

ՀՀ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐԻ ՀՐԱՄԱՆԸ ՍՐՏԱՅԻՆ
ԱՆԲԱՎԱՐԱՐՈՒԹՅԱՄԲ ՄԵԾԱՀԱՍՈՎ ՊԱՅԻՆՏԻ ՎԱՐՄԱՆ ԳՈՐԾԵԼԱԿԱՐԳԸ
ՀԱՍՏԱՏԵԼՈՒ ՄԱՍԻՆ

Գլխավոր տեղեկություն

Համար N 66-Ն

Տիպ Հրաման

Ակտի տիպ Հիմնական ակտ (27.07.2025-մինչ օրս)

Կարգավիճակ Գործում է

Սկզբնաղբյուր Միասնական կայք 2025.07.07-2025.07.20
Պաշտոնական հրապարակման օրը 17.07.2025

Ընդունող մարմին Առողջապահության նախարար

Ընդունման ամսաթիվ 11.07.2025

Ստորագրող մարմին Առողջապահության նախարար

Ստորագրման ամսաթիվ 11.07.2025

Ուժի մեջ մտնելու ամսաթիվ 27.07.2025

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ

ԱՌՈՂՋԱԴԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐ

«11» հուլիս 2025 թ.

N 66-Ն

Հ Ր Ա Մ Ա Ն

ՄՐՏԱՅԻՆ ԱՆԲԱՎԱՐԱՐՈՒԹՅԱՄԲ ՄԵԾԱՀԱՍՏԱԿ ՊԱՑԻԵՆՏԻ ՎԱՐՄԱՆ ԳՈՐԾԵԼԱԿԱՐԳԸ
ՀԱՍՏԱՏԵԼՈՒ ՄԱՍԻՆ

Հիմք ընդունելով «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» օրենքի 2-րդ հոդվածի 1-ին մասի 31-րդ կետը՝

Հրամայում եմ

- Հաստատել սրտային անբավարարությամբ մեծահասակ պացիենտի վարման գործելակարգը՝ համաձայն հավելվածի:
- Սույն հրամանն ուժի մեջ է մտնում պաշտոնական հրապարակման օրվան հաջորդող տասներորդ օրը:

Ա. Ավանեսյան

11.07.2025

Հավելված
ՀՀ առողջապահության նախարարի
«11» հուլիս 2025 թվականի
N 66-Ն հրամանի

ԳՈՐԾԵԼԱԿԱՐԳ

ՄՐՏԱՅԻՆ ԱՆԲԱՎԱՐԱՐՈՒԹՅԱՄԲ ՄԵԾԱՀԱՍՏԱԿ ՊԱՑԻԵՆՏԻ ՎԱՐՄԱՆ

1. Նոգոլոգիաների խումբ՝ ըստ հիվանդությունների և առողջության հետ կապված խնդիրների վիճակագրական 10-րդ վերանայման դասակարգչի.

Հ/Հ	Կոդը	Անվանում
1)	I50	Սրտային անբավարարություն Բացառությամբ՝ վիճակը բարդացնող՝ ● վիժման, արտաարգանդային կամ արտատեղային հղիության (O00-O07, O08.8) ● մանկաբարձական վիրահատական միջամտության և գործողության (O75.4) ● գերճնշումով պայմանավորված վիճակի (I11.0) ● երիկամների հիվանդությունների (I13.-) ● սրտի վիրահատության հետևանքների կամ սրտային պրոթեզի առկայության (I97.1) ● Նորածնի սրտային անբավարարության (P29.0)
2)	I50.0	Կանգային սրտային անբավարարություն Կանգային սրտային հիվանդություններ Աջ փորոքային անբավարարություն՝ երկրորդային ձախ փորոքային անբավարարության նկատմամբ
3)	I50.1	Ձախ փորոքային անբավարարություն Սրտային ասթմա Ձախ փորոքային անբավարարություն թոքի այտուց սրտի հիվանդության՝ ԱՀԸ (Oedema of կամ սրտային lung) անբավարարության թոքային } մատնանշմամբ այտուց (Pulmonary oedema)
4)	I50.9	Սրտային անբավարարություն՝ չճշտված Սրտային կամ սրտամկանային անբավարարություն՝ ԱՀԸ

2. Նոգոլոգիաների խումբը կիրառելի է՝ ըստ սույն հավելվածով սահմանված Ձև 1-ի.

1)	Տարիքային խումբ (նորածին, երեխա, դեռահաս, մեծահասակ)	Մեծահասակ
2)	Սեռ (արական, իգական)	Արական, իգական
3)	Բարդություններ (առանց բարդությունների (ԱԲ), բարդություններով (Բ))	ԱԲ, Բ
4)		1. Ըստ Նյու-Յորքյան սրտաբանների ասոցիացիայի (NYHA) կողմից առաջարկված ֆունկցիոնալ դասակարգման, որը հիմնված է բացառապես ախտանշանների և ֆիզիկական ակտիվության վրա. 1) Դաս I. Ֆիզիկական ակտիվության սահմանափակում չկա: Սովորական ֆիզիկական ակտիվությունը չի առաջացնում հեղձ, դյուրհոգնելիություն կամ սրտխփոց: 2) Դաս II. Ֆիզիկական ակտիվության չափավոր սահմանափակում: Հանգստի վիճակում սրտային անբավարարության ախտանշանները բացակայում են, սակայն սովորական ֆիզիկական ակտիվությունը բերում է արտահայտված հեղձի, դյուրհոգնելիության կամ սրտխփոցի առաջացման: 3) Դաս III. Ֆիզիկական ակտիվության արտահայտված սահմանափակում: Հանգստի վիճակում բացակայում են սրտային անբավարարության ախտանշանները, սակայն սովորականից քիչ ֆիզիկական ակտիվությունը բերում է արտահայտված հեղձի, դյուրհոգնելիության կամ սրտխփոցի առաջացման: 4) Դաս IV. Որևէ տեսակի ֆիզիկական ակտիվություն կատարելու անհնարինություն՝ առանց անհարմարության (դիսկոմֆորտի) առաջացման: Սրտային անբավարարության ախտանշանները կարող են առաջանալ նաև հանգստի ժամանակ: Եթե ձեռնարկվում է որևէ տեսակի ֆիզիկական ակտիվություն, ապա անհարմարությունն (դիսկոմֆորտն) ավելանում է: 2. Հիմնվելով ձախ փորոքի արտամղման ֆրակցիայի (ԱՖ) չափման վրա՝ սրտային անբավարարությունը բաժանվում է մի քանի ֆենոտիպերի. 1) Ձախ փորոքի ցածր արտամղման ֆրակցիայով սրտային անբավարարություն (ՑԱՖՍԱ, HFrEF)- բնութագրվում է $\leq 40\%$ ձախ փորոքի արտամղման ֆրակցիայով, այսինքն՝ ձախ փորոքի սիստոլիկ ֆունկցիայի նշանակալի իջեցմամբ, սրտային անբավարարության ախտանշանների կամ նշանների առկայության դեպքում (նշանները կարող են բացակայել հիվանդության վաղ շրջաններում կամ օպտիմալ դեղորայքային բուժման ֆոնին): 2) Ձախ փորոքի մեղմ իջած արտամղման ֆրակցիայով սրտային անբավարարություն (ՄԻԱՖՍԱ, HFmrEF)- բնութագրվում է $41\%-49\%$ ձախ փորոքի արտամղման ֆրակցիայով՝ սրտային անբավարարության ախտանշանների կամ նշանների առկայության դեպքում (նշանները կարող են բացակայել հիվանդության վաղ շրջաններում կամ օպտիմալ դեղորայքային բուժման ֆոնին), ինչպես նաև սրտի կառուցվածքային ախտահարման այլ նշանների առկայություն

Հիվանդության փուլը
(նկարագրել)

ախտորոշումը դարձնում է առավել հավանական (օր.՝ ծախ նախասրտի չափերի մեծացում, ծախ փորոքի սրտամկանի հիպերտրոֆիա կամ ծախ փորոքի լցման խանգարման էխոսրտագրական նշաններ):

3) Ձախ փորոքի պահպանված արտամղման ֆրակցիայով սրտային անբավարարություն (ՊԱՖՍԱ, HFpEF)- բնութագրվում է սրտային անբավարարության ախտանշանների կամ նշանների առկայությամբ (նշանները կարող են բացակայել հիվանդության վաղ շրջաններում կամ օպտիմալ դեղորայքային բուժման ֆոնին), սրտի կառուցվածքային կամ ֆունկցիոնալ անոմալիաների նշաններով, որոնք համապատասխանում են ծախ փորոքի դիաստոլիկ դիսֆունկցիային կամ ծախ փորոքի լցման ճնշման բարձրացմանը կամ նատրիուրետիկ պեպտիդների (NTproBNP, BNP) մակարդակի բարձրացումով, երբ ծախ փորոքի արտամղման ֆրակցիան $\geq 50\%$:

3. Տարբերում ենք սրտային անբավարարության երկու տիպ. քրոնիկսրտային անբավարարություն և սուր սրտային անբավարարություն:

1) Քրոնիկ սրտային անբավարարությունը բնութագրում է այն պացիենտներին, որոնց դրվել է սրտային անբավարարության ախտորոշումը, և ախտանշանները զարգանում են աստիճանաբար:

2) Սուր սրտային անբավարարությունը կյանքին վտանգ սպառնացող իրավիճակ է, որը բնութագրվում է սրտային անբավարարության ախտանշանների կամ նշանների արագ կամ աստիճանաբար զարգացումով, որոնք բավականաչափ լուրջ են, որպեսզի պացիենտը դիմի անհետաձգելի բուժօգնության, ինչն էլ կբերի չալանավորված հոսպիտալացման և անհապաղ բուժական միջոցառումների իրականացման կամ անհետաձգելի բուժօգնության բաժին (Էմերջենսի) այցելության: Այն կարող է լինել սրտային անբավարարության առաջին դրսևորումը կամ առավել հաճախ լինել քրոնիկ սրտային անբավարարության սուր դեկոմպենսացիայի հետևանք: Այն ունի 4 հիմնական կլինիկական դրսևորում, որոնց հիմքում ընկած է կանգի կամ ծայրամասային հիպոպերֆուզիայի առկայությունը.

ա. սուր դեկոմպենսացված սրտային անբավարարություն - սուր սրտային անբավարարության առավել տարածված ձևն է, հանդիպում է 50-70% դեպքերում: Հիմնականում հանդիպում է անամնեզում սրտային անբավարարություն և նախորդող սրտային դիսֆունկցիայով պացիենտների մոտ՝ ընդգրկելով ծախ փորոքի արտամղման ֆրակցիայի ողջ սպեկտրը, ինչպես նաև աջ փորոքի դիսֆունկցիան: Ի տարբերություն թոքի այտուցի՝ այն ունի առավել աստիճանական սկիզբ, կարող է տևել օրեր, հիմնական փոփոխությունը հանդիսանում է հեղուկի պրոգրեսիվող կանգը, հիմնական հեմոդինամիկ շեղումը՝ ծախ փորոքի բարձր վերջնադիաստոլիկ ճնշումը, թոքային մազանոթների բարձր սեպման ճնշումը, ցածր կամ նորմալ հարվածային ծավալը, ցածր կամ նորմալ սիստոլիկ զարկերակային ճնշումը, երբեմն կանգը կարող է կապված լինել

հիպոպերֆուզիայի հետ,
 բ. Սուր թոքի այտուց - կապված է թոքերում
 կանգի հետ, ախտորոշման կլինիկական
 կրիտերիա են հանդիսանում հևոցը՝
 օրթոպնոեով, շնչառական
 անբավարարությունը (հիպօքսեմիա,
 հիպերկապնիա), տախիպնոէ >25
 ներշնչում/րոպե, շնչառական համակարգի
 ծանրաբեռնված աշխատանք: Առաջացման
 հիմնական մեխանիզմը հետբեռնվածության
 մեծացումն է կամ ծախս փորոքի դիաստոլիկ
 դիսֆունկցիայի գերակշռումը, ինչպես նաև
 սրտի փականային հիվանդությունները, տեղի է
 ունենում հեղուկի վերաբաշխում դեպի թոքեր և
 սուր շնչառական անբավարարության
 զարգացում: Հիվանդության սկիզբն արագ է,
 երբեմն՝ ժամերի ընթացքում: Հիմնական
 հեմոդինամիկ շեղումը ծախս փորոքի
 վերջնադիաստոլիկ ճնշման և թոքային
 մագանոթների սեպման ճնշման բարձրացումն
 է, սրտային արտամղումը կարող է նորմալ լինել,
 սիստոլիկ զարկերակային ճնշումը՝ նորմալ կամ
 բարձր: Հիմնական կլինիկական դրսևորումը՝
 թաց և տաք պացիենտ, հազվադեպ՝ թաց և
 սառը,
 գ. մեկուսացված աջ փորոքային
 անբավարարություն - կապված է աջ փորոքում
 և նախասրտերում բարձր ճնշման, ինչպես նաև
 համակարգային կանգի հետ: Աջ փորոքային
 անբավարարությունը կարող է նաև վատացնել
 ծախս փորոքի լցումը և ի վերջո նվազեցնել
 համակարգային սրտային արտամղումը:
 Հիմնական մեխանիզմը աջ փորոքի
 դիսֆունկցիան կամ նախամագանոթային
 թոքային հիպերտենզիան է: Ախտանշանների
 առաջացման հիմնական պատճառը
 բարձրացած կենտրոնական երակային ճնշումն
 է և հաճախ համակարգային
 հիպոպերֆուզիան: Այն կարող է զարգանալ
 աստիճանաբար կամ արագ: Հիմնական
 հեմոդինամիկ շեղումները աջ փորոքի
 վերջնադիաստոլիկ ճնշման բարձրացում, ցածր
 սրտային արտամղում, ցածր սիստոլիկ
 զարկերակային ճնշում: Հիմնական
 կլինիկական դրսևորումը չոր և սառը կամ թաց
 և սառը պացիենտն է,
 դ. կարդիոգեն շոկ-համախտանիշ է, որն
 առաջանում է առաջնային սրտային
 արտահայտված դիսֆունկցիայի հետևանքով,
 որն էլ բերում է անբավարար սրտային
 արտամղման՝ ընդգրկելով նաև կյանքին
 վտանգ սպառնացող հյուսվածքների
 համակարգային հիպոպերֆուզիան, որը կարող
 է բերել պոլիօրգանային անբավարարության և
 մահվան: Սրտի վնասումը, որը բերում է սրտի
 ֆունկցիայի լուրջ խանգարման, կարող է լինել
 սուր, որպես սրտամկանի հյուսվածքի կորստի
 արդյունք (սրտամկանի սուր ինֆարկտ,
 միոկարդիտ) կամ պրոգրեսսիվ, ինչպես
 քրոնիկսրտային անբավարարությամբ
 պացիենտների մոտ, երբ դիտվում է
 հիվանդության կայունության վատթարացում՝
 չվերահսկվող սրտային անբավարարության
 բնական պրոգրեսսիվման կամ յուրահատուկ
 հրահրող գործոնների պատճառով: Կարդիոգեն
 շոկի ախտորոշումը պահանջում է
 հիպոպերֆուզիայի կլինիկական նշանների
 առկայություն, ինչպիսիք են սառը, թաց

		վերջույթները, օլիգուրիան, գիտակցության մթազնումը, նեղ պոլսային ճնշումը: Բացի դրանից առկա են հիպոպերֆուզիայի բիոքիմիական դրսևորումներ. արյան շիճուկում կրեատինինի մակարդակի բարձրացում, մետաբոլիկ ացիդոզ, լակտատի մակարդակի բարձրացում, որոնք արտացոլում են հյուսվածքային հիպօքսիա և բջջային մետաբոլիզմ, որը բերում է օրգանների դիսֆունկցիայի: Հիմնական հեմոդինամիկ շեղումները ձախ փորոքի վերջնադիաստոլիկ ճնշման բարձրացում, ցածր սրտային արտամղում, ցածր սիստոլիկ զարկերակային ճնշում: Պետք է նշել, որ հիպոպերֆուզիան միշտ չէ, որ ուղեկցվում է թերճնշմամբ, քանի որ զարկերակային ճնշումը կարող է պահպանվել կոմպենսատոր անոթասպազմի հաշվին՝ նույնիսկ հյուսվածքների պերֆուզիայի և թթվածնով հագեցվածության խանգարման հաշվին: Հիմնական կլինիկական դրսևորումը թաց և սառը պացիենտն է:
5)	Բժշկական օգնության և սպասարկման պայմանները (բժշկական կազմակերպությունից դուրս, արտահիվանդանոցային պայմաններում, ցերեկային ստացիոնարի պայմաններում, հիվանդանոցային պայմաններում)	Արտահիվանդանոցային պայմաններում (քրոնիկ սրտային անբավարարության զարգացման բարձր ռիսկի խմբի, քրոնիկ սրտային անբավարարության I-IIIՖԴ (NYHA) ունեցող պացիենտների, որոնք ունեն հիվանդության կայուն կլինիկական ընթացք), ցերեկային ստացիոնարի պայմաններում (քրոնիկ սրտային անբավարարության II-IVՖԴ (NYHA) պացիենտներին, որոնք ունեն հիվանդության կայուն կլինիկական ընթացք), հիվանդանոցային պայմաններում (քրոնիկ սրտային անբավարարության IVՖԴ (NYHA), քրոնիկ սրտային անբավարարության I-IVՖԴ(NYHA)՝ դեկոմպենացիայի շրջան, սուր սրտային անբավարարության ցանկացած կլինիկական դրսևորման դեպքում (սուր դեկոմպենսացված սրտային անբավարարություն, սուր թոքի այտուց, մեկուսացված աջ փորոքային անբավարարություն, կարդիոգեն շոկ)):
6)	Բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների մատուցման ձևը (շտապ, անհետաձգելի, պլանային)	Շտապ (քրոնիկ սրտային անբավարարության IVՖԴ (NYHA), քրոնիկ սրտային անբավարարության I-IVՖԴ(NYHA)՝ դեկոմպենացիայի շրջան, սուր դեկոմպենսացված սրտային անբավարարություն, մեկուսացված աջ փորոքային անբավարարություն), անհետաձգելի (թոքի այտուց, կարդիոգեն շոկ), պլանային (քրոնիկ սրտային անբավարարության զարգացման բարձր ռիսկի խմբի, քրոնիկ սրտային անբավարարության I-IIIՖԴ (NYHA) ունեցող պացիենտներին, որոնք ունեն հիվանդության կայուն կլինիկական ընթացք):
7)	Կիրառման շրջանակը (նշել մասնագետների շրջանակը)	Սրտաբան, ընտանեկան բժիշկ, թերապևտ
8)	Գանգատներ	1. Տիպիկ ախտանշաններ. հևոց, օրթոպնոէ, պարոքսիզմալ գիշերային դիսպնոէ, ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության նկատմամբ տոլերանտության իջեցում, դյուրհոգնելիություն, ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունից հետո վերականգնման ժամանակի երկարում, ոտնաթաթերի այտուց: 2. Ավելի քիչ տիպիկ ախտանշաններ. գիշերային հազ, սուլող շնչառություն,

		վքնածության զգացողություն, ախորժակի կորուստ, դեպրեսիա, սրտխփոց, գլխապտույտ, ուշագնացություն, բենդոպնոէ, մտածողության խառնաշփոթ (հատկապես ծերերի մոտ):
9)	Անամեզ	Չարկերակային հիպերտենզիայի երկարատև անամեզ, սրտի իշեմիկ հիվանդության սուր կամ քրոնիկ ձևեր, սրտի փականային հիվանդություն, կարդիոմիոպաթիաներ, տարբեր ծագման սրտի ռիթմի խանգարում, սրտամկանի, էնդոկարդի բորբոքոջային հիվանդություններ, պերիկարդի հիվանդություններ, սրտի բնածին և ձեռքբերովի արատներ, ինչպես նաև արտասրտային քրոնիկ հիվանդություններ, որոնք հանգեցնում են սրտի դիաստոլիկ կամ սիստոլիկ դիսֆունկցիայի. էնդոկրին, արյունաբանական, թոքային, և այլն, որոշ դեղերի ընդունում:
10)	Չննման արդյունք/Ցուցում	1. Սրտային անբավարարության ախտանշաններ ունեցող պացիենտների զննման արդյունքում հայտնաբերվում են սրտային անբավարարության նշաններ, որոնք կարող են լինել առավել սպեցիֆիկ և առավել քիչ սպեցիֆիկ. 1) Առավել սպեցիֆիկ նշաններ: Լծերակներում բարձր ճնշում, լյարդ-լծերակային ռեֆլյուքս, սրտի 3-րդ տոնի առկայություն (Գալոպի ռիթմ), գազաթային հրոցի շեղում կողմնայնորեն: 2) Առավել քիչ սպեցիֆիկ նշաններ: Մարմնի քաշի ավելացում (>2կգ/շաբաթ), քաշի կորուստ (ծանր սրտային անբավարարության դեպքում), հյուսվածքների հյուծում (կախեքսիա), սրտի աղմուկի առկայություն, ծայրամասային այտուցներ (ստորին վերջույթների, գոտկասրբանային, փոշտի), թոքերում կրեպիտացիա, պլևրալ հեղուկ, հաճախասրտություն, անկանոն սրտադարկ, հաճախաշնչություն, Չեյն-Ստոքսի շնչառություն, հեպատոմեգալիա, ասցիտ, սառը վերջույթներ, օլիգուրիա, նեղ պուլսային ճնշում:
11)	Հոսպիտալացման ցուցում	Սրտային անբավարարության ախտանշանների հարաճուն կամ կտրուկ վատացում, առաջին անգամ սրտային անբավարարության ախտանշանների կամ նշանների առաջացում: Քրոնիկ սրտային անբավարարության IVՖԴ (NYHA), քրոնիկ սրտային անբավարարության I-IVՖԴ(NYHA)` դեկոմպենսացիայի շրջան, սուր սրտային անբավարարության ցանկացած կլինիկական դրսևորման դեպքում (սուր դեկոմպենսացված սրտային անբավարարություն, թոքի սուր այտուց, մեկուսացված աջ փորոքային անբավարարություն, կարդիոգեն շոկ):

3. Բժիշկ-մասնագետի կողմից պացիենտի զննումը, խորհրդատվությունը իրականացվում է ըստ Ձև 2-ի (անհրաժեշտության դեպքում անհրաժեշտ է նշել հիվանդության փուլերը)։

Ձև 2

Հ/հ	խորհրդատվության տեսակը	Տրամադրման քանակը	
		ԱԲ	Բ
1)	Սրտաբան	1	1
2)	Թերապևտ	1	0,8
3)	Ընտանեկան բժիշկ	1	0,6

4. Սույն հավելվածի Ձև 2-ում նշված տրամադրվող քանակների համար նշվում է միջինացված ցուցանիշ, նկատի ունենալով տվյալ զննման, խորհրդատվության

իրականացման հաճախականությունը: Հաճախականության հաշվարկման միավորը պետք է լինի 0-ից 1 միջակայքում և հաշվի առնի նմանատիպ 100 դեպքերում տվյալ զննման, խորհրդատվության իրականացման հաճախականությունը:

5. Լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտություններն իրականացվում են՝ ըստ Ձև 3-ի (անհրաժեշտության դեպքում անհրաժեշտ է նշել հիվանդության փուլերը):

Ձև 3

Լաբորատոր հետազոտություններ					
Հ/Հ	Կողը	Անվանումը	Տրամադրման քանակը		Արդյունք
			ԱԲ	Բ	
1)	Առկա չէ	BNP/NT-proBNP (N-ծայրային նախաուղեղային նատրիուրետիկ պեպտիդ)	1	1	Հիվանդության բուժման արդյունավետության գնահատում, ստացիոնար բուժման ծավալի փոփոխության և ցուցումների հստակեցում
2)	Առկա չէ	Թիրեոտրոպ հորմոն (TSH) Ազատ թիրոքսին (FT4)	0.6	0.7	Սրտային անբավարարության տարբերակում այլ պաթոլոգիական
3)	Առկա չէ	Արյան մեջ էլեկտրոլիտների մակարդակի որոշում (K ⁺ , Na ⁺ , Cl ⁻ , Mg ²⁺)	1	1	իրավիճակներից, ելքի գնահատում (պրոգնոզի որոշում) և դեղորայքային թերապիայի հստակեցում
4)	Առկա չէ	C ռեակտիվ սպիտակուցի որոշում	0.5	0.4	Բորբոքային էթիոլոգիայի ժխտում, հիվանդության սրության անուղղակի գնահատում
5)	Առկա չէ	Արյան ընդհանուր հետազոտություն	1	1	Սակավարյունության հայտնաբերում
6)	Առկա չէ	Լիպիդային պրոֆիլի որոշում	1	1	Դիսլիպիդեմիայի հայտնաբերում
7)	Առկա չէ	Արյան մեջ կրեատինինի որոշում	1	1	Երիկամային ֆունկցիայի գնահատում
8)	Առկա չէ	Արյան պլազմայում գլյուկոզի մակարդակի որոշում՝ քաղցած վիճակում, և գլիկոհեմոգլոբինի (HbA1c) որոշում	1	1	Շաքարային դիաբետի (ՇԴ) կամ նախադիաբետի հայտնաբերում
9)	Առկա չէ	Տրոպոնինի կրկնակի չափումներ, գերադասելով բարձր զգայունության տրոպոնինի որոշում	0.1	1	Սուր կորոնար համախտանիշի կամ այլ պատճառներով սրտամկանի վնասման հայտնաբերում
10)	Առկա չէ	Տրանսֆերինի սատուրացիա/Ֆերիտինի մակարդակի որոշում	0.3	1	Սրտային անբավարարության տարբերակում այլ պաթոլոգիական իրավիճակներից, պրոգնոզի որոշում և դեղորայքային թերապիայի հստակեցում
11)	Առկա չէ	Դ-դիմեր	0.2	0.8	Կիրառելի է սուր իրավիճակում թոքային զարկերակի թրոմբոէմբոլիայի տարբերակման համար
12)	Առկա չէ	Պրոկալցիտոնին	0.1	0.8	Բորբոքային էթիոլոգիայի ժխտում, պրոգնոզի որոշում
13)	Առկա չէ	Լյարդային տրանսամինազներ	1	1	Սրտային անբավարարության տարբերակում այլ պաթոլոգիական իրավիճակներից,

					պրոգնոզի որոշում և դեղորայքային թերապիայի հստակեցում
14)	Առկա չէ	Լակտատի որոշում արյան մեջ	0.1	0.5	Հյուսվածքային հիպոպերֆուզիայի կասկածի դեպքում պերֆուզիայի վիճակի ստուգում
15)	Առկա չէ	Արյան թթվահիմնային հավասարակշռության որոշում	0.1	0.7	Շնչառական անբավարարության դեպքում օգտակար է շնչառական ֆունկցիայի գնահատման համար
Գործիքային հետազոտություններ					
16)	Առկա չէ	12 արտածմամբ հանգստի էլեկտրասրտագրություն (ԷՍԳ)	1	1	Սրտի ռիթմի և հաղորդականության խանգարման, սպիական փոփոխությունների, հիպերտրոֆիայի հայտնաբերում, ռիթմի գնահատում
17)	Առկա չէ	Տրանսթորակալ հանգստի էխոկարդիոգրաֆիա	1	1	1. Սրտի կառուցվածքային խնդիրների հայտնաբերում 2. Ձախ փորոքի սիստոլիկ ֆունկցիայի գնահատում, ըստ ձախ փորոքի արտամղման ֆրակցիայի՝ քրոնիկ սրտային անբավարարության ձևի որոշում 3. Աջ և ձախ փորոքների դիաստոլիկ ֆունկցիայի գնահատում 4. Սրտի չափերի, փականային համակարգի գնահատում, ներխոռոչային թրոմբների, պերիկարդի խոռոչում հեղուկի առկայության գնահատում 5. Ներխոռոչային ճնշումների որոշում 6. Աջ փորոքի սիստոլիկ ֆունկցիայի գնահատում
18)	Առկա չէ	Արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային պայմաններում ԷՍԳ մոնիտորինգ (Հոլտեր ԷՍԳ)	0.5	0.8	Սրտի ռիթմի և հաղորդականության խանգարումների հայտնաբերում, այդ թվում՝ կյանքին վտանգ սպառնացող, ՍՌՎՍ իմպլանտացիայի ցուցումների հստակեցում
19)	Առկա չէ	Կրծքավանդակի ռենտգենաբանական հետազոտություն	1	1	Արյան փոքր շրջանառությունում կանգային երևույթների, շնչառական համակարգում բորբոքային պրոցեսների, պլևրալ խոռոչում հեղուկի հայտնաբերում/գնահատում
20)	Առկա չէ	Ինվազիվ կորոնար անգիոգրաֆիա	0.9	0.6	Սրտային անբավարարության իշեմիկ աթերոսկլերոտիկ էթիոլոգիայի հաստատում
21)	Առկա չէ	Սրտի միջուկամագնիսային-ռեզոնանսային	0.5	0.4	Սրտամկանի ֆունկցիոնալության գնահատում և սիստոլիկ դիսֆունկցիայի

		տոմոգրաֆիա			իշեմիկ/բորբոքային պատճառների
22)	Առկա չէ	Էլեկտրասրտագրություն չափավորված ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությամբ (տրեդմիլ-թեստ կամ վելոերգոմետրիա)	0.3	0	Ծանրաբեռնվածության նկատմամբ տուլերանտության, ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության տանելիության, հիվանդության ախտանիշների, սրտի ռիթմի և հաղորդականության խանգարումների, զարկերակային ճնշման արձագանքի և սրտային պատահարների ռիսկի գնահատում:
23)	Առկա չէ	Կրծքավանդակի համակարգչային տոմոգրաֆիա - անգիոգրաֆիա	0.6	0.8	Թոքային համակարգում թրոմբոէմբոլիկ բարդությունների, բորբոքային երևույթների կրծքավանդակի ուռուցքային և այլ պատճառների գնահատում

6. Սույն հավելվածի Ձև 3-ում սահմանված տրամադրվող քանակների համար նշվում է միջինացված ցուցանիշ, նկատի ունենալով տվյալ հետազոտության իրականացման հաճախականությունը: Հաճախականության հաշվարկման միավորը պետք է լինի 0-ից 1 միջակայքում և հաշվի առնի նմանատիպ 100 դեպքերում տվյալ հետազոտության իրականացման հաճախականությունը:

7. Օգտագործվող դեղերի ցանկը սահմանվում է ըստ Ձև 4-ի (անհրաժեշտության դեպքում նշել հիվանդության փուլերը)։

Ձև 4

Հ/Հ	Անվանում, դեղաչափ, դեղաձև, փաթեթավորում	Անվանում (շեներիկ)	Զափման միավոր	Միջինացված ցուցանիշ՝ տրամադրման հաճախականություն	Միջին օրական չափաքանակ	Բուժման կուրսի միջին տևողություն	Օրերի քանակ
1)	Ացետիլսալիցիլաթթու, մագնեզիումի հիդրօքսիդ 75մգ, 100մգ, 150մգ	Ացետիլսալիցիլաթթու, մագնեզիումի հիդրօքսիդ 75մգ, 100մգ, 150մգ	դեղահատեր	0.8	1	շարունակելի	-
2)	Կլոպիդոգրել (կլոպիդոգրելի բիսուլֆատ) 75մգ	Կլոպիդոգրել (կլոպիդոգրելի բիսուլֆատ) 75մգ	դեղահատեր	0.5	1	շարունակելի	-
3)	Ատորվաստատին (ատորվաստատին կալցիումի տրիհիդրատ) 10մգ, 20մգ, 40մգ, 80մգ	Ատորվաստատին (ատորվաստատին կալցիումի տրիհիդրատ) 10մգ, 20մգ, 40մգ, 80մգ	դեղահատեր	1	1	շարունակելի	-
4)	Ռոզուվաստատին (ռոզուվաստատին կալցիում) 5մգ, 10մգ, 20մգ, 40մգ	Ռոզուվաստատին (ռոզուվաստատին կալցիում) 5մգ, 10մգ, 20մգ, 40մգ	դեղահատեր	1	1	շարունակելի	-
5)	Էզետիմիբ 10 մգ	Էզետիմիբ 10 մգ	դեղահատեր	0.4	1	շարունակելի	-
6)	Ֆենոֆիբրատ 145 մգ	Ֆենոֆիբրատ 145 մգ	դեղահատ	0.1	1	շարունակելի	-
7)	ԲՊ (Բետա-պաշարիչներ/ BBs) Բիսոպրոլոլ 1.25մգ-10մգ օրը 1 անգամ Կարվեդիլոլ 3.125մգ- 25մգ օրական 2 անգամ Մետոպրոլոլ սուկցինատ (CR/XL) 12.5մգ-200մգ օրը մեկ անգամ Նեբիվոլոլ 1.25-10մգ օրը մեկ անգամ	Բիսոպրոլոլ 1.25մգ-10մգ Կարվեդիլոլ 3.125մգ- 25մգ Մետոպրոլոլ սուկցինատ (CR/XL) 12.5մգ-200մգ Նեբիվոլոլ 1.25-10մգ	դեղահատեր	0.9	1-2	շարունակելի	-
8)	Նիտրոգլիցերին 0.5 մգ Նիտրոգլիցերին 20մգ սրվակ	Նիտրոգլիցերին 0.5 մգ Նիտրոգլիցերին 20մգ	Դեղահատեր, սրվակ	0.2 0.3	1	ըստ անհրաժեշտության 3օր	-
9)	ԱՓՖա (Անգիոտենզին փոխակերպող ֆերմենտի արգելակիչներ / ACEi) Կապտոպրիլ 6.25մգ- 50մգ օրը 3 անգամ Էնալապրիլ 2.5մգ-20մգ օրը 2 անգամ Լիզինապրիլ 2.5մգ-35մգ օրը 2 անգամ	Կապտոպրիլ 6.25մգ- 50մգ Էնալապրիլ 2.5մգ-20մգ Լիզինապրիլ 2.5մգ-35մգ Ռամիպրիլ 2.5մգ-5մգ	դեղահատեր	0.8	3-2-1	շարունակելի	-

	Ռամիպրիլ 2.5մգ-5մգ օրը 2 անգամ Պերինդոպրիլ 2.5-10մգ օրը 1 անգամ	Պերինդոպրիլ 2.5-10մգ					
10)	ԱԸՊ (Անգիոտենզինային ընկալիչների պաշարիչներ / ARB). Կանդեսարտան 4մգ-32մգ օրը 1 անգամ Լոզարտան 50մգ-150մգ օրը 1 անգամ Վալսարտան 40-160մգ օրը 2 անգամ	Կանդեսարտան 4մգ-32մգ Լոզարտան 50մգ-150մգ Վալսարտան 40-160մգ	դեղահատեր	0.3	1-2	շարունակելի	-
11)	Իվաբրադին 5-7.5մգ օրը 2 անգամ Տրիմետազոլինի դիհիդրոքլորիդ 80մգ	Իվաբրադինի հիդրոքլորիդ 5մգ-7.5մգ Տրիմետազոլինի դիհիդրոքլորիդ 80մգ	դեղահատեր	0.4 0.3	2 1	1-2 ամիս, հետագայում՝ ըստ անհրաժեշտության	-
12)	Կանթային միզամուղներ. ✓ Ֆուրոսեմիդ 20մգ սրվակ ✓ Ֆուրոսեմիդ 40մգ հաբ ✓ Տորասեմիդ հաբ 5, 10մգ ✓ Տորասեմիդ սրվակ 20մգ	✓ Ֆուրոսեմիդ 20մգ սրվակ ✓ Ֆուրոսեմիդ 40մգ հաբ ✓ Տորասեմիդ հաբ 5, 10մգ ✓ Տորասեմիդ սրվակ 20մգ	դեղահատ և սրվակ	1.0	1-2	Ըստ ցուցումների՝ շարունակելի	-
13)	Սոդիում գլյուկոզ կոտրանսպորտոր-2 ինհիբիտորներ Դապագլիֆոզին 10մգ Էմպագլիֆոզին 10մգ	Դապագլիֆոզին 10մգ Էմպագլիֆոզին 10մգ	դեղահատ	1.0	1	Շարունակելի	-
14)	Սակուբիտրիլ/Վալսարտան 24/26մգ, 49/51մգ, 97/103մգ օրը 2 անգամ	Սակուբիտրիլ/Վալսարտան 24/26մգ, 49/51մգ, 97/103մգ	դեղահատ	0.7	2	Շարունակելի	
15)	Վերիցիգուատ 2.5մգ-10մգ օրը մեկ անգամ Դիգոքսին 6.25մգ-25մգ օրական 1 անգամ սրվակ և հաբ Հիդրալազին/Իզոսորբիտ դինիտրատ 37.5մգ/20մգ, 75մգ/40մգ օրը 2 անգամ	Վերիցիգուատ 2.5մգ-10մգ Դիգոքսին 6.25մգ-25մգ Հիդրալազին/Իզոսորբիտ դինիտրատ 37.5մգ/20մգ, 75մգ/40մգ	Դեղահատ Դեղահատ և սրվակ Դեղահատ	0.03 0.4 0.2	1 1 2	Շարունակելի Շարունակելի՝ ըստ ցուցումների ըստ ցուցումների	-
16)	Միներալոկորտիկոիդ ընկալիչների ներհակորդ Էպլերենոն 25մգ, 50մգ օրական մեկ անգամ Սպիրոնոլակտոն 25մգ, 50մգ օրը մեկ անգամ	Էպլերենոն 25մգ, 50մգ Սպիրոնոլակտոն 25մգ, 50մգ	Դեղահատ	1.0	1	Շարունակելի	-
17)	Ինոտրոպներ/Վազոպրեսորներ ➤ Դոբուտամին 2-20մկգ/կգ/ր ➤ Դոպամին 3-5մկգ/կգ/ր ➤ Միլրինոն 0.375-0.75մկգ/կգ/ր ➤ Լևոսիմենդան 0.1-0.2մկգ/կգ/ր ➤ Նորեպինեֆրին 0.2-1.0մկգ/կգ/ր ➤ Էպինեֆրին 0.05-0.5մկգ/կգ/ր		սրվակ	0.2 0.2 0.2 0.05 0.1 0.05	-	3օր 3օր 4օր 1օր 4օր 1օր	-
18)	Մորֆինի սուլֆատ	-	սրվակ	0.05	1	1	-

8. Սույն հավելվածի Ձև 4-ում սահմանված՝

1) Նշանակված դեղի նկատմամբ անհատական անտանելիության դեպքում ավագ բուժաշխատողը իրավասու է նշանակել այլ դեղ:

2) տրամադրվող քանակների համար նշվում է միջինացված ցուցանիշ, նկատի ունենալով տվյալ դեղի օգտագործման հաճախականությունը: Հաճախականության հաշվարկման միավորը պետք է լինի 0-ից 1 միջակայքում և հաշվի առնի նմանատիպ 100 դեպքերում տվյալ դեղի օգտագործման հաճախականությունը:

9. Բուժական այլ միջոցառումներ սահմանվում են Ձև 5-ում (անհրաժեշտության դեպքում անհրաժեշտ է նշել հիվանդության փուլերը):

Ձև 5

Հ/հ	Բժշկական ծառայության տեսակը	Տրամադրման քանակը	
		ԱԲ	Բ
1)	Իմպլանտացիոն կարդիովերտեր դեֆիբրիլյատորի տեղադրում (ICD)	-	0.4
2)	Սրտի ռեսինխրոնիզացնող թերապիա (CRT)	-	0.3
	Արյան շրջանառության կարճատև մեխանիկական		

3)	աջակցություն -Իմպելլա, ներառությամբ բալոնային կոնտրապուլսացիա (IABP), երակ-զարկերակային արտամարմնային մեմբրանալ օքսիգենացիա (VA ECMO) կամ նմանատիպ այլ սարքավորումներ	-	0.05
4)	Երիկամ փոխարինող թերապիայի իրականացում	-	0.2

10. Սույն հավելվածի Ձև 5-ում սահմանված տրամադրվող քանակների համար նշվում է միջինացված ցուցանիշ, նկատի ունենալով, թե ինչ հաճախականությամբ է իրականացվում տվյալ բուժական միջոցառումը: Հաճախականության հաշվարկման միավորը պետք է լինի 0-ից 1 միջակայքում և հաշվի առնի նմանատիպ 100 դեպքերում տվյալ բուժական միջոցառման կիրառման հաճախականությունը:

ԳՈՐԾԵԼԱԿԱՐԳԻ ՄՇԱԿՄԱՆ ԱՂԲՅՈՒՐԸ

1. 2021 թ. ESC ուղեցույցներ՝ սուր և քրոնիկ սրտային անբավարարության ախտորոշման և բուժման վերաբերյալ՝

<https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Acute-and-Chronic-Heart-Failure>

2. 2023 թ. թարմացված տարբերակը 2021 թ. ESC ուղեցույցների՝ սուր և քրոնիկ սրտային անբավարարության ախտորոշման և բուժման վերաբերյալ – ESC կլինիկական ուղեցույցներ՝ <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Acute-and-Chronic-Heart-Failure>

Պաշտոնական հրապարակման օրը՝ 17 հուլիսի 2025 թվական: