՏԲ 14-Ա) և մանրադիտում (ձև ՏԲ 14-Բ) իրականացնող լաբորատորիաների աշխատակիցների կողմից: Հաշվետվական այս ձևը յուրաքանչյուր եռամսյակ ներկայացվում է ՀՀ ԱՆ «Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային կենտրոն» ՊՈԱԿ:
4. Լաբորատոր ծախսանյութերի շարժի եռամսյակային հաշվետվությունը լրացվում է ըստ հավելված 2-ի:
5. Եռամսյակի ընթացքում կատարված խորխի մանրադիտակային հետազոտությունների վերաբերյալ հաշվետվությունը լրացվում է ըստ հավելված 2-ի:
6. Եռամսյակի ընթացքում կատարված կենսաքիմիական հետազոտությունների վերաբերյալ հաշվետվությունը լրացվում է ըստ հավելված 2-ի:
7. Հաշվետվական ժամանակացույցից դուրս ծախսանյութերի և պարագաների պահանջի դեպքում տվյալ բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպության տնօրենի կողմից գրություն է ներկայացվում ՀՀ ԱՆ «Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային կենտրոն» ՊՈԱԿ:

ՀՀ ԱՆ «Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային կենտրոն» ՊՈԱԿ-ից ծախսանյութեր և պարագաներ տրամադրում է միայն բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպության լիազորագրի հիման վրա:

Լաբորատոր հաշվետվական ձևում նշվում է՝

8. Տվյալ եռամսյակի ընթացքում գրանցված պացիենտների թիվը՝ համաձայն ախտորոշման և ընթացիկ հսկողության տվյալների:
9. Յուրաքանչյուր ծախսանյութի մնացորդը տվյալ եռամսյակի սկզբում, մուտքը եռամսյակի ընթացքում (եթե եղել է), ընդհանուր ծախսը եռամսյակի ընթացքում և մնացորդը հաշվետու եռամսյակի վերջում:
10. Լաբորատոր և կենսաքիմիական ծախսանյութը տրամադրվում է պահանջագրով՝ ըստ հավելված 2-ի:

Ազգային ռեֆերանս լաբորատորիայի աշխատակիցները յուրաքանչյուր ամիս ՀՀ ԱՆ «Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային կենտրոն» ՊՈԱԿ են ներկայացնում լաբորատոր հետազոտությունների տվյալների համակարգչային բազան՝ ներառելով նախորդ ամսվա ընթացքում իրականացված հետազոտությունների տվյալները: Ազգային ռեֆերանս լաբորատորիայի աշխատակիցները, հանրապետական և մարզային կտրվածքով, մինչև հաշվետու եռամսյակի հաջորդ ամսվա 15-ը «Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային կենտրոն» ՊՈԱԿ են ներկայացնում տվյալ եռամսյակի ընթացքում կատարված հետազոտությունների վերաբերյալ հաշվետվություն:

Երևան քաղաքի խորխի մանրադիտակային հետազոտություն իրականացնող լաբորատորիաների համար անհրաժեշտ ներկանյութերը տրամադրվում են Երևանի քաղաքապետարանի «Քաղաքային հակատուբերկուլոզային դիսպանսեր» ՓԲԸ-ի լաբորատորիայի կողմից:

Կասկածելի դեպքերի հաշվառման մատյանը (ծև ՏԲ 15) լրացվում է ՏԲ-ի դեմ պայքարի կաբինետների կողմից, որտեղ գրանցվում են ՏԲ-ի կասկածելի բոլոր դեպքերը: Յուրաքանչյուր եռամսյակի ավարտից հետո «Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային կենտրոն» ՊՈԱԿ է ներկայացվում տվյալ եռամսյակի ընթացքում հետազոտված ՏԲ-ի կասկածելի դեպքերի և նրանցից ՏԲ ախտորոշվածների թիվը:

ՏԲ կասկածով հետազոտված պացիենտների հաշվետվությունը լրացվում է յուրաքանչյուր եռամսյակ՝ ՏԲ-ի դեմ պայքարի կաբինետների աշխատակիցների կողմից: «Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային կենտրոն» ՊՈԱԿ է ներկայացվում ՏԲ կասկածելիների վերաբերյալ հաշվետվությունը՝ ըստ հավելված 2-ի:

4-րդ կատեգորիայով բուժվող պացիենտների գրանցումը և հաշվառումը իրականացվում է համաձայն ԱՀԿ-ի կողմից ընդունված ԴԿ ՏԲ 01, ԴԿ ՏԲ 02, ԴԿ ՏԲ 03, ԴԿ ՏԲ 06, ԴԿ ՏԲ 07, ԴԿ ՏԲ 08, ԴԿ ՏԲ 09 (հավելված 2) ձևերի:

Կատեգորիա IV հիվանդի քարտ (ԴԿ ՏԲ 01)

Քարտը լրացվում է հիվանդին վարող բուժաշխատողի կողմից: Քարտը լրացվում է ամեն օր (նշումները կատարվում են դեղերի ուղղակիորեն հսկման տակ ընդունումից հետո): Քարտի տվյալների հիման վրա լրացվում է ԴԿ ՏԲ 02 գրանցամատյանը:

Հիվանդի տեղափոխման ժամանակ (օր. հիվանդանոցից բնակության վայրի ՏԲ-ի դեմ պայքարի կաբինետ) բուժման քարտը կամ պատճենը հիվանդի հետ փոխանցվում է տուբերկուլոզային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությանը:

Բուժման քարտում առկա են հետևյալ բաժինները՝

1. Հիմնական ժողովրդագրական և կլինիկական տեղեկատվություն,
2. IV կատեգորիայում գրանցման համար, որը 4-րդ կատեգորիա ընդգրկված հիվանդի նոր նույնականացման համարն է,
3. IV կատեգորիայում գրանցման ամսաթիվ,
4. Նախկին գրանցման համարը՝ տարածաշրջանի ՏԲ-ի հաշվառման մատյանում (ձև ՏԲ 03),
5. Նախկին գրանցման ամսաթիվը՝ տարածաշրջանի ՏԲ-ի հաշվառման մատյանում (ձև ՏԲ 03),
6. Հիվանդի դասակարգումն ըստ նախկինում ստացած հակատուբերկուլոզային բուժման՝ տե՛ս հավելված 1,
7. Տեղեկություն բուժման ռեժիմի վերաբերյալ,
8. Տեղեկություն ՄԻԱՎ վարակի վերաբերյալ,
9. Այս բաժնում նշվում է հիվանդի ՄԻԱՎ թեստավորման ամսաթիվը (եթե անցել է), թեստավորման արդյունքները, հակառետրովիրուսային բուժման և/կամ Կո-տրիմօքսազոլով կանխարգելիչ բուժման վերաբերյալ տվյալները,
10. Նախկինում ստացած ՏԲ բուժումները,
11. Նախկինում ստացած ՏԲ բուժման վերաբերյալ ցանկացած տվյալ (բուժման սկիզբը, ընդունած դեղերը, բուժման ելքերը: Անհրաժեշտ է սկսել ամենաառաջին բուժումից, այն համարակալելով՝ 1,
12. Նախկինում 2-րդ շարքի դեղերի օգտագործման վերաբերյալ տվյալները,

13. Նշվում է՝ այո, եթե հիվանդը ստացել է 2-րդ շարքի դեղերից մեկը կամ մի քանիսը 1 ամիս և ավել տևողությամբ,
14. ԴԿ հանձնաժողով, ամսաթիվ և որոշումները,
15. Նշվում է ԴԿ հանձնաժողովի հանդիպումների ամսաթվերը, կայացված որոշումները, հաջորդ քննարկման ամսաթիվը,
16. Այլ բժշկական ախտորոշում (ոչ ՏԲ),
17. Նշվում է տվյալ հիվանդության ախտորոշման ամսաթիվը, ախտորոշումը,
18. Կողմնակի ազդեցությունները,
19. Նշվում է տվյալ կողմնակի ազդեցության ի հայտ գալու ամսաթիվը, տեսակը և այն դեղերը, որոնք այդ կողմնակի ազդեցության պատճառ կարող են հանդիսացած լինել,
20. Լաբորատոր մշտադիտարկումը,
21. Նշվում են լաբորատոր հետազոտությունների կատարման ամսաթվերը և արդյունքները,
22. Դեղերի գրաֆիկը,
23. Նշվում է բուժման նշանակման ամսաթիվը և սխեմաները,
24. ԴՋԹ-ի արդյունքները,
25. Նշվում է ԴՋԹ-ի կատարման ամսաթվերը և արդյունքները: Աղյուսակի մյուս բաժիններում լրացվում է հիվանդի վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկատվություն,
26. Բուժման ելքերը՝ տես հավելված 1:

Տարածաշրջանային կատեգորիա 4 պացիենտների հաշվառման մատյան (ԴԿ ՏԲ 02)

Բոլոր հիվանդները (և՛ ԴՋ, և՛ ԴԿ) նախ գրանցվում են «Տարածաշրջանի պացիենտների հաշվառման մատյանում» (ՏԲ 03): Այնուհետև դեղակայունության դեպքում տեղափոխվում «Տարածաշրջանի կատեգորիա 4 պացիենտների հաշվառման մատյան», որտեղ էլ և գրվում են պացիենտների բուժման ելքի արդյունքները: Այն մոնո- կամ պոլի- ԴԿ հիվանդները, ովքեր ունեն ԴԿ համեմատաբար պարզ մոդելներ (H, HS), մնում են հաշվառման մեջ ՏԲ 03 մատյանում, որտեղ և նշվում է, թե ինչ սխեմայով են բուժվում: Այն ԴԿ հիվանդները, ովքեր ունեն առավել բարդ կայունությամբ շտամներ (R և HEZ) կամ մոնո- և պոլի- ԴԿ ձևերը, որոնք հակված են վերլածվելու ԲԴԿ ՏԲ-ի, անհրաժեշտ է ընդգրկել «Տարածաշրջանի կատեգորիա 4 պացիենտների հաշվառման մատյանում»: Եթե հիվանդը, մինչև բուժումն սկսելը, ունի դեղակայունություն և պետք է բուժվի 4-րդ կատեգորիայով, ապա նրան

գրանցում են «Տարածաշրջանի ՏԲ պացիենտների ՏԲ 03 հաշվառման մատյանում» և ծանոթություն բաժնում նշվում է 4-րդ կատեգորիայի բուժման մասին:

«Տարածաշրջանի կատեգորիա 4 պացիենտների հաշվառման մատյանի» ողջ տեղեկատվությունը լրացվում է ԴԿ ՏԲ 01 քարտից՝ յուրաքանչյուր նոր տվյալ ի հայտ գալուն զուգահեռ: Այս մատյանի վարման պատասխանատուն հիվանդին գրանցում է Ռ/ԲԴԿ ՏԲ ախտորոշելուց անմիջապես հետո:

«Տարածաշրջանի կատեգորիա 4 պացիենտների հաշվառման մատյանում» գրանցված որոշ պացիենտների շրջանում հետագա ԴԶԹ-ի արդյունքներում հնարավոր է հայտնաբերել ԴԿՏԲ: Սխալմամբ 4-րդ կատեգորիայում գրանցված հիվանդները կարող են միանգամից տեղափոխվել այս կատեգորիայով (1 կամ 2) բուժման: Նրանց անվան դիմաց նշվում է, որ հանված են այդ կատեգորիայից և վերջին սյունակում գրվում է ԴԶԹ-ի մասին: Բուժման կատեգորիաները փոփոխված բոլոր հիվանդները գրանցվում են ՏԲ 03 մատյանում (եթե նրանք արդեն գրանցված են այնտեղ, վերջնական արդյունքը գրվում է առաջին գրանցման տողում և նոր գրանցում չի կատարվում): Անհատականացված կամ այլ բուժման սխեմայով բուժման վերաբերյալ տեղեկատվությունը գրանցվում է բուժման անհատական քարտում, իսկ բուժման արդյունքները՝ նաև 4-րդ կատեգորիայի գրանցամատյանում:

4-րդ կատեգորիայով բուժման ցուցում ունեցող բոլոր հիվանդները ընդգրկվում են ԴԿ ՏԲ մատյանում, անկախ այն հանգամանքից, թե նրանք բուժումն արդեն սկսե՞լ են, թե ոչ:

Գրանցամատյանում գրանցվում է հետևյալ տեղեկությունը՝

Կատեգորիա 4-ով գրանցման համար-սա հիվանդի նույնականացման քարտի համարն է:

Գրանցման ամսաթիվ

Անուն, ազգանուն, սեռ, ծննդյան ամսաթիվ, հասցե

Տարածաշրջանի ՏԲ-ի հաշվառման մատյանի համար՝ բոլոր ՏԲ հիվանդները գրանցվում են նշված մատյանում: Շրջանային մատյանում երբևէ չգրանցման հիվանդը գրանցվում է այդ մատյանում և այդ գրանցման համարը տեղափոխվում է նաև ԴԿ-ՏԲ մատյան:

Հիվանդության տեղակայում՝ տվյալները վերցնում են բուժման քարտից ըստ տեղակայման՝ թոքային կամ արտաթոքային ձև, եթե առկա է և՛ թոքային, և՛ արտաթոքային տեղակայում, հիվանդը դասակարգվում է որպես թոքային:

Գրանցման խումբը՝ տես հավելված 1:

ԴԶԹ-ի՝ տվյալները վերցնում են բուժման անհատական քարտից, նշվում է նմուշառման ամսաթիվը, ԴԶԹ-ի արդյունքի պատասխանի ամսաթիվը և ԴԶԹ-ի արդյունքը: Նշվում է այն ԴԶԹ-ն, որի արդյունքում հիվանդը գրանցվել է որպես 4-րդ կատեգորիայի հիվանդ:

Բուժման ընթացքում ԴՋԹ-ի կրկնության արդյունքները նշվում են միայն հիվանդի բուժման անհատական քարտում: Եթե ԴՋԹ-ն կատարվել է փուլերով (օր.՝ եթե սկզբում դրվել է իզոնիազիդի և ռիֆամպիցինի նկատմամբ, ապա՝ առաջին շաբթի այլ դեղերի, հետո՝ 2-րդ շաբթի դեղերի նկատմամբ) բոլոր արդյունքները նշվում են գրանցամատյանում:

Երկրորդ շաբթի դեղեր, որոնք հիվանդն ստացել է 1 ամսից ավելի՝ մինչև 4-րդ կատեգորիայում գրանցվելը- տվյալները վերցվում են հիվանդի ԴԿ ՏԲ 01 քարտից:

4-րդ կատեգորիայով բուժման սխեմա-հաշվի է առնվում սկզբնական նշանակված սխեման՝ նշելով դեղերի կրճատ անվանումները (դեղաչափերը միլիգրամներով, հաբերը՝ քանակներով), ինչպես նաև նշանակման ամսաթիվը:

Քսուրի և ցանքի արդյունքների մոնիտորինգ-գրանցվում են բոլոր հետազոտությունների արդյունքները, եթե նույնիսկ դրանք պահանջվածից ավելի հաճախ են արվել:

Բուժման ելք:

Տես հավելված 1:

ՄԻԱՎ-ի հետ կապված տեղեկատվություն-նշել տվյալներ, եթե այդպիսիք առկա են:

Ծանոթություն՝ այստեղ նշվում է հիվանդի վերաբերյալ ցանկացած լրացուցիչ տեղեկատվություն:

ԲԴԿ ՏԲ հիվանդի նույնականացման քարտ (ԴԿ ՏԲ 03)-լրացվում է հիվանդի ԴԿ ՏԲ ախտորոշվելուց անմիջապես հետո՝ ՏԲ 01 բուժման քարտի հետ միաժամանակ: ԴԿ ՏԲ 03 քարտը մնում է հիվանդի մոտ: Քարտում նշվում են հիվանդի վերաբերյալ տվյալները, նույնականացման համարը, բուժման մասին տվյալները (բուժումը սկսելու ամսաթիվը, ակերգիկ և ծանր կողմնակի ազդեցություն): Նշվում է նաև տուբերկուլոզային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպության անունը, որտեղից հիվանդը ստանում է դեղերը, քարտում նշվում է նաև նախատեսված հաջորդ այցի ամսաթիվը:

ՏԲ լաբորատոր հետազոտության ուղեգիր (ԴԿ ՏԲ 05/06)-ՏԲ լաբորատոր հետազոտության ուղեգիրը լրացվում է ֆթիզիատորի կողմից՝ հիվանդի ախտաբանական նմուշները մանրէաբանական հետազոտության ուղարկելիս՝ մանրադիտում, ցանք, ԴՋԹ և ՊՇՌ:

ՏԲ 05 ուղեգիրը-լրացվում է ֆթիզիատորի կողմից: Լիարժեք լրացված ուղեգիրը միանգամից ուղարկվում է խորխի մանրադիտակային հետազոտություն իրականացնող լաբորատորիա:

ՏԲ լաբորատորիայի պատասխանի 06 ձև-լրացվում է լաբորատոր աշխատակցի կողմից, այն նախատեսված է մանրադիտման, ցանքի և ԴՋԹ-ի վերաբերյալ տվյալների

համար: Հետազոտությունների արդյունքները լրացնելուց անմիջապես հետո պատասխանն ուղարկվում է տուբերկուլոզային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպություն:

Խորխի քսուքի մանրադիտակային հետազոտության արդյունքների լաբորատոր հաշվառման մատյան (ԴՏ ՏԲ 05)-հիմնված է ՈԻՀԿԲ-ի համար նախատեսված խորխի մանրադիտակային հետազոտության լաբորատոր մատյանի տվյալների վրա: Այն կիրառվում է որպես նախնական լաբորատոր գրանցամատյան, որտեղ հաշվի են առնվում քսուքի մանրադիտման արդյունքներն՝ անկախ այն բանից, թե այդ թեստերը ինչ նպատակով են դրվել՝ ՏԲ-ի ախտորոշման, թե՞ հիվանդության ընթացքի վերահսկման համար:

ԴԿ պացիենտների ցանքի և ԴԶԹ-ի լաբորատոր հաշվառման մատյան (ԴՏ ՏԲ 06)-լրացվում է Ազգային ռեֆերանս լաբորատորիայում: Տվյալները լրացվում են խորխի ցանքի և ԴԶԹ-ի արդյունքները (ԱՌԼ-ում): ԴԿ ՏԲ 06 մատյանը պարբերաբար համեմատվում է ԲԴԿ ՏԲ-ի հաշվառման տարածաշրջանային մատյանի հետ (ԴԿ ՏԲ 02)՝ ախտորոշված բոլոր դեպքերի գրանցումը ստուգելու համար:

Տնային այցելության և ԳԲԱ-ների կողմից լրացուցիչ ձևեր- ՏԲ-ի դեմ պայքարի կաբինետի բուժքույրը ՏԲ-ի կաբինետի կողմից հաշվառված պացիենտների բուժման սխեմաների խախտումները հնարավորինս բացառելու և բուժումը ուղղակիորեն հսկման տակ իրականացնելու նպատակով այցելում է այդ օրը կաբինետ չներկայացած պացիենտների բնակության վայր, պարզում չներկայանալու պատճառը, կազմակերպում է իր ներկայությամբ դեղերի ընդունումը, վարում բացատրական զրույց՝ բուժման սխեման խստագույնս պահպանելու անհրաժեշտության վերաբերյալ: Հիվանդի բնակության վայր յուրաքանչյուր այցելության ժամանակ ՏԲ-ի դեմ պայքարի կաբինետի բուժաշխատողի կողմից լրացվում է ՏԲ-ով հիվանդի դեղերի ընդունման ուղղակիորեն հսկման տնային այցելության թերթիկ (հավելված 2): Տարածքային ՏԲ-ի կաբինետից ստացված տեղեկատվության համձայն՝ ԳԲԱ-ների տնօրենները ներկայանում են ՏԲ-ի կաբինետ՝ ներկայացնելով հիվանդի ամբուլատոր քարտը (տեղեկատվությունը ստանալուց հետո ոչ ուշ, քան 2 օրվա ընթացքում), ֆթիզիատորից ստանում իրենց սպասարկման տարածքի ՏԲ-ով պացիենտների վերաբերյալ տեղեկատվություն: ՏԲ-ի կաբինետի ֆթիզիատորի կողմից տրամադրվում են հիվանդի անհատական վարման ամսական թերթիկները (հավելված 2), բուժման հակատուբերկուլոզային դեղերի հստակ նշանակումները և սխեմաները՝ լրացվում են հիվանդի ամբուլատոր քարտում, տրամադրվում է համապատասխան հակատուբերկուլոզային դեղերի և տնային այցերի համար նախատեսված այցելության

թերթիկները (հավելված 2): Ֆթիզիատորի կողմից յուրաքանչյուր ամբուլատորիայի համար հստակ սահմանվում է դեղերի ամսական հաշվետվություն (հավելված 2), ինչպես նաև այցելություն և վարման թերթիկների ներկայացման և նոր դեղերի ստացման աշխատանքային օր:

Հիվանդանոցային տուբերկուլոզային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների կողմից ներկայացվող հաշվետվություններ- յուրաքանչյուր եռամսյակից հետո, ըստ «Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային կենտրոն» ՊՈԱԿ-ի կողմից սահմանված ժամանակացույցի, բոլոր հիվանդանոցային տուբերկուլոզային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունները հաշվետվություն են ներկայացնում հիվանդանոցային տուբերկուլոզային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպություններում բուժված պացիենտների վերաբերյալ (հավելված 2):

Յուրաքանչյուր եռամսյակի ավարտից հետո տուբերկուլոզային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպության կողմից տեղեկատվություն է ներկայացվում «Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային կենտրոն» ՊՈԱԿ՝ ՄԻԱՎ թեստավորում անցած SF-ով պացիենտների թվի վերաբերյալ:

Հակատուբերկուլոզային դեղերի հաշվետվական ձևեր՝

- 1-ին շարքի հակատուբերկուլոզային դեղերի շարժի եռամսյակային հաշվետվություն՝ SF 11^ա:

Հաշվետվության մեջ պարտադիր նշվում է՝

- Տվյալ եռամսյակի ընթացքում հայտնաբերված պացիենտների թիվը՝ ըստ առանձին կատեգորիաների,
- Յուրաքանչյուր դեղի մնացորդը՝ տվյալ եռամսյակի ընթացքում (եթե եղել է), ընդհանուր ծախսը՝ եռամսյակի ընթացքում և մնացորդը՝ հաշվետու եռամսյակի վերջում,

2. 1-ին շարքի հակատուբերկուլոզային դեղերի պահանջագիր:

Ըստ ներկայացված եռամսյակային հաշվետվության և պահանջագրի, «Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային կենտրոն» ՊՈԱԿ-ում կատարվում է հաշվարկ և դուրս է գրվում հաշիվ-ապրանքագիր՝ ճշտված քանակներով:

3. Հաշվետվության ժամանակացույցից դուրս հակատուբերկուլոզային դեղերի պահանջի դեպքում ներայացվում է պահանջը հիմնավորող գրություն՝ հաստատված բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպության կողմից:

«Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային կենտրոն» ՊՈԱԿ-ի դեղերը կարող է ստանալ միայն տուբերկուլոզային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպության կողմից լիազորված բուժաշխատողը:

4. Ստացիոնար ՏԲ-ային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպության կողմից եռամսյակի ընթացքում սեփական միջոցների և այլ աղբյուրների հաշվին ձեռք բերված դեղերի անվանացանկը՝ նշելով դեղերի անվանումները և քանակները՝ բացառությամբ «Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային կենտրոն» ՊՈԱԿ-ից, կենտրոնացված կարգով, ստացված հակատուբերկուլոզային դեղերի:

Փաստաթղթերը ներկայացվում են տվյալ տուբերկուլոզային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպության մասնագետների կողմից: Ներկայացված եռամսյակային հաշվետվության հիման վրա, «Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային կենտրոն» ՊՈԱԿ-ի դեղերի պլանավորման և պահանջարկի համակարգման բաժնի մասնագետի կողմից կատարվում է հաշվարկ և հատկացվում են անհրաժեշտ քանակով դեղերը՝ ըստ ԱՀԿ ռազմավարական ծրագրով հաստատված ստանդարտ սխեմաների՝ ներառյալ 20% պահուստային պաշարը:

Տուբերկուլոզային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպության դեղերի քանակական հաշվառման մատյանում մուտքագրվում է «Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային կենտրոն» ՊՈԱԿ-ից ստացված դեղերի քանակը՝ ըստ հաշիվ-ապրանքագրի, ընդ որում՝

1. Հիվանդի կողմից դեղերի ընդունումը վերահսկելի դարձնելու և պոլիկլինիկայի մյուս պացիենտների և բուժանձնակազմի հետ շփումը նվազեցնելու համար հակատուբերկուլոզային դեղերը պահվում և բաշխվում են անմիջապես ՏԲ-ի դեմ պայքարի կաբինետում. ստացիոնար բաժանմունքում դեղերը գտնվում են ավագ բուժքրոջ պատասխանատվության ներքո:
2. Կաբինետում առկա դեղերից առաջնահերթ բաշխվում են այն դեղերը, որոնց պիտանելիության ժամկետներն ավելի մոտ են ավարտին:

Հակատուբերկուլոզային դեղերի շարժն արտացոլվում է «Հիվանդի ՏԲ դեղերի բաշխման մատյան»-ում (ծն ՏԲ 12), որտեղ՝

1. Յուրաքանչյուր հիվանդին հատկացվում է անհատական էջ՝ հիվանդի հերթական դեղաչափը ստանալու համար հաճախումների ամսաթիվը գրանցելու նպատակով,

2. Դեղերը ստանալիս հիվանդն ստորագրում է իր ստացած դեղերի դիմաց և ֆթիզիատորի կողմից տեղեկացվում է հաջորդ այցելության մասին,
3. Հիվանդի ՏԲ դեղերի բաշխման մատյանի հիման վրա ամեն օրվա վերջում պարտադիր լրացվում է «Դեղերի քանակական հաշվառման մատյան» (ՏԲ 13)՝ նշելով յուրաքանչյուր դեղի շարժը (մուտք, ելք, մնացորդ),
4. ՏԲ-ի դեմ պայքարի կաբինետները և տուբերկուլոզային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների ՏԲ-ային բաժանմունքները «Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային կենտրոն» ՊՈԱԿ-ին դեղերի պիտանելիության ժամկետի ավարտի վերաբերյալ տեղեկացնում են ավարտից 6 ամիս առաջ (եթե այդ 6 ամսվա ընթացքում ի վիճակի չեն իրացնել այն), որպեսզի անհրաժեշտության դեպքում կատարվի տվյալ դեղերի վերաբաշխում ներմարզային կամ միջմարզային մակարդակով՝ «Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային կենտրոն» ՊՈԱԿ-ի միջնորդությամբ:
5. 2-րդ շարքի հակատուբերկուլոզային դեղերի, ինչպես նաև կողմնակի ազդեցության կառավարման դեղերի հաշվետվությունները հանձնվում են «Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային կենտրոն» ՊՈԱԿ յուրաքանչյուր եռամսյակի վերջում, 1-ին շարքի հակատուբերկուլոզային դեղերի հաշվետվության հետ միասին (ՏԲ 11բ, ՏԲ 11գ):

Քանի որ 4-րդ կատեգորիայի բուժման ծրագրի շրջանակներում բուժվող պացիենտների բուժման սխեմաներն անհատական են և կարող են ենթարկվել փոփոխության, ուստի 2-րդ շարքի հակատուբերկուլոզային դեղերը «Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային կենտրոն» ՊՈԱԿ-ից տուբերկուլոզի դեմ պայքարի կաբինետներին տրամադրվում է յուրաքանչյուր ամիս՝ ներկայացնելով պահանջագիր, որտեղ նշվում է յուրաքանչյուր դեղի օրական ծախսը, մնացորդը պահանջագրի կազմման օրը և հաջորդ ամսվա համար պահանջվող քանակը:

Վերանայված սահմանումներ

Սույն բաժնում նկարագրվում են վերանայված սահմանումները, որոնք վերաբերում են ՏԲ դեպքերին, ինչպես նաև տրված է դրանց դասակարգումը և բուժման արդյունքների (ելքերի) կատեգորիաները:

Ա.1 Դեպքերի սահմանում

- **ՏԲ-ի դեպք մանրէաբանական հաստատմամբ ՏԲ-ի դեպք.** Սա այն դեպքն է, որի պարագայում առկա է կենսաբանական նմուշի՝ քսուքի, ցանքի մանրադիտական

ուսումնասիրության կամ արագ ախտորոշման մեթոդի (ինչպիսիք են XPert MTB/RIF) դրական արդյունք:

- **Կլինիկորեն հաստատված ՏԲ դեպքեր**-այն դեպքերն են, որոնք հաստատված չեն մանրէաբանորեն, սակայն, բժիշկը ախտորոշել է ակտիվ ՏՎ և որոշում է ընդունել նշանակել հակա-ՏԲ բուժման ամբողջական կուրս: Այդ սահմանումը ներառում է դեպքեր, որոնք մատնանշում են հիվանդության առկայությունը՝ ախտորոշված ախտաբանական փոփոխությունների հիման վրա, որը բացահայտվել է ռենտգենաբանական հետազոտությունների կամ հյուսվածաբանական հետազոտությունների արդյունքների հիման վրա կամ առանց լաբորատոր հաստատման ԱԹՏԲ: Կլինիկորեն ախտորոշված դեպքերը, որոնք հետագայում (մինչև բուժումը սկսելը կամ դրանից հետո) հաստատվում են մանրէաբանական հետազոտությունների դրական արդյունքներով, պետք է տեղափոխվեն մանրէաբանորեն հաստատված դեպքերի կատեգորիա:

ՏԲ դեպքերը, որոնք ունեն մանրէաբանական հաստատում կամ կլինիկորեն հաստատված ախտորոշում, դասակարգվում են նաև ըստ հետևյալ գործոնների՝

- ՏԲ-ի տեղակայման,
- Նախկին բուժման պատմության,
- Դեղակայունության,
- ՄԻԱՎ կարգավիճակի:

Ա.1.1 Դասակարգում, ըստ ՏԲ-ի անատոմիական տեղակայման

ԹՏԲ վերաբերում է մանրէաբանորեն կամ կլինիկորեն հաստատված ՏԲ-ի ախտորոշմամբ ցանկացած դեպքի՝ թոքային պարենխիմայի կամ շնչափող-բրոնխային ծառի ախտահարմանը: Կորեկանման ՏԲ-ը դասակարգվում է որպես **ԹՏԲ**, քանզի հիվանդության այս ձևի ժամանակ ախտահարումը տեղակայվում է թոքերում: Ներկրծքային ավշահանգույցների **ՏԲ-ը** (միջնորմային և/կամ դրոնքային) կամ թոքամզի ՏԲ-ն առանց թոքերում ախտաբանական փոփոխությունների դասակարգվում են որպես ԱԹՏԲ-ի դեպք: ԹՏԲ-ի և ԱԹՏԲ-ի զուգակցված ախտահարումները պետք է դասակարգվեն որպես ԹՏԲ-ի դեպք:

ԱԹՏԲ վերաբերում է մանրէաբանորեն կամ կլինիկորեն հաստատված ՏԲ-ի ախտորոշմամբ ցանկացած դեպքի, որը տեղակայված է ոչ թե թոքերում, այլ ուրիշ օրգաններում (օրինակ՝ թոքամիզ, ավշահանգույցներ, մարսողական և միզասեռական համակարգի օրգաններ, մաշկ, հոդեր ու ոսկորներ, գլխուղեղի թաղանթներ և այլն):

Ա.1.2 ՏԲ-ի դասակարգում՝ ըստ նախկին ՏԲ լուծման պատմության

Նոր դեպքեր՝ հիվանդներ, որոնք նախկինում երբևէ չեն ստացել հակատուբերկուլոզային բուժում կամ ստացել են հակատուբերկուլոզային դեղեր ոչ ավել, քան մեկ ամիս:

Նախկինում բուժված հիվանդներ՝ նախկինում մեկ ամիս և ավել ժամանակահատվածում հակատուբերկուլոզային դեղերով բուժում ստացած հիվանդներ: Այս պացիենտների շարունակական դասակարգումը կատարվում է՝ ելնելով բուժման վերջին կուրսի տվյալներից (տե՛ս Ա.2.1 բաժնի աղյուսակը) հետևյալ կերպ՝

- **ախտադարձ-այն** հիվանդներն են, ովքեր նախկինում ստացել են ՏԲ-ային բուժման ամբողջական կուրսը և բուժման ավարտին գնահատվել են բուժված կամ բուժումն ավարտած, սակայն ներկա պահին կրկին ախտորոշվել է ՏԲ (դա կարող է լինել իրական ախտադարձ կամ վերավարակման արդյունքում առաջացած ՏԲ նոր ախտահարում),
- **Հիվանդներ՝ բուժման անբարեհաջող ելքից հետո-այն** հիվանդներն են, ովքեր նախկինում ստացել են ՏԲ-ային բուժում, սակայն բուժման ելքը գնահատվել է որպես անբարեհաջող ելք,
- **Հիվանդներ՝ ռեժիմի խախտումից հետո-այն** հիվանդներն են, ովքեր նախկինում ստացել են ՏԲ-ային բուժում, սակայն նախկին բուժման ելքը գնահատվել է որպես ռեժիմի խախտում (նախկինում այս հիվանդները հայտնի էին որպես ընդհատումից հետո բուժվող հիվանդներ),
- **Նախկինում բուժված այլ հիվանդներ-այն** հիվանդներն են, ովքեր նախկինում ստացել են ՏԲ-ային բուժում, սակայն վերջին բուժման արդյունքները, ինչպես նաև բուժման պատմությունն անհայտ է:

ՏԲ-ի հիվանդացության հաշվարկման համար հիմք են հանդիսանում առաջնակի հայտնաբերված դեպքերը և ՏԲ-ի ախտադարձի դեպքերը՝ միասին վերցրած:

Տեղափոխված հիվանդներ-բուժման մեջ գտնվող հիվանդներ, ովքեր ՀՀ-ի ՏԲ-ի բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող մի կազմակերպությունից տեղափոխվել է ՏԲ-ի բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող մեկ այլ կազմակերպություն:

Ա.1.3 Դասակարգում՝ ըստ ՄԻԱՎ կարգավիճակի

ՄԻԱՎ դրական ՏԲ-ով հիվանդները- ՏԲ-ային այն հիվանդներն են (մանրէաբանական հաստատմամբ կամ կլինիկորեն ախտորոշված դեպքեր), ովքեր ունեն ՏԲ-ի ախտորոշման ժամանակ ստացված ՄԻԱՎ թեստի դրական արդյունք կամ ունեն փաստաթղթային հիմնավորում տվյալ հիվանդի՝ ՄԻԱՎ վարակի մասին:

ՄԻԱՎ բացասական հիվանդներ-ՏԲ-ով այն հիվանդներն են (մանրէաբանական հաստատմամբ կամ կլինիկորեն ախտորոշված դեպքերը), ովքեր ունեն ՏԲ-ի ախտորոշման ժամանակ ստացված ՄԻԱՎ թեստի բացասական արդյունք կամ ունեն փաստաթղթային հիմնավորում տվյալ հիվանդի՝ ՄԻԱՎ վարակի մասին:

Անհայտ ՄԻԱՎ կարգավիճակով ՏԲ-ով հիվանդները չունեն փաստաթղթերով հիմնավորված ՄԻԱՎ թեստի արդյունք: Եթե հետագայում ՄԻԱՎ կարգավիճակը պարզաբանվի, ապա անհրաժեշտ է կրկնակի անգամ դասակարգել տվյալ դեպքը՝ ՄԻԱՎ թեստի արդյունքների համաձայն:

Ա.1.4 Դասակարգում ըստ ԴԿ-ի

Դեպքերը դասակարգվում են ըստ կատեգորիաների՝ ըստ առկա ԴՁԹ-ի ուսումնասիրության արդյունքների՝

