

**ԹՈՔԵՐԻ ՔՐՈՆԻԿ ՕՔՍՏՐՈՒԿՏԻՎ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԴԵՊՔՈՒՄ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ
ԱՆՁԳԱՅԱՑՄԱՆ ԱՆՑԿԱՑՄԱՆ ԳՈՐԾԵԼԱԿԱՐԳ**

Ընդհանուր դրույթներ

Թոքերի քրոնիկ օքստրուկտիվ հիվանդությունը (ԹՔՕՀ) բնորոշվում է շնչուղիների խցանմամբ, որը սովորաբար ունի զարգացող բնույթ և կապված է վնասակար մասնիկների կամ գազերի հանդեպ շնչուղիների և թոքերի բարձրացած քրոնիկ բորբոքային պատասխանով: ԹՔՕՀ ախտորոշումն այժմ իր մեջ ներառում է նախկինում կիրառվող «քրոնիկ բրոնխիտ» և «էմֆիզեմա» եզրույթները: Քրոնիկ բրոնխիտը սահմանվում է որպես 2 հաջորդական տարում ընդհանուր առմամբ 3 ամիս տևողությամբ քրոնիկ, խորխարտադրությամբ հազ, երբ հազի այլ պաճառները (օրինակ՝ բրոնխէկտազներ) բացառվել են: Փոքր շնչուղիների բորբոքումը առաջացնում է խցանում և օդի թակարդում, որը բերում է օդափոխություն/արյունամատակարարում (V/Q) հարաբերության անհամապատասխանության և շնչառական մկանների վատ աշխատանքի: Էմֆիզեման հյուսվածաբանական ախտորոշում է, որի դեպքում սահմանային բրոնխիոլներից հեռակա գտնվող օդատարածքները ախտաբանական և կայուն կերպով մեծացած են՝ առանց ակնհայտ ֆիբրոզի առկայության: Ալվեոլների կառուցվածքային ամբողջականության կորուստը բերում է գազերի նվազ տեղափոխման, ինչպես նաև V/Q հարաբերության անհամապատասխանության: Հաճախ հնարավոր չէ տարբերակում անցկացնել այս երկու ենթատեսակների միջև, և դրանց հարաբերական ազդեցությունները յուրաքանչյուր հիվանդի դեպքում տարբեր է: ԹՔՕՀ-ի համար չկա որևէ միայնակ ախտորոշման եղանակ: Ախտորոշումը հիմնվում է հիվանդության պատմության, զննման և շնչուղիների խցանման շնչաչափական հաստատման համակցության վրա: Մեծ Բրիտանիայի առողջության և բժշկական օգնության տրամադրման ազգային ինստիտուտը (NICE) և Թոքերի քրոնիկ օքստրուկտիվ հիվանդության համաշխարհային նախաձեռնությունը (GOLD) տրամադրում են ԹՔՕՀ ախտորոշման և գնահատման ուղեցույցներ: ԹՔՕՀ ամենակարևոր վտանգի գործոնը ծխախոտի օգտագործումն է: Վտանգի այլ գործոններն են փոշուն և մթնոլորտի ախտոտմանը մասնագիտության հետ կապված ենթարկումը, վատ կենցաղատնտեսական պայմանները, կրկնվող վիրուսային վարակները, α -1 հակատրիփսինի անբավարարությունը և տարբեր այլ տարածքային փոփոխական գործոններ: Ժառանգական գործոնը նույնպես կարող է նշանակություն ունենալ: ԹՔՕՀ ախտորոշումը պետք է դիտարկել 35 տարեկանից բարձր տարիքի հիվանդների մոտ, ովքեր ունեն որևէ վտանգի գործոն (հիմնականում

