ՄԻԱՎ ՎԱՐԱԿԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ՀԵՏԱՁՈՏՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԽՈՐՀՐԴԱՏՎՈՒԹՅԱՆ, ԼԱԲՈՐԱՏՈՐ ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ, ՀԱԿԱՌԵՏՐՈՎԻՐՈՒՍԱՅԻՆ ԴԵՂԵՐԻ ԿԻՐԱՌՄԱՄԲ ՄԻԱՎ ՎԱՐԱԿԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ԵՎ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՄԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ՀՀ 2017Թ-Ի ԵՎ ԱՀԿ 2015, 2016 ԹԹ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑՆԵՐԻ ՀԱՄԵՄԱՏԱԿԱՆ ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆ

Լիլիթ Գևորգյան

Գրիգոր Վարդանյան

Երևան 2018

Բովանդակություն

Հապավումներ 3

Նախաբան 4

ՄԱՍ 1. ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտություն և խորհրդատվություն 6

ԳԼՈՒԽ 1. ՄԻԱՎ վարակի վերաբերյալ հետազոտության և խորհրդատվության սկզբունքները: Գաղտնիություն 6

ԳԼՈՒԽ 2. ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության փուլերը 8

§1. ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության խթանումը 8

§2. Հարմար միջավայրի ստեղծում 8

§3. Գաղտնիության ապահովում 9

§4. Նախաթեստային խորհրդատվություն 10

§5. Հետթեստային խորհրդատվություն 14

Գլուխ 3. ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության և խորհրդատվության իրականացման մոտեցումները: 17

ԳԼՈՒԽ 4. ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության և խորհրդատվության տեսակները: 23

ԳԼՈՒԽ 5. ՄԻԱՎ վարակի ախտորոշում 26

ԳԼՈՒԽ 6. Բնակչության հատուկ խմբերի ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտությունը 34

ՄԱՍ 2. 38

Գլուխ 1. Հակառետրովիրուսային բուժում 38

Գլուխ 2. ՀՈՎ դեղերի կողմնակի ազդեցություններ 43

Գլուխ 3. Նախակոնտակտային և հետկոնտակտային կանխարգելում 46

§1. Հետկոնտակտային կանխարգելում(ՀԿԿ) 46

§2. Նախակոնտակտային կանխարգելում(ՆԿԿ) 47

Գլուխ 4. Կոինֆեկցիաներ/Օպորտունիստական վարակներ 48

ՄԱՍ 3. Առաջարկություններ 50

Ամփոփում 53

Հապավումներ

ԱՀԿ - Առողջապահության Համաշխարհային Կազմակերպություն

ԱՆ – Առողջապահության Նախարարություն/Նախարար

ԻԻ- Ինտեգրազայի ինհիբիտոր

ԿՆՀ – Կենտրոնական Նյարդային Համակարգ

ՀԿ – Հասարակական Կազմակերպություն

ՀՀ – Հայաստանի Հանրապետություն

ՀՌՎ – Հակառետրովիրուսային

ՀՏՆԻ- Հակադարձ տրանսկրիպտազայի նուկլեոզիդային ինհիբիտոր

ՀՏՈՆԻ-Հակադարձ տրանսկրիպտազայի ոչ նուկլեոզիդային ինհիբիտոր

ՁԻԱՀ – Ձեռքբերովի Իմունային Անբավարարության Համախտանիշ

ՄԻԱՎ – Մարդու Իմունային Անբավարարության Վիրուս

ՆԽ – Նախաթեստային խորհրդատվություն

ՎԾ-Վիրուսային ծանրաբեռնվածություն

ՏԲ - Տուբերկուլյոզ

ՕՎ – Օպորտունիստական վարակներ

COBI-Կոբիկիստատ

ddI-Դիդանոզին

d4T- Ստավուդին

DTG- Դոլուտեգրավիր

EACS - ՁԻԱՀ-ի Եվրոպական կլինիկական կազմակերպության

EFV- Իֆավիրենց

TDF-Տենոֆովիր

Նախաբան

Սույն ուսումնասիրությունն իրականացվել է «Իրական աշխարհ, իրական մարդիկ», «Հանրային տեղեկատվություն և գիտելիքի կարիք» և «Ներուժ զարթոնքի» ՀԿ-ներից ձևավորված ՄԻԱՎ-ի հակազդման ազգային կոնսորցիումի «Առողջությունը կարելի է գնել, եթե կա հատկացված բյուջե» ծրագրի շրջանակներում:

Ուսունասիրության նպատակն է ՀՀ առողջապահության նախարարի 2017թ-ի օգոստոսի 4-ի թիվ 2412-Ա հրամանով հաստատված «ՄԻԱՎ վարակի վերաբերյալ հետազոտության և խորհրդատվության, լաբորատոր ախտորոշման կլինիկական ուղեցույցը»[1] և ՀՀ ԱՆ 2017թ-ի օգոստոսի 7-ի թիվ 2429-Ա հրամանով հաստատված «Հակառետրովիրուսային դեղերի կիրառմամբ ՄԻԱՎ վարակի բուժման և կանխարգելման կլինիկական ուղեցույցը»[2] համեմատել Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության 2015 թվականի «ՄԻԱՎ վարակի վերաբերյալ հետազության ծառայությունների ուղեցույցի»[3], ԱՀԿ-ի 2016 թվականի «ՄԻԱՎ վարակի բուժման և կանխարգելման նպատակով հակառետրովիրուսային դեղերի կիրառման ուղեցույցի»[4] և ԱՀԿ այլ վերաբերելի ուղեցույցների հետ:

Համեմատության ընթացքում վեր են հանվել ՀՀ և մյուս ուղեցույցների միջև տարբերությունները և հակասությունները և ներկայացվել են, թե որքանով են ԱՀԿ-ի ուղեցույցներում ներառված առաջարկները, խորհուրդները և ուղղորդումները ներառված ՀՀ ուղեցույցներում:

Հետազատությունը բաղկացած է երեք մասից: Առաջին մասում ներկայացված են ՀՀ ԱՆ 2017թ. «ՄԻԱՎ վարակի վերաբերյալ հետազոտության և խորհրդատվության, լաբորատոր ախտորոշման կլինիկական ուղեցույցի» և ԱՀԿ 2015թ. «ՄԻԱՎ վարակի վերաբերյալ հետազության ծառայությունների ուղեցույցի» տարբերությունները,

[1] http://www.armaids.am/images/pdf/HTS_Guide_2017_new.pdf
[2] http://www.armaids.am/images/pdf/ART_Guide_2017_new.pdf
[3] http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179870/9789241508926_eng.pdf;jsessionid=45FC7B039F9FA947017B1A45B16E5162?sequence=1
[4] http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/

որոնք վերաբերում են ՄԻԱՎ վարակի վերաբերյալ հետազոտություն և խորհրդատվություն և բնակչության հատուկ խմբերին տրամադրվող ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության և խորհրդատվության առանձնահատկություններին: Երկրորդ մասում համեմատական եղանակով ներկայացված են ՀՀ ԱՆ 2017թ-ի «Հակառետրովիրուսային դեղերի կիրառմամբ ՄԻԱՎ վարակի բուժման և կանխարգելման կլինիկական ուղեցույցի» և ԱՀԿ-ի 2016 թ.-ի «ՄԻԱՎ վարակի բուժման և կանխարգելման նպատակով հակառետրովիրուսային դեղերի կիրառման ուղեցույցի» դրույթները հետևյալ թեմաների շրջանակներում՝ ՀՌՎ բուժում, նախակոնտակտային և հետկոնտակտային կանխարգելում, կոինֆեկցիաների վարում և ՀՌՎ բուժման կողմնակի ազդեցությունների մոնիտորինգ և կառավարում:

Հետազոտության երրորդ մասում ներկայացված են համեմատության արդյունքում վեր հանված տարբերությունների և ՁԻԱՀ-ի Եվրոպական կլինիկական կազմակերպության 2017թ-ի առաջարկությունների[5] վրա հիմնված առաջարկությունները:

[5] http://www.eacsociety.org/files/guidelines_9.0-english.pdf

ՄԱՍ 1. ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտություն և խորհրդատվություն

ՀՀ առողջապահության նախարարի 2017թ-ի օգոստոսի 4-ի թիվ 2412-Ա հրամանով հաստատվել է «ՄԻԱՎ վարակի վերաբերյալ հետազոտության և խորհրդատվության, լաբորատոր ախտորոշման կլինիկական ուղեցույցը» (այսուհետ՝ ՀՀ ուղեցույց), որը վերանայված է ըստ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (այսուհետ՝ ԱՀԿ) 2015 թվականի «ՄԻԱՎ վարակի վերաբերյալ հետազության ծառայությունների ուղեցույցի» և (այսուհետ՝ ԱՀԿ 2015թ. ուղեցույց) ԱՀԿ-ի 2016 թվականի «ՄԻԱՎ վարակի բուժման և կանխարգելման նպատակով հակառետրովիրուսային դեղերի կիրառման ուղեցույցի» (այսուհետ՝ ԱՀԿ 2016թ. ուղեցույց) առաջարկների:

Հետազոտության առաջին մասով կներկայացնենք նշված ուղեցույցների համեմատական վերլուծությունը և վեր կհանենք, թե որքանով են ԱՀԿ 2015թ. ուղեցույցում ներկայացված առաջարկները, խորհուրդները և ուղղորդումները ներառվել ՀՀ ուղեցույցում:

ԳԼՈՒԽ 1. ՄԻԱՎ վարակի վերաբերյալ հետազոտության և խորհրդատվության սկզբունքները: Գաղտնիություն

Այսպիսով, հարկ է նշել, որ և՛ ԱՀԿ 2015թ. ուղեցույցով, և՛ ՀՀ ուղեցույցով սահմանված՝ ՄԻԱՎ վարակի վերաբերյալ հետազոտության և խորհրդատվության նպատակները ամբողջովին նույնն են: Նույնն են նաև հետազության և խորհրդատվության տրամադրման սկզբունքները (համաձայնություն, գաղտնիություն, խորհրդատվություն, հետազոտության արդյունքների հավաստիություն, կանխարգելման, բուժման և խնամքի ծառայություններում ներգրավում): Սակայն, ԱՀԿ 2015թ. ուղեցույցը շատ ավելի մանրամասն է մեկնաբանում սկզբունքները: Այսպիսով՝ ՀՀ ուղեցույցում նշված է, որ

գաղտնիությունը ենթադրում է, որ հետազոտվողն անցնում է ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտություն և խորհրդատվություն գաղտնիության սկզբունքի պահպանմամբ, սակայն չի սահմանում, թե այդ սկզբունքն ինչ է իրենից ներկայացնում, հաշվի առնելով այն հանգամանքը, որ ՀՀ օրենսդրությունը շատ մակերեսորեն է կարգավորում պացիենտի գաղտնիության իրավունքը և օրենսդրությամբ նույնիսկ սահմանված չէ բժշկական գաղտնիք հասկացությունը: Նպատակահարմար կլիներ ՀՀ ուղեցույցով շատ ավելի մանրամասն սահմանել գաղտնիության սկզբունքը: ԱՀԿ 2015թ. ուղեցույցը սահմանում է, որ ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության և խորհրդատվության գաղտնիությունն իրենից ենթադրում է, որ այն ինչ ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտություն և խորհրդատվություն մատուցող բուժաշխատողը և պացիենտը քննարկում են իրար հետ, չպետք է բացահայտվի այլ անձի՝ առանց թեստավորվող անձի(պացիենտի) բացահայտ համաձայնության: Ի լրումն այլ հարցերի ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության շրջանակներում խորհրդատուները պացիենտի հետ պետք է քննարկեն այն հարցը, թե հետազոտության արդյունքների մասին ում և ինչպես կցանկանար հայտնել նա: Միաժամանակ ԱՀԿ 2015թ ուղեցույցը սահմանում է, որ չնայած գաղտնիության սկզբունքին, այնուամենայնիվ խորհուրդ է տրվում կարգավիճակի մասին հայտնել սեռական զուգընկերոջը, ընտանիքի մոտ անդամներին և բուժաշխատողներին: Գաղտնիության սկզբունքը ԱՀԿ 2015թ ուղեցույցում շատ ավելի մանրամասնորեն ներկայացված է նախաթեստավորման, հետթեստավորման և ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության մասին խոսելիս, ինչը բացակայում է ՀՀ ուղեցույցում, սակայն դրան կանդրադառնանք վերոնշյալ թեմաները ներկայացնելիս:

Ճիշտ է, ՀՀ ուղեցույցում սկզբունքները մանրամասն մեկնաբանված չեն, ինչպես ԱՀԿ 2015թ ուղեցույցում, սակայն հետագա կարգավորումները սահմանելիս դրանք ըստ էության պահպանվել են:

ԳԼՈՒԽ 2. ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության փուլերը

Ինչպես ԱՀԿ 2015թ-ի ուղեցույցով այնպես ՀՀ ուղեցույցով սահմանվում են ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության 3 փուլերը՝ նախաթեստավորում, ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտություն և հետթեստավորում:

§1. ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության խթանումը

ԱՀԿ 2015թ ուղեցույցը, որպես ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտությանը նախորդող գործողություն առանձնացնում և կարևորում է ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության խթանումը:

Շատ երկրներ ակտիվորեն խթանում են ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտությունը և խորհրդատվությունը զանգվածային լրատվամիջոցների միջոցով (ռադիո, հեռուստատեսություն, վահանակներ և պաստառներ, համացանց և սոցիալական կայքեր): ԶԼՄ-ների օգտագործումը ցույց է տվել, որ կարճ ժամանակահատվածում ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտությունների կիրառումը հետզհետե մեծանում է:

ՄԻԱՎ-ի բարձր և ցածր տարածվածություն ունեցող երկրներում, գովազդային ակցիաների և արշավների արդյունքում հանրության մեջ տարածվել է տեղեկատվություն, այն մասին, որ կան ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտություններ և թե որտեղ է հնարավոր դրանք անցնել:

§2. Հարմար միջավայրի ստեղծում

Հետազոտությանը նախորդող հաջորդ գործողությունն ըստ ԱՀԿ 2015թ ուղեցույցի՝ հարմար միջավայրի ստեղծումն է, որը պետք է ապահովվի հատուկ գործոնների միջոցով. այնպիսի գործոնների, որոնք դուրս են առողջապահության բնագավառից, սակայն թույլ են տալիս, որ առողջապահական ծառայությունները և միջամտություններն իրականացվեն արդյունավետ և ապահով: Օրինակ՝ հանրության կողմից հանդուրժողականությունը թիրախ խմբերի նկատմամբ, խտրականության դրսևորման դեպքերի կրճատումը, բռնության կանխարգելումը,

