



ՀՀ ԱՆ ԶԻԱՀ-ի կանխարգելման
հանրապետական կենտրոն
National Center for AIDS Prevention,
Ministry of Health, Republic of Armenia

ՀԱԿԱՌԵՏՐՈՎԻՐՈՒՄԱՅԻՆ ԴԵՂԵՐԻ ԿԻՐԱՌՄԱՄԲ ՄԻԱՎ ՎԱՐԱԿԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ԵՎ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՄԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ

ԵՐԵՎԱՆ - 2017



**ՀԱԿԱՌԵՏՐՈՎԻՐՈՒՄԱՅԻՆ ԴԵՂԵՐԻ
ԿԻՐԱՌՄԱՄԲ ՄԻԱՎ ՎԱՐԱԿԻ
ԲՈՒԺՄԱՆ ԵՎ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՄԱՆ
ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ**

ՀՏԴ 616.98

ԳՄԴ 55.148

Հ 170

Հ 170

Հակառետրովիրուսային դեղերի կիրառմամբ ՄԻԱՎ վարակի բուժման և կանխարգելման կլինիկական ուղեցույց, 2017թ. – Երևան: «ԶԻԱՀ-ի կանխարգելման հանրապետական կենտրոն» ՊՈԱԿ, 2017. – 364 էջ:

Գրքում ներկայացված է ՀՀ առողջապահության նախարարի 2017թ. օգոստոսի 7-ի թիվ 2429-Ա հրամանով հաստատված և 2017թ. նոյեմբերի 8-ի թիվ 3225-Ա հրամանի հիման վրա վերախմբագրված «Հակառետրովիրուսային դեղերի կիրառմամբ ՄԻԱՎ վարակի բուժման և կանխարգելման» կլինիկական ուղեցույցը:

ՀՏԴ 616.98

ԳՄԴ 55.148

ISBN 978-9939-1-0673-1

© «ԶԻԱՀ-ի կանխարգելման հանրապետական կենտրոն» ՊՈԱԿ



**ՀՀ ԱՆ ԶԻԱՀ-ի կանխարգելման
հանրապետական կենտրոն**

ՀԱՎԱՌԵՏՐՈՎԻՐՈՒՄԱՅԻՆ ԴԵՂԵՐԻ ԿԻՐԱՌՄԱՄԲ ՄԻԱՎ ՎԱՐԱԿԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ԵՎ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՄԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ

ԱՄՓՈՓՈՒՄ

Նպատակ

Հակառետրովիրուսային դեղերի կիրառմամբ ՄԻԱՎ վարակի բուժման և կանխարգելման կլինիկական ուղեցույցի նպատակն է օգնել բուժաշխատողներին կայացնելու ապացուցողական բժշկության վրա հիմնված, գիտականորեն հիմնավորված կլինիկական որոշումներ դիսպանսերային հսկողության շրջանակում ՄԻԱՎ վարակի բուժման և կանխարգելման համալիր շարունակական օգնություն տրամադրելիս:

Մեթոդաբանություն

Հակառետրովիրուսային դեղերի կիրառմամբ ՄԻԱՎ վարակի բուժման և կանխարգելման կլինիկական ուղեցույցը մշակվել է ՀՀ ԱՆ ԶԻԱՀ-ի կանխարգելման հանրապետական կենտրոնի (այսուհետ՝ ԶԻԱՀ-ի ԿՀԿ) մասնագետների կողմից ՀՀ առողջապահության նախարարի հրամաններով հաստատված ՄԻԱՎ վարակի ժամանակ բուժման և խնամքի ազգային ուղեցույցների [1-11] հիման վրա, որոնք լրամշակվել, վերանայվել են Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (այսուհետ՝ ԱՀԿ) 2016 թվականի «ՄԻԱՎ վարակի բուժման և կանխարգելման նպատակով հակառետրովիրուսային (այսուհետ՝ ՀՌՎ) դեղերի կիրառման ուղեցույցի» [12] առաջարկների հիման վրա և միավորվել են մեկ միասնական ուղեցույցում: Ուղեցույցի մշակման աշխատանքային խմբում ներգրավվել նաև մասնագետներ այլ բժշկական կազմակերպություններից:

Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և առաջարկների ուժգնությունը որոշելիս հիմք է ընդունվել առաջարկների ուսումնասիրման, մշակման և գնահատման դասակարգման համակարգը (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation - GRADE): Ապահովվել է ուղեցույցի դրույթների վերաբերյալ հեղինակային խմբի բոլոր անդամների փոխհամաձայնությունը: Տեղայնացման աշխատանքները կատարվել են ADAPTE մեթոդաբանությամբ: Առաջարկների որոշ մասը չունի աստիճանակարգում ըստ ուժգնության և ապացույցների որակի, քանի որ դրանք գործունեության վաղուց կիրառվող ստանդարտներ են, որոնց համար չեն իրականացվել (և անհմաստ է անցկացնել) պատահական բաշխմամբ վերահսկվող հետազոտություններ կամ գերվերլուծություններ:

Հակառետրովիրուսային դեղերի կիրառմամբ ՄԻԱՎ վարակի բուժման և կանխարգելման կլինիկական ուղեցույցը նախատեսված է ՄԻԱՎ վարակի ախտորոշման, բուժման և կանխարգելման հարցերով զբաղվող բուժաշխատողների համար: Այն

կարող է օգտակար լինել առողջապահության կազմակերպիչներին, ֆթիզիատորներին, վարակաբաններին, մաշկավեներաբաններին, մանկաբարձ-գինեկոլոգներին, ընտանեկան բժիշկներին, մանկաբույժներին, լաբորատոր և այլ մասնագետների, ՄԻԱՎ վարակին առնչվող ծառայություններ տրամադրող հասարակական կազմակերպություններին, ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի կանխարգելման ծրագրերին տեխնիկական և ֆինանսական աջակցություն տրամադրող կազմակերպություններին:

Կլինիկական ուղեցույցը կարող է վերանայվել պարբերաբար (հինգ տարին մեկ) և ըստ անհրաժեշտության ոլորտում նոր մոտեցումներ, առաջարկություններ ի հայտ գալիս:

Արդյունքներ

Ապացուցողական մոտեցումների կիրառմամբ ուղեցույցում ներկայացված են ՄԻԱՎ վարակի լաբորատոր ախտորոշումը, ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների դիսպանսերային հսկողության մոտեցումները, հակառետրովիրուսային բուժման սկզբունքները և բուժման մոնիտորինգը, օպորտունիստական վարակների ախտորոշումը, բուժումն ու կանխարգելումը, ՄԻԱՎ/տուբերկուլոզ, ՄԻԱՎ/վիրուսային հեպատիտներ Բ և Ց համակցված վարակներով պացիենտների վարումը, մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխարգելումը, նախա- և հետկոնտակտային կանխարգելումը, ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների կանխարգելիչ պատվաստումների ընդհանուր սկզբունքները, բուժման տրամադրման մոնիտորինգը և գնահատումը: Ուղեցույցում համառոտ ներկայացված են նաև ՄԻԱՎ վարակի համաճարակաբանությունը, պատճառագիտությունն ու ախտաճագումը, ՄԻԱՎ վարակի դասակարգումն ու կլինիկական ընթացքը:

Սույն կլինիկական ուղեցույցում ներկայացված հիմնական նոր մոտեցումները բխում են ԱՀԿ-ի 2016 թվականի այն առաջարկությունից, համաձայն որի ՀՌՎ բուժում պետք է տրամադրվի ՄԻԱՎ վարակ ախտորոշումով բոլոր պացիենտներին անկախ հիվանդության կլինիկական փուլից և CD4+ լիմֆոցիտների քանակից:

Սույն ուղեցույցում չեն ներառվել ԱՀԿ-ի 2016 թվականի «ՄԻԱՎ վարակի բուժման և կանխարգելման նպատակով հակառետրովիրուսային դեղերի կիրառման ուղեցույցի» միջին բուժաշխատողների կողմից ՀՌՎ բուժման նշանակման և դեղատոմսերի դուրսգրման, ոչ բժշկական կազմակերպություններում ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտությունների անցկացման, երեխաների շրջանում խորհրդատվության և հետազոտության տրամադրման, ոչ բուժաշխատողների կողմից ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտությունների անցկացման վերաբերյալ առաջարկները, քանի որ դրանք հակասում են ՀՀ օրենսդրությանը:

Հերևություններ

Ապացուցողական մոտեցումների վրա հիմնված դիսպանսերային հսկողության շրջանակում ՄԻԱՎ վարակի բուժման և կանխարգելման համալիր շարունակական օգնություն տրամադրումը «90-90-90» թիրախներին հասնելու, ՄԻԱՎ վարակի նոր դեպքերի նվազեցման, մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցումը վերացրած երկրի կարգավիճակի պահպանման, ՄԻԱՎ վարակով պայմանավորված մահացության նվազեցման հիմքն են:

Բանալի բառեր

ՄԻԱՎ վարակ, ՄԻԱՎ վարակի ախտորոշում, հակառեպրովիրուսային բուժում, օպորտունիստական վարակներ, ՄԻԱՎ/տուբերկուլոզ համակցված վարակ, ՄԻԱՎ զուգորդող հիվանդություններ, ապացուցողական բժշկություն, ցուցումների ուսումնասիրման, մշակման և գնահատման դասակարգման համակարգ, Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն:

Պատասխանատու համակարգող

Ս.Գրիգորյան՝ բ.գ.դ., պրոֆեսոր, ՀՀ ԱՆ ակադեմիկոս Ս.Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտի «ՄԻԱՎ վարակ» դասընթացի գիտական ղեկավար, ՀՀ ԱՆ ՁԻԱՀ-ի կանխարգելման հանրապետական կենտրոնի տնօրեն

Աշխատանքային խմբի անդամներ

- Ա.Պապոյան՝ բժիշկ-համաճարակաբան, ՁԻԱՀ-ի ԿՀԿ-ի համաճարակաբանական հսկողության բաժնի վարիչ
- Ժ.Պետրոսյան՝ բժիշկ-համաճարակաբան, ՁԻԱՀ-ի ԿՀԿ-ի կանխարգելման բաժնի վարիչ
- Ա.Ասատրյան՝ բժիշկ-լաբորանտ, ՁԻԱՀ-ի ԿՀԿ-ի լաբորատոր ախտորոշման բաժնի վարիչ
- Ա.Ասմարյան՝ մաշկավեներաբան, ՁԻԱՀ-ի ԿՀԿ-ի բժշկական օգնության և սպասարկման բաժնի վարիչ
- Մ.Ասրյան՝ բժիշկ-ռեֆլեքսաթերապևտ, ՁԻԱՀ-ի ԿՀԿ-ի հոգեբանասոցիալական խորհրդատվության բաժնի վարիչ
- Վ.Արզաքանյան՝ բժիշկ-համաճարակաբան, ՁԻԱՀ ԿՀԿ
- Է.Հովհաննիսյան՝ բժիշկ-համաճարակաբան, ՁԻԱՀ ԿՀԿ
- Ք.Լալայան՝ բժիշկ-համաճարակաբան, ՁԻԱՀ ԿՀԿ
- Տ.Գրիգորյան՝ բժիշկ-վիճակագիր, ՁԻԱՀ ԿՀԿ
- Հ.Հովակիմյան՝ բժիշկ-վարակաբան, ՁԻԱՀ ԿՀԿ
- Ա.Դավիդյան՝ բժիշկ-վարակաբան, ՁԻԱՀ ԿՀԿ
- Յու.Մանուկյան՝ մանկաբույժ, բժիշկ-վարակաբան, ՁԻԱՀ ԿՀԿ
- Ե.Սիլկա՝ բժիշկ-վարակաբան, ՁԻԱՀ ԿՀԿ
- Ա.Աղեկյան՝ բժիշկ-վարակաբան, ՁԻԱՀ ԿՀԿ
- Լ.Իսրայելյան՝ բժիշկ-վարակաբան, ՁԻԱՀ ԿՀԿ
- Հ.Այվազյան՝ բժիշկ-վարակաբան, ՁԻԱՀ ԿՀԿ
- Ա.Նավասարդյան՝ բժիշկ-վարակաբան, ՁԻԱՀ ԿՀԿ
- Մ.Միրզոյան՝ մանկաբարձ-գինեկոլոգ, ՁԻԱՀ ԿՀԿ
- Է.Մարտիրոսյան՝ ֆթիզիատոր, ՁԻԱՀ ԿՀԿ
- Ժ.Հակոբյան՝ ընտանեկան բժիշկ, ՁԻԱՀ ԿՀԿ
- Վ.Սարգսյան, բժիշկ-վարակաբան, «Արմենիկում» կլինիկական կենտրոն, կլինիկական ծառայության ղեկավար
- Ա.Պեպանյան՝ բժիշկ-վարակաբան, «Արմենիկում» կլինիկական կենտրոն
- Գ.Սահակյան՝ բժիշկ-համաճարակաբան, ՀՀ ԱՆ հիվանդությունների վերահսկման և կանխարգելման ազգային կենտրոնի գլխավոր տնօրենի խորհրդական, իմունականխարգելման ազգային ծրագրի ղեկավար

- Ա.Հայրապետյան՝ բ.գ.թ., բժիշկ-համաճարակաբան, ՀՀ ԱՆ տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային կենտրոնի տնօրեն
- Լ.Նիկողայան՝ բ.գ.թ., դոցենտ, գլխավոր ֆթիզիատոր, ՀՀ ԱՆ տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային կենտրոն

Մասնագիտական խմբագրում

Ա.Հակոբյան՝ բ.գ.թ., ՀՀ ԱՆ ՁԻԱՀ-ի կանխարգելման հանրապետական կենտրոնի տնօրենի տեղակալ բժշկական գծով

Խմբագիր

Ա.Հովհաննիսյան

Շահերի բախման հայտարարագիր և ֆինանսավորման աղբյուրներ

Պատասխանատու համակարգողը և աշխատանքային խմբի անդամները հայտարարում են շահերի բախման բացակայության մասին (հայտարագրերը կցվում են): Սույն ուղեցույցը մշակվել է առանց որևէ ֆինանսական աջակցության:

Շնորհակալական խոսք

Պատասխանատու համակարգողը իր երախտագիտությունն է հայտնում աշխատանքային խմբի բոլոր անդամներին, ինչպես նաև սույն ուղեցույցի մշակման աշխատանքներին իրենց աջակցությունը, խորհրդատվությունը տրամադրած և մասնագիտական ներդրումն ունեցած գործընկերներին՝

- Հ.Մանգոյան, բ.գ.թ., Երևանի Մխիթար Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի շարունակական բժշկական կրթության ֆակուլտետի անէսթեզիոզիայի և ինտենսիվ թերապիայի ամբիոնի դոցենտ, «Էրեբունի» բժշկական կենտրոնի վերակենդանացման բաժանմունքի գիտական ղեկավար, կլինիկական ուղեցույցների և պացիենտի վարման գործելակարգերի ներդրման նպատակով առաջարկներ մշակող հանձնաժողովի նախագահ, «Վարդանանց» ՆԲԿ-ի տնօրեն,
- Ն.Գրիգորյան՝ բժիշկ-համաճարակաբան, ՀՀ ԱՆ հիվանդությունների վերահսկման և կանխարգելման ազգային կենտրոնի աղիքային և սեռավարակների համաճարակաբանության բաժնի պետ,
- Ս.Գրիգորյան՝ բժիշկ-համաճարակաբան, ՀՀ ԱՆ հիվանդությունների վերահսկման և կանխարգելման ազգային կենտրոնի իմունականիսարգելման և կառավարելի վարակիչ հիվանդությունների համաճարակաբանության բաժնի պետ

- Տ.Բալայան՝ բժիշկ-համաճարակաբան, ՀՀ ԱՆ հիվանդությունների վերահսկման և կանխարգելման ազգային կենտրոն,
- Մ.Ղուկասյան՝ բժիշկ-համաճարակաբան, ՀՀ ԱՆ տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային կենտրոն,
- Է.Կաբասակալյան՝ տուբերկուլոզի լաբորատոր ծառայության փորձագետ, ՀՀ ԱՆ տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային կենտրոն:

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

I.	Օգտագործված հասկացություններ	16
II.	Ներածություն	19
III.	Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն	20
IV.	Առաջարկների աստիճանակարգումը՝ ըստ ուժգնության և ապացույցների որակի.....	21
V.	ՄԻԱՎ վարակի համաճարակաբանություն.....	22
VI.	ՄԻԱՎ վարակի պատճառագիտություն և ախտաճագում	24
VII.	ՄԻԱՎ վարակի դասակարգում.....	28
VIII.	ՄԻԱՎ վարակի լաբորատոր ախտորոշում	29
IX.	ՄԻԱՎ վարակի կլինիկական ընթացքը.....	33
X.	ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների դիսպանսերային հսկողություն	37
XI.	Հակառետրովիրուսային բուժում.....	47
XII.	Օպորտունիստական վարակների ախտորոշում և բուժում	90
XIII.	ՄԻԱՎ/տուբերկուլոզ համակցված վարակով պացիենտների վարում	137
XIV.	ՄԻԱՎ/վիրուսային հեպատիտ Յ համակցված վարակով պացիենտների վարում.....	152
XV.	ՄԻԱՎ/վիրուսային հեպատիտ Բ համակցված վարակով պացիենտների վարում	169
XVI.	Մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխարգելում	176
XVII.	Օպորտունիստական վարակների կանխարգելում	193
XVIII.	Հետկոնտակտային կանխարգելում	196
XIX.	Նախակոնտակտային կանխարգելում	203
XX.	ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների կանխարգելիչ պատվաստումների ընդհանուր սկզբունքները.....	204
XXI.	Մոնիտորինգ և գնահատում	208
XXII.	Ուղեցույցի ներդրման հնարավորություններ և հնարավոր խոչընդոտներ	211
XXIII.	Ուսումնասիրված փաստաթղթերի և օգտագործված գրականության ցանկ	213
	Հավելված 1. Առաջարկներ աստիճանակարգված ըստ ուժգնության և ապացույցների որակի	242
	Հավելված 2. ՄԻԱՎ վարակի դասակարգումը մեծահասակների և երեխաների մոտ՝ ըստ կլինիկական փուլերի (ԱՀԿ).....	259

Հավելված 3.	ՄԻԱՎ վարակի դասակարգումը մեծահասակների և երեխաների մոտ՝ ըստ իմունային անբավարարության աստիճանի (ԱՀԿ).....	262
Հավելված 4.	Մարդու իմունային անբավարարության վիրուսով հարուցված հիվանդություն (B20-B24).....	263
Հավելված 5.	Մինչև 18 ամսական երեխաների մոտ ՄԻԱՎ վարակի ախտորոշման համար հետազոտությունների ռազմավարություն	266
Հավելված 6.	Դիսպանսերային հսկողության վերցվող պացիենտի առաջնային հետազոտման ժամանակ հավաքագրվող անամնեզ.....	267
Հավելված 7.	Դիսպանսերային հսկողության վերցվող պացիենտի առաջնային օբյեկտիվ քննություն	270
Հավելված 8.	Դիսպանսերային հսկողության վերցվող պացիենտի լաբորատոր հետազոտություններ	272
Հավելված 9.	Լրացուցիչ հետազոտություններ.....	274
Հավելված 10.	Դիսպանսերային հսկողության վերցվող պացիենտի այլ մասնագետների կոնսուլտացիաներ (անհրաժեշտության դեպքում).....	275
Հավելված 11	ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների պլանային այցերի, դրանց ժամանակ կատարվող լաբորատոր-գործիքային հետազոտությունների, դեղերի տրամադրման հաճախականությունը.....	276
Հավելված 12	ՀՌՎ բուժումն սկսելուց հետո լաբորատոր հետազոտությունների ժամկետները՝ կախված նշանակված ՀՌՎ դեղերից.....	279
Հավելված 13.	ՀՌՎ դեղերի մասին հիմնական տվյալներ.....	280
Հավելված 14	Երկնվագ ընդունման ֆիքսված դեղաչափերով ՀՌՎ դեղերի կարծր դեղաձևերի պարզեցված դեղաչափերը չորս շաբաթականից մեծ երեխաների մոտ	290
Հավելված 15	Միանվագ ընդունման ֆիքսված դեղաչափերով ՀՌՎ դեղերի կարծր դեղաձևերի պարզեցված դեղաչափերը չորս շաբաթականից մեծ երեխաների մոտ	291
Հավելված 16	Երկնվագ ընդունման ՀՌՎ դեղերի կարծր և հեղուկ դեղաձևերի պարզեցված դեղաչափերը չորս շաբաթականից մեծ երեխաների մոտ	293
Հավելված 17	Մինչև 4 շաբաթական երեխաների մոտ հեղուկ դեղաձևերի դոզավորման ռեժիմները երկնվագ ընդունման համար.....	295
Հավելված 18	ՀՌՎ դեղերի պարզեցված դեղաչափեր.....	296

Հավելված 19	Հակառետրովիրուսային բուժում ստանալու համար պացիենտի գրավոր տեղեկացված համաձայնության ձև.....	297
Հավելված 20	ՀՌՎ դեղերի դեղաչափերի շտկումը երիկամային անբավարարության ժամանակ	301
Հավելված 21	ՀՌՎ դեղերի դեղաչափերի շտկումը լյարդային անբավարարության ժամանակ	303
Հավելված 22.	ՀՌՎ դեղերի կողմնակի ազդեցությունները և դրանց վերացման ուղիները	304
Հավելված 23	ՀՌՎ դեղերի հիմնական փոխազդեցությունները	312
Հավելված 24	ՀՌՎ դեղերի կարևորագույն փոխազդեցությունները և վարման առաջարկվող մոտեցումները	320
Հավելված 25	Բուժման ռեժիմի պահպանման գնահատման մեթոդները.....	322
Հավելված 26	Տուբերկուլոզի թոքային ձևի առանձնահատկությունները՝ կախված իմունային անբավարարության աստիճանից.....	324
Հավելված 27.	Տարբերակիչ ախտորոշման կողմնորոշիչներ և մեթոդներ	325
Հավելված 28.	Առավել հաճախ կիրառվող հակատուբերկուլոզային դեղեր.....	327
Հավելված 29.	Հակառետրովիրուսային և հակատուբերկուլոզային դեղերի համանման կողմնակի ազդեցությունները	328
Հավելված 30	Հակատուբերկուլոզային և հակառետրովիրուսային դեղերի փոխազդեցություններն ու դրանց լուծման տարբերակները.....	331
Հավելված 31	Վիրուսային հեպատիտ Ց-ի լաբորատոր ախտորոշման և բուժման ալգորիթմ	335
Հավելված 32	ՊԵԳ-ինտերֆերոնի և ռիբավիրինի կողմնակի ազդեցություններն ու դրանց դեպքում մոտեցումները	336
Հավելված 33	Վիրուսային հեպատիտ Ց-ի բուժման ժամանակ կիրառվող դեղերի փոխազդեցությունները.....	339
Հավելված 34	Հիմնական կլինիկական իրավիճակները չբարդացած հղիության ժամանակ	341
Հավելված 35	Հիմնական կլինիկական իրավիճակները բարդացած հղիության ժամանակ	345
Հավելված 36.	Հղիների շրջանում հոգեմետ նյութերից կախվածության բուժման համար կիրառվող դեղերը	349
Հավելված 37.	Նևիրապինով և զիդովուդինով կանխարգելում ՄԻԱՎ-ի հետ շփում ունեցած երեխաների շրջանում	353
Հավելված 38.	Արհեստական սնուցման կիրառելիության, իրագործելիության, հասանելիության, կայունության և անվտանգության սահմանումները	354

Հավելված 39. Նեոնատալ գրկանքի համախտանիշի ծանրության մոդիֆիկացված գնահատումը՝ ըստ Ֆինեգանի.....	356
Հավելված 40. Հակառետրովիրուսային դեղերով հետկոնտակտային կանխարգելման համար կոնտակտավորի գրավոր տեղեկացված համաձայնության ձև	357
Հավելված 41. Հակառետրովիրուսային դեղերով նախակոնտակտային կանխարգելման համար այցելուի գրավոր տեղեկացված համաձայնության ձև	359

ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐ

ԱՀԿ	Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն
ԱԵԵՀՖ	անընդհատ երակ-երակային հեմոֆիլտրացիա
ԱԶԵՀՖ	անընդհատ զարկերակ-երակային հեմոֆիլտրացիա
ԱԼԱՏ	ալանին ամինոտրանսֆերազա
ԱսԱՏ	ասպարտատ ամինոտրանսֆերազա
ԱԹՏԲ	արտաթոքային տուբերկուլոզ
ԱՊԴ	անընդհատ պերիտոնեալ դիալիզ
ԲԴԿ ՏԲ	բազմադեղակայուն տուբերկուլոզ
ԳԴԿ ՏԲ	գերդեղակայուն տուբերկուլոզ
ԳԻԱՀ	գամմա-ինտերֆերոնի արձակման հետազոտություն
ԴՆԹ	դեզօքսիռիբոնուկլեինաթթու
ԴԶԹ	դեղազգայունության թեստ
ԹՆՕ	թմրամիջոցների ներարկային օգտագործող
ԻԲ	իմունաբլոտ
ԻԻ	ինտեգրազայի ինհիբիտոր
ԻԿԲ	իզոնիազիդով կանխարգելիչ բուժում
ԻՎԲՀ	իմունիտետի վերականգնման բորբոքային համախտանիշ
ԻՖԱ	իմունաֆերմենտային անալիզ
ԼՏԲՎ	լատենտ տուբերկուլոզային վարակ
ԿՍԿ	կոմերցիոն սեռական ծառայություններ տրամադրող կին
ԿՆՀ	կենտրոնական նյարդային համակարգ
ԿՖԱ	կծիկային ֆիլտրացիայի արագություն
ՀՀ	Հայաստանի Հանրապետություն
ՀԿԿ	հետկոնտակտային կանխարգելում
ՀՌՎ	հակառետրովիրուսային
ՀՏՆԻ	հետադարձ տրանսկրիպտազայի նուկլեոզիդային ինհիբիտոր
ՀՏՈՆԻ	հետադարձ տրանսկրիպտազայի ոչ նուկլեոզիդային ինհիբիտոր

ՁԻԱՀ	ձեռքբերովի իմունային անբավարարության համախտանիշ
ՁԻԱՀ-ի ԿՀԿ	«ՁԻԱՀ-ի կանխարգելման հանրապետական կենտրոն» պետական ոչ առևտրային կազմակերպություն
ՄԱԿ	Միավորված ազգերի կազմակերպություն
ՄԻԱՎ	մարդու իմունային անբավարարության վիրուս
ՄՌՏ	մագնիսառեզոնանսային տոմոգրաֆիա
ՆԿԿ	նախակոնտակտային կանխարգելում
ՊԴ	պարբերաբար հեմոդիալիզ
ՊՇՌ	պոլիմերազային շղթայական ռեակցիա
ՊԻ	պրոտեազայի ինհիբիտոր
ՊԻ/ռ	ռիտոնավիրով ուժեղացված պրոտեազայի ինհիբիտոր
ՌՆԹ	ռիբոնուկլեինաթթու
ՎԲ	Վեստերն Բլոտ
ՎԾ	վիրուսային ծանրաբեռնվածություն
ՏԲ	տուբերկուլոզ
ՏՄԹ	տուբերկուլինային մաշկային թեստ
ՏՄԿ	տուբերկուլոզային միկոբակտերիաների կոմպլեքս
ՏՍՏ	տղամարդու հետ սեռական կապեր ունեցող տղամարդ
ՔԿՀ	քրեակատարողական հիմնարկ
ՕՎ	օպորտունիստական վարակ
ՕՀ	օպորտունիստական հիվանդություն

ՀԱԿԱՌԵՏՐՈՎԻՐՈՒՄԱՅԻՆ ԴԵՂԵՐԻ ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐ

ABC	աբակավիր
3TC	լամիվուդին
AZT	զիդովուդին
TDF	տենոֆովիր
FTC	էմտրիցիտաբին
NVP	նևիրապին
EFV	իֆավիրենց
LPV/r	լոպինավիր/ռիտոնավիր
ATV	ատազանավիր
ATV/r	ատազանավիր/ռիտոնավիր
DRV/r	դարունավիր/ռիտոնավիր
RAL	ռալտեգրավիր
DTG	դոլուտեգրավիր
KVX	կիվեքսա (աբակավիր+լամիվուդին)
TDV	տրուվադա (տենոֆովիր+էմտրիցիտաբին)
CBV	կոմբիվիր (զիդովուդին+լամիվուդին)
TZV	տրիգիվիր (զիդովուդին+լամիվուդին+աբակավիր)

I. ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ՀԱՍԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

1. Սույն ուղեցույցում օգտագործված են հետևյալ հասկացությունները՝
 - 1) **Մարդու իմունային անբավարարության վիրուս (այսուհետ՝ ՄԻԱՎ)** - վիրուս, որն առաջացնում է ՄԻԱՎ վարակ հիվանդությունը և հանգեցնում ձեռքբերովի իմունային անբավարարության համախտանիշի զարգացման:
 - 2) **ՄԻԱՎ վարակ** - երկարատև ընթացքով քրոնիկ վարակիչ հիվանդություն, որի հարուցիչը ՄԻԱՎ-ն է:
 - 3) **ձեռքբերովի իմունային անբավարարության համախտանիշ (այսուհետ՝ ՁԻԱՀ)** - զարգանում է ՄԻԱՎ-ով վարակված մարդկանց մոտ, համարվում է ՄԻԱՎ վարակ հիվանդության վերջնային փուլը, բնորոշվում է իմունային համակարգի գործունեության խաթարմամբ, որի հետևանքով օրգանիզմը դառնում է անպաշտպան զանազան վարակիչ և ուռուցքային հիվանդությունների նկատմամբ:
 - 4) **Առավել վտանգի ենթարկվող խմբեր (այսուհետ՝ ԱՎԵԽ)** - թմրամիջոցների ներարկային օգտագործողներ, կոմերցիոն սեռական ծառայություններ տրամադրող կանայք, տղամարդու հետ սեռական կապեր ունեցող տղամարդիկ, քրեակատարողական հիմնարկներում (այսուհետ՝ ՔԿՀ) գտնվողներ, միգրանտներ:
 - 5) **Դիսկորդանտ զույգ** - զույգ, որում զուգընկերներից միայն մեկն է վարակված ՄԻԱՎ-ով:
 - 6) **Դիսպանսերային հսկողություն** - ՄԻԱՎ վարակով պացիենտներին շարունակական բժշկական օգնության և սպասարկման իրականացում կյանքի տևողության երկարացման ու կյանքի որակի բարելավման, նաև աշխատունակության պահպանման նպատակով:
 - 7) **Դիսպանսերային հսկողության ծառայության շրջանակում տրամադրվող ենթածառայություններ** - հակառետրովիրուսային (այսուհետ՝ ՀՌՎ) բուժում և բուժման լաբորատոր մոնիտորինգ, օպորտունիստական վարակների ախտորոշում, կանխարգելում և բուժում, բժշկական խորհրդատվություն, ՀՌՎ դեղերի տրամադրում, նեղ մասնագիտական բժշկական օգնություն (մաշկավեներաբանական, գինեկոլոգիական, սեքսապաթոլոգիական, ֆթիզիատրիկ), համակցված վարակների կառավարում, այդ թվում հեպատիտ Բ-ի դեմ պատվաստումներ և բուժում, տուբերկուլոզի կանխարգելիչ բուժում, լաբորատոր-գործիքային հետազոտություններ (CD4+ լիմֆոցիտների քանակի և վիրուսային ծանրաբեռնվածության (այսուհետ՝ ՎԾ) որոշում, արյան ընդհանուր և կենսաքիմիական հետազոտություններ, մեզի ընդհանուր հետազոտություն, ուլտրաձայնային հետազոտություններ,

կրճապանդակի ռենտգենաբանական քննություն, տուբերկուլոզի (այսուհետ՝ ՏԲ) վերաբերյալ խորիսի հետազոտություն պոլիմերազային շղթայական ռեակցիայի (այսուհետ՝ ՊՇՌ) մեթոդով, ըստ անհրաժեշտության ՄԻԱՎ-ի դեղակայունության մուտացիաների որոշման հետազոտություններ), վիրուսային Բ և Ց հեպատիտների, սեռավարակների և այլ ուղեկցող վարակների վերաբերյալ հետազոտություններ, հոգեբանական, սոցիալական, իրավական հարցերով խորհրդատվություն:

- 8) **Դիսպանսերային այց** - «ՁԻԱՀ-ի կանխարգելման հանրապետական կենտրոն» պետական ոչ առևտրային կազմակերպություն (այսուհետ՝ ՁԻԱՀ-ի ԿՀԿ) պացիենտի այց տարվա ընթացքում առնվազն մեկ անգամ դիսպանսերային հսկողության շրջանակում տրամադրվող ենթաճառայություններից առնվազն մեկի ստացմամբ կամ դրա ստացում հիվանդանոցային բուժում ստանալիս կամ տանը:
- 9) **Դիսպանսերային հսկողության վերցվածներ** - երբևէ դիսպանսերային հսկողության ճառայություններ ստացածներ՝ չհաշված մահերը հաշվետու ժամանակահատվածի վերջի դրությամբ:
- 10) **Դիսպանսերային հսկողության մեջ գտնվողներ** - տվյալ տարում դիսպանսերային հսկողության ճառայություններ ստացածներ՝ չհաշված մահերը տվյալ տարվա վերջի դրությամբ:
- 11) **Դիսպանսերային հսկողության ճառայություններ ստացածներ** - ՄԻԱՎ վարակով պացիենտներ, որոնք ստացել են դիսպանսերային հսկողության շրջանակում տրամադրվող առնվազն մեկ ենթաճառայություն հաշվետու ժամանակահատվածում:
- 12) **Թիրախ** - ծրագրի/միջամտության իրականացման չափելի նպատակ, սահմանված ժամանակահատվածում ցուցանիշի ցանկալի արժեք:
- 13) **Համալիր ճառայություններ առողջապահական ոլորտում** - առողջապահական համակարգի շրջանակում տրամադրվող բժշկական ճառայություններ, որոնք կարգավորվում և տրամադրվում են այնպես, որ երաշխավորեն մարդկանց՝ իրենց ողջ կյանքի ընթացքում սեփական կարիքներին համապատասխան առողջության ամրապնդմանն ուղղված ճառայություններից անխափան օգտվելը, հիվանդությունների կանխարգելումը, ախտորոշումը, բուժումը, հիվանդությունների կառավարումը, վերականգնողական բուժումը և պալիատիվ օգնության ստացումը բժշկական օգնության տրամադրման տարբեր մակարդակներում:
- 14) **Սոցիալական ուղղվածության բժշկական օգնություն** - անհատների, ընտանիքների ու համայնքների շահերից բխող, նրանց կարիքների ու ակնկալիքների, այլ ոչ թե հիվանդության վրա հիմնված բազմակողմանի

առողջապահական ծառայություններ: Սոցիալական ուղղվածության բժշկական օգնությունը ենթադրում է պացիենտների ուսուցում և համապատասխան աջակցություն սեփական բուժման հարցում որոշումներ կայացնելու և դրանում մասնակցություն ունենալու համար:

- 15) **Պատուհանի շրջան** - ՄԻԱՎ-ով վարակվելուց մինչև շճաբանական հետազոտություններով հակամարմինների հայտնաբերումն ընկած ժամանակահատված:

II. ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

2. Համաձայն ՄԱԿ-ի ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի միացյալ ծրագրի «90-90-90» թիրախների՝ մինչև 2020թ. ՄԻԱՎ-ով ապրող մարդկանց 90%-ը պետք է իմանա իր կարգավիճակի մասին, ստանա ախտորոշում, նրանց 90%-ին պետք է տրամադրվի ՀՌՎ բուժում, ՀՌՎ բուժում ստացողների 90%-ի շրջանում պետք է արձանագրվի ՎԾ-ի չհայտնաբերվող մակարդակ:
3. Սույն կլինիկական ուղեցույցի կիրառումը կնպաստի Միավորված ազգերի կազմակերպության (այսուհետ՝ ՄԱԿ) Գլխավոր ասամբլեայի կողմից 2015թ. ընդունված մինչև 2030թ. կայուն զարգացման ծրագրով [13], 2016թ. ՄԱԿ-ի Գլխավոր ասամբլեայի ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի հարցերով բարձր մակարդակի հանդիպման ժամանակ ընդունված ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի ոլորտում քաղաքական հռչակագրով [14], ՄԱԿ-ի ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի միացյալ ծրագրի 2016-2021թթ. ռազմավարական ծրագրով [15], ԱՀԿ-ի ՄԻԱՎ վարակի դեմ առողջապահական ոլորտի 2016-2021թթ. ռազմավարությամբ [16] և եվրոպական տարածաշրջանում ՄԻԱՎ վարակի դեմ առողջապահական ոլորտի պայքարի գործողությունների պլանով [17] սահմանված թիրախներին հասնելուն:
4. Ուղեցույցի կիրառումը կօգնի հասնելու «90-90-90» թիրախներին, նվազեցնելու ՄԻԱՎ վարակի նոր դեպքերը, պահպանելու մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցումը վերացրած երկրի կարգավիճակը, նվազեցնելու ՄԻԱՎ վարակով պայմանավորված մահացությունը [18]:

III. ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅԱՆ ՈՐՈՆՄԱՆ ԵՎ ԳՆԱՀԱՏՄԱՆ ՄԵԹՈԴԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

5. Հակառետրովիրուսային դեղերի կիրառմամբ ՄԻԱՎ վարակի բուժման և կանխարգելման կլինիկական ուղեցույցը մշակվել է ՀՀ ԱՆ ՁԻԱՀ-ի կանխարգելման հանրապետական կենտրոնի (այսուհետ՝ ՁԻԱՀ-ի ԿՀԿ) մասնագետների կողմից ՀՀ առողջապահության նախարարի հրամաններով հաստատված ՄԻԱՎ վարակի ժամանակ բուժման և խնամքի ազգային ուղեցույցների [1-11] հիման վրա, որոնք լրամշակվել, վերանայվել են Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (այսուհետ՝ ԱՀԿ) 2016 թվականի «ՄԻԱՎ վարակի բուժման և կանխարգելման նպատակով հակառետրովիրուսային (այսուհետ՝ ՀՌՎ) դեղերի կիրառման ուղեցույցի» [12] առաջարկների հիման վրա և միավորվել են մեկ միասնական ուղեցույցում: Ուղեցույցի մշակման աշխատանքային խմբում ներգրավվել նաև մասնագետներ այլ բժշկական կազմակերպություններից: Օգտագործվել են նաև Cochrane library, UpToDate, MEDLINE, National Guideline Clearinghouse, PubMed շտեմարանների արդի տվյալները: Օգտագործված աղբյուրներն ընտրվել են բանալի բառերի օգնությամբ իրականացված համակարգային որոնման հիման վրա: Կիրառվել են տեսակավորման հետևյալ չափանիշները՝ ուղեցույցերի ապացուցողական բնույթ (համակարգված ամփոփ տեսություն և ցանկացած խորհրդի վերաբերյալ հստակ հղումների առկայություն), ազգային կամ համաշխարհային ամփոփումների կարգավիճակ: Ուսումնասիրվել են նաև ԱՀԿ-ի, ՄԱԿ-ի ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի միացյալ ծրագրի ոլորտին վերաբերող փաստաթղթեր, երկրում ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի ոլորտում գործող իրավական նորմատիվային ակտեր և այլն: Տեղայնացման աշխատանքներն իրականացվել են ADAPTE մեթոդաբանությամբ: Ապահովվել է ուղեցույցի դրույթների վերաբերյալ հեղինակային խմբի բոլոր անդամների փոխհամաձայնությունը:
6. Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և առաջարկների ուժգնությունը որոշելիս հիմք է ընդունվել առաջարկների ուսումնասիրման, մշակման և գնահատման դասակարգման համակարգը (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation - GRADE): Ապահովվել է ուղեցույցի դրույթների վերաբերյալ հեղինակային խմբի բոլոր անդամների փոխհամաձայնությունը:
7. Սույն ուղեցույցում չեն ներառվել ԱՀԿ-ի 2016 թվականի «ՄԻԱՎ վարակի բուժման և կանխարգելման նպատակով հակառետրովիրուսային դեղերի կիրառման ուղեցույցի» միջին բուժաշխատողների կողմից ՀՌՎ բուժման նշանակման և դեղատոմսների դուրսգրման, ոչ բժշկական կազմակերպություններում ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտությունների անցկացման, երեխաների շրջանում

խորհրդատվության և հետազոտության տրամադրման, ոչ բուժաշխատողների կողմից ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտությունների անցկացման վերաբերյալ առաջարկները, քանի որ դրանք հակասում են ՀՀ օրենսդրությանը:

8. Սույն ուղեցույցը կարող է վերանայվել պարբերաբար (հինգ տարին մեկ) և ըստ անհրաժեշտության ոլորտում նոր մոտեցումներ, առաջարկներ ի հայտ գալիս:

IV. ԱՌԱՋԱՐԿՆԵՐԻ ԱՍՏԻՃԱՆԱԿԱՐԳՈՒՄԸ՝ ԸՍՏ ՈՒԺԳՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԱՊԱՑՈՒՅՑՆԵՐԻ ՈՐԱԿԻ

9. Սույն ուղեցույցում առաջարկների ուժգնությունը որոշելիս հիմք է ընդունվել առաջարկների ուսումնասիրման, մշակման և գնահատման դասակարգման համակարգը (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation - GRADE): Առաջարկներն աստիճանակարգված են՝ ըստ ուժգնության և ապացույցների որակի [12] և ներկայացված են հավելված 1-ում:
10. Ըստ ուժգնության՝ առաջարկները կարող են լինել՝
- 1) ուժեղ - առաջարկից ակնկալվող ցանկալի արդյունքն ակնհայտորեն գերազանցում է անցանկալի ազդեցությունները,
 - 2) պայմանական - առաջարկից ակնկալվող ցանկալի արդյունքը հավանաբար գերազանցում է անցանկալի ազդեցությունները կամ մոտ է դրանց:
11. Ըստ ապացույցների որակի՝ առաջարկները կարող են լինել՝
- 1) բարձր - խորին համոզվածություն, որ առաջարկից ակնկալվող իրական արդյունքը մոտ է ենթադրվողին,
 - 2) միջին - բավականաչափ համոզվածություն, որ առաջարկից ակնկալվող արդյունքը գնահատված է ճիշտ, սակայն այն կարող է զգալիորեն տարբերվել դրանից,
 - 3) ցածր - սահմանափակ համոզվածություն, որ առաջարկից ակնկալվող իրական արդյունքը գնահատված է ճիշտ, և այն կարող է էապես տարբերվել դրանից,
 - 4) շատ ցածր - ցածր համոզվածություն, որ առաջարկից ակնկալվող իրական արդյունքը գնահատված է ճիշտ, և հավանաբար այն էապես տարբերվում է դրանից:

V. ՄԻԱՎ ՎԱՐԱԿԻ ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

12. ՄԻԱՎ վարակի աղբյուրը ՄԻԱՎ-ով վարակված մարդիկ են հիվանդության բոլոր փուլերում, ներառյալ «պատուհանի» և թաքնված անախտանշան շրջանները:
13. ՄԻԱՎ վարակը փոխանցվում է սեռական, արտաընդերային (պարենտերալ) և մորից երեխային ճանապարհներով:
14. ՄԻԱՎ-ի փոխանցման հիմնական գործոններն են մարդու կենսաբանական հեղուկները՝ արյունը, սերմնահեղուկը, հեշտոցային արտազատուկները, մայրական կաթը: Արյան տեսանելի խառնուրդով կենսաբանական հեղուկների (ՄԻԱՎ վարակով պացիենտի օրգանիզմի տարբեր խոռոչներում կուտակված հեղուկներ, թարախային և այլ արտազատուկներ) միջոցով ևս հնարավոր է ՄԻԱՎ-ի փոխանցումը:
15. ՄԻԱՎ վարակի փոխանցման ուղիներն են՝
 - 1) բոլոր տեսակի ներթափանցող սեռական հարաբերություններ,
 - 2) լորձաթաղանթների և վնասված մաշկի միջով վտանգի ներուժ ունեցող կենսաբանական հեղուկների ներթափանցում,
 - 3) թմրամիջոցների ներարկային գործածում,
 - 4) բժշկական միջամտությունների ընթացքում ոչ բավարար մանրէազերծ բժշկական գործիքների օգտագործում,
 - 5) դոնորական արյան և դրա բաղադրամասերի փոխներարկում, օրգանների և հյուսվածքների փոխպատվաստում, դոնորական սերմնահեղուկի օգտագործում,
 - 6) ՄԻԱՎ վարակ ունեցող մորից երեխային հղիության ընթացքում, ծննդաբերության ժամանակ և կրծքով կերակրելիս:
16. ՄԻԱՎ-ով վարակվելու նախապայմաններն են՝
 - 1) կենդանի վիրուսի առկայություն առողջ մարդու օրգանիզմ ներթափանցած կենսաբանական հեղուկներում (հյուսվածքներում, օրգաններում),
 - 2) վիրուսի բավարար քանակ առողջ մարդու օրգանիզմ ներթափանցած կենսաբանական հեղուկներում (հյուսվածքներում, օրգաններում),
 - 3) կենդանի վիրուսի բավարար քանակ պարունակող կենսաբանական հեղուկների ներթափանցում առողջ մարդու օրգանիզմ արդյունավետ ճանապարհով՝ վնասված մաշկի միջով և լորձաթաղանթներից (ուղիղ աղիք, հեշտոց, արգանդի վզիկ, միզուկ, աչքեր, բերանի խոռոչ):
17. ՄԻԱՎ-ով հնարավոր է վարակվել առանց պահպանակի անգամ մեկ սեռական հարաբերության ժամանակ: Վարակվելու հավանականությունը մեծանում է սեռական զուգընկերների թվի ավելացմանը զուգահեռ: Սեռական ճանապարհով ՄԻԱՎ-ով վարակվելու վտանգը կախված է մի շարք գործոններից: Դրանք են՝

- 1) սեռական զուգընկերոջ պատկանելությունը ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ առավել վտանգի ենթարկվող խմբերից որևէ մեկին,
 - 2) չվարակված զուգընկերոջ սեռը և տարիքը,
 - 3) սեռական հարաբերության տեսակը,
 - 4) ՄԻԱՎ վարակ ունեցող զուգընկերոջ մոտ հիվանդության փուլը,
 - 5) սեռավարակների առկայությունը:
18. Կանայք ավելի խոցելի են ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ: Տղամարդուց կնոջը վիրուսի փոխանցման հավանականությունը 2-3 անգամ ավելի բարձր է, քան կնոջից տղամարդուն: Դա պայմանավորված է նրանով, որ սեռական օրգանների լորձաթաղանթի մակերեսը կանանց մոտ ավելի մեծ է, սերմնահեղուկում ՄԻԱՎ-ի քանակը շատ ավելի բարձր է, քան հեշտոցային արտազատուկներում: Սեռական օրգանների լորձաթաղանթի ֆիզիոլոգիական վիճակով պայմանավորված մինչև 20 տարեկան և 45 տարեկանից բարձր տարիքի կանայք ավելի խոցելի են ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ:
19. ՄԻԱՎ-ի փոխանցման առումով առավել վտանգավոր են անալ սեռական հարաբերությունները: Այդ հարաբերությունների ժամանակ ուղիղ աղիքի լորձաթաղանթի վրա առաջացող բազմաթիվ վնասվածքները հեշտացնում են վիրուսի ներթափանցումը սերմնահեղուկից արյան մեջ, իսկ արյան հնարավոր առկայությունն էլ իր հերթին էապես մեծացնում է վարակման վտանգը: Ուղիղ աղիքի լորձաթաղանթի վրա կան, այսպես կոչված, Մ-բջիջներ, որոնք ընդունակ են ընտրողաբար իրենց մակերևույթին կապել ՄԻԱՎ-ը և փոխանցել լիմֆոցիտներին անգամ լորձաթաղանթի վնասվածքների բացակայության դեպքում:
20. ՄԻԱՎ-ով վարակման վտանգը մեծանում է, երբ զուգընկերը գտնվում է «պատուհանի շրջանում» կամ ՁԻԱՀ-ի փուլում, քանի որ այդ ժամանակ վիրուսի քանակն արյան մեջ (վիրուսային ծանրաբեռնվածություն) և մյուս կենսաբանական հեղուկներում զգալիորեն ավելի բարձր է, քան ՄԻԱՎ վարակի այլ փուլերում:
21. Սեռավարակների առկայությունը բարձրացնում է ՄԻԱՎ-ով վարակման վտանգը: ՄԻԱՎ-ի փոխանցման հավանականությունը մեծանում է հատկապես սեռական օրգանների խոցային ախտահարումներով ուղեկցվող սեռավարակների ժամանակ:
22. ՄԻԱՎ վարակ ունեցող մորից պտղին/երեխային վարակի փոխանցման հավանականությունը տատանվում է 25-45%-ի սահմաններում: Մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխարգելման համալիր միջոցառումների իրականացումը հնարավորություն է տալիս այս ցուցանիշը նվազեցնել մինչև 1-2%:
23. Մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցմանը նպաստող գործոններն են՝
- 1) մոր մոտ վիրուսային ծանրաբեռնվածության բարձր մակարդակը,
 - 2) մոր ընդհանուր առողջական վիճակը, հատկապես սեռավարակների, սակավարյունության, շաքարային դիաբետի, երիկամային հիվանդություն-

ների առկայությունը, Ա վիտամինի անբավարարությունը, նաև թմրամիջոցների, ծխախոտի կամ ալկոհոլի օգտագործումը,

- 3) խորիոնամնիոնիտը, ընկերքի վնասումն ու նրա ամբողջականության խախտումը, ընկերքային անբավարարությունը,
- 4) ծննդաբերական գործունեության անոմալիաները, 4 ժամից ավել տևող անջուր շրջանը, ամնիոտոմիայի, էպիգիոտոմիայի կիրառումը,
- 5) պտղի 2500գ-ից պակաս քաշը, վաղաժամ ծննդաբերությունը (մինչև 38 շաբաթ),
- 6) վիրուսի գենոտիպն ու ֆենոտիպը:

VI. ՄԻԱՎ ՎԱՐԱԿԻ ՊԱՏՃԱՌԱԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ԱԽՏԱԾԱԳՈՒՄ

24. ՄԻԱՎ վարակի հարուցիչը մարդու իմունային անբավարարության վիրուսն է՝ ՄԻԱՎ-ը: ՄԻԱՎ-ը պատկանում է ռետրովիրուսների ընտանիքի լենտիվիրուսների ենթաընտանիքին: Սա 100-120նմ տրամագծով գնդաձև վիրուս է: Վիրուսի կենտրոնական մասում գտնվում է կոնաձև միջուկը՝ նուկլեոկապսիդը, որի հիմնական սպիտակուցը p24 սպիտակուցն է: Նուկլեոկապսիդի մեջ պարփակված են ռիբոնուկլեինաթթվի (ՌՆԹ) երկու միատեսակ մոլեկուլ, հետադարձ տրանսկրիպտազա (p66), ինտեգրազա (p32), պրոտեազա (p11) ֆերմենտները և գեներ, որոնք համակարգում են ՄԻԱՎ-ի կենսական ցիկլի բոլոր փուլերը [19, 20]:
25. ՄԻԱՎ-ի գենոմը պարունակում է 3 հիմնական կառուցվածքային գեն՝ gag՝ կոդավորում է միջուկային սպիտակուցները (p17/18, p24/26, p55/56), env՝ կոդավորում է թաղանթի գլիկոպրոտեինները (gp41/36, gp120/105, gp160/140) և pol՝ կոդավորում է ֆերմենտային համակարգերը, ներառյալ հետադարձ տրանսկրիպտազան (p31, p51, p66/68): Հայտնի են նաև վիրուսի կարգավորող գեներ (tat, rev, nef, vif, vpr, vpu), որոնք ապահովում են դրա վերարտադրությունը: Նուկլեոկապսիդը շրջապատված է մատրիքսով, որը կազմված է p17 սպիտակուցից [19, 21]:
26. Արտաքինից վիրուսը պատված է ճարպասպիտակուցային թաղանթով (սուպերկապսիդ): Այդ թաղանթի ճարպային շերտում գտնվում է 72 գլիկոպրոտեինային կոմպլեքս, որոնք կարևոր դեր ունեն վիրուսի կողմից թիրախ բջիջները ճանաչելու և դրանց մեջ վիրուսի ներթափանցման գործընթացում: Իրենց ձևով դրանք նման են սնկի, որի գլխիկը համապատասխանում է թաղանթի արտաքին մասին և կազմված է gp120-ից, իսկ ոտիկը մխրճված է անմիջականորեն թաղանթի մեջ և կազմված է gp41-ից: Մեկ ոտիկին համապա-

տասխանում է 1-3 գլխիկ: Գլխկոպրոտեինը gp120-ը ունի CD4 մոլեկուլի համար ընկալիչային կողմ, ինչն էլ պայմանավորում է ՄԻԱՎ-ի տրոպիզմը CD4+ լիմֆոցիտներին, և երկրորդ կողմ, որը կապում է վիրուսը քեմոկինային կո-ընկալիչներին՝ CCR5 և CXCR4: gp120-ի հիմնական դերը թիրախ բջիջներին վիրուսի միացումն է և այդ բջիջների թաղանթներին սերտ հպումը: Միջթաղանթային gp41 սպիտակուցը նպաստում է վիրուսի և թիրախ բջիջ թաղանթների միաձուլմանը և հասցնում է վիրուսի գենետիկ նյութը բջիջ կորիզ: Տեսորամեր օլիգոմերների տեսք ունեցող gp120/gp41 սպիտակուցները «ամպի» նման շրջապատում են գլխկոպրոտեինը և խանգարում չեզոքացնող IgG հակամարմնի փոխազդեցությանը gp120/gp41-ի հետ: Միաժամանակ CD4 ռեցեպտորը կապող մասը մնում է բաց [19, 21]:

27. Գոյություն ունի ՄԻԱՎ-ի երկու տեսակ՝ ՄԻԱՎ1 և ՄԻԱՎ2: ՄԻԱՎ1-ը տարածված է բոլոր մայրցամաքներում և առանցքային դեր է խաղում հիվանդության համաճարակի զարգացման մեջ, իսկ ՄԻԱՎ2-ն ավելի հաճախ հանդիպում է Արևմտյան Աֆրիկայում: ՄԻԱՎ1-ը և ՄԻԱՎ2-ը տարբերվում են իրենց կառուցվածքային, հակաձնային բնութագրերով և ախտաբանական հատկություններով: Ի տարբերություն ՄԻԱՎ2-ի՝ ՄԻԱՎ1-ն ավելի հեշտ է փոխանցվում, սրա դեպքում վարակման պահից մինչև հիվանդության կլինիկական դրսևորումներն ընկած ժամանակահատվածն ավելի կարճ է: Բացի այդ, ՄԻԱՎ1-ի համեմատ՝ ՄԻԱՎ2-ը ավելի հազվադեպ է փոխանցվում մորից պտղին [19, 23]:
28. ՄԻԱՎ-ը բավականին անկայուն է արտաքին միջավայրում: Վիրուսը շատ արագ ոչնչանում է ախտահանիչ նյութերի, ուլտրամանուշակագույն և բոլոր տեսակի իոնացնող ճառագայթների ազդեցությունից, 56°C-ից բարձր ջերմաստիճանի պայմաններում 30 րոպեի ընթացքում կորցնում է ակտիվությունը, իսկ եռացնելիս՝ անմիջապես: ՄԻԱՎ-ը չափազանց զգայուն է մանրէազերծման սովորական մեթոդների նկատմամբ և ոչնչանում է այլ վիրուսների (օրինակ՝ հեպատիտ Բ-ի) ոչնչացման համար մշակված մեթոդների օգնությամբ [22, 23]:
29. Հիվանդության ախտաձագման վճռական գործոններից մեկը CD4+ լիմֆոցիտների ախտահարումն է: Հիվանդության զարգացման ընթացքում տեղի է ունենում դրանց քանակի աստիճանական նվազում և դրանց ֆունկցիայի խանգարում, ինչի հետևանքով ընկճվում է իմունիտետը: Առողջ մարդու մոտ CD4+ լիմֆոցիտների քանակն արյան 1մկլ-ում 800-1200 է, իսկ ՁԻԱՀ-ի փուլում նվազում է մինչև 200 և ավելի ցածր [23]:
30. ՄԻԱՎ վարակի ախտաձագման հիմքում ընկած են վիրուսի բազմացմամբ պայմանավորված իմունային համակարգի աստիճանական թուլացումն ու դեգրադացիան, նաև դրա հակաժինների նկատմամբ զարգացող հումորալ և բջջային իմունային պատասխանը: Զարգացող ախտաբանական փոփոխությունները

պայմանավորված են CD4+ ընկալիչներ կրող բջիջների վարակմամբ, քայքայմամբ կամ ֆունկցիայի խաթարմամբ [19]:

31. Ներկայումս հայտնի է, որ CD4+ ընկալիչներ ունեն T-հեղաբեր, T-սուպրեսոր լիմֆոցիտները, թիմոցիտները, մոնոցիտները և մակրոֆագերը, էոզինոֆիլները, մեգակարիոցիտները, որոշ B-լիմֆոցիտներ, նեյրոնները, միկրոգլիայի բջիջները, սպերմատոզոիդները: Նշված ընկալիչների առավելագույն խտություն ունեն T-հեղաբերները, ինչի պատճառով էլ ամենաշատը դրանք են ախտահարվում [19]:
32. Բջջի մեջ ներթափանցելու համար վիրուսը նախ պետք է ամրանա դրա մակերեսին: Այդ փոխազդեցությունը կախված է վիրուսի և թիրախ բջջի արտաքին թաղանթների փոխադարձ համապատասխանությունից: Այն մարկերը, որը ՄԻԱՎ-ին հնարավորություն է տալիս ճանաչելու թիրախ բջիջը, վերջինիս մակերեսին գտնվող CD4+ ընկալիչներն են: gp120-ի միջոցով վիրուսը միանում է արտաքին թաղանթի վրա այդպիսի ընկալիչներ ունեցող թիրախ բջիջներին (CD4+ լիմֆոցիտներ, մոնոցիտներ, մակրոֆագեր և այլն): T-լիմֆոցիտների և մոնոցիտների (մակրոֆագեր) թաղանթներում կան քեմոկինային կո-ընկալիչներ, որոնք ակտիվորեն մասնակցում են այս գործընթացին: Հայտնի են CCR5 և CXCR4 քեմոընկալիչները, որոնցից առաջինն առկա է T-հեղաբերների և մակրոֆագերի թաղանթներին, իսկ երկրորդը՝ միայն T-լիմֆոցիտների մակերեսին: Ըստ այս կո-ընկալիչների հետ ՄԻԱՎ-ի gp120 գլիկոպրոտեինի կապվելու առանձնահատկության՝ տարբերում են լիմֆոտրոպ (CXCR4) և մոնոցիտոտրոպ (CCR5) շտամներ: gp120-ը կապվում է կո-ընկալիչների հետ, որից հետո gp120 գլիկոպրոտեին-CD4+ ընկալիչ համալիրը կրում է կոնֆորմացիոն փոփոխություններ՝ մերկացնելով առավել խորը տեղադրված gp41 գլիկոպրոտեինը: Վերջինիս մասնակցությամբ վիրուսի և բջջի թաղանթները մերձենում են, ինչին հաջորդում է դրանց միաձուլումը, և վիրուսը ներթափանցում է թիրախ բջջի մեջ [19, 20]:
33. Վիրուսի նուկլեոկապսիդը իր ողջ պարունակությամբ անցնում է ցիտոպլազմա, անջատվում են վիրուսային ՌՆԹ-ն, հետադարձ տրանսկրիպտազան և ինտեգրազան: Հետադարձ տրանսկրիպտազա ֆերմենտի ազդեցությամբ դեզօքսիռիբոնուկլեինաթթվի (այսուհետ՝ ԴՆԹ) սինթեզ է սկսվում, և առաջանում է ԴՆԹ-պրովիրուս: Վերջինս թիրախ բջջի ցիտոպլազմայից անցնում է դրա կորիզի մեջ և ՄԻԱՎ-ի ինտեգրազա ֆերմենտի ազդեցությամբ ներդրվում բջջի գենոմում [19, 20]:
34. Վիրուսային և բջջային գենոմների միաձուլումից հետո սկսվում է ՄԻԱՎ վարակի լատենտ շրջանը, որի ավարտը բնորոշվում է ԴՆԹ-պրովիրուսի ակտիվացմամբ: Լիմֆոցիտները և մյուս ախտահարված բջիջները բազմանալով փոխանցում են պրովիրուսը դուստր բջիջներին, որը «համր» գենի ձևով երկար տարիներ մնում է ոչ

ակտիվ վիճակում: Պրովիրուսի փուլում՝ լատենտ շրջանում, հնարավոր է վիրուսի աննշան վերարտադրություն և վիրիոնի առկայություն օրգանիզմում [19, 20]:

35. ՄԻԱՎ վարակի ախտաձագման կարևոր օղակը ԴՆԹ-պրովիրուսի ակտիվացումն է, ինչին կարող են նպաստել տարբեր ակտիվացնող գործոններ՝ հակաձիններ, ցիտոկիններ, բջջային տրանսկրիպցիոն գործոններ, սեփական կամ օտարաձին տրանսակտիվատորներ և այլն: Ակտիվացման ժամանակ դարձյալ հետադարձ տրանսկրիպտազա ֆերմենտի ազդեցությամբ տեղի է ունենում ԴՆԹ-ի հետադարձ տրանսկրիպցիա ՌՆԹ-ի, ԴՆԹ-պրովիրուսը վերափոխվում է բազմացող ՌՆԹ-վիրուսի, սկսվում է նրա պատճենների վերարտադրումը վիրիոնի բոլոր բաղադրիչների սինթեզով: Առաջացած վիրիոններն արտազատվում են բջջից բջջաթաղանթի բողբոջման միջոցով: Դուրս գալով վարակված բջջից՝ դրանք ընդունակ են ախտահարելու նորանոր CD4+ լիմֆոցիտներ [19, 20, 22]:
36. Ախտահարված բջիջը վիրուսի վերարտադրության արդյունքում ենթարկվում է ուղղակի քայքայման և ցիտոլիզի: Այս պրոցեսը ՄԻԱՎ-ի ցիտոպաթոգեն ազդեցության հիմնական օղակն է և այլ կերպ կոչվում է ցիտոնեկրոզ [19, 20]:
37. Մյուս օղակը սինցիտիումների՝ բազմակորիզ գոյացությունների առաջացումն է, որոնց մեջ ընդգրկվում են նաև չվարակված CD4+ լիմֆոցիտներ [19, 20]:
38. CD4+ լիմֆոցիտների քանակի իջեցման հանգեցնում են նաև ցիտոկինները՝ ուռուցքի նեկրոզի գործոնը, ինտերլեյկին 1-ը, որոնք արտադրվում են ախտահարված մակրոֆագերի կողմից և նպաստում ապոպտոզի՝ բջիջների ծրագրավորված մահվան գործարկմանը, ինչի պատճառով կարող են քայքայվել նույնիսկ չվարակված T-հեյլպերները: Բացի այդ՝ ՄԻԱՎ-ի որոշ հակաձիններ, հատկապես gp120-ը, ցուցաբերում են ուղղակի իմունասուպրեսիվ ազդեցություն [19, 20]:
39. T-հեյլպերների քանակը հարաճունորեն պակասում է ՄԻԱՎ վարակի զարգացմանը զուգահեռ՝ միջինը 84 բջիջ մեկ տարում, 1մկլ-ում: Երբ դրանց քանակը 1մկլ-ում 500-ից նվազում է, նորմալ իմունային պատասխանի որոշակիացումը դառնում է անհնարին, զարգանում է իմունային անբավարարություն, և պայմաններ են ստեղծվում մի շարք օպորտունիստական՝ տարբեր վարակային և ուռուցքային հիվանդությունների առաջացման համար: Այդ հիվանդություններն սկսում են դրսևորվել ՄԻԱՎ վարակի վերջնային՝ ՁԻԱՀ-ի փուլում [19]:
40. ՄԻԱՎ վարակի ախտաձագմանը նպաստում է արյունաստեղծ հյուսվածքի ախտահարումը ևս: Բնորոշ են լեյկոպենիան, անեմիան և թրոմբոցիտոպենիան: Ընկճվում է գրանուլոցիտների ֆունկցիոնալ ակտիվությունը: Ոսկրածուծում պակասում է գրանուլոցիտների, մակրոֆագերի և մեգակարիոցիտների գաղութ

առաջացնող բջիջների քանակը: Արյունաստեղծ համակարգի ընկճումը պայմանավորված է ցողունային բջիջների ֆունկցիոնալ ընկճմամբ, հնարավոր է՝ նաև վիրուսի ուղղակի ազդեցությամբ [19]:

41. ՄԻԱՎ վարակի ժամանակ առաջացող ախտաբանական փոփոխությունները չեն սահմանափակվում միայն իմունային համակարգի խաթարմամբ. երբեմն, դեռևս պահպանված իմունիտետի պայմաններում, առաջանում են ծանր հոգենյարդաբանական խանգարումներ, որոնք կարող են պացիենտի մահվան պատճառ դառնալ: Այս դեպքում գերակշռողը նեյրոնների և նեյրոգլիայի անմիջական ախտահարումն է ՄԻԱՎ-ով [19]:

VII. ՄԻԱՎ ՎԱՐԱԿԻ ԴԱՍԱԿԱՐԳՈՒՄ

42. ՀՀ-ում կիրառվում են ՄԻԱՎ վարակի՝ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության կողմից երեխաների և մեծահասակների համար առաջարկված դասակարգումները՝ ըստ փուլերի և իմունային անբավարարության աստիճանի (հավելված 2, 3) [24]:

43. ՄԻԱՎ վարակի դասակարգումը, համաձայն հիվանդությունների միջազգային դասակարգման (ՀՄԴ-10) [25], ներկայացված է հավելված 4-ում:

44. Ախտորոշման ձևակերպման ժամանակ նախ նշվում են ՄԻԱՎ վարակի կլինիկական փուլը, իմունային անբավարարության աստիճանը, երկրորդային հիվանդությունը և ուղեկցող հիվանդությունները: Օրինակներ՝

- 1) ՄԻԱՎ վարակ, 1-ին կլինիկական փուլ, աննշան արտահայտված իմունային անբավարարություն,
- 2) ՄԻԱՎ վարակ, 2-րդ կլինիկական փուլ, չափավոր արտահայտված իմունային անբավարարություն, գոտևորող որքին,
- 3) ՄԻԱՎ վարակ, 4-րդ կլինիկական փուլ, խիստ արտահայտված իմունային անբավարարություն, արտաթոքային տուբերկուլոզ, ձախակողմյան էքսուդատիվ պլևրիտ, բակտերիալ սեպտիցեմիա, քրոնիկական վիրուսային հեպատիտ Յ,
- 4) ՄԻԱՎ վարակ, 4-րդ կլինիկական փուլ, խիստ արտահայտված իմունային անբավարարություն, կրիպտոկոկային մենինգիտ, օրալ կանդիդոզ,
- 5) ՄԻԱՎ վարակ, 4-րդ կլինիկական փուլ, խորացած իմունային անբավարարություն, ձախ անրակի Բ-բջջային լիմֆոմա,
- 6) ՄԻԱՎ վարակ, 3-րդ կլինիկական փուլ, խորացած իմունային անբավարարություն, աջ թոքի վերին բլթի ինֆիլտրատիվ տուբերկուլոզ քայքայման փուլում:

VIII. ՄԻԱՎ ՎԱՐԱԿԻ ԼԱԲՈՐԱՏՈՐ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄ

45. Ըստ ԱՀԿ-ի՝ ՄԻԱՎ վարակի ախտորոշված դեպքերը գրանցվում, հաշվառվում և զեկուցվում են՝ համաձայն դեպքի ստանդարտ սահմանման: ՄԻԱՎ վարակի դեպքը բնորոշվում է որպես լաբորատոր ախտորոշման չափանիշներով հաստատված ՄԻԱՎ վարակ՝ անկախ հիվանդության կլինիկական փուլից [23]:
46. ՄԻԱՎ վարակ ախտորոշվում է՝ ըստ ախտորոշման չափանիշների և ՄԻԱՎ վարակի դեպքի դասակարգման [23]: ՄԻԱՎ վարակի ախտորոշման չափանիշներն են՝
- 1) կլինիկական ախտորոշում՝ բացակայում է,
 - 2) լաբորատոր ախտորոշում՝ ըստ լաբորատոր ախտորոշման չափանիշների:
47. Լաբորատոր ախտորոշման չափանիշները՝
- 1) մեծահասակներ և 18 ամսականից բարձր երեխաներ՝ ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ իմունաֆերմենտային անալիզի (այսուհետ՝ ԻՖԱ) մեթոդով կրկնակի շճաբանական հետազոտության դրական արդյունք՝ հաստատված իմունաբլոտի (այսուհետ՝ ԻԲ) կամ Վեստերն Բլոտի (այսուհետ՝ ՎԲ) մեթոդով,
 - 2) մինչև 18 ամսական երեխաներ՝ ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ պոլիմերազային շղթայական ռեակցիայի (այսուհետ՝ ՊՇՌ) մեթոդով կրկնակի հետազոտության դրական արդյունք՝ հաստատված ՊՇՌ մեթոդով երրորդ հետազոտությամբ [23]:
48. ՄԻԱՎ վարակի դեպքի դասակարգումը՝
- 1) կասկածելի՝ գոյություն չունի,
 - 2) հավանական՝ գոյություն չունի,
 - 3) հաստատված՝ լաբորատոր հաստատված դեպք [23]:
49. ՄԻԱՎ վարակի լաբորատոր ախտորոշումը հիմնված է ՄԻԱՎ-ի հակաժինների, ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ հակամարմինների, ինչպես նաև վիրուսային ԴՆԹ-ի հայտնաբերման վրա (մինչև 18 ամսական երեխաների մոտ) [26]:
50. ՄԻԱՎ վարակի ախտորոշման ստանդարտ մեթոդը հակաժինների/հակամարմինների հայտնաբերումն է ԻՖԱ մեթոդով: Ախտորոշման հաստատման նպատակով կատարվում է հետազոտություն ԻԲ-ի կամ ՎԲ-ի մեթոդով [26]:
51. Մինչև 18 ամսական երեխաների մոտ ՄԻԱՎ վարակի ախտորոշման համար կատարվում է ՊՇՌ մեթոդով ՄԻԱՎ-ի ԴՆԹ-ի հայտնաբերմանն ուղղված հետազոտություն [26]:
52. ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ պետք է հետազոտվեն ՄԻԱՎ վարակ ունեցող մայրերից ծնված բոլոր երեխաները՝ համաձայն «Մարդու իմունային անբավարարության վիրուսից առաջացած հիվանդության կանխարգելման մասին» ՀՀ օրենքի [27]:

53. Բուժաշխատողի նախաձեռնությամբ ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ պետք է հետազոտվեն ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ անհայտ կարգավիճակով մայրերից ծնված, նաև ՄԻԱՎ վարակի հավանական ախտանշաններ ունեցող երեխաները [26]:
54. Առաջին վիրուսաբանական հետազոտությունը կատարվում է ծնվելուց հետո՝ 48 ժամվա ընթացքում: Հղիության ընթացքում վարակված երեխաների մոտ այդ հետազոտության արդյունքը հիմնականում լինում է դրական: Ծննդաբերության ժամանակ կամ հետծննդյան վաղ շրջանում վարակված երեխաների մոտ այն սովորաբար լինում է բացասական: **Առաջին վիրուսաբանական հետազոտության և՛ դրական, և՛ բացասական արդյունքով երեխաների նկատմամբ սահմանվում է դիսպանսերային հսկողություն մինչև ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ կարգավիճակի հստակեցումը 18 ամսականում: Նրանց երկրորդ վիրուսաբանական հետազոտությունը կատարվում է 4-6 շաբաթականում (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների բարձր որակ):** Վիրուսաբանական հետազոտությունների արդյունքներից կախված ախտորոշման քայլերը և դիսպանսերային հսկողության շրջանակում առաջարկվող միջոցառումները ներկայացված են հավելված 5-ում [26]:
55. **Ծնվելուց հետո՝ 48 ժամվա ընթացքում կատարված առաջին վիրուսաբանական հետազոտության դրական արդյունքի դեպքում երեխան համարվում է ենթադրաբար ՄԻԱՎ-ով վարակված, և նրան պետք է անմիջապես տրամադրել ՀՌՎ բուժում (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների բարձր որակ),** իսկ սկսած 4 շաբաթականից՝ կո-տրիմոքսազոլով պնևմոցիստային թոքաբորբի կանխարգելիչ բուժում: Առաջին վիրուսաբանական հետազոտության դրական արդյունքով երեխաների մոտ 4-6 շաբաթականում կատարվում է վիրուսաբանական երկրորդ հետազոտությունը արյան նոր նմուշով: Այդ հետազոտության և՛ դրական, և՛ բացասական արդյունքների դեպքում անմիջապես կատարվում է երրորդ վիրուսաբանական հետազոտությունը [26]:
56. Երկու դրական վիրուսաբանական հետազոտությունից հետո երրորդի դրական արդյունքի դեպքում երեխայի մոտ արձանագրվում է ՄԻԱՎ վարակ, և շարունակվում են ՀՌՎ բուժումն ու դիսպանսերային հսկողությունը մինչև 18 ամսականը: Երեխայի 18 ամիսը լրանալուց հետո ՄԻԱՎ վարակի վերջնական ախտորոշման նպատակով կատարվում է շճաբանական հետազոտություն՝ ըստ մեծահասակների համար կիրառվող ստանդարտ ախտորոշման ալգորիթմի: Այդ հետազոտության դրական արդյունքի հիման վրա երեխայի մոտ վերջնականապես հաստատվում է ՄԻԱՎ վարակ ախտորոշումը: Շճաբանական հետազոտության բացասական արդյունքի դեպքում երեխայի մոտ ժխտվում է ՄԻԱՎ վարակը, և նա հանվում է դիսպանսերային հսկողությունից [26]:

57. Երկու դրական վիրուսաբանական հետազոտությունից հետո երրորդի բացասական արդյունքի դեպքում անմիջապես կատարվում է չորրորդ վիրուսաբանական հետազոտությունը արյան նոր նմուշով, որի՝

- 1) դրական արդյունքի դեպքում երեխայի մոտ արձանագրվում է ՄԻԱՎ վարակ, և շարունակվում են ՀՌՎ բուժումն ու դիսպանսերային հսկողությունը մինչև 18 ամսականը. երեխայի 18 ամիսը լրանալուց հետո կատարվում է ՄԻԱՎ վարակի վերջնական ախտորոշմանն ուղղված հետազոտություն (հաստատման կամ ժխտման),
- 2) բացասական արդյունքի դեպքում երեխան համարվում է ենթադրաբար ՄԻԱՎ-ով չվարակված, սակայն նրա դիսպանսերային հսկողությունը շարունակվում է մինչև 18 ամսականը. երեխայի 18 ամիսը լրանալուց հետո կատարվում է ՄԻԱՎ վարակի վերջնական ախտորոշմանն ուղղված հետազոտություն (հաստատման կամ ժխտման) [26]:

58. Ծնվելուց հետո՝ 48 ժամվա ընթացքում կատարված առաջին վիրուսաբանական հետազոտության բացասական արդյունքի դեպքում երեխան համարվում է ենթադրաբար ՄԻԱՎ-ով չվարակված, սակայն նրա նկատմամբ սահմանվում է դիսպանսերային հսկողություն մինչև ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ կարգավիճակի հստակեցումը 18 ամսականում: Առաջին վիրուսաբանական հետազոտության բացասական արդյունքով երեխաների մոտ 4-6 շաբաթականում կատարվում է վիրուսաբանական երկրորդ հետազոտությունը արյան նոր նմուշով, որի՝

- 1) բացասական արդյունքի դեպքում կրծքով չկերակրված երեխաների մոտ ինը ամսականում կատարվում է ԻՖԱ մեթոդով հետազոտություն. դրա բացասական արդյունքի դեպքում երեխան համարվում է ենթադրաբար ՄԻԱՎ-ով չվարակված, սակայն նրա դիսպանսերային հսկողությունը շարունակվում է մինչև 18 ամսականը, որը լրանալուց հետո կատարվում է ՄԻԱՎ վարակի վերջնական ախտորոշմանն ուղղված շճաբանական հետազոտություն (հաստատման կամ ժխտման),
- 2) բացասական արդյունքի դեպքում կրծքով կերակրված երեխաների մոտ կրծքով կերակրումը դադարեցնելուց վեց շաբաթ հետո կատարվում է վիրուսաբանական երրորդ հետազոտությունը արյան նոր նմուշով. դրա բացասական արդյունքի դեպքում երեխան համարվում է ենթադրաբար ՄԻԱՎ-ով չվարակված, սակայն նրա դիսպանսերային հսկողությունը շարունակվում է մինչև 18 ամսականը, որը լրանալուց հետո կատարվում է ՄԻԱՎ վարակի վերջնական ախտորոշմանն ուղղված շճաբանական հետազոտություն (հաստատման կամ ժխտման), իսկ դրական արդյունքի դեպքում կատարվում է վիրուսաբանական նոր հետազոտություն, և ծեռնարկվում են հետագա քայլեր՝ ելնելով դրա արդյունքներից,

3) դրական արդյունքի դեպքում երեխան համարվում է ենթադրաբար ՄԻԱՎ-ով վարակված, նշանակվում է ՀՌՎ բուժում, կատարվում է երրորդ վիրուսաբանական հետազոտությունը, և ձեռնարկվում են հետագա քայլեր՝ ելնելով դրա արդյունքներից:

59. **18 ամսականից մեծ երեխաների մոտ ՄԻԱՎ վարակի վերջնական ախտորոշման նպատակով կատարվում է շճաբանական հետազոտություն՝ ըստ մեծահասակների համար կիրառվող ստանդարտ ախտորոշման ալգորիթմի (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների բարձր որակ):**

60. ՄԻԱՎ-ով վարակման վտանգի ենթարկված 18 ամսականից փոքր երեխաների մոտ վիրուսաբանական հետազոտությունների բացակայության դեպքում կարելի է նախնական ախտորոշել ՄԻԱՎ վարակ, եթե ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ շճաբանական հետազոտությամբ ստացվել է դրական արդյունք (մոր կամ երեխայի մոտ), և երեխայի մոտ կան ՄԻԱՎ վարակին բնորոշ ախտանշաններ՝ կանդիդոզային ստոմատիտ, ծանր թոքաբորբ, ծանր սեպսիս, ՁԻԱՀ-ինդիկատորային որևէ հիվանդություն[□], երեխայի CD4+ լիմֆոցիտների տոկոսը <20%, կամ մոր մոտ առկա է ՄԻԱՎ վարակի կլինիկական 3-րդ կամ 4-րդ փուլ, կամ մայրը մահացել է ՄԻԱՎ վարակից:

61. Նշված չափանիշներին համապատասխանող երեխան ունի անհետաձգելի ՀՌՎ բուժման կարիք: Եթե վիրուսաբանական հետազոտություն հնարավոր չէ կատարել, 18 ամսականում ՄԻԱՎ վարակ ախտորոշման հաստատման համար պետք է կատարել ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ շճաբանական հետազոտություն՝ ըստ մեծահասակների համար կիրառվող ստանդարտ ախտորոշման ալգորիթմի: Նշված չափանիշներին համապատասխանող երեխան ունի անհետաձգելի ՀՌՎ բուժման կարիք: Եթե վիրուսաբանական հետազոտություն հնարավոր չէ կատարել, 18 ամսականում ՄԻԱՎ վարակ ախտորոշման հաստատման համար պետք է կատարել ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ շճաբանական հետազոտություն՝ ըստ մեծահասակների համար կիրառվող ստանդարտ ախտորոշման ալգորիթմի [26]:

[□] ՁԻԱՀ-ինդիկատորային հիվանդություններ՝ ՄԻԱՎ վարակի կլինիկական 4-րդ փուլին բնորոշ հիվանդություններ և փութերկույղոզ

IX. ՄԻԱՎ ՎԱՐԱԿԻ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԸՆԹԱՑՔԸ

62. ՄԻԱՎ վարակի կլինիկական ընթացքում տարբերում են աստիճանաբար իրար հաջորդող հետևյալ շրջանները՝
- 1) ինկուբացիոն շրջան,
 - 2) առաջնային դրսևորումների շրջան,
 - 3) լատենտ շրջան,
 - 4) երկրորդային հիվանդությունների շրջան,
 - 5) վերջնային շրջան [19]:
63. Ինկուբացիոն շրջանը համապատասխանում է վարակման պահից մինչև սուր վարակի կլինիկական արտահայտությունների դրսևորման և/կամ հակամարմինների առաջացման ժամանակահատվածին: Սովորաբար այս շրջանի տևողությունը 3 շաբաթից մինչև 3 ամիս է, եզակի դեպքերում՝ մինչև 1 տարի [19]:
64. Առաջնային դրսևորումների շրջանը կարող է ընթանալ մի քանի ձևով.
- 1) Անախտանշան, երբ կլինիկական դրսևորումները բացակայում են:
 - 2) Սուր ՄԻԱՎ վարակ առանց երկրորդային հիվանդությունների. ի հայտ է գալիս վարակվածների 50-90%-ի մոտ առաջին 3 ամիսների ընթացքում, դրսևորվում է «ռետրովիրուսային համախտանիշով», որն արտահայտվում է տենդով և տարբեր ոչ յուրահատուկ ախտանշաններով (աղյուսակ 1) [20], սակայն առավել հաճախ լինում է տենդ, մաշկի և լորձաթաղանթների ցան, ավշային հանգույցների մեծացում, մոնոնուկլեոզանման համախտանիշ: Այս շրջանում ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ հակամարմիններն արյան մեջ դեռևս չեն հայտնաբերվում: Դրա պատճառով սուր վարակի շրջանը բացահայտվում է հիմնականում հետադարձ՝ ՄԻԱՎ վարակի ավելի ուշ շրջանում, անամնեստիկ տվյալների հիման վրա: Հաճախ այս փուլում նկատվում է CD4+ լիմֆոցիտների քանակի տրանզիտոր իջեցում:

Աղյուսակ 1. Սուր ՄԻԱՎ վարակի հիմնական ախտանշանները

Ախտանշաններ	Հաճախականություն
Տենդ	80%
Ցան	51%
Բերանի լորձաթաղանթի խոցեր	37%
Հոդացավեր	54%
Ֆարինգիտ	44%
Ախորժակի բացակայություն	54%
Քաշի կորուստ ավելի քան 2,5կգ	32%
Մկանացավ	68%
Ընդհանուր թուլություն	49%
Ցան և տենդ	46%

- 3) Սուր ՄԻԱՎ վարակ՝ երկրորդային հիվանդություններով. ՄԻԱՎ-ով վարակվածների 10-15%-ի մոտ CD4+ լիմֆոցիտների մակարդակի նվազման և դրա հետևանքով առաջացած իմունային անբավարարության ֆոնի վրա ի հայտ են գալիս տարբեր հիվանդություններ (անգինա, բակտերիալ թոքաբորբեր, կանդիդոզներ, հերպետիկ վարակ և այլն), որոնք, որպես կանոն, լինում են թույլ արտահայտված և հեշտությամբ բուժվում են [19, 20]:
65. Սուր ՄԻԱՎ վարակի կլինիկական դրսևորումների տևողությունը կարող է տատանվել մի քանի օրից մինչև մի քանի ամիս: Սովորաբար այն տևում է 2-3 շաբաթ: Բացառություն է կազմում ավշային հանգույցների մեծացումը, որը կարող է պահպանվել հիվանդության ողջ ընթացքում: ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մեծ մասի մոտ սուր ՄԻԱՎ վարակի շրջանին հաջորդում է լատենտ շրջանը, սակայն երբեմն այն կարող է թևակոխել երկրորդային հիվանդությունների շրջան՝ շրջանցելով լատենտ շրջանը [19]:
66. Լատենտ շրջանում տեղի է ունենում իմունային անբավարարության դանդաղ խորացում: Արյան մեջ հայտնաբերվում են հակամարմիններ: Միակ կլինիկական դրսևորումը կարող է լինել ավշային հանգույցների մեծացումը: ՄԻԱՎ վարակին բնորոշ է գեներալիզացված լիմֆադենոպաթիան: Այն արտահայտվում է ամենաքիչը 2 տարբեր խմբերում (մեծահասակների մոտ՝ բացառությամբ աճուկային շրջանի հանգույցների) տեղակայված 2-3 ավշային հանգույցների մեծացումով՝ մեծահասակների մոտ 1սմ-ից ավելի, երեխաների մոտ՝ 0,5սմ-ից ավելի, որը պահպանվում է 3 ամսից ոչ պակաս: Ավելի հաճախ մեծանում են պարանոցային, վեր- և ստորանրակային, անութային շրջանի ավշային հանգույցները: Դրանք շարժուն են և անցավ, մեծացած ավշային հանգույցների վրա մաշկը չի փոփոխվում: Այս շրջանը կարող է տևել 2-3-ից մինչև 20 և ավելի տարի, միջինը՝ 8-10 տարի [19]:
67. Երկրորդային հիվանդությունների շրջանում օրգանիզմում ՄԻԱՎ-ի շարունակվող ռեպլիկացիան հանգեցնում է CD4+ լիմֆոցիտների քանակի աստիճանական իջեցման՝ տարեկան միջինը 50-70 բջիջ/մլ, իմունային անբավարարության զարգացման և երկրորդային (օպորտունիստական) հիվանդությունների առաջացման, որոնք չեն զարգանում իմունային համակարգի բնականոն գործունեության ժամանակ [19]:
68. Վերջնային շրջանում CD4+ լիմֆոցիտների քանակը արյան 1մլ-ում 50-100-ից պակաս է: Պացիենտի մոտ առկա երկրորդային հիվանդությունները ձեռք են բերում անդարձելի ընթացք, բուժումը դառնում է անարդյունավետ, և մի քանի ամսվա ընթացքում պացիենտը մահանում է [19]:
69. ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների 10-15%-ը կազմում են ծերունական տարիքի (50 և բարձր տարիքի) պացիենտները, որոնց մոտ ծերացման գործընթացներով

պայմանավորված ՄԻԱՎ վարակի կլինիկական ընթացքն ունի որոշակի առանձնահատկություններ՝

- 1) ՄԻԱՎ վարակն ավելի արագ է զարգանում, քանի որ նրանց իմունային համակարգն ավելի թույլ է երիտասարդների համեմատ,
- 2) հաճախ լինում են նաև այլ ուղեկցող հիվանդություններ, առավել հաճախ դիտվում են սիրտ-անոթային համակարգի հիվանդություններ, ճարպային և ածխաջրատային փոխանակության խանգարումներ, բարձր զարկերակային ճնշում, հոդաբորբեր, Ալցհեյմերի հիվանդություն, ուռուցքային հիվանդություններ և այլն, որոնք ոչ միայն ազդում են ՄԻԱՎ վարակի ընթացքի վրա, այլև դժվարացնում են ՀՌՎ սխեմաների ընտրությունը,
- 3) բնորոշ են նաև դեմենցիան և հոգեկան շեղումների հաճախակի զարգացումը, որոնց ախտանշանները շատ նման են ՄԻԱՎ-ով պայմանավորված հիվանդությունների ախտանշաններին, և երբեմն դժվար է լինում կատարել տարբերակիչ ախտորոշում,
- 4) բուժման ընթացքում T-լիմֆոցիտների քանակն ավելի դանդաղ է վերականգնվում, ինչի հետևանքով առկա երկրորդային հիվանդությունների ընթացքը ավելի երկարատև է դառնում:

70. ՄԻԱՎ վարակի ընթացքում կարող են առաջանալ բարդություններ՝ պայմանավորված երկրորդային՝ վարակային և ուռուցքային հիվանդությունների զարգացմամբ, ինչպես նաև ՄԻԱՎ-ի ուղղակի ազդեցությամբ: Դրանց թվում են ՄԻԱՎ-էնցեֆալոպաթիան, ՄԻԱՎ-կարդիոմիոպաթիան, ՄԻԱՎ-նեֆրոպաթիան, ՄԻԱՎ-կախեքսիան:

71. Նյարդային համակարգի կողմից բարդություններ զարգանում են զգալի թվով ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մոտ և պայմանավորված են հիմնականում նյարդային համակարգի վրա վիրուսի երկարատև ազդեցությամբ կամ օպորտունիստական հիվանդություններով: ՄԻԱՎ-էնցեֆալոպաթիայի դեպքում գլխուղեղի ախտահարումը հանգեցնում է ճանաչողական և շարժողական խանգարումների, զարգանում են դեմենցիա, որն ունի ենթակեղևային բնույթ, հիպոմիմիա, դիրքային անհավասարակշռություն, հազվադեպ՝ նաև պարկինսոնիզմի համախտանիշ: Հաճախ ՄԻԱՎ-էնցեֆալոպաթիայի դեպքում հայտնաբերվում է չափավոր երկկողմանի դիրքային դող, երբեմն հավելյալ շարժողական բաղադրիչով, ինչն արդեն վատ պրոգնոստիկ ախտանշան է:

72. Ընդհանուր առմամբ դիլատացիոն կարդիոմիոպաթիաների 4%-ը պայմանավորված է ՄԻԱՎ վարակով: Հիվանդացությունը բարձր է CD4+ 400բջիջ/մլ կցուցանիշով պացիենտների շրջանում: ՄԻԱՎ-կարդիոմիոպաթիան ունի ծանր ընթացք, վատ կանխատեսում, մահացությունը 4 անգամ բարձր է այլ ախտածագման կարդիոմիոպաթիաների համեմատ: ՄԻԱՎ-կարդիոմիոպաթիան

ախտորոշելիս կարևոր է նախ բացառել դիախազիոն կարդիոմիոպաթիաների մյուս բոլոր պատճառները:

73. ՄԻԱՎ վարակի ժամանակ երիկամային բարդությունների պատճառ կարող են լինել ինչպես երկրորդային հիվանդությունները, նեֆրոտոքսիկ դեղերի ընդունումը, թմրամիջոցների գործածումը, այնպես էլ երիկամների վրա ՄԻԱՎ-ի ուղղակի ազդեցությունը: ՄԻԱՎ-նեֆրոպաթիան սովորաբար ընթանում է ֆոկալ-սեզմենտար գլոմերուլոսկլերոզի ձևով՝ ուղեկցվելով բարձր ազոտեմիայով և պրոտեինուրիայով: Այն արագ առաջադիմում է՝ հանգեցնելով քրոնիկ երիկամային անբավարարության վերջնային շրջանին:
74. ՄԻԱՎ-կախեքսիա՝ հյուծվածության համախտանիշը բնորոշվում է քաշի ելքայինից 10% և ավելի կորստով, քրոնիկ լուծով (կղանքը՝ ջրիկ, օրը 2 անգամ և ավել, 1 ամիս և ավել տևողությամբ), արտահայտված թուլությամբ կամ անհայտ ծագման տենդով: ՄԻԱՎ-կախեքսիան անհրաժեշտ է ախտորոշել ճիշտ տարբերակման և այլ ուղեկցող հիվանդությունների կամ վիճակների բացառմամբ, որոնք կարող էին հանգեցնել հյուծվածության համախտանիշի զարգացմանը:
75. ՄԻԱՎ վարակի ժամանակ կարող են առաջանալ բարդություններ նաև կապված ՀՌՎ բուժման հետ: Դրանց թվում են իմունիտետի վերականգնման բորբոքային համախտանիշը (այսուհետ՝ ԻՎԲՀ) և մետաբոլիկ համախտանիշը:
76. ԻՎԲՀ-ն կլինիկական ախտանշանների համախումբ է, որը զարգանում է ՀՌՎ բուժումն սկսելուց որոշ ժամանակ անց: Ենթադրվում է, որ այն զարգանում է պացիենտների 10%-ի մոտ՝ ՀՌՎ բուժման սկզբից 2-12 շաբաթ անց կամ ավելի ուշ (մինչև 6 ամիս): ԻՎԲՀ-ն առավել հաճախ զարգանում է այն պացիենտների մոտ, որոնց CD4+ լիմֆոցիտների քանակը ցածր է 100բջիջ/մլ-ից: ԻՎԲՀ-ն արտահայտվում է բորբոքային ռեակցիաներով: Դա տեղի է ունենում այն պատճառով, որ ՀՌՎ բուժման ֆոնին օրգանիզմում առկա և առանց ակնառու ախտանշանների ընթացող օպորտունիստական վարակները (այսուհետ՝ ՕՎ) սկսում են դրսևորվել բորբոքային ռեակցիայով, ինչը պայմանավորված է իմունային համակարգի վերականգնումով և ակտիվացմամբ: Առանց ախտանշանների ընթացող ՕՎ-ները ԻՎԲՀ զարգանալիս կարող են դրսևորվել կլինիկորեն, իսկ կլինիկորեն արտահայտված ՕՎ-ների դեպքում կարող է դիտվել պարադոքսալ ռեակցիա, այսինքն՝ ճիշտ նշանակված բուժման ֆոնին ախտանշանների խորացում: ԻՎԲՀ կարող է զարգանալ ՄԻԱՎ/տուբերկուլոզ համակցված վարակով պացիենտների 1/3-ի մոտ, սակայն այն չպետք է դառնա ՀՌՎ բուժումը դադարեցնելու պատճառ: ԻՎԲՀ-ի ֆոնին ՕՎ-ները հաճախ դրսևորվում են իրենց ոչ բնորոշ ձևով. ատիպիկ միկոբակտերիաները կարող են առաջացնել արքցես, իսկ պնևմոցիստային թոքաբորբը կարող է ընթանալ թոքերի ռենտգեն պատկերի ոչ

քնորոշ պատկերով: Առավել հաճախ ակտիվանում են տուբերկուլոզը, ատիպիկ միկոբակտերիաներով հարուցված վարակները, ցիտոմեգալովիրուսային վարակը և կրիպտոկոկոզը, բայց կարող է առաջանալ նաև բուժված պնևմոցիստային թոքաբորբի սրացում և նույնիսկ Կապոշիի սարկոմա: Հաճախ դժվար է լինում հասկանալ ոչ վաղ անցյալում ՀՌՎ բուժումն սկսած պացիենտի մոտ դիտվող կլինիկական վատացման պատճառները: Տարբերակիչ ախտորոշման շրջանակը ներառում է ԻՎԲՀ-ն, ՀՌՎ դեղերի կողմնակի ազդեցությունները, ինչպես ՀՌՎ բուժման, այնպես էլ ՕՎ-ների բուժման համար օգտագործվող դեղերի անարդյունավետությունը: Ընդհանուր վիճակի վատացման պատճառը պարզելու համար պետք է գնահատել բոլոր դեղերի կողմնակի ազդեցությունները և անցկացնել անհրաժեշտ լաբորատոր հետազոտություններ (յարդի և երիկամների ֆունկցիայի ցուցանիշների, հակամիկրոբային միջոցների նկատմամբ հարուցիչի զգայունության որոշում): ԻՎԲՀ-ի զարգացումն ինքնին նշանակում է, որ ՀՌՎ բուժումը գործում է, ուստի անհրաժեշտ է շարունակել այն և միաժամանակ բուժել ՕՎ-ները: Գլյուկոկորտիկոիդների ցածր դեղաչափերը (20-60մգ/օրը վերահաշվարկված ըստ պրեդնիզոլոնի) կարող են մեղմել ԻՎԲՀ-ի կլինիկական դրսևորումները [1]:

77. Երկարատև ՀՌՎ բուժման ֆոնին երբեմն կարող են զարգանալ նյութափոխանակային գործընթացների խանգարումներ, որոնք հանգեցնում են մետաբոլիկ համախտանիշի զարգացման: Այդ համախտանիշը ներառում է ինսուլինառեզիստենտություն, ճարպային և ածխաջրատային փոխանակության խանգարումներ, ճարպային հյուսվածքի կառուցվածքաֆունկցիոնալ խանգարում՝ պերիֆերիկ լիպոատրոֆիա, ընդերային ճարպակալում և այլն: Դրանց հետևանքով ավելի ուշ հնարավոր է սիրտ-անոթային հիվանդությունների և 2-րդ տիպի շաքարային դիաբետի զարգացում [28]:

X. ՄԻԱՎ ՎԱՐԱԿՈՎ ՊԱՑԻԵՆՏՆԵՐԻ ԴԻՍՊԱՆՍԵՐԱՅԻՆ ՀՍԿՈՂՈՒԹՅՈՒՆ

78. ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների դիսպանսերային հսկողության նպատակը կյանքի տևողության երկարացումն ու կյանքի որակի բարելավումն է, նաև աշխատունակության պահպանումը:
79. ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների դիսպանսերային հսկողության խնդիրներն են՝
- 1) ՀՌՎ բուժման նշանակումը և տրամադրումը,
 - 2) ՕՎ-ների և ուղեկցող հիվանդությունների ախտորոշումն ու ամբուլատոր բուժումը,
 - 3) դեղերի կողմնակի ազդեցությունների կառավարումը,

- 4) բուժման մոնիտորինգը,
 - 5) դեղերի ընդունման կարգի հանդեպ հետևողականության ձևավորումը,
 - 6) ՕՎ-ների և ուղեկցող հիվանդությունների հիվանդանոցային բուժման ուղեգրումը,
 - 7) սոցիալ-հոգեբանական աջակցությունը,
 - 8) իրավական աջակցությունը:
80. ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների բժշկական օգնությունը կարիքներից բխող բարդ և ցմահ գործընթաց է, որը կարող է իրականացվել պացիենտի դիսպանսերային հսկողության շրջանակում և ներառում է՝
- 1) կլինիկական և լաբորատոր-գործիքային հետազոտություններ ՄԻԱՎ վարակի փուլը ճշտելու, ուղեկցող հիվանդությունների ու վիճակների հայտնաբերման ու կառավարման նպատակով,
 - 2) ՀՌՎ բուժման տրամադրում, ներառյալ բուժման մոնիտորինգը, ՀՌՎ դեղերի կողմնակի ազդեցությունների նկատմամբ հսկողություն ու պացիենտի կողմից դեղերի ընդունման կարգի պահպանմանն ուղղված աջակցություն,
 - 3) օպորտունիստական և ուղեկցող հիվանդությունների (վիրուսային հեպատիտներ, սեռավարակներ և այլն) կանխարգելում և բուժում, իմունական-խարգելում,
 - 4) մշտապես խորհրդատվությունների տրամադրում,
 - 5) հոգեբանական, սոցիալական և իրավաբանական աջակցություն:
81. ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների արդյունավետ բուժման, կյանքի տևողության երկարացման, կյանքի որակի բարելավման կարևոր նախապայմանը պացիենտների սոցիալ-հոգեբանական ադապտացումը, դիսպանսերային հսկողության մեջ գտնվելն է, ինչը կնպաստի անհրաժեշտ ՀՌՎ բուժումը ժամանակին սկսելուն և հետևողականորեն շարունակելուն՝ հնարավորություն տալով կանխելու կյանքին սպառնացող հիվանդությունների զարգացումը:
82. ՄԻԱՎ վարակ ախտորոշումով բոլոր պացիենտներին տրամադրվում է խորհրդատվություն դիսպանսերային հսկողության նպատակի, կարգի և անհրաժեշտության հարցերով: Հստակեցվում են պացիենտի կողմից պարբերաբար հետազոտություններ անցնելու պատրաստակամությունն ու հնարավորությունները, ինչպես նաև առկա խնդիրները և դրանց լուծման ուղիները:
83. ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների բժշկական օգնությունն ու վարումն իրականացնում է բազմապրոֆիլային խումբը, որի կազմում ընդգրկված են բժիշկ (վարակաբան և/կամ ընտանեկան բժիշկ), բուժքույր, հոգեբան, սոցիալական աշխատող և ոչ բժշկական հարցերով զբաղվող այլ անդամներ (իրավախորհրդատու, «հավասարը՝ հավասարին» խորհրդատու և այլն): Խմբի անդամները կատարում են որոշակի գործառույթներ՝ փոխադարձաբար

լրացնելով միմյանց: Անհրաժեշտ է, որ ՄԻԱՎ-ով ապրող մարդկանց հասանելի լինեն նաև այլ մասնագետներ և փոխօգնության խմբեր:

84. Դիսպանսերային հսկողության շրջանակում ՄԻԱՎ վարակով պացիենտներին տրամադրվում են մի շարք ենթաճառայություններ՝

- 1) լաբորատոր-գործիքային հետազոտություններ (CD4+ լիմֆոցիտների քանակի և ՎԾ-ի որոշում, արյան ընդհանուր և կենսաքիմիական հետազոտություններ, մեզի ընդհանուր հետազոտություն, ուլտրաձայնային հետազոտություններ, կրծքավանդակի ռենտգենաբանական քննություն, տուբերկուլոզի վերաբերյալ խորխի հետազոտություն ՊՇՌ մեթոդով, ըստ անհրաժեշտության ՄԻԱՎ-ի դեղակայունության մուտացիաների որոշման հետազոտություններ),
- 2) նեղ մասնագիտական բժշկական օգնություն (մաշկավեներաբանական, գինեկոլոգիական, սեքսապաթոլոգիական, ֆթիզիատրիկ),
- 3) ՀՌՎ բուժում և բուժման լաբորատոր մոնիտորինգ,
- 4) օպորտունիստական վարակների ախտորոշում, կանխարգելում և բուժում,
- 5) տուբերկուլոզի վերաբերյալ հետազոտություններ և տուբերկուլոզի կանխարգելիչ բուժում,
- 6) վիրուսային Բ և Ց հեպատիտների, սեռավարակների և այլ ուղեկցող վարակների վերաբերյալ հետազոտություններ,
- 7) համակցված վարակների կառավարում,
- 8) իմունականխարգելում,
- 9) սոցիալ-հոգեբանական խորհրդատվություն,
- 10) իրավաբանական խորհրդատվություն,
- 11) բժշկական խորհրդատվություն բժշկական կազմակերպություններում և տնային այցերի ժամանակ,
- 12) ՀՌՎ դեղերի տրամադրում:

85. ՄԻԱՎ վարակով պացիենտները վերցվում են դիսպանսերային հսկողության ՁԻԱՀ-ի ԿՀԿ-ում:

86. ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների դիսպանսերային հսկողությունն իրականացվում է ՁԻԱՀ-ի ԿՀԿ-ում:

87. ՁԻԱՀ-ի ԿՀԿ-ում դիսպանսերային հսկողության մեջ գտնվող պացիենտներն անհրաժեշտության դեպքում կարող են արտապլանային կարգով դիմել իրենց բնակության վայրի կամ այլ պոլիկլինիկայի բժիշկ-վարակաբանին կամ նրան փոխարինող բժշկին, որն իրականացնում է ընդհանուր կլինիկական հետազոտություն, անհրաժեշտության դեպքում՝ նաև լաբորատոր և գործիքային հետազոտություններ, ուղեկցող հիվանդությունների ախտորոշման դեպքում նշանակում է համապատասխան բուժում, իսկ ՀՌՎ դեղերի կողմնակի ազդեցությունների

հայտնաբերման դեպքում՝ համապատասխան կարգավորող միջոցառումներ:

88. Քրեակատարողական հիմնարկներում (այսուհետ՝ ՔԿՀ) գտնվող ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների դիսպանսերային հսկողությունը, այդ թվում ընդհանուր կլինիկական հետազոտությունները, անհրաժեշտության դեպքում՝ նաև լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտությունները, ուղեկցող հիվանդությունների ախտորոշումը և բուժումը, ՀՌՎ դեղերի տրամադրումը, դրանց կողմնակի ազդեցությունների հայտնաբերման դեպքում համապատասխան միջոցառումների իրականացումը կազմակերպվում են ՔԿՀ-ի բժիշկների կողմից: ՔԿՀ-ից ուղեգրված ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների արյան փորձանմուշների իմունաբանական և վիրուսաբանական հետազոտությունները կատարվում են ՁԻԱՀ-ի ԿՀԿ-ում: ՔԿՀ-ներում գտնվող ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների դիսպանսերային հսկողությունն իրականացնում են ՁԻԱՀ-ի ԿՀԿ-ի մասնագետները, որոնք նաև ՔԿՀ-ի բժիշկներին տրամադրում են խորհրդատվություն ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների վարման հարցերով՝ պլանային կարգով և ըստ անհրաժեշտության:
89. ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների բուժման և խնամքի հարցերով (ՀՌՎ բուժում, ՕՎ-ների և ուղեկցող հիվանդությունների ախտորոշում և վարում) ՁԻԱՀ-ի ԿՀԿ-ի մասնագետները բժշկական խորհրդատվություն են տրամադրում Երևանի, ՀՀ մարզերի, նաև Արցախի Հանրապետության բժշկական կազմակերպությունների բժիշկներին՝ պլանային կարգով և ըստ անհրաժեշտության:
90. Դիսպանսերային հսկողության վերցվող պացիենտներն անցնում են ՄԻԱՎ վարակի հետ կապված առաջնային հետազոտում, որի նպատակը պացիենտի վիճակի բազմակողմանի գնահատումն է՝ նրա հետագա վարման պլանը մշակելու համար:
91. Առաջնային հետազոտման խնդիրներն են՝
- 1) հիվանդության կլինիկական և իմունաբանական փուլի որոշում,
 - 2) օպորտունիստական վարակների կանխարգելման ցուցումների վերհանում,
 - 3) օպորտունիստական հիվանդությունների հայտնաբերում, ծանրության աստիճանի և բուժման անհրաժեշտության գնահատում,
 - 4) ուղեկցող հիվանդությունների հայտնաբերում, ծանրության աստիճանի և բուժման անհրաժեշտության գնահատում,
 - 5) ՄԻԱՎ վարակով կյանքին հարմարվելու և բուժման վերաբերյալ խորհրդատվություն:
92. Առաջնային հետազոտումը ներառում է՝
- 1) անձնական, ընտանեկան և բժշկական անամնեզ,
 - 2) օբյեկտիվ քննություն,
 - 3) լաբորատոր-գործիքային և այլ հետազոտություններ,
 - 4) անհրաժեշտության դեպքում այլ մասնագետների զննում:

93. Առաջնային հետազոտման ժամանակ հավաքվում է անամնեզ՝ համաձայն հավելված 6-ի, անցկացվում է օբյեկտիվ քննություն՝ համաձայն հավելված 7-ի:
94. Առաջնային հետազոտման ժամանակ լաբորատոր և այլ հետազոտություններ իրականացվում են համաձայն հավելված 8-ի, որոշ դեպքերում կարող են պահանջվել լրացուցիչ հետազոտություններ (հավելված 9) և այլ մասնագետների ներգրավում (հավելված 10):
95. Կախված պացիենտի մոտ առկա և ենթադրվող հիվանդություններից՝ կարող են պահանջվել այլ լրացուցիչ հետազոտություններ: Օրինակ՝ ՄԻԱՎ/վիրուսային հեպատիտ Բ կամ ՄԻԱՎ/վիրուսային հեպատիտ Ց համակցված վարակների ժամանակ լրացուցիչ կատարում են ուլտրաձայնային հետազոտություն և լյարդի բիոպսիա, ստամոքսաղիքային համակարգի հիվանդությունների ժամանակ՝ ստամոքսաղիքային ուղու վերին և ստորին հատվածների էնդոսկոպիա, լուծի ժամանակ՝ կղանքի մանրադիտակային հետազոտություն, կենտրոնական նյարդային համակարգի (այսուհետ՝ ԿՆՀ) ախտահարման ժամանակ՝ ողնուղեղային պունկցիա, գլխուղեղի համակարգչային կամ մագնիսառեզոնանսային տոմոգրաֆիա, թոքերի հիվանդությունների ժամանակ՝ շնչափողից ասպիրատի հետազոտություն և բրոնխոսկոպիա, իսկ մաշկային հիվանդությունների ժամանակ՝ մաշկի բիոպսիա:
96. Առաջնային հետազոտման արդյունքները ստանալուց հետո կազմակերպվում է պացիենտի կրկնակի այց՝ նրա հետագա վարումը պլանավորելու համար:
97. Դիսպանսերային հսկողության վերցվելու պահին ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների բժշկական օգնության կարիքները լինում են տարբեր, ինչից ելնելով հարկ է կիրառել ԱՀԿ-ի կողմից առաջարկված տարբերակված բժշկական օգնության մոտեցումը [12]: Ըստ այդմ՝ առանձնացվում է կոնկրետ կարիքներով պացիենտների չորս խումբ՝
- 1) առաջին խումբ՝ պացիենտներ, որոնց առողջական վիճակը առաջնային հետազոտման պահին բավարար է, CD+ լիմֆոցիտների քանակը՝ բարձր 200բջիջ/մլլ,
 - 2) երկրորդ խումբ՝ պացիենտներ, որոնց մոտ առաջնային հետազոտման պահին CD+ լիմֆոցիտների քանակը ցածր է 200բջիջ/մլլ, կամ նրանք գտնվում են հիվանդության 3-րդ կամ 4-րդ կլինիկական փուլում:
 - 3) երրորդ խումբ՝ կայուն վիճակով պացիենտներ. առնվազն մեկ տարի ՀՌՎ բուժում ստացող, դեղերի ոչ ցանկալի կողմնակի ազդեցություններ և ուղեկցող հիվանդություններ կամ հղիություն չունեցող, կրծքով չկերակրող, ողջ կյանքի ընթացքում բուժման կարգի պահպանման կարևորությունը գիտակցող, ինչպես նաև բուժման արդյունավետության ապացույցներ ունեցող պացիենտներ (ՎԾ-ն երկու հաջորդական հետազոտություններում ցածր

1000պատճեն/մլ, ՎԾ-ի մոնիտորինգի բացակայության պայմաններում որպես արդյունավետ բուժման ցուցանիշ կարող է օգտագործվել CD4+ լիմֆոցիտների աճը կամ CD4+ լիմֆոցիտների քանակի 200բջ/մլ-ից բարձր մակարդակը, բուժման պարտաճանաչ ընդունման օբյեկտիվ գնահատականը),

- 4) չորրորդ խմբի՝ ոչ կայուն վիճակով պացիենտներ. ՀՌՎ բուժում ստացող և անհրաժեշտության դեպքում ժամանակին համապատասխան միջոցառումներ (օրինակ՝ բուժման սխեմայի փոփոխություն) իրականացնելու նպատակով մշտապես մանրակրկիտ հսկողություն պահանջող պացիենտներ:

98. Առաջին խմբի պացիենտների համալիր բժշկական օգնության հիմնական ուղղություններն են բուժման կարգի պահպանման և դիսպանսերային հսկողության հետևողականությանն ուղղված աջակցությունը՝ ցմահ ՀՌՎ բուժման ստացումն ապահովելու համար:

99. Երկրորդ խմբի պացիենտների համալիր բժշկական օգնության հիմնական ուղղություններն են ՀՌՎ բուժման տրամադրման, մահվան կանխման, առողջական վիճակի բարելավման հետ կապված միջոցառումների համալիր փաթեթի տրամադրումը, որը ներառում է՝

- 1) անհապաղ ՀՌՎ բուժման տրամադրում (եթե բացառվում է ԻՎԲՀ-ի զարգացման վտանգը),
- 2) կրիպտոկոկային հակաժինի նկատմամբ պարբերական սկրինինգ,
- 3) տուբերկուլոզի նկատմամբ սկրինինգ (տուբերկուլոզի նկատմամբ կարգավիճակի գնահատում ԱՀԿ-ի առաջարկած 5 հարցերով) և բուժում կամ իզոնիազիդով կանխարգելիչ բուժում ցուցումների առկայության դեպքում,
- 4) տոքսոպլազմոզի նկատմամբ սկրինինգ և կո-տրիմոքսազոլով կանխարգելում,
- 5) հետագա մանրակրկիտ հսկողություն:

100. Երրորդ խմբի պացիենտների համալիր բժշկական օգնության հիմնական ուղղություններն են՝ այցերի և դեղերի տրամադրման հաճախականության նվազեցում, ՎԾ-ի մոնիտորինգ: Նրանք կարող են պակասեցնել այցելությունների հաճախությունը և ստանալ ՀՌՎ դեղերը միջնորդավորված (ՀԿ, բարեկամի միջոցով):

101. Չորրորդ խմբի պացիենտների համալիր բժշկական օգնության հիմնական ուղղություններն են՝ անհրաժեշտ բժշկական օգնություն, ՀՌՎ բուժման կարգի պահպանմանն ուղղված լրացուցիչ աջակցություն, ՎԾ-ի մոնիտորինգ, ցուցումների դեպքում բուժման սխեմայի փոփոխություն (անցում երկրորդ կամ երրորդ շարքի սխեմաների), դեղակայունության մոնիտորինգ:

102. Դիսպանսերային հսկողության վերցված պացիենտների համար սահմանվում են պլանային դիսպանսերային այցեր՝ վարման, անհրաժեշտ հետազոտությունների

իրականացման, ՀՌՎ դեղերի տրամադրման, խորհրդատվությունների նպատակով: Դիսպանսերային այցերի և դրանց ժամանակ կատարվող հետազոտությունների, դեղերի տրամադրման հաճախականությունը ներկայացված են հավելվածներ 11-ում և 12-ում: Դիսպանսերային հսկողությունն իրականացնող բժիշկն իր հայեցողությամբ, հաշվի առնելով նաև լաբորատոր հետազոտությունների արդյունքները, կարող է նշանակել նաև արտապլանային լրացուցիչ այցեր՝ անհրաժեշտ հետազոտությունների կազմակերպումով: Արտապլանային այցեր կարող են լինել նաև պացիենտների նախաձեռնությամբ:

103. Ըստ ԱՀԿ-ի՝ ՄԻԱՎ վարակի ժամանակ տրամադրվող բժշկական օգնության որակի բարելավման և արդյունավետության բարձրացման հիմնական ուղղություններն են՝

- 1) տարբերակված բժշկական օգնության տրամադրում,
- 2) չընդհատվող բուժման և խնամքի ապահովում,
- 3) բարձրորակ բժշկական օգնության տրամադրում:

104. ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների բժշկական օգնության կարիքները լինում են տարբեր, հետևաբար հարկ է կիրառել ԱՀԿ-ի կողմից առաջարկված տարբերակված բժշկական օգնության մոտեցումը [12, 29]:

105. Չընդհատվող բուժման և խնամքի ապահովումը ենթադրում է գործողություններ ուղղված՝

- 1) ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության և բուժման մեջ ներգրավման հաջորդականության ապահովմանը,
- 2) դիսպանսերային հսկողությանը պացիենտի հետևողականության պահպանմանը,
- 3) պացիենտի կողմից բուժման ռեժիմի պահպանմանը,
- 4) դիսպանսերային այցերի և դեղերի ստացման օպտիմալ հաճախականության սահմանմանը,
- 5) ծառայությունների ինտեգրմանը:

106. **ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության և բուժման մեջ ներգրավման հաջորդականության ապահովումը ենթադրում է ՄԻԱՎ վարակ ախտորոշումից հետո պացիենտին լրացուցիչ ծառայությունների տրամադրում ժամանակին բուժման և խնամքի ծառայություններում նրա ներգրավման համար (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ)** [12]: Այդ ծառայությունները ներառում են՝

- 1) աջակցություն ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ կարգավիճակի բացահայտման ժամանակ, այդ թվում անհատական խորհրդատվություն ախտորոշումից հետո, խմբային խորհրդատվություն,
- 2) «հավասարը՝ հավասարին» խորհրդատվություն (ապացույցների միջին որակ),

3) բժշկական օգնություն տրամադրող ծառայությունների միջև համագործակցության բարելավում:

107. Բժշկական օգնություն տրամադրող ծառայությունների միջև համագործակցության բարելավումը ենթադրում է բժշկական օգնության տրամադրման վայրում, այդ թվում տանը, պացիենտի լիարժեք հետազոտման կազմակերպում և բուժման տրամադրում, հավասարակիցների աջակցություն, շարունակական խորհրդատվությունների տրամադրում ախտորոշումից հետո, զուգընկերների ակտիվ թեստավորում, հաղորդակցման տեխնոլոգիաների կիրառում՝ հաղորդագրություններ ՄԻԱՎ վարակի, բուժման ռեժիմի պահպանման, դիսպանսերային հսկողության անհրաժեշտության վերաբերյալ տեղեկատվությամբ:

108. **Դիսպանսերային հսկողությանը պացիենտի հետևողականության պահպանման համար տրամադրել հավասարակիցների (այլ պացիենտների) կողմից խորհրդատվություն (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ) [12]:**

109. **Պացիենտի կողմից բուժման ռեժիմի պահպանման նպատակով բուժում ստացողներին առաջարկել բուժման կարգի պահպանմանն ուղղված միջամտություններ (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ) [12], որոնք ներառում են՝**

- 1) հավասարակիցների կողմից խորհրդատվություն,
- 2) հաղորդագրությունների և հիշեցնող սարքերի կիրառում,
- 3) կոգնիտիվ-վարքագծային թերապիա,
- 4) վարքագծային հմտությունների/բուժման հետևողականության վարժանք,
- 5) կոմբինացված ֆիքսված դեղաչափերով բուժում՝ դեղի ընդունում օրը մեկ անգամ:

110. Դիսպանսերային այցերի և դեղերի ստացման օպտիմալ հաճախականության համար առաջարկվում է.