ծխախոտի օգտագործում) և ներկայանում են ֆիզիկական ակտիվության ժամանակ շնչարգելությունով, քրոնիկ հազով, կանոնավոր խորխարտադրությամբ, հաճախակի ձմեռային «բրոնխիտներով» կամ սուլող շնչառությամբ: Շնչուղիների խցանումը պետք է հաստատել հետբրոնխոլայնացման շնչաչափումով: ԹՔՕՀ ախտորոշելու համար շնչուղիների խցանումը սահմանվում է ՈւԱԾ₁/ՈւԿՏ հարաբերության <0.7 ցուցանիշով: ԹՔՕՀ ծանրության գնահատման համար որևէ միայնակ հետազոտություն չկա: Այն գնահատվում է բազմակի գործոնների համակցմամբ, ներառյալ՝ շնչուղիների խցանման աստիճանի գնահատումը, աշխատունակության անկման աստիճանը, սրացումների հաճախությունը, ԱԱԾ₁, T_{LCO}, շնչարգելության աստիճան, ֆիզիկական ակտիվության տղերանտություն և մարմնի զանգվածի ցուցիչ (ՄՁՑ): ԹՔՕՀ սրացումները կարող են դիտվել հաճախ՝ բերելով հիվանդի ախտանշանների արագ և հարաճուն վատթարացման և նորմալ առօրյա կյանքի խախտման: ԹՔՕՀ կապակցված է մի շարք ուղեկցող հիվանդությունների հետ, ինչպիսիք են թոքերի քաղցկեղը և թոքային հիպերտենզիան:

Համաձայն մի շարք աղբյուրների՝ ԹՔՕՀ լայն տարածված է վիրաբուժական հիվանդների շրջանում և հանդիպում է 5-10% ընդհանուր վիրաբուժության, 10-12 % սրտային վիրաբուժության և մինչև 40% կրծքային վիրաբուժության թեկնածուների մոտ: ԹՔՕՀ-ով հիվանդներն ունեն թոքային հարվիրահատական բարդությունների բարձր վտանգ, միևնույն ժամանակ ԹՔՕՀ-ը ցանկացած վիրահատության համար չի հանդիսանում բացարձակ հակացուցում: Ընդհանուր առմամբ համարվում է, որ որքան հեռու է միջամտությունը ստոժանուց, այնքան ցածր է բարդությունների առաջացման հավանականությունը: Անէսթեզիոլոգը ունի որոշիչ դերակատարում ԹՔՕՀ հիվանդի ըղնհանուր վիճակի գնահատման, նախավիրահատական հետազոտությունների ծավալի որոշման և նեղ մասնագետների խորհրդատվությունների պահանջի որոշման հարցերում:

Գործելակարգի մշակման աշխատանքային խմբի անդամների անվանացուցակ

1. Վարոսյան Ա. Ֆ., բ.գ.թ., Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի (ԵՊԲՀ) հետբուհական և շարունակական բժշկական կրթության ֆակուլտետի անէսթեզիոլոգիայի և ինտենսիվ թերապիայի ամբիոնի դոցենտ, «Էրեբունի» բժշկական կենտրոնի անէսթեզիոլոգ, Անէսթեզիոլոգների և ինտենսիվ թերապևտների հայկական միության նախագահ:

Թղթակցական հասցե՝ ՀՀ, ք. Երևան, 0087, Տիպոգրադայան փող. 14, հեռ.՝ +37491490597, էլ. փոստ՝ avarosyan@gmail.com

2. Մանգոյան Հ.Ն., ք.գ.թ., Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի շարունակական բժշկական կրթության ֆակուլտետի անեսթեզիոլոգիայի և ինտենսիվ թերապիայի ամբիոնի դոցենտ, «Էրեբունի» բժշկական կենտրոնի վերակենդանացման բաժանմունքի գիտական ղեկավար:
Թղթակցական հասցե՝ ՀՀ, ք. Երևան, 0010, Վարդանանց 18/1, հեռ՝ +37410592100

Շահերի բախման հայտարարագիր և ֆինանսավորման աղբյուրներ

Աշխատանքային խմբի անդամները հայտարարում են իրենց շահերի բախման բացակայության մասին:

Գործելակարգի մշակման հենքը

Սույն գործելակարգը մշակվել է հետևյալ արդի գրականության աղբյուրների և UpToDate տեղեկատվական շտեմարանի տվյալների հիման վրա՝

1. Sweet, D. G., Carnielli, V., Greisen, G., Hallman, M., Ozek, E., Plavka, R., ... & Halliday, H. L. (2013). European consensus guidelines on the management of neonatal respiratory distress syndrome in preterm infants-2013 update. *Neonatology*, 103(4), 353-368.
2. DynaMed Plus [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995 - . Record No. 115226, Bronchopulmonary dysplasia; [updated 2017 Apr 28, cited 2017 Oct 02]; Available from <http://www.dynamed.com/login.aspx?direct=true&site=DynaMed&id=115226>.
3. Ann R Stark, MDEric C Eichenwald, MD. Management of bronchopulmonary dysplasia. UpToDate Inc. <http://www.uptodate.com> (Accessed on October 02, 2017.)
4. Diaz-Fuentes, Gilda, Hafiz Rizwan Talib Hashmi, and Sindhaghatta Venkatram. "Perioperative Evaluation of Patients with Pulmonary Conditions Undergoing Non-Cardiothoracic Surgery." *Health Services Insights* 9.Suppl 1 (2016): 9–23. PMC. Web. 11 Oct. 2017.

Գործելակարգի հիվանդի մոդել

Սույն գործելակարգի հիվանդի մոդելն է հիվանդանոցում ընդհանուր անզգայացման ենթարկվող թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդությամբ մեծահասակ հիվանդը (Աղյուսակ 1):

Այուսակ 1

Ընդհանուր անզգայացման ենթարկվող թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդությամբ հիվանդի մոդել

Մոդելի պարտադիր բաղադրիչ	Բաղադրիչի նկարագրությունը
Նոզոլոգիական ձևը	Թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդություն
Տարիքային կարգավիճակ	Մեծահասակներ
Հիվանդության աստիճանը	Ցանկացած
Հիվանդության փուլը	Ցանկացած
Բարդությունները	Անկախ բարդություններից
Կողը ըստ ՀՄԴ-10	J 44.0
Բուժօգնության ցուցաբերման պայմանները	Ներիվանդանոցային

Հապավումներ

ՈՒԱԾ՝ ուժեղացված արտաշնչման ծավալը 1-ին վայրկյանին

ՈՒԿՏ՝ ուժեղացված կենսական տարողություն

ԱՎԴՃ՝ արտաշնչման վերջում դրական ճնշում

ԸԴՃՕ՝ ընդմիջվող դրական ճնշումով օդափոխում

ԹՔՕՀ՝ թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդություն

ՄՁՑ՝ մարմնի զանգվածի ցուցիչ

I:E՝ ներշնչում-արտաշնչում հարաբերություն

T_{LCO}՝ թոքերի CO-ի տեղափոխման գործոն

V/Q՝ օդափոխում/արյունամատակարարում հարաբերություն

1. Նախավիրահատական շրջան

1.1 Նախավիրահատական գնահատման ժամանակ կատարել՝

1.1.1 հիվանդության պատմության մանրակրկիտ հավաքում՝ հատուկ ուշադրություն դարձնելով՝

1.1.1.1 ծխելու պատմությանը,

1.1.1.2 շնչարգելությանը,

1.1.1.3 հազին,

1.1.1.4 խորխարտադրությանը:

1.1.1.5 Պարզել.

1.1.1.5.1 սրացումների հաճախությունը,

1.1.1.5.2 հակաբիոտիկների կամ ստերոիդների վերջին կիրառման տևողությունը,

1.1.1.5.3 ներհիվանդանոցային բուժումները,

1.1.1.5.4 տվյալներ արհեստական շնչառության ինվազիվ և ոչ ինվազիվ մեթոդների վերջին անհրաժեշտության վերաբերյալ,

1.1.2 Ֆիզիկալ քննություն.

1.1.2.1 հետվիրահատական թոքային բարդությունների համար կանխատեսիչ են՝

1.1.2.1.1 թուլացած շնչական ծայները,

1.1.2.1.2 երկարացած արտաշնչումը,

1.1.2.1.3 սուլոցները:

1.1.3 Ֆունկցիոնալ ընդունակության գնահատում՝

1.1.3.1 որոշել ֆիզիկական վարժությունների նկատմամբ տոլերանտությունը՝ հարցնել բարձունքներ և աստիճաններ բարձրանալու կարողության մասին,

1.1.3.2 կատարել վարժությունների հասարակ փորձեր, որոնց արդյունքները կորելացվում են վարժությունների ավելի խիստ փորձերի արդյունքների հետ՝

1.1.3.2.1 աստիճաններ բարձրանալ, կամ

1.1.3.2.2 քայլքի 6 բուպեանոց փորձ:

1.1.4 Գնահատել սնուցման վիճակը.

1.1.4.1 սնուցման վատ վիճակը՝ <35 գ/լ մակարդակի ալբումինով, հետվիրահատական թոքային բարդությունների զարգացման բարձր կանխատեսիչ է:

1.2 Հետազոտություններ

1.2.1 Կատարել շնչաչափում

1.2.1.1 եթե կլինիկապես հնարավոր չէ որոշել արդյոք ԹՔՕՀ կառավարված է, թե ոչ:

1.2.1.2 ներկրծքային վիրահատություններից առաջ

1.2.2 Կատարել արյան գազերի որոշում չափավոր և ծանր ԹՔՕՀ-ով հիվանդների մոտ:

1.2.3 Կրծքավանդակի ռենտգեն հետազոտությունը պարտադիր չէ:

1.2.3.1 Վերջինս պետք է կատարել, եթե կլինիկորեն կասկածվում է վարակ, կամ վերջերս ախտանշանները վատթարացել են:

1.3 Դեղորայք

1.3.1 Բարձր դեղաչափով բետա-ադրենէրգիկ ազոնիստներ կամ համակարգային գլյուկոկորտիկոիդներ օգտագործող հիվանդների մոտ կատարել էլեկտրոլիտների և գլյուկոզայի մակարդակի որոշում:

1.3.2 Շարունակել նշանակված ներշնչական բետա-ազոնիստ և հակախոլիներգիկ բրոնխոլայնիչների, ինչպես նաև ներշնչական գլյուկոկորտիկոիդների ընդունումը նախավիրահատական շրջանում, այդ թվում վիրահատության առավոտյան:

1.3.3 Մշտական սուլոդ շնչառությամբ և ֆունցկիոնալ սահմանափակումներով ԹՔՕՀ-ով հիվանդներին հարվիրահատական շրջանում տալ գլյուկոկորտիկոիդներ՝ անկախ օգտագործվող բրոնխալայնիչներից: Հնարավորության դեպքում խորհրդակցել թոքաբանի հետ:

1.3.4 Նախավիրահատական շրջանում տազնապը, որը բերում է ԹՔՕՀ ախտանշանների վատթարացման՝ շնչառության հաճախացման և թոքերի գերլցման հետևանքով, կարելի է նվազեցնել ցածր դեղաչափի սեդատիվներով՝ միդազոլամ 0.25-0.5 մգ՝ չհանգեցնելով շնչառության ընկճման:

1.3.5 Նախավիրահատական շրջանում գերազանցապես ցավով պայմանավորված հաճախաշնչության դեպքում սեդատիվների փոխարեն պրեմեդիկացիան կատարել ափիոնային դեղորայքով՝ ֆենտանիլ 25-50 մկգ:

1.3.6 Կասեցնել թեոֆիլինի ընդունումը վիրահատության նախորդող երեկոյան:

1.3.7 Վիրահատությանը նախորդող վեց ամսվա ընթացքում 3-ից ավել շաբաթ տևողությամբ >20 մգ/օր պրեդնիզոն կամ դրան համարժեքը (մեթիլպրեդնիզոլոն՝ 16 մգ/օր, դեքսամեթազոն՝ 2 մգ/օր,

հիդրոկորտիզոն՝ 80 մգ/օր) ստացած հիվանդներին անզգայացումից անմիջապես առաջ էմպիրիկ կերպով տալ սթրես-դեղաչափով գլյուկոկորտիկոիդներ՝ մակերիկամային անբավարարության զարգացումից խուսափելու համար:

1.3.7.1 էմպիրիկ սթրես-դեղաչափով գլյուկոկորտիկոիդներ չտալ փոքր վիրահատությունների դեպքում, երբ անէսթեզիոլոգի կողմից կատարվում է հսկում (monitored anesthesia care, MAC):

1.4 Հետաձգել վիրահատությունը եթե հնարավոր է և անցկացնել համապատասխան բուժում՝

1.4.1 շնչական ակտիվ վարակի ախտանշանների հայտնաբերման դեպքում,

1.4.2 չկարգավորված կամ վատ կարգավորված $\text{P}\text{-}\text{P}\text{O}_2$ դեպքում:

1.5 Խրախուսել ծխախոտի օգտագործման դադարեցումը նախավիրահատական շրջանում, լավագույն դեպքում՝ վիրահատությունից 8 շաբաթ առաջ:

1.6 Ծանր $\text{P}\text{-}\text{P}\text{O}_2$ ունեցող հիվանդների դեպքում պլանավորել հետվիրահատական շրջանում ԻԹԲ տեղափոխումը:

1.7 Առատ խորխարտադրության դեպքում ներվիրահատական բրոնխախցանումից և թոքաբորբից խուսափելու նպատակով նախավիրահատական շրջանում կարող է կատարվել կրծքավանդակի ֆիզիոթերապիա:

2. Անզգայացման ընտրություն և ընթացք

2.1 Հնարավորության դեպքում նախընտրությունը տալ ռեգիոնալ անզգայացմանը:

2.2 Հնարավորության դեպքում խուսափել շնչափողի ինտուբացիայից:

2.3 Միևնույն ժամանակ, որոշ դեպքերում, օրինակ՝ ճարպակալումով հիվանդներ, ռեգիոնալ պաշարման պահանջվող բարձր մակարդակ, ռեգիոնալ անզգայացման վտանգները կարող են գերակշռել հավանական առավելություններին մեծ ծավալի սիմպատեկտոմիայի պատճառով:

2.4 Քննարկել զարկերակային մուտքի ապահովման հնարավորությունը՝ ՋՃ անմիջական ճափման և արյան գազային կազմի բազմակի որոշումների նպատակով:

2.5 Ընդհանուր անզգայացման դեպքում անզգայացումից առաջ թթվածնաքաղցով բոլոր հիվանդներին կատարել նախաօքսիգենացիա:

- 2.6 Ընդմիջվող դրական ճնշումով օդափոխման (ԸԴՃՕ) դեպքում
 - 2.6.1 կիրառել արտաշնչման վերջում դրական ճնշում (ԱՎԴՃ),
 - 2.6.2 ավելացնել արտաշնչման տևողությունը՝ նվազեցնելով շնչառության հաճախությունը կամ I:E հարաբերությունը (1:3-1:5):
- 2.7 Վիրահատության ժամանակ կատարել ստանդարտ հսկողություն՝
 - 2.7.1 շարունակական պուլսօքսիմետրիա,
 - 2.7.2 շարունակական կապնոգրաֆիա,
 - 2.7.3 շարունակական ԷՍԳ,
 - 2.7.4 ջերմության շարունակական չափում,
 - 2.7.5 ՋՃ չափում 5 րոպեում առնվազն 1 անգամ:
- 2.8 Էքստուբացիա
 - 2.8.1 Կատարել նստած վիճակում:
 - 2.8.2 Էքստուբացիա կատարելուց առաջ համոզվել, որ
 - 2.8.2.1 նյարդամկանային դեղորայքի ազդեցությունն ամբողջապես վերականգնվել է,
 - 2.8.2.2 մարմնի ջերմաստիճանը նորմալ է,
 - 2.8.2.3 հիվանդը բավարար օքսիգենացված է,
 - 2.8.2.4 PaCO₂-ի մակարդակը մոտ է նախավիրահատական ցուցանիշին:
 - 2.8.3 Էքստուբացիայից առաջ և հետո կարող են կիրառվել բրոնխոլայնիչներ:

3. Հետվիրահատական շրջան

- 3.1 Հիվանդության ծանր և նշանակալի ուղեկցող հիվանդություններով դեպքերը վարել այն պայմաններում, որտեղ հնարավոր է կատարել զարկերակային արյան գազերի կանոնավոր չափում և օդափոխման ոչ ինվազիվ մեթոդների տրամադրում:
- 3.2 Խուսափել մնացորդային անզգայացման կամ ափիոնային դեղորայքի հետևանքով առաջացող թերօդափոխումից:
- 3.3 Խրախուսել վաղ շարժունությունը:
- 3.4 Ատելեկտազների կանխարգելման և խորխարտադրության խրախուսման համար կիրառել

3.4.1 աղաջրով ներուլիզացում,

3.4.2 արտաձծում,

3.4.3 ֆիզիոթերապիա:

3.5 Մինչ շարժունակության ամբողջական վերականգնումը կատարել

3.5.1 սալբուտամոլ ներուլայզերով, 2.5 մգ օրը 4 անգամ, և

3.5.2 իպրատրոպիում, ներուլայզերով, 500 մկգ օրը 4 անգամ:

3.5.3 դուրս գրումից առնվազն 24 ժամ առաջ վերադարձ կատարել ներշնչական դեղաձևին:

3.6 Անցկացնել դեղաբանական թրոմբականխարգելում ցածրամոլեկուլայր հեպարիններով

3.7 Ապահովել բավարար հետվիրահատական ցավազրկում,

3.7.1 անհրաժեշտության դեպքում՝ նաև էպիդուրալ ցավազրկում:

4. Բժշկական ծառայությունների հիմնական և լրացուցիչ ցանկեր

4.1 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	1-3 օրեր
	Մեզի ընդհանուր քննություն	1	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/բժիշկ	1-7 օրեր
	Արյան մեջ գլյուկոզայի մակարդակի որոշում	1	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/բժիշկ	1-3 օրեր

	Արյան մեջ ալբումինի մակարդակի որոշում	1	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/բժիշկ	1-3 օրեր
	Ակտիվացված մասնակի թրոմբապլաստի նի ժամանակի որոշում	1	2	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/բժիշկ	1-7 օրեր
	Արյան մեջ ֆիբրինոգենի մակարդակի որոշում	1	2	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/բժիշկ	1-7 օրեր
	Պրոտրոմբինայի ն ժամանակի Որոշում	1	2	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/բժիշկ	1-7 օրեր
	Միջազգային բնականոնացված հարաբերակցության որոշում	1	2	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/բժիշկ	1-7 օրեր
	Էլեկտրասրտագրություն	1	1	Անզգայացման բաժանմունք	Անզգայացման կամ վիրաբուժական բաժանմունքի բուժքույր	1 օրը
	Զարկերակային ճնշման չափում	1	3	Անզգայացման բաժանմունք	Անզգայացման կամ վիրաբուժական բաժանմունքի բուժքույր	1 օրը
	Սրտի կծկումների հաճախականության չափում	1	3	Անզգայացման բաժանմունք	Անզգայացման կամ վիրաբուժական բաժանմունքի	1-3 օրը

					բուժքույր	
	Պուլսօքսիմետրի ա	1	3	Անզգայացման բաժանմունք	Անզգայացման կամ վիրաբուժական բաժանմունքի բուժքույր	1-3 օրը
	Սպիրոմետրիա	1	1	Գործիքային ախտորոշման բաժանմունք	Գործիքային ախտորոշման բաժանմունքի բժիշկ	1 օր
	Շնչափողի ինտուբացիա	1	1	Անզգայացման բաժանմունք	Անէսթեզիոլոգ	1-3 օրերը
	Շնչափողի սանացիա	1	2	Անզգայացման բաժանմունք	Անէսթեզիոլոգ	1-3 օրերը
	Թոքերի արհեստական օդափոխություն	1	1	Անզգայացման բաժանմունք	Անէսթեզիոլոգ	1-3 օրերը
	Ծայրամասային երակային կաթետրի տեղադրում	1	1	Անզգայացման բաժանմունք	Անէսթեզիոլոգ	1-3 օրերը
	Միզապարկի կաթետրավորում	1	1	Անզգայացման բաժանմունք	Անէսթեզիոլոգ	1-3 օրերը
	Անզգայացման մասնագետի խորհրդատվությ ուն	1	2	Անզգայացման բաժանմունք	Անէսթեզիոլոգ	1-3 օրը

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

Ծածկա գիր	Անվանում	Տրամադրմա ն հաճախակա- նություն	Միջին քանակ	Ստորաբաժանում	Մասնագետ	Կատարմ ան ժամկետն եր
--------------	----------	---	----------------	---------------	----------	-------------------------------

	ԱՍՏ/ԱԼՏ	0.5	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/ բժիշկ	1-7 օրեր
	Արյան մեջ բիլիրուբինի մակարդակի որոշում	0.5	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/ բժիշկ	1-7 օրեր
	Արյան մեջ միզանյութի մակարդակի որոշում	0.5	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/ բժիշկ	1-3 օրեր
	Արյան մեջ կրեատինինի մակարդակի որոշում	0.5	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/ բժիշկ	1-7 օրեր
	Արյան մեջ էլեկտրոլիտն երի (Na, K, Cl) մակարդակի որոշում	0.5	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/ բժիշկ	1-7 օրեր
	Նեղ մասնագետի խորհրդատվո ւթյուն	0.5	2	Այլ բաժանմունքներ	Ցանկացած նեղ մասնագետ	1 օրը
	Բրոնխոսկոպ իա	0.25	1	Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք	Ինտենսիվ թերապևտ/ էնդոսկոպիստ	1-3 օրերը

	Կրծքավանդակի ոննոզեն քննություն	0.25	1	Ճառագայթաբանական ախտորոշման ծառայություն	Բժիշկ- ճառագայթա- բան/տեխնիկ	1-3 օրերը
	Կրծքավանդակի ՀՇ քննություն	0.1	1	Ճառագայթաբանական ախտորոշման ծառայություն	Բժիշկ- ճառագայթա- բան/տեխնիկ	1-3 օրեր
	Որովայնի և փոքր կոնքի ԳԶՀ	0.25	1	Ճառագայթաբանական ախտորոշման ծառայություն	Բժիշկ- ճառագայթա- բան/տեխնիկ	1-3 օրեր
	Ուլտրաձայնային էխոսրտագրություն	0.25	1	Ճառագայթաբանական ախտորոշման ծառայություն	Բժիշկ- ճառագայթա- բան/տեխնիկ	1-3 օրեր

5. Դեղերի հիմնական և լրացուցիչ ցանկեր

5.1. Պահանջներ դեղորայքային բուժման նկատմամբ (հիմնական ցանկ)

ԴԹՑ	ԱԹՔԴ	ՄՈԱ	Նշանակման հաճախա- կանություն	ԿՈԴ	ՀԿԴ	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ
Էլեկտրոլիտների լուծույթներ	B05CB01	0.9% NaCl	1	2.0 L	4.0 L	Անզգայացման մասնագետ/ բուժքույր	1-3 օր
Էլեկտրոլիտների լուծույթներ	B05BB01	Ռինգերի լուծույթ	1	2.0 L	4.0 L	Անզգայացման մասնագետ/ բուժքույր	1-3 օր
Էլեկտրոլիտների լուծույթներ	B05BB01	Հավասարակշռված ջրաաղային լուծույթ	1	2.0 L	4.0 L	Անզգայացման մասնագետ/ բուժքույր	1-3 օր
Բժշկական գազեր	VO3AN01	Թթվածին	1	5.76 L	17.28 L	Անզգայացման	1-3 օր

						մասնագետ/ բուժքույր	
Քնաբեր միջոցներ՝ հալոգենացված հիդրոկարբոններ	N01AB06	Իզոֆլյուրան	1	15 մլ	15 մլ	Անզգայացման մասնագետ/ բուժքույր	1 օր
Քնաբեր միջոցներ՝ հալոգենացված հիդրոկարբոններ	N01AB08	Սևոֆլյուրան	1	12 մլ	20 մլ	Անզգայացման մասնագետ/ բուժքույր	1 օր
Հակաբիոտիկներ՝ ցեֆալոսպորին	J01DD04	Ցեֆտրիաքսոն	1	2.0 գ	2.0 գ	Անզգայացման մասնագետ/ բուժքույր	1 օր
Միորելակասանտներ	M03AC0 4	Ատրակուրիումի բեզիլատ	1	150 մգ	150 մգ	Անզգայացման մասնագետ/ բուժքույր	1 օր
Քնաբեր միջոցներ	N05CD0 8	Միդազոլամ	1	15.0 մգ	105.0 Մգ	Անզգայացման մասնագետ/ բուժքույր	1-3 օր
Ընդհանուր անզգայացման ոչ ինհալյացիոն միջոցներ	N01AX10	Պրոպոֆոլ	1	800 մգ	800 մգ	Անզգայացման մասնագետ/ բուժքույր	1 օր
Ցավազրկող թմրեցուցիչ միջոցներ	N02AA01	Մորֆին	1	10.0 մգ	30.0 Մգ	Անզգայացման մասնագետ/ բուժքույր	1-3 օր
Ափիոնային անզգայացնող միջոցներ	N02AX02	Տրամադոլ	1	200 մգ	600 մգ	Անզգայացման մասնագետ/ բուժքույր	1-3 օր
Հակամակարոհիզներ՝ Հեպարին	B01AB06	Ֆրաքսիպարին	1	0.3 մլ	0.9 մլ	Անզգայացման մասնագետ/ բուժքույր	1-3 օր

Տեղային անզգայացողներ, հակաառիթմիկներ	C01BB01	Լիդոկային	1	240.0 մգ	240.0 մգ	Անզգայացման մասնագետ/ բուժքույր	1 օր
Տեղային անզգայացողներ, հակաառիթմիկներ	N01BB01	Բուպիվակային	1	15.0 մգ	15.0 մգ	Անզգայացման մասնագետ/ բուժքույր	1 օր
Բետա 2 ադրեներգիկ ընկալիչների ընտրողական ագոնիստներ	R03AC02	Սալբուտամոլ	1	0.8 մգ	1.6 մգ	Անզգայացման մասնագետ/ բուժքույր	1-3 օր
Պրոտոնային պոմպի արգելակիչներ	A02BC01	Օմեպրազոլ	0.5	20.0 մգ	60.0 Մգ	Ինտենսիվ թերապիայի մասնագետ/ բուժքույր	1-3 օր
Պրոտոնային պոմպի արգելակիչներ	A02BC02	Պանտոպրազոլ	0.5	40.0 մգ	120.0 մգ	Ինտենսիվ թերապիայի մասնագետ/ բուժքույր	1-3 օր

5.2. Պահանջներ դեղորայքային բուժման նկատմամբ (լրացուցիչ ցանկ)

ԴԹՆ	ԱԹՔ	ՄՈԱ	Նշանակման հաճախակա- նություն	ԿՈԴ	ՀԿԴ	Մասնագետ	Կատար ման ժամկետ ներ
Հակաբիոտիկներ՝ ֆթորիսինոլոն	J01MA14	Մոքսիֆլոքսացին	0.25	0.4 գ	0.4 Գ	Անզգայացման մասնագետ/ բուժքույր	1 օր
Պլազմայի փոխարինման միջոցներ	B05AA01	Ալբումինի 20% լուծույթ	0.25	200 մլ	600 Մլ	Անզգայացման մասնագետ/ բուժքույր	1 օր
Կարդիոտոնիկներ	C01CA07	Դոբութամին	0.1	1.8 մգ	3.6 մգ	Անզգայացման մասնագետ/ բուժքույր	1-3 օր

						բուժքույր	
Ադրենոմիմետիկներ	CO1CA04	Դոպամին	0.1	1.8 մգ	3.6 մգ	Անզգայացման մասնագետ/բուժքույր	1-3 օր
Մ-խոլինոարգելակիչներ	S01FA01	Ատրոպին	0.05	10.0 մգ	30.0 մգ	Անզգայացման մասնագետ/բուժքույր	1 օր
Ոչ սթերոիդ հակաբորբոքային միջոցներ	M01AB05	Դիկլոֆենակ	0.5	75.0 մգ	75.0 մգ	Անզգայացման մասնագետ/բուժքույր	1-2 օր
Ոչ սթերոիդ հակաբորբոքային միջոց	M01AB15	Կետորոլակ	0.5	30.0 մգ	60.0 մգ	Անզգայացման մասնագետ/բուժքույր	1-2 օր
Ցավազրկող ոչ թմրեցուցիչ միջոցներ	N02BE01	Պարացետամոլ	0.5	1.5 գ	3.0 գ	Անզգայացման մասնագետ/բուժքույր	1-3 օր

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

Սույն Գործելակարգի համաձայն տվյալ պահանջները կատարումը պարտադիր չէ:

10. Պահանջներ սննդակարգի նշանակման և սահմանափակումների վերաբերյալ

Սույն Գործելակարգի համաձայն տվյալ պահանջները կատարումը պարտադիր չէ:

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

Հարկավոր է պացիենտի հետ համատեղ քննարկել անզգայացման խնդիրները և հավանական ելքերը:

12. 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	85%		Անցում համապատասխան վերականգողական ուղեցույցին/ գործելակարգին
Ապաքինում ֆիզիոլոգիական գործընթացի կամ ներգրավված օրգանի ֆունկցիայի ամբողջական կորստով	10%		Անցում համապատասխան վերականգողական ուղեցույցին/ գործելակարգին
Յատրոգեն բարդությունների զարգացում	5%		Անցում համապատասխան ախտաբանության բուժման ուղեցույցին/ գործելակարգին
Մահացու ելք	5%		Հետվիրահատական շրջանում