- o **ՄոնոԴԿ՝** կայունություն առաջին շարքի միայն մեկ հակատուբերկուլոզային դեղի նկատմամբ:
- o **ՊոլիԴԿ՝** կայունություն առաջին շարքի մեկից ավելի հակատուբերկուլոզային դեղերի նկատմամբ (բայց ոչ՝ Իզոնիազիդ և Ռիֆամպիցին միասին):
- o **Բազմադեղակայունություն՝** կայունություն առնվազն Իզոնիազիդի և Ռիֆամպիցինի նկատմամբ միաժամանակ,
- o **Գերդեղակայունություն՝** ի հավելումն ԲԴԿ-ի՝ առկա է կայունություն որևէ ֆտորքինոլոնի և առնվազն երկրորդ շարքի ներարկման երեք դեղից (Կապրեոմիցին, Կանամիցին և Ամիկացին) մեկի նկատմամբ:
- o **Կայունություն ռիֆամպիցինի նկատմամբ**¹՝ Ռիֆամպիցինի նկատմամբ կայունությունը, որը հայտնաբերվել է ֆենոտիպային կամ գենոտիպային մեթոդով, այլ հակատուբերկուլոզային դեղերի նկատմամբ կայունության առկայությամբ կամ բացակայությամբ: Այստեղ դասվում են Ռիֆամպիցինի նկատմամբ ցանկացած կայունությամբ դեպքերը, լինեն դրանք մոնոԴԿ, ԲԴԿ, պոլիԴԿ, թե ԳԴԿ:

Այս կատեգորիաներից ո՛չ բոլորն են միմյանց բացառում: Ռիֆամպիցինի նկատմամբ կայուն ՏԲ-ի (ՌԿ-ՏԲ) դեպքերի քանակը հաշվարկելիս հաշվի են առնվում նաև ԲԴԿ-ՏԲ և ԳԴԿ-ՏԲ ԴԿ ՏԲ-ի դեպքերը:

Ա.2 Բուժման արդյունքների ներկայացման սահմանումներ

Բուժման արդյունքների (ելքերի) նշման նոր սահմանումները թույլ են տալիս հստակ տարանջատել երկու տեսակի պացիենտների՝

¹ Նոր սահմանում, որը տրված է սույն փաստաթղթում:

- հիվանդները, ովքեր բուժում են ստացել Դ2 ՏԲ կապակցությամբ,
- հիվանդները, ովքեր բուժում են ստացել Դ4² ՏԲ-ի կապակցությամբ՝ օգտագործելով երկրորդ շարքի դեղեր:

Պացիենտների այս երկու խումբը միմյանց բացառող են: Ցանկացած հիվանդ, ով ունի Դ4 ՏԲ և ով տեղափոխվում է երկրորդ շարքի դեղերով բուժման կուրսին, դուրս է գալիս Դ2 ՏԲ-ի հաշվարկից: Դա նշանակում է, որ բուժման արդյունքների վերաբերյալ պատշաճ հաշվետվությունների ապահովման համար անհրաժեշտ է համակարգված եղանակով վարել ՏԲ-ի առաջին և երկրորդ շարքի դեղերի բուժման գրանցամատյանները:

Ա.2.1 ՏԲ-ով պացիենտների բուժման արդյունքները (բացառությամբ այն պացիենտների, ովքեր բուժվել են Ռիֆամպիցինի նկատմամբ կայուն և ԲԴԿ-ի կապակցությամբ):

ՏԲ-ի բոլոր դեպքերի բուժման արդյունքները, որոնք հիմնավորված են մանրէաբանական հետազոտությունների արդյունքներով կամ ախտորոշվել են կլինիկական տվյալների հիման վրա (բացառությամբ Ռիֆամպիցինի նկատմամբ կայուն և ԲԴԿ պացիենտների, ովքեր բուժումը ստացել են երկրորդ շարքի դեղերի սխեմայի համաձայն) հարկավոր է սահմանել՝ օգտվելով ստորև ներկայացված ցանկով (տե՛ս Ա.2.2 բաժինը):

Բուժման արդյունքը	Սահմանում
Բուժված	Բուժման սկզբում մանրէաբանական հաստատմամբ ԹՏԲ հիվանդ, ով բուժման վերջին ամսում (մինչ այդ գեթ մեկ անգամ) ունի մանրադիտման կամ ցանքի բացասական արդյունք:
Բուժումն ավարտած	ՏԲ-ով հիվանդ, ով ավարտել է բուժման ամբողջական կուրսը և ով չունի անարդյունավետ բուժման ախտանշաններ, և չունի տվյալներ այն մասին, որ խորխի քսուքի կամ ցանքի արդյունքները բուժման վերջին ամսվա ընթացքում (կամ գեթ մեկ անգամ դրանից առաջ) եղել են բացասական (կամ հետազոտություն չի իրականացվել կամ արդյունքները բացակայում են):
Բուժման անբարեհաջող ելք	ՏԲ-ով հիվանդ, ում խորխի քսուքի կամ ցանքի արդյունքները դրական են բուժման հինգերորդ ամսվա ընթացքում կամ քիմիաթերապիայի ավելի ուշ ժամկետի ընթացքում:
Մահ	ՏԲ-ով հիվանդ, ով մահացել է ցանկացած պատճառով բուժման

² Այս բաժնում «դեղակայուն» տերմինը վերաբերում է այն պացիենտներին, ում համար բացակայում են Ռիֆամպիցինի նկատմամբ կայուն շտամներով վարակման ապացույցները (այսինքն՝ չի բացահայտվել ՏԲ, որը կայուն է Ռիֆամպիցինի նկատմամբ):

	կուրսի ընթացքում:
Ռեժիմի խախտում	ՏԲ-ով հիվանդ, ով չի սկսել նշանակված բուժումը կամ բուժումն ընդհատվել է երկու ամիս շարունակ (կամ ավելի):
Արդյունքը գնահատված չէ	ՏԲ-ով հիվանդ, ում բուժման արդյունքները հաստատված չեն: Այստեղ դասվում են այլ բժշկական հաստատություն «տեղափոխվածները», որոնց բուժման արդյունքներն անհայտ են հաշվետվությունները վարող հաստատության համար:
Բարեհաջող բուժում	«Բուժված» և «Բուժումն ավարտած» արդյունքներով դեպքերի հանրագումար:

Այն հիվանդները, ովքեր երբևէ ունեցել են Ռիֆամպիցին- կայուն և ԲԴԿ ՏԲ, պետք է սկսեն բուժումը երկրորդ շարքի դեղերից կազմված համապատասխան սխեմայով: Այս դեպքերը պետք է բացառվեն ԴԿ ՏԲ-ով պացիենտների բուժման արդյունքների հաշվառման ժամանակ³ և պետք է ընդգրկվեն միայն երկրորդ շարքի դեղերով բուժում ստացող պացիենտների բուժման ելքերի վերլուծության մեջ (Ա.2.2 բաժին): Եթե երկրորդ շարքի դեղերի սխեմայով բուժումն անհնար է, ապա հիվանդը մնում է ՏԲ-ով պացիենտների հիմնական կոհորտում և նրա բուժման արդյունքն ընտրվում է՝ ըստ վերոհիշյալ Ա.2.1 բաժնում ներկայացված աղյուսակի:

Ա.2.2 Երկրորդ շարքի դեղերով բուժում ստացած Ռիֆամպիցին-կայուն, ԲԴԿ և ԳԴԿ ՏԲ-ով պացիենտների արդյունքները

Բուժման արդյունքը	Սահմանում
Բուժված	Բուժումն ավարտված է՝ համաձայն համապատասխան ազգային ուղեցույցի՝ առանց անարդյունավետ բուժման նշանների և երեք ու ավելի իրար հաջորդող ցանքի բացասական արդյունքների առկայությամբ (առնվազն 30 օր ընդմիջումով), որոնք կատարվել են քիմիաթերապիայի ինտենսիվ փուլի ավարտից հետո:
Բուժումն ավարտված է	Բուժումն ավարտված է ազգային ուղեցույցի համաձայն՝ առանց անարդյունավետ բուժման նշանների, սակայն երեք և ավելի իրար հաջորդող ցանքի բացասական արդյունքների բացակայությամբ (առնվազն 30 օր ընդմիջումով), որոնք կատարվել են քիմիաթերապիայի ինտենսիվ փուլի ավարտից հետո:

³ Նախորդ հրահանգների փոփոխություն: Նախկինում այս դեպքերը դասակարգվում էին որպես «բուժման ձախողում»:

Բուժման անբարեհաջող ելք	Բուժումը ընդհատված է կամ բուժման հիմնական սխեմայում անհրաժեշտ է փոփոխել առնվազն երկու հակատուբերկուլոզային դեղ՝ թվարկված պատճառներից մեկով պայմանավորված՝ - Բուժման ինտենսիվ փուլի ավարտին^ա փոխակերպման/մանրէազերծման^բ բացակայություն, <i>կամ</i>[՝] - Բուժման պահպանողական փուլում մանրէաբանական վերափոխակերպում^բ (ռեկոնվերսիա^բ), <i>կամ</i>[՝] - Ստացվել են տվյալներ, որոնք վկայում են ֆտորքինոլոնների կամ երկրորդ շարքի ներարկման դեղերի նկատմամբ լրացուցիչ կայունության ձեռքբերման մասին, <i>կամ</i>[՝] - Անցանկալի դեղորայքային ռեակցիայի զարգացման դեպքում:
Մահ	ՏԲ-ով հիվանդ, ով մահացել է ցանկացած պատճառով բուժման կուրսի ընթացքում:
Ռեժիմի խախտում	ՏԲ հիվանդ, ով բուժումն ընդհատել է երկու կամ ավելի ամիս:
Արդյունքը գնահատված չէ	ՏԲ հիվանդ, ում բուժման արդյունքները հաստատված չեն: Այստեղ դասվում են այլ բժշկական հաստատություն «տեղափոխվածները», ում բուժման արդյունքներն անհայտ են հաշվետվությունները վարող հաստատության համար:
Բարեհաջող բուժում	«Բուժված» և «Բուժումն ավարտած» արդյունքներով դեպքերի հանրագումար:

^ա «Անարդյունավետ բուժում» կատեգորիայի համար փոխակերպման բացակայությունը բուժման ինտենսիվ փուլի ավարտին նշանակում է, որ ազգային ծրագրով սահմանված քիմիաթերապիայի ինտենսիվ փուլի առավելագույն տևողության ընթացքում հիվանդի խորխի փոխակերպում տեղի չի ունեցել: Եթե առավելագույն տևողությունը սահմանված չէ, ապա առաջարկվող ժամանակահատվածն ութ ամիս է: Այնպիսի բուժման սխեմաների օգտագործման դեպքում, երբ հստակ տարանջատված չեն ինտենսիվ և պահպանողական փուլերը, «Բուժված/Ապաքինված», «Բուժումն ավարտված» և «Անբարեհաջող բուժում» ելքերի ընտրության համար առաջարկվում է որպես ելակետային՝ կիրառել բուժումը սկսելուց հետո 8 ամիս ժամանակահատվածը:

^բ Այստեղ ցանքի «փոխակերպում» և «վերափոխակերպում» եզրույթներն օգտագործվում են ստորև ներկայացված սահմանումների համաձայն:

- **Փոխակերպում (դրական արդյունքի փոխակերպում բացասականի).** Համարվում է, որ ցանքում տեղի է ունեցել փոխակերպում, երբ առնվազն 30 օր ընդմիջումով հաջորդաբար կատարված երկու ցանքով հայտնաբերվում է բացասական արդյունք: Այդ դեպքում փոխակերպման ամսաթիվ է համարվում բացասական արդյունքով առաջին ցանքի նմուշի հավաքման ամսաթիվը:
- **Վերափոխակերպում (բացասական արդյունքի փոխակերպում դրականի)** համարվում է, որ տեղի է ունեցել ցանքի վերափոխակերպում այն դեպքում, երբ առաջին անգամ առնվազն 30 օր ընդմիջումով երկու հաջորդական ցանքի փոխակերպումից հետո հայտնաբերվել է ցանքի դրական արդյունք: «Անբարեհաջող բուժում» սահմանելու համար վերափոխակերպումը հաշվի է առնվում միայն այն դեպքում, եթե այն տեղի է ունենում քիմիաթերապիայի պահպանողական փուլում:

Աղյուսակ Ա.2.3-ԴՁ ՏԲ և ԴԿ ՏԲ վերջնական ելքերի սահմանումները

Ելքը	ՏԲ տեսակը	Սահմանումը
Բուժված/ Ապաքինված	ՊԴԿ ՏԲ	Հիվանդ, ով հաստատված մանրէաբանական դեպք է (ցանք կամ մոլեկուլային թեստ) և ավարտել է բուժումը, և, ով ունի ցանքի հաջորդական առնվազն 3 բացասական արդյունք՝ իրականացված մեկ ամսվա ընդմիջումով, բուժման վերջին 6 ամսվա ընթացքում, և ով չի համապատասխանում «ձախողման » սահմանմանը:
Բուժումն ավարտած	ՊԴԿ	Հիվանդ, ով ավարտել է բուժումը և չունի շարունակվող ակտիվ հիվանդության նշաններ, և չի համապատասխանում բուժված ելքի մանրէաբանական չափանիշներին:
	Բոլոր տեսակները, այդ թվում՝ ՊԴԿ	Բուժումը դադարեցված է կամ կարիք կա բուժման մշտապես փոփոխման հակատուբերկուլոզային դեղերի առնվազն 2 դասերի հետևյալներից մեկի կամ մի քանիսի պատճառով: Ցանքի փոխակերպման վերահսկման բացակայություն ՊԴԿ ՏԲ դեպքերում՝ 3 ամսում և/կամ՝

		Մանրէաբանական վերափոխակերպում (առնաճն 2 քսուք կամ ցանք- դրական արդյունք 7 օրվա տարբերությամբ) քսուք կամ ցանք -բացասական դառնալուց, կամ՝ Կլինիկական որոշում է կայացվել բուժման վաղաժամ դադարեցման մասին՝ բուժմանը վատ արձագանքելու կամ կողմնակի ազդեցությունների պատճառով: Այս վերջին ձախողված դեպքերը պետք է նշվեն առանձին ենթավերլուծություն կատարելու նպատակով:
Բուժումն ընդհատված	Բոլոր եսակները, այդ թվում՝ ՊԴԿ	Բոլոր հիվանդները, ովքեր դադարեցրել են բուժումը 2 ամիս և ավելի:
Մահացած	Բոլոր տեսակները, այդ թվում՝ ՊԴԿ	Հիվանդներ, ովքեր մահացել են ՏԲ-ի բուժման ընթացքում կամ ՏԲ բուժման սպասելիս՝ անկախ մահվան պատճառից: Մահվան պատճառը պետք է արձանագրվի:
Չգնահատված	Բոլոր տեսակները	Բոլոր հիվանդները, ում բուժման ելքը հայտնի չէ (այդ թվում նախկինում մեկ այլ բժշկական կենտրոն տեղափոխված ելքերը):

^ա Որպես «Ձախողված» գրանցված հիվանդը կարող է նորից գրանցվել արդեն որպես ԴԿ ՏԲ նախկինում 2-րդ շարքով բուժում ստացած և կրկին բուժում սկսել նոր ռեժիմով, եթե հնարավոր է:

^բ Այս դասակարգումը չի ներառում կողմնակի ազդեցության պատճառով մեկ դեղի փոփոխումը կամ դեղերի ժամանակավորապես դադարեցումը՝ ազդեցությունների կառավարման նպատակով:

⁹ Եթե հիվանդը սահմանվել է որպես «ծախողված» և անհնար է որևէ համապատասխան բուժում նշանակել, սակայն բուժումը շարունակել է և հետագայում դադարեցրել այն կամ մահացել է, ապա ելքը համարվում է «ծախողված» (արձանագրվում է առաջին ելք):

⁷ Այն ծրագրերում, որոնք հաշվետվության համար օգտագործում են ԱՀԿ-ի իրարամերժ բացառող 6 ելքերը՝ «բուժումը ադապտացված» ելքերը կարող են ավելացվել «ծախողված» ելքերին՝ հաշվետվության նպատակով, սակայն դրանց առանձին պետք է հետևել՝ ծրագրային պատշաճ վերահսկման և գնահատման նպատակով:

Հաշվետվական ձևեր

1. Հիվանդի ՏԲ դեղերի բաշխման ամսական անհատական վարման թերթիկ DOT(ՈՒՀԲ) իրականացնող գյուղական ամբուլատորիաներում

*			
/մարզ/	/բուժում իրականացնող ՏԲ կաբինետ/	/բուժման վարույթը իրականացնող ԳԲԱ/	/հիվանդի անուն, ազգանուն/

		*		
/հիվանդի բնակավայրը, հասցե/ համար/	/տարիք/	/Մ/Զ/	/բուժման կատեգորիա/	/բուժման փուլը տվյալ պահին/ /տարածաշրջան, հաշվառման ՏԲ

Դեղի անվանում	Դեղաչափ / հաբերի քանակ /	Հաճախականություն / ամեն օր կամ շաբաթը 3 անգամ՝ <i>Երկուշաբթի, չորեքշաբթի և ուրբաթ օրերին /</i> գրել անհրաժեշտը	Ընդունման ժամանակահատված
Դեղի Անվանում	Ելք ամսվա ընթացքում ըստ օրերի _____ /հաշվետու ամիս /		

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
HRZE 75/150/400/275																															
HR 75/150																															
HR 150/150																															
Z 400																															
E 400																															
H 100																															
H 300																															
S 1,0 Ջուր ներ/հմր Ներարկիչ 5,0																															
Հիվանդի ստորագր																															

** Նշել X-ով այն օրը, երբ հիվանդը ստացել է դեղ բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունում, նշել S տառով եթե հիվանդը ստացել է դեղ իրականացված տնային այցի ժամանակ, նշել Ա տառով մնացած այլ տարբերակները:

2. Ծանոթություն՝ հիվանդի կողմից գանգատների և կողմնակի երևույթների առկայության դեպքում անմիջապես տեղյակ պահել բուժող ֆթիզատորին: Այն է՝

Հիվանդի կողմից գանգատներ	Ժամանակահատված /գանգատի սկիզբը և ավարտը/	Իրականացված միջամտություն՝ գանգատի վերացման նպատակով
Ջերմություն		
Հազի կամ խորխարտադրության շատացում		
Արյունախիտում		
Գլխապտույտ, գլխացավ		
Ցավեր լյարդի շրջանում		
Մաշկային ցան		
Լսողության նվազում		
Մաշկի դեղնություն		
Մ/Զ-ի նվազում		
Տեսողության նվազում		
Ախորժակի անկում		
Այլ գանգատներ		

Հանձնեց՝ _____

Ընդունեց՝

/տարածաշրջանային ՏԲ կաբինետի մասնագետ, ստորագր./
ստորագր./

/Ամբուլատորիայի բժիշկ,

3. Գյուղական ամբուլատորիաների տարածաշրջանային ՏԲ-ի դեմ պայքարի կաբինետ ներկայացվող Հակատուբերկուլոզային դեղերի ամսական հաշվետվություն

Դեղի անվանում	Մնացորդ ամսվա սկզբում	Մուտք ամսվա ընթացքում	Ելք ամսվա ընթացքում	Մնացորդ ամսվա վերջում
HRZE 75/150/400/275				
HR 75/150				
HR 150/150				
Z 400				
E 400				
H 100				
H 300				
S 1,0				
Ջուր ներարկման համար				
Ներարկիչ 5,0 գր.				

Հանձնեց՝ _____
 /Ամբուլատորիայի բժիշկ, ստորագր./
 ստորագր./

Ընդունեց՝ _____
 /տարածաշրջանային ՏԲ կաբինետի մասնագետ,

4. Տուբերկուլոզով հիվանդին այցելության թերթիկ

Մարզ՝ _____
_____ /քաղաք, գյուղ/
Բուժկազմակերպության անվանում՝ _____
Այցելությունն իրականացնող՝ _____
Այցելության ամսաթիվ՝ _____ 20թ.

Հիվանդի տվյալներ

Անուն, ազգանուն՝ _____
Տարիք՝ _____ Հասցե՝ _____

Հիվանդի տարածաշրջանային հաշվառման համար՝ _____

Ընդունած դեղերը և քանակը _____

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Այցելությունն իրականացրեց _____

/ստորագր./

Հիվանդ _____

/ստորագր./

Պատասխանատու բժիշկ՝ _____

/անուն, ազգանուն, ստորագր./

**5. Վարակի հսկողության պարագաների ստացման և սպառման
եռամսյակային հաշվետվություն**

Մարզ՝ _____

Բուժկազմակերպության անվանում՝ _____

Հաշվետու ժամանակահատված՝ _____

	Պարագաներ	Չափման միավոր	Մնացորդ հաշվետու եռամսյակի սկզբում	Մուտք հաշվետու եռամսյակի ընթացքում	Ելք հաշվետու եռամսյակի վերջում	Մնացորդ հաշվետու եռամսյակի վերջում	Հաջորդ եռամսյակի համար անհրաժեշտ քանակ
1	Շնչադիմակ	հատ					
2	Միանվագ օգտագործման բաժակներ	հատ					
3	Ներարկիչների այրման տուփեր	հատ					
4	ՈՒՄ ճառագայթման լամպեր	հատ					

Հակատուբերկուլոզային բուժում և սպասարկում իրականացնող անձնակազմի թիվ
(այդ թվում բժիշկ, բուժքույր և այլն)՝ _____

Եռամսյակի ընթացքում բուժում ստացող պացիենտների թիվ _____

Որոնցից՝

Առաջին կատեգորիայի հիվանդներ՝ _____

Երկրորդ կատեգորիայի հիվանդներ՝ _____

Չորրորդ կատեգորիայի հիվանդներ՝ _____

Ֆթիզատոր՝ _____

Կազմակերպության տնօրեն՝ _____

Կ.Տ.

Ամսաթիվ՝ _____

Աղյուսակ 1 ՏԲ պացիենտների հետ շփված անձանց (կոնտակտավորների) զննումների գրանցման ձև

Հիվանդի Ա.Ա.Հ՝ _____

Հասցե՝ _____

Գրանցման համար՝ _____

Կոնտակտների Ա.Ա.Հ	Անցել է զննում	Խորխի հետազոտություն	Տուբերկուլինային մաշկային թեստ	Թոքանկար	Արդյունքներ	Կանխարգելիչ բուժում	Հաջորդ այցի ամսաթիվ	Հսկողության ավարտ
Մեծահասակներ								
Երեխաներ (մինչև 18 տարեկան)								

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Աղյուսակ 2 ՏԲ պացիենտների կոնտակտավորների հետազոտությունների կազմակերպման եռամսյակային հաշվետվություն

Մարզ՝ _____ Բուժկազմակերպության անվանում՝ _____

Հաշվետու ժամանակահատված՝ _____

/տարեթիվ/

/Եռամսյակ/

[illegible]

**6. Տուբերկուլոզային հիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպություններում
և բաժանմունքներում հոսպիտալացված պացիենտների անվանացանկը**

Տարի/եռամսյակ՝ _____ պացիենտների թիվ՝ _____

Անուն, ազգանուն, հայրանուն	Ծննդյան թիվ	Բնակության վայր	Ուղեգրող բուժկազմակերպություն	Ընդունման ամսաթիվ	Դուրս գրման ամսաթիվ	Ախտորոշում	Թ/ԱԹ	Քսուք (+/-)	Բուժման կատեգորիա

Բուժկազմակերպության ղեկավար՝ _____ / _____ / Կատարող՝ _____ /
/

Կ.Տ. _____ /անուն, ազգանուն/ _____ /անուն,
ազգանուն/

7. Տուբերկուլոզային հիվանդանոցային բուժում իրականացնող հաստատություններում կատարված վիրահատությունների վերաբերյալ տեղեկատվություն

Տարի/եռամսյակ՝ _____ պացիենտների թիվ՝ _____

Անուն, ազգանուն, հայրանուն	Ծննդյան թիվ	Բնակության վայր	Ուղեգրող բուժհիմնարկ	Ընդունման/դուրս գրման ամսաթվեր	Ախտորոշում	Կատարված վիրահատություն

Բուժկազմակերպության ղեկավար՝ _____ / _____ / Կատարող՝ _____ /
/

/անուն, ազգանուն/

/անուն,

ազգանուն/

Կ.Տ.

8. Տուբերկուլոզային բուժում իրականացնող հաստատություններում հաշվառված մահացած անձանց անվանացանկ

Տարի/եռամսյակ՝ _____ պացիենտների թիվ՝ _____

Անուն, ազգանուն, հայրանուն	Ծննդյան թիվ	Բնակության վայր	Ախտորոշում (նշել նաև ամսաթվեր)	Վերջին բուժման ամսաթիվ	Մահվան ամսաթիվ	Ախտաբանաանատոմիական ախտորոշում

--	--	--	--	--	--	--

Բուժկազմակերպության ղեկավար՝ _____/
/

Կատարող՝ _____/
/

/անուն, ազգանուն/
/անուն, ազգանուն/

Կ.Տ.

9. ՏԲ-ՈՎ ՀԻՎԱՆԴԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՔԱՐՏ

ՏԲ 01

Բուժկազմակերպություն՝ _____

Լրացվում է տուբերկուլոզային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող

կազմակերպությունում՝ ստացիոնար կամ ՏԲ կաբինետ (անհրաժեշտ է ընդգծել)

Անուն, ազգանուն՝ _____

Հասցե (լրիվ/անօթևան)՝ _____

Կոնտակտային անձի անունն ու հասցեն՝ _____

Ուղեգրվել է՝

Տեղամասային ☐ ԳԲԱ-ի ☐ ՏԲ կաբինետի ☐
Բժշկի կողմից ☐ կողմից ☐ կողմից (ստացած ☐
համար)

Սեռը՝ Տ ☐ Կ ☐ Տարիքը՝ ____ ԲՅԺ. սպի կա ☐ սպի չկա ☐ պարզ չէ ☐

I. Սկզբնական ինտենսիվ փուլ՝ նշանակված ռեժիմը և դեղաչափերը

Նշել համապատասխան վանդակը նշանակված կատեգորիայի բուժման համար

Կատ. 1 ☐

Կատ. 2 ☐

Շրջանային հաշվառման համարը (ՏԲ-03) _____

Հիվանդության դասակարգումը

Թոքային ☐

Արտաթոքային ☐

Տեղակայումը՝ _____

Ա/Թ մանրէաբ. հետազ.
պատասխանը՝ _____

ՄԻԱՎ հետազոտ.

Ամսաթիվ	Արդյունք

Հիվանդի տեսակը

Առաջնակի հայտնաբերված՝ ☐

Ախտադարձ՝ ☐

Ռեժիմի խախտում ☐

Տեղափոխում ☐

Անբար. ելք** ☐

Այլ դեպքեր ☐

Առաջնակի քուրքը դրական,

Տարածված թոքային՝ քուրք բացասական

և ծանր արտաթոքային հիվանդներ

Կրկնակի բուժում

(ախտադարձ, անբարեհաջող

ելք, ռեժիմի խախտում)

Ամիսը	Խորխի Քննության Արդյունքները							Մ/Զ- ը (կգ)
	Տեղային լաբորատորիա			Հսկիչ լաբորատորիա				
	Ամսաթիվ	Քսուք Պատասխ.	Լաբ. №	Քսուք պատասխան.	Ցանք	Զգայունություն		
						Զգայնութ.	Կայունութ.	
0								
2 (3)								
4 (5)								
6 (8)								
9								
10 (12)								

_____ 2HRZE _____ 2HRZES/1HRZS _____ 2HRZ (E)***

H-իզոնիազիդ R-ռիֆամպիցին Z-պիրազինամիդ S-ստրեպտոմիցին E-էթամբուտոլ

Ինտենսիվ փուլ: Դեղերը ընդունել շաբաթվա բոլոր օրերին, կատարելով նշում համապատասխան վանդակում ՏԱՐԻՆ՝ _____

Օրը* Ամիսը	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

*** 5-21 կգ Մ/Զ ունեցող երեխաներին Էթամբուտոլ չի տրվում

** Անբարեհաջող ելքը որոշվում է 5-րդ ամսվա խորիսի դրական արդյունքով

II. Պահպանողական փուլ-նշանակված ռեժիմը և դեղաչափերը
(շարունակություն)

SP 01

Նշանակված ռեժիմը և դեղաչափերը

Կատ. 1

Կատ. 2

Առաջնակի քսուքը դրական,

Կրկնակի բուժում

Տարածված թոքային քսուք բացասական

(ախտադարձ, անբարեհաջող

և ծանր արտաթոքային հիվանդներ

ելք, ռեժիմի խախտում, այլոք)

--	--

4 ամիս

--	--	--

5 ամիս

H R

H R E

Օրը*	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Ամիսը																															

[illegible]

*Նշել X-ով այն օրը, երբ հիվանդը ստացել է դեղ բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունում, նշել S տառով, եթե հիվանդը ստացել է դեղը իրականացված տնային այցի ժամանակ, նշել Ա տառով այլ տարբերակները:

ԴԻՏՈՂՈՒԹՅՈՒՆ

Դիտողությունների մեջ նշվում է նաև ընդամենը քանի օր է տրվել դեղ (X+T+A=ընդամենը) և յուրաքանչյուրից առանձին-առանձին (X, S, Ա) ձևով քանիսը:

10. ՏԲ 02

ՆՈՒՅՆԱԿԱՆԱՑՄԱՆ ՔԱՐՏ

Անուն, ազգանուն՝ _____

Հասցեն (լրիվ)՝ _____

Նշանակված ամսաթվերը

Հիշեք

1. Պահպանեք ձեր քարտը:
2. Ձեր բուժումն արդյունավետ կլինի այն դեպքում, երբ խստորեն հետևեք ռեժիմին և կանոնավոր ստանաք ձեզ նշանակված ամբողջ դեղորայքը:
3. Եթե դուք չստանաք դեղորայքը, դուք կարող եք ձեր շրջապատի համար վարակի աղբյուր դառնալ:

Սերժ՝ S Կ Տարիքը՝ _____

Շրջանային հաշվառման համարը՝ _____

Բուժկազմակերպություն՝ _____

Հիվանդության դասակարգումը

Թոքային՝

Արտաթոքային՝

Տեղակայումը՝ _____

Բուժումն սկսելու ամսաթիվը

/օրը/ /ամիսը/ /տարին/

Հիվանդի տեսակը

Առաջնակի հայտնաբերված՝		Ախտադարձ՝	
Անբարեհաջող ելքից հետո՝		Տեղափոխված՝	
Ռեժիմի խախտումից հետո՝		Այլոք (նշել)՝	

Կապանողական փուլ

_____	_____
_____	_____

(շիտակ երես)

(դարձերես)

11. ԼԱԲՈՐԱՏՈՐ ՀԱՇՎԱԴՄԱՆ ՄԱՏՅԱՆ

ՏԲ 04

Տարեթիվը՝ _____

Լաբորատոր հերթական համարը	Ամիս- ամսաթիվ ը	Անունը, ազգանունը (լրիվ)	Սեռը S/Կ	Տարիքը	Բուժկազմակերպ ության անվանումը	Հասցեն (նոր պացիենտներ ի համար)	Հետազոտու թյան կատարման նպատակը		Հետազոտության առումնային առումներ			Լաբորանտի ստորագրությունը	Ծանոթություն
							Ախտորոշու մ*	Քիմիաթ երապիայ ի վերահսկ ում**	1	2	3		

*Համարվում են առաջնակի հայտնաբերված կամ ախտադարձ

** Հիվանդներ, որոնք քիմիաթերապիա են ստանում

12. ՏԲ-ի հայտնաբերման նոր դեպքերի և ախտադարձերի եռամսյակային հաշվետվություն

Վարչական տարածք՝ _____

Հիվանդի հաշվառված _____ եռամսյակ _____ տարի

Շրջան/ Շրջանի կոդ՝ _____

Հաշվետվության ամսաթիվ՝ _____

Շրջանային ֆթիզիատորի ստորագրությունը՝ _____

Աղյուսակ 1

Թոքային

տուբերկուլոզ							
Քսուք դրական				Քսուք բացասական			
Նոր դեպքեր		Ախտադարձ		Նոր դեպքեր		Ախտադարձ	
1		2		3		4	
S		S		S		S	
Ընդ							

Աղյուսակ 1-ի շարունակություն

Թոքային տուբերկուլոզ							
Նոր դեպքեր		Ախտադարձ		Մանրէաբանորեն հաստատված		Ընդհանուր թիվը	
5		6		7		8	
S		S		Ընդ		S	
Կ							

Աղյուսակ 2

Ում կողմից է ուղեգրվել	Ընդամենը ախտորոշվել է ՏԲ		
	ՀՀԱՆ «ՏԱԿ» ՊՈԱԿ	Մարզային ՏԲ բաժանմունք	ՏԲ կաթինետ
Տեղամասային բժիշկ			
ԳԲԱ			
Դիմել է ինքնուրույն			
ՏԲ կաթինետի կողմից			

Ընդ. ՏԲ հիվանդներ	ՄԻԱՎ հետազոտվածներ Ստաց./ՏԲ կաթ.	ՄԻԱՎ դրականներ

Ծանոթություն (տեղեկություններ ռեժիմի խախտումների (ԲԿ դրական), անհաջող ելքերի (ԲԿ դրական), այլ դեպքերի (ԲԿ բացասական և տեղափոխված պացիենտների մասին)

Ուղարկող/ տեղափոխող բուժկազմակերպության անվանումը՝ _____

Հիմնարկության անվանումը, ուր ուղարկվում է հիվանդը (եթե հայտնի է)՝ _____

Հիվանդի անունը՝ _____

Տարիքը՝ _____ Սեռը՝ _____

Հասցեն (լրիվ)՝ _____

ՏԲ-ի շրջանային հաշվառման համարը՝ _____ Բուժումն սկսելու ամսաթիվը՝ _____

Բուժման ռեժիմը՝ ☐ ԿԱՏ. 1 Նոր դեպքեր (դրական քսուք)

☐ ԿԱՏ. 2 Կրկնակի բուժում

Դեղեր, որոնք ստանում է հիվանդը՝ _____

Ախտորոշումը՝ _____

Ծանոթություն՝ _____

Ստորագրություն՝ _____

Պաշտոնը՝ _____

Ուղեգրման/տեղափոխման ամսաթիվը՝ _____

Լրացվում է այն բուժկազմակերպության կողմից, ուր ուղարկվում է հիվանդը

Հիվանդի անունը՝ _____ ՏԲ-ի շրջանային հաշվառման համարը՝ _____

Տարիքը՝ _____ Սեռը՝ Տ Կ

Ուղեգրման/տեղափոխման ամսաթիվը՝ _____

Ընդունվել է՝ _____

Ստորագրություն՝ _____

Պաշտոնը՝ _____

Բուժկազմակերպության անունը՝ _____

Շրջան՝ _____ Ամսաթիվ՝ _____

Հիվանդի հաշվառումից անմիջապես հետո ձևաթղթի այս մասն ուղարկել ուղեգրող բուժկազմակերպություն:

14. Եռամսյակային հաշվետվություն

Բուժման ինտենսիվ փուլի ավարտից հետո խորիսի մանրէազերծման վերաբերյալ SF 09

1. Վարչական տարածքը՝ _____

2. Տարածաշրջանը/շրջանի կոդը՝ _____

3. _____

Եռամսյակում հաշվառված հիվանդները

4. Հաշվետվությունը կազմելու ամսաթիվը՝ _____

5. Շրջանային ֆթիզիատորի ԱԱՀ/ստորագրությունը՝ _____

Պացիենտների տեսակները	Մանրադիտմամբ քսուք + Գրանցված դեպքերի թիվը	Խորիսի մանրէազերծումը			
		2 ամսից հետո	3 ամսից հետո	4 ամսից հետո	Ընդամենը

		N	%	N	%	N	%	N	%
Նոր դեպքեր									
Ախտադարձ									
Ախտադարձի բուժման այլ դեպքեր									

Ծանոթություն

15. DOTS-ի շրջանակներում

**Հակատուբերկուլոզային դեղերի
ԵՌԱՄՍՅԱԿԱՅԻՆ ՀԱՇՎԵՏՎՈՒԹՅՈՒՆ**

(Բուժկազմակերպության

անվանումը)

ՏԲ 10 ա

/Տնօրենի ստորագրությունը, անունը,
ազգանունը/

Կ.Տ.

_____ եռամսյակ 20____թ.

Պացիենտների քանակը եռամսյակի ընթացքում ըստ կատեգորիաների	
I կատ.	II կատ.

ՏԲ 01-ից լրացնել

X+S+Ա = --

X =

S=

Ա=

№	ԱՆՎԱՆՈՒՄԸ	Չափման միավորը	Մնացորդը եռամսյակի սկզբում	Մուտք եռամսյակի ընթացքում	Ելք եռամսյակի ընթացքում	Մնացորդը եռամսյակի վերջում	Մնացորդի պիտ. ժամկետ
1	Ռիֆամպիցին 150 մգ/ Իզոնիազիդ 75մգ/ Պիրազինամիդ 400 մգ/ Էթամբուտոլ 275մգ	Հաբ					
2	Ռիֆամպիցին 150 մգ/ Իզոնիազիդ 75մգ	Հաբ					
3	Էթամբուտոլ 100մգ	Հաբ					
4	Պիրազինամիդ 400 մգ	Հաբ					
5	Էթամբուտոլ 400 մգ	Հաբ					
6	Իզոնիազիդ 100մգ	Հաբ					
7	Իզոնիազիդ 300մգ	Հաբ					
8	Ռիֆամպիցին 150 մգ	Հաբ					
9	Ռիֆամպիցին 300 մգ	Հաբ					
10	Ստրեպտոմիցին 1գ	Սրվակ					
11	Ներարկման համար թորած ջուր	Սրվակ					

12	5 գր ներարկիչ	Հատ					
13	Ռիֆամպիցին 60 մգ/ Իզոնիազիդ 30մգ/ Պիրազինամիդ 150 մգ	Հաբ					
14	Ռիֆամպիցին 60 մգ/ Իզոնիազիդ 30մգ	Հաբ					
15	Էթամբուտոլ HCL100մգ	Հաբ					

Բժիշկ՝ _____

Ամսաթիվ՝ _____

/ստորագրությունը/ անունը, ազգանունը

16. DOTS+-ի շրջանակներում

**Հակատուբերկուլոզային դեղերի
ԵՌԱՄՍՅԱԿԱՅԻՆ ՀԱՇՎԵՏՎՈՒԹՅՈՒՆ**

(Բուժհաստատության

անվանումը)

ՏԲ 10 ք

/Տնօրենի ստորագրությունը, անունը,
ազգանունը/

Կ.Տ.

_____ եռամսյակ 20____թ.

Պացիենտների քանակը եռամսյակի ընթացքում ըստ կատեգորիաների			
ՊԴԿ	ԲԴԿ	ՄոնոԴԿ	ԳԴԿ

№	ԱՆՎԱՆՈՒՄԸ	Չափման միավորը	Մնացորդը եռամսյակի սկզբում	Մուտք եռամսյակի ընթացքում	Ելք եռամսյակի ընթացքում	Մնացորդը եռամսյակի վերջում	Մնացորդի պիտ. ժամկետ
1	Կանամիցին 1գ	Սրվ					
2	Կապրետմիցին 1գ	Սրվ					
3	Լևոֆլօքսացին 250 գ	Հաբ					
4	Մօքսիֆլօքսացին 400 մգ	Հաբ					
5	Ցիկլոսերին 250 մգ	Դպճ					
6	ՊԱՍԹ 4գ	Փաթ.					
7	Պրոթիոնամիդ 250մգ	Հաբ					
8	Ամօքսիցիլին/կլավուլանաթթո ւ 875/125 մգ	Հաբ					
9	Կլոֆազիմին 100 մգ	Դպճ					
10	Լինեզոլիդ 600 մգ	Հաբ					
11	Բեդաքվիլին 100մգ	Հաբ					
12	Իմիպենեմ 500մգ	Սրվ					
13	Դելամանիդ 50մգ	Հաբ					

Բժիշկ՝ _____

Ամսաթիվ՝ _____

/ստորագրությունը/ անունը, ազգանունը

17. DOTOS+ -ի շրջանակներում

Կողմնակի ազդեցության դեղերի

ԵՌԱՄՍՅԱԿԱՅԻՆ ՀԱՇՎԵՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

(Բուժկազմակերպության

անվանումը)

ՏԲ 10 գ

/Տնօրենի ստորագրությունը, անունը,

ազգանունը/

Կ.Տ.

_____ եռամսյակ 20____թ.

№	ԱՆՎԱՆՈՒՄԸ	Չափման միավորը	Մնացորդը եռամսյակի	Մուտք եռամսյակի	Ելք եռամսյակի ընթացքում	Մնացորդը եռամսյակի	Մնացորդի պիտ. ժամկետ
---	-----------	-------------------	-----------------------	--------------------	----------------------------	-----------------------	-------------------------

			սկզբում	ընթացքում		վերջում	
1	Ալյումինիումի հիդրօքսիդ 400 մգ/ Մագնեզիումի հիդրօքսիդ 400մգ	Հաբ					
2	Օմեպրազոլ 20 մգ	Դպճ					
3	Լինեքս	Դպճ					
4	Լոպերամիդ 2 մգ	Դպճ					
5	Ակտիվացված ածուխ	Հաբ					
6	Ռեհիդրոն 18.9գ	Փաթեթ					
7	Մետոկլոպրամիդ 10 մգ	Հաբ					
8	Օնդանսետրոն 8 մգ	Հաբ					
9	Պրոմետազին հիդրոքլորիդ 250մգ	Հաբ					
10	Պարացետամոլ 500 մգ	Հաբ					
11	Կո-տրիմօքսազոլ 400մգ/80մգ	Հաբ					
12	Կարսիլ 22.5մգ	Հաբ					
13	Վիկասոլ 15 մգ	Հաբ					
14	Նիստատին 500000 ՄՄ	Հաբ					
15	Ֆլուկոնազոլ 50մգ	Դպճ					

16	Ֆլուկոնազոլ 100մգ	Դպճ					
17	Իբուպրոֆեն 400 մգ	Հաբ					
18	Դիկլոֆենակ 75մգ/3մլ	Սրվ					
19	Սալբուտամոլ 100մկգ դեղաչափ, 200դեղաչափ ցողացիր	Շշիկ					
20	Սալբուտամոլ 4մգ	Հաբ					
21	Մուլտիվիտամին	Հաբ					
22	Ֆուրոսեմիդ 40մգ	Հաբ					
23	Պիրիդոքսին 50մգ	Հաբ					
24	Պիրիդոքսին 10մգ	Հաբ					
25							
26							
27							
28							

Բժիշկ՝ _____

Ամսաթիվ՝ _____

/ստորագրությունը/ անունը, ազգանունը

Հիվանդի ՏԲ-ի դեղերի բաշխման մատյան

ՏԲ 11

Անուն, ազգանուն	Մ/Զ-ը	Տարիք /ծ.թ./	ՏԲ շրջանային համարը (ՏԲ 02/ՏԲ 03)	ՏԲ-ի բուժման կատեգորիա

Ինտենսիվ փուլի մասին տեղեկատվություն/ մինչև կաբինետ ներկայանալը քանի օր է հիվանդը եղել ստացիոնարում/

ԱՄՍԱԹԻՎ	Հիվանդի գանգատներ, բուժումը վերականգնելու գործողություններ	Բաշխված դեղեր														Հիվ. ստոր.

18. ԲՈՒԺԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԴԵՂԱՏՆԵՐՈՒՄ ԴԵՂԵՐԻ ԵՎ ԲՆԱ-Ի ՔԱՆԱԿԱԿԱՆ ՀԱՇՎԱՌՄԱՆ ՄԱՏՅԱՆ

ՏՔ 12

Գինը

/Դեղի անվանումը/

ՄՈՒՏՔ						ԵԼՔ		ՄՆԱՑՈՐԴԸ
№	Ամիսը, ամսաթիվը	Մատակարարը և հաշիվ- ապրանքագրի համարը	Չափման միավորը	Քանակը	Գումարը	Հիվանդի անուն, ազգանուն	Քանակը	Քանակը

19. ՏՔ 13-Ա Շրջանում լաբորատոր ծախսանյութերի վերաբերյալ եռամսյակային հաշվետվություն/պատվեր

Լաբորատոր ծախսանյութերի պատվերը պատրաստվում է եռամսյակը մեկ

Բուժկազմակերպություն՝ _____

ՏԲ 13

Հաշվետու ժամանակահատվածը՝ _____

Լաբորատոր ծախսանյութեր	Չափման միավոր	(ա) Եռամսյակային միջին ծախս	(բ) = (ա) Պահանջվող պահեստային պաշար	(գ) Մնացորդը եռամսյակի վերջին օրվա դրությամբ	(դ) $(դ) = (ա) + (բ) - (գ)$ Պահանջվող միավորի քանակը
Հիմնական ֆուքսին					
Մեթիլեն կապույտ					
Իմերսիոն յուղ					
Ծծմբաթթու					
Ֆենոլ					
Մեթանոլ					

ՏԲ 13-Բ Շրջանում լաբորատոր ծախսանյութերի վերաբերյալ եռամսյակային հաշվետվություն/պատվեր/ պատրաստի լուծույթ օգտագործող լաբորատորիաների համար

Լաբորատոր ծախսանյութերի պատվերը պատրաստվում է եռամսյակը մեկ

Լաբորատոր ծախսանյութեր	Չափման միավոր	(ա) Եռամսյակային միջին ծախս	(բ) = (ա) Պահանջվող պահեստային պաշար	(գ) Մնացորդը եռամսյակի վերջին օրվա դրությամբ	(դ) $(դ) = (ա) + (բ) - (գ)$ Պահանջվող միավորի քանակը
Ներկող լուծույթ					
Գունազրկող լուծույթ					
Հակադրիչ/կոնտրաստ/ ներկող լուծույթ					
Իմերսիոն յուղ					

Կազմեց՝ _____

Տնօրեն՝

_____/ազգանուն, անուն, ստ./

ՏԲ կասկածով դեպքերի հաշվառման մատյան

ՏԲ 14

№	Գրանցման ամսաթիվ	Անուն, ազգանուն, հայրանուն	Տարիք	Սեռ	Բնակության վայրը /մանրամասն/	Ում կողմից է ուղեգրվել /տեղ. բժիշկ/	Խորխի մանրադիտման ուղեգրելու ամսաթիվը և պատասխանը	Ռենտգեն / Ֆլուորոգրաֆիկ հետազոտման ուղեգրելու ամսաթիվը և պատասխանը	Ախտորոշումը/ ախտադարձի համար նաև հիվանդի տեսակը/	Ձեռնարկված միջոցառումներ
						ԳԲԱ /ինքնուրույն/				
1										
2										
3										
4										

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**20. ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ
ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ ՎԱՐՉԱԿԱՆ ՎԻՃԱԿԱԳՐԱԿԱՆ ՀԱՇՎԵՏՎՈՒԹՅՈՒՆ**

Ներկայացվում է համաձայն «Պետական վիճակագրության մասին» Հայաստանի Հանրապետության 2000թ. ապրիլի 4-ի ՀՕ-48 օրենքի, Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2002թ. օգոստոսի 15-ի «Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության կանոնադրությունը և աշխատակազմի կառուցվածք հաստատելու մասին» թիվ 1300-Ն որոշված հավելված 1-ի բաժին II-ի կետ 8-ի "իէ" ենթակետի, օրենքով սահմանված կարգով «Հայաստանի Հանրապետության վիճակագրության պետական խորհրդի կողմից հաստատվող «Պետական վիճակագրական աշխատանքների տարեկան ծրագրի» և Հայաստանի Հանրապետության վիճակագրության պետական խորհրդի 2002թ. մայիսի 10-ի: «Վարչական (տեղեկատվական) ռեգիստրների վարման և դրանցից տեղեկատվության ստացման կարգը հաստատելու մասին» թիվ 109 որոշում, հաստատված կարգի:	
Ներկայացվում է՝ _____	Ձև № 32
Ով է ներկայացնում՝ _____	ՏԱՐԵԿԱՆ

(անվանումը) Իրավաբանական անձանց պետական ռեզիստրի գործակալությունում գրանցման համարը /___/___/___/___/___/___/___/___/___/ Նույնականացման (իդենտիֆիկացիոն) կոդը /___/___/___/ Հարկ վճարողի հաշվառման համարը /___/___/___/___/___/___/___/ Մարզը՝ _____ /___/___/ Գտնվելու վայրը՝ _____ Էլեկտրոնային փոստը _____ Իրավաբանական անձանց պետական ռեզիստրի գործակալությունում գրանցման համարը և նույնականացման (իդենտիֆիկացիոն) կոդը լրացվում է իրավաբանական անձանց պետական ռեզիստրի գործակալության կողմից տրված գրանցման վկայականից	Հաստատված է՝ Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի 04.10.2004թ. թիվ 1009/12-Ն հրամանով Ներկայացվում է՝ Առողջապահության նախարարություն Ներկայացնում եմ՝ _____ _____ _____ Ներկայացման ժամկետ՝ Մինչև հաշվետու տարվա հաջորդ մարտի 13-ը
---	--

--	--

21. ՏԲ-ՈՎ ՊԱՅԻՆՏՆԵՐԻ ԹՎԻ ՄԱՍԻՆ 20____ Թ. ՀԱՄԱՐ

1. Տվյալ բուժկազմակերպության հսկողության տակ գտնվող առաջնակի ԹՏԲ-ով պացիենտների թիվը

ԹՏԲ-ի ակտիվ ձևերը	Տողի համարը	Ծածկագիրը (կողավորումն ըստ հիվանդությունների միջազգային դասակարգման)	Հաշվետու տարում կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված և գրանցված հիվանդներ	
			Ընդամենը	Այդ թվում՝ երեխաներ
				0-17 տարեկան
Ա	Բ		1	2
ԹՏԲ ընդամենը	01	Ա15, 0-15.3, Ա 16, 0-16.2, Ա 19 մաս		
Այդ թվում՝ ՏԲ-ային առաջնային համալիր	02	Ա 15, 0-15.3, Ա 16, 0-16.2,		
Օջախային ՏԲ	03	Ա 15, 0-15.3,		

		Ա 16, 0-16.2,		
Ինֆիլտրատիվ ՏԲ	04	Ա 15, 0-15.3, Ա 16, 0-16.2,		
Սերմնացրված ՏԲ	05	Ա 15, 0-15.3, Ա 16, 0-16.2,		
Ֆիբրոզ կավերնոզ ՏԲ	06	Ա 15, 0-15.3, Ա 16, 0-16.2,		
Առաջնակի մանրէազատողներ (խորիխի մանրէադիտում)	07			

2. Տվյալ բուժկազմակերպության հսկողության տակ գտնվող առաջնակի արտաթոքային ՏԲ-ով պացիենտների թիվը

ԱԹՏԲ-ի ակտիվ ձևերը	Տողի համարը	Ծածկագիրը (կողավորումը ըստ հիվանդությունների միջազգային դասակարգման)	Հաշվետու տարում կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված և գրանցված հիվանդներ	
			Ընդամենը	Այդ թվում՝ երեխաներ
				0-17 տարեկան
Ա	Բ		1	2
ԱԹՏԲ ընդամենը	01	Ա 15.4-15.9 Ա 16.3-16.9 Ա 17-A 18 Ա 19 մաս		
Այդ թվում՝ ներկրծքային ավշահանգույցների ՏԲ	02	Ա 15.4 Ա 16.3		
Թոքամզի ՏԲ (էքսուդատիվ, ֆիբրինոզ)	03	Ա 15.6 Ա 16.5		
Մենինգիտ, մենինգոէնցեֆալիտ	04	Ա 17+		

Միզասեռական ՏԲ	05	Ա 18.1+		
Ոսկրահոդային ՏԲ	06	Ա 18.0+		
Որովայնի խոռոչի օրգանների ՏԲ (որովայնամիզ, միջնդերքի ավշահանգույցներ, աղիքներ)	07	Ա 18.3		
ԱԹՏԲ-ի այլ ձևեր		Ա 18.2 Ա 18.4-18.8 Ա 19 մաս		

Կյանքում առաջին անգամ հաստատված ակտիվ ՏԲ ախտորոշումով (թոքային և արտաթոքային) բոլոր պացիենտների թվից՝

Ա. Գյուղական բնակիչներ _____,

Բ. Զինվորական ծառայության ընթացքում հիվանդացածներ _____,

Գ. Ազատագրկման վայրերում հիվանդացածներ _____,

Դ. Հանրապետությունից դուրս հիվանդացածներ _____,

Ե. ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ հիվանդներ _____:

Տվյալ տարում հաշվառման մեջ գտնվող պացիենտների/ առաջնակի, կրկնակի և ընթացիկ-դիսպանսերային հսկողության մեջ գտնվող/ թիվը _____, այդ թվում՝ 0-14 և 15-17 տարեկան երեխաներ:

3. Շփման մեջ գտնվողներ-կոնտակտավորներ

Կոնտակտի տեսակի անվանումը	Տողի համարը	Ընդամենը	Նրանցից հետազոտվել են	Հետազոտվածներից հայտնաբերվել են հիվանդներ
Ա	Բ	1	2	3
ՏԲ-ով պացիենտների օջախում բնակվող անձինք	01			
Այդ թվում՝ երեխաներ /0-17 տարեկան/	02			

1) Շփման մեջ գտնվող 0-15 տարեկան երեխաների թիվը _____, նրանցից քանիսն են ստացել կանխարգելիչ բուժում _____:

4. Հաշվետու տարում գրանցված ակտիվ ՏԲ-ի ախտադարձերի տեսակները՝ ըստ DOTS-ի

Հիվանդի տեսակը	Տողի համարը	Ախտադարձ	Ռեժիմի խախտում	Անբարեհաջող ելք	Այլը
Ա	Բ	1	2	3	4
Թոքային	01				
Այդ թվում՝ մանրէազատողներ	02				
Արտաթոքային	03				
Ընդամենը	04				

5. Հաշվետու տարում գրանցված ակտիվ ՏԲ-ով պացիենտների մահվան դեպքերը

Անվանումը	Տողի համարը	Ընդամենը	Այդ թվում երեխաները
			0-18տ.
Ա	Բ	1	2
Մահացել են ՏԲ-ի ակտիվ ձևերից-ընդամենը _____	01		
Այդ թվում՝			

Նույն տարում հայտնաբերված հիվանդներ	02		
Մահացել են ակտիվ ՏԲ-ով հիվանդներ այլ պատճառներից _____	03		
Մահացել են ՏԲ-ից և դրա հետևանքներից հիվանդներ, ովքեր չեն գտնվել հաշվառման մեջ _____	04		

6. Հիվանդանոցային և ամբուլատոր օգնությունը ՏԲ-ով պացիենտներին

ՏԲ-ով հիվանդներ	Տողի համարը	Ընդամենը	Այդ թվում՝		Կատեգորիա	
			Հիվանդանոցային բուժում	Միայն ամբուլատոր բուժում	1-ին կատեգորիա	2-րդ կատեգորիա
Ա	Բ	1	2	3	4	5
Թոքային առաջնակի ՏԲ	01					
Այդ թվում՝ մանրէազատողներ	02					
Ոչ մանրէազատողներ	03					
Արտաթոքային առաջնակի ՏԲ	04					
Կրկնակի բուժվող հիվանդներ	05					
Այդ թվում՝ մանրէազատողներ	06					

1) Հաշվետու տարում վիրահատված ՏԲ-ով պացիենտների թիվը՝ ընդամենը _____, նրանցից՝ վիրահատվել են՝
ա) ԹՏԲ-ի կապակցությամբ _____,
բ) Արտաթոքային օրգանների ՏԲ-ի կապակցությամբ _____:

2) Հաշվետու տարում առողջարանային բուժում ստացած ՏԲ-ով պացիենտների և առողջ կոնտակտավորների թիվը՝
ընդամենը _____, այդ թվում՝ երեխաներ՝ 0-18 տ. _____:

Ղեկավար՝ _____ /ստորագրություն/
/ազգանուն, անուն/

Կատարող՝ _____ /ստորագրություն/
/ազգանուն, անուն/

Հեռախոսահամար/ներ/՝ _____ "_____" _____ 20 ____ թ.

Կ. Տ.

**22. ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ ՎԱՐՉԱԿԱՆ
ՎԻՃԱԿԱԳՐԱԿԱՆ ՀԱՇՎԵՏՎՈՒԹՅՈՒՆ**

Ներկայացվում է համաձայն՝ «Պետական վիճակագրության մասին» Հայաստանի Հանրապետության 2000թ.-ի ապրիլի 4-ի ՀՕ-48 օրենքի Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2002թ. օգոստոսի 15-ի «Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության աշխատակազմ» պետական կառավարչական հիմնարկ ստեղծելու, «Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության կանոնադրությունը և աշխատակազմի կառուցվածքը հաստատելու մասին» թիվ 1300-Ն որոշման հավելված 1-ի բաժին II-ի կետ 8-ի "իէ" ենթակետի, օրենքով սահմանված կարգով Հայաստանի Հանրապետության վիճակագրության պետական խորհրդի կողմից հաստատվող «Պետական վիճակագրական աշխատանքների տարեկան ծրագրի» և Հայաստանի Հանրապետության վիճակագրության պետական խորհրդի 2002թ. մայիսի 10-ի "Վարչական (տեղեկատվական) ռեգիստրների վարման և դրանցից տեղեկատվության ստացման կարգը հաստատելու մասին" թիվ 109 որոշմամբ հաստատված կարգի:

Ներկայացվում է՝ _____
 Ով է ներկայացնում՝ _____

Ձև № 61^բ
ՏԱՐԵԿԱՆ

(անվանումը) Իրավաբանական անձանց պետական ռեգիստրի գործակալությունում գրանցման համարը / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / Նույնականացման (իդենտիֆիկացիոն) կոդը / _ / _ / _ / Հարկ վճարողի հաշվառման համարը / _ / _ / _ / _ / _ / _ / Մարզը՝ _____ / _ / _ / Գտնվելու վայրը՝ _____ Էլեկտրոնային փոստը _____	Հաստատված է՝ Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի 04.10.2004թ. թիվ 1009/23-Ն հրամանով Ներկայացվում է՝ Առողջապահության նախարարություն Ներկայացնում եմ՝ _____ _____ _____ Ներկայացման ժամկետ՝ Մինչև հաշվետու տարվա հաջորդ մարտի 13-ը
---	--

Իրավաբանական անձանց պետական ռեգիստրի գործակալությունում գրանցման համարը և նույնականացման (իդենտիֆիկացիոն) կոդը լրացվում է իրավաբանական անձանց պետական ռեգիստրի գործակալության կողմից տրված գրանցման վկայականից	
---	--

23. ԱԿՏԻՎ ՏԲ-ՈՎ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍԻՆ

20__ Թ. ՀԱՄԱՐ

ՊԱՅԻՆՏՆԵՐԻ ԲԱՇԽՈՒՄՆ ԸՍՏ ՍԵՌԻ ԵՎ ՏԱՐԻՔԻ

Անվանումը	Սեռը	Տողի համարը	Ծածկագիր (կողավորումը ըստ հիվանդություննե րի միջազգային դասակարգման)	Հաշվետու տարում կյանքում առաջին անգամ հաստատված ախտորոշումով պացիենտների թվաքանակը								
				Ընդամենը	Այդ թվում՝ ըստ տարիքային խմբերի							
					0-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65 և բարձր
Ա	Բ	Գ	Դ	1	2	3	4	5	6	7	8	9
ՏԲ-ընդամենը	տ	01										
	կ	02										
Այդ թվում՝ ԹՏԲ	տ	03										
	կ	04										
Նրանցից մանրէազատո ւմով	տ	05										
	կ	06										

Արտաթոքայի ն օրգանների ՏԲ	տ	07										
	կ	08										
Այդ թվում՝ Մենինգիտ- մենինգոէնցեֆ ալիտ	տ	09										
	կ	10										
Պացիենտներ ի ընդհանուր թվից (տող 1,2)- գյուղական բնակիչներ	տ	11										
	կ	12										

Ղեկավար՝ _____ /ստորագրություն/

/ազգանուն, անուն/

Կատարող՝ _____ /ստորագրություն/

/ազգանուն, անուն/

Հեռախոսահամար/ներ/ _____ " _____ " 20 _____ թ.

24. ՏԲ-Ի ԴԵՄ ՊԱՅՔԱՐԻ ԱԶԳԱՅԻՆ ԾՐԱԳԻՐ

ՇՐՋԱՆՈՒՄ ՏԲ-Ի ՀԱՇՎԱՌՄԱՆ ՄԱՏՅԱՆ

ՏԲ 03

Հաշվառման ամսաթիվը	Շրջանային հաշվառման համարը	Անուն, Ազգանու ն	Սեռը Տ/Կ	Տարիքը	Հասցեն (կամ՝ անօթևան)	Բժշկական հիմնարկությունը	Բուժումը սկսելու ամսաթիվը և ոեծիմը*	Հիվանդության ձևը Թ/ԱԹ	Հիվանդի տեսակը **			Տեղա- փոխում
									Առաջնակի Հայտնաբերված (Ա)	Ախտադարձ (ԱԴ)	Ռեժիմի խախտումից հետո (Խ)	

* ԾԱՆՈԹՈՒԹՅՈՒՆ, կոտորակի տակ տեղադրել բուժման համապատասխան ռեժիմը:

Կատ. 1 Առաջնակի հիվանդներ

Կատ. 2 Կրկնակի բուժում (ախտադարձ, անբարենպաստ ելք, ռեժիմի խախտում)

** ԾԱՆՈԹՈՒԹՅՈՒՆ, ցույց տալ հիվանդի տեսակը (համապատասխան տառը)

Ա. Առաջնակի հայտնաբերված-հիվանդը նախկինում ՏԲ-ի կապակցությամբ որևէ բուժում չի ստացել կամ էլ ստացել է հակատուբերկուլոզային դեղեր ոչ ավելի, քան 1 ամիս,

ԱԴ. Ախտադարձ-հիվանդը բուժվել է ՏԲ-ից, համարվել առողջացած կամ բուժումը ավարտած,

Խ. Ռեժիմի խախտումից հետո-հիվանդ, որը ընդհատել է բուժումը 2 ամիս և ավելի,

Ա/Ե. Անբարեհաջող ելք-հիվանդ, որը բուժման V և VI, կամ V և VII ամիսներին քսուքը դրական է,

Ու. Այլ դեպքեր-բացասական քսուքով հիվանդ, որը տարբերվում է վերը նշված 4 դեպքերից,

Տ. Տեղափոխված-հիվանդ, որը տեղափոխվել է ՀՀ-ի նոր շրջան՝ իր բուժման քարտով:

25. ՅԱՆՔԻ ԵՌԱՄՍՅԱԿԱՅԻՆ
ՀԱՇՎԵՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

ՏԲ ԿԱԲԻՆԵՏ _____

ԵՌԱՄՍՅԱԿ _____

ሀገሪቱ

____/____/20____p.

[illegible]

26.Բուժկազմակերպության
կողմից եռամսյակի ընթացքում
ձեռք բերված դեղերի
անվանացանկ

/բուժկազմակերպության անվանում/

/հաշվետու ժամանակահատված/

№	Դեղի անվանում	Քանակ
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Գլխավոր հաշվապահ՝

Կ.Տ.

Տնօրեն՝

/անուն, ազգանուն, ստորագր./
ստորագր./

/անուն, ազգանուն,

Կազմելու ամսաթիվը _____

27. **ԵՌԱՄՍՅԱԿԱՅԻՆ ՀԱՇՎԵՏՎՈՒԹՅՈՒՆ ԼԱԲՈՐԱՏՈՐ**
ԾԱԽՍԱՆՅՈՒԹԵՐԻ ԵՎ ՊԱՐԱԳԱՆԵՐԻ

Բուժկազմակերպություն՝ _____

Հաշվետու ժամանակահատվածը՝ _____

	Անվանումը	Չափման միավոր	Մնացորդ՝ եռամսյակի սկզբում	Մուտք՝ եռամսյակի ընթացքում	Ելք՝ եռամսյակի ընթացքում	Մնացորդ՝ եռամսյակի վերջում
1	Խորխաման (500 հատ) արկղ	հատ				
2	Սլայդ (50 հատ) տուփ	հատ				
3	Ձեռնոցներ (100 հատ) տուփ	հատ				
4	Դիմակ (50 հատ) տուփ	հատ				
5	Սլայդի ունեյի	հատ				
6	Ալմաստե գրիչ	հատ				
7	Սլայդների տուփ	հատ				
8	Լաբորատոր խալաթ՝ միջ	հատ				
9	Լաբորատոր խալաթ՝ փոքր	հատ				

10	Վիրաբուժական խալաթ	հատ				
11	Միանվագ օգտագործման գլխարկներ	հատ				
12	Բժշկական մասիկ (բախիլա)	հատ				
13	Բամբակ 500 գ/ փաթեթ	փաթեթ				
14	Բինտ 100 մ/(գլանափաթեթ)	փաթեթ				
15	Ախտահանիչ միջոց հաբեր/լուծույթ	հաբ/լուծույ				
16	Քսուքի փայտիկ (100 հատ)	հատ				
17	Պաստերի օղակ պլաստմասե (10 հատ փաթեթում)	հատ				
18	Պաստերի օղակի բռնակ	հատ				
19	Կպչուն ժապավեն (192 հատ)	հատ				
20	Ձեռքերը ախտահանող լուծույթ 1լ	մլ				
21	Մարկեր՝ հարատև սև	հատ				
22	Պարաֆիլմ, ջրակայուն	գլանափաթեթ				
23	Ձագար	հատ				

24	Կարապի վզով շիշ	հատ				
25	Էթանոլ 1լ	մլ				
26	Թղթե սրբիչ	փաթեթ				
27	Սպիրտայրոց	հատ				
28	Ձեռնոցի լրակազմ (100 հատ տուփում)	հատ				
29	Մանրէասպան լամպ	հատ				
30	Մանրէասպան լամպի հենք	հատ				

Կազմեց՝ _____

Տնօրեն՝ _____

Կ.Տ

Ամսաթիվ՝ _____

ԴԿ № _____

ԴԿ ՏԲ 01

Անուն, ազգանուն		
.....		
4-րդ կատեգորիայով գրանցման համար		
____/____/____		
4-րդ կատեգորիայով գրանցման ամսաթիվ		
____/____/____		
Շրջանային ՏԲ գրանցման ամսաթիվ		
____/____/____		
Շրջանային ՏԲ գրանցման ամսաթիվ		
Հասցե/անօթևան		

Բուժկազմակերպություն		
ՍԵՌԸ: Արական	Իգական	
Տարիքը	Ծննդյան ամսաթիվ	
.....	____/____/____	
Նախնական	Մ/Զ-	ը/կգ/
Հասակը/սմ/		
Տեսակը՝ Թոքային	ԱԹ	
Եթե ԱԹ, նշել որտեղ է		

ՀՌԹ-հակառետրովիրոսային թերապիա

ԿԿԹ-Կո-տրինոքսագոլի կանխարգելիչ թերապիա

ԷԲՌ-էմպիրիկ բուժման ռեժիմ

ԱԲՌ-անհատական բուժման ռեժիմ

ՀԻՎԱՆԴԻ ԴԱՍԱԿԱՐԳՈՒՄԸ			
Նոր	☐		
Ախտադարձ	☐		
Ընդհատումից հետո	☐		
Առաջին բուժման ծախսողումից հետո	☐		
Ախտադարձի բուժման ծախսողումից հետո	☐		
Տեղափոխում (այլ վայրից՝ կատ. 4-ով բուժման համար)	☐		
ԴԿ հիվանդի կոնտակտ	☐		
Այլ (նախկինում բուժված, անհայտ ելքով)	☐		
ՌԿ	ԲԴԿ	ԳԴԿ	
ԷԲՌ		ԱԲՌ	
ՄԻԱՎ տեղեկություն			
ՄԻԱՎ թեստ	ԱՅՈ	ՈՉ	Անհայտ
Թեստի Արդյունքները	ամսաթիվը		
ՀՌԹ սկիզբ	ԱՅՈ	ՈՉ	Ամսաթիվ
ԿԿԹ սկիզբ	ԱՅՈ	ՈՉ	Ամսաթիվ

ՌԿ-ՌԻֆամպիցին կայուն,

ԲԴԿ-բազմադեղակայուն,

ԳԴԿ-գերդեղակայուն

Նախկինում ստացած ՏԲ բուժումները

Համար	Բուժման սկիզբը (եթե անհայտ է, գրել տարին)	Ռեժիմ (գրել դեղերի հապավումներով)	Ելք

Նախկինում օգտագործված դեղերի դասակարգումը

ԱՅՈՒՆ ՈՉ

Օգտագործել եք նախկինում 2-րդ շարքի դեղ

Այո/, Ոչ/, եթե ԱՅՈՒՆ, ապա նշեք դրանք

—

—

—

Դեղերի հապավումներ

1-ին շարքի դեղեր

H= Իզոնիազիդ

R=Ռիֆամպիցին

E=Էթամբուտոլ

Z=Պիրազինամիդ

S=Ստրեպտոմիցին

2-րդ շարքի դեղեր

Am=Ամիկացին

Km=Կանամիցին

Cm=Կապրեոմիցին

Lfx=Լևոֆլօքսացին

Ofx=Օֆլօքսացին

PAS=ՊԱՍԹ

Mfx=Մօքսիֆլօքսացին

Pto=Պրոթիոնամիդ

Cs=Ցիկլոսերին

Th=Թիացետազոն

HH=Իզոնիազիդ

(բարձր դեղաչափ)

ԴԿ խորհուրդ, ամսաթիվ և որոշումներ

Ամսաթիվ	Որոշում

Այլ բժշկական ախտորոշում, ոչ ՏԲ

Կողմնակի ազդեցություններ

Ամսաթիվ	Տեսակը՝ շաքարային դիաբետ, գերճնշում, ՄԻԱՎ, օպորտունիստական վարակներ	Ամսաթիվ	Տեսակը՝ նեյրոպաթիա, հեպատիտ, ցան և այլն	Կասկածվող դեղեր

--	--	--	--	--

Լաբորատոր մշտադիտարկում

ԱՄԻՍ											
Ամսաթիվ											
ԱԼՏ											
ԱՍՏ											
Կրեատինին											
Կալիում											
Թիրեոտրոպ հորմոն											
Հեմոգլոբին											
Լեյկոցիտների քանակ											
ՍԻ ԴԻ4 քանակ											
Լիպազա											

Հղիության թեստ																		
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ԴՋԹ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐ

Նմուշառման ամսաթիվ	Պատասխանի ամսաթիվ	H	R	E	Z	S	Am	Km	Cm	Ofx Lfx	Mfx	Eto Pto	Cs	PAS	Amx Clv	Cfz	Այլ		Նշումներ

R=Կայուն
S=Զգայուն
C=Աղտոտում

ԴԿ

ՏԲ

01

ԴԿ № _____

ԴԵՂԵՐԻ ԳՐԱՖԻԿ

ԲՈՒԺՈՒՄ																	ՄԱՆՐԷԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ					
ԱՄՍԱԹԻՎ	H	R	E	Z	S	Am	Km	Cm	Of x Lfx	Mfx	Et o Pt o	C s	PAS	Amx Clv	Cf z	ԱՅԼ	ԱՄՍԱԹԻՎ	ՔՍՈՒՔ	ՑԱՆՔ	Մ.Ձ.	ԸՈԳ*	DOT տոկոս
ՆԱԽՔԱՆ ԴԿ ԲՈՒԺՈՒՄԸ																						
0.																						
1.																						
2.																						
3.																						
4.																						

