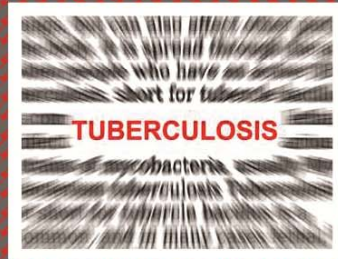


Azərbaycan
Respublikası
Səhiyyə
Nazirliyi

AĞCIYƏRDƏNKƏNAR
VƏRƏMİN DİAQNOSTİKA
VƏ MÜALİCƏSİ ÜZRƏ
KLİNİK PROTOKOL



Bakı
2010

**Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi
kollegiyasının 23 iyun 2014-cü il tarixli
31 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmişdir**

**AĞCIYƏRDƏNKƏNAR VƏRƏMİN
DİAQNOSTİKA VƏ MÜALİCƏSİ ÜZRƏ
KLİNİK PROTOKOL**

Bakı - 2014

A 35 Ağciyərdənkənar vərəmin diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol, 2014. – 52 səh.

Bu klinik protokol ABŞ-ın Beynəlxalq İnkişaf Agentliyi tərəfindən maliyyələşdirilən “Azərbaycanda Səhiyyənin Gücləndirilməsi” Layihəsinin dəstəyi ilə hazırlanmışdır.

Redaktor:

C.Məmmədov Səhiyyə Nazirliyi İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinin direktoru, t.f.d.

Tərtibçilər:

E.Məmmədbəyov Elmi-Tədqiqat Ağciyər Xəstəlikləri İnstitutunun direktoru, Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun Ftiziatriya kafedrasının müdiri, Səhiyyə Nazirliyinin baş ftiziatri, professor, t.e.d.

İ.Axundova Elmi-Tədqiqat Ağciyər Xəstəlikləri İnstitutunun elm üzrə direktor müavini, t.f.d.

İ.Qasimov Elmi-Tədqiqat Ağciyər Xəstəlikləri İnstitutunun Ftiziatriya bölməsinin rəhbəri, t.f.d.

T.Əhmədov Elmi-Tədqiqat Ağciyər Xəstəlikləri İnstitutunun Konsultativ-poliklinika şöbəsinin həkim-uroloqu, t.f.d.

R.Məhərrəmov Elmi-Tədqiqat Ağciyər Xəstəlikləri İnstitutunun Ağciyərdənkənar orqanların vərəmi şöbəsinin müdiri

N.Hətəmov Elmi-Tədqiqat Ağciyər Xəstəlikləri İnstitutunun konsultativ-poliklinika şöbəsinin həkim-oftalmoloqu

X.Əliyeva 4 nömrəli Vərəm Əleyhinə Dispanserin Meningit şöbəsinin həkim-ftiziatri

M.Qurbanova 1 nömrəli Vərəm Əleyhinə Dispanserin Uşaq şöbəsinin müdiri, ftiziatr-pediatr

F.Hüseynov Ədliyyə Nazirliyinin Tibb İdarəsinin baş inspektoru (vərəm üzrə)

İ.Əlizadə Səhiyyə Nazirliyi İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinin Tibbi keyfiyyət standartları şöbəsinin həkim-metodisti

Rəyçi:

Y.Şixəliyev 1 nömrəli Vərəm Əleyhinə Dispanserin baş həkimi, professor, t.e.d

Bu protokolun hazırlanmasında ABŞ-ın Beynəlxalq İnkişaf Agentliyi tərəfindən maliyyələşdirilən “Azərbaycanda Səhiyyənin Gücləndirilməsi” Layihəsinin vərəm üzrə baş məsləhətçisi, t.f.d. A.Paseçnikov ekspert qismində iştirak etmişdir.

Sübutların etibarlılıq dərəcəsi və elmi tədqiqatların tipləri

Sübutların etibarlılıq dərəcəsi	Sübutların mənbələri (elmi tədqiqatların tipləri)
Ia	Sübutlar meta-analiz, sistemativ icmal və ya randomizasiya olunmuş klinik tədqiqatlardan (RKT) alınmışdır
Ib	Sübutlar ən azı RKT-dən alınmışdır
IIa	Sübutlar ən azı bir yaxşı planlaşdırılmış, nəzarət edilən, randomizasiya olunmamış tədqiqatdan alınmışdır
IIb	Sübutlar ən azı bir yaxşı planlaşdırılmış kvazi-eksperimental tədqiqatdan alınmışdır
III	Sübutlar təsviri tədqiqatdan (məsələn, müqayisəli, korrelyasion tədqiqatlar, ayrı-ayrı halların öyrənilməsi) alınmışdır
IV	Sübutlar ekspertlərin rəyinə və ya klinik təcrübəyə əsaslanmışdır

Tövsiyələrin etibarlılıq səviyyəsi şkalası

Tövsiyələrin etibarlılıq səviyyəsi	Tövsiyələrin əsaslandığı sübutların etibarlılıq dərəcəsi
A	RKT-lərin yüksək keyfiyyətli meta-analizi, sistematik icmalı və ya nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistematik səhv ehtimalı çox aşağı olan (++) irimiqyaslı RKT. Sübutların etibarlılıq dərəcəsi Ia.
B	Kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli tədqiqatların yüksək keyfiyyətli (++) sistematik icmalı, yaxud Sistematik səhv riski çox aşağı olan (++) yüksək keyfiyyətli kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli tədqiqat, yaxud Nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistematik səhv riski yüksək olmayan (+) RKT. Sübutların etibarlılıq dərəcəsi Ib və IIa.
C	Nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistematik səhv riski yüksək olmayan (+) kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli və ya nəzarət edilən, randomizasiya olunmamış tədqiqat, yaxud Nəticələri uyğun populyasiyaya bilavasitə şamil edilə bilməyən, sistematik səhv riski çox aşağı olan və ya yüksək olmayan (++) və ya (+) RKT. Sübutların etibarlılıq dərəcəsi IIb.
D	Klinik hallar seriyasının təsviri, yaxud Nəzarət edilməyən tədqiqat, yaxud Ekspertlərin rəyi. Yüksək səviyyəli sübutların mövcud olmamasının göstəricisidir. Sübutların etibarlılıq dərəcəsi III və IV.

İxtisarlarnın siyahısı

ACKV	ağciyərdənkənar vərəm
ADA	adenozindeaminaza
ART	antiretrovirus terapiya
DQR	döş qəfəsinin rentgenoqrafiyası
DDV	dərmanlara davamlı vərəm
DHT	dərmanlara həssaslıq testi
EÇS	eritrositlərin çökmə sürəti
XBT-10	Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı, 10-cu baxış
İBİS	immunitetin bərpasının iltihab sindromu
İFN-γ	interferon-qamma
İİV	insanın immunçatışmazlığı virusu
İGRA	Qamma-interferon əsasında aparılan test (<i>Interferon Gamma Release Assays</i>)
KT	kompüter tomoqrafiyası
MRT	maqnit rezonans tomoqrafiyası
MSS	mərkəzi sinir sistemi
NİAB	nazik iynəli aspirasiya biopsiyası
OBM	onurğa beyni mayesi
PET	pozitron emissiyalı tomoqrafiya
PZR	polimeraza zəncirvari reaksiya
USM	ultrasəs müayinəsi
VMB	vərəm mikobakteriyaları

Protokol həkim-ftiziatrlar, ilkin səhiyyə xidmətləri göstərən həkimlər, ağciyərdənkənar orqanların vərəmi problemləri ilə məşğul olan ixtisas həkimləri, səhiyyə təşkilatçıları və rəhbərləri üçün nəzərdə tutulmuşdur.

Pasiyent qrupu: ağciyərdənkənar vərəm xəstəliyi olanlar.

Protokol ağciyərdənkənar vərəm xəstələrinin diaqnostikası və müalicəsi üsullarına dair sübutlu təbabətə əsaslanan metodik tövsiyələrin verilməsi məqsədini daşıyır.

GİRİŞ

Ağciyərdənkənar vərəm (ACKV) termini altında vərəmin ağciyər parenximasından kənarında lokalizasiya olunmuş müxtəlif klinik formaları nəzərdə tutulur. Bu formaları birləşdirən ümumi xüsusiyyət onların aşkarlanmasının, diaqnostikasının və müalicəsinin təşkilində meydana çıxan çətinliklərlə bağlıdır. Bu çətinliklər aşağıda göstərilən səbəblərlə əlaqədardır:

1. ümumi praktika həkimlərinin və digər ixtisas həkimlərinin vərəmə görə kifayət dərəcədə sayıqlığının olmaması və bunun nəticəsi olaraq xəstəliyin gecikmiş mərhələdə aşkarlanması
2. ağciyərdənkənar orqanlarda lokalizə olunmuş vərəm ocaqlarının çətin aşkarlanması və diaqnozun dəqiqləşdirilməsi üçün yüksək texnologiyalı bahalı müayinə metodlarının tələb olunması
3. zədələnmə nahiyəsində vərəm mikobakteriyalarının (VMB) miqdarının az olması (lakin miqdarının azlığına baxmayaraq bu VMB-lər bir çox hallarda ağciyərlərdə toplanan VMB-lərə nisbətən daha güclü dağıdıcı effektə malik olur)
4. ağciyərdənkənar orqanların müalicə rejimləri və müalicənin müddəti haqqında əsaslandırılmış məlumatların olmaması²⁶

ACKV-nin digər xüsusiyyətlərindən biri də onun ağır formalarının (vərəm meningiti, miliar vərəm) immunodefisit halları ilə sıx əlaqədar olmasıdır³⁵. Vərəm infeksiyasının disseminasiyası orqanizmin müdafiə qüvvələrinin vərəm infeksiyasını lokallaşdıraraq, onun ilkin ocaqdan digər orqan və sistemlərə yayılmasının qarşısını ala bilməməsi səbəbindən baş verir. Hazırda İİV-in yayılması və immunosupressiv terapiyanın geniş tətbiqi bu iki ağır xəstəliyin (vərəm və immunodefisit hallarının) yanaşı müşahidə olunmasının səviyyəsinin artması ilə nəticələnir.

Epidemiologiya

ACKV vərəmlə xəstələnmənin 25%-ni təşkil edir. İIV-ə yoluxmuş vərəmli xəstələr arasında ACKV 50% təşkil edir¹³. Azərbaycanda 2008-2010-cu illərdə ilkin xəstələr arasında ACKV 20,1% təşkil etmişdir. İlkin xəstələr arasında MSS-nin vərəmi 1,5% təşkil edir, bunların da 50%-i 14 yaşdan kiçik xəstələrin payına düşür.

İnsan orqanizmində elə bir orqan yoxdur ki, o vərəmə yoluxmasın. ACKV-nin daha tez-tez təsadüf edilən formaları aşağıdakılardır:

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| ▶ vərəm limfadeniti | ▶ miliar vərəm |
| ▶ vərəm plevriti | ▶ urogenital sistemin vərəmi |
| ▶ vərəm perikarditi | ▶ mədə-bağırsaq sisteminin vərəmi |
| ▶ sümük-oynaq sisteminin vərəmi | ▶ dəri vərəmi |
| ▶ MSS-nin vərəmi | ▶ göz vərəmi |

XBT-10 ÜZRƏ TƏSNİFAT

A17† **Sinir sisteminin vərəmi**

A17.0† **Vərəm meningiti (G01*)**

Beyin (baş beyin) (onurğa beyni) qişalarının vərəmi
Vərəm leptomeningiti

A17.1† **Meningeal tuberkuloma (G07*)**

Beyin qişalarının tuberkuloması

A17.8† **Sinir sisteminin digər lokalizasiyalı vərəmi**

Baş beynin
Onurğa beyninin
Vərəm mənşəli: } tuberkuloması
vərəmi

- baş beyin absesi (G07*)
- meninjoensefalit (G05.0*)
- mielit (G05.0*)
- polinevropatiya (G63.0*)

A17.9† **Sinir sisteminin dəqiqləşdirilməmiş vərəmi (G99.8*)**

A18 **Digər orqanların vərəmi**

A18.0† **Sümük və oynaqların vərəmi**

Bud-çanaq oynaqının vərəmi (M01.1*) Diz oynaqının vərəmi (M01.1*)
Onurğa sütununun vərəmi (M49.0*) Vərəm mənşəli:

- artrit (M01.1*)
- mastoidit (H75.0*)
- sümük nekrozu (M90.0*)

- ostit (M90.0*)
- osteomielit (M90.0*)
- sinovit (M68.0*)
- tenosinovit (M68.0*)

A18.1† Sidik-cinsiyyət orqanlarının vərəmi

Sidik kisəsinin vərəmi† (N33.0*)

Uşaqlıq boynunun vərəmi†(N74.0*) Böyrək vərəmi† (N29.1*)

Kişi cinsiyyət orqanlarının vərəmi† (N51.–*) Uşaqlığın vərəmi† (N29.1*)

Qadınların kiçik çanaq orqanlarının vərəm mənşəli iltihabı† (N74.1*)

A18.2 Vərəm mənşəli periferik limfadenopatiya

Vərəm adeniti

Çıxarılıb: limfa düyünlərinin vərəmi:

müsariqə və peritonarxası limfa düyünlərinin vərəmi (A18.3)

döş qəfəsi limfa düyünlərinin vərəmi (A15.4, A 16.3)

vərəm mənşəli traxeobronxial adenopatiya (A15.4, A16.3)

A18.3 Bağırsağın, peritonun və müsariqə limfa düyünlərinin vərəmi

Anus və düz bağırsağın vərəmi† (K93.0*) Yoğun və nazik bağırsağın vərəmi† (K93.0*) Peritonarxası (limfa düyünlərinin) vərəm Vərəm mənşəli:

- assit
- enterit† (K93.0*)
- peritonit† (K67.3*)

A18.4 Dəri və dərialtı toxumanın vərəmi

İndurativ dəri vərəmi (düyünlü vaskulit) (Erythema induratum)

Qurdeşənəyi (Lupus):

- vərəm
- ƏGO
- göz qapağının† (H03.1*) Skrofuloderma

Çıxarılıb: qırmızı qurdeşənəyi (L93.–)

sistemli qırmızı qurdeşənəyi (M32.–)

A18.5† Göz vərəmi

Vərəm mənşəli:

- xorioretinit† (H32.0*)
- episklerit† (H19.0*)
- interstisial keratit† (H19.2*)
- iridosiklit† (H22.0*)
- keratokonyunktivit † (H19.2*)

Çıxarılıb: göz qapağının adi qurdeşənəyi (A18.4)

A18.8 Digər dəqiqləşdirilmiş orqanların vərəmi

Vərəm:

- Endokardın +(I 39.8*)
- Miokardın + (I 41.0*)

- Perikardın +(I 32.0*)
- Qida borusunun+ (K 23.0*)
- Qalxanabənzər vəzinin+ (E 35.0*)

A19 Miliar vərəm

Daxil edilib: disseminasiyalı vərəm generalizə olunmuş vərəm vərəmli poliserozit

A19.0 Bir dəqiqləşdirilmiş lokalizasiyalı kəskin miliar vərəm

A19.1 Çox lokalizasiyalı kəskin miliar vərəm

A19.2 Dəqiqləşdirilməmiş lokalizasiyalı kəskin miliar vərəm

A19.8 Miliar vərəmin digər formaları

A19.9 Dəqiqləşdirilməmiş lokalizasiyalı miliar vərəm

AĞCIYƏRDƏNKƏNAR ORQANLARIN VƏRƏMİNİN AŞKARLANMASI, DİAQNOSTİKASI VƏ MÜALİCƏSİ PRİNSİPLƏRİ

ACKV-nin aşkarlanmasında bütün ixtisaslar üzrə xidmət göstərən həkimlərinin rolu əvəzsizdir və bu onlardan ciddi diqqət və səriştə tələb edir². Müasir dövrdə ACKV-nin aşkarlanması prosesində müraciətə görə aşkarlanma üstünlük təşkil edir.

Anamnez: ACKV-nin diaqnostikasında vərəmli xəstə ilə təmasın və ya əvvəllər latent və ya fəal formalı vərəmlə xəstələnmə həmçinin tuberkulin ilə diaqnostika aparılması haqqında məlumatın olması mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Xəstəlik mənbəyində dərmanlara davamlı vərəmin (DDV) olması və ya pasiyentdə DDV-nin yarana bilməsi ehtimalı xüsusi diqqət tələb edən məqamlardandır.

Simptomlar: ACKV-nin aşkarlanmasının ilkin mərhələsi ümumi və yerli simptomların qiymətləndirilməsi və bu əlamətlərə əsasən vərəmə şübhənin olub-olmamasını aydınlaşdırılır.

Ümumi simptomlara aid edilir:

- ▶ hərarət
- ▶ ümumi zəiflik
- ▶ dəri örtüyünün avazımağı
- ▶ iştahasızlıq və arıqlama
- ▶ gecə tərləmələri

Yerli simptomlar prosesin lokalizasiyasından asılı olaraq müxtəlif və çoxsaylıdır. Yerli simptomlara əsasən prosesin lokalizə

olunduğu orqanda ağrı və/və ya həmin orqan və sistemlərin funksional pozğunluğuna səbəb olan əlamətləri aiddir.

Yerli simptomlara aid edilir:

- ▶ kelloid çapıq
- ▶ fəal fistul
- ▶ yerli qızartı
- ▶ hərarət olmadan şişkinlik
- ▶ fliktena

ACKV-yə şübhə yaradan əsas məqamlar *Cədvəl 1*-də göstərilir.

Cədvəl 1. ACKV-yə şübhə yaradan əsas məqamlar²⁶

(Golden MP, Vikram HR. *Extrapulmonary tuberculosis: an overview. Am Fam Physician. 2005*)

İİV infeksiyası
Xronik limfadenopatiya (xüsusən boyun nahiyəsində)
Ekssudativ plevritlər (plevral mayedə limfositlərin üstünlüyü, VMB-nin əkmə üsulu ilə aşkarlanmaması və plevral vərəqələrin qalınlaşması ilə)
Oynaqların iltihabı (artrit, poliartrit)
Döş qəfəsidaxili strukturların cəlb olunması ilə müşayiət edilən onurğa osteomyeliti
Onurğa beyni mayesində pleositoz*
Perikard boşluğuna mayenin yığılması, sıxıcı perikardit, perikardın kalsifikasiyası
Kron xəstəliyi və amebiaz ilə vərəm enteritinin differensial diaqnostikası
Limfositlərin üstünlük təşkil etdiyi assit və assit mayesində əkmə üsulu ilə müayinədə VMB-nin aşkar olunmaması
Davamlı, müalicəyə tabe olmayan piuriya

* onurğa beyni mayesində hüceyrələrin (çox hallarda limfositlərin) artması. Bu zülalların artması, glükoza və xloridlərin azalması ilə müşayiət edilə bilər

Aşağıda göstərilən patologiyalarla uzun müddət müxtəlif həkim mütəxəssislər tərəfindən müşahidə olunan xəstələrdə də ACKV-yə şübhə yaranmalıdır:

1. sistit, prostatit, pielit, böyrək çatışmazlığı
2. sağalmayan yaralar, fistulalar
3. fəqərə sütununda və ətraflarda ağrılar
4. gözün xronik iltihabi xəstəlikləri
5. dərinin müxtəlif xəstəlikləri
6. sonsuzluq, xronik iltihabi proseslər və eləcə də aybaşı tsiklinin pozulması
7. qarında və döş qəfəsində səbəbi bəlli olmayan ağrılar

8. xronik xolisistit, appendisit, kolit

Yuxarıda göstərilən və müalicəyə tabe olmayan patologiyası olan xəstələrdən götürülən materialı sadə mikroskopiya üsulu ilə müayinə etmək vacibdir. Çox tibbi ləvazimat və reaktivlər tələb etməyən sadə mikroskopiya laboratoriyaları bütün tibb müəssisələrində təşkil edilməlidir².

Xüsusi müayinə üsulları. Diaqnostik müayinələrin sonrakı mərhələsində xüsusi instrumental və laborator müayinə üsullarından istifadə edilir (*Cədvəl 2*). ACKV-nin aşkarlanması ümumi qəbul olunmuş minimum müayinə metodları (tuberkulin ilə diaqnostika, sadə mikroskopiya və rentgen-flüoroqrafik müayinə) ilə başlanmalı və histoloji, biokimyəvi, USM və digər üsullarla tamamlanmalıdır. Belə kompleks müayinə nəticəsində xəstəliyin etiologiyası, törədicinin xüsusiyyətləri, xəstəliyin lokalizasiyası, vərəm prosesinin cəlb olunan sahəsinin ölçüsü və xarakteri müəyyən edilir. ACKV-nin yaranma ehtimalı immun sisteminin vəziyyəti ilə sıx əlaqədar olduğu üçün İİV-ə müayinənin aparılması zəruridir.

Cədvəl 2. ACKV-nin aşkarlanması üçün tövsiyə edilən xüsusi müayinə üsulları⁸¹

(Bureau Tuberculosis Control New York City Department of Health and Mental Hygiene. Clinical Policies and Protocols 4th Edition March 2008-ə əsasən; <http://www.nyc.gov/html/doh/downloads/pdf/tb/tb-protocol.pdf>)

Vərəmin şübhə olunan formaları	Tövsiyə edilən müayinə üsulları
Sümük-oynaq sisteminin vərəmi	Rentgenoqrafiya. Sümük və oynaqların KT, MRT müayinəsi (D) ⁸⁰ . Artrosentez. Sümük toxumalarının və sinovial qişaların biopsiyası.
Miliar vərəm	DQR və onurğa beyni punksiyası (meningitin diaqnostikası üçün) (D) ⁸⁰ . Mümkün olarsa, zədələnmiş toxumaların biopsiyası.
Vərəm meningiti	Onurğa beyni punksiyası, KT, MRT.
Ağciyər rentgenoqramlarında kiçik ocaqlı dəyişikliklər	Bəlgəmin induksiyası. Bronxoskopik müayinə vasitəsilə bronxların yuyuntu sularının VMB-yə müayinəsi. Transbronxial biopsiya. Mədənin yuyuntu sularının müayinəsi.
Vərəm perikarditi	Exokardioqram. Biokimyəvi göstəricilərin (laktatdehidrogenaza, zülal, qlükoza, pH), hüceyrə tərkibinin öyrənilməsi, mikroskopik və əkmə üsulu ilə VMB-nin təyini məqsədilə perikardın punksiyası. Perikardın biopsiyası.
Periferik limfa düyünlərinin vərəmi	Limfa düyünlərinin nazik iynəli və ya eksizion biopsiyası.
Vərəm peritoniti	Qarın boşluğunun USM və ya KT müayinəsi. Biokimyəvi göstəricilərin (laktatdehidrogenaza, zülal, qlükoza, pH), hüceyrə tərkibinin öyrənilməsi, mikroskopik və əkmə üsulu ilə VMB-nin təyini məqsədilə qarın boşluğunun parasentezi. Peritonun biopsiyası.
Vərəm plevriti	Biokimyəvi göstəricilərin (laktatdehidrogenaza, zülal, qlükoza, pH), hüceyrə tərkibinin öyrənilməsi, mikroskopik və əkmə üsulu ilə VMB-nin təyini məqsədilə plevral punksiya. Plevranın biopsiyası.

Müalicənin ümumi prinsipləri

1. Bəzi prinsiplər nəzərə alınmaqla ACKV-nin müalicə rejimi ağciyər vərəminin müalicə rejimi ilə eynidir.

2. ACKV-nin müalicəsində vərəm əleyhinə preparatların növbələnən rejimi tövsiyə edilmir (**B**)⁸⁰.
3. DDV spektrini təyin etmək mümkün olmadıqda əksər hallarda 1-ci sıra vərəm əleyhinə preparatlar ilə 6 aylıq standart müalicə rejiminin tətbiqi tövsiyə edilir (*Cədvəl 3*): 2HREZ/4HRE (**B**)⁸⁰.
4. MSS-nin, sümük-oynaq sisteminin vərəmi olduğu hallarda ağciyər vərəminin müalicəsinə nisbətən daha uzun müddətli müalicə tələb olunur (**D**)⁷⁹.
5. Müalicə əsnasında, klinik, laborator və instrumental müayinələrin nəticəsində, müsbət dinamika aşkar olunmadıqda vərəmin DD olması haqqında qərar çıxarılır, müalicə “uğursuz” kimi qeydiyyatdan keçirilərək, mövcud müalicə rejiminə 2-ci sıranın 3 dərman vasitəsi: inyeksiya formasında (Km, Am, Cm), ftorxinolon (Lfx, Mfx) və tiamid (Eto*, Pto) əlavə edilərək yeni rejimlə davam olunur.
6. VMB aşkar olunduğu və onların DHT-nin aparılması mümkün olduğu hallarda “Ağciyər vərəminin kimyəvi terapiyası üzrə klinik protokol”a** əsasən ağciyərdənkənar orqanların ayrı-ayrı formalarına uyğunlaşdırılmış müalicə rejimi təyin edilir (*Cədvəl 3*).
7. Xüsusi hallarda (vərəm meningiti və perikarditi, kəskin tənəffüs çatışmazlığı ilə müşayiət olunan miliar vərəm) vərəm əleyhinə preparatlarla yanaşı qlükokortikosteroidlərin təyini tövsiyə olunur (**A**)^{20,51}.
8. DDV-nin yaranması ACKV-nin müalicəsi zamanı dozaların ötürülməsi, malabsorbsiya sindromu (sorulmanın çatışmazlığı sindromu) və VMB-yə qarşı aparılan müalicəyə qarşı xəstə orqanizmin reaksiyasının zəif olması ilə bağlıdır.
9. ACKV ağciyər vərəmi ilə birgə kombinasiya olunduğu halda “Ağciyər vərəminin kimyəvi terapiyası üzrə klinik protokol”da tövsiyə edilən müalicə ACKV-yə adaptasiya etmədən aparılmalıdır.
10. Kimyəvi terapiyanın aparılma şərtlərindən ən vacibi gündəlik qəbul edilən preparatların dozalarının nəzarət altında saxlanmasıdır (**D**)^{85,89}.
11. Ağır hallar istisna olmaqla, ACKV-li xəstələrin hospitalizasiyası vacib deyil (**B**)^{25,60}.

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitəsi

** bax: “Ağciyər vərəminin kimyəvi terapiyası üzrə klinik protokol”. Azərbaycan Respublikasının Səhiyyə Nazirliyi. Bakı. - 2011. - 32 səh.

Cədvəl 3. ACKV-nin müalicəsi üçün tövsiyə olunan müalicə rejimləri^{§79,80}

(Tuberculosis. Clinical diagnosis and management of tuberculosis, and measures for its prevention and control. Royal College of Physicians of London, 2006)

VMB-nin dərmanlara davamlılıq tipi	ACKV-nin adi formalarının müalicə rejimi ^{**}	MSS və sümük-oynaq sisteminin vərəminin müalicə rejimi
Məlum deyil ^{††}	2 HREZ/4HRE	2SHREZ/1HREZ/9HRE (A) ⁸⁰
Həssaslıq saxlanılıb		
Streptomisinə qarşı monodavamlılıq	2KmHRZE/1HRZE/5HRE	2KmHRZE/1HRZE/9HRE (D)
Mono-, polidavamlılıq (H): H, HS, HE, HSE		
Km(s), OfI(s) Km(s), OfI(r) Km(r), OfI(s) Km(r), OfI(r)	KmLfxEthREZ/LfxEthREZ KmMfxEthREZ/MfxEthREZ CmLfxEthREZ/LfxEthREZ CmMfxEthREZ/MfxEthREZ (A) ⁸⁰	
	İF ^{‡‡} müddəti 3 ay Müalicənin ümumi müddəti 9 ay	İF müddəti 3 ay Müalicənin ümumi müddəti 12 ay
Mono-, polidavamlılıq (R): R, RS, RE, RSE		
Km(s), OfI(s) Km(s), OfI(r) Km(r), OfI(s) Km(r), OfI(r)	KmLfxEthHEZ/LfxEthHEZ KmMfxEthHEZ/MfxEthHEZ CmLfxEthHEZ/LfxEthHEZ CmMfxEthHEZ/MfxEthHEZ (D)	
	İF müddəti 3 ay Müalicənin ümumi müddəti 9 ay	İF müddəti 3 ay Müalicənin ümumi müddəti 12 ay
ÇDD vərəmi: HR, HRS, HRE, HRSE		
Km(s), OfI(s) Km(s), OfI(r) Km(r), OfI(s)	KmLfxEto*CsPasZ/LfxEtoCsPasZ KmMfxEto*CsPasZ/MfxEtoCsPasZ CmLfxEto*CsPasZ/LfxEtoCsPasZ (D)	
	İF 3 ay Müalicənin ümumi müddəti 12 ay	İF 6 ay Müalicənin ümumi müddəti 18 ay
GDD vərəmi: ÇDD + Km və/və yaxud Am və/və yaxud Cm və Ofx		
Km(r), OfI(r)	CmMfxEto*CsPasZ/MfxEtoCsPasZ (D)	
	İF 3 ay Müalicənin ümumi müddəti 12 ay	İF 6 ay Müalicənin ümumi müddəti 18 ay

§ Bu rejimlər: həm ilkin aşkar olunmuş həm də əvvəllər müalicə qəbul etmiş xəstələrə tövsiyə edilir.

** ACKV-nin bəzi formalarında (vərəm limfadenitinin fəsadlaşmış formaları, kişilərdə cinsi orqanların vərəmi, göz vərəmi) aşağıda müvafiq bölmələrdə göstərilmiş xüsusi düzəlişlər və əlavələr edilən müalicə rejimləri tövsiyə olunur.

†† Müalicə əsnasında müsbət dinamika müşahidə olunmadığı hallarda müalicə rejiminə 2-ci sıranın 3 preparatı əlavə edilməlidir (bax: Müalicənin ümumi prinsipləri, 5-ci bənd).

‡‡ İF- müalicənin intensiv fazası ("Ağciyər vərəminin kimyəvi terapiyası üzrə klinik protokol")

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitəsi

Qruplar üzrə vərəm əleyhinə olan dərman vasitələrinin təsnifatı

- ▶ **Birinci sıra dərman vasitələri (əsas dərman vasitələri)**
 - ✓ İsoniazid (H)
 - ✓ Rifampisinlər (rifampisin, rifabutin, rifapentin) (R, Rfb, Rfp)
 - ✓ Etambutol (E)
 - ✓ Pirazinamid (Z)
 - ✓ Streptomisin (S)
- ▶ **İkinci sıra dərman vasitələri**
 - ✓ İnyeksiya formasında olan dərman vasitələri
 - Aminoqlikozidlər (kanamisin, amikasin) (Km, Am)
 - Polipeptidlər (kapreomisin) (Cm)
 - ✓ Flüorxinolonlar
 - oflo-, levo-, moksi-, sparfloksasin (Ofx, Lfx, Mfx, Sfx,)
 - ✓ Tiamidlər (etionamid, protionamid) (Eto*, Pto)
 - ✓ Sikloserin (Cs)
 - ✓ PAST (para-aminosalisil turşusu) (Pas)
- ▶ **VMB-yə qeyri-müəyyən təsirli dərman vasitələri**
 - ✓ Klofazimin (Cfz)
 - ✓ Terizidon (Trd)
 - ✓ Linezolid (Lzd)

ACKV-nin klinik formalarının müayinə və müalicəsinin qısa xarakteristikası. Vərəm limfadeniti

ACKV-nin formaları arasında vərəm limfadeniti ən çox təsadüf edilən forma olub, bütün ACKV hadisələrinin 35%-ni təşkil edir. Boyun və körpücüküstü limfa düyünləri vərəm prosesinə daha çox cəlb olunur, lakin bunlarla yanaşı patoloji proses qasıq, qoltuqaltı, döş qəfəsi, mezenterial və mediastinal limfa düyünlərini də əhatə edə bilər. Eləcə də bir neçə qrup limfa vəziləri eyni vaxtda vərəm prosesinə cəlb oluna bilər. Adətən, xronik böyümüş, bərkimiş və ağrısız limfa düyünləri aşkar olunur. Zaman keçdikcə limfa düyünlərinin birləşmiş bərk kütlələri gözlə görünməyə başlayır. İİV-ə yoluxmuş xəstələrdə, adətən, bu mərhələlərdə hərarətin yüksəlməsi, gecə tərləmələri və çəkinin azalması müşahidə edilir. Yanaşı olaraq zədələnmiş limfa vəzilərində VMB-nin miqdarı kifayət qədər yüksək səviyyəyə çatır və bununla punksiya biopsiyasının diaqnostik effektivliyini artırır. Digər tərəfdən bu, antiretrovirus

terapiyası fonunda immunitetin bərpa olunmasının iltihabi sindromu hesabına vərəm prosesinin kəskinləşməsinə səbəb ola bilər. Adekvat kimyəvi terapiya aparılmazsa, hiperplaziya olunmuş limfa düyünləri yumşalmağa məruz qalır, bu zaman spontan olaraq içərisindən irinli ekssudat xaric olan fistula formalaşır.

Vərəm limfadenitinin diaqnostikasına dair tövsiyələr

- ▶ Bütün hallarda minimum müayinə metodlarından əlavə zərurət yarandıqda aşağıdakı müayinələr aparılmalıdır:
 - ✓ böyümüş limfa düyünlərindən punksiya biopsiyası nəticəsində alınmış materialın sitoloji müayinəsi (ACKV hallarda epiteloid hüceyrələri, çoxnüvəli gigant Piroqov-Lanqhans hüceyrələri, kazeoz kütlələri, histiositlər aşkar olunur)
 - ✓ limfa düyünün toxumasının histoloji müayinəsi (kazeoz qranulyomalar aşkar edilə bilər)
 - ✓ VMB-ni aşkar etmək məqsədi ilə sentrifüqalaşma və lüminessent rəngləməyə üstünlük verməklə aspirasiya materialının mikroskopiyası
 - ✓ VMB-ni aşkarlamaq və onların dərmanlara həssaslığını təyin etmək məqsədi ilə aspirasiya materialını əkmə üsulu ilə müayinəsi
 - ✓ yuxarıda göstərilən üsullarla müayinə mənfi nəticə verərsə, aparılan müayinələrin həssaslığını artırmaq məqsədi ilə müayinənin PZR əsasında molekulyar üsulları tətbiq edilməlidir
- ▶ Zədələnmiş nahiyənin KT və MRT müayinəsinə üstünlük verilir
- ▶ NİAB vasitəsi ilə alınmış aspirasiya materialının VMB-nin aşkarlanması üçün bakterioskopik və əkmə üsulu ilə müayinəsi
- ▶ NİAB-nin nəticəsi mənfi olduqda böyümüş limfa düyünlərinin ekssiziya biopsiyası aparılmalıdır

Vərəm limfadenitinin müalicəsinə dair tövsiyələr

- ▶ Fəsadlaşmamış vərəm limfadenitinin müalicəsi üçün ACKV-nin adi formalarında istifadə olunan 2HREZ/4HRE (A)⁸⁰ müalicə rejimi (*Cədvəl 3*) tövsiyə olunur (A)⁸⁰
- ▶ Fəsadlaşmış vərəm limfadenitinin (bir neçə qrup limfa düyünlərinin vərəm prosesinə cəlb olunması, fistulaların əmələ gəlməsi, assitlə fəsadlaşmış mezadenitlər) müalicəsində 8 aylıq müalicə rejimi: 2SHREZ/1HREZ/5HRE tövsiyə olunur (A)⁸⁰
- ▶ VMB-nin dərmanlara davamlılığı aşkar olunduğu halda müvafiq müalicə rejimi təyin olunur (*Cədvəl 3*)
- ▶ Vərəm limfadeniti ilə yanaşı İİV infeksiyası müşahidə olunduğu hallarda antiretrovirus preparatları ilə müalicə vərəm əleyhinə müalicə başlanıldıqdan 0,5-2 ay sonra təyin edilməlidir (A)⁸⁰

Müvəffəqiyyətli müalicə fonunda böyümüş limfa vəzilərinin ölçüsünün böyüməsi və ya yeni hiperplaziyalaşmış limfa vəziləri müşahidə oluna bilər, bu müvəqqəti xarakter daşıyaraq ölmüş VMB-yə qarşı orqanizmin verdiyi immun cavabı ilə əlaqədardır²⁶. Belə reaksiyalar immunitetin bərpasının iltihab sindromunun (İBİS) formalaşması ilə əlaqədar olaraq İİV-ə yoluxmuş vərəmli xəstələrin antiretrovirus preparatları ilə müalicəsi zamanı da müşahidə oluna bilər.

Vərəm plevriti

Vərəm plevriti vərəmli xəstələrin 5%-də təsadüf edilir. Bu klinik forma vərəmin həm birincili, həm də ikincili formalarında, eləcə də miliar vərəm zamanı müşahidə edilir. Adətən, xəstəlik kəskin gedişatlı olur, öskürək, plevral ağrılar, hərarət və təngnəfəslik ilə müşayiət olunur. Rentgenoloji olaraq plevra boşluğunda birtərəfli, müxtəlif səviyyəli maye aşkar edilir. Eyni zamanda ağciyərlərdə infiltrativ dəyişikliklər və kavernalar müşahidə edilə bilər. Birincili vərəm olan xəstələrdə döş qəfəsidaxili limfa vəzilərinin böyüməsi də aşkar olunur. Əksər hallarda plevral vərəqələrin 1 sm-dən artıq qalınlaşması müşahidə olunur. Xəstəliyin başlamasından 2 həftə sonra plevral ekssudat limfositə xarakterli olur (90% hallarda limfositlər ümumi leykositlərin 50%-dən artığını təşkil edir)¹⁸. Plevral ekssudatda qlükozanın miqdarı, adətən, normadan aşağı, pH isə turş reaksiyalı olur. Plevranın empiyemasından fərqli olaraq

vərəm plevritinin adi formalarında VMB-ni mikroskopik müayinələrdə yalnız 5% hallarda, əkmə üsulu ilə isə 40%-dən artıq olmayan hallarda aşkarlamaq mümkün olur. Kazeoz qranulyomaları aşkarlamaq məqsədi ilə plevranın biopsiyası, turşuya davamlı bakteriyaların rənglənməsi və VMB-nin əkmə üsulu ilə aşkarlanması metodlarının kombinasiyasından ibarət müayinə 90% hallarda müsbət nəticə verir. Tuberkulin sınaqları xəstələrin yalnız $\frac{2}{3}$ hissəsində müsbət nəticə verir. Limfositər mayədə adenozindeaminazanın (ADA) səviyyəsinin artması (ADA >40 U/L olduqda) və eləcə də IFN- γ səviyyəsinin artması yüksək diaqnostik əhəmiyyət kəsb edir (A)²⁶.

Vərəm plevritinin diaqnostikası

- ▶ Döş qəfəsinin rentgenoqrafiyası, KT
- ▶ Plevral ekssudatın hüceyrə tərkibinin müayinəsi
- ▶ Plevral ekssudatın VMB-yə mikroskopiya və əkmə üsulu ilə müayinəsi
- ▶ Plevral ekssudatın biokimyəvi müayinəsi (qlükoza, pH, ADA, IFN- γ)
- ▶ Plevranın punksiya biopsiyası:
 - ✓ mərkəzində kazeoz nekroz olan spesifik vərəm qranulyomalarını aşkarlamaq üçün histoloji müayinə
 - ✓ punksiya materialından hazırlanmış yaxmaların turşuya davamlı bakteriyaları aşkarlamaq üçün mikroskopik müayinəsi
 - ✓ punksiya materialının VMB-yə görə əkmə müayinəsi
 - ✓ punksiya biopsiyasının nəticələri mənfi olarsa, lakin plevranın vərəminə və ya bədxassəli zədələnməsinə şübhə qaldıqda plevranın torakoskopik biopsiyası tövsiyə olunur

Yuxarıda göstərilən metodlar informativ olmadıqda vərəmi aşkarlamaq üçün əlavə olaraq PZR müayinəsinin aparılması tövsiyə olunur.

Vərəm plevritinin müalicəsi

- ▶ Vərəmin kimyəvi terapiyası aparılmadan da bəzən ekssudatın sorulması mümkündür, lakin bu hallarda təsadüf edilən residivlərin səviyyəsi daha yüksək olur
- ▶ Vərəm plevritinin müalicəsi ACKV-nin adi formalarında aparılan müalicəyə uyğun aparılır (*Cədvəl 3*); müalicə rejimi: 2HREZ/4HRE (B)⁸⁰
- ▶ DDV aşkar edildiyi hallarda müvafiq müalicə rejimi təyin edilir (*Cədvəl 3*)
- ▶ Vərəm əleyhinə preparatların plevra daxilinə yeridilməsi tövsiyə olunmur
- ▶ Plevral ekssudatın rezorbsiyası 6-12 həftə müddətində baş verir, buna görə də onun evakuasiyası yalnız plevral boşluğa toplanan mayenin miqdarı çox olduqda və kompresiya nəticəsində tənəffüs çətinlikləri meydana çıxan hallarda göstərişdir
- ▶ Nadir hallarda bronxopulmonal fistulalar, plevranın empiyeması, fibrotoraks kimi fəsadlar formalaşa bilər ki, bunlar da “Ağciyər vərəminin kompleks müalicəsində cərrahi müdaxilənin tətbiqi”^{*} üzrə klinik protokola uyğun xüsusi cərrahi müdaxilələri tələb edir

Vərəm perikarditi

ACKV-nin bu klinik forması əksər hallarda İIV-ə yoluxmuş xəstələr arasında, nadir hallarda isə digər xəstələrdə müşahidə olunur. Vərəm perikarditi vərəm infeksiyasının mediastinal limfa düyünlərindən, ağciyərlərdə və onurğada olan ocaqlardan yayılması nəticəsində, eləcə də miliar vərəmin fonunda inkişaf edir. Ləng inkişaf edən formalarda, adətən, perikard boşluğuna toplanan mayenin təsiri nəticəsində tənəffüs, periferik ödemlər şəklində ürək-damar pozuntuları meydana çıxır. Bəzi hallarda xəstəlik kəskin başlayaraq özünü yüksək hərarət və ürək nahiyəsində qəfil ağrılar ilə büruzə verir. Müayinə zamanı bu xəstələrdə ürək hüdudlarının böyüməsi, taxikardiya, perikardın sürtünmə küyü, parodoksal nəbz (dərindən nəfəsalma zamanı arterial təzyiqin enməsi və nəbzın dolğunlaşması), boyun venalarının genişlənməsi kimi simptomlar müşahidə edilir.

Diagnostik nöqtəyi-nəzərdən perikardın biopsiyası perikardial ekssudatın müayinəsinə nisbətən daha informativdir. Bu formalarda

* bax: “Ağciyər vərəminin kompleks müalicəsində cərrahi müdaxilənin tətbiqi üzrə klinik protokol” Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi. Bakı. - 2014. - 28 səh.

vərəm əleyhinə kimyəvi terapiya ilə yanaşı qlükokortikosteroidlərin təyini xəstəliyin simptomlarının daha tez itməsini və perikard boşluğundan mayenin daha tez sorulmasını təmin edir.

Vərəm perikarditin diaqnostikası

- ▶ döş qəfəsinin icmal rentgenoqramı, divararalığının KT müayinəsinə üstünlük verilməklə
- ▶ exokardioqrafik müayinə
- ▶ perikardial punksiya və perikardial mayenin müayinəsi
 - ✓ vərəm perikarditi üçün perikard mayesinde hüceyrə elementlərinin sayının artması və qlükozanın miqdarının azalması səciyyəvidir
 - ✓ mikroskopik müayinənin müsbət nəticəsi səciyyəvi deyil
 - ✓ əkmə üsulu ilə VMB yalnız 25-50% hallarda aşkar olur

Vərəm perikarditinin müalicəsi

- ▶ vərəm perikarditinin müalicəsi ACKV-nin digər formalarında olduğu kimi aparılır (*Cədvəl 3*); müalicə rejimi: 2HREZ/4HRE (**B**)⁸⁰
- ▶ VM-nin DD-si aşkarlandığı hallarda müvafiq müalicə sxemi təyin olunur (*Cədvəl 3*)
- ▶ yaşlı xəstələrə vərəm əleyhinə terapiya fonunda gündə 60 mq prednizolon təyin olunur. Əgər perikardial ekssudatın miqdarı azalarsa, 6-12 həftə ərzində dozanı tədricən azaltmaqla prednizolonun qəbulu dayandırılır (**A**)⁸⁰
- ▶ uşaqlarda prednizolonun tövsiyə olunan dozası 2 mq/kq (maksimum 60 mq). Əgər perikardial ekssudatın miqdarı azalarsa, 4-6 həftə ərzində dozanı tədricən azaltmaqla prednizolonun qəbulu dayandırılır
- ▶ xronik konstiksiya inkişaf edərsə, perikardın drenaj olunması və ya perikardektomiya göstərişdir (**C**)⁸⁰

Sümük-oynaq sisteminin vərəmi

ACKV-nin klinik formaları arasında sümük-oynaq sisteminin vərəminə 35% hallarda təsadüf edilir. Ən çox onurğanın, sonra isə iri oynaqların (bud-çanaq və diz) birtərəfli zədələnməsi və digər sümüklərin osteomieliti müşahidə edilir²⁶.

Spinal zədələnmələr arasında onurğanın döş hissəsinin vərəm ilə zədələnməsinə daha çox təsadüf edilir. Bir qayda olaraq infeksiya fəqərələrin ön-daxili hissələrindən başlayaraq yaxında yerləşən fəqərələrarası disklərə və qonşu fəqərələrin cisimlərinə yayılır. Bu da öz növbəsində onların bir-birinə pərçim olmasına və onurğanın əyilməsinə (*gibbus*) səbəb olur. Müalicə aparılmazsa və ya diaqnostika gecikmiş olarsa, infeksiya ətraf toxumalara yayılır, paravertebral və ya bel əzələləri nahiyəsində absesin əmələ gəlməsi ilə nəticələnir. Xəstələrdə zədələnmiş nahiyədə ağrılar, ümumi intoksikasiya əlamətləri müşahidə edilir. Çox vaxt onurğa beyninin sıxılması nəticəsində paraplegiya inkişaf edir.

İri oynaqların vərəmi sümük-oynaq sisteminin vərəmləri arasında təsadüfedilmə tezliyinə görə 2-ci yeri tutur. Ən çox bud-çanaq və diz oynaqları zədələnir. Xəstəlik oynaqlarda şişkinlik, ağrılar, hərəkəti pozuntularla səciyyələnir və yarımkəskin gedişata malikdir. Sümük toxumasının osteomyeliti bilək-tunel sindromu, tendovaginit, üz sinirinin iflici kimi ağırlaşmalarla müşayiət olunur. Xronik hallarda abseslərin və xarici irinli fistulların formalaşması mümkündür. Ümumi simptomlar, adətən, müşahidə edilmir. Rentgenoqramlarda ətraf toxumaların ödemləşməsi, osteoporoz və osteopeniya (sümük toxumasının sıxlığının azalması), oynaqarası sahələrin daralması, qığırdaq səthlərinin eroziyası təyin edilir. MRT müayinəsi sümük toxuması və ətraf toxumaların vəziyyəti haqqında daha ətraflı məlumat verdiyi üçün seçim metodu olmalıdır. Belə xəstələrin əksəriyyətində ağciyərlərdə vərəmin qalığı əlamətləri müşahidə edilir.

Sümük-oynaq sisteminin vərəminin erkən diaqnostikası üçün ümumi tibb şəbəkəsi həkimlərinin yüksək sayıqlığının olması zəruridir. Onurğanın döş hissəsinin ləng gedişatlı osteomyeliti əlamətləri və ya iri oynaqların septik mono-artritləri zamanı qeyri-spesifik bakterial infeksiyanı aşkarlamaq məqsədi ilə aparılan əkmə müayinələri mənfi nəticə verdikdə ilk növbədə vərəmə şübhə yaranmalıdır. Oynaqların punksiyası zamanı alınan sinovial mayenin VMB-ni aşkarlamaq üçün əkmə üsulu ilə müayinəsi və biopsiya materialının histoloji müayinəsi 80% hallarda müsbət nəticə verir⁴⁶.

Sümük-oynaq sistemi vərəminin diaqnostikası

- ▶ Fəal ağciyər vərəmini inkar etmək üçün ağciyərlərin rentgenoqrafiyası və bəlgəmin bakterioloji müayinəsi
- ▶ Onurğanın, oynaqların və sümük-oynaq sisteminin digər şöbələrinin rentgenoqrafik müayinəsi (MRT-yə və ya KT-yə üstünlük verilməklə) **(D)**⁸⁰
- ▶ Sinovial mayeni aspirasiya etməklə artrosentez və sinovial toxumanın biopsiyası
- ▶ Sitoloji müayinə, sinovial mayədə VMB-ni aşkarlamaq üçün mikroskopik və əkmə üsulu ilə müayinə
- ▶ Kazeoz qranulyomaları və ya onların spesifik elementlərini aşkarlamaq məqsədi ilə sinovial biopstatın histoloji müayinəsi
- ▶ Funksiyaedici fistulanın möhtəviyatının VMB-yə mikroskopik və kultural müayinəsi

Sümük-oynaq sistemi vərəminin müalicəsi

- ▶ Sümük-oynaq sistemi vərəminin müalicəsi üçün müvafiq müalicə rejimi təyin olunur: 2SHREZ/1HREZ/9HRE **(B)**⁸⁰ (*Cədvəl 3*)
- ▶ VMB-nin DDV-si müəyyən edildikdə müvafiq müalicə rejimi (*Cədvəl 3*)
- ▶ Cərrahi müalicə aşağıdakı göstərişlər əsasında təyin olunur:
 - ✓ abseslərin drenaj edilməsi
 - ✓ sümük toxumasının nekrotik hissələrinin kənar edilməsi
 - ✓ onurğa sütununun stabilləşdirilməsi
 - ✓ onurğa beyninin dekompensasiyası və s.

Mərkəzi sinir sisteminin vərəmi

MSS vərəminin 3 əsas klinik forması ayırd edilir:

1. baş beyin qişalarının iltihabı (vərəm meningiti) – bu forma, adətən, beyin maddəsinin iltihabi prosesə cəlb olunması ilə müşayiət olunur (meninqoensefalit)
2. onurğa beyninin iltihabı (meninqomiyelit) – vərəm prosesi inkişaf etdikcə həm beyin maddəsi, həm də beyin qişaları patoloji prosesə cəlb olunur
3. beynin tuberkuloması

Yuxarıda göstərilən klinik formalardan ən çox təsadüf olunanı vərəm meningitidir. Vərəm meningiti vərəm ocaqlarından infeksiyanın beyin maddəsindən araxnoidal boşluğa yayılması nəticəsində inkişaf edir.

Meningit. Vərəm meningiti həm ağciyər vərəmindən sonra ikincili olaraq, həm də MSS-nin birincili zədələnməsi şəklində inkişaf edə bilər. Xəstələr yoluxucu olurlar. Beyin qişalarının iltihabı hiperhəssaslıq tipində inkişaf edərək onurğa beyni mayesində tipik dəyişikliklərin və ağır klinik əlamətlərin (huşun itməsi, epileptik tutmalar, kəllədaxili təzyiqin artması) meydana çıxmasına səbəb olur. Beynin hörümçəybənzər qişasının iltihabı (araxnoidit) kəllə-beyin sinirlərinə və damarlarına yayılır, bu da öz növbəsində bu sinirlərin iflicinə və izafi miqdarda onurğa beyni mayesinin yığılmasına səbəb olur (hidrosefaliya). Beyin damarlarının zədələnməsi nəticəsində MSS-də ocaqlı funksional pozuntular meydana çıxır. Onurğa beyni araxnoiditi özünü onurğa beyninin zədələnməsi əlamətləri ilə büruzə verir: parezlər, ifliclər, çanaq orqanlarının funksional pozuntuları və s. Bunun əksinə olaraq beyinin tuberkuloması özünü MSS-nin həcmli dəyişiklikləri ilə büruzə verir.

Klinik olaraq xəstəliyin ilkin mərhələsində ümumi zəiflik, baş ağrıları, davranışda dəyişikliklər kimi simptomlar müşahidə olunur. Xəstəlik inkişaf etdikdə baş ağrıları güclənir və daimi xarakter alır, meningial simptomlar (ənsə əzələlərinin gərginliyi, müsbət Kerniq və Brudzinski simptomları və s.), qusma, komatoz vəziyyət və ocaqlı nevroloji əlamətlər meydana çıxır. Vərəm meningitinin atipik gedişatlı formalarına aiddir: 1) ani progressivləşən (irinli meningiti xatırladır); 2) ləng inkişaf edən (bu forma çox vaxt səhv olaraq demensiya kimi qəbul edilir); 3) ensefalit sindromu üstünlük təşkil edən formalar.

MSS-nin vərəmindən ölüm halları 5 yaşadək uşaqlar, 50 yaşdan yuxarı və xəstəliyin başlanğıcından 2 ay keçənədək adekvat müalicə almayanlar arasında yüksək səviyyədə müşahidə edilir. Vərəm əleyhinə preparatlardan izoniazidə qarşı davamlı VMB ştammları ilə yoluxmuş xəstələr arasında bu klinik formalardan ölüm hallarına izoniazidə həssas xəstələrə nisbətən 2 dəfə artıq təsadüf edilir.

MSS vərəminin diaqnostikası

- ▶ Diaqnozun erkən qoyulması və müalicəyə erkən başlamaq məqsədi ilə həkimlərin diqqətli və çox sayıq olması vacibdir
- ▶ Anamnez: xəstə ilə təmas, spesifik profilaktikanın (KJB vaksinasiyasının), ötən tuberkulin ilə diaqnostikanın nəticəsi və ona müvafiq aparılan kimyəvi profilaktika diaqnostikada vacibdir
- ▶ Ümumi zəiflik, baş ağrıları, hərarətin qalxması, davranış dəyişiklikləri kimi erkən simptomların müşahidə olunması vərəm meningitinə şübhə yaratmalıdır
- ▶ Kəskin ifadə olunmuş klinik əlamətlərin (daimi və kəskin baş ağrıları, meningial simptomlar, qusma, komatoz vəziyyət və ocaqlı nevroloji simptomatika) meydana çıxması MSS-nin vərəmi haqqında düşünməyə imkan verir
- ▶ MSS-nin vərəminə şübhə olan xəstələr sonrakı müayinə üçün ixtisaslaşmış müəssisələrə həkim-nevropatoloqun nəzarətinə göndərməlidir
- ▶ MSS-nin vərəminə şübhə olan bütün xəstələrə mütləq qaydada başın kontrast MRT və ya KT müayinəsi aparılmalıdır (bazal araxnoidit, baş beyin infarktı və beyinin tuberkulomasını, hidrosefaliyanı vaxtında aşkarlamaq məqsədi ilə)
- ▶ Qeyri-invaziv metodlarla vərəmi inkar və ya təsdiq etmək mümkün olmadıqda onurğa beyninin punksiyası tövsiyə olunur:
 - ✓ vərəm zamanı onurğa beyni mayesinin hüceyrə tərkibi mülayim limfositər (100-500/mkl) xarakterli olur, lakin nəzərə almaq lazımdır ki, xəstəliyin erkən mərhələsində likvorun hüceyrə tərkibi neytrofil xarakterli ola bilər¹⁸
 - ✓ OBM-də zülalın miqdarı artmış olur: yüngül hallarda 0,1-0,5 q/dl, ağır hallarda isə 2-6 q/dl-ə qədər yüksələ bilər
 - ✓ araxnoidal blok zamanı mayenin rəngi sarı olur
 - ✓ qlükozanın miqdarı 45 mq/dl-ə qədər azalır (2,5 mmol/l)
 - ✓ OBM-nin VMB-yə mikroskopik müayinəsi mütləqdir. Ancaq bir mənfi cavab diaqnozu inkar etməyə əsas vermir. Tədqiq olunan OBM-in miqdarı artırıldıqda və ya təkrari müayinələr aparıldıqda müayinənin həssaslığı yüksəlir³⁷
 - ✓ 45-90% hallarda əkmə üsulu ilə VMB-nin aşkarlanması müsbət nəticələr əldə etməyə imkan verir

- ✓ “MSS-nin vərəmi” diaqnozunu inkar etmək üçün OBM-in PZR müayinəsi tövsiyə edilmir
- ✓ vərəm meningiti zamanı OBM-də ADA-nın səviyyəsi qalxdığı üçün bu testin aparılması məqsədəuyğundur

MSS vərəminin müalicəsi

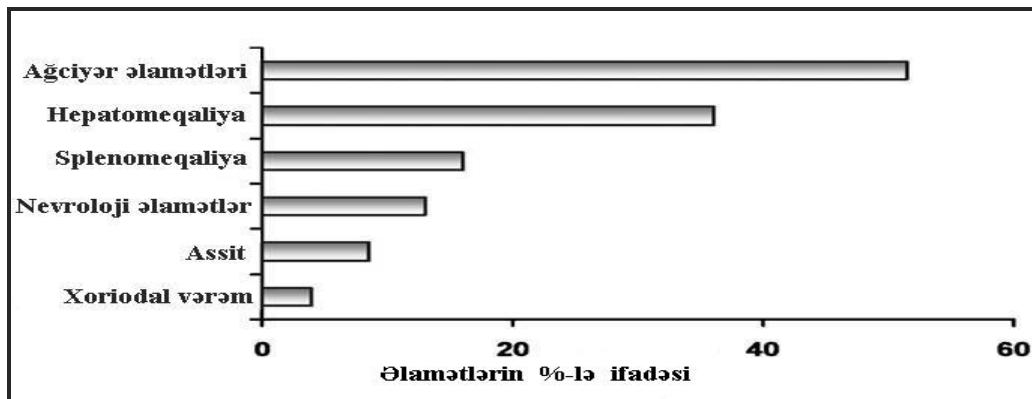
- ▶ Müalicəyə başlanmasının gecikdirilməsi bilavasitə mənfi nəticələrə gətirib çıxarır
- ▶ Klinik, laborator və instrumental müayinələr MSS-nin vərəmi diaqnozunu təsdiq edən andan etibarən empirik kimyəvi terapiyaya başlamaq məsləhət görülür; müalicə rejimi: 2SHREZ/1HREZ/9HRE **(B)**⁸⁰ (*Cədvəl 3*)
- ▶ Əgər 2 həftə müddətində klinik, laborator və instrumental müayinələrlə təsdiqlənmiş müsbət dinamika əldə edilməzsə, yuxarıda göstərilən müalicə rejiminə 2-ci sıradan 3 dərman vasitəsi: inyeksiya formasında (Km, Am, Cm), ftorxinolonlar (Lfx, Mfx) və tiamidlər (Eto, Pto) əlavə edilməlidir (5-ci bənd “Müalicənin ümumi prinsipləri”) **(D)**⁸⁰
- ▶ DHT-nin nəticələri əldə edilərsə, empirik kimyəvi terapiya rejimi həssaslığın tipi nəzərə alınaraq dəyişilməlidir
- ▶ MSS vərəmindən ölüm hallarını və geri dönməyən nevroloji ağırlaşmaların qarşısını almaq məqsədi ilə ilk 6-8 həftə ərzində deksametazonun təyini məsləhət görülür:
 - ✓ ağır və təxirəsalınmaz hallarda v/d yavaş şırıncqa və ya damcı üsulu ilə və ya ə/d 4-20 mq gündə 3-4 dəfə olmaqla (gündəlik doza 80 mq-a qədər) təyin olunur, saxlayıcı doza 0,2-9 mq/gündə 3-4 gün ərzində, sonrakı mərhələdə preparatın *per os* qəbulu tövsiyə edilir. Uşaqlara deksametazon ə/d 0,02776–0,16665 mq/kq hər 12-24 saatdan bir yeridilir. Deksametazon ilə müalicə dozanın tədricən azaldılması ilə kəsilir (müalicənin sonunda bir neçə kortikotropin inyeksiyası təyin edilir) **(A)**⁸⁰

Miliar vərəm

Miliar vərəm vərəmin kəskin progressivləşən forması olub, xəstə insanın bədənində vərəm infeksiyasının geniş miqyaslı disseminasiyası ilə səciyyəvidir. Vərəmin bu klinik forması həm

birincili vərəmdə, həm də ikincili vərəm formalarında reaktivasiya nəticəsində inkişaf edə bilər. Miliar vərəmin inkişafına bir neçə faktorun təsiri məlumdur: erkən uşaq yaşları, qeyri-kafi qidalanma, İİV-ə yoluxma, alkoqolizm, şəkərli diabet, xronik böyrək çatışmazlığı, postqastroektomik sindrom, orqan transplantasiyası, birləşdirici toxumanın sistem xəstəlikləri, hamiləlik, zahılıq dövrü, bədxassəli şişlər, silikoz və s. İİV-ə yoluxmuş şəxslərdə miliar vərəmlə xəstələnmə 3 dəfə çox təsadüf edir ki, bu da vərəmin immun sisteminin çatışmazlığı ilə əlaqədar olduğunu sübut edir. Miliar vərəm immunosupresiv terapiya (kortikosteroidlərin, sitostatiklərin, şişlərin nekroz faktoru inhibitorları-alfa qəbulu) fonunda da inkişaf edə bilər.

Bəzi tibbi manipulyasiyalardan sonra xəstələrdə miliar vərəmlə xəstələnmə hadisələri məlumdur. Bunlara sidik kisəsinin kateterizasiyası, ekstrakorporal litotripsiya, ürək klapanlarının protezləşdirilməsi, sidik kisəsi xərçənginin müalicəsi məqsədi ilə KJB vaksininin sidik kisəsi daxilinə yeridilməsi aiddir.



Şəkil 1. Miliar vərəm zamanı müxtəlif orqanların zədələnmə tezliyi
(Sharma SK, Mohan A, Sharma A. *Challengers in the diagnosis & treatment of military tuberculosis. Indian J Med Res. 2012 May; 135 (5): 703-30*)

Miliar vərəm üçün yüksək hərarət, titrəmə, gecə tərləmələri, iştahanın və çəkinin azalması kimi klinik simptomlar səciyyəvidir. Bu və ya digər orqanın zədələnməsindən asılı olaraq ümumi simptomlara yerli simptomlar da qoşulur (Şəkil 1). Miliar vərəmin 10-30% hallarında vərəm meningiti aşkar edilir. Miliar vərəmin tez progressivləşən və ildırımvari formaları septiki şok, kəskin tənəffüs distress-sindromu, poliorqan çatışmazlığı ilə müşayiət olunur. Miliar vərəm üçün plevrit, pnevmotoraks, kəskin böyrək çatışmazlığı, kəskin qaraciyər çatışmazlığı, ürək-qan-damar sistemi tərəfindən:

miokardit, durğunluqla müşahidə edilən ürək çatışmazlığı, endo- və perikardit ürəkdaxili tromboz, aortanın anevrizması, antiretrovirus terapiyası fonunda immunitetin bərpasının iltihabi sindromu kimi fəsadlar səciyyəvidir.

Ağciyərin rentgenoqramlarında 85% hallarda diffuz interstisial dəyişikliklər fonunda çoxsaylı kiçik, 2-3 mm diametrlı ocaqlar aşkar olunur. Qarın boşluğu orqanlarının USM-də lakunar assit, qaraciyər və dalağın ocaqlı zədələnməsi, adneksit, mezenterial limfa vəzlərinin böyüməsi və bağırsaqlararası soyuq abseslər aşkar olunur. Laborator müayinələrdə normoxrom anemiya, leykopeniya, yaxud leykositoz, EÇS artması və hiponatriemiya kimi dəyişikliklər müşahidə edilir³⁹. Ağciyər vərəmindən və ağciyərdənkənar orqanların vərəminin digər formalarından fərqli olaraq miliar vərəm üçün tuberkulin sınaqlarının anergiyası səciyyəvidir, belə ki, 20-75% hallarda Mantu sınağının nəticəsi mənfi olur⁷³. Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün aparılan digər müayinələrə bəlgəmin, bronxoalveolyar lavajın, mədənin yuyuntu sularının müayinəsi, onurğa beyninin punksiyası və onurğa beyni mayesinin, qanın (VMB-ni aşkarlamaq üçün) əkmə üsulu ilə müayinəsi, qaraciyər və sümük iliyinin biopsiyası, eləcə də göz dibinin müayinəsi aiddir.

Müalicənin gecikdirilməsi yüksək ölüm səviyyəsinə gətirib çıxarır. Hətta vərəm əleyhinə terapiya fonunda miliar vərəmi olan xəstələr arasında letallığın səviyyəsi uşaqlarda 15-20%, böyüklər də isə 25-30%-ə çatır.

Miliar vərəmin diaqnostikası

Ümumi praktika həkimləri ümumi simptomlar müşahidə edilən xəstələr arasında miliar vərəmi vaxtında aşkarlamaq üçün son dərəcə diqqətli olmalıdırlar. Əlavə amillər müşahidə edildiyi hallarda (yerli simptomlar, risk faktorları, immunosupressiv terapiya) isə bu diqqət daha da artırılmalıdır.

Miliar vərəmin diaqnostika metodları:

- ▶ Qanın müayinəsi zamanı hematoloji və biokimyəvi dəyişikliklərin təyini:
 - ✓ hipoplastik anemiya

- ✓ pansitopeniya, o cümlədən limfositopeniya
- ✓ hiponatriemiya (antidiuretrik hormonun funksiyasının pozulması nəticəsində inkişaf edir və xəstəliyin proqnozunun qeyri-kafi olmasına dəlalət edir)
- ✓ hepatotoksik təsiri nəticəsində bilirubinin və qaraciyər transaminazalarının səviyyəsinin artması
- ✓ böyrəklərin ifrazetmə funksiyasının göstəriciləri olan kreatinin və sidik turşusunun qanda səviyyəsinin artması
- ▶ Rentgenoqramda (KT-yə üstünlük verilməklə) ağciyərlərdə interstisial dəyişikliklər fonunda xarakterik miliar ocaqların olması
- ▶ Yerli simptomlar aşkar olunduqda müvafiq orqanların və sistemlərin instrumental müayinəsi (KT, MRT, PET, USM)
- ▶ İİV infeksiyasına görə müayinə
- ▶ Damarlı qişada ocaqlı dəyişiklikləri aşkarlamaq məqsədi ilə göz dibinin müayinəsi
- ▶ Bəlgəmin bakterioloji müayinəsi, VMB-nin aşkar edilməsi və onların dərmanlara həssaslığının təyin edilməsi üçün diaqnostik bronxoskopiya
- ▶ Yuxarıda göstərilən metodlar diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün kifayət etməzsə, aşağıdakı müayinələr aparılmalıdır:
 - ✓ plevra, perikard və qarın boşluğundan alınan ekssudatın sitoloji, biokimyəvi və bakterioloji müayinəsi
 - ✓ periferik, döş qəfəsidaxili, mezenterial limfa düyünlərindən, ağciyərlərdən, dəridən, qaraciyərdən və sümük iliyindən alınmış biopstatların sitoloji, histoloji və bakterioloji müayinəsi
 - ✓ nevroloji simptomlar müşahidə edilərsə KT və MRT müayinələrində patoloji dəyişikliklər aşkar ediləcəyi təqdirdə onurğa beyni mayesinin sitoloji, biokimyəvi və bakterioloji müayinəsi aparılmalıdır.

Miliar vərəmin müalicəsi

- ▶ Müalicə aparılmadığı təqdirdə bütün hadisələr letallıqla nəticələndiyi üçün müalicəyə mümkün qədər tez başlamaq lazımdır
- ▶ Kimyəvi terapiyanın empirik rejimi 1-ci müalicə rejiminə müvafiq olmalıdır: 2HRZE/4HRE (**B**)⁸⁰(*Cədvəl 3*)
- ▶ Uşaqlarda klinik əlamətləri və sümük-oynaq sisteminin zədələnməsi müşahidə olunmayan miliar vərəmin empirik müalicə rejimi 9 aya qədər uzadılır: 2HRZE/7HRE¹⁴
- ▶ Vərəm meningiti və ya sümük-oynaq sisteminin zədələnməsi müşahidə olunduqda və ya bu zədələnmələrə şübhə olduğu hallarda miliar vərəmi olan uşaqlar və ya yaşlı xəstələr üçün uyğunlaşdırılmış müalicə rejimi tövsiyə olunur: 2SHREZ/1HREZ/9HRE (*Cədvəl 3*)
- ▶ Dərmanlara davamlılıq aşkar olunduğu hallarda buna müvafiq müalicə rejimi təyin edilir (*Cədvəl 3*)
- ▶ Miliar vərəmi olan xəstələrdə MSS zədələnmələri, perikardit, eləcə də refrakter hipoksemiya əlamətləri kimi yanaşı ağırlaşmalar müşahidə edilərsə, kortikosteroidlərin (deksametazon) təyini tövsiyə edilir (**A**)⁸⁰
 - ✓ v/d, yavaş-yavaş şırıncıq və ya damcı üsulu ilə (kəskin və təxirəsalınmaz hallarda) və ya ə/d 4-20 mq gündə 3-4 dəfə (gündəlik doza 80 mq-a qədər), saxlayıcı doza 0,2-9 mq/gündə 3-4 gün ərzində, sonra daxilə qəbul ilə davam etdirilməklə. Uşaqlara deksometazon ə/d-nə 0,02776-0,16665 mq/kq hər 12-24 saatdan bir yeridilir. Müalicə tədricən dozanın azalması ilə kəsilir (sonda bir neçə kortikotropin inyeksiyası təyin olunur)
- ▶ Vərəm əleyhinə terapiya fonunda hepatotoksik reaksiyalar (bilirubin, transaminazaların səviyyəsinin 5 dəfədən artıq qalxması) müşahidə edildiyi hallarda izoniazidin, rifampisin və pirazinamidin təyini dayandırılmalı, müalicə streptomisin, etambutol və ftorxinolonların kombinasiyası ilə davam etdirilməlidir. Laborator göstəricilərin səviyyəsi normallaşdıqda və ya icazə verilən hədlərə qədər azaldıqda izoniazid, rifampisin və pirazinamidin təyini bərpa oluna bilər.

Urogenital orqanların vərəmi

ACKV-lər arasında urogenital orqanların vərəmi 20-30% təşkil edərək, vərəm plevriti və vərəm limfadenitindən sonra 3-cü yer tutur¹⁵. ACKV-lər arasında böyrək vərəmi də tez-tez təsadüf edilən formalardandır. Kişilərdə vərəm prosesinə prostat vəzi, toxum kisələri, xaya artımları və xayalar da qoşula bilər.

Uroloji vərəm və kişilərdə cinsi orqanların vərəmi

Adətən, vərəm zamanı böyrəklərin zədələnməsi bu orqana bilavasitə infeksiyanın təsiri nəticəsində, bəzi hallarda isə xronik ağciyər vərəminin fəsadı olaraq ikincili amiloidoz nəticəsində baş verir. Bu zaman adi üsullar ilə aparılan müalicəyə tabe olmayan dizurik pozuntular (tez-tez və ağrılı sidik ifrazı) müşahidə edilir. Ağrılar hematuriya, poliuriya, nikturiya ilə müşayiət olunur²¹. Xəstələrin 10%-dən az hissəsi böyrək sancılarında şikayət edir, 90% hallarda hematuriya ilə müşayiət edilən steril piuriya (əkmə üsulu ilə bakterial floraya müayinə nəticəsinin mənfi olması) müşahidə edilir. Bu, urogenital orqanların vərəmi üçün patognomonik simptom sayılır.

Səhər sidiyin 3 porsiyasının əkmə üsulu ilə müayinəsi VMB-ni aşkar etməyə və böyrəklərin fəal vərəmi diaqnozunu 90% hallarda təsdiqləməyə imkan verir. Venadaxili pieloqrafiya belə xəstələrdə böyrək ləyəciklərinin papilyar nekroz tipində zədələnməsini aşkar etməyə imkan verir. Gecikmiş formalarda sidikçıxarıcı yolların obstruksiyası əlamətləri (böyrək ləyəciklərinin və sidik axarlarının genişlənməsi) müşahidə edilir¹⁷. Böyrəklərin ikitərəfli xronik zədələnməsi, xüsusilə proses obstruktiv dəyişikliklə müşayiət olunduqda, yumaqcıqların filtrasiya qabiliyyətinin pozulması nəticəsində böyrək çatışmazlığı əlamətlərinin inkişafı ilə nəticələnir. Bu dəyişikliklərin progressivləşməsi nəticəsində xronik böyrək çatışmazlığı formalaşır. Qarın boşluğu orqanlarının USM-də çox vaxt böyrəklərdə kalsinatlar, daşlar, çapıqlaşma hidronefroz və ya sidik axarlarının strikturası, büzüşmüş sidik kisəsi, toxumaparıcı axarlarda, toxum qabarcıqlarında və prostat vəzində kalsinatlar kimi digər zədələnmələr aşkarlana bilər. Kişilərdə cinsi orqanların vərəm mənşəli zədələnmələri, adətən, böyrəklərdə olan ilkin ocaqdan infeksiyanın enən yolla kontakt və ya limfogen yayılması nəticəsində

formalaşır. Bu zaman xayaların ölçüsünün böyüməsi də müşahidə edilə bilər. Digər simptomlardan spermatozoidlərin sayının azalması (oliqospermiya) aşkarlana bilər.

Müalicə aparılmadıqda böyrək vərəmi pionefrozla və sidikçıxarıcı funksiyaların bir və ya hər iki böyrək tərəfindən itirilməsi ilə nəticələnə bilər. Eyni nəticə sidik kisəsinin büzüşməsi və sidik axarlarının çapıqlaşması zamanı müşahidə oluna bilər. Buna görə də ACKV-nin bu formasının vaxtında başlanmış və düzgün müalicəsi xəstəliyin proqnozunu təyin edir.

Qadın cinsiyyət üzvlərinin vərəmi

Qadın cinsiyyət üzvlərinin vərəmi əsasən sonsuzluğa görə aparılan diaqnostik müayinələr zamanı aşkarlanır. Vərəmin bu formasına 7-15% hallarda təsadüf edilir⁶². Adətən, bu zaman zədələnmə prosesi uşaqlıq borularının selikli qişasından başlayaraq müsarəqəyə, endometriuma, yumurtalıqlara, uşaqlıq boynuna və uşaqlıq yoluna yayılır. Bu proses həm simptomuz, həm də kəskin iltihab əlamətləri ilə inkişaf edə bilər. Xəstəliyin fəal fazasında çanaq nahiyəsində ağrılar, dismenoreya, vaginal qanaxmalar kimi əlamətlər müşahidə edilə bilər. Qadınlarda cinsi orqanların vərəminin diaqnostikasında yaranan problemlər bakterioloji müayinələrin informativliyinin və tuberkulin sınaqlarının spesifikliyinə aşağı səviyyədə olması ilə əlaqədardır. Eləcə də bu xəstəliyin diaqnostikasında rentgenoloji müayinə (histerosalpinqoqrafiya) və USM kifayət qədər effektiv deyil⁶⁹. Diaqnostik metodlardan ən informativ olan uşaqlıq daxilindən götürülmüş nümunələrin PZR müayinəsidir³⁴.

Adətən, bu klinik formaların müalicəsində kimyəvi terapiya yaxşı effekt verir və cərrahi müdaxiləyə nadir hallarda ehtiyac olur. Lakin bir çox hallarda səmərəli terapiya nəticəsində belə fertil funksiyanı bərpa etmək mümkün olmur. Bu hallarda alternativ müalicə kimi ekstrakorporal mayalanma tətbiq edilməlidir⁷.

Urogenital orqanların vərəminin diaqnostikası

- ▶ VMB-nin və onların dərmanlara həssaslığının təyin edilməsi məqsədilə aparılan bakterioloji müayinələr (sidiyin, uşaqlıq daxilindən götürülmüş nümunələrin):
 - ✓ səhər sidiyin 3 porsiyasının mikroskopiyası və əkilməsi
 - ✓ sidiyin, sidik və cinsi yollardan götürülmüş möhtəviyyatların qeyri-spesifik bakterial infeksiyalara görə əkilməsi
- ▶ bakterioloji müayinələr informativ olmadıqda VMB-ni aşkarlamaq məqsədi ilə PZR müayinəsi aparılmalıdır
- ▶ leykositlərin (piuriya) və eritrositlərin (hematuriya) təyini ilə sidiyin ümumi müayinəsi
- ▶ urogenital sistemin rentgenoloji müayinəsi (KT, ekskretor, retroqrad uroqrafiya, histerosalpinqoqrafiya daxil olmaqla), MRT
- ▶ urogenital sistemin USM-i
- ▶ böyrəklərin ekskretor funksiyasının müayinəsi (biokimyəvi, rentgenoloji, USM-funksional testlər)
- ▶ yuxarıda göstərilən müayinələr informativ olmadıqda və diaqnostikada şübhələr yaranan hallarda böyrəklərin, sidik kisəsinin və cinsi orqanların biopsiyası və alınan materialın sonrakı sitoloji, histoloji və bakterioloji müayinəsini aparmaq tövsiyə olunur

Urogenital orqanların vərəminin müalicəsi

- ▶ Urogenital orqanların (kişilərdə genital orqanların vərəmi istisna olmaqla) vərəminin müalicəsi zamanı 1-ci rejim təyin olunur: 2HREZ/4HRE (**B**)⁸⁰(*Cədvəl 3*)
- ▶ Kişilərdə ayrıca genital orqanların vərəminin müalicəsi 8 aylıq kimyəvi terapiya rejimi: 2 SHREZ/1HRE/5HRE tövsiyə edilir (**B**)⁸⁰
- ▶ VMB-nin DHT-nin aparılması hallarda empirik kimyəvi terapiya rejimi DHT nəzərə alınmaqla dəyişdirilməlidir (*Cədvəl 3*)
- ▶ Cərrahi müdaxiləyə göstəriş olduğu hallarda bu müdaxilələrin spektri (nefrostomiya, sidik axarlarının stendləşdirilməsi, nefrektomiya, sidik yollarında, sidik kisəsində plastik əməliyyatların aparılması) zədələnmələrin xarakterindən asılı olaraq seçilir.

Mədə-bağırsaq sistemi vərəmi

Mədə-bağırsaq vərəminə bağırsaqların, müsariqənin və mezenterial limfa düyünlərinin vərəmi aiddir. Digər qarın boşluğu orqanlarının vərəmi (qaraciyər, dalaq, böyrəküstü vəzilər) bir qayda olaraq miliar vərəmin təzahürü kimi qiymətləndirilir. Mədə-bağırsaq traktının vərəmi VMB ilə yoluxmuş bəlgəmin udulması nəticəsində, eləcə də hematogen yayılma və qonşu orqanlardan kontakt vasitəsi ilə yarana bilər⁵⁰. Bu zaman çox hallarda bağırsaqların divarında xoralar, bəzi hallarda isə selikli qişada induratlar (xorasız düyünlər) əmələ gəlir.

Mədə-bağırsaq sisteminin vərəmi ən çox ileosekal bucaqda və nazik bağırsağın acı (*jejunum*) hissəsinin qalca (*ileum*) hissəsinə keçən nahiyəsində lokalizə olunur. Xəstələr qarında ağrıdan, diareyadan, arıqlamadan, hərarətin qalxmasından şikayət edirlər. Qarının palpasiyası ağrının artması, melena və rektal qanaxmalara gətirə bilər. Palpasiya zamanı 25-50% hallarda qarının sağ aşağı kvadrantında bərk kütlələr aşkar olunur. Mədə-bağırsaq sistemi vərəminin inkişafı stenoz, bağırsağın perforasiyası, daxili və xarici fistulların əmələ gəlməsi kimi ağırlaşmalar ilə nəticələnə bilər. Düz bağırsağın spesifik prosesə cəlb olunması nəticəsində anal çatlar, pararektal abseslər, fistullar formalaşır. Barium ilə aparılan kontrast rentgenoqrafik müayinələrdə və ya kolonoskopiya zamanı bağırsaqların divarlarında xoralar, strikturalar olması, kor bağırsağın deformasiyası, ileosekal klapan çatışmazlığı, eləcə də fistullar aşkarlana bilər. Qarın boşluğunun KT müayinəsi isə bağırsaqdan xaricdə müsariqədə və mezenterial limfa vəzilərində olan zədələnmələri aşkarlamağa imkan verir.

Bağırsaq vərəmi ilə Kron xəstəliyinin diferensiasiyasını edərkən çox diqqətli olmaq lazımdır, belə ki, diaqnostikada olan səhvlər nəticəsində immunosupressiv terapiyanın aparılması vərəm prosesinin kəskin progressivləşməsinə və disseminə olunması ilə nəticələnir. Dəqiq diaqnostika kolono- və ya laporoskopik müayinələr zamanı əldə edilmiş biopstatların histoloji və bakterioloji (bakterioskopik və əkmə) müayinələrinə əsaslanır. Diferensial diaqnostika, eləcə də amöbiaz, bədxassəli törəmələr, iersinioz və aktinomikozlarla aparılmalıdır.

Bəzi hallarda müsaqirənin izolə edilmiş vərəminə – vərəm peritonitinə təsadüf edilir. Bunun üçün tədricən inkişaf edən assit, qarında ağrılar və hərərətin qalxması kimi əlamətlər səciyyəvidir. Peritoneal maye ekssudat xarakterli olub, tərkibindəki zülalın qanın plazmasının zülalına olan nisbəti 1,1q/dl-dən az, leykositlərin miqdarı limfositlər üstünlük təşkil etməklə 150-4000/mm³-dir. Peritoneal ekssudatda bakterioskopik müayinə ilə çox nadir hallarda VMB-ni aşkarlamaq mümkün olur, kultural müayinələr isə yalnız 30% hallarda müsbət nəticə verir. ADA-nın 33 U/L-dən yuxarı olması vərəm peritoniti üçün xarakterik əlamət sayılır. Müsaqirənin laparoskopik üsulla alınmış nümunəsinin histoloji müayinəsi 95% hallarda müsbət nəticə verdiyi üçün bu müayinə üsulu diaqnozu təsdiqləmək üçün vacibdir⁵⁰.

Mədə-bağırsaq sistemi vərəminin diaqnostikası

- ▶ Qarın boşluğunun laporosentezi
- ▶ USM ilə istiqamətləndirilən qarın boşluğunun NİAB-ı
- ▶ Qarın boşluğundan (periton, müsaqirə, limfa vəziləri) götürülmüş patoloji materialın biopsiyası zamanı vərəm qranulyomalarının və onun komponentlərinin aşkarlanmasına yönəldilmiş histoloji müayinə
- ▶ VMB-ni və onların dərmanlara həssaslıq testini təyin etmək üçün əldə edilən materialın (bioptatın, nəcisin, qarın boşluğundan alınmış bioptatın) bakterioloji müayinəsi
- ▶ Qarın boşluğundan alınmış bioptatın sitoloji, biokimyəvi müayinəsi, o cümlədən ADA-nın təyini
- ▶ Bakterioloji müayinələr müsbət nəticə vermədikdə patoloji materialın PZR müayinəsi
- ▶ Qarın boşluğunun, KT müayinəsinə üstünlük verilməklə, rentgenoqrafik müayinəsi, eləcə də bağırsaqların barium məhlulu ilə kontrast rentgenoqrafik müayinəsi
- ▶ Qarın boşluğu orqanlarının USM-i

Yuxarıda göstərilən metodlarla müayinələrin nəticələri şübhə doğurduğu hallarda bağırsaqlar və digər orqanlardan kolonoskopik və ya laparoskopik yolla əldə edilmiş materialın histoloji və bakterioloji müayinəsi göstərişdir.

Mədə-bağırsaq sistemi vərəminin müalicəsi

Müalicə kombinə edilmiş kimyəvi terapiyaya əsaslanır.

- ▶ Fəsadlaşmamış mədə-bağırsaq vərəminin müalicəsi üçün ACKV-nin adi formalarında istifadə olunan müalicə rejimi tövsiyə olunur: 2HREZ/4HRE (B)⁸⁰ (Cədvəl 3)
- ▶ Fəsadlaşmış mədə-bağırsaq traktı (bir neçə qrup limfa düyünlərinin vərəm prosesinə cəlb olunması, fistulların əmələ gəlməsi, assitlə fəsadlaşmış mezadenitlər) müalicəsində 8 aylıq müalicə rejimi: 2SHREZ/1HREZ/5HRE tövsiyə olunur
- ▶ Dərmanlara həssaslıq testin nəticəsi məlum olduqda kimyəvi terapiyanın empirik rejimi ona uyğun olaraq tənzimlənir
- ▶ Cərrahi müdaxilələr bağırsaq keçməzliyi, bağırsağın perforasiyası, bağırsaq ilgəkləriarası abseslər kimi fəsadlar olduqda həyati göstərişlər əsasında aparılır

Dəri vərəmi

Dəri vərəmi VMB-nin həm ekzogen yolla dəri tamlığının travmatik və digər mənşəli pozulmasından, həm də orqanizmin daxilində olan ocaqlardan limfogen yayılması nəticəsində yaranır. Dəri vərəminin klinik təzahürləri çox müxtəlif olub, VMB-nin orqanizmə daxil olma yollarından (ekzogen və ya endogen yoluxma), immun sistemin vəziyyətindən və dəridəki zədələnmə ocağında VMB populyasiyalarının kəmiyyətindən asılıdır²³. Dəri vərəminin diaqnostikasının əsasını klinik təzahürlərin və xəstənin anamnezinin dəqiq qiymətləndirilməsi, dəridən götürülən biopstatın və patoloji möhtəviyyatın bakterioloji, histoloji və PZR müayinəsi təşkil edir. Zədələnmə nahiyəsi dəri səthinin böyük hissəsini əhatə etdikcə VMB-ni mövcud olan bütün müayinə üsulları ilə (mikroskopiya, əkmə, histoloji müayinə, PZR müayinə) aşkarlamaq mümkün olur. Bəzi dəri əlamətləri paraspesifik xarakter daşıyır və hiperhəssaslıq tipində inkişaf edir. Bu hallarda VMB-ni heç bir üsulla aşkarlamaq olmur, diaqnostika klinik əlamətlərə və xəstəlik tarixçəsinə əsaslanır. Dəri vərəminin müasir təsnifatı VMB-nin zədələnmə ocağına daxil olma yollarına və ocaqda infeksiyanın kəmiyyətinə əsaslanır.

VMB-nin zədələnmə ocağına daxil olma yollarına əsaslanan təsnifat:

- ▶ Ekzogen mənşəli

- ✓ vərəm şankrı, dərinin ziyiləbənzər vərəmi, ekzogen qurdeşənəyi
- ▶ Endogen (təmas) mənşəli
 - ✓ skrofuloderma, orofasial vərəm
- ▶ Hematogen mənşəli
 - ✓ kəskin miliar vərəm, metastatik (qummatoz) vərəm absesi, papulonekrotik tuberkulid, hematogen qurdeşənəyi
- ▶ Limfogen mənşəli
 - ✓ endogen limfogen qurdeşənəyi

Dəri vərəminin zədələnmə ocağındakı VMB-nin kəmiyyətinə əsaslanan təsnifat:

- ▶ Kütləvi zədələnmə ilə
 - ✓ vərəm şankrı, skrofuloderma, orofasial vərəm, kəskin miliar vərəm, metastatik (qummatoz) vərəm absesi
- ▶ Oliqobasilyar zədələnmələr
 - ✓ dərinin ziyiləbənzər vərəmi, qurdeşənəyi, papulonekrotik tuberkulid

Dəri vərəminin diaqnostikası

Laborator testlər dərinin VMB ilə yalnız kütləvi zədələnməsi zamanı kifayət qədər həssas olur. Ona görə də diaqnostikanın əsasını klinik təzahürlərin və xəstəlik tarixinin ətraflı öyrənilməsi təşkil edir. Ümumi praktika həkimlərinin risk qrupuna daxil olan şəxslərdə dəri vərəminin olmasına görə şübhələri yüksək olmalıdır. Dəri vərəminə şübhə olduqda ağciyər və ağciyərdənkənar mövcud ola biləcək vərəm ocaqlarının aşkarlanması istiqamətində müayinələrin aparılması vacibdir.

Dəri vərəminin diaqnostika metodları:

- ▶ İİV-ə görə müayinə
- ▶ Ağciyərlərin rentgenoqrafik müayinəsi
- ▶ Fistulların, xoraların, çatların, irinli ifrazatın müşahidə edildiyi hallarda patoloji materialın:
 - ✓ bakterioloji müayinəsi (mikroskopik və əkmə)
 - ✓ PZR müayinəsi
 - ✓ VMB-ni və qranulyomatoz iltihab elementlərini aşkarlamaq məqsədi ilə sitoloji müayinəsi
- ▶ Dəridə olan patoloji törəmələrin biopsiyası və bioptatın yoxlanması:

- ✓ bakterioloji müayinəsi (mikroskopiya və əkmə üsulu ilə)
- ✓ PZR müayinəsi
- ✓ VMB-ni və qranulyomatoz iltihab elementlərini aşkarlamaq məqsədi ilə sitoloji müayinəsi

Dəri vərəminin müalicəsi

Dəri vərəmi olan xəstələrin müalicəsi 2HREZ/4HRE rejimi üzrə aparılır **(B)**⁸⁰ (*Cədvəl 3*)

- ▶ DHT-nin nəticəsi əldə edildikdə empirik müalicə rejimi dərmanlara həssaslıq tipi nəzərə alınaraq dəyişdirilir (*Cədvəl 3*)
- ▶ Göstəriş olduğu hallarda yaraların cərrahi işləməsi həyata keçirilir

Göz vərəmi

Gözlərin vərəm mənşəli zədələnmələri gözün ön və arxa seqmentlərinin zədələnmələrinə bölünür. Belə bölgünün rasionallığı bu patologiyanın diaqnostikasına olan müxtəlif yanaşmalarla əlaqədardır. Ən çox arxa seqment zədələnmələri: arxa uveitlər (xorioidit, xorioretinit), neyretinit və optik neyropatiyalar müşahidə edilir. Ön seqment zədələnmələri arasında ən çox təsadüf edilənləri ön uveitlər (irit, iridosiklit), diffuz və ya düyünlü (fliktenulyoz) sklerit, keratokonyuktivitlərdir. Damarlı qişanın total zədələnmələri (panuveitlər) də tez-tez təsadüf edilən zədələnmələrə aiddir.

Ağciyərlərin və ağciyərlərdənkənar orqanların fəal vərəmi olan xəstələrdə gözlərin zədələnmələri 1,4-18% hallarda müşahidə olunur^{11,12}. Uveit diaqnozu qoyulan xəstələrin 1-6,9%-də proses vərəm mənşəli olur^{6,86}. Göz vərəmi olan xəstələrin əksər hissəsi müraciət əsnasında aşkarlanır.

Xəstələrin 43,7%-də göz vərəmi gecikmiş mərhələlərdə aşkarlanır ki, bu da xəstəliyin bu forması barədə sayıqlığın aşağı səviyyəsinə dəlalət edir.

Göz vərəmi bütün göz xəstəlikləri arasında 1,3-5% təşkil edir. Damarlı qişaların iltihabi xəstəlikləri (uveitlər) arasında hadisələrin 6,8-63%-ni vərəm üveitləri təşkil edir^{38,61}. Cavan yaşlarda, adətən, arxa uveitlər (xorioretinit) erkən mərhələdə, 50 yaşdan sonra ön uveitlərə (iritlər, iridosiklitlər) təsadüf edilir və adətən, bu zaman proses gecikmiş fazada aşkarlanır.

Gözlərin vərəmlə zədələnməsi bilavasitə VMB-nin təsirindən, eləcə də vərəm antigenlərinə qarşı göz strukturlarında əmələ gələn reaktiv iltihab nəticəsində mümkündür. Gözlərin vərəmi zamanı müşahidə olunan morfoloji dəyişikliklər (skleranın fliktenulyoz iltihabı, konyuktivitlər, buynuzlu qişanın xoraları və ya interstisial dəyişiklikləri, sinexiyalar, qüzehli qişanın, siliar cismin və xorionun qranulyomaları, torlu qişadakı damar dəyişiklikləri) spesifik olmayıb, digər göz xəstəliklərində də (sarkoidoz, sifilis, Laym xəstəliyi, İİV infeksiyası) müşahidə edilir. Vərəm prosesi, adətən, histoloji və bakteriolji müayinələrin aparılması məqsədi ilə biopsiyanın aparılması və ya digər patoloji materialların alınması qeyri-mümkün olan gözün daxili strukturlarını (uveitlər, retinitlər) zədələməsi səbəbindən göz vərəminin diaqnostikası xeyli çətinləşir. Gözdən alınan möhtəviyyatın bakterioloji müayinəsi də çox nadir hallarda müsbət nəticə verir. Tuberkulin sınaqları və İGRA testlərinin tətbiqi vərəmin latent və ya fəal formalarını diferensə etməyə imkan vermir. Bütün bunlarla əlaqədar olaraq əksər hallarda klinik əlamətlərə, vizual simptomatikaya, xəstəliyin anamnezinə, ağciyərlərdə və ağciyərlərdənkənar orqanlarda fəal vərəm prosesinin olmasına əsasən göz vərəmindən şübhələnmək olar. Zədələnmənin vərəm mənşəli olması haqqında son qərarı yalnız vərəm əleyhinə müalicənin müsbət nəticəsinə əsaslanaraq vermək olar.

Son illər VMB-ni təyin etmək məqsədilə şüşəyəbənzər cismin maye mühitinin PZR-nin miqdarına əsaslanan diaqnostika metodu geniş tətbiq olunmaqdadır. Retinal vaskuliti (İlz xəstəliyi) və VMB-nin DNT səviyyəsi $1,52 \times 10^4$ - $1,01 \times 10^4$ diapazonunda olan xəstələr qrupunda bu müayinə üsulu 50% hallarda müsbət nəticə əldə etməyə imkan verir⁷⁶.

Müalicənin effektivliyi diaqnozun vaxtında qoyulmasından və kimyəvi terapiyaya başlanma müddətindən asılıdır. Adətən, standart kimyəvi terapiyanın təyini tam sağalma ilə nəticələnir, lakin bəzi hallarda görmə funksiyasının tam bərpası mümkün olmur.

Göz vərəminin diaqnostikası

- ▶ Vərəmi olan xəstə ilə təmas, keçmişdə və hazırda latent və ya fəal vərəm infeksiyasının mövcud olması haqqında məlumatlar daxil olmaqla xəstəlik tarixinin ətraflı və diqqətlə öyrənilməsi
- ▶ Ağciyər və ağciyərdənkənar orqanların vərəmini aşkar etmək məqsədilə kompleks diaqnostik müayinələrin aparılması
- ▶ Göz qapaqlarının xarici müayinəsi daxil olmaqla göz yaşı kisəsinin və göz yaşı kanallarının, skleranın, konyunktivanın, buynuzlu qişanın oftalmoloji müayinəsi
- ▶ Torlu qişanın flüoresent angioqrafiya (FAQ) metodu ilə müayinəsi daxil olmaqla göz dibinin müayinəsi
- ▶ Optik kogerent tomoqrafiya və USM
- ▶ Diaqnozu dəqiqləşdirməyə ehtiyac olduqda şüşəyəbənzər cismin punksiyası və VMB-nin PZR kəmiyyətinə əsaslanan müayinəsi

Göz vərəminin müalicəsi^{11,12,29,38}

- ▶ Görmə sinirinə yan təsirləri nəzərə alınaraq göz vərəminin müalicəsində etambutolun təyini tövsiyə edilmir
- ▶ Əsas müalicə rejimində etambutolun streptomisin ilə əvəz edilməsi tövsiyə olunur, 2HRZS/4HR
- ▶ DHT-nin nəticəsi əldə edildikdən sonra empirik müalicə rejimi (etambutol müalicə rejimindən çıxarılmaq şərti ilə) həssaslıq testinin nəticələrinə əsasən dəyişdirilir (*Cədvəl 3*)
- ▶ Fəsadlar meydana gəldikdə (gözdaxili qanaxmalar, torlu qişanın qopması və s.) cərrahi müdaxilələr tətbiq edilir

Ədəbiyyat:

1. Xəstəliklərin və sağlamlıqla bağlı problemlərin beynəlxalq statistik təsnifatı; 10-cu baxış. - I cild. - Cenevrə, Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı. - 2002. - 470.
2. Qurbanova M.B., Şıxəliyev Y.Ş., Məmmədbəyov E.N., Şıxlinskaya M.A. Vərəm xəstəliyinin profilaktikasında tuberkulin sınağının tətbiqi və nəticəsinin qiymətləndirilməsi. Metodik təlimat. Bakı, "Elm" nəşriyyatı. - 2006. - 36.
3. Şıxəliyev Y.Ş. Vərəm xəstəliyinin erkən aşkarında bakterioloji müayinə metodunun təşkili. Metodik təlimat. Bakı, "Elm" nəşriyyatı. - 2001. - 32.
4. Şıxəliyev Y.Ş. Vərəm xəstəliyinin epidemiologiyası gərgin olan regionlarda vərəm əleyhinə tədbirlərin intensiv şəkildə aparılma metodları. Metodik vəsait. Bakı, "Elm" nəşriyyatı. - 2003. - 150.
5. Şıxlinskaya M.A., Şıxəliyev Y.Ş., Məmmədbəyov E.N., Qurbanova M.B. Turşuya davamlı mikobakteriyaların aşkarlanması üçün mikroskopik tədqiqatların aparılması üsulları. Metodik təlimat. Bakı, "Elm" nəşriyyatı. - 2006. - 56.
6. Abrahams I.W., Jiang Y.Q. Endogenous uveitis in a Chinese ophthalmological clinic. [Electronic resource]. Arch Ophthalmol. - March, 1986. - Vol.104 (№3). - p 444-6. - Available at: <http://archopht.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=635971> (01.06.2014).
7. Aliyu MH, Aliyu SH, Salihu HM. Female genital tuberculosis: a global review. [Electronic resource]. Int J Fertil Womens Med. - May-Jun, 2004. - Vol.49 (№3). - p 123-36. - Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15303314#> (01.06.2014).
8. Anyanwu C.H., Nassau E., Yacoub M. Miliary tuberculosis following homograft valve replacement. [Electronic resource]. Thorax. - 1976. - p 101-6. - Available at: <http://thorax.bmj.com/content/31/1/101.long> (01.06.2014).
9. Asada Y. [et al.] Miliary tuberculosis presenting as fever and jaundice with hepatic failure. [Electronic resource]. Hum Pathol - 1991. - p 92-4. - Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1985084> (01.06.2014).
10. Barbagallo J. [et al.] Cutaneous tuberculosis: diagnosis and treatment. [Electronic resource]. Am J Clin Dermatol. - 2002 -

- 3(5) - p 319-328. - Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12069638> (01.06.2014).
11. Biswas J. [et al.]. Intraocular tuberculosis. Clinicopathologic study of five cases. [Electronic resource]. *Retinal*. - 1995 - p 461–68. - Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8747438> (01.06.2014).
 12. Bouza E. [et al.]. Ocular tuberculosis. A prospective study in a general hospital. [Electronic resource]. *Medicine (Baltimore)*. - 1997. - p 53–61. - Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9064488> (01.06.2014).
 13. Chaisson R.E. [et al.]. Tuberculosis in patients with the acquired immunodeficiency syndrome: Clinical features, response to therapy, and survival. [Electronic resource]. *Am Rev Respir Dis* - 1987 - Vol.136 (№3) - p 570-4. - Available at: <http://www.atsjournals.org/doi/abs/10.1164/ajrccm/136.3.570?prevSearch=Chaisson+.Tuberculosis++acquired+immunodeficiency+syndrome.&searchHistoryKey> (01.06.2014).
 14. Chemotherapy for tuberculosis in infants and children. American Academy of Pediatrics Committee on Infectious Diseases. [Electronic resource]. *Pediatrics* - 1992. - p 161-5. - Available at: <http://pediatrics.aappublications.org/content/89/1/161.full.pdf> (01.06.2014).
 15. Colbert G., Richey D., Schwartz J.C. Widespread tuberculosis including renal involvement. [Electronic resource]. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. - 2012 Jul - Vol.25(№3) - p 236-9. - Available at: http://www.baylorhealth.edu/Documents/BUMC%20Proceedings/2012%20Vol%2025/No.%203/25_3_Colbert.pdf (01.06.2014).
 16. Cope A.P., Heber M., Wilkins E.G. Valvular tuberculous endocarditis: a case report and review of the literature. [Electronic resource]. *J Infect* - Nov, 1990. - Vol.21(№3) – p.293-6. - Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2125624> (01.06.2014).
 17. Daher E.de F., da Silva G.B. Jr., Barros E.J. Renal tuberculosis in the modern era. [Electronic resource] // *The American Society of Tropical Medicine and Hygiene // Am J Trop Med Hyg.* - Jan, 2013. - Vol.88 (№1) - p.54-64. - Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3541747/pdf/tropmed-88-54.pdf>

18. Diagnostic standards and classification of tuberculosis in adults and children. [Electronic resource]. American Thoracic Society, CDC. *Am J Respir Crit Care Med.* - 2000. - 161(4 pt 1) - p 1376-95. - Available at: <http://www.cdc.gov/tb/publications/pdf/1376.pdf> (01.06.2014).
19. Dixon W.G.[et al.]. Drug-specific risk of tuberculosis in patients with rheumatoid arthritis treated with anti-TNF therapy: results from the British Society for Rheumatology Biologics Register (BSRBR). [Electronic resource]. BSR BR Control Centre Consortium, Symmons DP. *Ann Rheum Dis.* - 2010. - p. 522-8. - Available at: <http://ard.bmj.com/content/69/3/522.full.pdf+html?sid=419e2806-4258-4ba3-a534-7c85a1ee6cee> (01.06.2014).
20. Dooley DP, Carpenter JL, Rademacher S. Adjunctive corticosteroid therapy for tuberculosis: a critical reappraisal of the literature. *Clin Infect Dis* - 1997. - p.872-87. - Available at: <http://cid.oxfordjournals.org/content/25/4/872.long> (01.06.2014).
21. Eastwood J.B., Corbishley C.M., Grange J.M. Tuberculosis and the kidney. [Electronic resource]. *J Am Soc Nephrol* 12. - p.1307-1314. - Available at: <http://jasn.asnjournals.org/content/12/6/1307.full.pdf> (01.06.2014).
22. Felson B, Akers PV, Hall GS, et al. Mycotic tuberculous aneurysm of the thoracic aorta. *JAMA.* - 1977. - 237:1104-8. - Available at: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=351861> (01.06.2014).
23. Frankel A, Penrose C, Emer J. Cutaneous tuberculosis: a practical case report and review for the dermatologist. [Electronic resource] *J Clin Aesthet Dermatol.* - Oct 2, 2009. - (10):19-27. - Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2923933/pdf/jcad_2_10_19.pdf (01.06.2014).
24. Geldmacher H, Taube C, Kroeger C, et al. [Electronic resource]. Assessment of lymph node tuberculosis in northern Germany: a clinical review. - 2002. - *Chest* 121: 1177-1182. - Available at: <http://journal.publications.chestnet.org/data/Journals/CHEST/21976/1177.pdf> (01.06.2014).
25. Gelmanova IY, Keshavjee S, Golubchikova VT, et al. Barriers to successful tuberculosis treatment in Tomsk, Russian Federation: non-adherence, default and the acquisition of multidrug resistance. [Electronic resource]. *Bull World Health Organ.* -

2007. - p:85(9):703-11. - Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2636414/pdf/06-038331.pdf> (01.06.2014).
26. Golden MP, Vikram HR. Extrapulmonary tuberculosis: an overview. [Electronic resource]. *Am Fam Physician*. - 2005. - 72(9):1761-8. - Available at: <http://www.aafp.org/afp/2005/1101/p1761.pdf> (01.06.2014).
27. Gopi A, Madhavan SM, Sharma SK, Sahn SA. Diagnosis and treatment of tuberculous pleural effusion in 2006. [Electronic resource]. *Chest*. - 2007. - 131(3):880-9. - Available at: <http://journal.publications.chestnet.org/data/Journals/CHEST/22054/880.pdf> (01.06.2014).
28. Grosskopf I, Ben David A, Charach G, et al. Bone and joint tuberculosis a 10-year review. *Isr J Med Sci*. - 1994. - 30:278-83. - Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8175329> (01.06.2014).
29. Gupta A, Gupta V, Rao NA. Intraocular tuberculosis - an update. [Electronic resource]. *Surv Ophthalmol*. - Nov-Dec, 2007. - 52(6):561-87. - Available at: [http://www.surveyophthalmol.com/article/S0039-6257\(07\)00192-0/pdf](http://www.surveyophthalmol.com/article/S0039-6257(07)00192-0/pdf) (01.06.2014).
30. Gupta PP, Mehta D, Agarwal D, Chand T. Recurrent pneumothorax developing during chemotherapy in a patient with miliary tuberculosis. [Electronic resource]. *Ann Thorac Med*. - 2007. - 2:173-5. - Available at: http://www.thoracicmedicine.org/temp/AnnThoracMed24173-1673979_043859.pdf (01.06.2014).
31. Hussain W, Mutimer D, Harrison R, Hubscher S, Neuberger J. [Electronic resource]. Fulminant hepatic failure caused by tuberculosis. - 1995. - 36:792-4. - Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1382689/pdf/gut00523-0166.pdf> (01.06.2014).
32. Jiang J, Shi HZ, Liang QL, Qin SM, Qin XJ. Diagnostic value of interferon-gamma in tuberculous pleurisy: a metaanalysis. [Electronic resource]. *Chest*. - 2007. - 131(4):1133-41. - Available at: <http://journal.publications.chestnet.org/data/Journals/CHEST/22055/1133.pdf> (01.06.2014).
33. Jindal UN. An algorithmic approach to female genital tuberculosiscausing infertility. [Electronic resource]. *Int J Tuberc Lung Dis*. - 2006. - 10:1045-1050. - Available at: http://docstore.ingenta.com/cgi-in/ds_deliver/1/u/d/ISIS/788196

- 82.1/iatld/ijtd/2006/00000010/00000009/art00019/88C4F7ED1C3229BB140714262098765017A5ADC6AC.pdf?link=http://www.ingentaconnect.com/error/delivery&format=pdf (01.06.2014).
34. Jindal UN, Bala Y, Sodhi S, Verma S, Jindal S. [Electronic resource]. Female genital tuberculosis: early diagnosis by laparoscopy and endometrial polymerase chain reaction. *Int J Tuberc Lung Dis.* - 2010. - 14(12):1629-34. - Available at: http://docstore.ingenta.com/cgibin/ds_deliver/1/u/d/ISIS/78819719.1/iatld/ijtd/2010/00000014/00000012/art00022/450EFB324C2CE6FA14071428336DEC6C676314C8C5.pdf?link=http://www.ingentaconnect.com/error/delivery&format=pdf (01.06.2014).
35. Jones BE, Young SM, Antoniskis D, Davidson PT, Kramer F, Barnes PF. [Electronic resource]. Relationship of the manifestations of tuberculosis to CD4 cell counts in patients with human immunodeficiency virus infection. *Am Rev Respir Dis.* - 1993. - 148:1292-7. - Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7902049> (01.06.2014).
36. Kataria YP, Khurshid I. Adenosine deaminase in the diagnosis of tuberculous pleural effusion. [Electronic resource]. *Chest.* - 2001. - 120:334-6. - Available at: <http://journal.publications.chestnet.org/data/Journals/CHEST/21965/334.pdf> (01.06.2014).
37. Kennedy DH, Fallon RJ. [Electronic resource]. Tuberculous meningitis. *JAMA.* - 1979. - 241:264-8. - Available at: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=363219> (01.06.2014).
38. Khokkanen VM, Iagafarova RK. Clinical and epidemiological characteristics of patients with eye tuberculosis. [Electronic resource]. *Probl Tuberk.* - 1998. - 6:14-5. - Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10067341> (01.06.2014).
39. Kim JH, Langston AA, Gallis HA. [Electronic resource]. Miliary tuberculosis: epidemiology, clinical manifestations, diagnosis, and outcome. *Rev Infect Dis.* - 1990. - 12:583-90. - Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2385765> (01.06.2014).
40. Kollins SA, Hartman GW, Carr DT, Segura JW, Hattery RR. Roentgenographic findings in urinary tract tuberculosis. [Electronic resource]. A 10 year review. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med.* - 1974. - 121(3):487-99. - Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4846564> (01.06.2014).

41. Lai-Chong JE, Perez A, Tang V, et al. Cutaneous manifestations of tuberculosis. [Electronic resource]. *ClinExpDermatol.* - 2007. - 32(4):461-466. - Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.13652230.2007.02352.x/abstract;jsessionid=A1896C27BE1AF5C572A974EC1FB82407.f02t04> (01.06.2014).
42. Lal N, Soto-Wright V. Peritoneal tuberculosis: diagnostic options. [Electronic resource]. *Infect Dis ObstetGynecol.* - 1999. - 7:244-247. - Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1784748/pdf/10524670.pdf> (01.06.2014).
43. Lee MP, Chan JW, Ng KK, Li PC. Clinical manifestations of tuberculosis in HIV-infected patients. [Electronic resource]. *Respirology.* - 2000. - 5:423-426. - Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11192558> (01.06.2014).
44. Le Saux N. Canadian Paediatric Society, Infectious Diseases and Immunization Committee. [Electronic resource]. Biologic response modifiers to decrease inflammation: Focus on infection risks. *Paediatr Child Health.* - 2012. - 17(3):147-54. - Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3287096/pdf/pch17147.pdf> (01.06.2014).
45. Liang QL, Shi HZ, Wang K, Qin SM, Qin XJ. [Electronic resource]. Diagnostic accuracy of adenosine deaminase in tuberculous pleurisy: a meta-analysis. - Epub 2008, Jan 28. - Available at: [http://www.resmedjournal.com/article/S0954-6111\(07\)00506-9/pdf](http://www.resmedjournal.com/article/S0954-6111(07)00506-9/pdf) (01.06.2014).
46. Lifeso RM, Weaver P, Harder EH. [Electronic resource]. Tuberculous spondylitis in adults. *JBone Joint Surg Am.* - 1985. - 67:1405-13. - Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4077912> (01.06.2014).
47. Lima NA, Vasconcelos CC, Filgueira PH, et al. [Electronic resource]. Review of genitorurinary tuberculosis with focus on end-stage renal disease. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo.* - 2012. - 54:57–60. - Available at: <http://www.scielo.br/pdf/rimtsp/v54n1/a11v54n1.pdf> (01.06.2014).
48. Madhavan HN, Therese KL, Gunisha P, Jayanthi U, Biswas J. [Electronic resource]. Polymerase chain reaction for detection of *Mycobacterium tuberculosis* in epiretinal membrane in Eales' disease. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* - 2000. - 41(3):822-5. // Mallinson WJ, Fuller RW, Levison DA, Baker LR, CattellWR.

- Diffuse interstitial renal tuberculosis - an unusual cause of renal failure. *Q J Med.* - 1981. - 50:137-48. - Available at: <http://www.iovs.org/content/41/3/822.full.pdf+html> (01.06.2014).
49. Marais S, Meintjes G, Pepper DJ, Dodd LE, Schutz C, et al. [Electronic resource]. Frequency, severity, and prediction of tuberculous meningitis immune reconstitution inflammatory syndrome. *Clin Infect Dis.* - 2013. 56(3):450-60. - doi: 10.1093/cid/cis899. // Epub 2012, Oct 24. - Available at: <http://cid.oxfordjournals.org/content/56/3/450.full.pdf+html> // <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3540040/pdf/cis899.pdf> (01.06.2014).
 50. Marshall JB. Tuberculosis of the gastrointestinal tract and peritoneum. [Electronic resource]. *Am J Gastroenterol.* - 1993. - 88:989-99. - Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8317433> (01.06.2014).
 51. Mayosi BM, Ntsekhe M, Volmink JA, Commerford PJ. Interventions fortreating tuberculous pericarditis. [Electronic resource]. *Cochrane Database Syst Rev.* - 2002. - (4):CD000526. - Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10796550> (01.06.2014).
 52. Meintjes G, Lawn SD, Scano F, et al. [Electronic resource]. Tuberculosis-associated immunereconstitution inflammatory syndrome: case definitions for use in resource-limited settings. *Lancet Infect Dis.* - 2008. - 8:516-23. - Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2804035/pdf/ukmss-5154.pdf> (01.06.2014).
 53. Mert A, Bilir M, Tabak F, Ozaras R, Ozturk R, Senturk H, et al. [Electronic resource]. Miliary tuberculosis: clinical manifestations, diagnosis and outcome in 38 adults. *Respirology.* - 2001. - 6:217-24. - Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11555380>
 54. Molavi A, Le Frock JL. [Electronic resource]. Tuberculous meningitis. *Med Clin North Am.* - 1985. - 69:315-31. - Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3990437> (01.06.2014).
 55. Morano Amado LE, Amador Barciela L, et al. Extracorporeal shock wave lithotripsy complicated with miliary tuberculosis. [Electronic resource]. *J Urol.* - 1993. - 149:1532-4. - Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8501805> (01.06.2014).

56. Moussa OM, Eraky I, El-Far MA, Osman HG, Ghoneim MA. [Electronic resource]. Rapid diagnosis of genitourinary tuberculosis by polymerase chain reaction and non-radioactive DNA hybridization. - August, 2000. - Vol.164 (2). - p584-588. - Available at: [http://www.jurology.com/article/S0022-5347\(05\)67427-7/pdf](http://www.jurology.com/article/S0022-5347(05)67427-7/pdf) (01.06.2014).
57. Muneef MA, Memish Z, Mahmoud SA, et al. Tuberculosis in the belly: a review of forty-six cases involving the gastrointestinal tract and peritoneum. *Scand J Gastroenterol.* - 2001. - 36:528-532. - Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11346208> (01.06.2014).
58. Nagesh BS, Sehgal S, Jindal SK, Arora SK. Evaluation of polymerase chain reaction for detection of *Mycobacterium tuberculosis* in pleural fluid. [Electronic resource]. *Chest.* - 2001. - 119:1737-41. - Available at: <http://journal.publications.chestnet.org/data/Journals/CHEST/21963/1737.pdf> (01.06.2014).
59. Naidoo K, Baxter C, Abdool Karim SS. When to start antiretroviral therapy during tuberculosis treatment? [Electronic resource]. *Curr Opin Infect Dis.* - 2013, February. - 26(1):35-42. - Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3616247/pdf/nihms448558.pdf> (01.06.2014).
60. Nodieva A, Jansone I, Broka L, Pole I, Skenders G, Baumanis V. Recent nosocomial transmission and genotypes of multidrug-resistant *Mycobacterium tuberculosis*. [Electronic resource]. *Int J Tuberc Lung Dis.* - 2010. - 14(4):427-33. http://docstore.ingenta.com/cgi-bin/ds_deliver/1/u/d/ISIS/79256203.1/iuatld/ijtd/2010/00000014/00000004/art00010/1E01DE7A97DC03CE1411451304384B109365161B37.pdf?link=http://www.ingentaconnect.com/error/delivery&format=pdf (01.06.2014).
61. Norn M. Ophthalmic tuberculosis, especially in Denmark. [Electronic resource]. *Dan Medicinhist Arbog.* - 2001. - 212-8. - Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11855372> (01.06.2014).
62. Parikh FR, Naik N, Nandkarni S G, Soonawala S B, et al. Genital tuberculosis: a major pelvic factor causing infertility in Indian women. [Electronic resource]. *Fertil Steril.* - 1997. - 67:497-500. - Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9091337> (01.06.2014).

63. Portillo-Gomez L, Morris SL, Panduro A. Rapid and efficient detection of extrapulmonary Mycobacterium tuberculosis by PCR analysis. [Electronic resource]. *Int J Tuberc Lung Dis.* - 2000. - 4(4):361-370. http://docstore.ingenta.com/cgi-bin/ds_deliver/1/u/d/ISIS/79256653.1/iatld/ijtd/2000/00000004/00000004/art00014/1935E9CDCB1E326B1411455695D9CE99AED302ECE9.pdf?link=http://www.ingentaconnect.com/error/delivery&format=pdf (01.06.2014).
64. Prasad K, Singh MB. Corticosteroids for managing tuberculous meningitis. (Review). [Electronic resource]. *Cochrane Database Syst Rev.* - 2008. - 23(1):CD002244. - Available at: <http://www.thecochranelibrary.com/userfiles/ccoch/file/CD002244.pdf> (01.06.2014).
65. Rabe J, Neff KW, Lehmann KJ, Mechttersheimer U, Georgi M. Miliary tuberculosis after intravesical bacille Calmette-Guerin immunotherapy for carcinoma of the bladder. [Electronic resource]. *AJR AmJ Roentgenol.* - 1999. - 172:748-50. - Available at: <http://www.ajronline.org/doi/pdf/10.2214/ajr.172.3.10063874> (01.06.2014).
66. Rao NA, Saraswathy S, Smith RE. Tuberculous uveitis: distribution of Mycobacterium tuberculosis in the retinal pigment epithelium. *Arch Ophthalmol.* - 2006. - 124(12):1777-1779. - Available at: http://archophth.jamanetwork.com/data/Journals/OPHTH/9977/ecr1206_1777_1779.pdf // <http://archophth.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=418748> (01.06.2014).
67. Rieder HL, Snider DE Jr, Cauthen GM. Extrapulmonary tuberculosis in the United States. [Electronic resource]. *Am Rev Respir Dis.* - 1990. - 141(2):347-51. - Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2301852> // http://www.atsjournals.org/doi/abs/10.1164/ajrccm/141.2.347?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed&#.VCEe-pR_tnM (01.06.2014).
68. Rose AG. Cardiac tuberculosis. A study of 19 patients. [Electronic resource]. *Arch Pathol Lab Med.* - 1987. - 111(5):422-426. - Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3566473> (01.06.2014).
69. Rozati R, Roopa S, Naga Rajeshwari C. Evaluation of women with infertility and genital tuberculosis. [Electronic resource]. *J*

- Obstet Gynecol India. - 2006. - 56(5):423-426. - Available at: <http://medind.nic.in/jaq/t06/i5/jaqt06i5p423.pdf> (01.06.2014).
70. Saukkonen JJ, Cohn DL, Jasmer RM, Schenker S, et al. An official ATS statement: [Electronic resource]. Hepatotoxicity of anti tuberculosis therapy. *Am J Respir Crit Care Med.* - 2006. 174(8):935-52. - Available at: - <http://www.atsjournals.org/doi/pdf/10.1164/rccm.200510-1666ST> (01.06.2014).
 71. Shafer RW, Kim DS, Weiss JP, Quale JM. Extrapulmonary tuberculosis in patients with human immunodeficiency virus infection. [Electronic resource]. *Medicine (Baltimore).* - 1991. - 70(6):384-97. - Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1956280>
 72. Sharma SK, Mohan A. Extrapulmonary tuberculosis. [Electronic resource]. *Indian J Med Res.* - 2004. - 120(4):316-53. - Review. - Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15520485> (01.06.2014).
 73. Sharma SK, Mohan A, Sharma A. Challenges in the diagnosis & treatment of miliary tuberculosis. [Electronic resource]. *Indian J Med Res.* - 2012. - 135(5):703-30. - Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3401706/> (01.06.2014).
 74. Sharma SK, Mohan A, Pande JN, Prasad KL, Gupta AK, Khilnani GC. [Electronic resource]. Clinical profile, laboratory characteristics and outcome in miliary tuberculosis. *Q J Med.* - 1995. - 88:29-37. - Available at: <http://qjmed.oxfordjournals.org/content/88/1/29.abstract> (01.06.2014).
 75. Sharma SK, Mohan A, Sharma A, Mitra DK. Miliary tuberculosis: new insights into an old disease. [Electronic resource]. *Lancet Infect Dis.* - 2005. - 5:415-30. - Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15978528> (01.06.2014).
 76. Singh R, Toor P, Parchand S, Sharma K, Gupta V, Gupta A. Quantitative polymerase chain reaction for *Mycobacterium tuberculosis* in so-called Eales' disease. [Electronic resource]. *Ocul Immunol Inflamm.* - 2012. - 20(3):153-7. - doi:10.3109/09273948.2012.658134. // Epub 2012 Apr, 9. - Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22486260> (01.06.2014).
 77. Thayil SM, Albini TA, Nazari H, et al. Local ischemia and increased expression of vascular endothelial growth factor

- following ocular dissemination of *Mycobacterium tuberculosis*. [Electronic resource]. PLoS One. - 2011. - Vol.6(12) - Available at: <http://www.plosone.org/article/fetchObject.action?uri=info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0028383&representation=PDF> (01.06.2014)
78. Trautner BW, Darouiche RO. Tuberculous pericarditis: optimal diagnosis and management. [Electronic resource]. Clin Infect Dis. - 2001. - 33:954-61. - Available at: http://tbfree.cdc.gov/tbfree/tbfree/ppmInternetInfo/docGuide/6/VI_34.pdf (01.06.2014)
79. Treatment of tuberculosis. American Thoracic Society, CDC, Infectious Diseases Society of America. [Electronic resource] // MMWR Recomm Rep. - 2003 - 52(RR-11). - p 1-77. - Available at: <http://www.aafp.org/afp/2005/1201/p2225.pdf> (01.06.2014)
80. Tuberculosis, Clinical diagnosis and management of tuberculosis, and measures for its prevention and control. [Electronic resource]. Royal College of Physicians of London. - 200. - p. 141. - Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0046822/pdf/TOC.pdf> (01.06.2014)
81. Tuberculosis: Clinical Policies and Protocols. [Electronic resource]: Sonal S. Munsiff, et al. Bureau of Tuberculosis Control New York City Department of Health and Mental Hygiene. - 4th Edition. - March, 2008. - 270 p. - Available at: <http://www.nyc.gov/html/doh/downloads/pdf/tb/tb-protocol.pdf> (01.06.2014)
82. Uzunkoy A, Harma M, Harma M. Diagnosis of abdominal tuberculosis: experience from 11 cases and review of the literature. World J Gastroenterol. - 2004. - 10(24):3647-9. - Available at: <http://www.wjgnet.com/1007-9327/10/3647.pdf> (01.06.2014)
83. Valdes L, Alvarez D, San Jose E, Penela P, et al. Tuberculous pleurisy: a study of 254 patients. [Electronic resource]. Arch Intern Med. - 1998. - 158(18):2017-21. - Available at: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=209847> (01.06.2014)
84. Vinnard C, Winston CA, Wileyto EP, Macgregor RR, Bisson GP. Isoniazid resistance and death in patients with tuberculous meningitis: retrospective cohort study. [Electronic resource]. BMJ. - 2010. - 6;341:c4451. - doi: 10.1136/bmj.c4451. -

Available at: <http://www.bmj.com/content/341/bmj.c4451.full.pdf+html> (01.06.2014)

85. Volmink J, Garner P. Directly observed therapy for treating tuberculosis. [Electronic resource]. Cochrane Database Syst Rev. - 2007. - 17;(4):CD003343. - Review. - Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17943789> (01.06.2014)
86. Wakabayashi T, Morimura Y, Miyamoto Y, et al. Changing patterns of intraocular inflammatory disease in Japan. [Electronic resource]. Ocul Immunol Inflamm. - 2003. - 11:277-86. - Available at: http://www.unboundmedicine.com/harrietlane/ub/citation/14704899/Changing_patterns_of_intraocular_inflammatory_disease_in_Japan (01.06.2014)
87. Yeh S, Sen HN, Colyer M, Zapor M, Wroblewski K. Update on ocular tuberculosis. Curr Opin Ophthalmol. 2012 Nov;23(6):551-6. doi: 10.1097/ICU.0b013e328358ba01. - Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23047173> (01.06.2014)
88. Yilmaz MU, Kumcuoglu Z, Utkaner G, et al. Computed tomography findings of tuberculous pleurisy. [Electronic resource]. Int J Tuberc Lung Dis. - 1998. - 2(2):164-7. - Available at: http://docstore.ingenta.com/cgi-bin/ds_deliver/1/uid/ISIS/79270767.1/iuatld/ijtdl/1998/00000002/00000002/art00013/04F99341EE424E291411540403718E8B22B0D93A64.pdf?link=http://www.ingentaconnect.com/error/delivery&format=pdf (01.06.2014)
89. Ziganshina LE, Eisenhut M. Tuberculosis (HIV-Negative People). [Electronic resource]. Clinical Evidence (Online). - 2011. - pii:0904. - Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3275295/pdf/2011-0904.pdf> (01.06.2014)
90. Е.Н.Мамедбеков, Я.Ш.Шихалиев, М.Г.Мамедов. Деструктивный туберкулёз лёгких в современных условиях: аспекты диагностики, лечения и профилактики. Монография, Баку, Издательство «Прогресс». - 1997г. - 152 стр.