

ՍՈՒՐ ԻՇԵՄԻԿ ԻՆՍՈՒՆՏՈՎ ՄԵԾԱՀԱՍԱԿ ՊԱՑԻԵՆՏՆԵՐԻ ՎԱՐՄԱՆ ԳՈՐԾԵԼԱԿԱՐԳ

Ընդհանուր դրույթներ

Իշեմիկ ինսուլտները (ԻԻ) կազմում են ուղեղի արյան շրջանառության սուր խանգարումների (ՈԻԱՇՍԻ) գերակշռող մասը՝ 80-87%-ը: Այս պաթոլոգիան բնորոշվում է լայն տարածվածությամբ և բարձր մահացությամբ՝ ԱՄՆ-ում տարեկան ավելի քան 700,000 մարդկանցից, որոնք տառապում են իշեմիկ բնույթի ուղեղի արյան շրջանառության խանգարումներից 20%-ը մահանում է առաջիկա մեկ տարվա ընթացքում: Գոյություն ունեն նաև գենդերային և տարիքային առանձնահատկություններ. տղամարդկանց շրջանում հանդիպում է ավելի հաճախ և 75% դեպքերում ախտահարում է 64 տարեկանն անց անձանց: ԻԻ վերահսկման ենթակա ռիսկի գործոններ են՝ զարկերակային հիպերթենզիան, հիպերլիպոլեյտերինեմիան, շաքարային դիաբետը, նախասրտերի շողացումը, սրտի փականների խնդիրները, կարոտիդ ստենոզը հիպերհոմոցիստերինեմիան: ԻԻ պարագայում ծայրահեղ կարևորություն ունի այսպես կոչեցյալ “Վերապրելու շղթան”, որում ընդգրկված են հետևյալ կազմակերպչական և բուժական միջոցառումները՝

- Վաղ հայտնաբերում
- Շտապ ահազանգ
- Արագ տեսակավորում և տեղափոխում մասնագիտացված բուժաստատություն
- Տեսակավորում ընդունարանում և տեղափոխում համապատասխան բաժանմունք
- Ինսուլտային թիմի մոբիլիզացիա, ճառագայթային և լաբորատոր քննությունների արագ իրականացում
- Ախտորոշման հստակեցում և քննարկում պացիենտի և/կամ վերջինիս ներկայացուցիչների հետ
- Համապատասխան դեղորայքի ներմուծում
- Հետագա բուժման կազմակերպում մասնագիտացված նյարդաբանական կամ ընդհանուր բնույթի ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքում (ԻԹԲ)

ԻԻ համալիր վարման շրջանակներում ապացուցված արդյունավետ բուժական և կազմակերպչական միջամտությունների օրինակներն են՝ բնակչության կրթությունը ԻԻ նախանշանների վերաբերյալ, մասնագիտացված ինսուլտային թիմերի առկայությունը,

դեղաբանական թրոմբոլիզիսը, հակաագրեգանտ թերապիան, վաղ վերականգնողական համալիրը և մի շարք այլ:

Գործելակարգի մշակման աշխատանքային խմբի անդամների անվանացուցակ

1. Հովհաննիսյան Գ.Ա., բ.գ.դ., պրոֆեսոր ՀՀ ԱՆ Գլխավոր նյարդաբան , Հայաստանի Նյարդաբանների ասոցիացիայի նախագահ, Երևանի Մ.Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի հետբուհական և շարունակական կրթության նյարդաբանության ամբիոնի վարիչ, «Սուրբ Գրիգոր Լուսավորիչ» ԲԿ-ի նյարդաբանության կլինիկայի ղեկավար
Թղթակցական հասցե՝ ՀՀ, ք. Երևան, 0056 Գյուրջյան 10, հեռ՝ +374 10 64-21-67
2. Մանվելյան ՀՄՄ բժշկ պրոֆեսոր, «Աստղիկ» բժշկական կենտրոնի Ընդհանուր և անոթային նյարդաբանության բաժանմունքի ղեկավար, Երևանի Մ.Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի նյարդաբանության ամբիոնի վարիչ
Թղթակցական հասցե՝ ՀՀ, ք. Երևան, 0032 Դանիել Վարուժանի փող., 28 շենք, հեռ՝ (060) 651214
3. Աղաբեկյան Գեղամ Գուրգենի, բ.գ.թ., ՀՀ ԱՆ գլխավոր ախտորոշիչ ճառագայթաբան, «Աղաբեկյան ԱԿ» հիմնադիր տնօրեն
Թղթակցական հասցե՝ Հայաստանի Հանրապետություն, ք. Երևան, 0014, Ազատության 1/24 հեռ՝ (+374) 10255928
4. Մանգոյան Հ.Ն., բ.գ.թ., Երևանի Մխիթար Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի շարունակական բժշկական կրթության ֆակուլտետի անեսթեզիոլոգիայի և ինտենսիվ թերապիայի ամբիոնի դոցենտ, «Էրեբունի» բժշկական կենտրոնի վերակենդանացման բաժանմունքի գիտական ղեկավար:
Թղթակցական հասցե՝ Հայաստանի Հանրապետություն, ք. Երևան, 0010, Վարդանանց 18/1, հեռ՝ (+374) 10592100

Շահերի բախման հայտարարագիր և ֆինանսավորման աղբյուրներ

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

Գործելակարգի մշակման հենգը

Սույն Գործելակարգը մշակվել է Հայաստանի նյարդաբանների միության անդամների կողմից Ամերիկյան սրտաբանական ասոցիացիայի և Ամերիկայի ինսուլտների ասոցիացիայի 2013թ. “Սուր իշեմիկ ինսուլտով պացիենտների կլինիկական ուղեցույց”-ի (AHA/ASA Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association) և մի շարք այլ արդի գրականական աղբյուրների տվյալների հիման վրա:

Գործելակարգի պացիենտի մոդել

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

Այուսակ 1

Մեծահասակների ուղեղի ինֆարկտով պացիենտի մոդել

Մոդելի պարտադիր բաղադրիչ	Բաղադրիչի նկարագրությունը
Նոզոլոգիական ձևը	Ուղեղի ինֆարկտ
Տարիքային կարգավիճակ	Մեծահասակներ
Հիվանդության աստիճանը	Ցանկացած
Հիվանդության փուլը	Առաջիկա 48 ժամերը
Բարդությունները	Անկախ բարդություններից
Կողը ըստ ՀՄԴ-10	I 63
Բուժօգնության ցուցաբերման պայմանները	Հիվանդանոցային

Հապավումներ

ԻԹԲ՝ ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք

ՀՇ՝ համակարգչային շերտագրություն

ՋՃ՝ զարկերակային ճնշում

ՄՌՇ՝ մագնիսա ռեզոնանսային շերտագրություն

ՖԲ՝ ֆիբրինոլիտիկ բուժում

ԹԱՕ՝ թոքերի արհեստական օդափոխություն

ԽԵԹ՝ խորանիստ երակների թրոմբոզ

aPTT (activated partial thromboplastin time)՝ ակտիվացված մասնակի թրոմբապլաստինի ժամանակ

National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)՝ Ազգային առողջապահության ինստիտուտի ինսուլտների սանդղակ

INR (international normalized ratio)՝ միջազգային բնականոնացվաց հարաբերակցություն

rtPA (recombinant tissue Plasminogen Activator)՝ հյուսվածքային պլազմինոգենի ռեկոմբինանտ խթանիչ

1. **Նախահոսպիտալային փուլ**

1.1 Ի՞նչ կասկածի կանչին շտապ օգնության ծառայության կողմից պետք է տրվի գերակայություն և արձագանքման ժամանակը հասցվի նվազագույնի

1.2 Նախահոսպիտալային բուժօգնությունը ցուցաբերող անձնակազմը պետք է օգտագործի ինսուլտի գնահատման համապատասխան սանդղակներ ինչպիսին են օրինակ՝ Los Angeles Prehospital Stroke Screen կամ Cincinnati Prehospital Stroke Scale

1.3 Ապահովել կենսական կարևոր ֆունկցիաները (ABC)՝ շնչուղիների անցանելիություն, շնչառություն, սրտի աշխատանք

1.4 Սկսել թթվածնային թերապիա՝ սատուրացիան > 94% հասցնելու համար

1.5 Ապահովել երակային մուտք (18 կամ 20 G կաթետրով)

1.6 Չափել և կարգավորել գլուկոզի մակարդակը արան մեջ

1.7 Բացահայտել նշանների սկսվելու կոնկրետ պահը, կամ վերջին անգամ նորմալ վիճակում գտնվելու ժամանակը, գտնել հարազատի կոնտակտային տվյալներ

1.8 Շտապ տեղափոխել համապատասխան ինսուլտների բաժին/ծառայություն ունեցող մոտակա բուժհաստատություն

1.9 Առնվազն 15 րոպե առաջ տեղեկացնել ընդունող բուժհաստատությանը, որ ի՞նչ կասկածով պացիենտ է բերվում

- 1.10 Խուսափել մեծ քանակությամբ (≥ 500 մլ) ներերկային հեղուկների ներմուծումներից, զարկերակային ճնշման (ՋՃ) շտկումից եթե ՋՃ սիստ. ≤ 180 մմ.սս. և per os դեղորայքի տալուց
- 1.11 Դեպքի վայրում անց կացրած ժամանակահատվածը չպետք է գերազանցի 20 րոպե

2. **Վիճակի մեկնարկային գնահատում ընդունարանում**

- 2.1 Հարկավոր է ավարտել մեկնարկային գնահատումը և նախապայմանների բավարարման պարագայում սկսել ֆիբրինոլիտիկ բուժումը (ՖԲ) պացիենտի ընդունարան ժամանումից 60 րոպեների ընթացքում
- 2.2 ՖԲ հասանելիության դեպքում հարկավոր է այն առաջարկել բոլոր ԻԻ պացիենտներին: ՖԲ ցուցումները և հակացուցումները տես՝ Հավելված 1-ում: ՖԲ մանրամասները տես՝ Կետ 7.
- 2.3 Պացիենտի նյարդաբանական վիճակը գնահատել NIHSS սանդղակի օգնությամբ
- 2.4 Կատարել սահմանափակ քանակով լաբորատոր թեստեր՝ արյան ընդհանուր քննություն, էլեկտրոլիտներ, միզանյութ, կրեատինին, սրտային տրոպոնին, ակտիվացված մասնակի թրոմբապլաստինի ժամանակ (aPTT), պրոտրոմբինային ժամանակ, միջազգային բնականոնացվաց հարաբերակցություն (INR), ֆիբրինոգեն: Ն/ե rtPA սկսելու համար լաբորատոր հետազոտություններից պարտադիր է համարվում միայն արյան մեջ գլյուկոզային մակարդակի որոշումը
- 2.5 Կատարել ԷՍԳ բոլոր ԻԻ կասկածով պացիենտներին: Սակայն, ԷՍԳ իրականացանումը չպետք է հետաձգի ՖԲ մեկնարկը

3. **Գլխուղեղի ճառագայթաբանական հետազոտություններ**

- 3.1 Կատարել առանց կոնտրաստի ՀՇ: Այս հետազոտությունը սովորաբար բավարար է մեկնարկային որոումներ ընդունելու համար՝ բացառվում է արյունազեղումը և իշմեիկ փոփոխությունների առկայության դեպքում (բացառությամբ հստակ ձևավորված հիպոդենս օջախի), անկախ դրանց չափերից, խորհուրդ է տրվում ն/ե ՖԲ Նեգատիվ պատկերի դեպքում բայց հստակ նյարդաբանական դեֆիցիտի առկայության պայմաններում խորհուրդ է տրվում պերֆուզիոն ՀՇ:

- 3.2 Ն/ե ՖԲ թեկնածուի նեյրովիզուալիզացիայի արդյունքները պետք է մեկնաբանվի պացիենտի ընդունարան հասնելուց հետո 45 րոպեների ընթացքում՝ բժիշկ-ճառագայթաբանի կողմից:
- 3.3 Հաջորդիվ (≥ 48 ժամ) կարելի կատարել ինչպես ՀՇ այնպես էլ ՄՌՇ

4. Մեկնարկային սիմպտոմատիկ բուժում և վերահսկողություն

- 4.1 Ապահովել կարդիոմոնիտորինգ, որպես նախասրտերի շողացման և այլ անհապաղ միջամտություն պահանջող սրտային առիթմիաների սկրինինգ:
Կարդիոմոնիտորինգը պետք է կատարվի առնվազն 24 ժամ
- 4.2 Ապահովել բուժքույր:պացիենտ հարաբերությունը առավելագույնը 1:3
- 4.3 Ապահովել ինտենսիվ թերապևտի և նյարդաբանի խորհրդատվություններ
- 4.4 Սկսել/շարունակել թթվածնային թերապիան սատուրացիան $> 94\%$ մակարդակի պահպանելու համար
- 4.5 Գիտակցության մակարդակի իջեցման (> 2 միավոր ըստ Գլազգոյի սանդղակի) կամ ազատ շնչառությանը խոչընդոտող բուլբար խանգարումների պարագայում կատարել շնչափողի ինտուբացիա և սկսել թոքերի արհեստական օդափոխություն
- 4.6 Հեմոդինամիկայի վերահսկում՝
- ն/ե rTPA բուժման թեկնածուներին ապահովել ՁՃ սիստոլիկը < 185 մմ սս, իսկ ՁՃ դիաստոլիկը < 110 մմ. սս. մինչև ՖԲ սկսելը
 - պացիենտներին, որոնք ունեն գերբարձր ՁՃ՝ սիստոլիկը > 220 մմ.սս. կամ դիաստոլիկը > 120 մմ.սս. և ենթակա չեն ՖԲ, նպատակահարմար է իջեցնել ՁՃ 15% - ով ինսուլտի սկզբից 24 ժամվա ընթացքում
- 4.7 Կարգավորել հիպովոլեմիան ֆիզիոլոգիական լուծույթով կամ հավասարակշռված ջրաաղային լուծույթներով:
- 4.8 Կարգավորել գլիկեմիան՝ հիպոգլիկեմիան (արյան գլյուկոզա < 3.3 մմոլ/լ կամ < 60 մգ/դլ) պետք է շտկվի: Նպատակը նորմոգլիկեմիկ վիճակն է և սուր ԻԻ պացիենտների շրթանում արյան մեջ գլյուկոզայի մակարդակը հարկավոր է ձգտել պահել 7.8-10 մմոլ/լ (140-180 մգ/դլ) սահմաններում:
- 4.9 Հիպերթերմիայի ($> 38^{\circ}\text{C}$ ջերմություն) պատճառները պետք է բացահայտվեն ու բուժվեն, և հիպերթերմիկ պացիենտներին պետք է տրվի ջերմիջեցնող դեղորայք
- 4.10 Ասպիրինի per os (325mg) կիրառումը սուր ԻԻ զարգացումից 24-48ժ ընթացքում ցուցված է պացիենտների մեծ մասի համար

4.11 Ստատիստիկ շարունակումը հիմնավորված է այն պացիենտների շրջանում, ովքեր մինչև ԻԻ զարգացումը ստանում էին այդ դեղորայքը

5. Հետագա ընդհանուր բնույթի բուժում

5.1 Թոքաբորբի կամ միզային ուղիների ինֆեկցիայով պացիենտները պետք է բուժվեն համապատասխան հակաբիոտիկներով

5.2 Խորանիստ երակների թրոմբոզի (ԽԵԹ) կանխարգելման նպատակով անշարժ վիճակում գտնվող պացիենտների շրջանում ցուցված է ե/մ հակակոագուլանտների կիրառումը

5.3 Մինչև ուտելը, խմելը կամ per os դեղորայքի կիրառումը հարկավոր է գնահատել կլինիկական ակտը: Դիսֆագիայի պարագայում սնուցումը անցկացնել նազոգաստրալ զոնդով կամ գաստրոստոմայի միջոցով

5.4 Սկսել պացիենտների վաղ մոբիլիզացիայի ծրագրերը

6. Նյարդավիրաբուժական միջամտություններ

6.1 Ուղեղիկի իշեմիկ տարածուն (space-occupying) ինսուլտների պարագայում ցուցված է դեկոմպրեսիվ վիրաբուժական միջամտություն

6.2 ԻԻ հետևանքով առաջացած կիսագնդի չարորակ այտուցի պարագայում դեկոմպրեսիվ վիրաբուժական միջամտությունը հնարավոր է փրկի պացիենտի կյանքը:

6.3 Փորոքային դրենաժի տեղադրումը արդյունավետ է ԻԻ հետևանքով զարգացած երկրորդային սուր հիդրոցեֆալիայով պացիենտների շրջանում

7. Ներերակային ֆիբրինոլիտիկ բուժում rtPA –ի կիրառմամբ

7.1 Ն/ե rtPA-ը (0.9մգ/կգ, առավելագույն դեղաչափը՝ 90 մգ) խորհուրդ է տրվում ընտրված պացիենտներին, որոնց շրջանում հնարավոր է ապահովել դեղորայքի ներմուծումը ԻԻ սկզբից առավելագույնը 3 ժամվա ընթացքում

7.2 ՖԲ պետք է սկսել հնարավորինս շուտ՝ «Դռնից ասեղ» (The Door to Needle time) անցած ժամանակահատվածը լինի որսիստատություն ըդնունվելուց ≤ 60 ր

7.3 Ն/ե rtPA-ով ՖԲ կարող է անցկացվել որոշ պացիենտներին ինսուլտի զարգացումից 3 - 4.5ժ անց, բացառությամբ անձանց, ովքեր ունեն հետևյալ ցուցանիշներից ≥ 1 1) տարիքը ≥ 80 տ 2) Per os անտիկոագուլյանտների

ընդունում, եթե անգամ $INR < 1.7$; 3) $NIHSS > 25$ 4) շաքարային դիաբետի և ինսուլտի համատեղ անամնեզ

- 7.4 Թեթև դեֆիցիտով ինսուլտի, արագ վերականգնվող ախտանիշներով ինսուլտի, վերջին 3 ամսվա ընթացքում տարած մեծ վիրահատության, վերջերս տարած սրտամկանի ինֆարկտի պարագայում ն/ե ՖԲ օգտագործումը պետք է դիտարկվի, և պոտենցիալ հավելյալ ռիսկը պետք է համեմատվի սպասվելիք դրական արդյունքի հետ
- 7.5 Ն/ե rtPA-ի օգտագործումը այն պացիենտների շրջանում, ովքեր ստանում են թրոմբինի ուղղակի ինհիբիտորներ կամ Xa գործոնի ինհիբիտորներ, կարող է վնասել և խորհուրդ չի տրվում, քանի դեռ զգայուն լաբորատոր թեստերը, ինչպիսին են aPTT, INR, թրոմբոցիտների քանակը, ECT, TT կամ ուղիղ Xa-ի ակտիվության ցուցանիշները նորմալ են, կամ եթե պացիենտը վերջին 2 օրերի ընթացքում չի օգտագործել այդ դեղորայքը (նորմալ երիկամային ֆունկցիայի պարագայում): Նույնը պետք է դիտարկվի նաև այն պացիենտների մոտ, ում նախատեսվում է կատարել ներզարկերակային rtPA

Ոչադրություն. հետևյալ դեղորայքի և միջամտությունների կիրառումը իհ սուր շրջանում հիմնավորված չէ՝

- հակամակարդիչներ իշեմիայի ծավալի նվազեցման համար
- կլոպիդոգրեյլ
- արգաթրոբանի կամ թրոմբինի այլ ուղղակի ինհիբիտորներ
- նեյրոպրոտեկտորներ
- բարձր դեղաչափերով ալբումին
- անոթալայնիչներ
- ներուղեղային արյան հոսքը խթանող սարքավորումներ
- դեղորայքով ինդուկցված հիպերտենզիա
- հիպերվոլեմիկ հեմոդիլյուցիա
- շտապ կարոտիդ էնդարտերեկտոմիա
- հիպոթերմիա
- հիպերբարիկ թթվածնային թերապիա
- ներերակային ստրեպտոկինազա, ուրոկինազա
- հակացնցումային դեղորայքի կանխարգելիչ կիրառում
- հակաբիոտիկների կանխարգելիչ կիրառում
- միզապարկի պլանային կաթետրիզացիա

8. Բժշկական ծառայությունների հիմնական և լրացուցիչ ցանկեր

8.1. Պահանջներ ախտորոշման, բուժման և խորհրդատվությունների նկատմամբ

(հիմնական ցանկ)

Ծածկագիր	Անվանում	Տրամադրման հաճախականություն	Միջին քանակ	Ստորաբաժանում	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ
	Արյան ընդհանուր քննություն լեյկոֆորմուլայով	1	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/ բժիշկ	1-3 օրեր
	Արյան մեջ գլյուկոզայի մակարդակի որոշում	1	2	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/ բժիշկ	1-3 օրեր
	Արյան մեջ միզանյութի մակարդակի որոշում	1	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/ Բժիշկ	1-3 օրեր
	Արյան մեջ կրեատինինի մակարդակի որոշում	1	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/ բժիշկ	1-3 օրեր
	Արյան մեջ էլեկտրոլիտների (Na, K) մակարդակի որոշում	1	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/ բժիշկ	1-3 օրեր
	Ակտիվացված մասնակի թրոմբապլաստինի ժամանակի որոշում	1	2	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/ բժիշկ	1-3 օրեր
	Արյան մեջ ֆիբրինոգենի մակարդակի	1	2	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության	1-3 օրեր

	որոշում				բուժքույր/ բժիշկ	
	Պրոտոնբինային ժամանակի որոշում	1	2	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/ բժիշկ	1-3 օրեր
	Միջազգային բնականոնացվաց հարաբերակցու- թյան որոշում	1	2	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/ բժիշկ	1-3 օրեր
	Գլխուղեղի ՀՇ քննություն առանց կոնտրաստ նյութի	1	1	Ճառագայթաբա- նական ախտորոշման ծառայություն	Բժիշկ- ճառագայթա- բան/տեխնիկ	1-3 օրեր
	Էլեկտրասրտագրո- ւթյուն	1	1	Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք/Ընդ- ունարան	Բուժքույր	1-3 օրեր
	Զարկերակային ճնշման չափում	1	144	Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք	Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքի բուժքույր	1-3 օրեր
	Սրտի կծկումների հաճախականու- թյան չափում	1	144	Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք	Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքի բուժքույր	1-3 օրեր
	Պուլսօքսիմետրիա	1	144	Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք	Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքի բուժքույր	1-3 օրերը
	Ծայրամասային երակային կաթետրի տեղադրում	1	1	Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք	Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքի բուժքույր	1-3 օրերը
	Ինտենսիվ թերապևտի խորհրդատվու-	1	21	Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք	Ինտենսիվ թերապևտ	1-3 օրերը

	թյուն					
	Նյարդաբնախորհրդատվություն	1	4	Նյարդաբանության բաժանմունք	Նյարդաբան	1-3 օրերը
	Նեղ մասնագետի խորհրդատվություն	1	1	Այլ բաժանմունքներ	Ցանկացած նեղ մասնագետ	1-3 օրերը

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

Ծածկագիր	Անվանում	Տրամադրման հաճախականություն	Միջին քանակ	Ստորաբաժանում	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ
	Գլխուղեցի ՄՌՇ	0.5	1	Ճառագայթաբանական ախտորոշման ծառայություն	Բժիշկ-ճառագայթաբան/տեխնիկ	1-3 օրերը
	Ստորին վերջույթների դուպլեքս քննություն	0.1	1	Ճառագայթաբանական ախտորոշման ծառայություն	Բժիշկ-ճառագայթաբան/տեխնիկ	1-3 օրերը
	Կարոտիդների դուպլեքս քննություն	0.1	1	Ճառագայթաբանական ախտորոշման ծառայություն	Բժիշկ-ճառագայթաբան/տեխնիկ	1-3 օրերը
	24ժամյա Հոլտեր մոնիտորինգ	0.1	1	Սրտաբանական ախտորոշման ծառայություն	Բժիշկ-սրտաբան/տեխնիկ	1-3 օրերը
	Արյան մեջ բիլիրոբինի մակարդակի որոշում	0.1	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/բժիշկ	1-3 օրեր
	Արյան մեջ լակտատի մակարդակի որոշում	0.1	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/բժիշկ	1-3 օրեր

	ԱԱՏ/ԱԼՏ	0.1	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/ բժիշկ	1-3 օրեր
	Արյան մեջ ալբումինի մակարդակի որոշում	0.1	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/ բժիշկ	1-3 օրեր
	Արյան գազերի և թթվահումային հավասարա- կշռության որոշում	0.2	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/ բժիշկ	1-3 օրեր
	Մեզի ընդհանուր քննություն	0.5	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/ բժիշկ	1-3 օրեր
	Արյան մեջ էլեկտրոլիտների (Mg, Ca) մակարդակի որոշում	0.1	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/ բժիշկ	1-3 օրերը
	Միզապարկի կաթետրիզացի ա	0.5	1	Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք	Ինտենսիվ թերապևտ	1-3 օրերը
	Կենտրոնական երակային կաթետրի տեղադրում	0.1	1	Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք	Ինտենսիվ թերապևտ	1-3 օրերը
	Որովայնի և փոքր կոնքի ԳՁՀ	0.2	1	Ճառագայթաբա- նական ախտորոշման ծառայություն	Բժիշկ- ճառագայթա- բան/տեխնիկ	1-7 օրեր
	Ուլտրաձայնայի ն	0.2	1	Ճառագայթաբա- նական	Բժիշկ- ճառագայթա-	1-3 օրեր

	Էխսորտագրույթ ուն			ախտորոշման ծառայություն	բան/տեխնիկ	
	Շնչափողի ինտուբացիա	0.2	1	Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք	Ինտենսիվ թերապևտ	1-3 օրերը
	Շնչափողի սանացիա	0.2	1	Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք	Ինտենսիվ թերապևտ	1-3 օրերը
	Բրոնխոսկոպիա	0.2	1	Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք	Ինտենսիվ թերապևտ/ էնդոսկոպիստ	1-3 օրերը
	Կրծքավանդակի ռենտգեն քննություն	0.2	1	Ճառագայթաբա- նական ախտորոշման ծառայություն	Բժիշկ- ճառագայթա- բան/տեխնիկ	1-3 օրերը
	Թոքերի արհեստական օդափոխություն	0.2	1	Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք	Ինտենսիվ թերապևտ	1-3 օրերը
	Զարկերակային կաթետրի տեղադրում	0.1	1	Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք	Ինտենսիվ թերապևտ	1-7 օրերը

9. Դեղերի հիմնական և լրացուցիչ ցանկեր

9.1. Պահանջներ դեղորայքային բուժման նկատմամբ (հիմնական ցանկ)

ԴԹԽ	ԱԹՔԴ	ՄՈԱ	Նշանակման հաճախա- կանություն	ԿՈԴ	ՀԿԴ	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ
Էլեկտրոլիտների լուծույթներ	B05CB01	0.9% NaCL	1	2.0 L	14.0 L	Ինտենսիվ թերապիայի մասնագետ/ բուժքույր	1-7 օր
Էլեկտրոլիտների լուծույթներ	B05BB01	Ռինգերի լուծույթ	1	2.0 L	14.0 L	Ինտենսիվ թերապիայի մասնագետ/ բուժքույր	1-7 օր
Էլեկտրոլիտների լուծույթներ	B05BB01	Հավասարակշռվա ծ ջրաաղային լուծույթ	1	2.0 L	14.0 L	Ինտենսիվ թերապիայի մասնագետ/	1-7 օր

						բուժքույր	
Բժշկական գազեր	VO3AN01	Թթվածին	1	5.76 լ	40.32 լ	Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմուն քիբուժքույր	1-3 օր

9.2. Պահանջներ դեղորայքային բուժման նկատմամբ (լրացուցիչ ցանկ)

ԴԹԽ	ԱԹՔ	ՄՈԱ	Նշանակման հաճախակա- նություն	ԿՈԴ	ՀԿԴ	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ
Հակաբիոտիկներ՝ ցեֆալոսպորին	J01DD04	Ցեֆտրիաքսոն	0.2	2.0 գ	3.0 Գ	Ինտենսիվ թերապիայի մասնագետ/ բուժքույր	1-3 օր
Հակաբիոտիկներ՝ ցեֆալոսպորին	J01DD02	Ցեֆտազիդիմ	0.2	6.0 գ	18.0 Գ	Ինտենսիվ թերապիայի մասնագետ/ բուժքույր	1-3 օր
Հակաբիոտիկներ՝ ֆթորիսինոլոն	J01MA14	Մոքսիֆլոքսացին	0.2	0.4 գ	1.2 Գ	Ինտենսիվ թերապիայի մասնագետ/ բուժքույր	1-3 օր
Հակաբիոտիկներ՝ ֆթորիսինոլոն	J01MA12	Լևոֆլոքսացին	0.1	0.5 գ	1.5 Գ	Ինտենսիվ թերապիայի մասնագետ/ բուժքույր	1-3 օր
Հակաբիոտիկներ՝ ամինոգլիկոզիդ	J01GB03	Գենտամիցին	0.1	0.24 գ	0.72 Գ	Ինտենսիվ թերապիայի մասնագետ/ բուժքույր	1-3 օր
Հակաբիոտիկներ՝ ամինոգլիկոզիդ	J01GB06	Ամիկացին	0.1	1.0 գ	3.0 Գ	Ինտենսիվ թերապիայի մասնագետ/ բուժքույր	1-3 օր
Հակաբիոտիկներ՝ գլիկոպեպտիդ	J01XA01	Վանկոմիցին	0.1	1.0 գ	3.0 Գ	Ինտենսիվ թերապիայի մասնագետ/ բուժքույր	1-3 օր
Ալֆա ադրեներգիկ	CO2CA06	Ուրապիդիլ	0.25	50	100	Ինտենսիվ	1-3 օր

պաշարիչներ				մգ	մգ	թերապիայի մասնագետ/ բուժքույր	
Անգիոտենզին ֆերմենտի ինհիբիտորներ	C09AA01	Կապտոպրիլ	0.25	50	150	Ինտենսիվ թերապիայի մասնագետ/ բուժքույր	1-3 օր
Ալֆա և բետա ադրեներգիկ ընկալիչների անտագոնիստ	C07CG01	Լաբետալոլ	0.25	20	40	Ինտենսիվ թերապիայի մասնագետ/ բուժքույր	1-3 օր
Հակամակարոդիչներ , հեպարին	B01AB06	Ֆրաքսիպարին	0.25	0.3 մլ	0.9 մլ	Ինտենսիվ թերապիայի մասնագետ/ բուժքույր	1-3 օր
Հակաբիոտիկներ՝ իմիդազոլի ածանցյալ	J01XD01	Մետրոնիդազոլ	0.1	1.5 գ	4.5 Գ	Ինտենսիվ թերապիայի մասնագետ/ բուժքույր	1-3 օր
Համակարգային օգտագործման հակասնկայիններ	J02AC01	Ֆյուկոնազոլ	0.1	0.4 գ	1.2 Գ	Ինտենսիվ թերապիայի մասնագետ/ բուժքույր	1-3 օր
Պլազմայի փոխարինման միջոցներ	B05AA01	Ալբումինի 20% լուծույթ	0.1	50 մլ	100 մլ	Ինտենսիվ թերապիայի մասնագետ/ բուժքույր	1-3 օր
Ադրենոմիմետիկներ	C01CA04	Դոպամին	0.25	1.8 մգ	1.8 Մգ	Ինտենսիվ թերապիայի մասնագետ/ բուժքույր	1-3 օր
Քնաբեր միջոցներ	N05CD08	Միդազոլամ	0.25	15.0 մգ	45.0 Մգ	Ինտենսիվ թերապիայի մասնագետ/ բուժքույր	1-3 օր
Ափիոնային անզգայացնող միջոցներ	N02AX02	Տրամադոլ	0.25	200 մգ	600 մգ	Ինտենսիվ թերապիայի մասնագետ/ բուժքույր	1-3 օր

Ցավագրկող ոչ թմրեցուցիչ միջոցներ	N02BE01	Պարացետամոլ	0.5	1.5 գ	4.5 Գ	Ինտենսիվ թերապիայի մասնագետ/ բուժքույր	1-3 օր
Ցավագրկող ոչ թմրեցուցիչ միջոցներ	N02BB02	Մետամիզոլ	0.5	1.0 գ	3.0 գ	Ինտենսիվ թերապիայի մասնագետ/ բուժքույր	1-3 օր
Ոչ սթերոիդ հակաբորբոքային միջոցներ	M01AB05	Դիկլոֆենակ	0.25	75.0 մգ	150.0 Մգ	Ինտենսիվ թերապիայի մասնագետ/ բուժքույր	1-3 օր
Ոչ սթերոիդ հակաբորբոքային միջոց	M01AB15	Կետորոլակ	0.25	30.0 մգ	60.0 մգ	Ինտենսիվ թերապիայի մասնագետ/ բուժքույր	1-3 օր
Միոբլեկասանտներ	M03AC04	Ատրակուրիումի բեզիլատ	0.05	300 մգ	600 մգ	Ինտենսիվ թերապիայի մասնագետ/ բուժքույր	1 օր
Ալֆա- բետա ադրենոմիմետիկներ	C01CA24	Ադրենալին	0.05	9.0 մգ	9.0 մգ	Ինտենսիվ թերապիայի մասնագետ/ բուժքույր	1 օր
Հակաառիթմիկ միջոցներ	C01BD01	Ամիոդարոն	0.05	600 Մգ	600 մգ	Ինտենսիվ թերապիայի մասնագետ/ բուժքույր	1 օր
Մ- խոլինոարգելակիչներ	S01FA01	Ատրոպին	0.1	10.0 մգ	10.0 մգ	Ինտենսիվ թերապիայի մասնագետ/ բուժքույր	1 օր
Կորտիկոսթերոիդներ	C05AA09	Դեքսամետազոն	0.05	8.0 մգ	8.0 մգ	Ինտենսիվ թերապիայի մասնագետ/ բուժքույր	1 օր

Տեղային անզգայացողներ, հակաառիթմիկներ	C01BB01	Լիդոկաին	0.1	120.0 մգ	120.0 մգ	Ինտենսիվ թերապիայի մասնագետ/ բուժքույր	1 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	0.2	40.0 մգ	120.0 մգ	Ինտենսիվ թերապիայի մասնագետ/ բուժքույր	1-3 օր
Դոֆամինային ընկալիչների կենտրոնական արգելակիչներ	A03FA01	Մետոկլոպրամիդ	0.1	40.0 մգ	40.0 մգ	Ինտենսիվ թերապիայի մասնագետ/ բուժքույր	1-3 օր
		Էնտերալ սնուցում	0.2	750 կկալ/ օրը	2250 կկալ/ օրը	Ինտենսիվ թերապիայի մասնագետ/ բուժքույր	1-3 օր

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

Սույն Գործելակարգի համաձայն տվյալ պահանջները կատարումը պարտադիր չէ:

11. Պահանջներ սննդակարգի նշանակման և սահմանափակումների վերաբերյալ

Սույն Գործելակարգի համաձայն ցածր կալորիականությամբ (500-750 կկալ/օրը) էնտերալ սնուցումը առաջին ընտրության տարբերակն է: Վերջինիս անհնարինության պարագայում (օրինակ՝ ստամոքս-աղիքային տրակտի անանցանելիության նշաններ) հարկավոր է քննարկել պարէնտերալ սնուցման տարբերակները:

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

Հարկավոր է պացիենտի և/կամ նրան ներկայացուցիչների հետ համատեղ քննարկել իշեմիկ ինսուլտի համալիր բուժման խնդիրները և հավանական ելքերը հնարվորինս շուտ և ոչ ուշ քան ախտորոշմանը հաջորդող 72 ժամերի ընթացքում:

13. 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	45%	12 ամիս	Անցում համապատասխան վերականգողական ուղեցույցին/ գործելակարգին
Ապաքինում Ֆիզիոլոգիական գործընթացի կամ ներգրավված օրգանի ֆունկցիայի ամբողջական կորստով	15%	3 ամիս	Անցում համապատասխան վերականգողական ուղեցույցին/ գործելակարգին
Յատրոգեն բարդությունների զարգացում	5%	Ցանկացած փուլին	Անցում համապատասխան ախտաբանության բուժման ուղեցույցին/ գործելակարգին
Մահացու ելք	Մինչև 30 %	Ներհիվանդանոցային փուլում	