համայնքի հզորացումը, օրենսդրության վերանայումը և հատկապես այնպիսի օրենքների և քաղաքականությունների որդեգրումը, որոնք թույլ կտան երիտասարդներին անցնել ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտություն և խորհրդատվություն առանց ծնողների համաձայնության և այլն: Նման գործոնները ՄԻԱՎ-ի կանխարգելման հաջողության բանալին են: Դրանք նպաստում են ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտությունների մատչելիությանը, ընդունելիությանը, խթանմանը, արդարացի լուսաբանմանը, որակի բարձրացմանը և այլն: Այս գործոնները աջակցում են ՄԻԱՎ-֊ի վերաբերյալ թեստավորմանը, կանխարգելմանը, բուժմանը և խնամքին, հատկապես բնակչության հատուկ խմբի պացիենտների համար, ինչպիսիք են՝ տղամարդիկ, դեռահասները, բնակչության առավել վտանգի ենթարկված խմբերը[6] (այսուհետ՝ ԱՎԵԽ) և այլն: Չնայած այս գործոններն ուղղակիորեն առողջապահական համակարգի պատասխանատվության տակ չեն, սակայն ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության և խորհրդատվության ծառայություններ մատուցող բուժաշխատողներն ու բժշկական հաստատությունները պետք է աշխատեն համայնքային կազմակերպությունների, իրավական մարմինների, շահերի պաշտպանությամբ (ադվոկացիա) զբաղվող կազմակերպությունների հետ՝ ապահովելու համար, որ շրջապատն աջակցի և հնարավորություն ընձեռի մարդկանց ծանոթանալ իրենց ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ կարգավիճակին:

§3. Գաղտնիության ապահովում

Հաջորդ քայլը ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտությունից առաջ՝ գաղտնիության ապահովումն է: ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտություն տրամադրող բոլոր բուժաշխատողները պետք է պահպանեն հետազոտության գաղտնիությունը: Գաղտնիությունը վերաբերում է ոչ միայն հետազոտության արդյունքներին և ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ կարգավիճակի մասին հաղորդումներին, այլ նաև ցանկացած

[6] Թմրամիջոցի ներարկային օգտագործողները, կոմերցիոն սեռական ծառայություններ տրամադրող կանայք, տղամարդու հետ սեռական կապեր ունեցող տղամարդիկ, քրեակատարողական հիմնարկներում գտնվողներ, միգրանտներ:

անձնական տեղեկատվության, ինչպիսիք են օրինակ՝ սեռական վարքագիծը, թմրանյութերի օգտագործումը և այլն: ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության ընթացքում պետք է խուսափել այնպիսի գործողություններից և իրավիճակներից, երբ պատահական կամ ոչ կանխամտածված եղանակով պացիենտի հետազոտության արդյունքները կամ ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ կարգավիճակը կբացահայտվի այլ անձանց՝ սպասասրահում կամ բժշկական հաստատությունում: Նման գործողությունները կամ իրավիճակները կարող են ներառել ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ դրական կարգավիճակ ունեցող անձանց խորհրդատվությունը հատուկ սենյակներում կամ հատուկ բուժաշխատողների կողմից, կամ այլ անձանց համար ակնհայտ դարձնելը, թե որ պացիենտները կարիք ունեն կամ ստանում են ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ լրացուցիչ հետազոտություն կամ երկար հետթեստային խորհրդատվություն: Գաղտնիության բացակայությունը խոչընդոտ է հանդիսանում ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության դիմելու համար: ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտություն տրամադրողները կարող են կարիք ունենալ լրացուցիչ գիտելիքների և հատուկ զգայունության՝ բժշկական փաստաթղթերի/գրառումների գաղտնիության պահպանան հարցում՝ հատկապես ԱՎԵԽ-ների վերաբերյալ:

ՀՀ ուղեցույցը չի պարունակում ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ թեստավորմանը նախորդող նշված գործողություններից և ոչ մեկը, սակայն պրակտիկայում դրանք իրականացվում են:

§4. Նախաթեստային խորհրդատվություն

Եվ իհարկե, թեստավորմանը նախորդող ամենակարևոր և հիմնական գործողություններից մեկը նախաթեստային խորհրդատվությունն է, որը նախատեսված է ինչպես ՀՀ ուղեցույցով, այնպես էլ ԱՀԿ 2015թ. ուղեցույցով: Այսպես, ՀՀ ուղեցույցը նշում է, որ նախաթեստային խորհրդատվությունը տրամադրվում է ՄԻԱՎ–ի վերաբերյալ հետազոտություն անցնող բոլոր այցելուներին, ինչպես նաև սահմանում է, որ նախաթեստային խորհրդատվությունից հրաժարվելը չի կարող հիմք հանդիսանալ այցելուի՝ ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ

հետազոտություն չանցկացնելուն, միաժամանակ, ՀՀ ուղեցույցը նախատեսում է, որ նախաթեստային խորհրդատվությունը կարող է իրականացվել տարբեր բովանդակությամբ և ծավալներով՝ կախված մի շարք գործոններից, օրինակ՝ ժամանակի սղություն, կրկնակի խորհրդատվություն և այլն, բացի այդ, խորհրդատվությունը կարող է լինել ինչպես խմբակային այնպես էլ անհատական: Չնայած ԱՀԿ 2015թ ուղեցույցը նույնպես, ընդհանուր առմամբ ամրագրում է նշված դրույթները, այնուամենայնիվ վերջինս մի փոքր այլ մոտեցում ունի նախաթեստային խորհրդատվության վերաբերյալ:

Այսպիսով՝ ԱՀԿ 2015թ. ուղեցույցը սահմանում է, որ ինտենսիվ նախաթեստային խորհրդատվության կարիք այլևս չկա և վերջինս կարող է ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության ծառայությունների մատուցման համար խոչընդոտներ սահմանել: Նախաթեստային խորհրդատվության ընթացքում անհատական ռիսկի գնահատումը և անհատականացված խորհրդատվությունն այլևս նպատակահարմար չէ և խորհուրդ չի տրվում: Տեղական (ներպետական) պայմաններից և ռեսուրսներից կախված՝ նախաթեստային խորհրդատվությունը կարելի է տրամադրել անհատական կամ խմբակային եղանակով՝ մեդիայի միջոցով, այդ թվում՝ պաստառներ, բրոշյուրներ, վեբկայքեր և կարճ տեսահոլովակներ, որոնք կցուցադրվեն սպասասրահներում: Երեխաներին և դեռահասներին ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտություն և խորհրդատվություն իրականացնելիս, տեղեկատվությունը պետք է ներկայացվի նրանց տարիքին համապատասխան եղանակով՝ հասկանալի լինելու համար:

ԱՀԿ 2015թ ուղեցույցում ներկայացված նախաթեստային խոհրդատվության հաջորդ բաղկացուցիչ մասը, որը բացակայում է ՀՀ ուղեցույցում՝ աջակցությունն է ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտություն և խորհրդատվություն իրականացնող հաստատություններում տուբերկուլյոզի (այսուհետ՝ ՏԲ) դեպքերի բացահայտմանը:

ՏԲ-Ն ՄԻԱՎ-ով ապրող մարդկանց շրջանում ամենատարածված հիվանդությունն է: ՏԲ-ն ճակատագրական է չհայտնաբերված լինելու կամ չբուժվելու դեպքում, այն

ՄԻԱՎ-ով ապրող մարդկանց մահվան գլխավոր պատճառն է հանդիսանում[7]: ՏԲ-ի վաղ ախտորոշումը և ՏԲ համապատասխան բուժմանն ուղղորդումը կարող են կանխել մահացության նշված դեպքերը: ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության և խորհրդատվության ծառայությունը կարևոր հնարավորություն է ընձեռում նախկինում չհայտնաբերված ՏԲ դեպքերի վաղ հայտնաբերման և համապատասխան բուժման համար:

Այսպիսով, ԱՀԿ 2015թ. ուղեցույցը սահմանում է, որ ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության և խորհրդատվության ծառայությունը պետք է ներառի ՏԲ ախտանշանների սկրինինգ: ՏԲ ախտանիշներով բոլոր այցելուները պետք է մանրակրկիտ ուսումնասիրվեն, և հետթեստային խորհրդատվության ընթացքում պետք է այցելուի հետ քննարկվեն նշված հետազոտության արդյունքները: Բոլոր այն պացիենտները, որոնց մոտ ախտորոշվում է ՏԲ, պետք է անհապաղ գրանցվեն և ներառվեն ՏԲ ազգային ծրագրում և սկսեն հակատուբերկուլյոզային բուժումը: ԱՀԿ 2015թ. ուղեցույցը նույնիսկ սահմանում է ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության և խորհրդատվության ծառայություններում ՏԲ դեպքերի հայտնաբերման բարձրացմանն ուղղված ՄԻԱՎ/ՏԲ-ի վերաբերյալ թեստավորման և սկրինինգի ալգորիթմ[8]:

Նախաթեստային խորհրդատվության ևս մեկ առանձնահատկություն, որը նախատեսված է ԱՀԿ 2015թ. ուղեցույցում, սակայն բացակայում է ՀՀ Ուղեցույցում, վերաբերում է զույգերին կամ զուգընկերներին, ովքեր ցանկանում են թեստավորվել միասին: Մեծ թվով երկրներ առաջարկում են զույգերի խորհրդատվություն և զուգընկերոջ թեստավորում, ինչը նպաստում է ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ կարգավիճակի փոխադարձ բացահայտմանը և մեծացնում է կանխարգելման միջոցառումների իրականացումը, հատկապես դիսկորդանտ զույգերի դեպքում (զուգընկերներից մեկը ՄԻԱՎ դրական է, մյուսը՝ բացասական): Ըստ էության ՀՀ ուղեցույցը և ՀՀ

[7] http://www.who.int/tb/areas-of-work/tb-hiv/en/

[8] http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179870/9789241508926_eng.pdf;jsessionid=45FC7B039F9FA947017B1A45B16E5162?sequence=1, աղյուսակ 3.1

օրենսդրությունը չեն բացառում նման հնարավորություն, և պրակտիկայում՝ ամուսնացած զույգերից մեկի մոտ ՄԻԱՎ դրական կարգավիճակի հաստատման դեպքում, զուգընկերոջը, նույնպես, խորհուրդ է տրվում անցնել ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտություն և խորհրդատվություն: Սակայն գոյություն ունեն զույգերի խորհրդատվության որոշակի նրբություններ, որոնց պետք է տիրապետեն նախաթեստային խորհրդատվություն (այսուհետ՝ ՆԽ) իրականացնող բուժաշխատողները: Այսպիսով, ԱՀԿ 2015թ. ուղեցույցը սահմանում է, որ զույգերի ՆԽ ընթացքում նրանց չպետք է հարցնել նախկինում սեռական վարքագծի և ռիսկերի վերաբերյալ, քանի որ նշված տեղեկատվությունն անհրաժեշտ չէ և զույգի համար կարող է խդիրներ ստեղծել: ՆԽ իրականացնող բուժաշխատողը պետք է հստակեցնի զույգին, որ եթե նրանցից մեկը նախընտրի, ապա թե՛ ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտությունը, թե՛ հետթեստային խորհրդատվությունը կարող են տրամադրվել անհատապես և, որ ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ կարգավիճակի բացահայտումը այլ աձի կամ զուգըներոջը՝ պարտադիր պայման չէ: Զույգերի թեստավորման վերաբերյալ առավել մանրամասն տեղեկատվություն կարելի է ստանալ զույգերի՝ ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ թեստավորման և խորհրդատվության վերաբերյալ ուղեցույցից[9]:

Առողջապահական ծառայությունների դիմելիս ԱՎԵԽ-ները շատ հաճախ ենթարկվում են խտրականության, ինչը հիմնականում պայմանավորված է նրանով, որ բուժաշխատողները չունեն բավարար գիտելիքներ ԱՎԵԽ-ներին ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտական և խորհրդատվական ծառայություններ մատուցելիս: Այս ամենը հաշվի առնելով՝ ԱՀԿ 2015թ. ուղեցույցը սահմանում է, որ ԱՀԿ անդամ երկրները պետք է բուժաշխատողների վերապատրաստումը համարեն առաջնահերթ, որպեսզի վերջիններս կարողանան տրամադրել ընդունելի ծառայություններ, ավելի լավ հասկանան ԱՎԵԽ-ների կարիքները և ծանոթ լինեն կանխարգելման տեղական ծառայություններին: Նշված դրույթը, նույնպես, բացակայում է ՀՀ ուղեցույցում:

[9] http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44646/9789241501972_eng.pdf?sequence=1

Նախաթեստային խորհրդատվության այսպես ասած «եզրափակիչ փուլ է համարվում ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտություն անցկացնելու համաձայնության տրամադրումը: Այս մասին խոսելիս ՀՀ ուղեցույցը, մասնավորապես, չի նշում, որ չնայած այն հանգամանքին, որ ՆԽ-ն կարող է իրականացվել նաև խմբակային, սակայն ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտություն իրականացնելու համաձայնությունը պետք է տրվի առանձին և գաղտնի եղանակով:

Թմրամիջոցների և ալկոհոլի ազդեցության տակ գտնվող կամ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող մարդիկ չպետք է ենթարկվեն ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության, քանի որ նրանք չեն կարողանում տեղեկացված համաձայնություն տալ: Ոչ ոք չպետք է ստիպողաբար ենթարկվի ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետզոտության:

§5. Հետթեստային խորհրդատվություն

Հետթեստային խորհրդատվության բովանդակությունը՝ ըստ ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության արդյունքների, տարբերվում է: ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ բացասական կարգավիճակի դեպքում բովանդակությունը թե՛ ՀՀ ուղեցույցում, թե՛ ԱՀԿ 2015թ. ուղեցույցում նույնն է:

ՀՀ ուղեցույցում նշվում է, որ ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ բացասական կարգավիճակի ախտորոշման դեպքում անհրաժեշտ է հիշեցնել պացիենտին «պատուհանի շրջանի» մասին և առաջարկել անցնել կրկնակի հետազոտություն՝ կախված հնարավոր վարակման ժամկետներից: Միաժամանակ, ԱՀԿ 2015թ. ուղեցույցը ամրագրում է, որ նշված դեպքում կրկնակի հետազոտությունը անհրաժեշտ է միայն ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ բացասական կարգավիճակ ունեցող այն անձանց համար, ովքեր վերջերս վարակվելու ռիսկի են ենթարկվել կամ տվյալ պահին գտնվում են ռիսկի տակ: ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ բացասական կարգավիճակ ունեցող անձանց համար վերաթեստավորումն անհրաժեշտ չէ և կարող է ռեսուրսների վատնում համարվել:

Ինչ վերաբերում է ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ կրկնակի հետազոտությունների անցկացմանը, ապա երկու ուղեցույցներն էլ այս հարցի շուրջ ունեն նույն դիրքորոշումը:

ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ դրական ախտորոշման դեպքում թե՛ ԱՀԿ 2015թ. ուղեցույցը, թե՛ ՀՀ ուղեցույցը ղեկավարվում են նույն սկզբունքներով, սակայն այստեղ նույնպես 2 ուղեցույցների միջև կան տարբերություններ:

Այսպիսով, ի տարբերություն ՀՀ ուղեցույցի՝ ԱՀԿ 2015թ. ուղեցույցն ընդգծում է ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ դրական կարգավիճակ ունեցող անձանց կարգավիճակի բացահայտման և գաղտնիության պահպանման առանձնահատկությունները:

ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ դրական կարգավիճակով անձանց լուրջ մտահոգությունների տեղիք են տալիս իրենց կարգավիճակի վերաբերյալ գաղտնիության պահպանումը և այն բացահայտելու վերաբերյալ հարցերը:

ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ թեստավորման և դրա արդյունքների բացահայտման 3 եղանակ է առանձնացնում ԱՀԿ 2015թ. ուղեցույցը.

