



**ВАЗОРАТИ ТАНДУРУСТӢ ВА ҲИФЗИ ИҶТИМОИИ АҶОЛИИ
ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН**

734025, ш. Душанбе, к. Шевченко 69. тел: (992 37) 2 21 18 35 факс: (992 37) 2 21 75 25

ФАРМОИШ

аз «21» 06 соли 2021

№ 536

ш. Душанбе

Дар бораи тасдиқ ва вориднамои
протоколи клинӣкии “Оризаҳои
тромбоэмболитикии варидӣ дар соҳаи акушерӣ:
омилҳои хатар, ташҳис, клиника, пешгирӣ”

Бо мақсади беҳтар намудани сифати хизматрасониҳои тиббӣ ба модарону кӯдакон тавассути пешгирӣ ва ташҳиси оризаҳо дар занони ҳомила дар сатҳи муассисаҳои таваллудӣ, мутобики банди 10 Низомномаи Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 3 марти соли 2014 тахти №148 тасдиқ шудааст,

ФАРМОИШ МЕДИҲАМ:

1. Протоколи клинӣкии оид ба “Оризаҳои тромбоэмболитикии варидӣ дар соҳаи акушерӣ: омилҳои хатар, ташҳис, клиника, пешгирӣ” тасдиқ карда шавад (замима мегардад).

2. Ба мудирӣ бахши модаршавии беҳавф ва танзими оилаи Раёсати ташкили хизматрасониҳои тиббӣ ба модарону кӯдакон ва танзими оилаи Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии (Юнусова Д.З.) супориш дода шавад:

- Ҳамоҳангсозии раванди нашр ва дастраснамоиҳои протоколи клинӣкии мазкурро дар сатҳи муассисаҳои таваллудии ҷумҳурӣ таъмин намояд. Мӯҳлат: 1 моҳ;

- дар якҷоягӣ бо роҳбарони сохтори госпиталӣ ва таваллудии вилоятҳо, шаҳру ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ ва шаҳри Душанбе воридсозии протоколи клинӣкии мазкурро дар амалия таъмин намоянд. Мӯҳлат: доимӣ;

- вобаста ба қорҳои анҷомдодашуда маълумоти муфассалро ба роҳбарияти Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии пешниҳод намояд.

3. Ба сардорони раёсатҳои тандурустии ВМКБ, вилоятҳои Хатлону Сугд, шаҳри Душанбе ва роҳбарони сохтори госпиталӣ ва шабакаи муассисаҳои кумаки аввалияи тиббию санитарии шаҳру ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ супориш дода шавад, ки барои вориднамоии протоколи клиникаи мазкур мусоидат намоянд.

4. Ба инобат гирифта шавад, ки дастгирии техникии нашр ва вориднамоии протоколи клиникаи мазкур аз тарафи Барномаи GIZ “Солимии модар, навзод ва кӯдак” ва Намояндагии Хазинаи нуфуси аҳолии Созмони Милали Муттаҳид (ЮНФПА) дар Тоҷикистон анҷом дода мешавад.

5. Назорати иҷрои фармоиши мазкур ба зиммаи муовини вазир Абдусаматзода З.М. гузошта шавад.

Вазир



Ҷ. Абдуллозода

ДУРУСТ

**Протокол подготовлен под руководством
заместителя министра МЗиСЗН РТ
З.Абдусаматзода**

Составители:

Акушеры - гинекологи

- Узакова У.Д. доцент кафедры аку-шерства и
 гинекологии №1 ГОУ «ТГМУ
 имени Абуали ибни Сино»,
 к.м.н.
- Абдурахманова заведующая кафедрой
Ф.М. акушерства и гинекологии №2
 ГОУ «ТГМУ имени Абуали
 ибни Сино», д.м.н., профессор
- Камилова М.Ё. руководитель акушерского
 отдела ГУ НИИ АГиП, д.м.н.
- Мухамадиева С.М профессор кафедры аку-
 шерства и гинекологии
 Института последипломно-го
 образования сферы здра-
 воохранения МЗиСЗН РТ.
- Курбанова М.Х руководитель гинекологи-
 ческого отдела НИИ АГиП
 д.м.н, профессор
- Ходжамуродова д.м.н., председатель ассоци-
Д.А. ации акушер-гинекологов РТ.
- Юнусова Д.З. начальник отдела охраны здо-
 ровья матери и ребенка и пла-
 нирования семьи МЗиСЗН РТ
- Алиева Р.Я. главный акушер-гинеколог
 МЗиСЗН РТ, доцент, к.м.н.

Анестезиологи-реаниматологи

- Косимов З.К. зав. кафедрой анестезиологии и реаниматологии Института последипломного образования сферы здравоохранения МЗиСЗН РТ, к.м.н, доцент
- Карабоев Д.И. заведующий отделением анестезии и реанимации родильного дома №1 г. Душанбе, врач анестезиолог-реаниматолог
- Алимов З.Д. заведующий отделением анестезии и реанимации НИИ АГиПМЗиСЗН, к.м.н.
- Холматов И.А. врач анестезиолог-реаниматолог Согдийского областного родильного дома
- Маноев А.М. заведующий отделением анестезии и реанимации перинатального центра клинической больницы имени А. Хакназарова (г. Куляб)

Сосудистые хирурги

- Гаибов А.Дж. Вице-президент НАН РТ, д.м.н., профессор
- Авгонов У.М. заведующий отделением сосудистой хирургии Республиканского научного центра сосудистой хирургии

Кардиологи

- Нарзуллаева А.Р. заведующая кафедрой кардиологии Института последиплом-

ного образования сферы здравоохранения, к.м.н., доцент

Трансфузиологи:

Кубиддинов А.Ф. заведующий отделением реанимационно-трансфузиологической бригады с лабораторией гемостаза ГУ «Республиканского научного центра крови», к.м.н.

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

Рахимов З.Я. профессор кафедры кардиологии Института последипломного образования сферы здравоохранения, к.м.н.

Diana Ramasauskaite зав кафедрой акушерства и гинекологии Вильнюсского университета (Литва).
Руководитель Вильнюсского центра перинатологии. Член комитета FIGO

Содержание

	стр
Список сокращений	10
Введение	12
Рекомендации по организации медицинской помощи при венозных тромбоэмболических осложнениях (ВТЭО) рекомендация 1. Диагностика ТГВ	15
Рекомендация 2. Классификация, клиника и диагностика тромбоэмболии лёгочной артерии	17
Рекомендация 3 Оценка факторов риска ВТЭО на уровне ПМСП	20
Рекомендация 4. Факторы риска и тромбопрофилактика ВТЭО в зависимости от степени риска	21
Рекомендация 5. Критерии риска и методы профилактики ВТЭО в послеродовом периоде.	25
Рекомендация 6. Медикаментозные методы профилактики ВТЭО	28
Рекомендация 7. Дополнительные консультации специалистов у беременных	37

/рожениц/ родильниц высокой и умеренной групп риска ВТЭО	
Рекомендация 8. Особенности начала тромбопрофилактики в послеродовом периоде	37
Рекомендация 9. Тромбопрофилактика до и после операции кесарева сечения	37
Рекомендация 10. Организация медицинской помощи при ВТЭО в акушерстве	39
Рекомендация 11. Обследование беременных и родильниц при ВТЭО	42
Рекомендация 12. Принципы антикоагулянтной терапии у беременных с ТГВ	45
Рекомендация 13. Неотложная терапия ВТЭО в остром периоде	47
Рекомендация 14 Медицинская помощь и акушерская тактика при ТЭЛА	50
Рекомендация 15. Особенности анестезиологического пособия для профилактики и лечения ВТЭО	56
Приложение 1. Изменения в системе гемостаза во время беременности	57

приложение 2. Факторы риска тромбоэмболии лёгочной артерии во время беременности.	59
Приложение 3. Антифосфолипидный синдром	64
Приложение 4. Средние показатели факторов свёртывания крови	65
Приложение 5. Патогенез и Клинико- лабораторные методы диагностики ТЭЛА	66
Приложение 6. Правила проведения анестезии при применении антикоагулянтов и дезагрегантов	74
Приложение 7. Мониторинг антикоагулянтной терапии	76
Использованная литература	77

Список сокращений

АВК	антагонисты витамина К
АТ	антиромбин
АФС	антифосфолипидный синдром
АЧТВ	активированное частичное тромбопластиновое время
ВРТ	вспомогательные репродуктивные технологии
ВТЭО	венозные тромбоэмболические осложнения
ЗРП	задержка развития плода
ИМТ	индекс массы тела
СЗП	свежезамороженная плазма
КС	кесарево сечение
МНО	международное нормализованное отношение
МС	материнская смертность
НГ	нефракционированный гепарин
НМГ	низкомолекулярный гепарин
ПДФФ	продукты деградации фибриногена/фибрина
ПОНРП	преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
РКИ	рандомизированное контролируемое исследование
СД	сахарный диабе
СКВ	системная красная волчанка
СН	сердечная недостаточность
ССК	свёртывающая система крови

ТГВ	тромбоз глубоких вен
ТЭЛА	тромбоэмболия лёгочной артерии
УД	уровень доказательности
Ха	фактор Хагемана
ЭКО	экстракорпоральное оплодотворение
ЭОВ	эмболия околоплодными водами
IBD	Inflammatory Bowel Diseases (воспалительные заболевания кишечника)
RCOG	Royal College of obstetrician and gynecology (Королевский колледж акушеров-гинекологов, Великобритания)

ВВЕДЕНИЕ

Основные венозные тромбоэмболические осложнения (ВТЭО) во время беременности включает тромбоз глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей и тромбоэмболию легочной артерии (ТЭЛА) (5,8). Тромбоз глубоких вен–обструкция (закупорка) глубоких вен ног (илефemorальных и подколенно-бедренных). ТЭЛА –закупорка тромбом или эмболом ветвей лёгочной артерии (1,5,8). Как правило, ТЭЛА является следствием ТГВ, который диагностируют у 70-90% больных с ТЭЛА.

Во время беременности риск тромбоэмболии в 5 раз выше, чем у небеременных, что связано с изменениями в системе гемостаза (*Приложение 1*) (1). Heit J.A. с соавт.(2005),исследуя ВТЭО в течение 30 лет показали, что частота ТГВ и ТЭЛА в 5 и 15 раз выше в послеродовом периоде, чем во время беременности (9)

ТГВ встречается с одинаковой частотой в каждом триместре беременности, преимущественно в левой ноге (около 90 %). Тромбы из них поступают в бассейн нижней полой вены и в 90% случаев являются источником ТЭЛА.

В развитых странах ТЭЛА является ведущей причиной МС. Так, в Великобритании она составила 1,13 на 100 000 живорождений, в России колеблется от 1,5 до 2,7 на 10 000 родов и занимает 6-7 место (цитир по С.В.Акиншиной, 1). Летальность при ТЭЛА достигает 30%, при своевременной диагностике снижается до 2-10% и находится в прямой зависимости от возможностей диагностики, тактики лечения, ведения беременности и родов. Диагностика и лечение

ТЭЛА требует специализированной лаборатории и использования высокотехнологичной аппаратуры. Причиной более 90% смертей от ТЭЛА являются поздняя диагностика, поскольку симптоматика ТЭЛА неспецифична и часто приводит к ошибочному диагнозу (10). Каждый десятый случай смерти происходит в первый час от начала заболевания (6).

Около 50% случаев острой ТЭЛА протекают незамеченным, более 70% смертей от неё диагностируют на вскрытии, лишь около трети случаев - при жизни (1,5,8). С учётом данного факта в Приложениях 3и 5 представлены клинико-лабораторные данные по ВТЭО.

Вероятность ВТЭО возрастает при наличии факторов риска, например, при ВРТ. Другими важными факторами риска являются перенесенный эпизод ВТЭО, ожирение, сопутствующие заболевания, в т.ч. варикозное расширение глубоких вен ног и малого таза, мертворождение, пре/эклампсия, послеродовое кровотечение, кесарево сечение (5,8). ВТЭО является фактором риска при COVID-19 (16)

Своевременное определение факторов риска и дифференцированное проведение профилактических мероприятий при них во время беременности и родов, способствует снижению МС от ВТЭО в 2 раза (13,15). Поэтому **целью** создания данного протокола является определение факторов риска, профилактика и первоначальные мероприятия при ВТЭО во время беременности и после родов.

Поиск информации включал библиотеку Кохрейна, научные исследования, опубликованные

за период 2000 - 2020 гг, клинические рекомендации развитых стран. Основой протокола являются рекомендации RCOG пересмотренные в 2015г, совместное руководство европейского общества кардиологов и пульмонологов, пересмотренные в 2019г (8,13)

В протоколе использованы нижеследующие уровни доказательств

Уровни убедительности доказательств

			Основание для рекомендаций	
Достоверность рекомендаций	A	Уровень достоверности	1a	Мета анализ или систематический обзор РКИ
			1b	Отдельное РКИ (с узким доверительным интервалом)
	B		2a	Систематический обзор когортных исследований
			2b	Отдельное когортное исследование
			3a	Систематический обзор исследований «случай-контроль»
			3b	Отдельное исследование «случай-контроль»
	C			Исследование серии случаев (когортные исследования низкого качества и исследования «случай-контроль» без контрольной группы)
	D			Мнение эксперта, которое не подверглось критике, или основано на физиологии или других неэффективных методологиях

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВТЭО В АКУШЕРСТВЕ

РЕКОМЕНДАЦИЯ 1. ДИАГНОСТИКА ТГВ

1.1. Клиника тромбоза глубоких вен нижних конечностей(1, 8)

- Обычно больные предъявляют *жалобы* на острую распирающую боль в области икроножных мышц (по ходу сосудистого пучка);
- *При осмотре необходимо обратить внимание на следующие симптомы:*
 - ✓ отёк стопы и голени, цианоз кожи. При тромбозе подколенных вен – объём голени увеличивается на 3-4 см;
 - ✓ переполнение подкожных вен стопы;
 - ✓ локальное повышение температуры;
 - ✓ положительные симптомы Хоманса (усиление боли при тыльном сгибании стопы в результате натяжения икроножной мышцы и сдавления вены), Мозеса (болезненность голени при передне-заднем сдавлении), Ловенберга (боль в икроножной мышце при давлении манжетки сфигмоманометра до 150 мм рт ст)

1.2. Дополнительные методы диагностики ТГВ (5,8) Основной метод диагностики-ультразвуковое дуплексное ангиосканирование (5,8)

1.2.1. Ультразвуковое дуплексное ангиосканирование – является первичным

диагностическим тестом. При ТГВ определяется наличие экзогенного образования в просвете вены, который не сдавливается при компрессии.

1.2.2. При необходимости и наличии технической возможности сосудистый хирург может решить вопрос о проведении ультразвуковой доплерографии и магнитно-резонансной или мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ)

1.2.2.1. Ультразвуковая доплерография - можно определить локализацию тромба по наличию или отсутствию венозного кровотока в определенном сегменте. Метод не позволяет достоверно диагностировать протяжённость тромба, состояние венозной стенки и характер кровотока.

1.2.2.2. Магнитно-резонансная или контрастная венография (УД IV). Имеет высокую диагностическую точность. При тромбозе подвздошных вен и нижней полой вены МРТ является более предпочтительным из-за возможности послойного сканирования и отсутствия облучения на организм беременных. Назначают редко из-за нетранспортабельности пациентки

1.2.3. *Исследование крови: не имеет* диагностической ценности (5,8,13).

РЕКОМЕНДАЦИЯ 2. КЛАССИФИКАЦИЯ, КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЁГОЧНОЙ АРТЕРИИ

2.1. Классификация тромбоэмболии лёгочной артерии

По классификации Европейского общества кардиологов в зависимости от вероятности ранней смерти ТЭЛА разделяют: (5,8). (*Ранняя смерть - это смерть в первые 30 дней после ТЭЛА*).

Выделяют высокий и невысокий риск ранней смерти, среди невысокого – умеренный и низкий риск.

2.1.1. высокий риск- вероятность ранней смерти более 15%, как правило, происходит при массивной тромбоэмболии и/или эмболии главного ствола;

2.1.2. умеренный риск – вероятность ранней смерти менее 15%;

2.1.3. низкий – менее 1% случаев.

2.2. Клинические симптомы и признаки высокого риска ранней смерти от ТЭЛА:

2.2.1. Основной симптом - **шок или снижение АД и артериальная гипотензия в течение 15 минут**, которая не связана с аритмией, гиповолемией или сепсисом (АД ниже 90 мм рт ст или снижается на 40 мм рт ст и больше от исходного).

2.2.2. Другие симптомы включают симптомы правожелудочковой недостаточности (Приложение 5)

- 2.2.3. Вероятные симптомы ТЭЛА у пациенток, имеющих высокий риск ранней смерти:
- нарушение сознания, вплоть до комы;
 - при наличии сознания - жалобы на сильные боли за грудиной, которые могут иррадиировать в шею и руки, страх смерти, беспокойство (Приложение 5);
 - одышка, которая наблюдается у половины больных;
 - кровохарканье (наблюдается у 1/3 больных), кашель;
 - цианоз, который не всегда имеет место. Иногда - внезапная резкая бледность;
 - шум трения плевры;
 - нарушение ритма сердца;
 - симптомы правожелудочковой недостаточности (Приложение 5)
 - Синдром острого лёгочного сердца (cor pulmonale) возникает при ТЭЛА обеих её разветвлений или нескольких главных ветвей. В результате кровотоков резко снижается на 60% и больше.
- 2.3. **Симптомы и признаки у пациенток с умеренным риском ранней смерти ТЭЛА:**
- отсутствует шок;
 - другие симптомы:
 - относительно стабильная гемодинамика;
 - признаки дисфункции правого желудочка;
 - повреждение миокарда;

**Разделение на высокий и невысокий риск
необходим для решения о неотложной помощи
при высоком риске**

**2.4. Основным симптомом массивной ТЭЛА
является снижение АД**

**2.5. Акушеру-гинекологу следует предполагать
ТЭЛА при появлении следующих
симптомов:**

2.5.1. падение АД, коллапс, остановка сердца или
снижение АД менее 90 мм рт ст или снижение
АД на 40 ммртст и более от исходного в
течение 15 минут, которое не связано с
кровотечением, сепсисом или заболеванием
сердца.

2.5.2. внезапное изменение общего состояния,
беспокойство;

2.5.3. жалобы на боли за грудиной с иррадиацией в
шею, руки, страх смерти, чувство стеснения в
груди, головокружении;

2.5.4. одышка;

2.5.5. бледность; холодный пот;

2.5.6. кровохарканье, позывы к кашлю; кашель;

2.5.7. тахикардия;

2.5.8. при аускультации лёгких: ослабленное
дыхание или отсутствие дыхания с одной
стороны, а также шум трения плевры, хрипы в
лёгких.

2.6. Дополнительные методы исследования.
Для подтверждения/исключения ТЭЛА
используют дополнительные методы
исследования (Приложение 5):

- 2.6.1. определение уровня Д-димера;
- 2.6.2. ЭКГ;
- 2.6.3. ЭХОкардиография;
- 2.6.4. рентгенография легких или компьютерная томографическая лёгочная ангиография;
- 2.6.5. прикроватный тест (время свёртывания крови менее 5 минут);
- 2.6.6. Определение газов крови: гипоксемия без гиперкапнии (pO_2 ниже 70, pCO_2 ниже 32 ммртст). Если pO_2 выше 85 ммртст – ТЭЛА маловероятна, но не исключена.
- 2.6.7. **не имеют** диагностической ценности: определение содержания фибриногена, МНО, АЧТВ, содержания тромбоцитов крови. Их используют для оценки эффективности антикоагулянтной терапии.
- 2.7. **Дифференциальная диагностика ТЭЛА** проводится с акушерскими (гиповолемия, септический шок, сепсис, ЭОВ) и неакушерскими заболеваниями (кардиогенный шок, инфаркт миокарда, пневмоторакс, тампонада сердца, острое расслоение аорты, сердечная аритмия, неакушерский сепсис) (1,2,3,5).

РЕКОМЕНДАЦИЯ 3. ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА НА УРОВНЕ ПМСП И СТАЦИОНАРА

Акушер-гинеколог/семейный врач или анестезиолог-реаниматолог или другие медицинские работники, которые вовлечены в уход за беременной, роженицей и родильницей, обязаны

проводить оценку факторов риска ВТЭО на уровне ПМСП и стационаре.

- 3.1. женщинам, планирующим беременность (С);
- 3.2. беременным, при первой явке в учреждение ПМСП и далее при каждом визите(С);
- 3.3. беременным, роженицам, родильницам, госпитализированным в родильные стационары, вне зависимости от причины (С).
- 3.4. беременным, роженицам, родильницам, которым предстоит оперативное вмешательство, вне зависимости от вида операции;
- 3.5. родильницам сразу после родов (С).
- 3.6. При выявлении факторов риска ВТЭО обязательно документировать их в индивидуальной карте беременной и родильницы, обменной карте, истории родов/болезни и др.

Рекомендация 4. Факторы риска и тромбoproфилактика ВТЭО в зависимости от степени риска

- 4.1. Степень риска ВТЭО в акушерстве делят на высокий, умеренный и низкий.
- 4.2. Разделение на степени риска необходимо для выбора метода профилактики и лечения ВТЭО.
- 4.3. В зависимости от степени риска используют немедикаментозные и медикаментозные методы.

- 4.4. К немедикаментозным методам относят рекомендации по активации пациентки, избегание дегидратации, использование эластических бинтов/трикотажа
- 4.5. Медикаментозные методы профилактики: применение прямых и непрямых антикоагулянтов (см. рекомендацию 7)
- 4.6. Критерии определения риска и профилактика ВТЭО во время беременности (13). Риск ВТЭО можно определить:
- 4.6.1. по наличию одного или нескольких факторов риска **или**
- 4.6.2. можно использовать балльную систему оценки факторов риска (Приложение 2)
- 4.7. Критерии высокого риска ВТЭО и профилактика во время беременности:**

Критерии высокого риска	Тромбопрофилактика
<p>4.7.1. перенесенный один и более эпизодов ВТЭО в анамнезе, кроме случаев, связанных с обширной хирургической операцией;</p> <p>4.7.2. наличие 4-х и более факторов</p>	<ul style="list-style-type: none"> • проводить на протяжении всей беременности; • использовать НМГ. • начало профилактики ВТЭО – начинать с момента диагностики беременности (В)

4.8. Критерии умеренного риска ВТЭО и профилактика во время беременности. Умеренный риск делят на I-IV (см.ниже):

Критерии умеренного риска I: при наличии **одного** из нижеуказанных факторов **тромбопрофилактика** проводится **на протяжении всей беременности:**

- 4.8.1. Стационарное лечение, когда постельный режим более 4-х дней;
- 4.8.2. Единичный эпизод ВТЭО в анамнезе, который был связан с обширными хирургическими операциями;
- 4.8.3. Тромбофилии с высоким риском тромбоза без ВТЭО;
- 4.8.4. Сопутствующие заболевания, например: рак, сердечная недостаточность, активная форма системной красной волчанки, воспалительная артропатия или воспалительные заболевания кишечника, нефротический синдром, декомпенсированный сахарный диабет, серповидноклеточная анемия
- 4.8.5. Осложненные неакушерские хирургические операции во время беременности, например, аппендэктомия

Критерии умеренного риска II:

- при наличии **четырёх и более** из нижеуказанных факторов **тромбопрофилактика** проводится **на протяжении всей беременности;**

- при наличии **трех** из нижеуказанных факторов **тромбопрофилактика** проводится **с 28 недель беременности**
- 4.8.6. ожирение - при ИМТ более 30 кг/м²;
- 4.8.7. возраст старше 35 лет;
- 4.8.8. паритет >3 родов;
- 4.8.9. курение;
- 4.8.10. выраженное варикозное расширение вен;
- 4.8.11. пре/эклампсия и многоплодная беременность при данной беременности;
- 4.8.12. неподвижность вследствие, например, параплегии, тазовая боль с ограничением подвижности;
- 4.8.13. тромбофилия низкого риска;
- 4.8.14. вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ/ЭКО) Умеренный риск **III: тромбопрофилактика** проводится **только в первом триместре:**
- 4.8.15. Синдром гиперстимуляции яичников при ВРТ

Умеренный риск IV: Проходящие факторы тромбопрофилактика проводится в течение действия фактора

- 4.8.16. тяжёлая и неукротимая рвота беременных, сопровождающаяся гиповолемией и дегидратацией (С). Введение НМГ во время рвоты, после прекращения рвоты обсудить прекращение НМГ;

- 4.8.17. текущее острое системное инфекционное заболевание, при котором требуется антибиотикотерапия или госпитализация (например, пневмония, пиелонефрит, послеродовая раневая инфекция и др.);
- 4.8.18. дальнейшее путешествие (при ограничении подвижности более 4-х часов).
- 4.9. **Критерии низкого риска ВТЭО у беременных: наличие одного или двух факторов риска, указанных в пунктах 4.8.6. - 4.8.14.** Данному контингенту рекомендуется подвижный образ жизни, избегать дегидратации, носить эластичные чулки/бинты

РЕКОМЕНДАЦИЯ 5. Критерии риска и методы профилактики ВТЭО в послеродовом периоде.

Ввиду того, что факторы риска у беременных и родильниц не всегда совпадают, они представлены отдельно.

При оценке факторов риска в послеродовом периоде, как и при беременности, использовать следующие определения: высокий, умеренный и низкий риск развития ВТЭО (13).

5.1. Критерии высокого риска:

- 5.1.1 перенесенный эпизод ВТЭО;
- 5.1.2 родильнице проводилась антикоагулянтная терапия во время беременности;
- 5.1.3 высокий риск тромбофилии (см.пункт 4.7.);

- 5.2. При высоком риске ВТЭО проводить тромбопрофилактику не менее 6 недель (42 дня) после родов (С)**
- 5.3. Критерии умеренного риска:**
- 5.3.1. наличие одного из нижеуказанных факторов**
- 5.3.1.1. экстренное кесарево сечение, проведенное в родах;
 - 5.3.1.2. ИМТ $> 40 \text{ кг/м}^2$;
 - 5.3.1.3. Повторная госпитализация после родов или пребывание в родильном доме более 3-х дней из-за развития гнойно-воспалительного процесса;
 - 5.3.1.4. Хирургические операции после родов: выскабливание матки, ампутация/экстирпация матки;
 - 5.3.1.5. Медицинские состояния и заболевания: например: рак, сердечная недостаточность, активная форма системной красной волчанки, воспалительная артропатия или воспалительные заболевания кишечника, нефротический синдром, декомпенсированный сахарный диабет, серповидноклеточная анемия, использование в\в катетеров длительное время
- 5.3.2. Критерии умеренного риска: сочетание 2-х из нижеуказанных факторов:**
- 5.3.2.1. возраст старше 35 лет;
 - 5.3.2.2. ожирение: ИМТ от 30 кг/м^2 и более;

- 5.3.2.3. паритет: 3 и более родов;
- 5.3.2.4. курение;
- 5.3.2.5. плановое кесарево сечение;
- 5.3.2.6. ВТЭО у родственников;
- 5.3.2.7. тромбофилии низкого риска;
- 5.3.2.8. выраженное варикозное расширение вен;
- 5.3.2.9. текущая системная инфекция;
- 5.3.2.10. неподвижность вследствие, например, параплегии; расхождения лона;
- 5.3.2.11. перенесенный в анамнезе тромбоз или операции на венах
- 5.3.2.12. *Состояния и осложнения при данной беременности:*
 - 5.3.2.12.1. многоплодная беременность;
 - 5.3.2.12.2. пре/эклампсия;
 - 5.3.2.12.3. преждевременные роды, связанные с тромбофилиями (например, антифосфолипидный синдром)
 - 5.3.2.12.4. мертворождение;
 - 5.3.2.12.5. оперативное вагинальное родоразрешение
 - 5.3.2.12.6. длительность родов более 24 часов;
 - 5.3.2.12.7. кровотечение более 1 000,0 мл или переливание компонентов крови
- 5.4. При умеренной группе риска тромбопрофилактику ВТЭО проводить не менее 10 дней после родов (С)**
- 5.5. Критерии низкого риска: выявление одного из факторов риска указанных в пунктах 5.3.2.**

- 5.6. Тромбопрофилактика при низкой группе риска: ранняя активация и избегать дегидратации (С).**
- 5.7. При присоединении следующих факторов риска у родильниц умеренной и низкой группы риска: длительное нахождение в стационаре, раневая инфекция, хирургические вмешательства в послеродовом периоде – проводить тромбопрофилактику до 42 дней послеродового периода или пока не будут устранены факторы риска (D).

Рекомендация 6. МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВТЭО

Для медикаментозной профилактики ВТЭО применяют прямые и непрямые антикоагулянты (1,2,3,5,8,13).

6.1. Прямые антикоагулянты:

- Нефракционированный гепарин (НГ): гепарин;
- Низкомолекулярный гепарин (НМГ): эноксапарин, далтепарин, тинзапарин

6.2. Непрямые антикоагулянты:

- препараты кумаринового действия: варфарин;
- инданодионового ряда – фенилин

- 6.3. Во время беременности используют прямые антикоагулянты: НГ и НМГ. Непрямые антикоагулянты, в частности варфарин во

время беременности противопоказан, но безопасен в послеродовом периоде.

6.4. Противопоказания к использованию антикоагулянтов:

- кровотечение до, во время или после родов или подозрение на внутрибрюшное кровотечение;
- коагулопатия;
- относительным противопоказанием является гематома, антикоагулянты можно назначить после гемостаза и опорожнения гематомы

6.5. требования к антикоагулянтной терапии во время беременности (13)

- до 12 недель использовать только НМГ;
- с 13 до 34-36 недель использовать НМГ или НГ. Помнить: НГ при длительном использовании у беременных приводит к переломам костей и остеопорозу у плода.
- Антикоагулянты непрямого действия использовать в исключительных случаях при оперированных пороках сердца. Информировать беременную о влиянии на плод.
- после 34-36 недель использовать вновь НМГ или НГ. Препарат выбора: НМГ.
- Беременной, перенесшим ВТЭО во время беременности, назначается НМГ подкожно каждые 12 часов до окончания беременности (уровень доказательности III).
- До начала терапии определить содержание тромбоцитов, анализы на коагуляцию, по показаниям определить функцию печени и почек.

- 6.6. С беременными, которые получают НМГ или НГ, провести консультирование о немедленном прекращении их введения с первой родовой схваткой.
- 6.7. В послеродовом периоде применяют прямые и непрямые антикоагулянты, включая варфарин.
- 6.8. Во время лактации можно проводить профилактику с использованием НГ или НМГ или варфарином (уровень В) вне зависимости от метода родоразрешения (уровень С). При использовании АВК – проводить контроль с использованием МНО с целевым уровнем от 2,0 до 3,0 (уровень В). Использование сулодексида кормящим проводится в индивидуальном порядке
- 6.9. Характеристика **нефракционированного гепарина (НГ)**.
- 6.9.1. Форма выпуска: флакон по 5,0 мл. В 1,0 мл содержится от 1 000 до 5 000 ЕД. гепарина.
- 6.9.2. Метод введения: п/к, в/в
- 6.9.3. Преимущества гепарина:
- короче период полураспада, чем у других антикоагулянтов;
 - имеет антидот (протамин сульфат);
 - быстрый эффект;
 - редко происходит передозировка
 - большой опыт применения

6.10. Недостатки НГ: при длительном использовании у беременных приводит к переломам костей и остеопорозу у плода.

6.11. Контроль дозы НГ проводится на основании:

6.11.1. содержания тромбоцитов, т.к. НГ снижает их содержание
Кратность анализа: каждые 2-3 дня до прекращения введения гепарина.

6.11.2. содержания АЧТВ, определение которого проводится:

- ✓ через 4-6 часов после введения нагрузочной дозы;
- ✓ через 6 часов спустя после любого изменения дозы;
- ✓ минимум один раз в день при введении поддерживающей дозы;
- ✓ целевой показатель АЧТВ: увеличить в 1,5-2,5 раза по отношению к норме

6.12. Дозировка НГ в зависимости от содержания АЧТВ

Соотношение АЧТВ большой к норме	Изменение дозы ЕД/кг/час в зависимости от АЧТВ	Дополнительная доза НГ	Следующее определение АЧТВ (через ... час)
Менее 1,2	+4	Повторный болюс 80 ЕД/кг	6

1,2-1,5	+2	Повторный болюс 40 ЕД/кг	6
1,5-2,5	Не менять		24
2,5-3,0	-2		6
Более 3,0	-3	Остановить инфузию на 1 час	6

6.13. Характеристика низкомолекулярного гепарина (НМГ)

- 6.13.1. Виды и форма выпуска: эноксапарин, далтепарин, тинзапарин;
- 6.13.2. Метод введения: п/к, в/в
- 6.13.3. **Преимущества НМГ по сравнению с НГ (Ib):**
- 6.13.3.1. Более низкий риск кровотечения, в т.ч. при использовании в родах и после родов;
- 6.13.3.2. Более низкая смертность у женщин (РКИ при ТГВ у небеременных);
- 6.13.3.3. **Не проходит плацентарный барьер;**
- 6.13.3.4. Более выраженная противотромботическая активность;
- 6.13.3.5. Более низкая выраженность побочных эффектов
- 6.13.4. **Недостатки НМГ:** не имеют антидота. При передозировке можно использовать свежемороженную плазму
- 6.13.5. **Противопоказания к НМГ (13)**

- 6.13.5.1. Заболевание, которое проявляется кровотечением (например, болезнь Виллебранда или коагулопатия);
- 6.13.5.2. Активное дородовое или послеродовое кровотечение;
- 6.13.5.3. Беременные, которые имеют риск массивного кровотечения, например, предлежание плаценты с наличием кровянистых выделений. При бессимптомном предлежании плаценты (отсутствии «мазни» можно назначать под строгим контролем)
- 6.13.5.4. Тромбоцитопения (содержание тромбоцитов менее $75 \times 10^9/\text{л}$);
- 6.13.5.5. Острый инсульт в предыдущие 4 месяца (геморагический или ишемический);
- 6.13.5.6. Тяжелое заболевание почек (скорость клубочковой фильтрации менее $30 \text{ мл/минуту}/1,73 \text{ м}^2$);
- 6.13.5.7. Тяжелое заболевание печени (протромбиновое время выше нормы);
- 6.13.5.8. Неконтролируемая гипертензия (САД – 200 ммртст и более; ДАД – 120 ммртст и более).
- 6.13.6. Примерная доза НМГ для профилактики ВТЭО во время беременности и после родов (13)

Препарат	Вес женщины в кг.				
	Менее 50	50 - 90	91- 130	131- 170	более 170 кг
Эноксапарин (мг х 1 раз в день)	20	40	60	80	0,6 мг/кг/ день
Далтепарин (ед х 1 раз в день)	2 500	5000	7 500	10 000	75 ед\кг/ день
Тинзапарин (ед х 1 раз в день)	3 500	4 500	7 000	9 000	75 ед\кг /день

6.13.7. Терапия НМГ во время беременности

6.13.7.1. Начальное антикоагулянтное лечение у беременных необходимо начинать низкомолекулярным гепарином до исключения диагноза (С).

Лечение терапевтическими дозами НМГ подкожно должно проводиться в течение оставшегося периода беременности (В)

6.13.7.2. **Контроль дозы НМГ:** При использовании НМГ нет необходимости проводить мониторинг содержания тромбоцитов, кроме случаев, когда НМГ назначают после НГ. Проводится контроль активности анти Хагемана – 0,5-1,2 ед/мл. при весе пациентки менее 50 кг или более 90 кг или

при нарушении функции почек и повторных ВТЭО (13)

6.14. Антикоагулянты непрямого действия

6.14.1. Антикоагулянты непрямого действия – конкурентные ингибиторы витамина К. К ним относят препараты кумаринового действия: варфарин, инданодионового ряда – фенилин

6.14.2. *Механизм действия:* Препятствуют витамин К-зависимому синтезу факторов свёртывания в печени: фибриногена, факторов VII, IX, X, тормозят синтез противосвёртывающих факторов протеина С и S.

6.14.3. С началом приёма антикоагулянтов непрямого действия уровень протеина С и S снижается, **что может временно повысить риск тромбозов и ТЭЛА.** Для профилактики этих осложнений в первые 7-10 суток до 14 суток приёма варфарина назначают/продолжают НФГ или НМГ.

6.14.4. **Применение антикоагулянтов непрямого действия во время беременности:**

6.14.4.1. В **I** триместре беременности **противопоказаны**, так как вызывают хондродисплазии, гипоплазию хрящей носа и нарушение структуры костей;

6.14.4.2. Во **II** и **начале III**-его триместра назначают исключительно при ТЭЛА и протезированных клапанах сердца. За 10-14 дней до назначения варфарина продолжают

или начинают введение гепарина. После достижения целевых показателей – гепарин отменяют.

6.14.4.3. **В конце беременности** приём варфарина сопровождается высоким риском внутрочерепного кровоизлияния у плода

6.14.4.4. **Применение антикоагулянтов непрямого действия после родов**

- Варфарин назначают после родов внутрь однократно в одно и то же время суток, начальная доза 5 мг/сутки. Далее режим устанавливают индивидуально от 2,5 мг до 7,5 мг в сутки в зависимости от данных коагулограммы, опасности тромбоза.
- За 10-14 дней до назначения варфарина продолжают или начинают введение гепарина. После достижения целевых показателей – гепарин отменяют.
- Длительность использования варфарина: 12 месяцев и более после родов.

6.14.5. Контроль дозы варфарина:

- МНО определяют вначале каждые 5-7 дней до достижения МНО 2,0-3,0, а затем каждые 4 недели. При сочетании с гепарином – чаще и/или
- ПТВ - увеличение в 1,5-2 раза;
- тромбоциты 150-400 x 10⁹/л;
- фибриногена – 2-4 г/л,
- АлАТ и микрогематурии.

Рекомендация 7. Дополнительные консультации специалистов у беременных /рожениц/ родильниц высокой и умеренной групп риска ВТЭО

- 7.1. При выявлении факторов высокой и умеренной (промежуточной) группы риска показана консультация сосудистого хирурга, анестезиолога-реаниматолога.
- 7.2. Цель консультации: согласовать профилактику ТЭЛА, решить вопрос о пролонгировании беременности, определить место, время и способ родоразрешения.
- 7.3. Консультации других специалистов по показаниям

Рекомендация 8. Особенности начала тромбопрофилактики в послеродовом периоде с использованием НМГ или НГ для уменьшения риска геморрагических осложнений:

- 8.1. Если родильница получала НМГ или НГ до родов:
- 8.2. возобновить их введение не раньше, чем через 4-6 часов после вагинальных родов (уровень С) и через 8-12 часов после окончания КС, можно раньше, как при вагинальных родах
- 8.3. при наличии высокого риска кровотечения проводить только механическую профилактику – компрессионный трикотаж

Рекомендация 9. Тромбопрофилактика до и после операции кесарева сечения (2,3,13,15).КС в плановом порядке повышает риск ВТЭО в 2 раза, в экстренном порядке в 4 раза.

- 9.1. При плановой операции КС избегать лечебных доз НМГ в течение 12 часов до начала операции.
- 9.2. Не использовать регионарные методы обезболивания, в т.ч. эпидуральную анестезию, если НМГ не были отменены 12 часов назад до начала КС.
- 9.3. Введение антикоагулянтов можно начать через 8-12 часов, можно раньше, как после вагинальных родов
- 9.4. После родов лечение НГ и НМГ можно заменить АВК. Лечение продолжать не менее 6 недель после родов с минимальным общим периодом в 3 месяца. АВК можно назначать кормящим матерям.
- 9.5. Если операция КС проведена в плановом порядке - проводить механическую профилактику: компрессионный трикотаж. Местно можно использовать гепариновую мазь;
- 9.6. Если операция КС проведена в плановом порядке при наличии одного и более факторов риска - проводить механическую профилактику: компрессионный трикотаж **плюс** НМГ в течение 7 дней (уровень С);
- 9.7. Если операция КС проведена в экстренном порядке - проводить профилактику ВТЭО: компрессионный трикотаж **плюс** НМГ в течение 7 дней
- 9.8. Тромбопрофилактическая доза НМГ вводится через 8-12 часов после окончания КС, можно раньше, как при вагинальных родах:

эноксипарин 40 мг.или дальтепарин 5 000 ЕД.
или тинзапарин 75 МЕ/кг.

- 9.8.1. Женщинам, которые получали терапевтические дозы НМГ зашивать кожу отдельными узловыми швами с дренированием подкожного пространства.
- 9.9. Риск развития гематомы составляет около 2% при применении НМГ и НГ одинаково.

Рекомендация 10. Организация медицинской помощи при ВТЭО в акушерстве

10.1. Учреждения, оказывающие медицинскую помощь при ВТЭО

10.1.1. Госпитализация пациенток с симптомами ВТЭО осуществляется в многопрофильную больницу областного/республиканского уровня. При отсутствии акушерских осложнений госпитализация осуществляется в отделение реанимации и интенсивной терапии сосудистого центра. При наличии акушерских осложнений медицинская помощь оказывается в родильном стационаре 3 уровня:

- 10.1.1.1.** для жительниц г.Душанбе – ГУ «Истиклол»;
- 10.1.1.2.** для сельских жительниц районов республиканского подчинения – НИИ АГиП;
- 10.1.1.3.** для жительниц Кулябской зоны Бохтарской области - перинатальный Центр в структуре

- клинической больницы имени А.Хакназарова город Куляб
- 10.1.1.4.** для жительниц Курганской зоны Бохтарской области областной родильный дом в структуре областной клиники города Бохтар
- 10.1.1.5.** для жительниц ГБАО – перинатальный центр г.Хорог
- 10.2.** Лечебно-диагностические мероприятия, ведение беременности, родов и послеродового периода при ВТЭО осуществляются *ex consilium* в зависимости от клинической ситуации. В состав консилиума привлекать врачей высшей/первой квалификационной категории: акушеров – гинекологов, анестезиологов-реаниматологов, сосудистых хирургов, пульмонолога, кардиологов, трансфузиологов. При необходимости – торакальных и кардиохирургов
- 10.3.** В зависимости от формы ВТЭО консилиум должен решить следующие задачи:
- 10.3.1.** сердечно – лёгочная реанимация и интенсивная терапия кардиопульмонального шока;
- 10.3.2.** ведение и возможность пролонгирования беременности, выбор метода родоразрешения и ведение послеродового периода;

- 10.3.3.** антикоагулянтная и антитромботическая терапия во время беременности, родоразрешении и послеродовом периоде;
- 10.3.4.** специализированная помощь: проведение тромболитика и/или тромболитики или имплантация зонтичного кава-фильтра в нижнюю полую вену (решение принимают сосудистые хирурги).
- 10.3.5.** профилактика дальнейшего тромбообразования и роста тромбов;
- 10.3.6.** Пациентке с ВТЭО, которая развилась в стационаре, медицинская помощь оказывается в учреждении, где произошло осложнение. Вопрос о переводе в специализированное учреждение определяет консилиум, на который необходимо пригласить консультанта из учреждения, куда планируется перевод
- 10.3.7.** Наблюдение во время беременности и за родильницей с ВТЭО при отсутствии акушерских осложнений осуществляется в специализированной клинике;
- 10.3.8.** Ведение беременности при ВТЭО зависит от: тяжести состояния пациентки; срока беременности; состояния плода; акушерских осложнений и ЭГЗ
- 10.3.9.** Обследование при ВТЭО должно быть организовано так быстро, как можно.

