

« 24 » դեկտեմբեր 2021 թ No 5132 - Լ

ՍԵՌԱԿԱՆ ԲՈՒՆՈՒԹՅԱՆ ԵՆԹԱՐԿՎԱԾ ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ՎԱՐՄԱՆ
ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑԸ ԵՎ ԱԼԳՈՐԻԹՄԸ ՀԱՍՏԱՏԵԼՈՒ ՄԱՍԻՆ

Հիմք ընդունելով «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» օրենքի 2-րդ հոդվածի 1-ին մասի 30-րդ կետը՝

ՀՐԱՄԱՅՈՒՄ ԵՄ՝

1. Հաստատել՝

1) Սեռական բռնության ենթարկված երեխաների վարման կլինիկական ուղեցույցը՝ համաձայն Հավելված 1-ի,

2) Սեռական բռնության ենթարկված երեխաների վարման ալգորիթմը՝ համաձայն Հավելված 2-ի:

2. Առողջապահության նախարարության հասարակայնության հետ կապերի բաժնի պետ Լիլիթ Բաբախանյանին՝ ապահովել սույն հրամանի տեղադրումը Առողջապահության նախարարության պաշտոնական կայքում:

3. Սույն հրամանն ուժի մեջ է մտնում հրապարակմանը հաջորդող օրվանից:

Ա. ԱՎԱՆԵՍՅԱՆ

Սեռական բռնության ենթարկված երեխաների վարման կլինիկական ուղեցույց

1. Ամփոփում

1. Սույն ուղեցույցի նպատակն է ապացուցողական արժեք ունեցող տեղեկություններ տրամադրել երեխայի հանդեպ սեռական բռնության կասկածի դեպքում վարման վերաբերյալ: Այն չի հակասում, այլ հիմնվելով եվրոպական, ամերիկյան, կանադական ապացուցողական բժշկության արդի գրականության վրա, լրացնում է գործող չափորոշիչները, հատկապես անդրադառնալով այնպիսի կլինիկական խնդիրներին, որոնք լուսաբանված չեն առկա փաստաթղթերում:

2. Սեռական բռնության ենթարկված երեխաների վարման կլինիկական ուղեցույցը նախատեսված է Առողջության առաջնային պահպանման օղակի բժիշկների, մանկաբույժների, բժշկական ծառայություն մատուցողների համար՝ այս բնագավառում գործնական աշխատանք կատարելիս հարկ եղած գիտելիքներին տիրապետելու, սկզբունքներով առաջնորդվելու նպատակով:

2. Մեթոդաբանություն

3. Սույն կլինիկական ուղեցույցը մշակվել է ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ-ի աշխատակիցների կողմից: Ուղեցույցի աղբյուր են հանդիսացել «Սեռական բռնության ենթարկված երեխաների և դեռահասների վարման» ԱՀԿ-ի կլինիկական ուղեցույցները (Ժնև, Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն, 2017) (Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. Geneva: World Health Organization, 2017), Ամերիկյան Մանկաբուժության ակադեմիայի և Հիվանդությունների վերահսկման և կանխարգելման կենտրոնների կողմից 2016 թվականին հրատարակված հոդվածները և ուղեցույցները, PubMed և UpToDate շտեմարանների արդի տվյալները:

4. Հեղինակները փնտրել են գրականություն՝ լավ մշակված, բարձրակարգ ամսագրերում տպագրված անաչառ հետազոտություններ ձեռք բերելու համար, որոնք վերաբերում են երեխայի հանդեպ սեռական բռնության կասկածի թեմային և բժշկական եզրակացությունների վերլուծությանը:

5. Ուղեցույցի տեղայնացման գործընթացն իրականացվել է համաձայն ADAPTE միջազգային մեթոդաբանության: Սույն փաստաթուղթը ենթակա է պարբերական թարմացումների և/կամ խմբագրման յուրաքանչյուր 5 տարին մեկ կամ ավելի

հաճախակի, կախված տվյալ ոլորտում նոր գիտագործնական տեղեկատվության ի հայտ գալուց, ինչպես նաև ուղեցույցի ներդրման արդյունքում քաղած դասերից:

6. Այս ուղեցույցը հիմնականում խորհուրդներ է տրամադրում Առողջության առաջնային պահպանման օղակի բժշկական ծառայություններ մատուցողներին (օրինակ, մանկաբույժներ, ընտանեկան բժիշկներ)՝ սեռական բռնության, սեռական ոտնձգությունների կամ սեռական բռնության ենթարկված երեխաների և դեռահասների համար բարձրորակ, փաստերի վրա հիմնված կլինիկական վարում ապահովելու համար: Սա հիմնականում վերաբերում է նրանց, ովքեր աշխատում են սեռական և վերարտադրողական առողջության, ՄԻԱՎ-ի դեմ պայքարի, հոգեկան առողջության ծրագրերում և ծառայություններում: Այնուամենայնիվ, ուղեցույցը կարող է օգտակար լինել նաև այլ ծառայություններ մատուցողների համար (օրինակ, թերապևտներ, մանկական գինեկոլոգներ, գինեկոլոգներ, սոցիալական աշխատողներ, հոգեբանական-սոցիալական աջակցություն տրամադրողներ):

3. Արդյունքներ

7. Սույն ուղեցույցում ներկայացված են երեխայի հանդեպ սեռական բռնության կասկածի դեպքում վարման վերաբերյալ ապացուցողական խորհուրդներ, որոնք օգնում են կլինիկական գործունեությունում որոշումներ կայացնել:

4. Հետևություններ

8. Ապացույցների վրա հիմնված կլինիկական խորհուրդները կօգնեն բարելավել երեխայի հանդեպ սեռական բռնության կասկածի դեպքում վարման ելքերը:

5. Ներածություն

9. Երեխայի հանդեպ սեռական բռնության կասկածի դեպքում բժշկական հետազոտությունը կլինիկական և իրավական գործընթացների կարևոր մաս է կազմում: Մասնագետները, ովքեր հետազոտում են երեխաներին, պետք է ունենան ժամանակակից գիտելիքներ այն հարցերի վերաբերյալ, թե երբ, ինչպես և ում կողմից պետք է իրականացվեն տվյալ հետազոտությունները և ինչպես պետք է մեկնաբանվեն բժշկական զննման արդյունքները, նաև իրազեկված լինեն և տիրապետեն առաջնային օղակում ցուցաբերվող բժշկական օգնությանը:

10. Գոյություն ունի գործողությունների նվազագույն փաթեթ, ներառյալ առաջին բուժօգնությունը, որով Առողջության առաջնային պահպանման օղակում պետք է իրականացվի բժշկական աջակցությունը սեռական բռնության ենթարկված կամ ենթարկվող երեխաներին կամ դեռահասներին:

6. Հիմնական բառեր

11. Երեխաների հանդեպ սեռական բռնություն, տարբերակիչ ախտորոշում, սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակներ, փորձագետի կարծիք, անամնեզի հավաքում

12. Կլինիկական ուղեցույցի մշակման աշխատանքային խմբի անդամների անվանացանկ՝

- 1) Սարգսյան Ն.Ռ., մանկական գինեկոլոգ, ՄԱԿ-ի բնակչության հիմնադրամի (UNPF- United Nations Population Fund) Դեռահասների վերարտադրողական առողջության հարցերով խորհրդատու, ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ-ի Նորմատիվ փաստաթղթերի մշակման բաժնի փորձագետ, ԵՊԲՀ-ի թիվ 2 մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի ամբիոնի դասախոս
- 2) Սահակյան Գ.Պ., ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ-ի փորձագետ-մեթոդաբան

7. Բովանդակություն

Ամփոփում

Մեթոդաբանություն

Ներածություն

Առաջնային օղակում ծառայություններ մատուցողների համար նախատեսված գործողությունների նվազագույն փաթեթ

Երեխայակենտրոն կամ դեռահասակենտրոն խնամք /առաջնային օգնություն

Բժշկական պատմագիր, ֆիզիկական հետազոտություն

ՄԻԱՎ-ի հետկոնտակտային կանխարգելում, բուժում և բուժման ռեժիմի պահպանում

Հղիության կանխարգելում սեռական բռնության ենթարկված աղջիկների շրջանում

Սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունների հետկոնտակտային կանխարգելում՝ բուժելի և պատվաստումների միջոցով կանխարգելվող վարակների դեպքում

Հոգեբանական և հոգեկան առողջության խնդիրների կանխարգելում

Զննման արդյունքների փորձագիտական վերլուծություն

Եզրակացություն

Աղյուսակ 1

Աղյուսակ 2

Աղյուսակ 3

Աղյուսակ 4

Աղյուսակ 5

Ընթացակարգ 1

Գրականության ցանկ

8. Հապավումներ

ԱՀԿ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն

ՈւՄԽ	ուղեցույցներ մշակող խումբ
ՄԻԱՎ	Մարդու իմունային անբավարարության վարակ
ՀԿ	հետկոնտակտային
ՓԲՊ -	Փորձից բխող պնդում
ՈւՊԱ	Ուլիարիստալ ացետատ
ԼՆԳ	լևոնորգեստրել
ՀՕՀ	համակցված օրալ հակաբեղմնավորիչներ
ՇՀՀ	շտապ հակաբեղմնավորիչ հաբեր
Պ-ՆԱՊ	պղնձե ներարգանդային պարույր
ՆԹԱԹ	նուկլեինաթթվի ամպլիֆիկացիայի թեստ
ՍՃՓՀ	սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդություններ
ՄՊՎ	մարդու պապիլոմավիրուս
ՃՎԹ	ճանաչողական վարքագծային թերապիա
ՀՏՍԽ	հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարում

9. Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն

13. Սույն կլինիկական ուղեցույցը մշակվել է ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ-ի աշխատակիցների կողմից: Ուղեցույցի աղբյուր են հանդիսացել «Սեռական բռնության ենթարկված երեխաների և դեռահասների վարման» ԱՀԿ-ի կլինիկական ուղեցույցները (Ժնև, Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն, 2017) (Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. Geneva: World Health Organization: 2017), Ամերիկյան Մանկաբուժության ակադեմիայի և Հիվանդությունների վերահսկողության և կանխարգելման կենտրոնների կողմից 2016 թվականին հրատարակված հոդվածները և ուղեցույցները, PubMed և UpToDate շտեմարանների արդի տվյալները:

14. Տեղեկատվության որոնումն իրականացվել է անգլերեն լեզվով, լավ մշակված, անաչառ հետազոտություններ ձեռք բերելու նպատակով՝ տպագրված բարձրակարգ ամսագրերում, որոնք վերաբերում են երեխայի հանդեպ սեռական բռնության կասկածի թեմային և բժշկական եզրակացությունների վերլուծությանը:

15. Ուղեցույցի տեղայնացման գործընթացն իրականացվել է համաձայն ADAPTE միջազգային մեթոդաբանության: Սույն փաստաթուղթը ենթակա է պարբերական թարմացումների և/կամ խմբագրման յուրաքանչյուր 5 տարին մեկ կամ ավելի հաճախակի, կախված տվյալ ոլորտում նոր գիտագործնական տեղեկատվության ի հայտ գալուց, ինչպես նաև ուղեցույցի ներդրման արդյունքում քաղած դասերից:

16. Հեղինակները փնտրել են գրականություն՝ ձեռք բերելու համար լավ մշակված, բարձրակարգ ամսագրերում տպագրված անաչառ հետազոտություններ, որոնք վերաբերում են երեխայի հանդեպ սեռական բռնության կասկածի թեմային և բժշկական եզրակացությունների վերլուծությանը:

17. Կլինիկական ուղեցույցը նախատեսված է բժշկական ծառայություն մատուցողների համար՝ այս բնագավառում գործնական աշխատանք կատարելիս տեղեկացված լինելու և սկզբունքներով առաջնորդվելու նպատակով:

10. Երեխայակենտրոն կամ դեռահասակենտրոն խնամք /առաջնային օգնություն. առաջնային օղակում ծառայություններ մատուցողների համար նախատեսված գործողությունների նվազագույն փաթեթ [1]

18. Երեխաները կամ դեռահասները, ովքեր ենթարկվել են կամ ենթարկվում են սեռական բռնության, կարող են իրենց ֆիզիկական և հոգեկան առողջության վրա մի շարք բացասական ազդեցություններ ունենալ, որոնք պահանջում են անհապաղ և երկարատև խնամք, ինչպես նաև աջակցություն: Նրանք կարող են խոչընդոտների հանդիպել աջակցություն ստանալու հարցում, օրինակ, բռնության դեպքը չափահաս խնամակալին հայտնելու վախը (հատկապես, եթե բռնություն կատարողն ընտանիքի անդամ է կամ ծանոթ է ընտանիքին), պիտակավորվելու և ամոթի զգացումի վախը:

19. Խնամակալները կարող են տեղյակ չլինել բռնության ենթարկված լինելու նշանների, ախտանիշների կամ հետևանքների մասին, ինչպես նաև, թե որտեղ են հասանելի բռնության ենթարկվածներին աջակցություն ցուցաբերող ծառայությունները:

20. Փորձից բխող պնդում 1 (ՓԲՊ1)

21. Սեռական բռնության դեպքում, բժշկական ծառայություններ մատուցողները պետք է գենդերային առանձնահատկությունները հաշվի առնող առաջնային աջակցություն ցուցաբերեն և կենտրոնանան երեխաների կամ դեռահասների վրա: Առաջնային աջակցությունը ներառում է հետևյալը.

