

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐ  
ՀՐԱՄԱՆ

---

«21» նոյեմբեր 2017թ.

No 56 - Ն

ԱՐՅՈՒՆԱԲԱՆԱԿԱՆ ԿԵՆՏՐՈՆՈՒՄ ԵՎ ՈՉ ՄԱՍՆԱԳԻՏԱԿԱՆ  
ԲՈՒԺՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՒՄ ՄԻԿՐՈԷԼԵՄԵՆՏՆԵՐՈՎ ԵՎ ՎԻՏԱՄԻՆՆԵՐՈՎ  
ՊԱՅՄԱՆԱՎՈՐՎԱԾ ՍԱԿԱՎԱՐՅՈՒՆՈՒԹՅԱՄԲ ՊԱՑԻԵՆՏՆԵՐԻ ՎԱՐՄԱՆ  
ԳՈՐԾԵԼԱԿԱՐԳԸ ՀԱՍՏԱՏԵԼՈՒ ՄԱՍԻՆ

Հիմք ընդունելով «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքի 19.3 հոդվածի 1-ին մասի 10-րդ կետը, Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2002 թվականի օգոստոսի 15-ի N 1300-Ն որոշման 12-րդ կետի «դ» ենթակետը,

ՀՐԱՄԱՅՈՒՄ ԵՄ՝

1. Հաստատել «Արյունաբանական կենտրոնում և ոչ մասնագիտական բուժհաստատություններում միկրոէլեմենտներով և վիտամիններով պայմանավորված սակավարյունությամբ պացիենտների վարման գործելակարգ»-ը՝ համաձայն Հավելվածի:

2. Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի խորհրդական Արմեն Փարսադանյանին՝ գործելակարգի հաստատումից հետո սեղմ ժամկետում ապահովել սույն գործելակարգի մուտքագրումը միասնական էլեկտրոնային առողջապահության համակարգ:

3. Հայաստանի Հանրապետության բժշկական կազմակերպությունների տնօրեններին՝ «Արյունաբանական կենտրոնում և ոչ մասնագիտական բուժհաստատություններում միկրոէլեմենտներով և վիտամիններով պայմանավորված սակավարյունությամբ պացիենտների վարման գործելակարգ»-ը ընդունել ի գիտություն:

4. Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության աշխատակազմի քարտուղարության պետ Զ.Դարբինյանին՝

Ապահովել սույն հրամանի տրամադրումը կատարողներին:

5. Սույն հրամանի կատարման հսկողությունը հանձնարարել Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի տեղակալ Ս.Խաչատրյանին:

Լ.ԱԼԹՈՒՆՅԱՆ

**ԱՐՅՈՒՆԱԲԱՆԱԿԱՆ ԿԵՆՏՐՈՆՈՒՄ և ՈՉ ՄԱՍՆԱԳԻՏԱԿԱՆ  
ԲՈՒԺՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՒՄ ՄԻԿՐՈԷԼԵՄԵՆՏՆԵՐՈՎ ԵՎ ՎԻՏԱՄԻՆՆԵՐՈՎ  
ՊԱՅՄԱՆԱՎՈՐՎԱԾ ՍԱԿԱՎԱՐՅՈՒՆՈՒԹՅԱՄԲ ՊԱՑԻԵՆՏՆԵՐԻ ՎԱՐՄԱՆ  
ԳՈՐԾԵԼԱԿԱՐԳ**

**I. Ընդհանուր դրույթներ**

1. Աշխարհի բնակչության 24.9% տառապում է սակավարյունությամբ: Սակավարյունություններով հիվանդացության բարձր ցուցանիշներ են դիտվում նախադպրոցական տարիքի երեխաների (47.4%), հղի կանանց (41.8%), դպրոցական տարիքի երեխաների (25.4%) մոտ: Տղամարդկանց մոտ սակավարյունություններով հիվանդացությունը կազմում է 12.7%: Սակավարյունությունների 50% և ավելին բաժին են ընկնում երկաթ պակասությամբ սակավարյունություններին (ԵՊՍ), մնացած պատճառներից են վիտամին B<sub>12</sub>-ի, ֆոլաթթվի պակասությունը, քրոնիկական հիվանդությունները, ժառանգական հեմոլիտիկ սակավարյունությունները, պարազիտար հիվանդությունները և այլն: Սակավարյունությունը հասարակական առողջապահական խնդիր է, քանզի առաջացնում է անհատների աշխատունակության անկում՝ հանգեցնելով լուրջ սոցիալ տնտեսական բարդությունների: Սակավարյունություններով տառապող պացիենտները կարիք ունեն հստակ ախտորոշման, ճշգրիտ բուժման և պարբերաբար հսկողության: Սույն գործելակարգը նախատեսված է միկրոէլեմենտներով և վիտամիններով պայմանավորված սակավարյունություններով հիվանդների բուժում իրականացնող մասնագետների համար:

**II. Գործելակարգի պացիենտի մոդել**

2. Սույն Գործելակարգի պացիենտի մոդելն է բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող հիմնարկներում և մասնագիտացված կենտրոններում տարբեր

ծագումնաբանության և ծանրության աստիճանի սակավարյունությամբ տառապող պացիենտը (Այուսակ 1):

Այուսակ 1.

**Սակավարյունությամբ տառապող մեծահասակ պացիենտի մոդել**

Մոդելի պարտադիր բաղադրիչ	Բաղադրիչի նկարագրությունը
Նոզոլոգիական ձևը	Երկաթի, վիտամին B <sub>12</sub> և ֆոլաթթվի պակասուրդով պայմանավորված սակավարյունություններ
Տարիքային կարգավիճակ	Մեծահասակներ
Հիվանդության աստիճանը	Ցանկացած
Բարդությունները	Անկախ բարդություններից
Կողը ըստ ՀՄԴ-10	D50, D51, D52
Բուժօգնության ցուցաբերման պայմանները	Հիվանդանոցային և ամբուլատոր

**Հապավումներ**

ԵՊՍ՝ երկաթ պակասուրդային սակավարյունություն

ՎB12ՊՍ՝ վիտամին B12 պակասուրդային սակավարյունություն

ՖՊՍ՝ ֆոլաթթու պակասուրդային սակավարյունություն

ԷԶ՝ էրիթրոցիտար զանգված

MCV՝ բջջի միջին ծավալ

MCHC՝ բջջի մեջ հեմոգլոբինի միջին կոնցենտրացիա

**III.ԵՊՍ տառապող պացիենտների վարում**

**3. Գանգատների վերլուծություն**

Հարկավոր է ուշադրություն դարձնել և անհրաժեշտության դեպքում կատարել հարցումներ հետևյալ գանգատների վերաբերյալ՝ ընդհանուր թուլություն, մազաթափություն, մաշկի չորություն, եղունգների կոտրտվածություն, ուշադրության իջեցում, համային և հոտառական աղավաղումներ, սառույց ուտելու ցանկություն (pagophagia)

#### **4. Հիվանդության պատմության հավաքագրում**

- 1) Բոլոր տարիքային խմբերի պացիենտների շրջանում կատարել հարցում հետևյալ հիվանդությունների կամ վիճակների վերաբերյալ՝ խրոնիկ գաստրիտ, ստամոքսի, 12-մատնյա աղու էրոզիա, խոցային հիվանդություն (ստամոքսաղիքային տրակտի արյունահոսություններ), թուֆք, երկաթով հարուստ սննդի անբավարար քանակի օգտագործում, ֆիզիակական զգալի ակտիվություն (սպորտային ակտիվություն), հաճախակի արյան դոնորություն, հիպոթիրեոզի առկայություն, սննդակարգում մեծ քանակությամբ սուրճ, թեյ, կաթ, կարբոնատ պարունակող խմիչքների օգտագործում, ճիճվակրություն
- 2) Վերարտադրողական տարիքի կանանց դեպքում՝ առատ դաշտան, բազմակի հղիություններ բազմապտուղ հղիություն, հետծննդաբերական արյունահոսություններ

#### **5. Լաբորատոր քննություններ**

- 1) Արյան ընդհանուր քննություն բջջի միջին ծավալի (MCV), բջջի մեջ հեմոգլոբինի միջին կոնցենտրացիայի (MCH, MCHC) ցուցանիշների որոշումով:  $MCV < 80 \text{ ֆլ}$ ,  $MCH < 26 \text{ պգ}$ ,  $MCHC < 235 \text{ գ/լ}$ , այսինքն միկրոցիտոզը, հիպոքրոմիան վկայում են երկաթ պակասության մասին
- 2) Ֆերիտինի որոշում արյան մեջ ( $15-200 \text{ նգ/մլ}$ )՝ մեծահասակների շրջանում  $< 15 \text{ նգ/մլ}$  գնահատվում է որպես երկաթ պակասության սակավարյունություն,  $15-50 \text{ նգ/մլ}$  ցուցանիշը՝ հնարավոր ԵՊՍ, երեխաների շրջանում  $< 12 \text{ նգ/մլ}$  ցուցանիշը գնահատվում է որպես ԵՊՍ:
- 3) ԵՊՍ պատճառի հայտնաբերման նպատակով ցանկալի է իրականացնել հետևյալ հետազոտությունները՝ գաստրոսկոպիա, կոլոնոսկոպիա, *Helicobacter pylori* նկատմամբ հետազոտություն, գինեկոլոգիական խորհրդատվություն, ճիճվակրության հետազոտություն, թաքնված արյան որոշում կղանքում

#### **6. ԵՊՍ բուժում**

- 1) Բուժումն իրականացվում է երկաթ պարունակող դեղամիջոցներով՝ նախատեսված ներքին ընդունման (per oral) կամ միջմկանային և ներերակային տարբերակով կիրառման համար:

2) Բուժման նպատակով կիրառվող երկաթի օրեկան միջին չափաբաժինը կազմում է 100-200 մգ՝ կախված ախտանիշներից, սակավարյունության ծանրությունից, ֆերիտինի մակարդակից, պացիենտի տարիքից և ստամոքս-աղիքային հիվանդությունների առկայությունից:

3) Երկաթի պրեպարատի կիրառության տևողությունը ընտրվում է անհատատական: Նշանակման տեսակը (ներքին ընդունմամ/per oral, միջմկանային կամ ներերակային) կախված է սակավարյունության ծանրությունից, ստամոքս աղիքային տրակտի վիճակից, ներարկում իրականացնող մասնագետների առկայությունից:

\*ԵՊՍ ժամանակ անհարժեշտ է հնարվորիս խուսափել էրիթրոցիտար զանգվածի (ԷՉ) փոխներարկումից: Սուր արյունահոսության բացակայության դեպքում էրիթ. զ-ծի փոխներարկումն իրականացվում է այն դեպքում, երբ անհրաժեշտ է շտապ բարձրացնել հեմոգլոբինի քանակն արյան մեջ ծանր սակավարյունության ախտանիշները (կրծքավանդակում ցավեր) շտկելու նպատակով:

#### **7. Պահանջներ աշխատանքի ռեժիմի, հանգստի, բուժման կամ վերականգնման նկատմամբ**

Սույն Գործելակարգի համաձայն տվյալ պահանջների կատարումը պարտադիր չէ:

#### **8. Պահանջներ սննդակարգի նշանակման և սահմանափակումների վերաբերյալ**

Սույն Գործելակարգի համաձայն ԵՊՍ տառապող հիվանդները սննդային ռացիոնում պետք է ընդգրկեն մեծ քանակությամբ տավարի, մասնավորապես հորթի միս, հնդկաձավար, լոբազգիներ, ծիրան, բալ: ԵՊՍ հիվանդները պետք է աշխատեն  $Ca^{++}$  հարուստ սննդամթերքները, սուրճը և թեյը օգտագործել երկաթով հարուստ սննդամթերք կամ երկաթի պարունակող դեղամիջոց օգտագործելուց 2 ժամհետո կամ առաջ:

### **IV.ՎB12ՊՍ տառապող պացիենտների վարում**

#### **9. Գանգատների վերլուծություն**

Հարկավոր է ուշադրություն դարձնել և անհրաժեշտության դեպքում կատարել հարցումներ հետևյալ գանգատների վերաբերյալ՝ ընդհանուր թուլություն, շնչարգելություն, ախորժակի բացակայություն, լեզվի այրոցի զգացում, բերանում վերքեր, մատների ծակծկոցներ, թմրածություն, ցավեր, լուծ, գազերի առկայություն,

ստամբուսի շրջանում ցավեր, հետանցքի շրջանում ճաքերի առկայություն, նեյրոկոգնիտիվ խանգարումներ

## **10. Հիվանդության պատմության հավաքագրում**

1) Բոլոր տարիքային խմբերի պացիենտների շրջանում կատարել հարցում հետևյալ հիվանդությունների կամ վիճակների վերաբերյալ՝ ինֆեկցիաների՝ *H. pylori*, *Giardia lamblia*, ճիճվակրություն *Diphyllobothrium latum* (ձկների ճիճուների/fish worm) առկայություն, ներծծման խանգարումների՝ ստամոքսի կամ աղիների ռեզեկցիա կամ քաղցկեղ, բարակ աղիների բորբոքում, ցելիակիա, տրոպիկական լուծ (tropical sprue), Կրոնի հիվանդություն, սննդային նախասիրություններ՝ կոբալամինով և ֆոլաթթվով հարուստ սննդի քիչ քանակի օգտագործում, պրոտոնային պոմպի ինհիբիտորների, և մեթֆորմինի օգտագործում, ալկոհոլի չարաշահում

2) Նորածինների և երեխաների դեպքում պարզել՝ գենետիկ հիվանդությունների առկայություն՝ տրասկոբալամին պակասուրդ, Իմերսլունդ Գրեսբեկի համախտանիշ, կոբալամինի մուտացիաներ, ֆոլատային նյութափոխանակության օղակի գեների SLC46A1 (PCFT; HGNC 30521) մուտացիաներ: Սննդային նախասիրություններ՝ մայրիկի մոտ հղիության ժամանակ և ծննդաբերությունից հետո բուսակերության հակում

3) Վերարտադրողական տարիքի կանանց մոտ պարզել՝ Էստրոգեն պարունակող դեղամիջոցների, հակաբեղմնավորիչների կիրառություն, հղիություն և կերակրում (կոբալամինով հարուստ սննդի քիչ օգտագործումը հղիության ընթացքում կարող է հանգեցնել 3-րդ եռամսյակում պակասուրդի մետաբոլիկ նշանների առաջացման, ինչպես նաև պտղի և նորածնի կողմից յուրացման և բարձր պահանջարկի դեպքում մոր մոտ ևս կարող է դիտվել պակասուրդ:

4) Տարեց պացիենտների շրջանում պարզել ստամոքսի թերներծծման առկայության ռիսկը, մալաբսորբցիայի առկայությունը՝ ախլորիդիա առաջացած ատրոֆիկ գաստրիտի և պրոտոնային պոմպի կիառության հետևանքով:

## **11. Լաբորատոր քննություններ**

1) Արյան ընդհանուր քննություն բջջի միջին ծավալի (MCV), բջջի մեջ հեմոգլոբինի միջին կոնցենտրացիայի (MCH) և (MCHC) որոշմամբ: Մակրոցիտների, հիպերսեգմենտավորված նեյտրոֆիլների և շրջանառող մեգալոբլաստների հայտնաբերում, ռետիկուլոցիտների բացակայություն ախտորոշման պահին:

2) Կորբալամինի որոշում շիճուկում (<148սմոլ/200նգ/լ ցուցանիշը գնահատվում է որպես նորմայից ցածր և 97% հաստատում է կորբալամինի պակասությունը):

3) Վիտամին B<sub>12</sub>/կորբալամին պակասության ախտորոշման համար ցանկալի է, սակայն ոչ պարտադիր իրականացնել ստորև նշված հավելյալ հետազոտությունները.

ա. Հոմոցիստեինի որոշում շիճուկում (15մմոլ/լ ցուցանիշը գնահատվում է որպես հիպերհոմոցիստեինեմիա): Կորբալամինի պակասությունը հանգեցնում է պլազմայում ընդհանուր հոմոցիստեինի ցուցանիշի բարձրացման: Հոմոցիստեինը կորբալամինի պակասության զգայուն ցուցանիշ է, այն բարձրանում է պակասության զարգացման վաղ շրջանում, երբեմն նախքան ախտանիշների առաջացումը և ավելանում է պակասությանը զուգընթաց: Հոմոցիստեինի բարձրացումը սպեցիֆիկ չէ կորբալամինի պակասության համար: Դրա կոնցենտրացիան բարձրանում է նաև ֆոլաթթվի պակասության, երիկամային անբավարարության, հիպոթիրեոզի և որոշ գենետիկ պոլիմորֆիզմների ժամանակ:

բ. Ոսկրածուծի քննություն, այն կարող է ախտորոշման համար օգտակար լինել անորոշ կլինիկական պատկերի և լաբորատոր հետազոտությունների ժամանակ:

## **12. ՎB12ՊՍ տառապող պացիենտների բուժում**

1) Վիտամին B<sub>12</sub>/պեռնիցիոզ պակասության սակավարյունությունը բուժվում է կորբալամին պարունակող դեղամիջոցների կիրառության միջոցով: Ստանդարտ մեկնարկային բուժումը նյարդաբանական ախտանիշների բացակայության պարագայում ներառում է Հիդրոքսիկորբալամինի 1000մգ չափաբաժնի միջմկանային ներարկումը շաբաթական 3 անգամ 2 շաբաթ տևողությամբ

2) Մեկ այլ խորհրդի համաձայն նյարդաբանական ախտանիշների առկայության պարագայում հիվանդները պետք է ստանան 1000մգ հիդրոքսիկորբալամին օրը մեջ՝ կրկնելով այն 3 շաբաթ անց: Ծանր աստիճանի սակավարյունության դեպքում հիվանդների մոտ բուժումից հետո կարող է դիտվել հիպոկալեմիա, որի կապակցությամբ կարող են նշանակվել կալիում պարունակող դեղամիջոցներ:

3) Բուժման արդյունավետության գնահատման նապատակով անհրաժեշտ է՝ բուժման մեկնարկից հաշված 7-րդ օրը որոշել ծայրամասային արյան մեջ ռեոտիկոլոցիտների քանակությունը

4) Բուժման մասնակի արդյունքը կարող է վկայել քղարկված երկաթի պակասության կամ ուղեկցող այլ հիվանդության առկայության մասին:

5) ՎB12ՊՍ տառապող պացիենտների պահպանողական բուժում

ա. Նյարդաբանական ախտանիշներ չունեցող հիվանդների դեպքում պահպանողական բուժումն իրականացվում է հիդրոքսիկոբալամինի 1000մգ չափաբաժնով յուրաքանչյուր 3 ամիս:

բ. Մեկնարկում նյարդաբանական ախտանիշներ ունեցող պացիենտների դեպքում պահպանողական բուժումն իրականացվում է հիդրոքսիկոբալամինի 1000մգ չափաբաժնով յուրաքանչյուր 2 ամիս:

գ. Կոբալամինը սովորաբար կողմնակի երևույթներ չի առաջացնում: Հազվադեպ կարող է դիտվել հիպերզայունություն դեղամիջոցի նկատմամբ, այդ դեպքում այն կարող է փոխարինվել ցիանկոբալամինով: Բացարձակ անհրաժեշտության դեպքում բուժումը կարող է իրականացվել հիդրոկորտիզոնի կիրառության ներքո:

դ. Բարձր դեղաչափերով (1000-2000մգ) ներքին ընդունման համար նախատեսված ցիանկոբալամինը ևս կիրառվում է և ըստ որոշ աղբյուրների ունի միևնույն արդյունավետությունն ինչ միջմկանային ներարկումը: Այնուամենայնիվ, լայն պոպուլյացիաների վրա արդյունավետությունը դեռևս հաստատված չէ:

ե. ՎB12ՊՍ տառապող պացիենտների բուժման մարտավարություն տարբեր պաթոլոգիաների ժամանակ հանդիպող B<sub>12</sub> պակասության ժամանակ տես Հավելված 1:

\* ՎB12ՊՍ ժամանակ ցանկալի է հնարավորինս խուսափել ԷՁ-ի փոխներարկումից, սահմանել պացիենտի համար խիստ անկողնային ռեժիմ և իրականացնել բարձր կոնցենտրացիայով թթվածնի ինհալյացիա (հեմոգլոբինը սկսում է բարձրանալ բուժման մեկնարկից 3-4 օր հետո): Ինչևիցե ծանր դեպքերում պացիենտի վիճակից կախված խորհուրդ է տրվում իրականացնել ԷՁ-ի փոխներարկում միզամուղների ֆոնի վրա և սահմանել հսկողություն:

## **V.ՖՊՍ պացիենտների վարում**

### **13.Գանգատների վելուծություն**

Հարկավոր է ուշադրություն դարձնել և անհրաժեշտության դեպքում կատարել հարցումներ հետևալյալ գանգանետների վերաբերյալ՝ ընդհանուր թուլություն,



շնչանագեղություն, ախորժակի բացակայություն, մատների ծակծկոցներ, թմրածություն, ցավեր, լուծ, նեյրոկոգնիտիվ խանգարումներ

#### **14. Հիվանդության պատմության հավաքագրում**

- 1) Բոլոր տարիքային խմբերի պացիենտների շրջանում կատարել հարցում հետևյալ հիվանդությունների կամ վիճակների վերաբերյալ՝ անբավարար քանակությամբ ֆոլաթթու պարունակող սննդի օգտագործում, ալկոհոլի չարաշահում, հղիություն (պտղի կողմից մեծ քանակությամբ ֆոլաթթվի պահանջարկ), բազմապտղուղ հղիություն և հղիության ընթացքում փսխման բազմաթիվ դրվագներ (hyperemesis gravidarum), ֆոլաթթվի բարձր պահանջարկ արյան բջիջների քայքայմամբ ընթացող հիվանդությունների՝ հեմոլիզի ժամանակ, Հեմոդիալիզ Հակացնցումային դեղամիջոցների օգտագործում

#### **15. Լաբորատոր քննություններ**

- 1) Արյան ընդհանուր քննություն, բջջի միջին ծավալի MCV, բջջի մեջ հեմոգլոբինի միջին կոնցենտրացիայի (MCH) և MCHC որոշմամբ
- 2) Շիճուկում ֆոլաթթվի ցածր մակարդակ (<7նմոլ/լ կամ 3նգ/լ գնահատվում է որպես ֆոլաթթվի պակասուրդ)
- 3) Հոմոցիստեինի մակարդակի որոշումը (>15նմոլ/լ կարող է վկայել ֆոլաթթվի պակասուրդի մասին) համարվում է ցանկալի սակայն ոչ պարտադիր լաբորատոր քննություն

#### **16. Բուժում**

- 1) Հակաէպիլեպտիկ դեղամիջոցների կիրառությամբ և անբավարար քանակությամբ ֆոլաթթու պարունակող սննդի օգտագործմամբ պայմանավորված ֆոլաթթու պակասուրդային մեգալոբլաստ սակավարյունության դեպքում նշանակվում է 5 մգ ֆոլաթթու օրեկան 4 ամիս տևողությամբ, ներծծման խանգարումներով պայմանավորված դեպքերում 15մգ օրեկան 4 ամիս տևողությամբ:
- 2) Հղիությամբ պայմանավորված ֆոլաթթու պակասուրդի դեպքում 200-500մգ օրեկան:

### **VI. Մոնիթորինգ և թիրախային ցուցանիշներ**

17. Ինքնքազգացողության լավացում բուժման մեկնարկից 1 շաբաթ անց

Ծայրամասային ցուցանիշների լավացում՝ հեմոգլոբինի, MCV, MCH, MCHC նորմալացում:  
 ՎB12ՊՍ և ՖՊՍ դեպքում նաև ռետիկուլոցիտների, էրիթրոցիտների, թրոմբոցիտների և  
 լեյկոցիտներիցուցանիշի վերականգնում:

**VII. Բժշկական ծառայությունների հիմնական և լրացուցիչ ցանկեր**  
**18. Պահանջներ ԵՊՍ, ՎB12ՊՍ, ՖՊՍ ախտորոշման, բուժման և**  
**խորհրդատվությունների նկատմամբ (հիմնական ցանկ)**

Ծածկ ազիր	Անվանում	Տրամադր ման հաճախա կանությո ւն	Միջին քանակ	Ստորաբաժ անում	Մասնագետ	Կատա րման ժամկե տներ
	Արյան ընդհանուր քննություն լեյկոֆոռմուլայով, ռետիկուլոցիտներ ո, MCV, MCH, MCHC որոշումով	1	2	Լաբորատոր ախտորոշմա ն ծառայությու ն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/ բժիշկ	1-15 օրեր
	Ֆերիտինի որոշում արյան մեջ	1	2	Լաբորատոր ախտորոշմա ն ծառայությու ն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/ բժիշկ	1-40 օրեր
	Ճիճվակրության որոշում	1	2	Լաբորատոր ախտորոշմա ն ծառայությու ն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/ բժիշկ	1 օր
	Կղանքում թաքնված արյան առկայություն	1	3	Լաբորատոր ախտորոշմա ն ծառայությու ն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/ բժիշկ	1 օր

				ն	բժիշկ	
	Վիտամին B12 մակարդակի որոշում	1	2	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/բժիշկ	1-30 օրեր
	Ֆոլաթթվի մակարդակի որոշում	1	2	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/բժիշկ	1-30 օրեր
	Նեղ մասնագետների խորհրդատվություն	1	3	Այլ բաժանմունքներ	գաստրոէնտերոլոգ, գինեկոլոգ, էնդոկրինոլոգ, նյարդաբան, հեպատոլոգ	1-30 օրեր

**19. Պահանջներ ԵՊՍ, ՎB12ՊՍ, ՖՊՍ ախտորոշման, բուժման և խորհրդատվությունների նկատմամբ (լրացուցիչ ցանկ)**

Ծածկ ազիր	Անվանում	Տրամադրման հաճախականություն	Միջին քանակ	Ստորաբաժանում	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ
	Ազատ երկաթի որոշում արյան մեջ	0.5	2	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/բժիշկ	1-30 օրեր
	Տրանսֆերինի սատուրացիա	0.5	2	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/բժիշկ	1-30 օրեր

				ն	բժիշկ	
	Որովայնի և փոքր կոնքի ԳՁՀ	0.5	2	Ճառագայթաբանական ախտորոշման և ծառայություն	Բժիշկ-ճառագայթաբան/տեխնիկ	1-30 օրեր
	Գաստրոսկոպիա, կոլոնոսկոպիա	0.5	1	Էնդոսկոպիկ բաժանմունք	Էնդոսկոպիստ	1-30 օրեր
	Մեզի ընդհանուր քննություն	0.5	2	Լաբորատոր ախտորոշման և ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/բժիշկ	1-30 օրեր
	Հոմոցիստեինի որոշում	0.25	1	Լաբորատոր ախտորոշման և ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/բժիշկ	1-30 օրեր
	Բիլիռուբինի ֆրակցիաների որոշում	0.5	1	Այլ բաժանմունքներ	գաստրոէնտերոլոգ, գինեկոլոգ, էնդոկրինոլոգ, նյարդաբան, հեպատոլոգ	1-30 օրեր
	ԱՆՏ,ԱՍՏ որոշում	0.5	1	Լաբորատոր ախտորոշման և ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/բժիշկ	1-30 օրեր
	Ոսկրածուծի պունկցիա	0.1	1	Արյունաբանական բաժանմունք	Բժիշկ արյունաբան	1-30 օրեր

VIII. Դեղերի հիմնական և լրացուցիչ ցանկ

20. Պահանջներ դեղորայքային բուժման նկատմամբ (հիմնական ցանկ)

ԴԹԽ	ԱԹՔԴ	ՄՈԱ	Նշանակման հաճախակա նություն	ԿՈԴ	ՀԿԴ	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ
Երկաթի պրեպարատ	B03AA 07	Տառդիֆեռոն	1	80 մգ	160 մգ	Արյունաբան, թերապևտ	Անհատական՝ կախված սակավարյունության ծանուցյունից
	B03AA 07	Սորբիֆեռո Դուռուլես	1	100 մգ	200 մգ	Արյունաբան, թերապևտ	Անհատական՝ կախված սակավարյունության ծանուցյունից
	A11DB	Ֆեռոմ Լեկ	1	100 մգ	200 մգ	Արյունաբան, թերապևտ	Անհատական՝ կախված սակավարյունության ծանուցյունից
		Սոլյուֆեռո	1	20 մգ/մլ	100 մգ/5մլ	Արյունաբան, ոչ մասնագիտացված բուժհաստատության բժիշկ, բուժքույր	Անհատական՝ կախված սակավարյունության ծանուցյունից և պատճառից (հավելված 1)
Վիտամին	B03BA	Հիդրոքսիլ	1	250	1000	Արյունաբան	Անհատական

B12 պարունա կող պրեպար ատներ	O3 B03BA 01	որբալամին, Ֆիանկորբալ ամին		մգն/ ե, 500 մգն/ ե	մգ	ն, ոչ մասնագիտ ացված բուժհաստ ատության բժիշկ, բուժքույր	ն կախված սակավարյու նության խորությունի ց և պատճառից( հավելված 1)
		Հիդրոքսիկ որբալամին, ցիանկորբալ ամին	1	30 մկգ, 50 մկգ, 100 մկգ	100, 200, 500, 1000	Արյունաբա ն, ոչ մասնագիտ ացված բուժհաստ ատության բժիշկ, բուժքույր	Անհատակա ն՝ կախված սակավարյու նության ծանրությունի ց և պատճառից (հավելված 1)
Ֆոլաթթու պարունա կող դեղամիջո ցներ,	B03BB 01	Ֆոլաթթու	1	1 մգ, 5 մգ	5 մգ, 10 մգ, 15 մգ	Արյունաբա ն, ոչ մասնագիտ ացված բուժհաստ ատության բժիշկ,	Անհատակա ն՝ կախված սակավարյու նության ծանրությունի ց և պատճառից
Ֆոլաթթու պարունա կող հավելումն եր		Գինոտառդ իֆեռոն	1	200 մգ	տարբ եր	Արյունաբա ն, գինեկոլոգ	Անհատակա ն կախված սակավարյու նության ծանրություն ից

### IX. Հիվանդների տվյալ մոդելի հնարավոր ելքերը

#### 21. Պացիենտի տվյալ մոդելի հնարավոր ելքերի ցանկ

Ելքի անվանում	Ելքի զարգացման հաճախականություն	Ելքին հասնելու	Բժշկական օգնության ցուցաբերման
---------------	------------------------------------	-------------------	-----------------------------------

		<b>մոտավոր ժամկետ</b>	<b>հաջորդականություն</b>
Ապաքինում ֆիզիոլոգիական գործընթացի կամ արյունաստեղծման ֆունկցիայի ամբողջական վերականգնում վերականգնմամբ	94%	3 ամիս	Անցում համապատասխան վերականգողական ուղեցույցին/ գործելակարգին
Ապաքինում ֆիզիոլոգիական գործընթացի կամ արյունաստեղծման ֆունկցիայի մասնակի վերականգնում	5%	3 ամիս	Անցում համապատասխան վերականգողական ուղեցույցին/ գործելակարգին
Յատրոգեն բարդությունների զարգացում	1%	Ցանկացած փուլին	Անցում համապատասխան ախտաբանության բուժման ուղեցույցին/ գործելակարգին

**Հավելված 1.**

**ՎB12ՊՍ տառապող պացիենտների բուժման մարտավարություն տարբեր  
պաթոլոգիաների ժամանակ հանդիպող B<sub>12</sub> պակասության**

Երկաթի «սուբկլինիկական պակասությո՛ւն՝ շիճուկում կորբալամինի ցածր մակարդակ ունեցող և սակավարյունություն ու այլ	Նշանակել պարէնտերալ ցիանկոբալամին օրեկան 50մկգ չափաբաժնով կամ ցանկալի է օրեկան 50մկգ չափաբաժնով ներքին	Վերստուգել կորբալամինի մակարդակը 3 ամիս անց: Լավացման բացակայության պարագայում իրականացնել լրացուցիչ
---	--	--

<p>ախտանիշներ չունեցող պացիենտներ</p>	<p>ընդունման ցիանկոբալամին 4 շաբաթ տևողությամբ:</p>	<p>հետազոտություններ:</p>
<p>Մեթֆորմին կիրառող պացիենտներ</p>	<p>Ցանկալի է ստուգել կոբալամինի մակարդակը կլինիկական նշանների առկայության պարագայում: Նշանակել հիդրոքսիկոբալամին 50 մկգ չափաբաժնով պարէնտերալ եղանակով կամ ցանկալի է ներքին ընդունման հիդրոքսիկոբալամին (հնարավորության դեպքում) 50մկգ չափաբաժնով 1 ամիս տևողությամբ:  *Ներկայումս կոբալամինի պրոֆիլակտիկ նշանակման մոտեցում գոյություն չունի:</p>	<p>Ստուգել կոբալամինի մակարդակը 6 ամիս անց</p>
<p>Հորմոն փոխարինող դեղամիջոցներ և հակաբեղմնավորիչներ կիրառող պացիենտներ</p>	<p>Կոբալամինի 150-200նգ/լ ցուցանիշների դեպքում կարիք չկա հետագա հետազոտման, սակայն կանայք պետք է վերանայեն իրենց սննդակարգը, օգտագործեն վիտամին B<sub>12</sub>-ով հարուստ սննդամթերք և վիտամին B<sub>12</sub>-ի հավելումներ:</p>	
<p>Հղիներ</p>	<p>Կոբալամինի մակարդակն ընկնում է հղիության 3-րդ եռամսյակում և 150-200նգ/լ ցուցանիշը համարվում է ֆիզիոլոգիական: Կոբալամինի ցածր</p>	<p>Կոբալամինի մակարդակը ստուգվում է ծննդաբերությունից 2 ամիս անց:</p>



	ցուցանիշների հայտնաբերման պարագայում նշանակում է հիդրոքսիկոբալամինի 3 միջմկանային ներարկում:	
Բուսակերներ	Ստուգել կոբալամինի մակարդակը և նշանակել կոբալամինի հավելումներ հղիության և կրծքով կերակրման ժամանակ	
Ստամոքսի վիրահատական միջամտության ենթարկված պացիենտներ	Իրականացնել կոբալամինի մոնիտորինգ և նշանակել կոբալամինի հավելումներ՝ հաշվի առնելով վիրահատությունից անցած ժամանակահատվածը	
Ատրոֆիկ գաստրիտ ունեցող պացիենտներ	Նշանակել ցածր չափաբաժնով կոբալամինի դեղամիջոցներ պարէնտերալ կամ ցանկալի է (ինարավորության դեպքում) ներքին ընդունման եղանակով	
Նորածիններ	Շտապ սկսել բուժում կոբալամինով՝ կանխարգելելու համար հեռավոր նյարդաբանական բարդությունները: Կոբալամինի պակասության կլինիկական նշանների առկայության դեպքում, անգամ եթե կոբալամինի մակարդակը շիճուկում նորմալի սահմաններում է,	

	<p>հնարավորության դեպքում իրականացնել մեթիլմալոնաթթվի և հոմոցիստեինի մակարդակի որոշում և սպեցիֆիկ գենետիկ թեստեր:</p> <p>Նորածինների մոտ կոբալամին պակասության սակավարյունության բուժման տեսակետից եզակի մոտեցում չկա, քանի որ յուրաքայուր դեպքում պետք է ցուցաբերել անհատական մոտեցում:</p>	
--	--	--

**Գործելակարգի մշակման հենքը**

1. Worldwide prevalence of anemia 1993-2005 (WHO Global Database on Anemia)
2. British Society of Hematology/guidelines on diagnosis of B12 and Folate deficiency (<http://www.b-s-h.org.uk/guidelines/guidelines/diagnosis-of-b12-and-folate-deficiency/>)
3. Iron Deficiency Investigation and Management (<http://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines/iron-deficiency>)
4. Joint United Kingdom (UK) and Tissue Transplantation Services Professional Advisory Committee. Transplantation handbook:effective transfusion in medical patients:haematinic deficiency. <http://www.transfusionguidelines.org.uk/transfusion-handbook/8-effective-transfusion-in-medical-patients/8-1-haematinic-deficiencies>