

ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ՈՐԴԱՆՄԱՆ ԵԼՈՒՆԻ ՍՈՒՐ ԲՈՐԲՈՔՄԱՆ ՎԱՐՄԱՆ ԳՈՐԾԵԼԱԿԱՐԳ

Ընդհանուր դրույթներ

Որդանման ելունի սուր բորբոքումը (ապենդիցիտ) երեխաների մոտ որովայնի ցավի վիրաբուժական ամենահաճախ պատճառներից մեկն է: Կյանքի ընթացքում սուր ապենդիցիտի զարգացման հավանականությունը տղաների մոտ 9% է, իսկ աղջիկների՝ 7%: Ախտաբանությունը կարող է սահմանափակվել պարզ բորբոքումով, բայց շատ դեպքերում հանդիպում է նաև ելունի թափաժակման ձևով, որը հանգեցնում է պերիտոնիտի զարգացման՝ իրենից բխող հետևանքներով և բարդություններով: Թափաժակումը մասնավորապես բնորոշ է մինչև 5 տարեկան երեխաներին (82%) և կարող է կազմել 100% մինչև 1 տարեկան երեխաների մոտ: Այդ իսկ պատճառով մինչև 5 տարեկան երեխաների խումբը համարվում է ամենաբարդը՝ հիվանդության ախտորոշման և ընթացքի տեսակետից: Դա պայմանավորված է մանկան օրգանիզմի անատոմո-ֆիզիոլոգիական առանձնահատկություններով: Սուր ապենդիցիտը կարող է ի հայտ գալ յուրաքանչյուր տարիքում, ներառյալ նորածնային շրջանը, բայց առավել հաճախ դիտվում է 7 տարեկանից հետո, մինչև 3 տարեկանների մոտ հաճախականությունը չի գերազանցում 8%-ը: Հիվանդացության պիկը համընկնում է 9-12 տարեկանի հետ: Ընդհանուր հիվանդացությունը կազմում է 3-6 : 1000 երեխայից: Սուր ապենդիցիտը 1 տարեկանից բարձր երեխաների շրջանում պերիտոնիտի առաջացման առավել հաճախ պատճառն է:

Գործելակարգի մշակման աշխատանքային խմբի անդամների անվանացուցակ

1. Գրիգորյան Վ.Վ., Երևանի Մխիթար Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի մանկական վիրաբուժության ամբիոնի դասախոս:
Թղթակցական հասցե՝ Հայաստանի Հանրապետություն, ք. Երևան, 0014, Մամիկոնյանց 30, հեռ՝ (+374) 95557038
2. Բաբլոյան Ա.Ս., բ.գ.դ., պրոֆեսոր, Երևանի Մխիթար Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի մանկական վիրաբուժության ամբիոնի վարիչ, ՀՀ ԱՆ գլխավոր մանկական վիրաբույժ:
Թղթակցական հասցե՝ Հայաստանի Հանրապետություն, ք. Երևան, 0014, Մամիկոնյանց 30, հեռ՝ (+374) 10236883

Շահերի բախման հայտարարագիր և ֆինանսավորման աղբյուրներ

Պատասխանատու կարգավորողը և աշխատանքային խմբի անդամները հայտարարում են իրենց շահերի բախման բացակայության մասին: Սույն փաստաթղթի մշակման աշխատանքները ֆինանսավորվել են սեփական միջոցներով: Ֆինանսավորման աղբյուրը չի ունեցել և ոչ մի ազդեցություն սույն գործելակարգի մշակման որևէ փուլի վրա:

Գործելակարգի մշակման հենքը

Սույն Գործելակարգը մշակվել է ԵՊԲՀ մանկական վիրաբուժության ամբիոնի աշխատակիցների կողմից հետևյալ արդի գրականական աղբյուրների և UpToDate տեղեկատվական շտեմարանի տվյալների հիման վրա՝

1. Острый аппендицит. // В кн. Детская хирургия: Национальное руководство /под. ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. – М., ГЭОТАР - Медиа, 2009. – 690
2. Müller AM, Kaucovic M, Coerd W, Turial S. Appendicitis in childhood: correlation of clinical data with histopathological findings. Klin Padiatr. 2010 Dec; 222 (7): 449 – 54.
3. Hussain S, Rahman A, Abbasi T, Aziz T.// Diagnostic accuracy of ultrasonography in acute appendicitis.// J Ayub Med Coll Abbottabad. 2014 Jan-Mar; 26(1):12-7.
4. Roy H., Burbridge B.// To CT or not to CT? The influence of computed tomography on the diagnosis of appendicitis in obese pediatric patients./ Can J Surg. 2015 Jun;58(3):181-7.
5. Дронов А. Ф, Поддубный И. В., Котлобовский В.И. Эндоскопическая хирургия у детей/ под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004,– С. 440.
6. Kapischke M., Pries A., Caliebe A. // Short term and long term results after open vs. laparoscopic appendectomy in childhood and adolescence: a subgroup analysis./BMC Pediatr. 2013 Oct 1; 13:154.
7. Zwintscher NP1, Johnson EK, Martin MJ, Newton CR. // Laparoscopy utilization and outcomes for appendicitis in small children.// J Pediatr Surg. 2013 Sep;48(9):1941-5.
8. Golebiewski A., Czauderna P. // The role of laparoscopy in the management of pediatric appendicitis: a survey of Polish pediatric surgeons.// Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne. 2015 Apr;10(1):101-6.
9. Lonescu S., Andrei B., Licsandru E., Ivanov M., Ionescu A. // Laparoscopic treatment for complicated acute appendicitis in children, junior athletes./Chirurgia (Bucur). 2014 Jul-Aug; 109(4):514-7.

10. Chen C.Y., Chen Y.C., Pu H.N., Tsai C.H., Chen W.T., Lin C.H.// Bacteriology of acute appendicitis and its implication for the use of prophylactic antibiotics.// Surg Infect (Larchmt). 2012 Dec; 13(6):383-90.
11. Díaz Moreno E., García Gómez M Castejón Casado J Liceras Liceras E Martín Cano F Muñoz Miguelsanz M.A. // Analysis of the medical decision in abdominal pain suggestive of acute appendicitis./ Cir Pediatr. 2012 Jan; 25(1):40-5.
12. Lee SL, Islam S, Cassidy LD, Abdullah F, Arca MJ. Antibiotics and appendicitis in the pediatric population: an American Pediatric Surgical Association Outcomes and Clinical Trials Committee systematic review, 2010 American Pediatric Surgical Association Outcomes and Clinical Trials Committee. J Pediatr Surg. 2010 Nov; 45 (11): 2181 – 5.
13. Nazarey P.P., Stylianos S., Velis E., Triana J., Diana-Zerpa J., Pasaron R. it all.// Treatment of suspected acute perforated appendicitis with antibiotics and interval appendectomy.// J Pediatr Surg. 2014 Mar;49(3):447-50.

Գործելակարգի պացիենտի մոդել

Սույն Գործելակարգի պացիենտի մոդելն է բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող հիմնարկներում և ԻԹԲ-ում գտնվող տարբեր ծագումնաբանությամբ և ծանրության աստիճանի սուր ապենդիցիտով երեխաները (Այուսակ 1):

Այուսակ 1

Մեծահասակների սուր շնչառական դիսթրես համախտանիշով պացիենտի մոդել

Մոդելի պարտադիր բաղադրիչ	Բաղադրիչի նկարագրությունը
Նոզոլոգիական ձևը	Սուր ապենդիցիտ
Տարիքային կարգավիճակ	Երեխաներ
Հիվանդության աստիճանը	Ցանկացած
Հիվանդության փուլը	Ցանկացած
Բարդությունները	Անկախ բարդություններից
Կոդը ըստ ՀՄԴ-10	K 35; K35.9
Բուժօգնության ցուցաբերման պայմանները	Հիվանդանոցային

Հապավումներ

ԱԼՏ – ալանինամինոտրանսֆերազ

ԱՍՏ – ասպարտամինոտրանսֆերազ
 ն/ե – ներերակային
 ն/մ – ներմկանային
 ՍԱՈԻ – ստամոքս-աղիքային ուղի
 ՄՈԻՎ – միզուղիների վարակ
 ՀՇ – համակարգչային շերտագրություն
 ՄՂՀ – միզազատական համակարգ
 ՄՈՇ – մագնիսառեզոնանսային շերտագրություն
 ԱԸՔ – արյան ընդհանուր քննություն
 ՄԸՔ – մեզի ընդհանուր քննություն
 ՄՄՀ – միզապարկ միզածորանային հետհոսք
 ԷՆԱ – էրիթրոցիտների նստեցման արագություն
 ՍԱԱ – սիրտ-անոթային համակարգ
 ԳՁՀ – գերբարձր ծայնային հետազոտություն
 ԷՍԳ – էլեկտրոսրտագրություն
 ԷՖԳԴՍ – էնդոսկոպիկ ֆիբրոգաստրոդուոդենոսկոպիա
 ½ - մեկ երկրորդ մասը
 ¼ - մեկ չորրորդ մասը

Սահմանումներ

Սուր ապենդիցիտը ներկայանում է կլինիկո-մորֆոլոգիան փոփոխությունների լայն սպեկտրով, որոնց ախտորոշման և վարման մոտեցումները կարող են նշանակալիորեն տարբերվել միմյանցից.

