

Mobile Apps & Web Edition
sanfordguide.com

SANFORD GUIDE[®]



სანფორდის ანთიმეიკრობული თერაპიის სახელმძღვანელო

2015

45-ე გამოცემა

David N. Gilbert, M.D.
Henry F. Chambers, M.D.
George M. Eliopoulos, M.D.
Michael S. Saag, M.D.

Douglas Black, Pharm.D.
David O. Freedman, M.D.
Andrew T. Pavia, M.D.
Brian S. Schwartz, M.D.

სწრაფი სარჩევი

- ← აბრევიატურები, გვ. 3
- ← ანტიმიკრობული თერაპიის პირველადი არჩევანი, გვ. 6
- ← რეკომენდირებული ანტიბაქტერიული აგენტები, გვ. 163
- ← ანტიმიკრობული სპექტრი, გვ. 171
- ← მაღალი რეზისტენტული ბაქტერიები და MRSA, გვ. 182
- ← ფარმაკოლოგიური მახასიათებლები, გვ. 189
- ← ანტიბიოტიკის დოზირება / გვერდითი ეფექტები, გვ. 214
- ← ანტიფუნგური თერაპია, გვ. 254
- ← ანტიმიკობაქტერიული თერაპია, გვ. 290
- ← ანტიპარაზიტული თერაპია, გვ. 319
- ← ანტივირუსული თერაპია, გვ. 348
- ← ანტირეტროვირუსული თერაპია, გვ. 382
- ← ანტიმიკრობული პროფილაქტიკა, გვ. 421
- ← ტრანსპლანტაცია: ოპორტუნიტული ინფექციები, გვ. 442
- ← თირკმლის უკმარისობის კატეგორიები, გვ. 446
- ← წყაროების რესურსები, გვ. 471
- ← პრეპარატის სხვა პრეპარატებთან ურთიერთქმედება , გვ. 473
- ← საერთაშორისო და კომერციული სახელწოდებები, გვ. 489
- ← საძიებელი, გვ. 502

რედაქციისაზრად

ჩვენს მკითხველს,

2015 წლისთვის ჩვენ აღვნიშნავთ „სენფორდის გაიდლაინის – ანტიმიკრობული თერაპია“ 45-ე გამოცემას. სენფორდის გაიდლაინმა დიდი გზა გაწვლი ჯეი სენფორდის 1969 წლის პირველი გამოცემიდან (39 გვერდი) დღემდე.

მადლობას გიხდით თქვენი კომენტარების, მიმოხილვებისა და შეკითხვებისათვის. ჩვენ ვცდილობთ, მოგაწოდოთ ინფექციური დაავადებების მკურნალობის, მართვისა და პრევენციის თანამედროვე, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ვარიანტები. სენფორდის გაიდლაინი ხელმისაწვდომია გლობალური აუდიტორიისათვის, რაც იმას ნიშნავს, რომ თქვენ ჩვენს რეკომენდაციები უნდა განიხილოთ ადგილობრივი რეზისტენტობისა და მგრძნობელობის სურათის, ანტიმიკრობული პრეპარატების ხელმისაწვდომობისა და მათი შემადგენლობის ვარიაციების თუ სხვა ადგილობრივი პირობების გათვალისწინებით, რომლებმაც თქვენს ქვეყანაში თქვენი პაციენტის მკურნალობისას.

45-ე გამოცემაში წარმოდგენილი ახალი მასალა და მნიშვნელოვანი ცვლილებები მოიცავს შემდეგს:

- *HCV მკურნალობა* (ცხრილი 14G): მკურნალობის განახლებული ვარიანტები უახლესი პირდაპირი მოქმედების აგენტების (DAAs) გამოყენებით, უკანასკნელ გაიდლაინებზე დაფუძნებული ინტერფერონის გარეშე თერაპიისათვის. ცვლილებების სწრაფი ტემპის გამო, ჩვენ გთავაზობთ ისარგებლოთ სენფორდის გაიდლაინის ციფრული – განახლებადი ვერსიებით.
- *პარაზიტული დაავადებები* (ცხრილი 13A): პარაზიტული დაავადებების მკურნალობა სრულად განახლდა.
- *ანტირეტროვირუსული თერაპია* (ცხრილი 14): დამატა დღეში ერთი ტაბლეტის ერთჯერადი მიღების რეჟიმები.
- *ანტიბაქტერიული პრეპარატების ინფორმაცია* (ცხრილი 9, ცხრილი 10): ვრცლად განახლდა ფარმაკოლოგიური მონაცემები და გვერდითი მოვლენები.
- *რეზისტენტული ბაქტერია* (ცხრილი 1, 5, 6): განახლდა მოიცავს უახლეს მონაცემებსა და მკურნალობის ვარიანტებს, მათ შორის რეზისტენტული *S. aureus*-ის მკურნალობის ახალ მეთოდებს.
- *ახალი ანტიმიკრობული საშუალებები*: HCV-ის ახალი პრეპარატების გარდა, დამატებულია ახლახან დამტკიცებული ანტიბაქტერიული და სოკოს საწინააღმდეგო პრეპარატები.

ზოგიერთი რეკომენდაცია გთავაზობთ ანტიმიკრობული საშუალებების გამოყენებას ისეთი ჩვენებებითა და დოზებით, რომლებიც განსხვავებულია პროდუქტის ეტიკეტზე მითითებული მონაცემებისაგან. ამგვარი რეკომენდაციები დაფუძნებულია რეცენზირებად ლიტერატურაში გამოქვეყნებულ სტატიებზე; ეს რეკომენდაციები არ ეფუძნება ფარმაცევტული მწარმოებლის მიერ მოწოდებულ მონაცემებს. რეკომენდაციები კეთდება აშშ-ს საკვებისა და წამლის ადმინისტრაციასთან (FDA), „ეტიკეტის გარეშე“ გამოყენების, შეთანხმებით. ასეთი რეკომენდაციებისათვის მითითებულია ლიტერატურული წყაროები და ზოგ შემთხვევაში ანოტირებულია „NAI“ აბრევიატურით, რაც იმას ნიშნავს, რომ ეს რეკომენდაცია არ არის FDA-ის მიერ დამტკიცებული დანიშნულება ან დოზა.

ინგლისურენოვანი გამოცემის რედაქტორები
იანვარი 2015

სენფორდის ბაიდლანი®



**სენფორდის ბაიდლანი
ანთიმუკრობული თერაპია
2015**

45-ე გამოცემა

სანფორდის ბაიდლაინი ანტიმიკრობული თერაპია 2015

45-ე გამოცემა

რედაქტორები

დევიდ ნ. გილბერტი, M.D.

ინფექციური დაავადებების ხელმძღვანელი
პროვიდენს პორტლენდის სამედიცინო ცენტრი,
ორეგონი
ედიცინის პროფესორი, ორეგონის ჯანმრთელობის
მეცნიერების უნივერსიტეტი

ჰენრი ფ. ჩემბერსი, M.D.

მედიცინის პროფესორი
დირექტორი, კლინიკური კვლევების სერვისები
UCSF კლინიკური და ტრანსლაციური მეცნიერებების
ინსტიტუტი
კალიფორნიის უნივერსიტეტი, სან ფრანცისკო

ჯორჯ მ. ელიოპულოსი, M.D.

ხელმძღვანელი, ჯეიმს ლ. ტალის ფორმა,
ბეთ ისრაელი დიაკვანთა ჰოსპიტალი,
მედიცინის პროფესორი,
ჰარვარდის სამედიცინო სკოლა,
ბოსტონი, მასაჩუსეტსი

მაიკლ ს. სააგი, M.D.

დირექტორი, UAB ცენტრი შიდსის კვლევისათვის,
მედიცინის პროფესორი და დირექტორი,
ინფექციურ დაავადებათა განყოფილება,
ალაბამას უნივერსიტეტი, ბირმინგემი

დამხმარე რედაქტორები

დუგლას ბლეკი, Pharm. D.

ფარმაციის ასოცირებული
პროფესორი,
ვამინგტონის უნივერსიტეტი,
სიეტლი

ბრაიან ს. შვარცი, M.D.

მედიცინის ასოცირებული
პროფესორი
კალიფორნიის უნივერსიტეტი
სან ფრანცისკოში

დევიდ ო. ფრიდმენი, M.D.

დირექტორი, მოგზაურთა
ჯანმრთელობის კლინიკა,
მედიცინის პროფესორი,
ალაბამას უნივერსიტეტი,
ბირმინგემი

ენდრიუ ტ. პავია, M.D.

ჯორჯ და ესთერ გროსის საპრეზიდენტო პროფესორი
ხელმძღვანელი, პედიატრიული ინფექციური დაავადებების განყოფილება,
იუტას უნივერსიტეტი, სოლტ ლეიქ სიტი

მთავარი რედაქტორი

ჯეიბი გ. სენფორდი

იძღვნება ხსოვნას

ჯეიბი სენფორდი, M.D.
1928-1996

მარლე ა. სანდე, M.D.
1935-2007

რობერტ ც. მიოლინგ, ჯუნიორი, M.D.
1936-2014

გამომცემელი

კორპორაცია ანტიმიკრობული თერაპია

სენფორდის გაიდლაინები ახლდება ყოველწლიურად და მისი გამომცემელია:

კორპორაცია ანთიმიკრობული თერაპია

საფოსტო ყუთი 276, 11771 ლიის გზატკეცილი,

სპერივილი, ვირჯინია 22740-0276 აშშ

ტელ 540-987-9480 ფაქსი 540-987-9486

ელ. ფოსტა: info@sanfordguide.com

www.sanfordguide.com

სავტორო უფლება © 1969-2015 კორპორაცია ანტიმიკრობული თერაპია

ყველა უფლება დაცულია. კორპორაციის ანტიმიკრობული თერაპია (11771 ლიის გზატკეცილი, საფოსტო ყუთი 276, სპერივილი, ვირჯინია 22740-0276 აშშ) წინასწარი წერილობითი ნებართვის გარეშე, აკრძალულია ამ გამოცემის ნებისმიერი ნაწილის რეპროდუქცია, საძიებო სისტემაში შენახვა ან ნებისმიერი ფორმით – ციფრული, ელექტრონული, მექანიკური, ოპტიკური, ფოტოკოპირებით, ჩანაწერით ან სხვაგვარად – გადაცემა

„სენფორდის გაიდლაინი“ და „ცხელი დაავადებები“ ლოგო წარმოადგენენ ® კორპორაცია ანტიმიკრობული თერაპიის რეგისტრირებულ სავაჭრო ნიშნებს

მადლობას ვუხდით

მადლობა უშუაია სოლუშენს (არგენტინა); ალკომ პრინტინგს (პარლისვილი, პენსილვანია) და ფოქს ბაინდერის (ქვეიქერთაუნი, პენსილვანია) სენფორდის გაიდლაინის ამ გამოცემის დიზაინსა და წარმოებისათვის

შენიშვნა მკითხველს

1969 წლიდან, სენფორდის გაიდლაინი მზადდება და გამოიცემა დამოუკიდებლად. სენფორდის გაიდლაინის შინაარსთან დაკავშირებით გადაწყვეტილებებს ლებულოვნ მხოლოდ რედაქტორებს და გამომცემელი. ჩვენ მივესალმებით სენფორდის გაიდლაინთან დაკავშირებულ შეკითხვებს, კომენტარებსა და შეფასებებს. თქვენი ყველა შეფასება გათვალისწინებული იქნება განახლებულ სენფორდის გაიდლაინში.

ყველა ძალისხმევა ხორციელდება იმისათვის, რათა უზრუნველყოფილ იყოს ამ გაიდლაინის შინაარსის სიზუსტე. თუმცა, ნებისმიერი პრეპარატის დანიშნამდე, აუცილებელია ყველა პრეპარატის შეფუთვაში მოთავსებული დანიშნულების სრული ინფორმაციის გადახედვა. რედაქტორები და გამომცემელი არ აიიან პასუხისმგებელნი შეცდომებსა და გამოტოვებულ მონაცემებთან ან ამ წიგნში მოყვანილი ინფორმაციის გამოყენებასთან დაკავშირებულ შედეგებთან. ამ ინფორმაციის კონკრეტულ სიტუაციაში გამოყენება რჩება პრაქტიკოსის ექიმის პროფესიულ პასუხისმგებლობად.

უახლესი ინფორმაციის მისაღებად, გაიარეთ რეგისტრაცია webedition.sanfordguide.com-ზე ან ჩატვირთეთ სენფორდის გაიდლაინის მობილური ხელსაწყოების აპლიკაცია

შინაარსთან დაკავშირებული შეტყობინებები იხილეთ:

<http://www.sanfordguide.com>

დაბეჭდილია ამერიკის შეერთებულ შტატებში

ISBN 978-1-930808-84-3

ჯიბის გამოცემა (ინგლისური)

წინასიტყვაობა

მაქვს პატივი, საქართველოს სამედიცინო საზოგადოებას გულწრფელად მივულოცო სენფორდის სახელმძღვანელოს „ანტიმიკრობული თერაპია“ 2015 წლის ვერსიის ქართულ ენაზე გამოცემა.

მე-20 საუკუნის მედიცინის ერთ-ერთმა უმნიშვნელოვანესმა მიღწევამ, ანტიბიოტიკო-თერაპიამ, მილიონობით ადამიანის სიცოცხლე იხსნა და ვაქცინაციასთან ერთად ხელი შეუწყო ადამიანის სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის მნიშვნელოვან მატებას.

46 წელი გავიდა ჯეი სენფორდის მიერ სახელმძღვანელოს „ანტიმიკრობული თერაპია“ პირველი გამოცემიდან. აღნიშნული სახელმძღვანელო, რომლის განახლებაც ხდება ყოველწლიურად, თითქმის ნახევარი საუკუნის მანძილზე სამაგიდო წიგნად იქცა სხვადასხვა სპეციალობის ამერიკელი ექიმებისთვის.

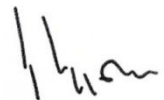
უკანასკნელი ათწლეულების მანძილზე ანტიბიოტიკების არამიზნობრივმა და შეუზღუდავმა გამოყენებამ გამოიწვია ანტიმიკრობული რეზისტენტობის სტაბილური ზრდა და რეზისტენტული შტამების გლობალური გავრცელება.

ამჟამად, როცა ანტიმიკრობული რეზისტენტობა გლობალური ჯანდაცვის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი გამოწვევაა, განსაკუთრებულ აქტუალობას იძენს ანტიბიოტიკების მიზნობრივი და რაციონალური გამოყენება, რომელიც ეხება არა მხოლოდ პრაქტიკოს ექიმებს, რომლებიც ანტიბიოტიკებით მკურნალობის კურსს ნიშნავენ, არამედ ჯანდაცვის პოლიტიკის განმსაზღვრელებსა და პაციენტებს, რომლებიც ანტიბიოტიკებს მოიხმარენ.

ეს გახლავთ ქართულ ენაზე გამოცემული პირველი სრულფასოვანი სახელმძღვანელო ანტიბიოტიკების რაციონალური გამოყენების შესახებ, რომელიც განკუთვნილია ყველა სპეციალობის ექიმის, რეზიდენტისა და სამედიცინო პროფილის სტუდენტისათვის. მასში წარმოდგენილია მტკიცებულებებზე დაფუძნებული, ანტიმიკრობული თერაპიის თანამედროვე ხედვა.

მსურს, მაღლობა გადავუხადო სახელმძღვანელოს თარგმანზე მომუშავე ჯგუფსა და სენფორდის სახელმძღვანელოს გამომცემლობას „კორპორაცია ანტიმიკრობული თერაპია“.

იმედია, სახელმძღვანელო დაეხმარება პრაქტიკოს ექიმებს სწორად შეარჩიონ და გამოიყენონ ანტიმიკრობული საშუალებანი, რაც ერთი მხრივ, გააუმჯობესებს პაციენტების მკურნალობის ხარისხს, მეორე მხრივ, კი სამედიცინო დაწესებულებებში ინფექციების კონტროლის თანამედროვე პრინციპების დანერგვასთან ერთად, შეამცირებს ანტიმიკრობულ რეზისტენტობას.



დავით სერგენკო

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი

სენფორდის სახელმძღვანელოს „ანტიმიკრობული თერაპია“ ქართულ ენაზე გამოცემის ლიცენზიის მოპოვების, ქართულ ენაზე თარგმნისა და გამოცემის საერთო კოორდინირება განახორციელა დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ-მა ცენტრმა გენერალური დირექტორის **ამირან გამყრელიძის** ხელმძღვანელობით

თარგმანი და რედაქტირება

მაია ლომთაძე	მედიცინის დოქტორი, ექიმი-ინფექციონისტი, ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრი
თამარ დავითაშვილი	ექიმი-ინფექციონისტი, ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრი
გიორგი ჩახუნაშვილი	მედიცინის დოქტორი, სპეციალისტი, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
დავით წერეთელი	მედიცინის დოქტორი, მთავარი სპეციალისტი, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

კონსულტანტები

პაატა იშნაძე	მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი, გენერალური დირექტორის მოადგილე სამეცნიერო დარგში, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
გურამ კაციტაძე	მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
მალვინა ჯავახაძე	მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი. სეფსისის და ინფექციურ პათოლოგიათა კლინიკა
გიორგი კანდელაკი	ექიმი-ინფექციონისტი, კლინიკა „მედიქლაბ ჯორჯია“

დოზირება

ზელა შუკაკიძე	პროგრამისტი, ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრი
----------------------	---

რადგან აღნიშნული სახელმძღვანელო არის ქართულ ენაზე პირველად გამოცემული სენფორდის გაიდლაინი, ამიტომ დაზღვეული არ არის ხარვეზებისაგან, ტერმინოლოგიური თვალსაზრისით. მოხარული ვიქნებით, თუ თქვენს შენიშვნებსა და წინადადებებს გამოგვიგზავნით შემდეგ მისამართზე

ელ. ფოსტა: ncdc@ncdc.ge

სანფორდის სახელმძღვანელოს სწრაფი სარჩევი

ჩამოთვლილი მკურნალობა-სხვადასხვა მდგომარეობათათვის:

ორგანოთა სისტემის მიხედვით:	
შაბდ პერიტონიტი	6 – 163 467
მიკროორგანიზმის მიხედვით:	
ბაქტერია	164 – 166
მაღალი რეზისტენტობის ბაქტერია	183
საზოგადოებაში შექმნილი MRSA	185
სოკო	255 – 280
მიკოპლაზმები	291 – 312
პარაზიტები	321 – 341
არა-აივ ვირუსები	350 – 370
აივ/შიდსი	384 – 405
გრძივი	366 – 368
მკურნალობის ხანგრძლივობა	170

ანტიმიკრობული პროფილაქსია:

ორსულობა/მშობიარობა	423
სკლენექტომიის შემდგომი	423
სქესობრივი ექსპოზიცია	425
ნამგლისებრი უჯრედების დაავადება	425
ქირურგიული	425
ენდოკარდიტი	434
აივ/HBV/HCV-ის მიმართ ექსპოზიცია	436
ტრანსპლანტირებული პაციენტები	444

იზონიაზიდები:

ანტი-ტუბერკულოზი	472
ცოფთან ექსპოზიციის შემდგომი	473

ანტიმიკრობული პრეპარატები:

	სპექტრი	გვერდითი მოვლენები	დოზირება/ გვერდითი მოვლენები
ანტიბიოტიკები	172 – 181	215–241	247 248
ამინოგლიკოზიდები-დლიური ერთჯერადი დოზირება			251
დესენსიზილიზაცია (Pen, TMP-SMX, ceftriaxone)			187
ინჰალაციური ანტიბიოტიკები			253
რისკის კატეგორიები ორსულობისას		189	282 – 287
ანტიფუნგური პრეპარატები	289		314 – 320
ანტიმიკოზობაქტერიული პრეპარატები			343 – 349
ანტიპარაზიტული პრეპარატები			373 – 380
ანტივირუსული პრეპარატები (არა აივ)			407 – 415
ანტირეტროვირუსული პრეპარატები			

დოზის რეგულირება:

თირკმლის	448 – 464
ღვიძლის	467
სიმსუქნე	466

ინფორმაცია მედიკამენტის შესახებ:

ფარმაკოლოგიური მახასიათებლები	192
ფარმაკოდინამიკა	209
პრეპარატის პრეპარატთან ურთიერთქმედება	475– 484 (484 ანტირეტროვირუსული პრეპარატები)
პრეპარატების საერთაშორისო/სავაჭრო სახელწოდებები	493

სხვადასახე:

აბრევიატურები	
პარაზიტები, რომლებიც იწვევენ ეოზინოფილიას	3
ანტიპარაზიტული პრეპარატები: წყაროები	349
წყაროების ჩამონათვალი	349
	475

სარჩევი

აბრევიატურები		3
მხრილი	1 დაწყებითი ანტიმიკრობული თერაპიის შერჩევის კლინიკური მიდგომა	6
მხრილი	2 შერჩეული ბაქტერიების წინააღმდეგ რეკომენდირებული ანტიმიკრობული აგენტები	164
მხრილი	3 ანტიბიოტიკური თერაპიის შემოთავაზებული ხანგრძლივობა იმუნოკომპეტენტურ პაციენტებში	170
მხრილი	4 ანტიბაქტერიული სპექტრის შედარება	172
მხრილი	5A მულტირეზისტენტული გრამ-დადებითი ბაქტერიებით გამოწვეული სისტემური ინფექციების მკურნალობის ვარიანტები	183
	5B შერჩეული მულტირეზისტენტული გრამ-უარყოფითი ბაქტერიებით გამოწვეული სისტემური ინფექციის მკურნალობის ვარიანტები	184
მხრილი	6 საექვო ან კულტურა-დადებითი საზოგადოებაში შეძენილი MRSA ინფექციების შემოთავაზებული მართვა	185
მხრილი	7 პრეპარატის დესენსიზილიზაციის მეთოდები	187
მხრილი	8 ორსულეზში ანტიმიკრობული პრეპარატების რისკის კატეგორიები	189
მხრილი	9A ანტიმიკრობული აგენტების შერჩეული ფარმაკოლოგიური მახასიათებლები	190
	9B ანტიბაქტერიული პრეპარატების ფარმაკოდინამიკა	210
	9C ანტიმიკრობული პრეპარატების ურთიერთქმედება ენზიმებისა და ტრანსპორტერების საშუალებით	211
მხრილი	10A ანტიბიოტიკის დოზირება და გვერდითი ეფექტები	215
	10B შერჩეული ანტიბაქტერიული აგენტები – გვერდითი ეფექტები – მიმოხილვა	243
	10C ფოტოსენსიტიზირებასთან ასოცირებული ანტიმიკრობული აგენტები	247
	10D ამინოგლიკოზიდების დღეში ერთხელ და მრავალჯერადი დოზირების რეჟიმები	248
	10E შერჩეული ზეტა ლაქტამების გახანგრძლივებული ან უწყვეტი ინფუზია	251
	10F ინჰალაციური ანტიბიოტიკები	253
მხრილი	11A სოკოვანი ინფექციების მკურნალობა – არჩევითი ანტიმიკრობული საშუალებები	255
	11B ანტიფუნგური მედიკამენტები: დოზირება, გვერდითი მოვლენები, კომენტარები	282
	11C განკურნებადი პათოგენური სოკოს წინააღმდეგ შემოთავაზებული ანტიფუნგური მედიკამენტების მოკლე შეჯამება	289
მხრილი	12A მიკოპლაქტერიული ინფექციების მკურნალობა	291
	12B ანტიმიკრობული მედიკამენტების დოზირება და გვერდითი მოვლენები	314
მხრილი	13A პარაზიტული ინფექციების მკურნალობა	321
	13B ანტიპარაზიტული პრეპარატების დოზირება და შერჩეული გვერდითი მოვლენები	343
	13C ეოზინოფილიის (ეოზინოფილია მოგზაურებში) გამომწვევი პარაზიტები	349
	13D ძნელად მოსამიზელი ანტიპარაზიტული მედიკამენტების წყაროები	349
მხრილი	14A ანტივირუსული მკურნალობა (არა-აივ)	350
	14B ანტივირუსული პრეპარატები (არა აივ)	373
	14C მკურნალობას დაქვემდებარებული პათოგენური ვირუსების საწინააღმდეგოდ შემოთავაზებული ანტივირუსული აგენტების მოკლე შეჯამება	383
	14D ანტირეტროვირუსული თერაპია (ART) არანამკურნალბ მოზრდილებში (აივ/მიდსი)	384

	14E	ანტირეტროვირუსული მედიკამენტები და გვერდითი მოვლენები.(აივ/შიდსი)	407
	14F	A და B ჰეპატიტის მკურნალობა	418
	14G	HCV-ის მკურნალობის რეკომენდები და მკურნალობის შედეგები	420
სხრილი	15A	შერჩეული ბაქტერიული ინფექციების ანტიმიკრობული პროფილაქტიკა	423
	15B	ქირურგიული ინფექციების ანტიბიოტიკური პროფილაქტიკა მოზრდილებში	427
	15C	ანტიმიკრობული პროფილაქტიკა ბაქტერიული ენდოკარდიტის პრევენციისათვის გულის პათოლოგიის მქონე პაციენტებში	434
	15D	აივ-1 და B და C ჰეპატიტის მიმართ ექსპოზიციის მართვა	436
სხრილი	16	შერჩეული ოპორტუნისტული ინფექციების პრევენცია თირკმლის ნორმალური ფუნქციის მქონე მოზრდილებში, რომელთაც ჩატარდათ ადამიანის ჰემოპოეზური უჯრედების (HCT) ან ორგანოების ტრანსპლანტაცია (SOT)	444
სხრილი	17A	ანტიმიკრობული პრეპარატების დოზირება თირკმლის უკმარისობის მქონე ზრდასრულ პაციენტებში	448
	17B	თირკმლის უკმარისობის კატეგორიები, დოზირების რეგულირების გარეშე	466
	17C	ანტიმიკრობული პრეპარატების დოზირება ჭარბი წონის მქონე პაციენტებში	467
სხრილი	18	ანტიმიკრობული პრეპარატები და ღვიძლის დაავადება: დოზირების რეგულირება	469
სხრილი	19	მოზრდილებში უაბდ-ის პერიტონიტის მკურნალობა	470
სხრილი	20A	ანტიტეტანური პროფილაქტიკა, ჭრილობის კლასიფიკაცია, იმუნიზაცია	472
	20B	ცოფის ექსპოზიციის შემდგომი პროფილაქტიკა	473
სხრილი	21	შერჩეული წყაროების ცნობარი	475
სხრილი	22A	ინფექციის საწინააღმდეგო პრეპარატის სხვა პრეპარატებთან ურთიერთქმედება	477
	22B	პრეპარატების ურთიერთქმედება არანუკლეოზიდური უკუტრანსკრიპტაზას ინჰიბიტორებსა (NNRTIs) და პროტეაზა ინჰიბიტორებს შორის	492
სხრილი	23	საერთაშორისო და ძირითადი კომერციული სახელწოდებების ჩამონათვალი	493
		ძირითადი საძიებელი სიტყვების სარჩევი	497



აბრევიატურები

3TC = ლამივუდინი

AB, % = აბსორბციის პროცენტულობა

ABC = აბაკავირი

ABCD = ამფოტერიცინ B კოლოიდური დისპერსია

ABLC = ამფო B ლიპიდური კომპლექსი

AD = დიალიზის შემდგომ

ADF = ადეფოვირი

AG = ამინოგლიკოზიდი

AIDS = შეძენილი იმუნური დეფიციტის სინდრომი

AM-CL = ამოქსიაზური ცილინ-კლავულანატი

AM-CL-ER = ამოქსიცილინ-კლავულანატის გახანგრძლივებული გამოთავისუფლება

AMK = ამიკაცინი

Amox = ამოქსიცილინი

AMP = ამპიცილინი

Ampho B = ამფოტერიცინ B

AM-SB = ამპიცილინ-სულბაქტამი

AP = ატოვაცუნ პროფუანილი

AP Pen = ანტიფსევდომონური პენიცილინები

APAG = ანტიფსევდომონური ამინოგლიკოზიდი (ტობრა, გენტა, ამიკაცინი)

ARDS = მწვავე რესპირაციული დისტრეს სინდრომი

ARF = მწვავე რემატული ცხელება

ASA = ასპირინი

ATS = ამერიკის თორაკალური

საზოგადოება

ATV = ატაზანავირი

AUC = მრუდის ქვედა არე

Azithro = აზითრომიცინი

bid = ორჯერ დღეში

BL/BLI = ბეტა-ლაქტამ/ბეტა-ლაქტამაზას ინჰიბიტორი

BSA = სხეულის ზედაპირის არე

BW = სხეულის მასა

C&S = კულტურა და მგრძნობელობა

CAPD = უწყვეტი ამბულატორიული პერიტონეალური დიალიზი

CARB = კარბაპენემი (DORI, ERTA, IMP, MER)

CDC = დაავადებათა კონტროლის ცენტრები

Cefpodox = ცეფპოდოქსიმ პროქსეტილი

Ceftaz = ცეფტაზიდიმი

Ceph = ცეფალოსპორინი

CFB = ცეფტოზიპროლი

CFP = ცეფეპიმი

Chloro = ქლორამფენიკოლი

CIP = ციპროფლოქსაცინი; **CIP-ER** = ციპროფლოქსაცინის გახანგრძლივებული გამოთავისუფლება

Clarithro = კლარიტრომიცინი; **ER** = გახანგრძლივებული გამოთავისუფლება

Clav = კლავულანატი

Clinda = კლინდამიცინი

CLO = კლოფაზიმი

Clot = კლოტრიმასოლი

CMV = ციტომეგალოვირუსი

CQ = ქლოროქინ ფოსფატი

Cobi = კობიციკსატი

CrCl = კრეატინინის კლირენსი

CrCln = სხეულის ზედაპირული

არისათვის (BSA) ნორმალიზირებული CrCl

CRRT = თირკმლის უწყვეტი

ჩანაცვლებითი თერაპია

CSD = კატის ნაკაწრის დაავადება

CSF = თავ-ზურგ-ტვინის სითხე

CXR = გულმკერდის რენტგენი

d4T = სტავდინი

Dapto = დაპტომიცინი

DBPCT = ორმაგი ბრმა პლაცებო - კონტროლირებული კვლევა

dc = შეწყვეტა

ddC = ზალციტაბინი

ddl = დიდანოზინი

DIC = დისემინირებული

ინტრავასკულარული კოაგულაცია

div. = გაყოფილი

DLV = დელავირდინი

Dori = დორიპენემი

DOT = უშუალო ობსერვაციული თერაპია

DOT group = *B. distansis*, *B. ovatus*, *B. thetaiotaomicron*

Doxy = დოქსიციკლინი

DR = შეყვანებული გამოთავისუფლება

DRSP = რეზისტენტული *S. Pneumoniae*

DS = ორმაგი სიმტკიცე
EBV = ებშტეინ–ბარის ვირუსი
EES = ერთთომიგინ ეთილ სუქცინატი
EFZ = ეფავირენზი
ELV = ელვითერგრავერი
EMB= ეთამბუტოლი
ENT = ენტეკავირი
ER = გახარნგრძლივებული
 გამოთავისუფლება
ERTA = ერტაპენემი
Erythro = ერთთომიგინი
ESBLs = ფართო სპექტრის ბეტა–
 ლაქტამაზა
ESR = ერთთოვითის დაღეჟვის სიჩქარე
ESRD = ბოლო სტადიის თირკმლის
 დაავადება
Flu = ფლუკონაზოლი
Flucyt = ფლუციტოზინი
FOS-APV = ფოსამპრენავირი
FQ = ფტორქინოლონი
FTC = ემტრიციტაბინი
G = გენეროული
GAS = A ჯგუფის სტრეპტოკოკი
Gati =გატიფლოქსაცინი
GC = გონორეა
Gemi = გემიფლოქსაცინი
Gent = გენტამიკინი
gm = გრამი
GNB = გრამ–უარყოფითი ბაცილა
Griseo = გრიზოფლუვინი
HEMO = ჰემოდიალიზი
HHV = ადამიანის ჰერპეს ვირუსი
HIV = ადამიანის იმუნოდეფიციტის
 ვირუსი

HLR = მაღალი ხარისხის რეზისტენტობა
H/O = –ის ისტორია
HSCT = ჰემოპოეზური ღეროვანი
 უჯრედების გადანერგვა
HSV = მარტივი ჰერპესის ვირუსი
IA = საინექციო ნივთიერება/შემუშების
 საწინააღმდეგო პრეპარატები
IDV = ინდინავირი
IFN = ინტერფერონი
IM= ინტრამუსკულარული
IMP = იმიპენემ–ცილასტატინი
INH = იზონიაზიდი
Inv = გამოკვლევადი
IP = ინტრაპერიტონეალური
IT = ინტრათეკალური
Itra = ინტრაკონაზოლი
IV= ინტრავენური
IVDU = ინტრავენური ინარკოტიკის
 მომხმარებელი
IVIG = ინტრავენური იმუნოგლობულინი
Keto = კეტოკონაზოლი
kg= კილოგრამი
LAB = ლიპოსომური ამფოტერიცინ B
LCM = ლიმფოციტური ქორიომენინგიტის
 ვირუსი
LCR = ლიგაზას ჯაჭვური რეაქცია
Levo = ლევოფლოქსაცინი
LP/R = ლოპინავირი/რიტონავირი
Mc(ან µg) = მიკროგრამი
MDR = მრავალ პრეპარატზე
 რეზისტენტული
MER = მეროპენემი
Metro = მეტრონიდაზოლი
mg = მილიგრამი

Mino = მინოციკლინი
mL= მილილიტრი
Moxi = მოქსიფლოქსაცინი
MQ = მეფლოქინი
MSSA/MRSA = მეტაცილინ–მგრძნობიარე
 / რეზისტენტული *S. Aureus*
MTB= ტუბერკულოზური მიკობაქტერია
NB = ბრენდის სახელწოდება
NF = ნიტროფურანტონი
NAI = წამლის სააგენტოს მიერ
 დაუდასტურებული (ჩვენება ან
 დოზირება)
NFR= ნელფინავირი
NNRTI = არა ნუკლეოზიდური
 უკუტრანსკრიპტაზას ინჰიბიტორი
NRTI = ნუკლეოზიდური
 უკუტრანსკრიპტაზას ინჰიბიტორი
NSAIDs = არასტეროიდული
NUS = არ არის ხელმისაწვდომი აშშ–ში
NVP = ნევირაპინი
O Ceph 1, 2, 3 = ორალური
 ცეფალოსპორინები
Oflox = ოფლოქსაცინი
P Ceph 1, 2, 3, 4 = პარენტერული
 ცეფალოსპორინები
P Ceph 3 AP = ანტიფსევდომონური
 აქტიუბის მქონე პარენტერული
 ცეფალოსპორინები
PCR = პოლიმერაზული ჯაჭვური რეაქცია
PEP = ექსპოზიციის შემდგომი
 პროფილაქტიკა
PI = პროტეაზას ინჰიბიტორი
PIP = პიპერაცილინი
PIP-TZ = პიპერაცილინ–ტაზოზაქტამი

po = პერ ოს (ორალურად)
PQ = პრიმაქვინი
PRCT = რანდომიზირებული
 პროსპექტული კონტროლირებადი
 ცდები
PTLD = გადანერგვის შემდგომი
 ლიმფოპროლიფერაციული დაავადება
Pts = პაციენტები
Pyri = პირიმეტამინი
PZA = პირაზინამიდი
qid = 4-ჯერ დღეში
QS = ქინინის სულფატი
Quinu-dalfo = **Q-D** = ქინუპრისტინ-
 დალფოპრისტინი
q[x]h = ყოველ [x] საათში, მაგ. ყოველ 8
 საათში
R = რეზისტენტული
RFB = რიფამპტინი
RFP = რიფაპენტინი
Rick = რიკეტსია
RIF = რიფამპინი

RSV = რესპირატორულ სინციტიალური
 ვირუსი
RTI = რესპირატორული ტრაქტის
 ინფექცია
RTV = რიტონავირი
rx = მკურნალობა
SA = *Staph. aureus*
SD = ერთი დოზის შემდეგ პრეპარატის
 დონე შრატში
Sens = სენსიტიური (მგრძნობიარე)
SM = სტრეპტომიცინი
SQV = საქვინავირი
SS = შრატში მდგრადი დონე
STD = სქესობრივი გზით გადამდები
 დაავადება
subcut = კანქვეშა
Sulb = სულბაქტამი
Sx = სიმპტომები
Tazo = ტაზოზაქტამი
Tbc = ტუბერკულოზი
TC-CI = ტიკარცილინ-კლავულანატი
TDF = ტენოფოვირი

TEE = ტრანსეზოფაგური
 ექოკარდიოგრაფია
Teico = ტეიკოპლანინი
Telithro = ტელითრომიცინი
Tetra = ტეტრაციკლინი
Ticar = ტიკარცილინი
tid = 3-ჯერ დღეში
TMP-SMX = ტრიმეთოპრიმ-
 სულფამეტოქსაზოლი
TNF = სიმსივნის ნეკროზის ფაქტორი
Tobra = ტობრამიცინი
TPV = ტიპრანავირი
TST = ტუბერკულინის კანის ტესტი
UTI = საშარდე გზების ინფექცია
Vanco = ვანკომიცინი
VISA = ვანკომიცინზე საშუალო
 რეზისტენტობის *S. aureus*
VL = ვირუსული დატვირთვა
Vori = ვორიკონაზოლი
VZV = ვარიცელა-ზოსტერ ვირუსი
ZDV = ზიდოვუდინი

ხსარი 1 - დაფუძნებული ანთმომკარგული თერაპიის ზეგავლენის კლინიკური მიმოხილვა

მკურნალობა ინფექციის ტიპის ან საფრთხილო კერის მიხედვით. შერჩეულ მაგალითებში პათოგენის იდენტიფიცირებაზე დამყარებული მკურნალობა და პროფილაქტიკა. რეკომენდებული ხელახლა უნდა გადახედოს იზოლირებული პათოგენის, ანტიბიოტიკების მგრძნობელობის და ინფიცირების ინდივიდუალური მახასიათებლების გათვალისწინებით

ანთმომკარგული ან/და ანთმომკარგული ფარმაცეუტიკული ბაზისი	ეტიოლოგია (თავით)	მომთმამხმამი რეჟიმი*		დახმამხმამი დამხმამი ფარმაცეუტიკული ან თერაპიული ფარმაცეუტიკული და კომბინირებული
		ძირითადი	ალტერნატიული	
მუცლის ღრუ: იხილეთ პერიტონეუმი, გვერდი 110; ნაღვლის ზუღში, გვერდი 36; მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადებები, გვერდი 66.				
ძვარი: ოსტეომიელიტი. აუცილებელია მიკრობიოლოგიური დიაგნოსტიკა. თუ სისხლის კულტურა უარყოფითია, საჭიროა ძვლის ნიმუშის კულტივაცია. სინუსური ტრაქტიდან დრენირებული ნიმუშის კულტურა არ არის ძვლის კულტურის ანალოგი. მიმოხილვა: Ln 364:369, 2004. ანტიბიოტიკის ძვალში პენეტრაციის შესახებ ამომწურავი მიმოხილვისთვის, იხილეთ Clinical Pharmacokinetics 48:89, 2009.				
პეპტოგენური ოსტეომიელიტი				
ემპირიული თერაპია – აიღეთ ძვლისა და სისხლის ნიმუშები ემპირიული თერაპიის დაწყებამდე.				
ახალშობილი (<4 თვის)	<i>S. aureus</i> , გრამ- უარყოფითი ბაქტე- რიები, <i>B. ჯგუფის</i> სტრეპტოკოკი, <i>Kingella</i> <i>Kingae</i> ბაქტერიები	შესაძლებელია MRSA: Vanco+(Ceftaz ან CFP)	საეჭვო MRSA: (Nafcillin ან oxacillin) + (Seftaz ან CFP)	მიმოხილვა ან ტოქსიურობა: (Linezolid^{NAI} 10 მგ/კგ IV/po q8h + aztreonam).
ბავშვები (>4 თვე) - მოზრდილები: კიდურების ოსტეომიელიტი (NEJM 370:352, 2014)	<i>S. aureus</i> , <i>A. ჯგუფის</i> სტრეპტ. გრამ-უარყო- ფითი ბაქტერიები იშვითად, <i>Kingella</i> <i>Kingae</i> ბაქტერიები	შესაძლებელია MRSA: Vanco 40 მგ/კგ/დღე გაყოფ. q6h გრამ-უარყოფითი პასუხის შემთხვევაში დაამატეთ Ceftaz ან CFP. მოზრდილების დოზირებები იხ. ქვემოთ.	საეჭვო MRSA: (Nafcillin ან oxacillin) 150 მგ/კგ/დღე გაყოფ. q6h (მაქს. 12 მგ)	მიმოხილვა ან ტოქსიურობა: Clinda ან TMP-SMX ან linezolid^{NAI} . მოზრდილებში: ceftaz 2 გრ IV q8h, CFP 2 გრ IV q12h. <i>პრეპარატების გვერდითი მოვლენებისთვის იხილეთ ცხრილი 10B.</i>
მოზრდილები (>21 წელი): ხერხემლის ოსტეომიელიტი ± ეპიდურული აბსცესი; სხვა არეები აუცილებელია სისხლისა და ძვლის ნიმუშების კულტივაცია	<i>S. aureus</i> ყველაზე ხშირია, თუმცა სხვადა- სხვა მიკროორგა- ნიზმებიც გვხვდება. თურქეთში: <i>Bruceella</i> და <i>M.Tbc</i> ხშირია	შესაძლებელია MRSA: Vanco 15-20 მგ/კგ IV q 8-12h, უმცირესი კონცენტრა- ციით 15-20 მგ/მლ, + (Ceftriaxone 2 გრ q24h ან Levo 750 მგ q24h)	საეჭვო MRSA: Nafcillin ან oxacillin 2 გრ IV q4h+ (Ceftriaxone 2 გრ q24h ან CFP 2 გრ q8h ან Levo 750მგ q24h)	დიაგნოსტიკა: ეპიდურული აბსცესის აღმოსაჩენად საჭიროა ადრეული მრტ კვლევა. ხერხემლის ამომწურავი მიმოხილვისათვის იხილეთ <i>NEJM 362:11, 2010</i> როცა შესაძლებელია, ემპირიული თერაპია უნდა დაინიშნოს კულტურების აღების შემდეგ.

ანთონიერი ან/და/თანაბრო/ზოთი/ფიქრებადი ბარემოებები	ფიქრობი (თვალთ)	მედიკამენტი რეკომენდებული		დახედავ დინამიკის/მედიკამენტი ან მედიკამენტი ღირებულებები და კომენტარები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
სპეციფიკური თერაპია - ცნობილია კულტურა და in vitro მგრძნობელობა	MSSA	Nafcillin ან oxacillin 2 გრ IV q4h ან cefazolin 2 გრ IV q8h	Vanco 15-30 მგ/კგ IV q8-12h (უმცირესი ეფექტური კონცენტრაცია 15-20 მგ/მლ) ან Dapto 6 მგ/კგ q24h ± RIF 300-450 მგ po/IV bid	სხვა შემთხვევებში თუ არის In vitro მგრძნობელობის მონაცემები და ალერგია/ტოქსიურობის პრობლემები: 1) TMP-SMX 8-10 მგ/კგ/დღეში div q8h + RIF 300-450 bid (AAC 53:2672, 2009); 2) [(CIP 750 მგ po bid ან Levo 750 მგ po q24h) + RIF 300 მგ po bid]; 3) Linezolid ასევე იყენებენ ოპტიკურ და პერიფერიულ ნეიროპათიასთან ხანგრძლივი ხმარების დროს; 4) ფლეზიდინის მგაცა ^{ნუს} 500 მგ IV q8h + RIF 300 მგ po bid. (CID 42:394, 2006). Ceftriaxone 2 გრ IV q24 (CID 54:585, 2012); Daptomycin 6 მგ/კგ IV q24h (ზოგი გვირგვინი 8-10 მგ/კგ დოზას)
პემოგლიზინთან:	MRSA - იხ. ცხრილი 6, გვერდი 185; IDSA Guidelines CID 52:e18-55, 2011; CID 52:285-92, 2011	Vanco 15-30 მგ/კგ IV q8-12h (შრატის უმცირესი ეფექტური კონცენტრაცია 15-20 მგ/მლ) ± RIF 300-450 მგ bid	Linezolid 600 მგ q12h IV/po ± RIF 300 მგ po/IV bid ან Dapto 6 მგ/კგ q24h IV RIF ± 300-450 მგ po/IV bid	
ნამგლისებრ უჯრედოვანი ანემია/თალასემია	Salmonella; სხვა გრამ-უარყოფითი ბაცილები	CIP 400 მგ IV q12h ან 750 მგ PO bid	Levo 750 მგ IV q24h	თალასემია: ტრანსფუზია და რკინის ხელატიზაციის რისკ ფაქტორები. Salmonella spp.-ს შორის ფტოქინოლონების მიმართ მგრძნობელობის ხარისხის შემცირებისა და სხვა გრამ-უარყოფითი ბაცილების მიმართ რეზისტენტობის ზრდის გამო, მგრძნობელობის ტესტის შედეგებამდე, ვამატებთ მეორე აგენტსაც (მაგ., მე-3 თაობის ცეფალოსპორინი)

* **გამომთავაზებალი დოკუმენტები** არის მოზრდილებისათვის (თუ სხვაგვარად არ არის ნაშეკნები), რომელთაც აქვთ კლინიკურად მიმე (ზმირად სიცოცხლისათვის საშიში) ინფექციები. ასევე, დობრება მოცეულია თიგეშის ნორმალური ფუნქციონირების და არ ღვიძლის მიმე დაზიანების შემთხვევებისათვის. **ბელმარნაშიშვილი** თიარაჰის მოიცავს შემდეგ საკითხებს: ალერგია, ფარმაკოლოგია/ფარმაკოკინეტიკა, შეთავსებადობა, ღირებულება, ადგილობრივი პრაქტიკენტობის პროფილი.

ხსარი 1 (2)

ანამორფიკი პრეპარატი/ მოდიფიცირებადი ნარკოტიკი	თიოლოგი (თავალი)	ფართოვებული რეჟიმი*		დახმარა დიაგნოსტიკური ან თერაპიული ლინქები/და კონსულტაციები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
ძვალის (გაგრძელება)				
პოსტტრავმული ოსტეომიელიტი ვასკულარული უცმარისობის გარეშე				
ემპირიული თერაპია: კულტივაცია!				
ფეხის ოსტეომიელიტი ფრეზილის ჩაზრდის გამო	P. aeruginosa	CIP 750 მგ po bid ან Levo 750 მგ po q24h	Ceftaz 2 გრ IV q8h ან CFP 2 გრ IV q8h	იხილეთ კანონი ფრეზილის ჩაზრდა, გვერდი 135. უცხო სხეულის მოსაშორებლად აუცილებელია ქირურგიული ჩარევა.
გრძელი ძვალი, მოტეხილობის შიდა ფიქსაციის შემდეგ	S. aureus, გრამ-უარყ. ბაცილები P. aeruginosa	Vanco 15-20 მგ/კგ IV q8-12h (შრატის უმცირესი ეფექტური კონცენტრაცია 15-20 მგ/მლ)+ [ceftaz ან CFP]. იხილეთ კომენტარი	Linezolid 600 მგ IV/po bid ^{NAI} + (ceftaz ან CFP). იხილეთ კომენტარი	ხშირად აუცილებელია შეერთების შემდეგ ირადიაციის მისაღწევად აპარატის მოცილება. შესაძლებელია, რეგულაციური/ბაზილია გაზდეს საჭირო. მოცემული რეჟიმები ემპირიულია. შეცვალეთ ამოთვლის პასუხის შემდეგ. თუ გრამ-უარყოფითი ბაცილები მგრძნობიარეა, CIP 750 მგ po bid ან Levo 750 მგ po q24h. S. aureus-ის მკურნალობის სხვა ვარიანტებისათვის იხილეთ: Hem. Osteo. Specific Therapy, გვერდი 6.
ყმის ოსტეონეკროზი	სავარაუდოდ, ბისფოსფონატების იშვიათი გვერდითი რეაქცია	ძვლის ნეკროზისა და ზედაპირული ლორწოვანის დაზიანების გამო, შესაძლებელია, ინფექციის მეორეადი განვითარება. მკურნალობა: მინიმალური ქირურგიული ჩარევა, ქლორპექსიდინით დამუშავება, ანტიბიოტიკები (მაგ. PIP-TZ). NEJM 355:2278, 2006. გამოვიკვლიეთ თანმხლები პეტინომიკოზი, რომლის სამკურნალოდაც სამკურნალოდაც საჭირო იქნება სპეციფიკური ხანგრძლივი ანტიბიოტიკოთერაპია (CID 49:1729, 2009).		
სახსრის პროთეზი	იხილეთ სახსრის პროთეზი გვერდი 74			
საინალური იმპლანტის ინფექცია	S. aureus, კოაგ-უარყ. სტაფილოკოკი, გრამ-უარყოფითი ბაქტერიები	განვითარდა 30 დღეში: კულტივაცია, მკურნალობა 3 თვის განმავლობაში (CID 55:1481, 2012).	განვითარდა 30 დღის შემდეგ: იმპლანტის ამოღება, კულტივაცია და მკურნალობა	იხილეთ CID 55:1481, 2012
მკერდის ძვალი, ოპერაციის შემდგომ	S. aureus, S. epidermidis, იშვიათად გრამ-უარყოფითი ბაქტერიები	მძიმე ინფექციების დროს Vanco 15-20 მგ/კგ IV q8-12h (შრატის უმცირესი ეფექტური კონცენტრაცია 15-20 მგ/მლ)	Linezolid 600 მგ po/IV ^{NAI} bid	კულტივაციისათვის და ნეკროზული ძვლის მოსაშორებლად საჭიროა მკერდის ძვლის ქირურგიული დამუშავება. S. aureus-ის შემთხვევაში იხილეთ ჰემატოგენური ოსტეომიელიტის მკურნალობა მე-6 გვერდზე. თუ გარემოებათა გამო ან გრამის წესით შეუძლებელია სავარაუდოა გრამ-უარყოფითი ბაცილების არსებობა, ადგილობრივი

ანატომიური არამ/დინამიკური/ მოდელირებადი ბარამოვები	ეტიოლოგია (თავად)	ხელოვნური/ბუნებრივი რეაქცია*		დახმარება დინამიკური/ანატომიური/ მოდელირებადი ბარამოვების
		ძირითადი	ალტერნატიული	
				ანტიბიოტიკული მგრძნობელობის გათვალისწინებით დაამატეთ შესაბამისი პრეპარატი (მაგ. CFP, plp-tazo).
პოსტტრავმული ოსტეომიელიტი პაციენტთა უმეტესობას აქვს დიაბეტი პერიფერიული ნეიროპათიითა და კანის ინფიცირებული წყლულებით (იხილეთ დიაბეტური ტერფი, გვერდი 33)	ვასკულარული უკმარისობით პოლიმიკრობული [გრამ + კოკი (MRSA–ს ჩათვლით) (აერობული და ანაერობული) და გრამ–უარყოფითი ბაქტერიები (აერობული და ანაერობული)]	ზედაპირული წყლული დამუშავდეს ქირურგიულად და ძვალი გაიზავნოს ჰისტოლოგიური და ბაქტერიოლოგიური კვლევისათვის. შეარჩიეთ ანტიბიოტიკი კულტივირების შედეგის მიხედვით და უმკურნალოთ 6 კვირის განმავლობაში. ემპირიული თერაპია არ ჩატარეთ, თუ არ არის მწვავე პროცესი. თუ დაავადება მწვავეა, იხილეთ შემთავაზებული მკურნალობები, დიაბეტური ტერფი, გვერდი 33 თუ შესაძლებელია, ჩატარეთ რევასკულარიზაცია.	ოსტეომიელიტის დიაგნოსტიკა: ძვლის ბიოფსიური მასალის კულტივაცია (ოქროს სტანდარტი). წყლულის ნაცხისა და ძვლის კულტურებს შორის შეუსაბამობის შემთხვევაში – უპირატესობა ენიჭება ძვალს (<i>CID 42:57, 63, 2006</i>). პუნქციით აღებულ მასალასთან შედარებით ბიოფსია უფრო საიმედოა (<i>CID 48:888, 2009</i>). ოსტეომიელიტი დასაშვებია, თუ წყლულის ზომა > 2 სმ², ძვლის სიჩქე დადებითია, ESR >70 და პათოლოგიური რენტგენის სურათი (<i>JAMA 299:806, 2008</i>) მკურნალობა: (1) თუ შესაძლებელია, რევასკულარიზაცია; (2) ძვლის კულტურა; (3) სპეციფიური ანტიბიოტიკული თერაპია. მიმოხილვები: <i>BMJ 339:b4905, 2006; Plast Reconstr Surg 117:2125, 2006</i>.	
ქრონიკული ოსტეომიელიტი: სპეციფიური თერაპია განმარტებით იგულისხმება მკვდარი ძვლის არსებობა. საჭიროა ვალიდური კულტურები	<i>S. aureus, Enterobacteriaceae, P. aeruginosa</i>	ემპირიული მკურნალობა არ არის ნაჩვენები. სისტემური მკურნალობა ეფუძნება კულტივაციისა და მგრძნობელობის ტესტების შედეგებს. ქრონიკული ოსტეომიელიტის გამწვავების შემთხვევაში მკურნალობა იგივეა, რაც მწვავე ჰემატოგენური ოსტეომიელიტის დროს. მნიშვნელოვანია ქირურგიული დამუშავება.	მნიშვნელოვანი დამხმარე მანიპულაციები: ორთოპედული მასალების მოშორება, ქირურგიული დამუშავება; ვასკულარიზირებული კუნთის გადანერგვა, ოსტეოგენეზის დისტრაქცია (ილიზაროვი). ანტიბიოტიკებით გაფლნითილი იმპლანტი და ჟანგბადის ჰიპერბარიული ოქსიგენაცია. შენიშვნა: RIF + (vanco ან β-lactam) ეფექტურია ცხოველებზე და <i>S. aureus</i> ქრონიკული ოსტეომიელიტის კლინიკური გამოცდებისას. თუმცა რიფამპინის შემცველი რეგიმების წვლილი ამ სქემაში არ არის ნათელი (<i>AAC 53:2672, 2009</i>).	

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* **შენიშვნა:** ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილობათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ღირებულებას.

ცხრილი 1 (3)

ანამორფიკი პარამეტრი/ფორმირებადი გარემოება	ფიოლოგია (თველო)	გამოთვლილი რეზილენცია*		დაზნავე დანარჩენი პარამეტრი ან თერაპიული ღონისძიება და კომპონენტი
		ძირითადი	ალტერნატიული	
გულმკერდი: მასტიტი – კულტივაცია; აუცილებელია MRSA–ს არსებობის შესახებ ცოდნა. განმარტების მიმოხილვა: მკერდის ინფექციების მიმოხილვა: <i>BMJ 342:d396 2011</i> . მშობიარობის შემდგომი მასტიტი (<i>Cochrane მიმოხილვა: Cochrane Database Syst Rev 2013 Feb 28; 2:Cdoo5458; CID 54:71, 2012</i>)	მასტიტი ასცესის გარეშე ----- მასტიტი ასცესით	არა MRSA: ამზღუდვითი პაციენტები: Dicloxacillin 500 მგ po qid ან cephalixin 500 მგ po qid. ჰოსპიტალიზირებულ პაციენტები: Nafcillin/oxacillin 2 გრ IV q4h	შესაძლებელია MRSA: ამზღუდვითი პაციენტები: TMP-SMX-DS 1–2 ტაბლეტი po bid ან, მგრძნობელობის შემთხვევაში, clinda 300 მგ po qid ჰოსპიტალიზირებულ პაციენტები: Vanco 1 გრ IV q12h; თუ პაციენტის წონა > 100 კგ, 1.5 გრ IV q12h	თუ ასცესი არ არის, კვების ↑ სიხშირემ შესაძლებელია დააჩქაროს ორგანიზმის პასუხი; ----- მტკიცებელი ასცესის სტანდარტული გახსნა და დრენირება: ცნობილია, რომ ნემსით ასპირაცია არის წარმატებული. განახლები დაავადებული მკერდიდან კვებამზინვე, როგორც კი ტკივილი მოიხსნება. (<i>Breastfeed Med 9:239, 2014</i>)
არამელოგინეთა მასტიტი ასცესით	<i>S. aureus</i> ; ნაკლებად ბაქტერიოდები, peptostreptococcus, და კოაგულაზა–უარყოფითი სტაფილოკოკი	იხილეთ მშობიარობის შემდგომი მასტიტის რეჟიმები, გვერდი 10.		მოწვევა და დიაგნოზი, შესაძლებელია, იყოს რისკ ფაქტორი (<i>BMJ 342:d396, 2011</i>). თუ აღინიშნება სუბ-არეოლარული და სუნთქვის, მაშინ უმეტესად საქმე გვაქვს ანაერობებთან; უნდა დაამატო metro 500 მგ IV/po tid. თუ სუბარეოლარული არ არის, საქმე გვაქვს სტაფილოკოკთან. მკურნალობის დაწყებამდე აუცილებელია აერობები/ანაერობების კულტივაცია. ასცესის შემთხვევაში აუცილებელია ქირურგიული დრენირება. <i>Corynebacterium spp.</i> ასოცირებული ქრონიკულ გრანულომატოზურ მასტიტთან (<i>CID 35:1434, 2002; CID 59:410, 2014</i>).
მკერდის იმპლანტის ინფექცია	მწვავე: <i>S. aureus</i> , <i>S. pyogenes</i> . ტოქსური შოკის სინდრომი. ქრონიკული: მოიძიეთ სწრაფად მზარდი მიკობაქტერია.	მწვავე: Vanco 1 გრ IV q12h; 1.5 გრ q12h იმ შემთხვევაში თუ პაციენტის წონა აჭარბებს 100 კგ-ს.	ქრონიკული: დაელოდეთ კულტივაციის შედეგებს. <i>მიკობაქტერიის მკურნალობისთვის იხილეთ ცხრილი 12A.</i>	<i>Lancet Infect Dis 5:94, 462, 2005</i> . ხშირია კოაგულაზა–უარყოფითი სტაფილოკოკი (<i>Aesthetic Plastic Surg 31:325, 2007</i>).

ანამორფიკი არა/დიაგნოზი/ მოდოფორმირებადი ბაქტერიები	ამიოლოგია (თვალის)	გამოთვალადი რაოდენობა*		დაზნაზა დიაგნოზიკური ან თერაპიული ღონისძიებები და კომენტარები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
მენორალური ნერვული სისტემა				
ტენის ასტეცის				
ძირითადი ან მომეიუნავე წყარო 51 პაციენტში, 30 დადებითი სტანდარტული კულტივაციით; მოლეკულური დიაგნოსტიკის გამოყენებით დაფიქსირდა 80 ბაქტერიული ტაქსონომიური ერთეული და ზევთან პოლიმიკრობები (CID 54:202, 2012). მიმოხილვა:NEJM 371:447, 2014. მსუბუქი ინფექცია: NEJM 371:150,2014.	Streptococci (60-70%), bacteroides (20-40%), Enterobacteriaceae (25-44%), S. aureus (10-15%) S. anginosus-ის ჯგუფი. იშვიათია: ნოქარდია (ქვემოთ), ლისტერია. იხ. S. aureus კომენტარები	P Ceph 3 [(cefotaxime 2 გრ IV q4h ან ceftriaxone 2 გრ IV q12h) + (metro 7.5 მგ/კგ q6h ან 15 მგ/კგ q12h)] ----- მკურნალობის ხანგრძლივობა არ არის დაზუსტებული; უმკურნალები ნეიროგამოსახულებების (კტ/მრტ) გაუმჯობესების მიხედვით	Pen G 3-4 მილიონი ერთეული IV q4h + metro 7.5 მგ/კგ q6h ან 15 მგ/კგ q12h ----- მკურნალობის ხანგრძლივობა არ არის დაზუსტებული; უმკურნალები ნეიროგამოსახულებების (კტ/მრტ) გაუმჯობესების მიხედვით	თუ კტ სკანირებაზე სავარაუდოა ცერებრიტი ან <2.5 სმ ასტეცისები, ხოლო პაციენტი ნევროლოგიურად სტაბილურია და ცნობიერება არ აქვს დაკარგული, დაიწყეთ ანტიბიოტიკებით მკურნალობა და დააკვირდით. თუ სისხლის კულტივაციით და სხვა კლინიკური მონაცემებით შესაფერისი ეტიოლოგიური აგენტი არ იქნება ნაწახი, დიაგნოსტიკისათვის აიღეთ თუნდაც მცირე ზომის ასტეცის ასპირატი, თუ უსაფრთხოების დაცვა შესაძლებელია. კარგია Pen G (HD) + metro-ს გამოყენების გამოცდილება ცეფტრიასონის ან ნაფიცილინ/ ოქსაცილინის გარეშე. ჩვენ ვიყენებთ ცეფტრიასონს Enterobacteriaceae-ს იზოლაციის სისხლის გამო. S. aureus სისხლის დადებითი კულტურის გარეშე იშვიათია; S. aureus-ის შემთხვევაში, მგრძნობელობის გაგებაზე გამოიყენეთ vanco. Ceph/metro არ ფარავს ლისტერიას.
ქირურგიული ჩარევის, ტრავმის შემდგომი. მიმოხილვა: NEJM 371:447, 2014	S. aureus, Enterobacteriaceae	MSSA: (Nafcillin ან oxacillin) 2 გრ IV q4h + (ceftriaxone ან cefotaxime	MRSA: Vanco 15-20 მგ/კგ IV q8-12h შრატში კონცენტრაციით 15-20 მგ/მლ (ceftriaxone ან cefotaxime)	ემპირიული გადაფარვა, შემდეგ კულტივაციის შედეგის მიხედვით დეესკალაცია. ასტეცის ასპირაცია ძირითადად აუცილებელია დიაგნოსტიკისა და მკურნალობისათვის. P. aeruginosa-ზე ეჭვის შემთხვევაში, Ceftriaxone ან Cefotaxime შეცვალეთ Cefepime-ით ან Ceftazidime-ით
აივ-1 ინფიცირებული (შიდსი)	Toxoplasma gondii	იხილეთ ცხრილი 13A, გვერდი 321		

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* **შენიშვნა**: ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალურგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ლიზებულებას.

ხსარი 1 (4)

ანამორფიკი პრაქტიკული/თეორიული/კლინიკური/ბაზილიკური	ფიზიოლოგიკური/თავის	ფართოვებული რეჟიმი*		დახმარება დიაგნოსტიკური ან თერაპიული ლაბორატორიის და კონსულტაციის
		ძირითადი	ალტერნატიული	
მენინგოკოკული ინფექციის სინდრომი/ტვინის ასეცის (გაგრძელება)				
ნოტა: ჰემატოგენური ასეცის	N. farcinica, N. asteroides და N. brasiliensis სხვა გამოწვევებისათვის იხ. AAC 58:795, 2014	TMP-SMX: TMP 15 მგ/კგ/დღეში და SMX 75 მგ/კგ/დღეში, IV/po div 2-4 დოზა + Imipenem 500 მგ q6h IV. თუ პროცესში ჩართულია სხვადასხვა ორგანო, დაუმატეთ amikacin 7.5 მგ/კგ q12h. IV თერაპიიდან 3-6 კვირის შემდეგ, გადადით po თერაპიაზე. იმუნოკომპეტენტური პაციენტები: TMP-SMX, minocycline ან AM-CL x 3+ თვეები. იმუნოკომპრომიზებული პაციენტები: უმკურნალო 2 პრეპარატით 1 წლის განმავლობაში მაინც.	Linezolid 600 მგ IV ან po q12h + meropenem 2 გრ q8h	გაზომეთ სულფონამიდის პიკური დონე: დონის მიღებიდან 2 საათში უნდა იყოს 100-150 მგ/მლ. Linezolid 600 po bid შეტყობინებულია, რომ არის ეფექტური (Ann. Pharmacother 41:1694, 2007). In vitro მგრძნობელობის ტესტირებისათვის: Wallace (+1) 903-877-7680 ან აშშ-ს CDC-ს (+1) 404-639-3158. TMP-SMX-ის მიმართ in vitro რეზისტენტობა შესაძლებელია იზრდებოდეს (Clin Infect Dis 51:1445, 2010), მაგრამ დაკავშირებულია თუ არა ეს უარეს გამოსავალთან, უცნობია. TMP-SMX რჩება ცნს-ის ნოკარდიული ინფექციის არჩევით პრეპარატად. სულფონამიდის რეზისტენტობის ან მის მიმართ ალერგიულობის შემთხვევაში, დანიშნეთ amikacin პლუს ერთ-ერთი: IMP, MER, ceftriaxone ან cefotaxime . N. farcinica რეზისტენტულია მესამე თაობის ცეფალოსპორინების მიმართ, რომელიც ამ მიკროორგანიზმებით გამოწვეული ინფექციების დროს სამკურნალოდ არ უნდა გამოვიყენოთ.
სუბდურული ემპიემა: მოზრდილთა 60-90%-ში სინუსიტის ან შუა ოტიტის გათვალისწინებით. მკურნალობა იგივეა, რაც ტვინის ასეცის დროს. გადაუდებელი ქირურგიული ჩარევა: საჭიროა დრენირება. მიმოხილვა - LnlD 7:62, 2007.				
ენცეფალიტი/ენცეფალოპათია IDSA Guideline: CID 47:303, 2008. (ჰერპესისათვის, იხილეთ ცხრილი 14A, გვერდი 350 და ცოფისათვის - ცხრილი 20B, გვერდი 473)	H. simplex (42%), VZV (15%), M. TB (15%), Listeria (10%) (CID 49:1838, 2009). სხვა: არბოვირუსი, დასავლეთ ნილოსი, ცოფი, ლაიზის დაავადება, Parvo B19, კატის ნაკარის დაავადება, მიკოპლაზმა, EBV, და	დაიწყეთ IV acyclovir H. simplex -ის CSF PCR შედეგების მიღებამდე. ამებური ენცეფალიტისათვის იხილეთ ცხრილი 13A. დაიწყეთ Doxy , თუ გარემოებით ნაგარადდება R. rickettsii, Anaplasma, Ehrlichia, Mycoplasma.		ყველა ეტიოლოგიის მიმოხილვა LnlD 10:835, 2010. Anti-NMDAR (N-Methyl-D-Aspartate Receptor) ენცეფალიტი (Ann Neural 75-317, 2014), აუტოიმუნური ენცეფალიტი არის უფრო ხშირი, ვიდრე ინდივიდუალური ვირუსული ეტიოლოგია, რაც წარმოადგენს კალიფორნიის ენცეფალიტის პროექტის კოპორტას შედეგს (CID 54:899, 2012). კლინიკური მიმოხილვა: Chest 145:1143, 2014.

ანამორფიკი არა/დიაგნოზი/ ხომადიფიჩიკაბადი ბარემოვებები	აბიოლოგია (თავალუ)	გემოთავაზებულ რამენები*		დახმარე დიაგნოსტიკური ან თერაპიული ლორისიკებები და კომენტარები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
	სხვა.			
მენინგიტი, „ასეპტიური“: პლეოციტოზი 100-მდე უჯრედი, CSF გლუკოზა ნორმალური, ბაქტერიული კულტურა უარყოფითი (იხილეთ ცხრილი 14A, გვერდი 350). Ref: CID 47:783, 2008.	ენტეროვირუსები, HSV-2, LCM, HIV, სხვა ვირუსები, პრეპარატები [(NSAIDs, metronidazole, carbamazepine, lamotrigine, TMP-SMX, IVIg, (მაგ: detuximab, infliximab)] იშვიათად ლეპტოსპიროზი	ყველასათვის ლეპტოსპიროზის გარდა, IV სითხეები და ტკივილგამაყუჩებლები. შეწყვიტეთ პრეპარატების გამოყენება, რომლებიც შესაძლებელია იყოს ეტიოტროპული. ლეპტოსპიროზისათვის (doxy 100 მგ IV/po q12h) ან (Pen G 5 მილიონი ერთეული IV q6h) ან (AMP 0.5-1 გრ IV q6h). გაიმეორეთ LP, თუ ექვია ნაწილობრივად ნამკურნალე ბაქტერიულ მენინგიტზე. Acyclovir 5-10 მგ/კგ IV q8h ზოგჯერ ინიშნება HSV-2 მენინგიტის გამო (მენინგენა: განსხვავებით HSV ენცეფალიტისაგან, სადაც ადრეული მკურნალობა სავალდებულოა).	თუ ხელმისაწვდომია, გაკეთდეს CSF-ის PCR ენტეროვირუსებზე. HSV-2 იშვიათია თანმხლები გენიტალური ჰერპესის გარეშე. ლეპტოსპიროზისათვის: დადებითი ეპიდემიოლოგიური ანაზნები და თანმხლები ჰეპატიტი, კონიუქტივიტი, დერმატიტი, ნეფრიტი. პრეპარატების ჩამონათვალი: <i>Inf Med 24:331, 2008.</i>	

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* **შენიშვნა:** ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის
ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალურგიას, ფარმაკოკინეტიკას,
შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ლირებულებას.

ანამორფოზი ან/და/დიაგნოზი/ მოდიფიცირებადი გარემოებები	პათოლოგია თვალუ	შემოთავაზებული რაქოები*		დასხვავი დიაგნოზი/პათოლოგია ან თერაპიული ლორწოვანი და კონსერვაციული
		ძირითადი	ალტერნატიული	
ასაკი: >50 წელი ან ალკოჰოლიზმი ან დაუძლურებასთან ასოცირებული სხვა დაავადებები ან დაქვეითებული უჯრედული იმუნიტეტი	S. pneumoniae, ლისტერია, გრამ- უარყოფითი ბაცილები. შესამწვევია მენინგოკოკის არარსებობა.	(AMP 2 გრ IV q4h) + (ceftriaxone 2 გრ IV q12h ან cefotaxime 2 გრ IV q4- 6h) + vanco + IV dexamethasone Vanco დოზირებისათვის იხილეთ ¹ ჩანაწერი. Dexamethasone დოზა: 0.15 მგ/კგ IV q6h x 2-4 დღე; პირველი დოზა ანტიბიოტიკის პირველ დოზამდე ან მასთან ერთად.	MER 2 გრ IV q8h + vanco + IV dexamethasone. მწვავე ალერგიის შემთხვევაში იხ. კომენტარი.	ზეტა-ლაქტამის მიმართ მძიმე ალერგიის მქონე პაციენტებისათვის შესაბამისი პათოგენების ალტერნატიული საშუალებებით გადამდგომისათვის იხილეთ ქვემოთ (ემპირიული თერაპია – გრამ- დადებითი მტარი და სპეციფიკური თერაპია) .
პოსტნეოროტიკული ვენტრიკულოსტომა/ ლუმბალური კათეტერი; ვენტრიკულ- პერიტონეალური (წინაგულვანი) შუნტი, ან პენეტრირებული ტრავმა თავის ქალას ფუძის მოტეხილობის გარეშე	S. epidermidis, S. aureus, P. acnes. ფაკულტატიური და აერობული გრამ- უარყოფითი ბაცილები, მათ შორის: P. aeruginosa და A. baumannii (შესაძლებელია იყოს რეზისტენტული მრავალი პრეპარატის მიმართ)	Vanco 15 მგ/კგ IV q8h (რათაშრატის უმცირესი ეფექტური კონცენტრაცია იყოს 15- 20 მგ/მლ) + (Cefepime ან Cefaz 2 გრ IV q8h)	Vanco 15 მგ/კგ IV q8h (რათაშრატის უმცირესი ეფექტური კონცენტრაცია იყოს 15- 20 მგ/მლ) + (MER 2 გრ IV q8h)	- მოაცილეთ ინფიცირებული შუნტი და ჩადეთ გარეთა ვენტრიკულური კათეტერი წნევის კონტროლისა და დრენირებისათვის. - თუ შუნტის ამოღება არ შეუძლია ან სისტემური თერაპიით ვერ ვალწევთ მიკრობისაგან გათვისუფლებას, მივმართოთ ინტრავენტრიკულურ თერაპიას. ინტრავენტრიკულური თერაპიის ლოგიკა: ცერებროსპინურ სითხეში გამოშვებილი ბაქტერიის კონცენტრაციის შეფარდება მინიმალურ მინიპიზირებელ კონცენტრაციასთან (MIC) უნდა იყოს 10-20. გამოიყენეთ მხოლოდ პრეპარატი კონსერვაციის გარეშე. პრეპარატის შეცვანის შემდეგ 1 საათით დახურეთ კათეტერი. პოტენციური ტოქსიურობის შესახებ იხილეთ CMR 23:858, 2010. - თუ დაავადება სისტემურია: სისტემური თერაპია + კულტურის მიღებისთანავე პათოგენისადმი

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* შენიშვნა: ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის
ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას
შეთავსებლობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ლიბრებულებას.

სხრილი 1 (მ)

ანამორფიკი პრეპარატი/მოდერნიზირებული პრეპარატი	ეტიოლოგია (თავალი)	შემოთავაზებული რეჟიმები*		დაზნადა დინამოსთიკური ან თერაპიული ღონისძიებები და კონტრამედი
		ძირითადი	ალტერნატიული/	
ცენტრალური ნერვული სისტემა/მენინგიტი, ბაქტერიული, შუავე (გავრძელება)				
ემბრიული თერაპია - CSF გრამის წესით შეღებვა დადებითი გრამ-დადებითი დიპლოკოკი	S. pneumonia	(ceftriaxone 2 გრ IV q12h ან cefotaxime 2 გრ IV q4-6h) + vanco 15 მგ/კგ IV q8h (რათა მიღწეულ იქნას შრატის უმცირესი ეფექტური კონცენტრაცია 15-20 მგ/მლ) + დროული dexamethasone 0.15 მგ/კგ IV q6h x 2-4 დღე.	ალტერნატიული საშუალებები: MER 2 გრ IV q8h ან Moxi 400 მგ IV q24h. Dexamethasone არ ბლოკავს CSF-ში vanco-ს პენეტრაციას (CID 44:240, 2007).	
გრამ-უარყოფითი დიპლოკოკი	N. meningitides	(Cefotaxime 2 გრ IV q4-6h ან ceftriaxone 2 გრ IV q12h)	ალტერნატიული საშუალებები: Pen G 4 მლ ერთეული IV q4h ან AMP 2 გრ q4h ან Moxi 400 მგ IV q24h ან chloro 1 გრ IV q6h.	
გრამ-დადებითი ბაცილები ან კოკობაცილები	Listeria monocytogenes	AMP 2 გრ IV q4h ± gentamicin 2 მგ/კგ IV დაცირთვის დოზა, შემდეგ 1.7 მგ/კგ IV q8h	თუ აღინიშნება pen ალერგია, გამოიყენეთ TMP-SMX 5 მგ/კგ q6-8h ან MER 2 გრ IV q8h	
გრამ-უარყოფითი ბაცილები	H. influenza, coliforms, P. aeruginosa	(Ceftazidime ან cefepime 2 გრ IV q8h) ± gentamicin 2 მგ/კგ IV პირველი დოზა, შემდეგ 1.7 მგ/კგ IV q8h (იხილეთ კომენტარი)	ალტერნატიული საშუალებები: CIP 400 მგ IV q8-12h; MER 2 გრ IV q8h; Aztreonam 2 გრ IV q6-8h. გადამწვითი ზეტა-ლაქტამურზე ან CIP-ზე Gentamicin-ის ინტრავენური დამატება იმ შემთხვევაში, თუ გრამის წესით შეღებვის შემდეგ და კლინიკური გარემოებები მიუთითებს P. Aeruginosa-ზე ან რეზისტენტულ კოლიფორმებზე.	
სპეციფიკური თერაპია - CSF-ის დადებითი კულტურა, in vitro მგრძნობელობის შედეგების ხელმისაწვდომობით. საყურადღებო კალას შიდა წნევის მონიტორინგი/შემცირება: CID 38:384, 2004				
H. influenza	დადებითი ზეტა-ლაქტამაზა	Ceftriaxone 2 გრ IV q12h (მოზრდილებში), 50 მგ/კგ IV q12h (პედიატრიული ასაკის ბავშვებში)	Pen/ალერგია: Chloro 12.5 მგ/კგ IV q6h (მაქს. 4 გრ დღეში); CIP 400 მგ IV q8-12h; Aztreonam 2 გრ IV q6-8h.	

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* **შენიშვნა:** ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ღირებულებას.

ანამორფიკი არა/დინამორფი/ მოდოფორმირებადი ბაქტერიები	ამიოლოგია თავადი	გამოთვალადი რაოდენობა		დასაბარე დიაგნოსტიკური ან თერაპიული ღონისძიებები და პრევენციები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
Listeria monocytogenes (CID 43:1233, 2006)		AMP 2 გრ IV q4h ± gentamicin 2 მგ/კგ IV დაცვირების დოზა, შემდეგ 1.7 მგ/კგ IV q8h		Pen/ალტერგია: TMP-SMX 20 მგ/კგ დღეში div q6-12h. ალტერნატიული საშუალებები: MER 2 გრ IV q8h. ცნობილია ტვინის აბსცესზე თანდართული მენინგიტის AMP-ით მკურნალობის შემდეგ linezolid + RIF-ის წარმატებით გამოყენება (CID 40:907, 2005).
N. meningitidis	Pen MIC 0.1-1 მგ/მლ	Ceftriaxone 2 გრ IV q12h x 7 დღე (იხილეთ კომენტარი); ზეტალაქტამურზე ალერგიულობის შემთხვევაში, chloro 12.5 მგ/კგ (1 გრ-მდე) IV q6h		იმვითად კულტივირდება chloro-რეზისტენტული. გვხვდება FQ-რეზისტენტული. ალტერნატიული საშუალებები: MER 2 გრ IV q8h ან Moxi 400 მგ IV q24h.
S. pneumoniae შინიშინები: 1. იგულისხმება დეკამეტაზონი პირველი დოზის წინ და x 4 დღე. 2. თუ MIC ≥1, გაიმეორეთ CSF კვლევა 24-48 სთ შემდეგ. 3. უმკურნალოთ 10-14 დღე	Pen G MIC <0.1 მგ/მლ	Pen G 4 მილიონი ერთეული IV q4h ან AMP 2 გრ IV q4h		ალტერნატიული საშუალებები: Ceftriaxone 2 გრ IV q12h, chloro 1 გრ IV q6h
	0.1-1 მგ/მლ	Ceftriaxone 2 გრ IV q12h ან cefotaxime 2 გრ IV q4-6h		ალტერნატიული საშუალებები: Cefepime 2 გრ IV q8h ან MER 2 გრ IV q8h
	≥2 მგ/მლ	Vanco 15 მგ/კგ IV q8h (შრატის უმცირესი ეფექტური კონცენტრაცია 15-20 მგ/მლ) + (ceftriaxone ან cefotaxime ზემოთ მოყვანილი დოზებით)		ალტერნატიული საშუალება: Moxi 400 მგ IV q24h
	Ceftriaxone MIC ≥1 მგ/მლ	Vanco 15 მგ/კგ IV q8h შრატის უმცირესი ეფექტური კონცენტრაცია 15-20 მგ/მლ) + (ceftriaxone ან cefotaxime ზემოთ მოყვანილი დოზებით)		ალტერნატიული საშუალებები: Moxi 400 მგ IV q24h თუ ceftriaxone MIC >2 მგ/მლ, vanco + (ceftriaxone ან cefotaxime) დაუმატეთ RIF 600 მგ po/IV 1 x დღეში
E. coli, სხვა კოლიფორმები, ან P. aeruginosa	რეკომენდებულია კონსულტაცია - აუცილებელია მგრძნობელობის შედეგები	(Ceftazidime ან cefepime 2 გრ IV q8h) ± gentamicin		ალტერნატიული საშუალებები: CIP 400 მგ IV q8-12h; MER 2 გრ IV q8h. ინტრავენტრიკულური თერაპიისათვის: პრეპარატის დოზირება, იხ. მენინგიტი, ოპერაციის შემდგომი, გვერდი 14

H. influenzae და N. meningitidis პროფილაქტიკა

Haemophilus influenzae ტიპი B

ოჯახური და/ან ზემოთა მოვლის დაწესებულებაში კონტაქტი: საექიმო ინფორმაციისგან ერთ დღეში 4 სთ-ზე მეტი დროის განმავლობაში თანაცხოვრება. დაავადების დაწყების წინ 5-7 დღის განმავლობაში ზემოთა მოვლის დაწესებულებაში კონტაქტი

ზავები: RIF 20 მგ/კგ po (არა უმეტეს 600 მგ-ისა) q24h x 4 დღე.

მოზრდილები (არა ორსული): RIF 600 მგ q24h x 4 დღე

ოჯახი: თუ არის ერთი ≤4 წლის ასაკის არავაკცინირებული კონტაქტი საცხოვრებელში, მიეცეთ RIF ორსულის გარდა სახლის ყველა ზინადარს. ზავებზე მოვლის დაწესებულებები: თუ არის 1 შემთხვევა, რომელსაც თან ახლდნენ ≤2 წლის არავაკცინირებული ბავშვები, განიხილეთ პროფილაქტიკა + ვაკცინაცია ჩაუტარეთ სენსიტივობებს. თუ

ანამორფიკი არა/დინამიკური/ მოდულირებადი ტარაშობები	ფიზიოლოგიკი ტარაშობი	ფიზიოტარაშობი რეკომენდები*		ფარსტარაშობი დინამიკური ან ტარაშობი დინამიკური ან მოდულირებადი ტარაშობები
		ქორიოტარაშობი	ალტერნატიული	
				ყველა კონტაქტირებულის ასაკია >2 წელი, პროფილაქტიკა არ არის აუცილებელი. თუ 60 დღეში ≥ 2 შემთხვევა დაფიქსირდა და მათ თან ახლდნენ არა ვაქცინირებული ბავშვები, რეკომენდირებულია პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩატარება ბავშვებსა და თანამშრომლებში (Am Acad Ped Red Book 2006, გვერდი 313).

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* **შენიშვნა**: ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ლირებულებას.

ცხრილი 1 (7)

ანამორფიკი პრე/მიკრობი/ფორმები/ბაქტერიები	ეტიოლოგია თავადი	ფორმალური რეჟიმი		დაზნაობა დამამრავლებელი ან თერაპიული ღონისძიება და კომპლექსი
		ძირითადი	ალტერნატიული	
მენინგოლოკალური ნივთიერების სინდრომი/მენინგიტი, ბაქტერიული, შვავი/ H. influenzae-სა და N. meningitidis პროფილაქტიკა (გაგრძელება)				
Neisseria meningitidis ესპოზიციის პროფილაქტიკა (ახლო კონტაქტი) მენინგიტი: CDC იტყობინება -რეზისტენტული B გუგულის მენინგოკოკის არსებობაზე ჩრდილოეთ დაკოტასა და მინესოტის ოლქებში. მედიკალიზაცია: CIP-ის გამოყენება. გამოიყენეთ ceftriaxone, RIF, ან azithro-ის ერთჯერადი 500 მგ-იანი დოზა (MMWR 57:173, 2008).		[Ceftriaxone 250 მგ IM x 1 დოზა (<15 წლის ბავშვებში 125 მგ IM x 1)] ან [RIF 600 მგ po q12h x 4 დოზები. (>1 თვის ბავშვებში 10 მგ/კგ po q12h x 4 დოზები, <1 თვის ბავშვებში 5 მგ/კგ q12h x 4 დოზები)] ან თუ არ არის CIP-რეზისტენტული, CIP 500 მგ po x 1 დოზა (მოზრდილებში)		პრე-წვითი ფაზის გაგრძელება, არა აეროზოლებით, შესაბამისად ახლო კონტაქტს მოითხოვს. რისკი ↑, თუ დაავადების გამოვლინებამდე 1 კვირით ადრე მთლიანობაში 4 საათით მაინც იმყოფებოდა ახლო კონტაქტში (მაგ. ერთი სახლის ბინადრები, ბავშვთა მოვლის სპეციალურ დაწესებულებებში) ან კონტაქტში იყვნენ ჰაერის ნაზოფარინგეალურ გამოვლენით (მაგ. კონტაქტის, პირით პირში სუნთქვის დროს, ინტუბირებისას)
მენინგიტი, კრინიკული დგინდება, თუ სიმტკიცის + CSF პლუვიტოზი ≥ 4 კვირის მანძილზე	M. Tbc, cryptococcosis, neoplastic, ლაიზის დაავადება, სიფილისი, უილსის დაავადება	მკურნალობა დამოკიდებულია ეტიოლოგიაზე. გადაუდებელი ემპირიული მკურნალობის ჩატარების აუცილებლობა არ არის, მაგრამ როდესაც ეჭვი TB-ზე, მკურნალობა უნდა დაიწყოს მისთვის.		შესაძლოა გამოიყენებოდეს გრძელი ჩამონათვალი: ბაქტერია, პარაზიტები, სოკოები, ვირუსები, ნეოპლაზმა, ვასკულიტები და სხვა მრავალფეროვანი ეტიოლოგია - იხილეთ <i>Neural Clin 28:1061, 2010; იხ. NEJM 370-2408, 2014</i> მედიკალიზაცია: სტეროიდების ტერაპიების გამოყენებით ნეიროლოგიკური სირთულის დიაგნოსტიკისათვის
მენინგიტი, ეოზინოფილური LniD 8:621m 2998	Angiostrongyliasis, gnathostomiasis, baylisascaris	კორტიკოსტეროიდები	უცნობია ანტიჰელმინთური თერაპიის ეფექტურობა	1/3 შემთხვევაში პერიფერიული ეოზინოფილიის არარსებობა. დიაგნოზის დასადგენად აუცილებელია სეროლოგიური გამოკვლევა. <i>LniD 8:621, 2008</i> . CSF-ის ავტომატიზირებული მეთოდით კვლევა, შესაძლებელია, სწორად ვერ მოახდინოს ეოზინოფილების ამოცნობა (<i>CID 48:322, 2009</i>).
მენინგიტი, აივ-1 ინფიცირებული (შიდა) იხილეთ <i>ცხრილი 11, Sanford Guide to HIV/AIDS Therapy</i>	ისევე, როგორც >50 წლის ზრდასრულებში; ასევე გაითვალისწინეთ cryptococci, M. tuberculosis, სიფილისი, აივ ასეპტიური მენინგიტი, Listeria monocytogenes	თუ ეტიოლოგია არ არის დადგენილი: უმკურნალოთ როგორც >50 წლის ზრდასრულებს + აილეთ CSF/მრავალი cryptococcal ანტიკიბეზები (იხილეთ კომენტარი)	Crypto-ს მკურნალობისათვის იხილეთ <i>ცხრილი 11A, გვერდი 272</i>	ყველაზე ხშირი ეტიოლოგია შიდა დაავადებულ პაციენტებში არის C. neoformans. ასევე გასათვალისწინებელია H. influenzae, pneumococci, TB, ვირუსული, ჰისტოპლაზმა და Coccidioides. აილეთ სისხლი კულტივაციისთვის.

ანთონიერი პრე/თანონორ/ მოდიფიკირებადი ბარემოზები	ემიოლოგია თვალური	შემოთავაზებული რეიმები*		დახმარე დიაგნოსტიკური ან თერაპიული ლონსიკები და კომენტარები
		ძირითადი	ალტერნატიული/	
ყური				
გარეთა ყურის ანთება				
ქრონიკული	ძირითადად სეზორული, მეორადი	ყურის წვეთები [(polymyxin B + neomycin + hydrocortisone qid) + selenium sulfide-ის შამპუნი]		აკონტროლეთ სეზორეა ქერტლის შამპუნის მეშვეობით, რომელიც შეიცავს სელენიუმის სულფიდს (Selsun) ან [(ketoconazole-ის შამპუნი) + (საშუალო ძალის მქონე სტეროიდული ხსნარი, triamcinolone 0.1%)].
სოკოვანი	კანდიდას სახეობები	Fluconazole 200 მგ po x 1 დოზა და შემდეგ 100 მგ po x 3-5 დღე.		
„მანეკროზირებული (მალიგნიზირებული) გარეთა ოტიტი“ რისკ ჯგუფები: Diabetes mellitus, შიდა, ქიმიოთერაპია.	Pseudomonas aeruginosa >90% (Otol& Neurotology 34:620, 2013)	CIP 400მგ IV q8h, 750მგ po q8h მხოლოდ დაავადების ადრულ ეტაპზე	PIP-TZ 3.375მგ q4hან გახანგრძლივებული ინფუზია (3.375მგ 4 საათის განმავლობაში q8h) + Tobra	ძირითადად აუცილებელია ქირურგიული ჩარევა. გამორიცხეთ ოსტეომიელიტი: კტ ან მრტ სკანირება. თუ ჩართულია ძვალი, უმკურნალეთ 4-6 კვირის განმავლობაში. Tazo-ს გარეშე PIP შესაძლებელია, ვერ მოქმედოთ: PIP-TZ-ის გახანგრძლივებულმა ინფუზიამ (4 საათიანი ინფუზია, 3.375 გრ ყოველ 8 საათში) შესაძლოა, გააუმჯობესოს ეფექტიანობა (CID 44:357, 2007). (IMP 0.5 გრ IV q6h) ან (MER 1 გრ IV q8h)
„მოცურავის ყური“ PIDJ 22:299, 2003	Pseudomonas sp., Enterobacteriaceae, Proteus sp. (სოკოები იშვიათად) მწვავე ინფექცია ძირითადად 2 ^o S. aureus	მსუბუქი: ყურის წვეთები: აცეტისლის მჟავა + პროპილენ გლიკოლი +ჰიდროკორტიზონი (HC) 5 წვ. 3-4-ჯერ დღეში გამოვანმრთებლამდე. საშუალო სიმძიმე ან მძიმე: ყურის წვეთები: CIP + HC 3 წვ. ორჯერ დღეში 7 დღე. ალტერნატივა: Finaxofloxacin 0.3% ყურის სუსპენზია 4 წვ. q12h 7დღე (P. aeruginosa და S.aureus-სათვის).		მკურნალობა მოიცავს სათუთ წმენდას. რეციდივების თავიდან ასაცილებლად (ან შესამცირებლად) ცურვის შემდეგ შესაძლებელია სპირტის წვეთების გამოყენება (1/3 თეთრი ძმარი, 2/3 სამედიცინო სპირტი), შემდეგ ანტიბიოტიკების წვეთების ან ძმრის მჟავის 2%-იანი ხსნარის ხმარება. მაღამო ყურში არ უნდა იქნას გამოყენებული. არ გამოიყენოთ ნეომიცინის ან სხვა ამინოგლიკოზიდის წვეთები, თუ დარღვეულია დაფის აპკის მთლიანობა.

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* **შენიშვნა:** ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ლიწებულებას.

ცხრილი 1 (მ)

ანამოზიური პრეფიქსი/ თერაპიული პრეფიქსი	თერაპიული (თავის)	მედიკამენტოზური რეჟიმები		დახმარება დიაგნოსტიკური ან თერაპიული ლორწოვანი და კონსერვაციის
		ძირითადი	ალტერნატიული	

ყვანი (გაერეგულირება)				
შუა ყურის ანთება - ახალშობილებში, ბავშვებსა და მოზრდილებში (Cochrane review: Cochrane Database Syst Rev. Jan 31;1:CD000219, 2013); American Academy of Pediatrics Guidelines: Pediatrics 131:e964, 2013)				
მწვავე 2 კლასიზებული რანდ. ორმაგი ბრმა (PRDB) ცდა გვიჩვენებს ანტიბიოტიკით მკურნალობის ეფექტიანობას, თუ ასაკი არის <36 თვე და უდავოდ ფიქსირდება მწვავე შუა ოტიტი (NEJM 364:105, 116 და 168, 2011)				
შუა ყურის მწვავე ანთება (AOM) დაწყებითი ემპირიული თერაპია შინიშვნა: უმკურნალოთ <2 ასაკის ბავშვებს. >2 ასაკის ბავშვებში, ცხელებისა და ყურის ტკივილის გარეშე, უარყოფითი/საეჭვო კვლევის შემთხვევაში – განიხილეთ ანალგეზიკური საშუალებით მკურნალობა, ანტიმიკრობული პრეპარატების გამოყენების გარეშე. დადებითი შედეგები მიღებული ცხელების არმქონე პაციენტების უმრავლესობაში, რომლებმაც ანტიბიოტიკის მიღების გადაწყვეტილებამდე მოიცადეს 48 საათი (JAMA 296:1235, 1290, 2006)	ზოგადად შუა ყურის სითხეები ვლინდება: არ არის პათოგენი 4% ვირუსი 70% ბაქტ. + ვირუსი 66% ბაქტერია 92% ბაქტერიული პათოგენები შუა ყურიდან: S. pneumo 49%, H. influenzae 29%, M. catarrhalis 28%. წყარო: CID 43:1417, 2006. 6 თვიდან 3 წლამდე ბავშვებში დაფიქსირდა AOM წელიწადში ორჯერ და 63%-ში იყო ვირუს-პოზიტიური (CID 46:815 და 824, 2008).	წინა თვეში თუ არ მიუღიათ ანტიბიოტიკები: Amox po HD³ დოზირებისათვის იხილეთ ჩანაწერი⁴. ყველა დოზა არის პედიატრიული მკურნალობის ხანგრძლივობა: <2 წ. x 10 დღე; ≥2 წ. x 5–7 დღე. სათანადო ხანგრძლივობა გაურკვეველია. მიმდევარად დოზირებისთვის 5 დღე შესაძლოა, არასაკმარისი იყოს (NEJM 347:1169, 2002) მოზრდილთა დოზირებისათვის, იხ. სინუსიტი, გვერდი 118, და ცხრილი 10A	წინა თვეში თუ მიღეს ანტიბიოტიკები: Amox HD³ ან დამატებითი სიძლიერის³ AM-CL ან cefdinir ან cefpodoxime ან cefprozil ან cefuroxime axetil	ბეტა-ლექტამური პრეპარატების მიმართ ალერგიის შემთხვევაში: თუ ანამნეზი უცნობია ან აღინიშნება გამოწყურება, ეფექტური ორალური ceph დანიშვნა სწორია; მოერიდეთ ceph–ს, თუ არის IgE-განპირობებული ალერგია, მაგ. ანაფილაქსია. DRSP–ს ან H. influenzae–ს შემთხვევაში TMP-SMX–ის გამოყენებას ექვემდებარება მკურნალობის მაღალი ხარისხი; S. pneumo 50% ახასიათებს მკურნალობის მიმართ რეზისტენტობა. სპონტანურად განიკურნა: M. catarrhalis ინფიციერებულია 90%, H. influenzae ინფიციერებულია 50% და S. Pneumoniae ინფიციერებულია 10%; სულ 80% განიკურნა 2–14 დღის განმავლობაში (Lm 363:465, 2004). DRSP–ს რისკი ↑, თუ ასაკი არის <2 წელი, ანტიბიოტიკებით მკურნალობა ბოლო 3 თვეს და/ან ბავშვი დადის საბავშვო ზალში. პრეპარატების შერჩევა ხდება (1) ბეტა-ლექტამასზე წარმომქმნელი H. influenzae და M. catarrhalis–ის მიმართ ეფექტურობის მიხედვით და (2) S. pneumo–ს წინააღმდეგ ეფექტურობის მიხედვით, DRSP–ს ჩათვლით. Cefaclor, loracarbef და cefibuten ნაკლებად აქტიურია რეზისტენტული S. pneumo–ს მიმართ, ვიდრე სხვა ჩამოთვლილი ანტიბიოტიკები. შუა ყურის ექსუდატიური ანთების მკურნალობაში ანტიბიოტიკების ჩართვა უსარგებლოა (Cochrain Database Syst Rev. Sep12;9:R009163, 2012) პერსისტული შუა ყურის ანთებისათვის ჰიდროკორტიზონი/ზადიტრაცინი/კოლისტიცინის ყურის

ანამორფიკი პარამეტრები/ მომიყვანილობის ბარამეტრები	მომიყვანილობის ბარამეტრები	მომიყვანილობის ბარამეტრები		დასმარე დიაგნოსტიკური ან თერაპიული დოზირება და კომენტარები
		მომიყვანილობის ბარამეტრები		
		ძირითადი	ალტერნატიული	
გუარანლობა 3 დღის შემდეგ კლინიკური წარუმატებლობის შემთხვევაში	ძირითადი საზრუნავია რეზისტენტული S. pneumoniae	ბოლო 3 დღიდან უკან 1 თვის მანძილზე არ მიუღია ანტიბიოტიკი: AM-CL მაღალი დოზები ან cefdinir ან cefprozil ან cefuroxime axetil ან IM ceftriaxone x 3 დღე. დოზირებისათვის იხილეთ ჩანაწერი ⁴ ყველა დოზა არის პედაგოგიული სათანადო ხანგრძლივობა, როგორც ზემოთ	ბოლო 3 დღიდან უკან 1 თვის მანძილზე მიღებული აქვს ანტიბიოტიკი: [(IM ceftriaxone) ან (clindamycin) და/ან ტიმანოციკლები] იხ. clindamycin კომენტარი	Clindamycin არ არის აქტიური H. influenzae-ს ან M. catarrhalis წინააღმდეგ, მაგრამ იდენტის მიმართ რეზისტენტული S. pneumo ხშირად რეზისტენტულია clindamycin-ის მიმართაც. წარუმატებლობის განმარტება: გუარანლობიდან 3 დღის განმავლობაში არ იცვლება ყურის ტკივილი, ცხელება, ამონეფილი ტიმპანური მემბრანა ან ოტორეა. ტიმპანოციკლები საშუალებას მოგვცემს შევაგროვოთ ნიმუში კულტივაციისათვის. ახალი FQ-ები აქტიურია რეზისტენტული S. pneumo- ს (DRSP) მიმართ, მაგრამ მისი გამოყენება ზავდება არ არის დამტკიცებული (PID 23:390, 2004). Vanco აქტიურია DRSP-ს მიმართ.
ნაზოტრაქეალური ინტუბაციიდან >48 სთ-ის შემდეგ	Pseudomonas sp., klebsiella, enterobacter	Ceftazidime ან CFP ან IMP ან MER ან (PIP-TZ) ან TC-CL ან CIP. (დოზირებისათვის იხ. ყური, მანეროზირებული (მალეინიზირებული) გარეთა ოტიტი გამონადენით, გვერდი 21)		ნაზოტრაქეალური ინტუბაციიდან >48 სთ-ის შემდეგ, მაგნიტა დაახლოებით 1/2-ს განუვითარდება შუა ოტიტი გამონადენით

³ Amoxicillin UD ან HD = ჩვეულებრივი დოზა ან მაღალი დოზა; AM-CL HD = amoxicillin-clavulanate მაღალი დოზა. დოზირების ჩანაწერი ⁴. Amoxicillin HD მონაცემებს ადასტურებს:
PID 22:405, 2003.

⁴ შუა ყურის შწავი ანთების პრეპარატები და პედაგოგიული დოზები (ყველაფი, თუ არ არის დაკონკრეტებული): Amoxicillin UD = 40 მგ/კგ დღეში div q12h ან q8h. Amoxicillin HD = 90 მგ/კგ დღეში div q12h ან q8h. AM-CL HD = amox კომპონენტის 90 მგ/კგ დღეში. დამატებითი სიდიდის AM-CL-ის ორალური სუსპენზია (Augmentin ES-600) ხელმისაწვდომია AM-ის 600 მგ-იანი და CL-ის 42.9 მგ იანი/5 მლ დოზა: 90/6.4 მგ/კგ დღეში div bid. Cefuroxime axetil 30 მგ/კგ დღეში div q12h. Ceftriaxone 50 მგ/კგ IM x 3 დღე. Clindamycin 20–30 მგ/კგ დღეში div qid (შესაძლებელია ეფექტური იყოს DRSP-ის წინააღმდეგ, მაგრამ H. influenzae-ს წინააღმდეგ აქტიურობა არ აღინიშნება).
მგრწობიარე (მაგ. Penicillin-ის მიმართ) S. pneumo-ის შესაბამისი სხვა პრეპარატები: TMP-SMX 4 მგ/კგ TMP q12h. Erythro-sulfisoxazole 50 მგ/კგ erythro დღეში div q6-8h. Clarithro 15 მგ/კგ დღეში div q12h; azithro 10 მგ/კგ დღეში x 1 და შემდეგ 5 მგ/კგ q24h 2–5 დღე. სკვებისა და წაშლის სააგენტოს (FDA) მიერ აპრობირებული სხვა რეჟიმები: 10 მგ/კგ q24h x 3 დღე და 30 მგ/კგ x 1. Cefprozil 15 მგ/კგ q12h; cefprozil proxetil 10 მგ/კგ დღეში, ერთჯერადი დოზა; cefaclor 40 მგ/კგ დღეში div q8h; loracarbef 15 მგ/კგ q12h. Cefdinir 7 მგ/კგ q12h ან 14 მგ/კგ q24h.

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* შენიშვნა: ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილობისათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის
ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას
შეთავსებლობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ღირებულებას.

ცხრილი 1 (B)

ანამორფიკი არამდინამორფი/ ფორმირებადი ბაქტერიები	ფიზიოლოგიკი თვისებები	ფორმირებადი რამენი*		დახმარა დინამორფიკი ან თანამორფიკი ლინქინები და კონფორმები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
ხურო, შუა ყურის ანთება (გაგრძელება)				
პროფილაქტიკა: მწვავე შუა ოტიტი J Laryngol Otol 126:874, 2012	Pneumococci, H. influenzae, M. catarrhalis, Staph. aureus, A ჯგუფის სტრეპტოკოკი (იხ. კონფორმები)	Sulfisoxazole 50 მგ/კგ po მილის წინ ან amoxicillin 20 მგ/კგ po q24h	შუა ოტიტის პრევენციისთვის ანტიბიოტიკების გამოყენება წარმოადგენს S. pneumo–ს ანტიბიოტიკებზე რეზისტენტობის გამომწვევების ხელისშემწეობს მთავარ ფაქტორს! პნევმოკოკის ცილასთან კონიუგირებული ვაქცინა ამცირებს ვაქცინის სეროტიპებით გამოწვეული AOM სიხშირეს.ჩადგმული ტიპმანოსტომიური მიღების დროს ადენოიდექტომია სხვაფერებს შემდგომ ჰოსპიტალიზაციას AOM-ის გამო (NEJM 344:1188, 2001).	
მასტოიდიტი: მწვავე ან ქრონიკული შუა ყურის ანთების გართულება. თუ ქრონიკულია, გამოიკვლიეთ ქოლესტეატომა (კერატომა).				
მწვავე ძირითადად მძიმე ამბულატორიული პაციენტებისათვის. გართულება ref: Otolaryng Clin No Amer 39:1237, 2006	პირველი ეპიზოდი: S. pneumoniae, H. Influenzae M. catarrhalis მეორე ეპიზოდთან ქრონიკულ ოტიტამდე: S. aureus P. aeruginosa S. pneumoniae	კულტივაცია და შემდეგ ემპირიული მკურნალობა. პირველი ეპიზოდი: Ceftriaxone 2გრ IV დღეში ერთხელ ან Levofloxacin 750 გმ IV დღეში ერთხელ	შუა ყურის ქრონიკული ანთების გამწვავება: სასმენი არხის ქირურგიული დამუშავება, შემდეგ [Vancomycin (შრატის უმცირესი ეფექტური კონცენტრაცია 15-20 მკგ/მლ)+ PIP-TAZO 3.375მგ IVq6h] ან [Vancomycin (დოზა იგივე) + Ciprofloxacin 400 მგ IV q8h]	• დიაგნოსტიკა: კტ, მრტ; • გართულებების კვლევა: ოსტეომიელიტი, ლატერალური სინუსის ჩირქოვანი თრომბოფლეზიტი, ჩირქოვანი მენინგიტი, ტვინის აბსცესები; • შესაძლო მასტოიდექტო- მიისთვის ოტოლარინგოლოგის კონსულტაცია; • S. aureus (J Otolaryng Head Neck Surg 38:483, 2009)
ქრონიკული ძირითადად, არ არის საკმარისი სიმძიმე პარენტერული ანტიბიოტიკის დანიშნისათვის	როგორც პირველი ეპიზოდისა და: S. aureus, P. aeruginosa ანაერობები, სოკოები	ყურადღება გამოადგინოს კულტურა. შესაძლოა, საჭირო იყოს ქირურგიული დამუშავება. ყურის წყვეთები ტოპიკური ფტორქინოლონების სახით. ოტოლარინგოლოგის კონსულტაცია	დიაგნოსტიკა: კტ ან მრტ	

ანამორფოზი ან/და/ანამორფი/ მოდიფიკირებადი ბაქტერიები	ამოიღო/ბიო/თვალის	გამოთვლილი რამდენიმე*		დაზიანება დინამიკური ან თერაპიული ღონისძიებაზე და კომპლექსი
		ძირითადი	ალტერნატიული	

თხელი

ქუთუთა: არსებობს CA-MRSA -ს მცირე გამოვლილება (იხ. <i>Cochrane Database Syst Rev 5:CD005556, 2012</i>)				
ბლუფარტი	ეტოლოგია გაურკვეველია. ფაქტორები მოიცავს Staph. aureus და Staph. epidermidis, სტრუქტურა, როზაცა და მშრალი თვალის	ქუთუთის კიდე დაიკავიან ბაქტერიის მამულისაგან და გამოიყენეთ თბილი კომპრესიები. ასევე გამოიყენეთ ხელოვნური ცრემლები მშრალი თვალის შემთხვევაში (იხილეთ კომენტარი)		ადგილობრივი მალამოები უსარგებლოა. როზაცასთან მიმართებაში გამოიყენეთ doxy 100 მგ po bid 2 კვირის განმავლობაში და შემდეგ q24h.

ჰორდელიუმი („ჯიბილიზი“)				
გარეგანი (წამწამის ფოლიკულა)	Staph aureus	მხოლოდ თბილი საფენი. დრენირდება სპონტანურად		ზედაპირული ციხივანი ჯირკვლის ინფექცია.
შინაგანი (მეიომური ჯირკვლები): შეიძლება იყოს მწვავე, ქვეშევრუ და ქრონიკული	Staph aureus, MSSA	ორალური dicloxacillin + თბილი საფენები		აგრეთვე ეწოდება მწვავე მეიომიანიტი. იშვიათად დრენირდება სპონტანურად; შესაძლებელია საჭირო გახდეს გაჭრა და დრენირება (I&D) და დათესვა. ფტორქინოლონის თვალის წვეთების როლი გაურკვეველია: MRSA ხშირად რეზისტენტულია მცირე კონცენტრაციის მიმართ; შესაძლებელია მგრძნობიარე იყოს ფტორქინოლონების მაღალი კონცენტრაციის მიმართ: gati, levo ან moxi-ის ოფთალმოლოგიური ხსნარები.
	Staph aureus, MRSA-CA	TMP-SMX-DS , ტაბლეტები ii po bid		
	Staph aureus, MRSA-HA (პოსპიტალური)	Linezolid 600 მგ po bid შესაძლო თერაპია, თუ მულტირეზისტენტულია		

თვალისკონიუნქტივა: JAMA 310:1721, 2013
ახალშობილთა კონიუნქტივიტი (**ophthalmia neonatorum**): მშობიარობის შემდეგ გამომყვანების დღისთვის - ყველა დოზა პედატიკულია

გამომყვანების პირველ დღეს	ვერცხლის ნიტრატით პროფილაქტიკის გამოქმდი	არაფერი.	ჩვეულებრივი პროფილაქტიკური საშუალებაა erythro-s მალამო; ვერცხლის ნიტრატის მიმართ გაღიზიანება იშვიათია.
გამომყვანების მე-2-4 დღეს	N. gonorrhoeae	Ceftriaxone 25-50 მგ/კგ IV x 1 დოზა (იხილეთ კომენტარი), არ გადაჭარბებთ 125 მგ-ს	უმკურნალოთ დედასა და მის სქესობრივ პარტნიორს. ძლიერი დამჩიქება. ადგილობრივი მკურნალობა არაა დეკლარირებული. ახალშობილის უმკურნალოთ თანხლები Chlamydia trachomatis გამო

აბრევიატურა, გვერდი 3. * **შენიშვნა:** ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მონიტორინგის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ღირებულებას.

ანამორფიკი ან/და/დიაგნოზი/ მოდიფიკირებადი ტარებულებები	ეტიოლოგია/თავი	გამოთვალადი რაოდენობა*		დაზიანება დიაგნოსტიკური ან თერაპიული ლორწოვანი ან ანთებითი
		ძირითადი	ალტერნატიული	
გამომწვევები მე-3-10 დღეს	Chlamydia trachomatis	ბაზისური Erythro ან ethylsuccinate სიროფი 12.5 მგ/კგ q6h x 14 დღე. ადგილობრივი მკურნალობა არ არის საჭირო.		დიაგნოზის დადგენა ხდება ანტიგენის დეტექციით. ალტერნატიული საშუალებები: Azithro სუსპენზია 20 მგ/კგ po q24h x 3 დღე. უმკურნალები დედასა და მის სქესობრივ პარტნიორს.

სხრილი 1 (10)

ანამორფიკი პარამეტრები/ მიდამომიწოდებადი ბარამომები	მიმოლოგია მივალთ	მომთმამამალი რმომამი*		დამმამარი დამომთმამარი ან მიმამომი ლომომომამი და მომმამამარი
		მიმოლოგია	ალმამომომი	
მიმამომი კონიუნქტივა (გამომმომი)				
გამომმომი მე-2-16 დღეს	Herpes simplex ტიპები 1, 2	ადგილომომი ანტივირუსული მკურნალობა უნდა ჩატარდეს ოფთალმოლოგის ხელმძღვანელობით.		ასევე მიეცით Acyclovir 60 მგ/კგ/დღემ IV div 3 დოზა (Red Book online, accessed Jan 2011).
Ophthalmia neonatorum პროფილაქტიკა: erythro 0.5% მალამო x 1 ან tetra 1%-იანი მალამო ¹ x 1 აპლიკაცია				
ვარდისფერი თვალი (ვირუსული კონიუნქტივით), ძირითადად ცალმომი	Adenovirus (ტიპები 3 და 7 ზემემომი, 8, 11 და 19 მოზრდილმომი)	მკურნალობა არ არის საჭირო. სიმპტომურად, შესაძლებელია ცივი ხელოვნური ცრემლები გამოგადგეთ.		მალზე კონტაგირა. იშვიათად, მოზრდილმომი თვალის ტკივილის გამომმომი შესაძლებელია, ვივარადოთ კერატიტი.
მოზრდილმომი ჩანართებიანი კონიუნქტივით, ძირითადად ცალმომი	Chlamydia trachomatis	Azithro 1 გრ ერთხელ	Doxy 100 მგ po bid x 7 დღე	ოკულოგენიტალური დაავადება. დიაგნოსტიკა: NAAT. შარდის NAAT გონოკოსისა და ქლამიდიასთის. უმკურნალოთ სქესობრივ პარტნიორს. შესაძლებელია საჭირო გახდეს azithro-ს დოზის განმეორება.
ტრაქომა - ქრონიკული ბაქტერიული კერატოკონიუნქტივით დაკავშირებული სილატაკესთან	Chlamydia trachomatis	Azithro 20 მგ/კგ po ერთჯერადი დოზა – ზემემომი ეფექტურია 78%-ში; მოზრდილმომი: 1 გრ po.	Doxy 100 მგ po bid x minimum 21 დღე ან tetracycline 250 მგ po qid x 14 დღე.	იწყება ზემემომისა და შესაძლებელია დარჩეს წლობით, შემდგომში რქოვანას დაზიანებით. ადგილომომი თერაპიის ეფექტურობა უმნიშვნელია. პატარა ზემემომი მოერიდეთ doxy/tetracycline. მასიური მკურნალობა შედეგია (NEJM 358:1777 და 1870, 2008; JAMA 299:788, 2008).
ჩირქოვანი კონიუნქტივით: ზემემომსა და მოზრდილმომი (თვალის წვეთებით სიმპტომების სწრაფი გაქრობა: Cochrane Database Syst Rev. Sep 12;9:CD001211, 2012; JAMA 310:1721, 2013				
JAMA 310:1721, 2013	Staph. aureus, S. pneumoniae, H. influenzae, Viridans Strep, Moraxella sp.	FQ ოფთალმოლოგიური სხნარი: CIP (ძირითადი), სხვები ბეირია (Bes, Gati, Levo , Moxi). პირველ 2 დღეს ყველას 1-2 წვ. q2h მუცხიარების	Polymyxin B + trimethoprim- ის სხნარი 1-2 წვ. q3-6h x 7-10 დღე.	ემპირიული თერაპიასათვის საუკეთესო სპექტრს FQ წარმოადგენს, მაღალი კონცენტრაციები ↑ აქტიურობის ალბათობას S. aureus-ისა და MRSA-ს წინააღმდეგ კი. TMP- ის სპექტრი შესაძლებელია მოიცავდეს MRSA-ს. Polymyxin B-ის სპექტრი მხოლოდ გრამ-უარყ. ბაცილებს მოიცავს, მაგრამ მხოლოდ TMP-ის

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* **შენიშვნა:** ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თერაპიის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილომომი რესისტენტობის პროფილს, ღირებულებას.

ანამორფიკი არა/დინამიკი/ მოდინამიკი/ბაზალური	ეტიოლოგია (თავალი)	გამოთვასა და დიაგნოზი		დაზიანება დინამიკური ან თერაპიული ლინიკური და კომპლექსური
		ძირითადი	ალტერნატიული	
		პერიოდში, შემდეგ 7 დღემდე q4-8h.		ოფთალმოლოგიური პრეპარატი არ არსებობს. S. pneumoniae-ს უმეტესობა რეზისტენტულია gent და tobra მიმართ.
გონოკოკური (პედატრიული/ მოზრდილითა)	N. gonorrhoeae	Ceftriaxone 25-50 მგ/კგ IV/IM (არ უნდა გადააჭარბოს 125 მგ-ს) წარმოადგენს ბავშვთა ერთეულად დოზას; მოზრდილების ერთეულად დოზაა 1 გრ IM/IV		

რქოვანა (კერატითი): ძირითადად სერიოზულია და ხშირად სახიფათოა მხედველობისათვის. დაუყოვნებლივ ოფთალმოლოგიური კონსულტაცია გადამწყვეტია დიაგნოზის დასმისათვის, ანტიბიოტიკული და დამხმარე თერაპიისათვის! განვითარებულ ქვეყნებში Herpes simplex წარმოადგენს ყველაზე ხშირ ეტიოლოგიას; ბაქტერიული და სოკოვანი ინფექციები უფრო ხშირია განუვითარებულ ქვეყნებში.

ვირუსული

H. simplex	H. simplex, ტიპი 1 და 2	Trifluridine-ის ოფთალმოლოგიური ხსნარი, ერთი წვეთი q2h, ყველაზე მეტი 9 წვეთი/დღეში რეგულარულად, შემდეგ 1 წვეთი q4h ყველაზე მეტი 5x/დღე, მთლიანობაში არ უნდა აღემატებოდეს 21 დღეს	Ganciclovir 0.15% ოფთალმოლოგიური ჟელები; დანიშნული მწვავე პერსპექტიული კერატიტისათვის. 1 წვეთი 5-ჯერ დღეში სანამ რქოვანას წყლული არ განიკურნება; შემდეგ 1 წვეთი დღეში სამჯერ 7 დღის განმავლობაში. Vidarabine-ის მალამო - გამოსადეგია ბავშვებში. გამოიყენეთ 5x/დღე ყველაზე მეტი 21 დღე (აშშ-ში ამჟამად მიჩნეულია შეწყვეტის თარიღად)	ერთ წელიწადში რეციდივის დაახლოებით 30%-იანი სიხშირე; განიხილეთ პროფილაქტიკური ლინიკური ჩატარება acyclovir 400 მგ bid-ით 12 თვის განმავლობაში, რათა თავიდან ავიცილოთ რეციდივები (Arch Ophthalmol 130:108, 2012).
Varicella-zoster ophthalmicus	Varicella-zoster ვირუსი	Famciclovir 500 მგ po tid ან valacyclovir 1 გრ po tid x 10 დღე	Acyclovir 800 მგ po 5x/დღე x 10 დღე	ყველაზე ხშირი კლინიკური დიაგნოზებია: სამწვერა ნერვის ოფთალმოლოგიური ტიპის varicella-zoster-ის მქონე პაციენტში დენდრიტიული ფიგურები ფლოუორესცენტული შედეგით.

სხრილი 1 (11)

ანამორფიკი პრემიუმ/ მოდიფიცირებადი ბაქტერიები	ბიოლოგიკი (კავალი)	ფორმალური რეჟიმი*		დაზიანება ანამორფიკი ან მოდიფიცირებადი ლინკი/ბიოლოგიკი ან მოდიფიცირებადი
		ბიოლოგიკი	ალბანური	
მედიკალიზაცია (კერატინი) (გაგრძელება)				
ბაქტერიული		ბაქტერიების, სოკოების და პროტოზოების მკურნალობა ყველა ჩამოთვლილ შემთხვევაში ადგილობრივია, თუ სხვაგვარად არ არის მითითებული		
მწვავე: თანამზღუდვი დაავადებების გარეშე	S. aureus, S. pneumo., S. pyogenes, Haemophilus sp.	Moxi: ოფთალმოლოგიური 0.5%: 1 წვეთი q1h პირველი 48 საათის განმავლობაში, შემდეგ შეამცირეთ კლინიკური პასუხის გათვალისწინებით	Gati: ოფთალმოლოგიური 0.3%: 1 წვეთი q1h პირველი 48 საათის განმავლობაში, შემდეგ შეამცირეთ კლინიკური პასუხის გათვალისწინებით	რეჟიმები სხვადასხვაა: ზოგი მკურნალობას იწყებს ჩაწვეთებით q5 წთ 5 დღით; ზოგიერთი წვეთებს იყენებს q15-30 წთ რამდენიმე საათის განმავლობაში; ზოგი ძილის დროს ზრდის ინტერვალს q2h-მდე. კლინიკურ კვლევებში წვეთები გამოყენებულ იქნა q1h 48-72 საათის განმავლობაში, შემდეგ q2h მე-6 დღის ჩათვლით; შემდეგ q2h დღის საათებში მე-7-9 დღისთვის; შემდეგ q6h განკურნებამდე (<i>Cornea 29:751, 2010</i>). შენიშვნა: მაღალი დოზების მიუხედავად, MRSA-ს წინააღმდეგ შესაძლებელია იყოს უეფექტო. ფტორკინოლონებით მკურნალობის დაწყება ასოცირდება MIC -ის ზრდასთან (<i>JAMA Ophthalmol. 131:310, 2013</i>) მაღალი MIC უკავშირდება ცუდ გამოსავალს (<i>Clin Infect Dis 54:1381, 2012</i>).
კონტაქტური ლინზის მომხმარებლები	P. aeruginosa	CIP 0.3% ოფთალმ. ხსნარი ან Levo 0.5% ოფთალმ. ხსნარი 1-2 წვეთი ყოველ საათში *24-72 საათი, შემდეგ შეამცირეთ თანდათან შედეგის მიხედვით	Gent ან Tobra 0.3% ოფთალმ. ხსნარი 1-2 წვეთი ყოველ საათში *24 საათი, შემდეგ შეამცირეთ თანდათან კლინიკური შედეგის მიხედვით	რეკომენდებულია ალერგიის ნაცხის კულტივაცია და მგრძნობელობის ტესტირება. რეჟიმის აზრები: Tobra, Gent ან CIP წვეთები qid 3-5 დღე; რეკომენდებულია ოფთალმოლოგთან გაგზავნა რეკომენდებული ინფილტრაციის ან წყლულის, მუდგელობის დაკარგვის, მკურნალობის უეფექტურობის ან სიმპტომების გაუარესების შემთხვევაში (<i>Am Fam Physician 87:114, 2013</i>)

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* **შენიშვნა:** ყველა დოზირება რეკომენდებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისთვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ლიბრულუბას.

ანაბრომიკრი არა/თიანბრონი/ ორთიფიცირობადი ბარაგონები	ბიოლოგიის ტიპი	მედიკამენტოზური რეჟიმი*		დახმარება დიაგნოსტიკური ან თერაპიული ლორწოვანი და კონტაქტური
		ძირითადი	ალტერნატიული	
მწრალი რქოვანა, დიაბეტი, იმუნოსუპრესია	<i>Staph. aureus</i> , <i>S. epidermidis</i> , <i>S. pneumoniae</i> , <i>S. pyogenes</i> , <i>Enterobacteriaceae</i> , ლისტერია	CIP 0.3% ოფთალ. ხსნარი 1-2 წვ ყოველ საათში 24–72 სთ–ის განმავლობაში, შემდეგ მკურნალობისადმი დაქვემდებარების გათვალისწინებით ნელა შეამცირეთ სიხშირე.	Vanco (50 მგ/მლ) + Ceftaz (50 მგ/მლ) q15-60 წთ 24–72 სთ–ის განმავლობაში, შემდეგ მკურნალობისადმი დაქვემდებარების გათვალისწინებით ნელა შეამცირეთ სიხშირე. (იხილეთ კომენტარი)	ალგინატის ნაცხის კულტურაზე დამყარებული სპეციფიკური თერაპია.
სოკოვანი	ასპერგილა, ფუზარიუმი, კანდიდა და სხვები.	Natamycin (5%): 1 წვეთი ყოველ 1–2 საათში რამოდენიმე დღის განმავლობაში; შემდეგ q3-4h რამოდენიმე დღის განმავლობაში; მკურნალობაზე დაქვემდებარების გათვალისწინებით შესაძლებელია სიხშირის შემცირება.	Amphotericin B (0.15%): 1 წვეთი ყოველ 1–2 საათში რამოდენიმე დღის განმავლობაში; მკურნალობაზე დაქვემდებარების გათვალისწინებით შესაძლებელია სიხშირის შემცირება.	აილეთ ნიმუშები სოკოს სველი ნაცხისა და დათესვისათვის. არსებობს მკურნალობის სხვა მრავალი საშუალება (ადგილობრივად 1%-იანი Itra 6 კვირის განმავლობაში, ორალური Itra 100 mg bid 3 კვირის განმავლობაში, ადგილობრივად 1%-იანი voriconazole 2 კვირის განმავლობაში, ადგილობრივად 1%-იანი miconazole 5x დღეში, ადგილობრივად 0.5–1.0%-იანი ვერცხლის სულფადაზინი 5x დღეში), რომელთა ეფექტურობაც ერთნაირია (<i>Cochrane Database Syst Rev</i> 2:004241, 2012)
მიკოპლაზმური: თვლის რეფრაქციის შემდგომი ქირურგია	<i>Mycobacterium chelonae</i>	Gati ან Moxi თვლის წვეთები: 1 წვ qid, ალბათ სხვა აქტიურ ანტიმიკრობულ პრეპარატებთან ერთად	გამოიყენება სხვა ადგილობრივ და/ან სისტემურ ანტიმიკოპლაზმურ აგენტებთან ერთად (<i>J Cataract Refract Surg</i> 33:1978, 2007; <i>Ophthalmology</i> 113:950,2006).	
პროტოზოული რბილი კონტაქტური ლინზის მომხმარებლები CID 35:434, 2002	<i>Acanthamoeba</i> , sp.	ოპტიკალური რეჟიმი გაურკვეველია. შემოთავაზებული რეჟიმი: [(Chlorhexidine 0.02% ან Polyhexamethylene biguanide 0.02%) + (Propamidine იზოთიონატი 0.1% ან Hexadimine 0.1%)] წვეთები. გამოიყენეთ ყოველ საათში 1 წვეთი 48 სთ–ის განმავლობაში, შემდეგ ყოველ საათში 1 წვეთი სიფიზოლისას 72 სთ–ის განმავლობაში, შემდეგ ყოველ 2 საათში 1 წვეთი სიფიზოლისას 3–4 კვირის განმავლობაში, სიხშირის შემცირებით მკურნალობაზე დაქვემდებარების გათვალისწინებით (<i>Am J Ophthalmol</i> 148:487, 2009; <i>Curr Op Infect Dis</i> 23:590, 2010).	იშვიათია. რისკ ფაქტორებია ტრავმა და კონტაქტური ლინზის იშვიათი გამოყენება. შემოთავაზებული წვეთების მოძიება: <i>Leiter's Park Ave Pharmacy</i> (800-292-6773; www.leitertx.com). გამწმენდი ხსნარის ეპიდემიოქეზა: <i>MMWR</i> 56:532, 2007.	

სხრილი 1 (12)

ანამორფიკი არამორფიკი/ მომდინარეობის ბარათები	ფიზიოლოგიკი თვისებები	ფარმაცეპეუტიკული რეჟიმი*		დაზიანება დამამრთველი ან თერაპიული ღონისძიება და კონტრინდიკა
		ძირითადი	ალტერნატიული	
მედიკამენტოზი (კერატინი) (გაგრძელება)				
საგრემლე აპარატი კანალიკულიტი	ყველაზე ხშირია Actinomyces. იშვიათია Arachnia, fusobacterium, ნოკარდია, კანდიდა	მოაცილეთ გრანულები და ამორეცხეთ pen G–ით (100,000 მკგ/მლ)	სოკოს შემთხვევაში, ამორეცხეთ nystatin–ით დაახლოებით 5 მკგ/მლ: 1 წუ tid	თითოეულ პუნქტულზე ზეწოლით გამოიყვანა ექსუდატი; გრამის წესით შეღებვა ადასტურებს დიაგნოზს. ამ არეში დადებით თბილი საფენები qid. არეებს შიდა საცობის გამოყენების შემდეგ დაფიქსირდა M. chelonae (Ophth Plast Reconstr Surg 24:241, 2008).
დაკრიოგისტიტი (საგრემლე კისტა)	S. pneumo, S. aureus, H. influenzae, S. pyogenes, P. Aeruginosa	საგრემლე არხის ოსტეოციტის ხშირი შედეგია. ემპირიული სისტემური ანტიმიკრობული თერაპია ეფუძნება ასპირატის გრამის წესით შეღებვას – იხილეთ კომენტარი.		საჭიროა ოფთალმოლოგიური კონსულტაცია. შესაძლებელია, აუცილებელი გახდეს ქირურგიული ჩარევა. შესაძლებელია იყოს მწვავე და ქრონიკული. MRSA დეტექციისათვის კულტივაცია.
ენდოფთალმიტი: ენდოგენური (მეორადი ბაქტერიემიის ან ფუნგემიის ფონზე) და ეგზოგენური (ინექციის, ოპერაციის შემდეგში) ტიპის ბაქტერიული; მინისებრი სხეულის დაზიანების აღმოჩენა არის დიაგნოზის დასმის საწინდარი. თერაპიის დაწყებამდე მინისებრი სხეულიდან და წინა კამერიდან ნემსით ასპირაციული სითხის კულტივაცია. ანტიმიკრობული პრეპარატების ინტრავიტრეალურად გამოყენება არის გადაწყვეტილი.				
პოსტოპერაციული ქირურგია (კატარაქტა) ადრეული, მწვავე დასაწყისი (ინიფილტრატი 0.05%)	S. epidermidis 60%, Staph. aureus, სტრეპტოკოკები და ენტეროკოკები თითოეული 5–10%, გრამ–უარყოფითი ბაქტერიები 6%	ოფთალმოლოგიის სასწრაფო კონსულტაცია. თუ ადგილი აქვს მხოლოდ სინათლის აღქმას ან მასზე უარესი, დაუყოვნებლივ ვიტრეტომია + ინტრავიტრეალურად vanco 1 მგ და ceftazidime 2.25 მგ. ინტრავიტრეალურად სტერილიზაციის გამოყენების შესახებ არ არის საკმარისი ცნობები. 2–3 დღეში შესაძლებელია ანტიბიოტიკების ხელახალი გამოყენება გახდეს საჭირო. თვალის ზრალი ძირითადად შესაძლებელია დატოვოთ შიგნით. დამატებითი სისტემური ანტიბიოტიკების (მაგ. Vancomycin, Cefazidime, Moxifloxacin ან Gatifloxacin ¹) გამოყენების მნიშვნელობა არ არის დადასტურებული, თუმცა მათი გამოყენება რეკომენდირებულია ენდოგენური ინფექციების დროს.		
დაბალი ხარისხის, ქრონიკული	Propionibacterium acnes, S. epidermidis, S. aureus (იშვიათად)	ინტრა–ოკულარული vanco . ძირითადად საჭიროებს ვიტრეტომიას, ზრლის მოშორებას.		

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* **შენიშვნა:** ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილობათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ღირებულებას.

ანატომიური არაღ/დიაგნოზი/ ორთოდინოზიკაბადი ბარბოზებები	ეტიოლოგია ტიპური	გამოთვალვადი რეჟიმი*		დახმარე დიაგნოზიკური ან თერაპიული ლორწიკიბები და კომბინაციები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
გლავუომის შემთხვევაში ფილტვანის შემდგომი ამონეტილობები	Strep.sp (viridans და სხვები), H. influenza	ინტრავეიტრეალური ანტიბიოტიკი (მაგ. Vanco 1 მგ + Ceftaz 2.25 მგ) და ადგილობრივი ანტიბიოტიკი. განხილეთ ისეთი სისტემური აგენტები როგორებიცაა Amp-Sulb ან Cefuroxime ან Ceftaz (MRSA ექვსის შემთხვევაში დაამატეთ Vanco)		
პენეტრაციის შემდგომი ტრავმა	Bacillus sp., S. epiderm.	ზემოთ მოყვანილი ინტრავეიტრეალური აგენტები + სისტემური clinda ან vanco . გამოიყენეთ ოპერაციის შემდგომი ადგილობრივი ანტიბიოტიკები (tobra და cefazolin წვეთები)		
მიზეზი არ ჩანს, საექვო პემატეგნური წარმოშობა	S. pneumoniae, N. meningitidis, Staph. aureus, B ჯგუფის სტრეპტოკოკი, K. Pneumo	(cefotaxime 2 გრ IV q4h ან ceftriaxone 2 გრ IV q24h) + vanco 30-60 მგ/კგ/დღე 2-3 div ღიზებში, რათა კულტივაციის მოსალოდნელი შედეგების მიღებამდე მიღწეულ იქნას შრატის უმცირესი ეფექტური კონცენტრაცია 15–20 მკგ/მლ. ინტრავეიტრეალური ანტიბიოტიკები იგვევა, რაც ადრეული ოპერაციის შემდგომი.		
IV პერიონის მომხმარებელი	Bacillus cereus, Candida sp.	ინტრავეიტრეალური ანტიბიოტიკი + სისტემური ანტიბიოტიკი ეტიოლოგიისა და ანტიმიკრობული მგრძნობელობის მიხედვით.		
მიკოზური (სოკოვანი): ანტიბიოტიკების ფართო სპექტრი, ხშირად კორტიკოსტეროიდები, ჩადგმული ვერუი კათეტერები	Candida sp., Aspergillus sp.	ინტრავეიტრეალურად ampho B 0.005–0.01 მგ 0.1 მლ–ში. ასევე თანხლები სისტემური თერაპიისთვის, იხილეთ გხრილი 11A, გვერდი 255. იხ. კომენტარი.	პაციენტები Candida spp. ქორიორტინითი ძირითადად ექვემდებარებიან სისტემურად წარმართულ ანტიფუნგურ პრეპარატებს (<i>Clin Infect Dis</i> 53:262, 2011). ინტრავეიტრეალური amphotericin და/ან ვირექტომის გამოყენება შესაძლებელია გახდეს აუცილებელი ვიტრიტის ან ენდოფთალმიტის მქონე პაციენტებში. (<i>Br J Ophthalmol</i> 92:466, 2008; <i>Pharmacotherapy</i> 27:1711, 2007).	
რეტინიტი				
შევავე რეტინალური ნეკროზი	Varicella zoster, Herpes simplex	IV acyclovir 10–12 მგ/კგ IV q8h x 5-7 დღე, შემდეგ 800 მგ po 5x/დღე x 6 კვირა	VZ ვირუსს ახასიათებს მკვეთრი ასოციაცია ატიპირი, მანევროზირებელ ჰერპესულ რეტინოპათიასთან.	
აივ + (შიდსი) CD4 ძირითადად არის <100/მმ ³	ციტომეგალო- ვირუსი	იხილეთ გხრილი 14A, გვერდი 350	გვხვდება შიდსის მქონე პაციენტთა 5–10%–ში.	

სხრილი 1 (13)

ანამორფიკი პრეპარატი/თერაპიული პრეპარატი	თერაპიული მიზანი	ფარმაცეპიკული რეჟიმი*		დამხმარე დიაგნოსტიკური ან თერაპიული ლაბორატორიული და კლინიკური
		ძირითადი	ალტერნატიული	
თერაპიული რეჟიმი (გარეგანი)				
მზარდი გარეთა რეტინალური ნეკროზი	VZV, H. simplex, CMV (იშვიათია)	Acyclovir 10–12 მგ/კგ IV q8h 1–2 კვირა, შემდეგ (valacyclovir 1000 მგ po tid, ან famciclovir 500 მგ po tid, ან acyclovir 800 po tid). სასწრაფო ოფთალმოლოგიური კონსულტაცია: მიდგომები ასევე გვთავაზობენ ანტივირუსული პრეპარატების ინტრავიტრეალურად შეყვანას (foscarnet, ganciclovir–ის იმპლანტი). იშვიათ შემთხვევებში, CMV–ს გამო გამოიყენეთ ganciclovir/valganciclovir (იხილეთ CMV რეტინიტი, ცხრილი 14A).		პაციენტთა უმეტესობას აქვთ ძლიერ დაქვეითებული იმუნიტეტი (აივ დაბალი CD4–ით ან ტრანსპლანტირებულები). ინტრაოკულარული ანთება ან არტერიტი ნაკლებია შეფერვით რეტინალურ ნეკროზთან შედარებით. როდესაც ART–ით CD4 აღდგება, შესაძლებელი იქნება პერორალური ანტივირუსული პრეპარატების შეწყვეტა (Ocul Immunol Inflammation 15:425, 2007).
ორბიტალური ცელულიტი (იხილეთ სახის ერიზიპელა, გვერდი 139)	S. pneumoniae, H. influenzae, S. aureus, ანაერობები, A ჯგუფის სტრეპტოკოკი, ტრავმის შემდგომი გრამ–უარყოფითი ბაცილები	Vanco 15-20 მგ/კგ IV q8-12h (შრატის უმცირესი ეფექტური კონცენტრაცია იყოს 15–20 მგ/მლ) + (ceftriaxone 2 გრ IV q24h + metro 1 გრ IV q12h) ან PIP-TZ 4.5 IV q8h		იმ შემთხვევაში, თუ აღინიშნება ალერგია penicillin/ceph–ის მიმართ: Vanco + levo 750 მგ IV დღეში ერთხელ + metro IV. პრობლემას წარმოადგენს ხშირად მიკრობიოლოგიური დიაგნოზის დასმის შეუძლებლობა. ორბიტის გამოსახვითი კვლევა (კტ ან მრტ). არსებობს კავერნოზული სინუსური თრომბოზის რისკი. Vanco–ს აუტანლობის შემთხვევაში, s. aureus–ისთვის სხვა არჩევანია dapto 6 მგ/კგ IV q24h.

მარცხ

„დიაბეტური ტერფი“ – პაციენტთა ორ მესამედს ახასიათებს ტრიადა – ნეიროპათია, დეფორმაცია და ზეწოლით გამოწვეული ტრავმა. <i>IDSA–ს გაიდლაინები CID 54:e132, 2012.</i>				
წყლული ანთების გარეშე	კანის ფლორის კოლონიზაცია	არა ანტიბაქტერიული თერაპია. ჰრილობის უარყოფითი წნეხით ან ბიოლოგიური კანის ექვივალენტით შეზოცება იძლევა საშუალო ხარისხის დამაჯერებლობით გაუმჯობესებას. თრომბოციტების ზრდის ფაქტორით და ვერცხლის კრემით მკურნალობის საწმენდოებში		ზოგადი: 1. გლუკოზის კონტროლი, წყლულზე ზეწოლის შემცირება 2. შეფასდეს პერიფერიული ვასკულური დაავადება 3. დიაბეტის მქონე პაციენტებში TMP-SMX გამოყენებისას სიფრთხილეა საჭირო, რადგან ზევრს

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* **შენიშვნა:** ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილობათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ღირებულებას.

ანამორფიკი არქ/დინამორფი/ მოდიფიკირებადი ბაქტერიები	ბიოლოგიკა თავადი	გამოთვალვითი რეჟიმი*		დახმარება დინამორფიკი ან თერაპიული ღონისძიებები და კომპარატივი
		ძირითადი	ალტერნატიული	
მსუბუქი ინფექცია	S. aureus (ივარაუდით MRSA), S. agalactiae (ჯგუფი B), S. Pyogenes	ხარისხი დაბალია (AnIM 159:532, 2013)	ორალური თერაპია: Diclox ან cephalixin ან AM-CL (არა MRSA) Doxy ან TMP-SMX-DS (MRSA; შესაძლებელია არ გადაფაროს strep) CLINDA (ფარავს: MSSA, MRSA, strep)	აქვს ჰიპერკალემიის რისკ ფაქტორები (მაგ. ღრმად მოხუცებულობა, თირკმლის დაქვეითებული ფუნქცია, თანმხლები მკურნალობა) (Arch Intern Med 170:1045, 2010).
საშუალო სიმძიმის ინფექცია. ოსტეომიელიტი იხილეთ კომენტარი.	როგორც ზემოთ, დამატებით, შესაძლოა, კოლიფორმები	დოზირება იხილეთ ჩანაწერში ⁵	ორალური თერაპია: როგორც ზემოთ პარენტალური თერაპია: [ეფემენება გავრცელებულ მგრძნობელობებს: (AM-SB ან TC-CL ან PIP-TZ ან ERTA ან სხვა კარბაპენემი)] დამატებით [vanco (ან ალტერნატიული, ქვემოთ მოყვანილი ანტი-MRSA პრეპარატები) მანამ, სანამ MRSA არ გამოირიცხება].	ემპირიული ანტიბაქტერიული თერაპიის საფუძვლები: 1. დათესვა; ლაბორატორიული შედეგის პასუხამდე MRSA-ს და სხვა უფრო მძიმე ინფექციების გადაფარვა; ადგილობრივი ემპირიული თერაპიის გათვალისწინება. 2. მიმე, კიდურის და/ან სიცოცხლისათვის საშიში ინფექციები მოითხოვს პროფილაქსიას გრამ-დადებითი კოკების, მათ შორის MRSA, კოლიფორმების და სხვა აერობული გრამ-უაყოფითი ჩხირებისა და ანაერობული გრამ-უაყოფითი ბაცილების წინააღმდეგ პარენტალური თერაპიის დაწყებას.
ფართო ლოკალური ანთება პლუს სისტემური ტოქსიურობა.	როგორც ზემოთ პლუს დამატებით ანაერობული ბაქტერია. ენტროკოკის როლი უცნობია.	დოზირება იხილეთ ჩანაწერში ^{5,7}	პარენტალური თერაპია: (Vanco პლუს ზეტა-ლაქტამიზა-ლაქტამაზას ინჰიბიტორი) ან (vanco პლუს [Dori ან IMP ან MER]). სხვა ალტერნატიული საშუალებები: 1. Dapto ან linezolid vanco-ს მაგივრად 2. (CIP ან Levo ან Moxi ან aztreonam) დამატებული metronidazole ზეტა-ლაქტამიზა-ლაქტამაზას ინჰიბიტორის მაგივრად დოზირება იხილეთ ჩანაწერში ⁷ შეაფასეთ არტერიული უკმარისობა!	3. გენიზება: ჩამოთვლილი რეჟიმები წარმოადგენს ზემოთ აღნიშნულ პრინციპებთან შეთანხმებულ რეკომენდაციებს. არსებობს ალტერნატივები, რომლებიც შესაძლოა ადექვატური იყოს ცალკეული პაციენტისათვის 4. არის ოსტეომიელიტი? რისკი იზრდება თუ წყლულის ზომა არის >2 სმ ² , ძვლის სინჯი არის დადებითი, ESR >70 და პათოლოგიური რენტგენის სურათი. უაყოფითი მრტ ამცირებს ოსტეომიელიტის ალბათობას (JAMA 299:806, 2008). მრტ არის საუკეთესო გამოსავალი კვლევა (CID 47:519 და 528, 2008).

- ⁵ **TMP-SMX-DS³** 1–2 ტაბლეტი po bid, **minocycline** 100 მგ po bid, **Pen VK** 500 მგ po qid, (O Ceph 2, 3; **cefprozil** 500 მგ po q12h, **cefuroxime axetil** 500 მგ po q12h, **cefdinir** 300 მგ po q12h ან 600 მგ po q24h, **cefpodoxime** 200 მგ po q12h), **CIP** 750 მგ po bid. **Levo** 750 მგ po q24h. **Diclox** 500 მგ qid. **Cephalexin** 500 მგ qid. **AM-CL** 875/125 bid. **Doxy** 100 მგ bid. **CLINDA** 300–450 მგ tid
- ⁶ **AM-CL-ER** 2000/125 მგ po bid, **TMP-SMX-DS** 1–2 ტაბლეტი po bid, **CIP** 750 მგ po bid, **Levo** 750 მგ po q24h, **Moxi** 400 მგ po q24h, **linezolid** 600 მგ po bid.
- ⁷ **Vanco** 1 გრ IV q12h, (პარენტრალური β–ლაქტამ/ β –ლაქტამაზას ინჰიბიტორები; **AM-SB** 3 გრ IV q6h, **PIP-TZ** 3.375 გრ IV q6h ან 4.5 გრ IV q8h ან 3.375 გრ 4 სთ–იანი ინფუზია q8h; TC-CL 3.1 გრ IV q6h); კარბაპენემები: **Doripenem** 500 მგ (1 სთ–იანი ინფუზია) q8h, **ERTA** 1 გრ IV q24h, **IMP** 0.5 გრ IV q6h, **MER** 1 გრ IV q8h, **daptomycin** 6 მგ/კგ IV q24h, **linezolid** 600 მგ IV q12h, **azteronam** 2 გრ IV q8h. **CIP** 400 მგ IV q12h, **Levo** 750 მგ IV q24h, **Moxi** 400 მგ IV q24h, **metro** 1 გრ IV დატვირთვის დოზა და შემდეგ 0.5 IV q6h ან 1 გრ IV q12h.

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* **შენიშვნა:** ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალურგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ლირებულუებას.

ანამორფიკი არქაიზიზი/ზოდიფიკირებადი ბაროფიკიზი	მიმომართვა თვალთ	ფართობიზი რეზიზი*		დაზიზიკი დიზიფიკირებადი ან თიზიკიზი დიზიფიკირებადი ან კოზიფიკირებადი
		მიმომართვა	ალფიზიფიკირებადი	
მიმომართვა (გამოვლიზიზი)	(ნოროვირუსი), პარაზიკიზი. ვირუსული მიმომართვა იწვევს მსუბუქ და საშუალო სიმძიმის დაავადებებს. მოგზაურთა დიარეისათვის იხილეთ გვერდი 45	ანტიმიკრობული (პერისტალტიკის დამთრგუნველი) საშუალებები (იხილეთ კომენტარი) + სითხეები		სისხლიანი განავლის, (ჰემოლიზურ -ურემიულ სინდრომიზე (HUS) ექვისას: Loperamid (Imodium) 4 მგ po, შემდეგ 2 მგ ყოველი კუჭის მოქმედების შემდეგ, მაქსიმუმ 16 მგ დღეში. ბისმუტ სუფსალიცილატი (Pepto-Bismol) 2 ტაბლეტი (262 მგ) po qid. HUS: ზავების E. coli 0157:H7-ით დაინფიცირების რისკი არის 8–10%. TMP-SMS ან FQ-ებით ადრეული მკურნალობა ↑ HUS-ის ნოროვირუსი: წარმოადგენს არაბაქტერიული დიარეის (± გულისრევას/ღებინება) ეტიოლოგიის 90%-ს. ხანგრძლივობა 12–60 სთ. ჰიდრატაცია. არ არსებობს ეფექტური ანტივირუსული პრეპარატი.
მიმომართვა (≥6 თხიერი განავალი დღეში და/ან ≥38°C ტემპერატურა, ტენეზმები, განავალში სისხლისა და ლეიკოციტების არსებობა) შენიშვნა: მიმომართვა, ცხელების გარეშე მიმდინარე სისხლიანა დიარეა უნდა ↑ Shiga-toxin E. coli 0157:H7-ისა და სხვების არსებობაზე ეჭვი (MMWR 58 (RR-12):1, 2009).	დადებითი C. difficile, Klebsiella oxytoca, E. histolytica. ტიფოზური ცხელებისათვის იხილეთ გვერდი 148	FQ (CIP 500 მგ po q12h ან Levo 500 მგ q24h) x 3-5 დღე	TMP-SMX-DS po bid x 3-5 დღე. Campylobacter რეზისტენტობა TMP-SMX-ის მიმართ ხშირია ტროპიკულ ზონებში.	სხვა პოტენციური ეტიოლოგია: Cryptosporidia – იმუნოკომპეტენტურები მკურნალობას არ საჭიროებენ (იხ. ცხრილი 13A და JID 170:272, 1994). Cyclospora – მიმომართვა ქრონიკული დიარეა, TMP-SMX–ზე რეაგირებს (იხილეთ ცხრილი 13A Klebsiella oxytoca იდენტიფიცირებულია, როგორც ანტიბიოტიკ-ასოცირებული ჰემორაგიული კოლიტის (ციტოტოქსიკი დადებითი) გამოწვევი მრეხი: NEJM 355:2418, 2006.
		თუ ანტიბიოტიკით მკურნალობა ახალი ჩატარებული აქვს (შესაძლებელია C. difficile ტოქსინით გამოწვეული კოლიტი) დაუმატეთ:		
		Metro 500 მგ po tid x 10-14 დღე	Vanco 125 მგ po qid x 10-14 დღე.	

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* **შენიშვნა:** ყველა დიარეა რეკომენდირებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ღირებულებას.

მხრილი 1 (15)

ანამორფიკი პარამეტრები/ ფორმულიზირებული ბაქტერიები	ფორმულიზირებული ტაბულა	ფორმულიზირებული რეჟიმები		დახმარება დიაგნოსტიკური ან თერაპიული ლორწოვანი და კონსერვაციის
		ძირითადი	ალტერნატიული	
ბასტრიკონდენსირებული სისტემა (გვერდები)				
გასტროენტერიტი – სპეციფიკური თერაპია (დათესვის, მიკროსკოპიის, ტოქსინების ანალიზის შედეგები ხელმისაწვდომია) (NEJM 370:1532, 2014)				
თუ ბაქტერიოლოგიური კვლევის შედეგი უარყოფითია, სავარაუდოა ნორვოიქსი (Norwalk) (EID 17:1381, 2011) – იხილეთ ნორვოიქსი, გვერდი 368	Aeromonas/Plesiomonas	CIP 750 po bid x 3 დღე	TMP-SMX DS 1 tab po bid x3 დღე	მიუხედავად იმისა, რომ არ არსებობს უდავო დამამტკიცებელი საბუთი, მატულობს დამაჯერებლობა იმისა, რომ Plesiomonas არის დიარეული ავადმყოფობის გამომწვევი მიზეზი (NEJM 361:1560, 2009)
შენიშვნა: ჰოსპიტალიზირებულ პაციენტთან WBC>15,000 მიუთითებს C. difficile-ს არსებობაზე	აგებიაზი (Entamoeba histolytica, Cyclospora, Cryptosporidia და Giardia), იხილეთ ცხრილი 13A, Campylobacter jejuni ანამნეზში ცხელება 53–83%-ში. ნორმალურ ორგანიზმში თვით–ლიმბიტრებული დიარეა	Azithro 500 მგ po q24h x 3 დღე	Erythro stearate 500 მგ po qid x 5 დღე ან CIP 500 მგ po bid (CIP–ის მიმართ რეზისტენტობა იზრდება)	Campylobacter–ის შემდგომი გილენ–ბარე; ასოცირდება შემთხვევითა 15% (Ln 366:1653, 2005). დაკავშირებულია წერილი ნაწლავის ლიმფოპროლიფერაციულ დაავადებასთან; შესაძლებელია დაქვემდებაროს ანტიბიოტიკებს (NEJM 350:239, 2004). რეაქტიული ართრიტი წარმოადგენს მორიგ პოტენციურ გართულებას. იხილეთ მოგზაურთა დიარეა, გვერდი 45. სისხლის კულტურები. ზაქტერიემიულ პაციენტებში, C. fetus–ის 32% რეზისტენტულია FQ–ის მიმართ (CID 47:790, 2008). გეროპენეში დაბალ კონცენტრაციამ იწვევს C. Fetus ინჰიბიციას In vitro.Clinical review: CID 58:1579, 2014
	Campylobacter fetus დიარეა იშვიათია. უფრო მეტად სისტემური დაავადება დაუძლეველ ორგანიზმში	Gentamicin (იხილეთ ცხრილი 10D)	AMP 100 მგ/კგ/დღე IV div q6h ან IMP 500 მგ IV q6h	
ტოქსინით გაწვრთნილი დიარეების დიფერენციული დიაგნოსტიკა: • C. difficile • Klebsiella oxytoca • S. aureus • შიგა–ტოქსინის წარმომქმნელი E. coli (STEC) • ენტეროტოქსიგენური B. fragilis (CID 47:797, 2008)	C. difficile ტოქსინ დადებითი ანტიბიოტიკ–ასოცირებული კოლიტი. პრობიოტიკები (lactobacillus ან saccharomyces) C. difficile–ს პრევენციისათვის შეუსაბამო (AntM 157:878, 2012; Lancet 382:1249, 2013).	po მედიკამენტები დასაშვებია; WBC <15,000; არ იზრდება შრატის კრეტაინინი.	Metro 500 მგ po tid ან 250 მგ qid x 10-14 დღე	თუ შესაძლებელია, შეწყვიტეთ ანტიბიოტიკი; ანტიმოტილური საშუალებების არიდება, ჰიდრატაცია, ენტერული იზოლაცია. ახალი მიმოხილვის თანახმად, ანტიმოტილური საშუალებების სიფრთხილით გამოყენება შესაძლებელია პაციენტებში, რომელთაც აქვთ მსუბუქი დაავადება და რომლებიც იღებენ მკურნალობას (CID 48:598, 2009). რეგიდოვი 10–
			Vanco 125 მგ po qid x 10-14 დღე Teicoplanin ^{mus} 400 მგ po bid x 10 დღე	

ანთონიერი პირ/დიაგნოზი/ მოდიფიკირებადი ბარამები	ეტიოლოგია (თავად)	შემთავაზებული რეჟიმი*		დახმარე დიაგნოსტიკური ან თერაპიული ლაბორატორიები და კონსულტაციები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
უფრო მეტი <i>C. difficile</i> შესაბამე: მკურნალობის მიმოხილვა: CID 51:1306, 2010. SHEA/IDSA–ს მკურნალობის გაიდლაინები: ICHE 31:431, 2010; ESCMID–ის გაიდლაინები: Clin Microbial Infect 15:1067, 2009; AnIM 155:839, 2011.	პი მედიკამენტები დასაშვებია; დაავადების მძიმე; WBC >15,000; კრეტინინის 50%-ზე მეტად მატება	Vanco 125 მგ po qid x 10-14 დღე. IV Vanco-პი გამოყენება. <i>იხ. ცხრილი 10A, გვერდი 215.</i>	Fidaxomicin 200 მგ po bid x 10 დღე	20%–ში.
	მკურნალობის შემდგომი რეციდივი	პირველი რეციდივი Metro 500 მგ po tid x 10 დღე	მეორე რეციდივი Vanco 125 მგ po qid x 10-14 დღე, შემდეგ მისევე დაიწყეთ თანდათან შემცირება (<i>იხილეთ კომენტარები</i>)	Vanco–ს შემცირება (ყველა დოზა 125 მგ po): კვირა 1 – bid, კვირა 2 – q24h; კვირა 3 – qod; შემდეგ ყოველ მე–3 დღეს 5 დოზა (<i>NEJM</i> 359, 1932, 2008). სხვა ვარიანტები: vanco დაწყების შემდეგ, rifaximin^{NAI} 400–800 მგ po ყოველდღიურად div bid ან tid x 2 კვირა განავლის ტრანსპლანტაცია ვანკომიციინთან შედარებით უფრო ეფექტურია (15/16 [93%] versus 7/26 [27%]) <i>C.difficile</i>-ს გამწვავებისას (CID 53:994, 2011)
	ოპერაციის შემდგომი გაუვალობა; მძიმე დაავადება მძიმე ტოქსიური მეგაკოლონიტი (<i>NEJM</i> 359:1932, 2008).	Metro 500 მგ IV q6h + vanco 500 მგ q6h ნ/ზონდით ± ბრმა ნაწლავის რეტროგრადული კათეტერი. <i>იხ. კომენტარი დოზირებისათვის არ არის მონაცემები მძიმე სიცოცხლისათვის საშიში დაავადების მკურნალობაში Fidaxomicin</i>-ის ეფექტურობის შესახებ.		Vanco–ს ნაწლავში ინსტილაციისათვის, 500 მგ vanco დაამატეთ 1 ლიტრ მარილ-წყალხსნარს და გააკეთეთ პერფუზია 1–3 მლ/წთ, მაქსიმუმ 2 გრ 24 სთ–ში (CID 690, 2002). შენიშვნა: IV vanco არ არის ეფექტური. კოლექტომიის ჩვენებებისათვის იხილეთ ICHE 31:431, 2010. შეტყობინებულია, რომ რეფრაქტული მძიმე <i>C. diff.</i>–ს შემთხვევაში სტანდარტულ მკურნალობასთან შედარებით IV tigecycline^{NAI} უფრო ეფექტურია (CID48:1732,2009).

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* **შენიშვნა:** ყველა დოზირება რეკომენდებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ღირებულებას.

ანაბრობიოლოგიური ანალიზების/მოდიფიკაციური ტარებები	ეტიოლოგია (თავალი)	დამოთხავადი რეზიზენცია*		დაზიანება ანალიზების/მოდიფიკაციური ტარებების და კონფირმაციის
		ძირითადი	ალტერნატიული	
	ენტეროჰემორაგიული E. coli (EHEC). ზოგი მათგანი აპროდუცირებს შიგა-ტოქსინს E. Coli (STEC) და იწვევს ჰემოლიზურ ურემიულ სინდრომს (HUS). ეს შტამები: O157:H7, O104:H4 და სხვა. კლასიკური მიმდინარეობა სისხლიანი დიარეით და ცხელების გარეშე.	ჰიდრატაცია: მოერიდეთ ანტიბიოტიკოტერაპიას. <10 წლის ასაკის ბავშვებში დიარეის გამო TMP-SMX, ზეტა-ლაქტამებით, მეტრონიდაზოლ;ით და აზიტრომიცინით მკურნალობისას 25% -ით გაიზარდა HUS -ის გამოწვევის რისკი (CID 55:33, 2012). (STEC)-ის აფეთქების არაკონტროლირებული კვლევის შედეგებით გამოვლინდა: ხანმოკლე E. Coli-ის ექსკრეცია, რამდენიმე კრუნჩხვის შემთხვევა, დაბალი სიკვდილობა (BJM 345:e4565, 2012). თუ ემპირიული ანტიბიოტიკოტერაპიის შემდეგ დაიწვა STEC დიაგნოზი, უნდა შეწყვიტოთ ანტიბიოტიკი. მოერიდეთ ანტიბიოტიკს <10 წლის ბავშვებში სისხლიანი დიარეით. თუ მაინც უნდა გამოვიყენოთ, ყველაზე უსაფრთხო არჩევანია აზიტრომიცინი (JAMA 307:1046, 2012).	• HUS უფრო ხშირია ბავშვებში, 10 წლამდე ასაკში 15% ; მთლიანად 6-9% • დიაგნოსტიკა: განავალში შიგა-ტოქსინი 1 და 2-ის EIA. • მკურნალობა: in vivo და in vitro მონაცემებით STEC-ის შეხება TMP-SMX-სა და CIP-თან ბაქტერიების სიკვდილის გამო იწვევს დიდი რაოდენობით HUS ტოქსინის გამოთავისუფლებას (JID 181:664, 2000) • HUS ცუდი დაავადებაა: იწვევს 10%-ში სიკვდილს, 50%-ში თირკმლის სხვადასხვა ხარისხის პერმანენტულ დაზიანებას (CID 38:1298, 2004).	

ხსრილი 1 (16)

ანამორფიკი არქაინფორმ/ფორმულირებადი გარემოებები	თიროფონი ტიპური	ფორმულირებადი რეჟიმი*		დაზიანება ფინაზოლირებადი ან თერაპიული ლინიტიზები და კონტრაბი
		ძირითადი	ალტერნატიული	
გასტროინტესტინალური / გასტროენტერიტი - სპეციფიკური თერაპია (გაგრძელება)				
(გაგრძელება)	Klebsiella oxytoca - ანტიბიოტიკთან ასოცირებული დიარეა	რეაგირებს ანტიბიოტიკების შეწყვეტაზე		სავარაუდოდ, NSAID-ების შეწყვეტა ეფექტურია (NEJM 355:2418, 2006).
	Listeria monocytogenes	ძირითადად თვითლიმიტირებადია. ორალური ანტიბიოტიკების (მაგ. ampicillin ან TMP-SMX) მნიშვნელობა უცნობია, თუმცა მათი გამოყენება შესაძლებელია მისაღები იყოს მძიმე ლისტერიოზული ინფექციის რისკის მქონე მოსახლეობაში (CD 40:1327, 2005); Wien Klin Wochenschr 121:149, 2009). პაციენტები ზაქტერიემია/მენინგიტით საჭიროებენ პარენტალურ თერაპიას: იხ. გვერდები 17 და 145		აღიარებულია საკვებთან ასოცირებული ფეხრილიური გასტროენტერიტის გამოწვევაც მიზეზად. არ არის აღმოჩენილი სტანდარტულ განავლიდან კულტურებში. მძიმე სისტემური დაავადების ჩამალა რისკი აქვთ ორსულებს, ახალშობილებს, მოხუცებს და დაქვეითებული იმუნიტეტის მქონე პირებს (MMWR 57:1097, 2008).
	Salmonella, არა ტიფი – ტიფური (ენტერული) ცხელებისათვის იხილეთ გვერდი 148.	თუ დაავადება ასიმპტომურია ან მსუბუქი, ანტიმიკრობული თერაპია არ არის რეკომენდირებული. უმჯერანდით, თუ პაციენტი <1წლის ან >50 წლისაა, თუ იმუნოკომპრომიშულია, თუ სისხლძარღვების გადანერგვა ან სახსრების პროთეზირება აქვს ჩატარებული, თუ აქვს ზაქტერიემია, ჰემოგლობინოპათია ან, თუ პაციენტი ჰოსპიტალიზირებულია ცხელებით და მძიმე დიარეით (იხილეთ ტიფური ცხელება, გვერდი 148).	Azithro 500 მგ po დღეში ერთხელ x 7 დღე (დაქვეითებული იმუნიტეტისას – 14 დღე).	TMP-SMX და chloro-ს მიმართ რეზისტენტობა ↑. თუ საჭირო გახდა IV თერაპია, ძირითადად აქტიურია ceftriaxone, cefotaxime (დოზირებისათვის იხილეთ ჩანაწერი ¹¹ გვერდი 57); CLSI-მა დაადგინა CIP-ის მიმართ მგრძნობელობის ახალი საინტერპრეტაციო კრიტერიუმი: მგრძნობიარე შტამები, MIC<0.06 მკგ/მლ (Clin Infect Dis 55:1107, 2012) ენტერიტის ძირითადი მკურნალობა არის სითხეებისა და ელექტროლიტების შევსება.
ცხელება დაფიქსირდა შემთხვევათა 71–91%-ში, სისხლიანი განავლის ანამნეზი – 34%-ში	ცხელება დაფიქსირდა შემთხვევათა 71–91%-ში, სისხლიანი განავლის ანამნეზი – 34%-ში	(CIP 500 მგ bid) ან (Levo 500 მგ q24h) x 7- 10 დღე (დაქვეითებული იმუნიტეტის შემთხვევაში – 14 დღე).		

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* **შენიშვნა:** ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროვოცირებას, ღირებულებას.

ანაბრომედიკალიზაციის/ანტიბიოტიკოთერაპიის გეგმვა	მედიკამენტი	მედიკამენტოზური რეჟიმი*		მედიკამენტოზური ანტიბიოტიკოთერაპიის დოზირება და კონტრინდიკაციები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
	Shigella ცხელება დაფიქსირდა შემთხვევათა 58%-ში, სისხლიანი განავლის ანამნეზი – 51%-ში	CIP 750 მგ po bid x 3 დღე მედიკამენტოზური რეჟიმი: Azithro 10 მგ/კგ/დღე ერთხელ დღეში x 3 დღე. მძიმე შემთხვევებში ceftriaxone 50-75 მგ/კგ დღიურად x2-5 დღე . CIP სუსპენზია 10მგ/კგ ორჯერ x 5 დღე	Azithro 500 მგ po დღეში ერთხელ x 3 დღე	ექსპერტთა უახლესი მიმოხილვა იძლევა რეკომენდაციას, რომ მოზრდილებში დაინიშნოს CIP-ის 750 მგ-იანი დოზა დღეში ერთხელ x 3 დღე (NEJM 361:1560, 2009). S. flexneri-ის მიერ გამოწვეული ინფექციის CIP-ზე რეზისტენტობის გამო, გამოიყენება ceftriaxone და cefotaxime (MMWR 59:1619, 2010). ბავშვებში CIP უკეთესია, ვიდრე ceftriaxone (Lnd 3:537, 2003). იმუნოკომპრომიტირებული ბავშვები და მოზრდილები: უმცროსალეთ 7–10 დღე. ბავშვებში ჩატარებულ ცდებში azithro უკეთესია, ვიდრე cefixime (PIDJ 22:374, 2003).
	Spirochetosis (Brachyspira pilosicoli)	მკურნალობის სარგებელი არ არის ცნობილი. მგრძნობიარე ანტიბიოტიკების Metro, ceftriaxone და moxi -ს მიმართ		ანაერობული ინტესტინალური სპიროხეტაა, რომელიც კოლონიზირდება შინაური და გარეული ცხოველების, ასევე ადამიანის მსხვილ ნაწლავში. უწოდებენ ამოუცნობ დაავადებას დაუდგენელი სტატუსის გამო ((Digest Dis& Sci 58:202, 2013)

ანაბრომომიკური არა/დინამიკური/ მოდერნიზირებული ბარბრომომიკური	მედიკალიზაცია ტიპური	გამოთვალვითი რეჟიმები*		დახმარება დინამიკური/ანაბრომომიკური ან მოდერნიზირებული ლინკოლინები და პენიცილინები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
	Vibrio cholerae მკურნალობა ამცირებს დაავადების ხანგრძლივობას, წონის კლებას და ექსკრეციის ხანგრძლივობას	ძირითადი თერაპია არის რეჰიდრატაცია. ანტიბიოტიკები შეარჩიეთ ადგილობრივად გავრცელებული შტამების მგრძნობელობის მიხედვით. Doxycycline 300 მგ po ერთჯერადი დოზა აწ Azithromycin 1 გრ po ერთჯერადი დოზა აწ Tetracycline 500 მგ po qid x3 დღე აწ Erythromycin 500 მგ po qid x 3 დღე	ორსულათვის: Azithromycin 1 გრ po ერთჯერადი დოზა აწ Erythromycin 500 მგ po qid x 3 დღე ბავშვებისათვის: Azithromycin 20 მგ/კგ po ერთჯერადი დოზა; ასაკისათვის სპეციფიური სხვა ალტერნატიული საშუალებებისათვის, იხ. CDC ვებ-გვერდი http://www.cdc.gov/haitic hol era/ hcp_goingtohaiti.htm	ანტიბიოტიკული თერაპია ამცირებს ავადმყოფობის ხანგრძლივობას, მაგრამ რეჰიდრატაცია უმნიშვნელოვანესია. IV რეჰიდრატაციის საჭიროებისას გამოიყენეთ რინგერის ლაქტატი. პაციენტი ორალური სითხის მიღების შეძლებისთანავე გადაიყვანეთ ორალური რეჰიდრატაციული მარილების (ORS) po მიწოდებაზე. ORS არის კომერციულად ხელმისაწვდომი საშუალება, რომელიც შესაძლებელია დაემატოს დასაღვად ვარგის წყალს. თუკი არ არის ხელმისაწვდომი, WHO გვთავაზობს შემცველის გაკეთებას: 1/2 ჩაის კოვზი მარილისა და 6 სუფრის კოვზი შაქრის 1 ლიტრ დასაღვად ვარგის წყალში გახსნა (http://www.who.int.cholera/technical/en/). CDC-ის მიერ ჰაიტის ეპიდემიოლოგიისა და სტატისტიკის მართვის სხვა ასპექტების შესახებ რეკომენდაციები შესაძლებელია, იხილოთ შემდეგ მისამართზე http://www.cdc.gov/haiticholera/hcp_goingtohaiti.htm ამ ეპიდემიოლოგიისა და სტატისტიკის გვიგეგმვებზე ciprofloxacin-ის მიმართ დაქვეითებულ მგრძნობელობას და რეზისტენტობას sulfisoxazole, ნალიდიქსის მეფასა და furazolidone-ს მიმართ.

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* **შენიშვნა:** ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ლიზებულობას.

ანდომოვიური არა/დიაგნოზი/ ხიდაფიხირობადი გარემოებები	ამიოლოგია (თავალი)	მედიკამენტოზი რეჟიმი*		დახმარება დიაგნოზიზირებადი ან თერაპიული ლაბორატორიები და კონსულტაციები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
მოგზაურთა დიარეა, თვით- მკურნალობა. პაციენტს ძირითადად არ ახასიათებს ფეკალური ტემპერატურა	მწვავე: 60%-ში იწვევს დიარეული E. coli; shigella, salmonella ან campylobacter. C. difficile, amebiasis (იხილეთ ცხრილი 13A). ქრონიკული: cyclospora, cryptosporidia, giardia, isospora	CIP 500 მგ po bid 1-3 დღე ან Levo 500 მგ po q24h 1-3 დღე ან Oflox 300 მგ po bid 3 დღე ან Rifaximin 200 მგ po tid 3 დღე ან Azithro 1000 მგ po ერთხელ ან 500 მგ po q24h 3 დღე ზავმეგობი: Azithro 10 მგ/კგ/დღე ერთჯერადი დოზით 3 დღე ან ceftriaxone 50მგ/კგ/დღე ერთჯერადი დოზით 3 დღე. მოერიდეთ ფტორკინოლონს. ორსულეგობი: გამოიყენეთ Azithro. მოერიდეთ FQ-ს.		შესაძლებელია აუცილებელი იყოს. შენიშვნა: ცნობილი გახდა clostridia-ს რეზისტენტობა clindamycin-ის მიმართ იქნა . PIP-TZ, IMP, MER, DORI-ით უნდა გადაიფაროს პათოგენების უმეტესობა. ანტიმომილური აგენტი: არაორსულ მოზრდილებში, რომელთაც არა აქვთ ცხელება ან სისხლიანი განავალი, დაუმატეთ loperamide 4 მგ po x 1, შემდეგ 2 მგ po ყოველი თხიერი განავლის შემდეგ, მაქსიმუმ 16 მგ დღეში. კომენტარები: Rifaximin დამტკიცებულია მხოლოდ ≥ 12 წლის პირთათვის. მოქმედებს მხოლოდ არაინვაზიური E. Coli გამოწვეულ დიარეაზე; არ გამოიყენოთ ცხელების ან სისხლიანი განავლის შემთხვევაში. ლიტერატურა: NEJM 361:1560, 2009; BMJ 337:a1746, 2008; http://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2012/chapter-2-the-pre-travel-consultation/travelers-diarrhea.htm .
მოგზაურთა დიარეის პრევენცია	არ არის რუტინულად მითითებული. ახლანდელი რეკომენდაცია არის პირველი თხიერი განავლის შემთხვევაში FQ + Imodium- ის მიღება			

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* შენიშვნა: ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის
ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას
შეთავსებლობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ლიწებულებას.

ცხრილი 1 (18)

ანადგომიერი პარამეტრები/ ფორმირებისათვის გარემოს პირობები	ფიზიკომათემატიკური	გეოლოგიური რაიონები		დაზიანებადი დანართები/პროცესები ან დანართები ფორმირების და გეოლოგიური
		ქვეყნის	საერთაშორისო	

მასტრონიტეხნიკი (გაგრძელება)

გასტროინტესტინური ინფექციები ანატომიური ლოკალიზაციის მიხედვით: საყლაპავიდან სწორ ნაწლავამდე

12-გოჯას/კუკის წყლული; კუკის კიბო, ლორწოვანთან ასოცირებული ლიმფოიდური ქსოვილების (MALT) ლიმფომა (არა 2^o NSAID) Ref: Gut 61:646, 2012; Med Lett 9:55, 2012.	HSV, CMV Helicobacter pylori იხილეთ კომენტარი მკურნალობის წინა რეზისტენტობის გავრცელება მზარდია	თანმიმდევრული თერაპია: (Rabeprazole 20 მგ + amox 1 გრ) bid x 5 დღე, შემდეგ (rabeprazole 20 მგ + clarithro 500 მგ + tinidazole 500 მგ) bid შემდეგი 5 დღე. იხილეთ ჩანაწერი ⁸.	ოთხ ნაწილიანი თერაპია (10-14 დღე): Bismuth (იხილეთ ჩანაწერი ⁹), ბისმუტ სუბსალიცილატი 2 ტაბლეტი qid + tetracycline 500 მგ qid + metro 500 მგ tid + omeprazole 20 მგ bid	კომენტარი: მეგრგან, წარუმატებლობის სიხშირის გამო, აქამდე რეკომენდირებული სამმაგი რეჟიმი (PPI + Amox + Clarithro) აღარ არის მისაღები (20%). 10 დღიანი ოთხ ნაწილიანი თერაპიით [(omeprazole 20 მგ po ორჯერ დღეში) + (3 კაფსულა po 4-ჯერ დღეში, თითოეული რომ შეიცავდეს Bismuth subcitrate potassium 140 მგ-ს + Metro 125 მგ + Tetracycline 125 მგ)], ირადიკაციის ხარისხი პროტოკოლურ პოპულაციაში შეადგენდა 93%-ს, ხოლო - მიზნობრივად ნამკურნალბ პოპულაციაში 80%-ს, ორივე შემთხვევა შესაძრევად უკეთესი იყო, ვიდრე 7 დღიანი სამმაგი რეჟიმი (PPI + Amox + Clarithro)(Lancet 377:905, 2011). გამოიჩინეთ სიფრთხილე სხვა პრეპარატებთან შესაძლებელი ურთიერთქმედების გამო, წინააღმდეგ ჩვენებაა ორსულობა და საფრთხილოა სხვა სპეციალური პოპულაციებისთვის. ზოგადი მიმოხილვისათვის იხილეთ NEJM 362:1597, 2010. დადგნოსტკა: განავლის ანტიჰეიენ - მონოკლონური EIA >90% მგრმნობელობა და 92% სპეციფიურობა. სხვა ტესტები: ენდოსკოპიის შემთხვევაში, სწრაფი ურეაზა და/ან ჰისტოლოგია და/ან კულტურა; ურეაზული სუნთქვითი ტესტი.
---	---	--	---	---

ანდომინოზი ან/და/დიაბინოზი/ მოდიფიცირებადი ბარემოზები	ეტიოლოგია (თავალი)	განმარტებული რამენი*		დახმარება დიაგნოსტიკური ან თერაპიული ლორწინიანი და კონსერვაციის
		ძირითადი	ალტერნატიული	
წერილი ნაწილი: უბლის დაგდება (NEJM 356:55, 2007; LntD 8:179, 2008) იხილეთ ინფექციური ენდოკარდიტი, კულტურა უარყოფითი, გვერდი 68	Tropheryma whipplei	(Doxycycline 100 მგ po bid + Hydroxychloroquine 200მგ po tid) × 1 წელი, შემდეგ Doxycycline 100მგ po bid მთელი სიცოცხლის მანძილზე იმუნური რეგონსტიტუციური ანთებითი პასუხის (ირაპ) რეაქციების შემთხვევაში: თალიდომიდი მკურნალობა უფრო ეფექტური შესაძლოა იყოს, ვიდრე სტეროიდოთერაპია (J Infect 60:79, 2010)		განკურნების ტესტი: გამომორთე განავლის ანტიგენი და/ან ურეაზული სუნთქვითი ტესტი მკურნალობიდან >8 კვირის შემდეგ. მკურნალობის გამოსავალი: სამმაგი თერაპიის წარმატებლობის სიხშირე clarithro-ზე რეზისტენტობის გამო არის 20%. განკურნების სიხშირე თანმიმდევრული თერაპიით არის 90%. In vitro მკურნალობის ტესტირება და დაგროვილი კლინიკური გამოცდილება (JAC 69:219, 2014). In vitro რეზისტენტობა TMP-SMX-ის მიმართ პლუს ხშირი კლინიკური გამოვლინებები და რეციდივები. კარბაპენემების მიმართ ხშირი რეზისტენტობა. Ceftriaxone ის მიმართ სრული In vitro რეზისტენტობა.

⁸ შესაძლოა ჩანაცვლდეს სხვა პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორები omeprazole ან rabeprazole - ყველა bid: **esomeprazole** 20 მგ (FDA-ის მიერ აპრობირებული), **lanzaprazole** 30 მგ (FDA-ის მიერ აპრობირებული), **pantoprazole** 40 მგ (ამ ჩვენებისათვის არ არის FDA-ის მიერ აპრობირებული).

⁹ **ბისმუტის პრეპარატები:** (1) აშშ-ში, **ბისმუტის სუბსალიცილატი (Pepto-Bismol)** 262 მგ ტაბლეტები; მოზრდილია დოზა helicobacter-ისათვის არის 2 ტაბლეტი (524 მგ) qid. (2) აშშ-ს გარეთ, ბისმუტის კოლოიდური სუბსალიცილატი (De-Nol) 120 მგ დასაღვკი ტაბლეტები; დოზა არის 1 ტაბლეტი qid. აშშ-ში, ბისმუტის სუბსალიცილატი ხელმისაწვდომია მხოლოდ კავსულებში (Pylera: ყოველი კავსულა შეიცავს ბისმუტ სუბსალიცილს 140 მგ + Metro 125 მგ + Tetracycline 125 მგ), რომელიც პაციენტებს ეძლევათ 3 კავსულა po 4 x ყოველდღიურად 10 დღის განმავლობაში დღეში 2-ჯერად პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორთან (PPI) ერთად.

ცხრილი 1 (19)

ანამორფიკური პარამეტრები/ფორმულიზირებული ბარამეტრები	ეტიოლოგია (თავალი)	ფორმულიზებული რეჟიმი		დახმარება დანაშაულისათვის ან თერაპიული ღონისძიებაზე და კომპლექსი								
		ძირითადი	ალტერნატიული									
გასტროინტესტინური ინფექციები ანატომიური ლოკალიზაციის მიხედვით: საყლაპვიდან სწორ ნაწლავამდე												
დიფტერიკულიტი, პერიენტერული ასცესი, პერიტონიტი <i>ასევე იხილეთ პერიტონიტი, გვერდი 110</i>	Enterobacteriaceae, ზოგჯერ P. aeruginosa, Bacteroides sp., enterococci	ამულტორიული პაციენტების მკურნალობა - მსუბუქი დიფტერიკულიტი, დრენირებული პერიენტერული ასცესი: [(TMP-SMX-DS bid) ან (CIP 750 მგ bid ან Levo 750 მგ q24h)] + metro 500 მგ q6h. ყველა po x 7-10 დღე.	AM-CL-ER 1000/62. 5 მგ 2 ტაბლეტი po bid x 7-10 დღე ან Moxi 400 მგ po q24h x 7-10 დღე.	უნდა „დაფაროს“ ორივე გრამ-უარყოფითი აერობული და გრამ-უარყოფითი ანაერობული ბაქტერიები. პრეპარატები, რომლებიც აქტიურია მხოლოდ ანაერობული გრამ-უარყოფითი ბაქტერიების წინააღმდეგ: clinda, metro. პრეპარატები, რომლებიც აქტიურია მხოლოდ აერობული გრამ-უარყოფითი ბაქტერიების წინააღმდეგ: APAG ¹⁰ . P Ceph 2/3/4 (იხილეთ ცხრილი 10A, გვერდი -215), aztreonam, AP Pen, CIP, Levo. პრეპარატები, რომლებიც აქტიურია ორივე აერობული/ანაერობული გრამ-უარყოფითი ბაქტერიების მიმართ: cefoxitin, cefotetan, TC-CL, PIP-TZ, AM-SB, ERTA, Dori, IMP, MER, Moxi და tigecycline. B.flagilis -ის ჯგუფის მზარდი რეზისტენტობა (AAC 51:1649, 2007): <table><tr><td>Moxi</td><td>Cefoxitin</td><td>Cefotetan</td><td>Clindamycin</td></tr><tr><td>% რეზისტენტობა</td><td>42-80</td><td>34-45</td><td>48-60 19-35</td></tr></table> Ref: Anaerobe 17;147, 2011; AAC 56:1247,2012; Surg Infect 10:11, 2009	Moxi	Cefoxitin	Cefotetan	Clindamycin	% რეზისტენტობა	42-80	34-45	48-60 19-35
Moxi	Cefoxitin	Cefotetan	Clindamycin									
% რეზისტენტობა	42-80	34-45	48-60 19-35									
		PIP-TZ 3.375 გრ IV q6h ან 4.5 გრ IV q8h ან AM-SB 3 გრ IV q6h ან TC-CL 3.1 გრ IV q6h ან ERTA 1 გრ IV q24h ან MOXI 400 მგ IV q24h	[(CIP 400 მგ IV q12h) ან (Levo 750 მგ IV q24h)] + (metro 500 მგ IV q6h ან 1 გრ IV q12h) ან Moxi 400 მგ IV q24h	რეზისტენტობა: რეზისტენტობა metro, PIP-TZ-ზე იშვიათია. რეზისტენტობა FQ-ს მიმართ გაიზარდა ენტერულ ბაქტერიებში, განსაკუთრებით მამინ, თუ რომელიმე FQ გამოყენებულია წინა პერიოდში.								
		მიზე, სიფილისისთვის სამში დაავადება, ინტენსიური თერაპიის განყოფილების პაციენტი:										
		IMP 500 მგ IV q6h ან MER 1 გრ IV q8h ან Dori 500 მგ q8h (1 სო-იანი ინფუზია)	AMP + metro + (CIP 400 მგ IV q12h ან Levo 750 მგ IV q24h) ან [AMP 2 გრ IV q6h + metro 500 მგ IV q6h + aminoglycoside ¹⁰ (იხილეთ ცხრილი 10D, გვერდი 248)]	Ertapenem არასაკმარისად აქტიურია P. aeruginosa/Acinetobacter sp.-ს მიმართ. თანმლევი ქირურგიული მანამუღაცების მართვა მნიშვნელოვანია, განსაკუთრებით საშუალო და მძიმე დაავადებისას. ენტეროკოკის როლი რჩება საკამათო. სავარაუდოდ, პათოგენურია სანაღლე გუზების ინფექციებისას. პაციენტებში გულის სარქველთან დაავადებით, სავარაუდოდ, საჭიროა ენტეროკოკის								

ანამორფიკი არა/დინამიკი/ მოდინამიკური/ ბარომორფიკი	ფიზიკოლოგია (კვალი)	ფიზიკოლოგია/ სტრუქტურა		ფიზიკოლოგია/ სტრუქტურა
		ფიზიკოლოგია/ სტრუქტურა		
		ფიზიკოლოგია/ სტრუქტურა	ფიზიკოლოგია/ სტრუქტურა	
				საწინააღმდეგო პრეპარატების დანიშნულება. Tigecycline: მაგი ყუთი: კლინიკური კვლევის მეტა-ანალიზმა უჩვენა სიკვდილობის მაღალი სიხშირე Tigecycline-ით (2.5%) ნამკურნალეუ პაციენტებში, ვიდრე შესადარებელ (1.8%) ჯგუფში. სიკვდილობის მიზეზის რისკის განსხვავება 0.6% (95% CI 0.1, 1.2) არ არის დადგენილი. Tigecycline უნდა შემოვიწახოთ იმ შემთხვევისათვის, როცა ალტერნატიულ მკურნალობას ვერ ვატარებთ (FDA MedWatch Sep 27, 2013).

მინიმალური ტრამპი: ემპირიული და სპეციფიკური მკურნალობის ნარევი. დაწარმოებული პაციენტთა სქესის მიხედვით. სექსუალური მალადობისათვის (გაუპატიურება), იხილეთ ცხრილი 15A, გვერდი 192 და MMWR 59 (RR-12), 2010. www.cdc.gov/std/treatment. იხილეთ სექსობრები გზით გადამდები დაავადებების დიაგნოსტიკის გაიდლაინები, MMWR 59 (RR-12), 2010.

ორივე კაცები და ქალები:

რბილი შანკრი	H. ducreyi	Ceftriaxone 250 მგ IM ერთჯერადი დოზა ან azithro 1 გრ po ერთჯერადი დოზა	CIP 500 მგ bid po x 3 დღე ან ბაზისური erythro 500 მგ qid po x 7 დღე.	აივ დადებით პაციენტებში, ცნობილია azithro-ს ერთჯერადი დოზის წარუმატებლობის შესახებ (CID 21:409, 1995). შეფასეთ 7 დღის შემდეგ, წყლული ობიექტურად უნდა გაუმჯობესდეს. სიმპტომები უმჯობესდება 7 დღეში. რბილ შანკრზე ნამკურნალეუ ყველა პაციენტს უნდა ჩაუტარდეს აივ-სა და სიფილისზე ტესტირება. რბილი შანკრის მქონე პაციენტის ყველა სქესობრივი პარტნიორი უნდა იქნას გამოკვლეული და ნამკურნალეუ, თუ მათ აღენიშნებათ დაავადების არსებობის კვალი ან ზოლო 10 დღის განმავლობაში ჰქონდათ სქესობრივი კავშირი მოცემულ პაციენტთან.
--------------	------------	--	--	--

¹⁰ Aminoglycoside = ანტიფსეფდომონური ამინოგლიკოზიდური ამინოგლიკოზიდი, მაგ. amikacin, gentamicin, tobramycin

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* **შენიშვნა:** ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ღირებულებას.

სხრილი 1 (შთ)

ანამორფიკი არამორფიკი/ორმორფიკი/ბარამორფიკი	ეიროლოგია თავალი	შეშთაშაშთი რეშთაშაშთი		დაშთაშაშთი დეაშთაშაშთი ან თეაშთაშთი ლეონაშთაშთი ან კოშთაშთაშთი
		ძირითადი	ალეშთაშთი	
ბენიშთაშთი შრამშთი/ორეშთაშთი კაშთი (გაგრძელეშთაშთი)				
ქლამიდია, et al. არა გონოკოკური ან გონოკოკის შემდგომი ურეთრითი, ცერვიკიტი შენიშვნა: იგარუდეთ თანშთაშთი N. gonorrhoeae-ს არსებობა ქლამიდიური კონიუნქტივიტი, იხილეთ გვერდი 25	Chlamydia 50%, Mycoplasma hominis. სხვა ცნობილი ეტიოლოგია (10-15%): trichomonas, herpes simplex virus (JID 206:357, 2012)	(Doxi 100 მგ bid po x 7 დღე) ან (azithro 1 გრ po ერთეგრადი დოზა). გამოიკვლიეთ და უმკურნალეთ სქესობრივ პარტნიორს ორსულობისას: Azithromycin 1 გრ po ერთეგრადი დოზა ან amox 500 მგ po tid x 7 დღე	(ბაზისური Erythro 500 მგ qid po x 7 დღე) ან (Oflox 300 მგ q12h po x 7 დღე) ან (Levo 500 მგ q24h x 7 დღე) ორსულობისას: ბაზისური Erythro 500 მგ po qid 7 დღე Doxi და FQ უკურნებებს წარმოადგენს	დაეგნოსტირება: შარდის ნიმუშების ნუკლეინ მეგვას ამპლოფიკაციით ტესტირება C. trachomatis-სა და N. gonorrhoeae-ზე, ექვივალენტურია საშუალოსნოს ყელიდან ან შარდსაწვეთიდან აღებული ნიმუშების ტესტირების (AnIM 142:914, 2005). ურეთრის/ცერვიკიტის მქონე ყველა პაციენტს უტარდებათ აივ-სა და სიფილისზე ტესტირება. პროექტისათვის: უპირატესია doxy x7დღე (Sex Trans Dis 41:79, 2014). გამოიკვლიეთ და უმკურნალეთ სქესობრივ პარტნიორებს. ორსულეში განკურნებისას ხელშეორედ ჩატარეთ გამოკვლევა. მაშაკათა M. genitalium ურეთრისათვის, Azithromycin 1 გრ უმჯობესი იყო, ვიდრე doxycycline (CID 48:1649, 2009), მაგრამ შესაძლებელია, განვითარდეს სელექტიური რეზისტენტობა, რაც იწვევს წარუმატებლობას azithromycin-ის მულტი-დოზაიანი რეჟიმებით განმეორებითი მკურნალობისას (CID 48:1655, 2009).
რეციდივული/განმეორებითი ურეთრითი	C.Trachomatis (43%), M. genitalium (30%), T. vaginalis (13%) (CID 52:163, 2011)	Metro 2 გრ po x1დოზა + azitro 1 გრ po x1დოზა	Tinidazole 2 გრ po x 1 + Azithromycin 1 გრ po x 1	M.genitalium-ის შემთხვევაში azitro უეფექტოა (CID 56:934, 2013) .სცადეთ moxi 400მგ po ერთხელ დღეში*10 დღე, თუ azitro უშედეგოა (PloS One 3:e3618,2008). ახალიFQ რეზისტენტულია იაპონიაში(JAC 69:2376, 2014).
გონორეა (MMWR 59 (RR-12): 49, 2010). გონოკოკური ინფექციების სამკურნალად FQ აღარა რეკომენდირებული (MMWR 59 (RR-12):49, 2010). Cephalosporin რეზისტენტობა: JAMA 309:163 და 185, 2013.				
კონიუნქტივიტი (მოზრდილეში)	N. gonorrhoeae	Ceftriaxone 1 გრ IM ან IV ერთეგრადი დოზა		განიხილეთ თვალის ერთეგრადი ფიზიოლოგიური ხსნარით ლავაჟი
დისემინირებული გონოკოკური ინფექცია (DGI, დეტრმატიტი-)	N. gonorrhoeae	Ceftriaxone 1 გრ IV q24h - იხილეთ კომენტარი	(Cefoxatime 1 გრ q8h IV) ან (ceftazoxime 1 გრ q8h IV) - იხილეთ	სიმკტომების ↓ შემდეგ 24 საათით გააგრძელეთ IM ან IV რეჟიმი; გაითვალისწინეთ ორალური ცეფალოსპორინებისა და ფტორქინოლონების მაღალი რეზისტენტობა

ანამორფიკი არა/დინამორფი/ მოდერნიზირებული ბაქტერიები	ეპილოგია თავალი	გამოთვალადი რაოდენობა*		დაზნაზრე დინამორფიკი ან თერაპიული ღონისძიებები და კონტრაბი
		ძირითადი	ალტერნატიული	
არტრიტის სინდრომი)			კომენტარი: თუ მიკრობი მიკრობი მგრძნობიარეა, FQ შესაძლებელია იყოს ეფექტური.	მოსახლეობაში. მოერიდეთ თერაპიის თანდათანობით შემცირებას, სანამ არ გვევლინება მგრძნობიარეობა და ცეფალსპორინი ან ფტორინოლინი არ გამოავლენს სრულ აქტიურობას. გამორიცხეთ მენინგიტი/ენდოკარდიტი. უმჯობესად საგარეოდ არსებულ თანხლებ C. trachomatis-ს. JID 157:1281, 1988.
ენდოკარდიტი ფარინგიტი	N. gonorrhoeae N. gonorrhoeae	Ceftriaxone 1-2 გრ IV q24h x 4 კვირა Ceftriaxone 250 მგ IM x 1 დამატებით (Azithro 1 გრ po x 1) ან (doxy 100 მგ po bid x 7 დღე).	არ გამოიყენეთ FQ რეზისტენტობის გამო.	ფარინგიტული GC-ს აღმოფხვრა უფრო რთულია. განკურნების ტესტირებისათვის ზოგი გეთავაზობს 1 კვირის შემდეგ განმეორებით კულტივაციას. Spectinomycin, cefixime, cefpodoxime და cefuroxime არ არის ეფექტური.
ურთრითი, ცერვიკიტი, პროქტიტი (გაუთულებელი)	N. gonorrhoeae (ურთრის მქონე პაციენტთა 50%-ში, ცერვიკიტს გააჩნია თანხლები C. trachomatis - უმჯობესად ურთრის თუ N. gonorrhoeae არ მიაწვდის მხოლოდ ერთ პათოგენს). MDR gonorrhea-ს რისკი ყველაზე დიდია ჰომო-სექსუალურში (MMWR 62:103, 2013; AnIM 158:321, 2013).	[(Ceftriaxone 250 მგ IM x 1) + (Azithro 1 გრ po x 1) ან (doxy 100 მგ po bid x 7 დღე)]. დაუმატო Azithro ან doxy მაშინაც, როცა ქლამდია გამოიცხადება. ალტერნატიული: Azithro 2 გრ po x 1 უმჯობესად: Ceftriaxone 500 მგ IM x 1, Azithro 2 გრ po x 1. უმჯობესად პარტნიორს; მკურნალობის დასრულებიდან 1 კვირაში N. gonorrhoeae განკურნების კონტროლისათვის. Pen/Ceph მიმდებარე ალერგიის შემთხვევაში: (gent 240მგ IM + azitro 2 გრ po) x1 დოზა ან (Gemi 320მგ + Azitro 2 გრ) po x1 დოზა (CID 59:1083, 2014) (გულისხმობს >20%-ში)		გამოიკვლიეთ სიფილისის არსებობაზე: GC-ის სხვა ალტერნატიული საშუალებები (ჩამოთვლილი ყველა მიდგომისა, რეკომენდირებულია მკურნალობიდან 1 კვირის შემდეგ განმეორებითი გამოკვლევა): • Cefixime 400 მგ po x 1 ან Cefpodoxime 400 მგ po x 1 (შენიშვნა: არ არის ეფექტური ფარინგიტული დაავადებების დროს); რეზისტენტობის ზრდის გამო, ადრე ხდება ორალური ცეფალსპორინების, როგორც პირდაპირი თერაპიის, რეკომენდირება, MMWR 61:590, 2012. • სხვა ცეფალსპორინები ერთჯერადი დოზით: cefixime 500 მგ IM, cefotaxime 500 მგ IM, cefoxitin 2 გრ IM + probenecid 1 გრ po. • Azithro 1 გრ po x 1 ეფექტური ქლამდიის წინააღმდეგ, მაგრამ GC-ს შემთხვევაში აუცილებელია 2 გრ po; გასტრონტესტინური გვერდითი მოვლენების, ხარჯის და რეზისტენტობის სწრაფი ზრდის გამო არ არის რეკომენდირებული GC-ს სამკურნალოდ.

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* შენიშვნა: ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ღირებულებას.

ანამორფიკი არა/დინამორფი/ მოდერნიზირებული ბარაფორები	ეტიოლოგია თავალი	გამოთავაზებული რეჟიმი*		დახმარე დიაგნოსტიკური ან თერაპიული ლორწოვანი და კომენტარები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
საზარდულის გრანულომა (დონოვანოზი)	Klebsiella (წინათ Calymmatobacteriu m) granulomatis	Doxy 100 მგ po bid x 3-4 კვირა	TMP-SMX ერთი DS ტაბლეტი bid x 3 კვირა ან Erythro 500 მგ po qid x 3 კვირა ან CIP 750 მგ po bid x 3 კვირა ან azithro 1 გრ po qwk x 3 კვირა	მკურნალობაზე დაქვემდებარება კლინიკურად 1 კვირაში ჩანს. უმკურნალები ყველა დაზიანების განკურნებაზე , შესაძლებელია დასჭირდეს 4 კვირა. წარუმატებელი მკურნალობა ან რემისიები დაფიქსირებულა doxy-ს და TMP-SMX-ის გამოყენებისას. ცნობილია FQ-სა და chloro-ს ეფექტურობის შესახებ (CID 25:24, 1997). ამჟამად ეფექტური მკურნალობის შემდეგ, 6-18 თვეში შესაძლოა, განვითარდეს რეციდივი. გაუმჯობესება ამჟამად არაა პირველ რამოდენიმე დღეს, ზოგი ექსპერტი ამბობს gentamicin 1 მგ/კგ IV q8h.

მხრილი 1 (21)

ანთონიერი პრე/მიანთონი/ მოდიფიკირებადი ბარემონები	მიონოლოია (თავალი)	მომონავაზბული რემონები*		დაზნაზაე დიაგნოსტიკარი ან თერაპიული ღონისძიებები და კომენდარები
		ძირითადი	ალდარანთილი	
გენიტალური ტრეპტიორიე კაციე და ქალე (გავრძელება)				
Herpes simplex ვირუსი	იხილეთ ცხრილი 14A, გვერდი 350			
ადამიანის პაპილომა ვირუსი (HPV)	იხილეთ ცხრილი 14A, გვერდი 350			
Lymphogranuloma venereum	Chlamydia trachomatis, სეროვარი L1, L2, L3	Doxy 100 მგ po bid x 21 დღე	Erythro 0.5 გრ po qid x 21 დღე ან Azithro 1 გრ po კვირაში x 3 კვირა (კლინიკური მონაცემები მცირეა)	დიაგნოსტიკა ემყარება სეროლოგიას; ზიოფსია წარმადგენს უკუჩვენებას ფისტულების გამო. ნუკლეინ მჟავის ამპლიფიკაციის ტესტირება C. trachomatis-ზე იქნება დადებითი. MSM-ში (ჰომოსექსუალები), ფიქსირდება ცხელება, რექტალური წყლული და ანალური გამონადენი (CID 39:996, 2004; Dis Colon Rectum 52:507, 2009).
Phthirus pubis (ბიქენის ტილი) და მუნი	Phthirus pubis და Sarcoptes scabiei		იხილეთ გვერდი 13A, გვერდი 321	
სიფილისი დიაგნოზი: JAMA 312:1922,2014; მკურნალობა: JAMA 312:1905,2014				
ადრეული: პირველადი, მეორადი ან ლატენტური <1 წელი. სკრინინგი ტრეპონემა-სპეციფიურ ანტისხეულზე ან RPR/VDRL, იხილეთ JCM 50:2 და 148, 2012.CID 58:1116, 2014.	T. pallidum მენიზმნა: ყველა სიფილისით დაავადებულ პაციენტს ჩაუტარეთ აივ-ზე ტესტირება; ყველა აივ პაცი-ენტს ჩაუტარეთ ტესტირება ლატენტურ სიფილისზე.	Benzathine pen G (Bicillin L-A) 2.4 მილიონი ერთეული IM x 1 ან Azithro 2 გრ po x 1 დოზა (იხ.კომენტარი)	(Doxy 100 მგ po bid x 14 დღე) ან (tetracycline 500 მგ po qid x 14 დღე) ან (ceftriaxone 1 გრ IM/IV q24h x 10-14 დღე). შესრულება სავალდებულოა.	ადრეული ან თანდაყოლილი სიფილისის შემთხვევაში, მკურნალობის შემდეგ რაოდენობით VDRL უნდა ჩატარდეს 0, 3, 6, 12 და 24 თვეებში . თუ 1 ^o ან 2 ^o სიფილისია, VDRL უნდა ↓ 2 ტუბით მე-6 თვეზე, 3 ტუბით მე-12 თვეზე და 4 ტუბით 24-ე თვეზე. თანდაყოლილი სიფილისის განახლებული ვერსია (MMWR 59:413, 2010). ადრეული ლატენტური: 2 ტუბით მე-12 თვეზე, 1 ^o -ით, 50% იქნება RPR სეროუარყოფითი მე-12 თვეზე, 24% - FTA/ABS (ფლორესცენტული ტრეპონემური ანტისხეულების ამსორბიცია)- უარყოფითი მე-2-3 წელზე (AnIM 114:1005, 1991). თუ ტიტრები არ დაეცა, გამოიკვლიეთ CSF; თუ CSF (+), უმკურნალოეთ როგორც ნეიროსიფილისს; თუ CSF უარყოფითია, თავიდან უმკურნალოეთ benzathine Pen G 2.4 მილიონი ერთეული IM ყოველ კვირას x 3 კვირა. თუ სხვა არჩევანი არ გვაქვს: Azithro 2 გრ po x 1 დოზა (ექვივალენტურია

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* **შენიშვნა**: ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ლატენტული გარანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ღირებულებას.

ანამორფიკი პრაქტიკული/მომადიფიკაციური გარემოებები	ეპიდემიოლოგია (თავალი)	გამოთვალვადი რამიფიკა		დაზნაზა დინამიკური ან თერაპიული ღონისძიებები და პრევენციები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
1 წელზე მეტი ხანგრძლივობის (განუზღვრელი ხანგრძლივობის ლატენტური პერიოდით, კარდიოვასკულური, მოგვიანებითი კეთილთვისებიანი გუმა)	პენიცილინის დესენსიბილიზაცია იის მეთოდისათვის, იხ. ცხრილი 7, გვერდი 187 და MMWR 50 (RR-12):26, 2010.	Benzathine pen G (bicillin L-A) 2.4 მილიონი ერთეული IM qwk x 3 კვირა = 7.2 მილიონი ერთეული ჯამში	Doxy 100 მგ po bid x 28 დღე ან tetracycline 500 მგ po qid x 28 დღე; Ceftriaxone 1 გრ IV ან IM ყოველდღიურად 10-14 დღე შესაძლებელია იყოს ალტერნატიული საშუალება (არ არსებობს კლინიკური მონაცემები; საჭიროა ინფექციონისტის კონსულტაცია)	benzathine Pen-ისა, 2.4 IM x 1 დოზა ადრეული სივითისის დროს (<i>J Infect Dis 201:1729, 2010</i>). Azithro-რეზისტენტული სივითისის შემთხვევები დაფიქსირებულია კალიფორნიაში, ირლანდიასა და სხვა ადგილებში (<i>CID 44:S130, 2007; AAC 54:583, 2010</i>). შენიშვნა: benzathine procaine penicillin-ის გამოყენება არასწორია!! ალტერნატიული საშუალებების ეფექტურობის შესახებ არ არსებობს გამოქვეყნებული მონაცემები. LP-ს ჩვენებები (CDC): ნევროლოგიური სიმპტომები, წარუმატებელი მკურნალობა, ნებისმიერი თვალის ან ყურის ჩართულობა, აქტიური სივითისის არსებობის სხვა კვალი (აორტიტი, გუმა, ირიტი).
ნეიროსივითისი - მკურნალობა ძალიან რთულია. მოიცავს ოკულურ (რეტრობულბური ნევრიტი) სივითისის ყველას ესაჭიროება CSF კვლევა		Pen G 18-24 მილიონი ერთეული დღეში, შემდეგი სახით: უწყვეტი ინფუზია ან 3-4 მილიონი ერთეული IV x 10-14 დღე	(Procaine pen G 2.4. მილიონი ერთეული IM q24h + probenecid 0.5 გრ po qid) ორივე x 10-14 დღე - <i>იხილეთ კომენტარი</i>	Ceftriaxone 2 გრ (IV ან IM) q24h x 14 დღე. ცნობილია 24%-იანი წარუმატებლობის სიხშირის შესახებ (<i>AJM 93:481, 1992</i>). პენიცილინზე ალერგიის შემთხვევაში: მოახდინეთ ან პენიცილინზე დესენსიტიზაცია ან მიიღეთ ინფექციური დაავადებების სპეციალისტის კონსულტაცია. მკურნალობაზე დაქვემდებარების სეროლოგიური კრიტერიუმები: 6-12 თვეში VDRL ტიტრის თანხა ან მეტი $\leq$ [CID 28(Suppl.1):S21, 1999].
აივ ინფექცია (მიდსი) CID 44:S130, 2007.		მკურნალობა იგივეა, რაც აივ-ით არა ინფიცირებულ პირებში, მუდმივი მეთვალყურეობით.	ადრეული ნეიროსივითისის უმკურნალოდ 10-14 დღე, CD4-ის მაჩვენებლის მიუხედავად: <i>MMWR 56:625, 2007.</i>	<i>იხილეთ სივითისის განხილვა MMWR 59 (RR-12), 2010.</i> უმკურნალოდ ნეიროსივითისის, თუ CSF VDRL უარყოფითია, მაგრამ CSF WBC >20 (STD 39:291, 2012).

ანათონიური არე/დიაბნოზი/ ხოლოფიფიკაციური ბარეფიფიკაციები	ეფილოფიკაცია (თავილი)	ჰეფიფიფიკაციური რეფიფიკაციები*		დაფიფიკაციური დიაბნოზი/ფიფიკაციური ან თეფიფიკაციური ლოფიფიკაციები და პოფიფიკაციები
		ფიფიფიკაციური	ალფიფიკაციური	
ორსულობა და სიფიფიკაციები		იფიფიკაციური, რაც არა ორსულობა მკურნა- ლობისას, ზოფიფიკაციური, benzathine pen G -ს დაწეფიფიკაციური დოზის 1 კვირის შემდეგ იძლევა მეორე დოზის რეკომენდაციას (2.4 მილიონი ერთეფიფიკაციური), განსაკუთრეფიფიკაციური მე-3 ტრიმესტრში ან 2 ^o სიფიფიკაციურისას.	პენიცილინზე ალერგიულობისათვის ჩაატარეფიფიკაციური კანის ტესტი. აუცილებლობის შემთხვეფიფიკაციური ჩაატარეფიფიკაციური დესენსიბილიზაცია, რადგან pen G არის ერთადერთი პრეპარატი, რომლის ეფიფიფიკაციური ფეფიფიკაციური დოკუმენტირეფიფიკაციური.	ყოველთეფიფიკაციური რადენფიფიკაციური VDRL ან ეფიფიფიკაციური კვლეფიფიკაციური. თუ ოთხმაგად $\uparrow$, მაშინ გაიმეორეფიფიკაციური მკურნალობა. Doxy, tetracycline წარმოადგენენ უკუწვენებას. ნაყოფის მკურნალობის წარუმატებლობის მაღალი რისკის გამო, erythro არ არის რეკომენდირეფიფიკაციური.

აბრეფიფიკაციური, გვერდი 3.

* **შენიშვნა**: ყველა დოზირება რეკომენდირეფიფიკაციური მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის
ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვეფიფიკაციურისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას,
შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ლიწეფიფიკაციური.

ხსრილი 1 (22)

ანატომიური არე/დიაგნოზი/ მოდიფიკატორული ბარათები	ეფილოგია (თავსაზო)	გემოთვანებადი რეჟიმი		დახმარება დიაგნოსტიკური ან თერაპიული ლაბორატორიები და კონსულტაციები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
ბინძურადი ტრანსმიზიონი კავშირები და ქალები (გაგრძელება)				
თანდაყოლილი სიფილისი (თანდაყოლილი სიფილისი განახლებული ვერსია: <i>MMWR 59 (RR-12):36, 2010</i>)	<i>T. pallidum</i>	Aqueous crystalline pen G 50.000 ერთეული/კგ დოზაზე IV q12h x 7 დღე, შემდეგ q8h გაშვით 10 დღე.	Procaine pen g 50.000 ერთეული/კგ IM q24h 10 დღე	სხვა ალტერნატივა: Ceftriaxone ≤30 დღის ასაკში, 75 მგ/კგ IV/IM q24h (სიფილისის მქონე ახალშობილებში გამოიყენეთ სიფილისით) ან >30 დღის ასაკში 100 მგ/კგ IV/IM q24h. უმკურნალეთ 10-14 დღის განმავლობაში. სიმპტომატურად, თუ საჭიროებს, ჩატარეთ ოფთალმოლოგიური კვლევა. თუ მკურნალობა ერთ დღეზე მეტ ხანს იქნა გამოტოვებული, ხელახლა დაიწყეთ მთლიანი კურსი. აუცილებელია სეროლოგიური მეთვალყურეობა!
მეჩეტი, ანოგენიტალური	<i>იხილეთ ცხრილი 14A, გვერდი 350</i>			
ქალები: ანოინიტი, სეპტიური აბორტი	ბაქტერიოიდები, განსაკუთრებით <i>Prevotella bivia</i> ; B ჯგუფის სტრეპტოკოკი; Enterobacteriaceae; C. Trachomatis	[(Cefoxitin ან TC-LC ან Dori TM ან IMP ან AM-SB ან ERTA ან PIP-TZ) + doxy] ან [Clinda + (aminoglycoside ან ceftriaxone)] დოზირებისათვის: იხილეთ ჩანაწერი ¹² შენიშვნა: აშშ-სა და ევროპაში, B ჯგუფის სტრეპტოკოკის 1/3 რეზისტენტულია clindamycin-ის მიმართ.		საშვილოსნოს დილატაცია და ამოღება. სეპტიური აბორტის დროს Clostridium perfringens-მა შესაძლებელია, გამოიწვიოს ელვისებური შეტევასკულარული ჰემოლიზი. მშობიარობის შემდგომ პაციენტებთან , რომელთაც აქვთ ამოუწნობი ცხელება და/ან ფილტვის ემბოლია, იყარადეო სეპტიური მენჯის გენის თრომბოფილიტი (<i>იხილეთ ვასკულარული, სეპტიური მენჯის გენის თრომბოფილიტი, გვერდი --</i>). გაწერის შემდეგ: doxy ან clinda C. Trachomatis-სათვის
ცერევიტი, ლორწოვან-ჩირქოვანი (მუცოპლასმალური)	<i>N. gonorrhoeae</i> <i>Chlamydia trachomatis</i>	გონორეის მკურნალობა, <i>გვერდი 50</i> არა გონოკოკური ურთერთიტი, <i>გვერდი 50</i>		დიაგნოსტიკის კრიტერიუმები: 1) (მუცო) ჩირქოვანი ენდოცერვიკალური ექსუდატი და/ან 2) უწყვეტი ენდოცერვიკალური სისხლდენა ზამბის ჩხირის გამოღების შემდეგ. ვაგინალური სითხის >10 WBC/hpf დამაფიქრებელია. ინტრაცელულარული გრამ-უარყოფითი დიპლოკოკის აღმოჩენა სპეციფიურია, მაგრამ არ არის მგრძნობიარე. თუ ექვია, გაგზავნეთ ნაბი ან შარდი დასათესად, ჩატარეთ EIA ან ნუკლეინ მჟავას ამპლიფიკაციის ტესტირება და უმკურნალეთ ორივე პასუხის მიხედვით.

ანამორფიკი არა/დინამორფი/ მოდერნიზირებული ბაქტერიები	ეტიოლოგია (თავად)	გამოთავაზებული რეჟიმები*		დახმარება დინამორფიკური ან თერაპიული ღონისძიებები და კომპონენტები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
ენდომიომეტრიტი/ მენჯის სეპტიური ფლუიდი	მშობიარობის შემდგომი პერიოდი – პირველი 48 სთ (ძირითადად საკეისრო კვეთის შემდეგ)	ბაქტერიები, განსაკუთრებით <i>Prevotella bivia</i> ; B, A ჯგუფის სტრეპტოკოკები; <i>Enterobacteriaceae</i> ; <i>C. trachomatis</i>	[[Cefoxitin ან TC-CL ან ERTA ან IMP ან MER ან AM-SB ან PIP-TZ) + doxy] ან [clinda + (aminoglycoside ან ceftriaxone)] <i>დოზირება: იხილეთ ჩანაწერი¹¹</i>	იხ. ამნოინტის კომენტარები ქვემოთ, სეპტიური აბორტი – ზემოთ
მშობიარობის შემდგომი პერიოდი – 48 სთ – 6 კვირამდე (ძირითადად ვაგინალური მშობიარობის შემდეგ)	<i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>M. hominis</i>	Doxy 100 მგ IV ან po q12h 14 დღე		Tetracycline-ები არ არის რეკომენდებული მეტაბოლიკური დეფიციტის; უნდა შეწყვიტონ კვება. <i>M. hominis</i> მგრძნობიარე tetra-s, clinda-s მიმართ, არ არის მგრძნობიარე erythro-s მიმართ.
Fitzhugh-Curtis-ის სინდრომი	<i>C. trachomatis</i> , <i>N. Gonorrhoeae</i>	მეისვე უმკურნალებს როგორც მენჯის ღრუს ანთებით დაავადებას.		პერიპეკტი (ვილინოს სიმების მსგავსი ადჰეზიები). მუცლის მარჯვენა ზედა კვადრანტში ტკივილის უეცარი შეტევა ასოცირებული სალპინგიტთან. ტრანსამინაზები იმატებს 30%-ზე ნაკლებ შემთხვევაში.
მენჯის ღრუს აქტივობა: ძირითადად ტუბო-ოვარიული ასესისი	ყველაზე ხშირია <i>A. Israeli</i>	AMP 50 მგ/კგ დღე IV div 3-4 დოზად x 4-6 კვირა, შემდეგ Pen VK 2-4 გრ/დღე po x 3-6 თვე	Doxy ან ceftriaxone ან clinda	საშვილოსნოში ჩადებული ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალების (IUD) გართულების შემთხვევაში, ამოიღეთ მოწყობილობა. შესაძლებელია IV Pen G 10-20 მილიონი ერთეული/დღეში გამოყენება, ნაცვლად AMP-სა x 4-6 კვირა.

¹¹ P Ceph 2 (cefoxitin 2 გრ IV q6-8h, cefotetan 2 გრ IV q12h, cefuroxime 750 მგ IV q8h); TC-CL 3.1 გრ IV q4-6h; AM-SB 3 გრ IV q6h; PIP-TZ 3.375 გრ q6h ან ნოროკლინი პნევმონიისას: 4.5 გრ IV q6h ან 3.375 გრ q8h-ის 4 საათიანი ინფუზია; doxy 100 მგ IV/po q12h; clinda 450-900 მგ IV q8h; aminoglycoside (gentamicin, იხ. ცხრილი 10D, გვერდი 248); P Ceph 3 (cefotaxime 2 გრ IV q8h, ceftriaxone 2 გრ IV q24h); doripenem 500 მგ IV q8h (1 სთ-იანი ინფუზია); ertapenem 1 გრ IV q24h; IMP 0.5 გრ IV q6h; MER 1 გრ IV q8h; azithro 500 მგ IV q24h; linezolid 600 მგ IV/po q12h; vanco 1გრ IV q12h

სხრილი 1 (23)

ანამორფიკი არამორფიკი/მოადინიკი/ბაქტერიული	ფიქოლოგია თვითლო	ფიქოლოგია/რეპროდუქტიული		ფიქოლოგია/რეპროდუქტიული ან ფიქოლოგია/რეპროდუქტიული
		ფიქოლოგია	რეპროდუქტიული	

გენიტალური ფიქოლოგია/რეპროდუქტიული (გენიტალური)

მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადება (PID), სალპინგიტი, ტუბო-ოვარიული ასესი

ამბულატორიული მკურნალობა: მუხლდუღი პაციენტებისათვის, რომელთაც აქვთ $<38^{\circ}\text{C}$ ტემპერატურა, WBC $<11,000/\text{mm}^3$, პერიტონიტის არსებობის მინიმალური კვალი, ნაწლავთა პერიტონიტის ხშირობა და როცა პაციენტს შესაძლებლობა აქვს, მიიღოს საკვები ორალურად

CID 44:953 და 961, 2007; MMWR 59 (RR-12):63, 2010 და www.cdc.gov/std/treatment

N. gonorrhoeae, chlamydia, bacteroides, Enterobacteriaceae, streptococci, განსაკუთრებით S. agalactiae ნაკლებად ხშირად: G. vaginalis, Haemophilus influenzae, cytomegalovirus (CMV), M. hominis, U. urealyticum და M. Genitalium

ამბულატორიული მკურნალობა: [(ceftriaxone 250 მგ IM ან IV x 1) ($\pm$ metro 500 მგ po bid x 14 დღე) + (doxy 100 მგ po bid x 14 დღე)]. ან (cefotetan 2 გ IM პრობენეციდ 1 გ po-ით, ორივე ერთდროულად (დოზით) პლუს (doxy 100 მგ po bid და metro 500 მგ bid – ორივე 14 დღე)

ჰოსპიტალიზირებული რეჟიმები: [(Cefotetan 2 გ IV q12h ან cefoxitin 2 გ IV q6h) + (doxy 100 მგ IV/po q12h)] (Clinda 900 მგ IV q8h) + (gentamicin 2 მგ/კგ დატვირთვის დოზა, შემდეგ 1.5 მგ/კგ q8h ან 4.5 მგ/კგ დღეში ერთხელ), შემდეგ doxy 100 მგ po bid x 14 დღე

სხვა ალტერნატიული პარენტერალური რეჟიმი: AM-SB 3 გ IV q6h + doxy 100 მგ IV/po q12h დაიმასხვრეთ: შეფასეთ და უმკურნალოთ სქესობრივ პარტნიორს. FQ არ არის რეკომენდებული რეზისტენტობის ზრდის გამო (MMWR 59 (RR-12), 2010 და www.cdc.gov/std/treatment). გაითვალისწინეთ ჰოსპიტალურ პაციენტთათვის საწყისი შეფასებით/თერაპიული ღონისძიებების ჩატარება ტუბო-ოვარიული ასესის მქონე პაციენტებში. ჰოსპიტალიზირებული დაწყებითი რეჟიმებით მკურნალობა ამბულატორიულ რეჟიმზე გადართვამდე უნდა გაგრძელდეს მანამ, სანამ არ მიიღებთ დამაკმაყოფილებელ შედეგს ≥ 24 სთ-ის მანძილზე. ამბულატორულ პაციენტებში ქლამიდისა და გონორეას რუტინული ტესტების გაუმჯობესებამ შეამცირა ჰოსპიტალზაციისა და ექტოპიური ორსულობის სიხშირე (J Adolescent Health 51:80, 2012)

გაგინატი – MMWR 59 (RR-12):63, 2010

კანდიდოზი ქავილი, სქელი კაზოფორი გამოწვევის, pH <4.5 , იხილეთ ცხრილი 11A, გვერდი 255

Candida albicans 80-90%, C. glabrata, C. tropicalis შესაძლოა, მატულობდეს – ისინი ნაკლებად მგრძნობიარე არიან ანთების მიმართ

ორალური ანთების: Fluconazole 150 მგ po x 1; itraconazole 200 გრ po bid x 1 დღე. მსუბუქ შემთხვევებში, ადგილობრივი თერაპია წარმატებულია ჩამოთვლილთაგან

ინტრავენოზური ანთების: სხვადასხვა სიმძიმის – 1 დოზიდან 7–14 დღემდე. ხელმისაწვდომი პრეპარატები (ცვლა ბოლოვდება –azole–

Nystatin–ის ვაგინალური ტაბლეტები (14 დღე) ნაკლებად ეფექტურია. ანთ–რეზისტენტული შტამების სხვა მკურნალობა: gentian violet, boric acid. კანდიდოზის რეციდივის შემთხვევაში (4 ან მეტი ეპიზოდი წელიწადში): 6 თვიანი სუპრესია შემდეგი პრეპარატებით: fluconazole 150 მგ po კვირაში ან itraconazole 100 მგ po q24h ან clotrimazole–ის ვაგინალური სანთლები 500 მგ კვირაში.

ანამორფიკი არა/დინამორფი/ ორადიფიკირებადი ბაქტერიები	აშიკოლოზი ტრეპოდი	მედიკამენტოზური რეჟიმი*		დაზნაბარ დიაგნოსტიკური ან თერაპიული ლორწოვანი და კონსულტაციები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
ტრიქომონიაზი უხეი ქაფიანი გამონადენი, pH >4.5 უმკურნალები სქესობრივ პარტნიორს – იხილეთ კომენტარი	Trichomonas vaginalis NAAT და PCR, სველი ნაცხის კვლევა არ არის სენსიტიური, თუმცა ცდა შეიძლება	რომელიმე ერთი პრეპარატი (მაგ. clotrimazole, butoconazole, miconazole ან tioconazole) კრემის ან ვაგინალური სანთლის სახით	ით): butocon, clotrim, micon, tiocon, tercon (დოზები: ცხრილი 11A)	უმკურნალები მამრობითი სქესის სქესობრივ პარტნიორებს (2 გრ metronidazole ერთჯერადად). NGU-ს მქონე მამაკაცთა დაახლოებით 20% ინფიცირებულია ტრიქომონათი (JID 188:465, 2003). უეფექტო მკურნალობის შემთხვევებში ალტერნატიული ვარიანტისათვის, იხ. CID 33:1341, 2001.
ბაქტერიული ვაგინოზი (BV) მერალი ვაგინალური გამონადენი, pH >4.5 მონაცემები რეციდიის და მიმოხილვისათვის იხილეთ: JID 193:1475, 2006	ეტოლოგია გაურკვეველია: ასოცირდება შემდეგთან – Gardnerella vaginalis, mobuluncus, Mycoplasma hominis, Prevotella sp., და Atopobium vaginae et al.	Metro 0.5 გრ po bid x 7 დღე ან metro ვაგინალური გელი ¹ (1 ინტრა- ვაგინალური აპლიკატორი) 1x/დღე x 5 დღე ან Tinidazole (2 გრ po ერთხელ დღეში x 3 დღე ან 1 გრ po ერთხელ დღეში x 5 დღე) 2% clinda ვაგინალური კრემი 5 გრ ინტრაგაგინალურად	წარუმატებელი მკურნალობისათვის: ხელმოკრულ უმკურნალები metro 500 მგ-ით po bid x 7 დღე; განმეორებითი წარუმატებლობისას: metro 2 გრ po q24h x 3-5 დღე. თუ ისევ წარუმატებელია, Tinidazole 2 გრ po q24h x 5 დღე Clinda 0.3 გრ bid po x 7 დღე ან clinda ovules 100 მგ ინტრაგაგინალურად ძილის დროს x 3 დღე.	უმკურნალები მამრობითი სქესის სქესობრივ პარტნიორებს (2 გრ metronidazole ერთჯერადად). NGU-ს მქონე მამაკაცთა დაახლოებით 20% ინფიცირებულია ტრიქომონათი (JID 188:465, 2003). უეფექტო მკურნალობის შემთხვევებში ალტერნატიული ვარიანტისათვის, იხ. CID 33:1341, 2001.
				ორსულობა: არ არის მონაცემები, სადაც მითითებულია ტერატოგენული ან მუტაგენური metro. ტრიქომონას მკურნალობის განხილვისათვის, მათ შორის ორსულობის შედეგებისათვის, იხილეთ MMWR 59 (RR-12), 2010.
				სქესობრივი კავშირისაგან თავშეკავების ან პრეპარატო- ვების გამოყენების შემთხვევაში, ცნობილია, რომ ალბინიზმმა გამოიწვია მკურნალობის სიხშირის 50%-იანი ↑: CID 44:213 და 220, 2007. მამრობითი სქესის სქესობრივი პარტნიორის მკურნალობა არ არის მოთხოვნილი, სანამ არ გამოვლინდება ბალანტი. ხელმისაწვდომია Metro-ს გახანგრძლივებული გამოთავისუფლების 750 მგ-იანი ტაბლეტები, po q24h x 7 დღე; მონაცემები არ არის გამოქვეყნებული. ორსულობა: ორალური metro ან ორალური clinda-ს 7 დღიანი რეჟიმი (იხ. Canadian OB GYN practice გაიდლაინები JObstetGynCan 30:702, 2008- ში). თუ BV რეციდივია, დაამატე ზორის მკეფა

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* შენიშვნა: ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მხოვრილობისთვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის
ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას
შეთავსებლობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ღირებულებას.

ანამორფიკი არა/დინამიკური/ თოქსიკოლოგიური ტარებულობები	ეტიოლოგია ტიპური	გეგმვა/გამართვა რეჟიმი*		დაზიანება დინამიკური ან თერაპიული ლოკალიზაცია და კონსტრუქცია
		ძირითადი	ალტერნატიული	
		მილის დროს x 7 დღე.		სუპრესიული რეჟიმი: Metro 0.5გრ po bid x 7დღე, შემდეგ ვაგინალური ბორის მკურნალობის კატეგორია 600 მგ Hs x 21 დღე, შემდეგ Metro ვაგინალური კელატ.2xკვირაში x 16 კვირა (Sex Trans Dis 36:732, 2009).

¹² 1 აპლიკატორი შეიცავს 5 გრ გელს, 37.5 მგ metronidazole-ით.

