

ՏՂԱՄԱՐԴԿԱՆՑ ՇՐՋԱՆՈՒՄ ԷՐԵԿՏԻԼ ԴԻՍՖՈՒՆԿՑԻԱՅԻ ՎԱՐՄԱՆ ԳՈՐԾԵԼԱԿԱՐԳ

Ընդհանուր դրույթներ

Առնանդամի էրեկցիան իրենից ներկայացնում է բարդ ֆենոմեն, որն իրականանում է նյարդային, անոթային և հյուսվածքային բաղադրիչների փոխհամաձայնեցված գործունեությամբ: Այն իր մեջ ներառում է զարկերակների լայնացումը, տրաբեկուլյար հարթ մկանների ռելաքսացիան և առնանդամի մարմնի վենո-օկլյուզիոն մեխանիզմի ակտիվացումը: Էրեկտիլ դիսֆունկցիան (ԷԴ) դա կայուն անկարողությունն է հասնել և պահպանել բավարար սեռական ակտիվության համար անհրաժեշտ էրեկցիան: Այն կարող է ազդել ֆիզիկական և հոգեբանասոցիալական առողջության վրա և նշանակալիորեն վատացնել և հիվանդի, և զուգընկերոջ կյանքի որակը: Արդեն փաստ է, որ ԷԴ կարող է հանդիսանալ պսակաձև զարկերակների և պերիֆերիկ անոթային հիվանդությունների վաղ դրսևորումներից մեկը: Այդ իսկ պատճառով այն պետք է դիտարկել ոչ միայն որպես կյանքի որակի փոփոխություն, այլ նաև որպես սիրտ-անոթային հիվանդությունների նախազգուշացնող նշան: ԷԴ-ի և սիրտ-անոթային հիվանդությունների ռիսկի գործոնները նույնն են (օրինակ՝ ճարպակալում, ՇԴ, դիսլիպիդեմիա, մետաբոլիկ համախտանիշ, հիպոդինամիա, ծխել): Այն տարածված է նաև ռադիկալ պրոստատէկտոմիայից, ՇՔ-ի արտաքին ճառագայթային թերապիայից և բրախիթերապիայից, կրիոթերապիայից և բարձր-հաճախային ֆոկուսացված ուլտրաձայնային բուժումից հետո: Ըստ էթիոլոգիայի ԷԴ-ն սովորաբար դասակարգվում է օրգանական, փսիխոգեն և խառը տիպերի: Ըստ պաթոֆիզիոլոգիայի տարբերում են անոթածին, նյարդածին, անատոմիական, հորմոնային, դեղորայքային, տրավմատիկ և փսիխոգեն ԷԴ: Համաճարակաբանական տվյալները ցույց են տալիս ԷԴ-ի բարձր տարածվածությունը: Ըստ Քյոլնի հետազոտության 30-80 տարեկան տղամարդկանց մոտ ԷԴ-ի տարածվածությունը կազմում է 19,2%, ընդ որում դիտվում է տարիք-կախյալ ուղիղ աճ սկսած 2,3%-ից մինչև 53,4%: Հիվանդացության աստիճանը (նոր դեպքերը 1000 տղամարդու հաշվարկով 1 տարվա ընթացքում) կազմում է 26: Ռեալ ժամանակով կատարված երկարաժամկետ հետազոտության համաձայն բուժօգնության

դիմաժ 4 տղամարդուց 1-ը փոքր է 40 տարեկանից, ընդ որում նրանց համարյա 50%-ը բողոքում է ծանր աստիճանի էԴ-ից:

Գործելակարգի մշակման աշխատանքային խմբի անդամների անվանացուցակ

1. Ա.Մ. 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
2. ՌՊՊ Բադալյան, բժշկ, Երևանի Մխիթար Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի “Ուրոլոգիայի և անդրոլոգիայի” ամբիոնի դոցենտ
3. Ա.Ա. Քոչարյան, Երևանի Մխիթար Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի “Ուրոլոգիայի և անդրոլոգիայի” ամբիոնի ասիստենտ, 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 Cochrane տեղեկատվական շտեմարանի տվյալների հիման վրա՝

1. European Association of Urology - 2017.

Գործելակարգի պացիենտի մոդել

Սույն Գործելակարգի պացիենտի մոդելն է էրեկտիլ դիսֆունկցիայով մեծահասակ տղամարդը (Աղյուսակ 1):

Այուսակ 1

Էրեկտիլ դիսֆունկցիայով պացիենտի մոդել

Մոդելի պարտադիր բաղադրիչ	Բաղադրիչի նկարագրությունը
Նոզոլոգիական ձևը	Էրեկտիլ դիսֆունկցիա
Տարիքային կարգավիճակ	Մեծահասակներ
Հիվանդության աստիճանը	Ցանկացած
Հիվանդության փուլը	Ցանկացած
Բարդությունները	Չբարդացած
Կողը ըստ ՀՄԴ-10	N 48.4
Բուժօգնության ցուցաբերման պայմանները	Արտահիվանդանոցային և ներհիվանդանոցային

Հապավումներ

ԷԴ՝ էրեկտիլ դիսֆունկցիա

ՇԴ՝ շաքարային դիաբետ

ՇԲ՝ շագանակագեղձի քաղցկեղ

ՍՄՍ՝ ստորին միզուղիների սիմպտոմներ

ՇԲԳ՝ շագանակագեղձի բարորակ գերած

ՊՍԱ՝ պրոստատ-սպեցիֆիկ անտիգեն

ՍԱՀ՝ սիրտ-անոթային համակարգ

ՍԻ՝ սրտամկանի ինֆարկտ

ՁՓԴ՝ ձախ փորոքային դիսֆունկցիա

ԽՍԱ՝ խրոնիկ սրտային անբավարարություն

ԶՀ՝ զարկերակային հիպերտենզիա

ՎԻՊ՝ վազոակտիվ ինտեստինալ պեպտիդ

1. Ախտորոշում

1.1 Պացիենտի և, հնարավորության դեպքում, զուգընկերոջ բժշկական և սեռական անամնեզի մանրամասն ուսումնասիրություն.

1.1.1 Հայտնաբերել ԷԴ-ի հետ զուգակցված այլ հիվանդություններն ու ռիսկի գործոնները, քննարկել նախկինում ունեցած խորհրդատվությունները ու ստացած բուժումները

1.1.2 Պարզել պացիենտի սեռական կողմնորոշումը, նախորդ և ներկա սեռական հարաբերությունները, էրեկտիլ խնդիրների առաջացումն ու տևողությունը

1.1.3 Կատարել փսիխոմետրիկ քննություն

1.1.4 Ստուգել հնարավոր ՍՄՍ/ՇԲԳ-ի և հիպոգոնադիզմի (տեստոստերոնի դեֆիցիտ) նշանները, ներառյալ առույգության և լիբիդոյի իջեցումը, հոգնածությունը, կոզնիտիվ խանգարումները:

1.2 Ֆիզիկական զննում

1.2.1 Առնանդամի դեֆորմացիաներ

1.2.2 Հիպոգոնադիզմի նշաններ (փոքր ամորձիներ, երկրորդային սեռական հատկանիշների փոփոխություններ և այլն)

1.2.3 Շագանակագեղձի հիվանդություններ

1.2.4 Սիրտ-անոթային և ներոլոգիական ստատուս:

1.3 Լաբորատոր հետազոտություններ

1.3.1 Գլյուկոզա-լիպիդային պրոֆիլ (եթե վերջին 12 ամիսների ընթացքում ստուգված չէ)

1.3.2 Վաղ առավոտյան ընդհանուր տեստոստերոն, անհրաժեշտության դեպքում ազատ տեստոստերոն, պրոլակտին, լյուտեինացնող հորմոն, ՊՍԱ: Անհրաժեշտ է նշել, որ շրջանառող տեստոստերոնի 8

նմու/լ-ից ավել քանակի դեպքում նրա և սեռական ֆունկցիայի միջև կապը շատ ցածր է:

1.4 Հատուկ ախտորոշիչ հետազոտություններ

- 1.4.1 Առնանդամի գիշերային տումեսցենցիայի և ռիզիդոլոգիայի տեստ
- 1.4.2 Վազոակտիվ դեղի ինտրակավերնոզ ներարկման թեստ
- 1.4.3 Առնանդամի դինամիկ դուալեքս հետազոտություն
- 1.4.4 Ներքին պուլսենդալ արտերիոգրաֆիա, առնանդամի դինամիկ ինֆուզիոն կավերնոզոմետրիա կամ կավերնոզոգրաֆիա
- 1.4.5 Նյարդաբանական հետազոտություններ (օրինակ՝ բուլբոկավերնոզ ռեֆլեքս, նյարդային հաղորդականության ստուգում)
- 1.4.6 Հոգեբանական և էնդոկրինոլոգիական հետազոտություններ
- 1.4.7 Առնանդամի անոմալիաների հայտնաբերում (օրինակ՝ հիպոսպադիա, բնածին ծովածություն, Պեյրոնի հիվանդություն)
- 1.4.8 Հատուկ ախտորոշիչ հետազոտությունների ցուցումներն են.
 - 1.4.8.1 Առաջնային ԷԴ (պայմանավորված չէ օրգանական կամ հոգեբանական խանգարումներով)
 - 1.4.8.2 Կոնքի կամ շեքի տրավմայով երիտասարդ պացիենտներ, որոնք կարող են բուժվել ռեվասկուլյարիզացիայի կամ անգիոպլաստիկայի միջոցով
 - 1.4.8.3 Առնանդամի դեֆորմացիայով պացիենտներ, որոնք կարող են ենթարկվել վիրահատական բուժման
 - 1.4.8.4 Հոգեբանական կամ հոգեբանաստեքսուալ ծանր խանգարումներով պացիենտներ
 - 1.4.8.5 Ծանր էնդոկրինոլոգիական խանգարումներով պացիենտներ
 - 1.4.8.6 Հատուկ հետազոտությունները կարող են նշանակվել նաև պացիենտի կամ նրա զուգընկերոջ խնդրանքով

1.4.8.7 Բժշկա-իրավաբանական պատճառներ (օրինակ՝ առնանդամի պրոտեզավորման դեպքում ԷԴ-ի աստիճանը վերջնական որոշելու նպատակով, սեռական բռնություն):

1.5 Անհրաժեշտ է գնահատել սեռական ակտիվության ազդեցությունը սիրտ-անոթային համկարգի վրա: ԷԴ-ով պացիենտները, ովքեր կարիք ունեն բուժման դասկարգվումյ են ռիսկի երեք խմբերի (մանրամասները տես՝ Հավելված 1.)

2. Բուժում

2.1 ԷԴ-ն կարող է կապված լինել փոփոխական ռիսկի գործոնների հետ, ներառյալ կենսակերպն ու դեղ-կախյալ գործոնները: Այդ պատճառով անհրաժեշտ է՝

2.1.1 Փոխել կենսակերպը, վերացնել փոփոխական ռիսկի գործոնները, որը պետք է սկսել կամ զուգակցել բուժման հետ

2.1.2 Կառավարել ԷԴ-ի հետ զուգակցված այլ հիվանդությունները (օրինակ՝ ՇԴ, ԶՀ, մետաբոլիկ համախտանիշ)

2.1.3 Ռադիկալ պրոստատեկտոմիայից հետո օգտագործել պրոէրեկտիլ դեղորայք, որն արագացնում է էրեկտիլ ֆունկցիայի վերականգնումը

2.1.4 Իրականացնել պացիենտի և զուգընկերոջ ուսուցում և կոնսուլտացիաներ

2.1.5 Որպես կանոն, ԷԴ-ն սպեցիֆիկ մեթոդներով հաջողությամբ բուժվում է հետևյալ դեպքերում՝ փսիխոգեն ԷԴ, երիտասարդ պացիենտների հետտրավմատիկ զարկերակային ԷԴ, հորմոնալ ԷԴ (օրինակ՝ հիպոգոնադիզմ և հիպերպրոլակտինեմիա): Մնացած դեպքերում տղամարդիկ ստանում են տվյալ դեպքին ոչ սպեցիֆիկ բուժում:

2.2 Բուժման առաջին գիծ

2.2.1 Օրալ ֆարմակոթերապիա (Ֆոսֆոդիեսթերազա 5-ի ինհիբիտորներ)

2.2.1.1 Սիլդենաֆիլ 25մգ, 50մգ, 100մգ (խորհուրդ է տրվում բուժումը սկսել 50մգ-ից)

2.2.1.2 Տաղալաֆիլ 5մգ, 10մգ, 20մգ (խորհուրդ է տրվում բուժումը սկսել 10մգ-ից)

2.2.1.3 Վարդենաֆիլ 5մգ, 10մգ, 20մգ (խորհուրդ է տրվում բուժումը սկսել 10մգ-ից)

2.2.1.4 Ավանաֆիլ 50մգ, 100մգ, 200մգ (խորհուրդ է տրվում բուժումը սկսել 100մգ-ից)

2.2.1.5 Բոլոր ՖԴԵ5-ի ինհիբիտորները հակացուցված են

2.2.1.5.1 Վերջին 6 ամսվա ընթացքում սրտամկանի ինֆարկտ, ինսուլտ կամ մահվան սպառնալիքով առիթմիկ հիվանդությամբ տառապող հիվանդներին

2.2.1.5.2 Հիպոտոնիկ (հանգիստ վիճակում $\geq 90/50$ մմՄՄ) կամ հիպերտոնիկ ($\geq 170/100$ մմՄՄ) հիվանդներին

2.2.1.5.3 Անկայուն ստենոկարդիայով, սեռական հարաբերության ժամանակ ստենոկարդիայով և ըստ NYHA-ի IV աստիճանի ԽՍԱ տառապող հիվանդներին

2.2.1.5.4 Օրգանական նիտրատի ցանկացած ձև (օրինակ՝ նիտրոգլիցերին, իզոսորբիտ մոնոնիտրատ և իզոսորբիտ դինիտրատ) և ազոտի օքսիդի դոնորներ օգտագործող հիվանդներին:

2.2.2 Էրեկցիայի վակուումային սարքավորումներ (խորհուրդ է տրվում օգտագործել տարեց, լավ տեղեկացված պացիենտների բուժման համար, ովքեր հազվադեպ են ունենում սեռական հարաբերություն և ցանկանում են ոչ ինվազիվ և առանց դեղորայքի բուժում ստանալ)

2.2.3 Ցածր ինտենսիվությամբ հարվածաալիքային թերապիա:

2.3 Բուժման երկրորդ գիծ

2.3.1 Ինտրակավերնոզ ներարկումներ

2.3.1.1 Ալպրոստադիլ 5-40 մկգ

2.3.1.2 Կոմբինացված բուժում, որի նպատակն է ուժեղացնել տարբեր մեխանիզմներով ազդող դեղորայքի ազդեցությունը: Այս դեպքում հնարավոր է լինում իջեցնել յուրաքանչյուր դեղի դոզան, որը պակասեցնում է նաև նրանց կողմնակի ազդեցությունները: Սովորաբար օգտագործվում են Պապավերինի, Ֆենտոլամինի, ՎԻՊ-ի, NO դոնորների (լինսիդոմին) և այլ դեղերի զուգակցումներ:

2.3.1.3 Ինտրաուրետրալ/տեղային ալպրոստադիլ 125-1000մկգ:

2.4 Բուժման երրորդ գիծ

2.4.1 Առնանդամի պրոթեզավորում, որը կարելի է կիրառել այն պացիենտների մոտ, ովքեր կայուն են դեղորայքային բուժման ներազդման նկատմամբ և ցանկանում են իրենց խնդրի մշտական լուծում ստանալ: Ներկայումս հասանելի են առնանդամի պրոթեզների 2 և 3-կոմպոնենտային ճկուն, փշվող տարբերակները:

3. Հսկողություն

3.1 Հետագա հսկողությունն անհրաժեշտ է յուրաքանչյուր բուժման արդյունավետության և անվտանգության գնահատման համար: Անհրաժեշտ է գնահատել նաև պացիենտի բավարարվածության զգացումը, որովհետև ԷԴ-ի բուժման ժամանակ այն հաջող բուժման նշաններից մեկն է: Բժիշկները պետք է հիշեն, որ ԷԴ-ի ժամանակ չկա միանշանակ բուժում, որը կհամապատասխանի բոլոր պացիենտներին և բոլոր իրավիճակներին:

4. Բժշկական ծառայությունների հիմնական և լրացուցիչ ցանկեր

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

Ծածկագիր	Անվանում	Տրամադրման հաճախականություն	Միջին քանակ	Ստորաբաժանում	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ
	Ուրոլոգի	1	3	Թերապիայի	Ուրոլոգ	1-30 օր

