

ԿՈՆՔԱԶԴԻՐԱՅԻՆ ՀՈԴԻ ՓՈԽԱՐԻՆՄԱՆ (ԱՐԹՐՈՊԼԱՍՏԻԿԱՅԻ)

ԱՆԶԳԱՅԱՑՄԱՆ ԳՈՐԾԵԼԱԿԱՐԳ

Ընդհանուր դրույթներ

Կոնքազդրային հոդի փոխարինումը (ԿՀՓ) ամենահաճախ կատարվող օրթոպեդիկ վիրահատություններից մեկն է: Համաձայն մի քանի համակարգված ամփոփումների կանխատեսումներին 2030թթ ԱՄՆ-ում ամբողջական ԿՀՓ պահանջը աճելու է 174%-ով՝ հասնելով տարեկան 572 000 միջամտության մակարդակին: Հիմնվելով դեմոգրաֆիկ միտումներից կանխատեսվում է, որ 2050 թ. աշխարհում կգրանցվի ազդրի կոտրվածքների շուրջ 6.26 միլիոն դեպք: ԿՀՓ թեկնածու հիվանդի միջին տարիքը 69 է և նրա մոտ սովորաբար առկա են մի շարք ուղեկցող առողջական խնդիրներ, որոնք կարող են լրջորեն ազդել հետվիրահատական ելքերի վրա: Ուստի, ցանկացած միջամտություն ներառյալ անզգայացման մոտեցումները, որոնք ձևավորում են հարվիրահատական արդյունքները միաժամանակ զգալի ազդեցություն ունեն հանրային առողջապահության ամբողջ համակարգի վրա: Համաձայն վերջին տվյալների ռեգիոնալ անզգայացումն ունի մի շարք առավելություններ և կարող է լրացվել սեդացիայով կամ ընդհանուր անզգայացմամբ: Չնայած այս պնդմանը ռեգիոնալ անզգայացումը (ՌԱ) շարունակում է թերօգտագործվել ԿՀՓ ժամանակ: Այսպես, ԱՄՆ-ում միայն ՌԱ պայմաններում իրականացված կոնքազդրային և ծնկան հոդերի արթրոպլաստիկաները կազմել են 11%, անզգայացման համակցված եղանակներով անցկացված միջամտությունները՝ 14.2% և միայն ընդհանուր անզգայացմամբ՝ 74.8%:

Լիարժեք և շարունակական ցավազրկումը, արյան խնայման մոտեցումները և թրոմբոէմբոլիկ բարդությունների կանխարգելումն այս վիրահատական միջամտությունների պարագայում ունեն մեծագույն կարևորություն:

Գործելակարգի մշակման աշխատանքային խմբի անդամների անվանացուցակ

1. Գաբրիելյան Լ. Մ., բ.գ.թ., «Էրեբունի» բժշկական կենտրոնի անզգայացման բաժանմունքի վարիչ
Թղթակցական հասցե՝ Հայաստանի Հանրապետություն, ք. Երևան, 0087, Տիգրադրադյան 14, հեռ՝ (+374) 10471100
2. Վարոսյան Ա. Ֆ., բ.գ.թ., Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի (ԵՊԲՀ) հետբուժական և շարունակական բժշկական կրթության ֆակուլտետի անէսթեզիոլոգիայի և ինտենսիվ թերապիայի ամբիոնի դոցենտ, «Էրեբունի» բժշկական կենտրոնի անէսթեզիոլոգ, Անէսթեզիոլոգների և ինտենսիվ թերապևտների հայկական միության նախագահ:
Թղթակցական հասցե՝ ՀՀ, ք. Երևան, 0087, Տիգրադրադյան փող. 14, հեռ.՝ (+374) 91490597, էլ. փոստ՝ avarosyan@gmail.com
3. Ղազարյան Տ.Ռ., բժիշկ անէսթեզիոլոգ, «Ուիզմոր Քլինիք» բժշկական կենտրոնի անզգայացման և ինտենսիվ թերապիայի ծառայության ղեկավար
Թղթակցական հասցե՝ ՀՀ, ք. Երևան, 0002, Պուշկինի փող. 56, հեռ՝ (012) 345678, էլ. փոստ՝ tghazaryan@mail.ru

Շահերի բախման հայտարարագիր և ֆինանսավորման աղբյուրներ

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. Opperer M, Danninger T, Stundner O, Memtsoudis SG. Perioperative outcomes and type of anesthesia in hip surgical patients: An evidence based review. World Journal of Orthopedics. 2014;5(3):336-343. doi:10.5312/wjo.v5.i3.336.
2. R. L. Johnson*, S. L. Kopp, C. M. Burkle, C. M. Duncan, A. K. Jacob, P. J. Erwin, M. H. Murad and C. B. Mantilla. Neuraxial vs general anaesthesia for total hip and total knee arthroplasty: a systematic review of comparative effectiveness research. British Journal of Anaesthesia, 116 (2): 163–76 (2016)
3. Anahi Perlas, M.D., F.R.C.P.C.; Vincent W. S. Chan, M.D., F.R.C.P.C., F.R.C.A.; Scott Beattie, M.D., F.R.C.P.C. Anesthesia Technique and Mortality after Total Hip or Knee Arthroplasty: A Retrospective, Propensity Score–matched Cohort Study. Anesthesiology 10 2016, Vol.125, 724-731.
4. Memtsoudis SG, Sun X, Chiu YL, Stundner O, Liu SS, Banerjee S, Mazumdar M, Sharrock NE. Perioperative comparative effectiveness of anesthetic technique in orthopedic patients. Anesthesiology. 2013;118:1046–1058

Հապավումներ

ԶՃ՝ զարկերակային ճնշում

ԷԱ՝ էպիդուրալ անզգայացում

ԿՀՓ՝ կոնքազդրային հողի փոխարինում

ՈԱ՝ ողնուղեղային անզգայացում

ՈՍՀԴ՝ ոչ ստերոիդային հակաբորբոքիչ դեղամիջոց

ՌԱ՝ ռեգիոնալ անզգայացում

1. Նախավիրահատական շրջան

1.1 Հիվանդի կյանքի և հիվանդության պատմության մանրակրկիտ ուսումնասիրում ներառյալ՝

1.1.1 Կրած վիրահատական միջամտություններ և անզգայացումներ

- 1.1.2 Սիրտ-անոթային, շնչառական կամ նյութափոխանակության հիվանդություններ
- 1.1.3 Ֆիզիկական ակտիվության մակարդակ
- 1.1.4 Մտավոր/ճանաչողական ֆունկցիաների վիճակ
- 1.1.5 Ալերգիկ կարգավիճակ (ներառյալ տեղային անզգայացնող դեղամիջոցների հանդեպ)
- 1.1.6 Հակաբակտերիալ բուժում վերջին 3 ամիսների ընթացքում
- 1.1.7 Ընդունվող դեղորայք (տեսակ, դեղաչափ, տևողություն)
- 1.2 Արտահայտված սրտային հիվանդությամբ հիվանդների դեպքում պետք է հնարավորինս խուսափել ցեմենտի օգտագործումից, այս խնդիրը պետք է քննարկվի վիրաբույժի հետ նախապես:
- 1.3 Հակաթրոմբոտիկ միջոցառումները պետք է սկսվեն հիվանդանոց ընդունվելուն պես:
- 1.4 Անզգայացման վտանգի գնահատում (ներառյալ դժվար շնչուղիների) համաձայն ստանդարտ դասակարգման և ներկայացնում հիվանդի ուշադրությանը:
- 1.5 Իրազեկված համաձայնության ձեռքբերում հիվանդի և/կամ նրա ներկայացուցիչների կողմից
- 1.6 Արյան խնայման մեթոդների պահանջի վերլուծություն և արյան բաղադրամասերի առկա պաշարների ճշտում

2. Ներվիրահատական շրջան

- 2.1 Վերին վերջույթի վրա պետք է տեղադրել 16G կամ ավելի մեծ տրամաչափի երակային կաթետեր
- 2.2 Ապահովել բավարար հիդրատացիա նախքան ողնուղեղային անզգայացումն (ՈԱ) իրականացնելը և ցեմենտը ներմուծելու ընթացքում:
- 2.3 Նվազագույն հսկողության ծավալ՝ սրտի ռիթմ և կծկումների հաճախականություն, զարկերակային ճնշում, պուլսօքսիմետրիա, դիուրեզ,

արյան թթվահիմնային և զազային կարգավիճակ (≥ 4 ժամ տևողությամբ, կամ զգալի արյունահոսությամբ ուղեկցվող վիրահատությունների ժամանակ)

2.4 Միանվագ ՈԱ համար. բուպիվակաին 0.5%, ≈ 3 մլ

2.5 Կողմնային դիրքում ՈԱ իրականացնելիս միդազոլամի ընդմիջվող դեղաչափերը կամ պրոպոֆոլը արդյունավետ են որպես սեդացիայի ընտրություն՝ զուգակցված դիմակով O_2 -ի ներշնչման հետ: Տարեցների մոտ միդազոլամը պետք է օգտագործել զգուշորեն, քանի որ այն կարող է հանգեցնել սուր դելիրիումի: Երբեմն կարող է պահանջվել ընդհանուր անզգայացման ներածում: Մեջքին պառկած դիրքում քննարկել կոկորդային դիմակ-շնչուղի օգտագործելու հարցը՝ զուգակցված ոչ խորը ընդհանուր անզգայացման հետ:

2.6 Երկարատև միջամտությունների դեպքում կարող է օգտագործվել համակցված ողնուղեղային էպիդուրալ անզգայացում: Չբարդացած Կ<Փ-ի դեպքում հետվիրահատական ցավազրկման նպատակով այսպիսի մոտեցումը հազվադեպ է պահանջվում:

2.7 Մեծածավալ վիրահատությունների դեպքում ընդհանուր (ավելի շատ, քան սեդացիան)±էպիդուրալ անզգայացումը (ԷԱ) կամ համապատասխան պաշարումը պետք է քննարկվեն կապված վիրահատության հնարավոր երկարաձգման հետ:

2.8 Հետվիրահատական շրջանում ԷԱ կիրառումը հիվանդների մեծամասնության մոտ որոշ փուլում կպահանջի միզային կաթետերավորում (որը կօգնի նաև հեղուկային հավասարակշռությունը հսկելուն): Սա լավագույնս իրականացվում է վիրահատության ընթացքում:

2.9 Եթե կենտրոնական նյարդային պաշարումները (ՈԱ կամ ԷԱ) հակացուցված են, գոտկային հյուսակի պաշարումը (կամ ազդրային երեքը մեկում պաշարումը) ապահովում է համեմատելի ցավազրկում և կարող է օգտագործվել որպես լրացում ընդհանուր անզգայացմանը:

2.10 ՁՃ-ի պետք է պահպանել բավարար մակարդակների վրա՝ հիմնված նախավիրահատական տվյալների վրա. ՁՃ արհեստական իջեցումը ցուցված չէ:

2.11 Կատարել ներվիրահատական հակաբակտերիալ կանխարգելում՝ կտրվածքին նախորդող 1 ժամվա ընթացքում:

2.12 Հիվանդների ակտիվ տաքացումը զգալիորեն կրճատում է ներվիրահատական արյան կորուստը և իջեցնում է հիվանդացությունն ու մահացությունը:

3. Հետվիրահատական շրջան

3.1 Վիրաբույժները սովորաբար նախընտրում են հիվանդներին պառկեցնել անկողնում մեջքի վրա դիրքում, ոտքերը բարձի միջոցով զատած, պրոթեզի տեղաշարժը կանխելու համար:

3.2 Կարևոր է հակաթոմբոէմբոլիկ կանխարգելումը. հիվանդների առնվազն 1%-ի մոտ զարգանում է խորանիստ երակների թրոմբոզ, եթե նույնիսկ միջոցառումները տեղին են:

3.3 Հիվանդների մեծ մասի մոտ խորհուրդ է տրվում թթվածնային թերապիա մինչև 24 ժ. տևողությամբ:

3.4 Հեմոգլոբինը պետք է ստուգվի հետվիրահատական շրջանում 24 ժ. ընթացքում և խնդրի դեպքում կարգավորվի կամ փոխներարկմամբ, կամ երկաթի պատրաստուկներով, ըստ ցուցումների:

3.5 24-48 ժ. ընթացքում հիվանդների շարժունակությունը պետք է վերականգնել, իսկ հետվիրահատական բավարար ցավազրկման համար արդյունավետ են պարացետամոլի կամ ՈՍՀԴ-ների կանոնավոր զուգակցումը: Տարեցների մոտ ՈՍՀԴ-ները պետք է կիրառվեն զգուշությամբ: Եթե տեղադրվել է էպիդուրալ կաթետեր, հազվադեպ կարող է կարիք լինել հետվիրահատական շարունակական ներարկման, որը պետք է դադարեցնել նախքան շարժունակության վերականգնումը:

4. Հատուկ նշումներ

- 4.1 Արյան կորստի չափը խիստ փոփոխական է: Այն կախված է նաև անզգայացման տեսակից: Միջին կորուստը 300-500 մլ է (ավելի ցածր է կենտրոնական նյարդային պաշարումների դեպքում): Նույնքան կորուստ կարող է դիտվել հետվիրահատական շրջանում դրենաժներից և հյուսվածքներից:
- 4.2 Փոխներարկման որոշումը բազմագործոնային է և ներառում է ընդհանուր վիճակը, շարունակվող վիրահատական կորուստներն ու տեղային գործոնները:
- 4.3 ԷԱ օգտակարությունը կարող է սահմանափակվել վաղ հետվիրահատական շրջանով (մինչև 6 ժ.):
- 4.4 Ոսկրային ցեմենտի օգտագործումը կապակցվում է թոքային էմբոլիայի եռապատիկ բարձր վտանգի հետ: Չտրոհված հեպարինի կիրառումը կապակցվում է խորանիստ երակների թրոմբոզի վեցապատիկ բարձր վտանգի հետ, համեմատած ցածր մոլեկուլային զանգվածով հեպարինների հետ:
- 4.5 Կոնքազդրային հողի երկկողմանի փոխարինումը որոշ վիրաբույժների նախընտրելի մեթոդն է երիտասարդ, նիհար հիվանդների դեպքում: Սա մեծածավալ վիրահատություն է.
- 4.5.1 հիվանդների մանրակրկիտ ընտրությունը կենսական նշանակություն ունի: Սրտանոթային համակարգի ծանր հիվանդությունը բարձրացնում է մահացությունը:
- 4.5.2 Առավել կիրառելի է ընդհանուր և էպիդուրալ անզգայացումների զուգակցումը:
- 4.5.3 Պետք է քննարկել ինվազիվ հսկողության հարցը (զարկերակային մուտք ± կենտրոնական երակային ճնշում):

5. Բժշկական ծառայությունների հիմնական և լրացուցիչ ցանկեր

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

Ծածկագիր	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 գլյուկոզայի մակարդակի որոշում	1	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/բժիշկ	1-3 օրեր
	Արյան մեջ ալբումինի մակարդակի որոշում	1	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/բժիշկ	1-3 օրեր
	Ակտիվացված մասնակի թրոմբապլաստի նի ժամանակի որոշում	1	2	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/բժիշկ	1-7 օրեր
	Արյան մեջ ֆիբրինոգենի մակարդակի	1	2	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության	1-7 օրեր

	որոշում				բուժքույր/ բժիշկ	
	Պրոտրոմբինայի ն ժամանակի Որոշում	1	2	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/ բժիշկ	1-7 օրեր
	Միջազգային բնականոնացվա ծ հարաբերակցու թյան որոշում	1	2	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/ բժիշկ	1-7 օրեր
	Էլեկտրասրտագր ություն	1	1	Անզգայացման բաժանմունք	Անզգայացման կամ վիրաբուժական բաժանմունքի բուժքույր	1 օրը
	Զարկերակային ճնշման չափում	1	44	Անզգայացման բաժանմունք	Անզգայացման կամ վիրաբուժական բաժանմունքի բուժքույր	1-3 օրը
	Սրտի կծկումների հաճախականութ յան չափում	1	44	Անզգայացման բաժանմունք	Անզգայացման կամ վիրաբուժական բաժանմունքի բուժքույր	1-3 օրը
	Պուլսօքսիմետրի ա	1	44	Անզգայացման բաժանմունք	Անզգայացման կամ վիրաբուժական բաժանմունքի բուժքույր	1-3 օրը
	Շնչափողի ինտուբացիա	1	1	Անզգայացման բաժանմունք	Անէթեզիոլոգ	1-3 օրերը
	Շնչափողի սանացիա	1	1	Անզգայացման բաժանմունք	Անէթեզիոլոգ	1-3 օրերը

	Թոքերի արհեստական օդափոխություն	1	1	Անզգայացման բաժանմունք	Անէսթեզիոլոգ	1-3 օրերը
	Ծայրամասային երակային կաթետրի տեղադրում	1	1	Անզգայացման բաժանմունք	Անէսթեզիոլոգ	1-3 օրերը
	Միզապարկի կաթետրավորում	1	1	Անզգայացման բաժանմունք	Անէսթեզիոլոգ	1-3 օրերը
	Անզգայացման մասնագետի խորհրդատվություն	1	2	Անզգայացման բաժանմունք	Անէսթեզիոլոգ	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
	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
	Նեղ մասնագետի խորհրդատվություն	0.5	2	Այլ բաժանմունքներ	Ցանկացած նեղ մասնագետ	1-3օրերը
	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 <Շ քննություն	0.1	1	Ճառագայթաբանական ախտորոշման ծառայություն	Բժիշկ-ճառագայթաբան/տեխնիկ	1-3 օրեր

	Որովայնի և փոքր կոնքի ԳՁՀ	0.25	1	Ճառագայթաբա-նական ախտորոշման ծառայություն	Բժիշկ-ճառագայթաբան/տեխնիկ	1-3 օրեր
	Ուլտրաձայնային էխոսրտագրություն	0.25	1	Ճառագայթաբա-նական ախտորոշման ծառայություն	Բժիշկ-ճառագայթաբան/տեխնիկ	1-3 օրեր

5. Դեղերի հիմնական կրացուցիչ ցանկեր

5.1. Պահանջներ դեղորայքային բուժմանն կատմամբ (հիմնական ցանկ)

ԴԹԽ	ԱԹՔԴ	ՄՈԱ	Նշանակման հաճախականություն	ԿՈԴ	ՀԿԴ	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ
Էլեկտրոլիտների լուծույթներ	BO5CB01	0.9% NaCL	1	2.0 L	4.0 L	Անզգայացման մասնագետ/բուժքույր	1-3 օր
Էլեկտրոլիտների լուծույթներ	BO5BB01	Ռինգերի լուծույթ	1	2.0 L	4.0 L	Անզգայացման մասնագետ/բուժքույր	1-3 օր
Էլեկտրոլիտների լուծույթներ	BO5BB01	Հավասարակշռված ջրաաղային լուծույթ	1	2.0 L	4.0 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 հիդրոկարբոններ	N01AB06	Իզոֆլուրան	1	15 մլ	15 մլ	Անզգայացման մասնագետ/բուժքույր	1 օր

Քնաբեր միջոցներ՝ հալոգենացված հիդրոկարբոններ	N01AB08	Ատֆյուրան	1	12 մլ	20 մլ	Անզգայացման մասնագետ/ բուժքույր	1 օր
Հակաբիոտիկներ՝ ցեֆալոսպորին	J01DD04	Յեֆտրիաքսոն	1	2.0 գ	2.0 Գ	Անզգայացման մասնագետ/ բուժքույր	1 օր
Միորելակասանտներ	M03AC04	Ատրակուրիումի բեզիլատ	1	150 մգ	150 մգ	Անզգայացման մասնագետ/ բուժքույր	1 օր
Քնաբեր միջոցներ	N05CDO8	Միդազոլամ	1	15.0 մգ	15.0 Մգ	Անզգայացման մասնագետ/ բուժքույր	1-3 օր
Ընդհանուրանզգայացման ցմանոչինհալացիոնմ իջոցներ	N01AX10	Պրոպոֆոլ	1	800 մգ	800 մգ	Անզգայացման մասնագետ/ բուժքույր	1 օր
Ցավազրկող թմրեցուցիչ միջոցներ	N02AA01	Մորֆին	1	10.0 մգ	30.0 Մգ	Անզգայացման մասնագետ/ բուժքույր	1-3 օր
Ափիոնային անզգայացնող միջոցներ	N02AX02	Տրամադոլ	1	200 մգ	600 մգ	Անզգայացման մասնագետ/ բուժքույր	1-3 օր
Հակամակարոհիչներ՝ Հեպարին	B01AB06	Ֆրաքսիպարին	1	0.3 մլ	0.9 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, հակաատիթմիկներ	N01BB01	Բուպիվակային	1	15.0 մգ	15.0 մգ	Անզգայացման մասնագետ/ բուժքույր	1 օր
---	---------	--------------	---	------------	------------	---------------------------------------	------

5.2. Պահանջներ դեղորայքային բուժման նկատմամբ (լրացուցիչ ցանկ)

ԴԹՆ	ԱԹՔ	ՄՈԱ	Նշանակման հաճախակա- նություն	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	200 մլ	600 Մլ	Անզգայացման մասնագետ/ բուժքույր	1 օր
Կարդիոտոնիկներ	C01CA07	Դոբուտամին	0.1	1.8 մգ	3.6 մգ	Անզգայացման մասնագետ/ բուժքույր	1-3 օր
Ադրենոմիմետիկներ	C01CA04	Դոպամին	0.1	1.8 մգ	3.6 մգ	Անզգայացման մասնագետ/ բուժքույր	1-3 օր
Մ- խտի նոտարգելակիչներ	S01FA01	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	M01AB15	Կետորոլակ	0.5	30.0 մգ	60.0 մգ	Անզգայացման	1-2 օր

միջոց							մասնագետ/ բուժքույր	
Ցավազրկող թմրեցուցիչ միջոցներ	ոչ	NO2BE01	Պարացետամոլ	0.5	1.5 գ	3.0 գ	Անզգայացման մասնագետ/ բուժքույր	1-3 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	0.5	40.0 մգ	120.0 մգ	Ինտենսիվ թերապիայի մասնագետ/ բուժքույր	1-3 օր

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

Սույն Գործելակարգի համաձայն տվյալ պահանջները կատարումը պարտադիր չէ:

10. Պահանջներ սննդակարգի նշանակման և սահմանափակումների վերաբերյալ

Սույն Գործելակարգի համաձայն տվյալ պահանջները կատարումը պարտադիր չէ:

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

Հարկավոր է պացիենտի հետ համատեղ քննարկել անզգայացման խնդիրները և հավանական ելքերը:

12. Պացիենտի տվյալ մոդելի հնարավոր ելքերը

Պացիենտի 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 ամբողջական կորստով	10%		Անցում համապատասխան վերականգողական ուղեցույցին/ գործելակարգին
Յատրոգեն բարդությունների զարգացում	5%		Անցում համապատասխան ախտաբանության բուժման ուղեցույցին/ գործելակարգին
Մահացու ելք	5%		Հետվիրահատական շրջանում