

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐ
ՀՐԱՄԱՆ

«25» դեկտեմբեր 2019թ.

No 3904 - Ա

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐԻ
2017 ԹՎԱԿԱՆԻ ՕԳՈՍՏՈՍԻ 7-Ի N 2429-Ա ԵՎ ՆՈՅԵՄԲԵՐԻ 8-Ի N 3225-Ա
ՀՐԱՄԱՆՆԵՐՈՒՄ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԿԱՏԱՐԵԼՈՒ ՄԱՍԻՆ

Հիմք ընդունելով Հայաստանի Հանրապետության վարչապետի 2018 թվականի հունիսի 11-ի N 728-Լ որոշմամբ հաստատված Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության կանոնադրության 18-րդ կետի 20-րդ 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 և 2017 թվականի նոյեմբերի 8-ի ուղեցույցում փոփոխություններ կատարելու մասին N 3225-Ա հրամաններում (այսուհետ՝ հրաման) կատարել փոփոխություններ՝ համաձայն հավելվածների:

Ա.ԹՈՐՈՍՅԱՆ

Հավելված
ՀՀ առողջապահության նախարարի
2019 թվականի դեկտեմբերի 25 - ի թիվ 3904 – Ա հրամանի

1. Հրամանի հավելվածի 122-239 կետերը շարադրել նոր խմբագրությամբ համաձայն հավելված 1-ի:
2. Հրամանի հավելվածի 410-476 կետերը շարադրել նոր խմբագրությամբ համաձայն հավելված 2-ի:
3. Հրամանի հավելվածի 501-րդ կետը շարադրել նոր խմբագրությամբ համաձայն հավելված 3-ի:
4. Հրամանի հավելվածի հավելված 1-ի 7-33 կետերը շարադրել նոր խմբագրությամբ համաձայն հավելված 4-ի:
5. Հրամանի հավելվածի հավելված 1-ի 59-83 կետերը շարադրել նոր խմբագրությամբ համաձայն հավելված 5-ի:
6. Հրամանի հավելվածի 12-17 հավելվածները շարադրել նոր խմբագրությամբ համաձայն հավելված 6-ի:
7. Հրամանի հավելվածի 23-րդ գլուխը լրացնել 380-400 կետերով համաձայն հավելված 7-ի:

XI. ՀԱԿԱՌԵՏՐՈՎԻՐՈՒՄ ԱՅԻՆ 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/մկլ-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 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 պարտականությունները:

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/մկլ-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/մկլ 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/մկլ 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	Սկսելբուժումը՝ անկախ CD4+ լիմֆոցիտների քանակից և հիվանդության կլինիկական փուլից
2-5 տարեկան	Սկսել բուժումը այն երեխաների մոտ, որոնք գտնվում են

Երեխաներ	Կլինիկական 3-րդ կամ 4-րդ փուլերում, կամ CD4+ լիմֆոցիտների քանակը ≤ 750 բջիջ/մկլ (կամ $<25\%$)
5 տարեկան և բարձր	Սկսել բուժումը այն երեխաների մոտ, որոնք գտնվում են կլինիկական 3-րդ կամ 4-րդ փուլերում, կամ CD4+ լիմֆոցիտների քանակը ≤ 350 բջիջ/մկլ

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 <50 բջիջ/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 շարքի սխեմաներում խորհուրդ է տրվում զուգակցել 2 ՀՏՆԻ դոլուտեգրավիրով: Եթե դոլուտեգրավիրը հակացուցված է, այն փոխարինում են իֆավիրենցով, կարելի է դոլուտեգրավիրը փոխարինել ռիտոնավիրով ուժեղացված ՊԻ-ով կամ ռալտեգրավիրով: 2 ՀՏՆԻ-ով սխեմայի նուկլեոզիդային հենքը կարելի է տարբեր ձևերով կազմել [40]:
139. ՀՌՎ բուժման առաջին շարքի նախընտրելի և այլընտրանքային սխեմաները ներկայացված են աղյուսակ 3-ում:

Աղյուսակ 3. ՀՌՎ բուժման առաջին շարքի նախընտրելի և այլընտրանքային սխեմաները

Խումբ	Առաջին շարքի նախընտրելի սխեմաներ	Առաջին շարքի այլընտրանքային սխեմաներ	Հատուկ իրավիճակներ
Մեծահասակներ և դեռահասներ	TDF+3TC (կամ FTC)+DTG ¹	TDF+3TC+EFV400 ²	TDF+3TC (կամ FTC)+EFV600 ² AZT+3TC+ EFV600 ² TDF+3TC (կամ FTC)+PI/r ² TDF+3TC (կամ FTC)+RAL TAF ³ +3TC (կամ FTC)+DTG ABC+3TC+ DTG ¹
Երեխաներ	ABC+3TC+ DTG ⁴	ABC+3TC+LPV/r ABC+3TC+RAL ⁵ TAF+3TC (կամ FTC)+DTG ⁶	ABC+3TC+EFV (կամ NVP) AZT+3TC+EFV ⁷ (կամ NVP) AZT+3TC+LPV/r (կամ RAL)
Նորածիններ	AZT+3TC+RAL ⁸	AZT+3TC+NVP	AZT+3TC+LPV/r ⁹

- ¹ Վերարտադրողական տարիքի կանանց և դեռահաս աղջիկներին նախքան DTG նշանակելը պետք է առաջարկել արդյունավետ հակաբեղմնավորում:
Հետևողականորեն հակաբեղմնավորում չկիրառող կամ հղիանալ ցանկացող կանանց DTG նշանակվում է, եթե կինը լիարժեքորեն տեղեկացված է նյարդային խողովակի զարգացման արտադրի հնարավոր վրանգի բարձրացման մասին (բեղմնավորման ժամանակ և մինչև առաջին եռամսյակի ավարտը): Եթե կինը հղիության մասին իմանում է առաջին եռամսյակից հետո, DTG-ով բուժում նշանակվում է կամ շարունակվում է հղիության ողջ ընթացքում:
- ² EFV-ի վրա հիմնված ՀՌՎ սխեմաներով բուժում նշանակվում է, եթե EFV-ի նկատմամբ առաջնային դեղակայունության մակարդակը 10%-ից բարձր չէ:
Նախընտրելի է DTG-ը, իսկ եթե այն հասանելի չէ, նշանակվում են ուժեղացված ՊԻ-ներ:
- ³ TAF-ը (տենոֆովիր ալաֆենամիդ) կարող է դիտարկվել հաստատված օստեոպորոզով և/կամ երիկամների ֆունկցիայի խանգարում ունեցող պացիենտների համար:
- ⁴ Օգտագործվում է DTG-ի համար տարիքային և քաշային հաստատված դեղաչափերի առկայության դեպքում:
- ⁵ RAL-ը կիրառվում է որպես այլընտրանքային դեղ, եթե LPV/r-ի համապատասխան դեղաձևերն անհասանելի են:

- ⁶ Օգտագործվում է TAF-ի համար տարիքային և քաշային հաստատված դեղաչափերի առկայության դեպքում:
- ⁷ EFV կիրառելի չէ 3 տարեկանից փոքր երեխաների համար:
- ⁸ ՀՌՎ բուժումը RAL-ով սկսած նորածիններին հնարավորության դեպքում հնարավորինս արագ պետք է փոխադրել LPV/r-ի:
- ⁹ LPV/r-ի օշարակը կամ գրանուլները կարելի է օգտագործել երեխայի 2 շաբաթը լրանալուց հետո:

140. Մեծահասակների և դեռահասների ՀՌՎ բուժման առաջին շաբթի սխեմաները ներկայացված են աղյուսակ 4-ում:

Աղյուսակ 4. Մեծահասակների և դեռահասների ՀՌՎ բուժման առաջին շաբթի սխեմաներ

Նախընտրելի սխեմա	TDF+3TC (կամ FTC)+DTG ¹
Այլընտրանքային սխեմա	TDF+3TC+EFV400 ²
Հատուկ իրավիճակներ	TDF+3TC (կամ FTC)+EFV600 ² AZT+3TC+ EFV600 ² TDF+3TC (կամ FTC)+PI/r ² TDF+3TC (կամ FTC)+RAL TAF ³ +3TC (կամ FTC)+DTG ABC+3TC+ DTG ¹

- ¹ Վերարտադրողական տարիքի կանանց և դեռահաս աղջիկներին նախքան DTG նշանակելը պետք է առաջարկել արդյունավետ հակաբեղմնավորում:
Հետևողականորեն հակաբեղմնավորում չկիրառող կամ հղիանալ ցանկացող կանանց DTG նշանակվում է, եթե կինը լիարժեքորեն տեղեկացված է նյարդային խողովակի զարգացման արատների հնարավոր վրանգի բարձրացման մասին (բեղմնավորման ժամանակ և մինչև առաջին եռամսյակի ավարտը): Եթե կինը հղիության մասին իմանում է առաջին եռամսյակից հետո, DTG-ով բուժում նշանակվում է կամ շարունակվում է հղիության ողջ ընթացքում:
- ² EFV-ի վրա հիմնված ՀՌՎ սխեմաներով բուժում նշանակում են, եթե EFV-ի նկատմամբ առաջնային դեղակայունության մակարդակը 10%-ից բարձր չէ:
Նախընտրելի է DTG-ը, իսկ եթե այն անհասանելի է, նշանակվում են ուժեղացված ՊԻ-ներ:
- ³ TAF-ը (տենոֆովիր ալաֆենամիդ) կարող է դիտարկվել հաստատված օստեոպորոզով և/կամ երիկամների ֆունկցիայի խանգարում ունեցող պացիենտների համար:

141. DTG-ը ՀՏՆԻ-ների հիմքով խորհուրդ է տրվում ՀՌՎ բուժում սկսող ՄԻԱՎ վարակով մեծահասակներին և դեռահասներին՝ որպես առաջին շարքի նախընտրելի սխեմա (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ) [381]:

Նախընտրելի է TDF+3TC+DTG ֆիքսված դեղաչափերով համակցումը (TLD): TLD-ն կիրառելի է 30կգ ավել քաշ ունեցող դեռահասների համար:

Կանանց անհրաժեշտ է տեղեկացնել հղիության ելքի վրա TLD-ի հնարավոր ազդեցությունների և հակաբեղմնավորիչ հասանելի միջոցների մասին [380]:

Ցածր դեղաչափով EFV(EFV₄₀₀) ՀՏՆԻ-ների հիմքով խորհուրդ է տրվում բուժում սկսող ՄԻԱՎ վարակով մեծահասակներին և դեռահասներին՝ որպես առաջին շարքի այլընտրանքային սխեմա՝ բացառությամբ այն դեպքերի, երբ EFV-ի և NVP-ի նկատմամբ ՄԻԱՎ-ի առաջնային դեղակայունության մակարդակը գերազանցում է 10%-ը (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ) [381]:

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 դիզոպրոքսիլ ֆումարատ) համեմատ ունի ավելի քիչ անցանկալի ռեակցիաներ [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 ավելի 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/սուլֆամետոքսազոլ): 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 հետազայում 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՝ ԻԻ, ՀՏՈՆԻ, իսկ հատուկ իրավիճակներում նաև ՊԻ:

2) Դոլուտեգրավիրը խորհուրդ է տրվում կիրառել ՀՌՎ բուժման առաջին շարքի նախընտրելի սխեմայում: Դոլուտեգրավիրի համակցումը 2 ՀՏՆԻ-ների հետ, իֆավիրենցի համեմատ, առավել արդյունավետորեն է ճնշում ՎԾ-ն, և ավելի արագ է վերականգնում CD4+ բջիջների քանակը: Դոլուտեգրավիրն ունի նաև ՎԾ-ի ճնշման ավելի բարձր արդյունավետություն ինտեգրազայի մյուս ինհիբիտորների համեմատ: Իֆավիրենցի համեմատ դոլուտեգրավիրն ունի նաև այնպիսի առավելություններ, ինչպիսին են դեղային փոխազդեցությունների ցածր վտանգը և ՀՌՎ դեղերի նկատմամբ դեղակայունության զարգացման բարձր գենետիկ պատենշը [382, 383]: Ի տարբերություն իֆավիրենցի՝ դոլուտեգրավիրը նաև ակտիվ է ՄԻԱՎ2 վարակի դեպքում [384, 385]: Սակայն դոլուտեգրավիրի ընդունման ֆոնին բարձր է քնի խանգարումների ու քաշի ավելացման վտանգը [386, 387]: Վերարտադրողական տարիքի կանանց և դեռահաս աղջիկներին դոլուտեգրավիր նշանակելիս պետք է նկատի ունենալ պտղի նյարդային խողովակի արատների զարգացման վտանգը [388, 389]: Դոլուտեգրավիր օգտագործած կանանց մոտ նյարդային խողովակի արատով ծնունդների վտանգը կազմել է 10:1000, մինչդեռ այլ ՀՌՎ դեղեր ստացածների մոտ այն եղել է 1:1000: Պոտենցիալ վտանգավոր կարող է լինել դոլուտեգրավիրի կիրառումը բեղմնավորման ժամանակ, հղիության ավելի ուշ շրջանում (բեղմնավորումից 6-8 շաբաթ հետո) դոլուտեգրավիր կիրառելիս նորածինների մոտ նյարդային խողովակի արատներ չեն արձանագրվել: Դոլուտեգրավիր ստացողների շրջանում հղիության անբարենպաստ ելքերի (մեռելաձնություն, ինքնաբեր վիժումներ, վաղաժամ ծննդաբերություններ) հաճախականությունը համեմատելի կամ ավելի ցածր է, քան հղիության ընթացքում առանց դոլուտեգրավիրի ՀՌՎ սխեմաներ ստացողներինը [390]: Նորածնային մահացության ցուցանիշը էականորեն չի տարբերվում հղիության ընթացքում դոլուտեգրավիրի և իֆավիրենցի հիմքով ՀՌՎ բուժում ստացող կանանց մոտ [390]: Դոլուտեգրավիրի կրծքի կաթ ներթափանցելու ունակությունը շատ մեծ է, ինչը բերում է նորածնի արյան պլազմայում նրա բարձր կոնցետրացիայի [391]: ՄԻԱՎ/ՏԲ համակցված վարակով պացիենտներին DTG նշանակվում է 50մգ-ից օրը 2 անգամ, հաշվի առնելով ռիֆամպիցինի հետ փոխազդեցությունը: Այդ լրացուցիչ դեղահաբի տանելիությունը լավ է, իսկ ՎԾ-ի իջեցման և CD4+ բջիջների վերականգնման տեսանկյունից ազդեցությունը համարժեք է EFV-ն [392]: Այսպիսով, DTG-ը նախընտրելի է ՀՌՎ բուժման առաջին շարքի սխեմաներում ՄԻԱՎ վարակով բոլոր պացիենտների համար ներառյալ մեծահասակները, հղիները, վերարտադրողական տարիքի կանայք և

դեռահաս աղջիկները, ՄԻԱՎ/տուբերկուլոզ համակցված վարակով պացիենտները [381]: Թեև դեղերի փոխազդեցության վտանգը ցածր է, բայց DTG-ը չի կարող կիրառվել որոշ հակացնցումային դեղերի (օրինակ՝ ֆենիտոին և ֆենոբարբիտալ) և կատիոն պարունակող անտացիդների (օրինակ՝ կալցիում և մագնեզիում) հետ: Լուծողականները և պոլիվիտամինները հանգեցնում են DTG-ի դեղաչափի սուբթերապևտիկ իջեցման, և եթե հնարավոր չէ խուսափել նման դեղերից, անհրաժեշտ է DTG նշանակել պոլիվալենտ կատիոն պարունակող դեղերի ընդունումից 2 ժամ առաջ կամ 6 ժամ հետո [393]:

- 3) Իֆավիրենցն ունի բարձր հակավիրուսային ակտիվություն: **EFV₄₀₀-ի վիրուսաբանական ազդեցությունը հավասարազոր է EFV₆₀₀-ին, բայց գերազանցում է դրան CD4+ լիմֆոցիտների քանակի վերականգնման առումով (ապացույցների միջին որակ)** [12]: EFV₄₀₀-ը խորհուրդ է տրվում որպես այլընտրանքային դեղ, EFV₆₀₀-ը նշանակվում է հատուկ իրավիճակներում: EFV-ի 2 դեղաչափով էլ կան ֆիքսված դեղաչափերով համակցված դեղահատեր: EFV₄₀₀-ի տանելիությունն ավելի լավ է EFV₆₀₀-ի համեմատ, կողմնակի երևույթներն ավելի քիչ են հանդիպում, ինչով պայմանավորված ՀՌՎ բուժման դադարի վտանգը լինում է ցածր: 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: Իֆավիրենցի կիրառումը հղիության առաջին եռամսյակում չի բարձրացնում բնածին արատների զարգացման վտանգը, ինչը հաստատում է հղիների համար դրա պիտանիությունը [76-78]: EFV₄₀₀-ն անվտանգ է հղիների համար ինչպես և EFV₆₀₀-ը: EFV₆₀₀-ը հղիների համար ավելի անվտանգ է քան LPV/r-ը կամ NVP-ը: Ընդհանրապես հղիության ժամանակ դեղերի խտությունն արյան մեջ ընկնում է, սակայն դրա հետ մեկտեղ EFV₄₀₀-ի խտությունն արյան մեջ մնում է թերապևտիկ դիապազոնում և հետևաբար չի բերում արդյունավետության իջեցման [394]: Իֆավիրենցի դեղային փոխազդեցությունների սպեկտրը թույլ է տալիս այն կիրառել միաժամանակ հակատուբերկուլոզային դեղերի հետ: EFV₄₀₀-ը կարելի է նշանակել ռիֆամպիցինով հակատուբերկուլոզային բուժում ստացող պացիենտներին, քանի որ դրա տանելիությունը լավ է և դեղի խտությունը արյան մեջ մնում է այն մակարդակի վրա, որն ապահովում է արդյունավետությունը [395]: 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: ՀՏՈՆԻ-ներ հակացուցված են, եթե հիվանդության հարուցիչը ՄԻԱՎ2-ն է, քանի որ այն ունի բնական կայունություն այդ դասի դեղերի հանդեպ [79]: Խորհուրդ չի տրվում EFV նշանակել ՄԻԱՎ-ի բարձր դեղակայունության պայմաններում: Եթե ՀՌՎ բուժման արդյունքում ՄԻԱՎ-ի վերարտադրությունը ոչ լիովին է ճնշվում, ՀՏՈՆԻ-ների (իֆավիրենցի և նևիրապինի) հանդեպ արագ զարգանում է կայունություն [92]: Քանի որ դեղերն ունեն կայունության միանման պրոֆիլ, դրանց հանդեպ զարգանում է լրիվ խաչաձև կայունություն:

- 4) 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]: 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 այնավելիքան 5 անգամ գերազանցում է նորմայի վերին սահմանը, նևիրապինի օգտագործումը դադարեցնում են: Դեղը չի կարելի օգտագործել ռիֆամպիցինի 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 ցանը պայմանավորված է իֆավիրենցով: Ավելի մեծ տարիքի երեխաների համար իֆավիրենցը և նևիրապինը կիրառվում են ՀՌՎ բուժման առաջին շաբաթի հատուկ իրավիճակների սխեմաներում:
- 5) 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: Պի-ները կիրառվում են ՀՌՎ բուժման առաջին շարքի հատուկ իրավիճակների սխեմաներում:

146. AZT+3TC+ABC սխեման, որպես ՀՌՎ բուժման առաջին շարքի սխեմա, նշանակվում է մինչև 3 տարեկան ՄԻԱՎ/տուբերկուլոզ համակցված վարակով երեխաներին, քանի որ այդ դեպքում իֆավիրենց չի նշանակվում: Իր հակավիրուսային ակտիվությամբ զիջում է նախընտրելի սխեմաներին հատկապես բարձր ՎՏ ունեցող պացիենտների մոտ [102, 103]:
147. Երեխաների ՀՌՎ բուժման առաջին շարքի սխեմաները ներկայացված են աղյուսակ 5-ում:

Աղյուսակ 5. Երեխաների ՀՌՎ բուժման առաջին շարքի սխեմաներ

ՀՌՎ բուժման սխեմա	Նորածիններ	Երեխաներ
Նախընտրելի սխեմա	AZT+3TC+RAL ¹	ABC+3TC+ DTG ²
Այլընտրանքային սխեմա	AZT+3TC+NVP	ABC+3TC+LPV/r ABC+3TC+RAL ³ TAF+3TC (կամ FTC)+DTG ⁴
Հատուկ իրավիճակներ	AZT+3TC+LPV/r ⁵	ABC+3TC+EFV (կամ NVP) AZT+3TC+EFV ⁶ (կամ NVP) AZT+3TC+LPV/r (կամ RAL)

- ¹ RAL-ով բուժումն սկսած նորածինները պետք է հնարավորինս արագ անցնեն LPV/r-ի:
- ² Վերաբերում է այն երեխաներին, որոնց հասանելի են DTG-ի փարիքային և քաշային հաստատված դեղաչափերը:
- ³ RAL-ը պետք է օգտագործել որպես այլընտրանքային դեղ, եթե LPV/r-ի համապատասխան դեղաձևերն անհասանելի են:
- ⁴ Կիրառվում է TAF-ի համար փարիքային և քաշային հաստատված դեղաչափերի առկայության դեպքում:
- ⁵ LPV/r-ի օշարակը կամ գրանուլները կարելի է նշանակել երեխայի 2 շաբաթը լրանալուց հետո (անհաս, ժամկետից 1 ամիս կամ ավելի վաղ ծնված երեխաներին՝ ծննդաբերության օրացուցային ժամկետը լրանալու օրվանից 14 օր հետո):
- ⁶ EFV-ը կարելի է նշանակել 3 փարեկանից բարձր փարիք և 10կգ-ից ավել մարմնի քաշ ունեցող երեխաներին:

148. DTG-ը երկու ՀՏՆԻ-ների հետ խորհուրդ է տրվում որպես առաջին շարքի նախընտրելի սխեմա ՀՌՎ բուժում սկսող ՄԻԱՎ վարակով երեխաներին՝ տարիքին և քաշին համապատասխան դեղաչափով DTG-ի առկայության դեպքում (պայմանական առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ) [381]:
149. RAL-ի հիմքով ՀՌՎ բուժման սխեման խորհուրդ է տրվում որպես առաջին շարքի այլընտրանքային սխեմա երեխաներին՝ տարիքին և քաշին համապատասխան դեղաչափով DTG-ի բացակայության դեպքում (պայմանական առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ) [381]:
150. RAL-ի հիմքով ՀՌՎ բուժման սխեման խորհուրդ է տրվում որպես առաջին շարքի նախընտրելի սխեմա նորածիններին (պայմանական առաջարկ, ապացույցների շատ ցածր որակ) [381]:
151. Նորածինների մոտ ՀՌՎ դեղերի կիրառման հերթականությունը ծնվելուց հետո առաջին օրերին ՀՌՎ բուժումը սկսելու ժամանակ ներկայացված է աղյուսակ 6-ում:

Աղյուսակ 6. Նորածինների մոտ ՀՌՎ դեղերի կիրառման հաջորդականությունը

	0-2 շաբաթ⇒	2 շաբաթ-3 ամիս⇒	3-36 ամսական
Նախընտրելի սխեմա	AZT+3TC+ RAL ¹	ABC կամ AZT+3TC+ LPV/r	ABC կամ AZT+3TC+ LPV/r (պարկուճ) պելետ
	AZT+3TC+ RAL ¹		ABC կամ AZT+3TC+ LPV/r (պելետ)
Այլընտրանքային սխեմա	AZT+3TC+ NVP	ABC կամ AZT+3TC+ LPV/r	ABC կամ AZT+3TC+ LPV/r (պարկուճ) պելետ
	AZT+3TC+ NVP		ABC կամ AZT+3TC+ LPV/r (պելետ)
Հատուկ իրավիճակներ	AZT+3TC+ LPV/r ²		

¹ RAL-ով բուժումն սկսած նորածինները պետք է հնարավորինս արագ անցնեն LPV/r-ի:

² LPV/r-ի օշարակը կամ գրանուլները կարելի է նշանակել երեխայի 2 շաբաթը լրանալուց հետո (անհաս, ժամկետից 1 ամիս կամ ավելի վաղ ծնված երեխաներին՝ ծննդաբերության օրացուցային ժամկետը լրանալու օրվանից 14 օր հետո):

152. Անհաս (Ժամկետից 1 ամիս կամ ավելի շուտ ծնված) երեխաներին և մինչև 14 օրական հասուն երեխաներին ՀՌՎ բուժում նշանակելիս պետք է օգտագործել ռալտեգրավիրի կամ նիրապինի հիմքով սխեմաներ AZT+3TC-ի հետ: Առաջին իսկ հնարավորության դեպքում պետք է ռալտեգրավիրը կամ նիրապինը փոխարինել լոպինավիր/ռիտոնավիրով, նախընտրելի է 2 շաբաթ անց: Եթե լոպինավիր/ռիտոնավիրի օշարակը հասանելի չէ, և միակ դեղաձևը պարկուճն է, պետք է շարունակել ռալտեգրավիրի կամ նիրապինի ընդունումը մինչև 3 ամսականը և հատկապես ուշադիր լինել այն երեխաների նկատմամբ, որոնց մայրերի մոտ կա հավանական կամ հաստատված դեղակայունություն ՀՏՆԻ-ների նկատմամբ [12]:
153. DTG նշանակվում է 6 տարեկանից բարձր և 15 կգ-ից ավել քաշ ունեցող երեխաներին, 20կգ-ից ավել քաշ ունեցող երեխաներին նշանակվում է մեծահասակների համար նախատեսված 50մգ դեղահատերը [381]: Տարիքին և քաշին համապատասխան դեղաչափով DTG-ի բացակայության դեպքում որպես ինտեգրազայի արդյունավետ ինհիբիտոր խորհուրդ է տրվում ռալտեգրավիր, որը կարելի է կիրառել ծնված օրից սկսած:
154. Ռալտեգրավիրն արդյունավետորեն և արագ իջեցնում է բարձր ՎԾ-ն մինչև 1 տարեկան երեխաների մոտ [396] և անվտանգ ու լավ տանելիություն ունեցող դեղ է վարակման բարձր վտանգ ունեցող նորածինների և երեխաների համար [397]: Ռալտեգրավիրն ունի դեղակայունության զարգացման ավելի ցածր գենետիկական պատնեշ ինտեգրազայի այլ ինհիբիտորների համեմատ [383, 398]: Ռալտեգրավիրը խորհուրդ է տրվում նորածիններին և այլընտրանքային դեղ է 20կգ-ից պակաս քաշ ունեցող երեխաների համար, եթե LPV/r-ի համապատասխան դեղաձևերն անհասանելի են: Խորհուրդ է տրվում ռալտեգրավիրով բուժումն սկսած նորածինների մոտ ռալտեգրավիրով սխեման պահել 3 ամսից ոչ ավել, երբ հնարավոր կլինի անցնել LPV/r-ի պինդ դեղաձևերի՝ ինտեգրազայի ինհիբիտորների նկատմամբ դեղակայունության զարգացման հավանականությունը նվազեցնելու նպատակով:
155. Երեխաների բուժման սխեմաներում նախընտրելի են ՀՏՆԻ-ների ներքոնշյալ համակցումներն ըստ հերթականության՝
- 1) ABC+3TC,
 - 2) AZT+3TC:
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 շարքում ՀՏՆԻ-ի ընտրությունն ազդում է երկրորդ շարքի ՀՌՎ բուժման սխեմաների ընտրության

վրա: Զիդովուդինի նկատմամբ կայունությունը հանգեցնում է թմինդինային 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 շարքի սխեմաներում այս տարիքային խմբում [12]:

- 157. 30կգ-ից ավելի քաշով երեխաների 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/մկ) երեխաների համար 2 ՀՏՆԻ-ներից նախընտրելի հիմք է լամիվուդին+աբակավիրի համակցումը (զիդովուդին խորհուրդ չի տրվում) [106]:
- 159. Հեպատիտ Բ-ով 12 տարեկանից փոքր երեխաների համար նախընտրելի սխեմա է ՀՏՆԻ+տենոֆովիր+կամ էմտրիցիտաբին, կամ լամիվուդին [106]:
- 160. Հակատուբերկուլոզային բուժման կարիք ունեցող ՄԻԱՎ/ՏԲ համակցված վարակով երեխաների ՀՌՎ բուժման սխեմաները ներկայացված են աղյուսակներ 7 և 8-ում:

Աղյուսակ 7. ՀՌՎ բուժման սխեմաներ հակատուբերկուլոզային բուժման ֆոնին ՀՌՎ բուժում սկսող երեխաների համար

Մինչև 3 տարեկան	3 ՀՏՆԻ՝ AZT+3TC+ABC ¹ AZT կամ ABC+3TC+ RAL ²
3 տարեկանից մեծ	2 ՀՏՆԻ+EFV կամ 3 ՀՏՆԻ՝ AZT+3TC+ABC ¹ կամ 2 ՀՏՆԻ+RAL ²

Աղյուսակ 8. ՀՌՎ բուժման սխեմաներ ՀՌՎ բուժման ֆոնին հակատուբերկուլոզային բուժում սկսող երեխաների համար

ՀՏՆԻ-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 ³ ավելացնելով RTV՝ լիարժեք թերապևտիկ դեղաչափ ստանալու համար
	3 տարեկանից մեծ	Եթե երեխայի անամնեզում չկան տվյալներ ՀՏՈՆԻ-ներ ներառող բուժման սխեմայի անհաջողության վերաբերյալ, ապա փոխարինել EFV-ով կամ 3 ՀՏՆԻ (AZT+3TC+ABC) ¹ կամ շարունակել LPV/r-ը՝ ավելացնելով RTV՝ լիարժեք թերապևտիկ դեղաչափ 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 դեղաչափ ստանալու համար: Երկրորդ շարքի սխեմա կազմելու դեպքում անհրաժեշտ է նկատի ունենալ փորձագետների խորհրդատվության հնարավորությունը

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

² RAL-ը կիրառելի է ՄԻԱՎ/ՏԲ համակցված վարակով երեխաների համար, որոնց հակադրոպերկուլոզային բուժման սխեման ներառում է ռիֆամպիցին: Այդ դեպքում RAL-ը նշանակվում է 12մգ/կգ դեղաչափով՝ օրը 2 անգամ [399]:

³ Ռիպոնավիրի դեղաչափը հասցնել լոպինավիրի դեղաչափին 1:1 հարաբերությամբ:

161. Ակտիվ ՏԲ-ով ՄԻԱՎ վարակով բոլոր երեխաների մոտ պետք է անհապաղ սկսել հակատրոպերկուլոզային 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]: Եթե նևիրապին կամ

լուսնալիք/ռիտոնալիք պարունակող սխեմայով ՀՌՎ բուժում ստացող 3 տարեկանից փոքր երեխաների մոտ զարգանում է տուբերկուլոզ, ապա նախընտրելի է 3 ՀՏՆԻ-ներից բաղկացած սխեման՝ ABC+3TC+AZT: ՏԲ-ի բուժումն ավարտելուց հետո անհրաժեշտ է անցնել ՀՌՎ բուժման նախկին սխեմային (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ) [12]:

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) ՀՏՆԻ-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 սխեման 3 ՀՏՆԻ-ներից բաղկացած սխեման է:
- 2) Հակատուբերկուլոզային բուժման կազմում ռիֆամպիցին ստացող 3 տարեկանից բարձր երեխաների համար ՀՌՎ բուժման առաջին շարքի սխեման 2 ՀՏՆԻ+իֆավիրենց սխեման է [106]:
- 3) Նևիրապինի ազդեցությանը ենթարկված և հակատուբերկուլոզային բուժման կազմում ռիֆամպիցին ստացող 3 տարեկանից փոքր երեխաների համար առաջին շարքի 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 սխեմաներ¹</i>	
3TC (FTC)+TDF+DTG ²	Ռիֆամպիցին ստացող ՄԻԱՎ/ՏԲ համակցված վարակով պացիենտների համար ՀՌՎ բուժման առաջին շարքի նախընտրելի սխեման է 2 ՀՏՆԻ+դոլուտեգրավիր
3TC (FTC)+TDF+EFV ^{3,4}	Ռիֆամպիցին ստացող ՄԻԱՎ/ՏԲ համակցված վարակով պացիենտների համար ՀՌՎ բուժման առաջին շարքի այլընտրանքային սխեման է 2 ՀՏՆԻ+իֆավիրենց
3TC+ZDV+ABC	Ռիֆամպիցին ստացող ՄԻԱՎ/ՏԲ համակցված վարակով պացիենտների համար, որոնք չեն կարող ընդունել դոլուտեգրավիր կամ իֆավիրենց, ՀՌՎ բուժման առաջին շարքի այլընտրանքային սխեման կազմված է 3 ՀՏՆԻ-ներից (սխեմայի արդյունավետությունն ավելի ցածր է առաջին շարքի նախընտրելի սխեմայի համեմատ)
<i>Ռիֆաբուտին ստացող ՄԻԱՎ/ՏԲ համակցված վարակով պացիենտների ՀՌՎ բուժման սխեմաներ</i>	
3TC (FTC)+TDF+DTG ⁵	Ռիֆաբուտին ստացող ՄԻԱՎ/ՏԲ համակցված վարակով պացիենտների համար ՀՌՎ բուժման առաջին շարքի նախընտրելի սխեման է 2 ՀՏՆԻ+դոլուտեգրավիր
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 շարքի այլընտրանքային նախընտրելի սխեման է 2 ՀՏՆԻ+1 ՊԻ/n

- ¹ ՄԻԱՎ/ՏԲ համակցված վարակով պացիենտների մոտ, որոնք չեն կարող ընդունել իֆավիրենց կամ դոլուտեգրավիր, իսկ ռիֆաբուտինը հասանելի չէ, հնարավոր է ռիֆամպիցինի հետ ԴԻ-ների համապեղ օգտագործումը ռիտոնավիրի լրացուցիչ դեղաչափեր կիրառելու դեպքում: Նշանակվում են ՀՏՆԻ դասի դեղերը և լոպինավիր/ռիտոնավիրի կրկնակի դեղաչափ (800մգ/200մգ՝ օրը 2 անգամ) կամ լոպինավիր/ռիտոնավիրի ստանդարտ դեղաչափ ռիտոնավիրի լրացուցիչ դեղաչափի հետ համապեղ (այսինքն՝ լոպինավիր/ռիտոնավիր 400մգ/400մգ՝ օրը 2 անգամ):
- ² ՄԻԱՎ/ՏԲ համակցված վարակով պացիենտներին DTG նշանակվում է 50մգ-ից օրը 2 անգամ՝ ռիֆամպիցինի հետ փոխազդեցության պատճառով:
- ³ EFV400-ը կարելի է նշանակել ռիֆամպիցինով հակադրոպերկուլոզային բուժում ստացող պացիենտներին, քանի որ դրա փանելիությունը լավ է և դեղի խտությունը արյան մեջ մնում է այն մակարդակի վրա, որն ապահովում է արդյունավետությունը:
- ⁴ Իֆավիրենցը զգալիորեն իջեցնում է մեթադոնի խտությունը:
- ⁵ ՄԻԱՎ/ՏԲ համակցված վարակով պացիենտներին DTG-ը և ռիֆաբուտինը նշանակվում են ստանդարտ դեղաչափերով:

164. ՄԻԱՎ/ՏԲ համակցված վարակով պացիենտներին, որոնք պետք է ստանան ՀՌՎ բուժում ռիտոնավիրով ուժեղացված ԴԻ-ներով, անհրաժեշտ է նշանակել ռիֆաբուտինի վրա հիմնված հակատրոպերկուլոզային բուժման սխեմա [41]:
165. Ռիտոնավիրով ուժեղացված ԴԻ-ներով ՀՌՎ բուժում ստացող պացիենտների համար ռիֆաբուտինը նախընտրելի է ռիֆամպիցինից: Ռիֆաբուտինի վրա հիմնված բուժման սխեման նույնքան արդյունավետ է, որքան ռիֆամպիցինի վրա հիմնվածը [41]:
166. Ռիֆամպիցինն իջեցնում է արյան մեջ նևիրապինի, իֆավիրենցի, ռիտոնավիրով ուժեղացված բոլոր ԴԻ-ների, դոլուտեգրավիրի և ռալտեգրավիրի խտությունները [108-111]:
167. ՀՌՎ դեղերի և բեդաքվիլինի միջև դեղային փոխազդեցությունների վերաբերյալ առկա տվյալները սահմանափակ են [112]: Խորհուրդ է տրվում խուսափել իֆավիրենցի հետ համատեղ օգտագործումից [112]:
168. 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]:
3. 2 ՀՏՆԻ-ի հետ դոլուտեգրավիր

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 ամենամյա 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 շաբթի 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 լյարդաքջջային 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-հակաձնի 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 Ց համակցված վարակ.** Սրա ժամանակ արագ պրոգրեսիվում է հեպատիտ Ց-ով պայմանավորված լյարդի ախտահարումը: Այդ պատճառով ՄԻԱՎ/քրոնիկ վիրուսային հեպատիտ Ց համակցված վարակով պացիենտների մոտ հեպատիտ Ց-ի բուժումն առաջնահերթ է: ՄԻԱՎ/քրոնիկ վիրուսային հեպատիտ Ց համակցված վարակով պացիենտների հեպատիտ Ց մոնոինֆեկցիայով պացիենտների համեմատ տոքսիկ ազդեցությունների վտանգը բարձր է, բուժումն ուղեկցվում է բարձր դեղային ծանրաբեռնվածությամբ, խաչաձև տոքսիկությամբ և ՄԻԱՎ վարակի ու հեպատիտ Ց-ի բուժման համար օգտագործվող դեղերի փոխազդեցությամբ [12]: Մինչև հեպատիտ Ց-ի բուժումն սկսելը խորհուրդ է տրվում հասնել ՄԻԱՎ վարակի կլինիկական կայունացման ՀՌՎ բուժման օգնությամբ, հատկապես արտահայտված իմունասուպրեսիայով հիվանդների մոտ (CD4+ լիմֆոցիտների քանակը < 200բջ/մկլ-ից): Ուղղակի ազդեցության պերօրալ հակավիրուսային դեղերի կիրառմամբ հեպատիտ Ց-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 Ց համակցված վարակի ժամանակ: ՀՌՎ բուժումն սկսելու սկզբունքները նույնն են, ինչ առանց հեպատիտ Ց-ի ՄԻԱՎ վարակի բուժման ժամանակ: Անհարաժեշտ է հաշվի առնել ՀՌՎ դեղերի հեպատոքսիկ ազդեցության հնարավորությունը: Ամեն դեպքում, ՀՌՎ բուժման օգուտը գերազանցում է լյարդի դեղային ախտահարման մտավախությանը ՄԻԱՎ/քրոնիկ վիրուսային հեպատիտ Ց համակցված վարակով՝ այդ թվում ցիռոզով պացիենտների մոտ [12]:

3) **Օփիոիդներով փոխարինող բուժում.** Իֆավիրենց, նևիրապին և լուպինավիր/ռիտոնավիր կիրառելիս անհրաժեշտ է ավելացնել մեթադոնի դեղաչափը՝ զրկանքի համախտանիշի զարգացումը կանխելու համար [123-126]: ՀՌՎ բուժման սխեմաները վերանայելու և նշված ՀՌՎ դեղերը հանելու ժամանակ անհրաժեշտ է հաշվի առնել մեթադոնի հնարավոր գերդոզավորման առաջացումը: ՀՌՎ բուժում ստացող պացիենտների մոտ ավելի լավ է մեթադոնի փոխարեն օգտագործել առավել անվտանգ բույրենորֆինը [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	
	ՎԾ		CD4+ լիմֆոցիտների քանակ	Կլինիկական փուլ	Տանելիություն
Ժամկետները¹	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 50բջիջ/մկլ-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 <50-1000 պատճեն/մլ կամ դրսևորի իջնելու արտահայտված միտում:

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 անհաջողությանամենաուղղակի 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 սկսելուց 2-4 շաբաթ անց այն իջնում է 1-2 կարգով [40]:
179. Ելքային բարձր ՎԾ-ով պացիենտների մոտ 50պատճեն/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 50պատճեն/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<1000պատճեն/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 շա- բաթ	4-րդ շա- բաթ	8-րդ շա- բաթ	12-րդ շաբաթ	24-րդ շա- բաթ	36-րդ շա- բաթ	48- րդ շա- բաթ	Յուրա- քան- յուր 6 ամիսը մեկ՝	Ամեն տարի
ՎԾ	X				X	X	(X)	X	X	X
CD4+ լիմֆոցիտների 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 բիոքիմիական ցուցանիշներ ²	X		X					X	(X)	X
Խոլեսթերին և տրիգլիցերիդներ	X							(X)		(X)
Երիկամների ֆունկցիայի ցուցանիշներ	X	X (տենոֆոսֆոր)			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/մկլ-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/մկլ-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 մոնիտորիզն 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, հետազայում՝ 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 հետազայում՝ 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) զիդովուդին ստացող երեխաների մոտ պետք է որոշել հեմոգլոբինի մակարդակը ՀՌՎ բուժումն սկսելուց հետո յուրաքանչյուր 8 շաբաթը մեկ, իսկ ախտանշաններ չի 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 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 և ավելի ցածր կամ CD4+ լիմֆոցիտների <100բջ/մլ կայուն պահպանվող մակարդակ	Ուղեկցող կամ ոչ վաղ տարած վարակների բացակայության ժամանակ, որոնք հանգեցնում են CD4+ լիմֆոցիտների քանակի անցողիկ իջեցման

	<p>Երեխաներ Իմունաբանական անհաջողություն է համարվում 5 տարեկանից փոքր երեխաների մոտ CD4+ լիմֆոցիտների քանակի <200բջիջ/մկլ-ից կամ <10%-ից ցածր կայուն մակարդակը, իսկ 5 տարեկանից բարձր երեխաների մոտ՝ CD4+ լիմֆոցիտների քանակի <100բջիջ/մկլ-ից ցածր կայուն մակարդակը</p>	
<p>Կլինիկական անհաջողություն</p>	<p>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</p> <p>Երեխաներ Նոր կամ կրկնվող հիվանդության զարգացումը (կլինիկական 3-րդ և 4-րդ փուլերին բնորոշ հիվանդություններ, բացառությամբ SF-ի) արդյունավետ ՀՌՎ բուժումից 6 ամիս հետո</p>	<p>Անհրաժեշտ է այդ վիճակը տարբերակել ԻՎԲՀ-ից, որը զարգանում է ՀՌՎ բուժման ֆոնին:</p> <p>Կլինիկական 3-րդ փուլին բնորոշ մի շարք կլինիկական վիճակների (թոքերի տուբերկուլոզ, ծանր բակտերիալ վարակներ) զարգացումը մեծահասակների մոտ նույնպես վկայում է բուժման անհաջողության մասին</p>

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 սխեմայի վերանայումից առաջ, քանի դեռ պացիենտը ստանում է առաջին շարքի սխեմայով բուժում, խորհուրդ է տրվում որոշել հարուցչի դեղակայունությունը:
199. 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 բուժման 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 բուժումը 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 բուժման սկսելուց առաջ՝ վիրուսի առաջնային կայունությունը հայտնաբերելու նպատակով: Այդ հետազոտությունները կատարվում են նաև բուժման 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 բուժման ընդհատմամբ, ինչը պացիենտը թաքցրել է բժշկից): Վիրուսաբանական անհաջողության ժամանակ չափազանց կարևոր է հետազոտությունն անցկացնել մինչև ՀՌՎ բուժման 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, բուժման ռեժիմի պահպանմանն ուղղված հնարավոր բոլոր միջոցները արդյունավետ չեն, ցուցված է անցումը ՀՌՎ բուժման երկրորդ շաբթի սխեմային [40]:
207. Երկրորդ շաբթի սխեմայի դեղերի ընտրությունը կախված է առաջին շաբթի սխեմայի կազմից: Աղյուսակ 13-ում ներկայացված են առաջարկներ երկրորդ շաբթի սխեմաների վերաբերյալ մեծահասակների և դեռահասների մոտ այն պայմաններում, երբ հարուցչի դեղակայունության որոշումը հասանելի չէ: Խորհուրդ է տրվում փոխել նվազագույնը երկու դեղ [40]:

Աղյուսակ 13. *Երկրորդ շաբթի նախընտրելի և այլընտրանքային սխեմաներ մեծահասակների և դեռահասների համար*

Խմբեր	Առաջին շարքի անհաջող սխեմա ¹	Երկրորդ շարքի նախընտրելի սխեմա ²	Երկրորդ շարքի այլընտրանքային սխեմա
Մեծահասակներ և դեռահասներ	TDF ³ + 3TC (կամ FTC) + DTG ⁴	AZT + 3TC + ATV/r (կամ LPV/r)	AZT + 3TC + DRV/r ^{5,6,7}
	TDF + 3TC (կամ FTC) + EFV (կամ NVP)	AZT + 3TC + DTG ⁴	AZT + 3TC + ATV/r (կամ LPV/r կամ DRV/r) ^{5,6,7}
	AZT + 3TC + EFV (կամ NVP)	TDF ³ (կամ ABC) + 3TC (կամ FTC) + DTG ⁴	TDF ³ (կամ ABC) + 3TC (կամ FTC) + ATV/r (կամ LPV/r կամ DRV/r) ^{5, 6,7}
ՄԻԱՎ/ՏԲ համակցված վարակ	Ռիֆաբուտինը հասանելի է	DTG ⁸ և ՊԻ-ներ պարունակող սխեմաներ	
	Ռիֆաբուտինը հասանելի չէ	DTG ⁹ և ՊԻ-ներ պարունակող սխեմաներ ¹⁰	

¹ Եթե ՊԻ-ներն օգտագործվում են առաջին շարքի սխեմաներում՝ ATV/r (կամ LPV/r, կամ DRV/r, կախված ցուցումներից) + TDF + 3TC (կամ FTC), ապա 2-րդ շարքում կիրառվում է AZT + 3TC + DTG սխեման:

² ՄԻԱՎ/վիրուսային հեպատիտ Բ համակցված վարակով պացիենտների մոտ, որոնց ՀԲՎ բուժման առաջին շարքի սխեմայում եղել է տենոֆովիր+էմպրիցիտաբին կամ լամիվուդին, անհրաժեշտ է շարունակել այդ ՀՏԽ-ների օգտագործումը երկրորդ շարքի սխեմաներում հեպատիտ Բ-ի վիրուսի ընկճման և լյարդում բորբոքային պրոցեսի ռեակտիվացման վրանգի նվազեցման համար ((օրինակ՝ AZT+TDF+FTC (կամ 3TC)+ATV/r (կամ LPV/r) կամ DTG)):

³ TAF (տենոֆովիր ալաֆենամիդ) կարող է օգտագործվել որպես այլընտրանքային ՀՏԽ հատուկ իրավիճակներում մեծահասակների և դեռահասների համար:

⁴ Վերարտադրողական տարիքի կանանց և դեռահաս աղջիկներին նախքան DTG նշանակելը պետք է առաջարկել արդյունավետ հակաբեղմնավորում:
Հետևողականորեն հակաբեղմնավորում չկիրառող կամ հղիանալ ցանկացող կանանց DTG նշանակվում է, եթե կինը լիարժեքորեն տեղեկացված է նյարդային խողովակի զարգացման արտաբերի հնարավոր վրանգի բարձրացման մասին (բեղմնավորման ժամանակ և մինչև առաջին եռամսյակի ավարտը): Եթե կինը հղիության մասին իմանում է առաջին եռամսյակից հետո, DTG-ով բուժում նշանակվում է կամ շարունակվում է հղիության ողջ ընթացքում:

⁵ RAL + LPV/r կարող է օգտագործվել որպես երկրորդ շարքի այլընտրանքային սխեմա մեծահասակների և դեռահասների համար:

- ⁶ Հափուկ իրավիճակներում դարունավիր/ռիտոնավիրը օգտագործվում են որպես այլընտրանքային ՊԻ-ներ:
- ⁷ Երբևիցե ՊԻ ստացած պացիենտների համար առաջարկվող DRV/r դեղաչափը պետք է լինի 600/100մգ օրը 2 անգամ:
- ⁸ ՄԻԱՎ/ՏԲ համակցված վարակով պացիենտներին DTG-ը և ռիֆաբուտինը նշանակվում են ստանդարտ դեղաչափերով:
- ⁹ ՄԻԱՎ/ՏԲ համակցված վարակով պացիենտներին DTG-ի և ռիֆամպիցինի համարեղ նշանակման ժամանակ կարիք կա բարձրացնելու DTG-ի դեղաչափը՝ 50մգ օրը 2 անգամ:
- ¹⁰ Համաձայն մեծահասակների և դեռահասների համար առաջարկությունների՝ ՀՏԻ դասի նույն հիմնական դեղերի օգտագործումը և լոպինավիր/ռիտոնավիրի կրկնակի դեղաչափի (800մգ/200մգ՝ օրը 2 անգամ) կամ լոպինավիր/ռիտոնավիրի ստանդարտ դեղաչափ ռիտոնավիրի լրացուցիչ ընտրված դեղաչափի հետ համարեղ (այսինքն՝ լոպինավիր/ռիտոնավիր 400մգ/400մգ՝ օրը 2 անգամ):

208. ՀՏԻ-ներից կազմված հիմքը ֆիքսված դեղաչափերով համակցման ձևով նախընտրելի տարբերակ է (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ) [12]:

209. DTG-ը ՀՏԻ-ների օպտիմալացված հիմքի հետ խորհուրդ է տրվում որպես ՀՌՎ բուժման երկրորդ շարքի նախընտրելի սխեմա մեծահասակներին և դեռահասներին, որոնց մոտ ՀՌՎ բուժման առաջին շարքի սխեման եղել է անարդյունավետ և չի պարունակել DTG (պայմանական առաջարկ, ապացույցների միջին որակ) [381]: ՀՏԻ-ների օպտիմալացված հիմք նշանակում է, որ պետք է օգտագործվի ZDV, եթե TDF կամ ABC պարունակող սխեման անհաջող է և հակառակը: Եթե ՀՌՎ բուժման առաջին շարքի սխեմայում չի եղել DTG, դրա օգտագործումը ՀՏԻ-ների օպտիմալացված հիմքի հետ ՀՌՎ բուժման երկրորդ շարքի սխեմաներում ավելի անվտանգ և արդյունավետ է, քան ՊԻ-ների օգտագործումը: Հաշվի առնելով մյուս առավելությունները՝ ավելի ցածր արժեքը, քիչ դեղային փոխազդեցությունները, դեղի քիչ քանակով ընդունումը, ֆիքսված դեղաչափերով համակցված դեղահատերի առկայությունը, մեկանգամյա ընդունումը ներկայումս հիմք են հանդիսանում առաջարկելու DTG-ը որպես նախընտրելի դեղ ՀՌՎ բուժման երկրորդ շարքի սխեմաներում այն մեծահասակների և երեխաների համար, որոնց մոտ ՀՌՎ բուժման առաջին շարքի սխեմայում ՀՏԻ-ով կամ ՊԻ-ով բուժումն արդյունավետ չի եղել [381]: **Ուժեղացված ՊԻ-ները ՀՏԻ-երի օպտիմալացված հիմքի հետ խորհուրդ են տրվում որպես նախընտրելի դեղ ՀՌՎ բուժման երկրորդ շարքի սխեմաներում ՄԻԱՎ վարակով այն պացիենտներին, որոնց մոտ DTG պարունակող ՀՌՎ**

բուժման առաջին շարքի սխեման եղել է անարդյունավետ (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ) [381]:

210. **DRV/r-ի ֆիքսված դեղաչափերով ջերմակայուն համակցումը այլընտրանքային տարբերակ է ՀՌ-Վ բուժման երկրորդ շարքի սխեմաներում (պայմանական առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ) [12]:**
211. **RAL+LPV/r համակցումը կարող է լինել այլընտրանքային տարբերակ ՀՌ-Վ բուժման երկրորդ շարքի սխեմաներում (պայմանական առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ) [12]:**
212. ՀՌ-Վ բուժման երկրորդ շարքի սխեմաների 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 տենոֆովիր (նախընտրելի դեղ) կամ աբակավիր (այլընտրանքային դեղ), և ընդհակառակը, եթե առաջին շարքի սխեման ներառել է ոչ թիմիդինային անալոգ, պետք է ընտրել զիդովուդին՝ լամիվուդինի համակցմամբ:
213. ՀՌ-Վ բուժման երկրորդ շարքի սխեմաներում ուժեղացված ՊԻ-ների նախընտրելի տարբերակներն են ատազանավիր/ռիտոնավիրի և լոպինավիր/ռիտոնավիրի համակցումները: 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. ՀՌ-Վ 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 ՀՏՆՆԻ-ներ և ՊԻ-ներ: Հնարավորության դեպքում անհրաժեշտ է կիրառել երկու կամ երեք ակտիվ դեղ, ցանկալի է նոր դասի, օրինակ՝ դարունավիր/ռիտոնավիր, ռալտեգրավիր, դոլուտեգրավիր [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 պատնեշն ավելի բարձր է, քան լուպինավիր/ռիտոնավիրը, իսկ արդյունավետությունը, համաձայն եղած տվյալների, համադրելի է լուպինավիր/ռիտոնավիրի արդյունավետությանը կամ գերազանցում է այն[173]: Դարունավիր/ռիտոնավիրը ՊԻ-ի նախընտրելի տարբերակ է լուպինավիր/ռիտոնավիրով և ատազանավիր/ռիտոնավիրով բուժման անհաջողության դեպքում:
- 4) Երրորդ շարքի նախընտրելի սխեման է դարունավիր/ռիտոնավիրը համակցված DTG-ի և 1-2 ՀՏՆԻ-ի հետ:
- 5) Ռալտեգրավիրը կարող է կիրառվել միայն այլ ակտիվ դեղերի համակցությամբ [174-176]: Ռալտեգրավիրը չի կարող փոխարինել ռիտոնավիրով ուժեղացված ՊԻ-ն ՀՌՎ բուժման ուշ փուլերում [177]:
- 6) 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]:
- 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 ՀՏՆԻ-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 ՀՏԵԻ-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 ռիտոնավիրով 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 14-ում:

Աղյուսակ 14. Երեխաների ՀՌՎ բուժման երկրորդ շարքի սխեմաներ

Խմբեր	Առաջին շարքի չհաջողված սխեմա	Երկրորդ շարքի նախընտրելի սխեմա	Երկրորդ շարքի այլընտրանքային սխեմա
Երեխաներ և մանուկներ	ABC + 3TC + DTG ¹	AZT+ 3TC + LPV/r (կամ ATV/r ²)	AZT + 3TC + DRV/r ³
	ABC (կամ AZT) +	AZT (կամ ABC) +	AZT (կամ ABC) +

	3TC + LPV/r	3TC + DTG ¹	3TC + RAL ⁴
	ABC (կամ AZT) + 3TC + EFV	AZT (կամ ABC) + 3TC + DTG ¹	AZT (կամ ABC) + 3TC + LPV/r (կամ ATV/r ²) ⁵
	AZT + 3TC + NVP	ABC + 3TC + DTG ¹	ABC + 3TC + LPV/r (կամ ATV/r ² կամ DRV/r ³) ⁵

- ¹ DTG նշանակվում է 6 փարեկանից բարձր և 15կգ-ից ավել քաշ ունեցող երեխաներին, 20կգ-ից ավել քաշ ունեցող երեխաներին նշանակվում է մեծահասակների համար նախատեսված 50մգ դեղահատերը: TAF-ը (տենոֆովիր ալաֆենամիդ) կարող է օգտագործվել որպես այլընտրանքային ՀՏՆԻ 25կգ-ից ոչ պակաս քաշ ունեցող երեխաների համար:
- ² ATV/r-ը կարող է օգտագործվել որպես LPV/r-ի այլընտրանք՝ 3 ամսականից մեծ երեխաների համար, սակայն պետք է հաշվի առնել 6 փարեկանից փոքր երեխաների համար հարմար դեղաձևերի սահմանափակ առկայությունը, ֆիքսված դեղաչափերով համակցված փարբերակների բացակայությունը և առանձին ռիպոնավիրի նշանակման անհրաժեշտությունը:
- ³ DRV-ն չպիտի օգտագործվի 3 փարեկանից փոքր երեխաների համար և պետք է համակցվի ռիպոնավիրի համապատասխան դեղաչափի հետ:
- ⁴ RAL-ը պետք է լինի նախընտրելի դեղ երեխաների երկրորդ շարքի սխեմաներում, որոնց համար անհասանելի են DTG-ի հաստատված դեղաչափերը:
- ⁵ Սա վերաբերվում է այն երեխաներին, որոնց համար հասանելի են DTG-ի հաստատված դեղաչափերը: ATV/r-ը կամ LPV/r-ը պետք է մնան որպես նախընտրելի դեղեր երեխաների երկրորդ շարքի սխեմաներում, որոնց համար անհասանելի են DTG-ի հաստատված դեղաչափերը:

218. Եթե առաջին շարքի սխեման ներառում էր զիդովուդին+լամիվուդին, ապա երկրորդ շարքի սխեմայի համար նախընտրելի կլինի աբակավիր+լամիվուդին [132]: ՀՏՆԻ 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: Եթե կատարվում է դեղակայունության հետազոտություն, ապա ՀՏՆԻ-ներից նոր հիմք ընտրում են այդ հետազոտության արդյունքների հիման վրա: Եթե այդպիսի հետազոտություն չի կատարվում, ապա ՀԲՎ դեղերն ընտրում են ըստ ներկայացված առաջարկությունների:

- 1) Երեք ՀՏՆԻ-ներից բաղկացած սխեմայի անհաջողության դեպքում դեղերի ընտրությունն ավելի լայն է, քանի որ ՀՌՎ դեղերի երկու երեք կարևորագույն դասերի ներկայացուցիչները՝ ԻԻ-ները, ՀՏՈՆԻ-ները և ՊԻ-ները, դեռ չեն օգտագործվել: Երկրորդ շարքի սխեմայի մեջ անպայման պետք է ներառվի ԻԻ կամ ՊԻ: ՊԻ-ների բավարար կոնցենտրացիան ապահովելու համար խորհուրդ է տրվում դրանք ուժեղացնել ռիտոնավիրով [106]: Եթե առաջին շարքի սխեման ներառել է DTG, ապա բուժման անհաջողության դեպքում երկրորդ շարքի սխեմայում խորհուրդ է տրվում ներառել ՊԻ/n+2ՀՏՆԻ: Նախընտրելի ՊԻ է LPV/r և ATV/r:
- 2) Եթե առաջին շարքի սխեման ներառել է ՊԻ/n, ապա բուժման անհաջողության դեպքում երկրորդ շարքի սխեմայում խորհուրդ է տրվում ներառել ԻԻ +2ՀՏՆԻ: Նախընտրելի ԻԻ է դոլուտեգրավիրը:
- 3) Եթե առաջին շարքի սխեման ներառել է ՀՏՈՆԻ, ապա բուժման անհաջողության դեպքում երկրորդ շարքի սխեմայում խորհուրդ է տրվում ներառել ԻԻ կամ ՊԻ/n +2ՀՏՆԻ: Նախընտրելի ՊԻ է LPV/r և ATV/r [12]:
- 4) Եթե առաջին շարքի սխեման ներառել է զիդովուդին+լամիվուդին համակցումը, ապա երկրորդ շարքի սխեմայի համար 2 ՀՏՆԻ-ներից բաղկացած նախընտրելի հիմք են աբակավիր+լամիվուդին համակցումը:
- 5) Եթե առաջին շարքի սխեման ներառել է աբակավիր+լամիվուդին համակցումը, ապա երկրորդ շարքի սխեմայի համար 2 ՀՏՆԻ-ներից բաղկացած նախընտրելի հիմք է զիդովուդին+լամիվուդին համակցումը:

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. **DTG-ն ՀՏՆԻ-ների օպտիմալացված հիմքի հետ խորհուրդ է տրվում որպես նախընտրելի դեղ ՀՌՎ բուժման երկրորդ շարքի սխեմաներում այն երեխաներին (տարիքին և քաշին համապատասխան դեղաչափով DTG-ի առկայության դեպքում), որոնց մոտ ՀՌՎ բուժման առաջին շարքի սխեման եղել է անարդյունավետ և չի պարունակել DTG (պայմանական առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ):**
221. **ABC+3TC ներառող առաջին շարքի սխեմայի անհաջողության պարագայում երկրորդ շարքի համար նախընտրելի ՀՏՆԻ-ներ են AZT+3TC (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ) [12]: Անհրաժեշտ է մշակել երրորդ շարքի ՀՌՎ բուժման սխեմաներ (պայմանական առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ):**
222. **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]:

223. Երեխաների համար երրորդ շարքի սխեման ներառում է դարունավիր/ռիտոնավիր+2ՀՏՆԻ, դոլուտեգրավիր կամ ռալտեգրավիր +2ՀՏՆԻ, դարունավիր/ռիտոնավիր+դոլուտեգրավիր կամ ռալտեգրավիր \pm 1-2 ՀՏՆԻ [12]:
224. **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]:**
225. Մեծահասակների (ներառյալ վերարտադրողական տարիքի կանայք, հղիներ և դեռահաս աղջիկներ) և երեխաների ՀՌՎ բուժման առաջին, երկրորդ և երրորդ շարքի սխեմաները ներկայացված են աղյուսակ 15-ում:

Աղյուսակ 15. Մեծահասակների և երեխաների ՀՌՎ բուժման առաջին, երկրորդ և երրորդ շարքի սխեմաներ

Խմբեր	Առաջին շարքի սխեմաներ	Երկրորդ շարքի սխեմաներ	Երրորդ շարքի սխեմաներ
Մեծահասակներ և դեռահասներ ^{1, 2}	2 ՀՏՆԻ+DTG ³	2 ՀՏՆԻ+(ATV/r կամ LPV/r)	DRV/r ^{8,9} \pm DTG ¹⁰ +1-2 ՀՏՆԻ
	2 ՀՏՆԻ+EFV ⁴	2 ՀՏՆԻ+DTG ³	
Երեխաներ	2 ՀՏՆԻ+DTG	2 ՀՏՆԻ+(ATV/r ⁵ կամ LPV/r)	
	2 ՀՏՆԻ+LPV/r	2 ՀՏՆԻ+DTG ⁶	
	2 ՀՏՆԻ+ՀՏՈՆԻ	2 ՀՏՆԻ+DTG ⁷	

¹ ՀՏՆԻ-երի օպտիմալացված հիմք նշանակում է, որ պետք է օգտագործվի ZDV, եթե TDF կամ ABC պարունակող սխեման անհաջող է և հակառակը:

² Համապատասխանաբար, եթե ՊԻ-ները օգտագործվում են առաջին շարքի սխեմաներում՝ ATV/r (կամ LPV/r, կամ DRV/r, կախված ցուցումներից) + TDF + 3TC (կամ FTC), ապա 2-րդ շարքում կիրառվում է AZT + 3TC + DTG սխեման:

³ Վերարտադրողական փարիքի կանանց և դեռահաս աղջիկներին նախքան DTG նշանակելը պետք է առաջարկել արդյունավետ հակաբեղմնավորում: Հեղուկանոթն հակաբեղմնավորում չկիրառող կամ հղիանալ ցանկացող կանանց DTG նշանակվում է, եթե կինը լիարժեքորեն տեղեկացված է նյարդային խողովակի զարգացման արարների հնարավոր վրանգի բարձրացման մասին (բեղմնավորման ժամանակ և մինչև առաջին եռամսյակի ավարտը): Եթե կինը հղիության մասին իմանում է առաջին եռամսյակից հետո, DTG-ով բուժում նշանակվում է կամ շարունակվում է հղիության ողջ ընթացքում:

- ⁴ Եթե EFV-ի կամ NVP-ի նկատմամբ դեղակայունության մակարդակը բնակչության շրջանում $\geq 10\%$ է, ապա EFV-ին այլընտրանքային տարբերակների ընտրությունը պետք է կատարվի դեղերի առկայության և տոքսիկության մակարդակը հաշվի առնելով:
- ⁵ ATV/r-ը կարող է օգտագործվել որպես LPV/r-ի այլընտրանք՝ 3 ամսականից մեծ երեխաների համար, սակայն պետք է հաշվի առնել 6 տարեկանից փոքր երեխաների համար հարմար դեղաձևերի սահմանափակ առկայությունը, ֆիքսված դեղաչափերով համակցված տարբերակների բացակայությունը և առանձին ռիպոնավիրի նշանակման անհրաժեշտությունը:
- ⁶ RAL-ը պետք է լինի նախընտրելի դեղ երեխաների երկրորդ շարքի սխեմաներում:
- ⁷ ATV/r-ը կամ LPV/r-ը պետք է մնան որպես նախընտրելի դեղեր երեխաների երկրորդ շարքի սխեմաներում, որոնց համար անհասանելի են DTG-ի տարիքային և քաշային հաստատված դեղաչափերը:
- ⁸ Երբևիցե ՊԻ ստացած պացիենտների համար առաջարկվող DRV/r դեղաչափը պետք է լինի 600/100 մգ օրը 2 անգամ:
- ⁹ Երեք տարեկանից փոքր երեխաները չպետք է օգտագործեն DRV/r:
- ¹⁰ Երրորդ շարքի սխեմաներում DTG-ը պետք է նշանակել օրը 2 անգամ, եթե նախկինում դիտվել է բուժման անարդյունավետություն ինտեգրացիայի ինհիբիտորների օգտագործումից:

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

227. 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]:

228. 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]:

229. 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:

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

231. 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]:

232. 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 շարքի 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 շարքի սխեմաներ, որոնք առաջին շարքի սխեմաների համեմատ ավելի թանկ են:

233. 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:

234. 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:

235. 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:

236. 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]:

237. 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:

238. 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:

239. Մեծահասակների և դեռահասների շրջանում TDF+3TC+DTG սխեմայի կիրառման մոտեցումները, նաև ՀՌՎ բուժման օպտիմալ սխեմաները կայուն վիճակով երեխաների համար ներկայացված են աղյուսակներ 16.1 և 16.2-ում:

Աղյուսակ 16.1. *Մեծահասակների և դեռահասների շրջանում TDF + 3TC + DTG սխեմայի կիրառման մոտեցումները*

Խմբեր	Նախընտրելի մոտեցում	Մեկնաբանություններ
ՀՌՎ բուժում սկսողներ		
Մեծահասակներ և դեռահասներ ¹	Սկսել TDF + 3TC + DTG սխեմայով	<ul style="list-style-type: none"> • Հաշվի առնել պտղի մոտ նյարդային խողովակի արատների առաջացման վտանգը • Կանայք, որոնք չեն ընդունում կամ խախտումներով են ընդունում հակաբեղմնավորիչները, կամ ցանկանում են հղիանալ, գիտակցված ընտրություն կատարելուց հետո կարող են ստանալ DTG կամ EFV պարունակող սխեմայով բուժում՝ տեղեկացված լինելով յուրաքանչյուր դեպքում վտանգների և առավելությունների մասին
Հղիներ և կրծքով կերակրող կանայք ²	Սկսել TDF + 3TC + DTG սխեմայով	<ul style="list-style-type: none"> • Հաշվի առնել հղիանալու հավանականությունը կրծքով կերակրման ընթացքում
ՄԻԱՎ/ՏԲ համակցված վարակով պացիենտներ	Սկսել TDF + 3TC + DTG	<ul style="list-style-type: none"> • DTG-ի 50մգ կրկնակի դեղաչափ ռիֆամպիցինով բուժման դեպքում

	սխեմայով, պահանջվում է DTG-ի դեղաչափի ճշգրտում	
DTG ներառող առաջին շարքի սխեմաներով ՀՌ-Վ բուժում ստացողներ		
Կլինիկական կամ իմունաբանական անհաջողությամբ կամ չճնշված ՎԾ-ով պացիենտներ	Անցնել AZT + 3TC + DTG կամ PI/r ³ սխեմայի	<ul style="list-style-type: none"> Ապացուցված չի DTG-ի արդյունավետությունը ոչ ակտիվ ՀՏՆԻ-ի հիմքի հետ կիրառելիս Հետևել դեղերի պարտաճանաչ ընդունմանը
Ճնշված ՎԾ-ով պացիենտներ	Կիրառվող սխեմայի փոխարինումը TDF + 3TC + DTG սխեմայով դիտարկել հաշվի առնելով առավելությունն երև ու բացասական կողմերը	<ul style="list-style-type: none"> Փոխարինումը կարող է առաջացնել նոր կողմնակի ազդեցություններ և խանգարել դեղերի պարտաճանաչ ընդունմանը
Կլինիկորեն և իմունաբանորեն կայուն, բայց անհայտ ՎԾ ունեցող պացիենտներ	Առաջնահերթ որոշել ՎԾ-ն կամ հաշվի առնել DTG-ով սխեմային անցնելու կլինիկական կամ այլ ցուցումները	<ul style="list-style-type: none"> Ապացուցված չի DTG-ի արդյունավետությունը ոչ ակտիվ ՀՏՆԻ-ի հիմքի հետ կիրառելիս Հետևել դեղերի պարտաճանաչ ընդունմանը
ՀՌ-Վ բուժման առաջին շարքի ոչ օպտիմալ սխեմաներով բույժում ստացող կայուն պացիենտներ	Փոխարինել TDF + 3TC + DTG-ով	<ul style="list-style-type: none"> Փոխարինումը կարող է առաջացնել նոր կողմնակի ազդեցություններ և խանգարել դեղերի պարտաճանաչ ընդունմանը Հետևել դեղերի պարտաճանաչ ընդունմանը

- ¹ Վերարտադրողական տարիքի կանանց և դեռահաս աղջիկներին նախքան DTG նշանակելը պետք է առաջարկել արդյունավետ հակաբեղմնավորում:
 Հետևողականորեն հակաբեղմնավորում չկիրառող կամ հղիանալ ցանկացող կանանց DTG նշանակվում է, եթե կինը լիարժեքորեն տեղեկացված է նյարդային խողովակի զարգացման արատների պոտենցիալ վրանգի բարձրացման մասին (բեղմնավորման ժամանակ և մինչև առաջին եռամսյակի ավարտը):
- ² Եթե կինը հղիության մասին իմանում է առաջին եռամսյակից հետո DTG-ով բուժումը նշանակվում է կամ շարունակվում է հղիության ողջ ընթացքում:
- ³ Դեղերի պարտաճանաչ ընդունման պայմաններում և կայուն բարձր ՎԾ-ի դեպքում:

Աղյուսակ 16.2. ՀՌՎ բուժման օպտիմալ սխեմաները կայուն վիճակով երեխաների համար

Ընթացիկ սխեմա	Քաշ	Օպտիմալ սխեմա	Մեկնաբանություններ
AZT + 3TC + NVP	<20 կգ	ABC + 3TC + LPV/r	Կայուն վիճակով երեխաները կարող են անցնել DTG-ի 20 կգ-ից ավելի քաշ ունենալիս
AZT + 3TC + EFV			
ABC + 3TC + NVP			
	20–30կգ	ABC + 3TC + DTG	Կայուն վիճակով երեխաները կարող են անցնել TDF + 3TC + DTG-ի 30 կգ-ից ավելի քաշ ունենալիս
	> 30կգ	TDF + 3TC + DTG	-
ABC + 3TC + EFV	<20 կգ	Անցում DTG-ի միայն 20 կգ-ից ավել քաշի դեպքում, եթե չկա բուժման անհաջողություն	DTG-ով օպտիմալ սխեմային անցում հնարավոր է 20 կգ քաշին հասնելուց հետո
	20–30կգ	ABC + 3TC + DTG	Կայուն վիճակով երեխաները կարող են անցնել TDF + 3TC + DTG-ի 30 կգ-ից ավելի քաշ ունենալիս
	> 30կգ	TDF + 3TC + DTG	-
ABC + 3TC + LPV/r	<20 կգ	Անցում DTG-ի միայն 20 կգ-ից ավելի քաշի դեպքում, եթե չկա	Անցում հաբերի որքան հնարավոր է շուտ դեղերի գերաճախսը նվազեցնելու համար: AZT + 3TC + LPV/r-ից անցումը ABC
AZT + 3TC +			

LPV/r		բուժման անհաջողություն	+ 3TC + LPV/r-ի նույնպես նվազեցնում է գերաճախար և պահպանում է ՀՏՆԻ-ների հակավիրուսային ազդեցությունը
	20–30կգ	ABC + 3TC + DTG	Կայուն վիճակով երեխաները կարող են անցնել TDF + 3TC + DTG-ի 30 կգ-ից ավելի քաշ ունենալիս
	> 30կգ	TDF + 3TC + DTG	–

XVI. ՄՈՐԻՑ ԵՐԵԽԱՅԻՆ 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 կանխարգելման 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 կերակրող	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, կրծքովկերակրող 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. ՀՌՎ բուժման սխեմաները ներկայացված են Հակառետրովիրուսային բուժում բաժնում:

419. Չբարդացած հղիության ժամանակ տարբեր կլինիկական իրավիճակներն ու դրանց վարման մարտավարությունները ներկայացված են հավելված 34-ում:

420. Բարդացած հղիության ժամանակ տարբեր կլինիկական իրավիճակներն ու դրանց վարման մարտավարությունները ներկայացված են հավելված 35-ում:

421. 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 դոլուտեգրավիր, իֆավիրենց կամ ուժեղացված ՊԻ: Ծննդալուծման եղանակը նույնն է, ինչպես ՄԻԱՎ մոնովարակի 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]:

422. Ուղեկցող վիրուսային հեպատիտ Ց-ի դեպքում ՀՌՎ բուժման առաջնային սխեմայում պետք է ներառել դոլուտեգրավիր, 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]:

423. Ուղեկցող տուբերկուլոզի դեպքում նախընտրելի է սկսել տուբերկուլոզի ստանդարտ քառաբաղադրիչ բուժում առաջին շարքի սխեմայով՝ ռիֆամպիցին, իզոնիազիդ, պիրազինամիդ և էտամբուլ: Հաշվի առնելով բուժման անվտանգությունը և արատաճությունը՝ հատկապես պետք է խուսափել ստրեպտոմիցինի, էթիոնամիդի և պրոթիոնամիդի կիրառումից: 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 դոլուտեգրավիր կամ իֆավիրենց և երկու ՀՏՆԻ (ռիֆամպիցինի ստանդարտ դեղաչափ):** Եթե ՀՏՆԻ-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 <32000 պատճեն/մլ, CD4+ լիմֆոցիտների քանակը >350բջջ/մլ, ընդունելի տարբերակ կարող է լինել մինչև ծննդաբերությունը 3 ՀՏԽ-ների կիրառումը՝ արակավիր, լամիվուդին և զիդովուդին, ինչը հնարավորություն կտա անցկացնելու օպտիմալ հակատուբերկուլոզային բուժում ռիֆամպիցին պարունակող սխեմայով: Խորհուրդ է տրվում պնևմոցիստային թոքաբորբի կանխարգելում կո-տրիմոքսազոլով՝ անկախ CD4+ լիմֆոցիտների նախնական քանակից [302]:

424. 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]:
425. Հղիության ժամանակ թմրամիջոցների գործածման դեպքում բարձր է հղիության անբարենպաստ ելքերի և համակցված վարակների վտանգը: Ուշադրություն է դարձվում դեղային փոխազդեցություններին (ուժեղացված ռիտոնավիրով լոպինավիրը, իֆավիրենցը զգալիորեն ուժեղացնում են 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]:
426. 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]:

427. 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]:

428. 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]:

429. 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:

430. Թմրամիջոցներից կախվածությունն ազդում է պացիենտների վարման մարտավարության վրա, ուստի շատ կարևոր է բացահայտել և գնահատել այն:

431. 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 զրկանքի համախտանիշի ախտանշանները՝ կախված փսիխոակտիվ նյութից

Նյութը	Ախտանշանները
Ալկոհոլ	Գրգռվածություն, տրեմոր, քնիխանգարում, հաճախասրտություն, զարկերակային ճնշման բարձրացում, սրտխառնոց, բերիլայնացում, 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՝ ալպրազոլամ, 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, երկարատևքուն, 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. Հոգեմետ 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, միզուղիների 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, պենտազոցին, տրիպելենամին	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
--	--

432. 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:

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

434. 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]:

435. Փոխարինող բուժումը պետք է անցկացվի նախաձննդյան օգնության և սոցիալ-հոգեբանական խորհրդատվության հետ համատեղ:

436. 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
Նշանակված դեղաչափի կանոնավոր ընդունում	Նորածինների մոտ քաշի կորստի ավելացում
Թմրամիջոցներից հրաժարվելու շրջաններից խուսափելու հնարավորություն, ինչը կարող է դառնալ հղիության վաղ ժամկետում վիժման, ուշ ժամկետում՝ պտղի ներարգանդային զարգացման դանդաղեցման և մեռելաձնության պատճառ	Սննդի հանդեպ երեխայի պահանջի իջեցում
Վաղաժամ ծննդաբերության վտանգի նվազեցում	
Պտղի ներարգանդային զարգացման դանդաղեցման վտանգի նվազեցում	
Նախաձննդյան հսկողության կանոնավորում	

437. Հղիների մոտ մեթադոնով բուժումն անհրաժեշտ է սկսել հնարավորինս վաղ: Հղիության առաջին եռամսյակում բուժումն սկսելը նպատակահարմար է ինչպես մոր, այնպես էլ երեխայի համար [302]:

438. 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]:
439. 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]:
440. 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 մեթադոնի խտությունը 26-28%-ով՝ «հանման» համախտանիշի զարգացման վտանգով:
441. Մեթադոնը զգալիորեն բարձրացնում է զիդովուդինի խտությունը (մինչև 43%), ինչը մեծացնում է անցանկալի ազդեցությունների զարգացման վտանգը [302]:
442. Այլ ՀՏԻ-ներ, նաև մարավիրոկը, դոլուտեգրավիրը և ռալտեգրավիրը չունեն էական փոխազդեցություն մեթադոնի հետ [302]:
443. 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:

444. 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]:
445. Ցավազրկումը ծննդաբերության ժամանակ, հետծննդյան շրջանում, հատկապես կեսարյան հատումից հետո հատուկ ուշադրություն է պահանջում:
446. Օփիոիդներից կախվածություն ունեցող կանանց մոտ այն անցկացնում են այնպես, ինչպես մնացած հղիների մոտ: Ցավի վերացման համար կարող են պահանջվել ցավազրկողների ավելի բարձր դեղաչափեր: Ողնուղեղային անզգայացումը պետք է կատարել ծննդաբերության ամենավաղ շրջանում, այն կարելի է կրկնել վաղ հետծննդյան շրջանում, հատկապես կեսարյան հատումից հետո [302]:
447. ՀՌՎ բուժման ընտրության ժամանակ անհրաժեշտ է հաշվի առնել հղիի կողմից բուժումն ընդունելու պատրաստակամությունը և համակցված վարակների առկայությունը: ՊԻ-ներից նախընտրելի են օրը 1 անգամ ընդունվող ռիտոնավիրով ուժեղացված ՊԻ-ները (օրինակ՝ ատազանավիր)՝ համակցված 2 ՀՏՆԻ-ների հետ օրը 1 անգամ, հատկապես եթե կինն ստանում է մեթադոնով փոխարինող բուժում:
448. 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:
449. Ռիտոնավիրով ուժեղացված լոպինավիրով բուժման սկզբում մեթադոնի դեղաչափն անհրաժեշտ է ավելացնել, քանի որ լոպինավիրը նվազեցնում է մեթադոնի խտությունը 30%-ով [302]:
450. 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]:
451. 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 զրոյի: Դա վերաբերում է նաև հասուն հղիության

դեպքում մինչև ծննդաբերության սկիզբը հարպտոլային ջրերի վաղաժամ արտահոսքին [302]:

452. 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]:

453. 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 սխեմայի 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:

454. 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: Ծննդաբերու-

յունն անհրաժեշտ է վարել, ինչպես հարպտոլային ջրերի վաղաժամ արտահոսքի դեպքում [302]:

455. 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]:
456. 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]:
457. Նորածինների խնամքն իրականացվում է ստանդարտ ձևով: ՀՌՎ բուժումը նորածինների մոտ պետք է սկսել կյանքի առաջին 4 ժամվա ընթացքում [302]:
458. **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):
459. **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]:
460. 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]:

461. ՄԻԱՎ-ով վարակվելու բարձր վտանգ ունեցող նորածիններ են՝
- 1) մինչև ծննդալուծումը 4 շաբաթից պակաս ՀՌՎ բուժում ստացած ՄԻԱՎ վարակով մայրերից ծնված նորածինները,
 - 2) մինչև ծննդալուծումը հղիության վերջին 4 շաբաթների ընթացքում 1000 պատճ/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]:
462. Եթե բուժումը զիջվում է նևիրապինով նպատակահարմար չէ (հավանական է անարդյունավետություն արդեն իսկ առկա կայունության պատճառով), ցուցված է բուժում ՊԻ պարունակող այլընտրանքային սխեմաներով [302]:
463. Անհաս նորածինների մոտ պետք է խուսափել ուժեղացված ռիտոնավիրով լուպինավիրի կիրառումից մակերիկամների գործունեության ընկճման բարձր վտանգի պատճառով:
464. Կրծքով կերակրումից հրաժարումը վերացնում է հետծննդյան շրջանում մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման վտանգը [320-322]:
465. Խառը սնուցման ժամանակ ՄԻԱՎ-ի փոխանցման հավանականությունն ավելի բարձր է, քան բացառապես կրծքով կերակրման ժամանակ [323]:
466. Արհեստական սնուցումը պետք է համապատասխանի հետևյալ 5 չափանիշներին՝ լինի կիրառելի, իրագործելի, հասանելի, կայուն և անվտանգ (հավելված 38) [302]:
467. 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:
468. 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 հակառետրովիրոսային դեղերի ընդունման կարգի խստիվ պահպանման և ՎԾ-ի չհայտնաբերվող մակարդակի պայմաններում:

469. 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]:
470. 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]:
471. Բուպրենորֆինից 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]:
472. 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:
473. 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):
474. 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 քլորպրոմազինով (2-3մգ/կգօրը 3-4 միջմկանային ընդունում): Նեոնատալ զրկանքի համախտանիշի բուժման համար կիրառվում է նաև բուպրոպրոֆին (ենթալեզվային, 15,9 մկգ/կգօրը 3 ընդունում), որի դեպքում բուժման տևողությունն ավելի կարճ է, քան մորֆինով բուժման ժամանակ: Սակայն ներարկման համար պահանջվում է բուպրոպրոֆինը 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 կավելի	0,80մգ/կգ/օրը 4 ընդունում	12մգ/կգ/օրը 3 ընդունում

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

հիիության 36-րդ շաբաթում՝ համոզվելու համար, որ սպասվող ծննդաբերությանից առաջ ՎԾ-ն ունի չհայտնաբերվող մակարդակ [302]:

XVI. ՀԵՏԿՈՆՏԱԿՏԱՅԻՆ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՈՒՄ

501. ՀԿԿ-ի համար արդյունավետ են 2 ՀՌՎ դեղ պարունակող սխեմաները, սակայն նախընտրելի են 3 ՀՌՎ դեղ պարունակող սխեմաները (պայմանական առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ) [12]: Դոլուտեգրավիրը խորհուրդ է տրվում որպես նախընտրելի երրորդ դեղ մեծահասակների և դեռահասների ՀԿԿ-ի համար (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ) [380]: ATV/r, DRV/r, LPV/r և RAL կարող են դիտվել որպես այլընտրանքային երրորդ դեղ մեծահասակների, դեռահասների և երեխաների ՀԿԿ-ի համար (պայմանական առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ) [380]: DTG-ը խորհուրդ է տրվում որպես նախընտրելի երրորդ դեղ երեխաների ՀԿԿ-ի համար՝ տարիքին և քաշին համապատասխան դեղաչափով դեղահատերի առկայության դեպքում (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ) [380]: Մեծահասակների և մինչև 10 տարեկան երեխաների ՀԿԿ սխեմաները ներկայացված են աղյուսակներ 75-ում և 76-ում:

Աղյուսակ 75. Մեծահասակների և դեռահասների հետկոնտրակտային կանխարգելման սխեմաներ

Երկու ՀՌՎ դեղ պարունակող սխեմաներ	TDF+3TC կամ FTC (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ) [12]
Երեք ՀՌՎ դեղ պարունակող սխեմաներ ^{1,2}	TDF+3TC կամ FTC+DTG

¹ Դեռահաս աղջիկներին և կանանց պետք է առաջարկել անցնել թեստ հղիության վերաբերյալ՝ ՀԿԿ սկսելիս և հետագա հսկողության ընթացքում: Անհետաձգելի հակաբեղմնավորում պետք է առաջարկել կանանց հնարավորինս շուտ՝ սեռական հարաբերությունից հետո հինգ օրվա ընթացքում՝ DTG-ի ընդունման վրանգների (այդ թվում, սաղմի նյարդային խողովակի արարների ձևավորման հնարավոր վրանգ) և առավելությունների մասին տեղեկատվություն տրամադրելուց հետո: Կանանց, ովքեր չեն ցանկանում ստանալ անհետաձգելի հակաբեղմնավորում կամ DTG, առաջարկվում է այլընտրանքային ՀՌՎ դեղ (օրինակ, ՊԻ):

² Որպես երրորդ ՀՌՎ դեղ կարելի է կիրառել ATV/r, DRV/r, LPV/r և RAL:

Աղյուսակ 76. Երեխաների հետևողականության կանխարգելման սխեմաներ

Երկու ՀՌՎ դեղ պարունակող սխեմաներ	
Նախընտրելի սխեմա	AZT+3TC
Այլընտրանքային սխեմաներ հնարավորության դեպքում	ABC+3TC կամ TDF+3TC (կամ FTC) (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ)
Երեք ՀՌՎ դեղ պարունակող սխեմաներ¹	AZT+3TC +DTG ² ABC+3TC+ DTG ² TDF+3TC (կամ FTC)+ DTG ²

¹ Որպես երրորդ ՀՌՎ դեղ կարելի է կիրառել ATV/r, DRV/r, LPV/r և RAL՝ ելնելով երեխայի փարիքից:

² DTG կարելի է նշանակել 6 փարեկանից բարձր և նվազագույնը 15 կգ քաշով երեխաներին:

ՀԱՎԵԼՎԱԾՆԵՐ

Հավելված 1.

ԱՌԱՋԱՐԿՆԵՐ

ԱՍՏԻՃԱՆԱԿԱՐԳՎԱԾ ԸՍՏ ՈՒԺԳՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԱՊԱՑՈՒՅՑՆԵՐԻ ՈՐԱԿԻ

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՝ ԲԴԿ ՏԲ), ապացույցների շատ ցածր որակ):
12. DTG-ը ՀՏՆԻ-երի հիմքով առաջարկվում է ՀՌՎ բուժում սկսող ՄԻԱՎ վարակով մեծահասակներին և դեռահասներին՝ որպես առաջին շարքի նախընտրելի սխեմա (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ) [381]:
13. EFV₄₀₀-ի վիրուսաբանական ազդեցությունը հավասարազոր է EFV₆₀₀-ին, բայց գերազանցում է դրան CD4+ լիմֆոցիտների քանակի վերականգնման առումով (ապացույցների միջին որակ):
14. 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):
15. 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)
16. ՎԾ-ի որոշումը մոնիտորինգի նախընտրելի մեթոդ է ՀՌՎ բուժման անարդյունավետության հայտնաբերման և հաստատման համար (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ):
17. 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):
18. 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):
19. 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):

20. 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):
21. ՀՏՆԻ-ներից կազմված հիմքը ֆիքսված դեղաչափերով համակցման ձևով համարվում է նախընտրելի տարբերակ (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ):
22. DRV/r-ի ֆիքսված դեղաչափերով ջերմակայուն համակցումը այլընտրանքային տարբերակ է ՀՌՎ բուժման երկրորդ շարքի սխեմաներում (պայմանական առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ):
23. RAL+LPV/r համակցումը կարող է լինել այլընտրանքային տարբերակ ՀՌՎ բուժման երկրորդ շարքի սխեմաներում (պայմանական առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ):
24. 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):
25. ABC+3TC ներառող առաջին շարքի սխեմայի անհաջողության պարագայում երկրորդ շարքի համար նախընտրելի ՀՏՆԻ-ներ են AZT+3TC (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ):
26. 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 ՀՏՆԻ (պայմանական առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ): 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):
27. **DTG-ը ՀՏՆԻ-երի հիմքով խորհուրդ է տրվում ՀՌՎ բուժում սկսող ՄԻԱՎ վարակով մեծահասակներին և դեռահասներին՝ որպես առաջին շարքի նախընտրելի սխեմա (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ) [381]:**
28. **Ցածր դեղաչափով EFV(EFV400) ՀՏՆԻ-ների հիմքով խորհուրդ է տրվում ՀՌՎ բուժում սկսող ՄԻԱՎ վարակով մեծահասակներին և դեռահասներին՝ որպես առաջին շարքի այլընտրանքային սխեմա՝ բացառությամբ այն դեպքերի, երբ**

EFV-ի և NVP-ի նկատմամբ ՄԻԱՎ-ի դեղակայունության մակարդակը գերազանցում է 10%-ը (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ) [381]:

29. DTG-ը երկու ՀՏՆԻ-ների հետ խորհուրդ է տրվում որպես առաջին շարքի նախընտրելի սխեմա ՀՌՎ բուժում սկսող ՄԻԱՎ վարակով երեխաներին՝ տարիքին և քաշին համապատասխան դեղաչափով DTG-ի առկայության դեպքում (պայմանական առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ) [381]:
30. RAL-ի հիմքով ՀՌՎ բուժման սխեման խորհուրդ է տրվում որպես առաջին շարքի այլընտրանքային սխեմա երեխաներին՝ տարիքին և քաշին համապատասխան դեղաչափով DTG-ի բացակայության դեպքում (պայմանական առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ): RAL-ի հիմքով ՀՌՎ բուժման սխեման խորհուրդ է տրվում որպես առաջին շարքի նախընտրելի սխեմա նորածիններին (պայմանական առաջարկ, ապացույցների շատ ցածր որակ) [381]:
31. DTG-ը ՀՏՆԻ-ների օպտիմալացված հիմքի հետ խորհուրդ է տրվում որպես ՀՌՎ բուժման երկրորդ շարքի նախընտրելի սխեմա մեծահասակներին և դեռահասներին, որոնց մոտ ՀՌՎ բուժման առաջին շարքի սխեման եղել է անարդյունավետ և չի պարունակել DTG (պայմանական առաջարկ, ապացույցների միջին որակ) [381]:
32. Ուժեղացված ՊԻ-ները ՀՏՆԻ-երի օպտիմալացված հիմքի հետ խորհուրդ են տրվում որպես նախընտրելի դեղ ՀՌՎ բուժման երկրորդ շարքի սխեմաներում ՄԻԱՎ վարակով այն պացիենտներին, որոնց մոտ DTG պարունակող ՀՌՎ բուժման առաջին շարքի սխեման եղել է անարդյունավետ (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ) [381]:
33. DTG-ն ՀՏՆԻ-ների օպտիմալացված հիմքի հետ խորհուրդ է տրվում որպես նախընտրելի դեղ ՀՌՎ բուժման երկրորդ շարքի սխեմաներում այն երեխաներին (տարիքին և քաշին համապատասխան դեղաչափով DTG-ի առկայության դեպքում), որոնց մոտ ՀՌՎ բուժման առաջին շարքի սխեման եղել է անարդյունավետ և չի պարունակել DTG (պայմանական առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ):

ՀԱՎԵԼՎԱԾՆԵՐ

Հավելված 1.

