

# Վիրաբույժների հայկական ասոցիացիա

Ուղեցուցիչ ՏԵՂԱՅՆԱՑՄԱՆ ԿՈՆՍԵՆՍՈՒՍԱՅԻՆ ՀԱՐՑԱՇԱՐ

**ԽՈՑԱՅԻՆ ԱՐՅՈՒՆԱՀՈՍՈՒԹՅՈՒՆՈՎ ՄԵԾԱՀԱՍԱԿ ՊԱՅԻՆՏԵՆՆԻ ԿԱՐՄԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ**

Աշխատանքային խմբի անդամի ԱԱՀ .....

Նշեք Ձեր երկրում կիրառելու համար յուրաքանչյուր խորհրդի վերաբերյալ Ձեր համաձայնության աստիճանը՝ տեղադրելով X նշանը համապատասխան վանդակում, որտեղ 1 = խիստ անհամաձայնության և 9 = ամբողջովին համաձայն եմ:

Սկզբնաղբյուր հանդիսացող ուղեցույցերում կիրառված խորհուրդների որակի (A,B,C,D) և ուժի (1,2) դասակարգումների (GRADE համալիրի) մանրամասները տես՝ փաստաթղթի վերջնամասում:

## Ա. Նախնական գնահատումը եւ դասակարգումը ըստ ռիսկի

1. Հեմոդինամիկ ստատուսը պետք է գնահատվի անմիջապես պացիենտի ներկայանալու պահին, անհրաժեշտության դեպքում պետք է ձեռնարկվեն վերակենդանացման միջոցառումներ (կարելու խորհուրդ)

1	2	3	4	5	6	7	8	9
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Արյան տրանսֆուզիաները պետք է նպատակ ունենան հասցնել հեմոգլոբինի արժեքը  $\geq 7$ գ/դլ, ձգտելով հասնել հեմոգոբինի ավելի բարձր արժեքների այն հիվանդների մոտ, որոնց մոտ կան կլինիկական փաստեր արյան ներանոթային ծավալի նվազման կամ հարակից հիվանդությունների (ինչպիսին է կորոնար անոթների հիվանդությունը) վերաբերյալ (պայմանական խորհուրդ)

1	2	3	4	5	6	7	8	9
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Ռիսկի գնահատումը պետք է իրականացվի հիվանդներին ըստ բարձր եւ ցածր ռիսկի խմբերի շերտավորելու նպատակով եւ կարող է օգնել այնպիսի նախնական որոշումների ժամանակ, ինչպիսիք են՝ դուրս գրման, էնդոսկոպիայի ժամկետների, խնամքի աստիճանի որոշումը (պայմանական խորհուրդ)

1	2	3	4	5	6	7	8	9
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Անհետաձգելի բուժօգնության բաժնից առանց ստացիոնար էնդոսկոպիայի դուրս գրման հարցը կարող է քննարկվել այն հիվանդների մոտ, որոնց միզանյութը <18.2մգ/դլ, հեմոգլոբինը  $\geq$ 13.0գ/դլ տղամարդկանց համար (12.0գ/դլ կանանց համար), սիստոլիկ զարկերակային ճնշումը  $\geq$ 100մմ.սս., պուլսը <100զարկ/րոպե, բացակայում է մելենայի, ուշագնացության դրվագը, չկա սրտային անբավարարության, լյարդի հիվանդություն, քանի որ նշված հիվանդների մոտ միջամտության կարիքի հավանականությունը փոքր է 1%-ից (պայմանական խորհուրդ)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

### **Բ. Նախաէնդոսկոպիկ բժշկական թերապիա**

1. Ներերակային էրիթրոմիցինի ինֆուզիայի (էնդոսկոպիայից մոտ 30 րոպե առաջ՝ 250մգ) հարցը պետք է քննարկվի որպես դիագնոստիկ էֆեկտիվությունը բարձրացնելու եւ կրկնակի էնդոսկոպիայի անհրաժեշտությունը նվազեցնելու միջոց: Այնուամենայնիվ, էրիթրոմիցինը հստակ չի ներկայացել որպես վերջնական կլինիկական արդյունքները բարելավող միջոց (պայմանական խորհուրդ)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

2. Նախաէնդոսկոպիկ ներերակային ՊՊԻ-ի կիրառությունը (օր.՝ 80մգ բոլյուս, որին հաջորդում է 8մգ/ժ ինֆուզիան ) կարող է քննարկվել որպես միջոց, որը նվազեցնում է էնդոսկոպիայի ընթացքում արյունահոսության բարձր ռիսկ ունեցող հիվանդների հարաբերությունը էնդոսկոպիկ բուժում ստացող հիվանդների համեմատ: Այնուամենայնիվ, ՊՊԻ-ները չեն բարելավում այնպիսի կլինիկական արդյունքներ, ինչպիսիք են՝ հետագա արյունահոսումը, վիրաբուժական միջամտության կարիքը, մահը: (պայմանական խորհուրդ)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

3. Ներերակային ՊՊԻ-ի կիրառումը խորհուրդ է տրվում հետագա արյունահոսության հավանականության նվազեցման նպատակով, եթե էնդոսկոպիան հետաձգվել է կամ չի կարա իրականացվի (պայմանական խորհուրդ)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

### **Գ. Ստամոքսի լվացում**

1. ՍՍՏ արյունահոսությունով հիվանդների մոտ դիագնոստիկայի, պրոզնոզի, վիզուալիզացիայի կամ թերապեւտիկ էֆեկտի նպատակով նազոգաստրալ կամ օրոգաստրալ զոնդով լվացման կարիք չկա (պայմանական խորհուրդ)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

**Դ. Էնդոսկոպիայի ժամկետները**

1. Հեմոդինամիկ ցուցանիշների վերականգման կամ այլ բժշկական խնդիրների վերացման փորձերից հետո ՍԱՏ արյունահոսությունով բոլոր հիվանդները պետք է ենթարկվեն էնդոսկոպիայի՝ ընդունման պահից 24 ժամվա սահմաններում (պայմանական խորհուրդ)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

2. Էնդոսկոպիան պետք է կատարվի հնարավորինս շուտ, սակայն ոչ-անհետաձգելի պայմաններով այն հիվանդների մոտ, որոնք հեմոդինամիկորեն կայուն են եւ չունեն հարակից լուրջ հիվանդություններ՝ բացահայտելու համար պացիենտների այն կարելի մասնաբաժինը, որոնք էնդոսկոպիկ հետազոտության արդյունքներով պատկանում են ցածր ռիսկին եւ ենթակա են դուրս գրման (պայմանական խորհուրդ)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

3. Բարձր ռիսկին պատկանող կլինիկական առանձնահատկություններով (օրինակ՝ տախիկարդիա, հիպոտենզիա, հիվանդանոցում արյունային փսխում կամ նազոգաստրալ զոնդից արյան առկայություն) հիվանդների մոտ էնդոսկոպիայի իրականացման հարցը պետք է դրվի 12 ժամվա սահմաններում՝ նպատակ ունենալով բարելավել վերջնական կլինիկական արդյունքները: (պայմանական խորհուրդ)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

**Ե. Էնդոսկոպիկ ախտորոշում**

1. Թարմ արյունահոսության նշանները պետք է գրանցվեն, քանի որ նրանք կանխագուշակում են հետագա արյունահոսության ռիսկերը եւ ուղղորդում են վարման որոշումները: Նշանները ըստ հնարավոր արյունահոսման ռիսկի նվազման հետեւյալն են՝ ակտիվ շիթով, չարյունահոսող տեսանելի անոթ, ակտիվ ծորում, կպած մակարդուկ, տափակ պիզմենտավորված բիծ եւ մաքուր հատակ (կարելի խորհուրդ)

1 2 3 4 5 6 7 8 9



**2. Էնդոսկոպիկ թերապիա**

1. Էնդոսկոպիկ թերապիա պետք է իրականացվի այն հիվանդների մոտ, որոնք ունեն՝ ակտիվ շիթով կամ ակտիվ ծորումով արյունահոսություն եւ չարյունահոսող տեսանելի անոթ (կարելուր խորհուրդ)

1 2 3 4 5 6 7 8 9



2. Էնդոսկոպիկ թերապիայի կատարումը պետք է քննարկվի այն հիվանդների մոտ, որոնք ունեն կաթմ մակարդուկ՝ կայուն ակտիվ լվացման նկատմամբ: Էֆեկտիվությունը կլինի ավելի բարձր այն հիվանդների մոտ, որոնց բրոնշ են արյունահոսության կրկնության համար կլինիկական առանձնահատկություններ (օր.՝ մեծ տարիք, հարակից հիվանդություններ, արյունահոսության սկիզբը ստացիոնար բուժման ժամանակ) (պայմանական խորհուրդ)

1 2 3 4 5 6 7 8 9



3. Էնդոսկոպիկ թերապիա չպետք է կատարվի այն հիվանդների մոտ, որոնք ունեն տափակ պիգմենտավորված բիծ կամ մաքուր հատակով խոց (կարելուր խորհուրդ)

1 2 3 4 5 6 7 8 9



4. Թերապիա միայն ադրենալինով չպետք է իրականացվի: Օգտագործման դեպքում այն պետք է համակցվի մեկ այլ միջոցի հետ (կարելուր խորհուրդ)

1 2 3 4 5 6 7 8 9



5. Խորհուրդ է տրվում բիպոլյար էլեկտրոկոագուլյացիայով կամ տաքացող զոնդով թերմալ թերապիան զուգակցել սկլերոզանտի (օր.՝ մաքուր ալկոհոլ) հետ, քանի որ նրանք նվազեցնում են հետագա արյունահոսության հավանականությունը, վիրաբուժական միջամտության կարիքը եւ մահացությունը (կարելուր խորհուրդ)

1 2 3 4 5 6 7 8 9



6. Խորհուրդ է տրվում կլիպսերի օգտագործումը, քանի որ նրանք իջացնում են հետագա արյունահոսության հավանականությունը եւ վիրաբուժության կարիքը: Այնուամենայնիվ, համեմատական արդյունքները կլիպսերի եւ այլ թերապեւտիկ միջոցների միջեւ դեռեւս տատանվում են եւ ներկայումս կիրառվող կլիպսերը լավ չեն ուսումնասիրված (պայմանական խորհուրդ)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

### **Ե. Թերապիան էնդոսկոպիայից հետո**

1. Բարեհաջող էնդոսկոպիկ հեմոստագից հետո պետք է կատարվի ներերակային ՊՊԻ թերապիա (80մգ բոլյուս, որին հաջորդում է 72ժամ 8մգ/ժ անընդհատ ինֆուզիան) այն բոլոր հիվանդների մոտ, որոնք ունենին ակտիվ արյունահոսող խոց, չարյունահոսող տեսանելի անոթ կամ կաած մակարդուկ (կարելուր խորհուրդ)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

2. Հիվանդները, որոնք ունենին տափակ պիզմենտավորված բիծով կամ մաքուր հատակով խոց, կարող են ստանալ ստանդարտ ՊՊԻ թերապիա (օր.<sup>1</sup> օրալ ՊՊԻ օրը մի անգամ) (կարելուր խորհուրդ)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

### **Ը. Կրկնակի էնդոսկոպիա**

1. Սահմանված կարգով բոլոր հիվանդների մոտ կրկնակի էնդոսկոպիայի իրկանացումը առաջին էնդոսկոպիկ հեմոստագից 24 ժամ անց, երբ չկան արյունահոսության նշաններ, անցանկալի է (պայմանական խորհուրդ)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

2. Կրկնակի էնդոսկոպիա պետք է կատարվի արյունահոսության կրկնության հավաստի կլինիկական նշաններով հիվանդների մոտ: Եթե կան արյունահոսության էնդոսկոպիկ բարձր ռիսկի նշաններ՝ իրականացվում է էնդոսկոպիկ հեմոստատիկ թերապիա (կարելուր խորհուրդ)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

3. Եթե հետագայում արյունահոսությունը տեղի ունենա արդեն երկրորդ էնդոսկոպիկ միջոցառումից հետո, ապա հիմնականում իրականացվում է վիրաբուժական կամ էլ ինտերվենցիոն ռադիոլոգիական միջամտություն՝ արտերիալ էմբոլիզացիայով (պայմանական խորհուրդ)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

### **Թ. Հոսպիտալիզացիա**

1. Բարձր ռիսկի նշաններով պացիենտները (ակտիվ արյունահոսություն, տեսանելի անոթ, թրոմբեր) պետք է հոսպիտալիզացվեն 3 օրով՝ ընդունելով, որ չկա արյունահոսության կրկնողություն կամ հոսպիտալիզացիայի համար այլ պատճառներ: Էնդոսկոպիայից կարճ ժամանակ անց նրանք կարող են կերակրվել մաքուր հեղուկներով (պայմանական խորհուրդ)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

2. Մաքուր հատակով խոց ունեցող պացիենտները կարող են ստանալ կանոնավոր դիետա եւ դուրս գրվել էնդոսկոպիայից հետո՝ ընդունելով, որ նրանք հեմոդինամիկորեն կայուն են, նրանց հեմոգլոբինի արժեքը կայուն է, նրանք չունեն ուրիշ բժշկական խնդիրներ եւ նրանք ունեն բնակավայր, որտեղ կարող են վերահսկվել հասուն պատասխանատու անձի կողմից (կարելուր խորհուրդ)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

### **Ժ. Խոցերի կրկնակի արյունահոսման երկարատեւ կանխարգելում**

1. Պացիենտները, որոնք ունեն H.Pylori-աուցիացված արյունահոսող խոց, պետք է ստանան հակահելիկոբակտերային թերապիա: Էրադիկացիայի վերաբերյալ փաստեր ունենալուց հետո հակասեկրետոր թերապիան շարունակելու կարիքը չկա, քանի դեռ պացիենտը չի ստանում ՈՍՀԴ կամ հակաթրոմբոտիկ: (կարելի է խարհրդատվություն)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

2. Այն հիվանդների մոտ, որոնց արյունահոսող խոցը փոխկապակցված է ցածր դոզայով ասպիրինի հետ, պետք է գնահատվի ասպիրինի կիրառման կարիքը: (պայմանական խորհուրդ)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

3. Իդիոպաթիկ (ոչ-H.Pylori, ոչ-ՈՍՀԴ) խոցերով պացիենտներին խորհուրդ է տրվում երկարատեւ հակախոցային բուժում (օր.՝ ամենօրյա ՊՊԻ) (պայմանական խորհուրդ)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

**Ինձ տրամադրվել է տվյալ ուղեցույցի գնահատականը ըստ AGREE II համակարգի**

Այո  Ոչ

**Աշխատանքային խմբի անդամի ստորագրություն** ..... \_\_\_ / \_\_\_ / 2017 թ.

**ԱՊԱՑՈՒՅՑՆԵՐԻ ՈՐԱԿԻ ԴԱՍԱԿԱՐԳՈՒՄ (GRADE համակարգ)**

Բնութագիր*	Հիմքում ընկած ապացույցների տեսակը
Բարձր որակ (A)	ՊԲՎՓ կամ ավելի ցածր դասի սակայն որակյալ և գերակշռող ապացույցներ
Միջին որակ (B)	Էական մեթոդաբանական թերություններով ՊԲՎՓ (անուղղակի ապացույցներ, արդյունքների անճշգրտություն և այլ) կամ բարձր որակի դիտարկումային հետազոտություններ:

Ցածր որակ (C)	Պատշաճ որակի դիտարկումային հետազոտություններ համակցված ՊԲՎՓ-ով
Շատ ցածր որակ (D)	Դիտարկումային հետազոտություններ, ոչ համակարգված կլինիկական փորձ և լուրջ մեթոդաբանական թերություններով ՊԲՎՓ

\*2012թ բնօրինակ ուղեցույցում կիրառվում էին ապացույցների որակի տառային նմուշները (A, B, C, D) մինչև 2016թ. փաստաթղթում՝ բառերով ձևակերպումները (բարձր, միջին, ցածր, շատ ցածր)

### ԱՊԱՑՈՒՅՑՆԵՐԻ ՈՒԺԸ ՈՐՈՇՈՂ ԳՈՐԾՈՆՆԵՐ (GRADE համակարգ)

Ինչ է պետք քննարկել	Խորհուրդ տրվող գործընթաց
Ապացույցների ոժը/որակը (Որքա՞ն որակյալ են ապացույցները)	Որքան որակով են ապացույցները այնքան մեծ է ուժեղ խորհրդի հավանականությունը
Հավանական օգուտների և վնասների/բեռի հավասարակշռության վերաբերյալ վստահությունը (Արդյո՞ք կա նման վստահություն)	Որքան շատ է և հստակ է տարբերությունը ցանկալի և անցանկալի հետևանքների միջև այնքան մեծ է ուժեղ խորհրդի հավանականությունը: Որքան փոքր է և անորոշ տարբերությունը ցանկալի և անցանկալի հետևանքների միջև այնքան մեծ է թույլ խորհրդի հավանականությունը
Արժեքների և նախապատվությունների հստակություն և միասնականություն (Արդյո՞ք առկա է հստակություն և միասնականություն: )	Որքան շատ է Արժեքների և նախապատվությունների հստակություն և միասնականություն այնքան մեծ է ուժեղ խորհրդի հավանականությունը:
Միջոցների քննարկում (Արդյո՞ք սպասվող առավելությունները գերակշռում են պահանջվող միջոցների ծախսը )	Որքան ցածր է միջամտության արժեքը իհամամեմատ այլընտրանքային մոտեցումներին և քիչ են ծախսվող միջոցները այնքան մեծ է ուժեղ խորհրդի հավանականությունը:

### 2016թ. և 2012թ. ՈՒՂԵՑՈՒՅՑՆԵՐԻ GRADE ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՏԵՐՄԻՆԱԲԱՆՈՒԹՅՈՆՆԵՐԻ ՀԱՄԵՄԱՏԱԿԱՆՆԵՐԸ

	2016թ.	2012թ.
Ուժ	Ուժեղ	1
	Թույլ	2
Որակ	Բարձր	A
	Միջին	B
	Ցածր	C
	Շատ ցածր	D
Չդասակարգված ուժեղ խորհուրդ	Լավագույն պրակտիկայի	Չդասակարգված մակարդակ



	հայտարարագիր (Best Practice Statement, BPS)	(Ungraded, UG)
--	---------------------------------------------	----------------