- 1) հարգանքով և կարեկցանքով լսել երեխայի կամ դեռահասի և նրա խնամակալների կողմից տրամադրված տեղեկատվությունները.
- 2) բացահայտել երեխայի կամ դեռահասի հոգսերը, մտահոգությունները և կարիքները և պատասխանել նրանց բոլոր հարցերին.
- 3) բռնության բացահայտման դեպքում ջանքեր գործադրել բոլոր տեսակի վնասները նվազագույնի հասցնելու համար.
- 4) ցուցաբերել անաչառ և աջակցող վերաբերմունք՝ հանգստացնելով երեխային կամ դեռահասին, հավաստիացնելով, որ իրենք մեղավոր չեն բռնության մեջ և, որ նրանք ճիշտ են վարվել, որ բարձրաձայնել են բռնության մասին.
- 5) հնարավորության դեպքում քայլեր ձեռնարկել՝ երեխայի կամ դեռահասի անվտանգության պահպանումը բարելավելու և վնասները նվազագույնի հասցնելու համար, ներառյալ հավանական շարունակական բռնության բացահայտմանը ուղղված գաղտնիության ապահովումը.
- 6) զգացմունքային և գործնական աջակցություն տրամադրել՝ հեշտացնելով երեխայի կամ դեռահասի և նրանց խնամողների համար հոգե-սոցիալական

աջակցության հասանելիությունը. նման աջակցությունը կարող է ներառել խորհրդատվական ուղղորդումներ, սոցիալական ծառայություններ, երեխաների պաշտպանության, ոստիկանության և իրավաբանական ծառայություններ.

- 7) տարիքին համապատասխան տեղեկատվություն և բացատրություններ տրամադրել երեխաներին և դեռահասներին ու նրանց խնամակալներին այն մասին, թե ինչ հետաքննություն է իրականացվելու, ինչ տեսակի բուժում է առաջարկվելու նրանց և, արդյոք, պարտադիր է համապատասխան մարմիններին բռնության վերաբերյալ հաղորդում տալը.
- 8) Ժամանակին երեխայի կամ դեռահասի կարիքներին ու ցանկություններին համապատասխան օգնություն ցուցաբերել (օրինակ, տրիաժ, երբ անհրաժեշտ է երկար սպասելուց խուսափել, սակայն չշտապեցնել նրանց).
- 9) նախապատվություն տալ անհետաձգելի բժշկական օգնության կարիք ունեցողներին.
- 10) ստեղծել բժշկական օգնության տրամադրման համար համապատասխան պայմաններ և եղանակներ՝ հաշվի առնելով տարիքային առանձնահատկությունները և խտրականության ենթարկվողների կարիքները.
- 11) նվազագույնի հասցնել երեխայի կամ դեռահասի բուժհաստատության մի քանի կետեր գնալու անհրաժեշտությունը և ապահովել, որ բուժհաստատության ներսում նրան ուղեկցեն խնամողը կամ մեկ այլ չափահաս.
- 12) խնամողներին տեղեկատվություն տրամադրել՝ երեխայի կամ դեռահասի հնարավոր ախտանիշները և/կամ վարքագիծն առաջիկա օրերին և ամիսներին հասկանալու և օգնության դիմելու ճիշտ ժամանակահատվածի վերաբերյալ պատկերացում կազմելու համար:

11. Բժշկական պատմագիր, ֆիզիկական հետազոտություն

22. Փորձից բխող պնդում 2 (ՓԲՊ2)

23. Բժշկական գրառումների հավաքագրման և, անհրաժեշտության դեպքում, դատաբժշկական փորձաքննությունների անցկացման ժամանակ «Մի՛ վնասիր» սկզբունքին համապատասխան՝ բուժաշխատողները սեռական բռնության վերաբերյալ զրույցի ընթացքում պետք է ձգտեն նվազագույնի հասցնել երեխաների և դեռահասների լրացուցիչ դիսթրեսը և տրավման:

Այս գործողությունները ներառում են հետևյալը.

- 1) նվազագույնի հասցնել երեխայի կամ դեռահասի կողմից իր սեռական բռնության մասին պատմությունը բազմիցս վերապատմելու անհրաժեշտությունը, քանի որ դա կարող է կրկնակի տրավմայի հանգեցնել.

- 2) գաղտնիության և անվտանգության նկատառումներից ելնելով, հարցազրույց վերցնել միայն երեխայից կամ դեռահասից (նրանց խնամողներից առանձին)՝ որպես աջակցություն առաջարկելով մեկ այլ անձի ներկայությունը.
- 3) նախքան անմիջապես բռնությանը վերաբերող հարցերին անդրադառնալը, խոսել չեզոք թեմաների շուրջ՝ վստահություն և փոխըմբռնում ձևավորելու համար.
- 4) համապարփակ գնահատում իրականացնել նրանց ֆիզիկական և հոգեկան առողջության վերաբերյալ. սա շատ կարևոր է, քանի որ երեխայի կամ դեռահասի պատմությունը, թե ինչ է պատահել նրանց հետ, կարևոր տեղեկատվություն է պարունակում, որն օգնում է համապատասխան որոշումներ կայացնել՝ հետազոտություններ և հետաքննություններ անցկացնելու, վնասվածքները գնահատելու և բուժում և/կամ մասնագետների ուղղորդում իրականացնելու համար.
- 5) տալ հստակ, բաց հարցեր՝ առանց կրկնության. որոշ դեպքերում, թեև բռնության մասին հաղորդելու համար կարող է որոշակի տեղեկությունների փաստագրման անհրաժեշտություն լինել, այնուամենայնիվ, կարևոր է չպարտադրել երեխային կամ դեռահասին բացահայտել այնպիսի տեղեկատվություն, որը կարող է վնասել կամ վտանգել նրան.
- 6) օգտագործել տարիքին համապատասխան, չպիտակավորող բառապաշար և տերմինաբանություն և, անհրաժեշտության դեպքում, նախապատրաստել թարգմանիչների.
- 7) թույլ տալ երեխային կամ դեռահասին պատասխանել հարցերին և նկարագրել, թե ինչ է պատահել իր հետ՝ իր ընտրությամբ, ներառյալ, օրինակ, գրելու, նկարելու կամ նկարագրողելու միջոցով:

24. Փորձից բխող պնդում 3 (ՓԲՊ3)

25. Բժշկական զննումներ և, անհրաժեշտության դեպքում, դատաբժշկական հետազոտություններ կատարելիս բուժաշխատողները պետք է ձգտեն նվազագույնի հասցնել լրացուցիչ վնասները, տրավմաները, վախն ու դիսթրեսը և հարգել երեխաների կամ դեռահասների ինքնուրույնությունը/ազատությունն ու ցանկությունները: Այս գործողությունները ներառում են հետևյալը.

- 1) գործադրել բոլոր ջանքերը, որպեսզի տրավման նվազագույնի հասցնելու համար երեխան կամ դեռահասն անցնի միայն մեկ հետազոտություն.
- 2) տեղեկատվություն տրամադրել դրական կամ բացասական բժշկական և դատաբժշկական փորձաքննությունների արդյունքների վերաբերյալ.
- 3) նվազագույնի հասցնել ձգձգումները՝ հետազոտությունը կազմակերպելով երեխայի կամ դեռահասի ցանկություններին համապատասխան (օրինակ, չշտապեցնել նրան).
- 4) հետազոտության ընթացքում յուրաքանչյուր քայլից առաջ բացատրել, թե հաջորդիվ ինչ է արվելու.

- 5) հնարավորության դեպքում առաջարկել հետազոտությունն անցկացնողի սեռի ընտրություն.
- 6) հետազոտության ժամանակ ապահովել մեկ այլ չափահաս անձի ներկայություն.
- 7) հետազոտության ընթացակարգերը բացատրելու համար օգտագործել տարիքին համապատասխան տեսողական միջոցներ և սահմանումներ.
- 8) գործիքների և հետազոտության այնպիսի դիրքեր օգտագործել, որոնք նվազագույնի են հասցնում ֆիզիկական անհանգստությունը և/կամ հոգեբանական սթրեսը:

26. Գործողությունները, որոնք բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ չեն կամ կարող են սրել երեխայի կամ դեռահասի տրավման կամ դիսթրեսը և, հետևաբար, չպետք է ձեռնարկվեն, հետևյալն են.

- 1) այսպես կոչված «Կուսության թեստ» (նաև հայտնի է որպես «Երկու մատի թեստ» կամ հեշտոցային հետազոտության կատարում): Այն գիտականորեն հիմնավորված չէ (այսինքն՝ սեռական բռնության կատարման ապացույցներ չի տրամադրում), ավելացնում է դիսթրեսը, տրավման և մարդու իրավունքների խախտում է համարվում.
- 2) հայելիներ կամ անոսկոպներ, ինչպես նաև հեշտոցի կամ ուղիղ աղիքի թվային կամ բիմանուալ հետազոտություններ նախասեռահասուն տարիքում սովորաբար չեն պահանջվում, եթե չկա բժշկական ցուցում. եթե անհրաժեշտ է հայելային հետազոտությունը, ապա անհրաժեշտ է դիտարկել սեղացիայի կամ ընդհանուր անզգայացման կիրառումը:

12. ՄԻԱՎ-ի հետկոնտակտային կանխարգելում, բուժում և բուժման ռեժիմի պահպանում

27. Երեխայի կամ դեռահասի նկատմամբ օրալ, հեշտոցային կամ անալ ներթափանցումով սեռական հարաբերությամբ ուղեկցվող բռնությունը (այսինքն՝ բռնաբարությունը) պարունակում է ՄԻԱՎ-ի փոխանցման վտանգ:

28. Փոխհամաձայնությամբ տեղի ունեցած սեռական հարաբերության մեկ դեպքի արդյունքում ՄԻԱՎ-ի՝ սեռական ճանապարհով փոխանցման ռիսկը հիմնականում ցածր է:

29. Երեխաների կամ դեռահասների նկատմամբ սեռական բռնության արդյունքում ՄԻԱՎ-ի փոխանցման ռիսկը հայտնի չէ: Այնուամենայնիվ, առկա են, հատկապես երեխաների և դեռահասների նկատմամբ ներթափանցմամբ ուղեկցվող սեռական բռնության հետ կապված մի քանի առանձնահատկություններ, որոնք կարող են բացասաբար անդրադառնալ ՄԻԱՎ-ի փոխանցման ռիսկի վրա: Օրինակ, հայտնի է, որ դեռահաս աղջիկների շրջանում կենսաբանորեն ՄԻԱՎ-ի փոխանցման ռիսկն ավելի բարձր է՝ հեշտոցի ավելի բարակ պատերի, արգանդի

վզիկի ոչ հասուն լինելու և էստրոգենների ցածր մակարդակի պատճառով, որը նրանց ֆիզիոլոգիապես ավելի խոցելի է դարձնում ՄԻԱՎ-ի փոխանցման նկատմամբ, ի տարբերություն մեծահասակ կանանց:

30. ՄԻԱՎ-ի փոխանցման հավանականությունը մեծացնող մյուս գործոններից են սեռական օրգանների հարկադիր սեռական հարաբերության հետևանքով և բազմաթիվ անձանց մասնակցությամբ պայմանավորված վնասվածքների առկայությունը (օրինակ, խմբակային բռնաբարություն):

31. ՈւՄԽ-ն ընդունել է, որ ՄԻԱՎ-ի ՀԿ բուժման առկա ուղեցույցները (ներառյալ բուժման ռեժիմը և հաճախականությունը), հատկապես կիրառելի են այն երեխաների և դեռահասների համար, ովքեր ենթարկվում են ՄԻԱՎ-ի ոչ ավանդական եղանակով վարակման, ինչպես նաև սեռական բռնության ենթարկված այն կանանց համար, ովքեր ենթարկվել են կամ կարող են ենթարկվել սեռական բռնության, ներառյալ օրալ, հեշտոցային կամ անալ ներթափանցումը:

32. Խորհուրդ 1 (Խ1)

33. Անհրաժեշտության դեպքում, ՄԻԱՎ-ի համար ՀԿ կանխարգելման խորհուրդներ պետք է առաջարկվի այն երեխաներին և դեռահասներին, ովքեր ենթարկվել են օրալ, հեշտոցային կամ անալ ներթափանցմամբ ուղեկցվող բռնաբարության և դիմել են դեպքից հետո 72 ժամվա ընթացքում: [Ապացուցողական մակարդակ՝ անուղղակի ապացույցներ, խորհրդի ուժը՝ ուժեղ]:

34. Խորհուրդ 2 (Խ2)

35. Ռիսկի նախնական գնահատումից հետո անհրաժեշտ են ՄԻԱՎ-ի ՀԿ կանխարգելման համար նախատեսված 28-օրյա հակառետրովիրուսային (ՀՌՎ) դեղամիջոցներ: [Ապացուցողական մակարդակ՝ ցածր, խորհրդի ուժը՝ ուժեղ]:

36. Խորհուրդ 3 (Խ3)

37. Նախընտրելի է կիրառել ՀՌՎ եռակի թերապիայի ռեժիմը (այսինքն՝ երեք դեղամիջոցներով), սակայն արդյունավետ է նաև երկու դեղամիջոցների կիրառման ռեժիմը: [Ապացուցողական մակարդակ՝ շատ ցածր, խորհրդի ուժը՝ պայմանական]:

1) Այս առաջարկությունները վերաբերում են նրանց, ովքեր ներկայանում են սեռական բռնության ենթարկվելուց հետո 72 ժամվա ընթացքում: Սեռական բռնության ենթարկված այն երեխաները կամ դեռահասները, ովքեր ներկայանում են 72 ժամից ավելի ուշ, որպես կանոն, չեն համարվում ՄԻԱՎ-ի ՀԿ կանխարգելման հավակնորդներ: Այնուամենայնիվ, շարունակական (մի քանի օրվա ընթացքում տեղի ունեցող) սեռական բռնության դեպքում, 72-ժամյա ժամկետն անհրաժեշտ է կիրառել օրալ, հեշտոցային կամ անալ ներթափանցմամբ ուղեկցվող ամենավերջին սեռական հարաբերության համար:

2) ՄԻԱՎ-ի ՀԿ կանխարգելիչ միջոցառումներն անհրաժեշտ է սկսել որքան հնարավոր է շուտ, որպեսզի հնարավոր լինի առավելագույնի հասցնել դրանց

արդյունավետությունը: Դա անելու իդեալական ժամանակահատվածը հարաբերությունից հետո 72 ժամն է: Երեխաները և դեռահասներն այս ընթացքում հնարավոր է մի քանի խոչընդոտների պատճառով չկարողանան օգտվել այս ծառայություններից. կարևոր է վերացնել 72 ժամվա ընթացքում բժշկական հաստատության հետ կապի հաստատմանը խոչընդոտող խնդիրները: Սա ներառում է հնարավորինս շուտ օգնության դիմելու կարևորության վերաբերյալ հանրային իրազեկվածության բարձրացումը (օգնության դիմելու լավագույն ժամանակահատվածը հարաբերությունից հետո 72 ժամն է):

- 3) Հարաբերությունից ավելի քան 72 ժամ հետո օգնության դիմող անձանց ամեն դեպքում կարող է պահանջվել այլ բուժում և միջամտություններ (ներառյալ այլ մասնագետների մոտ ուղղորդումը):
- 4) ՄԻԱՎ-ի թեստը և դրա վերաբերյալ խորհրդատվությունն անհրաժեշտ է կազմակերպել նախնական խորհրդատվության ժամանակ, մինչև ՀԿ կանխարգելում առաջարկելը:
- 5) ՄԻԱՎ-ի հայտնաբերումն անհրաժեշտ է կատարել արագ ախտորոշիչ թեստերի միջոցով, որոնք շատ դեպքերում կարող են վերջնական արդյունքներ տրամադրել 2 ժամվա ընթացքում, իսկ մեծամասամբ՝ 20 րոպեի ընթացքում:
- 6) Բռնության ենթարկված երեխայի կամ դեռահասի ՄԻԱՎ-կարգավիճակի գնահատումը չպետք է խոչընդոտ հանդիսանա ՄԻԱՎ-ի ՀԿ կանխարգելում նախաձեռնելու համար: Արտակարգ իրավիճակներում, երբ ՄԻԱՎ-ի թեստավորումն ու խորհրդատվությունը հասանելի չէ, սակայն վարակվելու հնարավոր ռիսկը մեծ է կամ, եթե վարակված անձը հրաժարվում է նախնական թեստավորումից, ՀԿ կանխարգելիչ միջոցառումները և ՄԻԱՎ-ի թեստավորումն ու խորհրդատվությունն անհրաժեշտ է սկսել որքան հնարավոր է շուտ:
- 7) Հաշվի առնելով սեռական բռնության հետ կապված պիտակավորումները՝ բժշկին առաջին այցը կարող է լինել միակը և, հետևաբար, բուժման ու խորհրդատվության միակ հնարավորությունը: Այսպիսով, առաջին այցի ժամանակ անհրաժեշտ է տրամադրել ՄԻԱՎ-ի ՀԿ կանխարգելիչ միջոցառումների ավարտին հասցնելու համար անհրաժեշտ դեղորայքի ամբողջական սխեման, այլ ոչ թե պարզապես մեկնարկային փաթեթ, որի դեպքում պացիենտը ստիպված է վերադառնալ բժշկական հաստատություն
- 8) ՄԻԱՎ-ի ՀԿ կանխարգելիչ միջոցառումների համար դեղամիջոցների և բուժման ռեժիմների ընտրությունն անհրաժեշտ է կատարել ազգային ուղեցույցների համաձայն:

38. Խորհուրդ 4 (Խ4)

39. Սեռական բռնության ենթարկված անձանց համար ՄԻԱՎ-ի ՀԿ կանխարգելման վերաբերյալ խորհրդատվությունը պետք է կարևոր տարր հանդիսանա: [Ապացուցողական մակարդակ՝ շատ ցածր, խորհրդի ուժը՝ ուժեղ]:

- 1) Սեռական բռնության ենթարկված անձանցից շատերը ՄԻԱՎ-ի ՀԿ 28-օրյա կանխարգելիչ ռեժիմն ավարտին չեն հասցնում, քանի որ այն առաջացնում է այնպիսի կողմնակի ազդեցություններ, ինչպիսիք են սրտխառնոցը և փսխումը:
- 2) Նաև սեռական բռնության հետ կապված պիտակավորումը կարող է խոչընդոտ հանդիսանալ բուժման ռեժիմի պահպանման համար (օրինակ, գաղտնիության հետ կապված մտահոգությունների պատճառով): Ուստի, անհրաժեշտ է հատուկ ուշադրություն դարձնել այս հարցերին:
- 3) Բժշկական ծառայություններ մատուցողները պետք է տեղյակ լինեն, որ չափազանց դժվար է հասնել բուժման ռեժիմի պահպանմանը և անհրաժեշտ է ջանքեր գործադրել համապատասխան բուժման ռեժիմ ապահովելու համար: Կողմնակի ազդեցությունները պետք է ճշգրիտ հաղորդվեն՝ առանց վախ առաջացնելու:
- 4) Անհրաժեշտ է բարելավել կամ կատարելագործել առաջնային օղակում բուժաշխատողների հիմնական խորհրդատվական հմտությունները՝ ՀԿ կանխարգելիչ միջոցառումների ռեժիմի պահպանման և շարունակական խորհրդատվության համար:
- 5) Հաշվի առնելով սեռական բռնության հետ կապված պիտակավորումը՝ բժշկին առաջին այցը կարող է լինել միակը և, հետևաբար, երեխային կամ դեռահասին բուժման ռեժիմի պահպանման վերաբերյալ խորհուրդ տալու միակ հնարավորությունը: ՄԻԱՎ-ի ՀԿ կանխարգելիչ միջոցառումների կիրառման մասին որոշում կայացնելու դեպքում, անհրաժեշտ է հնարավորինս լիարժեք խորհրդատվություն տրամադրել բուժման ռեժիմի պահպանման կարևորության վերաբերյալ:
- 6) Երեխային կամ դեռահասին խորհրդատվություն տրամադրելիս անհրաժեշտ է հաշվի առնել տարիքային առանձնահատկությունները: Սպասելի է, որ տարբեր հանգամանքներով պայմանավորված, երեխաների և դեռահասաների բուժման ռեժիմը պահպանելու և հաջողությամբ ավարտելու խոչընդոտները, ինչպես նաև երեխաներին ու նրանց խնամակալներին աջակցելու և բուժումն իրականացնելու համար նախատեսված միջոցառումները կարող են տարբեր լինել:
- 7) Փոքր երեխաների դեպքում խնամակալները նույնպես պետք է ներգրավվեն բուժման ռեժիմի շուրջ իրականացվող խորհրդատվության մեջ: Դեռահասաների դեպքում կարևոր է նրանց ներգրավել բուժման պահպանման այնպիսի ռեժիմի մշակման մեջ, որը համապատասխանում է նրանց տարիքին և հարգում նրանց ինքնուրույնությունը/անկախությունը (օրինակ, հարցնել, թե արդյոք նրանք ցանկանում են ներգրավել խնամակալներ):

13. Հղիության կանխարգելում սեռական բռնության ենթարկված աղջիկների շրջանում

40. Մենարխեի տարիքում կամ վերարտադրողական տարիքում գտնվող դեռահաս աղջիկների շրջանում, ովքեր ենթարկվել կամ ենթարկվում են սեռական բռնության, կարող է գրանցվել անցանկալի հղիություն:

41. ՈւՄԽ-ն ընդունել է, որ կանանց ընդհանուր բնակչության շրջանում շտապ հակաբեղմնավորման գործող ուղեցույցները վերաբերում են այն աղջիկներին նաև, ովքեր ունեցել են առաջին դաշտան և/կամ գտնվում են սեռական հասունացման վաղ շրջանում (այսինքն, հասել են Թանների 2-րդ կամ 3-րդ աստիճանի) և ովքեր ունեցել են կամ կարող են ունենալ սեռական հարաբերություն, ենթարկվել են բռնության, ներառյալ հեշտոցային ներթափանցումը (օրինակ, բռնաբարություն կամ ուժի գործադրմամբ/հարկադիր սեռական հարաբերություն):

42. Խորհուրդ 5 (Խ5)

43. Շտապ հակաբեղմնավորում առաջարկել այն աղջիկներին, ովքեր սեռական բռնության են ենթարկվել հեշտոցային ներթափանցմամբ և ովքեր ներկայանում են դեպքից հետո 120 ժամվա ընթացքում (5 օրվա ընթացքում): [Ապացուցողական մակարդակ՝ չափավոր, խորհրդի ուժը՝ ուժեղ]:

1) Հետևյալ շտապ հակաբեղմնավորիչ հաբերը (ՇՀՀ) կարող են առաջարկվել այն աղջիկներին, ովքեր տեսել են առաջին դաշտանը (այսինքն, մենարխեից հետո) և նրանց, ովքեր գտնվում են սեռական հասունացման վաղ փուլերում (այսինքն, հասել են Թանների 2-րդ կամ 3-րդ փուլին)*¹՝ առանց որևէ սահմանափակումների.

ա) Ուլիպրիստալ ացետատ (ՈւՊԱ). 1 դեղաչափ (մեկ 30 մգ), կամ

բ) Լևոնորգեստրել (ԼՆԳ). նախընտրելի է մեկ դեղաչափը (մեկ 1,5 մգ կամ երկու 0,75 մգ), որպես այլընտրանք կարելի է կրճատել դեղաչափը (մեկ 0,75 մգ դեղաչափ, որին հաջորդում է երկրորդ 0,75 մգ դեղաչափը 12 ժամ հետո):

*Սեռական հասունացման վաղ շրջանում գտնվող աղջիկների մոտ, ովքեր հասել են Թանների 2-րդ կամ թելարխեի 2-րդ աստիճանի (այսինքն, կրծքագեղձերի երկրորդային զարգացման սկիզբ) կամ Թանների 3-րդ աստիճանի (այսինքն, կրծքագեղձերի զարգացման ավելի հասուն շրջան), սեռական բռնության արդյունքում կարող է գրանցվել անցանկալի հղիություն, քանի որ նրանք կարող են օվուլյացիա ունենալ նույնիսկ մինչև իրենց առաջին դաշտանը:

2) Եթե ՈւՊԱ-ն կամ ԼՆԳ-ն հասանելի չեն, ապա անհրաժեշտ է առաջարկել համակցված օրալ էստրոգեն-պրոգեստոգեն հակաբեղմնավորիչներ (<Օ>). կրճատել դեղաչափը (մեկ դեղաչափը 100 մկգ էթինիլէստրադիոլ գումարած 0,50 մգ ԼՆԳ, հետո երկրորդ դեղաչափը 100 մկգ էթինիլէստրադիոլ գումարած 0,50 մգ LNG 12 ժամ հետո), դրանք պետք է առաջարկվեն հակաէմետիկ (հակափսխումային) միջոցներով, եթե դրանք առկա են:

ՇՀՀ օգտագործելու ռիսկը չնչին է և հավասար է զրոյի. դրանք չափազանց անվտանգ են, լավ են ընդունվում օրգանիզմի կողմից: Ավելին, այս տարիքային խմբի համար սեռական բռնության հետևանքով չպլանավորված կամ անցանկալի հղիության վնասները (օրինակ, վերարտադրողական առողջության հետ կապված ռիսկեր, պիտակավորում) կարող են գերազանցել ռիսկերը:

3) Պղնձե ներարգանդային պարույրը (Պ-ՆԱՊ) նույնպես կարող է անսահմանափակ կերպով օգտագործվել որպես շտապ հակաբեղմնավորիչ միջոց այն աղջիկների համար, ովքեր տեսել են առաջին դաշտանը (այսինքն, մենարխեից հետո), եթե առկա է սեռավարակների ցածր ռիսկ: Սեռավարակների բարձր ռիսկի դեպքում ՆԱՊ-ի օգտագործումը որպես շտապ հակաբեղմնավորման միջոց, ընդհանուր առմամբ, խորհուրդ չի տրվում, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ այլ, ավելի համապատասխան մեթոդները հասանելի կամ ընդունելի չեն: ՆԱՊ-ը կարող է տեղադրվել անպաշտպան սեռական հարաբերությունից հետո 120 ժամվա ընթացքում:

4) Շտապ հակաբեղմնավորման լավագույն տարբերակներն են ՈւՊԱ, ԼՆԳ կամ ՀՕՀ, որոնք անհրաժեշտ է օգտագործել որքան հնարավոր է շուտ՝ սեռական բռնությունից հետո՝ դրանց արդյունավետությունն առավելագույնի հասցնելու համար, թեև դրանք կարող են կիրառվել վարակվելուց հետո 5 օրվա ընթացքում (120 ժամ):

5) Ելնելով տրամադրված տեղեկատվությունը հասկանալու նրանց կարողությունից՝ դեռահաս աղջիկներին և/կամ նրանց խնամողներին անհրաժեշտ է զգուշացնել, որ սեռական բռնության և շտապ հակաբեղմնավորման միջև երկար ժամանակամիջոցի դեպքում արդյունավետությունը նվազում է:

6) Հղիության թեստը պարտադիր չէ, սակայն եթե այն կատարվում է և արդյունքը հաստատում է հղիությունը, ապա շտապ հակաբեղմնավորումը չպետք է իրականացվի:

44. Փորձից բխող պնդում 4 (ՓԲՊ4)¹

45. Եթե աղջիկը հղիանում է սեռական բռնության հետևանքով, ապա նրան պետք է առաջարկել անվտանգ աբորտ՝ օրենքով սահմանված կարգով:

¹ ԱՀԿ-ի Անվտանգ աբորտի ուղեցույցներում արդեն նշվում է սեռական բռնության արդյունքում հղիացած անձանց անվտանգ աբորտ առաջարկելու կարևորությունը:

14. Սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունների հետևողականության կանխարգելում՝ բուժելի և պատվաստումների միջոցով կանխարգելվող վարակների դեպքում:

46. Սեռական բռնության ենթարկված երեխաները և դեռահասները կարող են վարակվել սեռավարակներով:

47. ԱՀԿ-ի ուղեցույցներն (2013) առաջարկում են ենթադրյալ սեռավարակների կանխարգելում սեռական բռնության ենթարկված կանանց համար: Այնուամենայնիվ, ՀՎԿԱԿ ուղեցույցները խորհուրդ են տալիս ստուգել սեռավարակների առկայությունը, օգտագործելով նուկլեինաթթվի ամպլիֆիկացիայի թեստերը և բուժել սեռական բռնության ենթարկված երեխաներին և դեռահասներին:

48. Որոշ ուղեցույցներ խորհուրդ չեն տալիս սեռական ոտնձգությունից հետո երեխաների և երիտասարդների մոտ N.gonorrhoea և Chlamydia Trachomatis կանխարգելիչ բուժումը, սակայն դա կարելի է կիրառել, եթե հետազոտությունները չեն կատարվում կամ չեն ժխտվում, եթե երեխայի կամ դեռահասի՝ բուժման նպատակով բուժհաստատություն վերադառնալու հավանականությունը փոքր է, եթե հայտնաբերվում է սեռավարակ կամ, եթե վարակվելու վտանգը բարձր է:

49. ԱՀԿ-ի 2017 թվականի ուղեցույցները նախատեսված են պատվաստանյութով կանխարգելվող սեռավարակների համար, ինչպիսիք են մարդու պապիլոմավիրուսը (HPV-Human papillomavirus) և հեպատիտ B-ն, որոնք քիչ հավանական է, որ էականորեն տարբերվեն սեռական բռնության ենթարկված երեխաների և դեռահասների համար նախատեսված ուղեցույցներից: Ուստի, վերջիններիս դեպքում ՈւՄԽ-ն որոշել է օգտագործել ԱՀԿ-ի գործող ուղեցույցները:

50. Խորհուրդ 6 (Խ6)

51. Գոնորեայի, խլամիդիայի և սիֆիլիսի կանխարգելիչ բուժումն առաջարկվում է սեռական բռնության ենթարկված երեխաներին և դեռահասներին, ներառյալ օրալ կամ անալ շփումը, ինչպես նաև սեռական օրգանների շփումն առնանդամի հետ, հատկապես այն հաստատություններում, որտեղ հնարավոր չէ լաբորատոր հետազոտությունների իրականացումը: [Ապացուցողական մակարդակ՝ շատ ցածր, անուղղակի, խորհրդի ուժը՝ պայմանական]:

52. Խորհուրդ 7 (Խ7)

53. Սեռական բռնության ենթարկված երեխաների և դեռահասների համար, ովքեր ունեն կլինիկական ախտանիշներ, առաջարկվում է համախտանիշային բուժում² միզուկից/հեշտոցից արտադրության (գոնորեայի, խլամիդիոզի, տրիխոմոնիազի), ինչպես նաև գենիտալ/սեռական օրգանների խոցերի (հասարակ հերպեսի վիրուսի, սիֆիլիսի, շանկրոիդի) դեպքերում, հատկապես այն պայմաններում, երբ լաբորատոր հետազոտումն իրագործելի չէ: [Խորհրդի ուժը՝ պայմանական: Ապացուցողականության մակարդակը՝ շատ ցածր, անուղղակի ապացույցներ]:

²Համախտանիշային բուժումն արագ բուժօգնության տրամադրումն է անմիջապես դիմելու օրը, որի իրականացման համար թանկարժեք հետազոտություններ կատարելու անհրաժեշտություն չկա:

1) Հավանական սեռավարակների բուժման և վարման առաջարկվող տարբերակները պետք է հիմնված լինեն ազգային ուղեցույցների վրա:

2) Հնարավորության դեպքում կատարել նմուշառումներ ախտորոշումը հաստատելու կամ դատաբժշկական փորձաքննության համար:

3) Եթե առկա են սիֆիլիսի արագ ախտորոշման թեստեր, ապա սիֆիլիսի թեստ անցկացնել: Եթե թեստի արդյունքները դրական են, ապա անհրաժեշտ է առաջարկել բուժում, նույնիսկ, եթե թեստի դրական արդյունքը դեռևս հաստատման կարիք ունի: Այնուամենայնիվ, եթե թեստի արդյունքները բացասական են և բուժում չի առաջարկվում, ապա անհրաժեշտ է կրկնել սիֆիլիսի թեստը 4 շաբաթ անց՝ ԱՀԿ-ի սիֆիլիսի բուժման վերաբերյալ առաջարկությունների համաձայն:

4) Կլինիկական ախտանիշների առկայության դեպքում (օրինակ, սեռական օրգանների շրջանում խոցեր, սեռական ուղիներից արտադրություն, անոգենիտալ գորտնուկներ), կանխարգելիչ բուժումը կարող է լինել առավել նպատակահարմար, անկախ նրանից, կատարվում են նմուշառումներ, թե ոչ (օրինակ, ախտորոշման հաստատման կամ դատաբժշկական նպատակներով):

5) Արդարադատության և մարդու իրավունքների վերաբերյալ դիտարկումներ. արդարադատության հետ կապված հարցերի գնահատումը չի ներառվել որևէ ուսումնասիրության մեջ: Այնուամենայնիվ, ՈւՄԽ-ն նշել է, որ գոնորեայի և խլամիդիայի բուժում առաջարկելու համար լաբորատոր թեստեր (օրինակ, ՆԹԱԹ թեստեր) պահանջելը սահմանափակում է դրանց հասանելիությունը (օրինակ, այնպիսի վայրերում, որտեղ այդ թեստերը հասանելի չեն կամ հասանելի են բնակչության որոշ խմբերի համար): Ավելին, ուսումնասիրությունները ցույց են տալիս, որ լաբորատոր արդյունքների հիման վրա բուժում ստանալու նպատակով երեխաների կամ դեռահասների բուժհաստատություն վերադառնալու պահանջը կարող է նվազեցնել դիմելիությունը:

Այնուամենայնիվ, անմիջական ապացույցների բացակայության պատճառով ՈւՄԽ-ն վերանայել է վերը նշված հանգամանքները: Խումբը նշել է, որ ապացույցների վերաբերյալ զգալի անորոշություն է առկա, քանի որ բացակայում են «Թեստավորիչ և բուժիչ» մոտեցումը կանխարգելիչ բուժման հետ համեմատող ուսումնասիրությունները: Հետևաբար, ապացույցների որակը շատ ցածր է գնահատվել՝ հիմնվելով անմիջական ապացույցների վրա: Անմիջական ապացույցները ցույց են տալիս հետևյալ եզրակացությունները.

6) Սեռավարակները շատ հաճախ անախտանիշ են և չբուժվելու դեպքում դրանք լուրջ բարդությունների կարող են հանգեցնել:

7) Սեռական բռնության ենթարկվածների մեծ մասը չի ներկայանում առաջին 3-5 օրվա ընթացքում, իսկ նրանք, ովքեր ներկայանում են, հաճախ չեն ներկայանում հետագա այցելություններին. հետևաբար, սեռավարակների բուժման հնարավորությունը պետք է առավելագույնի հասցվի առաջին այցելության ժամանակ:

8) ՍԾՓՀ կանխարգելիչ բուժումը կարող է ներառել անցանկալի կողմնակի ազդեցություններ, հատկապես ՀԿ կանխարգելման և շտապ հակաբեղմնավորման զուգակցման դեպքում աղիքային պաթոգենների կայունության զարգացման

հավանականություն: Այնուամենայնիվ, կողմնակի ազդեցությունները կարող են կարճատև լինել սեռավարակների բուժման դեղամիջոցների կիրառման դեպքում և պաթոգենների կայունությունը կարող է նվազագույնի հասցվել միանվագ օգտագործման դեղաչափով:

9) Կանխարգելիչ բուժման արժեքը շատ ավելի ցածր է, քան «Թեստավորիր և բուժիր» բուժման տարբերակի արժեքը, որը պահանջում է ՆԹԱԹ-ի առկայությունը և հասանելիությունը: Սիֆիլիսի դեպքում սքրինինգը մատչելի և հասանելի է, և այն պետք է միանշանակ կատարել:

54. Որոշվել է, որ պատվաստանյութով կանխարգելվող սեռավարակների (այսինքն, հեպատիտ B-ի և մարդու պապիլոմավիրուսի (ՄՊՎ) վերաբերյալ առկա կլինիկական խորհուրդները կիրառելի են սեռական բռնության ենթարկված և նախկինում չպատվաստված երեխաների և դեռահասների համար:

55. Խորհուրդ 8 (Խ8)

56. Հեպատիտ B-ի դեմ պատվաստումը, առանց հեպատիտ B-ի իմունազդրույունի, պետք է իրականացվի առկա ազգային ուղեցույցների համաձայն: [Խորհրդի ուժը՝ ուժեղ: Ապացուցողականության մակարդակը՝ շատ ցածր, անուղղակի ապացույցներ]:

1) Պատվաստումից առաջ շճաբանական հետազոտությունը խորհուրդ չի տրվում ռուտին (ամենօրյա) իրականացման համար: Այնուամենայնիվ, լաբորատոր սարքավորումների առկայության պարագայում և ծախսերի արդյունավետության դեպքում, եթե հայտնի չէ, արդյոք երեխան կամ դեռահասը պատվաստվել է հեպատիտ B-ի դեմ, ապա նախքան պատվաստանյութի առաջին չափաբաժնի ներարկումը, խորհուրդ է տրվում արյան միջոցով հեպատիտ B-ի նկատմամբ հակամարմինների հայտնաբերում իրականացնել:

2) Իմունիտետի առկայության դեպքում՝ պատվաստման հետագա ընթացքը չի պահանջվում:

57. Խորհուրդ 9 (Խ9)

58. 9-14 տարեկան աղջիկներին ՄՊՎ-ի պատվաստում պետք է առաջարկել ազգային ուղեցույցների համաձայն: [Խորհրդի ուժը՝ ուժեղ: Ապացուցողականության մակարդակը՝ չափավոր]:

1) ՄՊՎ-ի պատվաստումից առաջ սքրինինգ անհրաժեշտ չէ կատարել: Երկու կամ երեք դեղաչափի ստանալու դեպքում, կախված տարիքից և ազգային ժամանակացույցից, հետագա պատվաստում չի պահանջվում:

2) Թեև ՄՊՎ-ի պատվաստանյութը նախատեսված է այն աղջիկների համար, ում օրգանիզմում բացակայում են պատվաստանյութում առկա ՄՊՎ-ի տեսակները (այսինքն՝ մինչև սեռական կյանքի սկիզբը), սեռական բռնության ենթարկված աղջիկները կարող են, այնուամենայնիվ, օգուտ ստանալ պատվաստումից, պաշտպանվելով քառավալենտ պատվաստանյութի մեջ ընդգրկված չորս շտամներից մեկով (այսինքն, այն կապաշտպանի ՄՊՎ-ի չորս տեսակներից):

3) Այն աղջիկները, ովքեր ՄՊՎ-ի առաջին չափաբաժինը ստանում են մինչև 15 տարեկանը, կարող են օգտագործել երկու դեղաչափով պատվաստում: Դեղաչափերի միջև ընդմիջումը պետք է լինի 6 ամիս: Չնայած առավելագույն միջակայք գոյություն չունի, այնուամենայնիվ, խորհուրդ է տրվում ընդմիջում կատարել առավելագույնը 12-15 ամիս: 15 տարեկան և ավելի բարձր տարիքի աղջիկները պետք է ստանան երեք դեղաչափով ՄՊՎ-ի պատվաստանյութ (0, 1-2, 6 ամիս):

4) ՄՊՎ-ի պատվաստումը կարող է իրականացվել հեպատիտ B-ի դեմ պատվաստանյութի հետ միաժամանակ: Եթե ՄՊՎ-ի պատվաստանյութը տրվում է մեկ այլ ներարկելի պատվաստանյութի հետ միաժամանակ, ապա պատվաստանյութերը միշտ պետք է ներարկվեն ներարկման տարբեր հատվածներում՝ առանձին ներարկիչների օգտագործմամբ:

15. Հոգեբանական և հոգեկան առողջության խնդիրների կանխարգելում

59. Երեխաների և դեռահասների նկատմամբ սեռական բռնությունն ինչպես կարճաժամկետ, այնպես էլ երկարաժամկետ հետևանքներ է ունենում հոգեկան առողջության վրա: Երեխաների սեռական բռնությունը մեծապես կապված է հետևյալ ախտանիշների հետ. դեպրեսիա, անհանգստություն, հետտրավմատիկ սթրես, դիսոցիացիա, սնվելու խանգարումներ, քնի խանգարումներ, ցածր ինքնագնահատական, զայրույթ, էքստերնալ (արտաքին) շեղումներ, ինքնասպանության և ինքնավնասման հետ կապված գաղափարներ և վարքագիծ, միջանձնային խնդիրներ և ավելի բարձր տարիքում բարձր ռիսկային վարքագծի մեջ ներգրավում (օրինակ, թմրամիջոցների օգտագործում, ոչ անվտանգ սեռական վարքագիծ, ալկոհոլի չարաշահում): Նմանատիպ ախտանիշներ ունեցող սեռական բռնության ենթարկված երեխաները կամ դեռահասները, և՛ անհապաղ, և՛ երկարաժամկետ հոգեբանական աջակցության կարիք ունեն:

60. Փորձից բխող պնդում 5 (ՓԲՊ5)

61. Վերջերս սեռական բռնության ենթարկված և սուր տրավմատիկ սթրեսի ախտանիշներ ունեցող (առաջին ամսվա ընթացքում) երեխաների և դեռահասների բժշկական ծառայություններ մատուցողները պետք է առաջարկեն/շարունակեն առաջարկել գենդերային առանձնահատկությունները հաշվի առնող և երեխայակենտրոն, դեռահասակենտրոն առաջնային աջակցություն:

62. Ոչ վաղ անցյալում սթրեսի ախտանիշներ ներառող տրավմատիկ իրադարձություն վերապրած անձանց պարագայում, ԱՀԿ-ն խորհուրդ չի տալիս հոգեբանական դեբրիֆինգ/վերլուծություն իրականացնել դեպքի բացահայտման համար³: Սա վերաբերում է նաև ոչ վաղ անցյալում սեռական բռնության ենթարկված երեխաներին և դեռահասներին:

63. Խորհուրդ 10 (Խ10)

64. Հոգեբանական դերրիֆինգը/վերլուծությունը չպետք է օգտագործվի հետտրավմատիկ սթրեսի, անհանգստության կամ դեպրեսիվ ախտանիշների ռիսկը նվազեցնելու համար: [Խորհրդի ուժը՝ ուժեղ: Ապացուցողականության մակարդակը՝ շատ ցածր]: Սա ներառում է տրավմատիկ իրադարձության հետ առնչվելուց հետո անցկացվող մեկ անհատական կամ խմբային գրույց-հանդիպումը, որը կօգնի տրավմատիկ իրադարձություն վերապրած անձին հաղթահարել տրավման՝ վերհիշելով իրադարձությունը և կիսելով իր զգացմունքները խորհրդատուի կամ թերապևտի հետ:

65. Բացի առաջնային աջակցությունից, սեռական բռնության ենթարկված երեխաները կամ դեռահասները և նրանց խնամակալները նաև այնպիսի հոգեբանական-սոցիալական աջակցության կարիք ունեն, որը կօգնի բարելավել նրանց բարեկեցությունը և գործունեությունը, ներառյալ հոգեբանական կրթությունը, սթրեսի վերահսկումն ու հաղթահարումը և ամենօրյա գործունեության հեշտացումը:

1) Կարևոր է մանկահասակ երեխաների խնամակալներին տեղեկատվություն տրամադրել հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման (<ՏՄԽ) հնարավոր նշանների կամ ախտանիշների և/կամ վարքի կամ հույզերի մասին, որոնք երեխան կարող է դրսևորել առաջիկա օրերին կամ ամիսներին և այն մասին, թե երբ կարելի է լրացուցիչ օգնության դիմել: Նույն կերպ, կախված դեռահասի՝ իր ախտանիշների մասին տեղեկատվությունը հասկանալու կարողությունից և հասունությունից, անհրաժեշտ է տեղեկատվություն տրամադրել հավանական նշանների, ախտանիշների կամ զգացմունքների մասին, որոնք նրանք կարող են զգալ և այն մասին, թե երբ կարելի է լրացուցիչ օգնության դիմել:

2) Բացատրել երեխային կամ դեռահասին (անհրաժեշտության դեպքում) և/կամ նրանց խնամողներին, որ, ամենայն հավանականությամբ, նրանց վիճակը ժամանակի ընթացքում կբարելավվի: Առաջարկել նրանց լրացուցիչ այցեր կատարել:

66. Խորհուրդ 11 (Խ11)

