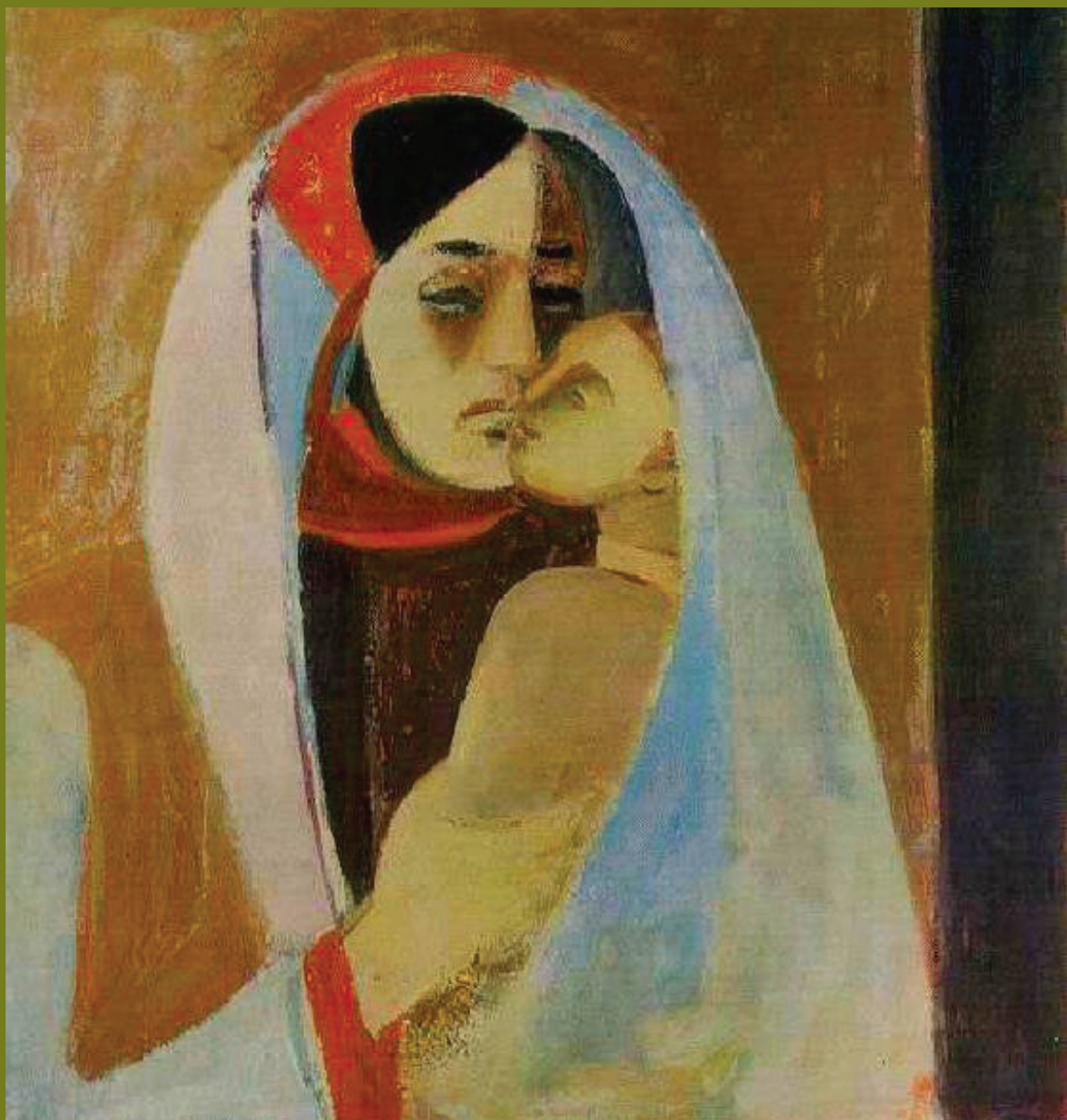


Կլինիկական ուղեցույց

# ԵՐԱԿԱՅԻՆ ԹՐՈՄԲՈՒՄԲՈԼԻԶՄԻ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՈՒՄԸ ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ ԵՎ ՀԵՏՏՆԴՅԱՆ ՇՐՋԱՆՈՒՄ



«Մայրություն» շարք, թիվ 1





ՄԱԿ-ի Բնակչության  
հիմնադրամ



ՀՀ առողջապահության  
նախարարություն



Վերարտադրողական առողջության,  
պերինատոլոգիայի, մանկաբարձության  
և գինեկոլոգիայի հանրապետական  
ինստիտուտ

# ԵՐԱԿԱՅԻՆ ԹՐՈՄԲՈՒՄԲՈՒԼԻԶՄԻ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՈՒՄԸ ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ ԵՎ ՀԵՏՏԵՆԳՅԱՆ ՇՐՋԱՆՈՒՄ

Կլինիկական ուղեցույց

Սեպտեմբեր 2015

ԵՐԵՎԱՆ  
ՓՐԻՆԹԻՆՖՈՒՆ  
2015

Կլինիկական ուղեցույցը հաստատվել է ՀՀ առողջապահության նախարարի 16.09.2015թ. թիվ 2521 – Ա հրամանով:

ՀՏԴ 618 : 616.1  
ԳՄԴ 57.1 + 54.102  
Ե 760

Երակային թրոմբոէմբոլիզմի կանխարգելումը  
Ե 760 հղիության ժամանակ և հետծննդյան շրջանում.  
–Եր.: Փրինթինֆո, 2015. –36 էջ:

Սույն կլինիկական ուղեցույցը մշակվել է ՀՀ առողջապահության նախարարության, Վերարտադրողական առողջության, պերինատալոգիայի, մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի հանրապետական ինստիտուտի և ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամի համագործակցությամբ իրականացվող «Սեռական և վերարտադրողական առողջության ծառայությունների հզորացում» ծրագրի շրջանակներում: Ուղեցույցի համար հիմք են հանդիսացել Մեծ Բրիտանիայի Մանկաբարձ-գինեկոլոգների թագավորական քոլեջի, Մանկաբարձ-գինեկոլոգների ամերիկյան քոլեջի, Անեսթեզիոլոգների ամերիկյան քոլեջի, Ավստրալիայի Քվինսլենդ նահանգի առողջապահության բաժնի, Կոհրեյնի տվյալների բազայի, Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության և այլ բարձր ապացուցողական մակարդակ ունեցող նյութերը:

Կլինիկական ուղեցույցի դրույթները քննարկվել և հավանության են արժանացել Մանկաբարձ-գինեկոլոգների և նեոնատոլոգների ասոցիացիայի, Մոր և մանկան առողջության պահպանման գիտահետազոտական կենտրոնի, ԵՊԲՀ Մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի թիվ 1 և 2 ամբիոնների, ԵՊԲՀ Սիրտ-անոթային վիրաբուժության ամբիոնի, պրոֆ. Ռ.Շ. Յոլյանի անվան արյունաբանական կենտրոնի կողմից: Ուղեցույցը նախատեսված է բուժաշխատողների համար:

#### **Աշխատանքային խմբի ղեկավար՝**

Աբրահամյան Ռ.Ա., ՀՀ ԳԱԱ ակադեմիկոս, բ.գ.դ, պրոֆ.

#### **Աշխատանքային խմբի անդամներ՝**

Աբրահամյան Լ.Ռ., բ.գ.դ., պրոֆ.

Գրիգորյան Վ.Ֆ., բ.գ.թ., դոց.

Գյուլխասյան Վ.Մ., բ.գ.թ., դոց.

Հարությունյան Ա.Գ., MD, MPH

Աշխատանքային խումբը իր խորը երախտիքն է հայտնում ուղեցույցների մշակման աշխատանքներին իրենց աջակցությունը, խորհրդատվությունը և մասնագիտական գնահատականը տրամադրած գործընկերներին:

Կլինիկական ուղեցույցը ապացուցողական բժշկության վրա հիմնված ուղղորդող փաստաթուղթ է, որն օգնում է կայացնել գիտականորեն հիմնավորված որոշումներ՝ որոշակի հիվանդության կամ կլինիկական վիճակի վարման վերաբերյալ:

Այնուամենայնիվ, որևէ կլինիկական ուղեցույց չի կարող ընդգրկել մասնավոր դեպքերի բոլոր հնարավոր տարբերակները: Ուղեցույցում ներառված ցուցումները դեպքի վարման կամ բուժման բացառիկ եղանակներ չեն պարտադրում: Դրանք պետք է գնահատվեն, հաշվի առնելով պացիենտի անհատական կարիքները, ինչպես նաև բուժհաստատության հնարավորությունները:

Երբ պացիենտի դեպքը դուրս է ուղեցույցի շրջանակներից, ուղեցույցն օգտագործող բուժաշխատողն ինքն է պատասխանատվություն կրում վարման պլանի մշակման և նեղ մասնագետի օգնությանը դիմելու անհրաժեշտության մասին որոշում կայացնելու վերաբերյալ:

Ուղեցույցում արտահայտված կարծիքները հեղինակային են և կարող են չհամընկնել ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամի տեսակետին:

ՀՏԴ 618 : 616.1  
ԳՄԴ 57.1 + 54.102

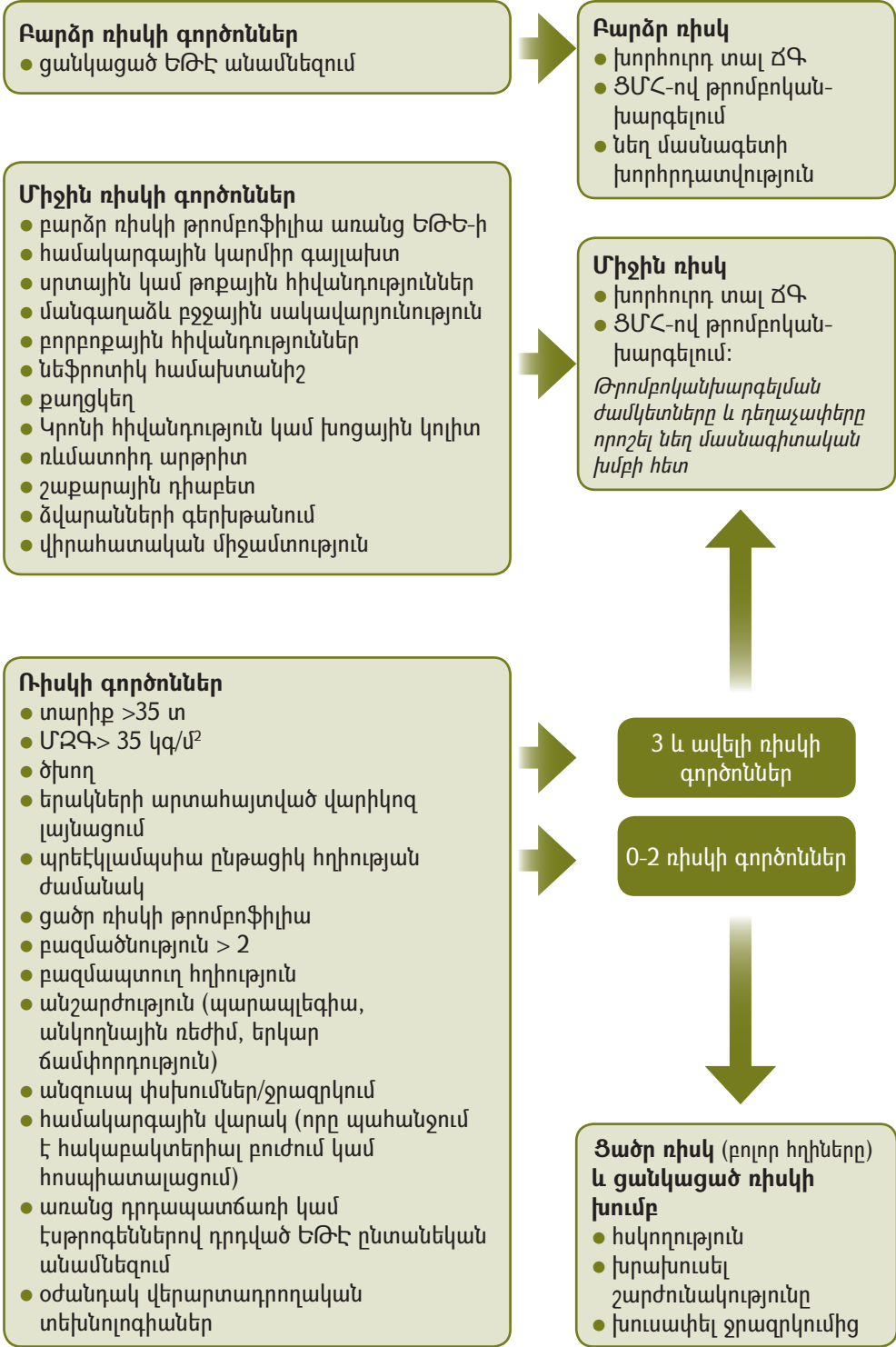
## ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐ

ԱՄԹԺ	ակտիվացված մասնակի թրոմբոպլաստինային ժամանակ
ԵԹԷ	երակային թրոմբոէմբոլիզմ
ԸՕԿ	ընդմիջվող օդաճնշական կոմպրեսիա
ԹԶԹԷ	թոքային զարկերակի թրոմբոէմբոլիա
ԽԵԹ	խորանիստ երակների թրոմբոզ
ԿՀ	կեսարյան հատում
ԿՆՀ	կենտրոնական նյարդային համակարգ
ՀԱ	հետծննդյան արյունահոսություն
ՀԴԹ	հեպարինով դրոշմած թրոմբոցիտոպենիա
ՀՀՀՀ	համակցված հորմոնային հակաբեղմնավորիչ հաբեր
ՀՖՀ	հակաֆոսֆոլիպիդային համախտանիշ
ՃԳ	ճնշող գուլպաներ
ՄԶԳ	մարմնի զանգվածի գործակից
ՄՆՀ	միջազգային նորմալիզացված հարաբերություն
ՆԱԲ	նեյրո-աքսիալ բլոկադա
ՈՍՀԴ	ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային դեղամիջոցներ
ՑՄՀ	ցածր մոլեկուլյար հեպարին

## ՏԵՐՄԻՆԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

ԵԹԷ-ի ընտանեկան պատմություն	ԵԹԷ-ի ընտանեկան պատմությունը դրական է, եթե ախտահարված են մեկ կամ ավելի առաջին կարգի հարազատներ
Դրոշմած ԵԹԷ	ԵԹԷ-ի այն դեպքերը, երբ առկա է որոշակի ռիսկի գործոն
Չդրոշմած ԵԹԷ	ԵԹԷ-ի այն դեպքերը, երբ ռիսկի գործոնը անհայտ է
Կրկնվող ԵԹԷ	երկու և ավելի ԵԹԷ-ի դրվագներ անամնեզում

**Նախաձեռնողյան շրջանում ԵԹԷ-ի գնահատումը և կանխարգելումը**



## Հետծննդյան շրջանում ԵԹԷ-ի գնահատումը և կանխարգելումը

### Բարձր ռիսկի գործոններ

- ցանկացած ԵԹԷ անամենեզում
- ՑՄՀ-ով թրոմբոկանխարգելում ընթացիկ հղիության նախածննդյան շրջանում
- բարձր ռիսկի թրոմբոֆիլիյա
- ցածր ռիսկի թրոմբոֆիլիյա + ԵԹԷ ընտանեկան անամենեզում

### Միջին ռիսկի գործոններ

- անհետաձգելի ԿՀ ծննդաբերության ժամանակ
- ՄՂԳ  $\geq 40$  կգ/մ<sup>2</sup>
- որևէ վիրահատական միջամտություն հետծննդյան շրջանում (բացի շեֆի վերականգնումից)
- քաղցկեղ
- երկարատև հոսպիտալիզացում նախածննդյան շրջանում
- սրտային կամ թոքային հիվանդություններ
- Կրոնի հիվանդություն կամ խոցային կոլիտ
- համակարգային կարմիր գայլախտ, ՀՖՀ
- նեֆրոտիկ համախտանիշ
- շաքարային դիաբետ
- մանգաղաձև բջջային սակավարյունություն
- ունևատոիդ արթրիտ

### Ռիսկի գործոններ

- տարիք  $>35$  տ
- ՄՂԳ  $> 30$  կգ/մ<sup>2</sup>
- ծխող
- երակների արտահայտված վարիկոզ լայնացում
- պրեէկլամպսիա ընթացիկ հղիության ժամանակ
- ցածր ռիսկի թրոմբոֆիլիյա
- բազմածնություն  $> 2$
- բազմապտուղ հղիություն
- անշարժություն (պարապլեգիյա, անկողնային ռեժիմ, երկար ճամփորդություն)
- համակարգային վարակ (որը պահանջում է հակաբակտերիալ բուժում կամ հոսպիտալացում)
- ԵԹԷ ընտանեկան անամենեզում
- պլանային ԿՀ
- գործիքային ծննդաբերություն
- մեռելածնություն
- վաղաժամ ծննդաբերություն
- հետծննդյան արյունահոսություն ( $> 1$  l )
- ձգձգված ծննդաբերություն ( $> 24$  ժ.)

### Բարձր ռիսկ

- խորհուրդ տալ ճԳ
- ՑՄՀ-ով թրոմբոկանխարգելում առնվազն հետծննդյան 6 շաբաթների ընթացքում
- նեղ մասնագետի խորհրդատվություն

### Միջին ռիսկ

- խորհուրդ տալ ճԳ
  - առնվազն 10 օր ՑՄՀ-ով թրոմբոկանխարգելում
- 3 և ավելի ռիսկի գործոնների առկայության դեպքում քննարկել թրոմբոկանխարգելման տևողությունը նեղ մասնագիտական խմբի հետ*

2 և ավելի ռիսկի գործոններ

0-1 ռիսկի գործոն

### Ցածր ռիսկ

- (բոլոր ծննդկանները)
- հսկողություն
  - խրախուսել շարժունակությունը
  - խուսափել ջրազրկումից

**ԲՈՎԱՆ ԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ**

**Ներածություն** ..... 7

**Թրոմբոկանխարգելման մեթոդները** ..... 8

**ԵԹԷ-ի կանխարգելման հետ կապված ռիսկերը** ..... 9

**ԵԹԷ-ի ախտանիշները** ..... 10

**Ռիսկի գնահատումը** ..... 11

- ԵԹԷ-ի բարձր ռիսկի գործոնները ..... 11
- ԵԹԷ-ի ռիսկի գործոնները ..... 12
- Ռիսկի գնահատման չափանիշները ..... 12
- Լրացուցիչ գնահատում ..... 13

**ԵԹԷ-ի կանխարգելումը** ..... 14

- Նախաձեռնդյան կանխարգելումը ..... 14
- Կանխարգելումը ծննդաբերության ժամանակ ..... 15
- Կանխարգելումը հետծննդյան շրջանում ..... 16
- Կեսարյան հատում ..... 18

**Ներրոաքսիալ բլոկադա (սպինալ/էպիդուրալ անզգայացում)** ..... 19

**Հատուկ խմբի պացիենտներ** ..... 20

- Անցողիկ ռիսկի գործոններով համակցված միանգամյա ԵԹԷ անամնեզում ..... 22
- Կրկնվող ԵԹԷ անամնեզում ..... 22
- Ժառանգական թրոմբոֆիլիա ..... 23
- Ձեռքբերովի թրոմբոֆիլիա (հակաֆոսֆոլիպիդային համախտանիշ) ..... 23

**ԵԹԷ կանխարգելման նպատակով օգտագործվող դեղամիջոցները** ..... 25

- ՑՄՀ ..... 25
- Հեպարին ..... 25
- ՑՄՀ-ի և հեպարինի համեմատական բնութագիրը ..... 26
- Վարֆարին ..... 26
- Ցածր դեղաչափով ասպիրին ..... 27
- Սուլոդեքսիդ (Վեսել Դուե Ֆ) ..... 27

**Հավելված 1. ԵԹԷ-ի կանխարգելման նպատակով օգտագործվող դեղաչափերը** ..... 28

**Հավելված 2. Հակամակարդիչների ներարկման և ՆԱԲ-ի միջև ընկած ժամանակահատվածը** ..... 29

**Հավելված 3. ԵԹԷ-ի ռիսկի գնահատման սանդղակ** ..... 30

**Հավելված 4. Ապացույցների մակարդակը և առաջարկությունների վարկանիշները** ..... 32

**Օգտագործված գրականության ցանկ** ..... 33

## ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Թոքային զարկերակի թրոմբոէմբոլիան (ԹՋԹԷ) և խորանիստ երակային թրոմբոզը (ԽԵԹ) երակային թրոմբոէմբոլիզմ (ԵԹԷ) կոչվող հիվանդության երկու բաղադրիչներն են:

Հղի կանանց մոտ ԵԹԷ-ի զարգացման ռիսկը 4-5 անգամ ավելի բարձր է, քան ոչ հղի կանանց մոտ, ինչը պայմանավորված է հղիների մոտ արյան գերմակարդելիությամբ, երակային կանգով, նվազեցված երակային արտահոսքով, ինչպես նաև մեծացած արգանդի կողմից ստորին սիներակի և կոնքային երակների կոմպրեսիայով: Հետծննդյան շրջանում այդ ռիսկը 20-25 անգամ ավելի բարձր է ոչ հղի կանանց համեմատությամբ:

- Համաշխարհային տվյալների համաձայն մայրական մահացության պատճառագիտական կառուցվածքում ԵԹԷ-ով պայմանավորված մահերը կազմում են 3.2%: Վերջինս զարգացած երկրներում մայրական մահերի գլխավոր պատճառներից է
- Ըստ ՀՀ ԱՆ վերջին 3 տարիների տվյալների՝ Հայաստանում ԵԹԷ-ով պայմանավորված մայրական մահերը կազմել են ընդհանուր մայրական մահերի 27%-ը
- ԵԹԷ-ի ռիսկը 4-5 անգամ ավելի բարձր է հետծննդյան շրջանում, քան հղիության ընթացքում: Հղիությամբ պայմանավորված ԽԵԹ-ների մոտ մեկ երրորդը և հղիությամբ պայմանավորված ԹՋԹԷ-ների կեսը զարգանում են հետծննդյան շրջանում
- ԵԹԷ-ների 40-60%-ը զարգանում է հղիության առաջին եռամսյակում
- Հղիության ժամանակ թրոմբոէմբոլիկ բարդությունների ընդհանուր տարածվածությունը կազմում է մոտ 2 դեպք 1000 ծննդաբերության հաշվով
- ԵԹԷ-ների 75-80%-ը պայմանավորված է ԽԵԹ-ով, իսկ 20-25%-ը՝ ԹՋԹԷ-ով, որի դեպքում 40-ից մեկը մահացու է:
- Հղիությամբ պայմանավորված ԹՋԹԷ-ների 43-60%-ը զարգանում է ծննդաբերությունից 4-6 շաբաթ հետո
- ԽԵԹ-ն առավել հաճախ զարգանում է ձախ ստորին վերջույթում:



## ԹՐՈՄԲՈԿԱՆԽԱՐԳԵԼՄԱՆ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ

Մեթոդը	Դիտարկումներ և առաջարկություններ
Ոչ դեղորայքային	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Խրախուսել շարժունակությունը</li> <li>● Խուսափել ջրազրկումից</li> </ul>
Մեխանիկական	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ՃԳ-ն արդյունավետ են ոչ հղի պացիենտների մոտ ԽԵԹ-ի ռիսկի նվազեցման համար, իսկ առավել արդյունավետ են այլ կանխարգելիչ մեթոդների հետ համատեղ օգտագործման դեպքում</li> <li>● Տարբեր երկարության (ծնկից ցածր կամ ծնկից բարձր) ՃԳ-ի համեմատական արդյունավետության մասին տվյալները սահմանափակ են</li> <li>● ՃԳ             <ul style="list-style-type: none"> <li>– պացիենտի պատրաստականությունն առաջնահերթ է: Անհրաժեշտ է խրախուսել ՃԳ-ի հնարավորինս երկարատև կրումը,</li> <li>– հակացուցված է վերջույթների ծայրահեղ իշեմիայի դեպքում</li> <li>– ցուրաքանչյուր կնոջ համար հարկավոր է ընտրել համապատասխան չափսը</li> <li>– պարբերաբար ստուգել մաշկի վիճակը</li> </ul> </li> <li>● ԸՕԿ-ն կանխարգելման այլ ձևերի հետ մեկտեղ նվազեցնում է ԽԵԹ-ի հաճախականությունը բարձր ռիսկի խմբի ոչ հղի կանանց մոտ</li> </ul>
Դեղորայքային	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Ցածր մոլեկուլյար հեպարին</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– նախածննդյան թրոմբոկանխարգելման ընտրության դեղամիջոց է</li> <li>– չի թափանցում ընկերքով, թերատոգեն ազդեցության կամ պտղի մոտ արյունահոսության ռիսկի բարձրացման վերաբերյալ փաստեր չկան</li> <li>– հեպարինի համեմատությամբ արյունահոսություններն ավելի հազվադեպ են</li> <li>– հեպարինի համեմատությամբ ՀԴԹ-ի ռիսկն ավելի ցածր է,</li> <li>– հեպարինի համեմատությամբ օսթեոպորոզի ռիսկն ավելի ցածր է</li> </ul> </li> <li>● <b>Վարֆարին</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– հակացուցված է նախածննդյան շրջանում թրոմբոկանխարգելման համար,</li> <li>– կիրառվում է միայն հետծննդյան շրջանում երկարատև թրոմբոկանխարգելման և բուժման նպատակով,</li> <li>– մինչ հղիությունը վարֆարինի կիրառման դեպքում վերսկսել դրա կիրառումը նաև հետծննդյան շրջանում, ՑՄՀ-ը, հեպարինը և վարֆարինը անվնաս են կերակրող մայրերի համար</li> </ul> </li> </ul>

## ԵԹԷ-Ի ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՄԱՆ ՀԵՏ ԿԱՊՎԱԾ ՌԻՍԿԵՐԸ

### Ախտաբանական վիճակներ, որոնց դեպքում թրոմբոկանխարգելումը կապված է արյունահոսության բարձր ռիսկի հետ

- Նախածննդյան և հետծննդյան շրջաններում ծավալուն արյունահոսություններ (պահանջվում է առնվազն 2 միավոր արյուն կամ արյան բաղադրամասերի փոխներարկում 24 ժամվա ընթացքում կամ հետծննդյան արյունահոսությունը 1[-ից ավելի])
- Կլինիկորեն նշանակալի խրոնիկ արյունահոսություն ավելի քան 48 ժամվա ընթացքում
- Արյունահոսության բարձր ռիսկ ունեցող կանայք (օրինակ, առաջադիր ընկերքի դեպքում)
- Մակարդելիության ձեռքբերովի կամ ժառանգական խանգարումներ (սուր լյարդային անբավարարություն, հեմոֆիլիա)
- ԿՆՀ-ի թարմ արյունազեղում
- Ներզանգային կամ ողնուղեղային վնասվածք
- Թրոմբոցիտոպենիա
- Թրոմբոցիտային ծանր խանգարում
- Ստամոքսի սուր խոց կամ աղեստամոքսային համակարգի խոցային հիվանդություն
- Օբստրուկտիվ դեղնուկ կամ խոլեստազ
- Մոտ անցյալում կատարված մեծ վիրահատական միջամտություն՝ բարձր արյունահոսության ռիսկով
- Մակարդելիության վրա ազդող դեղամիջոցների համաժամանակյա օգտագործում
- Մոտ անցյալում կատարված ողնուղեղային պունկցիա:

### ՑՄՀ-ի հակացուցումները

Տես էջ 25:

### Խորհուրդ է տրվում զգուշանալ մեխանիկական կանխարգելումից, երբ

- ճարպակալման հետևանքով համապատասխան ճԳ-ները բացակայում են,
- առկա են սրունքների բորբոքային վիճակներ,
- առկա է պերիֆերիկ նեյրոպաթիա,
- առկա է դիաբետիկ նեյրոպաթիա,
- առկա են ստորին վերջույթների արտահայտված այտուցներ,
- առկա է ստորին վերջույթների արտահայտված դեֆորմացիա,
- ԸՕԿ-ի կիրառումը ծանրացնում է ստորին վերջույթների իշեմիկ հիվանդությունը:

# ԵԹԷ-Ի ԱԽՏԱՆԻՇՆԵՐԸ

Թոքային էմբոլիա	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Դիսպնոե (ամենահաճախ հանդիպող ախտանիշը)</li> <li>● Սրտխփոց</li> <li>● Կրծքավանդակի ցավ</li> <li>● Արյունախիտում</li> <li>● Հիպօքսիա, ցիանոզ</li> <li>● Տախիկարդիա</li> <li>● Տախիպնոե</li> <li>● Հիպոտենզիա</li> <li>● Կոլապս</li> </ul>
Խորը երակների թրոմբոզ*	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ցավի առկայություն մեկ ոտքում</li> <li>● Ստորին վերջույթի այտուց</li> <li>● Սրունքի շրջագծի մեծացում</li> <li>● Բարձր ջերմություն</li> <li>● Տեսանելի մակերեսային երակներ</li> <li>● Վերջույթների ցիանոզ</li> </ul>

\* ԽԵԹ-ը հղիության ժամանակ հաճախ պրոքսիմալ է և կարող է չդրսևորվել դիստալ ԽԵԹ-ի կլինիկական նշաններով:

## ՌԻՍԿԻ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄԸ

- ԵԹԷ-ի ռիսկի գործոնները հայտնաբերելու համար անհրաժեշտ է կատարել ԵԹԷ-ի ռիսկերի գնահատում բոլոր կանանց հղիության վաղ շրջանում կամ մինչ հղիանալը
- Ռիսկերի կարգավիճակի փոփոխության դեպքում և ծննդաբերությունից հետո անհրաժեշտ է վերագնահատել ռիսկերը.
  - ստուգել ԵԹԷ-ի ախտանիշները,
  - իրականացնել ԵԹԷ-ի կանխարգելիչ միջոցառումներ լրացուցիչ ռիսկերի ի հայտ գալու դեպքում
- Գնահատել կանանց մոտ արյունահոսությունների ռիսկը և/կամ դեղորայքային կամ մեխանիկական կանխարգելման հակացուցումները նախքան ԵԹԷ-ի կանխարգելման իրականացումը
- Պացիենտների վարման համար հետևյալ ռիսկի գործոններից որևէ մեկի առկայության դեպքում անհրաժեշտ է օգտվել «Հատուկ խմբի պացիենտներ» բաժնից (տես էջ 20).
  - ԵԹԷ-ով բարդացած անամնեզ,
  - թրոմբոֆիլիա,
  - հակաֆոսֆոլիպիդային համախտանիշ,
  - հակամակարոֆիչների օգտագործում մինչ հղիություն:

### ԵԹԷ-ի բարձր ռիսկի գործոնները

Հղիության ժամանակ ԵԹԷ-ի ամենաբարձր ռիսկի գործոն է համարվում անամնեզում թրոմբոզի առկայությունը, քանի որ հղիության ընթացքում 15-25%-ը ԵԹԷ-ի կրկնվող դեպքեր են: Ռիսկի մյուս կարևորագույն գործոնը թրոմբոֆիլիան է, քանի որ վերջինս հայտնաբերվում է ԵԹԷ ունեցող կանանց 20-50%-ի մոտ ինչպես հղիության ընթացքում, այնպես էլ հետծննդյան շրջանում:

Շրջան	Բարձր ռիսկի գործոն
Նախածննդյան	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ցանկացած ԵԹԷ անամնեզում</li> </ul>
Հետծննդյան	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ցանկացած ԵԹԷ անամնեզում</li> <li>● ՑՄՀ-ով թրոմբոկանխարգելում ընթացիկ հղիության նախածննդյան շրջանում</li> <li>● բարձր ռիսկի թրոմբոֆիլիա</li> <li>● ցածր ռիսկի թրոմբոֆիլիա + ԵԹԷ ընտանեկան անամնեզում</li> </ul>

**ԵԹԷ-ի ռիսկի գործոնները**

Ռիսկի բազմաթիվ գործոնների առկայությունը կարող է ունենալ ինչպես գումարային, այնպես էլ սիներգետիկ ազդեցություն:

Միջին ռիսկի գործոններ	Ռիսկի գործոններ
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ՄՉԳ <math>\geq 40</math> կգ/մ<sup>2</sup></li> <li>• անհետաձգելի ԿՀ ծննդաբերության ժամանակ</li> <li>• բարձր ռիսկի թրոմբոֆիլիա առանց ԵԹԷ-ի</li> <li>• բորբոքային հիվանդություններ</li> <li>• երկարատև հոսպիտալացում նախածննդյան շրջանում</li> <li>• Կրոնի հիվանդություն կամ խոցային կոլիտ</li> <li>• համակարգային կարմիր գայլախտ ճվարանների գերխթանում</li> <li>• մանգաղաձև բջջային սակավարյունություն</li> <li>• նեֆրոտիկ համախտանիշ</li> <li>• շաքարային դիաբետ</li> <li>• որևէ վիրահատական միջամտություն հետծննդյան շրջանում (բացի շեքի վերականգնումից)</li> <li>• ռևմատոիդ արթրիտ</li> <li>• սրտային կամ թոքային հիվանդություններ</li> <li>• վիրահատական միջամտություն քաղցկեղ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• տարիք <math>&gt;35</math> տ</li> <li>• ՄՉԳ <math>&gt; 30</math> կգ/մ<sup>2</sup></li> <li>• անզուսպ փսխումներ/ջրազրկում</li> <li>• անշարժություն (պարապլեգիա, անկողնային ռեժիմ, երկար ճամփորդություն)</li> <li>• առանց դրդապատճառի կամ էսթրոգեններով դրդված ԵԹԷ ընտանեկան անամնեզում</li> <li>• բազմածնություն <math>&gt; 2</math></li> <li>• բազմապտուղ հղիություն</li> <li>• գործիքային ծննդաբերություն</li> <li>• ԵԹԷ ընտանեկան անամնեզում</li> <li>• երակների արտահայտված վարիկոզ լայնացում</li> <li>• ծխող</li> <li>• համակարգային վարակ (որը պահանջում է հակաբակտերիալ բուժում կամ հոսպիտալացում)</li> <li>• հետծննդյան արյունահոսություն (<math>&gt; 1լ</math>)</li> <li>• ձգձգված ծննդաբերություն (<math>&gt; 24</math> ժ.)</li> <li>• մեռելածնություն</li> <li>• պլանային ԿՀ</li> <li>• պրեէկլամպսիա ընթացիկ հղիության ժամանակ</li> <li>• վաղաժամ ծննդաբերություն</li> <li>• ցածր ռիսկի թրոմբոֆիլիա օժանդակ վերարտադրողական տեխնոլոգիաներ</li> </ul>

**Ռիսկի գնահատման չափանիշները**

Հաշվի առնել ռիսկի բազմաթիվ գործոնների գումարային ազդեցության ներուժը:

Ռիսկի գնահատականը	Նախածննդյան չափանիշ	Հետծննդյան չափանիշ
Բոլոր ռիսկերը	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Բոլոր հղիները համարվում են ԵԹԷ-ի ռիսկի խումբ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Բոլոր ծննդկանները համարվում են ԵԹԷ-ի ռիսկի խումբ</li> </ul>
Բարձր ռիսկ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Նախածննդյան մեկ կամ ավելի բարձր ռիսկի գործոն</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Հետծննդյան մեկ կամ ավելի բարձր ռիսկի գործոն</li> </ul>

Ռիսկի գնահատականը	Նախաձեռնողյան չափանիշ	Հետձեռնողյան չափանիշ
Միջին ռիսկ	<ul style="list-style-type: none"> <li>Նախաձեռնողյան մեկ կամ ավելի միջին ռիսկի գործոն</li> <li>Նախաձեռնողյան երեք կամ ավելի ռիսկի գործոն</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Հետձեռնողյան մեկ կամ ավելի միջին ռիսկի գործոն</li> <li>Հետձեռնողյան երկու կամ ավելի ռիսկի գործոն</li> </ul>
Ցածր ռիսկ	<ul style="list-style-type: none"> <li>Նախաձեռնողյան ռիսկի 0-2 գործոն</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Հետձեռնողյան ռիսկի 0-1 գործոն</li> </ul>

### Լրացուցիչ գնահատում

Հայեցակետ	Դիտարկումներ և առաջարկություններ
Նախկինում ունեցած ԵԹԷ	<ul style="list-style-type: none"> <li>ԵԹԷ-ի ընտանեկան անամնեզը երկու անգամ մեծացնում է ԵԹԷ-ի ռիսկը</li> <li>Նախկինում ԵԹԷ ունեցող բոլոր կանայք պետք է ենթարկվեն թրոմբոֆիլիաների լիարժեք հետազոտման, ներառյալ <ul style="list-style-type: none"> <li>ակտիվ պրոտեին C-ի ռեզիստենտություն,</li> <li>ակտիվ պրոտեին C-ի ռեզիստենտության հայտնաբերման դեպքում կատարել Լեյդենի V գործոնի մուտացիայի որոշում,</li> <li>պրոթրոմբինի գենի մուտացիա,</li> <li>հակաթրոմբին III-ի անբավարարություն,</li> <li>պրոտեին C անբավարարություն,</li> <li>պրոտեին S անբավարարություն,</li> <li>հակաֆոսֆոլիպիդային հակամարմիններ. <ul style="list-style-type: none"> <li>գայլախտային հակամակարդիչ,</li> <li>հակակարդիոլիպինային հակամարմիններ,</li> <li>β2 գլիկոպրոտեին 1 (β2ԳՊ1)</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
Ուղեկցող հիվանդություններ	<ul style="list-style-type: none"> <li>ԵԹԷ-ի կանխարգելումն իրականացնել նեղ մասնագետների հետ, եթե առկա են հետևյալ վիճակները. <ul style="list-style-type: none"> <li>ուղեղային արյունազեղումներ,</li> <li>աղետամոքսային համակարգի արյունահոսություններ,</li> <li>երիկամային անբավարարություն</li> </ul> </li> <li>Պետք է ապահովել հսկողությունը բազմադիսցիպլինար խմբի կողմից</li> <li>Թրոմբոկանխարգելման համար պետք է ցուցաբերել անհատական մոտեցում</li> <li>Վարման պլանը պետք է մշակել անեսթեզիոլոգիական թիմի հետ համատեղ</li> </ul>

## ԵԹԷ-Ի ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՈՒՄԸ

Անկախ ԵԹԷ-ի ռիսկից, անհրաժեշտ է նվազագույնի հասցնել անշարժության տևողությունը և ջրագրկումը:

- Թրոմբոֆիլիայի պոլիմորֆիզմը ստուգել միայն բարձր ռիսկի խմբի հղիների մոտ
- Թրոմբոֆիլիայի ռուտին հետազոտությունը ցուցված չէ միջին և ցածր ռիսկի խմբի հղիների համար
- Պերինատալ հակամակարդիչ կանխարգելման համար անհրաժեշտ է բազմապրոֆիլ մասնագիտական խմբի մասնակցությունը
- Մշակել վարման պլանը և որոշել դեղաչափերը, ելնելով անհատական ռիսկի գործոնների գնահատումից:

### Նախածննդյան կանխարգելումը

Ռիսկի գնահատումը	Կանխարգելումը
Բարձր ռիսկ	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Խորհուրդ տալ ճԳ</li> <li>● ՑՄՀ-ով թրոմբոկանխարգելում</li> <li>● Նեղ մասնագետի խորհրդատվություն</li> </ul>
Միջին ռիսկ	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Խորհուրդ տալ ճԳ</li> <li>● ՑՄՀ-ով թրոմբոկանխարգելում: Ժամկետները և դեղաչափերը որոշել նեղ մասնագիտական խմբի հետ</li> </ul>
Ցածր ռիսկ (բոլոր հղի կանայք)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Հսկողություն</li> <li>● Շարժունակության խրախուսում</li> <li>● Զրագրկումից խուսափում</li> </ul>

### Առաջարկություններ\*

Հղիների փսխումով հոսպիտալացված կանանց մոտ պետք է դիտարկել ՑՄՀ-ով թրոմբոկանխարգելումը և այն դադարեցնել փսխումների ավարտից հետո



Զվարանների գերխթանման համախտանիշով կանանց մոտ ՑՄՀ-ով թրոմբոկանխարգելումը դիտարկել հղիության առաջին եռամսյակում



Արտամարմնային բեղմնավորման օգնությամբ հղիացած կանանց մոտ ռիսկի երեք գործոնների առկայության դեպքում ՑՄՀ-ով թրոմբոկանխարգելումը դիտարկել սկսած առաջին եռամսյակից



\* Տես Հավելված 4

Լեյդեն-V գործոնի հետերոզիգոտը, պրոթրոմբին գենի մուտացիան կամ հակաֆոսֆոլիպիդային հակամարմինները դիտարկել որպես ռիսկի գործոն անախտանիշ կանանց մոտ: Ռիսկի երեք այլ գործոնների առկայության դեպքում պետք է դիտարկել նախաձննդյան թրոմբոկանխարգելում: Ռիսկի երկու գործոնների առկայության պարագայում թրոմբոկանխարգելումը դիտարկել սկսած հղիության 28 շաբաթականից, իսկ ռիսկի մեկ գործոնի առկայության դեպքում հետձննդյան թրոմբոկանխարգելումը դիտարկել 10 օրերի ընթացքում

D

Անամնեզում չդրդված ԵԹԷ-ով կանանց մոտ պետք է հետազոտել հակաֆոսֆոլիպիդային հակամարմինները

C

ԵԹԷ-ի անամնեզով կանանց մոտ (բացի մեծ վիրաբուժական միջամտություններ կրած կանանցից) այլ ռիսկի գործոնների բացակայության դեպքում ՅՄՀ-ով թրոմբոկանխարգելումը պետք է դիտարկել հղիության ողջ ընթացքում

C

Մանկաբարձական պացիենտների մոտ ասպիրինի օգտագործումը թրոմբոկանխարգելման նպատակով ցուցված չէ

D

Բոլոր հղիների և հետձննդյան շրջանում գտնվող կանանց մոտ խորհուրդ է տրվում ԵԹԷ-ի ռիսկի գնահատումը կատարել բալային համակարգով (տես Հավելված 3)

D

### Կանխարգելումը ծննդաբերության ժամանակ

Նախաձննդյան շրջանում կանխարգելում ստացող միջանկյալ կամ բարձր ռիսկի խմբի կանանց համար.

- Կազմել խնամքի պլանը, որում հաշվի են առնվում անհատական ռիսկի գործոնները և կլինիկական հանգամանքները.
  - քննարկել պլանը կնոջ հետ մինչև ծննդաբերությունը
- Կապ հաստատել բազմամասնագիտական թիմի հետ, ակնկալելով որոշումներ.
  - մինչև պլանավորված ծննդաբերությունը հակամակարդիչների օգտագործման դադարեցման ժամանակի մասին,
  - ծննդաբերությունից հետո կանխարգելումը վերսկսելու ժամանակի մասին
- Քննարկել ներյոաքսիալ բլոկադայի հարցերը:

### Առաջարկություններ

Արտաքին արյունահոսության (այդ թվում հեշտոցային) ի հայտ գալու կամ ծննդաբերական գործունեության սկսվելու դեպքում ցուցված է ՅՄՀ-ի ընդհատում

C

Հղիության  $\leq 35-36$  շաբաթական ժամկետում վաղաժամ ծննդաբերության փտանիշների ի հայտ գալու դեպքում վիտամին K-ի անտագոնիստների պատրաստուկների բուժիչ կամ կանխարգելիչ դեղաչափեր ստացող կանայք պետք է ընդհատեն վերջիններիս օգտագործումը և անցնեն ՅՄՀ-ի կամ հեպարինի

C



Հղիության ≤35-36 շաբաթական ժամկետում վաղաժամ ծննդաբերության ախտանիշների ի հայտ գալու դեպքում այն կանայք, որոնք ստանում էին ՅՄՀ-ի բուժիչ կամ կանխարգելիչ դեղաչափեր, կարող են շարունակել վերջիններիս ընդունումը կամ անցնել հեպարինի՝ որպես ավելի կարճատև կիսաարտազատման ժամանակահատված ունեցող դեղամիջոցի

C

Արյան մեծածավալ կորստի և հեմոտրանսֆուզիայի դեպքերում ԵԹԷ-ի դեղորայքային կանխարգելումը սկսել կամ շարունակել արյունահոսության վտանգի նվազեցումից անմիջապես հետո

C

Արյունահոսության բարձր ռիսկի դեպքում ԵԹԷ-ի կանխարգելման նպատակով օգտագործել հեպարին կամ ՃԳ և/կամ ԸՕԿ

C

ՅՄՀ ստացող կանանց ծննդաբերության դրդումը, կեսարյան հատումը, ռեգիոնար անեստեզիան և անալգեզիան անհրաժեշտ է իրականացնել ՅՄՀ վերջին թերապևտիկ դեղաչափի ստացումից առնվազն 24 ժամ, իսկ կանխարգելիչ դեղաչափի ստացումից առնվազն 12 ժամ հետո

B

Կնոջ կողմից հեպարինի օգտագործման դեպքում ծննդաբերության դրդումը, կեսարյան հատումը, ռեգիոնար անեստեզիան և անալգեզիան հետաձգել առնվազն 4-6 ժամով՝ հեպարինի վերջին դեղաչափի ստացումից հետո

B

ՈՍՀԴ-ների, օրինակ ասպիրինի, օգտագործման դեպքում ռեգիոնար անեստեզիան կարելի է անցկացնել առանց դադարեցնելու ՈՍՀԴ-ների ընդունումը: Այդ դեպքում էպիդուրալ անեստեզիայի փոխարեն նախընտրելի է սպինալ անեստեզիան

C

Ռեգիոնար անեստեզիան հակացուցված է, եթե ծննդաբերության ընթացքում ՅՄՀ-ի կամ հեպարինի ընդունումն անհնար է ընդհատել (օրինակ, ինքնաբեր ծննդաբերության ժամանակ ՅՄՀ-ի վերջին ներարկումից հետո 12 ժամվա ընթացքում)

C

**Կանխարգելումը հետծննդյան շրջանում**

ԵԹԷ-ի ռիսկն առավել բարձր է կեսարյան հատումից, քան բնական ծննդաբերությունից հետո: Այնուամենայնիվ, բազմակի ռիսկային գործոններ ունեցող կանանց համար կարող է պահանջվել ԵԹԷ-ի հատուկ կանխարգելում:

Ռ-իսկի գնահատումը	Կլինիկական խնամքը
Բարձր ռիսկ	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Խորհուրդ տալ ՃԳ</li> <li>● ՅՄՀ-ով թրոմբոկանխարգելում առնվազն հետծննդյան 6 շաբաթների ընթացքում</li> <li>● նեղ մասնագետի խորհրդատվություն</li> <li>● Տե՛ս էջ 20՝ «Հատուկ խմբի պացիենտներ» բաժինը</li> </ul>

Ռ-իսկի գնահատումը	Կլինիկական խնամքը
Միջին ռիսկ	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Խորհուրդ տալ ՃԳ</li> <li>● Առնվազն 10 օր ՑՄՀ-ով թրոմբոկանխարգելում (եթե 10-րդ օրը հիվանդի շարժունակությունը լիարժեք չի վերականգնվել, շարունակել մինչև լրիվ վերականգնումը)</li> <li>● 3 և ավելի ռիսկի գործոնների առկայության դեպքում քննարկել թրոմբոկանխարգելման տևողությունը նեղ մասնագիտական խմբի հետ</li> </ul>
Ցածր ռիսկ (բոլոր հետծննդյան շրջանում գտնվող կանայք)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Հսկողություն</li> <li>● Շարժունակության վաղ վերականգնում</li> <li>● Ջրազրկումից խուսափում</li> </ul>

### Առաջարկություններ

Հեմոռագիկ բարդությունները նվազեցնելու նպատակով հակամակարոֆիչներով կանխարգելումը հետծննդյան շրջանում վերսկսել ծննդաբերությունից հետո 4-6 ժամից, իսկ կեսարյան հատումից հետո՝ 8-12 ժամից ոչ շուտ

C

Հետծննդյան շրջանում ԵԹԷ-ի բարձր ռիսկի դեպքում թրոմբոկանխարգելումն իրականացնել 6 շաբաթվա, իսկ չսպիավոր ռիսկի դեպքում՝ 10 օրվա ընթացքում

C

Եթե ծննդաբերությունից հետո 10 օրից ավելի առկա են ռիսկի լրացուցիչ այնպիսի գործոններ, ինչպիսիք են վերքային ինֆեկցիան կամ երկարատև անշարժությունը, ԵԹԷ-ի կանխարգելումը պետք է իրականացնել 6 շաբաթվա ընթացքում կամ մինչև լրացուցիչ գործոնների վերացումը

D

Կրծքով կերակրման ժամանակ ԵԹԷ-ի կանխարգելումն իրականացնել ՑՄՀ-ով, հեպարինով կամ վարֆարինով, որոնք անվտանգ են նորածնի համար

B

Կրծքով կերակրման ժամանակ պետք է շարունակել ասպիրինի ցածր դեղաչափերի ընդունումը սիրտ-անոթային համակարգի բարդություններից խուսափելու համար

B

Ճարպակալման 3-րդ աստիճանի դեպքում ( $U_{29} > 40$  կգ/մ<sup>2</sup>) ՅՄՀ-ներն օգտագործել հետծննդյան 10 օրերի ընթացքում

B

Անամնեզում ԵԹԷ-ի առկայության դեպքում ծննդաբերությունից հետո պետք է նշանակել ՅՄՀ կամ վարֆարին 6 շաբաթյա տևողությամբ, անկախ ծննդաբերության եղանակից

C

Անամնեզում ԵԹԷ-ի առկայության դեպքում վարֆարինի դեղաչափը որոշել ՄՆՀ (INR)-ի հսկողության տակ, պահպանելով այն 2.0-3.0 սահմաններում

B

Ժառանգական թրոմբոֆիլիայի բարձր ռիսկի կամ ձեռքբերովի թրոմբոֆիլիայի դեպքում ծննդաբերությունից հետո նշանակել ՅՄՀ անկախ ծննդաբերության եղանակից, նույնիսկ այն դեպքում, երբ նախածննդյան կանխարգելում չի անցկացվել

C

Ժառանգական թրոմբոֆիլիայի բարձր ռիսկի կամ ձեռքբերովի թրոմբոֆիլիայի դեպքում առաջին կարգի հարազատների մոտ ԵԹԷ-ի կամ այլ ռիսկի գործոնների առկայության դեպքում ԵԹԷ-ի կանխարգելումը պետք է երկարացնել մինչև հետծննդյան 6-րդ շաբաթը

C

**Կեսարյան հատում**

Պլանային ԿՀ-ը կրկնապատկում է ԵԹԷ-ի ռիսկը բնական ծննդաբերության համեմատ, իսկ շտապ ԿՀ-ն այն կրկնապատկում է պլանային ԿՀ-ի համեմատ:

**Առաջարկություններ**

Ծննդաբերության ժամանակ անհետաձգելի ԿՀ դեպքում հետծննդյան 10 օրերի ընթացքում կանխարգելումն իրականացնել ՅՄՀ-ով՝ ճԳ-ի և/կամ ԸՕԿ-ի համակցությամբ

C

Պլանային ԿՀ դեպքում ՅՄՀ-ով կանխարգելումը անցկացնել հավելյալ ռիսկի գործոնների դեպքում

C

Արյունահոսության բարձր ռիսկի դեպքում իրականացնել ԵԹԷ-ի մեխանիկական կանխարգելում (ճԳ կամ ԸՕԿ)

C

ԿՀ-ից կամ այլ վիրահատական միջամտությունից հետո հեպարինի օգտագործման դեպքում թրոմբոցիտների քանակը պետք է վերահսկվի նշանակման 4-14 օրերի ընթացքում յուրաքանչյուր 2-3 օրը մեկ անգամ կամ մինչև հեպարինի կասեցումը

D

## ՆԵՅՐՈԱՔՍԻԱԿ ԲԼՈԿԱԴԱ (ՍՊԻՆԱԿ/ԷՊԻԴՈՒՐԱԿ ԱՆԶԳԱՅԱՑՈՒՄ)

Սպինալ հեմատոմայի ռիսկը ցածր է, սակայն այն կարող է ծանր նյարդաբանական հետևանքներ թողնել պացիենտի վրա: Հակամակարդիչների օգտագործման հետևանքով առաջացած մակարդեփոխության խանգարումները կարող են բարձրացնել այդ ռիսկը:

Ապացուցված է, որ հակամակարդիչների ընդունման և կաթետերի ներդնման/հեռացման միջև ընկած ժամանակահատվածի ճիշտ պահպանումը նվազեցնում է հեմատոմայի առաջացման ռիսկը:

### Կլինիկական մոտեցում

- ՆԱԲ-ի անվտանգությունը հակամակարդիչներ ընդունող պացիենտների մոտ կախված է.
  - օգտագործվող հակամակարդիչներից,
  - ՆԱԲ-ի մեկնարկի պահից,
  - ներդնման տեղում կաթետերի առկայությունից,
  - ՆԱԲ-ի ավարտի պահից
- Սպինալ հեմատոման ամենածանր բարդությունն է և կլինիկական հրատապ իրավիճակ է, որը հիմնականում տեղի է ունենում կաթետերի ներդնման կամ հեռացման ժամանակ:

ՑՄՀ-ի կանխարգելիչ դեղաչափ	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ՆԱԲ մեկնարկելու կամ կաթետերը հեռացնելու համար ՑՄՀ-ի դեղաչափի ներարկումից հետո սպասել առնվազն 12 ժամ,</li> <li>● ՆԱԲ-ի մեկնարկից կամ կաթետերը հեռացնելուց հետո ՑՄՀ-ի հաջորդ դեղաչափը ներարկելու համար սպասել առնվազն 4 ժամ</li> </ul>
ՑՄՀ-ի թերապևտիկ դեղաչափ	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ներդրված կաթետերի պարագայում (հնարավորության սահմաններում) խուսափել ՑՄՀ-ի թերապևտիկ դեղաչափից</li> <li>● ՆԱԲ մեկնարկելու կամ կաթետերը հեռացնելու համար վերջին ՑՄՀ թերապևտիկ դեղաչափի ներարկումից հետո սպասել առնվազն 24 ժամ</li> <li>● ՆԱԲ-ի մեկնարկից կամ կաթետերը հեռացնելուց հետո ՑՄՀ-ի հաջորդ դեղաչափը ներարկելու համար սպասել առնվազն 4 ժամ</li> </ul>
Հեպարինի կանխարգելիչ դեղաչափ	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ՆԱԲ մեկնարկելու կամ կաթետերը հեռացնելու համար հեպարինի վերջին դեղաչափի ներարկումից հետո սպասել առնվազն 4 ժամ</li> <li>● ՆԱԲ-ի մեկնարկից կամ կաթետերը հեռացնելուց հետո հեպարինի հաջորդ դեղաչափը ներարկելու համար սպասել առնվազն 1 ժամ</li> </ul>
Հեպարինի թերապևտիկ դեղաչափ	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ՆԱԲ մեկնարկելու կամ կաթետերը հեռացնելու համար հեպարինի ն/ե ներարկումը դադարեցնել առնվազն 4 ժամ առաջ</li> <li>● Հաստատել նորմալ ԱՄԹ-Ժ ցուցանիշը (ներարկումը դադարեցնելուց 3-4 ժամ հետո )</li> <li>● ՆԱԲ-ի մեկնարկից կամ կաթետերը հեռացնելուց հետո հեպարինի հաջորդ դեղաչափը ներարկելու համար սպասել առնվազն 4 ժամ</li> </ul>

## ՀԱՏՈՒԿ ԽՄԲԻ ՊԱՑԻԵՆՏՆԵՐ

Վերոհիշյալ խմբերի պացիենտների վարումը կազմակերպել համապատասխան ոլորտի մասնագետների հետ համատեղ, ապահովելով անհատական մոտեցում: Դեղորայքային կանխարգելում նշանակելիս, դիտարկել նաև մեխանիկական միջոցների կիրառումը (ՃԳ, ԸՕԿ):

### Թրոմբոկանխարգելումը պացիենտների հատուկ խմբերում նախա- և հետծննդյան շրջանում

Պացիենտների խումբ	Նախածննդյան վարում	Հետծննդյան վարում
<ul style="list-style-type: none"> <li>Անամնեզում առանց դրդապատճառի ԵԹԷ-ի մեկ դրվագ</li> <li>Անամնեզում հղիության հետ կապված ԵԹԷ-ի մեկ դրվագ</li> <li>Անամնեզում ԵԹԷ-ի մեկ դրվագ + թրոմբոֆիլիա</li> <li>Անամնեզում կրկնվող ԵԹԷ</li> <li>Անամնեզում ՀՀՀՀ-ի հետ կապված ԵԹԷ-ի մեկ դրվագ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ցուցված է կանխարգելում (ստանդարտ դեղաչափ)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>6 շաբաթյա կանխարգելում (ստանդարտ դեղաչափ)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Անամնեզում որևէ դրդապատճառով ԵԹԷ-ի մեկ դրվագ (բացառությամբ ՀՀՀՀ-ի հետ կապված)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Հսկողություն այլ ռիսկային գործոնների բացակայության դեպքում</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>6 շաբաթյա կանխարգելում (ստանդարտ դեղաչափ)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Նախկինում ցանկացած ԵԹԷ և հակաթրոմբինի անբավարարություն</li> <li>Առանց դրդապատճառի կրկնվող ԵԹԷ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Այս կանայք կարող են երկրատև ընդունել հակամակարդիչներ</li> <li>Թերապևտիկ դեղաչափով հակամակարդիչներ են պահանջվում հղիության ողջ ընթացքում</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>6 շաբաթյա կամ ավելի տևողությամբ թերապևտիկ դեղաչափով հակամակարդիչներ</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ցանկացած ցուցումով երկրատև ընդունվող հակամակարդիչներ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Թերապևտիկ դեղաչափով հակամակարդիչներ</li> <li>Հսկողությունը բարձր ռիսկի բաժանմունքում</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Վերադարձ մինչև հղիությունը նշանակված հակամակարդիչ բուժմանը</li> </ul>

Պացիենտների խումբ	Նախաձեռնողյան վարում	Հետձեռնողյան վարում
<ul style="list-style-type: none"> <li>Նախաձեռնողյան ԵԹԷ ընթացիկ հղիության ընթացքում</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Թերապևտիկ դեղաչափով հակամակարդիչներ</li> <li>Բուժման տևողությունը որոշել այլ մասնագետների հետ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Վարումը կախված է ԵԹԷ-ի ի հայտ գալու պահից</li> <li>Որոշել համատեղ այլ մասնագետների հետ</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>ԵԹԷ-ի ընտանեկան անամենեզ, բայց ոչ անհատական ԵԹԷ-ի պատմություն հակաթրոմբինի դեֆիցիտով</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Դիտարկել կանխարգելիչ միջանկյալ կամ թերապևտիկ դեղաչափի նշանակումը</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>6 շաբաթյա կանխարգելում (թերապևտիկ դեղաչափ)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>ԵԹԷ-ի ընտանեկան անամենեզ (բայց ոչ անհատական ԵԹԷ-ի պատմություն) արտահայտված լաբորատոր տվյալների վրա հիմնված թրոմբոֆիլիայով (բացառությամբ հակաթրոմբինի դեֆիցիտի )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Կանխարգելումն իրականացնել միայն ռիսկի այլ գործոնների առկայության դեպքում (ստանդարտ դեղաչափ)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>6 շաբաթյա կանխարգելում (ստանդարտ դեղաչափ)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Արտահայտված լաբորատոր տվյալների վրա հիմնված թրոմբոֆիլիայ առանց ԵԹԷ-ի ընտանեկան և անհատական անամենեզի</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Հսկողություն</li> <li>Դիտարկել կանխարգելումը (ստանդարտ դեղաչափ)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Դիտարկել 6 շաբաթյա կանխարգելում (ստանդարտ դեղաչափ)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>ԵԹԷ-ի ընտանեկան անամենեզ, (բայց ոչ անհատական ԵԹԷ-ի պատմության) և/կամ թույլ արտահայտված լաբորատոր տվյալների վրա հիմնված թրոմբոֆիլիա</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Հսկողություն ռիսկի այլ գործոնների բացակայության դեպքում</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Դիտարկել 6 շաբաթյա կանխարգելում, հատկապես ռիսկի այլ գործոնների առկայության դեպքում (ստանդարտ դեղաչափ)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Հակաֆոսֆոլիպիդային համախտանիշ և նախկինում ԵԹԷ-ի առկայություն</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Պահանջվում է կանխարգելում</li> <li>Դեղաչափը որոշել այլ մասնագետների հետ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>6 շաբաթյա կանխարգելում</li> <li>Դեղաչափը որոշել այլ մասնագետների հետ</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Հակաֆոսֆոլիպիդային համախտանիշ նախկինում ԵԹԷ-ի բացակայությամբ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Հսկողություն</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Կանխարգելում հետձեռնողյան 10 օրերի ընթացքում</li> </ul>

**Անցողիկ ռիսկի գործոններով համակցված միանգամյա ԵԹ-է անամնեզում**

Այսպիսի կանայք հղիությունից դուրս և հղիության ժամանակ գտնվում են չափավոր ռիսկի խմբում հետագա ԵԹ-է –ի զարգացման առումով:

Անցողիկ ռիսկերն են՝ վիրահատական միջամտությունները, վնասվածքները, անշարժունակությունը, դեղամիջոցների երկարատև ներերակային ներմուծումը և այլն:

**Առաջարկություններ**

*Հետազոտություն ժառանգական կամ ձեռքբերովի թրոմբոֆիլիաները հայտնաբերելու համար*



*Անամնեզում միանգամյա ԵԹ-է համակցված բարձր ռիսկի թրոմբոֆիլիայով հղիությունը հաստատելուն պես հնարավորինս շուտ սկսել ՅՄՀ-ով կանխարգելումը, որն իրականացնել ողջ հղիության, ծննդաբերության և հետծննդյան 6 շաբաթների ընթացքում*



*Անամնեզում միանգամյա ԵԹ-է, որը համակցված չէ անցողիկ ռիսկի գործոններով կամ ԵԹ-է-ի առկայությունը առաջին կարգի հարազատների մոտ. հղիությունը հաստատելուն պես հնարավորինս շուտ սկսել ՅՄՀ-ով կանխարգելումը, որն իրականացնել ողջ հղիության, ծննդաբերության և հետծննդյան 6 շաբաթների ընթացքում*



*Անամնեզում միանգամյա ԵԹ-է համակցված անցողիկ ռիսկի, ինչպես նաև նման այլ գործոններով, որոնք բացակայում են տվյալ պահին. հղիությունը կարելի է վարել առանց ՅՄՀ-ի նշանակման, սակայն ՅՄՀ-ով կանխարգելումը պետք է պարտադիր իրականացնել հետծննդյան շրջանում*



**Կրկնվող ԵԹ-է անամնեզում**

Այս կանայք բարձր ռիսկի խմբի մեջ են հետագա ԵԹ-է զարգացման առումով: Նրանցից շատերը երկար ժամանակ վարձարին են ընդունում:

**Առաջարկություններ**

*Անամնեզում կրկնվող ԵԹ-է ունեցող, նախկինում վարձարինով բուժում չստացած կանանց հղիությունը հաստատելուն պես սկսել ՅՄՀ-ով կանխարգելումը*



*Հղիությունը հաստատելուն պես վարձարինը փոխարինել ՅՄՀ-ով, քանի որ վարձարինն ունի էմբրիո- և ֆետոտոքսիկ ազդեցություն*



*ՅՄՀ-ով կանխարգելումն իրականացնել ողջ հղիության, ծննդաբերության և հետծննդյան 6 շաբաթների ընթացքում*



## Ժառանգական թրոմբոֆիլիա

Ժառանգական թրոմբոֆիլիայի բարձր ռիսկի գործոններն են.

- Լեյդենի-V գործոնի հոմոզիգոտ մուտացիան,
- Պրոթրոմբինի G20210A հոմոզիգոտ մուտացիան,
- V գործոնի և Պրոթրոմբինի հետերոզիգոտ մուտացիաների համակցումը,
- Հակաթրոմբին-III անբավարարությունը,
- Պրոտեին C -ի անբավարարությունը,
- Պրոտեին S -ի անբավարարությունը

Հեմոստազի գեների այլ պոլիմորֆիզները, ինչպես նաև ֆոլատային ցիկլի պոլիմորֆիզմները ժառանգական թրոմբոֆիլիաների բարձր ռիսկի խմբին չեն դասվում:

## Առաջարկություններ

*ԵԹԷ-ի զարգացման բարձր ռիսկով ժառանգական թրոմբոֆիլիայի առկայության ժամանակ հղիությունը հաստատելուն պես սկսել ՅՄՀ-ով կանխարգելում, անկախ ախտանիշների առկայությունից, ինչպես նաև այլ տեսակի անախտանիշ թրոմբոֆիլիաների և ռիսկի գործոնների առկայության դեպքում*

**B**

*ԵԹԷ-ի զարգացման բարձր ռիսկով ժառանգական թրոմբոֆիլիայի առկայության ժամանակ, անկախ ախտանիշների առկայությունից, ինչպես նաև այլ տեսակի անախտանիշ թրոմբոֆիլիաների և ռիսկի գործոնների առկայության դեպքում, ՅՄՀ-ով կանխարգելումը նշանակել հղիության, ծննդաբերության և հետծննդյան շրջանի 6 շաբաթների ընթացքում*

**C**

*Այլ տեսակի անախտանիշ ժառանգական թրոմբոֆիլիաների դեպքում ռիսկի այլ գործոնների բացակայության պարագայում հղիության վարումը հնարավոր է առանց ՅՄՀ-ի ռուտին նշանակման, սակայն վերջինս պետք է նշանակվի հետծննդյան շրջանում*

**C**

## Զեռբերովի թրոմբոֆիլիա (հակաֆոսֆոլիպիդային համախտանիշ)

ՀՖՀ-ի ախտորոշումը հիմնված է հետևյալ կլինիկական ախտանիշների համակցման և լաբորատոր հետազոտությունների տվյալների վրա.

- երակային և զարկերակային տարբեր տեղակայման թրոմբոզներ,
- սովորության վիժումներ մինչ 10 շաբաթական հղիությունը կամ հղիության առնվազն մեկ կորուստ 10 շաբաթից հետո կամ վաղաժամ ծննդաբերություն մինչ 35 շաբաթական հղիությունը ծանր պրեէկլամպսիայի կամ ներարգանդային աճի դանդաղեցման հետևանքով

Լաբորատոր տվյալներ. գայլախտային հակամակարոֆիլի կրկնակի հայտնաբերում 12 շաբաթյա ընդմիջումով և/կամ հակակարոֆիլիպինային հակամարմինների և/կամ Բ2-հակամարմնի 1 միջին կամ բարձր տիտրի հայտնաբերում: ՀՖՀ-ով հղիները ԵԹԷ-ի առաջացման բարձր ռիսկի խմբում են: Մեծ հավաստիության հետազոտություններ ՀՖՀ-ով հղիների նախածննդյան թրոմբոկանխարգելման վերաբերյալ չկան:



**Առաջարկություններ**

Անամենզում ՀՖՀ-ի կլինիկական ախտանիշների առկայության դեպքում ՅՄՀ-ով կանխարգելումը սկսել հղիությունը հաստատելուց հետո հնարավորինս շուտ

**B**

Անամենզում ՀՖՀ-ի կլինիկական ախտանիշների առկայության դեպքում ՅՄՀ-ով կանխարգելումն իրականացնել հղիության, ծննդաբերության և հետծննդյան շրջանի 6 շաբաթների ընթացքում

**C**

Կլինիկական ախտանիշների բացակայության և հակաֆոսֆոլիպիդային հակամարմինների պերսիստենցիայի դեպքում հղիությունը հնարավոր է վարել առանց ՅՄՀ ռուտին նշանակման, մինչդեռ հետծննդյան շրջանում ՅՄՀ նշանակումը պարտադիր է

**C**

Ժառանգական և ձեռքբերովի թրոմբոֆիլիաների թրոմբոկանխարգելման ընթացքում նպատակահարմար է 4-6 շաբաթը մեկ անգամ իրականացնել մակարդելիության օղակի քննություն, իսկ ՀՖՀ-ի թեստերն իրականացնել I և III եռամսյակներում

**Y**

# ԵԹԷ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՄԱՆ ՆՊԱՏԱԿՈՎ ՕԳՏԱԳՈՐԾՎՈՂ ԴԵՂԱՄԻՋՈՑՆԵՐԸ

## ՑՄՀ

ՑՄՀ-երն ընտրության դեղամիջոց են հղիների ԵԹԷ-ի կանխարգելման համար: Հեպարինի համեմատությամբ դրանք առնվազն նույնքան արդյունավետ են, սակայն ավելի անվտանգ: ՑՄՀ ընդունողների մոտ ՀԴԹ-ի զարգացման ռիսկը զգալի ցածր է: ՑՄՀ-երի հակամակարդիչ ազդեցությունը շատ կանխատեսելի է, և համաձայն բազմաթիվ ուղեցույցների, դրանք չեն պահանջում ընթացիկ մոնիթորինգ, եթե չի եղել հեպարինի նախորդող ընդունում: Թրոմբոցիտների մոնիթորինգն անհրաժեշտ է միայն այն դեպքում, եթե հղին նախապես հեպարին է ընդունել:

ՑՄՀ ստացող 2777 հղիների վիճակի համակարգված վերլուծության տվյալների համաձայն նրանց մոտ չի գրանցվել ՀԴԹ-ի ոչ մի դեպք, օսթեոպորոտիկ կոտրվածքների հաճախությունը կազմել է 0.04%, մաշկային ալերգիկ ռեակցիաները՝ 1.8%, մանկաբարձական արյունահոսությունները՝ 1.98%:

### ՑՄՀ-ի հակացուցումները

- Նախածննդյան կամ հետծննդյան շրջանում ծանր արյունահոսություն
- Ուժեղ արյունահոսության ռիսկի խումբ (օրինակ՝ առաջադիր ընկերք)
- Արյունահոսական նախատրամադրվածությամբ (հեմոռագիկ դիաթեզ) կանայք (օրինակ, Վիլլեբրանդի հիվանդություն, հեմոֆիլիա, մակարդելիության ձեռք բերված խանգարումներ)
- Թրոմբոցիտոպենիա (թրոմբոցիտների քանակը  $75 \times 10^9$  -ից ցածր է)
- Սուր կաթված (իշեմիկ կամ հեմոռագիկ) վերջին 4 շաբաթների ընթացքում
- Երիկամային ծանր հիվանդություն (գլոմերուլյար ֆիլտրման արագությունը  $30$  մլ/րոպե/ $1.73$  մ<sup>2</sup>-ից ցածր է)
- Լյարդի ծանր հիվանդություն (պրոթրոմբինային ժամանակը նորմայից բարձր է)
- Անվերահսկելի հիպերտենզիա (սիսթոլիկ ճնշումը  $200$  մմ/սնդ.ս-ից ավելի կամ դիասթոլիկը՝  $120$  մմ/սնդ.ս-ից ավելի):

Այնուամենայնիվ, ԵԹԷ-ի առաջացման և արյունահոսության ռիսկերի գնահատումը և այդ հղիների վարումը հարկ է կատարել մասնագիտացած արյունաբանի հետ համատեղ:

### Հեպարին

ՑՄՀ-ի համեմատ հեպարինի կիսատրոհման պարբերությունն ավելի կարճ է և այն առավել ամբողջական է ոչնչանում պրոտամին սուլֆատի ազդեցության տակ: Երբեմն հեպարինը կարող է օգտագործվել ԵԹԷ-ի շատ բարձր ռիսկ ունեցող կանանց ծննդաբերության ժամանակ (օրինակ, ռեգիոնար անզգայացման դեպքում, երբ ՑՄՀ-ի կիրառումը ցանկալի չէ) կամ արյունահոսության բարձր ռիսկ ունեցող կանանց համար: Այսպիսով, օրինակ, եթե ՑՄՀ չի ներմուծվել վերջին 24 ժամվա ընթացքում, սակայն կինը դեռ չի ծննդաբերել և մտահոգություն կա ՑՄՀ-ի ուշացման տեսանկյունից, կարելի է նշանակել հեպարինի կանխարգելիչ դեղաչափ ( $5000$  ՄՄ) ենթամաշկային ներարկ-

ման համար և այն կրկնել յուրաքանչյուր 12 ժամը մեկ, նախքան ՑՄՀ -ի վերսկսումը ծննդաբերությունից հետո: Պետք է հաշվի առնել, որ հեպարինի օգտագործումը մեծ վտանգ է առաջացնում է հեպարինով դրդված թրոմբոցիտոպենիայի (ՀԴԹ) համար:

**ՑՄՀ-ի և հեպարինի համեմատական բնութագիրը**

	Հեպարին	ՑՄՀ
Մոլեկուլային զանգված	10000-15000 դալտոն	4000-5000 դալտոն
Կենսաթափանցելիությունը ե/մ ներարկման դեպքում	28%	99%
Անոթների թափանցելիության բարձրացում	այո	ոչ
Կապը թրոմբոցիտների հետ	չափավոր	նվազագույն կամ բացակայում է
Կապը պլազմայի սպիտակուցների, էնդոթելի և մակրոֆագերի հետ	արտահայտված	նվազագույն կամ բացակայում է
Xa:IIa ընկճում	1:1	2:1- 4:1
Հիպոկոագուլյացիա	առաջանում է	չի առաջանում
ԱՄԹԺ	երկարացնում է	կանխարգելիչ դեղաչափով չի երկարացնում
Անդրադարձային թրոմբոզներ	այո	ոչ
Տրանսպլանցենտար թափանցում	ոչ	ոչ

**Վարֆարին**

Հղիության ժամանակ վարֆարինի օգտագործումը գրեթե արգելված է, քանզի վարֆարինը թափանցում է պլացենտային պատնեշից՝ առաջացնելով բնածին արատների բարձր ռիսկ: Վարֆարինով պայմանավորված արատների հավանականությունը կազմում է 5%, եթե դեղորայքն ընդունվել է հղիության 6-12 շաբաթական հատվածում: Ապացուցված է, որ այդ ազդեցությունը կախված է դեղաչափից, իսկ պտղի արատի հավանականությունը բարձր է այն կանանց մոտ, որոնք վարֆարինն ընդունում են 5մգ/օր դեղաչափից ավելի: Հղիության ժամանակ վարֆարինի ընդունմամբ է պայմանավորվում նաև կրելախախտի, մեռելածնության, պտղի նյարդաբանական խնդիրների և արյունահոսությունների վտանգի աճը:

Հղիության ժամանակ վարֆարինի օգտագործումը սահմանափակվում է միայն այն դեպքերում, երբ հեպարինի օգտագործումը ցանկալի չէ (օրինակ, հղի կնոջ մոտ սրտի արհեստական փականի առկայության դեպքում):

Վարֆարինը կարելի է անվտանգ օգտագործել հետծննդյան շրջանում և կրծքով կերակրման ժամանակ, թեև դա պահանջում է մակարդեղիության խիստ մոնիթորինգ:

### **Ցածր դեղաչափով ասպիրին**

Հղիների մոտ ԵԹԷ-ի կանխարգելման նպատակով ասպիրինի օգտագործման վերաբերյալ հավաստի հետազոտություններ չկան: Որոշ եզրակացություններ դրա արդյունավետության մասին արտարկված են այլ հետազոտություններից, որոնք իրականացվել են ոչ հղի կանանց շրջանում: Մի շարք հետազոտություններ ցույց են տվել ասպիրինի բարձր արդյունավետությունը ԽԵԹ-ի և ԹՂԹԷ-ի կանխարգելման համար: Մյուս հետազոտությունների արդյունքում պարզվել է, որ տարեց կանանց մոտ ասպիրինի արդյունավետությունը չի տարբերվում պլացեբոյից: Կրծքավանդակի Օրգանների Բժիշկների Ամերիկյան Քոլեջի (American College of Chest Physicians (ACCP)) ուղեցույցում խորհուրդ չի տրվում ասպիրինն օգտագործել որպես ԵԹԷ-ի կանխարգելման միջոց: Համաձայն կլինիկական ռանդոմացված հետազոտությունների տվյալների, պրե-էկլամպսիայի զարգացումը կանխարգելելու նպատակով ցածր դեղաչափով ասպիրինի օգտագործումը բացասական ազդեցություն չի թողնում պտղի վրա: Ասպիրինի օգտագործումը նպատակահարմար է հակաֆոսֆոլիպիդային համախտանիշով կանանց մոտ պտղի վիճակը բարելավելու համար:

### **Սուլոդեքսիդ (Վեսել Դուե Ֆ)**

Դեղամիջոցը պատկանում է հեպարինոիդների դասին և գրանցված է Հայաստանում: Հղիների մոտ ԵԹԷ-ի կանխարգելման նպատակով Սուլոդեքսիդի օգտագործման վերաբերյալ հավաստի հետազոտությունները սահմանափակ են: Դրա արդյունավետության մասին որոշ տվյալներ կան ռուսալեզու գրականության մեջ:

# ՀԱՎԵԼՎԱԾ 1. ԵԹԷ-Ի ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՄԱՆ ՆՊԱՏԱԿՈՎ ՕԳՏԱԳՈՐԾՎՈՂ ԴԵՂԱԶԱՓԵՐԸ

	Մարմնի զանգվածը (կգ) <sup>+</sup>	Էնօքսապարին (Clexane®, Enopar®)	Նադրոպարին (Fraxiparine®)
Կանխարգելիչ (ստանդարտ) դեղաչափ**	<50	օրական 20 մգ	օրական 2850 ՄՄ (0.3մլ)
	50-90	օրական 40 մգ	օրական 5700 ՄՄ (0.6մլ)
	91-130	օրական 60 մգ*	օրական 7600 ՄՄ (0.8մլ)
	131-170	օրական 80 մգ*	օրական 9500 ՄՄ (1.0մլ)
	>170	օրական 0.6 մգ/կգ*	օրական 86 ՄՄ/կգ
Բարձր կանխարգելիչ (միջանկյալ) դեղաչափ (մարմնի զանգվածը 50-90 կգ)		40 մգ յուրաքանչյուր 12 ժամը մեկ	5700 ՄՄ յուրաքանչյուր 12 ժամը մեկ
Թերապևտիկ դեղաչափ***		1 մգ/կգ յուրաքանչյուր 12 ժամը մեկ մինչ ծննդաբերությունը; 1,5 մգ/կգ օրեկան ծննդաբերությունից հետո	86 ՄՄ/կգ յուրաքանչյուր 12 ժամը մեկ

\* դեղաչափը կարելի է բաժանել 2 չափաբաժնի,

\*\* եթե կրեատինինի քիլոբենը ցածր է 30 մկրոպե-ից, հարկավոր է նշանակել ՑՄՀ-ի ավելի ցածր դեղաչափեր:

\*\*\* ՀՏ-III-ի անբավարարության պայմաններում հարկ է նշանակել ՑՄՀ-ի ավելի բարձր դեղաչափեր:

	Մարմնի զանգվածը (կգ) <sup>+</sup>	Հեպարին նատրիում	Վարֆարին (միայն հետծննդյան շրջանում)
Կանխարգելիչ (ստանդարտ) դեղաչափ	<50	դիտարկել նվազեցված դեղաչափ	չօգտագործել
	50-100	օրական 5000 ՄՄ	
	>100	օրական 7500 ՄՄ	
Բարձր կանխարգելիչ (միջանկյալ) դեղաչափ (մարմնի զանգվածը 50-90 կգ)		5700 ՄՄ յուրաքանչյուր 12 ժամը մեկ	չօգտագործել
Թերապևտիկ դեղաչափ		Բեռնման դեղաչափ; 80 Մ/կգ ն/ե անմիջապես Ներարկում; 18Մ/կգ/ժամ ն/ե	տարբեր դեղաչափեր, ՄՆՀ-ն պահելով 2.0-3.0 սահմաններում

+ Դեղաչափը հաշվարկել, ելնելով մարմնի զանգվածի ամենավերջին տվյալի վրա

- **Էնօքսապարին** դեղատեսակը ներառված է Մանկաբարձ-գինեկոլոգների ամերիկյան քոլեջի (ACOG, 2011) և Մանկաբարձ-գինեկոլոգների թագավորական քոլեջի (RCOG, 2009) առաջարկությունների հիման վրա
- **Նադրոպարին** դեղատեսակը ներառված է Ռուսաստանի Դաշնության և Կանադայի փորձի հիման վրա
- **Դալտեպարին և Տինգապարին** դեղատեսակները ներառված չեն ՀՀ-ում գրանցված չլինելու պատճառով
- Հղի կանանց կողմից **Ֆոնդապարինուքս** դեղատեսակի օգտագործման կլինիկական փորձը շատ սահմանափակ է

## ՀԱՎԵԼՎԱԾ 2. ՀԱԿԱՄԱԿԱՐԴԻՉՆԵՐԻ ՆԵՐԱՐԿՄԱՆ ԵՎ ՆԱԲ-Ի ՄԻՋԵՎ ԸՆԿԱԾ ԺԱՄԱՆԱԿԱՀԱՏՎԱԾԸ

Դեղատեսակ	Դեղաչափ	Նվազագույն ժամանակը նախքան կաթետերի ներդնումը / հեռացումը**	Նվազագույն ժամանակը ներդնումից / հեռացումից հետո**
Հեպարին	կանխարգելիչ	4 ժ	1 ժ
	թերապևտիկ	մ/մ, ն/ե 4 ժ ե/մ 8-12 ժ	1 ժ
ՑՄՀ	կանխարգելիչ	12 ժ	4 ժ
	թերապևտիկ*	24 ժ	4 ժ
Ասպիրին		չկա	չկա
ՈՍՀԴ		չկա	չկա

\* Խուսափել ՑՄՀ-ի թերապևտիկ դեղաքանակից ներդրված կաթետերի պայմաններում (եթե հնարավոր է)

\*\* Ժամային բոլոր պարբերությունները վերաբերում են երիկամների և լյարդի նորմալ ֆունկցիա ունեցող պացիենտներին:

### Ժամանակահատվածը կարող է երկարել, եթե առկա է.

- վիրաբուժական արյունահոսություն վտանգ,
- կաթետերի ներդնման բազմաթիվ փորձեր կամ տրավմատիկ ներդնում,
- արյունամիզություն, ասպիրինի օգտագործում, 80000-ից ցածր թրոմբոցիտների քանակ կամ հեմոստազի այլ խանգարումներ:

### ՀԱՎԵԼՎԱԾ 3. ԵԹԷ-Ի ՌԻՍԿԻ ԳՆԱՀԱՏՄԱՆ ՍԱՆԴՂԱԿ

Նախաձեռնության շրջան	Հետձեռնության շրջան
սկսել թրոմբոլիտիկ խարգելումը առաջին եռամսյակից, եթե միավորների գումարը $\geq 4$	Իրականացնել թրոմբոլիտիկ խարգելումը առնվազն 10 օր, եթե միավորների գումարը $\geq 2$
սկսել թրոմբոլիտիկ խարգելումը 28-րդ շաբաթից, եթե միավորների գումարը $\geq 3$	
Նախաձեռնության շրջանում երկարատև հոսպիտալացման կամ հետձեռնության շրջանում կրկնակի հոսպիտալացման դեպքում իրականացնել թրոմբոլիտիկ խարգելում	

Առկա ռիսկի գործոններ	միավոր
ցանկացած ԵԹԷ անամնեզում (բացի ծավալուն վիրահատությամբ դրդված)	4
ծավալուն վիրահատությամբ դրդված ԵԹԷ անամնեզում	3
բարձր ռիսկի թրոմբոֆիլիա	3
համակարգային կարմիր գայլախտ, սրտային կամ թոքային, հիվանդություններ, մանգաղաձև բջջային սակավարյունություն, նեֆրոտիկ համախտանիշ, քաղցկեղ, Կրոնի հիվանդություն կամ խոցային կոլիտ, ռևմատոիդ արթրիտ, շաքարային դիաբետ	3
առանց դրոպապատճառի կամ էսթրոգեններով դրդված ԵԹԷ ընտանեկան անամնեզում	1
ցածր ռիսկի թրոմբոֆիլիա	1
տարիք $>35$ տ	1
ՄՉԳ $> 30$ կգ/մ <sup>2</sup> կամ ՄՉԳ $> 40$ կգ/մ <sup>2</sup>	1 կամ 2
բազմածնություն $> 2$	1
ծխող	1
երակների արտահայտված վարիկոզ լայնացում	1
<i>Մանկաբարձական ռիսկի գործոններ</i>	
պրեէկլամպսիա ընթացիկ հղիության ժամանակ	1
օժանդակ վերարտադրողական տեխնոլոգիաներ (միայն նախաձեռնության շրջանում)	1
բազմապտուղ հղիություն	1
անհետաձգելի ԿՀ ծննդաբերության ժամանակ	2
պլանային ԿՀ	1
գործիքային ծննդաբերություն	1

<b>Առկա ռիսկի գործոններ</b>	<b>միավոր</b>
ձգձգված ծննդաբերություն (> 24 ժ.)	1
հետծննդյան արյունահոսություն (> 1լ )	1
վաղաժամ ծննդաբերություն	1
մեռելածնություն ընթացիկ հղիության ժամանակ	1
<i>Անցողիկ ռիսկի գործոններ</i>	
որևէ վիրահատական միջամտություն հղիության ժամանակ կամ հետծննդյան շրջանում (բացի շեքի վերականգնումից)	3
անզուսպ փսխումներ	3
ծվարանների հիպերիթեանման համախտանիշ (միայն նախածննդյան շրջանում)	4
առկա համակարգային վարակ (որը պահանջում է հակաբակտերիալ բուժում կամ հոսպիտալացում)	1
անշարժություն, ջրազրկում	1



**ՀԱՎԵԼՎԱԾ 4. ԱՊԱՑՈՒՅՑՆԵՐԻ ՄԱԿԱՐԴԱԿԸ ԵՎ ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՎԱՐԿԱՆԻՇՆԵՐԸ**

**Ապացույցների մակարդակի դասակարգումը**

1++ Բարձր որակի մեթա-անալիզներ, ռանդոմացված հսկողությամբ հետազոտությունների համակարգային վերանայումներ կամ ռանդոմացված հսկողությամբ հետազոտություններ շեղումների շատ փոքր ռիսկով:

1+ Լավ իրականացված մեթա-անալիզներ, ռանդոմացված հսկողությամբ հետազոտությունների համակարգային վերանայումներ կամ ռանդոմացված հսկողությամբ հետազոտություններ շեղումների փոքր ռիսկով:

1- Մեթա-անալիզներ, ռանդոմացված հսկողությամբ հետազոտությունների համակարգային վերանայումներ կամ ռանդոմացված հսկողությամբ հետազոտություններ շեղումների բարձր ռիսկով:

2++ Բարձր որակի դեպք-ստուգիչ, կամ կոհորտային հետազոտությունների համակարգային վերանայումներ կամ, դեպք ստուգիչ կամ, կոհորտային հետազոտություններ հակասությունների և շեղումների նվազագույն ռիսկով, կամ հնարավորություն և բարձր հավանականություն, որ հարաբերությունները պատճառահետևանքային են:

2+ Լավ իրականացված դեպք-ստուգիչ կամ կոհորտային հետազոտություններ հակասությունների և շեղումների փոքր ռիսկով, կամ հնարավորություն և չափավոր հավանականություն, որ հարաբերությունները պատճառահետևանքային են:

2- Դեպք-ստուգիչ, կամ կոհորտային հետազոտություններ հակասությունների և շեղումների բարձր ռիսկով, կամ հնարավորություն և էական հավանականություն, որ հարաբերությունները պատճառահետևանքային չեն:

3 Ոչ վերլուծական հետազոտություններ, օրինակ, կլինիկական դեպքեր, դեպքերի շարք:

4 Փորձագիտական կարծիքներ:

**Առաջարկությունների վարկանիշները**

A Առնվազն մեկ մեթա-անալիզ, համակարգային վերանայումներ կամ ռանդոմացված հսկողությամբ 1++ գնահատականով հետազոտություն, որն ուղղակիորեն կիրառելի է թիրախային խմբերի համար:

կամ

Ռանդոմացված հսկողությամբ հետազոտությունների համակարգային վերանայումներ, կամ ապացույցների ամբողջությունը, որոնք բաղկացած են մեծամասամբ 1+ վարկանիշով ուսումնասիրություններից և ուղղակիորեն կիրառելի են թիրախային խմբերի համար, ինչպես նաև ցույց են տալիս ընդհանուր արդյունքների կայունությունը:

B Ապացույցների ամբողջությունը, որը ներառում է 2++ վարկանիշով ուսումնասիրություններ և ուղղակիորեն կիրառելի է թիրախային խմբերի համար, ինչպես նաև ցույց է տալիս ընդհանուր արդյունքների կայունությունը, կամ 1++ կամ 1+ վարկանիշ ունեցող հետազոտություններից արտարկված ապացույցներ:

C Ապացույցների ամբողջությունը, որը ներառում է 2+ վարկանիշ ունեցող ուսումնասիրություններ, որոնք ուղղակիորեն կիրառելի են թիրախային խմբերի համար և ցույց են տալիս ընդհանուր արդյունքների կայունությունը, կամ 2++ վարկանիշ ունեցող հետազոտություններից արտարկված ապացույցներ:

D 3 կամ 4 վարկանիշ ունեցող ապացույցներ, կամ 2+ վարկանիշ ունեցող հետազոտություններից արտարկված ապացույցներ:

Y Առաջարկները հիմնված են ուղեցույցներ մշակող խմբի կլինիկական փորձի վրա:

## ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ

1. American College of Obstetricians and Gynecologists Women's Health Care Physicians. ACOG Practice Bulletin No. 138: Inherited thrombophilias in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2013; 122:706.
2. Bates SM, Greer IA, Middeldorp S, et al. VTE, thrombophilia, antithrombotic therapy, and pregnancy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2012; 141:e691S.
3. Berg CJ, Chang J, Callaghan WM, Whitehead SJ. Pregnancy-related mortality in the United States, 1991–1997. *Obstet Gynecol* 2003; 101: 289–96
4. David R Schwartz, MD, Atul Malhotra, MD, Steven E Weinberger, MD. Deep vein thrombosis and pulmonary embolism in pregnancy: Prevention. <http://www.uptodate.com/contents/deep-vein-thrombosis-and-pulmonary-embolism-in-pregnancy-prevention>
5. Dong B, Jirong Y, Liu G, Wang Q, Wu T. Thrombolytic therapy for pulmonary embolism. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;(2):CD004437.
6. Gherman RB, Goodwin TM, Leung B, Byrne JD, Hethumumi R, Montoro M. Incidence, clinical characteristics, and timing of objectively diagnosed venous thromboembolism during pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1999; 94 (5 Pt 1): 730–734.
7. Greer IA, Thomson AJ. Thromboembolic disease in pregnancy and the puerperium: acute management. Guidelines and Audit Committee of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2007. Guideline no. 28. [http://www.rcog.org.uk/resources/Public/pdf/green\\_top\\_28\\_thromboembolic\\_minorrevision.pdf](http://www.rcog.org.uk/resources/Public/pdf/green_top_28_thromboembolic_minorrevision.pdf). Accessed February 23, 2008.
8. Heit JA, Kobbervig CE, James AH, Petterson TM, Bailey KR, Melton LJ, III. Trends in the incidence of venous thromboembolism during pregnancy or postpartum: a 30-year population-based study. *Ann Intern Med.* 2005; 143: 697–706.
9. James AH, Bushnell CD, Jamison MG, Myers ER. Incidence and risk factors for stroke in pregnancy and the puerperium. *Obstet Gynecol.* 2005; 106: 509–516.
10. James AH, Jamison MG, Biswas MS, Brancazio LR, Swamy GK, Myers ER. Acute myocardial infarction in pregnancy: a United States population-based study. *Circulation.* 2006; 113: 1564–1571.
11. James AH, Jamison MG, Brancazio LR, Myers ER. Venous thromboembolism during pregnancy and the postpartum period: incidence, risk factors, and mortality. *Am J Obstet Gynecol.* 2006; 194: 1311–1315.
12. James AH, Tapson VF, Goldhaber SZ. Thrombosis during pregnancy and the postpartum period. *Am J Obstet Gynecol.* 2005; 193: 216–219.

13. KilpatrickSJ, Crabtree KE, Kemp A, Geller S. Preventability of maternal deaths: comparison between Zambian and American referral hospitals. *Obstet Gynecol* 2002; 100: 321–6
14. Krivak TC, Zorn KK. Venous thromboembolism in obstetrics and gynecology. *Obstet Gynecol.* 2007;109(3):761–777.
15. LewisG (ed) *Why Mothers Die 1997–1999. Report of the Confidential Enquiry into Maternal Deaths in the UK.* London: RCOG Press, 2001
16. Paralkar VR, Rubin RN. Anticoagulation: An Update for Primary Care. *Consultant.* 2011;51(10).
17. Queensland Clinical Guidelines. Venous thromboembolism (VTE) prophylaxis in pregnancy and the puerperium. Queensland Clinical Guidelines Steering Committee/ Statewide Maternity and Neonatal Clinical Network (Queensland) <http://www.health.qld.gov.au/qcgc/documents/g-vte.pdf>
18. Ray JG, Chan WS. Deep vein thrombosis during pregnancy and the puerperium: a meta-analysis of the period of risk and the leg of presentation. *Obstet Gynecol Surv.* 1999; 54: 265–271.
19. Reducing the risk of thrombosis and embolism during pregnancy and the puerperium. Green-top Guideline No. 37a, Royal College of Obstetrician and gynecologists. 2009. <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg37areducingriskthrombosis.pdf>
20. Say, L., Chou, D., Gemmill, A., Tunçalp, Ö., Moller, A-B., Daniels, J., Gülmezoglu, A. M., Temmerman, M., & Alkema, L. (2014). Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *The Lancet Global Health*, 2(6), e323 - e333.
21. Sibylle A. Kozek-Langenecker. Neuraxial anaesthesia and anticoagulant and antiplatelet agents: the ESA guidelines. 2010. <http://www.esahq.org/~media/ESA/Files/Refresher%20Courses/2010/Neuraxial%20anaesthesia%20anticoagulant%20and%20antiplatelet%20agents%20the%20ESA%20guidelines%202010.ashx>
22. Simpson EL, Lawrenson RA, Nightingale AL, Farmer RD. Venous thromboembolism in pregnancy and the puerperium: incidence and additional risk factors from a London perinatal database. *Bjog.* 2001; 108: 56–60.
23. Venous Thromboembolism and Antithrombotic Therapy in Pregnancy; SOGC clinical practice guideline. No. 308, June 2014 <http://sogc.org/wp-content/uploads/2014/06/gui308CPG1406E.pdf>
24. Venous Thromboembolism in Pregnancy – Prevention. Guideline. 2011. Auckland district health board. [http://nationalwomenshealth.adhb.govt.nz/Portals/0/Documents/Policies/Venous%20Thromboembolism%20in%20Pregnancy\\_.pdf](http://nationalwomenshealth.adhb.govt.nz/Portals/0/Documents/Policies/Venous%20Thromboembolism%20in%20Pregnancy_.pdf)
25. Venous thromboprophylaxis in pregnancy. Clinical practice guideline. Institute of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Physicians of Ireland and HSE Clinical Care Programme in Obstetrics and Gynaecology and Irish Haematology Society. 2013. <http://www.hse.ie/eng/about/Who/clinical/natclinprog/obsandgynaeprogramme/guidelines/guidelines/vte.pdf>

26. Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений в акушерстве и гинекологии. Клинические протоколы. Москва 2014. <http://www.ncagip.ru/upload/obrazovanie/14.pdf>
27. Հետվիրահատական թրոմբոտիկ և թրոմբոէմբոլիկ բարդությունների կանխարգելումը. Ուղեցույց. Երևան 2006.
28. Մանկաբարձագինեկոլոգիական ստացիոնար բժշկական օգնության կազմակերպման և իրականացման հիմնական սկզբունքները. Կլինիկական չափորոշիչ, Երևան 2013.

Շապիկի նկարը. Մինաս Ավետիսյան, «Մայրություն», 1972թ.  
Նկարն արտատպելու հնարավորությունը մեծահոգաբար ընձեռել են  
Մինաս Ավետիսյանի ժառանգները: