

Մանուկների շրջանում ռետինոբլաստոմաների վարման գործելակարգ

Ընդհանուր դրույթներ

Ռետինոբլաստոման մանկական քաղցկեղի մի ձև է, որի բուժումը պահանջում է բազմապրոֆիլ մոտեցում: Ռետինոբլաստոմայի բուժումն ուղղված է փրկելու հիվանդի կյանքը եւ պահպանել օգտակար տեսողությունը՝ հետևաբար, պահանջում է անհատական մոտեցում: Ռետինոբլաստոման մանկական քաղցկեղների շրջանում համեմատաբար հազվադեպ ուռուցք է, որ առաջանում է աչքի ցանցաթաղանթից եւ կազմում է 15 տարեկանից ցածր քաղցկեղով հիվանդ երեխաների հիվանդացության մոտ 3% -ը: Դեպքերի երկու երրորդը ախտորոշվում են մինչեւ 2 տարեկան երեխաների մոտ: Ներակնային ռետինոբլաստոմայի բուժման կազմակերպումը պահանջում է ավելի դիսկալին մոտեցում, որի նպատակն է նվազագույնի հասցնել դեղանյութերի (քիմիաթերապիա) համակարգային ազդեցությունը, օպտիմալացնել դեղորայքի տեղային հասանելիությունը, եւ պահպանել օգտակար տեսողությունը: Արտասակնային ռետինոբլաստոմայով հիվանդների համար պահանջվում է ինտենսիվ քիմիաթերապիա, այդ թվում՝ գերբարձր դոզաներ եւ աուտոլոգիկ եւ հեմոպոետիկ ցողունային բջիջների փոխպատվաստում: Մինչդեռ շատ պացիենտներ, որոնք ունեն ակնակապիչի հիվանդություն, նաև մեծ թվով պացիենտներ ովքեր ունեն համակարգային տարածուն՝ լրացուցիչ կենտրոնական նյարդային համակարգի (ԿՆՀ) մետաստազներ կարող են բուժվել, մինչդեռ ներգանգային հիվանդություն ունեցող պացիենտների բուժման կանխատեսումը անմխիթարելի է: Ռետինոբլաստոման առաջանում է ցանցաթաղանթից, նրա աճը սովորաբար ցանցաթաղանթի տակ է և դեպի ապակենման մարմին: Ուռուցքի աճի հետ ներգրավվում են աչքի շերտերը եւ տեսողական նյարդը: Սովորաբար ներգրավվում է անոթային թաղանթը, թեև զանգվածային ներաճը սովորաբար բնորոշ է հիվանդության տարածված ձևերին: Անոթային թաղանթ ներաճից հետո ուռուցքը ձեռք է բերում համակարգային շրջանառության հասանելիություն և մետաստազների առաջացման նախատրամադրվածություն: Հետագա հիվանդության առաջընթացը աչքի շերտերում հանգեցնում է ուղեծրի եւ սկլերայի ներգրավմանը: Ավելի վաղ, ներխուժելով առջևի խոռոչ, ուռուցքը կարող է ձեռք բերել համակարգային շրջանառության հասանելիություն Շլեմի խողովակի միջոցով: Տեսողական նյարդի եւ կրիբրոզա թաղանթի ներգրավումը ավելացնում է համակարգային տարածվածությամբ հիվանդության և ԿՆՀ -ի պրոցեսի մեջ

ընդգրկման ռիսկը: Կլինիկական պատկերում՝ երկկողմանի հիվանդություն ունեցող պացիենտները ներկայացված են կյանքի առաջին 12 ամիսների ընթացքում: Դեպքերի մեծամասնությունում առկա է լեյկոկորիա, որը սովորաբար առաջին անգամ նկատվում է երբ արվում է ֆլեշ լուսանկար: Աչքի շրջությունը երկրորդ ամենատարածված ներկայացված նշանն է և սովորաբար համահարաբերակցվում է մակուլյար ներգրավման հետ: Շատ տարածված ներակնային ուռուցքները կարող են արտահայտվել ցավով, ուղեծրային ցեյուլիտով, գլաուկոմայով, կամ բուֆտալմոսով: Ուռուցքի զարգացմանը զուգահեռ պացիենտների մոտ կարող է զարգանալ ուղեծրային կամ մետաստատիկ հիվանդություն: Մետաստազները պատահում են ականջադիմային և պարանոցակողմնային ավշային հանգույցներում, ԿՆՀ-ում կամ այլ օրգան համակարգերում (սովորաբար ոսկորներում, ոսկրածուծում, ել յարդում): ԱՄՆ-ում իսպանախոս ծագման եւ ցածր սոցիալ-տնտեսական պայմաններում ապրող երեխաների մոտ հանդիպում են արդեն հիվանդության տարածված փուլերում: Այսպիսով, մինչդեռ ամենամյա մոտավոր հաճախականությունը Միացյալ Նահանգներում կազմում է մոտ 4 դեպք 15 տարեկանից ցածր մեկ 1 մլն երեխայի մոտ, տարիքը ճշգրտված ամենամյա հաճախականությունն է՝ 10-14 դեպք 1 մլն 0 -4 տարեկան երեխաների մոտ (14,000 -18,000 կենդանի ծնունդներից- մոտ 1-ը): ՀՀ-ում հանդիպման հաճախականությունը տարեկան 0.25 դեպք՝ ըստ Ուռուցքաբանության ազգային կենտրոնի Հանրապետական Ուռուցքաբանական վիճակագրական խմբի 2010-2015 թթ հավաքագրված տվյալների:

Գործելակարգի մշակման աշխատանքային խմբի անդամների անվանացուցակ

1. **Գրիգոր Բաղալյան՝** ՀՀ ԱՆ գլխավոր մանկական ուռուցքաբան,
Ուռուցքաբանության ազգային կենտրոնի (ՈւԱԿ) Մանկական ուռուցքաբանության և քիմիաթերապիայի բաժանմունքի ղեկավար
Թղթակցական հասցե՝ ՀՀ, ք. Երևան, 0025, Աբովյան 58 (+374) 060621411
2. Արաքսյա Հովհանիսյան՝ Ուռուցքաբանության ազգային կենտրոնի (ՈւԱԿ)
Մանկական ուռուցքաբանության և քիմիաթերապիայի բաժանմունքի բժիշկ
քիմիաթերապևտ
Թղթակցական հասցե՝ ՀՀ, ք. Երևան, 0056, Ֆանարջյան 76 (+374)010 287082

3. Դիանա Ասլանյան՝ Ուռուցքաբանության ազգային կենտրոնի (ՈւԱԿ) Մանկական ուռուցքաբանության և քիմիաթերապիայի բաժանմունքի բժիշկ քիմիաթերապևտ
Թղթակցական հասցե՝ ՀՀ, ք. Երևան, 0056, Ֆանարջյան 76 (+374)010 287082

4. Անահիտ Բաղդասարյան՝ Ուռուցքաբանության ազգային կենտրոնի (ՈւԱԿ) Մանկական ուռուցքաբանության և քիմիաթերապիայի բաժանմունք, բժիշկ քիմիաթերապևտ
Թղթակցական հասցե՝ ՀՀ, ք. Երևան, 0056, Ֆանարջյան 76 (+374)010 287082

5. Գևորգ Թամամայան՝ Մուրացան ԲԿ, քիմիաթերապիայի բաժանմունք, մանկական ուռուցքաբան, հեմատոլոգ
Թղթակցական հասցե՝ ՀՀ, ք. Երևան, 0075, Մուրացան 114 (+374)060 621536

Շահերի բախման հայտարարագիր և ֆինանսավորման աղբյուրներ

Պատասխանատու կարգավորողը և աշխատանքային խմբի անդամները հայտարարում են իրենց շահերի բախման բացակայության մասին: Սույն փաստաթղթի մշակման աշխատանքները ֆինանսավորվել են ՀՀ ԱՆ կողմից: Ֆինանսավորող կառույցը չի ունեցել և ոչ մի ազդեցություն սույն ուղեցույցի մշակման որևէ փուլի վրա:

Գործելակարգի մշակման հենքը

Սույն գործելակարգը մշակվել է Հայաստանի Հանրապետության Առողջապահության նախարարության Ուռուցքաբանության ազգային կենտրոնի Մանկական ուռուցքաբանության և պալիատիվ քիմիաթերապիայի բաժանմունքի բժիշկների կողմից որպես սկզբանաղբյուր օգտագործվել են՝ NCI USA –<http://www.cancer.gov>, Germany–<http://www.kinderkrebesregister.de>, Europe – <http://www.iarc.fr>, <http://www.eurocare.it> :

Աղույսակ 1.

Ռետինորլաստոմայով մանկական հասակի պացիենտի մոդել

Մոդելի պարտադիր բաղադրիչ	Բաղադրիչի նկարագրությունը
--------------------------	---------------------------

Նոզոլոգիական ձևը	Ռետինոբլաստոմա
Տարիքային կարգավիճակ	0-18 տարեկան
Հիվանդության փուլը	I-IV
Բարդությունները	Բացառությամբ պալիատիվ խնամքի ենթակա հիվանդները
Կոդը ըստ ՀՄԴ -10	C 69
Բուժօգնության ցուցաբերման պայմանները	Հիվանդանոցային

Հապավումներ

OS (overall survival) ընդհանուր ապրելիություն

EFS (event-free survival) առանց կրկնողության ապրելիություն

CCG (Children's Cancer Group)՝ մանկական քաղցկեղի խումբ

POG (Pediatric Oncology Group)՝ մանկական ուռուցքաբանության խումբ

HD (high-dose)՝ բարձր դոզա

ԱԼՏ՝ Ալանին ամինոտրանսֆերազա

ԱՍՏ՝ Ասպարտատանիմոտրանսֆերազա

ԼԴՀ՝ լակտատդեհիդրոգենազա

PDQ՝ (Physician Data Query)՝ բժկական տվյալների հարցում.

ՄՌՇ՝ Մագնիսառեզոնոսային շերտագրում

ՀՇ՝ համկարգչային շերտագրում

ԿՆՀ՝ Կենտրոնական նյարդային համակարգ

- 1. Ախտորոշում, փուլավորում, բուժական տակտիկայի պլանավորում**

1.1 Այս ուռուցքի ախտորոշման, բուժման և խնամքի համար անհրաժեշտ է մուլտիդիսցիպլինար թիմի փոխհամաձայնեցված աշխատանք, որը ներառում է հետևյալ մասնագետներին.

- Ճառագայթաբան ուռուցքաբաններ
- Նեղ մասնագետ վիրաբույժ- ուռուցքաբաններ
- Մանկական ուռուցքաբան-արյունաբաններ
- Մանկական –ուռուցքաբաններ
- Ախտաբաններ
- Վերականգնողաբաններ
- Մանկական բուժքույրեր
- Հոգեբաններ և սոցիալական աշխատողներ
- Գործիքային -լաբորոտոր ախտորոշիչ օղակի բժիշկներ

1.2 Ներակնային ռետինոբլաստոմայի ախտորոշումը սովորաբար կատարվում է առանց պաթոլոգիայի հաստատման: Պահանջվում է անզգայացման տակ առավելագույնս լայնեցված աչքի բիբի եւ սկլերայի խոռոչի գննություն ,ինչը հնարավորություն է տալիս ուսումնասիրել ամբողջ ցանցաթաղանթը

1.3 Պետք է իրականացվի ուռուցքների քանակի, տեղի և չափերի շատ մանրամասն գրառում, պահանջվում է ցանցաթաղանթի շերտազատման եւ սուբռետինալ հեղուկի առկայության մասին տվյալների ամրագրում, պետք է ապահովվի սուբռետինալ եվ ապակենման սերմերի ներկայությունը:

1.4 Աչքի երկչափային ուլտրաձայնային հետազոտությունը եւ մագնիսական ռեզոնանսային շերտագրումը (ՄՌՇ) կարող է օգնել տարբերել ռետինոբլաստոման լեյկոկորիայի այլ դեպքերից եւ գնահատել արտակնային եւ արտասկլերալ տարածումը ներակնային ռետինոբլաստոմայով հիվանդ երեխաների մոտ: ՄՌՇ–ի միջոցով տեսողական նյարդի բարելավված պատկերը պարտադիր չի որ ներգրավվածություն նշանակի՝ այնպես որ, անհրաժեշտ է այդ արդյունքների զգուշավոր մեկնաբանում:

1.5 Մետաստատիկ հիվանդության ներկայության գնահատումը պետք է հաշվի առնել հիվանդների այն ենթախմբում , որոնց մոտ կա արտակնային լայնացման կասկած արտացոլման միջոցով կամ բարձր ռիսկային պաթոլոգիա հեռացված աչքում (այսինքն, զանգվածային խորոհիալ ներխուժում կամ սկլերայի ներգրավում կամ տեսողական ներվի թափանցումը կոհերոզա թաղանթից

դուրս): Այն հիվանդները, որ ունեն նշված ախտաբանական պատկերները հեռացված աչքում ունեն մետաստազների զարգացման բարձր ռիսկայնություն: Այս դեպքերում կարելի է իրականացնել ոսկրային սցինտիգրաֆիա, ոսկրածուծի ասպիրատներ եւ բիոպսիա, եւ գոտկային պունկցիա:

1.6 Ռետինոբլաստոմայով բոլոր հիվանդների համար առաջարկվում է գենետիկական խորհրդատվություն: Եռակողմ ռետինոբլաստոմա եռակողմ ռետինոբլաստոման հեշտ տարբերակվող սինդրոմ է, որը պատահում է ժառանգական ռետինոբլաստոմայով հիվանդների 5% -ից մինչեւ 15% մոտ: Այն սահմանվում է միջզանգային միջնային նեյրոբլաստիկ ուռուցքի աճով , որը սովորաբար զարգանում է 20 - 36 ամսեկան տարիքում: Քանի որ եռակողմ ռետինոբլաստոմայով հիվանդները ունեն վատ կանխատեսումներ, իսկ վաղ հայտնաբերման եւ ագրեսիվ բուժման արդյունքում ակնհայտորեն շատանում է գոյատևման հնարավորությունը, ընթացիկ նեյրոպատկերի սկրինինգը կարող է պոտենցիալ հայտնաբերել դեպքերի մեծամասնությունը ախտորոշման առաջին 2 տարվա ընթացքում:

1.7 Ախտորոշման ընթացքում խորհուրդ է տրվում ընթացիկ ելակետային գլխուղեղի ՄՌՇ հետազոտում ,քանի որ այն կարող է հայտնաբերել եռակողմ ռետինոբլաստոման սուբկլինիկական փուլում: Մի շարք այն հիվանդների մոտ, որոնց հայտնաբերել են ելակետային փուլում , 5-ամյա ընդհանուր գոյատևման տոկոսադրույքը կազմել է 67%, համեմատած 11% -ի՝ հետաձգված ախտորոշումով խմբի հետ: Չնայած նրան, որ պարզ չէ, թե արդյոք վաղ ախտորոշումը կարող է ազդել գոյատևման վրա, ՄՌՇ-ով սկրինինգը առաջարկվում է յուրաքանչյուր 6 ամիսը մեկ 5 տարվա ընթացքում այն հիվանդների համար, որոնք կասկածվում են ժառանգական հիվանդություն ունենալու կամ նրանց հետ, որ ունեն միակողմանի հիվանդություն և դրական ընտանիքի պատմություն: Այս երեխաներին սովորաբար խուսափում են ենթարկել համակարգչային տոմոգրաֆիկ սկանավորման ընթացիկ սկրինինգի ժամանակ, որպեսզի չենթարկել նրանց իոնացնող ճառագայթման ազդեցության ռիսկի: Կիստոզ կոնաձև գեղձը, որ սովորաբար հայտնաբերվում է հսկողության փուլում ՄՌՇ-ի միջոցով պետք է տարբերել պինեոբլաստոմայի կիստոզ տարբերակից: Առանց ռետինոբլաստոմայի, երեխաների մոտ գրանցվել է 55.8%. կոնաձև գեղձի կիստայի դեպքեր:

2. Բուժում

Դեղորայքային բուժումը բաղկացած է հիմնական՝ քիմիաթերապիա և ուղեկցող թերապիայից:

2.1 Քիմիաթերապիա

Ռետինոբլաստոմայի ժամանակ քիմիաթերապիայի շրջանակներում կիրառվում են հիմնականում հետևյալ երեք դեղորայքը՝ կարբոպլատին, էտոպոզիդ և վինկրիստին տարբեր համակցումներով: Ստորև ներկայացվում են համապատասխան սխեմաները.

VEC*

Կարբոպլատին	560 մգ/մ ²	ն/ե (1ժ ինֆ.)	օր 1
Էտոպոզիդ	150 մգ/մ ²	ն/ե (1ժ ինֆ.)	օր 1, 2
Վինկրիստին	1,5 մգ/մ ² (առավելագույն՝ 2 մգ)	ն/ե (2իթով)	օր1

*Կրկնել 4 շաբաթը մեկ - 6 կուրս: Պացիենտները, որոնք < 36 ամսեկանից, դոզաները հաշվվում են կիլոգրամներով, կարբոպլատին -18,6մգ/կգ, էտոպոզիդ-5մգ/կգ, վինկրիստին 0,05մգ/կգ:

Կամ*

Կարբոպլատին	560մգ/մ ²	ն/ե	օր1
Էտոպոզիդ	100մգ/մ ²	ն/ե	օր1,2
Վինկրիստին	0,05 մգ/կգ	ն/ե	օր1

*Կրկնել 3 շաբաթը մեկ մինչև 6 կուրս. Երեխաները, որոնք կշռում են 10 կգ-ից պակաս, դոզաները հաշվվում են (կարբոպլատին-18,7 մգ/կգ, էտոպոզիդ-3,3 մգ/կգ):

EC*

Էտոպոզիդ	100մգ/մ ² /օր	ն/ե 1ժ	օր1-5
Կարբոպլատին	160 մգ/մ ² /օր	ն/ե 1ժ	օր1-5

*Կրկնել 3-4 շաբաթը մեկ:

Կամ*

Էտոպոզիդ	150 մգ/մ ² /օր	ն/ե	1ժ ինֆ.	օր1-3
Կարբոպլատին	200 մգ/մ ² /օր	ն/ե	1ժ ինֆ.	օր1-3

*Կրկնել 3-4 շաբաթ ընդմիջումներով: Երեխաները, ովքեր փոքր են մեկ տարեկանից կամ կշռում են 10 կգ-ից պակաս, դոզաները հաշվվում են. Էթոպոզիդ-5մգ/կգ, և կարբոպլատին 6,7մգ/կգ:

ՎՇ*

Վինկրիստին	0,05մգ/կգ	ն/ե	օր1
Կարբոպլատին	560մգ/մ ²	ն/ե	օր1

*Կրկնել 3 շաբաթը մեկ մինչև 6 կուրս: Երեխաները, ովքեր կշռում են 10կգ-ից պակաս, դոզաները հաշվվում են 18,7 մգ/կգ:

2.2 Ուղեկցող թերապիա

Ռետինոպլաստոմայի ժամանակ քիմիաթերապիայի ընթացքում առավել հաճախակի կիրառելի ուղեկցող թերապիայի անհրաժեշտ դեղորայք

1) Հիմնական ցանկ

- 0,9% ֆիզիոլոգիական լուծույթ
- Ռինգերի լուծույթ
- Դեքսամետազոն
- Հակափսխումային, սերոտոնիներգիկ պրեպարատներ
- Հակահիստամինային պրեպարատներ
- H2 պրոտոնային պոմպի պաշարիչներ

2) Լրացուցիչ ցանկ

- Հակաբիոտիկներ- ցեֆալոսպորիններ , ամինոգլիկոզիդներ
- Լեյկոպոեզի խթանիչներ
- Էրիթրոպոեզի խթանիչներ

- Արյան բաղադրիչներ

3. Դեղաչափերը, ներականան հաճախականությունը, ընտրությունը թելադրում է ըստբժշկական ցուցումների կլինիկական իրավիճակը, երեխայի քաշը, հասակը

Անցկացվող բուժումների անարդյունավետության դեպքում, երբ բոլոր սպեցիֆիկ բուժական միջոցները իրենց սպառել են՝ իր տեղն ունի պալիատիվ խնամքը:

4. Դեղերի հիմնական և լրացուցիչ ցանկեր

4.1. Պահանջներ դեղորայքային բուժման նկատմամբ (հիմնական ցանկ)

ԴԹԽ	ԱԹՔԴ	ՄՈԱ	Նշանակման հաճախականություն	ԿՈԴ	ՀԿԴ	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ
Էլեկտրոլիտների լուծույթներ	B05CB01	0.9% NaCl	1	1.5 լ	7,5 լ	Քիմիաթեր ապիայի բաժանմունքի բուժքույր	1-5 օրեր
Էլեկտրոլիտների լուծույթներ	B05BB01	Ռինգերի լուծույթ	1	0.5 լ	2,5 լ	Քիմիաթեր ապիայի բաժանմունքի բուժքույր	1-5 օրեր
Էլեկտրոլիտների լուծույթներ	B05BB01	Հավասարակշռված ջրաաղային լուծույթ	1	0.5 լ	2,5 լ	Քիմիաթեր ապիայի բաժանմունքի բուժքույր	1-5 օրեր
Կորտիկոսթերոիդներ	C05AA09	Դեքսամետազոն	1	4.0 մգ	20.0 մգ	Քիմիաթեր ապիայի բաժանմունքի բուժքույր	1-5 օրեր
Հակափսխումային սերոտոնիներգիկ պրեպարատներ	A04AA01	Օնդասետրոն	1	8.0 մգ	40.0 մգ	Քիմիաթեր ապիայի բաժանմունքի բուժքույր	1-5 օրեր
Հակահիստամինային պրեպարատներ	R06AA04	Տավեգիլ	1	1.0 մգ	5 մգ	Քիմիաթեր ապիայի բաժանմունքի բուժքույր	1-5 օրեր

4.2. Պահանջներ դեղորայքային բուժման նկատմամբ (լրացուցիչ ցանկ)

ԴԹՆ	ԱԹՔ	ՄՈԱ	Նշանակման հաճախականություն	ԿՈԴ	ՀԿԴ	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ
Հակաբիոտիկներ՝ ցեֆալոսպորին	J01DD01	Յեֆոտաքսիմ	0.1	8.0 Գ	56.0 գ.	Քիմիաթերապիայի բաժանմունքի բուժքույր	7 օր
Հակաբիոտիկներ՝ ամինոգլիկոզիդ	J01GB06	Ամիկացին	0.1	0.25 գ	1.0 գ	Ինտենսիվ թերապիայի մասնագետ/բուժքույր	1-7 օր
Հակաբիոտիկներ՝ ֆլորիսինոլոն	J01MA14	Մոքսիֆլոքսացին	0.1	0.4 գ	2.1 գ	Քիմիաթերապիայի բաժանմունքի բուժքույր	7 օր
Պլազմայի փոխարինման միջոցներ	B05AA01	Ալբումինի 20% լուծույթ	0.1	50 մլ	200 մլ	Քիմիաթերապիայի բաժանմունքի բուժքույր	7 օր
Քնաբեր միջոցներ	N05CD08	Միդազոլամ	0.01	15.0 մգ	30.0 մգ	Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքի բուժքույր	7 օր
Ափիոնային անզգայացնող միջոցներ	N01AH01	Ֆենտանիլ	0.01	100 մկգ	200 մկգ	Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքի բուժքույր	7 օր
Ցավազրկող թմրեցուցիչ Միջոցներ	N02AA01	Մորֆին	0.01	2.0 մգ	6.0 մգ	Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքի բուժքույր	7 օր
Ափիոնային անզգայացնող միջոցներ	N02AX02	Տրամադոլ	0.01	100 մգ	300 մգ	Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքի բուժքույր	7 օր

Ցավագրկող թմրեցուցիչ միջոցներ	ոչ N02BE01	Պարացետամոլ	0.5	1.0 գ	4.0 գ	Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմուն քի բուժքույր	7 օր
Պրոտոնային պոմպի արգելակիչներ	A02BC01	Օմեպրազոլ	0.25	10.0 մգ	30.0 մգ	Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմուն քի բուժքույր	7 օր
Արյան բաղադրամասեր	B05AX01	Էրիթրոցիտաբ զանգված	0.25	2 միավ որ	6 միավ որ	Ինտենսիվ թերապիայի մասնագետ/ բուժքույր	3 օր
Արյան բաղադրամասեր	B05AX02	Թրոմբոցիտների զանգված	0.25	2 միավ որ	6 միավ որ	Ինտենսիվ թերապիայի մասնագետ/ բուժքույր	3 օր
Արյան բաղադրամասեր	B05AX03	Թարմ սառեցված պլազմա	0.25	1 Միավ որ	3 միավ որ	Ինտենսիվ թերապիայի մասնագետ/ բուժքույր	3 օր
Դոֆամինային ընկալիչների կենտրոնական արգելակիչներ	A03FA01	Մետոկլոպրամիդ	0.25	20.0 մգ	40.0 մգ	Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմուն քի բուժքույր	7 օր
Էնտերալ սնուցում	B05BA10	Կաբիվեն	0.1	1000 կկալ/ օրը	5000 կկալ	Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմուն քի բուժքույր	5
Էրիթրոպոեզի խթանիչներ	B03XA01	Էրիթրոպոետին		1000 MU	5000 MU	Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմուն քի բուժքույր	5
Լեյկոպոեզի խթանիչներ	L03AA02	Ֆիլգրաստիմ		30 MU	90 MU	Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմուն քի բուժքույր	3

5 . Բժշկական ծառայությունների անհրաժեշտ Ա)հիմնական և Բ)լրացուցիչ ցանկ

5.1 Պահանջներ ախտորոշման, բուժման և խորհրդատվությունների նկատմամբ

Ա)հիմնական ցանկ

Ծածկագիր	Անվանում	Տրամադրման հաճախակա-նություն	Միջին քանակ	Ստորաբաժանում	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ
	Արյան ընդհանուր քննություն լեյկոֆորմուլայով	1	1	Լաբորոտոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորոտոր ախտորոշման ծառայության բժիշկ, բուժքույր	Յուրաքանչյուր հոսպիտալացման սկզբում
	Արյան մեջ միզանյութի մակարդակի որոշում	1	1	Լաբորոտոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորոտոր ախտորոշման ծառայության բժիշկ, բուժքույր	Յուրաքանչյուր հոսպիտալացման սկզբում
	Արյան մեջ կրեատինինի մակարդակի որոշում	1	1	Լաբորոտոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորոտոր ախտորոշման ծառայության բժիշկ, բուժքույր	Յուրաքանչյուր հոսպիտալացման սկզբում
	Արյան մեջ ընդհանուր սպիտակուցի մակարդակի որոշում	1	1	Լաբորոտոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորոտոր ախտորոշման ծառայության բժիշկ, բուժքույր	Յուրաքանչյուր հոսպիտալացման սկզբում
	Արյան մեջ ԱՍՏ-ի մակարդակի որոշում	1	1	Լաբորոտոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորոտոր ախտորոշման ծառայության բժիշկ, բուժքույր	Յուրաքանչյուր հոսպիտալացման սկզբում
	Արյան մեջ ԼԴՀ-ի մակարդակի որոշում	1	1	Լաբորոտոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորոտոր ախտորոշման ծառայության	Յուրաքանչյուր հոսպիտալացման սկզբում

					բժիշկ, բուժքույր	ցման սկզբում
	Արյան մեջ ԱԼՏ -ի մակարդակի որոշում	1	1	Լաբորտոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորտոր ախտորոշման ծառայության բժիշկ, բուժքույր	Յուրաքանչյու ր հոսպիտալա ցման սկզբում
	Ակտիվացած մասնակի թրոմբասպլաստի նի ժամանակի որոշում	1	1	Լաբորտոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորտոր ախտորոշման ծառայության բժիշկ, բուժքույր	Յուրաքանչյու ր հոսպիտալա ցման սկզբում
	Արյան մեջ ֆիբրինոգենի մակարդակի որոշում	1	1	Լաբորտոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորտոր ախտորոշման ծառայության բժիշկ, բուժքույր	Յուրաքանչյու ր հոսպիտալա ցման սկզբում
	Պրոթրոմբինայի ն ժամանակի որոշում	1	1	Լաբորտոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորտոր ախտորոշման ծառայության բժիշկ, բուժքույր	Յուրաքանչյու ր հոսպիտալա ցման սկզբում
	Միջազգային բնականոնացվա ծ հարաբերակցու թյան որոշում	1	1	Լաբորտոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորտոր ախտորոշման ծառայության բժիշկ, բուժքույր	Յուրաքանչյու ր հոսպիտալա ցման սկզբում
	ՄՌՇ *	1	1	Գործիքային ախտորոշիչ ծառայություն	Բժիշկ ճառագայթաբ ան, տեխնիկ, բուժքույր	Բուժման ընթացքում
	Բազմաօրգանայ	1	1	Լաբորտոր	Լաբորտոր	Բուժման

	ին ՀՇ			ախտորոշման ծառայություն	ախտորոշման ծառայության բժիշկ, բուժքույր	սկզբում
	Հյուսվածաբանա կան քննություն	1	2	Գործիքային ախտորոշիչ ծառայություն	Բժիշկ - ախտաբան/ բուժքույր	Բուժման սկզբում
	Իմունոհյուսված աբանական	1	1	Ախտորոշիչ ծառայություն	Բժիշկ - ախտաբան/ բուժքույր	Բուժման սկզբում
	Կրծքավանդակի օրգանների ռենտգեն քննություն	1	1	Ախտորոշիչ ծառայություն	Բժիշկ- ճառագայթաբ ան/ բուժքույր	Յուրաքանչյու ր հոսպիտալա ցման սկզբում
	ԷՍԳ	1	1	Գործիքային ախտորոշիչ ծառայություն	Բժիշկ – ճառագայթաբ ան/ բուժքույր	Յուրաքանչյու ր հոսպիտալա ցման սկզբում
	ԷԽՈ- ՍԳ	1	1	Գործիքային ախտորոշիչ ծառայություն	Բժիշկ – ճառագայթաբ ան/ բուժքույր	Բուժման սկզբում և ավարտին
	Սոնոգրաֆիա	1	1	Գործիքային ախտորոշիչ ծառայություն	Բժիշկ – ճառագայթաբ ան/ բուժքույր	Բուժման սկզբում և ավարտին
	Զարկերակային - ճնշման չափում	1	5	Գործիքային ախտորոշիչ ծառայություն	Բժիշկ ճառագայթաբ ան/ բուժքույր	Յուրաքանչյու ր հոսպիտալա ցման սկզբում
	Ծայրամասային երակային կաթետրի	1	5	Բաժանմունքում	Բաժանմունքի բուժքույր	Հոսպիտալա ցումների ժամանակ

	տեղադրում					
	Ջերմաչափում	1	5	Բաժանմունքում	Բաժանմունքի բուժքույր	Հոսպիտալացումների ժամանակ
	Նեղ մասնագետի խորհրդատվություն	1	1	Այլ բաժանմունքներ	Ցանկացած նեղ մասնագետ	Բուժման ընթացքում

Հոսպիտալացումների քանակը միջինը 4-6

ՄՌՇ* վիրահատական միջամտությունից առաջ հետազայում 2 ամիսը մեկ անգամ

5.2 Պահանջներ ախտորոշման , բուժման , և խորհրդատվությունների նկատմամբ Ա)Լրացուցիչ ցանկ

Ծածկագիր	Անվանում	Տրամադրման հաճախականություն	Միջին քանակ	Ստորաբաժանում	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ
	ՊԷՏ	0.5	1	Ճառագայթաբանական ախտորոշման ծառայություն	Բժիշկ դիագնոստ , տեխնիկ	Ըստ կլինիկական իրավիճակով թելադրվող ցուցումներ
	Ինվազիվ բիոպսիա	0.5	1	Ճառագայթաբանական ախտորոշման ծառայություն	Բժիշկ դիագնոստ / բուժքույր	Ըստ կլինիկական իրավիճակով թելադրվող ցուցումներ
	Port-a –cut ի տեղադրում	0.5	1	Վիրահատական սրահ	Բժիշկ ինվազիվիստ, թմբեաբան,	Ըստ կլինիկական իրավիճակով

					բուժքույր	Վ պայմանավ որված ցուցումներ ի
	Գլխուղեղի անոթների շունտավորում	0.1	1	Վիրահատարան	Նեյրովիրաբու յժ, թմրեաբան, բուժքույրեր	Ըստ կլինիկական իրավիճակո վ պայմանավ որված ցուցումներ ի
	Արյան մեջ բիլիռուբիններ ի մակարդակի որոշում	0.1	1	Լաբորոտոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորոտոր ախտորոշմա ն ծառայության բժիշկ, բուժքույր	Ըստ կլինիկական իրավիճակո վ պայմանավ որված ցուցումներ ի
	Արյան մեջ ալբումինի մակարդակի որոշում	0.1	1	Լաբորոտոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորոտոր ախտորոշմա ն ծառայության բժիշկ, բուժքույր	Ըստ կլինիկական իրավիճակո վ պայմանա վորված ցուցումներ ի
	Արյան մեջ էլեկտրոլիտնե րի մակարդակի որոշում	0.5	2	Լաբորոտոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորոտոր ախտորոշմա ն ծառայության բժիշկ, բուժքույր	Ըստ կլինիկական իրավիճո վ պայմանավ որված ցուցումներ ի

	Մեզի ընդհանուր քննություն	0.5	1	Լաբորոտոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորոտոր ախտորոշման ծառայության բժիշկ, բուժքույր	Ըստ կլինիական իրավիճով պայմանավորված ցուցումներ ի
	Միզապարկի կաթետերիզացիա	0.5	1	Բաժանմունք	Ուռուլոգ	Ըստ կլինիական իրավիճով պայմանավորված ցուցումներ ի
	Կենտրոնակա ն երկային կաթետերի	0.1	1	Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք	Ինտենսիվ թերապևտ	Ըստ կլինիական իրավիճով պայմանավորված ցուցումներ ի
	Զարկերակային կաթետերի տեղադրում	0.1	1	Լաբորոտոր ախտորոշման ծառայություն	Ինտենսիվ թերապևտ	Ըստ կլինիական իրավիճով պայմանավորված ցուցումներ ի
	Գոտկային պունկցիա	0,1	1	Վիրակապարան	Բժիշկ բուժքույր	Ըստ կլինիական իրավիճով պայմանավորված ցուցումներ ի
	Բջջաբանակա	0,1	1	Գործիքային	Բժիշկ	Ըստ

	ն քննություն			ախտորոշիչ ծառայություն	ախտաբան/բ ուժքույր	կլինիկական իրավիճով պայմանավորված ցուցումներ ի
--	--------------	--	--	------------------------	--------------------	--

6. Պահանջներ զբաղվածության , հանգստի, բուժման , հետազայում վերականգնման նկատմամբ

Սույն գործելակարգի համաձայն տվյալ պահանջները կատարումը ուղեցուցային է :

7. Պահանջներ սննդակարգի մշանակման և սահմանափակումների վերաբերյալ

Սույն գործելակարգի համաձայն սահմանափակումներ չկան՝ տվյալ տարիքին համապատասխան բալանսավորված սննդակարգ:

8. Պացիենտի (16 տ- ից հետո), հարազատների, օրինական խնամակալի հոժարակամ տեղեկացված համաձայնության ստացման առանձնահատկությունները, գործելակարգը կատարելիս հիվանդին, ինչպես նաև ընտանիքի անդամներին լրացուցիչ տեղեկատվության տրամադրում

Հարկավոր է պացիենտի և/կամ նրան ներկայացուցիչների հետ համատեղ քննարկել հերմինոգեն ուռուցքների համալիր բուժման խնդիրները և հավանական ելքերը հնարվորինս շուտ և ոչ ուշ քան ախտորոշմանը հաջորդող 48 ժամերի ընթացքում:

9. Պացիենտի տվյալ մոդելի հնարավոր ելքերը

Պանցիենտի տվյալ մոդելի հնարավոր ելքերի ցանկ

Ելքի անվանում	Ելքի զարգացման հաճախականություն	Ելքին հասնելու մոտավոր ժամկետ	Բժշկական օգնության ցուցաբերման հաջորդականություն
Ընդհանուր ապրելիություն		5 տարի	Առողջացում
1. Վաղ փուլերում	1. 75%		
2. Ուշ փուլերում	2. 60%		

Առանց հիվանդության կրկնողության ապրելիություն 1. Վաղ փուլերում 2. Ուշ փուլերում	1. 40 % 2. 25%	6 ամիս -5 տարի	Տվյալ կլինիական իրավիճակին համապատասխան բուժում
Յատրոգեն բարդությունների զարգացում	5%	Ցանկացած փուլում	Անցում համապատասխան ախտաբանության բուժման ուղեցույցին/ գործելակարգին
Մահացու ելք	Մինչև 15 %	Ցանկացած փուլում	

10. Հավելված

Follow UP **Բուժման ավարտից հետո անհրաժեշտ հետազոտությունների ցանկը և ինտենսիվությունը**

Հետազոտություն	3 ամիս	6 ամիս	9 ամիս	1 տարի	1.2տ	1.5 տ	1.7տ	2 տ	2.2տ	2.5 տ	2.7տ	3 տ	3.2տ	3.5 տ	3.7տ	4 տ	5 տ
----------------	--------	--------	--------	--------	------	-------	------	-----	------	-------	------	-----	------	-------	------	-----	-----