67.Տրավմայի վրա կենտրոնացումով ճանաչողական/կոգնիտիվ վարքագծային թերապիան (ՃՎԹ) պետք է դիտարկել սեռական բռնության ենթարկված երեխաների և <ՏՄԽ ախտանիշներով դեռահասների դեպքում: [Խորհրդի ուժը՝ պայմանական: Ապացուցողականության մակարդակը՝ շատ ցածր]:

68. Խորհուրդ12 (Խ12)

69. Երբ անվտանգ և նպատակահարմար է առնվազն մեկ խնամակալի ներգրավումը, ապա տրավմայի վրա կենտրոնացված ՃՎԹ-ն պետք է դիտարկել նաև <ՏՄԽ-ի ախտանիշներ ունեցող, սեռական բռնության ենթարկված երեխաների և դեռահասների դեպքում: [Խորհրդի ուժը՝ պայմանական: Ապացուցողականության մակարդակը՝ ցածր]:

1) Սեռական բռնության ենթարկված երեխայի կամ դեռահասի անվտանգությունն առաջնային նշանակություն ունի: Խնամողների

ներգրավվածությունը պետք է ուղեկցվի երեխայի կամ դեռահասի անվտանգության և բարեկեցության մտահոգությամբ:

2) Երեխաները և դեռահասները պետք է գնահատվեն մասնագետի կողմից, ով կարող է հստակ ամրագրել, թե արդյոք նրանց մոտ առկա են ՀՏԽ փստանիշներ, թե ոչ:

3) Վերապատրաստված մասնագետի բացակայության դեպքում, երեխաները և դեռահասները պետք է գնահատումից հետո ուղեգրվեն անհրաժեշտ ծառայություններ մատուցող վերապատրաստված մասնագետի մոտ:

4) Սթրեսի վերահսկումը կարող է օգտակար լինել նաև ՀՏԽ կամ ՀՏԽ-ի փստանիշներ ունեցող երեխաների և դեռահասների համար:

5) Ենթախմբի դիտարկումներ. միջամտությունը պետք է իրականացվի տարբեր մոտեցումներով՝ երեխաների և դեռահասների հասունության և ճանաչողական զարգացման տարբեր մակարդակներին համապատասխան: Կան նաև որոշ փաստեր, որ հոգեկան առողջության հետևանքները կարող են ավելի լուրջ լինել այն երեխաների համար, ովքեր սեռական բռնության են ենթարկվել ավելի վաղ տարիքում:

6) Արդարադատության և մարդու իրավունքների դիտարկումներ. որոշ իրավիճակներում աղջիկների զոհ դառնալու հավանականությունն ավելի բարձր է, քան տղաներինը, թեև, կախված համատեքստից, դա կարող է տարբեր լինել: Մյուս կողմից, տղաների դիմելիությունն ավելի քիչ հավանական է, քան աղջիկներինը, և տղաները կարող են լրացուցիչ խոչընդոտների բախվել՝ կապված կարծրատիպերի և այն հանգամանքի հետ, որ տղաները ևս կարող են սեռական բռնության ենթարկվել կամ վախենում են, որ իրենց առնականությունը կարող է կասկածի տակ դրվել: Անհրաժեշտ է ուշադրություն դարձնել նաև խնամակալների հոգեկան առողջության արդյունքներին: Հոգեբանական միջամտությունների հասանելիությունը կարող է դժվար լինել ՑՄԵ-ում (ցածր և միջին եկամուտ ունեցող երկիր) և գյուղական վայրերում, որտեղ առկա են սահմանափակ թվով որակավորված բուժօժանայություններ մատուցող կամ վերապատրաստված մասնագետներ, որտեղ հաստատությունների ֆիզիկական հասանելիությունը սահմանափակ է ու ծառայությունների գները չափազանց բարձր են, և այն ընտանիքների դեպքում, ովքեր երեխաներին այցելությունների տանելու համար ստիպված են աշխատանքից բացակայել: Հետևաբար, լրացուցիչ ջանքեր կարող են պահանջվել այս բոլոր խմբերի հետ կապ հաստատելու և նրանց համար ծառայությունների հասանելիությունը բարելավելու համար:

16. Չննման արդյունքների փորձագիտական վերլուծություն (նախատեսված է փորձագետների համար) [2]

70. Չնայած, երեխաների հանդեպ սեռական բռնության դեպքի գնահատման գործընթացի ժամանակ երեխայի պատմությունը շարունակում է մնալ

ամենակարևոր ապացույցը, այնուամենայնիվ, ֆիզիկական ապացույցների առկայությունը նույնպես շատ կարևոր է հետաքննական, իրավական դաշտերում: Ձևնում իրականացնողները պետք է մանրակրկիտ գնահատեն հայտնաբերած ապացույցներն առկա բժշկական գրականության համատեքստում:

71. Բժշկական գործընթացների չափորոշիչները նախատեսված են զննման արդյունքների մեկնաբանությունների հստակեցման, բուժօգնությունը բարելավելու, մահացությունը և ծախսերը նվազեցնելու համար: Սխալ ախտորոշումը կարող է և ֆինանսական՝ թանկարժեք բժշկական միջամտությունների անհրաժեշտության դեպքում, և սոցիալական՝ սեռական բռնության ախտորոշում ֆիզիկական զննման տվյալների ոչ ճիշտ մեկնաբանության դեպքում, դժվարությունների հանգեցնել [3,4,5]:

72. Այս ուղեցույցի խորհուրդները ներառում են ընթացիկ հետազոտություններ և կլինիկական խորհուրդներ այն բուժաշխատողների համար, ովքեր զբաղվում են սեռական բռնության կասկածով երեխաների և դեռահասների զննմամբ ու վիճակի գնահատմամբ (Աղյուսակ 4):

73. Սեռական բռնության կասկածով բոլոր երեխաների զննումը պետք է իրականացնի այն բուժաշխատողը, ով անցել է սեռական բռնության գնահատման մասնագիտացված դասընթաց:

74. Սեռական բռնության կասկածով բոլոր երեխաների զննումը պետք է իրականացվի Աղյուսակ 1-ում ներկայացված տեխնիկայով:

75. Բժշկական գնահատման իրականացման ժամկետները կարելի է դասակարգել որպես անհետաձգելի, շտապ և ոչ շտապ: Անհետաձգելի գնահատումը պետք է անցկացվի առանց հապաղելու, իսկ շտապ և ոչ շտապ գնահատումները՝ 1- 7 օրվա ընթացքում (Աղյուսակ 2):

76. ԴՆԹ-ի հետազոտությունն արդյունավետ է համարվում, եթե սեռական հասունության չհասած երեխայի մոտ հետազոտությունն իրականացվում է հանցանքի կատարումից հետո 24 ժամվա ընթացքում: ԴՆԹ-ն հնարավոր է հայտնաբերել նույնիսկ դեպքից հետո սեռական օրգանները մաքրելու պարագայում: Այս փուլում, սեռական կոնտակտի դեպքում, խորհուրդ է տրվում դատափորձագիտական տվյալների հավաքագրում, ինչը կարող է կենսաբանական նյութի փոխանցման ապացույց հանդիսանալ. նախադեռահասային տարիքի երեխաների շրջանում 24 ժամվա ընթացքում, դեռահասների շրջանում՝ 72 ժամվա ընթացքում:

77. Որոշ դեպքերում ապացույցների հավաքագրման համար նախատեսված ժամկետը դեռահասների և չափահասների համար երկարացվել է մինչև 5 - 7 օր, հաշվի առնելով այն փաստը, որ սեռական բռնությունից հետո սերմնահեղուկը հնարավոր է հայտնաբերել արգանդի պարանոցում՝ բռնության դեպքից ավելի քան 72 ժամ հետո [6]:

78. Հանցանքի հետքերի հայտնաբերման համար հագուստի, անկողնային պարագաների կամ այլ կենցաղային իրերի հավաքումը կարելի է իրականացնել

ավելի ուշ, դա բուժաշխատողի պարտականությունը չէ, այնուամենայնիվ, նրանք պետք է ծանոթանան փաստերի հավաքագրմանը վերաբերող խորհուրդներին:

17. Արդյունքների վերլուծություն (տե՛ս աղյուսակ 3)

79. Ուղեցույցի աղյուսակի թավատառ լրացումները վերաբերում են այն վիճակներին, որոնք հաճախ սխալմամբ վերագրվում են սեռական բռնությանը կամ տրավմային [7]:

80. «Վիճակներ, որոնք սովորաբար առաջանում են այլ առողջական խնդիրներով պայմանավորված, ոչ թե սեռական հարաբերության կամ տրավմայի հետևանքով» ենթաբաժնում որոշ հատվածներ չեն ընդգրկվել վերանայված տարբերակում, օրինակ, «Հարթացած անալ ծալքերը» հեռացվել է ապացույցների բացակայության պատճառով, քանի որ որևէ հետազոտություն չի անդրադարձել հարթացած անալ ծալքերի և սեռական հարաբերության միջև կապին:

81. «Անուսի լայնացում մինչև 2 սմ» ձևակերպումը հեռացվել է, քանի որ անուսի որոշակի չափով լայնացման կարևորությունն անհայտ է: Անուսի լայնացումը փոփոխական նշան է և մեկ հետազոտության ընթացքում դրա առավելագույն լայնացման գնահատումը դժվարացած է:

82. Ավելի վաղ կատարված ուսումնասիրություններում անուսի լայնացման չափման համար օգտագործվել են տարբեր նկարահանման եղանակներ, ինչի պատճառով արդյունքները հնարավոր չի եղել համեմատել [8,9]:

83. Վերջերս կատարված մեկ ուսումնասիրությունում սեռական բռնության ենթարկված երեխաների 36%-ի մոտ հայտնաբերված է անուսի ռեֆլեկտոր լայնացում, կողքի պառկած դիրքում հետույքի բացումով 30 վայրկյանի ընթացքում [10]:

84. Մեկ այլ ուսումնասիրությունում անուսի լայնացում արձանագրվել է հավանական բռնության ենթարկվածներից 12%-ի մոտ և զգալիորեն կապված է եղել գրանցված անալ ներթափանցման հետ [11]:

85. Անհրաժեշտ է կատարել հետագա հետազոտություններ բռնության հետ կապված անուսի վնասվածքների կարևորությունը գնահատելու համար, հաշվի առնելով հետազոտության դիրքերի, տեխնիկաների և այլ գործոնների ազդեցությունը հետևանքների հայտնաբերման վրա:

86. «Չհաստատված» ենթաբաժինը վերանվանվել է «առանց կոնսենսուսի/ համաձայնության», քանի որ «Չհաստատված» տերմինը հաճախ սխալ մեկնաբանվում էր բուժաշխատողների կողմից որպես ոչ բավարար կամ ոչ ճշգրիտ տեղեկություն դեպքի մասին [12]: Սակայն փորձագետների կոնսենսուսի բացակայությունը չի նշանակում, որ այս դասակարգման արդյունքների վերաբերյալ բավական գիտական փաստեր չկան: Ուղղակի, որոշ հետազոտություններում, որոնցում մասնակիցների թիվը չափազանց փոքր էր, արդյունքները նույնականացվել են սեռական բռնության հետ, մինչդեռ, այլ

ուսումնասիրություններում արձանագրվել է նույն արդյունքը բռնության չենթարկված մարդկանց շրջանում կամ սեռական բռնության հետ որևէ կապ չի հաստատվել:

87. «Առանց կոնսենսուսի» ենթավերնագրում ներառված է մեկ այլ զննման տվյալ, որը վերաբերում է հիմենի ստորին հատվածում սպիի առկայությանը, որը կարող է հասնել մինչև հիմքը [10,13]: Այս զննման տվյալները ցույց են տալիս սեռական բռնության որոշ հավանականություն, սակայն փորձագետները միասնական կարծիք չունեն, թե որքան մեծ է հավանականությունը, որ այս վնասվածքը տրավմայի արդյունք է: Խորը սպիի նշանակության վերլուծությունը դժվար է: Նախկինում խորը սպին սահմանվում էր որպես սպի, որը ձգվում է հիմենի ավելի քան 50%-ի լայնքով [10]: Սակայն կլինիկական պրակտիկայում գրեթե անհնարին է չափել հիմենի լայնքը, որով անցնում է սպին: Անգամ հիմենի ստորին եզրից մինչև գրեթե հիմքը ձգվող սպիի առկայության պարագայում, փորձագետների խումբը չի եկել համաձայնության, որ դա նախկին վնասվածքի ակնհայտ նշան է:

18. Եզրակացություն

88. Չնայած բժշկական հետազոտության արդյունքների վերլուծության, աղյուսակը շարունակում է մնալ գնահատման մեջ օգտագործվող կարևոր բաղադրիչ, սակայն սեռական բռնության ախտորոշման համար երեխայի ցուցմունքն ամենակարևորն է:

89. Ծառայություն մատուցողը գլխավոր դեր է կատարում անամնեզի հավաքագրման, երեխայի առողջական և հոգեկան վիճակի գնահատման, սեռական բռնության ենթարկված երեխաների և դեռահասների ընտանիքների պատշաճ խորհրդատվության, մասնագիտական խմբի անդամների իրազեկման, արդյունքների վերլուծության և սեռական բռնության ենթարկված երեխաների և դեռահասների վարման ընթացքում:

90. Աղյուսակ 1. Հետազոտության տեխնիկաներ

Սեռական օրգանների հետազոտություն		Հետանցքի շրջանի հետազոտություն	
Նախադեռահասային տարիքի երեխա		Նախադեռահասային տարիքի երեխա	
Հետազոտության դիրք	Մեջքի վրա պառկած, ծնկները ծալած կամ լիթոտոմիայի դիրքում	Հետազոտության դիրք	Մեջքի վրա պառկած, ծնկները՝ կրծքավանդակին, կողքի պառկած՝ ծնկները կրծքավանդակին

Հետազոտության տեխնիկա	Սեռական շուրթերի հեռացում և ձգում, ծնկները մոտեցրած կրծքավանդակին, գլուտեալ մկանների բարձրացմամբ. գինեկոլոգիական հայելիների օգնությամբ հետազոտությունը ցուցված չէ, եթե երեխան գիտակից վիճակում է	Հետազոտության տեխնիկա	Հետույքի բացում ծնկները՝ կրծքավանդակին, գլուտեալ մկանների բարձրացմամբ
Հաստատման տեխնիկա	Հիմենը լվանալ ջրով կամ ֆիզիոլոգիկ լուծույթով, ծնկները մոտեցրած կրծքավանդակին, գլուտեալ մկանների բարձրացմամբ	Հաստատման տեխնիկա	Վերանայել աղիները գործելուց, տեղաշարժելուց հետո կամ դիրքը փոխելուց հետո
Սեռական օրգանների հետազոտություն		Հետանցքի շրջանի հետազոտություն	
Դեռահասային տարիքի երեխա		Դեռահասային տարիքի երեխա	
Հետազոտության դիրք	Մեջքի վրա պառկած, ծնկները մոտեցրած կրծքավանդակին, գլուտեալ մկանների բարձրացմամբ	Հետազոտության դիրք	Մեջքի վրա պառկած, ծնկները՝ կրծքավանդակին, կողքի պառկած՝ ծնկները կրծքավանդակին
Հետազոտության տեխնիկա	Սեռական շուրթերի հեռացում և ձգում գինեկոլոգիական հայելիների օգնությամբ հետազոտությունը հնարավոր է իրականացնել Տաններ 3 և բարձրի դեպքում	Հետազոտության տեխնիկա	Կողքի պառկած դիրքում հետույքի բացում, ծնկները՝ կրծքավանդակին, գլուտեալ մկանների բարձրացմամբ
Հաստատման տեխնիկա	Հիմենի եզրից բամբակե ծայրով փայտիկով քուրք վերցնել	Հաստատման տեխնիկա	Մեջքի վրա պառկած՝ ծնկները կրծքավանդակին

	Ֆոլի կաթետեր ծնկները մոտեցված կրծքավանդակին, գլուտեալ մկանների բարձրացմամբ		Կողքի պառկած՝ ծնկները կրծքավանդակին
--	--	--	---

91. Աղյուսակ 2. Բժշկական գնահատման իրականացման ժամկետները

Անհետաձգելի բժշկական գնահատման ցուցումներ [6,14]
Բժշկական, հոգեբանական ցուցումներ կամ անվտանգային նկատառումներ, օրինակ, սուր ցավ կամ արյունահոսություն, սուլֆիդալ մտքեր կամ թրաֆիքինգի կասկած
Ենթադրվող հանցանք, որը հնարավոր է կատարվել է վերջին 72 ժամվա ընթացքում (կամ այլ պետականորեն սահմանված ժամանակահատված), որի հետևանքով հետքաբանական կամ դատափորձագիտական հետազոտության անհրաժեշտություն է առաջացել
Բեղմնավորման անհապաղ կանխման անհրաժեշտություն
Հետկոնտակտային սեռավարակների կանխարգելման անհրաժեշտության դեպքում, ներառյալ ՄԻԱՎ-ը
Շտապ գնահատման ցուցումներ
Վերջին 2 շաբաթում տեղի ունեցած սեռական կոնտակտի կասկած կամ զեկույց, առանց անհետաձգելի բժշկական, հոգեբանական ցուցումների կամ անվտանգային նկատառումների
Ոչ շտապ գնահատման ցուցումներ
Երեխայի կողմից սեռական բռնության մասին բարձրաձայնում, բազմադիսցիպլինար թիմի կողմից սեռական բռնության բացահայտում կամ ընտանիքի կողմից մտահոգություն, որ տեղի է ունեցել սեռական բռնություն ավելի վաղ, քան 2 շաբաթ առաջ՝ առանց անհետաձգելի բժշկական, հոգեբանական ցուցումների կամ անվտանգային նկատառումների
Հետագա գնահատումների ցուցումներ
Սկզբնական զննման արդյունքները պարզ չեն կամ միանշանակ չեն
Սեռավարակների համար հավելյալ քննություն տեղի չի ունեցել նախնական զննման ժամանակ
Սուր վիճակների բուժման գնահատում և արձանագրում
Նախնական զննման արդյունքների հաստատում, եթե դա կատարվել է ոչ փորձառու մասնագետի կողմից

92. Աղյուսակ 3. Երեխաների հանդեպ սեռական բռնության կասկածի դեպքում բժշկական հետազոտության արդյունքների վերլուծություն (2015թ. մոտեցում)

*Զննման արդյունքներ, որոնք արձանագրված են նորածինների կամ բռնության

չենթարկված երեխաների շրջանում

1) Նորմալ տարբերակներ

ա. Հիմենի տեսքի նորմալ տարբերակներ

բ. Օղակաձև. հիմենի հյուսվածքն առկա է ամբողջ հեշտոցային բացվածքով

գ. Կիսալուսնաձև. հիմենի հյուսվածքը բացակայում է որոշ հատվածներում՝ Ժ.3-ի և 9-ի հատվածում

դ. Ամբողջովին փակ հիմեն

ե. Մեկ կամ մի քանի փոքր անցքերով հիմեն

զ. Խտրոցի առկայությամբ հիմեն. մեկ կամ մի քանի խտրոցներով հեշտոցային բացվածքի շրջանում

է. Բազմակի ծալքերով և շերտերով հիմեն

ը. Եզրին հյուսվածքի կտորով հիմեն

թ. Եզրագծին կամ այլ հատվածներում փոսիկներով կամ ուռուցիկ հատվածներով հիմեն

ժ. Որևէ ճեղք կամ սպի Ժ.3-ի և 9-ի հատվածում

ի. Մակերեսային սպիներ Ժ.3-ի և 9-ի հատվածում

լ. Հիմենի հարթ ետնային եզրագիծ, որն ամբողջական է և ավելի նեղ

2) Հարմիզուկային կամ հեշտոցի նախադռան ձգան (ձգաններ)

3) Ներհեշտոցային կատարներ

4) Հիմենի արտաքին կատար

5) Միջնագծի անոթազուրկ հատված (Linea vestibularis)

6) Անուսի դիաստազ (հարթ հատված)

7) Պերիանալ մաշկի կտոր(ներ)

8) Սեռական փոքր շուրթերի և պերիանալ հյուսվածքների մաշկի գերպիզմենտացիա

9) Միզուկի բացվածքի լայնացում

** Զննման արդյունքներ/վիճակներ, որոնք սովորաբար առաջանում են այլ առողջական խնդիրներով պայմանավորված, այլ՝ ոչ սեռական հարաբերության կամ տրավմայի հետևանքով

10) Արտաքին սեռական օրգանների հյուսվածքների կարմրություն

11) Հիմենի և հեշտոցի նախադռան արտահայտված անոթավորում

12) Շուրթերի կպում/կպումներ

13) Հետին կպուկի փխրունություն

14) Հեշտոցային արտադրություն

15) Հպավարակիչ ֆիբրոմա (կոնտագիոզ մոլլուսկ)

16) Հետանցքի ճաք

17) Պերիանալ հատվածում անոթների գերարյունություն կամ երակային կանգ

18) Հետանցքի լայնացում այն երեխաների շրջանում, ովքեր փորկապության և/կամ էնկոպրեզի (անկղապահության) հակվածություն ունեն կամ գտնվում են

սեղացիայի կամ ընդհանուր անզգայացման ներքո, կամ ունեն նյարդամկանային տոնուսի խանգարումներ այլ պատճառներով, կամ մահից հետո:

93. Վիճակներ, որոնք հաճախ շփոթում են բռնության հետ

- 19) Սկլերոտիկ և ատրոֆիկ որքին (լիխեն)
- 20) Ամոթույքի խոց (եր)
- 21) Պերիանալ և նախադռան հյուսվածքների հիպերեմիա (կարմրածություն), այրոց և ճաքերի առկայություն՝ մանրէների, սնկերի, վիրուսների, մակարոյծների կամ այլ ինֆեկցիաների պատճառով, որոնք չեն փոխանցվել սեռական ճանապարհով:
- 22) Շեքի պատռվածք
- 23) Ուղիղ աղիքի պրոլապս (արտանկում)
- 24) **Անուսի շուրջ մաշկի (անողերմայի) և ուղիղ աղիքի լորձաթաղանթի միացման հատվածում ատամնածև կամ կատարածև գծի հայտնաբերում**
- 25) **Արտաքին անալ սֆինկտերի մասնակի լայնացում փակ ներքին սֆինկտերի պայմաններում, ինչը ստեղծում է խոր սպիների տպավորություն պերիանալ մաշկի վրա**
- 26) Կարմիր/մանուշակագույն բծերի առկայություն արտաքին սեռական օրգանների շրջանում, ներառյալ հիմենի՝ հաստատված հյուսվածաբանական հետազոտության միջոցով, որոնք առաջանում են մահից հետո

***Վիճակներ, որոնք հնարավոր է, առաջացել են սեռական հարաբերության կամ տրավմայի հետևանքով, և որոնց վերաբերյալ չկա փորձագիտական կոնսենսուս/համաձայնություն

- 27) Հետանցքի ամբողջական լայնացում ներքին և արտաքին անալ սֆինկտերների թուլությամբ այլ նախապայմանների բացակայության պարագայում, օրինակ, փորկապության և/կամ էնկոպրեզի (անկղապահության), ընդհանուր անզգայացման կամ սեղացիայի, նյարդամկանային տոնուսի խանգարումների
- 28) **Ճեղք կամ սպի հիմենի եզրագծին Ժ. 3-ի կամ 9-ի հատվածում կամ ավելի ներքև, որը մակերեսայինից ավելի խորն է և կարող է ձգվել գրեթե մինչև հիմենի հիմք, բայց ամբողջովին այն չի հատում: Ամբողջական ճեղքեր Ժ. 3-ի կամ 9-ի հատվածում, որոնց վերլուծության վերաբերյալ բացակայում է փորձագետների կոնսենսուսը/համաձայնությունը**
- 29) Բռնության այլ նշանների բացակայության պարագայում սեռական օրգանների կամ հետանցքի շրջանի կոնդիլոմաներ, **որոնք առաջին անգամ ի հայտ են եկել 5տ. բարձր երեխայի մոտ, ավելի հավանական է, որ փոխանցված են սեռական ճանապարհով [15]**
- 30) Բռնության այլ նշանների բացակայության պայմաններում երեխայի սեռական օրգանների կամ հետանցքի շրջանում 1-ին կամ 2-րդ տեսակի հերպեսի հայտնաբերում միկրոօրգանիզմների ցանքսի կամ պոլիմերազային շղթայական ռեակցիայի մեթոդներով

****Վիճակներ, որոնք առաջացել են տրավմայի և/կամ սեռական կոնտակտի արդյունքում

94. Արտաքին սեռական օրգանների կամ հետանցքի շրջանի հյուսվածքների սուր տրավմա, որը կարող է լինել պատահականության արդյունք կամ հասցված լինել միտումնավոր

- 1) Շուրթերի, առնանդամի, ամորձապարկի, պերիանալ հյուսվածքների կամ շեքի սուր պատռվածք կամ վերք
- 2) Հետին կպուկի կամ հեշտոցի նախադռան սուր պատռվածք, որը չի ներառում հիմենը

95. Արտաքին սեռական օրգանների/ հետանցքի շրջանի հյուսվածքների լավացող վնասվածքներ: (Այս հազվադեպ պատահող վիճակները դժվար է ակտորոշել, եթե նույն հատվածի սուր վնասվածք նախկինում արձանագրված չի եղել)

- 1) Պերիանալ սպի
- 2) Հետին կպուկի կամ փոսիկի սպի

96. Վնասվածքներ, որոնք վկայում են սեռական օրգանների/ հետանցքի հյուսվածքների սուր կամ լավացող տրավմայի մասին

- 1) Հիմենի կապտուկներ, **արյունազեղումներ կամ քերծվածքներ**
- 2) Հիմենի սուր պատռվածքներ ցանկացած խորության՝ մասնակի կամ ամբողջական
- 3) **Հեշտոցի պատռվածքներ/վնասվածքներ**
- 4) **Պերիանալ պատռվածքներ/վնասվածքներ, ենթամաշկի հյուսվածքների ներգրավմամբ**
- 5) **Հիմենի լավացող կտրվածք/ամբողջական ճաք - հիմենի դեֆեկտ Ժ. 4-ի և 8-ի միջև ընկած ժամանակահատվածում, որը տարածվում է մինչև հիմենի հիմքը՝ այդ հատվածում հիմենի հյուսվածքի բացակայությամբ**
- 6) Հիմենի հետին (ստորին) հատվածի արատ, որը մեծ է հիմենի հիմքին հասնող հիմենի հյուսվածքի բացակայությամբ ամբողջական կտրվածքից/վնասվածքից

97. Սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակներ, երբ պերինատալ փոխանցման կամ հստակ, հիմնավորված և անկախ կերպով արձանագրված հազվադեպ պատահող ոչ սեռական ճանապարհով փոխանցված վարակի մասին ապացույց չկա

- 1) Սեռական օրգանների, հետանցքի կամ կոկորդի գոնորեա (*Neisseria gonorrhoeae*) հարուցված վարակ
- 2) Սիֆիլիս
- 3) Սեռական օրգանների կամ հետանցքի խլամիդիային տրախոմատիս (*Chlamydia trachomatis*) հարուցված վարակ
- 4) Հեշտոցային տրախոմատիս (*Trichomonas vaginalis*) հարուցված վարակ
- 5) ՄԻԱՎ, եթե արյան միջոցով փոխանցվելու տարբերակը բացառվել է

98. Սեռական կոնտակտի արձանագրում

1) Հղիություն

2) Դատաբժշկական փորձաքննության համար երեխայի մարմնից ուղակիորեն վերցված սերմնահեղուկի նմուշներ

99. Թավատառով գրվածներն ավելացվել են կամ փոփոխվել աղյուսակի նոր, թարմացված տարբերակում: Այս աղյուսակը ներառում է բժշկական զննման և լաբորատոր հետազոտությունների արդյունքներ, սակայն սեռական բռնության կասկածով երեխաների մեծ մասը կարող է չունենան ֆիզիկական նշաններ, վնասվածքներ կամ վարակներ: Երեխայի նկարագրությունը պատահածի վերաբերյալ և դեպքին առնչվող հատուկ նշանների արձանագրությունն անհրաժեշտ են ամբողջական բժշկական գնահատման համար:

*Այս արդյունքները վերաբերում են նորմալ տարբերակներին և կապված չեն երեխայի՝ սեռական բռնության դեպքի մասին ցուցմունք տալու հետ:

**Այս արդյունքները պահանջում են տարբերակիչ ախտորոշում, քանի որ յուրաքանչյուր արդյունք կարող է ունենալ մի քանի տարբեր պատճառ:

***Ֆիզիկական և լաբորատոր հետազոտությունների արդյունքները կարող են հաստատել երեխայի տված՝ սեռական բռնության մասին ցուցմունքները, բայց դրանք պետք է զգուշորեն վերլուծվեն և մեկնաբանվեն, եթե երեխան ցուցմունք չի տալիս: Ֆիզիկական արդյունքները (համար 28 և 29) պետք է հաստատվեն՝ օգտագործելով զննման լրացուցիչ դիրքեր և հետազոտության այլ եղանակներ: Հավելյալ տեղեկությունները, օրինակ, մոր գինեկոլոգիական անամնեզը կամ երեխայի օրալ վնասվածքների մասին տեղեկությունները կարող են պարզաբանել, արդյոք, երեխան վարակվել է հերպեսով կամ կոնդիլոմայով սեռական ճանապարհով: Այս արդյունքների նկարները կամ տեսագրությունները պետք է գնահատվեն և հաստատվեն սեռական բռնության ոլորտի մասնագետի կողմից, որպեսզի ապահովեն ճշգրիտ ախտորոշում:

****Այս արդյունքները համալրում են սեռական բռնության դեպքի մասին ցուցմունքը և ցույց են տալիս, որ մեծ հավանականությամբ տեղի է ունեցել սեռական բռնություն, նույնիսկ ցուցմունքի բացակայության պարագայում, եթե չկա պատահական վնասվածքի վերաբերյալ թարմ և արժանահավատ նկարագրություն երեխայի և/կամ խնամակալի կողմից: Ֆիզիկական արդյունքները (կետ 32 -ից 41) պետք է հաստատվեն՝ օգտագործելով զննման լրացուցիչ դիրքեր և հետազոտության այլ եղանակներ: Սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակների ախտորոշումները պետք է վերահաստատվեն հետազոտության այլ եղանակներով՝ հավանական սխալ դրական պատասխաններից խուսափելու համար: Այս արդյունքների նկարները կամ տեսագրությունները պետք է գնահատվեն և հաստատվեն սեռական բռնության ոլորտի մասնագետի կողմից, որպեսզի ապահովեն ճշգրիտ ախտորոշում:

100. Աղյուսակ 4. Խորհուրդներ ծառայություն մատուցողների համար

Երեխա կամ դեռահաս պացիենտի անամենեզի հավաքում ավստորոշման կամ բուժման համար
Զարգացնել զննման հմտություններն անոգենիտալ հետազոտությունների արդյունքների գնահատման համար
Տիրապետել տարբերակիչ ավստորոշմանն այն վիճակների համար, որոնք շփոթում են սեռական բռնության հետ՝ սխալ ավստորոշումից խուսափելու համար
Հետևել երեխայի հանդեպ սեռական բռնության դեպքի բժշկական գնահատման և օգնության բնագավառում ժամանակակից մոտեցումներին
Ստանալ քննության արդյունքների բարձր որակի ֆոտոարձանագրություն, որը հնարավոր է վերլուծել
Դատարանում ցուցմունք տալ, որը կլինի օբյեկտիվ, հիմնված փաստերի վրա և հավասարապես պարզ բժշկական և ոչ բժշկական լսարանների համար

101. Աղյուսակ 5. Խորհուրդների ուժի դասակարգում

- 1) Խորհրդի ուժը՝ ուժեղ - նշանակում է վստահություն առ այն, որ դրա կատարման ցանկալի հետևանքները գերազանցում են անցանկալի հետևանքները:
- 2) Խորհրդի ուժը՝ պայմանական - նշանակում է, որ հանձնարարականի կատարման ցանկալի հետևանքները, հավանաբար, գերազանցում են անցանկալի հետևանքները, բայց այս եզրակացության մեջ վստահություն չկա:

19. Գրականության ցանկ

1. Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. Geneva: World Health Organization; 2017
2. Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused Joyce A. Adams MD , Nancy D. Kellogg MD , Karen J. Farst MD, Nancy S. Harper MD, Vincent J. Palusci MD, MS, Lori D. Frasier MD, Carolyn J. Levitt MD 7, Robert A. Shapiro MD , Rebecca L. Moles MD , Suzanne P. Starling MD,2016
3. Bender LC, Linnau KF, Meier EN, et al: Interrater agreement in the evaluation of discrepant imaging findings with the Radpeer system. AJR Am J Roentgenol 2012; 199:1320
4. Ng WK, Chiu CS, Cheng Y, et al: Toward implementation of a regional quality assurance program in cytopathology: the Hong Kong experience. Acta Cytol 2006; 50:164
5. Nisbet D, Mclennan A, Robertson A, et al: Reducing inter-rater variability in the assessment of nuchal translucency image quality. Fetal Diagn Ther 2011; 30:128
6. Christian CW: Timing of the medical examination. J Child Sex Abuse 2011; 20: 505
7. Ambrosetti F, Palazzo E, Gibelli D, et al: The risk of misinterpreting genital signs of sexual abuse in cadavers: a case report. Int J Legal Med 2013; 127:907
8. Mccann J, Voris J, Simon M, et al: Perianal findings in prepubertal children selected for nonabuse: a descriptive study. Child Abuse Negl 1989; 13:179
9. Myhre AK, Bemtzen K, Bratlid D: Perianal anatomy in non-abused preschool children. Acta Paediatr 2001; 90:1321
10. Berenson AB, Chacko MR, Wiemann CM, et al: A case-control study of anatomic changes resulting from sexual abuse. Am J Obstet Gynecol 2000; 182:820. discussion 831.
11. Myhre AK, Adams JA, Kaufhold M, et al: Anal findings in children with and without probable anal penetration: a retrospective study of 1115 children referred for suspected sexual abuse. Child Abuse Negl 2013; 37:465
12. Starling SP, Frasier LD, Jarvis K, et al: Inter-rater reliability in child sexual abuse diagnosis among expert reviewers. Child Abuse Negl 2013; 37:456
13. Berkoff MC, Zolotor AJ, Makoroff KL, et al: Has this prepubertal girl been sexually abused? J Am Med Assoc 2008; 300:2779
14. Floyed RL, Hirsh DA, Greenbaum VJ, et al: Development of a screening tool for pediatric sexual assault may reduce emergency-department visits. Pediatrics 2011; 128:221
15. Hammerschlag MR, Guillen CD: Medical and legal implications of testing for sexually transmitted infections in children. Clin Microbiol Rev 2010; 23:493

Սեռական բռնության ենթարկված երեխաների վարման ալգորիթմ