სხრილი 1 (24)

ანამორფიკი არამორფიკი/ მოდიფიცირებადი ბაქტერიები	ეტიოლოგია (თავალი)	ფართოვებული რეჟიმი*		დახმარება დინამიკური ან თერაპიული ლინქებიდან და კონსულტაციები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
გენიტალური ტრანსმიცები (გაგრძელება)				
კაცები:				
ბალანტი	Candida 40%, B ჯგუფის strep, gardnerella	Metro 2 გრ po ერთეული დოზა ან Fluc 150 მგ po x 1 ან itra 200 მგ po bid x 1 დღე.	გვხვდება candida—თი ინფიცირებულ ქალთა მამრობითი სქესის სქესობრივ პარტნიორთა 1/4-ში. გამოირჩევიან circinate balanitis (რეტერის სინდრომი). პლაზმური უჯრედის ბალანტი (არა ინფექციური) ექვემდებარება hydrocortisone-ის კრემით მკურნალობას.	
ეპიდიდმო-ორქიტი ასაკი <35 წელი	N. gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis	(Ceftriaxone 250 მგ IM x 1 + doxy 100 მგ po bid x 10 დღე)+ წლითი რეჟიმი, სკოტუმის ელექციაცია, ანალგეზიური საშუალებები.	ზოგჯერ ფიქსირდება Enterobacteriaceae. ეპიდიდმო-ორქიტზე ნამკურნალე ყველა <35 წლის პაციენტს უნდა ჩატარდეს აივ-სა და სიფილისზე ტესტირება.	
ასაკი >35 წელი ან ჰომოსექსუალი მამაკაცები	Enterobacteriaceae (კოლიფორმები)	[Levo 500–750 მგ IV/po დღეში ერთხელ] ან [(cipro 500 მგ po bid) ან (400 მგ IV ორჯერ დღეში)] 10–14 დღე. AM-SB, P Ceph 3, TC-CL, PIP-TZ (დოზირება იხ. ჩანაწერში, გვერდი 57) აგრეთვე: წლითი რეჟიმი, სკოტუმის ელექციაცია, ანალგეზიური საშუალებები.	პიურია შარდის შუა პორციაში, სკოტალური ტკივილი და შეშუპება. შენიშვნა: საიმედო აქტიუზობის გარეშე ანტი-ბიოტიკების გამოყენებისას, ჩატარეთ შარდის NAAT(წყლულის მქავეს ამპლიფიკაციის ტესტი), რათა გამოირჩეოდ N. Gonorrhoeae FQ–რეზისტენტული გონორეის ან ქლამიდიის თანმხლები რისკით. სხვა გამოწვევი მიზეზებია: ყბაყურა, ბრუცელა, TB, ინტრავენოზული BCG, B. pseudomallei, coccidioides, Behcet's.	
არა გონოკოკური ურთრეტიტი პროსტატიტი – მიმოხილვა: CID 50:1641, 2010.	იხილეთ Chlamydia et al. Non-gonococcal urethritis, ცხრილი 1(20), გვერდი 50			
მწკვე გაურთულებელი (STD რისკით; ასაკი <35 წელი)	N. gonorrhoeae, C. trachomatis	(ceftriaxone 250 მგ IM x 1 ან cefixime 400 მგ po x 1, შემდეგ doxy 100 მგ bid x 10 დღე.	გონოკოკური ინფექციების დროს FQ ადარა რეკომენდირებული. გამოიკვლიეთ აივ-ზე. შიდსის მქონე პაციენტებში პროსტატა შესაძლებელია, გახდეს Cryptococcus neoformans-ის სამიზნე.	

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* **შენიშვნა:** ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ღირებულებას.

ანამორფიკი არა/დინამორფი/ მორფოლოგიკური/ბაქტერიოლოგიური თავითი	ფორმალური თავითი	ფორმალური თავითი*		დახმარება დინამორფიკური ან მორფოლოგიური ფორმალური და კომპლექსური
		ფორმალური	ფორმალური	
გაუთულებული STD დახალი რისკით	Enterobacteriaceae (კოლიფორმები)	FQ (დოზირება: <i>იხილეთ ეპიდემიო-ორქიტი</i> , >35 წელი, ზემოთ) ან TMP-SMX 1 DS ტაბლეტი (160 მგ TMP) po bid x 10-14 დღე (მინიმუმ). ზოგი ავტორი რეკომენდაციას უწევს 4 კვირის თერაპიას.		უმკურნალეთ, როგორც მწვავე საშარდე ინფექციის, 14 დღე (არა ერთგვრადი დოზის რეჟიმი). ზოგიერთი ავტორი რეკომენდაციას უწევს 3-4 კვირის თერაპიას. თუ გაუკვეცილია, გააკეთეთ NAAT C. trachomatis-სა და N. gonorrhoeae-ზე. რეზისტენტული enterobacteriaceae-ს შემთხვევაში, გამოიყენეთ ERTA 1 გრ IV qd. რეზისტენტული pseudomonas შემთხვევაში, გამოიყენეთ IMP ან MER (500 მგ IV q6 ან q8 შესაბამისად).
ქრონიკული ბაქტერიული	Enterobacteriaceae 80%, enterococci 15%, P. aeruginosa	FQ (CIP 500 მგ po bid x 4-6 კვირა, Levo 750 მგ po q24h x 4 კვირა	TMP-SMX-DS 1 ტაბლეტი po bid x 1-3 თვე	წარუმატებელი მკურნალობის შემთხვევაში ივარაუდეთ ინფიციური პროსტატის ქეზის არსებობა. FDA-ის მიერ დამტკიცებულია levo 500 მგ დოზა; რედაქტორებს ურჩევიათ უფრო მაღალი დოზა.
ქრონიკული პროსტატი- ტი/ ქრონიკული ტვი- ლის სინდრომი (NIH-ის (ჯანმრთელობის ეროვ- ნული ინსტიტუტები) ახალი კლასიფიკაცია, JAMA 282, 236, 1999)	ყველაზე ხშირია პროსტა- ტიტის სინდრომი. ეტიო- ლოგია უცნობია, მოლეკუ- ლური ნიშნების მონაცემებით სავარაუდოა ინფექციური ეტიოლოგია (Clin Micro Rev 11:604, 1998).	ალფა-ადრენერული ბლოკერების გამოყენება საკამათო (AnilM 133:367, 2000).		პაციენტს აქვს პროსტატის სიმპტომები, მაგრამ ქოლტურები უარყოფითია და არ აღინიშნება უჯრედები პროსტატულ გამონადენში. JAC 46:157, 2000. რანდომიზირებულმა ორმაგ-ბრმა კვლევამ CIP და ალფა-ბლოკერების სარგებელი ვერ აჩვენა (AnilM 141:581 და 639, 2004).
ხელი (ნაკბენი: იხილეთ კანი) პარონიქია ფრჩხილის კვანძი, მანიკური	Staph. aureus (შესაძლებელია MRSA)	გაქრა და დრენირება; პულტიფიკაცია	TMP-SMX-DS 1-2 ტაბ- ლეტი po bid დათესვის შედეგის მიღებამდე.	იხ. ცხრილი 6 ალტერნატიული საშუალებებისათვის. პერიოდულად გვხვდება კანდიდა, გრამ უარყოფითი ჩხირები.
ორალურ ლორწოვანთან კონტაქტი – დენტისტები, ანესთეზიოლოგები, მოქიდავები	Herpes simplex (Whitlow)	Acyclovir 400 მგ tid po x 10 დღე	Famciclovir ან valacyclovir იხ. კომენტარი	გრამის წესით შეღებვა და რუტინული კულტურა უარყოფითია. Famciclovir/valacyclovir პირველადი გენიტალური ჰერპესისთვის; იხ. ცხრილი 14A, გვერდი 350

სხრილი 1 (25)

ანამორფიკი არამორფიკი/ორმორფიკი/ბაქტერიული	ფორმულია თვითლო	ფორმულია რეჟიმი		ფორმულია დამამუშავებელი ან ფორმულია ლინქინგები და კომპონენტები
		ფორმულია	ფორმულია	
ინფექციური ენდოკარდიტი – ნატიური სარქველი – ემბრიული მკურნალობა კულტურის პასუხის მოლოდინში – არა IV ნარკოტიკის მზ გულის სარქლოვანი ან თანდაყოლილი დაავადება, მაგრამ არა მოდიფიცირებული გარემოებები. პროფილაქტიკისათვის, იხილეთ გბრილი 15C, გვრდი 434	შენიშვნა: დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები მოიცავს ხანგრძლივი ბაქტერიემის არსებობას (მრავლობითი დადებითი სისხლის კულტურები), სარქლოვანი უკმარისობის ახალი შუილი (ძველი შუილის გაუარესება), დადასტურებული ემბოლია და სარქლოვანი ვეგეტაციების ექოკარდიოგრაფიული (ტრანსთორაკალური ან ტრანსეზოფაგალური) მტკიცებულება. <i>Circulation</i> 111:3167, 2005; <i>Eur Heart J</i> 30:2369, 2009. ანტიმიკრობული პროფილაქტიკისათვის, იხ. გბრილი 15C, გვრდი 434. Viridans strep 30-40%, „სხვა“ strep 15-25%, enterococci 5-18%, staphylococci 20-35% (მათ შორის coag-neg staphylococci – CID 46:232, 2008).	[[Pen G 20 მილიონი ერთეული IV q24h, უწყვეტად ან div. q4h) ან (AMP 12 გრ IV q24h, უწყვეტად ან div. q4h) + (nafcillin ან oxacillin 2 გრ IV q4h) + gentamicin 1 მგ/კგ IM ან IV q8h (იხილეთ კომენტარი)]	Vanco 30-60 მგ/კგ/დღე გაყოფილი 2–3 დოზად, რათა მიღწეულ იქნას შრატის უმცირესი ეფექტური კონცენტრაცია 15–20 მგ/მლ + gentamicin 1 მგ/კგ¹⁴ IM ან IV q8h) ან dapto 6 მგ/კგ IV q24h	თუ პაციენტი არ არის მწვავე ავადმყოფი და არ აქვს გულის უკმარისობა, დაელოდეთ სისხლის კულტურის პასუხს. თუ დასაწყისში სისხლის კულტურა 3–ჯერ არის უარყოფითი 24–48 სთ-ის შემდეგ, ემპირიული თერაპიის დაწყებამდე აიღეთ სისხლის დამატებითი 2–3 კულტურა. Nafcillin/oxacillin + gentamicin კომბინაცია შესაძლებელია, ვერ დავარსოვებო, ამიტომ ბაქტერიოლოგიური პასუხის მოლოდინში დამატებითი penicillin G. თუ სისხლის კულტურა დადებითია, მაშინ შეცვალეთ რეჟიმი მიკროორგანიზმის მიმართ უფრო მეტად სპეციფიკური თერაპიით. Gentamicin გამოიყენება სინერგიისათვის; პიკური დონე არ უნდა აღემატებოდეს 4 მკგ/მლ. ქირურგიული ჩარევის ჩვენებები: იხ. NEJM 368:1425, 2013. მარცხენა მხრივი ენდოკარდიტისა და დიდი ვეგეტაციების მქონე პაციენტებში ქირურგიის როლი (NEJM 366:2466, 2012). 15 წლის განმავლობაში ბიოპროტეზირებულ და მექანიკურ სარქვლიან პაციენტთა შორის არ გამოვლინდა გადარჩენაში განსხვავება (<i>JAMA</i> 312:1323, 2014).
ინფექციური ენდოკარდიტი – ნატიური სარქველი - ნარკოტიკის IV მოხმარება ± მარცხენა მხრივი	S. aureus (MSSA და MRSA). სხვა დანარჩენი იშვიათია	Vanco 15-20 მგ/კგ დ q8-12h, რათა მიღწეულ იქნას მიმღე ინფექციისათვის	Dapto 6 მგ/კგ IV q24h დამტკიცებულია მარცხენა მხრივი ენდოკარდიტისათვის	

აბრევიატურა, გვრდი 3.

* **შენიშვნა:** ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალურგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ლიზებულობას.

ანამორფიკი არა/დინამიკი/ ორდინაციონალური ბაროფილი	აბიოლოგია (თვალის) თვალის	ფორმალური რეგულირება		დაზნაზი დინამიკური ან დინამიკური ლორწინიდან და კომპლექსური
		ძირითადი	ალტერნატიული	
ენდოკარდიტის მტკიცებულება – ემპირიული თერაპია		რეკომენდირებული უმცირესი ეფექტური კონცენტრაცია 15–20 მკ/მლ		
ინფექციური ენდოკარდიტი – ნატიური სარქველი – კულტურა და დიფენიტი	Viridans strep, S. bovis (S. gallolyticus) penicillin G MIC ≤ 0.12 მკ/მლ	[(Pen G 12–18 მილიონი ერთეული/დღე IV, გაყოფილი q4h x 2 კვირა) დამატებით (gentamicin IV 1 მკ/კგ q8h IV x 2 კვირა)] ან (Pen G 12–18 მილიონი ერთეული/დღე IV, გაყოფილი q4h x 4 კვირა) ან (ceftriaxone 2 გრ IV q24h x 4 კვირა)	(Ceftriaxone 2 გრ IV q24h + gentamicin 1 მკ/კგ IV q8h ორივე x 2 კვირა). Pen G/ ceftriaxone ალერგია: გამოიყენეთ vanc 15 მკ/კგ IV q12h–დან მაქსიმუმ 2 გრ/დღე–მდე შრატში კონცენტრაციის განსაზღვრამდე x 4 კვირა	Gen–ის სამიზნე დინამიკი: უმაღლესი – 3 მკ/მლ, უმცირესი ეფექტური კონცენტრაცია < 1 მკ/მლ. მაღალი ხარისხის სიმსუქნის შემთხვევაში დოზის შერჩევისათვის რეკომენდირებულია კონსულტაცია . „წითელი კაცის“ სინდრომის თავიდან აცილებისათვის vanc 15 მკ/კგ IV q12h–დან მაქსიმუმ 2 გრ/დღე–მდე შრატში კონცენტრაციის განსაზღვრამდე x 4 კვირა
Viridans strep, S. bovis (S. gallolyticus) penicillin G MIC > 0.12 მკ/მლ–დან ≤ 0.5 მკ/მლ–მდე	Viridans strep, S. bovis, საკვებისმიერი ვარიანტის სტრეპტოკოკი, (მაგ. S. abiotrophia) tolerant strep ¹⁴	Pen G 18 მილიონი ერთეული/დღე IV (გაყოფილი q4h) x 4 კვირა დამატებით Gent 1 მკ/კგ IV q8h x 2 კვირა შენიშვნა: Gen–ის დაბალი დოზა	Vanco 15 მკ/კგ IV q12h–დან მაქსიმუმ 2 გრ/დღეში, შრატის კონცენტრაციის განსაზღვრამდე x 4 კვირა	შესაძლებელია pen G–ის ნაცვლად cefazolin–ის გამოყენება პაციენტებში ალერგიით, რომლებიც არ მონაწილეობს IgE (მაგ. ანაფილაქსია). ალტერნატიულად, გამოიყენეთ vanc 15 (იხ. ზედა კომენტარი gen–სა და vanc–ზე). შენიშვნა: თუ აუცილებელია ინფიციერებული სარქველის მოცილება და კულტურა უარყოფითია, პოსტოპერაციულად 2 კვირა ანტიბიოტიკებით მკურნალობა საჭიროა (CID 41:187, 2005).
viridans strep ან S. bovis, როცა pen G MIC > 0.5 ; AMP/pen G, vanc, gentamicin–ის მიმართ მგრძნობიარე ენტეროკოკები	“მგრძნობიარე“ enterococci, viridans strep, S. bovis, საკვებისმიერი ვარიანტის სტრეპტოკოკი	[(Pen G 18–30 მილიონი ერთეული IV q24h, გაყოფილი q4h x 4–6 კვირა) დამატებით (gentamicin 1 მკ/კგ q8h IV x	Vanco 15 მკ/კგ IV q12h–დან მაქსიმუმ 2 გრ/დღეში, თუ შრატის დინე არ არის განსაზღვრული, დამატებით	თუ სიმპტომები აღინიშნება < 3 თვის განმავლობაში, მაშინ აუცილებელია 4 კვირის მკურნალობა; სიმპტომების > 3 თვის განმავლობაში აღინიშნება - 6 კვირა. Pen–ზე ალერგიულ პაციენტებში გამოიყენეთ vanc 15; არ გამოიყენოთ ცეფალოსპორინები. ენტეროკოკური ენდოკარდიტისას, არ გამოიყენოთ gent
შენიშვნა: რეკომენდირებულია				

ანამორფიკი არა/დინამორფი/ბოდიფორმული ბაქტერიები	ფილოგენიკი თვითი	ფართოვებული რეზისტენცია*		დაზნაბი დინამორფიკი ან თერაპიული ღონისძიებები და პრევენციები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
ინფექციონის კონსულტაცია	(ახალი სახელები: Abiotrophia sp. და Granulicatella sp.)	4-6 კვირა) ან (AMP 12 გრ/დღე IV, გაყოფილი q4h + gent, როგორც ზემოთ, x 4-6 კვირა)	gentamicin 1 მგ/კგ q8h IV x 4-6 კვირა. შენიშვნა: Gent-ის დაბალი დოზა	ერთხელ q24h. Gent-ის შრატის სამიზნე დონეები: უმაღლესი - 3 მგ/მლ, უმცირესი- 1<მგ/მლ. Vanco-ის შრატის სამიზნე დონეები: უმაღლესი - 20-50 მგ/მლ, უმცირესი 5-12 მგ/მლ. შენიშვნა: რეზისტენტობის სიხშირის ↑ გამო (იხილეთ ქვემოთ), ენდოკარდიტის გამომწვევი ყველა ენტეროკოკი უნდა იყოს ტესტირებული in vitro penicillin-ის, gentamicin-ისა და vancomycin-ის მიმართ მგრძნობელობაზე, დამატებით ზეტა-ლაქტამაზას პროდუქციაზე.

¹³ Tolerant streptococci = MBC (ბაქტერიების მინიმალური კონცენტრაცია) 32–ჯერ მეტი MIC–ზე (მინიმალური ინჰიბიციური კონცენტრაცია)

სხრილი 1 (26)

ანთონიური პრეპარატი/ მოდიფიცირებადი ბარემოპეპტი	ფიოლოგია (თავალი)	ფიზიოლოგიური რეაქცია		დაზიანება ფიზიოლოგიური ან თერაპიული ლორწოხარისხი და კომპონენტები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
ბაქტერიული ინფექციები - ნატიური სარქველი - კულტურა დადებითი (გაგრძელება)				
ენტეროკოკები: MIC streptomycin >2000 მკგ/მლ; MIC gentamycin >500-2000 მკგ/მლ; Penicillin- რეზისტენტობა არ აღინიშნება	Enterococci, aminoglycoside-ის მიმართ მაღალი დონის რეზისტენტობა	E. faecium: Pen G ან AMP IV, როგორც ზემოთ, x 8-12 კვირა (განკურნება დაახლოებით 50%-ში) მკურნალობა წარმატებულია ერთელ პაციენტში: AMP + Dapto (AAC 56:6064, 2012; Eur J Clin Micro Inf Dis 30:807, 2011).	E. faecalis: (Ceftriaxone 2 გრ IV q12h + AMP 2 გრ IV q4h) x 7-8 კვირა (CID 56:1261, 2013)	10-25% E. faecalis და 45-50% E. Faecium რეზისტენტულია გენკამიცილის მაღალ კონცენტრაციაზე. უნდა განვიხილოთ ინფიცირებული სარქველის მოცილება. Amp + Ceftriaxone კომბინაციის ეფექტურობა აიხსნება PBP-ების: 4&5 (AMP) და 2&3 (ceftriaxone) თანამიმდევრული ზოლირებით.
ენტეროკოკები: Pen G MIC >16 მკგ/მლ; არ არის gentamicin- რეზისტენტობა	Enterococci, Pen G/AMP-ს მიმართ კონსტიტუციური რეზისტენტობა	Vanco 15მგ/კგ IVq12h (შეამოწმე დონე, თუ დოზა >2 გრ) პლუს gent 1-1.5 მგ/კგq8h x6 კვირა (იხ. კომენტარი)	Vanco-ს ალტერნატივა: AM-SB 3გრ IVq6h	სასურველია, ვანკო-ს დონე შრატში იყოს უმცირესი 5-12 მკგ. Gentamicin გამოიყენება სინერგიისთვის; პიკური დონე არ უნდა აღემატებოდეს 4 მკგ/მლ-ს.
ენტეროკოკები: Pen /AMP რეზისტ. + gent/strep მაღალი რეზისტენტობის + ვანკო-რეზისტენტული; ძირითადად VRE რეკომენდირებულია კონსულტაცია	Enterococci, vanco - რეზისტენტული, ძირითადად E. faecium	E. faecium: Linezolid 600მგ IV/po q12h x8 კვირა ან Quino-dalfo 7.5მგ/კგ IV (ცენტრალური ვენით) q8h x8 კვირა	E. faecalis: (IMP 500მგ IV q6h + AMP 2გრ IV q4h) ან Ceftriaxone 2გრ IV q12h + AMP 2გრ IV q4h) (CID 56:1261, 2013)	Synercid არ არის აქტიური E. Faecalis მიმართ. Linezolid ბაქტერიოციტულია. განვითარდა რეციდივები. Dapto ბაქტერიოციტულია in vitro მაგრამ მცირე კლინიკური გამოცდილება (CID 41:1134, 2005). E. Faecalis პაციენტების განკურნება: AMP+Dapto (AAC:56:6064, 2012); Eur J Clin Micro Infect Dis 30:807, 2011). Teicoplanin აქტიურია vanco-რეზისტენტული ზოგიერთი ენტეროკოკის მიმართ.
სტაფილოკოკური ენდოკარდიტი აორტული და/ან მიტრალური სარქველი - MSSA ქირურგიული ჩარევის ჩვენებები: იხილეთ კომენტარი, გვერდი 63	Staph. aureus, მეტეცილინ-მგრძნობიარე	Nafcillin (oxacillin), 2 გრ IV q4h	[(Cefazolin 2გრ IV q8h x4-6 კვირა) ან Vanco 30-60 მგ/კგ 2-3 გაყოფილი დოზით, შრატში 15-20 მკგ/მლ კონცენტრაციის მისაღწევად	penicillin-ზე IgE-განპირობებული ალერგიის შემთხვევათა 10%-ში ვლინდება ჯვარედინი რეაქტიულობა ცეფალოსპორინების მიმართ (AnIM 141:16, 2004). Cefazolin და Nafcillin -ის ეფექტურობა სავარაუდოდ, ერთნაირია, ხოლო Cefazolin შედარებით უფრო ტოლერანტულია (AAC 55:5122, 2011).

ანამორფიკი არა/დინამორფი/ მოადინორმირებადი ბარამორმირები	ამორფიკი (თავად)	მომთავარებელი რამიფიკი*		დამხმარე დინამორმირები ან თერაპიული ღონისძიებები და კომპლექსები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
ორტული და/ან მორტული სარტული - MRSA	Staph. aureus, methicillin-რეტისტული	Vanco 30-60 მგ/კგ დღეში 2-3- გაყოფილ დოზებში, რათა მიღწეულ იყოს შრატის უმცირესი ეფექტური კონცენტრაცია 15-20 მგ/მლ - რეკომენდირებული მძიმე ინფექციების სამკურნალოდ	Dapto 8-10 მგ/კგ q24h IV (ეს ჩვენება და დოზა არ არის დამტკიცებული FDA-ს მიერ)	მცირე რაოდენობის პაციენტებში კლინიკური გამოცდისას (NEJM 355:653, 2006) ორივე vanco და dapto-ს შემთხვევებში დაფიქსირდა წარუმატებლობის მაღალი ხარისხი. სხვა ალტერნატიული საშუალებებისათვის, იხ. ცხრილი 6, გვერდი 185. ცნობები Daptomycin-ის შესახებ: JAC 68-936 & 2921, 2013. ცნობები გახდა წარმატებული გამოყენება Telavancin-ის (JAC 65:1315, 2010; AAC 54 5376, 2010; JAC (Jun 8), 2011) და ceftaroline-ს (JAC 67:1267, 2012; J Infect Chemo online 7/14/12).
ტრიკუსპიდალური სარტულის ინფექცია (მორტადალ IVDU): MSSA	Staph. aureus, methicillin - მგრძნობიარე	Nafcillin (oxacillin) 2 გრ IV q4h დამატებით gentamicin 1 მგ/კგ IV q8h x 2 კვირა. შენიშვნა: gent-ის დაბალი დოზა	Penicillin-ზე ალერგიის შემთხვევებში: Vanco 30-60 მგ/კგ/დღე 2-3 გაყოფილი დოზით (რათა მიღწეულ იქნას უმცირესი კონცენტრაცია 15-20 მგ/მლ) x 4 კვირა ან Dapto 6 მგ/კგ IV q24h (მოერიდეთ მის გამოყენებას თანამდებობით მარცხენა მხრივი ენდოკარდიტის შემთხვევებში). 8-12 მგ/კგ IV q24h გამოყენებულ იქნას ზოგიერთ შემთხვევაში, მაგრამ არ არის FDA-ს მიერ დამტკიცებული.	მეტასტაზური ინფექციების (მაგ. ოსტეო) ან მარცხენა მხრივი ენდოკარდიტის შემთხვევაში 2-კვირიანი რეჟიმი არ არის საკმარისი. თუ გამოყენებულია Dapto, უმკურნალოდ სულ მცირე 4 კვირით. Dapto-ს მიმართ რეტისტენტობა შესაძლებელია, კვლავ წარმოიშვას vanco-ს გამოყენებისას ან მისი გამოყენების შემდეგ, ან dapto თერაპიის დროს/შემდეგ. Cefazolin 2 გრ q8h ასევე არჩევანია. Nafcillin-თან შედარებით ჰქონდა რამდენიმე გვერდითი ეფექტი და მკურნალობის შეწყვეტის შემთხვევები (Clin Infect Dis 59:369,2014).

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* შენიშვნა: ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეტისტენტობის პროფილს, ლიბრულუბას.

ხსრილი 1 (27)

ანამორფიკი არამდინარე/ მოდიფიკაციები/ ბარამიები	ეტიოლოგია (თველი)	გამოთვალილი რამიები		დახმარე დინარსიკი ამ თიარაილი ლინიიბი და კომბინიბი
		ძირითადი	ალბერანოლი	
მპლი/ინფექციური ენდოკარდიტი – ნატიური სარქველი – კულტურა დადებითი (გაგრძელება)				
ტრიკუსიდალური სარქველი - MRSA	Staph. aureus, methicillin - რეზისტენტული	Vanco 15-20 მგ/კგ 2-3 გ8-12h, რათა მიღებული იყოს უმცირესი ეფექტური კონცენტრაცია 15-20 მგ/მლ, რაც რეკომენდირებულია მიმე ინფექციებისთვის x 4-6 კვირა	Dapto 6 მგ/კგ IV q24h x 4-6 კვირა, vanco-ის ექვივალენტურია მარჯვენამხრები ენდოკარტიკისათვის; მარცხენამხრები ენდოკარდიტის შემთხვევაში, vanco-სა და dapto-ს ეფექტურობა დაბალია (NEJM 355:653, 2006). (იხილეთ კომენტარები და ცხრილი 6, გვერდი 185)	Linezolid: შეზღუდული გამოცდილება (იხილეთ JAC 58:273, 2006) პაციენტებში, რომელთაც გუგუნალობის მცირე ვარიანტები აქვთ; განკურნების ხარისხი - 64%; აშკარა წარუმატებლობა 21%-ში; თრომბოციტოპენია - 31%-ში/აღნიშნულ შემთხვევებში. Dapto 8-12 მგ/კგ დოზებში შესაძლებელია იყოს გამოსადეგი, თუმცა ეს დოზები ჯერ არ არის დამტკიცებული FDA-ის მიერ.
ნელა მზარდი, მომთოვნი (ზრდის ფაქტორებისადმი) გრამ-უარყოფითი ბაქტერიები - ნებისმიერი სარქველი	HABCEK-ის ჯგუფი (იხ. კომენტარი)	Ceftriaxone 2 გრ IV q24h x 4 კვირა ან CIP 400 მგ IV q12h x 4 კვირა (რეზისტენტული bartonella - იხ. ქვემოთ)	AMP-SB 3 გრ IV q6h x 4 კვირა ან CIP (400 მგ IV q12h ან 500 მგ po bid) x 4 კვირა	HABCEK (აგრონიბი - Haemophilus parainfluenzae, H. (aphrophilus) aggregatibacter, Actinobacillus, Bartonella, Cardiobacterium, Eikenella, Kingella). პენიცილინაზ-დადებითი HABCEK უნდა იყოს მგრძნობიარე AM-SB + gentamicin-ის მიმართ. Ref: Circulation 111:e394, 2005
Bartonella sp. - ნებისმიერი სარქველი	B. henselae, B. quintana	(doxy 100 მგ IV/po bid + Rif 300 მგ IV/po bid)*6-8 კვირა.		დავანოსტიკა: იმუნოფლორესცენტული ანტისხეულების ტიტრი ≥1:800; სისხლის კულტურა მხოლოდ ზოგჯერაა დადებითი; ქირურგიული ჩარევის შემდეგ მიღებული ქსოვილის PCR. ქირურგია: პაციენტთა 1/2-ზე მეტი საჭიროებს ქირურგიულ ოპერაციას სარქველზე; მისი გამოჯანმრთელებასთან კავშირი უცნობია. B. quintana გადაეცემა ტანის ტილით უსახლკაროებს შორის.

ინფექციური ენდოკარდიტი – კულტურა უარყოფითი*

ცხელება, სარქველიანი დაავადება და ექოკარდიოგრაფიული ვეგეტაციები ± ემბოლია და უარყოფითი კულტურები

348 შემთხვევაში ეტიოლოგია შესწავლილი იყო სეროლოგიურად, ბაქტერიოლოგიურად, ჰისტოპათოლოგიურად და მოლეკულური დეტექციით: C. burnetii 48%, Bartonella sp. 28% და იშვიათად (Abiotrophia elegans (nutritionally variant strep), Mycoplasma hominis, Legionella pneumophila, Tropheryma whipplei (ჯაშში 1%), და დანარჩენი - ეტიოლოგიის ამოცნობის გარეშე (უმეტესობა იმყოფებოდა

ანამორფიკი არა/დინამორფი/ მოდინფორმირებადი ბაქტერიები	ეტიოლოგია თავადული	გამოთავაზებული რაზმები*		დახსენარა დინამორფიკური ან თერაპიული ლორწოვანი და კომენტარები
		ძირითადი	ალტერნატიული/	
		ანტიბიოტიკებზე). იხ. CID 51:131, 2010. ქრონიკული Q ცხელება: JCM 52:1637, 2014.		
ინფექციური ენდოკარდიტი – სარქლის პროთეზი – ემპირიული თერაპია (კულტურების შედეგების მიღებამდე) S. aureus ამჟამად ყველაზე ხშირი ეტიოლოგიაა (JAMA 297:1354, 2007).				
ადრეული (<2 თვე ოპერაციის შედეგ)	S. epidermidis, S. aureus. იშვიათად, Enterobacteriaceae, diphtheroids, fungi	Vanco 15-20 მგ/კგ IV q8-12h + gentamicin 1 მგ/კგ IV q8h + RIF 600 მგ po q24h	რეკომენდებულია ქირურგის ადრეული კონსულტაცია, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც გამოიწვევი არის S. aureus, აღინიშნება გულის უკმარისობა, დიაბეტი და/ან თირკმლის უკმარისობა (JAMA 297:1354, 2007; CID 44:364, 2007).	
მოგვიანებითი (>2 თვე ოპერაციის შემდეგ)	S. epidermidis, viridans strep, enterococci, S. aureus			
ინფექციური ენდოკარდიტი – სარქლის პროთეზი – სისხლის დადებითი კულტურები	Staph. epidermidis	(Vanco 15 მგ/კგ IV q12h + RIF 300 მგ po q8h) x 6 კვირა + gentamicin 1 მგ/კგ IV q8h x 14 დღე.	თუ S. epidermidis მგრძნობიარეა in vitro nafcillin/oxacillin–ის მიმართ (იშვიათი), შემდეგ vanco ჩაანაცვლოთ nafcillin (ან oxacillin) –ით.	
უმკურნალები 6 კვირის განმავლობაში მაშინაც კი, როცა ექვია Viridans Strep-ზე რეკომენდებულია ქირურგის კონსულტაცია:	Staph. aureus	Methicillin- გრძნობიარე: (Nafcillin 2 გრ IV q4h +RIF 300 მგ po q8h) x 6 კვირა + gentamicin 1 მგ/კგ IV q8h x 14 დღე. Methicillin რეზისტენტული: (Vanco 15-20 მგ/კგ IV q8-12h (15-20მგ/კგ კონცენტრაციის მისაღწევად შრატში) +RIF 300 მგ po q8h) x 6 კვირა + gentamicin 1 მგ/კგ IV q8h x 14 დღე.		
ქირურგიული ჩარევის ჩვენება: გულის მიმღე უკმარისობა, S. aureus ინფექცია, პროთეზის მოცილება, რეზისტენტული ორგანიზმი, დიდი ზომის ვეგეტაციების შედეგად წარმოქმნილი ემბოლი (JACC 48:e1, 2006). ასევე იხ. Eur J Clin Micro Infect Dis 38:528, 2010	Viridans strep, enterococci	იხ. ინფექციური ენდოკარდიტი, ნატიური სარქელი, დადებითი კულტურა, გვერდი 63. უმკურნალები 6 კვირის განმავლობაში.		
	Enterobacteriaceae ან P. aeruginosa	ამინოგლიკოზიდი (P. aeruginosa–ს შემთხვევაში – tobra) + (AP Pen ან P Ceph 3 AP ან P Ceph 4)	თეორიულად, CIP შესაძლებელია, ჩანაცვლებული იყოს ამინოგლიკოზიდებით, თუმცა აღნიშნულის კლინიკური მონაცემები არ არსებობს.	
	Candida, aspergillus	ცხრილი 11, გვერდი 258	მაღალი სიკვდილიანობა. სტანდარტული თერაპია მდგომარეობს სარქლის შეცვლასა და ანტიფუნგურ თერაპიაში, მაგრამ მდგომარეობის გაუმჯობესება მხოლოდ ანტიფუნგური თერაპიითაც დაფიქსირდა.	

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* **შენიშვნა:** ყველა დოზირება რეკომენდებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის
ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას
შეთავსებლობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ღირებულებას.

ხსრილი 1 (28)

ანთონიერი პირდაპირი/მომხმარებელი ბარათები	თიოლოგია თავალი	გამოთვალვითი რეჟიმი		დახმარა ფინანსური ან თერაპიული ღირსშესანიშნავი და კომპლექსური
		ძირითადი	ალტერნატიული	
გული (გაგრძელება)				
ინფექციური ენდოკარდიტი – Q ცხელება LnID 10:527, 2010; NEJM 356:715, 2007.	Coxiella burnetii	Doxy 100 მგ po bid + hydroxychloroquine 600 მგ/დღე 18 თვის განმავლობაში მაინც (Mayo Clin Proc 83:574, 2008). ორსულობა: საჭიროა გრძელვადიანი TMP-SMX (იხ. CID 45:548, 2007).		დიაგნოსტიკა: პირველი ფაზის IgG ტიტრი >800 პლუს ენდოკარდიტის არსებობის კლინიკური მტკიცებულება. მკურნალობის ხანგრძლივობა: ბუნებრივი სარქელის შემთხვევაში – 18 თვე, პროთეზული სარქელის შემთხვევაში – 24 თვე. აუცილებელია სეროლოგიური მონიტორინგი 5 წლის განმავლობაში.
პეისმეიკერი/დეფიბრილატორით გამოყენებული ინფექციები	S. aureus (40%), S. epidermidis (40%), გრამ-უარყოფითი ბაქტერიები (5%), სოკოები (5%).	მოწყობილობის მოცილება + vanco 15-20 მგ/კგ IV q8-12h + RIF 300 მგ po bid	მოწყობილობის მოცილება + dapto 6 მგ/კგ IV q24h ^{NAI} ± RIF (არ არის მონაცემები) 300 მგ po bid	მკურნალობის ხანგრძლივობა მოწყობილობის მოცილების შემდეგ: „ჯიბის“ ან კანკეშა ინფექცია – 10–14 დღე; თუ წამყვანი ენდოკარდიტი, მაშინ 4–6 კვირა გამოწვევის მიხედვით. მოწყობილობის მოშორება და სარქელოვანი ვეგეტაციების არქონა დაკავშირებულია 1 წლიანი გადარჩენის უკეთეს მაჩვენებელთან (JAMA 307:1727, 2012).
პერიკარდიტი, ჩირქოვანი – ემპირიული თერაპია Medicine 99:52, 2009.	Staph. aureus, Strep. pneumoniae, A ჯგუფის strep, Enterobacteriaceae	Vanco + CIP (დოზირება იხილეთ ჩანაწერში ⁴)	Vanco + CFP (დოზირება იხილეთ ჩანაწერში ⁴)	ტამპონადის ნიშნების შემთხვევაში აუცილებელია დრენირება. MRSA–ს მაღალი პრევალენტობის შემთხვევაში ემპირიული vanco უნდა იყოს გამოყენებული.
რეგისტრირებული ცხელება კარდიტი Ln 366:155, 2005	A ჯგუფის strep ინფექციის (ძირითადად ფარინგიტი) დროს პოსტინფექციური გართულება	ASA, და prednisone 2 მგ/კგ po q24h გამოიყენება ცხელების, ართრიტისა და ართროლოგიის სიმპტომური მკურნალობისათვის. შესაძლებელია არ იმოქმედოს კარდიტზე.		კლინიკური მახასიათებლები: კარდიტი, პოლიარტრიტი, ქორეა, კანკეშა კვანძები, erythema marginatum. პროფილაქტიკისათვის იხ. გვერდი 148
პარკუჭის დამხმარე აპარატთან (VAD) ასოცირებული ინფექცია CID 57:1438, 2013	S. aureus, S. epidermidis, აერობული გრამ-უარყოფითი ბაქტერიები, Candida sp	სისხლის, ჭრილობების, კათეტერის, აპარატის ჯიბისა და ტუმბოს კულტურის მიღების შემდეგ: Vanco 15–20 მგ/კგ IV q8-12h + (Cip 400 მგ IV q12h ან levo 750 მგ IV q24h) + fluconazole 800 მგ IV q24h		Vanco შესაძლებელია ჩანაცვლდეს daptomycin-ით 10 მგ/კგ/დღე ^{NAI} , FQ – cefepime-ით 2 გრ IV q12h და fluconazole - (vori, caspo, micafungin ან anidulafungin)-ით. კულტურისა და მგრძნობელობის შედეგებზე დაყრდნობით, შესაძლებელია რეჟიმების შეცვლა. Dapto–ს მოცემული დოზა უფრო დიდია, ვიდრე FDA–ს მიერ

ანამორფიკი არა/დინამორფი/ მოდინამორფიკი ბაქტერიები	ეტიოლოგია თავალი	გამოთავაზებული რეჟიმი*		დამხმარე დინამორფიკი ან თერაპიული ღონისძიებები და კომბინაციები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
				დამტკიცებული დოზა, რადგანაც არსებობს რეზისტენტობის განვითარების მაღალი ალბათობა.
სახსრები – ასევე იხილეთ ლაიმის დაავადება, გვერდი 140				
რეაქტიული ართრიტი რეიტერის სინდრომი (განმარტებისათვის იხილეთ კომენტარი)	გვხვდება: C. trachomatis, Campylobacter jejuni, Yersinia enterocolitica, Shigella/Salmonella sp. ინფექციებიდან კვირების შემდეგ.	მკურნალობის ერთადერთი მეთოდია არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატების (NSAID) გამოყენება.		განმარტება: ურეთრიტი, კონიუქტივიტი, ართრიტი და ზოგჯერ უვეიტი და გამონაყარი. ართრიტი: კოჭების, მუხლების, ტერფების ასიმეტრიული ოლიგოართრიტი, საკრილიტი. გამონაყარი: ხელისგულები და ფეხისგულები – keratoderma blennorrhagica; ასოს თავის circinate balanitis. დადებითი HLA-B27-ის შემთხვევაში არის წინასწარი განწყობა რეიტერის სინდრომის მიმართ
პოსტსტრეპტოკოკული რეაქტიული ართრიტი (იხილეთ რემატიული ცხელება, ზემოთ)	Strep pharyngitis- შემდგომი იმუნოლოგიური რეაქცია: (1) ართრიტი იწყება <10 დღეში, (2) გრძელდება თვეების განმავლობაში, (3) არ არის ASA-ზე მოპასუხე	ჯერ strep pharyngitis მკურნალობა და შემდგომ NSA (ზოგიერთ პაციენტთან საჭიროა პრედნიზოლონის გამოყენება)		ბეტა-ჰემოლიზური სტრეპტოკოკული ინფექციის შემდეგ დაფიქსირებულია რეაქტიული ართრიტი, როდესაც არ არის ჯონსის მწვავე რემატიული ცხელების საკმარისი კრიტერიუმები (Mayo Clin Proc 75:144, 2000).

¹⁴ **Amunoglycosides** (იხილეთ ცხრილი 10D, გვერდი 248), **IMP** 0.5 გრ IV q6h, **MER** 1 გრ IV q8h, **nafcillin** ან **oxacillin** 2 გრ IV q4h, **TC-CL** 3.1 გრ IV q6h, **PIP-TZ** 3.375 გრ IV q6h ან 4.5 გრ q8h, **AM-SB** 3 გრ IV q6h, **P Ceph** 1 (cephalothin 2 გრ IV q4h ან cefazolin 2 გრ IV q8h), **CIP** 750 მგ po bid ან 400 მგ IV bid, **vanco** 1 გრ IV q12h, **RIF** 600 მგ po q24h, **aztreonam** 2 გრ IV q8h, **CFP** 2 გრ IV q12h

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* **შენიშვნა:** ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალურგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ლიზებულებას.

სხრილი 1 (29)

ანამორფიკი არამორფიკი/ მოციფიკი/მორფიკი ბაქტერიები	ფიქოლოგია თვითლო	ფიქოლოგია/მორფიკი		დაზიანება/ მორფიკი/მორფიკი ან მორფიკი/მორფიკი
		მორფიკი	ალბინიზმი/მორფიკი	
სახსრები (გაგზავნილი)				
სეპტიკური ართრიტი: მკურნალობა მოითხოვს ჩირქოვანი სასხსრე სითხის დეექვატორ დრენირებას და შესაბამის ანტიმიკრობულ თერაპიას. არ არის ანტიმიკრობული პრეპარატების სასხარში შეყვანის აუცილებლობა. სისხლის და სასხსრე სითხის კულტურების აღების შემდეგ შესაძლებელია ემპირიული თერაპიის დაწყება; სასხსრე სითხის გრამის წესით შეღებვის განხილვა				
ახალშობილები <3 თვის (ნეონატალური ასაკი)	Staph. aureus, Enterobacteriaceae, B ჯგუფის strep	თუ არ არსებობს MRSA საშიშროება: (Nafcillin ან oxacillin) + P Ceph 3	თუ არსებობს MRSA საშიშროება: Vanco + P Ceph 3	სისხლის კულტურები ძირითადად დადებითია. პაციენტთა 2/3-ში პროცესში ჩართული იყო ახლომდებარე ძვალი. B ჯგუფის სტრეპტოკოკი და გონოკოკი საზოგადოებაში შექმნილ ეტიოლოგიებს შორის ყველაზე ხშირია.
ბავშვები (3 თვე – 14 წელი)	Staph. aureus 27%, S. pyogenes და S. pneumo 14%, H. influenzae 3%, გრამ- უარყოფითი ბაცილები 6%, სხვა (GC, N. meningitidis) 14%, უცნობია 36%	Vanco + (Cefotaxime, ceftizoxime ან ceftriaxone) სანამ კულტურის შედეგები გახდება ცნობილი დოზირებისათვის იხილეთ ცხრილი 16 სტეროიდები – იხილეთ კომენტარი		კონიუგირებული ვაკცინის გამოყენების შემდეგ H. influenzae-ს შემთხვევების აშკარა ↓. შენიშვნა: salmonella-ს მიერ გამოწვეულ სეპტიკურ ართრიტს, salmonella osteomyelitis-ისაგან განსხვავებით, არ აქვს არანაირი კავშირი ნამგლისებრი უჯრედების დაავადებასთან. თუ აღინიშნება კარგი კლინიკური პასუხი და CRP მალე ნორმალისდება, 10 დღიანი თერაპია ისეთივე ეფექტური იქნება, როგორც 30 დღიანი მკურნალობის კურსი.
მოზრდილები (განიხილეთ გრამის წესით შეღებვა): ლაიზის დაავადებისათვის და გონოკოკური ართრიტისათვის იხილეთ გვერდი 140				
შევაგე მონორტიკულარული ართრიტი				
სექსობრივი გზით გადამდები დაავადებების რისკის არსებობის შემთხვევაში	N. gonorrhoeae (იხილეთ გვერდი 50), S. aureus, streptococci, იშვიათად აერობული გრამ-უარყოფითი ბაცილები	გრამით შეღებვა უარყოფითია: Ceftriaxone 1 გრ IV q24h ან cefotaxime 1 გრ IV q8h ან ceftizoxime 1 გრ IV q8h	კლასტერში გრამ- დადებითი კოკი: vanco 15-20 მგ/კგ IV q8-12h	მკურნალობისათვის იხილეთ დისეგინირებული GC, გვერდი 50
სექსობრივი გზით გადამდები დაავადებების	S. aureus, streptococci, გრამ-უარყოფითი ბაცილები	ყველა ემპირიული პრეპარატი შერჩეულია გრამის წესით შეღებვით		დიფერენცირება საჭიროა პოდაგრასთან და ქონდროკალცინოზთან. სასხსრე სითხეში ემბეჭე

ანამორფიკი არა/დინამიკი/ მოდერნიზირებადი ბარამივები რისკის არ არსებობის შემთხვევაში	ემიოლოგია თვალში	ხელოვნება/ბაზი რეჟიმი*		დაზიანება დინამიკი/ბაზი ან თერაპიული ლორწინი/ბაზი და კომპლექსი
		ძირითადი	ალტერნატიული	
		Vanco + P Ceph 3	Vanco + (CIP ან Levo)	
		მკურნალობის ხანგრძლივობისათვის, იხილეთ ცხრილი 3, გვერდი 170. დოზირებისათვის იხილეთ ჩანაწერი გვერდი 79		კრისტალური. შენიშვნა: MRSA–ს მკურნალობისათვის იხილეთ ცხრილი 6.
ქრონიკული მოწინააღმდეგარული ართრიტი	Brucella, nocardia, mycobacteria, fungi	იხილეთ ცხრილი 2 და ცხრილი 12		
პოლიარტიკულარული ართრიტი, ძირითადად მწვავე	Gonococci, B. burgdorferi, მწვავე რევმატიული ცხელება; ვირუსები, მაგ. ჰეპატიტი B, წითურა, parvo B19	GC–ზე გრამის წესით შედეგისას პასუხი ძირითადად უარყოფითია. სექსუალური აქტიურობის შემთხვევაში, გამოიკვლიეთ მარდსაწვეთის, სპეციფიკური, ანალიზი არხის, სისხლის, სასახსრე სითხის კულტურები და შემდეგ: ceftriaxone 1 გრ IV q24h		GC–ის შემთხვევაში, ძირითადად აღინიშნება პეტექიები და/ან კანის პუსტულარული დაზიანებები და ტენოსინოზიტი. ასევე, ივარაუდეთ ლაიმის დაავადება, თუ ექსპოზიციის ზონა ახლოსაა ნავსადგურის ინფიცირებული ტკიპების ზონასთან,
სეპტიკური არტიტი, ინტრაარტიკულარული ინექციის შემდგომი	MSSE/MRSE 40%, MSSA/MRSA 20%, P. aeruginosa, Propionibacteria, AFB	ემპირიული თერაპია არ არსებობს. ჩატარეთ არტროსკოპია კულტურის/ მგრძნობელობისათვის, კრისტალუბისთვის, გამოვლენისათვის		უმკურნალები კულტურის შედეგზე დაყრდნობით 14 დღის განმავლობაში (იგულისხმება, რომ უცხო სხეული არ აღინიშნება).

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* შენიშვნა: ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილობისათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის
ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას,
შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ღირებულებას.

ანამორფოზი არა/დინამიკური/ მოდიფიცირებადი ბაქტერიოციდი	ეტიოლოგია (თავითი)	გამოთვალადი რაოდენობა*		დახმარება დინამიკური ან თერაპიული ღონისძიებები და კომბინაციები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
ანტიბაქტერიული ცემენტის დამატების შედეგებს (CID55:474, 2012). ანტიბიოტიკით გაუღებელი ცემენტის სპეისერიდან Tobra-ს სისტემური აბსორბიციის ფაქტები (CID 58:1783, 2014).		ან Ceftriaxone 2 გრ IV q24h x 4-6 კვირა 1 ან 2- ეტაპად გამოცვლა: ზედა რეჟიმები, 4-6 კვირით		- სხვა განსახილველი მკურნალობა: RIF ბაქტერიციდულია ბიოფილმის წარმოქმნელი ბაქტერიის წინააღმდეგ, რეზისტენტობის სწრაფი განვითარების გამო არასდროს არ დანიშნულ მხოლოდ RIF. RIF 300 მგ po/IV tid + ფლუიდიდის მკურნალობა^{NUS} 500 მგ po/IV tid არის კიდევ ერთი ვარიანტი (Clin Micro Inf 12(S3):93, 2006). - Linezolid-ის 2 კვირაზე ხანგრძლივი გამოყენებისას ყურადღება მიაქციეთ ტოქსიურობას.
	ენტეროკოკები	კრილობის ქირურგიული დამუშავება/შენარჩუნება: Pen-მგრძნობიარე: AMP 12 გრ IV ან Pen G 20 მილიონი ერთეული IV უწყვეტი ინფუზია q24h ან 6 გაყოფილ დოზად x 4-6 კვირა Pen-რეზისტენტული: Vanco 15 მგ/კგ IV q12h x 4-6 კვირა 1 ან 2-ეტაპად გამოცვლა: ზედა რეჟიმები, 4-6 კვირით	Dapto 6-8 მგ/კგ IV q24h ან Linezolid 600 მგ po/IV bid	
	Propioni-bacterium acnes	კრილობის ქირურგიული დამუშავება/შენარჩუნება: Pen G 20 მილიონი ერთეული IV უწყვეტი ინფუზია ან 6 გაყოფილ დოზად ან Ceftriaxone 2 გრ IV q24h x 4-6 კვირა 1 ან 2-ეტაპად გამოცვლა: ზედა რეჟიმები, 4-6 კვირით	Vanco 15 მგ/კგ IV q12h ან clinda 300-450 მგ po qid	
	გრამ-უარყოფითი enteric bacilli	კრილობის ქირურგიული დამუშავება/შენარჩუნება: ERTA 1 გრ q24h IV ან სხვა ბეტა-ლaktამი (მაგ. Ceftriaxone 2 გრ IV q24h ან Cefepime 2 გრ IV q12h, მგრძნობილობის გათვალისწინებით) x 4-6 კვირა 1 ან 2- ეტაპიანი გამოცვლა: ზედა რეჟიმები, 4-6 კვირით	Cipro 750 მგ po bid	

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* **შენიშვნა:** ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალურგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ლიზებულობას.

ანამორფიკი არა/დინამიკური/ მოდოფიკაციები/ ბარამოფიკები	ეტიოლოგია/ ტიპური	ფართომასშტაბიანი რეგულაცია		დაზიანება/ დინამიკური/ ან მოდოფიკაციები/ ბარამოფიკები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
	<i>P. aeruginosa</i>	კრილოზის კირურგიული დაზიანება/შენარჩუნება: Cefepime 2 გრ IV q12h ან Meropenem 1 გრ IV q8h + Tobra 5.1 მგ/კგ დღეში ერთხელ IV 1 ან 2- ეტაპად გამოცვლა: ზედა რეჟიმები, 4-6 კვირით	Cipro 750 მგ po bid ან 400 მგ IV q8h	
რეგულაციური არტერიტი		TNF ინჰიბიტორები (adalimumab, certolizumab, etanercept, golimumab, infliximab) და სხვა ანთების საწინააღმდეგო ბიოლოგიური საშუალებები (ტოფაცინიზიმი, რიტუქსიმიზიმი, ტოცილიზუმაზი, აბატაცეპტი) ↑ ტუმბერკულოზის, სოკოვანი ინფექციების, ლეიშმანიოზის, ლისტერიის, და მალარიის/ზიზიის რისკი. იხილეთ <i>Med Left 55:1, 2013 სრული ჩამონათვლისათვის</i> .		
სეპტიკური ზურსიტი: ოლეგრანული ზურსიტი; პრეპარატული ზურსიტი	<i>Staph. aureus</i> >80%, <i>M. tuberculosis</i> (იშვიათი), <i>M. marinum</i> (იშვიათი)	(Nafcillin ან oxacillin 2 გრ IV q4h) ან Cefazolin 2 გრ IV q8h MSSA-ს შემთხვევაში <i>სხვა დოზებისათვის, იხილეთ ჩანაწერი, გვერდი 79</i>	(Vanco 15-20 მგ/კგ IV q8-12h ან linezolid 600 მგ po bid) MRSA-ს შემთხვევაში	რეკომენდებულია MRSA-ს გადაფარვა, თუ მალაია მისი გავრცელება გარემოში და არსებობს რისკ-ფაქტორები. რეციდივის რისკ- ფაქტორის წარმოადგენს იმუნოსუპრესია და არა თერაპიის ხანგრძლივობა; დაქვეითებული იმუნიტეტის მქონე პაციენტებში, რომლებსაც უტარდებათ ერთ-ერთი პაციენტი ზურსიტი, 7 დღიანი თერაპია, შესაძლოა, იყოს საკმარისი (JAC 65:10008, 2010). თუ არის MSSA , Dicloxacillin 500 მგ po qid . თუ MRSA - Daptomycin 6 მგ/კგ IV q24h.

სხრილი 1 (31)

ანბნოვითი არაფიზიოლოგიური/ფუნქციონირების ბარომეტრი	ფიზიოლოგიური ფუნქციონირების	ფუნქციონირების რეგულირება*		ფუნქციონირების რეგულირება
		ფუნქციონირების	ფუნქციონირების	
თირკმელი, ღირსი ბუნებრივი და პრინციპის პრინციპული	მედიკამენტოზური საშუალებების ინფექციის (ფუნქციონირების) ქალებში: <i>NEJM</i> 366:1028, 2012; <i>CID</i> 57:719, 2013; <i>JAMA</i> 312:1677, 2014.			
შენიშვნა: <i>E. coli</i>-ს რეზისტენტობა TMP-SMX-ის მიმართ აღინიშნება დაახლოებით 15–20%-ში და კორელაციაშია მიკრობიოლოგიურ/კლინიკურ წარმატებლობასთან. ხოლო ცნობებით <i>E. coli</i> რეზისტენტულია FQ-ის მიმართ	Enterobacteriaceae, (<i>E. coli</i>), <i>Staph. saprophyticus</i>, <i>enterococci</i> და/ან <i>Srep agalactiae</i> შარდის შუა პორციაში ხშირად გვამოვიყენებ ცრუ-დადებით პასუხებს	<i>E. coli</i> ადგილობრივი რეზისტენტობა TMP-SMX-ის მიმართ <20% და არ არის აღორგია: TMP-SMX-DS bid x 3 დღე; სულფანილამიდზე აღორგეილობისას გამოიყენეთ <i>nitrofurantoin</i> 100 მგ po bid x 5 დღე ან <i>fosfomycin</i> 3 გრ po x 1 დღე. ყველა ზემოთ აღნიშნულს დაუმატეთ <i>Pyridium</i>	<i>E. coli</i> ადგილობრივი რეზისტენტობა TMP-SMX-ის მიმართ >20% ან სულფანილამიდზე აღორგია: დანიშნეთ 3 დღით <i>CIP</i> 250 მგ bid, <i>CIP-ER</i> 500 მგ q24h, <i>Levo</i> 250 მგ q24h, <i>Moxi</i> 400 მგ q24h ან <i>Prulifloxacin</i> (NUS) 600 მგ q24h ან <i>Nitrofurantoin</i> 100 მგ bid ან <i>fosfomycin</i>-ის ერთჯერადი 3 გრ დოზა. ყველა ზემოთ აღნიშნულს დაუმატეთ <i>Pyridium</i>	ორსულობისას რეკომენდირებულია 7 დღიანი მკურნალობა (შეწყვიტეთ ან არ გამოიყენოთ სულფანილამიდები (TMP-SMX) მშობიარობის მოსალოდნელ რეცხვამდე 2 კვირით ადრე კერნიტერუსის პოტენციური ჭის გამო). 3 დღიანი კურსის წარმატებლობის შემთხვევაში, თავიდან გამოიკვლიეთ კულტურა და ჩაატარეთ 2 კვირიანი მკურნალობა. <i>Fosfomycin</i> 3 გრ po x 1 უფრო ნაკლებად ეფექტურია <i>E. coli</i>-ის წინააღმდეგ, ვიდრე სხვა, მრავალ დოზიანი TMP-SMX ან FQ. <i>Fosfo</i> აქტიურია <i>E. faecalis</i>-ის წინააღმდეგ; სხვა კოლოფორმების წინააღმდეგ კი - სუსტი. <i>Moxifloxacin</i>: საშარდე გზების ინფექციებისთვის არ არის რეკომენდირებული გამოუქვეყნებელ კლინიკურ კვლევებში <i>Moxi</i> შედარებული პრეპარატების ექვივალენტურია (Bayer-ის საქალაქოებში). <i>ESBL</i> - მაბრძოლველი <i>E. coli</i>-სა და <i>Klebsiella spp.</i> თერაპია პრობლემურია მულტირეზისტენტობის გამო; <i>ESBL</i>-ის წარმოქმნელები მგრძნობიარე არიან <i>fosfomycin</i>-ის, <i>ertapenem</i>-ის და კომბინირებული <i>amox-clav</i> + <i>cefdirin</i>-ის მიმართ in vitro (AAC 53:1278, 2009). ასევე სხვა, თუმცა ნაკლებად ეფექტური, ვარიანტებია <i>amox-clav</i> ან <i>ორალური ცეფალოსპორინი</i>. <i>Phenazopyridine</i> (<i>Pyridium</i>) - დანიშნულების გარეშე - შესაძლებელია შეამსუბუქოს დიზურია: 200 მგ po tid x 2 დღე. თუ <i>G6PD</i>-ის დეფიციტია, ვითარდება ჰემოლიზი.

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* შენიშვნა: ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს აღორგეიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ღირებულებას.

ანამორფიკი არქ/დიაგნოზი/ მოდფიციირებადი ბაქტერიები	ფილიუმობა თვალთ	გვითსაგვებელი რეჟიმი*		დაზნარა დიაგნოსტიკური ან თერაპიული ღონისძიებები და კონფირმაცია
		ძირითადი	ალტერნატიული	
საშუალო სიმძიმის ავადმყოფი (ამბულატორიული) შენიშვნა: გულისრევის გამო შესაძლებელია საჭირო გახდეს ერთი IV დოზა.	Enterobacteriaceae (უფრო ხშირად E. coli), enterococci (არაცენტრიფუგირებულ ლი შარდის გრამის წესით შეღებვამ შესაძლებელია მოგვეცეს გრამ-უარყოფითი ბაცილების გრამ-დადებითი კოკებისგან გაჩვენების საშუალება)	FQ po x 5-7 დღე: CIP 500 მგ bid ან CIP-ER 1000 მგ q24h , Levo 750 მგ q24h, Oxflox 400 მგ bid, Moxi ^{MAI} 400 მგ q24h, შესაძლოა, ეფექტური იყოს <i>იხილეთ კომენტარი</i>	AM-CL, O Ceph, ან TMP-SMX-DS po. უმეტესწილად 14 დღით. დოზირება ჩანაწერში ¹⁶ ბეტა-ლაქტამები ნაკლებ ეფექტურია, ვიდრე FQ-ები:	Cipro 500 მგ bid 7 დღიანი კურსი ისეთივე ეფექტურია, როგორც 14 დღიანი კურსი ქალებში (Lancet 380L484, 2012) Levo 750 მგ x 5 დღე, დაშვებულია FDA-ის მიერ. Ertapenem 1გრ IVq24h ან სხვა კარბაპენემები EBSL-მაროდუციფირებულ ოგანიზმებზე ექვის შემთხვევაში. <i>NEJM</i> 366:1028, 2012. Prulifloxacin 600mg po q24h, თუ ხელმისაწვდომია.

¹⁵ **AM-CL** 875/125 მგ po q12h ან 500/125 მგ po tid ან 2000/125 მგ po bid; ანტიფსევდომონური პენიცილინები: **AM-SB** 3 გრ IV q6h; **PIP** 3 გრ IV q4-6h; **PIP-TZ** 3.375 გრ IV q4-6h (4.5 გრ IV q6h pseudomonas pneumonia-სთვის); **TC-CL** 3.1 გრ IV q6h; ანტიფსევდომონური ცეფალოსპორინები: **ceftaz** 2 გრ IV q8h; **CFP** 2 გრ IV q12h; Cefotolazone-tazobactam 1.5 მგ IV q8h; **aztreonam** 2 გრ IV q8h; კარბაპენემები: **DORI** 500 მგ IV q8h (1 სთ-იანი ინფუზია); **ERTA** 1 გრ IV q24h; **IMP** 0.5 გრ IV q12h (მაქსიმუმ 4 გრ/დღე); **MER** 1 გრ IV q8h; პარენტერალური ცეფალოსპორინები: **cefotaxime** 1 გრ IV q2h (მძიმე ინფექციისათვის 2 გრ IV q4h); **cefodoxitin** 2 გრ IV q8h; **ceftriaxone** 1-2 გრ IV q24h; ორალური ცეფალოსპორინები - იხილეთ ცხრილი 10A, გვერდი 215 **dicloxacilli** 500 მგ po q6h; FQ-ები: **CIP** 400 მგ IV q12h; **Gati**^{MS} 400 მგ IV q24h; **gentamicin** - იხილეთ ცხრილი 10D, გვერდი 248; **linezolid** 600 მგ IV/po q12h; **metro** 500 მგ po q6h ან 15 მგ/კგ IV q12h (მაქსიმუმ 4 გრ/დღე); **nafcillin/oxacillin** 2 გრ IV q4h; **TMP-SMX** 2 მგ/კგ (TMP კომპონენტი) IV q6h; **vanco** 1 გრ IV q12h (თუ პაციენტი 100 კგ-ზე მეტია - 1.5 გრ IV q12h).

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* **შენიშვნა:** ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილობათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისთვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალურგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ლირებულებას.

ხსრილი 1 (32)

ანთონიერი პრა/მიანონი/ მოდიფიცირებადი ბაქტერიები	ეტიოლოგია (თავით)	მომთავრებული რემიდი*		დახმარე დიაგნოსტიკური ან თერაპიული ლოგისტიკები ან კონსულტაციები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
თირკმელი, ზარდის ბუხი და პროსტატის პირველი მწვავე გაურთულებელი პელონეფრიტი (გაგრძელება)				
მწვავე პელონეფრიტი - ჰოსპიტალიზებული პაციენტები	E. coli ყველაზე ხშირია, enterococci სიხშირით მეორეა	FQ (IV) ან (AMP + gentamicin) ან ceftriaxone ან PIP-TZ. უმკურნალები 14 დღე.	TC-CL ან PIP-TZ ან ERTA ან DORI ; უმკურნალები 14 დღე.	უმკურნალები ცხელების მოხსნიდან 24-48 სთ-ის განმავლობაში, შემდეგ დაასრულეთ 2 კვირიანი კურსი ორალური პრეპარატებით (როგორც საშუალო სიმძიმის პაციენტებში, ზემოთ). DORI-ის 10 დღიანი მკურნალობა დაშვებულია. Ertapenem 1გრ IVq24h ან სხვა კარბაპენემები ESBL-მარტოფიკრებულ ოგანიზმებზე ექვსი შემთხვევაში.
		დოზირებისათვის იხილეთ ჩანაწერი ¹⁵ , გვერდი 79 თუ არსებობს ეჭვი ან მტკიცებულება ენტეროკოკურ ინფექციის არსებობის შესახებ, მაშინ არ გამოიყენოთ ცეფალოსპორინები		
გართულებული UTI/კათეტერები ობსტრუქცია, რეფლუქსი, აზოტემია, გადანერგვა, ფოლის კათეტერთან დაკავშირებული, გამორიცხეთ ობსტრუქცია; მრავალ პრეპარატზე რეზისტენტული გრამ-უარყოფითი ბაქტერიები. IDSA-ს გაიდლაინებისათვის იხილეთ: CID 50:625, 2010	Enterobacteriaceae, P. aeruginosa, enterococci, იშვიათად S. aureus	(AMP + gent) ან PIP-TZ ან TC-CL ან DORI ან IMP ან MER 2-3 კვირამდე	(IV FQ: CIP, Gati, Levo) ან (Ceftaz ან CFP 2-3 კვირამდე) ან Ceftolozane-tazobactam *7 დღე	სავარაუდოდ, enterococci-ისა ან P. aeruginosa-ს წინააღმდეგ ყველა ჩამოთვლილი პრეპარატი არ არის აქტიური. CIP დასაშვებია ბავშვებში (1-17 წელი), როგორც ალტერნატიული საშუალება. სახსრებზე გვერდითი მოვლენების მომატებული ინციდენტობის გამო იგი წარმოადგენს მეორად არჩევანს და არა პირველადს. პედატრიული დოზა: 6-10 მგ/კგ (მაქსიმუმ 400 მგ) IV q8h ან 10-20 მგ/კგ (მაქსიმუმ 750 მგ) po q12h. სიმტკიცის სწრაფი გაქრობის შემთხვევაში კათეტერთან ასოცირებული UTI-ს უმკურნალები 7 დღის განმავლობაში, თუ პასუხი იგვიანებს - 10-14 დღე; <65 წლის ქალებში შესაძლებელია 3 დღიანი თერაპიული კურსის განხილვა (CID 50:625, 2010)
		შესაძლებლობისთანავე გადადით po FQ-სა ან TMP-SMX-ზე დოზირებისათვის იხილეთ ჩანაწერი ¹⁵ , გვერდი 79		

ასიმპტომური ზაქტერიურია. IDSA-ს გაიდლაინები: CID 40:643, 2005; U.S. Preventive Services Task Force AnIM 149:43, 2008.

ანამორფიკი არაფორმული/ფორმული/ფორმული ბაქტერიები	ეტიოლოგიის ტიპი	მედიკამენტოზი		დაზიანებული ორგანოებისა და სისტემების
		ძირითადი	ალტერნატიული	
სეპტიკემიის სასაწყისი პერიოდი		საბაზისო რეჟიმი არ არის ემპირიული, ეფრდონა C&S-ს		დიაგნოზის დასასმელად საჭიროა 2 ერთმანეთისგან 3-7 დღის ინტერვალით აღებულ ნიმუშებში ამოითესოს ერთი და იგივე ბაქტერიის სახეობა (1 მლ შარდში $\geq 10^5$ CFU).
ორსულობა	აერობული გრამ-უარყოფითი ბაქტერიები და Staph. hemolyticus	ჩაატარეთ 1-ლი ტრიმესტრის სკრინინგი. თუ დადებითია, უმკურნალეთ 3-7 დღის შემდეგ პრეპარატებით: amox, nitrofurantoin, O Ceph, TMP-SMX ან მხოლოდ TMP		ყოველთვიური სკრინინგი რეციდივის გამოსარიცხად. ზოგიერთი ავტორი მკურნალობას უწყვეტად აგრძელებს მშობიარობამდე (შეწყვიტეთ TMP-SMX მშობიარობის სავარაუდო თარიღამდე 2 კვირით ადრე). E. coli-რეზისტენტობა ↑ TMP-SMX-ის მიმართ.
ინფანტილური უროლოგიური ჩარევამდე და მის შემდეგ, მაგ., ფოლის კათეტერი	აერობული გრამ-უარყოფითი ბაქტერიები	აიღეთ მარდი კულტივაციისათვის და შემდეგ 3 დღე განმავლობაში უმკურნალეთ TMP-SMX DS-ით bid. UTI-ის პრევენციისათვის: განიხილეთ კათეტერის ამოღება 72 სთ-ის შემდეგ (CID 46:243 და 251, 2008).		ანტიმიკრობული პრეპარატებით დაფარული ფოლის კათეტერის კლინიკური სარგებლიანობა არ არის გარკვეული (AniM 144:116, 2006). (CID60:625, 2010).
ნეიროგენური შარდის ზუმტი - იბილეთ „ზურგის ტვინის დაზიანება“ ქვემოთ		ასიმპტომური პაციენტების თერაპია არ არსებობს; თუკი შესაძლებელია, კათეტერი პერიოდულად გამოცვალეთ		AJM 113(1A):67S, 2002 - ბაქტერიურია პაციენტთან, რომელსაც აღენიშნება ზურგის ტვინის დაზიანება
ასიმპტომური, ღრმად მოხუცებულები, კაცები და ქალები Ref. JAMA 312:1687, 2014		თუ ასიმპტომები არ ვლინდება, თერაპია არ არის ნაჩვენები. თერაპია ინიშნება ქირურგიულ ოპერაციასთან ერთად, რათა მოხდეს ობსტრუქციული უროპათიის კორექცია; გაზომეთ ნარჩენი შარდის მოცულობა ქალებში; მამაკაცებში ჩაატარეთ პროსტატის გამოკვლევა/PSA. სკრინინგი არ არის რეკომენდებული მამაკაცებსა და ორსულ ქალებში (CID 55:771,2012).		
მალაკოლაკია	E. coli	Bethanechol chloride + (CIP ან TMP-SMX)		ქრონიკული პიელონეფრიტი პათოლოგიური ანთებითი პასუხით.
პერინეფრული აბსცესი დაკავშირებულია სტაფილოკოკურ ბაქტერიემიასთან	Staph. aureus	MSSA-ს შემთხვევაში: Nafcillin/ oxacillin ან cefazolin (დოზირებისათვის იხილეთ ჩანაწერი, გვერდი 79)	MRSA-ს შემთხვევაში: Vanco 15-20- მგ/კგ IV q8-12h ან dapto 6 მგ/კგ IV q24h	დრენირება, ქირურგიული ან გამოსახულებით მართული ასპირაცია

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* შენიშვნა: ყველა დოზირება რეკომენდებულია მოზრდილობისთვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისთვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალურგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ლიზებულობას.

ანამორფიკი არა/დიაგნოზი/ თოქსიკოლოგიური ბარბარული	ეტიოლოგია თავდასხვა	გამოთვალვითი რეჟიმი*		დაზიანება დიაგნოზიკური ან თერაპიული ლორწოვანი და კონსტრუქციები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
დაკავშირებულია პიელონეფრით	Enterobacteria-ceae	იხილეთ პიელონეფრის, გართულებული UTI, ზემოთ		დრენირება, ქირურგიულად ან გამოსახულებით მართული ასპირაცია
თირკმლის გადანერგვის შემდგომი ოსტრუქციული უროპათია (CID 46:825, 2008) პროსტატიტი	Corynebacterium urealyticum	Vanco ან Teicoplanin ^{NUS}		ორგანიზმს შეუძლია მოახდინოს სტრუქტურული ქვეშის სინთეზირება. კულტურის დეტექციისათვის აუცილებელია 48-72 სთ-იანი ინკუბაცია
ზურგის ტვინის დაზიანების მქონე UTI პაციენტები	E. coli, Klebsiella sp., enterococci	CIP 250 mg po bid x 14 დღე		ცხელების შემთხვევაში, სავარაუდოა პიელონეფრითან კავშირი. მიკრობიოლოგიური სურათი უკეთესია CIP-ის 14 დღიანი კურსით, ვიდრე 3 დღიანით (CID 39:658 და 665, 2004); ასიმპტომური ბაქტერიურისათვის იხილეთ AJM 113(1A):675, 2002.

სხრილი 1 (33)

ანამორფიკი პრეპარატი/თერაპიული პრეპარატი	თერაპიული (თერაპიული)	ფარმაცეპიკი რეჟიმი*		დახმარება დიაგნოსტიკური ან თერაპიული ლაბორატორია და კონსულტანტი
		ძირითადი	ალტერნატიული	
ღვიძლის (სპონტანური ბაქტერიული პერიტონიტისთვის, იხილეთ გვერდი 110)				
ქოლანგატი		იხილეთ ნაღვლის ბუშტი, გვერდი 36		
ციროზი და ვარიკოზული სისხლდენა	ეზოფაგური ფლორა	(Norfloxacin 400 მგ po bid ან CIP 400 მგ IV q12h) x მაქსიმუმ 7 დღე	Ceftriaxone 1 გრ IV ერთხელ დღეში მაქსიმუმ 7 დღე	მოკლე ვადიანი პროფილაქტიკური ანტიბიოტიკოთერაპია ციროზის დროს, რომელსაც თან ახლავს გასტროინტესტინალური სისხლდენა და ასევე ახლავს ან არ ახლავს ასციტი, ამცირებს ბაქტერიული ინფექციის სიხშირეს და ↑ გადარჩენის მაჩვენებელს (Hepatology 46:922, 2007).
ღვიძლის აბსცესი Ln ID 12:881, 2012	Enterobacteriaceae (განსაკუთრებით Klebsiella sp.), bacteroides, enterococci, Entamoeba histolytica, Yersinia enterocolitica (იმუიათად), Fusobacterium necrophorum (Lemierre's). ექსპოზიციისთვის იხილეთ ცხრილი 13, გვერდი 339. კატის ნაკერის დაავადებისთვის (CSD) იხილეთ გვერდი 107 და 138	Metro + (ceftriaxone ან cefoxitin ან TC-CL ან PIP-TZ ან AM-SB ან CIP ან levo. (დოზირებისთვის იხილეთ ჩანაწერი ¹⁵ , გვერდი 79)	Metro (ამებისათვის) + ან IMP, MER ან Dori (დოზირებისთვის იხილეთ ჩანაწერი ¹⁵ , გვერდი 79)	სეროლოგიური ტესტები უნდა გაკეთდეს ამების მქონე ყველა პაციენტთან; თუ უარყოფითია, გააკეთეთ პიოგენური აბსცესის ქირურგიული დრენირება ან პერკუტანული ასპირაცია. პაციენტთა 1/2-ს აღენიშნებათ ამოცნობადი გასტროინტესტინალური წყარო ან ფონური ბილიარული ტრაქტის დაავადება. თუ ამების სეროლოგია დადებითია, დანიშნეთ მხოლოდ metro. ქირურგიული ჩარევის გარეშე, ემპირიული metro განკუთვნილია E. histolytica-სა და ბაქტერიული ინფექციის სამკურნალოდ. ჰემოფილუსი დაკავშირებულია Yersinia enterocolitica-თი გამოწვეულ ღვიძლის აბსცესთან; ჩამოთვლილი რეჟიმები ეფექტურია Yersinia-ს წინააღმდეგ. Klebsiella pneumoniae-ს K1 გენოტიპი დაკავშირებულია თვალის და CNS Klebsiella-ს ინფექციებთან.
ღვიძლისმიერი ენცეფალოპათია	ურეზიას გამომყოფი ნაწლავური ბაქტერია	Rifaximin 550 მგ po bid (მიიღეთ ლაქტულოზთან ერთად)		NEJM 362:1071, 2010; Med Lett 52:87, 2010.
ლეპტოსპიროზი	ლეპტოსპიროზი, იხილეთ გვერდი 145			
ღვიძლის პელიოზი შიდსით დაავადებულ პაციენტებში	Bartonella henselae და B. Quintana	იხილეთ გვერდი 138		

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* **შენიშვნა:** ყველა დოზირება რეკომენდებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისთვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ლიბრებულბას.

ანამორფიკი არა/დინამორფი/ მოდიფიკირებადი ბარომოვაბი	ეფილოგია (თავალი)	გამოთავაზებული რაქმები*		დახმარებ დინამორფიკი ან თერაპიული ღონისძიება და კონტრაბი
		ძირითადი	ალტერნატიული	
ტრანსპლანტაციის შემდეგ ინფიცირებული „ბილომა“	Enterococci (მათ შორის VRE), candida, გრამ-უარყოფითი ბაქტერიები (P. aeruginosa 8%), ანაერობები 5%	Linezolid 600 მგ IV bid + CIP 400 მგ IV q12h + fluconazole 400 მგ IV q24h	Dapto 6 მგ/კგ დღეში + Levo 750 მგ IV q24h + fluconazole 400 მგ IV q24h	სავარაუდოა, თუ ტრანსპლანტაციის შემდგომ ჩნდება ცხელება და მუცლის ტკივილი. გამოსარიცხია ღვიძლის არტერიის თრომბოზი. Candida-ს და/ან VRE-ის (ვანკომიკინ რეზისტენტული ენტეროკოკი) არსებობა ცუდი პროგნოზის მანიშნებელია.
ვირუსული ჰეპატიტი	A, B, C, D, E, G ჰეპატიტები	იხილეთ ცხრილი 14F და 14G		

ფილტვი/ბრონქები

ბრონქოლიტი/ბრონქიტი ქოშინით (ექსპირაციული ქოშინი)

ახალშობილები/ზავშეები (≤5 წელი) <i>იხილეთ RSV, ცხრილი 14A, გვერდი 350 Ref:Ln 368:312, 2006</i>	რესპირატორულ სინდრომული ვირუსი (RSV) 50%, პარაგრები 25%, ადამიანის მეტაპნეუმოვირუსი	ანტიბიოტიკები არ არის გამოსადეგი, თერაპია ეყრდნობა ოქსიგენაციას. მძიმე დაავადებისას გამოიყენეთ რიბავირინი: 6 გრ ფლაკონი (20 მგ/მლ) სტერილურ H ₂ O-ში SPAG-2 გენერატორის მეშვეობით, დღეში 18–20 სთ-ის განმავლობაში, 3–5 დღე.	RSV ყველაზე მნიშვნელოვანია. სწრაფი დიაგნოსტიკური მეთოდია ანტიგენის დეტექციის მეთოდები. პრევენციისთვის გამოიყენეთ ადამიანისთვის გადაკეთებული, თავის მონოკლონური ანტისეფული, palivizumab. იხილეთ ცხრილი 14A, გვერდი 350. RSV-ის იმუნოგლობულინი აღარა ხელმისაწვდომი. პედიატრია ამერიკული აკადემიის რეკომენდაციით Palivizumab გამოიყენება მხოლოდ 29 კვირის (ან უფრო ადრეული) ორსულობიდან დაბადებულ ახალშობილებში და განსაკუთრებულ პოპულაციაში (მაგ. გულის მძიმე დაავადების მქონე ჩვილებში). (Pediatrics 2014;134:415-420).
---	---	--	--

ბრონქიტი

ახალშობილები/ზავშეები (≤5 წელი)	≤2 წლის ასაკში: ადენოვირუსი; 2–5 წლის ასაკში: RSV, პარაგრები 3 ვირუსი, ადამიანის მეტაპნეუმოვირუსი	ანტიბიოტიკის დანიშვნა ხდება მხოლოდ სინუსიტიკან კავშირისას ან ხახის კულტურიდან S. pneumoniae-ის, A ჯგუფის სტრეპტოკოკის, H. influenzae-ს სწრაფი ზრდის შემთხვევაში, ან თუ 1 კვირის შემდეგ არ ფიქსირდება მდგომარეობის გაუმჯობესება. სხვა შემთხვევებში მკურნალობა სიმპტომურია.
შეგავე ტრანსპლანტაციის ახალგაზრდებსა და მოზრდილებში (შეგავე ბრონქიტი) <i>Ref. JAMA 312:2678, 2014</i>	ძირითადად ვირუსულია. M. pneumoniae 5%; C. pneumoniae 5%. <i>იხილეთ გახანგრძლივებული ხველა (ყვანახველა)</i>	ანტიბიოტიკების დანიშვნა არ არის ნაჩვენები. ხველების საწინააღმდეგო საშუალებები ჰინალოიდური ბრონქოდილატატორები. მიკოპლაზმისა და ქლამიდიის დიაგნოსტიკისთვის ხახის ნაცხის PCR, თუ ხელმისაწვდომია,

მხოლოდ ჩირქოვანი ნახველის არსებობა არ წარმოადგენს ანტიბიოტიკით თერაპიის დაწყების ჩვენებას. ხველა მოსალოდნელია გაგრძელდეს 2 კვირა. ცხელი-ბაშმეციცხების შემთხვევაში, გაკეთდეს გულმკერდის რენტგენი. თუ დადასტურებულია მიკოპლაზმა, doxy უწყობისა, ვიდრე მაკროლიდები ამ უკანასკნელთა მზარდი რეზისტენტობის გამო. (JAC 68:506, 2013)

სხრილი 1 (34)

ანამორფიკი პარამეტრები/ თერაპიული პარამეტრები	ფიზიოლოგიკი მონაცემი	ფორმალური მონაცემი*		დასაბუთი დიაგნოსტიკური ან თერაპიული ლონგიტუდინალი და კომპლექსური
		ძირითადი	ალტერნატიული	
ფილტვინოზიზმინოზიზმინოზი (გაგრძელება)				
განგრძელებული ხველა (>14 დღე), საზოგადოებაში ეპიდემიოლოგიის ხველა არ აღინიშნება: ყოველწლიურად მოზრდილთა 10–20%-ს, რომელთაც აღინიშნება >14 დღიანი ხველა, აქვთ ყოველწლიურად მიმოხილვა: Chest 146:205, 2014	Bordetella pertussis და Bordetella parapertussis. ასევე სავარაუდოა ასთმა, გასტროეზოფაგური რეფლუქსი, პოსტ-ნაზალური სინდრომი; მიკოპლაზმა და ასევე ქლამიდია	პედიატრიული დონე: Azithro/clarithro ან erythro estolate ¹⁷ ან TMP-SMX (დონეები იხილეთ ჩანაწერში ¹⁶)	მოზრდილთა დონეები: Azithro po 500 მგ პირველ დღეს, 250 მგ q24h 2–5 დღეს ან erythro estolate 500 მგ po qid 14 დღე ან TMP-SMX-DS 1 ტაბლეტი po bid 14 დღე ან (clarithro 500 მგ po bid ან 1 გრ ER q24h 7 დღე)	ავადმყოფობის 3 სტადია: კატარული (1–2 კვირა), პაროქსიზმული ხველა (2–4 კვირა) და კონვალესცენცია (1–2 კვირა). კატარული სტადიის მკურნალობამ შესაძლებელია, აღმოფხვრას ყოველწლიური, თუმცა ვერ ამცირებს პაროქსიზმული სტადიის ხანგრძლივობას. დიაგნოსტიკა: ნაზოფარინგეალური გამონაყოფის PCR ან ყოველწლიურად ტოქსინის ანტისხეულების ↑. მკურნალობა მიმართულია ნაზოფარინგეალური (NP) მტარებლობის აღმოფხვრისაკენ. როდესაც არ არის ეპიდემიოლოგიკი, ყოველწლიურად აღბრუნება იზრდება ხველის შემდეგ დღეების ან რეპრობის არსებობისას (JAMA 304:890, 2010).
ყოველწლიურად: ოჯახური კონტაქტების პროფილაქტიკა	პრეპარატები და დოზირებები ივსება, რაც ზემოთ მოყვანილი მკურნალობისას CID 58:830, 2014			Am. Acad. Ped. Red Book 2006-ის რეკომენდაციები ყველა ოჯახის შიდა ან გარე კონტაქტების; ფართო საზოგადოებრივი პროფილაქტიკა არ არის რეკომენდებული.
ქრონიკული ბრონქიტის მწვავე ბაქტერიული გამწვავება (ABECB), მოზრდილები (თითქმის ყოველთვის ფეოკიდის მქონე მწველები) NEJM 359:2355, 2008.	ვირუსები 20–50%, C. pneumoniae 5%, M. pneumoniae <1%; S. pneumo–ს, H. influenzae–სა და M. catarrhalis–ის როლი საკამათოა. თანამოქმედ მოხმარება, ჰაერის დაბინძურება.	მიმე ABECB = ↑ დისპნეა, ↑ ნახველის სილანტ/ჩირქიანობა, ↑ ნახველის მოცულობა. მიმე ABECB–ისას: (1) მხედველობაში მიღებული გ/კ–ის რენტგენის გადაღება, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც აღინიშნება ცხელება და/ან ფანგაბის დაბალი სატურცია; (2) ანტიკოლინერგული ბრონქოდილატატორების ჩასუნთქვა; (3) ორალური კორტიკოსტეროიდი 5 დღე (JAMA 309:2223, 2013); (4) თანამოქმედ გამოყენების შეწყვეტა; (5) არაინფექციური დადებითი წნევით ვენტილაცია. ანტიმიკრობული თერაპიის როლი მიმე დაავადებების შემთხვევაში კი საკამათოა, მაგრამ ზოლო კვლევა 80.000-ზე მეტ პაციენტში უჩვენა ანტიმიკრობული თერაპიის მნიშვნელობა მიმე დაავადებით ჰოსპიტალიზირებულ პაციენტებში (JAMA 303 (20):2035, 2010). მსუბუქი ან საშუალო სიმძიმით მიმდინარეობისას ანტიმიკრობული მკურნალობა არ არის საჭირო ან შესაძლებელია amox, doxy, TMP-SMX ან O Ceph -ის გამოყენება. მიმე დაავადებისას, გამოიყენეთ AM-Cl, azithro/clarithro ან O Ceph ან FQ–ები, რომელთაც აქვთ მაღალი აქტივობა რეზისტენტული S. pneumo–ს მიმართ (Gemi, Levo, Moxi ან Pruliflox).		
	პრეპარატები და დოზირებები იხილეთ ჩანაწერში. ხანგრძლივობა სხვადასხვა პრეპარატების			

პრეპარატები და დოზირებები იხილეთ ჩანაწერში. ხანგრძლივობა სხვადასხვა პრეპარატების აბრევიატურა, გვერდი 3.

* შენიშვნა: ყველა დოზირება რეკომენდებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თითქმის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ღირებულებას.

ანამორფიკი არა/დიაგნოზი/ ორდინაციონობა/ბაზი ტარებულობა	ფიზიოლოგია თვითლო	ფიზიოლოგია/ბაზი		დახმარება დიაგნოზი/ბაზი ან თერაპიული ლორწინაობა/ბაზი და კონსერვაცია
		ძირითადი	ალტერნატიული	
ცხელება, ხველა, მიაღია გრძელის სეზონზე (იხ. NEJM 360:2605, 2009)	A და B გრძელი	გამოყენებისას ვარიანტს 3–10 დღე. გამოყენების რისკის შესამცირებლად Gemi შეზღუდული 5 დღემდე. Azithro 500 მგ ყოველდღიურად x 1 წელი მსუბუქად მოავადე პაციენტებში ზომიერად ამცირებს გამწვავების სიხშირეს (NEJM 365:689, 2011).	იხილეთ გრძელი, ცხელი 14A, გვერდი 350.	გართულებები: გრძელად გამოყენებული პნევმონია, მეორადი ბაქტერიული პნევმონია საზოგადოებაში შემთხვევითი MRSA და MSSA, S. pneumoniae, H. influenzae.
ბრონქოექტაზია Thorax 65(suppl):i1,2010; Am J Respir Crit Med 188:647, 2013 გამწვავება	H. influ., P. aeruginosa და იშვიათად S.pneumo.	Gemi, levo ან moxi x 7-10 დღე. დოზირებისათვის იხილეთ ჩანაწერი ¹⁶ .		პოტენციური მიზეზი მრავალია: ობსტრუქცია, იმუნოლოგიური დეფიციტი, dyskinetic cilia, თანამართ, მძიმე ან რეციდიული მანკურობრივები ბრონქიტი: მაგ. ყივანაზებელი.
გამწვავების პრევენცია	არ გამოიყენება	ორმა რანდომიზირებულმა კვლევამ Erythro 250 მგ po bid (JAMA 309:1260,2013) ან azithro 250 მგ q24h x 8 კვირა(JAMA 309:1251, 2013) x 1 წელი, უჩვენა გამწვავების სიხშირის მნიშვნელოვანი შემცირება, ფილტვის ფუნქციის უფრო მეტად შენარჩუნება და სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესება პლაცებოს ჯგუფთან შედარებით, რომელიც შედგებოდა არამუკოვისციდოზური ბრონქოექტაზიების მქონე მოზრდილი პაციენტებისაგან.		შეზღუდვები: მაკროლიდების რეზისტენტობის მაღალი სიხშირე ორთქარინგეალურ ფლორაში; პოტენცია მზარდი რისკისა: ა) მაკროლიდ- ინდუცირებული QT- ინტერვალის გაზანგმდობით გამოწვეული კარდიოვასკულარული სიკვდილის შემთხვევები, ბ)ჰეპატოტოქსიურობა, ან ე) სმენის დაქვეითება (JAMA 309:1295, 2013) მკურნალობამდე სკრინინგი: ლვილის ძირითადი ფუნქციური ტესტები, ელექტროკარდიოგრამა, სმენის გამოკვლევა, ნახელობის კულტივაცია მიკობაქტერიული დაავადების გამორიცხვისთვის.
სპეციფიკური მიკროორგანიზმები	Aspergillus (იხ. ცხელი 11) MAI (ცხელი 12) და P. aeruginosa (ცხელი 5A)			

¹⁶ **მოზრდილთა დოზირება:** AM-CL 875/125 მგ po bid ან 500/125 მგ po q8h ან 2000/125 მგ po bid; **azithro** 500 მგ po x 1 დოზა, შემდეგ 250 მგ q24h x 4 დღე ან 500 მგ po q24h x 3 დღე; ორალური ცეფალოსპორინები: **cefactor** 500 მგ po q8h ან 500 მგ გახანგრძლივებული გამოთავისუფლებით q12h; **cefdinir** 300 მგ po q12h ან 600 მგ po q24h; **cefditoren** 200 მგ ტაბლეტი – 2 ტაბლეტი bid; **cefixime** 400 მგ po q24h; **cefpodoxime proxetil** 200 მგ po q12h; **cefprozil** 500 მგ po q12h; **ceftibuten** 400 მგ po q24h; **cefuroxime axetil** 250 ან 500 მგ q12h; **loracarbef** 400 მგ po q12h; **clarithro** გახანგრძლივებული გამოთავისუფლებით 1000 მგ po q24h; **doxy** 100 მგ po bid; **ზაზსური erythro** 40 მგ/კგ/დღე po div q6h; **erythro estolate** 400 მგ/კგ/დღე po div qid; FQ-ები: **CIP** 750 მგ po q12h; **gemi** 320 მგ po q24h; **levo** 500 მგ po q24h; **moxi** 400 მგ po q24h; **TMP-SMX** 1 DS ტაბლეტი po bid.
პედიატრიული დოზირება: **azithro** 10 მგ/კგ/დღე po პირველ დღეს, შემდეგ 5 მგ/კგ po q24h x 4 დღე; **clarithro** 7.5 მგ/კგ po q12h; **ზაზსური erythro** 40 მგ/კგ/დღე div q6h; **erythro estolate** 40 მგ/კგ/დღე div q8-12h; **TMP-SMX** (ასაკი: >6 თვე) 8 მგ/კგ/დღე (TMP კომპონენტი) div bid.

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* **შენიშვნა:** ყველა დოზირება რეკომენდებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალურგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ღირებულებას.

ხსარი 1(35)

ანამორფიკი არამორფიკი/ორადიმორფიკი ბარამორფიკი	ფიზიოლოგია (თვეობა)	ფიზიოლოგია/ფიზიოლოგია რეჟიმი		ფარმაცოლოგიური დამატებითი და კომბინირება
		ფიზიოლოგია	ფარმაცოლოგია	
ფიზიოლოგია/ფიზიოლოგია (გაგრძელება)				
პნევმონია: ყველა პაციენტში განიხილეთ ტუბერკულოზი: მთავრად ყველა საეჭვო პაციენტის ობიექტური ნეონატალური: დაბადებიდან 1 თვემდე	ვირუსები: CMV, rubella, H. simplex; ბაქტერიები: B ჯგუფის სტრეპტოკოკი, ლისტერია, კოლიფორმები, S. aureus, P. aeruginosa; სხვა: Chlamydia trachomatis, სიფილისი	AMP + gentamicin ± cefotaxime. თუ MRSA-ს სამიშრობა არსებობს, დამატებით vanco . Chlamydia-ს თერაპიისთვის, erythro 12.5 მგ/კგ po ან IV qid x 14 დღე.	ინიშნება სისხლის კულტურები. თუ პნევმონია ცხელების გარეშე სტაქატო ხველით და IgM >1:8 - ივარაუდეთ C. trachomatis; მკურნალობა erythro ან sulfizoxazole. თუ MRSA დადასტურებულია, გამოიყენეთ შემდეგი ალტერნატიული საშუალებები: vanco , TMP-SMX და Linezolid. Linezolid-ის დოზირება, დაბადებიდან 11 წლამდე არის 10 მგ/კგ 8h .	
ასაკი: 1-3 თვე პნევმონიის სინდრომი. ძირითადად ცხელების გარეშე	C. trachomatis, RSV, პარაგრამის ვირუსი 3, ადამიანის მეტაპნევმოვირუსი, Bordetella, S. pneumoniae, S. aureus (იშვითად)	ამულატორიული პაციენტები: po erythro 12.5 მგ/კგ q6h x 14 დღე ან po azithro 10 მგ/კგ x 4 დღე RSV, იხილეთ ბრონქოლიტი, გვერდი 84	ჰოსპიტალიზირებული პაციენტები: თუ არ არის ცხელება, erythro 10 მგ/კგ IV q6h ან azithro 2.5 მგ/კგ IV q12h (იხილეთ კომენტარი). ცხელების შემთხვევაში, დაუმატეთ cefotaxime 200 მგ/კგ/დღე div q6h	პნევმონიის სინდრომი: ხველა, ტაქიპნეა, დისპნეა, დიფიკულტი ინჟირატები, ცხელება არ აღინიშნება. ძირითადად მოითხოვს ჰოსპიტალურ მკურნალობას. 6 კვირამდე პატარა ბავშვებში erythro-ის გამოყენების შემდეგ, არსებობს ჰიპერტროფიული პილორული სტენოზის შემთხვევები; იგივე საკითხზე, azithro-ს შესახებ ცნობები არ არის საკმარისი; azithro-ს bid დოზირებამ, თერაპიულად შესაძლებელია ჰიპერტროფიული პილორული სტენოზის რისკი. თუ წილვანი პნევმონია, დანიშნეთ AMP 200-300 მგ/კგ/დღე S. pneumoniae-ისთვის. S. aureus-ისთვის არ არსებობს ემპირიული გადაფარვა, რადგან იშვითი ეტიოლოგიაა.
ახალშობილები და ბავშვები, ასაკი >3 თვიდან 18 წლამდე (IDSA-ს მკურნალობის გაიდლაინები: CID 53:617, 2011).				
ამულატორიული პაციენტები	RSV, ადამიანის მეტაპნევმოვირუსი, რინოვირუსი, გრამის ვირუსი,	Amox 90 მგ/კგ 2-ად გაყოფილი დოზა x 5 დღე	Azithro 10 მგ/კგ x 1 დოზა (მაქსიმუმ 500 მგ), შემდეგ 5 მგ/კგ (მაქსიმუმ 250 მგ) x	საზოგადოებაში შემნილი პნევმონიის (CAP) მკურნალობის სკოლამდელი ასაკის ბავშვებში ანტიბიოტიკოზული რეჟიმული თერაპიის ჩატარება არ არის აუცილებელი, რადგან ინფექციების უმეტესობა არის ვირუსული

ანამორფიკი არა/დინამორფი/ მორფოლოგიკური ბარაქობები	ფილოლოგიკი ტიპური	ფილოლოგიკური რაიონები*		დასახარი დინამორფიკური ან მორფოლოგიკური ლორწობები და კომპონენტები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
ჰოსპიტალიზირებული პაციენტები	ადენოვირუსი, პარაგრძის ვირუსი, მიკოპლაზმა, H. influenzae, S. pneumoniae, S. aureus (იშვითად) იგივე, რაც ზემოთ	სრულად იმუნიზირებული: AMP 50 მგ/კგ IV q6h არასრულად იმუნიზირებული: Cefotaxime 150 მგ/კგ IV გაყოფილი q8h	4 დღე ან Amox-Clav 90 მგ/კგ (Amox) 2-ად გაყოფილი დოზა x 5 დღე სრულად იმუნიზირებული: Cefotaxime 150 მგ/კგ IV გაყოფილი q8h	ეტეოლოგიის. ატეპურ ინფექციებზე ექვსი შემთხვევაში, დაამატეთ Azithro 10 მგ/კგ x 1 დოზა (მაქსიმუმ 500 მგ), შემდეგ 5 მგ/კგ (მაქსიმუმ 250 მგ) x 4 დღე. საზოგადოებაში შემქნილ MRSA-ზე ექვსი შემთხვევაში, დაამატეთ Vanco 40–60 მგ/კგ/დღე გაყოფილი q6-8h ან Clinda 40 მგ/კგ/დღე გაყოფილი q6- 8h. თერაპიის ხანგრძლივობა: 10–14 დღე. კლინიკური რეაგირების გათვალისწინებით, შესაძლებელია 2–3 დღეში ორალურ აგენტებზე გადაყვანა.

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* **შენიშვნა**: ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის
ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას,
შეთავსებლობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ღირებულებას.

სხრილი 1(36)

ანამორფიკი არამიკრობული/ მოიფიქრება/ ბაქტერიული	ფორმულიზაცია	ფორმულიზაცია რეჟიმი*		დაზიანება დიაგნოზიკური ან თერაპიული ლინიკური და კომუნიკაციის
		ძირითადი	ალტერნატიული	
ფორმულიზაცია/რეჟიმი (გაგრძელება)				
მოზრდილები (18 წელს ზემოთ) – მოზრდილი CAP – IDSA/ATS გაიდილი: CID 44 (suppl 2): S27-S72, 2007; NEJM 370:543, 2014;				
საზოგადოებაში შეძენილი, არა პოსტპირიზინული	ივლებს კლინიკური გარემოსთან ერთად. თანხლები დაავადებები გარეშე: M. pneumoniae და სხვა ატინიურები ¹⁷ , S. pneumo, ვირუსული	არ არის თანხლები დაავადება: Azithro 0.5 გრ po x 1, შემდეგ 0.25 მგ დღეში ან azithro-ER 2 გრ x 1, ან clarithro 500 მგ po bid ან clarithro-ER 1 გრ po q24h ან doxy 100 მგ po bid ან თუ ზოლო 3 თვის განმავლობაში მიღებული აქვს ანტიბიოტიკი: (azithro ან clarithro) + (amox 1 გრ po tid ან მაღალი დოზით AM-CL ან რესპირაციული FQ)	თანხლები დაავადების არსებობით: რესპირაციული FQ (იხილეთ ჩანაწერი ¹⁸) ან [(azithro ან clarithro) + (amox მაღალი დოზა, AM-CL მაღალი დოზა, cefdinir, cefpodoxime, cefprozil)]	Azithro/clarithro: <u>Pro:</u> აქტიურობის შესაბამისი სპექტრი; in vitro რესპირაციული უფრო მაღალია, ვიდრე კლინიკური წარუმატებლობა; q24h დოზირება; უფრო ტოლერანტული, ვიდრე erythro. <u>Con:</u> მილიანობაში in vitro რესპირაციული S. pneumo-ს მიმართ 20–30% და შესაძლებელია მატულობა. პენიცილინ-რესპირაციული S. pneumo 50%-მდე + რესპირაციული azithro/clarithro-ს მიმართ. ადრე გამოყენებისას მაკროლიდული რესპირაციულობის რისკის ზრდა Amoxicillin: <u>Pro:</u> 3-4 გრ/დღე აქტიურობა S. pneumo-ს მიმართ 90–95%-ში. <u>Con:</u> არ არის აქტიური ატინიური პათოგენების ან ბეტა-ლაქტამური მიკროორგანიზმების მიმართ. AM-CL: <u>Pro:</u> აქტიურობის სპექტრი მოიცავს ბეტა-ლაქტამურ მიკროორგანიზმებს. <u>Con:</u> არ არის აქტიური ატინიური პათოგენების მიმართ.
სავარაუდო პროფილიზინი: CURB-65* (AnIM 118:384, 2005): C: კონფიზია = 1 ქულა U: BUN >19 მგ/დლ = 1 ქულა R: RR >30/ წთ = 1 ქულა B: BP <90/60 = 1 ქულა ასაკი ≥65 = 1 ქულა 1 ქულის შემთხვევაში, შესაძლოა ამულატორიული მკურნალობა; >1 ქულის შემთხვევაში აუცილებელია პოსტპირიზინი. რაც უფრო მაღალია ქულათა ჯამი, მით უფრო მეტია სიკვდილის რისკი.	თანხლები დაავადებებით: ალკოჰოლიზმი: S. pneumo, ანაერობები, კოლოფორმები ბრონქოექტაზია: <i>იხილეთ მუკო-ვისციდოზი, გვერდი 102</i> ფქოდ: H. influenzae, M. catarrhalis, S. pneumo IVDU: ჰემოფილიზინი S. aureus პოსტ-CVA სპირაცია: ორალური ფლორა, მათ შორის S. pneumo ბრონქის ოსტრუქციის შემდგომი: S. pneumo, ანაერობები	მკურნალობის ხანგრძლივობა: S. pneumo – ბაქტერიემიის გარეშე: ცხელების გაქრობიდან 3 დღე – ბაქტერიემიით: 10–14 დღე მისაღები C. pneumoniae-გარეშე: ზოგერთი ცნობის თანახმად 21 დღე. ბრონქიტის მქონე ზოგერთ პაციენტს დასჭირდა 5–6 კვირიანი clarithro (<i>J Med Micro</i> 52:265, 2003) Legionella–10–21 დღე კოლოფორმების, S. aureus–ის, ანაერობების მანევრირებული პნევმონია მორადი: ≥2 კვირა გაგრძელება:	<i>დოზები იხილეთ ჩანაწერში¹⁹</i>	გეგმვის პრინციპი – po: Cefditoren, cefpodoxime, cefprozil, cefuroxime და სხვები, <i>იხილეთ ჩანაწერი²⁰</i> . <u>Pro:</u> 75–85%-ში აქტიურობა S. pneumo-სა და H. influenzae-ს მიმართ. Cefuroxime-ს სასაბუთო ყველაზე ნაკლები აქტიურობა და სიკვდილობის მაღალი სიხშირე S. pneumo რესპირაციულობის. <u>Con:</u> არ არის აქტიური ატინიური პათოგენების მიმართ.

ანაბრომივილი ან/და/დიაგნოზი/ მოდიფიკირებადი ბაქტერიები	ფიზიოლოგია/თავდასაცავი	გამოთავაზებული რეჟიმები*		დახმარება დიაგნოსტიკური ან თერაპიული ლაბორატორიები და კომპიუტერული
		ძირითადი	ალტერნატიული	
გრიპის შემდგომი: S. pneumo და S. aureus	1. S. pneumoniae-ს მიმართ ადგილობრივი მკურნალობის რეზისტენტობა თუ არის >25%, გამოიყენეთ ალტერნატიული ემპირიული თერაპია 2. ემპირი S. aureus, განსაკუთრებით გრიპის სეზონზე.	Ceftriaxone 1 გრ IV q24h + azithro 500 მგ IV q24h ან Ertapenem 1 გრ q24h	Levo 750 მგ IV q24h ან Moxi 400 მგ IV q24h Gati 400 მგ IV q24h (gati აღარ იყიდება აშშ-ში ჰიპო- და ჰიპერგლიკემიური რეაქციების გამო)	Doxycycline: <u>Pro:</u> აქტიურია S. pneumo-ს წინააღმდეგ, თუმცა რეზისტენტობა შესაძლებელია გაიზარდოს. აქტიურია H. influenzae-ს, ატაბიური პათოგენებისა და ბიოტერორიზმის აგენტების (ჯილბი, შავი ჭირი, ტულარემია) მიმართ. <u>Con:</u> S. pneumo-ს რეზისტენტობა 18–20%. მწირი კლინიკური მონაცემები.
საზოგადოებაში შექმნილი, – არა ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში ჰოსპიტალიზირებული, ემპირიული თერაპია უმკურნალები მინიმუმ 5 დღის, ცხელების გარეშე 48–72 სთ, სტაბილური BP-ით, ადეკვატური ორალური მიღება და ოთახის ჭანგბადის სატურაცია >90% (COVID 20:177, 2007)	ექთოლოგია თანმშლები დაავადების არსებობისა და რისკ ფაქტორების მიხედვით, ზემოთ. სისხლისა და ნახველის კულტურა. S. pneumo, შარდის ანტიგენი გამოსადეგია (CID 40:1608, 2005). მითითებული Legionella შარდის ანტიგენი. ზოგადად, რაც უფრო მძიმეა პაციენტი, მით უფრო ღირებულია კულტურის მონაცემები. მოიძიეთ S. Aureus, თუ არის პრეცედენტული ან თანმშლები გრიპი ან ინტრავენური ნარკოტიკის მოხმარება.	ამატებული azithro 500 მგ IV q24h პნევმონიისა და მძიმე სეფსისის გამოვლენიდან 6 სთ-ის განმავლობაში ანტიბიოტიკის დანიშვნა დაკავშირებულია გადარჩენის მაჩვენებლის გაუმჯობესებასთან (Eur Respir J 39:156, 2012); თუ პაციენტი იმყოფება ER-ში, მაშინ პირველი დოზა უნდა მიიღოს ER-ში. თუ პნევმონიის დიაგნოზი ბუნდოვანია, შემოსვლის დიაგნოზი შესაძლებელია იყოს "დაუზუსტებელი" (Chest 130:16, 2006).	Levo 750 მგ IV q24h ან Moxi 400 მგ IV q24h Gati 400 მგ IV q24h (gati აღარ იყიდება აშშ-ში ჰიპო- და ჰიპერგლიკემიური რეაქციების გამო)	FQ-ები – რესპირაციული FQ-ები: Moxi, levo და gemi <u>Pro:</u> in vitro და კლინიკურად ეფექტურია pen-მგრძნობიარე და pen-რეზისტენტული S. pneumo-ს მიმართ. შენიშვნა: Levo-ს დოზა არის 750 მგ q24h. Gemi ხელმისაწვდომია მხოლოდ po სახით. <u>Con:</u> გეოგრაფიული რეზისტენტობა კლინიკური წარმატებლობით. მნიშვნელოვანია პრეპარატის-სხვა პრეპარატთან ურთიერთ-ქმედების გათვალისწინება (იხ. ცხრილი 22A, გვერდი 477). ახალგაზრდა ქალებში Gemi-ს >7 დღით მიცემის შემთხვევაში გამოვლინდება შექცევადი გამონაყარი.
				Ceftriaxone/cefotaxime: <u>Pro:</u> არჩევითი პრეპარატია Pen-ზე მგრძნობიარე S. pneumo-ს წინააღმდეგ, აქტიურია H. influenzae-ს, M. catarrhalis-სა და MSSA-ს მიმართ.
				<u>Con:</u> არ არის აქტიური ატაბიური პათოგენებისა და ბიოტერორიზმის პათოგენებით გამოწვეული პნევმონიის მიმართ. დამატეთ მკურნალობის მათი სავარაუდო ანთების საწინააღმდეგო

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* **შენიშვნა:** ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროვოცირებას, ღირებულებას.

მხრილი 1 (37)

ანამორფიკი არამორფიკი/ თეთრი/მომხმარებელი ბაზოფილია	ბიოლოგიური თვალის	მომხმარებელი რამდენიმე		დაზიანება დინამიკური ან თერაპიული ლორწოვანი ან კომპლექსური
		ძირითადი	ალტერნატიული	

ფილტვნი/ბრონქები/პნევმონია / მოზრდილები (18 წელს ზემოთ) (გაგრძელება)

საზოგადოებაში შემთხვევითი, ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში პოსტინფლუენციალური, ემპირიული თერაპია	მიმდებარეობს: S. pneumoniae (8-38%), H. influenzae, Moraxella sp., S. aureus (0-5%) (იშვითი). თუ მოთავსდა ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში: S. Pneumoniae (15-23%), S. aureus (1.2-8.3%), GNB/P. aeruginosa (0.6-5.5%). Ref: Chest 133:610, 2008; Thorax 66:340, 2011; CID 50:202,2010; Isr Med Assn 12:477, 2010; Int J Antimicrob Agts 31:107,2008.	Levo 750 მგ IV q24h ან Moxi 400 მგ IV q24h Gati აღადგინდება აწმ-ში ჰიპო- და ჰიპერგლიკემიური რეაქციების გამო პროკალიტონინი: სხვადასხვა კლინიკური კვლევისა და მეტაანალიზის მიხედვით პროკალიტონინის დონის ნორმალიზება შეგვიძლია, გამოვიყენოთ ანტიბიოტიკით მკურნალობის ხანგრძლივობის განსაზღვრისათვის. უსაფრთხო ანტიბიოტიკის შეწყვეტა, თუ პროკალიტონინის დონე შემცირდა 0.1-0.2 მკგ/მლ-მდე (CID 55:651,2012; JAMA 309:717,2013)	[Ceftriaxone 1 გრ IV q24h + azithro 500 მგ IV q24h] ან ERTA 1 გრ q24h IV + azithro 500 მგ IV q24h (იხილეთ კომენტარი)	ბეტა-ლექტამ/მაროლიდის კომბინაცია განსხვავებით მხოლოდ ბეტა-ლექტამისაგან (ფტორინოლონებით ნამკურნალები პაციენტები გამოირჩევა) აუმჯობესებს გამოსავალს საშუალო ან მძიმე და არა მსუბუქე პოსტინფლუენციალური პაციენტებში (Thorax 68:493, 2013) Ertapenem-ს შეუძლია ჩაანაცვლოს ceftriaxone; P. aeruginosa-ზე ექვისას - არ გამოიყენოთ. ატიბიური პათოგენებისათვის საჭიროა azithro-ს დამატება Legionella: Legionella-ს ყველა სახეობის გამოვლენა მარდის ანტიგენით არ ხდება; ექვის შემთხვევაში გააკეთეთ სასუნთქი გზების სკერეტის PCR (CID 57:1275, 2013.) ნორმალური სინუსური რითმის მქონე პაციენტებში, რომლებიც არ ღებულობენ ბეტა-ბლოკერებს, შედარებითი ბრადიკარდია მიგვანიშნებს Legionella-ს, ფსიკოზის, Q ცხელების ან ტიფოიდური ცხელების არსებობაზე.
შენიშვნა: მიმდებარეობს CAP-ის მქონე, ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში შესული ყველა შემთხვევა ყოველთვის არ ემთხვევა IDSA/ATS-ის მიერ მოწოდებულ CAP-ის გაიდლაინებს. არ დაიჯეროთ, რომ ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში მყოფი პნევმონიის მქონე ყველა პაციენტი საჭიროებს გრამ-უარყოფითი ბაცილების მიმართ აქტიურ 2 პრეპარატს. ამოღება, 4 სამგალითო კლინიკური შემთხვევა არის გამოკვეთილი: მიმდებარეობს გრამ-უარყოფითი ბაცილები; pen-რეზისტენტული S. pneumo-ს რისკი	მიმდებარეობს პნევმონიის მქონე პაციენტებში: S. pneumoniae, H. influenzae, Moraxella sp., Legionella sp. იშვითად S. aureus ნახველის, სისხლის და შესაძლოა, პლევრული სითხის კულტურები. ემპირიულ რესპირატორული ვირუსები. მარდის ანტიგენი ორივე - Legionella და S. pneumoniae-სთვის. ნახველის PCR Legionella-ზე.	თუ თანდართულია გრამი, შესაძლებელია S. aureus და S. pneumonia	Vanco 1 გრ IV q12h + (Levo 750 მგ IV q24h ან moxi 400 მგ IV q24h) Linezolid 600 მგ bid + (levo ან moxi)	ცხვირის ნახების PCR დამზარება MRSA-ს კვლევისთვის: უარყოფითი პროგნოზული ღირებულება 99.2%; თუ PCR უარყოფითია, შეწყვიტეთ ემპირიული vanco(AAC 58-859.

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* შენიშვნა: ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ღირებულებას.

ანამორფიკი არა/დინამიკი/ მოდულიზაცია/ბაზილიზაცია	ფიზიოლოგიკი თვითმზომი	ფიზიოლოგიკი რეაქცია*		დაზიანება დინამიკური ან მუდმივური ლოკალიზაცია ან მომენტუალური
		ძირითადი	ალტერნატიული	
საზოგადოებაში შექმნილი, ჰოსპიტალიზირებული - ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში, ემპირიული თერაპია	საექვო პერიოდული გრამ- უარყოფითი ბაცილები: რისკ-ფაქტორები (იხ. კომენტარები) ჰიპოქსიური და/ან ჰიპერტენზიური „გადაფარვა“ S. pneumo და GNB	ანტიფსევდომონური ბეტა-ლაქტამი ²⁰ + (რესპირაციული FQ ან ამინოგლიკოზ). თუ FQ არ არის ხელმისაწვდომი, დაუმატეთ azithro პრეპარატები და დოზირებები იხილეთ ჩანაწერში ²⁰ . ემპირიული Vanco+PIP-TZ: უპირატესობაა აქტიუობა vs. S.aureus; ნაკლი: მხოლოდ ერთი აგენტის მოქმედება vs. GNB	IGE- განმარტებული მიმღებ ბეტა-ლაქტამური ალერგიის შემთხვევაში aztreonam + FQ ან (aztreonam + aminoglycoside + azithro).	2014). დამზარება ნახველის გრამის წესით შედეგა ან PCR. გრამის შემდგომი S. aureus -ის ref.: EID 12:894, 2006. MRSA-ს მიმართ ემპირიული თერაპიის გამოყენება ამცირებს სიკვდილობის რისკს (CCM 34:2069, 2006) რისკ-ფაქტორები: ალკოჰოლიზმი მანევროზირებული პნევმონიით, ფონური ქრონიკული ბრონქოექტაზია (მაგ. მუკოვინციდიოზი), ქრონიკული ტრაქეოსტომია და/ან მექანიკური ვენტილაცია, ფებრილური ნეიტროპენია და პულმონური ინფილტრატები, სექტორი შოკი, ავთვისებიანი გადაგვარება ან ორგანოთა უკმარისობა. P. aeruginosa: საჭიროა მაღალი დოზებით CIP (400 მგ IV q8h) ან PIP-TZ 3.375 გრ IV q24h
სამედიცინო მოსახურებასთან ასოცირებული პნევმონია (HCAP) CID 46 (Suppl 4):S296, 2008.	Pen G რეზისტენტული S. pneumoniae-ს რისკი: ანტიბიოტიკების გამოყენება უკანასკნელ 3 თვეში	მაღალი დოზებით IV amp (ან Pen G) + azithro + რესპირაციული FQ	ალერგია ბეტა- ლაქტამის მიმართ: vanco + რესპირაციული FQ	თუ Pen G MIC >4 მგ/მლ, გამოიყენეთ vanco. ასეთი შემთხვევები ძალზედ იშვიათია.

²⁰ ანტიფსევდომონური ბეტა-ლაქტამები: Aztreonam 2 გრ IV q6h; piperacillin 3 გრ IV q4h; piperacillin/tazobactam 3.375 გრ IV q4h ან 4.5 გრ IV q6h 4 სთ-იანი ინფუზია ან 3.375 გრ q8h (Pseudomonas-თვის მაღალი დოზები); cefepime 2 გრ IV q12h; ceftazidime 2 გრ IV q8h; doripenem (არ გამოიყენეთ პნევმონიის სამკურნალოდ); imipenem/cilastatin 500 მგ IV q6h; meropenem 1 გრ IV q8h; gentamicin ან tobramycin (იხილეთ ცხრილი 10D, გვერდი 248). FQ დოზები P. aeruginosa-სთვის: CIP 400 მგ IV q8h ან levo 750 მგ IV დღში ერთხელ.
რესპირაციული FQ: levofloxacin 750 მგ IV q24h ან moxifloxacin 400 მგ IV q24h; მაღალი დოზის ampicillin 2 გრ IV q6h; azithromycin 500 მგ IV q24h; vanco 15-20 მგ/კგ (სხეულის ფაქტორ წონაზე) IV q8-12h (მიზნობრივად 15-20მგ/მლ კონცენტრაციის მისაღწევად).

სხრილი 1 (38)

ანამორფიკი პარამორფი/ორმორფიკი ბაქტერიები	თიოლოგია (თვალთ)	გამოთვარებალი რამონიმი*		დაზნარა დინარონორპირი თიოპირილი ლონორპირი და კონონარპირი
		თიოლოგია	ალბორანორული	
ფილტვიზონი/ქონი/პნევმონია / მოზრდილები (18 წელს ზემოთ) (გავრტელება)				
ჰოსპიტალიური - მირითადად ხელოვნურ ვენტლიაციზე მყოფი პაციენტები (VAP) (ემპირიული თერაპია)	მეტად ვარიანტულია, დამოკიდებულია კლინიკურ გამოვლინებაზე: S. pneumo, S. aureus, Legionella, კოლიფორმები, P. aeruginosa, stenotrophomonas, acinetobacter ²² , (მგრძნობელობა IMP და MER მიმართ საკამათო) (CID 41:758,2005), ყველა ანაერობი შესაძლებელია. ზოგ რეგონიზი გავარდობებული სპექტრის მტელაქტამაზების დასან კარბაპენემაზების მპაროდუცირებელი GNB.	(IMP 0.5 მგ IV q8h ან MER 1 გრ IV q8h) პლუს, თუ ექვია legionella-ზე ან ბიოტერორიზმზე, რესპირაციული FQ (Levo ან Moxi)	თუ ექვია P. aeruginosa-ზე, ემპირიულად დაიწყეთ 2 ანტიფსედომონური პრეპარატი, რათა გაიზარდოს იმის ალბათობა, რომ ერთი მაინც იქნება აქტიური, მაგ.: (IMP ან CFP ან PIP-TZ) ²¹ + (CIP ან tobra). Ref. CCM 35:1888, 2007.	ვენტილატორ-ასოცირებული პნევმონიის დიაგნოსტიკა: ცხელება და ფილტვის ინფილტრატები ხშირად არ არის პნევმონია. გვეხმარება რადიონობრივი კულტურები: ბრონქოალვეოლარული ლავაჟის (დადებითი- >10 ⁴ /მლ) ან დაცული ფუნჯით (დადებითი- >10 ³ /მლ). AJRCCM 165:867, 2002; AnIm 132:621, 2000. მიკრობული ტიოლოგია: არ არსებობს ისეთი ემპირიული რეჟიმი, რომელიც ფარავს ყველაფერს. ჩამოთვლილი რეჟიმები მირითადად აქტიურია S. pneumo-ს, legionella-სა და კოლიფორმების უმეტესობის მიმართ. რეჟიმები არ არის აქტიური MRSA-ს, Stenotrophomonas-სა და სხვების წინააღმდეგ; იხილეთ ქვემოთ: სპეციფიკური თერაპია კულტურის შედეგების მიხედვით. ვენტილატორ-ასოცირებული პნევმონია - პრევენცია: საწოლის თავი ასწიეთ ≥ 30°-ზე. ნაზოგასტრალური ზონდი, ენდოტრაქეალური მილები ამოიღეთ რაც შეიძლება სწრაფად. შეძლებისდაგვარად, ლორწოს უწყვეტი ენისქვეშა ამოქაჩვა. ქლორპსედილით პირის ღრუს მოვლა. clarithro-ს დამატებამ დააჩქარა VAP-ის გაუმჯობესება (CID 46:1157, 2008). ვერცხლით-დაფარული ენდოტრაქეალური მილები ამცირებენ VAP-ის სისხირეს (JAMA 300:805 და 842, 2008). Doripenem: არ გამოიყენო VAP-სთვის; Dori წარმეტებელია IMP-თან შედარებით პრისპექტული რანდომიზირებული ორმაგი-ბრმა კვლევის მე-3 ფაზაში.
ჰოსპიტალიური ან საზოგადოებაში შემქნილი, ნეიტროპენიური პაციენტი	ჰოსპიტალიური და საზოგადოებაში შემქნილი მიკროორგანიზმების	ჰოსპიტალიური, იხილეთზემოთ. Vanco არ არის შეტანილი საწყის თერაპიაში, თუ არ არსებობს IVკათეტერ-ასოცირებულ ინფექციაზე ან		IDSა გაილაინი: Clin Infect Dis 52:e56, 2011.

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* **შენიშვნა:** ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თიოკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ღირებულებას.

ანამორფიკი არა/დინამორფი/ მოდერნიზირებული ბარამორფიები	ეტიოლოგია (თავად)	ფართომასშტაბული რამიფიკაცია		დაზნაბარ დინამორფიკი ან თერაპიული ღონისძიებები და კომპონენტები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
(<500 ნეიტროფილი/მმ ³)	ჩამონათვლიდან თითოეული + სოკო (<i>aspergillus</i>). იხილეთ ცხრილი 11.	რეზისტენტულ <i>S. pneumo</i> -ზე ექვი. Ampho არ გამოიყენება, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც 3 დღის შემდეგ ისევ აღინიშნება ცხელება ან არსებობს მისი მაღალი ალბათობა. იხილეთ კომენტარი.		

ESBL= გაფართოებული სპექტრის ბეტალაქტამაზა

პნევმონია – სპეციფიური თერაპია კულტურის შედეგების მიღების შემდეგ (ნახელი, სისხლი, პლევრალური სითხე, ა.შ.).

ასევე იხილეთ ცხრილი 2, გვერდი 164

Acinetobacter baumannii (იხილეთ ცხრილი 5A); NEJM 358:1271, 2008	VAP-ის მქონე პაციენტები	მგრძნობელობის შემთხვევაში გამოიყენეთ IMP, ან MER	თუ IMP-რეზისტენტულია: colistin + (IMP ან MER) . Colistin-ის დოზა: ცხრილი 10A, გვერდი 215	AM-SB-ის სულბაქტამი ძალზედ აქტიურია; დოზა: 3 გრ IV q6h. მეორე რიგის ანტიბიოტიკებისათვის: იხ. <i>Pharmacother</i> 30:1279, 2010; <i>J Inten Care Med</i> 25:343, 2010
აქტინომიკოზი	A. Israelii და იშვიათად სხვებიც	AMP 50 მგ/კგ/დღე IV div 3–4 დოზაში x 4-6 კვირა, შემდეგ Pen VK 2–4 გრ/დღე po x 3-6 კვირა	Doxy ან ceftriaxone ან clinda	AMP-ის მაგივრად შესაძლებელია, გამოიყენებულ იყოს Pen G: 10-20 მილიონი ერთეული/დღე IV x 4-6 კვირა.
Anthrax ინჰალაცია (ერთის ორფარინგეალურ და გასტროინტესტინურ ფორმებს); მკურნალობა (კანის: იხილეთ გვერდი 122) www.bt.cdc.gov; CDC რეკომენდაციები მოზრდილთათვის: <i>Emerg Infect Dis</i> 20(2).doi 10.3201/eid2002.130687. პედიატრია ამერიკული აკადემიის რეკომენდაციები ბავშვებისათვის: <i>Pediatrics</i>	<i>Bacillus anthracis</i> შავი ჭირი, ტულარემია: იხილეთ გვერდი 101 გ/კ-ის რენტგენი: შუასაყარის გაფართოვება და პლევრული გამონაჟონი	მოზრდილები (მათ შორის ორსულები): CIP 400 მგ IV q8h + (Linezolid 600მგ IV q12h ან Clindamycin 900 მგ IV q8h)+ Meropenem 2გრ IV q8h (იხილეთ კომენტარები) Raxibacumab 40 მგ/კგ IV 2 საათის განმავლობაში. 2 კვირის შემდეგ თუ სტაბილურია, გადართე პერიორალურ	ბავშვები: (CIP 10 მგ/კგ IV q8h (მაქს. 400მგ დოზაზე) + Linezolid 10მგ/კგ IV q8h (<12 წ. ასაკი) ან Linezolid 15მგ/კგ q12h (>12 წ ასაკი) (მაქს.600მგ დოზაზე)+ Meropenem 40 მგ/კგ IV q8h (მაქს. 2 გრ თითო დოზა) (იხ.კომენტარები) + Raxibacumab 40-80 მგ/კგ IV 2 საათის	1. Meropenem, თუ ვერ გამოვრჩევთ მენინგიტს. Linezolid უპირატესია Clinda-სთან შედარებით მენინგიტისათვის. 2. Pen G 4 მლნ ერთეული IV(მოზრდ) q4h ან 67.000 ერთ/კგ (ბავშვები, მაქს. 4მლნ ერთ დოზაზე) IV q4h, რომელმაც შესაძლოა, ჩაანაცვლოს მეროპენემი, თუ შტამი პენ-მგრძნობიარეა. 3. <8 წ ასაკის ბავშვებში Doxy-ის 60 დღიანი მკურნალობით კბილები ფერი იცვლება. ორალური რეჟიმის გადართვისათვის ალტერნატივაა Clinda 10 მგ/კგ q8h (მაქს დოზა 600 მგ) ან Levo 8 მგ/კგ (მაქს. დოზა 250 მგ) q12h <50კგ წონისთვის, 500მგ q24h, თუ >50 კგ . თუ შტამი პენიცილინ-მგრძნობიარეა Amox 25 მგ/კგ (მაქს დოზა 1 გრ) q8h ან Pen VK 25მგ/კგ (მაქს. დოზა 1 გრ) q8h. 4. Levo და Moxi არის CIP-ის ალტერნატივა.

ანამორფიკი არა/დინამიკური/ მოდიფიცირებადი ბარამოფიები	ეტიოლოგია (თავდასაწყისი)	ფიზიოლოგიური რეაქციები*		დაზიანება დინამიკური ან თერაპიული ღონისძიებები და კომპლექსები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
133:e1411, 2014.		რეჟიმზე: CIP 500 მგ q12h ან Doxy 100მგ q12h სრული 60 დღიანი რეჟიმი	განმავლობაში. 2 კვირის შემდეგ თუ სტაბილურია, გადართე პერორალურ რეჟიმზე: CIP 15 მგ/კგ q12h ან Doxy 2.2 მგ/კგ q12h (<45 კგ) ან 100 მგ q12h (>45 კგ). q12h ორალური დოზირების სრული კურსი 60 დღეა.	5. სრული რეკომენდაციებისათვის იხილეთ <i>Emerg Infect Dis 20(2).doi10.3201/eid2002.130687 (მოზრდ) და Pediatrics 133:e1411, 2014 (ბავშვები).</i>

²¹ PIP-TZ P. aeruginosa-თი გამოწვეული პნევმონიისათვის: 3.375 გრ IV 4 საათის განმავლობაში და შემდეგ გაიმეორეთ q8h (CID 44:357, 2007)დაამატეთ **tobra**.

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* **შენიშვნა:** ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ლიზებულებას.

ანამორფიკი არა/დინამორფი/ მოდოლიფორმირებადი ბაქტერიები	ეპიფილოგია (სტაბილუ)	ჯანმრთელობის რეჟიმები*		დასხვარე დინამორფიკი ან მოდოლიფორმირებადი ლოსონები და კომბინაციები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
Legionella spp. ხშირად ახლავს შედარებითი ბრადიკარდია	ჰოსპიტალიზაციის/ ზოგჯერ/ დამატებითი/ იმუნიტეტი	Azithro 500 მგ IV ან Levo 750 მგ IV ან Moxi 400 მგ IV. <i>იხილეთ ცხრილი 10A, დოზირებისათვის გვერდები 227 და 233. უმკურნალეთ 7–14 დღე (CID 39:1734, 2004)</i>		ლეგიონელას ვებ-გვერდი: www.legionella.org . 2 კვლევა ამტკიცებს Levo-ს უპირატესობას მავროლიდებზე (CID 40:794 და 800, 2005), თუმცა იგი არ არის მიღებული FDA-ის მიერ. მეტა-ანალიზით უპირატესია FQ (JAC 69:2354, 2014)
Moraxella catarrhalis	93%-ში ბეტა-ლაქტამაზა დადებითია	AM-CL, O Ceph 2/3, მავროლიდი²³, FQ, TMP-SMX. Doxy <i>ცხრილი 10A, გვერდი 215</i>		კიდევ ერთი ვარიანტი. <i>დოზირებისათვის იხილეთ</i>
ნოქარდია პნეუმონია ლიტ: <i>Medicine 88:250, 2009.</i>	N, asteroid, N. brasiliensis	TMP-SMX 15 მგ/კგ/დღე IV/po 2–4-ად გაყოფილი დოზები + Imipenem 500 მგ IV q6h პირველი 3–4 კვირის განმავლობაში, შემდეგ TMP-SMX 10 მგ/კგ/დღე 2–4-ად გაყოფილი დოზები X 3–6 თვე.	IMP 500 მგ IV q6h + amikacin 7.5 მგ/კგ IV q12h X 3–4 კვირა და შემდეგ po TMP-SMX	ხანგრძლივობა: 3 თვე, თუ იმუნოკომპეტენტურია; 6 თვე, თუ იმუნოკომპრომიტირებულია. გაზომი სულფონამიდის პიკური დონე; მიღწეული უნდა იყოს 100–150 მგ/მლ po დოზიდან 2 საათის შემდეგ. Linezolid აქტიურია in vitro (<i>Ann Pharmacother 41:1694, 2007</i>). მზარდია In vitro რეზისტენტობა TMP-SMX მიმართ (<i>Clin Infect Dis 51:1445, 2010</i>), მაგრამ უნებობია, არის თუ არა ამასთან ასოცირებული ცუდი გამოსავალი.
Pseudomonas aeruginosa კომბინაციაში დანიშნავს საკმაოდ: საუკეთესოა ცხოველის მოდელზე (AAC 57:2788, 2013), მაგრამ არ არის გამოჩენილი ობსერვაციულ კვლევებში (AAC 57:1270, 2013).	ხშირად ვენტრილატორ-ასოცირებული	(PIP-TZ 3.375 გრ IV q4h ან უკეტესი 3.375 გრ q8h 4 სთ-იანი ინფუზიისა + tobra 5 მგ/კგ IV ერთხელ q24h (იხილეთ ცხრილი 10D, გვერდი 248). თუ პაციენტის შტამი მგრძნობიარეა, PIP-TZ , შესაძლებელია, ჩავანაცვლოთ ანტიფსევდომონური ცეფალოსპორინით ან კარაპენემით (IMP, MER).		ვარიანტები: CFP 2 გრ IV q8h; CIP 400 მგ IV q8h + PIP-TZ; IMP 500 მგ IV q6h + CIP 400 მგ IV q8h; მულტირეზისტენტობის შემთხვევაში, Colistin IV + (IMP ან MER) + Colistin ინჰალაციით 80 მგ bid. (საკამათო, CID52:1278, 2011). ასევე მიზანშეწონილია ინჰალაციური მკურნალობისთვის: tobra და aztreonam.

²² **შეუძლებელია** თერაპიის ხანგრძლივობის დოზის დაწესება ამდენი ცვლადი გარემოების გათვალისწინებით: მაგ. დიაგნოზის სიმკაცე, ინფექციის გამომწვევი მიკროორგანიზმი, ინფექციის სიმძიმე და თანხმობა დაავადებების რაოდენობა/სიმძიმე. დათანხმდით დე-ესკალაციაზე და მოკლე კურსზე. უმკურნალეთ სულ მცირე 7–8 დღის განმავლობაში. აუცილებელია მკურნალობაზე კლინიკური დაქვემდებარების მტკიცებულება: ტემპერატურის ნორმალიზება, გაუმჯობესებული ოქსიგენაცია, WBC-ს კლება. *AJRCCM 171:388, 2005; CID 43:S75, 2006; COID 19:185, 2006.*

²³ **მავროლიდი** = azithromycin, clarithromycin და erythromycin.

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* **შენიშვნა:** ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილობისათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ღირებულებას.

ცხრილი 1 (40)

ანამორფიკი ან/და/ფორმირ/ფორმირებადი ბაქტერიები	ეტიოლოგია (ოჯვალე)	მედიკამენტოზური რეჟიმი*		დამხმარე დიაგნოსტიკური ან თერაპიული ლაბორატორიები და კონსულტანტი
		ძირითადი	ალტერნატიული	
ფილტვინ/ბრონქები/პნევმონია / სპეციფიური თერაპია კულტურის შედეგების მიღების შემდეგ (ნახელი, სისხლი, პლევრალური სითხე, ა.შ.) (გაგრძელება)				
Q ცხელება მწვავე ატეიპური პნევმონია იხ. <i>MMWR</i> 62(3):1, 2013.	<i>Coxiella burnetii</i>	არ არის გულის სარქველების დაზიანება: Doxy 100მგ po bid × 14 დღე	გულის სარქველების დაავადება: (Doxy 100 მგ po bid + hydroxychloroquini 200 მგ tid)×12 თვე (<i>CID</i> 57:836, 2013)	ორსულები: TMP-SMX DS 1 ტაბ po bid მთელი ორსულობის პერიოდში
Staphylococcus aureus მკურნალობის ხანგრძლივობა: მხოლოდ პნევმონიის შემთხვევაში – 2–3 კვირა; თანხმდები ენდოკარდიტის და/ან ოსტეომიელოიტის შემთხვევაში – 4–6 კვირა. <i>IDSA–ს</i> გაიდლაინები, <i>CID</i> 52 (Feb 1):1, 2011.	<i>Nafcillin/oxacillin</i> - მგრძნობიარე <i>MRSA</i>	Nafcillin/oxacillin 2 გრ IV q4h Vanco 15-20 მგ/კგ IV q812h ან Linezolid 600 მგ IV/po q12h	Vanco 30–60 მგ/კგ/დღე IV 2–3 გაყოფილი დოზა ან Linezolid 600 მგ IV q12h Dapto ალბათ არ არის არჩევანი; dapto–თი მკურნალობისას განვითარდა პნევმონია (<i>CID</i> 49:1286, 2009).	შეარჩიეთ ვანკომიცინის დოზა ისე, რომ შრატში მიღწეული იყოს 15–20 მკგ/მლ კონცენტრაცია. ზოგიერთი ავტორი რეკომენდაციას უწევს 25–30 მკგ/მლ-ის დამტკიცებლ დოზას (ფაქტობრივი სხეულის წონის მიხედვით) მიმოძღვრთ მთავად პაციენტებში (<i>CID</i> 49:325, 2009). <i>MRSA</i> -თი გამოწვეული პნევმონიისათვის ჩატარებულმა პროსპექტულმა კვლევამ, რომელშიც Vanco შედარდა Linezolid -ს, გვიჩვენა უფრო მაღალი განკურნების ხარისხი (p=0.042) ინფორმოლის (95/165, 58%) გამოყენებისას, ვიდრე Vanco -ს (81/174, 47%) შემთხვევაში, თუმცა განსხვავება სიკვდილობის მაჩვენებელში არ გამოიკვეთა (15.7% Linezolid -ის, 17% Vanco -ს შემთხვევაში) (<i>CID</i> 54<621, 2012). Telavancin 10მგ/კგ IV×60წთ q24h სხვა არჩევანია. თუ CrCl <50მლ/წთ, შესაძლოა, ნაკლებ ეფექტური იყოს (<i>AAC</i> 58:2030, 2014).
Stenotrophomonas maltophilia		TMP-SMX მაქსიმუმ 20 მგ/კგ/დღე div q8h	TC-CL 3.1 გრ IV q4h ან FQ (<i>AAC</i> 58:176, 2014)	პოტენციური სინერგიები: TMP-SMX + TC-CL (<i>JAC</i> 62:889, 2008). <i>Tigecicline</i> შეიძლება იყოს ალტერნატივა (<i>J Chemother</i> 24:150, 2012)
Streptococcus pneumoniae	<i>Penicillin</i> მგრძნობიარე	AMP 2 გრ IV q6h, amox 1 გრ po tid, pen G IV ²⁴ , doxy , O Ceph 2 , P Ceph 2/3 ; შეიძლება დავამატოთ azitro 500 მგ IV/po qd (<i>JAC</i> 69:1441, 2014). სხვა დოზირებებისათვის იხ. ცხრილი 10A, გვერდი 215. უმკურნალოთ სანამ ცხელება არ ნორმალიზდება (მინიმუმ 5 დღე) და/ან სანამ პროკოციტოზი არ ნორმალიზდება.		

ანამორფიკი არა/დიაგნოზი/ მოთხოვნილობები/ ბარათებისა	ეპიდემიოლოგიური მახასიათებლები	მედიკამენტოზური რეჟიმები*		დახმარება დიაგნოსტიკური ან თერაპიული ლაბორატორიები და კონსულტაციები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
ტულარემია ინჰალაციური ტულარემია JAMA 285:2763, 2001 და www.bt.cdc.gov	Penicillin- რეზისტენტული, მაღალი დონე	გაზრდილი აქტივობის FQ: Gemi, Levo, Moxi; P Ceph 3 (რეზისტენტობა იშვიათია); მაღალი დოზით IV AMP; vanco IV - უფრო მეტი მონაცემებისათვის იხილეთ ცხრილი 5A, გვერდი 183. თუ არცერთი ვარიანტი არ არის შესაძლებელი (მაგ. ალერგიის გამო), აქტიურია linezolid: 600 მგ IV ან po q12h. <i>დოზირება მოყვანილია ცხრილში 10A.</i> უმკურნალები ცხელების გაქრობამდე, 3–5 დღეს (მინიმუმ 5 დღე). CAP-ის კვლევაში, Ceftaroline 600 მგ IV q12h უპირატესია Ceftriaxone-ზე (CID 51:641, 2010).		
	Francisella tularemia მკურნალობა	(Streptomycin 15 მგ/კგ IV bid) ან (gentamicin 5 მგ/კგ IV qd) x 10 დღე	Doxy 100 მგ IV ან po bid x 14-21 დღე ან CIP 400 მგ IV (ან 750 მგ po) bid x 14-21 დღე	ორსულები: იგივე, რაც არაორსულ მოზრდილებში. Tobramycin -მა უნდა იმოქმედოს.
საეჭვო ვირუსული (ინტერსტიციული) პნევმონია იხილეთ გრიპი, ცხრილი 14A, გვერდი 165. Chest 133:1221, 2008.	პოსტექსპოზიციური პროფილაქტიკა	Doxy 100 მგ po bid x 14 დღე	CIP 500 მგ po bid x 14 დღე	ორსულები: იგივე, რაც არაორსულ მოზრდილებში.
	გასათვალისწინებელია: გრები , ადენოვირუსი, კორონავირუსი (SARS), ჰანტავირუსი, მეტაპნევმოვირუსი, პარაგრების ვირუსი, RSV	Oseltamivir 75 მგ po bid x 5 დღე ან zanamivir ორი 5 მგ-იანი ინჰალაცია დღეში ორჯერ 5 დღე.		არ არსებობს ეფექტური პრეპარატები ადენოვირუსის, კორონავირუსის (SARS), ჰანტავირუსის, მეტაპნევმოვირუსის, პარაგრების ვირუსის, RSV-ის წინააღმდეგ. საჭიროა მოგზაურობის (SARS) და კონტაქტების (ჰანტა) ანაზღაურება. ხანდაზმულებში RSV და ადამიანის მეტაპნევმოვირუსი ისეთივე სერიოზულია, როგორც გრიპი (NEJM 352:1749 და 1810, 2005; CID 44:1152 და 1159, 2007).
Yersinia pestis (შავი ჭირი) CID 49:736, 2009	Y. pestis აეროზოლი	Gentamicin 5 მგ/კგ IV q24h	Doxy 200 მგ IV x 1, შემდეგ 100 მგ IV bid	Cipro 500 მგ po bid ან 400მგ IV q12h ასევე არჩევანია. Chloramphenicol ასევე ეფექტურია, მაგრამ პოტენციურად ტოქსიური.

²⁴ **IV Pen G-ის დოზირება:** როდესაც არ არის მენინგიტი, 2 მილიონი ერთეული IV q4h. თანმხლები მენინგიტის შემთხვევაში 4 მილიონი ერთეული IV q4h.

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* **შენიშვნა:** ყველა დოზირება რეკომენდებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ღირებულებას.

ხსრილი 1(41)

ანამორფიკი არამორფიკი/ მოდიფიკირებადი ბარამორფიკი	ფილოლოგია სფერო	ფორმალური რამონი		დახმარა დინამორფიკი ან თარაგონი ლონსიკიბაბი ან კონსტრუქტი
		ძირითადი	ალმარანთული	
ფილმში – სხვა სპეციფიკური ინფექციები ასპირაციული პნევმონია/ფილტვის ანაერობული ინფექცია/ფილტვის ასესესი	ტრანსორაკალური კულტურა 90 პაციენტი – იზოლაციის უაბის %: ანაერობები 34%, გრამ-დადებითი კოკები 26%, S. milleri 16%, Klebsiella pneumoniae 25%, ნოქარდია 3%	Clindamycin 300–450 მგ po tid ან Ampicillin-sulbactam 3 გრ IV q6h ან A კარბაპენემი (მაგ. ertapenem 1 გრ IV q24h)	Ceftriaxone 1 გრ IV q24h პლუს metro 500 მგ IV q6h ან 1 გრ IV q12h	ტიპიურად, ფილტვის ანაერობული ინფექცია მოიცავს ასპირაციულ პნევმონიას, მანევრობირებელ პნევმონიას, ფილტვის ასესესსა და ემპიემას (<i>Anaerobe 18:235, 2012</i>) მკურნალობის სხვა ვარიანტები: PIP-TZ 3.325 გრ IV q6h (შერეული ინფექციებისათვის გრამ-უარყოფითი აერობებით) ან Moxi 400 მგ IV/po q24h (<i>CID 41:764, 2005</i>).
ქრონიკული პნევმონია ცხელებით, ღამის ოფლიანობითა და წონაში კლებით	M. tuberculosis, coccidioidomycosis, histoplasmosis	იხილეთ ცხრილი 11, 12. <i>TNF-ის ინჰიბიტორებთან ასოცირებული რისკებისათვის იხილეთ CID 41(Suppl.3):S187, 2005.</i>		აივ დადებითი, ალკოჰოლიზმი, TB კონტაქტი.
მუკოვისციდოზი (CF) პულმონური სიმპტომების გამწვავება <i>Ref:BMC Medicine 9:32, 2011</i>	S. aureus ან H. influenzae დაავადების ადრეულ სტადიაზე; P. aeruginosa – მოვლით არატუბერკულოზური მიკობაქტერია გზებზე, როგორც მნიშვნელოვანი პათოგენი (<i>Semin Respir Clif Care Med 34:124, 2013</i>)	P. aeruginosa: (პედიატრიული დოზები) Tobra 3.3 მგ/კგ q8h ან 12 მგ/კგ IV q24h. Tobra გამოიყენეთ კომბინაციაში შემდეგთან: (PIP ან ticarcillin 100 მგ/კგ q6h) ან ceftaz 50 მგ/კგ IV q8h მაქსიმალური დოზით 6 გრ დღეში. თუ აღინშნულის მიმართ რეზისტენტულია, გამოიყენება CIP/Levo , თუ P. aeruginosa მგრძნობიარეა. <i>იხილეთ ჩანაწერი²⁵ და</i>	S. aureus: (1) MSSA – oxacillin/nafcillin 2 გრ IV q4h (2) MRSA – vanco 15-20 მგ/კგ IV q8-12h (შრატში 15-20 მგ/მლ კონცენტრაციის მისაღწევად)	მუკოვისციდოზის ფონდის გაიდლაინები: 1. P. aeruginosa–ს ინფექციის დროს - კომბინირებული თერაპია. 2. ამინოგლიკოზიდების ერთჯერადი დოზა დღეში. 3. საჭიროა უფრო მეტი მონაცემები ზეტა-ლაქტამური თერაპიის უწყვეტი ინფუზიის შესახებ. 4. სტეროიდების რუტინულად გამოყენება არ არის რეკომენდირებული. ინჰალაციური რეჟიმი (P. Aeruginosa სუპრესია): 1) ნებულაზიზებით Tobra 300მგ bid × 28 დღე, შემდეგ არ იმკურნალოს 28 დღე, მკურნალობის გამორეზა; 2) Tobra ინჰალაცია ხელიდან: 4-28მგ cap bid × 28 დღე, 28 დღე შესვენება, შემდეგ მკურნალობის გამორეზა; ნებულაზიზებით აზტრონამი (კეისტონი): 75მგ tid, ყოველი დოზა ბრონქოდილატატორის მიღების შემდეგ. (<i>Ref: Med Lett 56:51, 2014.</i>

ანამორფიკი არა/დინამორფი/ მოადინომორფიკი ბაქტერიები	ეტიოლოგია თავალუ	ჯანმრთელობის რეჟიმები*		დახმარება დინამორფიკი ან თერაპიული ღონისძიებები და კონტრაბანდი
		ძირითადი	ალტერნატიული	
		კომენტარი		
	Burkholderia (Pseudomonas) cepacia	TMP-SMX 5 მგ/კგ (TMP) IV q6h	Chloro 15–20 მგ/კგ IV/po q6h	B. cepacia გახდა ძირითადი პათოგენი. პაციენტებს უვითარდებდათ პროგრესული რესპირაციული უკმარისობა, 1 წელზე ლეტალობა შეადგენს 62%-ს. არ ექვემდებარება ამინოგლიკოზიდებს, piperacillin–სა და ceftazidime–ს. B. cepacia–ს მქონე პაციენტები უნდა იქნან იზოლირებული სხვა CF პაციენტებისაგან.

ემპირია. IDSA ბავშვთა მკურნალობის გაიდლაინები: CID 53:617, 2011, პლევრალური გამონაჟონის კრიტერიუმები (JAMA 311:2422, 2014).

ახალშობილები	Staph. Aureus	იხილეთ ახალშობილთა პნევმონია, გვერდი 88	ნაჩვენებია დრენირება.	
ჩვილები/ბავშვები (1 თვე – 5 წელი)	Staph. aureus, Strep. pneumoniae, H. Influenzae	იხილეთ პნევმონია, ასაკი 1 თვე – 5 წელი, გვერდი 88	ნაჩვენებია დრენირება.	
>5 წლის ასაკიდან მოზრდილობამდე – დიაგნოსტიკური თორაკოცენტეზი; გულმკერდის მილი ემპიემებისათვის				
მწვავე, ძირითადად პარანეკროზული დოზირებისათვის იხილეთ ცხრილი 10B ან ჩანაწერი გვერდზე 243 მიკრობიოლოგიური დიაგნოზი: CID 42:1135, 2006.	Strep. pneumoniae, A ჯგუფის სტრეპტოკოკი	Cefotaxime ან ceftriaxone (დოზირება იხილეთ ჩანაწერში ¹¹ , გვერდი 57)	Vanco	ქსოვილის პლაზმინოგენური აქტივატორი (10 მგ) + DNase (5 მგ) bid x 3 დღე გულმკერდის მილი მილის საშუალებით აუმჯობესებს გამოსავალს (NEJM 365:518, 2011).
	Staph. aureus: შემოწმეთ MRSA	Nafcillin ან oxacillin MSSA–ს შემთხვევაში	Vanco ან linezolid. MRSA–ს შემთხვევაში	ძირითადად რთულდება S. aureus–ით გამოწვეული პნევმონიით და/ან ზაქტერიემიით.
	H. influenza	Ceftriaxone	TMP-SMX ან AM-SB	პლემონორფული გრამ–უარყოფითი ბაქტერიების რეზისტენტობა ↑TMP-SMX–ის მიმართ.

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* **შენიშვნა:** ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ლიზებულობას.

ანამორფიკი არა/დინამორფი/ მოდერნიზებული ბარბორები	ეტიოლოგია თავალუ	ფართოვადებული რეჟიმები*		დახმარე დინამორფიკი ან თერაპიული ღონისძიებები და კომენტარები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
ქვემწვავე/ქრონიკული	Anaerobuli strep, Strep. milleri, Bacteroides sp., Enterobacteriaceae, M. tuberculosis	Clinda 450–900 მგ IV q8h + ceftriaxone	Cefoxitin ან IMP ან TC-CL ან PIP-TZ ან AM-SB (დოზირება იხილეთ ჩანაწერში ¹¹ , გვერდი 57)	ინტრაპლევრალურად ქსოვილოვანი პლაზმინოგენის აქტივატორი (t-PA) 10 მგ + დეზოქსირიბონუკლეაზა 5 მგ გულმკერდის დრენაჟით ორჯერ დღეში 3 დღე აუმჯობესებს სითხის დრენირებას, ამცირებს ქირურგიული ჩარევის სიხშირეს, და ამცირებს ჰოსპიტ. ხანგრძლივობას; არცერთი აგენტი არ არის ეფექტური მონოთერაპიით (<i>N Eng J Med</i> 365:518, 2011). Pro/con დებატები: <i>Chest</i> 145:14, 17, 20, 2014. თუ საეჭვოა TBC, პლევრის ბიოფსია მიკობაქტერიის კულტივაციით და ჰისტოლოგიით.

²⁵ სხვა ვარიანტები: (Tobra + aztreonam 50 მგ/კგ IV q8h); (IMP 15-25 მგ/კგ IV q6h + tobra); **ზაფხუბში CIP ხშირად გამოიყენება**, მაგ. CIP IV/po + ceftaz IV (LnID 3:537, 2003).

ხსარი 1(42)

ანამორფიკი არამიანდრონი/თოქსიკოლოგია/ბაზოფილია	თიოლოგია თვალთ	გამოთარგმანული რეჟიმი		დახმარე დანახარჯი ან თერაპიული ლორწინაობები და კომუნიკაცია
		ძირითადი	ალტერნატიული	
ფილმში – სხვა სპეციფიკური ინფექციები				
ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით გამოწვეული ინფექცია (აივ+): იხილეთ Sanford Guide to HIV/AIDS Therapy CD4 T-ლიმფოციტები <200/მმ³ ან კლინიკური შიდა მშრალი ხველა, პროგრესული დისპნეა და დიფუზური ინფილტრატი პნევმოცისტაზე ექვსი შემთხვევაში პირველ რიგში გამოიყენეთ პრედნიზოლონი	Pneumocystis carinii ყველაზე მეტადაა სავარაუდო; ასევე M. Tbc, სოკო, Kaposi's sarcoma, და ლიმფომა შენიშვნა: შიდასი მქონე პაციენტებში შესაძლებელია, განვითარდეს DRSP-ით ან სხვა პათოგენებით გამოწვეული პნევმონია. იხილეთ ქვემოთ	მოყვანილი მკურნალობა განკუთვნილია მიმე პნევმოცისტისათვის; იხილეთ ცხრილი 11A, გვერდი 255 პირველ რიგში გამოიყენეთ პრედნიზოლონი (იხილეთ კომენტარი), შემდეგ: TMP-SMX [IV: 15 მგ/კგ/დღე (TMP კომპონენტი) div q8h ან po: 2 DS ტაბლეტი q8h], ჯამში 21 დღე	(Clinda 600 მგ IV q8h + primaquine 30 მგ po q24h) ან (pentamidine isethionate 4 მგ/კგ/დღე IV) x 21 დღე. იხილეთ კომენტარი	დიაგნოსტიკა (ინფიცირებული ნახველი ან ზრუნველყოფის ჩამონარეცხი): ჰისტოლოგია ან მოლეკულური ანტისხეულების შტამები ან PCR. PCP-სთვის (pO₂ <70 mmHg) ნაჩვენებია: პრედნიზოლონი 40 მგ bid po 5 დღე, შემდეგ 40 მგ q24h po x 5 დღე, შემდეგ 20 მგ q24h po x11 დღე, უნდა მიეცეს ანტიპნევმოცისტური მკურნალობის დაწყებასთან ერთად; არ დაელოდეთ პაციენტის მდგომარეობის გაუმჯობესებას. თუ PCP-ს კვლევები უარყოფითია, ივარაუდეთ ბაქტერიული პნევმონია, Tbc, cocci, histo, crypto, კაპოზის სარკომა ან ლიმფომა. Pentamidine არ არის აქტიური ბაქტერიული პათოგენების მიმართ. შენიშვნა: TMP-SMX-ის მიმართ რეზისტენტული პნევმოცისტა იშვიათია, თუმცა არსებობს.
ნორმალური CD4 T-ლიმფოციტები მწვავე დაწყება, ჩირქოვანი ნახველი და პულმონური ინფილტრატები ± პლევრული ტკივილი. მოახდინეთ პაციენტის ოზოლირება მანამ, სანამ Tbc გამოირიცხება: მოზრდილები	Strep. pneumoniae, H. influenzae, აერობული გრამ-უარყოფითი ბაქტერიები (მათ შორის P. aeruginosa), Legionella იშვიათია, M. Tbc	Ceftriaxone 2 გრ IV q24h (65 წელს ზემოთ 1 გრ IV q24h) + azithro. Levo ან Moxi IV გამოყენება შესაძლებელია, როგორც ალტერნატიული საშუალებების (იხილეთ კომენტარი)		თუ ნახველის გრამის წესით შედეგზე უწყვეტ გრამ-უარყოფითი ბაქტერია, არჩევანი არის შემდეგი: P Ceph 3 AP, TC-CL, PIP-TZ, IMP ან MER. FQ-ები: Levo 750 მგ po/IV q24h; Moxi 400 მგ po/IV q24h. ჰიპო- და ჰიპერგლიკემიური რეაქციების გამო, gati არ არის ხელმისაწვდომი აშშ-ში.

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* **შენიშვნა:** ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის
ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას
შეთავსებლობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ლიზებულობას.

ანამორფიკი პარამეტრი/ ფორმულირებადი ბარბორიზატი	ფორმულირებადი მკურნალი	ფორმულირებადი რეჟიმი		დახმარება დიაგნოსტიკაში ან თერაპიული ლორწოვანი და კომპარატივი
		ძირითადი	ალტერნატიული	
იგივე, რაც ზემოთ: ბავშვები	იგივე, რაც შიდსის მქონე მოზრდილებში + ინტერსტიციული ლიმფოიდური პნევმონია (LIP)	იგივე, რაც აივ-ის მქონე პაციენტებში + მოზრდილთა პნევმონია. თუ დიაგნოზი არის LIP, უმკურნალოთ სტეროიდებით.		შიდსის მქონე ბავშვებში LIP პასუხისმგებელია პულ- მონური გართულებების 1/3-ზე, ძირითადად გვხვდება >1 წლის ასაკში PCP-საგან განსხვავებით, რომელიც გვხვდება ძირითადად <1 წლის ასაკში. კლინიკურად: კლაბინგი (თითების ბოლოების გამსხვილება), ჰეპატოსპლენომეგალია, სანერწყვე ჯირკვლების გადიდება (გალოუმით კვლევა), ლიმფოციტოზი.
ლიმფური კანცერები (ქვემოთ მოცემული მიდგომები ეხება ლიმფადენიტებს, როცა აშკარა პირველადი კერა არ ჩანს)				
ლიმფადენიტი, მწვავე გენერალიზებული	ეტიოლოგია : EBV, ადრული აივ ინფექცია, სიფილისი, ტოქსოპლაზმა, ტულარემია, ლაიმის დაავადება, სარკოიდოზი, ლიმფომა, სისტემური წითელი მგლურა და Kikuchi-Fujimoto-ს დაავადება და სხვა. ცხელებისა და ლიმფადენოპათიის დიფერენციალური დიაგნოსტიკისათვის იხილეთ NEJM 369:2333, 2013			
რეგიონული კისრის - იხილეთ კატის ნაკარის დაავადება (CSD), ქვემოთ	CSD (B. henselae), A ჯგუფის სტრეპტოკოკი, Staph. aureus, ანერობები, M. Tbc (scrofula), M. avium, M. scrofulaceum, M. malmoense, toxo, tularemia	ანამნეზისა და ფიზიკური გამოკვლევის მონაცემებით შეფასება. თუ კვანძები ფლუტელაციურია, მოახდინეთ ასპირაცია და ჩატარეთ ბაზისური მკურნალობა მეფლუტელაციურად და გრამ- შტამებზე. კიკუჩი-ფუჯიმოტოს დაავადება იწვევს ცხელებს და კეთილთვისებიან, თვითგანკურნებად აღენოპათიას; ეტიოლოგია უცნობია (CID 39:138, 2004).		
სახარდულის				
სქესობრივი გზით გადამდები	HSV, chancroid, სიფილისი, LGV	განიხილეთ ბუზონური შავი ჭირი და ბუზონური ტულარემია.		
არა სქესობრივი გზით გადამდები	GAS, SA, ტულარემია, CSD, Y. pestis (შავი ჭირი)	განიხილეთ ბუზონური შავი ჭირი და ბუზონური ტულარემია.		
ილიის კიდურების, ასოცირებული კვანძოვანი ლიმფადენიტთან	GAS, SA, CSD, ტულარემია, Y. pestis, Sporotrichosis, Leishmania, Nocardia brasiliensis, Mycobacterium marinum, Mycobacterium chelonae, tularemia	განიხილეთ ბუზონური შავი ჭირი და ბუზონური ტულარემია. მკურნალობა ცვალებადობს სპეციფიური ეტიოლოგიის მიხედვით.	ლიმფადენიტის განსხვავებული ფორმა ანთებითი ლიმფური სადინების გასწვრივ დამახასიათებელი კანქვეშა შემუპებებით. კანიდან ინვაზიის პირველადი კერა ძირითადად შესაძენეა; რეგიონული აღენოპათია ცვალებადია.	
ნოტარდული ლიმფადენიტი და კანის აბსცესები	N. asteroides, N brasiliensis	TMP-SMX 5-10 მგ/კგ/დღე (TMP-ს მიხედვით) IV/po div 2- 4 დოზა	Sulfisoxazole 2 გრ po qid ან minocycline 100-200 მგ po bid.	სანგრძლოვანი: იმუნოკომპეტენტურობის შემთხვევაში 3 თვე; იმუნოკომპრომიზის შემთხვევაში 6 თვე. Linezolid: 600 მგ po bid ეფექტურია (Ann Pharmacother 41:1694, 2007).

ანამორფიკი პარამეტრები/ ფორმულირებადი ბარბორები	ფორმულირებადი	გამოთვალადი რაოდენობა*		დაახლოებული დიაგნოსტიკური ან თერაპიული ლორწოვანი და კომპარატივი
		ძირითადი	ალტერნატიული	
კატის ნაკარის დაავადება - იმუნოკომპეტენტური პაციენტი აქსილარული/ეპიტორალური კვანძები 46%, კისრის 26%, საზარდულის 17%. <i>Amer Fam Physician 83:152, 2011.</i>	<i>Bartonella henselae</i>	Azithro დოზირება - მოზრდილებში (>45.5 კგ): 500 მგ po x 1, შემდეგ 250 მგ/დღე x 4 დღე, ბავშვებში (<45.5 კგ): თხევადი azithro 10 მგ/კგ x 1, შემდეგ 5 მგ/კგ/დღე x 4 დღე. მკურნალობა საკამათოა	არ უნდა მკურნალობა: განიკურნება 2-6 თვეში. ნემსით ასპირაცია ამსუბუქებს ტკივილს დაჩირქებულ კვანძებში. გაკვეთასა და დრენირებას (I&D) მოერიდეთ.	კლინიკურად: კვანძების დაახლოებით 10% დაჩირქებულია. ატიპიურად გამოისახება პაციენტთა <5%-ში, მაგალითად ფილტვის კვანძები, ღვიძლის/ელენთის დაზიანებები, პარინოს ოკულო- გლანდულარული სინდრომი, CNS-ის გამოვლინებები პაციენტთა 2%-ში (ენცეფალიტი, პერიფერიული ნეიროპათია, რეტინიტი), უცნობი ეტიოლოგიის ცხელება (FUO). დიაგნოსტიკა: ექსპოზიცია კატასთან, დადებითი IFA სეროლოგია. იშვიათად საჭიროებს ბიოფსიას.

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* **შენიშვნა:** ყველა დოზირება რეკომენდებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის
ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას,
შეთავსებულობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ლიზებულებას.

ხსრილი 1(43)

ანამორფიკი არამორფიკი/ორამორფიკიანი ბაქტერიები	ფილოგენიკი თვალთ	ფართოვებული რეზისტენცია		დახმარება დიაგნოსტიკური ან თერაპიული ღონისძიებები და კომუნიკაციები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
პირის ღრუ				
აფთოზური სტომატიტი, რეციდივი	ექთილოგია უცნობია	ადგილობრივმა სტერილიზებმა (Kenalog Orabase-ში) შესაძლებელია ↓ ტკივილი და შეშუპება; <i>შიდს-ს შემთხვევაში იხილეთ Sanford Guide to HIV/AIDS Therapy</i>		
აქტინომიკოზი: „ხორკლიანი ყბა“ დენტალური ან ყბის ტრავმის შემდეგ	Actinomyces israelii	AMP 50 მგ/კგ/დღე IV div q6-8h დოზაში x 4-6 კვირა, შემდეგ Pen VK 2-4 გრ/დღე x 3-6 თვე	(Ceftriaxone 2გრ IV q24h ან Clinda 600-900 მგ IV q8h ან Doxy 100 მგ/IV/po bid) x 4-6 კვირა, შემდეგ PEN VK 2 x 3-6 თვე	შენიშვნა: Metro არ არის ეფექტური აქტინომიკის წინააღმდეგ Ref: BJM 343: d6099, 2011.
ბუკალური (ლოყის) ცელულიტი <5 წლის ბავშვები	H. influenzae (Hib)	Cefuroxime ან ceftriaxone	AM-CL ან TMP-SMX	Hib იმუნიზაციით ინვაზიური H. influenzae-ს ინფექციები ↓ 95%-ით. გვხვდება ახალშობილებში იმუნიზაციის ჩატარებამდე.
Candida Stomatitis (ორთფარინგეალური კანდიდა) Herpetic stomatitis	C. albicans	Fluconazole	ექინოკანდინი	იხილეთ ცხრილი 11, გვერდი 258.
	Herpes simplex ვირუსი 1 და 2	იხილეთ ცხრილი 14		
სუბმანდიბულარული სივრცის ინფექცია, ბილატერალური (ლუდვიგის ანგინა)	ორალური ანაერობები, ფაკულტატური სტრეპტოკოკები, S. aureus (იშვიათია)	(PIP-TZ ან TC-CL) ან (Pen G IV + Metro IV)	Clinda 600 მგ IV q6-8h (Pen- ალერგიული პაციენტებისათვის)	უზრუნველყავით სასუნთქი გზების გამტარება და ქროლილის ადრეული ქირურგიული დამუშავება. გრამ-დადებითი კოკებზე დაამატეთ Vanco IV.
წყლულვანი გინგივიტი (ვინსენტის ანგინა)	ორალური ანაერობები + ვიტამინის დეფიციტი	Pen G po/IV + Metro po/IV	Clinda	უზრუნველყავით ვიტამინებით (A-D). დამახინჯებული მიმიკა. მიმე ფორმა არის NOMA (Cancrum oris) (Ln 368:147, 2006)
კანთი				
„გაზოვანი განგრენა“. კონტამინირებული ტრავმული ქროილა. შესაძლებელია იყოს სპონტანური, ტრავმის გარეშე	Cl. perfringens, სხვა ჰისტოტოქსიური Clostridium sp.	(Clinda 900 მგ IV q8h) + (pen G 24 მილიონი ერთეული/დღე div. q4-6h IV)	Ceftriaxone 2 გრ IV q12h ან erythro 1 გრ q6h IV (არა ბოლუსით)	ქროილის ქირურგიული დამუშავება წარმოადგენს ძირითად თერაპიულ საშუალებას. დამატებითია ჰიპერბარიული ოქსიგენის დამატება : არ არის რეკომენდირებული, რადგან ეფექტურობა საკამათოა და შესაძლოა ქირურგიული დამუშავება დააყოვნდეს. Clinda ინიშნება ტოქსინის პროდუქციის შესამცირებლად (CID 59:1147,2014).

ანამორფიკი არამდინარეული/ მოდიფიცირებადი ბაქტერიები	აბიოლოგია (თავალი)	გამოთავაზებული რეჟიმი*		დამხმარე დინამოსტატიკი ან თერაპიული ღონისძიებათა და კომბინირება
		ძირითადი	ალტერნატიული	
პიომიოზიტი	Staph. aureus, A გუგულის სტრუქტურა, (იზოთაიდ გრამ-უარყოფითი ბაცილები), სხვადასხვა ანაერობული მიკროორგანიზმი	(Nafcillin ან oxacillin 2 გრ IV q4h) ან (cefazolin 2 გრ IV q8h MSSA-ს შემთხვევაში	MRSA-ს შემთხვევაში Vanco 15-20 მგ/კგ IV q8-12h	ხშირია ტროპიკული ზონებში; იზოთაი, მაგრამ მაინც გვხვდება ზომიერი ჰაისი ზონებში. ვითარდება ვარჯიშის ან კუნთის დაზიანების შედეგად, იბილეთ მანკროზირებული ფასიკიტი. ახლა გვხვდება აივ/მიდისთ დაავადებულებში. თუ არის ანაერობებზე ექვი ან დადასტურება, დაუმატეთ metro.
პანკრეასი: მიმოხილვა: NEJM 354:2142, 2006.				
მწვავე ალკოჰოლური (ნეკროზის გარეშე) (იდიოპათიური) პანკრეატიტი	არ არის ბაქტერიული	მკურნალობა არ არსებობს. კტ-ზე არ ჩანს ნეკროზი	1–9%-ში ინფიცირდება, მაგრამ პროსპექტულმა კვლევებმა ვერ გვიჩვენეს პროფილაქტიკური ანტიბიოტოზული პრეპარატების უპირატესობა. გაკონტროლებული პანკრეასული აბსცესები ან ნეკროზები, რომლებიც საჭიროებენ თერაპიას.	
პოსტ-ნეკროზული პანკრეატიტი; ინფიცირებული ფსევდოცისტა; პანკრეასული აბსცესი	ენტეროპაქტერიები, ენტეროკოკები, S. aureus, S. epidermidis, ანაერობები, კანდიდა	თერაპიის წარმართვისათვის აუცილებელია აბსცესის/ინფიცირებული ფსევდოცისტის კულტურა; ემპირიული თერაპიისათვის PIP-TZ მისაღება		ხშირად ნიშნები შეიძლება მივიღოთ თხელი ნემსით ასპირაციის მეშვეობით. ვარიანტები: Moxi, MER, IMP, ERTA (AAC 56:6434, 2012).
ანტიბიოტოზული პროფილაქტიკა, ნეკროზული პანკრეატიტი	როგორც ზემოთ	კტ სკანირებაზე (კონტრასტით) თუ ჩანს >30%-იანი პანკრეასული ნეკროზი, დაიწყეთ ანტიბიოტიკით მკურნალობა: IMP 0.5–1 გრ IV q6h ან MER 1 გრ IV q8h. ემპირიული Fluconazole არ არის საჭირო. პაციენტის მდგომარეობის გაუარესების შემთხვევაში აუცილებელია კტ კონტროლით ასპირაცია კულტურისა და მგრძნობელობის გამოსკვლევად. საწინააღმდეგო ვერსია: Cochrane Database Sys Rev 2003: CD 002941; Gastroenterol 126:977, 2004; Ann Surg 245:674, 2007.		
პაროტიდული ჯირკვლი				
პაროტიდული ჯირკვლის „ცხელი“ მტკიცეული შეშუპება	S. aureus, S. pyogenes, ორალური ფლორა და აერობული გრამ-უარყოფ. ბაცილები (იზოთაიდ), ყბაყურა, იზოთაიდ ენტეროვირუსები/გრამი: MSSA-ს შემთხვევაში Nafcillin ან oxacillin 2 გრ IV q4h ან Cefazolin 2 გრ IV q8h; MRSA-ს შემთხვევაში vanco; ანაერობებისთვის metro ან clinda			ხელისშეწყობი ფაქტორები: სტენსენის სადინარში ქვები, დეჰიდრატაცია. თერაპია დამოკიდებულია სპეციფიკური ეტიოლოგიური მიკროორგანიზმის ამოცნობაზე.
პაროტიდული ჯირკვლის „ცივი“ უმტკიცეულო შეშუპება	გრანულომატოზური დაავადება (მაგ. mycobacteria, სიკო, სარკოიდოზი, Sjogren სინდრომი), პრეპარატები (იოდინები, et al.), დიაბეტი, ციროზი, სისხივები			ანამნეზური მონაცემები და ლაბორატორიული შედეგები შესაძლოა, დაგვეხმაროს დიფერენცირებაში; დიაგნოსტიკისათვის, შესაძლებელია, საჭირო გახდეს ბიოფსია

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* შენიშვნა: ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ღირებულებას.

შხრილი 1 (44)

ანამორფიკი არამორფიკი/ორამორფიკი ბაქტერიები	ფილოგენიკი ტიპი	ფორმალური რეგულირება		დაზიანება დანაშაულისათვის ან თანაორობის ღონისძიებები ან კომპრომიტი
		ძირითადი	ალტერნატიული	
პერიტონეალური/პერიტონეალური: Ref: CID 50:133, 2010 პირველადი (სპონტანური ბაქტერიული პერიტონიტი, SBP) <i>Hepatology</i> 49:2087, 2009. დაზიანება: დადებითი კულტურა და ასციტური სითხეები ≥ 250 ნეიტროფილი/მკლ	Enterobacteriaceae 63%, <i>S. pneumo</i> 9%, enterococci 6-10%, ანაერობები <1%. გაფართოებული სპექტრის ბეტა-ლექტამაზა-დადებითი (ESBL) <i>Klebsiella</i> spp.	[Cefotaxime 2 გრ IV q8h (თუ სიცოცხლისთვის საშიშია – q4h)] ან [TC-CL ან PIP-TZ] ან [ceftriaxone 2 გრ IV q24h] ან [ERTA 1 გრ IV q24h] თუ <i>E. coli</i>/Klebsiella რეზისტენტული (ESBL+): (DORI, ERTA, IMP ან MER) ან (FQ: CIP, Levo, Moxi) (დოზირება იხილეთ ჩანაწერში²⁶). შეამოწმეთ in vitro მგრძნობელობა	ასციტითა და ციროზით დაავადებულ პაციენტებში SBP-ის ერთწლიანი რისკი აღწევს 29%-ს (<i>Gastro</i> 104:1133, 1993). SBP – დიაგნოსტიკა: პაციენტთა 30–40%-ის სისხლისა და ასციტური სითხის კულტურები უარყოფითია. დადებითი კულტურის პროცენტულობა $\uparrow$ იმ შემთხვევაში, თუ სისხლის საკულტივაციო ბოთლებში დავამატებთ პაციენტის 10 მლ ასციტურ სითხეს (<i>JAMA</i> 299:1166, 2008). მეურნალობის ხანგრძლივობა არ არის გარკვეული. უმკურნალოდ სულ მცირე 5 დღე, ბაქტერიემიულ პაციენტს – უფრო ხანგრძლივად (<i>Pharm & Therapeutics</i> 34:204, 2009). IV albumin-ით (1.5 მგ/კგ დიაგნოზის დასმისა და 1 გრ/კგ მე-3 დღეს) შესაძლებელია $\downarrow$ თირკმლის უკმარისობა (p 0.002) და $\downarrow$ ჰოსპიტალური სიკვდილიანობა (p 0.01) (<i>NEJM</i> 341:403, 1999).	

SBP-ის პრევენცია (*Amer J Gastro* 104:993, 2009):

ციროზი და ასციტი ზედა გასტროინტესტინალური ტრაქტიდან სისხლძარღვის პრევენციისათვის, იხილეთ ღვიძლი, გვერდი 83	TMP-SMX-DS 1 ტაბლეტი po 5 დღე/კვირა ან CIP 750 მგ po qwk	TMP-SMX $\downarrow$ პერიტონიტის ან სპონტანური ბაქტერიემიის 27%-დან 3%-მდე (<i>AnIM</i> 122:595, 1995). ლიტერატურა CIP-ზე: <i>Hepatology</i> 22:1171, 1995
--	---	---

ანამორფიკი არა/დინამიკი/ მოდიფიკაციები	ამორფიკი ტიპი	ფორმალური რეგულირება		დახმარება დინამიკური და მოდიფიკაციები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
მეორადი (ნაწლავის პერფორაცია, ჰია ნაწლავის პერფორაცია, დივერტიკულის პერფორაცია) CID 50:133, 2010 (IDSA-ს გაიდლაინები) ანტიფუნგალური მკურნალობა? არ არის საჭირო ღრუ ორგანოს პერფორაციის დროს წარმატებული, გაუთულებელი პირველი ქირურგიული ოპერაციის შემთხვევაში. უმკურნალოთ კანდიდას, თუ აღინიშნება: ოპერაციის შემდგომი პერფორაციის რეციდივები, ანასტომოზური გაფოვნა, ნეკროზული პანკრეატიტი, დვიდის/პანკრეასის ტრანსპლანტატი, სუფთა პერიტონეული კულტურა, კანდიდიზი (Ln 2:1437, 1989; Am Surg 76:197, 2010). შრატში ზეტა-D-გლუკონის ანტიგენის აღმოჩენა, რომლის ღირებულებაც შეზღუდულია დაბალი მგრძნობელობა/ სენსიტიურობის და მრავალი ცრუ-დადებითი შედეგის გამო (JCM 51:3478, 2013).	Enterobacteriaceae, Bacteroides sp., enterococci, P. aeruginosa (3-15%). C. albicans (პერფორაციის რეციდივის/მრავლობითი ოპერაციების შემთხვევაში, შესაძლოა, მოწინააღმდეგე) თუ VRE დადასტურდა, daptო შესაძლებელია, ეფექტური იყოს (Int J Antimicrob Agents 32:369, 2008).	მსუბუქი-საშუალო სიმძიმის დაავადება – ჰოსპიტალიზირებული პაციენტი – პარენტერალური მკურნალობა: (მაგ. ფოკალური პერიაპენდიკულარული პერიტონიტი, პერიდინგერტიკულური ასცესი). კერის კონტროლისათვის ძირითადად აუცილებელია ქირურგიული ჩარევა PIP-TZ 3.375 გრ q6h ან 4.5 გრ q8h ან 3.375 გრ 4 სო-იანი ინფუზია q8h ან TC-CL 3.1 გრ q6h ან ERTA 1 გრ IV q24h ან Moxi 400 მგ q24h	[(Cip 400 მგ IV q12h ან Levo 750 მგ IV q24h) + (metro 1 გრ IV q12h)] ან (CFP 2 გრ q12h + metro) შენიშვნა: მთელი დღე tetracycline-ს ალტერნატიული საშუალებების არარსებობის დროს, რადგან ზრდის ლეტალობის რისკს (გაფრთხილება FDA)	უნდა მოხდეს გრამ-უარყოფითი აერობული და ანაერობული ბაქტერიების „გადავარვა“. სანამ არ მივიღებთ კულტურას, MRSA-ს, ენტეროკოკებისა და კანდიდას ემპირიული დაფარვა არ არის აუცილებელი. გულის სარქველური დაავადების შემთხვევაში გათვალისწინეთ ენტეროკოკი. მხოლოდ ანაერობული გრამ-უარყოფითი ბაქტერიების მიმართ აქტიური პრეპარატები: metro. აერობული გრამ-უარყოფითი ბაქტერიების მიმართ აქტიური პრეპარატები: ამინოგლიკოზიდები, P Ceph 2/3/4, aztreonam, AP Pen, CIP, Levo. ანაერობული/აერობული გრამ-უარყოფითი ბაქტერიების მიმართ აქტიური პრეპარატები: TC-CL, PIP-TZ, Dori, IMP, MER, Moxi. ბაქტერიული ინფექციის მზარდი რეზისტენტობა (R) (Anaerobe 17:147, 2013; AAC 56:1247, 2012): Cefoxitin 5-30 Cefotetan 17-87 Clindamycin 19-35 ბაქტერიული ინფექცია არაა რეზისტენტული metro, PIP-TZ, TC-CL, კარაპენემის მიმართ. შემთხვევის აღწერა B. fragilis რეზისტენტობის შესახებ ყველა ანტიბიოტიკის მიმართ, გარდა მინოციკლინისა, ტიგეციკლინისა და ლინეზოლიდისა (MMWR 62:694, 2013). P. aeruginosa/Acinetobacter spp.-ს მიმართ Ertapenem არა არის აქტიური. თუ მასალის ფეკალური კონტამინაცია არ აღინიშნება, პერიტონეალური ექსუდატის/ ასცესის აერობული/ანაერობული კულტურა შესაძლოა, დამხმარე იყოს პევიფიური თერაპიის მართვისათვის. ნაკლები საჭიროება
		მიზე, სიცოცხლისათვის საშიში დაავადება – ინტენსიური თერაპიის განყოფილების პაციენტი: ქირურგიული ჩარევა კერის კონტროლისათვის + IMP 500 მგ IV q6h ან MER 1 გრ IV q8h ან DORI 500 მგ IV q8h (1 სო-იანი ინფუზია). იხილეთ კომენტარები	[AMP + metro + (CIP 400 მგ IV q8h ან Levo 750 მგ IV q24h)] ან [AMP 2 გრ IV q6h + metro 500 მგ IV q6h + aminoglycoside (იხილეთ ცხრილი 10D, გვერდი 248)]	

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* შენიშვნა: ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილობისათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ღირებულებას.

ანამორფიკი არა/დინამორფი/ მოდერნიზირებული ბარამორფიები	ეტიოლოგია ტიპური	ჯანმრთელობის რეჟიმი*		დაზნატი დინამორფიკი ან თერაპიული ლორწოვანი და პოლიმორფიები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
		თანმზღვრები ქირურგიული მართვა წინაშეაღებულია.		
				ამინოგლიკოზიდებზე. მიზეზი pen/ ალერგიის შემთხვევაში გრამ-უარყოფითი აერობების „დაფარვა“ შეიძლება CIP ან aztreonam-ით. გახსოვდეთ, რომ DORI/IMP/MER არიან ბეტა- ლაქტამები. თუ ეჭვია P. aeruginosa-ზე, ან თუ პაციენტი კრიტიკულად ავად, IMP-ის დოზა გაზარდეთ 1 გრ q6h-მდე. რეზისტენტობა Moxi-ს მიმართ მზარდია. იხ. CID 59:698, 2014 (ეჭვი ანაერობულ ბაქტერიაზე).

²⁶ პერიტონიტის პარენტერული IV თერაპია: TC-CL 3.1 გრ q6h, PIP-TZ 3.375 გრ q6h ან 4.5 გრ q8h ან 3.375 გრ q8h-ის 4 სთ-იანი ინფუზია (იხილეთ ცხრილი 10), Dori 500 მგ IV q8h (1 სთ-იანი ინფუზია), IMP 0.5–1 გრ q6h, MER 1 გრ q8h, FQ [CIP 400 მგ q12h, Oflox 400 მგ q12h, Levo 750 მგ q24h, Moxi 400 მგ q24h], AMP 1 გრ q6h, aminoglycoside (იხილეთ ცხრილი 10D, გვერდი 248), cefotetan 2 გრ q12h, ceftazidime 2 გრ q8h, P Ceph 3 (cefotaxime 2 გრ q4-8h, ceftriaxone 1–2 გრ q24h, ceftizoxime 2 გრ q4-8h), P Ceph 4 (CFP 2 გრ q12h, ceftiofime^{mus} 2 გრ q12h), clinda 600–900 მგ q8h, Metronidazole 1 გრ (15 მგ/კგ) დატვირთვის დოზა IV, შემდეგ 1 გრ IV q12h (ზოგიერთი მონაცემი მხარს უჭერს ერთდღიან დოზირებას, იხილეთ ცხრილი 10A, გვერდი 215), AP Pen (ticarcillin 4 გრ q6h, PIP 4 გრ q6h, aztreonam 2 გრ q8h)

სხრილი 1 (45)

ანამორფიკი/პარამორფიკი/ორამორფიკი/ბარამორფიკი	ფიზიკური თვისებები	ფორმალური რეჟიმი*		დახმარება დახმარება ან თარგმანი
		ძირითადი	ალტერნატიული	
გერმანული/გერმანული (გერმანული)				
მუცლის ღრუს პერიტონიტი	A. Israelii და იშვიათად სხვებიც	AMP 50 მგ/კგ/დღე IV div 3-4 დოზა x 4-6 კვირა, შემდეგ Pen VK 2-4 გრ/დღე po x 3-6 თვე	Doxy ან ceftriaxone ან clinda	მუცლის ღრუს ქირურგიული ოპერაციების შემდეგ შესაძლებელია წარმოიშვას მრავლობითი +/- ფისტულები, მაგ. გამსკდარი ჭია ნაწლავი. AMP-ის ნაცვლად შესაძლებელია გამოყენებულ იქნას IV Pen G: 10-20 მილიონი ერთეული/დღე IV x 4-6 კვირა.
ქრონიკულ ამულატორიულ პერიტონეალურ დიალიზთან დაკავშირებული (მუცლის ტკივილი, მღვრიე დიალიზატი, დიალიზატის WBC >100 უჯრედი/მკვ, მათ შორის ნეიტროფილები >50%; ნორმა = <8 უჯრედი/მკვ. Perit Dial Int 30:393, 2010.)	გრამ+ 45%, გრამ- 15%, მრავლობითი 1%, სოკო 2%, M. TB 0.1% (Perit Dial Int 24:424, 2004)	ემპირიული თერაპია: საჭიროა MRSA-ს (Vanco) და აერობული გრამ-უარყოფითი ბაცილების (Ceftaz, CFP, Carbapenem, CIP, Aztreonam, Gent) მიმართ აქტიურობა. თუ გრამის წესით შედეგისას ჩნდება სოკო დაუმატეთ Fluconazole. გამოიყენეთ ინტრაპერიტონეალური დოზირება, თუ არ არის ბაქტერიემია (იშვიათია). ბაქტერიემიისას IV თერაპია. დოზირების დეტალებისთვის, იხილეთ ცხრილი 19, გვერდი 470.		მუცლის ღრუს ქირურგიული ოპერაციების შემდეგ შესაძლებელია წარმოიშვას მრავლობითი +/- ფისტულები, მაგ. გამსკდარი ჭია ნაწლავი. AMP-ის ნაცვლად შესაძლებელია გამოყენებულ იქნას IV Pen G: 10-20 მილიონი ერთეული/დღე IV x 4-6 კვირა.

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* **შენიშვნა:** ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ღირებულებას.

ანამორფიკი არა/დინამორფი/ მოდიფიკირებადი ბარაფიკი	ამორფიკი ტიპური	ფორმალური რეგულირება		დაზნარე დინამორფიკი ან თერაპიული ლორწინიკი და კონტრაბი
		ქირურგი	ალტერნატიული	

ხსნა

ფარინგიტი/ტონზილიტი: "სტრეპტოკოკული ყელი"
ექსუდატივი ან დიფუზური ერთემა

ასოცირებული ხველა, რინორეა, ხმის ჩახლეჩა და/ან ორალური წყლულები მიუთითებს ვირუსულ ეტიოლოგიაზე. <i>IDSA-ს გაიდლაინები</i> <i>A ჯგუფის</i> <i>სტრეპტოკოკებზე: CID</i> <i>55:1279, 2012; CID 55:e86,</i> <i>2012.</i>	A, C, G ჯგუფის სტრეპტოკოკები; ფუზობაქტერია (კლევებში); EBV; პირველადი აივ; N. gonorrhea; რესპირაციული ვირუსები	Strep ფარინგიტისათვის: (Pen V po x 10 დღე ან Benzathine Pen 1.2 მილიონი ერთეული IM x 1 დოზა) ან (Cefdinir ან Cefpodoxime) x 5 დღე. Cephalosporin-ის დოზები მოყვანილია ჩანაწერში ³⁰ (მოზრდილთა და პედიატრიული) (ხანგრძლივობები მიღებულია FDA-ის მიერ)	Strep ფარინგიტისათვის: Pen-ზე ალერგია: Clinda 300–450 მგ po q8h x 10 დღე. Azithro, Clarithro ალტერნატიული საშუალებებია. დაფიქსირდა Clinda და Azithro -სადმი რეზისტენტული S. pyogenes (<i>EID 18:1658,</i> <i>2012</i>). სულფანილამიდები და ტეტრაციკლინები უეფექტოა.	დიაგნოსტიკა: სწრაფი Strep ტესტი. თუ სწრაფი Strep ტესტი უარყოფითია, გააკეთე კულტივაცია. Strep ფარინგიტის გართულებები: 1) შევადგე რევმატიული ცხელება მოსდევს A ჯგუფის S. pyogenes-ის ინფექციას, იშვიათია C/G ჯგუფის ინფექციების შემდეგ. <i>იხილეთ</i> <i>ჩანაწერი</i> ²⁸ . პრევენციისათვის, სიმპტომების გაჩენიდან არა უგვიანეს 9 დღისა, დაიწყეთ მკურნალობა. 2) <7 წლის ბავშვები იმყოფებიან პოსტ- სტრეპტოკოკული გლომერულონეფრიტის რისკი ქვეშ. 3) პედიატრიული აუტოიმუნური ნეიროფსიქიატრიული აშლილობა დაკავშირებულია A ჯგუფის Strep (PANDAS) ინფექციასთან. 4) პერიტონზილარული აბსცესი; შესაძლებელია გართულებების ჩიქოვანი ფლუიდიტი.
	გონოკოკური ფარინგიტი	Ceftriaxone 250 მგ IM x 1 დოზა + (Azithro 1 გრ po x 1 დოზა) ან Doxycycline 100 მგ po bid x 7 დღე	რეზისტენტობის გამო FQ- ები არ არის რეკომენდირებული	ფარინგალური GC-ისათვის არ არის ეფექტური: spectinomycin, cefixime, cefpodoxime და cefuroxime. <i>MMWR 61:590, 2012.</i>
	დადასტურებულია S. pyogenes-ის რეციდიულობა	Cefdinir ან Cefpodoxime	AM-CL ან Clinda	

ანამორფიკი არა/დინამორფი/ მოდიფიცირებადი ბაქტერიები	ამოქმედება მკურნალო	შემოთავაზებული რაოდენობა*		დაზნაობა დინამორფიკი ან თერაპიული ღონისძიება და კონტრაბაზი
		ძირითადი	ალტერნატიული	
	A ჯგუფის ინფექციები: 6-ჯერ 1 წელში; 4-ჯერ 2 წელში მიმდევრულად	სტრეპტოკოკური ინფექციების შემცირებისათვის ტონილიქტომია არ არის რეკომენდირებული		რთულია ნამდვილი A ჯგუფის Strep ინფექციის განსხვავება ქრონიკული A ჯგუფის Strep-ის მტარებლობისგან და/ან განმეორებითი ვირუსული ინფექციებისგან.

²⁷ A, C და G ჯგუფის strep-ის მკურნალობა: მკურნალობის ხანგრძლივობები დამტკიცებულია. შემდგომი კვლევები მიუთითებენ მკურნალობის მოკლე კურსის ეფექტურობაზე. თუ სხვაგვარად არ არის ნაჩვენები, ყველა რეჟიმი po. პედიატრიული დოზირება: Benzathine penicillin 25,000 ერთეული/კგ IM, მაქსიმუმ 1.2 მილიონი ერთეული; Pen V 25–50 მგ/კგ/დღე div. q6h x 10 დღე; amox 1000 მგ po დღეში ერთხელ x 10 დღე; AM-CL 45 მგ/კგ/დღე div. q12h x 10 დღე; cephalexin 20 მგ/კგ/დოზა bid (მაქსიმუმ 500 მგ/დოზა) x 10 დღე; cefuroxime axetil 20 მგ/კგ/დღე div. bid x 10 დღე; cefpodoxime proxetil 10 მგ/კგ div, bid x 10 დღე; cefdinir 7 მგ/კგ q12h x 5-10 დღე ან 14 მგ/კგ q24h x 10 დღე; cefprozil 15 მგ/კგ/დღე div. bid x 10 დღე; cefadroxil 30 მგ/კგ დღეში ერთხელ (მაქსიმუმ 1 გრ/დღე) x 10 დღე; clarithro 15 მგ/კგ/დღე div. bid x bid ან 250 მგ qid x 10 დღე; azithro 12 მგ/კგ დღეში ერთხელ x 5 დღე; clinda 20–30 მგ/კგ/დღე div. q8h x 10 დღე. **მოზრდილთა დოზირება:** Benzathine penicillin 1.2 მილიონი ერთეული IM x 1; Pen V 500 მგ bid ან 250 მგ qid x 10 დღე; cefditoren 200 მგ bid x 10 დღე; cefuroxime axetil 250 მგ bid x 4 დღე; cefpodoxime proxetil 100 მგ bid x 5 დღე; cefdinir 300 მგ q12h x 5-10 დღე ან 600 მგ q24h x 10 დღე; cefditoren 200 მგ bid; cefprozil 500 მგ x q24h x 10 დღე; **შენიშვნა:** ყველა O Ceph 2 პრეპარატი დამტკიცებულია strep. ფარინგიტის 10 დღიანი მკურნალობისათვის; მზარდია კვლევების რიცხვი, სადაც ნაჩვენებია 4–6 დღიანი მკურნალობის ეფექტურობა; clarithro 250 მგ bid x 10 დღე; azithro 500 მგ x 1 და შემდეგ 250 მგ q24h x 4 დღე ან 500 მგ q24h x 3 დღე.

²⁸ თერაპიის ძირითადი მიზანია A ჯგუფის strep-ის (GAS) ირადიკაცია და მწვავე რემატოიდი ცხელების (ARF) პრევენცია. კლინიკურ კვლევებში Benzathine penicillin G ∇ მწვავე რემატოიდი ცხელების (ARF) სიხშირეს 2.8-დან 0.2%-მდე. ეს ასოცირდებოდა ფარინგეალური კულტურების GAS-ისგან გაწმენდასთან (CID 19:1110, 1994). მომდევნო კვლევები ემყარებოდა კულტურებს და არა ARF-ის პრევენციას. მკურნალობამ შეამცირა სიმტკიცის ხანგრძლივობა.

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* **შენიშვნა:** ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ლიბერულუბას.

მხრილი 1 (48)

ანამორფიკი პარამორფი/ მოდიფიკირებადი პარამორფი	ეთიოლოგია ოგელო	ფაქტორული რამონი		დახმარა დიამონსიკი ან თერაპიული ლონსიკი და კონსერვაცი
		ძირითადი	ალტერნატიული	
ხსნა/ფარინგიტი/ტონზილიტი (გაგებულება)				
პერიტონიზალური აბსესი –ზოგჯერ ექსუდაციური ფარინგიტის მიმე გართულება (JAC 68:1941,2013)	F. necrophorum (44%) A გუფის Strep (33%) C/G გუფის Strep (9%) Strep anginosus გუფი	ქირურგიულ დრენირებას დამატებული PIP-TZ 3.375 გრ IV q6h ან (Metro 500 მგ IV/po q6-8h + Ceftriaxone 2 გრ IV q24h)	Pen- ალერგია: Clinda IV	თავი არიდეთ მკურნალებს: Fusobacterium რესტენტულია. არსებობს ცნობები ორალური ანაერობებით ზეტა-ლაქტამზას გამომუშავების შესახებ (Anaerobe 9,105, 2003). იხილეთ საულო ვრის ჩირქოვანი ფლებიტი, გვერდი 117. JAC 68:1941, 2013. ეტიოლოგია: CID 49:1467, 2009
მეზანოზოული ფარინგიტი: გამოწვეული დიფტერიით რესპირაციული იზოლაცია, ნაზალური და ფარინგალური კულტურები (სპეციალურ ნიადაგებზე), აილეთ ანტიტოქსინი.პაციენტი მოათავსეთ რესპირაციული წვთოვანი ინფექციების ობოლტორში	C. diphtheriae (ადამიანიდან ადამიანზე), C. ulcerans და C. pseudotuberculosis (ცხოველიდან ადამიანზე) (იშვიათია)	მკურნალობა: ანტიბიოტიკები + ანტიტოქსინი ანტიბიოტიკოთერაპია: Erythro 500 მგ IV qid ან Pen G 50,000 ერთეული/კგ (მაქსიმუმ 1.2 ერთეული) IV q12h. შემოღებისთანავე შესაძლებელია Pen VK 250 მგ po qid-ზე გადასვლა. მკურნალობა გრძელდება 14 დღეს.	დიფთერიის ანტიტოქსინი: ცხენის შრავი. IV თერაპიამდე გააკეთეთ კანის სინჯი. დოზირება დამოკიდებულია დაავადების სტადიაზე: <48 სთ: 20,000-40,000 ერთეული; თუ არის NP ნადებები: 40,000–60,000 ერთეული; >3 დღე და ხარის კისერი: 80,000-120,000 ერთეული	სასუნთქი გზების ადეკვატური გამტარობის უზრუნველყოფა, ევკ და კარდიალური ფერმენტები. F/U კულტურები მკურნალობის შემდეგ განკურნების დადასტურებისათვის. შემდეგ, დიფთერია ტოქსოიდ იმუნოზაცია. კულტივაცია კონტაქტირებულებში; კონტაქტირებულებს უმკურნალოთ Pen G IM ერთეული დოზით: 600,000 ერთეული, თუ ასაკი <6 წელზე, და 1,2 მილიონი ერთეული, თუ ასაკი ≥6 წელზე. Pen-ზე ალერგიისას, გამოიყენეთ Erythro 500 მგ po qid x 7-10 დღე. შეაფასე იმუნოზაციური სტატუსი ახლო კონტაქტებში: ტოქსოიდ-ვაქცინა ჩვენების მიხედვით. C. diphtheriae in vitro მგრძნობიარე claritro, azitro, clinda, FQ-ების, TMP-SMX-ის მიმართ
ვერიკულური, წყლულოვანი ფარინგიტი (ვირუსული)	Coxsackie A9, B1-5, ECHO (მრავალი ტიპი), ენტეროვირუსი 71, Herpes simplex 1,2	ანტიბაქტერიული საშუალებები არ ინიშნება. HSV-1, 2-ისათვის: acyclovir 400 მგ tid po x 10 დღე.		ხახის უკანა კედელზე ვერიკულები გამოწვეულია ენტეროვირუსით. შევად ფარინგიტის ყველაზე ხშირი ეტიოლოგიაა ვირუსები. ექვი მიიტანეთ ვირუსზე, თუ ფიქსირდება კონიუნქტიტი, კორიზა, ხელები, გამონაყარი კანზე, ხმის ჩახლეჩა.

ეპიგლოტიტი (Supraglottitis): სიფთხილე ჰაერსავალი გზების სიფთხილსათვის სამიში ობსტრუქციის გამო

ბავშვები	H. influenzae (იშვიათია), S. pyogenes, S. pneumoniae, S. aureus (მათ შორის MRSA), ვირუსები	პედიატრიული დოზირება: [Cefotaxime 50 მგ/კგ IV q8h ან ceftriaxone 50 მგ/კგ IV q24h] + Vanco	პედიატრიული დოზირება: Levo 10 მგ/კგ IV q24h + clinda 7.5 მგ/კგ IV q6h	გაკეთეთ ტრაქეოსტომია „საწოლშივე“. Levo გამოიყენება ბავშვებში, როგორც სასწრაფო ემპირიული თერაპია იმ პაციენტათვის, რომელთაც აქვთ მიმე ალერგია ზეტა-ლაქტამზე. Ped Clin No Amer 53:215, 2006. სტეროიდების გამოყენება საკამათოა, არ არის
----------	---	--	---	---

ანამორფიკი არა/დინამორფი/ მოდოფორმირებადი ბაქტერიები	ეტიოლოგია (თავად)	გამოთვავებული რაოდენობა*		დასახარა დიაგნოსტიკური ან თერაპიული ლაბორატორიები და კომპანია
		ძირითადი	ალტერნატიული	
მოზრდილები	A ჯგუფის strep, H. influenzae (იშვიათია) და ბევრი სხვა	იგივე რეჟიმები, რაც ბავშვებისთვის. მოზრდილთა დოზირება: იხილეთ ჩანაწერი ²⁹ .		რეკომენდირებული.
პარაფარინგეალური სივრცის ინფექცია; პერიტონზილარული აბსცესი [სივრცეები: სუბლინგვალური, სუბმანდიბულარული (ლუდვიგის ანგინა), (გვერდი 108) ლატერალური ფარინგეალური, რეტროფარინგეალური, პრეტრაქეალური]				
კბილის არასაკმარისი ჰიგიენა, კბილის ექსტრაქცია, უცხო სხეულები (მაგ. კბილის ჩხირი, თევზის ფხა) CID 49:1467, 2009	პოლიმიკრობული: Strep sp., ანაერობები, Eikenella corrodens, ანაერობების თანაფარდობა აერობებთან არის 10:1	[(Clinda 600-900 მგ IV q8h) ან (pen G 24 მილიონი ერთეული/დღე უწყვეტი ინფუზიით ან div. q4-6h IV)] + metro 1 გრ დამტვირთველი დოზა და შემდეგ 0.5 გრ IV q6h)	PIP-TZ 3.375გრ IV q6h ან AM-SB 3გრ IV q6h	სასუნთქი გზების მეთვალყურეობა, 1/3 საჭიროებს ინტუბაციას. მრტ ან კტ საჭიროა აბსცესის იდენტიფიცირებისათვის; ქირურგიული დრენირება. Metro შეიძლება მიეცეს 1 გრ IV q12h. გართულებები: კაროტიდის ინფექცია (შესაძლებელია რუპტურა) და საუფლები ვენის ფლემბიტი.
საუფლები ვენის ჩირქოვანი ფლემბიტი (ლემბერის სინდრომი) LniD 12:808, 2012.	უმეტესობაში Fusobacterium necrophorum	PIP-TZ 4.5 გრ IV q8h ან IMP 500 მგ IV q6h ან (Metro 500 მგ po/IV q8h + ceftriaxone 2 გრ IV დღეში ერთხელ)	Clinda 600-900 მგ IV q8h. ზოგიერთი მკურნალობის ფუზობაქტერიები რეზისტენტულია	ემბოლია: ხშირია პულმონალური და სისტემური. შესაძლებელია კაროტიდულ არტერიაში შეგვხვდეს ეროზია. ლემბერმა 1936 წელს აღწერა F. necrophorum; სხვა ანაერობები და გრამ-დადებითი კოკები ფარინგიტის შემდგომ ჩირქოვან ფლემბიტს ნაკლებად იწვევენ.
ლარინგიტი (ხმის ჩახლენა)	ვირუსული (90%)	არ არის მითითებული		

²⁹ პარაფარინგეალური სივრცის ინფექცია: **Ceftriaxone** 2 გრ IV q24h; **cefotaxime** 2 გრ IV q4-8h; **PIP-TZ** 3.375 გრ IV q6h ან 3.375 გრ q8h-ის 4 სთ-იანი ინფუზია; **TC-CL** 3.1 გრ IV q4-6h;

TMP-SMX 8-10 მგ/კგ/დღე (TMP კომპონენტის მიხედვით) div q6h, ან q12h; **Clinda** 600-900 მგ IV q6-8h; **Levo** 750 მგ IV q24h; **Vanco** 15მგ/კგ IV q12h

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* **შენიშვნა:** ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პოტენციალს, ლიტერატურას.

ხსარი 1(47)

ანამორფიკი არაფორმული/ მოდიფიცირებადი ბაქტერიები	ეტიოლოგია თავისუფალი	ფართოვრებადი რეჟიმი*		დაზნავე დაზარალებული ან თვითდაზარალებული ღონისძიებები და კომპლექსები
		ძირითადი	ალტერნატიული	

სინუსიტი, პარანაზალური

სინუსიტი, მწვავე (Ref: CID 54:e72, 2012). გაილაინები: Pediatrics 132:e262&284, 2013 (American Academy of Pediatrics)

მკურნალობის მიზნები:

- სწრაფი გაუმჯობესება
- ბაქტერიული გართულებების პრევენცია (იხ. კომენტარები)
- ქრონიკული სინუსიტის პრევენცია
- მოერიდეთ ზედმეტად ანტიბიოტიკებით მკურნალობას.

S. pneumoniae 33%,
H. influenzae 32%,
M. catarrhalis 9%,
ანატრობი 6%,
A ჯგუფის strep 2%,
ვირუსები 15-18%
S. aureus 10%
(იხ. კომენტარები)

უზშირესად: ვირუსული ან ალერგიული ანთების შედეგად წიაღის ხერხის ობსტრუქცია.
მკურნალობა: ფიზიოლოგიური ხსნარით ამორეცხვები
ანტიბიოტიკები ბაქტერიული სინუსიტისათვის, თუ:
1) ცხელება, ტკივილი, ნაზალური ჩირქოვანი გამონადენი;
2) სიმპტომები რჩება ანტიბიოტიკის გარეშე 10 დღიანი მკურნალობის შემდეგ; 3) კლინიკური წარუმატებლობა ანტიბიოტიკით მკურნალობის მიუხედავად

პენიცილინზე ალერგია
გარეშე
ზავები: Amox
90მგ/კგ/დღე div q12h ან
Amox-Clav სუსპენზია
90 მგ/კგ/დღე (Amox კომპ)
div q12h. მკურნალობა
10-14 დღე. **მოზრდ:** Amox-
Clav 1000/62.5
2 ტაბ po bid × 5-7 დღე

პენიცილინზე ალერგია
ზავები (თუ ანაფილაქსია):
Clinda 30-40 მგ/კგ/დღე div
tid ან qid × 10-14 დღე (იხ.
კომენტარები)
ზავები (ანაფილაქსიის
გარეშე): Cefpodoxime
10 მგ/კგ/დღე po div q12h
მოზრდ (თუ ანაფილაქსია):
Levo ან doxy
მოზრდ (ანაფილაქსიის
გარეშე): Cefpodoxime
200 მგ po bid

მკურნალობა:

- Clinda: Haemophilus Moraxella sp.
რეზისტენტულია, შესაძლოა დასჭირდეს მეორე პრეპარატის დამატება
- მკურნალობის ხანგრძლივობა: 5-7 დღე (IDSA გაილაინები), 10-14 დღე (Amer Acad Ped Guidelines)
- დამატებით მკურნალობისთვის:
1) არ გამოიყენოთ ტოპიკური გამხსნელი (ცხვირის) საშუალებები 3 დღეზე მეტხანს;
2) ნაზალური სტერილიზაციის და ანტიბიოტიკების საშუალებების ეფექტურობა არ არის განსაზღვრული;
3) შესაძლოა დამხმარე იყოს ფიზიოლოგიური ხსნარით ამორეცხვები.
- მოერიდეთ მაკროლიდებს და TMP-SMX-ს რეზისტენტობის გამო
- ემპირიული თერაპიის სამიზნე არ არის S. aureus: ინციდენტობა თანაბრია საცდელ და საკონტროლო ჯგუფებს შორის (CID 45:e121, 2007)

პოტენციური გართულებები: ტრანზიტული ჰიპოსმია, ირბიტალური ინფექციები, ეპიდურული აბსცესი, ტვინის აბსცესი, მენინგიტი, კავერნოზული სინუსის თრომბოზი.

ანამორფიკი ან/და დიაგნოზი/ მოდიფიკაცია/ ბაქტერიოლოგია	ეტიოლოგია (თავალი)	გამოთავაზებული რაიმენი*		დახმარე დიაგნოსტიკური ან თერაპიული ლაბორატორიები და კომპეტენციები
		ძირითადი	ალტერნატიული ¹	
კლინიკური წარმავლობა 3 დღის შემდეგ	იგივე, რაც ზემოთ: განხილეთ დიაგნოსტიკური ჩხვლუ-ტა(tap)/ ასპირატი	მსუბუქი/საშუალო სიმძიმის დაავადება: AM-CL-ER ან (cefpodoxime, cefprozil, ან Cefdinir) უმკურნალო 5-10 დღეს. მოზრდილთა დოზები იხილეთ ჩანაწერში ³⁰	მძიმე დაავადება: Gati ^{18,5} , Gemi, Levo, Moxi	მოზრდილთა სხვა წამლებისა და დოზებისათვის იხილეთ ჩანაწერი ³⁰ .
შაქრიანი დიაბეტი მწვავე კეტოაციდოზით; ნეიტროპენია; deferoxamine-ით მკურნალობა; მუკორმიკოზი	Rhizopus sp., (mucor), aspergillus	იხილეთ ცხრილი 11, გვერდი 255 და 277		
ჰოსპიტალიზირებული + ნაზოფარინგალური ან ნაზოგასტრალური ინტუბაცია	გრამ-უარყოფითი ბაცილები 47% (pseudomonas, acinetobacter, E. coli ხშირია), გრამ-დადებითი (S. aureus) 35%, სოკო18%, პოლიმიკრობული 80%-ში	ამოიღეთ ნაზოტრაქეალური მილი: თუ ცხელება რჩება და ოტოლარინგოლოგის ჩარევა ხელმისაწვდომია, ემპირიულ თერაპიამდე რეკომენდირებულია სინუსური ასპირაცია კულტივირებისა და მგრძნობელობისათვის IMP 0.5 გრ IV q6h ან MER 1 გრ IV q8h MRSA-სთვის დაუმატეთ vanco	(Ceftaz 2 გრ IV q6h + vanco) ან (CFP 2 გრ IV q12h + vanco)	ნაზოტრაქეალური ან ნაზოგასტრალური მილების ჩადგმიდან 7 დღის შემდეგ, 95%-ში აღინიშნება რენტგენოლოგიური „სინუსიტი“ (სითხე სინუსებში), მაგრამ ტრანსნაზალური პუნქტატი კულტურა-დადებითია მხოლოდ 38%-ში (AJRCCM 150:776, 1994). პაციენტებისათვის, რომლებსაც ≥ 1 კვირას ჩადგმული აქვთ ნაზოტრაქეალური მილი და საჭიროებენ ხელოვნურ ვენტილაციას, ბაქტერიული სინუსიტი შეგვხვდა <10%-ში (CID 27:851, 1998). თუ სინუსის ასპირატის გრამის წესით შედეგებისა და ფიქსირდა სოკო, შესაძლოა, საჭირო გახდეს fluconazole.
სინუსიტი, ქრონიკული მოზრდილები განსაზღვრება (გამონადენი, დახშობა, სახის ტკივილი, ქინკთა) + (ლიორწვან-	4 კატეგორიის: ალერგიული, ინფექციური, დენტალური, იდიოპათიური (მხოლოდ ერთი ან	დამაჯერებელი ფაქტები ანტიბიოტიკების ეფექტურობის შესახებ არ არსებობს, თუმცა ხშირად ინიშნება Amox-clav ან Clinda 3-10 დღით (Curr	ოტოლარინგოლოგის კონსულტაცია. გამწვავებას უმკურნალოთ ისე, როგორც მწვავე სინუსიტს. თუ ალერგიულია, სტეროიდით ინჰალაცია ეფექტურია.	პათოგენები უცნობია და შესაძლოა გამოწვეული იყოს მრავალი ფაქტორით: ოსტეომიკური კომპლექსის დაზიანება მწვავე ბაქტერიული დაავადების დროს, ალერგია $\pm$ პოლიპები, ფარული იმუნოდეფიციტი, და/ან ოდონტოგენური დაავადება (მაქსილარული

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* **შენიშვნა**: ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოინტოქიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ლიერებულებას.

ანამოზური არა/დიაგნოზი/ მოდიფიკირებადი ტარებები	ეტიოლოგია (თავად)	გამოთვალვადი რამენი*		დახმარე დიაგნოსტიკური ან თერაპიული ღონისძიებები და კომენტარები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
ჩირქოვანი ცვლილებები ენდოსკოპიულად ან კტ კვლევით) (<i>Rhinology</i> 50:1, 2012).	კომინაციაში	<i>Opin Otolaryngol Head Neck Surg</i> 21:61, 2013)	შესაძლოა დამხმარე იყოს სინუსის გამოვლენები.	კბილების პერიოდონტიტი). თუ საეჭვოა ალერგია, განსაზღვრე შრატის IgE დონე (<i>Allergy</i> 68:1, 2012). ზედა ყბის ძვლის კტ სკანირება, თუ ოდონტოგენური წყარო საეჭვოა.

³⁰ სინუსიტისათვის მოზრდილთა დოზები (ცველა ორალური): AM-CL-ER 2000/125 მგ bid, amox მაღალი დოზა (HD) 1 გრ tid, clarithro 500 მგ bid ან clarithro გახანგრძლივებული გამოთავისუფლებით 1 გრ q24h, doxy 100 მგ bid, რესპირატორული ქინოლონები (Gati 400 მგ q24h NUS ჰიპო/ჰიპერგლიკემიის გამო; Gemi 320 მგ q24h (FDA-ისგან დამტკიცებული არ არის, მაგრამ უნდა იმოქმედოს), Levo 750 მგ q24h x 5 დღე, Moxi 400 მგ q24h; O Ceph (cefдинир 300 მგ q12h ან 600 მგ q24h, cefpodoxime 200 მგ bid, cefprozil 250-300 მგ bid, cefuroxime 250 მგ bid). TMP-SMX 1 ორმაგი სიძლიერის (TMP 160 მგ) bid (შედეგები 3 და 10 დღიანი მკურნალობის შემდეგ ერთნაირია).

სხრილი 1 (48)

ანამორფიკი პაციენტი/მომდინარეობა/ბარათი	ფიზიოლოგიკი თვალთ	ფიზიოლოგიკი რეჟიმი*		დაზიანება დიაგნოზიკური ან თერაპიული ლიმფომატოზი და კომპლექსი
		ძირითადი	ალტერნატიული	
აპრი იხილეთ IDSA გაიდლაინი: CID 59:147, 2014.				
Acne vulgaris (ვულგარული ფერიკამელა) (Med Lett Treatment Guidelines 11 (Issue 125):1, 2013).				
კომედონური აკნე, „შავი თავები“, „თეთრი თავები“, ყველაზე ადრეული ფორმა, ანთების გარეშე	კანის ცხიმის გადაჭარბებული გამომუშავება და ჯირკვლის ობსტრუქცია. არა Propionibacterium acne	ერთხელ - q24h: ადგილობრივი tretinoin (კრემი 0.025 ან 0.05%) ან (გელი 0.01 ან 0.025%)	ყველა ერთხელ - q24h: ადგილობრივი adapalene 0.1% გელი ან azelaic acid 20% კრემი ან tazarotene 0.1% კრემი	მიზანია პრევენცია, ↓ ახალი კომედონების რაოდენობა და შეიქმნას P. acnes-თვის არახელსაყრელი გარემო. Adapalene იწვევს ნაკლებ გაღიზიანებას, ვიდრე tretinoin. Azelaic acid ნაკლებად ძლიერია, მაგრამ რეტინოიდებთან შედარებით ნაკლებად აღიზიანებს. Tazarotene: არ გამოიყენოთ ორსულობისას.
მსუბუქი ანთებითი აკნე: მცირე პაპულები და პუსტულები	P. acnes პროლიფერაცია + ფოლიკულური უჯრედების არანორმალური დესქვამაცია	ადგილობრივი erythro 3% + benzoyl peroxide 5% bid	Erythro შესაძლებელია, ჩანაცვლდეს clinda 1% გელით	რანდომიზირებულ კონტროლირებად კვლევაში, ადგილობრივი benzoyl peroxide + erythro ისევე ეფექტური იყო, როგორც ორალური minocycline და tetracycline, და propionibacteria-ს ანტიბიოტიკ-რეზისტენტობა არ აღდგენს გავლენას (Ln 364:2188, 2004).
ანთებითი აკნე: კომედონები, პაპულები და პუსტულები. ნაკლები სიხშირით: ღრმა კვანძები (კისტები) Isotretinoin ref: JAMA 311:2121,2133, 2014.	ზემოთ მოყვანილი მოვლენების პროგრესირება. ასევე, წამლით ინდუცირებული, მაგ. glucocorticoids, phenytoin, lithium, INH და სხვები.	(ადგილობრივი erythro 3% + benzoyl peroxide 5% bid) ± ორალური ანტიბიოტიკი. იხილეთ კომენტარი მსუბუქი აკნესათვის	ორალური პრეპარატები: (doxy 50 მგ bid) ან (minocycline 50 მგ bid). სხვა: tetracycline, erythro, TMP-SMX, clinda. ძვირად ღირებული გახანგრძლივებული გამოთავისუფლების მქონე monocycline (Solodyn) ერთხელ დღეში 1 მგ/კგ/დღე	სისტემური Isotretinoin გამოიყენება სათანადო რაოდენობაში, გავრცელებული კვანძოვანი კისტური დაზიანებების შემთხვევებში, როცა ორალური ანტიბიოტიკებით მკურნალობა წარუმატებელია; 4-5 თვიანი კურსი, 0.1-1 მგ/კგ/დღე. დაფიქსირებულია აგრესიული ქვეყნის შესახებ ცნობა. ტეტრაციკლინი (ორსულ კატეგორიაX). Tetracycline-ები ცვლიან საჭრელი კბილების ფერს. Doxy-მ შესაძლოა გამოიწვიოს ფოტოგრაფიკული მინორაცია. Minocycline-ის გვერდითი მოვლენები: ურტიკარია, თავბრუს, კანის ან ორალური ლორწოვანის პიგმენტური დეპოზიციის. იშვიათად ზავებში ინდუცირდება აუტოიმუნური დაავადება: ცხელება, პოლიარტრალია, დადებითი ANCA (J Peds 153:314, 2008).

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* **შენიშვნა**: ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ღირებულებას.

ანამორფიკი არა/დიაგნოზი/ მოადიფიკაციური ბაქტერიები	ეტიოლოგია თავალუ	გეომთავაზაზაზული რეჟიმები*		დაზნაზი დიაგნოსტიკური ან თერაპიული ღონისძიებები და კომენტარები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
აგნე როზაცეა (ვარდისფერი ფერიკამელია) <i>NEJM 352:793, 2005.</i>	კანის ტკიპები: Demadex folliculorum (Arch Dem 146:896, 2010)	სახის ფრიტემა: Brimonidine გელი (Mirvaso) დაზიანებულ არეზე ორჯერ (J Drugs Dermatol 12:650, 2013)	პაპულოპუსტულარული როზაცეა: Azelaic acid გელი ორჯერ ადგილობრივად ან Metro კრემი დღეში ერთხელ ან q24h ადგილობრივად	მოერიდეთ ისეთ აქტივობებს, რომლებიც იწვევენ ჰიპერემიას, მაგ. ალკოჰოლი, ცხარე საკმელი, მზის სინათლე. <i>Med Lett 49:5, 2007.</i>
ჯილეზი, კანის თუ დაავადება სისტემურია, უმკურნალეთ, როგორც ინჰალაციურ ჯილეზს. Refs: <i>AURCCM 184:1333, 2011 (მიმოხილვა); CID 59:147, 2014 (კლინიკურ-პრაქტიკული გაიდლაინი); Pediatrics 133:e1411, 2014.</i>	B. anthracis-ის სპორები კანში/კანქვეშ აღწევნ ინფიცირებულ ცხოველებთან/ცხოველურ პროდუქტებთან კონტაქტისას, იხილეთ ფილტვი, გვერდი 95	მოზრდილები: CIP 500 მგ po bid ან Doxy 100 მგ po q12h. ბავშვები: CIP 15 მგ/კგ (მაქს დოზა 500 მგ) po q12h ან pen-მგრძნობიარე შტამისთვის Amox 25 მგ/კგ (მაქს დოზა 1 გრ) po q8h ბიოტერორიზმის შემთხვევაში ინიშნება Anthrax Vaccine Adsorbed 3- დოზა მიმდევრობით.		1. მკურნალობის ხანგრძლივობა 60 დღეა ბიოტერორიზმის შემთხვევაში, ვინაიდან შესაძლებელია ინჰალაციური ექსპოზიცია , ხოლო ზუნებრივი გზით შემენილი დაავადების დროს 7-10 დღეა; 2. ორსულებისთვის განიხილეთ doxy-ს ალტერნატიული ვარიანტი 3. ალტერნატიული რეჟიმები მოზრდილთათვის: Levo 750 მგ q24h ან clinda 600 მგ q8h ან pen-მგრძნობიარე შტამისთვის Amox 1 გრ q8h ან Pen VK 500 მგ q6h. 4. ალტერნატიული რეჟიმები ბავშვებისათვის: doxy 2.2 მგ/კგ(მაქს დოზა 100 მგ) q12h (60-დღიანი რეჟიმით <8 წლის ასაკში კბილების შეფერვა) ან Clindamycin 10 მგ/კგ (მაქს დოზა 600 მგ) q8h ან Levo 8 მგ/კგ q12h (მაქს დოზა 250 მგ), თუ <50 კგ და 500 მგ q24h , თუ>50 კგ.
ბაცილარული ანგიომატოზი: სხვა Bartonella-ს ინფექციებისათვის, იხილეთ კატის ნაკწირის დაავადების ლიმფადენიტი, გვერდი 107, და Bartonella-ს სისტემური ინფექციებისათვის, გვერდი 138				
დაქვეითებული იმუნიტეტის მქონე (აივ-1, ძვლის ტვინის გადანერგვა) პაციენტებში ასევე იხილეთ Sanford Guide to HIV/AIDS Therapy	Bartonella henselae და Quintana	Clarithro 500 მგ po bid ან გახანგრძლივებული გამოთავისუფლებით 1 გრ po q24h ან azithro 250 მგ po q24h (იხილეთ კომენტარი)	Erythro 500 მგ po qid ან doxy 100 მგ po bid ან (Doxy 100 მგ po bid + RIF 300 მგ po bid)	შიდსის მქონე პაციენტებში გააგრძელეთ სუპრესიული თერაპია მანამდე, სანამ აივ-ს მკურნალობით და CD4 >200 უჯრედი/მკვ 6 თვის მანძილზე.

ცხრილი 1 (49)

ანთონიური პრეპარატი/ მოდიფიცირებადი ბარაქოზები	ფიოლოგია თვალთ	ფორმაცია/რეჟიმი*		დახმარა დიაგნოსტიკური ან თერაპიული ლონსშიაბი და კომპონატი
		ძირითადი	ალტერნატიული	
კბნი (გაგრძელება)				
ნაგბენი: გასოფდეთ ტეტანუსის პროფილაქტიკა - ცოფის პროფილაქტიკისათვის იხილეთ ცხრილი 20B, გვერდი 473. მიმოხილვა: CMR 24:231, 2011. მოერიდეთ პირველადი ჭრილობის დახურვას.				
ნაინგი (Alligator mississippiensis)	გრამ-უარყოფითები Aeromonas hydrophila-ს ჩათვლით, Clostridia sp.	მიმე ჭრილობის ქირურ- გიული დამუშავება + (CIP 400 მგ IV/ 750 მგ po bid ან Levo IV qd)	მიმე ჭრილობის ქირურგიული დამუშავება + (TMP-SMX IV div q6h ან q8h ან Cefepime 2 გრIV q8h)	ამერიკული ნაინგის ორალური ფლორიდან გამოიყო: ანაერობები Aeromonas hydrophila-სა და Clostridia sp.-ს ჩათვლით (S Med J 82:262, 1989)
ღამურა, ენოტი, სკუნსი	კანიდან Strep და staph; ცოფი	AM-CL 875/125 მგ po bid ან 500/125 მგ po tid	Doxy 100 მგ po bid	ცოფის საწინააღმდეგო მკურნალობისათვის ინიშნება: ცოფის იმუნოგლობულინი + ვაქცინა (იხილეთ ცხრილი 20B, გვერდი 473) იხილეთ EJC MID 18:918, 1999.
აქლემი	S. aureus, P. aeruginosa, სხვა გრამ-უარყოფითი ბაქტერიები	Diclox 250-500 მგ po q6h + CIP 750 მგ po bid	Cephalexin 500 მგ po qid + CIP 750 მგ po bid	
კატა: 80% ინფიცირდება, საჭიროა კულტურა და ემპირიული მკურნალობა	Pasteurella multocida, Streptococci, Staph. aureus, Neisseria, Moraxella	AM-CL 875/125 მგ po bid ან 500/125 მგ po tid	Cefuroxime axetil 0.5 გრ po q12h ან doxy 100 მგ po bid. არ გამოიყენოთ cephalixin. გერმონობარეა in vitro FQ-ს მიმართ.	P. multocida რეზისტენტულია დიკლოქსაცილის, ცეფალოქსინის, კლინდამიცინის მიმართ; მრავალი შტამი რეზისტენტულია ერითრომიცინის მიმართ (მეტა მგრძნობელობა აზიტრომიცინის მიმართ, მაგრამ არ არის კლინიკური მონაცემები). P. multocida ინფექცია ვითარდება 24 საათში. გამოიკვლიე ოსტეომიელიტზე. თუ ამოითესა მხოლოდ P.multocida, შეგიძლია ჩართო პენიცილინ G ან პენიცილინ VK po. იხ. მალის ნაკბენი
კატის ნაკწირის დაავადება, გვერდი 107				
ლოქოს ნაკბენი	ტოქსინები	იხილეთ კომენტარი		ხასიათდება მყისიერი ტკივილით, ერთმეთითა და

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* **შენიშვნა:** ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ლიბრებულებას.

ანამორფიკი არა/დინამორფი/ მოადინორფიკი ბაქტერიები	ეტიოლოგია (თავალუ)	ჯანმრთელობის რეჟიმი*		დაზიანება დინამორფიკი ან თერაპიული ღონისძიებით და კომპლექსი
		ძირითადი	ალტერნატიული	
				შეშუპებით. სტრეპტოკოკული ცელულიტის მსგავსია. შესაძლებელია დაინფიცირდეს მეორადად. პროფილაქტიკისათვის მისაღება AM-CL.
ბაღლი: ინფიცირდება მხოლოდ 5%; უმკურნალები მხოლოდ 0.5% შემთხვევაში, თუ მძიმე ნაკბენია ან გაჩნია თანმხლები დაავადება (მაგ. დიაბეტი).	<i>Pasteurella canis</i> , <i>S. aureus</i> , სტრეპტოკოკები, <i>Fusobacterium sp.</i> , <i>Capnocytophaga canimorsus</i>	AM-CL 875/125 მგ po bid ან 500/125 მგ po tid	Clinda 300 მგ po qid + ფტორქინოლონი (მოზრდილებში) ან clinda + TMP-SMX (ბავშვებში)	გაითვალისწინეთ ანტიბაიოტი პროფილაქტიკა: ცოფის იმუნოგლობულინი + ვაქცინა (იხილეთ ცხრილი 20B). <i>Capnocytophaga</i> -მ სალენექტომირებულ პაციენტებში შეიძლება, გამოიწვიოს ადგილობრივი დანაწიბურება, სეფსისი დისემინირებული ინტრავასკულარული კოაგულოპათიით. P. canis რეზისტენტულია diclox-ის, cephalixin-ის, clinda-სა და erythro-ს მიმართ; მგრძნობიარეა ceftriaxone-ის, cefuroxime-ს, cefpodoxime-სა და ფტორქინოლონების მიმართ.
ადამიანი ბაქტერიოლოგი- სათვის იხილეთ CID 37:1481, 2003	Viridans strep 100%, Staph epidermidis 53%, corynebacterium 41%, Staph. aureus 29%, eikenella 15%, bacteroides 82%, peptostrep 26%	ადრეული (არ არის ჯერ ინფიცირებული): AM-CL 875/125 მგ po bid x 5 დღე. მოგვიანებით: ინფექციის ნიშნები (ძირითადად 3-24 სთ-ში): (AM-SB 1.5 გრ IV q6h ან cefoxitin 2 გრ IV q8h) ან (TC-CL 3.1 გრ IV q6h) ან (PIP-TZ 3.375 გრ IV q6h ან 4.5 გრ q8h ან 3.375 გრ 4-სთ-იანი ინფუზია q8h) Pen-ზე ალერგია: Clinda + (ან CIP ან TMP-SMX)		გაწმენდა, ირიგაცია, ქირურგიული დამუშავება ყველაზე მნიშვნელოვანია. კბილით მიყენებული დაზიანებისას უნდა ჩატარდეს რენტგენოლოგიური კვლევა. პოსპიტალიზირებული პაციენტისაგან მიყენებული კბენის შემთხვევაში ივარაუდეთ გრამ-უარყოფითი ბაცილები. Eikenella რეზისტენტულია clinda-ის, Nafcillin/oxacillin-ის, metro-ის, P Ceph-1-ის და erythro-ის მიმართ; მგრძნობიარეა FQ-ისა და TMP-SMX-ის მიმართ.
წურბელები (სამედიცინო მოხმარების)	<i>Aeromonas hydrophila</i>	CIP (400მგ IV ან 750მგ po) bid	TMP-SMX DS 1 ტაბ. po bid	აერომონას აღმოჩენილია წურბელების კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში. წურბელების მედიცინაში გამოყენებისას ზოგიერთები ანტიბიოტიკებს პროფილაქტიკის მიზნით იყენებენ, მაგრამ უნივერსალურად მიღებული ან აუცილებელი არ არის.
ლორი	პოლიმიკრობული: გრამ-დადებითი კოკები, გრამ-უარყოფითი ბაცილები, ანაერობები, <i>Pasteurella sp.</i>	AM-CL 875/125 მგ po bid	P Ceph 3 ან TC-CL ან AM-SB ან IMP	ინფორმაცია ლიმფური სისტემის, თუ გინეკოლოგიის სფეროში და სერიოზულია (<i>Ln 348:888, 1996</i>).

ანამორფიკი არა/დინამორფი/ მოდინამორფიკი ბაქტერიები	ეტიოლოგია თავალუ	ჯანმრთელობის რეჟიმი*		დაზიანებული დინამორფიკი ან თერაპიული ღონისძიებები და კომპონენტები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
გარეული მდელი	Monkeypox	იხილეთ ცხრილი 14A, გვერდი 350. მკურნალობა არაა რეკომენდირებული		
პრინატი, არა ადამიანი	მიკრობიოლოგია. Herpesvirus simiae	Acyclovir: იხილეთ ცხრილი 14B, გვერდი 373		CID 20:421, 1995
ვირუსი	Spirillum minus და Strepto-bacillus moniliformis	AM-CL 875/125 მგ po bid	Doxy	ანტიბაქტერიული მკურნალობა არ ინიშნება. ვირუსის ნაკვეთი იწვევს ცხელებას (Streptobacillus moniliformis): Pen G ან doxy, ალტერნატიულად erythro ან clinda.
სელაბი	Marine mycoplasma	Tetracycline x 4 კვირა		კბენიდან გამოვლინებამდე შესაძლოა რამოდენიმე კვირა გავიდეს (Ln 364:448, 2004).
გველი: ღრმული გველგესლა (NEJM 347:347, 2002)	Pseudomonas sp., Enterobacteriaceae, Staph. epidermidis, Clostridium sp.	ძირითადი მკურნალობა არის ანტიბიოტიკები. Penicillin ზოგადად გამოიყენება, მაგრამ ამოთესილი მიკროორგანიზმების მიხედვით შესაძლოა, ეფექტური არ იყოს. Ceftriaxone უფრო ეფექტული უნდა იყოს. მითითებულია ტეტანუსის პროფილაქტიკა. CID 43:1309, 2006.		

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* **შენიშვნა:** ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ლიზებულებას.

ანამორფიკი არამუცხი/ მოდიფიკაციები/ ბაქტერიები	ეტიოლოგია (თავის)	შემოთავაზებული რეჟიმები*		დახმარება დიაგნოსტიკური ან თერაპიული ღონისძიებები და კონტროლი
		ძირითადი	ალტერნატიული	
ფურუნკულების რეციდივები შესამერხლად - დეკოლონიზაცია ქირურგიული პროფილაქტიკისთვის, იხილეთ ცხრილი 15B, გვერდი 427	MSSA და MRSA. IDSA-გაიდლაინები, CID 59:7 10, 2014	7 დღიანი თერაპია: Chlorhexidine (2%) ყოველდღიური ჩამოხანა; 2% mupirocin-ის მალაზი ნესტოგემი 2 x ყოველდღიურად + (rifampin 300 მგ bid + doxy 100 მგ bid).	Mupirocin-ის მალაზი ნესტოგემი bid x 7 დღე chlorhexidine (2%) ყოველდღიური ჩამოხანა x 7 დღე + (TMP-SMX DS 1 ტაბლეტი po bid + RIF 300 მგ po bid) x 7 დღე	ოპტიმალური რეჟიმი უცნობია. ქლორპექსიდინი შესაძლოა, შეიცვალოს ნატრიუმის ჰიპოქლორიტის ხსნარის აბაზანებით (<i>Inf Control Hosp Epidemiol</i> 32:872, 2011), თუმცა სუსტი ეფექტი (<i>CID</i> 58:679, 2014). მუპიროცინისა და რეტაპამულინის in vitro რეზისტენტობა დაახლოებით 10%-ია. (<i>AAC</i> 58:2878, 2014).
ჩირქოვანი ჰიდრადენიტი არ არის ინფექციური დაავადება, მაგრამ გვხვდება ბაქტერიული სუპერინფექციის სახით	დაზიანებული მეორადი ინფიცირდება: <i>S. aureus</i> , <i>Enterobacteriaceae</i> , <i>pseudomonas</i> , ანაერობები	Clinda 1% ადგილობრივი გამოყენების კრემი Adalimumab 40 მგ ერთხელ კვირაში შედეგანია (<i>AnIM</i> 157:846, 2012)	Tetracycline 500 მგ po bid x 3 თვე	გამოწვეულია ილიის, საზარდულის, პერიანალური, პერინეალური, სარძევე ჯირკვლის ქვმა არეების აპოკრინული ჯირკვლების კერატინოზული დაგრობით. სხვა თერაპია: ანტიპერსპირანტები, მოშვებული ტანსაცმელი და ანტი- ანდროგენები. (<i>Dermatol</i> <i>Clin</i> 28:779, 2010).

დამწერლობა. მართვა: *NEJM* 350:810, 2004 - აღწერილია შემთხვევის ყველა დეტალი

კრილობის პირველადი მოვლა თუ შესაძლებელია, გამოიყენეთ დამწერობის ბლოკი ადგილობრივი თერაპიის ვარიანტები: <i>NEJM</i> 359:1037, 2008; <i>Clin Plastic Surg</i> 36:597, 2009	არ არის ინფიცირებული პროფილაქტიკური პოტენციური პათოგენებისათვის: გრამ+ კოკები გრამ- ბაცილები კანდიდა	დროული მოცილება და კრილობის დახურვა; არსებობს კანის გადანერგვისა და ჩანაცვლების სხვადასხვა ვარიანტები. შაბათი ჰიდროთერაპია. ადგილობრივი ანტიბიოტიკების გამოყენება	Silver sulfadiazine -ის კრემი 1% წაუსვით 1-2-ჯერ დღეში. მიწინა- ლური ტკივილი. გარ- დამავალი უკუქცევადი ნეიტროპენია, გამო- წვეული დამწერობის მარგინაციის (ლეიკო- ციტების დამწერობის კერის კიდევში (დაგროვება) გამო და არა მეღის ტვინის ტოქ-	Mafenide acetate კრემი ალტერნატიული საშუალებებია, თუმცა წანისას მტკივნეულია. ნაჩვენებია ანტიტეტანური პროფილაქტიკა
---	---	--	--	---

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* **შენიშვნა:** ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის
ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას
შეთავსებულობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ღირებულებას.

ანატომიური არე/დინამიკური/ მოდიფიკაციური ბარიერები	ეტიოლოგია თავალი	ჯანმრთელობის რეზისტენცია		დაზნატი დინამიკური ან თერაპიული ღონისძიებები და კონტრინდიკაციები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
			სიურობის შედეგად.	
დამწვრობითი ჭრილობის სეფსისი მოწოდებული სტანდარტის განმარტება: J Bum Care Res 28:776, 2007. საჭიროა ჭრილობის რადიკალიზაცია კულტურები	Strep. pyogenes, Enterobacter sp., S. aureus, S. epidermidis. E. faecalis, E. coli, P. aeruginosa სოკოები (იშვიათია). ჰერპესვირუსები (იშვიათია).	Vanco მაღალი დოზით, რათა სწრაფად მივაღწიოთ შრატში 15-20 მგ/მლ კონცენტრაციას + (MER 1გ IV q8h ან Cefepime 2 გ IV q8h) + Fluconazole 6 მგ/კგ IV qd	სიურობის შედეგად.	Vanco-სადმი ალერგია/აუტანლობა: Dapto 6-10 მგ/კგ IV qd IgE-განპირობებული ალერგია ზეტალაქტამებზე: Aztreonam 2 გრ IV q6h. ESBL- ან კარბაპენემოზ-მაპროდუცირებელი გრ- ბაცილებისთვის: მხოლოდ Colistin + (MER ან IMP)

ანამორფიკი არა/დინამორფი/ ორმოფორმული ბაქტერიები	ფილოგენიკი ტაქსონი	მედიკამენტოზური რეჟიმი*		დახმარება დიაგნოსტიკური ან თერაპიული ლორწოვანი და კონტაქტური
		ძირითადი	ალტერნატიული	
შაქრანი დიაბეტი და წითელი ქარი (იხილეთ „დიაბეტური“ ტერფი, გვერდი 33)	Strep. sp. (A, B, C და G გუგუები), Staph. aureus, Enterobacteria- ceae; ანაერობები	ადრეული მსუბუქი: TMP-SMX-DS 1-2 ტაბლეტი po bid + (Pen VK 500 მგ po qid ან cephalixin 500 მგ po qid). მძიმე დაავადებისა: IMP, MER, ERTA ან Dori IV + (linezolid 600 მგ IV/po bid ან vanco IV ან dapto 4 მგ/კგ IV q24h). დოზირებისათვის იხილეთ გვერდი 33, დიაბეტური ტერფი		ნაჩვენებია ჭრილობის დაუყოვნებელი ქირურგიული დამუშავება მანევროზირებული ფასციიტის გამოსარჩევად და კულტურების აღების მიზნით. სეპტიურ შემთხვევაში, გაზის გამოქვანებისათვის გადილეთ კიდურის რენტგენი. პროფილაქსია დამოკიდებულია სისხლმომარაგებაზე: შეფასეთ არტერიები. იხილეთ დიაბეტური ტერფი, გვერდი 33. მძიმე დაავადებისას, გამოიყენეთ ის რეჟიმი, რომელიც გამიზნულია აერობული გრამ-უარყოფითი ბაქტერიებისა და MRSA-სთვის.
წითელი ქარი მეორადი, ლიმფედემით (თანდაყოლილი = მილრის დაავადება); სარძევე ჯირკვლის ოპერაციის შემდგომი, ლიმფური კვანძების დისექციით	Streptococcus sp., A, C, G გუგუები	Benzathine pen G 1.2 მილიონი ერთეული IM q4 კვირაში ან Pen VK 500 მგ po bid ან Azitra 250 მგ po qd		ნაჩვენებია მხოლოდ მაშინ, როდესაც პაციენტს აქვს ცელულოზის ხშირი ეპიზოდები. ეფექტურობა აღწერილია კონტროლირებულ კლინიკურ კვლევაში (NEJM 368:1695, 2013).
ქერტილი (სებორეული დერმატიტი)	Malassezia sp.	Ketoconazole შამპუნი 2% ან სელენიუმის სულფიდი 2.5% (იხილეთ გვერდი 21, ქრონიკული გარეთა ოტიტი)		
მულტიფორმული ერითემა	H. simplex ტიპი 1, მიკოპლაზმა, Strep. pyogenes, პრეპარატები (სულფანილამიდები, phenytoin, penicillins)	მეურნალობა: Acyclovir , თუ გამოიწვევია H.simplex (Dermatology 207:349, 2003).		
კვანძოვანი ერითემა	სარკიოდოზი, ნაწლავის ანთებითი დაავადება, M. TBc, coccidioidomycosis, იერსინია, სულფანილამიდები, უიპლის დაავადება.	მეურნალობა: NSAID-ები; გლუკოკორტიკოიდები , თუ მეურნალობა. თუ შესაძლებელია, სწრაფად ამოიციანთ და უმკურნალოთ.		
ერთიანება	Corynebacterium minutissimum	ლოკალური ინფექცია: ადგილობრივი Clinda 2-3 x ყოველდღიურად x 7- 14 დღე	გავრცელებული ინფექცია: Clarithro 500 მგ po bid ან Erythro 250 მგ po bid x 14 დღე	დიაგნოსტიკა: ვუდის ლამპით მარჯნის წითელი ფლუორესცენცია. თუ ინფექცია შეზრუნდება, აუცი- ლებელია პროფილაქტიკური ანაზანები ანტიბაქტე- რიული საწინააღმდეგო ბენზილ პეროქსიდით დაზავება.
ფოლიკულიტი	S. aureus, candida, P. aeruginosa ხშირია	ძირითადად თვით ლიმიტირებადი, არ საჭიროებს მკურნალობას. შესაძლოა, გამოიყენებულ იქნას ტოპიკური mupirocin სტაფილოკოკისათვის და ადგილობრივი ანტიფუნგალური საშუალება კანდიდასათვის		
ფურუნკულოზი	Staph. Aureus	იხილეთ ფურუნკულოზი, გვერდი 126		

ანამორფიკი არამდინარე/ მოადინარეობადი ბარამონები	ფილოლოგია (თავალი)	მომთავარებელი რამონები*		დახმარა დინამორმონიკი ან თერაპიული ლონისონები და კომენტარები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
ჰერპეტიკული ზელოზური დაზიანებები				
ანამონში ზღვის კონტამინირებული წყლის აბრაზები ან ციროზული პაციენტის მიერ უმი ზღვის პროდუქტების მირთმევა	Vibrio vulnificus (CID 52:788, 2011; JAC 67:488, 2012)	Ceftriaxone 2 გრ IV q24h + (doxy ან Minocycline) 100 მგ IV/po bid	(CIP 750 მგ po bid ან 400 მგ IV bid)	ჰერპეტიკული ინფექცია გვხვდება ჯანმრთელ პირებში, ხოლო ზოგჯერ გვხვდება უმეტესად, ციროზულ პაციენტებში. პათოგენები: ღია ჰერპეტიკული ექსპოზიცია კონტამინირებულ ზღვის წყალთან. შესაძლოა, გამოიწვიოს მანევროზირებული ფასციტი (JAC 67:488, 2012). ჰერპეტიკული დამუშავება (Am J Surg 206:32, 2013).
Herpes zoster (ლიქენი): იხილეთ ცხრილი 14				

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* **შენიშვნა**: ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალურგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ლირებულუბას.

ცხრილი 1 (52)

ანამორფიკი პრეპარატი/ მოდიფიკირებადი ბაქტერიები	ფიზიოლოგიკი თვისებები	ფართოვებული რეჟიმი*		დაზნავე დანარჩენი პრეპარატი ან თერაპიული ლინკაგეტი და კომბინაცია
		ძირითადი	ალტერნატიული	
პანი (გაგრძელება)				
იმპეტეგო - ზავებები, სამედიკამენტო				
„თაფლის ქერქის“ მსგავსი დაზიანებები (არა ბულოზური). ექთიმასთან ახლოსაა. იწვევს კანის წყლულოვან დაზიანებებს	A ჯგუფის strep impetigo (იშვიათად Strept. sp. B, C ან G ჯგუფები); ქერქიანი დაზიანებები შესაძლოა იყოს Staph. aureus + streptococci. Staph. aureus შესაძლოა იყოს მეორადი კოლონიზატორი	Mupirocin-ის მალამო tid ან ფუზიდინის მკაცრ კრემი ¹⁵ 2%, x 5 დღე ან retapamulin-ის მალამო 1% bid x 5 დღე	ორალური ანტიბიოტიკების გამოყენება არ უნდა იყოს საჭირო	მეტა ანალიზში, რომელშიც გაერთიანებული იყო strep და staph impetigo, mupirocin-ს ჰქონდა განკურნების უფრო მაღალი ხარისხი, ვიდრე პლაცებოს. Mupirocin უმჯობესია ორალურ erythro-ზე. Erythro უმჯობესია, ვიდრე penicillin. რამდენიმე პლაცებო-კონტროლირებადი კვლევა. Ref: <i>Cochrane Database Systemic Reviews, 2004 (2): CD003261.</i> საზოგადოებაში შექმნილ MRSA-ს შორის USA-300 იზოლატების 46% ატარებს გენს, რომელსაც გააჩნია Mupirocin-ის მიმართ რეზისტენტობა (<i>Ln 367:731, 2006</i>).
ბულოზური (გასკდომის შემთხვევაში, თხელი პრიალა ქერქი)	Staph. aureus MSSA და MRSA: მტამები, რომლებიც გამოყოფენ ანტიბიოტიკებით A-ს.	MSSA-სთვის: po თერაპია შემდეგთან ერთად: dicloxacillin, oxacillin, cephalexin, AM-CL, კლინდამიცინი, ტრიმეტოპრიმ-სილვამეტოქსაზოლი ან mupirocin-ის მალამო ან retapamulin-ის მალამო	MRSA-სთვის: მუპიროცინის -ის მალამო ან po თერაპია TMP-SMX-DS, მინოციკლინი, დოქსიციკლინი, კლინდამიცინი	შენიშვნა: მაშინ, როცა Mupirocin-ის მიმართ რეზისტენტობა მატულობს, ექიმის დანიშნულების გარეშე შესაძლებელია, გამოყენებულ იქნას ანტიბიოტიკების სამმაგი მალამო (Neomycin, polymyxin B, Bacitracin), რომელიც რჩება აქტიური in vitro (<i>DMID 54:63, 2006</i>). ექთიმა: ინფექცია უფრო ღრმადია ეპიდერმისში, ვიდრე იმპეტეგოს დროს. შესაძლოა, საჭირო გახდეს პარენტრული penicillin. ცნობები სამედიკამენტო ეპიდემიოლოგიის შესახებ: <i>CID 48: 1213 და 1220, 2009</i> (კარგი გამოსახულებები).
		დოზირებისათვის, იხილეთ ცხრილი 10A		

ანამორფიკი არა/დინამორფი/ მოდოლიფორმირებადი ბაქტერიები	ამოქოლიზი ტიპი	შემთხვევითი რეჟიმი*		დახმარება დინამორფიკური ან თერაპიული ღონისძიებები და კომენტარები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
ინფიცირებული ჭრილობა, კიდური - ტრავმის შემდგომი (ნაკლები სიღრმის, იხილეთ გვერდი 123; პოსტ-ოპერაციული სისხლის, იხილეთ ქვემოთ) - გრამ-უარყოფითი				
მსუბუქი ან საშუალო სიმძიმის; გაურთულებელი; საჭიროების შემთხვევაში ქირურგიულად დაამუშავეთ ჭრილობა ფეხბრტყლიდან, სეფსისით-ჰოსპიტალიზირებული; საჭიროების შემთხვევაში ქირურგიულად დაამუშავეთ ჭრილობა	პოლიმიკრობული: S. aureus (MSSA და MRSA), აერობული და ანაერობული strep, Enterobacteriaceae, C. perfringens, Cl. tetani; წყალთან ექსპოზიციის შემთხვევაში, Pseudomonas sp., Aeromonas sp. Acinetobacter ჯარისკაცებში ერაყში (CID 47:444, 2008)	TMP-SMX-DS 1-2 ტაბლეტი po bid ან clinda 300-450 მგ po tid (იხილეთ კომენტარი)	Minocycline 100 მგ po bid ან linezolid 600 მგ po bid (იხილეთ კომენტარი)	კულტურა და მგრძნობელობა, შეღებუთ გრამის წესით. ტეტრასის ტოქსიკური, თუ არის ჩვენება. მსუბუქი ინფექცია: შემოთავაზებული პრეპარატები ფოკუსირებულია S. aureus და Strep-ის სახეობებზე. გრამ-უარყოფითი ბაცილებზე ექვსისა, დაუმატეთ AM-CL-ER 1000/62.5 2 ტაბლეტი po bid. თუ MRSA არის erythro-ზე რეზისტენტული, შესაძლებელია ჰეპიდეს ინფიცირებული რეზისტენტობა clinda-ს მიმართ. ცხელება - სეფსისი: სხვა ალტერნატივა არის linezolid 600 მგ IV/po q12h/ გრამ-უარყოფითი ბაცილისა და pen-ზე მიმდებარე ალერგიის შემთხვევაში, CIP 400 მგ IV q12h (q8h P. aeruginosa-ს შემთხვევაში) ან Levo 750 მგ IV q24h. რატომ 1-2 TMP-SMX? იხილეთ დისკუსია ცხრილი 6-ის ჩანაწერში 1 (MRSA).TMP-SMX, სავარაუდოდ, არაა აქტიური სტრეპტოკოკის სახეობების მიმართ.
ინფიცირებული ჭრილობა, პოსტ-ოპერაციული - გრამ-უარყოფითი: გრამ-დადებითი კოკებისთვის - იხილეთ ქვემოთ ქირურგია, არ მოიცავს კუჭ-ნაწლავისა და ქალის გენიტალურ ტრაქტს				
სეფსისის გარეშე (მსუბუქი, აუგვრილებელი)	Staph aureus, A, B, C ან G ჯგუფის strep sp.	TMP-SMX-DS 1 ტაბლეტი po bid	Clinda 300-450 მგ po bid	შეამოწმეთ ექსუდატის შტამი. გრამ-უარყოფითი ბაცილების შემთხვევაში, დაუმატეთ ზეტა-ლაქტამი/ზეტა-ლაქტამაზას ინჰიბიტორი: AM-CL-ER po ან (ERTA ან PIP-TZ ან TC-CL) IV.
სეფსისით (მიმდებარე, ფეხბრტყლი)		Vanco 15 მგ/კგ (ფაქტიური წონა) IV q8-12h (რათა შრატში მინიმალური კონცენტრაცია იყოს 15-20 მკგ/მლ)	Dapto 6 მგ/კგ IV q24h ან telavancin 10 მგ/კგ IV q24h	დოზირება იხილეთ გვერდზე 56. რატომ 1-2 TMP-SMX? იხილეთ დისკუსია ცხრილი 6-ის ჩანაწერში 1 (MRSA).TMP-SMX, სავარაუდოდ, არაა აქტიური სტრეპტოკოკის სახეობების მიმართ.

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* **შენიშვნა**: ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილობისთვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ღირებულებას.

ანამორფიკი არა/დიაგნოზი/ მოადინირობადი ბარამიზები	ამიოლოგია თავალუ	მომთავაზებელი რამიზები*		დამხმარე დიაგნოსტიკური ან თერაპიული ლორისიზები და კომენტარები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
ქირურგია, მოივას კუჭ-ნაწლავის ტრაქტს (პირ- ხახის, საყლაპავის ჩათვლით) ან ქალის გენიტალურ ტრაქტს - ცხელება, ნეიტროფილია	MSSA/MRSA, კოლიფორმები, ბაქტერიოიდები და სხვა ანაერობები	[PIP-TZ ან (P Ceph 3 + metro) ან DORI ან ERTA ან IMP ან MER] + (vanco 1 გრ IV q12h ან dapto 6 მგ/კგ IV q24h),თუ მძიმე პაციენტი. მსუბუქი ინფექცია: AM-CL-ER 1000/62.5 მგ 2 ტაბლეტი po bid + TMP-SMX-DS 1-2 ტაბლეტი po bid , თუ შედეგით გრამ-დადებითი კოკები. დოზირება იხილეთ ცხრილში 10A, გვერდი 215.		მკურნალობის ყველა ვარიანტისათვის იხილეთ პერიტონიტი, გვერდი 110. ყველაზე მნიშვნელოვანია ჭრილობის დრენირება და კულტურის მიღება. Vanco შესაძლებელია, ჩანაცვლდეს linezolid-ით. ზეტა-ლაქტამები შესაძლებელია, ჩანაცვლდეს CIP ან Levo-ით. რატომ 1-2 TMP-SMX? იხილეთ დისკუსია ჩანაწერში 1, ცხრილი 6 (MRSA).
მელნის სინერგიული განგრენა	იხილეთ მანკროზირებული ფასციიტი, გვერდი 135			

სხრილი 1 (53)

ანამორფიკი პრეპარატი/ მომწოდებლის სახელი	ამოქმედების თვე/წელი	გამოთვამავალი რეჟიმი*		დასახარი დიაგნოსტიკური ან თერაპიული ღონისძიებები და კომენტარები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
პან/ინფიციზი/ინფიციზი/ინფიციზი - გრამით შედგება უარყოფითი (გაერტელები)				
ინფიციზი/ინფიციზი/ინფიციზი - გრამით შედგება დადებითი: გრამ-დადებითი კოკები კლასტერები	S. aureus, შეილეზა MRSA	კულტურა და გერმონოლოგია; გასწვით და დადგენილი ჭრილობა ორალური: TMP-SMX-DS 1 ტაბლეტი po bid ან clinda 300-450 მგ po tid (იხილეთ კომენტარი)	IV: Vanco 15-20 მგ/კგ q8-12h ან dapto 4-6 მგ/კგ IV q24h ან ceftaroline 600 მგ IV q12h ან telavancin 10 მგ/კგ IV q24h	საჭიროა კულტურა და გერმონოლოგია, რათა ვერიფიცირდეს MRSA. სხვა CA-MRSA-ს po ვარიანტებია minocycline 10 მგ po q12h ან Doxy 100 მგ po bid (იფი) და linezolid 600 მგ po q12h (მგირი). თუ MRSA clinda-ზე გერმონოლოგია, მაგრამ erythro-ზე რეზისტენტული, ფრთხილად ინფიციზი/ინფიციზი clinda- რეზისტენტობასთან. ახლახანს FDA-მ დაამტკიცა Dalbavancin და Oritavancin კანისა და კანის სტრუქტურების მწვავე ზაქტერიული ინფექციების სამკურნალოდ.
მანევროზირებული ფასიციტი („ხორცის მჭამელი ზაქტერია“)				
ქირურგიის, ტრავმის ან კანის სტრუქტურული ინფექციების შემდგომი იხილეთ გაზოვანი განგრენა, გვერდი 108, და ტოქსიური შოკი, გვერდი 156. Ref: CID 44:705, 2007; NEJM 360:281, 2009.	5 ტიპი: (1) Strep sp., A, C, G ჯგუფები; (2) Clostridia sp.; (3) პოლიმიკრობული: აერობული + ანაერობული (თუ S. aureus + ანაერობული strep = მელენის სინერგიული განგრენა); (4) CA-MRSA; (5) K. pneumoniae (CID 55:930 და 946, 2012)	Clostridia-ს მკურნალობისათვის იხილეთ კუნთი, გაზოვანი განგრენა, გვერდი 108. პოლიმიკრობული ჭრილობის ინფექციების ტერმინოლოგია არ არის ზუსტი: მელენის სინერგიული განგრენას, ფორნიის განგრენას, მანევროზირებულ ფასიციტს აქვთ საერთო პათოფიზიოლოგია. ყველა მოთხოვნის სწრაფ ქირურგიულ დამუშავებას + ანტიბიოტიკებს. მანევროზირებული ფასიციტის დიაგნოსტიკა მოითხოვს გაკვეთას და ზონდირებას. თუ კანქვეშა ზონდირებით ფასიციტი შრის ჩართვით წინააღმდეგობა არ დაფიქსირდა, დიაგნოზი = მანევროზირებული ფასიციტი. საჭიროა გრამის წესით შედგება/ კულტურა, რათა დადგინდეს ეტიოლოგია: სტრუქტურული, კლოსტრიდია, პოლიმიკრობული ან S. aureus. მკურნალობა: Pen G სტრუქტურული ან კლოსტრიდიის შემთხვევაში; DORI ^{NA} , IMP ან MER პოლიმიკრობულის შემთხვევაში, დაუმატეთ vanco ან dapto, თუ ეჭვია MRSA-ზე. შენიშვნა: თუ მანევროზირებული ფასიციტი სტრუქტურულია, მისაღებად penicillin და clinda; თუ clostridia ± გაზოვანი განგრენა, penicillin-ს დაუმატეთ clinda (იხილეთ გვერდი 108). MRSA ref: NEJM 352:1445, 2005. იხილეთ ტოქსიური შოკის სინდრომი, სტრუქტურული, გვერდი 156.		
ნაჩხვლეტი ჭრილობა - ფრჩხილი, კბილის ჩხირი	წოგბუთის ფეხსაცმელი: P. aeruginosa	უცხო სხეულის მოსაშორებლად საჭიროა ქირურგიული დამუშავება და ტეტანუსის პროფილაქტიკა; ანტიბიოტიკ-თერაპია არ არის საჭირო.	ოსტეომიელიტი მხოლოდ 1-2%-ში ვითარდება ფეხისგულის ნაჩხვლეტი ჭრილობიდან. განიხილეთ x-ray, თუ არის რენტგენოკონტრასტული უცხო სხეულის არსებობის შანსი.	
სტაფილოკოკური დაფუჭებული კანის სინდრომი	ტოქსინის გამოვლინებული S.	Nafcillin ან oxacillin 2 გრ IV q24h (ავფიციზი: 150 მგ/კგ/დღე div. q6h) x 5-7 დღე MSSA-სთვის;		

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* **შენიშვნა:** ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზონდირებისათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ღირებულებას.

ანამორფიკი არა/დიაგნოზი/ მოდიფიკატორები ბაქტერიები	ფორმული (თავით)	გამოთავაზებული რეჟიმი*		დახმარე დიაგნოსტიკური ან თერაპიული ლაბორატორიები და კონსულტაციები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
PIDJ 19:819, 2000	aureus	vanco 15-20 მგ/კგ q8-12h (ბავშვები 40-60 მგ/კგ/დღე div. q6h) MRSA-სთვის.		დგინდება, რომ პრეპარატები იწვევენ ეპიდემიულ/დერმულ გახლეჩას, რომელსაც ეპიდემიური ტოქსიური ნეკროლიზი ეწოდება - უფრო მძიმეა.
კანის წყლულოვანი დაზიანებები: დიფტერეციალური დიაგნოსტიკა	განიხილეთ: ჯილეტი, ტულარემია, P. aeruginosa (ecthyma gangrenosum), შავი ჭირი, ბლასტომიკოზი, ობობა (იშვითად), mucormycosis, მიკოპლაქტერია, ლეიშმანია, YAWS, არტერიული უკმარისობა, ვენური სტაზი, და სხვ.			
დაწყლულებული კანი: ვერუსარტერიული უკმარისობა; ზეწოლა მეორადი ინფექციით (ინფიცირებული ნაწილი) შეუხორცელებელი, არაინფიცირებული წყლულები (AnIM 159:532, 2013).	პოლიმიკრობული: Streptococcus sp. (A, C, G ჯგუფები), enterococci, ანაერობული strep, Enterobacteriaceae, Pseudomonas sp., Bacteroides sp., Staph. aureus	მიმე ლოკალური პროცესი ან შეიძლება ბაქტერიემია: IMP ან MER ან DORI ან TC-CL ან PIP-TZ ან ERTA. გრამ-დადებითი კოკების შემთხვევაში დაუმატეთ Vanco	[(CIP ან Levo) + Metro] ან [(CFP ან Ceftaz) + Metro]. გრამ-დადებითი კოკების შემთხვევაში დაუმატეთ Vanco	თუ წყლული კლინიკურად ანთებითია, უმკურნალო IV, ადგილობრივი მკურნალობის გარეშე. თუ არ არის ანთებითი, საჭიროა ჭრილობის ქირურგიული დამუშავება, უცხო სხეულის მოცილება, საყრდენ კიდურებზე პირდაპირი ზეწოლის შემცირება და ფეხის აწევა (თუ არ არის არტერიული უკმარისობა). ბაქტერიების რაოდენობის შესამცირებლად, ადგილობრივი მკურნალობა: silver sulfadiazine 1% ან ანტიბიოტიკის მალამოს კომბინაცია. Chlorhexidine და povidone iodine-მა შესაძლოა ავნოს „ქსოვილის გრანულაციას“ - მოსარიდებელია. თუ ანთებითი არ არის, შეხორცება უკეთესია გასაბერ ლეიზზე, ცილით მდიდარი საკვების მიღებით, თერმული დასხივებით, ელექტრო-სტიმულაციით (AnIM 159:39, 2013).
აბაზანა: (ცხელი აბაზანა) ფოლიკულიტი	Pseudomonas aeruginosa	ძირითადად თვით ლიმიტირებადია, მკურნალობა არ ინიშნება		მოახდინეთ ცხელი აბაზანის დეკონტამინირება: წყლის გაშვება და ქლორირება. ასევე დაკავშირებულია ექსფოლიაციურ კოსმეტიკურ საშუალებასთან (ლოუას ღრუბელი). CID 38:38, 2004.
აბაზანა: ფრჩხილების სალონი, რბილი ქსოვილის ინფექცია	Mycobacterium (fortuitum ან chelonae).	Minocycline, doxy ან CIP		

მალენიხი. სპლენექტომიის შემდგომი პროფილაქტიკისათვის, იხილეთ ცხრილი 15A, გვერდი 423-425; სპლენექტომიის შემდგომი სეპტიკური შოკისათვის, იხილეთ ცხრილი 1, გვერდი 153. ვაქცინები: CID 58:309, 2014.

ანამორფიკი არა/დიაგნოზი/ მოაფიქრობადი ბარემოვები	მიოლოგია (თავლი)	გამოთავაზებული რემედი*		დაზნარე დიაგნოზიკარი ან თერაპიული ლორინძიბები და კომენტარები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
ელენთის აბსცესი ენდოკარდიტი, ბაქტერიემია	Staph. aureus, streptococci	Nafcillin ან Oxacillin 2 გრ IV q4h ან cefazolin 2 გრ IV q8h MSSA-ს შემთხვევაში	Vanco 15-20 მგ/კგ IV q8-12h (რათა შრატში მინიმალური კონცენტრაცია იყოს 15-20 მკლ/მლ)	Burkholderia (Pseudomonas) pseudomallei ელენთის აბსცესის ხშირი გამოწვევია სამხრ-აღმოსავლეთ აზიაში. ვლინდება ცხელებით და მარცხენა ფერდქვემა არემი ტკივილით. ძირითადი მკურნალობაა ანტიმიკრობული თერაპია და სპლენექტომია.
ინტრა-აბდომინალური კერიდან გავრცელებული	პოლიმიკრობული	უმკურნალები, როგორც მეორად პერიტონიტს, გვერდი 120		
იმუნოკომპრომისულები	Candida sp.	Amphotericin B (დოზირებისათვის იხილეთ ცხრილი 11, გვერდი 258)	Fluconazole, caspofungin	

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* **შენიშვნა**: ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის
ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას,
შეთავსებულობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ღირებულებას.

ცხრილი 1 (54)

ანამორფიკი არამდინარეობი/ მოთიფიქრებადი ბარამორფიკი	ეთიოლოგია (თავალი)	მომთავაზებელი რამონიკი		დამხმარე დინამოსთავიკი ან თერაპიული ღონისძიებები და კონფიდენცია
		ძირითადი	ალტერნატიული	
სინდრომი სინდრომი (ფაბრიკილარი/ფაბრიკილარი)				
გავრცელება ინფიქციებული ტიპით, რეკილით ან ტილით: ეპიდემიოლოგიური ანაწიწი გადამწვეტიკი. ზაბეზიოზს, ლაიმის დაავადებასა და ანაბაზმას (Ehrlichiosis) აქვთ ერთი და იგივე რეზერვუარი და ტკიპის ვექტორი.				
ზაბეზიოზი: NEJM 366:2397, 2012. არ უმკურნალოთ, თუ ასიმპტომურია, ახალგაზრდა ასაკია, აქვს ელენთა და იმუნოკომპეტენტური; ლიმფომის მქონე პაციენტებში შესაძლოა იყოს სასიკვდილო	ეტოლოგია: B. microti და სხვ. ვექტორი: ძირითადად იქსოდეს ტკიპები მტარებელი: თეთრ-ფეხიანი თავი და სხვები	[(Atovaquone 750 მგ po q12h) + (azithro 600 მგ po პირველ დღეს, შემდეგ 500-1000 მგ/დღე) x 7-10 დღე]. მიმე ინფექციისას [clinda 1.2 გრ IV bid ან 600 მგ po tid x 7 დღე + quinine 650 მგ po tid x 7 დღე. პედიტრიული დოზირება: Clinda 20-40 მგ/კგ/დღე და quinine 25 მგ/კგ/დღე]. სისხლის გადსხმა: იხილეთ კომენტარი		შვიდი დაავადება, სადავ პერიფერიული სისხლის ნაცხში შესაწმენვი პათოგენი: ფერიკული/ამერიკული trypanosomiasis; babesia; bartonellosis; filariasis; მალარია; განმეორებითი ცხელება. დიაგნოსტიკა: სისხლის ნაცხის გიმზას საღებავით შეღებვა; ანტისხეულების ტესტი. PCR, თუ ხელმისაწვდომია . მკურნალობა: მიმე დაავადების დროს სისხლის გადსხმა წარმატებულია, თუ გამოიყენებთ ადრეულად. თუ პაციენტი იმუნოკომპრომისულია, შესაძლოა, საჭირო გახდეს 6 ან მეტ კვირიაში მკურნალობა. ემეზე ლაიმისა და/ან ანაბაზმას კონფექციები.
ბართონელაზური ინფექციები: მიმოხილვა EID 12:389, 2006	ზაქტერიემია, B. quintana, B. Henselae	Doxy 100 მგ po/IV x 15 დღე		შესაძლოა, განვითარდეს ენდოკარდიტი და/ან ხუთ- დღიანი (სანგრის) ცხელება: აღმოჩენილია უსახლკაროებში, ალკოჰოლიკებში, განსაკუთრებით თუ აღენიშნებათ დატილიანება/ფეხის ტკივილი. ასიმპტომურობის გამო ხშირად ვერ ფიქსირდება.
კატის ნაკწრის დაავადება	B. henselae	Azithro 500 მგ po x 1 დოზა, შემდეგ 250 მგ/დღე po x 4 დღე. ან მხოლოდ სიმპტომური - იხილეთ ლიმფადენიტი, გვერდი 106: ძირითადად ლიმფადენიტი, პეპატიტი, სპლენიტი, FUD, ნეირორეტინიტი, განივი მიელიტი, ოკულო-გლანდულარული სინდრომი.		
ზაცილარული ანგიომატოზი; ღვიძლის პელოზი- ზიდის მქონე პაციენტები MMWR 58(RR-4):39, 2009; AAC 48:1921, 2004	B. henselae, B. Quintana	Erythro 500 მგ po qid ან Doxy 100 მგ po bid x 3 თვე ან მეტი. თუ ცნს ჩართულია: Doxy 100 მგ IV/po bid + RIF 300 მგ po bid	Azithro 250 მგ po დღეში ერთხელ x 3 თვე ან მეტი	არ გამოიყენოთ: TMP-SMX, CIP, Pen, Ceph. Bartonella-ს ინფექციების გამოვლინება: ავი/ზიდის პაციენტი: ბაცილარული იმუნოკომპეტენტური პაციენტი: ზაქტერიემია/ენდოკარდიტი/

ანამორფიკი არამ/ფინანსური/ მონაცემები/ მონაცემები/ მონაცემები	ფიზიკური/ მონაცემები	ფიზიკური/ მონაცემები		ფიზიკური/ მონაცემები
		ფიზიკური/ მონაცემები	ფიზიკური/ მონაცემები	
		CD4-ის რაოდენობის მიუხედავად 3-4 თვის შემდეგ შეწყვეტეთ თერაპია და დააკვირდით. თუ რეციდივი არ არის, სუ-პრესიული თერაპია არაა საჭირო. რეციდივის შემთხვევაში, doxy, azithro ან erythro x 3 თვე. შეწყვეტეთ, როდესაც CD4 >200 x 6 თვე.		ანგიომატოზი, ბაცილარული პელოზი, ბაქტერიემია/ ენდოკარდიტი/FUO, FUO/ენცეფალიტი, კატის ნაკარის დაავადება, ხერხემლის ოსტეომიელიტი, ზუთ-დღიანი სანგრის ცხელება, პარინოს ოკულო-გლანდულარული სინდრომი
ენდოკარდიტი (იხილეთ გვერდი 63) (Circ 111:3167, 2005; AAC 48:1921, 2004)	B. henselae, B. Quintana	ინფიცირებული სარქველის ქირურგიული მოცილება	საექვო ენდოკარდიტი Ceftriaxone 2 გრ IV დღეში ერთხელ x 6 კვირა + Gent 1 მგ/კგ IV q8h x 14 დღე + Doxy 100 მგ IV/po bid x 6 კვირა	Gentamicin-ის ტოქსიურობა: თუ აღინიშნება Gent ტოქსიურობა, შეცვალეთ RIF-ით 300 მგ IV/po bid x 14 დღე. განკურნებისთვის სარქველის მოშორების როლი უგნობია. ვლინდება, როგორც ქვემოთავე ბაქტერიული ენდოკარდიტი. დიაგნოსტიკა: გულის რენტგენოგრაფიული სარქველის ECHO, სეროლოგია და PCR.
ორიას ცხელება (მწვავე) და Verruga peruana (ქრონიკული) (AAC 48:1921, 2004)	B. bacilliformis	ორიას ცხელება: (CIP 500 მგ po bid ან Doxy 100 მგ po bid) x 14 დღე. ალტერნატივა: Chloro 500 მგ IV/po q6h + (ზეტა-ლაქტამი ან Doxy 100 მგ po bid) x 14 დღე	Verruga peruana: RIF 10 მგ/კგ po დღეში ერთხელ x 14 დღე ან Streptomycin 15-20 მგ/კგ IM/IV დღეში ერთხელ x 10 დღე ან Azithro 500 მგ po q24h x 7 დღე	ორიას ცხელება გავრცელდა ანდების მთებში ქინქლის კუნძულის შემდეგ. Bartonella-სთან დაკავშირებული (B. rochalimae) იწვევდა ბაქტერიემიას, ცხელებასა და სპლენომეგალიას (NEJM 356:2346 და 2381, 2007). Salmonella-ს მგორადი ინფექციების პრევენციის გამო CIP-სა და Chloro-ს ენიჭება უპირატესობა.
5-დღიანი ცხელება (FUO) (AAC 48:1921, 2004)	B. quintana	არა ენდოკარდიტი: Doxy 100 მგ po bid x 4 კვირა; თუ ენდოკარდიტი: Doxy + Gentamicin 3 მგ/კგ დღეში ერთხელ თერაპიის პირველ 2 კვირას (AAC 48:2921, 2004).	Doxy 100 მგ po bid x 4 კვირა; თუ ენდოკარდიტი: Doxy + Gentamicin 3 მგ/კგ დღეში ერთხელ თერაპიის პირველ 2 კვირას (AAC 48:2921, 2004).	ვექტორი-ტანის ტალი. არ გამოიყენოთ: TMP-SMX, FQ-ები, cefazolin ან Pen.

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* **შენიშვნა:** ყველა დოზირება რეკომენდებულია მოზრდილობათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისთვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ღირებულებას.

ცხრილი 1 (55)

ანამორფიკი პრემიანობი/ მომდევნოობა/ ბარამობა	აბიოლოგია (კავალი)	გომთაგამაბული რეომიი		დახმარა დინამოსთაპი ან თიარაიული ღონისძიებები და კომენარები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
სინდრომი სინდრომი (ფეხილურ/ფეხილური) (გაგრელები)				
Ehrlichiosis ³⁵ . CDC-ის განმარტებით - როცა ვლინდება ერთ-ერთი: (1) 4x IFA ანტისხეული, (2) PCR-ით სისხლში ან CSF-ში Ehrlichiosis DNA-ის დეტექცია, (3) შესაძლებელია მორულა WBC-ში და IFA $\geq 1:64$. ახალი სახეობები WI, MN-ში (NEJM 365:422, 2011).				
ადამიანის მონივრული ehrlichiosis (HME) (MMWR 55(RR-4), 2006; CID 43:1089, 2006)	Ehrlichia chaffeensis (Lone Star ტკიპა არის ვექტორი)	Doxy 100 მგ po/IV bid x 7-14 დღე	Tetracycline 500 მგ po qid x 7-14 დღე. ზავშეზიანების და ორსულთათვის არ არის კონკრეტული რეკომენდაციები.	30 შტატი: ძირითადად სამხრეთ-აღმოსავლეთის ხაზზე ნიუ-ჯერსიდან III-მდე, მისურამდე, ოკლაჰომამდე, ტენასამდე. ანამნეზში შენობის გარეთ საქმიანობა და ტკიპასთან ექსპოზიცია. აპრილი-სექტემბერი. ცხელება, გამოწყარი (36%), ლეიკოპენია და თრომბოციტოპენია. სისხლის ნაცხის კვლევა არ გამოდგება. ადრეული დიაგნოსტიკისათვის საჭიროა PCR.
ადამიანის ანაპლაზმოზი (წინათ ცნობილი, როგორც ადამიანის გრანულოციტური ehrlichiosis)	Anaplasma (Ehrlichia) phagocytophilum (Ixodes sp. ტკიპები არიან ვექტორები). ძაღლის ვარიანტი არის Ehrlichia ewingii (NEJM 341:148 და 195, 1999)	Doxy 100 მგ po/IV bid x 7-14 დღე	Tetracycline 500 მგ po qid x 7-14 დღე. არა ზავშეზიანება და ორსულებში. იხილეთ კომენტარი	ზემო შუა-დასავლეთი, ნებრასკა, დასავლეთი სანაპირო და ვეროა. ტკიპასთან ექსპოზიციის ანამნეზი. აპრილ-სექტემბერი. ფეხილური გრიპის-მაგარი ავადმყოფობა შენობის გარეთ საქმიანობის შემდეგ. არ ახასიათებს გამოწყარი. ლეიკოპენია/ თრომბოციტოპენია ხშირია. დიაგნოსტიკა: შემთხვევათა 80%-ს აქვს დადებითი სისხლის ნაცხი. დადასტურებისათვის აუცილებელია ანტისხეულების ტესტი. მკურნალობა: RIF აქტიურია in vitro (IDCNA 22:433, 2008), მაგრამ გასათვალისწინებელია რეზისტენტობის წარმოშობა. თუ Doxy არ არის ხელმისაწვდომი, Minocyclin-მა უნდა იმოქმედოს.
ლაიმის დაავადება 345:79 და 133, 2001). Ixodes-ის ნაკვეთი - ენდემურ კერაში დაინფიცირებული ტკიპა - პოსტექსპოზიციური პროფილაქტიკა	Borrelia burgdorferi IDSA-ს გაიდლაინები: CID 43:1089, 2006; CID 51:1, 2010 Western blot-ის დიაგნოსტიკური	თუ არის ენდემური ზონა, ირმის ტკიპის ნიმუში, ნახევრად სისხლსაცხე: doxy 200 მგ po x 1 დოზა საკვებთან ერთად	თუ არ არის ენდემური ზონა, არ არის ირმის ტკიპა, არ არის სისხლსაცხე: მკურნალობა არ არის საჭირო	პროფილაქტიკური კვლევა ენდემურ ზონაში: erythema migrans განვითარდა საკონტროლო ჯგუფის 3%-ს და doxy-ის ჯგუფის 0.4%-ს (NEJM 345:79 და 133, 2001).

ანამორფიკი არა/დინამიკი/ მოდოლიზირებადი ბარემოზები	ვიტოლოგია ტიპი	გამოთვალადი რეჟიმი*		დამხმარე დინამიკური ან თერაპიული ღონისძიებები და კომპონენტები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
ადრეული (erythema migrans) <i>იხილეთ კომენტარი</i>	კრიტერიუმი: IgM -საქირა 3 დადებითი კილოდალტონიდან (KD) 2: 23, 39, 41 IgG -საქირა 10 დადებითი KD-დან 5: 18, 21, 28, 30, 39, 41, 45, 58, 66, 93 საინტერესოა ორი დონის დიაგნოსტიკური მეთოდი: 1) სტანდარტული ლაიმის ELISA და თუ დადებითია; 2) C6 პეპტიდ ELISA. სენსიტიურობა/სპეციფიურობა უკეთესია. გამოყენებადი ევროპული შემთხვევებისათვის (CID 57:333&341, 2013)	Doxy 100 მგ po bid ან amoxicillin 500 მგ po tid ან cefuroxime axetil 500 მგ po bid ან erythro 250 მგ po qid. ყველა რეჟიმის ხანგრძლივობაა 14-21 დღე/ (10 დღე ისეთივე კარგია, როგორც 20: <i>AnIM</i> 138:697, 2003) <i>პედიატრიული დოზებისათვის იხილეთ კომენტარი</i> (Ceftriaxone 2 გრ IV q24h) ან (cefotaxime 2 გრ IV q4h) ან (Pen G 3 მილიონი ერთეული IV q4h) x 14-21 დღე (Doxy 100 მგ po bid) ან (amoxicillin 500 მგ po) tid x 14-21 დღე	<i>Doxy</i> (იხილეთ კომენტარი) 100 მგ po bid x 14-21 დღე ან amoxicillin 500 მგ po tid x 14-21 დღე. Ceftriaxone 2 გრ IV q24h x 14-21 დღე	დაფიქსირებულია azithro-თი და erythro-თი კლინიკური წარმატებულობის მაღალი სიხშირე (<i>Drugs</i> 57:157, 1999). პედიატრიული (ყველა po 14-21 დღე): Amox 50 მგ/კგ/დღე 3 გაყოფილ დოზად ან cefuroxime axetil 30 მგ/კგ/დღე 2 გაყოფილ დოზად ან erythro 30 მგ/კგ/დღე 3 გაყოფილ დოზად. დაზიანებები ძირითადად ჰომოგენური (<i>AnIM</i> 136:423, 2002). პირველი ხარისხის AV ბლოკად: ორალური რეჟიმი. ძირითადად თვითლიმიტირებადი. მაღალი ხარისხის AV ბლოკად (PR >0.3 წმ): IV თერაპია - მუდმივი პეისმეიკერი არ არის საჭირო. ლუმბალური პუნქციით (LP) გამოირიცხება ცენტრალური ნევროლოგიური დაავადება. თუ LP უარყოფითია, ორალური რეჟიმი კარგია. თუ LP პათოლოგიურია ან არ ჩატარდა, გამოიყენეთ პარენტერული Ceftriaxone.
სახის წერვის პარეზი (იზოლირებული, ადრეული)		Ceftriaxone 2 გრ IV q24h x 14-28 დღე	(Pen G 20 მილიონი ერთეული IV q24h div. დოზაში) ან (cefotaxime 2 გრ IV q8h) x 14-28 დღე	ენცეფალოპათია: მასხვოვობის დაქვეითება, დეპრესია, სომნოლენცია ან თავის ტკივილი, CSF პათოლოგიური. 89%-ს ჰქონდა CSF შეცვლილი. 18/18 პაციენტთან დაფიქსირდა გაუმჯობესება მკურნალობით: ceftriaxone 2 გრ/დღე x 30 დღე, (<i>JID</i> 180:377, 1999). არ არის იმის მტკიცებულება, რომ მკურნალობის გახანგრძლივებას პოსტ-ლაიმის სინდრომის დროს აქვს რაიმე დადებითი შედეგი (<i>Neurology</i> 69:91, 2007).
მენინგიტი, ენცეფალიტი <i>ენცეფალოპათიისათვის იხილეთ კომენტარი</i>				

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* **შენიშვნა:** ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ლიზებულობას.

ანამორფიკი არა/დინამორი/ მოდიფიკირებადი ბარამოვები	ეტიოლოგია ტავალუ	განმარტავადი რაქონი*		დამხმარე დინამორი/არა დინამორი ლორწინიები და კომბინაციები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
არტრიტი		(Doxy 100 მგ po bid) ან (amoxicillin 500 მგ po tid), ორივე x 30-60 დღე	(Ceftriaxone 2 გრ IV q24h) ან (pen G 20- 24 მილიონი ერთეული დღეში IV) x 14-28 დღე	დაიწყეთ 1 თვიანი თერაპიით; თუ პასუხი ნაწილობრივია, უმკურნალეთ მეორე თვესაც.
ორსულები		amoxicillin 500 მგ po tid x 21 დღე.	Pen-ზე ალტერნატი: (azithro 500 მგ po q24h x 7-10 დღე) ან (erythro 500 მგ po qid x 14-21 დღე). არჩევანი არ უნდა გაკეთდეს დოქსიციკლინზე	
ლაიმის დაავადების შემდგომი სინდრომები		არ არის მითითებული		მკურნალობას არ აქვს შედეგი (AJM 126:665, 2013; CID 51:1, 2010; AAC 58:6701, 2014; NEJM 345:85, 2001). კონსტრუქციული მიმოხილვა: CID 58:1267, 2014.

³¹ ენდემურ ზონაში (ნიუ-იორკი), ზრდასრული და პატარა ტკიპები მაღალ % -ში იყვნენ ინფიცირებული ანაპლაზმით (HE) და B. burgdorferi-ით (NEJM 337:49, 1997).

ანამორფიკი არა/დინამორფი/ მოდინამორფიკი ბაქტერიები	ეტიოლოგია (თავად)	მედიკამენტოზური რეჟიმი*		დახმარება დინამორფიკური ან თერაპიული ღონისძიებები და კომპლემენტები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
ტკიპის ნაკბენის ცხელება			(მსუბუქი დაავადებისას)	კანის ზოფისა და თანმიმდევრული ანტიცხელების ტესტი.
ტიფის ჯგუფი – განიხილე ტიფით გამოწვეული: ეპიდემიური (პარტახტიანი) ტიფი <i>Lnid 8:417, 2008.</i>	მოგზაურობიდან დაბრუნებულ ცხელებიან პაციენტებში <i>R. prowazekii</i> (ვექტორია ტილის ტანი ან თავი)	Doxy 100 მგ IV/po bid x 7 დღე; ერთჯერადი 200 მგ დოზა 95%-ში ეფექტურია.	Chloro 500 მგ IV/po qid x 5 დღე	Brill-Zinsser დაავადება (<i>Ln 357:1198, 2001</i>) არის მეორე მსოფლიო ომის დროს შეძენილი ტიფის რეციდივი. გამოწვეულია ტანზე (64%) ვრცელდება ცენტრიდანულად – RMSF–ის საპირისპიროდ. ტიფით გამოწვეული ტიფი არის ზამთრის დაავადება. დიაგნოსტიკა ხდება სეროლოგიით. <i>R. Prowazekii</i> ნაპოვნია სამხრეთ-აღმოსავლეთ აშშ–ში მფრინავ ციყვებში. აუცილებელია ინფიცირებული პაციენტის ტანისამოსის ტილებისაგან გაწმენდა. გამოწვეულია აღინიშნება 20–54%-ში. მკურნალობის გარეშე პაციენტთა უმეტესობა გამოჯანუცდებიან. 2 კვირაში. მკურნალობა აჩქარებს გამოჯანუცდებებს. დიაგნოსტიკა ეფუძნება ექვს; დასტურდება სეროლოგიურად.
ვირთავასნიერი ტიფი (კატის რწყილის ტიფი): <i>EID 14:1019, 2008</i>	<i>R. typhi</i> (რეზერვუარია ვირთხა, ვექტორია - რწყილი): <i>CID 46:913, 2008</i>	Doxy 100 მგ IV/po bid x 7 დღე	Chloro 500 მგ IV/po qid x 5 დღე	გამოწვეულია აღინიშნება 20–54%-ში. მკურნალობის გარეშე პაციენტთა უმეტესობა გამოჯანუცდებიან. 2 კვირაში. მკურნალობა აჩქარებს გამოჯანუცდებებს. დიაგნოსტიკა ეფუძნება ექვს; დასტურდება სეროლოგიურად.
ცუცუგამუში	<i>O. tsutsugamushi</i> [რეზერვუარია მღრღნელი; ვექტორია ტერმიტები ლარვის სტადიაში (chiggers)]	Doxy 100 მგ IV/po bid x 7 დღე. ორსულებში: Azithro 500 მგ po x 1 დოზა	Chloro 500 მგ po/IV qid x 7 დღე	აზიის წყნარი ოკეანის რეგიონი. ენდემურ ზონაში იქვეით დიაგნოზი. დადასტურებული სეროლოგიით. თუ ექვია doxy – რეზერვუარიაზე, ალტერნატიული საშუალებებია Doxy + RIF 900 ან 600 მგ დღეში ერთხელ (<i>Ln 356:1057, 2000</i>) ან Azithro 500 მგ q24h (<i>AAC 58:1488, 2014</i>)
ტულარემია, ტიფოზური ტიპი ბიოტერორიზმი: <i>იხილე JAMA 285:2763, 2001; ID Clin No Amer 22:489, 2008; MMWR 58:744, 2009.</i>	<i>Francisella tularensis</i> . (ვექტორია დამოკიდებულია გეოგრაფიულ მდებარეობაზე; იდენტიფიცირებულია ტკიპები, მკბნარა ზღუბები, კოლეები)	საშუალო/მიმდებ: [(Gentamicin ან tobra 5 მგ/კგ/დღე div. q8h IV) ან (Streptomycin 10 მგ/კგ IV/IM q12h)] x 10 დღე	მსუბუქი: [CIP 400 მგ IV (ან 750 მგ po) bid ან Doxy 100 მგ IV/po bid] x 14-21 დღე	დიაგნოსტიკა: დათესვა ცისტინით გამდიდრებულ ნიადაგზე და სეროლოგია. სახიფათოა ლაბორატორიული მუშაობა. პემატოგენური მენინგიტი გართულებულია: მკურნალობა შემდეგია – Streptomycin + Chloro 50–100 მგ/კგ/დღე IV გაყოფილი 4 დოზად (<i>Arch Neural 66:523, 2009</i>).

მხრილი 1 (57)

ანამორფიკი პარამეტრები/მორფოლოგიური მახასიათებლები	ეტიოლოგია (თავალი)	ფართოვებული რეჟიმი*		დახმარა დიაგნოსტიკური ან თერაპიული ღონისძიებები და კომენტარები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
სისხშირული სინდრომები (ფეხილური/ფეხილური) (გაგრძელება)				
სხვა ზოონოზური სისტემური ბაქტერიული ცხელებით მიმდინარე დაავადებები: ყურადღებით გამოიკითხეთ ეპიდემიოლოგიური ანამნეზი ბრუცელოზი				
NEJM 352:2325, 2005; CID 46:426, 2008; MMWR 57:603, 2008; BMJ 336:701, 2008; PLoS One 7:e32090, 2012.	B. abortus - საქონელი B. suis – ღორი B. melitensis – თხა B. canis - ძაღლები	არა ფოკალური დაავადება: [Doxy 100 მგ po bid x 6 კვირა + Gent 5 მგ/კგ დღეში ერთხელ პირველ 7 დღეს ----- სმონდილიტი, საკრილიტი: [Doxy + Gent (როგორც ზემოთ) + RIF] x მინიმუმ 3 თვე ----- ნეირობრუცელოზი: [Doxy + RIF (როგორც ზემოთ) + ceftriaxone 2 გრ IV q12h სანამ CSF არ დაუბრუნდება ნორმას (AAC 56:1523, 2012) ----- ენდოკარდიტი: ქირურგიული ჩარევა + [(RIF + Doxy + TMP-SMX) x 1-1/2-დან 6 თვემდე + Gent 2-4 კვირა (CID 56:1407, 2013) ----- ორსულობა: არ არის საკმარისი მონაცემები. RIF 900 მგ po დღეში ერთხელ x 6 კვირა	(Doxy 100 მგ po bid + RIF 600-900 მგ po დღეში ერთხელ) x 6 კვირა. ნაკლებად ოპტიმალურია: CIP 500 მგ po bid + (Doxy ან RIF) x 6 კვირა ----- [CIP 750 მგ po bid + RIF 600-900 მგ po დღეში ერთხელ) x მინიმუმ 3 თვე ----- ორსულობა: TMP-SMX-მა შესაძლოა, გამოიწვიოს კერნიქტერუსი, თუ იღებს ორსულობის ბოლო კვირამში.	ძვლის დაზიანება, განსაკუთრებით საკრილიტის სახით 20-30%-ში. ნეირობრუცელოზი: ძირითადად მენინგიტი. ბრუცელოზით დაავადებულ პაციენტთა 1%-ში. გაურკვეველია კორტიკოსტეროიდების როლი; არ არის რეკომენდებული. ენდოკარდიტი: იშვიათია, მაგრამ სიკვდილის ძირითადი გამომწვევია. საჭიროა ქირურგიული ჩარევა + ანტიმიკრობული პრეპარატები. ორსულობა: TMP-SMX-მა შესაძლოა, გამოიწვიოს კერნიქტერუსი, თუ იღებს ორსულობის ბოლო კვირამში.
ლეპტოსპირიზი (CID 36:1507 და 1514, 2003; Lnid 3:757, 2003)	Leptospira – შინაური საქონლის,	მძიმე ავადმყოფობა: Pen G 1.5 მილიონი ერთეული IV q6h ან ceftriaxone 2 გრ q24h.	მსუბუქი ავადმყოფობა: (Doxy 100 მგ IV/po q12h ან 500 მგ po tid x 7 დღე	სხვადასხვა სიმძიმის . მსუბუქი ანტიტერული დაავადებიდან მძიმე იქტერულ დაავადებამდე (ვიეილის დაავადება) თირკმლის უკმარისობითა

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* **შენიშვნა** : ყველა დოზირება რეკომენდებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალურგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ლიზებულობას.

ანამორფიკი არა/დინამორფი/ მოადინორმირებადი ბაქტერიები	ეტიოლოგია ტიპური	შემოთავაზებული რაიმეგანი*		დახმარე დიაგნოსტიკური ან თერაპიული ღონისძიებები და კონტრაბი
		ძირითადი	ალტერნატიული	
	მაღლეჩისა და პატარა მღრღნელების შარდში	ხანგრძლივობა: 7 დღე		და მიოკარდიტით. ALTI/AST არ აჯარბებს ნორმას 5-ჯერ უფრო მეტად. მკურნალობა: Azithro 1 გრ ერთხელ, შემდეგ 500 მგ ყოველდღიურად x 2 დღე; სტანდარტული დოზის დოქსიციკლინთან შედარებით ნაკლებად ეფექტური არ არის, და უფრო ცოტა გვერდითი მოვლენა აქვს (AAC 51:3259, 2007). იარიშ-ჰექსაიმერის რეაქცია შესაძლოა განვითარდეს პენიცილინით თერაპიის შედეგად.
სალმონელა ზაქტერიემა S. typhi-ის გარდა სხვა -არა ტიფოიდური	Salmonella enteritidis - სხვადასხვა სეროტიპები ცხოველური წყაროებიდან	თუ არ არის შემენილი აზიაში: (CIP 400 მგ IV q12h ან Levo 750 მგ po დღეში ერთხელ) x 14 დღე (იხილეთ კომენტარი)	თუ შემენილია აზიაში: Ceftriaxone 2 გრ IV q24h ან Azithro 1 გრ po x 1 დოზა, შემდეგ 500 მგ po დღეში ერთხელ x 5-7 დღე. მგრძნობელობის განსაზღვრამდე ფტორქინოლონები არ გამოიყენოთ (იხილეთ კომენტარი)	In vitro რეზისტენტობა ნალიდიქსის მგვაზე მიუთითებს ფტორქინოლონების მიმართ შედარებით რეზისტენტობაზე. ზაქტერიემით შესაძლოა დაინფიცირდეს ნებისმიერი ორგანო/ქსოვილი: ემბეტი ათეროსკლეროზული აორტის ინფექცია, ნამგლისებრ უჯრედოვანი ანემიით დაავადებულბში- ოსტეომიელიტი. მკურნალობის ხანგრძლივობა მერყეობს 14 დღიდან (იმუნოკომპეტენტურ პირებში) ჰ6 კვირამდე, თუ მიკოზური ანევიზმა ან ენდოკარდიტია. ალტერნატიული საშუალებები, თუ მგრძნობიარეა: TMP-SMX 8-10 მგ/კგ/დღე (TMP კომპონენტი) გაყოფილი 3 დოზად. CLSI-მა დაადგინა ციპროფლოქსაცილის მიმართ მგრძნობელობის ახალი ზღვრული ინტერპრეტაციული მაჩვენებელი: მგრძნობიარე შტამებისთვის MIC < 0.06 მკგ/მლ (CID 55:1107, 2012).

ცხრილი 1 (58)

ანამორფიკი არამორფიკი/ მოდერნიზებული ბაქტერიები	ეტიოლოგია (თავალი)	ფაქტორული რეზისტენცია*		დაზიანება ფიზიოლოგიური ან ტერაპიული ღონისძიებით და კომპენსაცია
		ძირითადი	ალტერნატიული	
სისხლძვარი სინდრომები (ფაქტორული/ფაქტორული) (გაგრძელება)				
სხვადასხვა სისტემური ცხელების სინდრომები მოგზაურობიდან დაბრუნებული ცხელება (NEJM 354:119, 2006; COID 20:449, 2007).	დენგე	Flavivirus	დამზარე თერაპია; <i>იხილეთ ცხრილი 14A, გვერდი 350</i>	საშუალო ინკუბაციური პერიოდი არის 4 დღე; სეროდიფინსტიკა.
	მალარია	Plasmodia sp.	დიაგნოსტიკა: პერიფერიული სისხლის სქელი წვეთი	<i>იხილეთ ცხრილი 13A, გვერდი 321</i>
	ტიფოიდური ცხელება	Salmonella sp.	<i>იხილეთ ცხრილი 1, გვერდი 145</i>	საშუალო ინკუბაციური პერიოდი 7-14 დღე; დიარეა 45%-ში.
კავასაკის სინდრომი 6 კვირიდან 12 წლამდე ასაკი, პიკური მაჩვენებელი 1 წლის ასაკში; 85%-ში 5 წლის ასაკზე ქვემოთ. <i>Pediatrics 124:1, 2009.</i>	მწვავე თვით-ლიმფიტოზური ვასკულიტი ↑ ტემპერატურით, გამონაყრით, კონიუნქტივით, სტომატით, ცერვიკალური ადენიტით, წითელი ხელების/ფეხები და კორონარული არტერიის ანევრიზმებით (25%, თუ არ არის ნამკურნალები)	IVIG 2 გრ/კგ 8–12 სთ-ის განმავლობაში x 1 + ასპირინი (ASA) 20–25 მგ/კგ qid შემდეგ ასპირინი 3–5 მგ/კგ/დღე po q24h x 6-8 კვირა	IVIG-ის პირველი დოზის შემდეგ თუ ცხელება ისევ ფიქსირდება, ზოგი მთელი დოზის ნიშნავს. იაპონიაში: IVIG + prednisolone 2 მგ/კგ/დღე . გააგრძელები სტეროიდების დანიშვნა მანამ, სანამ CRP 15 დღით არ იქნება ნორმალური (<i>Lancet 379:1571, 2012</i>).	პაციენტებში დაავადების მე–10 დღემდე IV გამაგლობულინით (2 გრ/კგ 10 სთ-ის განმავლობაში) მკურნალობის დაწყებამ შეამცირა კორონარული არტერიის დაზიანებები (<i>Ln 347:1128, 1996</i>). <i>IVIG-ის გვერდითი მოვლენებისათვის, იხილეთ ცხრილი 14A, გვერდი 350</i> ზავებებში IVIG-თერაპიის შემდეგ 11+თვე უნდა მოიცადოთ, სანამ ჩავატარებთ ცოცხალი ვაქცინებით აცრას.
რეტროვირული ცხელება, მწვავე <i>Ln 366:155, 2005</i>	A ჯგუფის სტრეპტოკოკური ფარინგიტის (არა B, C ან G ჯგუფები) შემდგომი	(1) სიმპტომების შემსუბუქება: ასპირინი 80–100 მგ/კგ/დღეში ზავებებში; 4–8 გრ/დღეში მოზრდილებში. (2) A ჯგუფის სტრეპტოკოკის ირადიკაცია: Pen x 10 დღე (<i>იხილეთ ფარინგიტი, გვერდი 114</i>). (3) დაიწყეთ პროფილაქტიკა: <i>იხილეთ ქვემოთ</i>		

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* **შენიშვნა:** ყველა დოზირება რეკომენდებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ლიზებულობას.

ანამორფიკი არა/დინამიკი/ მოდერნიზებული ბაქტერიები	ეტიოლოგია ტიპური	გამოთავაზებული რეჟიმები		დახმარება დინამიკის/არა/დინამიკი/ მოდერნიზებული ბაქტერიების დროშის/არა/დინამიკი/ მოდერნიზებული ბაქტერიების
		ძირითადი	ალტერნატიული	
პროფილაქტიკა პირველადი პროფილაქტიკა: <i>S. pyogenes</i> -ით გამოწვეული ფარინგიტის მკურნალობა მეორადი პროფილაქტიკა (წინათ დაფიქსირებული რეგისტრირებული ცხელება)	Benzathine pen G 1.2 მილიონი ერთეული IM (იხილეთ ფარინგიტი, გვერდი 114)	პენიცილინი 10-დღიანი მკურნალობა თავიდან აგვარიდებს რეგისტრირებული ცხელებას მაშინაც კი, როცა ვიწყებთ დაავადების დაწყებიდან მე-7–9 დღეს (იხილეთ გვერდი 113) ალტერნატიული საშუალება: Penicillin V 250 გრ po bid ან sulfadiazine (sulfisoxazole) 1 გრ po q24h ან erythro 250 მგ po bid. ხანგრძლივობა? არ არის კარდითი: 5 წელი ან 21 წლამდე, რომელსაც უფრო მეტი დრო დასჭირდება; კარდითი გულის რეზიდუალური დაავადების გარეშე: ბოლო შეტევიდან 10 წელი; კარდითი რეზიდუალური სარქველვანი დაავადებით: ბოლო შეტევიდან 10 წელი ან 40 წლამდე, რომელსაც უფრო მეტი დრო დასჭირდება (PIDS 96:758, 1995).		
ტიფოიდური სინდრომი (ტიფოიდური ცხელება, ენტერული ცხელება) გლობალური მგრძნობელობის შედეგები: CID 50:241, 2010. მკურნალობა: BMJ 338:b1159 & b1865, 2009.	Salmonella typhi, S. paratyphi A, B, C და S. choleraesuis. შენიშვნა: ნალიდიქსის მგავზე in vitro რეზისტენტობა წინასწარმეტყველებს CIP-ის (FQ-ები) კლინიკურ წარუმატებლობას. აზიაში შემთხვევითი ემპირიული FQ-ები. საჭიროა მგრძნობელობის შედეგები. AAC 54:5201, 2010; BMC ID 5:37, 2005	თუ არ არის აზიაში შემთხვევითი: (CIP 400 მგ IV q12h ან Levo 750 მგ po/IV q24h) x 7-10 დღე. (იხილეთ კომენტარი) ბავშვებში, azitro 10მგ/კგ ერთხელ დღეში x 7 დღე (AAC 51:819, 2007).	თუ შემთხვევითი აზიაში: (Ceftriaxone 2 გრ IV ყოველდღიურად x 7-14 დღე) ან (Azithro 1 გრ po x 1 დოზა) შემდეგ 500 მგ po ყოველდღიურად x 5-7 დღე) ან (Chloro 500 მგ po/IV q6h x 14 დღე) (იხილეთ კომენტარი)	დექსამეტაზონი: მიმე პაციენტებში გამოიყენეთ: პირველი დოზა ანტიბიოტიკებამდე, 3 მგ/კგ IV, შემდეგ 1 მგ/კგ q6h x 8 დოზა. გართულებები: თემოს ნაწლავის ტერმინალური ნაწილის და/ან ჰია დანამატის პერფორაცია, ოსტეომიელიტი, სეპტიური ართრიტი, მიკოზური ანეგროზა, მენინგიტი, ჰემატოგენური პნევმონია. ფოტოქინოლოგები, მათ შორის Gati, რჩება მკურნალობის საუკეთესო ვარიანტად, თუ მტარს მგრძნობიარე (BMJ 338:b1159&1865, 2009; LntD 11:445, 2011). CLSI-მა დაადგინა ციპროფლოქსაცინის მიმართ მგრძნობელობის ახალი ზღვრული ინტერპრეტაციული მაჩვენებელი: მგრძნობიარე შტამებისთვის, MIC < 0.06 მკ/მლ (CID 55:1107, 2012).

სექსის: შემთავაზებული ემპირიული თერაპია ენიშნება პაციენტს, რომელსაც აქვს ბაქტერიემია; ემსავსება ვირუსულ, სოკოვან, რიკეტიულ ინფექციებს და პანკრეატიტს (Intensive Care Medicine 34:17, 2008; IDC No Amer 22:1, 2008).

ნეონატალური – ადრეული გამოვლინება <1 კვირის პერიოდში	B ჯგუფის სტრეპტოკოკი, E. coli, კლესილა, ენტერობაქტერია, Staph. aureus (ზმირი), ლისტერია	AMP 25 მგ/კგ IV q8h + cefotaxime 50 მგ/კგ q12h	(AMP + gent 2.5 მგ/კგ IV/IM q12h) ან (AMP + ceftriaxone 50 მგ/კგ IV/IM q24h)	უმნიშვნელოვანესია სისხლის კულტურების აღება, მაგრამ დადებითი მხოლოდ 5–10%-ში. 72 სთ-ის შემდეგ შეწყვიტეთ ანტიბიოტიკების გამოყენება, თუ კულტივაციის შედეგებით და მიმდინარეობით ვერ მყარდება დიაგნოზი. ესპანეთში ლისტერია
--	---	--	--	---

ანამორფიკი არა/დინამიკი/ მოდერნიზებული ბაქტერიები	ეტიოლოგია (თავალი)	გამოთვალადი რაოდენობა*		დაზიანება დინამიკური ან თერაპიული ღონისძიებები და პოზიტიურობა
		ძირითადი	ალტერნატიული	
	(აშშ-ში იშვიათი)			პრედომინირებს; სამხრეთ ამერიკაში – სალმონელა. თუ არის B ჯგუფის სტრეპტოკოკის ინფექცია + მძიმე ბეტა-ლაქტამური ალერგია, ალტერნატივები: erythro და clinda; ცნობილია clinda-ის 38%-იანი და erythro-ის 51%-იანი რეზისტენტობის შესახებ (AAC 56:739, 2012).
ნეონატალური – გვიანი გამოვლინება 1-4 კვირის პერიოდში	როგორც ზემოთ + H. influenzae და S. epidermidis	(AMP 25 მგ/კგ IV q6h + cefotaxime 50 მგ/კგ q8h) ან (AMP + ceftriaxone 75 მგ/კგ IV q24h)	AMP + gent 2.5 მგ/კგ q8h IV ან IM	თუ არსებობს MSSA/MRSA ეჭვი – დაუმატეთ vanco.

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* შენიშვნა: ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ღირებულებას.

ხსრილი 1 (59)

ანამორფიკი არამორფიკი/ორამორფიკი ბარამორფიკი	ფორმული (ფორმული)	ფორმული რეჟიმი		ფორმული რეჟიმი ან ფორმული რეჟიმი
		ფორმული	ფორმული	
სინდრომი სინდრომი (ფორმული რეჟიმი/ფორმული რეჟიმი)				
ბავშვი; არა ნეიტროპენიური	Strep. pneumoniae, meningococci, Staph. aureus (MSSA და MRSA), H. influenzae ამჟამად იშვიათია	(Cefotaxime 50 მგ/კგ IV q8h ან ceftriaxone 100 მგ/კგ IV q24h) + vanco 15 მგ/კგ IV q6h	Aztreonam 7.5 მგ/კგ IV q6h + linezolid	S. pneumoniae და CA-MRSA წარმოადგენს შემოტევის მთავარ საფასს. უნდა ფარავდეს გრამ-უარყოფითი ბაცილებსაც, თუმცა H. influenzae-ს ინფექციები ამჟამად იშვიათია. მენინგოკოკემიის სიკვდილობის მაჩვენებელი რჩება მაღალი (Ln 356:961, 2000).
მოზრდილები; არა ნეიტროპენიური; არ არის ჰიპოდენიტი, მაგრამ სინდრომი/სინდრომი სინდრომი – სეპტიკური შოკისთვის იხილეთ გვერდი 154				
წყარო უცნობა – განიხილეთ პირველადი ბაქტერიემია, წყარო ინტრა-აბდომინალური ან კანიდან. შესაძლებელია, სიცოცხლისთვის საბიფათო ფოს. რაც უფრო სწრაფია და ეფექტური ემპირიული ანტიბაქტერიული მკურნალობა, გადარჩენის მაჩვენებელი მით უფრო მაღალია (CCM 38:1045 და 1211, 2010).	აერობული გრამ-უარყოფითი ბაცილები; S. aureus; სტრეპტოკოკები და სხვა	(IMP ან MER) + vanco] ან (PIP-TZ + vanco) თუ ESBL- და /ან კარბაპენემაზ-მპროდუცირებული გრამ-უარყოფითი ბაცილებია. ემპირიული თერაპია კლინიკური სინდრომის გარეგანად და კულტივაციის შედეგის მიღებამდე: დაბალი პრევენტობა: Vanco + PIP-TZ მაღალი პრევენტობა: Colistin + (IMP ან MER) იხილეთ ცხრილი 5B, გვერდი 184 დოზირებები - ჩანაწერი ³² კოლისტინის კომბინაციური დოზირებისთვის, იხილეთ ცხრილი 10A, გვერდი 215	(Dapto 6 მგ/კგ IV q24h) + (cefepime ან PIP-TZ ან TC-CL)	სისტემური ანთებითი პასუხის სინდრომი (SIRS): ჩამოთვლილიდან 2 ან მეტი: 1. ტემპერატურა >38°C ან <36°C 2. გულსისხლძარღვების სიხშირე >90 / წუთში. 3. სუნთქვის სიხშირე >20 / წუთში 4. WBC >12,000 მკ ან >10% ჩიზობირთვიანი სეფსისი: SIRS + დოკუმენტირებული ინფექცია (+ კულტურა) მიზე სეფსისი: სეფსისი + ორგანოთა დისფუნქცია: ჰიპოტენზია ან ჰიპოპრეზიული პათოლოგიები (ლაქტატ-აციდოზი, ოლიგურია, $\downarrow$ მენტალური სტატუსი) სეპტიკური შოკი: სეფსისი გამომწვეული ჰიპოტენზია (სისტოლური BP <90 mmHg) არ ექვემდებარება 500 მლ IV სითხის გადასხმას + პერიფერიული ჰიპოპრეზიული. თუ საეჭვო ენტეროკოკები, metro-ს რეჟიმებს დაამატეთ ampicillin ან vanco.
ბილიარულ კრავი ეჭვის შემთხვევაში (იხილეთ გვერდი 36)	Enterococci + აერობული გრამ-უარყოფითი ბაცილები	PIP-TZ ან TC-CL	Ceftriaxone + metro ან (CIP ან Levo) + metro. დოზირებისთვის იხილეთ ჩანაწერი ³²	
საზოგადოებაში შემთხვევაში პნევმონიის შემთხვევაში (იხილეთ -გვერდი 90 და მომდევნო გვერდები)	S. pneumoniae; MRSA, Legionella, გრამ-უარყოფითი ბაცილები, სხვა	(Levo ან moxi) + (PIP-TZ) + Vanco	Aztreonam + (Levo ან moxi) + linezolid	CAP-ის სხვადასხვა კატეგორია, იხილეთ გვერდი 90 დასაწყისში. შემთავაზებული რეჟიმები გათვალისწინებულია ყველაზე მძიმე CAP-სთვის, მაგ.: MRSA გრამის შემდგომ ან Klebsiella

ანამორფიკი არა/დინამიკური/ მოადინორობადი ბაქტერიები	ეტიოლოგია ტიპური	შემოთავაზებული რეჟიმები*		დახმარება დინამიკური/ან თერაპიული ღონისძიებები და კომპონენტები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
				pneumonia ალკოპოლიკებში.
აგრესიული IV ნარკოტიკის გამოყენების შემთხვევაში	S. aureus	MRSA მაღალი პრევალენტობის შემთხვევაში – vanco. არ გამოიყენოთ ემპირიული vanco + oxacillin მიკროორგანიზმის იდენტიფიკაციის მოლოდინში. In vitro nafcillin ზრდის CA-MRSA-ს ტოქსინების გამოუმუშავებს (JID 195:202, 2007). დოზირებები – ჩანაწერი ³²		
ინტრაბადონალური წყაროზე ექვსი შემთხვევაში	აერობული და ანაერობული გრამ-უარყოფითი ბაქტერიების ნარევი	იხილეთ მეორადი პერიტონიტი, გვერდი 110		
პეტექიური გამონაყარის შემთხვევაში	მენინგოკოქცემია	Ceftriaxone 2 გრ IV q12h (სანამ არ დარწმუნდებით, რომ მენინგიტი არ არის); განიხილეთ კლდინანი მთის ლაქვანი ცხელება – იხილეთ გვერდი 154		
საშარდე წყაროზე ექვსი შემთხვევაში, მაგ. პიელონეფრიტი	აერობული გრამ-უარყოფითი ბაქტერიები და ენტეროკოკი	იხილეთ პიელონეფრიტი, გვერდი 78		
ნეიტროპენია: ბავშვები ან მოზრდილები (ასოლუტური PMN რიცხვი <500 მმ ³ -ზე) სიმსივნით და ტრანსპლანტირებულ პაციენტებში. გაიძლიან: CID 52:427, 2011 (ჰოსპიტალური პაციენტები); J Clin Oncol 31:794, 2013 (ამბულატორიული პაციენტები)				
პროფილაქტიკა (J Clin Oncol 31:794, 2013)				
ქიმიოთერაპიის შემდგომ - მოსალოდნელი ნეიტროპენია	ანემოციტა (PCP), Viridans strep	იმ პაციენტებისთვის, რომელთაც მოსალოდნელია, რომ ნეიტროფილები < 100 გაუხანგრძლივდებათ 7 დღეზე მეტ ხანს, განიხილეთ Levo 500-750 მგ po q24h. მწვავე ლეიკემიით დაავადებულებთან, რომლებიც გადიან ინტენსიურ ინდუქციას, დაამატეთ ფლუკონაზოლი 400 მგ q24h. მწვავე მიელოიდური ლეიკოზით (AML) და მიელოდისპლაზიური სინდრომით (MDS) დაავადებულებში გახანგრძლივებული ნეიტროპენიით, განიხილეთ ფლუკონაზოლი 200 მგ tid (N Engl J Med 356:348, 2007).		
ალიგენური ღეროვანი უჯრედების გადანერგვის შემდგომ	აერობული გრამ-უარყოფითი ბაქტერიები, ანემოციტა ↑ რისკი, ჰერპეს ვირუსები, კანდიდა, aspergillus	TMP-SMX (vs PCP) + acyclovir (vs HSV/VZV) + CMV- ს წინასწარი მონიტორინგი +ჰოსპონაზოლი (vs სოკო)		
		აუტოლოგიური თმის ღეროვანი უჯრედების ტრანსპლანტაციის (HST) შემთხვევაში, არც აქტიური პროფილაქტიკა და არც CMV სკრინინგი არ არის რეკომენდებული. კარგია Fluc + TMP-SMX და აციკლოვირი		

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* **შენიშვნა:** ყველა დოზირება რეკომენდებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოგებულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ღირებულებას.

³² **P Ceph 3** (cefotaxime 2 გრ IV q8h, სიცოცხლისათვის საფრთხის შემთხვევაში q4h; ceftizoxime 2 გრ IV q4h; ceftriaxone 2 გრ IV q24h), **AP Pen** (piperacillin 3 გრ IV q4h, ticarcillin 3 გრ IV q4h), **TC-CL** 3.1 გრ IV q4h, **PIP-TZ** 3.375 გრ IV q4h ან 3.375 გრ q8h-ის 4 სთ-იანი ინფუზია, **Aminoglycosides** (*იხილეთ ცხრილი 10D, გვერდი 248*), **AMP** 200 მგ/კგ/დღე გაყოფილი q6h, **clinda** 900 მგ IV q8h, **IMP** 0.5 გრ IV q6h, **MER** 1 გრ IV q8h, **ERTA** 1 გრ IV q24h, **DORI** 500 მგ IV q8h (1 სთ-იანი ინფუზია), **Nafcillin** ან **oxacillin** 2 გრ IV q4h, **aztreonam** 2 გრ IV q8h, **metro** 1 გრ დამტვირთველი დოზა, შემდეგ 0.5 გრ q6h ან 1 გრ IV q12h, **vanco** 1 გრ IV q12h, **ceftazidime** 2 გრ IV q8h, **[Cefepime** 2 გრ IV q12h (q8h თუ ნეიტროპენიურია), **cefpirome**^{NUS} 2 გრ IV q12h, **levo** 750 მგ IV q24h, **linezolid** 600 მგ IV q12h.

სხრილი 1 (მე)

ანამორფიზი არა/დიაგნოზი/ მოდიფიკაცია/ ბარამოვანი	ეიოლოგია (თავალი)	ფიოთაფაზა/რეიმოი		დახზარა დიაგნოზი/არა ან თერაპიული ლონსიძობა ან კონსტრუქტი
		ძირითადი	ალტერნატიული	
სინდრომი/ სინდრომი/ ფიზიოლოგიკი/ფიზიოლოგიკი/ფიზიოლოგიკი (გაგრძელება)				
ემპირიული თერაპია – ცხელებითი ნეიტროპენია ($\geq 38.3^{\circ}\text{C}$ >1 სთ-ის განმავლობაში ან მდგრადი $>38^{\circ}\text{C}$ და ნეიტროფილების ასოლუტური რიცხვი <500 უჯრედი/მკმ) (IDSA გაიდლაინები: CID 52:427, 2012). (ამულატორიული პაციენტები: J Clin Oncol 31:794, 2013)				
დაბალი რისკის მოზრდილები <7 დღის ნეიტროპენია, არა თანმხლები დაავადებები, შეუძლია po პრეპარატების მიღება	აერობული გრამ-უარყოფითი ბაცილები, Viridans სტრეპტოკოკი	CIP 750 მგ po bid + AM-CL 875/125 მგ po bid. უმკურნალეთ მანამ, სანამ ნეიტროფილების რიცხვი გახდება >1000 უჯრედი/მკმ	უმკურნალეთ, როგორც ამულატორიულ პაციენტს, რომელსაც ექნება 24/7 სთ წვდომა პოსპიტალიზირებული პაციენტების მსგავს მზრუნველობაზე, იმ შემთხვევაში, თუ: არ არის ფოკალური ცვლილებები, არა ჰიპოტენზია, არა COPD, არა სოკოვანი ინფექცია, არა დეჰიდრატაცია, ასაკი 16-60 წელი; მოტივირებული და დამყოლი პაციენტი და ოჯახი. თუ პენიცილინზე ალერგია, AM-CL ნაცვლად. შესაძლოა, დაინშოს clinda 300 მგ po qid.	
მაღალი რისკის მოზრდილები და ზეგზავნი (>7 დღე სრული ნეიტროპენია, აქტიური თანმხლები დაავადებები)	აერობული გრამ-უარყოფითი ბაცილები; P. aeruginosa-ს ჩათვლით; ცეფალოსპორინ-რეზისტენტული viridans სტრეპტოკოკი; MRSA	ემპირიული თერაპია: CFP, IMP, MER, DORI, ან PIP-TZ. დამატებით განიხილეთ vanco, როგორც ქვემოთაა	კომბინირებული თერაპია: Viridans სტრეპტოკოკების პენიცილინის, ცეფალოსპორინებისა და FQ-ების მიმართ მზარდი რეზისტენტობა (CID 34:1469 და 1524, 2002). რა ხდება იმ შემთხვევაში, თუ დაფიქსირდა IgE-განპირობებული მიმეზი ბეტა-ლექტამური ალერგია? Aztreonam + Tobra. კვლევები: სისხლის, შარდის, CXR, სხვა დამატებითი ტესტები სიმპტომების მიხედვით. დაბალი ზღურბლია კტ კვლევისთვის. თუ კულტურა ნეგატიური რჩება, ხოლო პაციენტი ავებრილურია, უმკურნალეთ, სანამ ნეიტროფილების ასოლუტური რაოდენობა ≥ 500 უჯრედი/მკმ.	
დოზირებები: ჩანაწერი ³² და ცხრილი 10B				
ჩართეთ ემპირიულად vanco, თუ არის: საექმო ცენტრალური ვენის კათეტერ-ასოცირებულ ინფექცია, მიმეზი მუკოზიტი, რბილი ქსოვილის ინფექცია, პოსტნატალური ასაკი ან ჰიპოტენზია				
შეუპოვარი ცხელება და ნეიტროპენია 5 დღიანი ემპირიული ანტიბაქტერიული თერაპიის შემდეგ – იხილეთ CID 52:427, 2011.				
კანდიდას სახეობები, aspergillus, VRE, რეზისტენტული GNB	დაუმატეთ ან (casprofungin 70 მგ IV პირველ დღეს, შემდეგ 50 მგ IV q24h ან Micafungin 100 მგ IV q24h ან Anidulafungin 200 მგ IV x 1 დოზა, შემდეგ 100 მგ IV q24h) ან voriconazole 6 მგ/კგ IV q12h x	კონვენციური amphotericin B იწვევს უფრო მაღალ ცხელებას, ნეფროტოქსიურობას და ნაკლებად ეფექტურია; ვიდრე ლიპიდ-ფუმიანი amphotericin B; casprofungin და voriconazole უფრო ტოლერ-		

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* შენიშვნა: ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილითათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ღირებულებას.

ანამორფიკი არა/დინამორფი/ მოდოფორმული ბაქტერიები	ფიქოლოგია ცხველს	გამოთვალვადი რაოდენობა		დაზნარე დინამორფიკი ან თერაპიული ღონისძიება ან კონტროლი
		ძირითადი	ალტერნატიული	
		2 დოზა, შემდეგ 4 მგ/კგ IV q12h		რანტული და ალბათ, უფრო მეტად ეფექტური, ვიდრე ლიპიდ-ფუზიანი amphotericin B (NEJM 346:225, 2002 და 351:1391 და 1445, 2005).

შოკის სინდრომი

სეპტიკური შოკი: ცხელება და ჰიპოტენზია, ბაქტერიემული შოკი, ენდოტოქსიური შოკი

მიზნები:

1. ეფექტური ანტიბიოტიკები
2. სითხეების გადასხმა
3. ვაზოაქტიური პრეპარატები, თუ საჭიროა
4. კერის კონტროლი

Ref: Chest 145:1407, 2014; NEJM 369:840, 2013; CCM 188:77, 2013

ბაქტერიემია აერობული გრამ-უარყოფითი ბაქტერიით ან გრამ-დადებითი კოკით გამოწვეული

სეფსისის კომპლექსური მკურნალობა სიკვდილობის შესამცირებლად (AJRCCM 188; 2013)

- ჰემოკულტურა და შრატის ლაქტატი
- ეფექტური ანტიბიოტიკოთერაპიის დაწყება:
 - უცნობია კერა და იმუნიტა MDR GNB: PIP-TZ დაVanco
 - უცნობია კერა, მაგრამ MDR GNB-ს მალე პრეველენტობა: colistin + (IMP ან MER)
- IV კრისტალიდები 20-40 მლ/კგ ჰიპოტენზიის ან მაღალი ლაქტატისთვის; ჯოზი ლაქტატური რინგერები (Anim 161:347 & 372, 2014)
- თუ სითხეების შემდეგ ჰიპოტენზია გრძელდება, ნორადრენალინი
- ბაქტერიემიის კერის აღმოჩენისა და კორექციის მცდელობა
- ლაქტატის, ცენტრალური ვენური წნევის (მიზანი: ≥ 8 სმ H₂O) და ვენური O₂-ის (მიზანი: $\geq 70\%$) მონიტორინგი
- დაბალი სასიცოცხლო ტევადობის (6მლ/კგ) მექანიკური ვენტილაცია (NEJM 369:2126, 2013)
- ტრანსფუზია, თუ ჰემატოკრიტი <30% (NEJM 371:1381, 2014)
- იხილეთ კომენტარები

- ჰიდროკორტიზონი სტრესული დოზებით: 100 მგ IV q8h, თუ არტერიული წნევა ისევ დაბალია სითხეებისა და ერთი ვაზოპრესორის შემდეგ (AJRCCM 185:135, 2012). წარმატებულია მძიმე შოკის დროს (CCM 42:333, 2014).
- ინსულინით მკურნალობა: ამჟამად გლუკოზის მიზნობრივ დონედ მიღებულია 140–180 მგ/დლ. მკაცრი კონტროლის (80–110 მგ/დლ) შედეგად მივიღეთ გადაჭარბებული ჰიპოგლიკემია (NEJM 363:2540, 2010).
- დროული ეფექტური ანტიბაქტერიული თერაპიის გავლენა (CCM 38:1045 & 1211, 2010)
- კარბაპენემაზ-მაროდუციტიკები K.pneumoniae-ს ბაქტერიემია: დაბალი სიკვდილობა, თუ დავნიშნავთ: კარბაპენემი + პოლიმიქსინი (AAC 58:2322, 2014)
- პაციენტთა ის რაოდენობა, რომელსაც სჭირდება ადექვატური ანტიმიკრობული თერაპია, რომ გადარჩეს სიკვდილს ერთი პაციენტი, არის 4 (CCM 42:2342 & 2444, 2014).

ანამორფიკი არა/დინამორფი/ მოდინამორფიკი ბაქტერიები	ეტიოლოგია (თავითი)	შემოთავაზებული რეჟიმები*		დახმარე დინამორფიკი ან თერაპიული ღონისძიებები და კომენტარები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
სეპტიკური შოკი: სპლენექტომიის შემდგომი ან ფუნქციური ასპლენია ასლენიური პაციენტების მოვლა: <i>NEJM 371:349, 2014</i>	<i>S. pneumoniae</i> , <i>N. meningitidis</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>Capnocytophaga</i> (DF-2)	არა ძალის ნაკვეთი: Ceftriaxone 2 გრ IV q24h (თუ მენინგიტია ↑ 2 გრ q12h–მდე) ძალის კბენის შემდეგ: (PIP-TZ 3.375 გრ IV q6h ან MER 1 გრ IV q8h) + Clinda 900 მგ IV q8h	არა ძალის ნაკვეთი: (Levo 750 მგ ან Moxi 400 მგ) ერთხელ დღეში IV q24h	Howell-Jolly–ის სხეულები პერიფერიულ სისხლის ნაცხში ადასტურებს ფუნქციური ელენთის არ არსებობას. მძიმე DIC–ის შემდეგად ხშირად გვხვდება თითების სიმეტრიული პერიფერიული განგრენა . პროფილაქტიკისათვის იხილეთ ცხრილი 15A, გვერდი 423. კაცინებო CID 58:309, 2014.

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* **შენიშვნა**: ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის
ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალურგიას, ფარმაკოკინეტიკას,
შეთავსებლობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ლიზებულებას.

ცხრილი 1 (B1)

ანამორფიზი არაქონიანობა/მრავლობითობა/ბარემობა	ფილოგენიკი თვალთ	ფორმალური რეჟიმი		ფარმაცეუტიკული ან თერაპიული ლინკაგენი და კომბინაცია
		ძირითადი	ალტერნატიული	

სინდრომი სინდრომი (ფარმაცეუტიკული/ფარმაცეუტიკული/ფარმაცეუტიკული სინდრომი) (გარეგანი)

ტოქსიური შოკის სინდრომი (TSS), Clostridium sordellii

კლინიკური სურათი: შოკი, კაპილარული გაჟონვა, ჰემოკონცენტრაცია, ლეიკემოიდური რეაქცია, ანემიური CID 43:1436 და 1447, 2006.	Clostridium sordellii - ჰემორაგიული და ლეტალური ტოქსინები	სითხეები, penicillin G 18-20 მილიონი ერთეული დღეში div. q4-6h + clindamycin 900 მგ IV q8h. ჭრილობის ქირურგიული დამუშავება საკანმო მნიშვნელობისა.	გვხვდება სხვადასხვა შემთხვევებში, როდესაც იქმნება ანაერობული ქსოვილი, მაგ, ნარკოტიკების გამოყენებისას, მშობიარობის შემდეგ. ცნობილია რამდენიმე სიკვდილის შემთხვევა აბორტის გამოწვევი მიფერისტონის (RU486) და მისოპროსტოლის რეჟიმების გამოყენების შემდეგ (NEJM 363:2540, 2010). 2001-2006წ. სტანდარტული სამედიცინო აბორტი იყო: po მიფერისტონი და შემდეგ ვაგინალური მისოპროსტოლი. 2006წ-ის შემდეგ ჩართო ლოყის მისოპროსტოლი ვაგინალურის ნაცვლად და დამატა პროფილაქტიკური Doxy, რამაც TSS-ის დრამატული შემცირება გამოიწვია (NEJM 361:145, 2009). თუ WBC >50,000/მკვ, სიკვდილიანობა დაახლოებით 100%-ია.
---	---	---	---

ტოქსიური შოკის სინდრომი, სტაფილოკოკური. მიმოხილვა: Lnid 9:281, 2009

ტოქსინის მაროდუციერებელი S. aureus-ით კოლონიზაცია: ვაგინის (ტამპონთან დაკავშირებული), ქირურგიული/ტრავმული ჭრილობების, ენდომეტრიუმის, დამწვრობების	S. aureus (ტოქსინით გამოწვეული ტოქსიური შოკი)	(Nafcillin ან oxacillin 2 გრ IV q4h) ან (თუ MRSA, vanco 15-20 მგ/კგ IV q8-12h) + Clinda 600-900 მგ IV q8h + IVIG (დოზირება კომენტარში)	(Cefazolin 1-2 გრ IV q8h) ან (MRSA-ს შემთხვევაში, vanco 15-20 მგ/კგ IV q8-12h ან dapto 6 მგ/კგ IV q24h) Clinda 600-900 მგ IV q8h + IVIG (დოზირება კომენტარში)	IVIG მისაღება (იხილეთ სტრუქტურული TSS) – დოზა 1 გრ/კგ პირველ დღეს, შემდეგ 0.5 გრ/კგ მე-2 და მე-3 დღეს – ანტიტოქსინური ანტისხეულები ჩნდება. თუ ეჭვია TSS-ზე, „გააჩერეთ“ ტოქსინის გამოთქმა კლინიკური ცნობილია linezolid -ის ეფექტურობა (JID 195:202, 2007). MRSA –ს ნაფილინით ექსპოზიციის შემდეგ გაიზარდა ტოქსინის in vitro გამოთქმა: JID 195:202, 2007.
---	---	---	---	--

ტოქსიური შოკის სინდრომი, სტრუქტურული. შენიშვნა: ტოქსიური შოკის გარეშე მიმდინარე მანკროზირებელი ფასციიტისათვის, იხილეთ გვერდი 135. Lnid 9:281, 2009.

დაკავშირებული ინფაზიური დაავადებებისა, მაგ.: წითელი ქარი,	A, B, C და G ჯგუფის Strep. pyogenes, B ჯგუფის strep: EID	(Pen G 24 მილიონი ერთეული დღეში IV გაყოფ. დოზება) + (clinda	Ceftriaxone 2 გრ IV q24h + clinda 900 მგ IV q8h	განმარტება: A ჯგუფის სტრუქტურული ინფაზიური, პიოტენზია და ≥2 ფაქტორი შემდეგიდან: თირკმლის ფუნქციის გაუარესება, კოაგულოპათია,
---	--	---	---	--

ანამორფიკი არქიტექტონიკა/ მოდულიზაცია/ბაზალური მოდულიზაცია	მოდულიზაცია (თავის)	მოდულიზაცია/რეგულირება		დახმარება დიფერენციალური ან თერაპიული ლოკალიზაცია და კონტროლი
		მოდულიზაცია	რეგულირება	
მანეროზირებული ფსიქოტიკი; ჩუტყვავილას მეორადი სტრუქტურული ინფექცია. ცნობილია მეორადი TSS-ის შესახებ (NEJM 335:547 და 590, 1996; CID 27:150, 1998).	15:223, 2009.	900 მგ IV q8h) პროსპექტული ობსერვაციული კვლევა (CID 59:358, 366&851, 2014) მოუთხოვს: - Clinda ამცირებს სიკვდილობას - IVIG შესაძლოა ეფექტური იყოს: 1გრ/კგ პირველ დღეს, შემდეგ 0.5 მგ/კგ მე-2, მე-3 დღეს - მეორადი შემთხვევების სიხშირე მაღალია ოჯახური კონტაქტების დროს		დვილის ჩართვა, ARDS, გენერალიზებული გამონაყარი, რბილი ქსოვილის ნეკროზი. დაკავშირებულია ინვაზიურ დაავადებასთან. ქირურგიული ჩარევა ძირითადად სავალდებულოა. ადრეული მკურნალობის მიუხედავად სიკვდილიანობა ფსიქოტიკთან არის 30–50%– მიუხედავად - 80% (CID 14:2, 1992). Clinda ✚ ტოქსინის გამოუმუშავებას. NSAID-ის გამოყენებამ, შესაძლებელია, წარმოშვას TSS– სადმი განწყობა. მიზეზთა გამო pen G, შესაძლოა, წარუმატებელი იყოს S. pyogenes-ის ელვისებური ინფექციებისათვის (იხილეთ JID 167:1401, 1993).
ტოქსინისმიერი სინდრომები – გართულების გარეშე ცხელდება არ ფიქსირდება ბოტულიზმი (CID 41:1167, 2005. როგორც ბიოლოგიური იარაღი: JAMA 285:1059, 2001; www.bt.cdc.gov)				
საკვებით გამოწვეული შემოსვლის დისპნეა ცუდი ნიშნა (CID 43:1247, 2006)	Clostridium botulinum	ყველა ტიპისათვის: სასიცოცხლო ფუნქციებზე მეთვალყურეობა; სხვა სახის მოვლა თუ არ არის ილუსი, კუჭ- ნაწლავის ტრაქტის გაწმენდა ადამიანის ბოტულიზმი იშვითგლობულინი (BIG) IV, ერთჯერადი დოზები. არ გამოიყენოთ ცხენის ანტიტოქსინი.	პეპტალებული ცხენის შრატის ანტიტოქსინი არ ანტიბიოტიკები: შესაძლოა ნაწლავში დაშლის C. botulinum და ↑ ტოქსინის დატვირთვა	ანტიბიოტიკული პრეპარატები: შესაძლოა დამამძიმოს ჩვილის ბოტულიზმი. არ არის გამოცდილი ჩვილობის ბოტულიზმში. გამოყენებისას, pen G 10–20 მილიონი ერთეული დღეში ჩვეულებრივი დოზაა. თუ ადგილი აქვს გართულებებს (ანემონია, UTI), მოერიდეთ ანტიბიოტიკულ პრეპარატებს, რომლებიც კავშირში არიან ნეირომუსკულარულ ბლოკადისთან, მაგ. ამინოგლიკოზიდები, tetracycline, პოლიმიქსინები დიფერენციალური დიაგნოსტიკა: გილენ–ბარე, myasthenia gravis, ტიპისმიერი დამბლა, ორგანოფოსფატებით ინტოქსიკაცია, დასავლეთ ნილოსის ვირუსი.

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* **შენიშვნა:** ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის
ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას
შეთავსებლობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ღირებულებას.

ანამორფიკი არქ/დიაგნოზი/ ფორმირებადი ბარბოზები	ფიქსირება თვითმართ	განმარტავადი რაზონები*		დაზნაბი დიაგნოზიკური ან თერაპიული ლორწინები და კომენტარები
		ქირიტადი	ალტერნატიული	
ქრილობა		ქრილობის ქირურგიული დამუშავება და ანაერობული კულტურები. ადგილობრივად ანტიტოქსინების გამოყენების მნიშვნელობა არ არის დამტკიცებული. ანტიბიოტიკების როლი არ არის გამოცდილი.	ტრივალენტური ცხენის ანტიტოქსინი	ქრილობის ბოტულიზმი შესაძლოა, გამოწვეული იყოს tar heroin-ის სპორებით კონტამინაციით. CID 31:1018, 2000. თავველზე ზიანალიზით ვერ მოხერხდა ტოქსინის ამოცნობა პაციენტთა 1/3-ში (CID 48:1669, 2009).

ანამორფიკი არა/დიაბნოზი/ მოდიფიკირებადი ბარაბროზები	ეტიოლოგია (თავალი)	ჯანმრთელობის რეზიზიზი*		დახმარება დიაბნოზიკური ან თერაპიული ღონისძიებები და კომპლექსები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
აღმოჩენა, რომ თქვენს ვენის გამოყენებისას, განსაკუთრებით, როდესაც BMI არის >28.4, ინფექციის რისკი/თრომბოზი ↑ (JAMA 299:2413, 2008) იხილეთ კომენტარები	ვიდრე პერიფერიული ვენის კულტურა.	მცდელობა. 7–10 დღიანი თერაპიის შემდეგ 80% განკურნება. მხოლოდ სისტემური ანტიბიოტიკებით, რეციდივის მაღალი სიხშირე (CID 49:1187, 2009).	თუ <i>leuconostoc</i> ან <i>lactobacillus</i> არის <i>vanco</i> –ზე რეზისტენტული, საჭიროა <i>Pen G</i> , <i>AMP</i> ან <i>Clinda</i> .	კათეტერმა შესაძლოა ↓ დაინფიცირების რისკი; კამათი აქტუალურია (CID 37:65, 2003 და 38:1287, 2004 და 39:1829, 2004). აქვს თუ არა ზარმაცის ზაზს დაინფიცირებისაკენ მეტი მიდრეკილება, ვიდრე ლავირექსს ან შიგნითა საულულს? მეტა-ანალიზმა აჩვენა, რომ მათ შორის განსხვავება არ არის (CCM 40:2479, 2012). თუმცა მრავალმა ფაქტორმა შესაძლოა გავლენა მოახდინოს დასკვნაზე (Am J Kid Dis 40:832, 2002). თუ კანქვეშა ტუნელი (გვირაბი) დაინფიცირებულია, განკურნების ძალზედ დაბალი სიხშირეა; აუცილებელია კათეტერის მოცილება. სიფიზილუა საჭირო თრომბოზებული ჰემოდიალიზის კათეტერებში ფარული ინფექციის გამო. გამოვლენა ხდება ინდიუმით სკანირებით (Am J Kid Dis 40:832, 2002).
ტუნელირებული ვენური კათეტერი და პორტები (Broviac, Hickman, Groshong, Quinton), ორ არხიანი ჰემოდიალიზური კათეტერი (Permacath). პრევენცია იხილეთ ქვემოთ	Staph. epidermidis, Staph. aureus, (Candida sp.). იშვიათად: <i>leuconostoc</i> ან <i>lactobacillus</i> - ორივე რეზისტენტულია <i>vanco</i> –ზე (იხილეთ ცხრილი 2, გვერდი 164) (დაეგნოსტიკა, იხილეთ ზემოთ)	[<i>Vanco</i> + (<i>Cefepime</i> ან <i>Ceftaz</i>) ან (<i>Vanco</i> + <i>Pip-Tazo</i>) ან <i>IMP</i> ან [(<i>Cefepime</i> ან <i>Ceftaz</i>) + <i>Aminoglycoside</i>]. (დოზირება იხილეთ ჩანაწერებში ^{26, 32} , გვერდი 112 და 152).	მირითადად დაკავშირებულია სეპტიურ თრომბოფილიტთან: სოკოს გამოსარიცხად საჭიროა ვენის მოღვსა. სოკოვანის შემთხვევაში, ქირურგიული ამოკვეთა + <i>amphotericin B</i> . ქირურგიული დრენირება, ლიგატურის დადება ან მოცილება ხშირად დაინშნული.	
ჰიპერალიმენტაცია	იგივე, რაც ტუნელის ტიპის დროს, <i>Candida</i> sp. ხშირია (ცხრილი 11, რეზისტენტული <i>Candida</i> -ს სახეობები)	<i>Candida</i> -ს შემთხვევაში, <i>voriconazole</i> ან <i>echinocandin</i> (<i>anidalfungin</i> , <i>micalfungin</i> , <i>caspofungin</i>), თუ კლინიკურად სტაბილურია. დოზირება: იხილეთ ცხრილი 11B, გვერდი 282.	მოაცილეთ ვენური კათეტერი და თუ შესაძლებელია, შეწყვიტეთ ანტიბიოტიკული საშუალებები. რეკომენდირებულია ოფთალმოლოგიური კონსულტაცია. უმკურნალო ცვლა მაიკინტს რომელთაც დადებითი კულტურა აქვთ. იხ. ცხრილი 11A, <i>Candidiasis</i> , გვერდი 275	
ინტრავენური ლიპიდური ემულსია	Staph. Epidermidis <i>Malassezia furfur</i>	<i>Vanco</i> 1 გრ IV q12h <i>Fluconazole</i> 400 მგ IV q24h	შეწყვიტეთ ინტრალიპიდი.	

სხრილი 1 (გვ)

ანამორფიკი არამორფიკი/ორმორფიკი/ბარმორფიკი	ფიზიკური თვისებები	ფორმალური რეჟიმი*		დახმარა ფორმალური ან თერაპიული ღონისძიებები და კომპლექსი
		ძირითადი	ალტერნატიული	
სისხლძარღვოვანი/IV კატეტერის (ხაზის) ინფექცია (გაგრძელება)				
გრძელვადიანი IV ხაზის ინფექციის პრევენცია CID 52:1087, 2011	ინფექციის რისკის შესამცირებლად: ხელის დაზანა და 1. კატეტერის ჩასმისას მაქსიმალური სტერილური ბარიერი 2. კანის ანტისეპტიკისათვის გამოიყენეთ >0.5% ქლორპექსიდილის წყენი 3. #1 და 2 მანიპულაციების მიუხედავად თუ ინფექციის ხარისხი მაღალია, გამოიყენეთ ან ქლორპექსიდილი/ვერცხლის სულფადაზინით ან მინოციკლინი/რიფამპინით გაუქმეთ კატეტერი ან „ჩამკეტი“ ხსნარები (იხილეთ კომენტარი). 4. თუ შესაძლებელია, გამოიყენეთ ლავიწვემა ვენა, მოერიდეთ ბარდაყის სისხლძარღვებს. საუფრო ვენაში ინფექციის შექრის უფრო ნაკლები რისკია, ვიდრე ბარდაყის ვენაში,თუ BMI >28.4-ია (JAMA 299:2413, 2008).			IV კატეტერის „ჩასაკეტი“ ხსნარებს იკვლევ. არაა FDA-ს მიერ დამტკიცებული პროდუქტი. ცნობილია TMP-ს, EDTA-სა და ethanol-ის კომბინაციის შესახებ (AAC 55:4430, 2011). კვლევები იწყება ევროპაში. სხვა ცნობით: sodium citrate, methylene blue, methylparabens-ის ჩამკეტი ხსნარები (CCM 39:613, 2011). ზოლოდ დროინდელი შეხვედრების შეჯამებით 70%-ში მხარს უჭერენ ეთანოლს.
მიკოზური ანგეროზიზა	S. aureus (28-71%), S. epidermidis, Salmonella sp. (15-24%), M. Tbc, S. pneumonia, ბევრი სხვა	Vanco (საემარიის დოზა, რათა შრატში უმცირესი ეფექტური კონცენტრაცია იყოს - 15-20 მკ/მლ) + (ceftriaxone ან PIP-TZ ან CIP) მკურნალობა არის ანტიბიოტიკი + ქირურგიული რეზექცია რეკლამირაციით.	Dapto, შესაძლოა, გამოიყენეთ vanco-ს ნაცვლად. GNB-სათვის: cefepime ან კარბაპენემები. MDR-GNB-სათვის, კოლისტინი კომბინაციურ თერაპიაში	არ არსებობს მონაცემები ceftaroline-სა და telavancin-ზე. საუკეთესოა გამოსახულებითი დიაგნოსტიკა: კტ ანგიოგრაფია. სისხლის კულტურები დადებითია 50-85%-ში. კულტურის შედეგების მიღებისას გადადით დე-ესკალაციურ თერაპიაზე. მკურნალობის ხანგრძლივობა სხვადასხვაა, მაგრამ ძირითადად, საბოლოო ქირურგიული ჩარევის თარიღიდან 6 კვირა.

ჩირქოვანი (სეპტიური) თრომბოფლებიტიზი კრანიალური მაგარი სინუსი:				
კავერნოზული სინუსი				
S. aureus (70%) Streptococcus sp. ანაეროზები (იშვიათად) Mucormycosis (დაბეტი)		[Vanco (დოზა შრატში 15-20 მკ/მლ კონცენტრაციის შექმნისათვის) + Ceftriaxone 2გრ IV q12h], დაამატე Metro 500 მგ IV q8h, თუ	(Dapto 8-12 IV q24h ან Linezolid 600 მგ IV q12h), დაამატე Metro 500 მგ IV q8h, თუ კერა არის დენტალური ან	• დიაგნოსტიკა: კტ ან მრტ • მკურნალობა: 1) მასალის აღება კულტივაციისათვის; 2) ემპირიულად ანტიბიოტიკები; 3) შესაძლოა, საჭირო იყოს ქირურგიული ჩარევა; 4) ჰეპარინი ტემპერატურის

აბრევიატურა, გვრდი 3.

* შენიშვნა: ყველა დოზირება რეკომენდებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თერაპიის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ღირებულებას.

ანამორფიკი არც/დინამორფი/ მოდულიზირებადი ბარაქოვები	ეტიოლოგია (თავითა)	ჯგეროთავაგებულ რეჟიმები*		დამხმარე დინამორფიკი ან თერაპიული ლორწინიები ან კომბინაციები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
ლატენტური სინუსი: შუა ყურის ანთებისა და მასტოიდიტის გართულება	პოლიმიკრობული (ზმირად) აერობები ანაერობები S. Aureus P.aeruginosa B.flagilis სხვა GNB	კერა არის დენტალური ან სინუსური Cefepime 2გრ IV q8h+ Metro 500 მგ IV q8h + Vanco (დოზა შრატში 15-20 მგ/მლ კონცენტრაციის შექმნისთვის)	სინუსური Meropenem 1-2გრ IV q8h+ Linezolid 600 მგ IV q12h	ნორმალიზებამდე, შემდეგ coumadin (ვარფარინი) რამდენიმე კვირის განმავლობაში • დიაგნოსტიკა: კტ ან მრტ • მკურნალობა: 1) განიხილე რადიკალური მასტოიდექტომია; 2) აიღე მასალა კულტივაციისათვის; • პროგნოზი: კეთილსამედეო
ზედა საბიტალური სინუსი: ბაქტერიული მენინგიტის ან ბაქტერიული ფრონტიტის გართულება	S. pneumoniae N. meningitides H. influenzae (იშვითად) S. aureus (ძალიან იშვითად)	მენინგიტის მსგავსად: Ceftriaxone 2გრ IV q12h + Vanco (დოზა შრატში 15- 20 მგ/მლ კონცენტრაციის შექმნისთვის) + dexamethasone	მენინგიტის მსგავსად: Meropenem 1-2გრ IV q8h+ Vanco (დოზა შრატში 15-20 მგ/მლ კონცენტრაციის შექმნისთვის) + dexamethasone	• დიაგნოსტიკა: მრტ • პროგნოზი: ცუდი; იწვევს კორტიკალური ვენის თრომბოზს, ჰემორაგიულ ინფარქტებს და თავის ტვინის ღეროს ჩაჭედებას. • ანტიკოაგულანტები არ არის რეკომენდებული

ცხრილი 1 (64)

ანამოზოზი პრაქტიკა/მონაცემი/ფორმულირება/ბარათები	ამოლოზი (თავალი)	გვითარება/გვითარება		დაზიანება/ფორმულირება/ბარათები
		ძირითადი	ალტერნატიული	
სისხლძარღვოვანი/ჩირქოვანი (სეპტიკური) თრომბოფლებიები (გავრცელება)				
საუღლე ვენა, ლემიერის სინდრომი: ფარინგიტის, ტონზილიტის, დენტალური ინფექციის, EBV-ს გართულება	Fusobacterium necrophorum (ანაერობი) უფრო იშვიათად: სხვა ფუზობაქტერიები S.pyogenes Bacteroides sp.	(Pip-Tazo 3.375 IV q6h ან AMP-Sulb 3 გრ IV q6h)* 4 კვირა	[Imipenem 500 მგ IV q6h ან (Metro 500 მგ IV q8h+ Ceftriaxone 2 გრ IV ერთხელ დღეში)] * 4 კვირა. სხვა არჩევანი: Clinda 600-900 მგ IV q8h	• დიაგნოსტიკა: წინ უძღოდა ფარინგიტი და ანტიბიოტიკით მკურნალობა; გახანგრძლივებული ცხელება და ფილტვის ემბოლია • გამოსახულებითი კვლევა: მაღალი ხარისხის კტ სკენირება • ანტიკოაგულანტების როლი უცნობია
მენჯის ვენა: მოიცავს საკვერცხის ვენის და მენჯის ღრმა ვენის ფლებიტებს	აერობული გრამ-უარყოფითი ბაცილები Streptococcus sp. ანაერობები	MDR GNB დაბალი გავრცელებით: Pip-Tazo 3.375 IV q6h ან 4.5 IV q8h ან (Ceftriaxone 2გრ IV ერთხელ დღეში + Metro 500 მგ IV q8h)	MDR GNB მაღალი გავრცელებით: MER 1 გრ IV q8h. თუ მიმეგ ბეტალაქტამური ალერგიაა: CIP 400მგ IV q12h + Metro 500 მგ IV q8h	• დიაგნოსტიკა: მშობიარობიდან 1 კვირაში საკვერცხის ვენის ინფექცია ცხელებითა და ლოკალური ტკივილით; მშობიარობის შემდეგ 3-5 დღეში მენჯის ღრმა ვენის ინფექცია ცხელებით, ლოკალური ტკივილის გარეშე. შესაძლოა დაგეხმაროთ კტ ან მრტ. • უმკურნალო მანამ, სანამ ტემპერატურა არ იქნება ნორმალური 48 საათი და ლეიკოციტი არ იქნება ნორმის ფარგლებში. • Coumadin (ვარფარინი) 6 კვირის ფარგლებში
პორტული ვენა (Pylephlebitis): დივერტიკულიტის, აპენდიციტის და (იშვიათად) სხვა ინტრააბდომინალური ინფექცია	აერობული გრამუარყოფ. ბაცილები: უფრო ხშირად E.coli, Klebsiella & Proteus სხვა: აერობული /ანაერობული სტრეპტოკოკები, B.flagilis, Clostridia	MDR GNB დაბალი გავრცელებით(<20%): Pip-Tazo 4.5 IV q8h ან (CIP 400 IV q12h+ Metro 500 მგ IV q8h)	MDR GNB მაღალი გავრცელებით (≥20%): თუ ESBL - მაპროდუცირებელია: Meropenem 1-გრ IV q8h. თუ კარბაპენემაზა-მაპროდუცირებელია: Colistin+Meropenem (დოზირებისათვის იხილეთ ცხრილი 10A)	• დიაგნოსტიკა: ტკივილი, ცხელება, ნეიტროფილია ინტრააბდომინალური ინფექციით დაავადებულ პაციენტებში. აბდომინური კტ სკანირება. • პიოგენური ღვიძლის აბსცესი გართულებას • ანტიკოაგულანტი არ დანიშნოთ, თუ არ არის პიოგენოზი/ლეიკოციტოზი დაავადება (ნეოპლაზმა) • ვენაზე ქირურგიული ჩარევა არ არის ნაჩვენები

აბრევიატურა, გვერდი 3.

* შენიშვნა: ყველა დოზირება რეკომენდირებულია მოზრდილთათვის (თუ სხვაგვარი ჩვენება არ არის) და მოცემულია თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევებისათვის. ¹ ალტერნატიული ვარიანტები განიხილავს ალერგიას, ფარმაკოკინეტიკას, შეთავსებადობას, ადგილობრივი რეზისტენტობის პროფილს, ღირებულებას.

**ხსრილი 2 – ზეარეული ბაქტერიების მინიმალური რეკომენდებული
ანტიბიოტიკური ანგარიში**

ბაქტერიული სახეობები	ანტიბიოტიკური ანგარიში (არევიტატივისთვის იხილეთ გვერდი 3)		
	რეკომენდებული	ალტერნატიული	სხვა ეფექტური ¹ სოლუციები
<i>Achromobacter xylosoxidans</i> spp <i>xylosoxidans</i> (წინათ <i>Alcaligenes</i>)	IMP, MER, DORI (DORI არაა პნევმონიისათვის)	TMP-SMX. ზოგიერთი შტამი მგრძნობიარეა ceftaz-ის, PIP-TZ-ის მიმართ	რეზისტენტული ამინოგლიკოზიდების, ცეფალოსპორინების უმეტესობის და FQ-ების მიმართ.
<i>Acinetobacter calcoaceticus</i> – <i>baumannii</i> კომპლექსი	თუ ექვია: IMP ან MER ან DORI. MDR შტამებისათვის: Colistin + (IMP ან MER) (DORI არაა პნევმონიისათვის)	AM-SB გამოიყენება სულბატამის აქტივობისათვის (<i>CID</i> 51:79, 2010). შესაძლოა Minocycline IV	რეზისტენტული ამინოგლიკოზიდების, FQ-ების მიმართ. Minocycline, ფევეტურია მეფერი შტამის წინააღმდეგ (<i>CID</i> 51:79, 2010) (იხილეთ ცხრილი 5A, გვერდი 183)
<i>Actinomyces israelii</i>	AMP ან Pen G	Doxy, ceftriaxone	Clindamycin, erythro
<i>Aeromonas hydrophilia</i> & სხვა sp.	CIP ან Levo	TMP-SMX ან (P Ceph 3, 4)	იხილეთ AAC 56:1110, 2012.
<i>Arcanobacterium</i> (C.) <i>haemolyticum</i>	Erythro; azithro	Benzathine Pen G, Clinda	მგრძნობიარე პრეპარატების უმეტესობის მიმართ, რეზისტენტულია TMP-SMX-ის მიმართ (AAC 38:142, 1994)
Bacillus anthracis (ჯილეტი): ინჰალაცია	იხილეთ ცხრილი 1, გვერდი 95		
<i>Bacillus cereus</i> , <i>B. subtilis</i>	Vancomycin, clinda	FQ, IMP	
<i>Bacteroides</i> sp., <i>B. fragilis</i> და სხვები	Metronidazole ან PIP-TZ	Dori, ERTA, IMP, MER, AM-CL	იზრდება რეზისტენტობა შემდეგების მიმართ: clinda, cefoxitin, cefotetan, moxi. Ref: <i>CID</i> 59:698, 2014
Bartonella henselae, quintana იხილეთ ცხრილი 1, გვერდები 68, 105, 121, 138	ვარიანტებს დაავადების არსისა და იმუნური სტატუსის მიხედვით. აქტიური: Azithro, clarithro, erythro, doxy და კომბინაციაში: RIF, gent, ceftriaxone. არ არის აქტიური: CIP, TMP-SMX, Pen, ცეფალოსპორინების უმეტესობა, aztreonam.		
<i>Bordetella pertussis</i>	Azithro ან clarithro	TMP-SMX	იხილეთ PIDJ 31:78, 2012.
Borrelia burgdorferi, B. afzelii, B. garinii (ლაიმის დაავადება და მორევიდივე ცხელება)	იხილეთ სპეციფიკური დაავადება		
<i>Brucella</i> sp.	პრეპარატები და ხანგრძლივობა სხვადასხვა პროცესის ლოკალური და არალოკალური გავრცელების მიხედვით. იხილეთ სპეციფიკური დაავადებები. <i>PLoS One</i> 7:e32090, 2012.		
<i>Burkholderia</i> (<i>Pseudomonas</i>) <i>cepacia</i>	TMP-SMX ან MER ან CIP	Minocycline ან chloramphenicol	(ძირითადად რეზისტენტულია ამინოგლიკოზიდებზე, პოლიმიკსინებზე) (AAC 37:123, 1993 და 43:213, 1999; <i>Inf Med</i> 18:49, 2001) (ზოგიერთი რეზისტენტულია კარბაპენემებზე). შესაძლოა საჭირო გახდეს კომბინირებული მკურნალობა (<i>AJRCCM</i> 161:1206, 2000).
<i>Burkholderia</i> (<i>Pseudomonas</i>) <i>pseudomallei</i> <i>Curr Opin Infect Dis</i> 23:554, 2010; <i>CID</i>	საწყის ეტაპზე IV ceftaz ან IMP ან MER, შემდეგ po (TMP-SMX + Doxy x 3 თვე) ± Chloro (AAC 49:4010, 2005).		(ტალიანდის მონაცემებით, შტამების 12–80% რეზისტენტულია TMP-SMX-ის მიმართ). FQ აქტიურია in vitro. MER ასევე

ბადმედიკალი სახეობები	ანტიბიოტიკული ანგემატი (ანტიბიოტიკებისათვის იხილეთ გვერდი 3)		
	რამენდირებადი	ალტერნატიული	სამედიკამენტო სახეობები
41:11105, 2005			ეფექტურობა (AAC 48:1763, 2004)
Campylobacter jejuni	Azithro	Erythro ან CIP	TMP-SMX, Pen და ცეფალოსპორინები არ არიან აქტიური.
Campylobacter fetus	Gentamicin	IMP ან ceftriaxone	AMP, chloramphenicol
Capnocytophaga ochracea (DF-1)	მაღლის კბენა: Clinda ან AM-CL	სეპტიური შოკი, პოსტ-სტრუქტურული: PIP-TZ, Clinda, IMP, DORI, MER	FQ-ის აქტიურობა ვარიანტულია; ამინოგლიკოზიდების, TMP-SMX და Polymyxin-ების აქტიურობა ლიმიტირებულია. <i>LN ID 9:439, 2009.</i>
Capnocytophaga canimorsus (DF-2)	მაღლის კბენა: AM-CL		
Chlamydia pneumoniae	Doxy	Erythro, FQ	Azithro, clarithro
Chlamydia trachomatis	Doxy ან azithro	Erythro	
Citrobacter diversus (koseri), C. freundii	სივრცისათვის სამიში დაავადება: IMP, MER, DORI	არ არის სივრცისათვის სამიში დაავადება: CIP ან Gent	ამჟრავდება რეზისტენტობა: AAC 52:995, 2007.
Clostridium difficile	მსუბუქი ავადმყოფობა: Metronidazole (po)	საშუალო/მძიმე ავადმყოფობა: Vancomycin (po) ან Fidaxomicin (<i>CID 51:1306, 2010</i>).	ასევე იხილეთ ცხრილი 1, გვერდი 38– დაავადების სიმძიმე.
Clostridium perfringens	Pen G ± clindamycin	Doxy	Erythro, chloramphenicol, cefazolin, cefoxitin, AP Pen, carbapenem–ები
Clostridium tetani	Metronidazole ან Pen G	Doxy	ანტიბიოტიკების როლი უცნობია.
Corynebacterium diphtheriae	Erythro + antitoxin	Pen G + antitoxin	RIF ეფექტურობა (<i>CID 27:845, 1998</i>)
Corynebacterium jeikeium	Vancomycin + aminoglycoside	Pen G + aminoglycoside	ბევრი შტამი რეზისტენტულია Pen–ის მიმართ (<i>EJCMID 25:349, 2006</i>).
Corynebacterium minutissimum	Clinda 1% ლოსიონი	Clarithro ან Erythro	იწვევს ერითრამას
Coxiella burnetii (Q ცხელება) მწვავე დაავადება (<i>CID 52:1431, 2011</i>).	Doxy, FQ (<i>იხილეთ ცხრილი 1, გვერდი 70</i>)	Erythro, Azithro, Clarithro	ენდოკარდიტი: doxy + hydroxychloroquine (<i>JID 188:1322, 2003; LniD 3:709, 2003; LniD 10:527, 2010</i>).
ქრონიკული დაავადება, მაგ. ენდოკარდიტი	Doxy + hydroxyl chloroquine	TMP-SMX, Chloro	

ხსარილი 2 (2)

ბაქტერიული სახეობები	ანთინიკარობული აბანდები (აბრევიატურებისათვის იხილეთ გვერდი 3)		
	რამიკონდირიბული	ალმარანბული	სამაა აბანდები (კონდირიბული)
Ehrlichia chaffeensis, Ehrlichia ewingii, Anaplasma (Ehrlichia) phagocytophilum	Doxy	RIF (CID 27:213, 1998), Levo (AAC 47:413, 2003).	CIP, oflox, chloramphenicol ასევე აქტიურია in vitro. რეზისტენტულია შემდეგის მიმართ: clinda, TMP-SMX, IMP, AMP, erythro და azithro (AAC 41:76, 1997).
Eikenella corrodens	AM-CL, IV Pen G	TMP-SMX, FQ	რეზისტენტულია შემდეგის მიმართ: clinda, cephalixin, erythro, metro, diclox
Elizabethkingae meningosepticum (წინათ Chryseobacterium)	Levo ან Tmp-SMX	CIP, Minocycline	რეზისტენტულია შემდეგის მიმართ: Pen, cephalosporins, carbapenem-ები, aminoglycoside-ები, vancomycin (JCM 44:1181, 2006)
Enterobacter-ის სახეობები	რეკომენდირებული აგენტები ვარირებს კლინიკური გამოვლინებისა და რეზისტენტობის ხარისხისა და მექანიზმის მიხედვით.		
Enterococcus faecalis	მაღალი რეზისტენტობა. იხილეთ ცხრილი 5A, გვერდი 183		
Enterococcus faecium	მაღალი რეზისტენტობა. იხილეთ ცხრილი 5A, გვერდი 183		
Erysipelothrix rhusiopathiae	Penicillin G ან amox	P Ceph 3, FQ	IMP, AP Pen (vancomycin, APAG, TMP-SMX რეზისტენტულია)
Escherichia coli	მაღალი რეზისტენტობა. მკურნალობა ვარირებს რეზისტენტობის ხარისხისა და მექანიზმის მიხედვით, იხილეთ ცხრილი 5B.		
Francisella tularensis (ტულარემია) იხილეთ ცხრილი 1, გვერდი 100	Gentamicin, tobramycin ან streptomycin	მსუბუქი ინფექცია: Doxy ან CIP	Chloramphenicol, RIF. Doxy/chloro ბაქტერიოსტატიკული → რევიდივიტი CID 53:e133, 2011.
Gardnerella vaginalis (ბაქტერიული ვაგინოზი)	Metronidazole ან Tinidazole	Clindamycin	დოზირებისათვის იხილეთ ცხრილი 1, გვერდი 58
Helicobacter pylori	იხილეთ ცხრილი 1, გვერდი 46		
Haemophilus aphrophilus (Aggregatibacter aphrophilus)	[(Penicillin ან AMP) + gentamicin] ან [AM-SB ± gentamicin]	(Ceftriaxone + Gent) ან CIP ან Levo	რეზისტენტულია შემდეგის მიმართ: vancomycin, clindamycin, methicillin
Haemophilus ducreyi (რბილი შანკრი)	Azithro ან ceftriaxone	Erythro, CIP	მტანების უმეტესობა რეზისტენტულია შემდეგის მიმართ: tetracycline, amox, TMP-SMX
Haemophilus influenzae მენინგიტი, ეპიგლოტიტი და სხვა სიცოცხლისათვის საშიში დაავადებები - სიცოცხლისათვის არა-საშიში დაავადებები	Cefotaxime, ceftriaxone AM-CL, O Ceph 2/3	AMP- თუ მგრძნობიარეა და ბეტა-ლექტამაზა უარყოფითი, FQ-ები	Chloramphenicol (ჰემატოტოქსიურობის გამო არჩევის პირველი რიგიდან გადაინაცვლა მეორეში). Azithro, clarithro, telithro
Klebsiella ozaenae/ rhinoscleromatis	CIP	Levo	Acta Otolaryngol 131:440, 2010.
Klebsiella სახეობები	მკურნალობა ვარირებს რეზისტენტობის ხარისხისა და მექანიზმის მიხედვით, იხილეთ ცხრილი 5B.		
Lactobacillus-ის სახეობები	Pen G ან AMP	Clindamycin	შესაძლოა, რეზისტენტული იყოს vancomycin-ის მიმართ
Legionella sp.	Levo ან Moxi	Azithro	Telithro აქტიურია in vitro.
Leptospira interrogans	მსუბუქი: Doxy ან amox	მიმე: Pen G ან ceftriaxone	
Leuconostoc	Pen G ან AMP	Clinda	შენიშვნა: რეზისტენტულია vancomycin-ის მიმართ

ბადნირიანი სახეობები	ანტიბიოტიკული ანბანები (პრევიკატორებისათვის იხილეთ გვერდი 3)		
	რამიფენდიკალი	ალფრანტილი	საგვო ემედიკალი (კომბინირებული)
Listeria monocytogenes	AMP + Gent სინერგიულობისათვის	TMP-SMX	Erythro, penicillin G (მაღალი დოზა), APAG შესაძლოა სინერგიული იყოს ზეტა-ლაქტამებთან. Meropenem აქტიურია in vitro. Cephalosporin-რეზისტენტული!
Moraxella (Branhamella) catarrhalis	AM-CL ან O Ceph 2/3, TMP-SMX	Azithro, clarithro, dirithromycin, telithro	Erythro, doxy, FQ-ები
Mycoplasma pneumonia	Doxy	Azithro	Clindamycin და ზეტა-ლაქტამები არ არის ეფექტური. მაკროლიდების რეზისტენტობა იზრდება (JAC 68:506, 2013; AAC 58:1034, 2014)
Neisseria gonorrhoeae (gonococcus)	Ceftriaxone	Azithro (მაღალი დოზა)	FQ-ები და ორალური ცეფალოსპორინები აღარაა რეკომენდირებული: რეზისტენტობის მაღალი დონეები.
Neisseria meningitidis (meningococcus)	Ceftriaxone	Chloro, MER	აზიის სამხრეთ-აღმოსავლეთში არის chloro-რეზისტენტული შტამები -NEJM 339:868m 1998). (პროფილაქტიკა: გვერდი —)
Nocardia asteroides ან Nocardia brasiliensis	TMP-SMX + IMP	Linezolid	Amikacin + (IMP ან ceftriaxone ან cefotaxime) (AAC 58:795, 2014)
Pasteurella multocida	Pen G, AMP, amox, cefuroxime, cefpodoxime	Doxy, Levo, Moxi, TMP-SMX	რეზისტენტულია შემდეგის მიმართ: Cephalixin, oxacillin, clindamycin, erythro, vanco.
Plesiomonas shigelloides	CIP	TMP-SMX	AM-CL, Ceftriaxone და Chloro აქტიურია. რეზისტენტულია შემდეგის მიმართ: AMP, Tetra, aminoglycoside-ები.
Propionibacterium acnes (არა აკნე)	Penicilli, Ceftriaxone	Vanco, Dapto, Linezolid	შესაძლოა რეზისტენტული იყოს Metro-ს მიმართ.
Proteus sp, Providencia sp, Morganella sp. (საჭიროა in vitro მგრძნობელობა)	CIP, PIP-TZ; მოერიდეთ ცეფალოსპორინებს	კრიტიკულად მძიმე პაციენტებში შესაძლოა, საჭირო გახდეს კარბაპენემი	შენიშვნა: Proteus sp.-სა და Providencia sp.-ს ახასიათებთ რეზისტენტობა Polymixin-ების მიმართ.
Pseudomonas aeruginosa (ID Clin Amer 23:277, 2009). კომბინაციური თერაპია? იხილეთ Clin Micro Rev 25:450, 2012.	არ გააჩნია in vitro რეზისტენტობა: AP Pen, AP Ceph 3, Dori, IMP, MER, tobramycin, CIP, aztreonam. სერიოზული ინფექციისას გამოიყენეთ AP ზეტა ლაქტამი + (tobramycin ან CIP)	UTI-სათვის, როდესაც არ არის in vitro რეზისტენტობა, ერთეული პრეპარატებია ეფექტური: AP Pen, AP Ceph 3, cefepime, IMP, MER, aminoglycoside, CIP, aztreonam	თუ რეზისტენტულია ყველა ზეტა-ლაქტამზე, არჩევანია FQ, aminoglycoside; Colistin + MER ან IMP. პნევმონიისათვის არ გამოიყენეთ DORI.

ხსრილი 2 (3)

ბაქტერიული სახეობები	ანტიბიოტიკული აბინძვები (პრევენტიურისათვის იხილეთ გვერდი 3)		
	რეკომენდებული	ალტერნატიული	საქმე ეფექტური ¹ (ლონგტერმული)
Rhodococcus (C. equi)	ორი პრეპარატი: Azithro Levo ან RIF	(Vanco ან IMP _ + (Azithro, Levo ან RIF)	Vancomycin აქტიურობა in vitro; ინტრაცელულარულმა მდგარეობამ შესაძლოა შესუსტოს ეფექტურობა (CII 34:1379, 2002). მოერიდეთ შემდეგს: Pen, ცეფალოსპორინები, clinda, tetra, TMP-SMX/
Rickettsia-ს სახეობები (მოიცავს ლაქოვან ცხელებებს)	Doxy	Chloramphenicol (ორსულობისას), azithro (ასაკი <8 წელი)	იხილეთ სპეციფიური ინფექციები (ცხრილი 1)
Salmonella typhi (CID 50:241, 2010; AAC 54:5201, 2010; BMC ID 51:37, 2005)	თუ FQ და ნალიდიქსი მეჟავა გრძნობიარეა: CIP	Ceftriaxone, cefixime, azithro, chloro	მიმეგ ავადმყოფობისას თან დაურთეთ სტერილიზები. ყურადღება მიაქციეთ რეციდივს (1–6%) და ნაწლავის პერფორაციას. ცნობილია FQ– რეზისტენტობა წარუმატებელი მკურნალობით (AAC 52:1278, 2008).
Serratia marcescens	თუ არ არის in vitro რეზისტენტობა: PIP-TZ CIP, Levo, Gent	თუ არის in vitro რეზისტენტობა: Carbapenem	თუ შესაძლებელია, მოერიდეთ ფართო სპექტრის Ceph-ს.
Shigella sp.	FQ ან azithro	ალტერნატივაა ceftriaxone; TMP-SMX დამოკიდებულია მგრძნობელობაზე.	
Staph. aureus, methicillin-მგრძნობიარე	Oxacillin/nafcillin	P Ceph 1, vanco, teicoplanin ^{NUS} , clinda, ceftaroline	ERTA, IMI, MER, BL/BLI, FQ, PIP- TZ, linezolid, dapto, televancin
MRSA (ჰოსპიტალური) IDSA–ს გაიდლაინები: CII 52 (Feb 1):1, 2011.	Vancomycin	Teicoplanin ^{NUS} , TMP- SMX (ზოგიერთი შტამი რეზისტენტულია), linezolid, daptomycin, telavancin, ceftaroline	ფუზიდინის მეჟავა ^{NUS} , აშშ-ში CIP– რეზისტენტობა არის >60%. (Fostomycin + RIF). დღეისათვის აღწერილია vancomycin-ზე დაქვეითებული მგრძნობელობის შტამები (GISA, VISA) და ძალზედ რეზისტენტული შტამები - იხილეთ ცხრილი 6, გვერდი 185:185.
Staph. aureus, საზოგადოებაში შექმნილი მეტიცილინ-რეზისტენტული (CA-MRSA)			CA-MRSA ძირითადად არ არის მრავალ-რეზისტენტული. ხშირად რეზისტენტულია erythro–სა და ვარიანტულად FQ–ს მიმართ. Vanco, teico ^{NUS} , telavancin, daptomycin, Ceftarolin შესაძლოა გამოყენებულ იქნას პაციენტებში, რომელთაც ესაჭიროებათ ჰოსპიტალიზაცია (იხილეთ ცხრილი 6, გვერდი 185). ასევე, ceftaroline.
მსუბუქი/საშუალო სიმძიმის ინფექცია	(TMP-SMX ან doxy ან mino)	Clinda (თუკი D-ტესტი უარყოფითია – იხილეთ ცხრილი 5A და 6.	
მიმეგ ინფექცია	Vanco ან teico ^{NUS}	Linezolid ან daptomycin	
Staph. epidermidis	Vancomycin ± RIF	RIF + (TMPS-SMX ან FQ), daptomycin (AAC 51:3420, 2007)	Cephalothin ან nafcillin/oxacillin თუ მგრძნობიარეა nafcillin/oxacillin-ის მიმართ, მაგრამ 75% რეზისტენტულია. FQ–ები. (იხილეთ ცხრილი 5A)
Staph. haemolyticus	TMP-SMX, FQ, nitrofurantoin	ორალური ცეფალოსპორინი	რეკომენდაციები შეეხება მხოლოდ UTI- ს.
Staph. lugdunensis	Oxacillin/nafcillin ან penicillin G (თუ ბეტა– ლაქტამაზა უარყოფითია)	P Ceph 1 ან vancomycin ან teico ^{NUS}	დაახლოებით 75% პენიცილინ– მგრძნობიარეა.
Staph. saprophyticus (UTI)	ორალური ცეფალოსპორინი ან AM	FQ	თითქმის ყოველთვის მეტიცილინ– მგრძნობიარეა

ბაქტერიული სახეობები	ანტიბიოტიკული ანბანები (პრევიპატერნისათვის იხილეთ გვერდი 3)		
	რეკომენდირებული	ალტერნატიული	საშვო ემდომობა (კომენტარები)
	CL		
<i>Stenotrophomonas</i> (Xanthomonas, <i>Pseudomonas maltophilia</i>)	TMP-SMX	TC-CL ან FQ (AAC 58:176, 2014)	Minocycline, tigercycline, CIP, Ceftriaxone, moxifloxacin, ceftaz (L ₁ /D 9:312, 2009; JAC 62:889, 2008). In vitro სინერგია (TC-CL + TMP-SMX) და (TC-CL + CIP), JAC 62:889, 2008].
<i>Streptobacillus moniliformis</i>	Penicillin G	Doxy	შესაძლოა erythro, clinda, ceftriaxone
<i>Streptococcus</i> , ანაერობული (<i>Peptostreptococcus</i>)	Penicillin G	Clindamycin	Doxy, vancomycin, linezolid, ERTA (AAC 51:2205, 2007).
<i>Streptococcus anginosus</i> ჯგუფი	Penicillin	Vanco ან Ceftriaxone	მოერიდეთ FQ-ებს; იზრდება მაკროლიდების მიმართ რეზისტენტობა.
Streptococcus pneumoniae penicillin-მგრძნობიარე penicillin-რეზისტენტული (MIC ≥ 2.0)	Penicillin G, Amox Vancomycin, Levo, ceftriaxone, Amox (HD), Linezolid	ეფექტურია მრავალი საშუალებით, მაგ. Ceph 2/3, Clinda	მენინგიტის შემთხვევაში უფრო მაღალი დოზა, იხილეთ ცხელი 1, გვერდი 17.
Streptococcus pyogenes (ჯგუფი A), <i>Streptococcus</i> sp (B, C, G ჯგუფები), <i>Erysipelas</i> ბაქტერიემია Index: <i>Streptococcus</i> sp (A,B, C, G ჯგუფები)	Penicillin G + Clinda	Pen (მხოლოდ) ან Clinda (მხოლოდ)	JCM 49:439, 2011. მაკროლიდური რეზისტენტობის ჯიშები
Tropheryma whippelii	Doxy + Hydroxychloroquine	არა	TMP-SMX კლინიკურად არაეფექტური
<i>Vibrio cholerae</i>	Doxy, FQ	Azithro, erythro	შესაძლოა CIP ან Levo; ცოტადინი რეზისტენტობა/
<i>Vibrio parahaemolyticus</i>	Doxy	Azithro, CIP	თუ ბაქტერიემია, უმკურნალოთ როგორც <i>V. vulnificus</i> -ს
<i>Vibrio vulnificus</i> , <i>alginolyticus</i> , <i>damsel</i>	Doxy + ceftriaxone	Levo	CID 52:788, 2011
Yersinia enterocolitica	CIP ან ceftriaxone	TMP-SMX; CIP (თუ ბაქტერიემია)	CIP რეზისტენტობა (JAC 53:1068, 2004), ასევე რეზისტენტულია Pen-ის, AMP-ისა და erythro-ს მიმართ.
Yersinia pestis (შავი ჭირი)	Streptomycin ან Gent	Doxy ან CIP	ასევე Chloro, მაგრამ პოტენციურად ტოქსიურია

¹ ანტიბიოტიკები უფრო ვარიანტულია ეფექტურობის მიხედვით, ვიდრე „რეკომენდირებული“ ან „ალტერნატიული“. „ალტერნატიული“ და „ასევე ეფექტური“ შერჩევა დამყარებულია in vitro მგრძნობელობის ტესტირებაზე, ფარმაკოკინეტიკაზე, ინფიცირებულის ისეთ ფაქტორებზე, როგორიცაა სმენითი, თირკმლის, ღვიძლის ფუნქცია, და ფასი.

**ხსრილი 3 - ანტიბიოტიკური თერაპიის შემოთავაზებული ხანძრულობა
იზონიკოზამიდურ პაციენტებში^{1, 2}**

ადგილი	კლინიკური მდგომარეობა	თერაპიის ხანძრულობა (დღეები)
ბაქტერიემია	ბაქტერიემია მომრავი ფოკუსით (არა ენდოკარდიტი)	10–14 (იხილეთ ცხრილი 1)
მგალი	ოსტეომიელიტი, მოზრდილი; მწვავე მოზრდილი; ქრონიკული ბავშვი; მწვავე, staph. და enterobacteriaceae ³ ბავშვი; მწვავე, strep, meningococci, haemophilus ³	42 ESR–ს ნორმალისებამდე (ზმირად >3 თვე) 21 14
ყური	შუა ყურის ანთება გამონადენით	<2 წელი: 10; ≥2 წელი: 5–7
ენდო-კარდიუმი	ინფექციური ენდოკარდიტი, ნატიური სარქველი Viridans strep Enterococci Staph. Aureus	14 ან 28 (იხილეთ ცხრილი 1, გვერდი 63) 28 ან 42 (იხილეთ ცხრილი 1, გვერდი 66) 14 (მხოლოდ მარჯვენა მხრივი) ან 28 (იხილეთ ცხრილი 1, გვერდი 66)
კუპ–ნაწლავი (ასევე იხილეთ ცხრილი 1)	დიზენტერია (shigellosis)/მოგზაურთა დიარეა ტიფური ცხელება (S. typhi): Azithro Ceftriaxone FQ Chloramphenicol Helicobacter pylori	3 5 (ბავშვების/ახალგაზრდები) 14 [მოვლენის კურსი ↑ ეფექტურია (AAC 44:450, 2000)] 5-7 14 10-14. სამშაბი-პრეპარატების რეჟიმისათვის; 7 დღე, სავარაუდოდ, ადეკვატურია (AIM 147:553, 2007).
გენიტალური	ფსევდომონაზული კოლიტი (C. difficile)	10
	არა-გონოკოკური ურეთრიტი ან ლორწოვან–ჩირქოვანი ცერვიციტი მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადება	doxy 7 დღე ან azithro–ს ერთჯერადი დოზა 14
გული	პერიკარდიტი (ჩირქოვანი)	28
სახსარი	სეპტიკური ართრიტი (არა-გონოკოკური) მოზრდილი ახალშობილი/ბავშვი	14–28 მკურნალობა ოსტეომიელიტის მსგავსი (იხ. ზემოთ). 10–14 დღიანი თერაპია საკმარისია (CID 48:1201, 2009), მაგრამ სრული შეთანხმება არ არის მიღწეული (CID 48:1211, 2009).
	გონოკოკური ართრიტი/გავრცელებული GC ინფექცია	7 (იხილეთ ცხრილი 1, გვერდი 50)
თირკმელი	ცისტეტი (მარდის ბუშტის ბაქტერიურია)	3 (ასევე ეფექტურია გახანგრძლივებული გამოთავისუფლების cipro–ს ერთჯერადი დოზა (AAC 49:4137, 2005)
	პიელონეფრიტი	14 (7 დღე თუ CIP გამოყენებულია; 5 დღე თუ levo 750 მგ)
ფილცი	პნევმონია, პნევმოკოკური საზოგადოებაში შეძენილი პნევმონია პნევმონია, enterobacteriaceae ან ფსევდომონური პნევმონია, სტაფილოკოკური	ტემპერატურის ნორმალისაგან 3–5 დღე (მინიმუმ 5 დღე). მინიმუმ 5 დღე და ტემპერატურის ნორმალისაგან 2–3 დღე (CID 44:555, 2007; AJM 120:783, 2007). 21, ხშირად 42–მდე 21–28

კლინიკური მანიფესტაცია		თერაპიის ხანგრძლივობა (დღეები)
აღილი	კლინიკური დინამიკი	
	Pneumocystis pneumonia (PCP), შიდათი დაავადებულებში; სხვა იმუნოკომპრომისი	21 14
	ლეგიონელა, მიკოპლაზმა, ქლამიდია ფილტვის ასესები	7-14 მირითადად 28-41 ⁴
მენინგიალური გარსები ⁵ (CID 39:1267, 2004)	N. meningitidis H. influenzae S. pneumoniae ლისტერია მენინგოენცეფალიტი, B გუფუს strep, კოლიფორმები	7 7 10-14 21 (უფრო ხანგრძლივია დაქვეითებული იმუნიტეტის მქონე პირებში)
მრავალი სისტემა	ბრუცელოზი (იხილეთ ცხრილი 1, გვერდი 145) ტულარემია (იხილეთ ცხრილი 1, გვერდები 105, 150)	42 (პირველ 7-14 დღეს დაუმატეთ SM ან gent) (PLoS One 7:e32090, 2012) 7-14 (MMWR 58:744, 2009)
კუნთი	გაზოვანი განგრენა (კლოსტრიდიული)	10
ხახა	A გუფუს strep ფარინგიტი ასევე იხილეთ ფარინგიტი, ცხრილი 1, გვერდი 125 დიფტერია (მემბრანოზული) მტარებელი	10 O Ceph 2/3, azithromycin ევექტურია 5 დღეს (CID 55:1279, 2012) 7-14 7
პროსტატა	ქრონიკული პროსტატიტი (TMP-SMX) (FQ)	30-90 28-42
სინუსები	მწვავე სინუსიტი	5-14 ⁶
კანი	ცელულიტი	მწვავე ანთების გაქრობის შემდეგ 3 დღე
სისტემური	ლაიმის დაავადება კლდოვანი მთის ლაქოვანი ცხელება (იხილეთ ცხრილი 1, გვერდი 114)	იხილეთ ცხრილი 1, გვერდი 151 ტემპერატურის ნორმალიზაციდან 2 დღე

¹ ბევრი ინფექციის შემთხვევაში IV-დან po რეჟიმზე ადრეული გადასვლა (დაახლოებით 72 საათში) არის ხარჯ-ეფექტური, მაგ. ინტრა-აბდომინურის დროს. გაჩნდა მტკიცებულება, რომ ანტიბიოტიკით მკურნალობის შეწყვეტა შრატის პროკალიციტინის დონის ნორმალიზაციის მიხედვით ამოკლებს პნევმონიისა და პერიტონიტის მკურნალობის ხანგრძლივობას. (JAMA 309:717, 2013).

² რეკომენდირებული ხანგრძლივობა არის მინიმალური ან საშუალო დრო და არ უნდა ჩაითვალოს, როგორც აბსოლუტური.

³ ეს დროები პირობითია: სიმპტომები და ნიშნები მთავრდება 7 დღეში და ედს ნორმალიზდება (J.D. Nelson, APID 6:59, 1991).

⁴ 4-5 დღის შემდეგ, რაც პაციენტი გახდება აფებრილური, გადაიყვანეთ ორალურ თერაპიაზე.

⁵ მკურნალობის შეწყვეტიდან 3 ან მეტი დღის შემდეგ ბავშვებში რეციდივები იშვიათად გვხვდება. ბავშვთა მენინგიტისათვის, იხილეთ ცხრილი 1, გვერდი 15.

⁶ თერაპიის ხანგრძლივობა დამოკიდებულია გამოყენებულ ანტიბიოტიკზე და ინფექციის სიმძიმეზე. მიმედ მოვადე პაციენტებში უფრო მეტი ხანგრძლივობა (10-14 დღე) ოპტიმალურია ბეტა-ლექტამებისათვის. მსუბუქი-საშუალო სიმძიმის სინუსიტისათვის თერაპიის მოკლე კურსები (5-7 დღე) ეფექტურია „რესპირაციული ფტორკინოლონებით (მათ შორის gemifloxacin, levofloxacin 750 მგ), აზიტრომიცინით. 3 დღიანი კურსები ეფექტურია TMP-SMX-ისა და azithro-ის შემთხვევაში, და ერთ კლუვამი იტყობინებიან გახანგრძლივებული გამოთავისუფლების azithro-ის ეფექტურობის შესახებ. ავტორები მიიჩნევენ, რომ ასეთი „სუპერ-მოკლე“ კურსები დასაშვებია მხოლოდ მსუბუქი-საშუალო სიმძიმის პაციენტებისათვის (Otolaryngol-Head Neck Surg 134:10, 2006).

ცხრილი 4 – ანტიბაქტერიული საშუალოების შედარება

სარედაქციო შენიშვნა: ეს ცხრილი არ არის მკურნალობის რეჟიმის გადაწყვეტილების მისაღებად. ანტიბაქტერიული საშუალებების შერჩევა უნდა მოხდეს მიკროორგანიზმების მგრძნობელობისა და პრეპარატის რეზისტენტობის ადგილობრივი/ინსტიტუციონალური მონაცემების, ასევე ინფექციის კერაში წამლის მიერ ეფექტური კონცენტრაციის შექმნის უნარის გათვალისწინებით. მონაცემები მნიშვნელოვნად იცვლება გეოგრაფიულად და მონაცემებში მიმდინარეობს უწყვეტი გარდამავალი ცვლილებები. ეს მონაცემები გამიზნულია იმისათვის, რომ ნაჩვენები იყოს მგრძნობელობა/რეზისტენტობის ზოგადი სურათი. ეს მონაცემები ასახავენ in vitro მგრძნობელობას, პაკეტში ჩადებულ მონაცემებს და/ან შეტყობინებებს გამოქვეყნებული ლიტერატურიდან. In vitro მგრძნობელობა არ არის in vivo ეფექტურობის საწინდარი. In vitro აქტიური წამალი, რომელიც არ არის გამოყენებული კლინიკურად, აღინიშნება, როგორც: †. იბილეთ სპეციფიური ორგანიზმი, სინდრომი ან წამალი მკურნალობის რეკომენდაციებისათვის.

მიკროორგანიზმები	Penicillins	Antistaphylococcal Penicillins	Amino-Penicillins	Anti-Pseudomonal Penicillins	Carbapenems					Fluoroquinolones								
	Penicillin G Penicillin V	Methicillin Nafcillin/Oxacillin	CloxacillinNUS/ Dicloz.	AMP-Sub Amox/Clav AMP/Amox	Ticarillin Ticar-Clav Pip-Tazo	Piperacillin	Doripenem	Ertapenem	Imipenem	Meropenem	Aztreonam	Ciprofloxacin	Ofloxacin	PefloxacinNUS	Levofloxacin	Moxifloxacin	Gemifloxacin	Gatifloxacin
გრამ-დადებითი:																		
Strep, ჯგუფი A, B, C, G	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	0	±	±	0	+	+	+	+
Strep. Pneumonia	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	0	±	±	0	+	+	+	+
Viridans strep	±	±	±	±	±	±	±	±	+	+	0	0	0		+	+	+	+
Strep. Milleri	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	0	0	0		+	+	+	+
Enterococcus faecalis	+	+	0	0	0	+	+	+	±	±	0	±	±	0	+	+	+	+
Enterococcus faecium	±	±	0	0	0	±	+	±	±	±	0	0	0	0	0	±	±	±
Enterococci, vanco-resistant	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Staph. aureus (MSSA)	0	0	+	+	+	0	+	+	0	+	0	+	+	+	+	+	+	+
Staph. aureus (MRSA)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	±	±	±
Staph. aureus (CA-MRSA)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	±		±	±	±	±	
Staph. Epidermidis	0	0	+	+	+	0	0	0	±	±	+	+	+	+	+	+	+	+
C. jeikeium	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0					
L. monocytogenes	+	0	0	0	0	+	↑	+	+	↑	↑	+	±	+	+	+	+	+
გრამ-უარყოფითი:																		
N. gonorrhoeae	0	0	0	0	0	0	+	+	↑	↑	↑	↑	↑	↑	+	±	±	±

მიკროორგანიზმები	Penicillins		Antistaphylococcal Penicillins		Amino-Penicillins			Anti-Pseudomonal Penicillins			Carbapenems				Fluoroquinolones									
	Penicillin V	Penicillin G	Methicillin	Nafcillin/Oxacillin	CloxacillinNUS/Diclo.	AMP-Sub	Amox/Clav	AMP/Amox	Ticarcillin	Ticar-Clav	PtHp-Tazo	Piperacillin	Doripenem	Etapenem	Imipenem	Meropenem	Aztreonam	Ciprofloxacin	Ofloxacin	PefloxacinNUS	Levofloxacin	Moxifloxacin	Gemifloxacin	Gatifloxacin
N. meningitidis	+	0	0	0	0	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
M. catarrhalis	0	0	0	0	0	0	+	+	0	+	+	±	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
H. influenza	0	0	0	0	0	±	+	+	±	+	+	±	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
E. coli	0	0	0	0	0	±	+	+	±	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Klebsiella sp.	0	0	0	0	0	0	+	+	0	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
E. coli/Klebs sp ESBL +	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	+	+	+	+	0	+	+	+	+	+	+	+
E. coli/Klebs sp KPC +	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enterobacter sp.	0	0	0	0	0	0	0	0	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

** შტამების უმეტესობა ± , შესაძლებელია UTI-ს დროს გამოყენება, არა - სისტემური ინფექციისას.

მიკროორგანიზმები	Penicillins		Antistaphylococcal Penicillins		Amino-Penicillins		Anti-Pseudomonal Penicillins		Carbapenems					Fluoroquinolones										
	Penicillin V	Penicillin G	Methicillin	Nafcillin/Oxacillin	CloxacillinNUS/Diclox.	AMP-Subl	AMP/Amox	Amox/Clav	Ticarcillin	Ticar-Clav	Pt-hip-Tazo	Piperacillin	Doripenem	Ertapenem	Imipenem	Meropenem	Aztreonam	Ciprofloxacin	Ofloxacin	PefloxacinNUS	Levofloxacin	Moxifloxacin	Gemifloxacin	Gatifloxacin
სხვადასხვა:																								
Chlamydomphila sp	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	+
M. pneumonia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	+
ანაერობები																								
Actinomyces	+	±	0	0	0	+	+	+				+		+	+		0	0	±			+		+
Bacteroides fragilis	0	±	0	0	0	0	+	+	0	+	+	0	+	+	+	+	0	0	0	0	0	±	0	±
P. melaninogenica	+	0	0	0	0	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	0	0	±		+	+		+
Clostridium difficile	↑							↑				↑	↑	↑	↑	↑	0	0			0	0		0
Clostridium (არა difficile)	+	+				+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	0	±	±		+	±		+
Fusobacterium necrophorum	±	±				+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+						±		
Peptostreprococcus sp	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	0	±	±		+	+		+

E. coli/Klebs sp ESBL +	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
E. coli/Klebs sp KPC +	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enterobacter sp., AmpC neg	0	±	0	±	+	+	+	+	+	+	0	0	0	0	0	0	±	0
Enterobacter sp., AmpC pos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Serratia sp.	0	+	0	0	+	+	+	+	+	+	0	0	0	0	0	±	±	0
Salmonella sp.					+	+	+	+	+	+	0	0				+	+	+
Shigella sp.					+	+	+		+	+	0	0				+	+	+
Proteus mirabilis	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	±
Proteus vulgaris	0	+	+	+	+	+	+	+	+	+	0	0	0	0	0	+	+	±
Providencia sp.	0	+	+	0	+	+	+	+	+	+	0	0	0	0	+	+	+	
Morganella sp.	0	+	+	±	+	+	+	+	+	+	0	0	0	0	±	0	0	0
C. freundii	0	0	0	0	+	0	+	+	0	+	0	0	0	0	±	0	0	0
C. diversus	0	±	±	±	+	+	+	+	+	+	0	0	0	0			+	
Citrobacter sp.	0	±	±	±	+	+	+	+	+	+	0		±	0	±	+	+	+
Aeromonas sp.	0	+	±	+	+	+	+	+	+	+						+	+	

შხრილი 4 (4)

თიკორორბნობები	მედიკამენტოზობები																
	პირველი თაობა	მე-2 თაობა			მე-3-4 თაობა (მათ შორის MRSA)						ორბული პბნობები						
											პირველი თაობა	მე-2 თაობა			მე-3 თაობა		
Cefazolin	Cefotetan	Cefoxitin	Cefuroxime	Cefotaxime	Ceftazoxime	Ceftazoxone	Ceftazoline	Ceftazidime	Cefepime	Cefadroxil	Cephalexin	Cefaclor/Loracarbef	Cefprozil	Cefuroxime axetil	Cefixime	Ceftibuten Ceftidoren Cefpodox/Ceftinir/	
Acinetobacter sp.	0	0	0	0	0	0	±	±	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ps. aeruginosa	0	0	0	0	0	0	0	+	+	0	0	0	0	0	0	0	0
Burkholderia cepacia	0	0	0	0	±	±	±	0	+	±	0	0	0	0	0	0	+
Stenotrophomonas maltophilia	0	0	0	0	0	0	0	0	±	0	0	0	0	0	0	0	0
Y. enterocolitica	0	±	±	±	+	+	+	+	±	+	0	0	0	0	0	+	+
Legionella sp.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P. multocida		+		+	+	+	+	+	+		0					+	+
H. ducreyi			+		+	+	+	+	+							+	
ანგრობები:																	
Actinomyces																	
Bacteroides fragilis	0	± ¹	±	0	0	±	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P. melaninogenica		+	+	+	+	+	±	+	+	0		+	+	+	+	+	
Clostridium difficile			0		0	0											
Clostridium (არა difficile)		+	+	+	+	+	+	+	+				+	+		0	
Fusobacterium necrophorum			+														
Peptostreptococcus sp		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	

¹ Cefotetan ნაკლებად აქტიურია, ვიდრე B. ovatus, B. diastasonis, B. thetaiotaomicron

მხრილი 4 (5)

საქრორგანიზმები	პნევმოკოკი-ფაგები		ბაქტერიული-ფაგები	კანდიდაზები	დამბაქტერიული-ფაგები	Glyco-cycline	Glyco-/Lipoglyco-/Lipo-Peptides				სხვადასხვა													
	Gentamicin	Tobramycin	Amikacin	Chloramphenicol	Erythro	Azithromycin	Clarithromycin	Telithromycin	Doxycycline	Minoocycline	Tigecycline	Daptomycin	Vancomycin	Telicoplanin ^{NUS}	Fusidic Acid ^{NUS}	Trimethoprim	TMP-SMX	Nitrofurantoin	Fosfomycin	Rifampin	Meronidazole	Quinupristin-dalopristin	Linezolid	Colistinethate (Colistin)
გრამ-დადებითი:	0	0	0	+	+	±	±	±	+	±	+	+	+	+	±	+	↑ ²	+		+	0	+	+	0
Strep. გუგუფი A, B, C, G	0	0	0	+	+	±	±	±	+	+	+	+	+	+	±	±	+	+	+	+	0	+	+	0
Strep. pneumoniae	0	0	0	+	+	±	±	±	+	+	+	+	+	+	±	±	+	+	+	+	0	+	+	0
Enterococcus faecalis	S	S	S	±	0	0	0	0	±	0	0	+	+	+	+	+	↑ ²	+	+	±	0	0	+	0
Enterococcus faecium	S	0	0	±	0	0	0	0	0	0	0	+	+	±	±	0	0	+	0	0	0	+	+	0
Staph. aureus (MSSA)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	↑	+	0
Staph. aureus (MRSA)	0	0	0	0	0	0	0	0	±	±	+	+	+	+	±	+	+	+	0	+	0	+	+	0
Staph. aureus (CA-MRSA)				±	±	±	±	±	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	0	+	+	0
Staph. epidermidis	±	±	±	0	0	±	0	0	0	0	0	+	+	+	±	+	±	+		+	0	+	+	0
C. jeikeium	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	+	+	+	+	+	0	0	0		+	0	+	0
L. monocytogenes	S	S	S	+	+	+	+	+	+	+	+	±	+	+	+	+	+		0	+	0	+	+	0
გრამ-უარყოფითი:																								
N. gonorrhoeae	0	0	0	+	0	±	±	±	↑	±	±	↑	0	0	0	0	+	0	±	+	↑	0	↑	0
N. meningitidis	0	0	0	+	0	↑	↑	↑	+	+	+	0	0	0	0	0	+	±		+	0	0	0	0
M. catarrhalis	+	+	+	+	0	+	+	+	+	+	+	0	0	0	0	0		+		+	0	+	±	

ცხრილი 4 (B)

მიკროორგანიზმები	ანტიბიოტიკები		გაპროლი- ფები	პიოტიკონები	დეტრაინიკლი- ფები	Glyco-cycline	Glyco-/Lipoglyco- /Lipo-Pepditae		სხვადასხვა												
	Amikacin Tobramycin Gentamicin	Clindamycin Chloramphenicol	Erythro Azithromycin Clarithromycin	Telithromycin	Doxycycline	Minocycline	Tigecycline	Daptomycin	Vancomycin	Telcoplanin ^{NUS}	Telavancin	Fusidic Acid ^{NUS}	Trimethoprim	TMP-SMX	Nitrofurantoin	Fosfomycin	Rifampin	Metronidazole	Quinupristin- dalopristin	Linezolid	Colistimethate (Colistin)
Shigella sp.	+ + +	+ 0	0 ± 0	0	± ±	+		0 0 0	0	0 ±	0	0 ±	0 ±	+	0 0 0 0	+	0 +	0 0	0 0	0 0	0 0
Serratia marcescens	+ + +	0 0	0 0 0	0	0 0	+	0	0 0 0 0	0	0 0 ±	0	0 ±	0	0 +	0 0 0	0	0 +	0 0			0 0
Proteus vulgaris	+ + +	± 0	0 0 0	0	0 0	±	0	0 0 0 0	0	0 0 0	0	0 0	0	0 +	0 0 0	0	0 +	0 0			0 +
Acinetobacter sp.	0 0 ±	0 0	0 0 0	0	0 +	±	0	0 0 0 0	0	0 0 ±	0	0 ±	0	0 +	0 0 0	0	0 0	0 0			0 +
Ps. aeruginosa	+ + +	0 0	0 0 0	0	0 0	0	0	0 0 0 0	0	0 0 0	0	0 0	0	0 +	0 0 0	0	0 0	0 0	0	0 +	0 +
Burkholderia cepacia	0 0 0	+ 0	0 0 0	0	0 ±	±	0	0 0 0 0	0	0 +	0	0 +	0	0	0 0 0	0		0 0			0 0
Stenotrophomonas maltophilia	0 0 0	+ 0	0 0 0	0	↑ 0	+	0	0 0 0 0	0	0 0 +	0	0 +	0	0	0 0 0	0		0			0 ±
Y. enterocolitica	+ + +	+ 0	0 0 0	0	0 0	0	0	0 0 0 0	0	0 +	0	0	0	0	0 0 0	0		0			0
F. tularensis	+ + +	+			+		0	0 0 0 0	0	0 +	0	0	0	0	0 0 0	0	+	0			0
Brucella sp.	S S S	+ 0	0 0 0	0	+	+	0	0 0 0 0	0	0 0 ±	0	0 ±	0 ±	0 ±	0 0 0	0	S	0			0
Legionella sp.			+ + +	↑	↑ ↑	↑	0	0 0 0 0	0	0 ±	0	0 ±	0 ±	0 ±	0 0 0	0		0			0
H. ducreyi		↑ ↑	+ +		0 0		0	0 0	0	0 0	0	0 ±	0 ±	0 ±	0 0 0	0		0			0
Vibrio vulnificus	± ± ±	↑			S S		0	0	0	0	0	0	0	0	0 0	0		0			0

მედიკამენტოზური ფორმები	ანტიბიოტიკები				მედიკამენტოზური ფორმები			პათოლოგიები	მედიკამენტოზური ფორმები	Glyco-/cycline	Glyco-/Lipoglyco-/Lipo-Pepditas			სხვადასხვა											
	Amikacin	Tobramycin	Gentamicin	Clindamycin	Chloramphenicol	Erythro	Azithromycin	Clarithromycin	Telithromycin	Doxycycline	Minoocycline	Tigecycline	Daptomycin	Vancomycin	Telcoplanin ^{us}	Fusidic Acid ^{us}	Trimethoprim	TMP-SMX	Nitrofurantoin	Fostomycin	Rifampin	Metronidazole	Quinupristin-dalopristin	Linezolid	Colistimethate (Colistin)
სხვადასხვა:																									
Chlamydomphila sp.	0	0	0	+	±	+	+	+	+	+	+	+				0	0		0	↑	0	↑	↑		
M. pneumoniae	0	0	0	+	0	+	+	+	+	+	+	+	0	0	0	0			0	+	0				
Rickettsia sp.	0	0	0	+		±			+	+	+					0				0					
Mycobacterium avium		+					+	+		0	0	0										0	0	0	
ანაერობები:																									
Actinomyces	0	0	0	↑	+	+	+	+		+	+			+	+	+	+					0			
Bacteroides fragilis	0	0	0	↑	±	0	0	0		±	±	+		0		0		↑	0		+			±	
P. melaninogenica	0	0	0	+	+		+	+	+	+	+	+		0		0	+				+	+			
Clostridium difficile	0	0	0	±									+	+	+						+	±	±		
Clostridium (არა difficile)				+	±	±	+	+		+	+	+		+	+	+	+				S	↑	↑		
Fusobacterium necrophorum	0	0	0	+	±	0	0	0				+									+				
Peptostreprococcus sp	0	0	0	+	+	±	+	±	+	+	+	+		+	+	+	+				±			+	

ანტიბიოტიკული პრეპარატები, როგორცაა azithromycin, გააჩნიათ ქსოვილში მაღალი შეღწევა და ზოგიერთს, როგორცაა clarithromycin, მეტაბოლიზდება უფრო აქტიურ ნაერთებად, ამიტომ, in vivo აქტიურობამ შესაძლოა გადაჭარბოს in vitro აქტიურობას.

** Po მიღებული vancomycin, metronidazole აქტიური C. difficile-ს მიმართ; IV vancomycin არ არის ეფექტური. S = სინერგიულია უჯრედის კედლის სინთეზის ინჰიბიტორ

ანტიბიოტიკებთან.



ცხრილი 5A - მულტირეზისტენტული გრამ-დადებითი ბაქტერიებით გამოწვეული სისხლძვარი ინფექციების მკურნალობის ვარიანტები

მიკრო-ორგანიზმი	რეზისტენტული შემადგენი მიმართ	მკურნალობის ძირითადი ვარიანტები	მკურნალობის ალტერნატიული ვარიანტი	კომენტარები
Enterococcus sp.	Vancomycin, Ampicillin, Penicillin, Gentamicin	E.faecium: Linezolid 600მგ IV/po q12h*მინ 8 კვირა ან Quino-dalfo 7.5 მგ/კგ IV (ცენტრალური ხაზი) * მინ 8 კვირა. არ არსებობს აშკარად ეფექტური თერაპია. შესაძლებელია ცადოთ Daptomycin 8-12 მგ/კგ IV q24h, მაგრამ აუცილებელია რეზისტენტობის წარმოშობის მონიტორინგი (NEJM 365:892, 2011; AAC 57:5013, 2013).	E.faecalis: (Imipenem 500მგ IV q6h + Ampicillin 2 გრ IV q4h) *მინიმუმ 8 კვირა ან (Ceftriaxone 2 გრ IV q12h + Ampicillin 2 გრ IV q4h) *მინიმუმ 8 კვირა (CID 567:1261, 2013)	Daptomycin წარმატებულია ერთეულ შემთხვევაში (AAC 56:6064, 2012); არ არის აქტიური E.faecalis მიმართ. Linezolid ბაქტერიოსტატიკულია, ენდოკარდიტის დროს 40%-იანი რეციდივით (AnIM 138:133, 2003). მეტა-ანალიზი: 30 დღეში ინფექციით განპირობებული სიკვდილიანობა მეტია Daptomycin-ით მკურნალობისას, ვიდრე Linezolid-ით (AAC 58:734, 2014). Telavancin-ის როლი უცნობია.
Staphylococcus aureus (უფრო მეტი დეტალისთვის, იხილეთ ცხრილი 6)	Vancomycin (VISA ან VRSA) და ყველა ბეტალაქტამი (გარდა Ceftaroline)	Daptomycin 6-10 მგ/კგ IV q24h ან (Daptomycin 6-12მგ/კგ q24h + Ceftaroline 600მგ IV q8h) (AAC 56:5296, 2012)	Telavancin 10 მგ/კგ IV q24h ან Linezolid 600 მგ IV/po q12h	დაადასტურეთ dapto-ს მგრძნობელობა იმიტომ, რომ VISA შტამები შესაძლოა, არ იყოს მგრძნობიარე. თუ დაწყებულია vanco თერაპია (ან vanco-ზე ინფექცია შეუპოვარია), მაშინ dapto-ს მიმართ რეზისტენტობის განვითარების მნიშვნელოვანი შანსი არსებობს (JAC 66:1696, 2011). ანტი-სტაფილოკოკური ბეტა-ლაქტამურის (ASBL) დამატებამ შესაძლოა აღადგინოს მგრძნობელობა Dapto-რეზისტენტული MRSA-ს მიმართ (AAC 54:3161, 2010). Dapto + oxacillin კომბინაცია წარმატებული იყო რეფრაქტერული MRSA ბაქტერიემიის მკურნალობისას (CID 53:158, 2011). Dapto + ceftaroline შესაძლოა, ასევე ეფექტური იყოს.
Streptococcus pneumoniae	Penicillin G (MIC ≥4 მგ/მლ)	არ არის მენინგიტი: Ceftriaxone 2 გრ IV დღეში ერთხელ ან Ceftaroline 600 მგ IV q12h ან Linezolid 600 მგ IV/po q12h	მენინგიტი: Vancomycin 15 მგ/კგ IV q8h ან Meropenem 2 გრ IV q8h	Ceftriaxone 2 გრ IV q12h ასევე ეფექტური უნდა იყოს მენინგიტისათვის.

**ცხრილი 5B - ზეარქველი ნულშირეპროდუცირებადი ბრან-პარაფორმით ბაზილიებით გამოწვეული სისხლძვარი
ინფექციის მკურნალობის პარამეტრები**

ამ ცხრილში შემოთავაზებული მკურნალობის ვარიანტები FDA-ის მიერ ძირითადად არ არის დამტკიცებული. შემოთავაზებები ეყრდნობა
in vitro მონაცემებს, ცხოველებზე კვლევებს და/ან ლიმიტირებულ კლინიკურ გამოცდილებას.

მიკროორგანიზმი	რეზისტენტული ზემოქმედების ფორმა	მკურნალობის ძირითადი ვარიანტები	მკურნალობის აღმდგენი ვარიანტი	კომენტარები
Acinetobacter baumannii	ყველა პენიცილინი, ყველა ცეფალოსპორინი, Aztreonam, კარბაპენემები, ამინოგლიკოზიდები და ფტორქინოლონები	კომბინაციური თერაპია: Polymixin E (Colistin) + (Imipenem ან Meropenem) Colistin-ის დოზირებისათვის <i>იხილეთ ცხრილი 10A, გვერდი 215.</i>	Minocycline (IDCP 20:184, 2012) (in vitro სინერგია მინოციკლინსა და იმიპენემს შორის)	<i>Ref : Int J Antimicrob Agts 37:244, 2011; BMC Inf Dis 11:109, 2011.</i> Colistin-ის დეტერგენტული ფეკტი ალადგენს კარბაპენემებისა და სხვა პრეპარატების ანტიბიოტიკურ აქტიუობას. Colistin არ გამოიყენეთ მონოთერაპიით. Colistin + Rifampin არ ახდენს გავლენას ინფექციით განპირობებულ სიკვდილიანობაზე (CID 57:349, 2013).
გაფართოვებული სპექტრის ბეტა-ლაქტამაზა (ESBL) - მაპროდუცირებელი E. coli, Klebsiella pneumoniae, ან სხვა Enterobacteriaceae	ყველა ცეფალოსპორინი, TMP-SMX, ფტორქინოლონები, ამინოგლიკოზიდები	Imipenem 500 მგ IV q6h ან Meropenem 1 გრ IV q8h ან Doripenem 500 მგ IV q8h (CID 39:31, 2004) (შენიშვნა: Dori პნევმონიის მკურნალობისათვის არ არის FDA-ის მიერ დამტკიცებული)	შესაძლოა Cefepime 2 გრ IV q12h მაღალი დოზით (<i>იხ. კომენტარი</i>). Polymyxin E (Colistin) + (MER ან IMP). დოზირებისათვის <i>იხილეთ ცხრილი 10A, გვერდი 215</i>	UTI-სათვის: Fosfomycin, nitrofurantoin (AAC 53:1278, 2009). მოერიდეთ PIP-TZ, მაშინაც კი, როცა მგრძნობიარე in vitro (AAC 57:3402, 2013). Cefepime: გამოსავალი კორელაციაშია MIC-თან. თუ MIC ≤ 1 მკგ/მლ, შედეგი კარგია. თუ MIC = 1-8 მკგ/მლ, მაშინ შედეგი არასახარბიელოა (CID 56:488, 2013).
კარბაპენემაზა - მაპროდუცირებელი აერობული გრამ-უარყოფითი ბაცილები ან P.aeruginosa	ყველა პენიცილინი, ცეფალოსპორინი, Aztreonam, კარბაპენემები, ამინოგლიკოზიდები და ფტორქინოლონები	კომბინაციური თერაპია: Polymixin E (Colistin)+ (MER ან IMP). Colistin-ის დოზირებისათვის <i>იხილეთ ცხრილი 10A, გვერდი 215. იხ. კომენტარი</i>	პნევმონია: ინჰალაციური Colistin ^{NAI} 50-75მგ 3-4 მლ ფიზიოლოგიურში ნებულაზიზაციით + Colistin + (MER ან IMP)	Colistin-ის დოზირებისათვის <i>იხილეთ ცხრილი 10A, გვერდი 215.</i> ინჰალაციური დოზებისათვის <i>იხილეთ ცხრილი 10.</i> წყირია ცნობები KPC-ის კარბაპენემებით ერთობლივ (MER+ERTA) მკურნალობის წარმატებაზე (JAC 69:1718, 2014).
Stenotrophomonas maltophilia	ყველა ბეტა-ლაქტამური გარდა Ticar-Clav-ისა, ამინოგლიკოზიდები, ფტორქინოლონები	TMP-SMX 8-10 მგ/კგ/დღე IV გაყოფილი 6h/q8h/q12h (TMP კომპონენტის მიხედვით)	Ticar-Clav 3.1 გრ IV q4-6h	

მხრილი 6 - საფეხო ან კულტურა-დადებითი, საზოგადოებაში შეძენილი MRSA ინფექციების შემოთავაზებული რაოდენობა (დოზებისათვის იხილეთ ჩანაწერი¹)

IDS-A ს გაედლანგებო *CID (Feb 1):1, 2002*. კლინიკური პრობლემის სიდიდისა და ახალი პრეპარატების რაოდენობის გამო, სავარაუდოა, რომ ახალი მონაცემებისათვის საჭირო იქნება შემოსავლებზე რეგიონების ხშირი გადახედვა. (აბრევიატურებისათვის იხილეთ გვერდი 3).

შედეგები: საბავშვოდაცემი მშობელი და ჰოსპიტალურ MRSA შტამებს შორის განსხვავება ზონდოვანი ხდება.

კლინიკური ვადადგენილობა	ახსენები, არა იმუნოსუპრესია, ამბოლაზიონური ამინოზები	ავიდეონი	ბადმონიში ან შესაძლო შემთხვევითი ან ბადმონიში ღოჭი	ნარკოტიკული მართლმართლობა (იხილეთ ჩანაწერი 7)
მართვა	შესაძლოა გაკეთა/ დრენირება საკმარისი იყოს, განსაკუთრებით პატარა აბსცესებისთვის (მაგ, < 5 სმ). უფრო დიდი აბსცესებისთვის, მრავლობითი დაზიანებისათვის, სისტემური ანთებითი რეაქციის სინდრომისათვის: გაკეთა/დრენირება + TMP-SMX-1 DS (2DS, თუ BMI >40) ან clinda 300-450მგ po tid (450 მგ, თუ BMI >40) ან doxy 100მგ po bid ან minocycline 100მგ po bid	Vanco IV ან linezolid IV	Vanco 15-20 მგ/კგ IV q8-12h (მრატში 15-20 მგ/მლ კონცენტრაციის ისლდევეად) თუ Vanco MIC >2 მგ/მლ , გადართე ალტერნატიულ რეჟიმზე. ზოგიერთი ცნობით, მკურნალობა წარუმატებელია, როგა Vanco MIC = 2 მგ/მლ , თუმცა ეს გამოწვეულია ვანკომიგინისადმი რეზისტენტობით, თუ სხვა ფაქტორებით, გაუკვევლია (<i>JID</i> <i>204:340, 2011</i>). თუ პაციენტის ვანკომიგინზე პასუხი გაკიანურებულია, ხოლო შტამის MIC =2 მგ/მლ, განიხილე ალტერნატიული თერაპია. Dapto 6 მგ/კგ IV q24h (დოზა დამტკიცებულია FDA-ს მიერ, თუმცა MRSA-ბაქტერიემიისათვის ზოგი ავტორი რეკომენდაციას უწევს 8-12 მგ/კგ-ს).	Dapto 8-12 მგ/კგ IV q24h ; დაადგინე in vitro მგრძნობელობა, რადგან ვანკომიგინით თავდაპირველი თერაპიით შესაძლოა, მოხდეს დაპტომიგინისადმი რეზისტენტული შტამების სელექცია (MIC > 1 მგ/მლ) და ასევე ზოგი VISA შტამი არის დაპტომიგინისადმი რეზისტენტული. ბაქტერიემიისა და ენდოკარდიტისათვის გამოიყენეთ კომბინაციური თერაპია: dapto +ბეტა-ლაქტამი [dapto 8-12მგ/კგ IV q24h + (Nafcillin 2გრ IV q4h ან Oxacillin 2 გრ IV q4h ან Ceftaroline 600მგ IV q8h)] აღმოჩნდა ეფექტური MRSA-ს წინააღმდეგ, როგორც გადამრჩენი თერაპია, მაშინაც კი, როგა dapto –ს მიმართ რეზისტენტულია (<i>Int J</i> <i>Antimicrob Agents, 42:450, 2013, AAC</i> <i>54:3161, 2010, AAC 56:6192, 2013, AAC</i> <i>58:2541, 2014</i>). Ceftaroline 600 მგ IV q8h (<i>J Antimicrob Chemother 67:1267, 2012, J</i> <i>Infect Chemother 19:42, 2013, Int J</i> <i>Antimicrob Agents 42:450,2013, AAC</i> <i>58:2541, 2014</i>). Linezolid 600 მგ IV/PO q12h (ლინეზოლიდი ბაქტერიოსტატიკულია და საიქვე ენდოვასკულარული
კომენტარები	ფუზიდიონის მგაფა 500 მგ tid (არ არის ხელმისაწვდომი აშშ- ში) + rifampin ასევე არჩევანია. არ გამოიყენოთ რიფამპიგინი მონოთერაპიის სახით,	თუ პაციენტი 2-3 დღის განმავლობაში არ ექვემდებარება მკურნალობას, უნდა შეფასდეს, როგორც გართულებული ინფექცია და დაერინწვოს	Linezolid Vanco-ს წინააღმდეგ პროსპექტულ კვლევებში, Linezolid-ის გამოყენებამ არჩევნა	

კლინიკური აპადრეზი	აბსცესები, არა ინფორმაციული აბსცესები	ანემონი	ბაქტერიული ან ვირუსული ინფექციები ან ბაქტერიული ზოგი	ნარკოტიკული მკურნალობა (იხილეთ ჩანაწერი ²)
	რადგანაც მის მიმართ სწრაფად ვითარდება რეზისტენტობა.	vancomycin.	უმნიშვნელოდ უფრო მაღალი განკურნების სიხშირე, ხოლო განსხვავება სიკვდილობაში არ დაფიქსირდა (CID 54:621, 2012).	ინფექციის შემთხვევაში არ უნდა გამოვიყენოთ მონოთერაპიის სახით) Telavancin 10 მგ/კგ q24h IV (CID 52:31, 2011; AAC 58:2030, 2014).

¹ **Clindamycin:** 300 მგ po tid. **Daptomycin:** 6 მგ/კგ IV q24h არის სტანდარტული დოზა; vancomycin-ით წარუმატებელი მკურნალობის შემთხვევაში რეკომენდირებულია უფრო მაღალი დოზებისა (10 მგ/კგ) და კომბინირებული თერაპიის გამოყენება. **Doxycycline ან minocycline:** 100 მგ po bid. **Linezolid:** 600 მგ po/IV bid. **Quinupristin-dalfopristin (Q-D):** 7.5 მგ/კგ IV q8h ცენტრალური კათეტერით. **Rifampin:** ხანგრძლივი ნახევრად გამოყოფის პერიოდი ამართლებს 600 მგ po q24h დოზას; თუმცა, გულისრევის სიხშირე ნაკლებია 300 მგ po bid-ის დროს, **TMP-SMX-DS:** სტანდარტული დოზაა 8-10 მგ/კგ/დღე. 70 კგ-იანი პაციენტისათვის = 700 მგ TMP კომპონენტი დღეში. **TMP-SMX** შეიცავს 160 მგ TMP-სა და 800 მგ SMX-ს. CA-MRSA-ს კანისა და რბილი ქსოვილების ინფექციის (SSTI) მკურნალობის დოზა არის 1 DS ტაბლეტი დღეში 2-ჯერ ყოველდღე. **Vancomycin:** 1 გრ IV q12h; მიიმე ინფექციებისთვის რეკომენდირებული სამიზნე კონცენტრაციის - 15-20 მკგ/მლ-ის მისაღწევად შესაძლებელია, საჭირო გახდეს 45-60 მგ/კგ/დღეში.

² ენდოკარდიტის დროს ვანკომიცინი მკურნალობისაზე ბაქტერიემიის საშუალო ხანგრძლივობა არის 7-9 დღე (AnIM 115:674, 1991). რაც მეტია ბაქტერიემიის ხანგრძლივობა, მით მეტია ენდოკარდიტის ალბათობა (JID 190:1140, 2004). წარუმატებლობის განმარტება უცნობია. კლინიკური პასუხი უნდა იყოს გათვალისწინებული. არადაგამაყოფილებელ კლინიკურ პასუხად ითვლება, თუ სისხლის კულტურა დადებითი რჩება >4 დღე.

ხსრილი 7 - პრეპარატის დაენსიბილიზაციის მეთოდები

Penicillin. უმჯობესია ორალური გზა (Pen VK). პაციენტთა 1/3-ს უვიარდებათ გარდამავალი რეაქცია, ძირითადად სუსტი. განახორციელები რეანიმაციაში. შეწყვიტე ბეტა-ბლოკერების გამოყენება. ხელმისაწვდომი უნდა იყოს IV ცენტრალური კათეტერი, epinephrine, ECG და სპირომეტრი. დესენსიბილიზაცია მოქმედებს მანამ, სანამ პაციენტი ლებულოზს Pen-ს; შეწყვეტის შემდეგ ალერგია ბრუნდება. ანამნეზში სტივენ-ჯონსონი, ექსფოლიაციური დერმატიტი, ერთროდერმა წარმოადგენს უკუჩვენებას. კანზე ტესტირებით ჩაატარე Pen-ზე ალერგიულობის შეფასება: ტესტირებას ძირითადი დეტერმინანტით (benzyl Pen polyllysine) და მცირე დეტერმინანტებით აქვს პროგნოზირების უარყოფითი ღირებულება (97-99%). კანზე ტესტირებისას სისტემური რეაქციის განვითარების რისკი არის <1% (Ann Allergy Asth Immunol 106:1, 2011). ძირითადი ლიტერატურა: CID 35:26, 2002; Am J Med 121:572, 2008; Curr Clin Topics ID13:131, 1993.

- მეთოდი: Pen-VK-ს** ორალური ხსნარის გამოყენებით, მოაშაადეი სუსტი კონცენტრატები, 250 მგ/5მლ. ყოველი დოზა მიეცეი 15 წთ-იანი ინტერვალებით 30 მლ-იანი წყალი/არომატულ სასმელში გახსნილი. მე-14 საფეხურის შემდეგ დააკვირდი პაციენტს 30 წთ-ი, შემდეგ მიეცეი სრული თერაპიული დოზა თქვენს მიერ არჩეული ნებისმიერი გზით. Allergy, Prin & Prac, Mosby, 1993, გვ. 1726.

საფეხური	ხსნარი (გრ/მლ)	მლ მიეცეილი	დოზა/საფეხური		მოლიანი მიეცეილი დოზა	
			მგ	ერთეული	მგ	ერთეული
1	0.5	0.1	0.05	80	0.05	80
2	0.5	0.2	0.1	160	0.15	240
3	0.5	0.4	0.2	320	0.35	560
4	0.5	0.8	0.4	640	0.75	1,200
5	0.5	1.6	0.8	1,280	1.55	2,480
6	0.5	3.2	1.6	2,560	3.15	5,040
7	0.5	6.4	3.2	5,120	6.35	10,160
8	5	1.2	6	9,600	12.35	19,760
9	5	2.4	12	19,200	24.35	38,960
10	5	4.8	24	38,400	48.35	77,360
11	50	1	50	80,000	98.35	157,360
12	50	2	100	160,000	198.35	317,360
13	50	4	200	320,000	398.35	637,360
14	50	8	400	640,000	798.35	1,277,360

TMP-SMX. ჩაატარეი ჰოსპიტალიზ/კლინიკაში. CID 20:849, 1995; AIDS 5:311, 1991.

- მეთოდი:** გამოიყენეი **TMP-SMX-ის** ორალური სუსპენზია (40 მგ TMP/200 მგ SMX)/5 მლ. ყოველი დოზის შემდეგ მიიღეი 175 მლ წყალითან ერთად. კორტიკოსტეროიდები, ანტიპსტამინურები არ არის გამოიყენება.

საათი	დოზა (TMP/SMX) (მგ)
0	0.004/0.02
1	0.04/0.2
2	0.4/2
3	4/20
4	40/200
5	160/800

Penicillin. პარენტერალური (Pen G) გზა. მიყვით ორალური (Pen-VK) გზის ქვემოთ მოყვანილ პროცედურებს/შენიშვნებს. *Allergy, Prin & Prac, Mosby, 1993, გვ. 1726.*

- **მეთოდი:** მიეცით **Pen G**-ს IM, IV ან კანქვეშ, როგორც ქვემოთაა მოყვანილი:

საფეხური	სუსტი კონცენტრაცია (გრ/მლ)	მლ მიცემული	დოზა/საფეხური (ერთეულები)	მთლიანი მიცემული დოზა (ერთეულები)
1	100	0.2	20	20
2		0.4	40	60
3		0.8	80	140
4	1,000	0.2	200	340
5		0.4	400	740
6		0.8	800	1,540
7	10,000	0.2	2,000	3,540
8		0.4	4,000	7,540
9		0.8	8,000	15,540
10	100,000	0.2	20,000	35,540
11		0.4	40,000	75,540
12		0.8	80,000	155,540
13	1,000,000	0.2	200,000	355,540
14		0.4	400,000	755,540
15		0.8	800,000	1,555,540

Ceftriaxone. Allergol Immunopathol (Madr) 37:105, 2009.

- **მეთოდი:** გადასხით **Ceftriaxone IV 20** წთ-იანი ინტერვალებით, როგორც ქვემოთაა მოყვანილი:

დღე	დოზა (მგ)
1	0.001, შემდეგ 0.01, შემდეგ 0.1, შემდეგ 1
2	1, შემდეგ 5, შემდეგ 10, შემდეგ 50
3	100, შემდეგ 250, შემდეგ 500
4	1000

დესენსიზილიზაციის მეთოდები სხვა პრეპარატებისათვის (ლიტერატურა)

- **Imipenem-Cilastatin.** იხილეთ *Ann Pharmacother* 37:513, 2003.
- **Meropenem.** იხილეთ *Ann Pharmacother* 37:1424, 2003.
- **Metronidazole.** *Allergy Rhinol* 5:1, 2014
- **Daptomycin.** იხილეთ *Ann All Asthma Immun* 100:87, 2008.
- **Ceftazidime.** *Curr Opin All Clin Immunol* 6(6):476, 2006.
- **Vancomycin.** *Intern Med* 45:317, 2006
- ზოგადი მიმოხილვა, Amp, CFP, Clarithro, Clinda, Dapto, Linezolid, Tobra-ს დესენსიზილიზაციის პროტოკოლების ჩათვლით (*CID* 58:1140, 2014)

ცხრილი B - ორსულებში ანტიმიკრობული პრეპარატების რისკის კატეგორიები

რისკი	ანტიბაქტერიული	ანტიმიკო-ბაქტერიული	ანტიმიკოზური	ანტიპარაზიტიული	ანტივირუსული / ანტირეტროვირუსული
B	Azithromycin, Aztreonam, Cephalosporins, Clindamycin, Daptomycin, Doripenem, Ertapenem, Erythromycin, Fidaxomicin, Fosfomycin, Meropenem, Metronidazole, Nitrofurantoin, Penicillins, Oritavancin, Polymyxin B, Quinu-Dalfo, Tinidazole	Rifabutin	Amphotericin B, Terbinafine	Mefloquine, Nitazoxanide, Praziquantel	Antivirals: Acyclovir, Famciclovir, Sofosbuvir, Telbivudine, Valacyclovir ARVs: Atazanavir, Didanosine, Dolutegravir, Emtricitabine, Enfuvirtide, Etravirine, Maraviroc, Nelfinavir, Nevirapine, Ritonavir, Saquinavir, Tenofovir
C	Chloramphenicol, Ciprofloxacin, Clarithromycin, Colistin, Dalbavancin, Gatifloxacin, Gemifloxacin, Imipenem, Levofloxacin, Linezolid, Moxifloxacin, Ofloxacin, Oritavancin, Polymyxin B, Rifaximin, Tedizolid, Telavancin, Telithromycin, Tedizolid, TMP-SMX, Vancomycin	Capreomycin, Dapsone, Isoniazid, Pyrazinamide, Rifampin	Anidulafungin, Caspofungin, Fluconazole (single dose), Flucytosine, Itraconazole, Ketoconazole, Micafungin, Posaconazole	Albendazole, Artemether/Lumefantrine, Atovaquone, Atovaquone/Proguanil, Chloroquine, Dapsone, Eflornithine, Ivermectin, Mebendazole, Pentamidine, Proguanil, Pyrimethamine/Sulfadoxine, Quinidine	Antivirals: Adefovir, Amantadine, Cidofovir, Entecavir, Foscarnet, Ganciclovir, Interferons, Osetamivir, Rimantadine, Simeprevir, Valganciclovir, Zanamivir ARVs: Abacavir, Darunavir, Delavirdine, Fosamprenavir, Indinavir, Lamivudine, Lopinavir/r, Raltegravir, Stavudine, Tiplanavir, Zalcitabine, Zidovudine
D	Amikacin, Gentamicin, Isepamicin, Minocycline, Netilmicin, Streptomycin, Tetracycline, Tigecycline, Tobramycin		Voriconazole, Fluconazole (other regimens)	Miltefosine	
X		Thalidomide		Quinine	Ribavirin
სხვა	Fusidic acid (none reported)	Clofazimine (avoid), Ethambutol (avoid), Ethionamide (do not use)			

* **FDA-ის ორსულობის კატეგორიები:** **A** = ადექვატური კვლევები ორსულებში, არ არის რისკის შემცველი; **B** = კვლევები ცხოველების რეპროდუქციაზე, არ აქვს ფეტალური რისკი; არ არის კონტროლირებული კვლევები ორსულებში; **C** = ცხოველების რეპროდუქციის კვლევებმა უჩვენა ჩანასახზე არაკეთილსამიერი ეფექტები; ადამიანებზე კონტროლირებული კვლევები არ ჩატარებულა; **D** = ადამიანებში ფეტალური რისკის მტკიცებულება; პოტენციურმა სარგებლიანობამ შესაძლოა გადაწონოს პოტენციური რისკი; **X** = კვლევებმა ცხოველებში და ადამიანებში გამოავლინა ჩანასახოვანი პათოლოგიები; რისკი ორსულებში აშკარად აღემატება პოტენციურ სარგებელს.

ხსრილი 9A – ანთიმიაკრობული აბანდების შეჩერებული დარბაჯოლმომიზი მახასიათებლები

ფარმაკოდინამიკისათვის იხილეთ ცხრილი 9B; Cytochrome P450–ის ურთიერთქმედებებისათვის იხილეთ ცხრილი 9C.

საკვანძო ტერმინების ჩამონათვალი მოყვანილია ყოველი გვერდის ბოლოში. დამატებითი ჩანაწერები მოყვანილია 9A ცხრილის ბოლოში, გვერდი 190.

პრეპარატი	მიტით-ბული დოზა (მრთხელ ან მრავალჯერ)	მრთხელ რბსი	საკვების რბაოზ (PO პრეპარტბი) ¹	მრთხელის ABS (ზ)	მრთხელ პიკოზი კონც (მგ/მლ)	მრთხელ მრთხელ (ზ)	მრთხელის მრთხელის (მლ)	მრთხელის მრთხელის (მლ)	CSF/სისხლ (ზ)	CSF პრეპარტბი ⁷	AUC ⁸ (მგ*მლ/მლ)	Tmax (მთ)
-----------	---------------------------------------	-------------	--	------------------	----------------------------	-------------------	------------------------	------------------------	---------------	----------------------------	-----------------------------	-----------

ანთიმიაკრობული

Amik, gent, kana, tobra	იხილეთ ცხრილი 10 D	D			იხილეთ ცხრილი 10 D	0-10	0.26 ლ/კგ	2.5	10-60	0-30	არა; ინტრატეკალური დოზა: 5-10 მგ	
Neomycin	PO	D	ტბლტბი/ხსნარი ± საკვები	<3	0							

ბმბ-ლბმბები

კარბბბბბბ

Doripenem	500 მგ IV	B			23	8.1	16.8 ლ Vss	1	117 (0-611)			36.3
Ertapenem	1 გრ IV	B			154	95	0.12 ლ Vss	4	10			572.1
Imipenem	500 მგ IV	C			40	15-25	0.27 ლ/კგ	1	მინიმალური	8.5	+ ⁶	42.2
Meropenem	1 გრ IV	B			49	2	0.29 ლ/კგ	1	3-300	~ 2	+	72.5

ცეფალოსპორინები, IV, პირველი თბბ

Cefazolin	1 გრ IV	B			188 (SD)	73-87	0.19 ლ/კგ	1.9	29-300	1-4	არა	236
-----------	---------	---	--	--	----------	-------	-----------	-----	--------	-----	-----	-----

ცეფალოსპორინები, IV, პირველი თბბ

Cefazolin	1 გრ IV	B			188 (SD)	73-87	0.19 ლ/კგ	1.9	29-300	1-4	არა	236
-----------	---------	---	--	--	----------	-------	-----------	-----	--------	-----	-----	-----

ცეფალოსპორინები, IV, მორე თბბ

Cefotetan	1 გრ IV	B			158 (SD)	78-91	10.3 ლ	4.2	2-21			504	
Cefoxitin	1 გრ IV	B			110 (SD)	65-79	16.1 ლ Vss	0.8	280	3	არა		
Cefuroxime	1.5 გრ IV	B			100 (SD)	33-50	0.19 ლ/კგ Vss	1.5	35-80	17-88	ზღვრული	150	
Cefuroxime axetil	250 მგ ტაბლეტი po	B	სუსპენზია+საკვები; ტაბლეტი ± საკვები	52	4.1 (SD)	50	0.66 ლ/კგ V/F	1.5				12.9	2.5

პრეპარატი	მითითებული დოზა დროულად ან მრავალჯერა	რისკი	საკვების რეჟიმი (PO პრეპარატებისთვის ¹)	რისკული ABS (%)	შრატში პიკური კონცენტრაცია (მგ/ლ)	მედიანური C _{max} (%)	მანძილი მომხმარებლის C _{min}	შრატის საშუალო T _{1/2} (სთ)	BILE PEN (%)	CSF/ სისხლში (%)	CSF პენეტრაცია ⁷	AUC ⁸ (მგ*სთ/ მლ)	Tmax (სთ)
ცეფალოსპორინები, IV, მესამე თაობა													
Cefotaxime	1 გრ IV	B			100	30-51	0.28 ლ/კგ	1.5	15-75	10	დიაბ	70	
Ceftazidime	1 გრ IV	B			69 (SD)	< 10	0.24 ლ/კგ Vss	1.9	13-54	20-40	დიაბ	127	
Ceftizoxime	1 გრ IV	B			60 (SD)	30	0.34 ლ/კგ	1.7	34-82			85	
Ceftriaxone	1 გრ IV	B			150 (SD), 172-204 (SS)	85-95	5.8-13.5 ლ	8	200-500	8-16	დიაბ	1006	
ცეფალოსპორინები, IV, მეოთხე თაობა და ანტი-MRSA													
Cefepime	2 გრ IV	B			164 (SD)	20	18 ლ Vss	2.0	10-20	10	დიაბ	284.8	
Ceftaroline	600 მგ IV	B			21.3	20	20.3 Vss	2.7				56.3	
Ceftobiprole ^{NUS}	500 მგ IV	B			33-34.2 (SD)	16	18 ლ Vss	2.9-3.3				116	
ცეფალოსპორინები, ორალური, პირველი თაობა													
Cefadroxil	500 მგ po	B	კვანძები/ტაბლეტები ± საკვები	90	16 (SD)	20	0.31 ლ/კგ V/F	1.5	22			47.4	

ხსრილი 9A(2) – ჩანაწერი ცხრილის ბოლოს

პრეპარატი	მითითებული დოზა ან მრავალჯერადი	ჩრსავლ. რისკი	საპეპტის რეაქია (PO პრეპარატების) ¹	ორალური ABS რა	ზრდაში პიკური კონცენტრაცია (მკგ/მლ)	მთლიანი მასაჰორიზონი (რა)	ბანაჰორიზონის მოცულობა (V _დ)	მრავალი საჰორიზონი T _{1/2} (მთ ¹)	BILE PEN რა ²	CSF/სინალ ³ (რა)	CSF პენეტრაცია ⁴	ALP ⁵ მაჰორიზონი	T _{max} (მთ)
ბმტ-ლაჰმანგინი, ცეფალოსპორინები, ორალური, პირველი თაობა (გაგრძელება)													
Cephalexin	500 მგ po	B	კაფს/ტაბ/სუჰს ± საკვები	90	18 (SD)	5-15	0.38 ლ/კგ V/F	1.0	216			29	1
ცეფალოსპორინები, ორალური, მეორე თაობა													
Cefaclor	500 მგ po	B	კაფსულა/სუჰსენზია ± საკვები	93	13 (SD)	22-25	0.33 ლ/კგ V/F	0.8	≥60			20.5	0.5-1.0
Cefaclor-ER	500 მგ po	B	ტაბლეტი + საკვები		8.4 (SD)	22-25		0.8	≥60			18.1	2.5
Cefprozil	500 მგ po	B	ტაბლეტი/ სუჰსენზია ± საკვები	95	10.5 (SD)	36	0.23 ლ/კგ Vss/F	1.5				25.7	
ცეფალოსპორინები, ორალური, მესამე თაობა													
Cefdinir	300 მგ po	B	კაფსულა/სუჰსენზია ± საკვები	25	1.6 (SD)	60-70	0.35 ლ/კგ V/F	1.7				7.1	2,9
Cefditoren pivoxil	400 მგ po	B	ტაბლეტი + საკვები	16	4 (SD)	88	9.3 ლ/კგ Vss/F	1.6				20	1.5-3.0
Cefixime	400 მგ po	B	ტაბლეტი/ სუჰსენზია ± საკვები	50	3-5 (SD)	65	0.93 ლ/კგ V/F	3.1	800			25.8	4
Ceftibuten	400 მგ po	B	კაფსულა/სუჰსენზია არა საკვები	80	15(SD)	65	0.21ლ/კგ V/F	2.4				73.7	2.6
მონობაქტამები													
Aztreonam	1 გრ IV	B			90 (SD)	56	12.6ლ Vss	2	115-405	3-52	±	271	
პენიცილინები: ზუნგორივი													
Benz Pen G	1.2 მილიონი ერთეული IM	B			0.15 (SD)								
Penicillin G	2 მილიონი ერთეული IV	B			20 (SD)	65	0.35 ლ/კგ		500	5-10	დიახ: Pen-მგრძნობიარე		

პრეპარატი	მითითებული დოზა (ერთხელ ან მრავალჯერ)	ოქსალ. რისკი	საკვების რეჟიმ (PO პრეპარატები) ¹	ორალური ABS (%)	შრატში პიკური კონც ² (მკგ/მლ)	მიწის შეკვთობა (%)	ბანაწილების მოცულობა (L/d) ³	შრატის საშუალო T _{1/2} , მთ ⁴	BILE PEN (%) ⁵	CSF/ სისხლ ⁶ (%)	CSF პენეტრაცია ⁷	AUC ⁸ მკგ·სთ/მლ	Tmax მთ
											S. pneumo-ს მიმართ		
Penicillin V	500 მგ po	B	ტაბლეტი/ხსნარი არა საკვები	60-73	5-6 (SD)	65		0.5					
ამინოპენიცილინები													
Amoxicillin	500 მგ po	B	± საკვები	80	5.5-7.5 (SD)	17	0.36 ლ/კგ	1.2	100-3000	13-14	ღიახ	22	1-2
Amoxicillin ER	775 მგ po	B	ტაბლეტი + საკვები		6.6 (SD)	20		1.2-1.5				29.8	3.1
AM-CL	875/125 მგ po	B	კაფს/ტაბ/სუსპ ± საკვები	80/30/ 98	11.5/2.2 (SD)	18/25		1.4/1.1	100-3000			AM:26. 8 – CL: 5.1	

ხსრილი 9A(3) (ჩანაწერი ცხრილის ბოლოს)

პრეპარატი	მოითითებულ დოზა (ერთეულ ან მრავალჯერ)	რისკი	საპაციენტის რეჟიმი (PO პრეპარატები)	ორალური ABS (%)	ფართობი ფართობი (მგ/მლ)	მედიკამენტი (%)	ბანაჟი-ლინის მოცულობა (მგ)	მედიკამენტი T _{1/2} (მთხ)	BILE PEN (%)	CSF/სისხლი (%)	CSF პენეტრაცია	AUC ₀₋₂₄ (მგ/ლ)	T _{max} (მთ)
ბეტა-ლaktამები, ცეფალოსპორინები (ამინო) (გაგრძელება)													
AM-CL-ER	2 ტაბლეტი [2000/125 მგ]	B	ტაბლეტი + საკვები		17/2.1 (SD)	18/25		1.3/1.0				AM:71.6 – CL: 5.3	AM:1.5 – CL: 1.03
Ampicillin	2 გრ IV	B			100 (SD)	18-22	0.29 ლ/კგ	1.2	100-3000	13-14	დაიხ		
AM-SB	3 გრ IV	B			109-150/48-88 (SD)	28/38		1.2				AM:120 – SB: 71	
პენიცილინა-რეზისტენტული პენიცილინები													
Cloxacillin ^{NUS}	500 მგ	B	კაფსულა არა საკვები	50	7.5-14 (SD)	95	0.1 ლ/კგ	0.5					1-1.5
Dicloxacillin	500 მგ	B	კაფსულა არა საკვები	37	10-17 (SD)	98	0.1 ლ/კგ	0.7	5-8				1-1.5
Nafcillin	500 მგ	B			30 (SD)	90-94	27.1 ლ Vss	0.5-1	>100	9-20	დაიხ	18:1	
Oxacillin	500 მგ	B	კაფსულა არა საკვები		43 (SD)	90-94	0.4 ლ/კგ	0.7	25	10-15	დაიხ		
ანტიფეგდომონური პენიცილინები													
PIP-TZ	3/3.75 გრ IV	B			242/24 (SD)	16-48	PIP: 0.24 ლ/კგ	1.0	>100			PIP: 242 – TZ: 25	
TC-CL	3.1 გრ IV	B			330/8 (SD)	45/25	TC: 9.7 Vss	1.2/1.0				TC: 485 – CL: 8.2	
ფლორინოლონი ¹⁰													
Ciprofloxacin	750 მგ po q12h	C	ტაბ/სუბ ± საკვები	70	3.6 (SS)	20-40	2.4 ლ/კგ	4	2800-4500			31.6 (24 სთ)	1-2
	400 მგ po q12h	C	± საკვები		4.6 (SS)	20-40		4	2800-4500	26	1 მგ/მლ: არ არის საკმარისი Strep. sp-სათვის (CID 31:1131, 2000).	25.4 (24 სთ)	

პრეპარატი	მითითებული დოზა ერთხელ ან მრავალჯერა	ჩრსაქი	საპეპიდის რეაქცია (PO პრეპარატებზე)	ორალური ABS (%)	გრძელვადიანი ეფექტი (მკ/მლ)	მთლიანი მეგაგრძელება (%)	ბანაჟი- ლევის მონიტორინგის ცდმ	მედიკამენტოზური T _{1/2} , საათი	BILE PEN (%)	CSF/ სისხლი (%)	CSF პენეტრაცია μg	AUC ⁰⁻⁸ (მკ/საათი)	T _{max} საათი
	500 მგ ER po q24h	C	ტაბ/სუსპ ± საკვები		1.6 (SS)	20-40		6.6				8 (24 სთ)	1.5
Gemifloxacin	320 მგ po q24h	C	ტაბლეტი ± საკვები	71	1.6 (SS)	55-73	2-12 ლ/კგ Vss/F	7				9.9 (24 სთ)	0.5-2.0
Levofloxacin	750 მგ po/IV q24h	C	ტაბლეტი ± საკვები, ორალური ხსნარი არა საკვები	99	8.6/12.1 (SS)	24-38	244 ლ Vss	7				PO 90.7, IV 108 (24 სთ)	PO: 1.6
Moxifloxacin	400 მგ po/IV q24h	C	ტაბლეტი ± საკვები	89	4.2-4.6/4.5 (SS)	30-50	2.2 ლ/კგ	10-14		>50	დიაბ (CID 49:1080, 2009)	PO 48, IV 38 (24 სთ)	PO: 1.3
Ofloxacin	400 მგ po/IV q12h	C	ტაბლეტი ± საკვები	98	4.6/6.2 (SS)	32	1-2.5 ლ/კგ	7				PO 82.4, IV 87 (24 სთ)	PO: 1.2
Norfloxacin	400 მგ po/IV q12h	C	ტაბლეტი არა საკვები	30- 40	1.5 (400 მგ SD)	10-15	1.7 ლ/კგ	3-4	700	ND	არა	6.4 (400მგ)	1
Prulifloxacin	600 მგ	C	ტაბლეტი ± საკვები	ND	1.6 (SD)	45	1231 ლ	10.6- 12.1	ND			7.3	1

ცხრილი 9A(4) – (ბანაწერი ცხრილის ბოლოს)

პრეპარატი	მიღებული დოზა (ერთეულ ან მრავალჯერ)	ოქსაქსილინი	საკვების რეჟიმ (PO პრეპარატები) ¹	ორალური ABS (ზა)	შრატში პიკური კონცენტრაცია (მკგ/მლ)	მიღების რეჟიმები (ზა)	ბანაწერი-ლების მოცულობა (Vd) ²	შრატის საშუალო T _{1/2} (მთხ) ³	BL E PEN (ზა) ⁴	CSF/სისხლში (ზა)	CSF პენეტრაცია ⁵	AUC ⁶ მკგ/სთ/მლ	Tmax (მთ)
გლიკოპეპტიდები, ლიკოპოლიკოპეპტიდები, ლიკოპეპტიდები													
Dalbavancin	1 გრ IV	C			280-300(SD)	93-98	0.11 ლ/კგ	147-258	ND	ND	ND	23.443	
Daptomycin	4-6 მგ/კგ IV q24h	B			58-99 (SS)	92	0.1 ლ/კგ Vss	8-9		0-8		494-632 (24 სთ)	
Oritavancin	1200 მგ IV	C			138(SD)	85	87.6 ლ	245 (ტერმინალი)	ND	ND	ND	2800	
Telavancin	10 მგ/კგ/q24h	C			108 (SS)	90	0.13 ლ/კგ	8.1	მაღალი			780 (24 სთ)	
Vancomycin	1 გრ IV q12h	C			20-50 (SS)	<10-55	0.7 ლ/კგ	4-6	50	7-14			
მაკროლიდები, აზალიდები, ლინკოზამიდები, კეტოლიდები													
Azithromycin	500 მგ po	B	ტაბლეტი/სუსპენზია ± საკვები	37	0.4 (SD)	7-51	31.1 ლ/კგ	68	მაღალი			4.3	2.5
	500 მგ IV	B			3.6 (SD)	7-51	33.3 ლ/კგ	68	მაღალი			9.6 (24 სთ, SS-მდე)	
Azithromycin-ER	2 გრ po	B	სუსპენზია არა საკვები	30	0.8 (SD)	7-50	31.1 ლ/კგ	59	მაღალი			20	5.0
Clarithromycin	500 მგ po q12h	C	ტაბლეტი/სუსპენზია ± საკვები	50	3-4 (SD)	65-70	4 ლ/კგ	5-7	7000			20 (24 სთ)	2.0-2.5
	1000 მგ ER po q24h	C	ტაბლეტი + საკვები	≈50	2-3 (SD)	65-70							5-8
Clindamycin	150 მგ po	B	კაფსულა ± საკვები	90	2.5 (SD)	85-95	1.1 ლ/კგ	2.4	250-300		არა	ND	0.75
	900 მგ IV	B		90	14.1 (SS)	85-95		2.4	250-300		არა	ND	

პრეპარატი	მიღების ფორმის და დოზა	ფარგ. წარმო- მისა	საქმიანობის რეჟიმი (პი პრეპარა- ტი)	ორალური ABS (%)	პრეპარატი პიკი პიკი (მგ/ლ)	მიღების ფორმის და დოზა	განმარ- ტვის ფორმის და დოზა	პრეპარატი პიკი პიკი (მგ/ლ)	პრეპარატი პიკი პიკი (მგ/ლ)	CSF/ სისხლში (%)	CSF პიკი პიკი (მგ/ლ)	AUC ⁰⁻²⁴ (მგ/ლ)	Tmax (სთ)
Erythromycin ფუბი, ესტერები	500 მგ po	B	ტაბლეტი/ სუსპენზია არა საკვები DR კაპსულებს + საკვები	18-45	0.1-2 (SD)	70-74	0.6 ლ/კგ	2-4		2-13	არა		დაყოველ- წლიური გამოთა- ვის ფორ- მისა: 3
Erythromycin lactobionate	500 მგ IV	B			3-4 (SD)	70-74		2-4					
Telithromycin	800 მგ po q24h	C	ტაბლეტი ± საკვები	57	2.3 (SS)	60-70	2.9 ლ/კგ	10	7			12.5 (24 სთ)	1
სხვადასხვა ანტიბიოტიკული პრეპარატები													
Chloram- phenicol	1 გრ po q6h	C	კაფსულა ± საკვები	მაღალი	18 (SS)	25-50	0.8 ლ/კგ	4.1		45-89	დიახ		
Fosfomycin	3 გრ po	-	პაკეტი ± საკვები		25 (SD)	<10	136.1 ლ Vss/F	5.7				150	
ფლუნიდინის მჟავა ^{NUS}	500 მგ po	C	ტაბლეტი + საკვები	91	30 (SD)	95-99	0.3 ლ/კგ	5-15	100-200			315	2-4
Metronidazole	500 მგ po/IV q6h	B	ER ტაბლეტი არა საკვები, ტაბლეტი/ კაფსულა ± საკვები		20-25 (SS)	20	0.6-0.85 ლ/კგ	6-14	100	45-89		560 (24 სთ)	დაყოველ- წლიური გამოთა- ვის ფორ- მისა: 1.6 ER: 6.8

ცხრილი 9A(5) – (ჩანაწერი ცხრილის ბოლოს)

პრეპარატი	მიღების ფორმის და დოზაჟირება	ფარგმ. ჩანაწერი	საკვების რეჟიმის (PO პრეპარატი- რეჟიმის)	ფარგმ. ჩანაწერი	ფარგმ. ჩანაწერი (კონკრეტული დოზაჟირება)	ფარგმ. ჩანაწერი (კონკრეტული დოზაჟირება)	ფარგმ. ჩანაწერი (კონკრეტული დოზაჟირება)	ფარგმ. ჩანაწერი (კონკრეტული დოზაჟირება)	ფარგმ. ჩანაწერი (კონკრეტული დოზაჟირება)	ფარგმ. ჩანაწერი (კონკრეტული დოზაჟირება)	ფარგმ. ჩანაწერი (კონკრეტული დოზაჟირება)	ფარგმ. ჩანაწერი (კონკრეტული დოზაჟირება)	ფარგმ. ჩანაწერი (კონკრეტული დოზაჟირება)
Quinu-Dalfo	7.5 მგ/კგ IV q8h	B			3.2/8 (SS)		0.45/0.24 ლ/კგ Vss	1.5				58	
Rifampin	600 მგ po	C	კაფსულა არა საკვები		4-32 (SD)	80	0.65 ლ/კგ Vss	2-5	10,000				1.5-2
Rifaximin	200 მგ po	C	ტაბლეტი ± საკვები	<0.4	0.004-0.01 (SD)								
Trimethoprim (TMP)	100 მგ po	C	ტაბლეტი ± საკვები	80	1 (SD)		100-120 V/F	8-15					1-4
TMP-SMX	160/800 მგ po q12h	C	ტაბლეტი/ სუსპენზია ± საკვები	85	1-2/40-60 (SS)		TM: 100-120 ლ SM: 12-18 ლ		100-200	50/40			TMP PO: 1-4 SMX IV: 1-4
TMP-SMX	160/800 მგ IV q8h	C			9/105(SS)	44/70	100-120ლ/ 12-18 ლ	11/9	40-70			ND	
ფარგმ. ჩანაწერი													
Linezolid	600 მგ po/IV q12h	C	ტაბლეტი/ სუსპენზია ± საკვები	100	15-20 (SS)	31	40-50ლ Vss	5		60-70	დაბ. (AAC 50:3971, 2006)	PO: 276/IV: 179 (24სთ)	PO: 1.3
Tedizolid	200 მგ po/IV q24h	C	ტაბლეტი ± საკვები	91	Po 2.2, IV 3.0 (SS)	70-90	67-80ლ Vss	12	ND	ND	ND	Po 25.6, IV 29.2 (24h)	3
ფარგმ. ჩანაწერი													
Colistin (Polymyxin E)	150 მგ IV	C			5-7.5 (SD)	≈50	0.34 ლ/კგ	Colistimethate 1.5-2, Colistin>4	0		არა		

პრეპარატი	მითითებული დოზა (დროულად ან მრავალჯერ)	ჩრდ.აღმ.	საკვების რამდენიმე (PO პრეპარატი)	ჩრდ.აღმ. (AB) (ა)	გრაფიკი (მედიკალი)	მედიკალი (ა)	ბანაჟების მოცულობა (ლ/კგ)	მედიკალი (ა/მთ)	BLF PEN (ა/მთ)	CSF/ სტილი (ა)	CSF პენიცილინი	AUC ⁰⁻²⁴ (მგ/სთ)	Tmax (სთ)
Colistin B	0.45-3.4 მგ/კგ/დღე IV	C			2.8 (საშ. კონც. SS)	60	ND	4.5-6 (მედიკალი მონაცემები)			არა	66.9 (24 სთ)	
მედიკალიზაცია, გლიკოლიზაცია													
Doxycycline	100 მგ po	B	ტაბლეტი/კაფსულა ან სუსპენზია ± საკვები		1.5-2.1 (SD)	93	53-134 ლ Vss	18	200-3200	26	არა	31.7	2
Minocycline	200 მგ po	D	კაფსულა/ტაბლეტი ± საკვები		2.0-3.5 (SD)	76	80-114 ლ Vss	16	200-3200			48.3	2.1
Tetracycline	250 მგ po	D	კაფსულა ან საკვები		1.5-2.2 (SD)	არა	1.3 ლ/კგ	6-12	200-3200	7	არა	30	2-4
Tigecycline	50 მგ IV q12h	D			0.63 (SS)	71-80	7-9 ლ/კგ	42	138	5.9-10.6	არა	4.7 (24 სთ)	
ანტიფუნგალური პრეპარატი (გლიკოლიზაცია)													
Ampho B deoxycholate	0.4-0.7 მგ/კგ IV	B			0.5-3.5 (SS)		4 ლ/კგ	24		0		17(24 სთ)	
Ampho B lipid complex (ABLC)	5 მგ/კგ IV	B			1-2.5 (SS)		131 ლ/კგ	173				14 (24 სთ)	

პრეპარატი	მითითებული დოზა (ერთხელ ან მრავალჯერ)	ორსაქლ. რისკი	საპაციენტის რეკომენდაცია (PO პრეპარატებისთვის) ¹	ორსაქლური ABS (%)	შრატში პიკური კონცენტრაცია (მკგ/მლ)	მთლიანი შვავითი რაოდენობა (%)	ბანაჟილების მოცულობა (ლ/დ) ³	შრატის საშუალო T _{1/2} , დღე ⁴	BILE PEN (%) ⁵	CSF/სისხლი ⁶ (%)	CSF პენეტრაცია ⁷	AUC ⁸ (მკგ*სთ/მლ)	Tmax (დღე)
პირველი რიგის, ტუბერკულოზი													
Ethambutol	25 მგ/კგ po	უსაფრთხო	ტაბლეტი + საკვები	80	2-6 (SD)	10-30	6 ლ/კგ Vss/F	4		10-50	არა	29.6	2-4
Isoniazid	300 მგ po	C	ტაბლეტი/სიროფი არა საკვები	100	3-5 (SD)		0.6-1.2 ლ/კგ	0.7-4		90-მდე	დიახ	20.1	1-2
Pyrazinamid	20-25 მგ/კგ po	C	ტაბლეტი ± საკვები	95	30-50 (SD)	5-10		10-16		100	დიახ	500	2
Rifabutin	300 მგ po	B	კაფსულა + საკვები	20	0.2-0.6 (SD)	85	9.3 ლ/კგ (Vss)	32-67	300-500	30-70	ND	8.6	2.5-4.0
Rifampin	600 მგ po	C	კაფსულა არა საკვები	70-90	4-32 (SD)	80	0.65 ლ/კგ Vss	2-5	10,000	7-56	დიახ	58	1.5-2
Rifapentine	600 მგ po q72h	C	ტაბლეტი + საკვები	ND	15 (SS)	98	70 ლ	13-14	ND	ND	ND	320 (72სთ)	4.8
Streptomycin	15 მგ/კგ IM	D			25-50 (SD)	0-10	0.26 ლ/კგ	2.5	10-60	0-30	არა		

ცხრილი 9A(7) – (ჩანაწერი ცხრილის ბოლოს

პრეპარატი	მიღების- ბუნი (დროულად ან მრავალჯერად)	რისკი	საკვების რეჟიმი (PO პრეპარატი)	ორალური ABS (წმ)	შრატის პიკური კონც. (მგ/მლ)	შეფარვა (წმ)	ბანაჟის მოცულობა (ლ/წმ)	შრატის საშუალო T _{1/2} , (წმ)	BLF PEN (წმ)	CSF/ სისხლში (წმ)	CSF პენეტრაცია	AUC ⁰⁻²⁴ (მგ*წმ/ლ)	T _{max} (წმ)
მეორე რიგის, ტუბერკულოზი													
Amikacin	15 მგ/კგ IM	D			25-50 (SD)	0-10	0.26 ლ/კგ	2.5	10-60	0-30	არა		
Bedaquiline	400 მგ po qid	ND	ტაბლეტი + საკვები	ND	3.3 (კვირა 2)	>99	~60x სხეულის ჯამური წყლის Vss	24-30 (ტერმინალი 4-5 თვ)	ND	ND	ND	22 (24 სთ) 8 კვირის შემდეგ	5
Capreomycin	15 მგ/კგ IM	C			25-35 (SD)	ND	0.4 ლ/კგ	2-5	ND	<10	არა	ND	1-2
Cycloserine	250 მგ po	C	კაფს., არა საკვები	70-90	4-8 (SD)	<20	0.47 ლ/კგ	10	ND	54-79	დიახ	110	1-2
Ethionamide	500 მგ po	C	ტაბლეტი ± საკვები	90	2.2 (SD)	10-30	80 ლ	1.9	ND	100	დიახ	10.3	1.5
Kanamycin	15 მგ/კგ IM	D			25-50 (SD)	0-10	0.26 ლ/კგ	2.5	10-60	0-30	არა		
პარამინოსა- ლილის მევა (PAS)	4 გრ po	C	გრანულა + საკვები	ND	20 (SD)	50-73	0.9-1.4 ლ/კგ (V/F)	0.75-1.0	ND	10-50	ზღვრული	108	8
ანტიპარაზითული პრეპარატები (ანტიმალარიული)													
Artemether/lumefantrine	4 ტაბ (80მგ/480 მგ)	C	ტაბლეტი + საკვები	ND	Art 0.06-0.08, DHA 0.09-0.1, Lum 7.4-9.8 (SD)	Art 95.4, DHA 47-76, Lum 99.7		Art 1.6-2.2, DHA 1.6-2.2, Lum 101-119				Art 0.15- 0.26, DHA 0.29, Lum 158-243	Art 1.5- 2, Lum 6-8
Atovaquone	750 მგ po bid	C	სუსპენზია + საკვები	47	24 (SS)	99.9	0.6 ლ/კგ	67		<1	არა	801 (750 მგ×1)	
Mefloquine	1.25 მგ po	C	ტაბლეტი + საკვები		0.5-1.2 (SD)	98	20 ლ/კგ	13-24 დღე					17
Proguanil ¹¹	100 მგ po	C	ტაბლეტი + საკვები		ND	75	1600-2000 ლ V/F	12-21					
Quinine	648 მგ po	C	კაფს. +	76-88	3.2(SD)	69-92	2.5-7.1 ლ/კგ V/F	9.7-12.5	ND	2-7	არა	28 (24 სთ)	2.8

პრეპარატი	მითითებული დოზა (ერთხელ ან მრავალჯერ)	ჩრთმ. რჩევა	საკვების რაოდენობა (პირველი პრეპარატი)	ჩრთმ. რჩევა (mg)	შრატონი ვიკონი (მგ/მლ)	მთლიანი შრატონი (mg)	განაწილების მოცულობა (ლ/მგ)	შრატონის სრატონი T _{1/2} , (მთ)	BILE PEN (mg)	სრატონი (mg)	განაწილების მოცულობა (ლ/მგ)	AUC ₀₋₂₄ (მგ/ლ)	T _{max} (მთ)
			საკვები										
სხვა პრეპარატული პრეპარატები													
Albendazole	400 მგ po	C	ტაბლეტი + საკვები		0.5-1.6	70	ND	Art: 1.6, D-Art: 1.6, Lum: 101					Sulfoxide: 2-5
Dapsone	100 მგ po q24h	C	ტაბლეტი ± საკვები	70-100	1.1 (SS)		1.5 ლ/კგ	10-50					2.6
Ivermectin	12 მგ po	C	ტაბლეტი არა საკვები	60	0.05-0.08 (SD)	93	3-3.5 ლ/კგ	20	ND	ND	ND	ND	4
Miltefosine	50 მგ po tid	D	კაფსულა + საკვები	ND	76 (23 დღის შემდეგ)	95	ND	7-31 დღე	ND	ND	ND	486	2-8
Nitazoxanide	500 მგ po tab	B	ტაბლეტი/სლუპონი + საკვები		9-10 (SD)	99	ND					41.9 (Tizox)	1-4 (Tizox)
Praziquantel	20 მგ/კგ po	B	ტაბლეტი + საკვები	80	0.2-2.0 (SD)		8000 ლ V/F	0.8-1.5				1.51	1-3

ცხრილი 9A(მ) – (ჩანაწერი ცხრილის ბოლოს)

პრეპარატი	მითითებული დოზა (ერთეულ ან მრავალჯერ)	რისკი, რისკი	საკვების რამოდენობა (პრეპარატების)	ორალური ABS (ჟა)	შრატში პიკური კონცენტრაცია (მკგ/მლ)	მედიკამენტოზი (ჟა)	ბანაშის დრო (წმ)	შრატის საშუალო T _{1/2} (მთ)	CSF	CSF/CSF ²	CSF/CSF ² (მკგ/მლ)	AUC ⁰⁻²⁴ (მკგ·სთ/მლ)	T _{max} (მთ)
ანტივირუსული (კვანძოვანი B, C) პრეპარატები													
Adefovir	10 მგ po	C	ტაბლეტი ± საკვები	59	0.02 (SD)	≤4	0.37 ლ/კგ Vss	7.5				0.22	1.75
Dasabuvir	250 მგ po q12h	?	ტაბლეტი + საკვები	ND		0.03—3.1 (10-1200 მგ SD)	ND	5-8	ND	ND	ND	ND	3
Entecavir	0.5 მგ po q24h	C	ტაბლეტი/ ხსნარი არა საკვები	100	4.2 ნგ/მლ (SS)	13	>0.6 ლ/კგ V/F	128–149				0.14	0.5-1.5
Ledipasvir + sofosbuvir	(90 მგ + 400 მგ) po q24h	B	ტაბლეტი ± საკვები	ND	0.3(SS)	>99.3	ND		ND	ND	ND	7.3 (24 სთ)	4-4.5
Ombitasvir (Paritaprevir/ RTV-ით)	25 მგ po q24h	?	ტაბლეტი + საკვები	ND	0.56(SS)	ND	ND	28-34	ND	ND	ND	0.53 (24 სთ)	4-5
Paritaprevir/ RTV Ombitasvir-ით	150 მგ (+RTV 100 მგ) po q24h	?	ტაბლეტი + საკვები	ND	ND	ND	ND	5.8	ND	ND	ND	ND	4.3
Ribavirin	600 მგ po	X	ტაბლეტი/ კაფსულა/ხსნარი + საკვები	64	0.8 (SD)	მინიმალური	2825 ლ V/F	44				25.4	2
Simeprevir	150მგ po bid	C	კაფსულა + საკვები	ND	ND	>99.9	ND	41	ND	ND	ND	57.5 (24 სთ)	4-6
Sofosbuvir	400მგ po q24h	B	ტაბლეტი ± საკვები	ND	0.6 (SS)	61-65	ND	0.5-0.75	ND	ND	ND	0.9 (24 სთ)	0.5-2
Telbivudine	600მგ poq24h	B	ტაბ/ხსნარი ± საკვები		3.7 (SS)	3.3						26.1 (24 სთ)	2

პრეპარატი	მიღების ფორმა (დოზა) მრეწველობა	ფარგმ. ფორმა	საპაციენტო რეჟიმ (პრეპარატი რეჟიმები) ¹	რეგისტრირებული ABS (წა)	შეზღუდული პაციენტი კონდიცია (მძ/მლ)	შეზღუდული პაციენტი (წა)	მანუალური მონიტორინგი (მძ/მლ)	მანუალური მონიტორინგი (მძ/მლ)	მანუალური მონიტორინგი (მძ/მლ)	მანუალური მონიტორინგი (მძ/მლ)	მანუალური მონიტორინგი (მძ/მლ)	მანუალური მონიტორინგი (მძ/მლ)	მანუალური მონიტორინგი (მძ/მლ)	მანუალური მონიტორინგი (მძ/მლ)
ანტივირუსული (ჰერპესვირუსები) პრეპარატები														
Acyclovir	400 მგ po bid	B	ტაბლეტი/ კაფსულა/ სუბკუტანეა ± საკვები	10–20	1.21 (SS)	9-33	0.7 ლ/კგ	2.5–3.5				7.4 (24 სთ)		
Cidofovir Probenecid–ით	5 მგ/კგ IV	C	პრობენეციდი ± საკვები		19.6 (SD)	<6	0.41 ლ/კგ (Vss)	2.2	ND	0	არა	40.8	1.1	
Famciclovir	500 მგ po	B	ტაბლეტი ± საკვები	77	3-4 (SD)	<20	1.1 ლ/კგ (Penciclovir)	2–3 (Penciclovir)				8.9 Penciclovir	Penciclovir: 0.9	
Foscarnet	60 მგ/კგ IV	C			155 (SD)	4	0.46 ლ/კგ	<1	არა			2195 μმ³/სთ		
Ganciclovir	5 მგ/კგ IV	C			8.3 (SD)	1-2	0.7 ლ/კგ Vss	3.5				24.5		
Valacyclovir	1000 მგ po	B	ტაბლეტი ± საკვები	55	5.6 (SD)	13-18	0.7 ლ/კგ	3				19.5 Acyclovir		
Valganciclovir	900 მგ po q24h	C	ტაბლეტი/ ხსნარი + საკვები	59	5.6 (SS)	1-2	0.7 ლ/კგ	4				29.1 Gancyclo	1-3 Ganciclo	

ხსრილი 9A(ფ) – (ჩანაწერი ცხრილის ბოლოს)

პრეპარატი	მიერთე- ბული დოზა (ერთხელ ან მრავალჯერ)	ორგანო- რესპი	საკვების რეჟიმ (PO პრეპარა- ტებში)	ორალური ABS (%)	მრავლი ვიკარი კონსუ- მპი	მთლიან მეგავსეობა (%)	ბანაჟილების მოხმარება (ჯამ)	მრავლი საბაჟო T _{1/2} (მთ)	BLF PEN (%)	CSF/ სტრუქტურა (%)	CSF/ პროდუქტიუ- მუ	AUC ⁰ (მკგ*სთ/ მლ)	Tmax (მთ)
ანტივირუსული პრეპარატები (ტრიკონ)													
Oseltamivir	75 მგ po bid	C	კაფსულა/სლუპენზია ± საკვები	75	Carboxylate 0.35 (SS)	3	23-26 ლ/კგ Vss*	1-3				5.4 (24 სთ) Carboxylate	
Peramivir	600 მგ IV				35-45(SD)	<30	ND	7.7-20.8	ND	ND	ND	90-95	
Rimantadine						40	17-19ლ/კგ	25				3.5	6
ანტირეტროვირუსული (NRTIs) პრეპარატები													
Abacavir (ABC)	600 მგ po q24h	C	ტაბლეტი/ხსნარი ± საკვები	83	4.3 (SS)	50	0.86 ლ/კგ	1.5	20.6	3	36	12 (24 სთ)	1.3
Didanosine (ddI)	400 მგ EC10 po q24h	B	კაფსულა არა საკვები	30–40	ND	<5	308–363 ლ	1.6	25-40	2	ND	2.6	2
Emtricitabine (FTC)	200 მგ po q24h	B	კაფსულა/ხსნარი ± საკვები	93	1.8 (SS)	<4		10	39	3	ND	10 (24 სთ)	1–2
Lamivudine (3TC)	300 მგ po q24h	C	ტაბლეტი/ხსნარი ± საკვები	86	2.6 (SS)	<36	1.3 ლ/კგ	5–7	18	2	ND	11(300 მგ×1)	ND
Stavudine (d4T)	40 მგ bid (pt ± 60 კგ)	C	კაფსულა/ხსნარი ± საკვები	86	0.54 (SS)	<5	46 ლ	1.2-1.6	3.5	2	20	2.6 (24 სთ)	1
Tenofovir (TDF)	300 მგ po q24h	B	ტაბლეტი ± საკვები	39	0.3 (300მგ×1)	<7	1.2-1.3 ლ/კგ Vss	17	>60	1	ND	2.3 (300 მგ×1)	1
Zidovudine (ZDV)	300 მგ po bid	C	ტაბლეტი/კაფსულა/ს იროფი ± საკვები	60	1-2	<38	1.6 ლ/კგ	0.5–3	11	4	2	2.1 (300 მგ×1)	0.5–1.5

ცხრილი 9A(10) – (პანანური ცხრილის ბოლოს)

პრეპარატი	მიღების- ბუნი (დოზა დროულად ან შეზღუდვები)	რისკი კლასი	საპაციენტის რეჟიმ (PO პრეპარა- ტივით)	რეალური ABR (%)	შედეგი პაციენტი (%)	შედეგი პაციენტი (%)	ბანაობის მოცულობა (ლ/წმ)	შედეგი პაციენტი (%)	შედეგი პაციენტი (%)	შედეგი პაციენტი (%)	შედეგი პაციენტი (%)	AUC ⁰ (მკგ*სთ/მლ)	Tmax (სთ)
ანტირეტროვირული (NRTIs) პრეპარატები													
Delavirdine (DLV)	400 მგ po tid	C	ტაბლეტი ± საკვები	85	19 (SS)	98	ND	5.8	ND	3	ND	180 μმ*სთ (24 სთ)	1
Efavirenz (EFV)	600 მგ po q24h	D	კაფსულა/ტაბლეტ ი ან საკვები	42	4.1 (SS)	99	252 ლ V/F	40-55	ND	3	ND	184 μმ*სთ (24 სთ)	3-5
Etravirine (ETR)	200 მგ po bid	B	ტაბლეტი + საკვები	ND	0.3 (SS)	99.9	ND	41	ND	2	ND	9 (24 სთ)	2.5-4.0
Nevirapine (NVP)	200 მგ po bid	B	ტაბლეტი/ სუსპენზია ± საკვები	>90	2 (200 მგ×1)	60	1.21 ლ/კგ Vss	25-30	ND	4	63	110 (24 სთ)	4
Rilpivirine	25 მგ po qd	B	ტაბლეტი + საკვები	ND	0.1-0.2 (25 მგ×1)	99.7	152 ლ	45-50	ND	ND	ND	2.4 (24 სთ)	4-5
ანტირეტროვირული პრეპარატები (დანაბრებით)													
Atazanavir (ATV)	400 მგ po q24h	B	კაფსულა/ტაბლეტი + საკვები	კარგი	2.3 (SS)	86	88.3 ლ V/F	7	ND	2	ND	22.3 (24 სთ)	2.5
Darunavir (DRV)	(600 მგ + 100 მგ RTV) bid	B	ტაბლეტი ± საკვები	82	3.5 (SS)	95	2 ლ/კგ	15	ND	3	ND	116.8 (24 სთ)	2.5-4.0
Fosamprenavir (FPV)	(700 მგ po + 100 მგ RTV) bid	C	ტაბლეტი ± საკვები სუსპენზია: მოზრდილები არა, ბავშვები +	ND	6 (SS)	90	ND	7.7	ND	3	ND	79.2 (24 სთ)	25
Indinavir (IDV)	800 მგ po + 100 მგ RTV po tid	C	ბუსტრული კაფსულა + საკვები	65	9.6 (SS)	60	ND	1.2-2	ND	4	11	92.1 μმ*სთ (24 სთ)	0.8

Lopinavir/RTV (LPV/r)	400 მგ/100 მგ po bid	C	ხსნარი + საკვები ტაბლეტი ± საკვები	ND	9.6 (SS)	98-99		5-6 (LPV)	ND	3	ND	186 LPV	LPV: 4
Nelfinavir (NFV)	1250 მგ po bid	B	ტაბლეტი/ ფხვნილი + საკვები	20-80	3-4 (SS)	97	2-7 ლ/კგ V/F	3.5-5	ND	1	ND	53 (24 სთ)	ND
Ritonavir (RTV)	ბუსტერული დოზა ცვალებადი	B	კაფსულა/ხსნარი + საკვები	65	11.2 (600 მგ bid SS)	98-99	0.41 ლ/კგ V/F	3-5	ND	1	ND	ND	ხსნარი: 2-4
Saquinavir (SQV)	1 გრ (+ 100) მგ RTV) po bid	B	ტაბლეტი/კაფსულა + საკვები	4 (SQV მხოლოდ)	0.37 წთ (SS კონც)	97	700 ლ Vss	1-2	ND	1	ND	29.2 (24 სთ)	ND
Tipranavir (TPV)	500 მგ (+200 მგ RTV) po bid	C	კაფსულა/ხსნარი + საკვები	დაბალი	47-57 (SS)	99.9	7.7-10 ლ	5.5-6	ND	1	ND	1600 μმ*სთ (24 სთ)	3

ხსარილი 9A(11) – (ჩანაწერი ცხრილის ბოლოს)

პრეპარატი	მიითითებული დოზა ცხრილში ან მრავალჯერ	ორჯერ რამდე	საპარატის რამდე (PO პრეპარატები) ¹	ორჯერ ABS (აბს)	შრატის პიკური კონცენტრაცია (C _{max})	შრატის მინიმალური კონცენტრაცია (C _{min})	ბანატილირის მოცულობა (V _d)	შრატის საშუალო T _{1/2} (მთ) ²	BLLE PEN (აბს)	CSF/ სისხლში (აბ)	CSF პენეტრაცია ³	AUC ⁴ (მაგ ⁵ სთ/ ლ)	T _{max} (მთ)
ანტირეტროვირული პრეპარატები (INSTIs)													
Dolutegravir (DTG)	50 მგ po q24h	B	ტაბლეტი ± საკვები	ND	3.67(SS)	>99	17.4 V/F	14	ND	4	ND	53.6 (24 სთ)	2-3
Eltigravir (EVG)	150 მგ po q24h	B	ტაბლეტი ± საკვები	ND	1.7(SS)	98-99	ND	12.9	ND	ND	ND	23 (24 სთ)	4
Raltegravir (RAL)	400 მგ po bid	C	ტაბლეტი ± საკვები	ND	11.2 μM (SS)	83	287 ლ Vss/F	9	ND	3	ND	28.6 μM სთ (24 სთ)	3
ანტირეტროვირული პრეპარატები (მარწყვ/მარწყვის ინჰიბიტორები)													
Enfuvirtide (ENF)	90 მგ კანცეპტუ bid	B		84	5 (SS)	92	5.5 ლ Vss	3.8	ND	1	ND	97.4 (24 სთ)	4-8
Maraviroc (MVC)	300 მგ po bid	B	ტაბლეტი ± საკვები	33	0.3-0.9 (SS)	76	194 ლ	14-18	ND	3	ND	3 (24 სთ)	0.5-4.0

¹ ეხება მოზრდილთა ორალურ პრეპარატებს, თუ სხვაგვარი არ არის მითითებული; + საკვები = მიიღეთ საკვებთან ერთად, არა საკვები = მიიღეთ საკვების გარეშე, ± საკვები = მიიღეთ საკვებით ან მის გარეშე

² SD = ერთი დოზის შემდეგ, SS = სტაბილური კონცენტრაციის დროს

³ V/F = Vd/ორალური ბიომეფექტულობა; Vss = Vd სტაბილური კონცენტრაციის დროს; Vss/F = Vd სტაბილური კონცენტრაციის დროს/ორალური ბიომეფექტულობა

⁴ ითვალისწინებს CrCl >80 მლ/წთ.

⁵ პიკური კონცენტრაცია ნაღველში/პიკური კონცენტრაცია სისხლში) × 100. თუ ცარიელია, არ არის მონაცემები

⁶ CSF კონცენტრაცია ანთების დროს

⁷ მსჯელობა ემყარება პრეპარატის დოზას და ორგანიზმის მგრძნობელობას. CSF იდეალური კონცენტრაცია ≥ 10×MIC

⁸ AUC = ზონა პრეპარატის კონცენტრაციის დროის მიმართ მრუდის ქვემოთ; 12 საათი = AUC 0-12, 24 სთ = AUC 0-24

⁹ სიფრთხილურ კრუნჩხვითი პოტენციალის გამო (იხილეთ ცხრილი 10B)

¹⁰ ყველა ორალური FQ უნდა დაინიშნოს სუკრალფატისა და ნებისმიერი მულტიფაუნტური კაითონის მიღების წინ (კალციუმი, რკინა, თუთია).

¹¹ უნდა მიიღოს ატოკეპტონთან ერთად მალარიის მსგავსად მალარიის პროფილაქტიკისათვის

¹² CPE (ცნს პენეტრაციის ეფექტურობა) შეფასება: 1 = დაბალი პენეტრაცია, 2-3 = საშუალო პენეტრაცია, 4 = უმაღლესი პენეტრაცია (Letendre et al, CROI 2010, abs# 430)

სხრილი 9B – ანტიბაქტერიული პრეპარატების ფარმაკოდინამიკა*

ბაქტერიოციდული/შტაქივა ეფექტი	პრეპარატები	თერაპიის მიზანი	PK/PD საზომი
კონცენტრაციაზე დამოკიდებული /გაზანგრძლივებული პერსისტიული ეფექტი	ამინოგლიკოზიდები; daptomycin; კეტოლიდები; ქინოლონები; metro	შრატის მაღალი პიკური კონცენტრაცია	24–სთ AUC ² /MIC
დროზე დამოკიდებული /პერსისტიული ეფექტი არ გააჩნია	პენიცილინები; ცეფალოსპორინები; კარბაპენემები; მონობაქტამები	ხანგრძლივი ექსპოზიცია	დრო MIC–ის ზემოთ
დროზე დამოკიდებული / ზომიერი-ხანგრძლივი პერსისტიული ეფექტი	Clindamycin; erythro/azithro/clarithro; linezolid; ტეტრაციკლინები; vancomycin	პრეპარატების გაზრდილი რაოდენობა	24–სთ AUC ² /MIC

* ადაპტირებულია: Craig, WA: IDC No. Amer 17:479, 2003 და Drusano, G.L.: CID 44:79, 2007

ხსრილი BC – ანტიმიკრობულ პრეპარატების ურთიერთშედეგა ეფექტებისა და ტრანსპორტირების საშუალებით

პრეპარატი	ისონივ/ტრანსპორტირ, რომლის სუბსტრატია პრეპარატი	პრეპარატი ინიჰირებული	პრეპარატი იმდუჰირებული	ურთმე პრეპარატის კონფერმაციზა ბავლენა
ანტიბაქტერიული პრეპარატები				
Azithromycin (ყველა)	PGP	PGP (სუსტი)		მსუბუქი ↑
Chloramphenicol		2C19, 3A4		↑
Ciprofloxacin (ყველა)		1A2, 3A4 (მცირე)		↑
Clarithromycin (ყველა)	3A4	3A4, PGP, OAT		↑
Erythromycin (ყველა)	3A4, PGP	3A4, PGP, OAT		↑
Levofloxacin		OCT		↑
Metronidazole		2C9		↑
Nafcillin			2C9 (?), 3A4	↓
Norfloxacin		1A2 (სუსტი)		მსუბუქი ↑
Oritavancin		2C9 (სუსტი), 2C19 (სუსტი)	2D6(სუსტი), 3A4(სუსტი)	მსუბუქი ↑ ან ↓
Quinu-Dalfo		3A4		↑
Rifampin	PGP	OAT	1A2, 2B6, 2C8, 2C9, 2C19, 2D6 (სუსტი), 3A4, PGP	↓
Telithromycin		3A4, PGP (?)		↑
TMP-SMX	SMX: 2C9 (დიდი), 3A4	SMX: 2C9; TMP:2C8		↑
Trimethoprim		2C8		
ანტიფუნგური პრეპარატები				↑
Fluconazole (400 მგ)		2C9, 2C19, 3A4,		↑
Itraconazole	3A4,	3A4,PGP		↑
Ketoconazole	3A4	3A4,PGP		↑
Posaconazole	PGP,	3A4,PGP		↑
Terbinafine		2D6		↑
Voriconazole	2C9, 2C19, 3A4	2C9, 2C19, 3A4		↑

ცხრილი 9C (2)

პრეპარატი	ისონიმიდრანსაჰორომარი, რომლის სხეულშია პრეპარატი	პრეპარატით ინჰიბირებადი	პრეპარატით ინდუცირებადი	შრატში პრეპარატის კონცენტრაციაზე გავლენა
ანტიმიკოზუალური პრეპარატები (Rifampin მიითეთხლება ზემოთ)				
Bedaquiline	3A4			
Isoniazid	2E1	2C19, 3A4		↑
Rifabutin	3A4		3A4	↓
Rifapentine			2C9, 3A4	↓
Thalidomide	2C19			
ანტიმალარიული პრეპარატები				
Artemether/lumefantrine	3A4 (Art, Lum)	2D6 (Lum)	3A4 (Art)	↑ ან ↓
Chloroquine	2C8, 2D6	2D6		↑
Dapsone	3A4			
Halofantrine	3A4	2D6		↑
Mefloquine	3A4, PGP	PGp		↑
Plaziquantel	3A4			
Proguanil	2C19 (cycloguanil)			
Tinidazole	3A4			
ანტივირუსული პრეპარატები (ჰეპატიტი C)				
Boceprevir	3A4, PGP	3A4		↑
Dasabuvir	3A4, PGP, OATP 1B1	2C8, UGT1A1, OATP1B1, OATP1B3		↑
Ledipasvir	PGP, BCRP	PGP, BCRP		↑
Ombitasvir	3A4, PGP	2C8, UGT1A1		↑
Paritaprevir	2C8, 2D6, 3A4, PGP	UGT1A1, OATP1B		↑
Simeprevir	3A4, PGP, OAT	1A2(სუსტი), 3A4, PGP, OAT		↑
Sofosbuvir	PGP, BCRP			
Telaprevir	3A4, PGP	3A4, PGP		↑

მხროლი 9C (3)

პრეპარატი	ისოზიმ/ზრანსპორტერი, რომლის სხეულშია პრეპარატი	პრეპარატი ინჰიბირებული	პრეპარატი ინდუცირებული	ზრანში პრეპარატის კონცენტრაციაზე გავლენა
ანტირეტროვირული პრეპარატები				
Atazanavir	3A4	1A2, 2C8, 3A4, UGT1A1		↑
Cobicistat (სტრებილის ნაწილი)	2D6, 3A4	2D6, 3A4, PGP, BCRP, OATP1B1, OATP1B3		↑
Darunavir	3A4	3A4		↑
Delavirdine	2D ⁺ , 3A4	2C9, 2C19, 3A4		↑
Dolutegravir	3A4, UGT1A1			
Efavirenz	2B6, 3A4	2B6, 2C9, 2C19	2C19, 3A4	↑ ან ↓
Elvitegravir (სტრებილის ნაწილი)	Cyp3A4, UGT1A1/3	PGP (სუსტი)	2C9 (სუსტი)	მსუბუქი ↑ ან ↓
Etravirine	2C9, 2C19, 3A4	2C9, 2C19(სუსტი)	3A4	↑ ან ↓
Fosamprenavir	3A4	2C19, 3A4		↑
Indinavir	3A4, PGP	3A4, PGP		↑
Lopinavir	3A4	3A4		↑
Maraviroc	3A4, PGP	2D6		↑
Nelfinavir	2C9, 2C19, 3A4, PGP	3A4, PGP	3A4	↑ ან ↓
Nevirapine	2B6, 3A4		3A4	↓
Raltegravir	UGT			
Rilpivirine	3A4			
Ritonavir	3A4, PGP	2D6, 3A4, PGP	ხანგრძლივი ვადით (?): 1A2, 2B6, 2C9, 3A4, PGP	↑ ან ↓
Saquinavir	3A4, PGP	3A4, PGP		↑
Tipranavir	3A4, PGP	1A2, 2C9, 2C19, 2D6	3A4, PGP(სუსტი)	↑ ან ↓

* ჟგვენს სისხლის შრატში თანწლები პრეპარატების კონცენტრაციას, რომელზეც შესალოა, გავლენა მოახდინოს ჩამოთვლილმა ამტიმიკრობულმა საშუალებებმა.
↑= გაზრდა, ↓= შემცირება, ცარიელი= არცერთი პრეპარატი არ ახდენს გავლენა

მედიკინოლოგია:

BCRP = სარძევე ჯირკვლის რეზისტენტობის პროტეინი

CYP450 = ნომენკლატურა, მაგ. 3A4 : 3 = ოჯახი, A = ქვეოჯახი, 4 = გენი

OAT= ორგანული ანიონ-ტრანსპორტერი

OATP = ორგანული ანიონის ტრანსპორტერი პოლიპეპტიდი

OCT = ორგანული კათიონის ტრანსპორტერი

PGP = P-გლიკოპროტეინი

UGT = ურიდინ- დიფოსფატ- გლუკურონოსილტრანსფერაზა

ლიტერატურა:

Hansten PD, Horn JR. *The top 100 drug interactions: a guide to patient management 2012*; E. Freeland (WA): H&H Publications; 2010; and package inserts.



სხრილი 10A – ანთიბიოტიკის დოზირება* და გვარდითი მოვლენები

კლასი, აბიმი, ბენეფიციური სახელწოდება (კომერციული სახელწოდება)	მოზრდილთა რეგულარული დოზირება*	გვარდითი მოვლენები, კომინატორები (შეჯავისთავის იხილეთ ცხრილი 10B)
ბენეფიციური პენიცილინები Benzathine penicillin G (Bicillin L-A)	600,000-1.2 მილიონი ერთეული IM q2-4 კვირა	ალერგიული რეაქციები ძირითადი საკითხია. საავადმყოფოში ყველა მიმართვის 10%-ს ჰქონდა pen-ზე ალერგიული რეაქციის ანამნეზი; მაგრამ penicillin-ის მიღებაზე მხოლოდ 10%-ს აღენიშნება ალერგიული რეაქცია. რატომ? შესაძლო მიზეზები: მცდარი ანამნეზური მონაცემები, ასაკის შესაბამისად დაქვეითებული იმუნიტეტი, ვირუსული ინფექციის მიმდინარეობისას პერანატალური პასუხი, Bicillin C-R IM (procaine Pen + benzathine Pen) -ის მიღებისას შესაძლოა რეაქცია გვქონდეს procaine-ზე. ყველაზე სერიოზული რეაქციაა დაუყოვნებელი IgE-ანაფილაქსია; ინციდენტობა მხოლოდ 0.05%-ია, თუმცა 5-10%-ში ფატალურია. სხვა IgE-განპირობებული რეაქციები: ურტიკარია, ანგიოედემა, ხორხის შემუშება, ბრონქოსპაზმი, ტკივილი მუცლის არემი პირლენინებით ან ჰიპოტენზია. ყველა რეაქცია წარმოიშობება 4 სთ-ის განმავლობაში. ბეტა-ლაქტამური რგოლის ან გვერდითი ჯაჭვის R-ჯგუფის წინამდებეგ შესაძლოა, ჩამოყალიბდეს IgE ანტისხეული. 72 სთ-ის შემდეგ განვითარებული წითელას მსგავსი გამონაყარი არ არის IgE-განპირობებული და არ არის მიზეზი.
Penicillin G	დაბალი: 600,000-1.2 მილიონი ერთეული IM დღეში მაღალი: ≥ 20 მილიონი ერთეული IV q24h (=12 გრ) div q4h	მიზეზი დაგვიანებული ალერგიული რეაქციები: Coombs-დადებითი ჰემოლიზური ანემია, ნეიტროპენია, თრომბოციტოპენია, შრატის დაავადება, ინტერსტიციული ნეფრიტი, ჰეპატიტი, ეოზინოფილია, წამლის ცხელება.
Penicillin V (250 და 500 მგ კაფსულები)	0.25-0.5 გრ po bid, tid, qid საკვების მიღებამდე და ბილის დროს. Pen V უპირატესია Pen G-ზე ორალური თერაპიის დროს უფრო მეტი შეჯავრი სტაბილურობის გამო.	გეგულისპირობებისა და გარბაქენების მიმართ ჯვარედინი ალერგია ვარიერებს – 0-11%. ერთ-ერთი ფაქტორია გვერდითი ჯაჭვების მსგავსება, ან მსგავსების ნაკლებობა. Pen-ის დესენსიბილიზაციისათვის, იხილეთ ცხრილი 7. კანზე ტესტირებისათვის მიმართეთ ალერგოლოგს. CSF-ში მაღალი კონცენტრაციები იწვევს კრუნჩხვებს. თირკმლის უკმარისობის შემთხვევაში შეამცირეთ დოზები, <i>იხილეთ ცხრილი 17</i> . ლიტერატურა: <i>AJM 121:572, 2008; NEJM 354:601, 2006.</i>
პენიცილინაზ-რეზისტენტული პენიცილინები Dicloxacillin (Dynapen) (250 და 500 მგ-იანი კაფსულები)	0.125-0.5 გრ po q6h საკვების მიღებამდე	სისხლში კონცენტრაციები -2-ჯერ უფრო მაღალია, ვიდრე cloxacillin, ამიტომ უპირატესია po თერაპიის დროს. ცნობილია მწვავე ჰემორაგიული ცისტიტის შესახებ. ასევე ცნობილია მუცლის მწვავე ტკივილი გასტრო-დუოდენალური სისხლდენით ანტიბიოტიკთან ასოცირებული კოლიტის გარეშე.
Flucloxacillin ^{mus} (Floxapen, Lutropin, Staphcil)	0.25-0.5 გრ po q6h 1-2 გრ IV q4h	ქოლესტაზური ჰეპატიტი გვხვდება ექსპოზირებულთა 1:15,000-ში: უფრო ხშირად >55 წ. ასაკის ქალებში, რომელთა თერაპიის ხანგრძლივობაა >2 კვირა. შესაძლოა წარმოიჩინდეს თერაპიის დასრულებიდან რამოდენიმე კვირაში და განკურნებას დასჭირდეს რამოდენიმე კვირა (<i>JAC 66:1431, 2011</i>).
Nafcillin (Unipen, Nafcil)	1-2 გრ IV/IM q4h. >90%-ით შემკავშირებული ცილის	რეკომენდაცია: გამოიყენეთ მხოლოდ მიზეზი ინფექციის დროს. კანკევეს სისხლჩაქცევა შესაძლოა გახდეს ქოლეოლის დანეკროზების მიზეზი. 200-300 მგ/კგ/დღე დოზებით შესაძლოა წარმოიშვას ჰიპოკალემია. შეეცავდი ნეიტროპენია (1.0%-ს დასჭირდა ≥ 21 დღე მკურნალობა,

(აბრევიატურისათვის, იხილეთ გვერდი 3) * შენიშნა: ყველა დოზირების რეკომენდაცია მოყვანილია მოზრდილებისათვის (თუ არ არის სხვაგვარი ჩვენება) და თირკმლის ნორმალური ფუნქციის მქონეთათვის.

ალასი, აბანო, ბანეროლი სახელწოდება (სოფლისკონსილი სახელწოდება)	მოზრდილთა ჩვეულებრივი ფორმები*	გავრცელებული მოვლენები, კომპლექსები (შეკამებისათვის იხილეთ ცხრილი 10B)
Oxacillin (Prostaphlin)	გამო, ზატეტრემისათვის საჭიროა 12 გრ/დღე 1-2 გრ IV/IM q4h. >90%-ით შემაკავებელი ცილის გამო, ზატეტრემისათვის საჭიროა 12 გრ/დღე	ზოგჯერ WBC არის <1000 მმ ³ -ში). ≥12 მგ/დღე დოზებით ფიქსირდება ღვიძლის დისფუნქცია. მკურნალობის დაწყებიდან 2-24 დღის შემდეგ LFT-ები (ღვიძლის ფუნქციური ტესტი) ძირითადად ↑, შეცვლილია. ზემოთხსენებულ, nafcilin-თან შედარებით, oxacillin-ის გამოყენება იწვევს უფრო მკვეთრ გამონაყარს და ღვიძლის ტოქსიურობას (CID 34:50, 2002)
ამინოპენიცილინი Amoxicillin (Amoxil, Polymox)	250 მგ – 1 გრ po tid	IV ხელმისაწვდომია დიდ ბრიტანეთსა და ევროპაში. IV amoxicillin სწრაფად გარდაიქმნება ampicillin-ში. გამონაყარი ინფექციური მონონუკლეოზის დროს – იხილეთ Ampicillin. იზრდება ჯვარედინი ალერგიულობის რისკი იდენტური გვერდითი ჯაჭვების მქონე ორალურ ცეფალოსპორინებთან (cefadroxil, cefprozil).
Amoxicillin ER (Moxatag)	ერთი 775 მგ-იანი ტაბლეტი po დღეში ერთხელ	ალერგიული რეაქციები, C. difficile-სთან დაკავშირებული დიარეა, კლინიკურად მარტივად გულუკობის ცრუ-დადებითი ტესტი.
Amoxicillin-clavulanate (Augmentin) AM-CL. ესტრა-სიმიდის პედატორიული სუსპენზია (ES-600) AM-CL-ER განაგრძელებული გამოთავისუფლების ტაბლეტები მოზრდილთათვის	მოზრდილთათვის იხილეთ კომენტარი პედატორიული ესტრა- სიმიდის სუსპენზია: 600/42.9 ყოველ 5 მლ-ში დოზა: 90/6.4 მგ/კგ div bid. მოზრდილთა ფორმულა- ციებისათვის, იხილეთ კომენტარი. ევროპაში ხელმი- საწვდომია IV amox-clav	Bid რეჟიმში ნაკლებია clavulanate, ანუ დიარეა ნაკლებია. AM-CL-ზე დაუყოვნებელი ალერგიული რეაქციის მქონე პაციენტებში, 1/3 გამოწვეულია Clav-ის კომპონენტით (J Allergy Clin Immunol 125:502, 2010). IV AM-CL-ით 1,3 ზეგა D-glucan-ზე სისხლის ტესტი დადებითია (NEJM 354:2834, 2006). ჰეპატოტოქსიურობა დაკავშირებულია კლავულანის მჟავასთან; პრეპარატი-გამოწვეული ღვიძლის დაზიანებების 13-23% გამოწვეულია AM-CL-ით. გამოვლინება დაყოვნებულია. ძირითადად სუსტი; იშვიათია ღვიძლის უმარისობა (JAC 66:1431, 2011).
Ampicillin (Principen) (250 და 500 მგ-იანი კაფსულები)	0.25-0.5 მგ po q6h. 50-200 მგ/კგ IV/დღე.	Augmentin მოზრდილთა დოზირების რეჟიმების შედარება: Augmentin 500/125 1 ტაბლეტი po tid Augmentin 875/125 1 ტაბლეტი po bid Augmentin-X 1000/62.5 2 ტაბლეტი po bid გვხვდება მაკულო-პაპულოზური გამონაყარი (არა ურტიკარიული), არა ნამდვილი პენიცილინ- ალერგია. ინფექციური მონონუკლეოზით დაავადებულ პაციენტთა 65-100%-ში, ქრონიკული ლიმფოცი- ტური ლეიკემიის დროს 90%-ში და იმ პირთა 15-20%-ში, რომლებიც იღებენ ალოპურინოლს. EBV-სთან ასოცირებული გამონაყარი არ მოითითებს პერმანენტულ ალერგიაზე; EBV-ის შემდეგ პრეპარატი გამონაყარს არ იწვევს. იზრდება ჯვარედინი ალერგიულობის რისკი იდენტური გვერდითი ჯაჭვების მქონე ორალურ ცეფალოსპორინებთან (cefaclor, cephalixin, loracarbef).

ცხრილი 10A (2)

პლასტი, პაემონი, ბაქტერიული სახეობები	მომართოთა დიზალთი დოზირება*	ბაქტერიული მოვლენები, კომენტარები (შეჯამებისთვის იხილეთ ცხრილი 10B)
ამონიკლინი Ampicillin-sulbactam (Unasyn)	1.5-3 გრ IV q6h; Acinetobacter-სათვის: 3 გრ (Amp 2 გრ/Sulb 1 გრ) IV q4h	მოწოდებული ფლავონებში: ampicillin 1 გრ sulbactam 0.5 გრ ან amp 2 გრ, sulbactam 1 გრ. AM-SB არ არის აქტიური pseudomonas-ის მიმართ. Sulbactam-ის ყოველდღიური ჯამური დოზა 4-6 გრ. იზრდება აერობული გრამ-უარყოფითი ბაქტერიების რეზისტენტობა. შეფასდა Sulbactam-ის 9-12 გრ/დღე დოზები (J Infect 56:432, 2008). ასევე იხილეთ CID 50:133, 2010.
ბაქტერიული საბაქტერი Piperacillin (Pipracil) (იხილეთ PIP-ის მოძიება მწელი, ძირითადად PIP-TZ)	3-4 გრ IV q4-6h (მაქს 24 გრ). საანტიბიოტიკების ინფექციისთვის: 2 გრ IV q6h იხილეთ კომენტარი	1.85 mEq Na ⁺ 1 გრ-ში. იხილეთ PIP-TZ-ს კომენტარი გაზანაწილებულ ინფუზიაზე. P. aeruginosa-ს ინფექციისთვის: 3 გრ IV q4h. ასევე იხილეთ სისხლდენისა, რომლებიც იწვევს თრომბოციტების აგრეგაციის დაქვეითებას (JID155:1242, 1987; J Lab Clin Med 108:217, 1986).
ბაქტერიული საბაქტერი Piperacillin-tazobactam (PIP-TZ) (Zosyn)	ფორმულირებები: PIP/TZ: 2/0.25 გრ (2.25 გრ) PIP/TZ: 3/0.375 გრ (3.375 გრ) PIP/TZ: 4/0.5 გრ (4.5 გრ) სტანდარტული დოზა (არა P. aeruginosa): 3.375 გრ IV q6h ან 4.5 გრ IV q8h სტანდარტული დოზა (P. Aeruginosa): 3.375 გრ IV q4h ან 4.5 გრ IV q6h	PK/PD კვლევებზე დაყრდნობით განაწილდა PIP-TZ-ს გაზანაწილებული ინფუზიის მტკიცებულებები: დაიწყეთ „დატვირთვის“ დოზით-4.5 გრ 30 წთ-ის განმავლობაში, 4 სთ-ის შემდეგ გააგრძელოთ 3.375 გრ IV 4 სთ-ის განმავლობაში q8h (CrCl ≥20) ან 3.375 გრ IV 4 სთ-ის განმავლობაში q12h (CrCl <20) (CID 44:357, 2007; AAC 54:460, 2010). • შუკვისციდოზი + P. aeruginosa-ს ინფექციის: 350-450 მგ/კგ/დღე გაყოფილი q4-6h • P. aeruginosa პნევმონია: კომბინირებული PIP-TZ+ CIP ან Tobra. სხვადასხვა: დაკავშირებული galactomannan-ის ცრუ-დადებითი ტესტი Aspergillus-ის დროს, თრომბოციტოპენია 2.79 mEq Na ⁺ ყოველ 1გრ PIP-ზე.
ტემოცლინი Temocillin TM	2 გრ IV q12h.	ნახევრად სინთეზური პენიცილინი მღერ რეზისტენტული მთელი რიგი ბეტა-ლactam-ების მიმართ; იყენებდნენ ბეტ-ლactam-ს მაქსიმალური აქტივობის აერობული გრამ-უარყოფითი ბაქტერიების სამკურნალოდ. წყარო www.eumetica.be
Ticarcillin disodium (Ticar)	3 გრ IV q4-6h.	მაღალ დოზებში ხშირია კოვალენტური პათოლოგიები, ერთვება თრომბოციტების ფუნქციის, ↑ სისხლდენის სიხშირე; თირკმლის უკმარისობით დაავადებულ პაციენტებში შესაძლოა, იყოს კლინიკურად სასურველი. (4.5 mEq Na ⁺ ყოველ 1გრ-ზე)
Ticarcillin-clavulanate (Timentin)	3.1 გრ IV q4-6h.	მოწოდებული ფლავონებში: ფლავონი ტიკარცილინი 3 გრ, კლავულანატი 0.1 გრ. 4.5-5 mEq Na ⁺ 1გრ-ში. კლავულანატი გამოიყენება დიარეა. იშვიათად, კლავულანატის გამოყენებით გვხვდება

(პრევიტუტისათვის, იხილეთ გვერდი 3) * **შენიშვნა:** ყველა დოზირების რეკომენდაცია მოყვანილია მოზრდილებისათვის (თუ არ არის სხვაგვარი ჩვენება) და თირკმლის ნორმალური ფუნქციის მქონეთათვის.

კლასი, აბაზონი, ბინარული სახელწოდება (კომბინირებული სახელწოდება)	მორფოლოგია ჩვეულებრივი ფორმები*	გვარდითი მოვლენები, კომბინირება (შეჯამებისათვის იხილეთ ცხრილი 10B)
		მეორადი შექცევადი ქოლესტაზური ჰეპატიტი (<i>Arim</i> 156:1327, 1996). in vitro აქტიულობა <i>Stenotrophomonas maltophilia</i> -ს მიმართ
კარბაპენემები. მიმოხილვა: <i>ACC</i> 55:4943, 2011. შენიშვნა: ჯვარედინი ალერგიულობა: კანის ტესტით დაუდასტურებული Pen-ზე ალერგიის ანამნეზის მქონე პაციენტების კვლევებში 0–11%-ს აღენიშნა ალერგიული რეაქცია ცეფალსპორინებით მკურნალობისას (<i>JAC</i> 54:1155, 2004). უკეთეს კვლევებში, კანის ტესტით Pen-ალერგიის მქონე პაციენტებს მიეცათ კარბაპენემი: ალერგიული რეაქცია არ დაფიქსირდა 99%-ში (<i>Allergy</i> 63:237, 2008; <i>NEJM</i> 354:2835, 2006; <i>J Allergy Clin Immunol</i> 124:167, 2009). მატულობს კარბაპენემზას მაროდუციერული აერობული გრამ-უარყოფითი ბაცილების შესახებ შეტყობინებები (<i>JCM</i> 48:1019, 2010; <i>Ln ID</i> 11:381, 2011; <i>CID</i> 53:49 და 60, 2011).		
Doripenem (Doribax) ლიტერატურა: <i>CID</i> 49:291, 2009. გახანგრძლივებული ინფუზიის დოზირებისათვის, იხილეთ ცხრილი 10E.	ინტრა-აბდომინალური და გართულებული UTI: 500 მგ IV q8h (1 სთ-იანი ინფუზია). გახანგრძლივებული ინფუზიისათვის იხილეთ ცხრილი 10E, გვერდი 251 არ გამოიყენოთ პნევმონიისთვის	ყველაზე ხშირი უარყოფითი რეაქციები (≥5%): თავის ტკივილი, გულისრევა, დიარეა, გამონაყარი და ფლემიტი. პოსტმარკეტული დაკვირვებით ცნობილი გახდა კრუნჩხვის განვითარების შემთხვევები. შრატში შესაძლოა შეამციროს ვალპროის მყვას დონე. თირკმლის უკმარისობისას საჭიროა დოზის რეგულირება. ხსნარში რამდენადმე უფრო სტაბილურია, ვიდრე IMP ან MER (<i>JAC</i> 65:1023, 2010; <i>CID</i> 49:291, 2009). FDA-ის ცნობა უვნებლობის შესახებ (05/01/12): VAP-ის Dori-ით მკურნალობის გამოცდა ადრეულად შეჩერდა უსაფრთხოების გამო. IMP-თან შედარებით, პაციენტების ჯგუფში, რომლებიც მკურნალობდნენ Dori-ით, დაფიქსირდა გადაჭარბებული სიკვდილობა და განკურნების დაბალი ხარისხი. შენიშვნა: Dori არ არის მიღებული ნებისმიერი ტიპის პნევმონიის სამკურნალოდ; Dori-ს გამოყენება არ არის დამსაბუთებული 500 მგ q8h-ზე მაღალ დოზებში.
Ertapenem (Invanz)	1 გრ IV/IM q24h.	IM შეყვანისათვის, გამოიყენება Lidocaine-ში განზავებით; იკითხეთ lidocaine-ზე ალერგიის შესახებ. სტანდარტული დოზირება შესაძლოა, არ იყოს გამოსადეგი ჭარბი წონის მქონე პირებში (BMI ≥40). ცნობილია DRESS (წამლის გამონაყარი ეოზინოფილიითა და სისტემური სიმპტომებით) სინდრომის შესახებ. ცნობილია ვირუსალური ჰალოცინაციების შესახებ (<i>NZ Med J</i> 122:76, 2009). <i>P. aeruginosa</i>-ს მიმართ აქტიულობა არ არის პროფილურიზებული.
Imipenem + cilastatin (Primaxin) <i>JAC</i> 58:916, 2006	0.5 გრ IV q6h; <i>P. aeruginosa</i>: 1 გრ q6-8h (იხილეთ კომენტარი)	<i>P. aeruginosa</i> ინფექციებისათვის გაზრდილი დოზირება 3 ან 4 მგ/დღე div. q8h ან q6h-მდე. კარბაპენემების უწყვეტი ინფუზია შესაძლოა, იყოს უფრო ეფექტური და უსაფრთხო (<i>AAC</i> 49:1881, 2005). კრუნჩხვები: მეტა-ანალიზით, კრუნჩხვის რისკი დაბალია, მაგრამ ზეტალაქტამეს შორის კარბაპენემებისათვის ყველაზე მეტადაა დამახასიათებელი. არ არის განსვავება იმიპენემსა და მეროპენემს შორის (<i>JAC</i> 69:2043, 2014). ცილასტატინი აფერხებს იმიპენემის ფერმენტულ დამლას თირკმლის პროქსიმალური მილაკის სანაირში და ასევე ახდენს მილაკოვანი ტოქსიურობის პრევენციას.

მხრილი 10A (3)

კლასი, აბანდი, ბენეფიციური სახელწოდება (კომერციული სახელწოდება)	მონიტორინგის ჩვეულებრივი დროშობა*	გამოყენების ინსტრუქციები, კომენტარები (შეჯამებისთვის იხილეთ ცხრილი 10B)
კარბაპენემები (გაგრძელება) Meropenem (Merrem)	0.5–1 გრ IV q8h. მენინგიტისთვის 2 გრ–მდე IV q8h. კრიტიკულ პაციენტებში გახანგრძლივებული ინფექცია: თუ CrCl არის ≥50: 2 გრ (3 სთ) q8h თუ CrCl არის 30–49: 1 გრ (3 სთ) q8h თუ CrCl არის 10–29: 1 გრ (3 სთ) q12h (Inten Care Med 37:632, 2011).	კრუნჩხვები: მეტა-ანალიზით, კრუნჩხვის რისკი დაბალია, მაგრამ მეტალაქამებს შორის კარბაპენემებისთვის ყველაზე მეტადაა დამახასიათებელი. არ არის განსხვავება იმიპენემსა და მეროპენემს შორის (JAC 69:2043, 2014). კომენტარები: არ საჭიროებს დეპიდროპეტაიდაზას ინჰიბიტორს (cilastatin). აერობული გრამ–უარყოფითი ბაცილების მიმართ აქტიულობა IMP–თან შედარებით უმნიშვნელოდ ↑, staph და strep–ის მიმართ – უმნიშვნელოდ ↓; ანაერობები: B. ovatus, B. distasonis უფრო რეზისტენტულია meropenem–ის მიმართ.
მონობაქტამი Aztreonam (Azactam)	1 გრ q8h – 2 გრ IV q6h.	შესაძლებელია გამოყენება პენიცილინ/ცეფალოსპორინებზე ალერგიული რეაქციის მქონე პაციენტებში. ცხოველებიდან მიღებული მონაცემები ზრდის ceftazidime–თან ჯვარედინი რეაქტიულობის შესაძლებლობას, რადგან aztreonam–ისა და ceftazidime–ის გვერდითი უკავშირეობაა.
Aztreonam ინჰალირაციისთვის (Cayston)	75 მგ ინჰალირაციულად საშუალოდ 28 დღე * ყოველ ინჰალირაციამდე გამოიყენეთ ბრონქოდილატორი.	P. aeruginosa კოლონიზირებული მუკოვისციდოზით დაავადებულ პაციენტებში აუმჯობესებს რესპირაციულ სიმპტომებს. წარმოადგენს ინჰალირაციულ Tobra–ს ალტერნატიულ საშუალებას. შემდგომი ეფექტები: ბრონქოსპაზმი, ხველა, ხიხინი. ამ დრომდე, სხვა რეზისტენტული პათოგენი არ გამოვლენილა (Cest 135:1223, 2009).
ცეფალოსპორინები		
1-ლი თაობა, პარენტერული Cefazolin (Ancef, Kefzol)	1–1.5 გრ IV/IM q8h, მიიღე ინფექციებისთვის 2 გრ IV q8h, მაგ., MSSA ზაქტერიემია (მაქს. 12 გრ/დღე)	არ შეიყვანოთ ლატერალურ პარკუჭებში – შესაძლოა გამოიწვიოს კრუნჩხვები! CA-MRSA–ის წინააღმდეგ არ არის აქტიური.
მე-2 თაობა, პარენტერული (ცეფაშიცინები შესაძლოა, in vitro აქტიური იყოს გამოიყენოთ, რადგან ეფექტურობის კლინიკური მონაცემები არ არსებობს. Cefotetan (Cefotan)	1–3 გრ IV/IM q12h. (მაქსიმალური დოზა >6 გრ q24h).	იზრდება B. fragilis–ის, Prevotella bivia–ის, Prevotella disiens–ის (ყველაზე ხშირია მენჯის ღრუს ინფექციებისას) რეზისტენტობა. არ გამოიყენოთ ინტრაბადმიინური ინფექციისთვის. Methylthiotetrazole–ის (MTT) გვერდითმა ჯაჭვმა შესაძლოა, შეაკავოს ვიტამინ K–ს აქტივაცია. მოერიდეთ ალკოჰოლ–დისულფირამის რეაქციას.
Cefoxitin (Mefoxin)	1 გრ q8h – 2 გრ IV/IM q6-8h.	იზრდება რეზისტენტობა B. Fragilis მიმართ.

(აბრევიატურისათვის, იხილეთ გვერდი 3) * შინიშინა: ყველა დოზირების რეკომენდაცია მოყვანილია მონიტორინგისათვის (თუ არ არის სხვაგვარი ჩვენება) და თირკმლის ნორმალური ფუნქციის მქონეთათვის.

კლასი, აბანო, ბინარიული სახელწოდება (კომერციული სახელწოდება)	მოზარდულთა ჩვეულებრივი დოზირება*	გვარდითი მოვლენები, კომბინირება (შეკავებისათვის იხილეთ ცხრილი 10B)
Cefuroxime (Kefurox, Cefitin, Zinacef)	0.75–1.5 გრ IV/IM q8h.	პირველი თაობის ცეფალოსპორინებთან შედარებით, H. influenza-ს მიმართ გაუმჯობესებული აქტივობა. <i>ორალური პრეპარატებისათვის იხილეთ Cefuroxime axetil.</i>
მე-3 თაობა, პარენტერული – გამოყენება კორელირებს C. difficile ტოქსინით გამოწვეულ დიარეასთან; ყველა ინაქტივირდება ESBL-ებითა და აეროზული გრამ–უარყოფითი ბაცილების amr C ცეფალოსპორინებით.		
Cefoperazone-sulbactam ^{NUS} (Sulperazon)	ჩვეულებრივი დოზა (ცეფოპერაზონის კომბინირებული) 1–2 გრ IV q12h; თუ საჭიროა უფრო მაღალი დოზები, sulbactam-ის დოზა უნდა იყოს არა უმეტეს 4 გრ/დღე.	სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზიაში გამოიყენებოდა ინტრა-აბდომინალური, ნაღვლის ბუშტისა და გინეკოლოგიური ინფექციების სამკურნალოდ. სხვა შემთხვევებში გამოიყენება აქტიურობის ფართო სპექტრის გამო. გვერდითი ჯავის გამო შესაძლებელია წარმოიშვას შედეგების პრობლემა.
Cefotaxime (Claforan)	1 გრ q8-12h–დან 2 გრ IV q4h–მდე	მაქსიმალური ყოველდღიური დოზა: 12 გრ; მიეცით 4 გრ q8h. Ceftriaxone–ის მსგავსია, მაგრამ საჭიროებს ყოველდღიურ მრავალჯერად დოზირებას.
Ceftazidime (Fortaz, Tazicef)	ჩვეულებრივი დოზა: 1–2 გრ IV/IM q8-12h. გახანგრძლივებული ინფუზიის დოზირება: დაწყებითი დოზა: 15 მგ/კგ 30 წთ, შემდეგ დაუყოვნებლივ დაიწყეთ: თუ CrCl >50: 6 გრ (24 სთ) ყოველდღიურად თუ CrCl არის 31–50: 4 გრ (24 სთ) ყოველდღიურად თუ CrCl არის 10–30: 2 გრ (24 სთ) ყოველდღიურად (AAC 49:3550, 2005; Infect 37:418, 2009).	ხშირად გამოიყენება ჰოსპიტალური ინფექციებისათვის, სადაც განიხილება P. aeruginosa. გამოყენებამ შესაძლოა გამოიწვიოს C. difficile–ასოცირებული დიარეის ინციდენტობის ზრდა და/ან vancomycin–რეზისტენტული E. faecium–ის გადარჩევა. არსებობს aztreonam–თან ჯვარედინი ალერგიულობის რისკი (მსგავსი გვერდითი ჯავი).
Ceftizoxime (Cefizox)	1–2 გრ IV q8-12h–დან 2 გრ–მდე IV q4h.	მაქსიმალური ყოველდღიური დოზა: 12 გრ; შესაძლოა მისცეთ 4 გრ q8h.
Ceftriaxone (Rocephin)	მოზარდილგებში გამოყენებული IV დოზა: 1–2 გრ დღეში ერთხელ ჩირქოვანი მენინგიტი: 2 გრ q12h. შესაძლოა მისცეთ IM 1% lidocaine–ში.	„ფსევდოქოლერითაზი“ მეორადი ნაღვლის ბუშტში ნალექი ულტრაბერით (50%), სიმპტომური (9%) (NEJM 322:1821, 1990). იმ პაციენტებში, რომლებიც იმყოფებიან პარენტერალურ კვებაზე და არ იღებენ საკვებს, დღიური დოზა ≥ 2 გრ (AnIM 115:712, 1991). კლინიკური მნიშვნელობა ჯერ კიდევ გაურკვეველია, მაგრამ შესაძლოა მივიყვანოს ქოლეცისტექტომიამდე (JID 17:356, 1995) და ნაღვლკენჭოვანი დაავადებით გამოწვეულ პანკრეატიტამდე (Ln 17:662, 1998). პილოტურ კვლევაში: 2 გრ დღეში ერთხელ უწყვეტი ინფუზიით უკეთესია, ვიდრე 2 გრ ბოლუსით დღეში ერთხელ (JAC 59:285, 2007). ცეფტრიასონის დესენსიბილიზაციისათვის იხილეთ ცხრილი 7, გვერდი 187

ხსრილი 10A (4)

კლასი, აბინძო, ბინძური სახეობის (მაგალითი)	მოხრდულია ჩვეულებრივი	გამართლი მოვლენები, კომპლექსი (შეგამებისათვის იხილეთ ცხრილი 10B)
ხსრილი 10A (4) (პირველი პარაგრაფი, შემდეგ ორალური პრეპარატები) (გაგრძელება)		
სხვა თაობა, პარენტერული: ყველა არის სუსტად ESBL-ებისა და amp C ცეფალოსპორინების მამოძრავებელი ანტიბიოტიკების გრამ-უარყოფითი ბაქტერიებისათვის. სხვა ცეფალოსპორინებთან შედარებით, Cefepime უფრო სწრაფად პერტრირებს დანაშაულებებისამებრ.		
Cefepime (Maxipime) ჰარბი წონის შემთხვევაში, დოზირება, იხ. ცხრილი 17C	ჩვეულებრივი დოზა: 1-2 გრ IV q8-12h. განსაკუთრებული ინფექციის დოზირება: დაწყებითი დოზა: 15 მგ/კგ 30 წი-ში, შემდეგ დაუყოვნებლივ დაიწყეთ: თუ CrCl >60: 6 გრ (24 სთ) ყოველდღიურად თუ CrCl არის 30-60: 4 გრ (24 სთ) ყოველდღიურად თუ CrCl არის 11-39: 2 გრ (24 სთ) ყოველდღიურად	აქტიურია P. aeruginosa-სა და Enterobacter, Serratia, C. freundii-ის იმ შტამების მიმართ, რომლებიც რეზისტენტულია ceftazidime, cefotaxime და aztreonam-ის მიმართ (LnID 7:338, 2007). MSSA-ს მიმართ უფრო მეტად აქტიურია, ვიდრე მე-3 თაობის ცეფალოსპორინები. არ არის პორინ-დამოკიდებული. 14-დღიანი მკურნალობის შემდეგ ვითარდება ნეიტროპენია (Cand J Infect Dis 42:156, 2010). FDA გაფრთხილება: რისკია ეპილეფსიის არაკონტროლებული სტატუსის შემთხვევაში, განსაკუთრებით პაციენტებში თირკმლის უკმარისობით, როცა დოზა არ არის დარეგულირებული. კრუნჩხვითი აქტიურობა იხსნება პაციენტთა უმრავლესობაში წამლის შეწყვეტის და/ან ჰემოდიალიზის შემთხვევაში. აღიარებული მექანიზმი: GABA რეცეპტორებთან შეკავშირება (Scand J Infect Dis 46:272, 2014; Crit Care 17:R264, 2013).
Cefpirome ^{MS} (HR 810)	1-2 გრ IV q12h	Cefepime-ის მსგავსია; enterobacteriaceae-ს, P. aeruginosa-სა და გრამ-დადებითი მიკროორგანიზმების მიმართ ↑ აქტიურობა. ანტიბიოტიკები: ნაკლებად აქტიურია, ვიდრე cefoxitin, მეტად აქტიურია, ვიდრე cefotax ან ceftaz.
Ceftaroline fosamil (Teflaro)	600 მგ IV q12h (1 საათიანი ინფუზია)	აქტიური კავშირი PBP 2a-სთან; აქტიურია MRSA-ს მიმართ. ინაქტივირდება Amp C და ESBL ფერმენტებით. დამტკიცებულია კანისა და კანის სტრუქტურის MRSA ინფექციებისათვის და გამოყენებულია MRSA პნევმონიისა და ბაქტერიემიისათვის, თუმცა არ არის დამტკიცებული ჩვენებები (J Infect Chemother 19:42, 2013). აქტიურია in vitro vs. VISA, VRSA. Ref: CID 52:1156, 2011; Med Lett 53:5, 2011. NAI (AAC 58:2541, 2014).
Ceftobiprole ^{MS}	0.5 გრ IV q8h შერეული გრამ-უარყოფითი და გრამ-დადებითი ინფექციებისათვის. 0.5 გრ IV q12h გრამ-დადებითი ინფექციებისათვის	q8h დოზირებისათვის საჭიროა 2 სთ-იანი ინფუზია, q12h დოზირებისათვის – 1-სათიანი ინფუზია. იწვევს კარამელის მსგავს გემოს. ლიტერატურა: Clin Microbiol Infections 13(Suppl 2):17 და 25, 2007. აქტიურია MRSA-ს წინააღმდეგ.
Ceftolozane-tazobactam	1.5 გრ (1/0.5გრ) IV q8h გრამ-	ინფუზია 1 საათის განმავლობაში. აქტიურია P. aeruginosa-სა და მრავალი ბეტალაქტამაზა-

(აბრევიატურისათვის, იხილეთ გვერდი 3) * შინიშნა: ყველა დოზირების რეკომენდაცია მოყვანილია მოხრდილებისათვის (თუ არ არის სხვაგვარი ჩვენება) და თირკმლის ნორმალური ფუნქციის მქონეთათვის.

კლასი, აბაზი, ბენაროლი სახელწოდება (მაგ. Xerbox)	მოხერხება (მაგ. Xerbox)	გვარდამიტი მოვლა, კონტრაინი (მაგ. Xerbox-ის მიხედვით)
(Xerbox)	უარყოფითი გართულებული საშარდე გზების და გართულებული ინტრაბაბილინური ინფექციებისა- თვის (დამატე Metro 500 მგ IV q8h)	მაპროდუცირებული გრამ-უარყოფითი ბაქტერიის წინააღმდეგ. ჯვარედინი რეაქცია ზეტ- ლაქტამ ალერგიულ პაციენტებში. ეფექტურობა მცირდება, თუ CrCl = 30-50 მლ/წთ.

ორალური ცეფალოსპორინები		ჯვარედინი ალერგიულობა: პაციენტებმა, რომელთაც გააჩნიათ IgE-განპირობებული ალერგიული რეაქცია პენიცილინზე (მაგ. ბრონქოსპაზმი, ანაფილაქსია, ანგიონევროზული ედემა, მცირე ურტიკარია) არ უნდა მიიღონ ცეფალოსპორინი. თუ ანამნეზში ფოქირდება „წითელა მსგავსი“ გამონაყარი პენიცილინზე, ხელმისაწვდომი მონაცემებით ამგვარ პაციენტებში გამონაყარის განვითარების რისკია 5–10%; ანაფილაქსიის განვითარების რისკი არ არის. - ის პაციენტები, რომელთაც ანამნეზში აქვთ Pen-ზე „რეაქცია“ და არა აქვთ ჩატარებული კანის ტესტი, 0.2–8.4%-ში აქვთ რეაქცია ცეფალოსპორინზე (<i>Aller Asthma Proc</i> 26;135, 2006). თუ კანის Pen G ტესტი დადებითია, ცეფალოსპორინს რეაქცია ექნება მხოლოდ 2%-ში. ცეფალოსპორინის კანის ტესტით შესაძლოა პროგნოზირება, თუმცა ეს ადვილად ხელმისაწვდომი არაა (<i>An IM</i> 141:16, 2004; <i>AJM</i> 125:572, 2008). - IgE ანტიბიოტულობის მოქმედებას ან რგოლის სტრუქტურის ან გვერდითი ჯაჭვების წინააღმდეგ, რეაქციის შემდეგ პაციენტთა 80% 10 წლის განმავლობაში კარგავს IgE-ს (<i>J Aller Clin Immunol</i> 103:918, 1999). Amox-ს, Cefadroxil-ს, Cefprozil-ს გააჩნიათ ერთნაირი გვერდითი ჯაჭვები; Amp-ს, Cefaclor-ს, Cephalixin-ს, Cephradine-ს გააჩნიათ ერთნაირი გვერდითი ჯაჭვები. - თუ Pen/Ceph-ის კანის ტესტი არ არის ხელმისაწვდომი ან კლინიკურად არ არის საკმარისი დრო, განაგრძეთ ცეფალოსპორინის გამოყენება, თუ ანამნეზში არ იკვეთება IgE-განპირობებული რეაქცია, წინა რეაქციიდან გასულია 10 წელი ან ცეფალოსპორინის გვერდითი ჯაჭვი განსხვავდება Pen-ისაგან. ნებისმიერმა ცეფალოსპორინმა შესაძლოა მოგვეცეს C. difficile-ს ტესტიონი გულისრევა/პირღებინებისა და არა-C. difficile-სთან ასოცირებული დიარეის სიმპტომი შეჯამებულია 10B ცხრილში. არსებობს რამოციკლინ-პროპარატ-საგვიფიური გვერდითი ეფექტი, მაგ.: Cefaclor: შრატის დაავადების მსგავსი რეაქცია 0.1–0.5%-ში – ათროალგია, გამონაყარი, მრავალფეროვანი ერითემა, მაგრამ არა ადენოპათია, პროტინურია ან გამოყვანვითი იმუნური კომპლექსები. Cefdinir: პროპარატ – რკინის კომპლექსი იწვევს წითელ განავალს პაციენტთა ზუსტად 1%-ში.
პირველი თაობა, ორალური Cefadroxil (Duricef) (500 მგ-იანი კაფსულები, 1 გრ-იანი ტაბლეტები)	0.5-1 გრ po q12h.	
Cephalexin (Keflex) (250 და 500 მგ-იანი ტაბლეტები)	0.25-1 გრ po q6h (მაქს 4 გრ დღეში).	
მე-2 თაობა, ორალური Cefaclor (Ceclor, Raniclor) (250 და 500 მგ-იანი კაფსულები)	0.25-0.5 გრ po q8h.	
Cefprozil (Cefzil) (250 და 500 მგ-იანი ტაბლეტები)	0.25-0.5 გრ po q12h.	
Cefuroxime axetil po (Ceftin)	0.125-0.5 გრ po q12h.	
მე-3 თაობა, ორალური Cefdinir (Omnicef) (300 მგ-იანი კაფსულები)	300 მგ po q12h ან 600 მგ q24h.	
Cefditoren pivoxil (Spectracef) Cefixime (Suprax)	400 მგ po bid. 0.4 გრ po q12-24h.	
Cefpodoxime proxetil (Vantin)	0.1-0.2 გრ po q12h.	
+Ceftibuten (Cedax) (400 მგ-იანი ტაბლეტი)	0.4 გრ po q24h.	

კლასი, აბანძო, ბინარული სახელწოდება (მაგაზნო სახელწოდება)	მოზრდილთა ჩვეული დოზირება*	გვერდითი მოვლენები, კომბინაციები (შეგამებისათვის იხილეთ ცხრილი 10B)
		Cefditoren pivoxil: პიდროლონიტით წარმოიშვება პივალატი. პივალატი შეიწოვება (70%) და გარდაიქმნება pivaloyl/carnitine–ად, რომელიც შემდგომ გამოიყოფა თირკმლით; ზრატში კარნიტინის კონცენტრაცია 39–63%-ით $\downarrow$. კარნიტინი ჩაბმულია ცხიმოვანი მჟავას (FA) მეტაბოლიზმში და FA გადადის მიტოქონდრიაში. ეფექტი გარდამავალია და შექცევადი. კარნიტინის დეფიციტის მქონე პაციენტებში ან მეტაბოლიზმის თანდაყოლილი ცდომილებების მქონე პაციენტებში წარმოადგენს უკუჩვენებას და შესაძლოა მოგვეცეს კარნიტინის კლინიკურად საყურადღებო დეფიციტი. ასევე შეიცავს კაზეინას (რძის ცილა); რძეზე ალერგიის შემთხვევაში მოერიდეთ (არ არის იგივე, რაც ლაქტოზას აუტანლობა). ოპტიმალური შეწოვისათვის აუცილებელია კუჭის მკვა. Cefpodoxime: არსებობს ცნობები ღვიძლის მწვავე დაზიანების, სისხლიანი დიარეის, ფილტვების ეოზინოფილური ინფილტრატის იშვიათი შემთხვევების შესახებ. Cephalexin: შარდის dipstick ტესტმა შესაძლებელია, ლეიკოციტებზე მოგვეცეს ცრუ–უარყოფითი შედეგი.

ხშირი 10A (5)

კლასი, აბინდი, ბინერიული სახელწოდება (მაგალითი სახელწოდება)	მოხრედილთა ჩვეული დოზირება*	გავრდიოთი მოვლენები, კომბინაციები (შეგამებისთვის იხილეთ ცხრილი 10B)
ანთროპოლოგიური და მასთან დაკავშირებული ანთროპოლოგიური ბლოკოვანიტიდები, ლიპოპოლოგიური ანთროპოლოგიური		
Dalbavancin (Dalvance) Daptomycin (Cubicin) (ლიტერატურა რეზისტენტობაზე: CID 50:S10, 2010). მრავალ შემთხვევაში წარმატებული იყო მარჯვენა- და მარცხენა მხრივი ენდოკარდიტის მალალი დოზებით (8-10 მგ/კგ/დღეში) მკურნალობისას (JAC 68:936 & 2921, 2013).	1000 მგ IV 3 წუთი; 1 კვირის შემდეგ, 500 მგ IV 3 წუთი. ერიდე ფიზიოლოგიურ ხსნართან ერთად გამოყენებას, წამალი შესაძლოა, დაილექოს ხსნარში. კანაირილი ქსოვილი: 4 მგ/კგ IV 2 ან 30 წთ-ის განმავლობაში q24h; ბაქტერიემია/მარჯვენა მხრივი ენდოკარდიტი: 6 მგ/კგ IV 2 ან 30 წუთის განმავლობაში q24h; 12 მგ/კგ-მდე IV q24h დოზა გამოყენების სტადიაში. პათოლოგიურად ჭარბ-წინააღმდეგობა: საბაზისო დოზა სხეულის სრული წონის გათვალისწინებით (AAC 51:2741, 2007). სხვა დოზირებების რეკომენდაციებისათვის, იხილეთ ცხრილი 17, გვერდი 448.	თუ CrCl < 30 : საწყისი დოზა 750 მგ IV, 1 კვირის შემდეგ 375 მგ IV. ჰემოდიალიზი: დოზირება ნორმალური რენალური ფუნქციის შესაბამისად. სწრაფი ინფუზიით შესაძლოა, განვითარდეს წითელი კაცის სინდრომი. არ არის აქტიური vs. VRE. არ აქვს სხვა წამლებთან ურთიერთქმედება. პნევმონია: Dapto არ უნდა გამოიყენოთ პნევმონიისათვის, თუ არ არის ჰემატოგენური წარმოშობის. FDA-ს მიერ დამტკიცებულია მარჯვენა მხრივი ენდოკარდიტის, ემბოლიზაციით ან მის გარეშე, და S. aureus-ით გამოწვეული პნევმონიის სამკურნალოდ. დაპტომიციტის რეზისტენტობა: შესაძლოა წარმოიშვას Vanco თერაპიის მსვლელობისას ან მის შემდეგ, ან Dapto თერაპიის მსვლელობისას ან მის შემდეგ (CID 50(Suppl 1):S10, 2010). რაც უფრო იზრდება დაპტომიციტის MIC, MRSA მით უფრო მგრძნობიარეა TMP-SMX, Nafcillin, Oxacillin-ის მიმართ (AAC 54:5187, 2010; CID 53:158, 2011). კუნთთა პოტენციური ტოქსიურობა: 4 მგ/კგ დღიური დოზით dapto-ზე მეტე პაციენტთა 2.8%-ში და საკონტროლო ჯგუფის პაციენტთა 1.8%-ში CPK (კრეატინ-ფოსფოკინაზა) ↑. თუ მინიმალური კონცენტრაცია ≥24.3 მგ/ლ, რისკი იზრდება (CID 50:1568, 2010). სეირზე CPK-ს ყოველკვირეული ტესტირებას; თუ CPK ნორმას გადააჭარბებს 10-ჯერ ან თუ აღინიშნება მოპათიის სიბტომატიკა და CPK >1,000 – შეწყვიტეთ dapto-ს გამოყენება. შეფუთვის საინფორმაციო დანართი dapto- მკურნალობისას გვთავაზობს სტატიტების გამოყენების შეწყვეტას. Dapto რეაგირებს ზოგიერთ რეაგენტთან (HemosIL Recombiplastin, Hemoliance Recombiplastin) და ხელოვნურად ახანგრძლივებს PT-ს (პროთრომინის დრო) (Blood Coag & Fibrinolysis 19:32, 2008). მინერვანი: დაპტომიციტის კარგად აიტანეს ჯანმრთელმა მოხალისეებმა დოზით: 12 მგ/კგ q24h x 14 დღე (AAC 50:3245, 2006) და პაციენტებმა დოზით: 8 მგ/კგ/დღე (CID 49:177, 2009). გამოქვეყნდა იმუნური თრომბოციტოპენიის შესახებ (AAC 56: 6430, 2012). ცნობილი გახდა შექცევადი ნეიტროპენიის შესახებ (CID 56:1353, 2013) გამოქვეყნდა ეოზინოფილიური პნევმონიის /ქრონიკული სტეროიდზე დამოკიდებული პნევმონიის შესახებ (CID 50:737, 2010); CID 50:e63, 2010).
Oritavancin (Orbactiv)	1200 მგ IV 3 საათი x 1 დოზა. გახსნი D5W-ში; არ გამოიყენო ფიზ.	ხელოვნურად იზრდება PT და INR x 24 საათი და aPTT x 48 საათი ურთიერთქმედებს ვარფარინთან: ↑ ვარფარინის კონცენტრაცია შრატში. განვითარდა მწვავე

კლასი, აბანტი, ბინარული სახელწოდება (მაგალითი სახელწოდება)	მოხრდილთა ჩვეული დოზირება*	გვარდითი მოვლენები, კომპლკაზები (შეჯამებისათვის იხილეთ ცხრილი 10B)
Teicoplanin ^{ნოს} (Targocid)	სხნარი სეპტიური ართრიტიისათვის – შემანარჩუნებელი დოზაა 12 მგ/კგ/დღე; S. aureus-ის ენდოკარდიტი – საჭიროა შრატის უმცირესი ეფექტური კონცენტრაცია >20 მკგ/მლ (12 მგ/კგ q12h x 3 დატვირთვის დოზა, შემდეგ 12 მგ/კგ q24h)	ურტიკარია, თირკმლისა და ღვიძლის უკმარისობის დროს არ საჭიროებს რეგულირებას. არ გამოდის ჰემოდიალიზით. In vitro აქტიურია VRE-ს მიმართ (AAC 56:1639, 2012). ჰიპერენსიტიკულობა: ცხელება (3 მგ/კგ-ზე – 2.2%-ში, 24 მგ/კგ-ზე – 8.2%-ში), კანის რეაქციები 2.4%-ში. თრომბოციტების შესამწვევი ↓ (მაღალი დოზა ≥15 მგ/კგ/დღე). წითელი კისრის სინდრომი ნაკლებად და მამხასიათებელი ვანკომიკინთან შედარებით.
Telavancin (Vibativ) Lipoglycopeptide CID 49:1908, 2009. Med Lett 52:1, 2010.	CrCl >50 მლ/წთ-ის შემთხვევაში 10 მგ/კგ IV q24h. ყოველი დოზა გადაუსხით 1 სთ-ის განმავლობაში. დაარეგულირეთ დოზა, თუ წონა არის IBW-ზე ≥30%-ით მეტი, იხილეთ ცხრილი 10D.	მოერიდეთ მის გამოყენებას ორსულობისას: ტერატოგენულია ცხოველებში. თერაპიის დაწყებამდე გააკეთეთ ორსულობის ტესტი. უარყოფითი მოვლენები: დისგეზია (გემო) 33%- ში; გულისრევა 27%-ში; პირღებინება 14%-ში; თავის ტკივილი 14%; ↑ კრეატინინი (3.1%); ქაფიანი შარდი; სწრაფი ინფუზიისას კანის სიწითლე. კლინიკურ გამოცდებში, telavancin-ის 3%-ში და vanco-ის 1%-ში ფიქსირდება თირკმლის დაზიანება. პრაქტიკულად, თირკმლის დაზიანება აღწერილია გართულების მქონე 21 პაციენტის 1/3-ში (JAC 67:723, 2012). ინფუზიის შემდეგ 18 საათის განმავლობაში მოქმედებს PT, INR და aPTT-ზე.
Vancomycin (Vancocin) გაიდლაინების ლიტერატურა: CID 49:325, 2009. PO დოზირებისათვის იხილეთ კომენტარი	დაწყებითი დოზა დამოკიდებულია წონაზე. მომდევნო დოზები დამოკიდებულია შრატში გაზომილ უმცირეს დონეზე. კრიტიკულად დაავადებულ პაციენტებს მიივით დატვირთვის დოზა 25–30 მგ/კგ IV, შემდეგ 15–20 მგ/კგ IV q8-12h. უმცირესი ეფექტური კონცენტრაცია - 15–20 მკგ/მლ. 1 გრ-ზე ზემოთ ინდივიდუალური დოზებისათვის გადაუსხით 1.5–2 სთ-ის განმავლობაში. დოზირება	MRSA ბაქტერიემიის vanco-ით მკურნალობა წარუმატებელია, თუ Vanco-ის უმცირესი ეფექტური კონცენტრაცია <15 მკგ/მლ და MIC > 1 მკგ/მლ (CID 52:975, 2011). IDSA-ს გაიდლაინი ემხრობა 15–20 მკგ/მლ კონცენტრაციის მიღწევას (CID 52:e18, 2011). შესაბამისი საკითხები: • როდესაც AUC/MIC-ის თანაფარდობა არის >400, Vanco მაქსიმალურად ეფექტურია MRSA-ს მიმართ (CID 52:975, 2011). • MIC-ის მნიშვნელობა იცვლება სხვადასხვა მეთოდის გამოყენებისას, ამიტომ სანდობა/შედადება არის რთული (JCM 49:269, 2011). • MRSA-ს მკურნალობისას თუ Vanco MIC = 1 და Vanco-ს დოზა არის >3 გრ/დღე IV, მაშინ AUC/MIC >400 80%-ში, ნეფროტოქსიურობის 25%-იანი რისკით. თუ MIC = 2 და დოზა 4 გრ/დღე IV, AUC/MIC >400 მხოლოდ 57%-ში (ნეფროტოქსიურობის რისკი 35%) (CID 52:969, 2011). • Vanco-ის მაღალი დოზები დაკავშირებულია ნეფროტოქსიურობასთან; შემთხვევითი

(აბრევიატურისათვის, იხილეთ გვერდი 3) * შინიშნა: ყველა დოზირების რეკომენდაცია მოყვანილია მოზრდილებისათვის (თუ არ არის
სხვაგვარი ჩვენება) და თირკმლის ნორმალური ფუნქციის მქონეთათვის.

კლასი, აბანდო, ბინარული სახელწოდება (მაგაზრო სახელწოდება)	მოზრდილთა ჩვეული დოზირება*	გვარდითი მოვლენები, კომბინაციები (შეკამებისთვის იხილეთ ცხრილი 10B)
	პათოლოგიური სიმსუქნის დროს (BMI ≥ 40 კგ/მ²): თუ CrCl არის ≥ 50 მლ/წთ და პაციენტი არ არის კრიტიკულად ავად: 30 მგ/კგ/დღე გაყოფილი q8-12h – არა უმეტეს 2 გრ–ზე. 1 გრ ან მეტი დოზები გადაუსხით 1.5–2 სთ–ის განმავლობაში. შეამოწმეთ შრატის უმცირესი ეფექტური კონცენტრაცია. მაქსიმალური ერთეული დოზა შეზღუდული 2 გრ–ზე. C. difficile–სათვის ორალური ტაბლეტები: 125 მგ po q6h გენერული პრეპარატები უკვე ხელმისაწვდომია	კავშირი არ არის დადასტურებული; სხვა ფაქტორები: თირკმლის დაავადება, სხვა ნეფროტოქსიური პრეპარატები, შოკი/ვაზოპრესორები, რადიოგრაფიული კონტრასტი (AAC 52:1330, 2008; AAC 55:3278, 2011; AJM 123:182e1, 2010). • თუ vanco (მიუხედავად MIC ან AUC/MIC–ისა) კლინიკურად წარუმატებელია, ივარაუდეთ MRSA–ს მიმართ აქტიური სხვა პრეპარატების გამოყენება: ceftaroline, daptomycin, linezolid, telavancin (იხ. ცხრილი 5A MDR–სათვის). PO vanco C. difficile კოლიტისათვის: 125 მგ po q6h. კომერციული po პრეპარატი ძალზედ ძვირია. შესაძლებელია vanco–ს IV ფორმის po გამოყენება: 5 გრ IV vanco–ს ფხვნილი + 47.5 მლ სტერილური H₂O, 0.2 გრ სახარინი, 0.05 გრ სტევიას ფხვნილი, 40 მლ გლიცერინი და შემდგომ ალუბლის საკმარისი სიროფი, რათა მივიღოთ 100 მლ = 50 მგ vanco/მლ. ორალური დოზა = 2.5 მლ q6h po. ინტრათეკალური დოზა: 5–10 მგ/დღე (ჩვილებში); 10–20 მგ/დღე (ბავშვები და მოზრდილები), რომ მივიღოთ CSF–ში კონცენტრაცია – 10–20 მკგ/მლ. ნეფროტოქსიურობა: რისკი იზრდება დოზასა და ხანგრძლივობასთან ერთად; შექცევადია (AAC 57:734, 2013). წითელი კისრის სინდრომი: წარმოადგენს არა სპეციფიური ჰისტამინის გამოთავისუფლებით სწრაფი ინფლუიის შედეგს. სხვა გვერდითი მოვლენები: გამოწყარო, იმუნური თორმზოციტოპენია (NEJM 356:904, 2007), ცხელება, ნეიტროპენია, აღწერილია თორმზოციტების რაოდენობის დოზაზე დამოკიდებული კლება (JAC 67:727, 2012), IgA ხულოზური დერმატიტი (CID 38:442, 2004). დოზირება ჭარბი წონის მქონე პირებში: დოზირების ხშირი კონტროლი (AJM 121:515, 2008). ჭარბ-წონიანთა დოზირების რეგულაციებისთვის, იხ. ცხრილი 17C. CrCl–ის გამოთვლისათვის პათოლოგიურად ჭარბი წონის პაციენტებში, იხილეთ ცხრილი 10D ან Am J Health Sys Pharm 66:642, 2009.

მხრილი 10A (ბ)

კლასი, აბიტი, ბინარიული სახელწოდება (მაგალიტო სახელწოდება)	მორბილთა რიგული დოზირება*	გავრდითი მოვლენები, კომბინირები (შეგამებისთვის იხილეთ ცხრილი 10B)
მლორბმდინიკოლი, კლინდამინიცილი, ერიტრომიცინის გავრდითი, მდსბოლიდინონები, მინდარისინი-დალფოგარისინი		
Chloramphenicol (Chloromycetin)	50-100 მგ/კგ/დღე po/IV div q6h (მატე, 4 გრ/დღე)	აშშ-ში ორბლური პრეპრატის სახით არ არის გავრცელებული. ჰემატოლოგიური (ერიტროციტების ↓ პაციენტბა ~1/3-ში, ალბაზიური ანემბა 1:21,600 ჟრისი). „ნაგრისფერი ბავშვის“ სინდრომი დღენაკულ ჭვილბში, ანაფილექტოიდური რეაქციები, ოპტიკური ატროფიბა ან ნეიროპათიბა (ბალბედ იმბიბიბა), პარესიუზიბა, დისულფირამის მსგავსი მცირე რეაქციებბ.
Clindamycin (Cleocin)	0.15-0.45 გრ po q6h. 600-900 მგ IV/IM q8h.	ექსპოზირებულ პაციენტბა რბოდენობბზე დაყრდნობით, ეს პრეპრატები წარმოადგენს C. difficile ტოქსინით განბორბებული დიბრის გამოიწვევის ყველბზე სშირ მიზბეზს. ყველბზე მიმბე ფორმისბს შესბდლობ, გამოიწვიოს ფსევდომემბრბნული კოლიტი/ტოქსიური მეგაკოლონი. ხელმისწვდომიბ კაფსულბის, IV სხნარის, ადგილობრივი (აკნესბთვის) და ვაგინბლური სანთილისბა და კრემის სახით. გამოიყენებბ ტოქსიური შიკის სინდრომის დროს ტოქსინების სინთბზის შეფერხებისბთვის.
Lincomycin (Lincocin)	0.6 გრ IV/IM q8h.	არსებობს C. difficile -ბი გამოწვეული კოლიტის განვითარების რისკი. გამოიყენებბა იმბიბბბად.
ერიტრომიცინის ჯგუფი (გამოყენებბმდე გბდბხედბთ პრეპრატების ურთიბრთგავრდის)		
Azithromycin (Zithromax) Azithromycin ER (Zmax)	po პრეპრატები: 250 და 600 მგ-ბნი ტბბლბტები. პედიბტრიული სუსპენზიბ: 100 და 200 მგ 5 მლ-ში. მოზრდილბბა ER სუსპენზიბ: 2 გრ. დოზბ ვარიბრბს ჩვენების მიხედვით, იხილეთ ცხრილი 1 მწვავებ მუბა ოტიტი (გვერდი 22), გამწვავებული ქრონიკული ბრონქიტი (გვერდი 85), საზოგადოებბში შებენილი პნემონიბ (გვერდი 90-93) და სინუსიტი (გვერდი 118). IV: 0.5 გრ დღეში.	მოტილინი: პერისტბლტიკის დაწყებისბთვის აბდენს 12-გოჯბს/მსხვილი ნაწლავების რეცეპტორების აქტივბგბს. Erythro (E) და E თბერბი აბდენენ მოტილინის რეცეპტორების აქტივბგბს და იწვევს არბკოორდინირებულ პერისტბლტიკბს, რბც იბლვბბ ანორექსიის, გულისრევბს და პირღბინების შედგბს. Azithromycin/clarithromycin-ბი ნაკლებბა შეკავშირებბა და გასტროინტესტინბლური დისტრესი. პერისტბლტიკის სარგებელი არ ფიქსირდებბ (JAC 59:347, 2007). ცხოვერბის პირველ 2 კვირის განმავლობბში, ინფბნტბლური ჰიბერტროფიული ბილბრულუი სტენოზის გბბო , მივიტი სისტემური erythro (J Ped 139:380, 2001). სშირ სხვბ პრეპრატებბბან ურთიბრთგვდებბი: იხილეთ ცხრილი 22, გვერდი 218. მბრბბბბიბი საზრუნვბიბ ეკბ-ზე გბხანგრბმლივბებული QTc ინტერვბლი. გბხანგრბმლივბებული QTc: Erythro, clarithro და azithro, QTc ინტერვბლის გზრდით, აღნიშნული ყველბ პრეპრატბ იწვევს პარკუჭოვბნი ტბქიკარდიის განვითარების რისკს. შესბდლობ იყოს თბნდაყოლილი ან შებენილი (NEJM 358:169, 2008). ორბ კვლევბმ უჩვენბ კარდიო-ვასკულბრული სიკვდილის რისკის გზრდის სხვბდბსხვბ ხარისხი იმ პაციენტბბა შორის , რომლებბმც მკურნლობდნენ აბიტრომიდინით: სავბრბლდო QT-ინტერვბლის გზრდის გბბო (NEJM 366:1881, 2012; NEJM 366:1665 & 1704, 2013). სიფრთხილბ სბჭირბ, თუ არის უტვბრი კარდიული სიკვდილის ოჯახური ბნბმწები, ელექტროლიტების
Erythromycin-ის ბბზბ და ეთერბი (Erythrocin)	0.25 გრ q6h – 0.5 გრ po/IV q6h: 15-20 მგ/კგ, 4 გრ-მდე q24h. გბდბსბბთ	

(აბრვბბტურისბთვის, იხილეთ გვერდი 3) * შინიშნბ: ყველბ დოზირების რეკომენდბცბ მოყვბნილბ მოზრდილებისბთვის (თუ არ არის სხვბგვბრი ჩვენებბ) და თირკმლის ნორმბლური ფუნქციის მქონბბთვის.

კლასი, აბანტი, ბინარული სახელწოდება (მაგაზრო სახელწოდება)	მოზრდილთა ჩვეული დოზირება*	გვარდითი მოვლენები, კომბინირება (შეკამებისათვის იხილეთ ცხრილი 10B)
IV სახელწოდება: E. lactobionate Clarithromycin (Biaxin) ან clarithro ER (Biaxin XL)	30+ წი—ის განმავლობაში. 0.5 გრ po q12h. ER: ორი 0.5 გრ—იანი ტაბლეტი po ყოველ დღე	დისპალანსი ან ერთდროულად იმ პრეპარატით მკურნალობა, რომელიც ზრდის QT-ინტერვალს. ლიტერატურა კარდიოვასკულარული სიკვდილის რისკის შესახებ აზიტრომიცინის გამოყენებისას: <i>NEJM 366:1881,2012; NEJM 368:1704, 2013.</i> ირისკი, როცა QT_c >500 მწთ! რისკი იზრდება სხვა პრეპარატებით [მაკროლიდები, ანტი-არითმიული პრეპარატებითა და პრეპარატის პრეპარატთან ურთიერთქმედებებით (ჩამონათვალისათვის იხილეთ ფტორინოლონები, გვერდი 250). www.qtdrugs.org&www.torsades.org. E estolate-ს მიღებისას დაახლოებით 1:1000 მოზრდილს (არა ბავშვს) უვითარდება ქოლესტაზური პეპატიტი. სხვა პრეპარატებთან ურთიერთქმედებები: erythro ან clarithro სტატიკებთან: სტატიკის მაღალი კონცენტრაცია, რაბდომიოლოზი (158:869, 2013); clarithro და კოლხიციკლის (პოდოგრა) კომბინაციამ შესაძლოა გამოიწვიოს კოლხიციკლის ფატალური ტოქსიურობა (პანკრეატიტი, რენალური უკმარისობა) (<i>CID 41:291, 2005</i>). Clarithro + Ca⁺⁺ არხის ბლოკერები ზრდის ჰიპოტენზიის და თირკმლის დაზიანების რისკს (<i>JAMA 310:2544, 2013</i>). თირკმლის ან ღვიძლის უკმარისობის მქონე პაციენტებში, erythro-ს ≥ 4 გრ/დღეში დოზით მიცემისას შესაძლოა, განვითარდეს შეცევადი გარდაუვალი ტინიტიუსი ან სიყრუე (<i>J. Otolaringol 36:257, 2007</i>). ორალური ერთობლივობის პრეპარატების დოზირებები მიღებულია, როგორც საბაზისო ექვივალენტები. შრატში იგივე თავისუფალი ერთობლივობის დონის მისაღწევად საჭიროა ერთობლივობის ეთერების სხვადასხვა რაოდენობა. ცნობილი გახდა, რომ Azithromycin ამწვავებს myasthenia gravis სიმპტომებს.
Fidaxomicin (Difacid) (200 მგ—იანი ტაბლეტი)	ერთი 200 მგ—იანი ტაბლეტი po bid x 10 დღე საკვებით ან საკვების გარეშე.	დამტკიცებულია C. difficile ტოქსინით განპირობებული დიარეის მკურნალობისათვის. ძლიერ აქტიურია C. difficile-ს მიმართ, მათ შორის ჰიპერვირულენტური NAP1/B1/027 შტამების მიმართ. მინიმალური გასტრო-ინტესტინალური შეწოვა; მაღალი ფეკალური კონცენტრაცია. აქტიურობა შეზღუდულია ნაწლავების ნორმალური ფლორის მიმართ. კვლევაში PO vanco-სთან შედარებისას დიფიქსირდა არა NAP1 შტამების მიმართ უფრო დაბალი რეციდივის სიხშირე (<i>NEJM 342:422, 2011</i>). კოპორტულ კვლევაში azithromycin-ით 5-დღიანმა მკურნალობამ გამოიწვია კარდიოვასკულური მიზნებით განპირობებული სიკვდილობის უმნიშვნელო მატება (<i>NEJM 366:1881, 2012</i>), რასაც მოჰყვა FDA-ის მიერ პრეპარატის უსაფრთხოების ცნობის გამოქვეყნება (http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm304372.htm). თერაპიის შემდეგ სიკვდილობაში განსხვავება არ შენარჩუნდა.

კლასი, აბანტი, ბინარული სახელწოდება (მაგაზრო სახელწოდება)	მოზრდილთა ჩვეული დოზირება*	გვარდითი მოვლენები, კომბინაციები (შეგამებისათვის იხილეთ ცხრილი 10B)
Fidaxomicin (Difcid) (200 მგ ტაბ)	ერთი 200 მგ ტაბი bid ×10 დღე საკვებით ან მის გარეშე	დამტკიცებულია C.difficile ტოქსინით გამოწვეული დიარეისთვის, ჰიპერვირულენტური NAP1/B1/027 შტამისათვის. კუჭ-ნაწლავიდან მინიმალური აბსორბცია; ფეკალიებში მაღალი კონცენტრაცია. ნაწლავის ნორმალური ფლორის მიმართ აქტივობა შეზღუდული. კვლევებში ვანკომიცინთან შედარებისას არა- NAP1 შტამების წინააღმდეგ აქვს რეციდივების უფრო დაბალი სიხშირე, ვიდრე ვანკომიცინს (NEJM 364:422, 2011). მიუხედავად იმისა, რომ არ შეიწოვება კუჭ-ნაწლავით, 12 პაციენტს განუვითარდა ალერგიული რეაქციები: 12-დან 3 პაციენტს ანამნეზში ჰქონდა მაკროლიდ-ალერგია (CID 58:537, 2014).
კეტოლიდები: Telithromycin (Ketek) (Med Lett 46-66, 2004; Drug Safety 31:561, 2008)	ორი 400 მგ ტაბ po q24h 300 მგ ტაბლეტები ხელმისაწვდომია	გაფრთხილება: მკურნალობის შემდეგ ღვიძლის მწვავე უკმარისობა და ღვიძლის მიმე დაზიანება. (AnlM 144:415, 447, 2006). იშვიათად: ზუნდოვანი მხედველობა 2 ^o აკომოდაციის დაქვეითება; შესაძლოა გამოიწვიოს მთავრობის გარეგანი გაწვევა (მაგ ყუთის გაფრთხილება: უკუწაყვანება ან დაავადების დროს). ღვიძლის, თვალის და მთავრობის გართულება შეიძლება იყოს ნერვ-კუნთოვანი სინაფსის ნიკოტინური აცეტილქოლინის რეცეპტორის ინჰიბიციის შედეგი (AAC 54:5399,2010). QT- ინტერვალის გაზარდების პოტენციალი. პრეპარატებთან სხვადასხვა ურთიერთქმედება (ცხრილი 22, გვერდი 477-479) (355:2260, 2006) .

(აბრევიატურისათვის, იხილეთ გვერდი 3)

* შენიშვნა: ყველა დოზირების რეკომენდაცია მოყვანილია მოზრდილებისათვის (თუ არ არის
სხვაგვარი ჩვენება) და თირკმლის ნორმალური ფუნქციის მქონეთათვის.

ხშირი 10A (7)

კლასი, ადგილი, ბინურიკლი სახელწოდება (მაგალითი) სახელწოდება	მორიგითი ჩვეული დოზირება*	გავრდილი მოვლენები, კომპლექსები (შეჯამებისთვის იხილეთ ცხრილი 10B)
ელორაფინიკოლი, კლინდამინიცილინი, პერიტრომიცინის აბაჯი, კამოლიდები, ოქსაბოლიდონოები, ძინაპარსინი-დალფოპრისინი Tedizolid phosphate (Sivextro) Ref: CID 58(Suppl 1): S1557, 2014.	200 მგ IV/po ერთხელ დღეში. IV ინფუზია 1 საათი.	IV დოზა ხსნება ფიზიოლოგიურ ხსნარში: შეუთავსებელია ლაქტატურ რინგერთან, რადგან არ ხსნება დივალენტური კათიონის არსებობის გამო. კანისა და კანის სტრუქტურების ინფექციების კვლევების შედეგები (Lnlid 14:696, 2014; JAMA 309:559&609, 2013). გამოიყენება დეიდით. თირკმლის უკმარისობის შემთხვევაში არ საჭიროებს რეგულირებას. მონაშენი ოქსიდაზას მსუბუქი ინჰიბიტორია, შესაბამისად, რისკია სეროტონინის სინდრომის განვითარებისა, მაგრამ in vitro, ცხოველებში და ადამიანებში კვლევით გამოვლინდა დაბალი რისკი (AAC 57:3060, 2013).
Linezolid (Zyvox) (600 მგ-იანი ტაბლეტი) მიმოხილვა: JAC 66(Suppl4):3, 2011	PO ან IV დოზა: 600 მგ q12h. ხელმისაწვდომია 600 მგ-იანი ტაბლეტების, ორალური სუსპენზიის (100 მგ 5 მლ-ში) და IV ხსნარის სახით. სპეციალური პოპულაციებისთვის ლიტერატურა: თირკმლის უკმარისობა (<i>J Infect Chemother</i> 17:70, 2011); ღვიძლის გადნეობა (<i>CID</i> 42:434, 2006); მუკოვისციდოზი (<i>AAC</i> 48:281, 2004); დამწვრობები (<i>J Burn Care Res</i> 31:207, 2010). ჰარბი წონა: კლინიკური მარცხი სტანდარტული დოზით 265 კგ წონის პაციენტებთან (<i>ANN Pharmacother</i> 47:e25, 2013).	შექცევადი მიელოსუბსტანცია: თრომბოციტოპენია, ანემია და ნეიტროპენია. ყველაზე ხშირია თერაპიის დაწყებიდან >2 კვირის შემდეგ. რემედიაცია აციდოზი; პერიფერიული ნეიროპათია, ოპტიკური ნეიროპათია: 4 ან მეტ-კვირიანი თერაპიის შემდეგ. მონაცემები შეთავსებადი ინტრამიტოქონდრიული ცილის სინთეზის დროსა და დოზაზე დამოკიდებულ ინჰიბიციასთან (<i>CID</i> 42:111, 2006; <i>AAC</i> 50:2042, 2006; <i>Pharmacotherapy</i> 27:771, 2007). ნეიროპათია, შეუქცევადი. მონაშენი ოქსიდაზას ინჰიბიტორი; ტირამინით მდიდარი საკვების მიღებისას არსებობს მძიმე ჰიპერტენზიის განვითარების რისკი. მოერიდეთ თანმხლებ ფსევდოფეფდრინს, ფენილპროპანოლამინს და სიფთხილვა საკირო SSR1-ებთან. სეროტონინის სინდრომი (ცხელება, აგზნება, ცნობიერების ცვლილება, ტრემორი). რისკი თანმხლები SSR1-ის დროს (<i>CID</i> 42:1578 და 43:180, 2006). რეალური სიხშირე დაბალია(JAC 67:494, 2012; <i>AAC</i> 57:5901, 2013). სხვა გვერდითი მოვლენები: შავი თმიანი ენა და მწვავე ინტერსტიციული ნეფრიტი (<i>IDCP</i> 17:61, 2009). რადიომიოლიზი: არსებობს ამ სახის შემთხვევა, საცარაულოდ linezolid-ით გამოწვეული, რომლის დროსაც პაციენტს ეძლეოდა linezolid, როგორც XDR ტუბერკულოზის მულტი-პრეპარატული თერაპიის ერთ-ერთი კომპონენტი (<i>CID</i> 54:1624, 2012). რეზისტენტობა: ფიქსირდება Linezolid-რეზისტენტული <i>S. epidermidis</i>-ისა და MRSA-ს ეპიდემიოქეტივები, რომელიც გამოწვეულია მოზილური გენით, რომელიც ახდენს ლინეზოლიდის რიბოსომული სამიზნის მეთილირებას, ან გამოწვეულია, ძირითადად, 23S rRNA-ის დამაკავშირებელი ზონის მუტაციით (<i>JAC</i> 68:4, 2013).
Quinupristin + dalfopristin (Synercid) (CID 36L473, 2003)	7.5 მგ/კგ IV q8h ცენტრალური კათეტერი	ვენური გაღიზიანება (5%); ცენტრალური ვენური კათეტერის დროს არ გვხვდება. არაჰემოლიზური ბიოლოგიის შემთხვევაში ასიმპტომურია ↑. ართროალგია 2%-50% (<i>CID</i> 36:476, 2003). შენიშვნა: E. faecium მგრძნობიარე; E. faecalis რეზისტენტული. სხვა პრეპარატებთან ურთიერთქმედება: Cyclosporine, nifedipine, midazolam, და ბევრი სხვა.

კლასი, აბაზონი, ბინარული სახელწოდება (აბაზონი) სახელწოდება	მოზარდულთა ჩვეული დოზირება*	გავრცელებული მოვლენები, კომპლექსები (შეჯამებისთვის იხილეთ ცხრილი 10B)
ბენზილპენიცილინი		იხილეთ ცხრილი 22.
Doxycycline (Vibramycin, Doryx, Monodox, Adoxa, Peristat) (20, 50, 75, 100 მგ-იანი ტაბლეტები)	0.1 მგ po/IV q12h	სხვა ტეტრაციკლინების მსგავსია. ↑ გულისრევა, როდესაც კუჭი ცარიელია. ეროზიული ეზოფაგატი, განსაკუთრებით, თუ მიღებულია ძილის დროს; მიიღეთ ზევრ წყალთან ერთად. ფოტოტოქსიურობა და ფოტო-ოქსილიზი გვხვდება, მაგრამ უფრო იშვიათად, ვიდრე tetracycline-ს დროს. ნაკლებად ხდება კბილებში ჩალაგება. შესაძლებელია, გამოყენებულ იქნას თირკმლის უკმარისობის მქონე პაციენტებში. კომენტარი: ეფექტურია მალარიის, ლეპტოსპიროზისა და ტიფოიდური ცხელების მკურნალობისა და პროფილაქტიკისათვის.
Minocycline (Minocin, Dynacin) (50, 75, 100 მგ-იანი კაფსულები; 45, 90, 135 მგ-იანი ER ტაბლეტები; IV პრეპ)	200 მგ po/IV დატვირთვის დოზა, შემდეგ 100 მგ po/IV q12h IV minocycline ადრია ხელმისაწვდომი	ვესტიბულური სიმპტომები (ზოგიერთი ჯგუფში 30-90%, სხვებში არცერთი): თავბრუსხვევა 33%, ატაქსია 43%, გულისრევა 50%, პირღებინება 3%, ქალბში უფრო ხშირად, ვიდრე კაცებში. ჰიპერენსიტიური პნევმონიტი, შექცევადი, ცნობილია ~34 შემთხვევა (<i>BMJ</i> 310:1520, 1995). ხანგრძლივმა გამოყენებამ შესაძლოა გაზარდოს კანის პიგმენტაცია . კომენტარი: Staph-ის წინააღმდეგ და მენინგოკოკური დაავადების პროფილაქტიკისთვის უფრო ეფექტურია, ვიდრე სხვა tetracycline-ები. P. acnes: ზევრ შემთხვევაში რეზისტენტულია სხვა tetracycline-ების მიმართ, არა mino-ს შემთხვევაში. აღწერილია ინდუცირებული ალტერიმუნურობა ზაფხვებში, რომლებიც მკურნალობდნენ აკნეს (<i>J Ped</i> 153, 314, 2008). აქტიურია შემდეგის მიმართ: Nocardia asteroides, Mycobacterium marinum და აცინეტობაქტერიის მრავალი შტამი.
Tetracycline, Oxytetracycline (Sumycin) (250, 500 მგ-იანი კაფსულები) (CID 36:462, 2003)	0.25-0.5 გრ po q6h, 0.5-1 გრ IV q12h	GI (oxy 19%, tetra 4%), ანაფილაქტოიდური რეაქცია (იშვიათი), კბილებში ჩალაგება, უარყოფითი N ბალანსი, ჰეპატოტოქსიურობა, მინანქრის აფერხება, ცერებრალური ფსევდოტუმორი (ენცეფალოპათია. ვადეგასული პრეპარატი: ფანკონის <i>სინდრომი</i> . იხილეთ პრეპარატის პრეპარატთან ურთიერთქმედებები, ცხრილი 22. ორსულობისას წარმოადგენს უკუჩვენებას. დედაში იწვევს ჰეპატოტოქსიურობას, ტრანსპლანტაციულად გადაეცემა ნაყოფს. კომენტარები: ორსულობა: >2 გრ/დღე IV დოზამ შესაძლოა გამოიწვიოს ფატალური ჰეპატოტოქსიურობა (<i>JAC</i> 66:1431, 2011).
Tigecycline (Tygacil) მეტა-ანალიზი და რეაქცია: <i>LnI</i> 11:804 და 834, 2011. ასევე <i>CID</i> 54:1699 და 1710, 2012.	დასაწყისში 100 მგ IV, შემდეგ 50 მგ IV q12h po საკვებთან ერთად, რომ	ლეიბლის მიზეზი დაავადება (ჩაილიდი C): დასაწყისში 100 მგ IV, შემდეგ 25 მგ

(აბრევიატურისათვის, იხილეთ გვერდი 3) * შინიშნა: ყველა დოზირების რეკომენდაცია მოყვანილია მოზრდილებისათვის (თუ არ არის სხვაგვარი ჩვენება) და თირკმლის ნორმალური ფუნქციის მქონეთათვის.

კლასი, აბანო, ბინარული სახელწოდება (აბაზოპრო სახელწოდება)	ფარმაცეუტიკული აქტივობა*		ფარმაცეუტიკული აქტივობები, კომენტარები (შეკამათების თემატიკის ცხრილი 10B)
	შეგირდის გულისრევის რისკი.	IV q12h	დაკავშირებულია მწვავე პანკრეატიტთან (<i>Int J Antimicrob Agents</i> , 34:486, 2009). "Dear Doctor"-ის წერილი (27/04/09): VAP დაავადებული პაციენტების tigecycline მკურნალობით ფიქსირდება განკურნების დაბალი და სიკვდილობის მაღალი ხარისხი. ლიტერატურა: <i>Diag Micro Infect Dis</i> 68:140, 2010. შავი ყუთის გაფრთხილება: კლინიკური კვლევების მეტ-ანალიზით გდინდება, რომ ყველა მიზეზით გამოწვეული სიკვდილობა უფრო მაღალია ტიგეციკლინით ნამკურნალე პაციენტებში (2.5%), ვიდრე შესადარებელ ჯგუფში (1.8%). სიკვდილობის რისკის 0.6%-იანი (95% 0.1, 1.2) განსხვავების მიზეზი დადგენილი არ არის. Tigecycline უნდა შემოვიწახოთ მხოლოდ იმ შემთხვევებისთვის, როცა სხვა ალტერნატიული მკურნალობა შეუძლებელია. (<i>FDA MedWatch Sep 27, 2013</i>). არასახარბიელო შედეგი შრატში დაბალი კონცენტრაციის შემთხვევაში (<i>AAC</i> 56:1065&1466, 2012); მაღალი დოზები უპირატესია დაბალ დოზაზე HAP-ის დროს (<i>AAC</i> 57:1756, 2013).

¹ SSRI = სეროტონინის უკუმიტაცების სელექტიური ინჰიბიტორი, მაგ. fluoxetine (Prozac).

ხსრილი 10A (B)

კლასი, აბინდი, ბინერილი სახელწოდება (მაგალიტო სახელწოდება)	მონტაჟილია ჩვეული დონილია*	ბინერილი მონტაჟილი, კონტინუირილი (შეკამბისათვის იხილეთ ცხრილი 10B)
ფტორინოლინონი (FQ-ები): შარდის ოპიტებზე სკინინგით ყველა პრეპარატს შეუძლია მოგვეცეს ცრუ-დადებითი შედეგი (Pharmacother 26:435, 2006). ტოქსიურობის მიმოხილვა: <i>Drugs Aging 27:193, 2010.</i>		
Ciprofloxacin (Cipro) და Ciprofloxacin-ER (Cipro XR, Proquin XR) (100, 250, 500, 750 მგ-იანი ტაბლეთები; 500 მგ-იანი ER ტაბლეთი)	ჩვეული პარენტერალური დოზა: 400 მგ IV q12h P. aeruginosa: 400 მგ IV q8h გაურთულებელი ურთერთიტი/ცისტიტი (ორალური) დოზა: 250 მგ po bid ან CIP XR 500 მგ po დღეში ერთხელ სხვა დანიშნულება (ორალური): 500-750 მგ po bid	ფტორინოლინონები წარმოადგენს <i>C. difficile</i> -ს ტოქსინით განპირობებული დიარეის დამაჩქარებელ ნივთიერებებს. ბავშვები: უმწიფარ ცხოველებში სახსრის ხრტილის დაზიანებების მონაცემებზე დაყრდნობით FQ-ების გამოყენება არ არის დამტკიცებული 16 წელს ქვემოთ მყოფ პირებში. ბავშვებში სახსრის გვერდითი მოვლენები ვითარდება დაახლოებით 2-3%-ში (<i>LnID 3:537, 2003</i>). გამოწვლისა ჯილბი. პათოგენეზურად, ფტორინოლინონები ახდენს <i>Mg⁺</i> + ხელაგის (შეკიდებას), რაც აზიანებს ქონდროციტულ ურთიერთკავშირებს (<i>AAC 51:1022, 2007; Int J Antimicrob Agents 33:194, 2009</i>). არ არსებობს მტკიცებულება ხრტილის დაზიანების ბავშვებში ლეოფოლოქსაციის გამოყენებისას (<i>Pediatrics 132:e146, 2014</i>).
Gatifloxacin (Tequin) ^{MS} იხილეთ კომენტარი	200-400 მგ IV/po q24h. (იხილეთ კომენტარი) ოფთალმოლოგიური ხსარი (<i>Zymar</i>)	ცნ-ის ტოქსიურობა: ნაკლებად ახსნილი. სხვადასხვა გამოვლინება: თავბრუსხვევა, კონფუზია, კრუნჩხვები. შესაძლებელია გაძლიერდეს NSAID-ებით. პერიფერიული ნეიროპათია: სწრაფი დასაწყისი, პოტენციურად პერმანენტული დაზიანება.
Gemifloxacin (Factive) (320 მგ-იანი ტაბლეთი)	320 მგ po q24h	Gemi-ით გამოწვეული გამოწვარი კანზე: მაკულური გამონაყარი ვლინდება მკურნალობის დაწყებიდან 8-10 დღის შემდეგ, 45 დღის ხანგრძლივობის თერაპიისას გამოწვარის განვითარების რისკია 1.5%. უფრო ხშირია ქალებში, <40 წლის ასაკში, 14 დღეზე მეტი ხანგრძლივობის მკურნალობით (22.6%). 7.7%-ია სიხშირე <40 ასაკის კაცებში, რომელთა მკურნალობის ხანგრძლივობაა 14 დღეა. მექანიზმი უცნობია. სიმპტომების შემთხვევაში შეწყვიტეთ მკურნალობა. ლიტერატურა: <i>Diag Micro Infect Dis 68:140, 2010.</i> ჰიპოგლიკემია/ჰიპერგლიკემია(დისგლიკემია): გაზრდილი რისკი, განსაკუთრებით, ჰიპოგლიკემიის დიაბეტური პაციენტებში ნებისმიერი ფტორინოლინონის მიღებისას (<i>CID 57:971, 2013</i>). სკინინგის ცრუ-დადებითი ტესტები ოპიტებზე: ფტორინოლინონებმა შესაძლოა, გამოიწვიონ შარდის ანალიზში ოპიტებზე ცრუ-დადებითი შედეგები (<i>Amm Pharmacotherapy 38:1525, 2004</i>). ფოტოსენსიტიურობა: იხილეთ ცხრილი 10C, გვერდი 247. იშვიათად ფოქსირდება ბადურის ჩამოცლა (<i>JAMA 307:1414, 2012</i>). QTc (კორექტირებული QT) ინტერვალის გახანგრძლივება: ↑ QTc (>50 მწთ ან >60 მწთ ბაზისურიდან), განიხილება, როგორც შესაძლებელი, ნებისმიერი FQ-ის გამოყენებისას. ↑

(აბრევიატურისათვის, იხილეთ გვერდი 3)

* შენიშვნა: ყველა დოზირების რეკომენდაცია მოყვანილია მოზრდილობისათვის (თუ არ არის სხვაგვარი ჩვენება) და თირკმლის ნორმალური ფუნქციის მქონეთათვის.

კლასი, ანბნო, ბინარული სახელწოდება (მაგაშრო სახელწოდება)	მოზრდილთა ჩვეული დოზირება*	გვარდითი მოვლენები, კომბინირება (შეკამებისათვის იხილეთ ცხრილი 10B)			
		QT _c -მ შეიძლება, გამოიწვიოს torsades de pointes და პარკუჭოვანი ფიბრილაცია. საერთო რისკი არის 4.7/10,000 ადამიანი წელიწადში (CID 55:1457, 2012). რისკი ნაკლებია ამჟამად ბაზარზე არსებული პრეპარატების შემთხვევაში. რისკი ↑ ქალბენში, ↓ K ⁺ , ↓ mg ⁺⁺ , ზრადიკარდია (CID 43:1603, 2006). ძირითადი პრობლემა თანხმობები პრეპარატებით ორისკი.			
Levofloxacin (Levaquin) (250, 500, 750 მგ-იანი ტაბლეტი)	250-750 მგ po/IV q24h. უმეტეს შემთხვევაში, 750 მგ-იანი დოზა არის უმჯობესი. PO თერაპია: მულტივალენტური კათიონებით ხელაგისა და შერვის დაბრკოლების გამო მოერიდეთ რძის პროდუქტების, მულტივალენტების, რკინის, ანტაციდური პრეპარატების მიღებას. პათოლოგიური სიმსუქნე დოზის რეგულირებას არ საჭიროებს.	მოერიდეთ თანხმობად ისეთი პრეპარატების გამოყენებას, რომლებსაც გააჩნიათ QT_c-ს გახანგრძლივების პოტენციალი: ანტიარითმიული პრეპარატები: Amiodarone Dipyridamide Dofetilide Flecainide Ibutilide Procainamide Quinidine, quinine Sotalol ინფექციის საწინააღმდეგო პრეპარატები: Azoles (არა posa) Clarithro/erythro FQ-ები (არა CIP) Halofantrine NNRTI-ები პროტეზას ინჰიბიტორები Pentamidine Telavancin Telithromycin ანტიპაერტენზიული პრეპარატები: Bepridil Isradipine Nicardipine Moexipril ენს-ის პრეპარატები: Fluoxetine Haloperidol Phenothiazine-ები Pimozide Quetiapine Risperidone Sertraline ტრიციკლები Venlafaxine Ziprasidone სხვადასხვა: Dolasetron Droperidol Fosphenytoin Indapamide Methadone Naratriptan Salmeterol Sumatriptan Tamoxifen Tizanidine			
Moxifloxacin (Avelox)	400 მგ po/IV q24h. შენიშვნა: პათოლოგიური ქარბი წონის პირებში დოზის გაზრდა არ არის აუცილებელი (JAC 66:2330, 2011). ოფთალმოლოგიური ხსნარი (Vigamox)	ტენდინოპათია: 60 წელს ზემოთ, აქილეუსის მყესის გაწყვეტის შემთხვევების დაახლოებით 2-6% უკავშირდება ფტორქინოლონების გამოყენებას (Arim 163:1801, 2003). სტეროიდების, თირკმლის დაავადების ან ტრანსპლანტაციის შემდგომ (გული, ფილტი, თირკმელი) რისკი ↑ (CID 36:1404, 2003). ხელაგია: არსებობს მულტივალენტური კათიონებით (Ca⁺⁺, Mg⁺⁺, Fe⁺⁺, Zn⁺⁺) ორალური ფტორქინოლონების ხელაგის რისკი. მოერიდეთ რძის პროდუქტების, მულტივალენტების გამოყენებას (Clin Pharmacokin 40 (Suppl1) 33:2001). ალერგიული რეაქციები: იშვიათია (1:50,000). IgE-ით განპირობებული: ურტიკარია, ანაფილაქსია. Moxi-ზე მყისიერი რეაქციის მქონე 3 პაციენტი, ტოლერანტული იყო CIP-ის მიმართ (Ann Pharmacother 44:740, 2010).			
Ofloxacin (Floxin)	200-400 მგ po bid. ოფთალმოლოგიური ხსნარი (Ocuflox)				

კლასი, აბანო, ბანარული სახელწოდება (მაგაშრო სახელწოდება)	მოზრდილთა ჩვეული დოზირება*	გვარდითი მოვლენები, კომენტარები (შეჯამებისათვის იხილეთ ცხრილი 10B)
		მძიმე მთავრობა: მძიმე მთავრობის მქონე პაციენტებში ნებისმიერმა ფთორქინოლონმა შესაძლოა, გამოიწვიოს კუნთების სისუსტის გამწვავება. ზადურის ჩამოცლა: 2 კვლევაში დაკავშირებული იყო ფთორქინოლონებთან (JAMA 307:1414, 2012; CID 58:197, 2014). 2 სხვა კვლევაში კავშირი ვერ დადგინდა (JAMA 310:2151 & 2184, 2013; JAC 69:2563, 2014).

(აბრევიატურისათვის, იხილეთ გვერდი 3)

* **შენიშვნა:** ყველა დოზირების რეკომენდაცია მოყვანილია მოზრდილებისათვის (თუ არ არის სხვაგვარი ჩვენება) და თირკმლის ნორმალური ფუნქციის მქონეთათვის.

ხსრილი 10A (ფ)

კლასი, აბანდი, გენერული სახელწოდება (მაგალითი სახელწოდება)	ფორმალთა ჩვეული ფორმირება	გამართი მოვლენები, კონტრინდიკატი (შეკამებისთვის იხილეთ ცხრილი 10B)
ფლორინოლონი (FQ-ები) (გაერმელება) Prulifloxacin Ref: Drugs 64:2221, 2004	ტაბლეტები: 250 და 600 მგ ჩვეული დოზა: 600 მგ po ერთხელ დღეში	აშშ-ში არ არის ხელმისაწვდომი
პოლიმიქსინები (პოლიმიქსინები) შტამები: <i>Proteus</i> sp., <i>Providencia</i> sp., <i>Serratia</i> sp., <i>B. cepacia</i> არიან პოლიმიქსინების მიმართ კონსტიტუციურად რეზისტენტული. Polymixin B (Poly-Rx) 1 მგ = 10,000 ერთეული მოერიდეთ მონოთერაპიას, იხილეთ Colistin Colistin, Polymyxin E (Colymycin) ცვლა დოზა დაფუძნებულია ბაქტერიის Colistin-ის მგ-ზე გამოთვლილი დოზები უფრო მაღალია, ვიდრე შეფუთვის ინსტრუქციაშია მოცემი; კრიტიკულად მოავადე პაციენტებში უნდა მოვერდეთ დოზის დაკლებას. არ გამოიყენეთ როგორც მონოთერაპია (გამოიყენეთ კარბაპენემთან ან RIF-თან		
	დოზები სხეულის ფაქტიური წონის მიხედვით დათვრითი დოზა: 2.5 მგ/კგ IV 2 საათის განმავლობაში შემაწარმნებელი დოზა: 12 საათის შემდეგ 1.5 მგ/კგ 1 საათი, შემდეგ გაიმეორე q12h. კომბინაციური თერაპია კარბაპენემთან ზრდის ეფექტურობას და ამცირებს რეზისტენტობის რისკს. თირკმლის უკმარისობისათვის დოზის რეგულირებას არ საჭიროებს. ინტრავენოზური თერაპია მენინგიტისთვის: ლიქვორში 5 მგ დღეში $\times$ 3-4 დღე, შემდეგ 5 მგ დღეში $\times$ 2 ან მეტი კვირა. • მიმე სისტემური ინფექცია: დათვრითი დოზა: 3.5 (შრატის სტაბილური მდგომარეობის საშუალო საშიშვლე დონე) $\times$ 2 $\times$ სხეულის მასა კგ-ებში (იდეალურზე ნაკლები ან ნამდვილი წონა) IV. აღნიშნული ხშირად მოგვეცემა ბაქტერიის colistin-ის 300 მგ-ზე მეტ დატერითვის დოზას. პირველი შემანარჩუნებელი დოზა ინიშნება 12 საათის შემდეგ. შემაწარმნებელი დოზა: დღიური შემანარჩუნებელი დოზის გამოთვლის ფორმულა: • 3.5 (შრატის სტაბილური მდგომარეობის სასურველი კონცენტრაცია) $\times$ [(1.5 $\times$ CrCln) + 30] = ჯამური დღიური დოზა. გაყავით და მიეცით q8h ან q12h. შემოთავაზებული	ცვრდითი მოვლენები: ნეკროლოგიური: ნერვ-კუნთოვანი ბლოკადა იშვიათია, მაგრამ სერიოზული; სხვა: პირის ირგვლივი პარესთეზია, კიდურების დაზუყება, ზუნდოვანი მხედველობა, მოდუნება, გაღიზიანება, ატაქსია; შეიძლება ასფიქსია (<i>Chest</i> 141:515, 2012). თირკმლის: შექცევადი მწვავე ტუბულარული ნეკროზი. თირკმლის დაზიანება 42%-ში (Polymixin B) vs. 60% (Colistin) (<i>CID</i> 57:1300, 2013). PK კვლევა სემპტიურ პაციენტებში: თირკმლის უკმარისობისას დოზის შემცირება არ არის საჭირო (<i>CID</i> 57:524, 2013). Polymixin B უპირატესია კოლისტინზე, როდესაც შრატში თერაპიული კონცენტრაციის მიღწევის გადაუდებელი საჭიროებაა. GNB-ის რეზისტენტობა: ზოგიერთი შტამი კონსტიტუციურად რეზისტენტულია: <i>Serratia</i> sp., <i>Proteus</i> sp., <i>Providencia</i> sp., <i>B. cepacia</i>. In vitro და ცხოველების ციხალ მოდელში GNB-ები სწრაფად ხდებიან რეზისტენტული; თანმიმდევრულად Tigecycline-მა ან Minocycline-მა შესაძლოა შეასუსტოს რეზისტენტობის რისკი (<i>JAC</i> 60:421, 2007). Rifampin-თან ან Tigecycline-თან სინერგიულობა არ არის პროგნოზირებადი, რაც უფრო მეტია Colistin-ზე GNB-ს რეზისტენტობა, მით უფრო მაღალია მგრძნობელობა ზეტა-ლაქტამების მიმართ (<i>AM-SB, PIP-TZ, ფართო სპექტრის Ceph, კარბაპენემები</i>). გავრთილობა: colistin-ის მაღალი დოზები (იდეალური სხეულის მასისთვის >5 მგ/კგ დღეში) დაკავშირებულია ნევროტოქსიურობის რისკის მატებასთან და შემოწმებული უნდა იყოს კრიტიკულად მოავადე პაციენტებისათვის (<i>Clin Infect Dis</i> 53:879, 2011). ბაქტერიციდული აქტივობა დამოკიდებულია კონცენტრაციაზე. მაგრამ არა პოსტ-ანტიბიოტიკურ ეფექტზე; არ გამოიყენეთ ერთჯერადი დოზით.

კლასი, აბანდი, ბინარიული სახელწოდება (მაგაზრო სახელწოდება)	მოზარდილთა ჩვეული დოზირება*	გვარდითი მოვლინები, კომბინაციები (შეკამებისათვის იხილეთ ცხრილი 10B)
კომბინაციაში დოზირების ფორმულა ეფემენა 105 პაციენტზე ჩატარებულ PK კვლევას (AAC 55:3284, 2011). დატვირთვის დოზა (AAC 53:3430, 2009). PK/PD კვლევები (AAC 54:3783, 2010 (in vitro), JAC 65:1984, 2010 (in vivo)). რეკომენდაციები განვითარების პროცესში: იხილეთ Sanford Guide ციფრული გამოცემები უფრო მეტი მიმდინარე ინფორმაციისათვის და დოზირების კალკულაციისათვის.	მაქსიმალური დოზაა 475 მგ. • შენიშვნა: CrCln არის კრეატინინის კლირენსი (CrCl) ნორმალიზირებული (n) სხეულის ზედაპირის ფართობისათვის (BSA) ისე, რომ $CrCl_n = CrCl \times BSA$ $m^2/1.73m^2$-ში. • კომბინირებული თერაპია რეკომენდირებულია ყველა პაციენტისათვის: Colistin (როგორც ზემოთ) + [(IMP ან MER) ან RIF] • მუკოვისციდოზი: 3-8 მგ/კგ/დღე q8h (დამოკიდებულია IBW-ზე) • ინტრატეკალურად ან ინტრაცენტრიკულარულად მენინგიტისათვის: 10 მგ/დღე • ინჰალაციური თერაპია: 50-75 მგ 3-4 მლ ფიზიოლოგიური ხსნარში ნებულაიზერით 2-3-ჯერ დღეში	ნეფროტოქსიურობა: ზუსტი რისკი უცნობია, მაგრამ იგი მატულობს თანმხლები ნეფროტოქსინებით (IV კონტრასტი), ჰიპოტენზიით და შესაძლოა, Rifampin-ით. შეეცევადია. ნეიროტოქსიურობა: ხშირად: პირის ირგვლივი პარესთეზია, თავბრუსხვევა, მხედველობის შეცვლა, კონფუზია, ატაქსია. იშვიათად: ნერვ-კუნთოვანი ბლოკადა სუნთქვის უკმარისობით. გაფრთხილება: ზოგიერთი colistimethate-ის საერთაშორისო პროდუქტი გამომცემულია IU-ებში. საერთაშორისო ერთეულის (IU) ზაზისური კოლისტინის მგ-ში კონვერტირებისათვის: $1,000,000 \text{ IU colistimethate} = 80 \text{ მგ ზაზისური colistimethate} = 30 \text{ მგ}$ ზაზისური colistin. <i>იხილეთ 58:139, 2014.</i> კოლისტინი უპირატესია პოლიმიქსინ B-სთან შედარებით სამარდე გუბების ინფექციის სამკურნალოდ.

(აბრევიატურისათვის, იხილეთ გვერდი 3)

* **შენიშვნა:** ყველა დოზირების რეკომენდაცია მოყვანილია მოზრდილებისათვის (თუ არ არის
სხვაგვარი ჩვენება) და თირკმლის ნორმალური ფუნქციის მქონეთათვის.

ხსარილი 10A (10)

კლასი, აბრეშვი, გენერული სახელწოდება (მაგალითი სახელწოდება)	მოხმარების რეგულაციები	გამოყენების ინფორმაცია, კონტრინდიკაციები (შეჯამებისათვის იხილეთ ცხრილი 10B)
სხვადასხვა ანტიბიოტი		
Fosfomycin (Monuril) (3 გრ-იანი პაკეტი)	3 გრ წყალთან ერთად po ერთხელ 1 დღე.	პაციენტთა 9%-ს აღენიშნა დიარეა მაშინ, როდესაც nitrofurantoin-ის შემთხვევაში - 6%-ს და TMP-SMX-ის დროს - 2.3%-ს. მრავალ პრეპარატზე რეზისტენტული ბაქტერიის სამკურნალოდ აშშ-ს გარეთ ხელმისაწვდომია IV და PO. MDR-GNB-სათვის: 6-12 გრ/დღე IV div q6-8h. ლიტერატურა: <i>Int J Antimicrob Ag 37:415, 2011</i> .
ფუზიდილის მესაფოს (Fucidin, Taksta)	500 მგ po/IV tid (დანია და კანადა) აშშ: 1500 მგ-იანი დატვირთვის დოზა po bid x 1 დღე, შემდეგ 600 მგ po bid	მწიფე ნეფროზი MRSA-ს მიმართ აქტივობა. დამტკიცებულია აშშ-ს გარეთ; აშშ-ში ამჟამად გადის კლინიკურ გამოცდებს. აშშ-ში შემოთავაზებული რეჟიმის ლიტერატურა: <i>CID 52 (Suppl 7):S520, 2011</i> .
Methanamine hippurate (Hiprex, Urex)	1 გრ po bid	გულისრევა და პირღებინება, გამონაყარი კანზე ან დიზურია. ჯანში ~3%. Methenamine მოითხოვს (pH ≤5), რომ შარდით გამოიყოს ფორმალდეჰიდი. ეფექტურია ინფექციის გამომწვევი მიკროორგანიზმებისაგან გაწმენდის შემდეგ სუპრესიული თერაპიის სახით; არ გამოიყენეთ პიოლონეფრიტისათვის. კომენტარი: პაციენტს არ აძლეოდა სითხეების მიღება; შესაძლოა გამოიყვოს ფორმალდეჰიდის განუხატება. ქრონიკული ფოლის კათეტერის მქონე პაციენტებში არ გააჩნია არანაირი ღირებულება. თუ შარდის pH არის >5.0, მიმართეთ ასკორბინის მჟავას (1-2 გრ q4h.) რათა მოხდეს შარდის დაჟანგვა; ასევე გამოიყენება მოცვის წვენი (1200-4000 მლ/დღე), შედეგები ±. არ გამოიყენოთ სულფანილამიდების (ნალექი) თანხლებით, ან თირკმლის ან ღვიძლის მიმდებარე დისფუნქციისას.
Methanamine mandelate (Mandelamine)	1 გრ po qid	
Metronidazole (Flagyl) (250, 375, 500 მგ-იანი ტაბლეტები/კაფსულები) ლიტერატურა: აქტიურია B. fragilis-ის მიმართ. რჩება არჩევის პრეპარატად (<i>CID 50 (Suppl 1):S16, 2010</i>).	ანაერობული ინფექციები: ძირითადად IV, 7.5 მგ/კგ (~500 მგ) q6h (არ უნდა აჭარბებდეს 4 გრ q24h). გრძელი T½-ის გამო შესაძლოა, გამოყენებულ იქნას 15 მგ/კგ q12h. თუ სასიცოცხლო ჩვევებაა, გამოიყენეთ დატვირთვის დოზა - IV 15 მგ/კგ. ორალური დოზა: 500 მგ qid; ER ტაბლეტები ხელმისაწვდომია დოზით 750 მგ.	ხშირი გვერდითი მოვლენები: გულისრევა (12%), ლითონის გემო, „მეწვანი“ ენა. ბოლო დოზის მიღებიდან 48 სთ-ის განმავლობაში მოერიდეთ ალკოჰოლს, რათა თავიდან აიცილოთ დისულფორამის რეაქცია (გულისრევა/პირღებინება, გარეთეხვა, ტაქიკარდია, დისპნეა). ნეკროლოგიური გვერდითი მოვლენები ვლინდება მაღალი დოზებით/ხანგრძლივი მკურნალობისას: პერიფერიული, დამოუკიდებელი და ოპტიკური ნეიროპათია (<i>J Child Neurol 21:429, 2006</i>). ცნობილია ასეპტიური მენინგიტი, ენცეფალოპათია, კრუნჩხვები და ნათხიშის შექცევადი დაზიანებები (<i>NEJM 346:68, 2002</i>). ასევე: ზედაპირული და ეპიგინალური გული. IV ხსნარი C. difficile-სათვის შესაძლოა გამოიყენებულ იქნას ოქსის სახით. რეზისტენტული ანაერობული მიკროორგანიზმები: აქტივობა ინფექციები, პეპტოსტრეპტოკოკები. 1,500 მგ-იანი ერთჯერადი IV დოზირება: რაციონალურება დამოკიდებულია მრავალ გრძელ T½-ზე; სტანდარტი ევროპაში; მუცლის ღრუს ინფექციების მქონე მოზრდილი პაციენტების რეტროსპექტიული მხარდაჭერი კვლევები (<i>JAC 19:410, 2007</i>).
Nitazoxanide		
Nitrofurantoin	იხილეთ ცხრილი 13B, გვერდი 343 აქტიურია UTI-სთვის:	საკვებთან ერთად შეიღვა რ. მომეტებულია აქტივობა მკაცრ რეჟიმის მქონე შარდში, ძალზედ

კლასი, აბანტი, ბინარული სახელწოდება (მაგაზრო სახელწოდება)	მოზრდილთა ჩვეული დოზირება*	გვირდითი მოვლენები, კომბინაციები (შეჯამებისათვის იხილეთ ცხრილი 10B)
მაკროკრისტალები (Macrobid, Macrochantin, Furadantin) (25, 50, 100 მგ-იანი კაფსულები)	Furadantin/Macrochantin 50-100 მგ po qid x 7 დღე ან Macrobid 100 მგ po bid x 7 დღე დოზირება UTI-ის ხანგრძლივი სუპრესიისათვის: 50-100 მგ ბილის დროს	მცირდება აქტიუობა, თუ pH≥8. გულისრევა და პირღებინება, პერიფერიული ნეიროპათია, პანკრეატიტი. ფილტვისშიერი რეაქციები (ქრონიკული პროცესებისას მკურნალობის დროს): მწვავე ARDS-ის ტიპი, ქრონიკული დესტრუქციული ინტერსტიციული პნემონია ფიბროზით . ინტრაჰეპატური ქოლესტაზი და ჰეპატიტი , მსგავსი ქრონიკული აქტიური ჰეპატიტის. G6PD- დეფიციტური ჰემოლიზური ანემია. ცნობილია პრეპარატი გამოწვეული გამონაყრის, ეოზინოფილიის, სისტემური სიმპტომებისა (DRESS) და ჰიპერენსიტიური სინდრომების შესახებ (Neth J Med 67:147, 2009). გაითვალისწინეთ, რომ ფევექტი შესაძლოა, შემცირდეს და მომატოს გვერდითმა მოვლენებმა, თუ CrCl < 40 მლ/წთ. არ უნდა გამოიყენოთ <1 თვის ასაკის ბავშვებში. მშობიარობის დეფექტები: ცნობილია გახდა გაზრდილი რისკების შესახებ (Arch Ped Adolesc Med 163:978, 2009).
Rifampin (Rimactane, Rifadin) (150, 300 მგ-იანი კაფსულები)	300 მგ po bid ან 600 მგ po IV დღიურად მონოთერაპიით გამოყენებისას იწვევს რეზისტენტული ბაქტერიების სწრაფ სელექციას	იწვევს ოფლის, შარდის, ცრემლების, საკონტაქტო ლინზების შეფერილობის ცვლილებას (ფოტოთოქსიკური-მოყვანისფერი). აქვს წამლებთან უარიერთქმედილობის მრავალი მნიშვნელოვანი მახასიათებელი , იხილეთ ცხრილი 22. იმუნიური კომპლექსის გრიპის-მაგვარი სინდრომი: ცხელება, თავის ტკივილი, მიაღვია, ართრალგია - განსაკუთრებით, ხანგამოშვებითი მკურნალობისას. აღწერილია თრომბოციტოპენია, ვასკულიტი (C Ann Pharmacother 42:727, 2008). შესაძლებელია გამოიწვიოს ინტერსტიციული ნეფრიტი. S. aureus-ით გამოწვეული ენდოკარდიტის სტანდარტულ თერაპიამ RIF დამატება მოგვეცემს რისკიან სარგებელს (AAC 52:2463, 2008). ასევე იხილეთ, ანტიმიკობაქტერიული აგენტები , ცხრილი 12B, გვერდი 335
Rifaximin (Xifaxan) (200, 550 მგ-იანი ტაბლეტები)	მოგზაურთა დიარეა: 200 მგ-იანი ტაბლეტი po tid x 3 დღე . ღვიძლის უკმარისობის შედეგად განვითარებული ენცეფალოპათია: 550 მგ-იანი ტაბლეტი po bid. C.difficile, როგორც „მდედარი“: 400 მგ po bid	გამოიყენება მოგზაურთა დიარეისა და ღვიძლის დაავადებით გამოწვეული ენცეფალოპათიის დროს (AAC 54:3618, 2010; NEJM 362:1071, 2010). ზოგადად, უარყოფითი მოვლენები უტოლდება ან უფრო ნაკლებია, ვიდრე პლაცებოს გამოყენებისას.
სულფანილაზიდები (მაგ. sulfisoxazole (Gantrisin), sulfamethoxazole (Gantanol), (Truxazole), sulfadiazine)	დოზა იცვლება ჩვენების მიხედვით. იხილეთ ნოქარდია და ტოქსოპლაზმოზი	ცნს: ცხელება, თავის ტკივილი, თავბრუსხვევა; დერმატოლოგიური: მსუბუქი გამონაყარიდან სიცოცხლისათვის საშიშ სტივენს-ჯონსონის სინდრომამდე, ტოქსიური ეპიდერმული ნეკროლიზი, ფოტოსენსიტიურობა; ჰემატოლოგიური: აგრანულოციტოზი, აპლასტიური ანემია; ჯვარედინი-ალერგიული: სხვა სულფა-პრეპარატები, სულფონილაზიდები, დიურეტიკები, კრისტალურია (სულფადიაზინის დროს განსაკუთრებით

(აბრევიატურისათვის, იხილეთ გვერდი 3)

* **შენიშვნა:** ყველა დოზირების რეკომენდაცია მოყვანილია მოზრდილებისათვის (თუ არ არის
სხვაგვარი ჩვენება) და თირკმლის ნორმალური ფუნქციის მქონეთათვის.

კლასი, აბანტი, ბინარული სახელწოდება (მაგაზრო სახელწოდება)	მოზრდილთა ჩვეული დოზირება*	გვარდითი მოვლენები, კომბინაციები (შეჯამებისათვის იხილეთ ცხრილი 10B)
Tinidazole (Tindamax)	250, 500 მგ-იანი ტაბლეტები. დოზა გვირდიაზისათვის: 2 გრ po x 1, საკვებთან ერთად.	საჭიროა ≥ 1500 მლ po სითხე (დღეში); სხვა: აღწერილია შრატის დაავადება, პოლიარტერიტი, SLE, ჰემოლოზი G6PD- დეფიციტის შემთხვევაში. უარყოფითი რეაქციები: ლითონის გემო 3.7%-ში, გულისრევა 3.2%-ში, ანორექსია/პირღებინება 1.5%-ში. დილური დოზების მატებასთან ერთად უარყოფითი რეაქციების რაოდენობაც იზრდება. მკურნალობის დროს ან ბოლო დოზის მიღებიდან 3 დღის განმავლობაში მოერიდეთ ალკოჰოლის მიღებას; იწვევს დისულფირამის რეაქციას, სინქიტლეს, გულისრევა/პირღებინებას, ტაქიკარდიას. ცნა: პრეპარატი გამოწვეული ცხელება, ასეპტიური მენინგიტი; დერმატოლოგიური: გამონაყარი (200 მგ/დღე დოზით 3-7%-ში), ფოტოტოქსიურობა, სტივენს-ჯონსონის სინდრომი (იშვიათად), ტოქსიური ეპიდერმული ნეკროლიზი (იშვიათად); თირკმლის: $\uparrow K^+$, $\downarrow Na^+$, $\uparrow Cr$; ჰემატოლოგიური: ნეიტროპენია, თრომბოციტოპენია, მეტჰემოგლობინემია.

ხსარილი 10A (11)

კლასი, აბინდი, ბინერილი სახელწოდება (მაგალიტი სახელწოდება)	მორიდულია ჩვეული დოზირება*	გავრდიოთი მოვლენები, კომბინირება (შეჯამებისთვის იხილეთ ცხრილი 10B)
სხვადასხვა აბინდი Trimethoprim (TMP) – Sulfamethoxazole (SMX) (Bactrim, Septra, Sulfatrim, Cotrimoxazole) ერთმაგი სიდიდის (SS) დოზა- 80 TMP/400 SMX, ორმაგი სიდიდის დოზა - (DS) 160TMP/800 SMX	სტანდარტული პი მკურნალობა: 1 DS ტაბლეტი bid. P. carinii: <i>იხილეთ ცხრილი 11A, გვერდი 255.</i> IV მკურნალობა (TMP კომბინირების მიხედვით): სტანდარტული 8-10 მგ/კგ IV დღეში div q6h, q8h, ან q12h. შიგვლობისათვის: 2.5 მგ/კგ IV q6h.	უარყოფითი რეაქციები ფიქსირდება 10%-ში: კუჭ-ნაწლავის; გულისრევა, პირღებინება, ანორექსია. კანის: გამონაყარი, ურტიკარია, ფოტოსენსიტიულობა. უფრო მიმე (1-10%-ში): სტივენს-ჯონსონის სინდრომი და ტოქსიური ეპიდერმული ნეკროლიზი. კანის რეაქციები შესაძლოა წარმოადგენდნენ SMX-ის ტოქსიური მეტაბოლიზმის რეაქციას, ვიდრე ალერგიულს (<i>Ann Pharmacotherapy</i> 32:381, 1998). ასკორბინის მეჯვას 0.5-1 გრ-იანმა ყოველდღიურმა დოზამ შესაძლოა გამოიწვიოს დეტოქსიკაციის დაჩქარება (<i>JAIDS</i> 36:1041, 2004). იშვიათია ჰიპოგლიკემია, განსაკუთრებით AIDS-ის მქონე პაციენტებში (<i>LnID</i> 6:178, 2006). სეიტის სინდრომი შესაძლოა შეგვხდეს. TMP მეტოქეობას უწევს კრეატინინს მილაკოვანი სეკრეციისათვის; შრატის კრეატინინი შესაძლოა ↑; TMP ასევე ზლოკავს თირკმლის დისტალური მილაკის K ⁺ -ის სეკრეციას. პაციენტთა 21%-ში შრატის K ⁺ ↑ (<i>Anim</i> 124:316, 1996). თუ თანმხლება ACE (ანგიოტენზინის გარდამქმნელი ფერმენტი) ინჰიბიტორი, მაშინ ჰიპერკალემიის განვითარების რისკი იზრდება 7-ჯერ (<i>Arch Int Med</i> 170:1045, 2010). თირკმლის დაზიანების დისკუსია (<i>JAC</i> 67:1271, 2012). TMP ასეტიური მენიენგიტის ერთ-ერთი მიზეზია. PCP-ის მკურნალობისას აღწერილია ფსიქოზის განვითარება (<i>JAC</i> 66:1117, 2011). TMP-SMX შეიჯავს სულფიტებს და სულფიტზე მგრძნობიარე პაციენტებში შესაძლოა გამოიწვიოს ასთმა. პრეპარატი გამოწვეული თორმოგოტოპენიის ხშირი მიზეზია. სხვა სულფონამიდურ არა-ანტიბიოტიკურ პრეპარატებთან არ გააჩნია ჯვარედინი ალერგიულობა (<i>NEJM</i> 349:1628, 2003). TMP-SMX-ის დესენსიზილიზაციისათვის. იხილეთ ცხრილი 7, გვერდი 187.

S. aureus-ისა და Strep. pyogenes-ის მიმართ აქტიური ტოპიკური ანტიმიკრობული აგენტები (CID 49:1541, 2009). ტოპიკური ანტისეპტიკური პრეპარატების, ანტიბიოტიკების მიმოხილვა (CID 49:1541, 2009).		
Bacitracin (Baciguent)	20%-იანი ბაციტრაცინის თუთიის მალამო, გამოიყენეთ 1-5-ჯერ დღეში	აქტიური staph-ის, strep-ის და clostridium-ის მიმართ. გვხვდება კონტაქტური დერმატიტი.
ფუზიდინის მეჯვას ^{MS} მალამო	2%-იანი მალამო, გამოიყენება tid	ხელმისაწვდომია დანიშნულების გარეშე.
Mupirocin (Bactroban)	2%-იანი კანის კრემი ან მალამო: გამოიყენება tid x 10 დღე. ცხვირის 2%-იანი მალამო: გამოიყენება bid x 5 დღე.	ხელმისაწვდომია კანადასა და ევროპაში (Leo Laboratories). აქტიურია S. aureus-ისა და S. pyogenes-ის მიმართ.
		კანის კრემი: ქავილი, წვა, ჩხვლეტის შეგრძნება ფიქსირდება 1-1.5%-ში; ნაზალური კრემი: თავის ტკივილი 9%-ში, რინიტი 6%-ში. არ არის აქტიური ენტეროკოკებისა და გრამ-უარყოფითი ბაქტერიების მიმართ. რეზისტენტობის შეჯამება: AAC 58:740, 2014. თუ დიდი რაოდენობით ექნება გამოყენებული აზოტციმოურ პაციენტებში, შესაძლოა, მოხდეს

(აბრევიატურისათვის, იხილეთ გვერდი 3) * შპნიშპნა: ყველა დოზირების რეკომენდაცია მოყვანილია მორბდილობისათვის (თუ არ არის სხვაგვარი ჩვენება) და თირკმლის ნორმალური ფუნქციის მქონეთათვის.

კლასი, აბანდი, ბინარული სახელწოდება (მაგაზრო სახელწოდება)	მოხრდილთა ჩვეული დოზირება*	გვარდითი მოვლენები, კომბინაციები (შეჯამებისათვის იხილეთ ცხრილი 10B)
Polymyxin B – Bacitracin (Polysporin)	5000 ერთეული/გრ; 400 ერთეული/გრ; გამოიყენეთ 1-4-ჯერ დღეში	პოლიმეტილენ გლიკოლის დაგროვება (CID 49:1541, 2009). Polymyxin აქტიურია ზოგიერთი გრამ-უარყოფითი ბაქტერიების მიმართ, თუმცა არაა აქტიური Proteus sp., Serratia sp., გრამ-დადებითი ბაქტერიების მიმართ. იხილეთ Bacitracin-ზე კომენტარი ზემოთ. ხელმისაწვდომია დანიშნულების გარეშე.
Polyxylin B – Bacitracin – Neomycin (Neosporin, ანტიბიოტიკის სამმაგი მალაში (TAO))	5000 ერთეული/გრ; 400 ერთეული/გრ; 3.5 მგ/გრ. გამოიყენეთ 1-3-ჯერ დღეში.	იხილეთ კომენტარები Bacitracin-სა და polymyxin B-ზე ზემოთ. Neomycin აქტიურია გრამ უარყოფითი ბაქტერიებისა და სტაფილოკოკების მიმართ; არაა აქტიური სტრეპტოკოკების მიმართ. კონტაქტური დერმატიტის ინციდენტობაა 1%; შეწოვის შემთხვევაში არსებობს ნეფრო და ოტო-ტოქსიურობის განვითარების რისკი. TAO-ს სპექტრი უფრო ფართოა, ვიდრე mupirocin და აქტიური, mupirocin-რეზისტენტული შტამები (DMID 54:63, 2006). ხელმისაწვდომია დანიშნულების გარეშე.
Retapamulin (Altabax)	1%-იანი მალაში; გამოიყენეთ bid. 5, 10 და 15 გრ-იანი ტუბები.	მიკრობიოლოგიური ეფექტურობა S. aureus-ით გამოწვეული ინფექციებისას 90%-ში და S. pyogenes-ით გამოწვეული ინფექციებისას – 97%-ში (J Am Acad Derm 55:1003, 2006). შეფუთვის ინსტრუქციაში წერია - არ გამოიყენოთ MRSA-ს შემთხვევაში (კლინიკური გამოცდები ჩატარებულია არასაკმარისი რაოდენობის პაციენტებზე). აქტიურია ზოგიერთი მუპიროცინ-რეზისტენტული შტამების მიმართ.
ვერცხლის სულფადაიზინი	1%-იანი კრემი, გამოიყენეთ დღეში ერთხელ ან 2-ჯერ.	სულფონამიდი, თუმცა აქტიური ინგრედიენტია წარმოქმნილი ვერცხლის იონები. აქტიურია გრამ-უარყოფითი ბაქტერიების (მათ შორის P. aeruginosa) მიმართ. ინფექციის პრევენციისათვის ხშირად გამოიყენება მე-2-3 ხარისხის დამწვრობის მქონე პაციენტებში. იშვიათად, შესაძლოა, მელნობს კანი.

სსრლი 108 - შარჩაული ანთიბაქტერიული აბანებანი - გვარდითი მოვლენანი - მიწონილა

ინდივიდუალურ პაციენტებში, გვარდითი მოვლენები წარმოდგენილია „ყველა ან არცერთი“ მოვლენის სახით, მაშინაც კი თუ იშვიათია. აგენტის შერჩევის შემდეგ, ექიმმა უნდა წაიკითხოს მწარმოებლის შეფუთვის ჩანაწერი [ცნობები პროდუქტის ეტიკეტში (შეფუთვის ჩანაწერი) უნდა აპრობირებული იყოს FDA-ის მიერ].
 რიცხვები = შემთხვევის სისხირე (%); + = ხდება, ინციდენტობა არ არის ხელმისაწვდომი; ++ = გამოხატული გვარდითი ეფექტი; 0 = არ არის შეტყობინებული;
 R = იშვიათი, <1%.

შენიშვნა: მუქი ნახტქდით მოვანლია მნიშვნელოვანი რეაქციები. თუ გრანა ცარიელია, ე.ი. არ არის მონაცემები. ნებისმიერ ანტიბიოტიკს შეუძლია C.difficile კოლიტის პროვოცირება

გვარდითი მოვლენები თითოეული გვერდითი რეაქციისთვის იხილეთ ცხრილი 10A	პენიცილინები, კარბაპენემები, მონობაქტამები, მინოცლიკოზიდები																				
		პენიცილინაბ- რამისთანადი ანონსტაფილ- კოპერი პენიცილინები				მინოგენიცილინები				AP Pen-ები				კარბაპენემები					მინოცლიკო- ზიდები	სხვადა- სხვა	
	Penicillin G, V	Dicloxacillin	Nafcillin	Oxacillin	Amoxicillin	Amox-Clav	Ampicillin	Amp-Sulb	Piperacillin	Pip-Taz	Ticarcillin	Ticar-Clav	Doripenem	Ertaapenem	Imipenem	Meropenem	Aztreonam	Amikacin Gentamicin Kanamycin Netilmicin ^{NUS} Tobramycin	Linezolid	Tedizolid	
მკურნალობა შეწყვეტილია გვერდითი მოვლენების გამო					2-4.4				3.2	3.2		3.4			1.2	<1			0.5		
გამონაყარი	3	4	4	4	5	3	5	2	1	4	3	2	1-5	+	+	+	2		2		
+ Coombs	3	0	R	R	+	0	+	0	+	+	0	+		1	2	+	R				
ნეიტროპენია	R	0	+	R	+	+	+	+	6	+	0	+	R	+	+	+	+		1.1	0.5	
ეოზინოფილია	+	+	22	22	2	+	22	22	+	+	+	+		+	+	+	8				
თრომბოციტოპენია	R	0	R	R	R	R	R	R	+	+	R	R	+	+	+	+	+		3	2.3	
გულისრეცვ/ღებინება		+	0	0	2	3	2	+	+	7	+	1	4-12	3	2	4	R		6/4	8/3	
დიარეა		+	0	0	5	9	10	2	2	11	3	1	6-11	6	2	5	R		8.3	10	
↑ ღვიძლის ფუნქც. ტესტ.	R	R	0	+	R	+	R	6	+	+	0	+	+	6	4	4	2		5-10	6	

გვერდითი მოვლენები თითოეული გვერდითი რეაქციისთვის იხილეთ ცხრილი 10A	პენიცილინები, კარბაპენემები, მოსოხაქსიმები, ამინოგლიკოზიდები																			
		პენიცილინზა- რეზისტანტული ანტიბიოტიკო- პროპი პენიცილინები				ამინოპენიცილინები				AP Pen-ები				კარბაპენემები					ამინოგლიკო- ზიდები	სხვადა- სხვა
	Penicillin G, V	Dicloxacillin	Nafcillin	Oxacillin	Amoxicillin	Amox-Clav	Ampicillin	Amp-Sub	Piperacillin	Ticarcillin	Ticar-Clav	Doripenem	Ertafenem	Imipenem	Meropenem	Aztreonam	Amikacin Gentamicin Kanamycin Netilmicin ^{NUS} Tobramycin	Linezolid	Tedizolid	
↑ შარდოვანა, კრეატინინი	R	0	0	0	R	R	R	R	+	+	R	R		+	0	0	5-25			
კრუნჩხვები	R	0	0	+	0	R	R	0	0	R	R	+				+				
ოტოტოქსიურობა	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		R	0	0	3-14			
ვესტიბულარული	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	4-6			

¹ ყველა ზეტა ლაქტამურმა აგენტმა მაღალ კონცენტრაციებში შესაძლოა, გამოიწვიოს კრუნჩხვები (JAC 45:5, 2000). კურდღელში, IMP 10-ჯერ უფრო ნეიროტოქსიურია, ვიდრე benzyl penicillin (JAC 22:687, 1988). პედიატრიული მენინგიტის დროს IMP-ის გამოყენების კლინიკური გამოცდისას, 7/25 IMP-ის რეგიმენტები შეტყევის განვითარების გამო კვლევა შეჩერდა; რთულია ინტერპრეტირება, რადგანაც ბაქტერიული მენინგიტი იწვევს კრუნჩხვებს (PIDJ 10:122, 1991). IMP-ის ზუსტი და ფრთხილი დოზირებისას, რისკი ↓ (Epilepsia 42:1590, 2001).

პოსტულატად მიჩნეული მექანიზმი: პრეპარატის შეკავშირება GABA_A რეცეპტორთან. IMP-ს შეკავშირების უფრო მეტი აფინიტეტი აქვს, ვიდრე MER-ს.

შეფუთვის ჩანაწერი, კრუნჩხვების პროცენტულობა: ERTA 0.5, IMP 0.4, MER 0.7. თუმცა ბაქტერიულ მენინგიტზე MER-ის 3 კლინიკურ კვლევაში არ გამოვლინდა პრეპარატთან დაკავშირებული კრუნჩხვები (Scand J Inf Dis 31:3, 1999); Drug Safety 22:191, 2000). მეტა-ანალიზში კრუნჩხვების სიხშირე დაბალია, თუმცა ყველაზე ხშირია კარბაპენემებით მკურნალობისას, ვიდრე სხვა ზეტა-ლაქტამების დროს. არ არის განსხვავება IMP-ისა და MER-ის შემთხვევებს შორის (JAC 69:2043, 2014).

ხსრილი 108 (2)

გვარდითი რამდენი	მეფალოსპორინები/Cephemycin-ები																			
	Cefazolin	Cefotetan	Cefuroxime	Cefoxitin	Cefotaxime	Ceftazidime	Ceftriaxone	Cefepime	Ceftaroline	Ceftibiprole ^{Nus}	Cefaclor/Cef ^{ER7} Locarbef ^{Nus}	Cefadroxil	Cefdinir	Cefixime	Cefpodoxime	Cefprozil	Ceftibuten	Cefditoren pivoxil	Cefuroxime axetil	Cephalexin
მკურნალობა შეწყვეტილია გვარდითი მოვლენების გამო								1.5	2.7	4			3		2.7	2	2	2	2.2	
გამონაყარი	+		2	R	2	2	2	2	3	2.7	1	+	R	1	1	1	R	R	R	1
+ Coombs	3	+	2	R	6	4		14	9.8		R							R	R	+
ნეიტროპენია	+		2	R	+	1	+	2	1	+	+	+	R	R	R	R		R	R	3
ეოზინოფილია		+	3	7	1	8	4	6	1	+			R	R	3	2	5	R	1	9
თრომბოციტოპენია	+				+	+		+	+	+	2			R	R	+	R			
↑ PT/PTT		++	+		+	+	+	+	+											
გულისრეცე/ღებინება		1		R	R	R	R	1	4/2	+	2			7	4	4	2	6/1	3	
ღიარება		4		R	1	1	3	1	5	9.1/4.8	1-4		15	16	7	3	3	1.4	4	
↑ ღვიძლის ფუნქც. ტესტ.	+	1	3	4	1	6	4	3	+	2	<2	3	+	1	R	4	2	R	R	+
ღვიძლის უკმარისობა	0	0	0	0	0	0	0	0												
↑ შარდოვანა, კრეატინინი	+		3			R	1	+		R	+		R	+	4	R	R	R		+
თავის ტვინი	0					1	R	2		4.5	3		2		1	R	R	2	R	+

გვერდითი რამდენიმე	გაპროლიდები		თინოლონი							სხვა პრეპარატები												
	Erythromycin Clarithromycin, რეზულტული და ER ³ Azithromycin, რეზულტული და ER ³		Ciprofloxacin/Cipro XR	Gemifloxacin ^{NUS}	Gemifloxacin	Levofloxacin	Moxifloxacin	Ofloxacin		Chloramphenicol	Clindamycin	Polymyxin B&E (Colistin)	Dalbavancin	Daptomycin	Metronidazole	Quinupristin-dalfopristin	Rifampin	Telavancin	Tetracycline/Doxy/Mino	Tigecycline	TMP-SMX	Vancomycin
მკურნალობა შეწყვეტილია	1	3	3.5	2.9	2.2	4.3	3.8	4					3	2.8						5		
გვერდითი მოვლენების გამო	R	+	3	R	1-22 ²	2	R	2		+	+	+	2.7	4	+	R		4	+	2.4	+	3
გამონაგარი	3	3	25	5	8/<3	2.7	7/2	7/2	7		+	+	6/3	6.3	12		+	27/14	+	30/20	+	+
გულისრევა/პირღებინება	5	3-6	8	2	4	3.6	5	5	4	+	7		4.4	5	+		+	7	+	13	3	
დიარეა	R	R	+	2	R	1.5		2		+			0.8			2	+		+	4		0
↑ ღვიძლის ფუნქც. ტესტ.	+	4		1				R		0	++		R			+	3	+	2	+	5	
↑ შარდოვანა, კრეატინინი				R	3	0.8	3	2	3									3.1		3.5		
თავბრუსხვევა	R	2		1	4	1.2	6	2		+	+	++	4.7	5	+				+			+
თავის ტკივილი																						

²ველაზე მაღალი სიხშირე: < 40 წლის ასაკის ქალებში გემიფლოქსაცინით 5-დღიანი მკურნალობიდან 14 დღის შემდეგ, გამონაყრის სიხშირე < 1.5%.

ცხრილი 10C - ფოტოსენსიტიზაციასთან ასოცირებული ანთიმიკოზული ანაგეზები

ცნობილია, რომ ჩამოთვლილი პრეპარატები იწვევენ ფოტოსენსიტიზაციას ზოგიერთ ინდივიდში. აღსანიშნავია, რომ ფოტოსენსიტიზობა გრძელდება ბოლო დოზიდან რამოდენიმე დღეს, განსაკუთრებით ტეტრაციკლინისათვის. არ არსებობს იმის განზრახვა, რომ შეფასდეს რეაქციების შეფარდებითი სიხშირე ან სიმძიმე. წყარო: *Drug Saf 34:821, 2011.*

პრეპარატი ან კლასი	კომენტარები
ანტიფუნგური აზოლები	Voriconazole, Itraconazole, Ketoconazole, მაგრამ არა Fluconazole
Cefotaxime	მანიფესტირდება სხეულის ღია არეებზე ტელანგიექტაზიის სახით
Ceftazidime	დაფიქსირდა მომატებული მგრძნობელობა რუჯზე
Dapsone	დადასტურდა ხელახალი გამოწვევით
Efavirenz	სამი სტატია
Flucytosine	ორი სტატია
ფტორქინოლონები	ყველაზე ძლიერ გამოწვევებს აქვთ ჰალოგენის ატომი მე-8 პოზიციამი (Lomefloxacin, Sparfloxacin)
Griseofulvin	არ ითვლება ძლიერ ფოტოსენსიბილიზატორად
Isoniasid	დადასტურდა ხელახალი გამოწვევით
Pyrazinami	დადასტურდა ხელახალი გამოწვევით
Quinine	შესაძლოა ჯვარედინი რეაქცია ქინიდიდთან
Saquinavir	ერთი სტატია
ტეტრაციკლინები	ნაკლებად ახასიათებს მიწოციკლინს
Trimethoprim	მარტო და კომბინაციაში სულფამეტოქსაზოლთან

სხრილი 10D - ამინოზოლიკოზიდების დღეში ერთხელ (OD) და მრავალჯერადი დოზირების (MDD) რეჟიმები

(იხილეთ ცხრილი 17, გვერდი 448, თუ გამოთვლილი კრეატინინის კლირენსი <90 მლ/წთ)

- შენიშვნა: დოზირებები მოყვანილია შემდეგნაირად – დღეში ერთხელ დოზა (OD) და მრავალჯერადი ყოველდღიური დოზები (MDD).

- ჭარბი წონის არმქონე პირებისათვის დოზირების წონის გამოთვლისათვის გამოიყენეთ იდეალური სხეულის მასა (IBW):

ქალებში: $45.5 \text{ კგ} + 152 \text{ სმ სიმაღლეზე ზემოთ ყოველი}$

2.5 სმ–ისათვის 2.3 კგ = დოზირების წონა კილოგრამებში;

მამაკაცებში: $50 \text{ კგ} + 152 \text{ სმ სიმაღლეზე ზემოთ ყოველი}$

2.5 სმ–ისათვის 2.3 კგ = დოზირების წონა კილოგრამებში.

- ჭარბი წონის მქონე პაციენტებში დოზირების წონის გამოთვლა (სხეულის ფაქტიური მასა (ABW) არის IBW-ზე $\geq 30\%$ –ით მეტი): $IBW + 0.4 (ABW \text{ მიწუს IBW}) =$ კორექტირებული წონა (*Pharmacotherapy* 27:1081, 2007; *CID* 25:112, 1997).

- თუ CrCl არის >90 მლ/წთ, გამოიყენეთ ამ ცხრილში მოყვანილი დოზები. თუ CrCl არის <90, გამოიყენეთ დოზები მე-17 ცხრილიდან, გვერდი 448.

- ჭარბი წონის არ მქონე პაციენტებისათვის, სავარაუდო CrCl გამოიანგარიშეთ შემდეგნაირად:

$$\frac{(140 \text{ მიწუს ასაკი})(IBW \text{ კგ-ში})}{72 \times \text{შრატის კრეატინინი}} =$$

CrCl მლ/წთ–ში პაციენტისათვის.
ქალებისათვის შედეგი გაამრავლეთ
0.85-ზე (სავარაუდო)

- პათოლოგიური ჭარბი წონის მქონე პაციენტებისათვის, სავარაუდო CrCl გამოიანგარიშეთ შემდეგნაირად (*AJM* 84:1053, 1988):

$$\frac{(137 \text{ მიწუს ასაკი}) \times [(0.285 \times \text{წონა კგ-ში}) + (12.1 \times \text{სიმაღლეზე მეტრ2-ში})]}{51 \times \text{შრატის კრეატინინი}} = \text{CrCl}$$

(ქარბწონიანი მამაკაცი)

$$\frac{(146 \text{ მიწუს ასაკი}) \times [(0.287 \times \text{წონა კგ-ში}) + (9.74 \times \text{სიმაღლეზე მეტრ2-ში})]}{60 \times \text{შრატის კრეატინინი}} = \text{CrCl}$$

(ქარბწონიანი ქალი)

ხსრილი 10D - ამინოგლიკოზიდების დღეში ერთხელ (OD) და მრავალჯერადი დოზირების (MDD) რეჟიმები
(იხილეთ ცხრილი 17A, გვერდი 448, თუ გამოთვლილი კრეატინინის კლირენსი <90 მლ/წთ)

- შენიშვნა: დოზირებები მოყვანილია შემდეგნაირად – დღეში ერთხელ დოზა (OD) და მრავალჯერადი ყოველდღიური დოზები (MDD).
- ჭარბი წონის არმქონე პირებისათვის დოზირების წონის გამოთვლისათვის გამოიყენეთ იდეალური სხეულის მასა (IBW):

$$\text{ქალებში: } 45.5 \text{ კგ} + 152 \text{ სმ სიმაღლეზე ზემოთ ყოველი } 2.3 \text{ კგ} = \text{დოზირების წონა კილოგრამებში};$$

$$\text{მაშკაცებში: } 50 \text{ კგ} + 152 \text{ სმ სიმაღლეზე ზემოთ ყოველი } 2.3 \text{ კგ} = \text{დოზირების წონა კილოგრამებში}.$$
- ჭარბი წონის მქონე პაციენტებში დოზირების წონის გამოთვლა (სხეულის ფაქტორი მასა (ABW) არის IBW-ზე $\geq 30\%$ –ით მეტი): $\text{IBW} + 0.4 (\text{ABW} \text{ მინუს IBW}) = \text{კორექტირებული წონა (Pharmacotherapy 27:1081, 2007; CID 25:112, 1997)}.$
- თუ CrCl არის >90 მლ/წთ, გამოიყენეთ ამ ცხრილში მოყვანილი დოზები. თუ CrCl არის <90, გამოიყენეთ დოზები მე-17 ცხრილიდან, გვერდი 448.

- ჭარბი წონის არ მქონე პაციენტებისათვის, სავარაუდო CrCl გამოიანგარიშეთ შემდეგნაირად:

$$\frac{(140 \text{ მინუს ასაკი})(\text{IBW კგ-ში})}{72 \times \text{შრატის კრეატინინი}} =$$

CrCl მლ/წთ–ში კაცებისათვის.
ქალებისათვის შედეგი გაამრავლეთ
0.85-ზე (სავარაუდო)

- პათოლოგიური ჭარბი წონის მქონე პაციენტებისათვის, სავარაუდო CrCl გამოიანგარიშეთ შემდეგნაირად (AJM 84:1053, 1988):

$$\frac{(137 \text{ მინუს ასაკი}) \times [(0.285 \times \text{წონა კგ-ში}) + (12.1 \times \text{სიმაღლე მეტრ2-ში})]}{51 \times \text{შრატის კრეატინინი}} = \text{CrCl}$$

(ჭარბწონიანი მაშკაცი)

$$\frac{(146 \text{ მინუს ასაკი}) \times [(0.287 \times \text{წონა კგ-ში}) + (9.74 \times \text{სიმაღლე მეტრ2-ში})]}{60 \times \text{შრატის კრეატინინი}} = \text{CrCl}$$

(ჭარბწონიანი ქალი)

პრეპარატი	MDD და OD IV რეჟიმები/შრატის საზომი შეზღუდვის (P) და უმცირესი (N) დოზები	კომენტირება დღეში ერთჯერადი დოზის შესახებ უფრო მეტი მონაცემებისათვის, იხილეთ AAC 55:2528, 2011 და ცხრილი 17, გვერდი 448
Gentamicin (Garamycin), Tobramycin (Nebcin)	MDD: დატვირთვის დოზა 2 მგ/კგ, შემდეგ 1.7 მგ/კგ P 4-10 მკგ/მლ, T 1-2 მკგ/მლ OD: 5.1 (7 კრიტიკულად დაავადებულთან) მგ/კგ q24h P 16-24 მკგ/მლ, T <1 მკგ/მლ	ყველა ამინოგლიკოზიდს გააჩნია პოტენციალი, გამოიწვიოს მილაკოვანი ნეფროზი და თირკმლის უკმარისობა, კოხლეალური აპარატის ტოქსიურობით - სივრცე, ვესტიბულური ორგანოების დაზიანებით- თავბრუსხვევა და იშვიათად ნეირომუსკულარული ბლოკადა.
Kanamycin (Kantrex), Amikacyn (Amikin), Streptomycin	MDD: 7.5 მგ/კგ q12h P 15-30 მკგ/მლ, T 5-10 მკგ/მლ OD: 15 მკგ/მლ q24h P 56-64 მკგ/მლ, T <1 მკგ/მლ	თუ ქსოვილები დაავადებით არ არის შეცვლილი, შეწოვის დაბალი პროცენტულობის გამო, ორალური ან ადგილობრივი გამოყენებისას რისკი მინიმალურია.
Netilmicin ^{NUS}	MDD: 2 მგ/კგ q8h P 4-10 მკგ/მლ, T 1-2 მკგ/მლ OD: 6.5 მგ/კგ q24h	თანმზღებად cyclosporine-ის, vancomycin-ის, amphotericin B-ისა და რადიოკონტრასტის დანიშვნით, ნეფროტოქსიურობის რისკი ↑. თანმზღებად AP Pen-ის და სავარაუდოდ ერთ დღიანი

პრეპარატი	MDD და OD IV რეჟიმები/შრატონის საშიშრეა უზალესი (P) და უმცირესი (N) დონეები	კომენტირები დღეში ერთჯერადი დოზის შესახებ უფრო მეტი მონაცემებისათვის, იხილეთ AAC 55:2528, 2011 და ცხრილი 17, გვერდი 448
	22-30 მგ/მლ, T <1 მლ/მლ	
Isepamicin ^{NUS}	მხოლოდ OD: მძიმე ინფექციებისას 15 მგ/კგ q24h, ნაკლებად მძიმე ინფექციისას 9 მგ/კგ q24h	დოზირების მეთოდის (განსაკუთრებით როდესაც თირკმლის საზაზისო ფუნქციონირება ნორმალურია) გამოყენებით, ნეფროტოქსიურობის რისკი ↓.
Spectinomycin (Trobicin) ^{NUS}	2 გრ IM x 1 – გონოკოკური ინფექციები	ზოგადად, ზოგიერთი ფაქტორი გავლენას ახდენს
Neomycin – ორალური	კუჭ–ნაწლავის პროფილაქტიკური ქირურგიული ჩარევა: 1 გრ po x 3 erythro-ით, იხილეთ ცხრილი 15B, გვერდი 427 ღვიძლისმიერი კომა: 4–12 გრ/დღე po	ოტოტოქსიურობის განვითარების რისკზე. შენიშვნა: არ არსებობს ამინოგლიკოზიდებით გამოწვეული ნეფრო/ოტოტოქსიურობის განვითარების რისკის აღმოფხვრის რაიმე ცნობილი მეთოდი. სათანადო მკურნალობა წარმოადგენს რისკის პროცენტულობის შემამცირებელ მდგომარეობას.
Tobramycin – ინჰალაციური (Tobi):	იხილეთ მუკოვისციდოზი, ცხრილი 1, გვერდი 110 და ცხრილი 10F, გვერდი 253. გვერდითი მოვლენები მცირეა: ხმის გარდამავალი ცვლილება (13%) და გარდამავალი ტინიტუსი (3%).	OD ამინოგლიკოზიდების კლინიკური გამოცდა დეტალურად იქნა მიმოხილული მეტა-ანალიზში (CID 24:816, 1997).
Paromomycin – ორალური: იხილეთ ანემა და კრიპტოსპორიდია, ცხრილი 13A, გვერდი 321.		შრატის დონეები: მე-3 დოზის ინფუზიის დაწყებიდან ზუსტად 1 სთ-ში განსაზღვრეთ შრატის პიკური დონე (PSL). კრიტიკულად დაავადებულ პაციენტებში, PSL განსაზღვრეთ პირველი დოზის შემდეგ, რადგანაც გავრცელების მოცულობა და თირკმლის ფუნქცია შესაძლოა, სწრაფად შეიცვალოს. დოზირების სხვა მეთოდები და ლიტერატურა: OD-სათვის - gentamicin 7 მგ/კგ/დღე - პარტფორდის ჰოსპიტლის მეთოდი (<7 მგ/კგ/დღე დოზით შესაძლოა, მოსალოდნელი შედეგი არ იყოს მიღწეული), იხილეთ ACC 39:650, 1995. 500-დან 1 პაციენტს (ევროპა) გააჩნია მიტოქონდრიული მუტაცია, რომელიც წინა პირობა კოხლელური ტოქსიურობისა (NEJM 360:640 და 642, 2009). Aspirin-ის დამატებით (3 გრ/დღე) მცირდება gentamicin-ით გამოწვეული კოხლელური დაზიანების რისკი (NEJM 354:1856, 2006). ვესტიბულური დაზიანება, როგორც წესი, ბილატერალურია და შესაბამისად, არის არა ვერტიგო, არამედ სტატოკის მოშლა და ოსცილოფსია (Med J Aust 196:701, 2012).

ხსრილი 10E - შერჩეული გემა- ლამბდანიზაციაზე დახმარებაზე დახმარებაზე დახმარებაზე დახმარებაზე

ამჟამად არსებულ და სწრაფად განახლებად მოწყობილობებზე დაფუძნებით, ბეტა ლაქტამების გახანგრძლივებული ან უწყვეტი ინფუზია თითქოს ისეთივე წარმატებულია, როგორც ხანგამოშვებითი დოზირება. ამიტომ ეს მიდგომა, ბოლოდროინდელი პუბლიკაციების მხარდაჭერით, შესაძლოა, იყოს საუბრისადედელო პროგრამების ნაწილი.

მნიშვნელოვანი საკითხია ანტიბიოტიკის სტაბილურობა. ფაქტორები, რომლებიც მოქმედებენ სტაბილურობაზე, მოიცავს წამლის კონცენტრაციას, გამხსნელის IV ინფუზიის (e.g. NS vs. D5V), გადასხმის მოწყობილობის ტიპს, შენახვის ტემპერატურას (Ref: P7T 36:723, 2011). სხეულზე მაგრდება პორტატული საინფუზიო ტუმბოები, რომლებიც კონტაქტშია ანტიბიოტიკებთან, რათა მათი ტემპერატურა იყოს სხეულის ტემპერატურასთან (37°C) უფრო ახლოს, ვიდრე ოთახის ტემპერატურასთან (25°C). განსაკუთრებით არამდგრადია კარბაპენემები და შესაძლოა, საჭირო გახდეს მათი შეფუთვა ცივ პაკეტებში ან საინფუზიო პაკეტების ან კარტრიჯების ხშირი ცვლა.

სამეთვალყურეო კვლევების მეტა-ანალიზით აღმოჩნდა, რომ პაციენტებში კარბაპენემების ან პიპერაცილინ-ტაზობაქტამის გახანგრძლივებული ან უწყვეტი ინფუზიით მკურნალობა, სტანდარტულ ხანგამოშვებით რეჟიმებთან შედარებით, ამცირებს სიკვდილიანობას. გახანგრძლივებული და უწყვეტი რეჟიმების ცალ-ცალკე შეფასებისას შედეგი იყო მსგავსი. კარბაპენემებთან შედარებით, პიპერაცილინ-ტაზობაქტამის გამოყენებით აღინიშნა სიკვდილიანობის მაჩვენებლის გაუმჯობესება (CID 56:272, 2013). დაბალი სიკვდილიანობა, ნაწილობრივ მაინც, შესაძლებელია გამოწვეული იყოს პროფესიონალებისაგან კვლევის მსვლელობისას უფრო ახლო მეთვალყურეობით. მეორეს მხრივ, პატარა პროსპექტულ რანდომიზირებულ კონტროლირებულ კვლევაში, სადაც შედარებული იყო უწყვეტი პიპერაცილინ-ტაზობაქტამი და ხანგამოშვებითი პიპერაცილინ-ტაზობაქტამი, ტიკარცილინ-კლავულანატი და მეროპენემი, უწყვეტი ინფუზიის მქონე პაციენტებში დაფიქსირდა კლინიკური განკურნების უფრო მაღალი სიხშირე და სიკვდილიანობის შემცირების ტენდენცია (CID 56:236, 2013).

პრეპარატი	მინიმალური სტაბილურობა	რეკომენდირებული დოზა	კომენტარები
Cefepime	@ 37°C : 8 სთ @ 25°C : 24 სთ @ 4°C : ≥24 სთ	დაწყებითი დოზა: 15 მგ/კგ 30 წთ-ის განმავლობაში, შემდეგ დაიწყეთ შემდეგით: • თუ CrCl არის >60: 6 გრ (24 სთ) • ყოველდღე • თუ CrCl არის 30-60: 4 გრ (24 სთ) • ყოველდღე • თუ CrCl არის 11-29: 2 გრ (24 სთ) • ყოველდღე	CrCl-ის რეგულირებები ექსტრაპოლირებულია დანიშნულების ინფორმაციიდან, არა კლინიკური მონაცემებიდან. ლიტ: JAC 57:1017, 2006; Am. J. Health Syst. Pharm. 68:319, 2011.
Ceftazidime	@ 37°C : 8 სთ @ 25°C : 24 სთ @ 4°C : ≥24 სთ	დაწყებითი დოზა: 15 მგ/კგ 30 წთ-ის განმავლობაში, შემდეგ დაიწყეთ შემდეგით: • თუ CrCl არის >50: 6 გრ (24 სთ) • ყოველდღე • თუ CrCl არის 31-50: 4 გრ (24 სთ) • ყოველდღე	CrCl-ის რეგულირებები ექსტრაპოლირებულია დანიშნულების ინფორმაციიდან, არა კლინიკური მონაცემებიდან. ლიტ: Br J Clin Pharmacol 50:184, 2000; IJAA 17:497, 2001; AAC 49:3550, 2005; Infect 37:418, 2009.

პრეპარატი	მინიმალური სტაბილურობა	რეკომენდირებული დოზა	კომენტარები
		• თუ CrCl არის 10-30: 2 გრ (24 სთ) ყოველდღე	
Doripenem	@ 37°C : 8 სთ (ფიზ. ხსნარში) @ 25°C : 24 სთ (ფიზ. ხსნარში) @ 4°C : ≥24 სთ (ფიზ. ხსნარში)	• თუ CrCl არის ≥50: 500 მგ (4 სთ) q8h • თუ CrCl არის 30-49: 250 მგ (4 სთ) q8h • თუ CrCl არის 10-29: 250 მგ (4 სთ) q8h	ვერდნობა ერთ კვლევას (<i>Crit Care Med</i> 36:1089, 2008).
Meropenem	@ 37°C : <4 სთ @ 25°C : 4 სთ @ 4°C : 24 სთ	• თუ CrCl არის ≥50: 2 გრ (3 სთ) q8h • თუ CrCl არის 30-49: 1 გრ (3 სთ) q8h • თუ CrCl არის 10-29: 1 გრ (3 სთ) q12h	საწყისი 1 გრ დოზა მისაღებად, თუმცა მკვლევარების უმეტესობა არ იყენებს. ლიტ: <i>Intens Care Med</i> 37:632, 2011.
Pip-Tazo	@ 37°C : 24 სთ @ 25°C : 24 სთ @ 4°C : არ არის მონაცემები	საწყისი დოზა: 4.5 მგ/კგ 30 წთ-ის განმავლობაში, 4 სთ-ის შემდეგ: • თუ CrCl არის ≥20: 3.375 გრ (4 სთ) q8h • თუ CrCl არის <20: 3.375 გრ (4 სთ) q12h	ყველაზე მისაღებად პირველი ინფუზიის დაწყება პირველი დოზიდან 4 სთ-ის შემდეგ. ლიტ: <i>CID</i> 44:357, 2007; <i>AAC</i> 54:460, 2010. <i>იხილეთ CID</i> 56:236, 245 და 272, 2013. ჭარბი წონის პაციენტებში (>120 კგ) საჭიროა უფრო მაღალი დოზები: 6.75 გრ ან 9 გრამი q8h (4 საათის განმავლობაში) q8h შრატში ტაზოზაქტამის ადექვატური დონის მისაღწევად (<i>Int J Antimicrob Agts</i> 41:52, 2013).
Vancomycin (გახანგრძლივებული)	@ 37°C : 48 სთ @ 25°C : 48 სთ @ 4°C : 58 დღე (10 მკლ/მლ კონცენტრაციით)	დატვირთვის დოზა 15-20 მგ/კგ 30-60 წუთის განმავლობაში, შემდეგ 30 მგ/კგ გახანგრძლივებული ინფუზია 24 საათი. არ არის მონაცემები თირკმლის უკმარისობით დაავადებულ პაციენტებზე	საჭიროა დოზის დარეგულირება 20-25 მგ/მლ პლატო-კონცენტრაციის მისაღებად. უფრო მაღალი პლატო-კონცენტრაცია (30-40 მგ/მლ) მიიღწევა აგრესიული დოზირებით, რაც ზრდის ნეფროტოქსიურობის რისკს (ლიტ: <i>Clin Micro Int</i> 19:E98, 2013). გახანგრძლივებულმა ინფუზიამ შესაძლოა, შეამციროს ნეფროტოქსიურობის რისკი (<i>CCM</i> 42:2527&2635, 2014).



ხსრილი 10F: ინჰალაციური ანტიბიოტიკები

შესავალი: არსებობს ინტერესი ინჰალაციური ანტიბიოტიკებისადმი პაციენტთა რამოდენიმე ჯგუფისათვის, რომელთაც აქვთ, მაგალითად, მუკოვოსიციდოზით ან სხვა მდგომარეობით გამოწვეული ბრონქოექტაზია. ინტერესი იზრდება მულტირეზისტენტული გრამ-უარყოფითი ბაქტერიებით გამოწვეული ინფექციების მზარდი გავრცელების გამო. *P. aeruginosa*-ს, *A. Baumannii*-ს, ან კლეფსიელას შტამების მგრძნობელობა მხოლოდ კოლისტინის მიმართ განსაკუთრებული შემოთავაზების საგანია. ინჰალაციისათვის აეროზოლების შექმნის მრავალი გზა არსებობს: მშრალი ფხვნილის ინჰალაცია, ნაკადური ნებულაიზერი, ულტრასონური ნებულაიზერი, და უახლესი, ვიბრაციულ ბადიანი ნებულაიზერი. ვიბრაციულ ბადიანი ნებულაიზერი ქმნის აეროზოლის უმცირეს ნაწილაკებს, რაც ზრდის წამლის მიწოდებას მცირე სასუნთქ გზებამდე (Cochrane Database of Systematic Reviews 4:CD007639, 2013). მიმოხილვა: Curr Opin Infect Dis 26:538, 2013.

ინჰალაციური პრეპარატი	მიზნობრივი სისხემა	დოზა	კომენტარი
Amikacin+Ceftazidime	ვიბრაციული ბრტყელი ნებულაიზერი	AMK: 25 მგ/კგ ერთხელ დღეში×3 დღე Ceftaz: 15 მგ/კგ q3h × 8 დღე	<i>P. aeruginosa</i> -ს ვენტოლატორ-ასოცირებული პნევმონიის (VAP) რადიოგრაფიული და კლინიკური გაჯანმრთელება მსგავსია IV AMK/საშუალო რეზისტენტობის შტამების ჩათვლით (AJRCCM 184:106, 2011).
Aztreonam (Cayston)	ალტერა ვიბრაციულ ბადიანი ნებულაიზერი	75 მგ tid × 28 დღე (თევზამოშვებით)	აუმჯობესებს ფილტვის ფუნქციურ მდგომარეობას, ამცირებს ბაქტერიულ დატვირთვას, ამცირებს გამწვავებების სიმძირეს, და აუმჯობესებს სიმპტომებს მუკოვოსიციდოზით დაავადებულ პაციენტებში (Exp Opin Pharmacother 14:2115, 2013).
Colistin	სხვადასხვა (იხილეთ კომენტარი)	სხვადასხვა (იხილეთ კომენტარი)	დიდი ვარიაციულობა და დაბნეულობა დოზირებაში. კოლისტიმეტატე(CMS) 1-2 მლნ ერთეული (33-66 მკ კოლისტინი) ეფექტურია მუკოვოსიციდოზისთვის (Exp Opin Drug Deliv 9:333, 2012). VAP-ის დამატებითი როლი უცნობია (CID 43:S89, 2006; CID 51:1238, 2010). CMS „მაღალი დოზით“ (400 მგ q8h) ინჰალაცია ვიბრაციულ ბადიანი ინჰალატორით ეფექტურია მულტირეზისტენტული <i>P.aeruginosa</i> და <i>A.baumannii</i> -ით გამოწვეული VAP-ის შემთხვევებში (Anesth 117:1335, 2012). შეისწავლეს მხოლოდ კოლისტინის მიმართ მგრძნობიარე GNB შტამებით გამოწვეული VAP-ის მკურნალობაში IV კოლისტინისათვის ინჰალაციური კოლისტინის დამატების ეფექტურობა. კოლისტინი: 1 მლნ ს.ე. (როგორც CMS) ინჰალაცია ან ნაკადური ან ულტრასონური ინჰალატორით. ინჰალაციური კოლისტინისა და IV კოლისტინის კომბინაციით მიიღეს უფრო მაღალი სიხშირით გაჯანმრთელება, ვიდრე მხოლოდ IV

ინჰალაციური პრეპარატი	მიმწოდებელი სისტემა	დოზა	კომენტარი
			კოლისტინით მკურნალობისას (<i>Chest 144:1768, 2013</i>).
Fosfomycin+Tobramycin (FTI) 4:1 wt/wt	eFlow ვიბრაციული ზადიანი ნებულაიზერი	FTI 160/40 ან 80/20 bid *28 დღე	ორივე დოზა აუმჯობესებს ამოსუნთქვის ტევადობას <i>P.aeruginosa</i> -ინფექციის აზტრეონამით 28 დღიანი მკურნალობის შედეგად მუკოვისციდოზიან პაციენტებში (პლაცებოსთან შედარებით); FTI 80/20 უფრო ტოლერანტულია, ვიდრე 160/40 (<i>AJRCCM 185:171, 2012</i>).
Levifloxacin	eFlow ვიბრაციული ზადიანი ნებულაიზერი	240 მგ bid * 28 დღე	მუკოვისციდოზიან პაციენტებში <i>P.aeruginosa</i> -ინფექციისა და პლაცებო ჯგუფებს შორის შეადარეს ნახველის გათხელება, სხვა ანტიბიოტიკების საჭიროება და ფილტვის ფუნქციური მდგომარეობა (<i>AJRCCM 183:1510, 2011</i>).
Liposomal Amikacin	PARI LC STAR ნაკადური ნებულაიზერი	500 მგ qd *28 დღე (თვეგამომავებით)	კომპანიის მიერ გამოქვეყნებული მე-3 ფაზის კვლევის მიხედვით, <i>P.aeruginosa</i> -ინფექციის მქონე მუკოვისციდოზიან პაციენტებში ეფექტურობით არ ჩამორჩება ტობრამიცინის სწრაფი ამოსუნთქვის ტევადობის გაუმჯობესების (FEV ₁) მიხედვით. Insmad website: http://investor.insmed.com/releasedetail.cfm?ReleaseID=774638 . მიღებულია: 30 ნოემბერი, 2013.
Tobramycin (TOBI, Bethkis)	PARI LC STAR ნაკადური ნებულაიზერი	300 მგ *28 დღე (თვეგამომავებით)	
Tobramycin (TOBI Podhaler)	28 დღე მშრალი ფხვნილი	4 ხუფი (112 მგ) bid *28 დღე (თვეგამომავებით)	მუკოვისციდოზიან პაციენტებში ქრონიკული <i>P.aeruginosa</i> -ინფექციით, FEV გაუმჯობესება არის იგივე, როგორც ტობრამიცინის ინჰალაციური ხსნარით მკურნალობისას, მაგრამ ფხვნილის ახსიათებს სასუნქი გზების ირიტაცია.

ცხრილი 11A - სოკოვანი ინფექციების მკურნალობა – არჩევითი ანთიმომიკოზული ანაგნები*

ინფექციის ტიპი/ორგანიზმი/ ინფექციის ადგილი	არჩევანი ანთიმომიკოზული ანაგნები		კომენტარი
	ძირითადი	ალტერნატიული	
ასპერგილოზი (A. fumigatus ყველაზე ხშირი გამომწვევი, A. flavus და ა.შ.) (გაეცანით NEJM 360:1870, 2009 საუკეთესო მიმოხილვისთვის)			
ალერგიული ბრონქოპულმონური ასპერგილოზი (ABPA) კლინიკური გამოვლინებები: ხიხინი, ფილტვის ინფილტრატი, ბრონქოექტაზია და ფიბროზი. სასუნთქი გზების კოლონიზაცია ასოცირებულია ეოზინოფილიასთან, პლაზმის IgE ↑, პლაზმაში სპეციფიკური ანტისხეულები ↑	მწვავე ასთმის შეტევებთან ასოცირებული ABPA: კორტიკოსტეროიდები	მკურნალობა ABPA-თვის: იტრაკონაზოლი ¹ 200 მგ PO bid 16 კვირა ან მეტი	Itra ამცირებს გართულებების რიცხვს, მოითხოვს კორტიკოსტეროიდებს გაუმჯობესებული იმუნოლოგიური მარკერებით, ფილტვის ფუნქციებითა და ტოლერანტობის ვარჯიშით (IDSA გაიდლაინები განახლებული, CID 46. 327.2008)
ალერგიული სოკოვანი სინუსიტი: განმეორებადი ქრონიკული სინუსიტი, ნაზალური პოლიპები ძვლოვანი ინვაზიის გარეშე, ასთმა, ეგზემა ან ალერგიული რინიტი; ↑ IgE დონე და Aspergillus sp. ან სხვა Dematiaceus sp. (Alternaria, Cladosporium და ა.შ.) იზოლირება	კონტროლერსიული მკურნალობა: სისტემური კორტიკოსტეროიდი-ზი + ქირურგიული დამუშავება (რეცივიდი ხშირია)	წარუმატებლობის შემთხვევაში სცადეთ Itra ¹ 200 მგ PO bid 12 MOS ან ფლაკონით ცხვირის სპრეი	სადავო სფერო.
ასპერგილოზი (სოკოვანი ზურთი)	ქირურგიული რეზექცია და თერაპიული მეთოდი არ არის მიღებული. ანტიმომიკოზული აგენტების ეფექტურობა არ მტკიცდება.		ასპერგილოზმა შეიძლება გაართულოს ფილტვის სექცესტრაცია.
ინვაზიური, პულმონური ან ექსტრაპულმონური: (იხილეთ AM J Respir Crit Care Med 173:707, 2006) კარგი ვებგვერდი: doctorfungus.org პოსტ-ტრანსპლანტაციური და პოსტ-ქიმიოთერაპიული ნეიტროპენიის მქონე პაციენტები (PMN<500/მმ ³), მაგრამ შეიძლება გამოვლინდეს ნეიტროფილების აღდგენის დროსაც. როგორც წესი, გვიანი გართულება (>100 დღე) ალოგენური ძვლის ტვინის და ღვიძლის ტრანსპლანტაციისას. მაღალი სიკვდილობა.	ძირითადი მკურნალობა (იხილეთ CID 46:327,2008): ვორიკონაზოლი 6 მგ/კგ IV q12h პირველ დღეს; შემდგომში ან 4 მგ/კგ IV q12h ან 200 მგ PO q12h მასა, თუ მასა > 40 კგ; 100 მგ PO q12h, თუ მასა <40 კგ). მკურნალობის მიზანი: 1.0-5.5მგ/ელ ასოცირდება უკეთეს პროგნოზთან და შემცირებულ გვერდით ეფექტებთან (Clin Infect Dis 55: 1080, 2012).	ვორიკონაზოლი უფრო ეფექტურია, ვიდრე amphotericin B. voriconazole CYP2C19,CYP2C9 და CYP3A4-ის ინიჰიტორს და სუბსტრატს, აქვს შესაძლებლობა გამოიწვიოს პაციენტისთვის დამაზიანებელი მოქმედება სხვა წამლებთან ურთიერთქმედებით (მაგ. პროტეაზის ინიჰიტორებთან); ამის გამო ყურადღება უნდა გამახვილდეს პარალელურად მიღებულ წამლებზე. გრძელვადიანი მკურნალობის ან წამალთა ურთიერთქმედების რისკის მქონე პაციენტებში რეკომენდებულია პლაზმის კონცენტრაციის კონტროლი. პაციენტებს, რომელთაც აქვთ CrCl<50მლ/წთ, უნდა მიეცეთ PO და არა IV, რადგან შეიძლება SBCED-სულოფობტოლითერ-B ს.	
ტიპიური ფილტვის დაზიანებები რენტგენოგრაფიაზე/			

ინფექციის ტიპი/ორგანიზმი/ ინფექციის ადგილი	პროცესის ანთიმიაკრობული აბანდები		კომენტარი
	ძირითადი	ალტერნატიული	
კტ-ზე: (პალო ნიშანი, კავიტაციები ან მაკრონოდულები) (CID 44L373,2007). ინვაზიური ასპერგილოზის სადიაგნოსტიკოდ ხელმისაწვდომია იმუნოლოგიური ტესტი, რომლითაც ხდება სისხლში ცირკულირებადი გალაქტომაანანის ანტიგენის დეტექცია (Lancer ID 4:349,2005). გალაქტომაანანის დადგენა სისხლში შედარებით დაბალ სენსიტიურობა, რასაც კიდევ უფრო აქვეითებს ანტიფუნგალური მკურნალობა (CID 40:1762,2005). ერთ-ერთი კვლევით აღმოჩნდა, რომ სენსიტიურობა იზრდება თუ ტესტი ტარდება BAL სითხეში (Am. K respir Cri Care Med 177:277, 2005). გრუ-დადებითი პასუხები გვხვდება იმ პაციენტებში, რომელთაც მკურნალობა უტარდებოდა PIP-TZ-ით, Amox-Clav-ით და სხვა ბეტა-ლაქტამური ანტიბიოტიკებით, როცა სახეზეა სხვა სოკოები გამოწეული ინფექციები (CID 55:e22, 2012). უფრო ზუსტი სადიაგნოსტიკო სტრატეგია: შრატის გალაქტომაანანის და ასპერგილოს PCR-ის (არ არის რუტინულად ხელმისაწვდომი) კომბინაცია (LniD 13:519, 2013). ბეტა-D-გლუკანი: სოკოს უჯრედის კედელში. დეტექცია შესაძლოა იმუნოლოგიური რეაქციით. ბევრი ცრუ პოზიტივი+დაბალი სენსიტიურობა (JCM 51:3478, 2013)	ალტერნატიული თერაპია: ლიპოსომური ამფო B (L-AmB) 3-5 მგ/კგ/დღე IV ^ნ ამფო-B ლიპიდ კომპლექსი (ABLC) 5 მგ/კგ/დღე IV ^ნ ^ნ გასპოფუნგინი 70 მგ/დღე -თავიდან, 50 მგ შემდგომში ^ნ ^ნ მიკაფუნგინი ^{NAI} 100 მგ bid (JAC 64:840, 2009 - დაფუძნებული PK/PD კვლევაზე) ^ნ პოსაკონაზოლი ^{NAI} 200 მგ qid, დაავადების სტაბილიზაციის შემდეგ კი 400 მგ bid ^ნ ^ნ იტრაკონაზოლი კაპსულებით 600 მგ/დღე 3 დღის განმავლობაში. შემდგომში 400 მგ/დღე (ან 2.5 მგ/კგ/დღე ორალური ხსნარის სახით).	Ampho-B არ არის რეკომენდებული, გარდა ლიპიდური ფორმისა, ან L-AMB ან ABCL. L-AMB-ის 10მგ/კგ და 3მგ/კგ ტოქსიურობის ისეთივე ეფექტი ახასიათებს, როგორც მაღალ დოზებს (CID 2007; 44:1289-97). ერთ-ერთმა შედარებითმა ცდამ გამოვლინდა, ABCL-ის უფრო მაღალი ტოქსიურობა L-AMB-სთან შედარებით. 34.6% vs 9.4% გვერდითი ეფექტურობა და 21.2% vs 2.8% ნეფროტოქსიურობა (Cancer 112:1282,2008). Caspo: IPA-ში 50% გამოსხაურების დონე. ლიცენზირებულია, როგორც გადარჩენის თერაპია. კასპოფუნგინის დონე შეიძლება შეამციროს ეფავირენზმა, ნელოფინავირმა, ნევირაპინმა, ფენიტოინმა, რიტამინმა, დექსამეტაზონმა და კარბამაზეპინმა. მიკაფუნგინი: მონოთერაპიის სახით გამოყენებისას მიკაფუნგინის დადებითი ეფექტი დაფიქსირდა 6/12 ძირითადი მკურნალობის ჯგუფში, ხოლო 9/22 გადარჩენის თერაპიის ჯგუფში ღია, არა-შეადარებითი კვლევის საფუძველზე (J infect 53:337, 2006). პოსაკონაზოლი: 42% შედეგადაა მკურნალობა პაციენტებში რეფრაქტორული/არატოლერანტული თერაპიისას (Clin Infect Dis 44:2, 2007). შესაძლოა ჯვარედინი რეზისტენტობა აზოლემისადმი არა-მოპასუხეებში. რეკომენდებულია შრატის კონცენტრაციის განსაზღვრა. იტრაკონაზოლი: იტრაკონაზოლი ფორმულირებულია, როგორც კაფსულები, ორალური სუსპენზია ჰიდროქსიპროპილ-ბეტა-ციკლოდექსტრინი (HPCD) და პარენტერალურად მისაღები ხსნარი HPCD გამხსნელთან ერთად. ორალური სუსპენზია და პარენტერალური ფორმა არ არის ლიცენზირებული ინვაზიური ასპერგილოზის სამკურნალოდ. 2,5მგ/კგ ორალური სუსპენზია 400მგ კაფსულების ექვივალენტურია. ორალური გზით მიღებული წამლის შეწოვა იზრდება კუჭის დაბალი pH-ის, არასწორი კვებისა და ჰიპოქლორჰიდრიის დროს. ინვაზიური ასპერგილოზის მკურნალობისას რეკომენდებულია პლაზმაში კონცენტრაციის განსაზღვრა. სამიზნე კონცენტრაციაა >0.25მგ/მლ. იტრაკონაზოლი არის CYP3A4-ის არა-კონკურენტული ინჰიბიტორი და სუბსტრატი, რაც საზიფათოს ხდის სხვა წამლებთან ურთიერთქმედებას.	

ინფექციის ტიპი/ორგანიზმი/ ინფექციის ადგილი	არჩევან ანტიბიოტოპირი აბანდები		კომენტარი
	ძირითადი	ალტერნატიული	
			არ გამოიყენოთ აზოლუბისადმი არამოპასუხეებში. კომბინირებული თერაპია: უპირატესობა ენიჭება ვორიკონაზოლის ან ამფოტერიცინი B-ს ეხინოკარდინთან კომბინაციას, თუმცა ამჟამად კლინიკური სარგებელი უცნობია (CID 59:1437, 2014). (გაგრძელება შემდეგ გვერდზე). 2.5 მგ/კგ ორალურად მისაღები ხსნარი არის 400 მგ კავსულებით მიღებული დოზის ექვივალენტი. პარენტერული HPCD ფორმულირების დოზირება არის 200 მგ ყოველ 12 საათში IV 2 დღის განმავლობაში, ხოლო შემდგომ 200 მგ დღეში ერთხელ. ორალური გზით მიღებული წამლის შეწოვა იზრდება კუჭის დაბალი pH -ის, არასწორი კვებისა და ჰიპოკლორიდრიის დროს. პლაზმის კონცენტრაციის კონტროლი აუცილებელია ინვაზიური ასპერგილოზის ორალური მკურნალობისას; სამიზნე კონცენტრაციაა >0.25 მგ/მლ. იტრაკონაზოლი არის CYP3A4-ის არა-კონკურენტული ინჰიბიტორი და სუბსტრატი, რაც სახიფათო ხდის სხვა წამლებთან ურთიერთქმედებას. არ გამოიყენოთ იმ პაციენტებში, რომლებზეც არ მოქმედებს აზოლის კლასის პრეპარატები. კომბინაციური თერაპია: არ არის განსაზღვრული როლი და არ გამოიყენება რუტინულად, ძირითადი მკურნალობისთვის; განიხილე რეფრაქტერული დაავადების მკურნალობისთვის, თუმცა სარგებელი არ არის დადგენილი. ტიპური კომბინაციური რეჟიმი არის - ექინოკანდინის კომბინაცია ან აზოლუბთან ან ამფო B ლიპიდურ ფორმასთან.

¹ ტაბლეტებთან შედარებით ორალური ხსნარი უმჯობესია † შეწოვის გამო, (იხილეთ ცხრილი 11B, გვერდი 282).

მხრილი 11A (2)

ინფექციის მთავარი ანტიმომენტული ინფექციის ანტიმომენტული	არჩევანი ანტიმომენტული ანტიმომენტები		კომენტარი
	ძირითადი	ალტერნატიული	
ასპერგილოზი (წინა გვერდის გაგრძელება)			
ბლასტომიკოზი (CID46:1801,2008) Blastomyces dermatoidis - კანის, ფიტისის და ექსტრაპულმონური	LAB 3-5 მგ/კგ ყოველდღე ან Ampho B 0.7-1 მგ/კგ ყოველდღე 1-2 კვირის განმავლობაში, ხოლო შემდგომ itra 200 მგ tid სამი დღე, რასაც მოყვება itra 200 მგ bid 6-12 თვე	Itira 200 მგ tid სამი დღე, შემდგომ bid 6-12 თვე საშუალო ან ზომიერი სიმძიმის დაავადებისას. ან Flu 400-800 მგ ყოველდღე მათთვის, ვინც არ არის ტოლერანტული itra-ზე.	2 კვირის შემდეგ itra-ს პლაზმის დონე უნდა განისაზღვროს, რათა დაერწმუნდეს წამლის ადეკვატურ დოზირებაში. Flu ნაკლებ ეფექტურია itra-ზე. POSA-ს და Vori-ს როლი არ არის დადგენილი, თუმცა ინ ვიტრო აქტიურია. შესაძლოა ინახოს ბლასტომიკოზის ანტიგენი შარდში სადიაგნოსტიკოდ
ბლასტომიკოზი - ცნ დაავადება (CID 40:797.2010)	LAB 5მგ/კგ ყოველდღე 4-6 კვირა, შემდგომ Flu 800 მგ ყოველდღე	Itira 200 მგ bid ან tid. ან Vori 200-400 მგ q12h	Flu და Vori ხასიათდება მაღალიან კარგი ცნ შედეგადობით, რითაც აბალანსებენ თავიანთი შემცირებულ აქტივობას Itira-სთან შედარებით. უმკურნალეთ 12 თვის განმავლობაში და/ან სანამ CSF ნორმალიზდება. განსაზღვრეთ Itira-ს დონე,რათა პრეპარატის კონცენტრაცია იყოს ადეკვატური. ახალი კვლევა ცხადყოფს, რომ ვორიკონაზოლს აქვს ყველაზე კარგი გამოსავალი (CID 50.797:2010)
კანდიდოზი: კანდიდა არის ნოზოკომიურისისხლის ინფექციების გავრცელებული გამომწვევი. C. Albicans შემცირება და non-albicans სახეობების მომატება აჩვენებს ↓ კანდიდოზის მგრძნობელობას. ანტიფუნგალურ მკურნალობაზე (განსაკ. ფლუკონაზოლი). ეს ცვლილებები ყველაზე მეტად აისახა იმ პაციენტებზე, რომელთაც აქვთ დასუსტებული იმუნური სისტემა და არიან ისეთ გარემოში, სადაც უტარდებათ ანტიფუნგალური პროფილაქტიკა (განსაკ. ფლუკონაზოლით). ორალური, ეზოფაგური და ვაგინალური კანდიდოზი არის მიმოიპოვებული ინფექციის მანიფესტაცია და წარმოადგენს შიდსის დიაგნოზის დასმის ყველაზე გავრცელებულ საშუალებას. იხილეთ CID 48:503.2009 განახლებული IDSA გაიდლაინი.			
კანდიდოზი: სისხლის ინფექცია			
სისხლი: არა-ნეიტროპენიული პაციენტი	კასოფუნგინი 70 მგ IV დატვირთვის დოზა, გრძელდება 50 მგ IV დღიური. ან მიკაფუნგინი 100 მგ IV დღიური ან ანიდულაფუნგინი	ფლუკონაზოლი 800 მგ (12 მგ/კგ) დატვირთვის დოზა, შემდგომ 400 მგ დღიური IV ან PO ლიბიდ-დაფუნგინი ampho B 3-5 მგ/კგ IV დღიური ან	ექსივარდინი რეკომენდებულია ემპირიული მკურნალობისათვის, განსაკუთრებით პაციენტებში, რომლებიც იღებდნენ აზოლს ახლო პერიოდში და აქვთ საშუალო სიმძიმის ან მიმოიპოვებული, ჰემოდინამიური არასტაბილურობა. ექსივარდინი გამოიყენებულ უნდა იქნას Candida Glabrata-ს სამკურნალოდ მგრძნობელობის მიუხედავად. ექსივარდინი უპირატესია ემპირიული მკურნალობისთვის იმ ადგილებში, სადაც მაღალია არა-C.albicans დაავადების პრევალენტობა. ექსივარდინები პოლიენებთან ან აზოლებთან მიმართებაში უკეთესი გადარჩენადობით გამოირჩევა (Clin Infect Dis 54:1110, 2012).
პათეტიკრები ახალ			ორმაგმა-ბრმა რანდომიულმა ანიდულაფუნგინზე ჩატარებულმა კვლევამ ცხადყო, რომ

ინფექციის მთავორატაგინი/ინფექციის ადგილი	არჩევის ანტიბიოტიკოზული პრეპარატები		კომენტარი
	ძირითადი	ალტერნატიული	
ადგილას (არა over-the-wire) დიდი სიკვდილობა ასოცირებულია დაყოვნებულ თერაპიასთან. (CID 43:25/2006)	200 მგ IV დატვირთვის დოზა, 100 მგ IV დღიური შენეშება: შეამცირეთ კასოფუნგინის დოზა თირკმლის დაზიანებისას	ampho B 0.7 მგ/კგ IV დღიური ან ვორიკონაზოლი 400 მგ (6 მგ/კგ) დღეში ორჯერ ორი დოზა, შემდგომ 200 მგ q12h	ანიდულაფუნგინის (n=127) და ფლუკონაზოლის (n=118) გამოყენებისას მიკრობიოლოგიური პასუხის სიხშირე ანიდულაფუნგინის დროს იყო 88% (119/135), ხოლო ფლუკონაზოლის დროს - 76% (99/130) (p=0.02) (NEJM 356,2472.2007). ფლუკონაზოლი რეკომენდებულია მსუბუქი-საშუალო სიმძიმის პაციენტებში, თუ არის ჰემოდინამიკურად სტაბილური და უახლოეს წარსულში არ მიუღია აზოლის ჯგუფის პრეპარატები. არ არის რეკომენდებული დადასტურებული <i>C. krusei</i> -ს დროს: ამ შემთხვევაში გამოიყენეთ ექინოკანდინის ჯგუფის პრეპარატი ან ვორიკონაზოლი ან პოსაკონაზოლი (უნდა აღინიშნოს, რომ ექინოკანდინის in vitro უფრო მაღალი აქტივობა ახასიათებს <i>C. glabrata</i> -ს წინააღმდეგ, ვიდრე Vori ან Posa-ს). ფლუკონაზოლი რეკომენდებულია <i>Candida Parapsilosis</i> -ის სამკურნალოდ, ექინოკანდინის ჯგუფის პრეპარატზე შემცირებული მგრძნობელობის გამო. სტაბილური <i>Candida Albicans</i> -ით ან სხვა აზოლ-მგრძნობიარე სახეობებით დაავადებული პაციენტები უნდა გადავიყვანოთ ექინოკანდინიდან ფლუკონაზოლზე. ვორიკონაზოლი მცირედი უპირატესობით სარგებლობს ფლუკონაზოლთან მიმართებაში (უფრო მაღალია სხვა წამლებთან ურთიერთქმედება), გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც მიმდინარეობს <i>Candida Krusei</i> -ის ორალური შემცირებითი მკურნალობა, ან მაშინ, როდესაც არის ვორიკონაზოლ-მგრძნობიარე <i>Candida glabrata</i> . თერაპიის რეკომენდებული დრო არის 14 დღე ბოლო დადებითი კულტურის მიღებიდან. თვალზე პროცესის შემთხვევაში სისტემური მკურნალობა უნდა გაგრძელდეს 4-6 კვირის განმავლობაში. ოფთალმოკოპიური გამოვლენები საჭიროა თერაპიის პირველივე კვირაში, რათა გამოირიცხოს თვალის ჩართვა პროცესში. თვალისშიერი გართულებები არის 15% იმ პაციენტებში, რომელთაც აღენიშნებათ კანდიდემია, თუმცა ენდოფტალმიტი მაინც იშვიათია (≈2%) (CID 53:262.2011). Ampho B-ს ინტრაოკულური ინექციები შეიძლება გახდეს საჭირო ენდოფტალმიტისთვის. ექინოკანდინის ჯგუფის პრეპარატებს თვალში სუსტი პენეტრაცია ახასიათებს. სეპტიური თრომბოფლემიტისას რეკომენდებულია კათეტერის ამოღება, გაკვეთა, დრენაჟი და ვენის რეზექცია, საჭიროებისამებრ. თერაპია უნდა გაგრძელდეს უკანასკნელი დადებითი კულტურის მიღებიდან 2 კვირის განმავლობაში.

მხრილი 11A (3)

ინფორმაციის ტიპი/ორგანიზმის/ინფორმაციის ადგილი	არჩევნის ანთიბიოტიკული ანტიბიოტიკი		კომენტარი
	ძირითადი	ალტერნატიული	
კანდიდოზი: სისხლის ინფექცია (გაგრძელება)			
სისხლის ინფექცია: ნეიტროპენიული პაციენტები ამოიღეთ ყველა ინტრავასკულური კათეტერი თუ შესაძლებელია. გადააყენეთ კათეტერი ახალ ადგილას (ინფექციის კერასთან ახლოს არა)	კასპოფუნგიინი 70 მგ IV დატვირთვის დოზა, შემდგომ 50 მგ IV დღიური. 35 მგ, თუ აღინიშნება ღვიძლის ზომიერ უკმარისობა. ან მიკაფუნგიინი 100 მგ IV დღიური ან ანიდულაფუნგიინი 200 მგ IV დატვირთვის, შემდგომ 100 მგ IV დღიური დოზა ან ლიბიდუფრი Amphotericin B 3-5 მგ/კგ IV დღიური	ფლუკონაზოლი - 800 მგ (12 მგ/კგ) დამტკიცრთავი, შემდგომ 400 მგ IV ან PO დღიური დოზა ან ვორიკონაზოლი 400 მგ (6 მგ/კგ) დღეში ორჯერ 2 დოზი და შემდგომ 200 მგ (3 მგ/კგ) q12h	მკურნალობის ხანგრძლივობა- 2 კვირა -მეტასტაზური გართულებების არ არსებობის შემთხვევაში სისხლში უკანასკნელად აღმოჩენილი დადებითი უჯრედული კულტურის აღმოჩენიდან და ნეიტროპენიის აღაგებისას. ფუნდუსკოპია უნდა ჩატარდეს თეთრი უჯრედების ნორმალიზების შემდეგ, რადგან ნეიტროპენიის პირობებში შეიძლება, არ გამოჩნდეს თვალის ჩართულობა. იხილეთ ზემოთა კომენტარები ამ გართულების შემთხვევაში არჩევითი სპეციფიკური აგენტების შესახებ.
კანდიდოზი: ძვლის და სახსრების ინფექციები			
ოსტეომიელიტი	ფლუკონაზოლი 400 მგ (6 მგ/კგ) დღიური IV ან PO ან ლიბიდ-ფუნგიინი Amphotericin B 3-5 მგ/კგ დღეში რამდენიმე კვირის განმავლობაში, ხოლო შემდეგ ფლუკონაზოლი	კასპო, მიკა ან ანიდულა ან Amphotericin B 0.5-1 მგ/კგ დღიური რამდენიმე კვირის განმავლობაში, ხოლო შემდგომ ორალური ფლუკონაზოლი	უმკურნალოთ 6-12 თვე. ხშირად საჭირო ხდება ქირურგიული მოცილება. მოაცილეთ აპარატი, როდესაც შესაძლებელი გახდება.
სეპტიური ართრიტი			
	ფლუკონაზოლი 400 მგ (6 მგ/კგ) დღიური IV ან PO ან ლიბიდ-ფუნგიინი Amphotericin B 3-5 მგ/კგ დღეში რამდენიმე კვირის განმავლობაში, ხოლო შემდეგ ფლუკონაზოლი	კასპო, მიკა ან ანიდულა ან Amphotericin B 0.5-1 მგ/კგ დღიური რამდენიმე კვირის განმავლობაში, ხოლო შემდგომ ორალური კლუკონაზოლი	ქირურგიული ჩარევით მოცილება ყველა შემთხვევაში: მოაცილეთ პროტეზული სახსრები, როგორც კი შესაძლებელი გახდება. უმკურნალოთ 6 კვირის განმავლობაში ან განუსაზღვრელი ვადით, თუ პროტეზი შენარჩუნდება.

ინფორმაციის მოპოვების წყარო/ინფორმაციის ადგილი	არჩევის ნაშრომობრივი პარამეტრები		კომენტარი
	ძირითადი	ალტერნატიული	
კანდიდობის: კარდიოვასკულური ინფექცია ენდოკარდიტი	ექინოკანდინების ჯგუფი: კასპოფუნგინი 50-150 მგ/დღე ან მიკაფუნგინი 100-150 მგ/დღე ან ანდიდულაფუნგინი 100-200 მგ/დღე ან ლიბიდ-ფუმიანი Ampho B 3-5 მგ/კგ დღიურად + 5- FC 25 მგ/კგ qid.	ampho B 0.6-1 მგ/კგ დღიურად + 5-FC 25 მგ/კგ qid.	ენდოკარდიტის ან სხვა ენდოვასკულური ინფექციების დროს განიხილეთ ექინოკანდინების მაღალი დოზები. ფლუკონაზოლზე გადართვა შეიძლება სტაბილურ პაციენტებში, რომელთაც აღენიშნებათ ფლუკონაზოლ-მგრძნობიარე ორგანიზმი და სისხლის უარყოფითი კულტურები. იხილეთ MED 90:237.2011 . სარქელის გამოცვლა რეკომენდებულია, განსაკუთრებით მათთვის, ვისაც სარქელის პროტეზის შემდგომ განუვითარდათ ენდოკარდიტი. მკურნალობის ხანგრძლივობა არ არის განსაზღვრული, მაგრამ უმკურნალოთ ყველაზე მცირე 6 კვირის განმავლობაში სარქელის შეცვლის შემდეგ და უფრო დიდ ხანს გართულებებისას (მაგ. პერისარქელოვანი ან მიოკარდიული აბსცესი, გახანგრძლივებული დაავადება, კანდიდეზის ალავების შეფერხება). ფლუკონაზოლით 400-800 მგ დღეში ხანგრძლივი (სიცოცხლის განმავლობაში?) სუპრესია ზუნებრივი სარქელის ენდოკარდიტის და სარქელის არ გამოცვლის შემთხვევაში. ხელოვნური სარქელის ენდოკარდიტის შემთხვევაში მთელი სიცოცხლის განმავლობაში სუპრესია, თუ სარქელი არ გამოიცვალა. 400-800 მგ ორალურ ფლუკონაზოლზე გადართვა შეიძლება სტაბილურ პაციენტებში, რომელთაც აღენიშნებათ ფლუკონაზოლ-მგრძნობიარე ორგანიზმი და სისხლის უარყოფითი კულტურები. თერაპიის რეკომენდებული დოზა რამოდენიმე თვე.
მიოკარდიტი	ლიბიდ-ფუმიანი Ampho B 3-5 მგ/კგ დღიურად ან ფლუკონაზოლი 400-800 მგ (6-12 მგ/კგ) IV ან PO ან კასპო, მიკა ან ანდიულა (იხილეთ ენდოკარდიტი)		

მხრილი 11A (4)

ინფორმაციის წილი/ორგანიზმი/ინფორმაციის ადგილი	არჩევანის ანტიბიოტიკული აბანდები		კომენტარი
	ძირითადი	ალტერნატიული	
კანდიდოზი: სისხლის ინფექცია (გაგრძელება)			
პერიკარდიტი	ლიბიდ-ფლუბინი Ampho B 3-5 მგ/კგ დღეობად ან ფლუკონაზოლი 400-800 მგ (6-12 მგ/კგ) დღეობად IV ან OP ან ექსოკანდინის ჯგუფი (იხილეთ ენდოკარდიტი)		ასევე რეკომენდებულია პერიკარდიუმის ფანჯარა ან პერიკარდექტომია. შესაძლებელია გადართვა ორალურ ფლუკონაზოლზე 400-800 მგ სტაბილურ პაციენტებში, რომელთაც აღენიშნებათ ფლუკონაზოლ-მგრძნობიარე ორგანიზმი და სისხლის უარყოფითი კულტურები. თერაპიის რეკომენდებული დროა რამოდენიმე თვე.
კანდიდოზი: მუკოზური, ეზოფაგური და ოროფარინგული კანდიდოზური ეზოფაგოიტი ძირითადად ეხვდებათ აივ-დადებით პაციენტებში	ფლუკონაზოლი 200-400 (3-6 მგ/კგ) მგ დღეობად ან ექსოკანდინის ჯგუფის პრეპარატები (კასაფუნგინი 50 მგ IV დღეობად ან მიკაფუნგინი 150 მგ IV დღეობად ან ანიდულაფუნგინი 200 მგ IV დატვირთვის დოზა, შემდგომ 100 მგ IV დღეობად) ან Ampho B 0.5 მგ/კგ	აზოლის ჯგუფის პრეპარატები (იტრაკონაზოლი ხსნარის სახით 200 მგ დღეობად ან პოსაკონაზოლი სუსპენზიის სახით 400 მგ bid 3 დღის განმავლობაში, შემდგომ 400 მგ დღეობად ან ვორიკონაზოლი 200 მგ q12h	თერაპიის ხანგრძლივობა 14-21 დღე. IV ექსოკანდინები ან ampho B ისეთი პაციენტებისთვის, რომელთაც ვერ უტარდებათ ორალური მკურნალობა. ფლუკონაზოლ არა-მგრძნობიარე დაავადებისას Itra (80%-ში იმოქმედებს), Posa, Vori ან ექსოკანდინები ან ampho B. ექსოკანდინებს ახასიათებთ უფრო მაღალი რეციდივის სიხშირე, ვიდრე ფლუკონაზოლს. რეკომენდებულია ARV მკურნალობა. განმეორებითი ინფექციისას სუპრესიული თერაპია ტარდება ფლუკონაზოლით 200მგ 3x/კვირა. სუპრესიული თერაპიის შეჩერება შეიძლება მამინვე, როდესაც CD4>200მგ ³ .
ოროფარინგული კანდიდოზი არა-ზიდს პაციენტებში	კლოტრიმაზოლი Troches 10 მგ 5-ჯერ დღეში ან ნისტატინის სუსპენზია ან pastille qid ან ფლუკონაზოლი 100-200 მგ/დღეში	იტრაკონაზოლის ხსნარი 200 მგ დღეობად ან პოსაკონაზოლი სუსპენზიის სახით 400 მგ bid 3 დღე, შემდგომ 400 მგ დღეობად ან ვორიკონაზოლი 200 მგ q12h ან ექსოკანდინის ჯგუფის	თერაპიის ხანგრძლივობა 7-14 დღე. კლოტრიმაზოლი ან ნისტატინი რეკომენდებულია მსუბუქი დაავადებისას. ფლუკონაზოლი რეკომენდებულია საშუალო სიმძიმის ან მძიმე დაავადებისას. ალტერნატიული აგენტები შენახულია რეფრაქტორული დაავადებებისთვის.

ინფექციის ტიპი/ორგანიზმი/ ინფექციის ადგილი	არჩევის ანტიბიოტოპული პრინციპები		კომენტარი
	ძირითადი	ალტერნატიული	
		პრეპარატები (კაპსოფუნგინი 70 მგ დამტკიცირთავი დოზა, შემდგომ 50 მგ IV დღიური; ან მიკაფუნგინი 100 მგ IV დღიური ან ანიდულაფუნგინი 200 მგ IV დამტკიცირთავი დოზა, შემდგომ 100 მგ IV 100 მგ დღიური) ან Ampho B 0.3 მგ/კგ დღიური	
შიდსიანი პაციენტები	ფლუკონაზოლი 100-200 მგ დღიური 7-14 დღის განმავლობაში.	იგივე რაც არა-შიდს პაციენტებში 7-14 დღის განმავლობაში.	ანტირეტროვირუსული მკურნალობა (ARV) აიღ დადებით პაციენტებში. საჭიროების შემთხვევაში სუპრესიული თერაპია ტარდება ფლუკონაზოლით 100მგ სამჯერ კვირაში სანამ, $CD4 > 200/\text{მმ}^3$. ფლუკონაზოლ-რეფრაქტერული დაავადებისას Itra, Posa ან Vori გამოიყენება 28 დღის განმავლობაში. არჩევაში შეიძლება შერდეს IV ექინოკანდინების გამოყენებაზე. დისფაგია ან ოდინოფაგია ეზოფაგური კანდიდოზის ამოცნობის საშუალებას გვადლევს.

მხრილი 11A (5)

ინფორმაციის მისაღებად/ინფორმაციის ადგილი	პროდუქტის აღწერა/პროდუქტის აღწერა		კომენტარი
	ძირითადი	ალტერნატიული	
კანდიდოზი: მუკოზური, ეზოფაგური და ოროფარინგული კანდიდოზური ეზოფაგატი (გაგრძელება)			
ვულვოვანიტი არა-შიდს პაციენტები	ტოპიკური მკურნალობა აზოლის ჯგუფის პრეპარატებით: ბუტოკონაზოლის 2%-იანი კრემი (5 მგ) q24h ძილის წინ x 3 დღე განმავლობაში ან 2%-იანი SR კრემი 5 მგ x 1 დღე ან კლოტრიმასოლი 100 მგ-იანი ვაგინური ტაბლეტები (2 ძილის წინ x3 დღე) ან 1%-იანი კრემი (5 მგ) ძილის წინ 7 დღის განმავლობაში (14 დღიანმა მკურნალობამ შეიძლება ↑ განკურნების სიხშირე) ან 100 მგ ტაბლეტი x 7 დღე ან 500 მგ x 1 დღე ან მიკონაზოლი 200 მგ-იანი ვაგინური სანთელი (1 ძილისწინ x 3 დღე) ან 100 მგ ვაგინური სანთელი q24h x 7 დღე ან 2 %-იანი კრემი (5 მგ) ძილის წინ x 7 დღე ან ტერკონაზოლი 80 მგ-იანი ვაგინური ტაბლეტი (1 ცალი ძილის წინ x 3 დღე) ან 0.4 %-იანი კრემი (5 მგ) ძილის წინ x7 დღე ან 0.8%-იანი კრემი 5 მგ ინტრავაგინულად q24h x 3 დღე ან თიოკონაზოლის 6,5%-იანი მალამო x 1 დოზა. ორალური თერაპია: ფლუკონაზოლი 150 მგ PO x 1 დღე ან იტრაკონაზოლი 200 მგ bid x 1 დღე	რეკურენტული ვულვოვანიტი კანდიდოზისას: ფლუკონაზოლი 150 მგ ყოველკვირეულად 6 თვის განმავლობაში.	
შიდსიანი პაციენტები	ტოპიკური მკურნალობა აზოლის ჯგუფის პრეპარატებით (კლოტრიმასოლი, buto, mica, tico, tercan) x 3-7 დღე ან ტოპიკური ნისტატინი 100,000 ერთეული/დღეში ვაგინური ტაბლეტის სახით x 14 დღე ან ორალური flu 150 მგ x 1 დოზა	რეკურენტული დაავადებისას 10-14 დღის განმავლობაში ტოპიკური აზოლის ჯგუფის პრეპარატებით ან ორალური flu 150 მგ, შემდგომ ყოველკვირეულად 150 მგ 6 თვის განმავლობაში.	
კანდიდოზი: სხვა ინფექციები ცნ-ის ინფექციები	ლიბიდ-დაფუნგუზული ampho B 3-5 მგ/კგ დღიური ± 5-ფლუციტოზინი 25 მგ/კგ qid	ფლუკონაზოლი 400-800 მგ (6-12 მგ/კგ) IV ან PO.	რეკომენდებულია ინტრაპარკუტული მოწყობილობების მოცილება. Flu 400-800 მგ გამოიყენება, როგორც სპექტრის დავიროებითი თერაპია (step-down therapy) სტაბილურ პაციენტებში და პაციენტებში, რომლებიც არ არიან ტოლერანტულები ampho B-ს მიმართ. გამოცდილება ამ დროისთვის საკმარისი მცირეა, რომ რეკომენდაცია გაეწიოს ექსტრაკანდინის ჯგუფის პრეპარატებს.

ინფექციური ფიზიოპათოლოგიური/ინფექციური ადგილი	პაციენტის ანამნეზი/კლინიკური მონაცემები		კომენტარი
	ძირითადი	აღმწერადი	
კანის (მოიცავს პარონიქიას ცხრილი 1 გვერდით --)	გამოიყენეთ ტოპიკური amphotericin B, კლოტრიმასოლი, ეკონასოლი, მიკონასოლი ან ნისტატინი 3-4-ჯერ დღეში 7-15 დღე ან კეტოკონასოლი 400 მგ PO ერთხელ დღეში x 14 დღე. ციკლოპირიქსი ოლამინის 1%-იანი კრემი/ლოსიონი, წაუსვით ადგილობრივად bid x 7-14 დღე.		
ენდოფთალმიტი/ქორიორეტიტი	ქორიორეტიტი ან ენდოფთალმიტი: ლიბიდ-ფუმიანი amphotericin B 3-5 მგ/კგ დღიურად პლიუს ფლუციტოზინი 25 მგ/კგ 3x ან ვორიკონასოლი 6 მგ/კგ პ.ო.ი.ვ q12 x 2 და შემდეგ 4 მგ/კგ პ.ო.ი.ვ q12 შესაძლოა ინტრავიტრეალურად Amphotericin B 5-10 მგ 0.1 მლ-ში ან ი/ვ ვორიკონასოლი 100 მგ 0.1 მლ-ში მხედველობისთვის საშიში დაავადებისას.	ქორიორეტიტი ან ენდოფთალმიტი: ფლუკონასოლი 6-12 მგ/კგ ი/ვ დღიურად (C.glabrata C. Krusei წინააღმდეგ ნაკლებ ეფექტურია) და განიხილეთ ინტრავიტრეალური Amphotericin B 5-10 მგ 0.1 მლ-ში პროგრესირებადი მხედველობისთვის საშიში დაავადების დროს. საჭიროა ვიტრექტომია . Clin infect Dis. 52:648, 2011	თერაპიის ხანგრძლივობა: 4-6 კვირა ან უფრო მეტი, დამოკიდებულია შედეგებზე, რომლებიც უნდა განისაზღვროს განმეორებითი გამოკვლევებით. ვიტრექტომია მათში, ვისაც აღნიშნებათ ვიტრეტი ან ენდოფთალმიტი (Br K Ophthalmol 92:466. 2006 Pharmacotherapy 27.1711.2007)

მხრილი 11A (6)

ინფექციის ტიპი/ორგანიზმი/ინფექციის ადგილი	არავისი ანთიმიკრობული აგენტები		კომენტარი
	ძირითადი	ალტერნატიული	
კანდიდოზი: სხვა ინფექციები (გაგრძელება)			
ნეონატალური კანდიდოზი	Ampho B 1 მგ/კგ დღიური ნ6 ფლუკანაზოლი 12 მგ/კგ დღიური	ლიბიდ-დაფუნგზებული ampho B 3-5 მგ/კგ დღიური	ლუმბალური პუნქცია ცნს-ის ინფექციის გამოსარიცხად. მყარად რეკომენდებულია დილატირებული ბადურის გამოკვლევა და ინტრაგასკულური კათეტერების გამოცვლა. ლიბიდ-ფუმიანი ampho B გამოიყენება მხოლოდ მაშინ, თუ არ აღინიშნება თირმულების დაზიანება. ექსპოკანდინის ჯგუფი მიღებულია მესამე რიგის პრეპარატებად. თერაპია გრძელდება მინიმუმ 3 კვირა.
პერიტონიტი (უწყვეტი ამბულატორიული პერიტონეული დიალიზი, იხილეთ ცხრილი 19)	ფლუკანაზოლი 400 მგ PO q24h x 2-3 კვირა ნ6 კასპოფუნგინი 70 მგ IV პირველ დღეს, შემდგომ 50 მგ IV q24h 14 დღის განმავლობაში ნ6 მიკაფუნგინი 100 მგ q24h 14 დღის განმავლობაში	Ampho B უწყვეტი ინტრაპერიტონეული დოზირება 1.5 მგ 1 ლ დიალიზის სითხეზე 4-6 კვირის განმავლობაში	მოაშორეთ კათეტერი მაშინვე ან, თუ კლინიკური გაუმჯობესება არ არის, 4-7 დღის განმავლობაში
კანდიდოზი: საშარდე გზების ინფექცია ცისტитი ასიმპტომური იხილეთ CID 52.S427. 2011 CID 52. S452. 2011	შესაძლებლობის შემთხვევაში მოაშორეთ კათეტერი ან სტენტი. თერაპია არ არის ნაწიგვები, გარდა იმ პაციენტებისა, რომელთაც აქვთ დისემინაციის მაღალი რისკი ან ესაჭიროებათ უროლოგიური პროცედურის ჩატარება.		მაღალი რისკის პაციენტებს მიეკუთვნება ნეონატალები და ნეიტროპენიის მქონეები: ამ პაციენტებს უნდა ვუმკურნალოთ ისევე, როგორ სისხლის ინფექციის მქონეებს. პაციენტებს, რომელთაც უნდა ჩაუტარდეთ უროლოგიური პროცედურა: Flu 200 მგ (3 მგ/კგ) დღიური ან ampho B 0.5 მგ/კგ დღიური (flu-რეზისტენტული ორგანიზმები) რამოდენიმე დღის განმავლობაში პროცედურის წინ და შემდეგ.
სიმპტომიანი	ფლუკანაზოლი 200 მგ (3 მგ/კგ) დღიური	Ampho B 0.5 მგ/კგ დღიური	ექსპოკანდინების კონცენტრაცია შარდში მცირეა: აღწერილია აზოლ-რეზისტენტული ორგანიზმების

ინფექციის ფიზიოლოგიური/ინფექციის ადგილი	პროპიუს ანთიმიაორობული პანდემები		კომენტარი
	ძირითადი	ალტერნატიული	
	14 დღის განმავლობაში	(flu-რესისტენტული ორგანიზმებისას) 7-10 დღის განმავლობაში	წინააღმდეგ ეფექტურობა (Can J Infect Dis Med Microbial 18:149. 2007. CID 44. E46.2007) იმუნოსუპრესირებულ პაციენტებში პერსისტული კანდიდურია არის იმის საფუძველი, რომ ჩატარდეს თირკმლების ულტრაბგერითი ან კტ კვლევა, რათა გამოირიცხოს სოკოვანი ბურთი -აბსცესის კერა.
პიელონეფრიტი	ფლუკონაზოლი 200-400 მგ (3-6 მგ/კგ) დღეში ერთხელ PO	Ampho B 0.5 მგ/კგ დღიური IV ± 5-ფლუციტოზინი 25 მგ/კგ PO qid	უმკურნალები 2 კვირა. თუ გაქვთ ეჭვი დისემინირებულ დაავადებაზე, უმკურნალები ისევე, როგორც სისხლის ინფექციის არსებობისას.
ქრომობლასტომიკოზი (Clin Exp Dermatol, 34:849.2009). Cladophialophora, Phialophora ან Fonsecaea) კანის (ზშირად ტერფები, ფეხები) შხარდი ზომის ექსფოლიაციური დაზიანებები, ყველაზე ხშირად ვხვდებით ტროპიკულ ადგილებში	თუ დაზიანება პატარა და ცოტაა, ქირურგიული ამოკვეთა ან კრიოქირურგიული ჩარევა თხევადი აზოტით. თუ დაზიანებები ქრონიკულია, ვრცელი, ღრმა, მაშინ იტრაკონაზოლი.	იტრაკონაზოლი: 200-400 მგ PO q24h ან 400 მგ-იანი პულსთერაპია ყოველთვიე 1 კვირის მანძილზე ყოველდღიურად, 6-12 თვის განმავლობაში, სანამ შედეგი იქნება.	ტერბინაფინი ^{NA} 500-1000 მგ დღეში ერთხელ მარტო ან კომბინაციაში იტრაკონაზოლთან 200-400 მგ ან პოსაკონაზოლთან (800 მგ/დღე). პ/ო შესაძლოა იყოს ეფექტური.

მხრილი 11A (7)

ინფექციის მიმოხილვა/ინფექციის ადგილი	პაციენტის ანამნეზი/პაციენტის ადგილი		კომენტარი
	ძირითადი	ალტერნატიული	
კოკციდიოიდომაიკოზი (Coccidioides immitis) (IDSA guidelines 2005; CID 41:1217. 2005: ასევე იხილეთ Mayo Clin Proc 83:343.2008)			
პირველადი ფილტვის (San Joaquin ან კალიფორნიის ცხელება)	ჩვეულებრივ, ანტიფუნგალური მკურნალობა არ არის რეკომენდებული. უმკურნალოთ, თუ ცხელება, წონის კლება და/ან დაღლილობა არ აღაგდება 4-8 კვირამდე		ენდემურ არეებში ნორმალურ მასპინძლებში გაურთულებელი ფილტვის ფორმა არ არის იშვიათი (Emerg Infect Dis 12:958. 2006). გრიპის - მსგავსი დაავადება 1-2 კვირის ხანგრძლივობით.
გარეთულებების დაბალი რისკით პირველადი ფილტვის ფორმა	საშუალო სიმძიმის-მიმდებარე შემთხვევები: იტრაკონაზოლის ხსნარი 200 მგ PO ან IV bid ან ფლუკონაზოლი 400 მგ PO q24h 3-12 თვე ლოკალური მიმდებარე დისემინირებული დაავადება: Ampho B 0.6-1 მგ/კგ ყოველდღე x 7 დღე, ხოლო 0.8 მგ/კგ ყოველ შემდგომ დღეს ან ლიბოსომური Ampho B 3-5 მგ/კგ/დღე IV ან ABLC 5 მგ/კგ/დღე IV მანამ, სანამ კლინიკური მდგომარეობა გაუმჯობესდება (როგორც წესი, რამოდენიმე კვირა ან უფრო მეტი დისემინირებული დაავადებისას). გრძელდება Itra ან Flu მინიმუმ 1 წელი.		Ampho B-თ განკურნების პროცენტულობა 50-70%. აზოლის ჯგუფის პრეპარატებსაც მსგავსი შედეგი აქვთ. Itra-ს აქვს მცირე უპირატესობა განსაკუთრებით რბილი ქსოვილის ინფექციისას. დაავადების განმეორების სიხშირე მკურნალობის შემდეგ 40%: ქრეციდივის რისკი, თუ $\uparrow$ CF ტიტრი $\geq 1:256$. მკურნალობის დამთავრების შემდეგ CF ტიტრის გაზომვა მნიშვნელოვანია: გაზრდილი ტიტრი გვამდევს მკურნალობის წინააღმდეგ.
გარეთულებისა და დისემინაციის $\uparrow$ რისკის მქონე პაციენტებში. მკურნალობა ნაჩვენებია:	• იმუნოსუპრესიული დაავადება, პოსტტრანსპლანტაცია, პემატოლოგიური ავთვისებიანობა ან თერაპიები (სტეროიდები, TNF-ალფა ანტაგონისტები)		პოსაკონაზოლი მკურნალობა წარმატებულია პაციენტთა 73%-ში, რომლებიც ინფიცირებულნი არიან რეფრაქტული არა-მენინგეული კოკციდი (Chest 132:952. 2007). არ არის პირველი რიგის მკურნალობა.
• ორსულობა - მესამე ტრიმესტრი	• დიაბეტი		პედიკტიული ასაკში კოკციდის მკურნალობა მოიცავს თერაპიას გორიკონაზოლი და კასპოფუნგინი (CID 56:1573, 1579 & 1587, 2013)
• CF ანტიხეივლები $>1:16$	• ფილტვის ინფილტრატი		
• დისემინირება (ორგანიზმის უარესი კულტურების ან სფერულულების აღმოჩენა წყლულებში, სახსრის სითხეში, სუბკუტანეული აბსცესის ჩირქში ან ძვლის ბიოფტაქტი და ა.შ.)	• რეკომენდებულია სპეციალისტთან კონსულტაცია: შესაძლოა, საჭირო გახდეს ქირურგიული ჩარევა. აივ დადებით პაციენტებში ცხოვრების განმავლობაში სუპრესიული თერაპია ან CD4 >250 მაჩვენებელამდე ინფექციის კონტროლი: Flu 200 მგ PO q24h ან itra 200 მგ po bid (mycosis 46:42. 2003).		
მენინგიტი: ვითარდება დისემინირებული კოკციდიოიდომაიკოზის მქონე პაციენტების 1/3 ან 1/2- ში მოზრდილები (CID 42:103.2006)	ფლუკონაზოლი 400-1000 მგ PO q24h	Ampho B IV იხვევ, როგორც ფილტვის ფორმის (ზემოთ) + 0.1-0.3 მგ ინტრა-	რეციდივის სიხშირე 80%. გააგრძელე Flucon განუსაზღვრელად. გორიკონაზოლი ეფექტურია მაღალ დოზებში (6 მგ/კგ IV q12h) რასაც მოყვება ორალური სუპრესია (200 მგ PO q12h)
ბავშვები	ფლუკონაზოლი (PO) (პედიკტიული დოზა არ არის განსაზღვრული.	თევალურად (ინტრავენტრიკულურად) რეზერვუარული მოწყო-	

ინფექციური მთავრობათმჯდომარე/ინფექციური ადგილი	არჩევანის ანტიმიკრობული პარამეტრი		კომენტარი
	ძირითადი	ალტერნატიული	
	6 მგ /კგ q24h არის გამოყენებული	ბიოლობის საშუალებით ან Itra 400-800 მგ q24h ან ვორიკონაზოლი (იხილეთ კომენტარი)	
კრიპტოკოკოზი (IDSA გაიდლაინები CID 50:291, 2010. არა-მენინგეალური (არა-შიდსი) 57% რისკი ორგანოტრანსპლანტირებულთაში ან იმუნოსუპრესანტების მიღების ფონზე (EID 13:953, 2007).	ფლუკონაზოლი 400 მგ/დღე IV ან PO 8 კვირიდან 6 თვემდე. უფრო მძიმე შემთხვევებში: Ampho B 0.5-0.8 მგ/კგ ყოველდღე IV შედეგის მიღებამდე, ხოლო შემდგომ გადაიყვანეთ ფლუკონაზოლზე 400 მგ PO q24h 8-10 კვირიანი კურსი.	იტრაკონაზოლის ხსნარი 200-400 მგ q24h 6-12 თვის განმავლობაში ან Ampho B 0.3 მგ/კგ ყოველდღე IV + ფლუციტოზინი 37.5 მგ/კგ 3 PO qid 6 კვირის განმავლობაში.	Flucon-ის ცალკეულად გამოყენებისას ეფექტურობა 90%-ს აღწევს მენინგეალური და არა-მენინგეალური ფორმებისას. ფლუკონაზოლი ისეთივე ეფექტურია, როგორ Ampho B. გამა-ინტერფერონის (IFN-გამა-1b 50 მკგ ყოველ M2 subcut. 3-ჯერ კვირაში 9 კვირის განმავლობაში) ლიპოსომურ ampho B-თან დამატება ასოცირდებოდა მკურნალობის შედეგის მიღებასთან პაციენტებში, რომლებთანაც ანტიფუნგალური მკურნალობა იყო უშედეგო (CID 38:910.2004). პოსაკონაზოლი 400-800 მგ ასევე ეფექტურია პაციენტების მცირე რაოდენობაში (CID 45:562, 2007; Chest 132:952.2007).
მენინგიტი (არა-შიდსი)	Ampho B 0.5-0.8 მგ/კგ ყოველდღე IV + ფლუციტოზინი 37.5 მგ/კგ ³ PO q6h მანამდე, სანამ პაციენტს აღარ აქვს ცხელება და კულტურა ნეგატიურია (მიახლოებით 6 კვირა) (NEJM 301:126.1979). შემდგომ ვაჩერებთ Ampho B/Flucyt. ვიწყებთ ფლუკონაზოლს 200 მგ PO q24h (AnIM 113:183, 1990); ან ფლუკონაზოლი 400 მგ PO q24h x8-10 kvira (ნაკლებად მძიმე პაციენტებში). ზოგი იძლევა რეკომენდაციას fluc-ს 2 წლის განმავლობაში დანიშვნაზე, რათა შემცირდეს რეციდივის რისკი (CID 28:297.1999). ზოგი ასევე იძლევა რეკომენდაციას AMB + ფლუკონაზოლ, როგორც ინდუქციური თერაპია. მიმდინარეობს კვლევები.	Ampho B 0.5-0.8 მგ/კგ ყოველდღე IV + ფლუციტოზინი 37.5 მგ/კგ 3 PO qid 6 კვირის განმავლობაში.	თუ CSF-ის წყვეტილება >25 სმ წყლის სვეტი, გაიმეორე LP დრენირების და წნევის კონტროლისათვის. C. Gatti-ით გამოწვეული მენინგიტის აფეთქებების შემთხვევები აღწერილია წყნარი ოკეანის ჩრდილო-დასავლეთ ნაწილში (EIDF13:42, 2007). დაავადების სიმძიმე და პროგნოზი უარესია, ვიდრე C. neoformans-ით გამოწვეულის დროს. რეკომენდებულია საწყისი თერაპია ampho B + ფლუციტოზინი. C. gatti უფრო ექვემდებარება Flucon-ით მკურნალობას, ვიდრე C. Neoformans (Clin Microbiol Inf 14.727.2008). გაშლასავალი ორივე ტიპის კრიპტოკოკული მენინგიტის შემთხვევაში (შიდსი და არა-შიდსი) გაუმჯობესდა Ampho B + 5FC (ფლუციტოზინი) ინდუქციური 14 დღიანი თერაპიით ისეთ პაციენტებში, რომელთაც აღენიშნებოდათ ნევროლოგიური დარღვევები და მიკროორგანიზმით მაღალი დატვირთვა (PLoS ONE 3:e2870.2008).

³ ზოგიერთი ექსპერტი დოზას ამცირებს 25 მგ/კგ-მდე q6h.

მხრილი 11A (8)

ინფექციის ტიპი/ორგანიზმი/ ინფექციის ადგილი	არჩევის ანტიმიკრობული აბანდები		კომენტარი
	ძირითადი	ალტერნატიული	
კრიპტოკოკი (გაგრძელება)			
მკურნალობა <i>იხილეთ Clin Infect Dis 50:291:2010 (IDSA გაიდლაინები)</i> ARV ↓ რისკი, თუმცა მაინც საკმაო რაოდენობით ვლინდება ახლად დიაგნოსტიკურულ შიდსთან პაციენტებში. კრიპტოკოკული ინფექცია შეიძლება მანიფესტირდეს სისხლში დადებითი კულტურით ან პლაზმაში დადებითი კრიპტოკოკული ანტიგენით(CRAG >95% სენსიტიურობა). CRAG არ გვცხადებს მკურნალობაზე პასუხის გაცემაში. ARV მკურნალობის ფონზე მწვავე მენინგიტის სიმპტომები შესაძლოა კვლავ დაზრუნდეს IRIS-ის გამო (იშვითი რეკონსტიტუციის ანთებითი სინდრომი) ↑ CSF წნევა (>250 მმ წყლის სეტი) ასოცირებულია მაღალ სიკვდილასთან. შეამცირეთ CSF დრენაჟით. თუ ხშირი LP არ არის შესაძლებელი, შეგვიძლია ავირჩიოთ	შიდსი +/ავი:კრიპტოკოკემია და/ან მენინგიტი Ampho B 0.7 მგ/კგ IV q24h + ფლუკონაზოლი 25 მგ/კგ PO q6h მინიმუმ 2 კვირა ან მეტი, ვიდრე CSF არ გასტერილდება (იხილეთ კომენტარი) ამფოტერიცინ B ან ლაზოსოზური ampho B + ფლუკონაზოლი 400 მგ დღიური PO ან IV ან ამფოტერიცინ B 0.7 მგ/კგ ან ლაზოსოზური ampho B 4 მგ/კგ IV q24h (ცალკე) ან ფლუკონაზოლი ≥800 მგ/დღე (1200 მგ უმჯობესია) (PO ან IV) + ფლუკონაზოლი 25 მგ/კგ PO q6h 4-6 კვირის განმავლობაში შემდგომში კონსოლიდაციური თერაპია: ფლუკონაზოლი 400-800 მგ PO q24h ისე, რომ შესრულდეს 10 კვირიანი კურსი, ხოლო ამის შემდეგ სუპრესია (იხილეთ ქვევით). არც თერაპიის 5 კვირის შემდეგ დაწყება კრიპტოკოკული მენინგიტის მკურნალობიდან მნიშვნელოვან ზრდის გადარჩენის შანსს, ვიდრე დაავადების გამოვლენიდან ორი კვირის განმავლობაში დაწყებული თერაპია(NEJM 370-2487, 2014)	მკურნალობის გამოსავალი: მკურნალობის უმედეგობა დაკავშირებულია დაავადების გავრცელებასთან, პლაზმაში ანტიგენის მაღალ ტიტრთან, რომელიც გვიჩვენებს მიკროორგანიზმებით დიდ დატვირთვას, და ინდექციური მკურნალობისას 5FC-ს ნაკლებად გამოყენებასთან, არასწორ ნევროლოგიურ შეფასებასთან და ავთვისებიანი ჰემატოლოგიური პათოლოგიის არსებობასთან. სიკვდილობის მაჩვენებელი ჯერ კიდევ მაღალია მათში, ვისაც აღენიშნება თანდართული პნევმონია (Postgrad Med 121:107.2009). ადრეული დიაგნოსტიკა ძალზედ მნიშვნელოვანია უკეთესი გამოსავლის მისაღებად (PLOS medicine 4:e47.2007). Ampho B + 5FC მკურნალობა crypto CFUs უფრო სწრაფად, ვიდრე AmphoB + 5 FC ⁴ + flu. Ampho B 1 მგ/კგ/დღე ცალკე გაცილებით მაღალი ფუნგოციდურობით ხასიათდება, ვიდრე Flu 400 მგ/დღე (CID45:75&81 2007). ლიპიდ-ფუმიანი ampho B ასოცირებულია დაბალ სიკვდილობასთან ტრანსპლანტირებულ პაციენტებში, ampho B დოქსიქსულატთან შედარებით (CID 48:1566. 2009). საჭიროა 5-FC დონის მონიტორინგი შრატში - პიკი 70-80მგ/ლ. მაღალი დოზა ასოცირდება ძვლის ტვინის დაზიანებასთან. მკურნალობის შედეგი არ განსხვავდება IV და PO ფორმის დროს (AAC51:1038.2007) Flu-ს უეფექტობა იშვითად შეიძლება იყოს რეზისტენტობის ბრალი, განსაკუთრებით მაშინ, თუ მკურნალობის დაწყებისას მიკროორგანიზმის დატვირთვა მაღალია. მიუხედავად იმისა, რომ 200მგ qd = Flu-ს 400 მგ qd: გადარჩენის შედეგადაა 76 & 82 დღეა. ავტორები უპირატესობას ანიჭებენ 400 მგ PO qd (BMC infect Dis 6:118.2006). შიდსთან პაციენტებში უკეთესი შედეგი მიიღწევა ფლუკონაზოლის 400-800მგ და ampho B-ს კომბინაციით, ampho B-თი მონოთერაპიასთან შედარებით(CID 48:1775, 2009). აზოლის ჯგუფის სხვა პრეპარატების როლი განსაზღვრული არ არის: წარმატებული გამოსავალი ნანაბი იქნა 14/29 (48%) პაციენტში,	

ინფექციის ტიპი/ორგანიზმი/ ინფექციის ადგილი	არჩევის ანთიმეორობული აბანდები		კომენტარი
	ძირითადი	ალტერნატიული	
ვენტრიკულპერიტონეული შუნტი (Surg Neurol 53;529 და 531. 2009)			რომლებიც კრიპტოკოკული მენინგიტი იყვნენ დაავადებული (JAC56:745.2005). ვორიკონაზოლი შეიძლება იყოს ეფექტური. როდის დავიწყოთ ანტირეტროვირუსული თერაპია?(არგ) არგ- თერაპიის გადავადება ანტი-ფუნგალური მკურნალობიდან 5 კვირის განმავლობაში. არგ თერაპიის ადრეული დაწყებისას (კრიპტოკოკული მენინგიტის დასმოდან 1-2 კვირაში) სიკვდილიანობა გაიზარდა არგ-თერაპიის >5 კვირა დაწყებასთან შედარებით.
სუპრესია (ქრონიკული შემანარჩუნებელი თერაპია) შესაძლებელია ანტიფუნგალური მკურნალობის შეწყვეტა პაციენტებში, რომელთაც ადარ აღენიშნებათ სიმპტომები და CD4 > 100-200/მმ ³ ≥ 6 თვე. ზოგჯერ ანტიფუნგალური მკურნალობის შეწყვეტამდე ტარდება ლუმბალური პუნქცია. პლაზმაში დადებითი CRAG შესაძლოა იყოს რეციდივის პრედიქტორი.	ფლუკონაზოლი 200 მგ/დღე PO (თუ CD4>100/მმ ³ , ეფექტური არგ თერაპიის ფონზე ზოგი რეკომენდაციას უწევს სუპრესიული მკურნალობის შეწყვეტას. იხილეთ www.hivatis.org ავტორები მკურნალობის შეწყვეტას მხარს უჭერენ მხოლოდ მაშინ, როცა CSF კულტურა უარყოფითია)	იტრაკონაზოლი 200 მგ PO q12h თუ Flu უეფექტოა ან პაციენტი არატოლერანტულია მის მიმართ. არ არის ინფორმაცია Vori-ს ეფექტურობაზე.	იტრაკონაზოლი ნაკლებად ეფექტურია, ვიდრე ფლუკონაზოლი, და არ არის რეკომენდებული რეციდივის მაღალი სიხშირის გამო (23% vs 4%). 100 პაციენტში, რომლებიც იღებენ ART-ს და CD4>100/მმ ³ რეციდივის სიხშირე სუპრესიული თერაპიის ეფექტიდან წელიწადში არის 0.4- 3.9/100 პაციენტზე ..

⁴ ფლუციტოზინი = 5-FU

მხრილი 11A (9)

ინფექციის ტიპი/ორგანიზმი/ ინფექციის ადგილი	არჩევის ანთიმომიკობული პარამეტრები		კომენტარი
	ძირითადი	ალტერნატიული	
დერმატოფიტოზი (იხილეთ მიკოპათოლოგია 166:353, 2008)			
ონიქომიკოზი (Tinea unguium) (primarily cosmetic) FDA-ის მიერ დამტკიცებულია Laser-ით მკურნალობა: უმნიშვნელოდ ეფექტური, მკერი (Med lett 55:15, 2013) (NEJM 360:2108, 2009) Ref: Am J Clin Derm 15:17, 2014; BMJ 348:g 1800, 2014; Clinics Derm 31:544. 2013	ხელის ფრჩხილების მკურნალობის საშუალებები: ტერბინაფინი⁵ 250 მგ PO q24h (ბავშვები <20 კგ- 67.5 მგ/დღე; 20-40 კგ - 125 მგ/დღე, >40კგ 250 მგ/დღე) x 6 კვირა (ეფექტურობა 79 %) ან იტრაკონაზოლი⁶ 200 მგ PO q24h x 3 თვე^{NAI} ან იტრაკონაზოლი 200 მგ PO bid x 1 კვირა/თვე x 2 თვე ან ფლუკონაზოლი 150-300 მგ PO q კვირაში x 3-6 თვე^{NAI}	ფეხის ფრჩხილების მკურნალობის საშუალებები: ტერბინაფინი 250 მგ PO q24h (ბავშვები <20 კგ- 67.5 მგ/დღე; 20-40 კგ - 125 მგ/დღე, >40კგ 250 მგ/დღე) x 12 კვირა (ეფექტურობა 79 %) ან იტრაკონაზოლი 200 მგ PO q24h x 3 თვე (59% ეფექტურობა) ან ეფინაკონაზოლი 10% დღეში ერთხელ 48 კვირის განმავლობაში იტრაკონაზოლი 200 მგ PO bid x 1 კვირა/თვე x 3-4თვე (63% ეფექტურობა)^{NAI} ან ფლუკონაზოლი 150-300 მგ PO q კვირა x 6-12 თვე (48% ეფექტურობა)^{NAI}. ან ადგილობრივი ტაგებოროლი(კერიდინი) ან ადგილობრივი ეფინაკონაზოლი(ჯულბია)	
Tinea Capitis მკრეველი ლიქენ-სირსველი (trichophyton tonsurans. Microsporum canis; ჩრდილოეთ ამერიკა: სხვა გამომწვევები სხვადასხვა ადგილას) (PIDJ 18:191.1999)	ტერბინაფინი 250 მგ PO q24h x 2-4 კვირა (მოზრდილები): 5 მგ/კგ/დღე x 4 კვირა (ბავშვებში)	იტრაკონაზოლი 5 მგ/კგ დღიური x 4 კვირა^{NFDA} ფლუკონაზოლი 6 მგ/კგ q კვირაში x 8-12 კვირა^{NAI} მოზრდილებში დოზა უნდა გაუსწორდეს 150 მგ-ს po q კვირაში გრისეოფლუვინი: მოზრდილებში 500 მგ PO q24h x 6-8 კვირა, ბავშვებში - 10-20 მგ/კგ ყოველდღე, ვიდრე თმა თავიდან გაიზრდება.	მკურნალობის ხანგრძლივობა trochophyton tonsurans -ის დროს: M. canis-ს უმკურნალოდ დაახლოებით ორჯერ უფრო დიდი ხნის განმავლობაში. კლინიკური კვლევების მიხედვით ყველა აგენტს აქვს განკურნების მსგავსი სიხშირე (60-100%). ტოპიკური კეტოკონაზოლის ან სელენიუმის სულფატის მამულის დართვა ამცირებს გადამდებლობას (It J Demratol 39:261.2000)
Tinea corporis, cruris ან pedis (Trichophyton rubrum, T. mentagrophytes, epidermophyton floccosum)	ტოპიკური მკურნალობა: მირითადად მოიხმარება 2-ჯერ დღეში კრემის,	ტერბინაფინი 250 მგ PO q24h x 2 კვირა^{NAI} ან კეტოკონაზოლი 200 მგ PO	Keto(po) ხშირად ეფექტურია მძიმე რეკალიტრანტული ინფექციისას. საჭიროა მეთვალყურეობა ჰეპატოქსიურობის, მრავალ სხვა წამალთან ურთიერთქმედების გამო.

ინფექციის ტიპი/ორგანიზმი/ ინფექციის ადგილი	არჩევის პრინციპობული პრინციპები		კომენტარი
	ძირითადი	ალტერნატიული	
„აილეტის ტერფი“, სხეულის დერმატოფიტოზი, სირსველი	მალამოს, სპრეის სახით 2-3 კვირის განმავლობაში. რეკომენდაცია: ლოტრიმინ ულტრა ან ლამისილ AT; შეიცავს ბუტენაფინს და ტერბინაფინს - ორივე ფუნგიციდური.	q24h x 4 კვირა ან ფლუკონაზოლი 150 მგ PO 1x/კვირა 2-4 კვირის განმავლობაში ^{NAI} გრინიოფულვინი: მოზრდილები - 500 მგ PO q24h 4-6 კვირის განმავლობაში. ბავშვები- 10- 20 მგ/კგ დღიური 2-4 კვირა corporis და 4-8 კვირა pedis.	
Tinea Versicolor (Malassezia furfur ან pityrosporum arbitulare) უნდა გამოირიცხოს ერთიარხა. იხილეთ ცხრილი 1, გვერდი 129	ეკეტონაზოლი 400 მგ PO ერთჯერადი დოზა ^{NAI} ან 200 მგ q24h x 7 დღე ან 2%-იანი კრემი 1x q24h x 2 კვირა	ფლუკონაზოლი 400 მგ PO ერთი დოზა ან იტრაკონაზოლი 400 მგ PO q24h x 3-7 დღე	Keto (po) 1 ჯერადი დოზა 1 კვლევაში 97%-იანი ეფექტურობით არის შეფასებული. კიდევ ერთი ალტერნატივა: სელუნოლის სულფიდი (Selsun), 2.5% ლოსიონი, გამოიყენება ქავის სახით, საჭიროა 10 წუთით გაცერება და შემდეგ ჩამოხანა, 1-ჯერ დღეში x 7 დღე ან 3-5- ჯერ კვირაში x 2-4 კვირა
ფუზარიოზი მესამე ყველაზე გავრცელებული ინვაზიური სოკოვანი ინფექცია Aspergillus და Mucorales და მონათესავე სოკოების შემდეგ იმ პაციენტებში, რომელთაც აქვთ ჰემატოლოგიური ავთვისებიანი დაავადებები(Mycoses 52:197.2009). პნევმონია, კანის ინფექცია, მკვლის და სახსრის ინფექცია, და დისემინირებული დაავადება მიიმე იმუნოდეფიციტის მქონე პაციენტებში. სხვა სოკოებისაგან განსხვავებით, სისხლის კულტურები ხშირად დადებითია. Fusarium Solani, F. oxysporum, F. verticillioideis და F. moniliform 90%-ში არიან გამოძვევები (Clin Micro Rev 20:695. 2007). ხშირად ფატალური გამოსავალი დამოკიდებულია იმუნოსუპრესიის შემცირებაზე.			
	ლიბიდ-დაბუნებული ampho B 5-10 მგ/კგ/დღე ან Ampho B 1-1.5 მგ/კგ/დღე	პოსაკონაზოლი 400 მგ PO bid საქმელთან ერთად (თუ არ იღებს საქმელს 200 მგ qid). ან ვორიკონაზოლი IV - 6 მგ/კგ q12h დღეში, შემდგომ 4 მგ/კგ q12h PO - 400 მგ q12h,	ქირურგიული ჩარევით მოშორება ლოკალური დაავადების დროს. Fusarium spp. რეზისტენტულია უმეტესობა ანტიფუნგალური აგენტების, მათ შორის ექიზოკანდინების მიმართ. F. solani და F. verticillioideis, როგორც წესი, რეზისტენტულები არიან აზოლის ჯგუფის მიმართ. F. oxyparum და F. moniliforme შეიძლება ექვემდებარებოდეს ვორიკონაზოლით და პოსაკონაზოლით მკურნალობას. კომბინირებული თერაპიის როლი ჯერ არ არის განსაზღვრული, თუმცა აღწერილია შედეგიანი მკურნალობის შემთხვევები (Mycoses 50:227, 2007). შედეგის მისაღწევად პაციენტებში შესაძლოა

ინფექციის ტიპი/ორგანიზმი/ ინფექციის ადგილი	არჩევის ანტიმიკრობული ანაბეჭედი		კომენტარი
	ძირითადი	ალტერნატიული	
		შემდგომ 200 მგ q12h იხილეთ კომენტარი.	გამოყენებულ იქნას vori და ampho B -ით კომბინირებული თერაპია. გამოსავალი დამოკიდებულია იმუნოსუპრესიის შემცირებასა და შეჩერებაზე. თერაპიის ხანგრძლივობა შედეგზეა დამოკიდებული. ხანგრძლივი სუპრესიული თერაპია უნდა დაენიშნოს პაციენტებს, რომელთაც უტარდებათ იმუნოსუპრესული თერაპია.

⁵ სერიოზული, თუმცა იშვიათი ღვიძლის უკმარისობის შემთხვევები არის მოხსენებული პაციენტებში, რომლებიც იღებდნენ ტერბინაფინს, ასე, რომ ის არ უნდა გამოიყენოთ პაციენტებში აქტიური ან ქრონიკული ღვიძლის დაავადებით (იხილეთ ცხრილი 11B გვერდი 282).

⁶ იტრაკონაზოლის გამოყენება ასოცირებულია მიოკარდიულ დისფუნქციასთან და გულის უკმარისობის შეტევასთან

მხრილი 11A (10)

ინფექციის ბიოკორბორაცი/ინფექციის ადგილი	არჩევის ანტიმომაროვალ ანაწმედი		კომენტარი
	ძირითადი	ალტერნატიული	
ჰისტოპლაზმოზი (Histoplasma Capsulatum) იხილეთ IDSA გაილაინი: CID 44:807.2007 საუკეთესო სადიაგნოზო ტესტი არის შარდი, პლაზმა ან CSF-ში აღმოჩენილი ჰისტოპლაზმის ანტიგენი. MiraVista Diagnostics (1-866-647-2847)			
ფილტვის მწვავე ჰისტოპლაზმოზი	მსუბუქი-საშუალო სიმძიმის დაავადება, სიმპტომები <4 კვირა არ საჭიროებს მკურნალობას. თუ სიმპტომები გასტანს 1 თვეზე მეტს, იტრაკონაზოლი 200 მგ PO tid 3 დღე, შემდგომ ორჯერ ან ერთჯერ დღეში 6-12 კვირა. საშუალო სიმძიმის ან მძიმე: ლიმფოზური ampho B 3.5 მგ/კგ/დღე ან ABCL 5 მგ/კგ/დღე IV ან ampho B 0.7-1 მგ/კგ. დღე 1-2 კვირის განმავლობაში, შემდგომ itra 200 მგ tid 3 დღის განმავლობაში, შემდეგ bid 12 კვირის განმავლობაში + მეთილპრედიზოლონი 0.5-1 მგ/კგ/დღე x 1-2 კვირა.		Ampho B იმ პაციენტებში, რომლებიც არ არიან ნეფროტოქსიურობის საფრთხის ქვეშ. შეამოწმეთ itra-ს წამალთა შორის ურთიერთქმედება.
ფილტვის ქრონიკული კავიტაციური ჰისტოპლაზმოზი	იტრა 200 მგ po tid 3 დღე, შემდგომ 1-2-ჯერ დღეში მინიმუმ 12 თვე (ზოგჯერ ურჩევნიათ 18-24 თვე)		შეამოწმეთ იტრაკონაზოლის დონე სისხლში მკურნალობიდან 2 კვირაში, რეციდივი პაციენტების 9-15%-ში.
მედიასტინური ლიმფადენიტი, მედიასტინური გრანულომა, პერიკარდიტი და რეგმატოლოგიური სიდრომები	მსუბუქი შემთხვევები: ანტიფუნგალური არ არის ნაჩვენები. გამოიყენება არასტეროიდული ანთების საწინააღდეგო პრეპარატები პერიკარდიტის ან რეგმატოლოგიური სინდრომებისთვის. თუ არ იმოქმედა არასტეროიდულმა საშუალებებმა, პრედნიზოლონი 0.5-1.0 მგ/კგ/დღე ეძლევა შემცირებადი დოზებით 1-2 კვირის განმავლობაში პაციენტებს: 1) ჰემოდინამიკის დარღვევით მიმდინარე პერიკარდიტით 2) ობსტრუქციით ან კომპრესიით მიმდინარე ლიმფადენიტის სინდრომებით 3) მძიმე რეგმატოლოგიური სინდრომებით itra 200 მგ PO ერთხელ ან ორჯერ დღეში 6-12 კვირის განმავლობაში საშუალო სიმძიმის ან მძიმე შემთხვევებში ან თუ პრედნიზოლონი არის დაინმული.		
პროგრესული დისკემინირებული	მსუბუქი-საშუალო სიმძიმის დაავადება itra 200 მგ PO tid 3 დღე, შემდგომ bid მინიმუმ 12 თვე		შეამოწმეთ itra-ს დონე სისხლში, რომ დარწმუნდეთ თერაპიული დოზის მიღწევაში. შეამოწმეთ itra-ს წამალთა შორის ურთიერთქმედება. Ampho B 0.7-1 მგ/კგ/დღე შეიძლება გამოიყენოთ პაციენტებში ნეფროტოქსიურობის მცირე რისკით. დარწმუნდით სისხლში

ინფექციის ტიპი/ორგანიზმი/ ინფექციის ადგილი	არჩევის ანტიმიკრობული აბანოები		კომენტარი
	ძირითადი	ალტერნატიული	
ჰისტოპლაზმოზი	საშუალო სიმძიმის ან მძიმე დაავადება: ლიბოსომური ampho B , 3 მგ/კგ/დღე ან ABCL 5 მგ/კგ/დღე 1-2 კვირამ, შემდეგ itra 200 მგ tid 3 დღე, შემდგომ bid მინიმუმ 12 თვე.		itra- ს დონეში. აზოლის ჯგუფი ტერატოგენულია: itra-ს უნდა მოვერიდოთ ორსულობისას - გამოიყენეთ ლიპიდური ampho-ს ფორმა. შარდში არსებული ანტიგენების დონე შესაძლებელია მკურნალობაზე პასუხის ან რეციდივის მონიტორინგში გამოყვადვდეს.
ცნს ჰისტოპლაზმოზი	ლიბოსომური ampho B 5 მგ/კგ/დღე 4-6 კვირის მანძილზე 175 მგ/კგ რომ გამოვიდეს, შემდეგ itra 200 მგ 2-3x დღეში მინიმუმ 12 თვის განმავლობაში. Vorl სავარაუდოდ ეფექტური უნდა იყოს ცნს-ის დაავადებისას ან როდესაც itra უშედეგოა (arch neurology 65:666.2008; j antimicro chemo 57:1235 2006)		აუცილებელია ცნს-ში Histo ანტიგენის მონიტორინგი, სისხლში itra-ს დონის მონიტორინგი. PCR დიაგნოსტიკისთვის უკეთესი შეიძლება იყოს, ვიდრე histo ანტიგენი. Itra-ს შეწოვა (შეამოწმე სისხლში მისი დონე) და ცნს შედგენადობა შეიძლება პრობლემა იყოს. აღწერილია შემთხვევები, როდესაც ampho B-თი თერაპიის შემდეგ, წარმატებას მიაღწიეს ფლუკონაზოლით (Braz J infect Dis 12:555,2008) და პოსაკონაზოლით (Drugs 65:1553, 2005).
პროფილაქტიკა (იმუნოდეფიციტურ პაციენტებში)	itra 200 მგ PO დღიური		პირველადი პროფილაქტიკა გაითვალისწინეთ მაღალი პრევალენტობის ადგილებში მცხოვრებ აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში, რომელთაც CD4<150 უჯრედი/მმ³. მეორადი პროფილაქტიკის (სუპრესიული თერაპია) ჩვენებაა აივ-ინფიცირებული პაციენტები CD4<150 უჯრ/მმ ³ და სხვა იმუნოსუპრესიული პაციენტები, რომელთა იმუნოსუპრესიული მდგომარეობაც ვერ გაუმჯობესდება.

ხსრილი 11A (11)

ინფექციის ტიპი/ორგანიზმი/ ინფექციის ადგილი	არჩევის ანტიბიოტიკოზული ანაბნები		კომენტარი
	ძირითადი	ალტერნატიული	
მაღურამიკოზი (იხილეთ Nocardia და Scedosporium) მუკორმიკოზი და სხვა მონათესავე სახეობები → Rhizopus, Rhizomucor, Lichtheimia (CID 54.1629:2012) რინოცერებრული, ფილტვის ინვაზიური. წარმატებული მკურნალობისთვის საჭიროა ადრეული დიაგნოსტიკა ისეთი სიმპტომებით, რომელიც მიგვანიშნებს სინუსიტზე (ან სახის ლატერალური ნაწილის ტკივილი ან მგრძნობელობის დაკარგვა): იფიქრეთ Mucor სასაზე წყლულების და/ან შავი ნეკროზის შემთხვევაში; იმუნოდეფიციტურ ან დიეტაზე მყოფ პაციენტებში გამოხატულია უნილატერული სიმრმაცე. სწრაფი სიკვდილი მკურნალობის გარეშე. დიაგნოსტიკა ქსოვილიდან კულტურის ამოთესვით ან შეღებვით: ფართო ზავთის მაგვარი, მკიდის გარეშე, სხედასხვა დიამეტრის და მარჯვენა კუთხის განტოვით. დიაბეტით დაავადებულები მიკროანგიოპათიის და კეტოაციდოზის გათვალისწინებით მიდრეკილი არიან მუკორმიკოზის განვითარებისკენ. რკინის სიჭარბე ერთ-ერთი წინაპირობაა: რკინა ხელს უწყობს სოკოების ზრდას.	ლიბოსომური ampho B 5-10 მგ/კგ/დღე ან Ampho B 1-1.5 მგ/კგ/დღე	პოსაკონაზოლი 400 მგ PO bid საკვების მიღებისას (საკვების გარეშე, 200 მგ PO qid)^{NAI}	Ampho B მონოთერაპია ნაკლებ ეფექტურია 20%-იანი ეფექტურობა პოლიენზის ჯგუფის სხვა პრეპარატებთან შედარებით - 69% ეფექტურობა. (CID 47:364, 2008). პოსაკონაზოლი მკურნალობა, სრული ან ნაწილობრივი შედეგი 60-80%(JAC 61 Suppl1,135,2008). რეზისტენტობა გორიკონაზოლზე : ვორიკონაზოლით გახანგრძლივებულმა პროფილაქტიკამ შესაძლოა გამოიწვიოს მუკორმიკოზი. თერაპიის სრული ხანგრძლივობა დამოკიდებულია მკურნალობის შედეგზე: თერაპიის გაგრძელება სანამ 1) სახეზე ინფექციის კლინიკური ნიშნები და სიმპტომები 2) სახეზე რადიოლოგიური დარღვევები; და 3) გამოხატულია იმუნოსუპრესია. პაციენტებს, რომელთაც უტარდებათ იმუნოსუპრესიული თერაპია მეორადი პროფილაქტიკისათვის ენიშნებათ პოსაკონაზოლი (CID 48:1743, 2009)
პარაკოციდიოდიომიკოზი (სამხრეთ ამერიკული ზღასტომიკოზი) P. Brasiliensis (Dermatol Clin 26.257, 2008; Expert Rev Anti Infect Ther 6.251, 2008). ბრაზილიაში აივ-ინფიცირებულ პაციენტთა სიკვდილობის მნიშვნელოვანი გამოწვევა (Mem inst Oswaldo Cruz, 104:513,2009)	TMP/SMX 800/160 მგ bid-tid 30 დღის განმავლობაში, შემდგომ 400/80 მგ/დღე დროის განუსაზღვრელად (3-5 წლის განმავლობაში) ან იტრაკონაზოლი	კეტოკონაზოლი 200-400 მგ/დღე 6-18 თვის განმავლობაში ან Ampho B მთლიანი დოზა >30 მგ/კგ	გაუმჯობესება >90%-ში, თუ პაციენტები არიან itra-ზე ან keto-ზე^{NAI} Ampho B შემონახურია მძიმე შემთხვევებისათვის და მათთვის, ვინც არა ტოლერანტულია სხვა პრეპარატების მიმართ. TMP/SMX სუპრესია ნაჩვენებია სიცოცხლის განმავლობაში აივ- დადებით პაციენტებში. შეამოწმე იტრაკონაზოლის ან ვორიკონაზოლის წანაღოთაშორისი ურთიერთქმედება.

ინფექციის ტიპი/ორგანიზმი/ ინფექციის ადგილი	არჩევანი ანთიმიკოზული აბანდები		კომენტარი
	ძირითადი	ალტერნატიული	
	100 ბნ 200 მგ PO დღიური		
ლობომიკოზი (Keloidal Blastomycosis)/P. Lobo	ქირურგიული ამოკვეთა, კლოფაზიმინი ან იტრაკონაზოლი		
პენიცილიოზი (Penicillium marneffei) გავრცელებული დისემინირებული ფუნგალური ინფექცია შიდსიან პაციენტებში სამხრეთ- აღმოსავლეთ აზიაში (განს. ტაილანდი და ვიეტნამი)	Ampho B 0.5-1 მგ/კგ/დღე 2 კვირა გაგრძელებული იტრაკონაზოლით 400 მგ/დღე 10 კვირის განმავლობაში გაგრძელებული 200 მგ/დღე PO დროის განუსაზღვრელად აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში	ნაკლებად მიიმე პაციენტებში itra 200 მგ PO bid x 3 დღე, შემდგომ 200 მგ PO bid x 12 კვირა, შემდგომ 200 მგ PO q24h (IV თუ PO შეუძლებელია)	მესამე ყველაზე გავრცელებული ოპორტუნიტული ინფექციაა სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზიაში შიდსიან პაციენტებში, TBC და კრიპტოკოკული მენინგიტის შემდეგ. გახანგრძლივებული ცხელება, ლიმფადენოპათია, ჰეპატომეგალია. კანზე კვანძები არის უმზილიცირებული (ჰგავს კრიპტოკოკულ ინფექციას ან Molluscum Contagiosum). წინასწარი შედეგების მიხედვით, Vori ეფექტურია (CID 43:1060,2006)
Phaeohyphomycosis , შავი ობის სოკო, Dermatiaceous Fungi (იხილეთ Clin Microbiol Rev 27:527, 2014) ოპორტუნიტული ინფექცია იმუნოკომპრომეტი- რებულ პირებში(მაგ. აივ/შიდსი, ტრანსპლანტირე- ბულები) ყველაზე ხშირად იწვევს კანის და რბილი ქსოვილების ინფექციებს ან მიცეტომას, მაგრამ ასევე შეუძლია გამოიწვიოს ძვლების სახსრების დაზიანება, ტვინის აბსცესი, ენდოკარდიტი და დისემინირებული დაავადება. ყველაზე ხშირი გამომწვევი სახეობებია: xophiala, Cladophialaphora, Coniosporium, yphellophora, Fonsecaea, Phialophora and Rhinocladiella.	ქირურგიული ჩარევა + იტრაკონაზოლი 400 მგ/დღე PO ხანგრძლივობა არ არის დადგენილი, სავარაუდოდ 6 თვე ¹⁴¹	ვორიკონაზოლი 6 მგ/კგ პო 2 x 1 დღე და შემდეგ 4 მგ/კგ პო 2 x ან პოსაკონაზოლი (სულსენზია) 400 მგ პო 2 x	ორივე ვორიკონაზოლი და პოსაკონაზოლი ხშირად ავლენს ეფექტურობას (Med Mycol 43:91, 2005) დამატებით, ქირურგიული მკურნალობის დროს. განიხილეთ ანტიფუნგალური მედიკამენტებისადმი მგრძნობელობის ტესტის ჩატარება.

ინფექციის ტიპი/ორგანიზმი/ ინფექციის ადგილი	არჩევანის ანტიბიოტიკობა აბანდები		კომენტარი
	ძირითადი	ალტერნატიული	
პნევმოცისტური პნევმონია გამოწვეული Pneumocystis jiroveci. Ref. JAMA 301:2578, 2009			
არა მწვავე დაავადება - შესაძლებელია პ/ო მედიკამენტებით მკურნალობა. PaO2 > 70 mmHg. დიაგნოსტიკა: ნახველის პ.ჯ.რ. ასევე სისხლის შრატში Beta D glucan-ის განსაზღვრა, რომელსაც გააჩნია ზომიერი მგრძნობელობა და სპეციფიურობა თუმცა ასევე ხშირია ცრუ დადებითი პასუხები(JCM 51:3478. 2013).	(TMP-SMX-DS 2 ტაბ. პ/ო ყოველ 8 საათში 21 დღე) ან (დაფსონი 100 მგ პ/ო 24 საათში ერთხელ პლიუს Trimethoprim 5mg/kg პ/ო 3x 21 დღე	Clindamycin 300-450 მგ პ/ო ყოველ 6 საათში პლიუს primaquine 15 მგ პ/ო 24 საათში ერთხელ 21 დღე ან Atovaquone - სულსპენზია 750 მგ პ/ო 2 x ჰამის დროს 21 დღე. შენიშვნა: თანმხლებად კორტიკოსტეროიდის გამოყენება როდესაც PaO2<70 (see below)	ფერმენტის ამომცნობი გენის მუტაცია (დიჰიდროპტეროატი, სინთეზაზა) იწვევს სულფამეტოქსაზოლის ამოცნობას. გაურკვეველია მუტაცია არის მიზნული რეზისტენტობის TMP-SMX-ზე თუ დაფსონი პლიუს TMP-ზე (EID 10:1721, 2004) Dapsone ref: CID 27:191, 1998 21 დღის შემდეგ ქრონიკული სუპრესია შედისან პაციენტებში (იხ. ქვემოთ მკურნალობის შემდგომი სუპრესია.)

ხსრილი 11A (12)

ინფექციის ტიპი/ორგანიზმი/ ინფექციის ადგილი	არჩევის ანტიმიკრობული აბანდები		კომენტარი
	ძირითადი	ალტერნატიული	
პნევმოცისტური პნევმონია (PCP) (გაგრძელება)			
მწვავე დაავადება PaO2<70 mmHg გაურკვეველია უნდა დაიწყოს თუ არა არც თერაპია PCP-ის მკურნალობის დროს(CID46:634, 2008)	(პრედნიზონი (15-30 წუთით ადრე TMP-SMX მიღებამდე): 40 მგ პო bid 5 დღე, შემდეგ 40 მგ 2-ჯერ დღეში 5 დღე, შემდეგ 20 მგ 2-ჯერ რეზი 11 დღე) + (TMP-SMX (15 მგ კგ-ზე დღეში) 6-8 საათში 21 დღე.	პრედნიზონი როგორც ძირითადში პილუს(კლინდამიცინი 600 მგ IV 8 საათში ერთხელ) + primaquine 30 მგ პო 24 საათში ერთხელ) 21 დღის განმავლობაში ან პენტამიდინი 4 მგ კგ-ზე დღეში ერთხელ IV 21 დღე კასპოფუნგინი - აქტივირებულია ცხოველებში. CID36:1445, 2003	21 დღის შემდეგ შიდსის მქონე იმუნოსუპრესი- რებულ პირებში (იხ. მკურნალობის შემდგომი სუპრესია) PCP შესაძლოა გამოვლინდეს აივ ინფექციის და სტერიდებით მკურნალობის არასრებობის შემთხვევაში (CID 25:215 & 219, 1997) სანამ მკურნალობას მიიწვევთ წარუმატებ- ლად მოიცადეთ 4-8 დღე და ჩაანაცვლოთ clinda+ primaquine ან pentamidine -ით (JAIDS48:63, 2008) ან დაამატეთ კასპოფუნგინი. (Transplant 84:685, 2007)
ძირითადი პროფილაქტიკა და მკურნალობის შემდგომი სუპრესია	TMP-SMX-DS ან -SS ერთი ტაბლეტი პო დღეში ერთხელ 1DS კვირაში 3-ჯერ) ან (დაფსონი 100 მგ პო დღეში ერთხელ) როცა CD4> 200x-3 (NEJM344:159,2001)	(Pentamidine 300 მგ 6 მლ სტრეილურ წყალში აეროზოლის სახით კვირაში 4- ჯერ) ან dapsone 200 მგ პო + Pyrimethamine 75 mg + ფოლიუმის მჟავა 25 მგ პო ერთიანად მიღება კვირაში ერთხელ) ან atovaquone 1500 მგ დღეში ერთხელ საკვებთან ერთად.	TMP-SMX-DS რეჟიმი უზრუნველყოფს ჯვარედინ დაცვას ტოქსოპლაზმოზის და სხვა ბაქტერიული დაავადებებისგან. დაფსონი+ პირიმეტამინი იცავს ტოქსოპლაზმოზისგან. აქტუალურია სუსპენზია 1500 მგ დღეში ერთჯერ ისევე ეფექტურია, როგორც დლიური დაფსონი (NEJM 339:1889, 1998) ან საინჰალაციო პენტამიდინი (JID 180:369, 1999).
Scedosporium species (Scedosporium, apiospermum { Pseudoallescheria boydii } and scedosporium prolificans) ინფექცია ძირითადად ვითარ- დება ინჰალაციური ან კანის დაზიანების გზით. იმუნოკომპ- ეტენტურ პირებს ხშირად აქვთ კანის დაავადება. იმუნოკომპრომენტირებულ პირებში აღინიშნება ფოლტეებში კოლონიზაცია ინვაზიური დაავადება	Scedosporium apiospermum: ვორიკონაზოლი 6 მგ/კგ IV q12h პირველ დღეს, შემდგომ ან 4 მგ/კგ პო/IV 12 საათში ერთხელ. Scedosporium prolificans: ქირურგიული ჩარევა და იმუნოსუპრესიის შემცირება, ვორიკონაზოლის დამატება ისევე როგორც ზემოთ ნახსენებ შემთხვევაში რეზისტენტულია.	Posaconazole 400 მგ პო bid საკვებთან ერთად (შესაძლოა ნაკლებ აქტიურია)	უმრავლეს შემთხვევაში საჭიროა ქირურგიული ჩარევა. S apiospermum რეზისტენტულია Amphotericin B ბოლო, Scedosporium prolificans კი რეზისტენტულია ყველა სახის ანტიმიკოზული აგენტების მიმართ. Terbinafine -ისა და Echinocandine -ით ერთობლივი მკურნალობა უნდა მოხდეს მიუხედავად In vitro ლიმიტირებული კლინიკური მონაცემებისა. (ACC 56: 2635, 2012). როგ ადინიშნულ შემთხვევაში S.prolificans ოსტეომიელიტის დროს miletosine -ით მკურნალობა შედეგადაა (CID 48:1257, 2009).Treatment auidelines/review:Clin Microbiol

ინფექციის ტიპი/ორგანიზმი/ ინფექციის ადგილი	არჩევის ანთიმიაორობული პანელები		კომენტარი
	ძირითადი	ალტერნატიული	
ფილტვების, ან კანის დისემინირებული დაავადება.			Infect 3:27, 2014, Clin Microbiol Rev 21:157, 2008.
სპორტრეიზი (IDSA გაილაინი: CID 45:1255, 2007.			
კუტანეური/ ლიმფოკუტანეური	იტრაკონაზოლი Po 200 მგ/დღე 2-4 კვირის განმავლობაში დაზიანებების ალაგებიდან. როგორც წესი, 3-6 თვე.	თუ არ არის შედეგი. Itra 200 მგ PO bid ან ტერბინაფინი 500 მგ PO bid ან SSKI 5 წვეთი (თვალის წვეთები) tid და გაზრდა 40-50 წვეთამდე tid.	ფლუკონაზოლი 400-800 მგ დღიური დოზა მხოლოდ მაშინ, თუ ძირითად და ალტერნატიულ შემოთავაზებულ აგენტებს შედეგი არ მოაქვთ. ორსულობისას ან ძუძუთი კვებისას: ლოკალური ჰიპერთერმია (იხილეთ ქვევით)
ოსტეოართიკულური	Itra 200 მგ/დღე PO bid x 12 თვე	ლიპოსომური amphotericin B 3-5 მგ/კგ/დღე IV ან ABLC 5 მგ/კგ/დღე IV ან Amphotericin B დეფსიქოლატი 0.7-1 მგ/კგ IV დღიური თუ შედეგი არ არის, შეცვალოთ itra-ზე 200 მგ PO bid x სულ 12 თვე	2 კვირის შემდეგ განისაზღვროს რამდენად ადექვატურია itra-ს დონე სისხლის პლაზმაში.
ფილტვის	თუ მიიმე: ლიპიდური amphotericin B 3-5 მგ/კგ IV ან სტანდარტული amphotericin B 0.7-1 მგ/კგ IV დღეში ერთხელ, ვიდრე არ იქნება შედეგი, შემდგომ itra 200 მგ PO bid სულ 12 თვის განმავლობაში.	ნაკლებად მიიმე: იტრაკონაზოლი 200 მგ PO bid x 12 თვე	2 კვირის შემდეგ განისაზღვროს რამდენად ადექვატურია itra-ს დონე სისხლის პლაზმაში. ლოკალიზებული ფილტვის დაავადებისას რეზექცია + amphotericin B.
მენინგეური ან დისემინირებული	ლიპიდური amphotericin B 5 მგ/კგ IV ერთხელ დღეში x 4-6 კვირა, შემდეგ - თუ უკეთესობა შეიმჩნვა - itra 200 მგ PO bid სულ 12 თვის განმავლობაში.	მიდისან ან სხვა იმუნოსუპრესიული დაავადებებისას itra -თი 200 მგ po ერთხელ დღეში ქრონიკული თერაპია	2 კვირის შემდეგ განისაზღვროს რამდენად ადექვატურია itra-ს დონე სისხლის პლაზმაში.
ორსულობა და შეიღიანობა	ორსულობა: კუტანეური-ლოკალური ჰიპერთერმია. მიიმე: ლიპიდური amphotericin B 3-5 მგ/კგ IV ერთხელ დღეში. თავი არიდეთ იტრაკონაზოლს.	ბავშვები: კუტანეური. Itra 6-10 მგ/კგ (მაქს 400 მგ) დღიური დოზა. ალტერნატივა არის SSKI 1 წვეთი tid, გაზრდით 1 წვეთი/კგ ან 40-50 წვეთი tid დღეში, რომელიც არის უფრო მცირე.	ბავშვებისათვის, რომელთაც აქვთ დისემინირებული სპოროქიტიოზი: სტანდარტული amphotericin B 0.7 მგ/კგ IV დღიური და შედეგის მიღების შემდეგ, itra 6-10 მგ/კგ (მაქსიმალური 400 მგ) დღეში ერთხელ.

ხსარილი 11B - ანთიფუნგური მკურნალობის: დოზირება, გვარდითი მოვლენები, კომენტარები

ნაშლის სახელი, გვარდითი (კომარცხილი/კავალი დოზირება)	გვარდითი მოვლენები/კომენტარები
არა-ლიბიდური ამფოტერინი B დიფოსფოლატი (ფუნგიზონი): 0.5-0.7 მგ/კგ/დღე ერთჯერადი ინფუზიით Ampho B დიდი ალბათობით არ არის აქტიური Scedosporium-ის, Candida Lustanie-სა და Aspergillus terreus-ის დროს (ცხრილი 11C, გვ. 289)	მიღების წესი: Ampho B არის კოლოიდური სუსპენზია, რომელიც უნდა მომზადდეს ელექტროლიტებისგან თავისუფალი 5%-იანი გლუკოზის ხსნარით (D5W), შევარდებით 0.1 მგ/მლ, რათა ავიცილოთ პრეციპიტაცია. სუსპენზია უნდა მოვარიდოთ სინათლეს. ინფუზიები იწვევს ციხე/ცხელვებს, მიაღვას, ანორექსიას, გულისრევას, იშვიათად ჰემოდინამიკურ კოლაფსს/ჰიპოტენზიას, პროანთებითი ციტოკინების გამოთავისუფლების გამო, არ იწვევს ჰისტამინის გამოთავისუფლებას (Pharmacol 23:966,2003). ინფუზიის ხანგრძლივობა, როგორც წესი, 4ხთ. განსხვავებები 1 და 4 საათიან ინფუზიას შორის ნაპოვნი არ არის, გარდა იმისა, რომ 1 საათიანი ინფუზიის დროს ციხე/ცხელვა მალე იწყება. ფებრილური რეაქცია განმეორებითი ინფუზიების დროს. იშვიათად არის ფილტვისმიერი რეაქციები, რომლებიც დაკავშირებულია სწრაფ ინფუზიასთან (მიმე ქოშინი და ფოკალური ინფილტრატი მიგვითითებს ფილტვების შემუშავებაზე). მიმე შემცირება შეზღუდვის 25-50 მგ IV გამოყენებისას. პრემედიკაცია აცეტამინოფენით, დიფენჰიდრამინი, ჰიდროკორტიზონით (25-50 მგ) და ჰეპარინით (1000 ერთეული) უეფექტოა ციხე/ცხელვაზე. თუ ციტოკინების პოსტულატი სწორია, NSAID ან მაღალი დოზის სტეროიდები უნდა იყოს ეფექტური, მაგრამ მკურნალობისას მათი ეფექტი შეიძლება იყოს დაავადების გაუარესება ან ნეფროტოქსიკურობის რისკის გაზრდა (მაგ. NSAID). კლინიკური გვერდითი მოვლენები ↓ ასაკის მატებასთან ერთად. ტოქსიკურობა: ყველაზე დიდი საშიშროება არის ნეფროტოქსიკურობა. მანიფესტირება ხდება კალიურებით და ჰიპოკალემიით, შემდეგ კი სისხლის პლაზმის ბიკარბონატის შემცირებით (შეიძლება გადავიდეს თირკმლის ტუბულურ აკიდოზში), ↓ თირკმლის ფუნქციონირებით და ანემიას, შარდოვანა/პლაზმის კრეატინინის შეფარდების ზრდა. ჰიპომაგნემიაც შეიძლება განვითარდეს. თირკმლის დაზიანების თავიდან აცილება შესაძლებელია, თუ - (ა) ინფუზიის წინ ან მის შემდეგ 500 მლ ფიზიოლოგიური ხსნარით ჰიდრატაცია (თუ კლინიკური სტატუსი გვაძლევს მარლით დატვირთვის საშუალებას), (ბ) სხვა ნეფროტოქსიური საშუალებებისგან თავის არიდება (მაგ, რადიოკონტრასტები, ამინოგლიკოზიდები, ცისპლატინი) (გ) ლიბიდ-ფუმიანი ampho B-ს გამოყენება.
ლიბიდ-ფუმიანი ampho B პროლექტები: ამფოტერინი B ლიბიდ კომპლექსი (ABLC) (Abelcet): 5 მგ/კგ/დღე ერთჯერადი ინფუზია	მიღების წესი: შედგება ampho B-სგან, რომელსაც დამატებული აქვს ორი ლიბიდის ორმაგი შრე. სტანდარტულ ampho B-ს თან შედარებით აქვს უფრო დიდი გავრცელების მოცულობა, სწრაფი კოირენსი სისხლიდან და მაღალი ქსოვილოვანი კონცენტრაციები (დვიდო, ელენთა, ფილტვები). დოზა: 5 მგ/კგ ერთხელ დღეში; ინფუზიის სიჩქარე 2.5 მგ/კგ/სთ; მოზრდილთა და პედიატრიული დოზა ერთი და იგივეა. არ გამოიყენოთ ხაზის შიდა ფილტრი. არ გააზავოთ ფიზიოლოგიურ ხსნარში ან პურიით სხვა წამლებსა და ელექტროლიტებში². ტოქსიკურობა: ცხელვა და შემცირება 14-18%; გულისრევა 9%; დეზინება 8%; სისხლის პლაზმის კრეატინინი ↑ 11%-ში; თირკმლის უკმარისობა 5%; ანემია 4%; K 5%; გამოწყარო 4%; აღწერილია ციხივანი ემბოლიის ფატალური შემთხვევა ABLC ინფუზიისას (Exp Mol Path 177:246,2004)
ლიბოსომური ამფოტერინი B (LAB, AmBisome): 3-5 მგ/კგ, დღეში ერთჯერადი დოზა, ინფუზია. შეუთავსებლობისას	მიღების წესი: შედგება ვეზიკულური ორმანაი ლიბოსომით, რომელზეც შემზანის შიგნით ინტერკალირებულია ampho B. დოზა: 3-5 მგ/კგ/დღე IV ერთჯერადი ინფუზიით, რომელიც უნდა გაგრძელდეს დაახლოებით 120 წთ. კარგი ტოლერანტობის შემთხვევაში ინფუზიის დრო შეგვიძლია ჩამოვიყვანოთ 60 წთ-მდე (იხილეთ² კომენტარი). კარგი ტოლერანტობა აღინიშნება მხოლოდ პაციენტებში (J Inf 50:277,2005).

ნაზოლის სახელო, გენერირება (კომერციული/კავალი დოზირება)	გენერირებული მოვლენები/კომერციალური
უმეტეს შემთხვევაში გამოიყენება ლიპიდური ფორმა. (CID 56:701, 2013)	მთავარი ტოქსიკოლოგია: როგორც წესი დაბალია amphotericin B-ზე. ნეფროტოქსიკოლოგია 18.7% vs 33.7%, amphotericin B-სთან შედარებით, შემცირდება 47% vs 75%, გულის რეკა 39.7 vs 38.7%, ლებინება 31.8% vs 43.9%, გამოწვევითი ორიგენოზის 24%. ↓ Ca 18.4% vs 20.9%, ↓ K 20.4% vs 25.6%, ↓ Mg 20.4% vs 25.6%. მწვავე ინფუზიისთან დაკავშირებული რეაქციები ხშირია ლიპოსომური amphotericin B-ს დროს, 20-40%. 86% აღმოგვნიდება ინფუზიის დაწყებიდან 5 წუთის განმავლობაში, გულმკერდის ტკივილი, ქოშინი, ჰიპოქსია, მწვავე მუცელი, ფერდობის ან ფეხის ტკივილი; 14%-ში ვითარდება გაჭიანჭება და ურტიკარია 4 საათიანი ინფუზიის დასასრულს. ყველა პასუხობს დიფენიდრამინზე (1 მგ/კგ) და ინფუზიის შეწყვეტაზე. რეაქცია შესაძლებელია, გამოწვეული იყოს ლიპოსომის მემბრანით კომპლემენტის აქტივაციით (CID 36:1213, 2003)
კანდიდაზი (Candida) 70 მგ IV პიველ დღეს, შემდგომ 50 მგ IV q24h (დოზა შემცირდება 35 მგ IV q24h ზომიერი ლეიშმანოზის უკმარისობისას)	ექინოკანდინი, რომელიც აინჰიბირებს ბეტა-1,3-D-გლუკანის სინთეზს. ფუნგიციდურია კანდიდას წინააღმდეგ (MIC < მგ/მლ) მათ შორის ისეთი სიტუაციის დროს, როდესაც რეზისტენტულია სხვა ანტიფუნგალურ პრეპარატებზე, აქტიურობა ასპერგილუსის წინააღმდეგ (MIC 0.4-2.7 მგ/მლ). Caspofungin-ს ჩვენებები მოიცავს: ემპირიული მკურნალობა ცხელებიან ნეიტროპენიულ პაციენტებში; კანდიდაზი გამოწვეული ინტრაბადომინური ასეცეხები, პერიტონიტი და პლევრის ინფექციები; საყლაპავის კანდიდაზი და ინვაზიური ასპერგილოზი პაციენტებში, რომლებიც რეფრაქტორული ან არატოლერანტულები არიან სხვა თერაპიებზე. პლაზმის დონე რეკომენდებული დოზებისას = პიკური -12 მგ/მლ, უმცირესი დოზისას - 1.3 (25 სი) მგ/მლ. ტოქსიკოლოგია: შესაძლებელია არა-ტოქსიკური. ყველაზე ხშირი გვერდითი ეფექტია: ქავილი ინფუზიის ადგილას და თავის ტკივილი, ცხელება, ციება, ლებინება, დიარეა ასოცირებული ინფუზიისთან. † პლაზმის კრეატინინი 8% Caspofungin-ს დროს vs 21% amphotericin B მოკლე კურსისას 422 კანდიდაზით დაკავშირებულ პაციენტში (Ln. Oct 12, 2005, online). წამლის რეაბილიტაციაში მმდინარეობს ლეიშმანოზი, დოზა უნდა შემცირდეს 35 მგ-მდე საშუალო სიმძიმის ან მძიმე ლეიშმანოზის უკმარისობის შემთხვევაში. C კლასის ორსულებში (ემბრიოტოქსიკურია ვირთხებსა და კურდღლებში). წამალი-წამალთან ურთიერთქმედების სახეადაც, განსაკუთრებით, ციკლოსპორინები (პეპატოქსიკური) და ტაკროლიმუსი (წამლის დონის მონიტორინგი საავადმყოფოში) იხილეთ ცხრილი 22, გვ. 477. აღწერილია შეცვლილი თრომბოციტოპენია (Pharmacother 24:1408, 2004). შარდში და CSF-ში წამალი არ აღმოჩნდება.
მიკაფუნგინი (მიკაპინი) 50 მგ/დღე მკვლელობის ტერმინის დროს უკრძალავს ტრანსპლანტაციის შემდგომი პროფილაქტიკისთვის; 100 მგ - კანდიდაზი 150 მგ - კანდიდაზი ეზოფაგატი	FDA-ს მიერ ნებადართული მე-2 ექსპერტინი - ეზოფაგური კანდიდაზის საშუალოდ და სისხლის დროვანი უკრძალავს რტანსპლანტაციის (HSCT) რეკომენდებული კანდიდაზი ინფექციის საპროფილაქტიკოდ. აქტიურობა candida sp. და aspergillus sp.-ს უმეტესობის წინააღმდეგ, მათ შორის: ფლუკონაზოლ-რეზისტენტული C. Glabrata-ს, C. Krusei-ს წინააღმდეგ. ანტაგონიზმი არ არის ნაჩიხი სხვა ანტიფუნგალურ წამლებთან კომბინაციების დროს. არ არის საჭირო დოზის მორგება მძიმე რენალური ან ზომიერი ღვიძლის უკმარისობების დროს. ერიდოს ნივთიანობათა და სირლიმუსთან ერთად დანაშაუნი. მიკაფუნგინი ადვილად ტოლერირებადი და ყველაზე ხშირი გვერდითი მოვლენებია: გულისრევა 2.8%, ლებინება 2.4%, თავის ტკივილი 2.4%. აღწერილია გარდაშალი † LFT, შარდოვანა, კრეატინინი; აღწერილია მნიშვნელოვანი ჰეპატიტის, თირკმლის უკმარისობის იშვიათი შემთხვევები. იხილეთ CID 42:1171, 2006. შარდში და CSF-ში წამალი არ აღმოჩნდება.

- ¹ გამოქვეყნებულია მონაცემები Ampho B დეოქსიოლატის მიმართ (Ampho B d) არატოლერანტული ან რეფრაქტერული პაციენტების შესახებ. პროსპექტულ კვლევებში ლიპიდური ampho B-ს პრეპარატებს არ უჩვენებიათ უფრო მაღალი ეფექტურობა ampho B-სთან შედარებით, გარდა ერთისა, როდესაც ლიპოსომური ampho B უფრო ეფექტური იყო დისემინირებული ჰისტოპლაზმოზის მკურნალობისას 2 კვირის თავზე. დოზის ექვივალენტურობა არ არის დადგენილი (CID 36:1500,2003). ყველა ლიპიდური ampho B პრეპარატის ნეფროტოქსიურობა ↓.
- ² Abtelcet-ის და AmBisome-ის შედარებისას აღმოჩნდა, რომ Abtelcet-ს ახასიათებს უფრო მაღალი ინფუზია-ასოცირებული ტოქსიკურობა (შემცევნება, ფეხრილური ეპიზოდები) 70% vs 36%, თუმცა AmBisome-ს ახასიათებს უფრო ხშირი მსუბუქი ჰეპატური ტოქსიკურობა 59% vs 38%, $p=0.05$. პლაზმაში კრეტატინინის მცირე მომატება აღინიშნა ორივე პრეპარატის მიღებისას 1/3 შემთხვევაში (BJ Hemat 103:198; Focus on Fungal Inf #9, 1999; Bone Marrow Tx 20:39, 1997; CID 26:1383;1998).

ხსრილი 118 (2)

ნაშლის სახელი, ბენერკი (კომერციული/რეგულირებადი დოზირება)	ბევრადიოთი მოვლენები/კომენტირება
ანიდოლფენი (Eraxis) კანდიდემისთვის: 200 მგ IV პირველ დღეს, შემდგომ 100 მგ/დღე IV EC მკურნალობისთვის: 100 მგ IV x1, შემდგომ 50 მგ/დღე IV ერთჯერადად	ექინოკანდინი ანტიფუნგალური ეფექტით Candida sp და Aspergillus sp. წინააღმდეგ, მათ შორის: ampho B და ტრაიზოლ-რეზისტენტული შტამებზეც, FDA-ს მიერ ნებადართულია მკურნალობა ცხოვარული კანდიდოზის(EC), კანდიდემის და სხვა გართულებული კანდიდური ინფექციების. კლინიკურ კვლევებში ეფექტურია ცხოვარული კანდიდოზი და 1 კვლევაში აღმოჩნდა ფლუკონაზოლზე უკეთესი (75.2% vs 60.2%) 245 პაციენტში ინვაზიური კანდიდოზის/კანდიდემის მკურნალობისას. სხვა ექინოკანდინების მსგავსად, შესაძლებელია არატოქსიკურობა: ხშირი გვერდითი მოვლენებია – გულისრევა, ღებინება, ↓ მგ, ↓ K და თავის ტკივილი 11-13%. არ არის საჭირო დოზის მორგება თირკმლის ან ღვიძლის უკმარისობისას. იხილეთ CID 43:215, 2006. შარდში და CSF-ში წამალი არ აღმოჩნდება.
ფლუკონაზოლი (დიფლუკანი) 100 მგ ტაბლეტები 150 მგ ტაბლეტები 200 მგ ტაბლეტები 400 მგ IV ორალური სუსპენზია: 50 მგ ყოველ 5მლ-ზე.	IV=ორალურად მიღებული დოზის კარგი ბიომედიკინური კავშირია. ფარმაკოლოგია: შეიწოვება PO, წყალში ხსნადობა IV მიცემის შესაძლებლობას გვაძლევს. პლაზმის პიკური დონის სანახავად იხილეთ ცხრილი 9A, გვ. 190. T1/2 30 სთ (დაბაზონი 20-50 სთ). 12% ცილებს უერთდება. ნორმაში CSF-ის დონე = პლაზმის დონის 50-90%, ↑ მენინგიტის დროს. არ აქვს სტეროიდების მეტაბოლიზმზე ეფექტი ტუმპეროვებში . ხშირია წამალთაშორის ურთიერთქმედება, იხილეთ ცხრილი 22. გვერდითი მოვლენები ჯანში 16%-ია (ყველაზე ხშირია აივ დადებითი პაციენტებში (21%)). გულისრევა 3.7%, თავის ტკივილი 1.9%, კანის გამონაყარი 1.8%, მუცლის ტკივილი 1.7%, ღებინება 1.7%, დიარეა 1.5%, ↑ SGOT (AST) 20%. ალოპეცია (Scalp. Public crest) 12-20%, თუ პაციენტი იღებს ≥400 მგ PO q24h საშუალოდ 3 თვის განმავლობაში (შეცვლილია საგარეოდ 6 თვეში). იშვიათად, მძიმე ჰეპატოტოქსიკურობა (CID 41:301,2005), ექსტრაოციტური დერმატოტი. შენიშვნა: Candida krusei და Candida glabrata რეზისტენტულია Flu-ზე.
ფლუეციტოზინი (Ancobon) 500 მგ კაპსულები	AE: საერთო ჯანში 30%. GI 6% (დიარეა, ანორექსია, გულისრევა, ღებინება); ჰემატოლოგიური გართულებები 22% (ლეიკოპენია, თრომბოციტოპენია, როგორც შრატის დონე > 100 მკ/მლ(განს. ანოტიმურ პაციენტებში)); ჰეპატოტოქსიკურობა (სიმპტომური ↑ SGOT (AST), შეცვლილია); კანის გამონაყარი 7%; ალოპეცია იშვიათად (იშვიათად, 2-3 შემთხვევა). პლაზმის კრეატინინის ცრუ ↑ EKTACHEM ანალიზატორზე.
გრეზოფულვინი (Fulvicin, Grifulvin, Grisactin) 500 მგ, სუსპენზია 125 მგ/მლ	ფოტოსენსიტივობა, ურტიკარია, GI გაღვივება, დადლიობა, ლეიკოპენია (იშვიათად). ურთიერთქმედებს ვარფარინთან. ზრდის სისხლს და შარდში პორფირინის დონეს, არ უნდა გამოვიყენოთ ფორფირით დაავადებულ პაციენტებში. მცირე დისლუფიდამის-მსგავსი რეაქციები. სისტემური წითელი მგლურას დამძიმე.
იმიდაზოლები ტოპიკური ვაგინური ან/და კანის გამოყენებისთვის	არ არის რეკომენდებული ორსულობის პირველ ტრიმესტრში. ლოკალური რეაქციები 0.5-1.5%; დისპარეუნია, მსუბუქი ვაგინური ან ვულვური ერიტიზი, წვა, ურტიკარია, გამონაყარი. იშვიათად მსგავსი სიმპტომები სექსუალურ პარტნიორში.
იტრაკონაზოლი (სპორანოქსი) 100 მგ კაპსულები 10 მგ/მლ ორალური ხსნარები	იტრაკონაზოლის ტაბლეტები და ხსნარი ერთმანეთს არ ცვლის, ხსნარებს უპირატესობა ენიჭება. რეკომენდებულია პლაზმაში წამლის დონის განსაზღვრა 2 კვირის შემდეგ, რომ დავრწმუნდეთ, დამაკმაყოფილებელია თუ არა შეწოვა. მაღალი პლაზმის დონის მისაღწევად კარგია ტაბლეტის მიღება საკმელთან და მკვევ სასმელთან ერთად (მაგ.კოკა-კოლა), მაშინ,

ნაშლის სახელი, ბენდერი ცომარხი/რეგული დოზირება	გვერდითი მოვლენები/კომენდარები
IV მიღებული დოზაა 200 მგ bid x 4 დოზა, შემდგომ 200 მგ q24h მასიუმ 14 დღეში	როდესაც ხსნარი მიიღება მწერზე; ამ პირობებში, პიკური კონცენტრაცია კავსულის არის 3 მკგ/მლ და ხსნარის 5.4 მკგ/მლ. პიკური კონცენტრაცია უფრო მაღლ მიიღწევა ხსნარის მეშვეობით (2.2vs 5 სთ). IV (200 მგ) და ორალური კავსულების (200მგ) პიკური კონცენტრაციების შედარება: 2.8 მკგ/მლ (მკურნალობის მე-7 დღე) vs 2 მკგ/მლ (36-ე დღე). ცილებთან ბმა 99%-ზე მეტია ორივე წამლისთვის, რაც ხსნის ვირტუალურ შეუღწევლობას CSF-ში (არ გამოიყენეთ მენინგიტის სამკურნალოდ). გვერდითი მოვლენები: დოზა-დამოკიდებული გულისრევა 10%, დიარეა 8%, ლებინება 6% და აზდომინური დისკომფორტი 5.7%, ალერგიული გამონაყარი 8.6%, ↑ ბილირუბინი 6%, ედემა 3.5% და ჰეპატიტი 2.7%. ↑ დოზაზე შეიძლება გამოიყენოს ჰიპოკალემია 8% და ↑ არტერიული წნევა 3.2%. აღწერილია დელირიუმი, პერიფერიული ნეიროპათია და ტრემორი (J Neur Neurosurg Psych 81:327, 2010). აღწერილია გულის ფუნქციონირების დაქვეითება. ონიქომიკოზით დაავადებულ პაციენტებში მძიმე ღვიძლის უკმარისობის გამო საჭირო გახდა ღვიძლის ტრანსპლანტაცია: FDA აღწერს 24 შემთხვევას 11 სიკვდილით (50 მილიონი ადამიანიდან), რომელთაც მიიღეს წამალი 2001 წლამდე. ასევე გასათვალისწინებელია სხვა წამლებთან ურთიერთქმედება ისევე, როგორც ფლუკონაზოლის და კეტოკონაზოლის; იხილეთ ცხრილი 22. ზოგიერთი შემთხვევა იყოს სიცოცხლისთვის საშიში.
კეტოკონაზოლი (ნიზორალი) 200 მგ ტაბლეტი	კუჭის მეფა საჭიროა შეწოვისთვის - გიმეტიდინი, ომეპრაზოლი, ანტაციდები აფერხებს შეწოვას. აქლორჰიდრისას, გახსენით ტაბლეტი 4 მლ 0.2N HCl, დალიეთ წყრით. კოკა-კოლა ↑ შეწოვას 65%-ით. CSF დონე არ არის. სხვა წამლებთან ურთიერთქმედება საყურადღებოა. იხილეთ ცხრილი 22, ზოგიერთი ურთიერთქმედება შეიძლება სიცოცხლისათვის საშიში იყოს. დოზა-დამოკიდებული გულისრევა და ლებინება. აღწერილია ჰეპატოცელულური ღვიძლის ტოქსიკურობა 1:10,000 ნამკურნალე პაციენტში - როგორც წესი, მიღების დაწყებიდან რამოდენიმე დღის ან კვირის შემდეგ. ისეთი დოზით, როგორცაა ≥ 800 მგ/დღე, ამცირებს ტესტოსტერონს და პლაზმის კორტიზოლს. მაღალი დოზებისას, თირკმელზედა ჯირკვლის (ადისონის) კრიზისი არის აღწერილი.
მიკონაზოლი (მონისტატი IV) 200 მგ – არ არის ხელმისაწვდომი აშშ-ში	IV მიკონაზოლი ნაჩვენებია Scedosporium (Pseudallescheria Boydii) ინფექციის მქონე მძიმედ მოავადე პაციენტებში. ძალიან ტოქსიკურია იმ ტრანსპორტის გამო, რომელშიც წამალი უნდა გაეცხსნათ.
ნისტატინი (Mycostatin) 30 გრ კრემი 500,000 ერთეულიანი ორალური ტაბლეტი	ტოპიკური: არ აქვს გვერდითი ეფექტი. ნაკლებ ეფექტური, ვიდრე იმიდაზოლები და ტრიაზოლები. PO: დიდი დოზა იწვევს ხანგამოშვებით GI დისტრესს და დიარეას.

ხსრილი 118 (3)

ნაშლის სახელი, ბანერაჟი (კომერციული/რეკლამა დოკუმენტი)	გვარდამთმომოვლენები/კომენტარები
პოსაკონაზოლი (ნოქსაფილი) 400 მგ PO bid საკმელთან ერთად (საქმლის გარეშე, 200 მგ qid). 200 მგ PO TID (საკმელთან ერთად) პროფილაქტიკისთვის. გახანგრძლივებული მოქმედების ტაბლეტი (100მგ) ; 300 მგ bid x 1 დღე და შემდეგ 300 მგ დღიური დოზა პროფილაქტიკისთვის. ივ ფორმა 300 მგ ივ bid x 1 დღე. 300 მგ დღეში (პროფილაქტიკა) თერაპიის ხანგრძლივობა 7-10 დღე რათა მივაღწიოთ სტაბილურ შედეგს. 7-10 დღეა საჭირო სტაბილური შედეგის მისაღწევად არა ივ ფორმის დროს.	ორალური ტრიაზოლი - აქვს ეფექტი სოკოების ფართო სპექტრზე, რომლებიც რეფრაქტერული არიან სხვა ანტიფუნგური მკურნალობის მიმართ: ასპერგილოზი, მუკორმიკოზი (სხვადასხვა სახის), ფუზარიოზი, Scedosporium (Pseudallescheria), Phaeophycomycosis, ჰისტოპლაზმოზი, რეფრაქტერული კანდიდოზი, რეფრაქტერული კოკიდიოიდომიკოზი, რეფრაქტერული კრიპტოკოკი და რეფრაქტერული ქრომოზლასტომიკოზი. მაქსიმალური შეწოვის მისაღწევად უნდა დაგინშნოთ ცხიმით მდიდარ საკვებთან ერთად. შესაძლებელია პროფილაქტიკისთვის გამოყენება (NEJM 356:348, 2007). კლინიკური შედეგი იყო აზოლ-რეფრაქტერული ორალური/ცხოვარული კანდიდოზის მქონე შიდსიანი პაციენტების (176 პაციენტი) 75%-ში. ახასიათებს იგივე ტოქსიკურობა, რაც სხვა ტრიაზოლებს: გულისრევა 9%, ღებინება 6%, ადომინური ტკივილი 5%, თავის ტკივილი 5%, ↑ AST, ALT და გამოწყარი 3%. პაციენტებში, რომლებიც მკურნალობენ >6თვე, გამოვლინდება ისეთი სერიოზული გვერდითი მოვლენები, როგორიცაა: ადრენალური უკმარისობა, ნეფროტოქსიკურობა, QTc გახანგრძლივება, მნიშვნელოვანი წამალთაშორის ურთიერთქმედება; აინჰიბირებს CYP3A4 (იხილეთ ცხრილი 22). გაითვალისწინეთ შრატის კონცენტრაციების მონიტორინგი (AAC 53:24, 2009). (იხილეთ Drugs 65:1552, 2005) 100 მგ გახანგრძლივებული მოქმედების ტაბლეტები: დარტყმითი დოზა 300 მგ (საში 100 მგ გახანგრძლივებულ ტაბლეტი) ორჯერ დღეში პირველ დღეს , რასაც მოყვება ერთხელ მისაღები დღიური დოზა 300 მგ (საში 100 მგ გვიან მოქმედი ტაბლეტი) თერაპიის მეორე დღეს მიღებულია პროფილაქტიკა მხოლოდ და არა მკურნალობა . ტაბლეტებს აქვს უკეთესი შედეგები ვიდრე სუსპენზიას. სამკურნალო დოზა უცნობია, მაგრამ საპროფილაქტიკო დოზა ხშირად აღწევს თერაპიულ ეფექტს. ტაბლეტი და ხსნარი არ არიან ურთიერთმეცვლელი. ივ ფორმა პროფილაქტიკისთვის გამოიყენება პირველ დღეს დარტყმითი დოზა 300 მგ bid და შემდეგ ივ 300 მგ ყოველდღიურად. დოზირება დამოკიდებულია მიმავალ მიზანზე >0.7 გამოიყენება პროფილაქტიკისთვის და >1.0 მკურნალობისთვის JAC 69:1162, 2014
ტერბინაფინი (ლამიზილი) 250 მგ ტაბლეტები	ონიომიკოზიან პაციენტებში ტერბინაფინის გამოყენებისას აღწერილია იშვიათი (8) შემთხვევები - იდიოსინკრაზიული და სიმპტომატური ჰეპატური დაზიანება და უფრო იშვიათად - ღვიძლის უკმარისობა, რომელიც ლეტალურად სრულდება ან საჭიროებს ტრანსპლანტაციას. არ არის რეკომენდებული ქრონიკური ან მწვავე ღვიძლის დაავადებით პაციენტებისათვის; ჰეპატოტოქსიკურობა შეიძლება განვითარდეს მიუხედავად იმისა, არის თუ არა ღვიძლის დაავადება. მკურნალობის წინ რეკომენდებულია ტრანსამინაზების (AST, ALT) განსაზღვრა და გადამხრის შემთხვევაში ალტერნატიული მკურნალობა. პაციენტებმა, რომელთაც დაიწყეს მკურნალობა ტერბინაფინით, უნდა მიაქციონ ყურადღება ღვიძლის დისფუნქციურ სიმპტომებს (გულისრევა, ანორექსია, დაღლილობა, ღებინება, მარცხენა ფერდებზეა არის (მუცა) ტკივილი, სიცხითლე, მუქი შარდი და აქოლიური განავალი). თუ სიმპტომები განვითარდა, წამალი უნდა მოიხსნას და ღვიძლის ფუნქციები შეფასდეს.

ნახლსი სახელი,განმარკი (კომერციული/რეპული დოზირება)	გავრდოთი მოვლენები/კომენდარები
	კვლევებში დაფიქსირდა თვალის ბროლისა და რქოვანას ცვლილებები - კლინიკური მნიშვნელობა უცნობია. მთავარი წამალთაშორისი ურთიერქმედება არის ის, რომ რიფამპინის კლირენსი 100%-ით ↑. თანამოვლენები: როგორც წესი, მსუბუქი, გარდამავალი და იშვიათია, რომ გამოიწვიოს მკურნალობის შეწყვეტა. AE პროცენტულობა ტრბინაფინი vs პლავეგო: ღებინება/დიარეა 2.6-5.6% vs 2.9%; გამონაყარი 5.6% vs 2.2%; გემოს ცვლილება 2.8% vs 0.7%. არის CYP2D6 ენზიმის ინჰიბიტორი (იხილეთ ცხრილი 22). აღწერილია მწვავე გენერალიზებული ეგზანთემური პუსტულოზი და ქვემწვავე კანის lupus erythematosus.
გორიკონაზოლი (Vfend) IV: დატვირთვის დოზა - 6 მგ/კგ q12h 1 დღე, შემდგომ 4მგ/კგ q12h IV ინვაზიური ასპერგილოსისა და მიმე სოკოვანი ინფექციებისას; 3 მგ/კგ IV q12h მიმე კანდიდური ინფექციისას ორალური: წონა >40 კგ: 400 მგ PO q12h, შემდგომ 200 მგ PO q12h წონა <40 კგ: 200 მგ PO q12h, შემდგომ 100 მგ PO q12h ორალური დოზის მიღება ჭამამდე 1 საათით ადრე ან ჭამიდან 1 საათის შემდეგ. ორალური სუსპენზია (40 მგ/მლ). დოზირება სუსპენზიისთვის: იგივე, რაც ორალური ტაბლეტებისთვის. მეზანარქუნეგელი დიზა მეგამიერეთ 1/2-მდე, თუ საშუალო სიმძიმის ღვიძლის უკმარისობა.	ტრიაზოლი - ფეცტურია apsergillus sp.-ს წინააღმდეგ, მათ შორის: Ampho B რეზისტენტული A. Terreus ზტამეზუ. აქტიურია Candida Sp. (Krusei-ზეც), Fusarium Sp. და სხვა სოკოვან ინფექციებზე. მყარ ფაზაში შრატში კონცენტრაცია აღწევს 2.5-4 მგ/მლ. პაციენტების 20%-ში ორალურად მიღების შემთხვევაში აღინიშნება სუბთერაპიული დონე: შეამოწმეთ კონცენტრაციის დონეები შემთხვევაში, თუ ვარაუდობთ მკურნალობის უეფექტობას ან ინფექცია სიცოცხლისთვის საშიშია. 300 მგ bid ორალური დოზა ან 8 მგ/კგ/დღე IV შესაძლებელია გახდეს საჭირო, რათა მიღწეულ იქნას წამლის კონცენტრაციის მყარი დონე 1-6 მგ/მლ. ტოქსიკურობა სხვა აზოლების და ტრიაზოლების მსგავსია, ასევე მოიცავს ღვიძლის ტოქსიკურობას (ჰეპატიტი, ქოლესტაზი, ელვისებრი ღვიძლის უკმარისობა). უნდა შეგახდეს ღვიძლის ფუნქციები მკურნალობის პერიოდში და თუ დაზიანებები განვითარდა, შეჩერდეს მკურნალობა. გამონაყარი აღწერილია 20%-ში, OCC, ფოტოსენსიტიურობა, იშვიათად სტივენს ჯონსონის სინდრომი, ჰალუცინაციები და ანაფილაქსიური რეაქცია ინფუზიაზე ჰიპერტენზიითა და ცხელებით. აღწერილია 1 შემთხვევა, როდესაც 15 წლის პაციენტს განუვითარდა QT გახანგრძლივება + პარკუქოვანი ტაქიკარდია. დაახლოებით 21%-ში ვლინდება მიედმალოზის გარდამავალი დარღვევა, რომელიც მოსდევს IV ან PO მიღებას (შეცვლილი/გამოღიერებული ვიზუალური აღქმა, ბუნდოვანი ან ფერადი ვიზუალური ცვლილებები, ფოტოფობია) 30-60 წუთში. მხედველობის ცვლილებები გაივლის 30-60 წუთში წამლის შეყვანიდან და ატენუირდება განმეორებითი დოზისთვის (ღამით არ ატაროთ მანქანა აზოლუტორიული მკურნალობის დროს). გახანგრძლივებული მხედველობითი ცვლილებები იშვიათად ვლინდება. გამოიწვევი უცნობია. პაციენტებში, რომელთაც CIGR<50 მლ/წთ, შეიძლება დაგროვდეს ინტრაცერული გადამტანი (SBEC)- სულფობოტლითიერ-B ციკლოდექსტრინი) და შეიძლება ასოცირებული იყოს ნერვოტოქსიკურობასთან მიუხედავად იმისა, რომ უახლოესმა კვლევამ ეს არ დაადასტურა (CID 54:913,2012). ჰალუცინაცია, ჰიპოგლიკემია, ელექტროლიტური დარღვევები, პნემონიტი დაკავშირებული ↑ წამლის კონცენტრაციასთან. არსებობს წამალთაშორისი ურთიერთქმედების პოტენციალი - იხილეთ ცხრილი 22. ფტორის გახანგრძლივებულმა გამოყენებამ წამალში შესაძლოა გამოიწვიოს მტკივნეული პერიოსტიტი. შინიშნა: შარდში აქტიური ფტორით არ არის. არა აქტიური მუკორმიკოზის შემთხვევაში.



**ცხრილი 11C – მანკურნაბადი პათოგენური სოკოების წინააღმდეგ
შემოსაგებავალი ანტიფუნგური მედიკამენტების მოკლე შეფასება**

მიკროორგანიზმი	ანტიფუნგალური ^{1,2,3,4}					
	ფლუკონა- ზოლი ⁵	იტრაკონა- ზოლი	ვორიკონა- ზოლი	პოსაკონა- ზოლი	ეცინოკანდინები ⁶	პოლიენები
<i>Candida albicans</i>	+++	+++	+++	+++	+++	+++
<i>Candida dubliniensis</i>	+++	+++	+++	+++	+++	+++
<i>Candida Glabrata</i>	±	±	+	+	+++	++
<i>Candida tropicalis</i>	+++	+++	+++	+++	+++	+++
<i>Candida parapsilosis</i> ⁷	+++	+++	+++	+++	++ (უფრო მაღალი MIC)	+++
<i>Candida krusei</i>	–	+	++	++	+++	++
<i>Candida guilliermondii</i>	+++	+++	+++	+++	++ (უფრო მაღალი MIC)	+
<i>Candida lusitanae</i>	+	+	++	++	++	– ⁸
<i>Cryptococcus neoformans</i>	+++	+	+++	+++	–	+++
<i>Aspergillus fumigatus</i> ⁹	–	++	+++	+++	++	++
<i>Aspergillus flavus</i> ⁹	–	++	+++	+++	++	++ (უფრო მაღალი MIC)
<i>Aspergillus terreus</i>	–	++	+++	+++	++	–
<i>Fusarium</i> sp.	–	±	++	++	–	++ (ლიპიდური ფორმები)
<i>Scedosporium apiospermum</i> (<i>Pseudoallescheria boydii</i>)	–	–	+++	+++	–	–
<i>Scedosporium prolificans</i> ¹⁰	–	–	±	±	–	+
<i>Trichosporon</i> spp.	±	+	++	++	–	–
<i>Mucormycosis</i> (მაგ: <i>Mucor</i> , <i>Rhizopus</i> , <i>Lichtheimia</i>)	–	–	–	++	–	++ (ლიპიდური ფორმები)
<i>Dematiaceous Molds</i> ¹¹ (მაგ. <i>Alternaria</i> , <i>bipolaris</i> , <i>Curvularia</i> , <i>Exophiala</i>)	–	++	+++	+++	+	+
დიმორფული სოკოები						
<i>Blastomyces dermatidis</i>	+	+++	++	++	–	+++
<i>Coccidioides immitis/posadasii</i>	+++	++	++	++	–	+++
<i>Histoplasma Capsulatum</i>	+	+++	++	++	–	+++
<i>Sprothrix schenckii</i>	–	++	–	+	–	+++

- = არ არის აქვს აქტივობა; ± = შესაძლო აქტივობა; + = აქტიურია, მესამე რიგის პრეპარატი (ყველაზე მცირე კლინიკური აქტივობა)
++ აქტიურია, მეორე რიგის პრეპარატი (მცირე კლინიკური აქტივობა); +++ აქტიური, პირველი რიგის პრეპარატი (როგორც წესი, კლინიკურად აქტიურია)

- ¹ მინიმალური მაინჰიბირებელი კონცენტრაციის შეფასებით ყოველთვის ვერ ვიწინასწარმეტყველებთ შედეგს.
- ² ექინოკანდინს, ვორიკონაზოლს, პოსაკონაზოლს და პოლიენებს აქვთ შარდში შეღწევადობის დაბალი უნარი.
- ³ ძლიერი იმუნოსუპრესიის დროს წარმატება დამყარებულია იმუნიტეტის რეკონსტიტუციაზე.
- ⁴ ფლუციტოზინს აქვს აქტივობა *Candida* Sp., *Cryptococcus* sp და dematiaceous molds მიმართ, მაგრამ ძირითადად მაინც კომბინაციური თერაპიისას გამოიყენება.
- ⁵ ტრიაზოლემბის რეზისტენტობის დიდი ალბათობაა *Candida* sp.-ს მეორადი ინფექციის შემთხვევაში, თუ მანამდე ასევე ტრიაზოლემბით აქვს ჩატარებული მკურნალობა.
- ⁶ ექინოკანდინის ფარმაკოდინამიკა ნახეთ JAC 65:1108, 2010.
- ⁷ *Candida parapsilosis*-ის ინფექციის წარმატებული მკურნალობა მოითხოვს უცხო სხეულის და ინტრავასკულური მოწყობილობების მოშორებას
- ⁸ მკურნალობის უმედეგობა აღწერილია მგრძნობიარე შტამების დროსაც კი.
- ⁹ ამფოტერიცინის ლიპიდური ფორმები უფრო მაღალი აქტივობით ხასითდება *A.Flumigatus*-ის და *A. flavus*-ის (+++) მიმართ.
- ¹⁰ *Scedosporium prolificans* ნაკლებად მგრძნობიარეა მონოთერაპიის მიმართ და შეიძლება კომბინაციური თერაპია იყოს საჭირო (მაგ. ტერბინაფინის დამატება).
- ¹¹ *Mucormycosis*-ის, ზოგიერთი *Apergillus* sp.-ის და dematiaceous-ის სოკოვანი ინფექციები ხშირად საჭიროებენ ქირურგიულ მოშორებას.

ხრჩილი 12A - მიკობაქტერიული ინფექციების მაკრანალაბა*

ტუბერკულოზის კანის ტესტი (TST), იგივე PPD (Chest 138:1456,2010)

დადებითი TST კრიტერიუმების 5 ტუბერკულოზის ერთეული წაკითხული 48-72 საათში (საშუალო PPD):

- ≥ 5 მმ ინდურაცია: აივ ინფექცია, იმუნსუპრესია, >15 მგ პრედნიზონი დღეში, განკურნებული TBC ფილტვის რენტგენოგრამაზე, ახლო კონტაქტი უახლოეს პერიოდში
- ≥ 10 მმ ინდურაცია: უხეირო მალალი პრევალენტობის ქვეყნებიდან, IVD მომხმარებელი, დაბალ შემოსავლიანი პირი, NH რეზიდენტი, ქრონიკული დაავადება, სილიკოზი
- ≥ 15 მმ ინდურაცია: სხვაგვარად უანმრთელი.

ორი ეტაპი საჭიროსაქყო დადებითობის დასადგენად: თუ პირველი PPD დადებითია მაგრამ <10 მმ, გაიმეორეთ PPD 1 კვირაში. მეორე PPD-ზე პასუხი შეიძლება იმ შემთვევაშიც განვითარდეს, თუ პაციენტი ბავშვობაში BCG ვაქცინირებულია.

BCG ვაქცინაციაბავშვობისას: ≥ 10 მმ ინდურაცია, ქვეყნიდან, სადაც TBC პრევალენტობა მაღალია, უნდა მიეწეროს M. Tuberculosis-ს. თუ TB პრევალენტობა

დაბალია და TST რეაქცია ≤ 18 მმ, უფრო სავარაუდოა ინდურაცია განპირობებულია BCG ვაქცინაციით, ვიდრე TB (CID40:2011, 2005). BCG ვაქცინაციამ შეიძლება ასევე გამოიწვიოს „booster ეფექტი“ TST-ს მეორე ეტაპის დროს (ArIm 161:1760,2001; Clin Micro inf 10:980,2005).

რუტინული ანერგიის ტესტი აღარ არის რეკომენდებული აივ-დადებით ან უარყოფით პაციენტებში (JAMA 283:2003,2000).

ინფერფერონ გამას გამოთავისუფლების ანალიზები (IGRAs): IGRAs ადგენს სენსიტიურობას M. TBC-ზე, ინტერფერონ-გამას გამოთავისუფლების გაზომვით M. TBC ანტიგენის საპასუხოდ. შესაძლებელია გამოყენებულ იქნას TST-ს მაგივრად, ყველა იმ შემთვევაში, როდესაც შეიძლება TST გამოყენება (MMWR59(RR-5), 2010).FDA-ს მიერ აშშ-ში ნებადართულია შემდეგი ტესტები:

- Quantiferon-TB gold (QFT-G)(ნებადართო 2005-ში)
- Quantiferon-TB gold in Tube Test (QFT-GIT) (ნებადართო 2007-ში)
- T-spot (ნებადართო 2008-ში)

QFT-G, QFT-GIT და T-spot ყველა მათგანი საზღვრავს იმუნოლოგიური პასუხის სხვადასხვა ასპექტს, ასე რომ, ტესტები არ არის ყოველთვის ურთიერთშენაცვლებადი. IGRAs შედარებით უფრო სპეციფიკურია M. TBC-ზე და არ იძლევა ჯვარედინ რეაქციას BCG-ზე ან სხვა უმეტეს არატუბერკულოზურ მიკობაქტერიასთან. CDC რეკომენდაციასგამდევს IGRAs გამოყენებულ იქნას ისეთ პაციენტებში, რომლებიც TST არა სარწმუნოა და ჩატარებული აქვთ BCG ვაქცინაცია. 5 წლამდე ასაკის ბავშვებში უპირატესობა ენიჭება TST (მაგრამ IGRA-ც მისაღება). პაციენტებში, რომელთაც კონტაქტი ჰქონდათ TB-იანი ავადმყოფთან, შესაძლებელია როგორც IGRA-ს, ასევე TST-ს გამოყენება, იქიდან გამომდინარე, რომ IGRA-ს არ ახასიათებს „booster ეფექტი“. ასევე ორივე უპირატესობის მინიჭების გარეშე, შეიძლება გამოვიყენოთ პროფესიული რისკის მქონე პაციენტებში. როგორც TST, ასევე IGRA შესაძლოა მოგვეცეს ცრუ-დადებითი შედეგი დაბალი პრევალენტობის მოსახლეობაში (CID 53:234,2011). მწარმოებლების მიერ მოწოდებული IFN-გამას ზღვრული მაჩვენებელი ≥ 0.35 IU/ml QFT-G-თვის შესაძლოა იყოს მნიშვნელოვნად მცირეს დაბალი პრევალენტობის პირობებში და მართებული შესაძლოა იყოს უფრო მაღალი ზღვარი (Am J Respir Crit Care Med 188:1005, 2013). IGRA-ს დეტალური გაცნობისათვის, იხილით MMWR59 (RR-5), 2010 და JAMA 308:241,2012.

სწრაფი (24 სთ და ნაკლები) დიაგნოსტიკური ტესტები M.Tuberculosis-თვის: 1. ამპლიფიცირებული ტუბერკულოზის მიკობაქტერიის პირდაპირი ტესტით ხდება მისი რიზოსომულ რნმ-ის ამპლიფიკაცია და აღმოაჩენა. 2. AMPLICOR აღმოაჩენს ტუბერკულოზური მიკობაქტერიის დნმ-ს. ორივე ტესტის სპეციფიკურობა და სენსიტიურობა >95% ნახველის ნიმუშებში, რომლებიც AFB-დადებითია. AFB-უარყოფით შემთხვევაში სპეციფიკურობა ისევ>95%, მაგრამ სენსიტიურობა 40-77%-ია (MMWR 58:7, 2009; CID 49:46, 2009). COBAS TaqMan MTB ტესტი: რეალური დროის PCR ტესტი აღმოაჩენს M. tuberculosis-ს რესპირატორულ სეკრეტში (J Clin Microbiol 51:3225, 2013) (არ არის ხელმისაწვდომი აშშ-ში).

Xpert MTB/RIF არის სწრაფი (2 სთ) ტესტი M.Tbc აღმოსაჩენად ნახველის ნიმუშებში, რომელიც ასევე ადგენს RIF-დამი რეზისტენტობას 99.2% სპეციფიკურობითა და 72.5% სენსიტიურობით AFB-უარყოფით შემთხვევებში (NEJM 363:1005, 2010). დღესდღეობით არსებული ანტისხეულ-დაფუძნებული და ELISA-დაფუძნებული ტესტები TBC დასადგენად არ არის ჯანმოს მიერ რეკომენდებული, რადგან მათი სიზუსტე უფრო დაბალია ვიდრე მიკროსკოპია ± უჯრედული კულტურა (Lancet ID 11:736, 2011)

გამომწვევი აბაზირ/დაავადებები	მოდიფიცირებადი მარკერები	შეთავაზებული შედეგები	
		საწყისი თერაპია	თერაპიის გამძლეობის ფაზა
I. Mycobacterium Tuberculosis-თან კონტაქტი, მაგრამ TST/IGRA ნეგატიური (ოჯახის წევრი ან სხვა ახლო კონტაქტში მოფი პოტენციურად დაავადებული პირი).	ახალშობილები - მკურნალობა აუცილებელია. შენიშვნა: თუ სახეზეა ცხელება და პათ. ცვლილებები CXR-ზე (პლევრალური გამონაჟონი, პილარული ადენოპათია, ინფილტრაცია) უმკურნალო, როგორც აქტ. TB-ს და არა მხოლოდ INH-ით. ----- ბავშვები < 5 წელი - მკურნალობა ნაჩვენებია. ----- მოზრდილი ბავშვები და მოზრდილები - რისკი 2-4% პირველ წელს.	INH (10 მგ/კგ/დღეში 8-10 კვირა)	გაიმეორეთ TST 8-12 კვირაში. თუ TST უარყოფითია, გულმკერდის რენტგენოგრაფია (CXR) ნორმალა და ბავშვის ასაკი >6 თვე INH უნდა შეწყდეს. თუ TST ≥ 5 მმ და ასაკი ≤ 6 თვეზე უმკურნალო INH-ით სრული 9 თვე. თუ შემდგომ CXR-ზე აღინიშნება პათ. ცვლილებები უმკურნალო, როგორც აქტ. TB-ს.
		ისევე როგორც ახალშობილებში, 8-10 კვირა	8-10 კვირის შემდეგ თუ განმეორებითი TST უარყოფითია, შეაჩერეთ მკურნალობა. თუ TST > 5 მმ გააგრძელო INH 9 თვე. თუ INH თავიდანვე არ იქნა დანიშნული, გაიმეორეთ TST 3 თვეში. თუ დადებითია INH 9 თვე (იხილეთ კატეგორია II ქვემოთ) ----- პაციენტები, რომელთაც აღენიშნებათ პროგრესირების მაღალი რისკი (აივ დადებითი, იმუნოსუპრესირებული ან იმუნოსუპრესიაზე მყოფი) და აქტიური ინფექციის არანაირი მტკიცებულება არ არის უნდა უმკურნალოთ, როგორც ლატენტურ ტუბერკულოზს (იხ. ქვემოთ). სხვა შემთხვევაში გაიმეორეთ TST/IGRA 8-10 კვირაში. თუ TST/IGRA ნეგატიურია არ უმკურნალოთ.

მხრილი 12A (2)

ბაზოზმეზი აბაზმე/დააბაზმე	მოდფიზიზაბაზი ბარაზმეზი	მეზაზმეზი მეზიზი	
		საზმისი მეზიზი	მეზიზის ბარაზმეზის ფაზა
II. ლატენტური ტუბერკულოზური ინფექცია (LTBI, პოზიტიური TST ან IGRA, აქტიური ტუბერკულოზი გამორიცხა) (მეზაზმე ცნობილი, როგორც “პროფილაქტიკა”) (NEJM 364:1441, 2011) A. INH წაგეზნება მაღალი რისკის გამო. INH-ზე დიდი ალბათობით მეზიზიზაბაზა. INH ეფექტური აქტიური ფორმის პრევენციისთვის ≥ 20 წლის პაციენტთა 54-88%-ში იბ გრაფიკი 1 მეზიზიზაბაზის ალგორითმისთვის პაციენტებისათვის, რომელთაც აღენიშნებათ პათოლოგიური ცვლილებები	(1) + ტუბერკულინური რეაქცია აივ პოზიტიურებში (აქტიური დაავადების განვითარების რისკი ყოველწლიურად 10%, შიდსის სტადიის შემთხვევაში 170-ჯერ ↑, აივ-პოზიტიურებში – 113-ჯერ ↑) (2) ახლად ინფიცირებული პაციენტები (TST ცვლილება ბოლო ორი წლის განმავლობაში – რისკი 3.3% პირველ წელს) (3) გადატანილი ტუბერკულოზი, რომელიც არ არის ნამკურნალევი ადექვატური ქიმიოპრეპარატებით (INH, RIF, ან ალტერნატიული საშუალებები) (4) + ტუბერკულინური რეაქცია და CXR-ზე არაპროგრესირებადი ტუბერკულოზი (რისკი 0.5-5.0% ყოველ წელს) (5) + ტუბერკულინური რეაქცია სპეციფიურ წინასწარგანწყობით მდგომარეობთან ერთად: ნარკოტიკების IV მოხმარება (MMWR 38:236, 1989), სილიკოზი, დიაბეტი, კორტიკოსტეროიდებით გახანგრძლივებული მეზიზიზაბაზა (>15 მე პრედიზიზი/დღე), იმუნოსუპრესიული თერაპია, ჰემატოლოგიური დაავადებები (ჰოჯკინის ლიმფომა, ლეიკემია), თირკმლების მძიმე დაზიანება, კლინიკური მდგომარეობა წონის მნიშვნელოვანი სწრაფი კლებით ან ქრონიკული შიმშილი, გასტრექტომია (CID 45:428, 2007). (6) + ტუბერკულინური რეაქცია TNF-ალფა თერაპიის დაწყების გამო (CID 46:1738, 2008). მართვის ალგორითმისთვის იხილე Thorax 60:800, 2005. ასაკის მიუხედავად ყველა LTBI-თან მეზიზიზაბაზა უნდა იქნას შეთავაზებული. თუ არის ანტი-TNF თერაპიის ჩვენება, საჭიროა სულ მცირე 1 თვიანი მეზიზიზაბაზა LTBI-სთვის ანტი-TNF თერაპიის დაწყებამდე. (Arth Care & Res	INH po ერთხელ დღეში (მოზრდილი: 5 მე/კგ/დღეში, მაქს 300მგ /დღეში; ბავშვი 10-15 მე/კგ/დღეში, არ უნდა გადააჭარბოს 300 მე/დღეში) X 9 თვე. INH-ზე ჰეპატოტოქსიურობის მინიტორინგის ამგანინდელი რეკომენდაციები იხილეთ MMWR 59.227, 2010. HIV + პაციენტებში დამატებით გამოიყენე pyridoxine 50 მე/დღეში. 12 დოზა კვირამეზიზიზი DOT INH +Rifapentine (RFP): INH po 15mg/kg (max დოზა 900 მე), RFP po (წონაზე დამოკიდებული დოზა): 10-14 კგ 300 მე; 14.1– 25 კგ 450 მე; 25.1– 32 კგ 600 მე; 32.1– 49.9 კგ - 750 მე; ≥ 50 კგ – 900 მე. რეკომენდებული არ არის: 2 წლამდე ასაკის ბავშვებში; ART-ზე მეოფ აივ/შიდსით დაავადებულ პირთათვის; ორსულებში; პაციენტებში, რომლებთანაც საგარეულო INH- და RIF-რეზისტენტული M. Tbc-ს (MMWR 60:1650, 2011).	INH 300 მე ერთხელ დღეში 6 თვე (უმნიშვნელოდ ნაკლებია ეფექტურობა 9 თვიან რეჟიმთან შედარებით. არ არის რეკომენდებული ბავშვებში, HIV + პირებში ან ფილტვის ქსოვილის ფიბროზული გადაგვარებისას.) INH 2x/ კვირაში (მოზრდილი 15 მე/კგ, მაქს 900 მე; ბავშვი 20-30 მე/კგ მაქს დოზა 900 მე) x 9 თვე RIF ერთხელ დღეში po (მოზრდილი: 10 მე/კგ/დღე, მაქს დოზა 600 მე/დღეში; ბავშვი: 10-20 მე/კგ/დღე, მაქს დოზა 600 მე/დღეში) 4 თვე INH +RIF ერელ დღეში 3 თვე

გულმკერდის რენდგენოგრაფიაზე (ზედა წილის ფიბრონოზულა- რული პათოლოგია).	64:625;2012) საერთოდ რიფამპინის შემცველი რეჟიმები (RIF RFB ან RFP) ბევრად ეფექტურია აქტიური ტუბერკულოზის პრევენციისათვის. (AnUN 161:419 &449, 2014)		
	ორსულობა	იგივე რეჟიმებია რაც ზემოთ. თუ აქტიური დაავადება გამოირიცხულია, თერაპიის დაწყება შესაძლოა გადავადდეს მშობიარობამდე, თუ პაციენტს ამჟამადაც არ აქვს აქტიურ ტუბერკულოზთან კონტაქტი. აივ პოზიტიურ პაციენტებში რეკომენდებულია დამატებით pyridoxine 10-25 მგ/დღეში ქალებში, რომელთაც აქვთ ლატენტური დაავადებიდან აქტიურში პროგრესირების რისკი, განსაკუთრებით, თუ ორსული აივ + ან ახალ დაინფიცირებულია, მკურნალობა უნდა დაეწყოს დაუყოვნებლივ პირველი ტრიმესტრშიც კი.	
LTBI, სავარაუდოა INH-დმი რეზისტენტობა		RIF ერთხელ დღეში po (მოზრდილი 10მგ/კგ/დღე, მაქს დოზა 600 მგ/დღეში; ბავშვი 10-20 მგ/კგ/დღე, მაქს დოზა 600 მგ/დღეში) 4 თვე	RFB 300 მგ ერთხელ დღეში PO შესაძლოა ჩანაცვლდეს RIF (HIV პაციენტებში რომლებიც არიან არც თერაპიაზე, შესაძლოა საჭირო გახდეს დოზის მოდიფიცირება წამალთაშორის ურთიერთქმედების გათვალისწინებით)
LTBI სავარაუდოა რეზისტენტობა INH და RIF-ის მიმართ		Moxi 400 მგ ± EMB 15 მგ/კგ ერთხელ დღეში X 12 თვე	Levo 500 მგ ერთხელ დღეში + (EMB 15 მგ/კგ ან PZA 25 მგ/კგ) ერთხელ დღეში X12 თვე

DOT = დაკვირვების ქვეშ მკურნალობა

მხსნილი 12A (3)

ბაზოტერაპიის ანგარიშ/დაგეგმვა	მოდიფიკაციები/ბარამობები	შემაჯავებელი შედეგები							კომენტარები
		საწყისი თერაპია ^ა		თერაპიის გაგრძელების ფაზა ^ა					
III. Mycobacterium Tuberculosis A. ფილტვის TB ბავშვებსა და მოზარდებში მკურნალობის ძირითადი წყაროები: MMWR 52 (RR-11):1, 2003; პაციენტებს, რომელთაც დაუდგინდა აივ ან TB, მკურნალობა უნდა დაეწყოთ, რაც შეიძლება მალე. (NEJM 362:697,2010)	INH რეზისტენტ-ტუბერკულოზის საბირე ცნობილია, რომ არის <4% (წამალ მგრძნობიარე ორგანიზმები)	დოზირებისა და DOT რეჟიმებისათვის იხილეთ კომენტარები							
		რეჟიმი: უპირატესობის მიხედვით	წამალ ბი	ინტერვალი/დოზები (მინ. ხანგრძ.)	რეჟიმი	წამალ ბი	ინტერვალი/დოზები (მინ. ხანგრძ.)	მთელი დოზის დიაპაზონი (მინ. ხანგრძ.)	
		1 (იხილეთ გრაფიკი 1, გვ 304)	INH RIF PZA ETB	7 დღე/კვირაში 56 დოზა (8 კვირა) ან 5 დღე/კვირაში 40 დოზა (8 კვირა) ^ა კავიტაციის შემთხვევაში უმკურნალეთ 9 თვე. INH, RIF, PZA და ETB ფოსფორილ დოზიანი კომბინაციები ი შეფასების პროდესშია (JAMA 305:1415, 2011)	1a	INH/ RIF ^ა	7 დღე/კვირაში 126 დოზა (18 კვირა) ან 5 დღე/კვირაში 90 დოზა (18 კვირა) ^ა კავიტაციის შემთხვევაში უმკურნალეთ 9 თვე.	182-130 (26 კვირა)	
		2 (იხილეთ გრაფიკი 1, გვ 304)	INH RIF PZA	7 დღე/კვირაში 14 დოზა	2a	INH/ RIF	2-ჯერ კვირაში 36 დოზა	62-58 (26 კვირა) ^ა	
		3 (იხილეთ გრაფიკი 1, გვ 304)	INH RIF PZA	7 დღე/კვირაში 14 დოზა	2a	INH/ RIF	2-ჯერ კვირაში 36 დოზა	62-58 (26 კვირა) ^ა	
იზოლაცია აუცილებელია! ყველა ჰოსპიტალიზებული პაციენტი საცქერო ან დადასტურებული აქტიური TB-თ უნდა იყოს ოზილირებული ცალკე ოთახში, აირივანი იზოლაციის დაცვით. იზოლაცია მოხსენით 3 ნეგატიური მგზ-ზე მიკოსკოპიის ან 1-2 ნეგატიური NAAT-ის (Xpert MTB/RIF) შემთხვევაში(CID 59:1353-1361,2014)		დოზირება მგ/კგ (მაქსიმალური q24h დოზა) რეჟიმი Q24: ბავშვი მოზარდული 2-ჯერ კვირაში (DOT): ბავშვი მოზარდული 3-ჯერ კვირაში (DOT): ბავშვი მოზარდული მეორე რიგის ანტი-TB მედიკამენტები შესაძლოა დაინიშნოს შემდეგი დოზით, DOT გაუმჯობესების მიზნით: ციკლოსერინი 500-700 მგ PO q24h 5-ჯერ კვირაში ეთიონამიდი 500-750 მგ PO q24h 5-ჯერ კვირაში კანამიცილი ან კაპრომოცილი 15 მგ/კგ IM/IV q24h 3-5-ჯერ კვირაში ციკლოფოსფატი 750 მგ PO q24h (5-ჯერ კვირაში) ოფლოქსაცილი 600-800 მგ PO q24h (5-ჯერ კვირაში)							

გაფართოვებული იზოლაცია შესაძლოა იყოს გამართლებულია. მგრძნობიარე შტამებით ინფიცირებულ იმუნოკომპრომეტირებულ პაციენტთა 10%-ში უჯრედული კულტურა დადებითი რჩება მკურნალობის მე-60 დღეს. გამოიყენეთ DOT რეჟიმი თუ შესაძლებელია (გაგრძელება შემდეგ გვერდზე)			ETB	(2 კვირა), შემდეგ 2-ჯერ კვირაში 12 დოზა (6 კვირა) ან 5 დღე/კვირაში 10 დოზა (2 კვირა) 3. შემდეგ 2-ჯერ კვირაში 12 დოზა (6 კვირა)	2b ^c	INH/ RFP	(18 კვირა) 1-ხელ კვირაში 18 დოზა (18 კვირა)	44-40 (26 კვირა)	ლევოფლოქსაცინი 750 მგ PO q24h (5-ჯერ კვირაში) (CID 21:1245,1995) წამალ-რეზისტენტული TB (MDR)-ს რისკფაქტორები: ახლო წარსულში ლათინო ამერიკიდან ან აზიიდან იმიგრაცია ან მაღალი რეზისტენტობის არეში ცხოვრება(≥4%) ან ახლო წარსულში ჩატარებული მკურნალობა RIF-ის გარეშე. MDR TB დიაგნოსტირებულ პაციენტთან ექსპოზიცია. MDR TB-ს ინციდენტობა აშშ-ში მყარად 0.7%-ია. ძირითად რეზისტენტობის მაჩვენებელი მაღალია(>25%) ჩინეთის ზოგიერთ მხარეში, ტაილანდში, რუსეთში, ესტონეთში და ლატვიაში; აშშ-ში დაფიქსირებული MDR მქონე პაციენტების დაახლოებით 80% უცხოური წარმოშობისაა.
	3 (იხილეთ გრაფიკი 1, გვ 304)	INH RIF PZA ETB	3-ჯერ კვირაში 24 დოზა (8 კვირა)	3a	INH/ RIF	3-ჯერ კვირაში 54 დოზა (18 კვირა)	78 (26 კვირა)		
	4 (იხილეთ გრაფიკი 1, გვ 304)	INH RIF ETB	7 დღე/კვირაში 56 დოზა (8 კვირა) ან 5 დღე/კვირაში 40 დოზა (8 კვირა) ²	4a	INH/ RIF ⁶	7 დღე/კვირაში 217 დოზა (31 კვირა) ან 5 დღე/კვირაში 155 დოზა (31 კვირა) ³	273-195 (39 კვირა)		
				4b	INH/ RIF ⁶	2-ჯერ კვირაში 62 დოზა (31 კვირა)	118-102 (39 კვირა)		

მხრილი 12A (4)

გამოწვევი ანემო/დაავადება	მოდინი- რებადი გარემოებები	შეთავაზებული რეჟიმო	მედიკამენტოზის ხანგრძ. (თვე.)	სამედიკამენტო კომბინაცია	კომენტარები
III. Mycobacterium Tuberculosis A. ფილტვის TB (გაგრძელება წინა გვერდიდან)	INH (±SM) რეზისტენტობა	RIF, PZA, ETB (FQ-მ შეიძლება გააბლიეროსრეჟიმი დაავადების გახანგრძლივების-სას)	6 თვე	(გაგრძელება წინა გვერდიდან) INH უნდა შეწყდეს მის მიმართ რეზისტენტობის შემთხვევაში. გამოსავალი ერთი და იგივეა წამალზე- მგრძნობიარე და INH-მონო- რეზისტული შტამების დროს (CID 48:179,2009).	(გაგრძელება წინა გვერდიდან) ალტერნატიული მედიკამენტები რეზისტენტული შტამებისათვის: Moxi და Levo არის არჩევის ფტორქინოლონები, Cipro-არა. ფტორქინოლონებზე რეზისტენტობა შესაძლებელია განვითარდეს იმ პაციენტებში რომელთაც ადრე მკურნალობა უტარდებოდათ FQ-ით. ჯანმო რეკომენდაციას უწევს
მულტი-რეზისტენტული ტუბერკულოზი (MDR): განისაზღვრება - რეზისტენტობა მინიმუმ 2 წამლის მიმართ, რომელთაგან ერთ-ერთი INH ან RIF-ია. ხასიათდება მაღალი სიფილობით (NEJM 363:1050,2010) გაფართოებული- რეზისტენტული TB (XDR- TB): განისაზღვრება - რეზისტენტობა INH და RIF მიმართ +ერთ-ერთი FQ და მეორე რიგის სამი პრეპარატიდან ერთის მიმართ: კაპერმოციკინი, კანამიციკინი ან ამიკაციკინი (MMWR 56:250, 2007; Lnlid 9:19, 2009; CID 51:379, 2010)	INH და RIF რეზისტენტობა (±SM)	FQ, PZA, EMB, AMK ან capreomycin (SM მხოლოდ თუ დადასტურებულია მგრძნობელობა) იხ. კომენტარი	18-24 თვე	ასეთ შემთხვევებში, საჭიროა გაფართოებული მკურნალობა რევიდივის რისკის შესამცირებლად. გახანგრძლივებული დაავადების დროს დამატებითი მედიკამენტის (ალტერნატიული მედიკამენტის) გამოყენება გონივრულია, რათა შემცირდეს წარუმატებლობის და დამატებითი რეზისტენტობის განვითარების რისკი. ქირურგიული რეზექცია შეიძლება იყოს მიზანშეწონილი.	მოქსიფლოვასაციკინის (თუ MIC≤ 2) გამოყენებას თუ რეზისტენტობა ფიქსირდება წინა თაობის FQ-ზე (ACC 54:4765,2010). Linezolid 600 მგ დღეში ერთჯერ, აქვს შესანიშნავი ეფექტი in vitro, მათ შორის MDR TB და XDR TB –ის დროს, თუმცა ყურადღება უნდა იქნას გამახვილებული ტოქსიკურობაზე (NEJM 367:1508,2012)
	INH, RIF (±SM) და ETB ან PZA რეზისტენტობა	FQ(EMBან PZA თუ აქტიურია), AMK ან capreomycin (SM მხოლოდ თუ	24 თვე	გამოიყენეთ პირველი რიგის მედი- კამენტები, რომლებზეც მგრძნობე- ლობა შენარჩუნებულია. დამატეთ 2 ან მეტი ალტერნატიული პრეპარატი	FDA-ს მიერ ახლახანს ნებადართულ იქნა

კომენტარები იხილეთ
MDR TB - თერაპიების
განხილვები: JAC 54:593, 2003,
Med Lett 7:75, 2009. XDR-TB-
სთან დაკავშირებით იხილეთ

გამომცემი აბონენტი/დაავადება	მოდული- რებადი ბარათები	მეთსავაზი რაზმი	მკურნალობის ხანგრძ. (mos.) ¹	სამედიკამენტო კომბინაცია	კომენტარები
MMWR 56:250, 2007; NEJM 359 563, 2008.	RIF რეზისტენტობა	დადასტურებულია მგრძნობელობა) იხ. კომენტარი	12-18 თვე	დაავადების გახანგრძლივების შემთხვევაში. ქირურგიული ჩარევა უნდა იქნას განხილული. გადარჩენის ალბათობა ↑ პაციენტებში, რომლებიც იღებენ FQ-ს და ჩალუტარდათქირურგიული ჩარევა (AJRCCM 169:1103, 2004)	ზედაქილინი, რომელიც შესაძლებელია გამოყენებული იყოს MDR-TB-ს დროს, კვლევის მეორე ფაზის ეფექტურობის შედეგების მიხედვით (NEJM360: 2397,2009; ACC 56:3271, 2012, NEJM 371:689, 723, 2014). დოზა არის 400 მგ დღეში პირველი 2 კვირა, შემდგომ 200 მგ 22 კვირის განმავლობაში - მიცემა ხდება დაკვირვების ქვეშ (DOT) , საკვებთან ერთად, და ყოველ- თვის სხვა ანტი-TB მედიკამენტ- ტებთან კომბინაციაში. მკაცრად რეკომენდებულია MDR-Tb მართვის ესპერტთან კონსულტაცია, ამ მედიკამენტის გამოყენებამდე. თუ შესაძლებელია MDR-TB და XDR-TB-ის დროს უნდა გა- კეთდეს მგრძნობელობა ეტა- მუტოლის, PZA და მეორე რიგის მედიკამენტების მიმართ .

ბაზონთა აბრევიატურა	მოდული- რეაქტი ბაზონები	მედიკამენტი რეაქტი	მკურნალობის ხანგრძლივობა (თვე)	საქმიანობის აბრევიატურა	კომენტარები
	XDR-TB	მკურნალობის რეკომენდებულია ექსპერტთა კონსულტაცია იხ. კომენტარები	18-24 თვე	თერაპია გულისხმობს 4-6 მედიკამენტის (რომლებიც მკურნალობა შენარჩუნებულია) მიღებას, მათ შორის რამდენიმე მეორე რიგის პრეპარატები (MMWR 56:250, 2007). გაზრდილი სიკვდილიანობა ნაწილობრივ აივ დადებით პაციენტებში. აივ ნეგატიურ ამბულატორიულ პაციენტებში 4-5 ან მეტი მკურნალობა შენარჩუნებული პრეპარატის დანიშნულების საგარეო პაციენტის განაკურნება (NEJM 359:593,2008; CID 47:496,2008). ნახევლის კულტურის წარმატებული ცვლილება კორელაციაში პირველად მკურნალობასთან FQ და კანამიციზზე (CID 46:42, 2008). მეტა- ანალიზმა აჩვენა ახალი თაობის FQ (Levo, Moxi) ეფექტურობა XDR-Tb მკურნალობის (CID 51:6, 2010) Bedaquiline და Linezolid არის არჩევის პრეპარატები	

მხრილი 12A (5)

გამოწმის ადგილი/დაავადება; ფორმულირებადი ბაქტერიები	გამოთვამის რაოდენობა		კომენტარი
	საწყისი თერაპია	თერაპიის ბაზისული ფაზა in vitro მძიმეობის დადგენილი	

III. Mycobacterium Tuberculosis

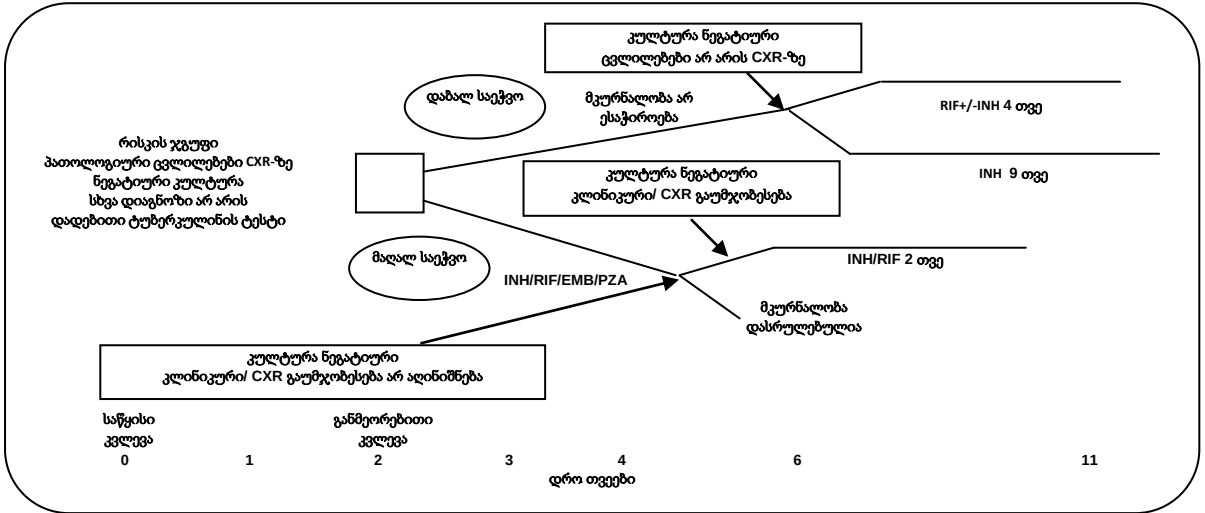
B. ესტრაპულმონური TB სტეროიდები: იხ. კომენტარი	INH + RIF(აწ RFB)+PZA+ EMB q24h 2 თვე მოწოდებულია პირიდოქსინი 25-50 მგ POq24h, თუ მკურნალობის რეჟიმი შეიცავს INH	INH +RIF (აწ RFB)	IDSA რეკომენდაციას უწევს 6 თვიან მკურნალობას ლიმფური კვანძების, პლევრის, პერიკარდის, დისემინირებულ, შარდსასქესო და პერიტონეული ფორმებისთვის; 6-9 თვე - ძვლის და სახსრის ტუბერკულოზის; 9-12 თვე ცნს (მათ შორის მენინგიტი) ტუბერკულოზის დროს. კორტიკოსტეროიდები მკაცრად რეკომენდირებულია მხოლოდ ტუბ მენინგიტის დროს (MMWR 52(RR-11):1,2003).კორტიკო სტეროიდები არა არის რეკომენდირებული პერიკარდის დროს(NEJM371:1121&1155,2014)
C. ტუბერკულოზური მენინგიტი კლინიკური და თერაპიული ასპექტების კარგი შეჯამება (სტეროიდების ჩათვლით): CMR 21:243, 2008. ასევე J Infect 59:167, 2009.	INH + RIF + EMB + PZA+ პრედნიზოლონი 60 მგ/დღეშიX 4 კვირა, შემდეგ 30მგ/დღეში 4 კვირა, შემდეგ 15 მგ/დღეში 2 კვირა , შემდეგ 5 მგ/დღეში 1 კვირა	შესაძლებელია ETB მოხსნა, როდესაც მგრძნობელობა INH-ზე და RIF-ზე დადგინდება. იხილეთ ცხრილი 9, გვ 200, მონაცემები CSF-შიმედიაკმენტის პენეტრაციის შესახებ. საწყისი რეჟიმი INH+RIF+SM+PZA ასევე ეფექტურია INH რეზისტენტულ პაციენტებშიც კი (JID 192:79,2005).	ხშირად რეკომენდებულია 3 წამლით საწყისი თერაპია, თუმცა უპირატესობა ენიჭება 4-ს (J Infect 59:167, 2009). ETB შეიძლება ჩანაცვლდეს ეთიონამიდით. MDR TB ინფექცია ზრდის სიკვდილობის და ავადობის რისკს (CID 38:851, 2004; JID 192:79, 2005). დექსამეტაზონით მკურნალობა (1 თვის განმავლობაში) ამცირებს გათულებების სიხშირეს და ზრდის გადარჩენის ალბათობას (NEJM 351:1741, 2004). CSF-ის PCR მნიშვნელოვნად ზრდის დიაგნოსტიკის სენსიტიურობას და გვაძლევს სწრაფი დიაგნოსტიკის საშუალებას, თუმცა შესაძლებელია განსვადებები სენსიტიურობაში იმისდა მიხედვით, თუ რა მეთოდი იქნება გამოყენებული (Lnlid 3:633, 2003). აივ-დადებით პაციენტებში გადარჩენის ალბათობადაბალია (JID 192:2134, 2005). ადრეულ ეტაპზე დანიშნული FQ (Levo, Gati, CIP) შესაძლებელია იყოს სასარგებლო (AAC 55:3244, 2011).
A. ტუბერკულოზი ორსულობისას	INH+RIF+ETB 9 თვის განმავლობაში	SM არ უნდა შეიცვალოს EMB-ით ტოქსიურობის გამო. AMK, Capreomycin, Kanamycin, FQ ასევე უკუანაწევრება. PZA რეკომენდირებულია WHO -ის მიერ ორსულობისთვის, თუმცა აშშ რეკომენდაციას არ უწევს მის გამოყენებას. უსაფრთხოების მონაცემების სიმცირის გამო. მიუხედავად ამისა PZA გამოყენებულ იქნა აშშ-ს რამდენიმე სამედიცინო ინსტიტუტის მიერ გვერდითი მოვლენების გარეშე. ტუბუთი კვება არ უნდა იქნას აკრძალული. თუ PZA არ შედიის საწყისი მკურნალობის რეჟიმში, მინიმალური მკურნალობის ხანგრძლივობა შეადგენს 9 თვეს . Pyridoxine 25 მგ/დღეში ინდა დანიშნოს.	
E. წარუმატებელი მკურნალობა ან	დაკვირვების ქვეშ თერაპია -DOT.	პაციენტებში, რომელთა ნახევლის კონვერსია არ ხდება5-6 თვის შემდეგ, ნიშნავს, რომ მკურნალობა წარუმატებელია. წარუმატებლობა შეიძლება გამოიწვიოს პაციენტის მიერ მკურნალობის რეჟიმის დარღვევამ	

ბაიოთერაპიის აბაზონი/დაავადება; ფორმული/ინფორმაციის ბაიოთერაპიები	ფორმული/ინფორმაციის ბაიოთერაპიები		კომენტარები
	საწყისი თერაპია	თერაპიის ბაიოთერაპიის ფაზა (in vitro მონიტორინგის დადგენილება)	
რეგიმები: მიზნობრივი, როგორც წესი არის რეზისტენტული ორგანიზმები ან პაციენტის მიერ წამლის არასწორად მიღება, რეჟიმის დარღვევა ან წამლის სუბთერაპიული დოზა (CID 55:169, 2012).	შეამოწმეთ მედიკამენტებისადმი მგრძნობელობა (იხილეთ III. A სექცია გვ. 295 და ზემოთ).	ან რეზისტენტულმა მიკროორგანიზმებმა. შეამოწმეთ მგრძნობელობა პირველ კულტურაში (მკურნალობამდე) და შემდგომ ულუფებში. პაციენტის მიერ რეჟიმის დარღვევა ხშირია, ამიტომ გამოიყენეთ DOT. თუ რეზისტენტობა დადგინდა, შეცვალოთ რეჟიმი და მკურნალობაში ჩართეთ მინიმუმ 2 ეფექტური მედიკამენტი, უმჯობესია თუ ამ პრეპარატებს მანამდე არ იღებდა. შესაძლოა საჭირო გახდეს ქირურგიული ჩარევა. აივ პოზიტიურ პაციენტებში, რეინფექცია შეიძლება აიხსნას „წარუმატებლობით“. პაციენტებში MDR-TB-თ, ნახველის კონკრეტული, როგორც წესი, ხდება 12 კვირიანი წარმატებული მკურნალობის შემდეგ (AnIM 144:650, 2006). ადრეულ ეტაპზე სიკვდილობა ასოცირებულია იმუნოსუპრესიასთან, ბაქტერიული ინფექციის თანდართვასთან და TB პროგრესირებასთან (JID 204:358, 2011).	
F. აივ ინფექცია ან ზიდსი-პულმონური ან ექსტრაპულმონური (შენიშვნა: ტუბერკულოზით დაავადებული აივ ინფიცირებული პაციენტების 60-70%-ს აქვს ექსტრაპულმონური ფორმა)	INH +RIF (ან RFB) + PZA q24h 2 თვის მანძილზე.	INH+RIF (ან RFB)q24h ოთხი თვის განმავლობაში (ჯამში 6 თვე) შესაძლებელია 9 თვემდე მკურნალობის გაგრძელება შენელებული პასუხის შემთხვევაში.	1. RIF -ის დაიშვან არ შეიძლება შემდეგ არც მედიკამენტებთან: nevirapine, etravirine, rilpivirine, maraviroc, elvitegravir (ინტერაქციას იწვევს) 4 მედიკამენტთან კომბინაციაში Stribild), ყველა HIV პროტეაზა ინჰიბიტორი. ნაცვლად ამის გამოიყენეთ RFB . 2. RFB შეიძლება დაინიშნოს შემდეგ პრეპარატებთან ერთად efavirez, წრტი-თან ერთად. თავიდან აიცილოთ RIF ის კოადმინისტრაცია raltegravir -თან (ამის სანაცვლოდ გამოიყენეთ RFB) , მაგრამ თუ აუცილებელია raltegravir -ის დოზა გაზარდეთ 800 მგ q12h : შესაძლოა გამოყენებულ იქნას RIF+dolutegravir 50 მგ bid 3. რადგან შესაძლებელია RIF ან RFB-დმი რეზისტენტობის განვითარება პაციენტებში დაბალი CD4-თ, რომლებიც კვირაში

ბაიოთენავი ანაფი/დაავადება; ფორმული/რეგისტრაციული სახელი	ფორმული/რეგისტრაციული სახელი		კომენტარები
	საწყისი თერაპია	თერაპიის ბაიოქიმიური ფაზა (in vitro მონიტორინგის დადგენილება)	
	დაამატეთ პირიდოქსინი 50 მგ PO q24h, თუ მკურნალობის რეჟიმი შეიცავს INH		ერთჯერ ან ორჯერადად იღებენ მედუკამენტს, რეკომენდებულია დღეში ერთჯერადი ან მინიმუმ კვირაში 3-ჯერ მიღება მკურნალობის საწყის და გაგრძელების ფაზებში (MMWR51:214,2002). 4. კლინიკური და მიკრობიოლოგიური პასუხი არის იგივე რაც აივ-ნეგატიურ პაციენტებში მიუხედავად იმისა, რომ გამოსავლის დიდი ვარიაციულობაა დღეს არსებული კვლევების მიხედვით (CID32:623, 2001). 5. მკურნალობის შემდგომი სუპრესიული თერაპია არ არის საჭირო წამალ-მგრძნობიარე შტამებისას.
პროტეაზას ინჰიბიტორით (PI) კომბინაციური თერაპია	INH 300 მგ q24h + RFB (150 მგ q24h ან 300 მგ tiw) + EMB 15 მგ/კგ q24h + PZA 25 მგ/კგ q24 h X 2 თვე, შემდეგ INH+RFB 4 თვე (7 თვემდე)	INH +RFB X 4 თვე (7 თვე წელა მოპასუხებებში კავიტაციის დრო.)	კომენტარები: რიფამპიცინი აინდუცირებს ციკლოპროპილ CYP450 ენაიმებს (RIF>RFP>RFB) და ერთდროული გამოყენებისას ამცირებს PI-ს დონეს სისხლის პლაზმაში. PI (Ritonavir>Amprenavir>indinavir>nelfinavir >saquinavir) აინჰიბირებს CYP450-ს და იწვევს პლაზმაში RFP და RFB მატებას. RFB დოზის არ შემცირების შემთხვევაში ტოქსიურობა იზრდება.
	ალტერნატივა: INH+ FQ+PZA +EMB x 2 თვე	INH+FQ+PZA დამატებით 10 თვე (16 თვემდე მკურნალობის შედეგის დაყოვნების შემთხვევაში)	
			FQ ან Levo 500მგ q24h ან moxi 400 მგ q24h. შესაძლოა გამოყენებულ იქნას პი რეჟიმთან.

მხრილი 12A (B)

გრაფიკი 1. რისკის ჯგუფში მყოფ პაციენტთა მენეჯმენტის ალგორითმი, რომელთანაც საეჭვო ადგილია მუცლის ღრუს პათოლოგიის არსებობა სანამ ველოდებით კულტურალური კვლევის შედეგებს (მოდულირებულია MMWR 52(RR-11):1, 2003)



პაციენტებში, რომელთანაც მაღალია ეჭვი აქტიურ ტუბერკულოზზე მკურნალობა დაწყებულ უნდა იქნას 4 მედიკამენტით, კულტურალური კვლევის შედეგების მიღებამდე. თუ კულტურა ნეგატიურია და კლინიკური სიმპტომები და CXR უცვლელია მკურნალობა შესაძლოა შეწყდეს. თუ კულტურა ნეგატიურია და კლინიკური სიმპტომები და CXR გაუმჯობესდა მკურნალობა უნდა გაგრძელდეს INH/RIF-ით კიდევ 2 თვე. პაციენტებში, რომელთანაც დაბალია ეჭვი აქტიურ ტუბერკულოზზე უმკურნალოთ LTBL, თუ კულტურა ნეგატიურია.

მხრილი 12A (B)

გამომწვევი აბაზი/დაავადება	მოფიქვინებადი გამომწვევი	შეთავაზებული რეჟიმები ძირითადი/დამატებითი	კომენტარი
IV. Nontuberculous Mycobacteria (NTM) (იხილეთ: ATS კონსენსუსი: AJRCCM 175:367, 2007; EID 17:506, 2011) A. M. Bovis		INH+RIF+ETB 2 თვე ამის შემდეგ INH+RIF 7 თვე.	M. Tuberculosis კომპლექსი მოიცავს M. Bovis. ველა იზოლაცი რეზისტენტული PZA-ს მიმართ. იზოლაციური ღონისძიებები საჭირო არ არის. ექსტრაპულმონური ფორმების გაზრდილი პრევალენტობა აშშ-ში ესპანურ პოპულაციაში და სხვაგან (CID 47:168,2008;EID 14:909,2008, EID 17:457, 2011).
B. Bacillus Calmette- Guerin (BCG) (მიღებულია M. Bovis- დან)	მხოლოდ ცხელება (>38.5 გრადუსი C) 12-24 საათის განმავლობაში	INH 300 მგ q24h 3 თვის განმავლობაში	ინტრავენოზური BCG ეფექტური შარდის ზუღის ზედაპირული სიმსივნეების და კარცინომა in situ-ს დროს. სეფსისის დროს განიხილეთ პრედნიზონის ჩართვა საწყის ეტაპზე. აგრეთვე მერმონიარა RFB, Cipro, oflox, სტეპრომიცინი, ამიკაცინი, კაპრომიცინი (AAC53:316,2009). BCG-მ შეიძლება გამოიწვიოს ლოკალური ლიმფადენიტი ან ფილტვის დაავადება აივ ინფიცირებულ ბავშვებში(CID 37:1226, 2003). PZA რეზისტენტულია
	სისტემური დაავადება ან სეფსისი	ისეთივე როგორც M. Bovis დროს	
C. M. Avium-intracellulare კომპლექსი (MAC,MAI ან Battery Bacillus) ATS/IDSA კონსენსუს განცხადება: ARJCCM 175:367,2007; იხილეთ http://aidsinfo.nih.gov/ guidelines/html/ 4/ adult- and-adolescent-op- prevention-and- treatment-guidelines/O for updated CDC რეკომენდაციები მიდსიანი პაციენტებისთვის. ანტი ტუმორ ნეკროზის ფაქტორი ალფა ზრდის MAI და სხვა	იმუნოკომპეტენტური პაციენტები ნოდულური/ზრონოქოექტაზი ური დაავადება ----- კავიტაციური დაავადება ან მიმე ნოდულარული/ზრონოქოექტა ზიური დაავადება	Clarithro 1000 მგ ან Azithro 500-600 მგ tiw+EMB 25 მგ/კგ tiw+(RIF 600 მგ tiw ან RFB 300 მგ) tiw ----- Clarithro 500-1000 მგ/დღე (უფრო დაბალი დოზა თუ წონა <50 კგ-ზე) ან Azithro 250მგ/დღე+EMB 15 მგ/კგ/დღე +(RIF600 მგ/დღე ან RFB 150-300 მგ დღეში)± სტრეპტომიცინი ან ამიკაცინი	იხილეთ AJRCCM 175:367, 2007 მონაცემები დოზირებისა და მკურნალობის ხანგრძლივობის შესახებ*. ხანგამოშვებითი (tiw) თერაპია არ არის რეკომენდებული პაციენტებში კავიტაციური დაავადებით, წინათ ნამკურნალე პირებში ან მიმე-საშუალო დაავადების მქონე პაციენტებში. მთავარი მიკრობიოლოგიური ამოცანა არის ის, რომ 12 თვიანი მკურნალობის შემდეგ ნახელი ბაქტერიოლოგიური კვლევით გახდეს ნეგატიური. „კლასიკური“ პულმონური MAC: 50-75 წლის მამაკაცები, მწველები, COPD, შესაძლოა ასოცირებული იყოს ცხელი აბაზანების გამოყენებასთან (Clin chest med 23:675,2002). „ახალი“ პულმონური MAC: ქალები - 30-70 წელი, სქოლიოზი, მიტრალური სარქველის პროლაფსი, ზრონოქოექტაზია, მენადის გულმკერდი ("Lady Windermere syndrome") და ფიბროკვანძოვანი დაავადებახანდაზმულ ქალბატონებში (EID 16:1576,2010). შესაძლებელია ასევე დაკავშირებული იყოს ინტეგრირებული გაზის დეფიციტთან (AJM 113:756,2002). იმუნოკომპეტენტულ ბავშვებში

არატუბერკულოზური მიკობაქტერიული ინფექციების რისკს (EID 15:1556m 2009)				ცერვიკოვაციალური ლიმფადენიტისას (ლოკალური) ქირურგიული ამოკვეთა ისეთივე ეფექტურია, როგორც ქიმიოთერაპია (CID 44:1057,2007) მოქსიფლოქსაცინი და გატიფლოქსაცინი, აქტიური in vitro და in vivo (AAC 51:4071,2007).
	აივ ინფექცია: პირველადი პროფილაქტიკა - პაციენტებში CD4 <50-100მმ³ შეწყდეს, როცა CD4>100/მმ³ART-ს ფონზე	Azithro 1200 მგ PO კვირაში ან Clarithro 500 მგ PO bid	RFB 300 მგ PO q24h ან Azithro 1200 მგ PO კვირაში ერთჯერ +RIF 300 მგ PO q24h	მრავალი წამალთა შორის ურთიერთმედეგა, იხილეთ ცხრილში 22 გვ. 484. რეზისტენტული MAI ფორმა ნანახია პაციენტთა 29-58%, რომლებიც იღებდნენ Clarithro-ს პროფილაქტიკისთვის, და 11%-ში, რომლებიც იღებდნენ azithro-ს, თუმცა არაა აღწერილი RFB პროფილაქტიკისას (J Ing 38:6, 1999). Clarithro რეზისტენტობის ჩამოყალიბების მაღალი რისკი აღენიშნებათ პაციენტებს მაღიან დაბადი CD4 (CID 27:807,1998). უნდა დარწმუნდეთ, რომ არ არის აქტიური M. TBC, რადგან RFB პროფილაქტიკამ შეიძლება ხელი შეუწყოს რივამიგინ-რეზისტენტული M.TBC სელექციას (NEKM 335:384 და 428, 1996).
	მკურნალობა დაწყებულ უნდა იქნას სავარაუდო დიაგნოზის ან სისხლის, ღვიძლის, ძვლის ტვინის ან სხვა სტერილური სითხეების კულტურალური გამოკვლევით პათოგენის ამოთესვისას	Clarithro 500 მგ* PO bid + EMB 15 მგ/კგ/დღე +RFB 300 მგ PO q24h *clari-ს მაღალი დოზები (1000 მგ bid) შეიძლება ასოცირებული იყოს სიკვდილობის ზრდასთან (CI 29:125,1999)	Azithro 500 მგ PO/დღე +ETB15 მგ/კგ/დღე ± RFB 300-450 მგ PO დღეში.	შეცვალე RFB -ის დოზა წამალთა შორის ურთიერთმედეგიდან გამომდინარე ახალი კვლევებით ბაქტერიემიის ალაგების მსგავსი სიხშირე აღინიშნება azithro (46%) და Clarithro (56%) მკურნალობის 24 კვირაზე, ETB-თან კომბინაციაში (CID 31:1245,2000). მესამე ან მეოთხე მედიკამენტის დამატებისას გათვალისწინებულ უნდა იქნას პაციენტის იმუნოსუპრესია (CD4 <50 cells/ml) , მიკობაქტერიის მაღალი დატვირთვა (>2 log CFU/ml სისხლში) ან არაეფექტური არე : AMK 10-15 მგ/კგ IV დღეში; Sterp 1 გრ. IV ან IM დღეში; Cipro 500-750 po bid, Levo 500მგ po დღეში; Moxi 400 მგ po დღეში. რეკომენდირებულია აზიტრომიცინზე და კლარიტრომიცინზე მგრძნობელობის განსაზღვრა. ხანმოკლე პერიოდით (4-8 კვირა) სისტემური კორტიკოსტეროიდები (20-40მგ პრედნიზოლონის ექვივალენტი) შესაძლოა გამოიყენებულ იქნას IRIS-თვის. წამლის ტოქსიკურობა: პაციენტთა 23%-ს დასჭირდა Clarithro-ს

				მიღების შეჩერება გვერდითი მოვლენების გამო. ETB, Clarithro და RFB-ს კომბინაციამ შეიძლება გამოიწვიოს უვეიტი და ფსევდოსიყვილი; რის გამოც RFB მაქსიმალური დოზა უნდა შემცირდეს 300 მგ-მდე. წარუმატებელი მკურნალობა ხშირია. მიზეზები: წამლის ტოქსიკურობა, მედიკამენტზე რეზისტენტობის განვითარება, არაადექვატური დონე პლაზმაში. პლაზმაში Clarithro-ს შესაძლოა გამოიწვიოს RIF და RFB (JID171:747, 1995). 2-4 კვირის განმავლობაში საწყის მკურნალობაზე პასუხის არარსებობის შემთხვევაში დაამატეთ ერთი ან მეტი მედიკამენტი.
--	--	--	--	---

ზარჩილი 12A (ფ)

ბაზოფილური აბაზოფილური/დაბაზოფილური	მოფილური/აბაზოფილური ბაზოფილური	შეთავაზებული რეჟიმები ძირითადი/ალტერნატივა	კომენტარი	
IV. Nontuberculous Mycobacteria (NTM)				
C. M. Avium-Intracellulare კომპლექსი (გაგრძელება)	ქრონიკული მკურნალობის- შემდგომი სუპრესიული თერაპია - მეორეული პროფილაქტიკა	ყოველთვის საჭიროა - (Clarithro ანAzithro)+ ETB 15მგ/კგ/დღეში (დოზირება იხილეთ ზემოთ)	Clarithroან Azithroან RFB (იხილეთ დოზირება ზემოთ)	ქრონიკული სუპრესიული თერაპიის გარეშე რეციდივი ვითარდება თითქმის ყველა შემთხვევაში. თუმცა, პაციენტებში, რომელთაც უტარდებათ ART და ხდება CD4 უჯრედების წარმატებული აღდგენა, შესაძლებელია მეორადი პროფილაქტიკის შეწყვეტა (JID 178:1446, 1998, NEJM 340:1301, 1999)
D. Mycobacterium Celatum	მკურნალობა: ოპტიმალური რეჟიმი არ არის დადგენილი	შესაძლოა მგრძნობიარე ოცის Clarithro და FQ-ზე (Clin Micro Inf 3:582,1997). შემოთავაზებულია „MAI- ის მსგავსი“ მკურნალობა, თუმცა ხშირია RIF რეზისტენტობა (J Inf 38:157, 1999). აღწერილი შემთხვევების უმეტესობაში გამოიყენება 3 ან 4 მედიკამენტით მკურნალობა, ჩვეულებრივ Clarithro +ETB +CIP ± RFB (EID 9:399, 2003).		პათოგენის იზოლირება ხდება პულმონური დაზიანებებიდან და სისხლიდან შიდა სისტემების (CID 24:144,1997). შესაძლოა აერით M. Xenopi-ში და MAC-ში. მგრძნობელობა MAC-ის მსგავსია, თუმცა რეზისტენტობა მაღალია RIF-ის მიმართ (CID 23:140, 1997)
E. Mycobacterium Abscessus Mycobacterium chelonae	მკურნალობა: ქირურგიულმა ამოკვეთამ შეიძლება ხელი შეუწყოს Clarithro-ით კანქვეშა აბსცესის მკურნალობას,რის გამოც მნიშვნელოვანია მკურნალობის დროს. ქირურგიული ჩარევის როლი M. Abscessus-ით გამოწვეული ფილტვის დაავადებისას იხილეთ CID 52:565,2011.	კანის ფორმის დროს Clarithro 500 მგ PO bid 6 თვე. ფილტვისმიერი/დისემინირებული: 2 ან 3 მედიკამენტი IV (შეაოწმეთ მგრძნობელობა) (Amikacin, IMP, Cefoxitin, Tigecycline) თვალურობით ადგილზე ინდუცირებულ რეზისტენტობას კლარიტროს მიმართ		M. Abscessus მგრძნობიარეა შემდეგ პრეპარატებზე: AMK (70%), Clarithro (95%), ცეფოქსიტინი (70%), CLO, ცეფტაზოლი, RFB, FQ, IMP, Azithro, Cipro, Doxy, Mino, ტიავეციკლინი (CID 42:1756, 2006; JIC 15:46, 2009). M. Abscessus-ის ერთეული ობოლტები არ მოუთითებს დაავადებაზე. ახალ აღმოჩენილიაClarithro-რეზისტენტული შტამები (J Clin Micro 39:2745, 2001). M. Chelonae მგრძნობიარეა შემდეგ პრეპარატებზე: AMK(80%), Clarithro, Azirthro, ტობრამიცინი (100%), IMP (60%), მოქსიფლოქსაცინი (AAC 46:3283, 2002), Cipro, Mino, Doxy, ლინეზოლიდი (94%)(CID 42:1756,2005).რეზისტენტულია ცეფოქსიტინზე, FQ-ზე (CID24:1147, 1997; AJRCCM 156:S1, 1997). ტიავეციკლინი მაღალი აქტიურობით ხასიათდება In vitro (ACC 52:4184, 2008;CID 49:1358,2009).

F. Mycobacterium Fortultum	მკურნალობა: ოპტიმალური რეჟიმი არ არის დადგენილი. ინფიცირებული მიდამოს ქირურგიული ამოკვეთა.	AMK+ცეფოქსიტინი+პროზენეიდი - 2-6 კვირა, შემდეგ TMP-SMX ან doxy 2-6 თვე. ჩვეულებრივ, მკურნალობაზე პასუხი ვითარდება 6-12 თვეში 2 მედიკამენტით (რომელიც მგრძნობიარეა) ორალური მკურნალობას	რეზისტენტულია ყველა სტანდარტული TB-ს საწინააღმდეგო პრეპარატზე. მგრძნობიარეა In vitro: დოქსიციკლინი, მინოციკლინი, ცეფოქსიტინი, IMP, AMK, TMP-SMX, CIP, ოფლოქსაცინი, Azithro, clarithro, ლინეზოლიდი, ტაიგიციკლინი (Clin micro rev 15:716, 2002), თუმცა ზოგიერთი შტამი რეზისტენტულია აზითრომიცინზე და რიფამპინზე (JAC 39:567,1997; AAC 52:4184,2008). M. fortultum-ით გამოწვეული ტუბერკულოზის დაავადებას უმკურნალებთ in vitro 2 აქტიური მედიკამენტით 12 თვე სანამ ნახველის კულტურა უარყოფითი გახდება (გამინუსდება) (AJRCCM 175:367,2007)
G. Mycobacterium haemophilum	რეჟიმი არ არის განსაზღვრული. ცხოველთა მოდელებში Clarithro + რიფამპინი ეფექტურია (AAC 39:2316, 1995). არწერილია CIP +RFB+Clarithro-ს ეფექტურობა, თუმცა კლინიკური გამოცდილება მცირეა (Clin Micro Rev 9:435, 1996; CID 52:488, 2011). შესაძლოა საჭირო გახდეს ქირურგიული ამოკვეთა (CID 26:505, 1998).		კლინიკა: კანის წყლულოვანი დაზიანებები, სინოვიტი, ოსეომიელიტი, ცერეკოვაციალური ლიმფადენიტი ზავებებში (CID 41:1569,2005). ასოცირდება წარბების მუდმივ მაკიაჟთან (CID 52:488, 2011). ლაბორატორიული მონაცემები: ამოთესვითვის საჭიროა გამდიდრებული ნიადაგი. In vitro სენსიტიურობა: CIP, ციკლოსერინი, რიფამპინი, მოქსიფლოქსაცინი. 1/2 -ზე მეტი რეზისტენტულია: INH, RIF, ETB, PZA (AnIM 120:118,1994). იმუნოკომპეტენტულ ზავებებში ცერეკოვაციალური ლიმფადენიტის ქირურგიული ამოკვეთა ისეთივე ეფექტურია, როგორც ქიმიოთერაპია (CID 44:1057, 2007) ან დაკვირვებითი ლოდინი („watchful waiting“) (CID52:180,2011)

ხრჩილი 12A (10)

გამომწვევი აბაზდები/დაავადებები ფორმები/რავანადი ბარემოები	შემოთავაზებული რეჟიმები		კომენტარი
	ძირითადი	ალტერნატიული	
IV. Nontuberculous Mycobacteria (NTM)			
H. Mycobacterium genavense	2 ან მეტი მედიკამენტი: clarithro.EMB, RFB, CLO, Amikacin , Moxifloxacin, როგორც ალტერნატივა		გვხვდება AIDS პაციენტებში CD4<50 და არა აივ ინფიცირებულ მძიმე იმუნოკომპრომიტირებულ მასპინძლებში მიმოხილვისათვის იხილეთ Clin Microbiol Infect 19:432, 2013 კლინიკა: CD4<50. ცხელება, დიარეა, წონაში კლება.
I. Mycobacterium gordonae	რეჟიმი არ არის განსაზღვრული, თუმცა განიხილეთ RIF+ETB+KM ან CIP (ან ლინეზოლიდი) გამოყენება (ARJCCM 175:367, 2007)		ხშირია კოლონიზაცია, არ არის ასოცირებული დაავადებასთან. In vitro სენსიტიურობა ETB, RIF,AMK, CIP, Clarithro, ლინეზოლიდი (AAC 47:1736, 2003). რეზისტენტულია INH-ზე (CID 14:1229, 1992). ქირურგიული ამოკვეთა.
J. Mycobacterium Kansaii	Q24h PO:INH (300 მგ) + RIF (600 მგ) + EMB (25 მგ/კგ 2 თვე, შემდგომ 15 მგ/კგ). მკურნალობა 18 თვის განმავლობაში (12 თვე, სანამ ნახველის კულტურა გახდებანეგატიური; 15 თვისანი მკურნალობა აივ პოზიტიურ პაციენტებში)	RIF-რეზისტენტულის შემთხვევაში PO q24h: [INH (900 მგ) + პირიდოქსინი (50 მგ) + EMB (25 მგ/კგ)] + სულამეტოქსაზოლი (1 გმ tid) (თუ სულამეტოქსაზოლის დაცემა შეუძლებელია მაშინ TMP-SMX ორი ორმაგი აბი (320 მგ TMP და 1600 მგ SMX) bid ან Claritromycin 500 მგ bid ან Moxifloxacin 400 მგ po ერთხელ დღეში . მკურნალობა 12-15 თვე, სანამ კულტურა გახდება ნეგატიური;	ცეცა აზოთისილი შტამი PZA-რეზისტენტულია. in vitro მაღალია მგრძნობელობა ლინეზოლიდზე (AAC 47:1736, 2003), clarinthro-ზე და მოქსიფლოქსაცინზე (JAC 55:950, 2005). თუ აივ ინფიცირებული პაციენტი იღებს პროტეაზას ინჰიბიტორს RIF შეცვალეთ Clarithro-თი(500 მგ bid) ან RFB-თ (150 მგ/დღე). INH-სადმი ვარაუდებული მგრძნობელობის გამო ზოგი ავტორი ანაცვლებს Clarithro-თ 500-750 მგ q24h. აღწერილია clarithro-ზე რეზისტენტობა, თუმცა შტამების უმრავლესობა მგრძნობიარეა clarithro-ზე, ისევე როგორც მოქსიფლოქსაცინზე (JAC 55:950, 2005) და ლევოფლოქსაცინზე (AAC 48:4562,2004). დაავადების პროგნოზი დამოკიდებულია იმუნოსუპრესიის დონეზე.
K. Mycobacterium Marinum	2 აქტიური აგენტი 1-2 თვით ქირურგიული ჩარევის შემდეგ :Clarithro 500 მგ bid + EMB 25 მგ/კგ q24h ან RIF 600მგ q24h+ EMB 25მგ/კგ q24h ქირურგიული მკურნალობა		ღრმა ქსოვილოვანი შეღწევა/დროისათვის 3 მაგი თერაპია Rifampin 600 მგ q24h +(Monocycline 100-200 მგ q24h ან Doxycycline 100-200 მგ q24h) + Clarithromycin 500 მგ bid. მონოთერაპია შეიძლება განვიხილოთ მინიმალური დაავადების დროს: Monocycline 100-200 მგ q24h ან Doxycycline 100-200მგ q24h ან TMP-SM 160/800 მგ po bid. რეზისტენტულია INH-ზე და PZA-ზე.
L. Mycobacterium scrofulaceum	ქირურგიული ამოკვეთა. იშვიათად არის ნაჩვენები ქიმიოთერაპია. მიუხედავ იმისა, რომ რეჟიმი არ არის განსაზღვრული, გამოყენებულ იქნა Clarithro + CLO, ETB-		in vitro რეზისტენტობა აღინიშნება შემდეგი პრეპარატების მიმართ: INH, RIF, ETB, PZA, AMK, CIP (CID 20:549, 1995). მგრძნობიარეა Clarithro, Step და ერთთერაპიები.

	თან ერთად ან მის გარეშე, INH, RIF, Strep + ცეფოსერინი	
M. Mycobacterium simiae	რეჟიმები არ არის განსაზღვრული. დაიწყეთ 4 მედიკამენტით, როგორც დისსემინირებული MAI-ს დროს.	იზოლატების უმეტესობა რეზისტენტულია პირველი რიგის ანტი-TB პრეპარატზე. იზოლატები ხშირად არ არის კლინიკურად მნიშვნელოვანი (CID 26:625, 1998)
N. Mycobacterium ulcerans (buruli ulcer)	განმო რეკომენდაციას უწევს RIF+SM 8 კვირა. RIF+CIP რეკომენდირებულია როგორც ალტერნატივა (CMN 31:119, 2009).	In vitro მგრძნობიარეა შემდეგი პრეპარატებისადმი: RIF, Sterp, CLO, Clarithro, CIP, Oflox, Amikacin, Moxi, ლინეზოლიდი. ავსტრალიური გაიდლაინები (MJA 200:267, 2014) რეკომენდაციას უწევს შემდეგ ორალურ კომბინაციას RIF +Clarithro ან RIF+ aFQ (Moxifloxacin ან Cipro) . ქირურგიული მკურნალობა არ გამოიყენება, მხოლოდ გაუარესების ან იმ შემთხვევაში თუ სახეზეა ანტიბიოტიკებისადმი აუტანლობა. ნეკროზული ქსოვილების / დიდი დეფექტების ქირურგიული მოცილება
O. Mycobacterium xenopi	რეჟიმები არ არის განსაზღვრული (CID 24:226 და 233, 1997). Clarithro 500 მგ bid + RIF 600 მგ ან Rifabutin 300 მგ+EMV 15 მგ/კგ დღეში + INH 300 მგ დღეში + ერთჯერ	In vitro სენსიტიურია Clarithro-ზე და სხვა მრავალ სტანდარტულ ანტიმიკობაქტერიულ პრეპარატზე. MOXI აქტიურია ინ ვიტრო და შეიძლება გამოყენებული იქნას, როგორც ალტერნატივა .
Mycobacterium Leprae(კეთრი). კლასიფიკაცია: CID 44:1095, 2007, კეთრის კლინიკური მენეჯმენტი: IDCP 18:235, 2010, მიმოხილვა: Lancet ID 11:464,2011.	არსებობს მკურნალობის რეკომენდაციის 2 სხვადასხვა წყარო: ერთი აშშ-ის (ნაციონალური ჰანსენის დაავადების პროგრამები[NHDP], Baton rouge, LA) და მეორე ჯამოს რეკომენდაციები. ორივე დაფუძნებულია ექსპერტების რეკომენდაციებზე და არცერთი არ ეფუძნება კონტროლირებად კლინიკურ კვლევებს (P. Joyce & D. Scollard, Conns Current Therapy 2004: J AM Acad Dermatol 51:417, 2004)	

ხარხილი 12A (11)

დასაშვადების თიჩი	NHPD რეჟიმი	WHO რეჟიმი	კომენტარი
Paucibacillary ფორმა: (შუალედური, ტუბერკულოიდური, მოსაზღვრე ტუბერკულოიდური)	(დასონი 100მგ/დღე +RIF600 მგ PO/დღე) 12 თვის განმავლობაში	დასონი 100მგ/დღე(ზედამხედველო ბის გარეშე) + RIF 600მგ თვეში ერთჯერ (ზედამხედველობით) 6 თვის განმავლობაში	გვერდითი მოვლენები ჯაშში - 0.4%
ერთი პაუციბაცილური დაზიანება (lesion paucibacillary)	უმკურნალეთ როგორც პაუციბაცილურ კეთრს 12 თვის განმავლობაში.	ერთ დოზიანი ROM თერაპია: (RIF 600 მგ + Oflox 400 მგ + Mino 100მგ) (Ln 353:655,1999)	
მულტიბაცილური ფორმა: მოსაზღვრე, მოსაზღვრე- ლეპრომატოზული, ლეპრომატოზური იხილეთ "erythema nodusum leprosum"-ს კომენტარი Rev.: Lancet 363:1209, 2004	დასონი 100 მგ/დღე + CLO 50 მგ/დღე + RIF 600 მგ/დღე 24 თვე ალტერნატიული რეჟიმი: დასონი 100 მგ/დღე + RIF 600 მგ/დღე + მინოციკლინი 100მგ/დღე 24 თვე, თუ CLO უარყოფილი ან არ არის ხელმისაწვდომი.	დასონი 100 მგ/დღე + CLO 50მგ/დღე (ორივე ზედამხედველობის გარეშე) + RIF 600 მგ + CLO 300 მგ თვეში ერთჯერ (ზედამხედველობით). გააგრძელეთ მკურნალობის რეჟიმი 12 თვე.	გვერდითი მოვლენები ჯაშში 5.1%. erythema nodusum leprosum -ის დროს : პრედნიზოლონი 60-80მგ/დღეში ან თალიდომიდი 100-400 მგ/დღეში (BMJ 44:775, 1988, AJM< 108:488, 200). თალიდომიდი ხელმისაწვდომია აშშ-ში 1-800-4- CELGENE. მიუხედავად იმისა, რომ თალიდომიდი ეფექტურია, ჯანში რეკომენდაციას არ უწევს პოტენციური ტოქსიურობის გამო (JID 193:1743, 2006), მაგრამ კეთრის ექსპერტების უმრავლესობისთვის იგი რჩება არჩევის პრეპარატად ENL სამკურნალოდ, თუმცა მკაცრი მეთვალყურეობის ქვეშ. CLO (კლოფაზიმინი) ნებადართულია NHPD-გან IND პროტოკოლის თანახმად; დაუკავშირდით 1-800- 642-2477. ეთიონამიდი (250 მგ q24h) ან პროთიონამიდი (375მგq24h) შესაძლებელია ჩანაცვლდეს CLO. ეტანერცეპტის ეფექტურობა აღწერილია ერთ შემთხვევასთანდარულ თერაპიაზე რეფრაქტურობის დროს (CID 52:e133, 2011). რეჟიმები, რომლებიც შეიცავს clarithro, მინოციკლინს, RIF და/ან oflox ასევე პერსპექტიულია (AAC 44:2919,2000; AAC 50:1558,2006).დასონით მონოთერაპია რეზისტენტობის განვითარების გამო ამოღებულია (CID 52:e127,2011), თუმცა ხანდაზმულ პაციენტებში, რომელთაც დასონით უტარდებოდათ მკურნალობა, იგი შეიძლება გამოყენებულ იქნას შემანარჩუნებელ თერაპიად მთელი სიცოცხლის განმავლობაში. მოქსიფლოქსაცინი მაღალი აქტივობით ხასითდება in vitro და იწვევს სწრაფ კლინიკურ შედეგს (AAC 52:3113,2008).

ჩანაწერები:

- ¹ როდესაც გამოიყენება DOT, პრეპარატები შესაძლებელია მიეცეს 5დღე/კვირაში საჭირო დოზის მორგებით. მიუხედავად იმისა, რომ არცერთი კვლევით არ იქნა შედარებული 5 და 7 q24h დოზირება, ხანგრძლივი გამოცდილება ცხადყოფს, რომ ეს იქნება კარგი პრაქტიკა.
- ² პაციენტებს, რომელთაც მკურნალობის დაწყებამდე აღენიშნებათ გულ-მკერდის რენტგენოგრამაზე კავიტაცია და მკურნალობის დაწყებიდან 2 თვის თავზე კულტურა მაინც დადებითია გაგრძელების ფაზა უნდა გახანგრძლივდეს 7 თვე (31 კვ; ან 217 დოზა q24h ან 62 დოზა 2 x კვირაში).
- ³ 5 დღე/კვირაში წამლის ადმინისტრირება ყოველთვის ტარდება DOT-ით.

ხსარი 12B - ანთიმოკოპაბენარული მედიკამენტების დოზირება და გვერდითი მოვლენები

მედიკამენტი (კომერციული სახელწოდება) ¹	ჩვეული დოზირება*	მიღების რაზა/1* ნაშთი რეზინდენტობა (RES) უგ ²	გვერდითი მოვლენები, მოსხივრობა და გამართილობები	გადამხივრობა
პირველი რიგის მედიკამენტები				
ეთამბუტოლი (მიაბუტოლი) (100, 400 მგ აბები)	25 მგ/კგ/დღე 2 თვე, შემდეგ 15 მგ/კგ/დღე q24h (<10% ცილებთან შეკავშირდება) (ბაქტერიოსტატულია ექსტრაცელულური და ინტრაცელულური მიკროორგანიზმების მიმართ)	RES: 0.3% (0-0.7%) PO 400 მგ ტაბლეტი	მხედველობის წერვის ანთება მხედველობის დაცვითებით, ცენტრალური სკოტომატა და მწვანე, წითელი ფერის ალქის შემცირება, პერიფერიული ნეიროპათია და თავის ტვინი (~ 1%), გამონაყარი (იშვითად), ართრალგია (იშვითად), ჰიპერურეკემია (იშვითად), ანფილასიური რეაქცია (იშვითად). კომენტარი: ძირითადად გამოიყენება რეზისტანტობის ინჰიბირებისთვის. არღვევს M.avium-ის გარეთა მემბრანას და ზრდის სხვა წამლების აქტივობას.	მხედველობის სიმახვილის და წითელი/ მწვანე ფერების ალქის ყოველთვიური შემოწმება >15 მგ/კგ/დღე დოზირებისას. ≥ 10%-ში კარგა მნიშვნელოვანია. როგორც წესი, შეცვავდება მედიკამენტის შეწყვეტის შემდეგ.
იზონაზიდი (INH) (ნიდრაზიდი, ლანაზიდი, ტიბაკონინი) (50, 100, 300 მგ აბები)	Q24h დოზა: 5-10 მგ/კგ/დღე (მაქსიმალური - 300 მგ/დღე) 1-ჯერადი დოზით . 2x კვირადი დოზით: 15 მგ/კგ (900 მგ მაქსიმალური) (<10% ცილებთან შეკავშირდება) [ბაქტერიოციდულია ექსტრაცელულური და ინტრაცელულური მიკროორგანიზმების მიმართ]. დაამატეთ პირიდოქსინი ალკოჰოლიკებში, ორსულებში და მალნუტრიციულ პაციენტებში.	RES: 4.1% (2.6-8.5%) PO 300 მგ ტაბლეტები IM (100 მგ/მლ) 10 მლ-ში (IV გზა არ არის ნებადართული FDA-ს მიერ, თუმცა გამოიყენება განსაკუთრებით შიდაიან პაციენტებში)	საერთო ჯამში ~ 1%. ღვიძლი: Hep (ზავების 10% - ში მსუბუქი ↑ SGOT, ნორმალდება მკურნალობის გაგრძელებით, ასაკი 20 წელი - იშვითად, 20 - 34 წელი - 1.2%, ≥50 წელი - 2.3%-ში) [სხეუ იმატებს q24h დროს ალკოჰოლიკებში და Hep C დაავადებულ პაციენტებში (როგორც წესი ასიმპტომატური - CID 36:293, 2003)]. შესაძლებელია გახდეს ფატალური. პროდრომული სიმპტომატიკის და მუქი შარდის დროს გააკეთეთ LFT; მედიკამენტი უნდა შეწყდეს, თუ SGOT>3-5-ჯერ ნორმაზე. პერიფერიული ნეიროპათია (17%-ში, როდესაც დოზარის ნმგ/კგ/დღე, < 300 მგ. ინციდენტობა ↑ შენელებულია დეცელირება); პირიდოქსინი 10 მგ q24h ამცირებს ინციდენტობას ; სხავნეოლოგიური ნარჩენი მოვლენები, კონვულსიები, ოპტიკური ნევრიტი, ტოქსიური ენცეფალოპათია, ფსიქოზი, კუნთების საზმები, თავბრუსხვევა, კომა (ყველა იშვითად); ალერგიული გამონაყარი კანზე, ცხელება, გვირე დისლუფირამისმასკი რეაქციები, წამოწილება შევიცარული ყველისმიდების შემდეგ; სისხლის დისკრაზია (იშვითად) + ანტინუკლეური (20%). ხშირია	მკურნალობის დაწყებამდე ღვიძლის ფუნქციების შემოწმება. გამეორება საჭიროა თუ სიმპტომები (დაღლილობა, სისუსტე, ანორექსია, ღებინება ან გულის რევა) გრძელდება 3 დღეზე მეტ ხანს (AJRCCM 152:1705, 1995). რეკომენდებულია SGOT შემოწმება მკურნალობის მე-2, მე- 4, მე-6 თვეს, განსაკუთრებით, მაშინ, თუ ასაკი >50 წელი. კლინიკური შეფასება თვეში ერთჯერ.

მედიკამენტი (კომერციული სახელწოდება) ¹	ჩვეული დოზირება*	მიღების რაზა/1* ნაზღაზბა რაზისაზნობა (RES) სგ ²	აზარაფი მოვლაზბი, მოსიზრობა და ბაფროზიზბი	აზაზბაფალობა
			მედიკამენტა შორის ურთიერთქმეფბა, იზილეთ ცზრილი 22.	
პირაზინამიდი (500 მგ აზბი)	25 მგ/კგ/დლეში (მაქსიმალორი 2.5 გ/დლე) q24h 1-ჯერადი დოზით [ბაქტერიოციდულია ინტრაცელულური ორგანიზმების მიმართ]	PO 500 მგ აზბი	ართრალგია; პიპერურიკემია (სიმპტომებით ან მის გარეშე); პეპატიტი (არ ვითარდება 2%-ზე ზმირად, თუ რეკომენდებულ დოზას არ გადააჰარბებს); კუჭის გალიზიანება და ფოტოსენსიტიურობა (იშვითი).	მკურნალობის დაწყებამდე ღვიძლის ფუნქციების შემოწმება. ყოველთვიურად SGOT-ს, შარდმყავას მონიტორინგი. გაზომეთ პლაზმაში შარდმყავას დონე პოდაგრის სიმპტომების გაჩენისას.
რიფამპი*- კომბინირებული აზბი	2 აზი 1-ჯერადი დოზით q24h	PO (1სათით ადრე ჰამამდე)	1 აზი შეიცავს 150 მგ INH, 300 მგ RIF	უნდა მოხდეს კონტროლი ცალკეულ მედიკამენტზე.
რიფამპინი (რიფადინი, რიმაჰტანი, რიფოვინი) (100, 300, 450, 600 მგ კაპსულა)	10.0 მგ/კგ/დლე (მაქსიმალორი 600 მგ) q24h 1-ჯერადი დოზა (60-90% ცილებთან შეკავშირდება) [ბაქტერიოციდული მიკროორგანიზმთა ყველა პოპულაციის მიმართ]	RES: 0.2% (0- 0.3%) PO 300 მგ კაპსულა (IV ხელმისაწვდომია, Merrel-dow)	INH/RIF წყდება 3%-ში ტოქსიკურობის გამო; გასტროინტესტინური გალიზიანება, ანტიბიოტიკ- ასოცირებული კოლიტი, წამლისმიერი ცხელება (1%), ჰავილი გამოწყარით ან მის გარეშე (1%), ანაფილაქ- სიური რეაქცია აივ დადებით პაციენტებში, გონების დაზინდება, თრომბოციტოპენია (1%), ლეიკოპენია (1%), ჰემოლიზური ანემია.ღვიძლის ფუნქციების გარდამავალი ცვლილებები. „გრძის მაფარი სინდრომი“ (შემცივნება, ცხელება, თავის ტკივილი, ძვლების ტკივილი, სუნთქვითი უკმარისობა) გვხვდება RIF-ის არარეგულარული მიღებისას ან მკურნალობის შეჩერების შემდეგ კვლავ განახლებისას. შარდის ფერის შეცვლა, ცრემლდენა, ოფლიანობა, კონტაქტური ლიზების ფერის ცვლილება მოყავისფრო- ფორთოხლისფრა. შესაძლებელია გამოწვიოს წამალ- ინდუცირებული lupus erythematosus (Ln 349:1521,1977).	მკურნალობის დაწყებამდე ღვიძლის ფუნქციების შემოწმება. გაიმერეთ სიმპტომების გაჩენის შემთხვევაში. მრავალი მნიშვნელოვანი მედიკამენტა შორის ურთიერთქმეფბა, იზილეთ ცზრილი 22.

მედიკამენტი (კომბინირებული სახელწოდება) ¹	ჩვეული დოზირება*	მიღების რაოდენობა/წამამდე	გვერდითი მოვლენები, მოსინჯიერება და ბაფრთხილობები	გადამხადველობა
რიფატერი * - კომბინირებული აბები (იხილეთ გვერდითი მოვლენები)	წონა ≥ 55 კგ, 6 აბი 1-ჯერადი დოზა q24h	PO (1 სათითა ადრე ჭამამდე)	1 აბი შეიცავს 50 მგ INH, 120 მგ RIF, 300 მგ PZA. გამოიყენება მკურნალობის პირველი 2 თვე (PZA 25 მგ/კგ). ამ პრეპარატის მიზანია მოხერხებული დოზირება და პაციენტისთვის რეჟიმის დაცვის გაადვილება (AnIm 122:951, 1995), თუმცა ფასი 1.58-ით ძვირია. გვერდითი მოვლენები = ცალკეული პრეპარატისადმი.	უნდა მოხდეს კონტროლი ცალკეულ მედიკამენტზე. PZA 25 მგ/კგ.
სტრეპტომიცინი (IV/IM სსნარი)	15 მგ/კგ IMq24h 0.75-1.0 გ/დღე მკურნალობის საწყის ფაზაში 60-90 დღე, შემდეგ 1 გ 2-3-ჯერ კვირაში (15 მგ/კგ/დღე) q24h ერთჯერადი დოზა.	RES: 3.9% (2.7-7.6%) IM (ან IV)	ჯამში 8%. ოტოტოქსიკურობა: ვესტიბულური დისფუნქცია (ვერტიგო); პარესთეზია, თავბრუსხვევა და გულის რევა (ნაკლები სიხშირით ვლინდება კვირაში 2-3 დოზის მიღებისას); შუილი ყურებში და მაღალი სიხშირის აღქმის დაკარგვა (1%); ნეფროტოქსიკურობა (იშვიათია), პერიფერიული ნეიროპათია (იშვიათია), ალერგიული გამონაყარი კანზე (4-5%); წამლისმიერ ცხელება. ხელმისაწვდომია X-Gen Pharmaceuticals-ში, 607-732-4411. Ref: re: IV – CID 19:1150, 1994. ტოქსიურობა მსგავსია qd vs tid დოზირებისას (CID 38:1538,2004).=	ყოველთვიური აუდიოგრამა. მოზრდილ პაციენტებში, პლავინის კრეატინინის და BUN შემოწმება მკურნალობის დაწყებამდე და ყოველკვირეულად, თუ პაციენტი სტაბილურია.

¹ შენიშვნა: ანტიმიკობაქტერიული წამლების მალაბსორბცია შეიძლება გამოიწვიოს შიდს-ენცეროპათიამ. გვერდითი მოვლენების მიმოხილვის სანახავად, გაეცანით
AJRCCM 167:1472, 2003.

² RES= M. Tuberculosis-ის %-ული რეზისტენტობა

* დოზები მოცემულია მოზრდილთათვის და თირკმლის ნორმალური ფუნქციის დროს

⁵ საშუალო (დიაპაზონი) (მაღალია ესპანური, აზიური წარმოშობის და 10 წლამდე პაციენტებში

სხრილი 128 (2)

განმარტებული (კომპარაციული სახელწოდება) ¹	ჩვეულოდ დოზირება*	მიღების გზა/1* ნაწილობით რეზისტენტობა (RES) სფ ²	განმარტებული მოვლენები, მოსინჯობა და ბაფრისინიზაცია	განმარტებული
მეორე რიგის წამლები (უფრო მწიფე გამოსაყენებელი და ნაკლებ ეფექტური, ვიდრე პირველი რიგის წამლები)				
ამიკაცინი (ამიკინი) (IV ხსნარი)	7.5- 10.0 მგ/ კგ q24h (ბაქტერიოციდული ექსტრაცელულური მიკროორგანიზმების მიმართ)	RES (დაახლოებით 0.1%) IM/IV 500 მგ ფლაკონი	იზილეთ ცხრილი 10B, გვ. 243 ტოქსიურობა მსგავსია qid vs tid (CID 38:1538,2004)	ყოველთვიური აუდიტორება. პლაზმაში კრეატინინის დონის ან BUN განსაზღვრა კვირაში ერთჯერ, თუ პაციენტი სტაბილურია
ბედაქილინი (სირტურო) 100 მგ ტაბლეტი	DOT-დაკვირვების ქვეშ მკურნალობა 400 მგ დღეში ერთხელ 2 კვირა, შემდგომ 200 მგ 3-ჯერ კვირაში 22 კვირა, მიღება ხდება საჭმელთან ერთად და ყოველთვის სხვა ანტი-ტბ პრეპარატთან კომბინაციაში.	არ ავლენს ჯვარედინ რეზისტენტობას სხვა TB წამლებთან, ყოველთვის გამოიყენეთ სხვა TB სამკურნალო პრეპარატებთან ერთად, რეზისტენტული მუტაციების სედეციის თავიდან ასაცილებლად	ყველაზე ჩვეულოდ გამოვლინდება გულის რევა, ლუბინება, ართროალგია, თავის ტკივილი, ჰიპერურეკემია, ტრანსამინაზების მომატება.კლინიკური კვლევებში ბედაქილინი ინიშნებოდა, როგორც ერთ-ერთი კომპონენტი რამოდენიმე მედიკამენტთან ერთად, ასე რომ მწიფეა მიაწერო გვერდითი ეფექტი ერთ რომელიმე წამალს.	ზომიერი QTC გახანგრძლივება (საშუალოდ 10-16 მმ 24 კვირისანი მკურნალობის შემდეგ). პანკრეატიტის, მიოპათიის, მიოკარდიუმის დაზიანების, მძიმე ჰეპატოტოქსიურობის პოტენციური რისკი.
კაპრემიცინი სულფატი (კაპსატატი სულფატი)	1 გ/დღე (15 მგ/კგ/დღე) q24h როგორც 1 დოზა	RES: 0.1% (0-0.9%) IV 200-400 მგ ფლაკონი	ნეფროტოქსიურობა (36%), ოტოტოქსიურობა (სმენითი დარღვევები 11%), ოზონოფილია, ლეიკოპენია, გამონაყარი კანზე, ცხელება, ჰიპოკალემია, ნერვულითიზმი ზლოკადა.	ყოველთვიური აუდიტორება. პლაზმაში კრეატინინის დონის ანBUN-ის კონტროლი კვირაში ორჯერ
ციპროფლოქსა- ცინი (Cipro) 250, 500, 750 მგ	750 მგ bid	PO 500 მგ ან 750 მგ ER IV 200-400 მგ ფლაკონი	FDA-ს მიერ არ არის ნებადართული CIP-ით TB მკურნალობა. პლაზმაში CIP-ის სასურველი დონე არის 4- 6 მკგ/მლ, რომლის მისაღებად საჭიროა 800 მგ დოზა (AJRCCM 151:2006, 1995).FQ-რეზისტენტული M.Tb	ზედამხედველობას არ მოითხოვს

მედიკამენტი (კომბინირებული სახელწოდება) ¹	ჩვეული დოზირება*	მიღების გზა/1* ნაშთები რეზიდუუმები (RES) სმ ²	მავრადი მოვლენები, მოსივრობა და ბავრობის რისკები	მედიკამენტოზობა
ასბები			აღმოჩენილი იქნა ნიუ-იორკში (Ln 345:1148, 1995).	
კლოფაზიმინი (ლამპრენი) 50,100 მგ კაპსულა	50 მგ/დღეში (ზედამხედველობის გარეშე) + 300 მგ 1-ჯერ თვეში ზედამხედველობით ან 100 მგ დღეში	PO 50 მგ (საქმელთან ერთად)	კანის მხრივ: მიგრენტაცია (მოგარდისფრო-მოყვავისფრო მაგი) 75-100%, სიმწრალე 20%, ჭავილი 5%. GI: მუცლის ტკივილი 50% (იმავიათად მძიმე, რის გამოც საჭირო ხდება ლაპარასკოპია), ელენთის ინფარქტი (VR), წვრილი ნაწლავის ოსტრუქცია (VR), GI სისხლდენა (VR). თვალთ: კონიუქტივის გაღიზიანება, ზადურაზე კრისტალების დაგროვება.	ზედამხედველობას არ მოითხოვს
ციკლოსერინი (სერომიცინი) 250 მგ აბები	750-1000 მგ/დღეში (15 მგ/კგ დღეში) 2-4 დოზა/ დღეში [ნაქტერიოსტატურია ექსტრა- და ინტრაცელულური მიკროორგანიზმების მიმართ]	RES: 0.1% (0- 0.3%) PO 250 მგ კაპსულა	კონველსიები, ფსიქოზები (5-10% იმ პაციენტებისა, ვინც იღებს 1.0 გ-ს დღეში); თავის ტკივილი, სომნოლენცია, ჰიპერრეფლექსია, CSF-ში ცილისა და წნევის მომატება, პერიფერიული ნეიროპათია . 100 მგ პირიდოქსინი(ან მეტ) q24h უნდა მიეცეს ერთდროულად. უკუნაჩვენებია ეპილეფსიის დროს.	ზედამხედველობას არ მოითხოვს
დაპსონი 25,100 მგ აბები	100 მგ/დღეში	PO 100 მგ აბები	სისხლის მხრივ: ჰემოგლობინი ↓ (1 – 2 გ) და ↑ რეტროკულოციტები (2-12%) პაციენტების უმეტესობაში. ჰემოლიზი G6PD დეფიციტისას, ჰემოლიზის რისკი იზრდება ატანაწავის კომპონაგიაში გამოყენებისას (AAC 56:1081, 2012). მეტჰემოგლობინემია . ცნს: პერიფერიული ნეიროპათია (იმავიათა). GI: გულის რევა, ღებინება.თირკმლის მხრივ: ალბუმინურია, ნეფროზული სინდრომი. Erythema nodosum leprosum პაციენტებში, რომლებიც მკურნალობენ კეთრზე (პაციენტების 1/2 პირველ წელს).	ჰიპერმგრძნობელობის სინდრომი : ცხელება , გამონაყარი , ეოზინოფილია, ლიმფადენოპათია , ჰეპატიტი, პნევმონიტი. გენეტიკური მარკერი განსაზღვრულია
ეთიონამიდი (ტრეკატორ SC) 120, 250 მგ აბები	500-1000 მგ/დღე (15-20 მგ/კგ/დღე) 1-3 დოზა დღეში [ნაქტერიოსტატულია მხოლოდ ექსტრაცელულურ ორგანიზმების მიმართ]	RES 0.8%(0-1.5%) PO 250 მგ აბები	გასტროინტესტინური გაღიზიანება (50%-მდე მაღალ დოზაზე), ჩივი, პერიფერიული ნეიროპათია (იმავიათი), კონველსია (იმავიათი), აფექტის ცვლილებები (იმავიათი), დიაბეტის მართვის გაძნელება, გამონაყარი, ჰეპატიტი, პურპურა, სტომატიტი, გინეკომასტია, მენსტრუაციის დარღვევები. მიეით მდიკამენტი სავსებით ან ანტაციდებთან ერთად; 50-100 მგ პირიდოქსინთან ერთადდღეში; SGTმემოწმება თვეში ერთჯერ. შესაძლებელია ტერატოგენობა.	

გადიკაბენი (კონკრეტული სახელწოდება) ¹	ჩვეული დოზირება*	მიღების გზა/1* ნაშთები რეგისტრაცია (RFS) სფ	გვერდითი მოვლენები, მოსინჯობა და გამართილიშობები	გადამხდელის
მოქსიფლოკაცინი (ავლოქსი) 400 მგ აბები	400 მგ qid	PO 400 მგ კაპსულა IV	არ არის FDA-ს მიერ ნებადართული ჩვენება. რიფამპინთან ერთდროული მიცემა ამცირებს სისხლის პლაზმაში მოქსი-ს დონეს (CID45:1991, 2007).	ზედამხდელის არ მოითხოვს
ოფლოქსაცინი (ფლოქსინი) 200, 300, 400 მგ აბები	400 მგ bid	PO 400 მგ კაპსულა IV	არ არის FDA-ს მიერ ნებადართული ჩვენება. ჯანმ, გვერდითი მოვლენები შეადგენს 11%-ს. 4%-ში მკურნალობა წყდება გვერდითი მოვლენების გამო. GI: გულის რევა 3%, დიარეა 1%. ცნ: უძილობა 3%, თავის ტკივილი 1%, თავბრუსხვევა 1%.	
ლინეზოლიდი (Zyvox) 600 მგ ტაბ , ორალური სუსპენზია 100 მგ/მლ	600მგ ერთხელ დღეში	PO ან IV	არ არის ნებადართული FDA-ის მიერ. გვერდითი მოვლენები ს მაღალი მაჩვენებელი (>80% 4 თვისანი მკურნალობისას: მიელოსუპრესია , პერიფერიული ნეიროპათია , ოპტიკური ნეიროპათია, თავი შეიკავეთ თირაზინის შემცველ საკვებისაგან , სოიოს პროდუქტებისგან, ადრენერგული აგენტებისგან (ფსევდოეფედრინი, ფენილპროპანოლამინი), MOA ინჰიბიტორებისგან, SSR-გან. 600 მგ>300მგ ტოქსიურობის გამო, განიხილეთ დოზის შემცირება 300 მგ- მდე ტოქსიურობის გამო .	დასაწყისში და ყოველთვიურად სისხლის საერთო, მხედველობის სინაზების შემოწმება , პერიფერიული ნეიროპათიის სიმპტომების სკრინინგი და ნევროლოგიური შემოწმება .

* დოზირება მოცემულია მოზრდილობისათვის და თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების დროს
 § საშუალო (დიაპაზონი) (მაღალია ესპანური, აზიური წარმოშობის და 10 წლამდე პაციენტებში

DOT= დაკვირვების ქვეშ თერაპია

↓

მხრილი 128 (3)

მედიკამენტი (კომერციული სახელწოდება)*	ჩვეულებრივი დოზირება*	მიღების რაოდენობა/1* ნაშთების რეზინდუილობა (RES) სტან*	გამართლი მოვლენები, დოზირება და გაფრთხილებები	გადამხდელთა
პარა- ამნოსალიცილის მეფავი(PAS, პასერი) (NA ⁺ ან K ⁺ მარილი) 4 მგ კაპსულა	4-6 გ bid (200 მგ/კგ/დღე) ბაქტერიოსტატული მხოლოდ ექსტრაცელულური მიკროორგანიზმების მიმართ	RES: 0.8%(0-1.5%) PO 450 მგ აბები (იხილეთ კომენტარი)	გასტროინტესტინური გაღიზიანება (10-15%); ჰიპოთირეოზის გამოწვევის პოტენციალი (იშვიათი); პროთრომბინის დაქვეითება (იშვიათი); G6PD-განპირობებული ჰემოლიზური ანემია (იშვიათი); წამლისმიერი ცხელება, გამონაყარი, ჰეპატიტი, მიაღვია, ართრა- გია. ღვიძლის ენზიმების ინდუქციის დაქვეითება, შესაძლებელია INH შეამციროს ჰეპატოტოქსიურობა. ხელმისაწვდომია CDC-სგან, 404-639-3670, Jacobus Pharm. Co. 609-921-747	ზედამხედველობას არ მოითხოვს
რიფაბუტინი (მიკოზუტინი) 150 მგ კაპსულა	300 მგ/დღე (პროფილაქტიკა ან მკურნალობა)	PO 150 მგ აბი	პოლიმიალგია, პოლიარტრალგია, ლეიკოპენია, გრანულოციტოპენია, წინა უვითი, როდესაც ინიშნება კლარიტრომიცინთან ერთად. თავი აარიდეთ 600 მგ-იან დოზას (NEJM 330:438, 1994). ივეტი აღწერილია 300მგ/დღეში მიღებისას (AnIM 12:510, 1994). მოწიკლო შარდი, ფოთოხლისფერი კანი (ფსეიდოსიციტოლი).	ზედამხედველობას არ მოითხოვს
რიფაპენტინი (პრიფტინი) 150 მგ ტაბლეტი	600 მგ კვირაში 2-ჯერ პირველი 2 თვე, შემდგომ 600 მგ q კვირაში	PO 150 მგ აბი	მსგავსია სხვა რიფამპინებთან (იხილეთ RIF, RFB). ჰიპერერ- კემია 21%-ში. იწვევს სხეულის სითხეების წითელ-ფორთოხლის- ფერ შეფერვას. აღსანიშნავია, რომ RIF-დმი რეზისტენტობის შემთხვევები მატულობს პაციენტებში, რომლებიც იმყოფებიან ყოველკვირეული მკურნალობის რეჟიმზე (In353:1843, 1999)	ზედამხედველობას არ მოითხოვს
თალიდომიდი (თალიდომიდი) 50, 100, 200 მგ კაპსულა	100-300 მგ PO q24h (შესაძლებელია დოზის 400 მგ-მდე გაზრდა POq24h მიმე erythema nodosum leprosum დროს)	PO 50 მგ აბი	უკუნაჩვენებია ორსულობისას. იწვევს მძიმე სიცოცხლისთვის საშიშ განვითარების მანკებს. როგორც ქალებს, ისევე მამაკაცებმა უნდა გამოიყენონ ხარვეზული კონტრაცეპტული საშუალებები (ორსულობის კატეგორია X). ხშირად იწვევს სომნოლენციას. შეიძლება გამოიწვიოს პერიპერული ნეიროპათია (AJM 108:487, 2000). მიმოხილვისთვის, იხილეთ Ln 363:1803, 2004.	აშშ-ში კონტაქტი Celgene ხელმისაწვდომია მხოლოდ ფარაცევტებისათვის, რომ- ლებიც მონაწილეობენ თა- ლიდომიდის განათლების და გამოწვევის უსაფრთხოების სისტემაში (S.T.E.P.S)

* დოზირება მოცემულია მოზრდილებისათვის და თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების დროს

§ საშუალო (დიაპაზონი) (მაღალია ესპანური, აზიური წარმოშობის და 10 წლამდე პაციენტებში

DOT = დაკვირვების ქვეშ თერაპია

სხრილი 13A - პარაზიტული ინფექციების მკურნალობა

- იხილეთ ცხრილი 13D კომერციულად ხელმისაწვდომი ანტიპარაზიტულ საშუალებებზე ინფორმაციის მისაღებას
- შენიშვნა: ყველა დოზა არის მორბილი ნორმალური თირკმლის ფუნქციის მქონე პაციენტებისთვის, თუ სხვაგვარად მითითებული არ არის. მრავალი შემთავაზებული რეჟიმი არ არის FDA-ს მიერ ნებადართული.
- ლიცენზირებული წამლის შემთხვევაში, შეამოწმეთ შეფუთვის ინსტრუქცია, რათა დადაგინოთ დოზა და გვერდითი ეფექტები. ხანდახან, ლიცენზირების შემდეგ მონაცემებ შეიძლება შეიცვალოს.
- პედატიური დოზის რეკომენდაციები: Treat Guid Med Lett 5 (Supp 5):1, 2007.

ბაქტერიული ორგანიზმი	შემოთავაზებული რეჟიმები		კომენტარი
	ძირითადი	ალტერნატიული	
პროტოზოა-ინფექციური (არა-პათოგენური: E. hartmani, E. dispar, E. coli, lodamoeba burschlii, endolimax nana, chilomastix mensili)			
Balantidium Coli	ტეტრაციკლინი 500 მგ PO qid x 10 დღე	მეტრონიდაზოლი 750 მგ PO tid 5 დღე	სხვა ალტერნატივა: იოდოქინოლი* 650 მგ PO tid x 20 დღე
Blastocystis Hominis Ref: Trend Parasitol 28:305, 2012	მეტრონიდაზოლი 1.5 გ PO 1 x /დღე x 10 დღე ან 750 მგ PO tid x 10 დღე	ალტერნატივა: იოდოქინოლი* 650 მგ PO tid x 20 დღე ან TMP-SMX-DS ერთი bid x 7 დღე ან ნიტაზოქსანიდი 500 მგ PO bid x 3 დღე	პათოგენის როლი არ არის ნათელი; შესაძლებელია მიზეზი იყოს კონტამინირებული საკმელი/წყალი. ზოგი გენოტიპი შესაძლოა იყოს მეტად ვირულენტური.
Cryptosporidium Parvum & Hominis მკურნალობა არადაამკაცფილემბელია Ref: Curr Opinion Infect Dis 23:494, 2010	იმუნოკომპეტენტურ- აივ ნეგატიურ პაციენტებში: ნიტაზოქსანიდი 500 მგ PO bid x 3 დღე (არის ძვირი)	აივ პოზიტიურ იმუნოდეფიციტიან პაციენტებში: ყველაზე უკეთესია ეფექტური ანტირეტროვირუსული თერაპია. ნიტაზოქსანიდს პლაცებოზე უკეთესი არც კლინიკური გაუმჯობესება და არც პარაზიტზე მგრძნობელობა არ ახასიათებს.	ნიტაზოქსანიდი: ბავშვთა სამკურნალოდ ნებადართულია თხევად ფორმში, ხოლო იმუნოკომპეტენტურ მოზრდილითათვის - 500 მგ აბების სახით. Ref:CID 40:1173, 2005. C. Hominis ასოცირდება პოსტ-ინფექციურ თვალისა და სახსრების ტკივილთან, რეტორენტულ თავის ტკივილთან და თავბრუსხვევასთან (CID 39:504, 2004)
Cyclospora Cayetanensis; ციკლოსპორიაზი (Clin Micro Rev 23:218, 2010)	იმუნოკომპეტენტურ პაციენტებში: TMP-SMX-DS 1 ტაბლეტი PO bid x 7-10 დღე. სხვა არჩევანი: იხილეთ კომენტარი	შიდასიანი პაციენტები: TMP-SMX DS 1 აბი PO qid 3-4 კვირა. იმუნოკომპრომეტირებულ პაციენტებში: შესაძლოა საჭირო გახდეს სუპრესიული თერაპია TMP-SMX DS 1 აბი 3-ჯერ კვირაში.	Sulfa-ალერგიულობის შემთხვევაში: CIP 500 მგ PO bid x 7 დღე, მაგრამ შედეგი არაერთგვაროვანია. ერთეულიწარმატებები ნიტაზოქსანიდით. ბილიარული პათოლოგია აღწერილია აივ ინფიცირებულებში.
Dientamoeba Fragilis იხილეთ AJTMM 82:614, 2010	იოდოქინოლი* 650 მგ PO tid x 20 დღე ან პარამომიკინი*	წარუმატებელი მკურნალობისას: ტეტრაციკლინი 500 მგ PO qid x 10 დღე	მეტრონიდაზოლი წარუმატებელია აღმოჩნდა პროსპექტული რანდომიზებული პლაცებო-

ბაინდირებადი ორბანოზი	შემოთავაზებული რეჟიმები		კომენტარი
	ძირითადი	ალტერნატიული	
Clin Micro Infect 14:601, 2008	25-35 მგ/კგ/დღე PO 3 Div დოზა x 7 დღე ან მეტრონიდაზოლი 750 მგ PO tid 10 დღე	+ იოდოქენოლი* 650 მგ PO tid x 10 დღე ან (იოდოქენოლი + პარომომიკინი*)	კონტროლირებული ორმაგი ბრმა კვლევა (CID 58:1692, 2014). ტინიდაზოლი უფრო ეფექტურია ვიდრე მეტრონიდაზოლი AAC 56:487, 2012
Entamoeba Histolitica ; ამებიაზი. ასიმპტომური ცისტების გამოყოფი	შესაძლებლობის შემთხვევაში გამოიყენეთ განავლის PCR კვლევა დიაგნოსტიკისთვის პარომომიკინი* 25-35 მგ/კგ/დღე PO 3 Div დოზა x 7 დღე ან იოდოქენოლი* 650 მგ PO tid x 20 დღე	Diloxanide Furate* (ფურამიდი) 500 მგ PO tid x 10 დღე	შენიშვნა: E. hartmanni და E dispar არ არიან პათოგენურები.
პაციენტები დიარეით/დიზენტერიით; მსუბუქი/საშუალო სიმძიმე. ორალური თერაპია შესაძლებელია	მეტრონიდაზოლი 500-750 მგ PO tid x 7-10 დღე ან ტინიდაზოლი 2 გ PO დღეში x 3 დღე, რომელსაც მოყვება: ან პარომომიკინი* 25-35 მგ/კგ/დღე PO 3 Div დოზა x 7 დღე ან იოდოქენოლი* 650 მგ PO tid x 20 დღე	ინტესტინური ცისტების გასაწმენდად. იხილეთ კომენტარი მეტრონიდაზოლი 750 მგ IV, შემდეგ PO tid x 10 დღე ან ტინიდაზოლი 2 გ x1/დღე x 5 დღე, შემგომ ან პარომომიკინი* 25-35 მგ/კგ/დღე PO 3 Div დოზა x 7 დღე ან იოდოქენოლი* 650 მგ PO tid x 20 დღე რათა გაიწმინდოს ინტესტინური ცისტები.	კოლიტი შეიძლება წააგავდეს წყლულოვან კოლიტს. ამებომა შეიძლება წააგავდეს კოლინჯის ადენოკარცინომას. ნიტაზოქსანიდი 500 მგ PO bid x 3 დღე შეიძლება იყოს ეფექტური (JID 184:381, 2001; Tran R SSoc Trop Med & Hyg 101:1025, 2007)
მომე ან ექსტრაინტესტინური ინფექცია (მაგ. ღვიძლის აბსცესი)	მეტრონიდაზოლი 750 მგ IV, შემდეგ PO tid x 10 დღე ან ტინიდაზოლი 2 გ x1/დღე x 5 დღე, შემგომ ან პარომომიკინი* 25-35 მგ/კგ/დღე PO 3 Div დოზა x 7 დღე ან იოდოქენოლი* 650 მგ PO tid x 20 დღე რათა გაიწმინდოს ინტესტინური ცისტები.	ინტესტინური ცისტების გასაწმენდად. იხილეთ კომენტარი მეტრონიდაზოლი 750 მგ IV, შემდეგ PO tid x 10 დღე ან ტინიდაზოლი 2 გ x1/დღე x 5 დღე, შემგომ ან პარომომიკინი* 25-35 მგ/კგ/დღე PO 3 Div დოზა x 7 დღე ან იოდოქენოლი* 650 მგ PO tid x 20 დღე რათა გაიწმინდოს ინტესტინური ცისტები.	ექსტრაინტესტინური დაავადებისას სეროლოგია პოზიტიურია (ანტისხეულები დადებითია).
Giardia Lamblia ასევე ცნობილია, როგორც Giardia lamblia , Giardia Duodenalis გიარდიაზი	ტინიდაზოლი 2 გ PO x1 ან ნიტაზოქსანიდი 500 მგ PO bid x 3 დღე. Metro და პარომომიკინი ალტერნატივებია	მეტრონიდაზოლი 250 მგ PO tid x 5 დღე (GI გვერდითი ეფექტების მაღალი სიხშირე). იხილეთ კომენტარი. ორსულობისას: პარომომიკინი* 25-35 მგ/კგ/დღე PO 3-ზე გაყოფილი დოზა x 7 დღე	რეგულატორული პაციენტები: (Metro 750 მგ PO + ქენადაკრინი 100 მგ PO) ან (პარომომიკინი 10 მგ/კგ PO) 3x/დღეში x 3 კვირა (CID 33:22, 2001). გიარდია ზოგადად ჰეტეროგენულია (J Clin Invest 123:2346, 2003)

ხშირი 13A (2)

მანიფესტაციური ორგანიზმი	შემოთავაზებული რეჟიმები		კომენტარი
	ძირითადი	ალტერნატიული	
პროტოზოა-ინფექციური (გაგრძელება)			
Cystoisospora belli (წინათ isospora belli) (მიღსი ref: MMWR 58 (RR-4):1, 2009)	იმუნოკომპეტენტური: TMX-SMX-DS 1 ტაბლეტი PO bid x 7-10 დღე იმუნოკომპეტენტურებულები: TMP- SMX-DS qid 4 კვირამდე. თუ CD4<200 შესაძლებელია შედეგი არ მოგვეცეს; საჭიროა ART.	CIP 500 მგ PO bid x 7 დღე არის მეორე რიგის ალტერნატივა (AnIM 132:885,2000) ან პირიმეთამინი 50-75 მგ/დღე + ფოლის მცავი 10-25 მგ/დღე (PO).	ქრონიკული სუპრესია შედისან პაციენტებში: ან TMP-SMX-DS 1 აბი PO 3-ჯერ კვირამი ან 1 აბი ყოველდღიურად ან (პირიმეთამინი 25 მგ/დღე PO + ფოლის მცავი 10 მგ/დღე) ან მეორე რიგის ალტერნატივა: CIP 500 მგ PO 3-ჯერ კვირამი.
Microsporidiosis თვალის: Encephalitozoon hellum ან cuniculi, Vittaforma (Nosema), corneae, Nosema ocularum	აივ დადებით პაციენტებში გადამწყვეტია ალბენდაზოლი 400 მგ PO x 3 კვირა პლუს ფუმაგილინის თვალის წვეტები (იხილეთ კომენტარი)	ანტირეტროვირუსული მკურნალობა აივ პოზიტიურ პაციენტებში, აღწერილია ფუმაგილინის * თვალის წვეტების (იხილეთ კომენტარი) ეფექტურობა E. hellum-ის წინააღმდეგ. V. Corneae-ს დროს შესაძლოა საჭირო გახდეს კერატოპლასტიკა	ფუმაგილინის შესაძენად: 800 292 6773 ან www.leiterrx.com ნეიტროპენია და თრომბოციტოპენია არის სერიოზული გვერდითი ეფექტები. დიაგნოზი: ლაბორატორიების უმეტესობა იყენებს მოდიფიცირებულ ტრიქრომ შედეგებს. ელექტრული მიკროგრაფია საჭიროა სახეობის იდენტიფიკაციისთვის. FA და PCR მეთოდები შემუშავების ფაზაშია. პედატრიული დოზის მიმოხილვა: PIDJ 23:915, 2004
ნაწლავის (დიარეა): enterocytozoon bienersi, Encephalitozoon (septata) intestinalis	ალბენდაზოლი 400 მგ PO bid x3 კვირა; პედატრიული დოზა: 15 მგ/კგ/დღე გაყოფილი 2 მიღებაზე x 7 დღე E. intestinalis -ისთვის. ფუმაგილინი იკონკრეტად ეფექტურია.	ორალური ფუმაგილინის * 20 მგ PO tid ეფექტურობა აღწერილია E. bienersi-ს დროს (NEJM 346,1963,2002) იხილეთ კომენტარი.	
დისემინირებული: E. Hellum, cuniculi ან intestinalis; Pleistophora sp. (სხვები კომენტარებში. (JCM 52:3839, 2014)	ალბენდაზოლი 400 მგ PO bid x 3 კვირა. ფუმაგილინი 20 მგ PO tid (არ არის ხელმისაწვდომი US)	Pleistophora Sp.-სთვის მკურნალობა დადგენილი არ არის.	Trachipleistophota sp.-ს სამკურნალოდ სცადეთ: იტრაკონაზოლი + ალბენდაზოლი (NEJM 351:42,2004). სხვა პათოგენები: Brachiola vesicularum და algerae (NEJM 351:42, 2004)

პროტოზოა-მენტარიინფექციური

ამეზური მენტარიინფექცია (Clin infect dis 51:e7, 2010 (Balamuthia))

Ancanthamoeba sp. – არ არსებობს დამტკიცებული მკურნალობა. მიმოხილვა:	IV თერაპია: (პენტამიდინი + ფლუკონაზოლი + მილტეფოზინი 50 მგ PO tid. შესაძლოა დაემატოს TMS-SMX, მეტრონიდაზოლი და მაკროლიდი.	Ancanthamoeba ketatitits-ისთვის: მილტეფოზინი ან კორიკონაზოლი
---	---	---

ინფორმაციული ორგანიზმი	მედიკამენტოზური რეჟიმი		კომენტარი
	ძირითადი	ალტერნატიული	
FEMS Immunol Med Micro 50:1, 2007 Balamuthia mandrillaris	პენტამიდინი + ალბენდაზოლი + (ფლუკონაზოლი ან იტრაკონაზოლი) ან + მილტეფოზინი 50 მგ PO tid.		
Naegleria fowleri. ლეტალური გამოსავალი >95%. მიმოხილვა: MMWR 57:573, 2008	Ampho B 1.5 მგ/კგ/დღე + 1.5მგ/დღეში ინტრათეკალურად + რიფამპიცინი 10მგ/კგ/დღეში + ფლუკონაზოლი 10 მგ/კგ/დღეში IV/PO + მილტეფოზინი 50 მგ PO tid		
Sappinia diploidea	Azithro + პენტამიდი + Itra + ფლუკოციტოზინი (JAMA 285:2450,2001)		
Babesia microti (აშშ), და Babesia divergens (ევროპა) (NEJM 366:366:2397, 2012)	მსუბუქი/საშუალო სიმძიმის დაავადებისას: ატოვაცინი 750 მგ bid + Azithro 600 მგ PO პირველი დღე, შემდგომ 250-1000 მგ PO დღეში ჯამში 7-10 დღე. თუ რეციდივი, უმკურნალეთ 6 კვირის განმავლობაში და სისხლის წესტიური კულტურიდან x 2 კვირა.	მიზეზი ბაზილიური შეთხვევაში: (კლინდამიცინი 600 მგ PO tid)+ (ქინინი 650 მგ PO tid) x 7-10 დღე მოზრდილებში, შესაძლებელია clinda -ს IV მიცემა 1.2 გ bid.	ელვისებური ინფექცია ელენითის არ მქონდეს პაციენტებში. იმუნოკომპრომიტირებულ პაციენტებს უმკურნალეთ 6 ან მეტი კვირა (CID 46:370, 2008). არსებობს ტრანსფუზიასთან დაკავშირებული შემთხვევები.
ლიეშმანიოზი (მემორიალური CDC-თან კონსულტაცია. შენიშვნა: მილტეფოზინი ნებადართულია ლიეშმანიოზის ყველა ფორმისთვის, Med Lett 56:89, 2014.			
კანის: მსუბუქი დაავადება (<4 დაზიანებული უბანი, არცერთი >5მმ დიამეტრის, დაზიანება არ არის კოსმეტიკურად მგრძნობიარე არეში, არცერთი სახსარზე). წინააღმდეგ შემთხვევაში, განიხილეთ, როგორც საშუალო სიმძიმე.	მსუბუქი დაავადება (<4 დაზიანებული უბანი, არცერთი >5 სმ) პარორომიოცინი * მალაში bid x 20 დღე (გამოსაკვლევი); კრიოთერაპია (გაცივება თხევადი აზოტით სამკურნალო); დაზიანების შიგნით ანტიმონი 20 მგ/კგ ყოველკვირეულად x 8-10 კვირა. სპონტანური ალაგება >50%-ში, თუმცა გემოლება 6 თვე გაგრძელდეს (PLoS Negl Trop Dis 4:e628, 2010). მილტეფოზინი 50 მგ PO bid (წონა 30-44 კგ), 50 მგ PO tid (წონა>45 კგ). უმკურნალეთ 28 დღე. შედეგი პაციენტთა დაახლოებით 70%.	საშუალო სიმძიმის დაავადება: ნატროქსონის სტივოგლუკონატი * (პენტოსტამი) ან მეგლუმინის ანტიმონიატი (გლუკანტიმი) 20 მგ/კგ/დღე IV/IM x 20 დღე. განზავება 120 მლ D5W-ში და ინფუზია 2 სთ-ის განმავლობაში. ალტერნატივა: ფლუკონაზოლი 200 მგ PO დღიური x 6 კვირა (L.mexicanus-ის, L. Panamensis-ის, L. Major-ის შემთხვევაში) ან კეტოკონაზოლი 600 მგ PO დღიური x 30 დღე (L. mexicana) ან მილტეფოზინი (დოზირება როგორც მსუბუქი ფორმებისას).	ორალური თერაპია, ტოპიკური პარორომიოცინი და სხვა ტოპიკური თერაპია მხოლოდ მაშინ, როდესაც ლორწოვანზე გაგრძელების პოტენციალი დაბალია; არასდროს გამოიყენეთ L.Brasiliensis-ის ან L. guyanensis-ის კანის დაზიანებებისას. გენერული პენტავალენტური ანტიმონი ხარისხის და უსაფრთხოების დიდი მერყეობით ხასიათდება. ლიეშმანიოზი მოგზაურებში ხშირად პასუხობს ომსერვაციას და ადგილობრივ მკურნალობას (CID 57:370, 2013). მილტეფოზინი არის ორსულობის D კატეგორია (არ გამოიყენეთ ორსულებში).