	խորհրդատվություն			բաժանմունք		
	Հոգեբանի խորհրդատվություն	1	1	Թերապիայի բաժանմունք	Հոգեբան	1-30 օր
	Նյարդաբանի խորհրդատվություն	1	1	Թերապիայի կամ նյարդաբանությա ն բաժանմունք	Նյարդաբան	1-30 օր
	Առնանդամի դինամիկ դուպլեքս հետազոտություն	1	1	Գործիքային ախտորոշման բաժանմունք	Բժիշկ- ճառագայթաբա ն	1-30 օր
	Ներքին պուդենդալ արտերիոգրաֆիա, առնանդամի դինամիկ ինֆուզիոն կավերնոզոմետրիա կամ կավերնոզոգրաֆիա	0.5	1	Գործիքային ախտորոշման բաժանմունք	Բժիշկ- ճառագայթաբա ն	1-30 օր
	Վազոակտիվ դեղի ինտրակավերնոզ ներարկման թեստ	0.5	1	Ուրոլոգիայի բաժանմունք	Ուրոլոգ	1-30 օր
	Արյան մեջ գլյուկոզայի մակարդակ	0.5	1	Լաբորատոր ախտորոշման բաժանմունք	Լաբորատոր ախտորոշման բաժանմունքի բժիշկ/բուժքույր	1-30 օր
	Արյան մեջ խոլեստերինի, տրիգլիցերիդների, բարձր և ցածր խտության լիպոպրոտեիդների մակարդակ	0.5	1	Լաբորատոր ախտորոշման բաժանմունք	Լաբորատոր ախտորոշման բաժանմունքի բժիշկ/բուժքույր	1-30 օր
	Արյան մեջ տեստոստերոնի մակարդակ	0.5	1	Լաբորատոր ախտորոշման բաժանմունք	Լաբորատոր ախտորոշման բաժանմունքի բժիշկ/բուժքույր	1-30 օր
	Արյան ընդհանուր	0.2	1	Լաբորատոր	Լաբորատոր	1-30 օր

	քննություն			ախտորոշման բաժանմունք	ախտորոշման բաժանմունքի բժիշկ/բուժքույր	
--	------------	--	--	-----------------------	--	--

5. Դեղերի հիմնական և լրացուցիչ ցանկեր

5.1 Բոլոր նշված դեղորայքը ընդունվում է կոնոնավոր կերպով յուրաքանչյուր սեռական կոնտակտից առաջ: Ուստի բուժման տևողության և, հետևաբար, դեղորայքի հիմնական և լրացուցիչ ցանկեր չեն կազմվել:

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

Սույն Գործելակարգի համաձայն տվյալ պահանջների կատարումը պարտադիր չէ: Արտահայտված ցավային համախտանիշի դեպքում հնարվոր է առաջանա ժամանկավոր անաշխատունակություն:

7. Պահանջներ սննդակարգի նշանակման և սահմանափակումների վերաբերյալ

Սույն Գործելակարգի համաձայն տվյալ պահանջների կատարումը պարտադիր չէ:

8. 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:

9. 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	5%	3 ամիս	Անցում համապատասխան ախտաբանության բուժման ուղեցույցին/ գործելակարգին
Մահացու ելք	0%		

Հավելված 1

Սիրտ-անոթային համակարգ և սեռական ակտիվություն. ռիսկային պացիենտներ.

Ցածր ռիսկի խումբ	Միջին ռիսկի խումբ	Բարձր ռիսկի խումբ
Ասիմպտոմատիկ, ՍԱՀ ռիսկի գործոն <input type="checkbox"/> 3 (չհաշված սեռը)	ՍԱՀ ռիսկի գործոն ≥ 3 (չհաշված սեռը)	Բարձր ռիսկի առիթմիաներ
Թեթև, կայուն	Չափավոր, կայուն	Անկայուն կամ

ստենոկարդիա (հետազոտված է և/կամ բուժվում է)	ստենոկարդիա	ռեֆրակտեր ստենոկարդիա
Զբարդացած նախկինում տարած ՍԻ	Ոչ վաղ ՍԻ (<input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 6 շաբաթ)	Ոչ վաղ ՍԻ (<input type="checkbox"/> 2 շաբաթ)
ԶՓԴ/ԽՍԱ (I կամ II աստիճան ըստ NYHA-ի)	ԶՓԴ/ԽՍԱ (III աստիճան ըստ NYHA-ի)	ԶՓԴ/ԽՍԱ (IV աստիճան ըստ NYHA-ի)
Հաջող կորոնար ռեվասկուլյարիզացիայից հետո	Աթերոսկլերոտիկ հիվանդության ոչ սրտային դրսևորումներ (օրինակ՝ ինսուլտ, պերիֆերիկ անոթային խնդիրներ)	Հիպերտրոֆիկ օբստրուկտիվ և այլ կարդիոմիոպաթիաներ
Կառավարվող գերճնշում		Չկառավարվող գերճնշում
Թեթև փականային հիվանդություն		Միջին-ծանր փականային հիվանդություն