- **Անձի կողմից բացահայտում իր սեռական զուգընկերոջը, ընտանիքի անդամներին և ընկերներին:** Նման բացահայտումը զգալի օգուտներ կարող է ունենալ, հատկապես զույգերի և սեռական զուգընկերների համար: Այնուամենայնիվ, շատ պացիենտներ, ովքեր իմանում են իրենց ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ դրական կարգավիճակի մասին, նախքան որևէ մեկին բացահայտելը, կարիք ունեն այն ընդունելու և գիտակցելու և կարող է կարիք ունենան լրացուցիչ խորհրդատվության:
- **Բուժաշխատողի կողմից բացահայտում պացիենտի սեռական զուգընկերոջը:** Որոշ պետությունների օրենսդրություններ[10] պահանջում են ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ դրական կարգավիճակի բացահայտում սեռական կամ թմրանյութ օգտագործող զուգընկերոջը: Նշված դեպքերում բուժաշխատողները պետք է քննարկեն դա

[10] ՀՀ-ում նման պահանջ չկա:

այցելուի հետ՝ նախքան ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտություն իրականացնելու համաձայնություն ստանալը: Բուժաշխատողները պետք է շատ զգայուն լինեն այն պացիենտների նկատմամբ, որոնց՝ ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ դրական կարգավիճակի բացահայտման արդյունքում վերջիններս հնարավոր է ենթարկվեն խտրականության կամ բռնության: Նման պացիենտները կարող են լրացուցիչ նախաթեստային և հետթեստային խորհրդատվության կարիք ունենալ:

- **Բուժաշխատողի կողմից բացահայտում պացիենտի խնամքի ծառայություններում ընդգրկված այլ բուժաշխատողի:** Բուժաշխատողները պետք է ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ դրական կարգավիճակով անձանց տեղյակ պահեն այն մասին, որ համապատասխան բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու համար անհրաժեշտ է, որ կարգավիճակի մասին տեղյակ լինեն նաև պացիենտի խնամքում ընդգրկված այլ բուժաշխատողներ: Նման բացահայտման շրջանակներում, այնուամենայնիվ, պետք է պահպանվի պացիենտի գաղտնիության հիմնարար իրավունքը: Պացիենտի կարգավիճակի վերաբերյալ տեղեկությունների հայտնումը ոստիկանության կամ այլ իրավապահ մարմիններին համարվում է ոչ էթիկական, քանի դեռ պացիենտը չի տվել դրա համաձայնությունը: Այս դեպքում, իրավապահ մարմիններին նշված տեղեկատվության տրամադրման համար բուժաշխատողներին անհրաժեշտ է պացիենտի գրավոր համաձայնությունը:

Ինչ վերաբերում է կանխարգելման, բուժման և խնամքի ծառայություններում անձանց ներգրավելուն, ապա 2 ուղեցույցներն էլ այս հարցի շուրջ ունեն նույն դիրքորոշումը:

Գլուխ 3. ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության և խորհրդատվության իրականացման մոտեցումները:

ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտությունն ու խորհրդատվությունը կարող է տրամադրվել տարբեր եղանակներով և տարբեր մարդկանց, և այս հարցի շուրջ 2 ուղեցույցներն ունեն էականորեն տարբեր մոտեցումներ:

ԱՀԿ 2015թ. ուղեցույցը սահմանում է, որ ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտություն և խորհրդատվություն կարող է տրամադրվել ինչպես առողջապահական հաստատություններում (առաջնային բժշկական օգնության հաստատություններ, հիվանդանոցներ, ամբուլատորիաներ, սեռավարակներով և տուբերկուլյոզով մասնագիտացած բժշկական հաստատություններ, լաբորատորիաներ և այլն), այնպես էլ համայնքերում: Համայնքներում ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտությունն ու խորհրդատվությունն իրականացվում է տան պայմաններում, դպրոցներում, կրթական հաստատություններում, աշխատավայրերում, զբոսայգիներում, բառերում և այլ վայրերում թեստավորման միջոցով: Որպես ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության լրացուցիչ տարբերակ, նախատեսված է նաև ինքնաթեստավորումը:

Յուրաքանչյուր պետություն, ելնելով վերոնշյալ մոտեցումներից, ինքը պետք է ընտրի իրեն հատուկ այնպիսի մոտեցում, որը կհեշտացնի որքան հնարավոր է շատ մարդկանց ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտությունը և որքան հնարավոր է շուտ:

ՀՀ ուղեցույցով սահմանված է նշված եղանակներից միայն երկուսը՝ հետազոտություն առողջապահական հաստատություններում և ինքնաթեստավորում: ՀՀ ուղեցույցը չի բացառում, սակայն և չի սահմանում համայնքներում ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության անցկացման հնարավորություն:

ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ թեստավորման և հետազոտության ծառայությունների որակն ու արդյունավետությունը բարձրացնելու համար ԱՀԿ-ն առաջարկում է արդյունավետ առողջապահական ծրագրավորման մի քանի մեթոդներ, մասնավորապես՝

1. ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության և խորհրդատվության ինտեգրումն այլ առողջապահական ծառայություններում:
2. ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության և խորհրդատվության ապակենտրոնացումը առաջնային բուժօգնության օղակներում և առողջապահական համակարգից դուրս (օրինակ, աշխատատեղեր, դպրոցներ և այլն)
3. ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության և խորհրդատվության հետ կապված պարտականությունների կիսում վերապատրաստված ոչ բժիշկ մասնագետների հետ:

1.) **Ինտեգրումը** դա տարբեր հիվանդությունների հետ կապված ծառայությունների և ռեսուրսների համադրումն ու փոխանակումն է: ՄԻԱՎ-ի հետ կապված ծառայությունների շրջանակներում դա ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ թեստավորման, կանխարգելման, բուժման և խնամքի ծառայությունների տրամադրումն է, այնպիսի ծառայությունների հետ համակցմամբ, ինչպիսիք են՝ տուբերկուլյոզի, սեռավարակների, հեպատիտ Բ վիրուսի, հեպատիտ Ց վիրուսի, ինչպես նաև նախածննդյան խնամքի, ընտանիքի պլանավորման, սկրինինգների և ոչ վարակիչ հիվանդությունների հետ կապված ծառայություններ:

Հարկ է նշել, որ ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ թեստավորման այս մեթոդը նախատեսված է ՀՀ ուղեցույցում և լայնորեն կիրառվում է պրակտիկայում:

2.) **Ապակենտրոնացումը** նշանակալից լիազորությունները և ռեսուրսները առողջապահության նախարարությունից առողջապահության այլ օղակներում գտնվող հաստատություններին կամ համայնքային նշանակություն ունեցող կազմակերպություններին փոխանցելու գործընթացն է: ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության ծառայությունների շրջանակներում ապակենտրոնացումը

դրսևորվում է ծայրամասային բժշկական հաստատություններում, համայնքային նշանակություն ունեցող վայրերում, և վերջնական՝ ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության իրականացման վայր չհանդիսացող այլ վայրերում ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտություն և խորհրդատվություն իրականացնելով:

Ապակենտրոնացումը կարող է ունենալ ինչպես դրական այնպես էլ բացասական կողմեր: Օրինակ՝ մարդկանց բնակավայրերին ավելի մոտ վայրերում ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության և խորհրդատվության ծառայությունների տրամադրումը կարող է կրճատել տրանսպորտային ծախսերը և հիվանդանոցներում սպասման ժամանակահատվածները, ինչն էլ իր հերթին կարող է խթանել և խրախուսել ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտությունները: Այնուամենայնիվ, ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության ծառայությունների ապակենտրոնացումը, միշտ չէ, որ կարող է ընդունելի և հարմար լինել պացիենտների համար: Որոշ երկրներում, բնակավայրերում կենտրոնացված ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության և խորհրդատվության ծառայյթունների տրամադրումը կարող է երաշխավորել վերջիններիս գաղտնիությունը, հատկապես ԱՎԵՒ ներկայացուցիչների և այն անձանց համար, ովքեր վախենում են խտրականությունից: Միաժամանակ, որոշ ոչ այդքան զարգացած երկրներում, ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության և խորհրդատվության ծառայությունների ապակենտրոնացումը կարող է լինել ոչ արդյունավետ և ծախսատար:

Կարելի է ասել, որ այս մեթոդը մասամբ կիրառելի է նաև ՀՀ-ում: Չնայած, որ ՀՀ ուղեցույցն այս հարցի վերաբերյալ ոչինչ չի սահմանում, այնուամենայնիվ, պրակտիկայում ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ թեստավորում և խորհրդատվություն իրականացվում է թե՛ Երևանում, թե՛ ՀՀ մարզերում տեղակայված բժշկական հաստատություններում, երբեմն նույնիսկ արագ թեստավորում իրականացնում են ոլորտային ՀԿ-ները, ինչպես նաև ՁԿՀԿ-ն՝ շարժական կլինիկաների միջոցով:

Այնուամենայնիվ, վերջնական ախտորոշում և հետագայում նաև բուժում հնարավոր է ստանալ միայն ՁԻԱՀ-ի կանխարգելման հանրապետական կենտրոնում

(այսուհետ՝ ՁԿՀԿ), ինչը զգալի խոչընդոտ կարող է հանդիսանալ հատկապես հեռավոր մարզերում ապրող բնակչության համար, որոնք ամեն անգամ ՁԿՀԿ հասնելու համար պետք է ծախսեն 4-5 ժամ: Այնուամենայնիվ, խտրականությունից խուսափելու համար, շատ մարդիկ նախընտրում են ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտություն և բուժում ստանալ իրենց բնակության վայրից հնարավորինս հեռու գտնվող բժշկական հաստատությունում:

Այս հարցի շրջանակներում խնդիր է առաջանում նաև կապված ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ դրական կարգավիճակ ունեցող հղիներին տրամադրվող ծառայությունների մատչելիության հետ: Այսպիսով, ՀՀ ԱՆ 29.11.2013թ.-ի N 80-Ն «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում հիվանդանոցային պայմաններում ցուցաբերվող մանկաբարձագինեկոլոգիական բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման չափորոշիչը հաստատելու մասին» հրամանի[11] 3-րդ կետի 2-րդ ենթակետի բ. պարբերության համաձայն ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ դրական կարգավիճակ ունեցող հղիների, ծննդաբերների բուժումը և ծննդալուծումը իրականացվում է «Վերարտադրողական առողջության, պերինատոլոգիայի, մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի հանրապետական ինստիտուտ» ՓԲԸ-ում: Մի կողմից նշված կարգավորումը խոչընդոտ է հանդիսանում ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ դրական կարգավիճակ ունեցող հղիների համար, քանի, որ նշված միակ բժշկական հաստատությունը մարզերում ապրող բնակչության համար շատ հեռու է և լրացուցիչ ժամանակ և ֆինանսական ռեսուրսներ կպահանջվեն այնտեղ հասնելու համար: Մյուս կողմից՝ նշված հաստատությունում ապահովվում է համապատասխան նեղ մասնագիտական որակյալ հետազոտություն և բուժօգնություն: Ընդ որում նշված հրամանը սահմանում է, որ մարզերից ուղեգրված հղիության ախտաբանությամբ հղիները ընդունվում են առանց սահմանափակման:

[11] http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=114032

3.) **Պարտականությունների կիսումը** դա աշխատանքների ռացիոնալ վերաբաշխումն է առավել երկար մասնագիտական վերապատրաստում անցած առողջապահական ծառայություններ մատուցող կադրերի և առավել կարճ ժամանակահատվածում վերապատրաստված Ծառայություններ մատուցող կադրերի միջև:

Ըստ ԱՀԿ 2015թ.-ի ուղեցույցի, ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության և խորհրդատվության ծառայությունների շրջանակներում Ծառայություն մատուցող է համարվում ցանկացած անձ, ով իրականացնում է առողջապահական ծառայությունների հետ կապված գործառույթներ և վերապատրաստվել է կոնկրետ ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության և խորհրդատվության ծառայություններ իրականացնելու համար, սակայն չի ստացել մասնագիտական կամ հարմասնագիտական կրթության կամ բարձրագույն կրթության պաշտոնական վկայական:

Այստեղ հարկ է նշել, որ ՀՀ ուղեցույցում ներառված չէ այս մեթոդը, քանի որ վերջինս հակասում է ՀՀ օրենսդրությանը: Այսպիսով, «Մարդու իմունային անբավարարության վիրուսից առաջացած հիվանդության կանխարգելման մասին» ՀՀ օրենքի[12] (այսուհետ՝ ՄԻԱՎ-ի կանխարգելման օրենք) 10-րդ հոդվածի համաձայն ՄԻԱՎ-ի հայտնաբերմանն ուղղված լաբորատոր հետազոտությունները կատարվում են ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված կարգով **լիցենզավորված առողջապահական ձեռնարկություններում** (անկախ սեփականության ձևից):

Այնուամենայնիվ ստորև ներկայացնում ենք ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության իրականացման նշված մոտեցման անհրաժեշտությունը հիմնավորող ԱՀԿ դիրքորոշումը:

Այսպիսով, շատ երկներ ունեն պատրաստված բուժաշխատողների պակաս: Այս խնդրի համար լուծում է հանդիսանում պարտականությունների բաշխումը: Վերջինս ձգտում է բարձրացնել անձնակազմի արդյունավետությունը և հնարավորություն տալ

[12] http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docid=120793

ավելի շատ մարդկանց անցնել ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտություն: Մասնավորապես, պարտականությունների կիսումն անձնակազմի հետ, որն աշխատում է համայնքներում, կարող է օգնել կապակցել պացիենտներին ՄԻԱՎ-ի կանխարգելման, բուժման և խնամքի ծառայություններին, ինչպես նաև անդրադառնալ ԱՎԵԽ-ների և այլ առաջնահերթ խմբերի կարիքներին, որոնց համար կարող է դժվար կամ անհնար լինել անմիջականորեն առողջապահական ծառայություններին դիմելը: Բացի այդ, պարտականությունների բաշխումն ունի նաև այլ առավելություններ, մասնավորապես՝

- **Մի շարք ծառայություններ մատուցելու հնարավորություն:** Վերապատրաստվող Ծառայություններ մատուցողները, ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտություններից, բուժումից և խնամքից բացի՝ դրանց զուգահեռ, կարող են տրամադրել նաև տարբեր այլ առողջապահական ծառայություններ, այդ թվում՝ պատվաստումներ, սեռավարակների սկրինինգներ և թեստավորում և այլն:
- **Ծախսերի կրճատում:** Ծառայություններ մատուցողներն, ի տարբերություն բուժաշխատողների՝ միևնույն առաջադրանքներն իրականացնելու համար անցնում են ավելի կարճաժամկետ վերապատրաստում և դասընթացներ, ինչն ավելի քիչ ծախսատար է: Սովորաբար Ծառայություն մատուցողները ստանում են ավելի քիչ աշխատավարձ քան բուժաշխատողները:
- **Սոցիալական և մշակութային համատեքստ:** Վերապատրաստված Ծառայություններ մատուցողները կարող են ավելի շատ մարդկանց ներգրավել, քանի որ նրանք ավելի շատ կարողություններ ունեն իրենց վստահորդների, հատկապես թիրախ բնակչության և դեռահասների հետ խոսելու հարցում:

  Սակայն, կարևոր է նշել, որ պարտականությունների բաշխումն առավելապես հանդիսանում է պոտենցիալ կարևոր գործիք՝ ծառայությունների մատչելիությունը և մատուցման որակը բարձրացնելու համար:

ԳԼՈՒԽ 4. ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության և խորհրդատվության տեսակները:

Ինչպես արդեն նշվել է, ԱՀԿ 2015թ.-ի ուղեցույցը սահմանում է ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության և խորհրդատվության երկու հիմնական տեսակ՝ առողջապահական հաստատություններում և համայնքներում իրականացվող:

Միաժամանակ տարբերակում ենք առողջապահական հաստատություններում իրականացվող հետազոտության հետևյալ տեսակները՝

1.) Կամավոր խորհրդատվություն և թեստավորում
2.) Բժշկական ծառայություն մատուցողների նախաձեռնությամբ խորհրդատվություն և թեստավորում:

Ի լրումն կամավոր և բուժաշխաողների նախաձեռնությամբ իրականացվող ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության և խորհրդատվության՝ ՀՀ ուղեցույցը սահմանում է նաև ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ պարտադիր հետազոտությունը՝ չնայած այն հանգամանքին, որ ԱՀԿ 2015թ, ուղեցույցը առաջարկում է բացառել պարտադիր կարգով իրականացվող ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտությունները:

Սակայն կան դեպքեր, երբ ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության անհրաժեշտությունն ուղղակիորն բխում է իրավիճակից:

Այսպիսով, ՄԻԱՎ-ի կանխարգելման օրենքի 11-րդ հոդվածը սահմանում է, որ պարտադիր բժշկական խորհրդատվության և հետազոտության ենթակա են՝

ա) արյան, կենսաբանական հեղուկների, հյուսվածքների և օրգանների դոնորները.

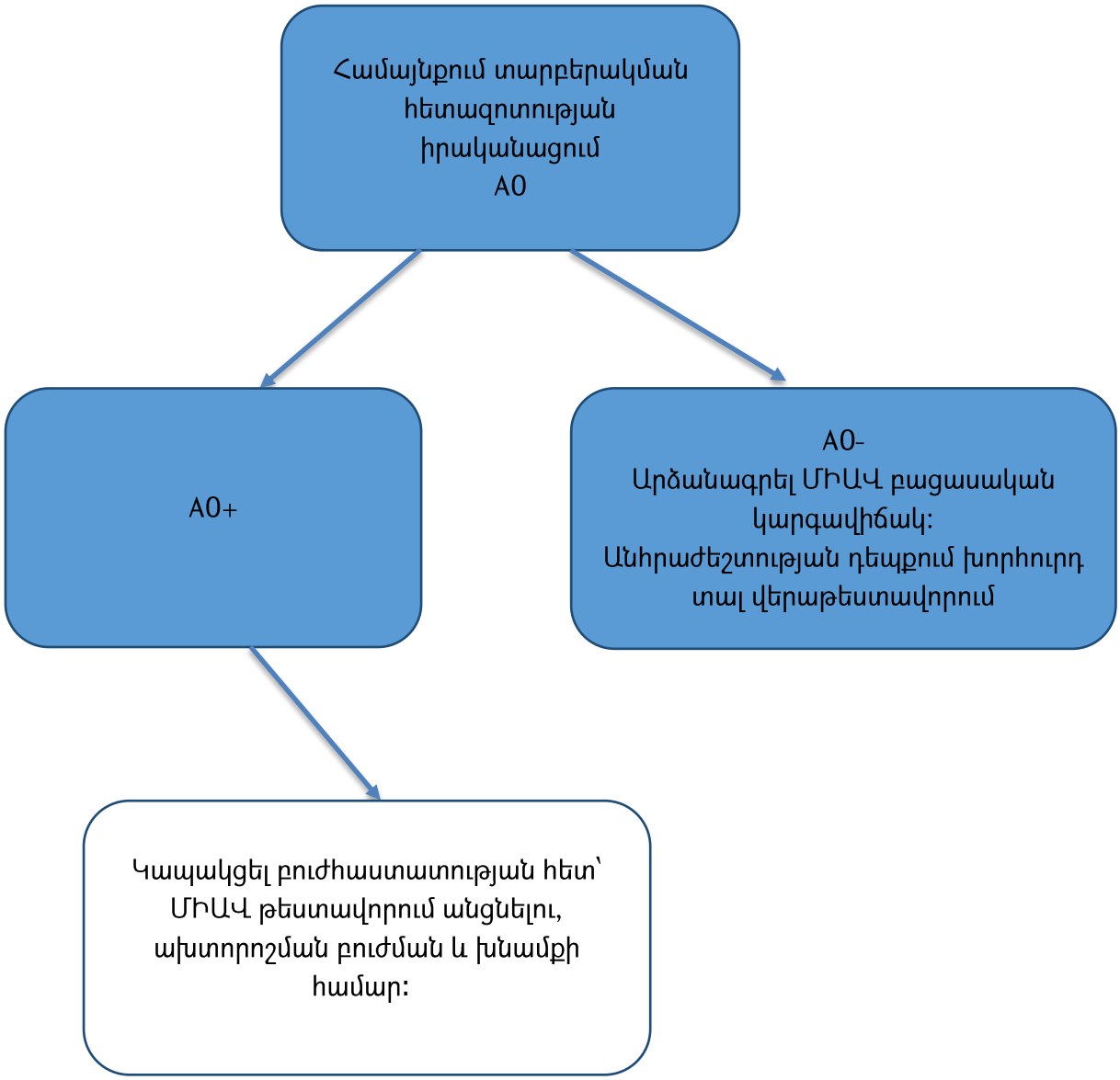
բ) ՄԻԱՎ-ի վարակ ունեցող մայրերից ծնված երեխաները:

Նշված պարագայում ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության պարտադիր լինելն արդարացված է:

Միաժամանակ ՀՀ ուղեցույցով որպես հետազոտության առանձին տեսակ սահմանված չեն համայնքային հետազոտությունները, սակայն դրանք արգելված էլ չեն և պրակտիկայում որոշ ոլորտային ՀԿ-ներ իրականացնում են արագ թեստերով ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտություններ:

Ի տարբերություն ՀՀ ուղեցույցի, ԱՀԿ 2015թ. ուղեցույցը սահմանում է նաև տարբերակման թեստի հնարավորություն: Այն իրենից ներկայացնում է ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ համայնքային հետազոտությունների ընդլայման պարզ մոտեցում, որն անհրաժեշտ է, մասնավորապես, ՄԻԱՎ-ով վարակման բարձր ռիսկ ունեցող անձանց ներգրավելու համար, ովքեր, միգուցե, այլ տարբերակով չէին անցի ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտություն և չէին կապակցվի կանխարգելման, բուժման և խնամքի ծառայություններին: Տարբերակման թեստն աջակցում է վերապատրաստված Ծառայություններ մատուցողներին՝ ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ համայնքային հետազոտություն իրականացնելիս:

Ստորև ներկայացված աղյուսակը սահմանում է տարբերակման թեստի ռազմավարությունը:



Ինչ վերաբերում է ինքնաթեստավորմանը, ապա 2 ուղեցույցներն էլ նախատեսում են ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ թեստավորման այդ եղանակը:

ԳԼՈՒԽ 5. ՄԻԱՎ վարակի ախտորոշում

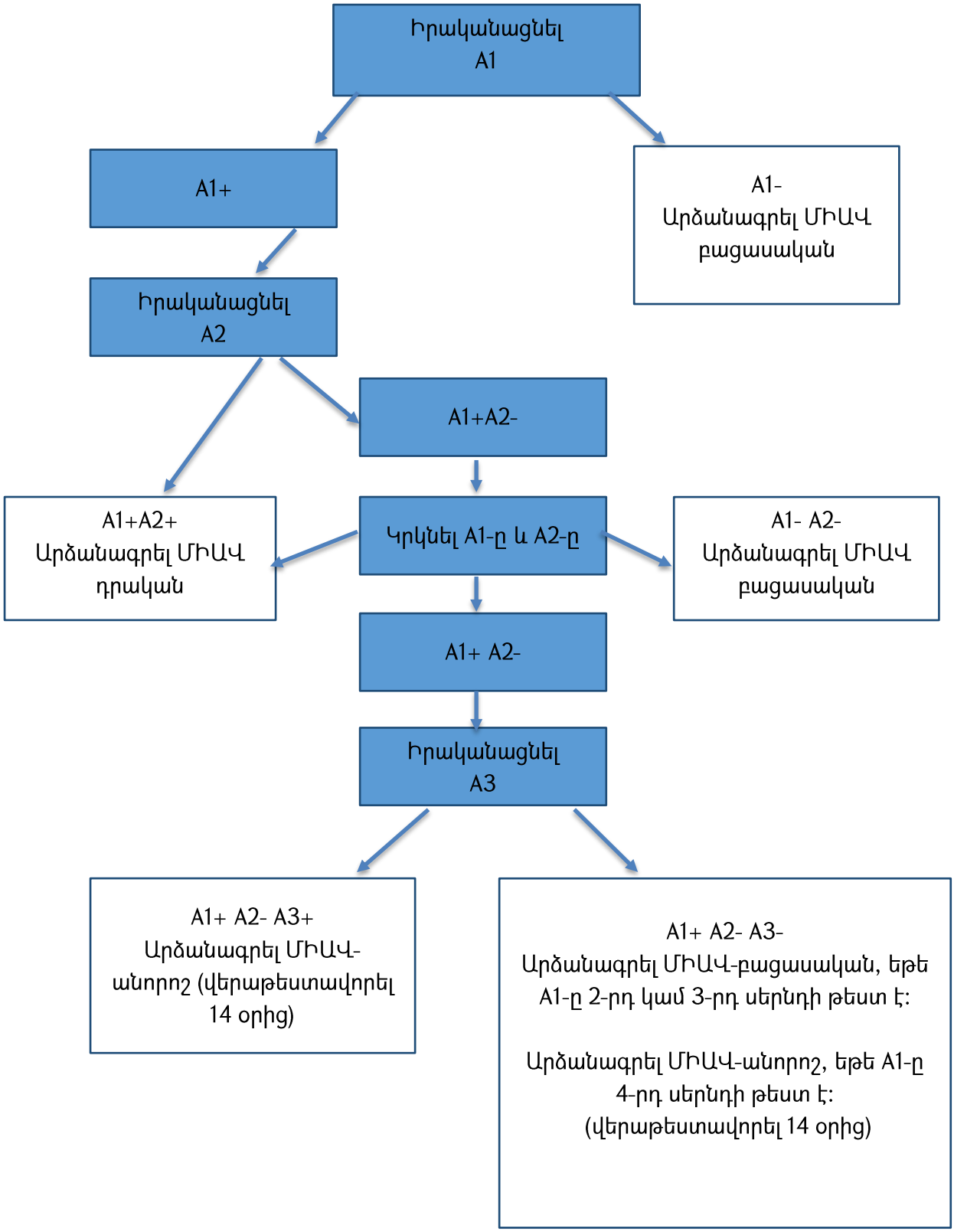
ՄԻԱՎ ախտորոշման հետ կապված 2 ուղեցույցներն որոշ հարցերի շուրջ ունեն նման մոտեցումներ, սակայն որոշ հարցերում դիրքորոշումներն էականորեն տարբերվում են:

Այսպիսով, 2 ուղեցույցներն ունեն նման մոտեցումներ այնպիսի հարցերի շուրջ, ինչպիսիք են՝ ՄԻԱՎ վարակի հայտնաբերման մեթոդաբանությունը տարբեր տեսակի և սերնդի թեստերի միջոցով՝ հիվանդության տարբեր փուլերում, ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության շճաբանական թեստերի բնութագրերը, կեղծ արդյունքներ ստանալու ընդհանուր պատճառները ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ շճաբանական հետազոտություններ իրականացնելիս, փորածանմուշների տեսակներին և դրանց մշակմանը ներկայացվող պահանջները և այլն:

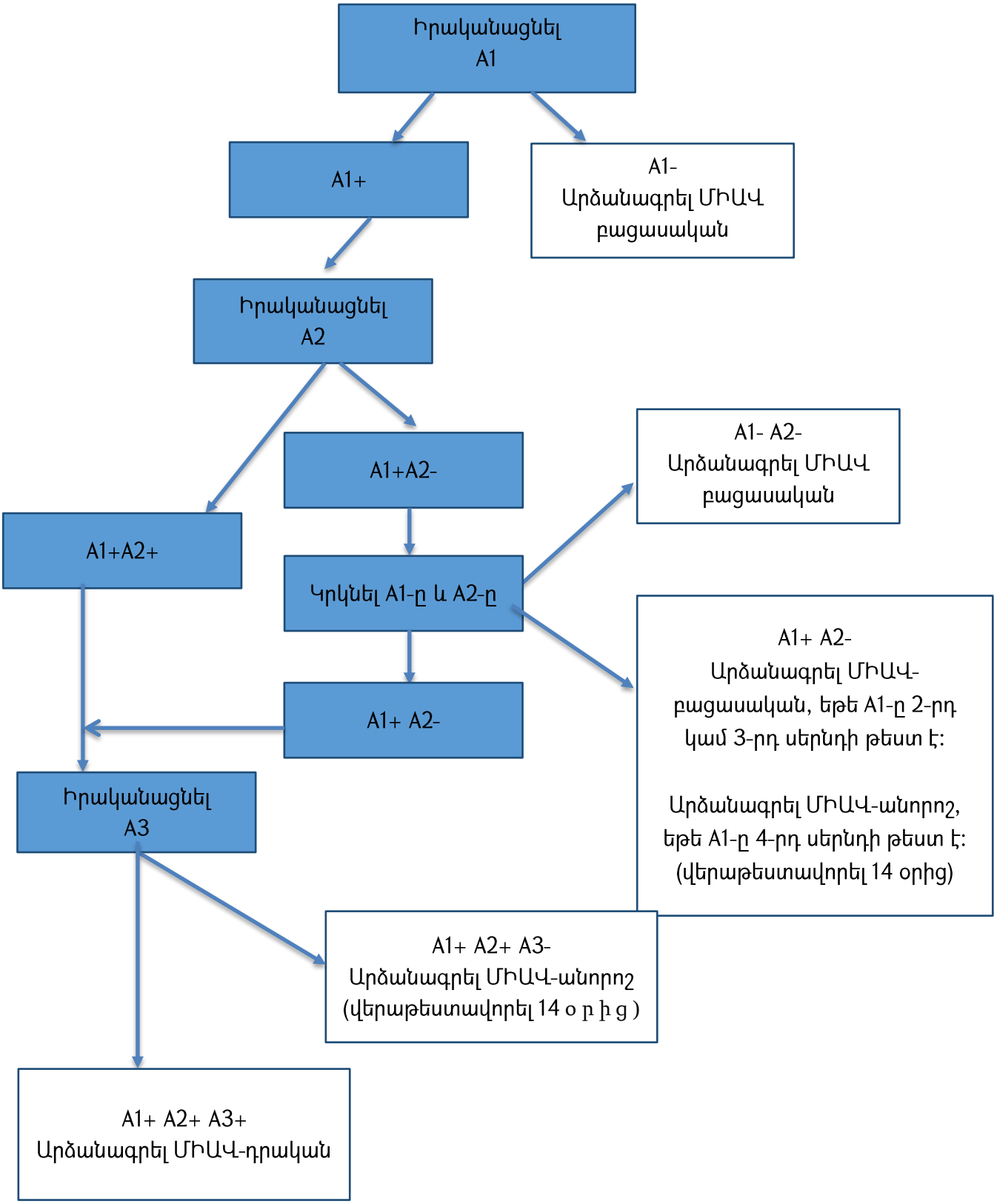
Այստեղ տարբերությունը կայանում է ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ սկրինինգային հետազոտությունների ռազմավարությունների մեջ:

ԱՀԿ 2015թ. ուղեցույցը, կախված բնակչության շրջանում ՄԻԱՎ վարակի տարածվածության մակարդակից, տարբերակում է երկու տեսակի ռազմավարություն:

Բարձր տարածվածություն (թեստավորման ենթակա բնակչության շրջանում ՄԻԱՎ տարածվածությունը 5%-ից բարձր է) ունեցող վայրերում, ըստ ԱՀԿ-ի, գործում է հետևյալ ռազմավարությունը՝

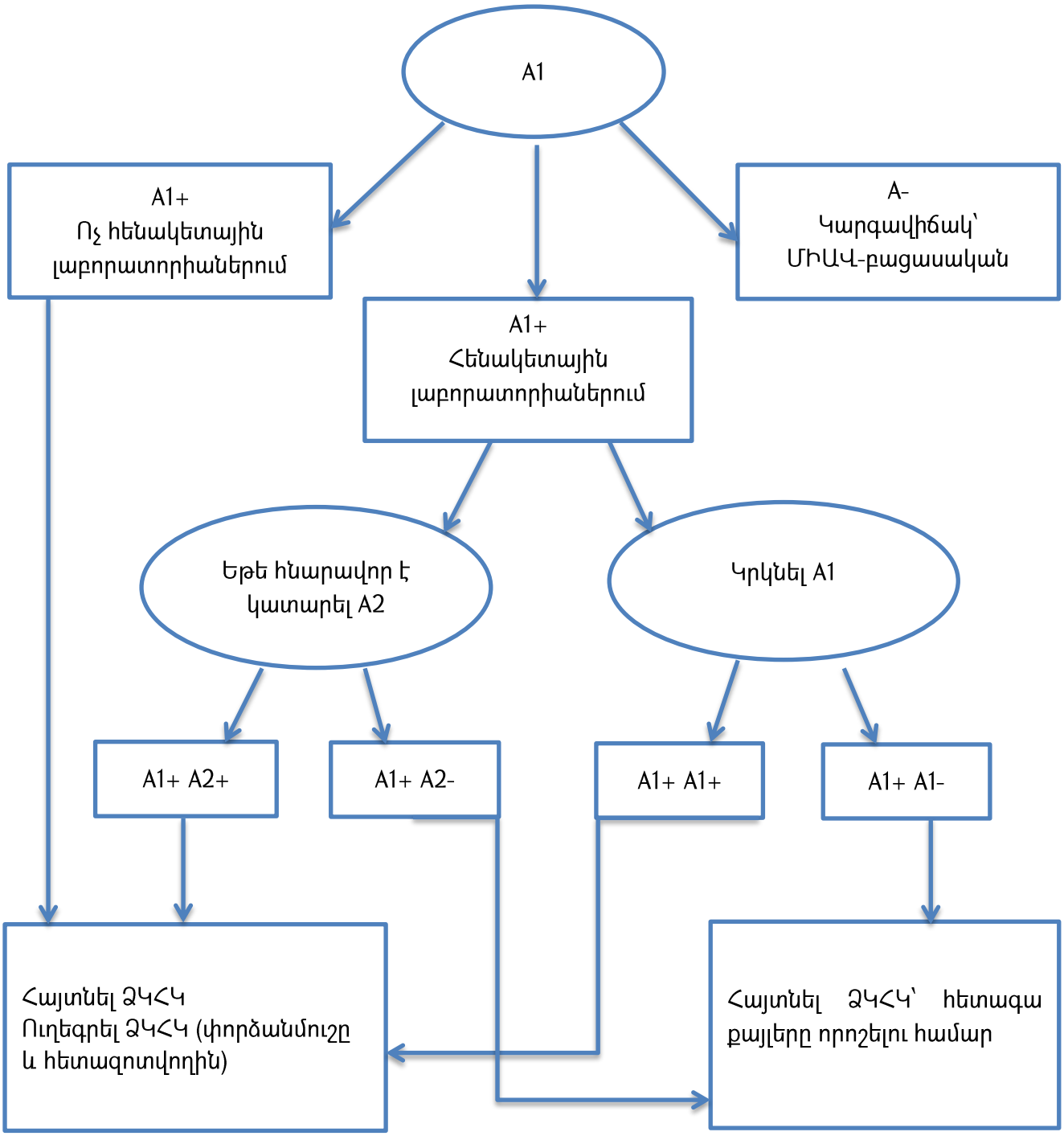

Իրականացնել
A1
A1+
A1-
Արձանագրել ՄԻԱՎ
բացասական
Իրականացնել
A2
A1+A2-
A1+A2+
Արձանագրել ՄԻԱՎ
դրական
Կրկնել A1-ը և A2-ը
A1- A2-
Արձանագրել ՄԻԱՎ
բացասական
A1+ A2-
Իրականացնել
A3
A1+ A2- A3+
Արձանագրել ՄԻԱՎ-
անորոշ (վերաթեստավորել
14 օրից)
A1+ A2- A3-
Արձանագրել ՄԻԱՎ-բացասական, եթե
A1-ը 2-րդ կամ 3-րդ սերնդի թեստ է:
Արձանագրել ՄԻԱՎ-անորոշ, եթե A1-ը
4-րդ սերնդի թեստ է:
(վերաթեստավորել 14 օրից)

Ցածր տարածվածություն (թեստավորման ենթակա բնակչության շրջանում ՄԻԱՎ տարածվածությունը 5%-ից ցածր է) ունեցող վայրերում գործում է հետևյալ ռազմավարությունը՝



ՀՀ ուղեցույցն առանձնացնում է ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ սկրինինգային հետազոտությունները ՄԻԱՎ վարակի ախտորոշման նպատակով իրականացվող հետազոտություններից: Առաջինն իրականացվում է հենակետային և ոչ հենակետային լաբորատորիաներում, իսկ մյուսը՝ ԶԿՀԿ-ում: Նման առանձնացումն, ըստ էության պայմանավորված է ՄԻԱՎ-ի կանխարգելման օրենքի այն պահանջով, որ ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ լաբորատոր հետազոտության դրական արդյունքների դեպքում ԶԿՀԿ-ի կողմից պարտադիր կարգով կատարվում է կրկնակի հետազոտություն:

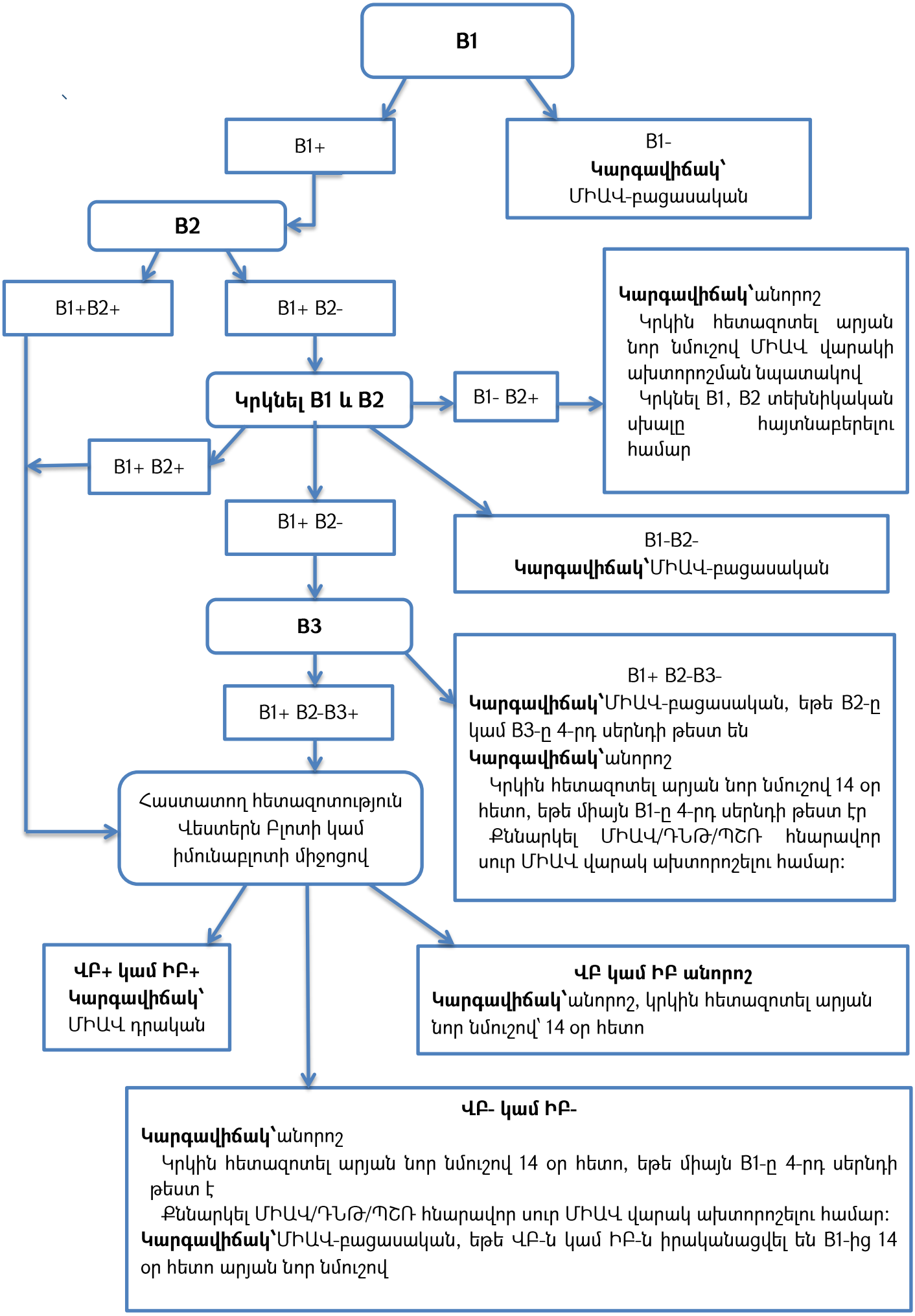
ՀՀ ուղեցույցը սահմանում է ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ սկրինինգային հետազոտությունների հետևյալ ռազմավարությունը՝


A1
A1+
Ոչ հենակետային
լաբորատորիաներում
A-
Կարգավիճակ՝
ՄԻԱՎ-բացասական
A1+
Հենակետային
լաբորատորիաներում
Եթե հնարավոր է
կատարել A2
Կրկնել A1
A1+ A2+
A1+ A2-
A1+ A1+
A1+ A1-
Հայտնել ՁԿՀԿ
Ուղեգրել ՁԿՀԿ (փորձանմուշը
և հետազոտվողին)
Հայտնել ՁԿՀԿ՝ հետագա
քայլերը որոշելու համար

Առաջին գծի(A1), երկրորդ գծի (A2) և երրորդ գծի (A3) թեստերը երեք տարբեր շճաբանական թեստեր են, որոնք չունեն միևնույն կեղծ դրական արդյունքը:

Բոլոր փորձանմուշները նախ և առաջ հետազոտվում են առաջին գծի A1 թեստով: A1-ը պետք է լինի ամենազգայուն թեստը՝ հաշվի առնելով ախտորոշիչ զգայունությունը, սերոկոնվերսիոն զգայունությունը և անալիտիկ զգայունությունը:

Ինչ վերաբերում է ՁԿՀԿ-ում իրականացվող՝ 18 ամսականից մեծ երեխաների և մեծահասկաների ՄԻԱՎ հետազոտություններին՝ ՀՀ ուղեցույցն առանձնացնում է հետևյալ ռազմավարությունը՝


B1
B1+
B1-
Կարգավիճակ՝
ՄԻԱՎ-բացասական
B2
B1+B2+
B1+ B2-
Կարգավիճակ՝անորոշ
Կրկին հետազոտել արյան նոր նմուշով ՄԻԱՎ վարակի ախտորոշման նպատակով
Կրկնել B1, B2 տեխնիկական սխալը հայտնաբերելու համար
Կրկնել B1 և B2
B1- B2+
B1+ B2+
B1+ B2-
B1-B2-
Կարգավիճակ՝ՄԻԱՎ-բացասական
B3
B1+ B2-B3-
Կարգավիճակ՝ՄԻԱՎ-բացասական, եթե B2-ը կամ B3-ը 4-րդ սերնդի թեստ են
Կարգավիճակ՝անորոշ
Կրկին հետազոտել արյան նոր նմուշով 14 օր հետո, եթե միայն B1-ը 4-րդ սերնդի թեստ էր
Քննարկել ՄԻԱՎ/ԴՆԹ/ՊՇՌ հնարավոր սուր ՄԻԱՎ վարակ ախտորոշելու համար:
B1+ B2-B3+
Հաստատող հետազոտություն
Վեստերն Բլոտի կամ իմունաբլոտի միջոցով
ՎԲ+ կամ ԻԲ+
Կարգավիճակ՝
ՄԻԱՎ դրական
ՎԲ կամ ԻԲ անորոշ
Կարգավիճակ՝անորոշ, կրկին հետազոտել արյան նոր նմուշով՝ 14 օր հետո
ՎԲ- կամ ԻԲ-
Կարգավիճակ՝անորոշ
Կրկին հետազոտել արյան նոր նմուշով 14 օր հետո, եթե միայն B1-ը 4-րդ սերնդի թեստ է
Քննարկել ՄԻԱՎ/ԴՆԹ/ՊՇՌ հնարավոր սուր ՄԻԱՎ վարակ ախտորոշելու համար:
Կարգավիճակ՝ՄԻԱՎ-բացասական, եթե ՎԲ-ն կամ ԻԲ-ն իրականացվել են B1-ից 14 օր հետո արյան նոր նմուշով

Հարկ է նշել, որ ՀՀ-ն դասվում է ՄԻԱՎ վարակի ցածր տարածվածություն ունեցող երկրների շարքին: Ըստ էության, ՀՀ ուղեցույցում ներկայացված ռազմավարությունը չի հակասում ԱՀԿ 2015թ. ուղեցույցով սահմանված ռազմավարությանը, այն պարզապես հարմարեցված է կոնկրետ երկրի (Հայաստանի) օրենքներին և առանձնահատկություններին:

ԳԼՈՒԽ 6. Բնակչության հատուկ խմբերի ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտությունը

Երկու ուղեցույցների հաջորդ էական տարբերությունը կայանում է բնակչության հատուկ խմբերի վերաբերյալ դրույթներում: Այսպիսով՝ ԱՀԿ 2015թ. ուղեցույցը առանձին գլխով սահմանում է բնակչության հատուկ խմբերի՝ ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության առանձնահատկությունները: Որպես բնակչություն հատուկ խմբի ներկայացուցիչներ վերջինս տարանջատում է՝ նորածիններին և երեխաներին, դեռահասներին, հղի կանանց, զույգերին և սեռական զուգընկերներին, տղամարդկանց և ԱՎԵՒ-ին:

Հարկ է նշել, որ ՀՀ ուղեցույցը մանրամասնորեն ներկայացնում է նորածինների և հղի կանանց ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության առանձնահատկությունները և վերջիններս բխում են ԱՀԿ 2015թ.-ի ուղեցույցից:

Ինչ վերաբերում է զույգերին և սեռական զուգընկերներին, տղամարդկանց և ԱՎԵՒ-ին, ապա ՀՀ ուղեցույցը, ի տարբերություն ԱՀԿ 2015թ. ուղեցույցի՝ առանձին դրույթներ չի սահմանում վերջիններիս վերաբերյալ:

ՀՀ ուղեցույցը պարզապես տալիս է թիրախ բնակչության հասկացությունը՝ նշելով, որ առավել վտանգի ենթարկվող խմբերն են՝ թմրամիջոցները ներարկային օգտագործողները, կոմերցիոն սեռական ծառայություններ տրամադրող կանայք, տղամարդու հետ սեռական կապեր ունեցող տղամարդիկ, քրեակատարողական հիմնարկներում գտնվողները և միգրանտները: Ի տարբերություն ՀՀ ուղեցույցի՝ ԱՀԿ 2015թ. ուղեցույցը, որպես բնակչության հատուկ խմբերի ներկայացուցիչ, ի թիվս նշվածների սահմանում է նաև տրանսգենդեր անձանց:

Կարևոր է նշել, որ ՀՀ ուղեցույցը թիրախ խմբերի՝ ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության առանձնահատկություններին գրեթե չի անդրադառնում, այնինչ առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունը (ԱՀԿ) թիրախ բնակչության յուրաքանչյուր տեսակին տրամադրվող ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ

հետազոտության առանձնահատկությունների վերաբերյալ ունի առանձին ուղեցույց: Մասնավորապես՝ «ՄԻԱՎ-ի կանխարգելման, ախտորոշման, բուժման և թիրախ բնակչության խնամքի վերաբերյալ համախմբված ուղեցույցը»[13], «Սեռական ծառայություններ մատուցող անձանց հետ ՄԻԱՎ / ՁԻԱՀ-ի համապարփակ ծրագրերի իրականացում՝ գործնական մոտեցումներ»[14] աշխատությունը, «Տրանսգենդեր անձինք և ՄԻԱՎ-ը»[15], ինչպես նաև այլ հրապարակումներ[16]:

Երեխաներին/դեռահասներին մատուցվող ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության և խորհրդատվության առանձնահատկությունները:

Թերևս ՀՀ ուղեցույցի և ԱՀԿ 2015թ. ուղեցույցի միջև եղած էական տարբերություններից մեկը կայանում է երեխաների/դեռահասների ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ խորհրդատվության և հետազոտության մոտեցումների և առանձնահատկությունների մեջ:

Այսպիսով, ՀՀ ուղեցույցը սահմանում է, որ վերջինիս մեջ ներառված չեն ԱՀԿ 2015թ. ուղեցույցի՝ երեխաների շրջանում խորհրդատվության և հետազոտության տրամադրմանը վերաբերող առաջարկները, քանի որ դրանք հակասում են ՀՀ օրենսդրությանը: «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքի[17] 8-րդ հոդվածի համաձայն՝ մարդու համաձայնությունը բժշկական միջամտության համար անհրաժեշտ պայման է, բացի օրենքով նախատեսված դեպքերից: **18 տարին չլրացած կամ օրենքով սահմանված կարգով անգործունակ ճանաչված պացիենտին, ինչպես նաև այն դեպքերում, երբ պացիենտի վիճակը թույլ չի տալիս արտահայտել իր կամքը, բժշկական միջամտության համար համաձայնությունը տրվում է նրա օրինական ներկայացուցչի կողմից:** Օրինական ներկայացուցչի բացակայության դեպքում, եթե բժշկական միջամտությունը հետաձգման ենթակա չէ, բժշկական միջամտության վերաբերյալ որոշումը, ելնելով

[13] http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/
[14] http://www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/en/
[15] http://www.who.int/hiv/pub/transgender/transgender-hiv-policy/en/
[16] http://www.who.int/hiv/pub/en/
[17] http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docid=120781

պացիենտի շահերից, կայացվում է բժշկական խորհրդակցության (կոնսիլիումի), իսկ դրա անհնարինության դեպքում՝ բժշկի կողմից: Միաժամանակ, ՄԻԱՎ-ի կանխարգելման օրենքի 10-րդ հոդվածի համաձայն՝ **մինչև 14 տարեկան երեխաների հետազոտությունը կատարվում է օրենքով սահմանված կարգով նրանց օրինական ներկայացուցիչների դիմումով կամ համաձայնությամբ, իսկ 14-18 տարեկան երեխաներինը՝ նրանց դիմումով կամ համաձայնությամբ, բացառությամբ օրենքով նախատեսված դեպքերի:**

Ինչպես տեսնում ենք, 14 տարեկանից բարձր անձինք կարող են իրենց դիմումով կամ իրենց համաձայնությամբ անցնել ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտություն, սակայն մինչև 14 տարեկան անձանց համար պահանջվում է օրինական ներկայացուցչի համաձայնություն կամ դիմում:

ԱՀԿ 2015թ. ուղեցույցն առանձնացնում է երեք կատեգորիա՝

1) Նորածիններ
2) Երեխաներ
3) Դեռահասներ (10-19 տարեկան)

Ինչ վերաբերում է նորածիններին, ապա նրանց ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության վերաբերյալ ԱՀԿ 2015թ. ուղեցույցի և ՀՀ ուղեցույցի մոտեցումները նույնն են:

Երեխաների ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ հետազոտության վերաբերյալ ԱՀԿ 2015թ. ուղեցույցը սահմանում է, որ դպրոցահասակ երեխաներին (6-12) պետք է հայտնել իրենց ՄԻԱՎ-դրական կարգավիճակի, ինչպես նաև իրենց ծնողների և խնամողների կարգավիճակի մասին: Ավելի մանկահասակ երեխաներին իրենց կարգավիճակի մասին պետք է ասել աստիճանաբար՝ իրենց ճանաչողական հմտություններին ու կարողություններին հարմարեցնելով:

Ինչ վերաբերում է դեռահասներին՝ ԱՀԿ 2015թ. ուղեցույցը նշում է, որ թիրախ բնաչության մաս կազմող դեռահասներին պետք է առաջարկել ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ թեստավորման ծառայություններ՝ ներառյալ կանխարգելման, բուժման և խնամքի

ծառայություններում ներգրավում: ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ դրական կարգավիճակ ունեցող դեռահասները պետք է խորհրդատվություն ստանան իրենց՝ ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ կարգավիճակի բացահայտման պոտենցիալ առավելությունների, օգուտների և ռիսկերի վերաբերյալ, միաժամանակ, պետք է քաջալերվեն և աջակցություն ստանան՝ որոշելու համար, թե երբ, ում և ինչպես պետք է բացահայտեն իրենց կարգավիճակը:

Նշված կարգավորումներն ԱՀԿ-ն պայմանավորում է այն հանգամանքով, որ բնակչության հատուկ խմբերի շրջանում դեռահասները (10-19 տարեկանները) և երիտասարդները (15-24 տարեկան) ՄԻԱՎ-ով վարակվելու ավելի մեծ վտանգի տակ են գտնվում քան՝ տարեցները: ԱՀԿ-ն սահմանում է, որ ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ թեստավորման համար համաձայնության տարիքի վերաբերյալ տարբեր քաղաքականությունները կարող են խոչընդոտներ ստեղծել դեռահասների համար ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ թեստավորման և այլ առողջապահական ծառայությունների մատչելիության հարցում: Մինչ ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ թեստավորման համար համաձայնության տարիքի վերաբերյալ քաղաքականությունները տարբեր երկներում տարբեր են, ԱՀԿ-ն խրախուսում է վերանայել այս քաղաքականությունները՝ հաշվի առնելով դեռահասների իրավունքների պաշտպանությունը, իրենց առողջության և բարեկեցության վերաբերյալ ընտրություններ կատարելու անհրաժեշտության լույսի ներքո:

Հարկ է նշել, որ վերոնշյալ ԱՀԿ առաջարկներից և ոչ մեկը ներառված չէ ՀՀ ուղեցույցում:

ՄԱՍ 2.

2017 թվականի վերջի դրությամբ ՀՀ-ում գրանցվել է ՄԻԱՎ վարակի 2908 դեպք, և ՀՌՎ բուժում ստանում է 1963 մարդ (67,5%), որոնցից չհայտնաբերվող վիրուսային ծանրաբեռնվածություն ունեցել է 80,6%-ը[18]: Ինչպես սահմանված է ՀՀ ուղեցույցում ՄԻԱՎ վարակի բուժման հիմք է հանդիսանում ՀՌՎ բուժումը:

Հետազոտության այս հատվածում կհամեմատենք ՀՀ ՀՌՎ ուղեցույցը և ԱՀԿ 2016թ ուղեցույցը հետևյալ թեմաների շրջանակներում՝ ՀՌՎ բուժում, ՀՌՎ դեղորայքի կողմնակի ազդեցություններ, կոինֆեկցիաների վարում, նախա և հետկոնտակտային կանխարգելում:

Գլուխ 1. Հակառետրովիրուսային բուժում

ՀՌՎ բուժման վերաբերյալ ուսումնասիրության ընթացքում պարզ է դառնում, որ ՀՀ ՀՌՎ ուղեցույցի և ԱՀԿ 2016թ ուղեցույցի միջև չկան խիստ սկզբունքային տարբերություններ, սակայն կան որոշ կետեր, որոնք ԱՀԿ-ն ավելի է մանրամասնում:

Այսպիսով, և՛ ՀՀ ՀՌՎ ուղեցույցը, և՛ ԱՀԿ 2016թ ուղեցույցը հստակ սահմանում են, որ ՄԻԱՎ-ի բուժման հիմքը հակառետրովիրուսային դեղորայքով բուժումն է, որը իրականացվում է տարբեր ազդեցության մեխանիզմ ունեցող ՀՌՎ դեղերի համակցմամբ:

ՀՀ ՀՌՎ ուղեցույցը սահմանում է ըստ ազդեցության մեխանիզմի հիմնական ՀՌՎ դեղորայքի խմբերը՝

- Հետադարձ տրանսկրիպտազայի նուկլեոզիդային ինհիբիտորներ(ՀՏՆԻ)
- Հետադարձ տրանսկրիպտազայի ոչ նուկլեոզիդային ինհիբիտորներ(ՀՏՈՆԻ)
- Պրոտեազայի ինհիբիտորներ(ՊԻ)
- Ինտեգրազայի ինհիբիտորներ(ԻԻ)
- Ներթափանցման ինհիբիտորներ

[18] http://www.armaids.am/statistics/stat_2018/august_stat_2018.html

- Միաձուլման ինհիբիտորներ

Թեև ԱՀԿ ուղեցույցը հստակ չի առանձնացնում վերոնշյալ խմբերը, սակայն բուժման սխեմաների մեջ ներկայացված են նույն ազդեցության մեխանիզմով դեղորայքի խմբերը:

Նախքան ՀՌՎ բուժում սկսելը 2 ուղեցույցներն էլ խորհուրդ են տալիս գնահատել պացիենտի պատրաստակամությունը, կարգապահությունը և բուժման կարևորության գիտակցումը: ՀՀ և ԱՀԿ ուղեցույցները խորհուրդ են տալիս մինչև ՀՌՎ բուժումը սկսելը պացիենտի հետ քննարկել դեղերի ընդունման կարգը, կողմնակի ազդեցությունները, բուժօգնության տրամադրման կարգը, այցերի ժամանակացույցը և այլն: Ի տարբերություն ՀՀ ՀՌՎ ուղեցույցի՝ ԱՀԿ 2016թ ուղեցույցը նշում է նաև, որ եթե խոսքը գնում է ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ դրական կարգավիճակ ունեցող երեխայի մասին, ապա այս դեպքում խորհրդատվությունը անցկացվում է երեխայի անմիջական խնամակալի հետ, և այդ ընթացքում քննարկվում է նաև երեխային ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ կարգավիճակը հայտնելու հարցը: Բացի այդ, ԱՀԿ 2016թ ուղեցույցում խորհրդատվության ընթացքում կարևորվում է պացիենտի սննդակարգի, ուղեկցող հիվանդությունների, այլ խմբերի դեղորայքի ընդունման հարցերի քննարկումը: Նշվում է, որ կարիք ունեցող պացիետներին պետք է տրամադրվի հոգեբանական օգնություն, ինչպես նաև, անհրաժեշտության դեպքում, պացիենտներին պետք է խորհուրդներ տալ անվտանգ կենսակերպի վերաբերյալ, մասնավորապես՝ պաշտպանված սեռական հարաբերություններ, միանվագ ներարկիչների օգտագործում և այլն:

Ըստ 2 ուղեցույցների բուժումը սկսվում է միայն պացիենտի կամավոր համաձայնության դեպքում:

Դրականորեն կարող ենք արձանագրել, որ ՀՀ ՀՌՎ ուղեցույցը մատնանշում է մինչ բուժումը սկսելը CD4 լիմֆոցիտերի քանակը որոշելու կարևորությունը, իսկ ԱՀԿ ուղեցույցը դրան առանձին չի անդրադառնում: Միաժամանակ հարկ է նշել, որ 2

ուղեցույցներում էլ կարևորվում է ՀՌՎ բուժման վաղ սկիզբը՝ անկախ CD4 լիմֆոցիտների քանակից և հիվանդության կլինիկական փուլից: ԱՀԿ ուղեցույցը հանգամանորեն գնահատում է բուժման վաղ սկսելու առավելությունները և ռիսկերը, և նշում է, որ չնայած ուղեցույցով խորհուրդ է տրվում բուժումը վաղ սկսելը, սակայն միևնույն ժամանակ չեն բացառում բուժման վաղ սկզբի հետ կապված ռիսկերը, որոնք անհրաժեշտ է հաշվի առնել մինչև բուժումը սկսկելը: ՀՌՎ բուժման առաջին, երկրորդ, երրորդ շարքի նախընտրելի և այլընտրանքային սխեմաները, ներկայացված են նույն տեսքով ՀՀ ՀՌՎ և ԱՀԿ ուղեցույցներում: ԱՀԿ 2016թ. ուղեցույցը հստակ հանձնարարական է տալիս բոլոր երկրներին դադարեցնել d4T կիրառումը առաջին շարքի սխեմաներում, հաշվի առնելով դրա մետաբոլիկ տոքսիկ ազդեցությունը: Այդ դեղորայքը ներառված չէ նաև ՀՀ ՀՌՎ ուղեցույցում ներկայացված սխեմաներում:Որպես առաջին շարքի սխեմայի երրորդ դեղ ՀՀ ՀՌՎ և ԱՀԿ ուղեցույցներում համեմատվում են DTG և EFV-ը, ներկայացվում են դեղորայքի առավելությունները, կողմնակի ազդեցությունները, նշանակման հակացուցումները: Չնայած DTG-ի բազմաթիվ առավելությունների, թե ՀՀ ՀՌՎ, թե ԱՀԿ ուղեցույցները նշում են, որ հղիների, կերակրող կանանց, ՄԻԱՎ/ՏԲ համակցված վարակով պացիենտների մոտ, դրա անվտանգությունը դեռևս ապացուցված չէ: Այսպիսով, որպես նախընտրելի դեղ այս խմբերի համար շարունակում է մնալ EFV-ը, որը հակացուցված է անամնեզում ծանր հոգեկան խանգարումներ, սուիցիդի փորձեր ունեցած անձանց:

Հղիների դեպքում բուժման սխեմաները նույնպես համընկնում են 2 ուղեցույցներում: ԱՀԿ ուղեցույցում հստակ նշվում է, որ չնայած նրան, որ ՀՌՎ բուժումը հղիների մոտ ցանկալի է որքան հնարավոր է վաղ սկսել՝ հղիներին պետք է տրվի հնարավորություն բուժումը սկսել ինքնուրույն՝ գիտակցված որոշում ընդունելով: Ըստ ԱՀԿ ուղեցույցի առաջին 12 ամիսների ընթացքում թույլատրելի է կրծքով կերակրումը՝ ՀՌՎ բուժման ֆոնին, որոշ երկրներում անգամ մինչև 24 ամսականը: Այնուամենայնիվ, ըստ ԱՀԿ ուղեցույցի նշված հարցը պետք է կարգավորվի ելնելով յուրաքանչյուր երկրի սոցիալ-տնտեսական պայմաններից և

օրենսդրական կարգավորումներից: ԱՀԿ ուղեցույցում խորհուրդ չի տրվում իրականացնել կեսարյան հատումով ծննդալուծում՝ միայն ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ դրական կարգավիճակով հիմնավորված, միևնույն ժամանակ կեսարյան հատում կարելի է կիրառել մանկաբարձական և բժշկական այլ ցուցումների դեպքում: ԱՀԿ ուղեցույցը նշում է, որ պետք է գործադրվեն բոլոր ջանքերը, որպեսզի ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ դրական կարգավիճակ ունեցող կանայք ծննդաբերեն առանց ստիգմատիզացիայի և խտրականության: Ի տարբերություն ԱՀԿ ուղեցույցի ՀՀ ՀՌՎ ուղեցույցում չկա առանձին անդրադարձ վերոնշյալ հարցերին, միաժամանակ հղիների ՀՌՎ բուժման սխեմաներում չկան սկզբունքային հակասություններ:

ՀՌՎ բուժման անհաջողության գնահատման հարցում ուղեցույցներում կա որոշակի անհամապատասխանություն: Համաձայն ՀՀ ՀՌՎ ուղեցույցի, բուժումը արդյունավետ է համարվում, եթե 48 շաբաթ բուժումից հետո, ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ դրական կարգավիճակ ունեցող պացիենտների մոտ ՎԾ-ն փոքր է 50 պատճեն/մլ-ից: 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: Այս մասով ՀՀ ՀՌՎ ուղեցույցը համապատասխանում է ԱՀԿ ուղեցույցին: ՀՀ ՀՌՎ և ԱՀԿ ուղեցույցները համարում են, որ բուժման մոնիտորինգի առավել ընդունելի տարբերակ է ՎԾ որոշումը՝ բուժումը սկսելուց 6 և 12 ամիս անց, իսկ հետագայում 12 ամիսը մեկ, եթե պացիենտը ՀՌՎ բուժման ֆոնին գտնվում է կայուն վիճակում և պահպանում է բուժման կարգապահությունը: CD4+ լիմֆոցիտների քանակի հետազոտումը կարելի դադարեցնել, եթե հնարավոր է ՎԾ մոնիտորինգ, եթե պացիենտը ՀՌՎ բուժման ֆոնին գտնվում է կայուն վիճակում, չունի ակտիվ հիվանդություններ կամ հղիություն, պահպանում է բուժման կարգապահությունը և կա հաստատված ՀՌՎ բուժման արդյունավետություն:

ՀՌՎ բուժման արդյունավետությունը ըստ ՀՀ ՀՌՎ և ԱՀԿ ուղեցույցների գնահատվում է ըստ վիրուսաբանական, իմունաբանական և կլինիկական բնորոշումների: 2 ուղեցույցներում էլ խորհուրդ է տրվում դեղորայքի նկատմամբ գենոտիպային կայունության որոշումը՝ բուժման անհաջողության պարագայում, և ըստ դրա արդյունքների նոր սխեմայի ընտրությունը: Բուժման անհաջողության դեպքում ՀՀ ՀՌՎ ուղեցույցում հաջորդ սխեմաները համապատասխանում են ԱՀԿ սխեմաներին:

Գլուխ 2. ՀՌՎ դեղերի կողմնակի ազդեցություններ

Ինչը վերաբերվում է ՀՌՎ դեղերի կողմնակի ազդեցություններին և դեղերի տոքսիկությանը, ապա ԱՀԿ ուղեցույցում դրանք ներկայացված են ավելի մանրամասն և հասկանալի: Մասնավորապես՝ հիմնական դեղերի, տարբեր տարիքային խմբերի, հղիների և կերակրող մայրերի համար, ներկայացված են ավելի շատ թվով կողմնակի ազդեցություններ, և տրվում են բուժման հետագա մոտեցումների առաջարկներ: ԱՀԿ ուղեցույցում կան դեղորայքի տոքսիկ ազդեցության մոնիտորինգի հստակ ներկայացված առաջարկներ: Որպես ԱՀԿ ուղեցույցում ներկայացված՝ դեղորայքի ազդեցության մոնիտորինգի օրինակ կարող ենք բերել TDF-ի օգտագործման ժամանակ դրսևորվող տոքսիկության հսկողությունը: Դեղի հիմնական տոքսիկությունը արտահայտվում է երիկամների կծիկային ֆիլտրացիայի վրա ազդեցությամբ, ինչը կարող է բերել երիկամային սուր անբավարարության զարգացման կամ երիկամների քրոնիկական հիվանդության առաջացման: Այս դեպքերում կրեատինի մակարդակի և կծիկային ֆիլտրացիայի արագության որոշումը միշտ չէ, որ թույլ են տալիս ճիշտ գնահատել վնասման աստիճանը: Ուստի վերոնշյալ ցուցանիշների հետազոտումը պարտադիր չէ TDF-ով բուժումը սկսելու դեպքում, սակայն բարձր ռիսկի գործոններ ունեցող պացիենտների մոտ նշված ցուցանիշների մոնիտորինգը խորհուրդ է տրվում: Որպես բարձր ռիսկի գործոններ են ընդունվում՝ արդեն առկա երիկամների հիվանդությունները, 50-ից բարձ տարիքը, ցածր քաշը՝ փոքր 50կգ, չբուժված գերճնշումը և շաքարային դիաբետը:

ՀՀ ՀՌՎ ուղեցույցում կողմնակի ազդեցությունների հատվածը ներկայացված է հավելվածի տեսքով, ավելի սակավ կողմնակի ազդեցություններ նշելով, և դրանց մասին կա թեթև անդրադարձ ՀՌՎ բուժման սխեմաները ներկայացնելիս[19] (հավելված 22): Ծանր կողմնակի ազդեցությունների դեպքում ԱՀԿ ուղեցույցը խորհուրդ է տալիս փոխել դեղորայքը նույն շարքի այլ դեղորայքով: ՀՀ ՀՌՎ

[19] http://www.armaids.am/images/pdf/ART_Guide_2017_new.pdf

ուղեցույցը նշում է, որ արտահայտված կողմնակի ազդեցությունների դեպքում բուժման սխեման փոխվում է, երբ կան հասանելի այլընտրանքային սխեմաներ, հակառակ դեպքում բուժումը պետք է շարունակվի տանելի սխեմայով: Ժամանակից ուշ դեղի փոփոխությունը կարող է ունենալ լուրջ անցանկալի ազդեցություններ պացիենտի համար, բերել բուժման կարգապահության խախտման և հիվանդության դեղակայուն ձևերի առաջացման: Ըստ ԱՀԿ ուղեցույցի, եթե կարիք կա դեղորայքի ընդունման դադարեցման՝ կապված ծանր կամ կյանքին սպառնացող անցանկալի ազդեցությունների հետ, կարևոր է հաշվի առնել տարբեր ՀՌՎ դեղերի կիսադուրսբերման ժամանակը: Օրինակ եթե պետք է դադարեցնել ՀՏՈՆԻ ընդունումը, ապա պետք է կատարվի դեղորայքի ընդունման աստիճանական իջեցում, միևնույն ժամանակ ՀՏՆԻ-ով բուժումը պետք է երկարաձգվի 2-3 շաբաթ: Որպես այլընտրանքային տարբերակ ՀՏՈՆԻ կարող է ժամանակավորապես փոխարինել ուժեղացված ՊԻ-ով: Համաձայն ՀՀ ուղեցույցի իրականցվում է ՀՌՎ դեղերի տոքսիկության ընթացիկ մոնիտորինգ, ինչպես նաև բուժման արդյունքների բարելավման համար լրացուցիչ տվյալներ ստանալու նպատակով իրականացվում է ՀՌՎ դեղերի տոքսիկության վերաբերյալ համաճարակաբանական հսկողություն երկու ուղղությամբ՝

1. ընտրանքային կոհորտներում
2. հղիության և կրծքով կերակրման ընթացքում

Դեղակայունության առաջացման և բուժման կարգապահության պահպանման հարցը ՀՀ ՀՌՎ ուղեցույցում մանրամասն ներկայացված է՝ նկարագրված են կարգապահության վրա ազդող հիմնական ռիսկի գործոնները, դրանց շտկման ուղիները, ներկայացված են բուժման ռեժիմի պահպանման գնահատման մեթոդները պլանային այցերի ժամանակ[20] (հավելված 25):

ՀՌՎ դեղերի փոխազդեցությունը այլ դեղորայքային խմբերի՝ հակաբիոտիկների, օփիոիդների, հակավիրուսային, հակասնկային, հակապառազիտար,

[20] http://www.armaids.am/images/pdf/ART_Guide_2017_new.pdf

հակահիստամինային, հորմոնալ, սիրտ-անոթային, ստամոքս-աղիքային, հակացնցումային, հակադեպրեսանտների, հակադիաբետիկ, վիտամինային և այլ դեղորայքային խմբերի հետ, ՀՀ ՀՌՎ ուղեցույցում ներկայացված է աղյուսակների տեսքով, իսկ այդ փոխազդեցությունների ժամանակ հետագա տակտիկան՝ հավելվածի տեսքով և կան նշումներ բուժման սխեմաների հատվածում[21]. (հավելված 23,24): ԱՀԿ ուղեցույցում փոխազդեցությունները ներկայացված են ավելի քիչ դեղորայքային խմբերի հետ՝ հակատուբերկուլյոզային, հեպատիտ Ց-ի բուժման դեղեր, հակասնկային, հակամալարիային, օփիոիդային, հորմոնալ, ստատիններ, տեքստային մեկնաբանություններով[22]. (գլուխ 4.7, աղյուսակ 4.14): ՀՀ ուղեցույցի հետ տարբերությունը, բացի դեղորայքային խմբերի քանակից, նաև այդ տեքստային մեկնաբանությունն է, իսկ, ընդհանուր առմամբ, տարբեր խմբերի փոխազդեցությունների, դեղաչափերի փոփոխման հարցերում սկզբունքային տարբերություններ չկան: Օրինակ՝ երկու ուղեցույցերում էլ նշվում է, որ DTG չի կարելի նշանակել կատիոն պարունակող անտացիդների, լուծողականների, պոլիվիտամինային և հանքային հավելումների հետ, խելատային կապերից խուսափելու նպատակով, իսկ DTG կոմբինացված նշանակման դեպքում այն պետք է ընդունվի պոլիվալենտային կատիոններ պարունակող դեղորայքի ընդունումից կամ 2 ժամ առաջ, կամ 6 ժամ հետո և պետք է տարվի վիրուսաբանական արդյունավետության մոնիտորինգ:

[21] http://www.armaids.am/images/pdf/ART_Guide_2017_new.pdf
[22] http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208825/9789241549684_eng.pdf;jsessionid=E81F912179681E038D782BEF3595D214?sequence=1

Գլուխ 3. Նախակոնտակտային և հետկոնտակտային կանխարգելում

Նախակոնտակտային և հետկոնտակտային կանխարգելումը կարգավորվում է ԱՀԿ 2016թ. ուղեցույցով[23] և «Հակառետրովիրուսային դեղերի կիրառմամբ ՄԻԱՎ վարակի բուժման և կանխարգելման կլինիկական ուղեցույցով»[24] (այսուհետ՝ ՀՀ ՀՌՎ ուղեցույց):

§1. Հետկոնտակտային կանխարգելում(ՀԿԿ)

Ինչ վերաբերում է ՀԿԿ-ին, ապա թե՛ ԱՀԿ 2016թ. ուղեցույցը, թե՛ ՀՀ ՀՌՎ ուղեցույցը ունեն միանման մոտեցում, մասնավորապես նույնն են ՀԿԿ իրականացման ժամկետները, սխեմաները, իրավիճակները, երբ ՀԿԿ չի իրականացվում, ցուցումները, երբ պետք է իրականացվի ՀԿԿ և այլն: Տարբերությունը կայանում է նրանում, որ ՀՀ ՀՌՎ ուղեցույցն առանձնացնում է ՄԻԱՎ-ի հետ ոչ մասնագիտական շփման արդյունքում ՀԿԿ-ի տրամադրումը ՄԻԱՎ-ի հետ մասնագիտական շփման արդյունքում ՀԿԿ-ի տրամադրումից և յուրաքանչյուր դեպքի համար սահմանում է իրականացման ենթակա անհրաժեշտ գործողություններ:

Միաժամանակ, հարկ է նշել, որ ՀԿԿ-ն ԱՀԿ-ի շրջանակներում կարգավորվում է ՀԿԿ-ի վերաբերյալ ԱՀԿ-ի 2014թ-ի ուղեցույցով[25], որը շատ ավելի մանրամասնորեն է կարգավորում ՀԿԿ-ն, և, որի հիմնական դրույթներն, ըստ էության արտացոլված են ԱՀԿ 2016թ. ուղեցույցում, այդ իսկ պատճառով՝ ՀԿԿ-ի վերաբերյալ 2014թ-ի ուղեցույցի և ՀՀ ՀՌՎ ուղեցույցի միջև նույնպես չկան հակասություններ:

[23] http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208825/9789241549684_eng.pdf?sequence=1
[24] https://drive.google.com/open?id=1w6eS-AKbeR6-2T_E7au5agAFqEDqfkZ2
[25] http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/december2014supplementARV.pdf

§2. Նախակոնտակտային կանխարգելում(ՆԿԿ)

Ինչ վերաբերում է ՆԿԿ-ին, ապա այս հարցի շուրջ տարբերությունները 2 ուղեցույցներում ավելի շատ են: ՀՀ ՀՌՎ ուղեցույցը շատ կարճ է անդրադառնում ՆԿԿ-ին, մասնավորապես նշում է, թե ինչ է ՆԿԿ-ն, որ սխեմայով է այն իրականացվում, սահմանում է ՆԿԿ-ի ընթացքում իրականցվող ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության և այլ հետազոտությունների պարբերականությունը և ՆԿԿ-ի համար արդյունավետ դեղաչափերը:

2 ուղեցույցներն էլ սահմանում են, որ ՆԿԿ-ն 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 կանարգելմանը:

Ի տարբերություն ՀՀ ՀՌՎ ուղեցույցի՝ ԱՀԿ 2016թ. ուղեցույցը սահմանում է «զգալի վտանգ» հասկացությունը: Միաժամանակ, վերջինս, ի տարբերություն մյուս ուղեցույցի, չի անդրադառնում ՆԿԿ-ի ընթացքում իրականցվող ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության և այլ հետազոտությունների պարբերականությանը, փոխարենը այնտեղ մանրամասնորեն անդրադարձ է կատարվում այնպիսի հարցերի, ինչպիսիք են՝ ՆԿԿ-ի արդյունավետությունը և դրա առանձնահատկությունները՝ պայմանավորված գենդերային և սեռական յուրահատկություններով, ՆԿԿ-ի անվտանգությունը, սեռական և վերարտադրողական առողջությամբ պայմանավորված՝ ՆԿԿ-ի արդյունքները, ՆԿԿ-ի արժեքը և տնտեսական արդյունավետությունը և այլն:

2 ուղեցույցներն էլ կարևորում են ՆԿԿ-ի շրջանակներում իրականացվող ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտությունը, երիկամների ֆունկցիայի մոնիտորինգը և հեպատիտ Բ-ի և Ց-ի վերաբերյալ հետազոտությունները:

Հարկ է նշել, որ EACS 2017-ը սահմանում է ՆԿԿ-ի վերաբերյալ լրացուցիչ դրույթներ, որոնք ներառված չեն ՀՀ ՀՌՎ ուղեցույցում և մասամբ նաև ԱՀԿ 2016թ. Ուղեցույցում:

Գլուխ 4. Կոինֆեկցիաներ/Օպորտունիստական վարակներ

Օպորտունիստական վարակների (այսուհետ՝ ՕՎ) հայտնաբերումն ու բուժումը ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների բժշկական օգնության պարտադիր մասն են: Ինչպես ՀՀ ՀՌՎ ուղեցույցը, այնպես էլ ԱՀԿ 2016թ. ուղեցույցն անդրադառնում են ՕՎ-ներին, դրանց բուժման սխեմաներին և այլ վերաբերելի հարցերի, սակայն այստեղ նույնպես կարող ենք նկատել մի շարք տարբերություններ:

Տարբերությունները հասկանալու համար, նախ անհրաժեշտ է նշել, թե ՀՀ ՀՌՎ ուղեցույցն ինչպես է անդրադառնում ՕՎ-ներին: Այսպիսով, ՀՀ ՀՌՎ ուղեցույցը սահմանում է ՄԻԱՎ վարակով պայմանավորված օպորտունիստական հիվանդությունների ցանկը, այնուհետև տալիս է մի շարք օպորտունիստական հիվանդությունների բուժման սխեմաները՝ ինչպես մեծահասակների այնպես էլ երեխաների համար: Ներկայացված են հետևյալ օպորտունիստական հիվանդությունների բուժման, երբեմն նաև ախտորոշման սխեմաները՝ բակտերիալ թոքաբորբ, ատիպիկ միկրոբակտերիոզ, պնևմոցիստային թոքաբորբ, ստամոքսաղիքային համակարգի առավել տարածված վարակներ, բերանի խոռոչի կանդիդոզ, կրիպտոկոկային վարակ, հիստոպլազմոզ, տոքսոպլազմոզ, հասարակ հերպեսային վարակ և այլն:

Միաժամանակ, ՀՀ ՀՌՎ ուղեցույցը սահմանում է ՄԻԱՎ/ՏԲ, ՄԻԱՎ/Հեպատիտ Բ, ՄԻԱՎ/Հեպատիտ Ց համակցված վարակով պացիենտների վարման վերաբերյալ դրույթներ:

Ինչ վերաբերում է ԱՀԿ 2016թ. ուղեցույցին, վերջինս մի փոքր այլ տեսանկյունից է ներկայացնում կարգավորիչ դրույթները: Այն նախ ներկայացնում է այն հիմնական դեղամիջոցը, որը կիրառվում է տարբեր բակտերիալ, սնկային և այլ վարակների բուժման համար: Խոսքը կո-տրիմոքսազոլի մասին է:

Հարկ է նշել, որ չնայած այն հանգամանքին, որ ՀՀ ՀՌՎ ուղեցույցն ուղղակիորեն չի անդրադառնում այս դեղամիջոցին, սակայն վերջինս ներառված է երեխաների և մեծահասկաների մոտ պնևմոցիստային թոքաբորբի բուժման սխեմայում, ՄԻԱՎ

վարակով պացիենտների շրջանում ՕՎ-ների առաջնային կանխարգելման սխեմայում և երեխաների մոտ տոսքսոպլազմոզի առաջնային կանխարգելման սխեմայում:

Ինչ վերաբերում է առանձին ՕՎ-ներին, այլ ուղեկցող հիվանդություններին և դրանց բուժման սխեմաներին, ԱՀԿ 2016թ. ուղեցույցը ներկայացնում է դրանցից մի քանիսը՝ կրիպտոկոկային վարակի բուժում, մեծահասակների և երեխաների մոտ բերանի խոռոչի կանդիդոզի բուժում, կապոշիի սարկոմա և արգանդի վզիկի քաղցկեղ: Սխեմաները երկու ուղեցույցերում գրեթե նույն են: Բացի այդ, ԱՀԿ 2016թ. ուղեցույցը որպես համակցված վարակի տեսակ ներակայացնում է նաև Մալարիան, և անդրադառնում է ՄԻԱՎ-ով վարակված անձանց համար նախատեսված պատվաստումներին, ինչը բացակայում է ՀՀ ՀՌՎ ուղեցույցում:

Ինչ վերաբերում է ՄԻԱՎ/ՏԲ համակցված վարակներին, ապա, հարկ է նշել, որ ՀՀ ՀՌՎ ուղեցույցում ներառված են դրա վերաբեյալ ԱՀԿ 2016թ. ուղեցույցի բոլոր առաջարկությունները, միաժամանակ ՀՀ ՀՌՎ ուղեցույցը սահմանում է դրույթներ և կարգավորումներ, որոնք բացակայում են ԱՀԿ 2016թ. ուղեցույցում, մասնավորապես՝ ՄԻԱՎ վարակով մեծահասակների և դեռահասների շրջանում ՏԲ հայտնաբերման ալգորիթմ, ՏԲ կասկածով ՄԻԱՎ վարակով ամբուլատոր/ծանր պացիենտների վարման ալգորիթմ, ինչպես նաև հակատուբերկուլյոզային և ՀՌՎ բուժում ստացող պացիենտների հետազոտությունները և դրանց հաճախականությունը:

Միաժամանակ, ԱՀԿ 2016թ. ուղեցույցը շատ մակերեսորեն է անդրադառնում ՄԻԱՎ/Հեպատիտ Բ և ՄԻԱՎ/Հեպատիտ Ց համակցված վարակներին, իսկ ՀՀ ՀՌՎ ուղեցույցը սահմանում է առավել մանրամասն կարգավորումներ:

ՄԱՍ 3. Առաջարկություններ

Հիմնվելով իրականացված համեմատական վերլուծության արդյունքում հայտնաբերված տարբերությունների, ինչպես նաև EACS 2017 առաջարկությունների վրա՝ ստորև ներկայացնում ենք հիմնավորված առաջարկություններ, որոնք կնպաստեն ՄԻԱՎ վարակի վերաբերյալ հետազոտության և խորհրդատվության, լաբորատոր ախտորոշման, ինչպես նաև հակառետրովիրուսային դեղերի կիրառմամբ ՄԻԱՎ վարակի բուժման և կանխարգելման առավել արդյունավետ իրականացմանը՝

- Հիմնվելով ԱՀԿ դրական փորձի վրա՝ առաջարկում ենք ՀՀ ուղեցույցում հստակեցնել գաղտնիության սկզբունքին վերաբերող դրույթները, մանսավորապես, սահմանելով, որ գաղտնիության պահպանումը պետք է վերաբերի ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության և խորհրդատվության բոլոր փուլերին: Գաղտնիությունը պետք է ապահովվի սկսած այն պահից, երբ պացիենտն առաջին անգամ դիմում է ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտություն և խորհրդատվություն ստանալու համար: Անհրաժեշտ է սահմանել, որ գաղտնիությունը վերաբերում է ոչ միայն հետազոտության արդյունքներին և ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ կարգավիճակի մասին հաղորդումներին, այլ նաև ցանկացած անձնական տեղեկատվության: Անհրաժեշտ է հստակեցնել, որ ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության ընթացքում պետք է խուսափել այնպիսի գործողություններից և իրավիճակներից, երբ պատահական կամ ոչ կանխամտածված եղանակով պացիենտի հետազոտության արդյունքները կամ ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ կարգավիճակը կբացահայտվի այլ անձանց՝ սպասասրահում կամ բժշկական հաստատությունում: ՀՀ ուղեցույցում անհրաժեշտ է ամրագրել նաև դրույթ այն մասին, որ չնայած այն հանգամանքին, որ նախաթեստային խորհրդատվությունը կարող է իրականացվել նաև խմբակային, սակայն ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ

հետազոտություն իրականացնելու համաձայնությունը պետք է տրվի առանձին և գաղտնի եղանակով:

- ՏԲ ախտանշանների սկրինինգն անցկացնել ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ թեստավորմանը զուգահեռ՝ նույն բժշկական հաստատությունում:
- Հետևել ԱՀԿ փորձին և ԱՎԵԽ-ների յուրաքանչյուր խմբի՝ ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտություն և խորհրդատվություն իրականացնելու համար սահմանել առանձին կարգավորումներ՝ առանձին ուղեցույցերի տեսքով:
- ՀՀ ուղեցույցով և օրենսդրությամբ ամրագրել պարտականությունների կիսման մեթոդը, որը հնարավորություն կտա, որպեսզի մասնագիտությամբ բժիշկ կամ բուժաշխատող չհանդիսացող անձինք, որոշակի վերապատրաստում անցնելուց հետո, նույնպես, կարողանան տրամադրել ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ խորհրդատվության և հետազոտության ծառայություններ:
- ՀՀ ուղեցույցով սահմանել ՆԿԿ-ին զուգահեռ սեռավարակների հետազոտություն: Այսպիսով՝ նախակոնտակտային կանխարգելման մասին խոսելիս EACS 2017-ը սահմանում է, որ ՆԿԿ-ն բժշկական միջամտություն է, որն ապահովում է ՄԻԱՎ վարակի դեմ պաշտպանվածության բարձր մակարդակ, սակայն չի պաշտպանում սեռավարակներից և պետք է կիրառվի կանխարգելման այլ մեթոդների հետ զուգահեռ՝ ներառյալ պահպանակների օգտագործումը: Միաժամանակ, EACS 2017-ը խորհուրդ է տալիս պացիենտին բացատրել վերոնշյալը և իրականացնել այլ սեռավարակների հետազոտություններ՝ ՆԿԿ-ից առաջ և կանոնավոր դրա ընթացքում: Խորհուրդ է տրվում նաև պացիենտին բացատրել, որ ՆԿԿ-ն կարող է ազդել երիկամների և ոսկորների առողջական վիճակի վրա:
- Առաջարկում ենք ՀՀ ՀՌՎ ուղեցույցում ներառել որոշ ուղեկցող հիվանդություններ, և սահմանել դրանց զուգահեռ բուժման չափորոշիչները: EACS 2017-ն որպես ՄԻԱՎ-ին հարակից հիվանդություն անդրադառնում է մի քանի հիվանդությունների, որոնք ներկայացված չեն ՀՀ ՀՌՎ ուղեցույցում:

Դրանք են՝ թմրամոլությունը և թմրանյութերից կախվածությունը, քաղցկեղը, հիպերտենզիան, շաքարային դիաբետը, ոսկորային հիվանդությունները, վիտամին D-ի պակասը, երիկամների հիվանդությունները, լյարդի ցիրոզը և այլ հիվանդություններ:

- Հիմնվելով EACS 2017-ի վրա, առաջարկում ենք մինչև բուժումը սկսելը նաև որոշել պացիենտի գենոտիպային կայունությունը դեղորայքի նկատմամբ: Ներկայումս ՀՀ ուղեցույցում նախատեսված է բուժումը սկսելուց առաջ ՎԾ որոշումը, իսկ գենոտիպային կայունությունը որոշվում է բուժման անհաջողության դեպքում՝ սխեման փոխելիս:
- ՀՀ ուղեցույցում ավելի մանրամասն ներառել ՀՌՎ դեղերի ընդունման կարգի, զգուշավորության միջոցառումների մասին տեղեկատվությունը:
- ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ դրական կարգավիճակ ունեցող կանանց համար ապահովել մանկաբարձական և գինեկոլոգիական ծառայությունների հասանելիության ապակենտրոնացում:
- Առաջարկում ենք ՀՀ ուղեցույցում ներառել ՀՌՎ դեղերի ավելի շատ կողմնակի ազդեցություններ, տոքսիկության մոնիտորինգի, բուժման արդյունավետության գնահատման ավելի հստակ քայլեր, գործողություններ:
- Առաջարկում ենք ՀՀ ուղեցույցում ՀՌՎ բուժման ընթացքում հաշվի առնել ավելի շատ ուղեկցող հիվանդություններ, ներառելով ոչ միայն օպորտունիստական հիվանդությունները, այլ նաև այլ քրոնիկ հիվանդություններ, օրինակ՝ զարկերակային գերճնշում, շաքարային դիաբետ, դեպրեսիա, ուռուցքային հիվանդություններ և այլն, և դրանց ու ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի զուգակցման ժամանակ՝ բուժման տակտիկան:

Ամփոփում

Իրականացված համեմատության արդյունքում կարող ենք փաստել, որ ԱՀԿ և ՀՀ ուղեցույցերում չկան շատ էական և սկզբունքային տարբերություններ: Հիմնական տարբերությունները պայմանավորված են այն հանգամանքով, որ, ելնելով ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված պահանջներից կամ արգելքներից, ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության և խորհրդատվության որոշակի մեթոդներ կիրառելի չեն ՀՀ-ում (դեռահասների մոտ ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության և խորհրդատվության իրականացում, պարտականությունների կիսում, վերջնական ախտորոշումը միայն ՁԿՀԿ-ում իրականացնելու պահանջ և այլն):

Համեմատությունը ցույց տվեց, որ ՀՀ ուղեցույցներն, ի տարբերություն ԱՀԿ ուղեցույցների, որոշ հարցեր կարգավորում են մակերեսորեն (գաղտնիության սկզբունք, ՏԲ սկրինինգ և այլն), սակայն սկզբունքորեն չեն հակասում ԱՀԿ ուղեցույցներին:

Ինչը վերաբերվում է ՀՌՎ բուժմանը, ապա համեմատության արդյունքում պարզ է դառնում, որ չկան սկզբունքային տարբերություններ ՀՌՎ բուժման սխեմաների, դեղերի միջև: ՀՌՎ բուժման հետ կապված որոշ հարցեր՝ կողմնակի ազդեցություններ, դեղորայքային այլ խմբերի հետ փոխազդեցություն, ուղեկցող հիվանդություններ, ապա ԱՀԿ ուղեցույցում այդ հարցերին անդրադարձն ավելի մանրամասն է:

Ամփոփելով կարող ենք ասել, որ ԱՀԿ ուղեցույցներում ամրագրված դրույթները պետությունների համար չեն կրում պարտադիր բնույթ, դրանք ավելի շատ ունեն խորհրդատվական և ուղենշային բնույթ, սակայն յուրքանչյուր դրույթ, որն ավելի կբարձրացնի ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության և խորհրդատվության արդյունավետությունը, ավելի արդյունավետ կպաշտպանի պացիենտների և բուժաշխատողների շահերը, կօգնի վերջիններիս իրավունքների ավելի արագ և անխոչընդոտ իրացմանը, պետք է ամրագրվի ՀՀ ուղեցույցներում: