

**ՈՉ ՀՂԻ ԿԱՆԱՆՑ ՇՐՋԱՆՈՒՄ ՍՈՒՐ ՉԲԱՐԴԱՑԱԾ ՑԻՍՏԻՏԻ ԵՎ  
ՊԻԵԼՈՆԵՖՐԻՏԻ ՎԱՐՄԱՆ ԳՈՐԾԵԼԱԿԱՐԳ**

**Ընդհանուր դրույթներ**

Միզուղիների վարակները (ՄՎ) ըստ ախտահարման անատոմիական ընդգրկվածության բաժանվում են վերին և ստորին խմբերի, համապատասխանաբար միզապարկի և միզուկի բորբոքման՝ ցիստիտի և ուրետրիտի, և երիկամների բաժակավազանային համակարգի, պարենխիմայի և միզաձորանների բորբոքման՝ պիելոնեֆրիտի և ուրետերիտի: Կանխատեսիչ և վարման առումով նշանակություն ունի միզուղիների վարակների համախտանիշային դասակարգումը՝ բարդացած և չբարդացած: Չբարդացած ցիստիտը նախադաշտանադադարային, ոչ հղի կանանց շրջանում հանդիպող սուր, սպորադիկ կամ ռեցիդիվող ցիստիտն է՝ առանց միզուղիների անատոմիական կամ ֆունկցիոնալ շեղումների և ուղեկցող հիվանդությունների, որի դեպքում բացակայում է ջերմությունը, գոտկային ցավը, չկա պիելոնեֆրիտի կասկած և պացիենտը կարող է ընդունել օրալ դեղորայք: Բարդացած ՄՎ համարվում են տղամարդկանց և երեխաների շրջանում հանդիպող վարակները, ինչպես նաև ֆունկցիոնալ, մետաբոլիկ, անատոմիական խանգարումներով (խցանում), միզային քարերով, շաքարային դիաբետով, նեյրոգեն միզապարկով, երիկամային անբավարարությամբ, իմունաճնշված վիճակով կանանց շրջանում հանդիպող վարակները, ինչպես նաև ցանկացած ՄՎ հղիների և հետդաշտանադադարային կանանց շրջանում: Սակայն գրականության տվյալները դասակարգման վերաբերյալ հակասական են, և որոշ հեղինակներ նշում են չբարդացած ՄՎ-ների դասակարգում նաև հետդաշտանադադարային կանանց շրջանում, տղամարդկանց շրջանում, և ախտանշանների բացակայությունը չբարդացած դեպքերում, ինչպես նաև դրանց բնույթը բարդացած դեպքերում միանշանակ չեն: Միզուղիների վարակի ախտադարձ է համարվում վարակի կրկնումը բուժումից <2 շաբաթվա ընթացքում և հարուցվում է միևնույն բակտերիայով, ինչ առաջնային վարակը, իսկ կրկնավարակը՝ բուժումից >2 շաբաթ անց նոր վարակի դրվագը: Կրկնվող միզուղիների վարակ է համարվում բարդացած կամ չբարդացած վարակի կրկնումը առնվազը 3 անգամ/տարի, կամ 2 անգամ/6 ամիս հաճախականությամբ: Միզուղիների վարակները

հանդիսանում են արտահիվանդանոցային պայմաններում ամենահաճախ հանդիպող բակտերիալ վարակը ԱՄՆ-ում: Մինչև 24 տարեկան կանանց 3-ից 1-ն ունենում է  $\geq 1$  ՄՎ, որը պահանջում է հակաբիոտիկային բուժում: Մինչև 32 տարեկան կանանց 50%-ը կյանքում ունենում է առնվազն 1 ՄՎ: Նախադաշտանադադարային տարիքի (40-59 տ) կանանց շրջանում ՄՎ-ների տարեկան հանդիպման հաճախականությունը կազմում է 11.4%:

### **Գործելակարգի մշակման աշխատանքային խմբի անդամների անվանացուցակ**

1. ՄՊՊՆ Լարիմանյան, 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](mailto:mikayel.narimanyan@gmail.com)*
2. ԱՄՄ Գրաբսկի, բ.գ.թ, Երևանի Մխիթար Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի “Ուրոլոգիայի և անդրոլոգիայի” ամբիոնի դոցենտ, Հայկական ուրոլոգիական ասոցիացիայի նախագահ, Հայաստանի Հանրապետության գլխավոր ուրոլոգ, “Իզմիրյան” ԲԿ-ի ուրոլոգիայի բաժանմունքի վարիչ:
3. ԱՄՄ Քոչարյան, ուրոլոգ, “Իզմիրյան” ԲԿ

### **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. Gupta, K., Hooton, T. M., Naber, K. G., Wullt, B., Colgan, R., Miller, L. G., ... & Soper, D. E. (2011). International clinical practice guidelines for the treatment of acute uncomplicated cystitis and pyelonephritis in women: a 2010 update by the Infectious Diseases Society of America and the European Society for Microbiology and Infectious Diseases. *Clinical infectious diseases*, 52(5), e103-e120.
2. DynaMed [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995 - . Record No. 116894, Uncomplicated urinary tract infection (UTI) (pyelonephritis and cystitis); [updated 2017 Mar 15, cited 2017 Oct 4]. Available from <http://search.ebscohost.com.ezproxy1.library.usyd.edu.au/login.aspx?direct=true&db=dnh&AN=116894&site=dynamed-live&scope=site>.
3. Thomas M Hooton, MD Kalpana Gupta, MD, MPH. Acute uncomplicated cystitis and pyelonephritis in women. UpToDate Inc. <http://www.uptodate.com> (Accessed on October 04, 2017.)
4. Colgan, R., & Williams, M. (2011). Diagnosis and treatment of acute uncomplicated cystitis. *American family physician*, 84(7), 771.
5. European Association of Urology - 2017.

**Գործելակարգի պացիենտի մոդել**

Սույն Գործելակարգի պացիենտի մոդելն է սուր, չբարդացած ցիստիտով կամ պիելոնեֆրիտով նախադաշտանային տարիքի, ոչ հղի մեծահասակ կինը (Աղյուսակ 1):

**Այուսակ 1**

**Սուր չբարդացած ցիստիտով և պիելոնեֆրիտով պացիենտի մոդել**

Մոդելի պարտադիր բաղադրիչ	Բաղադրիչի նկարագրությունը
Նոզոլոգիական ձևը	Սուր ցիստիտ Սուր պիելոնեֆրիտ
Տարիքային կարգավիճակ	Մեծահասակներ

Հիվանդության աստիճանը	Ցանկացած
Հիվանդության փուլը	Ցանկացած
Բարդությունները	Չբարդացած
Կողը ըստ ՀՄԴ-10	N 30.0, N 39.0, N 10.0
Բուժօգնության ցուցաբերման պայմանները	Արտահիվանդանոցային

### Հապավումներ

ԳԱՄ՝ գաղութ առաջացնող միավոր

ՀՇ՝ համակարգչային շերտագրություն

ՄՎ՝ միզուղիների վարակ

ՍՃՓՎ՝ սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակ

ՍՉՊ՝ սուր չբարդացած պիելոնեֆրիտ

ՍՉՑ՝ սուր չբարդացած ցիստիտ

ՈւՁՀ՝ ուլտրաձայնային հետազոտություն

### 1. Ախտորոշում

1.1 Սուր ցիստիտ ախտորոշվում է.

1.1.1 Կլինիկական նշանների հիման վրա, երբ առկա է դիզուրիա և հաճախամիզություն՝ առանց հեշտոցային ախտանշանների: Տարեց կանանց մոտ միզասեռական ախտանիշները պարտադիր չէ, որ կապված լինեն ցիստիտի հետ:

1.1.2 Ըստ մեզի ստրիպային տեստի պատասխանի՝ դրական պատասխան նիտրիտների կամ լեյկոցիտների էսթերազայի հանդեպ: Այն չբարդացած ցիստիտի դեպքում ողջամիտ այլընտրանքային տարբերակ է մեզի ցանքսի համար:

1.1.3 Մեզի ցանքս կատարել, եթե

1.1.3.1 առկա է սուր պիելոնեֆրիտի կասկած,

1.1.3.2 ախտանշանները չեն անցնում բուժման ավարտին կամ կրկնվում են հակաբիոտիկային բուժումից հետո 2-4 շաբաթվա ընթացքում

1.1.3.3 առկա են ատիպիկ ախտանշաններ,

1.1.3.4 ինչպես նաև, կանանց կրկնվող ՄՎ ախտորոշման դեպքում:

1.2 Սուր պիելոնեֆրիտ

1.2.1 Բնորոշվում է որպես ոչ հղի, նախադաշտանադադարային շրջանի կանանց պիելոնեֆրիտ՝ առանց ուրոլոգիական անոմալիաների և ուղեկից հիվանդությունների: Կասկածվում է ըստ ախտանշանների՝  $>38^{\circ}\text{C}$  տենդ, գոտկային ցավ, կոստովերտեբրալ անկյան լարվածություն, սրտխառնոց և փսխում՝ ուղեկցվող ցիստիտի նշաններով կամ առանց դրանց:

1.2.2 Հետազոտման համար կատարել

1.2.2.1 Ռուտին մեզի ընդհանուր քննություն լեյկոցիտների, էրիթրոցիտների և նիտրիտների որոշմամբ

1.2.2.2 Պիելոնեֆրիտի բոլոր դեպքերում մեզի ցանքս և հակաբիոտիկազգայունության որոշում ( $\geq 10^5$  ԳԱՄ-ը ցույց է տալիս կլինիկապես նշանակալի բակտերուրիա)

1.2.2.3 ՈւՁՀ միզուղիների խցանումն ու միզաքարային հիվանդությունը բացառելու նպատակով

1.2.2.4 ՄՍՀՇ կամ էքսկրետոր ուրոգրաֆիա, եթե բուժումից 72 ժամ անց հիվանդը շարունակում է ջերմել

**2. Տարբերակիչ ախտորոշում**

2.1 Սուր ուրեթրիտ (այդ թվում ՍՃՓՎ)

- 2.1.1 գոնոկոկային ուրեթրիտ
- 2.1.2 ոչ գոնոկոկային ուրեթրիտ
- 2.1.3 կոնքի բորբոքային հիվանդություն
- 2.2 Վուլվովագինիտ
- 2.3 Ինտերստիցիալ ցիստիտ/ցավոտ միզապարկի համախտանիշ
- 2.4 Նեֆրոլիթիազ

### 3. Բուժում

#### 3.1 ՍՉՑ դեպքում

##### 3.1.1 որպես էմպիրիկ առաջին ընտրություն կիրառել

3.1.1.1 Ֆոսֆոմիցին տրոմետամոլ, 3 գ մեկ անգամ, կամ

3.1.1.2 Նիտրոֆուրանտոին մոնոհիդրատ/մակրոկրիստալ, 100 մգ օրը  
2 անգամ, 5 օր, կամ

3.1.1.3 Պիվմեցիլինամ 400մգ օրը 3 անգամ, 3-5 օր

3.1.1.4 Կոտրիմոքսազոլ (սուլֆամետոքսազոլ/տրիմեթոպրիմ), 800/160  
մգ օրը 2 անգամ, 3 օր, սակայն չկիրառել, եթե նախորդող 3  
ամսվա ընթացքում կիրառվել է ՄՎ-ի կապակցությամբ:

##### 3.1.2 Այլընտրանքային տարբերակ

3.1.2.1 Ցեֆալոսպորին (օրՖՑեֆադրոքսիլ), 500մգ օրը 2 անգամ, 3 օր

3.1.2.2 ցիպրոֆլոքսացին, 250 մգ օրը 2 անգամ 3 օր, կամ

3.1.2.3 լևոֆլոքսացին, օրական 250 մգ, 3 օր, կամ

3.1.2.4 օֆլոքսացին, օրական 200 մգ, 2 օր:

##### 3.1.3 Եթե E. Coli-ի նկատմամբ կայունությունը ցածր է 20%-ից, ապա

3.1.3.1 Տրիմետոպրիմ, 200մգ օրը 2 անգամ, 5 օր

3.1.3.2 Տրիմետոպրիմ-սուլֆամետոքսազոլ, 160/800մգ օրը 2  
անգամ, 3 օր

#### 3.2 ՍՉՊ դեպքում

##### 3.2.1 եթե հոսպիտալացման կարիք չկա

3.2.1.1 որպես էմպիրիկ առաջին ընտրություն կիրառել ֆտորքինոլոններ և ցեֆալոսպորիններ՝

3.2.1.1.1 Ցիպրոֆլոքսացին, 500-750մգ օրը 2 անգամ, 7-10 օր, կամ

3.2.1.1.2 Լևոֆլոքսացին, 750 մգ օրը մեկ անգամ, 5 օր:

3.2.1.1.3 Ֆտորիսինոլոնների հանդեպ կայունությունը պետք է լինի 10%-ից ցածր

3.2.1.1.4 Տրիմետոպրիմ-սուլֆամետոքսազոլ, 160/800մգ օրը 2 անգամ, 7-14 օր

3.2.1.1.5 Ցեֆադոքսիմ, 200մգ օրը 2 անգամ, 10 օր

3.2.1.1.6 Ցեֆտիբուտեն, 400մգ օրը 1 անգամ, 10 օր

3.2.1.1.7 Եթե այս դեղերն օգտագործվում են էմպիրիկ, ապա անհրաժեշտ է նախնական ն/ե կիրառել պարենտերալ երկարատև ազդեցության հակաբակտերալ միջոց (օրինակ՝ Ցեֆտրիաքսոն)

3.2.2 Հոսպիտալացման կարիք ունեցող կանանց

3.2.2.1 Որպես ընտրություն կիրառել ն/ե հակաբիոտիկներ, ինչպես օրինակ ֆտորիսինոլոն, ամինոգլիկոզիդ (ամպիցիլինով կամ առանց դրա), լայն սպեկտրի ցեֆալոսպորին, լայն սպեկտրի պենիցիլին կամ կարբապենեմ: Հիմնվել տեղային կայունության առկա տվյալների վրա և ուղղորդվել ըստ զգայունության թեստի արդյունքների:

3.2.2.1.1 Ցիպրոֆլոքսացին, 400մգ օրը 2 անգամ

3.2.2.1.2 Լևոֆլոքսացին, 750մգ օրը 1 անգամ

3.2.2.1.3 Ցեֆոտաքսիմ, 2գ օրը 3 անգամ

3.2.2.1.4 Ցեֆտազիդիմ, 1-2գ օրը 3 անգամ

3.2.2.1.5 Կո-ամոքսիկլավ, 1,5գ օրը 3 անգամ

3.2.2.1.6 Ցեֆտրիաքսոն 1-2գ օրը 1 անգամ

- 3.2.2.1.7 Ցեֆեպին, 1-2գ օրը 2 անգամ
- 3.2.2.1.8 Պիպերացիլին/Տազոբակտամ, 2,5-4,5գ օրը 3 անգամ
- 3.2.2.1.9 Գենտամիցին, 5մգ/կգ օրը 1 անգամ
- 3.2.2.1.10 Ամիկացին, 15մգ/կգ օրը 1 անգամ
- 3.2.2.1.11 Էրտապենեմ, 1գ օրը 1 անգամ
- 3.2.2.1.12 Իմիպենեմ/Ցիլաստատին, 0,5/0,5գ օրը 3 անգամ
- 3.2.2.1.13 Մերոպենեմ, 1գ օրը 3 անգամ
- 3.2.2.1.14 Դորիպենեմ, 0,5գ օրը 3 անգամ

#### 4. Հսկողություն

##### 4.1 ԱՉՑ դեպքում

4.1.1 Բուժման ավարտից հետո ախտանշանների անցման դեպքում ցուցված չէ ռուտին կատարել մեզի ընդհանուր քննություն և մեզի ցանքս:

4.1.2 Եթե բուժման ավարտին ախտանշանները պահպանվում են կամ անցել և կրկնվել են 2 շաբաթվա ընթացքում, ապա պետք է կատարել մեզի ցանքս և որոշել հակաբիոտիկազգայունությունը: Ընտրել մեկ այլ ընտրություն համարվող էմպիրիկ հակաբիոտիկ, և հետագա բուժումն ուղղորդել ըստ հակաբիոտիկազգայունության թեստի արդյունքների 7-օրյա բուժման ռեժիմով:

##### 4.2 ԱՉՊ դեպքում

4.2.1 Հակաբիոտիկներով բուժման ֆոնին ախտանշանների անցման դեպքում հսկողական մեզի ընդհանուր քննություն և մեզի ցանքս չկատարել:

4.2.2 Եթե հակաբիոտիկներով բուժման ֆոնին 3 օրվա ընթացքում ախտանշանները պահպանվում են կամ 2 շաբաթվա ընթացքում ախտանշանները կրկնվում են, ապա



- 4.2.2.1 կատարել կրկնակի մեզի ցանքս և հակաբիոտիկազգայունության թեստ,
- 4.2.2.2 հետազոտել միզուղիների խանգարումների և բարդությունների համար, որը կարող է ներառել
  - 4.2.2.2.1 կոնքի օրգանների և երիկամների ՈւՁՀ,
  - 4.2.2.2.2 կոնքի օրգանների և երիկամների ՀՇ,
  - 4.2.2.2.3 էքսկրետոր ուրոգրաֆիա,
  - 4.2.2.2.4 երիկամների սցինտիգրաֆիա:
- 4.2.2.3 Եթե որևէ խանգարում չի հայտնաբերվում, փոխել հակաբիոտիկը մեկ այլ ընտրություն համարվող էմպիրիկ հակաբիոտիկով, ապա շտկել ընտրությունը համաձայն հակաբիոտիկազգայունության թեստի արդյունքների, և բուժումն անցկացնել ավելի երկար՝ 2-3 շաբաթ:

**5. Ուղղորդման ցուցանիշներ**

- 5.1 Հոսպիտալացնել պացիենտին, եթե
  - 5.1.1 օրալ դեղորայքի ընդունումն անհնար է,
  - 5.1.2 տեղադրված է միզային ստենտ, նեֆրոստոմիկ խողովակ կամ արտաքին ստոմա,
  - 5.1.3 երիկամը փոխապատվաստված է,
  - 5.1.4 կասկածվում է կամ առկա է իմունաճնշված վիճակ,
  - 5.1.5 կասկածվում է կամ առկա է միզուղիների խցանում,
  - 5.1.6 կասկածվում է սեպսիս կամ բակտերեմիա,
  - 5.1.7 կասկածվում է նեկրոտիզացնող կամ էմֆիզեմատոզ վարակ,
  - 5.1.8 ախտորոշումը հստակ չէ,
  - 5.1.9 կասկածվում է կամ առկա է երիկամների սուր վնասում,
  - 5.1.10 արտահիվանդանոցային վարումը ձախողվում է:

5.2 Ստորև նշված դեպքերում հարկավոր է քննարկել նեղ մասնագիտացված բուժօգնության ուղղորդման կամ հոսպիտալացման հարցը՝

- 5.2.1 տարիքը՝ >60 տ,
- 5.2.2 հնարավոր է հղիություն,
- 5.2.3 մշտական տեղադրված միզային կաթետեր,
- 5.2.4 քրոնիկ/կրկնվող ՄՎ-ներ,
- 5.2.5 քրոնիկ երիկամային հիվանդություն,
- 5.2.6 նեյրոգեն միզապարկ,
- 5.2.7 միզուղիների անատոմիական խանգարում,
- 5.2.8 լուրջ ուղեկցող սոմատիկ ախտաբանություններ  
դեկոմպենսացիայի շրջանում,
- 5.2.9 նշանակված բուժմանը պատշաճ հետևելու վստահության բացակայություն:

**6. Բժշկական ծառայությունների հիմնական և լրացուցիչ ցանկեր**

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

Ծածկագիր	Անվանում	Տրամադրման հաճախականություն	Միջին քանակ	Ստորաբաժանում	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ
	Մեզի ընդհանուր քննություն	1	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/բժիշկ	1-7 օրեր
	Մեզի ցանքս	1	1	Լաբորատոր ախտորոշման	Լաբորատոր ախտորոշման	1-3 օրեր

				ծառայություն	ծառայության բուժքույր/բժիշկ	
	Մեզի ցանքսի հակաբիոտիկազգայնության թեստ	1	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/բժիշկ	1-3 օրեր

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

Ծածկագիր	Անվանում	Տրամադրման հաճախականություն	Միջին քանակ	Ստորաբաժանում	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ
	Արյան մեջ միզանյութի մակարդակի որոշում	0.25	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/բժիշկ	1-7 օրեր
	Արյան մեջ կրեատինինի մակարդակի որոշում	0.25	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/բժիշկ	1-7 օրեր
	Կոնքի և երիկամների ՈւՁՀ	0.5	1	Ճառագայթաբանական ախտորոշման ծառայություն	Բժիշկ-ճառագայթաբան/տեխնիկ	1-7 օրերը
	Կոնքի և երիկամների ՀՇ	0.1	1	Ճառագայթաբանական ախտորոշման ծառայություն	Բժիշկ-ճառագայթաբան/տեխնիկ	1-7 օրերը
	Արյան մեջ	0.1	1	Լաբորատոր	Լաբորատոր	1-7 օրերը

	Էլեկտրոլիտների (Na, K) մակարդակի որոշում			ախտորոշման ծառայություն	ախտորոշման ծառայության բուժքույր/ բժիշկ	
	Արյան մեջ C-ռեակտիվ սպիտակուցի մակարդակի որոշում	0.25	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/ բժիշկ	1-7 օրերը
	Արյան մեջ կրեատինին	0.25	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/ բժիշկ	1-7 օրերը
	Արյան միզանյութային ազոտ	0.25	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/ բժիշկ	1-7 օրերը
	Արյան մեջ պրոկալցիտոնին ի մակարդակի որոշում	0.1	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/ բժիշկ	1-7 օրերը

## 7. Դեղերի հիմնական և լրացուցիչ ցանկեր

### 7.1. Պահանջներ դեղորայքային բուժման նկատմամբ (հիմնական ցանկ)

ԴԹԽ	ԱԹՔԴ	ՄՈԱ	Նշանակման հաճախա- կանություն	ԿՈԴ	ՀԿԴ	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ
Հակաբիոտիկներ՝ նիտրոֆտրանի ածանցյալներ	JO1XE01	Նիտրոֆուրանտոի ն	1	0.2 գ	1.0 գ		1-5 օր

Հակաբիոտիկներ՝ ֆոսֆոնաթթվի ածանցյալներ	J01XX01	Ֆոսֆոմիցին	1	3.0 գ	3.0 գ		1 օր
Հակաբիոտիկներ՝	J01EE01	Տրիմետոպրիմ/աու լֆամետոքսազոլ	1	1.92 գ	5.76 գ		1-5 օր

### 7.1. Պահանջներ դեղորայքային բուժման նկատմամբ (լրացուցիչ ցանկ)

ԴԹԽ	ԱԹՔԴ	ՄՈԱ	Նշանակման հաճախա- կանություն	ԿՈԴ	ՀԿԴ	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ
Հակաբիոտիկներ՝ ֆթորիսինոլոն	J01MA02	Ֆիպրոֆլոքսացին	0.25	1.0 գ	7.0 գ		1-7 օր
Հակաբիոտիկներ՝ ֆթորիսինոլոն	J01MA12	Լևոֆլոքսացին	0.25	0.75 գ	3.75 գ		1-5 օր
Հակաբիոտիկներ՝ ֆթորիսինոլոն	J01MA01	Օֆլոքսացին	0.25	0.2 գ	0.4 գ		1-2 օր
Հակաբիոտիկներ՝ ցեֆալոսպորին	J01DD04	Ցեֆտրիաքսոն	0.25	1.0	5.0 գ		1-5 օր
Հակաբիոտիկներ՝ պենիցիլիններ	J01CA01	Ամպիցիլին	0.25	2.0 գ	10 գ		1-5 օր
Հակաբիոտիկներ՝ ամինոգլիկոզիդներ	J01GB03	Գենտամիցին	0.1	160 մգ	480 մգ		1-5 օր

### 8. Պահանջներ աշխատանքի ռեժիմի, հանգստի, բուժման կամ վերականգնման նկատմամբ

Սույն Գործելակարգի համաձայն տվյալ պահանջների կատարումը պարտադիր չէ:

### 9. Պահանջներ սննդակարգի նշանակման և սահմանափակումների վերաբերյալ

Սույն Գործելակարգի համաձայն տվյալ պահանջների կատարումը պարտադիր չէ:

**10. 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:

**11. 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%	10 օր	Անցում համապատասխան վերականգողական ուղեցույցին/ գործելակարգին
Ապաքինում ֆիզիոլոգիական գործընթացի կամ ներգրավված օրգանի ֆունկցիայի ամբողջական կորստով			Անցում համապատասխան վերականգողական ուղեցույցին/ գործելակարգին
Յատրոգեն բարդությունների զարգացում			Անցում համապատասխան ախտաբանության բուժման ուղեցույցին/ գործելակարգին
Մահացու ելք	0-8%		

