

«18» հոկտեմբեր 2017թ.

No 44 - Ն

ՃԱՃԱՆՉՈՍԿՐԻ ԴԻՍՏԱԼ ԾԱՅՐԻ ԿՈՏՐՎԱԾՔՆԵՐԻ
ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ ԵՎ ԲՈՒԺՄԱՆ
ԳՈՐԾԵԼԱԿԱՐԳԸ ՀԱՍՏԱՏԵԼՈՒ ՄԱՍԻՆ

Հիմք ընդունելով «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքի 19.3 հոդվածի 1-ին մասի 10-րդ կետը, Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2002 թվականի օգոստոսի 15-ի N 1300-Ն որոշման 12-րդ կետի «դ» ենթակետը,

ՀՐԱՄԱՅՈՒՄ ԵՄ

1. Հաստատել «Ճաճանչոսկրի դիստալ ծայրի կոտրվածքների ախտորոշման և բուժման գործելակարգը գործելակարգ»-ը՝ համաձայն հավելվածի:

2. Առողջապահության բնագավառում բարձր տեխնոլոգիաների և Հայաստանի Հանրապետության առողջապահական միասնական տեղեկատվական համակարգի հանձնաժողովի նախագահ Վարդան Գևորգյանին՝ գործելակարգի հաստատումից հետո սեղմ ժամկետում ապահովել սույն գործելակարգի մուտքագրումը միասնական էլեկտրոնային առողջապահության համակարգ:

3. Հայաստանի Հանրապետության բժշկական կազմակերպությունների տնօրեններին՝ «Ճաճանչոսկրի դիստալ ծայրի կոտրվածքների ախտորոշման և բուժման գործելակարգ»-ը ընդունել ի գիտություն:

4. Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության աշխատակազմի քարտուղարության պետ Զ.Դարբինյանին՝

Ապահովել սույն հրամանի տրամադրումը կատարողներին:

5. Սույն հրամանի կատարման հսկողությունը հանձնարարել Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի տեղակալ Ս.Խաչատրյանին:

Լ.ԱԼԹՈՒՆՅԱՆ

ՃԱՃԱՆՀՈՍԿՐԻ ԴԻՍԿԱԼ ԾԱՅՐԻ ԿՈՏՐՎԱԾՔՆԵՐԻ ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ ԵՎ ԲՈՒԺՄԱՆ ԳՈՐԾԵԼԱԿԱՐԳ

Ընդհանուր դրույթներ

Տվյալ փաստաթուղթը լուսաբանում է մեծերի շրջանում (19 տ. բարձր) ճաճանչոսկրի դիստալ ծայրի սուր կոտրվածքների ախտորոշման և բուժման հիմնական դրույթները: Ճաճանչոսկրի դիստալ կոտրվածքները առաջանում են նախաբազկի այդ հատվածի վնասվածքների հետևանքով: Այս կոտրվածքները կարող են առաջանալ երիտասարդ պացիենտների մոտ բարձր էներգետիկ վնասվածքի հետևանքով (հիմնականում տղամարդկանց մոտ) կամ էլ մեծահասակ և ծերունական տարիքային խմբերի պացիենտների շրջանում՝ ինչպես բարձր, այնպես էլ նվազ էներգետիկ վնասվածքի հետևանքով: Վերջին դեպքում կոտրվածքն ավելի հաճախ հանդիպում է կանանց շրջանում: Ճաճանչոսկրի դիստալ ծայրի կոտրվածքները ամենահաճախ հանդիպող վնասվածքներից են: Մեկ տարվա կտրվածքով դրանք հանդիպում են 100 000 անհատներից 195,2 դեպքերում:

Նմանատիպ կոտրվածքների ախտորոշումը, բուժումը և պացիենտների վերջույթի ֆունկցիոնալ վերականգնումը կապված է մեծ ֆինանսական ծախսերի հետ: Վերականգնման շրջանը՝ կախված բուժման եղանակներից և անշարժացման ձևից, կարող է զգալի տատանվել: Այսպիսի պացիենտների բուժումը ենթադրում է համարժեք ցավազրկում և վերջույթի ֆունկցիոնալ վիճակի վերականգնում: Բուժման տարբեր եղանակներ կապված են որոշակի ռիսկային գործոնների հետ: Այդ եղանակների շարքին են դասվում նվազ վնասվածքային և վիրահատական տարբերակները: Այդ իսկ պատճառով բուժման եղանակների ցուցումները և հակացուցումները տարբեր են: Բուժման տարբեր եղանակների ընտրությունը պետք է լինի անհատական, հաշվի առնելով հնարավոր ռիսկերը կամ առավելությունները տվյալ պացիենտի համար:

Գործելակարգի մշակման աշխատանքային խմբի անդամների անվանացուցակ

1. Այվազյան Վ.Պ., բ.գ.դ., պրոֆեսոր, ՀՀ ԱՆ գլխավոր վնասվածքաբան,
Վնասվածքաբանության և Օրթոպեդիայի Գիտական Կենտրոնի տնօրեն

Թղթակցական հասցե՝ ՀՀ, ք. Երևան, 0047, Նորք-Մարաշ 9 փ. 1232. (+374) 65 54 30

2. Այվազյան Ա.Վ., բ.գ.դ., պրոֆեսոր, Վնասվածքաբանության և Օրթոպեդիայի Գիտական
Կենտրոնի «Մեծահասակների օրթոպեդիայի և ոսկրային պաթոլոգիայի» բաժանմունքի
վարիչ

Թղթակցական հասցե՝ ՀՀ, ք. Երևան, 0047, Նորք-Մարաշ 9 փ. 1232. (+374) 65 54 30

3. Գևորգյան Ա.Ջ., բ.գ.թ., Երևանի Մ. Հերացու անվ. Պետական Բժշկական Համալսարանի
Վնասվածքաբանության և Օրթոպեդիայի ամբիոնի դոցենտ

Թղթակցական հասցե՝ ՀՀ, ք. Երևան, 0047, Նորք-Մարաշ 9 փ. 1232. (+374) 65 54 30

4. Աղամալյան Հ.Հ. «Մեծահասակների օրթոպեդիայի և ոսկրային պաթոլոգիայի»
բաժանմունքի բժիշկ

Թղթակցական հասցե՝ ՀՀ, ք. Երևան, 0047, Նորք-Մարաշ 9 փ. 1232. (+374) 65 54 30

Շահերի բախման հայտարարագիր և ֆինանսավորման աղբյուրներ

Պատասխանատու համակարգողը և աշխատանքային խմբի անդամները հայտարարում են
իրենց շահերի բախման բացակայության մասին: Սույն փաստաթղթի մշակման
աշխատանքները կատարվել են աշխատանքային խմբի անդամների կողմից
Վնասվածքաբանության և Օրթոպեդիայի Գիտական Կենտրոնում /ՀՀ ԱՆ/. ՎՕԳԿ-ի
կառույցը չի ունեցել և ոչ մի ազդեցություն սույն ուղեցույցի մշակման որևէ փուլի վրա:

Գործելակարգի մշակման հենքը

Սույն Գործելակարգը մշակվել է ՎՕԳԿ-ի աշխատակիցների կողմից, որոնք հանդիսանում
են Հայաստանի օրթոպեդների և վնասվածքաբանների Ասոցիացիայի անդամներ:
Գործելակարգը ստեղծվել է հետևյալ արդի գրականական աղբյուրների և UpToDate
տեղեկատվական շտեմարանի տվյալների հիման վրա՝

1. OrthoGuidelines of American Academy of Orthopaedic Surgeons.
<http://www.orthoguidelines.org./topic?Id.1003>.
2. Chen NC, Jupiter JB. Management of distal radial fractures. J Bone Joint Surg Am
2007;89(9):2051-2062.
3. Court-Brown CM, Caesar B. Epidemiology of adult fractures: A review. Injury
2006;37(8):691-697.
4. Kakarlapudi TK, Santini A, Shahane SA, Douglas D. The cost of treatment of distal radial
fractures. Injury 2000;31(4):229-232.
5. Agency for Healthcare Research and Quality. Healthcare Cost and Utilization Project
Nationwide Inpatient Sample. HCUP NIS 2007.

6. Cook D.J., Mulrow CD, Haynes RB. Systematic Reviews: synthesis of best evidence for clinical decisions. Ann Intern Med 1997;126(5):376-380.

Գործելակարգի պացիենտի մոդել

Սույն գործելակարգի մոդել են հանդիսանում բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող հիմնարկներում գտնվող ճաճանչոսկրի դիստալ հատվածի կոտրվածք ունեցող պացիենտները:

Աղյուսակ 1

Մեծահասակների ճաճանչոսկրի դիստալ կոտրվածքով պացիենտի մոդել

Մոդելի պարտադիր բաղադրիչ	Բաղադրիչի նկարագրությունը
Նոզոլոգիական ձևը	Ճաճանչոսկրի դիստալ կոտրվածքով վնասվածք
Տարիքային կարգավիճակ	Մեծահասակներ
Վնասվածքի աստիճանը	Ցանկացած
Վնասվածքի փուլը	Ցանկացած
Բարդությունները	Անկախ բարդություններից
Կողը ըստ ՀՄԴ-10	S52.5
Բուժօգնության ցուցաբերման պայմանները	Պացիենտանոցային և արտապացիենտանոցային

Հապավումներ

ՃԴԿ – ճաճանչոսկրի դիստալ կոտրվածք

1. Կլինիկական պատկեր և ախտորոշում

- 1.1. Պացիենտները գանգատվում են նախաբազկի դիստալ շրջանի ցավերից, այտուցվածությունից և ճաճանչոսկրային հոդում շարժումների արտահայտված սահմանափակումից:
- 1.2. Ախտորոշման հիմքում ընկած են վնասվածքի հանգամանքների պարզաբանումը, արտաքին զննումը և տվյալ հատվածի ռենտգենաբանական հետազոտումը:
- 1.3. Վնասվածքի պատմությունը հավաքելիս անհրաժեշտ է ուշադրություն դարձնել կոտրվածքի առաջացման մեխանիզմին: Այն հիմնականում առաջանում է անուղղակի մեխանիզմով, երբ պացիենտն ընկնելիս գետնին հենվում է ափային (Կոլեսի կոտրվածք) կամ թիկնային մակերեսներով (Սմիթի կոտրվածք): Հազվագյուտ դեպքերում ճաճանչի դիստալ հատվածի կոտրվածքը կարող է

առաջանալ ուղղակի ուժի ազդեցության հետևանքով: Անհրաժեշտ է պարզել նաև կոտրվածքի վաղեմությունը: Մեծահասակ տարիքային խմբերի պացիենտների մոտ անհրաժեշտ է պարզաբանել նաև օստեոպորոզի առկայությունը. (հետմենսպաուզալ կամ սենիլ), ինչպես նաև այդ ախտաբանությանը բնորոշ այլ կոտրվածքների առկայությունը անամնեզում:

- 1.4. Արտաքին զննման ժամանակ նախաբազկի դիստալ հատվածի շրջանում դիտվում է այտուցվածություն, ձեռնաթաթի դեհիսցիա, իսկ որոշ դեպքերում՝ տիպիկ (սվինաձև) տձևություն
- 1.5. Ճաճանչոսկրի դիստալ հատվածի կոտրվածքների պարագայում ճիշտ անցկացված արտաքին զննումը ունի բարձր ախտորոշիչ արդյունավետություն, հատկապես տեղաշարժված կոտրվածքների դեպքում (սվինաձև դեֆորմացիա):
- 1.6. Ճառագայթային ախտորոշման եղանակներից պարտադիր է ռենտգենաբանական հետազոտությունը (կատարված երկու պրոյեկցիայով՝ առաջահետին և կողմնային): Այն 100% դեպքերում թույլ է տալիս ախտորոշել կոտրվածքը, տեղաշարժի առկայությունը, ինչպես նաև ծղիկոսկրի դիստալ ծայրի կոտրվածքը, եթե այն տեղի ունի: Ռենտգենաբանական հետազոտումը (կողմնային պրոյեկցիա) կատարվում է նաև բեկորների համադրումից հետո՝ նպատակ ունենալով պարզել դիստալ ռադիոլուսար հոդի կայունությունը:

2. Բուժում

- 2.1. Ճաճանչոսկրի դիստալ հատվածի կոտրվածքների ժամանակ կարելի է կիրառել ինչպես կոնսերվատիվ, այնպես էլ վիրահատական բուժում: Բուժման եղանակի ընտրությունը կախված է կոտրվածքի բնույթից, տեղաշարժի կամ բեկորների առկայությունից, կոտրվածքի կայունությունից, ոսկրային հյուսվածքի որակից, պացիենտի տարիքից և վերջինիս համաձայնությունից:
- 2.2. Առանց տեղաշարժի կայուն կոտրվածքների դեպքում ցուցված է բուժում գիպսակապերով՝ 4 շաբաթ ժամկետով:
- 2.3. Կոլեսի կամ Սմիթի կայուն պարզ կոտրվածքների դեպքում ցուցված է բեկորների միամոմենտ համադրում և գիպսային անշարժացում նույն ժամկետներով: Սակայն այս դեպքերում անհրաժեշտ է 3 շաբաթվա ընթացքում անցկացնել ռենտգենաբանական հսկողություն՝ հնարավոր երկրորդային տեղաշարժը հայտնաբերելու նպատակով: Այս միտքը հիմնված չէ հավաստի ապացույցների վրա, բայց հանդիսանում է աշխատանքային խմբի կարծիքը:

- 2.4. Անկայուն կոտրվածքների դեպքում խորհուրդ չի տրվում բուժել կոնսերվատիվ եղանակով՝ գիպսային կապերով:
- 2.5. Անկայուն կոտրվածքների դեպքում իրականացվել են 5 ռադիոնոմիզված հետազոտություններ, կատարվել է վիրահատական և կոնսերվատիվ բուժումների արդյունքների համեմատական վերլուծություն: Այն ցույց է տվել, որ առավել նախընտրելի է վիրահատական բուժումը: Բոլոր նկատելի տարբերությունները ի օգուտ վիրահատական անշարժացման էին:
- 2.6. Կոնսերվատիվ և վիրահատական բուժումից հետո անցկացվում է պացիենտների վերականգնողական բուժում: Կատարվում են վերջույթի տարբեր ակտիվ վարժություններ: Կոնսերվատիվ բուժման դեպքում մատների և արմնկային հոդի վարժությունները կատարվում են վնասվածքը ստանալու սկզբնական շրջանից, իսկ վնասված ճաճանչդաստակային հոդի դեպքում՝ գիպսակապը հանելու օրվանից: Տվյալ վերականգնողական բուժումը կատարվում է տնային (արտահիվանդանոցային) պայմաններում: Վիրահատական բուժման պարագայում ցուցված են ավելի վաղ վերականգնողական վարժություններ: Ամեն դեպքում մատներում կոնտրակտուրաները կանխարգելելու նպատակով կատարվում են մատների ակտիվ վարժություններ՝ սկսած կոտրվածքը ստանալու օրվանից: Խորհուրդ չի տրվում սկսել ճաճանչդաստակային հոդի վաղ շարժումներ, նույնիսկ վիրահատական բուժման և կոտրվածքը կայունացնելու պայմաններում (չափավոր ապացույցներ):

3. Բժշկական ծառայությունների հիմնական և լրացուցիչ ցանկեր

3.1. Պահանջներ ախտորոշման, բուժման և խորհրդատվությունների նկատմամբ (հիմնական ցանկ)

Ծածկագիր	Անվանում	Տրամադրման հաճախականություն	Միջին քանակ	Ստորաբաժանում	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ
	Օրթոպեդ-վնասվածքաբանի խորհրդատվություն	1	2	Օրթոպեդիայի և վնասվածքաբանության բաժանմունք	Օրթոպեդ-վնասվածքաբան	1-4 շաբաթ
	Վերականգնողաբանի խորհրդատվություն	1	2	Օրթոպեդիայի և վնասվածքաբանության բաժանմունք	Բժիշկ-վերականգնողաբան	1-4 շաբաթ
	Ռենտգեն քննություն	1	2	Ճառագայթաբանական ախտորոշման ծառայություն	Բժիշկ-ճառագայթաբան/տեխնիկ	1-3 շաբաթ

**3.2. Պահանջներ ախտորոշման, բուժման և խորհրդատվությունների նկատմամբ
(լրացուցիչ ցանկ)**

Ծածկագիր	Անվանում	Տրամադրման հաճախակա- նություն	Միջին քանակ	Ստորաբաժանում	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ

4. Դեղերի հիմնական և լրացուցիչ ցանկեր

4.1. Պահանջներ դեղորայքային բուժման նկատմամբ (հիմնական ցանկ)

ԴԹԽ	ԱԹՔԴ	ՄՈԱ	Նշանակման հաճախա- կանություն	ԿՈԴ	ՀԿԴ	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ
Ցավազրկող ոչ թմրեցուցիչ Միջոցներ	N02BE01	Պարացետամոլ	1	1.5 գ	6.0 գ	Օրթոպեդի այի և վնասվածք աբանությա ն բաժանմուն քի մասնագետ/ Բուժքույր	1-7 օր
Ոչ սթերոիդ հակաբորբոքային միջոցներ	M01AB05	Դիկլոֆենակ	1	75.0 մգ	150.0 մգ	Օրթոպեդի այի և վնասվածք աբանությա ն բաժանմուն քի մասնագետ/ Բուժքույր	1-7 օր
Ոչ սթերոիդ հակաբորբոքային միջոց	M01AB15	Կետորոլակ	1	30.0 մգ 50.0 մգ	60.0 Մգ 50.0 մգ	Օրթոպեդի այի և վնասվածք աբանությա ն բաժանմուն քի մասնագետ/ Բուժքույր	1-7 օր

4.2. Պահանջներ դեղորայքային բուժման նկատմամբ (լրացուցիչ ցանկ)

ԴԹԽ	ԱԹՔ	ՄՈԱ	Նշանակման հաճախակա- նություն	ԿՈԴ	ՀԿԴ	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ
Պրոտոնային պոմպի արգելակիչներ	A02BC01	ցանկացած	0.25	20.0 մգ	140.0 Մգ	Ինտենսիվ թերապիայի մասնագետ/ Բուժքույր	1-7 օր

5. Պահանջներ աշխատանքի ռեժիմի, հանգստի, բուժման կամ վերականգնման նկատմամբ

Սույն Գործելակարգի համաձայն հարկավոր է ապահովել անշարժացում 4 շաբաթվա ընթացքում

6. Պահանջներ սննդակարգի նշանակման և սահմանափակումների վերաբերյալ

Սույն Գործելակարգի համաձայն սննդակարգի հատուկ պահանջներ չկան:

7. Պացիենտի հոժարակամ տեղեկացված համաձայնության ստացման առանձնահատկությունները Գործելակարգը կատարելիս և պացիենտի, ինչպես նաև ընտանիքի անդամների լրացուցիչ տեղեկատվության տրամադրում

Հարկավոր է պացիենտի և/կամ նրա ներկայացուցիչների հետ համատեղ քննարկել այս կոտրվածքների համալիր բուժման խնդիրները, ինչպես նաև հավանական ելքերը՝ հնարավորինս շուտ և ոչ ուշ քան ախտորոշմանը հաջորդող 72 ժամերի ընթացքում:

8. Պացիենտի տվյալ մոդելի հնարավոր ելքերը

Պացիենտի տվյալ մոդելի հնարավոր ելքերի ցանկ

Ելքի անվանում	Ելքի զարգացման հաճախականություն	Ելքին հասնելու մոտավոր ժամկետ	Բժշկական օգնության ցուցաբերման հաջորդականություն
Ապաքինում ֆիզիոլոգիական գործընթացի կամ ներգրավված օրգանի ֆունկցիայի լրիվ վերականգնմամբ	65%	2-3 ամիս	Անցում համապատասխան վերականգնողական ուղեցույցին/ գործելակարգին
Ապաքինում ֆիզիոլոգիական գործընթացի կամ ներգրավված օրգանի ֆունկցիայի մասնակի կորստով	15%	3 ամիս	Անցում համապատասխան վերականգնողական ուղեցույցին/ գործելակարգին
Բարդությունների զարգացում	35%		Անցում համապատասխան ախտաբանության բուժման ուղեցույցին/ գործելակարգին
Մահացու ելք	0 %		