Ոչ դեստրուկտիվ ապենդիցիտի բնորոշ է ախտաբանական գործընթացների հյուսվածաբանական և կլինիկական դարձելի բնույթը, արտահայտվում է կատարալ ապենդիցիտի և ապենդիկուլյար խիթի երևույթներով, հնարավոր է ինքնաբերական ապաքինում: **Դեստրուկտիվ** (քայքայիչ) ապենդիցիտն արտահայտվում է հարածող ախտաբանական գործընթացների հաջորդական փուլերով, որոնք պայմանականորեն տարբերակվում են ֆլեգմոնոզ, գանգրենոզ և պերֆորատիվ տեսակների՝ գնահատելով հայտնաբերման պահին առկա

ախտահյուսվածաբանական փոփոխությունների վիճակը: **Բարդացած** ապենդիցիտը դրսևորվում է պերիապենդիկուլյար ինֆիլտրատի, թարախակույտի ձևով, ինչը օրգանիզմի պաշտպանողական գործընթացների հետևանք է կամ պերիտոնիտի ձևով, ինչը որդանման ելունի թափածակման կամ թարախակույտի ներորովայնային բացման հետևանք է:

1. Նախահոսպիտալային փուլ

1.1. Բուժօգնության առաջնային օղակ

1.1.1. Անհրաժեշտ է իրականացնել

- 1.1.1.1. Գանգատների և անամնեզի հավաքում (տես հավելված 1)
- 1.1.1.2. Ֆիզիկական քննություն (տես հավելված 2)
- 1.1.1.3. Զերմաչափում
- 1.1.1.4. ԱԸՔ (տես հավելված 3)
- 1.1.1.5. ՄԸՔ (տես հավելված 3)
- 1.1.1.6. Տեղամասային մանկաբույժի խորհրդատվություն

1.1.2. Կարելի է իրականացնել

- 1.1.2.1. Որովայնի ԳՁՀ
- 1.1.2.2. Այլ նեղ մասնագետների խորհրդատվություն

1.1.3. Արգելվում է իրականացնել

- 1.1.3.1. Որովայնի շրջանի տեղային տաքացում (ջեռակ)
- 1.1.3.2. Ցավազրկող, հակաբորբոքային դեղորայքի նշանակում
- 1.1.3.3. Լուծողական միջոցների նշանակում
- 1.1.3.4. Հոգնաներ

1.2. Շտապ օգնության օղակ

1.2.1. Անհրաժեշտ է իրականացնել

- 1.2.1.1. Գանգատների և անամնեզի հավաքում (տես հավելված 1)
- 1.2.1.2. Ֆիզիկական քննություն (տես հավելված 2)
- 1.2.1.3. Զերմաչափում

1.2.2. Արգելվում է իրականացնել

- 1.2.2.1. Որովայնի շրջանի տեղային տաքացում (ջեռակ)
- 1.2.2.2. Ցավազրկող, հակաբորբոքային դեղորայքի նշանակում
- 1.2.2.3. Լուծողական միջոցների նշանակում
- 1.2.2.4. Հոգնաներ

2. Հոսպիտալային փուլ

2.1. Ընդունարան

2.1.1. Անհրաժեշտ է իրականացնել

- 2.1.1.1. Գանգատների և անամնեզի հավաքում (տես հավելված 1)
- 2.1.1.2. Ֆիզիկական քննություն (տես հավելված 2)
- 2.1.1.3. Ուղիղ աղու մատնային զննություն
- 2.1.1.4. Զերմաչափում
- 2.1.1.5. ԱԸՔ լեյկոբանաձևով (տես հավելված 3)

- 2.1.1.6. ՄԸՔ (տես հավելված 3)
- 2.1.1.7. Արյան խմբի որոշում
- 2.1.1.8. Ռեզուս գործոնի որոշում
- 2.1.1.9. Որովայնի ԳՁՀ
- 2.1.1.10. Մանկաբույժի խորհրդատվություն
- 2.1.1.11. Դիմելուց հետո մինչև 6 ժամվա ընթացքում ձևակերպել նախնական ախտորոշումը

2.2. Վիրաբուժական բաժանմունք

2.2.1. Նախավիրահատական շրջան

2.2.1.1. Անհրաժեշտ է իրականացնել

2.2.1.1.1. **Ինֆուզիոն թերապիա** ֆիզիոլոգիական և/կամ Ռինգերի լուծույթներով: Ներմուծվող հեղուկների ծավալը հաշվարկել ֆիզիոլոգիական կարիքներ + ախտաբանական կորուստներ, որտեղ ֆիզիոլոգիական կարիքները հաշվարկվում են.

- մինչև մեկ ամսական – 140մլ/կգ/օր
- մինչև 6 ամսական -120մլ/կգ/օր
- մինչև 1 տարեկան – 100մլ/կգ/օր
- 1 տարեկանից բարձր – Վալլաչիի բանաձևով. $100 - (3 \times \text{տարիք}) = \text{մլ/կգ/օր}$

Ախտաբանական կորուստները հաշվարկվում են փաստացի (ակնհայտ չափված կորուստներ – փսխում, մեզ, լուծ) կորցրածը կոմպենսացնելով 1:1: Բացի այդ, ջերմաստիճանի նորմայից բարձր յուրաքանչյուր աստիճանի համար ևս 10մլ/կգ/օր:

2.2.1.1.2. **Դինամիկ հսկողություն**, որն ընդգրկում է

2.2.1.1.2.1. Պարբերական ջերմաչափում

2.2.1.1.2.2. Ֆիզիկական քննության պարբերական կրկնում ըստ անհրաժեշտության

2.2.1.1.2.3. Արյան ընդհանուր քննության կրկնություն ըստ անհրաժեշտության

2.2.1.1.2.4. Որովայնի ԳՁՀ կրկնություն ըստ անհրաժեշտության

2.2.1.1.3. **Ախտորոշման ձևակերպում և բուժման հետագա քայլերի հստակեցում** (առավելագույնը 12 ժամվա ընթացքում):

Հնարավոր են ախտորոշման հետևյալ տարբերակները և վարման տակտիկան յուրաքանչյուր դեպքում.

2.2.1.1.3.1. **Ապենդիկուլյար խիթ** – երեխան հսկողության ընթացքում կատարված պահպանողական միջոցառումների արդյունքում ցուցադրել է կլինիկական-գործիքային-լաբորատոր ցուցանիշների կարգավորում, գանգատներ չունի – դուրս է գրվում առողջացումով

2.2.1.1.3.2. **Ոչ վիրաբուժական ախտաբանություն** – երեխան տեղափոխվում է համապատասխան բաժանմունք (եթե այդպիսին տվյալ կլինիկայում առկա է)՝ հետագա բուժման կամ դուրս է գրվում՝ ուղեգրվելով այլ կլինիկայի համապատասխան բաժանմունք:

2.2.1.1.3.3. **Վիրաբուժական այլ ախտաբանություն** – երեխայի բուժումը շարունակվում է ախտորոշված հիվանդության գործելակարգով (եթե առկա է) կամ տվյալ կլինիկայում ընդունված մոտեցումներով:

2.2.1.1.3.4. **Սուր ապենդիցիտ չբարդացած** – երեխան նախապատրաստվում է վիրահատական միջամտության (տես վիրահատական շրջան հաջորդիվ)

2.2.1.1.3.5. **Սուր ապենդիցիտ բարդացած.**

ա) պերիապենդիկուլյար ինֆիլտրատ – պահպանողական բուժում ըստ հաստատված սխեմայի (տես հավելված 1):

բ) պերիապենդիկուլյար թարախակույտ – վիրահատական միջամտություն (տես վիրահատական շրջան հաջորդիվ)

գ) ապենդիկուլյար պերիտոնիտ – վիրահատական միջամտություն (տես վիրահատական շրջան հաջորդիվ)

2.2.2. Վիրահատական շրջան

2.2.2.1. Երեխայի նախապատրաստում (առավելագույնը 2 ժամ) – ինֆուզիոն թերապիա, ցավազրկում, ջերմիջեցում, պրեմեդիկացիա (ըստ անեսթեզիոլոգիական գործելակարգերի կամ ընդունված սխեմաների), հակաբակտերիալ կանխարգելիչ բուժում (ցեֆուրոկսիմի դեղաչափի ն/ե կամ ն/մ միանգամյա մերմոժում)

2.2.2.2. Հնարավոր միջամտությունները

2.2.2.2.1. Ախտորոշիչ լապարոսկոպիա – ախտորոշումը հաստատելու նպատակով, երբ այլ մեթոդներով հնարավոր չի եղել ախտորոշման ճշտումը:

2.2.2.2.2. Լապարասկոպիկ ապենդեկտոմիա – հնարավոր է կատարել երեխաների ապենդիցիտի բոլոր տեսակների դեպքում, համարվում է սուր ապենդիցիտի բուժման ընտրության մեթոդ և ավանդական ապենդեկտոմիայի համեմատ ունի մի շարք առավելություններ:

2.2.2.2.3. Ապենդեկտոմիա բաց եղանակով – անտերոգրադ կամ ռետրոգրադ – երբ որևէ տեխնիկական պատճառով հնարավոր չէ լապարասկոպիկ մեթոդի կիրառումը:

2.2.2.2.4. Թարախակույտի դրենավորում – կատարվում է ապենդիկուլյար թարախակույտի բուժման համար, ընդգրկում է կտրվածք, թարախի հայտնաբերում, էվակուացիա, հնարավորության դեպքում ապենդեկտոմիա, թարախակույտի խոռոչի սանացիա և դրենավորում:

2.2.2.2.5. Որովայնի խոռոչի սանացիա դրենավորումով կամ առանց – կատարվում է որպես նախորդ միջամտությունների լրացուցիչ էտապ, եթե առկա է ապենդիկուլյար պերիտոնիտ, կամ ապենդիկուլյար թարախակույտի բացում դեպի որովայնի խոռոչ:

- 2.2.2.3. Հեռացված որդանման ելունի ուղեգրում հյուսվածաբանական հետազոտության (տես հավելված 3):
- 2.2.3. **Հետվիրահատական շրջան**
- 2.2.3.1. Անհրաժեշտ է իրականացնել
- 2.2.3.1.1. **Չբարդացած ապենդիցիտ**
- 2.2.3.1.1.1. Անկողնային ռեժիմ 1-2 օր:
- 2.2.3.1.1.2. Դիետա №0 (հեղուկի և սննդի ընդունման բացառում) առաջին 12 ժամվա ընթացքում, այնուհետ անցում սնուցման խնայողական ռեժիմի:
- 2.2.3.1.1.3. Սիմպտոմատիկ բուժում ըստ անհրաժեշտության
- ա) ցավազրկում – տրամադոլ 0.1մլ/տարի յուրաքանչյուր 8 ժամը մեկ:
- բ) ջերմիջեցում – պարացետամոլի մոմիկ 15մգ/կգ – յուրաքանչյուր 4 ժամը մեկ:
- գ) հակափսխումային – մետոկլոպրամիդ 0.1մգ/կգ – յուրաքանչյուր 8 ժամը մեկ:
- դ) դեսենսիբիլիզացիա – երկրորդ սերնդի հակահիստամինային պրեպարատներ՝ լորատադին 0.5հաբ օրը մեկ անգամ 7-10օր:
- ե) ջրա-աղային փոխանակության կարգավորում – NaCl 0.9% լուծույթ 10-15մլ/կգ, ն/ե, կաթիլային
- 2.2.3.1.1.4. Հակաբակտերիալ բուժում ըստ անհրաժեշտության՝ հետվիրահատական բարդությունների կանխարգելման նպատակով, սովորաբար մոնոթերապիայի ձևով, 2-րդ սերնդի ցեֆալոսպորիններով՝ ցեֆուրկսիմ 30-100մգ/կգ/օր յուրաքանչյուր 12 ժամը մեկ 5-7 օր տևողությամբ: Անհրաժեշտության դեպքում կարելի փոխարինել ամինոգլիկոզիդների երկրորդ սերնդի պրեպարատներով՝ ամիկացին 10մգ/կգ ամեն 8 ժամը մեկ ն/ե, ն/մ 5-7 օր:
- 2.2.3.1.1.5. Պարենտերալ սնուցում ըստ անհրաժեշտության՝ – 5 կամ 10% դեքստրոզա 10-15մլ/կգ հաշվարկով ն/ե կաթիլային
- 2.2.3.1.1.6. Վիրակապություն – նվազագույնը օրը մեկ անգամ, գնահատել հետվիրահատական վերքի վիճակը, մշակել վերքը անտիսեպտիկներով (բեթադին, ջրածնի պերօքսիդ 3%)
- 2.2.3.1.1.7. Ֆիզիկական քննություն – նվազագույնը օրը 2 անգամ հետվիրահատական առաջին և երկրորդ օրերին, օրը 1 անգամ դրանից հետո, արդյունքների գրանցում հիվանդության պատմագրում:
- 2.2.3.1.1.8. Ջերմաչափում – օրը 2-3 անգամ, արդյունքների գրանցում հիվանդության պատմագրում:
- 2.2.3.1.1.9. ԱԸՔ հսկիչ կրկնություն դինամիկայում:
- 2.2.3.1.1.10. Որովայնի ԳՁՀ հետվիրահատական շրջանի 5-7-րդ օրը:
- 2.2.3.1.1.11. Հետվիրահատական կարերի հանում 7-րդ օրը:
- 2.2.3.1.1.12. Ստացիոնարից դուրս գրում 7-րդ օրը:

- 2.2.3.1.1.13. Տեղամասային վիրաբույժի հսկողություն ևս 7 օր
- 2.2.3.1.1.14. Դպրոց կամ նախադպրոցական հաստատություն հաճախումները վերականգնել դուրս գրումից 7 օր անց:
- 2.2.3.1.1.15. Ֆիզկուլտուրայի պարապմունքներից ազատել 1 ամսով:
- 2.2.3.1.2. **Բարդացած ապենդիցիտ** (ապենդիկուլյար թարախակույտ), նախորդ վարման սխեմայում կատարվում են հետևյալ փոփոխությունները և լրացումները.
- 2.2.3.1.2.1. Հակաբակտերիալ բուժում – պարտադիր
- 2.2.3.1.2.2. Ջրա-աղային-էլեկտրոլիտային փոխանակության կարգավորում – պարտադիր
- 2.2.3.1.2.3. Ստացիոնարից դուրս գրում հետվիրահատական վերքի երկրորդային ձգումով ապաքինումից հետո
- 2.2.3.1.2.4. Եթե ապենդեկտոմիա չի կատարվել, ապա կրկնակի ընդունում 1-2 ամիս անց՝ պլանային ապենդեկտոմիայի համար:
- 2.2.3.1.3. **Բարդացած ապենդիցիտ** (ապենդիկուլյար պերիտոնիտ) – տես պերիտոնիտների վարման գործելակարգ:

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
	Արյան ընդհանուր քննություն լեյկոֆորմուլայով	1	2	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/բժիշկ	Նույն օրը
	Մեզի ընդհանուր քննություն	1	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/բժիշկ	Նույն օրը
	Որովայնի և փոքր կոնքի ԳՁՀ	1	2	Ճառագայթաբանական ախտորոշման ծառայություն	Բժիշկ-ճառագայթաբան/տեխնիկ	Նույն օրը

	Զարկերակային ճնշման չափում	1	144	Վիրահատական բաժանմունք	Վիրահատական բաժանմունքի բուժքույր	1-2 օրեր
	Սրտի կծկումների հաճախականության չափում	1	144	Վիրահատական բաժանմունք	Վիրահատական բաժանմունքի բուժքույր	1-2 օրեր
	Պուլսօքսիմետրի աս	1	144	Վիրահատական բաժանմունք	Վիրահատական բաժանմունքի բուժքույր	1-2 օրեր
	Զերմաչափում	1	12	Վիրաբուժական բաժանմունք	Վիրաբուժական բաժանմունքի բուժքույր	1-2 օրեր
	Ծայրամասային երակային կաթետրի տեղադրում	1	2	Վիրահատական բաժանմունք	Վիրահատական բաժանմունքի բուժքույր	1-2 օրեր
	Միզապարկի կաթետերիզացի աս	1	1	Վիրահատական բաժանմունք	Ինտենսիվ թերապևտ	1-2 օրեր
	Վերքի վիրակապություն	>5	5	Վիրաբուժական բաժանմունք	Վիրաբույժ	2-7 օրերը
	Նեղ մասնագետի խորհրդատվություն	1	3	Այլ բաժանմունքներ	Ցանկացած նեղ մասնագետ	Նույն օրը

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

Ծածկագիր	Անվանում	Տրամադրման հաճախականություն	Միջին քանակ	Ստորաբաժանում	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ
	Արյան մեջ գլյուկոզայի մակարդակի որոշում	0.5	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/բժիշկ	1-2 օրը
	Արյան մեջ լակտատի	0.25	1	Լաբորատոր ախտորոշման	Լաբորատոր ախտորոշման	1-2 օրը

	մակարդակի որոշում			ծառայություն	ծառայության բուժքույր/բժիշկ	
	Արյան մեջ ալբումինի մակարդակի որոշում	0.25	1	Լաբորատոր փխտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր փխտորոշման ծառայության բուժքույր/բժիշկ	1-2 օրը
	Արյան մեջ բիլիրոբինի մակարդակի որոշում	0.25	1	Լաբորատոր փխտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր փխտորոշման ծառայության բուժքույր/բժիշկ	1-2 օրը
	Արյան մեջ միզանյութի մակարդակի որոշում	0.25	1	Լաբորատոր փխտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր փխտորոշման ծառայության բուժքույր/բժիշկ	1-2 օրը
	Արյան մեջ կրեատինինի մակարդակի որոշում	0.25	1	Լաբորատոր փխտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր փխտորոշման ծառայության բուժքույր/բժիշկ	1-2 օրը
	Արյան մեջ էլեկտրոլիտների (Na, K, Ca) մակարդակի որոշում	0.5	1	Լաբորատոր փխտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր փխտորոշման ծառայության բուժքույր/բժիշկ	1-2 օրը
	Արյան գազերի և թթվահիմնային հավասարակշռության որոշում	0.25	1	Լաբորատոր փխտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր փխտորոշման ծառայության բուժքույր/բժիշկ	1-2 օրը
	Կրծքավանդակի ռենտգեն քննություն	0.25	1	Ճառագայթաբանական փխտորոշման ծառայություն	Բժիշկ-ճառագայթաբան/տեխնիկ	1-3 օրերը

4. Դեղերի հիմնական և լրացուցիչ ցանկեր

4.1. Պահանջներ դեղորայքային բուժման նկատմամբ (հիմնական ցանկ)

ԴԹԽ	ԱԹՔԴ	ՄՈԱ	Նշանակման և հաճախակա -նություն	ԿՈԴ	ՀԿԴ	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ
Հակաբիոտիկներ՝ ցեֆալոսպորին	J01RA03	Ցեֆուրոկսիմ	1	30- 100մգ/կգ /օր	30- 100մգ/կ գ/օր	Վիրաբուժա կան բաժանմուն քի բուժքույր	1-7 օրեր
Ափիոնային անզգայացնող միջոցներ	N02AX02	Տրամադոլ	1	0.1մլ/տա րի	0.1մլ/տ արի	Վիրաբուժա կան բաժանմուն քի բուժքույր	1-3 օրեր
Էլեկտրոլիտների լուծույթներ	B05CB01	0.9% NaCl	1	0.5-2 լ	0.5-2 լ	Վիրաբուժա կան բաժանմուն քի բուժքույր	1-3 օրեր
Էլեկտրոլիտների լուծույթներ	B05BB01	Ռինգերի լուծույթ	1	0.5-2 լ	0.5-2 լ	Վիրաբուժա կան բաժանմուն քի բուժքույր	1-3 օրեր

4.2. Պահանջներ դեղորայքային բուժման նկատմամբ (լրացուցիչ ցանկ)

ԴԹԽ	ԱԹՔ	ՄՈԱ	Նշանակման և հաճախակ ա- նություն	ԿՈԴ	ՀԿԴ	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ
Հակաբիոտիկներ՝ ամինոգլիկոզիդ	J01GB06	Ամիկացին	0.1	10մգ/կգ	10մգ/կգ	Վիրաբուժակ ան բաժանմունք ի	1-5 օր

						բուժքույր	
Ցավագրկող ոչ թմրեցուցիչ միջոցներ	N02BE01	Պարացետամոլ	0.5	15մգ/կգ	15մգ/կգ	Վիրաբուժական բաժանմունքի բուժքույր	1-5օր
Հակափսխումային միջոցներ	A03FA01	մետոկլոպրամիդ	0.5	0.1մգ/կգ	0.1մգ/կգ	Վիրաբուժական բաժանմունքի բուժքույր	1-2 օր
Հակահիստամինային միջոցներ	R06AX13	լորատադին	0.5	0.5 հաբ	2 հաբ	Վիրաբուժական բաժանմունքի բուժքույր	1-7 օր
Իրիգացիոն լուծույթներ	B05CX01	դեքստրոզա 5 կամ 10%	0.25	10-15մլ/կգ	10-15մլ/կգ	Վիրաբուժական բաժանմունքի բուժքույր	1-2 օր

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

Սույն գործչելակարգի համաձայն երեխան հետվիրահատական առաջին օրը պետք է անցկացնի անկողնային ռեժիմով, այնուհետև արագ ակտիվացվի՝ որովայնամզային կպումներից խուսափելու համար: Հետվիրահատական 7-րդ օրը դուրս գրվելուց հետո անհրաժեշտ է 7 օր ժամկետով ազատել ուսումնական կրթական հաստատություն հաճախումներից: Եվս 1 ամիս ժամկետով անհրաժեշտ է ազատել ֆիզկուլտուրայի պարապմունքներից:

6. Պահանջներ սննդակարգի նշանակման և սահմանափակումների վերաբերյալ

Սույն Գործչելակարգի համաձայն հետվիրահատական առաջին օրը պետք է խուսափել էնտերալ սնուցումից, այնուհետև ցածր կալորիականությամբ (250

կկալ/օրը) էնտերալ սնուցում մինչև աղիների գործելը: Այնուհետև անցնում է հիմնական սննդակարգին:

7. Հիվանդի հոժարական տեղեկացված համաձայնության ստացման առանձնահատկությունները Գործելակարգը կատարելիս և հիվանդի, ինչպես նաև ընտանիքի անդամների լրացուցիչ տեղեկատվության տրամադրում

Հարկավոր է հնարավորինս շուտ պացիենտի և/կամ նրա ներկայացուցիչների հետ համատեղ քննարկել սուր ապենդիցիտի դեպքում բուժման տակտիկան, սպասվող միջամտությունները և հավանական ելքերը:

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 մասնակի վերականգնմամբ	0%	3 ամիս	Անցում համապատասխան վերականգողական ուղեցուցին/ գործելակարգին
Ապաքինում ֆիզիոլոգիական գործընթացի կամ ներգրավված օրգանի ֆունկցիայի ամբողջական կորստով	80%	1 ամիս	Անցում համապատասխան վերականգողական ուղեցուցին/ գործելակարգին
Բարդությունների զարգացում	15-20%	10 օր	Անցում համապատասխան ախտաբանության բուժման ուղեցուցին/ գործելակարգին
Մահվան ելք	0.1-0.3%	Ցանկացած փուլին	

Հավելված 1

Գանգատների և անամնեզի հավաքում

Սուր ապենդիցիտի ախտանշանները կարող են տարբեր լինել՝ կախված երեխայի տարիքից, որդանման ելունի դիրքից, օրգանիզմի ռեակտիվականությունից, բորբոքման բնույթից և բարդությունների առկայությունից.

- հանկարծակի սկսված ցավ, որը հիվանդության սկզբում տեղակայվում է էպիգաստրալ շրջանում, հետագայում տեղակայվելով աջ զստափոսի շրջան, կրում է մշտական, տնքացող բնույթ:
- սրտխառնոց հիվանդության առաջին ժամերին
- փսխում – սովորաբար մեկ կամ երկու անգամ՝ հիվանդության առաջին ժամերին
- բերանի չորություն, լեզվի փառակալում
- ջերմաստիճանային ռեակցիան սովորաբար 37.5-38°C
- հաճախասրտություն
- հարկադրական դիրք – հաճախ աջ կողքի վրա պառկած՝ ոտքերը մոտեցրած որովայնին:

Հավելված 2

Ֆիզիկական քննություն

Երեք տարեկանից բարձր երեխաներ

- Շոշափելիս աջ զստափոսի շրջանում նշվում է տեղային ցավոտություն և որովայնի առաջային պատի մկանների տեղային պասիվ լարվածություն:
- Ցավ էպիմեզոգաստրալ շրջանում, որն այնուհետև տեղափոխվում է աջ զստափոսի շրջան:
- Ցավի ուժգնացում երբ հիվանդը պառկում է ձախ կողքի վրա:
- Ցավի ուժգնացում աջ զստափոսի շրջանում՝ ձախ զստափոսի շրջանը շոշափելիս:
- Ցավի ուժգնացում աջ զստափոսի շրջանում խորանիստ շոշափումը կտրուկ դադարեցնելիս:
- Ջերմաստիճանի և անոթազարկի անհամապատասխանություն (նորմայում ջերմաստիճանի 1 աստիճան բարձրացումը հաճախացնում է անոթազարկը 10-ով, իսկ ապենդիցիտի դեպքում նշանակալիորեն ավելի հաճախ է անոթազարկը):
- Ուղիղ աղու մատնային քննությամբ հայտնաբերվում է ուղիղ աղու աջ պատի ցավոտություն:

- Որդանման ելունի ռետրոցեկալ տեղակայման դեպքում կարող է նշվել ցավ գոտկային եռանկյան շրջանում:
- Որդանման ելունի կոնքային տեղադրության դեպքում ցավոտ է վերցայլային շրջանը
- Հետորովայնամզային տեղադրության դեպքում ցավոտ է աջ գոտկային շրջանը, ցավը ճառագայթում է դեպի սեռական օրգաններ կամ աջ միզաձորան և առաջացնել դիզուրիկ երևույթներ: Որովայնը փափուկ է, անցավ, Պաստերնացկու ախտանիշը՝ դրական:
- Ենթայարդային տեղադրության դեպքում դիտվում են բազմաթիվ փսխումներ, մաշկի թույլ դեղնավուն երանգ, ցավ աջ թուվակողի շրջանում և տեղային մկանային լարում, որովայնի ստորին հատվածները փափուկ են, անցավ: Օրդների ախտանիշը՝ դրական:

Մինչև երեք տարեկան երեխաների առանձնահատկությունները

- Մշտական, տնքացող բնույթի ցավ էպիգաստրալ շրջանում կամ պորտի շուրջ, որն այնուհետև տարածվում է որովայնի բոլոր բաժիններով և միայն մի քանի ժամ անց կարող է տեղակայվել աջ զստափոսի շրջանում:
- Լեզուն թեթև պատված է սպիտակավուն փառով:
- Հաճախ աղիները չեն գործել, երբեմն լուծ:
- Երեխան անհանգիստ է, քմահաճ է դառնում, հրաժարվում է սննդից:
- Տենդ 38-39°C
- Բազմաթիվ փսխումներ
- Երեխան նեգատիվ է տրամադրված որովայնի շոշափմանը (շոշափողի ձեռքերը պետք է տաք լինեն)
- Որովայնի աջ կեսը չափավոր փքված է, հետ մնում շնչառությունից
- Մշտական ախտանիշ է մկանների պասիվ լարումը, որը դժվար է հայտնաբերվում անհանգիստ երեխայի մոտ:
- Նպատակահարմար է երեխայի զննումը ինքնուրույն կամ դեղորայքային քնած վիճակում
- Ուղիղ աղու մատնային հետազոտումը երբեմն հայտնաբերում է ուղիղ աղու առաջային պատի ցավոտություն:

Հավելված 3

Լաբորատոր և հյուսվածաբանական քննություն

ԱԸՔ – չափավոր լեյկոցիտոզ 11-15 x 10⁹: Թուլացած և հաճախ հիվանդացող երեխաների դեպքում կարող է դիտվել լեյկոպենիա, սակայն լեյկոբանաձևի ձախ թեքումով, ԷՆԱ-ն արագացած է, փոքր տարիքի երեխաների դեպքում բնորոշ է հիպերլեյկոցիտոզը 15 x 10⁹ և ավելի բարձր:

ՄԸՔ – աննշան քանակությամբ էրիթրոցիտներ և լեյկոցիտներ որդանման ելունի կոնքային և հետորովայնամզային տեղակայման դեպքում:

Հյուսվածաբանական քննություն – հայտնաբերվում են որդանման ելունի բորբոքային և/կամ դեստրուկտիվ փոփոխություններ:

Հավելված 4

Ապենդիկուլյար ինֆիլտրատի բուժում

Պահպանողական բուժումը ցուցված է անշարժ և պինդ ինֆիլտրատի առկայության դեպքում: Վարման տակտիկան.

1. Խիստ անկողնային ռեժիմ
2. Տեղային սառը – երեխայի աջ զստափոսի շրջանում տեղադրվում է սառույցի պարկ 15 րոպե տևողությամբ և 5 րոպե ընդմիջումով մինչև 12 ժամվա ընթացքում
3. Հակաբակտերիալ բուժում (տես գործելակարգ)
4. Ինֆուզիոն թերապիա (տես գործելակարգ)
5. Պարբերաբար հսկողություն որովայնի և կոնքի խոռոչի ԳՁՀ և ԱԸՔ լեյկոբանաձևի միջոցով
6. Ինֆիլտրատի ներծծման դեպքում (պահպանողական բուժման 7-10-րդ օրը) – վիրահատություն – ապենդեկտոմիա
7. Ինֆիլտրատից թարախակույտի (15%) ձևավորման դեպքում (պահպանողական բուժման 5-7-րդ օրը) – վիրահատություն – թարախակույտի դրենավորում:
8. Հետվիրահատական շրջան (տես գործելակարգ):