

# ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ ԵՎ ՀԵՏԾՆՆԴՅԱՆ ՇՐՋԱՆՈՒՄ ԵՐԱԿԱՅԻՆ ԹՐՈՄԲՈԷՄԲՈԼԻԶՄԻ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՄԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ

## Ամփոփում

### Նպատակ

Սույն ուղեցույցի նպատակն է տրամադրել ապացույցների վրա հիմնված տեղեկություններ և ապացուցողական խորհուրդներ հղիության ժամանակ և հետծննդյան շրջանում երակային թրոմբոէմբոլիզմի կանխարգելման վերաբերյալ, և բարելավել տվյալ խմբի պացիենտների կանխարգելման ելքերը:

### Մեթոդաբանություն

Սույն կլինիկական ուղեցույցը մշակվել է Հայաստանի մանկաբարձ-գինեկոլոգների և նեոնատոլոգների ասոցիացիայի անդամների կողմից: Ուղեցույցի գրականական աղբյուր են հանդիսացել հանդիսացել Մեծ Բրիտանիայի մանկաբարձ-գինեկոլոգների թագավորական քոլեջի ուղեցույցները (RCOG; Thromboembolic Disease in Pregnancy and the Puerperium: Acute Management; Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium), ինչպես նաև Մանկաբարձների և գինեկոլոգների ամերիկյան քոլեջի (ACOG; Practice Bulletin No. 138: Inherited thrombophilias in pregnancy), Կանադայի մանկաբարձների և գինեկոլոգների ընկերություն (SOGC; Venous Thromboembolism and Antithrombotic Therapy in Pregnancy), Ավստրալիայի Քվինսլենդ նահանգի կառավարության (Venous thromboembolism (VTE) prophylaxis in pregnancy and the puerperium), Իռլանդիայի բժշկական թագավորական քոլեջի (RCPI; Venous thromboprophylaxis in pregnancy) ուղեցույցները և PubMed, EMBASE, Cochrane Library, National Guideline Clearinghouse և UpToDate շտեմարանների արդի տվյալները: Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և ցուցումների ուժը որոշելիս սկզբնաղբյուր հանդիսացող փաստաթղթերում, հիմք է ընդունվել Մեծ Բրիտանիայի մանկաբարձ-գինեկոլոգների թագավորական քոլեջի (RCOG) կողմից առաջարկվող դասակարգումը (Տես Հավելված 1): Ուղեցույցի խորհուրդները ձևակերպելիս կիրառվել է խորհուրդների ուժի գնահատման հնգաստիճան համակարգ՝ «A», «B», «C», «D», որոնք հիմնված են բարձրից մինչև ցածր որակի ապացուցողական տվյալների վրա, և «I», որը հիմնված է ուղեցույցը մշակող աշխատանքային խմբի կլինիկական փորձի վրա: Ուղեցույցի տեղայնցաման գործընթացը իրականացվել է համաձայան միջազգային ADAPTE մեթոդաբանության: Բոլոր խորհուրդները քննարկվել և հավանության են արժանացել Հայաստանի

մանկաբարձ-գինեկոլոգների և նեոնատոլոգների ասոցիացիայի անդամների կողմից (արձանագրությունը կցվում է): Սույն փաստաթուղթը ենթակա է պարբերական թարմացումների և/կամ խմբագրման յուրաքանչյուր 5 տարին մեկ կամ ավելի հաճախակի՝ կախված տվյալ ոլորտում նոր գիտագործնական տեղեկատվության ի հայտ գալուց: Ուղեցույցը նախատեսված է հղիության ժամանակ և հետծննդյան շրջանում երակային թրոմբոէմբոլիզմի կանխարգելման մեջ ներառված մասնագետների համար՝ մանկաբարձ-գինեկոլոգներ:

### **Արդյունքներ**

Սույն ուղեցույցում ներկայացված են հղիության ժամանակ և հետծննդյան շրջանում երակային թրոմբոէմբոլիզմի կանխարգելման վերաբերյալ ապացուցողական խորհուրդներ և ընթացակարգեր, որոնք օգնում են կլինիկական գործունեությունում որոշումներ կայացնելիս, ինչպես նաև առաջարկվել են գործնական ներդրման ուղիներ և աուդիտի ցուցանիշներ:

### **Հետևություններ**

Ապացույցների վրա հիմնված կլինիկական խորհուրդները կօգնեն բարելավել հղիության ժամանակ և հետծննդյան շրջանում երակային թրոմբոէմբոլիզմի կանխարգելման ելքերը:

### **Բանալի բառեր**

*Ապացուցողական բժշկություն, ցուցումների ուսումնասիրման, ստեղծման և գնահատման դասակարգման համակարգ, երակային թրոմբոէմբոլիզմ, թրոմբոկանխարգելում, ՑՄՀ, հեպարին, հեպարինով դրոլված թրոմբոցիտոպենիա, ճնշող գուլպաներ*

### **Պատասխանատու համակարգող**

Աբրահամյան Ռ.Ա., ՀՀ ԳԱԱ ակադեմիկոս, բ.գ.դ, պրոֆ., ՀՀ ԱՆ գլխավոր մանկաբարձ գինեկոլոգ, ՎԱՊՄԳՀԻ տնօրեն

### **Աշխատանքային խմբի անդամներ**

- Աբրահամյան Լ.Ռ., բ.գ.դ., ԵՊԲՀ Մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի թիվ 2 ամբիոնի պրոֆեսոր
- Գրիգորյան Վ.Ֆ., բ.գ.թ., դոց., ՎԱՊՄԳՀԻ Ծննդաբերական բաժանմունքի վարիչ
- Գյուլխասյան Վ.Մ. բ.գ.թ., դոց., ՎԱՊՄԳՀԻ Օպերատիվ գինեկոլոգիայի բաժանմունքի վարիչ
- Հարությունյան Ա.Գ. MD, MPH., Հայաստանի ամերիկյան համալսարանի Առողջապահական ծառայությունների հետազոտման և զարգացման կենտրոնի ավագ գիտաշխատող

### **Շահերի բախման հայտարարագիր և ֆինանսավորման աղբյուրներ**

Պատասխանատու համակարգողը հայտարարում է շահերի բախման բացակայության վերաբերյալ: Սույն փաստաթղթի մշակման աշխատանքները ֆինանսավորվել են ՀՀ ԱՆ և ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամի կողմից: Ֆինանսավորող կազմակերպությունները չեն ունեցել որևէ ազդեցություն փաստաթղթի պարունակության կամ ձևավորման վրա: Ուղեցույցում արտահայտված կարծիքները հեղինակային են և կարող են չհամընկնել ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամի տեսակետին:

### **Շնորհակալական խոսք**

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

**Ուղեցույցը չի կարող փոխարինել բժշկի որոշումներ ընդունելու հմտություններին անհատ պացիենտի վարման դեպքում և տվյալ կլինիկական իրավիճակի պայմաններում**

### **Բովանդակություն**

Նախաբան

Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն

Սահմանումներ

ԵԹԷ-ի կանխարգելման հետ կապված ռիսկերը

Ռիսկի գնահատումը

ԵԹԷ-ի բարձր ռիսկի գործոնները

ԵԹԷ-ի ռիսկի գործոնները

Ռիսկի գնահատման չափանիշները

Լրացուցիչ գնահատում

ԵԹԷ-ի կանխարգելումը

Նախաձեռնողյան կանխարգելումը

Կանխարգելումը ծննդաբերության ժամանակ

Կանխարգելումը հետծննդյան շրջանում

Կեսարյան հատում

Ներյոաքսիալ բլոկադա (սպինալ/էպիդուրալ անզգայացում)

Կլինիկական մոտեցում

Հատուկ խմբի պացիենտներ

Անցողիկ ռիսկի գործոններով համակցված միանգամյա

ԵԹԷ անամնեզում

Կրկնվող ԵԹԷ անամնեզում

Ժառանգական թրոմբոֆիլիա

Ձեռքբերովի թրոմբոֆիլիա (հակաֆոսֆոլիպիդային համախտանիշ)

ԵԹԷ կանխարգելման նպատակով օգտագործվող դեղամիջոցները

ՑՄՀ

Հեպարին

Վարֆարին

Ցածր դեղաչափով ասպիրին

Սուլոդեքսիդ (Վեսել Դուե Ֆ)

Գրականության ցանկ

Հավելված 1

Հավելված 2

Հավելված 3

Հավելված 4

Հավելված 5

Հավելված 6

Հավելված 7

## **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 դրդված 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

ՅՄՀ՝ ցածր մոլեկուլյար հեպարին

## **Նախաբան**

Թոքային զարկերակի թրոմբոէմբոլիան (ԹԶԹԷ) 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 ԹԶԹԷ- 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՝ ԹԶԹԷ- ով, որի դեպքում 40- ից մեկը մահացու է:
- Հղիությամբ պայմանավորված ԹԶԹԷ- ների 43- 60%- ը զարգանում է ծննդաբերությունից 4- 6 շաբաթ հետո:
- ԽԵԹ- ն առավել հաճախ զարգանում է ձախ ստորին վերջույթում:

Սույն ուղեցույցում ներկայացված են մի շարք առաջարկություններ, որոնք կարող են օգնել մասնագետներին ճիշտ կազմակերպել ԵԹԷ-ով ռիսկի խմբի հղիների խնամքը, այդ թվում՝ արդյունավետորեն տրամադրել նրանց անհրաժեշտ խորհրդատվությունն ու աջակցությունը նախքան հղիությունը, հղիության ժամանակ և հետծննդյան շրջանում: Ուղեցույցը մշակված է ամբուլատոր և ստացիոնար մանկաբարձական բաժանմունքների բժիշկների համար:

Ուղեցույցը նախատեսված է բարելավելու ԵԹԵ-ով ռիսկի խմբի կանանց հղիության ելքերը:

Սույն ուղեցույցը ընդգրկում է հետևյալ հարցերի պարզաբանումը.

- Ինչպե՞ս է կատարվում նախաձննդյան շրջանում ԵԹԵ-ի գնահատումը և կանխարգելումը:
- Ինչպե՞ս է կատարվում հետձննդյան շրջանում ԵԹԵ-ի գնահատումը և կանխարգելումը:
- Ինչպե՞ս է կատարվում ԵԹԵ-ի ռիսկի խմբի հղիների վարումը:
- Նեյրոաքսիալ բլոկադան ԵԹԵ-ի ռիսկի խմբի հղիների մոտ:
- Հատուկ խմբի պացիենտների վարումը:

### **Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն**

Սույն կլինիկական ուղեցույցը մշակվել է Հայաստանի մանկաբարձ-գինեկոլոգների և նեոնատոլոգների ասոցիացիայի անդամների կողմից: Ուղեցույցի գրականական աղբյուր են հանդիսացել հանդիսացել Մեծ Բրիտանիայի մանկաբարձ-գինեկոլոգների թագավորական քոլեջի ուղեցույցները (RCOG; Thromboembolic Disease in Pregnancy and the Puerperium: Acute Management; Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium), ինչպես նաև Մանկաբարձների և գինեկոլոգների ամերիկյան քոլեջի (ACOG; Practice Bulletin No. 138: Inherited thrombophilias in pregnancy), Կանադայի մանկաբարձների և գինեկոլոգների ընկերություն (SOGC; Venous Thromboembolism and Anti-thrombotic Therapy in Pregnancy), Ավստրալիայի Քվինսլենդ նահանգի կառավարության (Venous thromboembolism (VTE) prophylaxis in pregnancy and the puerperium), Իռլանդիայի բժշկական թագավորական քոլեջի (RCPI; Venous thromboprophylaxis in pregnancy) ուղեցույցները և PubMed, EMBASE, Cochrane Library, National Guideline Clearinghouse և UpToDate շտեմարանների արդի տվյալները: Համացանցում որոնում կատարելու համար օգտագործվել են հետևյալ տերմինները. “guidelines”, “tromboembolism”, “risk factors”, “tromboprophylaxis”, “LMWH”, “heparin”, “low dose aspirin”, “compression”, “fluids” and “hydration”: Որոնումը կատարվել է

անգլերեն լեզվով: Ընտրությունը կատարվել է մանկաբարձ-գինեկոլոգիական մասնագիտացված հեղինակավոր մարմինների (RCOG, ACOG, SOGC, NICE, FIGO, WHO, RCPI, RANZCOG, CDC և այլնի) կողմից հրապարակված ուղեցույցների միջև: 22 ուսումնասիրված ուղեցույցներից 8-ը համապատասխանել են ընտրության չափանիշներին և կիրառվել են սույն ուղեցույցի մշակման համար: Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և ցուցումների ուժը որոշելիս սկզբնաղբյուր հանդիսացող փաստաթղթերում, հիմք է ընդունվել Մեծ Բրիտանիայի մանկաբարձ-գինեկոլոգների թագավորական քոլեջի (RCOG) կողմից առաջարկվող դասակարգումը (Տես Հավելված 1): Ուղեցույցի խորհուրդները ձևակերպելիս կիրառվել է խորհուրդների ուժի գնահատման հնգաստիճան համակարգ՝ «A», «B», «C», «D», որոնք հիմնված են բարձրից մինչև ցածր որակի ապացուցողական տվյալների վրա, և «I», որը հիմնված է ուղեցույցը մշակող աշխատանքային խմբի կլինիկական փորձի վրա: Ուղեցույցի տեղայնացման գործընթացը իրականացվել է համաձայան միջազգային ADAPTE մեթոդաբանության: Բոլոր խորհուրդները քննարկվել և հավանության են արժանացել Հայաստանի մանկաբարձ-գինեկոլոգների և նեոնատոլոգների ասոցիացիայի անդամների կողմից (արձանագրությունը կցվում է): Սույն փաստաթուղթը ենթակա է պարբերական թարմացումների և/կամ խմբագրման յուրաքանչյուր 5 տարին մեկ կամ ավելի հաճախակի՝ կախված տվյալ ոլորտում նոր գիտագործնական տեղեկատվության ի հայտ գալուց: Ուղեցույցը նախատեսված է հղիության ժամանակ և հետծննդյան շրջանում երակային թրոմբոէմբոլիզմի կանխարգելման մեջ ներառված մասնագետների համար՝ մանկաբարձ-գինեկոլոգներ:

## **Սահմանումներ**

Եթէ-ի ընտանեկան պատմություն՝ Եթէ- ի ընտանեկան պատմությունը դրական է, եթե ախտահարված են մեկ կամ ավելի առաջին կարգի հարազատներ:

Դրդված Եթէ՝ Եթէ-ի այն դեպքերը, երբ առկա է որոշակի ռիսկի գործոն:

Չդրդված Եթէ՝ Եթէ- ի այն դեպքերը, երբ ռիսկի գործոնը անհայտ է:

Կրկնվող Եթէ՝ երկու և ավելի Եթէ- ի դրվագներ անամնեզում:



## **ԵԹԷ-ի կանխարգելման հետ կապված ռիսկերը [3]**

*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 Լ-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
- Ներգանգային կամ ողնուղեղային վնասվածք
- Թրոմբոցիտոպենիա
- Թրոմբոցիտային ծանր խանգարում
- Ստամոքսի սուր խոց կամ աղեստամոքսային համակարգի խոցային հիվանդություն
- Օբստրուկտիվ դեղնուկ կամ խոլեստոզ
- Մոտ անցյալում կատարված մեծ վիրահատական միջամտություն՝ բարձր արյունահոսության ռիսկով
- Մակարդելիության վրա ազդող դեղամիջոցների համաժամանակյա օգտագործում
- Մոտ անցյալում կատարված ողնուղեղային պունկցիա:

## *ՑՄՀ-ի հակացուցումները*

ՑՄՀ-ի հակացուցումները ներկայացված են հետագա տեքստում:

*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:

### **Ռիսկի գնահատումը [3]**

- 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.
  - ԵԹԷ- ով բարդացած անամնեզ,
  - թրոմբոֆիլիա,
  - հակաֆոսֆոլիպիդային համախտանիշ,
  - հակամակարդիչների օգտագործում մինչ հղիություն:

### **ԵԹԷ-ի բարձր ռիսկի գործոնները [3]**

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:

### Աղյուսակ 1

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 թրոմբոֆիլիայա</li> <li>· ցածր ռիսկի թրոմբոֆիլիայա + ԵԹԷ ընտանեկան անամնեզում</li> </ul>

### ԵԹԷ-ի ռիսկի գործոնները [3]

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

### Աղյուսակ 4

Միջին ռիսկի գործոններ	Ռիսկի գործոններ
<ul style="list-style-type: none"> <li>● ՄՁԳ <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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● տարիք <math>&gt;35</math> տ</li> <li>● ՄՁԳ <math>&gt;30</math> կգ/մ<sup>2</sup></li> <li>● անզուսպ փսխումներ/ջրազրկում</li> <li>● անշարժություն (պարապլեգիա, անկողնային ռեժիմ, երկար ճամփորդություն)</li> </ul>

<p>շրջանում</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Կրոնի հիվանդություն կամ խոցային կոլիտ</li> <li>• համակարգային կարմիր գայլախտ ձվարանների 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>• առանց դրդապատճառի կամ էսթրոգեններով դրդված ԵԹԷ ընտանեկան անամնեզում</li> <li>• բազմածնություն &gt;2</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 (&gt;1 լ )</li> <li>• ձգձգված ծննդաբերություն (&gt;24 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 [3]

Հաշվի առնել ռիսկի բազմաթիվ գործոնների գումարային ազդեցության ներուժը:

### Աղյուսակ 2

Ռիսկի գնահատականը	Նախածննդյան չափանիշ	Հետծննդյան չափանիշ
Բոլոր ռիսկերը	• Բոլոր հղիները համարվում են ԵԹԷ-ի ռիսկի խումբ	• Բոլոր ծննդկանները համարվում են ԵԹԷ-ի ռիսկի խումբ
Բարձր ռիսկ	• Նախածննդյան մեկ կամ ավելի բարձր ռիսկի գործոն	• Հետծննդյան մեկ կամ ավելի բարձր ռիսկի գործոն
Միջին ռիսկ	• Նախածննդյան մեկ կամ ավելի	• Հետծննդյան մեկ կամ ավելի

	միջին ռիսկի գործոն · Նախաձեռնության երեք կամ ավելի ռիսկի գործոն	միջին ռիսկի գործոն · Հետձեռնության երկու կամ ավելի ռիսկի գործոն
Ցածր ռիսկ	· Նախաձեռնության ռիսկի 0- 2 գործոն	· Հետձեռնության ռիսկի 0- 1 գործոն

### Լրացուցիչ գնահատում [3]

#### Աղյուսակ 3

Հայեցակետ	Դիտարկումներ և առաջարկություններ
Նախկինում ունեցած ԵԹԷ	<ul style="list-style-type: none"> <li>· ԵԹԷ- ի ընտանեկան անամենեզը 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 զենի 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> </ul>

	· Վարման պլանը պետք է մշակել անեսթեզիոլոգիական թիմի հետ համատեղ
--	---

**ԵԹԷ-ի կանխարգելումը**

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

- 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:

**Նախաձննդյան կանխարգելումը [2-4]**

**Աղյուսակ 4**

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> </ul>

## Խորհուրդներ

Փսխումով հոսպիտալացված հղիների մոտ պետք է դիտարկել ՑՄՀ- ով թրոմբոկանխարգելումը և այն դադարեցնել փսխումների ավարտից հետո: *(խորհուրդի ուժը՝ C)*

Ձվարանների գերխթանման համախտանիշով կանանց մոտ ՑՄՀ- ով թրոմբոկանխարգելումը դիտարկել հղիության առաջին եռամսյակում: *(խորհուրդի ուժը՝ C)*

Արտամարմնային բեղմնավորման օգնությամբ հղիացած կանանց մոտ ռիսկի երեք գործոնների առկայության դեպքում ՑՄՀ- ով թրոմբոկանխարգելումը դիտարկել սկսած առաջին եռամսյակից: *(խորհուրդի ուժը՝ C)*

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 նախածննդյան թրոմբոկանխարգելում: Ռիսկի երկու գործոնների առկայության պարագայում թրոմբոկանխարգելումը դիտարկել սկսած հղիության 28 շաբաթականից, իսկ ռիսկի մեկ գործոնի առկայության դեպքում հետծննդյան թրոմբոկանխարգելումը դիտարկել 10 օրերի ընթացքում: *(խորհուրդի ուժը՝ D)*

Անամնեզում չդրված ԵԹԷ- ով կանանց մոտ պետք է հետազոտել հակաֆոսֆոլիպիդային հակամարմինները: *(խորհուրդի ուժը՝ C)*

ԵԹԷ- ի անամնեզով կանանց մոտ (բացի մեծ վիրաբուժական միջամտություններ կրած կանանցից) այլ ռիսկի գործոնների բացակայության դեպքում ՑՄՀ- ով թրոմբոկանխարգելումը պետք է դիտարկել հղիության ողջ ընթացքում: *(խորհուրդի ուժը՝ C)*

Մանկաբարձական պացիենտների մոտ ասպիրինի օգտագործումը

թրոմբոկանխարգելման նպատակով ցուցված չէ: *(խորհուրդի ուժը՝ D)*

Բոլոր հղիների և հետծննդյան շրջանում գտնվող կանանց մոտ խորհուրդ է տրվում եԹԷ-ի ռիսկի գնահատումը կատարել բալային համակարգով: *(խորհուրդի ուժը՝ D)*  
(տե՛ս Հավելված 3)

#### **Կանխարգելումը ծննդաբերության ժամանակ [2-4, 7]**

Նախածննդյան 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 նեյրոաքսիալ բլոկադայի հարցերը:

#### **Խորհուրդներ**

Արտաքին արյունահոսության (այդ թվում հեշտոցային) ի հայտ գալու կամ ծննդաբերական գործունեության սկսվելու դեպքում ցուցված է ՑՄՀ-ի ընդհատում: *(խորհուրդի ուժը՝ C)*

Հղիության  $\leq 35-36$  շաբաթական ժամկետում վաղաժամ ծննդաբերության ախտանիշների ի հայտ գալու դեպքում վիտամին K-ի անտագոնիստների պատրաստուկների բուժիչ կամ կանխարգելիչ դեղաչափեր ստացող կանայք պետք է ընդհատեն վերջիններիս օգտագործումը և անցնեն ՑՄՀ-ի կամ հեպարինի: *(խորհուրդի ուժը՝ C)*



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

Արյան մեծածավալ կորստի և հեմոտրանսֆուզիայի դեպքերում ԵԹԷ- ի դեղորայքային կանխարգելումը սկսել կամ շարունակել արյունահոսության վտանգի նվազեցումից անմիջապես հետո: *(խորհուրդի ուժը՝ C)*

Արյունահոսության բարձր ռիսկի դեպքում ԵԹԷ- ի կանխարգելման նպատակով օգտագործել հեպարին կամ ՃԳ և/կամ ԸՕԿ: *(խորհուրդի ուժը՝ C)*

ՑՄՀ ստացող կանանց ծննդաբերության դրդումը, կեսարյան հատումը, ռեգիոնար անեսթեզիան և անալգեզիան անհրաժեշտ է իրականացնել ՑՄՀ վերջին թերապևտիկ դեղաչափի ստացումից առնվազն 24 ժամ, իսկ կանխարգելիչ դեղաչափի ստացումից առնվազն 12 ժամ հետո: *(խորհուրդի ուժը՝ B)*

Կնոջ կողմից հեպարինի օգտագործման դեպքում ծննդաբերության դրդումը, կեսարյան հատումը, ռեգիոնար անեսթեզիան և անալգեզիան հետաձգել առնվազն 4- 6 ժամով՝ հեպարինի վերջին դեղաչափի ստացումից հետո: *(խորհուրդի ուժը՝ B)*

ՈՍՀԴ- ների, օրինակ ասպիրինի, օգտագործման դեպքում ռեգիոնար անեսթեզիան կարելի է անցկացնել առանց դադարեցնելու ՈՍՀԴ- ների ընդունումը: Այդ դեպքում էպիդուրալ անեսթեզիայի փոխարեն նախընտրելի է սպինալ անեսթեզիան: *(խորհուրդի ուժը՝ C)*

Ռեգիոնար անեսթեզիան հակացուցված է, եթե ծննդաբերության ընթացքում ՑՄՀ- ի կամ հեպարինի ընդունումն անհնար է ընդհատել (օրինակ, ինքնաբեր ծննդաբերության ժամանակ ՑՄՀ- ի վերջին ներարկումից հետո 12 ժամվա ընթացքում): *(խորհուրդի ուժը՝ C)*

## Կանխարգելումը հետծննդյան շրջանում [2-4]

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:

### Աղյուսակ 5

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

### Խորհուրդներ

**Հեմոռագիկ բարդությունները նվազեցնելու նպատակով հակամակարոհիչներով կանխարգելումը հետծննդյան շրջանում վերսկսել ծննդաբերությունից հե տո 4- 6 ժամից, իսկ կեսարյան հատումից հետո՝ 8- 12 ժամից ոչ շուտ: (խորհուրդի ուժը՝ C)**

Հետծննդյան շրջանում ԵԹԷ-ի բարձր ռիսկի դեպքում թրոմբոկանխարգելումն իրականացնել 6 շաբաթվա, իսկ չափավոր ռիսկի դեպքում՝ 10 օրվա ընթացքում: (Խորհուրդի ուժը՝ 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: (Խորհուրդի ուժը՝ D)

Կրծքով կերակրման ժամանակ ԵԹԷ-ի կանխարգելումն իրականացնել ՑՄՀ- ով, հեպարինով կամ վարֆարինով, որոնք անվտանգ են նորածնի համար: (Խորհուրդի ուժը՝ B)

Կրծքով կերակրման ժամանակ պետք է շարունակել ասպիրինի ցածր դեղաչափերի ընդունումը սիրտ-անոթային համակարգի բարդություններից խուսափելու համար: (Խորհուրդի ուժը՝ B)

Ճարպակալման 3- րդ աստիճանի դեպքում ( $ՄՁԳ >40$  կգ/մ<sup>2</sup>) ՑՄՀ- ներն օգտագործել հետծննդյան 10 օրերի ընթացքում: (Խորհուրդի ուժը՝ B)

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

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

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

*ուժը՝ 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: *(խորհուրդի ուժը՝ C)*

**Կեսարյան հատում [2-4]**

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

**Խորհուրդներ**

Ծննդաբերության ժամանակ անհետաձգելի ԿՀ դեպքում հետծննդյան 10 օրերի ընթացքում կանխարգելումն իրականացնել ՑՄՀ-ով՝ ՃԳ-ի և/կամ ԸՕԿ-ի համակցությամբ: *(խորհուրդի ուժը՝ C)*

Պլանային ԿՀ դեպքում ՑՄՀ-ով կանխարգելումը անցկացնել հավելյալ ռիսկի գործոնների դեպքում: *(խորհուրդի ուժը՝ C)*

Արյունահոսության բարձր ռիսկի դեպքում իրականացնել ԵԹԷ-ի մեխանիկական կանխարգելում (ՃԳ կամ ԸՕԿ): *(խորհուրդի ուժը՝ 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: *(խորհուրդի ուժը՝ D)*

## **Նեյրոաքսիալ բլոկադա (սպինալ/էպիդուրալ անզգայացում) [2-4, 6]**

Սպինալ հեմատոմայի ռիսկը ցածր է, սակայն այն կարող է ծանր նյարդաբանական հետևանքներ թողնել պացիենտի վրա: Հակամակարդիչների օգտագործման հետևանքով առաջացած մակարդեղիության 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 ամենաձանր բարդությունն է և կլինիկական հրատապ իրավիճակ է, որը հիմնականում տեղի է ունենում կաթետերի ներդնման կամ հեռացման ժամանակ:

### **Աղյուսակ 6**

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</li></ul>

	<p>թերապևտիկ դեղաչափի ներարկումից հետո սպասել առնվազն 24 ժամ</p> <ul style="list-style-type: none"> <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 ԱՄԹԺ 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

#### Աղյուսակ 7

Պացիենտների խումբ	Նախածննդյան վարում	Հետծննդյան վարում
● Անամնեզում առանց դրդա	● Ցուցված է կանխարգելում	● 6 շաբաթյա կանխարգելում

<p>պատճառի ԵԹԷ- ի մեկ դրվագ</p> <ul style="list-style-type: none"> <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 &lt;&lt;&lt;&lt;- ի հետ կապված ԵԹԷ- ի մեկ դրվագ</li> </ul>	<p>(ստանդարտ դեղաչափ)</p>	<p>(ստանդարտ դեղաչափ)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Անամնեզում որևէ դրդապատճառով ԵԹԷ- ի մեկ դրվագ (բացառությամբ &lt;&lt;&lt;&lt;- ի հետ կապված)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Հսկողություն այլ ռիսկային գործոնների բա ցակայության դեպքում</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 &lt;&lt;&lt;&lt;- 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 երկարատև ընդունել հակամակարոդիչներ</li> <li>● Թերապևտիկ դեղաչափով հակամակարոդիչներ են պահանջվում հղիության ողջ ընթացքում</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 6 շաբաթյա կամ ավելի տևողությամբ թերապևտիկ դեղաչափով հակամակարոդիչներ</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ցանկացած ցուցումով երկարատև ընդունվող հակամակարոդիչներ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Թերապևտիկ դեղաչափով հակամակարոդիչներ</li> <li>● Հսկողությունը բարձր ռիսկի բաժանմունքում</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Վերադարձ մինչ հղիությունը նշանակված հակամակարոդիչ բուժմանը</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Նախաձննդյան ԵԹԷ ընթացիկ հղիության ընթացքում</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Թերապևտիկ դեղաչափով հակամակարոդիչներ</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 անամնեզ, բայց ոչ անհատական</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Դիտարկել կանխարգելիչ միջանկյալ կամ թերապևտիկ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 6 շաբաթյա կանխարգելում (թերապևտիկ դեղաչափ)</li> </ul>

ԵԹԷ- ի պատմություն հակաթրոմբինի դեֆիցիտով	դեղաչափի նշանակումը	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ԵԹԷ- ի ընտանեկան անամնեզ (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 անամնեզի</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 անամնեզ, (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 հետծննդյան 10 օրերի ընթացքում</li> </ul>

**Անցողիկ ռիսկի գործոններով համակցված միանգամյա ԵԹԷ անամնեզում [2-4]**

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



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

### **Խորհուրդներ**

**Հետազոտություն ժառանգական կամ ձեռքբերովի թրոմբոֆիլիաները հայտնաբերելու համար: (խորհուրդի ուժը՝ C)**

Անամնեզում միանգամյա ԵԹԷ համակցված բարձր ռիսկի թրոմբոֆիլիայով. հղիությունը հաստատելուն պես հնարավորինս շուտ սկսել ՑՄՀ- ով կանխարգելումը, որն իրականացնել ողջ հղիության, ծննդաբերության և հետծննդյան 6 շաբաթների ընթացքում: (խորհուրդի ուժը՝ B)

Անամնեզում միանգամյա ԵԹԷ, որը համակցված չէ անցողիկ ռիսկի գործոններով կամ ԵԹԷ- ի առկայությունը առաջին կարգի հարազատների մոտ. հղիությունը հաստատելուն պես հնարավորինս շուտ սկսել ՑՄՀ- ով կանխարգելումը, որն իրականացնել ողջ հղիության, ծննդաբերության և հետծննդյան 6 շաբաթների ընթացքում: (խորհուրդի ուժը՝ B)

Անամնեզում միանգամյա ԵԹԷ համակցված անցողիկ ռիսկի, ինչպես նաև նման այլ գործոններով, որոնք բացակայում են տվյալ պահին. հղիությունը կարելի է վարել առանց ՑՄՀ- ի նշանակման, սակայն ՑՄՀ- ով կանխարգելումը պետք է պարտադիր իրականացնել հետծննդյան շրջանում: (խորհուրդի ուժը՝ C)

### **Կրկնվող ԵԹԷ անամնեզում [2-4]**

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

### **Խորհուրդներ**

Անամնեզում կրկնվող ԵԹԷ ունեցող, նախկինում վարձարինով բուժում չստացած կանանց հղիությունը հաստատելուն պես սկսել ՑՄՀ- ով կանխարգելումը: *(խորհուրդի ուժը՝ Ը)*

Հղիությունը հաստատելուն պես վարձարինը փոխարինել ՑՄՀ- ով, քանի որ վարձարինն ունի էմբրիո- և ֆետոտոքսիկ ազդեցություն: *(խորհուրդի ուժը՝ Ը)*

ՑՄՀ- ով կանխարգելումն իրականացնել ողջ հղիության, ծննդաբերության և հետծննդյան 6 շաբաթների ընթացքում: Ը

#### **Ժառանգական թրոմբոֆիլիա [1-4]**

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:

#### **Խորհուրդներ**

ԵԹԷ-ի զարգացման բարձր ռիսկով ժառանգական թրոմբոֆիլիայի առկայության ժամանակ հղիությունը հաստատելուն պես սկսել ՑՄՀ-ով կանխարգելում, անկախ ախտանիշների առկայությունից, ինչպես նաև այլ տեսակի անախտանիշ

**թրոմբոֆիլիաների և ռիսկի գործոնների առկայության դեպքում: (խորհուրդի ուժը՝ B)**

**ԵԹԷ-ի զարգացման բարձր ռիսկով ժառանգական թրոմբոֆիլիայի առկայության ժամանակ, անկախ ախտանիշների առկայությունից, ինչպես նաև այլ տեսակի անախտանիշ թրոմբոֆիլիաների և ռիսկի գործոնների առկայության դեպքում, ՑՄՀ-ով կանխարգելումը նշանակել հղիության, ծննդաբերության և հետծննդյան շրջանի 6 շաբաթների ընթացքում: (խորհուրդի ուժը՝ C)**

**Այլ տեսակի անախտանիշ ժառանգական թրոմբոֆիլիաների դեպքում ռիսկի այլ գործոնների բացակայության պարագայում հղիության վարումը հնարավոր է առանց ՑՄՀ-ի ռուտին նշանակման, սակայն վերջինս պետք է նշանակվի հետծննդյան շրջանում: (խորհուրդի ուժը՝ C)**

#### **Ձեռքբերովի թրոմբոֆիլիա (հակաֆոսֆոլիպիդային համախտանիշ) [4, 7, 9]**

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 հակամակարդիչի կրկնակի հայտնաբերում 12 շաբաթյա ընդմիջումով և/կամ հակակարդիոլիպինային հակամարմինների և/կամ B2- 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:

## Խորհուրդներ

Անամնեզում ՀՖՀ-ի կլինիկական ախտանիշների առկայության դեպքում ՑՄՀ-ով կանխարգելումը սկսել հղիությունը հաստատելուց հետո հնարավորինս շուտ: *(Խորհուրդի ուժը՝ B)*

Անամնեզում ՀՖՀ-ի կլինիկական ախտանիշների առկայության դեպքում ՑՄՀ-ով կանխարգելումն իրականացնել հղիության, ծննդաբերության և հետծննդյան շրջանի 6 շաբաթների ընթացքում: *(Խորհուրդի ուժը՝ C)*

Կլինիկական ախտանիշների բացակայության և հակաֆոսֆոլիպիդային հակամարմինների պերսիստենցիայի դեպքում հղիությունը հնարավոր է վարել առանց ՑՄՀ ռուտին նշանակման, մինչդեռ հետծննդյան շրջանում ՑՄՀ նշանակումը պարտադիր է: *(Խորհուրդի ուժը՝ 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: *(Խորհուրդի ուժը՝ I)*

**ԵԹԷ կանխարգելման նպատակով օգտագործվող դեղամիջոցները [2-4, 7-9]**

## 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, մակարդելիոսիայի ձեռք բերված խանգարումներ)
- Թրոմբոցիտոպենիա (թրոմբոցիտների քանակը  $75 \times 10^9$  - ից ցածր է)
- Սուր կաթված (իշեմիկ կամ հեմոռագիկ) վերջին 4 շաբաթների ընթացքում
- Երկկամային 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 ներարկման 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 (<math>\text{C7F}</math>) համար: ՑՄՀ-ի և հեպարինի համեմատական բնութագիրը ներկայացված է Հավելված 4-ում:

### **Վարձարին**

Հղիության ժամանակ վարձարինի օգտագործումը գրեթե արգելված է, քանզի վարձարինը թափանցում է պլացենտային պատնեշից՝ առաջացնելով բնածին արատների բարձր ռիսկ: Վարձարինով 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 վարձարինն ընդունում են 5մգ/օր դեղաչափից ավելի: Հղիության ժամանակ վարձարինի ընդունմամբ է պայմանավորվում նաև կրելախախտի, մեռելածնության, պտղի նյարդաբանական խնդիրների և արյունահոսությունների վտանգի աճը:

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

Վարձարինը կարելի է անվտանգ օգտագործել հետծննդյան շրջանում և կրծքով կերակրման ժամանակ, թեև դա պահանջում է մակարդակիության 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 աս պիրինի բարձր արդյունավետությունը ԽԵԹ-ի և ԹՁԹԷ-ի կանխարգելման համար: Մյուս հետազոտությունների արդյունքում պարզվել է, որ տարեց կանանց մոտ ասպիրինի արդյունավետությունը չի տարբերվում պլացեբոյից: Կրծքավանդակի 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, պրեէկլամպսիայի 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:

### **Ներդրման եվ աուդիտի վերաբերյալ առաջարկներ**

Սույն կլինիկական ուղեցույցի ներդրումը Հայաստանի բուժհաստատություններում հնարավոր է հանդիպի հետևյալ խոչընդոտների՝

- Ծննդօգնության հիմնարկների ապահովումը համապատասխան դեղորայքով պարագաներով:
- Անհրաժեշտ հետազոտությունների դժվարամատչելիությունը:
- Բազմապրոֆիլային խմբի հսկողության բացակայություն:

Ստորև ներկայացվում են սույն ուղեցույցի առաջարկվող աուդիտի ցուցանիշները.

- ԵԹԵ ռիսկի գնահատումը յուրաքանչյուր հղիության ժամանակ:
- Բազմապրոֆիլային խմբի հսկողության ապահովում:
- Հետծննդյան թրոմբոկանխարգելման նշանակումը համապատասխան խմբի կանանց:

### **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. 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.  
<https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-37b.pdf>.
3. 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/qcg/documents/g-vte.pdf>
4. 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>
5. 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.
6. 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>
7. 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>
8. 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)
9. 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>

10. Հետվիրահատական թրոմբոտիկ և թրոմբոլիտիկ բարդությունների կանխարգելումը. Ուղեցույց. Երևան 2006.

11. Մանկաբարձագինեկոլոգիական ստացիոնար բժշկական օգնության կազմակերպման և իրականացման հիմնական սկզբունքները. Կլինիկական չափորոշիչ. Երևան 2013.

## Հավելված 1

### Մեծ Բրիտանիայի մանկաբարձ-գինեկոլոգների թագավորական քոլեջի (RCOG) կողմից առաջարկվող ապացույցների որակի և խորհուրդների ուժի դասակարգում

Ապացուցողականության աստիճանը	Խորհուրդի ուժը
<p>1++ Բարձր որակի մետա-անալիզներ, ռանդոմացված հսկողությամբ հետազոտությունների համակարգային վերանայումներ կամ ռանդոմացված հսկողությամբ հետազոտություններ շեղումների շատ փոքր ռիսկով:</p>	<p>A Առնվազն մեկ մետա-անալիզ, համակարգային վերանայումներ կամ ռանդոմացված հսկողությամբ 1++ գնահատականով հետազոտություն, որն ուղղակիորեն կիրառելի է թիրախային խմբերի համար:</p> <p>Կամ՝</p>
<p>1+ Լավ իրականացված մետա-անալիզներ, ռանդոմացված հսկողությամբ հետազոտությունների համակարգային վերանայումներ կամ ռանդոմացված հսկողությամբ հետազոտություններ շեղումների փոքր ռիսկով:</p>	<p>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:</p>
<p>1- Մետա-անալիզներ, ռանդոմացված հսկողությամբ հետազոտությունների համակարգային վերանայումներ կամ ռանդոմացված հսկողությամբ հետազոտություններ շեղումների բարձր ռիսկով:</p>	<p>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:</p>
<p>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</p>	<p>C Ապացույցների ամբողջությունը, որը ներառում է 2+ վարկանիշ ունեցող ուսումնասիրություններ, որոնք ուղղակիորեն կիրառելի են թիրախային խմբերի համար և ցույց են տալիս ընդհանուր</p>

<p>պատճառահետևանքային են:</p> <p>2+ Լավ իրականացված դեպք-ստուգիչ կամ կոհորտային հետազոտություններ հակասությունների և շեղումների փոքր ռիսկով, կամ հնարավորություն և չափավոր հավանականություն, որ հարաբերությունները պատճառահետևանքային են:</p> <p>2- Դեպք-ստուգիչ, կամ կոհորտային հետազոտություններ հակասությունների և շեղումների բարձր ռիսկով, կամ հնարավորություն և էական հավանականություն, որ հարաբերությունները պատճառահետևանքային չեն:</p> <p>3 Ոչ վերլուծական հետազոտություններ, օրինակ՝ կլինիկական դեպքեր, դեպքերի շարք:</p> <p>4 Փորձագիտական կարծիքներ:</p>	<p>արդյունքների կայունությունը, կամ 2++ վարկանիշ ունեցող հետազոտություններից արտարկված ապացույցներ:</p> <p>D 3 կամ 4 վարկանիշ ունեցող ապացույցներ, կամ 2+ վարկանիշ ունեցող հետազոտություններից արտարկված ապացույցներ:</p> <p>I Առաջարկները հիմնված են ուղեցույցներ մշակող խմբի կլինիկական փորձի վրա:</p>
---	--

## Հավելված 2

### Թրոմբոկանխարգելման մեթոդները

Մեթոդը	Դիտարկումներ և առաջարկություններ
Ոչ դեղորայքային	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Խրախուսել շարժունակությունը քայլին</li> <li>· Խուսափել ջրազրկումից</li> </ul>
Մեխանիկական	<p>· ՃԳ- ն արդյունավետ են ոչ հղի պացիենտների մոտ ԽԵԹ- ի ռիսկի նվազեցման համար, իսկ առավել արդյունավետ են այլ կանխարգելիչ մեթոդների հետ համատեղ օգտագործման դեպքում</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <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 պատրաստակամությունն առաջնահերթ է: Անհրաժեշտ է խրախուսել ճԳ-ի հնարավորինս երկարատև կրումը,</li> <li>– հակացուցված է վերջույթների ծայրահեղ իշեմիայի դեպքում</li> <li>– յուրաքանչյուր 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>
<p><b>Դեղորայքային</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· <b>Ցածր մոլեկուլյար հեպարին</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– նախաձննդյան 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 օսթոպորոզի ռիսկն ավելի ցածր է</li> </ul> </li> <li>· <b>Վարֆարին</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– հակացուցված է նախաձննդյան շրջանում թրոմբոկանխարգելման համար,</li> <li>– կիրառվում է միայն հետձննդյան շրջանում երկարատև թրոմբոկանխարգելման և բուժման նպատակով,</li> <li>– մինչ հղիությունը վարֆարինի կիրառման դեպքում վերսկսել դրա կիրառումը նաև հետձննդյան շրջանում, ՅՄՀ-ը, հեպատիտը և վարֆարինը անվնաս են կերակրող մայրերի համար</li> </ul> </li> </ul>

### Հավելված 3

#### ԵԹԷ-ի ախտանիշները

Թոքային էմբոլիա	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Դիսպնոե (ամենահաճախ հանդիպող ախտանիշը)</li> </ul>
-----------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Սրտխփոց</li> <li>● Կրծքավանդակի ցավ</li> <li>● Արյունախիտում</li> <li>● Հիպօքսիա, ցիանոզ</li> <li>● Տախիկարդիա</li> <li>● Տախիպնե</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:

#### Հավելված 4

### ՑԱՀ-ի և հեպարինի համեմատական բնութագիրը

	Հեպարին	ՑԱՀ
Մոլեկուլային զանգված	10000- 15000 դալտոն	10000- 15000 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

Ճա: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

## Հավելված 5

### ԵԹԷ-ի կանխարգելման նպատակով օգտագործվող դեղաչափերը

	Մարմնի զանգվածը (կգ)*	Էնօքսապարին	Նադրոպարին
Կանխարգելիչ (ստանդարտ) դեղաչափ**	<50	օրական 20 մգ	օրական 2850 ՄՄ (0.3մլ)
	50-90	օրական 40 մգ	օրական 2850 ՄՄ (0.3մլ)
	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	86 ՄՄ/կգ յուրաքանչյուր 12 ժամը մեկ

\*դեղաչափը կարելի է բաժանել 2 չափաբաժնի,

\*\*Եթե կրեատինինի քլիրենսը ցածր է 30 մլ/րոպե- ից, հարկավոր է նշանակել ՅՄՀ- ի ավելի ցածր դեղաքանակներ: Այդ հիվանդների մոտ արդարացված է նաև հեպարին նատրիումի օգտագործումը:

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

	Մարմնի զանգվածը (կգ)*	Հեպարին նատրիում	Վարձարին (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;	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) խորհուրդների 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 6

## Հականակարգիչների ներարկման և ՆԱԲ-ի միջև 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 7

### ԵԹԷ-ի ռիսկի գնահատման սանդղակ

Նախաձննդյան շրջան	Հետձննդյան շրջան
սկսել թրոմբոկանխարգելումը առաջին եռամսյակից, եթե միավորների գումարը $\geq 4$	



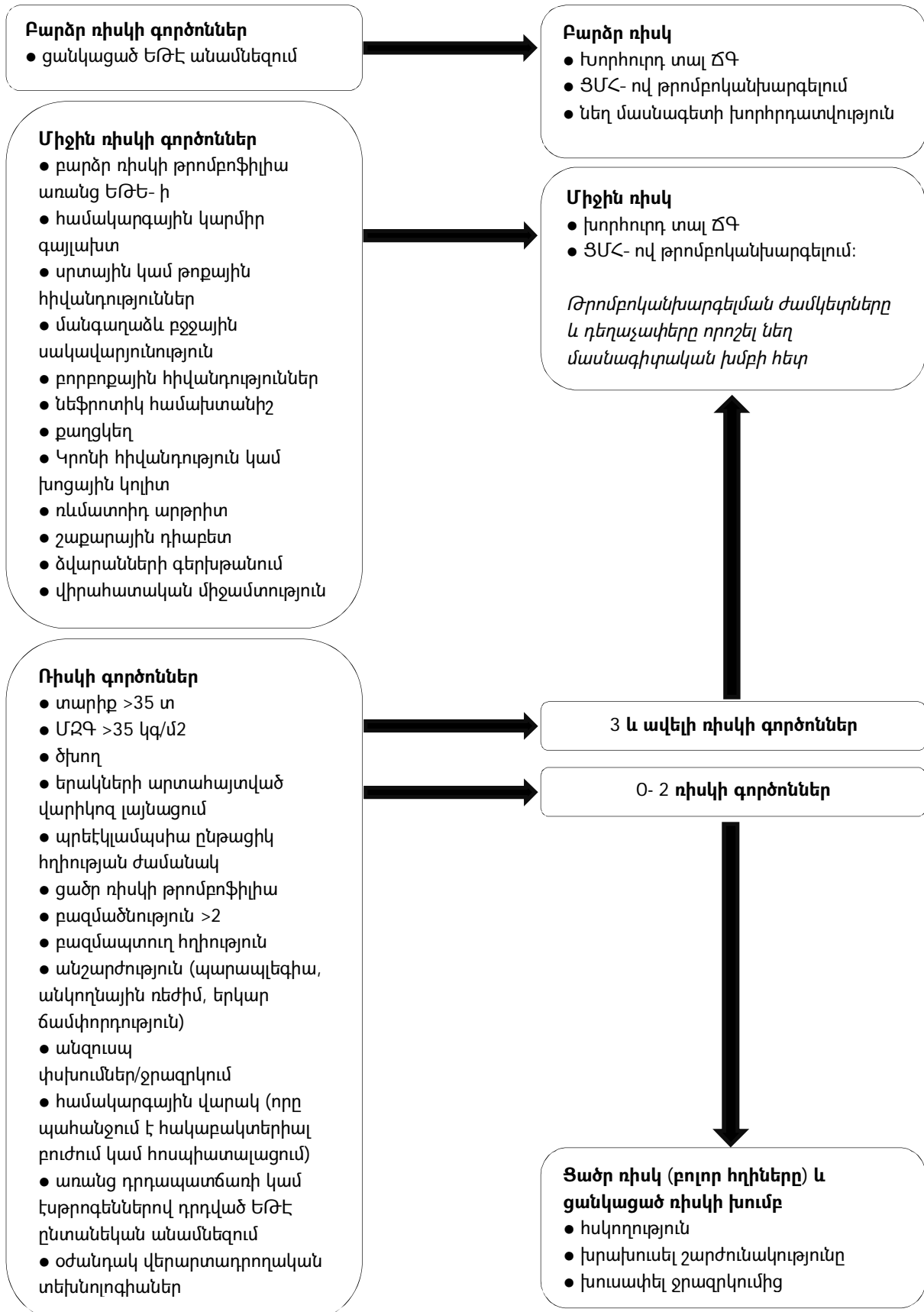
սկսել թրոմբոլանխարգելումը 28- րդ շաբաթից, եթե միավորների գումարը $\geq 3$	իրականացնել թրոմբոլանխարգելումը առնվազն 10 օր, եթե միավորների
Նախաձննդյան շրջանում երկարատև հոսպիտալացման կամ հետձննդյան շրջանում կրկնակի հոսպիտալացման դեպքում իրականացնել թրոմբոլանխարգելում	

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 դրդապատճառի կամ էսթրոգեններով դրդված ԵԹԷ ընտանեկան անամնեզում	1
ցածր ռիսկի թրոմբոֆիլիա	1
տարիք $>35$ տ	1
ՄՁԳ $>30$ կգ/մ <sup>2</sup> կամ ՄՁԳ $>40$ կգ/մ <sup>2</sup>	1 կամ 2
բազմաձնություն $>2$	1
Ծխող	1
երակների արտահայտված վարիկոզ լայնացում	1
<i>Մանկաբարձական ռիսկի գործոններ</i>	
պրեէկլամպսիա ընթացիկ հղիության ժամանակ	1
օժանդակ վերարտադրողական տեխնոլոգիաներ (միայն նախաձննդյան շրջանում)	1
բազմապտուղ հղիություն	1
անհետաձգելի ԿՀ ծննդաբերության ժամանակ	2
պլանային ԿՀ	1
գործիքային ծննդաբերություն	1
ձգձգված ծննդաբերություն ( $> 24$ ժ.)	1
հետձննդյան արյունահոսություն ( $> 1լ$ )	1
վաղաժամ ծննդաբերություն	1
մեռելաձնություն 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 հիպերթանման համախտանիշ (միայն նախածննդյան շրջանում)	4
առկա համակարգային վարակ (որը պահանջում է հակաբակտերիալ բուժում կամ հոսպիտալացում)	1
անշարժություն, ջրազրկում	1

## Հավելված 8

### Նախաձեռնողյան շրջանում ԵԹԷ-ի գնահատման և կանխարգելման ընթացակարգ



## Հավելված 9

### Հետծննդյան շրջանում ԵԹԷ-ի գնահատման և կանխարգելման ընթացակարգ

