

**ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ՇՐՋԱՆՈՒՄ ՀԱՍՏ ԵՎ ՈՒՂԻՂ ԱՂՈՒ ՉԱՐՈՐԱԿ
ՆՈՐԱԳՈՅԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՎԱՂ ԲԱՑԱՀԱՅՏՄԱՆ ՆՊԱՏԱԿՈՎ ՍԿՐԻՆԻՆԳԻ
ԱՆՑԿԱՑՄԱՆ ԳՈՐԾԵԼԱԿԱՐԳ**

Ընդհանուր դրույթներ

Հաստ և ուղիղ աղու չարորակ նորագոյացությունները (ՀՈւԱՉՆ) մահվան և հաշմանդամության առաջատար պատճառներից են ամբողջ աշխարհում: Տարեկան ԱՄՆ-ում գրանցվում է ՀՈւԱՉՆ-երի 135,430 դեպք: Չնայած, որ ՀՈւԱՉՆ-ի մահացությունը 1990 թվականից ի վեր նվազել է 2.5-3%-ով, այն դեռևս մնում է չարորակ գոյացություններից մահվան առաջատար պատճառներից մեկը՝ ԱՄՆ-ում կանանց շրջանում հանդիսանալով երրորդ, իսկ տղամարդկանց շրջանում՝ երկրորդ պատճառը: Ըստ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (ԱՀԿ) GLOBOCAN ծրագրի տվյալների 2012թ. Հայաստանի Հանրապետությունում ՀՈւԱՉՆ տարածվածությունը կազմել է 22.8 դեպք՝ 100.000 բնակչության հաշվարկով, և զբաղեցնում է 3-րդ հորիզոնականը կանանց շրջանում դիտվող չարորակ նորագոյացությունների մեջ՝ կրծքագեղձի և արգանդի չարորակ նորագոյացություններից հետո: Ըստ ԱՀԿ նույն ծրագրի տվյալների Հայաստանի Հանրապետությունում դիտվող չարորակ նորագոյացություններից մահացության դեպքերի 13.4%-ը պայմանավորված է ՀՈւԱՉՆ-ով, ինչը զբաղեցնում է 3-րդ հորիզոնականը թոքի և ստամոքսի քաղցկեղներից հետո: Կարևոր է նշել, որ բուժական միջամտությունների արդյունավետության աստիճանը պայմանավորված է տվյալ ախտաբանության վաղ հայտնաբերմամբ և վաղ ուղորդմամբ: ՀՈւԱՉՆ-երի հանդիպման հաճախականությունն աճում է տարիքին զուգընթաց: ԱՄՆ-ում գրանցվող դեպքերի 90%-ը հանդիպում է 50-ից բարձր տարիքի անձանց շրջանում, և 80 տարեկան հասակում ՀՈւԱՉՆ-երի հանդիպման հաճախականությունը կազմում է 3.7 դեպք՝ 1000 բնակչության հաշվարկով, իսկ մինչև 40 տարեկանը այն հազվադեպ է հանդիպում, չնայած արձանագրվում է կայուն աճ և նշված տարիքային խմբում: Բացի տարիքից, ՀՈւԱՉՆ-երի կարևորագույն ռիսկի գործոններ են համարվում ՀՈւԱՉՆ-երի ընտանեկան պատմությունը, հատկապես առաջին աստիճանի հարազատների շրջանում, հաստ և ուղիղ աղու պոլիպների և ադենոմաների ինչպես

անձնական, այնպես էլ ընտանեկան պատմությունը, և աղիների բորբոքային հիվանդությունների (ԱԲՔ) անձնական պատմությունը:

Վաղ հայտնաբերումը, վաղ ուղորդումը և համապատասխան սկրինինգի և հետազոտման անցկացումը մեծ օգտակարություն ունեն, քանի որ նախաչարորակ աղետնամաների վաղ հեռացումը կարող է կանխարգելել ՀՈւԱՉՆ-երի առաջացումը, իսկ մենակի կամ տեղայնացված նորագոյացությունների վաղ հեռացումը կարող է նվազեցնել ՀՈւԱՉՆ-ասոցացված մահացությունը: Ուստի, բացի ՀՈւԱՉՆ կասկածյալ ախտանիշեր ունեցող պացիենտների վաղ հայտնաբերումից ու վաղ ուղորդումից, անգնահատելի է նաև բնակչության ռիսկի խմբում գտնվող անձանց շրջանում կանոնավոր սկրինինգների անցկացումը, որը մեծամասամբ իրականացվում է կոլոնոսկոպիայի միջոցով:

Գործելակարգի մշակման աշխատանքային խմբի անդամների անվանացուցակ

1. Նարիմանյան Մ.Զ, ՀՀ ԱՆ գլխավոր թերապևտ, Երևանի Մխիթար Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի ընտանեկան բժշկության ամբիոնի վարիչ, «Ռեսպիրատոր միություն» առողջապահական ՀԿ նախագահ, «Ընտանեկան բժիշկների ակադեմիական միավորում» ՀԿ համանախագահ
Թղթակցական հասցե՝ ՀՀ, ք. Երևան, 0025, Կորյունի 2, հեռ՝ (010) 582532 էլ. փոստ՝ mikayel.narimanyan@gmail.com
2. Աբրահամյան Ա.Ֆ., Երևանի Մխիթար Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի կոլոպրոկտոլոգիայի ամբիոնի դոցենտ, ուսումնական մասի վարիչ, բ.գ.թ., Հայկական կոլոպրոկտոլոգների միության վարչության անդամ, Պրոկտո-Կլինիկ կենտրոնի ղեկավար :
Թղթակցական հասցե՝ ՀՀ, ք. Երևան, 0025, Արուսյան 54, հեռ՝ (010) 54 56 30 էլ. փոստ՝ abramyan.med@mail.ru
3. Ավետիսյան Ա. Վ., բժիշկ-թերապևտ, «Վարդանանց» նորարարական բժշկության կենտրոն

Թղթակցական հասցե՝ ՀՀ, ք. Երևան, 0010, Վարդանանց 18/1, հեռ՝ +374 10592100,
էլ՝ֆոստի՝ aavetisyan@vardanants.am

Շահերի բախման հայտարարագիր և ֆինանսավորման աղբյուրներ

Պատասխանատու կարգավորողը և աշխատանքային խմբի անդամները հայտարարում են իրենց շահերի բախման բացակայության մասին:

Գործելակարգի մշակման հենքը

Սույն Գործելակարգը մշակվել է բազմամասնագիտական խմբի կողմից հետևյալ արդի գրականության աղբյուրների և UpToDate տեղեկատվական շտեմարանի տվյալների հիման վրա՝

1. Levin, B., Lieberman, D. A., McFarland, B., Smith, R. A., Brooks, D., Andrews, K. S., ... & Pickhardt, P. (2008). Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps, 2008: a joint guideline from the American Cancer Society, the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology. *CA: a cancer journal for clinicians*, 58(3), 130-160.
2. Qaseem, A., Denberg, T. D., Hopkins, R. H., Humphrey, L. L., Levine, J., Sweet, D. E., & Shekelle, P. (2012). Screening for colorectal cancer: a guidance statement from the American College of Physicians. *Annals of internal medicine*, 156(5), 378-386.
3. DynaMed Plus [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995 - . Record No. 114074, Colorectal cancer screening; [updated 2017 Oct 13, cited 2017 Oct 21]; Available from <http://www.dynamed.com/login.aspx?direct=true&site=DynaMed&id=114074>.
4. American Cancer Society Guidelines on Screening and Surveillance for the Early Detection of Colorectal Adenomas and Cancer in People at Increased Risk or High Risk Last Medical Review: January 27, 2017 Last Revised: July 7, 2017

Գործելակարգի պացիենտի մոդել

Սույն Գործելակարգի պացիենտի մոդելն է հաստ և ուղիղ աղու չարորակ նորագոյացությունների սկրինինգի ենթակա անձիք (Աղյուսակ 1):

Աղյուսակ 1

Հաստ և ուղիղ աղու չարորակ նորագոյացությունների սկրինինգի ենթակա պացիենտի մոդել

Մոդելի պարտադիր բաղադրիչ	Բաղադրիչի նկարագրությունը
Նոզոլոգիական ձևը	Հաստ աղու չարորակ նորագոյացություններ, հաստ աղու ռեկտոսիգմոիդալ միակցության չարորակ նորագոյացություններ, ուղիղ աղու չարորակ նորագոյացություններ
Տարիքային կարգավիճակ	Մեծահասակներ
Հիվանդության աստիճանը	
Հիվանդության փուլը	
Բարդությունները	
Կոդը ըստ ՀՄԴ-10	C 18.0 – C18.9; C19; C 20
Բուժօգնության ցուցաբերման պայմանները	Արտահիվանդանոցային

Հապավումներ

ԱԲՔ՝ աղիների բորբոքային հիվանդություն

ԱՀԿ՝ առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն

ԸԱՊ՝ ընտանեկան ադենոմատոզ պոլիպոզ

ԿԹԱԹ՝ կղանքում թաքնված արյան թեստ

ՀՈԱ՝ հաստ և ուղիղ աղի

ՀՈԱԶՆ՝ հաստ և ուղիղ աղու չարորակ նորագոյացություններ

1. Ռիսկի խմբեր

1.1 Միջին ռիսկի խումբ են համարվում 50-75տ անձիք, ովքեր չունեն ՀՈւԱԶՆ ընտանեկան պատմություն, ՀՈւԱ պոլիպների, ադենոմաների և ԱԲՔ անձնական պատմություն:

1.2 Բարձր ռիսկի խումբ են համարվում անձիք, ովքեր ունեն

1.2.1 ՀՈւԱԶՆ կամ ՀՈւԱ ադենոմաների ընտանեկան պատմություն, կամ

1.2.2 ՀՈւԱԶՆ կամ ՀՈւԱ ադենոմաների անձնական պատմություն, կամ

1.2.3 ԱԲՔ անձնական պատմություն

2. Միջին ռիսկի խմբի 50-75 տ անձանց շրջանում կատարել

2.1 ԿԹԱԹ՝ տարեկան մեկ անգամ, կամ

2.2 ԿԹԱԹ՝ 3 տարին մեկ անգամ և սիզմոդոսկոպիա՝ 5 տարին մեկ անգամ, կամ

2.3 Կոլոնոսկոպիա՝ 10 տարին մեկ անգամ

3. Բարձր ռիսկի խմբի անձանց շրջանում կատարել կոլոնոսկոպիա

3.1 5 տարին մեկ անգամ, սկսած 40 տարեկանից կամ առաջին աստիճանի հարազատի մոտ հայտնաբերման տարիքից 10 տարի շուտ, եթե առկա է ՀՈւԱԶՆ կամ ադենոմատոզ պոլիպի ընտանեկան պատմություն

3.1.1 առաջին աստիճանի հարազատի շրջանում, որը հայտնաբերվել է մինչև 60 տարեկանը, կամ

3.1.2 երկու և ավել առաջին աստիճանի հարազատների շրջանում՝ հայտնաբերված ցանկացած տարիքում

3.2 10 տարին մեկ անգամ, սկսած 40 տարեկանից, եթե առկա է ՀՈւԱԶՆ կամ ադենոմատոզ պոլիպի ընտանեկան պատմություն՝

3.2.1 առաջին աստիճանի հարազատի շրջանում, որը հայտնաբերվել է ≥ 60 տարիքում, կամ

3.2.2 երկու առաջին աստիճանի հարազատների շրջանում

- 3.3 ԱԲՔ-ի (խոցային կոլիտ, Կրոնի հիվանդություն) անձնական պատմության դեպքում՝ 1-2 տարին մեկ անգամ, սկսած պանկոլիտի զարգացումից 8 տարի անց, կամ ձախակողմյան կոլիտի զարգացումից 12-15 տարի անց:
- 3.4 Հաստ և ուղիղ աղու ժառանգական ոչ պոլիպոզ քաղցկեղի (Լինչի համախտանիշ) գենետիկ հաստատված կամ ըստ ընտանեկան պատմության բարձր ռիսկի խմբի դեպքերում՝ 1-2 տարին մեկ անգամ, սկսած 20 տարեկանից կամ ընտանեկան դեպքի հայտնաբերման տարիքից 10 տարի շուտ:
- 3.5 Ընտանեկան ադենոմատոզ պոլիպոզի (ԸԱՊ) գենետիկ հաստատված կամ գենետիկ չհաստատված հավանական ախտորոշման դեպքերում կատարել ճկուն սիգմոիդոսկոպիա՝ տարեկան մեկ անգամ, սկսած 10-12 տարեկանից:

4. Նախորդ կոլոնոսկոպիայի ժամանակ հայտնաբերված պոլիպոզ պացիենտների շրջանում կատարել կոլոնոսկոպիա

- 4.1 Ուղիղ աղու փոքր հիպերպլաստիկ պոլիպների դեպքում՝ ինչպես միջին ռիսկի խմբի անձանց:
- 4.2 1 կամ 2 փոքր (<1 սմ) ցածր աստիճանի դիսպլազիայով տուբուլյար ադենոմաների դեպքում՝ պոլիպների հեռացումից 5-10տ անց: Կոլոնոսկոպիաների հաճախականությունը որոշել ըստ կլինիկական դեպքի:
- 4.3 5 տարին մեկ անգամ՝ պոլիպների հեռացումից **1** տ անց, եթե ադենոման(երը) բնութագրվել է (են) որպես
 - 4.3.1 3-10 փոքր (<1 սմ), կամ
 - 4.3.2 1 մեծ (≥ 1 սմ), կամ
 - 4.3.3 բարձր աստիճանի դիսպլազիայով ցանկացած ադենոմա, կամ
 - 4.3.4 թարթչավոր ադենոմա
- 4.4 10-ից ավել ադենոմաների դեպքում՝ պոլիպների հեռացումից **1** տ անց:
 - 4.4.1 Դիտարկել ԸԱՊ և/կամ Լինչի համախտանիշի գենետիկ հետազոտում:

4.5 Լայն հիմքով (sessile) աղետնամաների դեպքում՝ պոլիպների հեռացումից 2-6 ամիս անց: Հետագա կոլոնոսկոպիայի կատարումը որոշել ըստ կլինիկական դեպքի:

5. Բժշկական ծառայությունների հիմնական և լրացուցիչ ցանկեր

5.1 Պահանջներ ախտորոշման, բուժման և խորհրդատվությունների նկատմամբ (հիմնական ցանկ)

Ծածկագիր	Անվանում	Տրամադրման հաճախականություն	Միջին քանակ	Ստորաբաժանում	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ
	Կոլոնոսկոպիա	1	1	Էնդոսկոպիկ ախտորոշման բաժանմունք	Բժիշկ կոլոնոսկոպիստ	1-3օր
	Կղանքում թաքնված արյան թեստ	1	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման բաժանմունքի բժիշկ	1-3օր
	Ուռուցքաբան	1	1	Մասնագիտացված բուժօգնություն	Ուռուցքաբան	1-3օր

5.2 Պահանջներ ախտորոշման, բուժման և խորհրդատվությունների նկատմամբ լրացուցիչ ցանկ

Ծածկագիր	Անվանում	Տրամադրման հաճախականություն	Միջին քանակ	Ստորաբաժանում	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ
	Ճկուն սիգմոիդոսկոպիա	0.5	1	Էնդոսկոպիկ ախտորոշման բաժանմունք	Բժիշկ կոլոնոսկոպիստ	1-3օր
	Գենետիկ	0.1	1	Բժշկական	Բժշկական	1-3օր

	հետազոտություն			գենետիկայի կենտրոն	գենետիկայի մասնագետ	
--	----------------	--	--	-----------------------	------------------------	--

5. Դեղերի հիմնական և լրացուցիչ ցանկեր

5.1. Պահանջներ դեղորայքային բուժման նկատմամբ (հիմնական ցանկ)

ԴԹԽ	ԱԹՔԴ	ՄՈԱ	Նշանակման հաճախա- կանություն	ԿՈԴ	ՀԿԴ	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ
Ընդհանուր անզգայացման ոչ ինհալացիոն միջոցներ	N05CD08	Միդազոլամ	1	15.0 մգ	15.0 Մգ	Անզգայացման մասնագետ/ բուժքույր	1 օր
Ընդհանուր անզգայացման ոչ ինհալացիոն միջոցներ	N01AX10	Պրոպոֆոլ	1	200 մգ	200 մգ	Անզգայացման մասնագետ/ բուժքույր	1 օր

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

Սույն Գործելակարգի համաձայն տվյալ պահանջների կատարումը պարտադիր չէ:

10. Պահանջներ սննդակարգի նշանակման և սահմանափակումների վերաբերյալ

Սույն Գործելակարգի համաձայն տվյալ պահանջների կատարումը պարտադիր չէ:

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

Հարկավոր է պացիենտի հետ համատեղ քննարկել բուժման կատարման խնդիրները և հավանական ելքերը բուժումը սկսելուց առաջ:

12. Հիվանդի տվյալ մոդելի հնարավոր ելքերը

Հիվանդի 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	85-95 %	1 տարի	Անցում համապատասխան վերականգողական ուղեցույցին/ գործելակարգին
Ապաքինում ֆիզիոլոգիական գործընթացի կամ ներգրավված օրգանի ֆունկցիայի ամբողջական կորստով	5%	3 ամիս	Անցում համապատասխան վերականգողական ուղեցույցին/ գործելակարգին
Յատրոգեն բարդությունների զարգացում	10%	3 ամիս	Անցում համապատասխան ախտաբանության բուժման ուղեցույցին/ գործելակարգին
Մահացու ելք	30-35 %		