5.																						
6.																						
7.																						
8.																						
9.																						
10.																						
11.																						
12.																						
13.																						
14.																						
15.																						
16.																						
17.																						
18.																						
19.																						
20.																						
21.																						
22.																						

23.																								
24.																								
25.																								
26.																								

* ԸՌԳ (ընթացիկ ռենտգենոգրաֆիա), (I)-նախնական, (N)-առանց փոփոխությունների, (D)-վատթարացած

ԱՄՍԱԹԻՎ դաշտում նշվում է նմուշառման ամսաթիվը:

ԵԼՔ	ՆՇԵԼ	ԱՄՍԱԹԻՎ
Բուժված		
Բուժումն ավարտած		
Մահացած		
Բուժումը ձախողված		
Բուժումն ընդհատված		
Տեղափոխված/ Արդյունքը գնահատված չէ/		

ՆՇՈՒՄՆԵՐ

ԴԿ ՏԲ 02

Ազգանուն՝ _____

Հասցեն

(ամբողջությամբ)

—

—

Սեռ՝ ☐ Ա ☐ Ի Տարիք՝ _____
____/____/____

Ծննդյան ամսաթիվ՝

Մարզային հակատուբերկուլոզային բաժանմունք՝ _____

Բուժհաստատություն՝ _____

Հիվանդության բնույթըԹոքային ՏԲ ☐ Արտաթոքային Տ ☐**Տեղակայում՝**

Բուժման սկսման ամսաթիվը**Օրը****Ամիսը****Տարին**

Հիվանդի տեսակը			
Առաջնակի հայտնաբերված	☐	Բուժում դադարից հետո	☐
Տեղափոխում	☐	Ախտադարձ	☐
Առաջին բուժման ծախսողումից հետո	☐	Ախտադարձի բուժման ծախսողումից հետո	☐

Առաջնակի բուժում
Քիմիաթերապիայի փոփոխում

Ալերգիկ ռեակցիաներ՝

Ծանր կողմնակի ռեակցիաներ՝

ԴԿ ՏԲ 03

Նշանակման ամսաթիվ

[illegible]

Հիշեցում

1. Պահպանեք ձեր քարտը
2. Դուք կարող եք բուժվել, եթե հետևեք Ձեզ նշանակված քիմիաթերապիային՝ ըստ տրված սխեմայի
3. ՏԲ-ով կարող եք վարակել մարդկանց, եթե Դուք չընդունեք նշանակված դեղորայքը

**30. IV ԿԱՏԵԳՈՐԻԱՅԻՆ ՊԱՅԻՆՆԵՐԻ ՀԱՇՎԱՌՄԱՆ ԵՌԱՄՍՅԱԿԱՅԻՆ
ՀԱՇՎԵՏՎՈՒԹՅՈՒՆ**

ԴԿ ՏԲ 04

Մարզի անունը՝ _____

Շրջանային համարը՝ _____

Մարզային համակարգողի ազգանունը՝ _____

Ստորագրությունը՝ _____

Հիվանդը գրանցված է կատեգորիա IV հաշվառման մատյանում

Ընթացքում՝ _____ Տարվա եռամսյակը՝ _____

Այս ձևի լրացման ամսաթիվը՝ _____

1. IV կատեգորիայով հաշվառված և IV կատեգորիայով քիմիաթերապիա ստացող հիվանդ

ՀԻՎԱՆԴՆԵՐ	ՀԱՍՏԱՏՎԱԾ ԲԴԿ-ՏԲ	ՀԱՍՏԱՏՎԱԾ ՊԴԿ-ՏԲ	ՀԱՍՏԱՏՎԱԾ ՄԴԿ-ՏԲ	ԿԱՍԿԱԾԵԼԻ ԲԴԿ-ՏԲ
Հաշվառված է IV ախտորոշիչ կատեգորիայում				

Սկսել է IV կատեգորիայով քիմիաթերապիա նշված եռամսյակում				
--	--	--	--	--

2. Եռամսյակի ընթացքում հաշվառված ԲԴԿ-SԲ-ի հաստատված դեպքեր

Թոքային ՏԲ					Նոր հայտնաբերված ԱԹՏԲ	Այլ ձևեր	Ընդամենը
	Նախկինում բուժում ստացածները						
Նոր հայտնաբերված հիվանդ	Ախտադարձեր	Ընդհատումից հետո	I կատեգորիայով ձախողված բուժումից հետո	II կատեգորիայով ձախողված բուժումից հետո			

ԴԿ դեպքերի հաշվառման մատյան

ԴԿ ՏԲ 05

**31. 6 ԱՄՍՅԱ ՔԻՄԻԱԹԵՐԱՊԻԱՅԻՑ ՀԵՏՈ ՆԱԽՆԱԿԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԻ
ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ**

/լրացվում է քիմիաթերապիան սկսելուց 9 ամիս հետո/

Մարզի անունը՝ _____

Շրջանային համարը՝ _____

Բուժող բժշկի անունը՝ _____

Ստորագրություն՝ _____

Հիվանդը հաշվառված է որպես կատեգորիա 4

Ընթացքում՝ _____ Տարվա եռամսյակը՝ _____

Այս ձևի լրացման ամսաթիվը՝ _____

	Բուժում սկսածների թիվը	Խորխի քսուքի մանրէադիտման և ցանքի արդյունքներ՝ բուժումից 6 ամիս հետո									Դուրս եկածների թիվը		
		Քսուք-բացասական			Քսուք-դրական			Քսուքը հայտնի չէ			Մահացել են	Ընդհատել են բուժումը	Տեղափոխվել են
		Ցանք- բացաս ական	Ցան ք- դրա կան	Ցանքը հայտնի չէ	Ցանք- բացաս ական	Ցանք- դրակ ան	Ցանքը հայտնի չէ	Ցանք- բացասա կան	Ցանք- դրական	Ցանքը հայտնի չէ			
ԲԴԿ հաստատված ձևեր													
ԲԴԿ-ՏԲ-ի													

կասկած													
ԸՆԴԱՄԵՆԸ													

ԴԿ ՏԲ 06

32. IV ԿԱՏԵԳՈՐԻԱՅԻ ՔԻՄԻԱԹԵՐԱՊԻԱՅԻ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԻ ՏԱՐԵԿԱՆ ՀԱՇՎԵՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

(լրացվում է բուժումն սկսելուց հետո 24-րդ և 36-րդ ամիսներին)

Մարզի անունը՝ _____

Շրջանային համարը՝ _____

Մարզային համակարգողի ազգանունը՝ _____

Ստորագրությունը՝ _____

Հիվանդը գրանցված է կատեգորիա IV հաշվառման մատյանում

Ընթացքում՝ _____ Տարվա եռամսյակը՝ _____

Այս ձևի լրացման ամսաթիվը՝ _____

Մաս 1-ը և մաս 2-ը նախատեսված են IV կատեգորիայի սխեմաներով քիմիաթերապիայի կուրս անցնող պացիենտների համար

Մաս 1. IV կատեգորիայով բուժման սկզբում խորխի քսուքի մանրէադիտման (Մ) և ցանքի (Ց) արդյունքները

	Առողջացում	Բուժումն ավարտված է	Քիմիաթերապիայի ծախսողում	Բուժման ընդհատում	Մահ	Տեղափոխություն	Բուժումը շարունակվում է	Ընդամենը
Մ + Ց +								
Մ – Ց +								
Մ + Ց -								
Մ – Ց -								
Տվյալներ չկան								
Ընդամենը								

* Մ-խորխի քսուքի մանրէադիտում, Ց- ցանք:

Մաս 2. Գրանցման կատեգորիաներով հիվանդներ (IV կատեգորիայով բուժվող բոլոր հիվանդները)

Գրանցման խումբ	Առողջացում	Բուժումն ավարտված է	Քիմիաթերապիայի ծախսողում	Բուժման ընդհատում	Մահ	Տեղափոխություն	Բուժումը շարունակվում է	Ընդամենը
Առաջնակի հայտնաբերված								
Ախտադարձ								

Ընդհատումից հետո								
Քիմիաթերապիայի I-ին կուրսի ձախողումից հետո								
Առաջնակի հայտնաբերված արտաթոքային ՏԲ								
Այլ								
Ընդամենը								

Բուժման տարին՝ _____

Մաս 3-րդը և 4-րդը նախատեսված են միայն ԲԴԿ ՏԲ-ով պացիենտների համար

Մաս 3.Բոլոր պացիենտների խորիսի քսուքի մանրէադիտման (Մ) և Ցանքի (Ց) արդյունքները IV կատեգորիայով բուժման սկզբում

	Առողջացում	Բուժումն	Քիմիաթերապիայի	Բուժման	Մահ	Տեղափոխություն	Բուժումը	Ընդամենը
--	------------	----------	----------------	---------	-----	----------------	----------	----------

		ավարտված է	ձախողում	ընդհատում			շարունակվում է	
Մ + Ց +								
Մ – Ց +								
Մ + Ց -								
Մ – Ց -								
Տվյալներ չկան								
Ընդամենը								

* Մ-խորխի քսուքի մանրէադիտում, Ց- ցանք:

Մաս 4. Գրանցման կատեգորիաներով հիվանդներ (հաստատված ԲԴԿ հիվանդներ)

Գրանցման խումբ	Առողջացում	Բուժումն ավարտված է	Քիմիաթերապիայի ձախողում	Բուժման ընդհատում	Մահ	Տեղափոխություն	Բուժումը շարունակվում է	Ընդամենը
Առաջնակի հայտնաբերված								
Ախտադարձ								

Ընդհատումից հետո								
Քիմիաթերապիայի I-ին կուրսի ձախողումից հետո								
Քիմիաթերապիայի կրկնակի կուրսի ձախողումից հետո								
Առաջնակի հայտնաբերված արտաթորքային ՏԲ								
Այլ								
Ընդամենը								

33. ԽՈՐԽԻ ՄԱՆՐԱԴԻՏԱԿԱՅԻՆ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ԵՌԱՄՍՅԱԿԱՅԻՆ
ՀԱՇՎԵՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

Մարզ՝ _____

Հաշվետու ժամանակահատված՝ _____-ից _____

Բուժկազմակերպության անվանում՝ _____

Լրացման ամսաթիվ՝ _____

		Նմուշների քանակը	Քսուքների քանակը	Դրակա	Բացասակա	ԱՌԼ ցանքի և ԴՁԹ ուղարկված պացիենտների և նմուշների քանակը
--	--	------------------	------------------	-------	----------	--

	Հիվանդներ	Ընդամենը	Խոր խ	Թույր	Ընդամենը	ԹԿԲ (-)	ԹԿԲ (+)	ն քսուքով հիվանդ	ն քսուքով հիվանդ	Ընդամենը հիվանդ	Ընդամենը նմուշ	ԹԿԲ (-) հիվանդ	ԹԿԲ (-) նմուշ	ԹԿԲ (+) հիվանդ	ԹԿԲ (+) նմուշ
Ախտորոշում															
Ընթացիկ հսկում															
Ընդամենը															

Կատարող՝ _____
(անուն, ազգանուն)

(բուժկազմակերպության տնօրեն)

Կ.Տ

34. Ցանքի և ԴՉԹ-ի պատասխանների գրանցամատյան

Էջ ա

Ցանքի №	Մանրադիտմա ն №	Ազգանուն , անունը	Ծննդյան թիվը	Հասցե	Հիվ. Պատ. №	Տուբ. Գրանց. №	Բուժկազմակերպու թյուն	Ինտենսի վ փուլ	Ընթացիկ հսկում	Պահպանո ղական փուլ	Ախտ. Նախկինում բուժում ստ.	
											<1 ամիս	>1 ամիս
			__/__/__									
			__/__/__									
			__/__/__									
			__/__/__									
			__/__/__									
			__/__/__									
			__/__/__									

			—/—/—								
			—/—/—								
			—/—/—								

Ցանքի և ԴՁԹ-ի պատասխանների գրանցամատյան

էջ Բ

Նմուշի տեսակը	Նմուշի ամսաթիվ	Մանրադիտ. №	Մանրադիտ. արդյունք	Ցանքի արդյունքը	ԴՁՓ արդյունք										
					S	H	R	E	Z	OFL	CAP	ETH	CYC	PAS	AMI/Kn

հետազոտությունների ծախսանյութերի և պարագաների

Բուժկազմակերպություն՝ _____

Հաշվետու ժամանակահատվածը՝ _____

Անվանումը	Չափման միավոր	Մնացորդ եռամսյակի սկզբում	Մուտք եռամսյակի ընթացքում	Ելք եռամսյակի ընթացքում	Մնացորդ եռամսյակի վերջում
Միզանյութ	տուփ				
Միզաթթու	տուփ				
Կրեատինին	տուփ				
Բիլիռուբին	տուփ				
ԱԼՏ (ասպարտատ ամինո տրանսֆերազա)	տուփ				
ԱՍՏ (ասպարտատ ամինո տրանսֆերազա)	տուփ				
Կալիում ռեֆլոտրոն	տուփ				
Լիպազա	տուփ				
Ռեֆլոտրոն սարքի օպիտկական համակարգի ստուգիչ	տուփ				
Գլյուկոզա	տուփ				
Վակուտայներ (արյան հավաքման համար) գելով	հատ				
Վակուտայներ (արյան	հատ				

հավաքման համար) առանց գելի					
Մանրէագերծված ասեղ վակուումային համակարգի	հատ				
Ավտոմատ կաթոցիչի ծայրադիր 100-1000 մկլ	հատ				
Ավտոմատ կաթոցիչի ծայրադիր 2-200 մկլ	հատ				
Բորոսիլիկատե փորձանոթներ	հատ				
Անալիզատորի կյուվետ	հատ				
Թուղթ Ստատ ֆաքսի	գլանափաթե				
Արյան շիճուկ պաթոգեն 5,0	սրվակ				
Արյան շիճուկ նորմալ 5,0	սրվակ				
Կրիոփորձանոթ 2,0 մլ	հատ				
Տրանսվեր կաթոցիչ 3 մլ	հատ				

ԲԴԿ պացիենտների թիվը՝ _____

ՊԴԿ պացիենտների թիվը՝ _____

ՄԴԿ պացիենտների թիվը՝ _____

Կազմեց՝ _____ Տնօրեն՝ _____

/անուն, ազգանուն, ստոր./

Կազմման ամսաթիվ՝ _____ Կ.Տ

36. Պահանջ ներկայացնող կազմակերպության անվանում

«ՏԲ-Ի ԴԵՄ ՊԱՅՔԱՐԻ ԱԶԳԱՅԻՆ ԿԵՆՏՐՈՆ» ՊՈԱԿ-Ի

Տնօրեն՝ _____

ՊԱՀԱՆՋԱԳԻՐ

/կազման ամսաթիվ/

Խնդրում եմ տրամադրել 1-ին շարքի հակատուբերկուլոզային դեղերի հետևյալ քանակություններով:

HRZE	HR	Z	E	E	H	H	R	R	S	Ջուր	Ներարկիչ	RHZ	RH	E
75/150/400/275	75/150	400	100	400	100	300	150	300	1,0	ներ/ հմր	5,0	60/30/150	60/30	100

Կազմեց՝ _____

Տնօրեն՝ _____

/անուն, ազգանուն, ստր./

Կ.Տ

«ՏԱԿ»-ի

դեղագետի

եզրակացություն՝

«ՏԱԿ»-ի կողմից ճշտված և դուրս գրվող քանակներ

HRZE 75/150/400/275	HR 75/150	Z 400	E 100	E 400	H 100	H 300	R 150	R 300	S 1,0	Ջուր ներ/ հմր	Ներարկիչ 5,0	RHZ 60/30/150	RH 60/30	E 100

«ՏԱԿ»-ի դեղագետ՝ _____

/անուն, ազգանուն, ստ./

«ՏԱԿ»-ի ֆթիզիատոր՝ _____

/անուն, ազգանուն, ստ./

/դուրս գրման ամսաթիվ/

Պահանջ ներկայացնող կազմակերպության անվանում _____

«ՏԲ-Ի ԴԵՄ ՊԱՅՔԱՐԻ ԱԶԳԱՅԻՆ ԿԵՆՏՐՈՆ» ՊՈԱԿ-Ի

Տնօրեն՝ _____

ՊԱՀԱՆՋԱԳԻՐ

/կազման ամսաթիվ/

Խնդրում եմ տրամադրել 2-րդ շարքի հակատուբերկուլոզային դեղեր հետևյալ քանակություններով:

	Km	Cm	Lfx	Mfx	Cs	PAS	Pto	Amx/Clv	Cfz	Lzd	Bdq	Dlm	lpm
	1,0	1,0	250	400	250	4	250	875/125	100	600	100	50	500
Օրական ծախս													
Մնացորդ													

կազման օրը													
Պահանջվող քանակ													

Կազմեց՝ _____

Տնօրեն՝ _____

/անուն,ազգանուն, ստր./

Կ.Տ

«ՏԱԿ»-ի

ղեղագետի

Եզրակացություն՝

«ՏԱԿ»-ի կողմից ճշտված և դուրս գրվող քանակներ

Km	Cm	Lfx	Mfx	Cs	PAS	Pto	Amx/Clv	Cfz	Lzd	Bdq	Dlm	Ipm
1,0	1,0	250	400	250	4	250	875/125	100	600	100	50	500

«ՏԱԿ»-ի ղեղագետ՝ _____

/անուն, ազգանուն, ստ./

«ՏԱԿ»-ի ֆթիզիատոր՝ _____

/անուն, ազգանուն, ստ./

/դուրս գրման ամսաթիվ/

Պահանջ ներկայացնող կազմակերպության անվանում _____

«ՏԲ-Ի ԴԵՄ ՊԱՅՔԱՐԻ ԱԶԳԱՅԻՆ ԿԵՆՏՐՈՆ» ՊՈԱԿ-Ի

Տնօրեն՝ _____

ՊԱՀԱՆՋԱԳԻՐ

/կազման ամսաթիվ

Կազմեց՝ _____

Տնօրեն՝ _____

/անուն, ազգանուն, ստր./

Կ.Տ

Խնդրում եմ տրամադրել կողմնակի ազդեցության դեղեր հետևյալ քանակություններով:

	Դեղի անվանում	Չափման միավոր	Պահանջվող	Դուրս գրվող	
--	---------------	---------------	-----------	-------------	--

			քանակ	քանակ	
1.	Ալյումինիումի հիդրօքսիդ 400 մգ/ Մագնեզիումի հիդրօքսիդ 400մգ	Հաբ			
2.	Օմեպրազոլ 20 մգ	Դպճ			
3.	Լինեքս	Դպճ			
4.	Լոպերամիդ 2 մգ	Հաբ			
5.	Ակտիվալաժ ածուխ	Հաբ			
6.	Ռեհիդրոն 18.9գ	Փաթեթ			
7.	Մետոկլոպրամիդ 10 մգ	Հաբ			
8.	Օնդանսետրոն 8 մգ	Հաբ			
9.	Պրոմետազին հիդրոքլորիդ 250մգ	Հաբ			
10.	Պարացետամոլ 500 մգ	Հաբ			
11.	Կո-տրիմօքսազոլ 400մգ/80մգ	Հաբ			
12.	Կարսիլ 22.5մգ	Հաբ			
13.	Վիկասոլ 15 մգ	Հաբ			
14.	Նիստատին 500000 ՄՄ	Հաբ			
15.	Ֆլուկոնազոլ 50մգ	Դպճ			

16.	Ֆլուկոնազոլ 100մգ	Դպճ			
17.	Իբուպրոֆեն 400 մգ	Հաբ			
18.	Դիկլոֆենակ 75մգ/3մլ	Սրվ			
19.	Սալբուտամոլ 100մկգ դեղաչափ, 200դեղաչափ ցողացիր	Շշիկ			
20.	Սալբուտամոլ 4մգ	Հաբ			
21.	Մուլտիվիտամին	Հաբ			
22.	Ֆուրոսեմիդ 40մգ	Հաբ			
23.	Պիրիդոքսին 50մգ	Հաբ			
24.	Պիրիդոքսին 10մգ	Հաբ			
25.					
26.					

