

ԳՈՏԿԱՑԱՎԵՐՈՎ ՄԵԾԱՀԱՍԱԿ ՊԱՅԻԵՆՏՆԵՐԻ ՎԱՐՄԱՆ ԳՈՐԾԵԼԱԿԱՐԳ

Ընդհանուր դրույթներ

Հայտնի է, որ մեծահասակների մինչև 84% շրջանում կյանքի ընթացքում հանդիպում է գոտկացավի (ԳՑ) առնվազն մեկ դրվագ: Դեպքերի մեծամասնությունում գոտկացավերը կրում են ինքնասահամանափակվող բնույթ: ԳՑ դիտվում է իբրև սուր 2 շաբաթ տևողության դեպքերում, ենթասուր՝ 4-12 շաբաթների և խրոնիկ՝ >12 շաբաթների: Շատ ավելի հազվադեպ ԳՑ հանդիսանում է որևէ լուրջ ախտաբանության առաջին կլինիկական նշանը: Ֆիզիկական ակտիվությունը սահմանափակող ԳՑ-րի տարածվածությունը համաձայն տարբեր աղբյուրների տվյալների է կազմում է 22-48% կախված ուսումնասիրվող բնակչության խմբերից և ախտաբանության սահմանումներից: ԳՑ-ի առաջացման ապացուցված ռիսկի գործոններն են՝ գիրությունը, ծխախոտամոլությունը, կանացի սեռը, երկարատև անշարժ աշխատանքի բնույթը, դեպրեսիվ խանգարումները, շարաքցական հյուսվածքների հիվանդությունները և մի շարք այլ: ԳՑ կարող է առաջանալ բազմաթիվ պատճառներից, սակայն առաջնային օղակի մասնագետին դիմող պացիենտների ավելի քան 95% շրջանում դիտվում է այսպես կոչված **ոչ սպեցիֆիկ ԳՑ**՝ որը ենթադրում է տվյալ գանգատը բացատրող այլ (սպեցիֆիկ) պատճառների բացակայություն: Ոչ սպեցիֆիկ ԳՑ-րի մեծամասնությունը կրում է նյարդամկանային բնույթ և պացիենտները սովորաբար ապաքինվում են մի քանի շաբաթների ընթացքում: **Սպեցիֆիկ ԳՑ-րի**, որոնք հանդիպում են < 1% դեպքերում, պատճառների օրինակներն են՝ անկիլոզացնող սպոնդիլոարթրիտները, օստեոարթրիտները, միջողնաշարային սկավառակների ճողվածքների հետևանքով առաջացած ռադիկուլոպաթիաները, սկոլիոզը, ողնաշարի կոմպրեսիոն կոտրվածքները, ուղնուղեղային խողովակի ստենոզները, ուռուցքների մետաստազները և այլ: ԳՑ-րի առաջնային գնահատման հիմքում ընկած է հիվանդության պատմության մանրակրկիտ հավաքագրումը, նյարդաբանական

զննման արդյունքները, գործիքային հետազոտությունների տեսակների և իրականացման ժամկետների ճշգրիտ ընտրությունը: ԳՑ-ով պացիենտների շուրջ 25% նշանակվում են բազմաթիվ ճառագայթաբանական գործիքային հետազոտություններ, որոնք ոչ մի կերպ չեն ազդում բուժման հետագա մարտավարության և ելքերի վրա: Նմանատիպ տարածված կարծրատիպային վարման մոտեցումները հղի են բուժման որակի նվազումով, առողջության վտանգներով և առողջապահական անհիմն ծախսերի աճով:

Հաշվի առնելով ԳՑ-րի տարածվածությունը, զգալի ազդեցությունը պացիենտների առողջության և կյանքի որակի վրա ինչպես նաև նրանից բխող լուրջ առողջապահական բեռը, նյարդաբանության, նյարդավիրաբուժության և վերականգնողաբանության ոլորտների առաջատար փորձագետների խումբը մշակեց սույն գործելակարգը:

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 հետբուժական 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 ՀՁ ՄՁ, բՁգՁդՁ, 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. Մանգոյան Հ.Ն., ք.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

4. Աղաբեկյան Գեղամ Գուրգենի, ք.գ.թ., ՀՀ ԱՆ գլխավոր ախտորոշիչ ճառագայթաբան, «Աղաբեկյան ԱԿ» հիմնադիր տնօրեն

Թղթակցական հասցե՝ Հայաստանի Հանրապետություն, ք. Երևան, 0014, Ազատության 1/24 հեռ՝ (+374) 10255928

5. Համբարձումյան Վ.Հ., ք.գ.թ. «Էրեբունի» բժշկական կենտրոնի նյարդավիրաբուժական բաժանմունքի վարիչ, Երևանի Մխիթար Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի նյարդավիրաբուժության ամբիոնի ավագ դասախոս

Թղթակցական հասցե՝ ՀՀ, ք. Երևան, 0087, Տիտղոսյան 14, (+374) 103471100

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 ՀՀ ԱՆ կողմից: Ֆինանսավորող կառույցը չի ունեցել և ոչ մի ազդեցություն սույն ուղեցույցի մշակման որևէ փուլի վրա:

Գործելակարգի մշակման հենքը

Սույն Գործելակարգը մշակվել է ՀՀ առողջապահության տարբեր ոլորտների առաջատար փոնձագետների կողմից հետևյալ արդի գրականության աղբյուրների և UptoDate տեղեկտավական շտեմարանի տվյալների հիման վրա՝

- Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forcica MA, for the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2017;166:514-530. doi: 10.7326/M16-2367
- Delito A., George S.Z., Linda Van Dillen, Whitman J. M., et al. Low Back Pain Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health from the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association J Orthop Sports Phys Ther. 2012;42(4):A1-A57. doi:10.2519/jospt.2012.0301
- <https://www.nice.org.uk/guidance/NG59/chapter/Recommendations#non-invasive-treatments-for-low-back-pain-and-sciatica>
- <http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-low-back-pain>

Գործելակարգի պացիենտի մոդել

Սույն Գործելակարգի պացիենտի մոդելն է բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող հաստատություններում գտնվող տարբեր ծագումնաբանությամբ և ծանրության աստիճանի գոտքային ցավերով պացիենտները (Այուսակ 1):

Այուսակ 1

Գոտկացավերով մեծահասակ պացիենտի մոդել

Մոդելի պարտադիր բաղադրիչ	Բաղադրիչի նկարագրությունը
Նոզոլոգիական ձևը	Մեջքի ստորին հատվածի ցավեր
Տարիքային կարգավիճակ	Մեծահասակներ
Հիվանդության աստիճանը	Ցանկացած

Հիվանդության փուլը	Ցանկացած
Բարդությունները	Անկախ բարդություններից
Կողը ըստ ՀՄԴ-10	M 51.0; M 51.1; M 51.2; M 54.1; M 54.4; M 54.5;
Բուժօգնության ցուցաբերման պայմանները	Հիվանդանոցային և արտահիվանդանոցային

Հապավումներ

ԳՑ՝ գոտկացավ

ՀՇ՝ համակարգչային շերտագրություն

ՄՌՇ՝ մագնիսա ռեզոնանսյիան շերտագրություն

ՈՍԲԴԿ՝ ոչ ստերոիդային հակաբորբոքիչ դեղորայք

1. Հիվանդության պատմության

1.1 Չնայած այն փաստին, որ ԳՑ-րի շատ դեպքերում հստակ պատճառը հաստատել չի ստացվում հարկավոր է ձգտել առավելագույնս գնահատել սպեցիֆիկ պատճառների առկայությունը

1.2 Հարկավոր է կատարել հետևյալ հարցումները՝ ցավի սկիզբը, բնույթը, ուժգնությունը, տեղակայումը, տևողությունը, ճառագայթումը, մեղմացնող կամ ուժեղացնող գործոնները, կոնքի օգանների ֆունկցիաները, վերջին ժամանակում քաշի նվազումը, չարորակ նորագոյացությունները անցյալում, նախկինում առկա ցավերը և նրանց համեմատականը ներկայիս զգացողությունների հետ, ազդեցությունը ֆիզիկական ակտիվության մակարդակի և կյանքի որակի վրա

1.3 Բարդ դեպքերում հավելյալ տեղեկատվություն կարելի է ձեռք բերել ուսումնասիրելով պացիենտի սոցիալական և հոգեբանական

պատմությունը, ցավազրկող դեղորայքի օգտագործման փորձը, նախկինում ոչ արդյունավետ բուժումները, դեպրեսիան, հաշմանդամության կարգի ձեռքբերման հավակնությունները և այլ

2. Օբյեկտիվ զննում

- 2.1 Օբյեկտիվ զննման սկզբունքային նապատակն է ոչ թե կայացնել առաջնային ախտորոշում այլ հայտնաբերել նշաններ, որոնք կպահանջեն հաջորդիվ ընդլայնված հետազոտություններ
- 2.2 Կատարել մեջքի շրջանի և կեցվածքի արտաքին զննում՝ կարելի է ախտորոշել ուղնաշարային տեսանելի կոպիտ շեղումները
- 2.3 Կատարել ողնաշարի պալպացիա և պերկուսիա՝ կարելի է ֆիքսել փափուկ հյուսվածքների կամ փուշելունների ցավոտությունը/զգայունությունը: Ստուգել Բովեի ախտանիշը
- 2.4 Ստորին վերջույթի վեր բարձրացում ուղիղ/արտաձման դիրքում՝ օգնում է ախտորոշել ռադիկուլյար (արմատիկային) բաղադրիչը
- 2.5 Առավելապես հոգեբանական ծագումնաբանությամբ ԳՑ-րով պացիենտների շրջանում կարող է հանդիպել ասյպեղ կոչվող ոչ օրգանական կամ “Վադդլի” նշանը (Non organic signs or “Waddle” signs) երբ արձանագրվում է գեր պատասխան մակերեսային շոշափման կամ ոտքի տարածման վրա, որոնք մեղմանում են կամ վերանում հետազոտվող անձի ուշադրության շեղման պարագայում
- 2.6 Նյարդաբանական զննում՝ համաձայան ստանդարտ կանոնների գրանցելով ստորին վերջույթների ռեֆլեքսների փոփոխությունները, նրանց սիմետրիկությունը, զգացողության որևէ ախտահարումը, ախտաբանական նշանները և այլ

3. Գործիքային հետազոտություններ

- 3.1 Առանց ինֆեկցիայի կամ չարորակ ուռուցքի ենթադրյալ նշանների սուր և ենթասուր ԳՑ-րի դեպքերում ապացուցված է վաղ նշանակվող գործիքային

հետազոտությունների (ՄՌՇ, ՀՇ, ռենտգեն) անարդյունավետությունը բուժման ելքերի բարելավման առումով

3.2 Ավելին, այս հետազոտությունները հաճախակի հայտնաբերում են կլինիկական նշանակություն չունեցող անատոմիական փոփոխություններ (օրինակ՝ անույար պատռվածքներ կամ Շմորլի հանգույցներ), որոնք շեղում են վարող բժշկի ուշադրությունը և վտանգ ներկայացնում ոչ օպտիմալ վարման մարտավարություն ընտրելու առումով

3.3 Չորս շաբաթից պակաս տևողությամբ ԳՑ-ով պացիենտների ճնշող մեծամասնությունը չունի գործիքային հետազոտությունների կարիք

3.4 Վաղ գործիքային հետազոտությունների ցուցումներն են՝

- հարաճուն նյարդաբանական դեֆիցիտը
- հիվանդության պատմության կամ օբյեկտիվ գննման արդյունքներից բխող լուրջ ծագումնաբանությամբ վիճակների կասկածը (տես՝ ենթակետ 3.5)

3.5 Վաղ գործիքային հետազոտությունների հիմնավորման համար հարկավոր է օգտագործել հետևյալ կասկածելի նշանների կամ “կարմիր դրոշակների” (red flags) առկայությունը

- չարորակ նորագոյացություն անցյալում
- կորտիկոստերոիդների օգտագործում
- վնասվածքի առկայության կասկած
- ողնուղեղային ինֆեկցիայի նշաններ
- քաշի անբացատրելի նվազում
- կոնքի օրգանների ֆունկցիաների խանգարում
- տենդ

3.6 Չարորակ նորագոյացությունների և ինֆեկցիայի բարձր կասկածի դեպքերում նշանակել ՄՌՇ

3.7 Գոտկասրբանայաին ռադիկուլոպաթիայով կամ ուղնուղեղի ստենոզով պացիենտները, որոնց շրջանում պահպանողական բուժումը եղել է անարդյունավետ և նրանք հետաքրքրված են միջամտական բուժման

տարբերակներով (վիրահատություն կամ էպիդուրալ ներարկումներ) հարկավոր է կատարել ՄՌՇ

3.8 Չարորակ նորագոյացությունների և ինֆեկցիայի միջինից բարձր աստիճանի ռիսկի դեպքերում կարելի է նշանակել գոտքային հատվածի ռենտգեն քննություն էրիթրոցիտների նստեցման արագության կամ C-ռեակտիվ սպիտակուցի որոշմամբ հետ մեկտեղ: Վերջիններիս բարձր մակարդակների պարագայում ցուցված է կատարել ՄՌՇ

3.9 Վնասվածքի կասկածի դեպքում՝ մեկնարկային ընտրությունն է գոտքային հատվածի ռենտգեն քննությունը

3.10 Գործիքային հետազոտություններ չանցած ենթասուր ԳՑ-ով պացիենտները, ում շրջանում չի դիտվել դրական կլինիկական դինամիկա ենթակա են վիճակի վերազնահաման: Հարաճուն կամ նոր առաջացած նյարդաբանական ախտանշանների բացակայության դեպքում ճառագայթաբանական հետազոտությունները ցուցված չեն:

3.11 Գործիքային հետազոտությունների վերաբերյալ որոշման ընթացակարգը տես՝ Հավելված 1.

4. Բուժում

4.1 Պահպանողական բուժական մոտեցումներ

4.1.1. Սուր և ենթասուր ԳՑ դեպքերի ճնշող մեծամասնությունում հարկավոր է սկսել ոչ դեղաբանական պահպանողական բուժման տարբերակներից՝ ֆիզիոթերապիա, մակերեսային տաքացում, մերսում, ասեղնաբուժություն

4.1.2. Դեղաբանական բուժման պահանջի դեպքում առաջին ընտրության դեղորայքն է՝ ոչ ստերոիդային հակաբորբոքիչները (ՈՍՀԲԴ)՝ դիկլոֆենակ, իբուպրոֆեն, կետորոլակ, կետոպրոֆեն, էտորիկոքսիբ, մկանային ռելաքսանտների հետ համատեղ կամ առանց վերջիններիս

- 4.1.3. Խրոնիկ ԳՑ դեպքում հարկավոր է առաջարկել մեկնարկային ոչ դեղաբանական բուժում՝ կինեզիթերապիա, ասեղնաբուժություն, յոգա, լազերոթերապիա, բիոլոգիական հետադարձ կապ և այլ
- 4.1.4. Ոչ դեղաբանական բուժման ֆոնին անբավարար կլինիկական բարելավումով խրոնիկ ԳՑ դեպքում հարկավոր է առաջարկել ՈՍՀԲԴ և տրամադող կամ հակադեպրեսանտ իբրև երկրորդ ընտրության դեղորայք
- 4.1.5. ՈՍԲԴՀ-ը հարկավոր է նշանակել նվազագույն արդյունավետ դեղաչափերով և բուժման տևողությամբ
- 4.1.6. Հարկավոր է վերլուծել ՈՍԲԴՀ բուժման հնարավոր կողմնակի ազդեցությունները և բարդությունները ներառալ ստամոքսաղիքային արյունահոսությունների ռիսկը: Վերջիններիս բարձր ռիսկի դեպքերում նշանակել պրոտոնային պոմպի ինհիբիտորներ:
- 4.1.7. Կորսետները, գոտիները, հատուկ օրթոտիկ կոշիկները, էլեկտրաթերապիան կամ պարբերական ապարատային ձգումները խորհուրդ չեն տրվում*

*առկա են միջին որակի ապացույցներ ապարատային ձգումների արդյունավետության վերաբերյալ նյարդարմատիկի ճնշման նշաններով և ստորին վերջույթի վեր բարձրացման դրական թեստով պացիենտների շրջանում

Միջամտական բուժական մոտեցումներ

- 4.1.8. Միջամտական բուժական մոտեցումների օրինակներն են՝ ֆլուորոսկոպիայի հսկողության ներքո իրականացվող ստերոիդների և/կամ տեղային անեսթետիկների էպիդուրալ ներարկումները, ներսկավառակային ներարկումները և բաց կամ էնդոսկոպիկ վիրահատությունները (նյարդի դեկոմպրեսիա կամ դիսկէկտոմիա)
- 4.1.9. Էպիդուրալ կամ ներսկավառակային ներարկումների ցուցումներն են պահպանողական ոչ դեղաբանական և/կամ դեղաբանական

բուժման անարդյունավետությունը, որն ուղեկցվում է ցավից բխող ֆիզիկական ակտիվության կտրուկ սահմանափակումով

4.1.10. Վերոնշյալ նվազագույն միջամտական ներարկումները չնայած իրենց բարձր արդյունավետությանը չեն ապահովում ԳՑ բուժման երակարաժամկետ արդյունքների բարելավում

4.1.11. Բաց կամ էնդոսկոպիկ վիրահատությունների ցուցումները քննարկելիս հարկավոր է առավելագույնս վստահ լինել պահպանողական բուժման անարդյունավետության և ԳՑ մեխանիկական բնույթի պատճառաբանության առկայության մեջ

4.1.12. Վիրահատական բուժման բոլոր թեկնածուները պետք է անցնեն լիարժեք նյարդամկանային և ոսկրամկանային զննություններ ուղղված պահպանողական բուժման ենթակա ցավի մեխանիկական պատճառների հայտնաբերմանը

4.1.13. Վիրաբուժական բուժումը ցուցված է հետևյալ դեպքերում

- 6-12 շաբաթական ակտիվ բազմամոդալ լիարժեք բուժման ֆոնին կլինիկական բարելավման դինամիկայի դադարեցման և մնացորդային ցավի անընդունելի մակարդակի պարագայում: Միելոլիզի կամ նյարդի ճնշման որոշ դեպքերում կարող է պահանջվել շատ ավելի վաղ միջամտություն:
- արդյունավետ պահպանողական բուժման ֆոնին ԳՑ հաճախակի կրկնվող դրվագներ
- նյարդի կամ ուղնուղեղի ճնշման մասին վկայող ՄՌՇ տվյալներ, որոնք համահունչ են կրկնակի օբյեկտիվ զննման արդյուքներին (շարժողական, զգացողական դեֆիցիտ կամ ախտաբանական ռեֆլեքսներ)

4.1.14. Վիրաբուժական բուժման թեկնածուներին հարկավոր է մանրամասն բացատրել հարվիրահատական համալիր վարման նպատակները, խնդիրները, հավանական արդյուքները և պացիենտից ակնկալվող ակտիվ մասնակցության տարբերակները

4.2. Հոգեբանական խորհրդատվություն

- 4.2.1. Ցանկացած ԳՑ դեպքերում պացիենտին հարկավոր է ապիովել հոգեբանական օժանդակում՝ բժիշկը պետք է տրամադրի պացիենտին վերջինիս համար բավարար ծավալի տեղեկատվություն ԳՑ ծագումնաբանության, բուժական մոտեցումների և ելքերի վերաբերյալ
- 4.2.2. Հոգեբանական օժանդակության կարևոր մասն է բժշկի և պացիենտի կողմից համաձայնեցված անհատական “ճանապարհային քարտեզի” մշակումը իր ընթացիկ նպատակներով, վերահսկման գործիքներով և այլ
- 4.2.3. Հատկապես կարևոր է շեշտել այն փաստը, որ ԳՑ ճնշող մեծամասնությունը բխում է ոչ սպեցիֆիկ պատճառներից և անկախ բուժումից ունի ինքնուրույն ապաքինման հատկություն

6. Բժշկական ծառայությունների հիմնական և լրացուցիչ ցանկեր

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

Ծածկագիր	Անվանում	Տրամադրման հաճախակա-նություն	Միջին քանակ	Ստորաբաժանում	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ
	Նյարդաբանի խորհրդատվություն	1	2	Նյարդաբանական բաժանմունք	Նյարդաբան	1-28 օրերը
	Նյարդավիրաբույժի խորհրդատվություն	1	1	Նյարդավիրաբուժության բաժանմունքներ	Նյարդավիրաբույժ	1-28 օրերը
	Վերականգնողաբանի/ֆիզիոթերապևտի խորհրդատվություն	1	1	Վերականգնողաբանության/ֆիզիոթերապևտի բաժանմունք	Բժիշկ-վերականգնողաբան/ֆիզիոթերապևտ	1-28 օրերը

6.2. Պահանջներ ախտորոշման, բուժման և խորհրդատվությունների նկատմամբ

(լրացուցիչ ցանկ)

Ծածկագիր	Անվանում	Տրամադրման հաճախականություն	Միջին քանակ	Ստորաբաժանում	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ
	Էրիթրոցիտների նստեցման արագության որոշում	0.2	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/բժիշկ	1-28 օրեր
	Արյան մեջ C-ռեակտիվ սպիտակուցի մակարդակի որոշում	0.2	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/բժիշկ	1-28 օրերը
	Գոտքային հատվածի ռենտգենաբանական քննություն	0.25	1	Ճառագայթաբանական ախտորոշման ծառայություն	Բժիշկ-ճառագայթաբան/տեխնիկ	1-28 օրերը
	Գոտքային հատվածի ՄՌՇ քննություն	0.1	1	Ճառագայթաբանական ախտորոշման ծառայություն	Բժիշկ-ճառագայթաբան/տեխնիկ	1-28 օրեր
	Գոտքային հատվածի ՀՇ քննություն	0.1	1	Ճառագայթաբանական ախտորոշման ծառայություն	Բժիշկ-ճառագայթաբան/տեխնիկ	1-28 օրեր

	Որովայնի և փոքր կոնքի ԳՁՀ	0.1	1	Ճառագայթաբանական ախտորոշման ծառայություն	Բժիշկ-ճառագայթաբան/տեխնիկ	1-28 օրեր
	Էլեկտրանեյրոմիոգրաֆիա	0.1	1	Նյարդաբանական բաժանմունք	Բժիշկ-նյարդաբան	1-28 օրեր

7. Դեղերի հիմնական և լրացուցիչ ցանկեր

7.1. Պահանջներ դեղորայքային բուժման նկատմամբ (հիմնական ցանկ)

ԴԹՆ	ԱԹՔԴ	ՄՈԱ	Նշանակման հաճախականություն	ԿՈԴ	ՀԿԴ	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ

7.2. Պահանջներ դեղորայքային բուժման նկատմամբ (լրացուցիչ ցանկ)

ԴԹՆ	ԱԹՔ	ՄՈԱ	Նշանակման հաճախականություն	ԿՈԴ	ՀԿԴ	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ
Ափիոնային անզգայացնող միջոցներ	NO2AX02	Տրամադոլ	0.05	200 մգ	600 մգ		1-28 օր
Ցավազրկող ոչ թմրեցուցիչ միջոցներ	NO2BE01	Պարացետամոլ	0.25	1.5 գ	6.0 գ	Արտահիվանդանոցային	1-28 օր
Ցավազրկող ոչ թմրեցուցիչ միջոցներ	NO2BB02	Մետամիզոլ	0.25	1.0 գ	3.0 գ	Արտահիվանդանոցային	1-28 օր
Ոչ սթերոիդ հակաբորբոքային միջոցներ	M01AB05	Դիկլոֆենակ	0.25	75.0 մգ	150.0 մգ	Արտահիվանդանոցային	1-28 օր
Ոչ սթերոիդ հակաբորբոքային միջոց	M01AB15	Կետորոլակ	0.25	30.0 մգ	60.0 մգ	Արտահիվանդանոցային	1-28 օր

Ոչ սթերոիդ հակաբորբոքային միջոց	M01AE01	Իբուպրոֆեն	0.25	0.6 գ	6.0 գ	Արտահիվանդանոցային	1-28 օր
Ոչ սթերոիդ հակաբորբոքային միջոց	M02AA10	Կետոպրոֆեն	0.25	0.1 գ	1.0 գ	Արտահիվանդանոցային	1-28 օր
Ոչ սթերոիդ հակաբորբոքային միջոց	M01AH05	Էտորիկոքսիբ	0.25	60 մգ	350 մգ	Արտահիվանդանոցային	1-28 օր
Կորտիկոսթերոիդներ	C05AA09	Դեքսամետազոն	0.05	8.0 մգ	16.0 մգ	Արտահիվանդանոցային	2 օր
Կորտիկոսթերոիդներ	H02AB04	Մեթիլպրեդնիզոլոն	0.05	40 մգ	80 մգ	Հիվանդանոցային /արտահիվանդանոցային	1 օր
Տեղային անզգայացողներ, հակաառիթմիկներ	C01BB01	Լիդոկային	0.1	240.0 մգ	240.0 մգ	Հիվանդանոցային /արտահիվանդանոցային	1 օր
Տեղային անզգայացողներ, հակաառիթմիկներ	N01BB01	Բուպիվակային	0.1	30 մգ	60 մգ	Հիվանդանոցային /արտահիվանդանոցային	1 օր
Պրոտոնային պոմպի արգելակիչներ	A02BC01	Օմեպրազոլ	0.5	20.0 մգ	140.0 Մգ	Ինտենսիվ թերապիայի մասնագետ/բուժքույր	1-7 օր
Պրոտոնային պոմպի արգելակիչներ	A02BC02	Պանտոպրազոլ	0.25	40.0 մգ	280.0 մգ	Ինտենսիվ թերապիայի մասնագետ/բուժքույր	1-7 օր

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

Սույն Գործելակարգի համաձայն արտահայտված ցավային համախտանիշի դեպքերում ԳՑ հանգեցնում է տարբեր տևողության ժամանակավոր անաշխատունակության

10. **Պահանջներ սննդակարգի նշանակման և սահմանափակումների վերաբերյալ**
 Սույն Գործելակարգի համաձայն տվյալ պահանջները կատարումը պարտադիր չէ:

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

Հարկավոր է պացիենտի և/կամ նրա ներկայացուցիչների հետ համատեղ քննարկել ԳԹ-ի համալիր բուժման խնդիրները և հավանական ելքերը հնարավորինս շուտ և ոչ ուշ քան ախտորոշմանը հաջորդող առաջիկա մեկ շաբաթվա ընթացքում:

12. **Պացիենտի տվյալ մոդելի հնարավոր ելքերը**

Պաիցենտի 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	95%	6 ամիս	Անցում համապատասխան վերականգողական ուղեցույցին/ գործելակարգին
Ապաքինում Ֆիզիոլոգիական գործընթացի կամ ներգրավված օրգանի ֆունկցիայի ամբողջական կորստով	5%	6 ամիս	Անցում համապատասխան վերականգողական ուղեցույցին/ գործելակարգին
Յատրոգեն բարդությունների զարգացում	5%	Ցանկացած փուլին	Անցում համապատասխան ախտաբանության բուժման ուղեցույցին/ գործելակարգին

Մահացու ելք	0 %	Ներհիվանդանոցային փուլում	
-------------	-----	---------------------------	--