მხრილი 13A (3)

მანუფიკტორული ორგანიზმი	შემოთავაზებული რაოდენობა		კომენტარი
	ძირითადი	ალტერნატიული	
კრომდოგრა-მეტრანინმეტრანარი (გაგრძელება)			
ლეიშმანიოზი, მუკოზური (Espundia). ყველა კანის ფორმას იწვევს L. Brasiiliensis. განკურნების მაღალი მაჩვენებელია ლიზოსომური ამფოტერინი B-თ (Trans R Soc. Trop Med Hyg 108:176, 2014)	პენტაგალენტური სტიბიუმი (Sb)* 20 მგ/კგ/დღე IV ან IM x 28 დღე მუკოზური, 20 დღე კანის ფორმის დროს ან ლიზოსომური AmphotB (რეკომენდებულია განსხვავებული) მილიანი კუმულაციური დოზით 20-60 მგ/კგ ან ამფოტერინი B 0.5-1 მგ/კგ IV დღიური ან qid მილიანი დოზით 20-40 მგ/კგ (ob. J Am Acad Dermat 68:284, 2013)	მილტეფოზინი* (საკვებისგან დამოუკიდებლად) 50 მგ PO bid (წონა 30-44 კგ), 50 მგ tid (წონა: >45 კგ) x 28 დღე. ეფექტურობა 62%-ში.	სტიბიუმი ხელმისაწვდომია CDC წამლის სერვისიდან; მილტეფოზინი FDA-ის მიერ ნებადართულ იქნა 2014 წელს, თუმცა USA -ში არ არის გაყიდვაში. იხილეთ 13D ცხრილი საკონტაქტო ინფორმაციისთვის
ვისცერული ლეიშმანიოზი - Kala-Azar ძველი მსოფლიო და ახალი მსოფლიო <i>L. Donovanii</i> : ინდოეთი, აფრიკა <i>L. infantum</i> : ხმელთაშუა ზღვისპირეთი <i>L. Chagasi</i> : ახალი მსოფლიო	იმუნოკომპეტენტურებში: ლიზოსომური AmphotB : 3მგ/კგ ერთჯერ დღეში პირველი ხუთი და მე-14, 21- დღეს ან მილტეფოზინი (საკვებისგან დამოუკიდებლად) 50 მგ PO bid (წონა 30-44კგ), 50 მგ tid (წონა: >45 კგ) x 28 დღე. აივ ინფექცია/მირის: ლიზოსომური AmphotB 4მგ/კგ ერთჯერ დღეში პირველი ხუთი, 10, 17, 24, 31, 38 (Curr Opin Infect Dis 26:1, 2013)	სტანდარტული Amphot B 1 მგ/კგ IV დღიური x 15-20 დღე ან qid x 8 კვირა (ჯანში 15-20 მგ/კგ) ან მილტეფოზინი* (საკვებისგან დამოუკიდებლად) 50 მგ PO bid (წონა 30-44 კგ), 50 მგ tid (წონა: >45კგ) x 28 დღე ან აივ ინფექცია/მირის: ლიზოსომური AmphotB 4 მგ/კგ ერთჯერ დღეში პირველი ხუთი, 10, 17, 24, 31, 38 (Curr Opin Infect Dis 26:1, 2013) ან პენტაგალენტური სტიბიუმი* 20 მგ/კგ/დღე IV/IM x 28 დღე.	აივ ინფიცირებულებში საჭიროა შესაძლოა საჭირო გახდეს სუპრესია მთელი სიცოცხლის განმავლობაში ამფოტერინი B-თი q 2-4 კვირა
მალარია (პლაზმოიდების სახეობები) - შენიშვნა: CDC-ს ინფორმაცია მალარიაზე - პროფილაქტიკა 1 770 488 7788, მკურნალობა 1 770 488 7788, სამუშაო საათების შემდეგ 1 770 488 7100, საფასურის გარეშე (აშშ) 1 855 856 4713. CDC სთავაზობს სახეობების დადგენას და რეზისტანტობის ტესტირებას. Ref: JAMA 297:2251, 2264 და 2285, 2007. ვებ გვერდები: www.cdc.gov/malaria; www.who.int/health-topics/malaria.html. სწრაფი დიაგნოსტიკური ტესტების მიმოხილვა: CID 54:1637, 2012 პროფილაქტიკა - წამლები + პერსონალური დაცვა: ბადებები, 30-35% DEET კანის მომგერიებლები (თავი არიდეთ >50% DEET) (Med Lett 54:75,2012), პერმეთრინის სპრეი ტანსაცმელზე და კოლოს საწინააღმდეგო ბადებში. რისკები ქვეყნების მიხედვით CDC ყვითელ წიგნში. პროფილაქტიკა ადგილობრივების, სადაც არ არის ქლორინი (CQ)-რეზისტანტული P. Falciparum: ცენტრალური აფრიკა			
	CQ ფოსფატი 500 მგ (300 მგ ბაზისური) PO ყოველკვირა, 1-2 კვირით ადრე მოგზაურობამდე, მოგზაურობისას და შემდეგ 4 კვირა ან ატოვაკვონი-პროფეპრონილი (AP) 1 აბი მოზრდილთათვის (1 დღით ადრე, მოგზაურობისას და 7 დღე მოგზაურობის	CQ პედატირილი დოზა: 8.3 მგ/კგ (5მგ/კგ ბაზისური) PO 1-ჯერ კვირაში მაქსიმუმ 300 მგ ან AP წონის მიხედვით (პედატირილი აბი): 11-20 კგ - ერთი აბი; 21-30 კგ -	CQ უსაფრთხოა ორსულობისას. CQ-რეზისტანტული Falciparum-მალარიისგან თავისუფალი არეები მიიღება: იხილეთ CDC ან WHO რუკა CQ რეზისტენტობაზე უახლოესი ინფორმაციის მისაღებად.

ბაინფორმაციული ორგანიზმი	ზომითაზარაზებელი რაზონები		კომენზარი
	ძირითადი	ალფერატიული	
(პანამის არხის დასავლეთი, კარიბის ზღვის აუზი, კორეა, შუა აღმოსავლეთი (უმრავლესობა))	შემდეგ. კიდეც ერთი არჩევანი ქვეყნებში, სადაც მხოლოდ P. vivax გავრცელებული: პრიმაქინი (PQ) 30 მგ ბაზისური დღეში PO არა- ორსულელებში, G6PD-ნეგატიურ მოგზაურებში: >92% ეფექტურობა P.vivax-ის მიმართ (CID33:1990,2001). შენიშვნა: CQ შესაძლებელია, გაამწვავოს ფსორიაზი.	2 აბი; 31-40 კგ - 3 აბი; > 40 კგ 1 მოზრდილთა აბი დღეში. მოზრდილებში: Doxy ან MQ , როგორც ქვემოთ	Doxy გვერდითი ეფექტები: ფოტოსენსიტიურობა, კანდიდოზური ვაგინიტი, გასტრიტი
----- ადგილესითვის, სადაც არის CQ-რეზისტანტული P. falciparum	ატოვაქვონის 250 მგ - პროფუნილის 100 მგ (მალარიონი) კომბინირებული აბი, დღეში 1 საჭმელთან ერთად მოგზაურობამდე 1-2 დღით ადრე, მოგზაურობისას და 7 დღე მოგზაურობის დასრულებიდან. პედატრიული დოზები იხ. ქვემოთ. ორსულობის დროს არა , მალარიონი რეკომენდებულია 1 კვირიანი ან უფრო ხანმოკლე მოგზაურობისას; უფრო ხანგრძლივი მოგზაურობისას პრეპარატის სიმკვრივე შეიძლება ხელი შეუშალოს მის მიღებას. ადგილობრივი მოსახლეობა: ორსულობის დროს წვეტილი პროფილაქტიკა/მკურნალობის პროგრამა რამოდენიმე ქვეყანაში. ფანსიდარი 1 აბი PO 3 კერე ორსულობის დროს (Expert Rev Anti Infect Ther 8:569, 2010)	დოქსიციკლინი 100 მგ PO დღიურად > 8 წლის ასაკის ბავშვებსა და მოზრდილებში ¹ . მიიღეთ მოგზაურობამდე 1-2 დღით ადრე, მოგზაურობის პერიოდში და დასრულებიდან 4 კვირა. ან მეფლოქინი (MQ) ¹ 250 მგ (228 მგ ბაზისური) PO კვირაში ერთჯერ, 1-2 კვირით ადრე, განმავლობაში და მოგზაურობის დასრულებიდან 4 კვირა (იხილეთ კომენტარი) პედატრიული დოზა ჩანაწერში ¹ Doxy გვერდითი ეფექტები: ფოტოსენსიტიურობა, კანდიდოზური ვაგინიტი, გასტრიტი	ორსულობა: MQ ამაყად ყველაზე კარგი არჩევანია , არასაკმარისია მონაცემები მალარიონზე , თავი აარიდეთ დოქსიციკლინს და პრიმაქინს . პრიმაქინი: შესაძლებელია გამოიწვიოს ჰემოლიზური ანემია თუ G6PD დეფიციტია . MQ არ არის რეკომენდებული გულის გამტარების ანომალიების, კრუნჩხვების, ფსიქიატრიული დარღვევების დროს (მაგ. დეპრესია, ფსიქოზი). აშშ-ს გარეთ MQ: 275 მგ აბი შეიცავს 250 მგ ბაზისურ პრეპარატს. თუ გამოვიყენებთ, შესაძლებელია 3 კვირით ადრე დაწყება, რომ დაერწმუნდეთ ტოლერანტობაში.

¹ პედატრიული პროფილაქტიკური დოზირება: მეფლოქინი ყოველკვირეული დოზა წონის მიხედვით კგ-ში: <9 კგ=5 მგ/კგ კვირეში, 10-19 კგ = მოზრდილთა 1/4 დოზა, 20-30 = მოზრდილთა 1/2 დოზა; 31-45 = მოზრდილთა 3/4 დოზა; >45 = მოზრდილთა დოზა.
ატოვაქვონი/პროფუნილი წონით კილოგრამებში, ერთი დღიური დოზა პედატრიული ტაბლეტებით (62.5 მგ ატოვაქვონი და 25 მგ პროფუნილი): 5-8 კგ=1/2 აბი; 8-10 = 3/4 აბი; 11-20 = 1 აბი; 21-30 კგ=2 აბი; 31-40 კგ=3 აბი; >41 კგ = მოზრდილთა 1 აბი. **დოქსიციკლინი**, ასაკი >8-12 წელი: 2 მგ/კგ/დღე მაქსიმუმ 100 მგ/დღეში.
გააგრძელებ 4 კვირა რისკის არეალის დატოვების შემდეგ.

ხსრილი 13A (4)

ბიოფარმაცეპტიკული ორგანიზმი	ფარმაცეპტიკული რეჟიმი		კომენტარი	
	ძირითადი	ალტერნატიული		
პროტოკოლი-მედიკამენტოზური/მალარია (პლაზმოდიუმის სახეობები) (გაგრძელება)				
მალარიის მკურნალობა. დიაგნოზი მიკროსკოპიით. ალტერნატივა: ანტიგენის სწრაფი დადგენის ტესტი (BINAX NOW); აღმოაჩენს P. falciparum-ის 96-100%-ს და სხვა პლაზმოდიუმის 50%-ს (CID 49:908, 2009); CID 54:1637, 20120). მიკროსკოპია სახეობის დადგენისთვის აუცილებელია. შესაძლებელია, წარმატებული მკურნალობის შემდეგ თვეზე მეტხანს დადებითი დარჩეს				
კლინიკური სიმბიძე/ Plasmodia Sp	დაინფიცირების რეგიონი	შემთავაზებული რეჟიმები		კომენტარი
		მოზრდილები	პედიატრიული	
გაურთულებელი/ P. falciparum (ან დაუდგენელი სახეობა)	ცენტრალური ამერიკა, პანამის დასავლეთი არხი, ჰაიტი, დომინიკის რესპუბლიკა და შუა-აღმოსავლეთის უმეტესობა CQ-მეწონიარეა	CQ ფოსფატის 1 გ-იანი მარილი (600 მგ ბაზისური პრეპარატი) PO, შემდგომ 0.5 გ 6 საათში, შემდგომ 0.5 გ/დღე x2 დღე. ჯამში: 2500 მგ მარილი	პედიატრიული: CQ 10 მგ/კგ ბაზისური PO; შემდგომ 5 მგ/კგ ბაზისური მე-6, 24-ე და 48-ე საათებზე. ჯამში: 25 მგ/კგ	სხვა ქლოროკინის მარილები ხელმისაწვდომია ზოგ ქვეყანაში. პედიატრიულმა დოზამ არასდროს უნდა გადააჭარბოს მოზრდილების დოზას. CQ+MQ ახალწარმოლებს QTc-ს რეკომენდებულ დოზაზე >2X შეიძლება იყოს ფატალური.
	CQ-რეზისტენტობა ან რეზისტენტობა უნებოია. შენიშვნა: თუ პარაზიტემია >5% ან Hb<7, უმკურნალოთ, როგორც მიმე მალარიას მიუხედავად კლინიკური მანერლებისა	მოზრდილებში: ატოვავკონი-პროფუნილი 1გ - 400 მგ (4 მოზრ-დილთა აბი) PO 1-ჯერ დღეში x 3 დღე საკმელთან ერთად ან Q5 650 მგ po tid x3 დღე(7 დღე თუ SE ახია) + [Doxy 100 მგ po bid ან tetra 250 მგ po qid ან clinda 20 მგ/კგ/დღე გაყოფილი tid] 7 დღის გამავლობაში ან არტემეთერ-ლუმეფანტრინის* აბი 20/120მგ: 4 აბი PO (0,8 საათზე) შემდეგ bid x 2 დღე (ჯამში 6 დოზა) საკმელთან ერთად ან მოზრდილთათვის ყველაზე ნაკლებ სასურველი ალტერნატივა	პედიატრიული: Q5 10 მგ/კგ PO tid x 3 დღე + Clinda 20 მგ/კგ/დღე გაყოფილი tid - ორივე შვიდი დღის განმავლობაში. გამოიყენეთ doxy >8 წლის ბავშვებში 2,2 მგ/კგ bid სულ 100 მგ დოზა ან MQ მარილი: 15 მგ/კგ x1, 6-12 საათის შემდეგ, 10 მგ/კგ ყველა PO ან არტემეთერ-ლუმეფანტრინი* 5 კგ-დან <15 კგ: 1 აბი (20/120 მგ) ერთჯერადი დოზა, შემდეგ 1 აბი 8 საათში, შემდეგ 1 აბი ყოველ 12 საათში 2 დღე	ორსულობა: არტემეთერ-ლუმეფანტრინის 4 აბი (80 მგ/480 მგ) როგორც ერთჯერადი დოზა, შემდეგ 4 აბი 8 სთ-ში, შემდეგ 4 აბი 12 საათში 2 დღე (საკვებთან ერთად). არჩევის შედეგად პენტის ორსულობის მე-2/ მე-3 ტრიმესტრში. არტემეთერ-ლუმეფანტრინი უფრო უსაფრთხოა ვიდრე ქინინი ორსულობის პირველ ტრიმესტრში. Malar J.13:197,2014 ან - ქინინის სულფატაი 10 მგ/კგ PO tid x 3 დღე (7 დღე საშრეთ-აღმოსავლეთ აზიაში) + კლონდამეფინი 20 მგ/კგ/დღე გაყოფილი tid X 7 დღე. - არ დააყოფინო მკურნალობა, თუ

ბაიოფიზიკური ორგანიზმი	ფარმაცევტული რეჟიმები			კომენტარი
	ძირითადი	ალტერნატიული		
	მეფლოქინი 750 მგ PO x 1 დოზა, შემდეგ 500 მგ PO x 1 დოზა 6-12 საათის შემდეგ. MQ არის მეორე რიგის ალტერნატივა ნეიროფსიქოტრიული რეაქციების და სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზიაში რეზისტენტობის შედეგად მისი გამოყენების შეუძლებლობის გამო. კლინიკური და ტეტრაციკლინი მხოლოდ, თუ დოქსიციკლინი არ არის ხელმისაწვდომი.	15 კგ-დან <25 კგ: 2 აბი (40/240 მგ) ერთჯერადი დოზა, შემდეგ 2 აბი 8 საათში, შემდეგ 2 აბი ყოველ 12 საათში 2 დღე 25 კგ-დან <35: 3 აბი (60 მგ/360 მგ) ერთჯერადი დოზა, შემდეგ 3 აბი 8 საათში, შემდეგ 3 აბი ყოველ 12 საათში 2 დღე >35 კგ: ისევე, როგორც მოზრდილთა დოზა	ქინინი ხელმისაწვდომია არტემეტერ-ლუმეფანტრინი არ არის აწმ-ში. Q5 აწმ-ში ხელმისაწვდომია მხოლოდ 324 მგ კაფსულების სახით, შესაბამისად ბავშვებში გამოყენება მწელია.	
გაურთულებელი/ P. Malariae ან P. knowlesi (JID 199:1107 და 1143,2009)	ცველა რეგიონი - CQ - მგრძნობიარე	CQ როგორც ზევით: მოზრდილებსა და ბავშვებში. სამხრეთ წყნარი ოკეანის ტერიტორიაზე, ერიდეთ P. Knowlesi , რომელიც ძალიან გავს P. Malariae -ს, მაგრამ იქცევა P. falciparum -ივით (CID 46:165,2007)	არტემეტერ-ლუმეფანტრინი* (20/120 მგ ტაბლეტები) 4 ტაბლეტი PO x1 დოზად, გაიმეორეთ 8 საათში, შემდეგ q12h x2 დღე (საჭმელთან ერთად) ან ატოვაქონ-პროგუნანილი (1000/400 მგ) 4 მოზრდილთა ტაბლეტები PO დღიური x 3 დღე	

მხრილი 13A (5)

ბინამორბეობის ორგანიზმი	შემოთავაზებული რეჟიმები			კომენტარი
	ძირითადი	ალტერნატიული		
პროტოზოა-მავთრანდემსინურ/მალარია (პლაზმოდების სახეობები) (გაგრძელება)				
კლინიკური სიმბიმი/ Plasmodia Sp	დაინფიცირების რეგიონი	შემოთავაზებული რეჟიმები		კომენტარი
		მოზრდილები	პედიატრიული	
გაურთულებელი/ P.vivax ან P.ovale	CQ-მგრძნობიარე (გარდა პაპუა, ახალი გვინეა და ინდონეზია სადაც არის CQ-რეზისტენტობა ა- იხ. ქვემოთ)	CQ როგორც ზემოთ + PQ ბაზისური: 30 მგ PO 1-ჯერ დღეში 14 დღე. ყველა პრიმაქვინ ფოსფატის აბი არის 26.3 მგ მარილი და 15 მგ ბაზისური პრეპარატი. 30 მგ ბაზისური = 2 x 26.3 მგ აბი პრიმაქვინ ფოსფატის.	პედიატრიული: CQ როგორც ზემოთ + PQ ბაზისური 0.5 მგ PO ერთხელ დღეში 14 დღე	PQ ემატება ღვიძლიდან ლატენტური პარაზიტების ერადიკაციისთვის. PQ-თი მკურნალობის დაწყებამდე შეამოწმეთ G6PD დეფიციტზე ; თუ აღინიშნება G6PD დეფიციტი PQ დოზა 45 მგ PO კვირაში ერთჯერ 8 კვირა. შენიშვნა: იშვიათად მიიმე რეაქციები . თავი არიდეთ PQ-ს გამოყენებას ორსულებში. თუ სახეზეა P. vivax და P. ovale ორსულობის შემდეგ შეამოწმეთ G6PD დეფიციტი და მიეცით PQ 30 მგ დღეში PO 14 დღე.
გაურთულებელი/ P. vivax	CQ-რეზისტენტული: პაპუა, ახალი გვინეა და ინდონეზია	Q ⁺ +(Doxy ან tetra) +PQ, როგორც ზემოთ ან არტამეტერ- ლუმეფანტრინი (იგივე დოზები, რაც P. falciparum-ის დროს)	MQ+PQ, როგორც ზემოთ. პედიატრიული (<8 წელი): მხოლოდ Q ⁺ x 7 დღე ან მხოლოდ MQ, წარუმატებლობის შემთხვე- ვაში, დამატეთ doxy ან tetra.	იშვიათად მწვავე ფილტვის დაზიანება და სხვა სერიოზული გართულებები. LnID 8:449,2008.
კლინიკური სიმბიმი/ Plasmodia Sp.	დაინფიცირების რეგიონი	შემოთავაზებული რეჟიმები		კომენტარი
		ძირითადი - მოზრდილები	ალტერნატიული და პედიატრიული	
გაურთულებელი მალარია/ალტერნატი ვა ორსულებისთვის მიმოხილვა: LnID 7:118 და 136, 2007	CQ მგრძნობიარე არეები CQ რეზისტენტული P. falciparum CQ რეზისტენტული P. vivax წყვეტილი მკურნალობა	CQ, როგორც ზემოთ Q ⁺ + Clinda როგორც ზემოთ Q ⁺ 650 მგ po tid x 7 დღე დაქინძის მკურნალობა	წარუმატებლობისა და არატოლერანტულობის შემთხვევაში, Q ⁺ + doxy	Doxy ან tetra იმ შემთხვევაში, თუ სარგებელი აკარგება რისკებს. არ არსებობს AP-ს კონტროლირებადი კვლევა ორსულებში ეფექტების დასადგენად. თუ P. vivax ან P. ovale აღმოჩნდა ორსულობის შემდეგ, შეამოწმეთ G6PD დეფიციტი და დაინიშნეთ PQ 30 მგ PO დღეში 14 დღის განმავლობაში.

ბინომინიკალი ორატინი	შემოთავაზებული რეჟიმები			კომენტარი
	ძირითადი	ალტერნატიული		
	ორსულობის დროს (ემპირიული)	(სულფადოქსინი 500 მგ + პირიმეთამინი 25 მგ (ფანსიდარი) PO) 3-ჯერადად ორსულობისას, რათა შემცირდეს დედათა და ნაყოფის ავადობა და სიკვდილობა		
მიმე მალარია, მაგალითად ცნობიერების მოშლა, მიმე ანემია, თირკმლის უკმარისობა, ფილტვების შეშუპება, ARDS, DIC, სიციოლე, აციდოზი, კრუნჩხვები, პარაზიტებია >5% - ერთი ან მეტი ამ უკანასკნელიდან. თითქმის ყოველთვის P. falciparum მიმოხილვა: NEJM 358:1829, 2008; Science 320:30, 2008	ყველა რეგიონი შენიშვნა: IV არტესუნატი არჩევის მედიკამენტი, თუმცა FDA-ის მიერ არ არის ნებადართული. შესაძლებელია მოპოვება CDC წამლის სერვისიდან სპეციფიკური პირობებით. IV ქინიდილი იშვიათადაა ხელმისაწვდომი. შესაძლებელია სასწრაფო შემთხვევებისას ხელმისაწვდომი იყოს Eli Lilly-დან.	ქინიდილის გლუკონატი ფიზიოლოგიურ ხსნარში: 10 მგ/კგ (მარილი) IV 1 საათის განმ-ში, შემდგომ 0.02 მგ/კგ/წთ მუდმივი ინფუზიით ან 24 მგ/კგ IV 4 საათის განმ-ში და შემდეგ 12 მგ/კგ 4 საათის განმ-ში q8h. გააგრძელოთ, სანამ პარაზიტების სიმჭიდროვე <1% და შესაძლებელია QG -ის PO მიღება. QG 650 მგ PO tid x 3 დღე (7 დღე, თუ დაინფიცირება მოხდა SE აზიაში) + (doxy 100 მგ IV q12h x 7 დღე) ან არტესუნატი 2,4 მგ/კგ IV 0,12,24,48 სთ და doxy 100 მგ IV q12h x 7 დღე).	ზავშეზიქინიდილის გლუკონატი IV - იგივე მგ/კგ დოზა, რაც მოზიდილითათვის პლუს Doxy: თუ წონა <45 კგ, 4 მგ/კგ IV q12h; >45 კგ მოზრდილთა დოზა ან Clinda 10 მგ/კგ IV დამტკიცებული დოზა, შემდეგ 5 მგ/კგ IV ან PO ამტანობის მიხედვით q8h x 7 დღე IV არტესუნატი და შემდგომ ერთ-ერთი მათგანით ორალური კურსით დასრულება: doxy, ატოვექსონ-პროფანალი, არტემეტერ-ლუმეფანტრინი ან დიჰიდოარტემიზინ/პიპერაკვინი (არ არის ხელმისაწვდომი აშშ-ში)	ქინიდილის IV მიცემისას: საჭიროა ეკგ (QTc გაზანგრძლივება), BP და სისხლში გლუკოზის განსაზღვრა (ჰიპოგლიკემია). ტრანსფუზიური თერაპიის ჩანაცვლება აღარ არის რეკომენდებული. როდესაც პაციენტს შეუძლია მიიღოს ორალური წამლები, ჩაანაცვლოთ QS PO + (doxy ან clinda). სტერილიზი არ არის რეკომენდებული ცერებრული მალარიისას. IV არტესუნატი ხელმისაწვდომია CDC -დან (8 საათი ტრანსპორტირების დრო დამტკიცებიდან). იხილოთ ცხრილი 13D (Ref: CID 44:1067 და 1075, 2007).

ხსრილი 13A (B)

ბიომედიცინური ორგანიზმი	ზემოთაპარაზული რეზიზენცია		კომენტარი
	ძირითადი	ალტერნატიული	
გრამდროსა-მეზოზინფეზიონარია/მალარია (პლაზმოდების სახეობები) (გაგრძელება)			
მალარია- თვით-დაწყებული მკურ- ნალობა: მხოლოდ მაღალი რისკის ქვეშ მყოფი ადამიანებისთვის. უზრუნ- ველყავით რეკომენდებული პრეპარატების საკმარისი ოდენობით (რათა თავიდან ავიცილოთ ყალბი წამლები). გამოიყენეთ მხოლოდ მაშინ, როდესაც მალარია ლაბორატორიულად დადასტურებულია და სხვა სანდო პრეპარატები არაა ხელმისაწვდომი.	არტემეთერ-ლუმეფანტრინი (20/120 მგ) 4 აბი PO 1 დღით, გამეორეთ 8 საათში, შემდეგ გამეორეთ q12h x 2 დღე (საქმელთან ერთად) ან ატოვაცეონი-პროფუნაილი (AP) 4 მოზრდილთა აბი PO დღიურად x 3 დღე	პედიატრიული: გამოიყენეთ მოზრდილთა AP აბები მიყოლებით 3 დღე: 11-20 კგ - 1 აბი; 21-30 კგ - 2 აბი; 31- 40 კგ - 3 აბი; >41 კგ - 4 აბი. არტემეთერ- ლუმეფანტრინის პედიატრიული დოზირება იხილეთ გაურთულებელი/ P. falciparum გვ 327	არ გამოიყენოთ თირკმლის უკმარისობის მქონე პაციენტებში. არ გამოიყენოთ, თუ წონა <11 კგ, ორსულია, მეძუბურია. არტემეთერ-ლუმეფანტრინი: კომერციული სახელებია: რიამეტი (ვეროპა) და კოარტემი (აშშ და სხვაგან).

Toxoplasma gondii (მითითება: LN 363:1965,2004)

ნორმალური იმუნიტეტის მქონე პაციენტები (პედიატრიული დოზებისთვის იხილეთ მითითება)			
მწვავე დავადება ლიმფადენოპათიით ტრანსფუზიით შემენილი (ლაბორატორიული ინვიდენტია) აქტიური ქოროიოტეინიტი; მენინგიტი; სტეროიდებითა და ციტოტოქსიკური პრეპარატები დაქვეითებული იმუნიტეტი	სპეციალური მკურნალობა საჭირო არ არის, თუ არ აღინიშნება მიმე/პერსისტირებადი სიმპტომები და სასიცოცხლო ორგანოების დაზიანების ნიშანი უმკურნალები, როგორც ქოროიოტეინიტი.	პირიმეთამინი (Pyri) 200 მგ PO ერთხელ პირველ დღეს, შემდეგ 50-75 მგ q24h + სულფადიაზინი (იხილეთ ჩანაწერი) S 1-1.5 გ PO qid + ლევოფოლინი (ფოლის მჟავა) 5-20 მგ 3-ჯერ კვირაში -იხილეთ კომენტარი. სიმპტომების/ნიშნების ალაგების შემდეგ უმკურნალები კიდევ 1-2 კვირა. პირიმეთამინის დამთავრების შემდეგ გააგრძელები ლევოფოლინი 1 კვირა	თანდაყოლილი toxo, toxo მენინგიტის მოზრდილებში და ქოროიოტეინიტის დროს, დაამატეთ პრედნიზოლონი 1 მგ/კგ/დღე ორ მიღებაზე დღეში, სანამ CSF ცილა დაიწყებს დაწევას ან მხედვე- ლობისთვის სახიფათო ანთება ჩაქრება. ფოლის მჟავის დოზა დაარეგულირეთ სისხლის საერთო ანალიზის შედეგების მიხედვით.
მწვავე ორსულ ქალებში Ref: CID 47:554, 2008	ორსულობა < 18 კვირა: სპირამინი * 1 გ PO q8h 16-18 კვირამდე. შეწყვიტეთ, თუ ანნიონის სითხის PCR უარყოფითია. თუ დადებითია, უმკურნალები შემდეგნაირად: ორსულობა > 18 კვირა და დადასტურებულია ფეტვალური ინფექცია დადებითი ანნიონის სითხის PCR-ით: პირიმეთამინი 50 მგ PO q12h x	1გM/1გG სკრინინგი ჩატარეთ პაციენტებს კერძო ლაბორატორიაში. IgG+ / IgM უარყოფითი = წარსულში გადატანილი ინფექცია; IgG+ / IgM+= სეროკონვერსია. სპირამინისთვის კონსულტაცია გააერთ	

ბაიოფიზიკური ორგანიზმი	შეფუთვითი რაოდენობა		კომენტარი
	ძირითადი	ალტერნატიული	
ფეტალური/ თანდაყოლილი	2 დღე, შემდგომ 50 მგ/დღე + სულფადიაზინი 75 მგ/კგ PO x 1 დოზა, შემდგომ 50 მგ/კგ q12h (მაქსიმალური 4გ/დღე) + ფოლის მჟავა 10-20 მგ PO დღეში მინიმუმ 4 კვირის განმავლობაში ან ორსულობის პერიოდში კომპლექსური მართვა. კომბინაციური მკურნალობა პირიმეთამინი +სულფადიაზინი + ლევკოვორინი - იხილეთ კომენტარი		Palo Alto Medical Foundation Toxoplasma Serology Lab : 650-853-4828 ან toxolab@pamf.org დეტალური: In 363:1964,2004 მირანწეონილია კონსულტაცია
მიდანი ცერებრული ტოქსოპლაზმოზი Ref: MMWR 58(RR-4)1, 2009	პირიმეთამინი (pyri) 200 მგ x 1 PO, შემდეგ 75 მგ/დღე PO + სულფადიაზინი წონის მიხედვით: თუ < 60 კგ - 1 გრ, თუ ≥ 60 კგ - 1.5 გ PO q6h + ფოლის მჟავა 10-25 მგ/დღე PO მინიმუმ 6 კვირის განმავლობაში ნიშნებისა და სიმპტომების აღაგებიდან, შემდეგ კი სუპრესიული თერაპია ან TMP-SMX 10/50 მგ/კგ/დღე PO ან IV გაყოფილი q12h x 30 დღის განმავლობაში (AAC42:1346, 1998)	[Pyri + ფოლის მჟავა (როგორც ძირითად რეჟიმში)] + 1 შემდეგიდან: (1) Clinda 600 მგ PO/IV q6h ან (2) TMP-SMX 5/25 მგ/კგ/დღე PO ან IV bid ან (3) ატოვაცეონი 750 მგ PO q6h უმკურნალები ნიშნებისა და სიმპტომების აღაგებიდან 4-6 კვირა, შემდეგ სუპრესიული თერაპია	გამოყენეთ ალტერნატიული რეჟიმი მიმე sulfa ალერგიისას. თუ ტვინის რამოდენიმე ბეჭდისებრი დაზიანებაა (კტ ან მრს), პაციენტების >85% ემპირიულ მკურნალობას პასუხობს 7-10დღეში. თუ არ არის შედეგი, შეთავაზეთ ტვინის ბიოფსია. Pyri აღწევს ტვინამდე, ანთების არ არსებობის შემთხვევაშიც; ფოლის მჟავა გამოიყენება პირიმეთამინის ჰემოტოქსიურობის პრევენციისთვის.
პირველადი პროფილაქტიკა, შიდსიანი პაციენტები - IgG toxo ანტიხეულები + CD4<100/მკლ	TMP-SMX-DS 1 აბი PO q24h ან 3x/კვირაში ან TMP-SMX-SS 1 აბი PO q24h	დაქსონი 50 მგ PO q24h + Pyri 50 მგ PO q კვირაში + ფოლის მჟავა 25 მგ PO q კვირაში ან ატოვაცეონი 1500 მგ PO q24h	მეგემოციტის პროფილაქტიკა ასევე ეფექტურია toxo-ზე. Ref: MMWR 58(RR-4)1, 2009 სხვა ალტერნატიკა: დაქსონი 200 მგ PO + პირიმეთამინი 75 მგ PO + ფოლის მჟავა 25 მგ PO კვირაში ერთჯერ
სუპრესია ცერებრული toxo-ს მკურნალობის შემდეგ	სულფადიაზინი 2-4 გ გაყოფილი 2-4 მილზეზე დღეში + Pyri 25-50 მგ PO q24h + ფოლის მჟავა 10-25 მგ PO q24h შეწყვეტეთ, თუ CD4>200 3 თვის განმავლობაში	[Clinda 600 მგ PO q8h + Pyri 25-50 მგ PO q24h + ფოლის მჟავა 10-25 მგ PO q24h] ან ატოვაცეონი 750 მგ po q6-12h	(Pyri + Sulfa) ახდენს toxo-სა და PCP-ს პრევენციას; (Clinda + Pyri) მხოლოდ toxo-ს პრევენცია. საჭიროა დამატებითი წამლების გამოყენება PCP პრევენციისთვის.
Trichomonas vaginalis	იხილეთ ვაგინიტი, ცხრილი 1, გვ. 58		

2 სულფანაილამიდები toxo-სთვის. სულფადიაზინი კომერციულად ხელმისაწვდომია. სულფისოქსაზოლი ნაკლებ ეფექტურია.

მხრილი 13A (7)

მედიკამენტოზური ორგანიზმი	მედიკამენტოზური რეჟიმი		კომენტარი
	ძირითადი	ალტერნატიული	
გრომდომა-მედიკამენტოზური/Toxoplasma gondii/შიდსი (გაგრძელება)			
ტრიპანოსოზი , Ref. Ln 362:1469, 2003. შენიშვნა: აფრეული ტრიპანოსოზის უფასო წამლების მიღება შესაძლებელია ჯანმოს ან CDC-განმარტებისთვის იხილეთ 13D, გვ. 349.			
დასავლეთ აფრეული ძილის დაავადება (T. brucei gambiense) ადრეული: სისხლი/ლიმფური სისტემა - ცნს დაზიანება არ ვლინდება	პენტამიდინი 4 მგ/კგ IV/IM დღიური x 7-10 დღე	აშშ-ში უფასოა CDC წამლების სერვისიდან: სურამინი * 100 მგ IV (სატესტო დოზა), შემდგომ 1 გრ IV პირველ, მესამე, მეხუთე, მე-14 და 21-ე დღე. პედიატრიული დოზა 20 მგ/კგ	სურამინი ეფექტურია, თუმცა შესაძლოა სერვისის შემთხვევაში თავიდან უნდა იქნას აცილებული, რადგან შესაძლოა იყოს O. volvulus-თან კონფიქტის დასავლეთ აფრეულში
გვიანი: ენცეფალიტი	კომბინაცია ეფლორნითინი 400 მგ/კგ/დღეში გაყოფილი q12h IV x 7 დღე + ნიფურტიმოქსი 15მგ/კგ/დღეში PO გაყოფილი q12h x 10 დღე. ჯანმოს სტანდარტი (Lancet 374:56, 2009; CID 56:195, 2013)	მელარსოპროლი * 2.2 მგ/კგ/დღე IV x10 დღე	
აღმოსავლეთ აფრეული ძილის დაავადება (T. Brucei rhodensisense)			
ადრეული: სისხლი/ლიმფური სისტემა	სურამინი * 100 მგ IV (სატესტო დოზა), შემდეგ 1 გრ IV პირველ, მესამე, მე-7, მე-14 და 21-ე დღეს	პედიატრიული: სურამინი * 2 მგ/კგ სატესტო დოზა, შემდეგ 20 მგ/კგ IV პირველ, მესამე, მე-7, მე-14 და 21-ე დღეს	სურამინი და მელარსოპროლი: CDC წამლის სერვისის ან ჯანმო (საფასურის გარეშე) (იხილეთ 13D)
გვიანი: ენცეფალიტი (პრედნიზოლონმა შესაძლებელია თავიდან აგვაცილოს ენცეფალიტი)	მელარსოპროლი მელარსოპროლი 2.26 მგ/კგ/დღე IV 10 დღე (PLoS NTD 6:e 1695, 2012)	მელარსოპროლი 2-3.6 მგ/კგ დღეში IV სამი დღე; გაიმეორეთ 3.6 მგ/კგ 7 დღის შემდეგ და მესამეჯერ დოზით 3.6 მგ/კგ მეორე კურსიდან შვიდი დღის შემდეგ	ადრეული დაავადება: პაციენტებში, რომლებიც ელოდებიან სურამინს, გამოიყენეთ პენტამიდინი 4 მგ/კგ/დღე IV/IM x1-2 დოზა. არ აღწევს CSF-ში.
T. Cruzi - ჩაგასის დაავადება ან შვავე ამერიკული ტრიპანოსოზი (Ref. Ln 375:1388, 2010; LnlD 10:556, 2010. LnlD 10:556, 2010) ქრონიკული დაავადებისას: იხილეთ კომენტარი	მოზრდილები (ასაკი>12 წელი) ბენზნიდაზოლი * 5-7 მგ/კგ/დღე PO გაყოფილი 2 მიღებაზე x 60 დღე (არ გამოიყენოთ ორსულებში) პედიატრიული: (ასაკი<12 წელი) ბენზნიდაზოლი * 10 მგ/კგ/დღე PO გაყოფილი 2 მიღებაზე x60დღე	ნიფურტიმოქსი * 8-10 მგ/კგ/დღე PO გაყოფილი 4 მიღებაზე დღეში საჭმლის შემდეგ x 120 დღე. ასაკი 11-16 წელი: 12.5-15 მგ/კგ ყოველ დღე გაყოფილი qid x 90 დღე. ბავშვებში<11 წელი - 15-20 მგ/კგ/დღეში გაყოფილი qid PO x 90 დღე	იმუნოსუპრესიამ გულის ტრანსპლანტაციის შემდეგად შესაძლებელია, გამოიწვიოს ქრონიკული ჩაგასის დაავადების რეაქტივაცია (J Card Failur 15:249, 2009). გადაცემა შესაძლოა ორგანოთი/ ტრანსფუზიით (CID 48:1534, 2009).

ბაინფიციური პათოგენი	გამოთავაზებული რეჟიმები		კომენტარი
	ძირითადი	ალტერნატიული	

ნაგებარეები - ინტესტინური (მრგვალი ჭიები). ეოზინოფილიის შემთხვევაში იფიქრეთ Stroglyoides-ზე, toxocaria-ზე და Filiarisis-ზე (CID 34:407, 2005; 42:1781&1655, 2006) იხილეთ ცხრილი 13C

Anisakis simplex (ანისაკიოზი) ანისაკიოზი განსხვავდება ანისაკიდოზისგან (CID 51:806, 2010). სხვა: A. Physiatry, Pseudomona decipiens	ფიზიკური მოშორება: ენდოსკოპია ან ქირურგია. Ige ანტისხეულის ტესტი გვეხმარება A. Simplex-ის დიაგნოზის დასასმელად. ანტიმიკრობული თერაპია არ არის.	აღწერილია ერთეული შემთხვევები, როდესაც სარგებელი მიღებული იქნა ალბენდაზოლით (Ln. 360:53, 2002; CID 41:1825, 2005)	ანისაკიოზით დაინფიცირება ხდება უმი თევზის ჭამისას: ორავული, ქაშაყი, რვაფხა, სკუმბრია, ვირთევხა. მსგავსი დაავადება გამოწვეულია Pseudoterranova სახეობებით, რომელიც გადადის ვირთევხათი, პატუსით.
Ascaris Lumbricoides (ასკარიდოზი) Ln 367:1521, 2006	ალბენდაზოლი 400 მგ PO დღიური x 3 დღე ან მეტენდაზოლი 100 მგ PO bid x 3 დღე	ივერმექტინი 150-200 მკგ/კგ PO x 1 დოზა	ერთჯერადი დოზის ეფექტურობის მიმოხილვა: JAMA 299:1937, 2008
Cappilaria philippinensis (კაპილარიოზი)	ალბენდაზოლი 400 მგ PO bid x 10 დღე	მეტენდაზოლი 200 მგ PO bid x 20 დღე	უპირატესობა ენიჭება ალბენდაზოლს
Enterobius vermicularis (ენტერობიოზი)	მეტენდაზოლი 100 მგ PO x 1, გაიმეორე 2 კვირაში ან პირანტელ პამოატი 11 მგ/კგ ზახისური (მაქს. 1 გრ) 1 დოზა, გაიმეორეთ 2 კვირაში	ალბენდაზოლი 400 მგ PO x 1 დოზა, გაიმეორეთ 2 კვირაში	გვერდითი ეფექტები იხილეთ 13B ცხრილში, გვერდი 343 უშუალოდ ეფექტური იქნება ოჯახის წევრს
გონგილიონეზი (მონრდელი ჭიები პირში)	ქირურგიული მოშორება	ალბენდაზოლი 400 მგ/დღე PO x 3დღე	Ref.: CID 32:1378,2001; J Helminth 80:425, 2006
Hookworm (Necator americanus და Ancylostoma Duodenale)	ალბენდაზოლი 400 მგ PO დღიური x 3 დღე	მეტენდაზოლი 100 მგ PO bid x 3 დღე ან პირანტელ პამოატი 11 მგ/კგ (მაქსიმალური 1 გ) PO დღიური x 3 დღე	შენიშვნა: ივერმექტინი არ არის ეფექტური. ერთ დღიანი მკურნალობას აქვს ნაკლები განკურნების სიხშირე და 3 დღიანი ალბენდაზოლი უკეთესია 3 დღიან მეტენდაზოლიან შედარებით PloS One 6:e25003, 2011
Strongyloides Stercoralis (სტრონგილიდოზი) ჰიპერინფექცია, იმ. კომენტარი	ივერმექტინი 200 მგ/კგ/დღე PO x 2 დღე	ალბენდაზოლი 400 მგ PO bid x 7 დღე; მცირედ ეფექტური	ჰიპერინფექციებისას, გაიმეორეთ მე-15 დღეს: ჰიპერინფექციებისას: დანიშნეთ ვეტერინარული ივერმექტინი კანკეუმ ან რეტალურად (CID 49:1411, 2009)

ცხრილი 13A (8)

მანქანის/პირადი ორბინი	ძირითადი	ალტერნატიული	კომენტარი
ნემატოდები - ინფექციური (გრაველი ჭიები) (გარეგანი)			
Trichostrongylus orientalis, T. Colubriformis	პირანტელ პამოტი 11 მგ/კგ (მაქსიმუმ 1 გ) PO x 1	ალბენდაზოლი 400 მგ PO x 1 დოზა	მებრუნალი 100 მგ PO bid x 3 დღე
Trichuris Trichiura (შრიტისებრი ჭია) NEJM 370:610, 2014 Plos One 6:e25003, 2011	მებრუნალი 100 მგ PO bid 1 x/დღე x 3 დღე.	ალბენდაზოლი 400 მგ PO qd x 3 დღე ან ივერმექტინი 200 მგ/კგ დილით PO x 3 დღე	მებრუნალი აშკარად უშედეგოა Plos One 6:e25003, 2011, N Engl J Med 370:610, 2014
ნემატოდები - მუცლისმკვლელები (გრაველი ჭიები)			
Ancylostoma braziliense & caninum: იწვევს კანის larva migrans	ალბენდაზოლი 400 მგ PO bid x 3-7 დღე (LnlD 8:302, 2008)	ივერმექტინი 200 მგ/კგ PO x1 დოზა/დღე x 1-2 დღე (<15 კგ ბავშვებში არა)	ასევე ეწოდება "შობავი ამოგრეკვა", კატის და ძაღლის ნემატოდი. ივერმექტინით განკურნების სიხშირე 81- 100% (1 დოზა); 97%-მდე (2-3 დოზა) (CID31:493,2000)
Angiostrongylus cantonensis (ანგიოსტრონგილოზი): იწვევს ეოზინოფილურ მენინგიტის	მსუბუქი/საშუალო სიმძიმის დაავადება: ანალგეტიკები, სერიოზული LP (თუ საკუთრია). პრედნიზონი 60 მგ/დღე 14 დღის განმავლობაში, რათა შემცირდეს თავის ტვინის და LP-ს საჭიროებს.	ალბენდაზოლი 15 მგ/კგ/დღე პლუს პრედნიზონი 60 მგ/დღე, ორივე 14 დღის განმავლობაში, რათა შემცირდეს თავის ტვინის და LP-ს განმეორების საჭიროება.	არ გამოიყენეთ ალბენდაზოლი პრედნიზონის გარეშე. იხილეთ TRSMH 102:990, 2008. Gnathostoma და Baylisascaris ასევე იწვევს ეოზინოფილურ მენინგიტს.
Baylisascariasis (ენოტის მრავალი ჭია): ეოზინოფილური მენინგიტი	არც ერთი მედიკამენტი არ არის ეფექტური. პედატრიული : 25-50 მგ/კგ/დღე PO; მოზრდილებში: 400 მგ PO bid კოტირაციის გარეშე ერთად, უმჯობესად 1 თვე.	ალბენდაზოლი, სხვა დოზა PO	Clin. Microbial მიმოხილვა:18:703, 2005. Gnathostoma და Baylisascaris ასევე იწვევს ეოზინოფილურ მენინგიტს.
Dracunculus Medinensis: ზღვის გოჭის ჭია Trans R Soc Trop Med Hyg 108:249, 2014)	ჭიების წელი ექსტრაქცია, ამოსვლის წინ რამოდენიმე დღის განმავლობაში.	არც ერთი მედიკამენტი არ არის ეფექტური. ორალური ანალგეტიკები, ანტი- ანთებითი წამლები, ტოპიკური ანტისეპტიკური/ანტიბიოტიკური მაღაშობები სიმპტომების შესუბუქებისა და ჭიის მოშორებისთვის (მოშორება რამოდენიმე დღის განმავლობაში ნახი მაშალური ტრეკციით)	
ფილარიოზი განსაზღვრული კო-ინფექციით ლა ლა ან ონკოცერკასთან, მონო-ინფექციით:			
ლიმფური ფილარიოზი (სტილოზიზა- Elephantiasis) : ეტერიოზი: Wuchereria bancofti Brugia malayi, B. timori	მიწო ინფექცია დეიტილატარმაზინი® (DEC): 6მგ/კგ/დღე PO 3-ად გაყოფილი დოზა x 12 დღე Doxy 200 მგ/დღე PO x 6-8 კვირა	კო-ინფექცია ონკოცერკასთან: თავდაბრუნება უმჯობესად ონკოცერკას: ივერმექტინი 150 მგ/კგ PO x 1 დოზა, დაელოდეთ 1 თვე, შემდეგ დაიწყეთ DEC, როგორც მონოინფექცია. კო-ინფექცია ლა ლა-თან:	Doxycyline 6 კვირა შესაძლოა გააუმჯობესოს მსუბუქი/საშ. სიმძიმის ლიმფედემა მიუხედავად პარაზიტული ინფექციისა (CID 55:621, 2012) შენიშვნა: Dec შესაძლოა გამოიწვიოს შუქუცვადი თავისი დაზიანება, თუ

განმარტობილი ორბანიონი	განმარტობილი რაიონები		კომენტარი
	ძირითადი	ალტერნატიული	
		DEC არის არჩევის მედიკამენტი, თუმცა შესაძლოა გამოიწვიოს მძიმე ენცეფალოპათია, თუ L.loa >5000 მიკროფილარია/მლ სისხლში. ამ შემთხვევაში მიმართეთ ექსპერტ ცენტრებს. <5000-ის შემთხვევაში დაიწყეთ DEC -ის რეგულარული დოზა.	თანდართულია ონკოცერკოზი .
ლოიოზი: ლოა ლოა, თვალის ქიის დაავადება: ვერუხთ ორმაგი ინფექცია ან ონკოცერკოზი ან ლიმფური ფილარიაზი			
	მონო ინფექცია L.loa < 5000 მიკროფილარია/მლ-ში DEC 8-10 მკგ/დღე po q8h x21 დღე. მონო ინფექცია L.loa < 5000 მიკროფილარია/მლ-ში: მიმართეთ ექსპერტ ცენტრებს DEC -ით მკურნალობის დაწყებამდე. ალტერნატიული 200 მგ po bid x21 დღე.	ორმაგი ინფექცია ლიმფური ფილარიაზით: იხ. ლიმფ. ფილარიაზი, ზემოთ კო-ინფექცია ონკოცერკოზთან. თავდაპირველად უმკურნალოთ ონკოცერკოზს ივერმექტინით , შემდეგ L.loa DEC-ით.	თუ სახეზეა L.loa >5000 მიკროფილარია/მლ სისხლში და აძლევთ ივერმექტინს ონკოცერკოზისთვის, L.loa-მ შესაძლოა შეაღწიოს CSF-ში და გამოიწვიოს მძიმე ენცეფალოპათია.
Onchocerca Volvulus (ონკოცერკოზი) - მდინარის სიბრმავე იდით ორმაგი ინფექცია ლოა ლოასთან ან ონკოცერკოზთან			
	მონო ინფექცია: ივერმექტინი 150 მკგ/კგ PO ერთი დოზა, შემდეგ გაიმეორეთ ყოველ 3-6 თვეში სიმპტომების გაქრობამდე + Doxy 200 მგ/დღე x 6 კვირა. არ არის ალტერნატიული თერაპია.	ორმაგი ინფექცია ლიმფური ფილარიაზთან: იხ. ლიმფ. ფილარიაზი, ზემოთ კო-ინფექცია ლოა ლოასთან: პირველად უმკურნალოთ ochi-ს ივერმექტინით, შემდეგ ლოა ლოას DEC-ით, თუ L.loa > 5000 მიკროფილარია/მლ სისხლში. მიმართეთ ექსპერტ ცენტრებს DEC-ის დაწყებამდე.	ონკოცერკოზი და ლოა ლოა ფართოდ კო-ენდემურია დასავლეთ და ცენტრალურ აფრიკაში.

³ შესაძლებელია საჭირო იყოს ანტიჰისტამინურები ან კორტიკოსტეროიდები ორგანიზმების დამალით გამოწვეული ალერგიული რეაქციის გამო.

ხსრილი 13A (ფ)

განმარტავი ორგანიზმი	განმარტავი რაიმეობა		კომენტარი
	ძირითადი	ალტერნატიული	
ნემატოდები - მემბრანული (გრძელი ჰეიბი/ფილარიოზი) (გაგრძელება)			
სხეულის დრუბი Mansonella Perstans	რანდომულ კვლევაში, Doxy-თ მკურნალობამ (200 მგ PO ერთხელ დღეში x 6 კვირა) მიკროფილარიისგან სისხლი გაწმინდა 69-დან 67 პაციენტში.	ალბენდაზოლი მაღალი დოზებით x 3 კვირა	Doxy-ს ეფექტურობა გამოწვეულია Endosymbiont Wolbachia-ს ინჰიბირებით. ივერმექტინი არ არის ეფექტური. Ref: Trans R Soc Trop Med Hyg 100:458, 2006
Mansonella Sterptocerca	ივერმექტინი 150 მკგ/კგ x1 დოზა	შესაძლებელია საჭირო იყოს ანტიპარაზიტული ან კორტიკოსტეროიდები ორგანიზმების დაშლით გამოწვეული ალერგიული რეაქციის გამო. ქრონიკული ქვეითი გამოწვეული ჰიპოპიგმენტაციური დაზიანებები შესაძლებელია, ავერისოს კუთრში. შეიძლება, იყოს ასიმეტრიული	
Mansonella ozzardi	ივერმექტინი 200 მგ/კგ x1 დოზით შესაძლოა იყოს ეფექტური. მონაცემები მწირია, მაგრამ სხვა არჩევანი არ არის. Am J Trop Med Hyg 90:1170, 2014.	როგორც წესით, ასიმეტრიულია. სახსრის ტკივილი, ქვეითი, ლიმფადენოპათია. დაზოცილმა ორგანიზმებმა შესაძლებელია გამოიწვიოს ალერგიული რეაქცია.	
დროფილარიოზი: გულის ჰეიბი (Heart worms)			
D. Immitis, ძალის გულის ჰეიბი	ეფექტური პრეპარატი არ არსებობს. ქირურგიული მოცილება ერთადერთი არჩევანია	შესაძლებელია, ჩასახლდეს ფილტვის არტერიაში - > მონეტისებრი დაზიანება (Coin Lesion).	
D. Tenius (ენოტი), D. ursi (დათვი), D. Repens (ძალი, კატა)	ეფექტური პრეპარატი არ არსებობს.	ჰეიბი შეუძლიათ მიგრაცია კონიუქტივაში, კანკემა ქსოვილში, სკროტუმში, მკერდში, კიდურებში	ეოზინოფილია იშვიათია
Gnathostoma Spinigerum			
Curaneous Larva Migrans	ალბენდაზოლი 400 მგ PO q24h ან bid 21 დღის განმავლობაში	ივერმექტინი 200 მკგ/კგ/დღე PO x 2 დღე	სხვა ეტიოლოგია: Ancylostoma Sp. იხილეთ გვ. 335
ეოზინოფილური მენინგიტი	დამზარე თერაპია: ცერებრულ ჰემორაგიაზე მეთვალყურეობა	აღწერილია სტეროიდების გამოყენება: არსებობს, როგორც ზიანი, ასევე სარგებელი ალბენდაზოლისგან და	ეოზინოფილური მენინგიტის სხვა გამომწვევები: Angiostrongylus (იხილეთ გვ. 335) და Baylisascaris (იხილეთ გვ. 335)

გარემოცოვებული ორბანოზი	გამომავალი რამიზი		კომენტარი
	ძირითადი	ალტერნატიული	
ტოქსოკარიოზი (Ann trop Med Parasit 103:3, 2010) მკურნალობა მიზამინარული სიმპტომების შემსუბუქებაზე, რადგანაც ინფექცია თვით-ალაგებადია, მაგ; სტერილიზაცია და ანტიპროტოზოვები; სხვადასხვა აზრი არსებობს ანტიპროტოზოვების გამოყენებაზე.	ვინეგრული larva migrans	ალბენდაზოლი 400 მგ PO bid x 5 დღე ± პრედნიზოლონი 60 მგ/დღე	მეზენდაზოლი 100-200 მგ PO bid 5 დღის განმავლობაში
თვალის მიგრაციული მატლი (larva migrans)	დაავადების პირველ 4 კვირას: ორალური პრედნიზოლონი 30-60 მგ PO q24h + სუბტენიონური ტრამეტინოლი 40 მგ/კგ/კვირა ორი კვირის განმავლობაში (ქირურგიული ჩარევა ხანდახან საჭიროა)	მეზენდაზოლი 200-400 მგ PO tid x 3 დღე, შემდეგ 400-500 მგ PO tid x 10 დღე	მომე ფილტვის, გულის ან ცნს დაზიანების შესაძლებელია სტერილიზაციის გამოყენება (Clin Micro Rev 16:265, 2003). დიფერენციული დიაგნოზი larval migrans-ის სინდრომებთან: Toxocara canis & cati, Ancylostoma spp., gnathostoma spp. Spirometra spp. ანტიპროტოზოვით სამუშაოებს არ აქვს დამატებითი სარგებელი. მკურნალობის მცირე ეფექტი ჩნდება 4 კვირის შემდეგ. ზოგიერთი იყენებს სტერილიზაციას (Clin Micro Rev 16:265, 2003)
Trichinella Spirallis (ტრიქინელოზი) - კუნთების ინფექცია (მიმოხილვა: Clin Micro Rev 22:127, 2009)	ალბენდაზოლი 400 მგ bid x 8-14 დღე	მეზენდაზოლი 200-400 მგ PO tid x 3 დღე, შემდეგ 400-500 მგ PO tid x 10 დღე	სიფთხილით გამოიყენეთ ალბენდაზოლი/მეზენდაზოლი ორსულობის დროს. იმპატებს IgE და CPK, ედს, მასიური ეოზინოფილია: >5000/მკლ
მრეხანოზი (Flukes) – ღვიძლის, ფილტვის, ნაწლავური. ყველას შუალედური მასპინძელი არის ლოკოპინა; გადადის Metacercariae-ს ინფექციით მცენარეებზე, თევზებზე, ჯავშნაინებზე.			
Clonorchis sinensis (ღვიძლის Fluke)	პრაზიკვანტელი 25 მგ/კგ PO tid x 2 დღე	ალბენდაზოლი 10 მგ/კგ/დღე PO x 7 დღე	იგივე დოზა ზევებში
Fasciola Hepatica (ცხვრის ღვიძლის Fluke) Fasciola gigantica	ტრიკლანდენდაზოლი* ერთხელ. გამოეგება 12-24 საათის შემდეგ. 10 მგ/კგ PO x 1 დოზა. ერთჯერადი 20მგ/კგ დოზა ეფექტურია მკურნალობის უეფექტურობის შემთხვევაში		
(ნაწლავური Fluke: Fasciola buski Heterophyes Heterophyes Metagonimus Yokogawai) Nanophyetus Salmincola	პრაზიკვანტელი 25 მგ/კგ PO tid x 1 დღე		იგივე დოზა ზევებში

ხსარილი 13A (10)

ბაირფიორიბაბლი ორბანოიზი	შეშორთავზბაბლი რაშინიბი		კომენბარი
	ძირიბადი	ალბერბადილი	
შრმბაშორმბი (Flukes) – ღვიბლის, ფილტვის, ნაწლავური (გაგრბელება)			
ფილტვის Fluke: Paragonimus sp.	პრაზიქვანტელი 25 მგ/კგ PO tid x 2 დღე	ტრიკლარბენდაზოლი* 10 მგ/კგ PO x 2 დოზა 12-24 საათის განმავლობაში	იგივე დოზა ზავშეზბი
Schistosoma haematobium; GU bilharziasis (NEJM 346:1212,2002)	პრაზიქვანტელი 40 მგ/კგ PO იმავე დღეს (ერთი დოზა 40მგ/კგ ან 2 დოზა 20 მგ/კგ)		იგივე დოზა ზავშეზბი
Schistosoma intercalatum	პრაზიქვანტელი 20 მგ/კგ PO იმავე დღეს 1 ან 2 დოზად		იგივე დოზა ზავშეზბი
Schistosoma japonicum; ორიენტუ-ლი Schisto. (NEJM 346:1212, 20020)	პრაზიქვანტელი 60 მგ/კგ PO იმავე დღეს (3 დოზა 20 მგ/კგ)		იგივე დოზა ზავშეზბი. განკურნება 60-90% პაციენტებში.
Shistosoma mansoni (ნაწლავური ბილზარბიზი)	პრაზიქვანტელი 40 მგ/კგ PO იმავე დღეს (1 დოზა 40 მგ/კგ ან ორი დოზა 20 მგ/კგ)		პრაზიქვანტელი: იგივე დოზა ზავშეზბა და მოზრდილებში. განკურნება 60-90% პაციენტებში.
Schistosoma mekongi	პრაზიქვანტელი 60 მგ/კგ PO იმავე დღეს (3 დოზა 20 მგ/კგ)		იგივე დოზა ზავშეზბი
ტოქსემიური schisto; კატბამას ცილელება	პრაზიქვანტელი 20 მგ/კგ PO bid პრედნიზონის მცირე კურსით. პრაზიქვანტელი გაიმორეთ 4-6 კვირაში (Clin Micro Rev 16:225,2010)		წყალში ინფექციასთან კონტაქტიდან 4-6 კვირაში რეაქცია კვრცხის დადების დაწყებაზე.
მსმშორმბი (ბრტყელი ჭიები)			
Echinococcus granulosus (ეჟინოკოკოზი) (LnID 12:871, 2012; Inf Dis Clin No Amer 26:421, 2012)	ღვიბლის ცისტები: მეტანალიზი მზარს უკერს ერთი გაურთულეზი ღვიბლის ცისტის დროს პერკუტანულ ასპირაცია-ინექცია-რეასპირაციას (PAIR) + ალბენდაზოლი გაურთულეზბელი ერთი ცისტის დროს. დრენირების წინ და შემდეგ: ალბენდაზოლი: ≥60 კგ - 400 მგ PO bid და <60 – 15 მგ/კგ/დღე გაყოფილი bid საჭმელთან ერთად. 1-2 დღის შემდეგ პუნქცია(P) და ასპირაცია (A) ცისტის შგთავზის, შემდეგ წელა შეიცვანეთ (I) ჰიპერტონული ფიზიოლოგიური ხსნარი (15-30%) ან სუფთა სპირტი, დაელოდეთ 20-30 წუთი და შემდეგ რე-ასპირაცია(R) საბოლოო ირიგაციით. გაგრბელები ალბენდაზოლი მინიმუმ 30 დღე. განკურნება 96%-ში, როდესაც ქირურგიული რეზექციისას 90%-ია. ალბენდაზოლი ref: Acta Tropical114:1, 2010.		
Echinococcus Multilocularis (ალევილური კისტოზი) (COID 16:437, 2003)	ალბენდაზოლის ეფექტურობა ნათლად არ არის გამოზატული, შესაძლებელია ეჟინოკოკოზის დროს გამოყენებული დოზირებით მკურნალობა. ფართო ქირურგიული რეზექცია არის ერთადერთი საიმედო მკურნალობა; ტექნიკა იხვეწება. პოსტ-ქირურგიული რეზექცია ან, თუ შეუძლებელია ოპერაცია: ალბენდაზოლი რამოდენიმე წლის განმავლობაში (Acta Tropic 114:1, 2010)		
ნაწლავის ბრტყელი ჭიები			
Diphyllobothrium latum (თევზი),	პრაზიქვანტელი 5-10 მგ/კგ PO x	ნიკლოსამიდი * 2 მგ PO x	ნიკლოსამიდი ხელმისაწვდომია Expert

განმარტობილი ორბანობი	განმარტობილი რეზიზი		კომენტარი
	ძირითადი	ალბერნადი	
Dipylidium caninum (მალე), Taenia Saginata (ძროხა), Taenia Solium (ღორი) Hymenolepis Diminuta (ვირთხა) და H. nana (ადამიანები)	1 დოზა ბავშვებსა და მოზრდილებში.	1 დოზა	Compounding Pharm, იხილეთ ცხრილი 13D.
ნეიროსისტეროზი (NCC): T. Solium-ის ლარვა Ref.: AJTMH 72:3, 2005	პრაიქანტელი 25 მგ/კგ PO x 1 დოზა ბავშვებსა და მოზრდილებში.		ნიკლოსამიდი* 2მგ PO x 7დოზა
პარენტიზული NCC ცისტების არსებობა კტ/მრტ- ით მეტა-ანალიზი: მკურნალობა ასოცირებულია ცისტების ალაგებასთან, კრუნჩხვების შემცირებასთან და გულყრების გამოვლის შემცირებასთან (Neurology 80:1424, 2013)	ალბერნადი 15 მგ/კგ/დღე pi+პრაიქანტელი 50 მგ/კგ/დღე pi+ დექსამეტაზონი 0.1 მგ/კგ/დღე დაიწყეთ სტეროიდი ანტიპარაზიტული მედიკამენტის მიცემა 1 დღით ადრე. მკურნალობის ხანგრძლივობა 10 დღე.	ალბერნადი 800 მგ/კგ/დღე + დექსამეტაზონი 0.1 მგ/კგ/დღე ± კრუნჩხვის საწინააღმდეგო პრეპარატი - იხ. კომენტარი	Ref: Lnid 14:687, 2014 სტეროიდი აქვეითებს სისხლში პრაიქანტელის დონეს, ამიტომ არ უნდა გამოვიყენოთ ალბერნადის გარეშე. HIN reports/ methotrexate <20მგ/კგ არეგულირებს სტეროიდის დონეს სისხლში.
მკვდარი კალიფორნიული ცისტა სუბარაქნოიდული NCC	მკურნალობა არ ინიშნება (ალბერნადი + სტეროიდი) როგორც ზემოთ, + შუნტირება პიროცეფალის გამო მკურნალობის დაწყებამდე. Ref: Expert Rev Anti Infect Ther 9:12, 2011		
ინტრავენტიკულური NCC	მკურნალობის არჩევანი ნეიროენდოსკოპიური მოცილება, ოპსტრუქციით ან მის გარეშე. თუ ქირურგიული ჩარევა არ არის შესაძლებელი, ალბერნადი + დექსამეტაზონი; გაკონტროლეთ CSF დონის ოპსტრუქცია.		

ხსარი 13A (11)

ბინფიცირება ორგანიზმი		შეფუთვა/გამოყენების რეგულაციები		კომენტარი
		ძირითადი	ალტერნატიული	
მედიკამენტი (ბრტყელი ჭიკები)/ნეიტროტიკები (NCC) (გაგრძელება)				
სპარგანოზი (Spirametransomanoide) ლარვული ცისტა, წყარო-ბაყაყი, გველი		ქირურგიული რეზექცია. არ არის ანტიპარაზიტული თერაპია. შესაძლებელია ალკოჰოლის ინექცია კანქვეშა მასებში.		
მედიკამენტი. Ref.: CID 36:1355, 2003; Ln 363:889, 2004.				
შენიშვნა: პოტენციური ნეფროტოქსიურობისა და ალკოჰოლი ანემიის გამო, ლინდანი არ არის რეკომენდებული.				
დაავადება	ბინფიცირება ორგანიზმი			
თავის ტილი NEJM 367:1687 & 1750, 2012 Med Left 54:61, 2012.	Pediculus humanus, var. capitis	პერმეთრინის 1% ლოსიონი: წასვით დაბანოთ გამწვანო თმაზე 10 წუთის განმავლობაში; გაიმეორეთ 9-10 დღეში ან მალათიონის 0.5%-იანი ხსნარი (ოვიდი): წასვით მშრალ თმაზე 8-12 საათის განმავლობაში, შემდგომ დაიბანეთ თავი. 2 დონა 7-9 დღის შუალედებით. ან სპინოსადის 0.9%-იანი სუსპენზია: ჩამოიბანეთ 10 წუთის შემდეგ (85 %-იანი ეფექტურობა). გაიმეორეთ 7 დღეში, თუ საჭიროა.	ივერმექტინი 200-400 მკგ/კგ PO ერთხელ; 3 დონა შვიდი დღის ინტერვალით ეფექტურობა 95%-ში (JID 193:474, 2006). ტოპიკური ივერმექტინის 0.5%-იანი ლოსიონი ხასიათდება 75%-იანი ეფექტურობით. მალათიონი: აღწერილია, რომ 1-2 20 წუთიანი აპლიკაცია 98%-ში ეფექტურობა (Ped Derm 21:670, 2004). ალკოჰოლში - პოტენციურად აალებადია. ბენზოლი (ბენზოლის სპირტი): 76%-ში ეფექტური.	პერმეთრინი: წარმატება 78%-ში. დამატებითი კომბინაციის არ მოაქვს სარგებელი. რეზისტენტობა იზრდება. არ აქვს უპირატესობა 5%-იან პერმეთრინთან. სპინოსადი ეფექტურია, მაგრამ ძვირი. Refs: NEJM 367:1687 და 1750; Pediatrics 126:392, 2010
ბოჭყნის ტილი (crabs)	Phthirus pubis	ბოჭყნის თმა:პერმეთრინი ან მალათიონი ისევე, როგორც თავის ტილი	ქუთუთოებზე: ბენზინის ფეხე უნდა წასვას qid x 10 დღე ან ვერცხლისწყლის ყვითელი ღუსიდი 1%-იანი qid x 14 დღე	არ გამოიყენოთ ლინდანი. უმკურნალოთ პარტნიორს ბოლო 30 დღე.
ტანის ტილი	Pediculus humanus, var. corporis	პაციენტს წამალი არ ეძლევა. ორგანიზმი ცხოვრობს და კვრებებს დებს ტანსაცმის ბოჭკოებში. გადაადგილო ტანსაცმელი; თუ შეუძლებელია, წამალი იხმარეთ ტანსაცმელზე: 1% მალათიონის ფხვნილი ან 0.5%-იანი პერმეთრინის ფხვნილი. წარმატებული იყო ივერმექტინის გამოყენება უსახლკაროთა თავშესაფარში: 12 მგ PO 0, მე-7 და მე-14 დღეებში (JID 193:474, 2006)		

მედიცინური მონაცემები	მედიცინური მონაცემები		კომენტარი
	ძირითადი	ალტერნატიული	
Myiasis გამოწვეული ბუზის ლარვებით	როგორც წესი, კანის/კანქვეშა კვანძი ცენტრალური ხვრელით. მკურნალობა: უნდა გამოვიწვიოთ ხვრელის ოკლუზია ვაზელინით, ფრჩხილის ლაქით, მაკიაჟის კრემით, ქონით, რათა აირთა ცვლა მოვსპოთ. ლარვის მიგრაციისას მოაშორეთ ხელით. Ref. Clin Microbiol Rev 25:79, 2012		
მუნი (სკაბიაზი) Sarcoptes scabiei იმუნოკომპეტენტური პაციენტები Refs: MMWR59 (RR-12):89, 2010; NEJM 362:717, 2010	პერმეთრინის 5%-იანი კრემი (ELIMITE) ფრჩხილების ქვევით (ფეხის და ხელის). წარსვით მთელს ტანზე ნიკაპიდან ქვევით, ფრჩხილების ქვეშაც (ფეხის და ხელის). დაიტოვეთ 8-14 საათი. გაიმეორეთ 1-2 კვირაში. უსაფრთხოა ბავშვებისთვის >2 თვე.	ივერმექტინი 250 მკგ/კგ PO x 1. როგორც ზემოთ, მეორე დოზა იმ შემთხვევაში, თუ სიმპტომები პერსისტირებს. ნაკლებ ეფექტურია: კროტამიტონის 10% კრემი, წარსვით x 24 საათი, ჩამოიბანეთ და შემდეგ ისევ წარსვით x 24 საათი.	მოსაწესრიგებელია ხელის ფრჩხილები. წარსვით ხელზე დაბანის შემდეგ. უმკურნალოთ ახლო კონტაქტში მყოფ ადამიანებს: გარეცხეთ და სიცხით გააშრეთ თეთრეული. ქველი გრძელდება 2 კვირის განმავლობაში, ტკიპების მოცილების შემდეგ.
შიდსი ან HTLV-ინფიცირებული პაციენტები (CD4<150/მმ³). დაუძლეველი ან განუკურნებელი მანკის მქონდე პაციენტები (ნორვეგიული მუნი - იხილეთ კომენტარი)	ნორვეგიული მუნი: პერმეთრინი 5%-იანი კრემი/დღეში x 7 დღე, შემდეგ ორჯერ კვირაში, სანამ არ გამოჯანმრთელდება. დამატებით ივერმექტინი PO (დოზა ალტერნატივაში)	ივერმექტინი 200 მკგ/კგ PO პირველ, მეორე, მესამე, მე-8, მე-9, მე-15 დღეებზე (შესაძლებელია 22,29) + პერმეთრინის კრემი.	ნორვეგიული მუნი შიდსიან პაციენტებში: ხანგრძლივი, ქერქიანი. შესაძლებელია ჰგავდეს ფსორიაზს. არ არის ქველი. მალაღია კონტაგოიზურობა - საჭიროა იზოლირება!

ცხრილი 13B -ანტიპარაზიტული პრეპარატების დოზირება და შერჩეული გვარდითი მოვლენები

კლასი, ბანდო, ბანდირი (სიმძიმის ხარისხი)	ჩვეულებრივი დოზა მოზარდობისთვის	გვარდითი მოვლენები/კომპლექსი
ანტიპროტოზოული წამლები ნაწლავური პარაზიტები დილიქსანდის ფურატი^{NUS} (ფურამიდი) იოდოქინოლი (იოდოქსინი)	500 მგ PO tid x 10 დღე მოზარდილებში: 650 მგ PO tid (ან 30-40 მგ/კგ/დღე გაყოფილი tid)	პრეპარატის წყაროს სანახავად იხილეთ ცხრილი 13D გვ. 349. შეგერილობა, N/V, დიარეა. იშვიათად იწვევს გულის რევას, მუცლის კოლიკას, გამონაყარს, აკნეს. წინააღმდეგეა ჩვენებისა იოდოქსინის ტოლერანტობის დარღვევისას (შეივსება 64% შეკავშირებულ იოდს). შეიძლება გამოიწვიოს იოდოდერმა (პაპულური ან პუსტულური გამონაყარი) და/ან ფარისებრი ჯირკვლის გადიდება.
მეტრონიდაზოლი ნიტაზოქსანდი (ალინია)	გვერდითი მოვლენები მსგავსია ყველასთვის. მოზარდილებში: 500 მგ PO q12h. ბავშვები 4-11: 200 მგ სუსპენზია PO q12h. მიიღეთ საკმელთან ერთად, მკერდით.	იხილეთ ცხრილი 10B, გვ. 243, და ცხრილი 10A, გვ. 215 მუცლის ტკივილი 7.8%-ში, დიარეა 2.1%. მიმოხილვა: CID 40:1173, 2005; expert Opin Pharmacother 7:953, 2006. თავის ტკივილი, იშვიათად ყვითელი სკლერა (ალაგდება მკურნალობის შემდეგ).
პარომომიცი (პუმბიტი) ამინოსილინი IV გვერდითანებულ სამედიცინო	750 მგ-მდე qid (250 მგ აბები). პრეპარატის წყაროს სანახავად იხილეთ ცხრილი 13D გვ. 349	ამინოგლიკოზიდები ნეომომიცილის მსგავსია; შეუწევს შემთხვევითი ანთებითი წვრილი ნაწლავის გამო, შესაძლებელია გამოწვევის ოტონეფროტოქსიკურობა. დოზა > 3g დღიური ასოცირებულია გულის რევასთან, მუცლის კოლიკასთან, დიარეასთან
ქვინაქინი^{NUS} (ატაპრინი, მეპარინი)	100 მგ PO tid. აშშ-ში აღარ არის ხელმისაწვდომი; აწარმოებს ორი ფარმაცევტული კომპანია: 1 კონტაქტულ ტიპში 1 203 785 6818 და 2. კალიფორნიამ 800 247 9767	წინააღმდეგეა ჩვენებისა პაციენტებში, რომელთაც ანამნეზში ალერგიული ფსიქოზი და ფსოზიაზი. კანის გაყვითლება. თავგრუსხვევა, თავის ტკივილი, ღებინება, ტოქსიკური ფსიქოზი (1.5%), ჰემოლიზური ანემია, ლეიკოპენია, თრომბოციტოპენია, უტრიკარია, გამონაყარი, ცხელება, მცირე დისულფიამის-მსგავსი რეაქცია.
ტინდაზოლი (ტინდამაქსი)	250-500 მგ აბები, საკმელთან ერთად. რეჟიმი ცვალებადია ჩვენების მიხედვით.	ქიმიური სტრუქტურა მეტრონიდაზოლის მსგავსია, თუმცა უკეთ შეთვისებადი. აღწერილია კრუნჩხვები/პერეფერული ნეიროპათია. გვერდითი მოვლენები: ლითონის გემო 4-6%, ღებინება 3-5%, ანორექსია 2-3%.
ანტიპროტოზოული მედიკამენტები: არა-ნაწლავური პროტოზოა		
ნაწლავგარეთა პარაზიტები სტიბიუმის ნაერთები^{NUS} სტიბოგლუკონატის ნატრიუმი (პენტოსტამი) CDC-სგან ან მეგლუმინის ანტიმონიატი (გლუკანტიმი - საფრანგეთში)	IV გამოყენებისთვის: 100 მგ სტიბიუმი/მლ ფლაკონები. უნდა გაიხსნას არჩეული დოზა 50 მლ D5W უშუალოდ გაკეთებამდე. ინფუზია 10 წუთის განმავლობაში.	გვერდითი მოვლენები პირველი 10 დღის მანძილზე: თავის ტკივილი, საერთო სისუსტე, მომატებული ლაპაზა/ამილაზა, კლინიკური პანკრეატიტი. 10 დღის შემდეგ მომატებული AST/ALT/ALK/PHOS შენიშვნა: შეძევადი T კბილის ცვლილებები 30-60%. QTc ინტერვალის გაზანგებოდეობის რისკი.

		რჩეული ექსპერტია; შეცვალეთ დოზა, თუ არის თირკმლის უკმარისობა. მეტაბოლიზდება ღვიძლში; შეამცირეთ დოზა, თუ აღინიშნება ღვიძლის უკმარისობა. ჯენერულიზებული მედიკამენტებმა ანტიმონური კომპლექსის ფორმირებით შეიძლება გამოიწვიონ მაღალი ტოქსიურობა.
არტემეთერ-ლუმეფანტრინი, PO (კოარტემი, FDA-ს მიერ ნებადართული)	ტაბლეტები შეიცავს 20 მგ არტემეთერს და 120 მგ ლუმეფანტრინს. მიიღეთ საკვებთან ერთად. შესაძლებელია დაიმტერეს და გაიხსნას რამოდენიმე ჩაის კოვზ წყალში.	შესაძლებელია QTC გახანგრძლივება: თავი არიდეთ იმ პაციენტებში დანიშვნას, რომელთაც აღენიშნება თანდაყოლილი QTC გახანგრძლივება, ოჯახური ისტორია უეცარი სიკვდილის ან გახანგრძლივებული QTC ან საჭიროებათ ისეთი მედიკამენტები, რომლებიც ახანგრძლივებს QTC-ს (იხილეთ სია ფტორქინოლონების ქვეშ, ცხრილი 10 A, გვ. 215). არტემეთერი აინდუცირებს CYP3A4 და ორივე არტემეთერი და ლუმეფანტრინი მეტაბოლიზდება CYP3A4-ით (იხილეთ მედიკამენტთა შორის ურთიერთქმედება, ცხრილი 22A, გვ. 477). გვერდითი მოვლენები აღწერილია >30% მორდილებში: თავის ტკივილი, ანორექსია, თავბრუსხვევა, ართრალგია და მიალგია.
არტესუნატი, IV Ref.: NEJM 358:1829, 2006	ხელმისაწვდომია CDC მაღარი ფილალში. 2.4 მგ/კგ IV 0, მე-12, 24-ე და 48-ე საათზე.	უფრო მეტად ეფექტურია, ვიდრე ქინინი, და უფრო უსაფრთხო, ვიდრე ქინიდი. დაუკავშირდით CDC 770-488-7758 ან 770-488-7100 სამუშაო საათების შემდეგ. დოზის რეგულირება არ არის საჭირო ღვიძლის ან თირკმლის უკმარისობის დროს. ცნობილი არ არის მედიკამენტთა შორის ურთიერთქმედება.
აგროფაქონი (მეფრონი) Ref: AAC 46:1163, 2002	სუსპენზია: 1 ჩაის კოვზი 750 მგ PO bid 750 მგ/5მლ	პაციენტების მკურნალობა 9%-ში შეწყდა გვერდითი მოვლენების გამო; გა-მონაყარი 22%, GI 20%, თავის ტკივილი 16%, უძილობა 10%, ცხელება 14%.
აგროფაქონი და პროფილარი (მალარიონი) P. falciparum პროფილაქტიკისთვის; მცირე მონაცემები P. vivax-ზე მოქმედების შესახებ; გენერირი ხელმისაწვდომია აშშ-ში.	პროფილაქტიკა: 1 აბი PO (250 მგ + 100 მგ) q24h საკვებთან ერთად მკურნალობა: 4 ტაბლეტი PO (1000 მგ + 400 მგ) ერთხელ დღეში საკვებთან ერთად x 3 დღე. მოზრდილთა აბები - 250/100 მგ პედიატრიული - 62.5/25 მგ. პედიატრიული დოზირება: პროფილაქტიკა კომენტარი 1, გვ 325 მკურნალობა: იხილეთ კომენტარი, გვ 327	გვერდითი მოვლენები: მოზრდილებში - მუცლის ტკივილი 17%, NV 12%, თავის ტკივილი 10%, თავბრუსხვევა 5%. მკურნალობა წყდება 1%-ში. ასიმპტომური მცირედ მომატებული ალტასტ. ზეგავლენები - ხველა, თავის ტკივილი, ანორექსია, გულის რევა, მუცლის ტკივილი. იხილეთ მედიკამენტთა ურთიერთქმედება, ცხრილი 22. უსაფრთხოა G6PD-დეფიციტურ პაციენტებში. შესაძლებელია ტაბლეტების დაფხვანა ბავშვებისთვის და სითხესთან ერთად მიეცემა(რძე და ა.შ.). თირკმლის უკმარისობა: უკუნაჩვენებია თუ CrCL<30 მლ/წთ.

შენიშვნა: წამლები ხელმისაწვდომია CDC წამლის სერვისიდან. დარეკეთ 1 404 839-3670 (ან-2888) (ფაქსი). რთულად მოსაძებნი ანტიპარაზიტული პრეპარატების წყაროს და საკონტაქტო ინფორმაციისთვის იხილეთ ცხრილი 13D, გვ. 349.

ხსრილი 138 (2)

კლასი, აბანდი, ბინარიკი (კომაროციული სახეობა)	ჩვეული დოზა მოზრდილებსთვის	გვერდითი მოვლენები/კომპლექტი
ანტიპროტოზოული წამლები: არა-ნაწლავური პროტოზოა. ნაწლავგარეთა პარაზიტები (გაგრძელება) ბენზნიდაზოლი (CDC წამლის სერვისი)	7.5 მგ/კგ/დღე PO 100 მტ აბები	ფოტოსენსიტიურობა პაციენტების 50%-ში. GI: აბდომინური ტკივილი, გულის რევალბინგება/ ანორექსია. ენს: დისორიენტაცია, უძილობა, კრუნჩხვები/ფასციკულაცია, პარესთეზია, პოლინევრიტი. უკუნაჩვენებია ორსულობისას
ქლოროქინ ფოსფატი (არალენი)	დოზა ცვალებადია - იხილეთ მალარიის პროფილაქტიკა და მკურნალობა, გვერდი 325-327	მცირე: ანორექსია/გულის რევალბინგება, თავის ტკივილი, თავბრუსხვევა, ბუნდოვანი მხედველობა, ქავილი მუქ-კანთან პაციენტებში. დიდი: რემატოიდული ართრიტისხანგრძლივმა მკურნალობამ შესაძლებელია გამოიწვიოს რეტინოპათია, გააძვავოს ფსორიაზი. დაბლოკოს ცოფის ვაქცინაზე პასუხი. უკუნაჩვენებია ეპილეფსიით დაავადებულ პაციენტებში.
დაპსონი (იხილეთ კომენტარი მეტემოგლობინემია)	100 მგ PO q24h	ჩვეულებრივ შეთვისებადია პაციენტებში, რომელთაც TMP-SMX-ზე განუვითარდათ გამონაყარი. დაპსონი არის შემწილი მეტემოგლობინემიის ჩვეული ეტიოლოგიური ფაქტორი (NEJM 364:957, 2011). დაპსონის მეტაბოლიტი ჰემის რკინას უცვლის ვალენტობას (ქანგაბადის გადატანა შეუძლებელია) 3-დან 2-მდე. ნორმალური სისხლის ღონე 1%; ციანოზი 10%; თავის ტკივილი, ტაქიკარდია, თავბრუსხვევა 30-40%, აგიდოზი და კომა 60%, სიკვდილი 70-80%. დაბალი G6PD არის რისკ ფაქტორი. მკურნალობა: მეთილენის ლურჯი 1-2 მგ/კგ IV 5 წუთის განმავლობაში x 1 დოზა.
ეფლომითინი (ორნიდილი) (ჯანმო-ს ან CDC-ს წამლის სერვისი)	200 მგ/კგ IV (წელი) q12h x 7 დღე აფრკული ტრიპანოსომოზის დროს	პაციენტების 1/2-ში დიარეა, ლეზინება, მუცლის ტკივილი, ანემია/ლეიკოპენია პაციენტების 1/2-ში, კრუნჩხვები, ალოპეცია, სიყვითლე, სმენის დაქვეითება, წინააღმდეგ ნაჩვენებია ორსულობისას.
ფუმაგილინი	თვალის წვეთები + PO 20 მგ PO tid. Leiter's: 800 292 6773	გვერდითი ეფექტი: ნეიტროპენია და თრომბოციტოპენია
მეფლოკინი	ერთი 250 მგ ტაბლეტი/ კვირაში მალარიის პროფილაქტიკისთვის სამკურნალოდ 1250 მგ x1 ან 750 მგ და შემდეგ 500 მგ 6-8 საათში. აშშ-ში: 250 მგ ტაბლეტი = 228 მგ ბაზისური ნივთ.; აშშ-ს გარეთ: 275 მგ ტაბლეტი = 250 მგ ბაზისური	გვერდითი მოვლენები დაახლოებით 3%-ში. მცირე: თავის ტკივილი, გაღიზიანებადობა, უძილობა, სისუსტე, დიარეა. ტოქსიკური ფსიქოზი, კრუნჩხვები. არ გამოიყენეთ ქინინთან, ქინინთან ან ჰალოფანტრინთან. იშვიათი: QT ინტერვალის გახანგრძლივება და ტოქსიკური ეპიდერმული ნეკროლიზი (LN 349:101, 1997). არ გამოიყენება თვით-მკურნალობისათვის ნეიროფსიატრიული გვერდითი მოვლენების გამო.
მელარსოპროლი (Mel B, არსობალი) (CDC)	იხილეთ ტრიპანოსომოზი მოზრდილთა დოზირებისათვის. პედიატრიული დოზა: 0.36 მგ/კგ IV,	მკურნალობის შემდგომი ენცეფალოპათია (2-10%-ში) საერთო ჯამში 50%-იანი სიკვდილობა, სიკვდილის რისკი მკურნალობის შემთხვევაში 8-14%. პრედნიზოლონმა 1მგ/კგ/დღე შესაძლებელია შეამციროს ენცეფალოპათიის რისკი. სხვა: გულის დაზიანება,

კლასი, აბანდი, ბანარჩი (კომარცხილი სახელი)	ჩვეულებრივი დოზა მოზრდილებსთვის	გავრდილი მოვლენები/კომარცხილი
	შემდგომ თანდათანობითი ზრდა 3.6 მგ/კგ-მდე q1-5 დღე მთლიანობაში 9-10 დოზა.	ალბუმინურია, მუცლის ტკივილი, ლებინება, პერიფერიული ნეიროპათია, Herxheimer-მსგავსი რეაქცია, ქავილი.
მილტეფოზინი (იმპავიდო) (Expert Rev Anti Infect Ther 4:177,2006)	50 მგ PO bid (წონა 33-44 კგ); 50 მგ PO tid (წონა >45 კგ). მკურნალობა x 28 დღე	არ გამოიყენებოდა ორსულობის დროს: ტერატოგენულია. გვერდითი მოვლენები ცვალებადია: კალა-აზარია პაციენტებში ლებინება 40%-ში, დიარეა 17%-ში; მოძრაობის გაძნელება; თავის ტკივილი და კრეატინინის მატება. მეტაბოლიზმდება ღვიძლში. თითქმის არა თირკმელზედით
ნიფურტიმოქსი (ლამპიტი) (CDC) აწარმოებს გერმანული ფირმა Bayer	8-10 მგ/კგ/დღე PO 4 მიღებაზე დღეში x 90-120 დღე	გვერდითი მოვლენები პაციენტების 40-70%-ში. GI: მუცლის ტკივილი, გულის რევალბინება. ცნს: პოლინევრიტი (1/3), დისორიენტაცია, უძილობა, ცხცახი, გულყრა, გამონაყარი, ჰემოლიზი G6PD დეფიციტისას.
პენტამიდინი (ნებუპენტი)	300 მგ აეროზოლის გზით q თვეში. შესაძლებელია IM.	ჰიპოტენზია, ჰიპოკალცემია, ჰიპოგლიცემია, რომელსაც მოყვება ჰიპერგლიცემია, პანკრეატიტი, ნეიტროპენია 15%, თრომბოციტოპენია, ნეფროტოქსიკურობა. სხვა: გულის რევალბინება, ღვიძლის ფუნქციების მომატება, გამონაყარი.
პრიმაქინის ფოსფატი	26.3 მგ (15=ბაზისური). მოზრდილთა დოზა არის 30 მგ ბაზისური PO დღიური.	G6PD დეფიციტურ პაციენტებში შესაძლებელია ჰემოლიზური ანემიის გამოწვევა ჰემოგლობინურიით, განსაკუთრებით აფრიკული და აზიური წარმოშობის ადამიანებში. მეტემოგლობინემია. გულის რევალბინების ტკივილი, თუ პაციენტი მშობრზე იღებს წამალს (CID 39:1336, 2004). ორსულობისას არ გამოიყენებოდა.
პირიმეტამინი (დარაპრიმი, მალოციდი) ასევე კომბინირებულია სულფადოქსინთან, კომერციული სახელი ფანსიდარი (25-500 მგ)	100 მგ PO შემდგომ 25მგ/დღე. ფასი ფოლის მჟავის (ლეიკოვორინი)	ყველაზე დიდი პრობლემებია ჰემატოლოგიური: მეგალობლასტური ანემია, WBC-ის დაქვეითება, თრომბოციტების დაქვეითება. შესაძლებელია 5მგ ფოლის მჟავის მიღება დღეში, რაც ამცირებს ძვლის ტვინის ტუპრესიას და არმოქმედებს ანტიტოქსიკოლოგურ ეფექტზე. თუ გამოყენებულია პირიმეტამინის მაღალი დოზა, უნდა გაიზარდოს ფოლის მჟავის დოზა 10-50 მგ-მდე/დღეში. პირიმეტამინმა + სულფადიაზინმა შესაძლებელია გამოიწვიოს მენტალური ცვლილებები კარნიტინის დეფიციტისას (AJM 95:112, 1993). სხვა: გამონაყარი, ლებინება, დიარეა, პირის სიმშრალე.
ქინიდიის გლუკონატი კარდიოტოქსიურობა Ref.: LnlD 7:459, 2007	დატვირთვის დოზა 10 მგ (ექვივალენტი 6.2 მგ ქინიდიის ბაზისი) კგ IV 1-2 საათის განმავლობაში, შემდგომ მუდმივი ინფუზია 0.02 მგ ქინიდიის გლუკონატის/კგ/წთ-ში.	გვერდითი მოვლენები არის ქინიდიის და ქინინის მსგავსი: 1. IV ბოლუსურმა ინფუზიამ შესაძლებელია გამოიწვიოს ფატალური ჰიპოტენზია, 2. ჰიპერინსულინემიური ჰიპოგლიცემია, განს. ორსულებში, 3. შეამცირებთ ქინიდიის IV ინფუზიის სიჩქარე QT ინტერვალის გაზანგძრვებისას 25%-ზე მეტად, 4. 30 -50%-ით შეამცირებთ დოზა 3 ღდის შემდეგ თირკმლის კლირენსის და გადანაწილების მოცულობის შემცირების გამო.

ხსრილი 138 (3)

კლასი, აბანდო, ბენეფიკი (სოფთაბიოლოგიური სხეულები)	ჩვეულებრივი დროის მოზარდობისთვის	გავრცელებული მოვლენები/მოვლენები
ანტიპროტოზოული წამლები: არა-ნაწლავური პროტოზოა. ნაწლავური პარაზიტები (გავრცელება)		
ქინინის სულფატი (ქვალაქინი) (300 მგ მარილი=250 მგ ბაზისური)	324 მგ ტაბლეტები. IV პრეპარატი არ არის აშშ-ში. ორალური მკურნალობა ქროლოქინ რესისტენტულ Falciparum malaria: 624 მგ PO tid x 3 დღე, შემდგომ (ტეტრაციკლინი 250 მგ PO qid ან doxy 100 მგ bid) x 7 დღე	ცინხონის ალკალოიდებით მოწამვლა: ყურის შუილი, თავის ტკივილი, გულის რევა, მუცლის ტკივილი, ბუნდოვანი ხედვა. იშვიათად: სისხლის დისკრაზია, წამლისმიერ ცხელება, ასთმა, ჰიპოგლიკემია. გარდაამავალი სიბრმავე <1%-ში 500 პაციენტიდან (Anlm 136:339, 2002) უკუნაჩვენებია QTC ინტერვალის გახანგრძლივების, მიათენია გრავის, ოპტიკური ნევრიტის და G6PD დეფიციტის შემთხვევაში.
სპირამიცინი (როვამიცინი)	1 გ PO q8h (იხილეთ კომენტარი)	აღწერილია GI და ალერგიული რეაქციები. ზღმოსაწვდომია უფასოდ Palo Alto Medical Foundation-თან კონსულტაციის შემდეგ. Toxoplasma Serology Lab : 650 853 4828 ან აშშ-ს FDA 301 796 1600
სულფადიაზინი	1-1.5 გ PO q6h	იხილეთ ცხრილი 10A, გვერდი 215, სულფონამიდის გვერდითი მოვლენების სანახავად.
სულფადოქსისინი და პირიმეთამინის კომბინაცია (ფანსიდარი)	შეიცავს 500 მგ სულფადოქსისინს & 25 მგ პირიმეთამინს	ორივე მედიკამენტს აქვს ხანგრძლივი ნახევარდაშლის პერიოდი: სულფადოქსინი 169 საათი, პირიმეთამინი 111 საათი, რომელიც იძლევა კვირაში ერთჯერ დანიშვნის შესაძლებლობას. აფრიკაში, გამოიყენება ემპირიულად ორსულობაში მალარიის ხანგრძლივებითი პრევენციული მკურნალობისათვის (ITPP): დოზირება 3 დანიშნულ დროს ორსულობის განმავლობაში. ამცირებს დედის და ნაყოფის სიკვდილობასაც დადებითებში. იხილეთ Expert Rev Anti Infect Ther 8.589, 2010 ფატალურია აღწერილია სტივენს-ჯონსონის სინდრომის და ტოქსიკური ეპიდერმული ნეკროლიზის გამო. რენული ექსკრეცია - იყავით ყურადღებითი თირკმლის დაზიანების შემთხვევაში!
ნემატოდები, ტრემატოდების და ცეცხლოვანი საბაქტერიული ინფექციების		
ალბენდაზოლი (ალბენზა)	დოზირება ვარიანტულია წველების მიხედვით. მიიღეთ საკვებთან ერთად; ცხიმოვანი საკვები აძლიერებს შერეობას.	ორსულობის კატეგორია C; მიეცით ორსულობის უარყოფითი ტესტის შემდეგ. მუცლის ტკივილი, ღებინა/გულის რევა, ალოპეცია, ტრანსამინაზების მატება, იშვიათად ლეიკოპენია.
ბითიონოლი (CDC)	მოზრდილებსა და ბავშვებში: 30-40 მგ/კგ (მაქსი- მუმი 2 გ/დღე) PO ყოველ მეორე დღეს 10-15 დოზა	ფოტოსენსიტიურობა, კანის რეაქციები, ურტიკარია, GI გაღიზიანება.
დეთილკარბამაზინი (CDC)	გამოიყენება ფილირიასის სამკურნალოდ	თავის ტკივილი, თავბრუსხვევა, გულის რევა, ცხელება. მასპინძელში შესაძლებელია განვითარდეს ანთებითი რეაქცია ჭიების მოზრდილი ორგანიზმების სიკვდილის შემდეგ; ცხელება, ურტიკარია, ასთმა, GI

ალასი, აბანძი, ბანარჩი (კონკრეტული სახელი)	ჩვეული დოზა მოზრდილებსთვის	ბავრდითი მოვლენები/კომპლექსი
იგერმექტინი (სტრო-მექტოლი, მექტოანი) (3 გ ტაბლეტები და ტოპიკური 0.5% ლოსიონი თავის ტილებისთვის). მიიღეთ მშვიდ კუჭზე	სტრონგილიდოზი: 200 მგ/კგ/დღე PO x 2 დღე ონკოცერკოზი: 150 მგ/კგ x 1 PO მუნი: 200 მგ/კგ PO x 1; მიღის შემთხვევაში, დაელოდეთ 14 დღე და გაიმეორეთ	გაღიზიანება (მაზოტის - Mazzoti რეჟიმი). ორსულობისას - არა! მსუბუქი გვერდითი მოვლენები: ცხელება, ქავილი, გამონაყარი. ონკოცერკოზის მკურნალობისას, გამოხატულია სუსტი ლიმფადენოპათია, თავის ტკივილი, მელის/სახსრების ტკივილი. მასპინძელში შესაძლებელია განვითარდეს ანთებითი რეჟიმი. ჭიების მოზრდილი ორგანიზმების სიკვდილზე: ცხელება, ურტიკარია, ასთმა, GI გაღიზიანება (მაზოტის რეჟიმი).
მებენდაზოლი (ვერმოქსი) არ არის ხელმისაწვდომი აშშ-ში, ფართოდ გამოიყენება სხვა ქვეყნებში.	დოზირება ცვალებადია ჩვენების მიხედვით	იმავიად იწვევს მუცლის ტკივილს, გულის რევას, დიარეას, წინააღმდეგანაწვევები ორსულებსა და ბავშვებში 2 წლამდე.
პრაზიკვანტელი (ბილტრიციდი)	დოზირება ცვალებადია პარაზიტის მიხედვით. იხილეთ ცხრილი 13A	მსუბუქი: თავბრუსხვევა/მოთენთილობა. N/V, გამონაყარი, ცხელება. ერთადერთი უკუჩვენება თვალის დისტიკერკოზი. ნეიროცისტეცეკოზის გამყვავების პოტენციალი. მეტაბოლიზმი ძლიერდება ანტიკონვულსანტებითა და სტეროიდებით. შესაძლებელია ეფექტის უკუგდება ციმეტიდინით 400 მგ PO tid. შეამცირეთ დოზა, ღვიძლის მძიმე დაავადებისას.
პირანტელ პამოტატი (რეგეპტის გარეშე)	ორალური სუსპენზია. დოზა ყველა ასაკისთვის: 11 მგ/კგ (მაქს. 1გ-მდე) x 1 დოზა	იმავიად GI გაღიზიანებადობა, თავის ტკივილი, თავბრუსხვევა, გამონაყარი
სურამინი (გერმანი) (CDC)	წამლის ფხვნილისგან მზადდება 10%-იანი ხსნარი 5 მლ წყლით და გამოიყენება 30 წუთის განმავლობაში. პირველად უნდა მიეცეს 0.1 გ IV/საცდელი დოზა. ეცადეთ თავი აარიდოთ ორსულობისას გამოყენებას.	ვერ გადის ჰემატოენცეფალურ ბარიერს; არაეფექტურია ცნს ინფექციისას. გვერდითი მოვლენები: ღებინება, ქავილი, ურტიკარია, ცხელება, პარესთეზია, ალბუმიურია (შეწყვეტეთ კასტების აღმოჩენისას). არ გამოიყენოთ ღვიძლის/თირკმლის დაავადებისას. აღწერილია ვასკულური კოლაპსით გარდაცვალების შემთხვევები.
ტრიკლანდოზოლი (ეგატენი) (CDC)	გამოიყენება Fasciola Hepatica ღვიძლის ინფექციისას: 10 მგ/კგ PO x 1 დოზა. შესაძლებელია 12-25 საათში გამოგრება - 250 მგ აბები.	AES ≥10%: ოფლიანობა და მუცლის ტკივილი AES 1-10%: სისუსტე, მკერდის არემი ტკივილი, ცხელება, ანორექსია, ღებინება, გულის რევა. შენიშვნა: სიფრთხილით გამოიყენეთ ღვიძლის ფუნქციის დაქვეითების ან G6PD დეფიციტისას.

ხსრილი 13C - პოზიონოფილიის (ფოზიონოფილია) მოგზაურობითი გამოწვევები პარაზიტები

ხშირი და ინტენსიური (>5000 eos/მკლ)	ზომიერიდან აშკარა ადრეული ინფექციები	ლარვის მიგრაციისას; არ არის ან შესტად გამოსატული ქრონიკური ინფექციებისას	სხვა
Strongyloides (არ არის იმუნოდეფიციტურ პაციენტებში) ლიმფური ფილარიოზი Toxocaria (კანის larva migrans)	ასკარიდა; Hookworm; Clonorchis; Paragonimias	Opisthorchis	შისტოსომოზი, ცისტოცეკოზი Trichuris Angiostrongylus არალიმფური ფილარიოზი Gnathostoma Capillaria Trichostrongylus

ხსრილი 13D - ძნელად მოსაძიებელი ანტიპარაზიტული მედიკამენტების წყაროები

წყარო	ხელმისაწვდომი წამლები	საკონტაქტო ინფორმაცია
CDC წამლის სერვისი	არტესუნატი, ბენზიდაზოლი, დიეთილკარბამაზინი (DEC), ფელორნითინი, მელარსოპროლი, ნიფურტიმოქსი, ნატრიუმის სტიბოგლოკონატი, სურამინი, ტრიკლაზენდაზოლი	www.cdc.gov/laboratory/drugservice/index.html 1 404 639 3670
ჯანმო	წამლები აფრიკული ტრიპანოსომოზის სამკურნალოდ	simarrop@who.int : 41 794 682 726; 41 227 911 345 francoj@who.int : 41 796 168-535; 41 227 913 313
წამლის დამამზადებელი (Compounding) ფარმაცევტული კომპანიები, სპეციალიზებული ლაბორატორიები და სხვა		
Expert Compounding Pharmacy	ქინაკრინი, ლოდოქინოლი, ნიკლოსამიდი	www.expertpharmacy.org 1 800 247 9767; 1 818 988 7979
Fargon Compounding Pharmacy (ძველად Gallipot)	ქინაკრინი, ლოდოქინოლი, პარომომიცინი, დილოქსანიდი	www.fargon.com 1 800 423 6967; 1 651 681 9517
Leiter's Pharmacy	ფუმეგლინი	www.leiterrx.com 1 800 292 0773
Paladin Labs	მიტეფოზინი	www.paladin-labs.com
Victoria Apotheke Zurich	პარომომიცინი (ორალური, ტოპიკური), ტრიკლაზენდაზოლი	www.pharmaworld.com 41 43 344 6060
Fast Track Research	მიტეფოზინი (შესაძლებელია უფასო იყოს IND მკურნალობის დროს კანის, მუცლოვანი ლეიშმანიოზისას)	jberman@fasttrackresearch.com
Palo Alto Medical Foundation, Toxoplasma serology Lab	სპირამიცინი	1 650 853 4828



ხსრილი 14A - ანთივირუსული მკურნალობა*

შიდსის სანაზავად, იხილეთ ცხრილი 14D; ჰეპატიტისთვის - ცხრილი 14F და 14G

ვირუსი/დაზავადება	მედიკამენტოზური მკურნალობა	მკურნალობის მოვლენები/კომპლექსი
ადენოვირუსი: იწვევს სასუნთქი გზების ინფექციებს, მათ შორის ფატალურ პნევმონიას ზავებებსა და მოზარდებში და სიკვდილობის 60%-ს ტრანსპლანტირებულ პაციენტებში (CID 43:331, 2006). ცისტიტის ხშირი მიზეზია ტრანსპლანტირებულ პაციენტებში. ადენოვირუსი 14 ასოცირდება მძიმე პნევმონიებთან სხვა მხრივ ჯანმრთელ მოზარდებში (MMWR 56(45):1181, 2007). სიმპტომები: ცხელება, ღვიძლის ფერმენტების მატება, ლეიკოპენია, თრომბოციტოპენია, დიარეა, პნევმონია ან ჰემორაგიული ცისტეტი.	მძიმე პნევმონიის ან პოსტ-HSCT¹ შემთხვევებში: ციდოფოვირი 5 მგ/კგ/კვირა x 2 კვირა, შემდგომ q 2 კვირა + პრობენეციდი 1.25 გ/მ² ეძლევა ციდოფოვირამდე 3 საათით ადრე და ინფუზიიდან 3 და 9 საათის შემდეგ - ან 1 მგ/კგ IV 3x/კვირა ადენოვირუსული ჰემორაგიული ცისტეტიტისთვის (CID 40:199, 2005; ტრანსპლანტაცია. 2006;81: 1398); ინტრავენოზული ციდოფოვირი (5 მგ/კგ 100 მლ ფიზიოლოგიურ ხსნარში გახსნილის შეყვანა შარდის ბუშტში)	წარმატებული იმუნოსუპრესიებული ზავებების 3/8-ში (CID38:45, 2004 და 10-იდან 8 ზავებში HSCT-ით (CID 41; 1812, 2005) ვირუსული დატვირთვის შემცირება მეტყველებს ციდოფოვირის ეფექტურობაზე. რიბავირინის აბსიათებს შერეული აქტივობა - შეზღუდულია C ჯგუფის სეროტიპების მიმართ. ვიდარაბინი და განციკლოვირი ადენოვირუსის წინააღმდეგ აქტიურია in vitro; მცირე კლინიკური მონაცემები. ზინციდოფოვირი (CMX001-Chimerix) ორალური ციდოფოვირის პრეწამალი - კვლევის მე-3 ფაზაში
კორონავირუსი-SARS-CoV (მწვავედ მიმდინარე მძიმე რესპირატორული დისტრეს სინდრომი) MERS-CoV - შუა აღმოსავლეთის რესპირატორული სინდრომი (LnID 14:1090, 2014).	SARS: - რიბავირინი-არაეფექტური. - ინტერფერონი ალფა ± სტეროიდები - მცირე შემთხვევათა სერია. - პეგილირებული INF-ალფა ეფექტურია მაიმუნებში. - სტეროიდების დაბალი დოზით მონოთერაპია წარმატებული იყო პეკინის ერთ ჰოსპიტალში. სტეროიდების მაღალი დოზა ზრდის მძიმე ფუნქციური ინფექციების განვითარების რისკს. - აზოტის ოქსიდის ინჰალაცია აუმჯობესებს ოქსიგენაციას და გულმკერდის რენტგენოგრაფიას (CID 39:1531,2004). MERS: ოხრდება გადარჩენადობა 14 დღით რიბავირინი PO+ PEG-INF 180 მგ/კგ კანქვეშ X 2 კვირა (LnID 14:1090. 1024). სხვა მკურნალობა: LnLD 14:1136, 2014)	SARS : გადადის ახლო კონტაქტით: ეფექტური ინფექციის კონტროლის ღონისძიებები (ნილაბი (ზიზი გამოცვლა), თვალბის დამცავი, მოსამხარი, ხელთათმანები) არის მთავარი დაავადების გავრცელების შეჩერებისათვის. MERS: საჯარო ღწავრა აქლემები და სხვა ცხოველები. <i>ib.</i> Mayo Clinic Proc. 89:1153, 2014.

ვირუსი/დაავადება	მედიკამენტი/დოზირება	ბეზრდოთი მოვლენები/კომენდარი
ენტეროვირუსი-მენინგიტი: ასეპტიური მენინგიტის ყველაზე ხშირი გამოწვევი. სწრაფი CSF PCR ტესტი ზუსტია; ამცირებს მკურნალობის ღირებულებას და გვილის ჰოსპიტალში დაყოვნებას (Peds 120:480, 2007)	მკურნალობა დღეისათვის არ არის რეკომენდებული; თუმცა, პლეონალი (VP 63843) ჯერ კიდევ გამოკვლევის ქვეშაა.	ორგანიზმ-ბრმა პლაცენტო-კონტროლირებადი კვლევით, რომელიც ჩატარდა 21 ჩვილში ენტეროვირუსული ასეპტიური მენინგიტით არანაირი კლინიკური სარგებელი არ გამოვლენილა (PIDJ 22:335, 2003). გარკვეული გაუმჯობესება აღინიშნა თავის ტკივილის მხრივ (AAC 2006, 50:2409-14). ენტეროვირუს D68 იწვევს მძიმე რესპირატორულ პათოლოგიას (MMWR 63:798-901, 20140
ჰეპორავიული ცხელებით მიმდინარე ვირუსული ინფექციები: საუკეთესო მიმოხილვები იხილეთ LntID 6:2003, 2006.		
ყირიმ-კონგოს ჰეპორავიული ცხელება (HF) გადამტანი ტიპია; სიმპტომები მოიცავს N/V, ცხელებს, თავის ტკივილს, მიალგიას და სტუპორს (1/3). ნიშნები: კონიუქტივის ინიცირება, ჰეპატომეგალია, პეტეჩიები (1/3). ლაბორატორიული მაჩვენებლები: თრომბოციტოპენია, WBC შემცირება, მომატებული ასტ, ალტ, LDH და CPK (100%).	ორალური რიბავირინი, 30 მგ/კგ საწყისი დამტვირთავი დოზა, 15 მგ/კგ q6h x 4 დღე, შემდგომ 7.5 მგ/კგ/დღე x 6 დღე (ჯანმოს რეკომენდაცია) (იხილეთ კომენტარი. მიმოხილვა Antiviral Res 78:125, 2008.	3/3 სამედიცინო პერსონალი სრულად გამოჯანმრთელდა პაკისტანში (Ln 346,472, 1995) და 61/69 (89%) CCHF-იანი პაციენტები დამტკიცებულია, რომ ირანში რიბავირინით მკურნალობამ გადაარჩინა (CID 36:1613, 2003). თურქეთში ჩატარებული კვლევით, რიბავირინით მკურნალობის ფონზე შემცირდა ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობა (7.7 დღე 10.3 დღის წინააღმდეგ), თუმცა არ იქნა ნაჩივს განსხვავება სიკვდილობასა და ტრანსფუზიის ჩვენების მიხედვით (J Infection 52:207-215, 2006) სავარაუდოა რიბავირინისა და დეცსამეტაზინის კომბინაციის სარგებელი (281 პაციენტი) (CID 57:1270, 2013)
ეპოლა/მარბურგი HF (ცენტრალური აფრიკა) ეპოლა ვირუსის (EBV) ყველაზე დიდი დადასტურებული აფეთქება აღინიშნა დასავლეთ აფრიკაში 2014 წელს. სადავანოსტკივო ტესტები U.S. CDC-ში: დაავადების დაწყებიდან რამოდენიმე დღეში დიაგნოზის დასმა ხდებოდა ანტიგენ შემოკველი ფერმენტის განსაზღვრით იმუნოსორბენტული მეთოდით (ELISA), IgM ანტისხეულები ELISA მეთოდით, NAAT(ნუკლეინის მჟავის ამფლიპიკაციის ტესტი) ან ვირუსული კულტურალური გამოკვლევა. Updated in http://emergency.cdc.gov/han/han00365.asp.	იფექტური ანტივირუსული მკურნალობა არ არსებობს (J virol 77:9733, 2003) ხრინიდიფოვირი (Chimerix) (ციდოფოვირის ექსპერიმენტული პრე-წამალი) გამოყენებული იქნა რამდენიმე შემთხვევაში ემ-ში. ანტისხეულებით მკურნალობა "Zmaap" გამოყენებულ იქნა რამდენიმე შერჩეულ პაციენტში (Mapp Biopharmaceutical; http://mappbio.com/). Zmaap არის 3 თავისაგან მიღებული მონოკლონური ანტისხეულები, რომლებიც ექსპოზირებული იყვნენ ეპოლა ვირუსის ფრაგმენტებით.	სიმპტომების უეცარი დასაწყისი, ექსპოზიციიდან 8-10 დღეში (სავარაუდო ინტერვალი 2-21 დღე) არასპეციფიკური სიმპტომები, რომლებიც შეიძლება იყოს ცხელება, შემცირება, მიალგია, საერთო სისუსტე. ცხელება, ანორექსია, ასეთიანასისუსტე - არის ხშირი სიმპტომები. შესაძლოა განვითარდეს დიფუზური, ერითემატოზული, მაკულურ-პაპულური გამონაყარი (5-7 დღეში) (ძირითადად სახეზე, კისერზე, გულმკერდზე და მკლავებზე), რომელიც განიცდის დესკამაციას. EBD ხშირად შეიძლება აერით ისეთ ინფექციურ დაავადებებში, როგორიცაა მალარია, მუცლის ტკივი, მენინგოკოკემია და სხვა ბაქტერიული დაავადება (მაგ. პნევმონია). გასტროინტესტინალური სიმპტომები: მძიმე წლისებური დიარეა, გულისრევა, ღებინება, მუცლის ტკივილი.

ვირუსი/დაავადება	ბიოქიმიური/ფიზიკური	ბიოლოგიური მოვლენები/კონტინენტები
http://www.bt.cdc.gov/han/han00364.asp .		სხვა: ტკივილი გულმკერდის არეში, სუნთქვის უკმარისობა, თავის ტკივილი და კონფუზია შეიძლება განვითარდეს. ხშირად უვითარდებათ კონიუქტივის ინიცირება, აღწერილია სლოკინი, ასევე შესაძლებელია განვითარდეს გულყრები და ტვინის შეშუპება. სისხლდენა შესაძლოა განვითარდეს მოგვიანებით, როგორც ლორწოვანიდან, ასევე კენის პუნქციის ადგილიდან. აქტიური სისხლდენა კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან იშვიათია. ორსულებში შეიძლება განვითარდეს სპონტანური აბორტი.

¹ HSCT= ჰემოპოეზური ღეროვანი უჯრედების გადანერგვა.

მხრილი 14A (2)

ჰირუსი/დაავადება	მედიკამენტი/დოზირება	გვერდითი მოვლიანობა/კომენტი
ჰეპორაგიული ცხელებით მიმდინარე ვირუსული ინფექციები: ფილტვის სინდრომებით: ჰანტავირუსული პულმონური სინდრომი, „sin nombre virus“	დადასტურებულია, რომ რიზავირინით მკურნალობა არაეფექტურია (CID 39:1307, 2004). დაავადების ადრეული ამოცნობა (დიაგნოსტიკა) და დამზარე (როგორც წესი ICU) თერაპია მთავარია წარმატებული გამოსავლის მისაღწევად	წვავე დასაწყისი, ცხელება, თავის ტკივილი, მიაღვია, არა-პროდუქტიული ხველა, თრომბოციტოპენია და არა-კარდიოგენული ფილტვის შეშუპება რესპირატორული უკმარისებით მღრღნელებთან კავშირის შემდეგ.
თირკმლის სინდრომებით: Lassa, ვენესუელური, კორეული, HF, ბრაზილიური HF, არგენტინული HF, ბოლივიური HF, ჯუნინის ვირუსი, მაპუჩოს ვირუსი	ორალური რიზავირინი, 30 მგ/კგ საწყისი დამტკიცრთავი დოზა, 15 მგ/კგ q6h x 4 დღე, შემდგომ 7.5 მგ/კგ/დღე x 6 დღე (ჯანმოს რეკომენდაცია) (იხილეთ კომენტარი)	მცირედ გამოხატული ინტოქსიკაცია, ჰემოლიზი აღწერილია, თუმცა შექცევადია მკურნალობის შეწყვეტის შემდეგ. მნიშვნელოვანი ცვლილებები არ აღინიშნება WBC-ის, თრომბოციტების, ლეიკოსის და თირკმლის ფუნქციების მხრივ. იხილეთ CID 36:1254, 2003. კონტაქტების მენეჯმენტისთვის.
დენგე და დენგეს ჰეპორაგიული ცხელება (DHF) www.cdc.gov/incidod/dvbid/dengue/dengue-hcp.html იფორეთ დენგეზე ტროპიკულ ან სუბტროპიკულ ქვეყნებში მოგზაურებში (ინკუბაციური პერიოდი ჩვეულებრივ 4-7 დღე), რომელთაც აღენიშნებათ ცხელება, სისხლდენა, თრომბოციტოპენია ან ჰემოკონცენტრაცია შოკით. დიაგნოსტიკა: ვირუსის იზოლაცია ან სეროლოგია; პლაზმა უნდა გაიგზავნოს CDC-ში (ტელეფონი 787-706-2399)	არ არის მონაცემები ანტივირუსული თერაპიის შესახებ. გადაწყვეტა, სითხეების იმფუზიას ჰემოდინამიკური პარამეტრების მონიტორინგით. DHF-ის კოლიდებით მკურნალობა ეფექტურია: ერთ კვლევაში გამოვლინდა 6%-იანი ჰიდროსთეტილის სახამებლის უპირატესობა (NEJM 353:9,2005). მიმოხილვა Semin Ped Infect Dis 16:60-65, 2005.	CDC დიაგნოსტიკური 77 შემთხვევიდან (2001-2004), უახლოს წარსულში (2 კვირა) მოგზაურობა კარიბის კუნძულებზე დაფიქსირდა 30%-ში, აზიაში- 17%-ში, ცენტრალური ამერიკაში- 15%-ში, სამხრეთ ამერიკაში - 15%-ში (MMWR 54:556, June 10, 2005). 5 პაციენტში, მძიმე DHF-ით, როცა დენგეს ანტისხეულ უარყოფითია გამა გლობულინი 500 მგ/კგ q25h IV 3-5 დღის განმავლობაში იწვევდა თრომბოციტების სწრაფ ზრდას (CID 36:1623, 2003). 2011 წელს FDA-ს მიერ დამტკიცებულ იქნა ახალი ტესტი: DENV Detect IgM ELISA ტესტი. რომელიც ზოგ შემთხვევაში ჯვარედინ-რეაქტიულობას ავლენს ადმოსავლეთ ნილოსის ვირუსულ ინფექციასთან. გამოვიყენებულ ინდა იქნას მხოლოდ პაციენტებში, რომელთაც აქვთ დენგეს ცხელების სიმპტომატიკა.
აღმოსავლეთ ნილოსის ვირუსი (იხილეთ AnIM 104:545, 2004). ფლავივირუსი, რომელიც გადადის კოლოებით, სისხლის გადასხმით,	დღემდე არ არის დამტკიცებული მკურნალობა. განიხილულია Lancet Neurology 6:171-181, 2007	ჩვეულებრივ კლინიკეა არასპეციფიკური ფებრილური დაავადების სახით,თუმცა 1/150 შემთხვევაში ვითარდება მენინგოენცეფალიტი, ასეპტიური მენინგიტი ან პოლიოს-მსგავსი პარალიზი (AnIM 104:545, 2004;JCL 113:1102, 2004).

ვირუსი/დაავადება	მედიკამენტი/დოზირება	გვერდითი მოვლენები/კომენტარი
გადაწერილი ორგანოებით და ტუბუთი კვებით. ჩიტები (>200 სახეობა) არის ძირითადი მასპინძელი, ინციდენტურ (შუალედურ) მასპინძელს წარმოადგენს ადამიანი და ცხენი. აშშ ეპიდემია გრძელდება.		გრძელვადიანი წარჩენი მოვლენები (წერგვუნთოვანი სისტუსტე და ფსიქიური) არა იშვიათია (CID 43:723, 2006). დიაგნოსტიკა მაღალი IgM პლაზმასა და CSF-ში ან CSF PCR (Contact State Health Dept/ CDC). ამჟამად სისხლის მარაგი აშშ-ში იზრდება, პლაზმის ლიპაზა გაზრდილია 11/17 შემთხვევაში (NEJM 352:420, 2005)
ცვითელი ცხელება	არ არის მონაცემები ანტივირუსული თერაპიის შესახებ. გაიდლაინები პრევენციული ვაქცინის გამოყენების შესახებ: (MMWR 51: RR17, 2002)	კვლავ აღმოცენდა აფრიკაში და სამხრეთ ამერიკაში წარსულში დაინფიცირებული პოპულაციის ურბანოზაციის გამო * (Lancet Inf 5:604, 2005). ვაქცინაცია ეფექტურია (JAMA 276:1157, 1996). ვაქცინა უსაფრთხო და ეფექტურია აივ ინფიცირებულებში, განსაკუთრებით სუპრესირებული VL და მაღალი CD4-ის მქონე პაციენტებში (CID 48:659, 2009). ვაქცინა მზადდება ინაქტივირებული, გასუფთავებული მთლიანი-ვირუსის უჯრედული კულტურიდან (XR-001). კვლევის პირველი ფაზის შემდეგ 17D სეროვარმა (2 დოზის შემდეგ) გამოავლინა უსაფრთხოება და ეფექტურობა ანტისხეულების ნეიტრალიზაციაზე (N Engl J Med 2011, Apr 7; 364:1326).
ჩიკუნგუნიას ცხელება: თვითგანკურნებადი არბოვირუსული დაავადება, რომელიც ვრცელდება Aedes სახეობისკოლოებით. ახასიათებს მაღალი ეპიდემიური პოტენციალი.	ანტივირუსული თერაპია არ არის. სითხეები, ანალგეტიკები და ანტიპირეტიკები. (NEJM 371:885, 2014)	კლინიკური გამოვლინება: მაღალი ცხელება, ძლიერი მიაღვია და თავის ტკივილი, მაკულურ-პაპულური გამონაყარი თრომბოციტოპენიით. იშვიათად ჰემორაგიული გართულებები. დიაგნოზი ისმება IgM -ის ზრდით ან შრატში NAAT-ით (CDC-ის ძირითადი დიაგნოსტიკური ტესტი).
SFTSV (მიმე ცხელება თრომბოციტოპენიის სინდრომის ვირუსით)	თერაპია, ცნობილი არ არის.	ახალი ვირუსი ზუნიავირუსების ოჯახიდან, რომელიც აღმოჩენილ იქნა ჩინეთში. პირველად მიჩნეული იქნა ანაპლაზმურ ინფექციად; სეროლოგიით გამოვლინდა ახალი ვირუსი. სავარაუდოა, რომ გადაეცემა Haemaphysalis Longicornis ტკიპებით (N Engl J Med 2011; 364:L1523-32).
ვირუსული ეტიოლოგიის ჰეპატიტები	იხილეთ ცხრილი 14 F (ჰეპატიტი A და B), ცხრილი 13B (ჰეპატიტი C)	

მხრილი 14A (3)

ვირუსი/დაავადება	მედიკამენტი/მოცულობა	გვარდითი მოვლა/მედიკამენტი
პერპსივირუსული ინფექციები ციტომეგალოვირუსი (CMV) რისკის ქვეშ არიან შემდეგი პაციენტები: HIV/AIDS, ქიმიოთერაპიაზე მყოფნი და ასევე პოსტ ტრანსპლანტირებულნი	პირველადი პროფილაქტიკა, ზოგადად, არ არის რეკომენდებული, გარდა გარკვეული ტრანსპლანტირებული პოპულაციისა (იხილეთ ცხრილი 16). პრეემპტიული თერაპია პაციენტებში, რომლებთანაც აღნიშნულმა CMV დნმ-ს მაღალი ტიტრი და CD4<100/მმ³. ჩვენების შემთხვევაში: ვალგანციკლოვირი 900 მგ PO q24h (CID 32:783, 2001). ზოგი ავტორი რეკომენდაციას უწევს პირველადი პროფილაქტიკის შეწყვეტას თუ ART-ს ფონზე აღინიშნება CD4>100 მატება 6 თვის განმავლობაში(MMWR 53:98, 2004)	CMV დაავადების განვითარების რისკი კორელირებს CMV დნმ რაოდენობასთან პლაზმაში: ყოველი log₁₀-ით მატებისას დაავადების რისკი 3.1- ჯერ იზრდება (JCI 101:497, 1998; CID 28:758, 1999). რეზისტენტობა გამოვლენილია პოსტტრანსპლანტირებულ პაციენტთა 5%-ში, რომელთაც უტარდებოდათ პირველადი პროფილაქტიკა (J Antimicrob Chemother 65:2628, 2010. კონსესუს გაილაინებთ Transplantation 96:333, 2013)).
CMV: კოლიტი, ეზოფაგაიტი, გასტრიტი სიმპტომები დამოკიდებულია დაავადების არეალზე	საშუალო: ვალგანციკლოვირი 900 მგ PO bid საკვებთან ერთად 14-21 დღე. მიმღე: განციკლოვირი 5 მგ/კგ IV q12h X 14-21 დღე ან ფოსკარნეტი (60 მგ/კგ IV q8h ან 90 მგ/კგ q12h) x14-21 დღე. მკურნალობის შემდგომი სუპრესია: ვალგანციკლოვირი 900 მგ PO ერთჯერ დღეში, მანამ სანამ CD4>100 x 6 თვე	დიაგნოზი: სისხლში მომატებული რაოდენობრივი PCR და ჰისტოპათოლოგია
CMV: ნევროლოგიური დაავადებები, ენცეფალიტები. მიელიტი, პოლირადიკოლოპათია , პერიფერიული ნეიროპათია სიმპტომები დამოკიდებულია დაავადების ფორმაზე	მკურნალობა ხდება ისევე, როგორც კოლიტის , ეზოფაგაიტის და გასტრიტის დროს. იხილეთ ზემოთ	დიაგნოზი:სისხლში და /ან თავ-ზურგ-ტვინის სითხეში მომატებული რაოდენობრივი PCR. შენიშვნა: შესაძლოა განვითარდეს მიმღე ან ფატალური IRIS შიდსიან პაციენტებში. რეკომენდებულია არც თერაპიის დაწყება CMV მკურნალობის დაწყებიდან 2 კვირის შემდეგ.
CMV: პნევმონია რისკის ქვეშ მყოფნი: პირველი 6 თვე პოსტ-ტრანსპლანტირებული პაციენტები და 3 თვე პროფილაქტიკის შეწყვეტიდან. დიაგნოზი: უმჯობესია სისხლში რაოდენობრივი	ვირემია, მაგრამ უსიმპტომო/საშუალო სიმძიმის სიმპტომები: ვალგანციკლოვირი 900 მგ PO bid (Am J Transplant 7:2016, 2007) მიმღე ფილტვის ტრანსპლანტირებულ ან შიდსიან პაციენტებში: განციკლოვირი 5მგ/კგ IV q12h	მკურნალობის შემდგომი სუპრესიული თერაპია: ვალგანციკლოვირი 900 მგ po ერთჯერ დღეში 1-3 თვის განმავლობაში, თუ მაღალი რეციდივის განვითარების რისკი. საექვო CMV რეზისტენტობა მკურნალობის უეფექტობის ან რეციდივის შემთხვევაში. ჩატარე გენოტიპური რეზისტენტობის

ვირუსი/დაზავადება	მედიკამენტი/დოზირება	გვარდითი მოვლენები/კომინდარი
PCR- ის და/ან პოზიტიური ფილტვის ბიოფსიის პისტომორფოლოგიური გამოკვლევა. წყარო: Transplantation 96:333, 2013. Am J Transplant 13 (Suppl 4):93, 2013	(თირკმლის უცმარისობისას დოზის მოდიფიცირება), ზოგიერთ მონაცემებზე დაყრდნობით მოწოდებულია CMV იმუნოგლობულინის დამატება (Cytogam). მკურნალობა უნდა გარძელდეს კლინიკური სიმპტომების გაქრობამდე და სისხლში ნეგატიურ PCR -მდე. მკურნალობის მინიმალური ხანგრძლივობაა 2 კვირა. თუ განიცდის რეზისტენტულია: ფოსკარნეტი (60 მგ/კგ q8h ან 90 მგ/კგ q12h) IV (თირკმლის უცმარისობისას დოზის მოდიფიცირება). შეეცადე იმუნოსუპრესიის შემცირება	ტესტი. (CID 56:1018,2013)
CMV: რეტინიტი ყველაზე ხშირი ოკულარული გართულება HIV/AIDS პაციენტებში . იშვიათია პაციენტებში, რომელთა CD4>200. თუ პაციენტს არე თერაპია არ უტარდება მკურნალობა დაწყებულ უნდა იქნას CMV-ის მკურნალობის დაწყებიდან 2 კვირის შემდეგ. CMV რეტინიტი IRIS-ის ფორმე: ახალი რეტინიტი არე-ს დაწყების შემდეგ. არ შეწყვიტო ართ ან ვალგანციკლოვირი. სტეროიდები არა	მკურნალობა მხედველობისთვის საშიში დაზიანებების არარსებობისას: ვალგანციკლოვირი 900 მგ po bid საკვებთან ერთად 14-21 დღე, შემდეგ 900 მგ/დღეში PO მანამ სანამ CD4>100 x 6 თვე მკურნალობა მხედველობისთვის საშიში დაზიანების დროს (იხ. კომენტარი) : ვალგანციკლოვირი + მინისებურ სხეულში განციკლოვირის ინექცია 2მგ (1-4 დოზა 7-10 დღის განმავლობაში)	მხედველობისათვის საშიში დაზიანება: მხედველობის წერტილი < 1500 მიკრონი თუ ვალგანციკლოვირის გამოყენება შეუძლებელია, მაშინ განციკლოვირი 5 მგ/კგ IV q12h X 14-21 დღე, შემდეგ 5მგ/კგ IV ერთხელ დღეში თუ მოსალოდნელია განციკლოვირზე რეზისტენტობა : ფოსკარნეტი (60მგ/კგ q8h ან 90მგ/კგ q12h) X14-21 დღე, განციკლოვირის ოკულარული იმპლანტები აღარ გამოიყენება
CMV პოსტრანსპლანტაციულ პაციენტებში: იხილეთ ცხრილი 16 პროფილაქტიკის განსახილველად. CMV ინფექცია შეიძლება გამოვლინდეს, როგორც სინდრომი თანმხლები ორგანოს დაზიანებით ან მის გარეშე. გადაინების მიხედვით CMV -ის მკურნალობის შესახებ (Transplantation 2013;96(4):333, და Am J Transplant 2013;13 Sipp1 4:93) განციკლოვირი (5 მგ/კგ IV q12h) ან ვალგანციკლოვირი 900 მგ po q12h (Am J Transplant 7;2106,2007) არის ეფექტური. მკურნალობის ხანგრძლივობა უნდა განისაზღვროს ინდივიდუალურად. გრძელდება მანამ სანამ: (1). CMV PCR ან ანტიგენებში არ იქნება არაგანსაზღვრადი, (2).დაავადების კლინიკური ნიშნები გაქრება, (3). მკურნალობის ხანგრძლივობა სულ მცირე 2-3 კვირა (Am J Transplant 13(Suppl 4):93,2013. Blood 113:5711, 2009). მეორადი პროფილაქტიკა (ვალგანციკლოვირი 900 მგ დღეში) განხილულ უნდა იქნას 1-3 თვიანი კურსით იმ პაციენტებში, რომელთაც ახლო წარსულში უტარდებოდათ მაღალი დოზის იმუნოსუპრესიული თერაპია (როგორცაა, ლიმფოციტების დამშლელი ანტისხეულები), ასევე პაციენტებში მიიმე CMV ინფექციით ან მათში ვისაც აღენიშნებოდა CMV ინფექციის ერთზე მეტი ეპიზოდი. HSCT რეციდიენტებში მეორადი პროფილაქტიკა უნდა განისაზღვროს დაავადების რეციდიის რისკსა და წამლის გვერდით ეფექტის შორის არჩევანით. CMV ორსულობისას: პიპერიმუნოგლობულინი 200 ერთ/კგ დედის წინაზე გაანგარიშებით ერთი დოზა ორსულობის დროს (ადრეული), IV ადმინისტრირება აციერებს CMV გართულებებს წლამდე ასაკის ჩვილებში(CID 55:497, 2012).		

მხრილი 14A (4)

ვირუსი/დაზავადება	მედიკამენტი/ფორმირება	გვირავითი მოვლენები/კომბინირება
ჰერპესვირუსული ინფექციები		
ეპშტეინ ბარის ვირუსი (EBV) - მონონუკლეოზი (Ln ID 3:131, 2003)	მკურნალობა არ არსებობს. კორტიკოსტეროიდებით მკურნალობა მოწოდებულია ტონზილური ობსტრუქციის, ცნს გართულებების ან ელენთის გასკდომის საშიშროების დროს.	ატოპური ლიმფოციტების გამომწვევები: EBV, CMV, Hep A, Hep B, Toxo, წითელა, ყაყურა, მედიკამენტები (Int Pediatr 18:20, 2003).
HHV-6 მიჩნეულია exanthema subitum-უეცარი ეგზანთემის (მეექვსე დაავადება) და სხვა ზავშეთა ასაკის ფებრილური დაავადების გამომწვევად (NEJM 352:768, 2005). ცხელება და გამონაყარი აღწერილია ტრანსპლანტირებულ პაციენტებში (JID 179:311, 1999). რეაქტივაცია 47%-ში 110 ჰემოპოეტური ღეროვანი უჯრედების გადანერგვის მქონდე პაციენტებში ასოცირებულია მონოციტური და თრომბოციტული ახალი უჯრედების გაქიანურებულ წარმოქმნასთან (CID 40:932, 2005). მიჩნეულია, რომ კავშირშია იმუნოკომპეტენტური მოზრდილი პაციენტების მენინგოენცეფალიტთან. დიაგნოსტიკა: დადებითი PCR CSF-ში. ვირუსული დატვირთვა მცირდება განციკლოვირით მკურნალობის შედეგად. (CID 40:890&894, 2005). ფოსკარნეტით მკურნალობა აუმჯობესებს თრომბოზულ მიკროანგიოპათიას (Am J Hematol 76:156, 2004). სიდოფოვირი არის მეორე რიგის მკურნალობა (Bone Marrow Transplantation (2008) 42, 227-240)		
HHV-7 - ფართოდ გავრელებული ვირუსი (>90% პოპულაცია ინფიცირებულია 3 წლის ასაკამდე). არ არის ადამიანის დაავადებებთან კავშირში. აინფიცირებს CD4 ლიმფოციტებს CD4 რეცეპტორის მეშვეობით. გადადის ნერწყვით.		
HHV-8 - კაპოშის სარკომის, კასტლემანის დაავადების და სხეულის ღრუების ლიმფომის გამომწვევი. სუბ-საპარულ აფრიაკაში ასოცირდება დიაბეტთან (JAMA 299:2770, 2008).	ანტივირუსული მკურნალობა არ არსებობს. ეფექტური აივ ინფექციის საწინააღმდეგო მკურნალობა შესაძლოა იყოს დამხმარე.	ლოკალიზებული დაზიანებებისას: რადიოთერაპია, ლაზერული ქირურგია ან დაზიანებისმიდა ქიმიოთერაპია. სისტემური: ქიმიოთერაპია. კასტლემანის დაავადება პასუხობს განციკლოვირით (Blood 103:1632, 2004) და ვალგანციკლოვირით (JID 2006) მკურნალობას.
Herpes Simplex ვირუსი (HSV ტიპი 1 და 2)		
ბელის დამზღა ყველაზე ხშირი გამომწვევი H. simplex საფიქრებელია სხვა გამომწვევები: VZV, HHV-6, ლაიმის დაავადება	დამზღის გამოვლენიდან, რაც შეიძლება სწრაფად: პრედნიზოლონი 1 მგ/კგ PO გაყოფილი bid x 5 დღე, შემდეგ 5 მგ bid შემდეგი 5 დღე (პრედნიზოლონი ჯამში 10 დღე). ალტერნატივა: პრედნიზოლონი (დოზირება, როგორც ზემოთ) + ვალგანციკლოვირი 500 მგ bid x 5 დღე.	რანდომული ორმაგი-ბრმა პლაცებო კონტროლირებადი პრისკექტული კვლევა შედარებულ იქნა პრედნიზოლონი vs აციკლოვირი vs (პრედნიზოლონი+აციკლოვირი) vs პლაცებო. საუკეთესო შედეგი აჩვენა პრედნიზოლონმა: 85% გამოჯანმრთელება პლაცებოთი, 96% გამოჯანმრთელება პრედნიზოლონით, 93% გამოჯანმრთელება პრედნიზოლონისა და აციკლოვირის კომბინაციით (NEJM 357:1598 & 1653, 2007). დიდი მეტა ანალიზის შედეგად დამტკიცდა: მხოლოდ სტეროიდები ეფექტურია; მხოლოდ ანტივირუსული წამლები არაეფექტურია; სტეროიდებისა და ანტივირუსული მედიკამენტების კომბინაცია არ არის უფრო ეფექტური სტეროიდებით მონოთერაპიასთან შედარებით (JAMA:302:985, 2009).
ენცეფალიტი (საუკეთესო მიმოხილვა: CID 35:254, 2002).	აციკლოვირი IV 10 მგ/კგ IV (ინფუზია 1 საათის განმავლობაში) q8h x 14-21 დღე. მაქსიმუმ	სიკვდილობის სიხშირე >70%-დან 19%-მდე შემცირდა აციკლოვირით მკურნალობის ფონზე. CSF-ის PCR ანალიზი

ვირუსი/დაავადება	მედიკამენტი/დოზირება	გვარდითი მოვლენები/კომპლენარია
გაერთიანებული სამეფოს გამოცდილება (EID 9:234, 2003; Eur J Neural 12:331m 2005; Antiviral Res: 71:141-148, 2006). HSV-1 არის სპორადული ენცეფალიტის ყველაზე ჩვეული გამომწვევი, გადარჩენილობა და ნარჩენი ნევროლოგიური დეფიციტი დამოკიდებულია იმაზე, თუ როგორი მენტალური სტატუსის დროს იქნა მკურნალობა საწყებული. ადრეული დიაგნოსტიკა და მკურნალობა ძალზედ მნიშვნელოვანია. NEJM 371:68,2014	20მგ/კგ q8h ზავშებში <12 წელი. მსუქან პაციენტებში დოზის გამოთვლა გაურკვეველია. ნეფროტოქსიკურობის რისკის შესამცირებლად, გონიერულია, მილიანი დოზის 1 საათზე დიდი ხნის განმავლობაში ინფუზია. გამოიყენე სხეულის რეალური წონა	HSV-1 დნმ-ის აღმოსაჩენად ხსნაითდება 100% სპეციფიკურობითა და 75-98% სენსიტიურობით. მესამე დღემდე აღებული CSF-ს PCR ანალიზები 8/33 (25%) ნეგატიური იყო. ნეგატიური PCR ასოცირდებოდა CSF-ში ცილის დაბალ მაჩვენებელთან და <10 WBC/მმ (CID 36:1335, 2003). CSF 3 დღის შემდეგ ალბის შემდეგ ყველა იყო პოზიტიური. წარმატებული მკურნალობის შემდეგ რეციდივი აღწერილია 7/27(27%) ზავშებში, რეციდივი ასოცირებული იყო საწყისი აციკლოვირის ჯამურ დაბალ დოზასთან (285±82მგ/კგ რეციდივების ჯგუფში vs 462±82 მგ/კგ რეციდივის ჯგუფში vs 462± 82 მგ/კგ რეციდივის ჯგუფში vs 462± 149 მგ/კგ, p <0.03) (CID 30:185, 2000; Neuropediatrics 35:371, 2004)
გენიტალურიჰერპესი: სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების მკურნალობის გაიდლაინები 2010: MMWR 58 (RR-12),2010		
პირველადი (საწყისი ეპიზოდი)	აიციკლოვირი (ზოვირასი ან გენერიკი) 400 მგ PO tid x 7-10 დღე ვალაიციკლოვირი (ვალტრეკსი) 1000 მგ PO bid x 7-10 დღე ფამციკლოვირი (ფამვირი) 250 მგ PO tid x 7-10 დღე	მეორე დღიდან სიმპტომების და ნიშნების შემცირება. მეოთხე დღიდან დაზიანებების ალაგება. მეშვიდე დღიდან უჯრედებიდან ვირუსის გადმოსვლის შეფერხება. არ იწვევს რეციდივის პრევენციას. მხოლოდ მიმდებარე შემთხვევებისთვის 5 მგ/კგ IV q8h 5-7 დღის განმავლობაში. აიციკლოვირის ეთერული წაერთი, რომელიც კარგად შეიწოვება და ბიომედიკადობა 3-5-ჯერ მაღალია აიციკლოვირთან შედარებით. მეტაბოლიზდება პენიცილოვირად, რომელიც არის აქტიური კომპონენტი. გვერდითი მოვლენები და აქტივობა აიციკლოვირის მსგავსია. ფამციკლოვირი 250 PO tid აიციკლოვირის 200 მგ 5-ჯერ დღეში ექვივალენტურია.
ეპიზოდური რეციდივები	აიციკლოვირი 800 მგ PO tid x 2 დღე ან 400 მგ PO tid x 5 დღე ან ფამციკლოვირი 1000 მგ bid x1 დღე ან 125 მგ PO bid x 5 დღე ან ვალაიციკლოვირი 500 მგ PO bid x 3 დღე ან 1 გ PO ერთხელ დღეში x 5 დღე აივ ინფიცირებულთათვის, იხილეთ კომენტარი	აივ ინფიცირებულ პაციენტებში ეპიზოდური რეციდივებისას: აიციკლოვირი 400 მგ PO tid x 5-10 დღე ან ფამციკლოვირი 500 მგ PO tid x 5-10 დღე ან ვალაიციკლოვირი 1 გ PO bid x 5-10 დღე

ხსრილი 14A (5)

ვირუსი/დაზავადება	მედიკამენტი/დოზირება	გვერდითი მოვლენები/კომენტარი
ჰერპესვირუსული ინფექციები/ Herpes Simplex ვირუსი (HSV ტიპი 1 და 2) (გაგრძელება)		
ქრონიკული ყოველდღიური სუპრესია	სუპრესიული თერაპია 70-80%-ით ამცირებს გენიტალური ჰერპესის რეციდივების რისკს პაციენტებში ხშირი რეციდივებით (მაგ >6 რეციდივი წელიწადში) და ასიმპტომური აფეთქებებით. აციკლოვირი 400 მგ PO tid ან ფამციკლოვირი 500 მგ PO bid, ან ვალაციკლოვირი 1 გ PO q24h; პაციენტებმა წელიწადში <9 რეციდივით შესაძლებელია მიიღონ 500 მგ PO q24h და შემდეგ ვალაციკლოვირი 1 გ PO q24h, თუ რეციდივი აღინიშნა 500 მგ-ზე. აივ-ინფიცირებულითათვის იხილეთ კომენტარი	ქრონიკული სუპრესიული თერაპია აივ ინფიცირებულებში: აციკლოვირი 400-800 მგ PO bid ან tid ფამციკლოვირი 500 მგ PO tid ვალაციკლოვირი 500 მგ PO tid
გენიტალური, იმუნოკომპეტენტური გინეკოსტომატიტი, პირველადი (გაუმჯობესი)	აციკლოვირი 15 მგ/კგ PO 5x დღეში x 7 დღე	ეფექტურობა გამოვლინდა რანდომიზებულ ორმაგ-ბრმა პლაცებო-კონტროლირებადი კვლევიით (BMJ 314:1800, 1997).
კერატოკონიუქტიტიტი და რეკურენტული ეპითელური კერატიტი	ტრიფლურიდინი (ვიროპტიკი), 1 წვეთი 1%-იანი ხსნარი q2h (მაქსიმუმ 9 წვეთი, დღეში) მაქსიმუმ 21 დღის განმავლობაში (იხილეთ ცხრილი 1, გვ 27)	კონტროლირებადი კვლევებით, მკურნალობაზე პასუხის % მაჩვენებელი > იდოქსურიდინზე. სუპრესიული თერაპია აციკლოვირით (400 მგ bid) იწვევს ვალის HSV რეციდივების შემცირებას 32%-დან 19%-მდე (NEJM 339:300, 1998).
მოლარეტის რეკურენტული „ასეპტიური“ მენინგიტი (როგორც წესი, HSV-2) (Ln 363:1772, 2004)	კონტროლირებადი კვლევები ანტივირუსული მკურნალობის შესახებ არ ჩატარებულა, აღინიშნება სპონტანური განკურნება. მკურნალობა თუ უნდა დაინიშნოს აციკლოვირი (15-30 მგ/კგ/დღე IV) ან ვალაციკლოვირი 1-2 გ PO qid უნდა იქნას გამოყენებული.	CSF-ში HSV-ს დადებითი PCR ადასტურებს დიაგნოზს (EJCMID 23:560, 2004). ყოველდღიური სუპრესიული თერაპიით შესაძლებელია შემცირდეს რეციდივის სიხშირე, თუმცა არ ჩატარებულა კლინიკური კვლევები ამასთან დაკავშირებით. მოწოდებულია ორალური ვალაციკლოვირი JAC 47:855, 2001.

ვირუსი/დაავადება	მედიკამენტი/დოზირება	გვარდითი მოვლენები/კომენტარი																								
მუკოკუტანეური (გენიტალურის სანახავად იხილეთ წინა გვერდი) ორალზაბალური, „ცხელების ზღისტერები“: ნორმალური იმუნური სტატუსის მქონე პაციენტი (არაიმუნოკომპრომეტირებული) იხილეთ Ann Pharmacotherapy 38:705, 2004; JAC 53:703, 2004	დაიწყეთ მკურნალობა პროდრომულ პერიოდში (წვა, ქავილი), სანამ დაზიანებები გამოჩნდება: <table> <tr> <th>წამალი</th><th>დოზა</th><th>სიმკვლევის შემცირება</th></tr> <tr> <td>ორალური:</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>ვალაიკლოვირი</td><td>2 გ PO q12h x1 დღე</td><td>↓ 1 დღე</td></tr> <tr> <td>ფამციკლოვირი²</td><td>500 მგ PO bid x 7 დღე</td><td>↓ 2 დღე</td></tr> <tr> <td>აციკლოვირი^{MFDA}</td><td>400 მგ PO 5-ჯერ დღეში x 5 დღე</td><td>↓ ½ დღე</td></tr> <tr> <td>ტოპიკური:</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>პენციკლოვირის 1%-იანი კრემი</td><td>q2h დღის განმავლობაში x 4 დღე</td><td>↓ 1 დღე</td></tr> <tr> <td>აციკლოვირის 5%-იანი კრემი³</td><td>6-ჯერ დღეში (q3h) x 7 დღე</td><td>↓ ½ დღე</td></tr> </table>	წამალი	დოზა	სიმკვლევის შემცირება	ორალური:			ვალაიკლოვირი	2 გ PO q12h x1 დღე	↓ 1 დღე	ფამციკლოვირი ²	500 მგ PO bid x 7 დღე	↓ 2 დღე	აციკლოვირი ^{MFDA}	400 მგ PO 5-ჯერ დღეში x 5 დღე	↓ ½ დღე	ტოპიკური:			პენციკლოვირის 1%-იანი კრემი	q2h დღის განმავლობაში x 4 დღე	↓ 1 დღე	აციკლოვირის 5%-იანი კრემი ³	6-ჯერ დღეში (q3h) x 7 დღე	↓ ½ დღე	პენციკლოვირი (J Derm Treat 13L:67, 2002; Jama 277:1374, 1997; ACC 46, 2848, 2002) დოკოსანოლი (J Am acad Derm 45:222, 2001). ორალური აციკლოვირის 5%-იანი კრემი (ACC 46:2238, 2002), ორალური ფამციკლოვირი (JID179:303,1999), ტოპიკური ფლუოცინოდინი (0,05% Lidex gel) q8h 5 დღე ფამციკლოვირთან კომბინაციაში ამცირებს დაზიანების ფართობს და ტკივილს, ფამციკლოვირის მონოთერაპიასთან შედარებით (JIG 181:1906,2000). აციკლოვირის 5% კრემი + 1% ჰიდროკორტიზონი უფრო ეფექტურია ვიდრე მარტო აციკლოვირი. (AAC 58:1273,2014)
წამალი	დოზა	სიმკვლევის შემცირება																								
ორალური:																										
ვალაიკლოვირი	2 გ PO q12h x1 დღე	↓ 1 დღე																								
ფამციკლოვირი ²	500 მგ PO bid x 7 დღე	↓ 2 დღე																								
აციკლოვირი ^{MFDA}	400 მგ PO 5-ჯერ დღეში x 5 დღე	↓ ½ დღე																								
ტოპიკური:																										
პენციკლოვირის 1%-იანი კრემი	q2h დღის განმავლობაში x 4 დღე	↓ 1 დღე																								
აციკლოვირის 5%-იანი კრემი ³	6-ჯერ დღეში (q3h) x 7 დღე	↓ ½ დღე																								
Herpes Whitlow	იხილეთ ცხრილი 1, გვ. 61																									

ხსრილი 14A (B)

ვირუსი/დაზავადება	მედიკამენტი/დოზირება	გვერდითი მოვლენები/კომენტი
ჰერპესვირუსული ინფექციები/ Herpes Simplex ვირუსი (HSV ტიპი 1 და 2) (გაგრძელება)		
ოროლაბიალური ან გენიტალური: იმუნოკომპრომიტირებულ პაციენტებში მოიცავს პაციენტებს შიდალი და კრიტიკულად მძიმე პაციენტებს ICU-ში/ დიდი ნევროლუი წყლულებით შორისის მიდამოში ან სახეზე (იხილეთ კომენტარი) პირველადი HSV ორსულეში: დისემინაციის მომატებული რისკი, მძიმე ჰეპატიტის ჩათვლით, განსაკუთრებით მაღალია რისკი მესამე ტრიმესტრში. (NEJM 370:2211.2014)	აიკლოვირი 5 მგ/კგ IV (ინფუზია >1 სთ-ის განმ-ში) q8h 7 დღე (250მგ/მ²) ან 400 მგ PO 5-ჯერ დღეში 14-21 დღე (იხილეთ კომენტარი თუ ვარაუდობთ, აიკლოვირზე რეზისტენტობას) ანფემიცილოვირი: აივ ინფიცირებულეში, გენიტალური ჰერპესის რეკურენტული ფორმის სამკურნალოდ 500 მგ PO bid 7 დღე ან ვალაციკლოვირი^{NAI}: აივ ინფიცირებულეში, გენიტალური ჰერპესის რეკურენტული ფორმის სამკურნალოდ 500 მგ PO bid 5-10 დღე ან 500 მგ PO bid ქრონიკული სუპრესიული თერაპიისთვის.	აიკლოვირ რეზისტენტული HSV: IV ფოსკარნეტი 90 მგ/კგ IV q12h x 7 დღე. სუპრესიული თერაპია: ფამციკლოვირი (500 მგ PO bid), ვალაციკლოვირი (500 მგ PO bid) ან აიკლოვირი 400-800 მგ PO bid. ამიგრებს ვირუსების გამრავლებას და რეციდივებს.
----- ორსულეში და გენიტალური H. simplex	აიკლოვირი უსაფრთხოა პირველ ტრიმესტრშიც კი. არ არსებობს მტკიცებულება, რომ ზუნებრივი მშობიარობის დროს აიკლოვირის გამოყენება ამცირებს ნეონატალური ჰერპესის რისკს/სიმძიმეს. საკეისრო კეისისგან განსხვავებით, როდესაც აქტიური დაზიანებების მქონე პაციენტებში მცირდება ინფექციის ტრანსმისიის რისკი. Ref. Obstet Gyn 106:845, 2006.	
Herpes Simiae (ჰერპეს B ვირუსი): მაიმუნის ნაკენი CID 35:1191,2002	ექსპოზიციის შემდგომი პროფილაქტიკა: ვალაციკლოვირი 1 გ PO q8h 14 დღის განმავლობაში ან აიკლოვირი 800 მგ PO 5-ჯერ დღეში 14 დღის განმავლობაში. დაავადების მკურნალობა: 1. ცნს სიმპტომები არ არის - აიკლოვირი 12.5-15 მგ/კგ IV q8h ან განციკლოვირი 5 მგ/კგ IV q12h. 2. ცნს სიმპტომებით - განციკლოვირი 5 მგ/კგ IV q12h.	ექსპოზიციის შემდგომი პროფილაქტიკა: ვალაციკლოვირი 1 გ PO q8h 14 დღის განმავლობაში ან აიკლოვირი 800 მგ PO 5-ჯერ დღეში 14 დღის განმავლობაში. დაავადების მკურნალობა: 1. ცნს სიმპტომები არ არის - აიკლოვირი 12.5-15 მგ/კგ IV q8h ან განციკლოვირი 5 მგ/კგ IV q12h. 2. ცნს სიმპტომებით - განციკლოვირი 5 მგ/კგ IV q12h.
ვარიცელა-ზოსტერ ვირუსი (VZV) ვარიცელა: ვაქცინაცია შესაძლებელია ამცირებს ვარიცელას ინციდენტობას და ავადობას (NEJM 352:450, 2005; NEJM 353:2377,2005 & NEJM 356:1338, 2007). VZV ვაქცინაციის გაიდლაინები (MMWR 56 (RR-4) 2007) ნორმალური მასპონიზებული	ზოგადად, მკურნალობა არ არის რეკომენდებული. თუმცა	აიკლოვირი ანელებს დაავადების

ვირუსი/დაავადება	მედიკამენტი/დოზირება	გვარდითი მოვლენები/კომენტარი
იმუნოკომპეტენტური (ჩუტყვავილა) ბავშვები (2-12წელი)	ორალური აციკლოვირი შესაძლებელია გამოყენებულ იქნას ჯანმრთელ პაციენტებში, რომელთაც აქვთ ზომიერი ან მძიმე ვარიცელას განვითარების მომატებული რისკი (მაგ. 12 წლის ზევით ასაკი, ქრონიკული კანის ან ფილტვის დაავადება, სალიცილატებით ქრონიკული მკურნალობა (რეიეს სინდრომის გაზრდილი რისკი). აციკლოვირის დოზა: 20 მგ/კგ PO qid x 5 დღე (დაიწყეთ გამოყვანიდან 24 საათის განმავლობაში) ან ვალაციკლოვირი 20 მგ/კგ tid 5 დღე	განვითარებას და ამცირებს ახალი დაზიანებებს რიცხვს, ასევე დაავადების ხანგრძლივობას ბავშვებში - 9-დან 7.6 დღემდე (PIDJ 21:739, 2002). აციკლოვირის ორალური დოზა ბავშვებში არ უნდა აღმატებოდეს 80 მგ/კგ/დღე-ში ან 3200 მგ/დღე-ში.
მოზრდილებსა და მოზარდებში	დაიწყეთ გამოყვანიდან 24 საათის განმავლობაში ვალაციკლოვირი ^{NFDA-1} 1000 მგ PO tid x 5 დღე ან ვალაციკლოვირი ^{NAI} 500 მგ PO 3x/დღე (სავარაუდოდ ეფექტურია, თუმცა საკმარისი მონაცემი არ არსებობს.)	ამცირებს ცხელების, განკურნებისა და სიმპტომების ხანგრძლივობას (AnIM 130:922, 1999)
პნევმონია ან ჩუტყვავილა ორსულობის მესამე ტრიმესტრში	აციკლოვირი 800 მგ PO 5-ჯერ დღეში ან 10 მგ/კგ IV q8h 5 დღე. რისკები და სარგებელი დედასა და ნაყოფზე კიდევ არ არის ცნობილი. ბევრი ექსპერტი რეკომენდაციას უწევს მკურნალობას, განსაკუთრებით ორსულობის მესამე ტრიმესტრში. ზოგიერთი ამბატებს VZIG (ვარიცელა-ზოსტერის იმუნოგლობულინი)	ვარიცელატი გამოწვეული პნევმონია ორსულთა 41%-ში ლეტალობით მთავრდება. აციკლოვირი ამცირებს ინციდენტობასა და სიმძიმეს (JID 185:422, 2002). თუ მოხდა ვარიცელა-მიმღები დედის ექსოზიცივა და 10 დღის განმავლობაში განვითარდა რესპირატორული სიმპტომები დაიწყეთ აციკლოვირი.

მხრილი 14A (7)

ვირუსი/დაზავადება	მედიკამენტოზი/ფორმები	გავრცელების მოვლენები/კომენტარი
ჰერპესვირუსული ინფექციები/ ვარიცელა-ზოსტერ ვირუსი (VZV) (გაგრძელება)		
იმუნოკომპრომეტირებული მასპინძელი	ავიკლოვირი 10-12 მგ/კგ (500 მგ/მ ²) IV (ინფუზია >1სთ-ის განმ-ში) q8h 7 დღის განმავლობაში	დისემინირებული 1° ვარიცელა ინფექცია აღწერილია რეჰმატიული ართრიტის ინფლიქსიმაზით მკურნალობისას (J Rheum 31:2517, 2004). მაღალი დოზების ავიკლოვირის უწყვეტი ინფუზია (2 მგ/კგ/სთ) წარმატებული იყო 1 პაციენტში მძიმე ჰემორაგიული ვარიცელას დროს (NEJM 336:732, 1997)
პრევენცია - ექსპოზიციის შემდგომი პროფილაქტიკა სიკვდილიანობის შემთხვევები კვლავ გვხვდება არავაქცინირებულ პირებში (MMWR 56 (RR-4) 1-40, 2007)	CDC-ს რეკომენდაციები პრევენციისათვის: გამოძინარე იქიდან, რომ ვარიცელას დროს სიკვდილობა <5%-ზე ნაკლებია, თუმცა >50% აღწევს მოზრდილებში (>20 წელი). CDC რეკომენდაციას უწევს, რომ ამ ასაკობრივ ჯგუფში მიდგომა იყოს უფრო აგრესიული: პირველი - ექსპოზიციის შემდგომი პროფილაქტიკისთვის რეკომენდებულია ვარიცელა-ზოსტერის იმუნოგლობულინი (VZIG) (125 ერთ/10 კგ წონის მიხედვით IM მაქსიმუმ 625 ერთეული- მინიმუმ 125) ექსპოზიციიდან რაც შეიძლება მალე (<96 საათი), დაავადების იმ მიმდებარე პირებში, რომელთაც აღენიშნებათ გართულებების მაღალი რისკი (იმუნოკომპრომეტირებულები, როგორცაა აივ ინფიცირებულები, ონკოლოგიური პაციენტები, ორსულობი და სტერიოიდული თერაპიაზე მყოფნი). თუ ვარიცელა განვითარდა მკურნალობა უნდა დაიწყოს (<24 საათი გამოწყურის განმითარებიდან) ავიკლოვირით, როგორც ქვემოთაა მოცემული. სავარაუდო დიაგნოზისას მაღალი რისკის მქონე პაციენტებში შესაძლოა წინასწარ იქნას დაწყებული ავიკლოვირით მკურნალობა. მეორე - დაავადების მიმდებარე მოზრდილები უნდა აიცრან. შეამოწმეთ ანტისხეულების დონე მოზრდილებში ვარიცელას ნეგატიური ან გაურკვეველი ისტორიით (10-30% იქნება Ab-ნეგატიური) და უნდა აიცრას ისინი, ვინც AB-ნეგატიურია. შესაძლოა - ასევე უნდა აიცრან დაავადების მიმდებარე პაციენტები. რეკომენდებულია რუტინულად 12-18 თვის ასაკამდე, თუმცა შესაძლებელია ნებისმიერ ასაკში.	
Herpes Zoster (სარტყლისებური ლიქენი) (იხილეთ NEJM 342:635, 200 & 347:340, 2002) (შენიშვნა: კვლევები ცხადყოფს თერაპიის სარგებლიანობას, მხოლოდ პაციენტებში, რომელთაც მკურნალობა დაეწყოთ გამოწყურის გამოწვევით/პირველი 3 დღის განმავლობაში ნორმალური მასპინძელი • თერაპიის ეფექტურობა ყველაზე უფრო თვალსაჩინოა 50 წლის ზემოთ პაციენტებში. • (ჰერპესის შემდგომი ნევრალგიის	ვალაცლოვირი 1000 მგ PO tid 7 დღე (დოზის მოდიფიცირება თირკმლის უკმარისობისას) (იხილეთ ცხრილი 17)	ზოსტერის განვითარებიდან 6 თვეში იზრდება ინსულტის რისკი. ჰერპეს ზოსტერის დროს ორალურ ანტივირუსულ თერაპიას შეიძლება ჰქონდეს დამცველობითი ეფექტი
ან		

ვირუსი/დაავადება	მედიკამენტი/დოზირება	გვარდითი მოვლენები/კომენტარი
სამკურნალოდ იხილეთ CID36:877, 2003) • ახალი ვაქცინა ამცირებს ჰერპეს ზოსტერს და პოსტ-ჰერპესულ ნევრალგიას (NEJM 352:2271, 2005; JAMA 292:157,2006). მიმოხილულია J Am Acad Derm 58:361, 2008. • ანალგეტიკები მწვავე ჰერპეს ზოსტერისათვის (NEJM 369:255,2013)	ფამციკლოვირი 500 მგ tid x 7 დღე (დოზის მოდიფიცირება თირკმლის უკმარისობისას) (იხილეთ ცხრილი 17) ან ----- აციკლოვირი 800 მგ PO 5-ჯერ დღეში 7-10 დღის განმავლობაში ----- დამატებით პრედნიზოლონი პაციენტებში 50 წლის ზევით დისკომფორტის შესამცირებლად ზოსტერის აქტიური ფაზის დროს. იგი არ ამცირებს პოსტ-ჰერპესული ნევრალგიის ინციდენტობას. დოზა:30მგ PO bid 1-7 დღე, 15 მგ bid 8-14 დღე და 7.5 მგ bid 15-21 დღე.	განკურნების პერიოდი უფრო სწრაფია. PHN მცირდება პლაცებოსთან შედარებით . 50 წელს ზევით პაციენტებში PHN ხანგრძლივად ფამციკლოვირით მკურნალობისას შეადგენდა 63 დღეს, პლაცებოთი 163 დღეს. ფამციკლოვირი აციკლოვირის მსგავსია, მწვავე ტკივილის და PHN შემცირების მხრივ (J Micro Immunol Inf 37:75, 2004) ----- 4 პლაცებო-კონტროლირებადი კვლევის მეტა-ანალიზი (691 პაციენტი) ცხადყოფს, რომ აციკლოვირი აჩქარებს დაახლოებით ორჯერ ტკივილის აღაგებას (ყველა მაჩვენებლის მიხედვით) და ამცირებს პოსტ-ჰერპესულ ნევრალგიას 3-6 თვემდე (CID 22:341, 1996). ტკივილის აღაგების საშუალო დრო - 41 დღე vs 101 დღე >50 წელი. პრედნიზოლონის აციკლოვირზე დამატებამ გამოასწორა სიცოცხლის ხარისხი (მწვავე ტკივილის შემცირება, მილის აღდგენა და ნორმალური აქტივობა) (Anlm125:376, 1996). კვლევებმა გამოავლინა პოსტ-ჰერპესული ნევრალგიის დროს ტკივილის კონტროლისთვის გაბაპენტინის, ლიდოკაინის სალბუნი (5%) და ოპიოიდური ანალგეტიკების ეფექტურობა (Drugs 64:937, 2004, J Clin Virol 29:248, 2004). ნორტრიპტილინის ან ამიტრიპტილინის ეფექტურობა მსგავსია, თუმცა ნორტრიპტილინი უკეთესად შეთვისებადია (CID 36:877, 2003). PHN მკურნალობაში ანტივირუსული წამლების ეფექტურობა არ არის დამტკიცებული (Neurol 64:21, 2005), თუმცა 8/15 პაციენტის მდგომარეობა გაუმჯობესდა IV აციკლოვირით 10მგ/კგ q8h x 14დღე, რომელსაც მოყვებოდა ორალური ვალაციკლოვირი 1გ 3-ჯერ დღეში 1 თვის მანძილზე (Arch Neur 63:940, 2006) იხ

ვირუსი/დაავადება	მედიკამენტი/დოზირება	გვარდითი მოვლენები/კომენტარი
იბუნოვამპრომეტირებული მასპინძელი არა მძიმე	აციკლოვირი 800 მგ PO 5-ჯერ დღეში 7 დღის განმავლობაში (არჩევანი: ფამციკლოვირი 750 მგ PO q24h ან 500 მგ bid ან 250 მგ tid 7დღის განმავლობაში ან ვალაციკლოვირი 1000 მგ PO tid 7 დღის განმავლობაში, მიუხედავად იმისა, რომ FDA-ს მიერ ამ ჩვენებით არცერთის მიცემა არ არის ნებადართული)	დაავადების პროგრესირებისას, გადადიეთ IV-ზე. რევმატოიდული არტრიტით დაავადებულ პაციენტებში TNF-ალფა ინჰიბიტორები ზრდის VZV რისკს. ზოსტერი უფრო მძიმედ გამოვლინდება, თუმცა პოსტ-ჰერპესული ნევრალგია შედარებით იშვიათია (JAMA 301:737, 2009)
მძიმე >1 დერმატომა სამწვერა ნერვის ან დისემინირებული	აციკლოვირი 10-12 მგ/კგ IV (ინფუზია 1 საათზე მეტი ხნის განმავლობაში) q8h 7-14 დღეხანდაზმულ პაციენტებში. შეამცირეთ დოზა 7.5მგ/კგ, თუ განვითარდა ნეფროტოქსიურობა. თუ პაციენტის მდგომარეობა უმჯობესდება შეამცირეთ 5მგ/კგ-მდე q8h	იმუნური რეკონსტიტუციის ხშირი მანიფესტაციაა აივ ინფიცირებულ ბავშვებში HAART-ის დაწყების შემდეგ (J All Clin Immu 113:742, 2004). მკურნალობა დაწყებულ უნდა იქნას 72 საათის განმავლობაში. აციკლოვირ-რეზისტენტული VZV აღინიშნება იმ აივ პოზიტიურ პაციენტებში, რომელთაც მანამდე უტარდებოდათ აციკლოვირით მკურნალობა: ფოსკარნეტი 40 მგ/კგ IV q8h 14-26 დღე .

ხსრილი 14A (B)

გრიპი (A და B)

ლიტერატურა: www.cdc.gov/flu/weekly/; www.cdc.gov/flu/professionals/antivirals/index.htm <http://cdc.gov/flu/weekly/NEJM370:789,2014>

ვაქცინაზე ინფორმაცია (<http://www.cdc.gov/flu/professionals/acip/index.htm>): Med Lett 56:97,2014; MMWR 63:691,2014

- **ოსელტამივირი და ზანამივირი არის რეკომენდებული პრეპარატები.** ამანტადინი და რიმანტადინი მაღალი რეზისტენტობის გამო აღარაა რეკომენდირებული
- გზამკვლეუები: ACIP (MMWR RO (R01):1-24, 2011) IDSA (CID 48:1003, 2009)
- ახალი H1N1 (პანდემიური H1N1, pH1N1, ყოფილი ღორის გრიპი) აღმოცენდა 2009 წლის გაზაფხულზე (Science 325:197, 2009).
- გრიპის სწრაფი ტესტები 20-50%-ზე მეტ შემთხვევაში შეიძლება იყოს ცრუ-დადებითი.
- საწყისი თერაპია დაწყებულ უნდა იქნას რაც შეიძლება მალე სიმპტომების განვითარებიდან. მკურნალობის დაწყება სიმპტომების განვითარებიდან 48 საათზე გვიან, დაკავშირებულია თერაპიული სარგებლის შემცირებასთან. თუმცა, იმ ჰოსპიტალიზირებულ პაციენტებში, რომლებთანაც 5 დღით გვიან იქნა მკურნალობა დაწყებული განარჩენადობა გაუმჯობესდა (Clin 48:1003-1032, 2009).
- ემპირიული თერაპია დაწყებულ უნდა იქნას ყველა ჰოსპიტალიზირებულ პაციენტში, რომელთაც აქვთ მიმდინარე პროგრესირებადი გრიპი, ან ასაკის და თანხლები დაავადებების გამო განეკუთვნებიან გართულების მაღალი რისკის ჯგუფს
- თვალყური ადევნეთ თანხლებ ზაქტერიულ პნევმონიას
- სხვა მნიშვნელოვანი გრიპის ვირუსები, რომელთაც შეუძლიათ ადამიანში დაავადების გამოწვევა:
 - **H3N2v გრიპი** - 2012 წლის ზაფხულში დაფიქსირდა 159 შემთხვევა. შემთხვევების უმეტესობა იყო 10 წლამდე ასაკის ბავშვებში, პირდაპირი კონტაქტით ღორებთან. მგრძნობიარეა ნეირამინიდაზას ინჰიბიტორებისადმი: ოსელტამივირი და ზანამივირი. *ib.MMWR 61:619, 2012*
 - **ფრინველის გრიპი H5N1:** კვლევა აღმოჩენდა 2003 წელს აზიაში და ადამიანის შემთხვევები დაფიქსირდა 15 ქვეყანაში, ძირითადად აზიაში, ასევე ევგვიპტეში და ნიგერიაში. ცირკულაცია ასოცირებული იყო ფრინველების მასიურ კვდომასთან. უშვიათია იმპორტირებული შემთხვევები - ერთი კანადაში. 2014 წლის იანვრის მონაცემებით 648 ლაბორატორიულად დადასტურებული შემთხვევა იქნა აღწერილი, მათგან 384 სიკვდილი დასრულდა (59%). ადამიანის ინფიცირება განპირობებული იყო ფრინველებთან მჭიდრო კონტაქტით, ძალიან ლიმიტირებული იყო ადამიანიდან ადამიანზე გადაცემის შემთხვევები. სიკვდილობა ასოცირდებოდა მაღალ ვირუსულ დატვირთვისთან და ციტოკინების შტორმთან (*Natur Medicine 12:1203, 2006*). გამოიყენეთ ოსელტამივირი და განხილეთ IV ზანამივირი
 - **ქათმის გრიპი H7N9** - აღმოცენდა აღმოსავლეთ ჩინეთში 2013 წლის მარტში და 132 შემთხვევა დაფიქსირდა გაზაფხულის განმავლობაში, აქედან 44 სიკვდილით დასრულდა (33%). შემთხვევები კვლავ დაფიქსირდა 2013-2014 წლებში და გაიზარდა ინციდენტობა. ინფექცია დაკავშირებულია ცოცხალი ფრინველის გაყიდვასთან, უკიდურესად შეზღუდულია ადამიანიდან ადამიანის დაინფიცირება, სიკვდილიანობა მაღალია ასაკოვან პირებში და დატვირთული ანამნეზის მქონე პაციენტებში. ოსელტამივირი აქტიურია უმეტესობა, მაგრამ არა ყველა შტამზე. ჯერჯერობით არა არის ცნობილი ზანამივირზე რეზისტენტობის შემთხვევები.

ვირუსი/დაბავადება	მგრძნობიარება(რეკომენდებული ნაბალი/დოზა):	რეზისტენტობა:	გვერდითი მოვლენები/კომენდარი
• A/H1N1 (სეზონური მსგავსად პანდემიურისა) • B გრიპი • A გრიპი (A/H3N2, A/H3N2v*, AH5N1, A/H7N9**)	ოსელტამივირი მოზრდილები: ოსელტამივირი 75 მგ po bid x5 დღე პედიატრიული (ბავშვები 1-12 წლამდე): ჩვილი 2 კვირა - 11 თვე: 3 გ/კგ bid x 5 დღე ≤15 კგ: 30 მგ bid x 5 დღე 15-23 კგ: 45 მგ bid x 5 დღე 23-40 კგ: 60 მგ bid x 5 დღე >40 კგ: 75 მგ bid x 5 დღე ან ზანამივირი 2 ინჰალაცია (5 მგ თითო შესუნება) bid 5 დღე ან პერამივირი 600 მგ IV ერთხელ დღეში x 5-10 დღე ინტრავენური ზანამივირისთვის იხ კომენტარი	ამანტადინი და რიმნიტიდინი (100%) A/H3N2v შტამები მგრძნობიარეა A/H7N9 რეზისტენტოლია ოსელტამივირზე (იშვიათად)	• A/H1N1: მაღალ დოზებში (150 მგ bid) არ არის უფრო ეფექტური H1N1-ის დროს. • ზანამივირი არა არის რეკომენდირებული 7 წლამდე ასაკის ბავშვებში ან პაციენტებში ჰერგამტარი გუბის რეაქტიული დაავადებით • IV ზანამივირი - შესაძლებელია ჰოსპიტალიზირებულ პაციენტებში კლინიკური კვლევის ფარგლებში, ვისთანაც მოსალოდნელი ან ცნობილია კუჭის წყლული, კუჭის მალარბსორმგია, გასტროინტესტინალური სისხლდენა ან მოსალოდნელი ან დადასტურებულია ოსელტამივირისადმი რეზისტენტობა. • B გრიპი - ერთმა კვლევამ დადებითი შედეგი აჩვენა ოსელტამივირის მაღალი დოზით გამოყენებისას კრიტიკულად მძიმე პაციენტებში • A/H5N1 - ზანამივირი ინარჩუნებს აქტივობას ოსელტამივირ რეზისტენტულ H5N1-ზე.

მხრილი 14A (ფ)

ვირუსი/დაზავადება	მადიკამენი/დოზირება	გვარდითი მოვლენები/კომპენზირი
წითელა - მზარდი შემთხვევები არავაქცინირებულ ბავშვებში და მოზრდილებში (<i>MMWR</i> 63:781, 2014; <i>NEJM</i> 371:358, 2014). ბავშვები მოზრდილები	თერაპია არ ტარდება ან ვიტამინი A 200 000 ერთეული PO დღეში ერთჯერ 2 დღის განმავლობაში თერაპია არ ტარდება ან რიბავირინი IV: 20-35 მგ/კგ/დღე შვიდი დღის განმავლობაში	ვიამინი A-მ შესაძლოა შეამციროს წითელას სიმძიმე ამცირებს სიმძიმეს მოზრდილებში (CID 20:454, 1994)
მეტანევმოვირუსი (HMPV) პარამიქსოვირუსი გამოყოფილია ყველა ასაკის პაციენტებიდან, რომელთაც აღენიშნებოდათ მსუბუქი ბრონქიოლიტი/ ბრონქოსპაზმიდან დაწყებული პნევმონიით დამთავრებული.	დამტკიცებული ანტივირუსული თერაპია არ არის (ინტრავენური რიბავირინი გამოყენებულ იქნა ერთეულ შემთხვევებში ვარიუგულური შედეგებით)	ადამიანის მეტანევმოვირუსი გამოყოფილია RTI-ით დაავადებულ ბავშვთა 6-21%-ში (Nj 350:443, 2004). RSV-ით ერთდროული ინფიცირება ასოცირდება მძიმე ბრონქიოლიტთან (JID 191:382, 2005).
მაიმუნის ყვავილი (orthopox virus) (იხილეთ LნიD 4:17, 2004) აფეთქებები დაფიქსირდა დაავადებულ სტეპების ძალზეთან კონტაქტსას. წყარო შესაძლებელია იყოს იმპორტირებული გამოიური გიგანტური ვირთხები (CID 58:260, 2014)	დამტკიცებული ანტივირუსული თერაპია არ არის ციდოფოვირი აქტივობას ავლენს in vitro და თავგებში	იკნუზაციური პერიოდი 12 დღე, შემდეგ იწყება ცხელება, თავის ტკივილი, ხველა, ადენოპათია და ვეზიკულურ-პაპულური გამონაყარი თავზე, კიდურებზე, ტანზე, რომელიც ჩირქდება, ჩაღრმავებით ცენტრში და იკეთებს ქერქს. საავადმყოფოსშიდა გადაცემა იშვიათია
ნოროვირუსი (NLV, Norwalk-like virus) არაბაქტერიული გასტროენტერიტის აფეთქებების უმრავლესობა (<i>NEJM</i> 368, 1121, 2013)	დამტკიცებული ანტივირუსული თერაპია არ არის. მოცულობის შეცვლა. გადადის კონტამინირებული საკვებით და ფეკალურ-ორალური კონტაქტით დაზინფურებულ ზედაპირებთან ან სხვა წიფებთან.	უეცარი დასაწყისი გულის რევით, ლებინებით და/ან წყლისებური დიარეით, რომელიც გრძელდება 12-60 საათი. ეფექტურია ეთანოლ-დაფუძნებული ხელის გაწმენდი საშუალებები (<i>J Hosp Inf</i> 60:144, 2005).
პაპილომაგვირუსები: მექეპები გარეთა გენიტალური მექეპები	პაციენტისმიერწასასმელი საშუალებები: პოლიფილოუსი (0.5%-იანი ხსნარი ან გელი): წაისვით 2-ჯერ დღეში 3 დღე, მეოთხე დღე თერაპიის გარეშე, გაიმეორეთ ციკლი 4-ჯერ ან იმიქვიმოიდის 5%-იანი კრემი: წაისვით დღეში ერთხელ hs 3x/wk 16 კვირის განმავლობაში	პოლიფილოუსი: იაფი და უსაფრთხოა (უსაფრთხოება ორსულობისას არ არის დადგენილი). მსუბუქი გალიზიანებადობა მკურნალობის შემდეგ. იმიქვიმოიდი: მსუბუქი-ზომიერი გაწითლება და გალიზიანება. ტოპიკური იმიქვიმოიდი ეფექტურია ვულვას ინტრაგეპითელური ნეოპლაზიების დროს (<i>NEJM</i> 358:1465, 2008). მკურნალობის უსაფრთხოება ორსულობის დროს არ

მირუსი/დაავადება	მედიკამენტი/დოზირება	გვერდითი მოვლენები/კომპლექსი
წითელა - მზარდი შემთხვევები არავაკცინირებულ ბავშვებში და მოზრდილებში (MMWR 63:781, 2014; NEJM 371:358, 2014).		
	სინეკატეცინი - წასვით გარეთა მექანიზმზე 3 ჯერ დღეში ეფექტის მიღებამდე ან გვერდითი ეფექტის გამოვლენამდე პროვადიერის მიერ ადმინისტრირებული: კრიოთერაპია თხევადი აზოტით; გაიმეორეთ q1-2 კვირის განმავლობაში; ან პოდოფილინის ფისისებური 10-25%-იანი ნაყენი ბენზოინში. გაიმეორეთ ყოველკვირეულად, საჭიროებისამებრ ან ტრიქლორაცეტის მჟავა (TCA): გაიმეორეთ ყოველკვირეულად, საჭიროებისამებრ; ან ქირურგიული მოცილება.	არის დადგენილი. სინეკატეცინი-ადგილობრივად გალიზიანება, სიწითლე, ტკივილი, ქავილი. კრიოთერაპია: ბერბერები და კანის ნევროზი არ არის იშვიათი. პოდოფილინის ფისისებური ნაყენი: ნამკურნალევი არე უნდა გაშრეს სანამ შეეხება ტანსაცმელს. შესაძლებელია გააღიზიანოს კანის მიმდებარე არე; TCA: კაუსტიკური. შეუძლია გამოიწვიოს კანის ნორმალურ მიმდებარე არეების მიმდებარე ტკივილი. გაანეტრალეთ საპონით ან ნატრიუმის ბიკარბონატით.
საშეილსნოს ყელის მექანიზმები	საჭიროა შემოწმება ნეოპლაზიის შესაფასებლად	საჭიროა გინეკოლოგის კონსულტაცია
საშის მექანიზმები	კრიოთერაპია თხევადი აზოტით ან TCA	
ურთრული მექანიზმები	კრიოთერაპია თხევადი აზოტით ან პოდოფილინის ფისისებური 10-25%-იანი ნაყენით ბენზოინში	
ანალური მექანიზმები	კრიოთერაპია თხევადი აზოტით ან TCA ან ქირურგიული მოცილება	ურჩიეთ ანოსკოპია, რექტალური მექანიზმების სადიაგნოსტიკოდ
კანის პაპილომები	ტოპიკური ალფა-ლაქტალბუმინი.ოლეინის მჟავა (ადამიანის რიდიან) წასმა 1-ჯერ დღეში 3 კვირის განმავლობაში	ამცირებს დაზიანების ზომას და რეციდივს, პლაგეზოსთან შედარებით (P <0.001) (NEJM 350:2663, 2004). შემდგომი კვლევები გამართლებულია.

ხსარი 14A (10)

ვირუსი/დასავადება	მედიკამენტი/თერაპია	გვარდითი მოვლენები/კომპლექსი
Parvo B19 ვირუსი (Erythrovirus B19). მიმოხილვა: NEJM 350:586, 2004. მანიფესტაციის ფართო სპექტრი. ჩვეული სიმპტომური ინფექციების მკურნალობის მიდგომები: Erythema Infectiosum ართრიტი/ართრალგია გარდამავალი ალუზიური კრიზი ნაყოფის წყალმანკი ქრონიკული ინფექცია, ანემიით ქრონიკული ინფექცია, ანემიის გარეშე	მხოლოდ სიმპტომური მკურნალობა არასტეროიდული ანთებისსაწინააღმდეგო მედიკამენტები (NSAID) ტრანსფუზიები და კანგაბადი საშეილსმინდა სისხლის ტრანსფუზია IVIG და ტრანსფუზია შესაძლოა IVIG	დიაგნოსტიკა: IgM და IgB ანტისხეულების ტიტრი. შესაძლოა უკეთესი იყოს: სისხლში პაროვირუსის დეტექცია PCR-ით. IVIG დოზა არ არის სტანდარტიზებული; შემოთავაზებულია 400 მგ/კგ IV კომერციული IVIG 5 -10 დღე ან 1000 მგ/კგ IV 3 დღე ყველაზე მძიმე ანემიები ვითარდება პაციენტებში გადატანილიმპუნოზური ანემიით. ძელის ტვინში აღინიშნება ერთიროვანების მომწიფების შეფერხება გიგანტური პრონორმოზასტებით.
პპოვავირუსი/ჰილიომაგირუსი		
პროგრესული მულტიფოკალური ლეიკოენცეფალოპათია (PML) JC ვირუსის გამოწვეული მძიმე დემიელინოზაციით მიმდინარე დაავადება იმუნოკომპრომიტირებულ პაციენტებში	JC ვირუსის საწინააღმდეგო სპეციფიკური მკურნალობა არ არსებობს; ორი ძირითადი მიდგომა: 1. აიზ იმუნიტირებულ პაციენტებში: HAART. ციდოფოვირი შესაძლოა იყოს ეფექტური. 2. შეაჩერეთ ან შეამცირეთ იმუნოსუპრესიული თერაპია	უშედეგო ინტერფერონ ალფა-2b-ით, ციტარაბინით და ტოპოტეკანით მკურნალობა. ნატალიუმები (იმუნოსუპრესორი) დროებით მოცილებულია ბაზრიდან იმის გამო, რომ აღწერილი იქნა მისი კავშირი PML-თან. ვარიაზელური შედეგები ციდოფოვირით მკურნალობაზე. მეტად საგარაუდო ეფექტურობა HAART პაციენტებში.
BK ვირუს-ინდუცირებული ნეფროპათია იმუნოკომპრომიტირებულ და ჰემორაგიული ცისტიტით პაციენტებში	შეამცირეთ იმუნოსუპრესია, თუ შესაძლებელია. შემოთავაზებულიაერთელ მონაცემებზე დაფუძნებული ანტივირუსული თერაპია. თუ თირკმლის დისფუნქციის პროგრესირებს: 1. ფტორეპინოლითავდაპირველად 2. IVIG 500 მგ/კგ IV 3. ლეფლუნომიდი 100 მგ PO დღეშიx 3 დღე, შემდგომ 10-20 მგ PO დღეში 4. ციდოფოვირი მხოლოდ მაშინ, თუ რეფრაქტულია ყველა ზემო ჩამოთვლილი-სადმი (იხილეთ ცხრილი 14B დოზისათვის) 5.	გამოიყენეთ PCR ვირუსული დატვირთვის მონიტორინგისათვის შარდში და/ან პლაზმაში. აღწერილია ციდოფოვირის საგარაუდო ეფექტურობა BK ჰემორაგიული ცისტიტის დროს (CID 49:233, 2009).

ვირუსი/დაავადება	მედიკამენტი/დოზირება	ავიარაღი მოვლენები/კომპენზაცია
ცოფი (იხილეთ ცხრილი 20B გვ. 473; დიაგნოსტიკა და მართვა www.cdc.gov/rabies) მშობლიურში ცოფიანი ძაღლების 50000 შემთხვევა ფიქსირდება ყოველწლიურად. აშშ-ში შემთხვევების უმეტესობა არის იდუმალი, ანუ, არ არის მტკიცებულება ნაკბენისა თუ კონტაქტზე ცოფიან ცხოველთან (CID 35:738, 2003). 70% ასოცირებულია 2 იმუნიტეტი დაზარალებული (EID 9:151, 2003). 4 პაციენტი დაინფიცირდა ცოფის ადრეული სტადიაში მყოფი პირების ორგანოს დონაციით (2 თირკმელი, ღვიძლი და არტერია), რომლებიც დაიღუპნენ ცოფით ტანსაცმელისგან 13 დღის შემდეგ (NEJM 352:1103, 2005).	სიკვდილობა 100%. გადარჩენა ხდება მხოლოდ იმ შემთხვევებში თუ ცოფზე ვაქცინაცია ჩატარდება დაავადების სიმპტომების დაწყებამდე (CID 36:61, 2003). 15 წლის გოგონა, რომელსაც ცოფი განუვითარდა დაზარალებულიდან 1 თვის შემდეგ, გადარჩა ხელოვნურად გამოწვეული კომის მეშვეობით (+ სხვა მკურნალობა) 7 დღის განმავლობაში; მას არ მიუღია იმუნოპროფილაქტიკა (NEJM 352:2505, 2005).	კორტიკოსტეროიდები ზრდის სიკვდილობას და ამცირებს ინკუბაციურ პერიოდს თავგებდებით. თერაპიული მიდგომები, რომლებიც არაფექტური აღმოჩნდა სიმპტომების გამოვლინების შემდეგ მოიცავს შემდეგს: ცოფის ვაქცინა, ცოფის იმუნოგლობულინი, ცოფის ვირუსის მანეიტრალეზი ანტიცხეულობის, რიბავირინი, ალფა-ინტერფერონი და კეტამინი.
რესპირაციულ სინგიტური ვირუსი (RSV) ნეონატების/წვილების სიკვდილობის მთავარი მიზეზი. დამტკიცებულია ნუკლეინის მჟავის ტესტები 12 რესპირატორული ვირუსის დეტექციისათვის (xTag Respiratory Viral Panel, Luminex Molecular Diagnostics) Ref: CID 56:258, 2013 (Immunocompromised host)	ცვლა ასაკისათვის: ჰიდრატაცია, ჯანგაბი (თუ საჭიროებს). თუ საჭიროა სხვა აგენტები. კორტიკოსტეროიდები: ბავშვებში არა, მოზრდილებში შესაძლებელია. რიბავირინის ნეულოპათიები: მიმდინარეობისას ბავშვებში და მოზრდილებში (CID57:1731,2013) რიბავირინის ნეულოპათიები + RSV იმუნოგლობულინი - იმუნოკომპრომიტირებულ მოზრდილებში (HSCT)(CID56:258,2013)	მოზრდილებში პნევმონიით პოსტალბერტულ პაციენტთა 10.6%-ში მიზეზი არის RSV, COPD-ით -11.4%, ასთმით -7.2% და CHF-ით 5.4% , პაციენტებში >65 წელი (NEJM 352:1749, 2005). RSV იწვევს საშხედრო რეკრუტებში რესპირატორული ინფექციების 11%-ს (CID 41:311,2005).
RSV პრევენცია: 1) ბავშვებში <24 თვე დღენაკლთა ფილტვის ქრონიკული დაავადებით (წინათ წოდებული ბრონქოპულმონური დისპლაზია), რომელთაც ესაქიროებათ დამატებითი ჯანგაბის მიწოდება 2) დღენაკლულ ახალშობილებში (<32 კვირა გესტაცია) და <6 თვემდე ასაკი RSV სეზონის დაწყებისას 3) ბავშვები გულის თანდაყოლილი პათოლოგიით	პალივიზუმაბი (სინავისი) 15 მგ/კგ IM q თვეში ერთჯერ ნოემბერი-აპრილი. Ref: Red Book of Pediatrics, 2006	მაღალი ფასი მისი გამოყენების წინააღმდეგ შეტყვევებს. პედატრიული აკადემიის გზამკვლევი რეკომენდაციას უწევს პალივიზუმაბის გამოყენებას მხოლოდ ახალშობილებში 29 კვირის (ან ნაკლები) გესტაციით და განსაკუთრებულ პოპულაციაში (მაგ. ახალშობილები გულის მიმდინარე პათოლოგიით) (Pediatrics 2014;134:415-420)

ხსარილი 14A (11)

შირსი/დაზავადება	მედიკამენტი/ფორმირება	გვერდითი მოვლენები/კომენსარი
რინოვირუსი (გაცივება) იხილეთ L1 361:51, 2003 აღმოჩენილია ბავშვების ნახევარში, რომელთაც აღენიშნებათ საზოგადოებაში შემცნილი პნევმონია; მისი როლი პათოგენეზში გაურკვეველია (CID 39:681, 2004). რინოვირუსის მაღალი სიხშირე აღინიშნება ბავშვებში, რომელთაც აქვთ მნიშვნელოვანი ქვედა რესპირაციული ტრაქტის ინფექციები (Ped. Inf dis 28:337, 2009)	ანტივირუსული მკურნალობა არ არის ნაჩვენები (Ped Ann 32:53, 2005) სიმპტომატური მკურნალობა: - ნაზალური იზარტოპროპილის ხრომიდე (2 შესურება თითოეულ ნესტოშიtid) - კლემასტინი 1.34მგ 1-2 ტაბლეტები PO bid-tid (OTC) თავი არიდეთ ცინკის პროდუქტებს (იხილეთ კომენტარი)	სიმპტომების შემცირება: იზარტოპროპილის ნაზალური სპრეი ამცირებს რინორეას და ცემინებას, პლაცებოსთან შედარებით (AnlM 125:80, 1996). კლემასტინი (ანტიჰისტამინი) ამცირებს ცემინებას, რინორეას, თუმცა ასოცირდება ცხვირის, პირისა და ყელის სიმშრალესთან 6-19%-ში (CID 22:656, 1996). ორალური პლევონარილის მიცემა დაავადების დაწყებიდან 24 საათის განმავლობაში ამცირებს ხანგრძლივობას და „გაცივების სიმპტომების“ სიმძიმეს DBPCT-ში (P<0.001) (CID 36:1523, 2003). ექინაცეა არაეფექტური აღმოჩნდა (CID 38:1367, 2004 და 40:807, 2005) - არ გამოიყენეთ! საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სათათბირო გირჩევთ, რომ სამი ურეცეპტოდ გაყიდავი გაცივების პრეპარატები, რომლებიც შეიცავს ცინკს (მაგ. ზიკამი) არ უნდა იქნას გამოყენებული, რადგან აღიწერა რამდენიმე ფაქტი საზუდამო ანისმიის (ყნოსვის დაკარგვა) (www.fda.gov/safety/medwatch/safetyinformation/safetyalertsforhumanmedicalproducts/ucm166996.html)
როტავირუსი: მოსვლითი ახალშობილთა და ბავშვებთა დიარეის წამვანი მიზეზი. რომელიც 0.5 მილიონი ბავშვის სიკვდილს იწვევს ყოველწლიურად.	ანტივირუსული მკურნალობა არ არსებობს; უმნიშვნელოვანესია ორალური რეჰიდრატაცია. ერთ კვლევიტ, ნიტაზოქსანიდი 7.5 მგ/კგ 2-ჯერ დღეში 3 დღეში იწვევდა დაავადების ხანგრძლივობის შემცირებას 75 საათიდან 31 საათამდე ეგვიპტელ ბავშვებში. როტავირუსებზე ზემოქმედება ან სხვა პარამეტრებზე არ არის განსაზღვრული. (Lancet 368:100 და 124, 2006). ნაადრევი, რეკომენდაციის გაცემა პრეპარატის რუტინულ გამოყენებაზე (Lancet 368:100, 2006).	ორი ცივხალი-ატენურებული ვაქცინა მაღალეფექტური (85% და98%) და უსაფრთხოა როტავირუსული დიარეისა პრევენციისათვის (NEJM 354; 1&23, 2006). ACIP რეკომენდაციის უწყვეს ორი ვაქცინიდან ერთ-ერთს RV1 ან RV5 (MMWR 58 (RR02):1,2009)
SARS-CoV: იხილეთ გვ. 350		
ყვავილი (NEJM 346:1300, 2002)	ყვავილის ვაქცინა (ექსპოზიციიდან 4 დღის განმავლობაში) + ციდოფოვირი (დოზირება არაა განსაზღვრული, თუმცა საფარულად, იგივე რაც CMV-ს დროს (5მგ/კგ IV კვირაში ერთჯერ 2 კვირა, რომელსაც მოყვება ყოველკვირული დოზირება. გამოყენებულ უნდა იქნეს ჰიდრატაციასთან და პრობენეციდთან ერთად; (დაუკავშირდით CDC 770-488-7100)	
კონტაქტური ვაქცინა (JAMA 288:1901, 2002)	შესაძლოა განვითარდეს ვაქცინაციის შემდგომ. პროგრესული ვაქცინა - ვაქცინა იმუნოგლობულინმა შესაძლოა მოგვეცეს სარგებელი. იმუნოგლობულინის მისაღებად, დაუკავშირდით CDC-ს: 770-488,7100. (CID 39:759,776 და 819, 2004)	
აღმოსავლეთ ნილოსის ვირუსი : იხილეთ გვ. 353		

სხრილი 148 - ანთიკონსუმი მეთაქმნაბი არაანკ საზრნაღმდებო

ნაზღის საზღაღბი ნაზღი საზღი	მორაღიღბიღიღი მორაღიღბიღიღი	მორაღიღბიღიღი
CMV (იბიღეი SANDFORD GUIDE TO HIV/AIDS THERAPY)	5 მგ/კგ IV ყოველკვირეღაღ 2 კვირა, შემდეგ ყოველ მორე კვირა. სწორად განსაზღვრეღი IV პრეკიდრატეღი ფიზიოლოღიღი სწარით და პრეზენეღიღი უნდა იქნას გამოიყენეღიღი ციღიფოღიღი ყოველ ინფუზიღიღი: 2 გ PO 3 საათით ადრე ყოველ დღიღი წინ და 1 გ დღი 2 და 8 საათიღ შემდეგ ციღიფოღიღი ინფუზიღიღი. თირკმლიღ ფუნქციეღი (პლაზმიღ კრეატინიღ და შარდიღ ციღეღი) უნდა იქნას გამოკვეღიღი ყოველ დღიღი წინ (იბიღეი შეფუთეღიღი არსეღიღი ანოტეღიღი დეტალეღი ინფორმაციღიღი). უკუნაქენეღი, თუ კრეატინიღ > 1.5 გ მგ/დღ, CrCL ≤55 მლ/წთ ან შარდიღ პროტეინი ≥100 მგ/დღ.	გვერდიღი მორეღიღი: ნეფროტოქსიკოზოზ - დღიზა-დამოკიღეღიღი პროქსიღიღი ტუბუღიღი დაზიანეღი (ფანკონიღ მსგავსი სინდრომი): პროტეინუღი, გლიკოზურია, ზიკარბონატურია, ფოსფატურია, პოღიღი (ნეფროგენული უმჯეღი დიღბეღი, L ₁ 350:413, 1997), აგიღიზი, კრეატინიღიღი მომატეღი. ფიზიოლოღიღი სწარით პრეკიდრატეღი, პროზენეღიღი მიეღი, დღიზიღბათა შორიღ გაზაგრდღიღიღი ინტერვაღიღი შესაღიღიღი ზდიღ მიღ გამოიყენეღი, თუღი მიანე მღიღ ნეფროტოქსიკოზიღი. სხვა ტოქსიღიღი გამოიღიღიღი: გუღიღ რეღ 69%, ცხეღეღ 58%, აღოვეღი 27%, მიღღი 16%, პროზენეღი ჰიკერსენსიტიკოზოზ 16%, ნეიტროპენია 29%, აღწერიღი ირიტი და უღეღი; ინტოკოღიღი წნეღიღი შემეღიღი. ზეღი ყუთიღ გაფრთიღეღი: თირკმლიღ დაზიანეღაშეიღეღი განეითარდეს 2 დღიღ შემდეგ. უკუნაქენეღიღიღიღი, რომღიღი იღბენ ნეფროტოქსიკოზ მედიკამენტიღ. აკონტროღეი WBC შემეღიღი. ცხოვეღეღი კანცეროგენული, ტერატოგენული, იწვეღი სპერმიღ შემეღიღი და განაყოფიერეღი უნარიღ დაქეღიღი. FDA-ს მიღ მოწოდეღიღი მღიღი აიღ ინფიღიღეღიღი CMV რეტინიტიღი საშკრნაღღი. კომენტარი: რეკომენდებულ დღი, სიზმრე და ინფუზიღი სიქეღ არ უნდა იყოს გადაქარბეღიღი. მკურნაღიღი ფონზთირკმლიღ დიღფუნქციღი ნიშნეღი გაშენიღი წამლიღ დღი უნდა შემეღიღი ან შეწყდეს. კრეატინიღი 0.3-0.4 მგ/დღ მომატეღიღი პლაზმაში, ციღიფოღიღი უნდა შემეღიღი 5- დან 3-მდე/კგ-ზე; ციღიფოღიღი უნდა შეწყდეს, თუ კრეატინიღი ზეღ ზღვარს გადაცდა 0.5 მგ/დღ- ით ან 3+ პროტეინუღი გაეითარდა (2+ პროტეინუღიღი, აწარმოეი მკიღრო მონიტორიღი და განხიღიღი მკურნაღიღი შეწყეღი) გამოიყენეი საინფუზიღი პამი ინფუზიღი სიქეღი საკონტროღი. გვერდიღი მორეღი: მთავარიტოქსიკოზოზ თირკმლიღ დაზიანეღა (პეიენტიღი 1/3-ში) -- კრეატინიღი მომატეღი, პროტეინუღი, ნეფროგენული უმჯეღი დიღბეღი, ↓ K ⁺ , ↓ Ca ⁺⁺ , ↓ Mg ⁺⁺ , ტოქსიკოზოზ იმატეს სხვა ნეფროტოქსიკოზი მედიკამენტიღიან ერთდღიღი დანიშენიღი [ampho B, ამინოღიკოზიღიღი და პენტამიდიღი (განსაკუღიღი მიმეღ ↓ Ca ⁺⁺)]. ადექვატურმა ჰიდრატეღიღი შეიღეღი შეამეღიღი ტოქსიკოზოზ. სხვა: თავიღ ტკიღიღი მსუბუქი (100%); დღიღიღი 100%, გუღიღ რეღ 80%, ცხეღეღ 25%, ცნ: კრუნჩღეღი. ჰემატოლოღიღი: WBC შემეღიღი, Hgb შემეღიღი. ღიღი: ღიღიღი ფუნქციეღი ტესტეღი მომატეღი. ნეიროპათია, პენიღი და ორღღი წყოღიღი. გვერდიღი მორეღიღი: ზეღ ყუთიღ გაფრთიღეღი: ციტოპენია, კანცეროგენუღიღი/ტერატოგენუღი და
ფოსკარნეტი (ფოსკავიღი)	ინდექციეღი: 90 მგ/კგ IV 1.5-2 საათიანი ინფუზია, q12h ან 60 მგ/კგ, 1 საათიანი ინფუზია, q8h შემანარუნეღიღი: 90-120 მგ/კგ IV, 2 საათიანი ინფუზია, q24h დღიღი მოღიფიღიღი თირკმლიღ დიღფუნქციღი დღი (იბიღეი ცხრიღი 17).	
განდეღიღი	IV: 5 მგ/კგ q12h 14 დღე (ინდექციეღი)	

ნაზღვის სახელწოდება ბინარული კომბინირებული	მოზრდილობისთვის ფორმირებადი ვაქცინის ტიპი	კომპონენტების/ვაქცინის მოვლენები
(ციტოვენ)	5 მგ/კგ IV q24h ან 6 მგ/კგ 5-ჯერ კვირაში (შენაწარმებული) დოზის მოდიფიცირება თირკმლის დისფუნქციის დროს (იხილეთ ცხრილი 17)	ასპერმია ცხოველებში. ნეიტროფილების საერთო მაჩვენებელი მცირდება 500/მმ ³ -ის დაბლა 15%-ში, თრომბოციტოპენია 21%, ანემია 6%, ცხელება 48%. GI 50%: გულის რევ, ღებინება, დიარეა, მუცლის ტკივილი 19%, გამონაყარი 10%. ბაღურის აშრელება 11% (სავარაუდოა ფონური დაავადების გამო). გონების დაზიანება, თავის ტკივილი, ფსიქიკური ასლილობა და კრუნჩხვები. ნეიტროპენია შესაძლებელია გამოსწორდეს გრანულოციტ მასტიმულირებელი ფაქტორის მემგვილით(G-CSF ან GM-CSF). მძიმე მიელოსუპრესია შესაძლებელია გაიზარდოს ზიდოვუდინით ან აზათიოპრინით. მკურნალობის შეწყვეტის მიზეზს 32%-ზე ნეიტროპენია წარმოადგენს. თავი მარიდეთ ექსტრაგავაზიას.
ვალგანციკლო- ვირი (ვალციტი)	450 მგ აბი, საჭმელთან ერთად მიღება. ორალური ხსნარი 50 მგ/მლ. მოზრდილების დოზა 900 მგ. მკურნალობა (ინდექსი): 900 მგ po q12h, საკვებთან ერთად. პროფილაქტიკა (შენაწარმება): 900 მგ po q24h. დოზის მოდიფიცირება თირკმლის დისფუნქციის დროს (იხილეთ ცხრილი 17A).	განციკლოვირის პრომედიკამენტი ხასიათდება უფრო მაღალი ბიოშეწვევალიდით, ვიდრე ორალური განციკლოვირი: 60% საკვებთან ერთად. ორალურთა კატეგორია C (შესაძლოა იყოს ტერატოგენული , კონტრაცეფციული გაფრთხილება ქალებისათვის) გვერდითი მოვლენები: განციკლოვირის მსგავსია, შესაძლოა გამოიწვიოს ნეიტროპენია, ანემია, თრომბოციტოპენია, მწვავე თირკმლის უკმარისობა. დიარეა(16-41%), გულისრევა (8-30%), ღებინება (3-21%). CMV რეტინიტი (მხედველობის დაზიანება): 900მგ po q12h + ინტრა ოკულარული განციკლოვირი 900 მგ po q12h X14-21 დღე, შემდეგ 900 მგ po q24h შენარჩუნებისთვის.
Herpesvirus (non-CMV) აციკლოვირი (ზოვირასი ან გენერვიკი)	დოზა: იხილეთ ცხრილი 14A სხვადასხვა ჩვენების დროს. 400 ან 800 მგ-იანი ტაბლეტები 200 მგ კაპსულა სუსპენზია 200 მგ ყოველ 5 მლ-ზე კრემი ან მალამო 5%-იანი IV ინექცია დოზის მოდიფიცირება თირკმლის დისფუნქციის დროს (იხილეთ ცხრილი 17A).	PO: ზოგადად კარგად შეთვისებადია, თუმცა ზოგჯერ შესაძლოა განვითარდეს დიარეა, თაბერუსხვევა და ართრალგია. ნაკლები სიხშირით: გამონაყარი, დალილობა, უძილობა, ცხელება, მენტრალური დარღვევები, აკნე, ყელის ტკივილი, კუნთების დაკრუნჩხვა, ლიმფადენოპათია IV: ფლებიტი, წყლოვანი ვეზიკულოზი დაზიანებები IV ინფილტრაციით, ცნს მხრივ (1%): ლეთარგია, ტრემორი, გონების დაზიანება, ჰალუცინაციები, დელირიუმი, კრუნჩხვები, კომა - ყველა შეცვედა. თირკმლებისმხრივ (5%): მომატებული კრეატინინი, ჰემატურია. მაღალი დოზებისას შეიძლება კრისტალიზაცია თირკმლის ტუბულებში და გამოიწვიოს ოსტრუქციული უროპათია (სწრაფი ინფუზია, დეკიდრატაცია, რენტული უკმარისობა და რისკი ↑ დოზის მომატებისას).ადექვატურმა პრე-ჰიდრატაციამ შეიძლება თავიდან აგავცილოს ნეფროტოქსიკურობა.ღვიძლი: ↑ ალტ, ასტ. იშვიათია: ნეიტროპენია, გამონაყარი, დიაფორეზი (ოფლის გათქვამა), პნოტენზია, თავის ტკივილი, გულის რევა.

ხსრილი 148 (2)

ნაშლის სახელწოდება ბენარქიკი (კომარცხული)	მოზრდილებსთვის დოზირება/რიგების გზა*	კომენტარები/გვერდითი მოვლენები
Herpesvirus (non-CMV)		
ფაგიკლოვირი (ფაგივირი)	125 მგ, 250 მგ, 500 მგ ტაბლეტები დოზა დამოკიდებულია ჩვენებაზე: (იხილეთ შეფუთვის ინსტრუქცია და ცხრილი 14A)	მეტაბოლიზდება პენიცილოვირად. გვერდითი მოვლენები: აციკლოვირის მსგავსია, ესენია: თავის ტკივილი, გულის რევა, დიარეა და თავბრუსხვევა, თუმცა ინციდენტობა არ განსხვავდება პლაკებოსაგან. შესაძლია მიეცეს მიუხედავად საკვების მიღებისა. დოზა უნდა შემცირდეს, როდესაც CrCL <60 მლ/წთ-ში (იხილეთ შეფუთვის ინსტრუქცია და ცხრილი 14A, გვ. 350 და ცხრილი 17A, გვ. 448). შეიძლება საკვებთან ერთად ან მის გარეშე მიიღება.
პენიკლოვირი (დენაივირი)	ტოპიკური 1%-იანი კრემი	წალსვით რეკურენტული herpes labialis-ის მიდამოში სიმპტომების დაწყებისას, შემდგომ q2h დებიდოსისას 4 დღის განმავლობაში. კარგად შეთვისებაა.
ტრიფლურიდინი (ვიროპტიკი)	ტოპიკური 1%-იანი ხსნარი: 1 წვეთი q2h (მაქსიმუმ 9 წვეთი/ დღეში) რეკურენტული რე-ეპითელიზა- ციამდე, შემდეგ დოზა მცირდება და 7 დღის განმავლობაში (1 წვეთი q4h მინიმუმ 5 წვეთი/დღე), არ გადაცილოთ 21 დღიან მკურნალობას.	მსუბუქი წვა 5%, ქუთუთის შემუშება 3%, პუნქტატური კერატოპათია, სტრომის შემუშება. გამოიყენება HSV კერატოკონიუქტივიტის ან რეკურენტული ეპითელიური კერატიტის დროს.
ვალაცეკლოვირი (ვალტრექსი)	500 მგ, 1 გ ტაბლეტები დოზირება დამოკიდებულია ჩვენებასა და თირკმლის უკმარისობაზე (იხილეთ შეფუთვის ინსტრუქცია, ცხრილი 14A და ცხრილი 17A)	აციკლოვირის ეთერული პროწამალი, რომელიც კარგად შეიწვევა, ბიომედიკაციადობა 3-5-ჯერ მეტია აციკლოვირზე. გვერდითი მოვლენები აციკლოვირის მსგავსია (იხილეთ JID 186:540, 2002). თირკმლოვანი თირკმლოვითკონიური პურპურა/პემოლიზურ ურემიული სინდრომი აღწერილია შორს წასული აივ დაავადების და ტრანსპლანტირებულ პაციენტებში, რომლებიც იღებენ კლინიკურ კვლევებში მონაწილეობას და მკურნალობენ დოზით 8 გ/დღეში.
ვალგანციკლოვირი (ვალციტი)	450 მგ აბი, საშემოსთან ერთად მიიღება. ორალური ხსნარი 50 მგ/მლ. მოზრდილების დოზა 900 მგ, მკურნალობა (ინტუქცია): 900 მგ po q12h, საკვებთან ერთად. პროფილაქტიკა (შენარჩუნება): 900 მგ po q24h დოზის მოდიფიცირება თირკმლის	განციკლოვირის პრომედიკამენტი ხასიათდება უფრო მაღალი ბიომედიკაციადობით, ვიდრე ორალური განციკლოვირი: 60% საკვებთან ერთად. ორალუთა კატეგორია C (შესაძლია იყოს ტერატოგენული , კონტრაცეფციული გაფრთხილება ქალებისათვის) გვერდითი მოვლენები: განციკლოვირის მსგავსია, შესაძლია გამოიწვიოს ნეიტროპენია, ანემია, თრომბოციტოპენია , მწვავე თირკმლის უკმარისობა . დიარეა(16-41%), გულისრევა (8-30%), ლებინება (3-21%) . CMV რეტინიტი (მხედველობის დაზიანება): 900 მგ po q12h + ინტრა ოკულარული განციკლოვირი 900 მგ po q12h X14-21 დღე, შემდეგ 900 მგ po q24h შენარჩუნებისთვის.

ნაშლის სახელწოდება ბინარული (კომპარატიული)	მოზრდილებსთვის დოზირება/მინიმალური აბა*	კომენტარები/გვარდითი მოვლენები
	დისფუნქციის დროს.	
ჰეპატიტები ადენოვირუსი დიაგნოსტიკა (ჰეპსერა)	10 მგ PO q24h (ნორმალური CrCL-ს დროს); იხილეთ ცხრილი 17A, დოზირება თირკმელების დაზიანებისას. 10 მგ ტაბლეტები	ადენოვირუსი დიაგნოსტიკის არის ადენოვირუსის პრონაშალი. ის არის აციკლოური ნუკლეოტიდების ანალოგი B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო მოქმედებით 0.2-2.5mM -სას (IC ₅₀). იხილეთ ცხრილი 9 Cmax და T _{1/2} სანახავად. აქტიური YMDD ლამივუდინ რეზისტენტული მუტანტი შტამების წინააღმდეგ და in vitro ენტეკავირ-რეზისტენტული შტამების წინააღმდეგ. იმისათვის, რომ რეზისტენტობა მაქსიმალურად შემცირდეს, შეფუთვის ინსტრუქცია იძლევა რეკომენდაციას გამოყენებულ იქნას ლამივუდინთან ერთად ლამივუდინ-რეზისტენტული ვირუსის დროს; განიხილეთ ალტერნატიული თერაპია, თუ მკურნალობის ფონზე ვირუსული დატვირთვა რჩება >1000/მლ. ძირითადად გამოიყენება თირკმლით - მთარგეთ დოზა. საჭმელთან ურთიერთქმედება არ ახასიათებს. ზოგადად, იშვიათია გვერდითი მოვლენები, თუმცა შავი ყელის გაფრთხილება ეხება ლაქტატ აციდოზს/ჰეპატო სტეატოზის და hepB-ს გამწვავებას ნუკლეოზიდების ანალოგებით მკურნალობის შეწყვეტისას; მონიტორინგი საჭიროა შეწყვეტის შემდეგ. 10 მგ/დღე დოზა იძლევა ნეფროტოქსიურობის დაყოვნებას. დააკვირდით თირკმლის ფუნქციებს, განს. პაციენტებში თირკმელების ფონური პათოლოგიით ან დაზიანების სხვა რისკებით. ორსულეში C კატეგორიის მედიკამენტი. ჰეპატიტი შეიძლება გამწვავდეს მკურნალობის შეწყვეტისას; 25%-მდე პაციენტებში განითავსება ალტ-ის 10-ჯერ მატება 12 კვირის განმავლობაში; როგორც წესი, პასუხობს მკურნალობის განახლებას ან ხდება თვითგანკურნება, თუმცა ნაწილობრივ დეკომპენსაციის შემთხვევები. არ გამოიყენო ადენოვირუსი HIV პაციენტებში.
ენტეკავირი (ბარაკლუდი)	0.5 მგ q24h. თუ რეფრაქტორული ან რეზისტენტულია ლამივუდინზე ან ტელბიფუდინზე: 1 მგ/დღე ტაბლეტები: 0.5მგ და 1მგ ორალური ხსნარი: 0.05მგ/მლ მიეცით მშვიდ კუჭზე.	ნუკლეოზიდის ანალოგი აქტიურიაHBV წინააღმდეგ, მათ შორის ლამივუდინ-რეზისტენტული მუტანტებისადმიც. აღწერილია მინიმალური გვერდითი მოვლენები: თავის ტკივილი, დაღლილობა, თავბრუსხვევა და გულის რევა პაციენტთა 22%-ში. ასევე აღწერილია ალოპეცია და ანავილაქტოიდური რეაქცია. მკურნალობის შეწყვეტის შემთხვევაში აქვს ლაქტატ აციდოზის და hepB გამწვავების პოტენციალი (შავი ყელის გაფრთხილება), როგორც ზემოთ. არ გამოიყენოთ მონოთერაპიის სახით, როგორც ანტი-რეტროვირუსული აგენტი, აივ კო-ინფიცირებულ პაციენტებში; m134 მუტაცია შეიძლება აღმოცენდეს (NEJM 356:2614, 200&). საჭიროა დოზის მოდიფიცირება თირკმლის დაზიანებისას (იხილეთ ცხრილი 17A, გვ. 448)

ხსრილი 148 (ვ)

ნაშლის სახელწოდება ბენარკი ქომატარული	მოზარდობისთვის დოზირება/მიზანობა	კომენტარები/გვარდითი მოვლენები
ჰეპატიტი		
ინფერფერონი-ალფა ხელმისაწვდომია, როგორცაღვა-2a (როგორფონ-A), ალფა-2b (ინტრონ-A) PEGინტერფერონი ალფა-2b (PEG-ინტრონი) ჰეგლირებული-40k ინტერფერონი ალფა-2a (პეგასისი)	C ჰეპატიტის სამკურნალოდ, ჩვეულებრივ როგორფონ-A და ინტრონ-A-ს დოზა არის 3 მილიონი ერთეული 3 -ჯერ კვირის განმავლობაში subQ, 0.5-1.5 მკგ/კგ subQ კვირაში 180 მკგ subQ q კვირაში	დამოკიდებულია აგენტზე, ხელმისაწვდომია შევსებული შპრიცების, ხსნარიანი ფლაკონების ან ფხვნილის სახით. ზავი ყუთის გაფრთხილება: შესაძლოა გამოიწვიოს ან დაამძიმოს სერიოზული ნეიროფსიქიატრიული მოშლილობები, აუტოიმუნური დარღვევები, იმემური მოვლენები, ინფექციები. შეწყვიტეთ მკურნალობა, თუ აქედან რომელიმეს ვარაუდობთ. გვერდითი მოვლენები: ხშირია გრიპის მაგვარი სინდრომი, განსაკუთრებით მკურნალობის პირველი კვირის განმავლობაში: ცხელება 98%, დაღლილობა 89%, მიაღვია 73%, თავის ტკივილი 71%. GI: ანორექსია 46%, დიარეა 29%. ცნს: თავბრუსხვევა 21%. ჰემორაგიული ან იმემური ინსულტი. გამონაყარი 18%, შეიძლება პროგრესირდეს სტივენ ჯონსონის სინდრომად ან ექსფოლიაციურ დერმატიტად. მძიმე დაღლილობა და ფსიქიატრიული სინდრომები აღენიშნება პაციენტთა 1/4-ს (J Clin Psych 64:708, 2003) (დეპრესია, აღზნებადობა, ემოციური ლაბილურობა და აყიტირება); განიხილეთ პროფილაქტიკური ანტიდეპრესანტების დანიშვნა. ალოპეცია, TSH. ↑, აგუტომუნი თირიოდული დარღვევები ჰიპო ან ჰიპერთირიოიდიზმით. ჰემატოლოგია: ↓ WBC 49%, ↓ Hgb 27%, ↓ თრომბოციტები 35%. აღწერილია ანტისხეულებით განპირობებული წითელი უჯრედების აპლაზია იმ პაციენტებში, რომლებიც ინტერფერონ/რიბავირინთან ერთად იღებდნენ ერთთროპოეზის-მასტიმულირებელ საშუალებებს. შევავე შეცვადი სმენის დაკარგვა ან/და ყურის შუილი პაციენტთა 1/3-ში (L1 343:1134, 1994). აღწერილია ოპტიკური ნეიროპათია (ზადურის ჰემორაგია, ზამბისებური ლაქები, ფერადი მხედველობის დაქვეითება) (AIDS18:1805, 2004). დოზა უნდა მოერგოს (ან საერთოდ შეწყდეს) ინდივიდუალურ პასუხზე ან გვერდით ეფექტებზე დაყრდნობით, და შეიძლება ვარირებდეს პროდუქტის, ჩვენების (HCV ან HBV) და გამოყენების (მონო- ან კომბინაციური-თერაპია) მიხედვით. (გადახედეთ ინდივიდუალური პროდუქტის ან რიბავირინის (თუ გამოიყენება კომბინაციაში) შეფუთვის ინსტრუქციას დეტალური ინფორმაციისთვის)

ნაშლის სახელწოდება ბინარიკი (კომპარაციული)	მოზრდილობისთვის დოზირება/მიცემის გზა*	კომენტარები/გვარდითი მოვლენები
ლამივუდინი (3TC) (ეპივირ-HBV)	დოზა ჰეპატიტი B-სთვის: 100 მგ PO q24h საჭიროა დოზის მოდიფიცირება თირკმლის დისფუნქციისას (იხილეთ შეფუთვის ინსტრუქცია) 100 მგ ტაბლეტები და ორალური ხსნარი 5 მგ/მლ	მაგი ყუთის გაფრთხილება: საყურადღებოა, რომ დოზა უფრო მცირეა, ვიდრე აივ ინფექციისას, ასე რომ, საჭიროა აივ კო-ინფექციის გამოჩენვა ამ ფორმულის გამოყენებამდე; ლაქტატაციდოზი/ლვიდოლის სტეატოზი, ღვიძლის დაავადებების გაშვავება შეიძლება განვითარდეს მედიკამენტის შეწყვეტის შემდეგ. ლამივუდინი რეზისტენტული YMDD მუტანტები შეიძლება აღმოცენდეს მკურნალობის პროცესში. გვერდითი მოვლენები: იხილეთ ცხრილი 14D
ლედინასივირ+ სოფოსბუვირი (ჰარვონი)	კომბინირებული (ლედინასივირი 90 მგ + სოფოსბუვირი 400 მგ) 1 ტაბ ერთხელ დღეში	NS5A/NS5B ინჰიბიტორის კომბინაცია HCV I გენოტიპისთვის. პირველი აგენტი რიბავირინის და ინტერფერონის გარეშე. არ სჭირდება დოზის მოდიფიცირება მსუბუქი/საშუალო ღვიძლის და თირკმლის უკმარისობის დროს, ყველაზე ხშირი გვერდითი მოვლენები: დაღლილობის შეგრძნება (16%), თავის ტკივილი (14%), გულისრევა (7%), დიარეა (3%), უძილობა (5%). ანტაციდები და H2 ბლოკატორები ხელს უშლის ლედინასივირის აბსორბციას. წამლის ხსნადობა მცირდება როცა pH იზრდება. რეკომენდირებულია ლედინასივირის და ანტაციდის მიწინააღმდეგე საათიანი შუალედით მიღება.
რიბავირინი (რებეტოლი, კოპეგუსი)	გამოიყენება C ჰეპატიტის სამკურნალოდ ინტერფერონთან ერთად. ხელმისაწვდომია 200 მგ კაპსულებით და 40მგ/მლ ორალური ხსნარის (რებეტოლი) ან 200 და 400 მგ- იანი ტაბლეტების (კოპეგუსი) სახით (იხილეთ კომენტარი დოზირებისთვის)	მაგი ყუთის გაფრთხილება: რიბავირინით HCV-ის მონოთერაპიული მკურნალობა არაეფექტურია; ჰემოლიზურმა ანემიამ შეიძლება დააჩქაროს გულის მხრივ მოვლენები; ტერატოგენული/ემბრიოციდულია (ორსულობის კატეგორია X). წამალი შეიძლება 6 თვის განმავლობაში პერსისტირებდეს, რის გამოც თავი არიდეთ ორსულობას მკურნალობის (ქალების ან მათი პარტნიორების) დასრულებიდან მინიმუმ 6 თვის განმავლობაში. ნებადართულია პაციენტებში, რომელთაც CrCl > 50მლ/წთ-ში ასევე არ უნდა იქნას გამოყენებული პაციენტებში მძიმე გულის პათოლოგიით და ჰემოგლობინოპათიებით. აღწერილია ARDS (Chest 124:406, 2003). გვერდითი მოვლენები: ჰემოლიზური ანემია (შეიძლება საჭირო გახდეს დოზის შემცირება ან შეწყვეტა), კბილის/პერიდონტული დაზიანებები და ყველა სხვა გვერდითი ეფექტი, რომელიც ახასიათებს ინტერფერონს ერთდროული გამოყენებისას (იხილეთ ზემოთ). პოსტმარკეტინგული: ზადურის აშრევება, სიმენის დაქვეითება, ზემგრძნობილი რეაქცია. იხილეთ ცხრილი 14A სპეციფიკური რეჟიმისთვის, მაგრამ დოზა დამოკიდებულია: გამოყენებულ ინტერფერონზე, წონაზე, HCV გენოტიპზე და მოდიფიცირებულია გვერდითი მოვლენების მიხედვით (განსაკუთრებით გასათვალისწინებელია ჰემოლიზის ხარისხი, სხვადასხვა კრიტერიუმები პაციენტებში გულის პათოლოგიით ან მის გარეშე). მაგალითად, რეტენტოლის საწყისი დოზა ინტრონ-A-სთან (ინტერფერონ ალფა-2b)

ნაშლის სახელწოდება განმარკირ (კომერციული)	მოზრდილობისთვის დოზირება/მიცემის გზა*	კომენტარები/გვარდითი მოვლენები
		ერთადდამოკიდებულია წონაზე: 400 მგ am და 600 მგ pm ≤ 75 კგ და 600 მგ am და 600 მგ pm > 75 კგ, მაგრამ პეინტრონთან ერთად ნებადართული დოზაა 400 მგ am და 400 მგ pm - საკმელთან ერთად. კომპლექსით peg-ინტერფერონ ალფა-2a-სთან ერთად მკურნალობის დოზა და ხანგრძლივობა პაციენტებში გენოტიპი 2-ის ან 3-ის დროს შეადგენს (800 მგ/დღე გაყოფილი 2 დოზად, 24 კვირის განმავლობაში), ხოლო გენოტიპი 1-ის ან 4-ის დროს - (1000 მგ/დღე გაყოფილი 2 დოზად წონა < 75 კგ და 1200 მგ/დღე გაყოფილი 2 დოზად წონა ≥ 75 კგ 48 კვირის განმავლობაში); HIV/HCV კო-ინფექციის მქონე პაციენტებში, დოზა 800 მგ/დღე გენოტიპის მიუხედავად. (იხილეთ ინდივიდუალური შეფუთვის ინსტრუქცია დეტალური ინფორმაციისათვის, მათ შორის საწყისი დოზის და დოზის მოდიფიცირების კრიტერიუმების (გულის დაავადებით ან მის გარეშე) სანახავად)
სიმეგრევი (ოლისიო)	150 მგ 1 კაფსულა დღეში საკვებთან ერთად + რიბავირინი და ინტერფერონი	NS3/4 ინჰიბიტორი. პაციენტები HCV 1a გენოტიპით საჭიროებენ სკრინინგს Q80K პოლიმორფიზმის გამო, თუ განვითარდა გადადიო ალტერნატიულ რეჟიმზე. უკუნაჩვენებია ორსულეში და მამაკაცებში, რომელთა პარტნიორი ქალი ფეხმძიმეა (C კატეგორია). საყურადღებოა რიბავირინთან კომბინაცია. (რისკ კატეგორია X). დოზის კორექცია არაა საჭირო მსუბუქი, საშუალო და მძიმე თირკმლის დაზიანებისას, ასევე მსუბუქი ღვიძლის დაზიანებისას. ყველაზე ხშირი გვერდითი ეფექტი (რიბავირინთან და ინტერფერონთან კომბინაციის დროს): გამონაყარი, ქავილი, გულისრევა. CYP3A ინჰიბიტორები გავლენას ახდენენ პლაზმაში სიმეგრევის კონცენტრაციაზე.
სოფოსბუვირი (სოლვადი)	400 მგ 1 ტაბლეტი po ერთხელ დღეში საკვებთან ერთად + პეგილირებული ინტერფერონი და რიბავირინი	NS5B ინჰიბიტორი 1,2,3,4 HVC გენოტიპისათვის, ეფექტურობა დამტკიცებულია ტრანსპლანტაციის მომლოდინე პაციენტებში და ასევე HIV-1/HCV კოინფექციით პაციენტებში. არ სჭირდება დოზის მოდიფიცირება მსუბუქი, საშუალო და მძიმე ღვიძლის და მსუბუქი თირკმლის დაზიანების დროს. ყველაზე ხშირი გვერდითი ეფექტი (რიბავირინთან და ინტერფერონთან კომბინაციისას): დაღლილობის შეგრძნება, თავის ტკივილი, გულის რევა, უძილობა, ანემია. რიფამპინის და st. John's ის გამოყენებამ შესაძლოა მოითხოვოს სოფოსბუვირის დოზის მოდიფიცირება.

მხრილი 148 (4)

ნაშლის სახელწოდება გენერალი (კომპარტიული)	მორფოლოგიისთვის ფორმირება/ფიზიკური მზა*	კომენტარები/გვერდითი მოვლენები
ტელზიფუდინი (ტიზეკა)	600 მგ ორალურად q24h, არ აქვს მნიშვნელობა საკვებთან ერთად მიღებას. საჭიროა დოზის მოდიფიცირება თირკმლის დისფუნქციას. CrCl < 50 მლ/წთ (იხილეთ შეფუთვის ინსტრუქცია). 600 მგ ტაბლეტები; 100 მგ ყოველ 5 მლ ხსნარში.	ორალური ნუკლეოზიდის ანალოგი, რომელიც ნებადართულია HepB-ს სამკურნალოდ. იგი მაღალეფექტურია და ლამივუდინთან შედარებით გააჩნია ვირუსული სუპრესიის უკეთესი უნარი (NEJM 357:2576, 2007). შავი ყუთის გაფრთხილება: მოიცავს ნუკლეოზიდებით განპირობებულ ლაქტატ აციდოზს/ლვიდოზის სტეატოზს და hepB-ს გაშვავების პოტენციალს მკურნალობის შეჩერებისას. ზოგადად კარგად შეთვისებადია, ახასიათებს დაბალი მიტოქონდრიული ტოქსიკურობა სხვა ნუკლეოზიდებთან შედარებით (Ann Pharmacoth 40:472, 2006; Medical Letter 49:11, 2007). აღწერილია მიალგია, მიაოპათია, რაბდომიოლიზი. პერიფერიული ნეიროპათია. გენოტიპურ რეზისტენტობის სიხშირე 4.4%-ია 1 წლის ბოლოსთვის, 21.5% მკურნალობის მეორე წლის ბოლოსთვის eAg+ პაციენტებში. ვითარდება YMDD მუტაცია ისევე, როგორც ლამივუდინის დროს. ლამივუდინთან კომბინაცია მონოთერაპიასთან შედარებით სუსტი აღმოჩნდა (hepatology 45:507, 2007).

ინფლუენზა A.

ამანტადინი (სიმეტრელი) ან რიმანტადინი (ფლუმადინი)	ამანტადინი 100 მგ კაპსულები, ტაბლეტები; 50 მგ/მლ ორალური ხსნარი და სუსპენზია. მკურნალობა ან პროფილაქტიკა: 100 მგ bid ან 100 მგ/დღეში, თუ ასაკი ≥ 65 წელი; დოზის შემცირება, თუ CrCl ≤ 50 მლ/წთ. რიმანტადინი 100 მგ ტაბლეტი, 50 მგ/5 მლ სუსპენზია. მკურნალობა ან პროფილაქტიკა: 100 მგ bid, ან 100 მგ დღიური მოხუცებულთა თავშესაფრებში მყოფ პაციენტებში ან ლვიდოზის მიმდებარე დაავადებისას ან თუ CrCl ≤ 10 მლ/წთ. გავრცელებისთვის რიმანტადინი ნებადართულია მხოლოდ პროფილაქტიკისთვის.	გვერდითი მოვლენები/ტოქსიკურობა: ცნს (წერეოზი, აღზნებადობა, კონვენტრაციის გაძნელება, თავბრუსხვევა). GI - (გულის რევა, ანორექსია). ზოგიერთი სერიოზული გვერდითი მოვლენები, როგორიცაა დელირიუმი, პალუცინაციები და კრუნჩხვები- ასოცირებულია პლაზმამი წამლის მაღალ კონცენტრაციასთან, რაც თირკმლის უკმარისობითაა განპირობებული, გასაწკვთვრებით, ხანდაზმულ პაციენტებში, რომელთაც ანამნეზში აღნიშნებათ კრუნჩხვები ან ფსიქიური აშლილობები. აქტივობა შეზღუდულია influenza A ვირუსის დროს.
---	--	--

ინფლუენზა A და B -ორივე მედიკამენტი დაიწყეთ სიმპტომების გამოვლინიდან 48 საათის განმავლობაში

ზანამივირი (რელენზა) პაციენტებში > 7 წელი მკურნალობისთვის და >5 წელი საპროფილაქტიკოდ	ფხვნილის ინჰალაცია ხდება სპეციალური მოწყობილობის მეშვეობით. ყოველი ზღისტერი შეიცავს 5 მგ ზანამივირს. მკურნალობა: ორალური ინჰალაცია 2 ზღისტერი (10 მგ) bid 5 დღის განმავლობაში. პროფილაქტიკა:	ინჰალაციით აქტიურია ინფლუენცას ორივე A და B ტიპის ნეირამინიდაზას წინააღმდეგ, რაც ამცირებს ვირუსის გამოთავისუფლებას რესპირატორული ტრაქტის ეპითელიური უჯრედებიდან. მიღებული დოზის დაახლოებით 4-17% შეიწოვება პლაზმამი. გამოიყოფა თირკმლის მიერ, თუმცა დაბალი პასორბით, დოზის შემცირება არ არის საჭიროდებული თირკმლის დაზიანების დროს. მცირე
--	--	---

ჩანაწერი სახელწოდება ბიომარკერი (კომერციული)	მომზადების/მოხმარების ფორმის/ფორმის მხარე	კომერციალური/კომერციალური მოვლენები
	ორალური ინჰალაცია 2 ბლისტერი (10 მგ) დღეში ერთხელ 10 დღის განმავლობაში (სახლის აფეთქება) ან 28 დღე (საზოგადოებაში აფეთქება)/	გვერდითი მოვლენები: <3% - ხევა, სინუსიტი, დიარეა, გულის რევა, ლეზინება. აღწერილობა მიმღებ გვერდითი მოვლენები პაციენტებში სასუნთქი გზების დაავადებით ან მის გარეშე, თავი უნდა აფარდოთ მის გამოყენებას ავადებულებში ფონური რესპირატორული პათოლოგიით. აღწერილობა ალერგიული და ნეიროფსიატრიული მოვლენები. გაფრთხილება: არ გამოიყენოთ ზანამივირის ფხვნილი სხვა ნესულაზერით ან მეტანიკურ გვერდითურთან ერთად (Medwatach-ს აღწერილობა აქვს სიკვდილობა). ზანამივირის ივ ადმინისტრირება შეიძლება „თანაგრძნობის“ მეურნალობისთვის სასწრაფო IND (IND -საკვლევი ახალი მედიკამენტი) აპლიკაციის მეშვეობით, რომელიც ხელმისაწვდომია: www.fda.gov/drugs/developmentapprovalprocess/howdrugsaredevelopedandapproved/approvalapplications/investigational/newdrugindapplication/default.html
ოსელტამივირი (ტამიფლუ) პაციენტებში ≥ 1 წელი (მეურნალობა ან პროფილაქტიკა)	მოზრდილებში: მეურნალობა 75 მგ PO bid 5 დღის განმავლობაში; 150 მგ PO bid გამოიყენება კრიტიკულ პაციენტებში ან ჰარმონიან პაციენტებში, თუმცა ეს დოზა FDA-ს მიერ არ არის მოწოდებული. პროფილაქტიკა 75 მგ PO ერთხელ დღეში 10 დღიდან 6 კვირამდე. (იხილეთ შეფუთვის ინსტრუქცია პედიატრიული დოზირებისათვის). დოზის მოდიფიცირება, თუ CrCl ≤ 30 მლ/წთ. 30მგ, 45 მგ, 75 მგ კასულებში; ფხვნილი ან ორალური სუსპენზია.	კარგად შეიწოვება (ბიოშეღწევადობა 80%) GI ტრაქტიდან, რადგან GS 4071 აქტიური ნივთიერების ეთილის ეთერია. T ½ 6-10 საათი; გამოიყოფა თირკმელებიდან შეუცვლელი სახით. გვერდითი მოვლენები: დიარეა, გულის რევა, ლეზინება, თავის ტკივილი. გულის რევა მცირდება საკმელთან ერთად მიღებისას. იშვიათად ვითარდება მიმღებ კანისმიერი გამოვლინებები (ტოქსიური ეპიდერმული ნეკროლიზი, სტივენს ჯონსონის სინდრომი, erythema multiforme). აღწერილობა დელორიუმი და პათოლოგიური ქცევა (CID 48:1003, 2009).
პარამივირი (რაპივაბი)	600 მგ IV ერთჯერადი დოზა (გაურთულებელი გრძნობის დროს)	FDA-ის რეკომენდაცია ერთჯერადი დოზა გაურთულებული გრძნობის დროს. არაა დამტკიცებული დოზა ჰოსპიტალიზირებული პაციენტებისათვის, მაგრამ 200- 400 მგ IV დღეში 5დღე გამოიყენება -კვლევის საგანია. გრძნობა H275Y ოსელტამივირზე რეზისტენტული, სამუალოდ რეზისტენტულია პარამივირზე
რესპირაციული სინციტიური ვირუსი (RSV) პალივიზუმაბი (სინავისი) გამოიყენება RSV ინფექციის პრევენციისთვის მაღალი	15 მგ/კგ IM q თვეში RSV სეზონის პერიოდში. ერთი დოზა 100 მგ ფლაკონი.	მონოკლონური ანტისხეული, რომელიც მიმართულია ვირუსის ზედაპირის F გლიკოპროტეინის წინააღმდეგ. გვერდითი მოვლენები იშვიათია, თუმცა ხანდახან ↑ ალტ, ანაფილაქსია <1/10 ⁵ პაციენტებში; შევადე პიპერსენსიტიური რეაქცია <1/1000. პოსტმარკეტინგულად აღწერილობა: ზედა სასუნთქი გზების

ბაზლის სახელწოდება ბინდარიჰი (კონდრომა)	მომრედიტაციის დონორი/ბინდარიჰი	კონდრომა/ბინდარიჰი მოვლენები
რისკის მქონე ბავშვებში		ინფექციები, შუა ყურის ანთება, ცხელება, თრომბოციტების შემცირება, რეაქტია ინფექციის ადგილას. უპირატესობა ენიჭება პოლიკლუნიური იმუნოგლობულინთან მიმართებაში (მაღალი რისკის ახალშობილებსა და ბავშვებში)
მეკეტები (იხილეთ CID 28:S37, 1999) რეჟიმები აღებულია წამლის შეფუთვების ინსტრუქციიდან და მიმართულია მხოლოდ გენიტალური ან/და პერიანალური condylomata acuminata-ს წინააღმდეგ (იხილეთ სპეციფიკური შეფუთვების ინსტრუქცია ჩვენებების, რეჟიმების და ასაკობრივი შეზღუდვების გასაცნობად)		
ინტერფერონ ალფა-2b (ინტრონA)	1 მილიონი ერთეულის ინექცია დაზიანების არეში, 3 ჯერ კვირაში ერთი დღის გამოტოვებით 3 კვირის განმავლობაში. მაქსიმუმ 5 დაზიანებული არე ერთი კურსის განმავლობაში.	ინტერფერონმა შეიძლება გამოიწვიოს გრიპის მაგვარი დაავადება ან სხვა სისტემური ეფექტი. 88%-ს აღენიშნებოდა მინიმუმ ერთი გვერდითი ეფექტი. ზავი ყუთის გაფრთხილება: ალფა ინტერფერონმა შეიძლება გამოიწვიოს ან დაამძიმოს ნეიროფსიქიატრიული, ავტოიმუნური, იმეიური და ინფექციური დაავადებები.
ინფერფერონ ალფა-N3 (ალფერონ N)	0.05 მლ ინექცია ყოველი მეკეტის ფუძეში, 0.5 მლ მაქსიმუმ ერთ სესიაზე, 2-ჯერ კვირაში 8 კვირამდე.	გრიპის მაგვარი სინდრომი და ჰიპერმონოკლონიური რეაქციები. წინააღმდეგაწვენიერია თავისი IgG, კვერცხის ცილის ან ნეომიციინის მიმართალერგიის დროს.
იმეკვიმოდი (ალდარა)	5%-იანი კრემი. თხელი ფენის წასმა ძილისწინ, ჩამოხანება 6-10 საათის შემდეგ სამჯერ კვირაში მაქსიმუმ 16 კვირის განმავლობაში.	ერთივმა, ქავილი, წვა, ერიოზები. გრიპის მაგვარი სინდრომი, მზის დაწვრობის მიღების გაზრდილი რისკი (თავი არიდეთ UV)
პოდოფილოქსი (კოლილოქსი)	0.5%-იანი გელი ან ხსნარი სამჯერ დღეში 3 დღის განმავლობაში, შემდეგ 4 დღე დასვენება; შესაძლებელია ამ ციკლის 4-ჯერ გამეორება.	ადგილობრივი რეაქციები - ტკივილი, წვა, ანთება 50%-ში შეიძლება დაწყულდეს. შეზღუდვით ერთჯერადად სამკურნალო არეალი.
სინეკატექინები (ვერეგენი)	15%-იანი მალაჰო. წისკით ყოველ მეკეტზე + 0.5 სმ რადიუსით ირგვლივ 3-ჯერ დღეში, განკურნებამდე, მაგრამ არა უმეტეს 16 კვირისა.	წასმის ადგილის რეაქციები, რომლებიც შეიძლება დამთავრდეს დაწყალულებით, ფიზიოზით, ურთერული მილის სტენოზით ან სუპერინფექციით.

**ხსრილი 14C -მავრნალობადამუშავდებარებულივათოგანუარკრუსაბისსაზნაღმდებოდ
შემოთავაზებულიანდივირუსულიწმენაკაშენებისშეპნება**

ვირუსი	ანტივირუსული აგენტი														
	ავიკლოვირი	ამანტადინი	ადენოვირი ქეტეპევირი ლაბიფლუდინი ტენოფოვირი	ბოცემპევირი ტელაპრევირი	ციდოფოვირი	ფამციკლოვირი	ფოსკარნეტი	განციკლოვირი	ალფა-ინტერფერონი ან PEG INF	ოსელტამივირი	რიბავირინი	რიმანტადინი	ვალეციკლოვირი	გალსაცევიკლოვირი	ჰეპატიტი
ადენოვირუსი	-	-	-	-	+	-	-	±	-	-	-	-	-	±	-
BK ვირუსი	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ციტომეგალოვირუსი	±	-	-	-	+++	±	+++	+++	-	-	-	-	±	+++	-
B ჰეპატიტი	-	-	+++	-	-	-	-	-	+++	-	±	-	-	-	-
C ჰეპატიტი	-	-	-	+++*	-	-	-	-	+++*	-	+++*	-	-	-	-
Herpes Simplex ვირუსი	+++	-	-	-	++	+++	++	++	-	-	-	-	+++	++	-
ინფლუენზა A	-	±**	-	-	-	-	-	-	-	+++*	-	±**	-	-	+++
ინფლუენზა B	-	-	-	-	-	-	-	-	-	++	-	-	-	-	++
JC ვირუსი	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
რესპირაციულ სინციტიური ვირუსი	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-
ვარიცელა ზოსტერ ვირუსი	+	-	-	-	+	++	++	+	-	-	-	-	+++	+	-

* პირველი რიგის მგრუნალობა = IFN + რიბავირინი ან ბოცეპრევირი ან ტელაპრევირი, გენოტიპი 1-ის შემთხვევაში

არ არის CDC-ს მიერ რეკომენდებული რეზისტენტობის მაღალი პრევალენტობის გამო

*** რეზისტენტობის მაღალი დონე H1N1 (ლორის არა) 2008-ში; ლორის H1N1 მგრძნობიარეა.

- = არააქტიური ± = შესაძლო აქტივობა + = აქტიური, მე-3 რიგის პრეპარატი (ყველაზე ნაკლებ კლინიკურად აქტიური)

++ = აქტიური, მე-2 რიგის პრეპარატი (ნაკლებ კლინიკურად აქტიური) +++ = აქტიური, 1-ელი რიგის თერაპია (ჩვეულებრივ, კლინიკურად აქტიური)

ხსრილი 14D - ანტირეტროვირუსული თერაპია (ART) არანამკურნალებ აივ ინფიცირებულ მოზრდილებში
(დამატებითი ინფორმაციისთვის იხილეთ SANDFORD GUIDE TO HIV/AIDS THERAPY 2013)

A. მიმოხილვა

- ანტირეტროვირუსული თერაპია (ART) არანამკურნალებ აივ ინფიცირებულ მოზრდილებში
- გზამკვლევი: www.aidsinfo.nih.gov და IAS-USA JAMA 312:410,2014-ში
- რეჟიმები მოიცავს:
 - ორი ნუკლეოზიდის ანალოგი რევერს ტრანსკრიპტაზას ინჰიბიტორი (ნრტი) პლუს ერთერთი:
 - არა ნუკლეოზიდური რევერს ტრანსკრიპტაზას ინჰიბიტორი (ანრტი) ან
 - პროტეაზას ინჰიბიტორი (პი) ან
 - სტანდარტული-ტრანსფერ ინტეგრეზას ინჰიბიტორი (სტიი)
- მედიკამენტის შერჩევისას გათვალისწინებულ უნდა იქნას მრავალი ფაქტორი, მათ შორის:
 - აივ რეზისტენტობის ტესტის შედეგი
 - ორსულობა (მაგ. თავი აარიდეთ ეფავირენზის დანიშვნას, განსაკუთრებით პირველ ტრიმესტრში, როდესაც ხდება ნერვული ღეროს ჩამოყალიბება - ორსულობის რისკ კატეგორია D)
 - აივ სტატუსი (მაგ. ნევირაპინი უკუნაჩვენებია ქალებში CD4>250 და მამაკაცებში CD4>400)
 - პოტენციური წამალთა შორის ურთიერთქმედება ან გვერდითი მოვლენები; განსაკუთრებული ფოკუსირება საჭიროა მედიკამენტის შეთვისებადობაზე (სულ მცირე გვერდითი მოვლენებიც კი ვნებს მკურნალობის რეჟიმის დაცვას)
 - კო-მორბიდიზმი (მაგ. პროტეაზას ინჰიბიტორების (პი) ლიპიდურ ცვლაზე ზემოქმედება, ღვიძლის და თირკმლის დაავადები, კარდიოვასკულური დაავადებები, ფსიქიატრიული დაავადებები)
 - დოზირების მოხერხებულობა.
 - HLA-B5701 ტესტირება აბაკავირის (ABC) დანიშვნამდე
 - კორექტორის ტოპოიზმის ტესტი, თუ განიხილება მარავიროკის (MVC) დანიშვნა

მკურნალობა ეფუძნება შემდგომ პრინციპებსა და ცნებებს:

- მკურნალობის მიზანია არის ვირუსული რეპლიკაციის მაქსიმალური ინჰიბირება, რაც ორგანიზმს საშუალებას მისცემს აღიდგინოს და განიმტკიცოს ეფექტური უმუნური პასუხი, რომელიც დაყოფილს აივ-დაცავშირებულ ავადობას.
- მკურნალობის სამიზნე არის ვირუსის არაგანსაზღვრადი დონის მიღწევა ყველა პაციენტში, მიუხედავად დაავადების სტადიისა ან მკურნალობის რეჟიმისა
- რაც უფრო დაბალი დონე იქნება ვირუსული რწმ-ის დონე, მით უფრო ნაკლებად მოხდება წამალ რეზისტენტული მუტაციების აკუმულირება და თერაპიული ეფექტი უფრო ხანგრძლივად შენარჩუნდება
- იმისათვის, რომ მიღწეული იქნას ვირუსული რწმ-ის მაქსიმალური და ხანგრძლივი სუპრესია, საჭიროა პოტენტური ანტირეტროვირუსული მედიკამენტების კომბინაცია და მკურნალობის რეჟიმის სწორი დაცვა.
- ვირუსოლოგიური უმჯდევია განისაზღვრება, თუ ვირუსული დატვირთვა>200მკ/მლ
- მკურნალობის რეჟიმების შერჩევა უნდა მოხდეს, როგორც ინდივიდუალური პაციენტისათვის, ისევე ვირუსისათვის. ანტირეტროვირუსული თერაპიის დაწყებამდე უნდა გაკეთდეს რეზისტენტობის ტესტი (გენოტიპირება). ანტირეტროვირუსული მედიკამენტების ტოქსიურებაზე შეიძლება გამოიწვიოს მკურნალობის რეჟიმის დარღვევა, რასაც საბოლოოდ, მიიღე უარყოფითი ეფექტი მოჰყვება. ფრთხილად შეამოწმეთ სპეციფიურ რისკებზე ყოველი პაციენტი, გაითვალისწინეთ არჩეულ კომბინაციურ მედიკამენტთა და კონკურენტულ პრეპარატთა შორის ურთიერთქმედება, განსაზღვრეთ დოზირება წონის, ღვიძლისა და თირკმლის დისფუნქციის და სავარაუდო ფარმაკოკინეტიკური ურთიერთქმედებების მიხედვით.

B. უპირატესი რეჟიმი (არა ორსული)

ერთ ტაბლეტიანი კომბინაცია	• ატრიპლა (ტენოფოვირი/ემტრიციტაბინი/ეფავირენზი) 1 აბი დღეში ერთჯერ ან • სტრინილი (ელვიტეგრავირ/კოზივისტატი/ემტრიციტაბინი/რილპივირინი) 1 აბი ერთჯერ დღეში ან • კომპლურა/ევიალურა (ემტრიციტაბინი/ტენოფოვირი/რილპივირინი) 1 აბი დღეში ერთჯერ საკვებთან ერთად (თავი აარიდეთ, თუ VL>100 000cop/ml) ან • ტრეუმევი (აბაკავირი/3TC /დოლუტეგრავირი) 1 აბი დღეში (იხილეთ გაფრთხილება ქვემოთ) ან • ტრუვადა (ტენოფოვირი/ემტრიციტაბინი) + ეფავირენზი თითო აბი დღეში ერთჯერ ან • ეაზიკომი/კივექსა (აბაკავირი/3TC) + ეფავირენზი თითო აბი დღეში ერთჯერ (იხილეთ გაფრთხილება ქვემოთ) ან
ანტრი მრავალ ტაბლეტიანი რეჟიმი (აარჩიეთ ერთი)	• ტრუვადა (ტენოფოვირი/ემტრიციტაბინი) + ატაზანავირ/რიტ თითო აბი დღეში ერთჯერ ან • ეაზიკომი/კივექსა (აბაკავირი/3TC) + ატაზანავირ/რიტ თითო აბი დღეში ერთჯერ (იხ. გაფრთხილება ქვემოთ) ან • ტრუვადა (ტენოფოვირი/ემტრიციტაბინი) + დარუნავირ/რიტ თითო აბი დღეში ერთჯერ ან • ტრუვადა (ტენოფოვირი/ემტრიციტაბინი) + რალტეგრავირი თითო აბი დღეში ერთჯერ ან • ტრუვადა (ტენოფოვირი/ემტრიციტაბინი) + დოლუტეგრავირი თითო აბი დღეში ერთჯერ ან • ეაზიკომი/კივექსა (აბაკავირი/3TC) + დოლუტეგრავირი თითო აბი დღეში ერთჯერ (იხილეთ გაფრთხილება ქვემოთ) ან
რიტონავირით ზუსტირებული პი მრავალ ტაბლეტიანი რეჟიმები (აარჩიეთ ერთი)	
სტეიინსტი მრავალ აბიანი რეჟიმები	

- ანტრი - არა ნუკლეოზიდური რევერს ტრანსკრიპტაზას ინჰიბიტორი (ანტრი), პი - პროტეაზას ინჰიბიტორი, სტეი - სტანდარტული-ტრანსვერ ინტეგრეზას ინჰიბიტორი, /რიტ - რიტონავირ ზუსტირებული
- გაფრთხილება:
 - ეაზიკომი/კივექსა (აბაკავირი/3TC) შემცველი რეჟიმი: გამოიყენეთ HLA-B*57:01 ნეგატიურ პაციენტებში. აბაკავირი გამოიყენეთ სიფრთხილით, თუ მკურნალობის დაწყებამდე აივ რნმ>100 000cop/ml (არ ეხება მკურნალობის რეჟიმში შედის დოლუტეგრავირი)
 - არ გამოიყენოთ ნევირაპინი ქალებში CD4>250 და მამაკაცებში CD4>400. შესაძლოა გამოიწვიოს ჰიპერსენსიტიურობა
- კო-ფორმულაცია ზრდის მკურნალობისადმი დამყოლობას, თუმცა ზოგ შემთხვევაში უმჯობესია მედიკამენტთა ცალ-ცალკე დანიშვნა, როცა საჭიროა დოზის მოდიფიცირება თირკმლის დაავადების დროს.
- რილპივირინი საუკეთესოა, როცა აივ რნმ<100 000cop/ml
- რალტეგრავირი 800მგ ერთჯერ დღეში არ არის ისეთივე ეფექტური, როგორც 400მგ ორჯერ
- ATV/r არ უნდა იქნას გამოყენებული პაციენტებში, რომელთაც სჭირდებათ >20მგ ომეპრამაზოლის ექვივალენტი დღეში.

ხსრილი 14D (2)

C. აღრეტნატული რეჟიმი (არა-ორსული)

ანრტი მრავალ ტაბლუტიანი რეჟიმი (არჩიეთ ერთი)	• ეზიკომი/კივექსა (აბაკავირი/3TC) + რილვირინი თითო აბი დღეში ერთჯერ (იხილეთ გაფრთხილება ქვემოთ) ან • ეზიკომი/კივექსა (აბაკავირი/3TC) + ნევირაპინი თითო აბი დღეში ერთჯერ (იხილეთ გაფრთხილება ქვემოთ) ან • ტრუვადა (ტენოფოვირი/ემტრიციტაბინი) + ნევირაპინი თითო აბი დღეში ერთჯერ (იხილეთ გაფრთხილება ქვემოთ) ან
რიტონავირით ზუსტირებული პი მრავალ ტაბლუტიანი რეჟიმში (არჩიეთ ერთი) /c = cobicistat /r = ritonavir	• ეზიკომი/კივექსა (აბაკავირი/3TC) + ატაზანავირი/c თითო აბი დღეში ერთჯერ (იხ. გაფრთხილება ქვემოთ) ან • ტრუვადა (ტენოფოვირი/ემტრიციტაბინი) + ატაზანავირი/c თითო აბი დღეში ერთჯერ ან • ტრუვადა (ტენოფოვირი/ემტრიციტაბინი) + დარუნავირი/c თითო აბი დღეში ერთჯერ ან • ეზიკომი/კივექსა (აბაკავირი/3TC) + დარუნავირი/c თითო აბი დღეში ერთჯერ (იხილეთ გაფრთხილება ქვემოთ) ან • ეზიკომი/კივექსა (აბაკავირი/3TC) + დარუნავირი/r თითო აბი დღეში ერთჯერ (იხილეთ გაფრთხილება ქვემოთ) ან • ეზიკომი/კივექსა (აბაკავირი/3TC) + კალეტრა (ლოპინავირი/რიტ) თითო აბი დღეში ერთჯერ (იხილეთ გაფრთხილება ქვემოთ) ან • ტრუვადა (ტენოფოვირი/ემტრიციტაბინი) + კალეტრა (ლოპინავირი/რიტ) თითო აბი დღეში ერთჯერ • დარუნავირი/რიტ 1 აბი ერთჯერ დღეში საკვებთან ერთად + რალტეგრავირი 400მგ ორჯერ დღეში ან • კალეტრა (ლოპინავირი/რიტ) 1 აბი დღეში ერთჯერ + რალტეგრავირი 400მგ ორჯერ დღეში ან • კალეტრა (ლოპინავირი/რიტ) + ლამივუდინი თითო აბი დღეში ერთჯერ
ნუკლეოზიდ შეზღუდული (ან ლიმიტირებული) რეჟიმები	

- **ნევირაპინი 400 მგ** (ვირაბუნი XR) უპირატესი ფორმულაციაა.
- ნევირაპინი სიფრთხილით უნდა იქნას გამოყენებული აბაკავირთან ერთად იდიოსინკრაზული ჰიპერსენსიტიურობის რისკის შესაძლო ზრდის გამო
- ეტრავირინი და რილვირინი ნაჩვენებია ზოგ პაციენტში, რომელთაც აღენიშნებათ NNRT-დმი რეზისტენტობის მუტაციები მაგ. K103N. რეკომენდებულია ექსპერტების რეკომენდაცია
- რილვირინი არ უნდა იქნას გამოყენებული პროტონის ტუმპოს ინჰიბიტორებით მკურნალობისას
- ბუსტირებული პი შესაძლოა დაინიშნოს დღეში ერთჯერ ან ორჯერ
- კობიცისტატი ამჟამად ხელმისაწვდომია, როგორც პი-ს შემცველი აგენტი
- არაბუსტირებული პი არ არის რეკომენდებული
- მარავიროკი არ არის რეკომენდებული საწყისი მკურნალობის მიზნით, იგი შესაძლოა გამოყენებულ იქნეს რეზისტენტობის შემთხვევაში და როგორც მეორე რიგის თერაპია

D. ორსულთა რეჟიმი

• მკურნალობის დაწყების დრო და მედიკამენტის არჩევანი უნდა იქნას ინდივიდუალიზებული • სასურველია ჩატარდეს აივ რეზისტენტობის ტესტი • მედიკამენტების გრძელვადიანი ეფექტები უცნობია • ზოგიერთი მედიკამენტი საზიანოა ან უკუჩვენებია (დიდიანოზინი, სტავუდინი, ეფავირენზი)	• კომბივირი (ზიდოვუდინ/ლამივუდინი) 1 აბი ორჯერ + ნევირაპინი 1 აბი ერთჯერ დღეში 14 დღე, შემდეგ 1 აბი ორჯერ • კომბივირი (ზიდოვუდინ/ლამივუდინი) 1 აბი ორჯერ + კალეტრა 2 აბი ორჯერ დღეში
--	---

ხსრილი 14D (3)

1. მედიკამენტი ან მედიკამენტები, რომლებიც არ არის რეკომენდებული იყოს ანტირეტროვირუსული რეჟიმის შემადგენლობაში		
a. საქვინავირის მაგარი გელიანი კაპსულა ან ტაბლეტი (ინვირაზი), დარუნავირი, ან ტიპრანავირი, როგორც ცალკე PI-თ ბუსტირების გარეშე	ბიოდელწვევადობა მხოლოდ 4%; სუსტი ანტირეტროვირუსული აქტივობა	გამონაკლისი არ არის
b. სტავუდინი + დიდანოზინი	ტოქსიკურობის მაღალი სიხშირე: პერიფერიული ნეიროპათია, პანკრეატიტი და მიტოქონდრიული ტოქსიკურობა (ლაქტატ აციდოზი). ორსულებში: ლაქტატაციდოზი, ღვიძლის სტეატოზი ± პანკრეატიტი	ტოქსიკურობა ნაწილობრივ გადაიწონება კომბინაციის ძლიერი ანტირეტროვირუსული აქტივობით. გამოიყენეთ მხოლოდ მაშინ, როდესაც პოტენციური სარგებელი მეტია რისკებზე.
c. ეფავირენზი ორსულებში ან ქალებში, რომლებიც შეიძლება დაორსულდნენ	ტერატოგენობა გამოვლენილია პრ임ატებში. ორსულობის კატეგორია D - შესაძლებელია გამოიწვიოს ნაყოფის დაზიანება	მხოლოდ მაშინ, თუ სხვა არჩევანი არ არის; ძირითადი რისკი აღინიშნება პირველ ტრიმესტრში (პირველი 4-6 კვირა, როდესაც ხდება ნაყოფის ნერვული ღეროს ფორმირება). გაითვალისწინეთ, რომ მხოლოდ ორალური კონტრაცეპტივები ვერ უზრუნველყოფენ ორსულობის საიმედო პრევენციას იმ ქალებში, რომლებიც იტარებენ ART ან სხვა თერაპიას (იხილეთ ინდივიდუალური აგენტების უსაფრთხოება და ტოქსიკურობა www.aidsinfo.nih.gov)
d. სტავუდინი + ზიკუდინი	ანტაგონისტური	გამონაკლისი არ არის
e. ატაზანავირი + ინდინავირი	პიპერზილირუბინემიის დამატებითი რისკი	გამონაკლისი არ არის
f. ემტრიციტაბინი + ლამივუდინი	ერთი და ორივე სამიზნე და რეზისტენტობის პროფილი	გამონაკლისი არა არის
g. აბაკავირი + ტენოფოვირი	K65R მუტაციის სწრაფი განვითარება; ეფექტის კარგვა	შესაძლებელია თავიდან იქნას აცილებული, თუ მკურნალობის რეჟიმში ჩაერთვება ზიდოდუდინი; შესაძლებელია იყოს არჩევანი გადარჩენის თერაპიასას, მაგრამ არა მკურნალობის ადრეულ ეტაპზე.
h. ტენოფოვირი + დიდანოზინი	შემცირებული CD4 უჯრედების ზრდის ტემპი, შესაძლებელია K65R მუტაციის განვითარება	გამოიყენეთ სიფრთხილით. დიდი ალბათობით ზრდის ddI-სკონცენტრაციას და მის ტოქსიკურობას.
i. აბაკავირი + დიდანოზინი	არასაკმარისი მონაცემებია არანამკურნალებ პაციენტებში	გამოიყენეთ სიფრთხილით.

ხსრილი 14D (3)

E. ანტირეტროვირუსული მედიკამენტების შერჩეული მახასიათებლები (CPE= CSF შეღწევადობის ეფექტურობა)

1. ნუკლეოზიდური ან ნუკლეოტიდური უკუტრანსკრიპტაზას ინჰიბიტორების (NRTIs) შერჩეული მახასიათებლები

ყველა აგენტს აქვს შავი ყუთის გაფრთხილება: ლაქტატ აციდოზის/ლეიშმანის სტატუსის რისკი. ასევე, შეფუთვის ინსტრუქციაში მითითებულია ცხიმის გადანაწილების /ავსულობის რისკი ARV თერაპიის დროს. კომბინაციებისათვის - იხილეთ გაფრთხილებები ცალკეული კომპონენტების მიმართ.

* CPE (ცნს-ში შეღწევადობის ეფექტურობა) ხარისხი: 1 = დაბალი, 2-3 = საშუალო; 4 = ყველაზე მაღალი ცნს შეღწევადობა (AIDS 25:357, 2011))

გენერაცი/კომერციული სახელი	ფარმაცევტული პრეპარატი	მოზრდილთათვის ჩვეული დოზა და საკვების ზეგავლენა	PO შეწოვა %	პლაზ-მაში T ½ სთ	უჯ-რედ-ში T ½ სთ	CPE*	ელიმინაცია	ძირითადი გვერდითი მოვლენები/კომენტარი (იხილეთ ცხრილი 14E)
აბაკავირი (ABC; ზიადენი)	300 მგ ტაბლეტები ან 20 მგ/მლ ორალური ხსნარი	300 მგ PO bid ან 600 მგ PO q24h საკვებისგან დამოუკიდებლად	83	1,5	20	1	მეტაბოლიზმი ღვიძლში, მეტაბოლიტების თირკმლით ექსკრეცია, 82%	ჰიპერსენსიტიზირების რეაქცია: ცხელება, გამონაყარი, გულისრევა/ღებინება, დაღლილობა, დიარეა, მუცლის ტკივილი, რესპირატორული სიმპტომები (მძიმე რეაქციები შესაძლოა გაიზარდოს 600 მგ დოზირებისას). არ დააყოვნოთ! შეატყობინეთ 800-270-0425. მედიკამენტის დანიშვნამდე უნდა ჩატარდეს HLA-B*5701 ტესტი. იხილეთ კომენტარები ცხრილში 14E. კვლევები გვაფრთხილებენ ABC/3TC რეჟიმის არ გამოყენების შესახებ იმ პაციენტებში, რომელთა VL≥ 100,000 (www.niaid.nih.gov/news/newsreleases/2008/actg5202_bulletin.html). სადაც კარდიოვასკულური შემთხვევების ზრდა ABC-ის გამოყენებისას. დიდი მეტაანალიზით გამოვლინდა, რომ რისკი არ იზრდება (JAIDS 61, 441, 2012)
აბაკავირ(ABC)/ ლამივუდინი (ეპზიკომი ან კოვექსა)	შემოგარსული აბები ABC 600 მგ + 3TC 300 მგ	ერთი აბი დღეში (არ არის რეკომენდებული)	იხილეთ ცალკეული კომპონენტები					(იხილეთ კომენტარები ცალკეული კომპონენტების შესახებ).
აბაკავირ (ABC)/ ლამივუდინი (3TC)	შემოგარსული აბები:	1 აბი ერთჯერ დღეში PO						შავი ყუთის გაფრთხილება ეხება ABC ჰიპერსენსიტიზირების რეაქციას. შავი ყუთის გაფრთხილება - შეზღუდული მონაცემები VL>100,000

/დოკუმენტაციის (DTV) ტრეკინგი	ABC 300 მგ + 3TC 150 მგ + DTV 50 მგ							/მლ. არ არის რეკომენდებული, როგორც საწყისი თერაპია, სუსტი ვირუსული ეფექტურობის გამო.
დიდმოზონი (ddl; ვიდექსი ან ვიდექს EC)	125, 200, 250, 400 შემოგარსული კაფსულები. 100, 167, 250 მგ ფხვნილი ორალური ხსნარისთვის	≥ 60 კგ, ჩვეულებრივ 400 მგ კაპსულა PO q24h 0.5 საათით ადრე ჭამამდე ან 2 საათით გვიან ჭამიდან. არ დაფხვანთ. <60 კგ: 250 მგ EC PO q24h. საკვები ამცირებს მედიკამენტის დონეს, იხილეთ კომენტარი	30-40	1.6	25-40	2	თირკმლის- მიერი ექსკრეცია, 50%	პანკრეატიტი , პერიფერიული ნეიროპათია, ლაქტატ აციდოზი და ღვიძლის სტეატოზი (იშვიათი, თუმცა სიცოცხლისათვის საშიში, განსაკუთრებით, თუ ორსულობის დროს გამოყენებულია სტაუდინთან კომბინაციაში). ბადურის და ოპტიკური ნერვის დაზიანება. ზოგადად, TDF + ddl კომბინაციის თავს არიდებენ, მაგრამ თუ გამოიყენება , dld-ის დოზა უნდა შემცირდეს 400-დან 250 მგ-მდე q24h (250-დან 200-მდე მოზრდილებისთვის <60 კგ). საჭიროა ტოქსიურობის ზრდის და შესაძლო ეფექტურობის შემცირების მონიტორინგი; შესაძლებელია შეამციროს CD4 მაჩვენებლები. შესაძლოა გამოიწვიოს სარაციოზული პორტული ჰიპერტენზიასთან.

ხსრილი 14D (4)

E. ანტირეტროვირუსული მედიკამენტების შერჩეული მახასიათებლები (CPE= CSF შეღწევადობის ეფექტურობა)

გენერირი/კომერციული სახელი	ფარმაცევტული პრეპარატი	მოზრდილთათვის ჩვეული დოზა და საკვების ზეგავლენა	PO შეწოვა %	პლაზმაში T ½ სთ	უზრედ-შიდა T ½ სთ	CPE*	ელიმინაცია	ძირითადი გვერდითი მოვლენები/კომენტარი (იხილეთ ცხრილი 14E)
ემტრიციტაბინი (FTC, ემტრივა)	200 მგ კაპს 10 მგ/მლ ორალური ხსნარი	200 მგ po q24h საკვებისგან დამოუკიდებლად	93 (კაპსულა) 75 (ორალური ხსნარი)	დაახლ. 10	39	3	თირკმლის-მიერი ექსკრეაცია 86%, მცირე ბიოტრანს-ფორმაცია, 14% გამოიყოფა განავლით	კარგად შეთვისებადი: იშვიათად თავის ტკივილი, გულის რევა, ღებინება, დიარეა, გამონაყარი კანზე. კანის ჰიპერპიგმენტაცია. ცოტათი განსხვავდება ლამიფუდინის სტრუქტურისგან (5-ფლუორო ჩანაცვლება). აღწერილია HepB გამწვავება FTC შეჩერების შემდეგ, რის გამოც საჭიროა ასეთი პაციენტების მონიტორინგი სულ მცირე რამოდენიმე თვის განმავლობაში; ზოგიერთს შესაძლოა დასჭირდეს ანტი-HBV მკურნალობა.
ემტრიციტაბინი/ტენოფოვირის დისოპროქსილ ჰუმარატი (TRUVADA)	შემოგარსული აბები: FTC 200 მგ + TDF 300 მგ	1 აბი PO q24h, როდესაც CrCL ≥ 50 მლ/წთ საკვებისგან დამოუკიდებლად	92/25	10/17	—	(იხი-ლეთ ნდ, კომპონენტები)	ძირითადად რენული/რენული	კომენტარები იხილეთ ცალკეულ მედიკამენტებზე. მაგი ყუთის გაფრთხილება - HepB გამწვავება FTC შეჩერების შემდეგ. თუმცა უპირატესია HBV/HIV კომბინირებული პაციენტებში არა არის რეკომენდებული 18 წლამდე ასაკის პაციენტებში (იხილეთ გაფრთხილებები ცალკეული კომპონენტებისთვის) აღწერილია Hep B-ს გამწვავება მკურნალობის შეწყვეტის შემდეგ; ზოგიერთს ესაჭიროება ანტი-HBV მკურნალობა. (უპირატესია ტენოფოვირი) ორსულობის D კატეგორია - შესაძლოა გამოიწვიოს ნაყოფის დაზიანება. ერიდეთ ორსულებში ან იმ ქალებში გამოყენებას, რომლებიც შესაძლოა დაორსულდნენ.
ემტრიციტაბინი/ტენოფოვირი/ეფავირენზი (ATRIPLA)	შემოგარსული აბები: FTC 200 მგ + TDF 300 მგ + ეფავირენზი 600 მგ	1 აბი PO შიშვით, უკეთესია ძილის წინ. არ გამოიყენოთ თუ CrCL ≤ 50 მლ/წთ	იხილეთ ცალკეული კომპონენტები					
ემტრიციტაბინი/ტენოფოვირი/რილპირენინი (COMPLERA)	შემოგარსული აბები: FTC 200 მგ + TDF 300 მგ +	1 აბი PO q24h საკვებთან ერთად	იხილეთ ცალკეული კომპონენტები					იხილეთ ცალკეული კომპონენტები. უპირატესი სამუალები პაციენტებში, რომელთაც აივ რნმ დონე <100,000/მლ. არ გამოიყენოთ პროტონის ტუმბოს

გენერირი/კომერციული სახელი	ფარმაცევტული პრეპარატი	მოზრდილთათვის ჩვეული დოზა და საკვების ზეგავლენა	PO შეწოვა %	პლაზ-მაში T ½ სთ	უჯრედ-შიდა T ½ სთ	CPE*	ელიმინაცია	ძირითადი გვერდითი მოვლენები/ კომენტარი (იხილეთ ცხრილი 14E)
EVIPLEA) ლამივუდინი (3TC, ეპივირი)	RPL 25 მგ 150, 300 მგ აბები, 10 მგ/მლ ორალური ხსნარი	150 მგ PO bid ან 300 მგ PO q24h საკვებისგან დამოუკიდებლად	86	5.7	18	2	თირკმლის- მიერი ექსკრეცია, მინიმალური მეტაბო- ლიზმი	ინჰიბიტორებთან ერთად. გამოიყენეთ აივ დოზა, და არა Hep B დოზა. ჩვეულებრივ კარგად ტოლერირებადია. Hep B-ს გაწვევების რისკი 3TC მოხსნის შემდეგ, რის გამოც საჭიროა ასეთი პაციენტების მონიტორინგი სულ მცირე რამდენიმე თვის განმავლობაში; ზოგიერთს შეიძლება დასჭირდეს ანტი-HBV მკურნალობა.
ლამივუდინი/ აბაკავირი (ეპზიკომი)	შემოგარსული აბები: 3TC 300 მგ + აბაკავირი 600 მგ	1 აბი q24h საკვებისგან დამოუკიდებლად. არ არის რეკომენდებული, თუ CrCL<50 მლ/წთ ან ღვიძლის დარღვეული ფუნქციებისას	86/86	5-7/1.5	16/20	იხილეთ ალკეულ კომპონე- ნტები	ძირითადად თირკმლის- მიერი/ მეტაბოლი- ზმი	იხილეთ კომენტარები ცალკეულ კომპონენტებზე. გაითვალისწინეთ შავი ყუთის გაფრთხილება აბაკავირის პიპერსენსიტიურობაზე (მძიმე რეაქცია შესაძლოა უფრო ხშირი იყოს 600 მგ-იანი დოზირების დროს) და 3TC HepB გაფრთხილებები. აბაკავირის გამოყენებამდე საჭიროა HLA-B*5701-ზე ტესტირება.
ლამივუდინ/ ზიდოფუდინი (კომბივირი)	შემოგარსული აბები: 3TC 150 მგ + ZDV 300 მგ	1 აბი PO bid არ არის რეკომენდებული, თუ CrCL <50 მლ/წთ ან ღვიძლის დარღვეული ფუნქციებისას. საკვებისგან დამოუკიდებლად	86/64	5-7/ 0.5-3	-	იხი- ლეთ ცალკე- ული კომპო- ნენტე- ბი	ძირითადად თირკმლის- მიერი/ მეტა- ბოლი-ზმი თირკმლის- მიერ გლუ- კურო-ნიდის ექსკრეციით	იხილეთ კომენტარები ცალკეულ კომპონენტებზე. შავი ყუთის გაფრთხილება - HepB გამწვავება 3TC შეწყვეტის შემდეგ.

ხშირი 14D (5)

E. ანტირეტროვირუსული მედიკამენტების შერჩეული მახასიათებლები (CPE= CSF შეღწევადობის ეფექტურობა)

1. ნუკლეოზიდური ან ნუკლეოტიდური უკუტრანსკრიპტაზას ინჰიბიტორების (NRTIs) შერჩეული მახასიათებლები

გენერაცი/კომერციული სახელი	ფარმაცევტული პრეპარატი	მოზრდილთათვის ჩვეული დოზა და საკვების ზეგავლენა	PO შეწოვა %	პლაზმაში T $\frac{1}{2}$ სთ	უჯრედ-შიდა T $\frac{1}{2}$ სთ	CPE*	ელმინაცია	ძირითადი გვერდითი მოვლენები/ კომენტარი (იხილეთ ცხრილი 14E)
სტავუდინი (d4T, ზერიტი)	15,20,30,40 მგ კაპსულები, 1 მგ/მლ ორალური ხსნარი	≥ 60 კგ - 40 მგ PO bid <60 კგ - 30 მგ PO bid საკვებისგან დამოუკიდებლად	86	1.2-1.6	3.5	2	თირკმლის-მიერი ექსკრეცია, 40%	DHHS-ს მიერ არ არის რეკომენდებული საწყისი თერაპიისათვის გვერდითი მოვლენების გამო. NRTI-დან ლიზოპროფიის, ლაქტატ აციდოზის და ჰიპერლიპიდემიის ყველაზე მაღალი ინციდენტობა. პანკრეატიტი, პერიფერიული ნეიროპათია
ტენოფოვირ-დიოპროქსილ-ფუმარატი (TDF, ვირეადი (viread)) - ნუკლეოტიდი	300 მგ ტაბლეტები	$CrCl \geq 50$ მლ/წთ 300 მგ PO q24h საკვებისგან დამოუკიდებლად მაღალი ცხიმინაობის საწვები ზრდის შეწოვას	30 (საჭმელთან) 25 (უზმოზე)	17	>60	1	თირკმლის-მიერი ექსკრეცია	თავის ტვინი, გულისრევა/ღებინება. აღწერილია თირკმლის დისფუნქციის ნიშნები: შეამოწმეთ თირკმლის ფუნქციები მედიკამენტის დანიშვნამდე (დოზის შემცირება აუცილებელია, თუ $CrCl < 50$ მლ/წთ). ერთდეთ სხვა ნეფროტოქსიურ მედიკამენტებთან ერთდროულად გამოყენებას. ერთ-ერთი კვლევით გამოვლინდა თირკმლის ფუნქციების დარღვევა TDF + PI-ით (ლოპინავირ-რიტონავირი უმეტესწილად) 48 კვირის მკურნალობის შემდეგ, განსხვავებით NNRTI-თან ერთად გამოყენებასთან (JID 197:102, 2008). ddl დოზა უნდა იქნას მორგებული TDF-თან ერთდროული გამოყენებისას, თუმცა უმჯობესია არ იქნას გამოყენებული ეს კომბინაცია (იხილეთ კომენტარები ddl-ზე). ატანაზავირი და ლოპინავირ-რიტონავირ ზრდის ტენოფოვირის კონცენტრაციას: საჭიროა გვერდითი მოვლენების მონიტორინგი. ზავი ყუთის გაფრთხილება - აღწერილია HepB-ს გამწვავება ტენოფოვირის შეჩერების შემდეგ, რის გამოც საჭიროა ასეთი პაციენტების მონიტორინგი სულ მცირე

გენერაცი/კომერციული სახელი	ფარმაცევტული პრეპარატი	მოზრდილთათვის ჩვეული დოზა და საკვების ზეგავლენა	PO შეწოვა %	პლაზ-მაში T _{1/2} სთ	უჯრედ-ში და T _{1/2} სთ	CPE*	ელმინაცია	ძირითადი გვერდითი მოვლენები/ კომენტარი (იხილეთ ცხრილი 14E)
ზიდოვუდინი (ZDV, AZT; რეტროვირი)	100 მგ კაპსულა. 300 მგ აბი 10 მგ/მლ IV ხსნარი; 10მგ/მლ ორალური სიროფი	300 მგ PO q12h საკვებისგან დამოუკიდებლად	64	1.1	11	4	მეტაბოლი-ზდება გლუკურონ-დად და გამოიყოფა შარდთან ერთად	რამოდენიმე თვის განმავლობაში; ზოგიერთს შეიძლება დასჭირდეს ანტი-HBV მკურნალობა. ძვლის ტვინის სუპრესია, GI არატოლერანტობა, თავის ტკივილი, უმბილობა, დადლილობა, მთოპათია
2. არა-ნუკლეოზიდური უკუტრანსკრიპტაზას ინჰიბიტორების (NNRTIs) შერჩეული მახასიათებლები								
დელაფირდინი (რესკრიპტორი)	100, 200 მგ აბები	400 მგ PO 3-ჯერ დღეში საკვებისგან დამოუკიდებლად	85	5.8	3		ციტოქრომ P450 (3A ინჰიბიტორი). 51% გამოიდევენება შარდით (<5% უცვლელი) 44% განავალით	გამონაყარი, იმდენად ძლიერი, რომ წამლის შეწყვეტა ხდება 4.3%-ში. ჯალტ/ასტ, თავის ტკივილი. ამ მედიკამენტის გამოყენება არ არის რეკომენდებული.

ხშირი 14D (B)

E. ანტირეტროვირუსული მედიკამენტების შერჩეული მახასიათებლები (CPE= CSF შეღწევადობის ეფექტურობა)

1. ნუკლეოზიდური ან ნუკლეოტიდური უკუტრანსკრიპტაზას ინჰიბიტორების (NRTIs) შერჩეული მახასიათებლები

გენერაცი/კომერციული სახელი	ფარმაცევტული პრეპარატი	მოზრდილთათვის ჩვეული დოზა და საკვების ზეგავლენა	PO შერვა %	პლაზმაში T ½ სთ	უკრედეზიდა T ½ სთ	CPE*	ელიმინაცია	ძირითადი გვერდითი მოვლენები/ კომენტარი (იხილეთ ცხრილი 14E)
ეფავირენზი (სუსტივა) ახალი გზამკვლევებით (ჯანმო) ეფავირენზი გამოიყენება ორსულებში დიდ ბრიტანეთში ან შესაძლოა გაგრძელდეს ორსულობის დღეფსირების შემთხვევაში (HHS)	50, 100, 200 მგ კაპსულა 600 მგ აბი	600 მგ PO q24h ძილის წინ, საკვების გარეშე; საკვებმა შეიძლება გაზარდოს პლაზმაში კონცენტრაცია, რაც ზრდის გვერდითი მოვლენების რისკს.	42	40-55 იბი-ლეთ კომენტარი	3		ციტოქრომ P450 2B6 (3A) შერეული სტიმულატორი/ინჰიბიტორი) დოზის 14-34% ექსკრეტირდება შარდით გლუკურონიზებული მეტაბოლიტების სახით, 16-61% ფეკალურ მასებთან ერთად.	1.7%-ში მიმე გამოწყარი. ხშირია ცნს-ის მხრივ გვერდითი მოვლენები: სომნოლენცია, სიზმრები, გონების დაბნედა, აუტიტეზა. მიმე ფსიქიური სიმპტომები. CYP2B6-ის გარკვეულმა პოლიმორფიზმმა შესაძლებელია გამოიწვიოს პლაზმაში მედიკამენტის მაღალი დონე სტანდარტული დოზებისას (CID 45:1230, 2007). ცრუ დადებითი ტესტი კანაბინოიდებზე. ძალიან ხანგრძლივი T ½ . მკურნალობა თუ უნდა შეწყდეს, ეფავირენზი შეწყვიტეთ კომბინაციაში მყოფ მედიკამენტებზე 1-2 კვირით ადრე. სხვაგვარად, არსებობს ეფავირენზისადმი რეზისტენტობის განვითარების რისკი, რადგანაც 1-2 დღის შემდეგ მხოლოდ ეფავირენზი რჩება სისხლსა და/ან ქსოვილებში. ზოგიერთი ამ პერიოდის შესავსებად NRTI მკურნალობას ამატებს PI-ს ეფავირენზის შეწყვეტის შემდეგ (CID 42:401, 2006).
ეტრავერინი (ინტელენსი)	100 მგ აბები 200მგ აბები	200 მგ დღეში ორჯერ ჭამის შემდეგ. შესაძლოა ასევე დაინიშნოს 400მგ დღეში	უცნობია (შემცირებული სისტემური ექსპოზიცია მშობრზე მიღები-სას)	41	2		მეტაბოლიზდება CYP 3A4 (სტიმულატორი) და 2C9, 2C19 (ინჰიბიტორი). ექსკრეცია ფეკალური მასებით	NNRTI და სხვა წამლებზე რეზისტენტული აივ-1-ს მქონე პაციენტებში. In vitro აქტიურობა უმეტესობა ასეთიშტამების მიმართ. გამოწყარი ხშირია, თუმცა იშვიათია მიმე ფორმით. აქვს მრავალ მედიკამენტთან ურთიერთქმედების პოტენციალი. ზოგადდამრავალი მუტაციაა საჭირო მაღალი დონის რეზისტენტობის ჩამოსაყალიბებლად. იხილეთ ცხრილი 3C, Sandford Guide to HIV/AIDS Therapy, სპეციფიკური მუტაციების

გენერირი/კომერციული სახელი	ფარმაცევტული პრეპარატი	მოზრდილთათვის ჩვეულო დოზა და საკვების ზეგავლენა	PO შეწოვა %	პლაზმაში T _{1/2} სთ	უჯრედში T _{1/2} სთ	CPE*	ელემინაცია	ძირითადი გვერდითი მოვლენები/ კომენტარი (იხილეთ ცხრილი 14E)
ნევირაპინი (ვირამუნი) ვირამუნი XR	200 მგ აბი; 50 მგ/მლ ორალური სუსპენზია; XR 400 მგ აბი	200 მგ PO q24h x 14 დღე, შემდგომ 200 მგ PO bid (იხილეთ კომენტარი და შავი ყუთის გაფრთხილება) საკვებისგან დამოუკიდებლად ვირამუნი XR გამოყენების შემთხვევაში, მაინც საჭიროა დოზის დაწყება 200 მგ PO q24h, სანამ გადავალთ 400 მგ/დღე-ზე.	>90	25-30	4		ციტოქრომ P450 (3A4, 2B6) სტიმულატორი. 80% ექსკრეტ ირდება შარდით გლუკურონილი ზეზული-მეტაბოლიტების სახით, 10% ფეკალურ მასებთან ერთად.	და ეფექტების გასაგნობად. ურთიერთქმედების გამო არ გამოიყენოთ ზუსტირებულ ატანაზავირთან, ზუსტირებულ ტიპრანავირთან, არაზუსტირებულ PI-თან ან სხვა NNRTI-ებთან. შავი ყუთის გაფრთხილება - ფატალური ჰეპატოტოქსიკურობა. განსაკუთრებით საფრთხილია ქალები, რომელთა CD>250, მათ შორის ორსულები. ერიდეთ ამ ჯგუფში გამოყენებას, თუ რისკებს ვერ გადაწონის სარგებელი (www.fda.gov/cder_drug/advisory/nevirapine.html) საჭიროა ინტენსიური მონიტორინგი. კაცები, რომელთა CD> 400 ასევე არიან გაზრდილი რისკის ქვეშ. 7%-ში გამოწყარო იმდენად მძიმეა, რომ წამალს ვეწყვეტ. მიზეზი ან სიცოცხლისათვის საშიში კანის რეაქცია 2%-ში. არ განახლოთ მკურნალობა ასეთ რეაქციებზე ექვის შემთხვევაში. დოზის 2 კვირის ექსკლავია ამცირებს კანის რეაქციებს. ისევე, როგორც ეფავირენზის დროს, ხანგრძლივი ნახევარდაშლის პერიოდის გამო ნევირაპინი თუ უნდა შეწყდეს საჭიროათანმდებლები მედიკამენტის რამოდენიმე დღით გაგრძელება.

ხსრილი 14D (7)

E. ანტირეტროვირუსული მედიკამენტების შერჩეული მახასიათებლები (CPE= CSF შეღწევადობის ეფექტურობა)

2. ნუკლეოზიდური ან ნუკლეოტიდური უკუტრანსკრიპტაზას ინჰიბიტორების (NRTIs) შერჩეული მახასიათებლები

გენერაცი/კომერციული სახელი	ფარმაცევტული პრეპარატი	მოზრდილთათვის ჩვეული დოზა და საკვების ზეგავლენა	PO შეწოვა %	პლაზმაში T ½ სთ	უჯრედ-შიდა T ½ სთ	CPE*	ელიმინაცია	ძირითადი გვერდითი მოვლენები/კომენტარი (იხილეთ ცხრილი 14E)
რილპოვირინი (ედურანტი)	25 მგ აბი	25 მგ/დღეში საკვებთან ერთად	აბსოლუტური ბიომეღწევა დოზა უცნობია; 40%-ით დაბალია Cmax მშვიერზე მიღებისას.	50	უცნობია		მეტაბოლიზდება CYP3A4-ით. ღვიძლში; დოზის 25% ექსკრეტირდება უცვლელი სახით ფეკალური მასებში.	QT ინტერვალის გახანგრძლივება 50მგ/დღე-ზე მაღალი დოზის შემთხვევაში. ყველაზე ხშირი გვერდითი მოვლენებია დეპრესია, უძილობა, თავის ტკივილი, გამონაყარი. რილპოვირინი არ უნდა დაინიშნოს კარბამაზინთან, ფენობარბიტოლთან, ფენიტოინთან, რიფამპინთან, რიფაპენტინთან, პროტონის ტუმსოს მრავალჯერად დოზირებასთან ერთად. ნებადართულია რილპოვირინის + TFD/FTC (კომპლურა/ვეიპლურა) ფიქსირებულ დოზიანი კომბინაციის გამოყენება. შეწოვისათვის საჭიროა კუჭის წვენი. არ დანიშნეთ PPI-თან ერთად.

3. პროტეაზას ინჰიბიტორების შერჩეული მახასიათებლები

ყველა P1: გლუკოზის მეტაბოზმი: მაქიანი დიაბეტის ახალი შემთხვევა ან გლუკოზის კონტროლის გაძლიერება; ცხიმის გადანაწილება; შესაძლო ჰემოფილიური სისხლდენა; ჰიპერტრიგლიცერემია ან ჰიპერქოლესტეროლემია. გაეცანით გაფრთხილებას: პოტენციური მედიკამენტთა შორის ურთიერქმედება და უკუჩვენებები. რამდენიმე პაციენტში, რომლებიც იღებენ P1-ს ადერეოლია QT ინტერვალის გახანგრძლივება; ზოგიერთი P1 ბლოკავს HERG არხებს in vitro (Lancet 365:682, 2005)

გენერაცი/კომერციული სახელი	ფარმაცევტული პრეპარატი	მოზრდილთათვის ჩვეული დოზა და საკვების ზეგავლენა	PO შეწოვა %	უჯრედ-შიდა T ½ სთ	CPE*	ელიმინაცია	ძირითადი გვერდითი მოვლენები/კომენტარი (იხილეთ ცხრილი 14E)
ატაზანავირი (რეიტაზი)	100, 150, 200, 300 მგ კაპსულები	400 მგ PO q24h საკვებთან ერთად. რიტონავირით ბუსტირებული დოზა (ატაზანავირი	კარგი ორალური ბიომეღწევა დოზა; საკვები აძლიერებს ბიომეღწევადობას და ამცირებს ფარმაკოკინეტიკურ	დაახლოებით 7	2	მეტაბოლიზდება ციტოქრომ P50-ის (3A4, 1A2, 2C9 ინჰიბიტორი) და UGT1A1 ინჰიბიტორი, 13%	ლიპიდების გაზრდის დაბალი პოტენციალი. ხშირია ასიმეტრიული არაკონიუგირებული ჰიპერბილირუბინემია, სიყვითლე განსაკუთრებით მოსალოდნელია ქოლერის სინდრომის დროს (JID 192:1381, 2005). თავის

გენერირი/კომერციული სახელი	ფარმაცევტული პრეპარატი	მოზრდილთათვის ჩვეული დოზა და საკვების ზეგავლენა	PO შეწოვა %	უჯრედ-შიდა T ½ სთ	CPE*	ელიმინაცია	მირითადი გვერდითი მოვლენები/კომენტარი (იხილეთ ცხრილი 14E)
		300 მგ PO q24h + რიტონავირი 100 მგ PO q24h) საკვებთან ერთად, რეკომენდებულია ART ნამკურნალე პაციენტებში. ბუსტირებული დოზა ასევე გამოიყენება ეფავირენზთან 600 მგ PO q24h ან TDF 300 მგ PO q24h კომბინაციაში. თუ გამოიყენება ბუფერული ddl, საკვები უნდა მიიღოს 2 საათით ადრე ან 1 საათის შემდეგ ddl მიღებიდან.	ვარიანტულობას. შეწოვა მცირდება ანტაციდებით, H2 ბლოკერებით, პროტონის ტუმზოს ინჰიბიტორებით. თავი არიდეთ არაბუსტირებულ მედიკამენტებს PPI/H2 ბლოკერებთან ერთად. ბუსტირებული ფორმა შეიძლება გამოიყენებულ იქნას >10 სთ H2ბლოკერის მიღებიდან ან >12 სთ PPI-ს შემთხვევაში, თუ გამოიყენებულია აციდური აგენტების ლიმიტირებული დოზა (იხილეთ 2008 drug label changes)			გამოიყოფა შარდით (7% უცვლელი), 79% განავალთან ერთად (20% უცვლელი)	ტკივილი, გამონაყარი, GI სიმპტომები. აღწერილია PR ინტერვალის გახანგრძლივება (1 ხარისხის ავ. ბლოკი). სიფრთხილე საჭირო ანამნეზში გამტარებლობის დარღვევების შემთხვევაში. ეფავირენზი და ტენოფოვირი ამცირებს ატაზანავირის ეფექტურობას, გამოიყენეთ ატაზანავირ/რიტონავირი; ასევე, ატაზანავირი ზრდის ტენოფოვირის კონცენტრაციას - დაუკვირდით გვერდითი მოვლენების განვითარებას. თუ პაციენტი იღებს TDF-ს და ესაჭიროება H2 ბლოკერებით მკურნალობა შესაძლებელია მიეცეს ატაზანავირი 400 მგ რიტონავირთან 100 მგ ერთად. არ გამოიყენოთ PPI. იშვიათად აღწერენ თირკმელის კენჭების განვითარებას.
დარუნავირი (პრეზისტა)	400, 600 მგ, 800 მგ აბები	600 მგ დარუნავირი + 100 მგ რიტონავირი PO bid, საკვებთან ერთადან [800 მგ	82% შეწოვება (რიტონავირთან ერთად მიღებისას). საკვები ზრდის შეწოვას	დაახლოებით 15 საათი (რიტონავირთან ერთად)	3	მეტაბოლი-ზდება CYP3A და არის CYP3A ინჰიბიტორი.	შეიცავს Sulfa ფრაგმენტს. ნაწილობრივ გამოწვეულია გულის რევ, თავის ტკივილი. უკუწაგვნიება CYP3A-ს მიერ ელიმინირებად წამლებთან ერთდროული გამოყენებისას (იხილეთ

გენერირი/კომერციული სახელი	ფარმაცევტული პრეპარატი	მოზრდილთათვის ჩვეული დოზა და საკვების ზეგავლენა	PO შეწოვა %	უჯრედ-შიდა T ½ სთ	CPE*	ელიმინაცია	ძირითადი გვერდითი მოვლენები/კომენტარი (იხილეთ ცხრილი 14E)
		დარუნავირი (ორი 400 მგ აბი ან ერთი 800 მგ აბი) + 100 მგ რიტონავირი] PO დღეში ერთხელ საკვებთან ერთად (უპირატესი რეჟიმი ART არანამკურნალები პაციენტებში)					ინსტრუქცია). სიფრთხილით უნდა იქნას გამოყენებული ღვიძლის დისფუნქციის მქონე პაციენტებში. (FDA-ს უახლესი მონაცემებით მკურნალობის ადრეული ეტაპზე შესაძლოა განვითარდეს ღვიძლის დისფუნქცია). მჭიდრო მონიტორინგია საჭირო პირველი რამოდენიმე თვის განმავლობაში თუ ანამნეზში აღინიშნება ღვიძლის პათოლოგია. შესაძლოა გამოიწვიოს ჰორმონული კონტრაცეფციის წარუმატებლობა.

ხსრილი 14D (B)

E. ანტირეტროვირუსული მედიკამენტების შერჩეული მახასიათებლები (CPE= CSF შეღწევადობის ეფექტურობა)

3. პროტეაზას ინჰიბიტორების შერჩეული მახასიათებლები

გენერაცი/კომერციული სახელი	ფარმაცევტული პრეპარატი	მოზრდილთათვის ჩვეული დოზა და საკვების ზეგავლენა	PO შეწოვა %	უჯრედ-შიდა T ½ სთ	CPE*	ელიმინაცია	ძირითადი გვერდითი მოვლენები/კომენტარი (იხილეთ ცხრილი 14E)
ფოსამპრენავირი (ლეკსივა)	700 მგ აბი 50 მგ/მლ ორალური სუსპენზია	1400 მგ (ორი 700 მგ აბი) მგ PO bid ან რიტონავირთან ერთად [1400 მგ ფოსამპრენავირი (2 აბი) + რიტონავირი 200 მგ] PO q24h ან [700 მგ ფოსამპრენავირი (1 აბი) + რიტონავირი 100 მგ] PO bid	ბიომეღწევადობა არ არის დადგენილი. საკვებისგან დამოუკიდებლად	7.7 ამპრენავირი	3	ჰიდროლი- ზდება ამპრენავირად და მოქმედებს ციტოქრომ P450-ის 3A4 სუბსტრატად, ინჰიბიტორად, სტიმულატო- რად.	ამპრენავირის პროწამალი შეიცავს Sulfa ფრაგმენტს. აქვს სერიოზული მედიკამენტოზი შორის ურთიერთქმედების პოტენციალი (იხილეთ ინსტრუქცია). გამონაყარი, მათ შორის სტივენ-ჯონსონის სინდრომი. დღეში ერთჯერადი რეჟიმი: 1. არ არის რეკომენდებული PI-თ ნამკურნალე პაციენტებში 2. რიტონავირის დამატება საჭიროა, თუ დანიშნულია ფავიარენთან ერთად (იხილეთ ინსტრუქცია). ზუსტი რეგულირება დღეში ორჯერადი დოზირება არის რეკომენდებული PI ნამკურნალე პაციენტებში. პოტენციური PI უკარდინი- რების ტანტობა დანუარავან.
ინდინავირი (კრიქსივანი)	100, 200, 400 მგ კაპსულები შეინახეთ ორიგინალ კონტეინერში გამომშრობთან ერთად	ორი 400 მგ კაპსულა (800 მგ) PO q8h საკვების გარეშე ან მსუბუქ საკვებთან. შესაძლოა ვიქცესთან ერთად მიღება. თუ დაინიშნა რიტონავირ- თან ერთად, (800 მგ ინდინავირი + 100 მგ რიტონავირი PO q12h), საქმელზე შეზღუდვები არ არის.	65	1.2-2	4	ციტოქრომ P450 (3A4 ინჰიბიტორი)	შეინარჩუნეთ ჰიდრატაცია. ნეფროლი- თიაზი , გულისრევა, არაპირდაპირი ბილირუბინის არათანმიმდევრული ზრდა (სიყვითლე ყილზერის სინდრომის დროს), ↑ ასტ/ალტ, თავის ტკივილი, ასთენია, დაბინდული მხედველობა, ლითონის გემო, ჰემოლიზი. შარდში მომატებული WBC (>100/hpf) ასოცირებულია ნეფრიტთან, მედულარულ კალციფიკაციასთან, კორტიკულ ატროფიასთან.

გენერირი/კომერციული სახელი	ფარმაცევტული პრეპარატი	მოზრდილთათვის ჩვეული დოზა და საკვების ზეგავლენა	PO შეროვა %	უჯრედ-შიდა T ½ სთ	CPE*	ელიმინაცია	ძირითადი გვერდითი მოვლენები/კომპლექტი (იხილეთ ცხრილი 14E)
ლოპინავირი + რიტონავირი (კალეტრა)	(200 მგ ლოპინავირი + 50 მგ რიტონავირი) და (100 მგ ლოპინავირი + 25 მგ რიტონავირი) აბები. აბები არ საჭიროებს მაცივარში შენახვას. ორალური ხსნარი: 80 მგ ლოპინავირი + 20 მგ რიტონავირი მლ-ში, უკეთესია მაცივარში შენახვა, თუმცა შესაძლებელია ოთახის ტემპერატურაზე შენახვა 2 თვე	(400 მგ ლოპინავირი + 100 მგ რიტონავირი) – 2 აბი PO bid. უფრო მაღალი დოზები შესაძლოა საჭირო იყოს ნამკურნალევ პაციენტებში ეფავირენზთან, ნევირაპინთან ან ზუსტირებულ ფოსამპრენავირთან ერთდროული გამოყენებისას. [დოზის მორგება შესაძლოა საჭირო იყოს სხვა მედიკამენტებთან ერთდროული დანიშვნის მიხედვით, იხილეთ ცხრილი 22B]	ტაბლეტებზე საკვების მიღება გავლენას არ ახდენს	5-6	3	ციტოქრომ P450 (3A4 ინჰიბიტორი)	გულისრევა/ღებინება, დიარეა (უარესდება ზიდოვუდინთან ერთად მიცემისას), ↑ ასტ/ალტ, პანკრეატიტი. ორალურ ხსნარში 42% ალკოჰოლია. ლოპინავირი + რიტონავირი შესაძლებელია მიღებული იქნას დღეში ერთჯერად (4 აბი) (ჯამში 800 მგ ლოპინავირი + 200 მგ რიტონავირი), გარდა ნამკურნალევი პაციენტებისა ან მათში, ვინც ერთდროულად იღებს ეფავირენზს, ნევირაპინს, ამპრენავირს ან ნელფინავირს. შესალოა PR და QT ინტერვალის გახანგრძლივება. სიფრთხილით უნდა იქნას გამოყენებული გულის გამტარებლობის დარღვევის შემთხვევაში ან მსგავსი ეფექტის მქონე სხვა მედიკამენტებთან ერთდროულად.
ნელფინავირი (ვირაცეპტი)	625, 250 მგ აბები 50 მგ/გ ორალური ფხვნილი	ორი 625 მგ აბი (1250 მგ) PO bid, საკვებთან ერთად	20-80 საკვები ზრდის შეთვისებას და ამცირებს ვარიაბელობას	3.5-5	1	ციტოქრომ P450 (3A4 ინჰიბიტორი)	დიარეა. უკუნაჩვენებია სივოცხლისთვის სამიში ტოქსიკურობის მქონე და CYP3A4-ს მიერ ელიმინირებად მედიკამენტებთან ერთდროული დანიშვნა. არ არის რეკომენდებული საწყის მკურნალობისათვის სუსტი ეფექტურობის გამო. წინათ არსებული EMS პრობლემები ამომაღ და დაწყებულია. მისაღები არჩევანია ორსულებში, მიუხედავად სუსტი ვირუსული ეფექტურობისა სხვა ARV მედიკამენტებთან შედარებით.

ხსრილი 140 (ფ)

E. ანტირეტროვირუსული მედიკამენტების შერჩეული მახასიათებლები (CPE= CSF შეღწევადობის ეფექტურობა)

3. პროტეაზას ინჰიბიტორების შერჩეული მახასიათებლები

გენერირი/კომერციული სახელი	ფარმაცევტული პრეპარატი	მოზრდილთათვის ჩვეული დოზა და საკვების ზეგავლენა	PO შეწოვა %	უჯრედ-შიდა T 1/2 სთ	CPE*	ელმინაცია	მირითადი გვერდითი მოვლენები/კომენტარი (იხილეთ ცხრილი 14E)
რიტონავირი (ნორვირი)	100 მგ კაპსულა; 600 მგ/7.5 მლ ხსნარი. კაპსულები შეინახეთ მაცივარში, ხსნარი - არა. 1 თვის განმავლობაში ოთახის ტემპერატურაზე შენახვა მისაღებია	მილიანი დოზა არ არის რეკომენდებული (იხილეთ კომენტარი). იშვითი გამოწვევების გარდა, რიტონავირი დაბალი დოზით გამოიყენება სხვა PI-თან ერთად მათი ფარმაკოკინეტიკის გასაძლიერებლად.	საკვები ზრდის შეწოვას	3-5	1	ციტოქრომ P450. 3A4 და 2d6 ინჰიბიტორი	გულის რევკ/ლემინგზა/დიარეა, კიდურების და პირის ირგვლივ კუნთების პარესთეზია, ჰეპატიტი, პანკრეატიტი, გემოს გაუკუღმართება, CPK და შარდმჟავას მომატება. შავი ყუთის გაფრთხილება - პოტენციურად ფატალური მედიკამენტთა შორის ურთიერთქმედება. ურთიერთქმედებაში შედის ზევრ მედიკამენტთან (იხილეთ ცხრილი 22ა - ცხრილი 22ბ)
საქინავირი (ინვირაზი - მვერივი გელიანი კაპსულები ან ტაბლეტები) + რიტონავირი	საქინავირი 200 მგ კაპსულა, 500 მგ შემოგარსული აბები; რიტონავირი 100 მგ კაფსულები	2 აბი საქინავირი 1000 მგ + 1 კაპსულა (100 მგ) რიტონავირი PO bid საკვებთან ერთად	ცვალებადი, 4 (მხოლოდ საქინავირის დროს). გაცილებით მეტი შეიწოვება, როდესაც ზუსტი რიტონავირით	1-2	1	ციტოქრომ P450 (3A4 ინჰიბიტორი)	გულის რევკ, დიარეა, თავის ტკივილი, ↑ ასტალტ, თავი აარიდეთ რიფამპინის დანიშნულების საქინავირი + რიტონავირთან კომბინაციაში; იზრდება ჰეპატიტის რისკი. შავი ყუთის გაფრთხილება - ინვირაზი გამოყენებულ უნდა იქნას მხოლოდ რიტონავირთან ერთად. შესაძლოა QT ინტერვალის გახანგრძლივება. სიფრთხილით უნდა იქნას გამოყენებული გულის გამტარებლობის დარღვევის შემთხვევაში ან მსგავსი ეფექტის მქონე სხვა მედიკამენტებთან ერთდროულად.
ტიპრანავირი (აპტივეუსი)	250 მგ კაპსულა. მაცივარში შეინახეთ გაუხსნელი ბოთლები. გახსნილი	500 მგ (ორი 250 მგ კაპსულა) + რიტონავირი 200 მგ PO bid საკვებთან ერთად	შეწოვა დაბალია, თუმცა იზრდება მაღალი ცხიმინიანობის მქონე საკვებთან ერთად, მცირდება Al ⁺⁺⁺ და	5.5-6	1	ციტოქრომ 3A4, მაგრამ რიტონავირთან ერთად მიღებისას უმეტესი	შეიცავს Sulfa ფარგმენტს. შავი ყუთის გაფრთხილება - ალერგია ფატალური/არაფატალური ინტერაკციული სისხლჩაქცევები, ჰეპატიტები, ფატალური ლეიშმანიოზის უკმარისობა. სიფრთხილით უნდა იქნას გამოყენებული ლეიშმანიოზის

გენერირება/კომერციული სახელი	ფარმაცევტული პრეპარატი	მოზრდილთათვის ჩვეული დოზა და საკვების ზეგავლენა	PO შეწოვა %	უჯრედ-შიდა T ½ სთ	CPE*	ელიმინაცია	ძირითადი გვერდითი მოვლენები/კომენტარი (იხილეთ ცხრილი 14E)
	ბოთლები გამოყენებულ უნდა იქნას 2 თვის განმავლობაში. 100 მგ/მლ ხსნარი		Mg ⁺⁺ შემცველი ანტაციდების ფონზე.			ნაწილი გამოიყოფა განავალთან ერთად.	დაავადებისას, განსაკუთრებით Hep B, Hep C-ს დროს; უკუნაჩვენებია ციროზიან პაციენტებში Child-Pugh B-C კლასი. აწარმოეთ ღვიძლის ფუნქციური ტესტების მონიტორინგი. უკუნაჩვენებია გარკვეულ მედიკამენტებთან კომბინაციაში გამოყენება (იხილეთ ინსტრუქცია). გამოიყენეთ დიდ ხნიანი ART მკურნალობის გამოცდილების მქონე პაციენტებში ან პრავალი PI რეზისტენტული ვირუსის დროს. არ გამოიყენოთ ტიპრავირინი და ეტრავირინი ერთდროულად, რადგან ეტრავირინის დონე მცირდება 76%-ით.

4. შერწყმის ინჰიბიტორების შერჩეული მასასიათებლები

გენერირება/კომერციული სახელი	ფარმაცევტული პრეპარატი	მოზრდილთათვის ჩვეული დოზა და საკვების ზეგავლენა	PO შეწოვა %	პლაზმაში T ½ სთ	CPE*	ელიმინაცია	ძირითადი გვერდითი მოვლენები/კომენტარი
ენფუვირ-ტიდი (T20, ფუზეონი)	ერთჯერადად გამოყენებადი 90 მგ/მლ ფლაკონები. ფლაკონები შენახულ უნდა იქნას ოთახის ტემპერატურაზე. გახსნის შემდეგ მაცივარში შენახვა მხოლოდ 24 საათის განმავლობაში.	90 მგ (1 მლ) სუბკუტანეურად bid. ცვალებით ინექციის ადგილის ერთდროული ანთებითი უზნებს.	84	3.8	1	იშლება შემადგენელ ამინომჟავებად, რეციკლირება და ორგანიზმში ემატება ორგანიზმის ამინო მჟავების მარაგს. ადამიანებში არ მიმდინარეობს ელიმინაცია. არ ცვლის CYP3A4, CYP2d6, CYP1A2, CYP2C19 ან CYP2E1-ის სუბსტრატების მეტაბოლიზმს.	ადგილობრივი რეაქციები 98 %-ში, 4%-ში წამალი წყდება; ერითემა/შეშუპება დაახლოებით 80-90%-ში, კვანძების/ცისტების - 80%. აღწერილობითი პიპერსენსიტიური რეაქციები (ცხელება, გამონაყარი, შეშუპება, გულისრევა/ღებინება, BP-ს შემცირება და ან გაზრდილი ასტ/ალტ) - ამ გვერდითი მოვლენების გამოვლენის შემთხვევაში ახლიდან არ გამოიყენოთ. პერიფერიული ნეიროპათია 8.9%, უძილობა 11.3%, მაღლის დაქვეითება 6.3%, მიალგია 5%, ლიმფადენოპათია 2.3%, ეოზინოფილია 10%. ზოგჯერ შეიძლება პნევმონიის ინციდენტობის ზრდა.

ხსრილი 14D (10)

E. ანტირეტროვირუსული მედიკამენტების შერჩეული მახასიათებლები (CPE= CSF შეღწევადობის ეფექტურობა)

გენერირი/კომერციული სახელი	ფარმაცევტული პრეპარატი	მოზრდილ-თათვის ჩვეული დოზა და საკვების ზეგავლენა	PO შეწოვა %	პლაზმაში T ½ სთ	CPE*	ელიმინაცია	ძირითადი გვერდითი მოვლენები/კომენტარი
5. CCR-5 კორეცეპტორების ანტაგონისტების შერჩეული მახასიათებლები							
მარავიროვი (სელზენეტი)	150 მგ, 300 მგ შემოგარსული აბები	საკვებისგან დამოუკიდებლად: - 150 მგ bid, თუ მასთან ერთად გამოყენებული მედიკამენტები არის CYP3A ინჰიბიტორები, როგორცაა PI (გარდა ტიპრანავირ/რიტონავირის ა) და დელავირდინი (CYP3A სტიმულატორებით ან მის გარეშე) - 300 მგ bid იმ წამლებთან ერთად, რომლებიც მნიშვნელოვნად არ შედის მარავიროვთან ურთიერთქმედებაში, როგორცაა NRTI, ტიპრანავირ/რიტონავირი, ნევერაპინი - 600 მგ bid, თუ ინიშნება CYP3A სტიმულატორებთან ერთდროულად, როგორცაა ეფავირენზი (ძლიერი CYP3A ინჰიბიტორების გარეშე) -	დაახლოებით: 33% 300 მგ დოზისას	14-18	3	CYP3A და P-გლიკოპროტეინის სუბსტრატი. მეტაბოლიტები (CYP3A-ის გზით) განავლით უფრო მეტი გამოყოფა, ვიდრე შარდით	შავი ყუთის გაფრთხილება - ჰეპატოტოქსიკურობა , შესაძლებელია წინ უძღოდეს გამოწყარი, ეოზინოფილიების ან IgE მიმატება. NB: MVC ჩატარებული კვლევებისას ჰეპატოტოქსიკურობა არ გამოვლენილა. არ არის საკმარისი მონაცემები დევიდის/თირკმლის უკმარისობის შესახებ. შეიძლება გაიზარდოს BP შემცირების რისკი. გამოიყენება ნამკურნალე პაციენტებში მულტირეზისტანტული შტამების არსებობისას. მედიკამენტის გამოყენებამდე საჭიროს CCR-5-ტროპიზმის ტესტის ჩატარება, რადგან მკურნალობის წარუმატებლობა ასოცირებულია CXCR-4-თან ან შერეული-ტროპიზმის მქონე ვირუსებთან.

გენერირი/კომერციული სახელი	ფარმაცეპტული პრეპარატი	მოზრდილ-თათვის ჩვეული დოზა და საკვების ზეგავლენა	PO შეწოვა %	პლაზმაში T ½ სთ	CPE*	ელიმინაცია	ძირითადი გვერდითი მოვლენები/ კომენტარი
6. ინტეგრირება ინჰიბიტორების შერჩეული მახასიათებლები							
რალტეგრავირი (ისენტრესი)	400 მგ შემოგარსული აბები	400 მგ PO bid, საკვებისგან დამოუკიდებლად	უცნობია	დაახლოებით 9	3	გლუკურონიზაცია UGT1A1-ით, გამოიყოფა განვლით და შარდით (არესაჰირობებს რიტონავირით ბუსტირება)	გამოიყენება, როგორც არანამკურნალევი, ასევე მკურნალობის გამოვდილების მქონე პაციენტებში მულტირეზისტენტული ვირუსის არსებობისას. ზოგადად, კარგად შეთვისებადია. გულის რევა, დიარეა, თავის ტკივილი, ცხელება პლაცებოს მსგავსია. იმატებს CK და აღწერილია რაბდომიოლიზი, თუმცა მენიკამენტთან კავშირი გაურკვეველია. შესაძლოა დეპრესიის დამძიმება ანამნეზში დეპრესიის არსებობისას. რეზისტენტობის დაბალი გენეტიკური ბარიერი. აღწერილია CPK-ს მატება, მიოზიტი, რაბდომიოლიზი, იშვიათად სტევენს ჯონსონის სინდრომი. უკეთესი ორალური აბსორბცია და დეჟექსის შეთხვევაში (CID 57:480, 2013)
ელვიტეგრავირი/კობიცის-ტატი (სტრამბილიდი)	150 მგ ELV + 150 მგ Cobi	150 მგ-150 მგ დღეში ერთჯერ საკვებთან ან მის გარეშე	<10%	12.9 (cobi), 3.5 (ELV)	უცნობია	ელვიტეგრავირის უმეტესობა მეტაბოლიზდება CYP3A ენზიმების მეშვეობით. ევიტეგრავირი გლუკურონიზდება UGT1A1/3 ენზიმით. კობისტატი მეტაბოლიზდება CYP3A და მცირედ CYP2D6-ით.	გამოიყენება, როგორც არანამკურნალევი, ასევე მკურნალობის გამცდილების მქონე პაციენტებში მულტირეზისტენტული ვირუსის არსებობისას. ზოგადად, კარგად შეთვისებადია. კობიცისტატის გამოყენება ზრდის პლაზმის კრეატინინს 0.1მგ/დღე-ით, პროქსიმალური ტუბულური ენზიმის ინჰიბიციის ხარჯზე; ამას არ მიეყვართ ქემარტი GFR-ის შემცირებამდე, მაგრამ შეიძლება შამციროს eGFR, MDRD ან კოკროფტ გაულტის გამოთვლების მიხედვით. ჩვეული გვერდითი მოვლენები რიტონავირის (cobi) და ტენოფოვირ/FTC -ის მსგავსია.

ხსრილი 14D (11)

გენერირი/კომერციული სახელი	ფარმაცევტული პრეპარატი	მოზრდილ-თათვის ჩვეული დოზა და საკვების ზეგავლენა	PO შეწოვა %	პლაზ-მაში T ½ სთ	CPE*	ელიმინაცია	პირითადი გვერდითი მოვლენები/ კომენტარი
6. ინტეგრირება ინჰიბიტორების შერჩეული მახასიათებლები							
ელვიტეგრ-ვირი (ვიტექტა) (EVG)	85 მგ, 150 მგ აბები	EVG85 მგ ერთჯერ დღეში+ATV/r 300/100მგ per os ერთჯერ EVG85 მგ ერთჯერ დღეში+LPV/r 400/100მგ ორჯერ EVG150 მგ ერთჯერ დღეში+ DRV/r 600/100მგ ორჯერ EVG150 მგ ერთჯერ დღეში+FOS/r 700/100მგ ორჯერ EVG150 მგ ერთჯერ დღეში+TPV/r 500/200 მგ ორჯერ	ND	8.7	არა	ჰეპატობილარიული, მეტაბოლიზდება CYP3A	კარგი ამტანობა, მსუბუქი დიარეა
დოლუტეგრ-ვირი (ტივიკაი)	50მგ	50 მგ ერთჯერ per os ან 50 მგ ორჯერ (თუ აღინიშნება სტიდი-დმი რეზისტენტობა ან ერთდროულად ინიშნება EFV, FOS, TIP ან Rif-თან ერთად	უცნობია	14	4	გლუკურონიზაცია UGT 1A1-ს მეშვეობით (თუმცა დოზები არ საჭიროებს რიტონავირით ან კოზიდისტატი ბუსტირებას)	ჰიპერსენსიტიურობა (იშვითი). ყველაზე ხშირი: ინსომნია (3%), თავის ტკივილი (2%), NV (1%), გამოწყვითი (<1%). თვალყური ადევნეთ IRIS-ს; ღვიძლის ფუნქციურ სინჯებს HCV ინფექციის შემთხვევაში

F. სხვა გასათვალისწინებელი ფაქტორები მკურნალობის შერჩევისას

გაფრთხილება: ართ-ს დაწყებამ შესაძლოა გამოიწვიოს იმუნური რეკონსტიტუციის სინდრომი მნიშვნელოვანი კლინიკური შედეგებით. იხ. ცხრილი 11ბ, Sanford Guide to HIV/AIDS Therapy (AIDS reader 16:199, 2006)

1. რეზისტენტობის ტესტი: რეზისტენტობის ტესტი რეკომენდებულია ყველა პაციენტში მკურნალობის დაწყებამდე, მათ შორის მწვავე ინფექციის დროს (შესაძლოა დაეიწყოთ მკურნალობა მანამ ველოდებით ტესტის შედეგებს და მკურნალობის მოდიფიცირება პასუხის მიხედვით). მკურნალობა უნდა შეიცვალოს სუბოპტიმალური ვირუსული პასუხის შემთხვევაში. რეზისტენტობის ტესტი არ არის რეკომენდებული, თუ პაციენტს მკურნალობა შეწყვეტილი აქვს >4კვირა ან აივ რნმ<1000c/ml. იხილეთ ცხრილი 6F SANFORD GUIDE TO HIV/AIDS THERAPY.	2. მედიკამენტით გამოწვეული გლუკოზის და ლიპიდების მეტაბოლიზმის მოშლა (იხ. ცხრილი 14E) 3. მედიკამენტით გამოწვეული ლაქტატ აციდოზი და სხვა FDA „ყუთის გაფრთხილება“ (იხ. ცხრილი 14E) 4. წამალთა შორის ურთიერთქმედება (იხ. ცხრილი 22B) 5. რისკები ორსულებში (იხ. ცხრილი 8) 6. გამოყენება ქალეზში და ზავშვებში (იხ. ცხრილი 14D) 7. თირკმლის და ღვიძლის დისფუნქციის დროს (იხ. ცხრილი 17A და ცხრილი 17B)
--	--

*CPE (ცნს შეღწევადობის ეფექტურობა) ხარისხი: 1 = დაბალი, 2-3 = საშუალო; 4 = ყველაზე მაღალი ცნს შეღწევადობა (Letendre, et al, CROI 20120, abs # 430).

ხერხი 14E -ანტირეტროვირუსული მედიკამენტები და გავრცელების მოვლენები
(www.aidsinfo.nih.gov)

კომბინაციებისათვის და ინდივიდუალური კომბინაციებისთვის ასევე უნდა იხილოთ www.aidsinfo.nih.gov

მედიკამენტის დასახელება მედიკამ (კომბინაციის სახელი)	ყველაზე ხშირი გავრცელების მოვლენები	ყველაზე მნიშვნელოვანი გავრცელების მოვლენები
ნუკლეოზიდური უკუტრანსკრიპტაზას ინჰიბიტორების (NRTI) შავი ყუთის გაფრთხილებები ყველა ნუკლეოზიდ/ნუკლეოტიდ RTI-ზე: ლაქტატ აციდოზი/ ლიპიდის სტეატოზი, პოტენციურად მომაკვდინებელი. გაფრთხილებები მოიცავს ცხიმის გადანაწილებას და იშვარით რეკონსტრუქციის სინდრომს (შედის ავტოიმუნური სინდრომები დაყოვნებული გამოვლინებით). აბაკავირი (ზიაგენი)	თავის ტვინი 7-13%, გულის რევა 7-19%, დიარეა 7%, დაღლილობა 7-12%	შავი ყუთის გაფრთხილება - ჰიპერსენსიტიური რეაქცია(HR) 8 %-ში დაღლილობით, ცხელებით, GI გაღიზიანებით, გამონაყარით, ლეტარგიით და რესპირატორული სიმპტომებით ყველაზე ხშირია; ნაკლებად ხშირია მიაღვია, ართრალგია, შემუშება, პარესთეზია. HR-ზე ექვსის დროს შეწყვიტეთ დაუყოვნებლივ. თავიდან დაწყება უკუნაჩვენებია; შესაძლოა იყოს სიცოცხლისთვის საშიში. მიმე HR უფრო ხშირია დღემდე ერთჯერადი დოზირებით. HLA-B*5701 ალელი კავასიურ პოპულაციაში გვხვდება გაზრდილი HR რისკის დადგენაში; ამ ალელის მქონე პაციენტებში პრეპარატის არ დანიშვნამ მნიშვნელოვნად შეამცირა HR ინციდენტობა (NEJM 358:568, 2008; CID 46:1111-1118, 2008). DHHS გაიდლაინები რეკომენდაციას უწევს B*5701 ტესტირებას და აბაკავირის დანიშვნას მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ იგი უარყოფითია. სფეროზე საჭიროა ყველა ჯგუფში. შესაძლოა MI რისკის ზრდა აბაკავირის გამოყენებისას (JID 201:318, 2010). თუმცა სხვა კვლევებით, ასეთი რისკი არ გამოვლინდა (CID 52:929, 2011). FDA-ს რანდომიზებული კვლევების მეტა ანალიზმა არ აჩვენა MI რისკის ზრდა (www.fda.gov/drugs/drugsafety/ucm245164.html). მიუხედავად ამისა აბაკავირის გამოყენებისას რეკომენდებულია პოტენციური რისკ ფაქტორების იდენტიფიკაცია.
დიდნოზინი (ddI) (ვიდექსი)	დიარეა 28%, გულის რევა 6%, გამონაყარი 9%, თავის ტვინი 7%, ცხელება 12%, ჰიპერურიკემია 2%	ჰანერატიტი 1-9%. შავი ყუთის გაფრთხილება - ფატალური და არაფატალური ჰანერატიტის შემთხვევები იმ პაციენტებში, რომლებიც იღებენ ddI-ს, განსაკუთრებით d4T ან d4T + ჰიდოქსიურეასთან კომბინაციაში. ფატალური ლაქტატ აციდოზი ორსულებში ddI + d4T-ს გამოყენებისას. პერიფერიული ნეიროპათია 20%-ში, 12%-ში საჭიროა დოზის შემცირება. გაზრდილი ტოქსიურობა რიზავირინთან კომბინაციისას. TDF-თან კომბინაციაში გამოყენებას, როგორც წესი, თავს არიდებენ (გამოყენების შემთხვევაში ddI დოზა უნდა შემცირდეს), რადგან იზრდება ტოქსიურობა და შესაძლოა შემცირდეს ეფექტურობა. შესაძლოა გამოიწვიოს CD4 კლება. იშვიათად, ზადურის ცვლილებები და ოპტიკური ნეიროპათია. პოსტ-მარკეტინგული დაკვირვებით აღწერილია რაბდომიოზი და დიაბეტი. შესაძლოა MI რისკის ზრდა (www.fda.gov/CDER; JID 201:318, 2010). აღწერილია

მედიკამენტის დასახელება ბენიარკი (კომარცხილი სახელი)	ყველაზე ხშირი გავრდილი მოვლენები	ყველაზე მნიშვნელოვანი გავრდილი მოვლენები
		არაციროზული პორტული ჰიპერტენზია ასციტით, ვარიკოზებით, სპლენომეგალიით. იხილეთ Clin Infect Dis 49:626, 2009; Amer J Gastroenterol 104:1707, 2009.
ემტრიციტაბინი (FTC) (ემტრეცა)	კარგად შეთვისებადი. თავის ტკივილი, დიარეა, გულის რევა, კანის ჰიპერპიგმენტაცია	ლაქტატ აციდოზის (ისევე როგორც სხვა NRTI დროს) პოტენციალი. შავი ყუთის გაფრთხილება-აღწერილობა B ჰეპატიტის გამწვავება პერპარატის შეწყვეტის შემდეგ - HepB-ით დაავადებულ პაციენტთა კლინიკურ-ლაბორატორიული მარკერების მონიტორინგი მკურნალობის შეწყვეტიდან რამოდენიმე თვის განმავლობაში.
ლამივუდინი (3TC) (ეპივირი)	კარგად შეთვისებადი, თავის ტკივილი 35%, გულის რევა 33%, დიარეა 18%, აბდომინური ტკივილი 9%, უძილობა 11% (ყველაფერი ZDV-თან კომბინაციის დროს). პანკრეატიტი უფრო ხშირია პედიატრიაში.	შავი ყუთის გაფრთხილება. დარწმუნებით, რომ იყენებთ აივ-ის საწინააღმდეგო და არა HepB-ს დოზას. HepB-ს გამწვავება მედიკამენტის შეწყვეტისას. HepB-ით დაავადებულ პაციენტებს, რომელთაც უწყდებოდა ლამივუდინით მკურნალობა უნდა ჩაუტარდეთ კლინიკური/ლაბორატორიული მონიტორინგი რამოდენიმე თვის განმავლობაში. ანტი-HBV მკურნალობა ნებადართულია, თუ 3TC შეჩერდა.
სტავუდინი (d4T) (ზერითი)	დიარეა, გულის რევა, ღებინება, თავის ტკივილი	პერიფერიული ნეიროპათია 15-20%. პანკრეატიტი 1%. უფრო ხშირად იწვევს ლაქტატ აციდოზს, ღვიძლის სტეატოზს და ლიპოპროტეინოლიპიდოსტროფიას ვიდრე სხვა NRTI. შავი ყუთის გაფრთხილება - ფატალური და არაფატალური პანკრეატიტი d4T + ddI. TDF-თან კომბინაციაში გამოყენებას, როგორც წესი, თავს არიდებენ (გამოყენების შემთხვევაში ddI დოზა უნდა შემცირდეს), რადგანაც იზრდება ტოქსიურობა და შესაძლოა შემცირდეს ეფექტურობა. შესაძლოა გამოიწვიოს CD4 შემცირება. იშვიათად, ცვლილებები ზალდურზე და ოპტიკური ნეიროპათია. პოსტ-მარკეტინგული დაცვირებით აღწერილია რამდომიოზი და დიაბეტი. ფატალური ლაქტატ აციდოზის სტეატოზი ორსულეში, რომლებიც იღებენ d4T+ddI. ფატალური ან არა-ფატალური ლაქტატ აციდოზი და მძიმე ღვიძლის სტეატოზი შესაძლოა გამოვლინდეს სხვა პაციენტებშიც, რომლებიც იღებენ d4T. გამოიყენეთ განსაკუთრებული სიფრთხილით პაციენტებში, რომლებსაც აქვთ ღვიძლის დაავადების რისკ ფაქტორები, თუმცა ლაქტატ აციდოზი შესაძლოა გამოვლინდეს ისეთებშიც, ვისაც რისკები არ აქვთ. მოსალოდნელია ტოქსიკურობის ზრდა, თუ გამოიყენება რიბავირინთან ერთად. ლაქტატ აციდოზის ფონზე განვითარებული კუნთოვანი სისუსტე შესაძლოა გიენ-ჰარეს სინდრომის მიმოკრეპს იწვევდეს (მათ შორის რესპირატორულ უკმარისობას) (იშვიათია)
ზიდოვუდინი (ZDV, AZT) (რეტოვირი)	გულის რევა 50%, ანორექსია 20%, ღებინება 17%, თავის ტკივილი 62%, აღწერილია: ასთმია, უძილობა, მიალგია, ფრჩხილების ჰიპერპიგმენტაცია, ყველა დოზირების რეჟიმის დროს მოსალოდნელია მაკროციტოზი.	შავი ყუთის გაფრთხილება - ჰემატოლოგიური ტოქსიკურობა, მიაპათია. ანემია (<8გ/ლ, 1%), გრანულოციტოპენია (<750, 1.8%). ანემიის დროს ერთირობითი ალფას გამოყენებამ შესაძლოა გამოიღოს შედეგი, თუ ენდოგენური პლაზმის ერთირობითების დონე ≤ 500 მილიგრამ/მლ. შესაძლოა ტოქსიურობა გაიზარდოს რიბავირინთან ერთდროული გამოყენებისას. არ არის რეკომენდებული რიბავირინთან ერთად გამოყენება. შესაძლოა გამოვლინდეს ღვიძლის დეკომპენსაცია HIV/HCV კოინფექციის მქონე პაციენტებში, რომლებიც ზიდოვუდინთან ერთად იღებენ ინტერფერონ ალფას+რიბავირინი.

ხსრილი 14E (2)

მედიკამენტოზი დასახელება ბინარი (კომბინირებული სახელი)	ყვალაზე ხშირი გვარდითი მოვლენები	ყვალაზე მნიშვნელოვანი გვარდითი მოვლენები
არა-ნუკლეოზიდური უკუტრანსკრიპტაზის ინჰიბიტორები (NNRTI). ტენოფოვირის დიზოპროქსილ ფუმარატი (TDF) (ვირედი)	დიარეა 11%, გულის რევა 8%, ლუბინება 5%, გაზები 4% (ძირითადად კარგად შეთვისებადი)	მაგი ყოთის გაფრთხილება - აღწერილია ჰეპატიტი B-ს გამწვავება პაციენტებში, რომელთაც შეწყვიტეს ტენოფოვირი. საჭიროა ყურადღებით ყოფნა, წამლის შეწყვეტის შემთხვევაში. ანტი-HBV მკურნალობა საჭიროა, თუ TDF შეწყდა. აღწერილია TDF-ით გამოწვეული თირკმლის დაზიანება, რომელიც ასევე მოიცავს ფანკონის სინდრომს (CID 37:e174, 2003; J AIDS 35:269; CID 42:283, 2006). ფანკონის სინდრომი და თირკმლისმიერი დიაბეტი შესაძლოა განვითარდეს TDF + ddI მიღებისას (AIDS reader 19:114, 2009). თირკმლის ფუნქციების მოშლა უფრო ხშირია TDF-ს მიღებისას სხვა NNRTI-თან შედარებით (CID 51:296, 2010), და შესაძლოა უფრო ხშირი იყოს, როგა TDF მიიღება PI-თან ერთად. ნაცვლად NNRTI-სა (JID 197:102, 2008; AIDS 26:567, 2012). VA კვლევა, რომელიც აკვიდრებოდა > 10,000 აივ ინფიცირებულს, გვიჩვენებს, რომ TDF-ის ესსაზოზიციამ მნიშვნელოვნად გაზარდა პროტეინურიის, თირკმლის ფუნქციების სწრაფი დაქვეითების და ქრონიკული თირკმლის დაავადების რისკი (AIDS 26:867, 2012). დააკვირდით CrCl-ს, პლაზმის ფოსფატს და შარდის ანალიზს, განსაკუთრებით თირკმლის დისფუნქციის ან ნეფროტოქსიკური/მედიკამენტოზი ერთდროული დანიშნისას. TDF ასევე ასოცირებულია ძვლის სიმკვრივის შემცირების რისკთან. ACTG შედარებითი მკურნალობის კვლევით გაირკვა, რომ მათში, ვინც რანდომიზებულია იღებდა TDF-FTC-ს, უფრო მეტად განვითარდა ხერხეშლის და ბარძაყის ძვლის სიმკვრივის შემცირება (BMD) მკურნალობის 96-ე კვირაზე, ვიდრე ABC-3TC-ს დროს (JID 203:1791, 2011). გაითვალისწინეთ, რომ საჭიროა BMD მონიტორინგი იმ პაციენტებში, რომელთაც აქვთ ანამნეზში პათოლოგიური მოტეხილობა ან აქვთ ოსტეოპოროზის რისკი ან ძვლის სიმკვრივის შემცირების რისკი.
არა-ნუკლეოზიდური უკუტრანსკრიპტაზის ინჰიბიტორები (NNRTI). ინსტრუქცია გვარდითილეზს, რომ ART-ს დროს შესაძლოა განვითარდეს ცხიმის გადანაწილება და იმუნური რეკონსტიტუცია. დელავირდინი (რესკრიპტორი)	გულის რევა, დიარეა, ლუბინება, თავის ტკივილი	გამონაყარი კანზე განვითარდა 18%-ში; უმეტეს შემთხვევაში შესაძლებელია წამლის გაგრძელება ან თავიდან დაწყება. იშვიათია სტივენს ჯონსონის სინდრომი და მულტიფორმული ერითემა. ღვიძლის ფერმენტების ზრდა პაციენტების 4%-ში. გაფრთხილება: ცნს-ის მხრივ მოვლენებმა შესაძლოა გამოიწვიოს სატრანსპორტო საშუალებების ტარების უნარის დაქვეითება ან იქონიოს სხვა დამაზიანებელი ფაქტორები. აღწერილია სერიოზული ნეიროფსიქიატრიული სიმპტომები, მათ შორის: მძიმე დეპრესია
ეფავირენზი (სუსტივა)	ცნს-ის მხრივ გვერდითი მოვლენები 52%; სიმპტომები მოიცავს შემდეგს: თავბრუსხვევა, ინსომნია,	

მედიკამენტის დასახელება ბინარიკი (კოზმარცხილი სახელი)	ყველაზე ხშირი გავრცდილი მოვლენები	ყველაზე მნიშვნელოვანი გავრცდილი მოვლენები
	სომნოლენცია, კონცენტრაციის დაქვეითება, ფსიქიურის იმპაქტებები და პათოლოგიური სიზმრები; სიმპტომები მძიმდება პირველი ან მეორე დოზის შემდეგ და უმჯობესდება 2-4 კვირის განმავლობაში; შეწყვეტის სიხშირეა 2.6%. გამონაყარი 26% (17% სხვა პრეპარატების დროს); ხშირად უმჯობესდება ორალური ანტიჰისტამინებით; შეწყვეტის სიხშირე 1.7%. შესაძლოა გამოიწვიოს ცრუდადებითი შარდის ტესტი კანაბინოიდებზე (CEDIA DAU მულტი-ეტაპიან THC ტესტის გამოყენებისას). ასევე შესაძლოა ცრუ დადებითი შარდის რეაქცია ბენზოდიაცეპინებზე (CID 48:1787, 2009).	(2.4%) და სუიციდური აზრები (0.7%). შესაძლოა ღვიძლის ფერმენტების მომატება. აღწერილია ფულმინანტური ღვიძლის უკმარისობა (იხილეთ FDA-ს ინსტრუქცია). პრიმატებში აღწერილია ტერატოგენული ეფექტი; ორსულობის D კატეგორია- შესაძლოა გამოიწვიოს ნაყოფის დაზიანება, ერიდეთ ორსულებში ან იმ ქალებში გამოყენებას, რომლებიც შესაძლოა დაორსულდნენ. შენიშვნა: კონტრაცეფციის არცერთი ცალკეული მეთოდი არ არის 100%-ით სანდო. რეკომენდებული ბარიერი + კონტრაცეფციის მეორე მეთოდი, გააგრძელები ევაკირენზის შეწყვეტიდან 12 კვირის განმავლობაში. უკუწაყვანება ისეთი პრეპარატებთან ერთად, რომლებიც მეტაბოლიზდება CYP3A4-ით. ნელმა მეტაბოლიზმმა (გამოწვეულმა ჰომოზიგოტური CYP-2B6 G516T ალელით) შესაძლოა გაზარდოს ტოქსიურობა და არატოლერანტობა წამლის მიმართ. ეს ალელი გაცილებით ხშირია შვეიცარიელებისა და ქალებში (CID 42:408, 2006). სტივენს ჯონსონის სინდრომი და მულტიფორმული ერითემა აღწერილია პოსტ-მარკეტინგული დაკვირვების შემდეგ.
ეტრავირინი (ინტელენსი)	გამონაყარი 9%, ძირითადად, მსუბუქი ან საშუალო სიმკვარის ალერგიები; კლინიკური ცდებისას გამონაყარის გამო შეწყდა 2%-ში. უფრო ხშირია ქალებში. გულის რევა 5%.	აღწერილია მძიმე გამონაყარი (მულტიფორმული ერითემა, ტოქსიური ნეკროლიზი, სტივენს-ჯონსონის სინდრომი). ჰიპერსენსიტიური რეაქციები შესაძლოა გამოვლინდეს გამონაყარით, კონსტიტუციური სიმპტომებით ან ორგანოთა დისფუნქციით, მათ შორის ღვიძლის უკმარისობით (იხილეთ FDA-ს ინსტრუქცია). CYP-450-ით მეტაბოლურ მედიკამენტებთან ურთიერქმედების პონტენციალი. რაბდომიოლიზი აღწერილია პოსტ-მარკეტინგული დაკვირვებებით.
ნევირაპინი (ვირამუნი)	გამონაყარი 37%; როგორც წესი, ვითარდება მკურნალობის დაწყებიდან პირველი 6 კვირის განმავლობაში. გაითავითგინეთ 14-დღიანი შემზადების პერიოდი გამონაყარის რისკის შესამცირებლად (იხილეთ ცხრილი 14 D). ქალებში მძიმე გამონაყარის რისკი 7-ჯერ	შავი ყუთის გაფრთხილება - აღწერილია მძიმე სიცოცხლისთვის საშიში გამონაყარი: სტივენს ჯონსონის სინდრომი, ტოქსიკური ეპიდერმული ნეკროლიზი, ჰიპერსენსიტიური რეაქცია ან წამლისმიერი გამონაყარი ეოზინოფილიით და სისტემური სიმპტომებით (DRESS) (Arim 161:2501, 2001). მძიმე გამონაყარის დროს წაყვანება დაუყოვნებელი შეწყვეტა, არ დაიწყეთ თავიდან. კლინიკური ცდის მიხედვით, პრედნიზოლონი ზრდის გამონაყარის რისკს. შავი ყუთის გაფრთხილება - აღწერილია სიცოცხლისთვის საშიში ჰეპატოტოქსიკურობა, შემთხვევების 2/3 მკურნალობის პირველი 12 კვირის განმავლობაში. საერთო ჯამში 1%-ს უფთარდება ჰეპატიტები. პაციენტებში, რომლებსაც ფორმად აღენიშნებოდა ასტალტ მატება

მედიკამენტის დასახელება ბენარკი (კომერციული სახელი)	ყველაზე ხშირი გვარდითი მოვლენები	ყველაზე მნიშვნელოვანი გვარდითი მოვლენები
	მაღალია (CID 32:124, 2001). 50% ალაგდება წამლის შეწყვეტიდან 2 კვირის და 80% - 1 თვის განმავლობაში . შეწყვეტის სიხშირეა 6.7%.	ან(და ქრონიკული HepB ან C ჰეპატიტი რისკი იმატებს (Hepatol 35:182, 2002). ქალებში (ორსულეშიც) CD4>250 აღენიშნებათ მომატებული რისკი. არ უნდა დაინიშნოს ამ კონტრეგენტში, გარდა იმ შემთხვევისა, თუ სხვა არჩევანი არ არის. მამაკაცები CD >400 ასევე იმყოფებიან მომატებული რისკის ქვეშ. საჭიროა ინტენსიური მონიტორინგი (კლინიკური და LFT), განსაკუთრებით მკურნალობის პირველი 12 კვირის განმავლობაში. თუ განვითარდა ჰეპატოტოქსიურობა, მძიმე გამონაყარი კანზე და ჰიპერმგრძნობელობა, შეწყვიტეთ და არასდროს დანიშნეთ თავიდან.

ხშირი 14E (3)

მედიკამენტოზი დასახელება ბინარი (პოლიმერიზაციის) სახელი	ყვალაზი ხშირი გავრცელებით მოვლენები	ყვალაზი გენოტიპური გავრცელებით მოვლენები
არა-ნეკროზული უკუტრანსკრიპტაზის ინჰიბიტორები (NNRTI). რილპირინი (ედურანტი)	თავის ტვინი 3%, გამოწყობა 3%: 0.1%-ში მედიკამენტის შეწყვეტა. უძილობა 3%, დერმატიტი 4%, ფსიქოლოგიური დარღვევები წამლის შეწყვეტის იწვევს 1%- ში. აღწერილია ღვიძლის ფერმენტების მატება	წამლებმა, რომლებიც აქტიურებს CYP3A-ს ან ზრდის კუჭის pH-ს, შესაძლოა გამოიწვიოს რილპირინის პლაზმის კონცენტრაციის შემცირება და, შესაბამისად, რილპირინთან კოადმინისტრაციის თავი უნდა ავარიდოთ. მათ შორისაა: ზოგიერთი ანტიკონვულსანტი, რიფამპინი, PPI-ები, დეჰსამეტაზონი და St. John's wort. სუპრათერაპიული დოზისას, რილპირინმა შესაძლოა გაზარდოს QTC ინტერვალი; სიფრთხილვა საჭირო სხვა QTC გამახანგრძლივებელ მედიკამენტებთან ერთად გამოყენებისას. შესაძლოა გამოიწვიოს დერმატიტი მდგომარეობა, როგორც: სუიციდის მცდელობები და სუიციდული იდეები. საერთო ჯამში იწვევს უფრო ნაკლებ ნეიროფსიქიატრიულ გვერდით მოვლენებს, ვიდრე ეფავირენზი (JAIDS 60:33, 2012).
პროტეაზის ინჰიბიტორები (PI) პოტენციური რისკები: გლუკოზის მეტაბოლიზმის დარღვევა, დისლიპიდემია, ცხიმის გადანაწილების სინდრომი. პაციენტები, რომლებიც იღებენ PI-ს შესაძლოა ჰქონდეთ ოსტეოპოროზის/ოსტეოპენიის განვითარების გაზრდილი რისკი. ჰემოფილით დაავადებულ ავ ინიფიცირებულ პაციენტებში PI-ით მკურნალობისას აღწერილია სისხლდენის ეპიზოდები. აღწერილია რემატოიდი გართულებები PI-ს გამოყენების დროს (An Rheum Dis 61:82, 2002). QT გახანგრძლივების პოტენციალი საფრთხილია ზოგიერთი PI-სათვის (Lancet 365:682, 2005). გაფრთხილება ყველა PI-სთვის -CYP3A-ზე ან სხვა ენზიმებით ელიმინაციაზე დამოკიდებულ წამლებთან ერთდროული დანიშვნა უკუანაწევრდება გაიზარდოს სისხლში მედიკამენტის დონე და განვითარდეს მძიმე ტოქსიკურობა. ისევე, როგორც სხვა ჯგუფის პრეპარატებზე, PI-თ მკურნალობამ შესაძლოა გამოიწვიოს იმუნური რეგულაციის სინდრომი, რომელიც შეიძლება მოიცავდეს ავტოიმუნური სინდრომების ადრეულ ან გვიან გამოვლენას. საფრანგეთში ჩატარებულმა კოპორტულმა კვლევამ აჩვენა ნაადრევი მშობიარობის მომატებული რისკი რიტონავირით ზუსტირებული PI მკურნალობისას, სხვა ანტირეტროვირუსულ თერაპიასთან შედარებით, სხვადასხვა პოტენციური რისკ ფაქტორების გათვალისწინების შემდეგ (CID 54:1348, 2012).	ასიმპტომური არაკონფირმებული ჰიპერბილირუბინემია პაციენტთა 60%- ში, სიყვითლე 7-9%-ში (განსაკუთრებით ქოლერის სინდრომის დროს (JID 192:1381, 2005)). შემთხვევები საშუალოდანი მიმდინარე; დიარეა 1-3%, გულის რევა 6-14%, ტვინი მუცელში 4%, თავის ტვინი 6%, გამოწყობა 20%.	PR ინტერვალის გახანგრძლივება (პირველი ხარისხის ავ ბლოკი 5-6%-ში; იშვიათად მეორე ხარისხის ავ ბლოკი. ღწერილია QT ინტერვალი გახანგრძლივება და ტროსადე დე პონიტის არითმია (CID 44:e67, 2007), მწვავე ინტერსტიციული ნეფრიტი (Am J Kid Dis 44:E81, 2004) და უროლითიაზი (ატანავირის კენჭები) (AIDS 20:2131, 2006; NEJM 355:2168, 2006). HBV და HCV კონფექციის აღინიშნება ტრანსამინაზების მატების რისკი. აღწერილია კანის მძიმე გამონაყარი (სტისვენს ჯონსონის სინდრომი, მულტიფორმული ერითემა, ტოქსიკური გამონაყარი ან DRESS სინდრომი).
დარუნავირი (პევისტა)	სხვა რეჟიმებთან ერთად თავის ტვინი 15%, გულის რევა 18%, დიარეა 20%, ამილზაზის მატება 17%, გამოწყობა 10%;	ჰეპატიტი 0.5%-ში, რამდენიმე ფაქტორი გამოიწვია. HBV და HCV კონფექციისას ან სხვა ღვიძლის დისფუნქციის გამოყენებულ უნდა იქნას სიფრთხილი. დაავადებით კლინიკურ სიმპტომებს და LFT-ს. აღწერილია სტისვენს ჯონსონის სინდრომი, ტოქსიკური

მედიკამენტის დასახელება ბინარიკი (კომარცხილი სახელი)	ყველაზე ხშირი ბავრდითი მოვლენები	ყველაზე მნიშვნელოვანი ბავრდითი მოვლენები
	0.5% მედიკამენტი წყდება.	ეპიდემიური ნეკროლიზი, მულტიფორმული ერითემა. შეიცავს Sulfa ფრაგმენტს. ძირითად მედიკამენტებთან ურთიერთქმედების პოტენციალი. შესაძლოა გამოიწვიოს ჰორმონული კონტრაცეპტივების წარუმატებლობა.
ფოსამპრენავირი (ლექსივა)	გამონაყარი კანზე ~ 20% (საშუალო ან მძიმე 3-8%-ში), გულის რევა, თავის ტკივილი, დიარეა.	იმუნიტეტის დაკარგვა, ჰეპატიტი, პნევმონია, სინდრომი, პელოზური ანემია. ამპრენავირის პრო-წამალი. შეიცავს Sulfa ფრაგმენტს. ანგიოედემი და ნეფროლითიზი აღწერილია პოსტ-მარკეტინგული გამოცდილებით. MI-ს პოტენციური გაზრდილი რისკი (იხილეთ FDA ინსტრუქცია). ანგიოედემი, ორალური პარესთეზია, მიოკარდიუმის ინფარქტი და ნეფროლითიზი აღწერილია პოსტ-მარკეტინგული გამოცდილებით. მომატებული LFT ნაწილი რეკომენდებულზე მაღალი დოზირებისას; რისკი იზრდება ფონური ღვიძლის დაავადების დროს. აღწერილია მწვავე პელოზური ანემია ამპრენავირთან ერთად მიღებისას.
ინდინავირი (კრიქსივანი)	არაპირდაპირი ჰილირუმინის მატება 10-15% (≥ 2,5 მგ/დღ), სიყვითლის გამოვლენა განსაკუთრებით სავარაუდოა ჟილბერტის სინდრომიან პაციენტებში (JID 192:1381, 2005). გულის რევა 12%, ლეიშმანია 4%, დიარეა 5%. ლითონის გემო. აღწერილია პარონიქია და ჩაზრდილი ფეხის ფრჩხილები (CID 32:140, 2001).	თირკმლის კენჭები. ვითარდება შემკრებ სისტემაში ინდინავირის კრისტალების გამო. ნეფროლითიზი მოზრდილთა 12%-ში, უფრო მაღალია პედიატრიულ ასაკში. კარგი ჰიდრატაციით რისკი მცირდება (1.5 ლიტრი/დღეში) (ACC 42:332, 1998). ტუბულოინტერსტიციული ნეფრიტი/თირკმლის კორტიკალური ატროფია ასოცირდებოდა შარდში WBC-ს ასიმეტრიულ მატებასთან. აღწერილია მძიმე ჰეპატიტის 3 შემთხვევა (L1 348:924, 1997) და პელოზური ანემიის შემთხვევები.
ლოპინავირი/რიტონავირი (კალეტრა)	GI: დიარეა 14-24% , გულის რევა 2-16%. დიარეის შემთხვევები იმატებს 42h დოზირებისას.	ლიპიდური დარღვევები 20-40%-ში. შესაძლო MI რისკის ზრდა კუმულაციური ექსპოზიციისას (JID 201:318, 2010). PR ინტერვალის გაზრდა, აღწერილია მეორე და მესამე ხარისხის ავ ბლოკი. პოსტ-მარკეტინგულად აღწერილია QT ინტერვალის გაზარდვით და ტროსადე დე პონტის არითმია: ერთდროულად ამ მედიკამენტის გამოყენებასთან დაკავშირებული QTc გაზარდვით და სხვა სიტუაციების დროს, როდესაც გაზრდილია QTc ან ტროსადე დე პონტის არითმიის რისკი. შესაძლოა განვითარდეს ჰეპატიტი, ღვიძლის დეკომპენსაცია; განსაკუთრებული სიფრთხილე საჭირო ფონური ღვიძლის პათოლოგიის მქონე პაციენტებში. პანკრეატიტი . ფეხების ანთებითი შემუშავება (AIDS 16:673, 2002). აღწერილია სტევენს ჯონსონის სინდრომი და მულტიფორმული ერითემა. გაითვალისწინეთ, რომ ორალურ ხსნარში წამლის დიდი კონცენტრაციაა. ორალურ ხსნარს ტოქსიკური პოტენციალი აქვს ნეონატებში (შეიცავს ეთანოლს და პროპილენ გლიკოლს).

მედიკამენტის დასახელება ბენარლიქი კომბარცნიული სახელო	ყველაზე ხშირი გვარდითი მოვლენები	ყველაზე მნიშვნელოვანი გვარდითი მოვლენები
ნელფინავირი (ვირაცეპტი)	მსუბუქიდან საშუალომდე სიმძიმის დიარეა 20%-ში. ქატო-შვრიის ტაბლეტები, კალციუმი და ანტი- დიარეული მედიკამენტები (მაგ. ლოპერამიდი, დიფენოქსილატი/ატროპინის სულფატი) შესაძლოა გამოვიყენოთ დიარეის კუპირებისათვის.	მედიკამენტოზორის ურთიერთქმედების რისკი. ფხვნილი შეიცავს ფენილლანინს.

ხშირი 14E (4)

მედიკამენტოზი დასახელება ბინერიკი (კომერციული სახელი)	ყვალაზე ხშირი გავრედილი მოვლენები	ყვალაზე მნიშვნელოვანი გავრედილი მოვლენები
პროტეაზის ინჰიბიტორები (PI) რიტონავირი (ნორვირი) (დლესდლისობით, ძირითადად გამოიყენება სხვა ანტირეტროვირუსული პრეპარატების დონის გასაზრდელად, რიტონავირის სრული დოზის მაღალი ტოქსიკურობის/ ურთიერთქმედების გამო)	GI: მწარე გემო მცირდება შოკოლადით, რძით. გულის რევა 23%, მცირდება საწყისი დოზის ESC რეჟიმით (ტიტრაციით); ღებინება 13%; დიარეა 15%; პირისირგვლივი პარესთეზია 5-6%. >100 მე-იანი b1d დოზა ასოცირდება GI გვერდითი მოვლენებისა და ლიპიდური დარღვევების ზრდასთან.	ზეი ცუთის გაფრთხილება შეეხება მრავალ მნიშვნელოვან მედიკამენტათა შორის ურთიერთქმედებას - აინჰიბირებს P450 CYP3A-ს და CYP2D6 სისტემას - შესაძლოა იყოს სიციცხლისთვის საშიში (იხილეთ ცხრილი 22A). აღწერილია რამდენიმე იატროგენული კუმინგის სინდომის შემთხვევა რიტონავირთან ერთად კოტრიკოსტეროიდების გამოყენებისას (მოიცავს ამ უკანასკნელის გამოყენებას ინჰალაციით, ეპიდურული ინექციით და ერთჯერადი IM ინექციით). იშვიათად სტევებს ჯონსონის სინდრომი, ტოქსიკური ეპიდერმული ნეკროლიზური ანაფილაქსია. აღწერილია პირველადი ან ზღოვი და პანკრეატიტი. ღვიძლისმიერი მოვლენები, ფატალური შედეგებითა. მკურნალობის პერიოდში დააკვირდით LFT-ს, განსაკუთრებით მათში, ვისაც აღენიშნებათ ფონური ღვიძლის პათოლოგია (მათ შორის: HBV და HCV)
საქინავირი (ინვირაზი: მკვრივი კაპსულა, აბი)	დიარეა , ადომინური დისკომფორტი, გულის რევა, თავის ტკივილი	გაფრთხილება - საკენავირი გამოიყენეთ მხოლოდ რიტონავირთან ერთად. ერდეთ ნივრის კაპსულაზეთან ერთად გამოყენებას (შესაძლოა შეამციროს SQV დონე) და ფრთხილად გამოიყენეთ პროტონის-ტუმბოს ინჰიბიტორებთან ერთად (მნიშვნელოვანია SQV დონის ზრდა). საქინავირ/რიტონავირმა შესაძლოა გაახანგრძლივოს QTC ინტერვალი და იშვიათად შესაძლოა გამოიწვიოს მე-2 ან მე-3 ხარისხის ავ ზღოვი; აღწერილია ტორსადე დე პოინტის არითმია. უკუნაჩვენებია პაციენტებში, რომელთაც აქვთ გახანგრძლივებული QTC ან იღებენ წამლებს ან აღენიშნებათ ისეთი მდგომარეობა, როგა იზრდება QTC გახანგრძლივების რისკი (K+ ან Mg++ დაქვეითება) (www.fda.gov/drugs/drugsafety/ucm230096.html , accessed May 25, 2011). უკუნაჩვენებია პაციენტებში სრული ავ ზღოვით, რომელთაც არ უდგათ პესმეცერი. აღწერილია ღვიძლის ტოქსიკურობა პაციენტებში ფონური ღვიძლის პათოლოგიით ან იმ პირებში, რომლებიც ერთდროულად იღებდნენ რიფამპინს. იშვიათად, სტევებს ჯონსონის სინდრომი.
ტიბრანავირი (აპტივუსი)	გულის რევა და ღებინება, დიარეა, მუცლის ტკივილი, გამოწყარი 8-14%-ში, უფრო ხშირია ქალებში, 33% იმ ქალებში, რომლებიც იღებენ ეთინილ ესტრადიოლს. ლიპიდების ძირითადი დეფექტები.	ზეი ცუთის გაფრთხილება - ასოცირდება ჰეპატიტთან და ფატალურ ღვიძლის უკმარისობასთან. ჰეპატიტის რისკი იზრდება HepB ან HepC კონფექციების დროს. შესაძლოა ფატალური სიტიური კანის რეაქციები. უკუნაჩვენებია ღვიძლის ციროზის Child-Pugh C ან B კლასის დროს. ასოცირდება ფატალურ/საფატალურ ინტრაკრანიალურ ჰემორაგიასთან (შესაძლოა თრომბოციტების აგრეგაციის ინჰიბირება). სიფრთხილე საკირო სისხლდენების რისკის დროს. მნიშვნელოვანი მედიკამენტათა შორის

მედიკამენტის დასახელება ბინარიკი (კოფარმონი) სახელი	ყვალაზე ხშირი ბავრდითი მოვლენები	ყვალაზე მინიმალური ბავრდითი მოვლენები
		ურთიერთქმედება. შეიცავს Sulfa ფრაგმენტს და ვიტამინ E-ს.
შერწყმის ინჰიბიტორები		
ენფუვირტიდი (T20, ფუზონი)	ლოკალური ინექციის ადგილის რეაქციები (ISR), (98%-ში თუნდაც ერთი ISR, 4%-ში წყდება ISR-ის გამო) (ტკივილი და დისკომფორტი, ინდურაცია, ერთემა, კვანძები და ცისტები, ქავილი, ექიმოზი). დიარეა 32%, გულის რევა 23%, დაღლილობა 20%.	ზრდის ბაქტერიული პნევმონიის სიხშირეს (3.2 პნევმონიის შემთხვევა/100 პაციენტზე წელიწადში). ჰიპერსენსიტიურობა ≤ 1% (გამონაყარი, ცხელება, გულის რევა და ღებინება, შემცირება, ჰიპოტენზია და ღვიძლის ტრანსამინაზების მატება); შესაძლოა გამოვლინდეს რეექსპოზიციისას. აღწერილია, რომ კანის ამილიოიდის დეპოზიტები შეიცავს ენფუვირტიდის პეპტიდს და ის პერსისტირებს წამლის შეწყვეტის შემდეგ (J Cutan Pathol 39:220, 2012).
CCR5 კო-რეცეპტორების ანტაგონისტები		
მარავიროკი (სელზენტრი)	ანტირეტროვირუსულ მედიკამენტებთან ერთად: ხველა 13%, ცხელება 12%, გამონაყარი 10%, მუცლის ტკივილი 8%. ასევე თავბრუსხვევა, მიალგია, ართრალგია. იზრდება URI და HSV ინფექციების რისკი.	ზავი ყუთის ტოქსიურობა - ჰეპატოტოქსიურობა. შესაძლოა წინ უძღოდეს ალერგიული მიოგლინები (გამონაყარი, გაზრდილი ეოზინოფილების და IgE-ს დონე). სიფრთხილით უნდა იქნას გამოყენებული HepB ან HepC-ს დროს. გულის იშემია/ინფარქტი აღინიშნება 1.3%-ში. შესაძლოა შეამციროს BP, გამოიწვიოს ორთოსტატიული სინკოპე, განსაკუთრებით თირკმლის დისფუნქციისას. მნიშვნელოვანი ურთიერთქმედება CYP3A ინჰიბიტორებთან/ სტიმულატორებთან. ავთვისებიანობის გრძელვადიანი რისკი არ არის ცნობილი. სტივენს ჯონსონის სინდრომი აღწერილია პოსტ-მარკეტინგულად. ზოგადად სასიკეთო შედეგები გამოვლინდა ART-არანამკურნალოვანი ინდივიდებში კვლევისას (JID 201:803, 2010).
ინტეგრას ინჰიბიტორები		
რალტეგრავირი (იზენტრესი)	დიარეა, თავის ტკივილი, უშილობა, გულის რევა, LFT მომატება შესაძლოა უფრო ხშირი იყოს HBV ან HCV კოინფექციურულ პაციენტებში.	შესაძლოა განვითარდეს ჰიპერსენსიტიურობის რეაქციები. აღწერილია გამონაყარი, სტივენს ჯონსონის სინდრომი, ტოქსიკური ეპიდერმული ნეკროზი. აღწერილია ღვიძლის უკმარისობა, TCK, მიოპათია და რაბდომიოლიზი (AIDS 22:1382, 2008). არსებული დეპრესიის დამძიმება 4 პაციენტში; ყველამ შეძლო რალტეგრავირის გაგრძელება, ფსიქოტროპული წამლების მორგების შემდეგ (AIDS 22:1890, 2008). საღეკი ტაბლეტები შეიცავს ფენილალანინს.

მედიკამენტის დასახელება ბინარიკი (კომარცხილი სახელი)	ყველაზე ხშირი გვარდითი მოვლენები	ყველაზე მნიშვნელოვანი გვარდითი მოვლენები
ელვიტეგრავირი+ კობიცისტატი (სტრიბილდი). ელვიტეგრავირი (ვიტექტა)	გულის რევა და დიარეა არის ორი ყველაზე ხშირი გვარდითი მოვლენა. პლაზმის კრეატინინის 0.1-0.15-მგ/დლ- ით ზრდა კობიცისტატთან ერთად გამოყენებისას(დაკავშირებულია პროქსიმალური ტუბულების ენზიმების ინჰიბიციასთან და არა ჰემმარით GFR-ის შემცირებასთან.	იგივე შავი ყუთის გაფრთხილებები , რაც რიტონავირს და ტენოფოვირს. იშვიათად ლაქტატ აციდოზი. თირკმელზე ტოქსიკური ზემოქმედების გამო, მკურნალობა არ უნდა იქნას დაწყებული, თუ მკურნალობამდე $eGFR < 70$ ც/წთ.საჭიროა სერიულად პლაზმაში კრეატინინის, შარდში პროტეინის და გლუკოზის განსაზღვრა. შეწყვიტეთ მედიკამენტი, თუ Cr საწყისი დონიდან იაწევს 0.4 მგ/დლ-ზე მეტად.
დოლუტეგრავირი (ტივიკაი)	ინსომნია და ტავის ტკივილი (2-4%)	გამონაყარი, აღწერილია ღვიძლის დაზიანება. იზრდება ALT/AST 20%-ში. ტუბულური სეკრეციისას კრეატინინთან კონკურენცია ზრდის შრატში კრეატინინის დონეს საშუალოდ 0.1 მგ/დლ GFR-ის ცვლილების გარეშე

ხსრილი 14F – A და B პეპატიონი მპურნალობა

A ჰეპატიტი (HAV)

1. **წაშალი/დოზირება:** თერაპია არ არის რეკომენდებული. ექსპოზიციიდან 2 კვირის განმავლობაში IIG-ს 0.02 მლ/კგ IM ერთჯერადად გამოიყენება დამცელობითი უნარის გამო. რანდომიზირებული კვლევებით HepA ვაქცინას იგივე ეფექტურობა ახასიათებს, რაც IIG-ს და რის გამოც დამცელებების ფაზაში (NEJM 357:1685, 2007)
2. **HAV სუერინფექცია:** ქრონიკული C ჰეპატიტით დაავადებულ პაციენტთა 40%-ს HepA-ს თანდართვისას განუვითარდათ ფულმინანტური ღვილის უკმარისობა (NEJM 338:286, 1998). ანალოგიური მონაცემები ქრონიკული B ჰეპატიტით პაციენტებში, რომლებსაც დემართათ მწვავე A ჰეპატიტი (Ann Trop Med Parasitol 93:745, 1999). აქედან გამომდინარე HAV ვაქცინით იმუნისაციას საჭიროებს ყველა პაციენტი HBV და HCV ინფექციით.

HBV მკურნალობის მიზნობა: სკრინინგი და მკურნალობა (AnIM 161:31, 58, 2014)

როდის დაიწყოთ HBV მკურნალობა					
HBeAg სტატუსი	HBV დნ8: ვირუსული დატვირთვა	ალტ	ფიბროზი*	მკურნალობა** IFN=ინტერფერონი NUC=ნუკლეოზიდის/ ტიდის ანალოგი	კომენტარები
+	>20,000	<2xULN	F0-F2	დააკვირდით	არსებული მკურნალობა დაბალეფექტურია; ზიოფსია გეხმარები მკურნალობის დაწყების გადაწყვეტაში. გადაიხარეთ მკურნალობისკენ, თუ პაციენტი ხანდაზმულია ან + ოჯახური HxHCC-ის შემთხვევაში.
+	>20,000	<2xULN	F3-F4	უმკურნალები: IFN ან NUC	არ გამოიყენოთ IFN, დეკომენსირებული ციროზის შემთხვევაში
+	>20,000	>2xULN	ნების-მიერი	უმკურნალები: IFN ან NUC	IFN-ით მკურნალობისას მაღალია HBeAg სეროკონვერსიის და HBSAG გაქრობის შანსი.
-	<2000	<1xULN	ნების-მიერი	დააკვირდით	მკურნალობა შესაძლებელია, თუ ფიბროზი F4-ია: არ გამოიყენოთ IFN, დეკომენსირებული ციროზის შემთხვევაში
-	2000-20,000	<2xULN	F0-F2	დააკვირდით	
-	2000-20,000	<2xULN	F3-F4	უმკურნალები: NUC ან (IFN)	NUC არის უპირატესი ნეგატიური HBeAg შემთხვევაში; მკურნალობის ხანგრძლივობა დამოკიდებულია ხანგრძლივობაზე. უქვეყლად მეტია 1 წლებზე, შესაძლოა ქრონიკული (განუსაზღვრელი ვადით)
-	>20,000	>2x ULN	ნების-მიერი	უმკურნალები: NUC ან (IFN)	NUC არის უპირატესი ნეგატიური HBeAg შემთხვევაში; მკურნალობის ხანგრძლივობა უვადო/ქრონიკული.

მოდიფიცირებულია AASLD HBV Treatment Guidelines (www.aasld.org), Lokl McMahon, Hepatology, 2009; 50.

P. 1-36

* ღვიძლის ზიოფსია ან ფიბროზის გამოკვლევა გეხმარება განსაზღვრით, თუ როგორ და როდის უმკურნალოთ

** მკურნალობის არჩევანი ჩამოთვლილია ქვევით

მკურნალობის რეჟიმი. ერთი წამლით თერაპია, როგორც წესი საკმარისია; აივ კონფექციის დროს გამოიყენება კომბინაციური თერაპია.

	წამალი/დოზა	კომენტარი
უპირატესი რეჟიმები	პეგილირებული-ინტერფერონი-ალფა 2a 180 მკგ ერთჯერ კვირაში პნ ენტეკავირი 0.5 მგ PO ერთჯერ დღეშიან ტენოფოვირი 300 მგ PO ერთჯერ დღეში	PEG-IFN: უმკურნალეთ 48 კვირა. ენტეკავირი: არ გამოიყენოთ ენტეკავირი, თუ ლამივუდინზე რეზისტენტობაა. ენტეკავირი/ტენოფოვირი: უმკურნალეთ HBeAG-ს სეროკონვერსიისას ანტი-Hbe-ს გაჩენის შემდეგ, სულ ცოტა 24-48 კვირის განმავლობაში. უვადო ქრონიკული თერაპია HBeAG ნეგატიურ პაციენტებში. თირკმლის დაზიანებისას საჭიროა დოზის მოდიფიცირება.
ალტერნატიული რეჟიმები	ლამივუდინი 100 მგ PO ერთჯერ დღეში პნ ტელბიფუდინი 600 მგ PO ერთჯერ დღეში პნ ემტრიციტაბინი 200 მგ PO ერთჯერ დღეში (საკვლევი) პნ ადეფოვირი 10 მგ PO ერთჯერ დღეში	ეს ალტერნატიული აგენტები იშვიათად გამოიყენება, გარდა კომბინაციებისა. როდესაც გამოიყენებთ, დანიშნეთ მოკლე ვადით, რეზისტენტობის განვითარების მაღალი რისკის გამო. არ არის რეკომენდებული პირველი რიგის მკურნალობად. ადეფოვირის გამოყენება მირითადად შეიცვალა ტენოფოვირით.
უპირატესი რეჟიმები, აივ-HBV კოინფექციის მქონე პაციენტებში	ტრუვადა (ტენოფოვირი 300 მგ+ ემტრიციტაბინი 200 მგ) PO ერთჯერ დღეში + სხვა ანტი-აივ პრეპარატი	ყველა პაციენტს, თუ შესაძლებელია, უნდა ჩაუტარდეს მთლიანი სუპრესიული ანტი-აივ/ანტი-HBV მკურნალობა. გააგრძელოთ მკურნალობა უვადოდ.

ცხრილი 14G – HCV-ს მაჰრნალობის რეჟიმები და მაჰრნალობის შედეგები

- მკურნალობის ჩვენებები:** მკურნალობა ნაჩვენებია ყველა პაციენტში ქრონიკული HCV ინფექციით. პრიორიტეტი ენიჭება პაციენტებს შედარებით მაღალი (მორსნასული) ფიბროზით (F3/F4) და HCV-ით გამოწვეული კომორბიდული გამოვლინებებით. მკურნალობის ხანგრძლივობა და რეჟიმი დამოკიდებულია გენოტიპზე. პეგილირებული ინტერფერონით (Peg-IFN) მკურნალობა აღარ არის არჩევის თერაპია, ყველა დანარჩენი სამკურნალო რეჟიმიდან (რიბავირინთან ერთად, ან მის გარეშე) მკურნალობა ინიშნება შერჩევით.

- მკურნალობაზე პასუხის დეფინიციები.**

ნულოვანი	მკურნალობის მე-12 კვირისთვის HCV VL შემცირების წარუმატებლობა $>2 \log$ -ით (ვრცელდება Peg-IFN- შემცველ რეჟიმზეც)
პასუხი მკურნალობის დასასრულს (ETR)	არაგანსაზღვრადი HCV-რნმ მკურნალობის ბოლოს
რეციდივი	არაგანსაზღვრადი HCV-რნმ მკურნალობის ბოლოს (ETR), მაგრამ რეციდივი (დეტექტირებადი ვირუსი) 12 კვირის ფარგლებში მკურნალობის შეწყვეტიდან.
მყარი ვირუსული პასუხი (SVR)	განკურნება! არაგანსაზღვრადი HCV-რნმ მკურნალობის დასრულებისას და მკურნალობის დასრულებიდან 12 კვირის შემდეგ.

- HCV მკურნალობის რეჟიმი**

- ბიოფსია ითვლება ოქროს სტანდარტად HCV ინფექციის სტადიის დასადგენად და იდეალური სამკურნალო დროის განსაზღვრად. როცა ბიოფსია ვერ კეთდება ფიბროზის ხარისხისა და ციროზის შესაფასებლად, ხშირად გამოიყენება „რაინვაზიური“ მეთოდები. აშშ-სა და მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში ღვიძლის ფიბროზის შესაფასებლად მიღებულია ფიბროსკანია (ელასტოგრაფია). ელასტოგრაფიით დადგენილი ღვიძლის ქსოვილის სიხისტე >10 კპა კორელირებს მნიშვნელოვან ფიბროზთან (F3-F4).
- რეზისტენტობის ტესტები: გენოტიპური რეზისტენტობის ტესტები ხელმისაწვდომია და შესაძლებელია პოლიმორფიზმის დადგენა, რომლებიც ასოცირებულია ზოგიერთი DAA-დმ მგრძნობელობის შემცირებასთან (პირდაპირი მოქმედების აგენტები, მაგ. პროტეაზას ინჰიბიტორები). მიუხედავად ამისა, რეზისტენტობის ტესტები არ არის რუტინულად რეკომენდებული, ვინაიდან თერაპიაზე პასუხი ჯერ კიდევ მაშინაც შენარჩუნებულია, როდესაც გამოვლენილია რეზისტენტობის განმაპირობებელი მუტაციები უმრევლესობა DAA პრეპარატების მიმართ.
- მნიშვნელოვანი შენიშვნა მაჰრნალობის გადამწყვეტისას:** კვლევას გადის ახალი მედიკამენტები, ამასთან დაკავშირებით მკურნალობისთვის საჭირო პარამეტრები სწრაფად იცვლება (წელიწადში რამდენიმეჯერ). მონაცემების გაახლების მონიტორინგი აისახება sanfordguide.org ან hcvguidelines.org web-გვერდებზე.

მკოვნიკაჲლი HCV ჰეპატიტის მჲონე პაციენტიტის საწყსი თერაპი

სპეციალური პოპულაციის (დეკომპენსირებული ციროზი) და განმეორებითი მკურნალობა
 იხ. www.hcvguidelines.org -ზე

მედიკამენტი	აბრევიატურა	დოზა
ბოცეპრევირი	BOC	აღარაა რეკომენდებული
დასაბუვირი	DBV	250 მგ პ.ო დღესი 2-ჯერ
პარიტაპრევირი + რიტონავირი + ომბიტასვირი	PTV/r/OBV	ფიქსირებულიდოზიანი კომბინირებული ტაბლეთი (პარიტაპრევირი 150 მგ + რიტონავირი 100 მგ + ომბიტასვირი 25 მგ) პ.ო დღეში 1-ჯერ
პეგილირებული ინტერფერონი (α -2a)	PEG-IFN	180 მკგ კანკეშ კვირაში 1-ჯერ
რიბავირინი	RBV	წონადამოკიდებული დოზირება 1000 მგ (<75 კგ), ან 1200 მგ (>75 კგ) დღეში/ 2 მიღებად
სიმეპრევირი	SMV	150 მგ ტაბ. - პ.ო დღეში 1-ჯერ
სოფოსბუვირი	SOF	400 მგ ტაბ - პ.ო დღეში 1-ჯერ
სოფოსბუვირი+ლედიპასვირი	SOF/LED	ფიქსირებულიდოზირებული ტაბლეთი (სოფოსბუვირი 400 მგ + ლედიპასვირი 90 მგ) პ.ო დღეში 1-ჯერ.
ტელაპრევირი	TVR	აღარაა რეკომენდებული

მხრილი 14G (2)

გენოტიპი	რეკომენდებული რეჟიმი	ალტერნატივა	არა რეკომენდებული
1a	• SOF/LDV x 12 კვირა, პნ • PTV/r/OBV + DBV + RBV x 12 კვირა, პნ • SOF/SMV±RBV x 12 კვირა	არ განიხილება	• SOF+RBV x 24 კვირა • SOF+PEG-INF/RBV x 12 კვირა • SMV+PEG/INF/RBV x 24-48 კვირა (RGT) • TVR+PEG-INF/RBV x 24-48 კვირა (RGT)
1b	• SOF/LDV x 12 კვირა, პნ • PTV/r/OBV + DBV ± RBV(ციროზი) x 12 კვირა*, პნ • SOF+SMV x 12 კვირა	არ განიხილება	• BOC+ PEG/INF/RBV x 28-48 კვირა (RGT) • PEG-INF+RBV - 48 კვირა • მონოთერაპია PEG-INF, RBV ან DAA პრეპარატებით • მკურნალობა არ ხდება ---- იხ. www.hcvguidelines.org
2	• SOF+RBV x 12-16 კვირა (ციროზის შემთხვევაში კურსის გაგრძელება)	არ განიხილება	• PEG-INF+RBV - 24 კვირა • მონოთერაპია PEG-INF, RBV ან DAA პრეპარატებით • TVR, BOC ან SMV-შემცველი ნებისმიერი რეჟიმი
3	• SOF+RBV x 24 კვირა	SOF+PEG-INF/RBV - 12 კვირა	• PEG-INF+RBV - 24 -48 კვირა • მონოთერაპია PEG-INF, RBV ან DAA პრეპარატებით • TVR, BOC ან SMV-შემცველი ნებისმიერი რეჟიმი
4	• PTV/r/OBV + DBV + RBV x 12 კვირა, პნ • SOF + RBV x 24 კვირა • SOF/LDV x 12 კვირა	• SOF + PEG-INF/RBV x 12 კვირა • SOF/SMV ± RBV x 12 კვირა	• SMV x 12 კვირა + PEG/INF/RBV x 24-48 კვირა • მონოთერაპია PEG-INF, RBV ან DAA პრეპარატებით • TVR ან BOC -შემცველი ნებისმიერი რეჟიმი
5	• SOF + PEG-INF + RBV x 12 კვირა	PEG-INF+RBV x 48 კვირა	• მონოთერაპია PEG-INF, RBV ან DAA პრეპარატებით • TVR ან BOC -შემცველი ნებისმიერი რეჟიმი
6	• SOF/LDV x 12 კვირა	SOF+PEG-INF+RBV x 12 კვირა	

* მკურნალობის 8 კვირიანი კურსი გამოიყენება შერჩევითად პაციენტების გარკვეულ ჯგუფში (www.hcvguidelines.org)

რეჟიმები შესაძლოა შეიცვალოს www.sanfordguide.com ან www.hcvguidelines.org -ზე მონაცემების გაახლების შემთხვევაში.

ხშირი 15A - მერყეული ბაქტერიული ინფექციების ანთიმიკრობული პროფილაქსია

მიმოხილვის ანთიმიკრობული/მედიკამენტოზური	პროფილაქსიური ანთიმიკრობული/მედიკამენტოზური მედიკამენტოზულობა	კომენტარი
B გუგულის სტრუქტურული დაავადება (GBS), ნეონატალური: მართვის მიდგომები (CDC გაიდლაინები, MMWR 59 (RR-10):1,2010): ინტრანატალური ანტიმიკრობული პროფილაქტიკური ღონისძიებები ორსულ ქალებში: - გესტაციის 35-37 კვირაზე ყველა ორსულის ვაგინალური და ნაწილობრივი ნაწილის ნაწილი GBS-ზე სკრინინგი (თუ არ არსებობს პროფილაქტიკის სხვა გზა, როგორცაა GBS ბაქტერიული ან ორსულობისას ან თუ წინა ორსულობისას ახალშობილში განვითარდა ინვზიული GBS დაავადება; თუმცა, ამ დროსაც გამოსადევია ნაწილის გამოკვლევა მგრძნობილობის განსაზღვრით). გამოიყენეთ სტანდარტული ნიადაგი; GBS-ს 96 საათის განმავლობაში შეუძლია გადარჩეს ოთახის ტემპერატურაზე. უმკურნალოთ მშობიარობის პერიოდში, თუ უკრძალავთ კულტურა დადებითი. - უმკურნალოთ მშობიარობის პერიოდში, თუ წინა მშობიარობისას დაბადებულ ახალშობილს აღენიშნებოდა GBS ინფექცია ან თუ დაფიქსირდა GBS ბაქტერიული ორსულობის პერიოდში. - უმკურნალოთ, თუ GBS სტატუსი უცნობია, თუმცა გამოხატულია შემდეგი: - მშობიარობა გესტაციის < 37 კვირაზე (იხილეთ MMWR 59 (RR-10): 1, 2010 algorithms for preterm labor and preterm premature rupture of membranes); ან - განავრცელებული (≥ 18 საათი) სანაყოფე გარსების მთლიანობის დარღვევა ან - ინტრანატალური პერიოდში ორსულს აღენიშნება ცხელება $\geq 38^{\circ}\text{C}$. თუ ეჭვობთ ამიონიოტი, ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკოთერაპიაში ჩართული უნდა იყოს ერთი ანტი-B-სტრუქტურული აქტივობის მქონე ანტიბიოტიკი. - უმკურნალოთ, თუ ინტრანატალური პერიოდში NAAT GBS-ზე დადებითია. - მკურნალობა არ არის ნაჩვენები, თუ: ვაგინური/რექტალური ნაწილის კულტურა არ ამოიღეს გესტაციის 35-37-ე კვირაზე ან თუ ტარდება საკეისრო კვეთა მშობიარობის დაწყებამდე + სანაყოფე გარსები ინტაქტურია (გამოიყენეთ სტანდარტული ქირურგიული პროფილაქსია).		პროფილაქტიკური რეჟიმები ნეონატალურად ადრეულ B სტრუქტურული ინფექციის წინააღმდეგ, რომელიც გამოიყენებოდა მშობიარობის პერიოდში ორსულ ქალებში: პენიცილინი G 5 მილიონი ერთეული IV (საწყისი დოზა) შემდეგ 2.5-3 მლნ ერთ. IV q4h დაბადებამდე. ალტერნატივა: ამიცილინი 2 გ IV (საწყისი დოზა) შემდეგ 1 გ IV q4h დაბადებამდე. პენიცილინი-ალერგიული პაციენტებში: - პაციენტები, რომელთაც არ აღენიშნება ანაფილაქსიის მაღალი რისკი: ცეფაზოლინი 2 გ IV (საწყისი დოზა) შემდეგ 1 გ IV q8h დაბადებამდე - პაციენტები, რომელთაც აღენიშნება ანაფილაქსიის მაღალი რისკი ბეტა-ლaktამებზე: - თუ ორგანიზმი მგრძნობიარეა ერთთრომინინზე და კლინიკური მგრძნობიარე დადასტურებული D ტესტის მიხედვით (ან სხვა ექვივალენტის მიხედვით) - კლინიკური 900 მგ IV q8h დაბადებამდე - თუ მიკროორგანიზმის ანტიბიოტიკომგრძნობიარეობა არ არის დადგენილი, არ არის გამოჩენილი კლინიკური ინდიკატორები რეზისტენტობის განვითარება ან პაციენტი ალერგიულია კლინიკური მგრძნობიარეობაზე: ვანკომიკინი 1 გ IV q12h დაბადებამდე.
ნეონატალური, რომლის დიდაც იტარდება პროფილაქტიკა ადრეული, სანაყოფე გარსების მთლიანობის დარღვევა B-Strp-უარყოფითი ქალებში კობრეის მონაცემთა ბაზის მიხედვით. 12:CD00:1058,2013; Obstet&Gyn124:515:2014 Am J Ob-Gyn 207:475 2012		დეტალური ალგორითმი იხილეთ: MMWR 59 (RR-10):1, 2010 თუ პენიცილინი ალერგიულია არ ვლინდება: (IV AMP 2 გ q6h x 48საათი, შემდეგ AM-CL 875/125x po bid x 5 დღე) + Azithro 1 გ po x 1დღე (Azithro გენიტალური mycoplasma sp.თვის). მსუბუქი არა-IgE ალერგია პენიცილინი, მაგ: მხოლოდ გამოწყობილი: Cefazolin 1 გ IV q8h x 48 სთ, შემდეგ (Cephalexin 500მგ po q6h x 5 დღე + Azithro 1 გ po x 1 დღე).

	მძიმე IgE-განპირობებული ალერგია პენიცილინზე: (Clinda 900მგ/IV q8h x 48 სთ + გენტამიცინი 7 მგ/კგ IV 1 ჯერ დღეში 2 დღე), შემდეგ (Clinda 300მგ pot id x 5 დღე + Azitro 1გრ po x 1 დოზა).
პოსტ-სპლენექტომიური ბაქტერიემია. ჩვეულებრივ ინკაფსულირებული ბაქტერიები: <i>Pneumococci</i>, <i>meningococci</i>, <i>H. Influenzae</i> ტიპი B. ბაქტერიემია გამოწვეული <i>Enterobacteriaceae</i>, <i>S. aureus</i>, <i>Capnocytophaga</i> spp. და იშვიათად <i>P. Aeruginosa</i>. ასევე მაღალია ფატალური მალარიის და მძიმე ბაბეზიოზის რისკი.	პროტეინ კონიუგირებული პნევმოკოკური, <i>H. influenza</i> ტიპი B და მენინგოკოკური ვაქცინა (CID 58:309,2014). დღიური პროფილაქტიკა ასპლენიურ ბავშვებში (ყოველდღიურად 5 წლამდე/მინუს 1 წელი): Amox 125 მგ po bid (ასაკი 2 თვიდან 3 წლამდე); Amox 250 მგ po bid (ასაკი > 3 წელი 5 წლამდე). ალერგიის შემთხვევაში მაგ: მხოლოდ გამონაყარი: Cephalexin 250 მგ po bid, თუკი სახეზეა IgE ასოცირებული რეაქცია, კარგი არჩევანი არ არის. ტემპერატურა ბავშვებსა და მოზრდილებში: AM-CL 875/125 მგ po bid (მოზრდილებში) 90 მგ/კგ po div (ბავშვებში). ალტერნატივა (Levo 750 მგ po ან Moxi 400 მგ po) 1 x დღეში. ზოგიერთი რეკომენდაციით Amox 2 გრ po სინუსებზე და სასუნთქ გზებზე პროცედურების წინ.

მხრილი 15A (2)

ეპიდემიოლოგიური აბინძურება/დაავადება/ზოგადი მდგომარეობა	პროფილაქტიკური აბინძურება/ზოგადი მდგომარეობა	კომენტარი
სექსუალური ექსპოზიცია სექსუალურ ძალადობას გადარჩენილი [შესაძლო აგენტები და რისკები იხილეთ MMWR 59 (RR-12):1, 2010]. თუ როგორ უნდა მოუპოვოთ ასეთ პაციენტს იხილეთ: NEJM 365:834, 2011	[[ცეფტრიაქსონი 250 მგ IM)] + (მეტრონიდაზოლი 2 გ PO ერთდღიანი დოზა) +[[აზიტრომიცინი 1 გ PO ერთდღიანი ან (დოქსიციკლინი 100 მგ PO bid 7 დღე)]	• მიიღეთ ექსპერტის კონსულტაცია: სასამართლო ექსპერტიზა და ნიმუშები, ორსულობა, ფიზიკური ტრავმა, ფსიქოლოგიური დაზიანება • შეამოწმეთ გონოკოკებზე და ქლამიდიასზე (NAAT) საჭირო ადგილებზე. სველი ვაგინური ნაცხი შეამოწმეთ T. vaginalis-ზე (და უჯრედულ კულტურაზე), ნიმუში შეამოწმეთ ბაქტერიულ ვაგინოზზე და კანდიდოზზე სიტუაციის შესაბამისად. • სიფილისზე, აივ-ზე, HBV-ზე სეროლოგიური შემოწმება. HCV სქესობრივი კავშირით არ გადადისადვილად, თუმცა განიხილეთ მაღალი რისკის არსებობისას (MMWR 60:945, 2011). • დაიწყეთ ექსპოზიციის შემდგომი HBV ვაქცინაცია. აივ ექსპოზიციის შემდგომი პროფილაქტიკა, სიტუაციის შესაბამისად. • დამატებითი ტესტირება STD-ზე 1-2 კვირის შემდეგ; რეტესტირება, თუ პროფილაქტიკა არ იქნა ჩატარებული ან პაციენტს აღენიშნება სიმპტომები. • დამატებითი სეროლოგიური შემოწმება სიფილისზე, აივ-ზე, HBV-ზე (და HCV-ზე საჭიროებისამებრ) 6 კვირის, 3 თვის და 6 თვის თავზე. შენიშვნა: ცეფტრიაქსონი უმჯობესია, ცეფექსიმზე, გონორეის სამკურნალოდ; ეს უკანასკნელი ნაკლებ ეფექტურია ფარინგეული ინფექციისა და იმ შტამების მიმართ, რომლებიც ცეფალოსპორინების მიმართ ავლენენ შემცირებულ მგრძნობელობას. ცეფექსიმისადმი მგრძნობელობა შემცირებული შტამების პრევალენტობა უფრო მაღალია ცეფტრიაქსონზე მგრძნობელობა შემცირებულ შტამებთან შედარებით (MMWR 60:873, 2011). ცეფექსიმი 400 მგ PO ერთდღიანად შეიძლება გამოვიყენოთ ცეფტრიაქსონის ნაცვლად, თუ ეს უკანასკნელი არ არის ხელმისაწვდომი (ამოღებულია CDC STD treatment update MMWR 61:590, 2012). აზიტრომიცინი უპირატესია დოქსიციკლინთან შედარებით, რადგან ის ასევე აქტიულობს ავლენს გონოკოკის ზოგიერთი შტამების მიმართ, რომელთაც აღენიშნებათ ცეფალოსპორინებისადმი შემცირებული მგრძნობელობა (MMWR 60:873, 2011). პაციენტებში ცეფალოსპორინებისადმი ძლიერი ალერგიის დროს

კონტაქტი სპეციფიურ სექსუალურად გადადებ დაავადებებთან	იხილეთ შესაბამისი გაიდლაინი სპეციფიკური პათოგენების სანახავად MMWR 59 (RR-10): 1, 2010	ცენტრიაქსონის ნაცვლად გამოიყენება აზიტრომიცინი 2 გ PO ერთჯერადად.
სიფილისთან ექსპოზიცია		პრეზუმეციული (სავარაუდო) მკურნალობა ექსპოზიციიდან 3 თვის განმავლობაში, რადგანაც ტესტები შესაძლოა იყოს ნეგატიური. იხილეთ ცხრილი 1, გვ. 53. თუ ექსპოზიცია მოხდა >90 დღით ადრე, დაადგინეთ დიაგნოზი ან უმკურნალოთ ემპირიულად (MMWR59 (RR-12):1. 2010).
ნაგლილუზრ უჯრედოვანი დაავადება. შესაძლოა გამომწვევი: S. Pneumoniae (იხილეთ პოსტ-სპლენტექტომია, ზემოთ) Ref.: 2009Red Book Online, Amer Acad Pediatrics	ბავშვები <5 წელი: პენიცილინი V 125 მგ PO bid. ≥ 5 წელი: პენიცილინი V 250 მგ PO bid. (ბავშვებში ალტერნატივა შეიძლება იყოს ამოქსიცილინი 20 მგ/კგ/დღე)	ორი თვიდან დაიწყეთ პროფილაქტიკა (Pediatrics 106:367, 2000); გააგრძელოთ 5 წლის ასაკამდე. წამლის შეწყვეტა უნდა გადაწყდეს ინდივიდუალურად. ასაკის-შესაბამისი ვაქცინაცია, მათ შორის პნევმოკოკური, Hib, ინფლუენსა, მენინგოკოკური. მკურნალობისას გაითვალისწინეთ პენიცილინზე არა-მგრძნობიარე პნევმოკოკის არსებობის შანსი.

მხრილი 15B - ანთიბიოტიკოპროფილაქსიკა მოტრადივაში ეივროპიული ინფექციების პრევენციისათვის*

(2013 წლის გზამკვლევი: Am J Health Syst Pharm 70:195, 2013)

ზოგადი კომენტარები:

- ოპტიმალური ეფექტურობისათვის ანტიბიოტიკები დაიწყებულ უნდა იქნას ქირურგიულ კვთამდე 60 წთ-ით ადრე, ვანკომიცინისა და ქინოლონების ინფუზიას შესაძლო დასჭირდეს 1-2 სთ, ასე რომ ანტიბიოტიკის დოზის გაკეთება დაწყებულ უნდა იქნას 2 სთ-ით ადრე (JAC 58:645, 2006; CID 38:1706, 2004).
- მონაცემთა უმრავლესობით მოწოდებულია საპროფილაქტიკო ანტიბიოტიკის ერთჯერადი დოზა ან გაგრძელება 24 სთ-ზე ნაკლები ხანგრძლივობით.
- თუ პროცედურა გრძელდება 2-ჯერ უფრო ხანგრძლივად, ვიდრე საპროფილაქტიკო მედიკამენტის ნაღვერდადამშლის პერიოდი, შესაძლოა საჭირო გახდეს ინტრაოპერაციული შემანარჩუნებელი დოზის გაკეთება.
- მაღალი BMI-ს მქონე პაციენტებში (BMI > 30) საჭიროა დოზის მოდიფიცირება.
- ანტიბიოტიკის პროფილაქტიკური დოზა შეიცავს გარკვეულ რისკს, მაგ. C. difficile კოლიტი, ალერგიული რეაქცია.
- S. aureus-ის ნაზალური კოლონიზაციის აქტიური სკრინინგი და ქლორპექსიდინით გამორეცხვა და ინტრანაზალური მუპირიცინი აღწერილია, რომ არის სტრატეგია, რომელიც ამცირებს ქირურგიული ჩარევის მიდამოს ინფექციის სიხშირეს ისეთ ადგილებში, სადაც MRSA პრევალენტობა დაბალია (NEJM 362:8, 2010). მთავრად თვალზე ქლორექსიდინის საპონი.
- ზოგადად რეკომენდაციები ეფუძნება ქირურგიული მოვლის გაუმჯობესების პროექტს (Surgical Care Improvement Project – SCIP)

ვანკომიცინის გამოყენება:

- გამოიყენება მრავალი ჩვეული პროფილაქტიკური ჩვენებისას. ვანკომიცინი მიიჩნევა ბეტა-ლაქტამების ალტერნატივად, ამ უკანასკნელზე ალერგიულ ან არაშეთვისებად პაციენტებში
- ვანკომიცინის გამოყენება გამართლებულია ისეთ ცენტრებში, სადაც მაღალია პოსტ-ოპერაციული მეთილიცინ რეზისტენტული სტაფილოკოკური ინფექციების სიხშირე ან მისი განვითარების რისკი.
- ხშირად გამოყენებადი ბეტა-ლაქტამებისგან განსხვავებით, ვანკომიცინი არა აქტიურია გრამ-უარყოფითი მიკროორგანიზმების მიმართ. **სპეციფიური პროცედურის დროს გრამ-უარყოფითი ბაქტერიაზე ექცის შემთხვევაში აუცილებელია და სასურველია, რომ მკურნალობას დაემატოს მეორე მედიკამენტი შესაბამისი in vitro აქტივობით.** ამისათვის არა-ალერგიულ პაციენტებში შესაძლებელია ცეფაზოლინი-ვანკომიცინის კომბინაციის გამოყენება, ან პაციენტებში, რომელთაც აღენიშნებათ ბეტა-ლაქტამებზე ალერგია ვანკომიცინიდან ერთად შესაძლოა გამოიყენონ სხვა გრამ-ნეგატიური აქტივობის მქონე მედიკამენტი (მაგ. ამინოგლიკოზიდები, ფლოროქინოლონები, აზტრენონამი (ალერგიის არ არსებობის შემთხვევაში); შერჩევისას გათვალისწინებულ უნდა იქნას ადგილობრივი რეზისტენტობა და პაციენტის ფაქტორები.
- ვანკომიცინის ინფუზიამ, განსაკუთრებით მაღიან სწრაფმა ინფუზიამ, შესაძლოა გამოიწვიოს ჰიპოტენზია ან ჰისტამინის გამოთავისუფლების სინდრომის სხვა სიმპტომები (წითელი კაცის სინდრომი). არ არის ნაჩვენები ვანკომიცინისადმი ალერგია.

მხრილი 158 (2)

მიწოდების რაოდენობის დრო	პროცედურები	კომენტარი
კარდიოვასკულური ქირურგია ანტიბიოტიკო პროფილაქტიკას სარგებელი მოაქვს შემდეგი კარდიოვასკულური პროცედურებისას: • მუცლის აორტის რეკონსტრუქცია • პროცედურები ფეხზე, რომლებიც მოიცავს საზარდულის არის გაკეთებას • ნებისმიერი ვასკულური პროცედურა, რომლის დროსაც გამოიყენება პროთეზი/უცხო სხეული • იშემიის დროს ქვედა კიდურის ამპუტაცია • გულის ქირურგია • მუდმივი პეისმეიკერი (Circulation 121:458, 2010) • გულის ტრანსკატეტალიზაცია	ცეფაზოლინი 1-2 გ (წონა <120 კგ) ან 3 გ (წონა > 120 კგ) IV ერთჯერადი დოზა ან q8h 1-2 დღის განმავლობაში ან ცეფტოქსიმი 1.5 გ IV ერთჯერადი დოზა ან q12h ჯამში 6 გრამი ან ვანკომიკინი 1 გ IV ერთჯერადი დოზა ან q12h 1-2 დღე. > 90 კგ წონის პაციენტებში გამოიყენეთ vanc 1.5 IV ერთჯერადი დოზა ან q12h 1-2 დღის განმავლობაში. ცეფაზოლინის რეგულირება q4h თუ CrCl > 30 ml/min ან q8h თუ CrCl < 30 ml/min განიხილეთ ინტრანაზალური მუპიროცილის გამოყენება ქირურგიული ჩარევის წინა საღამოს და ოპერაციიდან 5 დღე bid პაციენტებში, რომელთაც აღენიშნებათ S. aureus-ის დადებითი ნაზალური კულტურა. დაფიქსირებულია მუპიროცილისადმი რეზისტენტობა	დრო და ხანგრძლივობა: ქირურგიული ჩარევის წინ გაკეთებული ანტიბიოტიკის ერთჯერადი დოზა ისევე ეფექტურია, როგორც რამოდენიმე დოზა. არ არის საჭირო გულის კათეტერიზაციის დროს. გულის სარქველში პროტეზირების დროს, პროფილაქტიკა უნდა შეწყდეს რეტროსტენტული დრენაჟების ამოღების შემდეგ ან კარდიოპულმონური ბაიპასის მოხსნის შემდეგ. ვანკომიკინი შესაძლოა იყოს უპირატესი საავადმყოფოებში, სადაც მაღალია MRSA პრევალენტობა ან MRSA კოლონიზებულ პაციენტებში ან პენიცილინზე ალერგიულ პაციენტებში. კლინიკური 900 მგ IV არის სხვა ალტერნატივა პენიცილინ ან ვანკომიკინ-ალერგიულ პაციენტებში.
ოპრაციული ჩარევა კუჭზე, ნაფლის ზუზუნზე და მსხვილ ნაწლავზე გასტროდუოდენური ბილიარული გასტროდუოდენური, პერპლუტანული ენდოსკოპიური გასტროტომიის ჩათვლით (მხოლოდ მაღალი რისკის დროს; იხილეთ კომენტარი) ბილიარული, ლაპარასკოპიული ქოლეცისტექტომიის ჩათვლით (მხოლოდ მაღალი რისკის დროს; იხილეთ კომენტარი) ენდოსკოპიური რეტროგრადული ქოლანგიოპანკრეატოგრაფია	ცეფაზოლინი (1-2 გ IV) ან ცეფოქსიტინი (1-2 გ IV) ან ცეფოტეტანი (1-2 გ IV) ან ცეფტაქსონი (25 გ IV) ერთჯერადი დოზა (ზოგიერთი აძლევს დამატებით დოზას q12h 2-3 დღის განმავლობაში) იხ. კომენტარი მკურნალობა არ ინიშნება ობსტრუქციის არ არსებობის შემთხვევაში. ობსტრუქციის დროს:	გასტროდუოდენური (PEG placement): მაღალი რისკი მოიცავს სიმსუქნეს, ობსტრუქციას, კუჭის შეკუმშვას ან პერისტალტიკის შემცირებას. ცეფაზოლინის q4h და ცეფოქსიტინი q2h რე-დოზირება თუ CrCl > 30 ml/min ან q8h და q4h, შესაბამისად თუ CrCl < 30 ml/min ბილიარული მაღალი რისკი ან ღია პროცედურა: ასაკი > 70 წელი, მწვავე ქოლეცისტიტი, არა-ფუნქციონირებადი ნაფლის ზუზუნი, ობსტრუქციული სიფითლე და კენკები სადინარში. ქოლანგიტისას უმკურნალოთ როგორც ინფექციას დაარა პროფილაქტიკა კვლევების უმეტესობა აჩვენებს, რომ ადეკვატური დრენირების მიღწევა გამოიწვევს პოსტ-პროცედურული ქოლანგიტის და სეფსისის პრევენციას და შესაბამისად

ძირუარბიული ჩარაშვის ტიპი	პროფილაქსია	კომენტარი
	ციპროფლოქსაცინი 500-750 მგ PO პროცედურამდე 2 საათით ადრე PIP-TZ 4.5 გ IV პროცედურამდე 1 საათით ადრე	პროფილაქტიკური ანტიბიოტიკოთერაპიით სარგებელი არ არის. ანტიბიოტიკის სარგებელი ყველაზე მეტად მოსალოდნელია, როდესაც ადექვატური დრენირება ვერ ხერხდება. იხ. Gastrot Endoscopy 67:791 2008. Gut 58:868, 2009.
კოლორექტული რეკომენდებული კომბინაცია • ნაწლავის მექანიკური მომზადება. • PO ანტიბიოტიკი (იხ კომენტარი) • IV ანტიბიოტიკი	პარენტერული რეჟიმი (სასწრაფო ან გეგმიური): [ცეფაზოლინი 1-2 გ IV + მეტრონიდაზოლი 0.5 გ IV] (იხილეთ კომენტარი) ან ცეფოქსიტინი ან ცეფოტეტანი 1-2 გ IV (თუ ხელმისაწვდომია) ან ცეფტრიაქსონი 2გ IV +მეტრო 0,5გ IV ან ERTA 1გ IV (ბეტა-ლაქტამური ალერგია, იხ. კომენტარი)	ორალური რეჟიმი: ნეომიცინი + ერითრომიცინი. პრეოპერაციული დღე: (1) 10:00 სთ 4ლიტრი პოლიეთილენ გლიკოლის ელექტროლიტური ხსნარი (Colyte, GoLYTELY) PO 2 საათის განმავლობაში. (2) მხოლოდ სუფთა წყლით დიეტა. (3) 13:00 სთ, 14:00 სთ და 23:00 საათზე, ნეომიცინი 1 გ + erythro 1 გ PO. (4) NPO(არაფრის არ მიღება) შუადამის შემდეგ. ალტერნატიული რეჟიმები ნაკლებად შესწავლილია; GoLYTELY 13-18 სთ, შემდგომ ნეომიცინი 2 გ PO + მეტრონიდაზოლი 2 გ PO 19:00 და 23:00 საათებზე. ორალური რეჟიმი ისევე ეფექტურია, როგორც პარენტერული; პარენტერულის ორალურთან დამატება არ არის საჭირო, თუმცა ხშირად გამოიყენება (Am J Surg 189:395, 2005). კვლევამ აჩვენა, რომ ერთაბენები ბევრად ეფექტურია, ვიდრე ცეფოტეტანი, თუმცა იზრდება C. Difficile-ის განვითარების რისკი (NEJM 355:2640,2006). ბეტა-ლაქტამურ ანტიბიოტიკებზე ალერგიის შემთხვევაში: Clindamicin 900 მგ IV+ (Gentamicin 5 mg/kg ან Aztreonam 2 gm IV ან Ciprofloxacin 400 მგ IV.

პერიტონეუმის რუპტურა: იხილეთ პერიტონეუმი/პერიტონიტი, მეორეული, ცხრილი 1, გვ. 110

ხსრილი 158 (3)

თერაპიული რეჟიმის დანიშნულება	პროფილაქსია	კომენტარი
თავის და კისრის ქირურგია	ცეფაზოლინი 2 გ IV (ერთჯერადი დოზა) (ზოგიერთი უმატებს მეტრონიდაზოლს 500 მგ IV) ან კლინდამიკინი 600-900 მგ IV (ერთჯერადი დოზა) ± გენტამიკინი 5 მგ/კგ IV (ერთჯერადი დოზა) (წონის მიხედვით დოზის გამოსათვლელად იხილეთ ცხრილი 10D).	თავისა და კისრებზე ქირურგიული ჩარევისას ანტიმიკრობული პროფილაქტიკა ეფექტურია მხოლოდ იმ ჩარევების შემთხვევაში, რომელიც მოიცავს ხახის ან პირის ლორწოვანს (მაგ. ხახის ან ხორხის სიმსივნე), თუმცა პროფილაქტიკის მოუხედავად, ქრილობის ინფექციის სიმძირე შესაძლოა იყოს მაღალი. სუფთა, არაკონტამინირებული თავისა და კისრის ოპერაციების დროს პროფილაქტიკა საჭირო არა არის. განმეორებითი დოზა ცეფაზოლინი q4h თუ CrCl>30 ml/min ან q8h CrCl<30ml/min.
ნეიროქირურგიული პროცედურები სუფთა, არაინფლამირებული: მაგ. ელექტური კრანოტომია	ცეფაზოლინი 1-2 გ IV ერთჯერ. ალტერნატივა: vanco 1 გ IV ერთჯერ.; >90 კგ წონის პაციენტებში გამოიყენეთ vanco 1.5 გ IV ერთჯერადი დოზა	კლინდამიკინი 900 მგ IV არის ალტერნატივა ვანკომიკინისადმი ან ზეტა-ლაქტამური ანტიბიოტიკებისადმი ალერგიულ პაციენტებში. განმეორებითი დოზა ცეფაზოლინი q4h თუ CrCl>30ml/min ან q8h CrCl<30ml/min
სუფთა, კონტამინირებული (კვეთილი სინუსებთან ან ცხვირ/ნახასთან) CSF შუნტის ოპერაცია, ინტრათეკალური პამპი	კლინდამიკინი 900 მგ IV (ერთჯერადი დოზა) ცეფაზოლინი 1-2 გ (წონა <120 კგ) ან 3 გ (წონა < 120 კგ) ერთჯერ IV. ალტერნატივა: vanco 1 გ IV ერთჯერ.; > 90 კგ წონის პაციენტებში გამოიყენეთ vanco 1.5 გ IV ერთჯერადი დოზა ან კლინდამიკინი 900 მგ IV	ზრტიანელები რეკომენდაციის უწყვეტ ამოსისცილინ-კლავულანატს 1.2 გ IV ^{NUS} ან (ცერეფოქსიმი 1.5 მგ IV + მეტრონიდაზოლი 0.5გ IV) რანდომიზებული კვლევით, რომელიც ჩატარდა ჰოსპიტალში, სადაც მაღალი იყო მეტიცილინ-რეზისტენტული სტაფილოკოკით გამოწვეული ინფექციის პრევალენტობა ვანკომიკინი უფრო ეფექტური აღმოჩნდა ცეფაზოლინთან შედარებით CSF შუნტის ინფექციების პრევენციაში (J Hosp Infect 69:337, 2008). განმეორებითი დოზა ცეფაზოლინი q4h თუ CrCl>30ml/min ან q8h CrCl<30ml/min.
სამეანო/გინეკოლოგიური ქირურგია (დამატებითი პროცედურების და ალტერნატივისთვის იხილეთ ACOG Practice Bulletin in Obstet & Gyn 113:1180, 2009) ვაგინალური ან აბდომინური ჰისტერექტომია	ცეფაზოლინი 1-2 გ ან ცეფოქსიმი 1-2 გ ან ცეფოტეტანი 1-2 გ ან ამიცილინ-სულბაქტამი 3 გ IV ოპერაციამდე 30 წუთით ადრე	ალტერნატივა: კლინდამიკინი 900 მგ IV ან ვანკომიკინი 1 გრ IV) + (გენტამიკინი 5 მგ/კგ 1 დოზა ან აზტრეონამი 2გრIV ან ციპროფლოქსაცინი 400 მგ IV) ან (მეტრონიდაზოლი 500 მგ IV + ციპროფლოქსაცინი 400 მგ IV)
საკეისრო კვეთა, სანაყოფე წყლების ნადრევი დარღვევის ან აქტიური მშობიარობისას	ცეფაზოლინი 1-2 გ IV (იხილეთ კომენტარი) ალტერნატივა: კლინდამიკინი 900 მგ IV+ (გენტამიკინი 5 მგ/კგ IV ან ტობრამიკინი 5 მგ/კგ IV) ერთი დოზა	პროფილაქტიკა ამცირებს ენდომეტრიტის და ქრილობის ინფექციის რისკს. ტრადიციული მიდგომით წამლის მიცემა ხდებოდა ჰიპოლარის გადკვეთის შემდეგ, ზავშვის ანტიბიოტიკთან ექსპოზიციის თავის ასარიდებლად. თუმცა, თანამედროვე კვლევები ცხადყოფს, რომ პროფილაქტიკის დაწყება კანის გაკვეთამდე იწვევს

თერაპიული ჩარევის ტიპი	პროფილაქსია	კომენტარი
ხელოვნური აბორტი (პირველი ტრიმესტრი)	პირველი ტრიმესტრი: დოქსიციკლინი 300 მგ PO: 100 მგ პროცედურამდე 1 საათით ადრე + 200 მგ პროცედურის შემდეგ	ქირურგიული მიდამოს ინფექციის (Obstet Gynecol 115:187, 2010; Amer J Obstet Gynecol 199:301.e1 და 310:e1, 2008) და ენდომეტრიტის სიხშირის შემცირებას (Amer J Obstet Gynecol 196:455.E1, 2007) მეტა ანალიზმა აჩვენა ანტიბიოტიკო პროფილაქტიკის სარგებლიანობა ყველა რისკ ჯგუფში.
ორთოპედიული ქირურგია ბარძაყის ართროპლასტიკა, სპონდილოსინთეზი (spinal fusion)	იგივე რაც კარდიოქირურგიულის დროს	ძირითადად ჩერდება მას შემდეგ, რაც მოცილდება "Hemovac". NSIPP-ს სამუშაო ჯგუფი რეკომენდაციას უწევს პროფილაქტიკის შეჩერებას ოპერაციიდან 24 საათის ვადაში (Am J Health Syst Pharm 70:195, 2013)
სახსრის მთლიანი შეცვლა (გარდა ბარძაყისა)	ცეფაზოლინი 1-2 გ IV pre-op (± მეორე დოზა) ან ვანკომიკინი 1 გ IV. > 90 კგ წონის პაციენტებში გამოიყენეთ vanco 1.5 გ IV ერთჯერადი დოზა ან კლინდამიკინი 900 მგ IV	2013 წლის გზამკვლევი რეკომენდაციას უწევს პროფილაქტიკის შეჩერებას ოპერაციიდან 24 საათის ვადაში (Am J Health Syst Pharm 70:195, 2013). ჩვეულება ანტიბიოტიკის გაკეთება ტურკინეტის ინფლაციამდე, ინტრანაზალური მუპიროვინი თუ კოლონიზებულია S. aureus.
შიგნითა ფიქსაციის მქონე დახურული მოტეხილობის ღია რედუქცია	ცეფტრიაქსონი 2 გ IV ერთჯერადი	პოლანდიამი ტრავმების კლუბისას ინფექციათა სიხშირემ შეადგინა 3.6% (ცეფტრიაქსონი) vs 8.3% (პლაცებო) შედარებით (Ln 347:1133, 1996). რამოდენიმე ალტერნატიულმა ანტიბიოტიკმა შესაძლოა შეამციროს ინფექციის რისკი (Cochrane Database Syst Rev 2010: CD000244).

ხსრილი 158 (4)

ძირითადი ჩარევების ტიპი	პროფილაქტიკა	კომენტარი
პროფილაქტიკა პროტეზირებული სახსრების ჰემატოგენური დაინფიცირების პრევენციისათვის, რომელიც დაკავშირებულია შორეულ პროცედურებთან (მხოლოდ ფიფიტანი, ხრახნიანი და ჩხირიანი პაციენტები არ ითვლებიან რისკის ქვეშ მყოფებად)	2003 წელს, ამერიკის ორთოპედ ქირურგთა ასოციაციამ (AAOS) ამერიკის დენტისტთა ასოციაციასა და ამერიკის უროლოგთა ასოციაციასთან ერთად შეიმუშავა რეკომენდაციები ანტიბიოტიკოპროფილაქტიკასთან მიმართებაში, რათა თავიდან აეცილებინათ იმპლანტირებული პროტეზის ინფიცირება პროცედურების შედეგად განვითარებული შესაძლო ბაქტერიემიისგან (J Am Dental Assn 134:895, 2003; J Urol 169:1796, 2003). ამ დოკუმენტებში განხილულია პროცედურები ბაქტერიემიის რისკით, აღწერილია პაციენტის ფაქტორები, რომელიც შეიცავს ინფექციის მაღალ რისკს (მოიცავს ყველა პაციენტს იმპლანტირებულ 2 წლამდე) და ანტიბიოტიკების არჩევანი (See also Med let 47:59, 2005 და მიმოხილვა Infect Dis Clin N Amer 19:931, 2005) 2009 წლის თებერვლში AAOS-ის მიერ გამოქვეყნდა პაციენტის ფაქტორები, რომელიც შეიცავს ინფექციის მაღალ რისკს, თუმცა ანტიბიოტიკებით პროფილაქტიკის რეკომენდაციას უწევს ნებისმიერი ინვაზიური პროცედურის დროს, რომელსაც შესაძლოა მოჰყვეს ბაქტერიემია სახსარშეცვლილ პაციენტებში (http://aaos.org/about/papers/advismt/1033.asp). - ექსპერტები მოიწვევენ, რომ ეს უკანასკნელი მიდგომა არის მეტად ფართო და გამოიწვევს ანტიბიოტიკების გაზრდილ მოხმარებას. ახალი პროსპექტული, კონტროლირებადი კვლევის დადგინდა, რომ ანტიბიოტიკოპროფილაქტიკა დენტალური პროცედურების დროს არ ამცირებს ბარძაყის და მუხლის პროტეზის ინფექციების რისკს (Clin Infect Dis 50:8, 2010). - პაციენტებში პროტეზირებული სახსრით, რომელსაც ქირურგიული ჩარევა ესაქიროება ინფიცირებულ ქსოვილზე, მკურნალობა დაწყებულ უნდა იქნას ქირურგიულ ჩარევამდე. პროფილაქტიკისთვის გამოყენებულ უნდა იქნას ანტი-სტაფილოკოკური ბეტა-ლactამური ანტიბიოტიკი ან ვანკომიკინი (მიკროორგანიზმის მგრძნობელობის მიხედვით), თუ საოპერაციო ქსოვილი კოლონიზებულია სტაფილოკოკებით; რადგანაც ეს მიკროორგანიზმები პროტეზირებული სახსრის ინფექციის მთავარ გამომწვევებს წარმოადგენენ. სხვა სიტუაციებში, გადაწყვეტილება უნდა იქნას დაფუძნებული ინდივიდუალურ მონაცემებზე; დღესდღეისობით, 2003 წლის ზემოთ ხსენებული დოკუმენტი წარმოადგენს საუკეთესო ინფორმაციას, რომელზეც უნდა დაფუძნდეს გადაწყვეტილება.	
პერიტონეული დიალიზის კატეტერის ჩადგმისას	ვაკომიკინი ერთჯერად 1 გ IV დოზა პროცედურამდე 12 საათით ადრე	ეფექტურად შეამცირა პერიტონიტის სიხშირე ჩადგმიდან 14 დღის განმავლობაში 221 პაციენტი: vanco 1%, ცეფაზოლინი 7%, პლაცებო 12% (P=0.02) (Am J Kidney Dis 36:1014, 2000).

უროლოგიური ოპერაციები/პროცედურები

• სპეციფიური პროცედურებისა და გარემოებებისთვის დეტალური რეკომენდაციების სანახავად, გაეცანით Best Practice Policy Statement of Amer. Urological Assoc. (AUA) (J Urol 179:1379, 2008) და 2013 წლის ზეამკვლევით (Am J health Syst pharm 70:195, 2013) • ანტიბიოტიკის შერჩევა უნდა ეფუძნებოდეს ადგილობრივი რეზისტენტობის მონაცემებს; შემთხვევების საგანია გრამ-უარყოფითი ბაქტერიების TMP-SMX და/ან ფტორქინოლონის (FQ) მიმართ რეზისტენტობის მატება.		
ციტოსკოპია	• ზოგადად, პროფილაქტიკა არ არის საჭირო, თუ შარდი სტერილურია (თუმცა, AUA რეკომენდაციას უწევს ფტორქინოლონის ან TMP-SMX დანიშვნას, თუ პაციენტს აღენიშნება რამდენიმე სარისკო ფაქტორი (მაგ.: ხანდაზმულობა, იმუნოდეფიციტური მდგომარეობა, ანატომიური ანომალია და ა.შ.). • უშუალოდ UTI-ს პროცედურის ჩატარებამდე ამოთესილი პათოგენის ანტიბიოტიკო მგრძნობელობის გათვალისწინებით.	
ციტოსკოპია სხვა მანიპულაციასთან	ციპროფლოქსაცინი 500 მგ PO (TMP-SMX 1 DS)	პროცედურები მოიცავს: ურეთეროსკოპია, ბიოფსია, ლითოტრიფსია

ძირითადი ჩარევის ტიპი	პროფილაქტიკა	კომენდარი
ერთდ	აბი PO შესაძლოა გამოყენებული იქნას ალტერნატივად იმ პოპულაციაში, რომელშიც რეზისტენტობის რისკი დაბალია)	(fulguration), TURP და ა.შ. უმკურნალოთ UTI-ს, თუ შესაძლებელია, პროცედურის დაწყებამდე.
პროსტატის ტრანსრექტული ბიოფსია	ციტოფლოგსაინი 500 მგ PO ბიოფსიამდე 12 საათით ადრე და გაიმეორეთ პირველი დოზიდან 12 საათის შემდეგ. იხილეთ კომენტარი	ბაქტერიემია 7% CIP-თ vs 37% გენტამიკინი (JAC 39:115, 1997). ლეფლოფლასაინი 500 მგ პროცედურამდე 30-60 წუთით ადრე ეფექტური აღმოჩნდა დაბალი რისკის მქონე პაციენტებში; დამატებითი დოზები ემდეგა გაზრდილი რისკის დროს (J Urol 168:1021, 2002). FQ-რეზისტენტული შტამებით სერიოზული ბაქტერიემია დაფიქსირდა FQ-ით პროფილაქტიკის შემდეგ. კლინიკისტებმა უნდა ურჩიონ პაციენტებს, რომ ინფექციის სიმკვრივის შემთხვევაში მაშინვე მიმართონ ექიმს. პრეოპერაციული პროფილაქტიკა უნდა ეყრდნობოდეს პრევალენტური მიკროორგანიზმების ანტიბიოტიკოგრაფიის მონაცემებს. მიუხედავად იმისა, რომ შემოთავაზებულია მეორე და მესამე თაობის ცეფალოსპორინები ან ერთჯერადი გენტამიკინის დოზის დამატება, აღმოჩენილია ESB-ს მაპროდუცირებელი და gent-რეზისტენტული ორგანიზმებით გამოწვეული ინფექციები (Urol 74L332, 2009)
სხვა ოპერაციები მკერდზე, პერინოპლასტიკა	ცეფაზოლინი 1-2 გ IV 1 დოზა ან ამიცილი-სულბაქტამი 3გრ IV 1 დოზა ან კლინდამიკინი 900 მგ IV 1 დოზა ან ვანკომიკინი 1გრ IV 1 დოზა (1,5 გრ, თუ წონა > 90 კგ)	სუფთა ოპერაციების დროს პროფილაქტიკის სარგებელი არ არის ნათელი (Treat Guide Med Lett 7:47, 2009). ანტიბიოტიკებმა შესაძლოა შეამცირონ ქირურგიული ჩარევის მიდამოს ინფექციის რისკი ჰუმუს კიბოს ოპერაციისას, თუმცა რეჟიმების არჩევაში დიდი ვარიაციებია (Cochrane Database Syst Rev, 2006; (2): CD 005360). საზარდულის თიაჟარის ბადით პლასტიკისას, ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით, პროფილაქტიკა სარგებლობს (J Hosp Infct 62:427, 2006), მაშინ როდესაც, მეორე კვლევით ანტიბიოტიკებმა შესაძლოა შეამციროს ინფექციის რისკი ზოგად პოპულაციაში ან მათში, ვისაც პლასტიკა ჩაუტარდა პროტეზური მასალით (ბადით), თუმცა მონაცემები არ იყო საკმარისად მყარი, რომ რეკომენდაცია გაეწიოს რომელიმე მიდგომას (Cochrane Database Syst Rev 2007; (3): CD 003769).

**ხსარი 15C - ბაქტერიული ენდოკარდიტის ანთიმიკრობული პროფილაქტიკა პაციენტებში
ფორმირებული პათოლოგიური პათოლოგიებით***

2007 წელს განახლებულ იქნა ამერიკის გულის ასოციაციის (AHA) მიერ მოწოდებული ბაქტერიული ენდოკარდიტის პრევენციის გზამკვლევები. საბოლოო დოკუმენტი (Circulation 2007; 116:1736-1754 და <http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/116/15/1736>), რომელსაც დაეთანხმა ამერიკის ინფექციური დაავადებების საზოგადოება, წინა რეკომენდაციებისგან საკმაოდ განსხვავებულია.

- ანტიბიოტიკო პროფილაქტიკა სტომატოლოგიური პროცედურების დროს მოწოდებულია იმ პაციენტებში, რომელთაც აღენიშნებათ ენდოკარდიტის განვითარების მაღალი რისკი. ენდოკარდიტის პრევენცია აღარ არის მითითებული გასტროინტესტინურ და საშარდო-სასქესო სისტემებზე ჩატარებული პროცედურების დროს. შემდგომი ადაპტირებულია და ასახავს AHA-ს ახალ რეკომენდაციებს. იხილეთ ორიგინალი პუბლიკაცია ზუსტი დეტალებისა და ახსნებისათვის.

პაციენტების ზეგავლენა ენდოკარდიტის პროფილაქტიკისთვის

პაციენტები, რომელთაც აღენიშნებათ ენდოკარდიტის განვითარების მაღალი რისკი:	პაციენტები, რომელთაც უნდა ჩაუბარდეთ ზემოთხსენებული პროცედურები:	პაციენტები, რომელთაც უნდა ჩაუბარდეთ ზემოთხსენებული რეკომენდაციები:	პაციენტები, რომელთაც უნდა ჩაუბარდეთ ზემოთხსენებული რეკომენდაციები:	პაციენტები, რომელთაც უნდა ჩაუბარდეთ პროცედურები ინფიქციურ კანკარ და რბილი ქსოვილებზე:
გულის პროტეზირებული სარქველები გადატანული ინფექციური ენდოკარდიტი თანდაყოლილი გულის პათოლოგია პულს შემდეგი: • სრულად აღდგენილი გულის დევექტი პროტეზებით (მხოლოდ პირველი 6 თვის განმავლობაში) • ნაწილობრივ აღდგენილი, რეზიდუალური დევექტით პროტეზირებულ მასალასთან ახლოს • არაპირფრეზებული, ციანოზური გულის პათოლოგია • ქირურგიულად კონსტრუირებული შუტები და კონდიუტები ვალვულოპათია გულის გადანერგვის შემდგომ	ნებისმიერი მანიპულაცია ღრმადი, დენტალურ პერიადიკულ მდებარეზე ან პერიფერიული პირის ღრუს ლორწოვანი. პროფილაქტიკა რეკომენდებულია? (იხილეთ დენტალური პროცედურების რეკომენდაციები ქვემოთა ცხრილში) პროფილაქტიკა არ არის რეკომენდებული რუტინული ანესთეზიური ინექციების (თუ არ არის ინფიქციურულ არემი), დენტალური რენტგენოგრაფიის, სარძევე კბილების მოვლის, ორთოდონტიული ხელსაწყოების დაცემებისას, (მორგებისას ან მოძრობისას)	რესპირატორული ტრაქტის ლორწოვანის განკვეთისას განახლებული პროფილაქტიკა (იხილეთ დენტალური პროცედურების რეკომენდაციები ცხრილში) ან დადგენილი ინფექციის მკურნალობისას პროფილაქტიკა რეკომენდებულია (იხილეთ დენტალური პროცედურების რეკომენდაციები ცხრილში პირის ფლორაზე, თუმცა გამოყენეთ ანტისტაფილოკოკური გადამრავლის რეკომენდაციები, თუ საკარდოა S. Aureus)	პროფილაქტიკა მხოლოდ ენდოკარდიტის პრევენციისთვის აღარ არის რეკომენდებული, თუმცა შემდგომი მიდგომა არის გონივრული: პაციენტებისათვის ენტეროკოკული UTI-ით • უმკურნალო GU-ზე გეგმიური პროცედურების ჩატარებამდე • მოიცავით ენტეროკოკის გადამრავლი პერიოპერაციული რეკომენდაციები პაციენტებისთვის, რომელთაც აღენიშნებათ GU ან GI ინფექცია ან რომლებიც იღებენ პერიოპერაციულ ანტიბიოტიკებს ქირურგიული ჩარევის მიდამოს ინფექციის ან სეფსისის პრევენციისთვის • გონივრულია ანტი-ენტეროკოკული აქტივობის მქონე ანტიბიოტიკების გამოყენება პერიოპერაციულ	მკურნალობის რეკომენდაციები უნდა მოიცავდეს სტაფილოკოკისა და ბეტა-ჰემოლიზური სტრეპტოკოკის გადამრავლას

გაცივების შემდეგ ენდოკარდიის პროფილაქსისთვის				
გაცივების, რომელთაც აღნიშნავთ ენდოკარდიის ბაქტერიემიის ხალხი რისკი:	გაცივების, რომელთაც უნდა ჩაუბრდეთ შემდეგი სტრატეგიული პროცედურები:	გაცივების, რომელთაც უნდა ჩაუბრდეთ შემდეგი ინვაზიური რასპირატორული პროცედურები:	გაცივების, რომელთაც უნდა ჩაუბრდეთ შემდეგი ინვაზიური პროცედურები:	გაცივების, რომელთაც უნდა ჩაუბრდეთ პროცედურები ინფორმალური კანდიდატები და რბილი ქსოვილები:
			პერიოდში [†]	

[†] ანტი-ენტეროკოკული აქტივობის მედიკამენტები პენიცილინი, ამპიცილინი, ამოქსიცილინი, პიპერაცილინი, ვანკომიკინი და სხვა. შეამოწმეთ მგრძნობელობა თუ შესაძლებელია (მაღალი რეზისტენტობის მქონე ორგანიზმების სანახავად იხილეთ ცხრილი 5)

[‡] 2008AHA/ACC-ს განახლებული გაიდლაინები, რომლებიც შეეხება გულის სარქველთან პათოლოგიებს იყენებს ტერმინს „გონივრული“, რათა ასახოს მტკიცებულების დონე (Circulation 118:887, 2008).

პროფილაქსიური რეჟიმები სტრატეგიული პროცედურების დროს		
სიძნელე	მედიკამენტი	რეჟიმი ¹
ჩვეული ორალური პროფილაქტიკა	ამოქსიცილინი	მოზრდილებში 2 გ, ბავშვებში 50 მგ/კგ; ორალურად პროცედურამდე 1 საათით ადრე
შეუძლებელია ორალური მედიკამენტების მიღება	ამპიცილინი ²	მოზრდილებში 2 გ, ბავშვებში 50 მგ/კგ IV ან IM; ორალურად პროცედურამდე 30 წუთით ადრე
ალერგიულია პენიცილინებზე	ცეფალოქსინი ³ ან კლინდამიცინი ან	მოზრდილებში 2 გ, ბავშვებში 50 მგ/კგ; ორალურად პროცედურამდე 1 საათით ადრე
	აზიტრომიცინი ან კლარიტრომიცინი	მოზრდილებში 600 მგ, ბავშვებში 20 მგ/კგ; ორალურად, პროცედურამდე 1 საათით ადრე
ალერგიულია პენიცილინებზე და შეუძლებელია ორალური მედიკამენტების მიღება	ცეფაზოლინი ³ ან	მოზრდილებში 500 მგ, ბავშვებში 15 მგ/კგ; ორალურად, პროცედურამდე 1 საათით ადრე
	კლინდამიცინი	მოზრდილებში 1 გ, ბავშვებში 50მგ/კგ; IV ან IM, პროცედურამდე 30 წუთში
		მოზრდილებში 600 მგ, ბავშვებში 20 მგ/კგ; IV ან IM, პროცედურამდე 30 წუთში

¹ ბავშვების დოზა არ უნდა აღემატებოდეს მოზრდილის დოზას. AHA დოკუმენტებში ჩამოთვლილი ყველა დოზა მიცემულ უნდა იქნას პროცედურამდე 30-60 წუთით ადრე

² AHA-ს მიერცეფაზოლინი ან ცეფტრიაქსონი (შესაბამის დოზებში) მოწოდებულია ალტერნატივად.

³ ცეფალოსპორინები არ უნდა იქნას გამოყენებული ინდივიდებში, რომლებმაც აღენიშნებათ სწრაფი-პიპერმგრძნობელობის რეაქციები (ურტიკარია, ანგიოედემა, ანაფილაქსია) პენიცილინზე ან სხვა ბეტა-ლაქტამებზე. AHA გვთავაზობს ცეფტრიაქსონს ცეფაზოლინის პოტენციურ ალტერნატივას; ხოლო სხვა პირველი და მეორე თაობის ცეფალოსპორინები ექვივალენტურ დოზებში შემოთავაზებულია, როგორც ცეფალოქსინის შესაძლო ალტერნატივა

ხსრილი 15D - აივ-1 და B და C ჰეპატიტების ექსპონირების შემდგომი მართვა*

პროფესიული ექსპონირების სისხლთან, პენის/სახალსოვანი სეპკრებთან ან სხვალის სხვა პოტენციურად ბადაზმად სითხეებთან ან მსოვილებთან/ჰეპატიტი B/C და/ან აივ-1-ის გადაცემის რისკით დაზ. შპრინს ნაშთი დაზიანება

უფასო კონსულტაცია პროფესიული ექსპონირებისას, დარეკეთ (PEpline) 1-888-448-4911 [ინფორმაცია ხელმისაწვდომია www.aidsinfo.nih.gov]

მართვის ზოგადი ეტაპები:

1. დაუყოვნებლივ ჩამოიბანეთ ჭრილობა/გამორეცხეთ დაზიანებული ლორწოვანი გემზრანა (კაუსტიკური საშუალებების გამოყენება ან ჭრილობის მოჭყლეტა არ არის მიზანშეწონილი; მონაცემები ანტისეპტიკების გამოყენებაზე მწირია)
2. შეაფასეთ რისკი შემდეგით: ა) დაახასიათეთ ექსპონირება (ბ) დაადგინეთ/შეაფასეთ ექსპონირების წყარო სამედიცინო ისტორიის, ქცევის რისკისა და ჰეპატიტებზე B/C, აივ-ზე ტესტირების მიხედვით; გ) ჩაუტარეთ ტესტირება ექსპონირებულ პირს B/C ჰეპატიტებზე და აივ-ზე.

პროფესიული ექსპონირება B ჰეპატიტთან

ექსპონირებული პიროვნება ვაქცინაციის სტატუსი	ექსპონირების წყარო		
	HBs Ag+	HBs Ag-	სტატუსი უცნობია ან ტესტირება შეუძლებელია*
არავაქცინირებული	მიეცით HBIG 0.06მლ/კგ IM და დაიწყეთ HB ვაქცინაცია	დაიწყეთ HN ვაქცინაცია	დაიწყეთ HB ვაქცინაცია
ვაქცინირებული (ანტისხეულების უცნობია) სტატუსი	ჩაატარეთ ექსპონირებული პირის ანტი-HBs კვლევა: თუ ტიტრი ≥ 10 სართ. ერთ/მლ, ლონისმიეგები არ არის საჭირო თუ ტიტრი <10სართ.ერთ/მლ, მიეცით HBIG + 1დოზა HB ვაქცინის**	ლონისმიეგები არ არის საჭირო	ჩაატარეთ ექსპონირებული პირის ანტი-HBs კვლევა: თუ ტიტრი ≥ 10 საერთ.ერთ/მლ, ლონისმიეგები არ არის საჭირო თუ ტიტრი <10საერთ.ერთ/მლ, მიეცით HBIG + 1დოზა HB ვაქცინის**

§ პირები, რომლებიც ადრე იყვნენ ინფიცირებულნი HBV-ით და აქვთ იმუნიტეტი არ საჭიროებენ პოსტექსპონირებულ პროფილაქტიკას

როდესაც ცნობილია, რომ პიროვნება ვაქცინაციაზე მოპასუხება (ტიტრი ≥ 10 სართ. ერთ/მლ), ანტისხეულების ტიტრის მონიტორინგი ან ბუსტირებული დოზა არ არის რეკომენდებული. როდესაც ცნობილია, რომ პიროვნება ვაქცინაციაზე არა-მოპასუხება (ტიტრი <10 სართ. ერთ/მლ), HBsAg+ პაციენტთან ან საექმო მაღალი რისკის წყაროსთან ექსპონირების შემთხვევაში მოწოდებულია HBIG-ის მიღება და ვაქცინაციის ახლიდან ჩატარება^{ან} HBIG 2 დოზ-ის მიღება 1 თვის შუალედით. HB ვაქცინაციის მეორე კურსზე არამოპასუხებში ხელახალ ვაქცინაციასთან შედარებით უპირატესობა ენიჭება ორი HBIG დოზის მიღებას 1 თვის შუალედით.

თუ ცნობილია მაღალი რისკის წყარო, უმკურნალები, როგორც HBsAg დადებითი.

* ვაქცინაციის შემდეგ შეამოწმეთ პასუხი ან თვალყური ადევნეთ ვაქცინაციის სერიის დასრულებას.

B ჰეპატიტთან არა-პროფესიული ექსპოზიცია და ლატენტური B ჰეპატიტის რეაქტივაცია

არა-პროფესიული ექსპოზიცია (MMWR 59 (RR-10):1, 2010]

- ექსპოზიცია HBsAg პოზიტიური პირის სისხლთან ან სექსუალურ სეკრეტთან
 - პერკუტანეული (კბენა, შპრიცის შერჭობა)
 - სექსუალური ძალადობა
 - იმუნოპროფილაქტიკის დაწყება ექსპოზიციიდან 24 საათში ან სექსუალური ექსპოზიციიდან ან პარენტერალური ექსპოზიციიდან არაუმეტეს 7 დღისაღიტი რეაქტივაცია (გაგრძელება)
 - გამოიყენეთ გაზამკვლევეები არა-პროფესიული ექსპოზიციისთვის HBIG და HBV ვაქცინის გამოყენებით
-

ხსრილი 150 (2)

B ჰეპატიტთან არა-პროფესიული ექსპოზიცია და ლატენტური B ჰეპატიტის რეაქტივაცია

ლატენტური HBV ინფექციის რეაქტივაცია (Eur J Cancer 49:3486 ,2013; ლვიძის დაავადებების სემინარი 33:167, 2013; Crit Rev Oncol-Hematol 87:12, 2013)

- პაციენტები, რომელთაც ესაჭიროებათ მონოკლონური ანტი CD 20 ანტისხეულების ადმინისტრირება, როგორც მკურნალობის შემადგენელი ნაწილის ზოგიერთი ავთვისებიანი სიმსივნის, რემატოიდული ართრიტის და ვასკულიტის დროს არიან ლატენტური HBV ინფექციის რეაქტივაციის რისკის ქვეშ,
- FDA-ს მიერ მიღებულია ორი ანტი-CD20 მედიკამენტი: ოფატუმუმაბი (Arzerra) და რიტუქსიმაბი (Rituxan)
- ანტი CD-20-ით მკურნალობის დაწყებამდე პაციენტს უნდა ჩატარდეს გამოკვლევა ლატენტური HBV-ს გამოსავლენად (HBsAg და antiHB(core)IgG)
- თუ პაციენტს აღენიშნება ლატენტური HBV ინფექცია და ანტი CD 20 მკურნალობაუცილებელია მკურნალობა უნდა მოიცავდეს ანტი-HBV აქტიურ მედიკამენტს

C ჰეპატიტთან ექსპოზიცია

განსაზღვრეთ HepC ანტისხეულები ექსპოზირებულ პირში და, თუ შესაძლებელია, ექსპოზიციის წყაროში. თუ წყარო + ან უცნობია და ექსპოზირებული პირი უარყოფითია, საჭიროა დამატებითი HCV ტესტირება HCV რნმ-ზე (სისხლში განსაზღვრადია 1-3 კვირაში) და HCV ანტისხეულებზე (3 თვეში 90%-ში ხდება სეროკონვერსია). **არ არსებობს რეკომენდებული პროფილაქტიკა;** შრატის იმუნოგლობულინი არა ეფექტურია. მონიტორინგი აწარმოეთ ადრეული ინფექციის გამოსავლენად, რადგან მკურნალობამ შესაძლოა შეამციროს ქრონიზაციის რისკი. თუ პაციენტებში ექსპოზიციიდან 8-12 კვირის შემდეგ კვლავ რჩებავირემია მკურნალობა უნდა ჩატარდეს პევილირებული ინტერფერონით (Gastro 130:632, 2006 და Hpt 43:923, 2006). იხილეთ ცხრილი 14G. შემთხვევა-კონტროლირებული კვლევები ცხადყოფს, რომ HCV პროფესიული ტრანსმისიის რისკი პერკუტანულად შპრიცის ჩვვლეთით არტერიამში ან ვენაში ან ღრმად ქსოვილებში უფრო მაღალია, როდესაც ინფექციის წყაროს VL> 6log10copi/ml-ში

აივ: პროფესიული ექსპოზიციის მართვა [დადასტურებულია CDC რეკომენდაციების მიხედვით, MMWR 54 (RR9), 2005, ხელმისაწვდომია www.cdc.gov/mmwr/indrr_2005.html]

- აივ-ის პოსტექსპოზიციის პროფილაქტიკის (PEP)დაწყების გადაწყვეტილება კლინიკური გადაწყვეტილებაა, რომელიც უნდა გაკეთდეს ექსპოზირებულ ჯანდაცვის მუშათან ერთად (HCW) და ეფუძნება:
 1. ალმათობამიძისა, რომ პაციენტი დაავადებულია აივ ინფექციით: ობრდებამაღალი რისკის აქტივობის ისტორიით - ინიექციური ნარკოტიკების გამოყენება, სექსუალური აქტივობა აივ პოზიტიურ პირთან, დაუცველი სექსობრივი კავშირი მრავალ პარტნიორთან (პეტერო-ან ჰომოსექსუალური), სისხლის პროდუქტების რეციპიენტი 1978-85 წლებში.ალმათობა მაღალია, თუ სახეზეა შორს წასული აივ ინფექციის ნიშნები და სიმპტომები (წონაში უმიზეზო კლება, ღამის ოფლიანობა, ორალური კანდიდიოზი, სებორეული დერმატიტი და ა.შ.).
 2. ექსპოზიციის ტიპი (დაახლოებით 300-400 ნემსის ჩვვლეთიდან აივ-ით დაინფიცირება ხდება ერთ შემთხვევაში)
 3. არ არის საკმარისი მონაცემები PEP ეფექტურობაზე (Cochrane Database Syst Rev. Jan 24; (1):CD002835, 2007)
 4. PEP პრეპარატების მნიშვნელოვანი გვერდითი მოვლენები და მედიკამენტოზი შორის ურთიერთქმედება.

პოტენციურად გადამდებ სუბსტანციებად მიჩნეულია: სისხლი, ქსოვილები, სპერმა, ვაგინური სეკრეტები, CSF, სინოვიალური, პლევრის, პერიტონეალური და ამნიონური სითხეები; და სხვა სისხლნარევი სითხეები.

სითხეები ტრანსმისიის დაბალ რისკით (თვალთ ნაკლებ სისხლიანი): შარდი, ნალბინები მასები, განავალი, ოფლი, ნერწყვი, ნაზალური სეკრეტი, ცრემლი და ნახველი.
- თუ წყარო ცნობილია, რომ აივ დადებითია ან საფარუდოა, რომ ინფიცირებულიადა ექსპოზიციის სტატუსის მიხედვით საჭიროა PEP

B ჰეპატიტან არა-პროფესიული ექსპოზიცია და ლატენტური B ჰეპატიტის რეაქტივაცია

ანტირეტროვირუსული მკურნალობა დაწყებულ უნდა იქნას **დაუყოვნებლივ**. თუ წყარო აივ ანტისხეულებზე ნეგატიურია წამლები შესაძლებელია შეწყდეს, თუ არ გვაქვს **ეჭვი, რომ წყაროს აღენიშნება მწვავე აივ ინფექცია**. HCW-ს უნდა ჩაუტარდეს **რეტესტირება მე-3-4 კვირას, მე-3 და მე-6 თვეს PEP-ის გამოყენების მიუხედავად** (უმეტეს შემთხვევაში სეროკონვერსია ვითარდება მესამე თვეს; მოგვიანებითი სეროკონვერსია - მე-6 თვეს რაც ძალზედ იშვიათია). აივ რნმ ტესტები არ უნდა გამოვიყენოთ აივ ინფექციის დასადგენად HCW-ში, რადგან ხშირია ცრუ-დადებითი პასუხები (განსაკუთრებით დაბალი ტიტრისას) და ამ ტესტების გამოყენება გამართლებულია აივ ინფექციის დასადგენად [შესაძლო გამოწვევისა, თუ პაციენტს განუვითარდება მწვავე აივ-ის სიმპტომები (მონონუკლეოზის მსგავსი) ექსპოზიციიდან პირველი 4-6 კვირის განმავლობაში, როცა ანტისხეულები შესაძლოა ჯერ კიდევ უარყოფითი იყოს.]

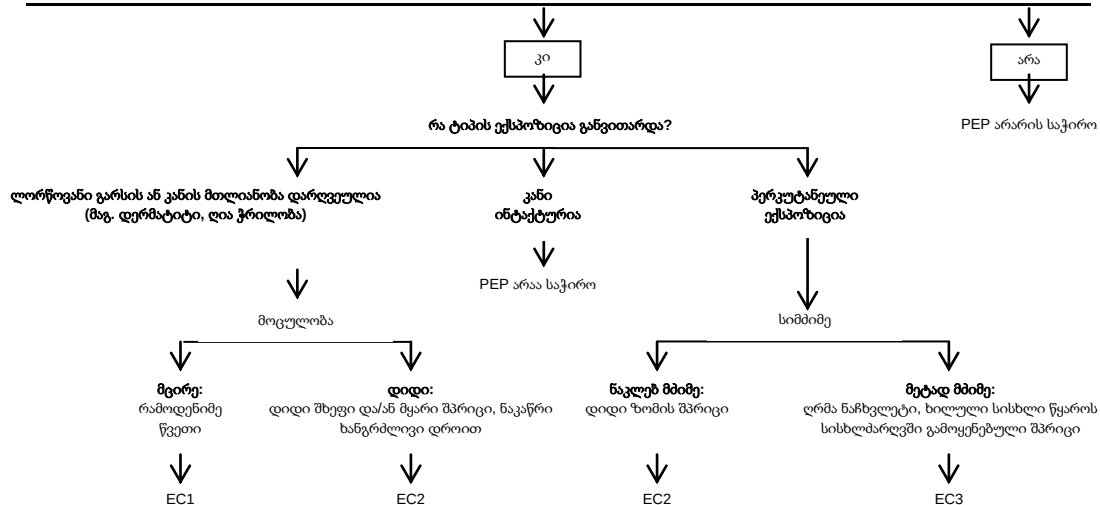
- აივ-ის PEP ჩვეულებრივ გრძელდება **4 კვირის** განმავლობაში და რეკომენდებულია გვერდითი მოვლენების მონიტორინგი: ძირითადი - სისხლის საერთო ანალიზი, ღვიძლისა და თირკმლის ფუნქციები უნდა განმეორდეს მე-2 კვირას. 50-75% HCW-ში ვლინდება მსუბუქი გვერდითი მოვლენები(დიარეა, გულის რევა, მიალგია, თავის ტკივილი და ა.შ.), თუმცა დაახლოებით 1/3 შემთხვევაში შესაძლოა იყოს ისეთი ძლიერი, რომ შეწყდეს PEP. ღირებულია ინფექციური დაავადებების/აივ სპეციალისტის კონსულტაცია, როდესაც კითხვებია PEP-ის შესახებ. **ექსპერტის დახმარება საჭიროა ისეთ სპეციფიურ სიტუაციებში, როგორიცაა ორსულობა, თირკმლის დისფუნქცია, მკურნალობის გამოცდილების მქონე წყარო.**
-

მხრილი 15D (3)

აივ პოსტექსპოზიციური პროფილაქტიკის 3 ეტაპპროფესიული ექსპოზიციისას:
(უახლესი CDC რეკომენდაციები ხელმისაწვდომია - www.aidsinfo.nih.gov)

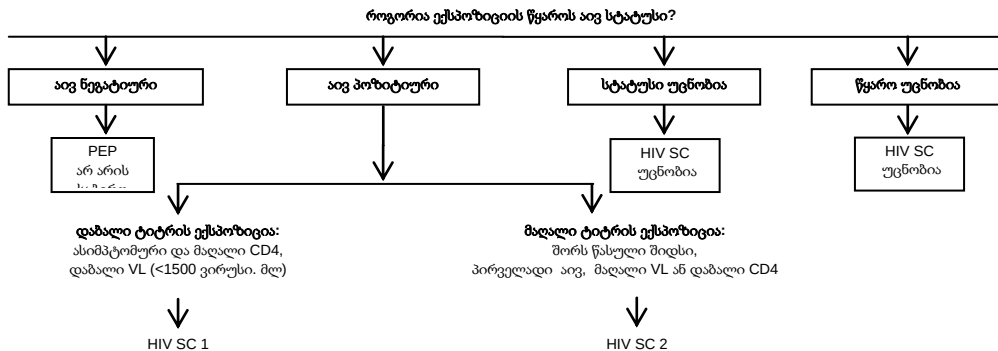
პირველი ეტაპი: დაადგინეთ ექსპოზიციის კოდი (EC)

არის თუ არა წყარო სისხლი, სისხლიანი სითხე, სპერმა/ვაგინური სეკრეტი ან სხვა სტერილური სითხე ან ქსოვილი (იხილეთ ზემოთ)?



* გამოწვევის შესაძლებელია გავითვალისწინოთ, თუ იყო ხანგრძლივი, მაღალი მოცულობის კონტაქტი

მეორე ეტაპი: აივ სტატუსის კოდის განსაზღვრა (HIV SC)



ხსრილი 15D (4)

მესამე ეტაპი: გამსაზღვრეთ პოსტექსპოზიციის პროფილაქტიკის (PEP) რეკომენდაცია

	EC	HIV SC	PEP
	1	1	განიხილეთ ბაზისური რეჟიმის გამოყენება ^a
	1	2	რეკომენდებულია ბაზისური რეჟიმი ^{a,b}
	2	1	რეკომენდებულია ბაზისური რეჟიმი ^a
	2	2	რეკომენდებულია გაფართოებული რეჟიმი
	3	1 ან 2	რეკომენდებულია გაფართოებული რეჟიმი
	1, 2, 3	უცნობია	თუ ექსპოზიციისას არის აივ ინფიცირების სარისკო გარემოებები, გაითვალისწინეთ ბაზისური რეჟიმის გამოყენება

a ეფუძნება იმას, რომ სავარაუდო ინფიცირების რისკი დაბალია ლორწოვან გარსებთან ექსპოზიციისას (სამუშაო პირობებისას) შპრიცთან შედარებით.

b ან, განიხილეთ გაფართოებული რეჟიმი¹

c მაღალი რისკის გარემოებებისას, განიხილეთ გაფართოებული რეჟიმი¹ ყოველი შემთხვევისთვის ინდივიდუალურად

24 საათიანი, ექსპერტის დაუყოვნებელი კონსულტაცია ხელმისაწვდომია:
National Clinicians' Postexposure Prophylaxis Hotline (PEpline)
1-888-448-4911 (1-888-HIV-4911) და ონლაინზე www.ucsf.edu/hivcntr

რეჟიმები: უმკურნალეთ 4 კვირის განმავლობაში, აწარმოეთ წამლის გვერდითი მოვლენების მონიტორინგული კვირაში ერთჯერ

ბაზისური რეჟიმი: ZDV +3TC, ან FTC + TDF, ან სხვა ალტერნატივა d4T +3TC

გაფართოებული რეჟიმი: ბაზისური რეჟიმი + ერთ-ერთი შემდგომი:

ლოპინავირი/რიტონავირი (უპირატესი) ან (ალტერნატივა) ატაზანავირი/რიტონავირი ან ფოსაპრენავირი/რიტონავირი. ეფავირენზი შესაძლებელია განვიხილოთ (გარდა ორსულობისა ან სავარაუდო ორსულობისა - ორსულობის კატეგორია D), თუმცა ცნს სიმძიმეები შესაძლოა იყოს პრობლემური. **არ გამოიყენოთ ნევირაპინი;** აღწერილია სერიოზული გვერდითი მოვლენები (მათ შორის: ღვიძლის ნეკროზი) სამედიცინო მუშაკებში.

სხვა რეჟიმები შესაძლებელია დაინიშნოს. თუ შესაძლებელია, გამოიყენეთ ანტირეტროვირული წამლები, რომლებიც რეზისტენტობა არ არის სავარაუდო, მგრძნობელობის მონაცემების და წყაროს მკურნალობის ისტორიის მიხედვით (თუ ცნობილია). საჭიროა ექსპერტის კონსულტაცია, თუ ინფექციის წყარო ART-ნამკურნალეია ან ორსულობისას ან პოტენციური ორსულობისას.

შენიშვნა: ზოგიერთი ავტორიტეტული ორგანიზაცია მიიჩნევს, რომ გაფართოებული რეჟიმი უნდა გამოიყენებოდეს ყოველთვის, როდესაც ნაჩვენებია PEP. გაფართოებული რეჟიმი შესაძლოა უპირატესობით სარგებლოს ART-ნამკურნალევი წყარო პაციენტების რაოდენობის მატებისას. მათემატიკური მოდელის მიხედვით, ზოგიერთ სიტუაციაში ბაზისური რეჟიმის სრულად დამთავრება უმჯობესია, ვიდრე ნაადრევად შეწყვეტილი გაფართოებული რეჟიმი. თუმცა, ის, რომ გაფართოებულ რეჟიმს ახასიათებს მეტი გვერდითი ეფექტი, არ ნიშნავს, რომ აუცილებლად გაიზარდება შეწყვეტის ალბათობა.

მოსთამაშოროფიზიკო პროფილაქტიკა პიჰ1-თან არაპროფესიული მესაოფიციისას

[ადაპტირებულია CDC რეკომენდაციების მიხედვით, MMWR 54 (RR9), 2005, ხელმისაწვდომია www.cdc.gov/mmwr/indrr_2005.html]

გამომდინარე იქიდან, რომ აივ-ის ტრანსმისია სქესობრივი კონტაქტისას და წარკო მომზარებლებშისაერთო შპრიცის გაყენებისას შესაძლოა აღმაცტობდეს ამ დაავადების პროფესიულ ექსპოზიციას, საჭიროა განხილულ იქნას PEP-ის გამოყენება იმ პირებში, რომელთაც ქონდათ კონტაქტი არა-სამუშაო პირობებში აივ+ ადამიანის სისხლთან ან სხვა პოტენციურად ინფიცირებად სითხესთან (გენიტალური/რექტალური სეკრეტი, რძე). აივ ინფიცირების რისკი ვარირებს ექსპოზიციის ხასიათის მიხედვით (შპრიცის გაყოფა ან პასიური ანალური სექსი - $\geq 0.5\%$ დაახლოებით 10-ჯერ ნაკლები რისკია აქტიური ვაგინალური ან ანალური სექსის დროს, 0.05-0.07%). სექსუალური ძალადობისასხილული ან ფარული ტრავმული დაზიანებებისას შესაძლოა გაიზარდოს ინფიცირების რისკი გადარჩენილებში. პაციენტებს, რომელთაც არასამუშაო პირობებში არენიშნებათ აივ+ წყაროსთან კონტაქტი შეფასებულ უნდა იქნენ 72 საათის განმავლობაში და DHHS რეკომენდაციით დაწყებულ უნდა იქნას 28 დღიანი ანტირეტროვირუსული **გაფართოებული რეჟიმი**, უპირატესი რეჟიმების გამოყენებით [ევავირენზი (ორსულობისას ან ორსულობის რისკისას არა - ორსულობის კატეგორია D) + (3TC ან FTC) + (ZDV ან TDF)] ან [lopinavir/ritonavir + (3TC ან FTC) + ZDV] ან ალტერნატიული რეჟიმებიდან ერთ-ერთი (იხილეთ ცხრილი 14D & MMWR 54 (RR-2):1, 2005. აღწერილია პროფილაქტიკის წარუმატებლობების შემთხვევები, რომლებიც შესაძლოა დაკავშირებული იყოს დავიანებულ PEP-თან: ეს ცხადყოფს, რომ საჭიროა PEP-ის დაუყოვნებელი დაწყება, თუ ის უნდა გამოვიყენოთ.

საეჭო არეები: 1) არ არის დამტკიცებული, რომ გაფართოებული რეჟიმები უპირატესია 2-წამლის რეჟიმთან, 2) თუმცა PEP არაა რეკომენდებული ექსპოზიციიდან >72 საათის შემდეგ, ზოგიერთ შემთხვევაში შესაძლოა წარმატებული იყოს, 3) როდესაც წყაროს აივ სტატუსი უცნობია, მკურნალობისა და რეჟიმის არჩევის საკითხი უნდა იყო ინდივიდუალიზებული და სპეციფიურ გარემოებებზე დაფუძნებული.

შეფასეთ C და B ჰეპატიტის ექსპოზიციაზე (ოკუპაციური PEP იხილეთ ზემოთ) და სქესობრივად გადამდებ ბაქტერიულ დაავადებებზე (იხილეთ ცხრილი 15A) და უმკურნალოთ ჩვენების მიხედვით. DHHS-ის რეკომენდაციები B ჰეპატიტისა და ბაქტერიულ პათოგენებზე სექსუალურ ექსპოზიციაზე ხელმისაწვდომია MMWR55(RR-11), 2006. HepB-ზე არავაკცინირებულ ან ვაკცინაციის კურს არ დამთავრებულ პაციენტებს უნდა დაენიშნოთ hepB იმუნოგლობულინი (HepBsAg დადებით ადამიანის) სისხლის ან სხვა სხეულის სითხის პერკუტანული ან ლორწოვანზე ექსპოზიციის შემდეგ, ასევე უნდა დაენიშნოს HepB ვაკცინა და ჩაუტარდეს ვაკცინაციის სრული კურსი. არავაკცინირებულ ან არასრულად ვაკცინირებულ პირებს, რომლებიც ექსპოზირებულნი იყვნენ უცნობი HBSAg სტატუსის მქონე წყაროსთან, უნდა ჩაუტარდეთ ვაკცინაციის სრული კურსი. იხილეთ MMWR 55(RR-11), 2006 სხვა სიტუაციებში დეტალების და რეკომენდაციების სანახავად.

**ცხრილი 16 -ოპორტუნისტული ინფექციების პრევენცია
თირკმლის ნორმალური ფუნქციის მქონე მონარდილებში, რომელთაც ჩაუტარდათ ადამიანის
გამოყოფილი უჯრედების (HCT) ან ორგანოების ტრანსპლანტაცია (SOT)**

ზოგადი კომენტარები: სამედიცინო ცენტრებს სადაც ტარდება ტრანსპლანტაციები უნდა ჰქონდეთ ოპორტონისტული ინფექციების პრევენციის დეტალური პროტოკოლები, რომლებიც უნდა შეესაბამებოდეს ამ ადგილას გაერველულ ინფექციებს და ხელმისაწვდომ რესურსებს. რეჟიმები მუდმივად იხვეწება, განიცდის ადაპტაციას და სხვადასხვა ცენტრის მიერ მიღებული პროტოკოლები შეაძლოა განსხვავდებოდეს. ტრანსპლანტირებული პაციენტის მენეჯმენტი უნდა ხდებოდეს ამ სფეროში გამოცდილი ექიმის მიერ.

მითითებები:

HCT-სთვის: ექსპერტების გაიდლაინები დამტკიცებულია IDSA-ს მიერ, მოხდა ძველი გაიდლაინების განახლება (MMWR 49 (RR-10):1, 2000) : Biol Blood Marrow Transpl 15:1143, 2009. ეს გაიდლაინები მოიცავს დამატებითი ინფექციების პრევენციას, რომლებიც აქ არის განხილული ქვემოთ მოცემულ ცხრილებში და უფრო დეტალურ ინფორმაციას იძლევა აქ წარმოდგენილ ინფექციებზე.

SOT-სთვის: ტრანსპლანტაციის საზოგადოების ექსპერტების რეკომენდაციები CMV ინფექციების პრევენციისათვის სოლიდურ ორგანოტრანსპლანტირებულ პაციენტებში შეგვიძლიათ იხილოთ: Transplantation 89:779, 2010. ინფექციების განვითარების ვადები SOT-ის შემდეგ: Amer J Transpl 9 (suppl 4):S3, 2009.

ოპორტუნისტული ინფექცია	ბადანარტვის ტიპი	პროფილაქსიური რეჟიმები
CMV რეციპიენტი + ან დონორი+რეციპიენტი-) განციკლოვირისადმი რეზისტენტობა: რისკი, დეტექცია, მართვა (CID 56:1018, 2013)	SOT	პროფილაქსიური მიდგომა: ვალგანციკლოვირი 900 მგ per os q24h ალტერნატივა მოიცავს: განციკლოვირი 1000 მგ per os 3xდღეში. განციკლოვირი 5 მგ/კგ IV q24h, ვალგანციკლოვირი 2გ per os 4xდღეში (მხოლოდ თირკმელები, იხ. კომენტარი). CMV IVIG an MG. ასევე განიხილეთ პრეემპტიული თერაპია (ყოველ კვირეულად აკონტროლეთ CMV ვირემია PCR-ით (ან ანტიგენმია) 3-6 თვე პოსტტრანსპლანტაციიდან. ვირემიის არსებობის შემთხვევაში დაიწყეთ მკურნალობა განციკლოვირით 5 მგ/კგ IV bid ან ვალგანციკლოვირით 900 მგ PO tid. გააგრძელეთ მკურნალობა ვირუსემიის გაქრებამდე არანაკლებ 2 კვირისა, შემდეგ გადადით მეორად პროფილაქტიკაზე ან გააგრძელეთ პრეემპტიული თერაპია. პროფილაქტიკის და პრეემპტიული თერაპიის შედარება: CID 58:785, 2014. CMV ჰიპერ IVIG არის დამატებითი პროფილაქტიკა მარალი რისკის ფილტვის, გულ/ფილტვის, გულის ან პანკრეასის ორგანო ტრანსპლანტირებულ პაციენტებში. დოზა: 150მგ/კგ ტრანსპლანტაციიდან 72 დღის განმ-ში, მე-2, მე-4, მე-6 და მე-8 კვირა. შემდეგ 100 მგ/კგ მე-12 და მე-16 კვირაზე. კომენტარი: - ანტივირუსული პროფილაქტიკის დროს CMV დაავადება თავს იჩენს მოგვიანებით; ამიტომაც საჭიროა სიფიზილის გამოჩენა შესაძლო CMV დაავადების გვიანი აღმოჩენისთვის და შესაბამისი მკურნალობისთვის.. - ანტი-ლიმფოციტური თერაპია ზრდის CMV რისკს და შესაძლოა საჭირო გახდეს პროფილაქტიკის გაფართოება ან თავიდან დანიშნვა ან პრეემპტიული თერაპია.

ოპორტუნიზმული ინფექცია	ბადანარჩვეული ტიპი	პროფილაქსიური რეჟიმები
	HCT	პრეემპტიული თერაპია: CMV ვირემიის მონიტორინგი კვირაში ერთჯერ (PCR ან CMV-ანტიგენმია) 3 თვე ან უფრო ხანგრძლივად მოგვიანებითი CMV დაავადების მაღალი რისკის პაციენტებში (ქრონიკული GVHD, რომელსაც ესაქიროება სისტემური მკურნალობა, პაციენტები, რომლებიც მაღალი დოზებით იღებენ სტეროიდებს და CD4<100 უჯრ/მლ). დაიწყეთ მკურნალობა ვირემიის ან ანტიგენემიის აღმოჩენის შემთხვევაში. განიხილეთ პროფილაქტიკა (დაიწყეთ engraftment-ის შემდეგ) ვალანციკლოვირი 900 მგ PO q24h. National Comprehensive Cancer Network Guidelines on Prevention and Treatment of Cancer-Related Infections. Version 1. 2013, Blood 113:5711, 2009 და Biol Blood Marrow Transpl 15:1143, 2009).
B ჰეპატიტი	SOT	HBV საწინააღმდეგო აქტივობის მქონე ანტივირუსული მედიკამენტების სანახავად, იხილეთ ცხრილი 14B, გვ. 373 ტრანსპლანტაციის შემდგომი HBV რე-ინფექციის პრევენციის და დონორ-ასოცირებული ინფექციის პრევენციული მიდგომები იხილეთ Am J Transplant 9:S116, 2013
	HCT	პაციენტებს, რომლებიც არიან ანტი-HBC და ანტი-HBS დადებითები, თუმცა აქტიური ვირუსული რეპლიკაცია არ აღინიშნება, შესაძლოა ჩატარდეთ LFT მატების და +HBV-დნმ-ის მონიტორინგი და დაეწყოს პრეემპტიული თერაპია ამ შემთხვევაში. ალტერნატივაა ანტივირუსული პროფილაქტიკური თერაპია გადანერგვამდე. (სხვა სპეციფიკური სიტუაციებისთვის: Biol Blood Marrow Transpl 15:1143, 2009). ამ გაიდლაინებით რეკომენდებულია ლამივუდინი 100 მგ PO q24h.
Herpes Simplex	SOT	აციკლოვირი 400 მგ PO bid, ადრეული დაწყება პოსტ-ტრანსპლანტაციურად (Clin Microbiol Rev 10:87, 1997)
	HCT	აციკლოვირი 250 მგ სხეულის ზედაპირის ყოველ 8-ზე iv q12h ან აციკლოვირი 400 მგ-დან 800 მგ-მდე PO bid, მომზადებიდან გადანერგვამდე ან ალაგებადმდე ან მუკოზიტამდე. ვისაც სჭირდება გახანგრძლივებული HSV სუპრესია, რეკომენდებულია მაღალი დოზა (აციკლოვირი 800 მგ PO bid), რათა მინიმუმამდე იქნას დაყვანილი რეზისტენტობის რისკი.

ხსრილი 16 (2)

ოპორტუნიზმული ინფექცია	მადანერგვის ტიპი	პროფილაქტიკური რეჟიმები
Aspergillus spp.	SOT	გულ-ფილტვის და ფილტვის ტრანსპლანტაცია: ჩვეულებრივ გამოიყენება Amphotericin B და/ან საშ. აქტივობის ორალური აზოლური, თუმცა ოპტიმალური რეჟიმი არ არის განსაზღვრული. Amphotericin B 6მგ q8h (ან 25 მგ/დღეში) აეროზოლის სახით ან ლიპოსომური ამფოტერიოინი B 25მგ/დღეში ან Voriconazole 200მგ PO bid ან Itraconazole 200მგ PO bid. განიხილეთ პროფილაქტიკის განახლება აქტიური იმუნური სუპრესიის პერიოდში.
	HCT	ლიპოსომური ტრანსპლანტაციისას: განიხილება მხოლოდ მაღალი რისკის პაციენტებში, რეტრანსპლანტირებულებში და/ან ვისაც ესაქიროება თირკმლის ჩანაცვლებითი თერაპია. ასპერგილოზის პროფილაქტიკის რეკომენდაციები SOT-ის დროს შესაძლოა იხილოთ (Am J Transplant 13:228, 2013).
		ასპერგილოზის პროფილაქტიკის ჩვენებები მოიცავს AML და MSD ნეიტროპენიით და HCT GVHD-ით. პოსაკონაზოლი 200 მგ PO tid დამტკიცებულია ასპერგილოზის და კანდიდოზის ინვაზიური ინფექციის რისკის მქონე პაციენტებში, რომელთან აქვთ მძიმე იმუნოკომპრესია (NEJM 356:335, 2007 და NEJM 356:348, 2007). პოსაკონაზოლის ER აბები ასევე მიღებულია პროფილაქტიკისთვის (300მგ PO BID x 1 დღე, შემდეგ 300მგ დღეში ერთჯერ). რეტრისპექტული ანალიზი ცხარყოფს, რომ ვორიკონაზოლი უნდა იყოს ეფექტური GVHD-ს სტეროიდებით მკურნალობისას (Bone Marrow Transpl. 45:662, 2010), თუმცა არ არის ნებადართული ან ჩვენებისთვის. Amphotericin B და ექსნოკარდინები არის ასევე ალტერნატივა.
Candida spp.	SOT	განიხილეთ გარკვეულ პაციენტებში: მაღალი რისკის პირები (ღვიძლი, წერილი ნაწლავი, პანკრეასი, რე-ტრანსპლანტირებულები, დიალიზი): ფლუკონაზოლი 400 მგ PO q24h x 4 კვირა პტრანსპლანტაციის შემდგომ (Amer J Transpl 13:200, 2013)
	HCT	ფლუკონაზოლი 400 მგ PO ან IV დღეში ერთჯერ 0 დღიდან გადანერგვამდე ან როდესაც ANC მუდმივად <1000, ან პოსაკონაზოლი ს ხსნარი 200 მგ PO tid პოსაკონაზოლი ER აბები (300მგ per os BID x 1 დღე, შემდეგ 300მგ). გამართლებულია მაღალი რისკის მქონე პაციენტებში (GVHD ან გახანგრძლივებული ნეიტროპენია), ან მაიკაფუნგინი 50 მგ IV დღეში ერთჯერ.
Coccidioides immitis	ნებისმიერი	ფლუკონაზოლი 200-400 მგ PO q24h (transpl Inf Dis 5:3, 2003; Am J transpl 6:340, 2006). იხილეთ COID 21:45, 2008, ენდემურ არეში ერთ ცენტრში არსებული მიდგომების სანახავე; მაგ დადებითი სეროლოგიის შემთხვევაში აქტიური ინფექციის მტკიცებულების გარეშე, ფლუკონაზოლი 400 მგ q24h გადანერგვამდე პირველ წელს, შემდგომ 200 მგ q24h.
Pneumocystis Jiroveci	SOT	TMP-SMX : 1 ერთმაგი (480მგ) აბები PO q24h ან 1 ორმაგ დოზიანი აბები (960მგ) PO დღეში ერთჯერ მე-3-7 დღე კვირაში. ხანგრძლივობა: თირკმელი: 6 თვიდან 1 წელი (Amer J Transpl 9 (suppl 3):S59, 2009); გული, ღვიძლი, ფილტვი: ≥ 1 წელი ან მიუღი სიფიციზო (Amer J Transpl 4 (suppl 10):135, 2004).
	HCT	TMP-SMX : 1 ერთმაგი (480მგ) აბები PO q24h ან 1 ორმაგი (960მგ) აბები PO დღეში ერთჯერ ან 3 დღე კვირაში, გადანერგვიდან ≥ 6 თვე
Toxoplasma Gondii	SOT	TMP-SMX (1 ერთმაგი (480მგ) აბები PO q24h ან 1 ორმაგ დოზიანი აბები (960მგ) PO დღეში ერთჯერ მე-3-7 დღე კვირაში ტრანსპლანტაციიდან 6 თვე (იხილეთ Clin Micro Infect 14:1089, 2008)
	HCT	TMP-SMX : 1 ერთმაგი (480მგ) აბები PO q24h ან 1 ორმაგი (960მგ) აბები PO დღეში ერთჯერ ან 3 დღე კვირაში,

ოპორტუნიზტული ინფექცია	ბადანერთვის თივი	პროფილაქტიკური რეჟიმები
		გადანერგვიდან ≥ 6 თვე სეროპოზიტიური ალოგენური ტრანსპლანტაციის მქონე პაციენტებში.
Trypanoma cruzi	გული	შესაძლოა გადაეცეს ორგანოების ან ტრანსფუზიის მეშვეობით (CID 48:1534, 2009). პარაზიტების აღმოსაჩენად გამოიკვლიეთ პერიფერიული სისხლი საექვო შემთხვევებში (MMWR55:798, 2006). იმუნოსუპრესიის დროს რეაქტივაციის რისკი ვარიაბელურია (JAMA 298:2171, 2007; JAMA 299:1134, 2008, J Cardiac Fail 15:249, 2009). დონორში ან რეციპიენტში ჩაგასის დაავადების არსებობის შემთხვევაში დაუკავშირდით CDC-ს მკურნალობის შერჩევისათვის (770-488-7775 ან სასწრაფო შემთხვევებში 770-488-7100). Am J Transplant 11:672, 2011

ხსრული 17A - ანთიმიკრობული პრეპარატების დოზირება ფრანსრულ პაციენტებში, რომელთაც აღენიშნებათ თირკმლის უკმარისობა

- იმ წამლების ჩამონათვალის ნახვა, რომელიც არ საჭიროებს თირკმლის უკმარისობის დროს დოზისმოდულირებას შესაძლებელია ცხრილში 17B
- დოზის მორგება ეფუძნება კრეატინინის კლირენსის დონეს (CrCl), რაც ასახავს გლომერულური ფილტრაციის სიხშირეს.
- **შემოთავაზებულია CrCl გამოთვლის განსხვავებული მეთოდები სიმსუქან და არასმსუქან პაციენტებში.**
 - (IBW) იდეალური მასის გამოთვლა კგ-ებში:
 - მამაკაცები: $50 \text{ კგ} + 2.3 \text{ კგ/ინჩი } 60 \text{ ინჩის ზევით}$
 - ქალებში: $45 \text{ კგ} + 2.3 \text{ კგ/ინჩი } 60 \text{ ინჩის ზევით}$
 - სიმსუქნე განსაზღვრულია, როგორც იდეალურ წონაზე 20% მეტია ან BMI > 30
- მიახლოებითი CrCl-ს გამოთვლა (Ref., იხილეთ (NEJM 354:2473, 2006 (სიმსუქნის არ მქონე), AJM 83:1053, 1988 (სიმსუქნის მქონე))
 - **სიმსუქნის არ მქონე პირებში** =
 - გამოთვალეთ იდეალური სხეულის მასა IBW კილოგრამებში (როგორც ზემოთ)
 - გამოიყენეთ შემდგომი ფორმულა, მიახლოებითი CrCl-ს განსაზღვრისთვის
$$\frac{(140 \text{ მინუსი წონა})(IBW \text{ კგ} - ში)}{72 \times \text{პლაზმის კრეატინინი}} = \frac{\text{კაცებში CrCl მლ}}{\text{წთ}}, \quad \text{ქალებში პასუხი გაამრავლეთ } 0.85 - \text{ზე (მიახლოებითი)}$$
 - **მსუქან პაციენტებში**
 - წონა IBW-ზე მეტია $\geq 20\%$ ან BMI >30
 - გამოიყენეთ შემდგომი ფორმულა, რათა დაადგინოთ CrCl
$$\frac{(137 \text{ მინუსი ასაკი}) \times ((0.285 \times \text{წონა კგ} - ში) + (12.1 \times \text{სიმაღლე მეტრებ კვადრატში}))}{60 \times \text{პლაზმის კრეატინინი}} = \text{CrCl მსუქან მამაკაცებში}$$

$$\frac{(146 \text{ მინუსი ასაკი}) \times ((0.287 \times \text{წონა კგ} - ში) + (9.74 \times \text{სიმაღლე მეტრებ კვადრატში}))}{60 \times \text{პლაზმის კრეატინინი}} = \text{CrCl მსუქან ქალებში}$$
- თუ მიახლოებითი CrCl ≥ 90 მლ/წთ, დოზირებისთვის იხილეთ ცხრილი 10C და 10D
- რა წონა უნდა გამოვიყენოთ მეგკე გამოთვლისთვის?
 - თუ წონა IBW-ზე მეტია <20%-ით, გამოიყენეთ პაციენტის არსებული წონა ყველა წამლისთვის
 - **მსუქან პაციენტებში** IBW-ზე მეტია $\geq 20\%$ -ით ან BMI >30
 - **ამინოგლიკოზიდები:** (IBW + 0.4 x (არსებულ წონას - IBW)) = კორეგირებული წონა
 - **ვანკომიგინი:** არსებულ წონისთვის სიმსუქნის ქონას ან არ ქონას, არ აქვს მნიშვნელობა
 - **ყველა სხვა წამალი:** არასაკმარისი მონაცემები (Pharmacotherapy 27:1081, 2007)
- ნელი ან გახანგრძლივებული დღიური დიალიზისას (**SLEDD**) 6-12 საათის განმავლობაში, დოზა მორგეთ ისევე, როგორც CRRT-ის დროს. დეტალებისთვის იხილეთ CID 49:433, 2009; CCM 39:560, 2011
- ზოგადი ref.: Drug Prescribing in Renal Failure, 5th ed. Aronoff, et al. (eds) (Amer College Physicians, 2007 და drug package inserts)

მხრილი 17A (2)

ანთიპრობული მედიკამენტი	ნახევარ- დაშლის პერიოდი (თერაპიული/ ESRD) სთ	ფორმა ნორმა- ლური თერაპიის ფორმა-ნორმა	მეთოდი (იხილეთ კომენტა- რები)	ფორმის მორგება თერაპიის ჰაბარისთვის დროს (მედიკაციითი CrCl მლ/წთ)			პროფილიზი, CAPD	კომენტარები CAPD- თვის დროისთვის
				>50-90	10-50	<10		
ანთიპრობული								
ამინთიპრობული ანტიბიოტიკები: ტრადიციული დილიური რაზოდენიმი დოზა - დოზის მორგება თერაპიის დადასტურებისას								
ამიკაციონი	1.4-2.3/17-150	7.5 მგ/კგ q12h ან 15 მგ/კგ დღეში ერთხელ (იხილეთ ქვევით)	I	7.5 მგ/კგ q12h ან 15 მგ/კგ დღეში ერთხელ	30-50: 7.5 მგ/კგ q24h იგივე დოზა CRRT-ისთვის 10-30: 7.5 მგ/კგ q48h	7.5 მგ/კგ q72h	HEMO: 7.5 მგ/კგ AD CAPD: 15-20 მგ იკარგება ყოველ ლიტრ დიალიზატზე	სწრაფი ნაკადის ჰემოდიალიზის მემბრანებს მი-ვეყვართ არაპროგნოზირებად ამინთიპრობული- დების კლირენსამდე. გაზომეთ პოსტდიალიზური წამლის დონე ეფექტურობისა და ტოქსიკურობის შეფასებლად. CAPD-სას, ფარმაკოკინეტიკა ძალიან ცვალებადია - შეამოწმეთ პლაზმის დონე . ჩვეულებრივი მეთოდი CAPD-სთვის: 2 ლიტრი დიალიზის სითხე qid ან 8 ლიტრი/დღეში (მიეცით 8ლx20მგ ყოველ ლიტრის დაკარგვისას =160 მგ ამიკაციონი IV/დღე)
გენტამიცინი, ტობრამიცინი (დოზის მონიტორინგი)	2-3/20-60	1.7 მგ/კგ q8h. დღეში ერთხელ დოზირება ქვევით	I	5-7 მგ/კგ დღეში ერთხელ ან 1.7-2.3 მგ/კგ q8h	1.7 მგ/კგ q12-48h იგივე დოზა CRRT-ისთვის იხილეთ კომენტარი SLEDD-ის დოზისთვის	1.7მგ/კგ q48-72h	HEMO: 3 მგ/კგ AD, დოზის მონიტორინგი CAPD: 3-4 მგ იკარგება ყოველ ლიტრ დიალიზატზე	დოზირების გამოსათვლელად გამოთვალეთ კორექტირებული წონა სიმსუქნისას: (IBW + 0.4 x (ზუსტი დოზა - IBW) (CID 25:112, 1997).
ნეტილმიცინი ^{NUS}	2-3/35-72	2 მგ/კგ q8h. დღეში ერთხელ დოზირება ქვევით	I	15 მგ/კგ q24h	2 მგ/კგ q12-24h იგივე დოზა CRRT-ისთვის	2 მგ/კგ q48h	HEMO: მგ/კგ AD CAPD: 3-4 მგ იკარგება ყოველ ლიტრ დიალიზატზე	
სტრეპტომიცინი	2-3/30-80	15 მგ/კგ (მაქს. 1g) q24h. დღეში ერთხელ დოზირება ქვევით	I	15 მგ/კგ q24h	15 მგ/კგ q24-72h იგივე დოზა CRRT-ისთვის	15 მგ/კგ q72-96h	HEMO: 7.5 მგ/კგ CAPD: 20-40მგ იკარგება ყოველ ლიტრ დიალიზატზე	SLEDD-ის დროს Gent დოზა კრიტიკული პაციენტებისათვის: 6მგ/კგ IV q48h 30 წუთით ადრე SLEDD-ის დაწყებამდე (დოლიური SLEDD; q48 Gent) (AAC54:3635, 2010).

ანთიმიკრობული მედიკამენტები	ნაზავარ- დაზლის პერიოდი (მორალური/ESRD) სტ	დოზა ნორმა- ლური თირკმლის ფუნქციის ფორმის-ნას	მეთოდი (იხილეთ კომენტა- რები)	დოზის მორგება თირკმლის შავარისობის დროს (მიახლოებითი CrCl მლ/წთ)			პათოლოგიური, CAPD	კომპენსირება CRRT- თის დროებით
				>50-90	10-50	<10		

ანთიმიკრობული მედიკამენტების დოზის მორგება თირკმლის შავარისობისას

(იხილეთ ცხრილი 10D OD დოზირებისთვის/თირკმლის ნორმალური ფუნქციისას)

კრეატინინის კლირენსი (მლ/წთ)	>80	60-80	40-60	30-40	20-30	10-20	<10-0
წამალი	დოზა q24h(მგ/კგ)				დოზა q48h(მგ/კგ) დოზა q72h და AD		
გენტამიცინი/ტობრამიცინი	5.1	4	3.5	2.5	4	3	
ამიკაცინი/კანამიცინი/სტრეპტომიცინი	15	12	7.5	4	7.5	4	
ისეპრამიცინი ^{NUS}	8	8	8	8 q48h	8	8 q72h	8 q96h
ნეტილმიცინი ^{NUS}	6.5	5	4	2	3	2.5	2

კარბაპენემების უჯვრის ანტიბიოტიკები

დორიპენემი	1/18	500 მგ IV q8h	D&I	500 მგ IV q8h	≥30-≤ 50: 250 IV q8h >10-≤30: 250 მგ IV q12h	არ არის მონაცემები	არ არის მონაცემები. CRRT ref: ACC 55:1187, 2011
ენტრანემი	4/≥4	1 გ q24h	D	1 გ q24h	0.5 გ q24h (CrCl <30)	0.5 გ q24h	HEMO: დოზირება, როდესაც CrCl <10; თუ დოზა HD-მდე <6 საათით ადრე, მიეცით 150 მგ საპლემენტური AD
იმპენემი (იხილეთ კომენტარი)	¼	0.5 გ q6h	D&I	250-500 მგ q6-8h	250 მგ q6-12h დოზა CRRT-ისთვის: 0.5-1გ bid (AAC 49:2421,2005)	125-250 მგ q12h	HEMO: დოზა AD CAPD: დოზა CrCl<10 თუ გადავაცილებთ რეკომენდებულ დოზებს პაციენტებში, რომელთაც CrCl <20 მლ/წთ, იზრდება კრუნჩხვების პოტენციალი. იხილეთ შეფუთვის ინსტრუქცია, განს. პაციენტებში < 70კგ
მეროპენემი	1/6-8	1გ q8h	D&I	1 გ q8h	1გ q12h იგივე დოზა CRRT-ისთვის	0.5 გ q24h	HEMO: დოზა AD CAPD: დოზა CrCl<10

შემოკლებები: მორგების მეთოდები: **D**= დოზის მორგება, **I**=ინტერვალის მორგება; **CAPD** = უწყვეტი ამბულატორიული პერიტონეული დიალიზი; **CRRT** = უწყვეტი თირკმლის შენაწევლებითი თერაპია; **HEMO** = ჰემოდიალიზი; **AD** = დიალიზის შემდეგ; „საპლემენტი“ ან „დამატებითი“ ანაწევლებს წამლის კარგვას დიალიზის დროს - დამატებითი წამალი რეჟიმის გაგრძელებისას, როდესაც CrCl <10 მლ/წთ.

მხრილი 17A (3)

ანთიფარგული მედიკამენტები	ნახევარ- დაზლის პერიოდი (ნორმალური/ ESRD სთ)	დოზა ნორმა- ლური თირკმლის ფუნქციის- დაზიანებისას	მეთოდი (იხილეთ კომენტა- რები)	დოზის მორგება თირკმლის უპარირების დროს (მიახლოებითი CrCl მლ/წთ)			პეირომინალიზი, CAPD	კომენტარები & CRRT- თვის დოზირება
				>50-90	10-50	<10		
ანთიბიოტიკები								
ცეფაზოლინი	1.9/40-70	1-2 გ q8h	I	Q8h	Q12h CRRT-ის დროს იგივე დოზა	Q24-48h	HEMO: დამატებითი 0.5-1გ AD CAPD: 0.5 გ q12h	
ცეფეპიმი	2.2/18	2გ q8h (მაქს დოზა)	D&I	2 გ q8h	2 გ q12-24h CRRT-ის დროს იგივე დოზა	1 გ q24h	HEMO: დამატებითი 1 გ AD CAPD: 1-2 გ q48h	
ცეფოტაქსიმი, ცეფტიზოქსიმი	1.7/15-35	2 გ q8h	I	Q8-12h	Q12-24h CRRT-ის დროს იგივე დოზა	Q24h	HEMO: დამატებითი 1 გ AD CAPD: 0.5-1 გ q24h	ცეფოტაქსიმის აქტიური მეტაბოლიტი ESRD-ში. ლეიშმანის და თირკმლის უკმარისობისას კიდევ შეამცირეთ დოზა
ცეფოტეტანი	3.5/13-25	1-2 გ q12h	D	100%	1-2 გ q24h CRRT-ის დროს იგივე დოზა	1-2 გ q48h	HEMO: დამატებითი 1 გ AD CAPD: 1 გ q24h	CRRT დოზა: 750 მგ q12h
ცეფოქსიტინი	0.8/13-23	2 გ q8h	I	Q8h	Q8-12h CRRT-ის დროს იგივე დოზა	Q24-48	HEMO: დამატებითი 1 გ AD CAPD: 1 გ q24h	შესაძლოა გამოიწვიოს სისხლის კრეატინინის ცრუ ზრდა, ტესტზე ზემოქმედების გამო
ცეფტაროლინი	1.6/	600 მგ IV q12h	D	600 მგ q12h	30-50: 400 მგ q12h 15-30: 300 მგ q12h	<15:200 მგ q12h	HEMO: 200 მგ q12h	1 საათიანი ინტერვალი ყველა დოზისას
ცეფტაზიდიმი	1.2/13-15	2 გ q8h	I	Q8-12h	Q12-24h CRRT-ის დროს იგივე დოზა	Q24-48h	HEMO: დამატებითი 0.5-1გ AD CAPD: 0.5 გ q24h	ერთჯერადი ½ დოზა დიალი- ზის დროს, პოსტ-დიალიზურად დოზის მაქსიმუმი 3 გ
ცეფტოზიპროლი	2.9-3.3/21	2 გ q8h	I	500 მგ IV q8-12h	≥30-≤ 50: 500 მგ q12h 2 საათის განმავლობაში >10- <30 : 250 მგ q12h 2 საათის განმავლობაში	არაა მონაცემები	არ არის მონაცემები	
ცეფუროქსიმი	1.2/17	0.75-1.5 გ q8h	I	Q8h	Q8-12h CRRT-ის დროს	Q24h	HEMO: დოზა AD CAPD: დოზა,	

ანტიბიოტიკოვანი მედიკამენტები	ნახევარ- დაშლის პერიოდი (მორგებულ/IV ESRD სთ)	დოზა ნორმა- ლური თირკმლის ფუნქციონირება	მეთოდი (იხილეთ კომენტა- რები)	დროის ზომიერება თირკმლის ჰაზარდის დროს (მიხედულებით CrCl მლ/წთ)			პათოლოგია, CAPD	კომენტარები ESRD- თის დროს
				>50-90	10-50	<10		
					ოგვე დოზა		როდესაც CrCl<10	

ფტორინოლინების ჯგუფის ანტიბიოტიკები

ციპროფლოქსაცინი	3-6/6-9	500-750 მგ PO (ან 400 მგ IV) q12h	D	100%	40-75% CRRT-ს დროს, 400 მგ IV q24h	50%	HEMO: 250 მგ PO ან 200 მგ IV q12h CAPD: 250 მგ PO ან 200 მგ IV q8h	
გატიფლოქსაცინი ^{NU}	7-14/11-40	400 მგ PO/IV q24h	D	400 მგ q24h	400 მგ, შემდგომ 200 მგ q24h CRRT-ის დროს ოგვე დოზა	400 მგ, შემდგომ 200 q24h	HEMO: 200 მგ q24h AD CAPD: 200 მგ q24h	
გემიფლოქსაცინი	7/7	320 მგ PO q24h	D	320 მგ q24h	160 მგ q24h	160 მგ q24h	HEMO: 160 მგ q24h AD CAPD: 180 მგ q24h	
ლევოფლოქსაცინი	6-8/76	750 მგ q24h IV,PO	D&I	750 მგ q24h	20-49: 750 q48h	<20: 750 მგ ერთხელ, შემდგომ 500 მგ q48h	HEMO/CAPD: დოზა, როდესაც CrCl <20	CRRT 750 მგ ერთხელ, შემდეგ 500 მგ q48h, თუმცა არ არის FDA-ს მიერ სანქცირებული
ოფლოქსაცინი	7/28-37	200-400 მგ q12h	D	200-400 მგ q12h	200-400 მგ q24h CRRT-ის დროს ოგვე დოზა	200 მგ q24h	HEMO: დოზა, როდესაც CrCl <10 CAPD: 300 მგ q24h	

მაკროლიდების ჯგუფის ანტიბიოტიკები

კლარიტრომიცინი	5-7/22	0.5-1g q12h	D	100%	75%	50-75%	HEMO: დოზა AD CAPD: 300 მგ q24h	CRRT ისევე, როგორც CrCl 10-50
ერთრომიცინი	1.4/5-6	250-500 მგ q6h	D	100%	100%	50-75%	HEMO/CAPD/CRRT: არცერთი	ოტოტოქსიკურობა, ESRD-ს დროს, მაღალი დოზის გამოყენებისას.

შემოკლებები: მორგების მეთოდები: **D** = დოზის მორგება, **I**=ინტერვალის მორგება; **CAPD** = უწყვეტი ამბულატორიული პერიტონეული დიალიზი; **CRRT** = უწყვეტი თიკმლის შენაგვლებითი თერაპია; **HEMO** = ჰემოდიალიზი; **AD** = დიალიზის შემდეგ; „სალუმენტი“ ან „დამატებითი“ ანაგვლებს წამლის კარგვას დიალიზის დროს - დამატებითი წამალი რეჟიმის გაგრძელებისას, როდესაც CrCl <10 მლ/წთ.

ხსრილი 17A (4)

ანტიმკრობული დაფარვა/ფარვა	ნახევარ- დაშლის პერიოდი (თერაპიული/EC50) სმ	დოზა გორბა- ლური თერაპიის ფარვა/ნახევარ- დაშლის	მეთოდი (იხილეთ კომენტარ- ები)	დოზის გორბა/თერაპიის ფარვა (მთავრობითი CrCl მლ/წთ)			პროფილი, CAPD	კომენტარები & CRRT- თის დოზირება
				>50-90	10-50	<10		

ანტიბიოტიკები

შერეული ანტიბაქტერიული ანტიბიოტიკები

კოლისტინი (პოლიმიქსინ E) დაფუძნულია 105 პაციენტზე (AAC 55:3284) ყველა დოზა მითითებულია კოლისტინის „ბაზისზე“ მილიგრამებში	<6/≥48	დატვირთვის და შემანარჩუნებ ლი დოზის სანახევად გაყვანილი ცხრილს 10A, გვ. 215	D&I	$3.5 \times [(1.5 \times \text{CrCl}) = 30] \times [\text{პაციენტის BSA } \text{m}^2 \div 1.73 \text{m}^2] =$ კოლისტინის ბაზისური დღიური დოზა. გაყავით და მიეცით q12h CrCl= ნორმალიზებული CrCl დაფუძნებული სხეულის ზედაპირის ფართობზე (BSA): პაციენტის BSA m^2 - $\text{m}^2 \div 1.73 \text{m}^2$	ხანგაშვებით ჰემოდიალიზი: • დოზის გამოთვლა: $3.5 (30) = 105 \text{ მგ}$ (CrCl = ნული) • მიეცით მთლიანი დღიური 105 მგ დოზა ორად გაყოფილი, იმ დღეებში, როდესაც არ ტარდება ჰემოდიალი- ზიზი • დიალიზის დღეებში, საჭიროა დოზის 50%- ითდამატება, რადგან დიალიზის დროს ხდება კოლისტინეთა- ტის ფილტვია • ასე, რომ დიალიზის დღეებში მთლიანი დოზა არის 150 მგ; გაყავით დოზა ორად და მიეცით ნახევარი დოზა ჰემოდიალიზის დასრულებამდე 1 საათით ადრე და მეორე დიალიზიდან 12 საათში.	CAPD: • 160 მგ q24h (თანამედროვე CAPD მონაცემების ლოკალიზება ვერ ხერხდება) CRRT: • პლაზმის საშუალო კონცენტრაცია არის 3.5 მკგ/მლ, მთლიანი დღიური დოზისას 672 მგ; დოზა გაყოფილია q12h. მალალი დოზის აუცილებლობა გამოწვეულია დიალიზის მეშვენიერ წამლის დიდი ოდენობით ფილტვრის გამო. რაციონალურად: 3.5 მკგ/მლ არის პლაზმის სამიზნე დონე $\times 192 \text{ მგ ყოველ } 1 \text{ მკგ/მლ}$ სამიზნე პლაზმის კონცენტრაციაზე = მთლიანი დღიური დოზა. ე.ი: $3.5 \times$ $192 = 672$. მონაცემებისთვის იხილეთ ACC 55:3284, 2011
---	--------	--	-----	--	--	---

ანტიმთავრობული მეთაქსანობები	ნახევარ- დაზღუდვის პერიოდი (ფორმალური/ ESRD) სთ	ფორმა ნორმა- ლური თირკმლის ფუნქციონირებისას	მეთოდები (იხილეთ კომენტა- რები)	ფორმის მორგება თირკმლის ფორმის (მიხედულებითი CrCl მლ/წთ)			პათოფიზიოლოგი, CAPD	კომპენზაციები & CRRT- თვის ფორმირება
				>50-90	10-50	<10		
დაპტომიციინი	9.4/30	4-6 მგ/კგ/დღე	I	4-6 მგ/კგ/ დღე	CrCl<30, 4-6 მგ/კგ q48h CRRT: 8 მგ/კგ q48h (CCM 39:19, 2011)		HEMO & CAPD: 6 მგ/კგ q48h (დიალიზის დროს ან მის შემდეგ q48h, თუ შესაძლებელია). თუ შემდგომი გეგმიური დიალიზი 72 საათშია, მიეცეთ 9მგ/კგ (AAC 55:1677, 2011)	
ლინეზოლიდი	5-6/6-8	600 მგ PO/IV q12h	არე- ერთი	600 მგ q12h	600 მგ q12h CRRT-ის დროს იგივე დოზა	600 მგ q12 AD	HEMO: როგორც CrCl<10 CAPD&CRRT: არ არის საჭირო დოზის მორგება	
მეტრონიდაზოლი	6-14/7-21	7.5 მგ/კგ q6h	D	100%	100% CRRT-ის დროს იგივე დოზა	50%	HEMO: დოზა, როგორც CrCl<10, AD CAPD: დოზა, როგორც CrCl<10	
ნიტროფურან- ტოინი	0.5/1	50-100 მგ	D	100%	თავი აარიდეთ	თავი აარიდე თ	უცნობია	
სულფამეტოქსა- ზოლი (SMX)	10/20-50	1 გ q8h	I	Q12h	Q18h CRRT-ის დროს იგივე დოზა	Q24h	HEMO: დამატებითი 1 გ AD CAPD: 1 გ q24h	
ტიკოპლანინი ^{NUS}	45/62-230	6 მგ/კგ/დღე	I	Q12h	Q48h CRRT-ის დროს იგივე დოზა	Q72h	HEMO: დოზა, როგორც CrCl<10 CAPD: დოზა, როგორც CrCl<10	
ტელიტრომიცინი	10/15	800 მგ q24h	D	800 მგ q24h	600 მგ q24h (<30 მლ/წთ)	600 მგ q24h	HEMO: 600 მგ AD CAPD: არ არის მონაცემები	თუ CrCl<30, დოზა უნდა შემცირდეს 600 მგ ერთხელ დღეში. თუ ღვიძლისა და თირკმლის უკმარისობაა, დოზა არის 400 მგ დღეში ერთხელ
ტელავანცინი	7-8/17.9	10 მგ/კგ q24h	D&I	10 მგ/კგ q24h	30-50: 7.5 მგ/კგ q24h	<30: 10 მგ/კგ q48h	არ არის მონაცემები	არ არის მონაცემები
ტემოცილინი		1-2 გ q12h	I	1-2 გ q12h	1-2 გ q24h	1 გ q48h	HEMO: 1 გ q48h AD CAPD: 1 გ q48h	

შემოკლებები: მორგების მეთოდები: **D**= დოზის მორგება, **I**=ინტერვალის მორგება; **CAPD** = უწყვეტი ამბულატორიული პერიტონეული დიალიზი; **CRRT** = უწყვეტი თიკმლის
შენაცვლებითი თერაპია; **HEMO** = ჰემოდიალიზი; **AD**= დიალიზის შემდეგ; „**საპლემენტი**“ ან „**დამატებითი**“ ანაცვლებს წამლის კარგვას დიალიზის დროს - დამატებითი წამალი რეჟიმის
გაგრძელებისას, როდესაც CrCl <10 მლ/წთ.

ხსრილი 17A (5)

ანთიმიკო- ბული მედიკამენ- ტები	ნახევარ- დაშლის პერიოდი (ნორმალური/ ESRD) სთ	დოზა ნორმალური თირკმლის ფუნქციისას	მითითი (იხილეთ კომენტა- რები)	დოზის მორგება თირკმლის უპნარისობის დროს (მხალხებითი CrCl მლწთ)			ჰემოდიალიზი, CAPD	კომენტარები & CAPD- თვის დროშიბა
				>50-90	10-50	<10		
ანთიბიოტიკები								
ტრიმეტოპრიმი (TMP)	11/20-49	100-200 მგ q12h	I	Q12h	>30: q12h 10-30: q8h CRRT-ის დროს იგივე დოზა	Q24h	HEMO: დოზა AD CAPD: q24h	CRRT დოზა: q18h
ტრიმეტოპრიმ-სულფამეთოქსაზოლი-DS (დოზირება დაფუძნებულია TMP კომპონენტზე)	როგორც TMP-ს	5-20 მგ/კგ/დღე გაყოფილი q6-12h	D	არ არის საჭირო დოზის მორგება	30-50: არ უნდა დოზის მორგება 10-29: დოზა შეამცირეთ 50%-ით	არ არის რეკო- მენდებული, მაგრამ თუ გამოიყენება: 5-10 მგ/კგ q24h	არ არის რეკომენდებული, მაგრამ, გამოყენებისას: 5-10 მგ/კგ q24h AD CRRT: 5-7.5	
TMP-SMX პროფილაქტიკა	როგორც TMP-ს	1 ტაბლეტი PO q24h ან 3-ჯერ კვირაში	არ იცვლება	100%	100%	100%		
ვანკომიციინ ¹	6/200-250	1 გ q12h	D&I	1 გ q12h	1 გ q24-96h	1 გ q 4 – 7 დღის განმავლო-ბაში	HEMO: 15-20 მგ/მლ კონცენტრაციის მისაღწევად, მიეცით 15 მგ/კგ, თუ შემდეგი დიალიზი 1 დღის ვადშია, თუ 2 დღის შემდეგ - 25 მგ/კგ, თუ 3 დღის შემდეგ - 35 მგ/კგ. (CID 53:125, 2011)	CAVH/CVVH: 500 მგ q24-48h. ჰემოდიალიზის ახალი მემბრანები გამლიერებულიად ფილტრავს vanco-ს; შეამოწმეთ მედიკამენტის დონე
პენიცილინები								
ამოქსიცილინი,	1/5-20	250-500 გმ	I	Q6h	Q8-12h	Q24h	HEMO: დოზა AD	IV ამოქსიცილინი ხელმი-

ანთიხიარო- ბული გადიკახედ- დაბი	ნახევარ- დაზღუდული პერიოდში (დოზირება/ESRD) სთ	დოზა ნორმალური თირკმლის ფუნქციონირებას	მეთოდი (იხილეთ კომენტა- რები)	დოზის მორგება თირკმლის უპარარსოვნის დროს (მიხედუებითი CrCl მლ/წთ)			ჰემოდიალიზი, CAPD	კომენტარები & CRRT- თვის დოზირება
				>50-90	10-50	<10		
ამპიცილინი	1/7-20	q8h 250 მგ-2გ q6h	I	Q8h	Q6-12h	Q12-24h	CAPD: 250 მგ q12h	საწვდომი არ არის აშშ-ში. CRRT: დოზა, როდესაც CrCl 10-50
ამქოსიცილინი/ კლავულანატი ²	1.3 AM/1 - - - - - 5-20/4	500/125 მგ q8h (იხილეთ კომენტარები)	D&I	500/125 მგ q8h	250-500 მგ AM კომპონენტი q12h	250-500 მგ AM კომპონენტი q24h	HEMO: დოზა, როგორც CrCl <10-ისას; დამატებითი დოზა დიალიზის შემდეგ	თუ CrCl ≤ 30 მლ/წთ, არ გამოიყენოთ 875/125 ან 1000/62.5 AM/CL
ამოქსიცილინი ext. rel. ტაბლეტები	1.5/?	775 მგ დღეში ერთხელ		დღეში ერთხელ	CrCl <30, არ არის მონაცემები, ერი- დეთ გამოყენებას			
ამპიცილინი (AM)/ სულბაქტამი (SB)	1 (AM)/1(SB) - - - - - 9 (AM)/10 (SB)	2გ AM + 1 გ SB q6h	I	Q6h	Q8-12h	Q24h	HEMO: დოზა AD CAPD: 2 გ AM/1 გ SB q24h	CRRT დოზა: 1.5 AM/0.75 SB q12h
აზტრეონამი	2/6-6	2გ q8h	D	100%	50-75% CRRT-ის დროს იგივე დოზა	25%	HEMO: დამატებითი 0.5 გ AD CAPD: დოზა, როგორც CrCl <10	ტექნიკურად ბეტა- ლაქტამური ანტიბიოტიკია
პენიცილინ G	0.5/6-20	0.5-4 მილიონი ერთ. Q8h	D	100%	75% CRRT-ის დროს იგივე დოზა	20-50%	HEMO: დოზა AD CAPD: დოზა, როგორც CrCl <10	1.7 მეგე K ყოველ 1 მილიონ ერთხელზე. იზრდება კრუნჩხვის რისკი. მაქს. დოზა ESRD- ისას, 10 მილიონი ერთ/დღე
პიპერაცილინი	1/3.3-5.1	3-5გ q4-6h	I	Q4-6h	Q6-8h CRRT-ის დროს იგივე დოზა	Q6h	HEMO: 2 გ q8h, პლიუს 1 გ დამატებით AD CAPD: დოზა, როგორც CrCl <10	1.9 მეგე Na ყოველ გ-ზე

¹ თიკმლის უკმარისობის შემთხვევაში, გამოიყენეთ EMIT ტესტი დონეების გასასინჯათ; RIA ან ფლუოროცენტული იმუნოტესტირება წამლის დონის გადამეტებულ მაჩვენებელს იძლევა

² კლავულანატის კლირენსი ღვიძლიში მიმდინარეობს, და არა თირკმელში. აქედან გამომდინარე, კომბინაციური პრეპარატის დონის დაწევით, შესაძლოა კლავულანატის ნაკლებობა განვითარდეს (JAMA 285:386, 2001)

შემოკლებები: მორგების მეთოდები: **D**= დოზის მორგება, **I**= ინტერვალის მორგება; **CAPD** = უწყვეტი ამბულატორიული პერიტონეული დიალიზი; **CRRT** = უწყვეტი თიკმლის შენაგვლებითი თერაპია; **HEMO** = ჰემოდიალიზი; **AD** = დიალიზის შემდეგ; „**საპლემენტი**“ ან „**დამატებითი**“ ანაცვლებს წამლის კარგვას დიალიზის დროს - დამატებითი წამალი რეჟიმის გაგრძელებისას, როდესაც CrCl <10 მგ/წთ.

ხსრილი 17A (ბ)

ანტიბიოტიკ- ბალი მედიკამენ- ტი	ნახევარ- დაშლის პერიოდი (თერაპიული/ ESRD სთ)	დოზა მოკლად თერაპიული ფაზისთვის	მეთოდი (იხილეთ კომენტა- რები)	დოზის მორგება თერაპიული პარამეტრების დროს (მიხედვითი CrCl მლ/წთ)			ჰემოდიალიზი, CAPD	კომენტარები ESRD- თვის დოზირება
				>50-90	10-50	<10		
ანტიბიოტიკები								
პიპერაცილინ- ტაზობაქტამი	0.71-1.2 (ორივე)/2-6	3.375-4.5 გ q6-8h	D&I	100%	2.25 გ q6h <20: q8h CRRT-ის დროს იგივე დოზა	2.25 გ q8h	HEMO: დოზა, როგორც CrCl <10, + დამატებითი 0.75 გ AD CAPD: 4.5 გ q12h; CRRT: 2.25 გ q6h	
ტიკარცილინი	1.2/13	3 გ q4h	D&I	1-2 გ q4h	1-2 გ q8h CRRT-ის დროს იგივე დოზა	1-2 გ q8h	HEMO: დამატებითი 3 გ AD CAPD: დოზა,	5.2 მეგე Na ყოველ გ-ზე
ტიკარცილინ/ კლავულანატი ²	1.2/11-16	3.1 გ q4h	D&I	3.1 q4h	3.1 გ q8-12h CRRT-ის დროს იგივე დოზა	2 გ q12h	HEMO: დამატებითი 3.1 გ AD CAPD: 3.1 გ q12h	იხილეთ კომენტარები
ტეტრაციკლინის ჯგუფის ანტიბიოტიკები								
ტეტრაციკლინი	6-10/57-108	250-500 მგ qid	I	Q8-12h	Q12-24h CRRT-ის დროს იგივე დოზა	Q24h	HEMO/CAPD/CAHV: არცერთი	ერიდეთ ESRD-ის დროს
ანტიფუნგალური პრეპარატები								
ამფოტერინი B & ლიპიდ- დაფუნგული ampho B	24h- 15 დღის განმავლობაში უცვლელია	არა-ლიპიდური: 0.4-1 მგ/კგ/დღე ABLC: 5 მგ/კგ/დღე LAB: 3-5 მგ/კგ/დღე	I	Q24h	Q24h CRRT-ის დროს იგივე დოზა	Q24h	HEMO/CAPD/CAHV: არ არის საჭირო დოზის მორგება	Ampho B-ს ტოქსიურობის რისკი მცირდება ფიზიოლოგიური ხსნარით დატეითვის შემთხვევაში; რისკი იზრდება ციკლოსპორინი A-ს, ამინოგლიკოზიდების ან პენტამიდინის ერთდროული დანიშნისას
ფლუკონაზოლი	37/100	100-400 მგ q24h	D	100%	50%	50%	HEMO: 100% რეკომენდებული დოზა AD CAPD: დოზა, როგორც CrCl <10	CRRT: 200-400 მგ q24h

ანთიფიკო- ბული მედიკამენ- თები	ნახევარ- დაზღუდვის პერიოდი (მოკლესტრუ- ტორი) სმ	დოზა ნორმალური თირკმლის ფუნქციის ფონზე	მეთოდი (იხილეთ კომენტა- რები)	დოზის მორგება თირკმლის ჰემორეტიკის დროს (მიხედვით CrCl მართვით)			ჰემოდიალიზი, CAPD	კომენტარები CRRT- თვის დანიშნული
				>50-90	10-50	<10		
ფლუციტოზინი	3-6/75-200	37.5 მგ/კგ q6h	I	Q12h	Q12-24h CRRT-ის დროს იგივე დოზა	Q24h	HEMO: დოზა AD CAPD: 0.5-1 გ q24h	მიზანი არის პლაზმაში პიკური დონე > 25 მკგ/მლ და <100 მკგ/მლ
იტრაკონაზოლი PO/ხსნარი	21/25	100-200 მგ q12h	D	100%	100% CRRT-ის დროს იგივე დოზა	50%	HEMO/CAPD: ორალური ხსნარი: 100 მგ q12-24h	
იტრაკონაზოლი IV	21/25	200 მგ IV q12h	-	200 მგ IV bid	არ გამოიყენეთ IV itra, თუ CrCl <30, რადგანაც შესაძლოა გადამტანი დაგროვდეს: ციკლოდექსტრინი			
ტერბინაფინი	36-200/?	250 მგ/დღე PO	-	Q24h	გამოიყენება არ არის გამოკვლეული. რეკომენდებულია თავისი არიდება.			
ვორიკონაზოლი, IV	არასწორი ვანი კინეტიკა	6 მგ/კგ IV q12h 2-ჯერ, შემდგომ 4 მგ/კგ q12h	-	არ ივლევა	თუ CrCl<50მლ/წთ, გროვდება IV გადამტანი (ციკლოდექსტრინი). გადაღობ PO ან შეწყვიტეთ. CRRT-ის დროს: 4 მგ/კგ PO q12h			
ანტიპარაზიტული პრეპარატები								
პენტამიდინი	3-12/73-18	4 მგ/კგ/დღე	I	Q24h	Q24h CRRT-ის დროს იგივე დოზა	Q24-36h	HEMO: 4 მგ/კგ q48h AD CAPD: დოზა, როგორც CrCl <10	
ქინინი	5-16/5-16	650 მგ q8h	I	650 მგ q8h	650 მგ q8-12h CRRT-ის დროს იგივე დოზა	850 მგ q24h	HEMO: დოზა AD CAPD: დოზა, როგორც CrCl<10	ადინოზინი ქსოვილობის დაგროვება

შემოკლებები: მორგების მეთოდები: **D**= დოზის მორგება, **I**= ინტერვალის მორგება; **CAPD** = უწყვეტი ამბულატორიული პერიტონეული დიალიზი; **CRRT** = უწყვეტი თიკმლის შენაცვლებითი თერაპია; **HEMO** = ჰემოდიალიზი; **AD** = დიალიზის შემდეგ; „საპლემენტი“ ან „დამატებითი“ ანაწევლებს წამლის კარგვას დიალიზის დროს - დამატებითი წამალი რეჟიმის გაგრძელებისას, როდესაც CrCl <10 მლ/წთ.

მხრილი 17A (7)

ანთინიკო- ბული ბადიკანენ- ბანი	ნანებარ- ბაბული ბადიკანენი ბადიკანენი/ ESRD სთ	ბადიკანენი ბადიკანენი ბადიკანენი	ბადიკანენი (ბადიკანენი კომენტა- რები)	ბადიკანენი ბადიკანენი ბადიკანენი (ბადიკანენი ბადიკანენი ბადიკანენი)			ბადიკანენი, CAPD	ბადიკანენი ბადიკანენი ბადიკანენი
				>50-90	10-50	<10		
ბადიკანენი ბადიკანენი ბადიკანენი (ბადიკანენი http://11ntcc.ucsd.edu/TB)								
ბადიკანენი/ სტრუქტორიკანი (ბადიკანენი გვ. 449)								
ბედუქიკანი	24-30	ND	400 მგ PO qd x 2 კვირა, შემდგომ 200 მგ tiw x 22 კვირა	ბადიკანენი და ბადიკანენი ბადიკანენი ბადიკანენი ბადიკანენი ბადიკანენი ბადიკანენი ბადიკანენი, ბადიკანენი ბადიკანენი ბადიკანენი ბადიკანენი ბადიკანენი				
კაბრუმიკანი		15მგ/კგ q24h	I	15მგ/კგ q24h	CrCl < 30: 15 მგ/კგ	15 მგ/კგ AD 3-ჯერ კვირაში	HEMO: 15 მგ/კგ AD 3-ჯერ კვირაში	
ციკლოსერიკანი		10-15მგ/კგ/ დღე 2- ად ბადიკანენი ბადიკანენი	I	10-15მგ/კგ/ დღე 2-ად ბადიკანენი ბადიკანენი	CrCl 10-20: 10-15 მგ/კგ q12-24h	10-15 მგ/კგ q24h	HEMO: 10-15 მგ/კგ AD 3-ჯერ კვირაში	
ეტამუტოკანი	4/7-15	15-25 მგ/კგ q24h	I	15-25 მგ/კგ q24h	15მგ/კგ q24-36h CRRT-ის ბადიკანენი ბადიკანენი CrCl 10-20: 15-25 მგ/კგ q24- 48h	15-25მგ/კგ q48h	HEMO: 20 მგ/კგ 3- ჯერ კვირაში AD CAPD: 26 მგ/კგ q48h	ბადიკანენი ბადიკანენი ბადიკანენი, ბადიკანენი ბადიკანენი ბადიკანენი ბადიკანენი ბადიკანენი ბადიკანენი ბადიკანენი ბადიკანენი ბადიკანენი
ეთიონამიკანი	2.1/?	250-500 მგ q12h	D	100%	100%	50%	HEMO/CAPD/CRRT: ბადიკანენი ბადიკანენი ბადიკანენი	
იზონიაზიკანი	0.7-4/8-17	5 მგ/კგ q24h (ბადიკანენი. ბადიკანენი 2.5 გ q24h)	D	100%	100% CRRT-ის ბადიკანენი ბადიკანენი	100%	HEMO: ბადიკანენი AD CAPD: ბადიკანენი, ბადიკანენი CrCl<10	
პირაზინამიკანი	9/26	25მგ/კგ q24h (ბადიკანენი. ბადიკანენი 2.5 გ q24h)	D	25მგ/კგ q24h	25 მგ/კგ q24h CRRT-ის ბადიკანენი	30 მგ/კგ 3- ჯერ კვირაში	HEMO: 25 მგ/კგ 3-ჯერ კვირაში AD CAPD: ბადიკანენი ბადიკანენი ბადიკანენი	

ანთიმიკო- ბული მედიკამენ- ტები	ნახევარ- დაზღუდული პერიოდი (მოკრძალებული/ESRD) სთ	დოზა ნორმალური თირკმლის ფუნქციის ფუნქციის	მეთოდი (იხილეთ კომენტა- რები)	დოზის მორგება თირკმლის ჯანმრთელობის დროს (მიხედეთ CrCl მართლმართლ)			ჰემოდიალიზი, CAPD	კომპენსაცია ESRD- თვის დროებით
				>50-90	10-50	<10		
					იგივე დოზა CrCl 10-20: 15-25 მგ/კგ q24-48h			
რიფამპინი	1.5/1.8-11	600 მგ/დღე	D	600 მგ q24h	600 მგ q24h CRRT-ის დროს იგივე დოზა	300-600 მგ q24h	HEMO: არ არის საჭირო მორგება CAPD: დოზა, როგორც CrCl<10	ზოოლოგიურად აქტიური მეტაბოლიტი
ანთიმიკოზული მედიკამენტები (ანტიბიოტიკები) (იხილეთ CID 40:1559, 2005)								
ავიკლოვინი, IV	2-4/200	5-12.4 მგ/კგ q8h	D&I	100% q8h	100% q8h	50% q24h	HEMO: დოზა AD CAPD: დოზა, როგორც CrCl<10	სწრაფმა IV ინფუზიამ შესაძლოა გამოიწვიოს Cr მატება. CRRT დოზა: 5-10 მგ/კგ q24
ადეფოვინი	7.5/15	100 მგ PO q24h	I	10 მგ q24h	10 მგ q24h	10 მგ q72h ³	HEMO:10 მგ q კერძო AD	CAPD: არ არის მონაცემები; CRRT: დოზა - ?
ამანტადინი	12/500	100 მგ PO bid	I	Q12h	Q12h	Q 7 დღის განმავლობაში	HEMO/CAPD: დოზა, როგორც CrCl<10	CRRT: დოზა, როგორც CrCl 10-50
ატრიპლა	იხილეთ ყოველი წამალი	200 მგ ემტრიცი- ტაბინი + 300 მგ ტენოფოვირი + 600 მგ ეფავირენზი		არ გამოიყენო თ, თუ CrCl <50	არ გამოიყენოთ, თუ CrCl<50			

ციდოფოვირი: **რთული დოზირება** - იხილეთ შეფუთვის ინსტრუქცია

Ref.: Transplantation 80:1086, 2005

შემოკლებები: მორგების მეთოდები: **D**= დოზის მორგება, **I**=ინტერვალის მორგება; **CAPD** = უწყვეტი ამბულატორიული პერიტონეული დიალიზი; **CRRT** = უწყვეტი თირკმლის
შენაღებლობითი თერაპია; **HEMO** = ჰემოდიალიზი; **AD** = დიალიზის შემდეგ; „**საპლემენტი**“ ან „**დამატებითი**“ ანაგვლებს წამლის კარგვას დიალიზის დროს - დამატებითი წამალი
რეჟიმის გაგრძელებისას, როდესაც CrCl <10 მგ/წთ.

ანთინიკო- ბადიკონი მედიკამენ- ტები	ნაბეჭადი- ბადიკონი (ნორმალური/ ESRD) სტ	დოზა ნორმალური თირკმლის ფუნქციის	მედიკამენ- ტები (იხილეთ კომენტა- რები)	დოზის მორგება თირკმლის ფუნქციის დროს (მიხედვით CrCl მლ/წთ)			კომპლექსი, CAPD		კომპლექსი თირკმლის ფუნქციის
				>50-90	10-50	<10	>0.4-0.5	<0.4	
(CMV დოზირება). დოზის მორგება დაფუნქციონირება მიხედვით CrCl დონე გაყოფილი წონაზე (კგ)	ნაბეჭადი დოზის პერიოდი (T1/2) 3 საათი, ტერმინალური T1/2 18-88 საათი. T1/2 მალაინ დიდი ESRD-სას	ინტერვალ: 60 მგ/კგ IV q8h x 2- 3 კვირა	60q8h	45 q8h	50 q12h	40 q12h	60 q24h	50 q24h	არ გამოიყენოთ
განვიკლოვირი	3.6/30	ინტერვალ: 5 მგ/კგ q12 IV	D&I	70-90: 5 მგ/კგ q12h 50-60: 2.5 მგ/კგ q12h	25-49: 2.5 მგ/კგ q24h 10-24: 1.25 მგ/კგ q24h	1.25 მგ/კგ 3- ჯერ კვირაში	HEMO: დოზა AD CAPD: დოზა, როდესაც CrCl<10		იხილეთ პაკეტის ინსტრუქცია შემდგომი დეტალური ინფორმაციისთვის
მარვიროვი	14-18/ არ არის მონაცემები	შემანარჩუნე- ბელი 5 მგ/კგ q24h IV	D&I	2.5-5 მგ/კგ q24h	0.6-1.25 მგ/კგ q24h	0.625 მგ/კგ 3-ჯერ კვირაში	HEMO: 0.6 მგ/კგ AD CAPD: დოზა, როდესაც CrCl <10 HEMO: 0.5გ AD		გვერდითი მოვლენების რისკი იზრდება, თუ ერთდროულად ეძლევა CYP3A ინჰიბიტორი
ლამივუდინი	5-7/15-24	300 მგ bid	D&I	300 მგ bid	50-150 მგ q24h	25-50 მგ q24h	HEMO: დოზა AD; CAPD: დოზა, როგორც CrCl<10 CRRT: 100 მგ პირველ დღეს, შემდეგ 50მგ/დღეში		

⁴ Ref: NRTI და NNRTI-ების შესახებ: Kideny International 60:821, 2001

შემოკლებები: მორგების მეთოდები: **D**= დოზის მორგება, **I**=ინტერვალის მორგება; **CAPD** = უწყვეტი ამბულატორიული პერიტონეული დიალიზი; **CRRT** = უწყვეტი თიკმლის შენაგვლებითი თერაპია; **HEMO** = ჰემოდიალიზი; **AD** = დიალიზის შემდეგ; „საპლემენტი“ ან „დამატებითი“ ანაგვლებს წამლის კარგვას დიალიზის დროს - დამატებითი წამალი რეჟიმის გაგრძელებისას, როდესაც CrCl <10 მგ/წთ.

მხრილი 17ა (ფ)

ანთიმიკო- ბული მედიკამენ- თები	ნახევარ-დაშლის პერიოდი (ნორმალური/ ESRD) სთ	დოზა ნორმალური თირკმლის ფუნქციისათვის	მეთოდი (იხილეთ კომენტა- რები)	დოზის მორგება თირკმლის უპარირის დროს (მახლობელით CrCl მლ/წთ)			პათოლოგია, CAPD	კომენტარები &CAHAT- თვის დროებით
				>50-90	10-50	<10		
ანთიმიკო-ბული მედიკამენტები (გაგრძელება)								
ოსელტამივირი, თერაპია	6-10/>20	75 მგ PO bid - სამკურნალო	I	75 მგ q12h	30-50: 75 მგ bid <30: 75 მგ ერთხელ დღეში	არ არის მონაცემები	HEMO ⁵ : 30 მგ, როდესაც იმ დღეს დიალიზი არ არის CAPD: 30 მგ ერთხელ კვირაში	პროფილაქტიკური დოზა, თუ CrCl <30: 75 მგ დღეში ერთხელ CRRT: 75 მგ PO bid
პერამივირი		600 მგ დღეში ერთხელ	P&I	600 მგ q24h	31-49: 150 მგ q24h 10-30: 100 მგ q24h	100 მგ (ერთჯერადი დოზა), შემდგომ, 15 მგ q24h	HEMO: 100 მგ (ერთჯერადი დოზა), შემდგომ 100 მგ 2 სთ AD	CRRT: www.cdc.gov/h1n1flu/eva/ peramivir.html
რიბავირინი	გამოიყენეთ სიფრთხილით იმ პაციენტებში, რომლებშიც CrCl < 50 მგ/წთ							
რიმანტადინი	13-65/ გახანგრძლივე- ბული	100 მგ bid PO	I	100 მგ bid	100 მგ q24h-bid	100 მგ q24h	HEMO/CAPD: არ არის მონაცემები	გამოიყენეთ სიფრთხილით, არ არის მონაცემები.
სტავუდინი, PO	1-1.4/5.5-8	30-40 მგ q12h	D&I	100%	50% q12-24h	≥ 60 კგ: 20 მგ/დღე <60 კგ: 15 მგ/დღე	HEMO: დოზა, როგორც CrCl < 10 AD CAPD: არ არის მონაცემები CRRT: მთლიანი დოზა	
სტრებილიდი		1 ტაბლეტი დღეში		თუ CrCl <70, უკუნა- ჩვენება	თუ CrCl < 50, შეწყვიტეთ			
ტელზივუდინი	40-49/ არ არის მონაცემები	600 მგ PO დღიური	I	600 მგ q24h	30-49: 600 მგ q48h <30: 600 მგ q72h	600 მგ q96h	HEMO: დოზა, როგორც CrCl < 10 AD	
ტენოფოვირი, PO	17/?	300 მგ q24h		300 მგ q24h	30-49: 300 მგ q48h 10-29: 300 მგ q72-96h	არ არის მონაცემები	HEMO: 300 მგ q7d ან HEMO-დან 12 საათის შემდეგ ⁶	
ვალაცკლოვირ	2.5-3.3/14	1 გ q8h	D&I	1გ q8h	1 გ q12-24h	0.5 გ q24h	HEMO: დოზა AD	CAHV დოზა, როგორც CrCl

ანთინიკო- ბული მედიკამენ- თები	ნახევარ-დაზუსტის პერიოდის (ნორმალური/ ESRD) სთ	დოზა ნორმალური თირკმლის ფუნქციისას	მეთოდი (იხილეთ კომენტა- რები)	დოზის მორგება თირკმლის უკმარისობის დროს (მიხედვითი CrCl მლ/წთ)			კომორბიდული, CAPD	კომენტარები CAPD- თის დროშობა
				>50-90	10-50	<10		
ი					CRRT-ის დროს იგივე დოზა		CAPD: დოზა, როგორც CrCl< 10 AD	10-50
ვალანტიკოლოვი რი	4/67	900 მგ PO bid	D&I	900 მგ PO bid	450 მგ q24h ან 450 მგ ყოველ მეორე დღეს	არ გამოიყენოთ		
ზალციტაბინი	2/>8	0.75 მგ q8h	D&I	0.75 მგ q8h	0.75 მგ q12h CRRT-ის დროს იგივე დოზა	0.75 მგ q24h	HEMO: დოზა AD CAPD: არ არის მონაცემები	CRRT დოზა, როგორც CrCl 10-50
ზიდოვუდინი	1.1-1.4/1.4-3	300 მგ q12h	D&I	300 მგ q12h	300 მგ q12h CRRT-ის დროს იგივე დოზა	100 მგ q8h	HEMO: დოზა, როგორც CrCl< 10 AD CAPD: დოზა, როგორც CrCl< 10	

⁵ HEMO წონაზე დაფუძნებული დოზის მორგება პაციენტებში, რომლებიც არიან > 1 წელი (დოზა ყოველი HEMO-ს შემდეგ); ≤ 15კგ- 7.5 მგ; 16-23კგ - 10 მგ; 24-40 მგ - 15 მგ; > 40კგ - 30 მგ (CID 50:127,2010)

⁶ აღწერილია თირკმლის მწვავე უკმარისობა და ფანკონის სინდრომი

შემოკლებები: მორგების მეთოდები: **D**= დოზის მორგება, **I**=ინტერვალის მორგება; **CAPD** = უწყვეტი ამბულატორიული პერიტონეული დიალიზი; **CRRT** = უწყვეტი თირკმლის შენაგვლებითი თერაპია; **HEMO** = ჰემოდიალიზი; **AD** = დიალიზის შემდეგ; „საპლემენტი“ ან „დამატებითი“ ანაგვლებს წამლის კარგვას დიალიზის დროს - დამატებითი წამალი რეჟიმის გაგრძელებისას, როდესაც CrCl <10 მგ/წთ.

**ხსრილი 17B - მედიკამენტები, რომელთაც არ ესაჭიროებათ დოზის
მოდოფიცირება თირკმლის უკმარისობის დროს**

ანტიბაქტერიული		ანტიფუნგალური	ანტი-TBc	ანტივირუსული	
აზიტრომიდინი	მინოციკლინი	ანდიდულაფუნგინი	ეთიონამიდი	აბაკავირი	
ცეფტრიაქსონი	მოქსიფლოქსაცინი	კასოფუნგინი	იზონიაზიდი	ატაზანავირი	ნელფინავირი
ქლორამფენიკოლი	ნაფცილინი	იტრაკონაზოლის ორალური	რიფამპინი	დარუნავირი	ნევირაპინი
ციპროფლოქსაცინი XL	პოლიმიქსინ B	ხსნარი	რიფაბუტინი	დელავირდინი	რალტეგრავირი
დოქსიციკლინი	პირიმეთამინი	კეტოკონაზოლი	რიფაპენტინი	ეფავირენზი	რიბავირინი
ლინეზოლიდი	რიფაქსიმინი	მიკაფუნგინი		ენფუვირტიდი ¹	საქვინავირი
	ტაიგეციკლინი	ვორიკონაზოლი, მხოლოდ PO		ფოსამპრენავირი	ტიპრანავირი
				ინდინავირი	
				ლოპინავირი	

¹ ენფუვირტიდი: არ არ შესწავლილი პაციენტებში, რომელთაც CrCl <35 მლ/წთ. არ გამოიყენოთ

მხრილი 17C - ანთიმიაკრობული დოზირება სინსაჟინს დროს

ჰარბწონიან პაციენტთა რიცხი იზრდება. შესაბამისად ზოგიერთი მედიკამენტის სტანდარტული დოზით შესაძლოა ვერ იქნეს მიაღწეული ეფექტური შრატის კონცენტრაცია. ჰარბწონიან პაციენტებში ანტი-ინფექციური მედიკამენტების დოზირების შესახებ მონაცემები თანდათან აღმოცენდა, თუმცა ზოგი მონაცემი შემდგომ ვალიდაციას საჭიროებს. ცხრილში მოცემულია მონაცემები, რომელიც აყამად არის ცნობილი. **ჰარბწონიანობა განისაზღვრება, როგორც >20% სხეულის იდეალურ წონა (Ideal BW) ან სხეულის მასის ინდექსზე (BMI) >30.**მედიკამენტების შესახებ მონაცემები, რომელიც არ არის ცხრილში წყირია.

მედიკამენტი	დოზა	კომენტარი
აციკლოვირი	გამოიყენეთ Ideal BW (სხეულის მასა) მაგ: ენციფალიტის დროს მიეცით 10 მგ/კგ Ideal BW-ზე q8h	7 ჰარბწონიანი ვოლუნტერის არგამოქვეყნებული მონაცემები (Devist al. ICAAC, 1991)
ამინოგლიკო-ზიდები	გამოიყენეთ გამოთვლილი-Adjusted BW (დაზუსტებული სხეულის მასა) მაგ: კრიტიკულ პაციენტში გენტამიცინი ან ტობრამიცინი (ამიკაციინი არა) 7მგ/კგ Adjusted BW IV q24h (იხ. კომენტარი)	Adjusted BW = Ideal BW+0,4(ჰემმარიტად არსებულ BW- Ideal BW) წყარო: Pharmacother 27:1081, 2007 შრატში კონცენტრაციაზე მეთვალყურეობა, ჰემოდინამიკური სტაბილიზაციის შემდეგ დოზის შემცირება
ცეფაზოლინი (ქირურგიული პროფილაქტიკა)	დოზის მოდიფიცირება არ არის საჭირო: 2 გრ ერთი დოზა (3 სთ-ში დოზის გამოერება ?)	სადაო მონაცემები: არ არის ნათელი რატომ უნდა მანმეორდეს დოზა ან საჭიროა თუ არა ესოდენ მაღალი დოზა. Ret: surg 136:738, 2004; Eur J Clin Pharmacol 67:985, 2011; Surg Infect 13:33, 2012.
ცეფეპიმი	დოზა იზრდება 2 გრ IV q8h ნაცვლად q12h-ისა	10 პაციენტის მონაცემები (საშუალო BMI 48) წყარო: ObesSurg 22:465, 2012
დაპტომიცინი	გამოიყენეთ ჰემმარიტი BW(ნამდვილი სხეული მასა) მაგ: 4-12 მგ/კგ ჰემმარიტ BW-ზე q24h	წყარო: Antimicrob Ag Chemother 51: 2741, 2007
ფლუციტოზინი	გამოიყენეთ Ideal BW (ზუსტი სხეულის მასა) მაგ: კრიპტოკოკული მენინგიტის დროს მიეცით 25 მგ/კგ Ideal BW-ზე PO q6h	ერთი ჰარბწონიანი პაციენტის მონაცემები კრიპტოკოკული ინფექციით. წყარო: Pharmacother 15:251, 1995
ლევეფლოქსაცინი	დოზის მოდიფიცირება არ არის საჭირო მაგ: 750 მგ PO/IV q24h	13 ჰარბწონიანი პაციენტის მონაცემები. წყარო: Antimicrob Ag Chemother 55: 3240, 2011. J AntimicrobChemother 66:1653, 2011
ლინეზოლიდი	დოზის მოდიფიცირება არ არის საჭირო მაგ: 600 მგ PO/IV q12h	20 150 კგ წონის მოხალისის მონაცემებმა აჩვენა, რომ სტანდარტული დოზა უზრუნველყოფს იგივე AUC-ს, როგორც არაჰარბწონიანებში. სტანდარტულმა დოზამ 265 კგ მამაკაცებში MRSA პნევმონიით აჩვენა ნაკლები კლინიკური ეფექტურობა. წყარო: Antimicrob Ag Chemother 57:1144, 2013.

მედიკამენტი	დოზა	კომენტარი
მოქსიფლოქსაცინი	დოზის მოდიფიცირება არ არის საჭირო მაგ: 400 მგ PO/IV q24h	AnnPharmacother 47:e25, 2003 12 ჭარბწონიანი პაციენტის მონაცემები კუჭის რეზექცია.(ორფაზიანი?) წყარო: J AntimicrobChemother 66:2330, 2011
ოსელტამივირი	დოზის მოდიფიცირება არ არის საჭირო მაგ: 75 მგ PO q12h	10 ჭარბწონიანი ვოლუტერის მონაცემები. არ არის ნათელი რამდენად მისაღებია >250მგ პაციენტებში (უმჯობესია 150 მგ PO q12h). წყარო: J Antimicrob Chemother 66:2083, 2011
პიპერაცილინ-ტაზობაქტამი	6.75 მგ IV 4სთ-ში და შემდეგ ყოველ 8 სთ-ში. მონაცემები არ არის თირკმლის უკმარისობის დროს.	მონაცემები საჭიროებს კონფირმაციას. ეფუძნება 14 ჭარბწონიანი პაციენტის მონაცემებს წონით >130 კგ და BMI>40კგ/მ². წყარო: Inf J Antimicrob Ad 41:52, 2013. მაღალი დოზები პათოგენებისთვის თუ MIC<16mcg.ml. შესაძლოა მოახდინოს სისხლდენის პროვოცირება.
ვანკომიცინი	გამოიყენეთ ჭეშმარიტი სხეულის მასა. მაგალითად: კრიტიკულ პაციენტებში ინიშნება 25-30 მგ/კგ, ჭეშმარიტ სხეულის მასაზე ი.ვ დატვირთვა, შემდეგ 15-20 მგ/კგ ჭეშმარიტ სხეულის მასაზე ი.ვ 8-12 სთ-ში 1-ჯერ (ინფუზიის ხანგრძლივობა 1.5-2 სთ). ერთჯერადი დოზა რ უნდა აწარმოებდეს 2 გრ-ს. შეამოწმეთ შრატში მედიკამენტის კონცენტრაცია.	24 ჭარბწონიანი პაციენტის მონაცემები. ვანკომიცინის ნახევარ დაშლის პერიოდი მცირდება VD-ის მცირე ცვლილებით. წყარო: Eur J Clin Pharmacol 54:621, 1998.
ვორიკონაზოლი	დოზის მოდიფიცირება არ არის საჭირო მაგალითად: 400 მგ per os 12 საათში 2-ჯერ, შემდეგ 200 მგ per os 12 საათში 1-ჯერ. შეამოწმეთ შრატში მედიკამენტის კონცენტრაცია.	ვორიკონაზოლზე ჩატარებული ორმაგი ჯვარედინი კვლევის მონაცემებით, რომელიც მოიცავდა 8 მოხალის ვარაუდოვნ ორალური ვორიკონაზოლის დოზის მოდიფიცირებაზე. თუმცა ერთ პაციენტზე დაკვირვებით გვირგევენ სხეულის მასის დაზუსტების აუცილებლობას. რეკომენდირებულია ი.ვ ვორიკონაზოლის დოზა ეფუძნებოდეს ჭეშმარიტ BW. წყარო: Antimicrob Ag Chemother 55:2601, 2011; Clin Infect Dis 53:745, 2011.

**ცხრილი 18 - ანტიმიკრობული პრეპარატები და ღვიძლის დაავადება:
დოზირების მოდიფიცირება***

ქვევით წარმოდგენილია ანბანის მიხედვით დალაგებული ანტიბაქტერიული წამლები, რომლებიც ექსკრეტირდება/მეტაბოლიზდება ღვიძლით და შესაძლოა ნაჩვენები იყოს დოზის მოდიფიცირება ღვიძლის დაავადებისას. სივრცე გამორიცხავს დეტალებს; გაიარეთ კონსულტაცია PDR-თან ან გაეცანით დეტალებს შეფუთვის ინსტრუქციაში. სია არ მოიცავს ყველაფერს:

ანტიბაქტერიული		ანტიფუნგალური	ანტივირუსული [§]	
ცეფტრიაქსონი	ნაფცილინი	კასპოფუნგინი	აბაკავირი	ინდინავირი
ქლორამფენიკოლი	რიფაბუტინი	იტრაკონაზოლი	ატაზანავირი	ლოპინავირ/რიტონავირი
კლინდამიცინი	რიფამპინი	ვორიკონაზოლი	დარუნავირი	ნელონავირი
ფუსიდის მჟავა	სინერციდი**		დელავერდინი	ნევირაპინი
იზონიაზიდის	ტელითრომიცინი		ეფავირენზი	რიმანტადინი
მეტრონიდაზოლი	ტაიგეციკლინი		ენფუვირტიდი	რიტონავირი
	ტინიდაზოლი		ფოსამპრენავირი	სტრიპილდი

[§] Ref. ანტირეტროვირუსულეზზე: CID 40:174, 2005

** ქინუპრისტინ/დალფოპრისტინი

++ ტელითრო: ღვიძლის და თირკმლის უკმარისობისას შეამცირეთ დოზა

**ცხრილი 19 – შაპდ-ის (CAPD) ფორმა განვითარებული
პერიტონიტის მკურნალობა მოზრდილებში***
მშვირთული ინტრაპერიტონეული თერაპია: ველოდებით უჯრედული კულტურის შედეგებს
(MRSA-თვის იხილეთ კომენტარები³)

წამალი		რეზიდუალური შარდის გამოყოფა	
		<100 მლ/დღე	>100 მლ/დღე
(ცეფაზოლინი ან vanco) + ცეფტაზიდიმი	შესაძლოა შეუერთოთ ერთ ზეგში	1 გრ/ზევი q24h	20 მგ/კგ BW ერთი ზეგში q24h
		3 გრ LD, შემდეგ 2 გრ IP q24h (AAC 58:19, 2014)	20 მგ/კგ BW ერთი ზეგში q24h

წამლების დოზა სპეციფიკური ინტრაპერიტონეული თერაპიისთვის - უჯრედული კულტურა ცნობილია. მანქანისილმბზ: ნაგვინება ცოტა PO წამლები

წამალი	ხანგამოშვებითი დოზირება (დღეში ერთხელ)		განგრძობადი დოზირება (ყოველ მიმოცვლილ ლიტრზე)	
	ანურია	არ არის ანურია	ანურია	არ არის ანურია
ამფოტერეინ B	NA	NA	MD 1.5 მგ	NA
ამიცილინი	250-500 მგ PO bid	ND	არა LD, MD – 125 მგ	ND
Amp-სულაქტამი	2 გ q12h	ND	LD – 1 გ, MD- 100 მგ	LD - 1 გ, MD - ↑ 25%
ცეფაზოლინი	15 მგ/კგ	20 მგ/კგ	LD- 500 მგ , MD- 125მგ	LD – 500 მგ, MD - ↑ 25%
ცეფეპიმი	1 გ ერთ მიმოცვლაში/დღე*	1.25 გ	LD- 500 მგ , MD- 125მგ	LD – 500 მგ, MD - ↑ 25%
ცეფტაზიდიმი	1000-1500 მგ	ND	LD- 500 მგ , MD- 125მგ	LD – 500 მგ, MD - ↑ 25%
ცაპროფლოქ- საცინი	500 მგ PO bid	ND	LD- 50 მგ, MD- 25 მგ	ND
დაფტომიცინი			LD- 100 მგ , MD- 20 მგ	LD – 500 მგ, MD - ↑ 25%
ფლუკონაზოლი	200 მგ q24h	ND	200 მგ q24h	ND
გენტამიცინი	0.6 მგ/კგ	დოზა იზრდება 25%-ით	არა რეკომენდებული	არა რეკომენდებული
იმიპენემი	1 გ ერთ მიმოცვლაში q12h		LD -250 მგ, MD -50 მგ	LD – 500 მგ, MD - ↑ 25%
იტრაკონაზოლი	100 მგ q12h	100 მგ q12h	100 მგ q12h	100 მგ q12h
მეტრონიდაზოლი	250 მგ PO bid	ND	250 მგ PO bid	ND
TMP-SMX	160/800 მგ PO bid	ND	LD – 320/1600 მგ PO, MD – 80/400 მგ PO q24h	ND
ვანკომიცინი	15-30 მგ/kg q3-7 დღეში	დოზა იზრდება 25%-ით	LD – 1 გ; MD – 25 მგ	LD – 500 მგ, MD - ↑ 25%

უაპდ (CAPD) = უწყვეტი ამბულატორიული პერიტონეული დიალიზი

კათეტერის მოხსნის ჩვენებები: 1) 1 თვის ვადაში იგივე მიკროორგანიზმით გამოწვეული რეციდივი,

2) კლინიკური პასუხი წამალზე არ არის 5 დღის განმავლობაში, 3) გამოსავალი ადგილის და ხვრელის ინფექცია,

4) ფუნგალური პერიტონიტი, 5) ფეკალურიფლორით გამოწვეული პერიტონიტი (სავარაუდოა ნაწლავის პერფორაცია)

¹ Ref: NRTI და NNRTI-ების შესახებ: Kideny International 60:821, 2001

² **ცველა დოზა IP, თუ არ არის უკუჩვენება.**

³ არ გამოდგება MRSA სამკურნალოდ. თუ გრამ-დადებითი კოკების შტამებია, დაამატეთ vanco.

LD = დატვირთვის დოზა, **MD** = შემანარჩუნებელი დოზა, **ND** = არ არის მონაცემები, **NA** = არ არის ინფორმაცია - დოზა, როგორც ნორმალური თირკმლის ფუნქციისას. **ანურია** = <100 მლ/დღე, **არ არის ანურია** = > 100 მლ/დღე

ხსრილი 20A – ანთიმანუარი პროფილაქტიკა, შრილობის კლასიფიკაცია, იმუნიზაცია

შრილობის კლასიფიკაცია		
კლინიკური ნიშნები	ტეტანუსისკენ გადაბრლია	ტეტანუსისკენ არ არის გადაბრლია
ჭრილობის ხანდაზმულობა კონფიგურაცია სიღრმე დაზიანების მექანიზმი დევიტალიზებული (ნეკროზული) ქსოვილი კონტამინანტები (ჭუჭყი, ლორწო და ა.შ) (ACS buff, 69:22,23, 1984, No:10)	> 6 საათი ნაგლეჯი, ნაფლეთოვანი, რადიალური > 1 სმ ჭური, ტრავმა, დამწვრობა, მოყინვა არის არის	≤ 6 საათი ხაზოვარი ≤ 1 სმ ბასრი საგნით (შუშა, დანა) არ არის არ არის

იმუნიზაციის მანრიმი				
ტეტანუსზე იმუნიზაციის ისტორია	ჭუჭყიანი, ტეტანუსისკენ მიდრეკილი ჭრილობა		სუფთა, ჭრილობა არ არის ტეტანუსისკენ მიდრეკილი	
	Td ¹²	ტეტანუსის იმუნიზაციის ბოლო	Td ¹²	ტეტანუსის იმუნიზაციის ბოლო
უცხოება ან <3 დოზა ³	კი	კი	კი	არა
3 ან მეტი დოზა	არა ⁴	არა	არა ⁵	არა
MMWR 60:13, 2011; MMWR 61:468,2012. MMWR 62:131,2013 (ორსულობა).				

¹ Td = ტეტანუსი და diphtheria toxoids, ადსორბული (მოზრდილები). შეცვალეთ Tdap Td-ით, როდესაც პაციენტს უწინ არ მიუღია Tdap-ის დოზა და იმუნიზაცია ნაჩვენებია (MMWR 61:468, 2012)

² ბავშვებისთვის ასაკით <7 წელი, გგამოიყენეთ DTaP, თუ არ არის უკუნაჩვენებები. პირებისთვის ≥ 7 წელი, Td უპირატესია, მხოლოდ ტეტანუსის ტოქსოიდიდან შედარებით, თუმცა შესაძლებელია ერთჯერადი Tdap გამოვიყენოთ, თუ დაწვეა არის საჭირო.

³ იმ პირებმა, რომელთაც არ დაუმთავრებიათ ვაკცინების სერია, უნდა დაამთავრონ.

⁴ კი, თუ გასულია >5 წელი ბოლო გამამლიერებლის მიცემიდან

⁵ კი, თუ გასულია >10 წელი, ბოლო გამამლიერებლის მიცემიდან

ხსრილი 20B - მონის ექსპოზიციის შემდგომი პროფილაქტიკა
საჭიროა ჭრილობის დაუყოვნებელი და გარგად დახანა წყლითა და საპნით,
რაც 90%-ში ეფექტური აღმოჩნდა ექსპერიმენტულ ცხოველებში¹
 ექსპოზიციის შემდგომი პროფილაქტიკის გზამკვლევი, აშშ, 2012
 MMWR 57(RR-3):1, 2008;

www.cdc.gov/travel/yellowbook/2012/chapter-3-infectious-diseases-related-to-travel/rabies.html

ცხოველი	ცხოველის ქცევა და შეფასება	საპროფილაქტიკო რეკომენდაციები
ძალი, კატა, ქრეცინი	ჯანმრთელი და შესაძლებელია 10 დღიანი დაკვირვება ცოფი ან ეჭვი ცოფზე უცნობია (გაქცეულია ცხოველი)	არ დაიწყეთ პროფილაქტიკა, თუ არ გამოყვანილია სიმპტომები; გამოვლენისას, დაუყოვნებლივ დაიწყეთ HRIG + ვაქცინა დაუყოვნებლივ HRIG + ვაქცინა კონსულტაციის გაიარეთ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის წარმომადგენლებთან.
მელიები, ღამურები, კოიოტები, სკუნსები, ენოტები, ხორცის მჭამელობის უმეტესობა	ჩათვალეთ ცოფიანად	დაუყოვნებელი ვაქცინაცია
შინაური ცხოველები, ცხენები, მღრღნელები, კურდღლები; ასევე - ციყვები, ზღვის გოჭები, ზაზუნები, მინდვრის თავგები, ციყვები, ვირთხები, თავგები, ჩრდილო ამერიკული ზაზუნები	ყოველი შემთხვევა განსაზღვრეთ ინდივიდუალურად	კონსულტაციის გაიარეთ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის წარმომადგენლებთან. ციყვების, ზაზუნების, ზღვის გოჭების, ციყვების, ვირთხების, თავგების, სხვა მღრღნელების, კურდღლების და ბაჭების ნაკბენი არასდროს საჭიროებს პოსტექსპოზიციურ პროფილაქტიკას

- ცოფის ყველაზე ახალი შემთხვევები აშშ-ში გამოწვეულია ვერცხლიფერ-ბეწვინი ღამურების ან იშვიათად დიდი ყავისფერი ღამურების ნაკბენებით, თუმცა არაკონტაქტური ღამურების ექსპოზიციით ცოფით დაავადების რისკი ძალიან დაბალია (CID 48:1493, 2009). უფრო მეტი დეტალებისთვის იხილეთ CID 30:4, 2000; JAVMA 219:1687, 2001; CID 37:96, 2003 (სამოგზაურო მედიცინის საკონსულტაციო); Ln 363:959, 2004; EID11:1921, 2005; MMWR 55 (RR-5), 2006

ცოფის პოსტექსპოზიციური იმუნიზაციის განრიგი

ადრე პრაგამაქმნირებაზე

მკურნალობა	რეჟიმი ²
ჭრილობის ადგილობრივი გაწმენდა	ყველა პოსტექსპოზიციური მკურნალობა დაწყებული უნდა იქნას დაუყოვნებლივ ყველაწიერი ჭრილობის კარგი გაწმენდით საპნითა და წყლით
ადამიანის ცოფის იმუნოგლობულინი (HRIG)	20 ერთეული/კგ 0 დღეზე. თუ ანატომიურად შესაძლებელია, მთელი დოზა უნდა შევიყვანოთ ჭრილობის ირგვლივ, ხოლო დანარჩენი უნდა გაკეთდეს IM დუნდულის ადგილზე. თუ გამოთვლილი HRIG დოზა არ არის საკმარისი ყველა ჭრილობაში შესაყვანად, ეს დოზა უნდა გაიხსნას ნორმალურ ფიზიოლოგიურ ხსნარში იმისათვის, რომ გვეყოს ყველა ჭრილობაში ინიექციისთვის. HRIG არ უნდა მიეცეს იგივე შრიტით, ან არ უნდა გაკეთდეს იგივე ანატომიურ ადგილასადაც ვაქცინა, ასევე არ უნდა გაკეთდეს ვაქცინის გაკეთებიდან 7 დღის შემდეგ. არავითარ შემთხვევაში არ შეიძლება დოზა აღმატებოდეს რეკომენდებულ დოზას, რადგანაც HRIG-მ შესაძლოა შეამციროს აქტიური ანტისხეულების გამომუშავების დონე ³ .
ვაქცინა	ადამიანის დილიდოფური უჯრედული ვაქცინა (HDCV), ცოფის აღსორბიერებული ვაქცინა (RVA), ან გაწმენდილი ქათმის ემბრიონის უჯრედული ვაქცინა (PCECV) 1 მლ IM (დელტისებთ კუნთში), დღეში ერთი 0, მე-3, მე-7, მე-14 დღეებში ⁵

ადრე ვაქცინირებაზე

მკურნალობა	რეჟიმი²
ჭრილობის ადგილობრივი გაწმენდა	ყველა პოსტექსპოზიციური მკურნალობა დაწყებულ უნდა იქნას დაუყოვნებლივ ყველანაირი ჭრილობის კარგი გაწმენდა საპნითა და წყლით
HRIG	არ უნდა მიეცეთ HRIG
ვაქცინა	HDCV ან PCEC, 1 მლ IM(დელტისებრ კუნთში ¹), დღეში ერთხელ 0 და მე-3 დღეს.

ვაქცინის ბაკთემის სწორი ადგილები

ასაკობრივი ჯგუფი	გაკეთების ადგილი
ბავშვები და მოზრდილები	დელტისებრი ¹ (არასდროს დუნდულო კუნთში)
ჩვილები და პატარა ბავშვები	ბარძაყის გარეთა ზედაპირზე (ანტეროლატერალურ მხარეს) (არასდროს დუნდულო კუნთში)

¹ MMWR 48:RR-1, 1999; CID30:4, 2000; B. T. Matyas, Mass Dept. of Public health.

² ამ რეჟიმის გამოყენება შესაძლებელია ყველა ასაკობრივ ჯგუფში, მათ შორის ბავშვებში

³ მკურნალობის წარუმატებლობის შემთხვევებისას, ერთადერთი იდენტიფიცირებული შეცდომა იყო ის, რომ ყველა ჭრილობაში ვერ იქნა შეყვანილი HRIG (CID 22:228, 1996). თუმცა მიუხედავად WHO პროტოკოლების ზუსტი შესრულებისა დაფიქსირებულია რამოდენიმე წარუმატებლობა, რომლებიც აღწერილია სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზიაში (CID 28:143, 1999).

⁴ მორზდილებისა და დიდი ბავშვებისთვის ვაქცინაციის ერთადერთი დასაშვები ადგილია დელტისებრი კუნთის არე. ახალშობილება და პატარა ბავშვებში შესაძლებელია გაკეთდეს ბარძაყის ანტეროლატერალურ ნაწილში. ვაქცინა არასდროს არ უნდა გაკეთდეს დუნდულოს არეში.

⁵ გაამახვილეთ ყურადღება, რომ ეს არის ცვლილება წინა 5 დოზის რეკომენდაციისა (დღე 0,3,7,14 და 28). ეს ცვლილება განხორციელდა ACIP-ს ახალ მონაცემებსა და რეკომენდაციებზე. გაითვალისწინეთ, რომ იმუნოკომპეტენტურობის ცვლილების მქონე პაციენტებში დოზა არის უცვლელი და რჩება 5 დოზა (დღეებზე 0,3,7,14, 28) და პრე-ექსპოზიციის პროფილაქტიკის დოზა რჩება 3 დოზად განაწილებული დღეებზე 0, 7 და 21 ან 28 (MMWR 59 (RR-2), 2010)

⁶ ნებისმიერი პირი, რომელსაც გაკეთებული აქვს HDCV, RVA, PCECV ვაქცინები პრე-ექსპოზიციამდე ან ჩატარებული აქვს ამ ვაქცინებით პოსტ-ექსპოზიციური პროფილაქტიკა ან ჩატარებული აქვს ნებისმიერი ტიპის სხვა ცოფის ვაქცინის აგრ და დოკუმენტირებულია ანტისხეულების პასუხი ამ აცრაზე.

ცხრილი 21 - ზეპირი მხარის მფლობელი

ორგანიზაცია	ტელეფონი/ფაქსი	ვებ-გვერდი
ანტიპარაზიტული წამლები და პარაზიტოლოგიის ინფორმაცია (CID 37:693, 2003)		
CDC წამლის ხაზი	სამუშაო: 404-649-3670 საღამო, შაბათ-კვირა, დასვენება: 404-649-2888	www.cdc.gov/hcidod/srp/drugs/drug-service.html
DPDx: პარაზიტების აღმოსაჩენი ლაბორატორია Gorgas Course Tropical Medicine		www.dpd.cdc.gov/dpdx/default.html
მალარია	დღე: 770-488-7788 სხვა: 770-448-7100 აშშ უფასო: 855-856-4713 800-247-9767/ 818787-7256	http://info.dom.uab.edu/gorgas www.cdc.gov/malaria
Expert Compund. Pharm		www.uniquerx.com
ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია (WHO) Parasites & Health		www.who.int www.dpd.cdc.gov/dpdx/HTML/para_health.html
ბიოტერაპიები		
Center for Disease Control & Prevention	770-488-7100	www.bt.cdc.gov
Infectious Diseases Society of America	703-299-0200	www.idsociety.gov
Johns Hopkins Center Civilian Biodefense		www.jhsph.edu
Center for Biosecurity of Univ. Of Pittsburgh Med. Center		www.upmc-biosecurity.org
US Army Medical Research Institute of Inf. Dis.		www.usamriid.army.mil
B ჰეპატიტი		
Hepatitis B foundation		www.hepb.org , www.natap.org
C ჰეპატიტი (CID 35:754, 2002)		
CDC		www.cdc.gov/incidod/diseases/hepatitis/c
ინდივიდუალური Medscape		www.hepatitis-central.com www.medscape.com
აივ		
ზოგადი HIV Insite Johns Hopkins AIDS Service		www.hivinsite.ucsf.edu www.hopkins-aids.edu www.natap.org
წამალი-წამალთან ურთიერებები Johns Hopkins AIDS Service Liverpool HIV Pharm. Group		www.hopkins-aids.edu www.hiv-druginteractions.org www.aids.medscape.com
სხვა პროფილაქტიკა/ოპორტუნიტული ინფექციის მკურნალობა; აივ მკურნალობა		www.aidsinfo.nih.gov
ინფორმაცია (CID 36:355, 2003)		
CCD Natl. Immunization Program	404-639-8200	www.cdc.gov/vaccines
FDA, Vaccine Adverse Events	800-822-7967	www.fda.gov/cber/vaers/vaers.html
National Network Immunization Info	877-341-6644	www.immunizationinfo.org
ინფლუენზის ვაქცინა, CDC	404-639-8200	www.cdc.gov/vaccines
Institute of Vaccine Safety		www.vaccinesafety.edu

ორგანიზაცია	ტელეფონი/ფაქსი	ვებ-გვერდი
პროფესიული საფინანსოების დროს ექსპოზიცია, სისხლით გადადები პათოგენები (აივ, ჰეპატიტი B და C)		
National Clinicians Post-Exposure Hotline	888-448-4911	www.ucsf.edu/hivcntr
QTC ინფორმაციის ნაშლებით		www.qtdrugs.org
ბახხანძრულივება		
სქესობრივად გადადები		www.cdc.gov/std/treatment/TOC2002TG.html
დაზავადები		სლაიდები: www.phac-aspc.gc.ca/slm-maa/slides/index.html
მოგზაურთაშის ინფორმაცია: ინფორმაცია, მალარიის პროფილაქსია და მეთი		
Amer. Soc Trop. Med & Hyg	877-3940874/ 888-232-3299	www.astmh.org
CDC, ზოგადი		www.cdc.gov/malaria
CDC, მალარია		www.cdc.gov/travel/default.asp
პროფილაქტიკა		www.who.int/health_tropics/malaria
მკურნალობა	770-488-7788	
MD Travel Health		www.mtravelhealth.com
Pan American Health Organization		www.paho.org
World Health Organization (WHO)		www.who.int/home-page
ვაქცინაციის და ინფორმაციის რესურსები (CID 36:355, 2009)		
American Academy of Pediatrics		www.cisimmune.org
CDC, National Immunization Program		www.cdc.gov/vaccines
National Network for Immunization Information		www.immunizationinfo.org

ცხრილი 22A - ინფექციის საინჟინერო პრეპარატების სხვა პრეპარატებთან ურთიერთქმედება

თუ გსურთ იხილოთ ურთიერთქმედება ორზე მეტ წამალს შორის, ეწვიეთ:
www.drugs.com/drug_interactions.html და www.healthline.com/druginteractions

მნიშვნელობა: ± = თეორიას/ანეკდოტური; + = საგარეუდო მნიშვნელობა ++ = უკველი მნიშვნელობა

ანტი-ინფექციური აგენტი (A)	მეორე წამალი (B)	ეფექტი	მნიშვნელობა
აბაკავირი	მეტადონი	↓B-ს დონე	++
ამანტადინი (სიმმეტრელი)	ალკოჰოლი	↑ ცნს ეფექტები	+
	ანტიკოლინერგული და ანტი-პარკინსონული აგენტები (მაგ.: არტანი, სკოპოლამინი)	↑B-ს ეფექტები: მშრალი პირი, ატაქსია, ბუნდოვანი მხედველობა, მეტყველების დარღვევა, ტოქსიკური ფსიქოზი	+
	ტრიმეთოპრიმი	↑A და B-ს დონე	+
	დიგოქსინი	↑B-ს დონე	±
ამინოგლიკო- ზიდები- პარენტერული	ამფოტერინი B	↑ ნეფროტოქსიკურობა	++
	Cis პლატინუმი (პლატინოლი)	↑ ნეფრო და ოტოტოქსიკურობა	+
	ციკლოსპორინი	↑ ნეფროტოქსიკურობა	+
	ნეირომუსკულური ბლოკის აგენტები	↑ანოე ან რესპირატორული პარალიზი	+
	მარყუჟოვანი დიურეტიკები (მაგ. ფუროსემიდი)	↑ ოტოტოქსიკურობა	++
	NSAID	↑ ნეფროტოქსიკურობა	+
	არა-მაჰოლარიზებული კუნთების რელაქსანტები	↑ანოე	+
	რადიოგრაფიკული კონტრასტი	↑ ნეფროტოქსიკურობა	+
	ვანკომიკინი	↑ ნეფროტოქსიკურობა	+
ამინოგლიკოზიდები - ორალური (კანამი- ცინი, ნეომიკინი)	ორალური ანტიკოაგულანტები (დიკუმაროლი, ფენინდიონი, ვარფარინი)	↑ პროთრომინის დრო	+
ამფოტერინი B და ampho B-ს ლიბიდური ფორმები	ანტინეოპლაზიური წამლები	↑ ნეფროტოქსიკურობის რისკი	+
	სათითურას პრეპარატები	↑B-ს ტოქსიკურობა, თუ შემცირებულია K+	+
	ნეფროტოქსიკური წამლები: ამინო- გლიკოზიდები, ციდოფოვირი, ციკლოსპორინი, ფოსკარნეტი, პენტამიკინი	↑ A-ს ნეფროტოქსიკურობა	++
ამიცილინი, ამოქსიცილინი	ალკოჰოლი	↑გამონაყრის სიხშირე	++
არტემეთერი- ლუმეფანტრინი	CYP3A ინჰიბიტორები: ამოდარონი, ატაზანავირი, იტრაკონაზოლი, რიტონავირი, ვორიკონაზოლი	↑A-ს დონე; ოზრდება QTc ინტერვალი	++
	CYP2D6 სუბსტრატები: ფლეკანიდი, იმპრამინი, ამიტრაილინი	↑B-ს დონე; ოზრდება QTc ინტერვალი	++
ატაზანავირი	იხილეთ პროტაზა ინჰიბიტორები და ცხრილი 22B		
ატოვაკონი	რიფამპინი	↓A-ს პლაზმის დონე; ოზრდება B-ს დონე	+
	მეტოქლოპრამიდი	↓A-ს დონე	+
	ტეტრაციკლინი	↓A-ს დონე	++

აზოლის ანტიფუნგალური აგენტები [Flu = ფლუკონაზოლი; Itr = იტრაკონაზოლი; Ket = კეტოკონაზოლი; Posa = პოსაკონაზოლი; Vor = ვორიკონაზოლი; + = ხდება; **ცარიელი ადგილი** = ან შესწავლილია და არ

ურთიერებები ან მონაცემები არ მოიპოვება (შესაძლოა იყოს ფარმაცოლოგიური კომპანიების მონაცემთა ბაზებში)]

Flu	Itt	Ket	Posa	Vor			
+	+				ამიტრიპტილინი	1B-ს დონე	+
+	+	+		+	კალციუმის არხის ბლოკერები	1B-ს დონე	++
	+			+	კარმაზაზეპინი (vori უკუნაჩვენებია)	1A-ს დონე	++
+	+	+	+	+	ციკლოსპორინები	1B-ს დონე, ზრდის ნეფროტოქსიკურობის რისკს	+
	+	+			დიდნოზინი	1A-ს შეწოვა	+
	+	+	+	+	ეფავირენზი	1A-ს დონე, ზრდის B-ს დონეს	++ (ერიდეთ)
	+	+	+		H ₂ ბლოკერები, ანტაციდები, სუკრალფატი	1A-ს დონე	+
+	+	+	+	+	პიდანტონი (ფენიტონი, დილანტინი)	1B-ს დონე, მცირდება A-ს დონე	++
	+	+			იზონიაზიდის	1A-ს დონე	+
	+	+	+	+	ლოვასტატინი/სიმვასტატინი	აღწერილია, რაბდომიოლიზი: 1B-ს დონე	++
				+	მეტადონი	1B-ს დონე	+
+	+	+	+	+	მიდაზოლამ/ტრიაზოლამი, PO	1B-ს დონე	++
+	+			+	ორალური ანტიკოაგულანტები	1B-ს დონე	++
+	+				ორალური ჰიპოგლიკემიკები	↑ B-ს დონე	++
			+	+	პიმოზიდი	1B-ს დონე - ერიდეთ	++
	+	+		+	პროტეაზის ინჰიბიტორები	1B-ს დონე	++
	+	+	+	+	პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორები	↓ A – ს დონე, 1B-ს დონე	++
+	+	+	+	+	რიფამპინ/რიფაბუტინი (vori უკუნაჩვენებია)	1B-ს დონე, მცირდება A-ს პლაზმის დონე	++
	+				რიტუქსიმაბი	აინჰიბირებს B-ს მოქმედებას	++
			+	+	სიროლიმუსი (vori და posa უკუნაჩვენებია)	1B-ს დონე	++
+		+	+	+	ტაკროლიმუსი	1B-ს დონე ტოქსიკურობით	+
+		+			თეოფილინები	1B-ს დონე	++
		+			ტრაზოდონი	1B-ს დონე	++
+					ზიდოვუდინი	1B-ს დონე	+

მხრილი 22A (2)

ანტი-ინფექციური აბაზონი (A)	მეორე ნაბალი (B)	აფაქტი	მნიშვნე - ლობა
ზედაქვლინი	რიფამპინი	IA-ს დონე	++
	კეტოკონაზოლი	IA-ს დონე	++
კასპოფუნგინი	ციკლოსპორინი	IA-ს დონე	++
	ტაკროლიმუსი	IB-ს დონე	++
	კარამაზეპინი, დექსომეტაზოლი, ფევაგენი, ნევირაპინი, ფენიტოინი. რიფამიგინი	IA-ს დონე, გაზარდეთ კასპოფუნგინის დოზა 70 მგ/დღემდე	++
ქლორამფენიკოლი	ჰიდანტოინი	IB-ს ტოქსიკურობა, ნისტაგმი, ატაქსია	++
	რკინის მარილები, ვიტამინი B12	IB-ზე პასუხი	++
	პროტეაზა ინჰიბიტორი - აივ	IA-ს და B-ს დონე	++
კლინდამიცინი (კლეოცინი)	კალიონი	IA-ს შეწოვა	++
	კუნთების რელაქსანტები, მაგ.: ატრაკურუმები, ბაკლოფენი, დიაზეპამი	↑ რესპირატორული პარალიზის სიმძიმე/ზანაზანაობა	++
	St. John's wort	IA-ს დონე	++
კოზიციტატი	იხილეთ სტრებილიდი, ქვემოთ		
ციკლოსერინი	ეთანოლი	↑ კუნძულების სიმძიმე	+
	INH, ეთიონამიდი	↑ თავბრუსხვევის/ ძილიანობის სიმძიმე	+
დაპსონი	ატაზანავირი	↑ A-ს დონე - ერიდეთ	++
	დიდანოზინი	IA-ს შეწოვა	+
	ორალური კონტრაცეპტივები	↓ B-ს ეფექტურობა	+
	პირიმეთამინი	↑ ძვლის ტვინზე ტოქსიკურობა	+
	რიფამპინი/რიფაბუტინი	IA-ს პლაზმის დონე	+
	ტრიმეტოპრიმი	IA და B-ს დონე (მეტკემოგლობინემია)	+
	ზიდოვუდინი	შესაძლოა ↑ ტოქსიკურობა ძვლის ტვინზე	+
დაპტომიცინი	HMG-CoA-ს ინჰიბიტორები (სტატინები)	განზილეთ სტატინის მოხსნა, როდესაც პაციენტი იყოფება Dapto-ზე	++
დელავირდინი (რესკრიპტორი)	იხილეთ არა-ნუკლეოზიდური უკუტრანსკრიპტაზა ინჰიბიტორები (NNRTI) და ცხრილი 22B		
დიდანოზინი (ddI) (ვიდექსი)	ალოპურინოლი	IA-ს დონე - ერიდეთ	++
	ცისპლატინა, დაპსონი, INH, მეტრონიდაზოლი, ნიტროფურანტოინი, სტავუდინი. ვინკრისტინი, ზადიციტამინი	↑ პერიფერიული ნეიროპათია	+
	ეთანოლი, ლამივუდინი, პენტამიდინი	↑ პანკრეატიტის რისკი	+
	ფლოროქინოლონები	↓ შეწოვა 2 ^o -მდე ქელატინი	+
	წამლები, რომლებსაც შეწოვისთვის დაბალ pH-ს საჭიროებენ: დაპსონი, ინდინავირი, itra/კეტოკონაზოლი, პირიმეთამინი, რიფამპინი, ტრიმეტოპრიმი	↓ შეწოვა	+
	მეტადონი	IA-ს დონე	++

ანთი-ინფლემაციური აბაზი (A)	მაორა წამალი (B)	ეფექტი	მნიშვნე - ლობა
	რიბავირინი	↑ddl მეტაბოლიტის დონე - ერიდეთ	++
	ტენოფოვირი	↑A-ს დონე (შეამცირეთ A-ს დოზა)	++
დოლუტერავირი	იხილეთ ინტეგრასის ინჰიბიტორები (ISTI)		
დორაპენები	პრობენეციდი	↑A-ს დონე	++
	ვალპროის მჟავა	↓ B-ს დონე	++
დოქსიციკლინი	ალუმინი, ზისმუტი, რკინა, Mg++	↓A-ს შეწოვა	+
	ზარბიტურატები, ჰიდანტოინები	↓ A-ს პლაზმის t/2	+
	კარბამაზეპინი (ტეგრეტოლი)	↓ A-ს პლაზმის t/2	+
	დიოგოქსინი	↑ B-ს პლაზმის დონე	+
	ვარფარინი	↑B →S აქტივობა	++
ეფავირენზი (სუსტაცა)	იხილეთ არა-უკლუოზიდური უკუტრანსკრიპტაზას ინჰიბიტორები (NNRTI) და ცხრილი Z2B		
ელვიტერავირი	იხილეთ სტრებილიდი, ქვემოთ		
ერტაპენები (ინვანზი)	პრობენეციდი	↑A-ს დონე	++
	ვალპროის მჟავა	↓ B-ს დონე	++
ეტამბუტოლი (მიამბუტოლი)	ალუმინის მარილები (შეცავს დიდანოზინის ზუფერს)	↓A-ს და B-ს შეწოვა	+
ეტრავირინი	იხილეთ არა-უკლუოზიდური უკუტრანსკრიპტაზას ინჰიბიტორები (NNRTI) და ცხრილი Z2B		

ფტორეინოლონები (Cipro= ციპროფლოქსაცინი; Gati= გატიფლოქსაცინი; Gemi = გემიფლოქსაცინი; Levo= ლევოფლოქსაცინი, Moxi= მოქსიფლოქსაცინი, Oflox = ოფლოქსაცინი)

გარეული ადგილი= ან შესწავლილია და არ ურთიერქმედებენ ან მონაცემები არ მოიპოვება

Cipro	Gati	Gemi	Levo	Moxi	Oflox			
	+		+	+		ანტიარითმიული (პროკაინამიდი, ამიოდარონი)	↑QT ინტერვალი (ტოსადე დე პოინტი)	++
+	+		+	+	+	ინსულინი, ორალური ჰიპოპლიცერეიკები	↑ და ↓ სიხლის შაქარს	++
+						კოფეინი	↑B-ს დონე	+
+					+	ციმეტიდინი	↑A-ს დონე	+
+					+	ციკლოსპირინი	↑B-ს დონე	±
+	+	+	+	+	+	დიდანოზინი	↓ A-ს შეწოვა	++
+	+	+	+	+	+	კათიონები: Al+++ , Ca ++, Fe++, მგ ++, Zn++ (ანტაციდები, ვიტამინები, რძლის პროდუქტები), ციტრატები/ციტრის მჟავა	↓A-ს შეწოვა (არსებობს ცვალებადობა წამლებს შორის)	++
+						მეტადონი	↑B-ს დონე	++
+			+		+	NSAID	↑ ცნს-ის სტიმულაციის/ კრუნჩხვების რისკი	++
+						ფენიტოინი	↑ ან ↓B-ს დონე	+

ცხრილი 22A (3)

ანტი-რეტროვირული აგენტები (ARV)						მეორე ნაბიჯი (M)	კამათი	ნიშვნა-ლოზა
Cipro					Oflox	ცარიელი ადგილი = ან შესწავლილია და არ ურთიერქმედებენ ან მონაცემები არ მოიპოვება		
+	+	+			+	პრობენეციდი	1A-ს თირკმლირემიერი კლირენსი	+
+						რასაგილინი	1B-ს დონე	++
+				+		რიფამპინი	1A-ს დონე (CID 45:1001, 2007)	++
+	+	+	+		+	სუკრალატი	1A-ს შეწოვა	++
+						თეოფილინი	1B-ს დონე	++
+						ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონი	↓ B-ს დონე	++
+						ტიზანიდინი	↑ B-ს დონე	++
+			+	+	+	ვარფარინი	↑ პროთრომბინის დრო	+
განციკლოვირი (ციტოვინი) და ვალგანციკლოვირი (ვალციტი)						იმიპრენეზი	აღწერილია ჯერუნჩხვების რისკი	+
						პრობენეციდი	1A-ს დონე	+
						ზიდოვუდინი	↓ A – ს დონე 1B-ს დონე	+
გენტამიცინი						იხილეთ ამინოგლიკოზიდები- პარენტერული		
იმიპრენეზი და მეროპრენეზი						BCG	1B-ს ეფექტურობა - ერიდეთ კომპინაციას	++
						დივალპროექსი	1B-ს დონე	++
						განციკლოვირი	↑ კრუნჩხვების რისკი	++
						პრობენეციდი	1A-ს რისკი	++
						ვალპროის მჟავა	1B-ს რისკი	++
ინდინავირი						იხილეთ პროტეაზას ინიჰიტორები და ცხილი 22B		
ინტეგრასას ინჰიბიტორები (INSTI): დილუტეგრაფირი(DTG), რალტეგრავირი(RAL), ელვიტეგრავირი (ELV). შენიშვნა: ურთიერთქმედებებში ჩართულია სტრიბილდი (ელვიტეგრავირი+კლბიციტატი+ემტრირიციტაზინი+ტენოფოვირი)								

ანტი-ინფლემატორი აბაზონი (A)			მეორე ნაბალი (B)	ეფექტი	მნიშვნე- ლობა
DTG	RAI	Scrbid (EUV)			
		+	ანტიარითმიულუმი (დიგოქსინი)	↑ B-ს დონე - მონიტორინგი	+
+	+	+	ანტაციდები, კათიონები	↓ A-ს დონე - დოზის მიხედვით	++
	+		ატაზანავირ/რიტონავირი	↑ A-ს დონე - მონიტორინგი	±
		+	ატორვასტატინი	↑ B-ს დონე - მონიტორინგი	+
		+	ბენზდიაზეპინები	↑ B-ს დონე - მონიტორინგი	+
		+	ბეტა-ბლოკერები	↑ B-ს დონე - მონიტორინგი	+
		+	ბოსენტანი	↑ B-ს დონე - დოზის მოდიფიცირება ან თავიდან აცილება	++
		+	ბუპრენორფინი	↑ B-ს დონე - მონიტორინგი	++
		+	ბუსპირონი	↑ B-ს დონე - მონიტორინგი	+
		+	კალცი ანტაგონისტები	↑ B-ს დონე - მონიტორინგი	+
+			კარბამაზეპინი	↓ A-ს დონე - თავი აარიდეთ ↑ B-ს დონე - თავი აარიდეთ	+
		+	კლარიტრომიცინი	↓ A-ს და B-ს დონე - მონიტორინგი	+
		+	კლონაზეპამი	↑ B-ს დონე - მონიტორინგი	+
		+	კოლხიკინი	↑ B-ს დონე - მონიტორინგი	+
		+	ციკლოსპორინი	↑ B-ს დონე - დოზის მოდიფიცირება	+
		+	დექსამეტაზონი	↓ A-ს დონე - თავი აარიდეთ	++
+			დოფეტილიდი	↑ B-ს დონე - თავი აარიდეთ	++
+	+		ეფავირენზი	↓ A-ს დონე - დოზის მონიტორინგი ↓ A-ს დონე - თავი აარიდეთ	++ +
		+	ეტოსუქციმიდი	↑ B-ს დონე - მონიტორინგი	+
+	+		ეტრავერინი	↓ A-ს დონე - თავი აარიდეთ ↓ A-ს დონე - მონიტორინგი	+
		+	ფლუტიკაზონი	↑ B-ს დონე - თავი აარიდეთ	++
+			ფოსამპრენავირ/რიტონავირი	↓ A-ს დონე - დოზის მონიტორინგი ან თავი აარიდეთ	++
		+	ფლუკონაზოლი	↑ A-ს დონე - თავი აარიდეთ	++
		+	იტრაკონაზოლი	↓ A-ს და B-ს დონე - დოზის მოდიფიცირება ან თავი აარიდეთ	++
		+	კეტოკონაზოლი	↓ A-ს და B-ს დონე - დოზის მოდიფიცირება ან თავი აარიდეთ	++
+			მეთოქსიმინი	↑ B-ს დონე - მონიტორინგი	+
+			ნევირაპინი	↓ A-ს დონე - თავი აარიდეთ	++
	+		ომეპრაზოლი	↑ A-ს დონე - მონიტორინგი	±
		+	ორალური კონტრაცეპტივები	↑ ან ↓ B-ს დონე - თავი აარიდეთ	++

ანტი-ინფლემატორი აბაზონი (A)			მეორე ნაბალი (B)	ეფექტი	მნიშვნე- ლობა
+		+	ოქსკარბაზეპინი	↓ A-ს დონე - თავი აარიდეთ	++
+		+	ფენობარბიტალი	↓ A-ს დონე - თავი აარიდეთ	++
		+	ფენოთიაზინები	↑ B-ს დონე - მონიტორინგი	+
		+	ფოსფოდიესთერაზა 5-ის ინჰიბიტორები	↑ B-ს დონე - დოზის მოდიფიცირება ან თავიდან აცილება	++
+	+	+	რიფამპინი, რიფაბუტინი, რიფაპენტინი	↓ A-ს დონე - დოზის მოდიფიცირება ან თავი აარიდეთ	++
		+	რესპირიდონი	↑ B-ს დონე - მონიტორინგი	+
		+	სალმეტეროლი	↑ B-ს დონე - თავი აარიდეთ	++
		+	სიროლიმუსი	↑ B-ს დონე - მონიტორინგი	+
+		+	წმ. ჯონსის ბადაგი	↓ A-ს დონე - თავი აარიდეთ	++
		+	SSRI	↑ B-ს დონე - მონიტორინგი	+
+	+	+	სუკრალფატი	↓ A-ს დონე - დოზის მიხედვით	+
		+	ტაკროლიმუსი	↑ B-ს დონე - მონიტორინგი	+
+	+		ტიპრანავირ/რიტონავირი	↓ A-ს დონე - დოზის მონიტორინგი ან თავი აარიდეთ ↓ A-ს დონე - მონიტორინგი	++ ±
		+	ტრაზოდონი	↑ B-ს დონე - მონიტორინგი	+
		+	ტრიცვლური ანტიდეპრესანტები	↑ B-ს დონე - მონიტორინგი	+
		+	ვორიკონაზოლი	↓ A-ს და B-ს დონე - დოზის მოდიფიცირება ან თავი აარიდეთ	++
		+	ვარფარინი	↓ ან ↑ B-ს დონე - მონიტორინგი	+
		+	ზოლპიდემი („Z“ წამალი)	↑ B-ს დონე - მონიტორინგი	+

ხსრილი 22A (4)

ანთი-ინფლამური აბანთი (A)	ბიორა ნაბალი (B)	ეფიბი	ბიბინა- ლიბა
ბონიაზიბი (ზიბიუსი)	ალბოპლი, რიფაბინი	↑ ჯიბილის დაზიანების რისკი	++
	ალბომინის მარილები	↓ შეწლვა (მიიღეთ უზმობზე)	++
	კარბამაზიბინი, ფენიბონი	↑B-ს დონე გულის რევით, ლეზინებით, კრუნჩხვით, აპნოეთი	++
	იტრაკონაზოლი, კეტოკონაზოლი	↓B-ს დონე	+
	ორალური ჰიპოგლიკემიკები	↓ B-ს ეფექტები	+
ლაბიფუდინი	ზალციტაბინი	ერთმანეთის ხელის შემშლელი - არ დანიშნოთ კომბინაციაში	++
ლინგუოლიბი (ზიბიუსი)	ადრენერგული აგენტები	ჰიპერტენზიის რისკი	++
	დამკვლევბული, ფერმენტირებული, დამწინაღებული და შებოლილი საჭმელები - გაზრდილი თირამინი	ჰიპერტენზიის რისკი	+
	კლარიტრომიცინი	↑A-ს დონე	++
	Meperidine	სეროტონინის სინდრომის რისკი	++
	რასაგოლინი (MAO ინჰიბიტორი)	სეროტონინის სინდრომის რისკი	+
	რიფამპინი	↓A-ს დონე	+
	სეროტონერგული წამლები (SSRI)	სეროტონინის სინდრომის რისკი	+
ლიბინაგირი	იხილეთ პროტეკაზას ინჰიბიტორები		
მაკროლიდები [Ery = ერითრომიცინი; Azi = აზიტრომიცინი; Ctr = კლარიტრომიცინი; + =ხდება; ცარიელი ადგილი= ან შესწავლილია და არ ურთიერქმედებენ ან მონაცემები არ მოიპოვება]			
Flu	Ket	Vor	
+		+	კარბამაზიბინი ↑B-ს პლაზმის დონე, ნისტაგმი, გულის რეკა, ლეზინება, ატაქსია ++ (ერიდეთ ერთბრომც ინთან ერთად გამოყე- ნებას)
+		+	ციმეტიდინი, რიტონავირი ↑B-ს დონე +
+			კლოზაბინი ↑B-ს პლაზმის დონე, ცნს ტოქსიკურობა +
		+	კოლხიციინი ↑B-ს დონე (პოტენტური, ფატალური) ++ (ერიდეთ)
+			კორტიკოსტეროიდები ↑B-ს ეფექტები +
+	+	+	ციკლოსპორინი ↑B-ს პლაზმის დონე, ტოქსიკურობით +
+	+	+	დიფლუკსინი, დიგიტოქსინი ↑B-ს პლაზმის დონე (შემთხვევითა 10%) +
		+	ეფავირენზი ↓A-ს დონე ++
+		+	ერგო ალკალიოიდები ↑B-ს დონე ++
		+	ლინგუოლიბი ↑B-ს დონე ++
+		+	ლოვასტატინის/ნიმვასტატინი ↑B-ს დონე; რადიომიოლიზი ++
+			მიდაზოლამი, ტრაზოლამი ↑B-ს დონე, იზრდება სედატიური ეფექტები +
+		+	ფენიბონი ↑B-ს დონე +
+	+	+	პიზოზიბი ↑QTინტერვალი ++
+		+	რიფამპინი, რიფაბუტინი ↑A-ს დონე +
+		+	ტაკროლიმუს ↓B-ს დონე ++
+		+	თიოფილინი ↑B-ს პლაზმის დონე გულის რევით, ლეზინებით, კრუნჩხვით, აპნოეთი ++
+		+	ვალბროლის მკვავა ↑B-ს დონე +
+		+	ვარფარინი შესაძლოა ↑ პროთრომბინის დრო +
		+	ზიდოფუდინი ↓B-ს დონე +

მხრილი 22A (5)

ანთი-ინფექციური აბილი (A)	მიწა ნაბალი (B)	აზიმიდი	ნიშნა ლობა			
მარავირი	კლარიტრომიცინი	↑ A-ს პლაზმის დონე	++			
	დელავირდინი	↑A-ს დონე	++			
	იტრაკონაზოლი/კეტოკონაზოლი	↑A-ს დონე	++			
	ნეფაზოდონი	↑A-ს დონე	++			
	პროტეაზა ინჰიბიტორები (არა ტიპრანავირი/რიტონავირი)	↑A-ს დონე	++			
	ანტიკონვულსანტები: კარბამაზეპინი, ფენობარბიტალი, ფენიტოინი	↑A-ს დონე	++			
	ეფავირენზი	↑A-ს დონე	++			
	რიფამპინი	↑A-ს დონე	++			
მეფლოქვინი	ბეტა-ადრენერგული ბლოკერები, კალციუმის არხის ბლოკერები, ქინიდინი, ქინინი	↑ არითმიები	+			
	დივალპროქსი, ვალპროის მჟავა	↓B-ს დონე კრუჩხვებთან ერთად	++			
	ჰალოფანტრინი	QT გახანგრძლივებულია	++ (ერიდეთ)			
მეროპენემი	იხილეთ იმიპენემი					
მეთენამინის მანდელატი ან ჰიპურატი	აცეტაზოლამიდი, ნატრიუმის ბიკარბონატი, თიაზიდური დიურეტიკები	↓ ანტიბაქტერიული ეფექტები 2 ⁰ და ოზრდება შარდის pH	++			
მეტრონიდაზოლი ტინიდაზოლი	ალკოჰოლი	დისულფირამის მსგავსი რეაქცია	+			
	ციკლოსპორინი	↑B-ს დონე	++			
	დისულფირამი (ანტაბუზი)	მწვავე ტოქსიკური ფსიქოზი	+			
	ლითიუმი	↑B-ს დონე	++			
	ორალური ანტიკოაგულანტები	↑ ანტიკოაგულანტების ეფექტი	++			
	ფენობარბიტალი, ჰიდალთონი	↑B-ს დონე	++			
მიკაფუნგინი	ნიფედიპინი	↑B-ს დონე	+			
	სიროლიმუსი	↑B-ს დონე	+			
ნელოფანვირი	იხილეთ პროტეაზა ინჰიბიტორები და ცხრილი 22B					
ნევირაპინი	იხილეთ არა-წკლვოზიდური უკუტრანსკრიპტაზას ინჰიბიტორები (NNRTI) და ცხრილი 22B					
ნიტროფურანტონი	ანტაციდები	↓A-ს შეწოვა	+			
არა-წკლვოზიდური უკუტრანსკრიპტაზას ინჰიბიტორები (NNRTI): პროტეაზა ინჰიბიტორებთან ურთიერთქმედებისთვის იხილეთ 22B						
Del = დელავირდინი; Efa = ეფავირენზი; Etr = ეტრავერინი; Nev = ნევირაპინი						
Del	Efa	Etr	Nev	კოადინისტრირება უკუწაყენება (იხილეთ შეფუთვის ინსტრუქცია):		
+		+		ანტიკონვულსანტები: კარბამაზეპინი, ფენობარბიტალი, ფენიტოინი	++	
+		+		ანტიმიკობაქტერიული: რიფამპინი, რიფამპინი	++	
+	+			ანტიფსიქოზურები: ჰიმოზიდი	++	
+	+	+		ბენზოდიაზეპინები: ალპრაზოლამი, მიდაზოლამი, ტრიაზოლამი	++	
				ერგოტამინი		
+	+	+		HMG-CoA ინჰიბიტორები (სტატინები): ლოვასტატინი, სიმვასტატინი, ატორვასტატინი, პრავასტატინი	++	
+		+		St. John's wort	++	
				საჭიროა დოზის ცვლილება:		
+				ამფეტამინი	↑B-ს დონე - საჭიროა სიფრთხილე	++
+		+	+	ანტიარითმიული: ამიოდარონი,	↓ ან ↑B-ს დონე - საჭიროა	++

ანტი-ინფლუენზური აბაზონი (A)				მიზრე ნაბაზლი (B)	აფაფი	მნიშვნე ლობა
+	+	+	+	ლიდოკაინი, სხვები	სიფრთხილ	
+	+	+	+	ანტიკონფულსანტები: კარბამაზეპინი, ფენობარბიტალი, ფენიტოინი	1A-ს და/ან B-ს დონე	++
+			+	ანტიფუნგალური: იტრაკონაზოლი, კეტოკონაზოლი, ფორიკონაზოლი, პოსაკონაზოლი	პოტენციურად 1B-ს დონე, 1A-ს დონე	++ (ერი- დეო)
+			+	ანტიმოცილების პრეპარატები: ციკლოსპორინი, რაპამიგინი, სიროლიმუსი, ტაკროლიმუსი	1B-ს დონე	++
+			+	კალციუმის არხის ბლოკერები	1 B-ს დონე	++
+		+	+	კლარიტრომიცინი	1B-ს მეტაბოლიტის დონე, იზრდება A-ს დონე	++
+		+	+	ციკლოსპორინი	1 B-ს დონე	++
+		+		დექსამეტაზონი	1A-ს დონე	++
+	+	+	+	სილდენავილი, ვარდენავილი, ტადალაფილი	1 B-ს დონე	++
+			+	ფენტანილი, მეტადონი	1B-ს დონე	++
+				კუჭის მჟავას სუპრესია: ანტაციდები, H-2 ბლოკერები, პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორები	1A-ს დონე	++
	+	+	+	მეტადონი, ფენტანილი	1B-ს დონე	++
	+		+	ორალური კონტრაცეპტივები	1 და 1B-ს დონე	++
+	+	+	+	პროტეზა ინჰიბიტორები - იხილეთ ცხრილი 22B		
+	+	+	+	რიფამბუტინი, რიფამპინი	1 და 1 რიფამბუტინის დონე; მცირება A-ს დონე - საჭიროა	++
+	+	+	+	St. John's wort	სიფრთხილ 1B-ს დონე	++
+		+	+	ვარფარინი	1B-ს დონე	++
ბენტამიდინი, IV				ამფოტერიცინი B	1 ნეფროტოქსიკურობის რისკი	+
				პანკრეატიტთან ასოცირებული წამლები (ალკოჰოლი, ვალპროის მჟავა და ა.შ)	1 პანკრეატიტის რისკი	+
პიპერაცილინი				ციფლუციტინი	ანტაგონიზმი vs პსევდომონა	++
Pip-tazo				მეთოტრექსატი	1B-ს დონე	++
პოლიმიქსინ B				კურარეს შემცველი პარალიტიკები	ერიდეთ: ნეირომუსკულური ბლოკი	++

მხრილი 22A (B)

ანტი-ინფექციური აგენტები (A)	ზოგადი ნაზალი (B)	ეფექტი	მნიშვნე ლობა
პოლიმექსინ E (კოლსტინი)			
პრიმაკვინი			

პროტეაზას ინჰიბიტორები - ანტი-აივ წამლები. (**atazan**= ატაზანავირი; **Darun**= დარუნავირი; **Fosampren**= ფოსამპრენავირი; **Indin**= ინდინავირი; **Lopin**= ლოპინავირი; **Nelfin**= ნელფინავირი; **Saquin**= საკვინავირი; **Tipran**= ტიპრანავირი). ანტირეტროვირუსულ პრეპარატებთან ურთიერთქმედების სანახავად იხილეთ ცხრილი 22B (მხოლოდ ნაწილობრივი ჩამონათვალი - **სრულსათვის**, შეამოწმეთ შეფუთვის ინსტრუქცია)

Atazan	Darun	Fosampren	Indin	Lopin	Nelfin	Saquin	Tipran	ასევე შეამოწმეთ www.aidsinfo.nih.gov 2 ან მეტი წამლის ურთიერთქმედების შესამოწმებლად, იხილეთ: www.drugs.com/drug_interactions.html და www.healthline.com/druginteractions		
								ანალგეტიკები:		
							+	1. ალფენტანილი, ფენტანილი, ჰიდროკოდონი, ტრამადოლი	1B-ს დონე	+
	+			+		+	+	2. კოდეინიმ ჰიდრომორფონი, მორფინი, მექსილეტინი, მეტადონი	1B-ს დონე	+
+	+	+	+	+	+		+	ანტიარითმიკული: ამიოდარონი, ლიდოკაინი, მექსილეტინი, ფლეკანიდი	1B-ს დონე; გამოიყენეთ სიფრთხილით ან არ მისცეთ კომბინაციაში (იხილეთ შეფუთვის ინსტრუქცია)	++
	+		+	+	+	+		ანტიკონვულსანტები: კარბამაზეპინი, კლონაზეპამი, ფენობარბიტალი	1A-ს დონე, იმატებს B-ს დონე	++
+		+	+				+	ანტიდეპრესანტები, ყველა ტრიციკლური	1B-ს დონე	++
+	+						+	ანტიდეპრესანტები, სხვა ყველა	1B-ს დონე; არ გამოიყენოთ პრიმოზიდთან ერთად	++
	+							ანტიდეპრესანტები, SSRI	1B-ს დონე- ერიდეთ	++
							+	ანტიჰისტამინურები	არ გამოიყენოთ	++
+	+	+	+	+	+		+	ბენზოდიაზეპინები, მაგ.: დიაზეპამი, მიდაზოლამი, ტიაზოლამი	1B-ს დონე - არ გამოიყენოთ	++
+	+	+	+	+	+	+	+	კალციუმის არხის ბლოკერები (ყველა)	1B-ს დონე	++
+	+		+	+	+	+	+	Clarithro, erythro	1B-ს დონე, თუ თირკმლის დაზიანებაა	+
+	+			+	+		+	კონტრაცეპტივები ორალური	1 A და B-ს დონეს	++
	+	+		+		+		კორტიკოსტეროიდები: პრედნიზონი,დექსამეტაზონი	1A-ს დონე, ზრდის B-ს დონეს	+
+	+	+	+	+	+	+	+	ციკლოსპორინი	1B-ს დონეს, საჭიროა დონის მონიტორინგი	+
							+	დიგოქსინი	1B-ს დონეს	++
+	+	+	+	+	+	+	+	ერგო დერივატები	1B-ს დონეს - არ გამოიყენოთ	++
		+	+		+	+	+	ერიტრომიცინი, კლარიტრომიცინი	1A და B-ს დონეს	+
			+		+	+	+	გრეიფრუტის წვენი (>200 მლ/დღე)	↓ ინდინავირი და ↑ საკვინავირის დონე	++
+	+	+	+	+	+	+		H2 რეცეპტორის ანტაგონისტები	1A-ს დონეს	++

პირი-ინფექციური აბანო (A)								მეორე ნაბალი (B)	იფაძი	მნიშვნე ლობა
+	+	+	+	+	+	+	+	HMG-CoA-ს რედუქტაზის ინჰიბიტორები (სტატინები): ლოვასტატინი, სიმვასტატინი	↑ B-ს დონეს - არ გამოიყენოთ	++
+								ირინოტეკანი	↑B-ს დონეს - არ გამოიყენოთ	++
	+	+	+	+	+	+	+	კეტოკონაზოლი, იტრაკონაზოლი, voriconazole	↑A და B-ს დონეს	+
	+	+	+	+	+	+	+	პოსაკონაზოლი	↑A-ს დონე, არ არის რეაქცია B-ზე	++
				+				მეტრონიდაზოლი	შესაძლოა გამოიწვიოს დისულფირამის რეაქცია, ალკოჰოლი	+
				+				ფენიტოინი (JAIDS 36:1034, 2004)	↑A და B-ს დონეს	++
+	+	+	+	+	+	+	+	პიმოზიდი	↑B-ს დონეს - არ გამოიყენოთ	++
+	+		+	+	+	+	+	პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორები	↓A-ს დონეს	++
+	+	+	+	+	+	+	+	რიფამპინი, რიფაბუტინი	↓A-ს დონეს, ზრდის B-ს დონეს (ერიდეთ)	++ (ერი- დეთ)
+	+	+	+	+	+	+	+	სიდენაფილი (ვიაგრა), ტადალაფილი, ვარდენაფილი	ცვალებადია, ზოგიერთი ↓ და ზოგიერთი ↑B-ს დონეს	++
+	+	+	+	+	+	+	+	St. John's Wort	↓ A-ს დონეს	++
+	+	+	+	+	+	+	+	სიროლიმუს, ტაკოლიმუს	↑B-ს დონეს	++
+								ტენოფოვირი	↓A-ს დონე - დაამატეთ რიტონავირი	++
	+		+	+				თეოფილინი	↓B-ს დონე	+
+		+		+			+	ვარფარინი	↑B-ს დონე	+
პირაზინამიდი								INH, რიფამპინი	შესაძლოა ↑ ჰეპატოტოქსიკურობის რისკი	±
პირიმეთამინი								ლორაზეპამი	↑ ჰეპატოტოქსიკურობის რისკი	+
								სულფონამიდი, TMP/SMX	↑ ძვლის ტვინის სუპრესიის რისკი	+
								ზიდოვუდინი	↑ ძვლის ტვინის სუპრესიის რისკი	+
ქინინი								დიფოსინი	↑ დიფოსინის დონე; ↑ ტოქსიკურობა	+
								მეფლოქვინი	↑ არითმიები	++
								ორალური ანტიკოაგულანტები	↑ პროთრომბინის დრო	+
კვინუპრისტინი- დალფოპრისტინი (სინერგიი)								ანტი-აივ წამლები: NNRTI & PI	↑B-ს დონე	++
								ანტინეოპლაზური: ვინკრისტინი, დოკეტაქსელი, პაცილიტაქსელი	↑B-ს დონე	++
								კალციუმის არხის ბლოკერები	↑B-ს დონე	++
								კარბამაზეპინი	↑B-ს დონე	++
								ციკლოსპორინი, ტაკროლიმუსი	↑B-ს დონე	++

მხრილი 22A (7)

ანბი-ინფორმაციური პარამეტრი (A)	მაიორი ნაბალი (B)	აფიქცი	მნიშვნე ლობა
ქეინტუბრისტი- დალფობრისტიანი (სინერციდი)	ლიდოკანი	↑ B-ს დონე	++
	მეთილპრენდინოლონი	↑ B-ს დონე	++
	მიდაზოლამი	↑ B-ს დონე	++
	სტატინები	↑ B-ს დონე	++
რალტერგავირი	რიფამპინი	↓ A-ს დონე	++
რინავირინი	დიდანოზინი	↑B-ს დონე	++
	სტეფუდინი	↓B-ს დონე -> ტოქსიკურობა - ერიდეთ	++
	ზიდოფუდინი	↓ B-ს დონე	++
რიფამპინი, რიფაბუტინი)	Al OH, კეტოკონაზოლი, PZA	↓A-ს დონე	++
	ატოვაქენი	↑ A – ს დონე, ↓B-ს დონე	+
	ბეტა ადრენერგული ბლოკერები (მეტოპროლოლი, პროპრანოლოლი)	↓B-ს დონე	+
	კასპოფუნგი	↓B-ს დონე - გაზარდეთ დოზა	+
	კლარიტრომიცინი	↑ A – ს დონე ↓ B-ს დონე	++
	კორტიკოსტეროიდები	↑B-ს შეცვლის მოთხოვნილება	++
	ციკლოსპორინი	↓B-ს ეფექტები	++
	დეფავირდინი	↑ A – ს დონე, ↓B-ს დონე - ერიდეთ	++
	დიგოქსინი	↓B-ს დონე	++
	დისოპირამიდი	↓B-ს დონე	++
	ფლუკონაზოლი	↑A-ს დონე	+
	ამპრენავირი, ინდინავირი, ნელფინავირი, რიტონავირი	↑ A – ს დონე (შეამცირეთ A – ს დოზა), ↓B-ს დონე	++
	INH	INH-ს გარდაქმნის ტოქსიკურ ჰიდრაზინად	++
	იტრაკონაზოლი, კეტოკონაზოლი	↑ A – ს დონე, ↓B-ს დონე	++
	ლინეზოლიდი	↓B-ს დონე	++
	მეტადონი	↓ პლაზმის დონე (გამოსვლა)	+
	ნევირაპინი	↓B-ს დოზა - ერიდეთ	++
	ორალური ანტიკოაგულანტები	სუბოპტიმალური ანტიკოაგულაცია	++
	ორალური კონტრაცეპტლები	ეფექტურობა მცირდება; ორსულობა, მეტრორეგია	+
	ფენიტოინი	↓B-ს დონე	+
	პროტეაზას ინჰიბიტორები	↑ B – ს დონე, ↓A-ს დონე - ყურადღებით	++
	ქინიდინი	↓B-ს ეფექტი	+
	რალტერგავირი	↓B-ს ეფექტი	++
	სულფონილმურეაზა	↓ ჰიპოგლიკემიური ეფექტი	+
	ტაკროლიმუსი	↓B-ს ეფექტი	++
	თეოფილინი	↓A-ს ეფექტი	+
	TMP/SMX	↓A-ს დონე	+
	ტოკანიდი	↓B-ს ეფექტი	+
რინაზადინი	იხილეთ ანატიკინი		
რიტონავირი	იხილეთ პროტეაზას ინჰიბიტორები და ცხრილი 22 B		
საქენინავირი	იხილეთ პროტეაზას ინჰიბიტორები და ცხრილი 22 B		
სტეფუდინი	დასპონი, INH	შესაძლოა გაზარდოს პერიფერიული ნეიროპათიის რისკი	±
	რინავირინი	↓A-ს დონე - ერიდეთ	++
	ზიდოფუდინი	ერთმანეთისთვის ხელის შეშლა - არ გამოიყენეთ კომბინაცია	++
სტრუბილიდი (ელვიტერგავირი და კობიციკსატის კომბინაციები) (იხილეთ ემტრიკაბინი და ტენოფოვირი სხვა კომბინაციებისთვის)			
ელვიტერგავირი	ანტაციდები	↓ A-ს დონე	++
კობიციკსატი	ანტიარითმიკები და დიგოქსინი	↑B-ს დონე	++
კობიციკსატი	კლარიტრომიცინი, ტელითრომიცინი	↑B-ს დონე	++
კობიციკსატი და	კარბამაზეპინი, ფენობარბიტალი,	↓A-ს დონე - ერიდეთ	++

ანონ-ინფორმაციური ბანკი (A)	ბიოჩრ ნაბალი (B)	ფეხი	ბინიზნი ლობ
ელვტეგრავირი	ფენიტოინი		
კობიესტატი	SSR, TCA, ტრადიზოლი, ანტიდეგრესანტები	JA-ს დონე -ერიდეთ	++
კობიესტატი	იტრაკონაზოლი	JB-ს დონე	++
კობიესტატი	კოლხივინი	↑ B-ს დონე - შეამცირეთ დოზა	++
ელვტეგრავირი და კობიესტატი	რიფაბუტინი	JA-ს დოზა -ერიდეთ	++
კობიესტატი	ბეტა ბლოკერები	↑ B-ს დონე	++
კობიესტატი	კალციუმის არხის ბლოკერები	↑ B-ს დონე	++
კობიესტატი და ელვტეგრავირი	დექსამეტაზონი	JA-ს დონე	++
კობიესტატი	ბოსენტანი	↑ B-ს დონე	++
კობიესტატი	HMG-CoA-ს რედუქტაზის ინჰიბიტორი, სიროლიმუსი	↑ B-ს დონე	++
კობიესტატი	ნეიროლეპტიკები	↑ B-ს დონე	++
კობიესტატი	PDE5 ინჰიბიტორები, მაგ. სილდენაფილი, ვარდენაფილი, ტადალაფილი	↑ B-ს დონე -ერიდეთ	++
კობიესტატი	ბენზოდიასეპინები	↑ B-ს დონე	++
კობიესტატი	ერგო დერივატები	↑ B-ს დონე -ერიდეთ	++
კობიესტატი	ვისამრიდი	↑ B-ს დონე -ერიდეთ	++
კობიესტატი და ელვტეგრავირი	St. John's Wort	↑ B-ს დონე -ერიდეთ	++
სულფონამიდები	ბეტა ბლოკერები	↑ B-ს დონე	++
	ციკლოსპორინი	↓ ციკლოსპორინის დონე	+
	მეტოტრექსატი	↑ ანტიფოლატის აქტივობა	+
	ორალური ანტიკოაგულანტი	↑ პროთრომბინის დრო; სისხლდენა	+
	ფენობარბიტალი, რიფამპინი	JA-ს დონე	+
	ფენიტოინი	↑B-ს დონე; ნისტაგმი, ატაქსია	+
	სულფონილდოქსაზა	↑ ჰიპოგლიკემიური ეფექტი	+
ტელთრომინი (კეტევი)	კარბამაზეპინი	JA-ს დონე	++
	დიგოქსინი	↑B-ს დონე - გამოიკვლიეთ დიგოქსინის დონე	++
	ერგო ალკალიოიდები	↑B-ს დონე -ერიდეთ	++
	იტრაკონაზოლი, კეტოკონაზოლი	↑A-ს დონე; არა საჭირო დოზის შეცვლა	+
	მეტოპროლოლი	↑B-ს დონე	++
	მიდაზოლამი	↑B-ს დონე	++
	ორალური ანტიკოაგულანტები	↑ პროთრომბინის დრო	+
	ფენობარბიტალი, ფენიტოინი	JA-ს დონე	++
	პიმოზიდი	↑B-ს დონე; QT გაზანგრძლივება - ერიდეთ	++
	რიფამპინი	JA-ს დონე -ერიდეთ	++
	სიმედასატინი და სხვა „სტატინები“	↑B-ს დონე (იზრდება მიოპათიის რისკი)	++
	სოტალოლი	↑B- ს დონე	++
	თეოფილინი	↑B-ს დონე	++

მხრილი 22A (B)

ამინი-ინფექციური აგენტი (A)	ბიოჩი ნაზალი (B)	აგენტი	ინფექცია
ტენოფიკი	ატანაგინი დიდანიონი (ddl)	1B-ს დონე - დამატებით რიტონავირი 1B-ს დონე (შეამოვრეთ დონა)	++ ++
ტენინაგინი	ციმეტიდინი ფენილარბიტალი, რიფამპინი	1A-ს დონე 1A-ს დონე	+ +
ტეტრაციკლინი	იხილეთ დოქსიციკლინი, პლუს:		
	ატოვასტინი დიგოქსინი	1B- ს დონე 1B-ს ტოქსიკურობა (შესაძლოა რამოდინიზე თვე პერსისტირებს პაციენტთა 10%-მდე)	+ ++
	მეტოქსიფლურანი სუკრალფატი	1 ტოქსიკურობა, პოლიურია, თირკმლის უკმარისობა 1 A – ს შეწოვა (ცალკე ≥ 2 სთ)	+ +
თიაზენდაზოლი	თიოფილინი	1 თიოფილინის პლაზმის დონე, გულის რევა	+
ტაიგიციკლინი	ორალური კონტრაცეპტივები	1B-ს დონე	++
ტინიდაზოლი (ტინდამაქსი)	იხილეთ მეტრონიდაზოლი - მსგავსია, ელოდეთ მსგავს ურთიერთქმედებებს		
ტოზამიციკლინი	იხილეთ ამინოგლიკოზიდები		
ტრიმეპროპრიმი	ამანტადინი, დასონი, დიგოქსინი, მეთოქსიფლურანი, პრეკინამიდი, ზიდოვუდინი K-შემნახველი დიურეტიკები	1B-ს პლაზმის დონე 1 პლაზმის K+	++ ++
	რეპაგლინიდი თიაზიდური დიურეტიკები	1 B-ს დონე (პიპოგლიკინია) 1 პლაზმის Na+	++ +
ტრიმეპროპრიმი- სულფამეტოქსა-ზოლი	Ace ინჰიბიტორები ამანტადინი აზათიოპრინი ციკლოსპორინი ლოპერამიდი მეთოქსიფლურანი ორალური კონტრაცეპტივები, პიმოზიდი და 6-მერკაპტოპრინი ფენილტონი რიფამპინი ვარფარინი	1 პლაზმის K+ 1 B-ს დონე (ტოქსიკურობა) აღნიშნულია ლეიკოპენია 1 B – ს დონე 1 პლაზმის კრეატინინი 1B-ს დონე აძლიერებს ძვლის ტვინის სუპრესიას 1 B-ს ეფექტი 1 B-ს დონე 1 B-ს დონე 1 B-ს აქტივობა	++ ++ + + ++ + + +
ვალანტიციკლოვირი (ვალანტი)	იხილეთ ვანტიციკლოვირი		
ვანკომიკლინი	ამინოგლიკოზიდები	1 ნეფროტოქსიკურობის სინშირე	++
ვალიციკლინი (ddC) (HIVID)	ვალპროის მჟავა, პენტამიდი (IV), ალკოჰოლი, ლამივუდინი ვისალატი, INH, მეტრონიდაზოლი, ვინკრისტინი, ნიტროფურანტონი, d4T, დასონი	1 პანერგატივის რისკი 1 პერიფერიული ნეიროპათიის რისკი	+ +
ზიდოვუდინი (ZDV) (რეტროვირი)	ატოვასტინი, ფლუკინაზოლი, მეტადონი კლარიტრომიკლინი ინდომეტაქსინი ნელოფინი პრობენეციდი, TMP/SMX რიფამპინი/რიფამბუტინი სტაგუდინი ვალპროის მჟავა	1A-ს დონე 1 A-ს დონე 1ZDV ტოქსიკური მეტაბოლიტის დონე 1 A-ს დონე 1 A-ს დონე 1A-ს დონე ზღვის უზღის ერთმანეთს - არ გამოიყენეთ კომბინაცია! 1 A-ს დონე	+ ± + ++ + ++ ++ ++

მხარე 22B - პრეპარატების ურთიერთმედება არა ნაკლები დროის უკუპრეპარატების ინჰიბიტორების (NNRTIs) და პროტეაზების ინჰიბიტორების შორის

(ადაპტირებულია შემდგომი გაიდლაინიდან: Use of Antiretroviral Agents in HIV-infected Adults & Adolescents; იხილეთ www.aidsinfo.nih.gov)

სახელი (შემოკლება, კომერციული სახელი)	ატრანავირი (ATV, რეტარვი)	დარუნავირი (DRV, პრევისტა)	ფოსამპრავირი (FOS- APV, ლეუსივა)	ინდინავირი (IDV, ციფსივანი)	ლოპინავირი/ რიტონავირი (LP/R, კალეტრა)	ნელფინავირი (NFV, ვირაპეპტი)	სკვინავირი (SQV, ინვირაზა)	ტიპრანავირი (TPV)
დელავირდინი (DLV, რესკრიპტორი)	არ არის მონაცემები	არ არის მონაცემები	არ არის რეკომენდებული კო- ადმინისტრაცია	IDV დონე იმატებს 40%-ით. დოზა: IDV 600 მგ q8h, DLV სტანდარტული	ელოდეთ LP დონის ზრდას. დოზის შესახებ მონაცემები არ არის.	NFV: დონე იმატებს 2-ჯერ DLV: დონე იკლებს 50%- ით. დოზა: არ არის მონაცემები	SQV დონე იმატებს ხუთჯერ. დოზა: 800 მგ q8h, DLV სტანდარტი	არ არის მონაცემები
ეფავირენზი (EFZ, სუსტივა)	ATV AUC იკლებს 74%-ით. დოზა: EFZ სტანდარტული: ATA/RTV 300/1000 მგ q24h საჭმელთან ერთად	სტანდარ- ტული დოზა ორივე წამლისთვის	FOS-APV დონე იკლებს. დოზა სტანდარტული; FOS- APV 1400 მგ + RTV 300 მგ q24h ან 700 მგ FOS-APV + 100 მგ RTV q12h	დონე: IDV იკლებს 33%-ით. დოზა: IDV 100 მგ q8h, EFZ სტანდარტი	LP დონე იკლებს 40%- ით. დოზა: LP/R 533/133 მგ q12h, EFZ სტანდარტული	სტანდარტული დოზა	დონე: SQV მცირდება 62%-ით. დოზა: SQV 400 მგ + RTV 400 მგ q12h	დოზის შეცვლა არ არის აუცილებელი
ეტრავირინი (ERT, ინტელენსი)	იზრდება ATV და ETR დონეები	სტანდარ- ტული დოზა ორივე წამლისთვის	იზრდება FOS-APV დონე	IDV-ს დონე იკლებს	იმატებს ETR დონე, იკლებს LP/R დონე.	იმატებს NFV დონე	მცირდება ETR დონე 33%-ით. SQV/R არ ივლევა. ორივე წამლის სტანდარტული დოზა.	იმატებს ETR და TPV დონე. ერიდეთ კომბინაციას
ნევირაპინი (NVP, ვირამუნი)	ერიდეთ კომბინაციას. ATZ ზრდის NVP-ის კონცენტრაციას >25%-ით; NVP ამცირებს ATZ AUC დონეს 42%-ით	სტანდარ- ტული დოზა ორივე წამლისთვის	გამოიყენება სიფრთ- ხილით. NVP AUC დონე იზრდება 14%- ით. (700/100 fos/rit; NVP AUC იზრდება 29%-ით. (Fos 1400 მგ bid)	IDV დონე იკლებს 28%-ით. დოზა: DIV 1000 მგ q8h ან კომბინაცია RTV- სთან; NVP სტანდარტული	LP დონე იკლებს 53%- ით. დოზა: LP/R 533/133 მგ Q12h; NVP სტანდარტული	სტანდარტული დოზა	დოზა: SQV + RTV 400/400 მგ ორივე q12h	სტანდარ- ტული დოზა

**ხსარი 23 - ბენაროული სამკურნალო პრეპარატებისა და კომბინირული
სახელობების ჩამონათვალი**

ბენაროი: კომბინირული სახელი	ბენაროი: კომბინირული სახელი	ბენაროი: კომბინირული სახელი
აბაკავირი - ზიაგენი	ეფავირენზი/ემტრიციტაბინი/ტენოფ	ნიტროფურანტონი: მაკრობიდი,
აბაკავირი + ლამიფუდინი =	ოვირი: ატრიპლა	მაკროდანტინი
ეზზიკიმი	ემტრიციტაბინი: ემტრივა	ნისტატინი: მიკოსტატინი
აბაკავირი	ემტრიციტაბინი + ტენოფოვირი:	ოფლოქსაინი: ფლოქსინი
+ ლამიფუდინი + ზოდოვუდინი =	ტრუვადა	ოსელტამივირი: ტამიფლუ
ტრიზივირი	ენფუვირტიდი (T-20): ფუზენი	ოქსაცილინი: პროსტაფლინი
ავიკლოვირი: ზოდირაქსი	ენტეკავირი: ზარაკლუდი	პალივიზუმაბი: სიგანისი
ადეფოვირი: ჰეპსერა	ენტეკავირი: ინგანზი	პარომომიცილინი: ჰუმეტინი
ალბენდაზოლი: ალბენზა	ენტეკავირი: ინტელენსი	პენტამიდი: ნებუპენტი, პენტამ
ამანტადინი: სიმეტროლი	ერთირომიცინი: ილოტიცინი	300
ამიკაცინი: ამიკინი	ეთილ სუქცინატი: პედიამიცილი	პიპერაცილინი: პიპრაცილი
ამოქსიცილინი: ამოქსილი,	გლუკოპეტონატი: ერთირომიცინი	პიპრაცილინი/ტაზოპრაცილი:
პოლიმიქსი	ესტოლატი: ილოსონი	ზოლინი, ტაზოვინი
ამოქსიცილინი გახანგრძლივებული	ერთირო/სულფისოქსაზოლი:	პიპრაცილინი: ანტეპარი
გამოთავისუფლების: მოქსატაგი	პედიამიცილი	პოლიფლოტოქსინი: კონდილოქსი
ამოქს/კლავ.; აუმენტინი,	ეთამბუტოლი: მამბუტოლი	პოლიმიქსინი ზ.პოლი-RX
აუმენტინ ES 600, აუმენტინ XR	ეთირონამიდი: ტრეკატორი	პოსაკონაზოლი: ნოქსაფილი
ამფოტერინი B: ფუნგოზოლი	ფამციკლოვირი: ფამვირი	პრაზიკვანტელი: ბილტრიციდი
Ampho B-ლიპოსომური: ამბისიმი	ფიდაქსომიცილინი: დიფიციდი	პრიმაქინი: პრიმაინი
Ampho B-ლიპიდური კომპლექსი:	ფლუკონაზოლი: დიფლუკანი	პრეგნალი: პალუდინი
აზელცეტი	ფლუციტოზინი: ანკოზინი	პირანტელის პამოატი: ანტიმინთი
ამპიცილინი: ომნიპენი,	ფოსამპრენავირი: ლექსივა	პირიმეთამინი: დასაპრინი
პოლიცილინი	ფოსკარნეტი: ფოსკავირი	პირიმეთამინი/სულფადოქსინი:
ამპიცილინი/სულბაქტამი; უნაზინი	ფოსფომიცილინი: მონუროლი	ფანსიდარი
ართემეტერ-ლუმეფანტრინი:	ფუზიდინის მკავა: ტაქსტა	ქენუპრისტიკინი/დალფოპრისტიკინი:
კოატრემი	განციკლოვირი: ციტოვენი	სინერგიდი
ატანაზავირი: რეიტაზი	გატაფლოქსაინი: ტექვინი	რალტეგრავირი: ოზენტრესი
ატოვაქონი: მეპრონი	გემიფლოქსაინი: ფაკტივი	რეტაპამოლინი: ალტაპაქსი
ატოვაქონი + პროფუნალი:	გენტამიცილინი: გარამიცილინი	რიბავირინი: ვირაზოლი,
მალარონი	გრიზოფოვუდინი: ფულვიცილინი	რემეტოლი
ზიტრომიცილინი: ზიტრომაქსი	ჰალოვანტრინი: ჰალოვანი	რიფამპინი: მიკობუტინი
ზიტრომიცილინი ER: ზიმაქსი	იდეოქსუმიცილინი: დენდრიდი,	რიფამპინი: რიფადინი, რიმპეტანი
ზიტრენოამი: აბაკტამი, კასიტონი	სტოქსილი	რიფაპენტინი: პრიფტინი
ზედაქელინი: სირტურო	INH + RIF: რიფამპინი	რიფაქსინი: ქსიფაქსანი
ზოცერვირი: ვიქტრელსი	INH + RIF + PZA: რიფაქტერი	რიმანტადინი: ფლუმადინი
კასოფუნგინი: კანციდასი	ინტერფერონ ალფა: ინტრონ A	რიტონავირი: ნორვირი
ცეფალორი: ცეფლორი, ცეფლორ CD	პეგილირებული ინტერფერონი :	საქვირავირი: ინვირაზა
ცეფადოქსილი: დურისევი	PEG-ინტრონი, პეგასისი	საქტივინი: ტრონიკინი
ცეფაზოლინი: ანცივი, კეფოზოლი	ინტერფერონი + რიბავირინი :	სტავედინი: ზერტი
ცეფინიკი: ომნიცივი	რემეტრონი	სტიმოგლუკონატი: პენტოსტამი
ცეფდიტრონი პიოქსილი:	იმპინეზი + ცილასტატინი:	ვერვლის სულფადაზინი:
სექსეცევი	რიმპეტინი, ტიენამი	სილვადენი
ცეფპიმი: მაქსიპიმი	იმპიქიმოდი: ალდარა	სულფამეტოქსაზოლი: განტანოლი
ცეფქსიმი: სუპრაქსი	ინდინავირი: კრიქსივანი	სულფასალაზინი: აზულფიდი
ცეფოპერაზონი-სულბაქტამი:	იტაკონაზოლი: სპორანოქსი	სულფისოქსაზოლი: განტრისინი

პენაროქი: კომფიკილი სხეული	პენაროქი: კომფიკილი სხეული	პენაროქი: კომფიკილი სხეული
სულპრენაზონი	იოდოქინოლი:იოდოქსი	ტელაპრევირი:ინცივიკი
ცეფტაქსიმი:კლავორანი	ივერმექტინი: სტრომექტოლი,	ტელმეფუნდინი: ტიზეკა
ცეფპოდოქსიმის პროექტილი:	სკლასი	ტელავანდინი: ვიბატივი
ვანტინი	კანამიცილი: კანტრექსი	ტელითრომიცილი: კეტევი
ცეფპროზილი: კეფზილი	კეტოკონაზოლი: ნიზორალი	ტენოფოვირი: ვირედი
ცეფტაროლინი:ტიფლარო	ლამიფუნდინი: ეპივირი, ეპივირ-HBV	ტერბინაფინი: ლამიზილი
ცეფტაზიდიმი: ფორტაზი,	ლამიფუნდინი + აბაკავირი:	თალიდომიდი:
ტაზიციფი, ტაზიდიმი	ეპივიკიმი	თალომიდითიპენდაზოლი:
ცეფტიპეტენი: ცედექსი	ლევოფლოქსაცილი: ლევეპენი	მინტეზოლი
ცეფტოზიმილი: ზეფტერა	ლინეზოლიდი: ზიოქსი	ტიკარცილინი: ტიკარი
ცეფტაქსონი: როცეფინი	ლომეფლოქსაცილი: მაქსაქენი	ტიაციცილინი: ტიაცილი
ცეფუროქსიმი: ზინავეფი, ცეფტინი	ლოპინავირი/რიტონავირი:	ტინიდაზოლი:ტინდამაქსი
ცეფალექსინი: კეფლექსი	კალეტრა	ტიპრანავირი: აბტივექსი
ცეფრადინი: ანსპორ, ველოსეფი	ლორაკარბეფ: ლორაზიდი	ტიპრამიცილი: ნემცილი
ქლოროქენი: არალენი	მაფენიდი: სულფამილინი	ტრეტინოინი: რეტინ A
ციდოფოვირი:ვისტიდი	მარავიროკი: სელზენტრი	Trifluridine: ვირიპტიკი
ციპროფლოქსაცილი: ციპრო, Cipro XR	მეზენაზოლი: ვერმოქსი	ტრიმეთიპრიმი/სულფამეთოქსაზოლი
კლარიტრომიცილი: ზიაქსინი,	მეფლოქენი: ლარიამი	ი: ბაქტერიმი, სეპტრა
ზიაქსინი XL	მეროპენემი: მერრემი	ვალაციკლოვირი: ვალტრექსი
კლინდამიცილი: კლეოცილი	მესალამინი: ასაკოლი, პენტასა	ვალანციკლოვირი: ვალციტი
კლოფაზიმილი: ლაპრენი	მეთენამინი: ჰიპრექსი, მანდელამინი	ვანკომიცილი: ვანკომიცილი
კოტრიმაზოლი:ლოტრიმილი,	მეტრონიდაზოლი: ფლაგილი	ვორიკონაზოლი: ვენდი
მიცელექსი	მიკაფუნგინი: მიკამინი	ზალციტაზინი: HIVID
კოლქსაცილინი: ტეგოპენი	მინოციკლინი: მინოცი	ზანამავირი: რელეზა
კოლისტიმეთატი: კოლიმიცილი M	მოქსიფლოქსაცილი: აველოქსი	ზიდოფუნდინი (ZDV): რეტროვირი
ციკლოსერინი: სერომიცილი	მუპიროვინი: ბაქტრობანი	ზიდოფუნდინი + 3TC: კომბივირი
დაპტომიცილი:კუბიცილი	ნაფცილინი: უნიპენი	ზიდოფუნდინი + 3TC + აბაკავირი:
დარუნავირი: პრეზისტა	ნელფინავირი: ვირაცეპტი	ტრიზივირი
დელავირდინი: რესკრიპტორი	ნევირაპინი: ვირამუნი	
დიკლოქსაცილინი: დინაპენი	ნიტაზოქსანიდი:ალინია	
დიდანიზონი: ვიდექსი		
დიეთილკარბამაზინი: ჰეტრაზანი		
დილოქსანიდის ფუროატი:		
ფურამიდი		
დორიპენემი: დორიბაქსი		
დოქსიციკლინი:დორიბაქსი		
ევავირენზი: სუსტიკა		

**ცხრილი 23 (2) ბინარული სამკურნალო პრეპარატებისა და კომბინირული
სახელოვნებების ჩამონათვალი**

ბინარული კომბინირული სახელი	ბინარული კომბინირული სახელი	ბინარული კომბინირული სახელი
ალბენზა:ალბენდაზოლი ალდარა:იმიტევიმიდი ალინა:ნიტაზოქსანიდი ალტაბასი:რეტაპამულინი ამოსომი:ლიპოსომური ამფოტერიცინB ამიკინი:ამანტადინი: ამოქსილი: ამოქსიცილინი: მოქსატაგი:ამოქსიცილინი გახანგრძლივებული გამოთავისუფლების აუგმენტინი, აუგმენტინ ES 600, :აუგმენტის XR:ამოქს/კლავ.; ფუნგიზოლი:ამფოტერიცინ B: ამოსომი:Ampho B-ლიპოსომური: ამლედგი:Ampho B- ლიპიდური კომპლექსი: ანნიკინი, პოლიცილინი:ამპიცილინი: უნასინი:ამპიცილინი/სუბლექტამი; კოარტემი:არტემეთერ-ლუმფენტრინი: რეიატაზი:ატანაზავირი: მეპრონი:ატრავაქონი: მალონი:ატრავაქონი + პროფუნალი: მიოთროქსი:პაზიტრომიდინი: ზიმასი:პაზიტრომიდინი ER: კანიდასი:კასაფუფენი: ცეკლორი, ცეკლორ CD:ცეფაქტორი: დურიცევი:ცეფალოქსილი: ანცევი, კეფზოლი:ცეფაზოლინი: ომნიცევი:ცეფდინირი: სპექტაცევი:ცეფდიტორენ პიოქსილი: მაქსიპიმი:ცეფეპიმი: სუპრაქსი:ცეფოქსიმი: სულპრენაზონი:ცეფოპრენაზონი- სუბლექტამი: კლავოანი:ცეფაქსიმი: მეფოქსიმი:ცეფოქსიტინი: ვანტინი:ცეფპოფოქსიმის პორექსტილი: ცეფზოლი:ცეფპროზოლი: ფორტაზი, ტაზიციფი, ტაზიდიმი: ცეფტაზიდიმი: ცედექსი:ცეფტაზიმი: ზეფტერა:ცეფტაზოქსიმი: როცეფინი:ცეფტაქსონი: ცეფტინი:ცეფტროქსიმი: ზინაცევი, კეფუროქსი: კეფლექსი:ცეფალექსინი: ანსპორ, ველისფი:ცეფრადინი: არალენი:ქლოროქვინი: ციპრო, Cipro XR::ციპროფლოქსაცინი:	ვიზამიგინი:დოქსიციკლინი: ქსიგირა:დროტრეციკლინი ალფა: სუსტიკა:ფევიკონი: :ატრიპლა:ფევიკონი/ემტრიციტაბინი/ ტენოფოვირი: ემტრიკა:ემტრიციტაბინი: ტრუვადა:ემტრიციტაბინი + ტენოფოვირი: ფუზიონი:ენფუვირტიდი (T-20): ბარაკლუდი:ენტეკავირი: ინფანზი:ენტრეპენი: ინტელემსი:ესტავირინი: ილოტეგინი:ერიტრომიდინი: ეთილ სუციტატი: პედიამიგინი გლუკოპეკტატი: ერიტროცინი ესტოლატი: ილოსონი პედიასოლი:ერიტროსულფისოქსაზო ლი: მიამბუტოლი:ეთამბუტოლი: ტრეკატორი:ეთიონამიდი: ფამვირი:ფამვიკლოვირი: დიფლუკანი:ფლუკონაზოლი: ანკოზინი:ფლუციტაზინი: ლექსივა:ფოსამპრენავირი: ფოსკავირი:ფოსკარნეტი: მიონოლი:ფოსფომიგინი: ციტოფენი:განციკლოვირი: ტეციკინი:გატეფლოქსაცინი: ფაკტივი:გემფოფლოქსაცინი: გარამიგინი:გენტამიგინი: ფულვიგინი:გრეზოფულვინი: პალფანი:პალფენტრინი: დენდრიდი, ტოქსილი:იდოქსურინი: რიფამპი:INH + RIF + რიფატერი:INH + RIF + PZA: ინტრონი A:ინტერფერონ ალფა: PEG-ინტრონი, პეგასისი:პეგალირებული ინტერფერონი : რემბეტრონი:ინტეფერონი + რიბავირინი: პრიმაქსინი, ტიენამი:იმიპენემი + ცილასტატინი: ალდარა:იმიტევიმიდი: კრიქოვანი:ინდინავირი: სპორონოქსი:იტაკონაზოლი: სტრომექტოლი:ივრემექტინი: კანტრექსი:კანამიგინი:	ალინა:ნიტაზოქსანიდი: მაკრომიდი, მაკროდანტინი:ნიტროფურან-ტოინი: მიკოსტატინი:ნისტატინი: ფლოქსინი:ოფლოქსაცინი: ტამიფლუ:ოსელტამივირი: ფოსტაფილინი:ოქსაცილინი: ჯანგინი:პალივიზუმაბი: ჰუმატინი:პარომომიგინი: ნებუპენტრი, პენტამ 300: პენტამიდი: პიპრაქსი:პიპრავილინი: ზოსონი:პირაფაცილინი,ტაზომაქტამი: ანტეპარი:პიპერაზინი: კონდილოქსი:პოლიფლოტოქსინი: ნოქსაფილი:პოსაკონაზოლი: ბილტრეციდი:პრაზიქვანტელი: პრიმაქინი:პრიმეკვინი: პალუდინი:პრეფუნალი: ანტიმინთი:პირანტელის პამოტი: დასაპრობი:პირიმეთამინი: ფანსიდარი:პირიმეთამინი/სულფადიოქს ინი: სინერციდი:ქვინპრისტინი/ფალფო- პრისტინი: ორბეტრასი:რალტეგრავირი: ალტაბასი:რეტაპამულინი: ვირაპროლი, რეტეტოლი: რიბავირინი: მიკოზუტინი:რიფამპინი: რიფადინი, რიმაქტანი:რიფამპინი: პრიფტინი:რიფაპენტინი: ქსიფაქსანი:რიფაქსინი: ფლუმადინი:რიმანტადინი: ნორვირი:რიტონავირი : ინფრაზას:საქცინავირი: ტრობიგინი:სპექტინიმიდინი: ზურბიტი:სტავუდინი: პენტოსტამი:სტიმოგლუკონატი: ნილავდინი:ვერზოლის სულფადაზინი: განტანოლი:სულფამეტოქსაზოლი: აზულფიდინი:სულფასალაზინი: განტროსინი:სულფისოქსაზოლი: ტრუეკა:ტელევიდინი: ვიბატევი:ტელავაგინი: პეტეკი:ტელითრომიგინი: ვირეადი:ტენოფოვირი: ლამსილი:ტერბინაფინი: მინტეზოლი თალომიდითაზენდაზოლი; თალიდომიდი:

ჰენერირი: კომეიზილი სხეული	ჰენერირი: კომეიზილი სხეული	ჰენერირი: კომეიზილი სხეული
ბიაქსილი, ბიაქსილი	ნიზორალი:კეტოკონაზოლი:	ტიკარი:ტიკარცილინი:
XL:კლარიტრომიდინი:	ეპივირი, ეპივირ-HBV:ლამიფუდინი:	ტიგაცილი:ტიგევიცილინი:
კლეოცინი:კლინდამიცილინი:	ეპივიკომი:ლამიფუდინი + აბაკავირი:	აბაკივუსი:ტიბრანავირი:
ლაპრენი:კლოფაზიმი:	ლევაცინი:ლევოფლოქსაცილი:	ნეგინი:ტიბრამიცილინი:
ტეგოპენი:კლოქსაცილინი:	ზიფოქსი:ლინეზოლიდი:	რეტინ A;ტრეტინოინი:
კოლი-მიცინ M:ცოლისტიმეტატი:	მაქსაცინი:ლომეფლოქსაცილი:	ვიროპტიკი:Trifluridini:
სერომიცილინი:ციკლოსერინი:	კალეტრა:ლოპინავირი/ რიტონავირი:	პროლოპრიმი,
პრეზისტა:დარუნავირი:	ლორაბიდი:ლორაკარბეფ:	ტრიმექსი:ტიმეთოპრიმი:
რესკრიპტორი:დელავირდინი:	სულფამილონი:მაფენიდი:	სეპტრა ბაქტერიმი :ტრიმეთოპრიმი/
დინაპენი:დიკლოქსაცილინი:	სელზენტრი:მარავიროკი:	სულფამეთოქსაზოლი
ვიდექსი:დიდანოზინი:	ვერმოქსი:მეზენდაზოლი:	ვალტრექსი:ვალაგიკლოვირი:
ჰეტრაზანი:დეითილკარბამაზინი:	ლარიამი:მეფლოქცინი:	ვალციტი:ვალგანციკლოვირი:
ფურამიდი:დილოქსანიდის ფურატი:	მერრემი:მეროპენემი:	ვანკომიცილინი:ვანკომიცილინი:
დორიბაქსი:დორიპენემი:	ასაკოლი ,პენტასა:მესალამინი:	ვვენდი:ვირიკონაზოლი:
	ჰიპრექსი, მანდგამინი:მეთენამინი:	HIVID:ზალციტაბინი:
	ფლაგილი:მეტრონიდაზოლი:	რელუზა:ზანამავირი:
	მიკამინი:მიკაფუნგინი:	რეტროვირი:ზიდოფუდინი (ZDV):
	მინოცი:მინოციკლინი:	კომბივირი:ზიდოფუდინი + 3TC:
	აველიქსი:მოქსიფლოქსაცილი:	ტრიზივირი:ზიდოფუდინი + 3TC +
	ბაქტროზანი:მუპროფინი	აბაკავირი:
	უნიპენი:ნაფცილინი:	
	ვირაცეპტი:ნელოფნავირი:	
	ვირამუნი:ნევირაპინი:	

ძირითადი სამედიცინო სიხვედრის სარჩევი

A

Acanthamoeba	30
Acinetobacter .48, 96, 111, 133, 164, 174, 178, 181, 184, 217	
Adenovirus.....	27
Aeromonas hydrophila.....	123, 124
Aggregatibacter aphrophilus.....	166
Anaplasma	12, 140, 166
Angiostrongylus cantonensis	335
Anidulafungin	153, 189
Aspergillus flavus.....	289
Aspergillus fumigatus.....	289
Aspergillus terreus.....	282
ATRIPLA	390

B

B ჯგუფის სტრეპტოკოკი... 6, 14, 32, 56, 72, 88, 148	
Balantidium Coli	321
Bartonella henselae, quintana	164
Baylisascariasis	335
BCG	61, 291, 305, 481
BK ვირუსი	383
Blastocystis Hominis	321
Bordetella pertussis.....	85, 164
Borrelia burgdorferi.....	140, 164
Burkholderia (Pseudomonas) cepacia. 103, 164	

C

C. diphtheriae	116
C. pneumoniae	84, 85, 90
Campylobacter jejuni	71, 165
Candida albicans.....	46, 58, 289
canimorsus	124, 165
Capnocytophaga ochracea	165
Cayetanensis.....	321
Certolizumab	76

Chlamydia trachomatis...25, 26, 27, 53, 57, 61, 88, 165	
Chloroquine.....	189, 212
Cidofovir.....	189, 205
Ciprofloxacin	24, 172, 174, 189, 194, 211, 233, 246
Citrobacter	165, 174, 177
clarithromycin	99, 180, 182, 227
Clonorchis sinensis.....	338
Clostridium difficile	165, 175, 178, 182
Clostridium perfringens	165
Coccidioides immitis	268, 289, 446
Corynebacterium diphtheriae	165
Corynebacterium jeikeium	160, 165
Corynebacterium minutissimum	130, 165
Coxiella burnetii	70, 165
cryptococcosis	20
Cryptococcus neoformans	61, 289
Cryptosporidium	44, 321
Cyclospora.....	36, 38, 44, 321
Cyclosporine.....	230
Cystoisospora belli	323

D

Dalbavancin	135, 189, 196, 224, 246
Dipylidium caninum	339

E

EBV4, 12, 106, 114, 163, 216, 357	
EHEC	40
Eikenella	68, 117, 124, 166
Elizabethkingae.....	166
Encephalitozoon	323
Entamoeba histolytica	38, 83
Enterobacter	128, 166, 173, 177, 180, 221
Enterobius vermicularis	334
Enterococci	66, 75, 80, 84, 150, 170, 172
Enterococcus faecalis.....	166, 172, 176, 179
Enterococcus faecium.....	166, 172, 179

Enterocytozoon bienersi.....	44
Erysipelothrix.....	166
Erythrovirus B19.....	370
Escherichia coli	166

F

F. moniliforme	273
F. oxysporum.....	273
F. verticillioides.....	273
Fasciola buski.....	338
Flavivirus.....	147
Francisella tularensis	144, 166
Fusarium Solani.....	273
Fusarium sp.	289
Fusobacterium necrophorum	83, 117, 163, 175, 178, 182

G

G6PD დეფიციტი.....	318, 326, 329, 346, 347, 348
Gardnerella vaginalis.....	59, 166

H

HABCEK	68
Haemophilus aphrophilus	166
Haemophilus influenzae.....	18, 58, 166
Herpes Simiae	361
Herpes simplex	27, 28, 32, 53, 62, 108, 116
Herpes zoster.....	131
Heterophyes	338
HHV-6	357
Histoplasma Capsulatum	275, 289
Hookworm	334, 349
Hymenolepis Diminuta.....	340

I

Isospora belli	44
----------------------	----

J

JC ვირუსი.....	370, 383
----------------	----------

L

Lactobacillus.....	38, 159, 160
Leuconostoc.....	166
Listeria monocytogenes.....	17, 18, 20, 41, 167
Lymphogranuloma venereum	53

M

M. chelonae	31
M. scrofulaceum	106
Malassezia furfur	273
Metagonimus.....	338
Moraxella	27, 93, 99, 118, 123, 167
Morganella.....	167, 174, 177
MRSA ...	1, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 14, 25, 27, 29, 31, 32, 33, 34, 62, 63, 67, 68, 70, 72, 73, 74, 76, 81, 86, 88, 89, 91, 93, 94, 95, 100, 102, 103, 109, 111, 113, 116, 119, 126, 127, 129, 130, 132, 133, 134, 135, 149, 150, 151, 153, 156, 159, 168, 172, 176, 178, 179, 183, 185, 186, 191, 219, 221, 224, 225, 230, 238, 242, 427, 428, 467, 470, 471
Mycobacterium haemophilum	309
Mycobacterium Abscessus	308
Mycobacterium Fortuitum	309
Mycoplasma.....	12, 50, 59, 68, 167

N

Naegleria fowleri.....	324
Nocardia brasiliensis.....	106, 167

O

Onchocerca Volvulus	336
----------------------------------	-----

P

P. knowlesi	328
Paragonimus	339
Peptostreptococcus	169
Phaeohyphomycosis	278
Plasmodia sp.	147
Plesiomonas shigelloides.....	167

Pneumococci	24, 424
Pneumocystis jiroveci	278
Praziquantel	189, 203
Pseudomonas aeruginosa	21, 99, 136, 167

S

Salmonella sp.....	71, 147, 161, 174, 177, 180
Staph. aureus..	5, 24, 25, 27, 30, 31, 32, 62, 66, 67, 68, 69, 70, 72, 76, 81, 103, 106, 109, 123, 124, 129, 130, 132, 136, 137, 148, 150, 159, 160, 168, 172, 176, 179
Staph. epidermidis....	25, 36, 69, 113, 125, 159, 160, 168, 176, 179
Staph. hemolyticus	81
Staph. lugdunensis	168
Staph. saprophyticus	77, 168
Stenotrophomonas maltophilia .	100, 174, 178, 181, 184, 217
Streptobacillus moniliformis	125, 169
Streptococci.....	11, 74, 123
Streptococcus sp	129, 130, 161, 163, 169

T

Tedizolid	126, 129, 189, 198, 230, 243
Teicoplanin	66
TMP-SMX	5, 6, 7, 10, 12, 13, 17, 18, 22, 23, 25, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 44, 47, 48, 52, 62, 70, 74, 77, 78, 79, 80, 81, 85, 87, 88, 98, 99, 100, 103, 105, 106, 108, 110, 116, 117, 118, 120, 121, 123, 124, 126, 127, 129, 130, 132, 133, 134, 135, 138, 139, 145, 146, 151, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 171, 179, 180, 181, 184, 185, 186, 187, 189, 198, 211, 224, 238, 241, 246, 279, 280, 309, 310, 321, 323, 332, 345, 432, 446, 455, 470
Trichostrongylus.....	335, 349
Trichuris.....	335, 349
Tropheryma whipplei	47, 68, 169

V

Varicella zoster	32
------------------------	----

Vibrio cholerae.....	43, 169
VRE	66, 84, 111, 153, 224

W

Wuchereria bancrofti.....	335
---------------------------	-----

ა

აბაკავირი	3, 384, 385, 386, 387, 388, 391, 407, 466, 469, 477, 493, 495
აბორტი	56, 57, 156, 351, 431
ადეფოვირი	3, 383, 419, 461, 493
აზითრომიცინი	3
აზტრონამი	16, 102, 254, 427, 430, 456, 493
ათლეტის ტერფი	272
აივ	1, 2, 11, 20, 32, 33, 44, 49, 50, 53, 54, 61, 102, 105, 106, 109, 114, 122, 138, 258, 262, 263, 268, 270, 276, 277, 278, 280, 285, 288, 291, 292, 293, 294, 295, 299, 300, 301, 304, 305, 306, 310, 315, 321, 323, 325, 347, 354, 357, 358, 359, 361, 363, 365, 370, 373, 375, 376, 378, 384, 385, 386, 390, 391, 394, 406, 408, 409, 412, 418, 419, 425, 436, 438, 440, 441, 442, 443, 475, 479, 487, 488
ალბენდაზოლი	323, 324, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 347
ალერგიული ბრონქოპულმონური ასპერგილოზი	255
ამანტადინი	380, 383, 461, 477, 491, 493, 495
ამეზაზი	38, 83, 322
ამებური მენინგოენცეფალიტი	323
ამიკაცინი	3, 297, 305, 317, 449, 450, 460, 467, 477, 493
ამინოგლიკოზიდები	1, 69, 98, 102, 111, 164, 165, 184, 190, 210, 224, 243, 248, 249, 282, 343, 373, 427, 448, 450, 458, 477, 481, 491
ამნიონიტი	56, 57
ამოქსიცილინი	3, 426, 435, 455, 456, 477, 493, 495

ამოქსიცილინი გახანგრძლივებული	
გამოთავისუფლების.....	493, 495
ამპიცილინი .3, 423, 435, 455, 456, 470, 477,	
493, 495	
ამფოტერეცინ B 3, 4, 270, 282, 325, 458, 470,	
477, 486, 493, 495	
ამფოტერეცინი	282, 290, 325
ანემია 7, 215, 227, 230, 238, 239, 315, 320,	
326, 330, 343, 345, 346, 408, 413	
ანისაკიოზი	334
ანტაციდები 286, 396, 401, 478, 480, 485,	
486, 489	
აპენდიციტი	44, 163
ართრიტი 38, 50, 70, 71, 72, 73, 76, 142, 148,	
170, 225, 260, 345, 438	
არტემეთერი.....	344, 477
არტემეთერ-ლუმეფანტრინი 327, 328, 331,	
344	
არტესუნატი.....	330, 344, 349
ასკარიდოზი	334
ასპერგილოზი	255, 258, 287, 446
ასპერგილომა	255
ასპლენია.....	155
ატაბრინი	343
ატანაზავირი	392
ატოვაკეონი 280, 324, 325, 326, 327, 331,	
332, 477, 489, 491, 493, 495	
ავთოზური სტომატიტი.....	108
აქტინომიკოზი	8, 57, 96, 108, 113
აციკლოვირი 151, 358, 359, 360, 363, 364,	
374, 375, 383, 444, 445, 461, 464, 467,	
493, 495	

ბ

ბალანტი	59, 61
ბაქტერიული ენდოკარდიტი 2, 139, 434	
ბაქტერიული ვაგინოზი	59, 166
ბაქტერიული პერიტონიტი	83, 110
ბაქტერიოდეზის სახეობები	10
ბაცილარული ანგიომატოზი.....	122, 138
ბაციტრაცინი	22, 241
ბედაქვილინი.....	297, 317, 460, 479, 493

ბენზიდაზოლი	333, 345
ბილიარული სეფსისი	36
ბილომა.....	84
ბიოლოგიური იარაღი	157
ბლევარიტი	25
ბოსენტანი	482, 490
ბოტულიზმი	157, 158
ბოცეპრევირი	383, 421, 493
ბრონქიტი	84, 85, 86, 90, 227
ბრუცელოზი	145, 171
ბურსიტი	76

გ

გაზოვანი განგრენა.....	108, 135, 171
განციკლოვირი 350, 355, 356, 357, 361, 373,	
374, 375, 383, 444, 445, 463, 465, 481,	
491, 493, 495	
გასტროენტერიტი	36, 38, 41, 44
გატიფლოქსაცინ...4, 305, 452, 480, 493, 495	
გაურთულებელი .51, 61, 62, 77, 78, 80, 111,	
133, 233, 268, 327, 328, 329, 331, 339,	
381	
გემიფლოქსაცინი .4, 246, 452, 480, 493, 495	
გენიტალური ჰერპესი13, 62, 359, 361	
გენტამიცინი...4, 66, 423, 430, 433, 449, 450,	
467, 470, 477, 481, 493, 495	
გიარდიაზი	240, 322
გონორეა	4, 50, 58
გრიპოვითი.....	4, 272, 285, 493, 495
გრიპი84, 86, 88, 90, 91, 93, 101, 109, 140,	
150, 206, 239, 268, 315, 366, 367, 377,	
381, 382	
გულის ჭიები.....	337

დ

დალბავანცინი	129
დამწვრობა.....	127, 160
დაპსონი312, 318, 332, 345, 479, 489, 491	
დაპტომიცინი3, 185, 224, 454, 467, 479, 493	
დარუნავირი.....386, 387, 397, 412, 466, 469,	
487, 492, 493, 495	

დასაბუჯირი	421
დასავლეთ ნილოსის ვირუსი	157
დელაგირდინი 3, 393, 403, 409, 466, 469, 479, 485, 489, 492, 493, 495	
დენგე	147, 353
დექსნიბილიზაცია	55, 187
დექსამეტაზონი. 18, 300, 340, 396, 412, 482, 486, 487, 490	
დიაბეტური ტერფი	9, 33, 130
დიალიზი : 3, 4, 113, 160, 221, 224, 266, 432, 446, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 471	
დიარეა .. 36, 37, 38, 41, 44, 45, 147, 170, 216, 217, 218, 220, 222, 238, 239, 243, 245, 246, 283, 285, 286, 288, 310, 319, 323, 343, 345, 346, 348, 350, 351, 373, 374, 375, 377, 378, 380, 381, 388, 390, 400, 401, 404, 405, 407, 408, 409, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 438	
დიოქსინი 477, 480, 482, 488, 489, 490, 491	
დიდანოზინი 3, 387, 389, 407, 462, 478, 479, 480, 489, 491, 493, 495	
დიეთილკარბამაზინი 335, 347, 349, 493, 495	
დივერტიკულიტი	36, 48, 163
დილოქსანიდი	343, 349, 493, 495
დისულფირამის რეაქცია 219, 238, 240, 488	
დოლუტეგრავირი ... 385, 388, 417, 480, 481	
დონოვანოზი	52
დოქსიციკლინი ... 3, 132, 143, 309, 326, 327, 425, 431, 466, 480, 491, 493, 495	

2

ებოლა ვირუსი	351
ეთამბუტოლი	4, 314, 493, 495
ეთიონამიდი 295, 300, 312, 318, 460, 466, 479, 493, 495	
ელენთის აბსცესი	137
ელვიტეგრავირი . 4, 404, 417, 480, 481, 489, 490	

ემტრიციტაბინი...4, 385, 386, 387, 390, 408, 419, 461, 462, 481, 489, 493, 495	
ემტრიციტაბინი/ტენოფოვირი.....385, 493, 495	
ენდოკარდიტი .47, 50, 51, 63, 64, 66, 67, 68, 69, 70, 100, 137, 138, 139, 145, 146, 165, 170, 183, 185, 186, 224, 225, 239, 261, 262, 278, 434	
ენდომიომეტრიტი	48, 57
ენდოტელმიტი.....258, 265	
ენტეკავირი	4, 376, 383, 419, 493, 495
ენტეროკოკები ...14, 31, 63, 64, 66, 111, 150, 241	
ენტერული ცხელება	148
ენტერტიდი	416, 466, 469, 493, 495
ენტერალტი 12, 13, 107, 138, 141, 143, 171, 333, 353, 357, 467	
ეოზინოფილური მენინგიტი	335, 337
ეპიკოკი	385, 386, 388, 391, 493, 495
ეპიგლოტიტი	116, 166
ერიოზაზმა	130, 165, 273
ერტაპენემი	4, 429, 480, 493
ეტანერეცტი.....312	
ეტრავირინი.....386, 394, 401, 410, 480, 482, 485, 492, 493	
ეფავირენზი ..4, 384, 385, 386, 387, 390, 394, 395, 396, 403, 409, 412, 442, 443, 461, 466, 469, 478, 480, 482, 484, 485, 492, 493, 495	
ეფინაკონაზოლი.....272	
ეფლორინთინი	333, 349
ექსნოკოკი	339

3

ვაგინიტი.....58, 78, 264, 325, 326, 332	
ვალგიკოლოვირი357, 358, 359, 361, 364, 365	
ვალგანციკლოვირი.....356, 357, 444, 481	
ვანკომიკინი5, 14, 15, 16, 100, 185, 186, 423, 427, 428, 430, 431, 432, 433, 435, 448, 468, 470, 477, 491, 493, 495	

ვერცხლის სულფადაზინი.....	30, 161, 242
ვინსენტის ანგინა.....	108
ვირუსული ინფექციები. 115, 351, 353, 355, 357, 359, 361, 363	
ვორიკონაზოლი.. 5, 255, 258, 260, 262, 265, 268, 270, 273, 277, 278, 280, 288, 323, 446, 459, 466, 468, 469, 477, 483, 486, 493, 495	

ზ

ზალციტაბინი.....	3, 465, 479, 484, 491, 493, 495
ზანამივირი	380
ზეფტერა	493, 495
ზიდოვუდინი.....	5, 387, 391, 393, 408, 465, 478, 479, 481, 484, 488, 489, 491, 493, 495

თ

თავის ტვინი.....	141, 143, 218, 225, 239, 241, 245, 246, 283, 285, 287, 314, 315, 317, 318, 319, 335, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 351, 353, 354, 368, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 381, 390, 392, 393, 396, 397, 399, 401, 404, 405, 407, 408, 409, 412, 413, 415, 416, 438
თალიდომიდი.....	47, 312, 320, 493, 495
თიაზენდაზოლი.....	491, 493, 495
თირკმლის უკმარისობა... 69, 110, 230, 249, 282, 330, 343, 344, 374, 375, 448, 454, 460, 491	

ო

ოვერმექტინი.....	334, 335, 336, 337, 341, 342, 348, 493, 495
ოზონაზიდი 4, 314, 460, 466, 469, 478, 484	
იმიდაზოლები.....	285, 286
იმიპენემი... 218, 450, 470, 481, 485, 493, 495	
იმიქვიმოდი	368, 382, 493, 495
იმპეტიგო.....	132

იმუნოგლობულინი	4, 84, 123, 124, 157, 159, 355, 356, 362, 363, 371, 372, 438, 443, 472, 473
ინდინავირ.....	4, 387, 399, 413, 466, 469, 479, 481, 487, 489, 492, 493, 495
ინფექციური მონონუკლეოზი	216
ინფლიქსიმაზი	363
იოდოქინოლი	343
ისენტრესი	404
იტაკონაზოლი	255, 262, 264, 267, 268, 269, 271, 272, 273, 274, 275, 277, 278, 281, 285, 323, 324, 459, 466, 469, 470, 477, 482, 484, 485, 486, 488, 489, 490, 493, 495

კ

კავასაკის სინდრომი	147
კალა-აზარი.....	346
კალეტრა.....	386, 400, 413, 492, 493, 495
კანალიკულიტი	31
კანამიცინი	295, 297, 450, 477, 493, 495
კანდიდიეზი	111, 283
კანი.....	5, 9, 11, 21, 33, 44, 55, 62, 73, 96, 98, 106, 109, 111, 116, 119, 121, 122, 123, 126, 127, 129, 132, 135, 136, 143, 150, 160, 161, 163, 171, 186, 218, 221, 222, 224, 225, 230, 231, 241, 242, 255, 258, 265, 267, 273, 278, 280, 283, 285, 288, 291, 308, 309, 318, 320, 324, 325, 335, 342, 343, 345, 347, 349, 361, 368, 369, 370, 381, 390, 395, 408, 409, 412, 415, 416, 420, 430, 488, 493, 495
კაპილარიოზი	334
კაპრეომიცინი	295, 305, 460
კარბაპენემები ..	35, 47, 79, 80, 111, 161, 184, 190, 210, 215, 218, 219, 236, 243, 244, 251, 450
კასპოფუნგინი ..	258, 266, 280, 283, 469, 479, 489, 493, 495
კეთრი	311, 312
კერატითი.....	27, 28, 29, 31, 359

კეტოკონაზოლი ..4, 272, 273, 277, 286, 324, 466, 477, 479, 484, 485, 486, 488, 489, 490, 493, 495	
კივექსა.....	385, 386, 388
კლარიტრომიცინი	3
კლინდამიცინი	3, 123, 132, 156, 280, 324, 327, 423, 428, 430, 431, 433, 435, 469, 479, 493, 495
კლოტრიმასოლი	3, 262, 264, 265
კლოფაზიმინი	3, 278, 312, 318, 493, 495
კლოქსაცილინი	123, 493, 495
კობიცისტატი.....	3, 385, 386, 404, 405, 417, 479, 481, 489, 490
კოკციდიოდომიკოზი.....	268, 277, 287
კოლისტინი	22, 150, 161, 236, 253, 453, 487
კოლიტი	36, 37, 38, 44, 170, 215, 222, 225, 227, 243, 315, 322, 355, 427
კოლხიგინი	227, 482, 484, 490
კომბივირი	386, 391, 493, 495
კომპლერა/ევიპლერა.....	385, 396
კონიუქტივიტი.....	25, 27, 50, 116, 147
კონტამინირებული ტრავმული ჭრილობა	108
კორონავირუსი.....	101, 350
კორტიკოსტეროიდები	20, 32, 145, 187, 293, 300, 306, 336, 337, 357, 371, 484, 487, 489
კუჭის წყლული	46

ლ

ლაიმის დაავადება... 12, 20, 71, 73, 106, 138, 140, 164, 171, 357	
ლამიფედინი 3, 378, 380, 383, 386, 387, 388, 390, 391, 408, 419, 445, 463, 479, 484, 491, 493, 495	
ლარინგიტი.....	117
ლაქოვანი ცხელება	143, 151, 171
ლედიასვირი	378, 421
ლეიკოზი	151
ლეიშმანიოზი	324, 325, 349
ლემიერის სინდრომი	117, 163

ლეპტოსპიროზი.....	13, 20, 83, 145, 231
ლექსივა.....	399, 413, 492, 493, 495
ლიმფადენიტი	106, 122, 138, 275, 305, 309
ლიმფანგიტი	106
ლიმფური ფილარიოზი	335, 349
ლინეზოლიდი	100, 111, 185, 230, 308, 309, 310, 311, 319, 454, 466, 467, 484, 489, 493, 495
ლიქენი	131, 272, 363
ლოა ლოა.....	335, 336
ლოზომიკოზი.....	278
ლომეფლოქსაცინი	493, 495
ლოპინავირი.4, 400, 442, 466, 484, 487, 492, 493, 495	
ლუდევის ანგინა.....	108, 117
ლუმეფანტრინი	327, 330, 477, 493, 495

მ

მაცროლიდები.....	22, 23, 84, 86, 90, 167, 169, 196, 227, 246, 452, 484
მალათიონი.....	341
მალაკოპლაცია	81
მალარია	138, 147, 325, 327, 329, 330, 331, 475, 476
მანკეროზირებული ფასციიტი	109, 130, 131, 134, 135, 156
მარავიროკ.....	384, 386, 403, 416, 463, 485, 493, 495
მასტიტი	10
მასტოიდიტი	24, 162
მეზენდაზოლი...334, 335, 338, 348, 493, 495	
მეიბომიანიტი	25
მელარსოპროლი.....	333, 345, 349
მელიოიდოზი	98
მემბრანოზული ფარინგიტი	116
მენინგოკოკი.....	14, 15, 20
მეროპენემი 4 , 38, 96, 251, 450, 485, 493, 495	
მესალამინი	493, 495
მეტაპნევმოვირუსი	84, 88, 101, 368
მეტიცილინ-რეზისტენტული	168, 430
მეტოტრექსატი	490

მეტრონიდაზოლი	4, 321, 322, 323, 343, 425, 429, 430, 454, 469, 479, 485, 488, 491, 493, 495
მეფლოქინი	4, 326, 327, 345
მეჭეჭები	368, 369, 382
მიკაფუნგინი	255, 258, 260, 261, 262, 266, 283, 446, 466, 485, 493, 495
მიკობაქტერია	4, 10, 30, 102, 136, 291
მიკობუური ანევრიზმა	148, 161
მიონაზოლი	264, 265, 286
მინოციკლინი	4, 111, 132, 309, 312, 466, 493, 495
მოოხიტი	109, 404
მონობაქტამები	192, 210, 219, 243
მოქსიფლოქსაცინი	4, 297, 305, 308, 309, 312, 466, 468, 480, 493, 495
მუკოვოსციდოზი	86, 90, 94, 102, 217, 219, 230, 236, 250, 253, 254
მუკორმიკოზი	277, 287, 288
მულტი-რეზისტენტული	297
მუპიროცინი	127, 132, 427, 428, 431, 493, 495
მუცლის ტიფი	351

ნ

ნაკბენი	62, 123, 124, 125, 126, 140, 143, 155, 361, 473
ნაფცილინი	466, 469, 493, 495
ნაწლავის ანთებითი დაავადება	130
ნევირაპინი	4, 384, 385, 386, 395, 410, 442, 466, 469, 479, 485, 489, 492, 493, 495
ნეიროსიფილისი	54
ნეიტროპენია	94, 119, 127, 151, 153, 160, 215, 221, 225, 230, 240, 243, 245, 323, 345, 346, 446
ნელოფინავირი	4, 400, 414, 466, 469, 485, 487, 489, 491, 492, 493, 495
ნემატოდები	333, 335, 337, 347
ნეომიცინი	21, 343, 429, 477
ნეტილიმიცინი	477
ნიკლოსამიდი	339, 340, 349
ნისტატინი	286, 493, 495

ნიტაზოქსანიდი	321, 322, 493, 495
ნიტროფურანტოინი	4, 479, 485, 491, 493
ნიფურტიმოქსი	333, 346, 349
ნოროვირუსი	36, 38, 368

ო

ოლისიო	379
ომბიტასვირი	421
ონიქომიკოზი	272, 287
ორბიტალური ცელულიტი	33
ორთოპედიული ქირურგია	431
ორიტავანცინი	129
ორქიტი	61, 62
ოსელტამივირი	381, 383, 464, 468, 493, 495
ოფლოქსაცინი	3, 4, 146, 148, 233, 295, 309, 319, 428, 430, 432, 433, 452, 466, 467, 480, 493, 495
ოქსაცილინი	11, 493, 495

პ

პალივიზუმაბი	381, 493, 495
პანკრეატიტი	109, 111, 231, 238, 343, 346, 387, 389, 392, 400, 401, 407, 408, 413, 415, 479, 486, 491
პარაზიტული ინფექციები	1, 321
პარიტაპრევირი	421
პარომომიცინი	321, 322, 324, 349, 493, 495
პარონიქია	62, 265, 413
პეგილირებული ინტერფერონი	379, 420, 438, 493, 495
პენიცილინ G	123, 423, 456
პენიცილინები	3, 79, 192, 193, 194, 210, 215, 216, 217, 243, 455
პენიცილინი	54, 92, 145, 153, 184, 217, 426, 435
პენიცილიოზი	278
პენტამიდინი	280, 323, 324, 333, 346, 458, 459, 477, 479, 486, 491, 493, 495
პენციკლოვირი	360, 375
პერამივირი	464
პერიკარდიტი	70, 170, 262, 275, 300

პერიტეტალური აბსცესი.....	48
პერიტონზილარული აბსცესი.....	114, 116, 117
პერიტონიტი.....	2, 36, 48, 58, 110, 111, 112, 113, 134, 151, 171, 266, 283, 429, 432, 470, 471
პიელონეფრიტი.....	78, 80, 81, 82, 151, 170, 238, 267
პიპერაცილინი.....	4, 435, 456, 486, 493, 495
პიპერაცილინ-ტაზობაქტამი.....	251, 468
პირაზინამიდი.....	5, 315, 460, 488
პირიდოქსინი.....	300, 302, 310, 314, 318
პირიმეთამინი.....	5, 323, 329, 331, 332, 347, 466, 479, 488, 493, 495
პნევმონია ...	86, 88, 90, 93, 94, 95, 96, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 105, 106, 148, 157, 170, 184, 185, 217, 224, 227, 238, 270, 273, 278, 280, 350, 351, 355, 362, 366
პოდოფილოქსი.....	368, 382
პოსაკონაზოლი.....	151, 255, 258, 262, 268, 269, 273, 276, 277, 278, 287, 446, 477, 486, 488, 493, 495
პრედნიზოლონი.....	71, 105, 275, 300, 305, 306, 312, 331, 335, 338, 357, 364, 410, 489
პრიმაქინი.....	325, 346, 493
პროგუანილი.....	3, 325, 326, 327, 328, 330, 331, 344, 493, 495
პროტეაზას ინჰიბიტორები (PI).....	412, 415
პროექტიტი.....	44, 50, 51
პულმონური.....	94, 102, 105, 106, 255, 258, 300, 301, 304, 305, 308, 353, 371, 428

რ

რალტეგრავირი.....	385, 386, 404, 416, 466, 489, 493, 495
რეგმატიული ცხელება.....	3, 70, 71, 73, 114, 147, 148
რეტერის სინდრომი.....	61, 71
რეტაპამულინი.....	127, 493, 495
რეტინიტი.....	32, 33, 107, 138, 331, 356
რიბავირინი.....	84, 350, 351, 378, 383, 408, 421, 464, 466, 480, 489, 493, 495

რიკეციული დაავადებები.....	143
რილმპივირინი.....	385, 386, 390, 396, 412
რიმანტადინი.....	380, 383, 464, 469, 489, 493, 495
რიტონავირი.....	4, 5, 385, 386, 392, 396, 397, 399, 400, 401, 403, 404, 405, 412, 413, 415, 421, 442, 469, 477, 484, 485, 488, 489, 491, 492, 493, 495
რიფაბუტინი.....	5, 309, 320, 466, 469, 478, 479, 484, 485, 486, 488, 489, 490, 491, 493, 495
რიფამპინი.....	293, 479
რიფამპინი.....	5, 288, 315, 379, 461, 466, 469, 477, 479, 481, 483, 484, 485, 486, 488, 489, 490, 491, 493, 495
რიფაპენტინი.....	5, 320, 466, 493, 495
რიფაქსიმინი.....	466, 493, 495

ს

საზარდულის გრანულომა.....	52
საკეისრო კვეთა.....	423, 430
სალმონიტი.....	58
საქენავირი.....	5, 387, 401, 415, 466, 487, 489, 492, 493, 495
საშარდე გზების ინფექციები.....	77
სახის წერვის პარეზი.....	141
სეზორული დერმატიტი.....	130, 438
სიდოფოვირი.....	357
სიმეპრევირი.....	379, 421
სინუსიტი.....	12, 22, 118, 119, 120, 171, 227, 255, 380
სირტურო.....	317, 493
სიფილისი.....	20, 44, 51, 53, 54, 55, 56, 88, 106
სოფოსბუვირი.....	378, 379, 421
სპარგანოზი.....	341
სპექტინომიცინი.....	493, 495
სპილოვნება.....	335
სპირამიცინი.....	331, 347, 349
სპლენექტომია.....	137, 165
სპოროტრიქოზი.....	281

სტავუდინი ..3, 386, 387, 392, 408, 464, 479,	
489, 491, 493, 495	
სტიბოგლუკონატი ..324, 343, 349, 493, 495	
სტივენს-ჯონსონის სინდრომი.....240, 241,	
347, 410	
სტომატიტი ..147, 318, 359	
სტრეპტომიკინი..5, 305, 316, 449, 450, 460,	
477	
სტრიბილიდი213, 385, 404, 417, 464, 469,	
479, 480, 481, 489	
სულფადიაზინი239, 331, 332, 347, 493, 495	
სულფანილამიდები .77, 114, 130, 238, 239,	
332	
სულფასალაზინი493, 495	
სულფისოქსაზოლი332, 493, 495	
სურამინი333, 348, 349	

ტ

ტაკროლიმუსი.283, 478, 479, 483, 486, 488,	
489	
ტეიკოპლანინი5	
ტელავანცინი454, 493, 495	
ტელაპრევირი.....383, 421, 493	
ტელბიუდინი380, 419, 464, 493, 495	
ტელიტრომიკინი454	
ტემოცილინი454	
ტენოფოვირი5, 383, 385, 386, 387, 390, 392,	
396, 409, 419, 461, 462, 464, 480, 481,	
488, 489, 491, 493, 495	
ტერბინაფინი ...272, 281, 287, 288, 290, 459,	
491, 493, 495	
ტერფი33, 36, 130	
ტეტანუსი ...36, 123, 125, 126, 133, 135, 159,	
472	
ტეტანუსის პროფილაქტიკა..123, 125, 126,	
135	
ტეტრაციკლინი...5, 231, 321, 327, 347, 458,	
477, 491	
ტიგეციკლინი111, 231, 308, 495	
ტივიკაი.....405, 417	
ტიკარცილინი.....5, 217, 458, 493, 495	
ტინიდაზოლი...321, 322, 343, 485, 491, 493	

ტიპრანავირი5, 387, 401, 415, 466, 485, 487,	
492, 493, 495	
ტკიპისმიერი157	
ტობრამიკინი5, 254, 308, 430, 449, 450,	
467, 477, 491, 493, 495	
ტოქსიური შოკის სინდრომი ..10, 135, 156,	
227	
ტოქსოკარიოზი338	
ტოქსოპლაზმოზი239, 280, 332	
ტრაზოდონი.....478, 483	
ტრაქომა.....27	
ტრიკლაზენდაზოლი338, 348, 349	
ტრიმეტოპრიმი.....455, 479, 491, 493	
ტრიმეტოპრიმ-სულფამეთოქსაზოლი.455	
ტრიპანოსომოზი333, 345, 349	
ტრიუმეკვი385, 388	
ტრიფლურიდინი359, 375	
ტრუვადა.....385, 386, 419, 493, 495	
ტუბერკულოზი5, 76, 88, 201, 202, 230,	
292, 293, 297, 300, 301, 303, 304	
ტულარემია ..90, 96, 101, 106, 136, 144, 166,	
171	

უ

უიპლის დაავადება.....20, 47, 130	
ურეთრიტი50, 51, 56, 61, 71, 77, 170, 233	

ფ

ფამციკლოვირი358, 359, 360, 361, 364, 365,	
375, 383, 462, 493, 495	
ფანსიდარ.....326, 329, 346, 347, 493, 495	
ფარმაკოდინამიკა.....1, 210, 290	
ფარმაკოკინეტიკა7, 169, 449	
ფიდაქსომიკინი.....493	
ფილარიოზი.....335, 337	
ფილტვის აბსცესი102, 171	
ფილტვის ანაერობული ინფექცია102	
ფლუბიტ 24, 56, 57, 114, 116, 117, 218, 258,	
374	
ფლუკონაზოლი...4, 151, 258, 260, 261, 262,	
263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270,	

271, 272, 273, 276, 281, 285, 323, 324, 446, 458, 470, 477, 482, 489, 491, 493, 495	
ფლუციტოზინი... 4, 264, 265, 267, 269, 270, 271, 285, 459, 467, 493, 495	
ფოლიკულიტი	130, 136
ფოსამრენავირი . 4, 399, 413, 466, 469, 487, 493, 495	
ფოსკავირი.....	373, 493, 495
ფოსკარნეტი	355, 356, 357, 361, 365, 373, 383, 462, 477, 493, 495
ფოსფომიდინი.....	493, 495
ფტორეპინოლონები	234
ფუზარიოზი	273, 287
ფუზიდინის მჟავა	132, 185, 241, 493
ფურულეკულოზი.....	126, 129, 130

ქ

ქვინუპრისტინი-დალფოპრისტინი	488, 489
ქინიდინის გლუკონატი	330, 346
ქინინი ... 5, 324, 327, 344, 346, 347, 459, 485, 488	
ქინოლონი .. 7, 24, 25, 29, 50, 93, 120, 124, 146, 148, 171, 184, 210, 227, 233, 234, 236, 246, 247, 297, 344, 427, 452, 479, 480	
ქლორამფენიკოლი	3, 227, 230, 466, 469
ქლოროქინი.....	327
ქოლანგიტი	36, 83, 428
ქოლერა	36
ქორიორეტინიტი	265
ქრომობლასტომიკოზი	267, 287

ლ

ლეიშმანოზი	83, 163, 322
ლეიშმანოზის დაავადება	2, 287, 469

ყ

ყბაყურა	61, 109, 357
---------------	--------------

ყვავილი.....	143, 368, 372
ყივანახველა	84, 85, 86

შ

შავი ჭირი	90, 96, 101, 106, 136, 169
შიგელოზი	241
შიდსი. 1, 2, 11, 20, 21, 32, 44, 54, 61, 83, 105, 106, 108, 109, 122, 138, 171, 258, 263, 264, 270, 278, 279, 280, 281, 287, 293, 301, 305, 308, 314, 321, 323, 332, 333, 342, 348, 350	
შისტოსომოზი	349
შუა ყურის ანთება	22, 24, 170, 381

ჩ

ჩაგასის დაავადება	333
ჩუტყვავილა	156, 361, 362

ც

ცერვიციტი	50, 56, 170
ცესტოდები	339, 341, 347
ცეფაზოლინი.....	423, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 435, 451, 467, 470, 493, 495
ცეფალორი	493
ცეფალექსინი.....	123, 435, 493, 495
ცეფალოსპორინები . 4, 12, 50, 51, 64, 66, 79, 80, 87, 90, 153, 164, 165, 167, 168, 176, 178, 190, 191, 192, 194, 210, 215, 219, 221, 222, 245, 425, 433, 435	
ცეფდინირი.....	493, 495
ცეფდიტორენ პიოქსილი	493, 495
ცეფეპიმი	3, 451, 467, 470, 493, 495
ცეფიქსიმი	425, 493, 495
ცეფოტაქსიმი.....	451, 493
ცეფოტეტანი	428, 429, 430, 451
ცეფოქსიტინი ... 308, 309, 428, 429, 430, 451, 486, 495	
ცეფპოდოქსიმ პროქსეტილი	3
ცეფპოდოქსიმი	493

508

ცეფპროზილი	493, 495
ცეფრადინი.....	493, 495
ცეფტაზიდიმი	3, 451, 470, 493, 495
ცეფტაროლინი	451, 493
ცეფტიზუტენი.....	493, 495
ცეფტიზოქსიმი.....	451
ცეფტოზიპროლი	3, 451
ცეფტრიაქსონი .. 11, 220, 425, 428, 429, 431, 435, 466, 469	
ცეფუროქსიმი	451, 493, 495
ციკლოსერინი .. 295, 309, 318, 460, 479, 493, 495	
ციპროფლოქსაცინი	3, 430
ცისტიტი . 31, 36, 77, 170, 215, 233, 266, 350, 370, 428	
ცისტიცერკოზი	348
ციტომეგალოვირუსი	3, 355, 383
ცოფი	2, 12, 123, 124, 345, 473, 474

ძ

ძაღლის ნაკვები.....	123
ბუბუთი კვება	300

წ

წამალთა შორის ურთიერთქმედება	275, 306, 384, 406
წითელა	215, 222, 357, 368
წითელი ქარი	129, 130, 156
წყლულვანი გინგივიტი	108

ჭ

ჭრილობის ინფექცია	131
-------------------------	-----

ჯ

ჯილეხი	90, 122, 126, 136, 164, 233
--------------	-----------------------------

კ

კალოფანტრინი	485, 493, 495
კიპერალიმენტაცია	160
კისტოპლაზმოზი	275, 276, 284, 287
კორდეოლუმი	25