«ՏԱԿ»-ի դեղագետ՝ _____

/անուն, ազգանուն, ստ./

«ՏԱԿ»-ի ֆթիզիատոր՝ _____

/անուն, ազգանուն, ստ./

/դուրս գրման ամսաթիվ/

37. Պահանջ

ներկայացնող

կազմակերպության

անվանում

«ՏԲ-Ի ԴԵՄ ՊԱՅՔԱՐԻ ԱԶԳԱՅԻՆ ԿԵՆՏՐՈՆ» ՊՈԱԿ-Ի

Տնօրեն՝ _____

ՊԱՀԱՆՋԱԳԻՐ

_____ /ներկայացման ամսաթիվ/

Խնդրում եմ տրամադրել լաբորատոր ծախսանյութեր և պարագաներ հետևյալ քանակությամբ:

№	Անվանումը	Չափման միավոր	Քանակ
1	Խորխաման (500 հատ) արկղ	հատ	
2	Սլայդ (50 հատ) տուփ	հատ	
3	Ձեռնոցներ (100 հատ) տուփ	հատ	
4	Դիմակ (50 հատ) տուփ	հատ	
5	Սլայդի ունեղի	հատ	
6	Ալմաստե գրիչ	հատ	

7	Սլայդների տուփ	հատ	
8	Լաբորատոր խալաթ՝ միջ.	հատ	
9	Լաբորատոր խալաթ՝ փոքր	հատ	
10	Վիրաբուժական խալաթ	հատ	
11	Միանվագ օգտագործման գլխարկներ	հատ	
12	Բժշկական մասիկ (բախիլա)	հատ	
13	Ձեռնոցի լրակազմ	տուփ	
14	Բամբակ 500գ/ փաթեթ	փաթեթ	
15	Բինտ 100մ/գլանափաթեթ/	փաթեթ	
16	Ախտահանիչ քլորին հաբեր (200 հաբ)	հաբ	
17	Քսուքի փայտիկ (100 հատ)	հատ	
18	Պաստերի օղակ պլաստմասե (10 հատ փաթեթում)	հատ	
19	Պաստերի օղակի բռնակ	հատ	
20	Կաշուն ժապավեն (192 հատ)	հատ	
21	Ձեռքերը ախտահանող լուծույթ 1լ	մլ	
22	Մարկեր՝ հարատև սև	հատ	
23	Պարաֆիլմ, ջրակայուն	գլանափաթեթ	
24	Ձազար	հատ	

25	Կարապի վզով շիշ	հատ	
26	Էթանոլ 1լ	մլ	
27	Թղթե սրբիչ	փաթեթ	
28	Սպիրտայրոց	հատ	
29	Մանրէասպան լամպ	հատ	
30	Մանրէասպան լամպի հենք	հատ	

Լաբորատոր մասնագետ՝ _____

Տնօրեն՝ _____

Կ.Տ

Պահանջ ներկայացնող կազմակերպության անվանում _____

ՊԱՀԱՆՋԱԳԻՐ

«ՏԲ-Ի ԴԵՄ ՊԱՅՔԱՐԻ ԱԶԳԱՅԻՆ ԿԵՆՏՐՈՆ» ՊՈԱԿ-Ի

Տնօրեն՝ _____

/ներկայացման ամսաթիվ/

Խնդրում եմ տրամադրել լաբորատոր ծախսանյութեր հետևյալ քանակությամբ՝

Լաբորատոր ծախսանյութեր	Չափման միավոր	Միավորների քանակը
Ներկող լուծույթ		
Գունազրկող լուծույթ		
Հակադրիչ/կոնտրաստ/ ներկող լուծույթ		
Իմերսիոն յուղ		

Կազմեց՝ _____

Տնօրեն՝ _____

/անուն, ազգանուն, ստր./

Կ.Տ

«ՏԲ-Ի ԴԵՄ ՊԱՅՔԱՐԻ ԱԶԳԱՅԻՆ ԿԵՆՏՐՈՆ» ՊՈԱԿ լաբորատոր ծառայության համակարգման մասնագետի եզրակացություն _____

Կող	Լաբորատոր ծախսանյութեր	Չափման միավոր	Միավորի քանակը
	Էթանոլ	Մլ-0.5	
	Ծծմբաթթու	Մլ-1.25	
	Հիմնային ֆուքսին	Գրամ-0.015	
	Մեթիլեն կապույտ	Գրամ-0.015	
	Ֆենտոլ բյուրեղային	0.25գ	

	Իմերսիոն յուղ	ՄԼ-0.05	
--	---------------	---------	--

«ՏԲ-Ի ԴԵՄ ՊԱՅՔԱՐԻ ԱԶԳԱՅԻՆ ԿԵՆՏՐՈՆ» ՊՈԱԿ լաբորատոր մասնագետ՝ _____

/անուն,

ազգանուն, ստ./

/դուրս գրման ամսաթիվ/

Պահանջ ներկայացնող կազմակերպության անվանում _____

ՊԱՀԱՆՋԱԳԻՐ

«ՔԱՂԱՔԱՅԻՆ ՀԱԿԱՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՈՉԱՅԻՆ ԴԻՍՊԱՆՍԵՐ» ՓԲԸ

Տնօրեն՝ _____

/ներկայացման ամսաթիվ/

Խնդրում եմ տրամադրել լաբորատոր ծախսանյութեր հետևյալ քանակությամբ՝

Լաբորատոր ծախսանյութեր	Չափման միավոր	Միավորների քանակը
Ներկող լուծույթ		
Գունազրկող լուծույթ		
Կոնտրաստ ներկող լուծույթ		
Իմերսիոն յուղ		

Կազմեց՝ _____

Տնօրեն՝ _____

/անուն, ազգանուն, ստր./

Կ.Տ

«ՔԱՂԱՔԱՅԻՆ ՀԱԿԱՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՈՋԱՅԻՆ ԴԻՍՊԱՆՍԵՐ» ՓԲԸ լաբորատոր մասնագետի եզրակացություն _____

Լաբորատոր ծախսանյութեր	Չափման միավոր	Միավորի քանակը
Էթանոլ	Մլ-0.5	
Ծծմբաթթու	Մլ-1.25	
Հիմնային ֆուքսին	Գրամ-0.015	
Մեթիլեն կապույտ	Գրամ-0.015	
Ֆենտոլ բյուրեղային	0.25գ	
Իմերսիոն յուղ	Մլ-0.05	

«ՔԱՂԱՔԱՅԻՆ ՀԱԿԱՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՈՋԱՅԻՆ ԴԻՍՊԱՆՍԵՐ» ՓԲԸ՝ _____

/անուն, ազգանուն, ստ./

/դուրս գրման ամսաթիվ/

ՊԱՀԱՆՋԱԳԻՐ

«ՏԲ-Ի ԴԵՄ ՊԱՅՔԱՐԻ ԱԶԳԱՅԻՆ ԿԵՆՏՐՈՆ» ՊՈԱԿ-Ի

Տնօրեն՝

/ներկայացման ամսաթիվ/

Խնդրում եմ տրամադրել ծախսանյութեր և պարագաներ հետևյալ քանակությամբ:

Անվանումը	Չափման միավոր	Քանակ
Միզանյութ	տոուփ	
Միզաթթու	տոուփ	
Կրեատինին	տոուփ	
Բիլիռուբին	տոուփ	
ԱԼՏ (ասպարտատ ամինո տրանսֆերազա)	տոուփ	
ԱՍՏ (ասպարտատ ամինո տրանսֆերազա)	տոուփ	
Կալիում ռեֆլոտրոն	տոուփ	
Լիպազա	տոուփ	
Ռեֆլոտրոն սարքի օպիտկական համակարգի ստուգիչ	տոուփ	
Գլյուկոզա	տոուփ	
Վակուտայներ (արյան հավաքման համար) գելով	հատ	
Վակուտայներ (արյան հավաքման համար) առանց գելի	հատ	
Մանրէազերծված ասեղ վակուումային համակարգի	հատ	
Ավտոմատ կաթոցիչի ծայրադիր 100-1000 մկլ	հատ	

Ավտոմատ կաթոցիչի ծայրադիր 2-200 մլ	հատ	
Բորոսիլիկատե փորձանոթներ	հատ	
Անալիզատորի կյուվետ	հատ	
Թուղք Ստատ ֆաքսի	գլանափաթեթ	
Արյան շիճուկ պաթոգեն 5,0	սրվակ	
Արյան շիճուկ նորմալ 5,0	սրվակ	
Կրիոփորձանոթ 2,0 մլ	հատ	
Տրանսվեր կաթոցիչ 3 մլ	հատ	

ԲԴԿ պացիենտների թվաքանակը՝ _____

ՊԴԿ պացիենտների թվաքանակը՝ _____

ՄԴԿ պացիենտների թվաքանակը՝ _____

Կազմեց՝ _____

Տնօրեն՝ _____

/անուն, ազգանուն, ստր./

Կ.Տ

39. **Բուժման ռեժիմի փոփոխման/ընդհատման ցուցակ (2 և ավելի օր)**

Հիվանդի Ա.Ա.Հ. _____

Ա. Ընդունվող/դադարեցված դեղեր և փոփոխված դեղաչափեր

Դեղեր	Փոփոխություններ	Ամսաթիվ	Նոր դեղաչափ	Պատճառը (եթե այն	Կողմնակի ազդեցության նկարագրություն
			(Գրեք 0, եթե դադարեցվել է դեղի	հանդիսանում է կողմնակի ազդեցությունը,	

			ընդունումը)	ապա լրացրեք հաջորդ վանդակը)	
	Սկիզբ Դադարեցում Դեղաչափի փոփոխում				
	Սկիզբ Դադարեցում Դեղաչափի փոփոխում				
	Սկիզբ Դադարեցում Դեղաչափի փոփոխում				
	Սկիզբ Դադարեցում Դեղաչափի փոփոխում				
	Սկիզբ (վերսկսում) Դադարեցում Դեղաչափի փոփոխում				
	Սկիզբ (վերսկսում) Դադարեցում Դեղաչափի փոփոխում				
	Սկիզբ (վերսկսում) Դադարեցում Դեղաչափի փոփոխում				
	Սկիզբ (վերսկսում) Դադարեցում Դեղաչափի փոփոխում				

Փոփոխման պատճառները

1=Կողմնակի ազդեցության

համաձայնեցում

2=Բժշկական հակացուցումներ

3=Դեղակայունության մոդել

4=Ինտենսիվ փուլի ավարտ

5=Մ/Զ-ի փոփոխում

6=Նոր առաջարկություն

7=Վերսկսում կողմնակի ազդեցությունից հետո

8=Չեղարկված դեղերի փոխարինում

9=Ստամոքսի հետ կապված խնդիրներ

10=Ընդհանուր ծանր վիճակ

11=Առողջացման վիճակ

12=Դեղերի պակաս

Բ.Բուժումն ընդհատելու ընդհանուր տևողություն

13=Բուժման ռեժիմի հետ

14=Հայտնի չէ

15=DOTS-ից հրաժարված հիվանդ

Ընդհատման ամսաթիվ (ամսաթվեր)	Տևողությունն օրերով	Պատճառը (եթե այն հանդիսանում է կողմնակի ազդեցությունը, ապա լրացրեք հաջորդ վանդակը)	Կողմնակի ազդեցության նկարագրություն
Դադարեցում			
Բուժման վերսկսում			
Դադարեցում			
Բուժման վերսկսում			
Դադարեցում			
Բուժման վերսկսում			
Դադարեցում			
Բուժման վերսկսում			

Բուժումն ընդհատելու ընդհանուր պատճառը

1=Սոցիալական

2=Ընտանեկան

3=Գենդերային խտրականություն

4=Ծրագրի անհաջող վարում

5=Ակոհողիզմ և/կամ թմրամոլություն

6=Կողմնակի ազդեցություն

7=Ընդհանուր ծանր վիճակ

8=Բժշկական այլ պրոբլեմ

9=Հիվանդի հրաժարվելը

10=Հղիություն

11=Պատճառը հայտնի չէ

Կողմնակի ազդեցությունների նկարագրում

1=Հեպատոտոքսիկություն

2=Դեղին մաշկ և աչքեր

3=Նեֆրոտոքսիկություն

4=Լսողության վատացում

5=Տեսողական նևրիտ

6=Ալերգիկ ասթմա

7=Ալերգիկ այտուց (Կվինկեի այտուց և այլն)

8=Հոգեբուժական խնդիրներ (Տոքսիկ փսիխոզ, դեպրեսիա, անհանգստություն, օրսեսիվ կոմպուլսիվ խանգարումներ)

9=Հիպոթիրոիդիզմ

10=Նեյրոպաթիա

11=Գաստրոէնտերիտ

12=Հիպերուրիկեմիա

13=Ալերգիկ ցանավորում

14=Անաֆիլաքսիա

15=Այլ

Լրացնել կրկնօրինակը ԴԿ խորհրդի ընթացքում «Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային կենտրոն» ՊՈԱԿ ներկայացնելու համար

40. Նախկինում ստացած ՏԲ բուժում

--	--	--	--	--	--

Նախկինում հիվանդն ստացել է ՏԲ որևէ բուժում (1 ամսից ավել)	Այո Ոչ
Քանի անգամ է ՏԲ բուժում անցկացվել (>1 ամիս)	
Քանի անգամ է անցկացվել ԴԿ-ՏԲ բուժում (>1 ամսից)	
Կատարվել է արդյոք թոքերի վիրահատություն նախկինում	Այո ամսաթիվ՝ _____ Ոչ տեսակը՝ _____

Բուժման պատմություն

Սկսելու ամսաթիվը	Բուժման ավարտ	Տեսակը DOTS կամ DOTS + կամ այլ, կամ հայտնի չէ	DOTS գրանցման համարը	DOTS ռեժիմ (կատ 1,2), Սխեմա, ԲԴԿ կամ այլ, կամ հայտնի չէ	Բուժման արդյունք 1. Առողջացած 2. Բուժումն ավարտած 3. Ձախողված բուժում 4. Ընդհատված

					բուժում 5. Տեղափոխված 6. Դեռ բուժում է ստանում 7. Հայտնի չէ 8. Անցել է ԲԴԿ-ՏԲ բուժման կետ

Հիվանդն արդյո՞ք ընդունել է նշված դեղերից որևէ մեկը ավելի քան մեկ ամիս ժամանակով

Դեղեր	Այո	Դեղեր	Այո	Դեղեր	Այո
Իզոնիազիդ (H)		Կանամիցին (Km)		Պարասամինոսալիցիլաթթու (PAS)	
Ռիֆամպիցին (R)		Ամիկացին (Am)		Ամօքսիկլավ (Amx/Clv)	
Էթամբուտոլ (E)		Կապրեոմիցին (Cm)		Կլոֆազիմին (Cfz)	
Պիրազինամիդ(Z)		Էթիոնամիդ (Eto)/ Պրոթիոնամիդ (Pto)		Կլարիտրոմիցին (Clr)	
Ստրեպտոմիցին(S)		Ցիկլոսերին (CS)		Թիացետազոն (T)	
Օֆլօքսացին (Ofx)		Ցիպրոֆլօքսացին (Cfx)		Լևոֆլօքսացին (Lfx)	
Մօքսիֆլօքսացին (Mfx)		Այլ (նշել)		Այլ (նշել)	

41.

--	--	--	--	--	--

Ընդունման ամսաթիվը՝ _____

Բուժումն սկսելու ամսաթիվը՝ _____

Էմպիրիկ բուժումից անհատականի անցնելու ամսաթիվը՝ _____

Քսուքի փոխակերպման ամսաթիվը՝ _____

Ցանքի փոխակերպման ամսաթիվը՝ _____

Հոսպիտալացումն ավարտելու ամսաթիվը՝ _____

Ներարկումների ավարտելու ամսաթիվը՝ _____

Բուժումն ավարտելու ամսաթիվը՝ _____

Մահվան ամսաթիվը՝ _____

ԱՐԴՅՈՒՆՔԸ՝ _____