ԱՌԱՋԱՐԿՆԵՐ

ԱՍՏԻՃԱՆԱԿԱՐԳՎԱԾ ԸՍՏ ՈՒԺԳՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԱՊԱՑՈՒՅՑՆԵՐԻ ՈՐԱԿԻ

VII. ՄՈՐԻՑ ԵՐԵԽԱՅԻՆ ՄԻԱՎ-Ի ՓՈԽԱՆՑՄԱՆ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՈՒՄ

59. 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):
60. Ուղեկցող վիրուսային հեպատիտ Ց-ի դեպքում ՀՌՎ բուժման առաջնային սխեմայում պետք է ներառել իֆավիրենց կամ ուժեղացված ՊԻ:
61. Լյարդի գործունեության կենսաքիմիական ցուցանիշներից շեղման դեպքում չի նշանակվում նևիրապին:
62. 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):
63. 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):
64. 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):
65. 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):

66. 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):
67. 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):
68. 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:
69. ՄԻԱՎ վարակ ունեցող հղիներին խորհուրդ է տրվում նորածիններին կերակրել արհեստական կաթնախառնուրդներով:
70. 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 առանց կրծքի կաթի (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:
 - 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 $V\bar{D} < 50$ պատճեն/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 նորածին կրծքով, ապա երեխային նշանակվում է նևիրապին օրը 1 անգամ՝ 6շաբաթ (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների միջին որակ):
- 6) Եթե հղիության 36-րդ շաբաթում $V\bar{D} > 50$ պատճեն/մլ, առաջնորդվում են իրավիճակ 3-ում նկարագրված մոտեցմամբ:

73. Իրավիճակ 2. Բեղմնավորում ՀՌՎ բուժման ֆոնին:

- 1) Եթե $V\bar{D} < 50$ պատճեն/մլ, խորհուրդ է տրվում չընդհատել բուժումը: Նախընտրելի է շարունակել ՀՌՎ բուժումն արդյունավետ սխեմայով: Եթե $V\bar{D} > 50$ պատճեն/մլ, կիրառելի են մեծահասակների մոտ ՄԻԱՎ վարակի բուժման նոր արդյունավետ սխեմաների ընտրության սկզբունքները (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ):
- 2) Եթե հղիության 36-րդ շաբաթում $V\bar{D} < 50$ պատճեն/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 $V\bar{D} > 50$ պատճեն/մլ, առաջնորդվել իրավիճակ 3-ում նկարագրված մոտեցմամբ:

74. Իրավիճակ 3. Կինը ստանում է ՀՌՎ բուժում, հղիության 36-րդ շաբաթում $V\bar{D} > 50$ պատճեն/մլ:

- 1) Եթե հղիության 36-րդ շաբաթում մոր մոտ $V\bar{D}$ -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 $V\bar{D}$ -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) Նորածինն շանակվում է նևիրապին օրը մեկ անգամ կամ զիդովուդին օրը երկու անգամ՝ 4-6 շաբաթ տևողությամբ (ուժեղ առաջարկ, ապացույցներից ածրորակ):

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 < 250 բջիջ/մլ, որպես այլընտրանք հնարավոր է նևիրապինի կիրառումը (ուժեղ առաջարկ, ապացույցներից ածրորակ):
- 2) Ծննդալուծումը ՊԿՀ-ի միջոցով հղիության 38-րդ շաբաթում՝ ինքնաբեր ծննդաբերության հնարավորությունը նվազեցնելու նպատակով (ուժեղ առաջարկ, ապացույցներից միջին որակ):
- 3) Նորածնի մոտ անցկացնել երկբաղադրիչ ՀՌՎ բուժում 6 շաբաթ տևողությամբ (ուժեղ առաջարկ, ապացույցներից ածրորակ):

Հիմնական կլինիկական իրավիճակները բարդացած հղիության ժամանակ

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

- 1) Եթե մոր մոտ ՎԾ < 50 պատճեն/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, ապացույցներից շատ ցածր որակ): Նորածնի մոտ անցկացվում է մոնոթերապիա զիդովուդինով կամ նևիրապինով 4-6 շաբաթ տևողությամբ:
- 2) Եթե մոր մոտ ՎԾ > 50 պատճեն/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 ավելիքան 2 ժամ

առաջ, երեխայի արյան մեջ դրա պաշտպանական կոնցենտրացիան պահպանվում է մինչև 7 օր, այդ պատճառով տրանսպլացենտար ճանապարհով ՀՌՎ դեղի ստացումն անհասպտղի 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՝ ՎԾ<50 պատճեն/մլ և ՎԾ>50 պատճեն/մլ:

1) Եթե մոր մոտ ՎԾ<50 պատճեն/մլ, ծննդալուծումը կատարվում է ըստ մանկաբարձական ցուցումների: Երեխային նշանակվում է մոնոթերապիա զիդովուդինով կամ նևիրապինով 4-6 շաբաթ տևողությամբ:

2) Եթե մոր մոտ ՎԾ>50 պատճեն/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 նկիրապինի 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. Դոլուտեգրավիրը խորհուրդ է տրվում որպես նախընտրելի երրորդ դեղ մեծահասակների և դեռահասների ՀԿԿ-ի համար (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ) [380]: ATV/r, DRV/r, LPV/r և RAL կարող են դիտվել որպես այլընտրանքային երրորդ դեղ մեծահասակների, դեռահասների և երեխաների ՀԿԿ-ի համար (պայմանական առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ) [380]: DTG-ը խորհուրդ է տրվում որպես նախընտրելի երրորդ դեղ երեխաների ՀԿԿ-ի համար՝ տարիքին և քաշին համապատասխան դեղաչափով դեղահատերի առկայության դեպքում (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ) [380]:

82. Հետկոնտակտային կանխարգելման սխեմաները ներկայացված են աղյուսակներ 75-ում և 76-ում:

Աղյուսակ 75. *Մեծահասակների և դեռահասների հետկոնտակտային կանխարգելման սխեմաներ*

Երկու ՀՌՎ դեղ պարունակող սխեմաներ	TDF+3TC կամ FTC (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ) [12]
Երեք ՀՌՎ դեղ պարունակող սխեմաներ ²	TDF+3TC կամ FTC+DTG

- ¹ Դեռահաս աղջիկներին և կանանց պետք է առաջարկել անցնել թեստ հղիության վերաբերյալ՝ ՀԿԿ սկսելիս և հետագա հսկողության ընթացքում: Անհետաձգելի հակաբեղմնավորում պետք է առաջարկել կանանց հնարավորինս շուտ՝ սեռական հարաբերությունից հետո հինգ օրվա ընթացքում՝ DTG-ի ընդունման վրանգների (այդ թվում, սաղմի նյարդային խողովակի արատների ձևավորման հնարավոր վրանգ) և առավելությունների մասին տեղեկատվություն տրամադրելուց հետո: Կանանց, ովքեր չեն ցանկանում ստանալ անհետաձգելի հակաբեղմնավորում կամ DTG, առաջարկվում է այլընտրանքային ՀՌՎ դեղ (օրինակ, ՊԻ):
- ² Որպես երրորդ ՀՌՎ դեղ կարելի է կիրառել ATV/r, DRV/r, LPV/r և RAL:

Աղյուսակ 76. Երեխաների հետկոնտակտային կանխարգելման սխեմաներ

Երկու ՀՌՎ դեղ պարունակող սխեմաներ	
Նախընտրելի սխեմա	AZT+3TC
Այլ ընտրանքային սխեմաներ հնարավորության դեպքում	ABC+3TC կամ TDF+3TC (կամ FTC) (ուժեղ առաջարկ, ապացույցների ցածր որակ)
Երեք ՀՌՎ դեղ պարունակող սխեմաներ¹	AZT+3TC +DTG ² ABC+3TC+ DTG ² TDF+3TC (կամ FTC)+ DTG ²

- ¹ Որպես երրորդ ՀՌՎ դեղ կարելի է կիրառել ATV/r, DRV/r, LPV/r և RAL՝ ելնելով երեխայի տարիքից:
- ² DTG կարելի է նշանակել 6 փարեկանից բարձր և նվազագույնը 15 կգ քաշով երեխաներին:

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

ՀԱՎԵԼՎԱԾՆԵՐ

Հավելված 12.

ՀՌՎ բուժումն սկսելուց 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		X	X	(X)	X	(X)	X
Խոլեսթերին և տրիգլիցերիդներ	X							(X)		(X)
Երիկամների ֆունկցիայի ցուցանիշներ	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

ՀՌՎ դեղերի մասին հիմնական տվյալներ

Դեղի անվանում	Հասկարում	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 ոեակցիա (ջերմութ- յուն, ցան, գրիպա- նման ախտանշան- ներ, մասնավորա- պես ստամոքս-աղի- քային համակարգի և թոքերի կողմից)	65R/N, 69Ins , 74V/I, 115F, 151M , 184V/I, TAM-1
Էմտրիցիտաբին	FTC	200մգ	Պատիճ, 200մգ՝ օրը 1 անգամ		Ինչպես լամիվու- դինի 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 անբավարարության դեպքում (պակասեցնել դեղաչափը) Հեպատիտ Բ-ի սրացման դեպքում դադարեցնել ընդունումը	Երիկամային անբավարարություն Ոսկրային հյուսվածքի խտության իջեցում Լակտացիդոզ կամ ծանր հեպատոմե- գալիա՝ հիպերստեատոզով Հեպատիտ Բ-ի սրացում	65R/N, 69Ins, TAM-1 Զգայուն՝ 74V, 184V/1
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	Սակավարյունու- թյուն, ստամոքս- աղիքային խանգարումներ, գլխացավ, միոպա- թիա, լակտացիդոզ, լիպոատրոֆիա/լի- պոդիատրոֆիա	41L, TAM-1 և TAM-2, 69Ins, 151M. Զգայուն՝ 65R, 70E, 74V, 184V/1
Կիվեքսա (աբա- կավիր+լամիվու- դին)	KVX	600մգ աբա- կավիր, 300մգ լամիվուդին	1 դեղահատ՝ օրը 1 անգամ			
Տրուվադա	TVD	300մգ	1 դեղահատ՝			

(տենոֆովիր+էմտորիցիտաբին)		տենոֆովիր, 200մգ էմտորիցիտաբին	օրը 1 անգամ			
Կոմբիվիր (զիդովուդին+լամիվուդին)	CBV	300մգ զիդովուդին, 150մգ լամիվուդին	1 դեղահատ՝ օրը 2 անգամ	Զիդովուդինի ավելի բարձր դեղաչափերի դեպքում կողմնակի ազդեցությունների զարգացման հավանականությունը բարձր է		
Տրիզիվիր (զիդովուդին+լամիվուդին+աբակավիր)	TZV	300մգ զիդովուդին, 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 խանգարումներ (դեպրեսիա, ինքնասպանության վտանգ), ցնցումներ, հեպատոտոքսիկոզություն, գերզգայունու-	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

					թյան ռեակցիա, բնածին դեֆեկտների պոտենցիալ ռիսկ, գինեկոմաստիա տղամարդկանց մոտ	
Նևիրապին	NVP	200մգ	Դեղահատ, 200մգ՝ օրը 2 անգամ կամ 400մգ՝ օրը 1 անգամ	Առաջին 14 օրը 200մգ՝ օրը 1 անգամ, հետագայում 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
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	Ցան	Էտրավիրինի նկատմամբ կայունության մուտացիաների կշռային դասակարգում (DUET հետազոտություն): 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,

				համար, ովքեր նախկինում ստացել են իֆավիրենց կամ նևիրապին		181C, 230L; քաշ 1,5:138A, 106I, 190S, 179F; քաշ 1: 90I, 179D/T, 101E/H, 98G, 190A. Մուտացիաների կշռային գործակից 0-2 = լավագույն պատասխան, 2,5-3,5 = միջանկյալ պատասխան, ≥4 = պատասխանը համարժեք է պլացերոյի պատասխանին
--	--	--	--	---	--	--

Պրոտեազայի ինհիբիտորներ

Ատազանավիր	ATV	Պատիճներ 150մգ, 200մգ, 300մգ	300մգ՝ օրը 1 անգամ + ռիտոնավիր 100մգ՝ օրը 1 անգամ կամ 400մգ առանց ռիտոնավիրի	Տենոֆովիրի հետ համատեղ կիրառման դեպքում դեղաչափի իջեցում 300/100մգ	Բիլիռուբինի մակարդակի բարձրացում (անվտանգ է), նեֆրոլիթիազ, անհասձննդաբերության վտանգ, էլեկտրասրտագրի 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 Զգայուն՝ 76V
------------	-----	---------------------------------------	---	---	--	--

Դարունավիր (երկրորդ սերունդ)	DRV	75մգ 150մգ 300մգ 400մգ 600մգ	Նախկինում ՀՌՎ բուժում չստացած- ներ կամ ՊԻ-ի նկատմամբ կայու- նության մուտա- ցիաների բացա- կայություն. 800մգ՝ օրը 1 անգամ + ռիտոնավիր 100մգ՝ օրը 1 անգամ Նախկինում ՀՌՎ բուժում ստացածներ. դեղահատ 600մգ՝ օրը 2 անգամ՝ + ռիտոնավիր 100մգ՝ օրը 2 ան- գամ (ՊԻ-ի նկատ- մամբ կայունութ- յան մուտացիայի առկայություն)	Կիրառվում է միայն ռիտոնավիրով ուժեղացված: Միանվագ ընդունում նախկինում ՀՌՎ չստացողների մոտ, երկանգամյա ընդունում նախկինում ՀՌՎ բուժում ստացած պացիենտների մոտ: ՊԻ-ի նկատմամբ մասնակի կայունության դեպքում՝ 900/100մգ	Լուծ, հիպերտրիգլիցե- րիդեմիա, հիպերխոլեստերի- նեմիա, ցան, գերզգայունության ոեակցիա, հեպա- տոտոքսիկություն	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: Զգայուն՝ 50L
Լոպինավիր/ ռիտոնավիր,	LPV/r	200մգ/50մգ	2 դեղահատ (200/50մգ)՝		Լուծ, մեթերիզմ, դիսլիպիդեմիա,	24I, 32I, 33F, 46I/L, 47V/A, 48 V/M, 50V ,

<p>Ֆիքսված դեղաչափով համակցված դեղ</p>			<p>օրը 2 անգամ կամ 4 դեղահատ (200/50մգ)՝ օրը 1 անգամ</p> <p>Ռիֆամպիցին ստացող ՄԻԱՎ/ՏԲ համակցված վարակով պացիենտներին LPV/r կրկնակի դեղաչափի (800մգ/200մգ՝ օրը 2 անգամ) կամ LPV/r ստանդարտ դեղաչափ ռիտոնավիրի լրացուցիչ դեղաչափի հետ (այսինքն՝ LPV/r 400մգ/400մգ՝ օրը 2 անգամ)</p>		<p>հեպատո- տոքսիկություն, անհաս ծննդաբերության ռիսկ, պանկրեատիտ</p>	<p>54V/T/L,/A/M, 76V, 82A/F/T/S, 84V/A/C, 90M. Զգայուն՝ 50L</p>
--	--	--	---	--	---	---

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 ≤ 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 միաժամանակ ընդունվող դեղերից 150, 300 կամ 600մգ՝ օրը 2 անգամ CYP3A-ի հզոր ինհիբիտորների (բուլոր Պի-ները՝ բացի տիպրանավիրից, դելավերդին, ազոլներ, կլարիթրոմիցին, նեֆազոդոն,	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 հետազոտություն, դեղը նշանակում են, եթե վարակն առաջացել է R5-տրոպային	Սակավարյունություն, անքնություն, անոռեքսիա, դեպրեսիա, ցավ որովայնում, մեթերիզմ, սրտխառնոց, փսխում, ցան, լյարդային ֆերմենտների ակտիվության բարձրացում: Ուժեղ հեպատոտոքսիկոթյուն (հազվադեպ)	CCR5 կոռեցեպտորների պաշարիչներ պարունակող սխեմաների վիրուսաբանական անհաջողությունն ավելի հաճախ տեղի է ունենում X4-տրոպային շտամների առաջացման կամ նրանց վերարտադրման վերականգնման, այլ ոչ թե CCR5 կոռեցեպտորների պաշարիչների նկատմամբ կայունության զարգացման պատճառով: CCR5 կոռեցեպտորների

			<p>տելիթրոմիցին) հետ համատեղ նշանակելիս 150մգ-ոց դեղահատ՝ օրը 2 անգամ</p> <p>CYP3A-ի ինդուկտորների հետ (իֆավիրենց, էտրավիրին, ռիֆամպիցին, կարբամազեպին, ֆենոբարբիտալ, ֆենիթոին) նշանակելիս 300մգ 2 հաբ՝ օրը 2 անգամ</p>	<p>շտամներով</p>		<p>ցածրամոլեկուլյար պաշարիչների նկատմամբ կայունութ- յուն չի կարող զար- գանալ սովորական կա- յունության մուտացիա- ների ընտրության հե- տևանքով: Ավելի հավա- նական է, որ մուտա- ցիաների ընտրությունը կհանգեցնի կառուցված- քային փոփոխություն- ների, որոնք թույլ կտան, որ գլիկոպրոտեին 120-ը հարմարվի CCR5 կոդեցեպտորի կոն- ֆորմացիային, որը կապված է պաշարիչի հետ: Նկարագրված մու- տացիաների մեծամաս- նությունը վերաբերում էր արտաքին թաղանթի</p>
--	--	--	---	------------------	--	--

						գլիկոպրոտեիդ 120-ի V3 հիպերվա- րիաբել շրջանին, բայց դրանց ազդեցությունը կախված է եղել այլ հանգամանքներից:
Ինտեգրացիայի ինհիբիտորներ						
Ռալտեգրավիր	RAL	400մգ	Դեղահատ 400մգ՝ օրը 2 անգամ (զգուշորեն նշանակել լյարդի ծանր դիսֆունկ- ցիայի ժամանակ) Ռիֆամպիցին ստացող ՄԻԱՎ/ՏԲ համակցված վա- րակով պացիենտ- ներին RAL-ը նշա- նակվում է 800մգ օրը 2 անգամ	Ընդունումը կապված չէ սննդի ընդունման հետ	Արտասովոր երազներ, տհաճու- թյուն, գլխացավ, գլխապտույտ, որո- վայնի փքվածություն, ցավ որովայնում, լուծ, մեթերիզմ, սրտխառնոց, փսխում, ցան, լյար- դային ֆերմենտների ակտիվության բարձ- րացում, կմախքային մկանների սուր նեկ- րոզ, 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 երազ- ներ, անքնություն,	Q148H/R/K , N155H, T66K, E92Q, E138KAT,

			<p>Ռիֆամպիցին ստացող ՄԻԱՎ/ՏԲ համակցված վարակով պացիենտների համար DTG-ի դեղաչափը կարիք ունի բարձրացման՝ 50մգ օրը 2 անգամ</p> <p>ՄԻԱՎ/ՏԲ համակցված վարակով պացիենտներին DTG-ն և ռիֆաբուտինը նշանակվում են ստանդարտ դեղաչափերով</p>		<p>գլխացավ, գլխապտույտ, սրտխառնոց, փսխում, լուծ, մեթերոիզմ, ցավ որովայնում, ցան, քոր, թուլություն, լյարդային ֆերմենտների ակտիվության բարձրացում:</p> <p>Բուժման առաջին շաբաթում կարող է դիտվել շիճուկային կրեատինինի խտության բարձրացում, որը պահպանվում է 48 շաբաթ, սակայն չունի կլինիկական նշանակություն, քանի որ կապված չէ կծիկային ֆիլտրացիայի արագության փոփոխության հետ</p>	G140SAC
--	--	--	--	--	---	---------

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

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

Երկնվագ ընդունման ֆիքսված դեղաչափերով ՀՌՎ դեղերի կարծր դեղաձևերի պարզեցված դեղաչափերը չորս շաբաթականից մեծ երեխաների մոտ¹

Դեղ	Դեղաչափ երեխաների համար	Դեղահատերի քանակը առավոտյան և երեկոյան՝ 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	
		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/NVP²	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

¹ 4 շաբաթականից փոքր երեխաների ՀՌՎ դեղերի դեղաչափերն ընտրելիս օգտվել հավելված 17-ից:

² ՀՌՎ բուժման այս սխեման և դեղաձևը կարող է կիրառվել միայն հատուկ իրավիճակներում, երբ այդ տարիքի համապատասխան այլ դեղաձևերն անհասանելի են:

Միանվագ ընդունման ֆիքսված դեղաչափերով ՀՌՎ դեղերի կարծր դեղաձևերի պարզեցված դեղաչափերը 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	-	-	2	2	2	300մգ	1
	200մգ դեղապատիճ	-	-	1	1	1		
TDF ³	40մգ/գդալ փոշի	-	-	3	-	-	300մգ	1 (200մգ) ⁴ կամ 1 (300մգ)
	150մգ կամ 200մգ դեղահատ	-	-	-	1 (150մգ)	1 (200մգ)		
DRV ⁵	600մգ դեղահատ	-	-	-	1	1	600մգ	1
	150մգ դեղահատ	-	-	-	4	4		

RTV ⁶	25մգ դեղահատ	-	-	-	4	4	100մգ	1
	50մգ դեղահատ	-	-	-	2	2		
DTG ⁷	50մգ դեղահատ	-	-	-	-		50մգ	1

- ¹ Իֆավիրենցը խորհուրդ չի տրվում նշանակել 3 փարեկանից 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 փարիքային խմբում EFV-ի կիրառման վերաբերյալ խորհուրդներ մշակելու համար անհրաժեշտ են լրացուցիչ տվյալներ:
- ² Արագանավիրը թույլ է տրված նշանակել 3 ամսական և բարձր փարիքի երեխաներին: Մեկ դեղաչափով դեղապատիճի դեպքում անհրաժեշտ է ընդունել ռիտոնավիրի 100մգ-ի հետ՝ անկախ մարմնի քաշից: Նշանակվում է 5-10կգ քաշ ունեցող երեխաներին 200մգ արագանավիրի փոշի (4 փաթեթ, 50մգ ամեն մեկը) 80մգ (5մլ) ռիտոնավիրի պերոռալ լուծույթի հետ միասին:
- ³ Տենոֆովիրը կարելի է կիրառել 2 փարեկան 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:
- ⁵ Նախկինում ՊԻ-ներ չստացած 3 փարեկանից բարձր փարիքի երեխաների մոտ դարունավիրը ռիտոնավիրի հետ պետք է օգտագործվի օրը մեկ անգամ: 600մգ դեղաչափը նշանակվում է 25-35կգ քաշով երեխաներին:
- ⁶ Նշանակվում է միայն որպես ուժեղացուցիչ:
- ⁷ Դոլուրեգրավիրի թաղանթապատ դեղահատերը նշանակվում են 6 փարեկանից բարձր երեխաներին (15-20 կգ-ի դեպքում՝ 20մգ, 20-30կգ-ի դեպքում՝ 25մգ, 30-40կգ-ի դեպքում՝ 35մգ, 40կգ և բարձր քաշի դեպքում՝ 50մգ): 30կգ-ից բարձր քաշ ունեցող դեռահասաների համար նախընտրելի է ֆիքսված դեղաչափերով TDF 300մգ/3TC 300մգ/DTG 50մգ (TLD) կիրառումը:

Երկնվագ ընդունման ՀՌ-Վ դեղերի կարծր և հեղուկ դեղաձևերի պարզեցված դեղաչափերը չորս շաբաթականից մեծ երեխաների մոտ

Դեղ	Դեղաչափ (մգ կամ մլ)	Դեղահատերիքանակը առավոտյան և երեկոյան՝ ըստ մարմնի քաշի										Դեղաչափ մեծա- հասակների համար, մգ	Դեղա- հատերի 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
NVP¹	50մգ դ/հ (լուծվող)	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	200մգ	1	1
LPV/r²	100/25մգդ/հ ³	-	-	-	-	2	1	2	2	2	2	-	3	3
	Պելետներ ⁴ 40/10մգ	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6	-	-	-
DRV⁵	75մգ դ/հ	-	-	-	-	3	3	5	5	5	5	400մգ	1	1

RTV⁶	25մգ դեղահաստ	-	-	-	-	-	-	2	2	2	2	100մգ	1	1
	50մգ դեղահաստ	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1			
RAL⁷	25մգ ծամվող հաբեր	1	1	2	2	3	3	4	4	6	6	400մգ	1	1
	100մգ ծամվող հաբեր	-	-	-	-	-	-	1	1	1.5	1.5	400մգ	1	1
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	-	-	-	-	-	-	--
NVP¹	10մգ/մլ	5մլ	5մլ	8մլ	8մլ	10մլ	10մլ	-	-	-	-	-	-	-
LPV/r²	80/20մգ/մլ	1մլ	1մլ	1.5մլ	1.5մլ	2մլ	2մլ	2.5մլ	2.5մլ	3մլ	3մլ	-	-	-
DRV⁵	100մգ/մլ	-	-	-	-	2.5մլ	2.5մլ	3.5մլ	3.5մլ	-	-	-	-	-
RTV⁶	80մգ/մլ	-	-	-	-	0.5մլ	0,5մլ	0,6մլ	0,6մլ	-	-	-	-	-
RAL⁷	10մգ/մլ(օրալ գրանուկներ լուծույթի համար)	3մլ	3մլ	5մլ	5մլ	8մլ	8մլ	10մլ	10մլ	-	-	-	-	-

¹ Նևիրապինի տոքսիկությունից խուսափելու համար բուժումն սկսում են կես դեղաչափով, որը 2 շաբաթ անց կրկնապատկում են, սակայն վերջին հետազոտությունների փվյալները 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/ռիբոնավիրի հեղուկ ձևերը պահանջում են պահպանման համար ցածր ջերմային պայմաններ: Դեղահատերը ջերմակայուն են, դեղն ընդունելիս պետք է կուլ տալ ամբողջովին, խորհուրդ չի տրվում այն կտրել կամ փշրել:
- ³ Մեծահասակների համար Լոպինավիր/ռիբոնավիրի 200/50մգ հաբերը կարելի է կիրառել 14-24.9կգ քաշ ունեցող երեխաների մոտ (1հաբ 2 անգամ), իսկ 25-34.9կգ քաշի դեպքում՝ 2հաբ առավոտյան, 1 հաբ երեկոյան:
- ⁴ LPV/r-ի պելետները խորհուրդ չի տրվում կիրառել 3 ամսականից փոքր երեխաների մոտ:
- ⁵ Դարունավիրը կարելի է նշանակել 3 տարեկանից մեծ երեխաներին: Եթե երեխայի քաշը ցածր է 15կգ-ից, դարունավիրը անհրաժեշտ է կիրառել 0.5մլ ռիբոնավիրի հետ միասին ներքին ընդունման սուսպենզիայի տեսքով (80մգ/մլ), իսկ մարմնի քաշի 15-30կգ դեպքում՝ 50մգ ռիբոնավիրի հաբի հետ:
- ⁶ Ռիբոնավիրը նշանակվում է միայն որպես ուժեղացուցիչ արագանավիրի կամ դարունավիրի հետ:
- ⁷ RAL գրանուլների տեսքով կարելի է կիրառել ծնված օրվանից 3կգ-ից բարձր քաշ ունեցող երեխաների մոտ:

Մինչև 4 շաբաթական երեխաների մոտ հեղուկ դեղաձևերի դոզավորման 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 ²	80/20մգ/մլ		0.6մլ	0.8մլ	1մլ
RAL	10մգ/մլ (օրալ գրանուլներ լուծույթի համար 100մգ/սաշե) ³	< 1 շաբաթ	0,4մլ օրը 1 անգամ	0,5մլ օրը 1 անգամ	0,7 մլ օրը 1 անգամ
		> 1 շաբաթ	0.8մլ	1մլ	1,5մլ

¹ Անհաս նորածիններին լուպինավիր/ռիպոնավիրի օշարակը կարելի նշանակել ծննդաբերության օրացուցային ժամկետը լրանալու օրվանից 14 օր հետո, իսկ պելեդները՝ 3 ամսականից հետո:

² RAL-ի գրանուլները կարելի է կիրառել առնվազն 2 կգ քաշով նորածինների մոտ: Կյանքի առաջին շաբաթվա ընթացքում այն կիրառվում է օրը 1 անգամ:

**XXIII. ՌԻՍՈՒՄՆԱՍԻՐՎԱԾ ՓԱՍՏԱԹՂԹԵՐԻ ԵՎ ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ
ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ**

380. Updated recommendations on first-line and second-line antiretroviral regimens and post-exposure prophylaxis and recommendations on early infant diagnosis of HIV: interim guidelines: supplement to the 2016 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Geneva: World Health Organization; December 2018.
381. Policy brief. Update of recommendations on first- and second-line antiretroviral regimens. July 2019. HIV treatment. WHO.
382. Cottrell ML, Hadzic T, Kashuba AD. Clinical pharmacokinetic, pharmacodynamic and drug-interaction profile of the integrase inhibitor dolutegravir. *Clin Pharmacokinet.* 2013;52:981-94.
383. Llibre JM, Pulido F, García F, Garcia Deltoro M, Blanco JL, Delgado R. Genetic barrier to resistance for dolutegravir. *AIDS Rev.* 2015;17:56-64.
384. Smith RA, Raugi DN, Pan C, Sow PS, Seydi M, Mullins JI et al. In vitro activity of dolutegravir against wild-type and integrase inhibitor-resistant HIV-2. *Retrovirology.* 2015;12:10.
385. Treviño A, Cabezas T, Lozano AB, García-Delgado R, Force L, Fernández-Montero JM et al. Dolutegravir for the treatment of HIV-2 infection. *J Clin Virol.* 2015;64:12-5.
386. Vitoria M, Hill A, Ford N, Doherty M, Clayden P, Venter F et al. The transition to dolutegravir and other new antiretrovirals in low- and middle-income countries – what are the issues? *AIDS.* 2018; 32:1551-61.
387. Hill A, Waters L, Pozniak A. Are new antiretroviral treatments increasing the risks of clinical obesity? *J Virus Erad.* 2019;5:e45-7. Zash R, Makhema J, Shapiro RL.
388. Neural-tube defects with dolutegravir treatment from the time of conception. *N Engl J Med.* 2018;378:979-81.
389. Potential safety issue affecting women living with HIV using dolutegravir at the time of conception. Geneva: World Health Organization; 2018 (https://www.who.int/medicines/publications/drugalerts/Statement_on_DTG_18May_2018final.pdf) , accessed 10 July 2019.

390. Zash R, Jacobson DL, Diseko M, Mayondi G, Mmalane M, Essex M et al. Comparative safety of dolutegravir-based or efavirenz-based antiretroviral treatment started during pregnancy in Botswana: an observational study. *Lancet Glob Health*. 2018;6:e804-10. 35.
391. Kobbe R, Schalkwijk S, Dunay G, Eberhard JM, Schulze-Sturm U, Hollwitz B et al. Dolutegravir in breast milk and maternal and infant plasma during breastfeeding. *AIDS*. 2016;30:2731-3.
392. Dooley K, Mwelase N, Grinsztejn B, Ticona E, Lacerda M, Cahn P et al. Safety and efficacy of dolutegravir-based ART in TB/HIV coinfecting adults at week 24. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 4-7 March 2018, Boston, MA, USA.
393. HIV drug interactions [online database]. Liverpool: University of Liverpool; 2018 (<https://www.hiv-druginteractions.org>, accessed 10 July 2019).
394. Lamorde M, Wang X, Neary M, Bisdomini E, Nakalema S, Byakika-Kibwika P et al. Pharmacokinetics, pharmacodynamics, and pharmacogenetics of efavirenz 400 mg once daily during pregnancy and post-partum. *Clin Infect Dis*. 2018; 67:785-90.
395. Cerrone M, Wang X, Neary M, Weaver C, Fedele S, DayWeber I et al. Pharmacokinetics of efavirenz 400 mg once daily coadministered with isoniazid and rifampicin in human immunodeficiency virus-infected individuals. *Clin Infect Dis*. 2018; 68:446-52.
396. Ripamonti D, Tatarelli P, Mangili G, Gotta C, Benatti SV, Bruzzone B et al. Potential role of raltegravir-based therapy to induce rapid viral decay in highly viraemic HIV-infected neonates. *J Chemother*. 2016; 28:337-40.
397. Clarke DF, Chain A, Cababasay M, Wang J, Teppler H, Smith B et al. IMPAACT P1110: raltegravir pharmacokinetics and safety in HIV-1 exposed neonates: dose-finding study. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 13-16 February 2017, Seattle, WA, USA.
398. Messiaen P, Wensing AM, Fun A, Nijhuis M, Brusselaers N, Vandekerckhove L. Clinical use of HIV integrase inhibitors: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2013; 8:e52562.
399. Meyers T, Samson P, Acosta EP, Moye J, Townley E, Bradford S et al. P1101: Phase I/II study of raltegravir containing regimen in HIV/TB cotreated children. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 4-7 March 2018, Boston, MA, USA. 41.
400. Dooley KE, Sayre P, Borland J, Purdy E, Chen S, Song I et al. Safety, tolerability, and pharmacokinetics of the HIV integrase inhibitor dolutegravir given twice daily with rifampin or once daily with rifabutin: results of a phase 1 study among healthy subjects. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2013; 62:21-7.