- 1) ՀՌՎ բուժման ֆոնին կայուն պացիենտների այցերի նվազեցում 6-12 ամիսը մեկ անգամ,
- 2) ՀՌՎ բուժման ֆոնին կայուն պացիենտներին դեղերի տրամադրում 6-12 ամիս ժամանակահատվածի համար,
- 3) ՀՌՎ դեղերի մատակարարման օպտիմալացում դեղերի անհրաժեշտ քանակների ապահովման համար:

111. Ծառայությունների ինտեգրումը ենթադրում է դրանց տրամադրում մեկ բժշկական կազմակերպությունում, այդ թվում ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտություն, կանխարգելում, բուժում, խնամք, տուբերկուլոզի ախտորոշում, սեռավարակների, համակցված վարակների, ուղեկցող հիվանդությունների ախտորոշում և բուժում, այլ առնչվող ծառայություններ: Ըստ ԱՀԿ-ի՝ ծառայությունների ինտեգրումը նպաստում է բուժման ռեժիմի երկարատև պահպանմանը, դիսպանսերային

հսկողության մեջ պացիենտների օպտիմալ պահելուն [12]:

112. Բարձրորակ բժշկական օգնության տրամադրումը ենթադրում է՝

- 1) բժշկական օգնության որակյալ տրամադրում,
- 2) ՀՌՎ դեղերի կայուն մատակարարման ապահովում,
- 3) լաբորատոր ծառայությունների տրամադրում:

113. Որակյալ բժշկական օգնությունը ենթադրում է, որ ՄԻԱՎ վարակով պացիենտները ստանում են իրենց առողջությունը և կյանքի որակը պահպանելու համար անհրաժեշտ օգնություն, և տրամադրվող ծառայությունները արդյունավետ են առողջության վիճակի ցանկալի ցուցանիշներին հասնելու տեսանկյունից, մեթոդներն անվտանգ են և ունեն սոցիալական ուղղվածություն [30]:

114. ՄԻԱՎ վարակի ժամանակ սոցիալական ուղղվածության բժշկական օգնությունը ներառում է՝

- 1) պացիենտների հետ արդյունավետ շփման համար բուժաշխատողների հմտությունների կատարելագործում,
- 2) տեղեկացված որոշումներ կայացնելու, սեփական բուժմանն ակտիվ մասնակցություն ունենալու և ինքնուրույն գործելու համար անհրաժեշտ տեղեկատվության և աջակցության տրամադրում պացիենտներին,
- 3) պացիենտին ընդունելության գրանցելու և այցերի՝ նրա համար ընդունելի հաճախականություն առաջարկելու հնարավորություն,
- 4) կլինիկական խորհրդատվության, հետազոտությունների կամ դեղերի ստացման համար բժշկական կազմակերպություն այցերի ժամանակ սպասման ժամանակի կրճատում,
- 5) տարբեր ծառայությունների (օրինակ՝ ՄԻԱՎ վարակի և ՏԲ-ի բուժում) տրամադրման անհրաժեշտության դեպքում դրանց համակարգում,
- 6) անհրաժեշտ համալիր ինտեգրված ծառայությունների տրամադրում [12]:

115. ՀՌՎ դեղերի կայուն մատակարարման ապահովումը ենթադրում է՝

- 1) արտադրանքի ընտրություն,
- 2) դեղերի անհրաժեշտ քանակների հաշվարկ և կանխատեսում,
- 3) գնումների և մատակարարումների պլանավորում և իրականացում,
- 4) դեղերի պահպանում և տրամադրում,
- 5) դեղերի ծախսի և պահանջարկի փոփոխման մոնիտորինգ,
- 6) դեղերի ստացման հաճախականության որոշում,
- 7) դեղերի պիտանելիության ժամկետների մոնիտորինգ,
- 8) դեղերի պաշարների սպառման վտանգի գնահատում,
- 9) բժշկական ապրանքների պիտանելիության ժամկետների շրջանակում դրանց սպառման հնարավորության գնահատում [12]:

116. Արտադրանքի ընտրությունը կատարվում է բուժման կլինիկական ուղեցույցների և բուժման պահանջարկի հիման վրա: Բուժման կլինիկական ուղեցույցները պետք է պարունակեն առաջարկություններ այլընտրանքային սխեմաների վերաբերյալ՝ դեղերի անցանկալի կողմնակի ազդեցությունների առաջացման, բուժման անարդյունավետության և պաշարների սպառման պայմաններում դրանք կիրառելու համար [12]:
117. Դեղերի անհրաժեշտ քանակները հաշվարկելիս հաշվի են առնվում պացիենտների թիվը՝ ըստ տարիքային խմբերի, բուժման կիրառվող սխեմաները, դրանցում կանխատեսվող փոփոխությունները, նոր պացիենտների թիվը՝ ըստ սխեմաների, պացիենտներին դեղերի տրամադրման հաճախականությունը:
118. Նոր պացիենտները բուժումը սկսում են նախընտրելի սխեմաներով, եթե չկան կլինիկական հակացուցումներ:
119. Պատվերի ձևավորման ժամանակ հաշվի են առնվում տվյալ պահի դրությամբ ամսական պահանջարկը, դեռևս չմատակարարված պատվերները, բյուջետային հնարավորությունները, նոր պատվերի ծավալները կանխատեսվող պահանջարկի բավարարման և պահուստային բավարար պաշարների ապահովման համար, նաև մատակարարման պահանջվող ժամկետները: Դեղերի անհրաժեշտ քանակի գնահատումը և պատվերը պետք է ապահովեն համապատասխան պահուստային քանակ՝ կանխատեսման հնարավոր սխալների և մատակարարման հնարավոր ուշացումների փոխհատուցման համար [12]:
120. Պահուստային պաշարների ծավալները պետք է ծածկեն առնվազն մեկ պլանային մատակարարման շրջանառությունը, որպեսզի որևէ ուշացում չհանգեցնի պաշարների լրիվ սպառման: Կանխատեսումները պետք է վերանայվեն առնվազն կես տարին մեկ անգամ կանխատեսումների և իրական պահանջարկի տարբերությունների ճշգրտման և մոտակա 12-18 ամիսների պահանջարկի վերլուծության համար՝ ըստ անհրաժեշտության պատվերի ծավալների կարգավորումով [12]:
121. Լաբորատոր ծառայությունների որակի ապահովման, լաբորատոր հետազոտությունների ճշգրտության և հավաստիության ապահովման համար անհրաժեշտ է մշակել որակի ապահովման համապատասխան համակարգեր, օգտագործել բարձրորակ ախտորոշիչ թեստեր և սարքավորումներ, որպեսզի հնարավոր լինի իրականացնել հետևյալը՝
- 1) լաբորատոր ծառայության ամրապնդում և ընդլայնում,
 - 2) CD4+ լիմֆոցիտների քանակի որոշում,
 - 3) ՎԾ-ի որոշում,
 - 4) լաբորատոր մասնագետների շարունակական ուսուցում,
 - 5) որակի հսկողության ապահովում (ամենօրյա ներլաբորատոր և տարին 2 անգամ արտաքին հսկողություն):

XI. ՀԱԿԱՌԵՏՐՈՎԻՐՈՒՄԱՅԻՆ ԲՈՒԺՈՒՄ

122. ՄԻԱՎ վարակի բուժման հիմքը ՀՌՎ բուժումն է [31, 32]: ՀՌՎ բուժումը ազդեցության տարբեր մեխանիզմներ ունեցող երեք և ավելի ՀՌՎ դեղերի համակցման օգտագործումն է օրգանիզմում ՄԻԱՎ-ի վերարտադրության ընկճման նպատակով, որը պացիենտը պետք է ընդունի ողջ կյանքի ընթացքում:
123. ՀՌՎ բուժման նպատակներն են՝
- 1) կլինիկական՝ ապրելունակության մեծացում և կյանքի որակի բարելավում [33, 34],
 - 2) իմունաբանական՝ իմունիտետի պահպանում/վերականգնում՝ օպորտունիստական վարակների (ՕՎ) և ձեռքբերովի իմունային անբավարարության համախտանիշի (ՁԻԱՀ) հետ ասոցացված հիվանդությունների կանխարգելման համար,
 - 3) վիրուսաբանական՝ վիրուսային ծանրաբեռնվածության (ՎԾ) առավելագույն նվազեցում հնարավորինս երկար ժամանակով՝ հիվանդության զարգացումը դանդաղեցնելու և դեղակայունության զարգացումը կանխելու կամ հետաձգելու նպատակով,
 - 4) համաճարակաբանական՝ ՄԻԱՎ-ի փոխանցման վտանգի նվազեցում [35-37]:
124. Կարևոր են հատկապես բուժման առաջին 3 ամիսները, քանի որ այդ ընթացքում կարող են զարգանալ ՕՎ-ներ և/կամ ԻՎԲՀ, ինչպես նաև վաղ դեղորայքային անցանկալի ռեակցիաներ, որոնք բարձրացնում են մահվան վտանգը: Այդ բարդություններն առավել հաճախ դիտվում են այն պացիենտների մոտ, որոնք ՀՌՎ բուժումն սկսում են խիստ արտահայտված իմունային անբավարարության և ուղեկցող ծանր օպորտունիստական հիվանդությունների (ՕՀ) պայմաններում, հատկապես հեմոգլոբինի խիստ ցածր մակարդակի և քաշի արտահայտված կորստի/հյուծման պայմաններում [38, 39]:
125. Ըստ ազդեցության մեխանիզմների՝ ՀՌՎ դեղերը բաժանվում են հետևյալ խմբերի՝
- 1) Հետադարձ տրանսկրիպտազայի նուկլեոզիդային ինհիբիտորներ (այսուհետ՝ ՀՏՆԻ),
 - 2) Հետադարձ տրանսկրիպտազայի ոչ նուկլեոզիդային ինհիբիտորներ (այսուհետ՝ ՀՏՈՆԻ),
 - 3) Պրոտեազայի ինհիբիտորներ (այսուհետ՝ ՊԻ),
 - 4) Ինտեգրազայի ինհիբիտորներ (այսուհետ՝ ԻԻ),
 - 5) Միաձուլման ինհիբիտորներ,
 - 6) Ներթափանցման ինհիբիտորներ:
126. ՀՌՎ դեղերի մասին հիմնական տվյալները, ՀՌՎ դեղերի դեղաչափերը ներկայացված են հավելված 13-18-ում:

127. Նախքան ՀՌՎ բուժումն սկսելը CD4+ լիմֆոցիտների քանակի իմացությունը հնարավորություն է տալիս գնահատելու իմունային անբավարարության խորությունը. որքան այն ցածր է, այնքան բարձր է ՕՀ-ների զարգացման վտանգը: ՕՀ-ների մեծամասնությունն առաջանում է ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մոտ, երբ CD4+ լիմֆոցիտների քանակն իջնում է 200բջիջ/մլ-ից, սակայն որոշ ՕՀ-ներ (տուբերկուլոզ, կրկնվող բակտերիալ վարակներ, Կապոշիի սարկոմա և որոշ լիմֆոմաներ) ոչ հազվադեպ հանդիպում են նաև CD4+ լիմֆոցիտների ավելի բարձր քանակի դեպքում: CD4+ լիմֆոցիտների քանակի ելքային մակարդակը, որը որոշվել է պացիենտի մոտ ՕՀ-ների բացակայության պահին, վճռորոշ ցուցանիշ է հիվանդության կանխատեսման և ՀՌՎ բուժմանը օրգանիզմի իմունաբանական պատասխանը գնահատելու, ինչպես նաև առաջին շարքի սխեմայում ներառվող օգտագործման նպատակահարմարությունը ճշտելու համար [40]:
128. Խորհրդատվությունը ՄԻԱՎ վարակով պացիենտի վարման կարևոր բաղկացուցիչն է: Նախքան ՀՌՎ բուժումն սկսելը անհրաժեշտ է պացիենտի հետ մանրամասն քննարկել ՀՌՎ բուժում սկսելու ցանկությունն ու պատրաստակամությունը, տրամադրել խորհրդատվություն հետևյալ հարցերի շուրջ՝
- 1) դեղերի ընդունման կարգի պահպանման անհրաժեշտություն,
 - 2) ՀՌՎ դեղերի հնարավոր կողմնակի ազդեցություններ,
 - 3) դեղերի փոխազդեցություններ,
 - 4) բուժօգնության տրամադրման կարգ, ներառյալ պացիենտի պարտականություններ:
129. ՀՌՎ բուժումն սկսում են պացիենտից գրավոր տեղեկացված համաձայնություն ստանալուց և ՀՌՎ դեղերի ընդունման կարգի պահպանման կարևորությունը բացատրելուց հետո (հավելված 19): Ամեն դեպքում, պացիենտն ինքն է որոշում հրաժարվել, թե ընդունել ՀՌՎ բուժումը: Եթե պացիենտը հրաժարվում է ՀՌՎ բուժումից, հաջորդ այցերի ժամանակ բուժման անցկացումը պետք է առաջարկել նորից [12]:
130. ՕՎ-ների առկայության դեպքում խորհուրդ է տրվում ՀՌՎ բուժումն սկսել ՕՎ-ի բուժումն սկսելուց հետո հնարավորինս շուտ, սակայն ոչ ուշ, քան 2 շաբաթից (բացառությամբ տուբերկուլոզային և կրիպտոկոկային մենինգիտների), երբ պարզ է դառնում, որ ՕՎ-ի բուժումը լավ տանելիություն ունի պացիենտի համար: Դա հատկապես կարևոր է CD4+ լիմֆոցիտների 100բջիջ/մլ-ից ցածր քանակով պացիենտների համար [40]:
131. **ՀՌՎ բուժումը ցուցված է ՄԻԱՎ վարակով բոլոր մեծահասակներին (19 տարեկան և բարձր)՝ անկախ հիվանդության կլինիկական փուլից և CD4+ լիմֆոցիտների քանակից (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ):**

Առաջնահերթությունը պետք է տալ ՄԻԱՎ վարակի կլինիկական 3-րդ կամ 4-րդ փուլում գտնվող և/կամ արյան մեջ CD4+ լիմֆոցիտների <350բջիջ/մլլ քանակ ունեցող պացիենտներին (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ) [12]:

132. ՀՌՎ բուժումը ցուցված է ՄԻԱՎ վարակով բոլոր դեռահասներին (10-19 տարեկան)՝ անկախ հիվանդության կլինիկական փուլից և CD4+ լիմֆոցիտների քանակից (պայմանական առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ): Առաջնահերթությունը պետք է տալ ՄԻԱՎ վարակի կլինիկական 3-րդ կամ 4-րդ փուլում գտնվող և/կամ արյան մեջ CD4+ լիմֆոցիտների <350բջիջ/մլլ քանակ ունեցող պացիենտներին (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ) [12]:
133. ՀՌՎ բուժում ցուցված է սկսել ՄԻԱՎ վարակով բոլոր հղիներին և կրծքով կերակրող կանանց՝ անկախ հիվանդության կլինիկական փուլից և CD4+ լիմֆոցիտների քանակից, և շարունակել ողջ կյանքի ընթացքում (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ) [12]:
134. ՀՌՎ բուժում ցուցված է սկսել ՄԻԱՎ վարակով բոլոր երեխաներին՝ անկախ հիվանդության կլինիկական փուլից և CD4+ լիմֆոցիտների քանակից՝
- 1) կյանքի առաջին տարվա ընթացքում ախտորոշում ստացած ՄԻԱՎ վարակով երեխաներին (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ),
 - 2) 1-10 տարեկան ՄԻԱՎ վարակով երեխաներին (պայմանական առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ) [12]:
135. Երեխաների ՀՌՎ բուժման ցուցումները՝ ըստ առաջնահերթության, ներկայացված են աղյուսակ 2-ում:

Աղյուսակ 2. Երեխաների ՀՌՎ բուժման ցուցումները՝ ըստ առաջնահերթության

Տարիքային խումբ	ՀՌՎ բուժումն սկսելու իմունաբանական և կլինիկական չափանիշներ
Սկսել բուժումը ՄԻԱՎ վարակով բոլոր տարիքային խմբերի երեխաներին, առաջնահերթությունը տալով՝	
0-24 ամսական երեխաներ	Սկսել բուժումը՝ անկախ CD4+ լիմֆոցիտների քանակից և հիվանդության կլինիկական փուլից
2-5 տարեկան երեխաներ	Սկսել բուժումը այն երեխաների մոտ, որոնք գտնվում են կլինիկական 3-րդ կամ 4-րդ փուլում, կամ CD4+ լիմֆոցիտների քանակը ≤ 750 բջիջ/մլլ (կամ $<25\%$)
5 տարեկան և բարձր	Սկսել բուժումը այն երեխաների մոտ, որոնք գտնվում են կլինիկական 3-րդ կամ 4-րդ փուլում, կամ CD4+ լիմֆոցիտների քանակը ≤ 350 բջիջ/մլլ

136. ՄԻԱՎ/ՏԲ համակցված վարակով բոլոր պացիենտներն ունեն ՄԻԱՎ վարակի և ՏԲ-ի բուժման կարիք [41]: **ՀՌՎ բուժումն անհրաժեշտ է սկսել ՄԻԱՎ/ՏԲ համակցված վարակով բոլոր պացիենտներին՝ անկախ CD4+ լիմֆոցիտների քանակից (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների բարձր որակ)** [12]: Նախ սկսում են հակատուբերկուլոզային բուժում, ապա հնարավորինս շուտ՝ առաջին 8 շաբաթվա ընթացքում, **ՀՌՎ բուժում (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների բարձր որակ), բազմադեղակայուն տուբերկուլոզ (այսուհետ՝ ԲԴԿ ՏԲ), ապացույցների շատ ցածր որակ)** [42]: Արտահայտված իմունային անբավարարությամբ (CD4+ լիմֆոցիտների քանակը <50բջջ/մկլ) ՄԻԱՎ/ՏԲ համակցված վարակով պացիենտների մոտ ՀՌՎ բուժումը պետք է սկսել հակատուբերկուլոզային բուժումն սկսելուց հետո 2 շաբաթվա ընթացքում [43]: Տուբերկուլոզային մենինգիտի ժամանակ ՀՌՎ բուժումը պետք է հետաձգել մինչև հակատուբերկուլոզային բուժման ակտիվ փուլի ավարտը [41]:
137. Կրիպտոկոկային մենինգիտով պացիենտների մոտ խորհուրդ է տրվում հետաձգել ՀՌՎ բուժումը՝ ԻՎԲՀ-ի զարգացման բարձր վտանգի պատճառով, ինչը կարող է կյանքին սպառնացող լինել: Կրիպտոկոկային մենինգիտով պացիենտների մոտ ՀՌՎ բուժումն անհրաժեշտ է սկսել հակասնկային բուժումից կայուն կլինիկական պատասխան ստանալուց հետո: Մինչ ՀՌՎ բուժում սկսելը խորհուրդ չի տրվում անցկացնել կրիպտոկոկոզի առաջնային հակասնկային կանխարգելում կրիպտոկոկային հակաձնի վերաբերյալ հետազոտության բացասական պատասխանի կամ դրա վերաբերյալ տվյալների բացակայության դեպքում CD4+ լիմֆոցիտների 100 բջիջ/մկլ-ից ցածր քանակով պացիենտների մոտ [12]:
138. ՀՌՎ բուժման առաջին շաբթի սխեմաներում խորհուրդ է տրվում զուգակցել 2 ՀՏՆԻ իֆավիրենցով կամ դոլուտեգրավիրով: Եթե իֆավիրենցը կամ դոլուտեգրավիրը հակացուցված են, դրանք կարելի է փոխարինել նևիրապինով (այլընտրանքային դեղ) [12], ընդունելի է իֆավիրենցի փոխարինումը ռիտոնավիրով ուժեղացված ՊԻ-ով կամ երրորդ ՀՏՆԻ-ով: 2 ՀՏՆԻ-ով սխեմայի նուկլեոզիդային հենքը կարելի է տարբեր ձևերով կազմել [40]:
139. Մեծահասակների, հղիների և կրծքով կերակրող կանանց, դեռահասների և երեխաների ՀՌՎ բուժման առաջին շաբթի նախընտրելի և այլընտրանքային սխեմաները ներկայացված են աղյուսակ 3-ում:

Աղյուսակ 3. Մեծահասակների, հղիների և կրծքով կերակրող կանանց, դեռահասների և երեխաների ՀՌՎ բուժման առաջին շաբթի նախընտրելի և այլընտրանքային սխեմաներ

ՀՌՎ բուժման առաջին շաբթի	Առաջին շաբթի նախընտրելի սխեմաներ	Առաջին շաբթի այլընտրանքային սխեմաներ ¹
Մեծահասակներ	TDF+3TC (կամ FTC)+EFV TDF+3TC (կամ FTC)+DTG ²	AZT+3TC+EFV (կամ NVP) TDF+3TC (կամ FTC)+EFV ₄₀₀ ² TDF+3TC (կամ FTC)+NVP
Հղիներ և կրծքով կերակրող կանայք	TDF+3TC (կամ FTC)+EFV	AZT+3TC+EFV (կամ NVP) TDF+3TC (կամ FTC)+NVP
Դեռահասներ	TDF+3TC (կամ FTC)+EFV TDF (կամ ABC)+3TC (կամ FTC)+DTG ^{2,3}	AZT+3TC+EFV (կամ NVP) TDF (կամ ABC)+3TC (կամ FTC)+EFV ₄₀₀ ^{2,3} TDF (կամ ABC)+3TC (կամ FTC)+NVP
Երեխաներ՝ 3-10 տարեկան	ABC ⁴ +3TC+EFV	ABC+3TC+NVP AZT+3TC+EFV (կամ NVP) TDF+3TC (կամ FTC)+EFV (կամ NVP)
Մինչև 3 տարեկան երեխաներ	ABC ⁴ (կամ AZT)+3TC+LPV/r ⁵	ABC (կամ AZT)+3TC+NVP

¹ Մեծահասակների մոտ հապտուկ իրավիճակներում, երբ նախընտրելի կամ այլընտրանքային սխեմաները հակացուցված կամ անհասանելի են, կարելի է օգտագործել ABC կամ ՊԻ-ներ (ATV/r, DRV/r, LPV/r):

² Հղիների, ՄԻԱՎ/տուբերկուլոզ համակցված վարակով և մինչև 12 տարեկան պացիենտների շրջանում DTG և EFV₄₀₀ օգտագործման անվտանգության և արդյունավետության վերաբերյալ տվյալներ դեռևս չկան:

³ **Պայմանական առաջարկ, ապացույցների միջին որակ:**

⁴ Ելնելով այն ընդհանուր սկզբունքից, ըստ որի ոչ թմբիդինային անալոգները նախընտրելի են բուժման առաջին շաբթի սխեմաների, իսկ թմբիդինային անալոգները՝ երկրորդ շաբթի համար, աբակավիրը պետք է դիտարկվի իբրև առաջին շաբթի նախընտրելի ՀՏԻ:

⁵ Անհաս (ժամկետից 1 ամիս կամ ավելի վաղ ծնված) երեխաներին լուպինավիր/դիտոնավիրը կարելի է նշանակել ծննդաբերության օրացուցային ժամկետը լրանալու օրվանից 14 օր հետո, իսկ հասուն երեխաներին՝ 14 օրականից հետո:

140. Մեծահասակների ՀՌՎ բուժման առաջին շարքի սխեմաները ներկայացված են աղյուսակ 4-ում:

Աղյուսակ 4. Մեծահասակների ՀՌՎ բուժման առաջին շարքի սխեմաներ

Նախընտրելի սխեմա	TDF+3TC (կամ FTC)+EFV TDF+3TC (կամ FTC)+DTG ¹
Այլընտրանքային սխեմա	AZT+3TC+EFV (կամ NVP) TDF+3TC (կամ FTC)+EFV ₄₀₀ ² TDF+3TC (կամ FTC)+NVP
Հատուկ իրավիճակներ³	ABC ⁴ կամ ՊԻ-ներ պարունակող սխեմաներ

¹ Հղիների, կրծքով կերակրող կանանց, ՄԻԱՎ/տուբերկուլոզ համակցված վարակով պացիենտների շրջանում DTG-ի օգտագործման անվտանգության և արդյունավետության վերաբերյալ տվյալներ դեռևս չկան:

² Հղիների, կրծքով կերակրող կանանց, ՄԻԱՎ/տուբերկուլոզ համակցված վարակով պացիենտների շրջանում EFV₄₀₀-ի օգտագործման անվտանգության և արդյունավետության վերաբերյալ տվյալներ դեռևս չկան:

³ Հատուկ իրավիճակներ, երբ նախընտրելի կամ այլընտրանքային սխեմաները հակացուցված կամ անհասանելի են:

⁴ AZT, 3TC և ABC համակցումն իջեցնում է վաղաժամ ծննդաբերության հաճախականությունը և կարող է դիտվել իբրև այլընտրանք, երբ կնոջ մոտ ՎԾ<100000պապճեն/մլ:

141. Մեծահասակների ՀՌՎ բուժման առաջին շարքի սխեման բաղկացած է **2ՀՏՆԻ+1ՀՏՈՆԻ** կամ **ԻԻ**: Նախընտրելի է TDF+3TC (կամ FTC)+EFV ֆիքսված դեղաչափերով համակցումը (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ), ինչպես նաև TDF+3TC (կամ FTC)+DTG համակցումը: Եթե այս համակցումները հակացուցված են կամ հասանելի չեն, խորհուրդ է տրվում կիրառել ներքոնշյալ այլընտրանքային տարբերակներից որևէ մեկը՝

- 1) AZT+3TC+EFV,
- 2) AZT+3TC+NVP,
- 3) **TDF+3TC (կամ FTC)+NVP (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ),**
- 4) **TDF+3TC (կամ FTC)+EFV₄₀₀ (պայմանական առաջարկ, ապացույցների միջին որակ) [12]:**

142. ՀՏՆԻ-ների ընտրությունը կատարվում է հետևյալ սկզբունքներով.

- 1) ՀՌՎ բուժման առաջին շարքի սխեմաների նուկլեոզիդային հիմքը կազմում է 2 ՀՏՆԻ-ների համակցումը: Դրանցից մեկը պետք է լինի լամիվուդինը կամ էմտրիցիտաբինը, որոնք ունեն համանման արդյունավետություն և չունեն կլինիկորեն նշանակալի կողմնակի ազդեցություններ [44-46]: Սրանց նկատմամբ կայունությունն արագ է զարգանում, եթե ՀՌՎ բուժումը ՄԻԱՎ-ի վերարտադրությունը ճնշում է ոչ լիարժեք:
- 2) Երկրորդ ՀՏՆԻ-ն պետք է լինի ստորև թվարկված 3 դեղերից որևէ մեկը,

որոնք բոլորն էլ օժտված են նմանատիպ հակավիրուսային ակտիվությամբ, դրանց հանդեպ դեղակայունությունը դանդաղ է զարգանում, եթե ՀՌՎ բուժման արդյունքում ՄԻԱՎ-ի վերարտադրությունը ճնշվում է ոչ լիարժեք: Այս դեղերի կողմնակի ազդեցությունները տարբեր են:

ա. Տենոֆովիրի տանելիությունը զիդովուդինից լավ է [47, 48]: Հիմնական կողմնակի ազդեցությունը երիկամների սուր ախտահարումն է (պրոքսիմալ խողովակների ֆունկցիայի խանգարում, որը հայտնի է որպես Ֆանկոնիի համախտանիշ), որը շատ հազվադեպ է հանդիպում (0,5-1%) և կարող է զարգանալ հենց բուժման սկզբում [49-51]: Երիկամների ախտահարմանը նպաստող գործոններ են 50-ից բարձր տարիքը, մարմնի փոքր զանգվածը (<50կգ) հատկապես կանանց մոտ, չբուժված զարկերակային հիպերտենզիան և շաքարային դիաբետը: Այն պացիենտներին, որոնց մոտ կծիկային ֆիլտրացիայի արագությունը ցածր է 50մլ/րոպեից, չպետք է սկսել բուժումը տենոֆովիրով [12]: Բացի այդ՝ տենոֆովիրը կարող է խախտել ոսկրերի հանքայնացումը [52], ինչի պատճառով երեխաների մոտ պետք է կատարել աճի մանրակրկիտ մոնիտորինգ: TAF-ը (տենոֆովիր ալաֆենամիդ) TDF-ի (տենոֆովիր դիդոպրոքսիլ ֆումարատ) համեմատ ունի ավելի քիչ անցանկալի ռեակցիաներ, սակայն նրա հասանելիությունը ներկայումս սահմանափակ է [12]:

բ. Աբակավիրի հակավիրուսային ակտիվությունը բարձր ՎԾ-ով պացիենտների մոտ տենոֆովիրի համեմատ ավելի ցածր է [53, 54]: Տանելիությունն ավելի լավ է զիդովուդինի համեմատ [55]: Սակայն HLAB*5701 ալելի կրողների մոտ աբակավիրն առաջացնում է գերզգայունության ռեակցիա, որը սովորաբար դիտվում է բուժումն սկսելուց հետո առաջին 6 շաբաթների ընթացքում [56, 57]: Այդ պատճառով աբակավիր նշանակելուց առաջ պետք է կատարել գենետիկ հետազոտություն. HLAB*5701 հայտնաբերելիս աբակավիր չեն նշանակում: Անհրաժեշտ է զգուշավորությամբ նշանակել աբակավիրն այլ դեղերի հետ, որոնք ունեն համանման կողմնակի ազդեցություններ (օրինակ՝ տրիմեթոպրիմ/սուլֆամեթոքսազոլ, նևիրապին): Դրանից բացի՝ աբակավիրը մեծահասակների մոտ կարող է առաջացնել սրտամկանի ինֆարկտ [58]:

գ. Զիդովուդինը կարող է առաջացնել սրտխառնոց, սակավարյունություն, նեյտրոպենիա բուժումն սկսելու առաջին շաբաթների ընթացքում: Բուժումն սկսելուց առաջ պետք է անպայման որոշել հեմոգլոբինի մակարդակը: Տարիների ընթացքում զիդովուդինի օգտագործումը

կարող է հանգեցնել լիպոդիստրոֆիայի [59-69]:

143. Ոչ թիմիդինային անալոգները նախընտրելի են թիմիդինի անալոգներից: Նախընտրելիության հերթականությունն այսպիսին է՝ տենոֆովիր>աբակավիր>զիդովուդին [40]:
144. Տենոֆովիրի և աբակավիրի առավելությունը լավ տանելիությունն է և կայունության բարձր շեմը: Աբակավիրի օգտագործումը հետագայում տալիս է ՀՏՆԻ-ների ընտրության ավելի մեծ հնարավորություն ՊԻ-ների հետ համակցումների համար բուժման երկրորդ շարքի սխեմաներում, եթե առաջին շարքի սխեման կորցնում է իր արդյունավետությունը: Երկու դեղն էլ օգտագործում են օրը մեկ անգամ (ի տարբերություն թիմիդինի անալոգների, որոնք պահանջում են երկանգամյա ընդունում) [40]: Առաջին շարքի սխեմաներում այլ ՀՏՆԻ-ներ և այլ համակցումներ խորհուրդ չի տրվում կիրառել (օրինակ՝ լամիվուդինի և էմտրիցիտաբինի համակցումը):
145. Երրորդ դեղի ընտրությունը կատարվում է՝ ելնելով հետևյալ սկզբունքներից.
- 1) ՀՌՎ բուժման առաջին շարքի սխեմաներում 2 ՀՏՆԻ-ներին կարելի է ավելացնել երկու դասի դեղեր՝ ՀՏՈՆԻ, ԻԻ:
 - 2) Իֆավիրենցն ունի ամենաբարձր հակավիրուսային ակտիվությունը [70-74], իսկ դեղային փոխազդեցությունների սպեկտրը թույլ է տալիս այն կիրառել միաժամանակ հակատուբերկուլոզային դեղերի հետ առանց դրանց դեղաչափերն իջեցնելու: Դեղի երկու կարևոր կողմնակի ազդեցություններն են ԿՆՀ-ի վրա ազդեցությունը և արատածին ազդեցությունը (նյարդային խողովակի բնածին արատների զարգացման վտանգ) [75]: Հետազոտությունների արդյունքները ցույց են տվել, որ իֆավիրենցի կիրառումը հղիության առաջին եռամսյակում չի բարձրացնում բնածին արատների զարգացման վտանգը, ինչը հաստատում է դրա պիտանիությունը հղիների մոտ կիրառման համար [76-78]: Կողմնակի ազդեցությունը ԿՆՀ-ի վրա առաջանում է շատ պացիենտների մոտ և դրսևորվում է բուժման հենց սկզբում, իսկ ժամանակի հետ ինտենսիվությունն իջնում է: Խորհուրդ է տրվում իֆավիրենցն ընդունել քնից առաջ: Դեղը չեն նշանակում անամնեզում ծանր հոգեկան հիվանդություններ ունեցող պացիենտներին, քանի որ այն կարող է հանգեցնել հիվանդության կրկնության: Իֆավիրենցը զգալիորեն իջեցնում է մեթադոնի կոնցենտրացիան արյան մեջ՝ հանգեցնելով զրկանքի համախտանիշի. համատեղ կիրառման դեպքում պահանջվում է մեթադոնի դեղաչափի բարձրացում, և հակառակը, իֆավիրենցի օգտագործումը դադարեցնելուց հետո մեթադոնի կոնցենտրացիան բարձրանում է այնքան արագ, որ կարող է զարգանալ կյանքին վտանգ սպառնացող վիճակ: Իֆավիրենցը նևիրապինից նախընտրելի է [40]: ՀՏՈՆԻ-ները հակացուցված են, եթե հիվանդության

հարուցիչը ՄԻԱՎ2-ն է, քանի որ այն ունի բնական կայունություն այդ դասի դեղերի հանդեպ [79]: Ե՛վ իֆավիրենցը, և՛ նևիրապինը կարելի է ընդունել օրը 1 անգամ [79-91]: Եթե ՀՌՎ բուժման արդյունքում ՄԻԱՎ-ի վերարտադրությունը ոչ լիովին է ճնշվում, իֆավիրենցի և նևիրապինի հանդեպ արագ զարգանում է կայունություն [92]: Քանի որ դեղերն ունեն կայունության միանման պրոֆիլ, դրանց հանդեպ զարգանում է լրիվ խաչաձև կայունություն: Երկու դեղերն էլ ունեն մանրակրկիտ հսկողություն պահանջող լուրջ կողմնակի ազդեցություններ, հատկապես դեղի ընդունման սկզբում: Նևիրապինի կողմնակի ազդեցություններն ավելի ծանր են: Այն նաև փոխազդեցության մեջ է մտնում մի շարք այլ դեղերի հետ: Այնուհանդերձ, եթե առաջին 3-4 ամիսների ընթացքում իֆավիրենցի և նևիրապինի ընդունումն անցել է առանց կողմնակի ազդեցությունների, և ՀՌՎ բուժման սխեման եղել է արդյունավետ, այդ դեղերից յուրաքանչյուրը սովորաբար կիրառվում է երկար ժամանակով [40]: **EFV₄₀₀-ի վիրուսաբանական ազդեցությունը հավասարազոր է EFV₆₀₀-ին, բայց գերազանցում է դրան CD4+ լիմֆոցիտների քանակի վերականգնման առումով (ապացույցների միջին որակ),** ինչպես նաև ավելի ցածր է հատկապես ԿՆՀ-ի վրա կողմնակի ազդեցությունների զարգացման վտանգը [12]:

- 3) Նևիրապինն ունի իֆավիրենցին և ռիտոնավիրով ուժեղացված ատազանավիրին համանման հակավիրուսային ակտիվություն [80-83]: Սակայն այն կարող է առաջացնել ծանր ցան և հեպատիտ, որոնք զարգանում են բուժումն սկսելու առաջին 6 շաբաթների ընթացքում [84-88]: Հեպատիտի զարգացման վտանգն ավելի բարձր է կանանց և այն անձանց մոտ, որոնք նևիրապին սկսել են ընդունել CD4+ լիմֆոցիտների համեմատաբար բարձր քանակի պայմաններում: Այդ պատճառով լյարդի միջին ծանրության և ծանր խանգարումների, հեպատիտների Բ-ի և Ց-ի առկայության դեպքում CD4+ լիմֆոցիտների 250բջիջ/մկլ-ից բարձր քանակ ունեցող կանանց և 400բջիջ/մկլ-ից բարձր քանակ ունեցող տղամարդկանց ՀՌՎ բուժումն սկսելիս նևիրապինն օգտագործում են զգուշորեն և միայն այն դեպքում, երբ չկան ավելի անվտանգ դեղեր: Միևնույն ժամանակ նևիրապին նշանակելու համար CD4+ լիմֆոցիտների քանակը նշանակություն չունի այն պացիենտների համար, որոնց մոտ ՄԻԱՎ-ի վերարտադրությունն արդեն ճնշված է անցկացված ՀՌՎ բուժման արդյունքում [88]: Լավ տանելիության ապահովման նպատակով առաջին 2 շաբաթը դեղը նշանակում են կես դեղաչափով: Բուժումն սկսելուց հետո որոշում են ԱԼԱՏ-ի ակտիվությունը (դա հատկապես կարևոր է լյարդի ֆունկցիայի խանգարմամբ պացիենտների համար). եթե այն ավելի քան 5 անգամ գերազանցում է նորմայի վերին սահմանը, նևիրապինի օգ-

տագործումը դադարեցնում են: Դեղը չի կարելի օգտագործել ռիֆամպիցինի (հակատուբերկուլոզային դեղ) հետ միաժամանակ, բացի այդ՝ այն ազդում է մեթադոնի մետաբոլիզմի վրա, որի դեղաչափերը պետք է շտկել [40]: Նևիրապինը միակ ՀՏՈՆԻ-ն է, որը կարելի է կիրառել 3 տարեկանից փոքր երեխաների մոտ: Երեխաների մոտ նևիրապինի հեպատոտոքսիկ ազդեցություն հազվադեպ է դիտվում, իսկ հաճախ դիտվող ցանր պայմանավորված է իֆավիրենցով: Ավելի մեծ տարիքի երեխաների համար ՀՏՈՆԻ-ներից նախընտրելի է իֆավիրենցը, իսկ նևիրապինը համարվում է այլընտրանքային դեղ:

- 4) Էտրավիրինը ՀՌՎ բուժման առաջին շարքի սխեմաներում չի կիրառվում [89,90]:
- 5) Դոլուտեգրավիրը խորհուրդ է տրվում ՀՌՎ բուժման առաջին շարքի նախընտրելի և երրորդ շարքի սխեմաներում: Ունի դեղակայունության զարգացման բարձր գենետիկ պատենշ: Դոլուտեգրավիրն ունի նաև առավելություններ EFV₆₀₀ և այլ ՀՌՎ դեղերի համեմատ, որոնց մեջ մտնում են դեղային փոխազդեցությունների ցածր մակարդակը, վիրուսաբանական արդյունավետության ավելի վաղ ժամկետներում հասնելը: Դոլուտեգրավիրի ազդեցությունը վիրուսաբանական ճնշման հասնելու առումով համեմատելի է ռալտեգրավիրի հետ [12]:
- 6) ՊԻ-ներ՝ ուժեղացված ռիտոնավիրով: Խորհուրդ է տրվում ակտիվ ՊԻ-ները համակցել ցածր դեղաչափով ռիտոնավիրի հետ, որը հիմնականում բարձրացնում է դրանց խտությունը շիճուկում [93-95]: Ատազանավիր/ռիտոնավիրը և լոպինավիր/ռիտոնավիրը կարելի է ընդունել օրը 1 անգամ [96, 97]: Ատազանավիր/ռիտոնավիրը կարող է առաջացնել դեղնուկ և նեֆրոլիթիազ [96-100], լոպինավիր/ռիտոնավիրը՝ սրտխառնոց և լուծ, դարունավիր/ռիտոնավիրը՝ ցան: ՊԻ-ները նաև մեծացնում են սիրտ-անոթային հիվանդությունների զարգացման վտանգը [101]: Դրանք փոխազդում են որոշ հիվանդությունների բուժման համար կիրառվող դեղերի հետ: ՊԻ-ների հանդեպ կայունությունը դանդաղ է զարգանում: Այդ պատճառով այս դեղերը նախընտրելի են, երբ կա պացիենտի կողմից բուժման ռեժիմի պահպանման հետ կապված մտավախություն: Դրանք նշանակում են նաև այն դեպքում, երբ ՀՏՈՆԻ-ները հակացուցված են [40]:

146. Թույլատրելի է օգտագործել 3 ՀՏՆԻ-ից կազմված երկու սխեմա: Սակայն երկուսն էլ պակաս արդյունավետ են այն սխեմաների համեմատ, որոնք ներառում են տարբեր դասի դեղեր: Այդ պատճառով դրանք օգտագործում են միայն այն դեպքերում, երբ չկա ավելի արդյունավետ սխեմաների հնարավորություն: Այդ սխեմաներն են՝

- 1) AZT+3TC+ABC. որպես ՀՌՎ բուժման առաջին շարքի սխեմա՝ իր հակավիրուսային ակտիվությամբ զիջում է նախընտրելի սխեմաներին հատկապես

բարձր ՎԾ ունեցող պացիենտների մոտ [102, 103],

- 2) AZT+3TC+TDF. որպես ՀՌՎ բուժման առաջին շարքի սխեմա՝ իր ակտիվությամբ համեմատելի է նախընտրելի և այլընտրանքային սխեմաների հետ [104]:

147. Մինչև երեք տարեկան երեխաների ՀՌՎ բուժման առաջին շարքի սխեմաները ներկայացված են աղյուսակ 5-ում:

Աղյուսակ 5. Մինչև երեք տարեկան երեխաների ՀՌՎ բուժման առաջին շարքի սխեմաներ

Նախընտրելի սխեմա	ABC ¹ կամ AZT+3TC+LPV/r
Այլընտրանքային սխեմա	ABC կամ AZT+3TC+NVP
Հատուկ իրավիճակներ	ABC կամ AZT+3TC+RAL ²

¹ ՀՏՆԻ-ների համակցումը պետք է ներառի ABC կամ AZT+3TC (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ):

² RAL կարելի է կիրառել 4 շաբաթականից մեծ երեխաների մոտ, LPV/r վաղ փանելիության և ՀՏՆԻ-ների նկատմամբ դեղակայուն շտամներով վարակված լինելու բարձր հավանականության դեպքում: Ներկայումս գոյություն ունեցող տվյալները սահմանափակ են: Նշանակելուց առաջ հաշվի առնել, որ դեղը գոյություն ունի գրանուլների ձևով, որոնք կիրառումից առաջ պետք է լուծել ջրում:

148. Երեք տարեկանից փոքր երեխաների ՀՌՎ բուժման առաջին շարքի սխեման պետք է ներառի 2 ՀՏՆԻ՝ աբակավիր կամ գիդովուդին+լամիվուդին և ՊԻ՝ լոպինավիր/ռիտոնավիր՝ ՀՏՆԻ-ի օգտագործումից անկախ: Եթե լոպինավիր/ռիտոնավիրի կիրառումը հնարավոր չէ, բուժումը պետք է սկսել նևիրապինով (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ) [12]:

149. Եթե երեք տարին լրացած երեխաների մոտ ՀՌՎ բուժումն արդյունավետ է, ապա կայուն վիրուսաբանական սուպրեսիա ստանալուց հետո կարելի է դիտարկել լոպինավիր/ռիտոնավիրի փոխարինումը իֆավիրենցով (պայմանական առաջարկ, ապացույցների միջին որակ) [12]:

150. Եթե նևիրապին կամ լոպինավիր/ռիտոնավիր պարունակող սխեմայով ՀՌՎ բուժում ստացող երեք տարեկանից փոքր երեխաների մոտ զարգանում է տուբերկուլոզ, ապա նախընտրելի է 3 ՀՏՆԻ-ներից բաղկացած սխեման՝ ABC+3TC+AZT: Տուբերկուլոզի բուժումն ավարտելուց հետո անհրաժեշտ է անցնել ՀՌՎ բուժման նախկին սխեմային (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ) [12]:

151. Նորածինների մոտ ՀՌՎ դեղերի կիրառման հերթականությունը ծնվելուց հետո առաջին օրերին ՀՌՎ բուժումը սկսելու ժամանակ ներկայացված է աղյուսակ 6-ում:

Աղյուսա 6. Նորածինների մոտ ՀՌՎ դեղերի կիրառման հաջորդականությունը

	0-2 շաբաթ □	2 շաբաթ - 3 ամիս □	3-36 ամսական
Նախընտրելի սխեմա	AZT+3TC+NVP	ABC կամ AZT+3TC+LPV/r	ABC կամ AZT+3TC+LPV/r (պարկուճ) պելետ
Այլընտրանքային սխեմա	AZT+3TC+NVP		ABC կամ AZT+3TC+LPV/r (պելետ)
Հատուկ իրավիճակներ	AZT+3TC+NVP	ABC կամ AZT+3TC+RAL	

152. Անհաս (Ժամկետից 1 ամիս կամ ավելի շուտ ծնված) երեխաներին և մինչև 14 օրական հասուն երեխաներին ՀՌՎ բուժում նշանակելիս պետք է օգտագործել նևիրապինի հիմքով սխեմաներ AZT+3TC-ի հետ: Առաջին իսկ հնարավորության դեպքում պետք է նևիրապինը փոխարինել լոպինավիր/ռիտոնավիրով, նախընտրելի է 2 շաբաթ անց: Եթե լոպինավիր/ռիտոնավիրի օշարակը հասանելի չէ, և միակ դեղաձևը պարկուճ է, պետք է շարունակել նևիրապինի ընդունումը մինչև 3 ամսականը և հատկապես ուշադիր լինել այն երեխաների նկատմամբ, որոնց մայրերի մոտ կա հավանական կամ հաստատված դեղակայունություն ՀՏՈՆԻ-ների նկատմամբ [12]:

153. Երեք տարեկանից մեծ երեխաների և դեռահասների ՀՌՎ բուժման առաջին շաբաթի սխեմաները ներկայացված են աղյուսակ 7-ում:

Աղյուսակ 7. Երեք տարեկանից մեծ երեխաների և դեռահասների ՀՌՎ բուժման առաջին շաբաթի սխեմաներ

Սխեմա	3-10 տարեկան երեխաներ և 35կգ-ից պակաս քաշ ունեցող դեռահասներ	35կգ-ից ավել քաշ ունեցող դեռահասներ
Նախընտրելի¹	ABC+3TC+EFV	TDF+3TC (FTC)+EFV ² TDF (ABC)+3TC (FTC)+DTG ³
Այլընտրանքային	ABC+3TC+NVP AZT+3TC+EFV AZT+3TC+NVP TDF+3TC (FTC)+EFV TDF+3TC (FTC)+NVP	TDF (ABC)+3TC (FTC)+EFV ³ ₄₀₀ ABC+3TC+EFV ⁴ ABC+3TC+NVP ⁴ AZT+3TC+EFV ⁴ AZT+3TC+NVP ⁴ TDF+3TC (FTC)+NVP ⁴
Հատուկ իրավիճակներ	Ուժեղացված ՊԻ-ներ պարունակող սխեմաներ	

- ¹ Ներկայումս EFV և DTG ցածր դեղաչափերի կիրառումը դեռահասների մոտ սահմանափակ է, իսկ EFV₄₀₀-ի կիրառման տարիքային և քաշային սահմանափակումներ չկան (կարելի է նշանակել՝ սկսած 20կգ մարմնի քաշից): DTG-ի կիրառումը թույլատրելի է 12 տարեկանից բարձր և մարմնի 40կգ-ից բարձր քաշ ունեցող դեռահասների մոտ: Հղիների, ՄԻԱՎ/տուբերկուլոզ համակցված վարակով պացիենտների շրջանում DTG օգտագործման անվտանգության և արդյունավետության վերաբերյալ տվյալներ դեռևս չկան:
- ² **Առաջարկվում է TDF+FTC (կամ 3TC)+EFV՝ ակտիվ նյութերի ֆիքսված դեղաչափերով համակցված դեղի ձևով (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ):**
- ³ **TDF+3TC(FTC)+EFV₄₀₀ կարելի է օգտագործել դեռահասների ՀՌՎ բուժման այլընտրանքային սխեմաներում (պայմանական առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ):**
- ⁴ **Դեռահասների համար՝ ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ:**
154. Երեք տարեկանից մեծ երեխաների ՀՌՎ բուժման առաջին շաբթի սխեմայում նախընտրելի ՀՏՈՆԻ է իֆավիրենցը, այլընտրանքային՝ նևիրապինը (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ) [12]:
155. 3-10 տարեկան երեխաների կամ 35կգ-ից պակաս քաշ ունեցող դեռահասների բուժման սխեմաների համար նախընտրելի են ՀՏՆԻ-ների ներքոնշյալ համակցումները ըստ հերթականության (պայմանական առաջարկ, ապացույցների միջին որակ)՝
- 1) ABC+3TC,
 - 2) AZT կամ TDF+3TC (կամ FTC) [12]:
156. Հետազոտությունների արդյունքում պարզվել է, որ աբակավիրը և զիդովուդինը համեմատելի են իրենց կլինիկական բնութագրերով, իմունաբանական և վիրուսաբանական պատասխանի առանձնահատկություններով, անվտանգությամբ և տանելիությամբ [105]: Սակայն առաջին շաբթում ՀՏՆԻ-ի ընտրությունն ազդում է երկրորդ շաբթի ՀՌՎ բուժման սխեմաների ընտրության վրա: Զիդովուդինի նկատմամբ կայունությունը հանգեցնում է թմրադեղային անալոգների նկատմամբ մուտացիաների կուտակման, ինչն ուղեկցվում է զգայունության իջեցմամբ աբակավիրի, տենոֆովիրի նկատմամբ, որոնք պետք է օգտագործվեն հետագա սխեմաներում: Ուստի ABC+3TC պետք է լինի նախընտրելի տարբերակ ՀՌՎ բուժման առաջին շաբթի սխեմաներում այս տարիքային խմբում [12]:
157. 35կգ-ից ավելի քաշով դեռահասների համար ՀՌՎ բուժման սխեմաներում ՀՏՆԻ-ների համակցումը նման է մեծահասակների համար կիրառվող համակցումներին:
158. Ծանր սակավարյունությամբ (հեմոգլոբինը <75գ/լ) կամ ծանր նեյտրոպենիայով (նեյտրոֆիլների թիվը <500բջիջ/մկլ) երեխաների համար 2 ՀՏՆԻ-ներից նախընտրելի հիմք է լամիվուդին+աբակավիր համակցումը (զիդովուդին խորհուրդ չի տրվում) [106]:
159. Հեպատիտ Բ-ով 12 տարեկանից փոքր երեխաների համար նախընտրելի սխեմա է ՀՏՈՆԻ+տենոֆովիր+կա'մ էմտրիցիտաբին, կա'մ լամիվուդին [106]:

160. Հակատուբերկուլոզային բուժման կարիք ունեցող ՄԻԱՎ/ՏԲ համակցված վարակով երեխաների ՀՌՎ բուժման սխեմաները ներկայացված են աղյուսակ 8-ում:

Աղյուսակ 8. Հակատուբերկուլոզային բուժման կարիք ունեցող ՄԻԱՎ/ՏԲ համակցված վարակով երեխաների ՀՌՎ բուժման սխեմաներ

ՀՌՎ բուժման նախընտրելի սխեմաներ հակատուբերկուլոզային բուժման ֆոնին ՀՌՎ բուժում սկսող երեխաների և դեռահասների համար		
Մինչև 3 տարեկան	3 ՀՏՆԻ՝ AZT+3TC+ABC ¹	
3 տարեկանից մեծ	2 ՀՏՆԻ+EFV կամ 3 ՀՏՆԻ՝ AZT+3TC+ABC ¹	
ՀՌՎ բուժման նախընտրելի սխեմաներ ՀՌՎ բուժման ֆոնին հակատուբերկուլոզային բուժում սկսող երեխաների և դեռահասների համար		
ՀՏՈՆԻ-ներ պարունակող սխեմայով բուժում ստացող երեխաներ (2 ՀՏՆԻ+EFV կամ NVP)	Մինչև 3 տարեկան	Շարունակել NVP, եթե դեղաչափը 200մգ/մ ² - ից ցածր չէ կամ 3 ՀՏՆԻ (AZT+3TC+ABC) ¹
	3 տարեկանից մեծ	Եթե երեխան ստանում է EFV, շարունակել նույն սխեման Եթե երեխան ստանում է NVP, փոխարինել այն EFV-ով կամ 3 ՀՏՆԻ (AZT+3TC+ABC) ¹
ՊԻ պարունակող սխեմայով բուժում ստացող երեխաներ (2 ՀՏՆԻ+LPV/r)	Մինչև 3 տարեկան	3 ՀՏՆԻ (AZT+3TC+ABC) ¹ կամ շարունակել LPV/r-ը ² ՝ ավելացնելով RTV՝ լիարժեք թերապևտիկ դեղաչափի ստանալու համար
	3 տարեկանից մեծ	Եթե երեխայի անամնեզում չկան տվյալներ ՀՏՈՆԻ-ներ ներառող բուժման սխեմայի անհաջողության վերաբերյալ, ապա փոխարինել EFV-ով ³ կամ 3 ՀՏՆԻ (AZT+3TC+ABC) ¹ , կամ շարունակել LPV/r-ը՝ ավելացնելով RTV՝ լիարժեք թերապևտիկ դեղաչափի ստանալու համար: Եթե երեխայի անամնեզում կան տվյալներ ՀՏՈՆԻ-ներ ներառող բուժման սխեմայի անհաջողության վերաբերյալ, ապա 3 ՀՏՆԻ (AZT+3TC+ABC) ¹ կամ շարունակել LPV/r-ը՝ ավելացնելով RTV՝ լիարժեք թերապևտիկ դեղաչափի ստանալու համար: Երկրորդ շարքի սխեմա կազմելու դեպքում անհրաժեշտ է նկատի ունենալ փորձագետների խորհրդատվության հնարավորությունը

¹ Երեք ՀՏՆԻ պարունակող սխեման ցուցված է միայն հակատուբերկուլոզային բուժման ընթացքում: Ռիֆամպիցինով բուժման կուրսի ավարտից հետո այն կարելի է դադարեցնել և վերադառնալ ՀՏՈՆԻ կամ ՊԻ պարունակող՝ տարիքին համապատասխան ՀՌՎ բուժման սխեմային:

² Ռիպոննավիրի դեղաչափը հասցնել լուպինավիրի դեղաչափին 1:1 հարաբերությամբ:

³ Իֆավիրենցով փոխարինումը նախընտրելի տարբերակ է, և այն պետք է շարունակվի հակատուբերկուլոզային բուժման ավարտից հետո:

161. Ակտիվ ՏԲ ունեցող ՄԻԱՎ վարակով բոլոր երեխաների մոտ պետք է անհապաղ սկսել հակատուբերկուլոզային բուժում, և 8 շաբաթվա ընթացքում, երբ պարզվի դրա տանելիությունը, սկսել ՀՌՎ բուժում՝ անկախ CD4+ լիմֆոցիտների քանակից և ՄԻԱՎ վարակի կլինիկական փուլից (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ) [107]:

162. ՀՌՎ բուժում ստացող ՄԻԱՎ վարակով բոլոր երեխաների մոտ ՏԲ ախտորոշումը հաստատվելուց հետո պետք է անհապաղ սկսել հակատուբերկուլոզային բուժում՝ միաժամանակ շարունակելով ՀՌՎ բուժումը [106]: Եթե երեխան ստանում է ՀՌՎ բուժում առաջին շարքի սխեմայով, ապա նրա մոտ ՏԲ-ի ախտորոշումից հետո ՀՌՎ բուժման սխեման պետք է վերանայել և անհրաժեշտության դեպքում շտկումներ կատարել՝ ՏԲ-ի և ՄԻԱՎ վարակի բուժումն արդյունավետ դարձնելու, դեղերի կողմնակի ազդեցությունների ու դրանց փոխազդեցությունների վտանգը նվազեցնելու նպատակով [106]: Երեխաների մոտ ՏԲ-ի զարգացման դեպքում (ինչպես առաջնային վարակ, այնպես էլ գաղտնի օջախի ակտիվացում) ՀՏՆՆԻ-ով առաջին շարքի ստանդարտ սխեման կարելի է փոխարինել 3 ՀՏՆԻ-ներից բաղկացած սխեմայով: Իֆավիրենց ստացող երեխաների համար նախընտրելի է բուժումը շարունակել նույն սխեմայով [106]: Նևիրապին ստացող 3 տարեկանից փոքր երեխաներին իֆավիրենց խորհուրդ չի տրվում, ուստի բարձրացնում են նևիրապինի դեղաչափը մինչև 200մգ/մ² [106]: Միաժամանակ ռիֆամպիցին և նևիրապին ստացող երեխաներին անհրաժեշտ է ավելի հաճախ հսկել՝ հաշվի առնելով դեղերի կողմնակի ազդեցությունների և դեղային փոխազդեցությունների զարգացման վտանգը, կատարելով նաև անհրաժեշտ լաբորատոր հետազոտություններ [106]:

- 1) Հակատուբերկուլոզային բուժման կազմում ռիֆամպիցին ստացող 3 տարեկանից փոքր երեխաների համար ՀՌՎ բուժման առաջին շարքի նախընտրելի սխեման 3 ՀՏՆԻ-ներից բաղկացած սխեման է [106]:
- 2) Հակատուբերկուլոզային բուժման կազմում ռիֆամպիցին ստացող 3 տարեկանից բարձր երեխաների համար ՀՌՎ բուժման առաջին շարքի նախընտրելի սխեման 2 ՀՏՆԻ+իֆավիրենց սխեման է [106]:
- 3) Նևիրապինի ազդեցությանը ենթարկված և հակատուբերկուլոզային բուժման կազմում ռիֆամպիցին ստացող 3 տարեկանից փոքր երեխաների համար առաջին շարքի նախընտրելի սխեման 3 ՀՏՆԻ-ներից բաղկացած սխեման է [106]:

163. ՄԻԱՎ/ՏԲ համակցված վարակով պացիենտների ՀՌՎ բուժման սխեմաները ներկայացված են աղյուսակ 9-ում:

Աղյուսակ 9. ՄԻԱՎ/ՏԲ համակցված վարակով պացիենտների ՀՌՎ բուժման սխեմաներ

Բուժման սխեմա	Ծանոթություն
<i>Ռիֆամպիցին ստացող ՄԻԱՎ/ՏԲ համակցված վարակով պացիենտների ՀՌՎ բուժման սխեմաներ</i>	
3TC (FTC)+TDF+EFV ¹	Ռիֆամպիցին ստացող ՄԻԱՎ/ՏԲ համակցված վարակով պացիենտների համար ՀՌՎ բուժման առաջին շաբթի նախընտրելի սխեման է 2 ՀՏՆԻ+իֆավիրենց ²
3TC+ZDV+ABC 3TC (FTC)+ZDV+TDF	Ռիֆամպիցին ստացող ՄԻԱՎ/ՏԲ համակցված վարակով պացիենտների համար, որոնք չեն կարող ընդունել իֆավիրենց, ՀՌՎ բուժման առաջին շաբթի այլընտրանքային սխեման կազմված է 3 ՀՏՆԻ-ներից (սխեմայի արդյունավետությունն ավելի ցածր է առաջին շաբթի նախընտրելի սխեմայի համեմատ)
<i>Ռիֆաբուտին ստացող ՄԻԱՎ/ՏԲ համակցված վարակով պացիենտների ՀՌՎ բուժման սխեմաներ</i>	
TDF+3TC (FTC)+ATV/r TDF+3TC (FTC)+LPV/r 3TC (FTC)+ABC (ZDV)+DRV/r	Ռիֆաբուտին ստացող ՄԻԱՎ/ՏԲ համակցված վարակով պացիենտների ՀՌՎ բուժման առաջին շաբթի այլընտրանքային նախընտրելի սխեման է 2 ՀՏՆԻ+1 ՊԻ/n

¹ ՄԻԱՎ/ՏԲ համակցված վարակով պացիենտների մոտ, որոնք չեն կարող ընդունել իֆավիրենց, իսկ ռիֆաբուտինը հասանելի չէ, հնարավոր է ռիֆամպիցինի հետ ՊԻ-ների համատեղ օգտագործումը ռիպոնավիրի լրացուցիչ դեղաչափեր կիրառելու դեպքում: Նշանակվում են ՀՏՆԻ դասի դեղերը և լուպինավիր/ռիպոնավիրի կրկնակի դեղաչափ (800մգ/200մգ՝ օրը 2 անգամ) կամ լուպինավիր/ռիպոնավիրի ստանդարտ դեղաչափ ռիպոնավիրի լրացուցիչ դեղաչափի հետ համատեղ (այսինքն՝ լուպինավիր/ռիպոնավիր 400մգ/400մգ՝ օրը 2 անգամ):

² Իֆավիրենցը զգալիորեն իջեցնում է մեթադոնի խտությունը:

164. Հակատուբերկուլոզային բուժման ընթացքում ՀՌՎ բուժումն սկսող մեծահասակ պացիենտների համար նախընտրելի ՀՏՆԻ-ն իֆավիրենցն է, որը համակցում են 2 ՀՏՆԻ-ների հետ [41]:

165. ՄԻԱՎ/ՏԲ համակցված վարակով պացիենտներին, որոնք պետք է ստանան ՀՌՎ բուժում ռիտոնավիրով ուժեղացված ՊԻ-ներով, անհրաժեշտ է նշանակել ռիֆաբուտինի վրա հիմնված հակատուբերկուլոզային բուժման սխեմա [41]:

166. Ռիտոնավիրով ուժեղացված ՊԻ-ներով ՀՌՎ բուժում ստացող պացիենտների համար ռիֆաբուտինը նախընտրելի է ռիֆամպիցինից: Ռիֆաբուտինի վրա հիմնված բուժման սխեման նույնքան արդյունավետ է, որքան ռիֆամպիցինի վրա հիմնվածը [41]:
167. ՄԻԱՎ/ՏԲ համակցված վարակով պացիենտներին, որոնք չեն կարող ընդունել իֆավիրենց, իսկ ռիֆաբուտինը հասանելի չէ, առաջարկվում է ՀՌՎ բուժում 3 ՀՏՆԻ-ներից կազմված սխեմաներով [41]:
168. Ռիֆամպիցինն իջեցնում է արյան մեջ նևիրապինի, իֆավիրենցի, ռիտոնավիրով ուժեղացված բոլոր ՊԻ-ների, դոլուտեգրավիրի և ռալտեգրավիրի խտությունները [108-111]: Այդ պատճառով ՀՌՎ բուժում ստացող պացիենտների մոտ խորհուրդ է տրվում ռիֆամպիցինը փոխարինել ռիֆաբուտինով: Եթե ռիֆաբուտինը հասանելի չէ, նախընտրելի են իֆավիրենց+2 ՀՏՆԻ և 3 ՀՏՆԻ-ներից կազմված սխեմաները (AZT+3TC+ABC, AZT+3TC+TDF, AZT+FTC+TDF): Եթե կիրառվում է այլընտրանքային սխեմա, ապա հետագայում ռիֆամպիցինի ընդունումը դադարեցնելուց հետո խորհուրդ է տրվում անցնել ՀՌՎ բուժման այլ, ավելի արդյունավետ սխեմայի: ՀՌՎ դեղերի և բեդաքվիլինի միջև դեղային փոխազդեցությունների վերաբերյալ առկա տվյալները սահմանափակ են [112]: Խորհուրդ է տրվում խուսափել իֆավիրենցի հետ համատեղ օգտագործումից [112]: Լոպինավիր/ռիտոնավիրի նշանակումը խնդրահարույց է, քանի որ երկարատև բուժման ժամանակ հավանական է բեդաքվիլինի և դրա մետաբոլիտների զգալի կուտակումը, հայտնի չեն լոպինավիր/ռիտոնավիրի և բեդաքվիլինի համատեղ օգտագործման ժամանակ հնարավոր կլինիկական էֆեկտները [112]: Ուստի այս համակցությունը պետք է կիրառվի զգուշավորությամբ՝ մանրակրկիտ մոնիտորինգի պայմաններում, երբ բուժման այլ տարբերակները հասանելի չեն: Բեդաքվիլինով բուժման ընթացքում դիտարկվում են ՀՌՎ բուժման սխեմաների հետևյալ տարբերակները՝
- 1) 2 ՀՏՆԻ-ի հետ նևիրապին (օրինակ՝ AZT (կամ TDF)+3TC (կամ FTC)+NVP),
 - 2) 3 ՀՏՆԻ (օրինակ՝ AZT+3TC (կամ FTC)+ABC) [112]:
169. Բեդաքվիլինի և նևիրապինի համատեղ օգտագործման ժամանակ անհրաժեշտ է հաշվի առնել հեպատոտոքսիկության պոտենցիալ գումարումը: Նևիրապինի և բեդաքվիլինի նշանակման ժամանակ բեդաքվիլինի կոնցենտրացիան արյան մեջ զգալիորեն չի իջնում, հետևաբար դրանք կարող են նշանակվել առանց դեղաչափերի շտկման: Բեդաքվիլինով բուժման ընթացքում անհրաժեշտ է էլեկտրասրտագրի ամենամսյա մոնիտորինգ. QT միջակայքի երկարացումը կարող է դառնալ առիթմիայի և հանկարծամահության պատճառ [112]:
170. ԲԴԿ ՏԲ-ով պացիենտների մոտ ՀՌՎ բուժման առաջին շաբթի նախընտրելի սխեման է AZT+3TC+EFV [112]: Ընդհանուր առմամբ անհրաժեշտ է խուսափել

տենոֆովիրի կիրառումից տենոֆովիրի և ներարկային հակատուբերկուլոզային դեղերի նեֆրոտոքսիկ ազդեցության գումարվելու պատճառով: Սակայն զիդովուդինի հիմնական կողմնակի ազդեցությունը՝ սակավարյունությունը, կարող է սահմանափակել դրա կիրառումը ԲԴԿ ՏԲ-ով և գերդեղակայուն տուբերկուլոզով (այսուհետ՝ ԳԴԿ ՏԲ) պացիենտների շրջանում: Տենոֆովիրի օգտագործման ընթացքում անհրաժեշտ է կատարել երիկամների ֆունկցիայի լրացուցիչ մոնիտորինգ [112]:

171. Ստորև ներկայացված են ՀՌՎ բուժման առաջին շարքի սխեմաների ընտրության մոտեցումները կլինիկական որոշ իրավիճակներում:

1) **ՄԻԱՎ/քրոնիկ վիրուսային հեպատիտ Բ համակցված վարակ.** ՄԻԱՎ-ն արտահայտված ազդեցություն է ունենում հեպատիտ Բ-ի ընթացքի վրա, ներառյալ լյարդի ցիռոզի և լյարդաբջջային կարցինոմայի արագ պրոգրեսիվելը, ավելի բարձր մահացությունը՝ կապված լյարդի ախտահարման հետ, և ՄԻԱՎ վարակ չունեցողների համեմատ բուժման հանդեպ պատասխանի իջեցումը [113-118]: ՀՌՎ բուժման ցուցումները նույնն են, բայց առաջնահերթությունը պետք է տալ լյարդի ծանր քրոնիկ ախտահարման նշանների դեպքում [12]: Համաձայն ԱՀԿ-ի առաջարկների՝ քրոնիկ վիրուսային հեպատիտով և լյարդի ցիռոզով բոլոր մեծահասակները, դեռահասները և երեխաները պետք է ստանան ՀՌՎ բուժում՝ անկախ ԱլԱՏ-ի մակարդակից, հեպատիտ Բ-ի e-հակածնի առկայությունից և ԴՆԹ-ի մակարդակից: Առաջարկվում է օգտագործել ՀՏՆԻ կամ էնտեկավիր [12]: Նախընտրելի սխեմա է տենոֆովիրի և էմտրիցիտաբինի (կամ լամիվուդինի) համակցումը: Երկու դեղերն էլ ակտիվ են նաև հեպատիտ Բ-ի վիրուսի նկատմամբ [119]: Միայն տենոֆովիրի կիրառումը խորհուրդ է տրվում վիրուսային հեպատիտ Բ մոնոինֆեկցիայի ժամանակ [12]: Երբ լամիվուդինը կամ էմտրիցիտաբինը նշանակվում են աբակավիրի կամ թիմիդինային անալոգների (զիդովուդին) հետ, հեպատիտ Բ-ի վիրուսն արագ ձեռք է բերում դեղակայունություն [120], բացի դրանից՝ կարող են դիտվել նաև ԻՎԲՀ-ով պայմանավորված հեպատիտ Բ-ի սրացումներ: Որոշ դեղերի, հատկապես լամիվուդինի ընդունման դադարեցումը ուղեկցվում է հեպատիտ Բ-ի ռեակտիվացումով՝ ԱլԱՏ-ի ակտիվության բարձրացմամբ, հազվադեպ՝ լյարդային դեկոմպենսացիայով: Որևէ պատճառով ՀՌՎ բուժումը փոխելու անհրաժեշտության դեպքում տենոֆովիրով և լամիվուդինով կամ էմտրիցիտաբինով բուժումը պետք է շարունակվի նոր ՀՌՎ դեղերի հետ [12]: Քրոնիկ վիրուսային հեպատիտ Բ-ի ժամանակ բարձրանում է հակավիրուսային դեղերի հեպատոտոքսիկ ազդեցության վտանգը [121, 122]:

- 2) **ՄԻԱՎ/քրոնիկ վիրուսային հեպատիտ Յ համակցված վարակ.** սրա ժամանակ արագ պրոգրեսիվում է հեպատիտ Յ-ով պայմանավորված լյարդի ախտահարումը: Հեպատիտ Յ-ի բուժման պատասխանն ավելի ցածր է պե-գիլացված ինտերֆերոնով բուժման ժամանակ, տոքսիկ ազդեցությունների վտանգը բարձր է, բուժումն ուղեկցվում է բարձր դեղային ծանրաբեռն-վածությամբ, խաչաձև տոքսիկությամբ և ՄԻԱՎ վարակի ու հեպատիտ Յ-ի բուժման համար օգտագործվող դեղերի փոխազդեցությամբ [12]: Մինչև հեպատիտ Յ-ի բուժումն սկսելը խորհուրդ է տրվում հասնել ՄԻԱՎ վարակի կլինիկական կայունացման ՀՌՎ բուժման օգնությամբ, հատկապես արտահայտված իմունասուլարեսիայով պացիենտների մոտ (CD4+ լիմֆոցիտների քանակը <200բջ/մկլ-ից): Ուղղակի ազդեցության պերօրալ հակավիրուսային դեղերի կիրառմամբ հեպատիտ Յ-ի բուժման նորագույն սխեմաներն ապահովում են վիրուսաբանական պատասխանի նմանատիպ ցուցանիշներ անկախ ՄԻԱՎ-կարգավիճակից՝ ի տարբերություն ավանդական սխեմաների (պեգիլացված ինտերֆերոն և ռիբավիրին), որոնց դեպքում բուժման նկատմամբ պատասխանն ավելի ցածր էր ՄԻԱՎ/վիրուսային հեպատիտ Յ համակցված վարակի ժամանակ: ՀՌՎ բուժումն սկսելու սկզբունքները նույնն են, ինչ որ առանց հեպատիտ Յ-ի ՄԻԱՎ վարակի բուժման ժամանակ: Ամենաբարձր հեպատոտոքսիկ ազդեցություն ունեցող ՀՌՎ դեղերը (ստավուդին, դիդանոզին, նևիրապին, ռիտոնավիր ամբողջ դեղաչափով՝ 600մգ օրը 2 անգամ) ներկայումս խորհուրդ չեն տրվում կամ ունեն սահմանափակ կիրառում: Ամեն դեպքում, ՀՌՎ բուժման օգուտը գերազանցում է լյարդի դեղային ախտահարման մտավախությանը [12]:
- 3) **Օփիոիդներով փոխարինող բուժում.** իֆավիրենց, նևիրապին և լոպինա-վիր/ռիտոնավիր կիրառելիս անհրաժեշտ է ավելացնել մեթադոնի դեղա-չափը՝ զրկանքի համախտանիշի զարգացումը կանխելու համար [123-126]: ՀՌՎ բուժման սխեմաները վերանայելու և նշված ՀՌՎ դեղերը հանելու ժա-մանակ անհրաժեշտ է հաշվի առնել մեթադոնի հնարավոր գերդոզավորման առաջացումը: ՀՌՎ բուժում ստացող պացիենտների մոտ ավելի լավ է մեթադոնի փոխարեն օգտագործել առավել անվտանգ բույրենորֆինը [40]:
- 4) **ՀՌՎ դեղերի ընդունման կարգի պահպանման սպասվող ցածր մակար-դակ.** խորհուրդ է տրվում ՀՏՈՆԻ-ների փոխարեն կիրառել ռիտոնավիրով ուժեղացված ՊԻ-ներ՝ դեղակայունության զարգացման վտանգը նվազեց-նելու համար [40]:
- 5) **Հոգեկան խանգարումներ.** այս իրավիճակում իֆավիրենցը հակացուցված է, խորհուրդ է տրվում օգտագործել ՀՌՎ բուժման այլ սխեմաներ [40]:

172. ՀՌՎ բուժման անհաջողություն ասելով՝ հասկանում են և՛ բուժման հանդեպ անբավարար պատասխանը, և՛ կողմնակի ազդեցությունների առկայությունը, որոնք խոչընդոտում են տվյալ սխեմայով բուժումը շարունակելուն (անկախ դրա արդյունավետությունից) [40]:

173. ՀՌՎ բուժման արդյունավետության մասին կարելի է դատել՝ ըստ կլինիկական, իմունաբանական և վիրուսաբանական չափանիշների (աղյուսակ 10):

Աղյուսակ 10. ՀՌՎ բուժման արդյունավետության չափանիշները

Չափանիշը	Վիրուսաբանական		Իմունաբանական	Կլինիկական	
Ցուցանիշը	ՎԾ		CD4+ լիմֆոցիտների քանակ	Կլինիկական փուլ	Տանելիություն
Ժամկետները ¹	24 շաբաթ ²	48 շաբաթ ² և հետագայում	24-48 շաբաթ և հետագայում	Բուժումն սկսելուց 12 շաբաթ անց կլինիկական ախտանշանները պետք է վերանան կամ պակասեն	Մշտական գնահատում
Նպատակը	<1000 (ցանկալի է <200) պատճեն/մլ	<1000 (ցանկալի է <50) պատճեն/մլ	Սկզբնական մակարդակի համեմատ ավելացում նվազագույնը 50բջջ/մլ-ով	Կլինիկական 1-ն կամ 2-րդ փուլին բնորոշ հիվանդություններ	ՀՌՎ դեղերի ընդունման սկզբից 3 ամիս անց կլինիկորեն դրսևորվող (ինչպես նաև ենթակլինիկական, որոնք ժամանակի ընթացքում կարող են դառնալ կլինիկական) կողմնակի ազդեցություններ չպետք է լինեն

¹ ՀՌՎ բուժումն սկսելուց հետո գնահատման ներկայացված ժամկետները մոտավոր են:

² Պացիենտների մեծամասնության մոտ ՎԾ-ն իջնում է աստիճանաբար (բացառությամբ սկզբնապես բարձր ՎԾ ունեցողների): ՀՌՎ բուժումն սկսելուց 24 շաբաթ անց այն պետք է լինի <50-1000պատճեն/մլ կամ դրսևորի իջնելու արտահայտված միություն:

174. ՀՌՎ բուժման արդյունավետության գնահատման համար իրականացվում է լաբորատոր տվյալների մոնիտորինգ:

175. Քանի որ ՀՌՎ բուժման հիմնական նպատակը ՄԻԱՎ-ի վերարտադրման ճնշումն

է, վիրուսաբանական պատասխանը բուժման հաջողության կամ անհաջողության ամենաուղղակի և զգայուն ցուցանիշն է: **ՎԾ-ի որոշումը մոնիտորինգի նախընտրելի մեթոդ է ՀՌՎ բուժման անարդյունավետության հայտնաբերման և հաստատման համար (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ)** [12]: Բուժման հանդեպ օրգանիզմի իմունաբանական պատասխանը՝ CD4+ լիմֆոցիտների քանակի ավելացումը, կախված է ՄԻԱՎ-ի վերարտադրման ճնշումից և հետևաբար ավելի ուշ է դրսևորվում: Ուստի ՀՌՎ բուժման մոնիտորինգի նպատակով հարկավոր է կանոնավոր կերպով որոշել ՎԾ-ի մակարդակը: **ՎԾ-ի ռուտինային մոնիտորինգ կարելի է անցկացնել ՀՌՎ բուժումն սկսելուց 6 և 12 ամիս անց, իսկ այնուհետև՝ ամեն 12 ամիսը մեկ, եթե պացիենտը ՀՌՎ բուժման ֆոնի վրա գտնվում է կայուն վիճակում (պայմանական առաջարկ, ապացույցների շատ ցածր որակ)** [12]: ՎԾ-ի մոնիտորինգի անհնարինության դեպքում ՀՌՎ բուժման անարդյունավետության հայտնաբերման և հաստատման համար կարելի է կիրառել CD4+ լիմֆոցիտների քանակի որոշումը և կլինիկական մոնիտորինգը (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ) [12]: CD4+ լիմֆոցիտների քանակի որոշումը հնարավորություն է տալիս նաև գնահատելու ՕՎ-ների ընթացիկ վտանգը:

176. **Եթե պացիենտը ՀՌՎ բուժման ֆոնին գտնվում է կայուն վիճակում (ստանում է ՀՌՎ բուժում առնվազն 1 տարի, չունի ակտիվ հիվանդություններ կամ հղիություն, լավ գիտակցում է բուժման ցմահ ընդունման անհրաժեշտությունը և ՀՌՎ բուժումն արդյունավետ է՝ 2 անգամ ՎԾ-ի որոշումը 1000 պատճեն/մլ-ից ցածր է), հնարավոր է ՎԾ-ի մոնիտորինգ, կարելի է CD4+ լիմֆոցիտների քանակի որոշումը դադարեցնել (պայմանական առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ)** [12]: 2 տարեկանից փոքր երեխաների մոտ CD4+ լիմֆոցիտների քանակի մոնիտորինգը կարող է լինել հիմնավորված (չկան բավարար քանակով հետազոտություններ):
177. ՎԾ-ի ընտրությունը՝ որպես բուժման արդյունավետության գնահատման նախընտրելի միջոց, հիմնավորվում է մի շարք պատճառներով: Այն արտացոլում է ՀՌՎ բուժման ուղղակի ազդեցությունը ՄԻԱՎ-ի վրա, հնարավորություն է տալիս հայտնաբերելու բուժման հանդեպ ոչ բավարար պատասխան ունեցող պացիենտներին, որոնք կարիք ունեն լրացուցիչ միջամտությունների, կարևոր փաստարկ է դեղերի ընդունման կարգի պահպանման հարցերով խորհրդատվության անցկացման համար, բուժման վիրուսաբանական անհաջողությամբ պացիենտների մոտ իջեցնում է կայունության մուտացիաների կուտակման վտանգը [127], իջեցնում է երկրորդ շարքի ավելի թանկ սխեմաներին չարդարացված անցումների թիվը:
178. ՎԾ-ն ՀՌՎ բուժման արդյունավետության կամ անհաջողության ամենավաղ ցուցանիշն է: Բուժման ռեժիմը պահպանող պացիենտների մոտ ՀՌՎ բուժումն սկսե-

լուց 2-4 շաբաթ անց այն իջնում է 1-2 կարգով [40]:

179. Եթե ՎԾ-ն չի իջնում 200 պատճեն/մլ-ից բուժման 24-րդ շաբաթում կամ 50 պատճեն/մլ-ից բուժման 48-րդ շաբաթում, դա վկայում է վիրուսաբանական անհաջողության մասին: Ելքային բարձր ՎԾ-ով պացիենտների մոտ 50 պատճեն/մլ-ից ցածր մակարդակի հասնելը պահանջում է ավելի շատ ժամանակ, սակայն բուժումն սկսելուց 48 շաբաթ անց ՄԻԱՎ վարակով յուրաքանչյուր պացիենտի մոտ, եթե ՀՌՎ բուժումն արդյունավետ է, ՎԾ-ն պետք է լինի 50 պատճեն/մլ-ից ցածր [128]:
180. Վիրուսաբանական անհաջողություն է համարվում ՎԾ>1000պատճեն/մլ ցուցանիշի կայուն հայտնաբերումը (3 ամիս ինտերվալով կատարված ՎԾ-ի 2 հաջորդական հետազոտությունները ՀՌՎ դեղերի պարտաճանաչ ընդունման պայմաններում), ՀՌՎ բուժումը որևէ սխեմայով սկսելուց նվազագույնը 6 ամիս անց [12]: Վիրուսաբանական անհաջողության գնահատման ՎԾ-ի վերոնշյալ ցուցանիշի ընտրությունը պայմանավորված է հետևյալ նկատառումներով.
- 1) ՎԾ-ի տրանզիտոր բարձրացումները ՎԾ<1000պատճեն/մլ սահմաններում հաճախ ինքնուրույն անհետանում են:
 - 2) Վարակի փոխանցման հավանականությունը փոքր է, եթե ՎԾ<1000 պատճեն/մլ [129-131]:
 - 3) CD4+ լիմֆոցիտների աճը պահպանվում է ՎԾ<1000պատճեն/մլ-ի դեպքում:
181. **ՎԾ-ի որոշման համար կարող են օգտագործվել ամբողջական արյան չոր կաթիլներ՝ երակային կամ մազանոթային ծագման: Նշված մեթոդով վիրուսաբանական անհաջողության որոշման համար շեմքային է համարվում 1000 պատճեն/մլ-ն, ինչպես պլազմայի հետազոտության ժամանակ (պայմանական առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ)** [132]: Ամեն դեպքում, նախընտրելի է պլազմայի հետազոտությունը. արյան չոր կաթիլի հետազոտությունը կիրառվում է պլազմայի հետազոտության անհնարինության դեպքում [12]:
182. Եթե վիրուսաբանական անհաջողության ժամանակ շարունակվի ՀՌՎ դեղերի ընդունումը, և ոչինչ չձեռնարկվի, կբարձրանա ՄԻԱՎ-ի դեղակայունության մուտացիաների աստիճանական կուտակման հավանականությունը (եթե դրանք դեռ չկան) [133-136]: Եթե ՎԾ-ն պահվում է 200 պատճեն/մլ-ից ցածր մակարդակի վրա, ՄԻԱՎ-ի կայունության մուտացիաներ ամենայն հավանականությամբ չեն առաջանա [137]:
183. ՎԾ-ի ոչ մեծ բարձրացումները չհայտնաբերվող մակարդակից (50-400 պատճեն/մլ) մինչև 1000 պատճեն/մլ-ը չգերազանցող մակարդակը անվանում են «ճողփյուն» [138, 139]: Դա կարող է լինել առանց վիրուսի կայուն ենթատեսակների զարգացման [139]: Այնուհանդերձ, հարկ է այդպիսի դեպքերում պացիենտի հետ մեկ անգամ ևս քննարկել բուժման ռեժիմը պահպանելուն առնչվող հարցերը:

ՎԾ-ն պետք է որոշել ևս մեկ անգամ 2-4 շաբաթ անց [40]:

184. Բուժման հանդեպ լավ վիրուսաբանական պատասխանը պետք է օգտագործել որպես խրախուսող գործոն պացիենտի հետ բուժման ռեժիմի պահպանման հարցերը քննարկելիս: Ոչ բավարար վիրուսաբանական պատասխանը պահանջում է բուժման ռեժիմի պահպանման մանրակրկիտ հսկողություն [140]: Վիրուսաբանական անհաջողության պատճառ, բացի բուժման ռեժիմը չպահպանելուց, կարող են լինել հարուցչի առաջնային կամ փոխանցվող կայունությունը, դեղային փոխազդեցությունները:

185. ՀՌՎ բուժման ընթացքում իրականացվում են լաբորատոր հետազոտություններ, որոնց հաճախականությունը կախված է կիրառվող ՀՌՎ դեղերից և հեպատիտներ Բ-ի ու Ց-ի առկայությունից (աղյուսակ 11):

Աղյուսակ 11. ՀՌՎ բուժումն սկսելուց հետո լաբորատոր հետազոտությունների ժամկետները՝ կախված նշանակված ՀՌՎ դեղերից

Ժամկետը ՀՌՎ բուժումն սկսելուց (կամ նոր դեղ նշանակելուց) հետո										
	Նախ- քան ՀՌՎ բու- ժումն սկսելը	2-րդ շաբաթ	4-րդ շա- բաթ	8-րդ շաբաթ	12-րդ շաբաթ	24-րդ շաբաթ	36-րդ շաբաթ	48- րդ շա- բաթ	Յուրա- քան- յուր 6 ամիսը մեկ ¹	Ամեն տարի
ՎԾ	X				X	X	(X)	X	X	X
CD4+ լիմ- ֆոցիտների քանակ	X				X/(X) ³	X	X/(X) ³	X	X	X
Արյան ընդհանուր քննություն	X		X	X	X	(X)	(X)	X	(X)	X
Լյարդի ֆունկցիայի բիոքիմիա- կան ցուցա- նիշներ ²	X	X (նևիրա- պին)	X	X (նևիրա- պին, զիդո- վուդին, ՊԻ)	X (նևիրա- պին)	X (նևիրա- պին)	(X) (նևիրա- պին)	X	(X)	X
Խոլեստե- րին և տրիգ- լիցերիդներ	X							(X)		(X)
Երիկամ- ների ֆունկ- ցիայի ցուցանիշ- ներ	X	X (տենո- ֆոսֆոր)			X	X	(X)	X	(X)	X

X լաբորատոր հետազոտությունը ցուցված է՝ անկախ նշանակված ՀՌՎ դեղի տեսակից, X (ՀՌՎ դեղ). լաբորատոր հետազոտությունը ցուցված է միայն տվյալ ՀՌՎ դեղն ստացող պացիենտին, (X) - ոչ պարտադիր հետազոտություն

¹ Երկու տարվա հսկողության ընթացքում վիրուսաբանական անհաջողություն չլինելու դեպքում ՎԾ-ի որոշման և կլինիկական զննումների միջև ժամանակահատվածը (և հնարավոր է CD4+ լիմֆոցիտների քանակի որոշումը) կարելի է երկարացնել մինչև 12 ամիս:

² Լյարդի դիսֆունկցիայով, ինչպես նաև քրոնիկ հեպատիտներ Բ-ով և Ց-ով պացիենտների լյարդի ֆունկցիայի բիոքիմիական ցուցանիշները որոշվում են բժշկին յուրաքանչյուր այցի ժամանակ:

³ Եթե ՀՌՎ բուժումը սկսվել է CD4+ լիմֆոցիտների քանակը >200բջ/մլ-ի պայմաններում, ապա ՎԾ-ի և CD4+ լիմֆոցիտների քանակի որոշումը կարելի է երկարացնել մինչև 6 ամիս:

186. ՎԾ-ի որոշման անհնարինության դեպքում CD4+ լիմֆոցիտների քանակը կարող է ծառայել իբրև ՀՌՎ բուժման հաջողության կամ անհաջողության ցուցանիշ:

187. Բուժման առաջին տարվա ընթացքում նախկինում ՀՌՎ բուժում չստացած պացիենտների մոտ CD4+ լիմֆոցիտների քանակն ավելանում է միջինը 150 բջիջ/մլ-ով [141, 142]: Անբավարար իմունաբանական պատասխանը կարող է պայմանավորված լինել բուժման վիրուսաբանական անհաջողությամբ, տարիքով և ընդունվող ՀՌՎ դեղերով [143-146]:

188. ՎԾ-ի որոշման անհնարինության դեպքում անցումը ՀՌՎ բուժման երկրորդ շարքի սխեմաներին ցուցված է միայն CD4+ լիմֆոցիտների չբարձրացող քանակի կամ, ինչն ավելի կարևոր է, դրանց իջնող քանակի դեպքերում [40]:

189. Սովորաբար ՀՌՎ բուժումն սկսելուց շաբաթներ կամ ամիսներ անց ՄԻԱՎ վարակի կլինիկական ախտանշանները կա՛մ լիովին անհետանում են (կլինիկական 1-ին փուլ), կա՛մ դրսևորվում են նվազագույն չափով (կլինիկական 2-րդ փուլ): Կլինիկական 3-րդ և 4-րդ փուլերին բնորոշ որոշ ՕՎ-ներ կարող են կրկնվել նաև արդյունավետ ՀՌՎ բուժման ֆոնին, օրինակ՝ որպես ԻՎԲՀ-ի դրսևորում [147-151]: Դրանից զատ, ՀՌՎ դեղերի ազդեցությամբ իմունային համակարգի վերականգնումը պահանջում է որոշակի ժամանակ, և քանի դեռ դա տեղի չի ունեցել, լավ վիրուսաբանական պատասխան ունեցող պացիենտների մոտ բուժման առաջին տարում կարող են զարգանալ ՕՎ-ներ: Սակայն ՀՌՎ բուժումն սկսելուց հետո կլինիկական 3-րդ և 4-րդ փուլերին բնորոշ նոր կամ նախկինում արդեն դիտված ախտանշանների ի հայտ գալը (ՕՎ-ներ կամ ՄԻԱՎ վարակով պայմանավորված այլ հիվանդություններ) վկայում է բուժման կլինիկական անարդյունավետության մասին: Այդ պատճառով կարևոր է պարզել՝ արդյոք ՕՎ-ի առաջացումը կապված չէ բուժման վիրուսաբանական անհաջողության հետ: Այդ դեպքում անհրաժեշտ է բուժել ինչպես ՕՎ-ն, այնպես էլ ՄԻԱՎ վարակը՝ պարզելով ՀՌՎ բուժման անարդյունավետության պատճառը և անհրաժեշտության

դեպքում շտկելով ՀՌՎ բուժման սխեման: ՀՌՎ բուժման նկատմամբ վիրուսաբանական լավ պատասխանի դեպքում անհրաժեշտ է բուժել ՕՎ-ները՝ առանց ՀՌՎ բուժման սխեմայի վերանայման: Առանց լաբորատոր հետազոտությունների անհնարին է այս երկու իրավիճակների տարբերակումը, և ՕՎ-ների առաջացումը հաճախ դառնում է ՀՌՎ բուժման սխեմաների չարդարացված վերանայումների պատճառ [152-155]: Հետևաբար ՀՌՎ բուժման ֆոնին ՕՎ-ներ զարգանալիս խորհուրդ է տրվում որոշել և՛ CD4+ լիմֆոցիտների քանակը, և՛ ՎԾ-ն:

190. Բուժման վիրուսաբանական անհաջողությամբ որոշ պացիենտների մոտ CD4+ լիմֆոցիտների քանակը մնում է անփոփոխ կամ ավելանում է [156-158]: Նման իրավիճակում նախապատվությունը պետք է տրվի վիրուսաբանական ցուցանիշներին, քանի որ դրանք են գլխավոր չափանիշները ՀՌՎ սխեմայի վերանայման համար: Եթե բուժման հանդեպ պատասխանը գնահատում են միայն CD4+ լիմֆոցիտների քանակով, առանց ՎԾ-ի մակարդակը որոշելու, ՀՌՎ բուժումը կարող է սխալմամբ համարվել անարդյունավետ: Այդ պատճառով ՎԾ-ի կանոնավոր որոշումը խորհուրդ է տրվում ՀՌՎ բուժում ստացող բոլոր պացիենտներին [40]:
191. Երեխաների մոտ ՀՌՎ բուժման մոնիտորինգն անցկացվում է հետևյալ ժամկետներում՝
- 1) 0-12 ամսական երեխաներ՝ բուժումն սկսելուց հետո 2-րդ, 4-րդ և 8-րդ շաբաթներին, հետագայում՝ յուրաքանչյուր 4 շաբաթը մեկ,
 - 2) 12 ամսականից մեծ երեխաներ՝ բուժումն սկսելուց հետո 2-րդ, 4-րդ և 8-րդ շաբաթներին, հետագայում՝ յուրաքանչյուր 2-3 ամիսը մեկ՝ մինչ երեխայի վիճակի կայունացումը [106]:
192. Բուժման արդյունավետությունը պարզելու համար հարկավոր է պարբերաբար որոշել ՎԾ-ն: CD4+ լիմֆոցիտների քանակը ցանկալի է որոշել ՀՌՎ բուժումն սկսելուց առնվազն 6 ամիս հետո և հետագայում՝ յուրաքանչյուր 6 ամիսը մեկ: CD4+ լիմֆոցիտների քանակի ավելի հաճախակի որոշումը ցուցված է նոր հիվանդությունների զարգացման կամ հին հիվանդությունների և ՄԻԱՎ վարակի տվյալ փուլին բնորոշ վիճակների կրկնությունների դեպքում, նաև աճի և փսիխոմոտոր զարգացման դանդաղեցման դեպքում [106]:
193. Երեխաների մեծամասնության մոտ ՀՌՎ բուժման ֆոնին տեղի է ունենում իմունային համակարգի վերականգնում, և CD4+ լիմֆոցիտների քանակն աճում է: Որպես կանոն՝ CD4+ լիմֆոցիտների մակարդակը բարձրանում է բուժման առաջին տարվա ընթացքում, կայունանում է, իսկ հետո աճը շարունակվում է երկրորդ տարվա ընթացքում [159]: Սակայն որոշ երեխաների մոտ արտահայտված իմունային անբավարարությունը կարող է պահպանվել: Որքան ցածր է CD4+ լիմֆոցիտների մակարդակը ՀՌՎ բուժումն սկսելու պահին, այնքան ավելի դանդաղ է ընթանում վերականգնումը: Միևնույն ժամանակ CD4+ լիմֆոցիտների

կողմից պատասխանի երկարատև բացակայությունը վկայում է կա'մ բուժման կարգի խախտման, կա'մ ՀՌՎ բուժման սխեմայի անհաջողության մասին: Նման դեպքերում օգտակար կարող է լինել ՎԾ-ի որոշումը [106]:

194. Բուժման արդյունավետության լաբորատոր գնահատումն ու ՀՌՎ դեղերի կողմնակի ազդեցությունների մոնիտորինգը թելադրվում են առկա կլինիկական դրսևորումներով, սակայն մի շարք դեղերի կիրառման դեպքում նպատակահարմար է կանոնավոր կատարել որոշ հետազոտություններ՝

- 1) գլիդոլուդին ստացող երեխաների մոտ պետք է որոշել հեմոգլոբինի մակարդակը ՀՌՎ բուժումն սկսելուց հետո յուրաքանչյուր 8 շաբաթը մեկ, իսկ ավտանշաններ ի հայտ գալիս՝ ավելի հաճախ [106],
- 2) նևիրապինի ընդունման առաջին ամիսների ընթացքում հեպատիտի ախտանշաններ, հեպատիտների վիրուսներով համավարակված կամ հեպատոտոքսիկ դեղեր ստացող երեխաներին ցուցված է լյարդի ֆունկցիայի բիոքիմիական ցուցանիշների (լյարդի ֆերմենտներ) որոշում [106]:

195. Բուժման արդյունավետության հիմնական նշաններն են՝

- 1) մինչ ՀՌՎ բուժումն սկսելը աճի դանդաղումով երեխաների ֆիզիկական զարգացման բարելավում [106],
- 2) մինչ բուժումն սկսելը փսիխոմոտոր զարգացման դանդաղումով կամ էնցեֆալոպաթիա ունեցող երեխաների հոգեբանական զարգացման բարելավումը և նյարդաբանական ախտանշանների վերացում [106],
- 3) վարակների հաճախականության իջեցում. բակտերիալ, կանդիդոզային ստոմատիտ և/կամ ՕՎ-ներ [106]:

196. ՀՌՎ բուժման այլ սխեմաների անցնելու համար կլինիկական, իմունաբանական, վիրուսաբանական անհաջողությունների բնորոշումները ներկայացված են աղյուսակ 12-ում:

Աղյուսակ 12. ՀՌՎ բուժման այլ սխեմաների անցնելու համար կլինիկական, իմունաբանական, վիրուսաբանական անհաջողությունների բնորոշումները

Բուժման անհաջողություն	Բնորոշում	Մեկնաբանություններ
Վիրուսաբանական անհաջողություն	ՎԾ-ն արյան պլազմայում >1000 պատճեն/մլ՝ ըստ ՎԾ-ի՝ 3 ամիս ընդմիջումով կատարված կրկնակի հետազոտության տվյալների, բուժման ռեժիմի հստակ պահպանման պայմաններում	Վիրուսաբանական անհաջողություն բնորոշման և ՀՌՎ բուժման այլ սխեմայի անցնելու համար օպտիմալ ելքային մեծություն սահմանված չէ: Պացիենտը պետք է ստանա ՀՌՎ բուժում առնվազն 6

Բուժման անհաջողություն	Բնորոշում	Մեկնաբանություններ
		ամիս, որպեսզի հնարավոր լինի պնդել այս կամ այն սխեմայի անարդյունավետությունը
Իմունաբանական անհաջողություն	Մեծահասակներ և դեռահասներ Կլինիկական անհաջողության նշանների առաջացման ֆոնին՝ CD4+ լիմֆոցիտների քանակը 250բջ/մլ կ ավելի ցածր կամ CD4+ լիմֆոցիտների <100բջ/մլ կայուն պահպանվող մակարդակ Երեխաներ Իմունաբանական անհաջողություն է համարվում 5 տարեկանից փոքր երեխաների մոտ CD4+ լիմֆոցիտների քանակի <200բջ/մլ-ից կամ <10%-ից ցածր կայուն մակարդակը, իսկ 5 տարեկանից բարձր երեխաների մոտ՝ CD4+ լիմֆոցիտների քանակի <100 բջ/մլ-ից ցածր կայուն մակարդակը	Ուղեկցող կամ ոչ վաղ տարած վարակների բացակայության ժամանակ, որոնք հանգեցնում են CD4+ լիմֆոցիտների քանակի անցողիկ իջեցման
Կլինիկական անհաջողություն	Մեծահասակներ և դեռահասներ Նոր կամ կրկնվող կլինիկական վիճակի զարգացում, որը վկայում է ծանր իմունային անբավարարության մասին (կլինիկական 4-րդ փուլին բնորոշ կլինիկական վիճակներ) 6 ամիս արդյունավետ ՀՌՎ բուժումից հետո Երեխաներ Նոր կամ կրկնվող հիվանդության զարգացումը (կլինիկական 3-րդ և 4-րդ փուլերին բնորոշ հիվանդություններ, բացառությամբ ՏԲ-ի) արդյունավետ ՀՌՎ բուժումից 6 ամիս հետո	Անհրաժեշտ է այդ վիճակը տարբերակել ԻՎԲՀ-ից, որը զարգանում է ՀՌՎ բուժման ֆոնին: Կլինիկական 3-րդ փուլին բնորոշ մի շարք կլինիկական վիճակների (թոքերի տուբերկուլոզ, ծանր բակտերիալ վարակներ) զարգացումը մեծահասակների մոտ նույնպես վկայում է բուժման անհաջողության մասին

197. Երբ ՀՌՎ բուժման առաջին շարքի սխեման դառնում է անարդյունավետ, բուժման անբավարար պատասխանի պատճառները հետազոտված են, բոլոր անհրաժեշտ

միջոցառումները ձեռնարկված են, բայց իրավիճակը չի շտկվում, խորհուրդ է տրվում անցնել երկրորդ շարքի սխեմայի՝ փոխելով բոլոր ՀՌՎ դեղերը [160]:

198. ՀՌՎ բուժման երկրորդ շարքի սխեմաների համար նախընտրելի են ՊԻ-ները: Իբրև օպտիմալ լուծում առաջարկվում են ռիտոնավիրով ուժեղացված ՊԻ-ներ՝ համակցված 2 ՀՏՆԻ-ով [40]:
199. ՀՌՎ բուժման սխեմայի վերանայումից առաջ, քանի դեռ պացիենտը ստանում է առաջին շարքի սխեմայով բուժում, խորհուրդ է տրվում որոշել հարուցչի դեղակայունությունը: Երկրորդ շարքի սխեմայում անհրաժեշտ է ներառել նվազագույնը երկու դասի դեղ, որոնց հանդեպ, ըստ ստացված արդյունքների, պետք է պահպանված լինի զգայունությունը [40]:
200. Դեղակայունության հետազոտության համար ՎԾ-ն պետք է լինի նվազագույնը 500-1000 պատճեն/մլ, հակառակ դեպքում հետազոտության անցկացումն անհնարին է [40]: Ներկայումս ԱՀԿ-ն խորհուրդ չի տալիս դեղակայունության ուստին հետազոտություն ՀՌՎ բուժման սխեմա ընտրելիս [12]:
201. Դեղակայունության առաջացման մեջ դեր են խաղում բազմաթիվ գործոններ, որոնք կարելի է բաժանել 3 կատեգորիայի՝
- 1) վիրուսի հետ կապված գործոններ (վիրուսի ենթատիպ, ռեպլիկացիայի ունակություն, սկզբնական պոլիմորֆիզմներ),
 - 2) դեղի հետ կապված գործոններ (դեղի ակտիվություն, ֆարմակոկինետիկա, դեղային փոխազդեցություններ, տոլերանտություն, կայունության գենետիկ պատենշներ),
 - 3) ծրագրային գործոններ (նշանակված ՀՌՎ բուժման պարտաճանաչ ընդունում, ՀՌՎ դեղերի ստացման անընդհատության ապահովում, պացիենտների պահում բուժման համակարգում) [12]:
202. **Կայունության գենոտիպային հետազոտությունը** հիմնված է վիրուսային ՌՆԹ-ի մուտացիաների հայտնաբերման վրա: Վիրուսային գենոմի ամպլիֆիկացիայից հետո վերծանում են նուկլեոտիդային հաջորդականությունը: Հայտնաբերված մուտացիաներով կարելի է դատել դեղերի նկատմամբ վիրուսի զգայունության փոփոխությունների մասին: Սա դեղակայունության գնահատման անուղղակի եղանակ է: Կայուն ենթատեսակի հայտնաբերումը հնարավոր է, եթե այն կազմում է օրգանիզմում առկա վիրուսների ընդհանուր քանակի 20%-ից ավելին: Դեղակայունության մուտացիաներ կրող ավելի քիչ թվով ենթատեսակների հայտնաբերումն անհնարին է, բայց և դրանք չեն հանգեցնում բուժման վիրուսաբանական անհաջողության [161-163]: Գենոտիպային հետազոտությունների արդյունքների վերծանման համար (կոնսենսուսային հաջորդականություններ) կիրառում են համակարգչային ալգորիթմներ: Դրանք հնարավորություն են տալիս ընտրելու համապատասխան դեղեր վիրուսաբանական առումով արդյունավետ ՀՌՎ

բութման սխեմաներ կազմելու համար [164]:

203. **Կայունության ֆենոտիպային հետազոտությամբ** գնահատվում է տարբեր ՀՌՎ դեղեր պարունակող բջջային կուլտուրաներում վիրուսի վերարտադրման ունակությունը: Արդյունքը համեմատվում է վիրուսի «վայրի» ենթատեսակի վերարտադրման հետ: Դեղի ակտիվության ցուցանիշը դրա այն խտությունն է, որը 50%-ով ճնշում է վիրուսի վերարտադրությունը: Ելնելով հետազոտության արդյունքներից՝ կարելի է գնահատել կայունության աստիճանը [40]:
204. Արյան նմուշը վերցնելուց հետո մինչև հետազոտության արդյունքների ստացումը կարող է անցնել մի քանի շաբաթ: Ստանդարտ գենոտիպային հետազոտությունը տալիս է բավարար տվյալներ բութումը պլանավորելու համար: Առաջին և երկրորդ շաբթի սխեմաներ ընտրելիս ավելի թանկարժեք ֆենոտիպային հետազոտություն կատարելու կարիք չկա [40]:
205. Հնարավորության դեպքում դեղակայունության վերաբերյալ հետազոտություններ կատարվում են ՀՌՎ բութումն սկսելուց առաջ՝ վիրուսի առաջնային կայունությունը հայտնաբերելու նպատակով: Այդ հետազոտությունները կատարվում են նաև բութման յուրաքանչյուր վիրուսաբանական անհաջողության ժամանակ՝ պարզելու համար կայունության մուտացիաների առաջացմամբ դրա պայմանավորված լինելը (այդ դեպքում հետազոտությունը կտա տեղեկատվություն ՀՌՎ հաջորդ սխեմայի դեղերի ընտրության համար) կամ չլինելը (այս դեպքում վիրուսաբանական անհաջողությունը կարող է պայմանավորված լինել բութման ընդհատմամբ, ինչը պացիենտը թաքցրել է բժշկից): Վիրուսաբանական անհաջողության ժամանակ չափազանց կարևոր է հետազոտությունն անցկացնել մինչև ՀՌՎ բութման սխեմայում որևէ փոփոխություն կատարելը, ինչը բարձրացնում է դեղակայունության մուտացիաների հայտնաբերման հավանականությունը [40]:
206. Եթե անհնարին է ժամանակին որոշել հարուցչի դեղակայունությունը, կամ այդ հետազոտություններն ընդհանրապես անհասանելի են, և վիրուսաբանական անհաջողության պատճառը չի հայտնաբերվում, բութման ռեժիմի պահպանմանն ուղղված հնարավոր բոլոր միջոցները արդյունավետ չեն, ցուցված է անցումը ՀՌՎ բութման երկրորդ շաբթի սխեմային [40]:
207. Երկրորդ շաբթի սխեմայի դեղերի ընտրությունը կախված է առաջին շաբթի սխեմայի կազմից: Աղյուսակներ 13-ում և 14-ում ներկայացված են առաջարկներ երկրորդ շաբթի սխեմաների վերաբերյալ այն պայմաններում, երբ հարուցչի դեղակայունության որոշումը հասանելի չէ: Խորհուրդ է տրվում փոխել նվազագույնը երկու դեղ [40]:

Աղյուսակ 13. ՀՌՎ բուժման երկրորդ շարքի նախընտրելի սխեմաներ մեծահասակների և դեռահասների համար

Խումբ	Երկրորդ շարքի նախընտրելի սխեմաներ ^{1,2,3}	
Մեծահասակներ և դեռահասներ (≥10 տարեկանից)	Եթե ՀՌՎ բուժման առաջին սխեմայում եղել է զիդովուդին	TDF+FTC կամ 3TC+ATV/r կամ LPV/r
	Եթե ՀՌՎ բուժման առաջին սխեմայում եղել է տենոֆովիր	AZT+FTC կամ 3TC+ATV/r կամ LPV/r
Հղի կանայք	Առաջարկվում են բուժման նույն սխեմաները	
ՄԻԱՎ/ՏԲ համակցված վարակ	Ռիֆաբուտինը հասանելի է	ՊԻ-ներ պարունակող սխեմաներ
	Ռիֆաբուտինը հասանելի չէ	Համաձայն մեծահասակների և դեռահասների համար առաջարկությունների՝ ՀՏՆԻ դասի նույն հիմնական դեղերի օգտագործումը և լուպինավիր/ռիտոնավիրի կրկնակի դեղաչափի (800մգ/200մգ՝ օրը 2 անգամ) կամ լուպինավիր/ռիտոնավիրի ստանդարտ դեղաչափ ռիտոնավիրի լրացուցիչ ընտրված դեղաչափի հետ համատեղ (այսինքն՝ լուպինավիր/ռիտոնավիր 400մգ/400մգ՝ օրը 2 անգամ)
ՄԻԱՎ/վիրուսային հեպատիտ Բ համակցված վարակ	AZT+TDF+FTC կամ 3TC+ATV/r կամ LPV/r ⁴	

¹ Որպես նախընտրելի մոտեցում առաջարկվում է օգտագործել երկու ՀՏՆԻ-ից հիմքը՝ ֆիքսված դեղաչափերով համակցված դեղի ձևով: Որպես պահեստային տարբերակ ՀՏՆԻ-ներից կարելի է կիրառել աբակավիր:

² ՀՌՎ բուժման երկրորդ շարքի սխեմաներում ուժեղացված ՊԻ-ների նախընտրելի տարբերակներն են աբազանավիր/ռիտոնավիրի և լուպինավիր/ռիտոնավիրի համակցումները:

³ Հատուկ իրավիճակներում դարունավիր/ռիտոնավիրը օգտագործվում են որպես այլընտրանքային ՊԻ-ներ: RAL+LPV/r կարելի է օգտագործել երկրորդ շարքի այլընտրանքային սխեմաներում (պայմանական առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ):

⁴ ՄԻԱՎ/վիրուսային հեպատիտ Բ համակցված վարակով պացիենտների մոտ, որոնց ՀՌՎ բուժման առաջին շարքի սխեմայում եղել է տենոֆովիր+էմպրիցիդիաբին կամ լամիվուդին, անհրաժեշտ է շարունակել այդ ՀՏՆԻ-ների օգտագործումը երկրորդ շարքի սխեմաներում հեպատիտ Բ-ի վիրուսի ընկճման և լյարդում բորբոքային պրոցեսի ռեակտիվացման վրանգի նվազեցման համար:

Աղյուսակ 14. Երկրորդ շարքի նախընտրելի և այլընտրանքային սխեմաներ մեծահասակների, դեռահասների, հղիների և երեխաների համար

Խմբեր		Առաջին շարքի անհաջող սխեմա	Երկրորդ շարքի նախընտրելի սխեմա	Երկրորդ շարքի այլընտրանքային սխեմա
Մեծահասակներ և դեռահասներ		2 ՀՏՆԻ+EFV (կամ NVP)	2 ՀՏՆԻ+ATV/r կամ LPV/r	2 ՀՏՆԻ+DRV/r
		2 ՀՏՆԻ+DTG		
Հղիներ և կրծքով կերակրող կանայք		2 ՀՏՆԻ+EFV (կամ NVP)	2 ՀՏՆԻ+ATV/r կամ LPV/r	2 ՀՏՆԻ+DRV/r
Երեխաներ	մինչև 3 տ.	2 ՀՏՆԻ+LPV/r	2 ՀՏՆԻ+RAL	Շարունակել LPV/r-ի հիմքի վրա անարդյունավետ սխեման և անցնել 2 ՀՏՆԻ+EFV՝ 3 տարեկանից սկսած
		2 ՀՏՆԻ+NVP	2 ՀՏՆԻ+LPV/r	2 ՀՏՆԻ+RAL
	3-10 տ.	2 ՀՏՆԻ+LPV/r ¹	2 ՀՏՆԻ+EFV	2 ՀՏՆԻ+RAL
		2 ՀՏՆԻ+EFV (կամ NVP)	2 ՀՏՆԻ+LPV/r	2 ՀՏՆԻ+ATV/r

¹ ATV/r կարող է օգտագործվել 3 ամսականից մեծ երեխաների մոտ որպես այլընտրանքային ՊԻ:

208. ՀՏՆԻ-ներից կազմված հիմքը ֆիքսված դեղաչափերով համակցման ձևով համարվում է նախընտրելի տարբերակ (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ) [12]:
209. ATV/r-ի և LPV/r-ի ֆիքսված դեղաչափերով ջերմակայուն համակցումները նախընտրելի են ՀՌՎ բուժման երկրորդ շարքի սխեմաներում (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ) [12]:
210. DRV/r-ի ֆիքսված դեղաչափերով ջերմակայուն համակցումը այլընտրանքային տարբերակ է ՀՌՎ բուժման երկրորդ շարքի սխեմաներում (պայմանական առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ) [12]:
211. RAL+LPV/r համակցումը կարող է լինել այլընտրանքային տարբերակ ՀՌՎ բուժման երկրորդ շարքի սխեմաներում (պայմանական առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ) [12]:
212. ՀՌՎ բուժման երկրորդ շարքի սխեմաներում ՀՏՆԻ-ների ընտրության սկզբունքներն են՝
- 1) նվազագույն փոփոխությունը երկրորդ շարքի սխեմայի ընտրության ժամանակ մեկ կամ երկու նոր ՀՏՆԻ-ների ներառումն է,
 - 2) եթե առաջին շարքի սխեման ներառել էր թիմիդինի անալոգ, խորհուրդ է

տրվում ընտրել տենոֆոլիր (նախընտրելի դեղ) կամ աբակավիր (այլընտրանքային դեղ), և ընդհակառակը, եթե առաջին շարքի սխեման ներառել է ոչ թիմիդինային անալոգ, պետք է ընտրել զիդովուդին՝ լամիվուդինի համակցմամբ,

- 3) այլընտրանքային առաջարկ է լամիվուդինը կամ էմտրիցիտաբինը էտրավիրինով կամ ռալտեգրավիրով փոխարինելը և RAL+LPV/r [40]:

213. ՀՌՎ բուժման երկրորդ շարքի սխեմաներում ՊԻ-ների ընտրության սկզբունքներն են.

- 1) Եթե ՀՌՎ բուժման առաջին շարքի սխեմայում եղել է ՀՏՈՆԻ, խորհուրդ է տրվում երկրորդ շարքի սխեմայում ներառել ռիտոնավիրով ուժեղացված ՊԻ: Կարելի է օգտագործել էտրավիրին, եթե դեղակայունության որոշման արդյունքները ցույց են տալիս, որ հարուցիչը պահպանել է դրա հանդեպ զգայունությունը: Սակայն երկրորդ շարքի սխեմաներում էտրավիրինը պետք է համակցել ռիտոնավիրով ուժեղացված ՊԻ-ի հետ [165]:
- 2) ՊԻ-ներ ընտրելիս պետք է հաշվի առնել հնարավոր կողմնակի ազդեցությունները, ուղեկցող հիվանդությունները, դեղային փոխազդեցությունները [40]:
- 3) ՊԻ-ներ պարունակող առաջին շարքի սխեմայի անարդյունավետության դեպքում երկրորդ շարքի սխեմայի ընտրությունը հիմնականում կախված է նրանից, թե որ դեղի նկատմամբ է զարգացել դեղակայունությունը: Եթե դա պարզելու հնարավորություն չկա, առաջին շարքի սխեմայի անարդյունավետության պատճառ պետք է համարել դրա մեջ եղած ՊԻ-ի նկատմամբ զարգացած կայունությունը [40]:
- 4) Ռիտոնավիրով ուժեղացված լոպինավիրը կամ ատազանավիրը ՀՌՎ բուժման երկրորդ շարքի սխեմաների նախընտրելի դեղեր են: Եթե հարուցիչն ունի առաջնային (փոխանցվող) կամ երկրորդային (ձեռքբերովի) կայունություն ՊԻ-ի նկատմամբ, կամ կա հիմք նման ենթադրության համար, ռիտոնավիրով ուժեղացված ՊԻ-ներից նախընտրելի է դարունավիր/ռիտոնավիրը [12]:

214. ՀՌՎ բուժման երրորդ շարքի սխեմաների ընտրության սկզբունքներն են.

- 1) Երկրորդ շարքի սխեմայի անհաջողության դեպքում (ըստ վիրուսաբանական, իմունաբանական և կլինիկական չափանիշների) քննարկվում է բուժման երրորդ շարքի սխեմաներին անցնելու հարցը [12]:
- 2) Երրորդ շարքի սխեմաները պետք է պարունակեն նոր դեղեր նախկինում օգտագործվածների նկատմամբ խաչաձև կայունության առկայության նվազագույն ռիսկով՝ ինտեգրազայի ինհիբիտորներ, երկրորդ սերնդի ՀՏՈՆԻ-ներ և ՊԻ-ներ: Հնարավորության դեպքում անհրաժեշտ է կիրառել երկու կամ երեք ակտիվ դեղ, ցանկալի է նոր դասի, օրինակ՝ դարունավիր/ռի-

տոնավիր, ռալտեգրավիր, դոլուտեգրավիր կամ էտրավիրին [166-172], ինչպես նաև հնարավորության դեպքում օպտիմալացնել նուկլեոզիդային հենքը: Այսպիսի մոտեցումը բուժման ռեժիմի պահպանման պայմաններում շատ պացիենտների մոտ կրկին և երկար ժամանակով ապահովում է վիրուսաբանական պատասխան:

- 3) Դարունավիր/ռիտոնավիրի նկատմամբ գենետիկ պատենշն ավելի բարձր է, քան լոպինավիր/ռիտոնավիրը, իսկ արդյունավետությունը, համաձայն եղած տվյալների, համադրելի է լոպինավիր/ռիտոնավիրի արդյունավետությանը կամ գերազանցում է այն [173]: Դարունավիր/ռիտոնավիրը ՊԻ-ի նախընտրելի տարբերակ է լոպինավիր/ռիտոնավիրով և ատազանավիր/ռիտոնավիրով բուժման անհաջողության դեպքում:
- 4) Ռալտեգրավիրը կարող է կիրառվել միայն այլ ակտիվ դեղերի համակցությամբ [174-176]: Ռալտեգրավիրը չի կարող փոխարինել ռիտոնավիրով ուժեղացված ՊԻ-ն ՀՌՎ բուժման ուշ փուլերում [177]:
- 5) Դոլուտեգրավիրն ունի ավելի բարձր արդյունավետություն, քան ռալտեգրավիրը: Եթե առկա է դեղակայունություն ԻԻ-ի նկատմամբ, դեղաչափն անհրաժեշտ է դարձնել 50 մգ-ից օրը 2 անգամ [178]:
- 6) Արդյունավետ դեղ կարող է լինել էտրավիրինը, սակայն հարուցիչը դրա նկատմամբ կարող է լինել ոչ զգայուն ձեռքբերովի խաչաձև կայունության հետևանքով, եթե նախկինում ՀՌՎ բուժման ժամանակ կիրառվել են իֆավիրենց և/ կամ նևիրապին [165]:
- 7) Եթե ՄԻԱՎ-ի ենթատեսակն ունի տրոպիզմ CCR5 կոռեցեպտորներ ունեցող բջիջների նկատմամբ, կարելի է օգտագործել մարավիրոկ [179]: Պահեստային սխեմա կազմելիս պետք է խուսափել երկու և ավելի ՊԻ-ների համակցումից (բացի ռիտոնավիրով ուժեղացվածից), 2 և ավելի ՀՏՈՆԻ-ների և 3-ից ավելի ՀՏՆԻ-ների համակցումից:
- 8) Պահեստային են կոչվում այն սխեմաները, որոնք ներառում են անգամ մասնակի դեղակայուն ենթատեսակների նկատմամբ ակտիվ դեղեր: Նման իրավիճակում չափազանց ցանկալի է դեղակայունության որոշումը: Որոշ դեպքերում նախընտրելի է մի քանի ամիս հետաձգել պահեստային սխեմային անցումը, թեև դա կարող է վտանգավոր լինել, հատկապես CD4+ լիմֆոցիտների ցածր քանակի դեպքում: Որոշ պացիենտների մոտ արդյունավետ բուժման բոլոր հնարավոր տարբերակները լինում են սպառված, և ՀՌՎ բուժման որևէ սխեմա չի ապահովում երկարատև վիրուսաբանական պատասխան: Նման դեպքերում պետք է փորձել գտնել դեղերի լավագույն համակցում, որպեսզի նույնիսկ ՄԻԱՎ-ի վերարտադրությունը չճնշվելու դեպքում հնարավոր լինի հասնել իմունաբանական

և կլինիկական վիճակի լավացման [40]:

- 9) ՀՌՎ բուժումը նման իրավիճակներում չեն դադարեցնում [180], քանի որ ամեն դեպքում այն օգտակար է և հավանաբար թույլ է տալիս կանխել կամ դանդաղեցնել CD4+ լիմֆոցիտների քանակի իջեցումը:

215. Բուժման ընդհատումները բարձրացնում են ՄԻԱՎ վարակի պրոգրեսիվելու և ներքին օրգանների ծանր ախտահարումների զարգացման վտանգը, ինչպես նաև հանգեցնում են ՄԻԱՎ-ի կայուն ենթատեսակների առաջացման [180-186]: Պացիենտներին պետք է բացատրել, որ նրանք միշտ պետք է ունենան դեղերի անհրաժեշտ պաշար, որպեսզի ոչ մի իրավիճակում ՀՌՎ բուժումը չդադարեցվի, և որ անձամբ իրենք պետք է հոգ տանեն դրա համար: Եթե ինչ-որ պատճառով ՄԻԱՎ վարակով պացիենտն ստիպված է դադարեցնել ՀՌՎ բուժումը, դա պետք է անել բուժանձնակազմի հսկողությամբ: Եթե սխեման պարունակում է ՀՏՈՆԻ-ներ, խորհուրդ է տրվում հետևել դրանց նկատմամբ ՄԻԱՎ-ի կայուն ենթատեսակների առաջացման վտանգի նվազեցմանն ուղղված մոտեցումներից որևէ մեկին [187]: Դրանք են՝

- 1) աստիճանական մոտեցում. ՀՏՈՆԻ-ն հանում են ՀՏԻ-ն հանելուց մեկ շաբաթ առաջ (ՀՏՈՆԻ-ի նկատմամբ կայունության զարգացման վտանգն այս դեպքում մնում է, բայց հավանաբար այն զգալիորեն ավելի ցածր է),
- 2) փոխարինող մոտեցում. ՀՏՈՆԻ-ն փոխարինում են դիտոնավիրով ուժեղացված ՊԻ-ով և երեք շաբաթ անց միանգամից հանում են բոլոր ՀՌՎ դեղերը [40]:

216. Քրոնիկ հեպատիտ Բ ունեցող ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մոտ հեպատիտ Բ-ի վիրուսի նկատմամբ ակտիվ ՀՌՎ դեղերը հանելուց հետո կարող է ակտիվանալ այդ վիրուսի վերարտադրությունը և վատանալ լյարդի ֆունկցիան [188-191]: ՀՌՎ բուժումը դադարեցնելուց հետո ՄԻԱՎ վարակը պրոգրեսիվում է ավելի արագ, քան ՀՌՎ բուժումը դեռևս սկսած չլինելու դեպքում: ՀՌՎ դեղերը հանելուց հետո առաջին 4-6 շաբաթների ընթացքում ՎԾ-ն սկսում է բարձրանալ, իսկ CD4+ լիմֆոցիտների քանակն առաջին 3-8 ամիսների ընթացքում հասնում է նախքան ՀՌՎ բուժումն սկսելը եղած մակարդակին: Մոտավորապես նույն ժամանակահատվածում բարձրանում է նաև հեպատիտ Բ-ի վիրուսի ԴՆԹ-ի խտությունը, եթե ՄԻԱՎ վարակով պացիենտն ունի նաև քրոնիկ վիրուսային հեպատիտ Բ [191]: Բուժման ընդհատումը կարող է հանգեցնել նաև սուր ՄԻԱՎ վարակի փուլին բնորոշ ախտանշանների արտահայտման և թրոմբոցիտոպենիայի [192, 193]:

217. Երեխաների ՀՌՎ բուժման երկրորդ շարքի սխեմաները ներկայացված են աղյուսակ 15-ում:

Աղյուսակ 15. Երեխաների ՀՌՎ բուժման երկրորդ շարքի սխեմաներ

Երեխաներ (ներառյալ դեռահասներ)	Առաջին շարքի սխեմաներ	Երկրորդ շարքի նախընտրելի սխեմաներ	Երկրորդ շարքի այլ- ընտրանքային սխեմաներ
3 տարեկանից փոքր երեխաներ	ABC+3TC+LPV/r AZT+3TC+LPV/r	AZT (կամ ABC ²)+3TC+RAL	Շարունակել LPV/r-ի հիմքի վրա ոչ արդյունավետ սխեման, 3 տարեկանից անցնել 2ՀՏՆԻ+EFV
	2 ՀՏՆԻ+NVP	2 ՀՏՆԻ ² +LPV/r	2 ՀՏՆԻ+RAL ^{3,4}
3-ից մինչև 10 տարեկան երեխաներ	ABC+3TC+LPV/r	AZT+3TC+EFV	2 ՀՏՆԻ+RAL ³
	AZT+3TC+LPV/r	ABC (կամ TDF ⁵)+3TC+EFV	
	2ՀՏՆԻ+EFV (կամ NVP)	2 ՀՏՆԻ ² +LPV/r	2ՀՏՆԻ+ATV/r ¹
Բոլոր տարիքի երեխաներ	ABC+3TC+EFV (կամ NVP)	AZT+3TC+ATV/r կամ LPV/r	
	TDF ⁵ +3TC (կամ FTC)+EFV (կամ NVP)		
	AZT+3TC+EFV (կամ NVP)	ABC կամ TDF+3TC (կամ FTC) +ATV/r կամ LPV/r	

¹ ATV/r կարելի է կիրառել 3 ամսականից մեծ երեխաների մոտ իբրև այլընտրանքային ՊԻ, սակայն նման սխեմայի անցնելիս պետք է հաշվի առնել մինչև 6 տարեկան երեխաների համար կիրառելի դեղաձևերի սահմանափակ հասանելիությունը, համակցված ֆիքսված դեղաչափերով դեղաձևերի բացակայությունը, ռիպոնավիրի ուժեղացնող դեղաչափի առանձին կիրառումը:

² Եթե առաջին շարքի անարդյունավետ սխեմայում կիրառվել է ABC+3TC կամ TDF+3TC, ապա երկրորդ շարքի համար պետք է կիրառել AZT+3TC և ընդհակառակը:

³ DRV/r-ը կարելի է կիրառել իբրև այլընտրանքային ՊԻ հատուկ իրավիճակների դեպքում:

⁴ RAL-ի անհասանելիության պարագայում խորհուրդ չի տրվում կատարել փոփոխություններ՝ բացառությամբ հիվանդության արտահայտված կլինիկական առաջընթացի և LPV/r-ի վատ համային հարկությունների պատճառով բուժման ռեժիմի կարգապահության խախտման դեպքերի: Այս պարագայում կարելի է քննարկել NVP պարունակող սխեմաներին անցման հնարավորությունը: Իբրև այլընտրանքային տարբերակ կարելի է քննարկել մինչև 3 տարեկան երեխաների մոտ EFV պարունակող սխեմաների կիրառումը, սակայն անհրաժեշտ են լրացուցիչ տվյալներ, որոնք թույլ կտան EFV ի օպտիմալ կիրառումը այս տարիքային խմբում:

218. Իրենց ակտիվությունը պահպանած այլընտրանքային դեղերը (տենոֆոլիորը զիդովուդինի, լամիվուդինի կամ էմտրիցիտաբինի հետ) համապատասխանում են հատկապես 3-ից բարձր տարիքի երեխաներին: Եթե առաջին շարքի սխեման ներառում էր զիդովուդին+լամիվուդին, ապա երկրորդ շարքի սխեմայի համար նախընտրելի կլինի աբակավիր+լամիվուդին [132]: ՀՏՈՆԻ պարունակող սխեմաների համեմատ ՊԻ պարունակող սխեմաների անհաջողությունն ավելի հազվադեպ է կապված լինում դեղակայունության զարգացման հետ: Այս դեպքում անհաջողության առավել հավանական պատճառը բուժման կարգի խախտումն է: Ահա թե ինչու նոր սխեմա նշանակելուց առաջ պետք է գնահատել բուժման կարգի պահպանումը: ՊԻ պարունակող սխեմայից անցումը ՀՏՈՆԻ պարունակող սխեմային նպատակահարմար է այն դեպքում, երբ բուժման կարգի խախտումը պայմանավորված է եղել դեղերի առանձնահատկություններով, օրինակ՝ կողմնակի ազդեցություններ կամ բազմանվազ ընդունման անհրաժեշտություն: Սակայն եթե բուժման կարգը չպահպանվի նաև ՀՏՈՆԻ-ով սխեմայի անցնելուց հետո, ապա հետագա դեղակայունության զարգացումը գրեթե անխուսափելի կլինի: Այդ պատճառով խորհուրդ է տրվում զգուշորեն անցնել ՊԻ պարունակող սխեմաներից ՀՏՈՆԻ պարունակող սխեմաների: Փոխարինել ՊԻ/ռ ՀՏՈՆԻ-ով՝ պահպանելով 2 ՀՏՆԻ-ներից նույն հիմքը, առանց հարուցչի դեղակայունության հետազոտության չի կարելի, քանի որ կարող են լինել ՀՏՆԻ-ի հանդեպ կայունության մուտացիաներ: Եթե կատարվում է դեղակայունության հետազոտություն, ապա ՀՏՆԻ-ներից նոր հիմք ընտրում են այդ հետազոտության արդյունքների հիման վրա: Եթե այդպիսի հետազոտություն չի կատարվում, ապա ՀՌՎ դեղերն ընտրում են ըստ ներկայացված առաջարկությունների [106]:

- 1) Երեք ՀՏՆԻ-ներից բաղկացած այլընտրանքային սխեմայի անհաջողության դեպքում դեղերի ընտրությունն ավելի լայն է, քանի որ ՀՌՎ դեղերի երկու կարևորագույն դասերի ներկայացուցիչները՝ ՀՏՈՆԻ-ները և ՊԻ-ները, դեռ չեն օգտագործվել: Երկրորդ շարքի սխեմայի մեջ անպայման պետք է ներառվի ՊԻ: Քանի որ իֆավիրենցը և նևիրապինը որոշ ՊԻ-ների նյութափոխանակությանը մասնակցող ֆերմենտների հզոր ինդուկտորներ են, կարող է առաջանալ դեղերի դեղաչափերի շտկման կարիք, իսկ ՊԻ-ների բավարար կոնցենտրացիան ապահովելու համար խորհուրդ է տրվում դրանք ուժեղացնել ռիտոնավիրով [106]:
- 2) Եթե առաջին շարքի սխեման ներառել է ՊԻ/ռ, ապա բուժման անհաջողության դեպքում երկրորդ շարքի սխեմայում խորհուրդ է տրվում ներառել ՀՏՈՆԻ+2ՀՏՆԻ: Նախընտրելի ՀՏՈՆԻ է իֆավիրենցը [132]:
- 3) Եթե առաջին շարքի սխեման ներառել է զիդովուդին+լամիվուդին համակ-

ցումը, ապա երկրորդ շարքի սխեմայի համար 2 ՀՏԽ-ներից բաղկացած նախընտրելի հիմք են աբակավիր+լամիվուդին կամ տենոֆովիր+լամիվուդին (կամ էմտրիցիտաբին) համակցումները [106]:

- 4) Եթե առաջին շարքի սխեման ներառել է աբակավիր+լամիվուդին համակցումը, ապա երկրորդ շարքի սխեմայի համար 2 ՀՏԽ-ներից բաղկացած նախընտրելի հիմք է զիդովուդին+լամիվուդին համակցումը: Այլընտրանք է տենոֆովիր+լամիվուդին (կամ էմտրիցիտաբին) համակցումը [106]:

219. **Երեք տարեկանից փոքր երեխաների մոտ LPV/r պարունակող առաջին շարքի սխեմայի անհաջողության դեպքում անհրաժեշտ է անցնել RAL պարունակող երկրորդ շարքի սխեմայի (պայմանական առաջարկ, ապացույցների շատ ցածր որակ)** [12]:
220. **Երեք տարեկանից մեծ երեխաների մոտ LPV/r պարունակող առաջին շարքի սխեմայի անհաջողության դեպքում անհրաժեշտ է անցնել 2 ՀՏԽ+EFV կամ RAL պարունակող երկրորդ շարքի սխեմայի (պայմանական առաջարկ, ապացույցների շատ ցածր որակ)** [12]:
221. ՀՏՈՆԻ պարունակող առաջին շարքի սխեմայի անհաջողության դեպքում խորհուրդ է տրվում անցնել ուժեղացված ՊԻ պարունակող սխեմայի: Նախընտրելի ՊԻ է LPV/r և ATV/r [12]:
222. **ABC կամ TDF+3TC (կամ FTC) ներառող առաջին շարքի սխեմայի անհաջողության պարագայում երկրորդ շարքի համար նախընտրելի ՀՏԽ-ներ են AZT+3TC (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ)** [12]:
223. **AZT կամ d4T+3TC (կամ FTC) ներառող առաջին շարքի սխեմայի անհաջողության պարագայում երկրորդ շարքի համար նախընտրելի ՀՏԽ-ներ են TDF+3TC (կամ FTC) (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ)** [132]:
224. **Անհրաժեշտ է մշակել երրորդ շարքի ՀՌՎ բուժման սխեմաներ (պայմանական առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ): Երրորդ շարքի սխեմաները պետք է ներառեն նոր դեղեր նախկինում օգտագործվածների հետ խաչաձև կայունության նվազագույն վտանգով, ինչպիսիք են ԻԻ, ՊԻ, երկրորդ սերնդի ՀՏՈՆԻ (պայմանական առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ)** [12]:
225. Երեխաների համար երրորդ շարքի սխեման ներառում է դարունավիր/ռիտոնավիր+2ՀՏԽ, դոլուտեգրավիր կամ ռալտեգրավիր +2ՀՏԽ, դարունավիր/ռիտոնավիր+դոլուտեգրավիր կամ ռալտեգրավիր $\pm$ 1-2 ՀՏԽ [12]:
226. **Պացիենտները, որոնք ունեցել են երկրորդ շարքի բուժման անհաջողություն, և որոնց համար չկան նոր ՀՌՎ դեղեր, պետք է շարունակեն բուժումը տանելի սխեմայով (պայմանական առաջարկ, ապացույցների շատ ցածր որակ)** [12]:
227. Մեծահասակների, դեռահասների, հղիների, կրծքով կերակրող կանանց և երեխաների ՀՌՎ բուժման առաջին, երկրորդ և երրորդ շարքի սխեմաների հաջորդականության տարբերակները ներկայացված են աղյուսակ 16-ում:

Աղյուսակ 16. Մեծահասակների, դեռահասների, հղիների, կրծքով կերակրող կանանց և երեխաների ՀՌՎ բուժման առաջին, երկրորդ և երրորդ շաբթի սխեմաների հաջորդականության տարբերակներ

Խմբեր	Առաջին շաբթի սխեմաներ	Երկրորդ շաբթի սխեմաներ	Երրորդ շաբթի սխեմաներ
Մեծահասակներ և դեռահասներ (>10 տարեկան)	2 ՀՏՆԻ+EFV	2 ՀՏՆԻ+ATV/r կամ LPV/r ¹	DRV/r ² +DTG ³ (կամ RAL) ± 1-2 ՀՏՆԻ
		2 ՀՏՆԻ+DRV/r ²	
	2 ՀՏՆԻ+DTG	2 ՀՏՆԻ+ATV/r կամ LPV/r	DRV/r ² +2ՀՏՆԻ± ՀՏՈՆԻ
		2 ՀՏՆԻ+DRV/r	Սխեմայի օպտիմալացում գենոտիպային պրոֆիլի կիրառումով
Հղի և կրծքով կերակրող կանայք	2 ՀՏՆԻ+EFV	2 ՀՏՆԻ+ATV/r կամ LPV/r ¹	DRV/r ² +DTG ³ (կամ RAL) ± 1-2 ՀՏՆԻ
		2 ՀՏՆԻ+DRV/r ²	
Երեխաներ (0-ից մինչև 10 տարեկան)	2 ՀՏՆԻ+LPV/r	Մինչև 3 տարեկան երեխաներ՝ 2 ՀՏՆԻ+RAL ⁴	RAL (կամ DTG) ⁶ +2 ՀՏՆԻ
		3 տարեկանից մեծ երեխաներ՝ 2 ՀՏՆԻ+EFV կամ RAL	DRV/r ⁷ +2 ՀՏՆԻ DRV/r ⁷ +RAL ³ (կամ DTG) ⁶ ± 1-2 ՀՏՆԻ
	2 ՀՏՆԻ+EFV	2 ՀՏՆԻ+ATV/r ⁵ կամ LPV/r ¹	

¹ Մեծահասակների և դեռահասների մոտ իբրև երկրորդ շաբթի այլընտրանքային սխեմա կարելի է կիրառել RAL+LPV/r:

² Նախկինում ՊԻ ստացած պացիենտների մոտ DRV/r-ի դեղաչափը պետք է կազմի 600մգ/100մգ օրը 2 անգամ:

³ Հղիների և մինչև 12 տարեկան երեխաների մոտ DTG-ի կիրառման անվտանգության և արդյունավետության վերաբերյալ տվյալներ դեռևս չկան:

⁴ RAL-ի անհասանելիության պարագայում խորհուրդ չի տրվում կատարել փոփոխություններ՝ բացառությամբ հիվանդության արտահայտված կլինիկական առաջընթացի և LPV/r-ի վատ համային հատկությունների պատճառով բուժման ռեժիմի կարգապահության խախտման դեպքերի: Այս պարագայում կարելի է քննարկել NVP պարունակող սխեմաներին անցման հնարավորությունը: Իբրև այլընտրանքային տարբերակ կարելի է դիտարկել մինչև 3 տարեկան երեխաների մոտ EFV պարունակող սխեմաների կիրառումը, սակայն անհրաժեշտ են լրացուցիչ տվյալներ, որոնք թույլ կտան EFV-ի օպտիմալ

կիրառումը այս տարիքային խմբում:

- ⁵ ATV/r կարելի է կիրառել 3 ամսականից մեծ երեխաների մոտ իբրև այլընտրանքային ՊԻ, սակայն նման սխեմային անցման դեպքում պետք է հաշվի առնել մինչև 6 տարեկան երեխաների համար կիրառելի դեղաձևերի սահմանափակ հասանելիությունը, համակցված ֆիքսված դեղաչափերով դեղաձևերի բացակայությունը, ռիսկոնավիրի ուժեղացնող դեղաչափի առանձին կիրառումը:
- ⁶ RAL-ը կարելի է կիրառել ՊԻ սրացող երկրորդ շարքի բուժման անարդյունավետություն արձանագրած երեխաների մոտ, եթե DTG-ը անհասանելի է, իսկ RAL-ը չի օգտագործվել նախկին սխեմաներում: Ներկա պահին DTG-ը թույլատրված է միայն 12 տարեկանից մեծ երեխաների մոտ, սակայն շարունակվում են հետազոտությունները ավելի ցածր տարիքային խմբերում DTG-ի դեղաչափերի որոշման ուղղությամբ:
- ⁷ DRV/r-ը չի թույլատրվում կիրառել մինչև 3 տարեկան երեխաների մոտ:

228. Երիկամային և լյարդային անբավարարությունների ժամանակ ՀՌՎ դեղերի դեղաչափերի շտկման մոտեցումները ներկայացված են հավելվածներ 20-21-ում:

229. ՀՌՎ դեղերից հաճախ առաջանում են արագ միջամտություններ պահանջող կողմնակի երևույթներ (հավելված 22-ում): Դրանք կարելի է բաժանել կատեգորիաների՝ ըստ ներքոնշյալ չափանիշների՝

- 1) առաջացման ժամանակը՝ վաղ (բուժման առաջին շաբաթների ընթացքում) կամ հեռավոր (մի քանի ամիս կամ տարի անց),
- 2) հաճախականությունը՝ հաճախակի (պացիենտների ավելի քան 10%-ի մոտ), տարածված (2-10%) կամ հազվադեպ (2%-ից ավելի քիչ),
- 3) ծանրությունը՝ կյանքին սպառնացող, ծանր, միջին ծանրության և թեթև,
- 4) դարձելիությունը՝ անցողիկ (ախտանշանների ինքնուրույն անհետացում ՀՌՎ դեղերի շարունակվող ընդունման ֆոնին) կամ ոչ անցողիկ (ախտանշաններն անհետանում են միայն դրանք առաջացնող դեղի ընդունումը դադարեցնելուց հետո),
- 5) դեղի գործածումը դադարեցնել պահանջող (անդարձելի կողմնակի ազդեցություններ՝ անկախ ռեակցիայի ծանրությունից և ծանր դարձելի ռեակցիաներ) կամ դեղի գործածումը դադարեցնել չպահանջող (թեթև և միջին ծանրության դարձելի ռեակցիաներ) [40]:

230. Կողմնակի ազդեցությունների վերացման մոտեցումները հիմնված են ներքոնշյալ սկզբունքների վրա:

- 1) ՀՌՎ բուժումն սկսելուց առաջ պացիենտին տեղեկացնում են դեղերի հնարավոր կողմնակի ազդեցությունների, ինչպես նաև այն մասին, թե ինչ պետք է անել դրանց առաջացման դեպքում: Կողմնակի ազդեցության առաջացման ժամանակ անհրաժեշտ է գնահատել դրա ծանրության աստիճանը և ինքնուրույնաբար վիճակի կարգավորման հնարավորությունը: Եթե դեղի հետագա ընդունումն անհնարին է, վերանայում են ՀՌՎ բուժման

սխեման: Մնացած դեպքերում անհրաժեշտ է սահմանել հսկողություն պացիենտի նկատմամբ:

- 2) Եթե պացիենտի մոտ առկա է կողմնակի ազդեցությունների զարգացման վտանգ, օրինակ՝ պացիենտը ստանում է բարձր տոքսիկություն ունեցող մեկ կամ մի քանի դեղ, կամ եթե լաբորատոր և կլինիկական տվյալները վկայում են կողմնակի ազդեցության մոտալուտ կլինիկական դրսևորման կամ որևէ օրգանի անվերադարձ դիսֆունկցիայի մասին, անհրաժեշտ է հնարավորինս շուտ վերանայել ՀՌՎ բուժման սխեման: Սակայն դա արվում է միայն այն դեպքում, երբ հասանելի են ավելի անվտանգ և միևնույն ժամանակ համեմատելի հակավիրուսային ակտիվություն ունեցող ՀՌՎ դեղերը: Կողմնակի ազդեցություն առաջացրած դեղը ցանկալի է փոխարինել նույն դասի դեղով [40]:

231. ՀՌՎ բուժում ստացող պացիենտների մոտ կարող են ի հայտ գալ նաև այլ խնդիրներ, որոնք պետք է ժամանակին քննարկել և վերացնել: Այդպիսի խնդիրներ կարող են լինել՝

- 1) դեպրեսիայի բուժումը բուժման հանդեպ հետաքրքրվածությունն ամրապնդելու և դրա երկարաժամկետ արդյունքները բարելավելու համար,
- 2) դեղերի փոխազդեցությունների վերացումը և դեղաչափերի շտկումը,
- 3) լրացուցիչ հսկողությունը և աջակցության տրամադրումը փսիխոակտիվ նյութերից և ալկոհոլից կախվածություն ունեցող պացիենտներին,
- 4) սրտխառնոցի մեղմումը հղիության ժամանակ:

232. ՀՌՎ դեղերի կարևորագույն փոխազդեցությունները և դրանց վարման մոտեցումները ներկայացված են հավելված 23-24-ում:

233. Որպեսզի ՀՌՎ բուժումը երկար ժամանակ լինի արդյունավետ, անհրաժեշտ է, որ պացիենտը խստորեն պահպանի բուժման կարգը՝ բուժման ողջ ընթացքում ամեն օր ընդունի նշանակված դեղերը սահմանված դեղաչափերով, սահմանված ժամին՝ պահպանելով անհրաժեշտ սննդակարգ [194-197]: Դրա շնորհիվ նվազում են ՄԻԱՎ վարակով պայմանավորված հիվանդությունների զարգացման հաճախականությունն ու մահացությունը, մինչդեռ դեղերի ընդունման կարգի խախտման դեպքում արագ զարգանում է դեղակայունություն, ինչի հետևանքով նվազում են հետագայում ակտիվ դեղերի ընտրության հնարավորությունները [198-200]: Եթե հարուցչի մոտ առաջացել են բավականաչափ մուտացիաներ, որոնք այն դարձրել են բացարձակապես ոչ զգայուն որևէ դեղի նկատմամբ, պացիենտն այլևս երբեք չի կարող օգտագործել այդ դեղը: Ավելին, դեղակայունության մուտացիաների առաջացումը հաճախ նշանակում է հարուցչի զգայունության վերացում ոչ միայն կիրառվող սխեմայում ներառված մեկ կամ մի քանի դեղերի հանդեպ, այլև կայունություն նույն դասի բոլոր դեղերի հանդեպ (խաչաձև

կայունություն), ինչն ավելի է նվազեցնում ակտիվ դեղերի հետագա ընտրության հնարավորությունները [40]: Այսպիսով, դեղերի ընդունման կարգը չպահպանելու հետևանքով պացիենտի մոտ ծագում է արտահայտված դեղակայունության զարգացման, բուժման անարդյունավետության և հիվանդության պրոգրեսիվ զարգացման վտանգ: Իբրև կանոն՝ չհաջողված բուժումից հետո նոր սխեմային անցնելիս պացիենտն ավելի է դժվարանում կատարել նշանակումները, քանի որ ավելանում է ընդունվող դեղահատերի քանակը, մեծանում են կողմնակի ազդեցությունները, սննդային սահմանափակումները, նաև մեծանում է դեղերի տոքսիկությունը, դժվարանում է դեղաչափի ընտրությունը: ՄԻԱՎ-ի դեղակայուն ենթատեսակների տարածվածության աճի հետ մեկտեղ մեծանում է նոր վարակվողներին դրանց փոխանցման հավանականությունը [201]: ՄԻԱՎ-ի դեղակայուն ենթատեսակով վարակումը նվազեցնում է առաջին շաբթի արդյունավետ սխեմաների ընտրության հնարավորությունները և բացասաբար է անդրադառնում ՀՌՎ բուժման արդյունավետության վրա, եթե նախքան այն սկսելը չի որոշվում դեղակայունությունը: ՄԻԱՎ-ի դեղակայուն ենթատեսակներով հարուցված ՄԻԱՎ վարակի բուժման համար պահանջվում է առավել լայնորեն կիրառել երկրորդ և երրորդ շաբթի սխեմաներ, որոնք առաջին շաբթի սխեմաների համեմատ ավելի թանկ են:

234. Բուժման ռեժիմի խախտումը բարձրացնում է հիվանդության պրոգրեսիվ զարգացման վտանգը [202, 203], հետևաբար մեծացնում է ՕՎ-ների բուժման համար անհրաժեշտ ծախսերը: ՀՌՎ բուժումն սկսելուց հետո առաջին 4-6 ամսվա ընթացքում պացիենտի մոտ բուժման հանդեպ հետևողական վերաբերմունքի ձևավորումը ՀՌՎ բուժման երկարատև իմունաբանական և վիրուսաբանական արդյունավետությունն ապահովող որոշիչ գործոն է: Յուրաքանչյուր պացիենտի անհրաժեշտ է ցուցաբերել անհատական մոտեցում՝ հաշվի առնելով բուժման տվյալ փուլում նրա կարիքները:

235. ՀՌՎ դեղերի ընդունման կարգի պահպանման մոնիտորինգն իրականացվում է պլանային այցելությունների ժամանակ: Դա կատարվում է տարբեր մեթոդներով (հավելված 25): Յուրաքանչյուր այցի ժամանակ պետք է համոզվել, որ պացիենտը՝

- 1) հասկանում է, որ ՀՌՎ բուժման ռեժիմը չպահպանելու դեպքում կարող է զարգանալ դեղակայունություն,
- 2) գիտակցում է, որ պետք է ընդունել բոլոր դեղերը ամբողջ դեղաչափով,
- 3) անհարմար չի զգում ուրիշների ներկայությամբ դեղերն ընդունելուց,
- 4) գիտի ՀՌՎ դեղերի փոխազդեցությունների և դրանց կողմնակի ազդեցությունների մասին,
- 5) տեղեկացված է այն վիճակների մասին, որոնց դեպքում պետք է դիմի բժշկի:

236. ՎԾ-ի չհայտնաբերվող մակարդակի իջնելուց հետո կրկին բարձրացման դեպքում բժիշկը պետք է պացիենտի հետ պարտադիր քննարկի բուժման ռեժիմի պահպանման հարցը: Բուժում և խնամք տրամադրող անձնակազմը պետք է բացահայտի բուժման ռեժիմի խախտման պատճառները և ամեն կերպ աջակցի դրանց վերացմանը:

237. Դեղերի ընդունման կարգի խախտման հնարավոր պատճառներից են՝

- 1) թմրամիջոցների և ալկոհոլի գործածումը [204],
- 2) թերսնուցումը,
- 3) դեղերի կանոնավոր ընդունման դեպքում ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ կարգավիճակի բացահայտման վախը,
- 4) կրոնական համոզմունքները [205],
- 5) հոգեկան հիվանդությունները [206],
- 6) դեղերի կողմնակի ազդեցությունների հանդեպ վախը [207],
- 7) ՀՌՎ բուժման անհասանելիությունը (այդ թվում բժշկական օգնության հասանելիության դժվարությունները),
- 8) «դեղահատային հոգնածությունը»,
- 9) ազատագրվումը [208]:

238. Դեղերի ընդունման կարգի պահպանումը բարձրացնելու համար անհրաժեշտ է՝

- 1) պացիենտին բացատրել ՀՌՎ բուժման անհրաժեշտությունը և բուժման ռեժիմը պահպանելու կարևորությունը,
- 2) օգնել պացիենտին՝ հաղթահարելու ՀՌՎ բուժմանն առնչվող կասկածներն ու մտավախությունները,
- 3) պարբերաբար գնահատել ՀՌՎ դեղերի ընդունման կարգի պահպանումը,
- 4) ներգրավել «հավասարակիցներին», ընտանիքի անդամներին, մտերիմներին և այլոց (փոխօգնության խմբերում ընդգրկվածներ, ընկերներ, պացիենտին աջակցող այլ մարդիկ) պացիենտին օգնություն և աջակցություն տրամադրելու գործընթացում,
- 5) պարբերաբար գնահատել պացիենտի հոգեկան վիճակը,
- 6) գնահատել բուժման ռեժիմը պահպանելու համար անհրաժեշտ հմտությունները,
- 7) տրամադրել սոցիալական, հոգեբանական աջակցություն:

239. Բուժման ռեժիմի պահպանման հարցում որոշիչ է պացիենտի դերը: Հնարավոր չէ կանխագուշակել, թե որքանով հետևողական կլինի պացիենտը բժշկի նշանակումները կատարելիս [209, 210]: Դրանից զատ՝ բուժման հանդեպ միևնույն պացիենտի հետևողականությունը ժամանակի ընթացքում կարող է փոփոխվել [211]: ՀՌՎ դեղերի ընդունման կարգի պահպանման բարձր մակարդակ ապահովելու համար անհրաժեշտ է տրամադրել բուժման ռեժիմի պահպանմանն

ուղղված աջակցություն բոլոր պացիենտներին, քանի որ բուժման ընթացքում բոլոր պացիենտների մոտ կարող են դիտվել հետևողականության մակարդակի տատանումներ: Այդ աջակցությունն անհրաժեշտ է հատկապես ՀՌՎ բուժման վիրուսաբանական անհաջողության դեպքում, քանի որ այն սովորաբար բուժման ռեժիմին չհետևելու հետևանք է: Հարկավոր է նաև՝

- 1) առաջարկել պացիենտներին տարբեր միջոցներ բուժման ռեժիմի պահպանումը հեշտացնելու համար (օրագրի կամ դեղերի ընդունման գրաֆիկի վարում, դեղատուփ-օրգանայզերի և էլեկտրոնային հիշեցնող սարքերի օգտագործում, կարճ հաղորդագրություններ, ընտանիքի անդամների և ընկերների ներգրավում, որոնք կհիշեցնեն դեղերի ընդունման մասին),
- 2) բուժման ռեժիմի պահպանման առաջին գնահատումը կատարել (օրինակ՝ հեռախոսով) ՀՌՎ բուժումն սկսելուց կամ բուժման սխեման փոխելուց երկու օր անց, որպեսզի պարզվի՝ ունի արդյոք պացիենտը լրացուցիչ տեղեկատվության կամ ուշադրությունից վրիպած խնդիրների լուծման կարիք,
- 3) գնահատել պացիենտի ապրելակերպին առնչվող գործոնները (սնունդ, աշխատանքի ռեժիմ և այլն) և հարմարեցնել դրանք բուժման ռեժիմին,
- 4) գնահատել պացիենտի՝ բուժմանը վերաբերող նախապատվությունները (դեղահատերի չափ, քանակ, դեղաձև, սննդակարգի առանձնահատկություններ և այլն),
- 5) նախքան բուժման սխեման ընտրելը այցելուին ցուցադրել դեղահատերը,
- 6) տրամադրել տեղեկատվություն դեղերի կողմնակի ազդեցությունների, դրանք հաղթահարելու ուղիների վերաբերյալ,
- 7) ՀՌՎ բուժման սկզբում կարճատև ժամանակահատվածների համար ոչ մեծ քանակով դեղեր տրամադրել, ինչը կօգնի բացահայտելու բուժման ռեժիմի պահպանման հետ կապված հնարավոր խնդիրները նախքան դեղակայունության զարգացումը,
- 8) կիրառել դեղերի մեկանգամյա ընդունմամբ սխեմաներ և ֆիքսված դեղաչափերով համակցումներ, ինչը հնարավորություն կտա պակասեցնելու ընդունվող դեղահատերի քանակը [212],
- 9) նպաստել բուժման ռեժիմի պահպանմանը խոչընդոտող ապրելակերպի փոփոխությանը (սոցիալական և հոգեբանական աջակցություն, հոգեկան խանգարումների բուժում [213], փոխարինող բուժում օփիոիդներով և այլն) [214], ապահովել ՀՌՎ բուժման մշտական և անընդհատ տրամադրում:

XII. ՕՊՈՐՏՈՒՆԻՍՏԱԿԱՆ ՎԱՐԱԿՆԵՐԻ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄ ԵՎ ԲՈՒԺՈՒՄ

240. ՕՎ-ների հայտնաբերումն ու բուժումը ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների բժշկական օգնության պարտադիր մասն են: ՄԻԱՎ վարակով պայմանավորված օպորտունիստական հիվանդությունները ներկայացված են աղյուսակ 17-ում [4]:

Աղյուսակ 17. ՄԻԱՎ վարակով պայմանավորված օպորտունիստական հիվանդություններ

Բակտերիալ վարակներ	Սնկային վարակներ	Վիրուսային վարակներ	Նախակենդանիներով հարուցված վարակներ	Այլ հիվանդություններ
Տուբերկուլոզ	Կանդիդոզային էզոֆագիտ	Հասարակ հերպեսի վիրուսով պայմանավորված վարակ	Տոքսոպլազմոզ	Կապոշիի սարկոմա
Շնչառական ուղիների վարակներ	Կրիպտոկոկոզ	Գոտևորող որքին	Կրիպտոսպորիդիոզ	Ոչ Հոջկինյան լիմֆոմա
Աղիքային վարակներ	Հիստոպլազմոզ	Ցիտոմեգալովիրուսային վարակ	Միկրոսպորիդիոզ	Արգանդի վզիկի քաղցկեղ
Ատիպիկ միկոբակտերիոզներ	Պենսիլոմիցետոմիցոզ	Հարածուն բազմօջախային լեյկոէնցեֆալոպաթիա	Իզոսպորիազ	Էնցեֆալոպաթիա
Բարտոնելոզ	Կոկցիդիոիդոմիկոզ	Մարդու հերպես վիրուսի 8-րդ տիպով (Կապոշիի սարկոմայի հետ կապակցված հերպեսվիրուս) հարուցված վարակ Մարդու պապիլոմայի վիրուսով պայմանավորված վարակ	Լեյշմանիոզ	Վակուոլյար միելոպաթիա

241. Շնչառական ուղիների ստորին հատվածների վարակային հիվանդությունները ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների շրջանում ամենատարածված կրկնվող վարակներն են: Բջջային իմունիտետի նվազմանը զուգընթաց նրանց մոտ կարող են զարգանալ կյանքին վտանգ սպառնացող ՕՎ-ներ՝ տուբերկուլոզ, պենսիլոմիցոզ

տային թոքաբորբ, բակտերիալ, սնկային և վիրուսային թոքաբորբեր: Շնչառական ուղիների հիվանդություններն ու դրանց հնարավոր բարդությունները ՄԻԱՎ վարակի ժամանակ ներկայացված են աղյուսակ 18-ում [4]:

Աղյուսակ 18. Շնչառական ուղիների հիվանդություններն ու հնարավոր բարդությունները ՄԻԱՎ վարակի ժամանակ

Վարակներ	Հնարավոր բարդություններ ¹
Բակտերիալ	
Պնևմոնոկոկային թոքաբորբ	Թոքամզի էմպիեմա ² , էքսուդատիվ պլևրիտ, թոքի թարախակույտ
Թոքաբորբ՝ հարուցված <i>Haemophilus influenzae</i> -ով	էքսուդատիվ պլևրիտ ² , թոքի թարախակույտ, թոքամզի էմպիեմա
Թոքաբորբ՝ հարուցված <i>Klebsiella pneumoniae</i> -ով	Թոքամզի էմպիեմա ² , էքսուդատիվ պլևրիտ
Ստաֆիլակոկային թոքաբորբ	Թոքի թարախակույտ ² , թոքամզի էմպիեմա, էքսուդատիվ պլևրիտ
Թոքերի տուբերկուլոզ	էքսուդատիվ պերիկարդիտ, թոքի թարախակույտ, թոքամզի էմպիեմա, էքսուդատիվ պլևրիտ
Թոքաբորբ՝ հարուցված ատիպիկ միկոբակտերիաներով	Հազվադեպ՝ թարախակույտ (առավել հաճախ ԻՎԲՀ-ի ժամանակ)
Վիրուսային	
Ցիտոմեգալովիրուսային վարակ	Պնևմոնիտ ² (բարձր մահացություն)
Հասարակ հերպեսի վիրուսով պայմանավորված վարակ	Պնևմոնիտ ² (բարձր մահացություն)
Սնկային	
Պնևմոցիստային թոքաբորբ	Պնևմոթորաքս
Կրիպտոկոկոզ	
Հիստոպլազմոզ	
Ասպերգիլոզ	Թոքի թարախակույտ
Այլ հիվանդություններ	
Կապոշիի սարկոմա	էքսուդատիվ պլևրիտ կամ էքսուդատիվ պերիկարդիտ
Լիմֆոմաներ	էքսուդատիվ պլևրիտ կամ էքսուդատիվ պերիկարդիտ
Կարցինոմա (ՄԻԱՎ վարակի հետ չկապված)	էքսուդատիվ պերիկարդիտ

¹ Հնարավոր բարդությունները թվարկված են ըստ դրսևորման հաճախականության նվազման:

² Առավել հաճախ հանդիպող բարդություններ:

242. ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մոտ բակտերիալ թոքաբորբերը զարգանում են ավելի հաճախ և ավելի ծանր են ընթանում: Առավել հաճախ հանդիպում են Streptococcus pneumoniae-ով հարուցված թոքաբորբերը: Բակտերիալ թոքաբորբերը ուղեկցվում են հազով, տենդով, հաճախ կրծքավանդակի շրջանի ցավերով, դժվարացած կամ հաճախացած շնչառությամբ: Սովորաբար թոքաբորբն ախտորոշվում է կլինիկական պատկերի և կրծքավանդակի ռենտգենաբանական հետազոտության հիման վրա, որը հնարավորություն է տալիս հայտնաբերելու բլթային կամ օջախային մթնեցումներ, դիֆուզ ինֆիլտրացիա, ատիպիկ փոփոխություններ, ներառյալ խոռոչների առկայությունը: Եթե պացիենտի վիճակը միջին ծանրության է, և չկա պնևմոցիստային թոքաբորբի կասկած, բուժումը կարելի է իրականացնել տնային պայմաններում: Մեծահասակների մոտ բակտերիալ թոքաբորբի բուժման մոտեցումները ներկայացված են աղյուսակներ 19-ում և 20-ում [4]:

Աղյուսակ 19. Առաջին շարքի հակաբիոտիկներ մեծահասակների մոտ բակտերիալ թոքաբորբի բուժման համար^{1,2}

Հակաբիոտիկ	Դեղաչափ	Ընդունման հաճախականություն	Ընդունման ձև	Բուժման տևողություն
Ամօքսիցիլին (եթե կա պենիցիլինի կամ ամպիցիլինի նկատմամբ կայունության հավանականություն, նշանակել ամօքսիցիլին/կլավուլանատ)	500-1000մգ	օրը 3 անգամ	ներքին ընդունում	7 օր կամ ավելի (մինչև ապաքինումը)
<i>Կամ</i>				
Էրիթրոմիցին	500մգ	օրը 4 անգամ	ներքին ընդունում	7 օր
<i>Կամ</i>				
Կլարիթրոմիցին	500մգ	օրը 2 անգամ	ներքին ընդունում	7 օր
<i>Կամ</i>				
Ազիթրոմիցին	500մգ	օրը 1 անգամ	ներքին ընդունում	3-4 օր
<i>Կամ</i>				
Պնևմոկոկների հանդեպ ակտիվ ֆտորքինոլոն, (օր.՝ մօքսիֆլոքսացին)	400մգ	օրը 1 անգամ	ներքին ընդունում	7 օր
<i>Կամ</i>				

Հակաբիոտիկ	Դեղաչափ	Ընդունման հաճախա- կանություն	Ընդունման ձև	Բուժման տևողություն
Դօքսիցիկլին	100մգ	օրը 2 անգամ	ներքին ընդունում	7 օր

¹ Եթե առաջին շաբթի հակաբիոտիկներով բուժումն սկսելուց հետո 72 ժամվա ընթացքում պացիենտի վիճակը չի բարելավվում, անհրաժեշտ է նրան հոսպիտալացնել և նշանակել բուժում երկրորդ շաբթի հակաբիոտիկներով: Եթե բուժման արդյունքում պացիենտի վիճակը չի բարելավվում, անհրաժեշտ է ժխտել պնևմոցիստային թոքաբորբը կամ տուբերկուլոզը:

² Երեխաների մոտ թոքային բակտերիալ վարակի առկայության դեպքում նշանակվում են լայն սպեկտրի հակաբիոտիկներ (ամօքսիցիլին/կլավուլանատ կամ ցեֆտրիաքսոն): Անբավարար արդյունքի դեպքում ավելացնում են ազիթրոմիցին 10մգ/կգ՝ օրը 1 անգամ, 5 օրվա ընթացքում: Սովորաբար բուժման տևողությունը կազմում է 10-14 օր:

Աղյուսակ 20. Երկրորդ շաբթի հակաբիոտիկներ մեծահասակների մոտ բակտերիալ թոքաբորբի բուժման համար՝

Հակաբիոտիկ	Դեղաչափ	Ընդունման հաճախա- կանություն	Ընդունման ձև	Բուժման տևողություն
Ցեֆտրիաքսոն + Կլարիթրոմիցին կամ ազիթրոմիցին	2գ 500մգ 500մգ	օրը 1 անգամ օրը 2 անգամ օրը 1 անգամ	ներերակային ներքին ընդունում	7-10 օր
Կամ				
Ամպիցիլին/սուլբակտ ամ + Կլարիթրոմիցին կամ ազիթրոմիցին	1500մգ 500մգ 500մգ	օրը 3 անգամ օրը 2 անգամ օրը 1 անգամ	ներերակային ներքին ընդունում	7-10 օր
Կամ				
Պնևմոկոկերի հանդեպ ակտիվ ֆտորքինոլոն, (օր.՝ մօքսիֆլոքսացին)	400մգ	օրը 1 անգամ	ներերակային, ներքին ընդունում	7օր
Կամ				
Քլորամֆենիկոլ (եթե այլ դեղամիջոցներն անհասանելի են)	12,5մգ/կգ	օրը 4 անգամ	ներերակային	7 օր

243. Ատիպիկ միկոբակտերիոզի հարուցիչներն են՝ *Mycobacterium avium*, *Mycobacterium intracellulare*, *Mycobacterium kansasii*, *Mycobacterium fortuitum*, *Mycobacterium xenopsi*, *Mycobacterium marinum*, *Mycobacterium malmoense*, *Mycobacterium gordonae*, *Mycobacterium scrofulaceum*, *Mycobacterium chelonae*, *Mycobacterium abscessus*, *Mycobacterium smegmatis*: 90% դեպքերում անջատվում են *Mycobacterium avium* և *Mycobacterium intracellulare* շտամները, որոնք խմբավորվել են *Mycobacterium avium* complex-ի (MAC) մեջ: Դրանք հաճախ հարուցում են թոքերի քրոնիկ հիվանդություններ, իսկ ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մոտ առաջացնում են դիսեմինացված MAC-վարակ [217]: Դիսեմինացված MAC-վարակը տիպիկ ՕՎ-է և առավել հաճախ զարգանում է, երբ CD4+ լիմֆոցիտների քանակը <50բջիջ/մլ: MAC-վարակի թոքային ձևը հազվադեպ է զարգանում ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մոտ [215]: Դիսեմինացված MAC-վարակի ժամանակ դիտվում է տենդ մինչև 41-42°C, մարմնի քաշի անկում, գիշերային քրտնարտադրություն, ընդհանուր թուլություն, լիմֆադենոպաթիա, հեպատոսպլենոմեգալիա, ցավային աբդոմինալ համախտանիշ, լուծ, թոքային ձևի դեպքում՝ զգալի խորխարտադրությամբ հազ, տենդ, ցավեր կրծքավանդակի շրջանում [217]: Ախտորոշումը կատարվում է հատուկ միջավայրի վրա արյան, բրոնխոալվեոլյար լվացման հեղուկի, բիոպսիոն նյութի կամ սինովիալ հեղուկի ցանքսի մեկ դրական պատասխանի, խորխի տարբեր փորձանմուշների ցանքից ստացված 2 և ավելի դրական պատասխանի հիման վրա [215]: Վարակի կլինիկական դրսևորումների դեպքում հարուցչի կոնցենտրացիան արյան մեջ այնքան բարձր է, որ արյան ցանքսերը գրեթե միշտ լինում են դրական [4]: Արյան ցանքսի զգայնությունը 90-95% է Bactec 12B կամ 13A միջավայրերն օգտագործելիս [218]: Հյուսվածքներում հայտնաբերվում են միկոբակտերիոզին բնորոշ հիստոպաթոլոգիական փոփոխություններ (գրանուլոմատոզ բորբոքում): Արյան մեջ դիտվում է սակավարյունություն, ցիտոպենիա, հեմատոկրիտի իջեցում, հիմնային ֆոսֆատազայի ակտիվության բարձրացում: Ռենտգենաբանական հետազոտությամբ հայտնաբերվում են փոփոխություններ ներկրծքային և միջընդերային ավշային հանգույցներում, թոքային ձևի դեպքում՝ ստվերներ, ինֆիլտրացիաներ՝ խոռոչների վերածվելու հակումով [217]: Մեծահասակների և երեխաների բուժման սխեմաները ներկայացված են աղյուսակներ 21-ում և 22-ում [4, 216]:

Աղյուսակ 21. Մեծահասակների մոտ արհայիկ միկոբակտերիոզի բուժումը¹

Հակաբիոտիկ	Դեղաչափ	Ընդունման հաճախակա նություն	Ընդունման ձև	Բուժման տևողություն
Առաջին շարքի դեղեր				
Կլարիթրոմիցին +	500-1000մգ	օրը 2 անգամ	ներքին ընդունում	12 ամիս
Էթամբուոլ +	15-20մգ/կգ	օրը 1 անգամ	ներքին ընդունում	12 ամիս
Ռիֆաբուտին ²	300-450մգ կամ 5 մգ/կգ	օրը 1 անգամ	ներքին ընդունում	12 ամիս
Ատիպիկ միկոբակտերիաների նկատմամբ ակտիվ այլ դեղեր				
Ազիթրոմիցին	500-1200մգ	օրը 1 անգամ	ներքին ընդունում	12 ամիս
Ցիպրոֆլոքսացին	500-750մգ	օրը 2 անգամ	ներքին ընդունում	12 ամիս
Լևոֆլոքսացին	500-1000մգ	օրը 1 անգամ	ներքին ընդունում	12 ամիս
Ամիկացին	10-15մգ/կգ/օրը	օրը 1 անգամ	ներերակային կամ միջմկանային	2-3 ամիս

¹ Եթե բուժման ֆոնին պացիենտի վիճակը բարելավվում է, և դեղերի տանելիությունը բավարար է, կարելի է սկսել ՀՌՎ բուժումը: Սովորաբար ՀՌՎ բուժումն սկսում են արհայիկ միկոբակտերիոզի բուժումն սկսելուց 4-6 շաբաթ անց: ՀՌՎ բուժման արդյունքում հնարավոր է ԻՎՐՀ-ի զարգացում և արհայիկ միկոբակտերիոզի սրացում: Արհայիկ միկոբակտերիոզի 12 ամիս բուժման կուրսից հետո սկսվում է պահպանողական բուժում՝ կլարիթրոմիցին+էթամբուոլ կամ ազիթրոմիցին+ էթամբուոլ սխեմաներով և դադարեցվում է միայն այն դեպքում, երբ CD4+ լիմֆոցիտների քանակը 3-6 ամսվա ընթացքում մնում է կայուն և բարձր 100բջ/մլ-ից, բացակայում են հիվանդության զարգացման կլինիկական դրսևորումները:

² Անհրաժեշտ է հաշվի առնել ռիֆաբուտինի փոխազդեցությունը կլարիթրոմիցինի հետ. ռիֆաբուտինը իջեցնում է կլարիթրոմիցինի կոնցենտրացիան 50%-ով: Այդ պատճառով խորհուրդ է տրվում նշանակել ազիթրոմիցին:

Աղյուսակ 22. Երեխաների մոտ ապրիայիկ միկոբակտերիոզի բուժումը

Հակաբիոտիկ	Դեղաչափ	Ընդունման հաճախականություն	Ընդունման ձև	Բուժման տևողություն
Ցիպրոֆլոքսացին +	30մգ/կգ	օրը 2 անգամ (առավելագույն դեղաչափը՝ 750մգ)	ներքին ընդունում	12 ամիս
Ռիֆաբուտին ¹ +	10-20մգ/կգ	օրը 1 անգամ (առավելագույն դեղաչափը՝ 300մգ/օր)	ներքին ընդունում	12 ամիս
Կլարիթրոմիցին ²	7,5մգ/կգ	օրը 2 անգամ (առավելագույն դեղաչափը՝ 500մգ)	ներքին ընդունում	12 ամիս

¹ Ռիֆաբուտինի հեղուկ դեղաձևերի բացակայության պատճառով կարելի է պատրաստել ռիֆաբուտինի կախույթ՝ լուծելով պարիճի պարունակությունը շաքարային օշարակի մեջ (10մգ/մլ):

² Կլարիթրոմիցինի անհասանելիության դեպքում այն կարելի է փոխարինել էթամբուտոլով՝ 15մգ/կգ, օրը 1 անգամ:

244. Պնևմոցիստային թոքաբորբի հարուցիչը *Pneumocystis jirovecii* սունկն է: ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մոտ լայնորեն տարածված օպորտունիստական հիվանդություն է, որը զարգանում է, երբ CD4+ լիմֆոցիտների քանակը <200բջիջ/մլ [4, 216]: Բնորոշ է թոքերի ախտահարումը՝ շնչառական անբավարարության զարգացմամբ: Հիվանդությունն ունի ենթասուր սկիզբ՝ չոր հազով կամ դժվար արտադրվող, քիչ քանակի մածուցիկ խորխով, աստիճանաբար հարաճող հևոցով, սովորաբար արտաշնչական բնույթի, մշտական կամ անկանոն բնույթի տենդով: Օբյեկտիվ քննությամբ հայտնաբերվում են թոքերի էքսկուրսիայի կարճացում, պերկուտոր՝ թոքային հնչյունի կարճացում, աուսկուլտատիվ՝ կոշտացած շնչառություն հատկապես թոքերի վերին առաջնային հատվածներում, երբեմն նաև չոր խզզոցներ, հիվանդության վաղ փուլում հնարավոր է կրեպիտացիա հատկապես թոքերի բազալ հատվածներում: Որոշ դեպքերում պացիենտի օբյեկտիվ քննությամբ թոքերի ախտահարման նշաններ չեն հայտնաբերվում: Հաճախ զարգանում են շնչառական անբավարարության նշաններ՝ հևոց, ցիանոզ, հաճախասրտություն, օդի պակասի զգացում, անհանգստություն: Հևոցն ունի կարևոր ախտորոշիչ նշանակություն. այն ավելի է

ուժեղանում ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունից հետո (շնչառությունը դառնում է մակերեսային, հաճախացած՝ թուլանալով 20-24 և ավելի) օբյեկտիվ քննությամբ թոքերի ախտահարման նշանների բացակայության կամ դրանց թույլ արտահայտվածության պայմաններում: Շնչառական անբավարարության մասին վկայում է նաև $pO_2 < 70$ մմ ս.ս. կամ $(A-a) > 35$ մմ ս.ս.: Դիտվում են հեպատոսպլենոմեգալիա, լիմֆադենոպաթիա: Ռենտգենաբանորեն հայտնաբերվում են թոքերի ստորին հատվածներում թափանցիկության երկկողմանի, սիմետրիկ, ամպանման իջեցում, երբեմն բակտերիալ թոքաբորբի կամ տուբերկուլոզի ժամանակ դիտվող մթնեցումների նման օջախային մթնեցումներ: Երեխաների մոտ հիվանդության առաջին օրերին կրծքավանդակի ռենտգեն նկարի վրա սովորաբար փոփոխությունները բացակայում են, կամ դիտվում է թոքադաշտերի թափանցիկության բարձրացում, սակայն, որպես կանոն, արագ զարգանում է թոքադաշտերի լրիվ մթնեցում, որը տարածվում է թոքարմատներից դեպի ծայրամաս: Թոքի գագաթները մնում են թափանցիկ նույնիսկ հիվանդության ուշ շրջանում: Երբեմն հայտնաբերվում է ոչ մեծ պլևրալ էքսուդատ: Հազվադեպ դիտվում են բշտեր, կիստաներ, պնևմոթորաքս: Հաստատված ախտորոշումով պացիենտների զգալի մասի մոտ թոքերի ախտահարման ռենտգենաբանական նշանները բացակայում են: Համակարգչային տոմոգրաֆիկ հետազոտությամբ հայտնաբերվում է «անթափանց ապակու» նշանը: Ռենտգենաբանական հետազոտությամբ փոփոխություններ չունեցող պացիենտների մոտ գալիումով սկանավորումը հայտնաբերում է ռադիոակտիվ պրեպարատի կլանում թոքային հյուսվածքի կողմից [217, 218]: Խորխում կամ բրոնխալվեոլային լվացումներում հայտնաբերվում են հարուցչի ցիստաներ, սակայն դրանց բացակայությունը խորխում չի բացառում պնևմոցիստոզը, իսկ մանրադիտակային հայտնաբերումը չի հաստատում թոքերի պնևմոցիստային ախտահարումը: Ինտուբացված պացիենտների մոտ բրոնխոսկոպիայի անհնարինության դեպքում բրոնխալվեոլային լվացումները ստանում են նազոգաստրալ զոնդի միջոցով [218]: Արյան մեջ դիտվում են սակավարյունություն, լեյկոպենիա, թրոմբոցիտոպենիա, ԷՆԱ-ի բարձրացում՝ 40-60 մմ/ժ: Օժանդակ ախտորոշիչ ցուցանիշ են լակտատդեհիդրոգենազայի, կալպրոտեկտինի ակտիվության բարձրացումը արյան շիճուկում: Հաճախակի զարգացող բարդություններն են պնևմոթորաքսը կամ պնևմոնեդիաստինումը: Սովորաբար հիվանդությունը ծանր ընթացք է ունենում և ժամանակին ու ճիշտ բուժման բացակայությունը հանգեցնում է մահվան [217]: Պնևմոցիստային թոքաբորբի կասկածի դեպքում անհրաժեշտ է անմիջապես սկսել բուժում: Բուժման ֆոնին պացիենտի կլինիկական վիճակի բարելավումը վկայում է թոքաբորբի պնևմոցիստային ծագման մասին: Պնևմոցիստային թոքաբորբի բուժումն իրականացվում է ստացիոնար պայմաններում: Մեծահասակների և երեխաների

մոտ պնևմոցիստային թոքաբորբի բուժման սխեմաները ներկայացված են աղյուսակներ 23-ում [4, 216, 217] և 24-ում [4], իսկ բուժումը երիկամային անբավարարության ժամանակ՝ աղյուսակ 25-ում [20]:

Աղյուսակ 23. Մեծահասակների մոտ պնևմոցիստային թոքաբորբի բուժման սխեմաները¹

Հակաբիոտիկներ	Դեղաչափ	Ընդունման հաճախականություն	Ընդունման ձև	Բուժման տևողություն ³
Առաջին շաբթի դեղեր				
Տրիմեթոպրիմ/սուլֆամետոքսազոլ ²	240/1200մգ (մարմնի քաշ <60կգ) և 320/1600 մգ (մարմնի քաշ > 60կգ)	օրը 4 անգամ	ներքին ընդունում կամ ն/ե	21 օր
Երկրորդ շաբթի դեղեր				
Ատովաքվոնի սուսպենզիա + Պիրիմեթամին + Ֆոլինաթթու	1500մգ 75մգ 25-30մգ	օրը 1 անգամ շաբաթը 1 անգամ շաբաթը 1 անգամ	ներքին ընդունում, սննդի հետ ներքին ընդունում ներքին ընդունում	21 օր
Կամ				
Կլինդամիցին + Պրիմախին	600մգ 15մգ	օրը 4 անգամ օրը 2 անգամ	ներքին ընդունում, ներերակային ներքին ընդունում	21 օր
Կամ				
Դապսոն + Տրիմետոպրիմ	100մգ 5 մգ/կգ	օրը 1 անգամ օրը 3 անգամ	ներքին ընդունում ներքին ընդունում	21 օր
Կամ				
Պենտամիդին	4մգ/կգ՝ օրը 1 անգամ.բուժման 5-րդ օրվանից դեղաչափը նվազեցնում են մինչև 2մգ/կգ/օր (18)	օրը 1 անգամ	ներերակային	21 օր

- ¹ Պնևմոցիստային թոքաբորբի միջին ծանրության և ծանր ընթացքի դեպքում ($pO_2 < 70$ մմ ս.ս. կամ $(A-a) > 35$ մմ ս.ս.) ցուցված է կորտիկոստերոիդների նշանակում՝ պրեդնիզոլոն՝ 40 մգ ներքին ընդունման ձևով, օրը 2 անգամ, 5 օր, ապա 40 մգ 1 անգամ, 5 օր, որից հետո օրական 20 մգ մինչև բուժման 21-րդ օրը՝ հետագայում աստիճանաբար իջեցնելով պրեդնիզոլոնի դեղաչափը մինչև դադարեցումը: Կարելի է կորտիկոստերոիդները նշանակել ներերակային՝ դոզավորման 75%-ի չափով: Պրեդնիզոլոնը պակասեցնում է ինտերստիցիալ այրուցը:
- ² Անհրաժեշտ է հետևել դեղերի կողմնակի ազդեցություններին. հնարավոր են երիկամների (տրիմեթոպրիմ/սուլֆամեթոքսազոլ և պենրամիդին), ենթաստամոքսային գեղձի (պենրամիդին), ոսկրածուծի (տրիմեթոպրիմ/ սուլֆամեթոքսազոլ) ֆունկցիայի խանգարումներ: Լաբորատոր ցուցանիշները պետք է գնահատվեն շաբաթը 2 անգամ:
- ³ Պնևմոցիստային թոքաբորբի սուր երևույթների վերացումից հետո անհրաժեշտ է շարունակել պահպանողական բուժումը: Այն կատարվում է տրիմեթոպրիմ/ սուլֆամեթոքսազոլով՝ 160/800 մգ ներքին ընդունման ձևով, օրը 1 անգամ, ամեն օր, կամ դապսոն՝ 100 մգ ներքին ընդունման ձևով, օրը 1 անգամ: Պահպանողական բուժումը դադարեցվում է, եթե CD4+ լիմֆոցիտների քանակն առնվազն 3 ամիս պահպանվում է կայուն՝ > 200 բջջ/մլ մակարդակի վրա, կամ ավելի է բարձրանում:

Աղյուսակ 24. Երեխաների մոտ պնևմոցիստային թոքաբորբի բուժման սխեմաները՝

Հակաբիոտիկներ	Դեղաչափ	Ընդունման հաճախականություն	Ընդունման ձև	Բուժման տևողություն
Առաջին շաբթի դեղեր				
Կո-տրիմոքսազոլ ²	60 մգ/կգ	օրը 2 անգամ	ներերակային, բուժման 2 շաբաթից անցնել ներքին ընդունման	21 օր
Երկրորդ շաբթի դեղեր				
Պենտամիդին իզոտիոնատ	4 մգ/կգ/օր	օրը 1 անգամ	ներերակային, դանդաղ	14-21 օր
Կամ				
Դապսոն	2 մգ/կգ (առավելագույնը՝ 100 մգ)	օրը 1 անգամ	ներքին ընդունում	21 օր

- ¹ Պնևմոցիստային թոքաբորբի ծանր ընթացքի դեպքում նշանակվում է պրեդնիզոլոն՝ 2 մգ/կգ դեղաչափով, բուժման առաջին շաբաթում, 1 մգ/կգ՝ երկրորդ շաբաթում, և 0,5 մգ/կգ՝ երրորդ շաբաթում, ներքին ընդունման ձևով:

² Պնևմոցիստրային թոքաբորբի բուժումն սկսում են կո-տրիմոքսազոլով: Նշանակվում է 60մգ/կգ դեղաչափով, 12 ժամը մեկ, ն/ե, 1 շաբաթ, որից հետո դեղի ընդունումը շարունակվում է ներքին ընդունման ձևով: Բուժման տևողությունը 21 օր է: Կո-տրիմոքսազոլի անարդյունավետության կամ դրա նկատմամբ ալերգիկ ռեակցիայի զարգացման դեպքում անցնում են բուժման երկրորդ շաբթի դեղերով: Կո-տրիմոքսազոլի անարդյունավետության դեպքում կատարվում է կրկնակի բրոնխոալվեոլյար լվացում: Վերջինիս ժամանակ, պնևմոցիստրայից բացի, հաճախ հայտնաբերվում է նաև ցիտոմեգալովիրուս, սակայն գանգիկլովիր նշանակում են միայն այն երեխաներին, որոնց մոտ պնևմոցիստրային թոքաբորբի սրանդարպ բուժումն անարդյունավետ է:

Աղյուսակ 25. Պնևմոցիստրային թոքաբորբի բուժումը երիկամային անբավարարության դեպքում

Դեղ	ԿՖԱ				Դիալիզի ժամանակ դեղաչափերի շտկումը
	Նորմալ	>50մլ/ր	10-50մլ/ր	<10մլ/ր	
Կո-տրիմոքսազոլ ¹	160/800մգ 3 հաբ 3 անգամ կամ 4 հաբ 2 անգամ (օրական դոզան 120մգ/կգ)	100% 12 ժամը մեկ	100% 12-24 ժամը մեկ	50% 24 ժամը մեկ	ՊԴ + դեղաչափի կեսը դիալիզից հետո ԱՊԴ՝ դեղաչափի շտկում չի պահանջվում ԱԶԵՀՖ, ինչպես ԿՖԱ 10-50մլ/ր դեպքում ԱԵԵՀՖ, ինչպես ԿՖԱ <10մլ/ր դեպքում
Դապսոն	100մգ 24 ժամը մեկ	50-100%	50%	խուսափել	խուսափել
Ատովաքվոն	750մգ 12 ժամը մեկ	100 %**	100 %**	100 %**	ՊԴ՝ դեղաչափի շտկում չի պահանջվում ԱՊԴ՝ դեղաչափի շտկում չի պահանջվում* ԱԶԵՀՖ**
Պենտամիդին	4մգ/կգ 24 ժամը մեկ	100%	100% 24-36 ժամը մեկ	100% 48 ժամը մեկ	ՊԴ** ԱՊԴ** ԱԶԵՀՖ**

* *Խորհուրդ է տրվում սովորական դեղաչափ:*

** *Խորհուրդ է տրվում ԿՖԱ <10մլ/ր դեպքում թույլատրվող դեղաչափ:*

¹ *Կո-տրիմոքսազոլը բարձր դեղաչափով նեֆրոտոքսիկ է, և դրա նշանակումը հնարավոր է ծայրահեղ դեպքում:*

245. Սնկային և վիրուսային ծագման թոքաբորբերի ախտորոշումը պահանջում է լրացուցիչ լաբորատոր հետազոտություններ: Այդպիսի թոքաբորբերը դժվարությամբ են ենթարկվում բուժման: Վիրուսային թոքաբորբ կարող են հարուցել հասարակ հերպեսի վիրուսը, Varicella Zoster վիրուսը և ցիտոմեգալովիրուսը: Սնկային թոքաբորբեր, Pneumocystis jirovecii-ից բացի, կարող են հարուցել հետևյալ սնկերը՝ Histoplasma capsulatum, Cryptococcus neoformans և Aspergillus spp: Հակաբիոտիկներով ստանդարտ բուժման չենթարկվող թոքաբորբով պացիենտների մոտ անհրաժեշտ է կասկածել տուբերկուլոզ կամ վիրուսային, սնկային կամ պրոտոզոային ծագման թոքաբորբ և կատարել դրանց ախտորոշմանն ուղղված հատուկ լաբորատոր հետազոտություններ [4]:
246. Ստամոքսաղիքային համակարգի ախտահարումները ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մոտ կարող են պայմանավորված լինել ՄԻԱՎ-ով (ստամոքսաղիքային համակարգի վրա վիրուսի անմիջական ազդեցությամբ), բակտերիաներով, վիրուսներով, սնկերով, նախակենդանիներով, մակաբույծներով: Ստամոքսաղիքային համակարգի ախտահարման հիմնական արտահայտությունը լուծն է, որը կարող է լինել սուր, ենթասուր կամ քրոնիկ: Սուր լուծը հանգեցնում է օրգանիզմի ջրազրկման, իսկ ենթասուր կամ քրոնիկ լուծը՝ ներծծման խանգարումների և հյուծման, որոնք նպաստում են վարակի երկրորդային ախտանշանների զարգացմանը: Քրոնիկ լուծը դիտվում է կլինիկական 4-րդ փուլում գտնվող պացիենտների մոտ և հաճախ դառնում է նրանց մահվան պատճառ: Արյունահոսություն կամ կղանքում արյան առկայություն կարող է դիտվել շիզելոզների կամ ամեոբային դիզենտերիայի ժամանակ: ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների շրջանում ստամոքսաղիքային համակարգի կողմից կարող են լինել նաև այլ խանգարումներ՝ ախորժակի կորուստ, սրտխառնոց և փսխում, քաշի հարաճուն կորուստ: ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների շրջանում ստամոքսաղիքային համակարգի առավել տարածված վարակների կլինիկական դրսևորումները, դրանց ախտորոշումն ու բուժումը ներկայացված են աղյուսակ 26-ում [4]:

Աղյուսակ 26. ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների շրջանում ստամոքսաղիքային համակարգի առավել տարածված վարակների կլինիկական դրսևորումները, դրանց ախտորոշումն ու բուժումը

Վարակ	Կլինիկական պատկեր	Ախտորոշում	Բուժում
Սալմոնելոզ (բացի Salmonella typhi և paratyphi)	Տենդ, ցավ որովայնում, լուծ (երբեմն կղանքում արյան խառնուրդ), ախորժակի կորուստ, քաշի կորուստ, հեպատոսպլենոմեգալիա	Արյան կամ կղանքի ցանքս	Ցիպրոֆլոքսացին՝ 500մգ՝ ներքին ընդունման ձևով, օրը 2 անգամ, ավելի քան 2 շաբաթ (19)
Շիգելոզ	Տենդ, ցավ որովայնում, արյունային լուծ	Արյան կամ կղանքի ցանքս	Ցիպրոֆլոքսացին՝ 500մգ ներքին ընդունման ձևով, օրը 2 անգամ, 7-10 օր <i>կամ</i> Նալիդիքսաթթու՝ 500մգ ներքին ընդունման ձևով, օրը 4 անգամ, 7-10 օր <i>կամ</i> Տրիմեթոպրիմ/սուլֆամետոքսազոլ՝ 160/800մգ ներքին ընդունման ձևով, օրը 2 անգամ, 7-10 օր
Կրիպտոսպորիդիոզ	Զրային լուծ, ախորժակի կորուստ, մարմնի նորմալ ջերմաստիճան	Կղանքի մանրադիտակային հետազոտություն	Պարոմոմիցին՝ 1գ ներքին ընդունման ձևով, օրը 2 անգամ + ազիթրոմիցին՝ 600մգ ներքին ընդունման ձևով, օրը 1 անգամ, 4 շաբաթ տևողությամբ, <i>այնուհետև</i> միայն պարոմոմիցին՝ 8 շաբաթ տևողությամբ Բուժումը հաճախ անարդյունավետ է
Միկրոսպորիդիոզ	Զրային լուծ, ախորժակի կորուստ, մարմնի նորմալ ջերմաստիճան	Կղանքի մանրադիտակային հետազոտություն	Ալբենդազոլ՝ 400մգ ներքին ընդունման ձևով, օրը 2 անգամ, 4

Վարակ	Կլինիկական պատկեր	Ախտորոշում	Բուժում
			շաբաթ Անարդյունավետությամբ մեքենդազոլ՝ 200մգ ներքին ընդունման ծնով, օրը 3 անգամ (սովորաբար ալբենդազոլն ավելի արդյունավետ է, քան մեքենդազոլը)

247. Կանդիդոզը ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների շրջանում առավել վաղ դրսևորվող երկրորդային հիվանդություններից է: Հարուցիչներն են՝ *Candida albicans*-ը, *Candida crusei*-ն, *Candida glabrata*-ն: ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների շրջանում հաճախադեպ են բերանի խոռոչի կանդիդոզը, կանդիդոզային վուլվովագինիտը և կանդիդոզային էզոֆագիտը: Կանդիդոզային էզոֆագիտը խիստ արտահայտված իմունային անբավարության վաղ նշան է և զարգանում է, երբ CD4+ լիմֆոցիտների քանակը <200բջ/մկլ: Դերմատիտը, բրոնխների ախտահարումը, թոքաբորբը և կանդիդոզային դիսեմինացված վարակը հազվադեպ են հանդիպում [4, 215, 216]: Սեռական օրգանների կանդիդոզը կանանց մոտ դրսևորվում է հեշտոցային կանդիդոզի ախտանշաններով՝ թանձր, սպիտակադեղնավուն արտադրություն հեշտոցից և արտաքին սեռական օրգանների քոր, տղամարդկանց մոտ՝ բալանիտի կամ բալանոպոստիտի ախտանշաններով: Բերանի խոռոչի կանդիդոզը (կաթնախտ) արտահայտվում է լորձաթաղանթի բորբոքումով և դրան ամուր կպած սպիտակ վահանիկների առաջացմամբ: Հնարավոր է անախտանշան ընթացք, երբեմն պացիենտի միակ գանգատը բերանի խոռոչում այրոցի զգացումն է սնունդ ընդունելիս: Կանդիդոզային դերմատիտի ժամանակ դիտվում է քոր, այրոց: Հաճախ ախտահարումները տեղակայվում են աճուկային, անոթային, կրծքագեղձերի շրջանում, վառ կարմիր են, անհարթ եզրերով՝ եզրագծված թարախաբշտիկներով: Անգուլյար խեյլիտի դեպքում դիտվում են բերանի անկյունների մաշկի բորբոքում և ճաքերի առաջացում: Եղունգների սնկային ախտահարման նշաններն են եղունգների թափանցիկության իջեցումը, հաստացումը, պարօնիխիաների և արսցեսների առաջացումը: Ֆարինգոմիկոզի ժամանակ բկանցքում աղեղների, քիմքի, նշիկների հիպերեմիկ լորձաթաղանթի վրա դիտվում են սպիտակ փառային կղզյակներ: Խիստ արտահայտված իմունային անբավարության ժամանակ, երբ CD4+ լիմֆոցիտները <100բջիջ/մկլ է, բերանի խոռոչի կանդիդոզը տարածվում է կերակրափողի վրա: Կանդիդոզային էզոֆագիտն արտահայտվում է ցավով կլման

ժամանակ և կրծոսկրի ետևում, որն ուժեղանում է ուտելու ընթացքում: Դիսեմինացված կանդիդոզն արտահայտվում է մենինգիտի կամ մենինգոէնցեֆալիտի ախտանշաններով, ինչպես նաև վերին շնչուղիների (չոր հագ, ձայնի խռպոտություն) և թոքերի ախտահարման ախտանշաններով (տենդ, հագ՝ առատ խորխարտադրությամբ, արյունախիտում) [217, 218]:

248. ՄԻԱՎ վարակի ուշ փուլում գտնվող և կենտրոնական երակային կատետր ունեցող ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների՝ հատկապես երեխաների մոտ կարող է զարգանալ կանդիդեմիա, որի առավել հաճախ հանդիպող կլինիկական դրսևորումը տենդն է, և որպես կանդիդեմիայի բարդություն՝ կարող է զարգանալ էնդոֆթալմիտ [4]: Ախտորոշման համար կատարվում է Գրամի մեթոդով ներկված կամ 10% KOH-ով մշակված քսուքների մանրադիտակային հետազոտություն խմորասնկերի հայտնաբերման նպատակով: Ցանքսը կատարվում է այլ տեսակի սնկերի հայտնաբերման կամ դեղակայունության որոշման համար: Ախտորոշումը հաստատվում է մանրադիտակային հետազոտությամբ, բիոպտատի հյուսվածաբանական հետազոտության արդյունքների, կենսանյութում բարձր խտությամբ կանդիդայի ԴՆԹ-ի հայտնաբերմամբ ՊՇՌ մեթոդով [215]: Թոքերի կանդիդոզի դեպքում ռենտգենաբանական հետազոտությամբ թոքերում հայտնաբերվում են բազմաթիվ ինֆիլտրատներ և ատելեկտազներ, միլիար փոփոխություններ [217]: Կանդիդեմիայի դեպքում անհրաժեշտ է կատարել աչքի հատակի զննում, ուլտրաձայնային հետազոտություն կամ համակարգչային տոմոգրաֆիա՝ լյարդի և երիկամների ախտահարումը հայտնաբերելու համար, և ոսկրերի սցինտիգրաֆիա՝ օստեոմիելիտի կասկածի դեպքում: Մեծահասակների և երեխաների մոտ տարբեր տեղակայման կանդիդոզի բուժումը ներկայացված է աղյուսակներ 27-33-ում [4, 215, 216]:

Աղյուսակ 27. Մեծահասակների մոտ բերանի խոռոչի կանդիդոզի բուժումը*

Հակասնկային դեղ	Դեղաչափ	Ընդունման հաճախականություն	Ընդունման ձև	Բուժման տևողություն
Առաջին շարքի դեղեր				
Ֆլուկոնազոլ	100 մգ	օրը 2 անգամ 3 օրվա ընթացքում, հետագայում օրը 1 անգամ	ներքին ընդունում	7-14 օր
Երկրորդ շարքի դեղեր				
Իտրակոնազոլ	100-200 մգ	օրը 2 անգամ	ներքին ընդունում	7-14 օր

Հակասնկային դեղ	Դեղաչափ	Ընդունման հաճախականություն	Ընդունման ձև	Բուժման տևողություն
Պոզակոնազոլ	100-400մգ	օրը 2 անգամ 3 օրվա ընթացքում, հետագայում օրը 1 անգամ	ներքին ընդունում	7-14 օր
Վորիկոնազոլ	200մգ	օրը 2 անգամ	ներքին ընդունում կամ ն/ե	7-14 օր

* Տեղային կանդիդոզի բուժումը սկսում են տեղային օգտագործման դեղերով՝ նիստարին, միկոնազոլ, կլոտրիմազոլ: Տեղային բուժման անարդյունավետության, նաև դիսեմինացված կանդիդոզի դեպքում նշանակվում են համակարգային օգտագործման հակասնկային դեղեր՝ կետոկոնազոլ, ֆլուկոնազոլ, իտրակոնազոլ, ամֆոտերիցին B: Մետադոնով փոխարինող բուժում ստացող պացիենտների մոտ կանդիդոզի բուժման ժամանակ անհրաժեշտ է հաշվի առնել մետադոնի փոխադրեցությունները ֆլուկոնազոլի, իտրակոնազոլի և կետոկոնազոլի հետ:

Աղյուսակ 28. Երեխաների մոտ բերանի խոռոչի կանդիդոզի բուժումը

Հակասնկային դեղ	Դեղաչափ	Ընդունման հաճախականություն	Ընդունման ձև	Բուժման տևողություն
Առաջին շարքի դեղեր				
Ֆլուկոնազոլ	3-6մգ/կգ	օրը 1 անգամ	ներքին ընդունում	7-14 օր
Այլընտրանքային դեղեր				
Իտրակոնազոլ, դեկստրինում լուծույթ ներքին ընդունման համար	2.5մգ/կգ (առավելագույն դեղաչափը՝ 200մգ/օր)	օրը 2 անգամ	ներքին ընդունում	7-14 օր
Ամֆոտերիցին B, կախույթ ներքին ընդունման համար	1մլ (100մգ/մլ)	օրը 4 անգամ	ներքին ընդունում	14 օր

Աղյուսակ 29. Կանդիդոզային վուլվովագինիտի բուժումը

Հակասնկային դեղ	Դեղաչափ	Ընդունման հաճախականություն	Ընդունման ձև	Բուժման տևողություն
Առաջին շարքի դեղեր				
Ֆլուկոնազոլ	150 մգ	միանվագ դեղաչափ	ներքին ընդունում	միանվագ դեղաչափ
Իտրակոնազոլ	200մգ	օրը 2 անգամ	ներքին ընդունում	1 օր
Երկրորդ շարքի դեղեր				
Կետոկոնազոլ	200 մգ	օրը 2 անգամ	ներքին ընդունում	3 օր
Կետոկոնազոլ	200 մգ	օրը 1 անգամ	ներքին ընդունում	7 օր
Միկոնազոլ	200մգ	օրը 1 անգամ	ներհեշտոցային	3 օր
Կլոտրիմազոլ	500 մգ	միանվագ դեղաչափ	ներհեշտոցային	միանվագ դեղաչափ
Կլոտրիմազոլ	100մգ	օրը 2 անգամ	ներքին ընդունում	3 օր
Իտրակոնազոլ	200մգ	օրը 1 անգամ	ներքին ընդունում	Կախված բուժման արդյունքից միջինը 3-7 օր
Պահպանողական բուժում				
Ֆլուկոնազոլ	150մգ	շաբաթը 1 անգամ	ներքին ընդունում	6 ամիս

Աղյուսակ 30. Մեծահասակների մոտ կանդիդոզային էզոֆագիտի բուժումը*

Հակասնկային դեղ	Դեղաչափ	Ընդունման հաճախականություն	Ընդունման ձև	Բուժման տևողություն
Առաջին շարքի դեղեր				
Ֆլուկոնազոլ (կետոկոնազոլից արդյունավետ է)	200-400մգ, 3 օր անց (կախված կլինիկական վիճակից) դեղաչափը կարելի է նվազեցնել մինչև 200մգ	օրը 1 անգամ	ներքին ընդունում, ներերակային	14-21 օր
Երկրորդ շարքի դեղեր				
Ամֆոտերիցին B	0.3-0.7մգ/կգ	օրը 1 անգամ	ներերակային	10-14 օր

Հակասնկային դեղ	Դեղաչափ	Ընդունման հաճախականություն	Ընդունման ձև	Բուժման տևողություն
Կամ				
Իտրակոնազոլ	200-400մգ	օրը 1 անգամ	ներքին ընդունում	14-21 օր
Պոզակոնազոլ	400մգ	օրը 2 անգամ, 3 օր հետո՝ օրը 1 անգամ	ներքին ընդունում	14-21օր
Վորիկոնազոլ	200մգ	օրը 2 անգամ	ներքին ընդունում ներերակային	14-21օր
Կասպոֆունգին	50մգ	օրը 1 անգամ	ներերակային	14 օր

* Բուժման անարդյունավետության դեպքում անհրաժեշտ է կատարել էզոֆագոսկոպիա՝ էզոֆագիտի պարզառը պարզելու համար (ցիտոմեգալովիրուսային կամ հերպեսային): Ֆլուկոնազոլի հանդեպ կայունության դեպքում նշանակվում է ամֆոտերիցին B, վորիկոնազոլ, պոզակոնազոլ, կասպոֆունգին, որոնք արդյունավետ են բոլոր ախտածին սնկերի նկատմամբ, ներառյալ *Aspergillus spp*: Կայունությունն այդ դեղերի նկատմամբ լինում է հազվադեպ: Վորիկոնազոլը փոխազդում է որոշ ՀՌՎ դեղերի հետ: Այդ պարճառով այն խորհուրդ չի տրվում նշանակել իֆավիրենց կամ ռիբոնավիր սրացող պացիենտներին [219]:

Աղյուսակ 31. Մեծահասակների մոտ կանդիդեմիայի, դիսենդինացված կանդիդոզի և կանդիդոզային մենինգիտի բուժումը

Հակասնկային դեղ	Դեղաչափ	Ընդունման հաճախականություն	Ընդունման ձև	Բուժման տևողություն
Առաջին շաբթի դեղեր				
Ամֆոտերիցին B, հետո՝ ֆլուկոնազոլ	0.7մգ/կգ	օրը 1 անգամ	ներերակային	14 օր
	400մգ	օրը 1 անգամ	ներքին ընդունում	8-10 օր
Երկրորդ շաբթի դեղեր				
Ֆլուկոնազոլ	400մգ	օրը 1 կամ 2 անգամ	ներքին ընդունում	6-10 շաբաթ*
Իտրակոնազոլ	200մգ	օրը 3 անգամ, 3 օր հետո՝ օրը 2 անգամ	ներքին ընդունում	6-10 շաբաթ*
Պահպանողական բուժում				
Ֆլուկոնազոլ	200մգ	օրը 1 անգամ	ներքին ընդունում	անհատական մոտեցում
Իտրակոնազոլ	200մգ	օրը 2 անգամ	ներքին ընդունում	անհատական մոտեցում

* Կանդիդեմիայի դեպքում՝ 21 օր:

Աղյուսակ 32. Երեխաների մոտ կանդիդոզային էզոֆագիտի բուժումը

Հակասնկային դեղ	Դեղաչափ	Ընդունման հաճախականություն	Ընդունման ձև	Բուժման տևողություն
Առաջին շարքի դեղեր				
Ֆլուկոնազոլ	6մգ/կգ/օր	օրը 1 անգամ	ներքին ընդունում	14-21 օր
<i>այնուհետև</i>				
Ֆլուկոնազոլ	3-6մգ/կգ/օր			
Այլընտրանքային դեղեր				
Իտրակոնազոլ, դեկստրինում լուծույթ ներքին ընդունման համար	2.5մգ/կգ կամ	օրը 2 անգամ	ներքին ընդունում	14-21 օր
	5.0մգ/կգ	օրը 1 անգամ		
Ամֆոտերիցին B	0.3-0.5 մգ/կգ/օր	օրը 1 անգամ	ներերակային	7 օրից ոչ պակաս

Աղյուսակ 33. Երեխաների մոտ կանդիդեմիայի բուժումը

Հակասնկային դեղ	Դեղաչափ	Ընդունման հաճախականություն	Ընդունման ձև	Բուժման տևողություն
Առաջին շարքի դեղեր				
Ֆլուկոնազոլ, անարդյունավետության դեպքում՝ ամֆոտերիցին B	10մգ/կգ/օր 0.5-1մգ/կգ	օրը 1 անգամ	ներերակային	21 օր
Այլընտրանքային դեղեր				
Ամֆոտերիցին B, լիպիդային կոմպլեքս (աբեցետ)	3 մգ/կգ	օրը 1 անգամ	ներերակային, ներարկման տևողությունը 2 ժամ	2-3 շաբաթ

249. Կրիպտոկոկային վարակի հարուցիչը *Cryptococcus neoformans* սունկն է: ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մոտ կրիպտոկոկային վարակն առավել հաճախ արտահայտվում է մենինգիտի կամ մենինգոէնցեֆալիտի ձևով: Պացիենտներից շատերի մոտ CD4+ լիմֆոցիտների քանակը լինում է <50բջջ/մլ [217]: Թոքային և դիսեմինացված կրիպտոկոկոզն ավելի հազվադեպ է հանդիպում: Կրիպտոկոկային մենինգիտով ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների 50%-ի մոտ ախտորոշվում է կրիպտոկոկային թոքաբորբ: Կրիպտոկոկային մենինգիտը ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների շրջանում ամենահաճախ հանդիպող համակարգային միկոզն է

[215]: Բուժման բացակայության դեպքում պացիենտի կյանքի տևողությունը 1 ամսից պակաս է: Կրիպտոկոկային մենինգիտի ժամանակ դիտվում են գլխացավ, տենդ, ծոծրակային մկանների կարկամություն, սրտխառնոց, փսխում, լուսավախություն, գանգուղեղային նյարդերի ախտահարման նշաններ, հնարավոր են գիտակցության խանգարումներ, ընդհուպ կոմա: Երբեմն ուղեղաթաղանթների բորբոքման նշանները (տենդ, ծոծրակային մկանների կարկամություն) կարող են բացակայել: Թոքաբորբի դեպքում դիտվում են աննշան խորխարտադրությամբ հագ, ցավեր կրծքավանդակում, տենդ, երբեմն՝ հևոց [217]: **Ախտորոշման նպատակով կատարվում է արյան, ողնուղեղային հեղուկի կամ բրոնխալվեոյար լվացման հեղուկում իմունաֆերմենտային մեթոդով կրիպտոկոկային հակաձնի՝ CrAg-ի հայտնաբերմանն ուղղված հետազոտություն (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ)** [12]: Ախտորոշիչ նշանակություն ունի իմունաֆերմենտային, լատեքս-ագլյուտինացիայի մեթոդով հակամարմինների 1:1000 և բարձր տիտրի հայտնաբերումը [217]: Ողնուղեղային հեղուկում դիտվում է սպիտակուցի բարձր մակարդակ (50-150 մգ/դլ), մոնոնուկլեար պլեոցիտոզ (5-100 մկ), ողնուղեղային հեղուկի բարձր ճնշում (>200մմ ջրի սյան, 75% դեպքում) [218]: Հարուցիչը հայտնաբերվում է ողնուղեղային հեղուկի՝ տուշով ներկված ցենտրիֆուգատի՝ մանրադիտակով հետազոտման ժամանակ: Պրեպարատում երևում են հաստ պատիճով 4-12մկմ տրամագծով խմորասնկեր [217, 218]: Կենսանյութերում ՊՇՌ մեթոդով հայտնաբերվում է կրիպտոկոկի ԴՆԹ [215]: Կատարվում է ողնուղեղային հեղուկի, արյան, մեզի ցանքս՝ կրիպտոկոկի կուլտուրայի անջատման համար: Ակնահատակի զննմամբ 30% դեպքերում հայտնաբերվում է տեսողական նյարդի այտուց: Ռենտգենաբանական հետազոտությամբ հայտնաբերվում են տարածված կամ օջախային ինֆիլտրատիվ փոփոխություններ թոքերի մեկ կամ մի քանի բլթերում, երբեմն՝ էքսուդատիվ պլրիտի նշաններ, ներկրծքային ավշային հանգույցների մեծացում [217]: Կրիպտոկոկային վարակի բուժումը ներկայացված է աղյուսակ 34-ում [4,12, 216]:

Աղյուսակ 34. Կրիպտոկոկային վարակի բուժումը

Հակասնկային դեղեր	Դեղաչափ	Ընդունման հաճախականություն	Ընդունման ձև	Բուժման տևողություն
Առաջին շաբթի դեղեր				
Ամֆոտերիցին B + 5-ֆլուցիտոզին (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների բարձր որակ)	0,7-1,0մգ/կգ 25մգ/կգ	օրը 1 անգամ օրը 4 անգամ	ներերակային ներերակային	14 օր
Կամ				

Հականկային դեղեր	Դեղաչափ	Ընդունման հաճախականություն	Ընդունման ձև	Բուժման տևողություն
Ամֆոտերիցին B +	0,7մգ/կգ	օրը 1 անգամ	ներքին ընդունում	2 շաբաթ
Ֆլուկոնազոլ (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ)	800-1200մգ	օրը 1 անգամ	ներերակային ներքին ընդունում	
Կամ				
Ամֆոտերիցին B +	0,7մգ/կգ	օրը 1 անգամ	ներերակային	5-7 օր
Ֆլուկոնազոլ (պայմանական առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ)	800-1200մգ	օրը 1 անգամ	ներքին ընդունում	2 շաբաթ
Կամ				
Ֆլուկոնազոլ +	1200մգ	օրը 1 անգամ	ներքին ընդունում	2 շաբաթ
5-Ֆլուցիտոզին (պայմանական առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ)	25մգ/կգ	օրը 4 անգամ	ներերակային	
Կամ				
Ֆլուկոնազոլ, եթե չկա ամֆոտերիցին B (պայմանական առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ)	1200մգ	օրը 1 անգամ	ներքին ընդունում	2 շաբաթ
Այնուհետև				
Ֆլուկոնազոլ (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ)	400-800մգ (6-12մգ/կգ -ից մինչև 400-800մգ, եթե 19 տարեկանից փոքր է)	օրը 1 անգամ	ներքին ընդունում	8 շաբաթ
կամ				
Այլընտրանքային՝ իտրակոնազոլ	200մգ	օրը 2 անգամ	ներքին ընդունում	10-12 շաբաթ
Այնուհետև պահպանողական բուժում*				

Հակասնկային դեղեր	Դեղաչափ	Ընդունման հաճախականություն	Ընդունման ձև	Բուժման տևողություն
Ֆլուկոնազոլ (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ)	200մգ (6 մգ/կգ-ից մինչև 200մգ, եթե 19 տարեկանից փոքր է)	օրը 1 անգամ	ներքին ընդունում	1 տարի
Այլընտրանքային՝ իտրակոնազոլ	200մգ	օրը 1 անգամ	ներքին ընդունում	

* ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մոտ կրիպտոկոկային վարակի բարեհաջող բուժումից հետո հակասնկային պահպանողական բուժումը դադարեցվում է հետևյալ սկզբունքներով.

- **Երբ անհնար է ՎԾ-ի մոնիտորինգը. պացիենտը պահպանել է ՀՌՎ և հակասնկային դեղերի ընդունման կարգը մեկ տարուց ոչ պակաս, և CD4+ լիմֆոցիտների քանակը ≥ 100 բջջ/մլ է (ստացված 6 ամիս միջակայքով կատարված երկու հետազոտությունների արդյունքում (պայմանական առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ) [12, 220]:**
- **Երբ հնարավոր է ՎԾ-ի մոնիտորինգը. պացիենտը պահպանել է ՀՌՎ և հակասնկային դեղերի ընդունման կարգը մեկ տարուց ոչ պակաս, CD4+ լիմֆոցիտների քանակը ≥ 100 բջջ/մլ և բարձր է (ստացված 6 ամիս միջակայքով կատարված երկու հետազոտությունների արդյունքում), և առկա է ՎԾ-ի նվազում (պայմանական առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ) [12, 220]:**
- **2-5 տարեկան ՄԻԱՎ վարակով երեխաների մոտ կրիպտոկոկոզի բուժումից հետո պահպանողական բուժման դադարեցումը ցուցված է, եթե երեխայի վիճակը կայուն է, պահպանվել է ՀՌՎ և հակասնկային դեղերի ընդունման կարգը մեկ տարուց ոչ պակաս, դիտվում է արյան մեջ CD4+ լիմֆոցիտների 25%-ից բարձր կամ ≥ 750 բջջ/մլ քանակ (ստացված 6 ամիս միջակայքով կատարված երկու հետազոտությունների արդյունքում, ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ) [12, 220]:**
- **Մինչև 2 տարեկան երեխաների մոտ կրիպտոկոկային վարակի պահպանողական բուժումը չի դադարեցվում (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ) [12, 220]:**

250. Հիստոպլազմոզը հազվադեպ հանդիպող սուր կամ քրոնիկ վարակ է: Հարուցիչը *Histoplasma capsulatum* սունկն է: ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մոտ հիվանդությունը զարգանում է, երբ CD4+ լիմֆոցիտների քանակը < 100 բջջ/մլ: Հիվանդության զարգացման վտանգը կախված է իմունային համակարգի վիճակից և օրգանիզմ թափանցած հարուցչի քանակությունից: Սուր հիստոպլազմոզի կլինիկան նման է գրիպին՝ տենդ, ախորժակի կորուստ, հոդացավեր, մկանացավեր, չոր հազ, ցավ կրծքավանդակում: Քրոնիկ ձևն

ընթանում է թոքերի ախտահարման ոչ յուրահատուկ ախտանշաններով: Իմունային անբավարարություն ունեցող անձանց մոտ հիվանդության առաջնային դրսևորումներին հաջորդում է վարակի դիսեմինացումը: Դիսեմինացված հիստոպլազմոզի դեպքում՝ մարմնի ջերմության բարձրացում մինչև 39°C, քաշի կորուստ, գիշերային քրտնարտադրություն, հազ, հևոց, ցավեր որովայնի շրջանում, բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի և մաշկի ախտահարումներ՝ բժահանգուցավոր ցան, թոքային ախտանշաններ, լյարդի, փայծաղի և ավշային հանգույցների մեծացում: Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթների, փափուկ և կարծր քիմքի վրա գրանուլեմաներ, մեռուկացած խոցեր: Հնարավոր է կարծր քիմքի թափածակում և փափուկ հյուսվածքների զգալի քայքայում, ԿՆՀ-ի ախտահարման դեպքում՝ հոգեկան խանգարումներ, հազվադեպ՝ գանգուլեդային նյարդերի ախտահարման նշաններ: Ախտորոշման նպատակով կատարվում է արյան, մեզի կամ բրոնխալվեոլյար լվացման հեղուկում հիստոպլազմայի անտիգենի հայտնաբերմանն ուղղված հետազոտություն իմունադիֆուզիայի և կոմպլիմենտի կապման ռեակցիայի մեթոդով: Կատարվում է արյան և ոսկրածուծի ցանքս հատուկ սննդային միջավայրերում՝ սնկի կուլտուրայի անջատման նպատակով, նաև ախտահարված օրգանների բիոպտատների հյուսվածքաբանական հետազոտություն հարուցիչի հայտնաբերման համար: Ռենտգենաբանական հետազոտությամբ հայտնաբերվում են հարարմատային ավշային հանգույցների մեծացում, տարածուն ինտերստիցիալ, ռետիկուլյար ինֆիլտրատներ, հանգույցներ թոքերի ստորին հատվածներում[4,217]: Հիստոպլազմոզի բուժումը ներկայացված է աղյուսակ 35-ում [216, 218]:

Աղյուսակ 35. Հիստոպլազմոզի բուժումը*

Հակասնկային դեղեր	Դեղաչափ	Ընդունման հաճախականություն	Ընդունման ձև	Բուժման տևողություն
<i>Դիսեմինացված ծանր հիստոպլազմոզ</i>				
Լիպոսոմալ ամֆոտերիցին B	3մգ/կգ	օրը 1 անգամ	ներերակային	2 շաբաթ կամ մինչև կլինիկական լավացումը
Հետո՝ իտրակոնազոլ	200մգ	օրը 3 անգամ, հետո 2 անգամ	ներքին ընդունման	3 օր մինչև 12 ամիս
<i>Դիսեմինացված միջին ծանրության հիստոպլազմոզ</i>				
Իտրակոնազոլ	200մգ	3 անգամ,	ներքին ընդունման	3 օր

Հակասնկային դեղեր	Դեղաչափ	Ընդունման հաճախականություն	Ընդունման ձև	Բուժման տևողություն
		Հետո՝ 2 անգամ		մինչև 12 ամիս
<i>Հիստոպլազմոզային մենինգիտ</i>				
Լիպոսոմալ ամֆոտերիցին B,	5մգ/կգ	օրը 1 անգամ	ներերակային	4-6 շաբաթ
Հետո՝ իտրակոնազոլ	200մգ	3 անգամ	ներքին ընդունման	մինչև 12 ամիս

* Բուժման կուրսի ավարտից հետո իրականացվում է պահպանողական բուժում մինչև CD4+ լիմֆոցիտների քանակը դառնա ≥ 100 բջջ/մլ և պահպանվի 3 ամիս: Պահպանողական բուժման համար կիրառվում է՝ իտրակոնազոլ 200 մգ ներքին ընդունման ձևով, օրը 2 անգամ, կամ ֆլուկոնազոլ՝ 200 մգ ներքին ընդունման ձևով, օրը 2 անգամ:

251. ԿՆՀ-ի ախտահարումները կարող են պայմանավորված լինել նյարդային համակարգի վրա ՄԻԱՎ-ի անմիջական ազդեցությամբ, ինչի հետևանքով կարող են զարգանալ էնցեֆալոպաթիա, միելոպաթիա և պերիֆերիկ նեյրոպաթիա: ՄԻԱՎ վարակի ժամանակ կարող են լինել բազմաթիվ նյարդաբանական խանգարումներ, այդ թվում ուղեղանյութի ատրոֆիա և դեգեներացիա, ՁԻԱՀ-դեմենցիայի համախտանիշ, ուղեղիկի ատրոֆիա, վակուոլյար միելոպաթիա, դիմային նյարդի կաթված, Գիյեն-Բարեի համախտանիշ, զգայական և շարժողական ծայրամասային նեյրոպաթիա՝ ցավային համախտանիշով: ԿՆՀ-ի ախտահարում կարող են առաջացնել նաև բազմաթիվ բակտերիալ, վիրուսային և սնկային ՕՎ-ներ [4]:

252. Տոքսոպլազմոզ ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մոտ զարգանում է, երբ CD4+ լիմֆոցիտների քանակը < 100 բջջ/մլ, կամ հազվադեպ՝ $100-200$ բջջ/մլ է: Հարուցիչը *Toxoplasma gondii* նախակենդանին է [215]: ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մոտ տոքսոպլազմոզը հիմնականում արտահայտվում է էնցեֆալիտի կամ դիսեմինացված վարակի ձևով: Գեներալիզացված ընթացքի դեպքում զարգանում են օջախային խորիոռետինիտ, պապիլիտ, վասկուլիտ, թոքերի, միոկարդի, ավշային հանգույցների, ոսկրածուծի, լյարդի ախտահարում: Գլխուղեղի ախտահարումն ընթանում է էնցեֆալոպաթիայի և ինտոքսիկացիայի ախտանշաններով՝ գիտակցության խանգարումներ, ցնցումներ, տենդ, գլխացավ, օջախային նյարդաբանական ախտանշաններ (արգելակվածություն, գանգուղեղային նյարդերի պարեզներ և կաթվածներ, շարժողական խանգարումներ, կորորդինացիայի խանգարումներ, տեսադաշտի նեղացում, աֆազիա), հազվադեպ՝

մենինգեալ համախտանիշ: Գլխուղեղի կեղևի դիֆուզ ախտահարումով պացիենտների մոտ օջախային ախտանշաններն ի հայտ են գալիս հիվանդության զարգացմանը զուգահեռ: Գեներալիզացված տոքսոպլազմոզի դեպքում դիտվում են տենդ, բազմաօրգանային ախտահարման նշաններ, սեպսիսի կամ սեպտիկ շոկի և դիսեմինացված ներանոթային մակարդման համախտանիշի ախտանշաններ: Տոքսոպլազմոզով պայմանավորված աչքերի ախտահարման դեպքում դիտվում են առարկաների գծագրման աղավաղում, տեսադաշտում կետիկների կամ բծերի առաջացում: Տոքսոպլազմոզային թոքաբորբի դեպքում՝ տենդ, հևոց, չոր հազ, արագ զարգացող շնչառական անբավարարություն, զարկերակային հիպոտենզիա, սեպտիկ շոկի կլինիկական նշաններ [4, 215, 217]: Ախտորոշման համար կատարվում են համակարգչային տոմոգրաֆիա և մագնիսա-ռեզոնանսային տոմոգրաֆիա ներերակային կոնտրաստավորումով, որոնց ժամանակ գլխուղեղում, հատկապես կեղևում, թալամուսում, հիմային հանգույցներում հայտնաբերվում են բազմաթիվ օջախներ պերիֆոկալ այտուցով և ներերակային կոնտրաստի օղակաձև կուտակմամբ: Շճաբանական հետազոտությամբ արյան շիճուկում հայտնաբերվում են տոքսոպլազմայի նկատմամբ IgG հակամարմիններ: ՊՇՌ մեթոդով ողնուղեղային հեղուկում հայտնաբերվում է *Toxoplasma gondii* ԴՆԹ: Ողնուղեղային հեղուկում դիտվում է երկնիշ լիմֆոցիտար ցիտոզ, սպիտակուցի քանակի բարձրացում մինչև 2գ/լ, արյան մեջ՝ անեմիա, լեյկոցիտոպենիա, լիմֆոցիտոպենիա [215, 218]: Ակնահատակի գննման ժամանակ հայտնաբերվում են միակողմանի կամ երկկողմանի դիֆուզ կամ օջախային սպիտակադեղնավուն, անհարթ եզրերով նեկրոզի օջախներ, բորբոքային ռեակցիան բացակայում է: Թոքերի ռենտգենաբանական հետազոտությամբ հայտնաբերվում են երկկողմանի ինտերստիցիալ ինֆիլտրացիա, հարարմատային լիմֆադենոպաթիա [217]: Տոքսոպլազմոզի բուժումը մեծահասակների և երեխաների մոտ ներկայացված է աղյուսակներ 36-37-ում [4, 215, 221], բուժումը երիկամային անբավարարության ժամանակ՝ աղյուսակ 38-ում [20]:

Աղյուսակ 36. Մեծահասակների մոտ տոքսոպլազմոզի բուժումը¹

Դեղ	Դեղաչափ	Ընդունման հաճախականություն	Ընդունման ձև	Բուժման տևողություն ^{3,4}
Պիրիմետամին	200մգ	միանվագ դեղաչափ	ներքին ընդունում	1 օր
<i>այնուհետև</i>				
Պիրիմետամին	Եթե <60կգ 50մգ Եթե 60կգ > 75մգ	օրը 1 անգամ օրը 1 անգամ	ներքին ընդունում	6-8 շաբաթ
Ֆոլինաթթու (լեյկովորին)	10-20մգ	օրը 1 անգամ	ներքին ընդունում	6-8 շաբաթ
+	Եթե <60կգ 1000մգ Եթե 60կգ > 1500մգ	օրը 4 անգամ	ներքին ընդունում կամ ն/ե	6-8 շաբաթ
Սուլֆադիազին ²				

¹ Տոքսոպլազմոզի կասկածի դեպքում, երբ ախտորոշման հաստատումն անհնարին է, անհապաղ նշանակվում է փորձնական բուժում, որի արդյունավետության դեպքում այն շարունակվում է 6-8 շաբաթ: Եթե փորձնական բուժումը 2 շաբաթվա ընթացքում անարդյունավետ է, անհրաժեշտ է կատարել տարբերակիչ ախտորոշում ԿՆՀ-ի այլ ախտահարումների, մասնավորապես գլխուղեղի առաջնային լիմֆոմայի հետ [4]:

² Այս սխեմայում սուլֆադիազինը կարելի է փոխարինել հետևյալ դեղերով.

- ☐ կլինդամիցին՝ 600մգ ն/ե ներարկում կամ ներքին ընդունման ձևով, օրը 4 անգամ՝ 6 շաբաթ տևողությամբ,
- ☐ ազիթրոմիցին՝ 1200մգ ներքին ընդունման ձևով, օրը 1 անգամ՝ 6 շաբաթ տևողությամբ,
- ☐ կլարիթրոմիցին՝ 1գ՝ ներքին ընդունման ձևով, օրը 2 անգամ՝ 6 շաբաթ տևողությամբ,
- ☐ ատովակվոն՝ 750մգ ներքին ընդունման ձևով, օրը 4 անգամ՝ 6 շաբաթ տևողությամբ [4]:

³ Որոշ պացիենտների անհրաժեշտ է երկարատև ինտենսիվ բուժման կուրս: Բուժման տևողության վերաբերյալ ստանդարտ առաջարկները բացակայում են: Բուժման սխեման փոխելու որոշումը կատարվում է պացիենտի կլինիկական վիճակի գնահատման և, հնարավորության դեպքում, համակարգչային տոմոգրաֆիայի արդյունքների հիման վրա [4]:

⁴ Պահպանողական բուժման նպատակով նշանակվում են սուր տոքսոպլազմոզի արդյունավետ բուժման սխեմաներում օգտագործվող դեղերը՝ կես դեղաչափով, կամ տրիմեթոպրիմ/ սուլֆամեթոքսազոլ՝ 960մգ օրը 1 անգամ: Պահպանողական բուժումը կարելի է դադարեցնել, երբ CD4+ լիմֆոցիտների քանակը >200բջջ/մլ-ից, և 6 ամիս շարունակ պահպանվում է այդ մակարդակի վրա կամ ավելի է բարձրանում [215]:

Աղյուսակ 37. Ձեռքբերովի տրոստալազմոզի բուժումը երեխաների մոտ. սուր շրջան

Դեղ	Դեղաչափ	Ընդունման հաճախականություն	Ընդունման ձև	Բուժման տևողություն
Պիրիմետամին	2մգ/կգ/օր (առավելագույն դեղաչափը՝ 50մգ)	օրը 1 անգամ	ներքին ընդունում	3 օր
<i>այնուհետև</i>				
Պիրիմետամին + Սուլֆա- դիազին + Կալցիումի ֆոլինատ	1մգ/կգ (առա- վելագույնը՝ 25մգ) 25-50մգ/կգ (առա- վելագույնը՝ 1,0-1,5 գր/դեղաչափ) 10-25մգ	օրը 1 անգամ օրը 4 անգամ օրը 1 անգամ	ներքին ընդունում ներքին ընդունում ներքին ընդունում	6 շաբաթից ոչ պակաս

Աղյուսակ 38. Տրոստալազմոզի բուժումը երիկամային անբավարարության ժամանակ

Դեղ	ԿՖԱ				Դիալիզի ժամանակ դեղաչափերի շտկումը
	Նորմալ	>50մլ/ր	10-50մլ/ր	<10մլ/ր	
Պիրիմետամին	50-75մգ 24 ժամը մեկ	100%	100%	100%	ՊԴ,ԱՊԴ,ԱԶԵՀՖ՝ դեղաչափի շտկում չի պահանջվում
Կլինդամիցին	150- 300մգ 6 ժամը մեկ	100%	100%	100%	ՊԴ՝ դեղաչափի շտկում չի պահանջ- վում ԱՊԴ* ԱԶԵՀՖ* ԱԵԵՀՖ, ինչպես նոր- մալ ԿՖԱ-ի դեպքում
Սուլֆադիազին	2գ 6 ժամը մեկ	խուսափել	խուսափել	խուսափել	խուսափել

* ԿՖԱ <10մլ/ր դեպքում թույլատրվող դեղաչափ

253. Հասարակ հերպեսի վիրուսով (այսուհետ՝ ՀՀՎ) պայմանավորված վարակի հարուցիչները Herpes simplex virus 1, Herpes simplex virus 2-ն են: ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մոտ ՀՀՎ1-ով պայմանավորված վարակն առավել հաճախ դրսևորվում է մաշկի և լորձաթաղանթների ախտահարմամբ: Հերպեսի առաջնային դրսևորմանը հետևում են հաճախակի կրկնությունները: Հերպետիկ

ախտահարումները կարող են լինել տարածուն և պերսիստենտային, հնարավոր է վարակի դիսեմինացիա: Մաշկի և լորձաթաղանթների ախտահարումն ընթանում է բերանի շուրջը, քթի, թևերի, շրթունքների և/կամ սեռական օրգանների վրա վեզիկուլաների և ցավոտ մակերեսային էրոզիաների առաջացումով: Երբ CD4+ լիմֆոցիտների քանակը <100բջջ/մկլ-ից, մաշկի ցանավորումն ավելի խոր է և երկարատև, հաճախ զարգանում են բշտիկախոցային և խոցանեկրոտիկ ստոմատիտ, գինգիվոստոմատիտ: ՀՀՎ1-ով աչքերի ախտահարման ժամանակ դիտվում է կերատիտ կամ կերատոիրիդոցիկլիտ, հազվադեպ՝ ուլեիտ, կերակրափողի ախտահարման ժամանակ՝ էզոֆագիտ դիսֆագիայով, օդինոֆագիայով, կլման ժամանակ ցավերով: Հերպեսային թոքաբորբերը կազմում են ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մոտ թոքաբորբերի 2-5%-ը, բնորոշ են տրախեիտը, բրոնխիտը, տենդը, ինտոքսիկացիան, նոպայաձև հազը, երբեմն՝ շնչառական անբավարարության նշանները: Հերպեսային մենինգիտը, մենինգոէնցեֆալիտը կամ էնցեֆալիտը ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մոտ ուղեղային ախտահարման պատճառների 1-3% են կազմում: Ունենում են ենթասուր սկիզբ, դանդաղ զարգացում, դրսևորվում են մենինգեալ ախտանշանների և անձի խանգարման դրսևորումների աստիճանական զարգացմամբ, այլ օջախային՝ առավելապես քունքային բլթի ախտահարման նշաններով: ՀՀՎ2-ով հարուցված վարակը կլինիկորեն դրսևորվում է հիմնականում գենիտալ հերպեսով, կարող է ընթանալ ուրետրիտի, ցիստիտի, ցերվիցիտի, վագինիտի, էնդոմետրիտի, պերիանալ խոցերի, ճաքերի, պրոկտիտի ախտանշաններով: ՀՀՎ2-ով պայմանավորված կարող են լինել ասեպտիկ մենինգիտի, ռադիկուլոմիելոպաթիայի, միելիտի ախտանշաններ: Դիսեմինացված հերպեսային վարակի դեպքում դիտվում են արտահայտված ինտոքսիկացիոն համախտանիշ, ներքին օրգանների՝ լյարդի, թոքերի, երիկամների ախտահարման ախտանշաններ՝ մեծամասամբ զուգակցված մաշկային և լորձաթաղանթային դրսևորումներով: Հասարակ հերպեսը ՄԻԱՎ վարակ ունեցող նորածինների մոտ կարող է ընթանալ որպես գեներալիզացված վարակ՝ բազմաթիվ օրգանների ախտահարմամբ (25% դեպքերում), կամ տեղային վարակ՝ ԿՆՀ-ի (35% դեպքերում) և մաշկի, աչքերի ու բերանի խոռոչի ախտահարմամբ (40% դեպքերում): Վեզիկուլյար ցանը դիտվում է մաշկի, աչքերի ու բերանի խոռոչի հերպեսի 80% դեպքերում, իսկ հերպետիկ էնցեֆալիտով ու գեներալիզացված հերպետիկ վարակով երեխաների մոտ՝ միայն 60% դեպքերում: Մեկ ամսականից մեծ երեխաների մոտ ամենահաճախ դիտվող ձևը մաշկի և բերանի խոռոչի հերպետիկ վարակն է: Առաջնային հերպետիկ գինգիվիտը և ստոմատիտը բնորոշվում են տենդով, դյուրագրգռությամբ, ստորձնոտային ավշահանգույցների ցավոտությամբ, լնդերի, բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի և հարբերանային շրջանի մաշկի վրա ցավոտ խոցերի

առկայությամբ: ՄԻԱՎ վարակով երեխաների մոտ առաջնային հերպետիկ վարակն ընթանում է արտահայտված ցանով, իսկ երբեմն գեներալիզացված վարակի ձևով՝ բազմաթիվ օրգանների ախտահարմամբ: Խիստ արտահայտված իմունային անբավարարության ժամանակ կարող է զարգանալ հերպետիկ էզոֆագիտ, էնցեֆալիտ, սեռական օրգանների հերպես, ինչպես նաև դիսեմինացված վարակ՝ լյարդի, մակերիկամների, թոքերի, երիկամների, փայծաղի և ուղեղի ախտահարմամբ: Ախտորոշման համար կատարվում է բշտիկների, խոցերի պարունակության, բիոպտատի, ողնուղեղային հեղուկի հետազոտություն ՊՇՌ մեթոդով ՀՀՎ1-ի և/կամ ՀՀՎ2-ի ԴՆԹ-ի հայտնաբերման նպատակով: Իմունաբլոտի, մոնոկլոնալ հակամարմինների հետ ուղղակի իմունա-ֆլյուորեսցենցիայի, ԻՖԱ մեթոդով հայտնաբերվում են վիրուս-սպեցիֆիկ հակամարմիններ և անտիգեններ: Համակարգչային տոմոգրաֆիայի միջոցով գլխուղեղում հայտնաբերվում են հերպետիկ ախտահարման բազմաթիվ օջախներ՝ հատկապես քունքային տեղակայումով: Թոքերի ռենտգենաբանական հետազոտությամբ հայտնաբերվում են երկկողմանի, ցրված, մանր, կլոր շրջագծով կարծրացումներ, երբեմն՝ նաև պլևրալ էքսուդատի առկայություն [4,215, 217]: ՀՀՎ-ով պայմանավորված վարակի բուժումը մեծահասակների և երեխաների մոտ ներկայացված է աղյուսակ 39-43-ում [4,215, 216, 222-225]:

Աղյուսակ 39. Մեծահասակների մոտ ՀՀՎ-ով պայմանավորված վարակի բուժումը*. թեթև ձև

Հակավիրուսային դեղ	Դեղաչափ	Ընդունման հաճախականություն	Ընդունման ձև	Բուժման տևողություն
Առաջին շաբաթի դեղեր				
Ացիկլովիր	400մգ	օրը 3 անգամ	ներքին ընդունում	7-10 օր
Կամ				
Ֆամցիկլովիր	500մգ	օրը 3 անգամ	ներքին ընդունում	7-10 օր
Կամ				
Վալացիկլովիր	1գ	օրը 2 անգամ	ներքին ընդունում	7-10 օր

* ՀՀՎ-ով պայմանավորված վարակի բուժման կուրսի ավարտից հետո պահպանողական բուժման կարիք չկա՝ բացառությամբ հաճախակի և ծանր ռեցիդիվներով ընթացող դեպքերի, երբ նշանակում են ացիկլովիրով կամ վալացիկլովիրով բուժում՝ ներքին ընդունման ձևով, օրը մեկ անգամ:

Աղյուսակ 40. Մեծահասակների մոտ հասարակ հերպեսային վարակի ռեցիդիվի բուժումը

Հակավիրուսային դեղ	Դեղաչափ	Ընդունման հաճախականություն	Ընդունման ձև	Բուժման տևողություն
Առաջին շաբթի դեղեր				
Ացիկլովիր	800մգ	օրը 5 անգամ	ներքին ընդունում	7-10 օր
Կամ				
Ֆամցիկլովիր	500մգ	օրը 3 անգամ	ներքին ընդունում	7-10 օր
Կամ				
Վալացիկլովիր	1գ	օրը 2 անգամ	ներքին ընդունում	7-10 օր

Աղյուսակ 41. Մեծահասակների մոտ ՀՀՎ-ով պայմանավորված վարակի բուժումը ծանր ձև

Հակավիրուսային դեղ	Դեղաչափ	Ընդունման հաճախականություն	Ընդունման ձև	Բուժման տևողություն
Առաջին շաբթի դեղեր				
Ացիկլովիր	10մգ/կգ	օրը 3 անգամ	ներերակային	7-10օր
Կամ				
Վալացիկլովիր	1գ	օրը 2 անգամ	ներքին ընդունում	7-14 օր

Աղյուսակ 42. Մեծահասակների մոտ ՀՀՎ-ով պայմանավորված վարակի բուժումը ծանր ձև՝ ներքին օրգանների ախտահարմամբ

Հակավիրուսային դեղ	Դեղաչափ	Ընդունման հաճախականություն	Ընդունման ձև	Բուժման տևողություն
Առաջին շաբթի դեղեր				
Ացիկլովիր	10մգ/կգ	օրը 3 անգամ	ներերակային	14-21 օր
Կամ				
Ացիկլովիր,	10մգ/կգ	օրը 3 անգամ	ներերակային	2-7 օր
Հետո՝ վալացիկլովիր	1գ	օրը 2 անգամ	ներքին ընդունում	10 օր և ավել

Հակավիրուսային դեղ	Դեղաչափ	Ընդունման հաճախականություն	Ընդունման ձև	Բուժման տևողություն
Երկրորդ շարքի դեղեր				
Ֆոսկառնետ (ացիկլովիրի նկատմամբ կայունության կասկածի դեպքում)	80-120մգ/կգ	օրը 3 անգամ	ներերակային	14 օր

Աղյուսակ 43. Երեխաների մոտ հերպեսի բուժումը

Ախտահարման ձևը	Հակավիրուսային դեղ	Դեղաչափ	Ընդունման հաճախականություն	Ընդունման ձև	Բուժման տևողություն
Մաշկային ծածկույթների, բերանի և աչքերի ախտահարում	ացիկլովիր	20մգ/կգ	օրը 3 անգամ	ներերակային	14 օր
Դիսեմինացված ձև կամ էնցեֆալիտ	ացիկլովիր	20մգ/կգ կամ 500մգ/մ²	օրը 3 անգամ	ներերակային	21 օր
Հերպետիկ գինգիվիտ և ստոմատիտ	ացիկլովիր	5-10մգ/կգ կամ	օրը 3 անգամ	ներերակային	7-14 օր
		20մգ/կգ	օրը 3 անգամ	ներքին ընդունում	7-14 օր
Ացիկլովիրի անարդյունավետության դեպքում					
	ֆոսկառնետ	80-120մգ/կգ/օր	2-3 ընդունում 1-2 ժամ տևողությամբ (ներարկել դանդաղ, ոչ ավելի քան 1մգ/կգ/րոպե արագությամբ)	ներերակային	մինչև ապաքինումը

254. Գոտևորող որքինի (Herpes Zoster) զարգացումը ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մոտ վկայում է իմուն համակարգի ընկճման խորացման մասին: Հարուցիչն է Varicella zoster վիրուսը (այսուհետ՝ ՎՀՎ): Գոտևորող որքինը կլինիկորեն

արտահայտվում է ցավոտ վեզիկուլյար ցանով՝ 1-2 դերմատոմի սահմանում, որը 2 օրվա ընթացքում դառնում է պոլիմորֆ՝ բշտիկ (վեզիկուլա), թարախաբշտիկ (պուստուլա), կեղև: ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մոտ ցանը կարող է կրել բշտային (բուլյոզ), հեմոռագիկ, մեռուկային բնույթ և լինել չափազանց ցավոտ: Բշտիկները և կեղևները սովորաբար պահպանվում են 2-3 շաբաթ, իսկ մեռուկային էլեմենտները՝ մինչև 6 շաբաթ, և թողնում են արտահայտված սպիներ [4,215]: ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մոտ գոտևորող որքինը կարող է ընթանալ ասիայիկ ձևով, տարածվել դերմատոմի սահմաններից դուրս, լինել երկկողմանի, գեներալիզացված, ինչպես նաև արտահայտվել ռեցիդիվող, ջրծաղիկ հիշեցնող առատ ցանով [4,226]: Հնարավոր է գոտևորող որքինի դիսեմինացված ձևի զարգացում՝ մաշկի, նյարդային համակարգի, թոքերի, լյարդի և լորձաթաղանթների ախտահարման ախտանշաններով: ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների շրջանում ՎԶՎ-ով պայմանավորված հիվանդությանը բնորոշ է տեսողական օրգանների ախտահարումը՝ կերատիտ, իրիդոցիկլիտ, ուվեոռետինիտ, սուր ռետինալ նեկրոզ, տեսողական նյարդի ներիտ: ԿՆՀ-ի ախտահարման ժամանակ զարգանում են մենինգիտ, էնցեֆալիտ, ուղղաձիգ միելիտ, գանգուլեդային նյարդերի բորբոքում կամ կաթված, ռադիկուլիտ, պոլիռադիկուլոնևրիտներ, հեմոռագիկ կաթված: Ախտորոշումը կատարվում է կլինիկական պատկերի հիման վրա: Լաբորատոր ախտորոշման համար ուղղակի և անուղղակի իմունաֆլյուորեսցենցիայի մեթոդներով ցանի էլեմենտների քերուկում, թոքի, լյարդի, գլխուղեղի և այլ օրգանների բիոպտատներում կատարվում է գոտևորող որքինի վիրուսի հակաձնի հայտնաբերման հետազոտություն, կենսանյութերում՝ ՊՇՌ- մեթոդով ՎԶՎ-ի ԴՆԹ-ի հայտնաբերման հետազոտություն: Ողնուղեղային հեղուկում դիտվում են սպիտակուցի բարձր քանակ, մոնոնուկլեար պլեոցիտոզ [215]: Թոքերի ռենտգենաբանական հետազոտությամբ հայտնաբերվում են տարածուն, ցանցահանգուցավոր փոփոխություններ: Գոտևորող որքինի բուժումը մեծահասակների և երեխաների մոտ ներկայացված է աղյուսակ 44-46-ում [4,215, 216]:

Աղյուսակ 44. Գոտևորող որքինի բուժումը. մեկ դերմատոմի սահմաններում

Հակավիրուսային դեղ	Դեղաչափ	Ընդունման հաճախականություն	Ընդունման ձև	Բուժման տևողություն
Առաջին շաբաթի դեղեր				
Ֆամցիկլովիր	500մգ	օրը 3 անգամ	ներքին ընդունում	7-10 օր
Վալացիկլովիր	1000մգ	օրը 3 անգամ	ներքին ընդունում	7-10 օր

Հակավիրուսային դեղ	Դեղաչափ	Ընդունման հաճախականություն	Ընդունման ձև	Բուժման տևողություն
Կամ				
Ացիկլովիր	800մգ	օրը 5 անգամ	ներքին ընդունում	7-10 օր կամ մինչև բշտիկների չորանալը

Աղյուսակ 45. Մաշկի, աչքերի, ներքին օրգանների ախտահարումով դիսեմինացված գոյակորոզ որքինի բուժումը*

Հակավիրուսային դեղ	Դեղաչափ	Ընդունման հաճախականություն	Ներմուծման ձև	Բուժման տևողություն
Առաջին շաբաթի դեղեր				
Ացիկլովիր	10մգ/կգ	օրը 3 անգամ	ներերակային	10-14 օր, կերատիտի և էնցեֆալիտի դեպքում՝ 14-21օր

* Երբ առկա են ցանցենու մեռուկացման օջախներ, և CD4+ լիմֆոցիտների քանակը <100բջիջ/մկլ, նշանակվում է գանգիկլովիր՝ 5մգ/կգ օրը 2 անգամ, ներերակային կաթիլային, 21 օր: Պոստերալեպտիկ ներալգիայի ժամանակ, որն արտահայտվում է ախտահարված նյարդի ուղղությամբ ուժեղ ցավերով, ցավազրկման նպատակով նշանակում են ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային դեղեր: Եթե ցավը պահպանվում է, կարելի է նշանակել ամփոփիպոլին, կարբամազեպին կամ ֆենիտին:

Աղյուսակ 46. Երեխաների մոտ ջրծաղիկի և գոյակորոզ որքինի բուժումը

Հակավիրուսային դեղ	Դեղաչափ	Ընդունման հաճախականություն	Ընդունման ձև	Բուժման տևողություն
Ջրծաղիկ				
Բարձր ջերմությամբ կամ մեռուկացված փարրերի առաջացումով ընթացող ջրծաղիկ՝ խորացած և խիստ արտահայտված իմունային անբավարարությամբ երեխաների մոտ				
Ացիկլովիր	10-20մգ/կգ	օրը 3 անգամ	ներերակային	7 օր վերջին տարրերի առաջացումից հետո
Բերանի խոռոչի թեթև ախտահարումներով ընթացող ջրծաղիկ՝ չափավոր իմունային անբավարարությամբ երեխաների մոտ				

Հակավիրուսային դեղ	Դեղաչափ	Ընդունման հաճախականություն	Ընդունման ձև	Բուժման տևողություն
Ացիկլովիր	20մգ/կգ (առավելագույնը՝200մգ)	օրը 3 անգամ	ներքին ընդունում	7 օր՝ վերջին տարրերի առաջացումից հետո
Գոտևորող որքին				
<i>Եռորյակ նյարդի կամ մի քանի դերմատոմների տարածումն ախտահարումներով ընթացող գոտևորող որքին՝ խիստ արտահայտված իմունային անբավարարությամբ երեխաների մոտ</i>				
Ացիկլովիր	10-20մգ/կգ	օրը 3 անգամ	ներերակային	7 -10 օր
<i>Բերանի խոռոչի թեթև ախտահարումներով ընթացող գոտևորող որքին՝ չափավոր իմունային անբավարարությամբ երեխաների մոտ</i>				
Ացիկլովիր	20մգ/կգ (առավելագույնը՝ 200մգ)	օրը 3 անգամ	ներքին ընդունում	7 -10 օր
<i>Ացիկլովիրի անարդյունավետության դեպքում</i>				
Ֆոսկառնետ	40-60մգ/կգ	օրը 3 անգամ	ներերակային	7 -10 օր

255. Ցիտոմեգալովիրուսային վարակը զարգանում է, երբ CD4+ լիմֆոցիտների քանակը <50-100բջջ/մլ: Հարուցիչը Herpesviridae ընտանիքին պատկանող ցիտոմեգալովիրուսն է (այսուհետ՝ ՑՄՎ): ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մոտ հիվանդությունն ունի մի քանի շաբաթ տևող աստիճանական սկիզբ, ընթանում է ջերմության բարձրացումով մինչև 39-40°C, բնորոշ է անկանոն, ալիքաձև տենդր: Հիվանդությունն ընթանում է գեներալիզացված ձևով, տարբեր օրգան-համակարգերի ախտահարումով, զարգանում են թոքաբորբ, էզոֆագիտ, կոլիտ, ռետինիտ, պոլիռադիկուլոպաթիա, էնցեֆալովենտրիկուլիտ, մակերիկամների ախտահարում: Հնարավոր է նաև սրտի, ենթաստամոքսային գեղձի, երիկամների և ոսկրածուծի ախտահարում: Էնցեֆալովենտրիկուլիտն արտահայտվում է կոպիտ նյարդաճանաչողական խանգարումներով, պոլիռադիկուլոպաթիայով՝ ցավեր ստորին վերջույթներում, զգացողական խանգարումներ, կոնքի օրգանների ֆունկցիոնալ խանգարումներ [215]: Ցիտոմեգալովիրուսային կոլիտն ու էնտերոկոլիտն ընթանում են ցավերով որովայնի շրջանում, տենդով և լուծով: Ցիտոմեգալովիրուսային թոքաբորբի ժամանակ դիտվում է ուժեղ, նոպայաձև հազ՝ քիչ խորխարտադրությամբ, հևոց, տենդ: Ցիտոմեգալովիրուսային ռետինիտին բնորոշ են տեսողության իջեցումը կամ կորուստը, տեսադաշտում լողացող կետերի, ցանցի առաջացումը: Էզոֆագիտի ժամանակ բերանի խոռոչում առաջանում են ցավոտ խոցեր, որոնք դժվարացնում են սննդի ընդունումը, արտահայտված ցավ կրծոսկրի հետևում և դիսֆագիա [4,215]: Գեներալիզացված ցիտոմեգալովիրուսային վարակն ընթանում է արտահայտված ինտոքսիկացիայով, ունի ծանր

ընթացք և հաճախ հանգեցնում է մահվան: Ցիտոմեգալովիրուսային վարակն ախտորոշվում է լեյկոցիտների կուլտուրայից, ինչպես նաև հյուսվածքներից և կենսաբանական հեղուկներից վիրուսն անջատելու միջոցով: Լեյկոկոնցենտրատից վիրուսի անջատումը վկայում է վիրեմիայի մասին, և ակտիվ վարակի ապացույց է: Ցիտոմեգալովիրուսային վարակի ախտորոշման համար կիրառվում են նաև այլ մեթոդներ՝ քր65 հակաձնի հայտնաբերում արյան մեջ, որակական և քանակական ՊՇՌ հետազոտություն, ԴՆԹ-ի հիբրիդիզացիայի մեթոդ, որոնք ավելի զգայուն են, քան վիրուսի հայտնաբերման կուլտուրալ մեթոդները [4]: Կարևոր ախտորոշիչ նշանակություն ունեն ցիտոմեգալովիրուսի ԴՆԹ-ի $>2,01\text{g}$ խտությամբ հայտնաբերումը պերիֆերիկ արյան լեյկոցիտների 10^5 քանակում կամ արյան պլազմայում ԴՆԹ-ի >10000 պատճեն/մլ հայտնաբերումը, ողնուղեղային, պլևրալ հեղուկում կամ ախտահարված օրգանի բիոպտատում ԴՆԹ-ի >10000 պատճեն/մլ հայտնաբերումը [215]: Ռադիկուլոմիելոպաթիայի դեպքում ողնուղեղային հեղուկում հայտնաբերվում է պոլիմորֆ կորիզային լեյկոցիտոզ [218]: ՄԻԱՎ-ով վարակված երեխաների մոտ ակտիվ ցիտոմեգալովիրուսային վարակի ախտորոշումը ունի որոշակի բարդություններ՝ կապված մայրական հակամարմինների տրանսպլացենտար անցման հետ: Այդ պատճառով մինչև 1 տարեկան երեխաների մոտ ցիտոմեգալովիրուսի նկատմամբ հակամարմինների հայտնաբերումն ախտորոշիչ նշանակություն չունի: Մեկ տարեկանից մեծ երեխաների մոտ ցիտոմեգալովիրուսի նկատմամբ հակամարմինների հայտնաբերումը նույնպես չի վկայում ակտիվ վարակի մասին, քանի որ այդ հակամարմինների առկայությունը կարող է լինել նախկինում տարած վարակի արդյունք: Ցանկացած տարիքում ցիտոմեգալովիրուսի կուլտուրայի անջատումը վկայում է երեխայի վարակվածության մասին, բայց ակտիվ վարակի հաստատում չէ [4]: Ցիտոմեգալովիրուսային ռետինիտի ժամանակ ցանցենու վրա հայտնաբերվում են հարանոթային դեղնասպիտակ ինֆիլտրատներ և/կամ արյունազեղումներ: Էնդոսկոպիկ հետազոտությամբ կերակրափողի և հաստ աղու լորձաթաղանթների վրա հայտնաբերվում են մեծ մակերեսով ոչ խորը խոցեր, հյուսվածքաբանական հետազոտությամբ՝ բնորոշ ներմիջուկային և ցիտոպլազմային ներառումներ: Թոքերի ռենտգենաբանական հետազոտությամբ հայտնաբերվում է երկկողմանի ինտերստիցիալ պնևմոնիտի պատկեր, հնարավոր է նաև մանր-օջախային ստվերների հայտնաբերում վերին բլթերում: Ցիտոմեգալովիրուսի նկատմամբ IgG հակամարմինների բացակայությունը կասկածի տակ է դնում ցիտոմեգալովիրուսային վարակի առկայությունը: Ցիտոմեգալովիրուսի անտիգենների բացակայությունը բացառում է վարակը, սակայն դրանց առկայությունը դեռևս չի վկայում ակտիվ վարակի մասին [217, 218]: Ցիտոմեգալովիրուսային վարակի բուժումը մեծահասակների և երեխաների մոտ ներկայացված է աղյուսակ 47-49-ում [4, 215, 216]:

Աղյուսակ 47. Մեծահասակների մոտ ստամոքսաղիքային համակարգի, ԿՆՀ-ի ցիտոմեգալովիրուսային ախտահարումների և ցիտոմեգալովիրուսային ռեպինիպի բուժումը*

Հակավիրուսային դեղ	Դեղաչափ	Ընդունման հաճախականություն	Ընդունման ձև	Բուժման տևողություն
Առաջին շաբթի դեղ				
Գանցիկլովիր	5մգ/կգ	օրը 2 անգամ	ներերակային	2-3 շաբաթ
Երկրորդ շաբթի դեղեր				
Ֆոսկառնետ	90մգ/կգ	օրը 2 անգամ	ներերակային	3 շաբաթ
Կամ				
Վալգանցիկլովիր (ցանցենու ծայրամասային ախտահարման դեպքում)	900մգ	օրը 2 անգամ	ներքին ընդունում	2-3 շաբաթ

* Պահպանողական բուժման համար կիրառվում է վալգանցիկլովիր՝ 900մգ, օրը 1 անգամ, ներքին ընդունման, գանցիկլովիր՝ 5-6մգ/կգ, օրը 1 անգամ ն/ե կամ, կամ ֆոսկառնետ՝ 90-120մգ/կգ, օրը 1 անգամ, շաբաթական 5 օր: Իրականացվում է, մինչև ՀՌՎ բուժման ֆոնի վրա CD4+ լիմֆոցիտների քանակը բարձրանում է 100-150բջջ/մկլ-ից և պահպանվում 3 ամիս:

Աղյուսակ 48. Մեծահասակների մոտ ցիտոմեգալովիրուսային ռեպինիպի պահպանողական բուժումը

Հակավիրուսային դեղ	Դեղաչափ	Ընդունման հաճախականություն	Ընդունման ձև	Բուժման տևողություն
Գանցիկլովիր (ներակնային իմպլանտանտ) + Վալգանցիկլովիր (երկրորդ աչքի ախտահարման կանխարգելում)	900մգ	օրը 1 անգամ	ներքին ընդունում	մինչև CD4+ լիմֆոցիտների քանակն առնվազն 3 ամիս պահպանվի 100-150 բջջ/մկլ և ավելի մակարդակով

Աղյուսակ 49. Նորածինների և վաղ մանկական հասակի երեխաների մոտ ցիտոմեգալովիրուսային վարակի բուժումը*

Հակավիրուսային դեղ	Դեղաչափ	Ընդունման հաճախականություն	Ընդունման ձև	Բուժման տևողություն
Գանցիկլովիր	6մգ/կգ	օրը 2 անգամ	ներերակային	14 օր
Այնուհետև				
Գանցիկլովիր	10մգ/կգ	օրը 1 անգամ, օրումեջ	ներերակային	3 ամիս
Ֆոսկառնետ	40-60 մգ/կգ	օրը 3 անգամ	ներերակային	7-10 օր

256. ՅՄՎ-ով ՀՀՎ-ով և ՎԶՎ-ով հարուցված վարակների բուժումը երիկամային անբավարարության ժամանակ ներկայացված է աղյուսակ 50-ում [20]:

Աղյուսակ 50. ՅՄՎ-ով, ՀՀՎ-ով, ՎԶՎ-ով հարուցված վարակների բուժումը երիկամային անբավարարության ժամանակ

Դեղ	ԿՖԱ				Դիալիզի ժամանակ դեղաչափերի շտկումը
	Նորմալ	>50մլ/ր	10-50մլ/ր	<10մլ/ր	
Ացիկլովիր	5-10մգ/կգ 8 ժամը մեկ	5մգ/կգ 8-12 ժամը մեկ	5մգ/կգ 12-24 ժամը մեկ	2,5մգ/կգ 24 ժամը մեկ	ՊԴ՝ միևնույն դեղաչափը դիալիզից հետո ԱՊԴ, ինչպես ԿՖԱ <10մլ/ր դեպքում ԱԶԵՀՖ՝ 6,5մգ/կգ 24 ժամը մեկ ԱԵԵՀՖ՝ 6,5-15մգ/կգ 24 ժամը մեկ
Գանցիկլովիր	5մգ/կգ 12 ժամը մեկ	3մգ/կգ 12 ժամը մեկ (ԿՖԱ 25-50մլ/ր դեպքում)	3մգ/կգ 24 ժամը մեկ (ԿՖԱ 10-25մլ/ր դեպքում)	1,5մգ/կգ 24 ժամը մեկ	ՊԴ՝ միևնույն դեղաչափը դիալիզից հետո ԱՊԴ, ինչպես ԿՖԱ <10մլ/ր դեպքում ԱԶԵՀՖ՝ 3,5մգ/կգ 24 ժամը մեկ ԱԵԵՀՖ՝ 2,5մգ/կգ 24 ժամը մեկ

Դեղ	ԿՖԱ				Դիալիզի ժամանակ դեղաչափերի շտկումը
	Նորմալ	>50մլ/ր	10-50մլ/ր	<10մլ/ր	
Վալգանցիկլովիր	900մգ 12 ժամը մեկ մեկնարկային բուժման ժամանակ	450մգ 12 ժամը մեկ (ԿՖԱ 40-59մլ/ր դեպքում)	450մգ 24 ժամը մեկ (ԿՖԱ 40-59մլ/ր դեպքում) 48 ժամը մեկ (ԿՖԱ 10-24մլ/ր դեպքում)	որոշված չէ	որոշված չէ
Ֆոսկավիր (Ֆոսկաոնետ)	90մգ/կգ 12 ժամը մեկ	50-100%	10-50%	խուսափել	ՊԴ՝ միևնույն դեղաչափը դիալիզից հետո ԱՊԴ՝ 60մգ/կգ 48-72 ժամը մեկ ԱԶԵՀՖ՝ ԿՖԱ՝ 10-50մլ/ր
Ֆիդոֆոսկավիր	5մգ/կգ 7 օրը մեկ	100%	0,5-2 մգ/կգ 7 օրը մեկ	խուսափել	ՊԴ՝ ԿՖԱ 10-50մլ/ր ԱՊԴ՝ ԿՖԱ 10-50մլ/ր ԱԶԵՀՖ՝ խուսափել
Ֆամցիկլովիր	250մգ 8 ժամը մեկ ներքին ընդունման	12 ժամը մեկ	48 ժամը մեկ	50% 48 ժամը մեկ	ՊԴ՝ միևնույն դեղաչափը դիալիզից հետո ԱՊԴ՝ որոշված չէ ԱԶԵՀՖ՝ ԿՖԱ 10-50մլ/ր

257. Հարաճուն բազմաօջախային լեյկոենցեֆալոպաթիան սովորաբար զարգանում է, երբ CD4+ լիմֆոցիտների քանակը ցածր է 50-100բջջ/մլ-ից: Հարուցիչն է JC-վիրուսը: Հիվանդությունը զարգանում է աստիճանաբար, մի քանի շաբաթվա ընթացքում: Ունի ենթասուր ընթացք: Վիրուսն ախտահարում է ԿՆՀ-ն՝ առաջացնելով սպիտակ նյութի դեմիելինիզացում: Առանց ՀՌՎ բուժման կյանքի

տևողությունը 3-6 ամիս է: Ախտորոշվում է կլինիկական և լաբորատոր-գործիքային չափանիշների հիման վրա: Կլինիկական չափանիշներն են՝ հոգեկան, ճանաչողական խանգարումներ՝ ուշադրության կենտրոնացման թեթև խանգարումներից մինչև դեմենցիա, տեսողության վատացում, կուրություն, խոսքի դժվարացում, մոնո- և հեմիպարեզներ, ատաքսիա, էպիլեպտանման ցնցումներ և գլխուղեղի օջախային ախտահարման այլ նշաններ: Լաբորատոր ախտորոշման համար կատարվում է ողնուղեղային հեղուկում ՊՇՌ մեթոդով JC-վիրուսի ԴՆԹ-ի հայտնաբերման հետազոտություն: ՄՌՏ հետազոտությամբ ուղեղի սպիտակ նյութում և ենթակեղևային կառուցվածքներում հայտնաբերվում են ախտաբանական օջախներ: Յուրահատուկ բուժում դեռևս չկա: ՀՌՎ բուժում չստացող պացիենտները պետք է անհապաղ սկսեն բուժումը, իսկ արդեն բուժում ստացող պացիենտների մոտ անհրաժեշտ է վերանայել սխեմաները: Բուժման տակտիկան հիմնված է արյան մեջ և ողնուղեղային հեղուկում ՄԻԱՎ-ի ՎԾ-ի առավելագույն ճնշման վրա, ինչի համար խորհուրդ է տրվում ՀՌՎ բուժման համար կիրառել հեմատոէնցեֆալիկ պատնեշի բարձր անցանելիություն ունեցող ՀՌՎ դեղեր (կալետրա, ռալտեգրավիր, կոմբիվիր, կիվեքսա) [215]:

258. Էպշտեյն-Բարի վիրուսը պատկանում է հերպեսվիրուսների ընտանիքին: Դրանով պայմանավորված վարակը տարածված է թե՛ ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների, թե՛ ՄԻԱՎ վարակ չունեցող անձանց շրջանում, սակայն ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների բերանաըմպանային լորձում վիրուսային մասնիկների քանակը և վիրուսի նկատմամբ հակամարմինների տիտրերն ավելի բարձր են ՄԻԱՎ վարակ չունեցողների համեմատ: Էպշտեյն-Բարի վիրուսն առաջացնում է մի շարք հիվանդություններ՝ բերանի խոռոչի մազավոր լեյկոպլակիա, լիմֆոիդ ինտերստիցիալ պնևմոնիտ, ոչ Հոջկինյան լիմֆոմաներ (դիֆուզ խոշոր բջջային լիմֆոմա և Բերկիտի լիմֆոմա), քիթ-ըմպանի քաղցկեղ, ինֆեկցիոն մոնոնուկլեոզ: ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մոտ Էպշտեյն-Բարի վիրուսն ախտահարում է ԿՆՀ-ն, թոքերը, ստամոքսաղիքային համակարգը [4,215]:

259. Մազավոր լեյկոպլակիայով պացիենտների 98%-ի մոտ հայտնաբերվում է ՄԻԱՎ վարակ: Սրա ժամանակ լեզվի կողմնային մակերեսների վրա դիտվում է սպիտակ, ուղղաձիգ, շերտավոր փառի տեսքով լորձաթաղանթի էպիթելի ախտահարում, որը բարորակ բնույթ ունի: Հաճախ համակցվում է սնկային ախտահարման հետ և դիտվում է որպես բերանի կանդիդոզ: Բերանի խոռոչի մազավոր լեյկոպլակիայի յուրահատուկ բուժում գոյություն չունի: Սովորաբար խորհուրդ է տրվում հետևել բերանի խոռոչի հիգիենային [4,215]:

260. Լիմֆոիդ ինտերստիցիալ պնևմոնիտի ժամանակ երեխաների մոտ հաճախ հայտնաբերվում են ինտերստիցիալ թոքաբորբի ախտանշաններ, մեծահասակների մոտ թոքերի ծանր ախտահարման նշանները բացակայում են: Թոքերի ռենտգենաբանական հետազոտությամբ հայտնաբերվում են դիֆուզ ինտերստիցիալ

ինֆիլտրատներ, որոնք կարող են նման լինել թոքերի տուբերկուլոզին կամ պնևմոցիստային թոքաբորբին: Լիմֆոիդ ինտերստիցիալ պնևմոնիտի յուրահատուկ բուժում գոյություն չունի [4]:

261. ՄԻԱՎ կապակցված ոչ Հոջկինյան լիմֆոմաների կեսը կապված են Էպշտեյն-Բարի վիրուսի հետ և առաջանում են, երբ CD4+ լիմֆոցիտների քանակը <100բջջ/մլ: Ոչ Հոջկինյան լիմֆոմայի ժամանակ մեծանում են տարբեր տեղակայման ավշային հանգույցները, դրանք լինում են կարծր, անցավ, անշարժ կամ քիչ շարժունակությամբ: Բնորոշ ախտանշաններն են տենդը, ընդհանուր թուլությունը, քաշի անկումը: Բերկիտի լիմֆոմայի դեպքերի 28-78%-ը պայմանավորված է Էպշտեյն-Բարի վիրուսով [215]: Դիտվում են նեկրոտիկ խոցոտումներ, թարախակույտեր լնդերի, կարծր քիմքի, լեզվի լորձաթաղանթի վրա: Բնորոշ է ուռուցքի արագ աճը՝ հաճախ ծնոտոսկրի ընդգրկումով: Արտահանգուցային տեղակայման դեպքում լինում են ցավեր որովայնի շրջանում, ոսկրային ցավեր, աղիքային անանցանելիության կամ աղեստամոքսային արյունահոսության ախտանշաններ [215, 217]: Ավշային հանգույցների, մկանների, լյարդի, փայծաղի, թոքերի, սրտամկանի, գլխուղեղի, ստամոքսաղիքային համակարգի օրգանների և ոսկրածուծի հյուսվածաբանական հետազոտությամբ հայտնաբերվում են ոչ Հոջկինյան լիմֆոմայի ուռուցքային բջիջներ, ախտահարված լորձաթաղանթների հյուսվածաբանական հետազոտությամբ՝ Բերկիտի լիմֆոմայի ուռուցքային բջիջներ: Համակարգչային տոմոգրաֆիայով, գաստրոսկոպիայով հայտնաբերվում են օրգանների տարբեր աստիճանի (I-IV) ուռուցքային ախտահարումներ, ՄՌՏ հետազոտությամբ՝ եզակի, խոշոր (3սմ-ից ավելի), անկանոն եզրերով, այտուցով շրջապատված օջախներ սպիտակ նյութում, հաճախ փորոքների պատերի շրջակայքում. բնորոշ է կոմպլեքսային կոնտրաստային ուժգնացումը [4,215]:

262. Էպշտեյն-Բարի վիրուսով պայմանավորված ԿՆՀ-ի ախտահարման ժամանակ դիտվում են գլխացավ, օջախային նյարդաբանական ախտանշաններ, ցնցումներ, նյարդաճանաչողական խանգարումներ՝ թույլ արտահայտված ինտոքսիկացիայի ախտանշաններով կամ առանց դրանց: ԿՆՀ-ի լիմֆոմայի դեպքում ողնուղեղային հեղուկում դիտվում է սպիտակուցի քանակի բարձրացում, լիմֆոցիտոզ՝ 0-100: Էպշտեյն-Բարի վիրուսով պայմանավորված վարակների լաբորատոր ախտորոշումը հիմնված է ԻՖԱ մեթոդով VCA, EA, NA հակածինների հանդեպ սպեցիֆիկ IgM և IgG հակամարմինների և ՊՇՌ մեթոդով արյան մեջ, ախտահարված հյուսվածքներում Էպշտեյն-Բարի վիրուսի ԴՆԹ-ի հայտնաբերման վրա [215, 218]: Ոչ Հոջկինյան լիմֆոմայի, Բերկիտի լիմֆոմայի և ԿՆՀ-ի լիմֆոմայի բուժումը ներկայացված է աղյուսակ 51-ում [4]:

Աղյուսակ 51. Ոչ Հոջկինյան լիմֆոմայի, Բերկիտի լիմֆոմայի և կենտրոնական նյարդային համակարգի լիմֆոմայի բուժումը¹

Դեղ	Դեղաչափ	Ընդունման հաճախականություն	Ընդունման ձև	Բուժման տևողություն
Քիմիաթերապիա CHOP սխեմայով²				
Պրեդնիզոլոն	100մգ	օրը 1 անգամ	ներքին ընդունման ձևով	5 օր
Վինկրիստին (օնկոլին)	1,4մգ/մ ² (առավելագույն դեղաչափ՝ 2մգ/օր)	միանվագ դեղաչափ		բուժման առաջին օրը
Ցիկլոֆոսֆամիդ	750մգ/մ ²	միանվագ դեղաչափ		բուժման առաջին օրը
Դոքսոռուբիցին	50մգ/մ ²	միանվագ դեղաչափ		բուժման առաջին օրը
Քիմիաթերապիա EPOCH սխեմայով³				
Էթոպոզիդ	50մգ/մ ² /օր		կենտրոնական երակային կատետրով	
Դոքսոռուբիցին	10մգ/մ ² /օր		կենտրոնական երակային կատետրով	
Վինկրիստին	0,4մգ/մ ² /օր (առավելագույն դեղաչափը՝ 2մգ/շաբաթ)			
Ցիկլոֆոսֆամիդ	375մգ/մ ² /օր		միանվագ ն/ե ներարկում	միայն հինգերորդ օրը
Պրեդնիզոլոն	100մգ/օր		ներքին ընդունման ձևով	ցիկլի 1-5 օրերին

¹ Ոչ Հոջկինյան լիմֆոմայի դեպքում արդյունավետ է քիմիաթերապիան CHOP սխեմայով: Այն կարելի է նշանակել անկախ CD4+ լիմֆոցիտների քանակից, սակայն երկարատև ռեմիսիա ստանալու համար անհրաժեշտ է վաղ սկսել ՀՌՎ բուժումը (արդեն քիմիաթերապիայի ընթացքում, նույնիսկ եթե CD4+ լիմֆոցիտների քանակը >350բջ/մկլ): Առանց ՀՌՎ բուժման ոչ Հոջկինյան լիմֆոման հաճախ կրկնվում է [227]: ԿՆՀ-ի լիմֆոմայի (մետաստազներ) դեպքում խորհուրդ է տրվում գլխի ճառագայթում ցիտոստատիկներով և սպերոիդ հորմոններով քիմիաթերապիայի ֆոնին [228]: ԿՆՀ-ի առաջնային լիմֆոմայի դեպքում գլխուղեղի ճառագայթումը բուժման միակ արդյունավետ միջոցն է:

Պացիենտների մեծ մասի մոտ ուռուցքը հայտնաբերելու ժամանակ CD4+ լիմֆոցիտների քանակը <50բջ/մլ: ՀՌՎ բուժումը նպաստում է ռեմիսիայի երկարացմանը: Անհրաժեշտ է այն սկսել հնարավորինս շուտ [229, 230]: Բերկիդի լիմֆոմայի բուժման համար օգտագործվում են CHOP և EPOCH սխեմաները: Քիմիաթերապիայից հետո անցկացվում է ճառագայթային բուժում ուռուցքի ենթադրյալ առաջնային օջախի շրջանում:

² Քիմիաթերապիան CHOP սխեմայով անցկացվում է 6 կուրսով (հիմնականում այդքան կուրս է անհրաժեշտ լիարժեք ռեմիսիայի համար): Նոր ցիկլը սկսվում է յուրաքանչյուր 21 օրը մեկ:

³ Քիմիաթերապիայի EPOCH սխեմայի կիրառման դեպքում նշանակվում է 96 ժամ անընդմեջ ԿԼԿ ներերակային ներարկումների 6 կուրս: Նոր ցիկլը սկսվում է յուրաքանչյուր 21 օրը մեկ:

263. Կապոշիի սարկոման չարորակ ուռուցքային հիվանդություն է, զարգանում է անկախ CD4+ լիմֆոցիտների քանակից: Հարուցիչը մարդու հերպեսվիրուսի 8-րդ տեսակն է: Կապոշիի սարկոմայի կասկածով բոլոր պացիենտները պարտադիր պետք է հետազոտվեն ուռուցքաբանի կողմից: ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մոտ Կապոշիի սարկոման ունի ավելի չարորակ ընթացք: Արտահայտվում է մաշկի կամ լորձաթաղանթների վրա հիպերպիգմենտացված կապտավուն, ալ կարմիր կամ մանուշակագույն հանգույցների կամ պապուլաների առկայությամբ՝ շրջակա հյուսվածքների լիմֆոստազով: Բերանի խոռոչում տեղակայվում են կարծր քիմքի, լեզվի, ըմպանի, լնդերի կամ նշիկների վրա: Ուռուցքի տարրերի շրջակա մաշկն աստիճանաբար ստանում է դեղնականաչ գույն՝ «ծաղկող» հեմատոմայի ախտանշան: Ուռուցքի կենտրոնում հաճախ առաջանում է նեկրոզ կամ խոցոտում, այն կարող է հեշտությամբ արյունահոսել: Կապոշիի սարկոմայի ժամանակ կարող են ախտահարվել թոքերը, ստամոքսաղիքային համակարգը, ավշային հանգույցները: Թոքերի ախտահարումն ունի ինֆիլտրատիվ բնույթ, ուղեկցվում է պլևրիտով, հաճախ զարգանում է շնչառական անբավարարություն: Դիտվում է հազ, երբեմն՝ արյունախխում, հևոց: Ստամոքսաղիքային համակարգի ախտահարման ժամանակ լինում են ցավ որովայնի շրջանում, արյունահոսության կամ աղիների անանցանելիության ախտանշաններ: Անհրաժեշտ է տարբերակել բակտերիալ անգիոմատոզից, որը հաճախ է զարգանում ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մոտ: Ախտահարված հյուսվածքի՝ մաշկի, բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի բիոպտատի հյուսվածաբանական հետազոտությամբ հայտնաբերվում են ուռուցքային բջիջներ, ՊՇՌ մեթոդով՝ ՄՀՎ8-ի ԴՆԹ: Թոքերի ախտահարման դեպքում բրոնխոսկոպիկ հետազոտությամբ հայտնաբերվում են ներբրոնխային տեղակայման արտափքված կարմիր հանգույցներ, բիոպտատի հյուսվածաբանական հետազոտության արդյունքները հաճախ լինում են բացասական: Ստամոքսաղիքային համակարգի էնդոսկոպիկ հետազոտությամբ հայտնաբերվում են հեմոռագիկ հանգույցներ լորձաթաղանթի վրա, բիոպտատի հյուսվածաբանական հետազոտության արդյունքները հաճախ լինում են

բացասական: Հիվանդության գեներալիզացիայի դեպքում ցուցված է համակարգչային տոմոգրաֆիկ հետազոտություն: Հիվանդության տեղային ձևի ժամանակ անցկացվում է ճառագայթային բուժում, իսկ գեներալիզացված ձևի ժամանակ՝ քիմիաթերապիա: Ռեմիսիան դժվարությամբ է ստացվում, հաճախակի են ռեցիդիվները: Սահմանազատված գոյացությունները կարելի է հեռացնել վիրահատական ճանապարհով, կարելի է օգտագործել հեղուկ ազոտ (հաճախակի ռեցիդիվներ), լազեր կամ իոնիզացող ճառագայթում: Արդյունավետ են բլեոմիցինի տեղային ներարկումները: Սովորաբար Կապոշիի սարկոման հետ է զարգանում ՀՌՎ բուժման ֆոնին առանց բուժման լրացուցիչ մեթոդների [4,215]:

264. Արգանդի վզիկի քաղցկեղի և սեռական օրգանների ստորին հատվածների նախաքաղցկեղային հիվանդությունների հիմնական պատճառը մարդու պապիլոմավիրուսն է: ՄԻԱՎ վարակով կանանց շրջանում արգանդի վզիկի քաղցկեղի զարգացման վտանգը 5-10 անգամ բարձր է: Պապանիկոլաուի մեթոդով ներկված արգանդի վզիկի քսուքի (ՊԱՊ քսուք) բջջաբանական հետազոտությամբ փոփոխություններ հայտնաբերվում են ՄԻԱՎ վարակով կանանց 20-40%-ի մոտ: ՄԻԱՎ վարակի ախտորոշումից հետո կանայք պետք է անցնեն գինեկոլոգիական հետազոտություն և ՊԱՊ քսուքի հետազոտություն, որը կրկնում են 6 ամիս անց և հետագայում կատարում տարին մեկ անգամ: Հիվանդության վաղ փուլն ընթանում է անախտանշան և կարող է ախտորոշվել վզիկից վերցված քսուքի բջջաբանական հետազոտությամբ և կոլպոսկոպիկ հետազոտությամբ: Հիվանդության կլինիկական նշաններն են՝ արյունային արտադրություն, ցավ սեռական հարաբերության ժամանակ կամ դրանից հետո, արյունահոսություն դաշտանային ցիկլերի միջև, դաշտանային ցիկլի խանգարում: Ուռուցքի քայքայման փուլում դիտվում է թարախային, գարշահոտ արտադրություն, լինում են արտահայտված ցավեր գոտկատեղում, ուղիղ աղիքի, սրբանի և ազդրերի շրջանում, որովայնի ստորին հատվածում, միզարձակման խանգարումներ, լիմֆոստազ ստորին վերջույթներում, փորկապություն, աղիների ատոնիայի ախտանշաններ, հնարավոր է կղանքում արյան առկայություն: Բարդություններից են ուռուցքային կախեքսիան, ուրեմիան և պերիտոնիտը: Հիվանդությունն ախտորոշվում է արգանդի վզիկի քսուքի բջջաբանական հետազոտությամբ և կոլպոսկոպիկ հետազոտությամբ, ՊՇՌ մեթոդով բարձր օնկոգենությամբ ՄՊՎ-ի շտամների (HPV-16, 18, 31, 33 և 35) ԴՆԹ-ի հայտնաբերումով [4]:

265. Պերսիստվող գեներալիզացված (համատարածուն) լիմֆադենոպաթիան ՄԻԱՎ վարակով մեծահասակների մոտ առավել հաճախ դրսևորվում է ավշային հանգույցների սիմետրիկ գեներալիզացված մեծացումով: Պերսիստվող գեներալիզացված լիմֆադենոպաթիան բնորոշվում է որպես ավշային հանգույցների մեծացում (տրամագիծը՝ 1 սմ-ից ավելի) 2 և ավելի խմբերում (բացառությամբ աճուկային ավշային հանգույցների), որը պահպանվում է 3 ամսից ավելի:

Մեծացած ավշային հանգույցները, որպես կանոն, անցավ են, շարժուն, կիսա-պինդ: Առավել լավ շոշափվում են պարանոցային, անութային, ենթաձնոտային և աճուկային ավշային հանգույցները: Լիմֆադենոպաթիան կարող է լինել ՄԻԱՎ վարակի միակ նշանը: Պերսիստվող գեներալիզացված լիմֆադենոպաթիան կարող է լինել ոչ միայն ՄԻԱՎ վարակի, այլև տուբերկուլոզի, լեյկոզների, լիմֆոմաների, Կապոշիի սարկոմայի, սիֆիլիսի, ցիտոմեգալովիրուսային վարակի, տոքսոպլազմոզի, կրիպտոկոկոզի, հիստոպլազմոզի և այլ հիվանդությունների դրսևորում: Լիմֆադենոպաթիայի պատճառը հայտնաբերելու համար անհրաժեշտ է կատարել մեծացած ավշային հանգույցի բիոպսիա: Ավշահանգույցի հյուսվածաբանական հետազոտությամբ հայտնաբերվում է ռեակտիվ հիպերպլազիա կամ ֆոլիկուլյար հիպերպլազիա: ՄԻԱՎ վարակով պայմանավորված լիմֆադենոպաթիայի ախտորոշումը չի բացառում այլ ծանր հիվանդությունների առկայությունը (օր.՝ լիմֆոմայի, եթե բիոպսիա չի կատարվել): Ուստի պացիենտի վիճակի ցանկացած փոփոխության, երկարատև տենդի կամ այլ կասկածելի ախտանշանների դեպքում անհրաժեշտ է կրկնել ավշային հանգույցի բիոպսիան կամ հեռացնել ավշային հանգույցը: Պերսիստվող գեներալիզացված լիմֆադենոպաթիա ունեցող պացիենտներին ցուցված է ավշային հանգույցի բիոպսիա հետևյալ դեպքերում՝

- 1) առկա է ավշահանգույցների ոչ համաչափ մեծացում,
- 2) առկա է ավշահանգույցների արտահայտված մեծացում, եթե անգամ մեկ ավշահանգույցի տրամագիծը գերազանցում է 3 սմ,
- 3) ավշահանգույցները մնում են մեծացած հսկողության ողջ ընթացքում,
- 4) ռենտգենաբանական հետազոտությամբ հայտնաբերվել են տուբերկուլոզի նշաններ,
- 5) ռենտգենաբանական հետազոտությամբ հայտնաբերվել է հարարմատային ավշահանգույցների մեծացում,
- 6) ցանկացած տեղակայման Կապոշիի սարկոմա,
- 7) 1 շաբաթից ավելի տևող տենդ, գիշերային քրտնարտադրություն և քաշի անկում [4]:

266. Տենդը կարող է զարգանալ վարակիչ հիվանդությունների, բորբոքումների և չարորակ նորագոյացությունների հետևանքով: Մեծահասակների մոտ պերսիստվող տենդ են համարում 2 շաբաթից ավելի պահպանվող ջերմության բարձրացումը 38°C-ից բարձր: ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների շրջանում պերսիստվող տենդը կարող է լինել ՄԻԱՎ վարակի միակ արտահայտությունը: Այդ պատճառով խորհուրդ է տրվում անհայտ ծագման տենդ ունեցողներին հետազոտել ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ: Պերսիստվող տենդով մեծահասակների մոտ կարելի է ենթադրել ՄԻԱՎ վարակ հետևյալ դեպքերում՝ անամնեզում ռիսկային սեռական վարքագիծ, զուգընկերը կամ երեխան վարակված են ՄԻԱՎ-ով, առկա են ՄԻԱՎ վարակի այլ դրսևորումներ (պերսիստվող գեներալիզացված լիմֆադենոպաթիա, բերանի խո-

ռոչի կամ սեռական օրգանների կանդիդոզ, բերանի խոռոչի մազավոր լեյկոպլակիա, մաշկի քորվող ցաներ, բերանի կամ սեռական օրգանների հերպես, քաշի կորուստ [4]:

267. Քաշի կորուստը մեծահասակների մոտ հաճախ պայմանավորված է ՄԻԱՎ վարակով: Քաշի արտահայտված կորուստ է համարվում մարմնի ելքային քաշի 10%-ից ավելի կորուստը: Քաշի արտահայտված կորուստը ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մոտ կոչվում է ՄԻԱՎ-կախեքսիա (ՄԻԱՎ-հյուծվածություն): Դրա պատճառները վերջնականապես պարզված չեն: Հնարավոր պատճառների թվում են քրոնիկ և կրկնվող վարակները, քրոնիկ լուծը, ներծծման խանգարումները, ՄԻԱՎ-ով պայմանավորված միոպաթիան, ՄԻԱՎ-ով պայմանավորված ախորժակի կորուստը [4]:
268. Կանդիդոզից բացի, ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների շրջանում կարող են լինել բերանի խոռոչի բազմաթիվ այլ հիվանդություններ, որոնք ներկայացված են աղյուսակ 52-ում [4]:

Աղյուսակ 52. ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների շրջանում բերանի խոռոչի առավել հաճախ հանդիպող հիվանդությունները

Հիվանդություն	Կլինիկական պատկեր	Բուժում
Գինգիվիտ	Լնդերի հիպերեմիա, այտուց և արյունահոսություն	Մետրոնիդազոլ՝ 400մգ, օրը 2 անգամ, ներքին ընդունման ձևով, 7 օր
Թարախահոսություն	Թարախի կուտակում ատամնալնդային գրպանիկներում	Ողողումներ թույլ գոլ աղաջրով սննդի յուրաքանչյուր ընդունումից հետո, ատամների մաքրում օրը 2 անգամ
Պերիոդոնտիտ	Ատամները շրջապատող ոսկրային և փափուկ հյուսվածքների արագընթաց ցավոտ քայքայում, լնդերի արյունահոսություն, ատամների կորուստ	Բերանի խոռոչի սանացիա, քայքայված հյուսվածքների հեռացում, ողողումներ քլորհեքսիդինի լուծույթով Ամոքսիցիլին՝ 500մգ, օրը 3 անգամ, ներքին ընդունման ձևով, 5 օր, կամ մետրոնիդազոլ՝ 200մգ, օրը 3 անգամ, ներքին ընդունման ձևով, 5 օր
Աֆտոզ ստոմատիտ	Թարախային արտադրությամբ պատված ցավոտ խոցեր, որոնք դիպչելիս արյունահոսում են	Բերանի խոռոչի հիգիենայի պահպանում և ստերոիդային հորմոնների տեղային օգտագործում
Ստոմատիտ	Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի բորբոքում	Ողողումներ թույլ գոլ աղաջրով՝ սննդի յուրաքանչյուր ընդունումից հետո, ատամների մաքրում օրը 2 անգամ

Հիվանդություն	Կլինիկական պատկեր	Բուժում
Խեղիտ	Շրթունքների բորբոքում, հիպերեմիա, երբեմն գունատություն (հաճախ առաջանում է ծանր իմունային անբավարարության պացիենտների մոտ)	Յուրահատուկ բուժում գոյություն չունի, A, B և C վիտամիններ, բերանի խոռոչի խնամք
Երկրորդային սիֆիլիս	Այտերի լորձաթաղանթի վրա «խխունջի հետք» հիշեցնող խոնավացող պապուլաներ և խոցեր, լայն կոնդիլոմաներ բերանի անկյուններում և քթանցքերի շուրջ	<i>Երկրորդային սիֆիլիսի բուժումը</i> Բենզատինբենզիլպենիցիլին՝ 2,4 ԱՄ ն/մ, շաբաթը 1 անգամ, 3 շաբաթ կամ դոքսիցիկլին՝ 100մգ, օրը 2 անգամ, 28 օր կամ էրիթրոմիցին՝ 500մգ, օրը 4 անգամ, 28 օր

269. Մաշկի սնկային ախտահարումները (դերմատոմիկոզներ) հանդիպում են ինչպես ՄԻԱՎ-ով վարակված, այնպես էլ ՄԻԱՎ վարակ չունեցող անձանց մոտ: Ցանավորումները սովորաբար ուղեկցվում են քորով, մաշկի չորությամբ և զգալի թեփոտումով: Ցանը կարող է տեղակայվել մարմնի ցանկացած հատվածում: Հարուցիչը կարելի է հայտնաբերել մաշկի քերուքների մանրադիտակային հետազոտությամբ: Դերմատոմիկոզների բուժումը ներկայացված է աղյուսակ 53-ում [4]:

Աղյուսակ 53. Դերմատոմիկոզների բուժումը

Հակասնկային դեղ	Դեղաչափ	Ընդունման հաճախականություն	Ընդունման ձև	Բուժման տևողություն
Առաջին շարքի դեղեր				
Միկոնազոլ	2 % նրբաքսուք	օրը 3 անգամ	տեղային	21 օր
<i>Կամ</i>				
Կլոտրիմազոլ	1% նրբաքսուք	օրը 3 անգամ	տեղային	21 օր
Երկրորդ շարքի դեղեր				
Կետոկոնազոլ	200մգ	օրը 1 անգամ	ներքին ընդունում	1-3 ամիս
<i>Կամ</i>				
Իտրակոնազոլ	100մգ	օրը 1 անգամ	ներքին ընդունում	1-3 ամիս

270. Եղունգների սնկային ախտահարումները (օնիխոմիկոզներ) առաջացնում են եղունգների գույնի փոփոխություններ, եղունգների դեֆորմացիա և քայքայում: Ախտորոշումը դրվում է կլինիկական նշանների հիման վրա: Եղունգային թիթեղիկի ներքին մակերեսից վերցված և կալիումի հիդրօքսիդով մշակված նյութի մանրադիտակային հետազոտությամբ կարելի է հայտնաբերել հարուցիչը: Օնիխոմիկոզների բուժումը ներկայացված է աղյուսակ 54-ում [4]:

Աղյուսակ 54. Օնիխոմիկոզների բուժումը

Հակասնկային դեղ	Դեղաչափ	Ընդունման հաճախականություն	Ընդունման ձև	Բուժման տևողություն
Առաջին շարքի դեղեր				
Տերբինաֆին	250մգ	օրը 1 անգամ	ներքին ընդունում	ծեռքերի եղունգների ախտահարում՝ 6 շաբաթ, ոտքերի եղունգների ախտահարում՝ 12 շաբաթ
Կամ				
Իտրակոնազոլ	200մգ	օրը 2 անգամ	ներքին ընդունում	ծեռքերի եղունգների ախտահարում՝ ամեն ամիս 1 շաբաթ՝ 2 ամսվա ընթացքում, ոտքերի եղունգների ախտահարում՝ ամեն ամիս 1 շաբաթ՝ 3-4 ամսվա ընթացքում

271. Սեբորեային դերմատիտը հաճախ է հանդիպում ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների շրջանում: Ենթադրվում է, որ դրա հարուցիչը *Pityrosporum ovale* (այլ անվանումը՝ *Malassezia furfur*) սունկն է: Բնորոշ են էրիթեմատոզ, թեփուկներով պատված ցաները: ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մոտ ախտահարումներն ավելի տարածուն են, տարրերն ավելի երկար են պահպանվում և ավելի հաճախ են կրկնվում: Ախտորոշումը կատարվում է կլինիկական պատկերի հիման վրա: Ցանը հիմնականում տեղակայվում է դեմքի վրա, քթանցքերի շուրջ, քիթ-շրթունքային ծալքերում, հոնքերի, գլխի, կրծքի, անութային փոսերի, մարմնի վերին հատվածի, սեռական օրգանների շրջանում: Ախտորոշումը հաստատվում է ախտահարված մաշկի քերուկներում սնկի տարրերի հայտնաբերմամբ: Բուժման համար խորհուրդ է տրվում կատարել հաճախակի լվացումներ թեփուկները

հեռացնելու համար: Լավ արդյունք են տալիս սելենի սուլֆիդ պարունակող օճառահեղուկով լվացումները: Առավել արդյունավետ են հիդրոկորտիզոնի 1%-անոց քսուքի կամ կրեմի տեղային ապլիկացիաները: Արդյունավետ է նաև կետոկոնազոլի 2%-անոց կրեմը [4]:

XIII. ՄԻԱՎ/ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՈՋ ՀԱՄԱԿՑՎԱԾ ՎԱՐԱԿՈՎ ՊԱՑԻԵՆՏՆԵՐԻ ՎԱՐՈՒՄ

272. ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների շրջանում ՏԲ-ն ամենատարածված ՕՎ-ներից է և մահվան հիմնական պատճառը (մոտ 30%) [41, 132, 231]:
273. ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների շրջանում բարձր է ակտիվ ՏԲ-ի զարգացման վտանգը: ՄԻԱՎ վարակը նպաստում է տուբերկուլոզի միկոբակտերիայով (*Mycobacterium tuberculosis*) պայմանավորված վարակի անցմանը ակտիվ ՏԲ-ի ինչպես նոր վարակված, այնպես էլ լատենտ տուբերկուլոզային վարակով (այսուհետ՝ ԼՏԲՎ) պացիենտների մոտ [232, 233]:
274. ՄԻԱՎ/ՏԲ համակցված վարակով պացիենտների շրջանում ակտիվ ՏԲ-ի զարգացման վտանգը մեկ տարվա ընթացքում 5-10% է, մինչդեռ ՄԻԱՎ-ով չվարակված մարդկանց համար այդ վտանգը կազմում է 5-10% ամբողջ կյանքի ընթացքում [41]:
275. ՄԻԱՎ վարակն ազդում է ՏԲ-ի զարգացման և բուժման վրա, բարձրացնում է ՏԲ-ի ռեցիդիվների հաճախականությունը, ինչը կարող է պայմանավորված լինել էնդոգեն ռեակտիվացմամբ կամ էկզոգեն կրկնավարակումով [41, 234]:
276. ՏԲ-ն ազդում է ՄԻԱՎ վարակի ընթացքի և բուժման վրա, կարող է լինել հարաճուն ՄԻԱՎ վարակի ինդիկատոր [41]:
277. ՏԲ-ի թոքային ձևը ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների շրջանում ՏԲ-ի առավել տարածված ձևերից է, որի կլինիկական պատկերը, խորխի մանրադիտակային և կրծքավանդակի ռենտգենաբանական հետազոտությունների արդյունքները կախված են իմունային անբավարարության աստիճանից (հավելված 26) [41]:
278. Խիստ արտահայտված իմունային անբավարարության ժամանակ մեծանում է արտաթոքային և դիսեմինացված ՏԲ-ի զարգացման հավանականությունն ինչպես մեծահասակների, այնպես էլ երեխաների մոտ [41]:
279. Ակտիվ ՏԲ-ն ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մոտ նպաստում է այլ ՕՎ-ների, հատկապես պնևմոցիստային թոքաբորբի, կանդիդոզային էզոֆագիտի, կրիպտոկոկային մենինգիտի զարգացումը [235]:
280. ՏԲ-ով կամ ՏԲ-ի կասկածով բոլոր պացիենտներին անհրաժեշտ է հետազոտել ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ [41]:
281. ՄԻԱՎ վարակով բոլոր պացիենտների շրջանում պարբերաբար պետք է կատար-

վի ՏԲ-ի նկատմամբ կարգավիճակի գնահատում [236, 237]: **Նշված ախտանշաններից առնվազն մեկի առկայությունը կարող է վկայել ակտիվ ՏԲ-ի մասին՝ հազ, տենդ, քաշի անկում և գիշերային առատ քրտնարտադրություն: Նշված ախտանշաններով ՄԻԱՎ վարակով պացիենտները պետք է հետազոտվեն ՏԲ-ի և այլ հիվանդությունների վերաբերյալ (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ) [43]:**

282. ՄԻԱՎ վարակով երեխաները, որոնց մոտ առկա է հետևյալ ախտանշաններից առնվազն մեկը՝ քաշի վատ ավելացում, հազ կամ տենդ, կամ առկա է ՏԲ-ով պացիենտների հետ շփում, պետք է հետազոտվեն ՏԲ-ի և այլ հիվանդությունների վերաբերյալ [43]:

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

- 1) շնչառական համակարգի ախտահարման նշաններով անձանց,
- 2) թոքերի ՏԲ-ով պացիենտների հետ բնակվող անձանց,
- 3) ռիսկի այլ գործոններ և բարձր խոցելիություն ունեցող անձանց՝ ԹՆՕ-ներ, ՔԿՀ-ներում գտնվողներ, ակոհոլամոլներ [238]:

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

- 1) շփման վերաբերյալ անամնեզի հավաքում,
- 2) կասկածելի ախտանշանների վերաբերյալ անամնեզի հավաքում (հատկապես 2 շաբաթից ավելի շարունակվող անբացատրելի հազ) [238]:

285. Եթե ՄԻԱՎ վարակով պացիենտի մոտ առկա են թոքերի կամ արտաթոքային ՏԲ-ի (այսուհետ՝ ԱԹՏԲ) կլինիկական ախտանշաններ, և/կամ առկա է շփում ՏԲ-ով պացիենտի հետ, անհրաժեշտ է կատարել հետազոտություններ ակտիվ ՏԲ-ի վերաբերյալ [41]:

286. ՏԲ-ի ախտորոշման մոտեցումները ՄԻԱՎ վարակով մեծահասակների և երեխաների մոտ զգալիորեն չեն տարբերվում ՄԻԱՎ-բացասական կարգավիճակով պացիենտներից [215]:

287. Ակտիվ ՏԲ-ն բացառելու նպատակով կատարվում են՝

- 1) կլինիկական հետազոտություն,
- 2) խորխի հետազոտություն Գեն-էքսպերտ մեթոդով [239],
- 3) խորխի երկու նմուշի (կարելի է անգամ միևնույն օրը վերցված) մանրէաբանական այլ հետազոտություններ (քսուքի մանրադիտում և ցանք), եթե չկա Գեն-էքսպերտ մեթոդով հետազոտության հնարավորություն,
- 4) կրծքավանդակի ռենտգենաբանական հետազոտություն: Կրծքավանդակի ռենտգեն նկարի վրա ինֆիլտրատիվ փոփոխությունների առկայության դեպքում կարող է ծագել լայն սպեկտրի հակաբիոտիկներով փորձնական բուժման անհրաժեշտություն՝ ՏԲ-ի և թոքերի ոչ յուրահատուկ բորբոքման տարբերակիչ ախտորոշման նպատակով [41]:

288. ՏԲ-ի ախտորոշման արդյունավետությունը ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մոտ կարող է սահմանափակ լինել հետևյալ պատճառներով՝ [215]
- 1) ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մոտ թոքերի ՏԲ-ին նման կլինիկական դրսևորումները կարող են պայմանավորված լինել այլ երկրորդային հիվանդություններով, և հետևաբար նրանց մոտ դրանք ավելի քիչ սպեցիֆիկ են ՄԻԱՎ-բացասական կարգավիճակով պացիենտների համեմատ,
 - 2) ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մոտ թոքերի ախտահարումը ավելի հաճախ է պայմանավորված լինում մի քանի պատճառներով, ինչը կարող է քողարկել հակատուբերկուլոզային բուժման պատասխանը,
 - 3) ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մոտ ՏԲ-ի ժամանակ ռենտգենաբանական փոփոխությունները կարող են նման լինել երկրորդային և օպորտունիստական այլ հիվանդությունների և դժվարացնել ախտորոշումը,
 - 4) ՏԲ-ի ախտորոշումը հատկապես դժվար է խիստ արտահայտված իմունային անբավարարություն ունեցող (CD4+ լիմֆոցիտների քանակը <200բջիջ/մլ) պացիենտների մոտ է, քանի որ օրգանիզմի ռեակտիվության զգալի իջեցման պառճառով ՏԲ-ին բնորոշ ռենտգենաբանական փոփոխությունները թոքերում կարող են բացակայել, իմունաբանական մաշկային փորձերը կարող են լինել կեղծ բացասական:
289. ՄԻԱՎ-ասոցացված ՏԲ-ի ախտորոշումը խորխի մանրադիտակային հետազոտության մեթոդով ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մոտ հաճախ դառնում է ախտորոշման ուշացման կամ սխալ ախտորոշման պատճառ [12]:
290. **ՄԻԱՎ-ասոցացված կամ բազմադեղակայուն (ԲԴԿ) ՏԲ-ի կասկածով մեծահասակների և երեխաների մոտ որպես առաջնային ախտորոշիչ մեթոդ անհրաժեշտ է կիրառել Գեն-էքսպերտ ՏՄԿ/ՌԻՖ-ը՝ ստանդարտ մանրէադիտման, կուլտուրալ հետազոտության և դեղազգայունության թեստի (այսուհետ՝ ԴՁԹ) փոխարեն (մեծահասակների համար՝ ուժեղ առաջարկ, ապացույցների բարձր որակ, երեխաների համար՝ ապացույցների շատ ցածր որակ)** [240]:
291. Նուկլեինաթթուների վրա հիմնված մոլեկուլային թեստ-համակարգի՝ Գեն-էքսպերտ ՏՄԿ/ՌԻՖ-ի կիրառումը կրճատում է ՏԲ-ի ախտորոշման ժամանակահատվածը և պետք է լայնորեն կիրառվի ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների շրջանում [12]:
292. **Մեզի ԻՖԱ հետազոտությունը միկոբակտերիալ լիպոարաբինոմանան հակածնի հայտնաբերման նպատակով (LF-LAM) կարող է կիրառվել որպես ակտիվ ՏԲ-ի ախտորոշման լրացուցիչ մեթոդ ՄԻԱՎ վարակով այն պացիենտների համար, որոնք ունեն թոքային և/կամ արտաթոքային տուբերկուլոզի ախտանշաններ CD4+ լիմֆոցիտների ≤ 100 բջիջ/մլ պայմաններում կամ ծանր վիճակով պացիենտների մոտ՝ անկախ CD4+ լիմֆոցիտների քանակից կամ**

դրանց քանակի հայտնի չլինելու դեպքում (պայմանական առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ) [241]: Պացիենտների վիճակը գնահատվում է որպես ծանր, եթե առկա են չորս վտանգավոր ախտանշաններ՝ շնչառության հաճախությունը թուլանում 30-ից ավելի, 39°C-ից բարձր մարմնի ջերմաստիճան, անոթազարկը թուլանում ավելի քան 120, առանց կողմնակի օգնության տեղաշարժվելու անհնարինություն: Այս առաջարկությունը վերաբերում է նաև թոքային և/կամ ԱԹՏԲ-ի ախտանշաններ ունեցող ՄԻԱՎ վարակով երեխաներին [241]:

293. **Մեզի ԻՖԱ հետազոտությունը միկոբակտերալ լիպոարաբինոմանան հակածնի հայտնաբերման նպատակով չի կիրառվում ակտիվ ՏԲ-ի սկրինինգի համար (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ)** [241]:

294. ՄԻԱՎ վարակով պացիենտները ենթակա են ԱԹՏԲ-ի զարգացման ավելի բարձր վտանգի, հատկապես խիստ արտահայտված իմունային անբավարարությամբ պացիենտները [242]:

295. ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մոտ ԱԹՏԲ-ն հաճախ արտահայտվում է դիսեմինացված ՏԲ-ի ձևով, պացիենտները ենթակա են արագ կլինիկական վատացման և մահվան բարձր վտանգի [12]:

296. ԱԹՏԲ-ի ախտորոշումը բարդ խնդիր է: Իմունային համակարգի արտահայտված ընկճման պայմաններում թոքային ախտանշանները հաճախ բացակայում են, և դիսեմինացված տուբերկուլոզը կարող է արտահայտվել որպես ոչ սպեցիֆիկ տենդային հիվանդություն [12]:

297. ԱԹՏԲ-ն անհրաժեշտ է կասկածել ՏԲ-ի ախտանշաններով ՄԻԱՎ վարակով բոլոր պացիենտների մոտ: Ավելին, այնպիսի ախտանշանների առկայության դեպքում, ինչպիսիք են հևոցը (էքսուդատիվ պլերիտ/պերիկարդիտ), պարանոցային և անոթային ավշահանգույցների մեծացումը (լիմֆադենիտ), քրոնիկ գլխացավը կամ գիտակցության մթազնումը (մենինգիտ), անհրաժեշտ է անհապաղ անցկացնել լրացուցիչ հետազոտություններ՝ ԱԹՏԲ-ի հայտնաբերման համար [243]:

298. **ՏԲ-մենինգիտի կասկածի դեպքում առաջնային ախտորոշման համար անհրաժեշտ է կատարել ողնուղեղային հեղուկի հետազոտություն Գեն-էքսպերտ ՏՄԿ/ՌԻՖ մեթոդով՝ ստանդարտ մանրադիտման և կուլտուրալ հետազոտության փոխարեն (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների շատ ցածր որակ)** [240]:

299. ԱԹՏԲ-ի ախտանշաններով բոլոր պացիենտների շրջանում պետք է իրականացնել արտաձման կամ բիոպսիայի միջոցով ստացված նմուշների հետազոտություն Գեն-էքսպերտ ՏՄԿ/ՌԻՖ մեթոդով: Դիսեմինացված վարակի կամ խիստ արտահայտված իմունային անբավարարության ախտանշաններով պացիենտների շրջանում օգտակար կարող է լինել միկոբակտերիաների վերաբերյալ արյան ցանքը [41]:

300. Միկոբակտերիաների հայտնաբերման միջոցով ախտորոշման հաստատումը

հաճախ դժվար է՝ քսուքի մանրադիտման ցածր զգայունության և արտաթոքային նմուշների ստացման դժվարին լինելու պատճառով [12]:

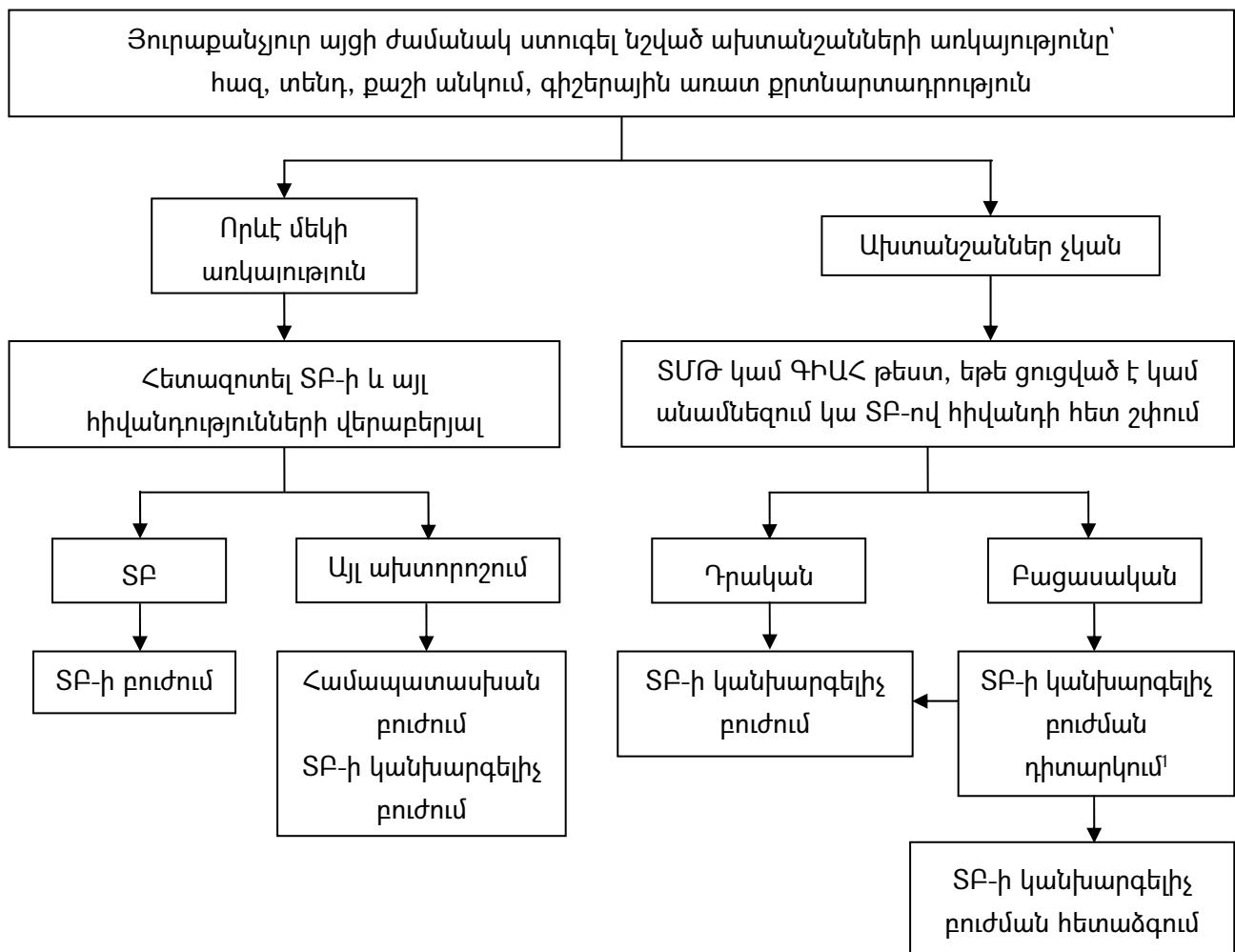
301. ԱԹՏԲ-ի կասկածի դեպքում խորհուրդ են տրվում համապատասխան լրացուցիչ հետազոտություններ (եթե դրանք հասանելի են), ներառյալ համակարգչային տոմոգրաֆիան [41]:
302. ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մոտ անհրաժեշտ է հնարավորինս վաղ ախտորոշել ՏԲ-ն և հնարավորինս շուտ սկսել հակատուբերկուլոզային բուժումը [12]:
303. Հաշվի առնելով ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մոտ տարբեր ՕՀ-ների զարգացման վտանգը՝ ՄԻԱՎ/ՏԲ համակցված վարակով պացիենտներին, ինչպես նաև ՏԲ-ի կասկածով ՄԻԱՎ վարակով պացիենտներին անհրաժեշտ է հետազոտել և անցկացնել տարբերակիչ ախտորոշում նաև այլ ՕՀ-երի հետ (հավելված 27):
304. Ակտիվ ՏԲ-ի կլինիկական ախտանշաններ (հազ, տենդ, քաշի անկում, գիշերային առատ քրտնարտադրություն) չունեցող ՄԻԱՎ վարակով պացիենտները լրացուցիչ հետազոտվում են ԼՏԲՎ-ի հայտնաբերման նպատակով [41]:
305. ԼՏԲՎ-ի հայտնաբերման ստանդարտ թեստը տուբերկուլինային մաշկային թեստն է (այսուհետ՝ ՏՄԹ), որի դրական արդյունքը (ինդուրացիայի տրամագիծը >5մմ) ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մոտ վկայում է տուբերկուլոզային վարակի առկայության մասին [244]:
306. ՏԲ-ի դեմ պատվաստումների բարձր ընդգրկվածության պայմաններում ՏՄԹ-ի փոխարեն կարող է կիրառվել գամմա-ինտերֆերոնի արձակման հետազոտության (այսուհետ՝ ԳԻԱՀ) թեստը [41]:
307. Ակտիվ ՏԲ-ի կլինիկական ախտանշաններ չունեցող ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մոտ ՏՄԹ-ի կամ ԳԻԱՀ թեստի դրական արդյունքի և/կամ ՏԲ-ով հնարավոր վարակման դեպքում (սերտ շփում ՏԲ-ով պացիենտի հետ) կարող է լինել ԼՏԲՎ, ինչը ՏԲ-ի կանխարգելիչ բուժման անցկացման ցուցում է [41]:
308. ՄԻԱՎ վարակի զարգացման և իմունային անբավարարության խորացմանը զուգընթաց բարձրանում է մաշկային աներգիան, և տուբերկուլինային թեստերը կորցնում են իրենց ախտորոշիչ նշանակությունը: Այդ պատճառով ԼՏԲՎ-ի փորձնական բուժման ցուցում չունեցող ՄԻԱՎ վարակով պացիենտները ԼՏԲՎ-ի վերաբերյալ ախտորոշիչ թեստերի բացասական արդյունքների և հարաճուն ՄԻԱՎ վարակի դեպքում (CD4+ լիմֆոցիտներ <200բջիջ/մլ) պետք է կրկնակի հետազոտվեն ԼՏԲՎ-ի վերաբերյալ ՀՌՎ բուժումն սկսելուց հետո, երբ CD4+ լիմֆոցիտների քանակը դառնա 200 բջիջ/մլ-ից ավելի [41]:
309. CD4+ լիմֆոցիտների 200 բջիջ/մլ-ից ցածր քանակով, թոքերի ռենտգենաբանական հետազոտությամբ ՏԲ-ին բնորոշ փոփոխություններով նախկինում հակատուբերկուլոզային բուժում չստացած ՄԻԱՎ վարակով պացիենտներին պետք է դիտարկել որպես ՏԲ-ով պացիենտներ՝ անկախ ԼՏԲՎ-ի վերաբերյալ

ախտորոշիչ թեստերի արդյունքներից [41]:

310. Բարձր ռիսկի խմբերին (ԹՆՕ-ներ, ՔԿՀ-ներում գտնվողներ և այլն) պատկանող ԼՏԲՎ-ի ախտորոշիչ թեստերի բացասական արդյունք ունեցող ՄԻԱՎ վարակով պացիենտներին ցուցված է ԼՏԲՎ-ի վերաբերյալ ամենամյա հետազոտություն [41]:

311. ՄԻԱՎ վարակով մեծահասակների և դեռահասների շրջանում ՏԲ-ի հայտնաբերման ալգորիթմը ներկայացված է գծապատկեր 1-ում:

Գծապատկեր 1. ՄԻԱՎ վարակով մեծահասակների և դեռահասների շրջանում տուբերկուլոզի հայտնաբերման ալգորիթմ

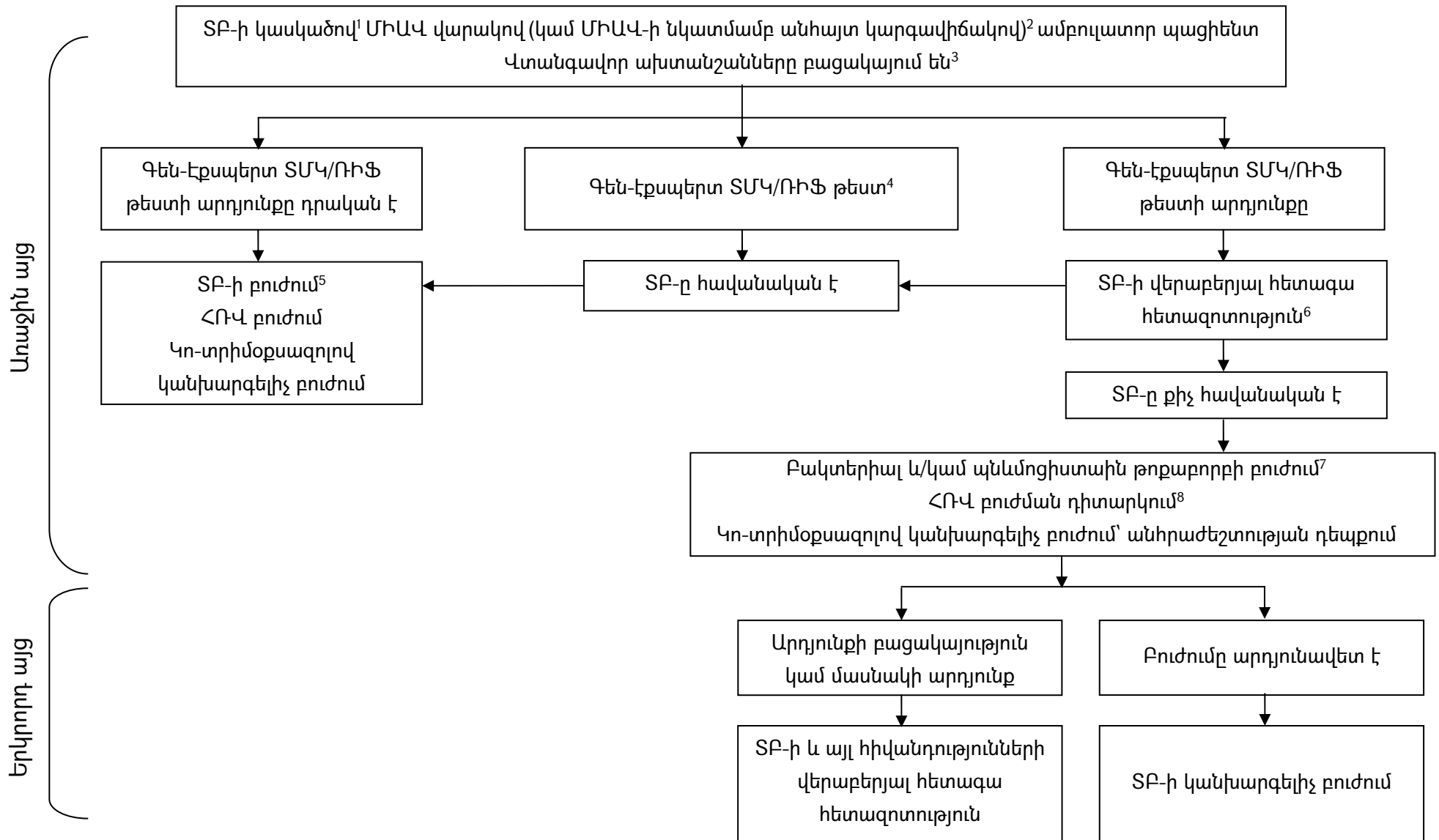


¹ Ի լրումն ախտանշանների սկրինինգի, որը պետք է անցկացվի պացիենտի յուրաքանչյուր այցի ժամանակ, ԼՏԲՎ-ի վերաբերյալ ամենամյա հետազոտություն խորհուրդ է տրվում ռիսկի խմբի պատկանող ՄԻԱՎ վարակով պացիենտներին (ԹՆՕ-ներ, ՔԿՀ-ներում գտնվողներ և այլն):

312. ՏԲ-ի կասկածով ՄԻԱՎ վարակով ամբուլատոր պացիենտների վարման ալգորիթմը ներկայացված է գծապատկեր 2-ում [12]:

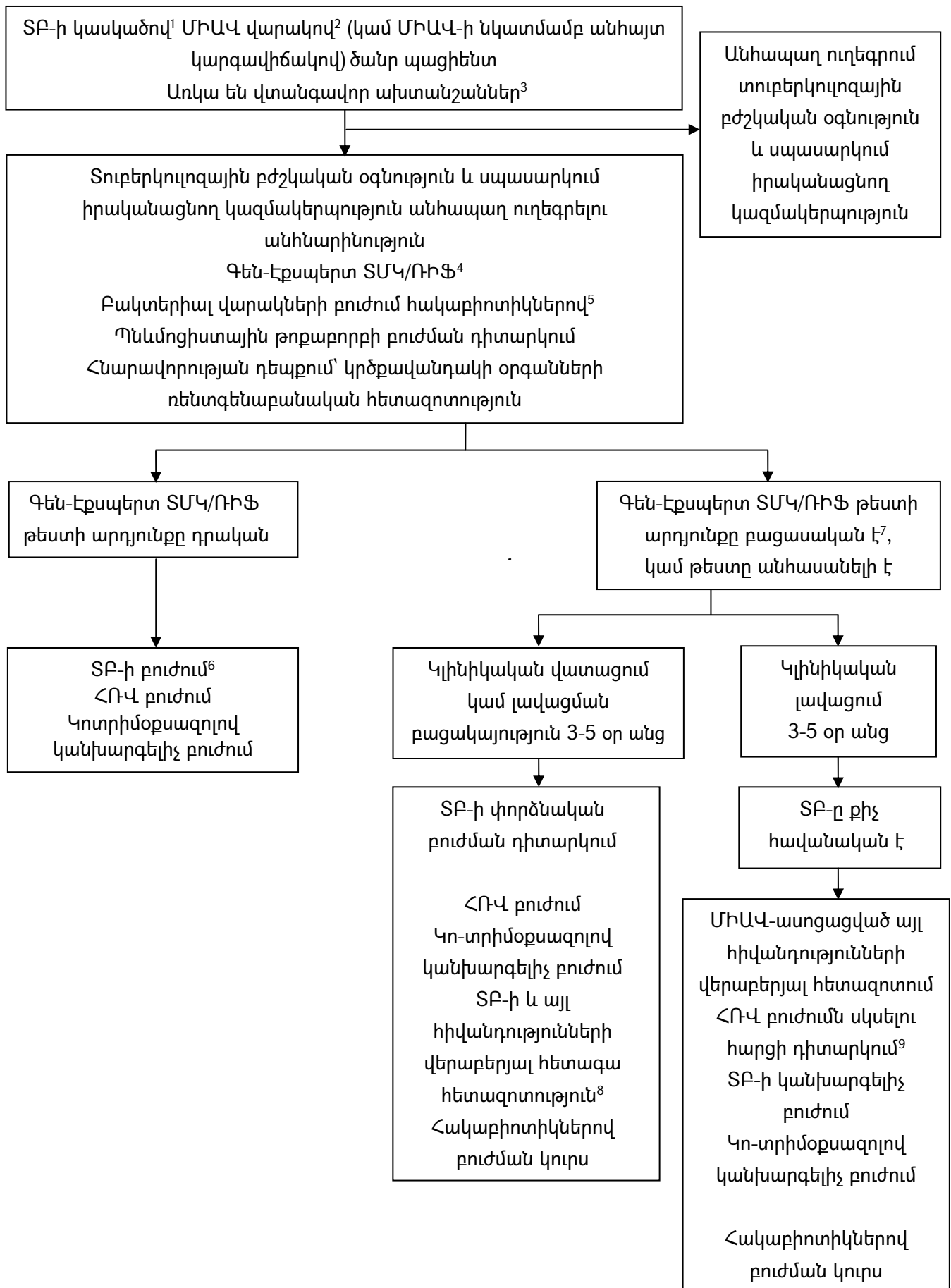
313. ՏԲ-ի կասկածով ՄԻԱՎ վարակով ծանր պացիենտների վարման ալգորիթմը ներկայացված է գծապատկեր 3-ում [12]:

Գծապատկեր 2. Տուբերկուլոզի կասկածով ՄԻԱՎ վարակով ամբուլատոր պացիենտների վարման ալգորիթմ



- ¹ ՏԲ-ի կասկածով ՄԻԱՎ վարակով մեծահասակ կամ դեռահաս, որն ունի հեղուկալ ախտանշաններից որևէ մեկը՝ հազ, տենդ, քաշի անկում, գիշերային առատ քրտնարտադրություն: ՏԲ-ի կասկածով ՄԻԱՎ վարակով երեխա՝ երեխա, որն ունի հեղուկալ ախտանշաններից որևէ մեկը՝ մարմնի զանգվածի աճի հապաղում, տենդ, հազ կամ անամենեզում ՏԲ-ով պացիենտի հետ շփում:
- ² ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ անհայտ կարգավիճակով անձանց հետազոտությունը ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ իրականացվում է համաձայն ՄԻԱՎ վարակի ախտորոշման ռազմավարության:
- ³ Վրանգավոր ախտանշաններն են շնչառության հաճախությունը թուլանալով 30-ից ավելի, մարմնի 39°C-ից բարձր ջերմաստիճանը, անոթազարկը թուլանալով ավելի քան 120, առանց կողմնակի օգնության տեղաշարժվելու անհնարինությունը:
- ⁴ ԱԹՏԲ-ի կասկածով պացիենտների մոտ Գեն-էքսպերտ ՏՄԿ/ՌԻՖ թեստի միջոցով անհրաժեշտ է հետազոտել ողնուղեղային հեղուկի, ավշային հանգույցների և այլ հյուսվածքների նմուշները: Գեն-էքսպերտ ՏՄԿ/ՌԻՖ թեստի զգայունությունը պլևրալ հեղուկի հետազոտության ժամանակ ցածր է, իսկ կղանքի, մեզի և արյան հետազոտության հետ կապված տվյալները սահմանափակ են:
- ⁵ Եթե Գեն-էքսպերտ ՏՄԿ/ՌԻՖ թեստով հայտնաբերվել է ռիֆամպիցինի նկատմամբ կայունություն, անհրաժեշտ է սկսել ԲԴԿ ՏԲ-ի բուժում: Եթե պացիենտի մոտ ենթադրվում է ռիֆամպիցինի նկատմամբ կայունության զարգացման ցածր վրանգ, երկրորդ Գեն-էքսպերտ ՏՄԿ/ՌԻՖ թեստի համար անհրաժեշտ է վերցնել թարմ նմուշ՝ ցանքի և դեղակայունության վերաբերյալ լրացուցիչ հետազոտության նպատակով:
- ⁶ ՏԲ-ի վերաբերյալ հետազոտ հետազոտությունները ներառում են կրծքավանդակի ռենտգենաբանական հետազոտություն, կլինիկական գնահատում և կրկնակի Գեն-էքսպերտ ՏՄԿ/ՌԻՖ թեստ, որի համար անհրաժեշտ է վերցնել նոր նմուշ: Հնարավորության դեպքում անհրաժեշտ է կատարել նմուշի հետազոտություն ցանքսի միջոցով: Եթե Գեն-էքսպերտ ՏՄԿ/ՌԻՖ թեստն անհասանելի է, անհրաժեշտ է կատարել մանրադիֆրակային հետազոտություն թթվակայուն բակտերիաների վերաբերյալ: Քսուքի մեկ դրական պատասխանը գնահատվում է որպես դրական արդյունք, իսկ երկու և ավելի բացասական պատասխանները՝ բացասական արդյունք: Արտաթոքային ՏԲ-ի կասկածի դեպքում անհրաժեշտ է կատարել ոչ ռեսպիրատոր նմուշների ցանքս: Դրանից բացի կարելի է կատարել որովայնի խոռոչի օրգանների ուլտրաձայնային հետազոտություն: Վրանգավոր ախտանշանների բացակայության դեպքում միկոբակտերիալ լիպոարաբինոմանան հակաձնի հայտնաբերման հետազոտության անհրաժեշտություն չկա:
- ⁷ Պեպք է կիրառել ազդեցության լայն սպեկտրով հակաբիոտիկներ (բացառությամբ ֆլորիսինոլինների):
- ⁸ Բոլոր մեծահասակ պացիենտներին խորհուրդ է տրվում սկսել ՀՌՎ բուժում՝ անկախ CD4+ լիմֆոցիտների քանակից կամ ՄԻԱՎ վարակի կլինիկական փուլից:

Գծապատկեր 3. Տուբերկուլոզի կասկածով ՄԻԱՎ վարակով ծանր պացիենտների վարման ալգորիթ



- ¹ ՏԲ-ի կասկածով ՄԻԱՎ վարակով մեծահասակ և դեռահաս՝ մեծահասակ կամ դեռահաս, որն ունի հետևյալ ախտանշաններից որևէ մեկը՝ հազ, տենդ, քաշի անկում, գիշերային առատ քրտնարտադրություն: ՏԲ-ի կասկածով ՄԻԱՎ վարակով երեխա՝ երեխա, որն ունի հետևյալ ախտանշաններից որևէ մեկը՝ մարմնի զանգվածի աճի հապաղում, տենդ, հազ կամ անամենեզում ՏԲ-ով պացիենտի հետ շփում:
- ² ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ անհայտ կարգավիճակով անձանց հետազոտությունը ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ իրականացվում է համաձայն ՄԻԱՎ վարակի ախտորոշման ռազմավարության:
- ³ Վրանգավոր ախտանշաններն են՝ շնչառության հաճախությունը թուլանալով 30-ից ավելի, մարմնի 39°C-ից բարձր ջերմաստիճանը, անոթազարկը թուլանալով ավելի քան 120, առանց կողմնակի օգնության տեղաշարժվելու անհնարինությունը:
- ⁴ ԱԹՏԲ-ի կասկածով պացիենտների մոտ Գեն-էքսպերտ ՏՄԿ/ՌԻՖ թեստի միջոցով անհրաժեշտ է հետազոտել ողնուղեղային հեղուկի, ավշային հանգույցների և այլ հյուսվածքների նմուշները: Գեն-էքսպերտ ՏՄԿ/ՌԻՖ թեստի զգայունությունը պլևրալ հեղուկի հետազոտության ժամանակ ցածր է, իսկ կղանքի, մեզի և արյան հետազոտության հետ կապված տվյալները սահմանափակ են: Եթե Գեն-էքսպերտ ՏՄԿ/ՌԻՖ թեստն անհասանելի է, անհրաժեշտ է կատարել մանրադիրակային հետազոտություն թթվակայուն բակտերիաների վերաբերյալ: Քսուքի մեկ դրական պատասխանը գնահատվում է որպես դրական արդյունք, իսկ երկու և ավելի բացասական պատասխանները՝ բացասական արդյունք: Հնարավորության դեպքում խորհուրդ է տրվում ուղարկել նմուշ ՏԲ-ի վերաբերյալ ցանքի համար: Մեզի ԻՖԱ հետազոտությունը միկոբակտերիալ լիպոարաբինոմանան հակաձևի հայտնաբերման նպատակով կարող է կիրառվել ակտիվ ՏԲ ախտորոշելու համար ՄԻԱՎ վարակով ծանր պացիենտների (մեծահասակներ և երեխաներ) մոտ՝ անկախ CD4+ լիմֆոցիտների քանակից:
- ⁵ Պետք է կիրառել ազդեցության լայն սպեկտրով հակաբիոտիկներ (բացառությամբ ֆտորիսինոլինների):
- ⁶ Եթե Գեն-էքսպերտ ՏՄԿ/ՌԻՖ թեստով հայտնաբերվել է ռիֆամպիցինի նկատմամբ կայունություն, անհրաժեշտ է սկսել ԲԴԿ ՏԲ-ի բուժում: Եթե պացիենտի մոտ ենթադրվում է ռիֆամպիցինի նկատմամբ կայունության զարգացման ցածր վրանգ, երկրորդ Գեն-էքսպերտ ՏՄԿ/ՌԻՖ թեստի համար անհրաժեշտ է վերցնել թարմ նմուշ՝ ցանքսի և դեղակայունության վերաբերյալ լրացուցիչ հետազոտության նպատակով:
- ⁷ Եթե Գեն-էքսպերտ ՏՄԿ/ՌԻՖ թեստը տվել է բացասական արդյունք, անհրաժեշտ է կրկնել այն նոր նմուշով:
- ⁸ ՏԲ-ի և այլ հիվանդությունների վերաբերյալ հետազոտությունները ներառում են կրծքավանդակի ռենտգենաբանական հետազոտություն, կլինիկական գնահատում և կրկնակի Գեն-էքսպերտ ՏՄԿ/ՌԻՖ թեստ, որի համար անհրաժեշտ է վերցնել նոր նմուշ: Արտաթոքային ՏԲ-ի կասկածի դեպքում անհրաժեշտ է կատարել ոչ ռեսպիրատոր նմուշների ցանքս: Դրանից բացի՝ կարելի է կատարել որովայնի խոռոչի օրգանների ուլտրաձայնային հետազոտություն:
- ⁹ Բոլոր մեծահասակ պացիենտներին խորհուրդ է տրվում սկսել ՀՌՎ բուժում՝ անկախ CD4+ լիմֆոցիտների քանակից կամ ՄԻԱՎ վարակի կլինիկական փուլից:

314. ՄԻԱՎ/ՏԲ համակցված վարակով բոլոր պացիենտներն ունեն ՄԻԱՎ վարակի և ՏԲ-ի բուժման կարիք [41]:
315. ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մոտ առաջնահերթ է համարվում ՏԲ-ի բուժումը, որը պետք է սկսել ակտիվ ՏԲ-ի ախտորոշումը հաստատվելուց անմիջապես հետո՝ չսպասելով ԴՋԹ-ի տվյալներին [41]:
316. ՏԲ-ի ախտորոշումն ու բուժումն իրականացվում է համաձայն տուբերկուլոզի կառավարման մեթոդական ուղեցույցի պահանջների: Առավել հաճախ կիրառվող հակատուբերկուլոզային դեղերը ներկայացված են հավելված 28-ում:
317. ՄԻԱՎ/ՏԲ համակցված վարակով պացիենտների մեծ մասի մոտ հակատուբերկուլոզային բուժումն արդյունավետ է (երեւ չկա դեղակայունություն), և սկսած 2-րդ, 3-րդ շաբաթից՝ սովորաբար դիտվում է ընդհանուր վիճակի լավացում: Սակայն երկու հիվանդությունների ուշացած ախտորոշման դեպքում բուժման ֆոնին կարող են դիտվել ՏԲ-ի զարգացման կլինիկական կամ ռենտգենաբանական նշաններ՝ պացիենտի վիճակի վատացումով [238]:
318. Ընդհանուր առմամբ պացիենտի կողմից բժշկի նշանակումները ճշտորեն կատարելու դեպքում ՏԲ-ի առումով կանխատեսումը բարենպաստ է: Բացառություն են կազմում ԲԴԿ ՏԲ-ով պացիենտները և այն պացիենտները, որոնց մոտ ՏԲ-ի բուժումը սկսվել է ծանր իմունային անբավարարության պայմաններում [238]:
319. ՄԻԱՎ/ՏԲ համակցված վարակով պացիենտները պետք է ընդունեն հակատուբերկուլոզային դեղերն ամեն օր՝ ռիֆամպիցինը, պիրազինազմիդը և էթամբուտոլը բուժման ակտիվ, իսկ իզոնիազիդը և ռիֆամպիցինը նաև պահպանողական փուլերի ընթացքում [41]:
320. ՄԻԱՎ/ՏԲ համակցված վարակով պացիենտները պետք է անցնեն նվազագույնը 6 ամիս տևողությամբ ռիֆամպիցինով բուժման կուրս [132]: **Հակատուբերկուլոզային բուժման ակտիվ և պահպանողական փուլերի ընթացքում դեղի ընդունման օպտիմալ հաճախականությունը՝ ամեն օր (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների բարձր որակ [106]:**
321. ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մոտ ՏԲ-ի ռեցիդիվների վտանգը հասնում է նվազագույնի, երբ բուժման ողջ ընթացքում կիրառվում է ռիֆամպիցին պարունակող սխեմա [238]:
322. Հղիների հակատուբերկուլոզային և ՀՌՎ բուժման ցուցումները նույնն են, ինչ մյուս պացիենտներինը [238]:
323. ՄԻԱՎ վարակ ունեցող երեխաների մոտ ՏԲ-ի բուժման մոտեցումները նույնն են, ինչ մյուս երեխաներինը [106]:
324. ՄԻԱՎ/ՏԲ համակցված վարակով ԹՆՕ-ների վարման ժամանակ պետք է հաշվի առնել այն, որ՝

- 1) թմրամիջոցների փոխազդեցությունը հակատուբերկուլոզային և ՀՌՎ դեղերի հետ մեծացնում է դրանց հեպատոտոքսիկությունը [245],
 - 2) ռիֆամպիցինը զգալիորեն իջեցնում է արյան մեջ մեթադոնի խտությունը, ուստի զրկանքի համախտանիշի զարգացումից խուսափելու համար պետք է ավելացնել մեթադոնի դեղաչափը [246]:
325. ԹՆՕ-ների շրջանում բարձր է վիրուսային հեպատիտներ Բ-ով և Ց-ով վարակվածության մակարդակը, ինչը հակացուցում չէ հակատուբերկուլոզային կամ ՀՌՎ բուժման համար, սակայն պահանջում են լյարդի ֆունկցիայի մանրակրկիտ մոնիտորինգ [41]:
326. Ակտիվ ՏԲ-ով ՄԻԱՎ վարակով բոլոր պացիենտները պետք է ստանան կոտրիմոքսազոլով կանխարգելիչ բուժում՝ անկախ CD4+ լիմֆոցիտների քանակից: Մեծահասակների և դեռահասների կոտրիմոքսազոլով կանխարգելիչ բուժման համար խորհուրդ տրվող դեղաչափն է՝ օրական մեկ կրկնակի դեղահաբ (160+800մգ) [41]:
327. ՄԻԱՎ/ՏԲ համակցված վարակով պացիենտների մոտ ՏԲ-ի բուժման ավարտից հետո կոտրիմոքսազոլով կանխարգելիչ բուժումը կարելի է դադարեցնել, երբ CD4+ լիմֆոցիտների քանակը >200բջիջ/մլլ ՀՌՎ բուժումն սկսելուց հետո 3 ամսվա ընթացքում [41]:
328. Ակտիվ ՏԲ-ով պացիենտների ՀՌՎ բուժման մոնիտորինգ իրականացնելիս անհրաժեշտ է վերահսկել կլինիկական ախտանշանները, իմունաբանական և վիրուսաբանական ցուցանիշները, ՀՌՎ դեղերի կողմնակի ազդեցությունները [41]:
329. ՀՌՎ բուժման ընթացքում կարող է զարգանալ ԻՎԲՀ, որը կարող է արտահայտվել հետևյալ կլինիկական դրսևորումներով՝ թոքաբորբ, սուր շնչառական դիստրես-համախտանիշ, լիմֆադենիտ, հեպատիտ, ԿՆՀ-ի ՏԲ, երիկամային անբավարարություն, օրխոէպիդիդիմիտ [41, 247]:
330. Հակատուբերկուլոզային և ՀՌՎ բուժում ստացող պացիենտներին անհրաժեշտ է պարբերաբար հետազոտել բուժման տանելիության կլինիկական գնահատման նպատակով [41]:
331. Հակատուբերկուլոզային և ՀՌՎ բուժման մոնիտորինգի համար իրականացվող հետազոտությունները և դրանց հաճախականությունը ներկայացված են աղյուսակ 55-ում [41]:

Աղյուսակ 55. Հակադեպրեսիվներ և ՀՌՎ բուժում ստացող պացիենտների հետազոտությունները և դրանց հաճախականությունը

Հետազոտություն	Շաբաթներ				Ամիսներ									
	0	2	4	8	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
ՄԻԱՎ վարակի և SF-ի անամնեզ	X ¹													X
Ֆիզիկալ հետազոտություն	X	X	X	X	X			X						X
Ուղեկցող հիվանդություններ	X				X			X						X
Գինեկոլոգիական հետազոտություն	X							X						X
Լաբորատոր հետազոտություններ՝ 1) հեմոգլոբինի մակարդակ 2) արյան ընդհանուր հետազոտություն և թրոմբոցիտների քանակ 3) լյարդի ֆունկցիոնալ փորձեր (ԱԼԱՏ, ԱսԱՏ և բիլիռուբին) 4) կրեատինին 5) մեզի ընդհանուր հետազոտություն	X	X	X	X	X			X			X			X
CD4+ լիմֆոցիտների քանակ	X		(X) ²		(X)			(X)			(X)			X
Վիրուսային ծանրաբեռնվածություն	X		(X)		(X)			X			X			X
Կրծքավանդակի ռենտգենաբանական հետազոտություն	X							X						X
Հղիության թեստ	X													X
Խորխի քսուքի հետազոտություն ³	X			X	X		X	X		X				
Բուժման ռեժիմի պահպանումը (ինչպես հակատուբերկուլոզային, այնպես էլ ՀՌՎ բուժման)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

¹ X անհրաժեշտ է:

² (X) ցանկալի է:

³ Անհրաժեշտ է կատարել հետազոտությունը 3-րդ և 8-րդ ամսվա վերջում, եթե պացիենտը ստանում է ՏԲ-ի ութամսյա բուժման կուրս: ԲԴԿ ՏԲ-ով պացիենտների խորխն անհրաժեշտ է հետազոտել ամեն ամիս:

332. Բուժման ռեժիմի պահպանումը երկու վարակների բուժման արդյունավետության կարևոր նախապայմանն է [41]:
333. Բուժման ռեժիմը չպահպանող պացիենտների շրջանում բարձր է դեղակայուն շտամների առաջացման և ուրիշներին այն փոխանցելու վտանգը: Այդպիսի շտամներով վարակված պացիենտների մոտ դժվար է հասնել բուժման արդյունավետության [41]:
334. ՀՌՎ և հակատուբերկուլոզային դեղեր ստացող պացիենտների կողմից բուժման ռեժիմի պահպանումը պետք է գնահատվի նրանց յուրաքանչյուր այցի ժամանակ [41]:
335. Բուժման ռեժիմի պահպանման համար չափազանց կարևոր են դեղերի կողմնակի ազդեցությունների հայտնաբերումն ու դրանց արդյունավետ բուժումը [41]:
336. Դեղերի հեպատոտոքսիկ ազդեցություն կարող է դիտվել ՄԻԱՎ/ՏԲ համակցված վարակով պացիենտների շուրջ 13%-ի մոտ: Նման ազդեցություն ունեն հակատուբերկուլոզային բուժման ինտենսիվ փուլում կիրառվող դեղերը (ռիֆամպիցին, իզոնիազիդ, պիրազինամիդ), նաև որոշ ՀՏՈՆԻ-ներ: Եթե առաջանում է լյարդի զգալի ախտահարում՝ ԱԼՏ-ի ակտիվության 5 անգամից ավել բարձրացում, ՀՌՎ և հակատուբերկուլոզային բոլոր դեղերը պետք է փոխարինել քիչ տոքսիկ դեղերով՝ հաշվի առնելով դրանց հնարավոր փոխազդեցությունները [41]:
337. ՀՌՎ և հակատուբերկուլոզային դեղերի կողմնակի ազդեցությունները, դեղային փոխազդեցությունները և դրանց վարման մոտեցումները ներկայացված է հավելված 29-30-ում [250, 255]:
338. **ՄԻԱՎ վարակով մեծահասակների և դեռահասների մոտ կլինիկական ախտանշանների (հազ, տենդ, քաշի անկում, գիշերային առատ քրտնարտադրություն) բացակայության դեպքում ակտիվ ՏԲ-ի հավանականությունը ցածր է: Այդ պացիենտներին անհրաժեշտ է առաջարկել իզոնիազիդով կանխարգելիչ բուժում (այսուհետ՝ ԻԿԲ) (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ) [12]:**
339. ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների շրջանում պարբերաբար կատարվող ՏԲ-ի նկատմամբ կարգավիճակի գնահատումը հնարավորություն է տալիս իդենտիֆիկացնելու այն պացիենտներին, որոնք կարիք ունեն անհապաղ անցնելու ՏԲ-ի ախտորոշմանն ուղղված հետազոտություններ, և այն պացիենտներին, որոնք ունեն ԻԿԲ-ի կարիք [12]:
340. Սկրինինգային ախտանշաններից (հազ, տենդ, քաշի անկում և գիշերային առատ քրտնարտադրություն) առնվազն մեկի առկայության դեպքում պացիենտը պետք է ուղղորդվի ֆթիզիատորի խորհրդատվության [215]:

341. ՀՌՎ բուժման և ԻԿԲ-ի միաժամանակյա անցկացումը կանխարգելում է ՏԲ-ի զարգացումը և նվազեցնում ՏԲ-ից մահացության ցուցանիշները, այդ թվում նաև CD4+ լիմֆոցիտների բարձր քանակով պացիենտների մոտ [251, 252]:
342. ՀՌՎ բուժումը ժամանակին սկսելը և ԱՀԿ-ի կողմից առաջարկված ՄԻԱՎ/ՏԲ-ի վերաբերյալ երեք «Ի» ռազմավարության (ՏԲ-ի դեպքերի ինտենսիվ հայտնաբերում, իզոնիազիդով կանխարգելիչ բուժում և ինֆեկցիոն հսկողություն) կիրառումը չափազանց կարևոր է ՏԲ-ի կանխարգելման և ՄԻԱՎ-առցացված ՏԲ-ից մահացության կանխման համար [12]:
343. **ԻԿԲ առնվազն 6 ամիս տևողությամբ պետք է ստանան ՄԻԱՎ վարակով այն մեծահասակներն ու դեռահասները, որոնց մոտ բացակայում է ակտիվ ՏԲ-ն, և ՏՄԹ-ի արդյունքը դրական է կամ հայտնի չէ՝ անկախ իմունային անբավարարության աստիճանից, նաև ՀՌՎ բուժում ստացող, նախկինում հակատուբերկուլոզային բուժում ստացած ՄԻԱՎ վարակով պացիենտները, ՄԻԱՎ վարակով հղիները՝ որպես ՄԻԱՎ վարակի ժամանակ համալիր բժշկական օգնության բաղկացուցիչ (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների բարձր որակ)** [253]:
344. ՄԻԱՎ վարակով պացիենտները, որոնք ունեցել են սերտ շփում թոքային ՏԲ-ով պացիենտի հետ, սակայն չունեն ակտիվ ՏԲ, պետք է ստանան բուժում ԼՏԲՎ-ի կապակցությամբ՝ անկախ ՏՄԹ-ի կամ ԳԻԱՀ թեստի արդյունքներից, եթե ՏԲ-ի հնարավոր վարակի աղբյուրի մոտ չի հայտնաբերվել կայունություն իզոնիազիդի նկատմամբ:
345. **ՄԻԱՎ վարակով երեխաներին, որոնց մոտ լաբորատոր հետազոտություններով չի հայտնաբերվել ակտիվ ՏԲ, անկախ տարիքից՝ անհրաժեշտ է առաջարկել ԻԿԲ (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ)** [253]:
346. **12 ամսականից մեծ, առանց ակտիվ ՏԲ-ի ախտանշանների, ՏԲ-ով պացիենտի հետ շփում չունեցած ՄԻԱՎ վարակով երեխաները պետք է ստանան ԻԿԲ-ն (10 մգ/կգ օրական) 6 ամսվա ընթացքում՝ որպես ՄԻԱՎ վարակի ժամանակ համալիր բժշկական օգնության բաղկացուցիչ (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ)** [253]:
347. **ԻԿԲ 6 ամսվա ընթացքում նշանակվում է ՄԻԱՎ վարակով 12 ամսականից փոքր այն երեխաներին, որոնք շփում են ունեցել ՏԲ-ով պացիենտի հետ և լաբորատոր հետազոտություններով նրանց մոտ ՏԲ չի հայտնաբերվել (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ)** [253]:
348. **ՏՄԹ-ի անցկացումը պարտադիր չէ ԻԿԲ նշանակելու համար (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ)** [253]:
349. ՏՄԹ-ի անհայտ արդյունքով ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մոտ ԻԿԲ պետք է սկսվի ՏԲ-ի վերաբերյալ սկրինինգից հետո: Սակայն հաշվի առնելով ՀՌՎ բուժում չստացող ՏՄԹ-դրական պացիենտների համար ԻԿԲ-ի առավել օգտակա-

րությունը ՏՄԹ-բացասական պացիենտների համեմատ՝ ՏՄԹ խորհուրդ է տրվում անցկացնել բոլոր հնարավոր դեպքերում [12]:

350. **Կանխարգելիչ բուժում անցկացնելիս մեկ դեղի՝ իզոնիազիդի կիրառումը չի բարձրացնում դրա հանդեպ ՏԲ-ի կայուն ձևերի առաջացման վտանգը: Այդ պատճառով իզոնիազիդի նկատմամբ կայունության ձևավորման հետ կապված մտավախությունները չեն կարող խոչընդոտ լինել ԻԿԲ տրամադրելու համար (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ)** [253]:
351. Հեպատիտի (սուր կամ քրոնիկ) կամ ծայրամասային նեյրոպաթիայի, նաև ալկոհոլի չարաշահման դեպքերում անհրաժեշտ է բուժման ընթացքի մանրակրկիտ վերահսկում կողմնակի ազդեցությունների զարգացման ավելի բարձր վտանգի պատճառով [41]:
352. ԻԿԲ-ն չի պահանջում պարտադիր բուժաշխատողի անմիջական հսկողության ներքո դեղերի ընդունում [41]:
353. Իզոնիազիդը չի ցուցաբերում էական փոխազդեցություններ ՀՌՎ դեղերի հետ: ԻԿԲ-ի ընթացքում կողմնակի ազդեցությունների վտանգը մեծ չէ. [254] կարող են զարգանալ դեղային հեպատիտ՝ առավելապես թեթև կամ միջին ծանրության, նաև ծայրամասային նեյրոպաթիա:

XIV. ՄԻԱՎ/ՎԻՐՈՒՍԱՅԻՆ ՀԵՊԱՏԻՏ Յ ՀԱՄԱԿՑՎԱԾ ՎԱՐԱԿՈՎ ՊԱՅԻՆՏՆԵՐԻ ՎԱՐՈՒՄ

354. Ներկայումս վիրուսային հեպատիտ Յ-ն լայնորեն տարածված է ՄԻԱՎ վարակ ունեցող պացիենտների շրջանում: ՀՌՎ բուժումը հնարավորություն է տալիս զգալիորեն նվազեցնելու մահացությունը համակցված վարակով պացիենտների շրջանում: Չնայած քրոնիկ հեպատիտի բուժման արդյունավետ մեթոդների առկայությանը՝ ՄԻԱՎ/հեպատիտ Յ համակցված վարակ ունեցող պացիենտներից քչերն են ստանում վիրուսային հեպատիտ Յ-ի բուժում: Երկու վիրուսային վարակի միաժամանակյա առկայությունը խիստ դժվարացնում է նման պացիենտների բուժումը:
355. Տարբերում են հեպատիտ Յ-ի վիրուսի 6 գենոտիպ, որոնք իրենց հերթին բաժանվում են առանձին ենթատիպերի: Ըստ համաճարակաբանական հետազոտությունների տվյալների՝ հեպատիտ Յ-ի վիրուսի 3 և 4 գենոտիպերով պայմանավորված վարակն առավել տարածված է ԹՆՕ-ների և ՄԻԱՎ/հեպատիտ Յ համակցված վարակով պացիենտների մոտ: Վիրուսային հեպատիտ Յ-ի բուժման արդյունավետությունը կախված է վիրուսի գենոտիպից: Ըստ մի շարք հետազոտությունների՝ ՄԻԱՎ/հեպատիտ Յ համակցված վարակով պացիենտների մոտ

յարդի ֆիբրոզը պրոգրեսիվում է ավելի արագ միայն վիրուսային հեպատիտ Յ վարակով պացիենտների համեմատ: ՄԻԱՎ վարակն արագացնում է վիրուսային հեպատիտ Յ-ով պայմանավորված յարդի ախտահարումը:

356. ՄԻԱՎ/վիրուսային հեպատիտ Յ համակցված վարակով պացիենտների մոտ հաճախ հանդիպում են այնպիսի ուղեկցող հիվանդություններ և ախտաբանական վիճակներ, ինչպիսիք են դեղորայքային հեպատիտը, վիրուսային հեպատիտ Բ-ն, յարդի ճարպային դիստրոֆիան, ալկոհոլի և թմրամիջոցների օգտագործումը, որոնք մեծացնում են յարդի հիվանդությունների բարդությունների զարգացման հավանականությունը: Լյարդի ծանր ախտահարման զարգացման հավանականությունն առավել բարձր է, երբ CD4+ լիմֆոցիտների քանակը $<200/\text{մլ}$ [257-260]: Հեպատիտ Յ-ի վիրուսի սպոնտան էլիմինացիան ավելի հազվադեպ է հանդիպում ՄԻԱՎ վարակ ունեցող պացիենտների մոտ՝ ի տարբերություն նորմալ իմունիտետ ունեցող անձանց: Խիստ արտահայտված իմունային անբավարարություն ունեցող պացիենտների շճաբանական հետազոտությունը քրոնիկ վիրուսային հեպատիտ Յ-ի ժամանակ կարող է կեղծ բացասական լինել: Սակայն շնորհիվ երրորդ սերնդի շճաբանական մեթոդների բարձր զգայունության՝ նման կեղծ բացասական պատասխանների թիվը զգալիորեն պակասել է [261, 262]:
357. Վիրուսային հեպատիտ Յ-ն ըստ էության չի ազդում ՄԻԱՎ վարակի իմունաբանական, վիրուսաբանական և կլինիկական նշանների պրոգրեսիվման, ինչպես նաև ՀՌՎ բուժման արդյունավետության վրա: Սակայն հեպատիտ Յ-ի վիրուսի որոշակի գենոտիպերով միաժամանակյա վարակման դեպքում հնարավոր է ՄԻԱՎ վարակի պրոգրեսիվում: ՄԻԱՎ/հեպատիտ Յ համակցված վարակով պացիենտների մոտ բարձրանում է ՀՌՎ դեղերի հեպատոտոքսիկ ազդեցության զարգացման հավանականությունը [263]:
358. Վիրուսային հեպատիտ Յ-ի ախտորոշման սկրինինգային մեթոդը վիրուսի նկատմամբ հակամարմինների հայտնաբերման հետազոտությունն է: Վիրուսային հեպատիտ Յ-ի նկատմամբ հակամարմինների առկայությունը վկայում է ներկայում կամ անցյալում տարած վարակի մասին: Հեպատիտ Յ-ի վիրուսի նկատմամբ հակամարմինների հայտնաբերման դեպքում ախտորոշման հաստատման համար կատարվում է վիրուսի ՌՆԹ-ի հայտնաբերմանն ուղղված ՊՇՌ հետազոտություն: Անձինք, որոնց մոտ հայտնաբերվում են հեպատիտ Յ-ի վիրուսի նկատմամբ հակամարմիններ, և հեպատիտ Յ-ի վիրուսի ՌՆԹ-ի վերաբերյալ հետազոտության արդյունքը բացասական է, ենթակա են ՌՆԹ-ի հայտնաբերմանն ուղղված հետազոտության 3 ամիս անց՝ առողջացումը հաստատելու համար: Կարևոր է հիշել, որ սուր վիրուսային հեպատիտ Յ-ով պացիենտների մոտ վարակումից հետո առաջին 3-8 շաբաթվա ընթացքում հեպատիտ Յ-ի վիրուսի նկատմամբ հակամարմիններ կարող են չհայտնաբերվել: Սուր հեպատիտ Յ-ի կասկածի կամ

խիստ արտահայտված իմունային անբավարարության դեպքում, երբ հեպատիտ Յ-ի վիրուսի նկատմամբ հակամարմինների վերաբերյալ հետազոտության արդյունքը բացասական է, կատարվում է հեպատիտ Յ-ի վիրուսի ՌՆԹ-ի հայտնաբերմանն ուղղված ՊՇՌ հետազոտություն [257]:

359. Քրոնիկ վիրուսային հեպատիտ Յ-ի ախտորոշումը կատարվում է հեպատիտ Յ-ի նկատմամբ հակամարմինների հայտնաբերման, դրանց առկայության դեպքում՝ հեպատիտ Յ-ի ՌՆԹ-ի հայտնաբերմանն ուղղված ՊՇՌ հետազոտության հիման վրա՝ արյան մեջ հեպատիտ Յ-ի 6 ամսից ավել տևող պերսիստենցիայի պայմաններում [261, 264]:

360. ՄԻԱՎ վարակով բոլոր պացիենտներին անհրաժեշտ է հետազոտել հեպատիտ Յ-ի վիրուսի նկատմամբ հակամարմինների վերաբերյալ: Քրոնիկ վիրուսային հեպատիտ Յ-ի ժամանակ հակամարմինները կարող են երկար ժամանակ հայտնաբերվել արյան մեջ: Օրգանիզմից վիրուսի սպոնտան կամ հակավիրուսային բուժման արդյունքում առաջացած էլիմինացիայից հետո հակամարմինների տիտրը արյան մեջ կարող է նվազել, երբեմն նույնիսկ անհետանալ: ՄԻԱՎ վարակը կարող է թուլացնել հեպատիտ Յ-ի վիրուսի նկատմամբ իմունային պատասխանը, ուստի ՄԻԱՎ/վիրուսային հեպատիտ Յ համակցված վարակով պացիենտների մոտ հեպատիտ Յ-ի վիրուսի նկատմամբ հակամարմինների հայտնաբերման հետազոտությունը պետք է կատարել ԻՖԱ հետազոտության երկրորդ կամ երրորդ սերնդի թեստ-համակարգերով: Եթե խիստ արտահայտված իմունային անբավարարությամբ ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մոտ վիրուսային հեպատիտ Յ-ի նկատմամբ հակամարմինները բացակայում են, բայց առկա են շեղումներ լյարդի ֆունկցիայի բիոքիմիական ցուցանիշներում, կամ կան լյարդի ախտահարման կլինիկական նշաններ, խորհուրդ է տրվում որոշել հեպատիտ Յ-ի վիրուսի ՌՆԹ-ն:

361. Հեպատիտ Յ-ի վիրուսի նկատմամբ հակամարմինների հայտնաբերման դեպքում անհրաժեշտ է որոշել հեպատիտ Յ-ի վիրուսի ՌՆԹ-ն արյան մեջ՝ վիրուսի ակտիվ ռեպլիկացիան հաստատելու կամ ժխտելու համար: Հեպատիտ Յ-ի ՌՆԹ-ն արյան մեջ կարելի է հայտնաբերել վարակվելուց մի քանի օր հետո: Վարակվելուց հետո հեպատիտ Յ-ի վիրուսի ՌՆԹ-ի՝ 6 ամսից ավելի տևող պերսիստենցիան արյան մեջ վկայում է քրոնիկ վիրուսային հեպատիտ Յ-ի մասին: Հեպատիտ Յ-ի վիրուսի ՌՆԹ-ն արյան մեջ կարելի է հայտնաբերել որակական և քանակական մեթոդներով. ախտորոշման նպատակով բավարար է որակական հետազոտությունը: Քանակական հետազոտությունը (ՎԾ-ի որոշում) կարևոր է այն պացիենտների համար, որոնք ստանալու են բուժում վիրուսային հեպատիտ Յ-ի դեմ: ՄԻԱՎ/վիրուսային հեպատիտ Յ համակցված վարակով պացիենտների մոտ հեպատիտ Յ-ի ՎԾ-ն 5-10 անգամ բարձր է միայն վիրուսային հեպատիտ Յ ունեցող պացիենտների համեմատ:

362. Վիրուսային հեպատիտ Ց-ի բուժման արդյունավետության կանխատեսման համար անհրաժեշտ է որոշել հեպատիտ Ց-ի վիրուսի գենոտիպը: ՄԻԱՎ/հեպատիտ Ց համակցված վարակով պացիենտների, հատկապես ԹՆՕ-ների և հեմոֆիլիայով պացիենտների շրջանում 5%-ից ավելի դեպքերում դիտվում է հեպատիտ Ց-ի վիրուսի մի քանի գենոտիպերով միաժամանակյա վարակում:
363. Վիրուսային հեպատիտ Ց-ի ծանրության գնահատման համար հարկավոր է փորձել որոշել վարակման վաղեմությունը: Սովորաբար վարակման պահ է համարվում այն առաջին շփումը, որն ուղեկցվել է վիրուսային հեպատիտ Ց-ով վարակման վտանգով (օրինակ՝ թմրամիջոցի առաջին ներարկումը):
364. Վիրուսային հեպատիտ Ց-ի բուժման հարցը որոշելիս պետք է գնահատել լյարդի ախտահարման աստիճանը և ուղեկցող հիվանդություններն ու վիճակները: Լյարդի ցիռոզի կլինիկական նշաններն են «անոթային աստղիկները», լյարդի ձևի և չափերի փոփոխությունները, թմբկափայտերի ձևով մատները, որովայնի առաջնային պատի երակների լայնացումը, լյարդային անբավարարության նշանները (ասցիտ, դեղնուկ, էնցեֆալոպաթիա և այլն): Անհրաժեշտ է կատարել արյան բիոքիմիական հետազոտություն՝ որոշելու ամինոտրանսֆերազների ակտիվությունը (ԱլԱՏ, ԱսԱՏ), գամմա-գլուտամիլտրանսֆերազի (ԳԳՏ) ակտիվությունը (կարող է բարձրանալ ցիռոզի ժամանակ), հիմնային ֆոսֆատազայի ակտիվությունը, բիլիռուբինի մակարդակը, ալբումինի մակարդակը, պրոթրոմբինային ժամանակը:
365. Չայլդ-Պյուի սանդղակը հնարավորություն է տալիս գնահատելու լյարդի հիվանդության ծանրության աստիճանը կլինիկական և բիոքիմիական ցուցանիշների հիման վրա: Լյարդի ցիռոզով բոլոր պացիենտների մոտ անհրաժեշտ է որոշել Չայլդ-Պյուի ինդեքսը (աղյուսակ 56) [265]:

Աղյուսակ 56. Չայլդ-Պյուի դասակարգումը*

Կլինիկական և բիոքիմիական ցուցանիշներ	Բալեր		
	1	2	3
Բիլիռուբին	<34մկմոլ/լ	34-50մկմոլ/լ	>50մկմոլ/լ
Ալբումին	>3,5գ/դլ	2,8-3,5գ/դլ	<2,8գ/դլ
Ասցիտ	բացակայում է	չափավոր ¹	ծանր, կայուն ²
Էնցեֆալոպաթիա	բացակայում է	չափավոր	ծանր (III-IV փուլ)
Պրոթրոմբինային ժամանակ ³	>60%	40-60%	<40%

* Դասակարգումն ըստ Չայլդ-Պյուի սանդղակի՝ A դաս (5-6 բալ) - կոմպենսացված ցիռոզ, B դաս (7-9 բալ) - կոմպենսացված ցիռոզ, C դաս (10-15 բալ) - դեկոմպենսացված ցիռոզ:

¹ Ենթարկվում է բուժման:

² Վատ է ենթարկվում բուժման:

³ Որոշ եվրոպական երկրներում փոխարինված է միջազգային նորմալիզացված հարաբերությունով (ՄՆՀ). $ՄՆՀ < 1,70 = 1$ բալ, $1,71 - 2,20 = 2$ բալ, $> 2,20 = 3$ բալ Չայլդ-Պյուի սանդղակով:

366. Լյարդի ուլտրաձայնային հետազոտության միջոցով կարելի է հայտնաբերել՝

- 1) ցիռոզը (լյարդի ձևին և չափերին բնորոշ փոփոխություններ),
- 2) լյարդի ճարպային դիստրոֆիան (էտոզենության բարձրացում),
- 3) հեպատոցելյուլյար կարցինոման (վաղ շրջանում՝ եզակի հանգույց, երբեմն՝ բազմաթիվ ախտահարումներ):

367. Լյարդի բիոպսիան կիրառվում է լյարդի ախտահարման խորությունը գնահատելու համար: Այն հնարավորություն է տալիս որոշելու.

- 1) ֆիբրոզի աստիճանը, նաև նեկրոբորբոքային պրոցեսի ակտիվությունը,
- 2) այլ ուղեկցող ախտաբանական պրոցեսների (լյարդի ճարպային դիստրոֆիա, դեղորայքային հեպատիտ, ալկոհոլի չարաշահման հետևանքներ) առկայությունը:

368. Քրոնիկ վիրուսային հեպատիտ Ց-ի երկու հիմնական հյուսվածաբանական բնութագրիչներն են՝ ակտիվությունը՝ A, որը ցույց է տալիս բորբոքման արտահայտվածությունը (աղյուսակ 57), և փուլը՝ F, որը ցույց է տալիս ֆիբրոզի արտահայտվածությունը (աղյուսակ 58):

Աղյուսակ 57. Վիրուսային հեպատիտ Ց-ի ակտիվությունը

Ակտիվություն (A)*		Ներբլթային նեկրոզ		
		Բացակայում է (0)	Չափավոր (1)	Արտահայտված (2)
Աստիճանային նեկրոզ	Բացակայում է (0)	A0	A1	A2
	Նվազագույն (1)	A1	A1	A2
	Չափավոր (2)	A2	A2	A3
	Ծանր (3)	A3	A3	A3

* A0 - ակտիվությունը բացակայում է, A1 - նվազագույն, A2 - չափավոր, A3 - բարձր ակտիվություն

Աղյուսակ 58. Ֆիբրոզի ինդեքսը* [266]

Ֆիբրոզի ինդեքս	Ֆիբրոզի արտահայտվածություն
F0	պորտալ ֆիբրոզը բացակայում է
F1	պորտալ ֆիբրոզ՝ առանց խտրոցների
F2	պորտալ ֆիբրոզ՝ խտրոցների ոչ մեծ քանակությամբ
F3	բազմաթիվ խտրոցներ՝ առանց ցիռոզի
F4	Ցիռոզ

* Ֆիբրոզի բացակայության (F0) կամ նրա նախնական փուլում (F1) քրոնիկ հեպատիտ Յ-ի բուժումը կարելի է հետաձգել՝ անկախ հեպատիտ Յ-ի վիրուսի գենոտիպից:

369. Գոյություն ունեն լյարդի ֆիբրոզի հայտնաբերման նաև ոչ ինվազիվ մեթոդներ՝ հիմնված շիճուկային մարկերների որոշման (օրինակ՝ FibroTest™) կամ սկանավորման վրա (օրինակ՝ FibroScan™) վրա: Կան մի շարք ոչ ինվազիվ մեթոդներ միայն վիրուսային հեպատիտ Յ ունեցող պացիենտների մոտ լյարդի բորբոքման և ֆիբրոզի հայտնաբերման համար, որոնք շճաբանական ցուցանիշների և ֆիբրոզի շիճուկային մարկերների օգնությամբ հնարավորություն են տալիս տարբերակելու ֆիբրոզի 0-2 փուլը 3-4 փուլից: Մշակված են նաև լյարդի բիոպսիային փոխարինող ոչ ինվազիվ մեթոդներ ՄԻԱՎ/հեպատիտ Յ համակցված վարակ ունեցող պացիենտների մոտ լյարդի բորբոքման և ֆիբրոզի հայտնաբերման համար (օրինակ՝ Ֆորնսի ինդեքսի որոշումը [267] և լյարդի ուլտրաձայնային էլաստոգրաֆիան) [268, 269]:

370. Նախքան վիրուսային հեպատիտ Յ-ի բուժումն սկսելը անհրաժեշտ է գնահատել պացիենտի մոտ ուղեկցող այլ հիվանդությունների և վիճակների առկայությունը: Կարևոր է պացիենտի հոգեկան վիճակի գնահատումը, քանի որ ինտերֆերոնով բուժումը կարող է առաջացնել կամ խորացնել դեպրեսիան: Միջին և ծանր դեպրեսիայի դեպքում վիրուսային հեպատիտ Յ-ի բուժումը հետաձգում են մինչև պացիենտի վիճակի կայունացումը: Երբեմն բուժումն սկսելուց առաջ ցուցված է հակադեպրեսանտների կիրառում: Հոգեկան խանգարումների ժամանակ վիրուսային հեպատիտ Յ-ի բուժումը չեն հետաձգում, բայց անցկացվում է հոգեբույժի խորհրդատվություն, և նշանակվում է համապատասխան բուժում: Անհրաժեշտ է պարզել ալկոհոլի չարաշահման փաստը: Մեծ քանակությամբ ալկոհոլի գործածումը (50գ/օրը և ավելի՝ վերահաշված ըստ սպիրտի) վիրուսային հեպատիտ Յ-ի ժամանակ նպաստում է լյարդի ֆիբրոզի զարգացմանը: Ըստ առկա տվյալների՝ քրոնիկ վիրուսային հեպատիտներ Բ-ն, Ց-ն և ալկոհոլի օգտագործումը (80մլ/օրը և ավելի՝ վերահաշված ըստ սպիրտի) փոխադարձաբար ուժեղացնում են միմյանց վնասակար ազդեցությունը լյարդի վրա [270]: Ալկոհոլի մշտական օգտագործումը խթանում է հեպատիտ Յ-ի վիրուսի ռեպլիկացիան, արագացնում է ֆիբրոզի զարգացումը, իջեցնում է բուժման արդյունավետությունը և վատացնում բուժման ռեժիմի պահպանումը: Օփիոիդներով փոխարինող բուժումը խոչընդոտ չէ վիրուսային հեպատիտ Յ-ի բուժման համար: Թմրամիջոց օգտագործողների մոտ վիրուսային հեպատիտ Յ-ի բուժման հարցը որոշվում է անհատական ձևով: Անհրաժեշտ է նաև հավաքել մանրամասն անամնեզ լյարդի ախտահարումը խորացնող գործոնները պարզելու համար: Պացիենտի հետազոտումը պետք է ուղղված լինի լյարդի վիրուսային հիվանդությունների, ՏԲ-ի և սեռավարակների հայտնաբերմանը, որոնց բուժումն անհրաժեշտ է անցկացնել

նախքան վիրուսային հեպատիտ Յ-ի բուժումն սկսելը: Եթե վիրուսային հեպատիտ Յ-ի բուժման սխեմայում կիրառվելու է ՊԵԳ-ինտերֆերոն, ապա սկսելուց առաջ անհրաժեշտ է որոշել թիրեոտրոպ (ԹՏՀ) հորմոնի մակարդակն արյան մեջ, պերօքսիդազայի, հարթ մկանների, լյարդի և երիկամների միկրոսոմալ անտիգենների նկատմամբ հակամարմինների, ինչպես նաև հականուկլեար հակամարմինների քանակն արյան մեջ, կրեատինինի մակարդակը շիճուկում, սպիտակուցի մակարդակը մեզում, գլյուկոզայի մակարդակը պլազմայում, ֆերրիտինի մակարդակը շիճուկում: Անհրաժեշտ է կատարել նաև ԷՍԳ և անցկացնել հղիության թեստ:

371. Վիրուսային հեպատիտ Յ-ի լաբորատոր ախտորոշման և բուժման ալգորիթմը ներկայացված է հավելված 31-ում [256]:
372. Վիրուսային հեպատիտ Յ-ի բուժման նպատակը օրգանիզմից վիրուսի էլիմինացիան է՝ լյարդի ցիռոզի, դեկոմպենսացված ցիռոզի, հեպատոցելյուլյար կարցինոմայի և արտալյարդային ծանր դրսևորումների կանխարգելման համար: Բուժման արդյունավետության չափանիշը ՊՇՌ մեթոդով հեպատիտ Յ-ի վիրուսի չհայտնաբերվող մակարդակն է ($<15\text{ՄՄ/մլ}$) բուժումն ավարտելուց 12 և 24 շաբաթ անց: Արտահայտված ֆիբրոզով և ցիռոզով պացիենտների մոտ վիրուսի էլիմինացիան դանդաղեցնում է դեկոմպենսացիայի զարգացումը և կարող է նվազեցնել հեպատոցելյուլյար կարցինոմայի զարգացման հավանականությունը: Քրոնիկ հեպատիտ Յ-ով պացիենտների մոտ վիրուսի էլիմինացիայից հետո անհրաժեշտ է հետագա հսկողություն հեպատոցելյուլյար կարցինոմայի վերաբերյալ: Դեկոմպենսացված ցիռոզով պացիենտների մոտ հեպատիտ Յ-ի վիրուսի էլիմինացիան նվազեցնում է լյարդի փոխապատվաստման անհրաժեշտությունը [257]:
373. Վիրուսային հեպատիտ Յ-ի բուժման ցուցումները ներկայացված են աղյուսակ 59-ում [257]:

Աղյուսակ 59. Վիրուսային հեպատիտ Յ-ի բուժման ցուցումները

Ցուցում	Պացիենտների խմբեր
Բուժում ցուցված է	Լյարդի կոմպենսացված և դեկոմպենսացված քրոնիկ ախտահարումով բոլոր պացիենտներին՝ անկախ նախկինում բուժում ստանալու փաստից
Բուժումն առաջնահերթ է	- Արտահայտված ֆիբրոզով կամ ցիռոզով (F3-F4՝ ըստ METAVIR դասակարգման) պացիենտներ - Դեկոմպենսացված ցիռոզով պացիենտներ (B և C դասի՝ ըստ Չայլդ-Պյուի) - ՄԻԱՎ/հեպատիտ Յ համակցված վարակով պացիենտներ - Հեպատիտ Բ/հեպատիտ Յ համակցված վարակով պացիենտներ - Փոխապատվաստման ցուցում ունեցողներ - Քրոնիկ հեպատիտ Յ-ի ռեցիդիվով պացիենտներ լյարդի փոխապատվաստումից հետո - Արտալյարդային դրսևորումներով պացիենտներ (օրինակ՝ հեպատիտ Յ-ի հետ ասոցացված կրիոգլոբուլինեմիկ վասկուլիտ, նեֆրոպաթիա և ոչ Հոջկինյան Բ-բջջային լիմֆոմա) - Վիրուսային հեպատիտ Յ-ի փոխանցման տեսանկյունից ռիսկային պացիենտներ (ԹՆՕ-ներ, SUS-ներ, ՔԿՀ-ներում գտնվողներ, հղիություն պլանավորող վերարտադրողական տարիքի կանայք, հեմոդիալիզ ստացողներ)
Բուժումը հիմնավորված է	Չափավոր ֆիբրոզով պացիենտներ
Բուժումը կարելի է հետաձգել	Պացիենտներ, որոնց մոտ թույլ է արտահայտված լյարդի ախտահարումը (F0-F1՝ ըստ METAVIR դասակարգման) և վերը նշված արտալյարդային դրսևորումները բացակայում են (բուժման սկիզբը սահմանվում է անհատական)
Բուժում ցուցված չէ	Պացիենտներ կյանքի կանխատեսելի կարճ տևողությամբ՝ չպայմանավորված լյարդի հիվանդությամբ

374. Սուր վիրուսային հեպատիտ Ց-ի բուժումը նվազեցնում է հիվանդության քրոնիկ ընթացքի վտանգը: Այդ պատճառով, եթե հիվանդության սկզբից 3 ամիս հետո հեպատիտ Ց-ի վիրուսի ՌՆԹ-ն արյան միջից ինքնաբերաբար չի անհետացել, խորհուրդ է տրվում անցկացնել բուժում ՊԵԳ-ԻՖՆ-ով 12 շաբաթ տևողությամբ: Սուր վիրուսային հեպատիտ Ց/ՄԻԱՎ համակցված վարակի բուժման տևողությունը (ՊԵԳ-ԻՖՆ և ռիբավիրին) 24 շաբաթ է: Չնայած վերջնական տվյալների բացակայությանը, այս պացիենտների շրջանում կարելի է կիրառել առանց ԻՖՆ-ի սխեմաներ՝ կայուն վիրուսաբանական պատասխանի ակնկալիքով: Դեղերի դոզավորումն ու բուժման տևողությունը նույնն է, ինչ քրոնիկ վիրուսային հեպատիտ Ց-ով պացիենտների մոտ, առանց ռիբավիրինի: Ներկայումս չկան ցուցումներ ԻՖՆ-ի նշանակման, որպես հետևյալ տակտային կանխարգելում [257]:
375. Ներկայումս վիրուսային հեպատիտ Ց-ի բուժման համար կիրառվում են ուղղակի ազդող հակավիրուսային դեղեր ներքին ընդունման ձևով, որոնք անմիջականորեն ճնշում են հեպատիտ Ց-ի վիրուսի ռեպլիկացիան և հնարավորություն են տալիս ստանալ կայուն վիրուսաբանական պատասխան: Ուղղակի ազդեցության դեղերի սխեմաներում կիրառվում է նաև ռիբավիրին, հազվադեպ՝ ՊԵԳ-ԻՖՆ: ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մոտ վիրուսային հեպատիտ Ց-ի բուժումը կարելի է սկսել անկախ CD4+ լիմֆոցիտների քանակից, սակայն ՊԵԳ-ԻՖՆ-ով սխեմաները կարելի է կիրառել, եթե դրանց քանակը բարձր է 350բջիջ/մլ: Ցանկալի է նախ սկսել ՄԻԱՎ վարակի բուժում վիրուսի ռեպլիկացիան ճնշելու նպատակով, ապա անցնել վիրուսային հեպատիտ Ց-ի բուժմանը: Չափավոր կամ արտահայտված ֆիբրոզով պացիենտների մոտ, որոնց լյարդի հիվանդությունների զարգացման հավանականությունը մեծ է, և ՄԻԱՎ վարակը չի ուղեկցվում արտահայտված իմունասուլարեսիայով, առավել նպատակահարմար է սկսել վիրուսային հեպատիտ Ց-ի բուժումը, այնուհետ՝ ՄԻԱՎ վարակի բուժումը: Հաշվի առնելով, որ վիրուսային հեպատիտ Ց-ի բուժումը կարճատև է, առկա է դեղային փոխազդեցության և հեպատոտոքսիկության զարգացման բարձր վտանգ՝ խորհուրդ է տրվում նախ սկսել վիրուսային հեպատիտ Ց-ի բուժումը, ինչը հետագայում կոյուրացնի ՀՌՎ բուժման սխեմայի ընտրությունը: Այս պացիենտները կարիք ունեն հետևողական հսկողության, դեղային փոխազդեցության հետ կապված վիճակի ճիշտ գնահատման: Հաշվի առնելով, որ վիրուսային հեպատիտ Ց-ի բուժման սխեմաների ընտրությունը և կրկնակի բուժման հնարավորությունները սահմանափակ են՝ կարևոր է ճիշտ գնահատել ՄԻԱՎ/վիրուսային հեպատիտ Ց համակցված վարակով պացիենտների վիճակը և խուսափել դեղային փոխազդեցություններից, ինչը հանգեցնում է բուժման արդյունավետության իջեցման և կողմնակի ազդեցությունների զարգացման: Կախված հեպատիտ Ց-ի վիրուսի գենոտիպից՝ բուժման մոտեցումները հետևյալն են [256].

- 1) Հեպատիտ Ց-ի վիրուսի 1 գենոտիպով պացիենտների բուժման համար, անկախ լյարդի ցիռոզի առկայությունից, խորհուրդ է տրվում օգտագործել լեդիպասավիր/սոֆոսբուվիր կամ դակլատասավիր/սոֆոսբուվիր սխեմաները, ընդ որում երկու դեպքում էլ հնարավոր է ռիբավիրինի համակցում: **Հեպատիտ Ց-ի վիրուսի 1 գենոտիպով պացիենտների մոտ, որպես բուժման այլընտրանքային սխեմա, անկախ լյարդի ցիռոզի առկայությունից, խորհուրդ է տրվում օգտագործել սիմեպրևիր/սոֆոսբուվիր կամ օմբետասավիր/պարիտապրևիր/ռիտոնավիր/դասաբուվիր, ընդ որում երկու դեպքում էլ հնարավոր է ռիբավիրինի համակցում (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ) [256]:**
- 2) Հեպատիտ Ց-ի վիրուսի 2 գենոտիպով պացիենտների բուժման համար, անկախ լյարդի ցիռոզի առկայությունից, խորհուրդ է տրվում օգտագործել սոֆոսբուվիր/ռիբավիրին սխեման: **Հեպատիտ Ց-ի 2 գենոտիպով պացիենտների մոտ, որպես բուժման այլընտրանքային սխեմա, խորհուրդ է տրվում դակլատասավիր/սոֆոսբուվիր սխեման (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ) [256]:**
- 3) Հեպատիտ Ց-ի վիրուսի 3 գենոտիպով առանց լյարդի ցիռոզի պացիենտների բուժման համար խորհուրդ է տրվում օգտագործել դակլատասավիր/սոֆոսբուվիր կամ սոֆոսբուվիր/ռիբավիրին սխեմաները: Հեպատիտ Ց-ի վիրուսի 3 գենոտիպով ցիռոզով պացիենտների բուժման համար խորհուրդ է տրվում օգտագործել դակլատասավիր/սոֆոսբուվիր/ռիբավիրին սխեման: **Հեպատիտ Ց-ի 3 գենոտիպով պացիենտների մոտ, որպես բուժման այլընտրանքային սխեմա, ցիռոզով պացիենտների բուժման համար խորհուրդ է տրվում օգտագործել սոֆոսբուվիր/ՊԵԳ-ինտերֆերոն/ռիբավիրինով (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ) [256]:**
- 4) Հեպատիտ Ց-ի վիրուսի 4 գենոտիպով պացիենտների բուժման համար, անկախ լյարդի ցիռոզի առկայությունից, խորհուրդ է տրվում օգտագործել լեդիպասավիր/սոֆոսբուվիր կամ դակլատասավիր/սոֆոսբուվիր, ընդ որում երկու դեպքում էլ հնարավոր է ռիբավիրինի համակցում: **Որպես բուժման այլընտրանքային սխեմա, անկախ լյարդի ցիռոզի առկայությունից, խորհուրդ է տրվում օգտագործել սիմեպրևիր/սոֆոսբուվիր ռիբավիրինով կամ առանց դրա, կամ օմբետասավիր/պարիտապրևիր/ռիտոնավիր ռիբավիրինով (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ) [256]:**
- 5) Հեպատիտ Ց-ի վիրուսի 5 կամ 6 գենոտիպերով պացիենտների բուժման համար, անկախ լյարդի ցիռոզի առկայությունից, խորհուրդ է տրվում օգտագործել լեդիպասավիր/սոֆոսբուվիր: **Որպես այլընտրանքային սխեմա խորհուրդ է տրվում օգտագործել սոֆոսբուվիր/ՊԵԳ-ինտեր-**

Ֆերոն /ռիբավիրինով (պայմանական առաջարկ, ապացույցների շատ ցածր որակ): Դակլատասավիրով, լեդիպասավիրով և սոֆոսբուվիրով սխեմաները նախատեսված են առանց ցիռոզի, ինչպես նաև կոմպենսացված և դեկոմպենսացված ցիռոզով պացիենտների համար: Պարիտապրևիրով, սիմեպրևիրով և ՊԵԳ-ինտերֆերոնով սխեմաները նախատեսված են առանց ցիռոզի կամ կոմպենսացված ցիռոզով պացիենտների համար [256]:

376. Ստանդարտ, չպեզիլացված ինտերֆերոնը չի կիրառվում որպես բուժման ստանդարտ [256]:

377. **Ուղղակի ազդեցության առաջին սերնդի հակավիրուսային դեղեր՝ բոցեպրևիր և տելապրևիր պարունակող սխեմաները այլևս չեն կիրառվում հեպատիտ Ց-ով պացիենտների բուժման համար, քանի որ, ի տարբերություն երկրորդ սերնդի դեղերի, դրանք պակաս արդյունավետ են և ունեն ավելի շատ կողմնակի ազդեցություններ (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ)** [256]:

378. Հեպատիտ Ց-ի վիրուսի գենոտիպից կախված բուժման սխեմաները ներկայացված են աղյուսակ 60-ում և 61-ում [256]:

Աղյուսակ 60. *Վիրուսային հեպատիտ Ց-ով պացիենտների բուժման սխեմաներ՝ ըստ վիրուսի գենոտիպերի*

Ցիռոզ չունեցող պացիենտներ						
Սխեմա	Գենոտիպ 1	Գենոտիպ 2	Գենոտիպ 3	Գենոտիպ 4	Գենոտիպ 5	Գենոտիպ 6
Դակլատասավիր/ Սոֆոսբուվիր	12 շաբաթ	-	12 շաբաթ	12 շաբաթ	-	-
Լեդիպասավիր/ Սոֆոսբուվիր	12 շաբաթ*	-	-	12 շաբաթ	12 շաբաթ	12 շաբաթ
Սոֆոսբուվիր/ Ռիբավիրին	-	12 շաբաթ	24 շաբաթ	-	-	-
Ցիռոզ ունեցող պացիենտներ						
Դակլատասավիր/ Սոֆոսբուվիր	24 շաբաթ	-	-	24 շաբաթ	-	-
Դակլատասավիր/ Սոֆոսբուվիր/ Ռիբավիրին	12 շաբաթ	-	24 շաբաթ	12 շաբաթ	-	-
Լեդիպասավիր/ Սոֆոսբուվիր	24 շաբաթ	-	-	24 շաբաթ	24 շաբաթ	24 շաբաթ
Լեդիպասավիր/ Սոֆոսբուվիր/ Ռիբավիրին	12 շաբաթ**	-	-	12 շաբաթ**	12 շաբաթ**	12 շաբաթ**

Ցիռոզ չունեցող պացիենտներ						
Սոֆոսբուվիր/ Ռիբավիրին	-	16 շաբաթ	-	-	-	-

* Բուժման տևողությունը կարող է կրճատվել մինչև 8 շաբաթ երբևէ բուժում չստացած պացիենտների մոտ, եթե մինչ բուժումն սկսելը HCV-ի ՌՆԹ-ն ցածր է եղել 6 մլն ՄՄ/մլ:

** Եթե թրոմբոցիտների քանակը $<75 \times 10^3/\text{մլ}$, ապա անհրաժեշտ է բուժում դիմադրող 24 շաբաթվա ընթացքում:

Աղյուսակ 61. Վիրուսային հեպատիտ B-ով պացիենտների բուժման այլընտրանքային սխեմաներ՝ ըստ HCV-ի գենոտիպերի

Ցիռոզ չունեցող պացիենտներ						
Սխեմա	Գենոտիպ 1	Գենոտիպ 2	Գենոտիպ 3	Գենոտիպ 4	Գենոտիպ 5	Գենոտիպ 6
Սիմեպրևիր/ Սոֆոսբուվիր	12 շաբաթ*	-	-	12 շաբաթ	-	-
Դակլատասավիր/ Սոֆոսբուվիր	-	12 շաբաթ	-	-	-	-
Օմբիտասավիր/ Պարիտապրևիր/ Ռիտոնավիր/ Դասաբուվիր	12 շաբաթ**	-	-	-	-	-
Օմբիտասավիր/ Պարիտապրևիր/ Ռիտոնավիր/ Ռիբավիրին	-	-	-	12 շաբաթ	-	-
Սոֆոսբուվիր/ Պեգիլացված Ինտերֆերոն/ Ռիբավիրին	-	-	-	-	12 շաբաթ	12 շաբաթ
Ցիռոզ ունեցող պացիենտներ						
Դակլատասավիր/ Սոֆոսբուվիր ¹	-	12 շաբաթ	-	-	-	-
Սիմեպրևիր/ Սոֆոսբուվիր ²	24 շաբաթ*	-	-	24 շաբաթ	-	-
Սիմեպրևիր/ Սոֆոսբուվիր/ Ռիբավիրին ²	12 շաբաթ*	-	-	12 շաբաթ*	-	-
Օմբիտասավիր/	24	-	-		-	-

Ցիռոզ չունեցող պացիենտներ						
Պարիտապրևիր/ Ռիտոնավիր/ Դասաբուվիր ²	շաբաթ*					
Օմբիտասավիր/ Պարիտապրևիր/ Ռիտոնավիր/ Ռիբավիրին ²	-	-	-	24 շաբաթ	-	-
Սոֆոսբուվիր/ Պեգիլացված Ինտերֆերոն/ Ռիբավիրին ²	-	-	12 շաբաթ	-	12 շաբաթ	12 շաբաթ

* Եթե 1a գենոտիպով պացիենտի մոտ Q80K մուտացիայի հետազոտությունը դրական է, սիմեպրևիր/սոֆոսբուվիր սխեման չի կարող նշանակվել:

** 1a գենոտիպով պացիենտներին հարկավոր է բուժել օմբիտասավիր/պարիտապրևիր/ռիտոնավիր/ դասաբուվիր և ռիբավիրին սխեմայով, 1b գենոտիպով պացիենտներին՝ օմբիտասավիր/պարիտապրևիր/ռիտոնավիր/դասաբուվիր սխեմայով:

¹ Կարող է ցուցված լինել կոմպենսացված և դեկոմպենսացված ցիռոզով պացիենտներին:

² Այս սխեմաները ցուցված են միայն կոմպենսացված ցիռոզով պացիենտներին, քանի որ կարող են լյարդային անբավարարություն առաջացնել դեկոմպենսացված ցիռոզով պացիենտների մոտ: Այդ պարզառով դրանք կարող են կիրառվել միայն հատուկ մասնագիտացված բժշկական օգնություն և սպասարկում տրամադրող հաստատություններում, որտեղ պարզաբան կերպով հնարավոր է որոշել լյարդի ցիռոզի աստիճանը:

379. ՄԻԱՎ/հեպատիտ Յ համակցված վարակով պացիենտների մոտ բարձրանում է ՀՌՎ դեղերի հեպատոտոքսիկ ազդեցության զարգացման հավանականությունը [271-276]: Հեպատոտոքսիկության զարգացման հավանական գործոններն են՝

- 1) Անամնեզում ամինոտրանսֆերազների բարձր ակտիվության առկայությունը,
- 2) ԱԼԱՏ-ի ելակետային բարձր ակտիվությունը,
- 3) այլ վիրուսային համակցված վարակները,
- 4) ՀՌՎ դեղերի բարձր կոնցենտրացիան շիճուկում,
- 5) իմունային անբավարարության աստիճանը [276]:

380. Կողմնակի ազդեցությունների մոնիտորինգը հիմնականում ուղղված է ՊԷԳ-ինտերֆերոն և ռիբավիրին պարունակող սխեմաների կիրառման ժամանակ զարգացող կողմնակի ազդեցությունների վերահսկմանը: Ներկայիս առանց ինտերֆերոնի սխեմաներն ավելի հեշտ տանելի են, քանի որ ունեն ավելի քիչ կողմնակի ազդեցություններ, և, հետևաբար, ցածր է բուժումն ընդհատելու անհրաժեշտությունը: Դրանց կիրառման դեպքում նվազում է որոշակի

հետազոտությունների իրականացման հաճախականությունը, այնուամենայնիվ անհրաժեշտ է որոշակի մոնիտորինգ իրականացնել ցիտոզոլ, այլ համակցված վարակներով և ռիբավիրինով բուժում ստացող պացիենտների շրջանում: Բուժման որոշ սխեմաներ ավելի անվտանգ են դեկոմպենսացված ցիտոզոլ և լյարդի փոխապատվաստում ստացած պացիենտների համար, քան ինտերֆերոն պարունակող սխեմաները [256]:

381. Բուժման և կողմնակի ազդեցությունների մոնիտորինգը ներկայացված է աղյուսակ 62-ում [256]:

Աղյուսակ 62. Բուժման և կողմնակի ազդեցությունների մոնիտորինգ

Դեղ	Անհրաժեշտ հետազոտություններ		Բուժումն սկսելիս	1 շաբաթ	2 շաբաթ	4 շաբաթ	8 շաբաթ	12 շաբաթ	12 շաբաթ անց բուժման ավարտից հետո	24 շաբաթ անց բուժման ավարտից հետո
Միայն ուղղակի ազդեցության դեղեր	Արյան ընդհանուր հետազոտություն, երիկամի, լյարդի ֆունկցիայի հետազոտություններ		+			+				
	Պարտաճանաչություն, կողմնակի ազդեցություններ					+				
	Հեպատիտ Ց-ի վիրուսի ՌՆԹ		+						+	
Ուղղակի ազդեցության դեղեր + ռիբավիրին	Արյան ընդհանուր հետազոտություն, երիկամի, լյարդի ֆունկցիայի հետազոտություններ		+	+	+	+	+	+	+	
	Պարտաճանաչություն, կողմնակի ազդեցություններ			+	+	+	+	+		
	Հեպատիտ Ց-ի վիրուսի ՌՆԹ		+						+	
Ուղղակի ազդեցության դեղեր + պեգիլացված ինտերֆերոն	Արյան ընդհանուր հետազոտություն	Կրեատինին ԱԼԱՏ	+	+	+	+	+	+	+	

Դեղ	Անհրաժեշտ հետազոտություններ	Բուժումն սկսելիս	1 շաբաթ	2 շաբաթ	4 շաբաթ	8 շաբաթ	12 շաբաթ	12 շաբաթ անց բուժման ավարտից հետո	24 շաբաթ անց բուժման ավարտից հետո
+ ռիբավիրին	Վահանաձև գեղձի ֆունկցիայի հետազոտություն	+					+	+	
	Պարտաճանաչություն, կողմնակի ազդեցություններ		+	+	+	+	+		
	Հեպատիտ Յ-ի վիրուսի ՌՆԹ	+						+	+

382. Բուժման ընթացքի և արդյունավետության մոնիտորինգի նպատակով իրականացվող հետազոտություններն են՝

- 1) Հեպատիտ Յ-ի վիրուսի ՌՆԹ-ի մակարդակի մոնիտորինգ բուժման ընթացքում և ավարտից հետո իրական ժամանակում ՊՇՌ մեթոդով որոշելիության ցածր շեմով թեստերի կիրառմամբ,
- 2) ՊԵԳ-ԻՖՆ, ռիբավիրին և սոֆոսբուվիր սխեմայով 12 շաբաթ տևողությամբ բուժում ստացող պացիենտների մոտ հեպատիտ Յ-ի վիրուսի ՌՆԹ-ի որոշում բուժման սկզբում, 4-րդ շաբաթում և 12-րդ շաբաթում (բուժման ավարտ), իսկ բուժման արդյունավետության գնահատման համար բուժման ավարտից հետո 12-24 շաբաթվա ընթացքում (կայուն վիրուսաբանական պատասխան),
- 3) ՊԵԳ-ԻՖՆ-ի սխեմաներով բուժում ստացող պացիենտների մոտ հեպատիտ Յ-ի վիրուսի ՌՆԹ-ի որոշում բուժման սկզբում, 2-րդ շաբաթում (հետևողականության գնահատում), 4-րդ շաբաթում, 12-րդ կամ 24-րդ շաբաթում (բուժման ավարտ համապատասխանաբար 12 և 24 շաբաթ բուժում ստացած պացիենտների մոտ), իսկ բուժման արդյունավետության գնահատման համար բուժման ավարտից հետո 12-24 շաբաթվա ընթացքում (կայուն վիրուսաբանական պատասխան) [257]:

383. Վիրուսային հեպատիտ Յ-ի բուժման համար կիրառվող դեղերի հակացուցումները ներկայացված են աղյուսակ 63-ում [256]:

Աղյուսակ 63. Վիրուսային հեպատիտ B-ի բուժման համար կիրառվող դեղերի հակացուցումները*

Դեղեր	Հակացուցումներ/զգուշավորություն
Լեդիսպավիր/սոֆոսբուվիր	- Ամիոդարոնի միաժամանակյա ընդունում - Պ-գլիկոպրոտեինի ինդուկտոր - Երիկամային անբավարարություն
Դակլատասավիր	CYP3A ինդուկտոր կամ ինհիբիտոր
Սոֆոսբուվիր	- Ամիոդարոնի միաժամանակյա ընդունում (անհրաժեշտ է նաև զգուշավորություն β-բլոկատորների հետ համատեղ կիրառելիս) - Երիկամային անբավարարություն
Օմբիտասավիր/պարիտապրևիր/ռիտոնավիր+-դասաբուվիր	- Լյարդի ցիռոզ՝ B և C դաս՝ ըստ Չայլդ-Պյուի դասակարգման - CYP3A կամ CYP2C8 ինդուկտոր կամ ինհիբիտոր - ՀՌՎ բուժում չստացող ՄԻԱՎ1 վարակով պացիենտներ, քանի որ ռիտոնավիրը կարող է զարգացնել ՀՌՎ դեղերի նկատմամբ կայունություն
Սիմեպրևիր	- Լյարդի ցիռոզ՝ B և C դաս՝ ըստ Չայլդ-Պյուի դասակարգման - Փոխազդեցություն CYP3A- հետ

* Ուղղակի ազդեցության հակավիրուսային դեղերի հակացուցումներն ավելի քիչ են, ինչը թույլ է տալիս դրանք կիրառել առավել լայն շրջանակի մարդկանց բուժման համար: Լյարդի դեկոմպենսացված ցիռոզը հակացուցում չէ ուղղակի ազդեցության հակավիրուսային դեղերով բուժման համար:

384. Դակլատասավիրի կողմնակի ազդեցություններն են հոգնածությունը, գլխացավը և սրտխառնոցը [256]:

385. Օմբիտասավիր/պարիտապրևիր/ռիտոնավիր և դասաբուվիր սխեմային բնորոշ կողմնակի ազդեցություններից հիմնականը քորն է, երբեմն ռիբավիրինի հետ համատեղ սխեմաներում հանդիպում են նաև հոգնածությունը, սրտխառնոցը և անքնությունը: Բուժման առաջին չորս շաբաթվա ընթացքում նկատվում է ԱԼԱՏ-ի բարձրացում՝ առանց բիլիռուբինի մակարդակի բարձրացման և առանց կլինիկական ախտանշանների, սակայն դա կարող է ինքնուրույն անցնել՝ առանց

բուժման ընդհատման: Այս երևույթն ավելի հաճախ հանդիպում է միաժամանակ էստրոգենների կիրառման դեպքում: Ընդհանուր բիլիռուբինի մակարդակի աճ է նկատվում լյարդի ցիռոզով պացիենտների մոտ [256]:

386. Սիմեարևրիի հիմնական կողմնակի ազդեցություններն են հոգնածությունը, գլխացավը, սրտխառնոցը, անքնությունը և քորը, կարող է առաջանալ նաև թեթև կամ չափավոր ցան [256]:

387. Սոֆոսբուվիրը և լեդիպասավիրը հեշտ տանելի են: 12 շաբաթվա ընթացքում սոֆոսբուվիրի կիրառումը ինտեֆերոնի և ռիբավիրինի հետ անվտանգ է: Հոգնածությունը, գլխացավը, անքնությունը և սրտխառնոցը առավել տարածված կողմնակի ազդեցություններն են: Սոֆոսբուվիրը հակացուցված է երիկամային անբավարարությամբ պացիենտներին [256]:

388. ՊԵԳ-ինտերֆերոնի և ռիբավիրինի կողմնակի ազդեցություններն ավելի արտահայտված են լյարդի ախտահարում ունեցող և/կամ ՄԻԱՎ/հեպատիտ Յ համակցված վարակով պացիենտների մոտ: ՊԵԳ-ԻՖՆ-ի և ռիբավիրինի կողմնակի ազդեցություններն արտահայտվում են գրեթե բոլոր պացիենտների մոտ, երբեմն դրանք լինում են բավականին ծանր: Պետք է փորձել կանխել դրանք առանց դեղերի դեղաչափերն իջեցնելու: ՊԵԳ-ինտերֆերոնի և ռիբավիրինի կողմնակի ազդեցություններն ու դրանց դեպքում մոտեցումները ներկայացված են հավելված 32-ում [256]:

389. Վիրուսային հեպատիտ Յ-ի բուժման ժամանակ կիրառվող դեղերի փոխազդեցությունները ներկայացված են հավելված 33-ում:

390. ՄԻԱՎ վարակի և վիրուսային հեպատիտ Յ-ի բուժման համար կիրառվող դեղերի համատեղ օգտագործման դեպքում դեղային փոխազդեցությունները ներկայացված են աղյուսակ 64-ում [256]:

Աղյուսակ 64. *Դեղային փոխազդեցությունները ՄԻԱՎ վարակի և վիրուսային հեպատիտ Յ-ի բուժման համար կիրառվող դեղերի համարեղ օգտագործման դեպքում*

ՀՌՎ դեղեր	Դակլատասավիր	Լեդիպասավիր/ Սոֆոսբուվիր	Օմբիտասավիր/ պարիտապրևիր/ Ռիտոնավիր	Սիմեարևր	Սոֆոսբուվիր	ՊԵԳ-ինտերֆերոն	Ռիբավիրին
Աբակավիր	○	○	○	○	○	❖	❖
Էմտրիցիտաբին	○	○	○	○	○	❖	❖
Լամիվուդին	○	○	○	○	○	❖	❖
Տենոֆովիր	○	❖	○	○	○	❖	❖

ՀՌՎ դեղեր	Դակլատավիր	Լեդիպավիր/ Սոֆոսբուվիր	Օմբիտավիր/ պարիտապրևիր/ Ռիտոնավիր	Սիմեպրևիր	Սոֆոսբուվիր	ՊԵԳ-ինտերֆերոն	Ռիբավիրին
Զիդովուդին	○	○	○	○	○	□	□
Դոլուտեգրավիր	○	○	○	○	○	○	○
Իֆավիրենց	❖	❖	□	□	○	○	○
Նևիրապին	❖	❖	□	□	○	○	○
Լոպինավիր	○	○	□	□	○	○	○
Ռիտոնավիր	❖	○	□	□	○	○	○

- տվյալ դեղերի համատեղ նշանակումը հակացուցված է
- ❖ պոտենցիալ փոխազդեցություն
- կլինիկական նշանակություն ունեցող որևէ փոխազդեցություն չի սպասվում

XV. ՄԻԱՎ/ՎԻՐՈՒՍԱՅԻՆ ՀԵՊԱՏԻՏ Բ ՀԱՄԱԿՑՎԱԾ ՎԱՐԱԿՈՎ ՊԱՑԻԵՆՏՆԵՐԻ ՎԱՐՈՒՄ

391. ՄԻԱՎ վարակն էապես ազդում է վիրուսային հեպատիտ Բ-ի բնականոն ընթացքի վրա, նպաստում է լյարդի ցիռոզի և հեպատոցելյուլար կարցինոմայի պրոգրեսիվմանը: ՄԻԱՎ/վիրուսային հեպատիտ Բ համակցված վարակի ժամանակ առավել հաճախ հանդիպում է լյարդի բազմօջախային ախտահարում, լյարդի հիվանդություններից մահացության մակարդակի բարձրացում: ՄԻԱՎ/վիրուսային հեպատիտ Բ համակցված վարակի մյուս կարևորագույն խնդիրը ՄԻԱՎ վարակի և վիրուսային հեպատիտ Բ-ի բուժման համար կիրառվող դեղերի նկատմամբ խաչաձև կայունության զարգացումն է: Կարող է նկատվել լյարդի ծանր ախտահարում՝ կապված ԻՎԲՀ-ի կամ ՀՌՎ դեղերի անմիջական հեպատոտոքսիկ ազդեցության հետ, ինչն ազդում է հեպատիտի ընթացքի վրա, բարձրանում է ԱլԱՏ-ի մակարդակը, կարող է զարգանալ ֆուլմինանտ հեպատիտ: Բազմաթիվ կլինիկական հետազոտությունների արդյունքում պարզվել է, որ վիրուսային հեպատիտ Բ-ն որևէ կերպ չի ազդում ՄԻԱՎ վարակի զարգացման վրա [277, 278]:

392. Տարբերում են հեպատիտ Բ-ի վիրուսի 9 հիմնական գենոտիպ՝ A-I: Եվրոպական տարածաշրջանում առավել հաճախ հանդիպում են A և D գենոտիպերը: Այս գենոտիպերով վարակվածների մոտ HBeAg-ի շճակոնվերսիայի հաճախակա-

նությունը, հիվանդացության և մահացության ցուցանիշները համանման են, սակայն ինտերֆերոնով բուժման արդյունքում կայուն կենսաքիմիական և վիրուսաբանական ռեմիսիա առավել հաճախ դիտվում է հեպատիտ Բ-ի վիրուսի A գենոտիպով վարակվածների մոտ: Որևէ կապվածություն վիրուսային գենոտիպերի և նուկլեոտիդային ու նուկլեոզիդային անալոգներով բուժման պատասխանների միջև չի հայտնաբերվել: Հեպատոցելյուլար կարցինոմայի դեպքեր ավելի հաճախ հանդիպում են C և F գենոտիպերով վարակված պացիենտների մոտ, քան B և D գենոտիպերով վարակվածների մոտ: Հակավիրուսային բուժումն արդյունավետ է բոլոր գենոտիպերի դեպքում, իսկ վիրուսային հեպատիտ Բ-ի դեմ պատվաստումը պաշտպանում է վիրուսի բոլոր գենոտիպերից [279, 280]:

393. Քրոնիկ վիրուսային հեպատիտ Բ-ի զարգացման վտանգը բարձր է բնածին կամ ծեռքբերովի իմունային անբավարարությամբ պացիենտների մոտ, ներառյալ ՄԻԱՎ վարակով, իմունադեպրեսիաների ընդունմամբ և երկարատև հեմոդիալիզով պայմանավորված իմունային անբավարարությունը: Վիրուսային հեպատիտ Բ-ի բարդությունները ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մոտ ավելի ծանր են ընթանում [281-284]:

394. Սուր վիրուսային հեպատիտ Բ-ից հետո մեծահասակների ավելի քան 90%-ի մոտ զարգանում է լայն մոլտիսպեցիֆիկ բջջային իմունային պատասխան, ինչի արդյունքում տեղի է ունենում վիրուսի էլիմինացիա և օրգանիզմում սինթեզվում են հակամարմիններ HBsAg-ի նկատմամբ: Սուր վարակի դեղնուկով ընթացող ձևով պացիենտների շուրջ 1%-ի մոտ զարգանում է ֆուլմինանտ հեպատիտ [285]:

395. Միջինը 30 տարվա ընթացքում քրոնիկ ակտիվ վիրուսային հեպատիտ Բ-ով պացիենտների 30%-ի մոտ զարգանում է լյարդի ցիռոզ: Վիրուսային հեպատիտ Բ-ով պայմանավորված ցիռոզով պացիենտներից յուրաքանչյուր չորրորդի մոտ 5 տարվա ընթացքում զարգանում է լյարդի ֆունկցիայի դեկոմպենսացիա, 5-10%-ի մոտ՝ լյարդի քաղցկեղ: Ցիռոզով պացիենտների մոտ 15%-ը բուժում չստանալու դեպքում մահանում է 5 տարվա ընթացքում [279-287]:

396. Վիրուսային հեպատիտ Բ-ի հիմնական շիճուկային մարկերներն են՝

- 1) հեպատիտ Բ վիրուսի մակերեսային հակածին՝ HbsAg, որը հայտնաբերվում է սուր և քրոնիկ հեպատիտ Բ-ի ժամանակ,
- 2) հեպատիտ Բ վիրուսի կորիզային հակածին՝ HBcAg, որը ծածկված է HbsAg-ով, ինչի պատճառով չի հայտնաբերվում ազատ վիճակով արյան շիճուկում,
- 3) հեպատիտ Բ վիրուսի e հակածին՝ HbeAg, որը հայտնաբերվում է հեպատիտ Բ-ի վիրուսի բարձր ռեպլիկացիայի ժամանակ,
- 4) հեպատիտ Բ վիրուսի մակերեսային հակածնի նկատմամբ հակամարմիններ (հակա-HBs), որոնք առաջանում են սուր հեպատիտ Բ-ի ապաքինման

արդյունքում, և ի պատասխան հեպատիտ Բ-ի դեմ պատվաստման՝ դրանց առկայությունը վկայում է նախկինում տարած վարակի և ձևավորված իմունիտետի մասին,

- 5) հեպատիտ Բ վիրուսի e հակաձնի նկատմամբ հակամարմիններ (հակա-HBe), որոնք հայտնաբերվում են հեպատիտ Բ-ի ցածր ռեպլիկացիայով պացիենտների մոտ, ինչպես նաև HBeAg-բացասական հեպատիտ Բ-ով պացիենտների մոտ,
- 6) հեպատիտ Բ վիրուսի կորիզային հակաձնի նկատմամբ հակամարմիններ (հակա- HBc), որոնք հայտնաբերվում են ինչպես սուր, այնպես էլ քրոնիկ հեպատիտ Բ-ի ժամանակ,
- 7) հակամարմիններ-HBc-IgM, որոնք հայտնաբերվում են սուր հեպատիտ Բ-ի ժամանակ, բայց զգալուն մեթոդներով հնարավոր է դրանք հայտնաբերել նաև քրոնիկ հեպատիտ Բ-ի ակտիվացման ժամանակ,
- 8) հակամարմիններ-HBc-IgG, որոնց հայտնաբերումը վկայում է տարած կամ ընթացող լատենտ վիրուսային հեպատիտ Բ-ի մասին, երբ արյան մեջ չի հայտնաբերվում HbsAg, բայց միևնույն ժամանակ հայտնաբերվում է հեպատիտ Բ-ի վիրուսի ԴՆԹ ցածր կոնցենտրացիայով: Վիրուսային հեպատիտ Բ-ի լատենտ ընթացքով պացիենտների մոտ հայտնաբերվում է նաև հակա-HBc [301]:

397. ՄԻԱՎ վարակով բոլոր պացիենտներին անհրաժեշտ է հետազոտել՝

- 1) HBsAg-ի վերաբերյալ. սրա առկայությունն արյան մեջ առնվազն 6 ամսվա ընթացքում վկայում է քրոնիկ վիրուսային հեպատիտ Բ-ի մասին,
- 2) HBcAg-ի նկատմամբ IgG-հակամարմինների և HBsAg-ի նկատմամբ հակամարմինների վերաբերյալ,
- 3) HBsAg-ի նկատմամբ դրական պացիենտների մոտ անհրաժեշտ է որոշել վիրուսային հեպատիտ Բ-ի վիրուսի ԴՆԹ-ն, վիրուսային հեպատիտ Դ-ի վիրուսի նկատմամբ հակամարմինները և ՌՆԹ-ն [301]:

398. ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մոտ վիրուսային հեպատիտ Բ-ի բուժման համար կիրառվող դեղերը ներկայացված են աղյուսակ 65-ում:

Աղյուսակ 65. Վիրուսային հեպատիտ *Բ*-ի բուժման համար կիրառվող հակավիրուսային դեղերը

Դեղ	Դեղաչափ	ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ ակտիվություն
Պեգիլացված ինտերֆերոն- $\alpha 2a$	180մկգ՝ շաբաթը 1 անգամ ներմաշկային 48 շաբաթ	չափավոր ակտիվ է ¹
Ադեֆովիր	10մգ՝ օրը մեկ անգամ	ակտիվ է ³
Էնտեկավիր	0,5մգ՝ օրը մեկ անգամ (լամիվուդինի նկատմամբ կայունության կամ լյարդի դեկոմպենսացված հիվանդության դեպքում 1,0մգ/օրը)	ցածր ակտիվություն ակտիվ է ²
Էմտրիցիտաբին ⁴	200մգ՝ օրը մեկ անգամ	բարձր ակտիվություն ակտիվ է ²
Լամիվուդին	300մգ՝ օրը մեկ անգամ ⁵	բարձր ակտիվություն ակտիվ է ²
Տեբիվուդին	600մգ՝ օրը մեկ անգամ	ակտիվ է ⁶
Տենոֆովիր ⁷	300մգ՝ օրը մեկ անգամ	բարձր ակտիվություն ակտիվ է ²

¹ Ինտերֆերոնը և պեգիլացված ինտերֆերոնը կարող են ճնշել ՄԻԱՎ-ի վերարտադրությունը, ընդ որում կայունության մուրացիաներով ենթադասակների առաջացման վրանգը բացակայում է:

² Նշված դեղերն ունեն արտահայտված ակտիվություն և՛ ՄԻԱՎ-ի, և՛ հեպատիտ *Բ*-ի վիրուսի նկատմամբ: Այդ պատճառով ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մոտ դրանք պետք է կիրառվեն միայն այլ դեղերի հետ համակցված՝ միաժամանակ ՄԻԱՎ վարակի արդյունավետ բուժումն ապահովելու նպատակով: Նշված դեղերի մեծամասնությունը բավականաչափ ակտիվ է ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ և կարող է ներառվել ՀՌՎ բուժման սխեմաներում: Բացառություն է կազմում էնտեկավիրը, որը կարելի է կիրառել միայն որպես լրացում ՀՌՎ սխեմայի դեղերի, եթե դրանց ազդեցությունը հեպատիտ *Բ*-ի վիրուսի վրա բավարար չէ:

³ Ադեֆովիրը ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ ակտիվ է բարձր դեղաչափերով, սակայն ակտիվ չէ այն դեղաչափով, որը կիրառվում է միայն հեպատիտ *Բ*-ի վիրուսի վերարտադրությունը ճնշելու համար:

⁴ ԱՄՆ-ի պարենի և դեղերի վարչության կողմից հավանության չի արժանացել հեպատիտ *Բ*-ի բուժման համար:

⁵ Վիրուսային հեպատիտ *Բ* մոնոկարակի ժամանակ լամիվուդինի դեղաչափը կազմում է 100մգ/օր:

⁶ Կան հաղորդումներ ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ ակտիվության վերաբերյալ, սակայն այլ հաստատումներ չկան:

⁷ Էմտրիցիտաբինի հետ համակցման դեպքում՝ 245մգ տենոֆովիր դիզոպրոքսիլ կամ 136մգ տենոֆովիր:

399. ՄԻԱՎ/հեպատիտ Բ համակցված վարակով պացիենտների մոտ պեգիլացված ինտերֆերոնով բուժման դեպքում կայուն պատասխան հազվադեպ է զարգանում: Այդ պատճառով խորհուրդ չի տրվում այն կիրառել որպես հեպատիտ Բ-ի բուժման առաջին շարքի դեղ: Պեգիլացված ինտերֆերոնի դեղաչափը կազմում է 180մկգ՝ շաբաթը 1 անգամ ենթամաշկային ներարկումների ձևով, 48 շաբաթ տևողությամբ՝ անկախ HBeAg-ի և դրա նկատմամբ հակամարմինների առկայությունից [289]:
400. Ադեֆովիրը նուկլեոտիդային անալոգ է, հեպատիտ Բ մոնովարակով պացիենտների մոտ 48 շաբաթ բուժումից հետո ԴՆԹ-ի մակարդակն իջեցնում է միջինը $3,5 \log_{10}$ պատճեն/մլ, սակայն իր ակտիվությամբ զիջում է տենոֆովիրին: Կան բազմաթիվ տվյալներ ՄԻԱՎ/հեպատիտ Բ համակցված վարակի դեպքում ադեֆովիրի արդյունավետության վերաբերյալ, երբ հեպատիտ Բ-ի վիրուսը կայուն է լամիվուդինի նկատմամբ: Բարձր դեղաչափով ադեֆովիրը ակտիվ է ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ, սակայն ակտիվ չէ այն դեղաչափով, որը կիրառվում է միայն հեպատիտ Բ-ի վիրուսի վերարտադրությունը ճնշելու համար: Ադեֆովիրը հակացուցված է հղիության և կրծքով կերակրման ժամանակ [290-294]:
401. Էնտեկավիրը գուանոզինի անալոգ է, վիրուսային հեպատիտ Բ-ի վիրուսի նկատմամբ ունի բարձր ակտիվություն: ՄԻԱՎ/հեպատիտ Բ համակցված վարակով պացիենտների բուժման ժամանակ Էնտեկավիրը պետք է կիրառել որպես լրացում ՀՌՎ սխեմային, այլ ոչ թե դրանով փոխարինել ՀՌՎ սխեմայում ներառված դեղերից որևէ մեկը, քանի որ կարող են լինել ՄԻԱՎ-ի՝ Էնտեկավիրի նկատմամբ կայուն շտամներ: Լամիվուդինի նկատմամբ կայունության դեպքում դեղաչափն անհրաժեշտ է կրկնապատկել: Էնտեկավիրը հակացուցված է հղիության և կրծքով կերակրման ժամանակ [295]:
402. Լամիվուդինը նուկլեոզիդային անալոգ է, ակտիվ է Ա՝ ՄԻԱՎ-ի, Ա՝ հեպատիտ Բ-ի վիրուսի նկատմամբ: Լամիվուդինով մոնոթերապիան ՄԻԱՎ/հեպատիտ Բ համակցված վարակով պացիենտների շրջանում պարունակում է հեպատիտ Բ-ի վիրուսի նկատմամբ կայունության զարգացման բարձր վտանգ (տարեկան մոտ 25%), այդ պատճառով հնարավորության դեպքում լամիվուդինը միշտ անհրաժեշտ է համակցել տենոֆովիրի հետ: Եթե անհրաժեշտ է լամիվուդինի դեղաչափը նվազեցնել, սակայն 150մգ-անոց դեղահատերը հասանելի չեն, որպես այլընտրանք կարելի է կիրառել էմտրիցիտաբին:
403. Էմտրիցիտաբինը նուկլեոզիդային անալոգ է, որն իր կառուցվածքով, արդյունավետությամբ և դեղակայունության շեմով համանման է լամիվուդինին:
404. Տելբիվուդինը նուկլեոտիդային անալոգ է, ավելի ակտիվ է հեպատիտ Բ-ի վիրուսի նկատմամբ, քան լամիվուդինը և ադեֆովիրը, սակայն սրա արդյունավետությունը սահմանափակ է՝ կայունության զարգացման բարձր հաճախականության

պատճառով (վիրուսային հեպատիտ Բ-ով պացիենտների 25%-ի մոտ բուժումն սկսելուց 24 ամիս անց): Այդ իսկ պատճառով խորհուրդ չի տրվում անցկացնել մոնոթերապիա տելբիվուդինով [287, 288, 296, 297]:

405. Տենոֆովիրը նուկլեոտիդային անալոգ է, ակտիվ է և՛ հեպատիտ Բ-ի վիրուսի, և՛ ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ, ինչի համար նախընտրելի է այն կիրառել ՄԻԱՎ/հեպատիտ Բ համակցված վարակով պացիենտների ՀՌՎ բուժման բոլոր սխեմաներում: Ըստ առկա տվյալների՝ այս դեղի նկատմամբ հեպատիտ Բ-ի վիրուսի կայունություն հազվադեպ է զարգանում: Սակայն եթե տենոֆովիրը կիրառվում է ՄԻԱՎ/հեպատիտ Բ համակցված վարակով պացիենտների ՀՌՎ բուժման սխեմաներում, այն անհրաժեշտ է զուգակցել հեպատիտ Բ-ի վիրուսի նկատմամբ ակտիվ մեկ այլ դեղի հետ (օրինակ՝ լամիվուդին կամ էմտրիցիտաբին): Տենոֆովիրն ակտիվ է հեպատիտ Բ-ի վիրուսի այն շտամների նկատմամբ, որոնք կայուն են լամիվուդինի կամ էմտրիցիտաբինի նկատմամբ: Թեև տենոֆովիրն ունի նեֆրոտոքսիկ ազդեցություն, այն կարելի է նշանակել նաև երիկամների ֆունկցիայի խանգարմամբ պացիենտներին՝ շտկելով դեղաչափը [298-300]:
406. ՄԻԱՎ/վիրուսային հեպատիտ Բ համակցված վարակով պացիենտների բուժման համար խորհուրդ է տրվում տենոֆովիրը լամիվուդինի կամ տենոֆովիրը էմտրիցիտաբինի հետ (եթե տենոֆովիրը հակացուցված չէ), որպես երրորդ դեղ ընտրվում է իֆավիրենցը ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ դեղակայունությունը կանխելու նպատակով: ՄԻԱՎ/հեպատիտ Բ համակցված վարակով պացիենտների մոտ, որոնք երկարատև բուժում են ստանում տենոֆովիր էմտրիցիտաբինի կամ լամիվուդինի հետ, նվազում է ցիռոզի զարգացման հավանականությունը, սակայն պահպանվում է հեպատոցելյուլար կարցինոմայի զարգացման վտանգը: ՄԻԱՎ վարակի բուժումն առանց տենոֆովիրի կարող է հանգեցնել հեպատիտ Բ-ի սրացման՝ կապված ՀՌՎ բուժման ֆոնին զարգացող ԻՎԲՀ-ի հետ: Բուժման ընդհատումը կարող է հանգեցնել հեպատիտ Բ-ի ռեցիդիվի, ԱԼՏS-ի մակարդակի բարձրացման, հազվադեպ՝ լյարդային անբավարարության առաջացման: ՄԻԱՎ/վիրուսային հեպատիտ Բ համակցված վարակով մինչ 12 տարեկան երեխաների բուժման սխեմաներում չի կարելի կիրառել տենոֆովիր, կարելի է կիրառել լամիվուդին պարունակող սխեմա և 12 տարին լրանալուց հետո անցնել տենոֆովիրի:
407. Քրոնիկ վիրուսային հեպատիտ Բ-ի ժամանակ դիտվում են ԱԼՏS-ի ակտիվության տատանումներ, ինչի պատճառով անհրաժեշտ է տևական մոնիտորինգ: ԱԼՏS-ի մակարդակը համարվում է կայուն նորմալ կամ ոչ նորմալ, եթե վերջին 6-12 ամիսների ընթացքում կատարված 3 հաջորդական չափումների արդյունքում ստացված ցուցանիշները ցածր են կամ բարձր ընդունված վերին սահմանից: Եթե հնարավոր չէ որոշել ՎՀԲ-ի ԴՆԹ-ն, կարելի է բուժում սկսել՝ հաշվի առնելով

ԱլԱՏ-ի կայուն ոչ նորմալ մակարդակը. այս դեպքում պետք է բացառել ԱլԱՏ-ի մակարդակի բարձրացման մյուս հնարավոր պատճառները՝ գլյուկոզայի նկատմամբ տոլերանտության խանգարում, դիսլիպիդեմիա, ճարպային հեպատոզ:

408. ՄԻԱՎ/հեպատիտ Բ համակցված վարակով պացիենտների մոտ թուլանում է լյարդի բորբոքային ռեակցիան: ՀՌՎ բուժման ֆոնին կարող է զարգանալ ԻՎԲՀ, ինչը դրսևորվում է վիրուսային հեպատիտ Բ-ի սրացմամբ: Սովորաբար այս համախտանիշը հանդիպում է մինչև ՀՌՎ բուժումն սկսելը CD4+ լիմֆոցիտների շատ ցածր քանակի և/կամ շատ բարձր ՎԾ-ի պայմաններում: ԻՎԲՀ-ի զարգացումից հնարավոր է խուսափել՝ ՀՌՎ բուժման սխեմայում կրկնակի ակտիվության (ՄԻԱՎ-ի և հեպատիտ Բ-ի վիրուսի նկատմամբ ակտիվ) դեղ ներառելով:

409. Հեպատոտոքսիկությունը ՀՌՎ դեղերի լուրջ կողմնակի ազդեցություններից է, որը կարող է մեծացնել ՄԻԱՎ/հեպատիտ Բ համակցված վարակով պացիենտների շրջանում մահացությունը: Խորհուրդ է տրվում ՀՌՎ բուժման սխեմայում ներառված արտահայտված հեպատոտոքսիկությամբ դեղերը փոխարինել նվազ հեպատոտոքսիկություն ունեցող դեղերով: Թեթև կամ չափավոր հեպատոտոքսիկության դեպքում (I-II աստիճան) խորհուրդ է տրվում շարունակել բուժումը նույն սխեմայով լյարդային ֆերմենտների ակտիվության մշտական մոնիտորինգի պայմանով: Հեպատոտոքսիկության ստանդարտացված սանդղակը ներկայացված է աղյուսակ 66-ում:

Աղյուսակ 66. Հեպատոտոքսիկության ստանդարտացված սանդղակ

Հեպատոտոքսիկության աստիճան	Նորմաների վերին սահմանից ԱլԱՏ-ի և ԱսԱՏ-ի ակտիվության բարձրացում	Ելակետային մակարդակից ԱլԱՏ-ի և ԱսԱՏ-ի ակտիվության բարձրացում
I	1,25 - 2,5 անգամ	1,25 - 2,5 անգամ
II	2,6 - 5 անգամ	2,6 - 3,5 անգամ
III	5,1 - 10 անգամ	3,6 - 5 անգամ
IV	ավելի քան 10 անգամ	ավելի քան 5 անգամ

XVI. ՄՈՐԻՑ ԵՐԵՒԱՅԻՆ ՄԻԱՎ-Ի ՓՈԽԱՆՑՄԱՆ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՈՒՄ

410. ՄԻԱՎ վարակ ունեցող մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխարգելմանն ուղղված միջոցառումների ժամանակին և հետևողական իրականացումը հնարավորություն է տալիս նվազեցնելու մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման հավանականությունը 25-45%-ից ընդհուպ մինչև 1% [302]: Դրա համար անհրաժեշտ առաջին կարևոր քայլը մանկաբարձագինեկոլոգիական ծառայություններում ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության միջոցով հղիների շրջանում ՄԻԱՎ վարակի վաղ հայտնաբերումն ու ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխարգելման տրամադրումն է:
411. Բուժաշխատողների նախաձեռնությամբ ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության և խորհրդատվության տրամադրումը կարևոր նշանակություն ունի բուժման հասանելիության բարելավման և հիվանդության կանխարգելման համար: Յուրաքանչյուր մանկաբարձ-գինեկոլոգ և մանկաբարձուհի պետք է կարողանա քննարկել հղի կնոջ հետ ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտվելու անհրաժեշտությունը և առաջարկել անցնելու նշված հետազոտությունը՝ համապատասխան նշում կատարելով նրա քարտում [303]:
412. ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ կարգավիճակը պարզելու նպատակով յուրաքանչյուր հղի կնոջ տրամադրվում է ՄԻԱՎ վարակի վերաբերյալ խորհրդատվություն և հետազոտություն՝ համաձայն ՀՀ առողջապահության նախարարի հրամանով հաստատված ՄԻԱՎ վարակի վերաբերյալ հետազոտության, խորհրդատվության և լաբորատոր ախտորոշման կլինիկական ուղեցույցի:
413. ՄԻԱՎ վարակ ունեցող յուրաքանչյուր հղի կնոջ մոտ հիվանդության կլինիկական փուլը պարզելու համար անհրաժեշտ է որոշել CD4+ լիմֆոցիտների քանակը և ՎԾ-ն: [302]
414. ՄԻԱՎ վարակ ունեցող հղիներին պետք է առաջարկել մի շարք լրացուցիչ հետազոտություններ և անցկացնել խորհրդատվություն հետևյալ հարցերի շուրջ՝
- 1) պտղին և նորածնին ՄԻԱՎ-ի փոխանցման վտանգը և դրա կանխարգելմանն ուղիները,
 - 2) մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխարգելման նպատակով անցկացվող ՀՌՎ բուժման օգուտները և հնարավոր վտանգները մոր և երեխայի առողջության համար,
 - 3) վիրուսային հեպատիտներ Բ-ի և Ց-ի պերինատալ փոխանցման վտանգը և կանխարգելումը,
 - 4) սեռավարակների պերինատալ փոխանցման վտանգը, սիֆիլիսի, գոնորեայի, խլամիդիոզի հայտնաբերման և բուժման անհրաժեշտությունը ՄԻԱՎ-ի փոխանցման վտանգը նվազեցնելու նպատակով,

- 5) թմրամիջոցների գործածման ազդեցությունը պտղի վրա, ներառյալ զրկանքի համախտանիշը և դեղային փոխազդեցությունները,
- 6) վնասի նվազեցման և թմրամիջոցներից կախվածության բուժման ծրագրեր, ներառյալ օփիոիդային փոխարինող բուժումը,
- 7) ծննդալուծման տարբեր ձևերի ազդեցությունը ՄԻԱՎ-ի փոխանցման վտանգի նվազեցման վրա, ներառյալ պլանային կեսարյան հատման (այսուհետ՝ ՊԿՀ) օգուտները և անցանկալի հետևանքները (ՊԿՀ-ն այն կեսարյան հատումն է, որը կատարվում է մինչև ծննդաբերության սկիզբը և պտղապարկի պատռվելը),
- 8) ՄԻԱՎ-ի հետծննդյան փոխանցման վտանգը կրծքով կերակրելիս և խորհուրդներ արհեստական սնուցման վերաբերյալ,
- 9) ընտանիքի պլանավորման հնարավորությունները և ապագայում անցանկալի հղիության կանխարգելման ժամանակակից մեթոդները [302]:

415. Ստանալով բուժօգնության հնարավորությունների և հավանական վտանգների վերաբերյալ ճշգրիտ տեղեկատվություն՝ ՄԻԱՎ-ով վարակված կինը կարող է կայացնել տեղեկացված որոշում հղիության պահպանման կամ ընդհատման վերաբերյալ: Ինքնին ՄԻԱՎ վարակը ցուցում չէ հղիության բժշկական ընդհատման համար, և չի կարելի հարկադրել կնոջն ընդհատելու հղիությունը [302]:

416. Հայաստանի Հանրապետությունում կիրառվում է մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխարգելման «Բ+» տարբերակը, համաձայն որի՝ կանխարգելիչ ՀՌՎ բուժում սկսած բոլոր կանայք մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման առումով վտանգավոր ժամանակահատվածի ավարտից հետո շարունակում են ՀՌՎ բուժումը ողջ կյանքի ընթացքում: Մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխարգելիչ ՀՌՎ բուժման «Բ+» [304-306] տարբերակը ներկայացված է աղյուսակ 67-ում:

Աղյուսակ 67. Մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխարգելիչ ՀՌՎ բուժման «Բ+» տարբերակը

ՄԻԱՎ վարակ ունեցող հղի և կրծքով կերակրող կանայք		ՄԻԱՎ-ի հետ շփում ունեցած երեխաներ ¹	
		Կրծքով կերակրվող	Արհեստական սնուցում ստացող
Ցմահ ՀՌՎ բուժման նշանակում	Սկսել ՀՌՎ բուժում՝ անկախ հիվանդության կլինիկական փուլից, CD4+ լիմֆոցիտների քանակից, և շարունակել ծննդաբերությունից և կրծքով կերակրման դադարեցումից հետո ²	Նևիրապին ներքին ընդունման ձևով օրը 1 անգամ, 6 շաբաթ	Նևիրապին օրը 1 անգամ (կամ զիդովուդին օրը 2 անգամ) ներքին ընդունման ձևով, 4-6 շաբաթ

¹ Երեխաների մոտ ՀՌՎ դեղերով կանխարգելումը պետք է սկսել ծննդաբերությունից հետո՝ կյանքի առաջին 4 ժամվա ընթացքում:

² Անցնել ՀՌՎ բուժման երկրորդ շարքի սխեմաների, եթե հղիության կամ կրծքով սնուցման ընթացքում դիտվում է բուժման անհաջողություն:

417. ՀՌՎ բուժումը պետք է սկսել ՄԻԱՎ վարակ ունեցող բոլոր հղի, կրծքով կերակրող կանանց մոտ՝ անկախ նրանց CD4+ լիմֆոցիտների քանակից և հիվանդության կլինիկական փուլից՝ ըստ ԱՀԿ-ի դասակարգման, և շարունակել բուժումը ողջ կյանքի ընթացքում (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ) [307]:

418. ՄԻԱՎ վարակ ունեցող հղի և կրծքով կերակրող, ներառյալ հղիության առաջին եռամսյակում գտնվող և վերարտադրողական տարիքի կանանց համար որպես առաջին շարքի ՀՌՎ բուժման նախընտրելի սխեմա առաջարկվում է տենոֆովիր/էմտրիցիտաբին (կամ լամիվուդին) + իֆավիրենց՝ ֆիքսված դեղաչափերով համակցումը (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ): Տենոֆովիրն ունի լավ տանելիություն հղիների մոտ: Տենոֆովիրի՝ կրծքի կաթ ներթափանցելու ունակությունը սահմանափակ է, ուստի կրծքով կերակրվող երեխաների համար դրա տոքսիկությունը ցածր է [132]:

419. Իբրև առաջին շարքի այլընտրանքային սխեմաներ առաջարկվում են զիդովուդին/լամիվուդին համակցումը, իֆավիրենցի (նևիրապինի) կամ տենոֆովիր/էմտրիցիտաբինի համակցումը նևիրապինի հետ (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ) [12]: Դոլուտեգրավիրի կիրառման արդյունավետության և անվտանգության վերաբերյալ տվյալները հղիների և կրծքով կերակրող կանանց մոտ դեռ չեն ստացվել: Բացի այդ, կալցիումը և երկաթը, որոնք հաճախ օգտագործվում են իբրև հավելումներ հղիության ժամանակ, կարող են զգալի իջեցնել դոլուտեգրավիրի քանակն օրգանիզմում [308]: Չի ուսումնասիրվել նաև իֆավիրենցի 400մգ/օրական ցածր դեղաչափի արդյունավետությունը հղիության ժամանակ [12]:

420. Հատուկ իրավիճակներում կարելի է կիրառել աբակավիր կամ ուժեղացված ՊԻ-ներ պարունակող սխեմաներ: Երկու ՀՏՆԻ և ռիտոնավիրով ուժեղացված ՊԻ պարունակող սխեմաներն ապահովում են բուժման ճկունությունը, սակայն ՊԻ-ների կիրառումը բարձրացնում է վաղաժամ ծննդաբերության և մանկան անհասության վտանգը [302]: Բացի այդ, տենոֆովիրի և լոպինավիր/ռիտոնավիրի միջև հնարավոր է ֆարմակոկինետիկ փոխազդեցությունների զարգացում, ինչը կարող է հանգեցնել տենոֆովիրի մակարդակի բարձրացման [12]: Զիդովուդինի, լամիվուդինի և աբակավիրի համակցումն իջեցնում է վաղաժամ ծննդաբերության հաճախականությունը և կարող է դիտվել իբրև այլընտրանք, երբ կնոջ մոտ ՎԾ<100000պատճեն/մլ [302]:

421. Հղիների և կրծքով կերակրող կանանց երկրորդ շարքի ՀՌՎ բուժման սխեման պետք է բաղկացած լինի երկու ՀՏՆԻ-ից + ռիտոնավիրով ուժեղացված ՊԻ, մասնավորապես լուպինավիր/ռիտոնավիր կամ ատազանավիր/ռիտոնավիր (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ) [132]:
422. ՀՌՎ բուժման երկրորդ շարքում դարունավիր/ռիտոնավիրի ֆիքսված դեղաչափի ջերմակայուն համակցումը կարող է հանդիսանալ ուժեղացված ՊԻ-ներին այլընտրանք (պայմանական առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ) [309, 310]: Նախկինում ՊԻ-ներ ստացած պացիենտների մոտ DRV/r-ի դեղաչափը պետք է կազմի 600մգ/100մգ, օրը 2 անգամ:
423. Ռալտեգրավիր + լուպինավիր/ռիտոնավիր համակցումը կարող է լինել այլընտրանք ՀՌՎ բուժման երկրորդ շարքի համար (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ) [132]:
424. Երրորդ շարքի ՀՌՎ բուժման սխեմաները պետք է բաղկացած լինեն նախկինում կիրառվող դեղերի նկատմամբ նվազագույն խաչաձև դեղակայունություն ունեցող նոր դեղերից՝ դարունավիր/ռիտոնավիր + դոլուտեգրավիր (կամ ռալտեգրավիր) $\pm$ 1-2 ՀՏՆԻ (պայմանական առաջարկ, ապացույցների շատ ցածր որակ) [132]:
425. Չբարդացած հղիության ժամանակ տարբեր կլինիկական իրավիճակներն ու դրանց վարման մարտավարությունները ներկայացված են հավելված 34-ում:
426. Բարդացած հղիության ժամանակ տարբեր կլինիկական իրավիճակներն ու դրանց վարման մարտավարությունները ներկայացված են հավելված 35-ում:
427. Ուղեկցող վիրուսային հեպատիտ Բ-ի դեպքում անհրաժեշտ է կիրառել երկու վիրուսների նկատմամբ ակտիվ դեղեր: Խուսափել նևիրապինի նշանակումից հատկապես լյարդի գործունեության ոչ նորմալ ցուցանիշների դեպքում: Նախընտրելի է հնարավորության դեպքում անցկացնել հեպատիտ Բ-ի վիրուսի ԴՆԹ-ի ելքային մակարդակի քանակական հետազոտություն: Տենոֆովիրի և էմտրիցիտաբինի ֆիքսված դեղաչափերով համակցված դեղի կիրառումը ՀՌՎ բուժման սխեմայում հնարավորություն կտա ճնշելու հեպատիտ Բ-ի վիրուսի վերարտադրությունը և նվազեցնելու կայունության զարգացման վտանգը: Բուժումն սկսելիս կամ սխեման փոխելիս պետք է խուսափել առանց տենոֆովիրի, լամիվուդինի կամ էմտրիցիտաբինի նշանակումից: ՀՌՎ բուժման առաջին շարքի սխեմաներում պետք է ներառել իֆավիրենց կամ ուժեղացված ՊԻ: Ծննդալուծման եղանակը նույնն է, ինչպես ՄԻԱՎ մոնոթերապի դեպքում: Երեխային նշանակվում է ՄԻԱՎ վարակի ստանդարտ կանխարգելում, և կատարվում է պատվաստում հեպատիտ Բ-ի դեմ: Մոր մոտ հեպատիտ Բ-ի վիրուսի ԴՆԹ-ի բարձր մակարդակի դեպքում ցուցված է երեխային ներարկել իմունագլոբուլին հեպատիտ Բ-ի դեմ (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ) [302]:

428. Ուղեկցող վիրուսային հեպատիտ Ց-ի դեպքում ՀՌՎ բուժման առաջնային սխեմայում պետք է ներառել իֆավիրենց կամ ուժեղացված ՊԻ: Լյարդի գործունեության կենսաքիմիական ցուցանիշներից շեղման դեպքում չի նշանակվում նևիրապին: Նախընտրելի է հնարավորության դեպքում հեպատիտ Ց-ի վիրուսի ՌՆԹ-ի մակարդակի քանակական հետազոտությունը: Դիտարկել ՊԿՀ-ի հարցը (բացառությամբ այն դեպքերի, երբ հեպատիտ Ց-ի վիրուսի ՌՆԹ չի հայտնաբերվում): Երեխային նշանակվում է ՄԻԱՎ վարակի ստանդարտ կանխարգելում (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ) [302]:
429. Ուղեկցող տուբերկուլոզի դեպքում նախընտրելի է սկսել տուբերկուլոզի ստանդարտ քառաբաղադրիչ բուժում առաջին շաբթի սխեմայով՝ ռիֆամպիցին, իզոնիազիդ, պիրազինամիդ և էտամբուլ: Հաշվի առնելով բուժման անվտանգությունը և արատաճնությունը՝ հատկապես պետք է խուսափել ստրեպտոմիցինի, էթիոնամիդի և պրոթիոնամիդի կիրառումից: ՀՌՎ բուժումն սկսելու ժամանակը կախված է հղիության ժամկետից և մոր մոտ ՎԾ-ի մակարդակից: Եթե տուբերկուլոզը հայտնաբերվել է հղիության վաղ ժամկետներում (առաջին կամ երկրորդ եռամսյակի սկզբում), ապա հնարավոր է ավարտել հակատուբերկուլոզային բուժման երկամսյա շրջանը նախքան ՀՌՎ բուժումն սկսելը: Եթե տուբերկուլոզն ախտորոշվել է երկրորդ եռամսյակի վերջում կամ երրորդ եռամսյակում, ապա անհրաժեշտ է վաղ սկսել ՀՌՎ բուժումը՝ մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցումը կանխարգելելու համար: Ցանկալի է ՀՌՎ բուժումն սկսել հակատուբերկուլոզային բուժումն սկսելուց 1-2 շաբաթ անց, որպեսզի նվազեցվի հակատուբերկուլոզային և ՀՌՎ դեղերի տոքսիկության վտանգը, հատկապես ցանի առաջացումը և դեղորայքային հեպատիտի զարգացումը: **Որոշ դեպքերում, օրինակ՝ հղիության 32-րդ շաբաթից հետո, երկու վարակների դեմ բուժումը կարելի է սկսել միաժամանակ: ՀՌՎ բուժման նախընտրելի սխեման ներառում է իֆավիրենց և երկու ՀՏՆԻ (ռիֆամպիցինի ստանդարտ դեղաչափ): Այլընտրանքային սխեմայում կարելի է կիրառել նևիրապին ստանդարտ դեղաչափով, եթե CD4+ լիմֆոցիտների սկզբնական քանակը <250բջիջ/մլ կամ բուժման ֆոնին ՎԾ<50պատճեն/մլ (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների շատ ցածր որակ):** Եթե ՀՏՈՆԻ-ներ չի կարելի կիրառել վիրուսի կայունության կամ դրանց տոքսիկության պատճառով, նշանակվում է ուժեղացված ՊԻ, և իջեցվում է ռիֆաբուտինի դեղաչափը (150մգ շաբաթը 3 անգամ): Սակայն հղիների շրջանում ռիֆաբուտինի կիրառման մասին տվյալներն անբավարար են: Եթե հղիի մոտ ՎԾ-ն <32000պատճեն/մլ, CD4+ լիմֆոցիտների քանակը >350բջիջ/մլ, ընդունելի տարբերակ կարող է լինել մինչև ծննդաբերությունը 3 ՀՏՆԻ-ների կիրառումը՝ աբակավիր, լամիվուդին և զիդովուդին, ինչը հնարավորություն կտա անցկացնելու օպտիմալ հակատուբերկուլոզային բուժում ռիֆամպիցին պարունա-

կող սխեմայով: Խորհուրդ է տրվում պնևմոցիստային թոքաբորբի կանխարգելում կո-տրիմոքսազոլով՝ անկախ CD4+ լիմֆոցիտների նախնական քանակից [302]:

430. Հղիների մոտ ՄԻԱՎ2-ով հարուցված վարակի դեպքում անցկացվում է ՀՌՎ բուժում ՄԻԱՎ2-ի նկատմամբ բարձր ակտիվությամբ դեղերով: Որպես բուժման առաջին շարքի սխեմա նախընտրելի է ռիտոնավիրով ուժեղացված լոպինավիրը՝ համակցված տենոֆովիրով և էմտրիցիտաբինով [302]:
431. Հղիության ժամանակ թմրամիջոցների գործածման դեպքում բարձր է հղիության անբարենպաստ ելքերի և համակցված վարակների վտանգը: Ուշադրություն է դարձվում դեղային փոխազդեցություններին (ուժեղացված ռիտոնավիրով լոպինավիրը զգալիորեն ուժեղացնում է մեթադոնի մետաբոլիզմը), բուժման ռեժիմի պահպանմանը, պտղի համար թմրամիջոցների տոքսիկությանը և նորածնի մոտ զրկանքի համախտանիշին: Նախընտրելի են օրը 1 անգամ ընդունվող սխեմաները կիսատրոհման համեմատաբար կարճ պարբերությամբ դեղերի կիրառումով, օրինակ՝ տենոֆովիր 300մգ, էմտրիցիտաբին 200մգ, ատազանավիր 300մգ+ռիտոնավիր 100մգ: Այս սխեմայի դեպքում նաև չկա էական փոխազդեցություն մեթադոնի հետ [302]:
432. Հղիությամբ պայմանավորված բուժման կարգի պահպանման նկատմամբ ցածր հետևողականությունը հղիության 1-ին և 2-րդ եռամսյակում կարող է կապված լինել հղիների փսխման, դեղերի կողմնակի ազդեցությունների հետ: Սովորաբար հղիները լավ են տանում ՀՌՎ բուժումը: Հղիների փսխման ժամանակ ամենապարզ լուծումը դեղերի ընդունման ժամի փոփոխումն է, որպեսզի այն չհամընկնի սրտխառնոցի հնարավոր ժամերի հետ: Հնարավոր է՝ դրա համար հարկ լինի անցնելու օրը 1 անգամ դեղերի ընդունում պահանջող սխեմաների: Կան նաև հակափսխումային դեղեր, որոնք թույլատրվում է օգտագործել հղիության ժամանակ: Ցիկլիզինը կամ պրոմետազինը կարելի է ընտրել որպես առաջին շարքի դեղ, իսկ պրոքլորպերազինը և մեթոկլոպրամիդը՝ որպես երկրորդ շարքի դեղեր: Դեղերի անտանելիության դեպքում կարելի է դիտարկել բուժումը լրիվ ընդհատելու հարցը: Կարճ կիսատրոհման պարբերությամբ դեղերի ընդունման դադարեցումը որևէ դժվարություն չի առաջացնում: Եթե կիրառվում է երկար կիսատրոհման պարբերությամբ դեղերի համակցում (օրինակ՝ նևիրապին կամ իֆավիրենց), ապա ցանկալի է սկզբում հանել դրանք և որոշ ժամանակ շարունակել բուժումը կարճ կիսատրոհման պարբերություն ունեցող դեղերով (օրինակ՝ ուժեղացված ՊԻ): Եթե այդպիսի հնարավորություն չկա, բուժման դադարեցումը վիրուսի վերարտադրության լրիվ ճնշման պահին ավելի քիչ է վտանգավոր կայունության զարգացման առումով, քան վատ յուրացվող դեղերի անկանոն ընդունումը շարունակելը: ՀՌՎ բուժումն անհրաժեշտ է վերսկսել, երբ հղի կնոջ վիճակը կտա նման հնարավորություն [302]:

433. Ախտորոշման ինվազիվ մեթոդներ՝ ամնիոցենտեզ և խորիոնի բիոպսիա կատարելու անհրաժեշտության դեպքում պետք է հաշվի առնել նշված միջամտությունների հետ անմիջականորեն կապված վտանգները և պտղին ՄԻԱՎ-ի փոխանցման վտանգը: Այն կարելի է նվազեցնել նախապես հղի կնոջը նշանակված ՀՌՎ բուժման օգնությամբ [311]: Ամնիոցենտեզը և խորիոնի բիոպսիան չի կարելի կատարել մինչև ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ կարգավիճակի ճշտումը: Եթե հաստատվի ՄԻԱՎ վարակ ախտորոշումը, ամնիոցենտեզը և խորիոնի բիոպսիան պետք է հետաձգել մինչև ՀՌՎ բուժման անցկացումն ու վիրուսի վերարտադրության ճնշումը: Նախաձննդյան օգնության համար ուշ դիմելու և ամնիոցենտեզն ու խորիոնի բիոպսիան հետաձգելու անհնարինության դեպքում խորհուրդ է տրվում միջամտության ժամանակ սկսել ՀՌՎ բուժումը և լրացուցիչ նշանակել նևիրապինի միանվագ դեղաչափ (եթե այն ներառված չէ ՀՌՎ բուժման սխեմայում) [302]:
434. Թմրամիջոց գործածող հղի կանանց մոտ բարձր է բարդությունների վտանգը: Այդ իսկ պատճառով թմրամիջոց գործածող հղիներին օգնելու կարևոր խնդիր է թմրամիջոցների չափաքանակի կայունացումը կամ դրա կրճատումը նվազագույն մակարդակի: Օգնությունն ուղղված է վնասի նվազեցմանը մոր և պտղի և/կամ նորածնի համար: Մոր համար վտանգների թվում են գերդոզավորումը, համակցված վարակները, թմրամիջոցների ներարկումից հետո առաջացող բարդությունները (թրոմբոէմբոլիա, սեպսիս), բուժման ռեժիմի խախտումները և դեղային փոխազդեցությունները, զրկանքի համախտանիշը: Պտղի և նորածնի համար վտանգները ներառում են ՄԻԱՎ-ի և ուղեկցող վարակների փոխանցումը, վաղաժամ ծննդաբերությունը, դեղերի տոքսիկությունը և զրկանքի համախտանիշը [302]:
435. ՄԻԱՎ-ով վարակված թմրամիջոցների ներարկային օգտագործող հղիների արդյունավետ վարման համար անհրաժեշտ է ապահովել հղիության հնարավորինս վաղ ժամկետներում նրանց դիմումը բժշկական ծառայություններ և ապահովել հղիության ողջ ընթացքում անհրաժեշտ օգնության հասանելիությունը:
436. Թմրամիջոցներից կախվածությունն ազդում է պացիենտների վարման մարտավարության վրա, ուստի շատ կարևոր է բացահայտել և գնահատել այն:
437. Հղիության ժամանակ փսիխոակտիվ նյութերի գործածումով պայմանավորված զրկանքի համախտանիշի ախտանշանները ներկայացված են աղյուսակ 68-ում, իսկ այդ նյութերի ազդեցությունը պտղի և նորածնի վրա՝ աղյուսակ 69-ում [312]:

Աղյուսակ 68. Հղիների մոտ գրկանքի համախտանիշի ախտանշանները՝
կախված փսիխոակտիվ նյութից

Նյութը	Ախտանշանները
Ալկոհոլ	Գրգռվածություն, տրեմոր, քնի խանգարում, հաճախասրտություն, զարկերակային ճնշման բարձրացում, սրտխառնոց, միդրիազ, ցնցումներ
Դելտա-9-տետրահիդրոկանաբինոլ (կանեփ, մարիխուանա, հաշիշ)	Անհանգստություն, դյուրագրգռություն, չափավոր գրգռվածություն, անքնություն, սրտխառնոց, որովայնային կծկումներ
Ծխախոտ	Դյուրագրգռություն, անհանգստություն, ուշադրության կենտրոնացման խանգարում, առաջադրանքները կատարելու դժվարություններ, տազնապ, սովի զգացում, քաշի ավելացում, քնի խանգարում, ծխելու ցանկություն, քնկոտություն
Տրանկվիլիզատորներ և քնաբերներ՝ ալպրա-զոլամ, բարբիտուրատներ, քլորդիազեպոքսիդ, դիազեպամ, ֆլյուրազեպամ, գլյուտետիմիդ, մեպրոբամատ, մետակվալոն և այլն	Տրեմոր, անքնություն, թարթման համախտանիշ, գրգռվածություն, ինտոքսիկացիոն փսիխոզ, ցնցումներ, տազնապ, անհանգստություն, մկանային կծկումներ, քնի խանգարում, զարկերակային ճնշման բարձրացում, տենդ, ախորժակի կորուստ
Հոգեխթանիչներ՝ մեթամֆետամիններ, կոկաին, մեթիլֆենիդատ, ֆենմետրազին, դիմեթիլտրիպտամին, ֆենցիկլիդին	Մկանացավ, որովայնի ցավ, քաղցի զգացում, երկարատև քուն, սուիցիդալ մտքեր, հազվասրտություն, դեղն ընդունելու ցանկություն, դեպրեսիա
Օփիոիդներ՝ կոդեին, օքսիկոդոն, հերոին, հիդրոմորֆոն, տրիպելենամին	Գրիպանման համախտանիշ, գրգռվածություն, միդրիազ, որովայնային կծկումներ, անքնություն, տազնապ, դեղն ընդունելու ցանկություն, հաճախասրտություն, զարկերակային ճնշման բարձրացում

Աղյուսակ 69. Հոգեմեար նյութերի ազդեցությունը պտղի, նորածնի վրա
և հղիության ելքերը

Նյութը	Ազդեցությունը
Ալկոհոլ	Ինքնաբեր վիժում, միկրոցեֆալիա, աճի դանդաղում, խանգարումներ ԿՆՀ-ի կողմից, ներառյալ հոգեկան զարգացման դանդաղումն ու վարքագծային խանգարումները, գանգադիմային անոմալիաներ (աչքի անկյուններում կոպերի սերտաճում, վերին շրթունքի հիպոպլազիա, վերին ծնոտի հիպոպլազիա)
Ծխախոտ	Չի առաջացնում զարգացման արատներ, ներարգանդային աճի դանդաղում (ծննդյան ժամանակ քաշի պակաս 200 գ), վաղաժամ ծննդաբերություն, ընկերքի առաջադրություն, ընկերքի վաղաժամ շերտազատում
Մարիխուանա (դելտա-9-տետրահիդրոկանաբինոլ)	Չի առաջացնում զարգացման արատներ, ծննդաբերություն ժամկետից 0,8 շաբաթ շուտ, համապատասխան քաշի պակաս ծննդյան ժամանակ, ոչ մեծ վարքագծային խանգարումներ
Հոգեխթանիչներ՝ ճարպակալման բուժման համար կիրառվող դեղեր, մեթամֆետամին, կոկաին, մեթիլֆենիդատ, ֆենմետրազին	Ինքնաբեր վիժում, պտղի գերակտիվություն, զարգացման արատներ (սրտի արատներ, լեղուղիների ատրեզիա), ինտերակտիվ վարքագծային ռեակցիաների ընկճում, միգուղիների անոմալիաներ, զարգացման դանդաղում, ընկերքի վաղաժամ շերտազատում, ինֆարկտ և գլխուղեղի այլ ախտահարումներ, պտղի ներարգանդային մահ, նորածնի մոտ նեկրոտիկ էնտերոկոլիտ
Թմրամիջոցներ՝ կոդեին, հերոին, հիդրոմորֆին, մեպերիդին, մորֆին, ափիոն, պենտազոն, տրիպլենամին	Ներարգանդային աճի դանդաղում առանց զարգացման արատների, զրկանքի համախտանիշ պտղի մոտ նրա ակտիվության բարձրացմամբ, շնչառության ընկճում, հարպտոլային ջրերի վաղաժամ արտահոսք, վաղաժամ ծննդաբերություն, հարպտոլային ջրերում մեկոնիումի առկայություն, պերինատալ մահ

438. Թմրամիջոցներից կախվածություն ունեցող ՄԻԱՎ վարակով կանանց տրամադրվող խորհրդատվությունը պետք է ներառի հետևյալ հարցերի քննարկումը՝

- 1) թմրամիջոցների վնասը պտղի և նորածնի համար,
- 2) օփիոիդներով փոխարինող բուժման օգուտը մոր և պտղի համար,
- 3) թմրամիջոցից հրաժարման ժամանակ պտղի մոտ սթրեսի վտանգը բժշկական օգնության բացակայության դեպքում,
- 4) հղիության ազդեցությունը փոխարինող բուժման ժամանակ օփիոիդների դեղաչափի վրա և դրա հնարավոր բարձրացման անհրաժեշտությունը,
- 5) օփիոիդներով փոխարինող բուժման և մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխարգելման նպատակով կիրառվող ՀՌՎ դեղերի փոխազդեցությունը,
- 6) փոխարինող բուժման և ՀՌՎ բուժման ռեժիմի պահպանումը:

439. Հղիների մոտ հոգեմետ նյութերից կախվածության բուժման համար կիրառվող դեղերը ներկայացված են հավելված 36-ում:

440. Ներկայումս մեթադոնն օփիոիդային կախվածություն ունեցող հղիներին առաջարկվող փոխարինող բուժման հիմնական դեղն է: Փոխարինող բուժումը կանխում է թմրամիջոցների գործածման կրկնությունները, զրկանքի համախտանիշի ախտանշանները, թմրամիջոցների հանդեպ հակումը և նվազեցնում է հղիության բարդությունների վտանգը [313, 314]: Այս բուժման առավելություններն ու թերությունները ներկայացված են աղյուսակ 70-ում [313]: Փոխարինող բուժումը պետք է անցկացվի նախաձննդյան օգնության և սոցիալ-հոգեբանական խորհրդատվության հետ համատեղ:

441. Օփիոիդային կախվածություն ունեցող հղիների մոտ թմրամիջոցներից հրաժարումը բարձրացնում է պտղի ներարգանդային մահվան հավանականությունը: Մեթադոնով փոխարինող բուժումը նախաձննդյան օգնության հետ համատեղ դրականորեն է անդրադառնում պտղի զարգացման վրա [313]:

Աղյուսակ 70. Հղիների մոտ մեթադոնով փոխարինող բուժման առավելություններն ու թերությունները

Առավելությունները	Թերությունները
Պտղի վրա թմրամիջոցներում առկա խառնուրդների վնասակար ազդեցությունից խուսափելու հնարավորություն	Նորածինների մոտ ավելի ծանր և երկարատև զրկանքի համախտանիշ այն երեխաների համեմատ, որոնց մայրերը չեն ստացել բուժում օփիոիդային կախվածության դեմ
Մաքուր հերոինը և մեթադոնը չեն առաջացնում պտղի զարգացման արատներ	Նորածինների հոսպիտալացման և բուժման տևողության մեծացում

Առավելությունները	Թերությունները
Նշանակված դեղաչափի կանոնավոր ընդունում Թմրամիջոցներից հրաժարվելու շրջաններից խուսափելու հնարավորություն, ինչը կարող է դառնալ հղիության վաղ ժամկետում վիժման, ուշ ժամկետում՝ պտղի ներարգանդային զարգացման դանդաղեցման և մեղմաձեռնության պատճառ Վաղաժամ ծննդաբերության վտանգի նվազեցում Պտղի ներարգանդային զարգացման դանդաղեցման վտանգի նազեցում Նախաձննդյան հսկողության կանոնավորում	Նորածինների մոտ քաշի կորստի ավելացում Սննդի հանդեպ երեխայի պահանջի իջեցում

442. Հղիների մոտ մեթադոնով բուժումն անհրաժեշտ է սկսել հնարավորինս վաղ: Հղիության առաջին եռամսյակում բուժումն սկսելը նպատակահարմար է ինչպես մոր, այնպես էլ երեխայի համար [302]:
443. Մեթադոնի դեղաչափը պետք է լինի անհատական: Այն պետք է լինի բավարար զրկանքի համախտանիշի սուբյեկտիվ և օբյեկտիվ ախտանշանների վերացման և թմրամիջոցների հանդեպ հակումը նվազեցնելու համար: Պետք է կիրառել արդյունավետ նվազագույն դեղաչափ: Անհրաժեշտ է անել ամեն ինչ, որպեսզի չարտահայտվեն զրկանքի համախտանիշի ախտանշանները, քանի որ դրանք պտղի մոտ առաջացնում են արտահայտված դիսթրես [302]:
444. Հղիության ուշ ժամկետներում կարող է առաջանալ մեթադոնի դեղաչափն ավելացնելու կամ այն կես-կես (առավոտյան և երեկոյան) ընդունելու անհրաժեշտություն՝ արյան մեջ մեթադոնի ցածր խտություն թույլ չտալու նպատակով՝ կապված շրջանառվող պլազմայի ծավալի մեծացման, պլազմայի սպիտակուցների հետ մեթադոնի կապվելու ունակության բարձրացման և երիկամների արյան հոսքի ուժեղացման հետ [302]:
445. Եթե հղին ստանում է ՀՏՈՆԻ (նևիրապին կամ իֆավիրենց), մեթադոնի դեղաչափն անհրաժեշտ է ավելացնել, քանի որ ՀՏՈՆԻ-ները զգալիորեն իջեցնում են մեթադոնի խտությունը, ինչը կարող է առաջացնել «հանման» համախտանիշ: Ատազանավիրը (ինչպես ուժեղացված, այնպես էլ չուժեղացված) էական ազդեցություն չի թողնում: Ռիտոնավիրով ուժեղացված լուպինավիրն իջեցնում է մեթա-

- դոնի խտությունը 26-28%-ով՝ «հանման» համախտանիշի զարգացման վտանգով:
446. Մեթադոնը զգալիորեն բարձրացնում է զիդովուդինի խտությունը (մինչև 43%), ինչը մեծացնում է անցանկալի ազդեցությունների զարգացման վտանգը [302]:
447. Այլ ՀՏՆԻ-ներ, նաև մարավիրոկը և ռալտեգրավիրը չունեն էական փոխազդեցություն մեթադոնի հետ [302]:
448. Թմրամիջոց գործածող բազմաթիվ կանայք չեն դիմում նախաձննդյան օգնության ծառայություններ և ընդունվում են ծննդատուն ծննդաբերության ժամանակ: Նման դեպքերում անհրաժեշտ է՝
- 1) գնահատել թմրամիջոցից կախվածությունը և արդյունքների մասին տեղեկացնել նեոնատոլոգին,
 - 2) առաջարկել ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտություն արագ թեստով, եթե ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ կնոջ կարգավիճակը հայտնի չէ կամ հղիության ընթացքում եղել է բացասական,
 - 3) անցկացնել զրկանքի համախտանիշի բուժում,
 - 4) անհրաժեշտության դեպքում սկսել օփիոիդային փոխարինող բուժում,
 - 5) հղի կնոջը տրամադրել խորհրդատվություն հղիության ելքի և նորածնի վրա թմրամիջոցների ազդեցության հարցերով, տեղեկացնել հնարավոր բուժման մասին:
449. ՀՌՎ բուժման սխեմայի ընտրությունն այն կանանց մոտ, ովքեր հղիության ընթացքում չեն ստացել ՀՌՎ բուժում, կախված չէ թմրամիջոցներից կախվածության առկայությունից կամ բացակայությունից: Օփիոիդային թմրամիջոցներից կախվածություն ունեցող կանանց անհրաժեշտ է մեթադոն այն դեղաչափով, որը բավարար է զրկանքի համախտանիշի կանխման համար [302]:
450. Ցավագրկումը ծննդաբերության ժամանակ, հետծննդյան շրջանում, հատկապես կեսարյան հատումից հետո հատուկ ուշադրություն է պահանջում: Օփիոիդներից կախվածություն ունեցող կանանց մոտ այն անցկացնում են այնպես, ինչպես մնացած հղիների մոտ: Ցավի վերացման համար կարող են պահանջվել ցավագրկողների ավելի բարձր դեղաչափեր: Ողնուղեղային անզգայացումը պետք է կատարել ծննդաբերության ամենավաղ շրջանում, այն կարելի է կրկնել վաղ հետծննդյան շրջանում, հատկապես կեսարյան հատումից հետո [302]:
451. ՀՌՎ բուժման ընտրության ժամանակ անհրաժեշտ է հաշվի առնել հղիի կողմից բուժումն ընդունելու պատրաստակամությունը և համակցված վարակների առկայությունը: CD4+ լիմֆոցիտների անգամ ցածր քանակի դեպքում նևիրապինի կիրառումը կարող է լինել անցանկալի վիրուսային հեպատիտների առկայության և լյարդի գործունեության խանգարման, ինչպես նաև բուժման նկատմամբ ցածր հետևողականությամբ պայմանավորված բուժման անարդյունավետության վտանգի դեպքում: Նախընտրելի են օրը 1 անգամ ընդունվող ռիտոնավիրով

ուժեղացված ՊԻ-ները (օրինակ՝ ատազանավիր)՝ համակցված 2 ՀՏԽ-ների հետ օրը 1 անգամ, հատկապես եթե կինն ստանում է մեթադոնով փոխարինող բուժում: Խորհուրդ չի տրվում հղիներին նշանակել ատազանավիր առանց ռիտոնավիրի: Ատազանավիրի կիրառումը տենոֆովիրի հետ անցանկալի է: Այլընտրանքային սխեմայում կարելի է կիրառել աբակավիրի և էմտրիցիտաբինի ֆիքսված դեղաչափերով համակցված դեղը: Ռիտոնավիրով ուժեղացված լուպինավիրով բուժման սկզբում մեթադոնի դեղաչափն անհրաժեշտ է ավելացնել, քանի որ լուպինավիրը նվազեցնում է մեթադոնի խտությունը 30%-ով [302]:

452. ՄԻԱՎ վարակով հղիների ծննդալուծման մարտավարությունը կախված է հղիի ՀՌՎ բուժում ստանալուց և նրա մոտ ՎԾ-ի մակարդակից: Ընդունված է ցուցանիշները որոշել հղիության 36-րդ շաբաթում [302]:

453. Եթե ՀՌՎ բուժման ֆոնին ՎԾ-ի չհայտնաբերվող մակարդակ ունեցող հղին ընտրում է բնական ուղիներով ծննդաբերությունը, այն վարում են ինչպես ՄԻԱՎ-ով չվարակված հղիների մոտ՝ իրականացնելով առավել ինտենսիվ մոնիտորինգ: Ծննդաբերական գործունեության թուլության կամ մանկաբարձական բարդությունների դեպքում մարտավարությունն այնպիսին է, ինչպես որ ընդունված է նման բարդությունների դեպքում: Կեսարյան հատման միջոցով ծննդաբերությունն արագացնելու ցուցումներ չկան, քանի որ այս դեպքում մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման վտանգը մոտ է գրոյի: Դա վերաբերում է նաև հասուն հղիության դեպքում մինչև ծննդաբերության սկիզբը հարպտոլային ջրերի վաղաժամ արտահոսքին [302]:

454. ՀՌՎ բուժման ֆոնին ՎԾ-ի չհայտնաբերվող մակարդակ ունեցող հղիների մոտ 34 շաբաթից փոքր հղիության պայմաններում հարպտոլային ջրերի վաղաժամ արտահոսքի դեպքում կիրառվում են հակաբիոտիկներ վերել վարակի կանխարգելման համար և ստերոիդներ պտղի թոքերի հասունացման համար: Ծննդաբերության վարումը նման է ՄԻԱՎ-ով չվարակված հղիների վարմանը: Ինքնաբեր կամ սպառնացող ծննդաբերության ժամանակ կիրառվում են տոկոլիտիկ դեղեր և ստերոիդներ պտղի թոքերի հասունացումն արագացնելու համար [302]:

455. ՀՌՎ բուժման ֆոնին ՎԾ-ի հայտնաբերվող մակարդակ ունեցող հասուն հղիությամբ կանանց մոտ, ովքեր սկսել են ստանալ ՀՌՎ բուժում հղիության ժամանակ, և նրանց մոտ ՎԾ-ն շարունակում է իջնել, իսկ ծննդաբերությունը գտնվում է սկզբնական փուլում, դիտարկվում են նևիրապինի լրացուցիչ միանվագ դեղաչափի նշանակման և կեսարյան հատում կատարելու հարցերը: Երեխայի մոտ անհրաժեշտ է անցկացնել ստանդարտ ՀՌՎ կանխարգելում երկու դեղերով: Եթե ՀՌՎ բուժումն սկսվել է հղիության ժամանակ կամ մինչ այդ, բայց ՎԾ-ն չի իջնում, քննարկվում է ՀՌՎ դեղերի նկատմամբ կայունության հարցը: Նևիրապինի միանվագ դեղաչափի կիրառումն առանց բուժման անարդյունավետ սխե-

մայի փոփոխման կամ ուժեղացման չի իջեցնի ՄԻԱՎ-ի փոխանցման վտանգը, սակայն կբարձրացնի նևիրապինի նկատմամբ կայունության զարգացման վտանգը [315]: Եթե ծննդաբերությունը սկզբնական փուլում է, որոշվում է կեսարյան հատում կատարելու հարցը: Հարպտոլային ջրերի վաղաժամ արտահոսքի դեպքում անհրաժեշտ է հնարավորինս շուտ կատարել կեսարյան հատում:

456. ՀՌՎ բուժման ֆոնին ՎԾ-ի հայտնաբերվող մակարդակ ունեցող հղիների մոտ 34 շաբաթից փոքր հղիության պայմաններում հարպտոլային ջրերի վաղաժամ արտահոսքի ժամանակ կիրառում են հակաբիոտիկներ վերել վարակի կանխարգելման համար, ստերոիդներ պտղի թոքերի հասունացման համար: Խորհուրդ է տրվում կեսարյան հատում, սակայն անհրաժեշտ է համադրել անհաս նորածնի մոտ բարդությունների, մահացության և ՄԻԱՎ-ի փոխանցման վտանգը: Մոր ստացած նևիրապինի միանվագ դեղաչափը կապահովի դրա պաշտպանիչ մակարդակը նորածնի արյան մեջ 1 շաբաթվա ընթացքում, այն դեպքում, երբ դեղի պերօրալ ընդունումը նորածնի մոտ կարող է լինել դժվարացած կամ ուղեկցվել նեկրոտիկ էնտերոկոլիտի զարգացման վտանգով: Ինքնաբեր կամ սպառնացող ծննդաբերության ժամանակ կիրառվում են տոկոլիտիկ դեղեր և ստերոիդներ պտղի թոքերի հասունացումն արագացնելու համար: Ծննդաբերությունն անհրաժեշտ է վարել, ինչպես հարպտոլային ջրերի վաղաժամ արտահոսքի դեպքում [302]:
457. ՀՌՎ բուժում չստացող, ՎԾ-ի հայտնաբերվող մակարդակ ունեցող հղիների մոտ հասուն հղիության պայմաններում ինքնաբեր ծննդաբերության կամ հարպտոլային ջրերի արտահոսքի ժամանակ նևիրապինի միանվագ դեղաչափն իջեցնում է ՄԻԱՎ-ի փոխանցման վտանգը 50%-ով, որի համար էլ այն պետք է տալ անհապաղ [316]: Ծննդալուծումը կատարել կեսարյան հատման ճանապարհով: Եթե նևիրապինի ընդունումից մինչև կեսարյան հատումն անցել է 2 ժամից քիչ, նևիրապինի առաջին դեղաչափը երեխային պետք է տալ անհապաղ [317]:
458. ՀՌՎ բուժում չստացող, ՎԾ-ի հայտնաբերվող մակարդակ ունեցող հղիների մոտ 34 շաբաթից փոքր հղիության պայմաններում անհրաժեշտ է սկսել ՀՌՎ բուժում, լրացուցիչ նշանակել նևիրապինի միանվագ դեղաչափ, կիրառել ՀՌՎ բուժման ֆոնին ՎԾ-ի հայտնաբերվող մակարդակ ունեցող հղիների վարման մարտավարությունը: Այս պայմաններում կայունության զարգացման վտանգն ավելի ցածր է (բացառությամբ մոր կայուն վիրուսի փոխանցման դեպքերի) [302]:
459. Նորածինների խնամքն իրականացվում է ստանդարտ ձևով: ՀՌՎ բուժումը նորածինների մոտ պետք է սկսել կյանքի առաջին 4 ժամվա ընթացքում [302]:
460. **ՄԻԱՎ վարակով մայրերից ծնված նորածինները, ովքեր ունեն ՄԻԱՎ-ով վարակվելու բարձր վտանգ՝ անկախ նրանց սնուցման տեսակից (արհեստական թե բնական), կյանքի առաջին 6 շաբաթների ընթացքում պետք է**

ստանան երկբաղադրիչ ՀՌՎ կանխարգելիչ բուժում զիդովուդինով (օրը 2 անգամ) և նևիրապինով (օրը 1 անգամ) (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ) [132]: Այս դեղերն առավել արդյունավետ են հեղուկ դեղաձևով (օշարակ): Տրվում է զիդովուդին՝ 4մգ/կգ դեղաչափով յուրաքանչյուր 12 ժամը մեկ + նևիրապին՝ 10-20 մգ օրը 1 անգամ, 6 շաբաթ տևողությամբ (հավելված 37):

461. ՄԻԱՎ վարակով մայրերից ծնված կրծքով սնվող երեխաները, որոնք ունեն ՄԻԱՎ-ով վարակվելու բարձր վտանգ, նաև այն երեխաները, որոնց շփումը ՄԻԱՎ-ի հետ առաջին անգամ արձանագրվել է հետծննդյան շրջանում, պետք է շարունակեն կանխարգելիչ բուժումը ևս 6 շաբաթ (ընդամենը 12 շաբաթ) կա՛մ զիդովուդինով (օրը 2 անգամ) նևիրապինի հետ (օրը 1 անգամ), կա՛մ միայն նևիրապինով (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ) [132]:

462. ՀՌՎ բուժում ստացող և կրծքով կերակրող ՄԻԱՎ վարակով մայրերից ծնված երեխաների մոտ պետք է անցկացնել կանխարգելում նևիրապինով՝ օրական 1 անգամ, 6 շաբաթվա ընթացքում (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ): Արհեստական սնուցում ստացող երեխայի մոտ կանխարգելումը պետք է կատարվի 4-6 շաբաթ տևողությամբ նևիրապինով (օրը մեկ անգամ) կամ զիդովուդինով (օրը երկու անգամ) (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ) [132]: Նևիրապին չլինելու կամ երեխայի մոտ դրա կողմնակի ազդեցություններն առաջանալու դեպքում այն կարելի է փոխարինել լամիվուդինով [318, 319]:

463. ՄԻԱՎ-ով վարակվելու բարձր վտանգ ունեցող նորածիններ են՝

- 1) մինչև ծննդալուծումը 4 շաբաթից պակաս ՀՌՎ բուժում ստացած ՄԻԱՎ վարակով մայրերից ծնված նորածինները,
- 2) մինչ ծննդալուծումը հղիության վերջին 4 շաբաթների ընթացքում 1000 պատճեն/մլ-ից բարձր ՎԾ ունեցող ՄԻԱՎ վարակով մայրերից ծնված նորածինները,
- 3) այն նորածինները, որոնց մայրերի մոտ ՄԻԱՎ վարակը հայտնաբերվել է պատահականորեն հղիության կամ կրծքով կերակրման ժամանակ,
- 4) այն նորածինները, որոնց մայրերի մոտ ՄԻԱՎ վարակը հայտնաբերվել է հետծննդյան շրջանում՝ անկախ նախածննդյան շրջանում ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության բացասական արդյունքի առկայությունից [132]:

464. Եթե բուժումը զիդովուդինով և նևիրապինով նպատակահարմար չէ (հավանական է անարդյունավետություն արդեն իսկ առկա կայունության պատճառով), ցուցված է բուժում ՊԻ պարունակող այլընտրանքային սխեմաներով [302]:

465. Անհաս նորածինների մոտ պետք է խուսափել ուժեղացված ռիտոնավիրով լուպինավիրի կիրառումից մակերիկամների գործունեության ընկճման բարձր վտանգի պատճառով:

466. Կրծքով կերակրումից հրաժարումը վերացնում է հետծննդյան շրջանում մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման վտանգը [320-322]:

467. Խառը սնուցման ժամանակ ՄԻԱՎ-ի փոխանցման հավանականությունն ավելի բարձր է, քան բացառապես կրծքով կերակրման ժամանակ [323]:
468. Արհեստական սնուցումը պետք է համապատասխանի հետևյալ 5 չափանիշներին՝ լինի կիրառելի, իրագործելի, հասանելի, կայուն և անվտանգ (հավելված 38) [302]:
469. Բոլոր հղիներին տրամադրվում է մանրամասն և լիարժեք խորհրդատվություն կրծքով և արհեստական սնուցման, նորածնի համար դրանց առավելությունների և հնարավոր վտանգների վերաբերյալ, նրանք տեղեկացվում են պետական պատվերի շրջանակում անվճար արհեստական կաթնախառնուրդներ ստանալու հնարավորության մասին: ՄԻԱՎ վարակ ունեցող հղիներին խորհուրդ է տրվում նորածիններին կերակրել արհեստական կաթնախառնուրդներով: Եթե որևէ պատճառով արհեստական սնուցումն ընդունելի չէ, ապա առաջարկվում է կրծքով սնուցում մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխարգելման Բ+ տարբերակի կիրառման, մոր կողմից հակառետրովիրուսային դեղերի ընդունման կարգի խստիվ պահպանման և ՎԾ-ի չհայտնաբերվող մակարդակի պայմաններում:
470. Երբ արհեստական սնուցումը չի համապատասխանում վերոնշյալ 5 չափանիշներին, թույլատրելի է երեխային կրծքով սնուցում, եթե մայրը ստանում է ՀՌՎ բուժում: ՄԻԱՎ վարակով մայրերը պետք է կերակրեն երեխային 6 ամիս բացառապես կրծքով, որից հետո ավելացվում է տարիքին համապատասխան հավելյալ սնուցում, և կրծքով կերակրումը շարունակվում է մինչև 12 ամսականը: **Կրծքով կերակրումը դադարեցվում է, երբ երեխան ապահովված է սննդարար և անվտանգ սննդով առանց կրծքի կաթի (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների բարձր որակ առաջին 6 ամիսների համար և ապացույցների ցածր որակ առաջին 12 ամիսների համար)** [324]:
471. Հղիության ընթացքում օփիոիդներ ընդունած մայրերից ծնված նորածինների 50-80%-ի մոտ զարգանում է թմրամիջոցներից կախվածություն կամ նեոնատալ զրկանքի համախտանիշ կյանքի առաջին 24-72 ժամվա ընթացքում: Սակայն դեղորայքային բուժում պահանջող ծանր ախտանշաններ նկատվում են նորածինների միայն 5-20%-ի մոտ [325]: Բուարենորֆինից զրկանքի համախտանիշն առավելագույնս դրսևորվում է 3-4-րդ օրը և շարունակվում է 5-7 օր, մեթադոնային զրկանքի համախտանիշը սովորաբար շարունակվում է մինչև 4 օր [326]: Նորածինների մոտ զրկանքի համախտանիշի կլինիկական պատկերը տատանվում է ըստ ծանրության և տևողության և ներառում է դող, բարձր մկանային տոնուս, անհանգստություն կամ քնի խանգարում, անսփոփ լաց, հիպերռեֆլեքսիա, ռեգուրգիտացիա, փսխում և լուծ, տախիպնոե և «փոքր» ախտանշաններ, ինչպիսիք են տենդը, քթի փակվածությունը, քրտնարտադրությունը, փռշտոցը և հորանջոցը:
472. Եթե հայտնի է կամ ենթադրվում է, որ մայրն օգտագործել է թմրամիջոցներ, զրկանքի համախտանիշի նշաններ ունեցող նորածնի վիճակն անհրաժեշտ է

գնահատել յուրաքանչյուր 4 ժամը մեկ: Գնահատումը պետք է կատարել միևնույն համակարգով (հավելված 39):

473. Նեոնատալ զրկանքի համախտանիշի բուժման նպատակն է ապահովել երեխայի հանգիստը, բավարար քունը և սնուցումը: Բուժումը բոլոր ախտանշանները չի վերացնում: Բուժման ռազմավարությունը հետևյալն է՝ [327]

- 1) Առաջին փուլ՝ պահպանողական բուժում: Ապահովել երեխայի համար հարմարավետ պայմաններ (անադնուկ տարածք, թույլ լուսավորություն, ամուր բարուրում, օրորում ձեռքերի վրա կամ մահճակալում, ծծակ), հաճախակի կերակրել փոքր չափաքանակներով (ըստ պահանջի), բացառել կտրուկ փոփոխությունները: Եթե ախտանշանները սաստկանում են, անցնում են 2-րդ փուլին:
- 2) Երկրորդ փուլ՝ դեղորայքային բուժում: Մոր կողմից օփիոիդների ընդունմամբ պայմանավորված նեոնատալ զրկանքի համախտանիշի դեպքում առաջին շաբթի դեղեր են համարվում օփիատները: Եթե պահանջվում է լրացուցիչ սեդատիվ բուժում, ֆենոբարբիտալը նախընտրելի է դիազեպամից: Նեոնատալ զրկանքի համախտանիշի ժամանակ մորֆինի թերապևտիկ դեղաչափը (աղյուսակ 71) տատանվում է՝ կախված համախտանիշի ծանրությունից: Որոշ դեպքերում ծանր փսխման ժամանակ դեղը ժամանակավոր փոխարինում են քլորապրոմազինով (2-3մգ/կգ օրը 3-4 միջմկանային ընդունում): Նեոնատալ զրկանքի համախտանիշի բուժման համար կիրառվում է նաև բուպրոֆենին (ենթալեզվային, 15,9 մկգ/կգ օրը 3 ընդունում), որի դեպքում բուժման տևողությունն ավելի կարճ է, քան մորֆինով բուժման ժամանակ: Սակայն ներարկման համար պահանջվում է բուպրոֆենինը լուծել 30% էթանոլի լուծույթում և սախարոզայի լուծույթում [328, 329]:

Աղյուսակ 71. Նեոնատալ զրկանքի համախտանիշի բուժման համար կիրառվող դեղերի դեղաչափերը

Նեոնատալ զրկանքի համախտանիշի ծանրությունը (բալեր)	Լուծույթ	
	Մորֆին 1մգ/մլ	Ֆենոբարբիտալ 10մգ/մլ
8-10	0,32մգ/կգ/օրը 4 ընդունում	6մգ/կգ/օրը 3 Ընդունում
11-13	0,48մգ/կգ/օրը 4 ընդունում	8մգ/կգ/օրը 3 ընդունում
14-16	0,64մգ/կգ/օրը 4 ընդունում	10մգ/կգ/օրը 3 ընդունում
17 և ավելի	0,80մգ/կգ/օրը 4 ընդունում	12մգ/կգ/օրը 3 ընդունում

474. Եթե մոր առողջությանն անմիջական վտանգ չի սպառնում, ՀՌՎ բուժումը պետք է հետաձգել մինչև հղիության 2-րդ եռամսյակը: Դա կանխում է դեղերի արատածին ազդեցությունը պտղի վրա: Եթե մոր բուժումը հետաձգվել է մինչև օրգանոգենեզի ավարտը, ապա այն պետք է սկսել հղիության առաջին եռամսյակի ավարտից անմիջապես հետո:
475. Հղիության ընթացքում CD4+ լիմֆոցիտների քանակի լրացուցիչ որոշումն անհրաժեշտ է այն դեպքերում, երբ CD4+ լիմֆոցիտների նախնական քանակը ցածր է 200 բջիջ/մկլ: Նման դեպքերում այս ցուցանիշի հետագա որոշումն անհրաժեշտ է ՕՎ-ների կանխարգելման դադարեցման ժամանակը որոշելու համար:
476. ՀՌՎ բուժումն սկսելուց 2 շաբաթ անց ՎԾ-ի որոշումը հնարավորություն է տալիս գնահատելու բուժման վաղ պատասխանը: Հղիներին ցուցված է ՎԾ-ի կրկնակի որոշում 8 շաբաթ անց, ինչն օգնում է լրացուցիչ գնահատելու բուժման պատասխանը և վեր հանելու հնարավոր խնդիրները: ՎԾ-ն անհրաժեշտ է որոշել նաև հղիության 36-րդ շաբաթում՝ համոզվելու համար, որ սպասվող ծննդաբերությունից առաջ ՎԾ-ն ունի չհայտնաբերվող մակարդակ [302]:

XVII. ՕՊՈՐՏՈՒՆԻՍԱԿԱՆ ՎԱՐԱԿՆԵՐԻ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՈՒՄ

477. ՕՎ-ների կանխարգելումը ՄԻԱՎ վարակով պացիենտներին տրամադրվող համալիր օգնության բաղկացուցիչն է:
478. ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների շրջանում իրականացվում է պնևմոցիստային թոքաբորբի, տուբերկուլոզի, տոքսոպլազմոզի, ատիպիկ միկոբակտերիոզների կանխարգելում: Նշված ՕՎ-ների առաջնային կանխարգելման մոտեցումները ներկայացված են աղյուսակներ 72-ում և 73-ում [4, 12, 215]:

Աղյուսակ 72. ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների շրջանում օպորտունիստական վարակների առաջնային կանխարգելումը

ՕՎ	Ցուցումներ	Առաջին շաբթի սխեմա	Այլընտրանքային դեղեր
Պնևմոցիստային թոքաբորբ*	CD4+ լիմֆոցիտների քանակը <200բջ/մկլ	Կո-տրիմոքսազոլ՝ 160/800 մգ՝ ներքին ընդունման ձևով, օրը 1 անգամ	- Կո-տրիմոքսազոլ՝ 80/400մգ՝ ներքին ընդունման ձևով, օրը 1 անգամ - Կո-տրիմոքսազոլ՝ 160/800մգ՝ ներքին ընդունման ձևով, օրը 1 անգամ, շաբաթը 3 օր, օրը մեջ - Դապսոն՝ 50 մգ՝ ներքին ընդունման ձևով, օրը 2 անգամ

ՕՎ	Ցուցումներ	Առաջին շարքի սխեմա	Այլընտրանքային դեղեր
			- Դապսոն՝ 100 մգ՝ ներքին ընդունման ձևով, օրը 1 անգամ: - Պիրիմետամին՝ 75մգ + դապսոն՝ 200 մգ + ֆոլինաթթու՝ 25-30 մգ՝ ներքին ընդունման ձևով, շաբաթը 1 անգամ - Պենտամիդին (ինհալացիա), 300մգ, 3 շաբաթը մեկ - Հնարավոր է նշանակել նաև կլինդամիցին կամ ատովակվոն
Տուբերկուլոզ	Դրական տուբերկուլինային փորձ (պապուլայի տրամագիծը (5մմ) կամ շփում ակտիվ տուբերկուլոզով պացիենտի հետ	Իզոնիազիդ՝ 300մգ/օր+պիրիդոքսին 50մգ (վիտամին B6)՝ ներքին ընդունման ձևով, օրը 1 անգամ, ամեն օր 6 ամիս տևողությամբ	Այն տարածաշրջաններում, որտեղ իզոնիազիդի նկատմամբ կայունությունը բարձր տարածվածություն ունի, անհրաժեշտ են հետագա հետազոտություններ տուբերկուլոզի քիմիական խարգելման այլընտրանքային մեթոդների մշակման համար
Տոքսոպլազմոզ	CD4+ լիմֆոցիտների քանակը <100բջ/մկլ	Կո-տրիմոքսազոլ՝ 160/800 մգ ներքին ընդունման ձևով, օրը 1 անգամ	- Կո-տրիմոքսազոլ՝ 80/400մգ օրը՝ ներքին ընդունման ձևով, օրը 1 անգամ - Դապսոն՝ 200մգ՝ ներքին ընդունման ձևով, + պիրիմետամին՝ 75մգ՝ ներքին ընդունման ձևով, + ֆոլինաթթու՝ 25-30մգ՝ ներքին ընդունման ձևով, շաբաթը 1 անգամ
Ատիպիկ միկոբակտերիոզներ	CD4+ լիմֆոցիտների քանակը <50 բջ/մկլ	Ազիթրոմիցին՝ 1250մգ ներքին ընդունման ձևով, շաբաթը 1 անգամ	☐ Կլարիթրոմիցին՝ 500մգ՝ ներքին ընդունման ձևով, օրը 2 անգամ

* Կրիպտոկոկային անտիգենի՝ CrAg-ի հետազոտության բացասական արդյունքի կամ ՄԻԱՎ վարակով պացիենտի անորոշ CrAg-կարգավիճակի կամ CD4+ լիմֆոցիտների քանակը <100բջ/մկլ դեպքերում կրիպտոկոկոզի առաջնային կանխարգելում մինչև ՀՌՎ բուժում սկսելը ցուցված չէ՝ բացառությամբ, երբ ՀՌՎ բուժման սկիզբը հետաձգվելու է երկար ժամանակով (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների բարձր որակ):

* Պնևմոցիստային թոքաբորբի կանխարգելումը կո-տրիմոքսազոլով ցուցված է ՄԻԱՎ վարակի հետ շփում ունեցած երեխաներին: Այն սկսվում է կյանքի 4-6-րդ շաբաթից և

շարունակվում մինչև կրծքով կերակրման դադարը կամ երեխայի մոտ ՄԻԱՎ վարակի բացառումը (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների շարժումը որակ):

Աղյուսակ 73. Երեխաների մոտ տոքսոպլազմոզի առաջնային կանխարգելումը

Դեղ	Դեղաչափ	Ընդունման հաճախականություն	Ընդունման ձև	Բուժման տևողություն
Առաջին շարքի դեղեր				
Կո-տրիմոքսազոլ	960մգ/մ²	օրը 1 անգամ	ներքին ընդունում	Մինչև CD4+ լիմֆոցիտների քանակը դառնա ≥200բջջ/մլլ
Այլընտրանքային դեղեր				
Դապսոն + Պիրիմետամին + Կալցիումի ֆոլինատ	2մգ/կգ (առավելագույն դեղաչափը՝ 25մգ)	օրը 1 անգամ	ներքին ընդունում	Մինչև CD4+ լիմֆոցիտների քանակը դառնա ≥200բջջ/մլլ
	1 մգ/կգ	օրը 1 անգամ	ներքին ընդունում	
	5 մգ/կգ	Ամեն 3 օրը մեկ	ներքին ընդունում	
Կամ				
Ատովակվոն	1-3 ամսական երեխա՝ 30 մգ/կգ	օրը 1 անգամ	ներքին ընդունում	Մինչև CD4+ լիմֆոցիտների քանակը դառնա ≥200բջջ/մլլ
	4-24 ամսական երեխա՝ 45մգ/կգ	օրը 1 անգամ		
	24 ամսականից բարձր երեխա՝ 30մգ/կգ	օրը 1 անգամ		

479. ՕՎ-ների առաջնային կանխարգելումը կարելի է դադարեցնել, եթե ՀՌՎ բուժման ֆոնին CD4+ լիմֆոցիտների քանակն ավելանում է մինչև որոշակի մակարդակ (օրինակ՝ պնևմոցիստային թոքաբորբի համար՝ CD4+ >200 բջջ/մլլ, տոքսոպլազմոզի համար՝ CD4+ >100 բջջ/մլլ, ատիպիկ միկոբակտերիոզի համար՝ CD4+ >50 բջջ/մլլ) և կայուն պահպանվում 3-6 ամսվա ընթացքում: Եթե CD4+ լիմֆոցիտների քանակը կրկին նվազում է նշված մակարդակներից, ՕՎ-ների կանխարգելումը վերսկսում են:

XVIII. ՀԵՏԿՈՆՏԱԿՏԱՅԻՆ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՈՒՄ

480. Հետկոնտակտային կանխարգելումը (ՀԿԿ) բժշկական միջամտություն է, որն ուղղված է ՄԻԱՎ-ի հետ հնարավոր շփումից հետո վարակման վտանգի նվազեցմանը: ՀԿԿ միջոցառումները ներառում են առաջին օգնություն, խորհրդատվություն և վարակման վտանգի գնահատում, տեղեկացված համաձայնության ստացումից հետո ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության անցկացում և, կախված վարակման վտանգի աստիճանից, ՀՌՎ բուժման կարճատև կուրսի (28 օր) տրամադրում, հետագա դիսպանսերային հսկողություն և հոգեբանական աջակցություն:
481. ՀԿԿ անցկացնելու վերաբերյալ որոշումը կայացվում է ռիսկի գործոնների կլինիկական գնահատման արդյունքների հիման վրա: ՀԿԿ տրամադրվում է ՄԻԱՎ-ի հետ մասնագիտական և ոչ մասնագիտական շփման ենթարկված անձանց:
482. Մասնագիտական շփումը մասնագիտական պարտականությունները կատարելիս արյան կամ պոտենցիալ վտանգավոր այլ կենսաբանական հեղուկների հետ շփումն է: Մասնագիտական շփման կարող են ենթարկվել բուժաշխատողները և որոշ մասնագիտություններ ունեցող մարդիկ, որոնց աշխատանքի բնույթը ենթադրում է շփում արյան կամ այլ կենսաբանական հեղուկների հետ (ոստիկաններ, ԲԿՀ-ների աշխատակիցներ, փրկարարական ջոկատների անդամներ, կամավորներ և այլն) [330]: Մասնագիտական պարտականություններ կատարելիս ՄԻԱՎ-ով վարակման վտանգ առաջանում է աղտոտված սուր գործիքներով (օրինակ՝ ասեղով) վնասվածքներ ստանալու, պոտենցիալ վտանգավոր կենսաբանական հեղուկների հետ վնասված մաշկի կամ լորձաթաղանթների (բերան, քիթ, աչք) հետ շփման դեպքում:
483. Մասնագիտական շփման դեպքում վարակման վտանգը կախված է շփման տեսակից և վտանգավոր կենսանյութի քանակից [331, 332]: Սուր գործիքներով վնասվածքների դեպքում վարակման վտանգը կազմում է միջինը 0,3%, լորձաթաղանթների հետ շփման դեպքում վարակման վտանգը կազմում է միջինը մոտ 0,1%:
484. ՄԻԱՎ-ով վարակման վտանգ պարունակող շփման տեսակներն են՝
- 1) մաշկի վնասում ասեղի ծակոցից,
 - 2) սուր գործիքներից առաջացած կտրվածքներ,
 - 3) լորձաթաղանթների կամ վնասված մաշկի աղտոտումն արյունով կամ տեսանելի արյուն պարունակող այլ կենսաբանական հեղուկներով,
 - 4) անվնաս մաշկի երկարատև (մի քանի րոպե և ավելի) կամ մեծ մակերեսով շփումը արյան կամ պոտենցիալ վտանգավոր այլ կենսաբանական հեղուկների հետ,

5) կծվածքները բերանում տեսանելի արյունահոսող օջախ ունեցող ՄԻԱՎ վարակով պացիենտի կողմից:

485. Վարակման վտանգը մեծացնող գործոններն են՝

- 1) խորը (ներմկանային) վնասվածքները,
- 2) սնամեջ ասեղներով վնասումները,
- 3) աղտոտված գործիքի ներթափանցումն անմիջապես արյունատար անոթի մեջ,
- 4) վարակի հնարավոր աղբյուրի մոտ ՎԾ-ի բարձր մակարդակը:

486. Պոտենցիալ վտանգավոր են համարվում արյունը և տեսանելի արյան խառնուրդով ցանկացած այլ կենսահեղուկ:

487. ՄԻԱՎ-ի հետ ոչ մասնագիտական շփումը պոտենցիալ վտանգավոր կենսաբանական հեղուկների հետ շփումն է, որը կապված է մասնագիտական պարտականությունները կատարելու հետ: Ոչ մասնագիտական շփումներ են առանց պահպանակի սեռական հարաբերությունները, սեռական հարաբերությունները, որոնց ժամանակ պահպանակը սահել կամ պատռվել է, ընդհանուր ներարկիչների օգտագործումը ներարկային թմրամիջոցներ գործածելիս, ասեղով պատահական ծակոցները, կծվածքները և այլն [333]: Ոչ մասնագիտական շփում է նաև պացիենտի ներհիվանդանոցային շփումը ՄԻԱՎ-ի հետ, ինչի հետևանքով նա կարող է վարակվել բժշկական միջամտությունների արդյունքում [334, 335]: Ընդհանուր առմամբ ՄԻԱՎ-ով վարակման վտանգը ՄԻԱՎ վարակի աղբյուրի հետ մեկանգամյա շփման դեպքում այնքան էլ բարձր չէ: Վարակման հաշվարկված վտանգը ՄԻԱՎ-ի հետ մեկանգամյա շփման դեպքում ներկայացված է աղյուսակ 74-ում:

Աղյուսակ 74. Վարակման հաշվարկված վրանգը ՄԻԱՎ-ի հետ մեկանգամյա շփման դեպքում

Շփման տեսակը	Վարակման վտանգը ՄԻԱՎ վարակի աղբյուրի հետ 10 հազար կոնտակտի դեպքում	Վտանգը %
Արյան փոխներարկում [332]	9 250	92,5
Մորից երեխային վարակի փոխանցում [336]	1 500-3 000	15-30
Ընդհանուր ներարկիչների և ասեղների օգտագործում թմրամիջոցներ ներարկելիս [332]	80	0,8
Ասեղի պատահական ծակոց [337]	30	0,3
Շփում լորձաթաղանթների հետ [338]	10	0,1

Շփման տեսակը	Վարակման վտանգը ՄԻԱՎ վարակի աղբյուրի հետ 10 հազար կոնտակտի դեպքում	Վտանգը %
Առանց պահպանակի սեռական հարաբերություններ (պասիվ զուգընկերոջ համար)՝ 1. անալ [339, 340] 2. հեշտոցային (կնոջ համար) [339-345] 3. օրալ [340]	50 1-15 1	0,5 0,01-0,15 0,01
Առանց պահպանակի սեռական հարաբերություններ (ակտիվ զուգընկերոջ համար)՝ 1. անալ [339, 340] 2. հեշտոցային (տղամարդու համար) [339, 340] 3. օրալ [340]	6,5 1-15 0,5	0,065 0,01-0,15 0,005

488. ՄԻԱՎ-ի հետ մասնագիտական և ոչ մասնագիտական շփման կասկածի դեպքում գնահատվում է տեղի ունեցած շփման հետևանքով ՄԻԱՎ-ով վարակվելու վտանգի աստիճանը՝ ելնելով շփման տեսակից, կենսանյութի տեսակից ու քանակից, շփման վաղեմությունից:

489. Եթե հայտնի է անձը, որի արյան կամ այլ կենսաբանական հեղուկի հետ տեղի է ունեցել շփումը, պետք է հնարավորինս շուտ նրան հետազոտել ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ: Եթե մարդուն հնարավոր չէ հետազոտել, հետազոտվում է այն նյութը, որի հետ տեղի է ունեցել շփումը (արյուն, հյուսվածք և այլն) [345]: Հետազոտության արդյունքներին սպասելը չի կարող ՀԿԿ-ի անցկացումը հետաձգելու հիմք լինել, եթե վերջինիս համար առկա են համապատասխան ցուցումներ: Վարակի հնարավոր աղբյուր համարվող մարդուն պետք է հետազոտել նաև վիրուսային հեպատիտներ Բ-ի և Ց-ի վերաբերյալ: Վարակի հնարավոր աղբյուր համարվող մարդու հետազոտությունները կազմակերպելիս պետք է հաշվի առնել ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ նախկինում կատարված հետազոտությունների արդյունքները, կլինիկական ախտանշանների առկայությունը, վերջին երեք ամսվա ընթացքում ՄԻԱՎ-ով վարակված լինելու հնարավորությունը: Եթե հայտնի է, որ վարակի հնարավոր աղբյուրն ունի ՄԻԱՎ վարակ, ՀԿԿ սխեման ընտրելու համար անհրաժեշտ է պարզել նրա մոտ հիվանդության կլինիկական փուլը, ՎԾ-ն և CD4+ լիմֆոցիտների քանակը, ստացած ՀՌՎ բուժումը, վիրուսի դեղակայունության վերաբերյալ տվյալները (եթե այդպիսի հետազոտություններ կատարվել են) [346, 347]: Եթե վարակի հնարավոր աղբյուր համարվող մարդու մոտ չեն հայտնաբերվում ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հակամարմիններ, բացակայում են ՄԻԱՎ վարակի առկայության մասին խոսող կլինիկական ախտանշանները, նրա

հետազոտությունները դադարեցվում են: Եթե վարակի հնարավոր աղբյուր համարվող մարդու կարգավիճակը ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ հնարավոր չէ պարզել, նրան դիտարկում են որպես ՄԻԱՎ-ով հավանական վարակված:

490. Վարակման վտանգի ենթարկված անձի (կոնտակտավորի) հետազոտումն անհրաժեշտ է կատարել հնարավորինս շուտ՝ շփումից հետո մոտակա ժամերի ընթացքում՝ համապատասխան խորհրդատվություն տրամադրելուց հետո: Անհրաժեշտ է՝

- 1) անցկացնել ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ հակամարմինների հայտնաբերմանն ուղղված հետազոտություն՝ մինչ շփումը կոնտակտավորի ՄԻԱՎ-կարգավիճակը պարզելու համար,
- 2) սուր ՄԻԱՎ վարակին բնորոշ ախտանշանների առկայության դեպքում, անկախ շփման վաղեմությունից, կատարել ՄԻԱՎ-ի p24 հակաձնի կամ ՄԻԱՎ-ի ԴՆԹ/ՌՆԹ-ի հայտնաբերմանն ուղղված հետազոտություններ,
- 3) պարզել կոնտակտավորի մոտ առկա այն վիճակները, հիվանդությունները և ընդունվող դեղերը, որոնք կարող են ազդել ՀԿԿ սխեմաների ընտրության վրա (օրինակ՝ հղիություն, կրծքով կերակրում),
- 4) հնարավորության դեպքում նպատակահարմար է կատարել արյան ընդհանուր հետազոտություն՝ լեյկոֆորմուլայի և թրոմբոցիտների քանակի որոշում, լյարդային ֆերմենտների ակտիվության որոշում, արյան մեջ միզանյութի և շիճուկային կրեատինինի որոշում, հղիության թեստ: Նշված հետազոտություններն անհրաժեշտ են ՀՌՎ դեղերի հակացուցումները հայտնաբերելու և հետագայում բուժման կողմնակի ազդեցությունները գնահատելու համար: Խորհուրդ է տրվում կատարել նաև վիրուսային հեպատիտներ Բ-ի և Ց-ի հայտնաբերմանն ուղղված շճաբանական հետազոտություններ (HBsAg, հեպատիտ Ց-ի վիրուսի նկատմամբ հակամարմիններ):

491. Ոչ մասնագիտական շփման ժամանակ անհրաժեշտ է լրացուցիչ ճշտել՝

- 1) ՄԻԱՎ-ի հետ շփման հաճախականությունը,
- 2) սեռական վարքագծի առանձնահատկությունները, թմրամիջոցների գործածումը,
- 3) ասեղով պատահական ծակոցի դեպքում՝ ասեղի վրա թարմ արյան առկայությունը, երակի մեջ ասեղի եղած լինելու փաստը, ծակոցի խորությունը,
- 4) սեռական հարաբերության դեպքում՝ պահպանակի օգտագործումը, սեռավարակների առկայությունը և այլն:

492. Մաշկի, լորձաթաղանթների ցանկացած վնասումը և աղտոտումը արյունով կամ այլ պոտենցիալ վտանգավոր կենսանյութով պետք է դիտարկվի որպես հնարավոր շփում ՄԻԱՎ-ի կամ այլ վարակիչ հիվանդության հարուցիչի հետ:

493. Ասեղով կամ այլ սուր գործիքով վնասվելուց հետո պետք է՝

- 1) անհապաղ վանալ վնասված մակերեսը օճառով,
- 2) վնասված մակերեսը պահել հոսող ջրի տակ (մի քանի րոպե կամ մինչև արյունահոսության դադարում), որպեսզի ապահովվի արյան ազատ արտահոսքը վերքից,
- 3) հոսող ջրի բացակայության դեպքում վնասված մակերեսը վանալ ախտահանող գելով կամ ձեռքերի վազման հեղուկով,
- 4) չի կարելի օգտագործել ուժեղ ազդող միջոցներ (սպիրտ, գունազրկող լուծույթներ, յոդ),
- 5) չի կարելի սեղմել կամ շփել վնասված մակերեսը, վերքից արտածծել արյունը:

494. Չվնասված մաշկի վրա արյան կամ այլ կենսանյութի ցայտացրման դեպքում պետք է

- 1) անհապաղ վանալ աղտոտված մակերեսը,
- 2) հոսող ջրի բացակայության դեպքում վանալ ախտահանող գելով կամ ձեռքերի վազման հեղուկով,
- 3) չի կարելի օգտագործել ուժեղ ազդող միջոցներ (սպիրտ, գունազրկող լուծույթներ, յոդ), քանի որ նրանք կարող են գրգռել աղտոտված մակերեսը,
- 4) օգտագործել թույլ ախտահանող լուծույթներ (քլորհեքսիդին գլյուկոնատի 2-4%-անոց լուծույթ):

495. Աչքի մեջ ցայտացրման դեպքում անհրաժեշտ է՝

- 1) անհապաղ վալ աչքը ջրով կամ ֆիզլուծույթով, վանալիս ժամանակ առ ժամանակ կոպերը զգուշորեն բարձրացնել, որպեսզի դրանց տակ նույնպես վազվի,
- 2) չհանել կոնտակտային ոսպնյակները վանալու ժամանակ, քանի որ դրանք պաշտպանիչ շերտ են ստեղծում, աչքերը վալուց հետո դրանք հանել և մշակել սովորականի նման,
- 3) չի կարելի վանալ աչքերը օճառով կամ ախտահանող լուծույթով:

496. Բերանի մեջ ցայտացրման դեպքում անհրաժեշտ է՝

- 1) անհապաղ թքել հեղուկը,
- 2) բերանը ողողել ջրով կամ ֆիզլուծույթով և նորից թքել, կրկնել ողողումները մի քանի անգամ,
- 3) չի կարելի ողողման համար օգտագործել օճառ կամ ախտահանող լուծույթ:

497. Կոնտակտավորին տրամադրվում է խորհրդատվություն անվտանգ վարքագծին առնչվող հարցերի վերաբերյալ՝ անկախ տեղի ունեցած շփման տեսակից և ՀԿԿ-ի անհրաժեշտությունից: Կոնտակտավորին անհրաժեշտ է տեղեկացնել ՀԿԿ-ից հրաժարվելու իր իրավունքի մասին: Եթե կոնտակտավորը համաձայն է ստանալ

ՀԿԿ, նա պետք է դա հաստատի գրավոր (հավելված 40): Կոնտակտավորին խորհուրդ է տրվում շփումից հետո՝ մինչև ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ կարգավիճակի վերջնական ճշտումը, սեռական հարաբերությունների ժամանակ մշտապես պահպանակ օգտագործել, խուսափել հղիությունից, կրծքով կերակրումը փոխարինել սնուցման այլ անվտանգ եղանակով, զերծ մնալ արյան, սերմնահեղուկի կամ հյուսվածքների դոնոր լինելուց: Կոնտակտավորին անհրաժեշտ է բացատրել լաբորատոր հետազոտությունների և կլինիկական հսկողության անհրաժեշտությունը, իսկ ՀԿԿ անցկացնելու դեպքում՝ նաև ՀՌՎ դեղերի ընդունման կարգը խստորեն պահպանելու անհրաժեշտությունը: Խորհրդատվության ընթացքում հարկավոր է կոնտակտավորին տրամադրել նաև հոգեբանական աջակցություն:

498. ՀԿԿ անցկացնելու վերաբերյալ որոշումը կայացվում է վարակման վտանգի գնահատման հիման վրա: ՀԿԿ-ն ցուցված է, երբ առկա է՝

- 1) մաշկի վնասում արյունով, տեսանելի արյուն պարունակող այլ պոտենցիալ վտանգավոր կենսաբանական հեղուկով աղտոտված սուր գործիքով կամ մեծ տրամաչափի սնամեջ ասեղով,
- 2) կծած վերք (կծել է ՄԻԱՎ վարակով պացիենտը բերանում տեսանելի արյունահոսող օջախի առկայության դեպքում),
- 3) արյունով, տեսանելի արյուն պարունակող այլ պոտենցիալ վտանգավոր կենսաբանական հեղուկով լորձաթաղանթների աղտոտում,
- 4) արյունով, տեսանելի արյուն պարունակող այլ պոտենցիալ վտանգավոր կենսաբանական հեղուկով վնասված մաշկի աղտոտում:

499. ՀԿԿ չի անցկացվում հետևյալ իրավիճակներում՝ [342]

- 1) վարակի հնարավոր աղբյուրի հետ շփված անձն արդեն իսկ վարակված է ՄԻԱՎ-ով, ինչը պետք է ունենա իր փաստաթղթային հաստատումը,
- 2) ՄԻԱՎ-ի հետ շփումը ոչ թե եզակի է և պատահական, այլ կրում է մշտական բնույթ (օրինակ՝ դիսկորդանտ զույգեր, որոնք հազվադեպ են պահպանակ օգտագործում, միևնույն ներարկիչից օգտվող ԹՆՕ-ներ),
- 3) եթե շփումը վարակման վտանգ չի պարունակում՝
 - ա. անվնաս մաշկի շփում պոտենցիալ վտանգավոր կենսաբանական հեղուկների հետ,
 - բ. սեռական հարաբերություն պահպանակով, որը չի սահել կամ պատռվել,
 - գ. շփում անվտանգ կենսաբանական հեղուկների հետ,
 - դ. շփում այն անձի կենսաբանական հեղուկների հետ, որի արյան մեջ չեն հայտնաբերվել ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ հակամարմիններ,
- 4) եթե շփումից հետո անցել է ավելի քան 72 ժամ, այնուամենայնիվ նման անձանց անհրաժեշտ է տրամադրել խորհրդատվություն, հետազոտել

ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ և նրանց նկատմամբ սահմանել հսկողություն:

500. ՀԿԿ անհրաժեշտ է սկսել շփումից հետո՝ առաջիկա մի քանի ժամվա ընթացքում՝ չսպասելով հետազոտությունների արդյունքներին: Ցանկալի է այդ անել շփումից հետո՝ առաջին 2 ժամվա ընթացքում, բայց 72 ժամից ոչ ուշ: Ժամանակին սկսված ՀԿԿ-ն նվազեցնում է ՄԻԱՎ վարակի զարգացման վտանգը: Այն տևում է 4 շաբաթ [348-351]:
501. **ՀԿԿ-ի համար արդյունավետ են 2 ՀՌՎ դեղ պարունակող սխեմաները, սակայն նախընտրելի են 3 ՀՌՎ դեղ պարունակող սխեմաները (պայմանական առաջարկ, ապացույցների շատ ցածր որակ)** [12]: Մեծահասակների և մինչև 10 տարեկան երեխաների ՀԿԿ սխեմաները ներկայացված են աղյուսակներ 75-ում և 76-ում:

Աղյուսակ 75. Մեծահասակների հետևողականության կանխարգելման սխեմաներ

Երկու ՀՌՎ դեղ պարունակող սխեմաներ	
Նախընտրելի սխեմա	TDF+3TC կամ FTC (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ) [12]
Երեք ՀՌՎ դեղ պարունակող սխեմաներ	
Նախընտրելի սխեմա*	TDF+3TC կամ FTC+LPV/r կամ ATV/r (պայմանական առաջարկ, ապացույցների շատ ցածր որակ) [12]

* Որպես երրորդ ՀՌՎ դեղ կարելի է կիրառել RAL, DRV/r կամ EFV:

Աղյուսակ 76. Մինչև 10 տարեկան երեխաների հետևողականության կանխարգելման սխեմաներ

Երկու ՀՌՎ դեղ պարունակող սխեմաներ	
Նախընտրելի սխեմա	AZT+3TC
Այլընտրանքային սխեմաներ հնարավորության դեպքում	ABC+3TC կամ TDF+3TC կամ TDF+FTC (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ)
Երեք ՀՌՎ դեղ պարունակող սխեմաներ	
Նախընտրելի սխեմա*	AZT+3TC+LPV/r (պայմանական առաջարկ, ապացույցների շատ ցածր որակ)

* Այլընտրանքային սխեման որպես երրորդ ՀՌՎ դեղ կարող է ներառել ATV/r, RAL, DRV, EFV կամ NVP՝ ելնելով երեխայի փարիքից: Խորհուրդ չի տրվում նևիրապին կիրառել 2 տարեկանից բարձր փարիքի երեխաների մոտ:

502. **ՀԿԿ սկսող բոլոր անձանց տրամադրվում է խորհրդատվություն՝ ուղղված բուժման կարգի պահպանման խթանմանը (պայմանական առաջարկ, ապացույցների միջին որակ)** [12]:
503. ՄԻԱՎ-ով վարակման վտանգին ենթարկված անձանց նկատմամբ, անկախ

նրանից՝ շփումը մասնագիտական է, թե ոչ մասնագիտական, սահմանվում է հսկողություն: Կատարվում է ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտություն շփումից անմիջապես հետո, ապա 6 շաբաթ և 3 ամիս անց՝ անկախ ՀԿԿ-ի անցկացումից: Եթե այդ ժամանակահատվածում կոնտակտավորի մոտ ախտորոշվում է ՄԻԱՎ վարակ, նա վերցվում է դիսպանսերային հսկողության բուժման և խնամքի հետագա տրամադրումով: Նշված ժամանակահատվածում կոնտակտավորի մոտ անցկացված հետազոտությունների արդյունքում ՄԻԱՎ վարակի առկայությունը չհաստատվելու դեպքում նրա նկատմամբ հսկողությունը դադարեցվում է: Մասնագիտական շփման ենթարկված բուժաշխատողի մոտ անհրաժեշտ է որոշել հեպատիտ Բ-ի նկատմամբ կարգավիճակը և, եթե նա պատվաստված չէ, անցկացնել հեպատիտ Բ-ի պասիվ կամ ակտիվ իմունականխարգելում: ՀԿԿ ստացող կոնտակտավորը պետք է յուրաքանչյուր շաբաթ այցելի բժշկին: Այցերի ընթացքում գնահատվում է ՀԿԿ ռեժիմի պահպանումը, բացահայտվում են ՀՌՎ դեղերի կողմնակի ազդեցությունները, ֆիզիկական ինքնազգացողության և հոգեկան վիճակի փոփոխությունները: Հոգեբանական խնդիրների առաջացման դեպքում խորհուրդ է տրվում բուժաշխատողին խորհրդատվության ուղարկել հոգեբանի կամ հոգեբույժի մոտ: ՀՌՎ դեղերի կողմնակի ազդեցություններն ի հայտ գալիս իրականացվում է ախտանշանային բուժում:

XIX. ՆԱԽԱԿՈՆՏԱԿՏԱՅԻՆ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՈՒՄ

504. Նախակոնտակտային կանխարգելումը (ՆԿԿ) բժշկական միջամտություն է, որն ուղղված է ՄԻԱՎ վարակ չունեցող անձանց շրջանում, որոնց մոտ առկա է ՄԻԱՎ-ով վարակվելու զգալի վտանգ, ՀՌՎ դեղերի կիրառմամբ ՄԻԱՎ վարակի կանխարգելմանը [12]:
505. **Նախակոնտակտային կանխարգելումը տենոֆովիրով առաջարկվում է որպես կանխարգելման լրացուցիչ միջոց այն անձանց, որոնք ունեն ՄԻԱՎ-ով վարակվելու զգալի վտանգ (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների բարձր որակ)** [12]:
506. Տենոֆովիրի կիրառումը ՆԿԿ նպատակով արդյունավետորեն նվազեցնում է ՄԻԱՎ-ով վարակվելու վտանգը: Պաշտպանվածության մակարդակը կախված չէ տարիքից, սեռից, բուժման սխեմայից և սեռական հարաբերության տեսակից: Այն կախված է բուժման կարգի նկատմամբ հետևողականությունից [352]:
507. ՄԻԱՎ վարակի ՆԿԿ իրականացվում է TDF-ով կամ TDF+FTC սխեմայով օրը 1 անգամ, ներքին ընդունման ձևով [12]:
508. Մինչ ՆԿԿ սկսելը և հետագայում ամեն 3 ամիսը մեկ ՆԿԿ ստացող անձը պետք է անցնի ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտություն [12]:
509. Մինչ ՆԿԿ սկսելը հետագա 12 ամսվա ընթացքում ամեն 4 ամիսը մեկ, այնուհետև

տարին մեկ անգամ ՆԿԿ ստացող անձը պետք է անցնի արյան մեջ կրեատինինի որոշման հետազոտություն երիկամների ֆունկցիայի մոնիտորինգի նպատակով: Հետազոտության արդյունքներից ելնելով՝ հնարավոր է ՆԿԿ-ի դադարեցում:

510. Մինչ ՆԿԿ սկսելը անհրաժեշտ է անցկացնել հետազոտություններ նաև հեպատիտներ Բ-ի և Ց-ի վերաբերյալ:
511. ՆԿԿ անցկացվում է ոչ թե ողջ կյանքի ընթացքում, այլ միայն ռիսկային վարքագիծ դրսևորելու պայմաններում: Կանխարգելիչ ազդեցությունը սկսում է դրսևորվել անալ սեռական հարաբերությունների դեպքում 4 դեղաչափի, հեշտոցային հարաբերությունների դեպքում՝ 7 դեղաչափի ընդունումից հետո [353, 354]: ՆԿԿ-ն կարելի է դադարեցնել ՄԻԱՎ-ի հետ հնարավոր վերջին շփումից 4 շաբաթ անց, եթե անձն այլևս չի դրսևորելու ռիսկային վարքագիծ:
512. ՆԿԿ-ն տրամադրվում է գրավոր տեղեկացված համաձայնություն ստանալուց հետո (հավելված 41):

XX. ՄԻԱՎ ՎԱՐԱԿՈՎ ՊԱՑԻԵՆՏՆԵՐԻ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼԻՉ ՊԱՏՎԱՍՏՈՒՄՆԵՐԻ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՍԿԶԲՈՒՆՔՆԵՐԸ

513. ՄԻԱՎ վարակն ուղեկցվում է իմունային համակարգի պրոգրեսիվ քայքայումով, ինչի հետևանքով որոշ պատվաստանյութերի կիրառումը ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մոտ կարող է առաջացնել կողմնակի ազդեցություններ:
514. ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների պատվաստման ընդհանուր սկզբունքներն են՝
- 1) սպանված (կամ ինակտիվացված) պատվաստանյութերն անվտանգ են իմունային անբավարարություն ունեցող մարդկանց համար, ուստի ՄԻԱՎ վարակով պացիենտներին կարելի է պատվաստել դրանցով,
 - 2) կենդանի պատվաստանյութերը ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների համար կարող են վտանգավոր լինեն, ուստի դրանք նշանակում են հնարավոր վտանգի և օգուտի գնահատումից հետո՝ հաշվի առնելով ՄԻԱՎ վարակի փուլը և իմունային անբավարարության աստիճանը:
515. Որպես կանոն, պատվաստանյութերն ավելի անվտանգ և արդյունավետ են ՄԻԱՎ վարակով այն պացիենտների համար, որոնք ստանում են ՀՌՎ բուժում, և որոնց մոտ CD4+ լիմֆոցիտների քանակը բարձր է 200 բջ/մկլ-ից [12]:
516. ՄԻԱՎ վարակ ունեցող մայրերից ծնված երեխաների կանխարգելիչ պատվաստումների կատարման մոտեցումները նույնն են, ինչ առողջ երեխաներին՝ բացառությամբ կենդանի պատվաստանյութերով պատվաստումների: Ընդհանուր առմամբ ՄԻԱՎ վարակ ունեցող երեխաներն ու դեռահասները պետք է ստանան պլանային պատվաստումները՝ համաձայն պատվաստումների ազգային օրացույցի [355, 356]: ՄԻԱՎ վարակով մեծահասակներին սովորաբար ցուցված են

որոշ հիվանդությունների դեմ պատվաստումներ, օրինակ՝ գրիպի, հեպատիտ Բ-ի, պնևմոկոկային վարակի, փայտացման դեմ: Այլ հիվանդությունների դեմ պատվաստումներ կատարելիս հաշվի են առնվում տարիքը, ռիսկի գործոնները և պլանավորված ճամփորդությունները:

517. ՄԻԱՎ վարակով մայրերից ծնված երեխաների ԲՅԺ պատվաստումը կատարվում է ծնվելուց հետո հնարավորինս շուտ: ՄԻԱՎ վարակով մայրերից ծնված անհայտ ՄԻԱՎ-կարգավիճակով և կլինիկական ախտանշաններ չունեցող երեխաները, ստանում են ԲՅԺ պատվաստում: ԲՅԺ պատվաստում չի կատարվում ՄԻԱՎ վարակով երեխաներին՝ անկախ կլինիկական ախտանշանների առկայությունից, ՄԻԱՎ վարակով մայրերից ծնված անհայտ ՄԻԱՎ-կարգավիճակով և կլինիկական ախտանշաններ ունեցող երեխաներին [357]:
518. Կարմրուկի, կարմրախտի և խոզուկի դեմ համակցված պատվաստանյութը (ԿԿԽ), ինչպես նաև հակակարմրուկային պատվաստանյութ պարունակող այլ համակցված պատվաստանյութեր կարելի է ներարկել կլինիկական դրսևորումներ չունեցող կամ աննշան արտահայտված իմունային անբավարարությամբ ՄԻԱՎ վարակով երեխաներին՝ համաձայն պատվաստումների ազգային օրացույցի: ԿԿԽ-ն հակացուցված է խիստ արտահայտված իմունային անբավարարություն ունեցող ՄԻԱՎ վարակով պացիենտներին [358]: Կարմրուկի, կարմրախտի և խոզուկի դեմ ՄԻԱՎ վարակով պացիենտները, որոնք չունեն կլինիկական դրսևորումներ, պատվաստվում են համաձայն պատվաստումների ազգային օրացույցի և համաճարակաբանական ցուցումներով:
519. Պոլիոմիելիտի դեմ ՕՊՊ-ով (բերանային երկվալենտ 1-ին և 3-րդ տիպեր) պատվաստում չի կարելի կատարել խորացած և խիստ արտահայտված իմունային անբավարարությամբ ՄԻԱՎ վարակով երեխաներին: Նշված պացիենտների պատվաստումը ցուցված է կատարել ԻՊՊ-ով (ինակտիվացված երկվալենտ 1-ին, 2-րդ և 3-րդ տիպեր): Կլինիկական դրսևորումներ չունեցող և աննշան արտահայտված իմունային անբավարարությամբ ՄԻԱՎ վարակով երեխաներին կարելի է պատվաստել ՕՊՊ-ով՝ համաձայն պատվաստումների ազգային օրացույցի [359]:
520. ԱԿԴՓ բաղադրիչ պարունակող համակցված պատվաստանյութերով ՄԻԱՎ վարակով երեխաներին դիֆթերիայի, փայտացման և կապույտ հազի դեմ պատվաստումներ կատարում են անկախ իմունային անբավարարության աստիճանից՝ համաձայն պատվաստումների ազգային օրացույցի: ՄԻԱՎ վարակով մեծահասակների՝ նշված վարակային հիվանդությունների դեմ պատվաստումները կատարում են՝ անկախ իմունային անբավարարության աստիճանից: ԱԴՓ-Մ պատվաստանյութով, ինչպես նաև փայտացման անատոքսինով այնպես, ինչպես ՄԻԱՎ-ով չվարակված մեծահասակներին: ԱԿԴՓ/ՎՀԲ/ՀԻԲ համակցված հնգա-

վալենտ պատվաստանյութերը կիրառելի են ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների համար [360, 361]:

521. Հեմոֆիլուսային Բ տեսակի վարակի դեմ պատվաստումները ցուցված են ՄԻԱՎ վարակով երեխաներին, և կատարվում են՝ համաձայն պատվաստումների ազգային օրացույցի համակցված ԱԿԴՓ/ՎՀԲ/ՀԻԲ պատվաստանյութով: ՀԻԲ պատվաստանյութ չստացած մեկ տարեկանից մեծ ՄԻԱՎ վարակով երեխաները ըստ ԱՀԿ-ի պետք է ստանան պատվաստանյութի միայն մեկ դեղաչափ [363]:
522. Վիրուսային հեպատիտ Ա-ի դեմ պատվաստումները հակացուցված չեն ՄԻԱՎ վարակով պացիենտներին: Պատվաստանյութի պաշտպանիչ հատկությունները սկսվում են պատվաստումից 14 օր հետո: Հեպատիտ Ա-ի դեմ երկարատև անընկալություն ապահովելու համար խորհուրդ է տրվում լրացուցիչ բուստեր դեղաչափի ներմուծում՝ առաջին դեղաչափից 6-12 ամիս հետո: [362]: Հեպատիտ Ա-ի դեմ պատվաստումը կատարվում է պատվաստումների ազգային օրացույցին համապատասխան և համաճարակաբանական ցուցումով:
523. ՄԻԱՎ վարակ ունեցող երեխաներին վիրուսային հեպատիտ Բ-ի դեմ պատվաստումները կատարվում են՝ համաձայն պատվաստումների ազգային օրացույցի: Վիրուսային հեպատիտ Բ-ի դեմ պատվաստումը ցուցված է ՄԻԱՎ վարակով բոլոր պացիենտներին, որոնց մոտ չեն հայտնաբերվել HBsAg և դրա նկատմամբ հակամարմիններ: Հետպատվաստումային պատասխանը կախված է CD4+ լիմֆոցիտների քանակից: Պատվաստման կուրսի ավարտից հետո բավարար տիտրով հակամարմիններ հայտնաբերվում են ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների 87%-ի մոտ, որոնց CD4+ լիմֆոցիտների քանակը >500 բջիջ/մլ, մինչդեռ CD4+ լիմֆոցիտների քանակը 200-500 բջիջ/մլ լինելու դեպքում պացիենտների միայն 33%-ի մոտ է հետպատվաստումային հակամարմինների տիտրը լինում բավարար [364]: ՄԻԱՎ/վիրուսային հեպատիտ Ց համակցված վարակի ժամանակ հեպատիտ Բ-ի դեմ պատվաստման արդյունավետությունը նվազում է: HBsAg-ի նկատմամբ հակամարմինների տիտրը որոշում են պատվաստման կուրսի ավարտից 4 շաբաթ անց: Եթե տիտրը <10 ՄՄ/մլ, ցուցված է պատվաստանյութի 1-3 լրացուցիչ դեղաչափի ներմուծում: Պատվաստանյութի ներմուծումից հետո HBsAg-ի նկատմամբ հակամարմինների 10 ՄՄ/մլ-ից բարձր մակարդակը համարվում է պաշտպանիչ: Եթե CD4+ լիմֆոցիտների քանակը >500 բջիջ/մլ, պատվաստումը սկսում են ստանդարտ դեղաչափով (20 մկգ, 0, 1, 2 և 12-րդ ամսին կամ 0, 1 և 6-րդ ամսին): Երեխաների համար դեղաչափը կազմում է 10 մկգ: Եթե CD4+ լիմֆոցիտների քանակը 200-500 բջիջ/մլ է, պատվաստումը կատարում են ինտենսիվ սխեմայով (20 մկգ, 0, 1, 2 և 12-րդ ամսին) [365]: Պատվաստման առաջին կուրսի հանդեպ իմունային պատասխանի բացակայության դեպքում ներմուծում են պատվաստանյութի լրացուցիչ դեղաչափեր կամ կրկնում պատվաստման ողջ կուրսը՝

40 մկգ դեղաչափով: Եթե CD4+ լիմֆոցիտների քանակը <200բջիջ/մլ, և ՄԻԱՎ վարակով պացիենտը չի ստանում ՀՌՎ բուժում, նախ սկսում են ՀՌՎ բուժումը՝ պատվաստումը հետաձգելով մինչև իմունիտետի կլինիկորեն նշանակալի վերականգնումը: Ցանկալի է, որ CD4+ լիմֆոցիտների քանակը լինի >200բջիջ/մլ:

524. Գրիպի դեմ պատվաստումը ցուցված է ՄԻԱՎ վարակով պացիենտներին, այդ թվում հղիներին: Այն խորհուրդ է տրվում կատարել հիվանդության սեզոնային բռնկումից առաջ: ՄԻԱՎ վարակով պացիենտներին հակացուցված է կենդանի հակագրիպային պատվաստանյութը. նրանց անհրաժեշտ է պատվաստել ինակտիվացված հակագրիպային պատվաստանյութով:
525. Ռոտավիրուսային վարակի դեմ պատվաստումը հակացուցված է խորացված և խիստ արտահայտված իմունային անբավարարություն ունեցող ՄԻԱՎ վարակով երեխաներին [366]: Մնացած դեպքերում պատվաստումը խորհուրդ է տրվում կատարել այլ հակացուցումների բացակայության դեպքում: Առաջին դեղաչափը տրվում է 6 շաբաթականից՝ սակայն ոչ ուշ, քան երեխայի 15 շաբաթը լրանալը: Պատվաստման վերջին թույլատրելի ժամկետը 32 շաբաթն է [362]:
526. ՄԻԱՎ վարակով երեխաների պնևմոկոկային վարակի դեմ պատվաստումները իրականացվում են պատվաստումների ազգային օրացույցի համաձայն:
527. ՄԻԱՎ վարակ ունեցող անձանց մարդու պապիլոմավիրուսի դեմ պատվաստումների իրականացման մոտեցումները նույնն են, ինչ առողջներինը՝ 13 տարեկան աղջիկներ, 2 դեղաչափ՝ 6 ամիս ընդմիջումով (0 և 6 ամիս): Պատվաստումը խորհուրդ չի տրվում հղի կանանց [367]:
528. Կատաղության դեմ պատվաստանյութերը հակացուցված չեն ՄԻԱՎ վարակով պացիենտներին և կատարվում են ըստ ընդհանուր ցուցումների: ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մոտ իմունային պատասխանը կախված է CD4+ լիմֆոցիտների քանակից: Եթե ՄԻԱՎ վարակով պացիենտին ցուցված է կատաղության հետկոնտակտային կանխարգելում, մ/մ ներարկում են և՛ անտիռաբիկ պատվաստանյութ, և՛ իմունազլոբուլին, որից հետո որոշում են հակամարմինների տիտրը: Եթե 4 շաբաթվա ընթացքում ներմուծված պատվաստանյութի 4-5 դեղաչափից հետո հակամարմինների տիտրը մնում է ցածր 0,5ՄՄ/մլ, ներարկում են անտիռաբիկ պատվաստանյութի լրացուցիչ դեղաչափեր [368], քանի որ կատաղության դեմ հակամարմինների պաշտպանական տիտրը պետք է լինի >0,5ՄՄ/մլ: Համաճարակաբանական ցուցումով պատվաստումներն իրականացվում են կլինիկական ախտանշաններ չունեցող ՄԻԱՎ վարակով պացիենտներին:
529. Հեպատիտ Բ-ի հետկոնտակտային կանխարգելման նպատակով իմունազլոբուլինի օգտագործումը հնարավորություն է տալիս ձևավորելու ժամանակավոր անընկալություն: HBIg-ը կիրառվում է՝ ի լրումն հեպատիտ Բ-ի դեմ պատվաստման: Իմունային անբավարարությամբ անձինք, ներառյալ ՄԻԱՎ վարակով

պացիենտները, HBIg ստանում են նույն ցուցումներով և դեղաչափերով, ինչ նորմալ իմունիտետ ունեցողները:

530. ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների համար կատաղության դեմ իմունազլորբուլինի ներարկման ցուցումներն ու դեղաչափերը նույնն են, ինչ ՄԻԱՎ վարակ չունեցողների համար: Իմունազլորբուլինի ներարկումը ցուցված է մաշկի ամբողջականության խախտմամբ եզակի կամ բազմակի կծվածքների և քերծվածքների, լորձաթաղանթների թքոտման դեպքում: Ներարկվում է անտիռաբիկ պատվաստանյութի առաջին դեղաչափի հետ միաժամանակ: Նախկինում պատվաստված անձանց, որոնց մոտ չեզոքացնող հակամարմինների տիտրը 0,5ՄՄ/մլ-ից պակաս չէ, իմունազլորբուլին ներարկելու անհրաժեշտություն չկա: Այդ դեպքում բավարար է 3-օրյա ընդմիջումով մ/մ ներարկել բջջային կուլտուրայից ստացված ժամանակակից անտիռաբիկ որևէ պատվաստանյութի 2 դեղաչափ:
531. Փայտացման դեմ իմունազլորբուլինը կիրառվում է փայտացման բուժման համար, նաև փայտացման զարգացման առումով վտանգավոր վնասվածքներ ստացած չպատվաստված կամ ոչ ճիշտ պատվաստված անձանց մոտ փայտացման կանխարգելման նպատակով՝ անկախ ՄԻԱՎ վարակի և իմունային անբավարարության առկայությունից: ՄԻԱՎ վարակով պացիենտներին իմունազլորբուլինը ներարկվում է նույն դեղաչափերով, ինչ ՄԻԱՎ-ով չվարակվածներին:

XXI. ՄՈՆԻՏՈՐԻՆԳ ԵՎ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ

532. Մոնիտորինգն ու գնահատումն ուղղված են որոշելու ՄԻԱՎ վարակի բուժման և խնամքի շրջանակում իրականացվող միջոցառումների արդյունավետությունը և փոխգործակցության աստիճանը ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության, ՄԻԱՎ վարակի և ուղեկցող հիվանդությունների բուժման ժամանակ տրամադրվող բժշկական օգնության հաջորդական փուլերի ընթացքում: Այն հնարավորություն է տալիս վեր հանելու բուժման և խնամքի բացերը, պացիենտների դիսպանսերային հսկողությունից դուրս մնալու պատճառները և ձեռնարկելու պատասխան գործողություններ բուժման և խնամքի բացերը վերացնելու և պացիենտներին դիսպանսերային հսկողության մեջ պահելու համար: Կարևոր նշանակություն ունեն նաև դեղերի տոքսիկության և կողմնակի ազդեցությունների, դեղակայունության, ՎԾ-ի մակարդակի, մահացության, ապրելունակության և նոր դեպքերի մոնիտորինգն ու գնահատումը [12, 369]:
533. Տվյալները հավաքագրվում են տարբեր մեթոդներով, ներառյալ ընթացիկ ծրագրային, համաճարակաբանական հսկողության տվյալների հավաքագրումն ու վերլուծությունը, դիտարկման, գնահատման, ինչպես նաև հատուկ հետազոտությունների միջոցով տվյալների հավաքագրումը [370]:

534. Բուժման և խնամքի ծրագրերի արդյունավետության, ՄԻԱՎ վարակի կանխարգելման, բուժման և խնամքի հաջորդական փուլերում դրանց ազդեցության որոշման համար ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի կանխարգելման ազգային ծրագրերի շրջանակում առաջարկվում է մոնիտորինգի ու գնահատման 50 ազգային ցուցանիշ, այդ թվում 10-ը՝ գլոբալ: Մոնիտորինգ ու գնահատում իրականացվում է համաձայն ՀՀ-ում 2017-2021թթ. ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի կանխարգելման պետական նպատակային ծրագրի մոնիտորինգի և գնահատման պլանի: Մոնիտորինգի և գնահատման կարևոր ցուցանիշներն են՝ [369]

- 1) ԱՎԵԽ-ներին ծառայությունների տրամադրումը,
- 2) նախա- և հետկոնտակտային կանխարգելումը,
- 3) ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտությունը,
- 4) կապակցումը բուժման ծառայություններին և բուժման մեջ պացիենտների մնալը,
- 5) ՀՌՎ բուժման տրամադրումը,
- 6) մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխարգելումը,
- 7) տուբերկուլոզ/ՄԻԱՎ համակցված վարակը,
- 8) օպորտունիստական և ուղեկցող հիվանդությունները,
- 9) դեղերի տոքսիկության մոնիտորինգը,
- 10) դեղակայունությունը,
- 11) ՎԾ-ի մակարդակը,
- 12) ազդեցության գնահատումը՝ մահացություն, տարածվածություն, նոր դեպքեր:

535. ՄԻԱՎ վարակի կանխարգելման, բուժման և խնամքի հաջորդական փուլերում (կասկադ) ցուցանիշների վերլուծությունը հնարավորություն է տալիս բացահայտելու միտումները, առաջընթացը, բացթողումները և խոչընդոտները ծառայությունների տրամադրման ընթացքում և առաջարկելու լուծումներ ու բարելավելու ծառայությունների տրամադրումը: Կանխարգելման և բուժման կասկադի յուրաքանչյուր բաղադրիչի առաջընթացը և բացերը համադրվում են նոր դեպքերի ու մահացության միտումների հետ դրանց միջև կապը բացահայտելու նպատակով [369]:

536. ՀՌՎ բուժում ստացող պացիենտների մոտ կարող է զարգանալ տոքսիկություն մեկ կամ ավելի ՀՌՎ դեղի նկատմամբ: Ուստի դեղերի տոքսիկության մոնիտորինգը բուժման և կանխարգելման ծրագրերի կարևոր բաղադրիչներից է: ՀՌՎ դեղերի կողմնակի և տոքսիկ ազդեցությունները դեղերի ընդունման կարգը չպահպանելու, բուժումը դադարեցնելու կամ դեղերի փոփոխման հիմնական պատճառներից են [12]: Ընթացիկ մոնիտորինգը թույլ է տալիս ստանալ տվյալներ ՀՌՎ դեղերի տոքսիկության տարածվածության և դրա դրսևորումների կլինի-

կական նշանակության, բուժման հետևողականության վրա տոքսիկության ազդեցության, պացիենտների բուժման արդյունքների և դիսպանսերային հսկողության մեջ պացիենտներին պահելու հարցում տոքսիկության ազդեցության վերաբերյալ: Տոքսիկության ընթացիկ մոնիտորինգը զուգակցվում է տոքսիկության համաճարակաբանական հսկողության հետ: Տոքսիկության ընթացիկ մոնիտորինգի հիմնական ցուցանիշ է ՀՌՎ բուժում ստացող պացիենտների տոկոսը, որոնց մոտ նկատվել են բուժման տրամադրումը սահմանափակող տոքսիկության դրսևորումներ՝ կյանքին սպառնացող հիվանդություն, մահ, հոսպիտալացում, հաշմանդամություն կամ հանգեցրել են բուժման դադարեցման, բուժման սխեմայի փոփոխման: Ցուցանիշի բաշխում կատարվում է՝ ըստ ՀՌՎ բուժման սխեմայի, սեռի, տարիքի, հղիության, ՄԻԱՎ/ՏԲ համակցված վարակի առկայության: Նաև կարևոր է գնահատել տոքսիկությունը բուժման հետևողականության և դիսպանսերային հսկողությունից դուրս գալու տեսանկյունից: Բուժման արդյունքների բարելավման համար լրացուցիչ տվյալներ ստանալու նպատակով իրականացվում է ՀՌՎ դեղերի տոքսիկության վերաբերյալ համաճարակաբանական հսկողություն երկու ուղղությամբ՝ [12]

- 1) տոքսիկության վերաբերյալ ակտիվ համաճարակաբանական հսկողություն ընտրանքային կոհորտներում,
- 2) տոքսիկության վերաբերյալ համաճարակաբանական հսկողություն հղիության և կրծքով կերակրման ընթացքում՝ հղիների մոտ ՀՌՎ դեղերի տոքսիկության հետևանքով բուժման սահմանափակումների մոնիտորինգ, պտղի վրա ՀՌՎ դեղերի տոքսիկության մոնիտորինգ (մեռելաձնություն, վաղաժամ ծննդաբերության, ցածր քաշ, բնածին անոմալիաներ կամ վաղ մանկական մահացություն), նորածինների և երեխաների վրա ՀՌՎ դեղերի տոքսիկության մոնիտորինգ (աճի և զարգացման հետ կապված ցանկացած դրսևորում):

537. Դեղակայությունը բացասաբար է անդրադառնում բուժման արդյունավետության, հիվանդացության և մահացության նվազեցման վրա: Դեղակայության նկատմամբ համաճարակաբանական հսկողությունը ներառում է դեղակայունության վաղ կանխման ցուցանիշների ընթացիկ մոնիտորինգ և պարբերական հետազոտություններ պացիենտների որոշակի խմբերում դեղակայունության հայտնաբերման համար [371]: Դեղակայունության վաղ կանխման ցուցանիշներն են ՀՌՎ դեղերի ժամանակին ստացումը, ՀՌՎ բուժման անընդհատությունը, ՀՌՎ դեղերի անխափան մատակարարումը, ՎԾ-ի ճնշվածությունը, ՎԾ հետազոտությունների ծածկույթը: Ցուցանիշների վերլուծությունը և դրա արդյունքների հիման վրա մշակված գործողությունների պլանը նպաստում են բուժման օպտիմալացմանը և նվազեցնում են դեղակայունության առաջացումը: Դեղակայունության վաղ կանխման ցուցանիշների ընթացիկ մոնիտորինգից բացի՝ դեղակայունության

վերաբերյալ պարբերական հետազոտությունները պացիենտների որոշակի խմբերի շրջանում կարևոր են ՀՌՎ բուժման սխեմաների ընտրության և ՎԾ-ի մոնիտորինգի հաճախականության որոշման համար: Այս պարբերական հետազոտությունները թույլ են տալիս իրականացնելու դեղակայունության գնահատում երկրի մակարդակով և հետևելու դրա զարգացմանը չորս խմբում՝

- 1) ՀՌՎ բուժումն սկսող պացիենտներ՝ ՀՌՎ բուժման առաջին շաբթի դեղերի, նախակոնտակտային կանխարգելման սխեմաների ընտրության և ՎԾ-ի հետազոտությունների հաճախականության որոշման համար [372],
- 2) ՀՌՎ բուժում ստացող պացիենտներ՝ ՀՌՎ բուժման երկրորդ շաբթի դեղերի ընտրության և բուժման անընդհատության և ՎԾ-ի ճնշվածության գնահատման համար [373],
- 3) ՄԻԱՎ-ով նոր վարակված պացիենտներ (դեղակայունության փոխանցում)՝ դեղակայուն վիրուսի փոխանցումն արձանագրելու և բնութագրելու համար,
- 4) 18 ամսականից ցածր տարիքի երեխաներ՝ երեխաների համար ՀՌՎ բուժման առաջին շաբթի դեղերի ընտրության նպատակով:

XXII. ՈՒՂԵՑՈՒՅՑԻ ՆԵՐԴՐՄԱՆ ՀՆԱՐԱՎՈՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԵՎ ՀՆԱՐԱՎՈՐ ԽՈՉԸՆԴՈՏՆԵՐ

538. Սույն ուղեցույցը մշակվել է ՁԻԱՀ-ի ԿՀԿ-ի մասնագետների կողմից ՀՀ առողջապահության նախարարի հրամաններով հաստատված ՄԻԱՎ վարակի ժամանակ բուժման և խնամքի ազգային ուղեցույցների հիման վրա, որոնք լրամշակվել, վերանայվել են ԱՀԿ-ի 2016 թվականի «ՄԻԱՎ վարակի բուժման և կանխարգելման նպատակով հակառետրովիրուսային դեղերի կիրառման ուղեցույցի» առաջարկների հիման վրա և միավորվել են մեկ միասնական ուղեցույցում: Ըստ էության սույն ուղեցույցը վերոնշյալ գործող ուղեցույցների տրամաբանական շարունակությունն է, որում ապացուցողական մոտեցումների կիրառմամբ ներկայացված են ավելի ընդլայնված տեղեկատվություն ՄԻԱՎ վարակի լաբորատոր ախտորոշման, ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների դիսպանսերային հսկողության մոտեցումների, հակառետրովիրուսային բուժման սկզբունքների և բուժման մոնիտորինգի, օպորտունիստական վարակների ախտորոշման, բուժման ու կանխարգելման, տուբերկուլոզ/ՄԻԱՎ, ՄԻԱՎ/վիրուսային հեպատիտներ Բ և Ց համակցված վարակներով պացիենտների վարման, մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխարգելման, նախա- և հետկոնտակտային կանխարգելման, ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների կանխարգելիչ պատվաստումների ընդհանուր սկզբունքների, բուժման տրամադրման մոնիտորինգի և գնահատման վերաբերյալ: Ուղեցույցի ներդրման համար հնարավորություն տալիս են նաև ՁԻԱՀ-ի ԿՀԿ-ի մաս-

նագիտական ներուժը և ենթակառուցվածքները, ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների բուժման և խնամքի հարցերով ՁԻԱՀ-ի ԿՀԿ-ի մասնագետների կողմից բժշկական խորհրդատվության տրամադրումը Երևանի, ՀՀ մարզերի, նաև Արցախի Հանրապետության բժշկական կազմակերպությունների բժիշկներին, ՀՀ առողջապահության նախարարության ակադեմիկոս Ս.Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտում ներդրված ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի հարցերով բուժաշխատողների կատարելագործման «ՄԻԱՎ վարակ» դասընթացի շարունակական անցկացումը, որի շրջանակում ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության և խորհրդատվության տրամադրման, ՄԻԱՎ վարակի լաբորատոր ախտորոշման, բուժման և խնամքի, մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխարգելման հարցերով արդեն իսկ կատարելագործում են անցել հարյուրավոր բժիշկներ:

539. Սույն ուղեցույցը ներդնելիս հնարավոր խոչընդոտներ կարող են լինել.

- 1) Դիսպանսերային հսկողության վերցվողների և ՀՌՎ բուժում ստացողների կանխատեսվող թվի զգալի աճի պայմաններում ՁԻԱՀ-ի ԿՀԿ-ի ենթակառուցվածքների չընդլայնվելն ու բժշկական անձնակազմի համարժեքորեն չհամալրվելը:
- 2) Դրամաշնորհային ծրագրերի շրջանակում տրամադրվող ՀՌՎ, ՕՎ-ների բուժման և կանխարգելման համար կիրառվող դեղերի, լաբորատոր հետազոտությունների համար թեստ-հավաքածուների և բժշկական նշանակության ապրանքների մատակարարման ընդհատումը դրամաշնորհային ծրագրերի հնարավոր ավարտից հետո:
- 3) Լաբորատոր սարքավորումների ինժեներական սպասարկման հետ կապված խնդիրները:
- 4) Լաբորատոր սարքավորումների ֆիզիկական և բարոյական մաշվածությունը:
- 5) Համակարգչային տեխնիկայի ֆիզիկական և բարոյական մաշվածությունը:
- 6) ՀՌՎ, ՕՎ-ների բուժման և կանխարգելման համար կիրառվող դեղերի, լաբորատոր հետազոտությունների համար թեստ-հավաքածուների գնման և մատակարարման ուշացումները:
- 7) Մինչ օրս դրամաշնորհային ծրագրերի շրջանակում անցկացվող «ՄԻԱՎ վարակ» դասընթացի ընդհատումը, ՄԻԱՎ վարակի վերաբերյալ հետազոտություն և խորհրդատվություն իրականացնող բժշկական կազմակերպություններին ՁԻԱՀ-ի ԿՀԿ-ի կողմից տրամադրվող մեթոդական օգնության և տեխնիկական աջակցության չտրամադրելը դրամաշնորհային ծրագրերի հնարավոր ավարտից հետո:

540. Ուղեցույցը մշակած խմբի համոզմամբ նշված բոլոր խոչընդոտները հաղթահարելի են շահագրգիռ կողմերի նպատակային քայլերի և համակարգված գործողությունների իրականացման դեպքում:

XXIII. ՈՒՍՈՒՄՆԱՍԻՐՎԱԾ ՓԱՍՏԱԹՂԹԵՐԻ ԵՎ ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ

1. ՄԻԱՎ վարակով հիվանդ մեծահասակների հակառետրովիրուսային բուժումն ու վարումը ազգային ուղեցույց, ՀՀ ԱՆ 21.08.14թ. N 1991-Ա հրաման:
2. ՄԻԱՎ վարակով հիվանդ երեխաների բուժումն ու խնամքը ազգային ուղեցույց, ՀՀ ԱՆ 21.08.14թ. N 1991-Ա հրաման:
3. Ներարկային թմրամիջոցներ օգտագործող ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ով հիվանդներին տրամադրվող բուժումն ու խնամքը ազգային ուղեցույց, ՀՀ ԱՆ 29.07.10թ. N 1245-Ա հրաման:
4. Օպորտունիստական վարակներ և ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի ընդհանուր ախտանիշներ ունեցող հիվանդների վարումը ազգային ուղեցույց, ՀՀ ԱՆ 08.07.08թ. N 953-Ա հրաման:
5. ՏԲ/ՄԻԱՎ համակցված վարակով հիվանդների վարումը ազգային ուղեցույց, ՀՀ ԱՆ 27.12.14թ. N 3158-Ա հրաման:
6. ՄԻԱՎ վարակ և վիրուսային հեպատիտ Ց համավարակ ունեցող ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ով հիվանդների վարում ազգային ուղեցույց, ՀՀ ԱՆ 08.07.08թ. N 953-Ա հրաման:
7. ՄԻԱՎ/վիրուսային հեպատիտ Բ համակցված վարակով հիվանդների վարումը ազգային ուղեցույց, ՀՀ ԱՆ 11.12.12թ. N 2878-Ա հրաման:
8. ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ով հիվանդների շրջանում վիրուսային հեպատիտ Ա, Բ, Ց-ի և այլ հեպատոտորքսիկ գործոնների ազդեցության կանխարգելումը ազգային ուղեցույց, ՀՀ ԱՆ 08.07.08թ. N 953-Ա հրաման:
9. Մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխարգելումը ազգային ուղեցույց, ՀՀ ԱՆ 22.04.16թ. N 1214-Ա հրաման:
10. ՄԻԱՎ վարակի հետկոնտակտային կանխարգելումը ազգային ուղեցույց, ՀՀ ԱՆ 24.11.09թ. N 1819-Ա հրաման:
11. ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ով հիվանդների պատվաստման ընդհանուր մոտեցումները ազգային ուղեցույց, ՀՀ ԱՆ 08.07.08թ. N 953-Ա հրաման:
12. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach - 2nd ed. World Health Organization; 2016.
13. 2030 Agenda for Sustainable Development.
14. Политическая декларация по ВИЧ и СПИДу: ускоренными темпами к активизации борьбы с ВИЧ и прекращению эпидемии СПИДа к 2030году, Генеральная Ассамблея ООН, 7 июня, 2016г.
15. UNAIDS 2016-2021 Strategy.
16. Global health sector strategies HIV, 2016-2021, WHO.
17. План действий сектора здравоохранения по борьбе с ВИЧ-инфекцией в Европейском регионе ВОЗ, 2016-2021.

18. ՀՀ-ում 2017-2021թթ. ՄԻԱՎ վարակի կանխարգելման պետական նպատակային ծրագիր:
19. Ս.Ռ.Գրիգորյան, Լ.Մ.Մխիթարյան: ՄԻԱՎ վարակ/Ձեռնարկ բժիշկների համար. - Եր., 2002. - 232 էջ:
20. Christian Hoffman and Jurgen K.Rockstroh. HIV 2015/2016.
21. И.И.Долгушин, О.А.Гизингер, Ю.С.Шишкова, А.Ю.Савочкина, О.С.Абрамовских, Л.Ф.Телешева, М.В.Радзиховская, С.И.Марачев, Е.А.Мезенцева, А.А.Аклеев, Н.Н.Кузюкин. ВИЧ-инфекция: этиология, патогенез, лабораторная диагностика. Челябинск, 2015.
22. В.В Покровский, Т.Н. Ермак, В.В.Беляева, О.Г.Юрин. ВИЧ- инфекция: клиника, диагностика и лечение. 2000.
23. «ՄԻԱՎ վարակի համաճարակաբանական հսկողություն N 3.1.1-029-2014 սանիտարահամաճարակաբանական կանոններ և նորմեր», ՄԻԱՎ վարակի համաճարակաբանական հսկողության մեթոդական ուղեցույց, ՀՀ ԱՆ 29.12.14թ. N 3175-Ա հրաման:
24. WHO case definitions of HIV for surveillance and revised clinical staging and immunological classification of HIV-related disease in adults and children. WHO, 2007.
25. Հիվանդությունների և առողջության հետ կապված խնդիրների վիճակագրական դասակարգիչ: տասներորդ վերանայում, - Եր.: 2013. - 856:
26. ՄԻԱՎ վարակի վերաբերյալ հետազոտության և խորհրդատվության, լաբորատոր ախտորոշման կլինիկական ուղեցույց:
27. «Մարդու իմունային անբավարարության վիրուսից առաջացած հիվանդության կանխարգելման մասին» ՀՀ օրենք:
28. Н.В.Глухов, С.Ю.Чубриева, В.В.Рассохин. Метаболический синдром при ВИЧ-инфекции. Введение в проблему. ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии, 2009г., ТОМ 1, № 2.
29. Scoping consultation on care packages for people living with HIV. Meeting report, 24-26 September 2014. World Health Organization, 2015.
30. Brown C, Lilford R. Evaluating service delivery interventions to enhance patient safety. BMJ. 2008;337:a2764.
31. Mocroft A, Vella S, Benfield TL, Chiesi A, Miller V, Gargalianos P, et al. Changing patterns of mortality across Europe in patients infected with HIV-1. EuroSIDA Study Group. Lancet 1998 Nov 28; 352(9142):1725-30.
32. Palella FJ, Jr., Delaney KM, Moorman AC, Loveless MO, Fuhrer J, Satten GA, et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. HIV Outpatient Study Investigators. N Engl J Med 1998 Mar 26; 338(13):853-60.
33. Lohse N, Hansen AB, Pedersen G, Kronborg G, Gerstoft J, Sorensen HT, et al.

- Survival of persons with and without HIV infection in Denmark, 1995-2005. *Ann Intern Med* 2007 Jan 16; 146(2):87-95.
34. Bhaskaran K, Hamouda O, Sannes M, Boufassa F, Johnson AM, Lambert PC, et al. Changes in the risk of death after HIV seroconversion compared with mortality in the general population. *JAMA* 2008 Jul 2; 300(1):51-9.
 35. Mofenson LM, Lambert JS, Stiehm ER, Bethel J, Meyer WA, III, Whitehouse J, et al. Risk factors for perinatal transmission of human immunodeficiency virus type 1 in women treated with zidovudine. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Study 185 Team. *N Engl J Med* 1999 Aug 5; 341(6):385-93.
 36. Donnell D, Baeten JM, Kiarie J, Thomas KK, Stevens W, Cohen CR, et al. Heterosexual HIV-1 transmission after initiation of antiretroviral therapy: a prospective cohort analysis. *Lancet* 2010 Jun 12; 375(9731):2092-8.
 37. Gilks CF, Crowley S, Ekpini R, Gove S, Perriens J, Souteyrand Y, et al. The WHO public-health approach to antiretroviral treatment against HIV in resource-limited settings. *Lancet* 2006 Aug 5; 368(9534):505-10.
 38. Gupta A, Nadkarni G, Yanf WT, Chandrasekhar A, Gupte N, Bisson GP et al. Early mortality in adults initiating antiretroviral therapy (ART) in low- and middle-income countries (LMIC): a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2011;6:e28691.
 39. Brinkhof MW, Boule A, Weigel R, Messou E, Mathers C, Orrell C et al. Mortality of HIV-infected patients starting antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa: comparison with HIV-unrelated mortality. *PLoS Med*. 2009;6:e1000066.
 40. Обследование и антиретровирусная терапия у взрослых и подростков, клинический протокол для Европейского региона ВОЗ (обновленная версия 2012г).
 41. Туберкулез и ВИЧ-инфекция, ведение больных с коинфекцией, клинический протокол для Европейского региона ВОЗ (обновленная версия 2013г).
 42. Руководство по программному ведению туберкулеза с лекарственной устойчивостью: обновление от 2011 года. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2011.
 43. WHO policy on collaborative TB/HIV activities: guidelines for national programmes and other stakeholders. Geneva, World Health Organization, 2012.
 44. Koczor CA, Lewis W. Nucleoside reverse transcriptase inhibitor toxicity and mitochondrial DNA. *Expert Opin Drug Metab Toxicol* 2010 Dec; 6(12):1493-504.
 45. Perry CM, Faulds D. Lamivudine. A review of its antiviral activity, pharmacokinetic properties and therapeutic efficacy in the management of HIV infection. *Drugs* 1997 Apr; 53(4):657-80.
 46. Masho SW, Wang CL, Nixon DE. Review of tenofovir-emtricitabine. *Ther Clin Risk Manag* 2007 Dec; 3(6):1097-104.
 47. Spaulding A, Rutherford GW, Siegfried N. Tenofovir or zidovudine in three-drug combination therapy with one nucleoside reverse transcriptase inhibitor and one non-

- nucleoside reverse transcriptase inhibitor for initial treatment of HIV infection in antiretroviral-naïve individuals. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (10):CD008740.
48. Arribas JR, Pozniak AL, Gallant JE, Dejesus E, Gazzard B, Campo RE, et al. Tenofovir disoproxil fumarate, emtricitabine, and efavirenz compared with zidovudine/lamivudine and efavirenz in treatment-naïve patients: 144-week analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2008 Jan 1; 47(1):74-8.
 49. Zimmermann AE, Pizzoferrato T, Bedford J, Morris A, Hoffman R, Braden G. Tenofovir-associated acute and chronic kidney disease: a case of multiple drug interactions. *Clin Infect Dis* 2006 Jan 15; 42(2):283-90.
 50. Karras A, Lafaurie M, Furco A, Bourgarit A, Droz D, Sereni D, et al. Tenofovir-related nephrotoxicity in human immunodeficiency virus-infected patients: three cases of renal failure, Fanconi syndrome, and nephrogenic diabetes insipidus. *Clin Infect Dis* 2003 Apr 15; 36(8):1070-3.
 51. Goicoechea M, Liu S, Best B, Sun S, Jain S, Kemper C, et al. Greater tenofovir-associated renal function decline with protease inhibitor-based versus nonnucleoside reverse-transcriptase inhibitor-based therapy. *J Infect Dis* 2008 Jan 1; 197(1):102-8.
 52. Stellbrink HJ, Orkin C, Arribas JR, Compston J, Gerstoft J, Van WE, et al. Comparison of changes in bone density and turnover with abacavir-lamivudine versus tenofovir-emtricitabine in HIV-infected adults: 48-week results from the ASSERT study. *Clin Infect Dis* 2010 Oct 15; 51(8):963-72.
 53. Sax PE, Tierney C, Collier AC, Fischl MA, Mollan K, Peeples L, et al. Abacavir-lamivudine versus tenofovir-emtricitabine for initial HIV-1 therapy. *N Engl J Med* 2009 Dec 3; 361(23):2230-40.
 54. Smith KY, Patel P, Fine D, Bellos N, Sloan L, Lackey P, et al. Randomized, double-blind, placebo-matched, multicenter trial of abacavir/lamivudine or tenofovir/emtricitabine with lopinavir/ritonavir for initial HIV treatment. *AIDS* 2009 Jul 31; 23(12):1547-56.
 55. Dejesus E, Herrera G, Teofilo E, Gerstoft J, Buendia CB, Brand JD, et al. Abacavir versus zidovudine combined with lamivudine and efavirenz, for the treatment of antiretroviral-naïve HIV-infected adults. *Clin Infect Dis* 2004 Oct 1; 39(7):1038-46.
 56. Saag M, Balu R, Phillips E, Brachman P, Martorell C, Burman W, et al. High sensitivity of human leukocyte antigen-b*5701 as a marker for immunologically confirmed abacavir hypersensitivity in white and black patients. *Clin Infect Dis* 2008 Apr 1; 46(7):1111-8.
 57. Mallal S, Phillips E, Carosi G, Molina JM, Workman C, Tomazic J, et al. HLA-B*5701 screening for hypersensitivity to abacavir. *N Engl J Med* 2008 Feb 7; 358(6):568-79.
 58. D.A.D Study Group, Sabin CA, Worm SW, Weber R, Reiss P, El-Sadr W et al. Use of nucleoside reverse transcriptase inhibitors and risk of myocardial infarction in HIV-infected patients enrolled in the D:A:D study: a multi-cohort collaboration. *Lancet*.

2008;371(9622):1417-26.

59. Sabin CA, Worm SW, Weber R, Reiss P, El-Sadr W, Dabis F, et al. Use of nucleoside reverse transcriptase inhibitors and risk of myocardial infarction in HIV-infected patients enrolled in the D:A:D study: a multi-cohort collaboration. *Lancet* 2008 Apr 26; 371(9622):1417-26.
60. Saag MS, Cahn P, Raffi F, Wolff M, Pearce D, Molina JM, et al. Efficacy and safety of emtricitabine vs stavudine in combination therapy in antiretroviral-naive patients: a randomized trial. *JAMA* 2004 Jul 14; 292(2):180-9.
61. Berenguer J, Gonzalez J, Ribera E, Domingo P, Santos J, Miralles P, et al. Didanosine, lamivudine, and efavirenz versus zidovudine, lamivudine, and efavirenz for the initial treatment of HIV type 1 infection: final analysis (48 weeks) of a prospective, randomized, noninferiority clinical trial, GESIDA 3903. *Clin Infect Dis* 2008 Oct 15; 47(8):1083-92.
62. Moreno S, Hernandez B, Dronda F. Didanosine enteric-coated capsule: current role in patients with HIV-1 infection. *Drugs* 2007; 67(10):1441-62.
63. Smith CJ, Olsen CH, Mocroft A, Viard JP, Staszewski S, Panos G, et al. The role of antiretroviral therapy in the incidence of pancreatitis in HIV-positive individuals in the EuroSIDA study. *AIDS* 2008 Jan 2; 22(1):47-56.
64. Kovari H, Ledergerber B, Peter U, Flepp M, Jost J, Schmid P, et al. Association of noncirrhotic portal hypertension in HIV-infected persons and antiretroviral therapy with didanosine: a nested case-control study. *Clin Infect Dis* 2009 Aug 15; 49(4): 626-35.
65. Fischl MA, Richman DD, Grieco MH, Gottlieb MS, Volberding PA, Laskin OL, et al. The efficacy of azidothymidine (AZT) in the treatment of patients with AIDS and AIDS-related complex. A double-blind, placebo-controlled trial. *N Engl J Med* 1987 Jul 23; 317(4):185-91.
66. Staszewski S, Morales-Ramirez J, Tashima KT, Rachlis A, Skiest D, Stanford J, et al. Efavirenz plus zidovudine and lamivudine, efavirenz plus indinavir, and indinavir plus zidovudine and lamivudine in the treatment of HIV-1 infection in adults. Study 006 Team. *N Engl J Med* 1999 Dec 16; 341(25):1865-73.
67. Podzamczar D, Ferrer E, Consiglio E, Gatell JM, Perez P, Perez JL, et al. A randomized clinical trial comparing nelfinavir or nevirapine associated to zidovudine/lamivudine in HIV-infected naive patients (the Combine Study). *Antivir Ther* 2002 Jun; 7(2):81-90.
68. Staszewski S, Keiser P, Montaner J, Raffi F, Gathe J, Brotas V, et al. Abacavir-lamivudine-zidovudine vs indinavir-lamivudine-zidovudine in antiretroviral-naive HIV-infected adults: A randomized equivalence trial. *JAMA* 2001 Mar 7; 285(9):1155-63.
69. Haubrich RH, Riddler SA, DiRienzo AG, Komarow L, Powderly WG, Klingman K, et al. Metabolic outcomes in a randomized trial of nucleoside, nonnucleoside and protease

- inhibitor-sparing regimens for initial HIV treatment. *AIDS* 2009 Jun 1; 23(9):1109-18.
70. Squires K, Lazzarin A, Gatell JM, Powderly WG, Pokrovskiy V, Delfraissy JF, et al. Comparison of once-daily atazanavir with efavirenz, each in combination with fixed-dose zidovudine and lamivudine, as initial therapy for patients infected with HIV. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004 Aug 15; 36(5):1011-9.
 71. Riddler SA, Haubrich R, DiRienzo AG, Peeples L, Powderly WG, Klingman KL, et al. Class-sparing regimens for initial treatment of HIV-1 infection. *N Engl J Med* 2008 May 15; 358(20):2095-106.
 72. Lennox JL, Dejesus E, Lazzarin A, Pollard RB, Madruga JV, Berger DS, et al. Safety and efficacy of raltegravir-based versus efavirenz-based combination therapy in treatment-naïve patients with HIV-1 infection: a multicentre, double-blind randomized controlled trial. *Lancet* 2009 Sep 5; 374(9692):796-806.
 73. Cooper DA, Heera J, Goodrich J, Tawadrous M, Saag M, Dejesus E, et al. Maraviroc versus efavirenz, both in combination with zidovudine-lamivudine, for the treatment of antiretroviral-naïve subjects with CCR5-tropic HIV-1 infection. *J Infect Dis* 2010 Mar 15; 201(6):803-13.
 74. Robbins GK, De G, V, Shafer RW, Smeaton LM, Snyder SW, Pettinelli C, et al. Comparison of sequential three-drug regimens as initial therapy for HIV-1 infection. *N Engl J Med* 2003 Dec 11; 349(24):2293-303.
 75. Fundaro C, Genovese O, Rendeli C, Tamburrini E, Salvaggio E. Myelomeningocele in a child with intrauterine exposure to efavirenz. *AIDS* 2002 Jan 25; 16(2):299-300.
 76. Use of efavirenz during pregnancy: a public health perspective: technical update on treatment optimization. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70920/1/9789241503792_eng.pdf, accessed 16 October 2015).
 77. Pillay P, Ford N, Shubber Z, Ferrand RA. Outcomes for efavirenz versus nevirapine-containing regimens for treatment of HIV-1 infection: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2013;8:e68995.
 78. Ford N, Mofenson L, Shubber Z, Calmy A, Andrieux-Meyer I, Vitoria M et al. Safety of efavirenz in the first-trimester of pregnancy: an updated systematic review and meta-analysis. *AIDS*. 2014;28 (Suppl. 2):S1-9.
 79. Gilleece Y, Chadwick DR, Breuer J, Hawkins D, Smit E, McCrae LX, et al. British HIV Association guidelines for antiretroviral treatment of HIV-2-positive individuals 2010. *HIV Med* 2010 Nov; 11(10):611-9.
 80. van LF, Phanuphak P, Ruxrungtham K, Baraldi E, Miller S, Gazzard B, et al. Comparison of first-line antiretroviral therapy with regimens including nevirapine, efavirenz, or both drugs, plus stavudine and lamivudine: a randomized open-label trial, the 2NN Study. *Lancet* 2004 Apr 17; 363(9417):1253-63.
 81. Nunez M, Soriano V, Martin-Carbonero L, Barrios A, Barreiro P, Blanco F, et al. SENC

- (Spanish efavirenz vs. nevirapine comparison) trial: a randomized, open-label study in HIV-infected naive individuals. *HIV Clin Trials* 2002 May; 3(3):186-94.
82. Soriano V, Köppe S, Migrone H, Lut T, Opravil M, Andrade-Villanuev J, et al. Prospective Comparison of Nevirapine and Atazanavir/Ritonavir Both Combined With Tenofovir DF/Emtricitabine in Treatment-Naïve HIV-1 Infected Patients: ARTEN Study Week 48 Results. 5th IAS Congress, 19-22 July 2009, Cape Town, South Africa. 2009.
 83. McIntyre J, Hughes M, Mellors J, Zheng Y, Hakim J, Asmelash A, et al. Efficacy of ART with NVP+TDF/FTC vs LPV/r+TDF/FTC among Antiretroviral-naïve Women in Africa: OCTANE Trial 2/ACTG A5208. 17th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, San Francisco, February 16-19 2010. 2010.
 84. Sanne I, Mommeja-Marin H, Hinkle J, Bartlett JA, Lederman MM, Maartens G, et al. Severe hepatotoxicity associated with nevirapine use in HIV-infected subjects. *J Infect Dis* 2005 Mar 15; 191(6):825-9.
 85. Baylor MS, Johann-Liang R. Hepatotoxicity associated with nevirapine use. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004 Apr 15; 35(5):538-9.
 86. Peters PJ, Stringer J, McConnell MS, Kiarie J, Ratanasuwan W, Intalapaporn P, et al. Nevirapine-associated hepatotoxicity was not predicted by CD4 count ≥ 250 cells/ μ L among women in Zambia, Thailand and Kenya. *HIV Med* 2010 Nov; 11(10):650-60.
 87. Coffie PA, Tonwe-Gold B, Tanon AK, mani-Bosse C, Bedikou G, Abrams EJ, et al. Incidence and risk factors of severe adverse events with nevirapine-based antiretroviral therapy in HIV-infected women. MTCT-Plus program, Abidjan, Cote d'Ivoire. *BMC Infect Dis* 2010; 10:188.
 88. Kesselring AM, Wit FW, Sabin CA, Lundgren JD, Gill MJ, Gatell JM, et al. Risk factors for treatment-limiting toxicities in patients starting nevirapine-containing antiretroviral therapy. *AIDS* 2009 Aug 24; 23(13):1689-99.
 89. Clumeck N, Cahn P, Molina JM, Mills A, Nijs S, Vingerhoets J, et al. Virological response with fully active etravirine: pooled results from the DUET-1 and DUET-2 trials. *Int J STD AIDS* 2010 Nov; 21(11):738-40.
 90. Nelson M, Stellbrink HJ, Podzamczek D, Banhegyi D, Gazzard B, Hill A, et al. A comparison of neuropsychiatric adverse events during 12 weeks of treatment with etravirine and efavirenz in a treatment-naïve, HIV-1-infected population. *AIDS* 2011 Jan 28; 25(3):335-40.
 91. Lapadula G, Costarelli S, Quiros-Roldan E, Calabresi A, Izzo I, Carosi G, et al. Risk of early virological failure of once-daily tenofovir-emtricitabine plus twice-daily nevirapine in antiretroviral therapy-naïve HIV-infected patients. *Clin Infect Dis* 2008 Apr 1; 46(7):1127-9.
 92. Mackie N. Resistance to non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors. In: Geretti AM, editor. *Antiretroviral Resistance in Clinical Practice*. London: Mediscript; 2006.
 93. Dragsted UB, Gerstoft J, Pedersen C, Peters B, Duran A, Obel N, et al. Randomized

- trial to evaluate indinavir/ritonavir versus saquinavir/ritonavir in human immunodeficiency virus type 1-infected patients: the MaxCmin1 Trial. *J Infect Dis* 2003 Sep 1; 188(5):635-42.
94. Shulman N, Zolopa A, Havlir D, Hsu A, Renz C, Boller S, et al. Virtual inhibitory quotient predicts response to ritonavir boosting of indinavir-based therapy in human immunodeficiency virus-infected patients with ongoing viremia. *Antimicrob Agents Chemother* 2002 Dec; 46(12):3907-16.
 95. Malan DR, Krantz E, David N, Wirtz V, Hammond J, McGrath D. Efficacy and safety of atazanavir, with or without ritonavir, as part of once-daily highly active antiretroviral therapy regimens in antiretroviral-naïve patients. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2008 Feb 1; 47(2):161-7.
 96. Eron JJ, Feinberg J, Kessler HA, Horowitz HW, Witt MD, Carpio FF, et al. Once-daily versus twice-daily lopinavir/ritonavir in antiretroviral-naïve HIV-positive patients: a 48-week randomized clinical trial. *J Infect Dis* 2004 Jan 15; 189(2):265-72.
 97. Gathe J, da Silva BA, Cohen DE, Loutfy MR, Podzamczek D, Rubio R, et al. A once-daily lopinavir/ritonavir-based regimen is noninferior to twice-daily dosing and results in similar safety and tolerability in antiretroviral-naïve subjects through 48 weeks. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2009 Apr 15; 50(5):474-81.
 98. Eron J, Jr., Yeni P, Gathe J, Jr., Estrada V, Dejesus E, Staszewski S, et al. The KLEAN study of fosamprenavir-ritonavir versus lopinavir-ritonavir, each in combination with abacavir-lamivudine, for initial treatment of HIV infection over 48 weeks: a randomized non-inferiority trial. *Lancet* 2006 Aug 5; 368(9534):476-82.
 99. Walmsley S, Aghazadeh A, Slim J, Ward DJ, Ruxrungtham K, Brunetta J, et al. Gemini: a noninferiority study of saquinavir/ritonavir versus lopinavir/ritonavir as initial HIV-1 therapy in adults. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2009 Apr 1; 50(4):367-74.
 100. Chan-Tack KM, Truffa MM, Struble KA, Birnkrant DB. Atazanavir-associated nephrolithiasis: cases from the US Food and Drug Administration's Adverse Event Reporting System. *AIDS* 2007 May 31; 21(9):1215-8.
 101. Worm SW, Sabin C, Weber R, Reiss P, El-Sadr W, Dabis F, et al. Risk of myocardial infarction in patients with HIV infection exposed to specific individual antiretroviral drugs from the 3 major drug classes: the data collection on adverse events of anti-HIV drugs (D:A:D) study. *J Infect Dis* 2010 Feb 1; 201(3):318-30.
 102. Gulick RM, Ribaudo HJ, Shikuma CM, Lustgarten S, Squires KE, Meyer WA, III, et al. Triple-nucleoside regimens versus efavirenz-containing regimens for the initial treatment of HIV-1 infection. *N Engl J Med* 2004 Apr 29; 350(18):1850-61.
 103. Kumar PN, Rodriguez-French A, Thompson MA, Tashima KT, Averitt D, Wannamaker PG, et al. A prospective, 96-week study of the impact of Trizivir, Combivir/nelfinavir, and lamivudine/stavudine/nelfinavir on lipids, metabolic parameters and efficacy in

- antiretroviral-naïve patients: effect of sex and ethnicity. *HIV Med* 2006 Mar; 7(2):85-98.
104. Virological response to a triple nucleoside/nucleotide analogue regimen over 48 weeks in HIV-1-infected adults in Africa. *AIDS* 2006 Jun 26; 20(10):1391-9.
 105. Musiime V, Kekitiinwa A, Mulenga V, Cook A, Abongomera M, Thomason M et al. CHAPAS 3: a randomised trial comparing stavudine vs zidovudine vs abacavir as NRTI backbone in NNRTI-based first-line ART in 478 HIV-infected children in Uganda and Zambia. In: 6th International Workshop on HIV Pediatrics, 2014; Melbourne, Australia, 18-19 July 2014.
 106. Лечение и помощь при ВИЧ-инфекции у детей, клинический протокол для Европейского региона ВОЗ (обновленная версия 2012г).
 107. Childhood tuberculosis guidelines. Geneva, World Health Organization, forthcoming (expected 2013).
 108. Cohen K et al. Effect of rifampicin-based anti-TB therapy on nevirapine plasma concentrations in South African adults with HIV-associated tuberculosis. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 2008, 61:389-393.
 109. L'homme RF et al. Clinical experience with the combined use of lopinavir/ritonavir and rifampicin. *AIDS*, 2009, 23:863-865.
 110. Mallolas J et al. Pharmacokinetic interaction between rifampicin and ritonavir-boosted atazanavir in HIV-infected patients. *HIV Medicine*, 2007, 8:131-134.
 111. Managing drug interactions in the treatment of HIV-related tuberculosis. Atlanta, GA, United States Centers for Disease Control and Prevention, 2007.
 112. Companion handbook to the WHO guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis.
 113. Hoffmann CJ, Thio CL. Clinical implications of HIV and hepatitis B co-infection in Asia and Africa. *Lancet Infect Dis*. 2007;7(6):402-9.
 114. Colin JF, Cazals-Hatem D, Lioriot MA, Martinot-Peignoux M, Pham BN, Auperin A et al. Influence of human immunodeficiency virus infection on chronic hepatitis B in homosexual men. *Hepatology*. 1999;29(4):1306-10.
 115. Konopnicki D, Mocroft A, de Wit S, Antunes F, Ledergerber B, Katlama C et al. Hepatitis B and HIV: prevalence, AIDS progression, response to highly active antiretroviral therapy and increased mortality in the EuroSIDA cohort. *AIDS*. 2005;19(6):593-601
 116. Puoti M, Spinetti A, Ghezzi A, Donato F, Zaltron S, Putzolu V et al. Mortality for liver disease in patients with HIV infection: a cohort study. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2000;24(3):211-17.
 117. Hawkins C, Christian B, Ye J, Nagu T, Aris E, Chalamilla G et al. Prevalence of hepatitis B co-infection and response to antiretroviral therapy among HIV-infected patients in Tanzania. *AIDS*. 2013;27(6):919-27.

118. Wandeler G, Gsponer T, Bihl F, Bernasconi E, Cavassini M, Kovari H et al. Hepatitis B virus infection is associated with impaired immunological recovery during antiretroviral therapy in the Swiss HIV cohort study. *J Infect Dis.* 2013;208(9):1454-8.
119. deVries-Sluijs TE, Reijnders JG, Hansen BE, Zaaijer HL, Prins JM, Pas SD et al. Long-term therapy with tenofovir is effective for patients co-infected with human immunodeficiency virus and hepatitis B virus. *Gastroenterology.* 2010;139(6):1934-41.
120. Benhamou Y, Bochet M, Thibault V, Di Martino V, Caumes E, Bricaire F, et al. Long-term incidence of hepatitis B virus resistance to lamivudine in human immunodeficiency virus-infected patients. *Hepatology* 1999 Nov; 30(5):1302-6.
121. Den Brinker M et al. Hepatitis B and C virus co-infection and the risk for hepatotoxicity of highly active antiretroviral therapy in HIV-1 infection. *AIDS*, 2000, 14(18):2895-2902.
122. Wit FW et al. Incidence of and risk factors for severe hepatotoxicity associated with antiretroviral combination therapy. *Journal of Infectious Diseases*, 2002, 186(1):23-31.
123. Wang C, Vlahov D, Galai N, Cole SR, Bareta J, Pollini R, et al. The effect of HIV infection on overdose mortality. *AIDS* 2005 Jun 10; 19(9):935-42.
124. Bruce RD, Cance-Katz E, Kharasch ED, Moody DE, Morse GD. Pharmacokinetic interactions between buprenorphine and antiretroviral medications. *Clin Infect Dis* 2006 Dec 15; 43 Suppl 4:S216-S223.
125. Bruce RD, Altice FL, Friedland GH. Pharmacokinetic drug interactions between drugs of abuse and antiretroviral medications: implications and management for clinical practice. *Expert Rev Clin Pharmacol* 2008 Jan; 1(1):115-27.
126. Gruber VA, Cance-Katz EF. Methadone, buprenorphine, and street drug interactions with antiretroviral medications. *Curr HIV /AIDS Rep* 2010 Aug; 7(3):152-60.
127. Harrigan R. Measuring viral load in the clinical setting. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol.* 1995;10:34-40.
128. Murray JS, Elashoff MR, Iacono-Connors LC, Cvetkovich TA, Struble KA. The use of plasma HIV RNA as a study endpoint in efficacy trials of antiretroviral drugs. *AIDS* 1999 May 7; 13(7):797-804.
129. Loutfy MR, Wu W, Letchumanan M, Bondy L, Antoniou T, Margolese S et al. Systematic review of HIV transmission between heterosexual serodiscordant couples where the HIV-positive partner is fully suppressed on antiretroviral therapy. *PLoS One.* 2013;8:e55747.
130. Opportunistic Infections Project Team of the Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research in Europe (COHERE), Mocroft A, Reiss P, Kirk O, Mussini C, Girard E, Morlat P et al. Is it safe to discontinue primary *Pneumocystis jirovecii* pneumonia prophylaxis in patients with virologically suppressed HIV infection and a CD4 cell count <200cells/ μ l? *Clin Infect Dis.* 2010;51:611-19.
131. Ford N, Stinson K, Gale H, Mills E, Stevens W, Perez Gonzalez M et al. CD4 changes

- among virologically suppressed patients on antiretroviral therapy: a systematic review and meta-analysis. *J Int AIDS Soc.* 2015;18:20061.
132. Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции. Рекомендации с позиции общественного здравоохранения, ВОЗ, 2013г.
 133. Mackie NE, Phillips AN, Kaye S, Booth C, Geretti AM. Antiretroviral drug resistance in HIV-1-infected patients with low-level viremia. *J Infect Dis* 2010 May 1; 201(9):1303-7.
 134. Parkin NT, Deeks SG, Wrin MT, Yap J, Grant RM, Lee KH, et al. Loss of antiretroviral drug susceptibility at low viral load during early virological failure in treatment-experienced patients. *AIDS* 2000 Dec 22; 14(18):2877-87.
 135. Aleman S, Soderbarg K, Visco-Comandini U, Sitbon G, Sonnerborg A. Drug resistance at low viraemia in HIV-1-infected patients with antiretroviral combination therapy. *AIDS* 2002 May 3; 16(7):1039-44.
 136. Karlsson AC, Younger SR, Martin JN, Grossman Z, Sinclair E, Hunt PW, et al. Immunologic and virologic evolution during periods of intermittent and persistent low-level viremia. *AIDS* 2004 Apr 30; 18(7):981-9.
 137. Kieffer TL, Finucane MM, Nettles RE, Quinn TC, Broman KW, Ray SC, et al. Genotypic analysis of HIV-1 drug resistance at the limit of detection: virus production without evolution in treated adults with undetectable HIV loads. *J Infect Dis* 2004 Apr 15; 189(8):1452-65.
 138. Havlir DV, Bassett R, Levitan D, Gilbert P, Tebas P, Collier AC, et al. Prevalence and predictive value of intermittent viremia with combination hiv therapy. *JAMA* 2001 Jul 11; 286(2):171-9.
 139. Nettles RE, Kieffer TL, Kwon P, Monie D, Han Y, Parsons T, et al. Intermittent HIV-1 viremia (Blips) and drug resistance in patients receiving HAART. *JAMA* 2005 Feb 16; 293(7):817-29.
 140. Reekie J, Mocroft A, Ledergerber B, Beniowski M, Clotet B, van LJ, et al. History of viral suppression on combination antiretroviral therapy as a predictor of virological failure after a treatment change. *HIV Med* 2010 Aug; 11(7):469-78.
 141. Le M, V, Thiebaut R, Chene G, Leport C, Cailleton V, Michelet C, et al. Predictors of long-term increase in CD4(+) cell counts in human immunodeficiency virus-infected patients receiving a protease inhibitor-containing antiretroviral regimen. *J Infect Dis* 2002 Feb 15; 185(4):471-80.
 142. Smith CJ, Sabin CA, Youle MS, Kinloch-de LS, Lampe FC, Madge S, et al. Factors influencing increases in CD4 cell counts of HIV-positive persons receiving long-term highly active antiretroviral therapy. *J Infect Dis* 2004 Nov 15; 190(10):1860-8.
 143. Maitland D, Moyle G, Hand J, Mandalia S, Boffito M, Nelson M, et al. Early virologic failure in HIV-1 infected subjects on didanosine/tenofovir/efavirenz: 12-week results from a randomized trial. *AIDS* 2005 Jul 22; 19(11):1183-8.

144. Leon A, Martinez E, Mallolas J, Laguno M, Blanco JL, Pumarola T, et al. Early virological failure in treatment-naïve HIV-infected adults receiving didanosine and tenofovir plus efavirenz or nevirapine. *AIDS* 2005 Jan 28; 19(2):213-5.
145. Podzamczar D, Ferrer E, Gatell JM, Niubo J, Dalmau D, Leon A, et al. Early virological failure with a combination of tenofovir, didanosine and efavirenz. *Antivir Ther* 2005; 10(1):171-7.
146. Negredo E, Bonjoch A, Paredes R, Puig J, Clotet B. Compromised immunologic recovery in treatment-experienced patients with HIV infection receiving both tenofovir disoproxil fumarate and didanosine in the TORO studies. *Clin Infect Dis* 2005 Sep 15; 41(6):901-5.
147. Race EM, son-Mitty J, Kriegel GR, Barlam TF, Reimann KA, Letvin NL, et al. Focal mycobacterial lymphadenitis following initiation of protease-inhibitor therapy in patients with advanced HIV-1 disease. *Lancet* 1998 Jan 24; 351(9098):252-5.
148. Koval CE, Gigliotti F, Nevins D, Demeter LM. Immune reconstitution syndrome after successful treatment of *Pneumocystis carinii* pneumonia in a man with human immunodeficiency virus type 1 infection. *Clin Infect Dis* 2002 Aug 15; 35(4):491-3.
149. French MA, Price P, Stone SF. Immune restoration disease after antiretroviral therapy. *AIDS* 2004 Aug 20; 18(12):1615-27.
150. Haddow LJ, Moosa MY, Easterbrook PJ. Validation of a published case definition for tuberculosis-associated immune reconstitution inflammatory syndrome. *AIDS* 2010 Jan 2; 24(1):103-8.
151. Meintjes G, Lawn SD, Scano F, Maartens G, French MA, Worodria W, et al. Tuberculosis-associated immune reconstitution inflammatory syndrome: case definitions for use in resource-limited settings. *Lancet Infect Dis* 2008 Aug; 8(8): 516-23.
152. Mugenyi P, Walker AS, Hakim J, Munderi P, Gibb DM, Kityo C, et al. Routine versus clinically driven laboratory monitoring of HIV antiretroviral therapy in Africa (DART): a randomized non-inferiority trial. *Lancet* 2010 Jan 9; 375(9709):123-31.
153. Gallant JE, Moore RD. Renal function with use of a tenofovir-containing initial antiretroviral regimen. *AIDS* 2009 Sep 24; 23(15):1971-5.
154. Rewari BB, Bachani D, Rajasekaran S, Deshpande A, Chan PL, Srikantiah P. Evaluating Patients for Second-Line Antiretroviral Therapy in India: The Role of Targeted Viral Load Testing. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2010 Dec 15; 55(5):610-4.
155. Lynen L, An S, Koole O, Thai S, Ros S, De MP, et al. An algorithm to optimize viral load testing in HIV-positive patients with suspected first-line antiretroviral therapy failure in Cambodia. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2009 Sep 1; 52(1):40-8.
156. Deeks SG, Wrin T, Liegler T, Hoh R, Hayden M, Barbour JD, et al. Virologic and immunologic consequences of discontinuing combination antiretroviral-drug therapy in HIV-infected patients with detectable viremia. *N Engl J Med* 2001 Feb 15;

344(7):472-80.

157. Ledergerber B, Lundgren JD, Walker AS, Sabin C, Justice A, Reiss P, et al. Predictors of trend in CD4-positive T-cell count and mortality among HIV-1-infected individuals with virological failure to all three antiretroviral-drug classes. *Lancet* 2004 Jul 3; 364(9428):51-62.
158. Mocroft A, Phillips AN, Ledergerber B, Smith C, Bogner JR, Lacombe K, et al. Estimated average annual rate of change of CD4(+) T-cell counts in patients on combination antiretroviral therapy. *Antivir Ther* 2010; 15(4):563-70.
159. Sutcliffe CG et al. Effectiveness of antiretroviral therapy among HIV-infected children in sub-Saharan Africa. *Lancet Infectious Diseases*, 2008, 8:477-489.
160. Hosseinipour MC, van Oosterhout JJ, Weigel R, Phiri S, Kamwendo D, Parkin N, et al. The public health approach to identify antiretroviral therapy failure: high-level nucleoside reverse transcriptase inhibitor resistance among Malawians failing first-line antiretroviral therapy. *AIDS* 2009 Jun 1; 23(9):1127-34.
161. Johnson JA, Li JF, Wei X, Lipscomb J, Irlbeck D, Craig C, et al. Minority HIV-1 drug resistance mutations are present in antiretroviral treatment-naïve populations and associate with reduced treatment efficacy. *PLoS Med* 2008 Jul 29; 5(7):e158.
162. Simen BB, Simons JF, Hullsiek KH, Novak RM, MacArthur RD, Baxter JD, et al. Low-abundance drug-resistant viral variants in chronically HIV-infected, antiretroviral treatment-naïve patients significantly impact treatment outcomes. *J Infect Dis* 2009 Mar 1; 199(5):693-701.
163. Paredes R, Lalama CM, Ribaudo HJ, Schackman BR, Shikuma C, Giguel F, et al. Pre-existing minority drug-resistant HIV-1 variants, adherence, and risk of antiretroviral treatment failure. *J Infect Dis* 2010 Mar; 201(5):662-71.
164. <http://www.hivfrenchresistance.org/>, Stanford University HIV Drug resistance database.
165. Ruxrungtham K, Pedro RJ, Latiff GH, Conradie F, Domingo P, Lupo S, et al. Impact of reverse transcriptase resistance on the efficacy of TMC125 (etravirine) with two nucleoside reverse transcriptase inhibitors in protease inhibitor-naïve, nonnucleoside reverse transcriptase inhibitor-experienced patients: study TMC125-C227. *HIV Med* 2008 Nov; 9(10):883-96.
166. Clumeck N, Cahn P, Molina JM, Mills A, Nijs S, Vingerhoets J, et al. Virological response with fully active etravirine: pooled results from the DUET-1 and DUET-2 trials. *Int J STD AIDS* 2010 Nov; 21(11):738-40.
167. Nelson M, Stellbrink HJ, Podzamczar D, Banhegyi D, Gazzard B, Hill A, et al. A comparison of neuropsychiatric adverse events during 12 weeks of treatment with etravirine and efavirenz in a treatment-naïve, HIV-1-infected population. *AIDS* 2011 Jan 28; 25(3):335-40.
168. Clotet B, Bellos N, Molina JM, Cooper D, Goffard JC, Lazzarin A, et al. Efficacy and

- safety of darunavir-ritonavir at week 48 in treatment-experienced patients with HIV-1 infection in POWER 1 and 2: a pooled subgroup analysis of data from two randomized trials. *Lancet* 2007 Apr 7; 369(9568):1169-78.
169. Madruga JV, Cahn P, Grinsztejn B, Haubrich R, Lalezari J, Mills A, et al. Efficacy and safety of TMC125 (etravirine) in treatment-experienced HIV-1-infected patients in DUET-1: 24-week results from a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 2007 Jul 7; 370(9581):29-38.
 170. Lazzarin A, Campbell T, Clotet B, Johnson M, Katlama C, Moll A, et al. Efficacy and safety of TMC125 (etravirine) in treatment-experienced HIV-1-infected patients in DUET-2: 24-week results from a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 2007 Jul 7; 370(9581):39-48.
 171. Katlama C, Haubrich R, Lalezari J, Lazzarin A, Madruga JV, Molina JM, et al. Efficacy and safety of etravirine in treatment-experienced, HIV-1 patients: pooled 48 week analysis of two randomized, controlled trials. *AIDS* 2009 Nov 13; 23(17):2289-300.
 172. Yazdanpanah Y, Fagard C, Descamps D, Taburet AM, Colin C, Roquebert B, et al. High rate of virologic suppression with raltegravir plus etravirine and darunavir/ritonavir among treatment-experienced patients infected with multidrug-resistant HIV: results of the ANRS 139 TRIO trial. *Clin Infect Dis* 2009 Nov 1; 49(9):1441-9.
 173. Madruga JV, Berger D, McMurchie M, Suter F, Banhegyi D, Ruxrungtham K, et al. Efficacy and safety of darunavir-ritonavir compared with that of lopinavir-ritonavir at 48 weeks in treatment-experienced, HIV-infected patients in TITAN: a randomized controlled phase III trial. *Lancet* 2007 Jul 7; 370(9581):49-58.
 174. Grinsztejn B, Nguyen BY, Katlama C, Gatell JM, Lazzarin A, Vittecoq D, et al. Safety and efficacy of the HIV-1 integrase inhibitor raltegravir (MK-0518) in treatment-experienced patients with multidrug-resistant virus: a phase II randomized controlled trial. *Lancet* 2007 Apr 14; 369(9569):1261-9.
 175. Steigbigel RT, Cooper DA, Kumar PN, Eron JE, Schechter M, Markowitz M, et al. Raltegravir with optimized background therapy for resistant HIV-1 infection. *N Engl J Med* 2008 Jul 24; 359(4):339-54.
 176. Wittkop L, Breilh D, Da SD, Duffau P, Mercie P, Raymond I, et al. Virological and immunological response in HIV-1-infected patients with multiple treatment failures receiving raltegravir and optimized background therapy, ANRS CO3 Aquitaine Cohort. *J Antimicrob Chemother* 2009 Jun; 63(6):1251-5.
 177. Eron JJ, Young B, Cooper DA, Youle M, Dejesus E, Andrade-Villanueva J, et al. Switch to a raltegravir-based regimen versus continuation of a lopinavir-ritonavir-based regimen in stable HIV-infected patients with suppressed viraemia (SWITCHMRK 1 and 2): two multicentre, double-blind, randomized controlled trials. *Lancet* 2010 Jan 30; 375(9712):396-407.

178. Castagna A, et al. *J Infect Dis* 2014; 210: 354-62
179. Gulick RM, Lalezari J, Goodrich J, Clumeck N, Dejesus E, Horban A, et al. Maraviroc for previously treated patients with R5 HIV-1 infection. *N Engl J Med* 2008 Oct 2; 359(14):1429-41.
180. Lawrence J, Mayers DL, Hullsiek KH, Collins G, Abrams DI, Reisler RB, et al. Structured treatment interruption in patients with multidrug-resistant human immunodeficiency virus. *N Engl J Med* 2003 Aug 28; 349(9):837-46.
181. Cardillo PG, Hassink E, Ananworanich J, Srasuebkul P, Samor T, Mahanontharit A, et al. A prospective, randomized trial of structured treatment interruption for patients with chronic HIV type 1 infection. *Clin Infect Dis* 2005 Feb 15; 40(4):594-600.
182. Ananworanich J, Siangphoe U, Hill A, Cardillo P, Apteerapong W, Hirschel B, et al. Highly active antiretroviral therapy (HAART) retreatment in patients on CD4-guided therapy achieved similar virologic suppression compared with patients on continuous HAART: the HIV Netherlands Australia Thailand Research Collaboration 001.4 study. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005 Aug 15; 39(5):523-9.
183. El-Sadr WM, Lundgren JD, Neaton JD, Gordin F, Abrams D, Arduino RC, et al. CD4+ count-guided interruption of antiretroviral treatment. *N Engl J Med* 2006 Nov 30; 355(22):2283-96.
184. Danel C, Moh R, Minga A, Anzian A, Ba-Gomis O, Kanga C, et al. CD4-guided structured antiretroviral treatment interruption strategy in HIV-infected adults in west Africa (Trivacan ANRS 1269 trial): a randomized trial. *Lancet* 2006 Jun 17; 367(9527):1981-9.
185. Pogany K, van V, I, Prins JM, Nieuwkerk PT, van dE, I, Kauffmann RH, et al. Effects of active treatment discontinuation in patients with a CD4+ T-cell nadir greater than 350 cells/mm³: 48-week Treatment Interruption in Early Starters Netherlands Study (TRISTAN). *J Acquir Immune Defic Syndr* 2007 Apr 1; 44(4):395-400.
186. Fixed duration interruptions are inferior to continuous treatment in African adults starting therapy with CD4 cell counts <200cells/microl. *AIDS* 2008 Jan 11; 22(2): 237-47.
187. Fox Z, Phillips A, Cohen C, Neuhaus J, Baxter J, Emery S, et al. Viral resuppression and detection of drug resistance following interruption of a suppressive non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor-based regimen. *AIDS* 2008 Nov 12; 22(17):2279-89.
188. Bessesen M, Ives D, Condreay L, Lawrence S, Sherman KE. Chronic active hepatitis B exacerbations in human immunodeficiency virus-infected patients following development of resistance to or withdrawal of lamivudine. *Clin Infect Dis* 1999 May; 28(5):1032-5.
189. Sellier P, Clevenbergh P, Mazon MC, Cazals-Hatem D, Evans J, Cervoni J, et al. Fatal interruption of a 3TC-containing regimen in a HIV-infected patient due to re-activation

- of chronic hepatitis B virus infection. *Scand J Infect Dis* 2004; 36(6-7):533-5.
190. Bellini C, Keiser O, Chave JP, Evison J, Fehr J, Kaiser L, et al. Liver enzyme elevation after lamivudine withdrawal in HIV-hepatitis B virus co-infected patients: the Swiss HIV Cohort Study. *HIV Med* 2009 Jan; 10(1):12-8.
 191. Dore GJ, Soriano V, Rockstroh J, Kupfer B, Tedaldi E, Peters L, et al. Frequent hepatitis B virus rebound among HIV-hepatitis B virus-coinfected patients following antiretroviral therapy interruption. *AIDS* 2010 Mar 27; 24(6):857-65.
 192. Zetterberg E, Neuhaus J, Baker JV, Somboonwit C, Libre J, Palfreeman A, et al. Kinetics of Platelet Counts following Interruption of ART: Results from the SMART Study. 18th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, Massachusetts, February-March 2011. Ref Type: Abstract
 193. Bouldouyre MA, Charreau I, Marchou B, Tangre P, Katlama C, Morlat P, et al. Incidence and risk factors of thrombocytopenia in patients receiving intermittent antiretroviral therapy: a substudy of the ANRS 106-window trial. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2009 Dec; 52(5):531-7.
 194. Paterson DL, Swindells S, Mohr J, Brester M, Vergis EN, Squier C, et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Intern Med* 2000 Jul 4; 133(1):21-30.
 195. Arnsten JH, Demas PA, Farzadegan H, Grant RW, Gourevitch MN, Chang CJ, et al. Antiretroviral therapy adherence and viral suppression in HIV-infected drug users: comparison of self-report and electronic monitoring. *Clin Infect Dis* 2001 Oct 15; 33(8):1417-23.
 196. Chesney MA. The elusive gold standard. Future perspectives for HIV adherence assessment and intervention. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006 Dec 1; 43 Suppl 1:S149-S155.
 197. Raffa JD, Tossonian HK, Grebely J, Petkau AJ, DeVlaming S, Conway B. Intermediate highly active antiretroviral therapy adherence thresholds and empirical models for the development of drug resistance mutations. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2008 Mar 1; 47(3):397-9.
 198. Parkin NT, Deeks SG, Wrin MT, Yap J, Grant RM, Lee KH, et al. Loss of antiretroviral drug susceptibility at low viral load during early virological failure in treatment-experienced patients. *AIDS* 2000 Dec 22; 14(18):2877-87.
 199. Aleman S, Soderbarg K, Visco-Comandini U, Sitbon G, Sonnerborg A. Drug resistance at low viraemia in HIV-1-infected patients with antiretroviral combination therapy. *AIDS* 2002 May 3; 16(7):1039-44.
 200. Mackie NE, Phillips AN, Kaye S, Booth C, Geretti AM. Antiretroviral drug resistance in HIV-1-infected patients with low-level viremia. *J Infect Dis* 2010 May 1; 201(9):1303-7.
 201. Phillips A, Pillay D, Garnett G, Bennett D, Vitoria M, Cambiano V, et al. Effect on

transmission of HIV-1 resistance of timing of implementation of viral load monitoring to determine switches from first to second line antiretroviral regimens in resource-limited settings. *AIDS* 2011 Mar 27;25(6):843-50.

202. Murri R, Lepri AC, Cicconi P, Poggio A, Arlotti M, Tositti G, et al. Is moderate HIV viremia associated with a higher risk of clinical progression in HIV-infected people treated with highly active antiretroviral therapy: evidence from the Italian cohort of antiretroviral-naïve patients study. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006 Jan 1; 41(1): 23-30.
203. Lima VD, Harrigan R, Bangsberg DR, Hogg RS, Gross R, Yip B, et al. The combined effect of modern highly active antiretroviral therapy regimens and adherence on mortality over time. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2009 Apr 15; 50(5):529-36.
204. Uhlmann S, Milloy MJ, Kerr T, Zhang R, Guillemi S, Marsh D, et al. Methadone maintenance therapy promotes initiation of antiretroviral therapy among injection drug users. *Addiction* 2010 May; 105(5):907-13.
205. Walsh JC, Horne R, Dalton M, Burgess AP, Gazzard BG. Reasons for non-adherence to antiretroviral therapy: patients' perspectives provide evidence of multiple causes. *AIDS Care* 2001 Dec; 13(6):709-20.
206. Tuldra A, Fumaz CR, Ferrer MJ, Bayes R, Arno A, Balague M, et al. Prospective randomized two-Arm controlled study to determine the efficacy of a specific intervention to improve long-term adherence to highly active antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2000 Nov 1; 25(3):221-8.
207. Bamberger JD, Unick J, Klein P, Fraser M, Chesney M, Katz MH. Helping the urban poor stay with antiretroviral HIV drug therapy. *Am J Public Health* 2000 May; 90(5):699-701.
208. Small W, Wood E, Betteridge G, Montaner J, Kerr T. The impact of incarceration upon adherence to HIV treatment among HIV-positive injection drug users: a qualitative study. *AIDS Care* 2009 Jun; 21(6):708-14.
209. Halkitis PN, Shrem MT, Zade DD, Wilton L. The physical, emotional and interpersonal impact of HAART: exploring the realities of HIV seropositive individuals on combination therapy. *J Health Psychol* 2005 May; 10(3):345-58.
210. Gardner EM, Burman WJ, Steiner JF, Anderson PL, Bangsberg DR. Antiretroviral medication adherence and the development of class-specific antiretroviral resistance. *AIDS* 2009 Jun 1; 23(9):1035-46.
211. Cambiano V, Lampe FC, Rodger AJ, Smith CJ, Geretti AM, Lodwick RK, et al. Long-term trends in adherence to antiretroviral therapy from start of HAART. *AIDS* 2010 May 15; 24(8):1153-62.
212. Bangsberg DR, Ragland K, Monk A, Deeks SG. A single tablet regimen is associated with higher adherence and viral suppression than multiple tablet regimens in HIV+ homeless and marginally housed people. *AIDS* 2010 Nov 27; 24(18):2835-40.

213. Tsai AC, Weiser SD, Petersen ML, Ragland K, Kushel MB, Bangsberg DR. A marginal structural model to estimate the causal effect of antidepressant medication treatment on viral suppression among homeless and marginally housed persons with HIV. *Arch Gen Psychiatry* 2010 Dec; 67(12):1282-90.
214. Altice FL, Kamarulzaman A, Soriano VV, Schechter M, Friedland GH. Treatment of medical, psychiatric, and substance-use comorbidities in people infected with HIV who use drugs. *Lancet* 2010 Jul 31; 376(9738):367-87.
215. Национальные рекомендации по диспансерному наблюдению и лечению больных ВИЧ-инфекцией. Клинический протокол. ФБУН Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом, Научно-практический центр профилактики и лечения ВИЧ-инфекции у беременных женщин и детей Минздрава России, ФГБУ НИИ фтизиопульмонологии ММА им. И.М.Сеченова Минздрава России, ФГБОУ ВПО Российский университет дружбы народов. 2016.
216. EACS European AIDS Clinical Society Guidelines: Version 8.0 October 2015 Jens D. Lundgren, Jose M.Gattell, Jurgen K.Rockstroh, Hansjakob Furrer. 2015.
217. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение. В.В Покровский, Т.Н. Ермак, В.В.Беляева, О.Г.Юрин: 2000.
218. Джон Бартлетт, Джоэл Галлант, Пол Фам. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. 2012.
219. VFEND side effects, and drug interactions: voriconazole [web page]. Rancho Sante Fe, CA, RxList, 2006 (http://www.rxlist.com/cgi/generic/vfend_ad.htm accessed, 12 June 2006).
220. Краткие рекомендации: диагностика, профилактика и ведение криптококковой инфекции у ВИЧ-инфицированных взрослых людей, подростков и детей. ВОЗ; 2011.
221. Лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе. Клинический протокол для еврейского региона. Всемирная организация здравоохранения, 2007.
222. Conant MA et al. Valaciclovir versus aciclovir for herpes simplex virus infection in HIV-infected individuals: two randomized trials. *International Journal of STD and AIDS*, 2002, 13(1):12-21.
223. Ioannidis JP et al. Clinical efficacy of high-dose acyclovir in patients with human immunodeficiency virus infection: a meta-analysis of randomized individual patient data. *Journal of Infectious Diseases*, 1998, 178(2):349-359.
224. Chang E, Absar N, Beall G. Prevention of recurrent herpes simplex virus (HSV) infections in HIV-infected persons. *AIDS Patient Care*, 1995, 9(5):252-255.
225. Safrin S. Treatment of acyclovir-resistant herpes simplex virus infections in patients with AIDS. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 1992, 5 Suppl. 1:S29-S32.

226. von Seidlein L et al.. Frequent recurrence and persistence of varicella-zoster virus infections in children infected with human immunodeficiency virus type 1. *Journal of Pediatrics*, 1996; 128(1): 52-7.
227. Hoffmann C et al. Response to highly active antiretroviral therapy strongly predicts outcome in patients with AIDS-related lymphoma. *AIDS*, 2003, 17(10):1521-1529.
228. Fine HA, Mayer RJ. Primary central nervous system lymphoma. *Annals of Internal Medicine*, 1993, 119(11):1093-1104.
229. Hoffmann C et al. Survival of AIDS patients with primary central nervous system lymphoma is dramatically improved by HAART-induced immune recovery. *AIDS*, 2001, 15(16):2119-2127.
230. McGowan JP, Shah S. Long-term remission of AIDS-related primary central nervous system lymphoma associated with highly active antiretroviral therapy. *AIDS*, 1998, 12(8):952-954.
231. Selwyn PA et al. A prospective study of the risk of tuberculosis among intravenous drug users with human immunodeficiency virus infection. *New England Journal of Medicine*, 1989, 320:545-550.
232. Corbett EL et al. The growing burden of tuberculosis: global trends and interactions with the HIV epidemic. *Archives of Internal Medicine*, 2003, 163:1009-1021.
233. Writing Committee for the CASCADE Collaboration et al. Timing of HAART initiation and clinical outcomes in human immunodeficiency virus type 1 seroconverters. *Archives of Internal Medicine*, 2011, 171:1560-1569.
234. Sonnenberg P et al. How soon after infection with HIV does the risk of tuberculosis start to increase? a retrospective cohort study in South African gold miners. *Journal of Infectious Diseases*, 2005, 191:150-158.
235. Girard PM et al. *Sida*. Paris, Doin, 1996.
236. Wood R et al. Undiagnosed tuberculosis in a community with HIV prevalence: implications for tuberculosis control. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 2007, 175:87-93.
237. Badri M et al. Association between tuberculosis and HIV disease progression in a high tuberculosis prevalence area. *International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases*, 2001, 5:225-232.
238. Туберкулез и ВИЧ-инфекция: тактика ведения пациентов с сочетанной инфекцией. Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ. 2007.
239. Автоматизированная технология амплификации нуклеиновых кислот в режиме реального времени для быстрого и одновременного выявления туберкулеза и устойчивости к рифампицину: система Хперт MTB/RIF. Программное заявление. Всемирная организация здравоохранения, 2011.
240. Метод Хперт MTB/RIF для диагностики легочного и внелегочного ТБ у взрослых и детей: обновленная стратегия ВОЗ. Всемирная организация здравоохранения;

2013.

241. Использование ИФА мочи с липоарабиноманнаном (LF-LAM) для диагностики и скрининга активного туберкулеза у ВИЧ-инфицированных лиц: стратегическое руководство. Всемирная организация здравоохранения; 2015.
242. Naing C, Mak JW, Maung M, Wong F, Kassim AI. Meta-analysis: the association between HIV infection and extrapulmonary tuberculosis, Lung. 2013;191:27-34.
243. Improving the diagnosis and treatment of smear-negative pulmonary and extrapulmonary tuberculosis among adults and adolescents: Recommendations for HIV-prevalent and resource-constrained settings. Geneva: World Health Organization; 2007 (<http://www.who.int/tb/publications/tb-diagnosishivrecommendations/en>, accessed 19 May 2016).
244. American Thoracic Society and CDC. Diagnostic standards and classification of tuberculosis in adults and children. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 2000, 161:1376-1395.
245. Hallinan R et al. Hepatitis C virus prevalence and outcomes among injecting drug users on opioid replacement therapy. Journal of Gastroenterology and Hepatology, 2005, 20:1082-1086.
246. Лечение туберкулеза: рекомендации. Четвертое издание. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789244547830_rus.pdf, по состоянию на 28 июня 2013 г.).
247. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. Джон Бартлетт, Джоэл Галлант. Медицинская школа Университета Джонса Хопкинса. 2007.
248. Dean GL et al. Treatment of tuberculosis in HIV-positive persons in the area of highly active antiretroviral therapy. AIDS, 2002, 16:75-83.
249. Breen R A M et al. Adverse events and treatment interruption in tuberculosis patients with and without HIV co-infection. Thorax, 2006, 61:791-794.
250. Tuberculosis. Practical guide for clinicians, nurses, laboratory technicians and medical auxiliaries.
251. Rangaka MX, Wilkinson RJ, Boulle A, Glynn JR, Fielding K, van Cutsem G et al. Isoniazid plus antiretroviral therapy to prevent tuberculosis: a randomised double-blind, placebo-controlled trial. Lancet. 2014;384(9944):682-90.
252. Danel C, Moh R, Gabillard D, Badje A, Le Carrou J, Kouame JM et al. Early ART and IPT in HIV-infected African adults with high CD4 count (Temprano Trial). In: Twenty-second Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Seattle, 23-24 February 2015 [Abstract 115LB] (<http://www.croiconference.org/sessions/early-art-and-ipt-hiv-infected-african-adults-high-cd4-counttemprano-trial>, accessed 11 November 2015).
253. Руководство по интенсификации выявления случаев туберкулеза и

профилактической терапии изониазидом у живущих с ВИЧ людей в условиях ограниченных ресурсов. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44472/1/9789241500708_eng.pdf).

254. Grant AD et al. Adverse events with isoniazid preventive therapy: experience from a large trial. *AIDS*, 2010, 24(Suppl. 5):S29-S36.
255. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. Washington, DC, United States Department of Health and Human Services, 2013:1-239 (<http://www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/AdultandAdolescentGL.pdf>, по состоянию на 28 июня 2013 г.).
256. Руководство по скринингу, оказанию помощи и лечению при хронической инфекции, вызванной вирусом гепатита С (обновленная версия апрель 2016).
257. Рекомендации Европейской ассоциации по изучению болезней печени (EASL) по лечению гепатита С 2015.
258. Rockstroh JK et al. Influence of hepatitis C virus infection on HIV-1 disease progression and response to highly active antiretroviral therapy. *Journal of Infectious Diseases*, 2005, 15, 192(6):992-1002
259. Poynard T et al. A comparison of fibrosis progression in chronic liver diseases. *Journal of Hepatology*, 2003, 38:257-265.
260. Benhamou Y et al. Liver fibrosis progression in HIV-HCV coinfecting patients. The Multivirc Group. *Hepatology*, 1999, 30:1054-1058.
261. Forns X, Costa J. HCV virological assessment. *Journal of Hepatology*, 2006, 44(S1):S40-S43.
262. Thio CL et al. Screening for hepatitis C virus in human immunodeficiency virus-infected individuals. *Journal of Clinical Microbiology*, 2000, 38(2):575-577.
263. Van Asten L, Prins M. Infection with concurrent multiple hepatitis C virus genotypes is associated with faster HIV disease progression. *AIDS*, 2004, 18(17):2319-2324.
264. Pawlotsky JM. Use and interpretation of virological tests for hepatitis C. *Hepatology*, 2002, 36(5 Suppl. 1):S65-S73.
265. Pugh RNH et al. Transection of the oesophagus for bleeding oesophageal varices. *British Journal of Surgery*, 1973, 60:649.
266. Simmonds et al. Epidemiological, clinical and therapeutic associations of hepatitis C types in western European patients. *Journal of Hepatology*, 1996, 24(5):517-524.
267. Nunes D et al. HIV infection does not affect the performance of non-invasive markers of fibrosis for the diagnosis of hepatitis C virus-related liver disease. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 2005, 4(5):538-544).
268. Ce Ledinghen V et al. Diagnosis of hepatic fibrosis and cirrhosis by transient elastography in HIV/hepatitis C virus-coinfecting patients. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 2006, 41(2):175-179.

269. Nunes D et al. HIV infection does not affect the performance of non-invasive markers of fibrosis for the diagnosis of hepatitis C virus-related liver disease. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 2005, 40(5):538-544.
270. Hassan MM. Risk factors for hepatocellular carcinoma: synergism of alcohol with viral hepatitis and diabetes mellitus. *Hepatology*, 2002, 36:1206-1213.
271. Nunez M, Soriano V. Hepatotoxicity of antiretrovirals: incidence, mechanisms and management. *Drug Safety*, 2005, 28(1):53-66. Rodriguez-Rosado R, Garcia-Samaniego J, Soriano V. Hepatotoxicity after introduction of highly active antiretroviral therapy. *AIDS*, 1998, 12:1256.
272. Rodriguez-Rosado R, Garcia-Samaniego J, Soriano V. Hepatotoxicity after introduction of highly active antiretroviral therapy. *AIDS*, 1998, 12:1256.
273. Sulkowski MS et al. Hepatotoxicity associated with antiretroviral therapy in adults infected with human immunodeficiency virus and the role of hepatitis C or B virus infection. *JAMA*, 2000, 283:74-80.
274. Wit FW et al. Incidence of and risk factors for severe hepatotoxicity associated with antiretroviral combination therapy. *Journal of Infectious Diseases*, 2002, 186:23-31.
275. Aceti A et al. Hepatotoxicity development during antiretroviral therapy containing protease inhibitors in patients with HIV: the role of hepatitis B and C virus infection. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 2002, 29:41-48.
276. Torti C et al. Incidence and risk factors for liver enzyme elevation during highly active antiretroviral therapy in HIV-HCV coinfecting patients: results from the Italian EPOKA-MASTER Cohort. *BMC Infectious Diseases*, 2005, 5:58.
277. Konopnicki et al. Hepatitis B and HIV: prevalence, AIDS progression, response to highly active antiretroviral therapy and increased mortality in the EuroSIDA cohort. *AIDS*, 2005, 19:593-601.
278. Hoffmann CJ et al. Hepatitis B virus infection and response to antiretroviral therapy (ART) in a South African ART program. *Clinical Infectious Diseases*, 2008, 47:1479-1485.
279. McMahon BJ. Epidemiology and natural history of hepatitis B. *Seminars in Liver Disease*, 2005; 25 (Suppl 1):3-8.
280. Wiegand J, Hasenclever D, Tillmann HL. Should treatment of hepatitis B depend on hepatitis B virus genotypes? A hypothesis generated from an explorative analysis of published evidence. *Antiviral Therapy*, 2008, 13:211-220
281. Thio CL et al. HIV-1, hepatitis B virus and risk of liver-related mortality in the Multicenter Cohort Study (MACS). *Lancet*, 2002, 360:1921-1926.
282. Wang HS and Han SH. Management of hepatitis B in special patient populations. *Clinical Liver Disease*, 2010, 14:505-520.
283. Edey M, Barraclough K, Johnson DW. Review article: Hepatitis B and dialysis. *Nephrology (Carlton)* 2010, 15:137-145.

284. Liaw YF, Brunetto MR, Hadziyannis S. The natural history of chronic HBV infection and geographical differences. *Antiviral Therapy*, 2010, 15 Suppl 3:25-33.
285. Liang TJ. Hepatitis B: the virus and disease. *Hepatology*, 2009, 49:S13-S21.
286. Low E et al. Telbivudine has activity against HIV-1. *AIDS*, 2009, 23:546-547.
287. Lin K et al. Telbivudine exhibits no inhibitory activity against HIV-1 clinical isolates in vitro. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*, 2010, 54:2670-2673.
288. Milazzo L et al. Telbivudine in the treatment of chronic hepatitis B: experience in HIV type-1-infected patients naive for antiretroviral therapy. *Antiviral Therapy*, 2009, 14:869-872.
289. Cooksley WG. Treatment with interferons (including pegylated interferons) in patients with hepatitis B. *Seminars in Liver Disease*, 2004, 24 (Suppl 1):45-53.
290. Hadziyannis SJ et al. Adefovir dipivoxil for the treatment of hepatitis B e antigen-negative chronic hepatitis B. *New England Journal of Medicine*, 2003, 348:800-807.
291. Peters MG et al. Adefovir dipivoxil alone or in combination with lamivudine in patients with lamivudine-resistant chronic hepatitis B. *Gastroenterology*, 2004, 126:91-101.
292. Benhamou Y, Bochet M, Thibault V et al. Safety and efficacy of adefovir dipivoxil in patients co-infected with HIV-1 and lamivudine-resistant hepatitis B virus: an open-label pilot study. *Lancet* 2001; 358:718-23.
293. Benhamou Y et al. Safety and efficacy of adefovir dipivoxil in patients co-infected with HIV-1 and lamivudine-resistant hepatitis B virus: an open-label pilot study. *Lancet*, 2001, 358:718-723.
294. Sheldon JA et al. Risk of selecting K65R in antiretroviral-naive HIV-infected individuals with chronic hepatitis B treated with adefovir. *AIDS*, 2005, 19:2036-2038
295. McMahon MA et al. The HBV drug entecavir: Effects on HIV-1 replication and resistance. *New England Journal of Medicine*, 2007, 356:2614-2621.
296. Lin K et al. Telbivudine exhibits no inhibitory activity against HIV-1 clinical isolates in vitro. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*, 2010, 54:2670-2673.
297. Milazzo L et al. Telbivudine in the treatment of chronic hepatitis B: experience in HIV type-1-infected patients naive for antiretroviral therapy. *Antiviral Therapy*, 2009, 14:869-872.
298. Clumeck N, Pozniak A, Raffi F. European AIDS Clinical Society (EACS) guidelines for the clinical management and treatment of HIV-infected adults. *HIV Medicine*, 2008, 9:65-71.
299. Thompson MA et al. Antiretroviral treatment of adult HIV infection: 2010 recommendations of the International AIDS Society-USA panel. *JAMA*, 2010, 304:321-333.
300. Mocroft A et al. Estimated glomerular filtration rate, chronic kidney disease and antiretroviral drug use in HIV-positive patients. *AIDS*, 2010, 24:1667-1678.
301. Руководство по хроническому гепатиту Б: профилактика, помощь и лечение, ВОЗ,

март 2015.

302. Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку. Оптимизация клинической тактики и эффективные методы ликвидации новых случаев ВИЧ-инфекции у детей. Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ (обновленная версия 2012г.).
303. United Kingdom National Guidelines for HIV Testing, 2008. London, British HIV Association, 2008.
304. Schouten EJ et al. Prevention of mother-to-child transmission of HIV and the health-related Millennium Development Goals: time for a public health approach. *Lancet*, 2011, 378:282-284.
305. Integrated HIV program report July-September 2012. Lilongwe, Ministry of Public Health, Government of Malawi (http://www.hivunitmohmw.org/uploads/Main/Quarterly_HIV_Programme_Report_2012_Q3.pdf, accessed 15 May 2013).
306. United States Centers for Disease Control and Prevention. Impact of an innovative approach to prevent mother-to-child transmission of HIV - Malawi, July 2011 - September 2012. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2013, 62:148-151.
307. ВИЧ и подростки: руководство по тестированию на ВИЧ и консультированию и медицинскому обслуживанию подростков, инфицированных ВИЧ. Женева: Всемирная Организация Здравоохранения; 2013 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/adolescents/en>).
308. Song I, Borland J, Arya N, Wynne B, Piscitelli S. Pharmacokinetics of dolutegravir when administered with mineral supplements in healthy adult subjects. *J Clin Pharmacol*. 2015; 55(5):490-6.
309. McKeage K, Perry CM, Kean SJ. Darunavir: a review of its use in the management of HIV infection in adults. *Drugs*. 2009;69(4):477-503.
310. Deeks ED. Darunavir: a review of its use in the management of HIV-1 infection. *Drugs*. 2014;74:99-125.
311. Mandelbrot L et al. Amniocentesis and mother-to-child human immunodeficiency virus transmission in the Agence Nationale de Recherches sur le SIDA et les Hepatites Virales French Perinatal Cohort. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2009, 200(2):160-169.
312. Rayburn WF, Bogenschutz MP. Pharmacotherapy for pregnant women with addictions. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2004, 191(6):1885-1897.
313. Brown HL et al. Methadone maintenance in pregnancy: a reappraisal. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1998, 179(2):459-463.
314. Chasnoff IJ et al. Screening for substance use in pregnancy: a practical approach for the primary care physician. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2001, 184(4):752-758.
315. Dorenbaum A et al. Two-dose intrapartum/newborn nevirapine and standard

- antiretroviral therapy to reduce perinatal HIV transmission: a randomized trial. JAMA: The Journal of the American Medical Association, 2002, 288(2):189-198.
316. Guay LA et al. Intrapartum and neonatal single-dose NVP compared with ZDV for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: HIVNET 012 randomized trial. Lancet, 1999, 354:795-802.
 317. Mirochnick M et al. Predose infant NVP concentration with the two-dose intrapartum neonatal NVP regimen: association with timing of maternal intrapartum NVP dose. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 2003, 33(2):153-156.
 318. Kilewo C et al. Prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 through breast-feeding by treating infants prophylactically with lamivudine in Dar es Salaam, Tanzania: the Mitra Study. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 2008, 48:315-323.
 319. Nagot N et al. Lopinavir/ritonavir versus lamivudine peri-exposure prophylaxis to prevent HIV-1 transmission by breastfeeding: the PROMISE-PEP trial Protocol ANRS 12174. BMC Infectious Diseases, 2012, 6:246.
 320. Read JS et al. Late postnatal transmission of HIV-1 in breast-fed children: an individual patient data meta-analysis. Journal of Infectious Diseases, 2004, 189(12):2154-2166.
 321. Dunn DT et al. Estimates of the risk of HIV-1 transmission through breastfeeding. Lancet, 1992, 340:585-588.
 322. Nduati R et al. Effect of breastfeeding on mortality among HIV-1 infected women: a randomized trial. Lancet, 2001, 357:1651-1655.
 323. Coutoudis A et al. Method of feeding and transmission of HIV-1 from mothers to children by 15 months of age: prospective cohort study from Durban, South Africa. AIDS, 2001, 15(3):379-387.
 324. Руководство по ВИЧ и вскармливанию младенцев, 2010 г. Принципы и рекомендации по вскармливанию младенцев в контексте ВИЧ-инфекции; краткий обзор доказательств Женева: Всемирная Организация Здравоохранения; 2010 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241599535/en).
 325. Nair P. Pharmacological management of neonatal opioid abstinence syndrome. CNS Drugs, 1997, 8(6):448-456.
 326. Johnson RE, Jones HE, Fischer G. Use of buprenorphine in pregnancy: patient management and effects on the neonate. Drug and Alcohol Dependence, 2003, 70 (2 Suppl):S87-S101.
 327. Finnegan LP et al. Neonatal abstinence syndrome: assessment and management. Addictive Diseases, 1975, 2(1-2):141-158.
 328. Kraft WK et al. Revised dose schema of sublingual buprenorphine in the treatment of the neonatal opioid abstinence syndrome. Addiction, 2011, 106(3):574-580.
 329. Kraft WK, Gibson E, Dysart K et al. Sublingual buprenorphine for treatment of neonatal abstinence syndrome: a randomized trial. Pediatrics, 2008, 122(3):e601-e607.

330. Occupational and non-occupational post-exposure prophylaxis for HIV infection (HIV-PEP): Joint ILO/WHO Technic Meeting for the Development of Policy and Guidelines: summary report. Geneva, WHO, 2005(<http://www.who.int/entity/hiv/topics/arv/HIV-PEPflyer081606.pdf>, accessed 28 November 2006).
331. Centers for Disease Control (CDC). Updated U.S. Public Health Service guidelines for the management of occupational exposures to HBV, HCV, and HIV and recommendations for post exposure prophylaxis. MMWR,2001,50(RR-11):
332. Baggeley RF et al. Risk of HIV -1 transmission for parenteral exposure and blood transfusion: a systematic review and meta- analysis. AIDS,2006, 20:805-812.
333. Almeda J et al. Proposed recommendations for the management of HIV post exposure prophylaxis after sexual, injecting drug or other exposures in Europe. Euro Surveillance 2004, 9:35-40 (http://www.rki.de/cIn_006/nn_334588/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Prophylaxe/Leitlinien/non_occupational_exposure,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/non_occupational_exposure,accessed 8 November 2006).
334. Preventing nosocomial infections. In: Tietjen L, Bossemeyer D, McIntosh N. Infection prevention guidelines for healthcare facilities with limited resources. JHPIEGO 2003 Baltimore, MD USA (http://www.reproline.jhu.edu/English/4morerh/4ip/IP_manual/20_Nosocomial.pdf, accessed 17 November 2006).
335. HIV post-exposure prophylaxis: guidance from the UK Chief Medical Officers Expert Advisory Group on AIDS, February 2004 ed. London, United Kingdom Department of Health, 2004 (<http://www.dh.gov.uk/assetroot/04/08/36/40/04083640.pdf>, accessed 29 November 2006).
336. De Cock KM et al. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource poor countries: translating research into policy and practice.JAMA, 2000, 283(9): 1175-1182
337. Bell DM. Occupational risk of human immunodeficiency virus infection in healthcare workers: an overview. The American journal of Medicine, 1997, 102:9-15.
338. Ippolito G et al. Simultaneous infection with HIV and hepatitis C virus following occupational conjunctival blood exposure. JAMA, 1998, 280(1):28
339. European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples.BMJ, 1992, 304:809-813.
340. Varghese B et al. Reducing the risk of sexual HIV transmission: quantifying the per-act risk for HIV on the basis of choice of partner, sex act, condom use. Sexually Transmitted Diseases, 2002, 29:38-43.
341. Leynaert B, Downs AM, De Vincenzi I. Heterosexual transmission of HIV: variability of infectivity throughout the course of infection. American journal of Epidemiology, 1998, 148:88-96.
342. Vittinghoff E et al. Per- contact risk of human immunodeficiency virus transmission bet-

- ween male sexual partners. *American Journal of Epidemiology*, 1999, 150(3): 306-11.
343. Downs AM, De Vincenzi I. Probability of heterosexual transmission of HIV: relationship to the number of unprotected sexual contacts. European Study Group in Heterosexual Transmission of HIV, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome Human Retrovirology*, 1996, 11(4): 388-95.
 344. Loria DB et al. HIV heterosexual transmission: a hypothesis about an additional potential determinant. *International Journal of Infectious Diseases*. 2000; 4(2):100-6.
 345. Royce R et al. Sexual transmission of HIV. *New England Journal of Medicine*, 1997, 336(15): 1072-8.
 346. Busch MP, Satten GA. Time course of viremia and antibody seroconversion following human immunodeficiency virus exposure. *The American Journal of Medicine*, 1997, 102(Suppl. 5B):117-124.
 347. Quinn TC et al. Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *The New England Journal of Medicine*, 2000, 342:921-929.
 348. Otten RA et al. Efficacy of postexposure prophylaxis after intravaginal exposure of pig-tailed macaques to a human- derived retrovirus (human immunodeficiency virus type 2). *Journal of Virology*, 2000, 74(20): 9771-9775.
 349. Shih C-C et al. Postexposure prophylaxis with zidovudine suppresses human immunodeficiency virus type 1 infection in SCID-hu mice in a time-dependent manner. *The Journal of Infectious Diseases*, 1991, 163:625-627.
 350. Tsai C-C et al. Prevention of SIV infection in macaques by (R)-9-(2-phosphonylmethoxypropyl) adenine, *Science*, 1995, 270:1197-1199.
 351. Tsai C-C et al. Effectiveness of postinoculation (R)-9-(2-phosphonylmethoxy-propyl) adenine treatment for prevention of persistent simian immunodeficiency virus SIV_{mac} infection depends critically on timing of initiation and duration of treatment. *The Journal of Virology*, 1998, 72:4265-4273.
 352. Fonner G, Grant R, Baggaley R. Oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) for all populations: a systematic review and meta-analysis of effectiveness, safety, and sexual and reproductive health outcomes. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/189977/1/WHO_HIV_2015.36_eng.pdf?ua=1, accessed 11 February 2016).
 353. Seifert SM, Glidden DV, Meditz AL, Castillo-Mancilla JR, Gardner EM, Preddhomme JA et al. Dose response for starting and stopping HIV preexposure prophylaxis for men who have sex with men. *Clin Infect Dis*. 2015;60:804-10.
 354. Cottrell ML, Yang KH, Prince HMA, Sykes C, White N, Malone S et al. Predicting effective Truvada® PrEP dosing strategies with a novel PK-PD model incorporating tissue active metabolites and endogenous nucleotides (EN). R4P, Cape Town, South Africa, 28-31 October 2014. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 2014;30(Suppl 1):A60. DOI: 10.1089/aid.2014.5107a.abstract.
 355. Priority interventions: HIV/AIDS prevention, treatment and care in the health sector.

- Geneva: WHO; 2009 (http://www.who.int/hiv/pub/priority_interventions_web.pdf, accessed 31 October 2015).
356. Manual on Paediatric HIV Care and Treatment for District Hospitals: Addendum to the Pocket Book of Hospital Care of Children. Geneva: World Health Organization; 2011. Chapter 7 Routine care for HIV-exposed and infected infants and children. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK304139/>, accessed 16 October 2015).
 357. WHO recommendations for routine immunization, Weekly Epid. Record (2007, 82: 193-196).
 358. WHO recommendations for routine immunization, Weekly Epid. Record (2009, 84: 349-360).
 359. Полиовакцины: документ по позиции ВОЗ, март 2016. http://www.who.int/immunization/policy/position_papers/WHO_PP_Polio_march2016_RU.pdf?ua=1.
 360. WHO recommendations for routine immunization Weekly Epid. Record (2017, 92: 53-76).
 361. WHO recommendations for routine immunization, Weekly Epid. Record (2015, 90: 433-460). <http://www.who.int/wer/2015/wer9035.pdf?ua=1>.
 362. Իմունականխարգելման գործընթացի կազմակերպում և իրականացում (մեթոդական ցուցումներ), ՀՀ առողջապահության նախարարի 2017 թվականի ապրիլի 10-ի N 1189 - Ա հրաման:
 363. WHO recommendations for routine immunization Weekly Epid. Record (2013, 88: 413-428)
 364. Welch K, Morse A. Improving screening and vaccination for hepatitis B in patients coinfecting with HIV and hepatitis C. American Journal of Gastroenterology, 2002, 97:2928-2929.
 365. Tedaldi E et al. Hepatitis A and B vaccination practices for ambulatory patients infected with HIV. Clinical Infectious Diseases, 2004; 38:1478-1484.
 366. WHO recommendations for routine immunization, Weekly Epid. Record (2013, 88: 49-64).
 367. WHO recommendations for routine immunization, Weekly Epid. Record (2014, 89:465-492)
 368. Core information for the development of immunization policy: 2002 update: Expanded Programme on Immunization of the Department of Vaccines and Biologicals. Geneva, WHO, 2003 (<http://www.who.int/vaccines-ocuments/DocsPDF02/www557.pdf>, accessed on 29 June 2006).
 369. Consolidated strategic information guide for HIV in the health sector. World Health Organization; 2015.
 370. Հայաստանի Հանրապետությունում 2017-2021 թվականներին ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի կանխարգելման պետական նպատակային ծրագրի մոնիտորինգի և գնահատման

պլան:

371. HIV Drug Resistance Surveillance Guidance: 2015 UPDATE (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204471/1/9789241510097_eng.pdf?ua=1) .
372. Surveillance of HIV drug resistance in adults receiving ART. Concept note. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://www.who.int/hiv/topics/drugresistance/protocols/en/>, accessed 19 October 2015).
373. Surveillance of HIV Drug Resistance in adults initiating antiretroviral therapy. Concept Note. Geneva: World Health Organization: 2014 (<http://www.who.int/hiv>).
374. Read P et al. When should HAART be initiated in pregnancy to achieve an undetectable viral load? 17th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, San Francisco, Ca, USA, 16-19 February 2010. Abstract no. #896.
375. Edwards S et al. Experience of Nevirapine use in a London cohort of HIV infected pregnant women. HIV Medicine, 2001, 2:89-91.
376. Natarajan U et al. The safety of nevirapine in pregnancy. HIV Medicine, 2007, 8:64-69.
377. Ouyang DW et al. Lack of increased hepatotoxicity in HIV-infected pregnant women receiving NVP compared with other antiretrovirals. AIDS, 2010, 24(1):109-114.
378. Timmermans S et al. Nelfinavir and nevirapine side effects during pregnancy. AIDS, 2005, 19:795-799.
379. Taylor GP et al. Pharmacological implications of prolonged in utero exposure to NVP. Lancet, 2000, 355:2134-2135.

ՀԱՎԵԼՎԱԾՆԵՐ

Հավելված 1

ԱՌԱՋԱՐԿՆԵՐ

ԱՍՏԻՃԱՆԱԿԱՐԳՎԱԾ ԸՍՏ ՈՒԺԳՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԱՊԱՑՈՒՅՑՆԵՐԻ ՈՐԱԿԻ

I. ՄԻԱՎ ՎԱՐԱԿԻ ԼԱԲՈՐԱՏՈՐ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄ

1. ՄԻԱՎ վարակով մայրերից ծնված նորածինների երկրորդ վիրուսաբանական հետազոտությունը կատարվում է 4-6 շաբաթականում (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների բարձր որակ):
2. Ծնվելուց հետո՝ 48 ժամվա ընթացքում կատարված առաջին վիրուսաբանական հետազոտության դրական արդյունքի դեպքում երեխան համարվում է ենթադրաբար ՄԻԱՎ-ով վարակված, և նրան պետք է անմիջապես տրամադրել ՀՌՎ բուժում (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների բարձր որակ):
3. 18 ամսականից մեծ երեխաների մոտ ՄԻԱՎ վարակի վերջնական ախտորոշման նպատակով կատարվում է շճաբանական հետազոտություն՝ ըստ մեծահասակների համար կիրառվող ստանդարտ ախտորոշման ալգորիթմի (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների բարձր որակ):

II. ՄԻԱՎ ՎԱՐԱԿՈՎ ՊԱՑԻԵՆՏՆԵՐԻ ԴԻՍՊԱՆՍԵՐԱՅԻՆ ՀՍԿՈՂՈՒԹՅՈՒՆ

4. ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության և բուժման մեջ ներգրավման հաջորդականության ապահովումը ենթադրում է ՄԻԱՎ վարակ ախտորոշումից հետո պացիենտին լրացուցիչ ծառայությունների տրամադրում ժամանակին բուժման և խնամքի ծառայություններում նրա ներգրավման համար (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ): Այդ ծառայությունները ներառում են՝
 - 1) աջակցություն ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ կարգավիճակի բացահայտման ժամանակ, այդ թվում անհատական խորհրդատվություն ախտորոշումից հետո, խմբային խորհրդատվություն,
 - 2) «հավասարը՝ հավասարին» խորհրդատվություն (ապացույցների միջին որակ),
 - 3) բժշկական օգնություն տրամադրող ծառայությունների միջև համագործակցության բարելավում:
5. Դիսպանսերային հսկողությանը պացիենտի հետևողականության պահպանման համար տրամադրել հավասարակիցների (այլ պացիենտների) կողմից խորհրդատվություն (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ):

6. Պացիենտի կողմից բուժման ռեժիմի պահպանման նպատակով բուժում ստացողներին առաջարկել բուժման կարգի պահպանմանն ուղղված միջամտություններ (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ), որոնք ներառում են՝
- 1) հավասարակիցների կողմից խորհրդատվություն,
 - 2) հաղորդագրությունների և հիշեցնող սարքերի կիրառում,
 - 3) կոգնիտիվ-վարքագծային թերապիա,
 - 4) վարքագծային հմտությունների/բուժման հետևողականության վարժանք,
 - 5) կոմբինացված ֆիքսված դեղաչափերով բուժում՝ դեղի ընդունում օրը մեկ անգամ:

III. ՀԱԿԱՌԵՏՐՈՎԻՐՈՒՍԱՅԻՆ ԲՈՒԺՈՒՄ

7. ՀՌՎ բուժումը ցուցված է ՄԻԱՎ վարակով բոլոր մեծահասակներին (19 տարեկան և բարձր)՝ անկախ հիվանդության կլինիկական փուլից և CD4+ լիմֆոցիտների քանակից (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ): Առաջնահերթությունը պետք է տալ ՄԻԱՎ վարակի կլինիկական 3-րդ կամ 4-րդ փուլում գտնվող և/կամ արյան մեջ CD4+ լիմֆոցիտների <350բջիջ/մլլ քանակ ունեցող պացիենտներին (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ):
8. ՀՌՎ բուժումը ցուցված է ՄԻԱՎ վարակով բոլոր դեռահասներին (10-19 տարեկան)՝ անկախ հիվանդության կլինիկական փուլից և CD4+ լիմֆոցիտների քանակից (պայմանական առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ): Առաջնահերթությունը պետք է տալ ՄԻԱՎ վարակի կլինիկական 3-րդ կամ 4-րդ փուլում գտնվող և/կամ արյան մեջ CD4+ լիմֆոցիտների <350բջիջ/մլլ քանակ ունեցող պացիենտներին (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ):
9. ՀՌՎ բուժում ցուցված է սկսել ՄԻԱՎ վարակով բոլոր հղիներին և կրծքով կերակրող կանանց՝ անկախ հիվանդության կլինիկական փուլից և CD4+ լիմֆոցիտների քանակից, և շարունակել ողջ կյանքի ընթացքում (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ):
10. ՀՌՎ բուժում ցուցված է սկսել ՄԻԱՎ վարակով բոլոր երեխաներին՝ անկախ հիվանդության կլինիկական փուլից և CD4+ լիմֆոցիտների քանակից՝
- 1) կյանքի առաջին տարվա ընթացքում ախտորոշում ստացած ՄԻԱՎ վարակով երեխաներին (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ),
 - 2) 1-10 տարեկան ՄԻԱՎ վարակով երեխաներին (պայմանական առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ):
11. ՀՌՎ բուժումն անհրաժեշտ է սկսել ՄԻԱՎ/ՏԲ համակցված վարակով բոլոր պացիենտներին՝ անկախ CD4+ լիմֆոցիտների քանակից (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների բարձր որակ): Նախ սկսում են հակատուբերկուլոզային բուժում, ապա հնարավորինս շուտ՝ առաջին 8 շաբաթվա ընթացքում, ՀՌՎ բուժում (ուժեղ

առաջարկ, ապացույցների բարձր որակ, բազմադեղակայուն տուբերկուլոզ (այսուհետ՝ $F^{H4} SF$)՝ ապացույցների շատ ցածր որակ):

12. Մեծահասակների ՀՌՎ բուժման առաջին շաբթի սխեման բաղկացած է $2<S\bar{N}H+1<S\bar{N}H$ կամ H -ի: Նախընտրելի է $TDF+3TC$ (կամ FTC)+ EFV ֆիքսված դեղաչափերով համակցումը (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ), ինչպես նաև $TDF+3TC$ (կամ FTC)+ DTG համակցումը: Եթե այս համակցումները հակացուցված են կամ հասանելի չեն, խորհուրդ է տրվում կիրառել ներքոնշյալ այլընտրանքային տարբերակներից որևէ մեկը՝
 - 1) $AZT+3TC+EFV$,
 - 2) $AZT+3TC+NVP$,
 - 3) $TDF+3TC$ (կամ FTC)+ NVP (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ),
 - 4) $TDF+3TC$ (կամ FTC)+ EFV_{400} (պայմանական առաջարկ, ապացույցների միջին որակ):
13. EFV_{400} -ի վիրուսաբանական ազդեցությունը հավասարազոր է EFV_{600} -ին, բայց գերազանցում է դրան $CD4+$ լիմֆոցիտների քանակի վերականգնման առումով (ապացույցների միջին որակ):
14. Երեք տարեկանից փոքր երեխաների ՀՌՎ բուժման առաջին շաբթի սխեման պետք է ներառի 2 $<S\bar{N}H$ ՝ աբակավիր կամ զիդովուդին+լամիվուդին և ՊԻ՝ լոպինավիր/ռիտոնավիր՝ $<S\bar{N}H$ -ի օգտագործումից անկախ: Եթե լոպինավիր/ռիտոնավիրի կիրառումը հնարավոր չէ, բուժումը պետք է սկսել նևիրապինով (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ):
15. Եթե երեք տարին լրացած երեխաների մոտ ՀՌՎ բուժումն արդյունավետ է, ապա կայուն վիրուսաբանական սուպրեսիա ստանալուց հետո կարելի է դիտարկել լոպինավիր/ռիտոնավիրի փոխարինումը իֆավիրենցով (պայմանական առաջարկ, ապացույցների միջին որակ):
16. Եթե նևիրապին կամ լոպինավիր/ռիտոնավիր պարունակող սխեմայով ՀՌՎ բուժում ստացող երեք տարեկանից փոքր երեխաների մոտ զարգանում է տուբերկուլոզ, ապա նախընտրելի է 3 $<S\bar{N}H$ -ներից բաղկացած սխեման՝ $ABC+3TC+AZT$: Տուբերկուլոզի բուժումն ավարտելուց հետո անհրաժեշտ է անցնել ՀՌՎ բուժման նախկին սխեմային (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ):
17. Երեք տարեկանից մեծ երեխաների ՀՌՎ բուժման առաջին շաբթի սխեմայում նախընտրելի $<S\bar{N}H$ է իֆավիրենցը, այլընտրանքային՝ նևիրապինը (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ):
18. 3-10 տարեկան երեխաների կամ 35կգ-ից պակաս քաշ ունեցող դեռահասների բուժման սխեմաների համար նախընտրելի են $<S\bar{N}H$ -ների ներքոնշյալ համակցումները ըստ հերթականության (պայմանական առաջարկ, ապացույցների միջին որակ)՝

- 1) ABC+3TC,
 - 2) AZT կամ TDF+3TC (կամ FTC):
19. Ակտիվ SF ունեցող ՄԻԱՎ վարակով բոլոր երեխաների մոտ պետք է անհապաղ սկսել հակատուբերկուլոզային բուժում, և 8 շաբաթվա ընթացքում, երբ պարզվի դրա տանելիությունը, սկսել ՀՌՎ բուժում՝ անկախ CD4+ լիմֆոցիտների քանակից և ՄԻԱՎ վարակի կլինիկական փուլից (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ)
 20. ՎԾ-ի որոշումը մոնիտորինգի նախընտրելի մեթոդ է ՀՌՎ բուժման անարդյունավետության հայտնաբերման և հաստատման համար (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ):
 21. ՎԾ-ի ռուտինային մոնիտորինգ կարելի է անցկացնել ՀՌՎ բուժումն սկսելուց 6 և 12 ամիս անց, իսկ այնուհետև՝ ամեն 12 ամիսը մեկ, եթե պացիենտը ՀՌՎ բուժման ֆոնի վրա գտնվում է կայուն վիճակում (պայմանական առաջարկ, ապացույցների շատ ցածր որակ): ՎԾ-ի մոնիտորինգի անհնարինության դեպքում ՀՌՎ բուժման անարդյունավետության հայտնաբերման և հաստատման համար կարելի է կիրառել CD4+ լիմֆոցիտների քանակի որոշումը և կլինիկական մոնիտորինգը (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ):
 22. Եթե պացիենտը ՀՌՎ բուժման ֆոնին գտնվում է կայուն վիճակում (ստանում է ՀՌՎ բուժում առնվազն 1 տարի, չունի ակտիվ հիվանդություններ կամ հղիություն, լավ գիտակցում է բուժման ցմահ ընդունման անհրաժեշտությունը և ՀՌՎ բուժումն արդյունավետ է՝ 2 անգամ ՎԾ-ի որոշումը 1000 պատճեն/մլ-ից ցածր է), հնարավոր է ՎԾ-ի մոնիտորինգ, կարելի է CD4+ լիմֆոցիտների քանակի որոշումը դադարեցնել (պայմանական առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ):
 23. ՎԾ-ի որոշման համար կարող են օգտագործվել ամբողջական արյան չոր կաթիլներ՝ երակային կամ մազանոթային ծագման: Նշված մեթոդով վիրուսաբանական անհաջողության որոշման համար շեմքային է համարվում 1000 պատճեն/մլ-ն, ինչպես պլազմայի հետազոտության ժամանակ (պայմանական առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ):
 24. ՀՏՆԻ-ներից կազմված հիմքը ֆիքսված դեղաչափերով համակցման ձևով համարվում է նախընտրելի տարբերակ (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ):
 25. ATV/r-ի և LPV/r-ի ֆիքսված դեղաչափերով ջերմակայուն համակցումները նախընտրելի են ՀՌՎ բուժման երկրորդ շարքի սխեմաներում (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ):
 26. DRV/r-ի ֆիքսված դեղաչափերով ջերմակայուն համակցումը այլընտրանքային տարբերակ է ՀՌՎ բուժման երկրորդ շարքի սխեմաներում (պայմանական առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ):

27. RAL+LPV/r համակցումը կարող է լինել այլընտրանքային տարբերակ ՀՌՎ բուժման երկրորդ շարքի սխեմաներում (պայմանական առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ):
28. Երեք տարեկանից փոքր երեխաների մոտ LPV/r պարունակող առաջին շարքի սխեմայի անհաջողության դեպքում անհրաժեշտ է անցնել RAL պարունակող երկրորդ շարքի սխեմայի (պայմանական առաջարկ, ապացույցների շատ ցածր որակ):
29. Երեք տարեկանից մեծ երեխաների մոտ LPV/r պարունակող առաջին շարքի սխեմայի անհաջողության դեպքում անհրաժեշտ է անցնել 2 ՀՏՆԻ+EFV կամ RAL պարունակող երկրորդ շարքի սխեմայի (պայմանական առաջարկ, ապացույցների շատ ցածր որակ):
30. ABC կամ TDF+3TC (կամ FTC) ներառող առաջին շարքի սխեմայի անհաջողության պարագայում երկրորդ շարքի համար նախընտրելի ՀՏՆԻ-ներ են AZT+3TC (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ):
31. AZT կամ d4T+3TC (կամ FTC) ներառող առաջին շարքի սխեմայի անհաջողության պարագայում երկրորդ շարքի համար նախընտրելի ՀՏՆԻ-ներ են TDF+3TC (կամ FTC) (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ):
32. Անհրաժեշտ է մշակել երրորդ շարքի ՀՌՎ բուժման սխեմաներ (պայմանական առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ): Երրորդ շարքի սխեմաները պետք է ներառեն նոր դեղեր նախկինում օգտագործվածների հետ խաչաձև կայունության նվազագույն վտանգով, ինչպիսիք են ԻԻ, ՊԻ, երկրորդ սերնդի ՀՏՈՆԻ (պայմանական առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ):
33. Պացիենտները, որոնք ունեցել են երկրորդ շարքի բուժման անհաջողություն, և որոնց համար չկան նոր ՀՌՎ դեղեր, պետք է շարունակեն բուժումը տանելի սխեմայով (պայմանական առաջարկ, ապացույցների շատ ցածր որակ):

IV. ՕՊՈՐՏՈՒՆԻՍԱԿԱՆ ՎԱՐԱԿՆԵՐԻ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄ ԵՎ ԲՈՒԺՈՒՄ

34. Կրիպտոկոկային վարակի ախտորոշման նպատակով կատարվում է արյան, ողնուղեղային հեղուկի կամ բրոնխալվեոլյար լվացման հեղուկում իմունաֆերմենտային մեթոդով կրիպտոկոկային հակաձնի՝ CrAg-ի հայտնաբերմանն ուղղված հետազոտություն (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ):
35. Կրիպտոկոկային վարակի բուժումը

Հակասնկային դեղեր	Դեղաչափ	Ընդունման հաճախա- կանություն	Ընդունման ձև	Բուժման տևողություն
Առաջին շարքի դեղեր				
Ամֆոտերիցին B + 5-ֆլուցիտոզին (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների բարձր որակ)	0,7-1,0մգ/կգ 25մգ/կգ	օրը 1 անգամ օրը 4 անգամ	ներերակային ներերակային	14 օր
Կամ				
Ամֆոտերիցին B + Ֆլուկոնազոլ (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ)	0,7մգ/կգ 800-1200 մգ	օրը 1 անգամ օրը 1 անգամ	ներքին ընդունում ներքին ընդունում	2 շաբաթ
Կամ				
Ամֆոտերիցին B + Ֆլուկոնազոլ (պայմանական առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ)	0,7մգ/կգ 800-1200 մգ	օրը 1 անգամ օրը 1 անգամ	ներերակային ներքին ընդունում	5-7 օր 2 շաբաթ
Կամ				
Ֆլուկոնազոլ + 5-ֆլուցիտոզին (պայմանական առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ)	1200մգ 25մգ/կգ	օրը 1 անգամ օրը 4 անգամ	ներքին ընդունում ներերակային	2 շաբաթ
Կամ				
Ֆլուկոնազոլ, եթե չկա ամֆոտերիցին B (պայմանական առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ)	1200մգ	օրը 1 անգամ	ներքին ընդունում	2 շաբաթ

Հակասնկային դեղեր	Դեղաչափ	Ընդունման հաճախականություն	Ընդունման ձև	Բուժման տևողություն
<i>Այնուհետև</i>				
Ֆլուկոնազոլ (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ) կամ Այլընտրանքային՝ իտրակոնազոլ	400-800մգ (6-12մգ/կգ -ից մինչև 400-800մգ, եթե 19 տարեկանից փոքր է) 200մգ	օրը 1 անգամ	ներքին ընդունում	8 շաբաթ
		օրը 2 անգամ	ներքին ընդունում	10-12 շաբաթ
<i>Այնուհետև պահպանողական բուժում*</i>				
Ֆլուկոնազոլ (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ)	200մգ (6 մգ/կգ-ից մինչև 200մգ, եթե 19 տարեկանից փոքր է)	օրը 1 անգամ	ներքին ընդունում	1 տարի
Այլընտրանքային՝ իտրակոնազոլ	200մգ	օրը 1 անգամ	ներքին ընդունում	

ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մոտ կրիպտոկոկային վարակի բարեհաջող բուժումից հետո հակասնկային պահպանողական բուժումը դադարեցվում է հետևյալ սկզբունքներով.

36. Երբ անհնար է ՎԾ-ի մոնիտորինգը. պացիենտը պահպանել է ՀՌՎ և հակասնկային դեղերի ընդունման կարգը մեկ տարուց ոչ պակաս, և CD4+ լիմֆոցիտների քանակը ≥ 100 բջջի/մլ է (ստացված 6 ամիս միջակայքով կատարված երկու հետազոտությունների արդյունքում (պայմանական առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ):
37. Երբ հնարավոր է ՎԾ-ի մոնիտորինգը. պացիենտը պահպանել է ՀՌՎ և հակասնկային դեղերի ընդունման կարգը մեկ տարուց ոչ պակաս, CD4+ լիմֆոցիտների քանակը ≥ 100 բջջի/մլ և բարձր է (ստացված 6 ամիս միջակայքով կատարված երկու հետազոտությունների արդյունքում), և առկա է ՎԾ-ի նվազում (պայմանական առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ):
38. 2-5 տարեկան ՄԻԱՎ վարակով երեխաների մոտ կրիպտոկոկոզի բուժումից հետո պահպանողական բուժման դադարեցումը ցուցված է, եթե երեխայի վիճակը կայուն է, պահպանվել է ՀՌՎ և հակասնկային դեղերի ընդունման կարգը մեկ

- տարուց ոչ պակաս, դիտվում է արյան մեջ CD4+ լիմֆոցիտների 25%-ից բարձր կամ ≥ 750 բջիջ/մլլ քանակ (ստացված 6 ամիս միջակայքով կատարված երկու հետազոտությունների արդյունքում, ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ):
39. Մինչև 2 տարեկան երեխաների մոտ կրիպտոկոկային վարակի պահպանողական բուժումը չի դադարեցվում (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ):

V. ՄԻԱՎ/ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՈՋ ՀԱՄԱԿՑՎԱԾ ՎԱՐԱԿՈՎ ՊԱՑԻԵՆՏՆԵՐԻ ՎԱՐՈՒՄ

40. Նշված ախտանշաններից առնվազն մեկի առկայությունը կարող է վկայել ակտիվ ՏԲ-ի մասին՝ հազ, տենդ, քաշի անկում և գիշերային առատ քրտնարտադրություն: Նշված ախտանշաններով ՄԻԱՎ վարակով պացիենտները պետք է հետազոտվեն ՏԲ-ի և այլ հիվանդությունների վերաբերյալ (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ):
41. ՄԻԱՎ-ասոցացված կամ բազմադեղակայուն ԲԴԿ ՏԲ-ի կասկածով մեծահասակների և երեխաների մոտ որպես առաջնային ախտորոշիչ մեթոդ անհրաժեշտ է կիրառել Գեն-էքսպերտ ՏՄԿ/ՌԻՖ-ը՝ ստանդարտ մանրէադիտման, կուլտուրալ հետազոտության և դեղազգայունության թեստի (այսուհետ՝ ԴՁԹ) փոխարեն (մեծահասակների համար՝ ուժեղ առաջարկ, ապացույցների բարձր որակ, երեխաների համար՝ ապացույցների շատ ցածր որակ):
42. Մեզի ԻՖԱ հետազոտությունը միկոբակտերիալ լիպոարաբինոմանան հակաձնի հայտնաբերման նպատակով (LF-LAM) կարող է կիրառվել որպես ակտիվ ՏԲ-ի ախտորոշման լրացուցիչ մեթոդ ՄԻԱՎ վարակով այն պացիենտների համար, որոնք ունեն թոքային և/կամ արտաթոքային տուբերկուլոզի ախտանշաններ CD4+ լիմֆոցիտների ≤ 100 բջիջ/մլլ պայմաններում կամ ծանր վիճակով պացիենտների մոտ՝ անկախ CD4+ լիմֆոցիտների քանակից կամ դրանց քանակի հայտնի չլինելու դեպքում (պայմանական առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ):
43. Մեզի ԻՖԱ հետազոտությունը միկոբակտերալ լիպոարաբինոմանան հակաձնի հայտնաբերման նպատակով չի կիրառվում ակտիվ ՏԲ-ի սկրինինգի համար (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ):
44. ՏԲ-մենինգիտի կասկածի դեպքում առաջնային ախտորոշման համար անհրաժեշտ է կատարել ողնուղեղային հեղուկի հետազոտություն Գեն-էքսպերտ ՏՄԿ/ՌԻՖ մեթոդով՝ ստանդարտ մանրէադիտման և կուլտուրալ հետազոտության փոխարեն (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների շատ ցածր որակ):
45. Հակատուբերկուլոզային բուժման ակտիվ և պահպանողական փուլերի ընթացքում դեղի ընդունման օպտիմալ հաճախականությունը՝ ամեն օր (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների բարձր որակ):
46. ՄԻԱՎ վարակով մեծահասակների և դեռահասների մոտ կլինիկական ախտանշանների (հազ, տենդ, քաշի անկում, գիշերային առատ քրտնարտադրություն)

բացակայության դեպքում ակտիվ ՏԲ-ի հավանականությունը ցածր է: Այդ պացիենտներին անհրաժեշտ է առաջարկել իզոնիազիդով կանխարգելիչ բուժում (այսուհետ՝ ԻԿԲ) (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ):

47. ԻԿԲ առնվազն 6 ամիս տևողությամբ պետք է ստանան ՄԻԱՎ վարակով այն մեծահասակներն ու դեռահասները, որոնց մոտ բացակայում է ակտիվ ՏԲ-ն, և ՏՄԹ-ի արդյունքը դրական է կամ հայտնի չէ՝ անկախ իմունային անբավարարության աստիճանից, նաև ՀՌՎ բուժում ստացող, նախկինում հակատուբերկուլոզային բուժում ստացած ՄԻԱՎ վարակով պացիենտները, ՄԻԱՎ վարակով հղիները՝ որպես ՄԻԱՎ վարակի ժամանակ համալիր բժշկական օգնության բաղկացուցիչ (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների բարձր որակ):
48. ՄԻԱՎ վարակով երեխաներին, որոնց մոտ լաբորատոր հետազոտություններով չի հայտնաբերվել ակտիվ ՏԲ, անկախ տարիքից՝ անհրաժեշտ է առաջարկել ԻԿԲ (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ):
49. 12 ամսականից մեծ, առանց ակտիվ ՏԲ-ի ախտանշանների, ՏԲ-ով պացիենտի հետ շփում չունեցած ՄԻԱՎ վարակով երեխաները պետք է ստանան ԻԿԲ-ն (10 մգ/կգ օրական) 6 ամսվա ընթացքում՝ որպես ՄԻԱՎ վարակի ժամանակ համալիր բժշկական օգնության բաղկացուցիչ (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ):
50. ԻԿԲ 6 ամսվա ընթացքում նշանակվում է ՄԻԱՎ վարակով 12 ամսականից փոքր այն երեխաներին, որոնք շփում են ունեցել ՏԲ-ով պացիենտի հետ և լաբորատոր հետազոտություններով նրանց մոտ ՏԲ չի հայտնաբերվել (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ):
51. ՏՄԹ-ի անցկացումը պարտադիր չէ ԻԿԲ նշանակելու համար (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ):
52. Կանխարգելիչ բուժում անցկացնելիս մեկ դեղի՝ իզոնիազիդի կիրառումը չի բարձրացնում դրա հանդեպ ՏԲ-ի կայուն ձևերի առաջացման վտանգը: Այդ պատճառով իզոնիազիդի նկատմամբ կայունության ձևավորման հետ կապված մտավախությունները չեն կարող խոչընդոտ լինել ԻԿԲ տրամադրելու համար (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ):

VI. ՄԻԱԿ/ՎԻՐՈՒՍԱՅԻՆ ՀԵՊԱՏԻՏ Յ ՀԱՄԱԿՑՎԱԾ ՎԱՐԱԿՈՎ ՊԱՑԻԵՆՏՆԵՐԻ ՎԱՐՈՒՄ

53. Հեպատիտ Յ-ի վիրուսի 1 գենոտիպով պացիենտների մոտ, որպես բուժման այլընտրանքային սխեմա, անկախ լյարդի ցիռոզի առկայությունից, խորհուրդ է տրվում օգտագործել սիմեպրևիր/սոֆոսբուվիր կամ օմբիտասավիր/ պարիտապրևիր/ռիտոնավիր/դասաբուվիր, ընդ որում երկու դեպքում էլ հնարավոր է ռիբավիրինի համակցում (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ):
54. Հեպատիտ Յ-ի 2 գենոտիպով պացիենտների մոտ, որպես բուժման այլընտրանքային սխեմա, խորհուրդ է տրվում դակլատասավիր/սոֆոսբուվիր սխեման (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ):
55. Հեպատիտ Յ-ի 3 գենոտիպով պացիենտների մոտ, որպես բուժման այլընտրանքային սխեմա, ցիռոզով պացիենտների բուժման համար խորհուրդ է տրվում օգտագործել սոֆոսբուվիր ՊԷԳ-ինտերֆերոն/ռիբավիրինով (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ):
56. Հեպատիտ Յ-ի վիրուսի 4 գենոտիպով պացիենտների բուժման համար, անկախ լյարդի ցիռոզի առկայությունից, խորհուրդ է տրվում օգտագործել լեդիպասավիր/սոֆոսբուվիր կամ դակլատասավիր/սոֆոսբուվիր, ընդ որում երկու դեպքում էլ հնարավոր է ռիբավիրինի համակցում: Որպես բուժման այլընտրանքային սխեմա, անկախ լյարդի ցիռոզի առկայությունից, խորհուրդ է տրվում օգտագործել սիմեպրևիր/սոֆոսբուվիր ռիբավիրինով կամ առանց դրա, կամ օմբիտասավիր/պարիտապրևիր/ռիտոնավիր ռիբավիրինով (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ):
57. Հեպատիտ Յ-ի վիրուսի 5 կամ 6 գենոտիպերով պացիենտների բուժման համար, անկախ լյարդի ցիռոզի առկայությունից, խորհուրդ է տրվում օգտագործել լեդիպասավիր/սոֆոսբուվիր: Որպես այլընտրանքային սխեմա խորհուրդ է տրվում օգտագործել սոֆոսբուվիր/ՊԷԳ-ինտերֆերոն /ռիբավիրինով (պայմանական առաջարկ, ապացույցների շատ ցածր որակ):
58. Ուղղակի ազդեցության առաջին սերնդի հակավիրուսային դեղեր՝ բոցեպրևիր և տելապրևիր պարունակող սխեմաները այլևս չեն կիրառվում հեպատիտ Յ-ով պացիենտների բուժման համար, քանի որ, ի տարբերություն երկրորդ սերնդի դեղերի, դրանք պակաս արդյունավետ են և ունեն ավելի շատ կողմնակի ազդեցություններ (ուժեղ ցուցում, ապացույցների միջին որակ):

VII. ՄՈՐԻՑ ԵՐԵԽԱՅԻՆ ՄԻԱՎ-Ի ՓՈԽԱՆՑՄԱՆ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՈՒՄ

59. ՄԻԱՎ վարակ ունեցող հղի և կրծքով կերակրող, ներառյալ հղիության առաջին եռամսյակում գտնվող և վերարտադրողական տարիքի կանանց համար որպես առաջին շարքի ՀՌՎ բուժման նախընտրելի սխեմա առաջարկվում է տենոֆովիր/էմտրիցիտաբին (կամ լամիվուդին) + իֆավիրենց՝ ֆիքսված դեղաչափերով համակցումը (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ):
60. Իբրև առաջին շարքի այլընտրանքային սխեմաներ առաջարկվում են զիդովուդին/լամիվուդին համակցումը, իֆավիրենցի (նևիրապինի) կամ տենոֆովիր/էմտրիցիտաբինի համակցումը նևիրապինի հետ (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ):
61. Հղիների և կրծքով կերակրող կանանց երկրորդ շարքի ՀՌՎ բուժման սխեման պետք է բաղկացած լինի երկու ՀՏՆԻ-ից + ռիտոնավիրով ուժեղացված ՊԻ, մասնավորապես լոպինավիր/ռիտոնավիր կամ ատազանավիր/ռիտոնավիր (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ):
62. ՀՌՎ բուժման երկրորդ շարքում դարունավիր/ռիտոնավիրի ֆիքսված դեղաչափի ջերմակայուն համակցումը կարող է հանդիսանալ ուժեղացված ՊԻ-ներին այլընտրանք (պայմանական առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ):
63. Երրորդ շարքի ՀՌՎ բուժման սխեմաները պետք է բաղկացած լինեն նախկինում կիրառվող դեղերի նկատմամբ նվազագույն խաչաձև դեղակայունություն ունեցող նոր դեղերից՝ դարունավիր/ռիտոնավիր + դոլուտեգրավիր (կամ ռալտեգրավիր) $\pm$ 1-2 ՀՏՆԻ (պայմանական առաջարկ, ապացույցների շատ ցածր որակ):
64. Մոր մոտ հեպատիտ Բ-ի վիրուսի ԴՆԹ-ի բարձր մակարդակի դեպքում ցուցված է երեխային ներարկել իմունագլոբուլին հեպատիտ Բ-ի դեմ (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ):
65. Ուղեկցող վիրուսային հեպատիտ Ց-ի դեպքում ՀՌՎ բուժման առաջնային սխեմայում պետք է ներառել իֆավիրենց կամ ուժեղացված ՊԻ: Լյարդի գործունեության կենսաքիմիական ցուցանիշներից շեղման դեպքում չի նշանակվում նևիրապին: Նախընտրելի է հնարավորության դեպքում հեպատիտ Ց-ի վիրուսի ՌՆԹ-ի մակարդակի քանակական հետազոտությունը: Դիտարկել ՊԿՀ-ի հարցը (բացառությամբ այն դեպքերի, երբ հեպատիտ Ց-ի վիրուսի ՌՆԹ չի հայտնաբերվում): Երեխային նշանակվում է ՄԻԱՎ վարակի ստանդարտ կանխարգելում (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ):
66. Որոշ դեպքերում, օրինակ՝ հղիության 32-րդ շաբաթից հետո, երկու վարակների (ՄԻԱՎ վարակ, հեպատիտ Ց) դեմ բուժումը կարելի է սկսել միաժամանակ: ՀՌՎ բուժման նախընտրելի սխեման ներառում է իֆավիրենց և երկու ՀՏՆԻ (ռիֆամպիցինի ստանդարտ դեղաչափ): Այլընտրանքային սխեմայում կարելի է կիրառել նևիրապին ստանդարտ դեղաչափով, եթե CD4+ լիմֆոցիտների

սկզբնական քանակը <250բջիջ/մլ կամ բուժման ֆոնին ՎԾ<50 պատճեն/մլ (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների շատ ցածր որակ):

67. ՄԻԱՎ վարակով մայրերից ծնված նորածինները, ովքեր ունեն ՄԻԱՎ-ով վարակվելու բարձր վտանգ՝ անկախ նրանց սնուցման տեսակից (արհեստական թե բնական), կյանքի առաջին 6 շաբաթների ընթացքում պետք է ստանան երկբաղադրիչ ՀՌՎ կանխարգելիչ բուժում զիդովուդինով (օրը 2 անգամ) և նևիրապինով (օրը 1 անգամ) (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ):
68. ՄԻԱՎ վարակով մայրերից ծնված կրծքով սնվող երեխաները, որոնք ունեն ՄԻԱՎ-ով վարակվելու բարձր վտանգ, նաև այն երեխաները, որոնց շփումը ՄԻԱՎ-ի հետ առաջին անգամ արձանագրվել է հետծննդյան շրջանում, պետք է շարունակեն կանխարգելիչ բուժումը ևս 6 շաբաթ (ընդամենը 12 շաբաթ) կա՛մ զիդովուդինով (օրը 2 անգամ) նևիրապինի հետ (օրը 1 անգամ), կա՛մ միայն նևիրապինով (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ):
69. ՀՌՎ բուժում ստացող և կրծքով կերակրող ՄԻԱՎ վարակով մայրերից ծնված երեխաների մոտ պետք է անցկացնել կանխարգելում նևիրապինով՝ օրական 1 անգամ, 6 շաբաթվա ընթացքում (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ): Արհեստական սնուցում ստացող երեխայի մոտ կանխարգելումը պետք է կատարվի 4-6 շաբաթ տևողությամբ նևիրապինով (օրը մեկ անգամ) կամ զիդովուդինով (օրը երկու անգամ) (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ):
70. Բոլոր հղիներին տրամադրվում է մանրամասն և լիարժեք խորհրդատվություն կրծքով և արհեստական սնուցման, նորածնի համար դրանց առավելությունների և հնարավոր վտանգների վերաբերյալ, նրանք տեղեկացվում են պետական պատվերի շրջանակում անվճար արհեստական կաթնախառնուրդներ ստանալու հնարավորության մասին: ՄԻԱՎ վարակ ունեցող հղիներին խորհուրդ է տրվում նորածիններին կերակրել արհեստական կաթնախառնուրդներով: Եթե որևէ պատճառով արհեստական սնուցումն ընդունելի չէ, ապա առաջարկվում է կրծքով սնուցում մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխարգելման Բ+ տարբերակի կիրառման, մոր կողմից հակառետրովիրուսային դեղերի ընդունման կարգի խստիվ պահպանման և ՎԾ-ի չհայտնաբերվող մակարդակի պայմաններում:
71. Կրծքով կերակրումը դադարեցվում է, երբ երեխան ապահովված է սննդարար և անվտանգ սննդով (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների բարձր որակ առաջին 6 ամիսների համար և ապացույցների ցածր որակ առաջին 12 ամիսների համար):

Հիմնական կլինիկական իրավիճակները չբարդացած հղիության ժամանակ

72. **Իրավիճակ 1.** Հղիության մինչև 32 շաբաթ ժամկետում հայտնաբերված ՄԻԱՎ վարակ:

- 1) Մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխարգելման նպատակով ՀՌՎ բուժումը սկսվում է առաջին շաբթի նախընտրելի սխեմայով հղիության 14-ից 24 շաբաթ ժամանակահատվածում՝ առաջին եռամսյակի ավարտից հետո:
- 2) ՄԻԱՎ վարակի խորացված և խիստ արտահայտված իմունային անբավարարությամբ և ՕՎ-ների զարգացման բարձր վտանգով հղիների մոտ ՀՌՎ բուժման սկիզբը հղիության պատճառով հետաձգելը պարտադիր չէ, ցուցումների դեպքում այն կարելի է սկսել արդեն առաջին եռամսյակում: Ցանկացած ՕՎ պետք է անհապաղ բուժել և սկսել ՀՌՎ բուժում: Եթե ՕՎ-ի անմիջական վտանգը համեմատաբար ցածր է, խորհուրդ է տրվում հետաձգել բուժման սկիզբը մինչև հղիության երկրորդ եռամսյակը (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների բարձր որակ):
- 3) Եթե հղիության 36-րդ շաբաթում ՎԾ<50պատճեն/մլ, ծննդալուծումը՝ բնական ճանապարհով (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ):
- 4) Արհեստական սնուցում ստացող նորածիններին նշանակվում է նևիրապին օրը մեկ անգամ կամ զիդովուդին օրը երկու անգամ՝ 4-6 շաբաթ տևողությամբ (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ):
- 5) Եթե ՀՌՎ բուժում ստացող մայրը կերակրում է նորածինն կրծքով, ապա երեխային նշանակվում է նևիրապին օրը 1 անգամ՝ 6 շաբաթ (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ):
- 6) Եթե հղիության 36-րդ շաբաթում ՎԾ>50պատճեն/մլ, առաջնորդվում են իրավիճակ 3-ում նկարագրված մոտեցմամբ:

73. **Իրավիճակ 2.** Բեղմնավորում ՀՌՎ բուժման ֆոնին:

- 1) Եթե ՎԾ<50պատճեն/մլ, խորհուրդ է տրվում չընդհատել բուժումը: Նախընտրելի է շարունակել ՀՌՎ բուժումն արդյունավետ սխեմայով: Եթե ՎԾ>50պատճեն/մլ, կիրառելի են մեծահասակների մոտ ՄԻԱՎ վարակի բուժման նոր արդյունավետ սխեմաների ընտրության սկզբունքները (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ):
- 2) Եթե հղիության 36-րդ շաբաթում ՎԾ<50պատճեն/մլ, ծննդալուծումը՝ բնական ճանապարհով (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ):
- 3) Եթե անամնեզում չկա զիդովուդինով չհաջողված բուժում կամ դրա նկատմամբ կայունություն, երեխային նշանակել զիդովուդին կամ նևիրապին 4-6 շաբաթ (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ):
- 4) Եթե հղիության 36-րդ շաբաթում ՎԾ>50պատճեն/մլ, առաջնորդվել իրավիճակ 3-ում նկարագրված մոտեցմամբ:

74. **Իրավիճակ 3.** Կինը ստանում է ՀՌՎ բուժում, հղիության 36-րդ շաբաթում ՎԾ>50պատճեն/մլ:

- 1) Եթե հղիության 36-րդ շաբաթում մոր մոտ ՎԾ-ի մակարդակը բարձր է 1000 պատճեն/մլ, և մեծ է մինչև վիրուսի վերարտադրման լրիվ ճնշումը ծննդաբերության հավանականությունը, խորհուրդ է տրվում կատարել ՊԿՀ 39-րդ շաբաթում, եթե մոր առողջության համար այն վտանգավոր չէ (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ): Նորածնի մոտ անցկացնել երկբաղադրիչ կանխարգելում նևիրապինով և զիդովուդինով 6 շաբաթ:
- 2) Եթե հղիության 36-րդ շաբաթում մոր մոտ ՎԾ-ի մակարդակը 50-1000 պատճեն/մլ է, և առկա է իջեցման միտում, մոտեցումը կարող է լինել տարբեր՝ ՊԿՀ, ինչպես նկարագրված է վերևում, բնական ուղիներով ծննդաբերություն՝ ծննդաբերության սկզբում նևիրապինի միանվագ դեղաչափի կիրառումով այն կանանց մոտ, որոնք չեն ստանում ՀՌՎ բուժում ՀՏՈՆԻ-ների պարունակությամբ սխեմայով:
- 3) Նախընտրելի առաջարկ է շարունակել ՀՌՎ կանխարգելումն ու պլանավորել կեսարյան հատումը:
- 4) Նորածնին նշանակվում է նևիրապին օրը մեկ անգամ կամ զիդովուդին օրը երկու անգամ՝ 4-6 շաբաթ տևողությամբ (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ):

75. **Իրավիճակ 4.** Առաջնակի դիմումը մինչև ծննդաբերությունը հղիության՝ 32 շաբաթից մեծ ժամկետում:

- 1) Բուժումը պետք է սկսել անմիջապես, նախընտրելի սխեմայով: ՀՏՈՆԻ-ներն ավելի արագ են իջեցնում ՎԾ-ի մակարդակն ու ավելի լավ են ներթափանցում ընկերքով, քան ուժեղացված ՊԻ-ները: Եթե CD4+ լիմֆոցիտների քանակը <250բջիջ/մլ, որպես այլընտրանք հնարավոր է նևիրապինի կիրառումը (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ):
- 2) Ծննդալուծումը ՊԿՀ-ի միջոցով հղիության 38-րդ շաբաթում՝ ինքնաբեր ծննդաբերության հնարավորությունը նվազեցնելու նպատակով (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ):
- 3) Նորածնի մոտ անցկացնել երկբաղադրիչ ՀՌՎ բուժում 6 շաբաթ տևողությամբ (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ):

Հիմնական կլինիկական իրավիճակները բարդացած հղիության ժամանակ

76. **Իրավիճակ 1.** Վաղաժամ ծննդաբերության և/կամ հարպտոլային ջրերի արտահոսքի վտանգ: Այս իրավիճակում հնարավոր է 2 տարբերակ՝ ՎԾ<50պատճեն/մլ և ՎԾ>50պատճեն/մլ:

- 1) Եթե մոր մոտ ՎՃ<50պատճեն/մլ, ծննդալուծումը կատարվում է ըստ մանկաբարձական ցուցումների: Պտղի թոքերի հասունացման համար կարելի է նշանակել ստերոիդներ: Վերել վարակը կանխելու համար պտղաջրերի արտահոսքից 12 ժամ անց նշանակվում է հակաբակտերիալ բուժում (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների շատ ցածր որակ): Նորածնի մոտ անցկացվում է մոնոթերապիա զիդովուդինով կամ նևիրապինով 4-6 շաբաթ տևողությամբ:
- 2) Եթե մոր մոտ ՎՃ>50պատճեն/մլ, և նրա ՀՌՎ բուժման սխեման չի պարունակում ՀՏՈՆԻ, ապա մորը տրվում է նևիրապինի միանվագ դեղաչափ (անկախ մոր մոտ CD4+ լիմֆոցիտների քանակից) ծննդաբերությունից առնվազն 2 ժամ առաջ: Եթե մայրը ստանում է նևիրապինի միանվագ դեղաչափ ծննդաբերությունից ավելի քան 2 ժամ առաջ, երեխայի արյան մեջ դրա պաշտպանական կոնցենտրացիան պահպանվում է մինչև 7 օր, այդ պատճառով տրանսպլացենտար ճանապարհով ՀՌՎ դեղի ստացումն անհաս պտղի համար ունի շատ մեծ նշանակություն, քանի որ անհաս նորածնի մոտ ՀՌՎ դեղերի ներծծումը կարող է խախտված լինել (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների շատ ցածր որակ): Նորածնի մոտ անցկացնել երկբաղադրիչ բուժում 6 շաբաթ տևողությամբ:

77. **Իրավիճակ 2.** Հասուն հղիություն, հարպտոլային ջրերի վաղաժամ արտահոսք: Հնարավոր է երկու տարբերակ՝ ՎՃ<50պատճեն/մլ և ՎՃ>50պատճեն/մլ:

- 1) Եթե մոր մոտ ՎՃ<50պատճեն/մլ, ծննդալուծումը կատարվում է ըստ մանկաբարձական ցուցումների: Երեխային նշանակվում է մոնոթերապիա զիդովուդինով կամ նևիրապինով 4-6 շաբաթ տևողությամբ:
- 2) Եթե մոր մոտ ՎՃ>50պատճեն/մլ, ապա նախընտրելի առաջարկ է ՀՏՈՆԻ չստացող մորն անհապաղ նևիրապինի միանվագ դեղաչափի նշանակումը (անկախ CD4+ լիմֆոցիտների քանակից) և 2 ժամ հետո կեսարյան հատման կատարումը: Եթե մայրն արդեն ստանում է նևիրապին (կամ այլ ՀՏՈՆԻ), միանգամից կատարել կեսարյան հատում (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների շատ ցածր որակ):
- 3) Երեխային նշանակվում է երկբաղադրիչ ՀՌՎ բուժում 6 շաբաթ տևողությամբ:

78. **Իրավիճակ 3.** Կինը դիմում է ծննդօգնության՝ ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ հայտնի կամ անհայտ կարգավիճակով:

- 1) Անհապաղ կատարել ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտություն արագ թեստով: Դրական արդյունքի դեպքում բուժումը պետք է սկսել անհապաղ՝ հիմնվելով միայն այդ հետազոտության արդյունքի վրա: Եթե արագ թեստի արդյունքը բացասական է, մոտեցումն այնպիսին է, ինչպես ՄԻԱՎ-ով չվարակված

հղիների մոտ՝ բացառությամբ այն դեպքերի, երբ առկա է ՄԻԱՎ վարակի բարձր վտանգ:

- 2) Հղի կնոջ մոտ ՄԻԱՎ վարակի առկայության կամ ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ արագ թեստի դրական արդյունքի դեպքում պետք է նրան անհապաղ տալ 200մգ նևիրապին և սկսել համակցված բուժում՝ ՀՏՈՆԻ-ների նկատմամբ կայունության զարգացման վտանգը նվազեցնելու համար: Կարելի է նշանակել ֆիքսված դեղաչափերով համակցված դեղ (տենոֆովիր+էմտրիցիտաբին կամ զիդովուդին+լամիվուդին): Եթե HLAB57*01 կարգավիճակը հայտնի չէ, չկիրառել աբակավիրի և լամիվուդինի համակցումը ալերգիայի վտանգի պատճառով: Եթե ծննդաբերությունն արդեն սկսվել է, ծննդալուծումն անցկացվում է բնական ճանապարհով: Եթե ծննդաբերությունը վաղ շրջանում է, ցուցված է կեսարյան հատում, որը կատարվում է նևիրապինի ընդունումից 2 ժամ հետո (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների շատ ցածր որակ): Երեխայի մոտ անցկացվում է երկբաղադրիչ ՀՌՎ բուժում 6 շաբաթ տևողությամբ:
- 3) ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ մոր կարգավիճակը ճշտելուց հետո առաջնորդվել ՄԻԱՎ վարակով մեծահասակների ՀՌՎ բուժման և վարման մոտեցումներով:

79. **Իրավիճակ 4.** Մոր մոտ ծննդաբերությունից հետո 48 ժամվա ընթացքում ախտորոշված ՄԻԱՎ վարակ:

- 1) Ծննդաբերության ժամանակ որևէ բուժման բացակայության դեպքում սկսել երեխայի հետկոնտակտային կանխարգելում երկբաղադրիչ ՀՌՎ բուժման սխեմայով կյանքի առաջին 48 ժամվա ընթացքում (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների շատ ցածր որակ):

VIII. ՀԵՏԿՈՆՏԱԿՏԱՅԻՆ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՈՒՄ

80. ՀԿԿ-ի համար արդյունավետ են 2 ՀՌՎ դեղ պարունակող սխեմաները, սակայն նախընտրելի են 3 ՀՌՎ դեղ պարունակող սխեմաները (պայմանական առաջարկ, ապացույցների շատ ցածր որակ):

81. Մեծահասակների հետկոնտակտային կանխարգելման սխեմաներ

Երկու ՀՌՎ դեղ պարունակող սխեմաներ	
Նախընտրելի սխեմա	TDF+3TC կամ FTC (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ)
Երեք ՀՌՎ դեղ պարունակող սխեմաներ	
Նախընտրելի սխեմա*	TDF+3TC կամ FTC+LPV/r կամ ATV/r (պայմանական առաջարկ, ապացույցների շատ ցածր որակ)

82. Մինչև 10 տարեկան երեխաների հետևողական կանխարգելման սխեմաներ

Երկու ՀՌՎ դեղ պարունակող սխեմաներ	
Նախընտրելի սխեմա	AZT+3TC
Այլընտրանքային սխեմաներ հնարավորության դեպքում	ABC+3TC կամ TDF+3TC կամ TDF+FTC (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ)
Երեք ՀՌՎ դեղ պարունակող սխեմաներ	
Նախընտրելի սխեմա*	AZT+3TC+LPV/r (պայմանական առաջարկ, ապացույցների շատ ցածր որակ)

* Այլընտրանքային սխեման որպես երրորդ ՀՌՎ դեղ կարող է ներառել ATV/r, RAL, DRV, EFV կամ NVP՝ ելնելով երեխայի տարիքից: Խորհուրդ չի տրվում նվիրապին կիրառել 2 տարեկանից բարձր տարիքի երեխաների մոտ:

83. ՀԿԿ սկսող բոլոր անձանց տրամադրվում է խորհրդատվություն՝ ուղղված բուժման կարգի պահպանման խթանմանը (պայմանական առաջարկ, ապացույցների միջին որակ):

IX. ՆԱԽԱԿՈՆՏԱԿՏԱՅԻՆ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՈՒՄ

84. Նախակոնտակտային կանխարգելումը տենոֆովիրովով առաջարկվում է որպես կանխարգելման լրացուցիչ միջոց այն անձանց, որոնք ունեն ՄԻԱՎ-ով վարակվելու զգալի վտանգ (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների բարձր որակ):

**ՄԻԱՎ ՎԱՐԱԿԻ ԴԱՍԱԿԱՐԳՈՒՄԸ ՄԵԾԱՀԱՍԱԿՆԵՐԻ ԵՎ ԵՐԵՒԱՆՆԵՐԻ ՄՈՏ՝
ԸՍՏ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՓՈԽԼԵՐԻ (ԱՀԿ)**

Մեծահասակներ և դեռահասներ	Երեխաներ*
Կլինիկական 1-ն փուլ	
1) Անախտանշան ընթացք 2) Պերսիստվող գեներալիզացված լիմֆադենոպաթիա	1) Անախտանշան ընթացք 2) Պերսիստվող գեներալիզացված լիմֆադենոպաթիա
Կլինիկական 2-րդ փուլ	
3) Քաշի չափավոր (մինչև 10%) անբացատրելի կորուստ 4) Վերին շնչուղիների կրկնվող վարակներ (սինուսիտ, անգինա, միջին ականջի բորբոքում, ֆարինգիտ) 5) Գոտևորող որքին 6) Անգուլյար խեյլիտ 7) Բերանի խոռոչի կրկնվող խոցեր 8) Քորվոլ պապուլոզ ցան 9) Օնիխոմիկոզներ 10) Սեբորեային դերմատիտ	3) Անհայտ ծագման պերսիստվող հեպատոսպլենոմեգալիա 4) Վերին շնչուղիների կրկնվող կամ քրոնիկ վարակներ (միջին ականջի բորբոքում, օտոռեա, սինուսիտ, տոնզիլիտ) 5) Գոտևորող որքին 6) Լնդերի գծավոր էրիթեմա 7) Բերանի խոռոչի կրկնվող խոցեր 8) Քորվոլ պապուլոզ ցան 9) Օնիխոմիկոզներ 10) Տարածուն (բազմաթիվ) գորտնուկներ 11) Տարածուն կոնտագիոզ մոլյուսկ 12) Հարականջային թքագեղձերի անբացատրելի մեծացում
Կլինիկական 3-րդ փուլ	
11) Քաշի արտահայտված (10%-ից ավել) անբացատրելի կորուստ 12) Անբացատրելի քրոնիկ լուծ (1 ամսից ավել) 13) Անբացատրելի պերսիստվող տենդ (ընդմիջվող կամ մշտական, 1 ամսից ավելի) 14) Պերսիստվող կանդիդոզային ստոմատիտ 15) Բերանի խոռոչի մազավոր լեյկոպլակիա 16) Թոքերի տուբերկուլոզ	13) Ստանդարտ բուժմանը դժվար ենթարկվող միջին ծանրության անբացատրելի սնուցման խանգարումներ ¹ 14) Անբացատրելի քրոնիկ լուծ (14 օր և ավելի) 15) Անբացատրելի պերսիստվող տենդ (37,5°C բարձր, մշտական կամ ընդմիջվող, մեկ ամսից ավելի) 16) Պերսիստվող կանդիդոզային ստոմատիտ (6 շաբաթականից մեծ երեխաների մոտ) 17) Բերանի խոռոչի մազավոր լեյկոպլակիա 18) Տուբերկուլոզային լիմֆադենիտ, թոքերի տուբերկուլոզ

Մեծահասակներ և դեռահասներ	Երեխաներ*
17) Ծանր բակտերիալ վարակներ (թոքաբորբ, պլևրայի էմպիեմա, թարախային միոզիտ, ոսկրերի և հոդերի վարակներ, մենինգիտ, բակտերեմիա) 18) Սուր խոցանեկրոտիկ ստոմատիտ, գինգիվիտ կամ պերիոդոնտիտ 19) Անբացատրելի սակավարյունություն (հեմոգլոբին $<80\text{գ/լ}$), նեյտրոպենիա (նեյտրոֆիլների թիվը $<0,5 \times 10^9/\text{լ}$), քրոնիկ թրոմբոցիտոպենիա (թրոմբոցիտների քանակը $<50 \times 10^9/\text{լ}$)	19) Ծանր կրկնվող բակտերիալ թոքաբորբ 20) Սուր խոցանեկրոտիկ գինգիվիտ կամ պերիոդոնտիտ 21) Անբացատրելի սակավարյունություն (հեմոգլոբինը $<80\text{գ/լ}$), նեյտրոպենիա (նեյտրոֆիլների թիվը $<0,5 \times 10^9/\text{լ}$) կամ քրոնիկ թրոմբոցիտոպենիա (թրոմբոցիտների թիվը $<50 \times 10^9/\text{լ}$) 22) Կլինիկորեն արտահայտված լիմֆոիդ ինտերստիցիալ թոքաբորբ 23) ՄԻԱՎ վարակով պայմանավորված թոքերի քրոնիկ ախտահարումներ, ներառյալ բրոնխոէկտազները
Կլինիկական 4-րդ փուլ	
20) ՄԻԱՎ կախեքսիա 21) Պնևմոցիստային թոքաբորբ 22) Կրկնվող ծանր բակտերիալ ծագման թոքաբորբ 23) Հասարակ հերպեսի վիրուսով հարուցված քրոնիկ վարակ (բերանի, սեռական օրգանների, անոռեկտալ, 1 ամսից ավել շարունակվող կամ ընդերային ցանկացած տեղակայման) 24) Կանդիդոզային էզոֆագիտ (կամ շնչափողի, բրոնխների կամ թոքերի կանդիդոզ) 25) Արտաթոքային տուբերկուլոզ 26) Կապոշիի սարկոմա 27) Ցիտոմեգալովիրուսային վարակ (ռետինիտ կամ այլ օրգանների վարակ) 28) Տոքսոպլազմոզ՝ ԿՆՀ-ի ախտահարմամբ 29) ՄԻԱՎ էնցեֆալոպաթիա 30) Արտաթոքային կրիպտոկոկոզ (ներառյալ մենինգիտը) 31) Ոչ տուբերկուլոզային միկոբակտերիաներով հարուցված դիսեմինացված վարակներ	24) Ստանդարտ բուժմանը չենթարկվող անբացատրելի ծանր հյուծվածություն, աճի դանդաղում կամ սնուցման արտահայտված խանգարումներ² 25) Պնևմոցիստային թոքաբորբ 26) Կրկնվող ծանր բակտերիալ վարակներ՝ բացի թոքաբորբից (օրինակ՝ պլևրայի էմպիեմա, թարախային միոզիտ, ոսկրերի կամ հոդերի վարակներ, մենինգիտ) 27) Քրոնիկ հերպես (դեմքի և բերանի խոռոչի կամ մաշկի 1 ամսից ավելի կամ վիսցերալ՝ ցանկացած տեղակայության) 28) Կանդիդոզային էզոֆագիտ (կամ շնչափողի, բրոնխների կամ թոքերի կանդիդոզ) 29) Արտաթոքային տուբերկուլոզ 30) Կապոշիի սարկոմա 31) Ցիտոմեգալովիրուսային վարակ 1 ամսականից մեծ երեխայի մոտ (ռետինիտ կամ այլ օրգանների վարակ) 32) Տոքսոպլազմոզային էնցեֆալիտ (բացի նորածիններից) 33) ՄԻԱՎ էնցեֆալոպաթիա 34) Արտաթոքային կրիպտոկոկոզ, ներառյալ մենինգիտը 35) Ոչ տուբերկուլոզային

Մեծահասակներ և դեռահասներ	Երեխաներ*
32) Հարաճող բազմօջախային լեյկոէնցեֆալոպաթիա	միկոբակտերիաներով հարուցված դիսեմինացված վարակ
33) Քրոնիկ կրիպտոսպորիդիոզ	36) Հարաճող բազմօջախային լեյկոէնցեֆալոպաթիա
34) Քրոնիկ իզոսպորիազ	37) Քրոնիկ կրիպտոսպորիդիոզ (լուծի համախտանիշի հետ)
35) Դիսեմինացված միկոզներ (արտաթոքային հիստոպլազմոզ, կոկցիդիոիդոզ)	38) Քրոնիկ իզոսպորիազ
36) Գլխուղեղի լիմֆոմա կամ Բ բջջային ոչ Հոջկինի լիմֆոմա	39) Դիսեմինացված խորը միկոզ (արտաթոքային հիստոպլազմոզ, կոկցիդիոիդոմիկոզ, պենիցիլիոզ)
37) ՄԻԱՎ-նեֆրոպաթիա կամ ՄԻԱՎ- կարդիոմիոպաթիա կլինիկական դրսևորումներով	40) Գլխուղեղի լիմֆոմա կամ Բ-բջջային ոչ Հոջկինի լիմֆոմա
38) Կրկնվող սեպսիս (ներառյալ սալմոնելոզայինը)	41) ՄԻԱՎ-նեֆրոպաթիա կամ ՄԻԱՎ- կարդիոմիոպաթիա
39) Արգանդի վզիկի ինվազիվ քաղցկեղ	
40) Ատիպիկ դիսեմինացված լեյշմանիոզ	

* Երեխա՝ մինչև 15 տարեկան

¹ Միջին ծանրության սնուցման խանգարում մինչև 5 տարեկան երեխաների մոտ՝ համաձայն
Z-սանդղակի քաշի և հասակի հարաբերակցությունը 2-ից ցածր կամ ուսի կիսաշրջա-
գիծը՝ 115-125մմ

² Սնուցման արտահայտված խանգարում մինչև 5 տարեկան երեխաների մոտ՝
համաձայն Z-սանդղակի քաշի և հասակի հարաբերակցությունը մինչև 3 կամ ուսի
կիսաշրջագիծը՝ մինչև 115մմ

ՄԻԱՎ ՎԱՐԱԿԻ ԴԱՍԱԿԱՐԳՈՒՄԸ ՄԵԾԱՀԱՍԱԿՆԵՐԻ ԵՎ ԵՐԵԽԱՆԵՐԻ ՄՈՏ՝ ԸՍՏ ԻՄՈՒՆԱՅԻՆ ԱՆԲԱՎԱՐԱՐՈՒԹՅԱՆ ԱՍՏԻՃԱՆԻ (ԱՀԿ)

Իմունային անբավարարության աստիճանը	CD4+ լիմֆոցիտների քանակները՝ ըստ տարիքի			
	<11 ամսական (%)	12-35 ամսական (%)	36-59 ամսական (%)	>5 տարեկան (բջ/մմ ³ կամ %)
Աննշան արտահայտված	>35	>30	>25	>500
Չափավոր արտահայտված	30-35	25-30	20-25	350-499
Խորացած	25-29	20 - 24	15-19	200-349
Խիստ արտահայտված	<25	<20	<15	<200 կամ <15%

**ՄԱՐԴՈՒ ԻՄՈՒՆԱՅԻՆ ԱՆՔԱՎԱՐԱՐՈՒԹՅԱՆ ՎԻՐՈՒՍՈՎ ՀԱՐՈՒՑՎԱԾ
ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ (B20-B24)**

*Բացառությամբ՝ մարդու իմունային անբավարարության վիրուսով (ՄԻԱՎ) հարուցված
վարակն առանց ախտանշանների (Z21)*

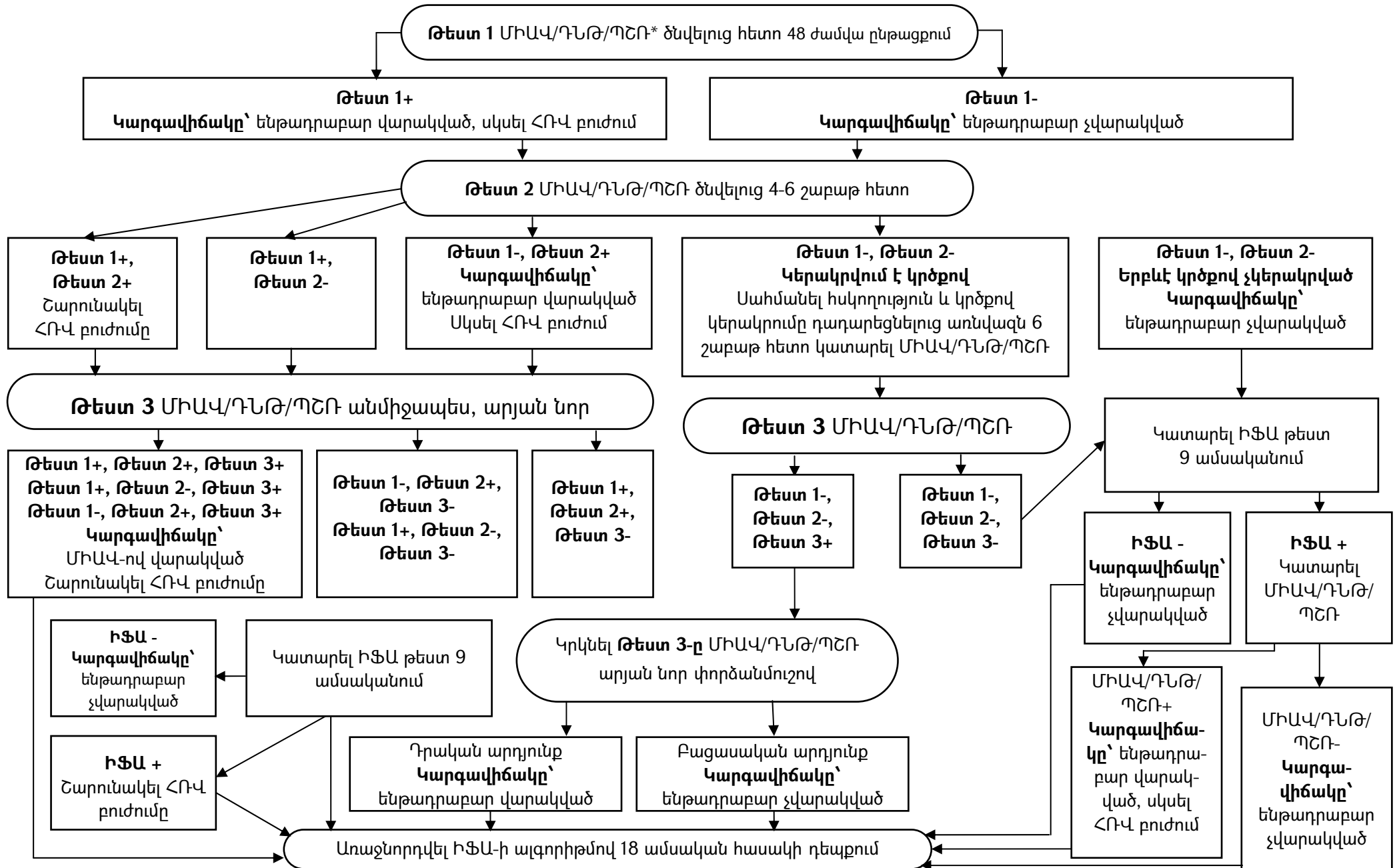
B20	Մարդու իմունային անբավարարության վիրուսով (ՄԻԱՎ) հարուցված հիվանդություն՝ վարակիչ և մակաբուծային հիվանդությունների դրսևորմամբ <i>Բացառությամբ՝ ՄԻԱՎ-ով հարուցված սուր վարակային համախտանիշը (B23.0)</i>
B20.0	ՄԻԱՎ-ով հարուցված հիվանդություն՝ միկոբակտերիալ վարակի դրսևորմամբ ՄԻԱՎ-ով հարուցված հիվանդություն՝ տուբերկուլոզի դրսևորմամբ
B20.1	ՄԻԱՎ-ով հարուցված հիվանդություն՝ այլ մանրէային վարակների դրսևորմամբ
B20.2	ՄԻԱՎ-ով հարուցված հիվանդություն՝ ցիտոմեգալովիրուսային վարակի դրսևորմամբ
B20.3	ՄԻԱՎ-ով հարուցված հիվանդություն՝ այլ վիրուսային վարակների դրսևորմամբ
B20.4	ՄԻԱՎ-ով հարուցված հիվանդություն՝ կանդիդոզի դրսևորմամբ
B20.5	ՄԻԱՎ-ով հարուցված հիվանդություն՝ այլ միկոզների դրսևորմամբ
B20.6	ՄԻԱՎ-ով հարուցված հիվանդություն՝ պնևմոցիստիս կարինիի (<i>Pneumocystis carinii</i>) կողմից հարուցված թոքաբորբի դրսևորմամբ
B20.7	ՄԻԱՎ-ով հարուցված հիվանդություն՝ բազմակի վարակների դրսևորմամբ
B20.8	ՄԻԱՎ-ով հարուցված հիվանդություն՝ այլ վարակիչ և մակաբուծային հիվանդությունների դրսևորմամբ
B20.9	ՄԻԱՎ-ով հարուցված հիվանդություն՝ վարակիչ և մակաբուծային չճշտված հիվանդությունների դրսևորմամբ
B21	ՄԻԱՎ-ով հարուցված հիվանդություն՝ չարորակ նորագոյացությունների դրսևորմամբ
B21.0	ՄԻԱՎ-ով հարուցված հիվանդություն՝ Կապոշիի սարկոմայի դրսևորմամբ (Kaposi)
B21.1	ՄԻԱՎ-ով հարուցված հիվանդություն՝ Բերկիտի լիմֆոմայի դրսևորմամբ (Burkitt)
B21.2	ՄԻԱՎ-ով հարուցված հիվանդություն՝ ոչ Հոջկինի լիմֆոմայի դրսևորմամբ (non-Hodgkin)
B21.3	ՄԻԱՎ-ով հարուցված հիվանդություն՝ ավշային, արյունաստեղծ և համանման հյուսվածքների այլ չարորակ նորագոյացությունների դրսևորմամբ
B21.7	ՄԻԱՎ-ով հարուցված հիվանդություն՝ բազմաքանակ չարորակ նորագոյացությունների դրսևորմամբ
B21.8	ՄԻԱՎ-ով հարուցված հիվանդություն՝ այլ չարորակ նորագոյացությունների դրսևորմամբ
B21.9	ՄԻԱՎ-ով հարուցված հիվանդություն՝ չճշտված չարորակ նորագոյացությունների դրսևորմամբ

B22	ՄԻԱՎ-ով հարուցված հիվանդություն՝ այլ ճշտված հիվանդությունների դրսևորմամբ
B22.0	ՄԻԱՎ-ով հարուցված հիվանդություն՝ էնցեֆալոպաթիայի դրսևորմամբ ՄԻԱՎ-ով հարուցված թուլամտություն
B22.1	ՄԻԱՎ-ով հարուցված հիվանդություն՝ ավշային ինտերստիցիալ պնևմոնիտի դրսևորմամբ
B22.2	ՄԻԱՎ-ով հարուցված հիվանդություն՝ հյուծման համախտանիշի դրսևորմամբ
B22.7	ՄԻԱՎ-ով հարուցված հիվանդություն՝ այլ խորագրերում դասակարգված բազմաքանակ հիվանդությունների դրսևորմամբ <i>Ծանոթություն. որևէ խորագրից օգտվելիս պետք է հղում կատարել հիվանդացության և մահացության ծածկագրման վերաբերյալ համապատասխան հրահանգներին</i>
B23	ՄԻԱՎ-ով հարուցված հիվանդություն՝ այլ վիճակների դրսևորմամբ
B23.0	Սուր ՄԻԱՎ վարակի համախտանիշ
B23.1	ՄԻԱՎ-ով հարուցված հիվանդություն՝ ձգձգվող (պերսիստենտային) գեներալիզացված լիմֆադենոպաթիայի դրսևորմամբ
B23.2	ՄԻԱՎ-ով հարուցված հիվանդություն՝ որևէ խորագրում չդասակարգված արյունաբանական և իմունաբանական խանգարումների դրսևորմամբ
B23.8	ՄԻԱՎ-ով հարուցված հիվանդություն՝ այլ ճշտված վիճակների դրսևորմամբ
B24	ՄԻԱՎ-ով հարուցված հիվանդություն՝ չճշտված <i>Ներառյալ՝</i> <i>ձեռքբերովի իմունային անբավարարության համախտանիշը (ՁԻԱՀ)՝ առանց լրացուցիչ որոշակիացման</i> <i>ՁԻԱՀ-ասոցացված կոմպլեքսը՝ առանց լրացուցիչ որոշակիացման</i>
F02.4	Դեմենցիա՝ առաջացած ՄԻԱՎ-ով հարուցված հիվանդության ժամանակ (B22.0)
098.7	Հղիությունը, ծննդաբերությունը կամ հետծննդյան շրջանը բարդացնող՝ մարդու իմունային անբավարարության վիրուսով (ՄԻԱՎ) հարուցված B20-B24 դասերում դասակարգված վիճակներ
R75	Մարդու իմունային անբավարարության վիրուսի (ՄԻԱՎ) լաբորատոր հայտնաբերում <i>Ներառյալ՝</i> ☐ ՄԻԱՎ ոչ վերջնական թեստ Երեխաների մոդ ☐ Բացառությամբ՝ ՄԻԱՎ-ով հարուցված անախտանշանային վարակային վիճակի (Z21) ☐ Մարդու իմունային անբավարարության վիրուսով հարուցված հիվանդության (B20-B24) ☐ Հղիությունը, ծննդաբերությունը կամ հետծննդյան շրջանը բարդացնող՝ մարդու իմունային անբավարարության վիրուսով (ՄԻԱՎ) հարուցված B20-B24 դասերում դասակարգված վիճակների (098.7)
Z11.4	Հատուկ սկրինինգային հետազոտություն մարդու իմունային անբավարարության վիրուսով (ՄԻԱՎ) վարակման հայտնաբերման նպատակով

Z20.6	Շփում հիվանդի հետ և մարդու իմունային անբավարարության վիրուսով (ՄԻԱՎ) վարակվելու հնարավորություն
Z21	ՄԻԱՎ-ով հարուցված վարակ առանց ախտանշանների
Z71.7	Խորհրդատվություն մարդու իմունային անբավարարության վիրուսին (ՄԻԱՎ) առնչվող հարցերի շուրջ
Z83.0	Ընտանեկան անամնեզում հիվանդություն՝ կապված մարդու իմունային անբավարարության վիրուսի (ՄԻԱՎ) հետ

ՄԻՆԶԵՎ 18 ԱՄՍԱԿԱՆ ԵՐԵԽԱՆԵՐԻ ՄՈՏ ՄԻԱՎ ՎԱՐԱԿԻ ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ ՀԱՄԱՐ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅՈՒՆ

266



* ՄԻԱՎ-ի ԴՆԹ-ի որոշում ՊՇՈՒ մեթոդով

**ԴԻՍՊԱՆՍԵՐԱՅԻՆ ՀՍԿՈՂՈՒԹՅԱՆ ՎԵՐՑՎՈՂ ՊԱՅԻՆՏԻ ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ
ՀԵՏԱԶՈՏՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ ՀԱՎԱՔԱԳՐՎՈՂ ԱՆԱՄՆԵՁ**

Ընդհանուր տեղեկություններ 1) Հարցման օրը 2) Անուն, ազգանուն, հայրանուն (Ա.Ա.Հ.) 3) Ծննդյան տարեթիվը 4) Ծննդյան վայրը 5) Սեռը
ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության տվյալները 6) ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ առաջին դրական հետազոտության ամսաթիվը 7) ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտվելու պատճառը 8) ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ վերջին բացասական հետազոտության ամսաթիվը (եթե հայտնի է)
ՄԻԱՎ-ով վարակման վտանգը և վարակման ուղին 9) Թմրամիջոցների ներարկային գործածում 10) Սեռական հարաբերություններ (հետերո- կամ հոմոսեքսուալ/բիսեքսուալ հարաբերություններ, հարաբերության տեսակը՝ հեշտոցային, անալ, օրալ) 11) Արյան բաղադրամասերի փոխներարկում, հյուսվածքների և օրգանների փոխպատվաստում 12) Մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցում 13) Մասնագիտական շփում (նկարագրել) 14) Անհայտ 15) ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ զուգընկերների կարգավիճակը (եթե հայտնի է) 16) Վտանգի գործոնները զուգընկերների մոտ (եթե հայտնի է)
Ժամանակը և վայրը (երկիրը), որտեղ տեղի է ունեցել ՄԻԱՎ-ով վարակումը (առավել հավանական կամ հայտնի)¹
ՄԻԱՎ վարակի բուժման և խնամքի պատմությունը (եթե առկա է) 17) Նախկինում ՄԻԱՎ վարակի և ուղեկցող հիվանդությունների ու վիճակների բուժման (ներառյալ բուժման ընդմիջումները) ժամանակն ու վայրը 18) ՀՌՎ բուժման սխեմաները՝ դրանցում ցանկացած փոփոխության ամսաթվերով (եթե եղել են) և փոփոխման պատճառներով 19) Կողմնակի ազդեցությունները 20) Բուժման ռեժիմի պահպանումը 21) Լաբորատոր հետազոտությունների տվյալները ժամանակագրական կարգով. CD4+ լիմֆոցիտների քանակ, ՎՇ, արյան ընդհանուր, լյարդի ու երիկամների ֆունկցիաների կենսաքիմիական հետազոտություններ (շիճուկային կրեատինին և ըստ դրա

հաշվարկված կծիկային ֆիլտրացիայի արագություն (ԿՖԱ)+պրոտեինուրիա), հեմոգլոբին, լեյկոցիտների, լիմֆոցիտների և նեյտրոֆիլների քանակը 22) Դեղակայունության հետազոտության տվյալները (եթե կատարվել է)
Հիվանդության անամնեզը և ուղեկցող հիվանդությունները 23) Տուբերկուլոզ (անամնեզում կամ ակտիվ պրոցես ներկայում) 24) Թոքային այլ հիվանդություններ 25) Վիրուսային, բակտերիալ, սնկային, մակաբուծային վարակներ 26) Հեպատիտներ Բ և Ց (անամնեզում կամ քրոնիկ պրոցես ներկայում) 27) Սրածայր կոնդիլոմաներ 28) Չարորակ նորագոյացություններ (անամնեզում կամ ներկայում) 29) Այլ
Այլ հիվանդություններ և վիճակներ 30) Հոսպիտալացումներ 31) Վիրահատություններ 32) Հոգեկան խանգարումներ (դեպրեսիա, դեմենցիա, մանիակալ-դեպրեսիվ փսիխոզ և այլն) 33) Լյարդի և երիկամների հիվանդություններ 34) Էնդոկրին խանգարումներ 35) Սեռավարակներ 36) Պատվաստումներ (գրիպի կամ այլ վարակների դեմ) 37) Ալերգիկ հիվանդություններ, այդ թվում ալերգիկ ռեակցիաներ դեղերի նկատմամբ 38) Քաշի, մարմնակազմության փոփոխություններ
Ընտանեկան անամնեզ 39) Շաքարային դիաբետ 40) Հիպերտոնիկ հիվանդություն 41) Մաշկային հիվանդություններ 42) Ուռուցքային հիվանդություններ 43) Աթերոսկլերոզ 44) Տուբերկուլոզ 45) Այլ
Սիրտ-անոթային հիվանդություններ և վտանգի գործոններ 46) Ճարպակալում 47) Զարկերակային հիպերտոնիա 48) Ծխախոտի չարաշահում 49) Շաքարային դիաբետ 50) Այլ
Պացիենտի կամ ընտանիքի անդամների շփում տուբերկուլոզով պացիենտների հետ 51) վերջին տուբերկուլինային փորձի արդյունքները կամ գամմա-ինտերֆերոնի վերաբերյալ անցկացված թեստը

Ներկայումս ընդունվող դեղորայքային բուժումը 52) ՀՌՎ բուժում 53) ՕՎ-ների բուժում և կանխարգելում 54) Օփիոիդներով փոխարինող բուժում 55) Ուղեկցող հիվանդությունների բուժում 56) Այլ
Հոգեմետ նյութերի գործածում 57) Թմրամիջոցների գործածում նախկինում և ներկայում, թմրամիջոցի տեսակը, գործածման եղանակը (ներարկումներ, ծխել և այլն) 58) Ալկոհոլ (չարաշահում անցյալում, վերջին շաբաթում օգտագործված ալկոհոլի քանակը)
Վերարտադրողական և սեռական առողջություն 59) Բեղմնականխման կիրառվող մեթոդները 60) Տվյալներ հղիությունների մասին՝ նախկինում, ներկայում, պլանավորվող 61) Էրեկտիլ դիսֆունկցիա
Սոցիալական անամնեզ 62) Ընտանիքի կազմը 63) Մասնագիտությունը և զբաղվածությունը 64) Կենցաղային պայմանները 65) Սոցիալական աջակցությունը՝ սոցիալական և բժշկական ապահովագրություն, աջակցություն հասարակական կազմակերպությունների, մտերիմների կողմից

¹ Այս տվյալներն օգտակար են համաճարակաբանական տեսանկյունից՝ վիրուսի ենթատիպի և հնարավոր դեղակայունության տեսակի մասին դատելու համար

**ԴԻՍԴԱՆՍԵՐԱՅԻՆ ՀՍԿՈՂՈՒԹՅԱՆ ՎԵՐՑՎՈՂ ՊԱՅԻՆՏԻ ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ
ՕԲՅԵԿՏԻՎ ՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆ**

Ընդհանուր վիճակը
1) Քաշը և հասակը՝ սովորական և տվյալ պահին
2) Մարմնակազմությունը
3) Ֆիզիկական վիճակը՝ ըստ Կառնոփսկու կամ այլ ստանդարտ սանդղակների
Հիմնական ֆիզիոլոգիական ցուցանիշները
4) Զարկերակային ճնշում
5) Մարմնի ջերմաստիճան
6) Անոթազարկ
7) Շնչառության հաճախականություն
Ավշային հանգույցներ (նշել մեծացածների տեղակայումը)
Մաշկը (ամբողջ մարմնի)
8) Ակտիվ կամ նախկինում տարած գոտևորող որքինի նշաններ
9) Լյարդի հիվանդությունների մաշկային նշաններ
10) Կապոշիի սարկոմա (ցանային էլեմենտների թիվը և կոնսիստենցիան, ավշային հանգույցների ախտահարումը)
11) Սեբորեային դերմատիտ
12) Ներարկումների հետքեր թմրամիջոցների ներարկային օգտագործողների (ԹՆՕ) մոտ
Բերանի խոռոչ
13) Բերանի խոռոչի և ատամների վիճակը
14) Կանդիդոզային ստոմատիտ
15) Լեզվի մազավոր լեյկոպլակիա
16) Առաջնային սիֆիլիսի դրսևորումներ բերանի խոռոչում
Աչքեր
17) Տեսողության սրության իջեցում
18) Ակնաշարժ մկանների պարեզ
Կրծքավանդակ և թոքեր
19) Շնչառության հաճախություն, կրծքավանդակի էքսկուրսիա, պերկուսիա, աուսկուլտացիա, հազ, հևոց
20) Կրծքավանդակի ձևը
21) Ճարպի կուտակում թիակների միջև
Կրծքագեղձեր (կանանց և տղամարդկանց մոտ)
22) Կրծքագեղձի քաղցկեղի նշաններ
Սիրտ-անոթային համակարգ
23) Սրտի իշեմիկ հիվանդության նշաններ

24) Սրտային անբավարարության նշաններ
25) Էնդոկարդիտի նշաններ՝ հատկապես ԹՆՕ-ների մոտ
Որովայն
26) Ձևը
27) Լյարդի և փայծաղի կոնսիստենցիան, չափերը և ձևը
28) Շոշափվող այլ գոյացություններ
29) Ասցիտ
30) Աղիների պերիստալտիկա
31) Ցավոտություն
32) Որովայնի առաջնային պատի մկանների լարվածություն
Սեռական օրգաններ և պերիանալ շրջան
33) Հերպեսային վարակի նշաններ
34) Սիֆիլիսի նշաններ
35) Մարդու պապիլոմավիրուսով պայմանավորված հիվանդություններ՝ սրածայր կոնդիլոմաներ, անալ կարցինոմա, արգանդի վզիկի քաղցկեղ
36) Այլ սեռավարակների նշաններ
Ստորին վերջույթներ
37) Քայլվածքը
38) Հոդերում շարժումների ծավալը
39) Երակային, զարկերակային անբավարարություն
40) Լիպոատրոֆիա
Նյարդաբանական վիճակ
41) Կոգնիտիվ ֆունկցիաներ
42) Պարեզներ
43) Նեյրոպաթիայի նշաններ
Հոգեկան վիճակ
44) Գիտակցություն
45) Հարցերին պատասխանելու ադեկվատություն
46) Զառանցական մտքերի առկայություն
47) Արգելակվածություն

ԴԻՍՊԱՆՍԵՐԱՅԻՆ ՀՍԿՈՂՈՒԹՅԱՆ ՎԵՐՅՎՈՂ ՊԱՅԻՆՏԻ ԼԱԲՈՐԱՏՈՐ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

ՄԻԱՎ վարակի ախտորոշում և ընթացքի գնահատում

- 1) ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ հակամարմինների հայտնաբերում ԻՖԱ կամ արագ թեստավորման մեթոդով և ՄԻԱՎ վարակի վերջնական հաստատում ԻԲ կամ ՎԲ մեթոդով
- 2) CD4+ լիմֆոցիտների քանակի որոշում իմունային անբավարարության խորությունը գնահատելու համար
- 3) Արյան պլազմայում ՄԻԱՎ-ի ՌՆԹ-ի որոշում վիրուսի վերարտադրման ակտիվությունը գնահատելու համար

Հետազոտություններ այլ վարակների վերաբերյալ

- 4) Սիֆիլիսի վերաբերյալ շճաբանական հետազոտություններ
- 5) Վիրուսային Բ և Ց հեպատիտների վերաբերյալ շճաբանական հետազոտություններ. հեպատիտ Բ-ի վիրուսի մակերեսային անտիգենի (HBsAg) որոշում (եթե արդյունքը դրական է, հնարավորության դեպքում ՊՇՌ մեթոդով որոշում են հեպատիտ Բ-ի վիրուսի ԴՆԹ կամ «Ե» անտիգենը (HBeAg) (ցուցված է նաև հեպատիտ Դ-ի վիրուսի նկատմամբ հակամարմինների սկրինինգ), եթե HBsAg-ը բացասական է, որոշում են հեպատիտ Բ-ի վիրուսի նկատմամբ հակամարմինները, որոնց բացակայության դեպքում կատարում են պատվաստում, և հեպատիտ Ց-ի վիրուսի նկատմամբ հակամարմինների հայտնաբերման հետազոտություն (դրական արդյունքի դեպքում, եթե հնարավոր է, ՊՇՌ մեթոդով որոշում են հեպատիտ Ց-ի վիրուսի ՌՆԹ-ն)
- 6) Տոքսոպլազմոզի վերաբերյալ շճաբանական հետազոտություն (IgG-ի հայտնաբերում). բացասական արդյունքի դեպքում վարակման վտանգի գնահատում, խորհրդատվություն՝ ինչպես խուսափել վարակումից, դրական արդյունքի և ԿՆՀ-ի ախտահարման նշանների դեպքում բացառել տոքսոպլազմային էնցեֆալիտը
- 7) Ցիտոմեգալովիրուսի վերաբերյալ շճաբանական հետազոտություն իմունազրկույին G-ի (IgG) վերաբերյալ. բացասական արդյունքի դեպքում խորհրդատվություն՝ ինչպես խուսափել վարակումից, դրական արդյունքի և CD4+ լիմֆոցիտների ցածր քանակի դեպքում՝ բացառել ցիտոմեգալովիրուսային ռետինիտը և գաստրոէնտերիտը
- 8) Եթե կան սեռավարակների նշաններ՝ հեշտոցի, միզաձորանի, հետանցքի քսուքի հետազոտություն

Ընդհանուր լաբորատոր հետազոտություններ

- 9) Արյան ընդհանուր հետազոտություն (լեյկոֆորմուլա)
- 10) Լյարդի ֆունկցիայի կենսաքիմիական ցուցանիշներ՝ ալանին ամինոտրանսֆերազա (ԱԼԱՏ), ասպարտատ ամինոտրանսֆերազա (ԱսԱՏ), հիմնային ֆոսֆատազա
- 11) Բիլիռուբին
- 12) Երիկամների ֆունկցիա. շիճուկային կրեատինին և ԿՖԱ, պրոտեինուրիա

- 13) Լակտատդեհիդրոգենազա
- 14) Գլյուկոզա
- 15) Ամիլազա
- 16) Վերարտադրողական տարիքի կանաց մոտ հղիության թեստ նախքան ՀՌՎ բուժումն սկսելը

ԼՐԱՑՈՒՑԻՉ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

- 1) Խոլեսթերին. ընդհանուր, բարձր խտության և ցածր խտության լիպոպրոտեիդներ, տրիգլիցերիդներ
- 2) ՄԻԱՎ-ի դեղակայունության մուտացիաների հետազոտություն (կայունության գենոտիպային հետազոտություն)
- 3) ՀԼԱԲ*5701-ի (HLA B*5701) որոշում այն պացիենտների մոտ, որոնց ցուցված է արակավիր
- 4) Կրծքավանդակի ռենտգենաբանական հետազոտություն
- 5) Տուբերկուլոզի հարուցիչին հատուկ գամմա-ինտերֆերոնի արտադրման թեստի անցկացում (նախընտրելի) կամ մաշկային տուբերկուլինային փորձ տուբերկուլոզի ախտանշանների բացակայության ժամանակ կամ անամնեզում տուբերկուլոզ չունեցող պացիենտների մոտ
- 6) Խորխի մանրադիտակային հետազոտություն ակտիվ տուբերկուլոզի ախտանշանների դեպքում
- 7) Ակնահատակի հետազոտություն, հատկապես CD4+ լիմֆոցիտների ցածր քանակի դեպքում
- 8) Էլեկտրասրտագրություն

**ԴԻՍՊԱՆՍԵՐԱՅԻՆ ՀՍԿՈՂՈՒԹՅԱՆ ՎԵՐՑՎՈՂ ՊԱՅԻՆՏԻ ԱՅԼ
ՄԱՍՆԱԳԵՏՆԵՐԻ ԿՈՆՍՈԼԻՏԱՑԻԱՆԵՐ (ԱՆՀՐԱԺԵՇՏՈՒԹՅԱՆ ԴԵՊՔՈՒՄ)**

Մասնագետների կոնսուլտացիաների ցուցումները

- 1) **Հեպատոլոգ.** հեպատիտ Բ կամ Ց ունեցող ՄԻԱՎ վարակով պացիենտի մոտ լյարդի դիսֆունկցիայի նշանների դեպքում
- 2) **Նյարդաբան.** ԿՆՀ-ի ախտահարման կամ ծայրամասային նեյրոպաթիայի նշանների դեպքում
- 3) **Հոգեբույժ.** հոգեկան խանգարումների նշանների դեպքում
- 4) **Ակնաբույժ.** տեսողության սրության իջեցման դեպքում (ցանցաթաղանթի հետազոտություն)
- 5) **Էնդոսկոպիստ կամ բրոնխոսկոպիստ.** համապատասխանաբար ստամոքսաղիքային և թոքային հիվանդությունների նշանների դեպքում
- 6) **Գինեկոլոգ.** ամենամյա գինեկոլոգիական հետազոտություն
- 7) **Էնդոկրինոլոգ.** շաքարային դիաբետի նշանների, վահանագեղձի հիվանդությունների դեպքում և այլն
- 8) **Սրտաբան.** սրտի իշեմիկ հիվանդության նշանների դեպքում
- 9) **Նեֆրոլոգ.** եթե ԿՖԱ-ն ցածր է 60մլ/ր, հատկապես պրոտեինուրիայի առկայության դեպքում
- 10) **Պրոկտոլոգ.** սրածայր կոնդիլոմաների և հետանցքի քաղցկեղի հայտնաբերման նպատակով
- 11) **Ուռուցքաբան և արյունաբան.** չարորակ նորագոյացություն հայտնաբերվելուց հետո կամ դրա կասկածի դեպքում
- 12) **Այլ մասնագետներ.** ըստ ցուցումների

ՄԻԱՎ ՎԱՐԱԿՈՎ ՊԱՑԻԵՆՏՆԵՐԻ ՊԼԱՆԱՅԻՆ ԱՅՑԵՐԻ, ԴՐԱՆՑ ԺԱՄԱՆԱԿ ԿԱՏԱՐՎՈՂ ԼԱԲՈՐԱՏՈՐ-ԳՈՐԾԻՔԱՅԻՆ
ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ, ԴԵՂԵՐԻ ՏՐԱՄԱԴՐՄԱՆ ՀԱՃԱԽԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ

Լաբորատոր- գործիքային հետազոտություններ ¹	Առաջնային հետազո- տությունների ծավալը	ՀՌՎ բուժում ստացող պացիենտներ			ՀՌՎ բուժում չստացող պացիենտներ	
		ՀՌՎ բուժում ստացող պացիենտներ	ՀՌՎ բուժում ստացող կայուն վիճակով պացիենտներ	ՀՌՎ բուժում ստացող ոչ կայուն վիճակով պացիենտներ	CD4+ լիմֆոցիտների քանակը ≥ 350 , կլինիկական 1-ին, 2-րդ փուլ	CD4+ լիմֆոցիտ- ների քանակը <350, անկախ կլի- նիկական փուլից, կլինիկական 3-րդ, 4-րդ փուլ՝ անկախ CD4+ լիմֆոցիտ- ների քանակից
Դիսպանսերային հսկողությունն իրա- կանացնող բժշկին այցերի հաճախականու- թյունը	+	1-ին այց՝ 15-30 օր հետո, հետագա- յում՝ 1-3 ամիսը մեկ առաջին տարվա ընթացքում	6-12 ամիսը մեկ	3 ամիսը մեկ	6-12 ամիսը մեկ	3 ամիսը մեկ
CD4+ լիմֆոցիտների քանակի որոշում	+	Բուժումը սկսելուց 3-6 ամիս անց, հետագայում կախված CD4+ լիմֆոցիտների քանակից (<200բջ/մկ) 3-6 ամիսը մեկ	6-12 ամիսը մեկ, եթե հնարավոր է ՎԾ-ի մշտական մոնիտորինգ կարելի է դադա- րեցնել CD4+ լիմ- ֆոցիտների քա- նակի որոշումը	3-6 ամիսը մեկ	6-12 ամիսը մեկ	3-6 ամիսը մեկ
Վիրուսային ծան-	+	Բուժումը սկսելուց	12 ամիսը մեկ	3-6 ամիսը մեկ	-	-

րաբեռնվածության որոշում		3 ամիս անց, 6 ամիս անց, հետագայում 6-12 ամիսը մեկ				
Արյան ընդհանուր քննություն	+	Ժամկետները կախված են նշանակվող ՀՌ-Վ դեղից	12 ամիսը մեկ	6-12 ամիսը մեկ	6-12 ամիսը մեկ	6-12 ամիսը մեկ
Արյան կենսաքիմիական քննություն	+	Ժամկետները կախված են նշանակվող ՀՌ-Վ դեղից	12 ամիսը մեկ	6-12 ամիսը մեկ	6-12 ամիսը մեկ	6-12 ամիսը մեկ
Կոագուլոգրամմա	+	12 ամիսը մեկ	12 ամիսը մեկ	12 ամիսը մեկ	12 ամիսը մեկ	Ըստ անհրաժեշտության
Մեզի ընդհանուր քննություն	+	12 ամիսը մեկ	12 ամիսը մեկ	12 ամիսը մեկ	12 ամիսը մեկ	Ըստ անհրաժեշտության
Սիֆիլիսի շճաբանական թեստեր	+	12 ամիսը մեկ	12 ամիսը մեկ	12 ամիսը մեկ	12 ամիսը մեկ	12 ամիսը մեկ
Տոքսոպլազմոզի շճաբանական թեստեր (IgG)	+	Առաջնային «-» պատասխանի դեպքում՝ 12 ամիսը մեկ	Առաջնային «-» պատասխանի դեպքում՝ 12 ամիսը մեկ	Առաջնային «-» պատասխանի դեպքում՝ 12 ամիսը մեկ	Առաջնային «-» պատասխանի դեպքում՝ 12 ամիսը մեկ	Առաջնային «-» պատասխանի դեպքում՝ 12 ամիսը մեկ
Ցիտոմեգալովիրուսի շճաբանական թեստեր (IgG)	+	Առաջնային «-» պատասխանի դեպքում՝ 12 ամիսը մեկ	Առաջնային «-» պատասխանի դեպքում՝ 12 ամիսը մեկ	Առաջնային «-» պատասխանի դեպքում՝ 12 ամիսը մեկ	Առաջնային «-» պատասխանի դեպքում՝ 12 ամիսը մեկ	Առաջնային «-» պատասխանի դեպքում՝ 12 ամիսը մեկ
Հեպատիտ Բ-ի վիրուսի մարկերներ (HBsAg)	+	12 ամիսը մեկ	12 ամիսը մեկ	12 ամիսը մեկ	12 ամիսը մեկ	12 ամիսը մեկ

Հեպատիտ Ց-ի վիրուսի մարկերներ (հակամարմիններ)	+	12 ամիսը մեկ	12 ամիսը մեկ	12 ամիսը մեկ	12 ամիսը մեկ	12 ամիսը մեկ
Տուբերկուլինային թեստ	Ըստ ցուցումների	Ըստ ցուցումների	Ըստ ցուցումների	Ըստ ցուցումների	Ըստ ցուցումների	Ըստ ցուցումների
Կրծքավանդակի ուղեղ-գեներալ-կան հեպատոպոթոզ	+	Ըստ ցուցումների	Ըստ ցուցումների	Ըստ ցուցումների	Ըստ ցուցումների	Ըստ ցուցումների
Խորիխի հեպատոպոթոզ	Ըստ ցուցումների	Ըստ ցուցումների	Ըստ ցուցումների	Ըստ ցուցումների	Ըստ ցուցումների	Ըստ ցուցումների
Ուլտրաձայնային հեպատոպոթոզ ⁴	+	12 ամիսը մեկ	12 ամիսը մեկ	12 ամիսը մեկ	12 ամիսը մեկ	12 ամիսը մեկ
Էլեկտրասրտագրություն	+	Ըստ ցուցումների	Ըստ ցուցումների	Ըստ ցուցումների	Ըստ ցուցումների	Ըստ ցուցումների
Արգանդի վզիկի քսոքի բջջաբանական հեպատոպոթոզ ¹ ըստ Պապանիկոլաուի	+	12 ամիսը մեկ	12 ամիսը մեկ	12 ամիսը մեկ	12 ամիսը մեկ	12 ամիսը մեկ
Սեռավարակների վերաբերյալ քսոքի հեպատոպոթոզ	Ըստ ցուցումների	Ըստ ցուցումների	Ըստ ցուցումների	Ըստ ցուցումների	Ըստ ցուցումների	Ըստ ցուցումների
ՀՌՎ դեղերի տրամադրում			6-12 ամիսը մեկ	3 ամիսը մեկ	-	-
Խորհրդարկություն			6-12 ամիսը մեկ	3 ամիսը մեկ	6-12 ամիսը մեկ	3 ամիսը մեկ

¹ Բացի նշված ժամկետներից՝ բոլոր հեպատոպոթոզները կարող են կատարվել նաև ըստ առկա ցուցումների:

² ՀՌՎ բուժում սկսելուց առաջ դնել հղիության թեստ:

³ HLAB*5701-ի որոշում այն պացիենտների համար, ում ցուցված է արակավիր:

⁴ ՄԻԱՎ վարակ/հեպատիտ Բ կամ Ց ունեցող պացիենտների ուլտրաձայնային հեպատոպոթոզը կատարվում է 6 ամիսը մեկ:

**ՀՌՎ ԲՈՒԺՈՒՄՆ ՍԿԱԵԼՈՒՑ ՀԵՏՈ ԼԱԲՈՐԱՏՈՐ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԺԱՄԿԵՏՆԵՐԸ՝
ԿԱԽՎԱԾ ՆՇԱՆԱԿՎԱԾ ՀՌՎ ԴԵՂԵՐԻՑ**

Ժամկետը ՀՌՎ բուժումն սկսելուց (կամ նոր դեղ նշանակելուց) հետո										
	Նախքան ՀՌՎ բուժումն սկսելը	2-րդ շաբաթ	4-րդ շաբաթ	8-րդ շաբաթ	12-րդ շաբաթ	24-րդ շաբաթ	36-րդ շաբաթ	48-րդ շաբաթ	Յուրա- քանչյուր 6 ամիսը մեկ	Ամեն տարի
Արյան ընդհանուր քննություն	X		X	X	X	(X)	(X)	X	(X)	X
Լյարդի ֆունկցիայի բիոքիմիական ցուցանիշներ	X	X (նևիրա- պին)	X	X (նևիրապին, գլիդոլուդին, ՊԻ)	X (նևիրա- պին)	X (նևիրա- պին)	(X) (նևիրա- պին)	X	(X)	X
Խոլեսթերին և տրիգլիցերիդներ	X							(X)		(X)
Երիկամների ֆունկ- ցիայի ցուցանիշներ	X	X (տենո- ֆոլիր)			X	X	(X)	X	(X)	X

X լաբորատոր հետազոտությունը ցուցված է՝ անկախ նշանակված ՀՌՎ դեղի տեսակից, X (ՀՌՎ դեղ) լաբորատոր հետազոտությունը ցուցված է միայն տվյալ ՀՌՎ դեղն ստացող պացիենտին, (X) - ոչ պարտադիր հետազոտություն

ՀՌՎ ԴԵՂԵՐԻ ՄԱՍԻՆ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՏՎՅԱԼՆԵՐ

Դեղի անվանում	Հապավում	Դեղաձևում դեղի քանակը	Դեղաչափ	Ծանոթություն	Հիմնական կողմնակի ազդեցություններ	Դեղակայունության մուտացիաներ*
ՀՏՆԻ-ներ						
Աբակավիր	ABC	300մգ	Դեղահատ, 300մգ՝ օրը 2 անգամ կամ 600մգ՝ օրը 1 անգամ	Անամնեզում գերզգայունության դեպքում կրկին չնշանակել	Գերզգայունության ռեակցիա (ջերմութ- յուն, ցան, գրիպա- նման ախտանշան- ներ, մասնավորապես ստամոքս-աղիքային համակարգի և թոքերի կողմից)	65R/N, 69Ins , 74V/I, 115F, 151M , 184V/I, TAM-1
Էմտրիցիտաբին	FTC	200մգ	Պատիճ, 200մգ՝ օրը 1 անգամ		Ինչպես լամիվուդինի դեպքում	65R, 184V/I
Լամիվուդին	3TC	300մգ 150մգ	Դեղահատ, 300մգ՝ օրը 1 անգամ կամ 150մգ՝ օրը 2 անգամ		Լուծ (հազվադեպ)	65R, 184V/I
Տենոֆովիր	TDF	300մգ	դեղահատ 300մգ՝ օրը 1 անգամ	Կիրառել զգուշությամբ երիկամային անբավարա- րության դեպքում (պակասեցնել դեղաչափը)	Երիկամային անբավարարություն Ոսկրային հյուսվածքի խտության իջեցում Լակտացիդոզ կամ	65R/N , 69Ins , TAM-1 Զգայուն՝ 74V, 184V/I

Դեղի անվանում	Հապավում	Դեղաձևում դեղի քանակը	Դեղաչափ	Ծանոթություն	Հիմնական կողմնակի ազդեցություններ	Դեղակայունության մուտացիաներ*
				Հեպատիտ Բ-ի սրացման դեպքում դադարեցնել ընդունումը	Ծանր հեպատոմեգա- լիա՝ հիպերստեա- տոզով Հեպատիտ Բ-ի սրացում	`
Ազիդոթիմիդին Զիդովուդին	AZT ZDV	300մգ	Դեղահատ, 300մգ՝ օրը 2 անգամ	Ռիբավիրինի հետ չեն կիրառում 65R և 184V մուտացիաները բարձ- րացնում են զգայունութ- յունը դեղի նկատմամբ	Սակավարյունություն, ստամոքս-աղիքային խանգարումներ, գլխացավ, միոպա- թիա, լակտացիդոզ, լիպոատրոֆիա/լի- պոդիստրոֆիա	41L, TAM-1 և TAM-2, 69Ins, 151M. Զգայուն ` 65R, 70E, 74V, 184V/I
Կիվեքսա (աբա- կավիր+լամիվու- դին)	KVX	600մգ աբա- կավիր, 300մգ լամիվուդին	1 դեղահատ՝ օրը 1 անգամ			
Տրուվադա (տենոֆովիր+էմ- տրիցիտաբին)	TVD	300մգ տենո- ֆովիր, 200մգ էմտրի- ցիտաբին	1 դեղահատ՝ օրը 1 անգամ			
Կոմբիվիր (զիդովուդին+լա- միվուդին)	CBV	300մգ զիդովուդին, 150մգ լամիվուդին	1 դեղահատ՝ օրը 2 անգամ	Զիդովուդինի ավելի բարձր դեղաչափերի դեպ- քում կողմնակի ազդեցու- թյունների զարգացման հավանականությունը բարձր է		

Դեղի անվանում	Հապավում	Դեղաձևում դեղի քանակը	Դեղաչափ	Ծանոթություն	Հիմնական կողմնակի ազդեցություններ	Դեղակայությունության մուտագիաներ*
Տրիգլիլիր (գլիո- վուդին+լամիվու- դին+աբակավիր)	TZV	300մգ գլիոլվուդին, 150մգ լամիվուդին, 300մգ աբակավիր	1 դեղահատ՝ օրը 2 անգամ	Չի կարելի ընդունել օրը 1 անգամ		
ՀՏՈՆԻ-ներ						
Իֆավիրենց	EFV	400-600մգ	Դեղահատ, 400- 600մգ՝ օրը 1 անգամ	Բուժման սկզբում ընդունել երեկոյան	Գլխապտույտ, քնի խանգարումներ, հոգեկան խանգա- րումներ (դեպրեսիա, ինքնասպանության վտանգ), ցնցումներ, հեպատոտոքսիկոսի- տյուն, գերզգայունու- թյան ռեակցիա, բնածին դեֆեկտների պոտենցիալ ռիսկ, գինեկոմաստիա տղամարդկանց մոտ	98G, 100I, 101E/ P , 103N/ S , 106A/M, 108I, 179 D/E/F, 181C/I/V, 188L/H/C, 190A/S/E, 225H, 227C, 230L, 238T
Նևիրապին	NVP	200մգ	Դեղահատ, 200մգ՝ օրը 2 անգամ կամ 400մգ՝ օրը 1 անգամ	Առաջին 14 օրը 200մգ՝ օրը 1 անգամ, հետագա- յում 200մգ՝ օրը 2 անգամ կամ 400մգ՝ օրը 1 անգամ	Ցան, լյարդի ֆերմենտների ակտիվության բարձրացում	98G, 100I, 101E/ P , 103N/S , 106A/M , 108I, 179 D/E/F, 181C/I/V , 188L/H/C , 190A/S/E , 227L/C, 230L , 238T

Դեղի անվանում	Հապավում	Դեղաձևում դեղի քանակը	Դեղաչափ	Ծանոթություն	Հիմնական կողմնակի ազդեցություններ	Դեղակայունության մուտացիաներ*
Էտրավիրին (երկրորդ սերունդ)	ETR	100մգ	Դեղահատ, 200մգ՝ օրը 2 անգամ	Դեղահատերը ջրալույծ են, հարմար են դիսֆագիայով պացիենտների համար Պահպանում է արդյունավետությունը K103N մուտացիայի առկայության ժամանակ, հարմար է կիրառել ՀՌՎ բուժման պահեստային սխեմաներում այն պացիենտների համար, ովքեր նախկինում ստացել են իֆավիրենց կամ նևիրապին	Ցան	Էտրավիրինի նկատմամբ կայունության մուտացիա- ների կշռային դասակար- գում (DUET հետազոտու- թյուն): Քաշ 3:181I/V:քաշ 2,5:101P, 100I,181C, 230L: քաշ 1,5:138՝, 106I, 190S,179F:քաշ 1:90I, 179D/T,101E/H,98G, 190A. քաշ 3:181I/V; քաշ 2,5: 101P, 100I, 181C, 230L; քաշ 1,5:138A, 106I, 190S, 179F; քաշ 1: 90I, 179D/T, 101E/H, 98G, 190A. Մուտացիաների կշռային գործակից 0-2 = լավա- գույն պատասխան, 2,5- 3,5 = միջանկյալ պա- տասխան, ≥ 4 = պատաս- խանը համարժեք է պլա- ցեբոյի պատասխանին

Դեղի անվանում	Հասկում	Դեղաձևում դեղի քանակը	Դեղաչափ	Ծանոթություն	Հիմնական կողմնակի ազդեցություններ	Դեղակայունության մուտացիաներ*
Պրոտեազայի ինհիբիտորներ						
Ատազանավիր	ATV	Պատիճներ 150մգ, 200մգ, 300մգ	300մգ՝ օրը 1 ան- գամ + ռիտոնավիր 100մգ՝ օրը 1 անգամ կամ 400մգ առանց ռիտոնավիրի	Տենոֆովիրի հետ համատեղ կիրառման դեպքում դեղաչափի իջեցում 300/100մգ	Բիլիռուբինի մակար- դակի բարձրացում (անվտանգ է), նեֆրո- լիթիազ, անհաս ծննդաբերության վտանգ, էլեկտրա- սրտագրի շեղումներ	24I, 33F, 46I/L, 47V, 48 V/M , 50L, 53L , 54V/L/M/T/A, 73S/T , 82A/F/T/S, 84V/A/C, 88D/S, 90M Ձգայուն՝ 76V
Դարունավիր (երկրորդ սերունդ)	DRV	75մգ 150մգ 300մգ 400մգ 600մգ	Նախկինում ՀՌ-Վ բուժում չստացած- ներ կամ ՊԻ-ի նկատմամբ կայու- նության մուտա- ցիաների բացա- կայություն. 800մգ՝ օրը 1 անգամ + ռիտոնավիր 100մգ՝ օրը 1 անգամ Նախկինում ՀՌ-Վ բուժում ստացած- ներ. դեղահատ 600մգ՝ օրը 2 ան- գամ՝ + ռիտոնավիր 100մգ՝ օրը 2 ան- գամ (ՊԻ-ի նկատ- մամբ կայունության մուտացիայի առկայություն)	Կիրառվում է միայն ռիտոնավիրով ուժեղացված: Միանվագ ընդունում նախկինում ՀՌ-Վ չստա- ցողների մոտ, երկան- գամյա ընդունում նախկի- նում ՀՌ-Վ բուժում ստա- ցած պացիենտների մոտ: ՊԻ-ի նկատմամբ մասնակի կայունության դեպքում՝ 900/100մգ	Լուծ, հիպերտրիգլի- ցերիդեմիա, հիպեր- խոլեստերինեմիա, ցան, գերզգայունու- թյան ռեակցիա, հե- պատոտոքսիկություն	Կշռային դասակարգում՝ հիմնված կայունության գործակցի վրա: KY>4 = 50V ; KY 3-4 = 54M, 76V, 84V ; KY 2-3 = 32I, 33F, 47V, 74P ; KY<2 = 11I, 54L, 89V. Պարզաբանում՝ դարունավիրով բուժման արդյունավետության իջեցում նշված մուտացիաներից երեքի կամ ավելիի առկայության դեպքում: Ձգայուն՝ 50L

Դեղի անվանում	Հապավում	Դեղաձևում դեղի քանակը	Դեղաչափ	Ծանոթություն	Հիմնական կողմնակի ազդեցություններ	Դեղակայունության մուտացիաներ*
Լոպինավիր/ ռիտոնավիր, ֆիքսված դեղաչափով համակցված դեղ	LPV/r	200մգ/50մգ	2 դեղահատ (200/50մգ)՝ օրը 2 անգամ կամ 4 դեղահատ (200/50մգ)՝ օրը 1 անգամ		Լուծ, մեթերիզմ, դիսլիպիդեմիա, հեպատոտոքսիկոթյուն, անհաս ծննդաբերության ռիսկ, պանկրեատիտ	24I, 32I, 33F, 46I/L, 47V/A, 48 V/M, 50V , 54V/T/L,/A/M, 76V, 82A/F/T/S, 84V/A/C, 90M. Զգայուն՝ 50L
Ռիտոնավիր	RTV	100մգ	Միայն որպես ուժեղացուցիչ		Դիսլիպիդեմիա, լյարդի ֆերմենտների ակտիվության բարձրացում, լուծ	Կարևոր չեն
Տիպրանավիր (երկրորդ սերունդ)	TPV	250մգ	2 պատիճ, 250մգ՝ x ՝ օրը 2 անգամ + ռիտոնավիրի 2 պատիճ, 100մգ՝ օրը 2 անգամ	Դեղաչափերը նախկինում ՀՌՎ բուժում ստացած պացիենտների համար են Այլ ՊԻ-ների հետ չի կիրառվում Կիրառվում է միայն ռիտոնավիրի հետ	Դիսլիպիդեմիա (արտահայտված), լյարդի ֆերմենտների ակտիվության բարձրացում, լուծ	Տիպրանավիրի նկատմամբ կայունության մուտացիաների կշռային դասակարգում (յուրաքանչյուր մուտացիայի քաշ)՝ մեծ մուտացիաներ՝ 47V (+6), 54A/M/V (+3), 58E (+5), 74P (+6), 82L/T (+5), 83D (+4); փոքր մուտացիաներ՝ 10V (+1), 36I (+2), 43T (+2), 46L (+1), 84V (+2). Բարձրացած պատասխան՝ 24I (-2), 50L/V (-4), 54L (-7), 76V (-2). Բացատրություն՝ միավոր

Դեղի անվանում	Հապավում	Դեղաձևում դեղի քանակը	Դեղաչափ	Ծանոթություն	Հիմնական կողմնակի ազդեցություններ	Դեղակայունության մուտացիաներ*
						≤3 - զգայունություն, միավոր>3 և ≤10 - մասնակի կայունություն, միավոր>10 - մասնակի կայունություն, միավոր >10 կայունություն
Միաձուլման ինհիբիտորներ						
Էնֆուվիրտիդ	ENF	90մգ	Ենթամաշկային ներարկում՝ 90մգ/մլ՝ օրը 2 անգամ	Ներքին ընդունման դեղաձև չկա	Մաշկային երևույթներ (քոր, այտուց, ցավ)	gp41: 36D /E/V/S, 37V, 38E /A/M/G, 40H , 42T, 43D /K/S, 44M, 45M
Ներթափանցման ինհիբիտորներ (կոռեցեպտորների պաշարիչներ)						
Մարավիրոկ	MRV	150մգ 300մգ	Կախված միաժա- մանակ ընդունվող դեղերից 150, 300 կամ 600մգ՝ օրը 2 անգամ CYP3A-ի հզոր ինհիբիտորների (բոլոր ՊԻ-ները՝ բացի տիպրանա- վիրից, դելավեր- դին, ազոլներ, կլարիթրոմիցին, նեֆազոդոն, տելիթրոմիցին) հետ համատեղ	Մարավիրոկը CCR5 կոռեցեպտորների ընտրողական պաշարիչ է, այն ակտիվ չէ այն վիրուսների նկատմամբ, որոնք կապվում են CXCR4 կոռեցեպտորների հետ Նշանակելուց առաջ անհրաժեշտ է ՄԻԱՎ-ի տրոպիզմի հետազո- տություն, դեղը նշա- նակում են, եթե վարակն առաջացել է R5-տրո- պային շտամներով	Սակավարյունություն, անքնություն, անոռեքսիա, դեպ- րեսիա, ցավ որո- վայնում, մեթերիզմ, սրտխառնոց, փսխում, ցան, լյար- դային ֆերմենտների ակտիվության բարձրացում: Ուժեղ հեպատոտոք- սիկություն (հազվադեպ)	CCR5 կոռեցեպտորների պաշարիչներ պարունա- կող սխեմաների վիրու- սաբանական անհաջո- ղությունն ավելի հաճախ տեղի է ունենում X4-տրո- պային շտամների առա- ջացման կամ նրանց վերարտադրման վերականգնման, այլ ոչ թե CCR5 կոռեցեպտոր- ների պաշարիչների նկատմամբ կայունության զարգացման պատճառով:

Դեղի անվանում	Հապավում	Դեղաձևում դեղի քանակը	Դեղաչափ	Ծանոթություն	Հիմնական կողմնակի ազդեցություններ	Դեղակայունության մուտացիաներ*
			նշանակելիս 150մգ- ոց դեղահատ՝ օրը 2 անգամ CYP3A-ի ինդուկ- տորների հետ (հֆավիրենց, էտրավիրին, ռիֆամպիցին, կարբամազեպին, ֆենոբարբիտալ, ֆենիթոին) նշանակելիս 300մգ 2 հաբ՝ օրը 2 անգամ			CCR5 կոռեցեպտորների ցածրամոլեկուլյար պաշարիչների նկատմամբ կայունություն չի կարող զարգանալ սովորական կայունութ- յան մուտացիաների ընտրության հետևանքով: Ավելի հավանական է, որ մուտացիաների ընտ- րությունը կհանգեցնի կառուցվածքային փոփոխությունների, որոնք թույլ կտան, որ գլիկոպրոտեին 120-ը հարմարվի CCR5 կոռե- ցեպտորի կոնֆորմա- ցիային, որը կապված է պաշարիչի հետ: Նկարագրված մու- տացիաների մեծամաս- նությունը վերաբերում էր արտաքին թաղանթի գլի- կոպրոտեիդ 120-ի V3 հիպերվարիաբել շրջա- նին, բայց դրանց ազդե- ցությունը կախված է եղել այլ հանգամանքներից:

Դեղի անվանում	Հապավում	Դեղաձևում դեղի քանակը	Դեղաչափ	Ծանոթություն	Հիմնական կողմնակի ազդեցություններ	Դեղակայունության մուտագիաներ*
Ինտեգրազայի ինհիբիտորներ						
Ռալտեգրավիր	RAL	400մգ	Դեղահատ 400մգ՝ օրը 2 անգամ (զգուշորեն նշանակել լյարդի ծանր դիսֆունկցիայի ժամանակ)	Ընդունումը կապված չէ սննդի ընդունման հետ	Արտասովոր երազ- ներ, տհաճություն, գլխացավ, գլխա- պտույտ, որովայնի փքվածություն, ցավ որովայնում, լուծ, մե- թերիզմ, սրտխառ- նոց, փսխում, ցան, լյարդային ֆերմենտ- ների ակտիվության բարձրացում, կմախ- քային մկանների սուր նեկրոզ, միոպաթիա, միալգիա	Q148H/G7K/R7E, N155H, E157Q, E92Q, G140A/S, Y143C/H/R 92Q, 121Y, 138A/K, 140G/S, 143 R/C/H, 147G, 148H/R/K, 155H/S
Դոլուտեգրավիր	DTG	50մգ	Դեղահատ 50մգ՝ օրը 1 անգամ	Ընդունումը կապված չէ սննդի ընդունման հետ	Արտասովոր երազներ, անքնություն, գլխա- ցավ, գլխապտույտ, սրտխառնոց, փսխում, լուծ, մեթերիզմ, ցավ որովայնում, ցան, քոր, թուլություն, լյարդային ֆերմենտների ակտի- վության բարձրացում: Բուժման առաջին շա- բաթում կարող է դիտ-	Q148H/R/K, N155H, T66K, E92Q, E138KAT, G140SAC

Դեղի անվանում	Հապավում	Դեղաձևում դեղի քանակը	Դեղաչափ	Ծանոթություն	Հիմնական կողմնակի ազդեցություններ	Դեղակայունության մուտացիաներ*
					վել շիճուկային կրեա- տինինի խտության բարձրացում, որը պահպանվում է 48 շաբաթ, սակայն չունի կլինիկական նշանա- կություն, քանի որ կապված չէ կծիկային ֆիլտրացիայի արա- գության փոփոխու- թյան հետ	

Աղբյուր՝ <http://hivdb.stanford.edu/pages/download/>, փոփոխություններով:

* Մուտացիաները, որոնք հաստատված են, կապված են ավելի բարձր ֆենոտիպային կայունության կամ բուժման հանդեպ ցածր վիրուսաբանական պատասխանի հետ՝ համաձայն կլինիկական տվյալների: Մնացած մուտացիաները լրացուցիչ ընտրվում են բուժման անհաջողության ժամանակ կամ օժանդակ դեր են կատարում: Հետադարձ տրանսկրիպտազան ունի թիմիդինային անալոգների նկատմամբ կայունության մուտացիաների 2 հավաքածու՝ TAM-1 (41L, 210W, 215Y) և TAM-2 (67N, 70R և 219E/Q): «Զգայուն» նշանակում է մուտացիաներ, որոնք բարձրացնում են դեղի հանդեպ զգայունությունը:

ԵՐԿՆՎԱԳ ԸՆԴՈՒՆՄԱՆ ՖԻՔՍՎԱԾ ԴԵՂԱՉԱՓԵՐՈՎ ՀՌՎ ԴԵՂԵՐԻ ԿԱՐԾՐ ԴԵՂԱՁԵՎԵՐԻ
ՊԱՐԶԵՑՎԱԾ ԴԵՂԱՉԱՓԵՐԸ ՉՈՐՍ ՇԱԲԱԹԱԿԱՆԻՑ ՄԵԾ ԵՐԵԽԱՆԵՐԻ ՄՈՏ

Դեղ	Դեղաչափ երեխաների համար	Դեղահատերի քանակը առավոտյան և երեկոյան՝ ըստ մարմնի քաշի										Դեղաչափ մեծահա- սակաների համար	Դեղահատերի քանակը՝ ըստ մարմնի քաշի	
		3-5.9կգ		6-9.9կգ		10-13.9կգ		14-19.9կգ		20-24.9կգ			25-34.9կգ	
		Առ.	Եր.	Առ.	Եր.	Առ.	Եր.	Առ.	Եր.	Առ.	Եր.		Առ.	Եր.
AZT/3TC	60/30մգ (լուծվող) դեղահատ	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	300/150մգ	1	1
AZT/3TC/NVP	60/30/50մգ (լուծվող) դեղահատ	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	300/150/200մգ	1	1
ABC/AZT/3TC	60/60/30մգ (լուծվող) դեղահատ	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	300/300/150մգ	1	1
ABC/3TC	60/30մգ (լուծվող) դեղահատ	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	600/300մգ	0.5	0.5
ABC/3TC	120/60մգ (լուծվող) դեղահատ	0.5	0.5	0.5	1	1	1	1	1.5	1.5	1.5	600/300մգ	0.5	0.5

ՄԻԱՆՎԱԳ ԸՆԴՈՒՆՄԱՆ ՖԻՔՍՎԱԾ ԴԵՂԱԶԱՓԵՐՈՎ ՀՌՎ ԴԵՂԵՐԻ ԿԱՐԾՐ ԴԵՂԱԶԵՎԵՐԻ ՊԱՐԶԵՑՎԱԾ ԴԵՂԱԶԱՓԵՐԸ
ՉՈՐՍ ՇԱԲԱԹԱԿԱՆԻՑ ՄԵԾ ԵՐԵԽԱՆԵՐԻ ՄՈՏ

Դեղ	Դեղաչափ (մգ)	Դեղահատերի քանակը օրը 1 անգամ՝ ըստ մարմնի քաշի					Դեղաչափ մեծահասակների համար	Դեղահատերի քանակը՝ ըստ մարմնի քաշի
		3-5.9կգ	6-9.9կգ	10-13.9կգ	14-19.9կգ	20-24.9կգ		25-34.9կգ
EFV ¹	200մգ դեղահատ (բաժանվող)	-	-	1	1.5	1.5	200մգ	2
ABC/3TC	60/30մգ դեղահատ (լուծվող)	2	3	4	5	6	600/300մգ	1
	120/60մգ դեղահատ (լուծվող)	1	1.5	2	2.5	3		
ATV ²	100մգ դեղապատիճ	-	-	1	2	2	300մգ	2 (100մգ) կամ 1 (300մգ)
TDF ³	40մգ/գդալ փոշի	-	-	3	-	-	300մգ	1 (200մգ) ⁴ կամ 1 (300մգ)
	150մգ կամ 200մգ դեղահատ	-	-	-	1 (150մգ)	1 (200մգ)		

¹ Իֆավիրենցը խորհուրդ չի տրվում նշանակել 3 տարեկանից փոքր և 10կգ-ից պակաս քաշ ունեցող երեխաներին: Սննդամթերքի և դեղերի վարչությունը թույլատրել է այն կիրառել 3,5կգ-ից ավել քաշ ունեցող երեխաների մոտ (3,5-5կգ քաշ ունեցողներին նշանակվում է 2 հատ 50մգ պատիճ, 5-7,5կգ-ի դեպքում՝ 3 հատ 50մգ պատիճ, 7,5-15կգ-ի դեպքում՝ 1 հատ 200մգ պատիճ), սակայն այս տարիքային խմբում EFV-ի կիրառման վերաբերյալ խորհուրդներ մշակելու համար անհրաժեշտ են լրացուցիչ տվյալներ:

² Արագանավորը թույլ է տրված նշանակել 3 ամսական և բարձր տարիքի երեխաներին: Մեկ դեղաչափով դեղապատիճի դեպքում

անհրաժեշտ է ընդունել ռիպոնավիրի 100մգ-ի հետ՝ անկախ մարմնի քաշից: Նշանակվում է 5-10կգ քաշ ունեցող երեխաներին 200մգ ադազանավիրի փոշի (4 փաթեթ, 50մգ ամեն մեկը) 80մգ (5մլ) ռիպոնավիրի պերօռալ լուծույթի հետ միասին:

³ Տենոֆովիրը կարելի է կիրառել 2 տարեկան և բարձր երեխաների մոտ: Նպատակային դեղաչափը՝ 8մգ/կգ քաշին կամ 200մգ/մ²(առավելագույն դեղաչափը՝ 300մգ): 200մգ դեղահատն օգտագործվում է 25-29,9կգ քաշ ունեցող երեխաների, իսկ 300մգ դեղահատը՝ 30-34,9կգ քաշ ունեցող երեխաների համար:

⁴ 200մգ դեղահատերը պետք է կիրառել 25-29,9կգ քաշի պարագայում, 300մգ դեղահատերը՝ 30-34,9կգ քաշի պարագայում:

ԵՐԿՆՎԱԳ ԸՆԴՈՒՆՄԱՆ ՀՈՎ ԴԵՂԵՐԻ ԿԱՐԾՐ ԵՎ ՀԵՂՈՒԿ ԴԵՂԱՁԵՎԵՐԻ ՊԱՐԶԵՑՎԱԾ ԴԵՂԱԶԱՓԵՐԸ
ՉՈՐՍ ՇԱԲԱԹԱԿԱՆԻՑ ՄԵԾ ԵՐԵԽԱՆԵՐԻ ՄՈՏ

Դեղ	Դեղաչափ (մգ կամ մլ)	Դեղահատերի քանակը առավոտյան և երեկոյան՝ ըստ մարմնի քաշի										Դեղաչափ մեծահասակ- ների համար,մգ	Դեղահատերի քանակը՝ ըստ մարմնի քաշի	
		3-5.9կգ		6-9.9կգ		10-13.9կգ		14-19.9կգ		20-24.9կգ			25-34.9կգ	
		Առ.	Եր.	Առ.	Եր.	Առ.	Եր.	Առ.	Եր.	Առ.	Եր.		Առ.	Եր.
Կարծր ձևեր														
3TC	30մգ դ/հ (լուծվող)	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	150մգ	1	1
AZT	60մգ դ/հ (լուծվող)	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	300մգ	1	1
ABC	60մգ դ/հ (լուծվող)	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	300մգ	1	1
NVP ¹	50մգ դ/հ (լուծվող)	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	200մգ	1	1
LPV/r ²	100/25մգ դ/հ ³	-	-	-	-	2	1	2	2	2	2	100մգ/25մգ	3	3
	Պելետներ ⁴ 40/10մգ	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6	100մգ/25մգ	3	3
DRV ⁵	75մգ դ/հ	-	-	-	-	3	3	5	5	5	5			
RAL	25մգ ծամվող հաբեր	-	-	-	-	3	3	4	4	6	6	400մգ	1	1
	100մգ ծամվող հաբեր	-	-	-	-	-	-	1	1	1.5	1.5	400մգ	1	1
	Գրանուլներ ⁶ 100մգ/տուփ	0.25	0.25	0.5	0.5	-	-	-	-	-	-		-	-

Դեղ	Դեղաչափ (մգ կամ մլ)	Դեղահատերի քանակը առավոտյան և երեկոյան՝ ըստ մարմնի քաշի										Դեղաչափ մեծահասակ- ների համար,մգ	Դեղահատերի քանակը՝ ըստ մարմնի քաշի	
		3-5.9կգ		6-9.9կգ		10-13.9կգ		14-19.9կգ		20-24.9կգ			25-34.9կգ	
		Առ.	Եր.	Առ.	Եր.	Առ.	Եր.	Առ.	Եր.	Առ.	Եր.		Առ.	Եր.
Հեղուկ ձևեր														
AZT	10մգ/մլ	6մլ	6մլ	9մլ	9մլ	12մլ	12մլ	-	-	-	-	-	-	-
ABC	20մգ/մլ	3մլ	3մլ	4մլ	4մլ	6մլ	6մլ	-	-	-	-	-	-	-
3TC	10մգ/մլ	3մլ	3մլ	4մլ	4մլ	6մլ	6մլ	-	-	-	-	-	-	--
NVP ²	10մգ/մլ	5մլ	5մլ	8մլ	8մլ	10մլ	10մլ	-	-	-	-	-	-	-
LPV/r ²	80/20մգ/մլ	1մլ	1մլ	1.5մլ	1.5մլ	2մլ	2մլ	2.5մլ	2.5մլ	3մլ	3մլ	-	-	-
DRV ⁵	100մգ/մլ	-	-	-	-	2.5	2.5	3.5	3.5	-	-			

¹ Նևիրապինի տոքսիկությունից խուսափելու համար բուժումն սկսում են կես դեղաչափով, որը 2 շաբաթ անց կրկնապատկում են, սակայն վերջին հետազոտությունների տվյալները թույլ են տալիս ենթադրել նևիրապինի ավելի ցածր տոքսիկության վրանգը, ինչը թույլ է տալիս դիտարկել բուժումը լիարժեք դեղաչափով սկսելու հնարավորությունը: Վերջնական տվյալները կստացվեն ներկայումս անցկացվող հետազոտությունների արդյունքում:

² Լոպինավիր/ռիպոնավիրի հեղուկ ձևերը պահանջում են պահպանման համար ցածր ջերմային պայմաններ: Դեղահատերը ջերմակայուն են, դեղն ընդունելիս պետք է կուլ տալ ամբողջովին, խորհուրդ է տրվում այն կոտրել կամ փշրել:

³ Մեծահասակների համար Լոպինավիր/ռիպոնավիրի 200/50մգ հաբերը կարելի է կիրառել 14-24.9կգ քաշ ունեցող երեխաների մոտ (1հաբ 2 անգամ), իսկ 25-34.9կգ քաշի դեպքում՝ 2հաբ առավելագույն, 1 հաբ երեկոյան:

⁴ LPV/r-ի պելետները խորհուրդ է տրվում կիրառել 3 ամսականից փոքր երեխաների մոտ:

⁵ Եթե երեխայի քաշը ցածր է 15կգ-ից, դարձնավիրը անհրաժեշտ է կիրառել 0.5մլ ռիպոնավիրի հետ միասին ներքին ընդունման սուսպենզիայի տեսքով (80մգ/մլ), իսկ մարմնի քաշի 15-30կգ դեպքում՝ 50մգ ռիպոնավիրի հաբի հետ:

⁶ RAL գրանուլների տեսքով կարելի է կիրառել միայն 4 շաբաթական հասակից:

**ՄԻՆՁԵՎ 4 ՇԱԲԱԹԱԿԱՆ ԵՐԵԽԱՆԵՐԻ ՄՈՏ ՀԵՂՈՒԿ ԴԵՂԱՁԵՎԵՐԻ ԴՈՋԱՎՈՐՄԱՆ ՌԵԺԻՄՆԵՐԸ
ԵՐԿՆՎԱԳ ԸՆԴՈՒՆՄԱՆ ՀԱՄԱՐ**

Դեղ	Ազդող նյութի պարունակություն հեղուկ լուծույթում (մգ/մլ)	2-3կգ	3-4կգ	4-5կգ
AZT	10մգ/մլ	1մլ	1.5մլ	2մլ
NVP	10մգ/մլ	1.5մլ	2մլ	3մլ
3TC	10մգ/մլ	0.5մլ	0.8մլ	1մլ
LPV/r	80/20մգ/մլ	0.6մլ	0.8մլ	1մլ

ՀՈՎ ԴԵՂԵՐԻ ՊԱՐԶԵՑՎԱԾ ԴԵՂԱԶԱՓԵՐ

Դեղ	Դեղահատ, կամ պատիճ (մգ)	Դեղահատերի կամ պատիճների քանակը՝ ըստ մարմնի քաշի											
		3-5.9կգ		6-9.9կգ		10-13.9կգ		14-19.9կգ		20-24.9կգ		25-34.9կգ	
		Առ.	Եր.	Առ.	Եր.	Առ.	Եր.	Առ.	Եր.	Առ.	Եր.	Առ.	Եր.
ABC/3TC/NVP	60/30/50մգ	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	4	4
LPV/r պատիճներ	40/10մգ	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6	-	
ABC/3TC/LPV/r	30/15/40/10մգ	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6	-	
AZT/3TC/LPV/r	30/15/40/10մգ	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6	-	
DRV/r	240/40մգ	-	-	-	-	1	1	1	1	2	1	-	
ATV/r	100/33մգ	-		-		1		1		2		-	
ABC/3TC	120/60մգ	1		1.5		2		2.5		3		-	
TDF/3TC	75/75մգ	-		-		1.5		2		2.5		3-3.5 ¹	
TDF/3TC/EFV	75/75/150մգ	-		-		1.5		2		2.5		3-3.5 ¹	
TDF/3TC կրկնակի բաժանումով մեծահասակների դեղահատեր ²	300/300մգ	-		-		1/3		1/2		2/3		1	
TDF/3TC/EFV կրկնակի բաժանումով մեծա- հասակների դեղահատեր ²	300/300/600մգ	-		-		1/3		1/2		2/3		1	

¹ 25-29,9կգ քաշի դեպքում տրվում է 3 դեղահատ, իսկ 30-34,9կգ-ի դեպքում՝ 3,5 դեղահատ:

² Կրկնակի բաժանումով դեղահատերը ունեն 2 բաժանարար գծիկ մեկ երեսի և 1 գծիկ՝ մյուս երեսի վրա, ինչը թույլ է տալիս անհրաժեշտության դեպքում այն բաժանել 2 կամ 3 մասի:

Ձեռ

**ՀԱԿԱՌԵՏՐՈՎԻՐՈՒՄԱՅԻՆ ԲՈՒԺՈՒՄ ՍՏԱՆԱԼՈՒ ՀԱՄԱՐ ՊԱՑԻԵՆՏԻ
ԳՐԱՎՈՐ ՏԵՂԵԿԱՑՎԱԾ ՀԱՄԱՁԱՅՆՈՒԹՅԱՆ**

Ես՝ _____, ծնված _____ թվականին, սույնով հայտնում եմ իմ կամավոր համաձայնությունը ստանալու ՄԻԱՎ վարակի հակառետրովիրուսային բուժում հետևյալ դեղերի կիրառմամբ _____

_____:

Ես հաստատում եմ, որ ինձ բացատրվել է տվյալ բուժման անհրաժեշտության և դեղերի ազդեցության մասին, ինձ տրվել է պացիենտի տեղեկատվական թերթիկ և հեռախոսահամար, որի միջոցով կարող եմ հաղորդակցվել ինձ բուժող բժշկի կամ նրան փոխարինող մասնագետի հետ:

Ես գիտակցում եմ, որ՝

- նշանակված բուժումն ուղղված է ՄԻԱՎ-ի բազմացման ճնշմանը և ՄԻԱՎ վարակի հետ կապված երկրորդային հիվանդությունների կանխարգելմանը, և որ դա լիովին չի բուժելու ՄԻԱՎ վարակը և ամբողջությամբ չի վերացնելու իմ կողմից այլ անձանց վարակման վտանգը,
- նշանակված բուժումը ցանկացած պահի կարող է ընդհատվել իմ ցանկությամբ կամ բուժող բժշկի կողմից, այդ թվում՝ իմ կողմից նշանակումների չկատարման կամ հետազոտություններին չներկայանալու պատճառով, բժշկի կողմից բուժման դադարեցման դեպքում ես պետք է ստանամ դրա պատճառների բացատրությունը,
- նշանակված դեղերը, ինչպես ցանկացած դեղ, ունեն կողմնակի ազդեցություններ, որոնց մասին նշված է պացիենտի տեղեկատվական թերթիկում, որին ես ծանոթացել եմ:

Ես պարտավորվում եմ՝

- ներկայանալ բժշկական հետազոտությունների, լաբորատոր հետազոտությունների համար հանձնել կենսաբանական նյութերի նմուշներ՝ ըստ սահմանված գրաֆիկի,
- ընդունել նշանակված դեղերը՝ համաձայն բժշկի նշանակումների,
- տեղեկացնել բուժող բժշկին այս կամ այն պատճառով նշանակումները չկատարելու մասին,

- բուժող բժշկին անհապաղ (1 օրվա ընթացքում) տեղեկացնել իմ ինքնազգացողության փոփոխությունների մասին, եթե ըստ իս դրանք կապված են իմ ընդունած դեղերի հետ,
- առանց ինձ բուժող բժշկի հետ խորհրդակցելու չընդունել այլ բժշկի կողմից ոչ անհետաձգելի ցուցումներով նշանակված այլ դեղեր, իսկ եթե այլ դեղերի ընդունումն անխուսափելի է (օրինակ՝ անհետաձգելի ցուցումներով), միջոցներ ձեռնարկել հակառետրովիրուսային բուժում նշանակած բժշկին տեղյակ պահելու նպատակով:

Պացիենտի ստորագրություն _____

Ամսաթիվ _____/_____/_____

Բժիշկ _____

Ամսաթիվ _____/_____/_____

Ա.Ա.Հ. ստորագրություն

ՏԵՂԵԿԱՏՎԱԿԱՆ ԹԵՐԹԻԿ

հակառետրովիրուսային դեղերի և հակառետրովիրուսային բուժման վերաբերյալ

Մարդու իմունային անբավարարության վիրուսով պայմանավորված վարակը՝ ՄԻԱՎ վարակ, երկարատև ընթացքով քրոնիկ վարակային հիվանդություն է, որը դեռևս չունի արմատական բուժում: Դեռևս չի ստեղծվել այնպիսի դեղ, որը կարողանար օրգանիզմից լիովին վտարել ՄԻԱՎ-ը և վերականգնել նրա պաշտպանական մեխանիզմները: Վիրուսը մարդու օրգանիզմում պահպանվում է ողջ կյանքի ընթացքում: Այդ պատճառով ՄԻԱՎ-ով ապրող մարդիկ ողջ կյանքի ընթացքում բժշկական օգնության կարիք ունեն: Սկսելով բուժումը՝ ՄԻԱՎ վարակով պացիենտը պետք մշտապես գտնվի բժշկի հսկողության ներքո և պարբերաբար այցելի նրան՝ անհրաժեշտ հետազոտությունների և հարկ եղած դեպքում բուժման սխեմայի փոփոխման համար:

ՄԻԱՎ վարակի բուժման հիմքը հակառետրովիրուսային (ՀՌՎ) բուժումն է: ՀՌՎ բուժման շնորհիվ այսօր ՄԻԱՎ վարակն անբուժելիի փոխարեն համարվում է քրոնիկ հիվանդություն և այլևս չի նշվում ՄԻԱՎ վարակով պացիենտի կյանքի վերին սահման, այսինքն՝ ՄԻԱՎ-ով մարդը կարող է ապրել այնքան, որքան առանց ՄԻԱՎ-ի: ՀՌՎ բուժումը երեք և ավելի, ազդեցության տարբեր մեխանիզմներ ունեցող ՀՌՎ դեղերի համակցման օգտագործումն է օրգանիզմում ՄԻԱՎ-ի բազմացման ընկճման նպատակով: ՀՌՎ դեղերն իջեցնում են արյան մեջ շրջանառվող վիրուսային մասնիկների քանակը՝ վիրուսային ծանրաբեռնվածությունը (ՎԾ), ինչը նպաստում է իմունային համակարգի վերականգնմանը և զգալիորեն նվազեցնում է ՄԻԱՎ-ի փոխանցման հավանականությամբ:

յունը: ՀՌՎ դեղերի կանոնավոր, բժշկի նշանակմանը համապատասխան ընդունումը թույլ է տալիս վերականգնելու իմունային համակարգը մինչև այն մակարդակը, որն անհրաժեշտ է ՄԻԱՎ վարակով պայմանավորված բազմաթիվ հիվանդությունների զարգացումը կանխելու համար: ՀՌՎ դեղերի կիրառումը զգալիորեն նվազեցնում է ՄԻԱՎ վարակ ունեցող մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման հավանականությունը՝ ՄԻԱՎ վարակ ունեցող կնոջը ՄԻԱՎ վարակից զերծ երեխա ունենալու հնարավորություն տալով: Սակայն հարկ է իմանալ, որ ՀՌՎ դեղերի ընդունման կարգի խախտման դեպքում կարող է զարգանալ դեղակայունություն:

Ինչ նշանակություն ունի ՀՌՎ բուժումը

- ՀՌՎ բուժումը դանդաղեցնում է ՄԻԱՎ վարակի զարգացումը, նպաստում ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների կյանքի տևողության երկարացմանը և կյանքի որակի բարելավմանը:
- ՀՌՎ բուժման շնորհիվ նվազում են ՄԻԱՎ վարակով պայմանավորված հիվանդությունների զարգացման հաճախականությունն ու մահացությունը:
- ՀՌՎ բուժումն արդյունավետ է տղամարդկանց, կանանց և երեխաների համար՝ անկախ վարակման ուղուց:

Ինչից է կախված ՀՌՎ բուժման արդյունավետությունը

ՀՌՎ բուժման արդյունավետությունը կախված է այդ բուժումը ժամանակին սկսելուց, ՀՌՎ դեղերի ընդունման կարգը խստորեն պահպանելուց:

Դեղերի ընդունման կարգը ներառում է հետևյալ տարրերը.

- բժշկի նշանակած բոլոր դեղերի ընդունում ճիշտ քանակությամբ, նշանակված ժամին,
- դեղերի ընդունում նշված սննդային կարգին համապատասխան. արդյունավետ յուրացումն ապահովելու համար որոշ դեղեր պետք է ընդունել սննդի հետ, մյուսները՝ ուտելուց որոշ ժամանակ առաջ կամ հետո:

ՀՌՎ դեղերի ընդունման կարգի խստիվ պահպանման կարևորությունը

ՀՌՎ դեղերի ընդունման կարգի խստիվ պահպանումը ՀՌՎ բուժման արդյունավետության կարևորագույն նախապայմանն է: Այդ կարգի խախտումը ոչ միայն նվազեցնում է բուժման արդյունավետությունը, այլև նպաստում է ՀՌՎ դեղերի նկատմամբ ՄԻԱՎ-ի կայուն ձևերի առաջացմանը: ՀՌՎ դեղերի հանդեպ կայունությունը ձևավորվում է այն ժամանակ, երբ արյան մեջ ՀՌՎ դեղերի խտությունը լինում է ոչ բավարար՝ վիրուսի բազմացումը ճնշելու համար: Դեղակայունության զարգացման հետևանքով ՀՌՎ դեղերն այլևս չեն ազդում ՄԻԱՎ-ի վրա: Դրա

հետևանքով ՄԻԱՎ-ը շարունակում է բազմաձև օրգանիզմում, ՎԾ-ն բարձրանում է, CD4+ լիմֆոցիտների քանակը՝ նվազում: Հնարավոր է ՄԻԱՎ-ի կայունության զարգացում նաև այլ՝ տվյալ պացիենտի կողմից չկիրառված ՀՌՎ դեղերի հանդեպ: Արդյունքում պակասում է արդյունավետ բուժման համար դեղերի հնարավոր համակցումների տարբերակների քանակը:

ՀՌՎ դեղերի կողմնակի ազդեցությունները

Ինչպես ցանկացած դեղ, ՀՌՎ դեղերը ևս կարող են ունենալ կողմնակի ազդեցություններ: Նման ազդեցություններ ի հայտ գալու դեպքում դեղը կարող է փոխարինվել մեկ ուրիշով՝ նույն սխեմայում:

Ստորև նշված են ՀՀ-ում կիրառվող ՀՌՎ դեղերի հիմնական կողմնակի ազդեցությունները:

Պրոտեազայի ինհիբիտորների (ատազանավիր, ռիտոնավիր, դարունավիր լուպինավիր/ռիտոնավիր և այլն) հիմնական կողմնակի ազդեցությունները՝ ճարպային փոխանակության խանգարում, շաքարային դիաբետ, լուծ, սրտխառնոց, որովայնի փքվածություն, լյարդի ֆերմենտների ակտիվության բարձրացում:

Հետադարձ տրանսկրիպտազայի ոչ նուկլեոզիդային ինհիբիտորների (իֆավիրենց, նևիրապին և այլն) հիմնական կողմնակի ազդեցությունները՝ գիշերային մղձավանջներ, կենտրոնացման խանգարումներ, ընկճախտ, ցան, լյարդի ֆերմենտների ակտիվության բարձրացում:

Հետադարձ տրանսկրիպտազայի նուկլեոզիդային ինհիբիտորների (աբակավիր, լամիվուդին, էմտրիցիտաբին, զիդովուդին, տենոֆովիր և այլն) հիմնական կողմնակի ազդեցությունները՝ գերզգայունության ռեակցիա (ջերմություն, ցան, գրիպանման համախտանիշ, ստամոքսաղիքային խանգարումներ), ցավեր և ծակոցներ վերջույթներում, ճարպային փոխանակության խանգարում, ենթաստամոքսային գեղձի բորբոքում, սակավարյունություն, ստամոքսաղիքային խանգարումներ, գլխացավ, երիկամային անբավարարություն, սրտխառնոց, մազաթափություն:

Ինտեգրազայի ինհիբիտորների (ռալտեգրավիր, դոլուտեգրավիր և այլն) հիմնական կողմնակի ազդեցությունները՝ մղձավանջային երազներ, գլխացավ, գլխապտույտ լուծ, սրտխառնոց, որովայնի փքվածություն, լյարդի ֆերմենտների ակտիվության բարձրացում, ցան:

Պացիենտի ստորագրություն _____

Ամսաթիվ ____/____/____

Բժիշկ _____

Ամսաթիվ ____/____/____

Ա.Ա.Հ.

ստորագրություն

**ՀՌՎ ԴԵՂԵՐԻ ԴԵՂԱՉԱՓԵՐԻ ՇՏԿՈՒՄԸ ԵՐԻԿԱՄԱՅԻՆ
ԱՆԲԱՎԱՐԱՐՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ**

ՀՌՎ դեղ	Կծիկային ֆիլտրացիայի արագություն (մլ/րոպե)*				
ՀՏՆԻ	>50	30-49	10-29	<10	Հեմոդիալիզ
ABC	300 մգ 12 ժամը մեկ	Չի պահանջվում դեղաչափի շտկում			
FTC	200 մգ 24 ժամը մեկ	200 մգ 48 ժամը մեկ	200 մգ 72 ժամը մեկ	200 մգ 96 ժամը մեկ	200 մգ 96 ժամը մեկ
3TC	300 մգ 24 ժամը մեկ	150 մգ 24 ժամը մեկ	100 մգ 24 ժամը մեկ	50-25 մգ 24 ժամը մեկ	50-25 մգ 24 ժամը մեկ
TDF	300 մգ 24 ժամը մեկ	300 մգ 48 ժամը մեկ	խորհուրդ չի տրվում	խորհուրդ չի տրվում	խորհուրդ չի տրվում
			300 մգ 72-96 ժամը մեկ, եթե չկա այլընտրանք	300 մգ 7 օրը մեկ, եթե չկա այլընտրանք	300 մգ 7 օրը մեկ, եթե չկա այլընտրանք
AZT	300 մգ 12 ժամը մեկ	Չի պահանջվում դեղաչափի շտկում		100 մգ 8 ժամը մեկ	100 մգ 8 ժամը մեկ
ABC/3TC	600/300 մգ 24 ժամը մեկ	Օգտագործել ոչ համակցված տարբերակով			
AZT/3TC	300/150 մգ 12 ժամը մեկ				
ABC/3TC/AZT	300/150/300 մգ 12 ժամը մեկ				
TDF/FTC	300/200 մգ 24 ժամը մեկ	300/200 մգ 48 ժամը մեկ	Օգտագործել ոչ համակցված տարբերակով		
ՀՏՈՆԻ					
EFV	600 մգ 24 ժամը մեկ	Չի պահանջվում դեղաչափի շտկում			
ETV	200 մգ 12 ժամը մեկ	Չի պահանջվում դեղաչափի շտկում			
NVP	200 մգ 12 ժամը մեկ	Չի պահանջվում դեղաչափի շտկում			
TDF/FTC/EFV	300/200/600 մգ 24 ժամը մեկ	Չօգտագործել			

* Կծիկային ֆիլտրացիայի արագության հաշվարկը՝

$$V_{2h2} (կգ) \times (140\text{-տարիք})$$

$$72 \times (\text{հաստատություն} \times \text{շիճուկի կրեատինին} (\text{մկմոլ/լ}))$$

Հաստատունը=0.011 տղամարդկանց համար և 0.85 կանանց համար

**ՀՈՎ ԴԵՂԵՐԻ ԴԵՂԱԶԱՓԵՐԻ ՇՏԿՈՒՄԸ ԼՅԱՐԴԱՅԻՆ
ԱՆԲԱՎԱՐԱՐՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ**

ՀՏՆԻ	
ABC	Չայլդ-Պյուի A դաս՝ 200մգ-ից օրը 2 անգամ (օգտագործել օրալ լուծույթ)
	Չայլդ-Պյուի B կամ C դաս՝ հակացուցված է
FTC	Չի պահանջվում դեղաչափի շտկում
3TC	Չի պահանջվում դեղաչափի շտկում
TDF	Չի պահանջվում դեղաչափի շտկում
TDF/FTC	Չի պահանջվում դեղաչափի շտկում
AZT	Չայլդ-Պյուի C դաս՝ կրճատել դեղաչափը 50%-ով կամ կրկնապատկել դեղաչափի ընդունման ինտերվալը
ՀՏՈՆԻ	
EFV	Չի պահանջվում դեղաչափի շտկում
TDF/FTC/EFV	
ETV	Չայլդ-Պյուի A կամ B դաս՝ չի պահանջվում դեղաչափի շտկում
	Չայլդ-Պյուի C դաս՝ տվյալներ չկան
NVP	Չայլդ-Պյուի B կամ C դաս՝ հակացուցված է
ՊԻ	
ATV	Չայլդ-Պյուի B դաս՝ 300 մգ օրական
	Չայլդ-Պյուի C դաս՝ խորհուրդ չի տրվում
	RTV-ով ուժեղացում խորհուրդ չի տրվում Չայլդ-Պյուի B կամ C դասի ժամանակ
DRV	Չայլդ-Պյուի A կամ B դաս՝ չի պահանջվում դեղաչափի շտկում
	Չայլդ-Պյուի C դաս՝ խորհուրդ չի տրվում
LPV/r	Չկան դոզավորման խորհուրդներ
TPV	Չայլդ-Պյուի A դաս՝ օգտագործել զգուշորեն
	Չայլդ-Պյուի B կամ C դաս՝ հակացուցված է
Միաձուլման ինհիբիտորներ	
ENF	Չի պահանջվում դեղաչափի շտկում
CCR5 կոռեցեպտորների պաշարիչներ	
MVC	Չկան դոզավորման խորհուրդներ
ԻԻ	
RAL	Չի պահանջվում դեղաչափի շտկում
DTG	Չայլդ-Պյուի A կամ B դաս՝ չի պահանջվում դեղաչափի շտկում
	Չայլդ-Պյուի C դաս՝ տվյալներ չկան

ՀՌՎ ԴԵՂԵՐԻ ԿՈՂՄՆԱԿԻ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԵՎ ԴՐԱՆՑ ՎԵՐԱՑՄԱՆ ՈՒՂԻՆԵՐԸ

ՀՌՎ դեղեր	Բնութագիր	Մոտեցում
Հեպատոպրոքսիկություն (լյարդային ֆերմենտների ակտիվության բարձրացում)		
ՀՏՈՆԻ(նևիրապին) ՊԻ Մարավիրոկ	1) Լյարդային ֆերմենտների ակտիվության այլ պատճառներով չբացատրվող բարձրացում 2) ՀՏՈՆԻ-ների համար՝ 8-15%, ՊԻ-ների համար՝ ավելի քիչ 3) Հաճախականությունը բարձր է լյարդի հիվանդություններ, քրոնիկ հեպատիտներ Բ և Ց ունեցողների, ալկոհոլամոլությամբ տառապողների, ինչպես նաև այլ հեպատոտոքսիկ դեղեր (օրինակ՝ ռիֆամպիցին) ընդունողների մոտ 4) Օրեր կամ շաբաթներ անց (նևիրապին) կամ էլ շաբաթներ ու ամիսներ անց (այլ դեղեր)	ա. Լյարդային ֆերմենտների ակտիվության կանոնավոր որոշում բ. ՀՏՈՆԻ-ների կամ ՊԻ-ների ընդունումը շարունակելու դեպքում այդ ցուցանիշների մակարդակը հաճախ նորմալանում է գ. Ծանր կամ համառ դեպքերում ՀՏՈՆԻ-ն փոխարինում են ՊԻ-ով
Գերզգայունություն (կյանքին սպառնացող, դեղի կրկնակի նշանակման ժամանակ՝ անաֆիլակտիկ շոկ)		
Աբակավիր Նևիրապին Իֆավիրենց Էտրավիրին Դարունավիր/ռիտոնավիր	1) Տենդ և ցան, թուլություն և սրտխառնոց 2) 5% (>50% HLA B*5701 ալելը կրողների մոտ աբակավիրի դեպքում) 3) Դարունավիրի դեպքում ռիսկի գործոն է հանդիսանում ալերգիան սուլֆանիլամիդային դեղերի նկատմամբ 4) 6 շաբաթ անց՝ հազվադեպ	ա. Մաշկի կանոնավոր զննումներ, խուսափել ցան առաջացնող այլ դեղերի հետ համատեղ նշանակումից բ. Հանել աբակավիրը, եթե գերզգայունությունը միանգամայն հավանական է, դեղն այլևս չեն կիրառում գ. Աբակավիրի փոխարինում տենոֆովիրով, զիդովուդինով

ՀՌՎ դեղեր	Բնութագիր	Մոտեցում
Դեղնուկ (հիպերբիլիռուբինեմիա առանց լյարդի ֆունկցիայի խանգարման)		
Ատազանավիր	1) Անուղղակի բիլիռուբինի մակարդակի բարձրացում առանց լյարդային ֆերմենտների ակտիվության փոփոխության (վտանգավոր չէ, հնարավոր է քոր, լյարդի վնասումը բացակայում է, անցողիկ ռեակցիա) 2) 5% (հիպերբիլիռուբինեմիա դիտվում է ատազանավիր ստացող պացիենտների մեծամասնության մոտ) 3) Բուժման առաջին օրերին կամ շաբաթներին 4) Հաճախականությունը բարձր է լյարդի հիվանդություններ, քրոնիկ հեպատիտներ Բ և Ց ունեցողների, ալկոհոլամոլությամբ տառապողների, ինչպես նաև այլ հեպատոտոքսիկ դեղեր ընդունողների մոտ 5) ԷԿԳ-ի շեղումներ (PQ և QRS ինտերվալի երկարում)	ա. Կլինիկական ախտանշանների հսկում բ. Ռիտոնավիրով ուժեղացված այլ ՊԻ-երով փոխարինում միայն անտանելիության դեպքում գ. Օգտագործել զգուշությամբ հաղորդականության խանգարումների ժամանակ, միաժամանակ այլ դեղերի հետ օգտագործելիս, որոնք կարող են հանգեցնել PQ և QRS ինտերվալի երկարացման
Ստամոքսադիքային խանգարումներ		
Լոպինավիր/ռիտոնավիր, Զիդովուդին	1) Սրտխառնոց և փսխում (զիդովուդին), լուծ (ՊԻ) 2) Տարածված կողմնակի ազդեցություն 3) Առաջին դեղաչափից հետո 4) Զիդովուդինից առաջացած սրտխառնոցը, փսխումը սովորաբար անցողիկ են, իսկ լուծը՝ ոչ	ա. Բացառում են մյուս պատճառները (ստամոքս-ադիքային վարակներ, խոցեր) բ. Լուծի այլ պատճառները բացառելուց հետո նշանակում են լոպերամիդ, նպատակահարմար է փոխել լուծ առաջացնող ՀՌՎ դեղը, սրտխառնոցի և փսխման ժամանակ օգտագործում են մետոկլոպրամիդ և օնդանսետրոն
Ինսուլինառեզիստենտություն և շաքարային դիաբեթ		
Զիդովուդին	1) Գլյուկոզայի նկատմամբ տոլերանտության խանգարում, գլյուկոզայի մակարդակի բարձրացում	ա. Անոթի վիճակում գլյուկոզայի մակարդակի որոշում շիճուկում

ՀՌՎ դեղեր	Բնութագիր	Մոտեցում
	անոթի վիճակում 2) 1-5% 3) Բուժումն սկսելուց ամիսներ անց (ռիսկի գործոններ՝ ընտանեկան անամնեզում շաքարային դիաբետ և ճարպային բջջանքի ավելցուկ ներքին օրգաններում)	բ. Համապատասխան սննդակարգ և ֆիզիկական ակտիվություն, գլյուկոզայի մակարդակի նորմալացման համար նշանակում են մեթֆորմին կամ ինսուլինաթերապիա գ. Զիդովուդինը փոխարինում են տենոֆովիրով կամ աբակավիրով, խուսափում են ինդինավիրի կիրառումից
Լակտացիդոզ (սպառնում է կյանքին) կամ ծանր հեպատոմեգալիա հիպերսպրեպրոզով		
Վտանգի նվազման կարգով՝ զիդովուդին տենոֆովիր	1) Սրտխառնոց, փսխում, նիհարում, թուլություն, պանկրեատիտ, բազմաօրգանային անբավարարություն, մեծահասակների շնչառական դիսթրես համախտանիշ 2) Սովորաբար բուժումն սկսելուց ամիսներ անց, հատկապես ճարպակալմամբ կանանց, հղիների և այն պացիենտների մոտ, ովքեր միաժամանակ ստանում են ռիբավիրին (հակացուցված է)	ա. Կլինիկական ախտանշանների հսկում Լակտացիդոզի կասկածի դեպքում որոշում են վաղ լաբորատոր ցուցանիշները (լակտատ, կրեատինֆոսֆոկինազ, HCO₃) բ. Կլինիկական դրսևորումների ժամանակ նշանակում են նատրիումի բիկարբոնատ գ. Դեղը փոխարինում են աբակավիրով, տենոֆովիրով, լամիվուդինով, էմտրիցիտաբինով կամ նշանակում են ՀՏՆԻ չպարունակող սխեմա
Լիպոդիստրոֆիա		
Լիպոատրոֆիա՝ զիդովուդին Լիպոհիպերտրոֆիա՝ ռիտոնավիրով ուժեղացված ՊԻ-ներ և այլ ՀՌՎ դեղեր	1) Ենթամաշկային ճարպային բջջանքի հաստության նվազում (հատկապես տեսանելի է դեմքի, հետույքի և վերջույթների շրջանում) 2) Զարգանում է համարյա բոլոր պացիենտների մոտ, ովքեր բավականաչափ երկար են ստանում ՀՌՎ բուժում 3) Սովորաբար բուժումն սկսելուց ամիսներ և տարիներ անց	ա. Կլինիկական ախտանշանների հսկում բ. Զիդովուդինը փոխարինում են տենոֆովիրով կամ աբակավիրով. վերականգնումն ընթանում է դանդաղ (երբեմն շարունակվում է տարիներ) գ. Եթե լիպոատրոֆիան անդարձելի է, կարելի է կիրառել ներարկային ֆիլլերներ դ. Չափերի որոշում և համեմատում ելքային տվյալների հետ

ՀՌՎ դեղեր	Բնութագիր	Մոտեցում
	4) Որովայնի շրջագծի, կրծքագեղձի չափերի մեծացում կամ ճարպի ներդրում իրանի վերին հատվածում («ցլի սապատ»), ի տարբերություն ճարպակալման՝ ճարպը կուտակվում է անհամաչափ 5) Հազվադեպ կողմնակի ազդեցություն է, զարգանում է բուժումն սկսելուց ամիսներ հետո	ե. Սննդակարգ և ֆիզիկական ակտիվություն, ծանր դեպքերում դեղի փոխարինում ՀՏՈՆԻ-ով. «ցլի սապատը» հեռացվում է վիրաբուժական մեթոդներով, բայց սովորաբար կրկնվում է
ԿՆՀ-ի կողմից խանգարումներ		
Իֆավիրենց	1) ԿՆՀ-ի վրա տոքսիկ ազդեցություն՝ քնի խանգարումների, պաթոլոգիական երազների, դեպրեսիայի կամ խառնաշփոթ գիտակցության ձևով, ցնցումներ՝ անամնեզում ցնցումային սինդրոմի առկայության դեպքում, նախկինում ունեցած հոգեկան հիվանդությունների կամ դեպրեսիայի սրացում 2) Ավելի քան 50%-ի մոտ 3) Առաջին դեղաչափից հետո 4) Յերեկային ժամերին ընդունումից հետո 5) Պացիենտների մեծամասնության մոտ հետագա օրերի կամ շաբաթների ընթացքում ախտանշաններն աստիճանաբար թուլանում են	ա. Պացիենտների նախազգուշացում, հոգեբուժական անամնեզ, հոգեբույժի կոնսուլտացիա բ. Դեղի՝ գործածությունից հանում սովորաբար չի պահանջվում գ. Մնացորդային (ավելի թույլ արտահայտված) ախտանշանները կարող են պահպանվել և հետագայում պահանջել ՀՌՎ բուժման սխեմայի վերանայում
Լյարդի նեկրոզ (սպառնում է կյանքին)		
Նևիրապին	1) Տենդ, ցան (50%), սրտխառնոց, փսխում, էոզինոֆիլիա, ԱԼԱՏ-ի և ԱսԱՏ-ի ակտիվության բարձրացում 2) Նևիրապին ստացող 1-2% պացիենտների մոտ հաճախականությունը բարձր է. կանանց մոտ՝	ա. Լյարդի ֆունկցիայի բիոքիմիական ցուցանիշներ 2, 4, 8 և 12 շաբաթ անց, հետագայում՝ յուրաքանչյուր 3-6 ամիսը մեկ բ. Լյարդի նեկրոզը սպառնում է կյանքին, ծանր դեպքերում բոլոր դեղերն անհապաղ հանում

ՀՌՎ դեղեր	Բնութագիր	Մոտեցում
	CD4+>250բջիջ/մկլ, և տղամարդկանց մոտ՝ CD4+>400բջիջ/մկլ լիմֆոցիտների քանակի դեպքում 3) Սովորաբար առաջին 12 շաբաթների ընթացքում, 24 շաբաթ անց՝ հազվադեպ	են գ. Լյարդային անբավարարության բուժում՝ համաձայն գործող ցուցումների
Նեֆրոպրոքսիկություն		
Տենոֆովիր Ատազանավիր Լոպինավիր/ռիտոնավիր	1) Երիկամային անբավարարություն, Ֆանկոնիի համախտանիշ (միայն տենոֆովիր) կամ նեֆրոլիթիազ (ատազանավիր. հազվադեպ) 2) 1% (տենոֆովիր), <0,1% (ատազանավիր). հա- ճախականությունը բարձր է ի սկզբանե երիկամների դիսֆունկցիայով պացիենտների մոտ 3) Ռիսկի գործոններից են նաև ավելի մեծ տարիքը, մարմնի ցածր քաշը (<50կգ կամ ՄՁԻ<18,5), չբուժված շաքարային դիաբետը և արտերիալ հիպերտենզիան, այլ նեֆրոտոքսիկ դեղերի կամ ուժեղացված ՊԻ-ների զուգահեռ ընդունումը 4) Սովորաբար բուժումն սկսելուց շաբաթներ կամ ամիսներ անց (նեֆրոլիթիազի առաջացումը փոխկապակցված է ջրազրկման շրջանների հետ)	ա. Կրեատինինի (բարձրանում է), ֆոսֆատների, կալիումի (իջնում է) մակարդակների որոշում, սպիտակուցի քանակական որոշում մեզում (պարունակությունը բարձրացած է), գլյուկոզուրիայի որոշում առանց շաքարային դիաբետի պացիենտների մոտ բ. Տենոֆովիրի փոխարինում զիդովուդինով, աբակավիրով Ֆանկոնիի համախտանիշի և ԿՖԱ- ի մշտական իջեցման դեպքում, երբ այլ պատճառներ բացակայում են գ. Եթե տենոֆովիրն այլ դեղով հնարավոր չէ փոխարինել, կարելի է իջեցնել դեղաչափը՝ կողմնորոշվելով կրեատինինի կլիրենսով
Պանկրեատիտ		
Լոպինավիր/ռիտոնավիր	1) Ցավ որովայնում ուտելուց հետո, սրտխառնոց, ամիլազայի և լիպազայի ակտիվության բարձրացում 2) լոպինավիր/ռիտոնավիրի դեպքում՝ ՄԻԱՎ վարակի ուշ փուլը 3) Սովորաբար բուժումն սկսելուց շաբաթներ կամ ամիսներ անց	ա. Կլինիկական ախտանշանների հսկում բ. Ախտանշանային բուժում՝ ցավազրկող միջոցներ, պարենտերալ սնուցում, դեղի ընդունման դադարեցում գ. Փոխարինում զիդովուդինով, տենոֆովիրով կամ աբակավիրով

ՀՌՎ դեղեր	Բնութագիր	Մոտեցում
Ծայրամասային նեյրոպաթիա		
Բոլոր ՀՏՆԻ-ներ	1) Ցավ և պարեսթեզիաներ վերջույթներում 10-30% 2) Բուժումն սկսելուց ամիսներ կամ տարիներ անց, CD4+ լիմֆոցիտների ցածր քանակի դեպքում վտանգն ավելի բարձր է (ՄԻԱՎ-նեյրոպաթիա)	ա. Կլինիկական ախտանշանների հսկում և պացիենտների նախազգուշացում բ. Դեղի փոխարինում այլ ՀՏՆԻ-ով (տենոֆովիր, աբակավիր կամ զիդովուդին) և ցավազրկում կամ անցում ՀՏՆԻ չպարունակող ՀՌՎ բուժման սխեմայի
Ոսկրերի ախտահարում (օստեոպենիա և օստեոպորոզ)		
Տենոֆովիր Հնարավոր են այլ ՀՌՎ դեղեր	1) Տենոֆովիրն արագ իջեցնում է ոսկրերի խտությունը (տարեցների և հատկապես կանանց մոտ, նաև հիպոգոնադիզմով տղամարդկանց, բարձր դեղաչափերով գլյուկոկորտիկոիդներ ստացող պացիենտների և Դ-ավիտամինոզով պացիենտների մոտ զարգանում է օստեոպորոզ) 2) Օստեոպորոզի զարգացումը պահանջում է տարիներ	ա. Հետևում են ախտանշաններին և որոշում լյարդի ֆունկցիայի բիոքիմիական ցուցանիշները: Եթե բարձրացած է միայն հիմնային ֆոսֆատազայի ակտիվությունը, բացառում են Դ-ավիտամինոզը. Դ-ավիտամինոզի ժամանակ նշանակում են վիտամին Դ-ի դեղեր բ. Օստեոպորոզի վտանգով պացիենտներին ցուցված են սկրինինգային հետազոտություններ՝ համաձայն գործող ցուցումների. սննդակարգում պետք է լինի բավարար քանակությամբ կալցիում և վիտամին Դ, ախտաբանական կոտրվածքների և օստեոպորոզի այլ նշանների դեպքում նշանակում են դիֆոսֆոնատներ գ. Օստեոպորոզի հաստատման համար ցանկալի է կատարել ոսկրերի սցինտիգրաֆիա
Միրյ-անոթային խանգարումներ		
Ռիտոնավիրով ուժեղացված ՊԻ-ներ, Աբակավիր	1) ՊԻ-ները կարող են բարձրացնել ընդհանուր խոլեսթերինի, բարձր և ցածր խտության	ա. Մինչև ՀՌՎ բուժումն սկսելը և հետագայում ամեն տարի որոշում են քաղցած վիճակում լիպիդային

ՀՌՎ դեղեր	Բնութագիր	Մոտեցում
	լիպոպրոտեիդների, տրիգլիցերիդների մակարդակը, առաջացնել էլեկտրասրտագրի շեղումներ (PR և QT ինտերվալների երկարացում) 2) Վտանգը բարձրանում է նախկինում հաղորդականության շեղումներ ունեցող պացիենտների, հիպոկալիեմիայի, PR և QT ինտերվալները երկարացնող այլ դեղերի զուգահեռ ընդունման դեպքում 3) ՊԻ-ները, ինչպես նաև աբակավիրը բարձրացնում են սրտի իշեմիկ հիվանդությունների վտանգը: Դա առաջին հերթին կարևոր է աթերոսկլերոզի վտանգի գործոններ ունեցող պացիենտների համար (վտանգը կարելի է հաշվարկել Ֆրեյմինհեյմի և այլ սանդղակներով) 4) Բուժումն սկսելուց ամիսներ և տարիներ անց	պրոֆիլը բ. Ճարպերի ցածր պարունակությամբ սննդակարգ (հատկապես հագեցած ճարպաթթուների), ֆիզիկական ակտիվություն և ծխելուց հրաժարում գ. Զարկերակային հիպերտոնիայի, շաքարային դիաբետի և դիսլիպոպրոտեիդեմիայի բուժում՝ համաձայն գործող ցուցումների (ռիտոնավիրով ուժեղացված ՊԻ-ների ֆոնի վրա չի կարելի օգտագործել սիմվաստատին, մյուս ստատինները նշանակում են ցածր դեղաչափերով և աստիճանաբար բարձրացնում են դրանք լիպիդային պրոֆիլի անհրաժեշտ մակարդակի հասնելու համար՝ հետևելով նաև կողմնակի երևույթներին դ. Ացետիլսալիցիլաթթու նշանակում են միայն անամնեզում աթերոսկլերոզի առկայության ժամանակ
Սթիվենս- Ջոնսոնի համախտանիշ, տոքսիկ էպիդերմալ նեկրոլիզ		
Նևրալիա Հազվադեպ՝ իֆավիրենց, էտրավիրին	1) Տենդ, բշտիկներով ցան, միալգիա 2) 0,3% նևրալիանի, 0,1% իֆավիրենցի դեպքում 3) Սովորաբար բուժման առաջին օրերին կամ շաբաթներին (հատկապես կանանց մոտ)	ա. Մաշկի կանոնավոր զննում բ. Հակաբիոտիկներ և վերքային մակերեսների ինտենսիվ բուժում, հնարավոր է այրվածքային կենտրոնում գ. Դեղի փոխարինում ռիտոնավիրով ուժեղացված ՊԻ-ներով

ՀՌՎ դեղեր	Բնութագիր	Մոտեցում
Ցան		
Նևիրապին Իֆավիրենց Էտրավիրին Դարունավիր Աբակավիր	1) Մակուլոպապուլոզ ցան 2) 15% նևիրապինի, 20% ֆոսամպրենավիրի, 5% աբակավիրի դեպքում 3) Բուժումն սկսելուց օրեր կամ շաբաթներ անց	ա. Մաշկի կանոնավոր զննում բ. Այլ պատճառների բացառում. ցան կարող են առաջացնել այլ դեղեր, (օրինակ՝ տրիմեթոպրիմ/սուլֆամեթօքսազոլը, հակաբիոտիկները): ՀՌՎ բուժումը շարունակելու դեպքում ցանը երբեմն ինքնուրույն անցնում է գ. Նևիրապինի փոխարինում իֆավիրենցով և հակառակը: Եթե լավացում չկա, փոխարինում ռիտոնավիրով ուժեղացված ՊԻ-ով
Արյունաստեղծման ընկճում, այդ թվում սակավարյունություն և նեյտրոպենիա		
Զիդովուդին	1) Սակավարյունություն և նեյտրոպենիա (էրիթրոցիտների և նեյտրոֆիլների քանակի ոչ մեծ իջեցում միշտ լինում է զիդովուդին ընդունելու ժամանակ) 2) 1-4%-ի մոտ, դեղաչափակախախտություն 3) Սովորաբար առաջին 4 շաբաթը, բայց հնարավոր է և ուշ, եթե զիդովուդինի հետ համատեղ կիրառվում են այլ դեղեր, որոնք նույնպես ընկճում են արյունաստեղծումը, օրինակ՝ քիմիաթերապիա 4) Ռիսկի գործոն են համարվում անեմիան կամ նեյտրոպենիան, ինչպես նաև CD4+ լիմֆոցիտների քանակը ≤ 200 բջ/մկլ	ա. Արյան ընդհանուր հետազոտություն 2, 4 և 12 շաբաթ անց: Մակրոցիտոզը և թեթև սակավարյունությունը տարածված են և սովորաբար միջամտություն չեն պահանջում բ. Զիդովուդինի փոխարինում այլ ՀՏՆԻ-ով (տենոֆովիր, աբակավիր կամ ստավուդին). էրիթրոպոետինի դեղեր սովորաբար չեն կիրառվում

ՀՌ-Վ ԴԵՂԵՐԻ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՓՈԽԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

AB	TD	AZ	3T	dd	FT	d4	AT	LP	DR	RT	EF	ET	NV	RP	DT	RA	EVG+CO
C	F	T	C	I	C	T	V	V	V	V	V	R	P	V	G	L	B

Հակաբիոտիկներ (ներառյալ հակատուբերկուլոզային դեղերը)

Ռիֆամպիցին	•	❖	•	❖	❖	❖	❖	□	□	□	•	•	□	□	□	•	•	❖
Ռիֆաբուտին	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	•	•	•	•	•	•	•	□	❖	❖	•
Ռիֆապենտին	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	•	•	•	•	•	□	•	□	•	❖	•
Իզոնիազիդ	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖
Պիրազինամիդ	❖	❖	❖	❖	•	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖
Էտամբուրոլ	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖
Էթիոնամիդ	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖
Օֆլոքսացին	❖	❖	❖	•	❖	•	❖	•	•	❖	❖	❖	❖	❖	•	❖	❖	❖
Կանամիցին	❖	•	❖	•	❖	•	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	•
Ցիկլոսերին	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖
Բեդաքվիլին	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	•	•	•	•	•	•	❖	•	❖	❖	•
Կո-տրիմոքսազոլ	❖	❖	•	•	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖

Օփիոիդներով փոխարինող բուժում

Մեթադոն	•	❖	•	❖	•	❖		❖	•	•	•	•	•	•	•	❖	❖	❖
Բուպրենորֆին	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	•	❖	•	•	•	•	❖	❖	❖	❖	❖

Հակավիրուսային դեղեր (ներառյալ հեպատիտներ Բ-ի և Ց-ի, հերպեսվիրուսների բուժման համար օգտագործվող դեղեր)

Ռիբավիրին	•	❖	□	•	□	❖	•	•	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖
Ադեֆովիր	❖	□	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	•
Պեգինտերֆերոն ալֆա-2a	•	•	□	•	•	•	•	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖
Տելապրեվիր	•	•	•	❖	❖	❖	❖	•	•	•	•	•	❖	•	❖	❖	❖	❖
Բոցեպրեվիր	❖	❖	•	❖	❖	❖	❖	•	•	•	•	•	❖	•	❖	❖	❖	❖

	AB C	TD F	AZ T	3T C	dd I	FT C	d4 T	AT V	LP V	DR V	RT V	EF V	ET R	NV P	RP V	DT G	RA L	EVG+CO B
Էնտեկավիր	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖
Գանցիկլովիր	❖	•	•	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖
Ացիկլովիր	❖	•	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	•
Սոֆոսուվիր	❖		❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖
Լեդիպասավիր+Սոֆոսուվիր	❖	•	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	•	❖	❖	❖	❖	❖	•
Դակլատասավիր	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	•	❖	❖	•	•	•	•	❖	❖	❖	•
Սիմեպրեվիր	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	□	□	□	□	□	□	□	❖	❖	❖	□
Տենոֆովիր	❖	-	❖	❖	•	❖	❖	•	•	•	•	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖
Տելբիվուդին	❖	❖	•	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖
Հակապարազիտար դեղեր																		
Մետրոնիդազոլ	•	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	•	•	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖
Սպեկտինոմիցին	❖	•	❖	•	❖	•	•	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖
Հակամալարիային դեղեր																		
Ամոդիակվին	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	•	•	•	•	□	❖	•	❖	❖	❖	❖
Արտեմիզինին	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	•	❖	•	•	•	•	•	•	❖	❖	•
Գալոֆանտրին	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	□	□	□	□	•	•	•	•	❖	❖	□
Պիրիմեթամին	❖	❖	•	•	•	•	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖
Սուլֆադոքսին	❖	❖	•	•	•	•	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖
Լյումենֆանտրին	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	•	•	•	•	•	•	•	•	❖	❖	•
Մեֆլոխին	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	•	•	•	•	❖	❖	❖	❖	❖	❖	•
Հակասնկային դեղեր																		
Իտրակոնազոլ	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	•	•	•	•	•	•	□	•	❖	❖	•
Կետոկոնազոլ	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	•	•	•	•	•	•	□	•	❖	❖	•
Վորիկոնազոլ	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	•	•	•	□	•	•	•	•	❖	❖	•

	AB C	TD F	AZ T	3T C	dd I	FT C	d4 T	AT V	LP V	DR V	RT V	EF V	ET R	NV P	RP V	DT G	RA L	EVG+CO B
Ֆլուկոնազոլ	❖	❖	•	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	•	•	•	❖	❖	•
Ամֆոտերիցին B	❖	•	•	•	•	•	•	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	•
Ֆլուցիտոզին	❖	•	•	•	•	•	•	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖
Հակահիստամինային դեղեր																		
Աստեմիզոլ	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	□	□	□	□	□	□	□	•	❖	❖	□
Տերֆենադին	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	□	□	□	□	□	□	□	•	❖	❖	□
Ֆլուտիկազոն	❖	•	•	•	•	•	•	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	•
Հորմոնալ հակաբեղմնավորիչներ																		
Դեզոգեստրել	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	•	•	•	•	•	•	•	•	❖	❖	•
Դրոսպիրենոն	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	•	•	•	•	•	•	•	•	❖	❖	•
Դիդրոգեստերոն	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	•	•	•	•	•	•	•	•	❖	❖	•
Էստրադիոլ	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	•	•	•	•	•	❖	•	❖	❖	❖	•
Էթինիլէստրադիոլ	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	•	•	•	•	•	❖	•	❖	❖	❖	•
Էտոնոգեստրել	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	•	•	•	•	•	•	•	❖	❖	❖	•
Լևոնորգեստրել	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	•	•	•	•	•	•	•	❖	❖	❖	•
Մեդրոքսիպրոգեստերոն (մ/մ)	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	•	❖	❖	❖	•	❖	❖	❖	❖	❖	❖
Մեդրոքսիպրոգեստերոն (ներքին ընդունման)	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	•	•	•	•	•	•	•	❖	❖	❖	•
Նորէտիստերոն (Նորէտինդրոն)	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	•	•	•	•	•	❖	•	❖	❖	❖	•
Նորգեստիմատ	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	•	•	•	•	•	•	•	❖	❖	❖	•
Ուլիպիստրալ	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	•	•	•	•	•	•	•	❖	❖	❖	
Հակառետրովիրուսային դեղեր																		
Իֆավիրենց	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	•	•	•	•	-	□	•	•	•	•	□

	AB C	TD F	AZ T	3T C	dd I	FT C	d4 T	AT V	LP V	DR V	RT V	EF V	ET R	NV P	RP V	DT G	RA L	EVG+CO B
Էտրավիրին	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	•	•	•	•	□	-	□	•	•	❖	□
Նևիրապին	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	□	•	❖	❖	•	□	-	•	❖	❖	□
Դիդանոզին	❖	•	❖	•	-	❖	□	•	•	•	•	❖	❖	❖	❖	❖	❖	□
Էմտրիցիտաբին	❖	❖	❖	□	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖
Զիդովուդին	❖	❖	-	❖	❖	❖	□	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	□
Լամիվուդին	❖	❖	❖	❖	❖	□	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	□
Ստավուդին	❖	❖	□	❖	□	❖	-	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	□
Ատազանավիր	❖	•	❖	❖	•	❖	❖	-	•	❖	•	•	□	□	•	❖	•	□
Դարունավիր	❖	•	❖	❖	•	❖	❖	❖	□	-	•	•	❖	❖	❖	❖	❖	□
Լոպինավիր	•	•	❖	❖	•	❖	❖		-	□	•	•	❖	•	❖	❖	❖	□
Աբակավիր	-	❖	❖	❖		❖	❖	❖	•	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	□
Ռիտոնավիր	❖	•	❖	❖	•	❖	❖	•	•	•	-	•	•	❖	•	•	❖	□
Սաքվինավիր	❖	•	❖	❖	•	❖	❖	□	□	□	•	•	❖	•	•	•	❖	□
Դոլուտեգրավիր	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	•	•	•	•	❖	-	❖	□
Անցսիոլիտիկներ																		
Միդազոլամ (ներարկման համար)	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	•	•	•	•	□	•	•	❖	❖	❖	•
Միդազոլամ (ներքին ընդունման համար)	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	□	□	□	□	□	•	•	❖	❖	❖	□
Տրազոլամ	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	□	□	□	□	□	•	•	❖	❖	❖	□
Դիազեպամ	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	•	•	•	•	•	•	•	❖	❖	❖	•
Ստամոքսաղիքային միջոցներ																		
Օմեպրազոլ	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	□	❖	❖	❖	❖	❖	❖	□	❖	•	❖
Ֆիզապրիդ	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	□	□	□	□	□	•	•	•	❖	❖	□
Էզոմեպրազոլ	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	□	❖	❖	❖	❖	❖	❖	□	❖	•	❖

	AB C	TD F	AZ T	3T C	dd I	FT C	d4 T		AT V	LP V	DR V	RT V		EF V	ET R	NV P	RP V		DT G	RA L	EVG+CO B
Լանսոպրազոլ	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖		□	❖	❖	❖		❖	❖	❖	□		❖	•	❖
Պանտոպրազոլ	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖		□	❖	❖	❖		❖	❖	❖	□		❖	•	❖
Ռաբեպրազոլ	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖		□	❖	❖	❖		❖	❖	❖	□		❖	•	❖
Մետակլոպրամիդ	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖		❖	❖	❖	❖		❖	❖	❖	❖		❖	❖	❖
Անտացիդներ, որոնք պարունակում են Al, Mg, Ca	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖		•	❖	❖	❖		❖	❖	❖	•		•	•	•
Սիրտ-անոթային միջոցներ																					
Ամիոդարոն	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖		•	□	□	□		•	•	•	•		❖	❖	□
Բեպրիդիլ	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖		□	•	□	□		□	•	•	•		❖	❖	•
Ֆլեկսինիդ	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖		□	□	•			❖	•	❖	❖		❖	❖	•
Լիդոկաին	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖		•	•	□	•		•	•	•	❖		❖	❖	•
Պրոպաֆենոն	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖		□	•	•	□		•	•	•	❖		❖	❖	•
Խինիդին	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖		□	•	□	□		•	•	•	•		❖	❖	□
Դաբիգատրան	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖		□	□	□	□		❖	•	❖	•		❖	❖	•
Ռիվարոքսաբան	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖		□	□	□	□		•	•	•	❖		❖	❖	□
Սիմվաստատին	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖		□	□	□	□		•	•	•	❖		❖	❖	□
Լովաստատին	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖		□	□	□	□		•	•	•	❖		❖	❖	□
Լերկանիդիպին	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖		□	□	□	□		•	•	•	❖		❖	❖	□
Պրավաստատին	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖		❖	❖	•	❖		•	•	•	❖		❖	❖	❖
Ամլոդիպին	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖		•	•	•	•		•	•	•	❖		❖	❖	•
Բիսոպրոլոլ	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖		•	•	•	•		•	•	•	❖		❖	❖	•
Էնալապրիլ	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖		❖	❖	❖	❖		❖	❖	❖	❖		❖	❖	❖
Հիդրալազին	❖	•	❖	❖	❖	❖	❖		❖	❖	❖	❖		❖	❖	❖	❖		❖	❖	❖
Հիդրոքլորթիազիդ	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-		-	-	-	-		-	-	-
Բենդրոֆլումեթիազիդ	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖		-	-	-	-		-	-	-	❖		❖	❖	-
Մեթիլդոպա	❖	❖	•	❖	•	❖	•		❖	❖	❖	❖		❖	❖	❖	❖		❖	❖	❖

	AB C	TD F	AZ T	3T C	dd I	FT C	d4 T		AT V	LP V	DR V	RT V		EF V	ET R	NV P	RP V		DT G	RA L	EVG+CO B
Հակափսիստիկ դեղեր և նեյրոլեպտիկներ																					
Ֆլուֆենազին	❖	❖		❖	❖	❖	❖		□	□	□	□		❖	❖	❖	•		❖	❖	•
Պիմոզիդ	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖		□	□	□	□		□	•	•	•		❖	❖	□
Հակամիգրենային դեղեր																					
Էրգոտամին	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖		□	□	□	□		□	□	•	•		❖	❖	□
Դիհիդրոէրգոտամին	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖		□	□	□	□		□	□	□	•		❖	❖	□
Հակացնցումային դեղեր																					
Կարբամազեպին	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖		•	•	•	•		•	□	•	□			•	□
Ֆենորարբիտալ	•	❖	•	❖	❖	❖	❖		•	•	□	•		•	□	•	□			•	□
Ֆենիտոին	•	❖	•	❖	❖	❖	❖		•	•	□	•		•	□	•	□			•	□
Օքսկարբազեպին	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖		•	•	•	•		❖	•	•	□			❖	•
Գաբապենտին	❖	❖	❖	❖	•	❖	❖		❖	❖	❖	❖		❖	❖	❖	❖		❖	❖	❖
Վալպրոյաթթու	❖	❖	•	❖	❖	❖	❖		•	•	•	•		❖	❖	❖	❖		❖	❖	•
Ռեկրեացիոն դեղեր																					
Մարիխուանա (Կանաբիս)	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖		•	❖	❖	❖		•	•	❖	❖		❖	❖	❖
Կոկաին	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖		•	•	•	•		•	•	•	•		❖	❖	•
Ալկոհոլ	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖		❖	❖	❖	❖		❖	❖	❖	❖		❖	❖	❖
Մետամֆետամիններ	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖		•	•	•	•		❖	❖	❖	❖		❖	❖	•
Գամմա- հիդրօքսիկարագաթթու	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖		•	•	•	•		❖	❖	❖	❖		❖	❖	•
Էքստազի	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖		•	•	•	•		❖	❖	❖	❖		❖	❖	•
Ամիլնիտրատ	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖		❖	❖	❖	❖		❖	❖	❖	❖		❖	❖	❖
Կետամին	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖		•	•	•	•		•	•	•	❖		❖	❖	•
LCD (լիզերգինաթթվի դիէթիլամիդ)	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖		•	•	•	•		•	•	•	❖		❖	❖	•

	AB C	TD F	AZ T	3T C	dd I	FT C	d4 T		AT V	LP V	DR V	RT V		EF V	ET R	NV P	RP V		DT G	RA L	EVG+CO B
Հակադեպրեսանտներ																					
Ֆլուօքսետին	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖		•	•	•	•		❖	❖	❖	❖		❖	❖	•
Ամիտրիպտիլին	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖		•	•	•	•		❖	❖	❖	❖		❖	❖	•
Հակադիաբետիկ դեղեր																					
Ինսուլին	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖		❖	❖	❖	❖		❖	❖	❖	❖		❖	❖	❖
Գլիկլազիդ	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖		•	•	•	•		•	•	❖	❖		❖	❖	•
Գլյուկագոն	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-		-	-	-	-		-	-	-
Մեթֆորմին	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖		❖	❖	❖	❖		❖	❖	❖	•		•	❖	•
Վիտամիններ և սննդային հավելումներ																					
Ասկորբինաթթու (վիտամին C)	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖		❖	❖	❖	❖		❖	❖	❖	❖		•	•	•
Իսոլեկալցիֆերոլ (վիտամին D3)	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖		❖	❖	❖	❖		❖	❖	❖	❖		•	•	•
Ցիանկոբալամին (վիտամին B12)	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖		❖	❖	❖	❖		❖	❖	❖	❖		•	•	•
Ֆիտոմեննադիոն (վիտամին K1)	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖		❖	❖	❖	❖		❖	❖	❖	❖		•	•	•
Պիրիդոքսին (վիտամին B6)	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖		❖	❖	❖	❖		❖	❖	❖	❖		•	•	•
Ֆոլաթթու	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖		❖	❖	❖	❖		❖	❖	❖	❖		•	•	•
Ռեոտինոլ (վիտամին A)	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖		❖	❖	❖	❖		❖	❖	❖	❖		•	•	•
Ռիբոֆլավին (վիտամին B2)	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖		❖	❖	❖	❖		❖	❖	❖	❖		•	•	•
Թիամին (վիտամին B1)	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖		❖	❖	❖	❖		❖	❖	❖	❖		•	•	•
Վիտամին E	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖		❖	❖	❖	❖		❖	❖	❖	❖		•	•	•

	AB C	TD F	AZ T	3T C	dd I	FT C	d4 T	AT V	LP V	DR V	RT V	EF V	ET R	NV P	RP V	DT G	RA L	EVG+CO B
Մազնեզիում	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	•	•	•
Երկաթ	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	•	•	•
Ցինկ	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	•	•	•
Կալցիում	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	•	•	•
Այլ դեղեր																		
Հիդրոքսիմիզանյութ	•	•	•	•	□	•	□	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Սիլդենաֆիլ-թոքային զարկերակի հիպերտենզիայի բուժում	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	□	□	□	□	•	•	•	❖	❖	❖	•
Սիլդենաֆիլ-էրեկտիլ դիսֆունկցիայի բուժում	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	•	•	•	•	•	•	•	❖	❖	❖	•
Ալոպուրինոլ	❖	❖	❖	❖	□	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖
Ալֆուզոզին	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	□	□	□	□	•	•	•	•	❖	❖	□
Դեքսամեթազոն	❖	❖	❖	❖	•	❖	❖	•	•	•	•	•	•	•	□	❖	❖	•
Պիրոքսիկամ	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	□	•	•	❖	❖	❖	❖	❖
Արևքուրիկ	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	□	□	□	□	□	□	□	□		❖	□
Օրլիստատ	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•

- ❖ Չկա կլինիկորեն նշանակալի փոխազդեցություն, կամ, հավանական է, փոխազդեցությունը կապված չէ դեղի հայտնի մետաբոլիզմի հետ
- Հավանական փոխազդեցություն, որը պահանջում է մանրակրկիտ հսկողություն, դեղի դեղաչափի կամ ընդունման ինտերվալի փոփոխություն
- Մեծ հավանականությամբ կա փոխազդեցություն. չկիրառել, կիրառել մեծ զգուշությամբ
- Բացակայում են հստակ փաստացի կամ տեսական տվյալներ, որոնք կապացուցեին փոխազդեցության գոյությունը

ՀՌՎ ԴԵՂԵՐԻ ԿԱՐԵՎՈՐԱԳՈՒՅՆ ՓՈԽԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԵՎ ՎԱՐՄԱՆ ԱՌԱՋԱՐԿՎՈՂ ՄՈՏԵՑՈՒՄՆԵՐԸ

ՀՌՎ դեղ	Առանցքային փոխազդեցություններ	Առաջարկվող միջոցառումներ
AZT	Ռիբավիրին և պեգիլացված ինտերֆերոն ալֆա-2a	Փոխարինել AZT-ն TDF-ով
Ուժեղացված ՊԻ (ATV/r, DRV/r, LPV/r)	Ռիֆամպիցին	Փոխարինել ռիֆամպիցինը ռիֆաբուտինով LPV/r-ի դեղաչափի շտկում կամ 3 ՀՏՆԻ-ով փոխարինում (երեխաների մոտ)
	Գալոֆանտրին և Լումեֆանտրին	Օգտագործել այլընտրանքային հակամալարիային դեղ
	Լովաստատին և սիմվաստատին	Օգտագործել այլընտրանքային խոլեստերին իջեցնող դեղ
	Հորմոնալ հակաբեղմնավորիչներ	Օգտագործել այլընտրանքային կամ լրացուցիչ հակաբեղմնավորման մեթոդներ
	Մեթադոն և բուպրենորֆին	Անհրաժեշտության դեպքում մեթադոնի և բուպրենորֆինի դեղաչափի շտկում
	Աստեմիզոլ և տերֆենադին	Օգտագործել այլընտրանքային հակահիստամինային դեղ
	TDF	Երիկամների ֆունկցիայի մոնիտորինգ
	Սիմեպրեմիդ	Օգտագործել այլընտրանքային հակավիրուսային դեղ
	Օմբիտասավիր+պարիտապրեմիդ+ռիտոնավիր+դասաբ ուավիր	Օգտագործել այլընտրանքային հակավիրուսային դեղ
DTG	Կարբամազեպին, ֆենոբարբիտալ, ֆենիտոին	Օգտագործել այլընտրանքային հակացնցումային դեղ
	Պոլիվալենտ կատիոններ ներառյալ MG,Al, Fe,Ca,Zn	Նշված պոլիվալենտ կատիոններ պարունակող հավելումներ ընդունելիս DTG-ն ընդունել դրանցից 2 ժամ առաջ կամ 6 ժամ հետո: Անհրաժեշտ է վիրուսաբանական արդյունավետության մոնիտորինգ

EFV	Ամողիախին	Օգտագործել այլընտրանքային հակամալարիային դեղ
	Մեթադոն	Անհրաժեշտության դեպքում մեթադոնի դեղաչափի շտկում
	Հորմոնալ հակաբեղմնավորիչներ	Օգտագործել այլընտրանքային կամ լրացուցիչ հակաբեղմնավորման մեթոդներ, քանի որ EFV-ը կարող է իջեցնել որոշ հակաբեղմնավորիչների արդյունավետությունը
	Աստեմիզոլ և տերֆենադին	Օգտագործել այլընտրանքային հակահիստամինային դեղ
	Սիմեպրեվիր	Օգտագործել այլընտրանքային հակավիրուսային դեղ
	Օմբիտասավիր+պարիտապրեվիր+ռիտոնավիր+դասաբուվիր	Օգտագործել այլընտրանքային հակավիրուսային դեղ
NVP	Ռիֆամպիցին	Փոխարինել NVP-ը EFV-ով
	Մեթադոն	Անհրաժեշտության դեպքում մեթադոնի դեղաչափի շտկում
	Աստեմիզոլ և տերֆենադին	Օգտագործել այլընտրանքային հակահիստամինային դեղ
	Իտրակոնազոլ և կետոկոնազոլ	Օգտագործել այլընտրանքային հակասնկային դեղ
	Սիմեպրեվիր	Օգտագործել այլընտրանքային հակավիրուսային դեղ
	Օմբիտասավիր+պարիտապրեվիր+ռիտոնավիր+դասաբուվիր	Օգտագործել այլընտրանքային հակավիրուսային դեղ

ԲՈՒԺՄԱՆ ՌԵԺԻՄԻ ՊԱՀՊԱՆՄԱՆ ԳՆԱՀԱՏՄԱՆ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ

1. **Ինքնահաշվետվություն** (բուժման ռեժիմի պահպանման գնահատումը՝ ըստ պացիենտի ներկայացման). լավ, բայց ոչ կատարյալ մեթոդ է: Այսպիսի գնահատման ժամանակ բուժման ռեժիմի պահպանումն ավելի շատ է գերազնահատվում այլ մեթոդներով գնահատելու համեմատ: Մեթոդը գործում է միայն այն ժամանակ, երբ պացիենտն ինքն է ձգտում հայտնաբերել խնդիրները, հատկապես բժշկի հետ դեմ առ դեմ շփվելիս: Ի տարբերություն բուժաշխատողների՝ հսկողության վրա հիմնված մեթոդների՝ այս մեթոդը հնարավորություն է տալիս բարձրացնելու պացիենտի պատասխանատվությունը բուժման նկատմամբ:
2. **Բուժաշխատողի կողմից գնահատում**. սա, ինչպես ցույց են տվել հետազոտությունները, ճշգրիտ չէ և խորհուրդ չի տրվում:
3. **Արյան շիճուկում դեղի խտության մոնիտորինգ**. թանկարժեք մեթոդ է, որը դեռևս չի կարող լայնորեն կիրառվել: Այն կիրառելի չէ բուժման ռեժիմի պահպանման կանոնավոր հսկողության համար և թույլ է տալիս գնահատել իրավիճակը միայն այն պահին, երբ հետազոտության համար վերցվում է արյուն: Շիճուկում դեղերի ցածր խտության դեպքում անհրաժեշտ է պացիենտի հետ քննարկել դեղերի ընդունման կարգի պահպանման հարցերը: Որոշ ՀՌՎ դեղերի կանոնավոր ընդունման մասին կարելի է դատել լաբորատոր մարկերներով, օրինակ՝ բիլիռուբինի քանակը շիճուկում և էրիթրոցիտների միջին ծավալը արտացոլում են ատազանավիրի, զիդովուդինի և ավելի քիչ չափով ստավուդինի ընդունման կանոնավորությունը:
4. **Էլեկտրոնային դեղատուփեր**. սրանք հաճախ են օգտագործվում հետազոտությունների ժամանակ: Դեղատուփի վրա տեղադրված էլեկտրոնային հարմարանքները գրանցում են կափարիչի բացվելու թիվը: Մեթոդը կիրառելի չէ բլիստերային փաթեթավորմամբ դեղերի համար:
5. **Դեղատուն կատարված այցերի կամ դեղատնային գրառումների ստուգում**. ստուգում են որոշակի ժամանակահատվածում դեղատնից պացիենտի ստացած դեղերի քանակի համապատասխանությունը նշանակումներին: Մեթոդը տալիս է բավական հստակ, օբյեկտիվ տվյալներ երկարատև ժամանակաշրջանի համար՝ գնահատելու դեղերի ընդունման կարգի պահպանումը, սակայն հնարավորություն չի տալիս հայտնաբերելու ռեժիմից կարճաժամկետ շեղումները: Ինչպես և այլ մեթոդների դեպքում, որոշ իրավիճակներում այս մեթոդը պիտանի չէ, օրինակ, երբ պացիենտը կանոնավոր գնում է դեղերը դեղատնից, բայց չի ընդունում դրանք:

6. **Դեղահատերը ճանաչելու փորձ.** պացիենտին առաջարկում են դեղահատերի կույտից ընտրել այն դեղահատերը, որոնք մտնում են նրա ՀՌՎ բուժման սխեմայի մեջ, ըստ որում դեղահատերի հավաքածուի մեջ պետք է լինեն նաև կրկնօրինակ դեղահատեր, այսինքն՝ պացիենտին նշանակված դեղահատերին նման, բայց այլ դեղահատեր:
7. **Սուրոգատ մարկերներ.** բավականին հուսալի են բուժման ռեժիմի պահպանումը գնահատելու համար, սակայն հայտնաբերվում են չափազանց ուշ, երբ ռեժիմի խախտումներն արդեն բացահայտված են: ՊԻ պարունակող ՀՌՎ բուժման սխեմաների վիրուսաբանական անարդյունավետության ժամանակ պացիենտների մոտ հայտնաբերել են արյան մեջ ՊԻ-ների ցածր խտություն, դեղերի ընդունման կարգի պահպանման ցածր մակարդակ (դեղահատերի հաշվարկով) և ՊԻ-ների նկատմամբ գենոտիպային կայունության բացակայություն, ինչը վկայում է, որ անհաջողությունը պայմանավորված է եղել բուժման ռեժիմի խախտմամբ: Սակայն պետք է զգուշավորությամբ գնահատել այդ մարկերները, քանի որ դեղերի ցածր մակարդակը կարող է պայմանավորված լինել այլ պատճառներով:

**ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՈԶԻ ԹՈՔԱՅԻՆ ՁԵՎԻ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ՝
ԿԱԽՎԱԾ ԻՄՈՒՆԱՅԻՆ ԱՆԲԱՎԱՐԱՐՈՒԹՅԱՆ ԱՍՏԻՃԱՆԻՑ**

ՏԲ-ի ախտորոշման չափանիշները	Իմունային անբավարարության աստիճան	
	CD4+ >350բջիջ/մկլ	CD4+ <350բջիջ/մկլ
Կլինիկական պատկեր	Հաճախ հիշեցնում է երկրորդային ՏԲ	Հաճախ հիշեցնում է առաջնային ՏԲ
Խորխի մանրադիտակային հետազոտություն	Հաճախ դրական	Հաճախ բացասական
Կրծքավանդակի ռենտգենաբանական հետազոտություն	Հաճախ խոռոչներ (ախտաբանական փոփոխությունները կարող են բացակայել)	Հաճախ ինֆիլտրատներ՝ առանց խոռոչների (ախտաբանական փոփոխությունները կարող են բացակայել)

ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ ԿՈՂՄՆՈՐՈՇԻՉՆԵՐ ԵՎ ՄԵԹՈԴՆԵՐ

Ախտորոշում	Ախտորոշման կողմնորոշիչներ և մեթոդներ
Թոքերի տուբերկուլոզի տարբերակիչ ախտորոշում	
Մանրէային թոքաբորբ	Սովորաբար կարճատև անամենք, տենդ, հակաբիոտիկների արդյունավետություն
Թոքի թարախակույտ	Հազ՝ առատ թարախային խորխով, հեղուկի մակարդակով թարախակույտի առկայություն թոքերի ռենտգենաբանական պատկերի վրա
Պնևմոցիստային թոքաբորբ	Հաճախ չոր, ոչ արգասաբեր հազ, արտահայտված հևոց
Թոքերի սնկային ախտահարում (կրիպտոկոկոզ, կանդիդոզ, հիստոպլազմոզ և այլն)	Խորխի հետազոտություն, արյան ցանք
Վիրուսային պնևմոնիտներ (ցիտոմեգալովիրուսային, հերպեսային և այլն)	Ինտերստիցիալ թոքաբորբեր
Կապոշիի սարկոմա (ընդերային ձև)	Հազ, տենդ, արյունախիտում, հևոց, հաճախ մաշկի, ներքին օրգանների ախտահարում
Բրոնխոգեն քաղցկեղ	Ռիսկի գործոնների առկայություն (ծխախոտի չարաշահում, բարձր տարիք, մասնագիտական վնասակարություններ), բրոնխոսկոպիա՝ վերցված նմուշի հյուսվածքաբանական հետազոտությամբ
ԱԹՏԲ-ի և առավել հաճախ հանդիպող օպորտունիստական հիվանդությունների տարբերակիչ ախտորոշումը	
<u>Կենտրոնական նյարդային համակարգի ախտահարում</u>	
Մանրէային ծագման	
Նեյրոսիֆիլիս	Գլխուղեղի մագնիսառեզոնանսային տոմոգրաֆիա (այսուհետ՝ ՄՌՏ) ներերակային կոնտրաստանյութի ներարկմամբ, ողնուղեղային հեղուկի բակտերիաբանական և ՊՇՌ հետազոտություն
Նոկարդիոզ	
Լիստերիոզ	
Գլխուղեղի թարախակույտ	
Վիրուսային ծագման	
Ցիտոմեգալովիրուսային վարակ ¹	Գլխուղեղի ՄՌՏ ներերակային կոնտրաստանյութի ներարկմամբ, ողնուղեղային հեղուկի ՊՇՌ հետազոտություն
Հերպեսային վարակ	
Հարաճուն բազմաօջախային լեյկոէնցեֆալոպաթիա	
ՄԻԱՎ էնցեֆալոպաթիա ²	
Լիմֆոմա՝ գլխուղեղի առաջնային լիմֆոմա, Բ-բջջային ոչ Հոջկինյան լիմֆոմա	
Կապոշիի սարկոմա ³	

Ախտորոշում	Ախտորոշման կողմնորոշիչներ և մեթոդներ
Սնկային ծագման	
Սնկային ախտահարում	Գլխուղեղի ՄՌՏ ներերակային կոնտրաստանյութի ներարկմամբ, ողնուղեղային հեղուկի ցանք/ՊՇՌ հետազոտություն
Կրիպտոկոկային մենինգիտ	
Մակաբուծային ծագման	
Գլխուղեղի տոքսոպլազմոզ	Գլխուղեղի ՄՌՏ ներերակային կոնտրաստանյութի ներարկմամբ, ողնուղեղային հեղուկի ՊՇՌ հետազոտություն
<u>Աղիների ախտահարում</u>	
Կրիպտոսպորիդիոզ (մեկ ամսից ավել տևող լուծ)	Կղանքի մանրադիտում
Իզոսպորիոզ, միկոբակտերիոզ	
Էնտերիտ դիսեմինացված ատիպիկ միկոմանրէային վարակի ժամանակ	Արյան, նորմալում ստերիլ այլ կենսաբանական հեղուկների/նմուշառված հյուսվածքի ցանք
Ցիտոմեգալովիրուսային վարակ ¹	Կոլոնոսկոպիա՝ նմուշառված հյուսվածքի հետազոտությամբ/կղանքի ՊՇՌ հետազոտություն
<u>Ավշային հանգույցների ախտահարում</u>	
Ատիպիկ միկոբակտերիոզ	Էքսցիզիոն բիոպսիա, հյուսվածաբանական հետազոտություն
Լիմֆոպրոլիֆերատիվ պրոցես/նորագոյացություններ	
<u>Դիսեմինացված վարակ</u>	
Դիսեմինացված MAC-վարակ	Արյան, նորմալում ստերիլ այլ կենսաբանական հեղուկների/նմուշառված հյուսվածքի ցանք
Մանրէային սեպսիս/սեպտիցեմիա	
Դիսեմինացված միկոզներ (կրիպտոկոկոզ, կանդիդոզ, հիստոպլազմոզ և այլն)	

¹ Խիստ արտահայտված իմունային անբավարարության դեպքում ցիտոմեգալովիրուսային վարակը հաճախ ընթանում է բազմաօրգանային ախտահարումներով (ռեպինիտ, էզոֆագիտ, էնտերոկոլիտ, պնևմոնիտ և այլն), ուստի անհրաժեշտության դեպքում կազմակերպել համապարասխան հետազոտություններ (ակնահապակի դիպոմ, էզոֆագոգաստրոսկոպիա/կոլոնոսկոպիա նմուշառված հյուսվածքի հետազոտությամբ, ՊՇՌ հետազոտություն):

² Այլ պարճառների ժխտումից հետո:

³ Ուղեկցող մաշկային տարրերի հյուսվածաբանական հետազոտություն:

ԱՌԱՎԵԼ ՀԱՃԱՆ ԿԻՐԱՌՎՈՂ ՀԱԿԱՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՈՋԱՅԻՆ ԴԵՂԵՐ

Խումբ	Դեղի անվանումը (հապավում)
Խումբ 1. Առաջին շարքի ներքին ընդունման դեղեր	Իզոնիազիդ (H) Ռիֆամպիցին (R) Էտամբուտոլ (E) Պիրազինամիդ (Z) Ռիֆաբուտին (Rfb)
Խումբ 2. Առաջին և երկրորդ շարքի պարենտերալ (արտաընդերային) դեղեր	Ստրեպտոմիցին (S) Կանամիցին (Km) Ամիկացին (Am) Կապրետմիցին (Cm)
Խումբ 3. Երկրորդ շարքի դեղեր՝ ֆտորքինոլոններ	Լևոֆլոքսացին (Lfx) Մոքսիֆլոքսացին (Mfx) Օֆլոքսացին (Ofx)
Խումբ 4. Երկրորդ շարքի ներքին ընդունման բակտերիոստատիկ դեղեր	Էթիոնամիդ (Eto) Պրոթիոնամիդ (Pto) Ցիկլոսերին (Cs) Տերիզիդոն (Trd) Պարաամինոսալիցիլաթթու (PAS)
Խումբ 5. Բեդաքվիլին և դեղեր, որոնց դերը ԲԴԿ ՏԲ բուժման մեջ փորձարկվում է:	Բեդաքվիլին (Bdq) Դելամանիդ (Dlm) Լինեզոլիդ (Lzd) Կլոֆազիմին (Cfz) Ամօքսիցիլին/կլավուլանատ (Amx/Clv) Թիոացետազոն (Thz) Իմիպենեմ/ցիլաստատին (Ipm/Cln) Մերոպենեմ (Mpm) Իզոնիազիդ (H)՝ բարձր դեղաչափ

**ՀԱԿԱՌԵՏՐՈՎԻՐՈՒՄԱՅԻՆ ԵՎ ՀԱԿԱՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՈՂԱՅԻՆ ԴԵՂԵՐԻ
ՀԱՄԱՆՄԱՆ ԿՈՂՄՆԱԿԻ ԱԶԴՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ***

Կողմնակի ազդեցություն	ՀՌՎ դեղեր	Հակատուբերկուլո- զային դեղեր	Մեկնաբանություն
Որովայնի ցավ	Բոլոր ՀՌՎ դեղերը	Eto/Pto, PAS, Cfz,FQs,H,LZd, E, Z	Որովայնի ցավերը հաճախակի են և հիմնականում բարորակ, սակայն կարող են լինել ծանր կողմնակի ազդեցությունների՝ պանկրեատիտի, հեպատիտի, լակտացիդոզի վաղ ախտանշան
ԿՆՀ-ի վրա տոքսիկ ազդեցություն	EFV	Cs, H, Eto/Pto, FQs	EFV-ն ունի արտահայտված տոքսիկ ազդեցություն ԿՆՀ-ի վրա (գլխապտույտ, ցրվա- ծություն, քնի խանգարում- ներ,ախտաբանական երազ- ներ, գիտակցության խառնա- շփոթ), որը դրսևորվում է բուժ- ման առաջին 2-3 շաբաթների ընթացքում և սովորաբար ինքնուրույն անցնում է: Եթե չի անցնում, դիտարկել EFV-ի փոխարինման հարցը
Դեպրեսիա	EFV	Cs, Eto/Pto, FQs	Ծանր ընկճախտն ախտորոշվել է EFV ստացող 2,4% պացիենտ- ների մոտ: Նման դեպքերում անհրաժեշտ է դիտարկել EFV-ի փոխարինման հարցը
Լուծ	Բոլոր ՊԻ-ները	Eto/Pto, PAS, FQs, Amx/clv, lpm/Cln	Լուծը հաճախակի է Անհրաժեշտ է ժխտել լուծի առաջացման այլ պատճառներ՝ օպորտունիստական վարակները կամ Clostridium difficile-ով պայմանավորված պսևդոմոնբրանոզ կոլիտը
Դիսգլիկեմիա	ՊԻ-ներ	Eto/Pto	ՊԻ-ները կարող են առաջաց- նել ինսուլինառեզիստեն-

Կողմնակի ազդեցություն	ՀՌՎ դեղեր	Հակատուբերկուլոզային դեղեր	Մեկնաբանություն
			տություն և հիպերգլիկեմիա: Շաքարային դիաբետով պացիենտների մոտ Eto/Pto -ն դժվարացնում է ինսուլինի վերահսկումը և կարող է հանգեցնել հիպոգլիկեմիայի
Էլեկտրոլիտների անհավասարակշռություն	TDF (հազվադեպ)	Cm, ամինոգլիկոզիդներ	
Գլխացավ	AZT, EFV	Cs	Պետք է բացառել գլխացավի այնպիսի լուրջ պատճառները, ինչպիսիք են մանրէային կամ կրիատոկոկային մենինգիտները, տոքսոպլազմոզը և այլն: AZT-ով, EFV-ով և Cs-ով պայմանավորված գլխացավերը երկրորդային են և անցնում են ինքնուրույն: Ցավազրկողները (իբուպրոֆեն, պարացետամոլ) և լավ հիդրատացիան կարող են արդյունավետ լինել
Հեպատիտ	NVP, EFV, բոլոր ՊԻ-ներ (RTV)	Z, H, R, E, PAS, Eto/Pto	Ծանր հեպատոտոքսիկության զարգացման դեպքում դադարեցնել ՀՌՎ և հակատուբերկուլոզային դեղերի ընդունումը: Առաջնայինը վերսկսել հակատուբերկուլոզային բուժումը: Որպես հեպատոտոքսիկության պատճառ անհրաժեշտ է դիտարկել նաև կո-տրիմոքսազոլը, եթե պացիենտը ստացել է այն
Լակտացիդոզ	AZT, 3TC	Lzd	Հիպերլակտատեմիայի վաղ հայտնաբերում և կառավարում լակտացիդոզի զարգացումը կանխելու նպատակով
Արյունաստեղծման ընկճում	AZT	Lzd	Մշտապես վերահսկել արյան ընդհանուր հետազոտության ցուցանիշները: Փոխարինել

Կողմնակի ազդեցություն	ՀՌՎ դեղեր	Հակատուբերկուլոզային դեղեր	Մեկնաբանություն
			AZT-ն ուսկրածուծի ընկճման ժամանակ: Դիտարկել Lzd-ի դադարեցման հարցը: Արյունաստեղծման ընկճման պատճառ կարող է լինել կո-տրիմոքսազոլը: Դիտարկել ֆոլաթթվի նշանակման հարցը հատկապես կո-տրիմոքսազոլ ստացող պացիենտներին
Սրտխառնոց և փսխում	RTV, NVP և մյուսները	Eto/Pto, PAS, Z, Amx/Clv, Cfz, Lzd, Ipm/Cln	Համառ փսխումները և որովայնի ցավը կարող են լինել լակտացիդոզի հետևանք (հատկապես d4T-ի երկարատև օգտագործման ժամանակ) և /կամ դեղորայքային հեպատիտի արտահայտություն
Նեփրոտոքսիկություն	TDF	Ամինոգլիկոզիդներ, Cm	TDF-ն կարող է երիկամային անբավարարության, Ֆանկո-նիի համախտանիշի պատճառ լինել: Խուսափել TDF-ի նշանակումից ամինոգլիկոզիդներ և Cm ստացող պացիենտներին: Եթե TDF-ի նշանակումը միանգամայն անհրաժեշտ է, որոշել արյան մեջ կրեատինինի և էլեկտրոլիտների մակարդակը 2 շաբաթը մեկ
QT-միջակայքի երկարացում	RTV-ով ուժեղացված ՊԻ-ներ	FQs	
Ցան	ABC, NVP, EFV	Հակատուբերկուլոզային բոլոր դեղերը	Այլ պատճառների բացառում. ցան կարող են առաջացնել այլ դեղեր, օրինակ՝ կո-տրիմոքսազոլը, հակաբիոտիկները

* Թավադառ են այն դեղերը, որոնցից առավել հաճախ է զարգանում նշված կողմնակի ազդեցությունը:

ՀԱԿԱՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՈՋԱՅԻՆ ԵՎ ՀԱԿԱՌԵՏՐՈՎԻՐՈՒՄԱՅԻՆ ԴԵՂԵՐԻ ՓՈԽԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՆ ՈՒ ԴՐԱՆՑ ԼՈՒԾՄԱՆ ՏԱՐԲԵՐԱԿՆԵՐԸ

ՀՌՎ դեղեր	Հակատուբեր-կուլոզային դեղեր	Փոխազդեցույթ-յուններ	Խորհուրդներ
Պրոտեազայի ինհիբիտորներ (առանց ռիտոնավիրի)			
Ատազանավիր	Ռիֆամպիցին	Ռիֆամպիցինն իջեցնում է C_{max} , ² AUC ¹ և C_{min} ³ 180%-ով	Միաժամանակ չկիրառել
Ատազանավիր	Ռիֆաբուտին	Ռիֆաբուտինի խտության նվազում առանց ՊԻ-ների ակտիվության վրա ազդեցության	Ռիֆաբուտինի ընդունում 150մգ դեղաչափով ամեն օր կամ 300մգ շաբաթական 3 անգամ
Պրոտեազայի ինհիբիտորներ՝ ուժեղացված ռիտոնավիրով			
Լոպինավիր ⁴ Ատազանավիր Դարունավիր	Ռիֆամպիցին	Ռիֆամպիցինն իջեցնում է C_{max} , AUC և C_{min} ավելի քան 75%-ով	Չկիրառել ռիֆամպիցինը ՊԻ-ների հետ LPV/r կիրառումը 400+100մգ օրը 2 անգամ՝ գումարած RTV 300մգ օրը 2 անգամ բարձրացնում է դեղերի տոքսիկ ազդեցության վտանգը, սակայն կարող է չլուծել փոխազդեցության խնդիրը
	Ռիֆաբուտին	Ռիֆաբուտինի և նրա մետաբոլիտների ակտիվության զգալի բարձրացում, ինչը կարող է հանգեցնել թունավորման	Ռիֆաբուտին 150 մգ օրը մեկ անգամ կամ 300 մգ շաբաթական 3 անգամ, ՊԻ-ների դեղաչափերը մնում են անփոփոխ
Հետադարձ տրանսկրիպտազայի ոչ նուկլեոզիդային ինհիբիտորներ			
Իֆավիրենց	Ռիֆամպիցին	Իֆավիրենցի ակտիվությունը նվազում է մոտ 26%-ով	Կիրառել երկու դեղերը նույն դեղաչափերով
	Ռիֆաբուտին	Ռիֆաբուտինի	Ռիֆաբուտին 450-600 մգ

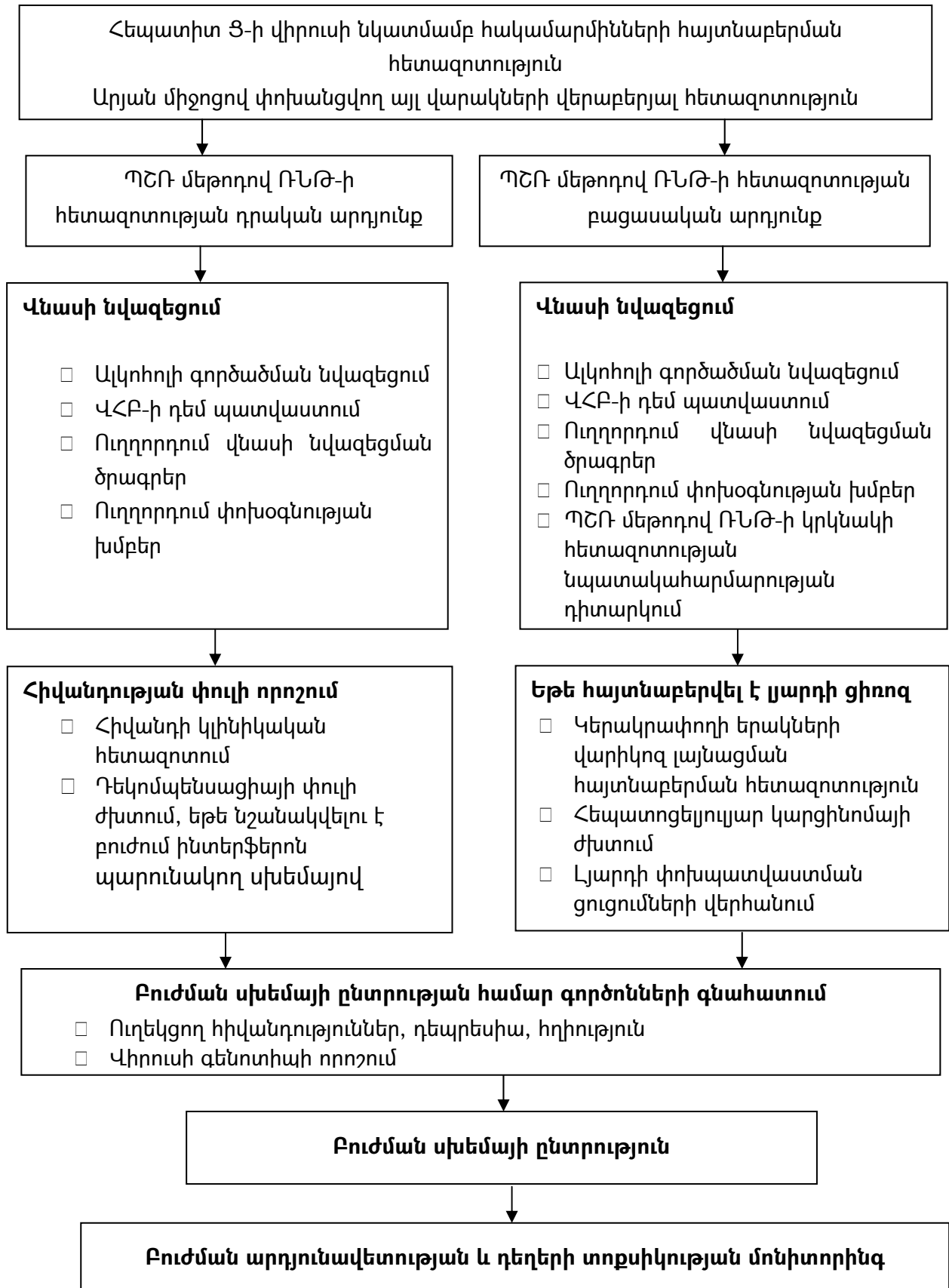
ՀՌՎ դեղեր	Հակատուբեր- կուլոզային դեղեր	Փոխազդեցու- թյուններ	Խորհուրդներ
		ակտիվությունը նվազում է մոտ 38%-ով	օրը 1 անգամ կամ 600 մգ շաբաթական 3 անգամ
Նևիրապին	Ռիֆամպիցին	Նևիրապինի AUC-ը նվազում է 20-58%-ով	Միաժամանակ չկիրառել
	Ռիֆաբուտին	Նվազագույն փոխազդեցություններ	Կարելի է կիրառել սովորական դեղաչափերով
Էտրավիրին	Ռիֆամպիցին	Ռիֆամպիցինի զգալի փոխազդեցություն էտրավիրինի հետ	Միաժամանակ չկիրառել
	Ռիֆաբուտին	Էտրավիրինի ակտիվությունը նվազում է մոտ 37%-ով	Ռիֆաբուտին 300 մգ օրը 1 անգամ, եթե ETR չի կիրառվում ռիտոնավիրով ուժեղացված ՊԻ-ների հետ Եթե ETR կիրառվում է ռիտոնավիրով ուժեղացրած ՊԻ-ների հետ, ռիֆաբուտին չի կարելի կիրառել
Ինտեգրազայի ինհիբիտորներ			
Ռալտեգրավիր	Ռիֆամպիցին	Ռիֆամպիցինն իջեցնում է C_{max} , AUC և C_{min} 60-70%-ով	Բարձրացնել ռալտեգրավիրի դեղաչափը մինչև 800 մգ օրը 2 անգամ
	Ռիֆաբուտին	Ռալտեգրավիրի AUC-ի բարձրացում 20%-ով, C_{max} -ի մեծացում 40%-ով, C_{min} -ի նվազում 20%-ով	Դեղաչափի շտկման կարիք չկա
Դոլուտեգրավիր	Ռիֆամպիցին	Ռիֆամպիցինն իջեցնում է դոլուտեգրավիրի խտությունն արյան պլազմայում: Դոլուտեգրավիրի AUC-ի իջեցում 54%-	Կիրառել դոլուտեգրավիրը 50 մգ օրը 2 անգամ Խուսափել դոլուտեգրավիրի նշանակումից ինտեգրազայի ինհիբիտորների նկատմամբ կայունության դեպքում

ՀՌՎ դեղեր	Հակատուբեր-կուլոզային դեղեր	Փոխազդեցություններ	Խորհուրդներ
		ով, C_{max} -ի նվազում 43%-ով, C_{tr} -ի ⁶ նվազում 72%-ով	
	Ռիֆաբուտին	Ռիֆաբուտինի և դոլուտեգրավիրի միջև զգալի փոխազդեցությունների բացակայություն AUC-ի իջեցում 5%-ով, C_{max} -ի նվազում 16%-ով, C_{tr} -ի նվազում 30%-ով	Դեղաչափի շտկման կարիք չկա
Ներթափանցման ինհիբիտորներ			
Մարավիրոկ	Ռիֆամպիցին	Ռիֆամպիցինն իջեցնում է մարավիրոկի ակտիվությունը 160%-ով	Համատեղ չկիրառել կամ բարձրացնել մարավիրոկի դեղաչափը մինչև 600մգ օրը 2 անգամ
	Ռիֆաբուտին	Ռիֆաբուտինի աննշան ազդեցություն մարավիրոկի ակտիվության վրա	Կիրառել մարավիրոկը 300 մգ օրը 2 անգամ և ռիֆաբուտինը 300մգ օրական
Միաձուլման ինհիբիտորներ			
Էնֆուվիրտիդ	Ռիֆամպիցին Ռիֆաբուտին	Փոխազդեցությունը բացակայում է	Դեղաչափի շտկման կարիք չկա
Հետադարձ տրանսկրիպտազայի նուկլեոզիդային ինհիբիտորներ			
Զիդովուդին	Ռիֆամպիցին	Ռիֆամպիցինն իջեցնում է զիդովուդինի AUC-ը 47%-ով, սակայն ազդեցությունը ներբջջային խտության վրա անհայտ է	Կլինիկական նշանակությունը անհայտ է

¹ AUC- ֆարմակոկինետիկ պարամետր, որը բնութագրում է արյան պլազմայում դեղի ընդհանուր կոնցենտրացիան դիտարկման ողջ ընթացքում

- ² C_{max} -դեղի առավելագույն խտությունը պլազմայում
- ³ C_{min} -դեղի նվազագույն խտությունը պլազմայում
- ⁴ Կլարիֆորմիցինի միաժամանակյա օգտագործումը ՀՏՈՆԻ-ների և ՊԻ-ների հետ հանգեցնում է բազմաթիվ դեղային փոխազդեցությունների: Պետք է խուսափել կլարիֆորմիցինի օգտագործումից ՄԻԱՎ/ԲԴԿ ՏԲ համակցված վարակով պացիենտների մոտ՝ ՏԲ-ի այդ ձևերի ժամանակ կլարիֆորմիցինի ցածր արդյունավետության և հաճախակի զարգացող դեղային փոխազդեցությունների պատճառով:
- ⁵ Զգուշանալ ներարկային հակաբուբերկուլոզային դեղերի և տենոֆովիրի համատեղ օգտագործումից դրանց պոտենցվող նեֆրոտոքսիկության պատճառով. անհրաժեշտ է հաճախակի վերահսկել երիկամների գործունեությունը:
- ⁶ C_t -դեղի խտությունը ընդունումների միջև ընկած ժամանակահատվածում:

ՎԻՐՈՒՍԱՅԻՆ ՀԵՊԱՏԻՏ Ց-Ի ԼԱԲՈՐԱՏՈՐ ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ ԵՎ ԲՈՒԺՄԱՆ ԱԼԳՈՐԻԹՄ



**ՊԵԳ-ԻՆՏԵՐՖԵՐՈՆԻ ԵՎ ՌԻԲԱՎԻՐԻՆԻ ԿՈՂՄՆԱԿԻ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՆ ՈՒ
ԴՐԱՆՑ ԴԵՊՔՈՒՄ ՄՈՏԵՑՈՒՄՆԵՐԸ**

1. Սակավարյունություն և նեյտրոպենիա

- 1) Սակավարյունություն ($Hb < 10g/dl$) դիտվում է ՊԵԳ-ԻՖՆ և ռիբավիրին ստացող պացիենտների 30%-ի մոտ:
- 2) Զիդովուդինի համատեղ ընդունման և հեմոգլոբինի ելակետային ցածր մակարդակի դեպքում սակավարյունությունն ավելի արտահայտված է լինում:
- 3) Զիդովուդինն անհրաժեշտ է փոխարինել այլ ՀՌՎ դեղով:
- 4) Նեյտրոպենիա (նեյտրոֆիլների քանակը $< 1000/մկ$) կարող է դիտվել պացիենտների 50%-ի մոտ, բայց ծանր բակտերիալ վարակներ հազվադեպ են զարգանում:

2. ՊԵԳ-ԻՖՆ-ի և ռիբավիրինի դեղաչափերի շտկումը

- 1) Անհրաժեշտ է իջեցնել ռիբավիրինի դեղաչափը մինչև 600մգ/օրը (200մգ առավոտյան և 400մգ երեկոյան), եթե՝
 - ա. հեմոգլոբինի մակարդակը 8,5-10գ/դլ սահմաններում է, բայց չկա լուրջ սիրտ-անոթային հիվանդություն,
 - բ. սիրտ-անոթային հիվանդություն ունեցող պացիենտների մոտ (կայուն վիճակում) հեմոգլոբինի մակարդակը բուժման 4 շաբաթվա ընթացքում իջնում է 2գ/դլ-ից ավելի (խորհուրդ չի տրվում վերադառնալ նախկին դեղաչափին):
- 2) Անհրաժեշտ է ընդհատել ռիբավիրինի ընդունումը, եթե՝
 - ա. հեմոգլոբինի մակարդակն իջնում է 8,5գ/դլ-ից, և չկա լուրջ սիրտ-անոթային հիվանդություն,
 - բ. սիրտ-անոթային հիվանդություն ունեցող պացիենտների մոտ (կայուն վիճակում) հեմոգլոբինի մակարդակը մնում է 12գ/դլ-ից ցածր՝ ռիբավիրինի իջեցված դեղաչափի 4-շաբաթյա ընդունումից հետո:
- 3) Հեմոգլոբինի մակարդակի վերականգնումից հետո կարելի է վերսկսել ռիբավիրինի ընդունումը՝ 600մգ/օրը դեղաչափով:
- 4) Ռիբավիրինի անտանելիության դեպքում շարունակում են ՊԵԳ-ԻՖՆ-ի մոնոթերապիան:
- 5) Անհրաժեշտ է իջեցնել ՊԵԳ-ԻՖՆ-ի դեղաչափը, եթե նեյտրոֆիլների քանակը $< 750/մկ$:

- 6) Անհրաժեշտ է ընդհատել ՊԵԳ-ԻՖՆ-ով բուժումը, եթե նեյտրոֆիլների քանակը $<500/\text{մլ}$, և սպասել, մինչև նեյտրոֆիլների քանակը դառնա $>1000/\text{մլ}$: Դրանից հետո բուժումը վերսկսում են ՊԵԳ-ԻՖՆ-ի կես դեղաչափով՝ մշտապես հետևելով նեյտրոֆիլների քանակին:
- 7) Անհրաժեշտ է կրկնակի իջեցնել ՊԵԳ-ԻՖՆ-ի դեղաչափը, եթե թրոմբոցիտների քանակը $<50000/\text{մլ}$:
- 8) Անհրաժեշտ է ընդհատել ՊԵԳ-ԻՖՆ-ով բուժումը, եթե թրոմբոցիտների քանակը $<25000/\text{մլ}$:

3. Գրիպանման նշաններ

- 1) Գրիպանման նշանների ժամանակ նշանակում են պարացետամոլ՝ նախընտրելի է ՊԵԳ-ԻՖՆ-ի ընդունումից առաջ: Պարացետամոլը կարելի է համակցել ոչ ստերոիդ հակաբորբոքային դեղերի հետ:
- 2) Թրոմբոցիտների ցածր քանակը հարաբերական հակացուցում է ացետիլ սալիցիլաթթվի, դիկլոֆենակի կամ իբուպրոֆենի օգտագործման համար, քանի որ այդ դեղերը ճնշում են թրոմբոցիտների ագրեգացիան:
- 3) Եթե ախտանշանային բուժման ֆոնին կողմնակի ազդեցությունները պահպանվում են, ՊԵԳ-ԻՖՆ-ի դեղաչափն իջեցնում են 75-50%-ով:

4. Սրտխառնոց

Սրտխառնոցի դեպքում նշանակում են մետոկլոպրամիդ (10մգ-ից օրը 3 անգամ):

5. Դեպրեսիա

- 1) Դեպրեսիա հաճախ է զարգանում և անհրաժեշտ է անցկացնել կանխարգելիչ ախտանշանային բուժում: Անամնեզում ներդրող խանգարումների կամ դեպրեսիայի առկայության դեպքում նշանակում են հակադեպրեսանտներ ՊԵԳ-ԻՖՆ-ով բուժումը սկսելուց առաջ: Հակադեպրեսանտներ նշանակում են նաև դեպրեսիայի կլինիկական նշանների ի հայտ գալու դեպքում: Կիրառում են հետևյալ հակադեպրեսանտները՝
 - ա. սերոտոնինի հետադարձ զավթման ինհիբիտորներ (օրինակ՝ ցիտալոպրամ, պարոկսետին) կամ տրիցիկլիկ հակադեպրեսանտներ՝ 20մգ/օրը սկզբնական դեղաչափով,
 - բ. դոքսեպին՝ 50մգ/օրը սկզբնական դեղաչափով:
- 2) Բուժման սխեման ընտրելիս անհրաժեշտ է խորհրդակցել հոգեբույժի հետ:
- 3) Անամնեզում ծանր դեպրեսիվ կամ ներդրող խանգարումների առկայության դեպքում ԻՖՆ-ի դեստաբիլիզացնող ազդեցությունը մեղմելու համար պահանջվում է հատուկ բուժում:

- 4) Եթե նախկինում պացիենտը բուժվել է դեպրեսիայի կամ փսիխոզի կապակցությամբ, ԻՖՆ-ով բուժումը հակացուցված է:
- 5) Եթե նախկինում պացիենտն օգտագործել է ներարկային թմրամիջոցներ, պետք է խուսափել բենզոդիազեպինների նշանակումից, քանի որ դրանք կարող են կախվածություն առաջացնել:

6. Վահանագեղձի դիսֆունկցիա

Պացիենտների 7%-ի մոտ ԻՖՆ-ի կիրառումը կարող է առաջացնել վահանագեղձի դիսֆունկցիա, ինչը չի պահանջում բուժման ընդհատում: Հիպոթիրեոզի դեպքում նշանակում են փոխարինող բուժում թիրեոիդ հորմոններով: Թիրեոտոքսիկոզի դեպքում նշանակում են β -բլոկատորներ վիճակը թեթևացնելու համար:

**ՎԻՐՈՒՍԱՅԻՆ ՀԵՊԱՏԻՏ Ց-Ի ԲՈՒԺՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ ԿԻՐԱՌՎՈՂ ԴԵՂԵՐԻ
ՓՈԽԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ**

Սոֆոսբուվիր

Սոֆոսբուվիրի միաժամանակյա նշանակումը ամիոդարոնի և ուղղակի ազդեցության այլ դեղերի հետ կարող է առաջացնել ծանր բրադիկարդիա: Աղիքային ինդուկտոր հանդիսացող դեղերը՝ P-ցր (օրինակ՝ ռիֆամպիցին, կարբամազեպին, արևքուրիկի թուրմ), իջեցնում են սոֆոսբուվիրի կոնցենտրացիան արյան մեջ: Սոֆոսբուվիրի և ՀՌՎ դեղերի միաժամանակյա կիրառումն անվտանգ է, տիպրանավիր/ռիտոնավիրի և սոֆոսբուվիրի համակցումը կարող է իջեցնել սոֆոսբուվիրի կոնցենտրացիան:

Սիմեպրևիր

Սիմեպրևիրն ունի թույլ արտահայտված ինհիբիտորային ակտիվություն CYP1A2, CYP3A4, OATP1B1 և P-ցր նկատմամբ: Դրան բնորոշ է արտահայտված դեղային փոխազդեցությունը սիրտ-անոթային, ստատինային, հակացնցումային, ՀՌՎ դեղերի, հակաբիոտիկների և դեղաբույսերի հետ:

Դակլատասավիր

Դակլատասավիրի խտությունը կարող է փոփոխվել CYP3A իզոֆերմենտի չափավոր կամ ուժեղ ինդուկտորների ազդեցությունից: Բացի այդ՝ այն փոխազդում է մի շարք հակաբիոտիկների, հակասնկային, սիրտ-անոթային դեղերի, ստատինների և որոշ ՀՌՎ դեղերի հետ, ինչի արդյունքում կարող է առաջանալ դակլատասավիրի դեղաչափերի շտկման անհրաժեշտություն:

Լեդիպասավիր

Լեդիպասավիրը P-ցր և մարդու կրծքագեղձի ուռուցքի սպիտակուցի (BCRP) ինհիբիտոր է: Լեդիպասավիր/սոֆոսբուվիրի՝ ամիոդարոնի հետ ընդունումը կարող է առաջացնել ծանր բրադիկարդիա: Պետք է զգուշավորությամբ նշանակել անտացիդային դեղեր, քանի որ դրանք իջեցնում են լեդիպասավիրի խտությունն արյան մեջ: Լեդիպասավիրի համատեղ կիրառումը մի շարք ՀՌՎ դեղերի հետ անվտանգ է՝ բացառությամբ տիպրանավիր/ռիտոնավիր համակցման: Լեդիպասավիր ստացող պացիենտներին հակացուցված են սիմեպրևիրը, ռոզուվաստատինը և արևքուրիկի հիմքով դեղերը:

Օմբիտասվիր, պարիտապրևիր, ռիտոնավիր և դասաբուվիր

Նշված համակցումը կարող է հանգեցնել բազմակի դեղային փոխազդեցությունների՝ պայմանավորված ռիտոնավիրի առկայությամբ: Մինչև բուժում սկսելն անհրաժեշտ է գնահատել նշված բոլոր դեղերի համար հնարավոր դեղային փոխազդեցությունները և անհրաժեշտության դեպքում դադարեցնել բուժումը կամ փոխել բուժման սխեման: Վիրուսային հեպատիտ Ց-ի բուժման ֆոնին հոգեմետ դեղերի ընդունումը (օրինակ՝ բենզոդիազեպիններ) կարող է հանգեցնել կյանքին վտանգ սպառնացող փոխազդեցության:

**ՀԻՄՆԱԿԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԻՐԱՎԻՃԱԿՆԵՐԸ ՉԲԱՐԴԱՑԱԾ
ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ**

Իրավիճակ 1. Հղիության մինչև 32 շաբաթ ժամկետում հայտնաբերված ՄԻԱՎ վարակ:

1. Մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխարգելման նպատակով ՀՌՎ բուժումը սկսվում է առաջին շաբթի նախընտրելի սխեմայով հղիության 14-ից 24 շաբաթ ժամանակահատվածում՝ առաջին եռամսյակի ավարտից հետո [374]:
2. ՄԻԱՎ վարակի խորացված և խիստ արտահայտված իմունային անբավարարությամբ և ՕՎ-ների զարգացման բարձր վտանգով հղիների մոտ ՀՌՎ բուժման սկիզբը հղիության պատճառով հետաձգելը պարտադիր չէ, ցուցումների դեպքում այն կարելի է սկսել արդեն առաջին եռամսյակում: Ցանկացած ՕՎ պետք է անհապաղ բուժել և սկսել ՀՌՎ բուժում: **Եթե ՕՎ-ի անմիջական վտանգը համեմատաբար ցածր է, խորհուրդ է տրվում հետաձգել բուժման սկիզբը մինչև հղիության երկրորդ եռամսյակը (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների բարձր որակ) [302]:**
3. **Եթե հղիության 36-րդ շաբաթում ՎՇ<50պատճեն/մլ, ծննդալուծումը՝ բնական ճանապարհով (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ) [302]:**
4. Արհեստական սնուցում ստացող նորածիններին նշանակվում է նևիրապին օրը մեկ անգամ կամ զիդովուդին օրը երկու անգամ՝ 4-6 շաբաթ տևողությամբ (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ) [132]:
5. **Եթե ՀՌՎ բուժում ստացող մայրը կերակրում է նորածինն կրծքով, ապա երեխային նշանակվում է նևիրապին օրը 1 անգամ՝ 6 շաբաթ (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ) [132]:**
6. Եթե հղիության 36-րդ շաբաթում ՎՇ>50պատճեն/մլ, առաջնորդվում են իրավիճակ 3-ում նկարագրված մոտեցմամբ:

Իրավիճակ 2. Բեղմնավորում ՀՌՎ բուժման ֆոնին:

1. **Եթե ՎՇ<50պատճեն/մլ, խորհուրդ է տրվում չընդհատել բուժումը: Նախընտրելի է շարունակել ՀՌՎ բուժումն արդյունավետ սխեմայով: Եթե ՎՇ>50պատճեն/մլ, կիրառելի են մեծահասակների մոտ ՄԻԱՎ վարակի բուժման նոր արդյունավետ սխեմաների ընտրության սկզբունքները (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ) [302]:**
2. **Եթե հղիության 36-րդ շաբաթում ՎՇ<50պատճեն/մլ, ծննդալուծումը՝ բնական ճանապարհով (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ) [302]:**
3. **Եթե անամնեզում չկա զիդովուդինով չհաջողված բուժում կամ դրա նկատմամբ կայունություն, երեխային նշանակել զիդովուդին կամ նևիրապին 4-6 շաբաթ (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ) [132]:**

4. Եթե հղիության 36-րդ շաբաթում ՎԾ>50պատճեն/մլ, առաջնորդվել իրավիճակ 3-ում նկարագրված մոտեցմամբ:

Իրավիճակ 3. Կինը ստանում է ՀՌՎ բուժում, հղիության 36-րդ շաբաթում ՎԾ>50պատճեն/մլ:

1. Եթե հղիության 36-րդ շաբաթում մոր մոտ ՎԾ-ի մակարդակը բարձր է 1000 պատճեն/մլ, և մեծ է մինչև վիրուսի վերարտադրման լրիվ ճնշումը ծննդաբերության հավանականությունը, խորհուրդ է տրվում կատարել ՊԿՀ 39-րդ շաբաթում, եթե մոր առողջության համար այն վտանգավոր չէ (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ) [302]: Նորածնի մոտ անցկացնել երկբաղադրիչ կանխարգելում նևիրապինով և զիդովուդինով 6 շաբաթ [132]:
2. Եթե հղիության 36-րդ շաբաթում մոր մոտ ՎԾ-ի մակարդակը 50-1000 պատճեն/մլ է, և առկա է իջեցման միտում, մոտեցումը կարող է լինել տարբեր՝ ՊԿՀ, ինչպես նկարագրված է վերևում, բնական ուղիներով ծննդաբերություն՝ ծննդաբերության սկզբում նևիրապինի միանվագ դեղաչափի կիրառումով այն կանանց մոտ, որոնք չեն ստանում ՀՌՎ բուժում ՀՏՈՆԻ-ների պարունակությամբ սխեմայով [302]:
3. Նախընտրելի առաջարկ է շարունակել ՀՌՎ կանխարգելումն ու պլանավորել կեսարյան հատումը:
4. Նորածնին նշանակվում է նևիրապին օրը մեկ անգամ կամ զիդովուդին օրը երկու անգամ՝ 4-6 շաբաթ տևողությամբ (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ) [132]:

Իրավիճակ 4. Առաջնակի դիմումը մինչև ծննդաբերությունը հղիության՝ 32 շաբաթից մեծ ժամկետում:

1. Բուժումը պետք է սկսել անմիջապես, նախընտրելի սխեմայով: ՀՏՈՆԻ-ներն ավելի արագ են իջեցնում ՎԾ-ի մակարդակն ու ավելի լավ են ներթափանցում ընկերքով, քան ուժեղացված ՊԻ-ները: Եթե CD4+ լիմֆոցիտների քանակը <250բջիջ/մլ, որպես այլընտրանք հնարավոր է նևիրապինի կիրառումը (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ) [375-378]:
2. Ծննդալուծումը ՊԿՀ-ի միջոցով հղիության 38-րդ շաբաթում՝ ինքնաբեր ծննդաբերության հնարավորությունը նվազեցնելու նպատակով (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ) [302]:
3. Նորածնի մոտ անցկացնել երկբաղադրիչ ՀՌՎ բուժում 6 շաբաթ տևողությամբ (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ) [132]:

N	Իրավիճակը	Մարտավարությունը մոր մոտ	Մարտավարությունը ծննդաբերության ժամանակ	Մարտավարությունը երեխայի մոտ
1.	Հղիության մինչև 32 շաբաթ ժամկետում հայտնաբերված ՄԻԱՎ վարակ	Սկսել ՀՌՎ բուժում TDF/FTC(3TC)+EFV սխեմայով	Հղիության 36-րդ շաբաթում ՎԾ<50պատճեն/մլ. Ծննդաբերություն բնական ճանապարհով, եթե չկան ՊԿՀ-ի մանկաբարձական ցուցումներ Եթե հղիության 36-րդ շաբաթում ՎԾ>50պատճեն/մլ՝ ՊԿՀ	Զիդովուդին կամ նևիրապին 4-6 շաբաթ ¹ Դիտարկել երկբաղադրիչ ՀՌՎ բուժում նշանակելու հարցը, եթե մոր մոտ ՎԾ>1000պատճեն/մլ, 6 շաբաթ
2.	Բեղմնավորում ՀՌՎ բուժման ֆոնին ա) ՎԾ<50պատճեն/մլ բ) ՎԾ>50պատճեն/մլ	ա) Շարունակել ՀՌՎ բուժումը բ) Անցնել ՀՌՎ բուժման նոր սխեմայի	ա) Ծննդաբերություն բնական ճանապարհով, եթե հղիության 36-րդ շաբաթում ՎԾ<50պատճեն/մլ բ) ՊԿՀ, եթե հղիության 36-րդ շաբաթում ՎԾ>50պատճեն/մլ	Զիդովուդին կամ նևիրապին 4-6 շաբաթ ¹ Երկբաղադրիչ ՀՌՎ բուժում, եթե մոր մոտ ՎԾ>1000պատճեն/մլ, 6 շաբաթ
3.	Կինը ստանում է ՀՌՎ բուժում, հղիության 36-րդ շաբաթում ՎԾ>50պատճեն/մլ ա) դեղակայունության վտանգը ցածր է	Շարունակել ՀՌՎ բուժումը	ՊԿՀ հղիության 39-րդ շաբաթում Ինքնաբեր ծննդաբերության ժամանակ նշանակել նևիրապինի մեկ դեղաչափ	Զիդովուդին կամ նևիրապին 4-6 շաբաթ ¹ , եթե ՎԾ<1000պատճեն/մլ Երկբաղադրիչ ՀՌՎ բուժում, եթե մոր մոտ ՎԾ>1000պատճեն/մլ, 6շաբաթ

	բ) դեղակայունության վտանգը բարձր է	Գնահատել բուժման կարգի պահպանումը Փոխել ՀՌՎ բուժման սխեման ՄԻԱՎ-ի մուտացիայի հետազոտության կամ նախկինում ընդունած ՀՌՎ դեղերի վերաբերյալ տվյալների հիման վրա Դիտարկել անմիջական հսկողության ներքո դեղերի ընդունման հարցը	ՊԿՀ հղիության 39-րդ շաբաթում	Երկբաղադրիչ ՀՌՎ բուժում՝ հաշվի առնելով նախկինում մոր ստացած ՀՌՎ դեղերը՝ 6 շաբաթ ³
4.	Առաջնակի դիմումը մինչև ծննդաբերությունը հղիության՝ 32 շաբաթից մեծ ժամկետում:	Սկսել ՀՌՎ բուժում՝ կիրառելով TDF/FTC(3TC)+EFV համակցումը	ՊԿՀ հղիության 38-րդ շաբաթում	Երկբաղադրիչ ՀՌՎ բուժում 6 շաբաթ ³

¹ Արհեստական սնուցման դեպքում նորածնի կանխարգելիչ բուժումն իրականացվում է նևիրապինով (օրը 1 անգամ) կամ զիդովուդինով (օրը 2 անգամ) 4-6 շաբաթվա ընթացքում: Ծննդաբերության նախօրեին մոր մոտ ցածր վիրուսային ծանրաբեռնվածության դեպքում երեխային կարելի է նշանակել 4-շաբաթյա կանխարգելիչ ՀՌՎ բուժում:

² Եթե մայրն ստանում է ՀՌՎ բուժում և կերակրում է կրծքով, ապա նորածինը պետք է ստանա նևիրապինով կանխարգելիչ բուժում 6 շաբաթ տևողությամբ: Նևիրապին չլինելու կամ երեխայի մոտ դրա կողմնակի ազդեցություններն առաջանալու դեպքում կարելի է այն փոխարինել լամիվուդինով:

³ Եթե մայրը մինչև ծննդաբերությունը ՀՌՎ բուժում ստացել է 4 շաբաթից քիչ ժամանակահատվածում և երեխային կրծքով է կերակրում, երեխային նևիրապինի նշանակումը կարող է երկարաձգվել մինչև 12 շաբաթ:

ՀԻՄՆԱԿԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԻՐԱՎԻՃԱԿՆԵՐԸ ԲԱՐԴԱՑԱԾ ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ

Իրավիճակ 1. Վաղաժամ ծննդաբերության և/կամ հարպտոլային ջրերի արտա- հոսքի վտանգ: Այս իրավիճակում հնարավոր է 2 տարբերակ՝ ՎԾ<50 պատճեն/մլ և ՎԾ>50պատճեն/մլ:

1. Եթե մոր մոտ ՎԾ<50պատճեն/մլ, ծննդալուծումը կատարվում է ըստ մանկաբարձական ցուցումների: Պտղի թոքերի հասունացման համար կարելի է նշանակել ստերոիդներ: Վերել վարակը կանխելու համար պտղաջրերի արտահոսքից 12 ժամ անց նշանակվում է հակաբակտերիալ բուժում (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների շատ ցածր որակ) [302]: Նորածնի մոտ անցկացվում է մոնոթերապիա զիդովուդինով կամ նևիրապինով 4-6 շաբաթ տևողությամբ [132]:
2. Եթե մոր մոտ ՎԾ>50պատճեն/մլ, և նրա ՀՌՎ բուժման սխեման չի պարունակում ՀՏՈՆԻ, ապա մորը տրվում է նևիրապինի միանվագ դեղաչափի (անկախ մոր մոտ CD4+ լիմֆոցիտների քանակից) ծննդաբերությունից առնվազն 2 ժամ առաջ: Եթե մայրը ստանում է նևիրապինի միանվագ դեղաչափի ծննդաբերությունից ավելի քան 2 ժամ առաջ, երեխայի արյան մեջ դրա պաշտպանական կոնցենտրացիան պահպանվում է մինչև 7 օր, այդ պատճառով տրանսպլացենտար ճանապարհով ՀՌՎ դեղի ստացումն անհաս պտղի համար ունի շատ մեծ նշանակություն, քանի որ անհաս նորածնի մոտ ՀՌՎ դեղերի ներծծումը կարող է խախտված լինել (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների շատ ցածր որակ) [379]: Նորածնի մոտ անցկացնել երկբաղադրիչ բուժում 6 շաբաթ տևողությամբ [132]:

Իրավիճակ 2. Հասուն հղիություն, հարպտոլային ջրերի վաղաժամ արտահոսք: Հնա- րավոր է երկու տարբերակ՝ ՎԾ<50պատճեն/մլ և ՎԾ>50պատճեն/մլ:

1. Եթե մոր մոտ ՎԾ<50պատճեն/մլ, ծննդալուծումը կատարվում է ըստ մանկաբարձական ցուցումների [302]: Երեխային նշանակվում է մոնոթերապիա զիդովուդինով կամ նևիրապինով 4-6 շաբաթ տևողությամբ:
2. Եթե մոր մոտ ՎԾ>50պատճեն/մլ, ապա նախընտրելի առաջարկ է ՀՏՈՆԻ չստացող մորն անհապաղ նևիրապինի միանվագ դեղաչափի նշանակումը (անկախ CD4+ լիմֆոցիտների քանակից) և 2 ժամ հետո կեսարյան հատման կատարումը: Եթե մայրն արդեն ստանում է նևիրապին (կամ այլ ՀՏՈՆԻ), միանգամից կատարել կեսարյան հատում (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների շատ ցածր որակ) [302]:

3. Երեխային նշանակվում է երկբաղադրիչ ՀՌՎ բուժում 6 շաբաթ տևողությամբ [302]:

Իրավիճակ 3. Կինը դիմում է ծննդօգնության՝ ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ հայտնի կամ անհայտ կարգավիճակով:

1. Անհապաղ կատարել ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտություն արագ թեստով: Դրական արդյունքի դեպքում բուժումը պետք է սկսել անհապաղ՝ հիմնվելով միայն այդ հետազոտության արդյունքի վրա: Եթե արագ թեստի արդյունքը բացասական է, մոտեցումն այնպիսին է, ինչպես ՄԻԱՎ-ով չվարակված հղիների մոտ՝ բացառությամբ այն դեպքերի, երբ առկա է ՄԻԱՎ վարակի բարձր վտանգ [302]:
2. Հղի կնոջ մոտ ՄԻԱՎ վարակի առկայության կամ ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ արագ թեստի դրական արդյունքի դեպքում պետք է նրան անհապաղ տալ 200մգ նևիրապին և սկսել համակցված բուժում՝ ՀՏՈՆԻ-ների նկատմամբ կայունության զարգացման վտանգը նվազեցնելու համար: Կարելի է նշանակել ֆիքսված դեղաչափերով համակցված դեղ (տենոֆովիր+էմտրիցիտաբին կամ զիդովուդին+լամիվուդին): Եթե HLAB57*01 կարգավիճակը հայտնի չէ, չկիրառել աբակավիրի և լամիվուդինի համակցումը ալերգիայի վտանգի պատճառով: Եթե ծննդաբերությունն արդեն սկսվել է, ծննդալուծումն անցկացվում է բնական ճանապարհով: **Եթե ծննդաբերությունը վաղ շրջանում է, ցուցված է կեսարյան հատում, որը կատարվում է նևիրապինի ընդունումից 2 ժամ հետո (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների շատ ցածր որակ):** Երեխայի մոտ անցկացվում է երկբաղադրիչ ՀՌՎ բուժում 6 շաբաթ տևողությամբ [302]:
3. ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ մոր կարգավիճակը ճշտելուց հետո առաջնորդվել ՄԻԱՎ վարակով մեծահասակների ՀՌՎ բուժման և վարման մոտեցումներով:

Իրավիճակ 4. Մոր մոտ ծննդաբերությունից հետո 48 ժամվա ընթացքում ախտորոշված ՄԻԱՎ վարակ:

1. **Ծննդաբերության ժամանակ որևէ բուժման բացակայության դեպքում սկսել երեխայի հետկոնտակտային կանխարգելում երկբաղադրիչ ՀՌՎ բուժման սխեմայով կյանքի առաջին 48 ժամվա ընթացքում (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների շատ ցածր որակ)** [132]:

N	Իրավիճակը	Մարտավարությունը մոր մոտ	Մարտավարությունը ծննդաբերության ժամանակ	Մարտավարությունը երեխայի մոտ
1.	Վաղաժամ ծննդաբերության և/կամ հարպտոլային ջրերի արտահոսքի վտանգ ա) ՎԾ<50պատճեն/մլ բ) ՎԾ>50պատճեն/մլ	Շարունակել ՀՌՎ բուժումը Շարունակել ՀՌՎ բուժումը, ՀՏՈՆԻ չպարունակող սխեմայի դեպքում ավելացնել նևիրապինի 1 դեղաչափ՝ անկախ CD4+ լիմֆոցիտների քանակից	Ըստ մանկաբարձական ցուցումների Ըստ անհրաժեշտության՝ արագացնել ծննդաբերությունը	Զիդովուդին կամ նևիրապին 4-6 շաբաթ Երկբաղադրիչ ՀՌՎ բուժում 6 շաբաթ
2.	Հասուն հղիություն, հարպտոլային ջրերի վաղաժամ արտահոսք, ա) ՎԾ<50պատճեն/մլ բ) ՎԾ>50պատճեն/մլ	Շարունակել ՀՌՎ բուժումը Շարունակել ՀՌՎ բուժումը, ավելացնել նևիրապինի 1 դեղաչափ՝ անկախ CD4+ լիմֆոցիտների քանակից, եթե չի կիրառվում ՀՏՈՆԻ-ներ պարունակող սխեմա	Ըստ մանկաբարձական ցուցումների Անհետաձգելի կեսարյան հատում մոր կողմից նևիրա- պինի միանվագ դեղաչափի ընդունումից 2 ժամ անց	Զիդովուդին կամ նևիրապին 4-6 շաբաթ Երկբաղադրիչ ՀՌՎ բուժում 6 շաբաթ

3.	Կինը դիմում է ծննդագնության ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ հայտնի կամ անհայտ կարգավիճակով	ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ արագ թեստ՝ դրական արդյունքի դեպքում անհապաղ նշանակել բուժում՝ չսպասելով արդյունքի հաստատմանը Նշանակել նևիրապին 200մգ միանվագ դեղաչափով Մինչև ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ կարգավիճակի ճշտումը անցկացնել ՀՌՎ բուժում TDF/FTC(3TC)+EFV սխեմայով	Ծննդաբերության վաղ շրջանում խորհուրդ է տրվում անհետաձգելի կեսարյան հատում ոչ շուտ, քան մոր կողմից նևիրապինի միանվագ դեղաչափի ընդունումից 2 ժամ անց	Երկբաղադրիչ ՀՌՎ բուժում 6 շաբաթ
4.	Մոր մոտ ծննդաբերությունից հետո 48 ժամվա ընթացքում ախտորոշված ՄԻԱՎ վարակ			Երկբաղադրիչ ՀՌՎ բուժում 6 շաբաթ

**ՀՂԻՆԵՐԻ ՇՐՋԱՆՈՒՄ ՀՈԳԵՄԵՏ ՆՅՈՒԹԵՐԻՑ ԿԱԽՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ԲՈՒԺՄԱՆ
ՀԱՄԱՐ ԿԻՐԱՌՎՈՂ ԴԵՂԵՐԸ**

Դեղ	Դեղաչափ	Կողմնակի ազդեցություններ	Նշումներ
Օփիոիդային կախվածություն			
Կլոնիդին	0,1-0,2մգ՝ յուրաքանչյուր 4-6 ժամը մեկ, զրկանքի համախտանիշի հնարավոր զարգացման հսկողություն	Զարկերակային հիպոտոնիա, քնկոտություն	Ավելի արդյունավետ է սոմատիկ, քան հոգեկան ախտանշանների դեպքում, պահանջվում են լրացուցիչ դեղեր
Նալտրեքսոն	50մգ/օր կամ 100մգ՝ երկուշաբթի և չորեքշաբթի, և 150մգ՝ ուրբաթ	Որովայնի ցավեր, 40-ից բարձր տարիքի հղիների շրջանում լյարդային ֆերմենտների ակտիվության բարձրացում	Զրկանքի համախ- տանիշի և պահպա- նողական բուժում նշանակել օփիոիդ- ների վերջին գործա- ծումից առնվազն 1 շաբաթ հետո
Բուպրենորֆին	Սկսել 2-4մգ դեղա- չափով, առաջին օրը՝ առավելագույնը 8մգ, երկրորդ օրը, կախված ախտա- նշաններից, դեղա- չափը կարելի է բարձրացնել մինչև 16մգ/օրը, որից հետո դեղաչափը սովորաբար կազ- մում է 8մգ օրը մեջ	Թեթև արտահայտված հանման համախտանիշ, փորկապություն, քնկոտություն	Զրկանքի համախտանիշի և պահպանողական բուժումը կիրառվում է միայն կլինիկայում, սկսվում է օփիոիդների վերջին գործածումից հետո ոչ շուտ, քան 24 ժամ անց
Մեթադոն	60մգ-ից բարձր դեղաչափերը սովորաբար ավելի արդյունավետ են	Քնկոտություն, փորկապություն, սեռական ցանկության իջեցում, ոտնաթաթերի այտուց	Օփիոիդային կախվածության փո- խարինող բուժումը կիրառվում է միայն նարկոլոգիական

Դեղ	Դեղաչափ	Կողմնակի ազդեցություններ	Նշումներ
			բուժման հավաստագրված ծրագրերում
Նիկոտինային կախվածություն			
Նիկոտինային պաստեղիկներ	4 շաբաթ՝ 21մգ/օրը, այնուհետև 2 շաբաթ՝ 14մգ/օրը, ապա 2 շաբաթ՝ 7մգ/օրը (նիկոդերմ CQ) կամ 15մգ/16 ժ (նիկոտրոլ)՝ 8 շաբաթ տևողությամբ	Մաշկի գրգռվածություն, անքնություն	Օրվա ընթացքում 10-ից քիչ գլանակ ծխողների մոտ դեղաչափն ավելի ցածր է, պաստեղիկի ամրացման տեղն ամեն օր փոխում են
Նիկոտինոլ մաստակներ	2մգ՝ օրվա ընթացքում 25-ից քիչ գլանակ ծխողների համար, 4մգ՝ 25 և ավելի գլանակ ծխողների համար	Ցավ բերանում և ծամելիս, գլրտոց, դիսպեպսիա	Ծամել մաստակն ըստ ժամի (յուրաքանչյուր 1-2 ժամը մեկ), այլ ոչ թե անհրաժեշտության դեպքում, չուտել և չխմել 15 րոպե մինչև ծամելը և մաստակը ծամելու ժամանակ
Բուպրոպիոն դանդաղեցված արտազատումով	Սկսել 150մգ-ով առավոտյան, 3 օր տևողությամբ, ծխելուց հրաժարվելուց 1 շաբաթ առաջ, այնուհետև ընդունել 150մգ օրը 2 անգամ, 7-12 շաբաթ տևողությամբ. բուժումը կարելի է շարունակել մինչև 6 ամիս	Քնկոտություն, բերանի չորություն. հակացուցված է ցնցումային նոպաների, սնուցման խանգարումների անամնեզում գանգուղեղային վնասվածքների դեպքում, չի կարելի նշանակել վերջին 14 օրվա ընթացքում մոնոամինօքսիդազի ինհիբիտորներ ստացածներին. ըստ հղիների համար դեղերի անվտանգության դասակարգման՝ դեղը պատկանում է Բ դասին	Ըստ դեղատոմսի՝ այլընտրանք է այն հղիների համար, ովքեր հրաժարվում են նիկոտինոլ փոխարինող բուժումից

Դեղ	Դեղաչափ	Կողմնակի ազդեցություններ	Նշումներ
Ալկոհոլային զրկանքի համախտանիշ			
Քլորդիազեպոքսիդ	Միանվագ դեղաչափը 25-100մգ	Քնկոտություն, գլխապտույտ, ատաքսիա, գիտակցության մթագնում	Մեծ կիսատրոհման պարբերություն, կարելի է տալ հարվածային դեղաչափ ախտանշանների նվազեցման համար, որից հետո դեղը հանել
Դիազեպամ	Միանվագ դեղաչափը 15-60մգ	Քնկոտություն, գլխապտույտ, ատաքսիա, գիտակցության մթագնում	Կարճ կիսատրոհման պարբերություն, չկան ակտիվ մետաբոլիտներ և կախվածություն լյարդի գործունեությունից, սովորաբար պահանջվում է ընդունել յուրաքանչյուր 4-6 ժամը մեկ
Կարբամազեպին	Հարվածային դեղաչափը 400մգ, ապա 200մգ՝ օրը 3 անգամ, հանել աստիճանաբար՝ 5 օրվա ընթացքում	Քնկոտություն, գլխապտույտ, ատաքսիա, գիտակցության մթագնում, սրտխառնոց, փսխում, արյունաստեղծման ընկճում	Արդյունավետ է չափավոր ծանրության զրկանքի համախտանիշի դեպքում, ծանր դեպքում արդյունավետությունը բավականաչափ ուսումնասիրված չէ
Ալկոհոլային կախվածություն			
Դիսուլֆիրամ	250-500մգ՝ օրական կամ օրը մեջ	Հեպատիտ, ներիտ, պերիֆերիկ նեյրոպաթիա, դիսուլֆիրամային ռեակցիա ալկոհոլի օգտագործման ժամանակ	Արդյունավետությունը բարձրանում է նշանակումների կատարման նկատմամբ հսկողություն իրականացնելիս, կարող է արդյունավետ լինել նաև կոկաինային կախվածության ժամանակ

Դեղ	Դեղաչափ	Կողմնակի ազդեցություններ	Նշումներ
Նալտրեքսոն	Նույնը, ինչ օփիոիդային կախվածության ժամանակ	Նույնը, ինչ օփիոիդային կախվածության ժամանակ	Բացառել թաքցվող օփիոիդային կախվածությունը՝ զրկանքի համախտանիշի ուժեղացումից խուսափելու համար. հակացուցված է այն հղիներին, ում ալանավորված է վիրահատել, նաև թմրաբեր ցավազրկողներով ցավազրկման կարիք ունեցողներին

**ՆԵՎԻՐԱՊԻՆՈՎ ԵՎ ԶԻԴՈՎՈՒԴԻՆՈՎ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՈՒՄ ՄԻԱՎ-Ի ՀԵՏ ՇՓՈՒՄ
ՈՒՆԵՑԱԾ ԵՐԵԽԱՆԵՐԻ ՇՐՋԱՆՈՒՄ**

Նորածնի տարիք	Նևիրապինի օրական դեղաչափ	Զիդովուդինի օրական դեղաչափ
Ծնվելու պահից¹ մինչև 6 շաբաթական² Ծնվելու պահին քաշը 2000-2499գ	10մգ օրը մեկ անգամ (1մլ օշարակ օրը 1 անգամ)	10մգ օրը երկու անգամ (1մլ օշարակ օրը 2 անգամ)
Ծնվելու պահին քաշը ≥2500 գ	15մգ օրը մեկ անգամ (1,5մլ օշարակ օրը 1 անգամ)	15մգ օրը երկու անգամ (1,5մլ օշարակ օրը 2 անգամ)
6 շաբաթականից մինչև 12 շաբաթ³	20մգ օրը մեկ անգամ (2մլ օշարակ օրը 1 անգամ)	Կանխարգելիչ դեղաչափը չի սահմանված, կիրառվում է բուժական դեղաչափը՝ 60մգ օրը 2 անգամ (6մլ օշարակ օրը 2 անգամ)
6 ամսականից մինչև 9 ամսական	30մգ օրը մեկ անգամ	
9 ամսականից մինչև կրծքով կերակրման դադարեցում	40մգ օրը մեկ անգամ	

- ¹ 2000գ-ից ցածր մարմնի զանգվածի դեպքում դեղաչափը նշանակվում է մգ/կգ հաշվարկով. առաջարկվող սկզբնական դեղաչափը՝ 2մգ/կգ օրը մեկ անգամ:
- ² Խորհուրդ տրվող ժամանակահատվածը 6 շաբաթ է, սակայն արհեստական սնուցման դեպքում կարող է կրճատվել մինչև 4 շաբաթ:
- ³ Եթե ՄԻԱՎ վարակ ունեցող կինը երեխային կերակրում է կրծքով, և կան հավաստի կամ ենթադրական տվյալներ (օրինակ՝ մինչև ծննդաբերությունը կարճատև ՀՌՎ բուժում) այն մասին, որ մինչ ծննդաբերությունը նրա մոտ ՎԾ-ն հնարավոր չի եղել նվազեցնել, ապա երեխան պետք է շարունակի նևիրապինով կանխարգելիչ ՀՌՎ բուժումը 12 շաբաթ դեղաչափի դինամիկ շտկմամբ: Նևիրապինի մանկական դեղաձևի բացակայության կամ դրա տոքսիկ ազդեցության դեպքում այն կարելի է փոխարինել լամիվուդինի մանկական դեղաձևով: Վերջինս կարելի է օգտագործել կրծքով կերակրման ընթացքում՝ առանց երեխայի համար որևէ վրանգի:

**ԱՐՀԵՍՏԱԿԱՆ ՍՆՈՒՑՄԱՆ ԿԻՐԱՌԵԼԻՈՒԹՅԱՆ, ԻՐԱԳՈՐԾԵԼԻՈՒԹՅԱՆ,
ՀԱՍԱՆԵԼԻՈՒԹՅԱՆ, ԿԱՅՈՒՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԱՆՎՏԱՆԳՈՒԹՅԱՆ
ՍԱՀՄԱՆՈՒՄՆԵՐԸ**

1. **Կիրառելիություն:** Մայրը չունի արհեստական սնուցման համար որևէ խոչընդոտ՝ կապված մշակութային ավանդույթների, սոցիալական պայմանների հետ կամ խարանի, խտրական վերաբերմունքի ենթարկվելու վախով պայմանավորված: Կիրառելիությունը նշանակում է, որ կա՛մ կինը չի զգում սոցիալական կամ մշակութային ճնշում՝ ուղղված արհեստական սնուցման դեմ, և նրա որոշումն աջակցվում է ընտանիքի ու շրջապատի կողմից, կա՛մ նա ի վիճակի է դիմակայելու կրծքով կերակրումը պնդող ընտանիքի և ընկերների ճնշմանը և հաղթահարելու արհեստական սնուցման հետ կապված խարանը:
2. **Իրագործելիություն:** Մայրը (և նրա ընտանիքը) ունի բավականաչափ ժամանակ, գիտելիքներ, հմտություններ և այլ պայմաններ կաթնախառնուրդ պատրաստելու և օրը մինչև 12 անգամ երեխային կերակրելու համար: Նա ունակ է հասկանալու կաթնախառնուրդի պատրաստման հրահանգը և հետևելու դրան, ստանում է աջակցություն մտերիմների կողմից, ինչը հնարավորություն կտա նրան ճիշտ պատրաստելու խառնուրդները և կերակրելու երեխային ամբողջ օրվա ընթացքում՝ հաշվի առնելով, որ հնարավոր է՝ նա ստիպված լինի շեղվելու տնային այլ աշխատանքներից:
3. **Հասանելիություն:** Մայրը (և նրա ընտանիքը) հասարակական կազմակերպությունների կամ առողջապահական համակարգի աջակցությամբ (եթե անհրաժեշտ է) ի վիճակի է հոգալ կրծքի կաթի փոխարինիչների գնման, պատրաստման և օգտագործման հետ կապված ծախսերը, ինչպես նաև արհեստական սնուցման հետ կապված այլ ծախսեր (վառելիք, մաքուր ջուր, օճառ, այլ պարագաներ)՝ չպատճառելով վնաս ընտանիքի առողջությանն ու սնուցմանը: Հասանելիություն հասկացությունը վերաբերում է նաև երեխայի մոտ լուծի դեպքում բժշկական օգնության հասանելիությանը (անհրաժեշտության դեպքում) ու դրա բուժման համար վճարման միջոցների առկայությանը:
4. **Կայունություն:** Արհեստական սնուցման համար անհրաժեշտ բոլոր բաղադրամասերի և մթերքների մշտական և անընդհատ ապահովումը, բաշխման հուսալի համակարգը պետք է հասանելի լինեն այնքան ժամանակ, քանի դեռ երեխան ունի դրանց կարիքը մինչև 1 տարեկանը և ավելի: Սա նշանակում է, որ ցածր է կաթնախառնուրդը չգտնելու կամ դրա համար միջոցներ չունենալու հավանականությունը: Բացի այդ, կայունություն նշանակում է, որ միշտ մեկ այլ անձնավորություն կարող է պատրաստել կաթնախառնուրդը և կերակրել երեխային մոր բացակայության դեպքում:

5. **Անվտանգություն:** Արհեստական սնուցման համար կաթնախառնուրդը պատրաստվում և պահպանվում է ճիշտ՝ պահպանելով հիգիենայի կանոնները, երեխան այն ստանում է բավարար քանակներով՝ հիգիենիկ պահանջներին համապատասխան (ձեռքերի լվացում և մաքուր ամանեղեն, նախընտրելի է բաժակ): Անվտանգություն նշանակում է, որ մայրը կամ երեխային խնամող մեկ այլ մարդ՝
- 1) ունի հասանելիություն անվտանգ ջրի հուսալի աղբյուրին (ջրատար կամ այլ հուսալի աղբյուր),
 - 2) կարող է պատրաստել լիարժեք բաղադրությամբ և վարակային հիվանդությունների հարուցիչներից զերծ խառնուրդ,
 - 3) ունի ձեռքերը և ամանեղենը օճառով մանրակրկիտ լվանալու, երեխայի կերակրման համար անհրաժեշտ պարագաները կանոնավոր կերպով եռացնելու հնարավորություն,
 - 4) ունի երեխայի յուրաքանչյուր կերակրման ժամանակ խառնուրդի պատրաստման համար անհրաժեշտ ջուրը եռացնելու հնարավորություն,
 - 5) ունի չոր խառնուրդները մաքուր, փակ, միջատներից, կրծողներից և այլ կենդանիներից պաշտպանված տարողություններում պահելու հնարավորություն:

**ՆԵՈՆԱՏԱԼ ԶՐԿԱՆՔԻ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇԻ ԾԱՆՐՈՒԹՅԱՆ ՄՈԴԻՖԻԿԱՑՎԱԾ
ԳՆԱՀԱՏՈՒՄԸ՝ ԸՍՏ ՖԻՆԵԳԱՆԻ**

Ախտանշաններ	Բալեր
ԿՆՀ-ի խանգարումներ	
Զիլ (կամ այլ) լաց 5 րոպեից պակաս	2
Տևական զիլ (կամ այլ) լաց 5 րոպեից ավելի	3
Կերակրելուց հետո 1 ժամից պակաս շարունակվող քուն	3
Կերակրելուց հետո 2 ժամից պակաս շարունակվող քուն	2
Կերակրելուց հետո 3 ժամից պակաս շարունակվող քուն	1
Մորոյի բարձրացած ռեֆլեքս	2
Մորոյի կտրուկ բարձրացած ռեֆլեքս	3
Թույլ արտահայտված դող երեխայի անհանգստության ժամանակ	1
Չափավոր կամ ուժեղ դող երեխայի անհանգստության ժամանակ	2
Թույլ արտահայտված դող հանգստի վիճակում	3
Չափավոր կամ ուժեղ դող հանգստի վիճակում	4
Մկանների հիպերտոնուս	2
Էքսկորիացիաներ (յուրահատուկ տեղամասեր)	1
Միոկլոնիկ ցնցումներ	3
Գեներալիզացված ցնցումներ	5
Մետաբոլիկ, վազոմոտոր, շնչառական խանգարումներ	
Քրտնոտություն	1
Տենդ 37,2-38,3°C	1
Տենդ 38,4°C-ից բարձր	2
Հաճախակի հորանջում (ավելի քան 3-4 անգամ հետազոտման ընթացքում)	1
Մաշկի մարմարային նկար	1
Քթի փակվածություն	1
Փռշտոց (ավելի քան 3-4 անգամ հետազոտման ընթացքում)	1
Քթի թևերի արտափքում	2
Շնչառության հաճախությունն ավելի քան 60 րոպեում	1
Շնչառության հաճախությունն ավելի քան 60 րոպեում՝ կրծքավանդակի հատվածների ներքաշումով	2
Ստամոքսաղիքային խանգարումներ	
Չափազանց անկուշտ ծծում	1
Թորշոմած ծծում (հազվադեպ, չկորդինացված ծծելու շարժումներ)	2
Գխտոց (ավելի քան 2 անգամ կերակրման ժամանակ կամ կերակրումից հետո)	2
Շիթային փսխում	3
Ջրիկ կղանք («կտրված կաթի» նման)	2
Ջրային կղանք (թաց հետք տակաշորի վրա կղանքի շուրջ)	3

Ձեռն

ՀԱԿԱՌԵՏՐՈՎԻՐՈՒՄԱՅԻՆ ԴԵՂԵՐՈՎ ՀԵՏԿՈՆՏԱԿՏԱՅԻՆ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՄԱՆ ՀԱՄԱՐ ԿՈՆՏԱԿՏԱՎՈՐԻ ԳՐԱՎՈՐ ՏԵՂԵԿԱՅՎԱԾ ՀԱՄԱՁԱՅՆՈՒԹՅԱՆ

Ես՝ _____, ծնված _____ թվականին, սույնով
հայտնում եմ իմ կամավոր համաձայնությունը հետևյալ կանխարգելում
ստանալու համար հետևյալ դեղերի կիրառմամբ _____:

Ես հաստատում եմ, որ ինձ բացատրվել են տվյալ կանխարգելիչ բուժման
անհրաժեշտությունն ու դեղերի ազդեցությունը, ինձ տրվել է տեղեկատվական թերթիկ
և հեռախոսահամար, որի միջոցով կարող եմ հաղորդակցվել ինձ բուժում նշանակած
բժշկի կամ նրան փոխարինող մասնագետի հետ:

Ես գիտակցում եմ, որ՝

- նշանակված կանխարգելիչ բուժումն ուղղված է ՄԻԱՎ-ի հետ հնարավոր շփումից
հետո վարակման վտանգի նվազեցմանը,
- նշանակված կանխարգելիչ բուժումը ցանկացած պահի կարող է ընդհատվել իմ
ցանկությամբ կամ նշանակող բժշկի կողմից, այդ թվում՝ իմ կողմից
նշանակումների չկատարման կամ հետազոտություններին չներկայանալու
պատճառով. բժշկի կողմից բուժման դադարեցման դեպքում ես պետք է ստանամ
դրա պատճառների բացատրությունը,
- նշանակված դեղերը, ինչպես ցանկացած դեղ, ունեն կողմնակի ազդեցություններ,
որոնց մասին նշված է տեղեկատվական թերթիկում, որին ես ծանոթացել եմ,

Ես պարտավորվում եմ՝

- ներկայանալ բժշկական հետազոտությունների, լաբորատոր հետազոտությո-
ւյունների համար հանձնել կենսաբանական նյութերի նմուշներ՝ ըստ սահմանված
գրաֆիկի,
- ընդունել նշանակված դեղերը՝ համաձայն բժշկի նշանակումների,
- տեղեկացնել բուժող բժշկին այս կամ այն պատճառով նշանակումները
չկատարելու մասին,
- բուժող բժշկին անհապաղ (1 օրվա ընթացքում) տեղեկացնել իմ
ինքնազգացողության փոփոխությունների մասին, եթե ըստ իս դրանք կապված են
իմ ընդունած դեղերի հետ,

- առանց ինձ բուժող բժշկի հետ խորհրդակցելու չընդունել այլ բժշկի կողմից ոչ անհետաձգելի ցուցումներով նշանակված այլ դեղեր, իսկ եթե այլ դեղերի ընդունումն անխուսափելի է (օրինակ՝ անհետաձգելի ցուցումներով), միջոցներ ձեռնարկել հակառետրովիրուսային բուժում նշանակած բժշկին տեղյակ պահելու նպատակով:

Կոնտակտավորի ստորագրություն _____ Ամսաթիվ _____/_____/_____

Բժիշկ _____ Ամսաթիվ _____/_____/_____
 Ա.Ա.Հ. ստորագրություն

ՁեՎ

**ՀԱՎԱՌԵՏՐՈՎԻՐՈՒՄԱՅԻՆ ԴԵՂԵՐՈՎ ՆԱԽԱԿՈՆՏԱԿՏԱՅԻՆ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՄԱՆ
ՀԱՄԱՐ ԱՅՑԵԼՈՒԻ ԳՐԱՎՈՐ ՏԵՂԵԿԱՑՎԱԾ ՀԱՄԱՁԱՅՆՈՒԹՅԱՆ**

Ես՝ _____, ծնված _____ թվականին, սույնով
հայտնում եմ իմ կամավոր համաձայնությունը նախակոնտակտային կանխարգելում
ստանալու համար հետևյալ դեղերի
կիրառմամբ _____:

Ես հաստատում եմ, որ ինձ բացատրվել են նախակոնտակտային կանխարգելման
նշանակությունը և դեղերի ազդեցությունը, ինձ տրվել է տեղեկատվական թերթիկ և
հեռախոսահամար, որի միջոցով կարող եմ հաղորդակցվել ինձ բուժում նշանակած
բժշկի կամ նրան փոխարինող մասնագետի հետ:

Ես գիտակցում եմ, որ՝

- նշանակված կանխարգելիչ բուժումն ուղղված է ՄԻԱՎ-ի հետ հնարավոր շփումից
հետո վարակման վտանգի նվազեցմանը,
- նշանակված կանխարգելիչ բուժումը ցանկացած պահի կարող է ընդհատվել իմ
ցանկությամբ կամ նշանակող բժշկի կողմից, այդ թվում՝ իմ կողմից
նշանակումների չկատարման կամ հետազոտություններին չներկայանալու
պատճառով. բժշկի կողմից բուժման դադարեցման դեպքում ես պետք է ստանամ
դրա պատճառների բացատրությունը,
- նշանակված դեղերը, ինչպես ցանկացած դեղ, ունեն կողմնակի ազդեցություններ,
որոնց մասին նշված է տեղեկատվական թերթիկում, որին ես ծանոթացել եմ,

Ես պարտավորվում եմ՝

- ներկայանալ բժշկական հետազոտությունների, լաբորատոր հետազոտությո-
ւյունների համար հանձնել կենսաբանական նյութերի նմուշներ՝ ըստ սահմանված
գրաֆիկի,
- ընդունել նշանակված դեղերը՝ համաձայն բժշկի նշանակումների,
- տեղեկացնել բուժող բժշկին այս կամ այն պատճառով նշանակումները
չկատարելու մասին,
- բուժող բժշկին անհապաղ (1 օրվա ընթացքում) տեղեկացնել իմ ինքնազգա-
ցողության փոփոխությունների մասին, եթե ըստ իս դրանք կապված են իմ
ընդունած դեղերի հետ,

- առանց ինձ բուժող բժշկի հետ խորհրդակցելու չընդունել այլ բժշկի կողմից ոչ անհետաձգելի ցուցումներով նշանակված այլ դեղեր, իսկ եթե այլ դեղերի ընդունումն անխուսափելի է (օրինակ՝ անհետաձգելի ցուցումներով), միջոցներ ձեռնարկել հակառետրովիրուսային բուժում նշանակած բժշկին տեղյակ պահելու նպատակով:

Այցելուի ստորագրություն _____ Ամսաթիվ _____/_____/_____

Բժիշկ _____ Ամսաթիվ _____/_____/_____
 Ա.Ա.Հ. ստորագրություն

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐ
ՀՐԱՄԱՆ

«07» օգոստոսի 2017թ.

No 2429 – Ա

«ՀԱԿԱՌԵՏՐՈՎԻՐՈՒՄԱՅԻՆ ԴԵՂԵՐԻ ԿԻՐԱՌՄԱՄԲ ՄԻԱՎ ՎԱՐԱԿԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ԵՎ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՄԱՆ» ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑԸ ՀԱՍՏԱՏԵԼՈՒ ԵՎ ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐԻ 2008 ԹՎԱԿԱՆԻ ՀՈՒԼԻՍԻ 8-Ի ԹԻՎ N 953-Ա, 2009 ԹՎԱԿԱՆԻ ՆՈՅՈՄԲԵՐԻ 24-Ի ԹԻՎ N 1819-Ա, 2010 ԹՎԱԿԱՆԻ ՀՈՒԼԻՍԻ 29-Ի ԹԻՎ N 1245-Ա, 2012 ԹՎԱԿԱՆԻ ԴԵԿՏԵՄԲԵՐԻ 11-Ի ԹԻՎ N 2878-Ա, 2014 ԹՎԱԿԱՆԻ ՕԳՈՍՏՈՍԻ 21-Ի ԹԻՎ N 1991-Ա, 2014 ԹՎԱԿԱՆԻ ԴԵԿՏԵՄԲԵՐԻ 27-Ի ԹԻՎ N 3158-Ա, 2016 ԹՎԱԿԱՆԻ ԱՊՐԻԼԻ 22-Ի ԹԻՎ N 1214-Ա ՀՐԱՄԱՆՆԵՐԸ ՈՒԺԸ ԿՈՐՑՐԱԾ ՃԱՆԱՉԵԼՈՒ ՄԱՍԻՆ

Հիմք ընդունելով «Իրավական ակտերի մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքի 71-րդ հոդվածի 5-րդ մասը, 72-րդ հոդվածի 1-ին մասի 1-ին կետի «բ» ենթակետը, Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2002 թվականի օգոստոսի 15-ի N 1300-Ն որոշմամբ հաստատված Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության կանոնադրության 8-րդ կետի «ա» և 12-րդ կետի «դ» ենթակետերը.

ՀՐԱՄԱՅՈՒՄ ԵՄ՝

1. Հաստատել.

«Հակառետրովիրուսային դեղերի կիրառմամբ ՄԻԱՎ վարակի բուժման և կանխարգելման» կլինիկական ուղեցույցը՝ համաձայն հավելվածի:

2. Ուժը կորցրած ճանաչել Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի 2008 թվականի հուլիսի 8-ի թիվ N 953-Ա, 2009 թվականի նոյոմբերի 24-ի թիվ N 1819-Ա, 2010 թվականի հուլիսի 29-ի թիվ N 1245-Ա, 2012 թվականի դեկտեմբերի 11-ի թիվ N 2878-Ա, 2014 թվականի օգոստոսի 21-ի թիվ N 1991-Ա, 2014 թվականի դեկտեմբերի 27-ի թիվ N 3158-Ա, 2016 թվականի ապրիլի 22-ի թիվ N 1214-Ա հրամանները:

Լ.ԱԼԹՈՒՆՅԱՆ

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐ
ՀՐԱՄԱՆ

«08» նոյեմբեր 2017թ.

No 3225 – Ա

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐԻ
2017 ԹՎԱԿԱՆԻ ՕԳՈՍՏՈՍԻ 7-Ի N 2429-Ա ՀՐԱՄԱՆՈՒՄ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆ
ԿԱՏԱՐԵԼՈՒ ՄԱՍԻՆ

Հիմք ընդունելով Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2002 թվականի օգոստոսի 15-ի N 1300-Ն որոշմամբ հաստատված Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության կանոնադրության 12-րդ կետի «դ» ենթակետը.

ՀՐԱՄԱՅՈՒՄ ԵՄ՝

1. Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի 2017 թվականի օգոստոսի 7-ի «Հակառետրովիրուսային դեղերի կիրառմամբ ՄԻԱՎ վարակի բուժման և կանխարգելման» կլինիկական ուղեցույցի հաստատման N 2429-Ա հրամանում (այսուհետ՝ հրաման) կատարել փոփոխություններ՝ համաձայն հավելվածի:

Լ.ԱԼԹՈՒՆՅԱՆ

1. Հրամանի հավելվածի 138-րդ կետը շարադրել հետևյալ խմբագրությամբ.
«138. ՀՌՎ բուժման առաջին շարքի սխեմաներում խորհուրդ է տրվում զուգակցել 2 ՀՏՆԻ իֆավիրենցով կամ դոլուտեգրավիրով: Եթե իֆավիրենցը կամ դոլուտեգրավիրը հակացուցված են, դրանք կարելի է փոխարինել նևիրապինով (այլընտրանքային դեղ):»
2. Հրամանի հավելվածի 139-րդ կետի աղյուսակ 3-ի «Մեծահասակներ» և «Դեռահասներ» տողերին համապատասխանող «Առաջին շարքի այլընտրանքային սխեմաներ» սյունակից TDF+3TC (կամ FTC)+DTG սխեման տեղափոխել «Առաջին շարքի նախընտրելի սխեմաներ» սյունակ:
3. Հրամանի հավելվածի 140-րդ կետի աղյուսակ 4-ի «Այլընտրանքային սխեմա» տողից TDF+3TC (կամ FTC)+DTG սխեման տեղափոխել «Նախընտրելի սխեմա» տող:
4. Հրամանի հավելվածի 141-րդ կետը շարադրել հետևյալ խմբագրությամբ.
«141. Մեծահասակների ՀՌՎ բուժման առաջին շարքի սխեման բաղկացած է 2ՀՏՆԻ+1ՀՏՈՆԻ կամ ԻԻ: Նախընտրելի է TDF+3TC (կամ FTC)+EFV ֆիքսված դեղաչափերով համակցումը (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ), ինչպես նաև TDF+3TC (կամ FTC)+DTG համակցումը: Եթե այս համակցումները հակացուցված են կամ հասանելի չեն, խորհուրդ է տրվում կիրառել ներքոնշյալ այլընտրանքային տարբերակներից որևէ մեկը՝
 - 1) AZT+3TC+EFV,
 - 2) AZT+3TC+NVP,
 - 3) TDF+3TC (կամ FTC)+NVP (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ),
 - 4) TDF+3TC (կամ FTC)+EFV₄₀₀ (պայմանական առաջարկ, ապացույցների միջին որակ)»:
5. Հրամանի հավելվածի 145-րդ կետի 5) ենթակետում «այլընտրանքային» բառը փոխարինել «նախընտրելի» բառով:
6. Հրամանի հավելվածի 153-րդ կետի աղյուսակ 7-ի «35 կգ-ից ավել քաշ ունեցող դեռահասներ» սյունակին համապատասխանող «Այլընտրանքային» տողից TDF+3TC (կամ FTC)+DTG սխեման տեղափոխել նույն սյունակին համապատասխանող «Նախընտրելի» տող, իսկ աղյուսակի բացատրության 3-րդ կետը շարադրել հետևյալ խմբագրությամբ. «³TDF+3TC (FTC)+EFV₄₀₀ կարելի է օգտագործել դեռահասների ՀՌՎ բուժման այլընտրանքային սխեմաներում (պայմանական առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ)»:

7. Հրամանի հավելվածի հավելված 1-ի 12-րդ կետը շարադրել հետևյալ խմբագրությամբ.

«12. Մեծահասակների ՀՌՎ բուժման առաջին շարքի սխեման բաղկացած է 2ՀՏՆԻ+1ՀՏՈՆԻ կամ ԻԻ: Նախընտրելի է TDF+3TC (կամ FTC)+EFV ֆիքսված դեղաչափերով համակցումը (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ), ինչպես նաև TDF+3TC (կամ FTC)+DTG համակցումը: Եթե այս համակցումները հակացուցված են կամ հասանելի չեն, խորհուրդ է տրվում կիրառել ներքոնշյալ այլընտրանքային տարբերակներից որևէ մեկը՝

- 1) AZT+3TC+EFV,
- 2) AZT+3TC+NVP,
- 3) TDF+3TC (կամ FTC)+NVP (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ),
- 4) TDF+3TC (կամ FTC)+EFV₄₀₀ (պայմանական առաջարկ, ապացույցների միջին որակ)»: