

**ՄԿԱՆԱՅԻՆ ԴԻՏՐՈՖԻԱՆԵՐՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՈՏ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ
ԱՆՉԳԱՅԱՑՄԱՆ ԱՆՑԿԱՑՄԱՆ ԳՈՐԾԵԼԱԿԱՐԳ**

Ընդհանուր դրույթներ

Մկանային դիստրոֆիաները բնածին մկանային խանգարումների խումբ են, որոնք բնութագրվում են ախտահարված մկանախմբերի հարաճուն թուլությամբ: Ըստ ժառանգման տեսակի նրանք կարող են դասակարգվել՝ սեռի հետ շղթայակցված՝ Դյուշենի, Բեքերի, աուտոսոմ ռեցեսիվ՝ գոտկավերջույթային, մանկական, բնածին, աուտոսոմ դոմինանտ՝ դիմաթիակաբազկային, ակնաըմպանային:

Դյուշենի մկանային դիստրոֆիան (ԴՄԴ)՝ ամենատարածված և ամենածանր ձևն է, որը փոխանցվում է սեռի հետ շղթայակցված ռեցեսիվ կերպով և կլինիկորեն արտահայտվում է տղամարդկանց շրջանում: Մկանային թուլության ախտանիշները մեկնարկում են 2-5 տարեկանում, հիվանդները սովորաբար գամվում են անվասայլակին միջինը 12 տ. հասակում: ԴՄԴ բնորոշ սրտային դրսևորումներն են՝ սրտամկանի դեգեներացիան, որը բերում է սրտային անբավարարության և երկփեղկ փականի հնարավոր արտանկման: Սրտային անբավարարության նշանները հաճախ ի հայտ են գալիս մոտ 6 տ. հասակում (R առամիկի ամպլիտուդի իջեցում, պատի շարժունակության խանգարումներ): Ձախ փորոքի մեկուսացված դեգեներացիան կարող է բերել աջ արտատար ուղու խցանման և աջ փորոքային անբավարարության: ԴՄԴ շնչական դրսևորումներն են՝ շնչական մկանների հարաճուն թուլությունը, որը հանգեցնում է օդափոխության ռեստրիկտիվ տեսակի խանգարման, ոչ բավարար հազի և ի վերջո՝ շնչական ինֆեկցիաների և անբավարարության: Առկա է նաև անոթային հարթ մկանների ֆունկցիայի հնարավոր խանգարում, որը կարող է հանգեցնել ուժեղ ներվիրահատական արյունահոսության: Հիվանդությունը զուգակցվում է նաև հարաճուն և արտահայտված կիֆոսկոլիոզի հետ:

Անզգայացման ընթացքում և հետվիրահատական շրջանում ԴՄԴ կապակցված վտանգներն են՝ ռաբդոմիոլիզը, սրտային և շնչական անբավարարությունները, դժվար

շնչուղիները (մկանային կոնտրակտուրաներ և/կամ լեզվի գերած) և ասպիրացիան: Ուստի ընդհանուր անզգայացումը ցանկալի չէ ոչ անհետաձգելի ցուցումներով իրականացվող վիրահատական միջամտությունների ժամանակ հատկապես ԴՄԴ վերջին փուլերում գտնվող հիվանդների շրջանում: Հնարավորության դեպքում հարկավոր է նախընտրությունը տալ ամբողջական ներերակային կամ ռեգիոնալ անզգայացման տեսակներին: Միևնույն ժամանակ այս հիվանդներին հաճախ ցուցված են լինում մեծածավալ ողնաշարային կամ օրթոպեդիկ միջամտություններ, որոնք լուրջ խնդիրներ են առաջացնում անզգայացման տեսանկյունից և պահանջում են հմուտ հետվիրահատական խնամք:

Գործելակարգի մշակման աշխատանքային խմբի անդամների անվանացուցակ

1. Խաչատուր Քյուրքյան, «Արաբկիր» ԲԿ ԵԴԱԻ Անեսթեզիոլոգիայի և Վիրաբուժական Ինտենսիվ Թերապիայի ծառայության ղեկավար
Թղթակցական հասցե՝ ՀՀ, ք.Երևան, 0014, Մամիկոնյանց փող., 30 շենք հեռ՝ (+374) 10236883
2. Հովհաննիսյան Մարիա, «Արաբկիր» ԲԿ ԵԴԱԻ Անեսթեզիոլոգիայի և Վիրաբուժական Ինտենսիվ Թերապիայի կլինիկական օրդինատոր
Թղթակցական հասցե՝ ՀՀ, ք.Երևան, 0014, Մամիկոնյանց փող., 30 շենք հեռ՝ (+374) 10236883
3. Վարոսյան Ա. Ֆ., ք.գ.թ., Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի (ԵՊԲՀ) հետբուժական և շարունակական բժշկական կրթության ֆակուլտետի անեսթեզիոլոգիայի և ինտենսիվ թերապիայի ամբիոնի դոցենտ, «Էրեբունի» բժշկական կենտրոնի անեսթեզիոլոգ, Անեսթեզիոլոգների և ինտենսիվ թերապևտների հայկական միության նախագահ:
Թղթակցական հասցե՝ ՀՀ, ք. Երևան, 0087, Տիգրադրադյան փող. 14, հեռ.՝ (+374) 91490597, էլ. փոստ՝ avarosyan@gmail.com

1. 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՝ ՀՀ, ք. Երևան, 0010, Վարդանանց 18/1, հեռ՝ (+374) 10592100, էլ. փոստ՝ hmangoyan@yahoo.com

Շահերի բախման հայտարարագիր և ֆինանսավորման աղբյուրներ

Աշխատանքային խմբի անդամները հայտարարում են իրենց շահերի բախման բացակայության մասին:

Գործելակարգի մշակման հենքը

Սույն գործելակարգը մշակվել է Անեսթեզիոլոգների և ինտենսիվ թերապևտների հայկական միության անդամների կողմից հետևյալ արդի գրականության աղբյուրների տվյալների հիման վրա՝

1. Segura LG, Lorenz JD, Weingarten TN, Scavonetto F, Bojanić K, Selcen D, Sprung J. Anesthesia and Duchenne or Becker muscular dystrophy: review of 117 anesthetic exposures. Paediatr Anaesth. 2013 Sep; 23(9):855-64. Epub 2013 Aug 6.
2. Cripe L, Tobias J. Cardiac Considerations in the Operative Management of the Patient with Duchenne or Becker Muscular Dystrophy. Pediatric Anesthesia 2013; 23: 777-784.
3. Vindra Ragoonanan, William Russell. Anaesthesia for children with neuromuscular disease, Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain, Volume 10, Issue 5, 1 October 2010, Pages 143–147, <https://doi.org/10.1093/bjaceaccp/mkq028>
4. Driessen J. Neuromuscular and mitochondrial disorders: what is relevant to the anesthesiologist? Current Opinion in Anaesthesiology 2008; 21: 350-355.

Գործելակարգի հիվանդի մոդել

Սույն գործելակարգի հիվանդի մոդելն է հիվանդանոցում ընդհանուր անզգայացում ստացող մկանային դիստրոֆիայով հիվանդը (Աղյուսակ 1):

Աղյուսակ 1

Ընդհանուր անզգայացում ստացող մկանային դիստրոֆիայով հիվանդի մոդել

Մոդելի պարտադիր բաղադրիչ	Բաղադրիչի նկարագրությունը
Նոզոլոգիական ձևը	Մկանային դիստրոֆիա (սնուցման խանգարում)
Տարիքային կարգավիճակ	Մեծահասակներ
Հիվանդության աստիճանը	Ցանկացած
Հիվանդության փուլը	Ցանկացած
Բարդությունները	Անկախ բարդություններից
Կոդը ըստ ՀՄԴ-10	G 71.0
Բուժօգնության ցուցաբերման պայմանները	Ներհիվանդանոցային

Հապավումներ

ԴՄԴ՝ Դյուշենի մկանային դիստրոֆիա

ԹԱՕ՝ թոքերի արհեստական օդափոխություն

1. Նախավիրահատական շրջան

1.1 Շնչական ախտանիշների դեպքում կարող են ցուցված լինել կրծքավանդակի ռենտգենագրություն, շնչաչափում և արյան գազային կազմի որոշում:

- 1.2 Անվասայլակին գամված հիվանդների դեպքում պարտադիր է էխոսրտագրությունը, որով գնահատվում են սրտամկանի և սրտի փականների գործունեությունը:
- 1.3 Աղիքների մկանային տոնուսի նվազումը հանգեցնում է ստամոքսի դանդաղ դատարկման և ասպիրացիայի վտանգի բարձրացման:
- 1.4 Անհրաժեշտ է ապահովել սրտաբանի խորհրդատվություն
- 1.5 Կանխատեսել զգալի ներվիրահատական արյան կորուստը և կիրառել արյան խնայման մարտավարություններ
- 1.6 Առավելագույնս շտկել սնուցման խանգարումները
- 1.7 Դեղորայքային նախապատրաստում.
 - 1.7.1 Հակաթթվային պրեմեդիկացիան (H2 ընկալիչների կամ պրոտոնային պոմպի արգելակիչներ) պրոկինետիկների (օրինակ՝ մետոկլոպրամիդ) հետ կարող է արդյունավետ լինել ասպիրացիայի վտանգը նվազեցնելու գործում:
 - 1.7.2 Կարող է անհրաժեշտ լինել հակաթքազատիչ, եթե սեկրեցիան խնդիր է:

2. Անզգայացման ընթացք

- 2.1 Ապահովել առնվազն երկու 16G ծայրամասային երակային մուտք
- 2.2 Կատարել անզգայացման զգույշ ներերակային ներածում հավասարակշռված օփիոիդ/ներածական դեղամիջոցի զուգակցմամբ:
- 2.3 Հզոր ներշնչական անէսթետիկները պետք է օգտագործել զգուշությամբ՝ կապված սրտամկանի ընկճման վտանգի հետ:
- 2.4 Ըստ ժամանակակից պատկերացումների կարող է ցուցված լինել ոչ տրիգերային անզգայացում (օր.՝ ամբողջական ներերակային

- անզգայացում պրոպոֆոլով) պայմանավորված ներշնչական անզգայացնողներով պայմանավորված ռաբոմիոլիզի հավելյալ վտանգով:
- 2.5 Սուքսամեթոնիումից պետք է խուսափել կապված K^+ -ի ձերբազատման և սրտի հնարավոր կանգի հետ:
- 2.6 Ոչ ապաբևեռացնող նյարդամկանային ռեկաքսանտները ապահով են, թեև պահանջվում են ցածր դեղաչափեր: Պետք է կատարվի նյարդային խթանման հսկողություն:
- 2.7 Բոլոր տեսակի անէսթետիկների շնչառությունն ընկճող ազդեցությունը բարձրացած է, հետևաբար հետվիրահատական շնչական ֆունկցիան պետք է մանրակրկիտ հսկողության տակ պահել:
- 2.8 Նրանք, ովքեր ունեն խորխարտադրության խանգարում և ոչ ադեկվատ հազ, հետվիրահատական շնչառական անբավարարության բարձր վտանգի խմբում են և կարող են կարիք ունենալ երկարատև շնչական աջակցության:
- 2.9 Ցավոտ վիրահատությունից հետո կարելի է կիրառել տեղային անզգայացում օփիոիդների օգտագործումից և նրանց ազդեցությամբ շնչառության ընկճումից խուսափելու համար:
- 2.10 Կիֆոսկոլիոզի դեպքում պոչուկային էպիդուրալ անզգայացումը տեխնիկապես ավելի հեշտ է իրականացնել, քան գոտկայինը:
- 2.11 Վիրահատության վերջում պարտադիր կատարել նյարդամկանային պաշարման վերականգնում

3. Հետվիրահատական շրջան

- 3.1 Ապահովել արյան շրջանառության և շնչառական ֆունկցիաների բազմամոդալ հսկողություն

- 3.2 ԴՄԴ հիվանդների 20-30%-ի մոտ հետվիրահատական շրջանում կարող է պահանջվել թոքերի արհեստական օդափոխություն (ԹԱՕ)
- 3.3 ԹԱՕ-ից դուրս բերման արդյունավետ մարտավարություններից մեկն է ոչ միջամտական շնչական օգնությունը
- 3.4 Խիստ վերահսկել հեմոգլոբինի ու էլեկտրոլիտների մակարդակները և մակարդեղիության վիճակը
- 3.5 Խրախուսել վաղ շարժունությունը:
- 3.6 Անցկացնել դեղաբանական թրոմբականխարգելում ցածրադոզային հեպարիններով
- 3.7 Ապահովել բավարար հետվիրահատական ցավազրկում
- 3.8 Ապահովել վաղ էնտերալ սնուցում

4. Բժշկական ծառայությունների հիմնական և լրացուցիչ ցանկեր

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

Ծածկ ազիր	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	1-3 օրեր
	Արյան մեջ	1	1	Լաբորատոր	Լաբորատոր	1-3 օրեր

	գյուկոզայի մակարդակի որոշում			ախտորոշման ծառայություն	ախտորոշման ծառայության բուժքույր/բժիշկ	
	Արյան մեջ ալբումինի 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 որոշում	1	2	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/բժիշկ	1-3 օրեր
	Պրոտրոմբինային ժամանակի Որոշում	1	2	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/բժիշկ	1-3 օրեր
	Միջազգային բնականոնացված հարաբերակցության որոշում	1	2	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/բժիշկ	1-3 օրեր
	Էլեկտրասրտագրություն	1	1	Անզգայացման բաժանմունք	Անզգայացման կամ վիրաբուժական բաժանմունքի բուժքույր	1 օրը
	Զարկերակային	1	72	Անզգայացման	Անզգայացման	1 օրը

	ճնշման չափում			բաժանմունք	կամ վիրաբուժական բաժանմունքի բուժքույր	
	Սրտի կծկումների հաճախականության չափում	1	240	Անզգայացման բաժանմունք	Անզգայացման կամ վիրաբուժական բաժանմունքի բուժքույր	1 օրը
	Ջերմաչափում	1	3	Անզգայացման բաժանմունք	Անէպեզիոլոգ	1 օրը
	Նյարդամկանային հաղորդականության մոնիթորինգ	1	3	Անզգայացման բաժանմունք	Անէպեզիոլոգ	1 օրը
	Պուլսօքսիմետրիա	1	240	Անզգայացման բաժանմունք	Անզգայացման կամ վիրաբուժական բաժանմունքի բուժքույր	1 օրը
	Սպիրոմետրիա	1	1	Գործիքային ախտորոշման բաժանմունք	Գործիքային ախտորոշման բաժանմունքի բժիշկ	1 օր
	Շնչափողի ինտուբացիա	1	1	Անզգայացման բաժանմունք	Անէպեզիոլոգ	1-3 օրերը
	Շնչափողի սանացիա	1	2	Անզգայացման բաժանմունք	Անէպեզիոլոգ	1-3 օրերը
	Թոքերի արհեստական օդափոխություն	1	1	Անզգայացման բաժանմունք	Անէպեզիոլոգ	1-3 օրերը
	Ծայրամասային երակային կաթետրի	1	2	Անզգայացման բաժանմունք	Անէպեզիոլոգ	1-3 օրերը

	տեղադրում					
	Միզապարկի կաթետրավորում	1	1	Անզգայացման բաժանմունք	Անէպեզիոլոգ	1-3 օրերը
	Նեղ մասնագետի խորհրդատվություն	1	2	Այլ բաժանմունքներ	Ցանկացած նեղ մասնագետ	1-3 օրեր
	Անզգայացման մասնագետի խորհրդատվություն	1	2	Անզգայացման բաժանմունք	Անէպեզիոլոգ	1-3 օրը

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

Ծածկագիր	Անվանում	Տրամադրման հաճախականություն	Միջին քանակ	Ստորաբաժանում	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ
	ԱՍՏ/ԱԼՏ	0.5	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/բժիշկ	1-3 օրեր
	Արյան մեջ բիլիրոբինի մակարդակի որոշում	0.5	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/բժիշկ	1-3 օրեր
	Արյան մեջ միզանյութի մակարդակի որոշում	0.5	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/բժիշկ	1-3 օրեր

					Բժիշկ	
	Արյան մեջ կրեատինինի մակարդակի որոշում	0.5	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/ բժիշկ	1-3 օրեր
	Արյան մեջ էլեկտրոլիտների (Na, K, Cl) մակարդակի որոշում	0.5	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/ բժիշկ	1-3 օրեր
	Բրոնխոսկոպիա	0.25	1	Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք	Ինտենսիվ թերապևտ/ էնդոսկոպիստ	1-3 օրերը
	Կրծքավանդակի ռենտգեն քննություն	0.25	1	Ճառագայթաբանական ախտորոշման ծառայություն	Բժիշկ-ճառագայթաբան/տեխնիկ	1-3 օրերը
	Կրծքավանդակի ՀՇ քննություն	0.1	1	Ճառագայթաբանական ախտորոշման ծառայություն	Բժիշկ-ճառագայթաբան/տեխնիկ	1-3 օրեր
	Որովայնի և փոքր կոնքի ԳՁՀ	0.25	1	Ճառագայթաբանական ախտորոշման ծառայություն	Բժիշկ-ճառագայթաբան/տեխնիկ	1-3 օրեր

	Կենտրոնական երակային կաթետրի տեղադրում	0.25	1	Անզգայացման բաժանմունք	Անեսթեզիոլոգ	1-3 օրերը
	Ուլտրաձայնային էխոսրտագրություն	0.25	1	Ճառագայթաբաժնական ախտորոշման ծառայություն	Բժիշկ-ճառագայթաբան/տեխնիկ	1-3 օրեր

5. Դեղերի հիմնական և լրացուցիչ ցանկեր

5.1. Պահանջներ դեղորայքային բուժման նկատմամբ (հիմնական ցանկ)

ԴԹԽ	ԱԹՔԴ	ՄՈԱ	Նշանակման հաճախականություն	ԿՈԴ	ՀԿԴ	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ
Էլեկտրոլիտների լուծույթներ	BO5CB01	0.9% NaCL	1	2.0 L	3.0 L	Անզգայացման մասնագետ/բուժքույր	1-3 օր
Էլեկտրոլիտների լուծույթներ	BO5BB01	Ռինգերի լուծույթ	1	2.0 L	3.0 L	Անզգայացման մասնագետ/բուժքույր	1-3 օր
Էլեկտրոլիտների լուծույթներ	BO5BB01	Հավասարակշռված ջրաաղային լուծույթ	1	2.0 L	3.0 L	Անզգայացման մասնագետ/բուժքույր	1-3 օր
Բժշկական գազեր	VO3AN01	Թթվածին	1	5.76 L	17.28 L	Անզգայացման մասնագետ/բուժքույր	1-3 օր
Քնարեր միջոցներ՝ հալոգենացված	N01AB06	Իզոֆլուրան	1	10 մլ	10 մլ	Անզգայացման	1 օր

հիդրոկարբոններ						մասնագետ/ բուժքույր	
Քնաբեր միջոցներ՝ հալոգենացված հիդրոկարբոններ	N01AB08	Սևոֆյուրան	1	15 մլ	15 մլ	Անզգայացման մասնագետ/ բուժքույր	1 օր
Հակաբիոտիկներ՝ ցեֆալոսպորին	J01DD04	Ցեֆտրիաքսոն	1	1.0 գ	2.0 Գ	Անզգայացման մասնագետ/ բուժքույր	1 օր
Միորելակսանտներ	M03AC04	Ատրակուրիումի բեզիլատ	1	75 մգ	75 մգ	Անզգայացման մասնագետ/ բուժքույր	1 օր
Քնաբեր միջոցներ	N05CD08	Միդազոլամ	1	15.0 մգ	15.0 Մգ	Անզգայացման մասնագետ/ բուժքույր	1-3 օր
Ընդհանուր անզգայացման ոչ ինհալացիոն միջոցներ	N01AX10	Պրոպոֆոլ	1	400 մգ	400 մգ	Անզգայացման մասնագետ/ բուժքույր	1 օր
Ցավազրկող թմրեցուցիչ միջոցներ	N02AA01	Մորֆին	1	10.0 մգ	20.0 Մգ	Անզգայացման մասնագետ/ բուժքույր	1-3 օր
Ափիոնային անզգայացնող միջոցներ	N02AX02	Տրամադոլ	1	200 մգ	300 մգ	Անզգայացման մասնագետ/ բուժքույր	1-3 օր
Հակամակարոհիչներ՝ Հեպարին	B01AB06	Ֆրաքսիպարին	1	0.3 մլ	0.6 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	Բուպիլակային	1	12.0 մգ	12.0 մգ	Անզգայացման մասնագետ/բուժքույր	1 օր
Պրոտոնային պոմպի արգելակիչներ	A02BC01	Օմեպրազոլ	0.5	20.0 մգ	40.0 Մգ	Ինտենսիվ թերապիայի մասնագետ/բուժքույր	1-3 օր
Պրոտոնային պոմպի արգելակիչներ	A02BC02	Պանտոպրազոլ	0.5	40.0 մգ	80.0 մգ	Ինտենսիվ թերապիայի մասնագետ/բուժքույր	1-3 օր

5.2. Պահանջներ դեղորայքային բուժման նկատմամբ (լրացուցիչ ցանկ)

ԴԹՆ	ԱԹՔ	ՄՈԱ	Նշանակման հաճախականություն	ԿՈԴ	ՀԿԴ	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ
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	100 մլ	200 Մլ	Անզգայացման մասնագետ/բուժքույր	1-3 օր
Կարդիոտոնիկներ	C01CA07	Դոբուտամին	0.25	1.8 մգ	3.6 մգ	Անզգայացման մասնագետ/բուժքույր	1-3 օր

Ադրենամիմետիկներ	CO1CA04	Դոպամին	0.1	1.8 մգ	3.6 մգ	Անզգայացման մասնագետ/ բուժքույր	1-3 օր
Մ-խոլինոարգելակիչներ	SO1FA01	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 թմրեցուցիչ միջոցներ	NO2BE01	Պարացետամոլ	0.5	1.0 գ	2.0 գ	Անզգայացման մասնագետ/ բուժքույր	1-3 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 հիվանդի և նրա հարազատների/ներկայացուցիչների հետ համատեղ քննարկել անզգայացման խնդիրները և հավանական ելքերը:

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%		Անցում համապատասխան վերականգողական ուղեցույցին/ գործելակարգին
Ապաքինում Ֆիզիոլոգիական գործընթացի կամ ներգրավված օրգանի ֆունկցիայի	10%		Անցում համապատասխան վերականգողական ուղեցույցին/ գործելակարգին

ամբողջական կորստով			
Յատրոգեն բարդությունների զարգացում	5%		Անցում համապատասխան ախտաբանության բուժման ուղեցույցին/ գործելակարգին
Մահացու ելք	5%		Հետվիրահատակա ն շրջանում