Рекомендация 11. Обследование беременных и родильниц при ВТЭО

- 11.1. Точная диагностика ТЭЛА возможна лишь в высокоспециализированных учреждениях с использованием рентгена и КТ-ангиографии лёгких (5,8,13). Однако, риск ТЭЛА имеют и беременные/родильницы, госпитализированные в отдельные родильные дома или родильные отделения 2-3 уровня. Поэтому при отсутствии надлежащего оборудования, **рекомендуется использовать алгоритм YEARS**, в котором используются безопасные методы, выполнимые в условиях родильных учреждений Таджикистана (14).
- 11.2. Согласно адаптированному алгоритму YEARS при подозрении на ВТЭО необходимо определить D-димер и провести оценку всех беременных по трём клиническим критериям (14)
- 11.2.1. клинические признаки ТГВ;
- 11.2.2. кровохарканье;
- 11.2.3. по данным анамнеза и клиническим показателям наиболее вероятным диагнозом является ТЭЛА
- 11.3. **При наличии любого симптома ТГВ провести компрессионное УЗИ нижних конечностей, чтобы избежать ненужного облучения, так как диагноз ТГВ подтверждает ТЭЛА (Шв, С: 5).**

- 11.3.1. Если при УЗИ ТГВ подтверждается – дальнейшее исследование не проводить, назначить антикоагулянтную терапию;
- 11.3.2. Если при УЗИ ТГВ не подтверждается – провести КТ-ангиографию, при отсутствии возможности - рентген лёгких.
- 11.3.3. КТ-ангиографию лёгких проводить только при следующих условиях: ↓▼
- 11.3.4. Содержание D –димера > 500 нг/мл и был положителен по крайней мере **один из трёх** клинических критериев алгоритма YEARS: клинические признаки ТГВ и\или кровохарканье и\или на основании анамнеза и клинических данных наиболее вероятный диагноз – ТЭЛА **или**
- 11.3.5. Содержание D –димера > 1000 нг/мл вне зависимости от клинических критериев алгоритма YEARS (14)
- 11.3.6. Лечебно-диагностическая тактика при наличии симптомов ТГВ:

При наличии любого симптома ТГВ провести компрессионное УЗИ нижних конечностей	
↓▼	↓▼
при УЗИ ТГВ подтвержден	при УЗИ ТГВ не подтверждается
↓▼	↓▼

– дальнейшее исследование не проводить,	Определить уровень D – димера	
	↓▼	↓▼
	D –димер <500нг/мл	D –димер > 500 нг/мл и был положителен по крайней мере один из трёх клинических критериев алгоритма YEARS D –димер > 1000 нг/мл вне зависимости от клинических критериев алгоритма YEARS
↓▼	↓▼	↓▼
Назначить антикоагулянтную терапию (рекомендация 12)	ТЭЛА исключен	наиболее вероятный диагноз – ТЭЛА
		↓▼
		Провести КТ-ангиографию лёгких
		↓▼
		Назначить антикоагулянтную терапию

- 11.4. Другие диагностические методы используются по рекомендации кардиолога и сосудистого хирурга, исходя из возможности учреждения: ангиография лёгочной артерии - эталонный метод диагностики (С), ЭКГ; Эхокардиография; спиральная компьютерная томография, МРТ; вентиляционно-перфузионная сцинтиграфия др.(5,8).

Рекомендация 12. Принципы антикоагулянтной терапии у беременных с ТГВ ног (RCOG)

- 12.1. Обеспечить возвышенное положение ног и эластическую компрессию нижних конечностей.
- 12.2. Начальное антикоагулянтное лечение ТГВ ног: лечение начинать с использованием НГ или низкомолекулярного гепарина (С)
- 12.3. Введение антикоагулянтов – компетенция сосудистого хирурга: можно рекомендовать:
- 12.3.1. Нагрузочная доза НГ 5000 ЕД в/в.
- 12.3.2. Поддерживающая доза НГ - в/в капельно со скоростью 1 000-2 000 ЕД в час. или п/к каждые 12 часов по 15 000 – 20 000 ЕД.
- 12.3.3. Контроль АЧТВ проводится через 6 часов. Целевой показатель АЧТВ: нужно увеличить по отношению к норме в 1,5-2 раза **или**
- 12.3.4. П/к введение НМГ под контролем анти-Ха, который должен составить 0,8-1,0 ЕД/мл через 3-4 часа. Каждые 5 суток определять количество тромбоцитов.

- 12.3.5. при необходимости продолжать лечение гепарином у женщин с высоким риском кровотечения: использовать НГ в\в, пока не исчезнут факторы риска, так как у НГ короче период полураспада и есть антидот, в отличии от других антикоагулянтов.
- 12.3.6. Факторы высокого риска кровотечения: тяжёлое дородовое кровотечение, коагулопатия, гематома раны, подозрение на внутреннее и послеродовое кровотечение

12.4. Для оценки эффективности лечения проводить ультразвуковое дуплексное ангиосканирование:		
↓▼	↓▼	↓▼
12.5. При отрицательном результате и нечётко выраженной клинике – можно прекратить лечение антикоагулянтами (С)	12.6. При отрицательном результате и выраженной клинике – продолжить лечение антикоагулянтами (С) ↓▼ 12.7. Через неделю повторить ультразвуковое дуплексное ангиосканирование, при отрицательном результате – лечение прекратить;	12.8. При положительном результате – лечение следует продолжить.

12.9. Решить с сосудистым хирургом вопрос о хирургической профилактике ТЭЛА (введение кава-фильтра; пликация или лигирование вен)

12.10. Особенности лечения ТГВ во время родов:

При планируемых родах отменить НГ и НМГ за 24 часа до родов. Если неизвестно начало родов использовать только НГ, так как он имеет антидот – протамин сульфат. Информировать пациентку: с первой схваткой вызвать акушера-гинеколога для решения вопроса о прекращении применения антикоагулянтов с началом родовой деятельности.

12.11. Особенности лечения ТГВ после родов

12.11.1. Профилактика ТГВ: ранняя активация. При отсутствии возможности (продлённая ИВЛ)– перемежающаяся компрессия ног на всё время иммобилизации. Не использовать при остром ТГВ.

12.11.2. Для длительного лечения (месяцы) использовать варфарин. В течение первых 5-7 суток вместе с варфарином дополнительно вводить НМГ до достижения МНО – 2,0-3,0. При ТГВ во время беременности антикоагулянтная терапия после родов продолжается не менее 3-х месяцев

Рекомендация 13. Неотложная терапия ВТЭО в остром периоде (1, 8)

При подозрении на ВТЭО проводить неотложную помощь, направленную на профилактику прогрессирования заболевания и предупреждение ТЭЛА, определить или исключить факторы риска, в т.ч. тромбофилии, предрасполагающие к ним. Наиболее частые и первые симптомы ТЭЛА – одышка и тахипноэ.

13.1. Шаг 1. позвать на помощь: анестезиолога-реаниматолога, ведущих акушеров-гинекологов, лаборанта, функционалиста, администрацию. Организовать срочный консилиум в составе сосудистого хирурга, кардиолога, трансфузиолога. При необходимости - торакальных и кардиохирургов

13.2. Шаг 2. положить на левый бок;

13.3. Шаг 3. при снижении SO_2 менее 95 % - обеспечить подачу кислорода через носовые канюли. ИВЛ проводится при отсутствии эффекта от не инвазивной кислородотерапии

13.4. Шаг 4. Катетеризировать 2 локтевые вены.

13.4.1. Первая вена используется для фармакологической терапии острой правожелудочковой недостаточности: При снижении АД в первую вену немедленно начать инфузию кристаллоидов 500,0 мл в течение 15-30 минут + вазопрессоры. Использовать норэпинефрин 0,2 – 1, мг/кг/мин и добутамин 2-20 мг/кг/мин.

- 13.4.2. Вторая вена: Забор крови для определения D-димера, АЧТВ, ПИ, тромбоцитов
- 13.5. Введение антикоагулянтов по схеме: НГ препарат выбора (13)
- 13.5.1. в\в болюсно ввести НГ 5 000 ЕД или из расчёта 80 ЕД на 1 кг веса пациентки;
- 13.5.2. В течение 5-7 дней - постоянная в\в инфузия НГ 18 ЕД на 1 кг веса пациентки в час или 30 000 ЕД за сутки при весе 70 кг
- 13.5.3. Примерная доза НМГ для лечения ВТЭО во время беременности и после родов (5)

Препарат	Доза	Кратность введения
Эноксапарин	1 мг/кг	каждые 12 часов п\к\
	или 1,5 мг\кг	1 раз в сутки п\к
Далтепарин	100 МЕ/кг	каждые 12 часов п\к
	200 МЕ/кг	1 раз в сутки п\к
Тинзапарин	175 ЕД/кг	1 раз в сутки п\к

- 13.5.4. НМГ – терапевтические дозы в течение 10-14 дней, профилактические дозы до конца беременности и первые 6 недель после родов или

- 13.5.5. НГ в\в 5 дней болюсно далее постоянная инфузия под контролем АЧТВ с переходом на п\к введение НГ или НМГ в течение всей беременности и первые 6 недель после родов
- 13.5.6. Каждые 6 часов в первые сутки и далее – каждый день – контроль АЧТВ
- 13.6. Каждый день контроль количества тромбоцитов для исключения тромбоцитопении, вызванной гепарином (гепарининдуцированная тромбоцитопения)
- 13.7. Начать прием варфарина в тот же день, когда начато введение НГ
- 13.8. Отменить гепарин при стабильном МНО >2, 0 в течение 48 часов, но не раньше, чем через 5 дней после начала терапии
- 13.9. Варфарин назначить на период не менее 3-х месяцев (под контролем МНО, целевое значение МНО – 2,0-3,0)
- 13.10. При любой форме ВТЭО немедленная госпитализация.

РЕКОМЕНДАЦИЯ 14. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ И АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТЭЛА (13)

- 14.1. Ведение беременности при ТЭЛА**
- 14.1.1. Ведение беременности при ТЭЛА в первом триместре (0-13 недель)**
 - 14.1.1.1. Неотложная помощь
 - 14.1.1.2. Беременность прервать после ликвидации кардиопульмонального шока, ликвидации

тромбоза и стабилизации состояния женщины. Причиной прерывания беременности является тяжесть заболевания, рентгенологическое облучение плода при проведении диагностических мероприятий, необходимость длительной антикоагулянтной и противотромботической терапии.

14.1.1.3. Время прерывания определяет консилиум, в составе: сосудистый хирург, кардиолог, акушер – гинеколог и анестезиолог-реаниматолог, ведущее слово – за сосудистым хирургом. Метод прерывания решают совместно

14.1.2. Ведение беременности при ТЭЛА во втором и третьем триместре (14-40 недель)

14.1.2.1. Неотложная помощь

14.1.2.2. Ex consilium в составе: кардиолог, сосудистый хирург, акушер – гинеколог и анестезиолог-реаниматолог, решить вопрос о пролонгировании беременности.

14.1.2.3. Метод прерывания решают совместно. При пролонгировании беременности - совместное наблюдение. На протяжении всей беременности – **непрерывная** антикоагулянтная терапия

14.1.2.4. Не следует сразу прекращать беременность, это **не первоначальный этап борьбы** с ТЭЛА, так как беременность не является причиной заболевания, а фактором, который ухудшает состояние.

14.1.2.5. При успешной терапии ТЭЛА, удовлетворительном состоянии беременной

- и отсутствии патологии плода – беременность можно вынашивать, но не сохранять.
- 14.1.2.6. Беременность прервать при ухудшении состояния, то есть: нарастании или развитии лёгочной гипертензии, присоединении акушерских осложнений, которые требуют экстренного прерывания или родоразрешения.
- 14.1.2.7. При прерывании беременности или родоразрешении подготовить компоненты крови (СЗП не менее 1,0л), трансфузионную бригаду поставить в известность при наличии условий для полноценного обследования и лечения коагулопатии или сразу пригласить трансфузионную бригаду при отсутствии условий для полноценного обследования и лечения коагулопатии (лабораторные методы исследования)
- 14.1.2.8. Прерывание беременности/родоразрешение проводить в перинатальном центре, областном РД или клиниках г.Душанбе
- 14.2. Ведение родов и родоразрешение при ВТЭО (5,8,13)**
- 14.2.1. Тактика ведения родов определяется консилиумом, который организовывается немедленно. Состав консилиума: ведущие акушеры-гинекологи, анестезиологи-реаниматологи, неонатолог, сосудистый хирург, кардиолог, трансфузиолог. Другие специалисты – по показаниям
- 14.2.2. Способ родоразрешения (абдоминальный или через естественные родовые пути)

- определяется по согласованию с сосудистым хирургом.
- 14.2.3. Акушерские показания определяет акушер-гинеколог
 - 14.2.4. Роды через естественные родовые пути возможны при наличии условий: удовлетворительное состояние беременной, плода, давность ТЭЛА более 1 месяца, беременной был введен каво-фильтр
 - 14.3. **Антикоагулянтная терапия в родах**
 - 14.3.1. Информировать беременных, получающих поддерживающие дозы гепарина о его прекращении с началом родов из-за риска кровотечения. Им следует подробно разъяснить признаки начала родовой деятельности.
 - 14.3.2. При спонтанных родах у женщин, которым вводился НГ, определить АЧТВ. При выраженном удлинении АЧТВ – ввести антидот - протамин сульфат для снижения риска кровотечения. Если роды начинаются спонтанно, т.е. внезапно – ввести протамин-сульфат немедленно.
 - 14.3.3. Если принято решение об индукции родов – введение НГ прекратить за 24 часа до родов (13).
 - 14.3.4. При плановой операции КС отменить гепарин за 24 часа до операции.
 - 14.3.5. Региональную анестезию не использовать, пока не пройдет 24 часа после последней дозы антикоагулянта.
 - 14.3.6. Эпидуральный катетер нельзя удалять в течение 12 часов после последней дозы гепарина из-за риска гематомы.

14.4. Показания к операции кесарево сечение при ТЭЛА (Рекомендации РФ):

- 14.4.1. ТЭЛА во время беременности с последующей антикоагулянтной терапией;
- 14.4.2. Лёгочная гипертензия, отсутствие кава фильтра после перенесенной ТЭЛА
- 14.4.3. Показания со стороны матери и плода
- 14.4.4. Кесарево сечение при подозрении на ВТЭО проводится с участием сосудистого хирурга. Во время КС при отсутствии кава фильтра у беременной, сосудистый хирург, по возможности, выполняет пликацию нижней полой вены механическим швом или имплантирует кава фильтр

14.5. Ведение послеродового периода при ВТЭО

- 14.5.1. Совместное ведение акушера-гинеколога, анестезиолога-реаниматолога и сосудистого хирурга;
 - 14.5.2. Продолжать введение НМГ или НГ с постепенным переходом на антикоагулянты непрямого действия (варфарин);
 - 14.5.3. Длительный приём – более 6 месяцев, иногда всю жизнь непрямых антикоагулянтов под наблюдением сосудистого и кардиохирурга, кардиолога и др. специалистов;
 - 14.5.4. Мониторинг гемостазиограммы – не реже 1 раза в месяц;
 - 14.5.5. Послеродовая контрацепция, если во время КС не была проведена стерилизация
- 14.6. Антикоагулянтная терапия после родов**
- 14.6.1. Лечебная антикоагулянтная терапия продолжается в течение всей беременности и в течение 6 недель после родов. Как

- минимум продолжительность лечения должна составлять 3 месяца.
- 14.6.2. Родильнице необходимо предоставить выбор между НМГ и непрямыми антикоагулянтами. Консультировать также о необходимости регулярного мониторинга анализов крови при приёме варфарина, особенно в течение первых 10 дней
 - 14.6.3. НГ, НМГ, варфарин не противопоказаны при грудном вскармливании
 - 14.6.4. При выборе НМГ в послеродовом периоде можно использовать дозы, которые принимала во время беременности или рекомендовать дозы, которые производитель использует для небеременных: эноксапарин 1,5 мг/кг 1 раз в день, дальтепарин 10 000 – 18 000 ЕД один раз в день, тинзапарин 175 ЕД/кг 1 раз в день.
 - 14.6.5. Использование варфарина – отложить до 3-го дня после родов, до этого продолжать НГ или НМГ. У женщин с риском кровотечения после родов следует избегать приёма варфарина в течение первых 3-х суток после родов.
 - 14.6.6. Ежедневно определять МНО при замене НМГ варфарином во избежание гиперкоагуляции. Гепарин продолжать вводить до того, как МНО увеличится более 2,0 в течение 2-х дней подряд.
 - 14.6.7. При выписке из родильного дома оценить посттромботическое поражение вен, тесты тромбофилии, при необходимости – повторить.

- 14.6.8. Провести консультирование о тромбпрофилактике при последующей беременности

Рекомендация 15. Особенности анестезиологического пособия для профилактики и лечения ВТЭО (5, 8, 13, 15)

- 15.1. Анестезиолог-реаниматолог перед проведением анестезии всегда должен оценивать факторы риска ВТЭО. Факторы риска, обследование, лечебно-профилактические мероприятия должны быть **документированы** в истории родов.
- 15.2. При травматической регионарной анестезии (FDA) отложить применение антикоагулянтов. Избегать применения НПВС (FDA).
- 15.3. На фоне ВТЭО или лечения антикоагулянтами:
- 15.4. Спинальная анестезия при ВТЭО рекомендована при наличии лёгочной гипертензии и отсутствии дыхательной недостаточности.
- 15.5. Для выбора метода обезболивания у беременных/рожениц, получающих антикоагулянты, анестезиолог должен знать время приёма препаратов. В экстренных случаях - провести терапию, направленную на инактивацию действия антикоагулянтов.
- 15.6. Спинальную анестезию можно использовать только *через 12 часов* после введения НМГ.
- 15.7. До начала введения гепарина, по возможности, удалить спинальный катетер (FDA). Если спинальный катетер в

настоящий момент удалять нельзя – его следует удалить через **10-12** часов после последней дозы НМГ и за 2 часа до следующего введения (FDA)

- 15.8. Регионарные методы анестезии противопоказаны при:
- 15.8.1. тромбоцитопении менее 100×10^9 ;
- 15.8.2. при МНО и АЧТВ менее 1;
- 15.8.3. гипокоагуляции по данным тромбоэластографии

Приложение 1.

Изменения в системе гемостаза во время беременности (3,4)

Факторы гемостаза	Норма	
	вне беременн ости	во время беременности
Фактор I. Фибриноген, г/л	2,0-4,5	4,0-6,5
Фактор II. Протромбин, %	75-125	100-125
Фактор V. Проакцелерин, %	75-125	100-150
Фактор VII. Проконвертин, %,	75-125	150 - 250
Фактор VIII. Антигемо- фильный глобулин А %	75-150	200 - 500

Фактор IX. Кристмаса, %	75-125	100-150
Фактор X, Стюарта-Прауэра %	75-125	150 - 250
Фактор XII, Хагемана%	75-125	100-200
Фактор XIII, фибринстабилизирующий, %	75-125	35-75
Д-димер, мг/л	менее 0,5	0,13-1,7
Тканевой активатор плазминогена, мкг/л	1,6-13	3,3-9,2
Ингибиторы активатора плазминогена, %	100	увеличивается
Фактор Виллебранда, %	100	увеличивается
Протеин С, %	100	не меняется
Протеин S, %	100	уменьшается
Антитромбин, %	80-130	не меняется
Тромбоциты, 10^9	150 - 350	не меняется
Международное нормализованное отношение	0,9-1,1	0,9-1,1

Приложение 2.

Факторы риска ТЭЛА во время беременности.

Вероятность ВТЭО возрастает при наличии факторов риска, например при вспомогательных репродуктивных технологиях. Другими важными факторами риска являются перенесенный эпизод ВТЭО, ожирение, сопутствующие заболевания, мертворождение, пре/эклампсия, послеродовое кровотечение, кесарево сечение (6,10).

Степень риска ВТЭО в акушерстве делят на высокий, умеренный и низкий.

Самую высокую и опасную группу риска представляют пациенты, перенесшие ВТЭО или страдающие тромбофилией, т.е. повышенной склонностью к тромбозу. Тромбофилии делят на приобретенные и наследственные (врождённые).

К наследственным тромбофилиям относятся генетические мутации факторов свёртывания (мутация фактора Лейдена или протромбина, дефицит АТ III, резистентность к активированному протеину С, дефицит протеина S и др.). Их диагностируют у 20-50% пациенток с ВТЭО во время беременности. **Больные имеют пожизненный риск тромбоза.**

**Оценка риска ВТЭО во время беременности
по RCOG (2015)**

Факторы риска		Баллы
Существующие ранее факторы риска		
ВТЭО в анамнезе (кроме единственного эпизода связанного с обширным оперативным вмешательством)		4
Предыдущий эпизод связанный с обширным оперативным вмешательством		3
Известная тромбофилия высокого риска		3
Сопутствующие заболевания, например: рак, СН, активная СКВ, воспалительная полиартропатия или воспалительные заболевания кишечника, нефротический синдром, СД типа 1 с нефропатией, серповидно-клеточная анемия, использование в\в наркотиков		3
Семейный анамнез		1
Известная тромбофилия с низким риском (без эпизодов ВТЭО)		1
Возраст старше 35 лет		1
Ожирение	ИМТ ≥ 30 кг/м ²	1
	ИМТ ≥ 40 кг/м ²	2
Паритет: ≥ 3		1
Курение		1

Грубые варикозные вены	1
Акушерские факторы риска	
Преэклампсия при данной беременности	1
ВРТ/ЭКО	1
Многоплодная беременность	1
Кесарево сечение в родах	2
Кесарево сечение плановое	1
Другое оперативное родоразрешение	1
Длительные роды ≥ 24 часов	1
Кровопотеря более 1000,0 мл или проводилось переливание компонентов крови	1
Преждевременные роды при данной беременности при сроке ≤ 37 недель (АФС, хориоамнионит)	
Мертворождение при данной беременности	1
Преходящие факторы риска	
Любая операция во время беременности или после родов, например, аппендэктомия, ДХС, кроме перинеорафии	3
Неукротимая рвота	3

Синдром гиперстимуляции яичников только в первом триместре данной беременности	4
Инфекция при данной беременности	1
Иммобилизация, обезвоживание	1
Всего баллов:	

Общее количество баллов

- ≥ 4 балла – тромбопрофилактика проводится с первого триместра;
- 3 балла – тромбопрофилактика проводится с ≥ 28 недель;
- ≥ 2 после родов, рассматривают тромбопрофилактику в течение по крайней мере 10 дней;
- При дородовой госпитализации рассматривают тромбопрофилактику
- При длительной госпитализации более 3-х дней или повторной госпитализации в больницу в течение послеродового периода рассматривают тромбопрофилактику
- Для пациенток с идентифицированным риском кровотечения баланс риска кровотечения и тромбов обсуждается с гематологом, с экспертными знаниями по вопросам тромбов и кровотечений во время беременности

Можно использовать оценку риска как очень высокий, высокий, промежуточный по RCOG (13)

Риск	Анамнез	Рекомендации
Очень высокий	<ul style="list-style-type: none"> • Перенесенные ранее ВТЭО на фоне длительного приёма варфарина; • Дефицит АТ-III; • АФС с ВТЭО в анамнезе 	<ul style="list-style-type: none"> • Во время беременности варфарин отменить • назначить НМГ в терапевтических дозах. • Не менее 6 недель после родов назначить НМГ или Варфарин в терапевтических дозах
Высокий	<ul style="list-style-type: none"> • Многократные эпизоды ВТЭО в анамнезе; • Однократная ВТЭО в анамнезе; • ВТЭО в анамнезе при наличии тромбофилии • ВТЭО в анамнезе + семейный анамнез ВТЭО • Бессимптомная тромбофилия высокого риска 	<ul style="list-style-type: none"> • Во время беременности и в течение 6 недель послеродового периода назначить НМГ в профилактических дозах

<p>Промежуточный</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Однократная ВТЭО в анамнезе, связанная с транзиторным фактором риска, который отсутствует в настоящее время, без тромбофилии, семейного анамнеза или других факторов риска • Бессимптомная тромбофилия (за исключением тромбофилии высокого риска) 	<ul style="list-style-type: none"> • Во время беременности не назначать рутинную профилактику НМГ. • В течение 7 дней послеродового периода (или 6 недель при наличии семейного анамнеза или других факторов риска) назначить НМГ в профилактических дозах.
----------------------	---	---

Приложение 3 Антифосфолипидный синдром (13)

Самый распространённый вид **приобретенных** тромбофилий – антифосфолипидный синдром (АФС), который является причиной ТЭЛА, тромбозов глубоких вен ног, внутривенных, печеночных (синдром Бадда - Киари), почечных, ретинальных и полых вен. Принимая во внимание значение АФС в

акушерстве, приводим краткие сведения. В основе синдрома лежит образование антител к собственным фосфолипидам, которые располагаются на мембранах большинства клеток (тромбоцитов, эндотелиоцитов, клеток нервной клетки и пр.).

Диагностика АФС основана на сочетании анамнеза и данных лабораторных исследований:

а. данные анамнеза, которые включают:

- венозные или артериальные тромбозы различной локализации;
- осложнения беременности: неразвивающаяся беременность, привычноеневынашивание при сроке гестации до 10 недель или потеря хотя бы одна потеря плода после 10 недели беременности, пре/эклампсия, ЗРП;

б. лабораторное исследование: двукратное выявление в среднем или высоком титре с интервалом в 12 недель:

- волчаночного антикоагулянта **и/или**
- антикардиолипиновых антител **и/или**
- антител к $\beta 2$ -гликопротеину¹ **и/или** определении фактора Ха.

В настоящее время в Республике Таджикистан лабораторная диагностика АФС возможна в специализированных лабораториях центрах переливания крови (г.Душанбе).

Приложение 4

Средние показатели факторов свёртывания крови *

Фаза гемостаза	Контролируемый показатель	Норма
Первичный гемостаз	Количество тромбоцитов, $\times 10^9$	150-400
I фаза	АЧТВ, в сек	35-40
II фаза	Протромбиновое время, в сек	12-14 сек
	Протромбиновый индекс	0,8 – 1,0 сек или 80-105%
	МНО	0,7 -1,1
III фаза	Концентрация фибриногена, г/л	2,0-4,0
	Тромбиновое время, в сек	12-17
	ПДФФ, в мкг/мл	2-5
	*Ддимеры, в мкг/л	Менее 500
	Антитромбин III, в %	80-120

*Определение параметров свёртывания крови для диагностики ВТЭО не информативно, их применяют для оценки эффективности лечения. Анализ результатов проводится совместно с трансфузиологом, имеющим специфическую квалификацию в этой области.

Приложение 5

Патогенез и клинико-лабораторные методы диагностики ТЭЛА

Патогенез ТЭЛА включает 2 основных звена: механический и гуморальный. Первое из них связано с уменьшением диаметра сосудов, которые отходят от легочного ствола. В результате увеличивается легочное сосудистое сопротивление с развитием легочной гипертензии, острой правожелудочковой недостаточностью, тахикардией, снижением сердечного выброса и АД. Второе звено не связано с размерами тромба. Поэтому эмболия небольшой ветви легочной артерии приводит к значительным нарушениям гемодинамики. Тромбоцит, который оседает на свежем тромбе способствует освобождению серотонина, гистамина, тромбоксана и др. веществ, которые вызывают сужение легочных сосудов (1,5,8).

Начальным этапом тромбогенеза является повреждение эндотелия, в результате снижается содержание простациклина и оксида азота, которые вырабатываются эндотелием. Последний прекращает играть защитную функцию, более того, синтезирует вещества, повышающие свертывание, например, фактор Виллебрандта.

Формирование тромба, который по Вирхову, образуется в результате снижения скорости кровотока, контакта крови с поврежденным эндотелием, повышения свертывания крови (Приложение 1). Все

перечисленные факторы имеют место при беременности и её осложнениях

Чаще источником ТЭЛА является эмбол, который образуется в бедренно-подвздошном треугольнике. Он увеличивается в размерах, но не может полностью прилипнуть к стенке вены. Образуется массивный тромб, который как бы «висит» на стенке вены («флотирующий» или плавающий тромб).

1. Отрыв всего или части тромба, который далее из нижней полой вены мигрирует в правое сердце, а затем в легочную артерию и закрывает её просвет (механическое звено) ↓ ▼
2. Повышение давления в легочной артерии ↓ ▼
3. Дилатация легочной артерии → регургитация по трёхстворчатому клапану → возвратно-поступательный кровоток в легочную артерию → развитие острой правожелудочковой, а затем - левожелудочковой недостаточности.
4. Повышению давления в лёгочной артерии способствует также то, что из тромба и повреждённого эндотелия под тромбом выделяются вазоактивные вещества, которые приводят к спазму и уменьшению просвета легочной артерии и легочной гипертензии.

Верхняя полая вена и её притоки, полости правых отделов сердца значительно реже являются

источником ТЭЛА. Чаще они связаны с использованием инвазивных процедур, например, катетеризации подключичной вены (5).

Характеристика боли при ТЭЛА (1,2,5,8):

- острая боль в груди, которая усиливается при дыхании, кашле. Причина – инфаркт лёгкого и вовлечение плевры. При инфаркте лёгких: повышение температуры тела до 38-39⁰С, тахикардия, иногда желтуха (в результате гемолиза эритроцитов в очаге инфаркта)
- нестерпимая загрудинная боль. Причина - раздражение эмболом нервных окончаний в стенке лёгочной артерии;
- чувство сдавления в области сердца, как при стенокардии. Причина - уменьшение коронарного кровотока в результате снижения минутного объёма сердца;
- боли в плечах, лопатках, ощущение «мороза» в теле в направлении к сердцу.
- Определение содержания фибриногена, МНО, АЧТВ, продуктов паракоагуляции, содержания тромбоцитов крови **не имеет** диагностической ценности, их используют для оценки эффективности антикоагулянтной терапии.
- Определение газов крови не имеет диагностической ценности: гипоксемия, гипокапния и дыхательный алкалоз (Тромбоэмболия лёгочной артерии. Руководство по кардиологии). Если рО₂ выше

85 мм рт ст – ТЭЛА маловероятна, но не исключена.

Признаки острой правожелудочковой недостаточности:

Одышка, набухание вен шеи, патологическая пульсация в области эпигастрия, увеличение печени, систолический шум и акцент II тона во II межреберье

По данным ЭКГ (ТЭЛА. Руководство по кардиологии)

- ✓ признак Мак Джин Уайта (McGinn-White): появление зубца Q в III отведении, одновременное увеличение S в I отведении и отрицательный зубец T в третьем отведении - SI-QIII-TIII;
- ✓ появление отрицательных симметричных зубцов T в VI-V3 отведении;
- ✓ подъём сегмента ST в III отведении AVF, AVR, V₁-V₃;
- ✓ блокада правой ножки пучка Гиса;
- ✓ P – pulmonale;
- ✓ смещение переходной зоны влево к отведениям V₅-V₆;
- ✓ синусовая тахикардия и/или другие нарушения ритма (фибрилляция/трепетание предсердий, экстрасистолия и др);
- у 20-25% у больных с ТЭЛА изменения на ЭКГ могут отсутствовать;
- вышеуказанные признаки на ЭКГ не являются специфичными.

- Исследование проводят и трактуют результаты кардиологи, сосудистые и кардиохирурги.

Объективные признаки лёгочного сердца:

- пульсация шейных вен;
- положительный симптом Плеша (надавливание на печень вызывает набухание шейных вен);
- тахикардия, нитевидный пульс;
- резкое снижение АД;
- аускультация сердца: систолический шум у основания мечевидного отростка, пресистолический шум галопа, акцент и раздвоение II тона над лёгочной артерией

ЭХО кардиографические признаки ТЭЛА (ТЭЛА. Руководство по кардиологии):

- гипокинезия и дилатация ПЖ;
- парадоксальное движение межжелудочковой перегородки;
- трикуспидальная регургитация;
- отсутствие/уменьшение инспираторного спадения нижней полой вены;
- дилатация легочной артерии;
- признаки легочной гипертензии;
- тромб в полости правого предсердия и желудочка;
- могут отмечать перикардальный выпот, шунтирование крови справа налево через открытое овальное окно

- При чреспищеводной ЭхоКГ – можно иногда визуализировать тромб

Результаты рентгенографии грудной клетки для проведения дифференциальной диагностики при ТЭЛА(13)

- при ТЭЛА: ателектаз, выпот, локальные затемнения, региональная олигомия или отёк лёгких.
- При инфаркте лёгкого: расширение тени сердца вправо за счёт правого предсердия, расширение корня лёгкого, картина «ампутации ветвей лёгочной артерии», снижение прозрачности ишемизированного лёгкого, треугольная тень инфаркта (основание к периферии, а верхушка к корню лёгкого), высокое стояние купола диафрагмы на стороне поражения, наличие выпота в плевре.
- При отсутствии инфаркта лёгкого: расширение лёгочных артерий в проксимальной части, фокальная олигемия дистальнее эмболии.
- В 30% - 50% случаев изменений на рентгене лёгких может не быть

Современные методы диагностики ТЭЛА (5,8):

- «золотой стандарт» диагностики ТЭЛА: ангиопульмонография (чувствительность – 98%, специфичность – 95%. Диагностический алгоритм Европейского общества кардиологов 2000г).

- транспищеводная эхокардиография – визуализация больших эмболов в крупных ветвях лёгочной артерии;
- вентиляционно-перфузионная сцинтиграфия легких – оценка легочного кровообращения. При ТЭЛА нарушается заполнение капиллярного русла радиоактивным веществом ниже участка обструкции (С). Проведение у беременных незначительно повышает риск развития рака у плода в детском возрасте по сравнению с КТ лёгочной ангиограммы, но связана с меньшим риском развития рака молочной железы (В);
- спиральная компьютерная томография – дифференциальная диагностика ТЭЛА и маскирующихся под нее заболеваний: возможность прямой визуализации тромбоза при введении контрастного вещества;
- мультиспиральная КТ – выявление небольших тромбов;
- электронно-лучевая томография – визуализация кровотока в субсегментарных ветвях лёгочной артерии.

Специальные методы лечения ВТЭО определяет консилиум, в составе: сосудистый хирург, торакальный хирург, кардиолог, анестезиолог-реаниматолог, акушер-гинеколог.

Тромболитическая терапия: Тромболитические средства направлены на растворение тромбоза, увеличение лёгочной перфузии,

снижение давления в лёгочной артерии, улучшение функции правого желудочка. Тромболитическое лечение начинать, если лечение антикоагулянтами не снижает обструкцию лёгочной артерии

Тромболэктомия. Сопровождается высокой летальностью (20—30%), так как выполняется в состоянии шока.

Имплантация зонтичного кава-фильтра в нижнюю полую вену

Проводится всем беременным после массивной ТЭЛА при решении вопроса о пролонгировании беременности для профилактики рецидива ТЭЛА.

Приложение 6.

Правила проведения анестезии при применении антикоагулянтов и дезагрегантов(3)

Антикоагулянты	Отмена медикаментов до операции (часы до операции)	Начало использования медикаментов после операции и (часы после операции)	Удаление катетера после приёма/ введения антикоагулянтов и дезагрегантов	Возможность инактивации антикоагулянтных медикаментов и дезагрегантов
НГ	Профилактическая доза при в\в или п\к введении		Антидот НГ-протамин	

	4 ч	4 ч	4 ч	сульфат. 100 ЕД НГ инак- тивируется 1 мг протамина сульфат. Макимальная доза 50 мг в\в
	Лечебная доза			
	4 ч	4 ч	4 ч	
НМГ	Профилактическая доза			Нет антидота НМГ При кровотечении на фоне НМГ использовать СЗП и фактор VIII Протамин сульфат может инактивироват ь 60% актив- ности НМГ и может быть использован
	12 ч	12	10-12 ч	
	Лечебная доза			
	24 ч	24 ч	24ч	
Варф арин	5 суток	1 сутки	При МНО<1,3	Нет антидота варфарина Действие АКП может умень- шить концен- трат протром- бинового ком- плекса, СЗП

			(10-15 мл/кг), витамин К
Аспирин	Можно не отменять		Нет антидота Действие АКП может уменьшить СЗП и фактор VIIA
НПВС	Можно не отменять		Нет антидота

Приложение 7

Мониторинг антикоагулянтной терапии

Препарат	Показатели гемостазиограммы	
	Исследуемый показатель	Целевой показатель
НГ	АЧТВ	в 1,5-2 раза выше нормы
	содержание тромбоцитов	
НМГ	Анти-Хагеман, АЧТВ, МНО	0.5–1.2 ед./мл.
Непрямые антикоагулянты (варфарин)	МНО, АЧТВ	от 2 до 3 ПТВ; В 1,5 – 2 раза выше нормы

Использованная литература

1. Акиньшина С.В., Бицадзе В.О. Тромбоэмболия легочной артерии в акушерской практике. // Медицинский Совет .2017. №13, 94-108. URL
2. Кулаков В.И., Серов В.Н., Макацария А.Д., Бицадзе В.О., Аляутдина О.С. ММА имени И.М.Сеченова. Информационное письмо: Профилактика тромбоэмболии лёгочной артерии в акушерстве
3. Куликов Профилактика и лечение венозных тромбоэмболических осложнений http://www.critical.ru/consult/pages/guide_tgv.htm
4. Момот А.П., Николаева М.Г., Сердюк Г.В., Елыкомов В.А. и др. Методические рекомендации: Оценка состояния системы гемостаза при физиологически протекающей беременности. Российский вестник акушера-гинеколога 3, 2018, выпуск 2).
5. Рекомендации Европейского общества кардиологов(ESC) по диагностике и ведению пациентов с острой эмболией

системы лёгочной артерии 2014
Российский кардиологический журнал № 8
(124) | 2015.

6. Харкевич О.Н., Курлович И.В., Коршикова Р.Л. Ведение беременности и родов у женщин с тромбозом лёгочной артерии. Ж. Медицинские новости. №2 т.1, 2007. – С.19-27
7. Bates S.M., Grand'Maison A., Johnston M. et al. // Arch. Intern. Med.— 2001. —N 161. — P. 447—453. Brenner B. // Thromb. Hemost. —1999. —V. 82, N 2. — P.634—641.
8. European Society of Cardiology.(ESC) Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with European Respiratory Society (ERS). European Heart Journal. 2019. 00. P.1-61
9. Heit J.A., Kobbervig C.E., James A.N. et al. Тенденции заболеваемости венозной тромбозом во время беременности или в послеродовом периоде: 30-летнее популяционное исследование. Ann.Intern.Med. 2005; 143; 697

10. Goldhaber S.Z., Vizani L., De Rosa M. Acute pulmonary embolism: clinical outcomes in the International Cooperative Pulmonary Embolism Registry. *Lancet* 1999 Apr;353:1386—9
11. Kline J.A., Williams G.W., Hernandez-Nino J. D-dimer concentrations in normal pregnancy: new diagnostic thresholds are needed. *Clin.Chem.*2005;51:825-829
12. Righini M. Diagnosis of pulmonary embolism during: A Multicenter Prospective Management Study // *Ann. Intern. Med.* 2018.— Vol. 169 (11).— P. 766–773.
13. RCOG, Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during pregnancy and the Puerperium Green-top Guideline 37a. 2015r. - 40p.
14. Van der Pol L.M., Tromer C., Bistervels A.F., van Bommel. Pregnancy-Adapted YEARS Algoritm for Diagnosi of Suspected Pulmonary of Embolism // *N.Engl.J.Med.* 2019.— Vol. 380.— P. 1139–1149

15. Veena R., Radhamani M.V., Deepa S. Int.J.Reprod. Obstet.Gynecol.2019.-8(3): 1167-1170. The risks for thromboembolism following Caesarean section
16. RCOG. Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy, Version 11; 24 July 2020



**ВАЗОРАТИ ТАНДУРУСТӢ ВА ҲИФЗИ ИҶТИМОИИ АҲОЛИИ
ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН**

734025, ш. Душанбе, к. Шевченко 69. тел: (992 37) 2 21 18 35 факс: (992 37) 2 21 75 25

ФАРМОИШ

аз «21» 06 соли 2021

№ 536

ш. Душанбе

Дар бораи тасдиқ ва вориднамои
протоколи клинӣкии “Оризаҳои
тромбоэмболитикии варидӣ дар соҳаи акушерӣ:
омилҳои хатар, таъхис, клиника, пешгирӣ”

Бо мақсади беҳтар намудани сифати хизматрасони тиббӣ ба модарону кӯдакон тавассути пешгирӣ ва таъхиси оризаҳои дар занони ҳомила дар сатҳи муассисаҳои таваллудӣ, мутобиқи банди 10 Низомномаи Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 3 марти соли 2014 таъхти №148 тасдиқ шудааст,

ФАРМОИШ МЕДИҲАМ:

1. Протоколи клинӣкии оид ба “Оризаҳои тромбоэмболитикии варидӣ дар соҳаи акушерӣ: омилоҳои хатар, таъхис, клиника, пешгирӣ” тасдиқ карда шавад (замима мегардад).

2. Ба мудири баҳши модаршавии беҳавф ва танзими оилаи Раёсати таъхили хизматрасони тиббӣ ба модарону кӯдакон ва танзими оилаи Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии (Юнусова Д.З.) супориш дода шавад:

- ҳамроҳангсозии раванди нашр ва дастраснамоии протоколи клинӣкии мазкурро дар сатҳи муассисаҳои таваллудии ҷумҳурӣ таъмин намоянд. Мӯҳлат: 1 моҳ;

- дар якҷоягӣ бо роҳбарони соҳтори госпиталӣ ва таваллудии вилоятҳо, шаҳру ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ ва шаҳри Душанбе воридсозии протоколи клинӣкии мазкурро дар амалия таъмин намоянд. Мӯҳлат: доимӣ;

- вобаста ба қорҳои анҷомдодашуда маълумоти муфассалро ба роҳбарияти Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии пешниҳод намоянд.

3. Ба сардорони раёсатҳои тандурустии ВМКБ, вилоятҳои Хатлону Сугд, шаҳри Душанбе ва роҳбарони сохтори госпиталӣ ва шабакаи муассисаҳои кумаки аввалияи тиббию санитарии шаҳру ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ супориш дода шавад, ки барои вориднамоии протоколи клиникалии мазкур мусоидат намоянд.

4. Ба инобат гирифта шавад, ки дастгирии техникаи нашр ва вориднамоии протоколи клиникалии мазкур аз тарафи Барномаи GIZ “Солимии модар, навзод ва кӯдак” ва Намояндагии Хазинаи нуфуси аҳолии Созмони Милали Муттаҳид (ЮНФПА) дар Тоҷикистон анҷом дода мешавад.

5. Назорати иҷрои фармони мазкур ба зиммаи муовини вазир Абдусаматзода З.М. гузошта шавад.

Вазир



Ҷ. Абдуллозода

ДУРУСТ

Протокол зери роъбарии муовини вазири
ВТВаҲИА ЉТ З. Абдусаматзода омода карда шуда-
аст

Таъиягарон:

Акушер - гинекологъо

- Узакова У.Дж. дотсенти кафедраи акушерї ва гинекологии №1 МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалї ибни Сино», н.и.т.;
- Абдурахманова Ф.М. мудирӣ кафедраи акушерї ва гинекологии №2 МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалї ибни Сино»;
- Камилова М.Ё. мудирӣ шуъбаи акушерии МД «ПАГваП» ВТҲИА, д.и.т.;
- Мухамадиева С.М. профессори кафедраи акушерї ва гинекологии МДТ «ДТБКСТТ», д.и.т.
- Курбанова М.Х. мудирӣ шуъбаи гинекологии МД «ПАГваП» ВТҲИА, д.и.т., профессор;
- Хољимуродова Д.А. раиси ассотсиатсияи акушер-гинекологъои Љ.Т.
- Юнусова Д.З. мудирӣ шуъбаи модар ва ку-дак ва танзими оила ВТҲИА
- Алиева Р.Я. сармутхассиси соъаиаку-шерї ва гинекологи ВТҲИА

Анестезиолог-реаниматологъо

- Ќосимов З.Ќ. мудирѝ кафедрѝ анестезиология-реаниматологияи МДТ «ДТБЌСТТ» н.и.т., дотсент;
- Ќарабоев Д.И. мудирѝ шуъбаи анестезиологѝ ва реаниматологии таваллудхонаи №1 ш. Душанбе
- Алимов З.Д. мудирѝ шуъбаи анестезиологѝ ва реаниматологии МДТ «ПАГ ва П» ВТЃИА, н.и.т.
- Холматов И.А. табиб анестезиолог-реаниматологи МДТТХ вилоятѝ Суѝд;
- Маноев А.М. табиби анестезиолог-реаниматологи МДТ Маркази перинаталии ш.Кулоб

Љарроъони рагъо

- Ѓоибов А.Љ. ноѝби президенти Академия Миллиѝ илмъои Тоъикистон, д.и.т., профессор
- Авѝонов У.М. мудирѝ шуъба рагъои хунгарди МДТ Маркази љумъуриявѝ љарроъѝи дилу рагъо

Кардиологъо

- Нарзуллаева А.Р. мудирѝ кафедрѝ кардиология МДТ «ДТБЌСТТ», н.и.т.,

ДОТСЕНТ

Трансфузиологъо:

Кубиддинов А.Ф. мудирѣ шубѣаи даѣаи энѣ-трансфузиологѣ бо озмоишгоњи гемостази МД «Маркази љумњуриявии илмии хун»

Таѣризгарон:

Рахимов З.Я. профессорѣ кафедрѣи кардиология МДТ «ДТБКСТТ, н.и.т.
Диана Рамашаускайте мудирѣ кафедрѣи акушерѣи ва гинекологии донишгоњи Вилнюс (Литва). Роѣбари маркази перинатологии Вилнюс. Аѣзои кумитаи FIGO

Мундарилья	саъ
Рўйхати ихтисораъо	8
Мукаддима	10
Тавсияъо оид ба ташкили кўмаки тиббӣ ӯангоми оризаъои тромбоэмболитикии вариدي (ОТЭВ) Тавсияи 1. Ташхиси ТВА	13
Тавсияи 2. Тасниф, клиника ва ташхиси тромбоэмболии артериии шуш	15
Тавсияи 3. Баъодии омилъои хатари ОТЭВ дар сатъи КАТС	19
Тавсияи 4. Омилъои хатар ва тромбопрофилактикаи ОТЭВ вобаста аз дараъаи хатар	20
Тавсияи 5. Меъёръои хатар ва усулъои пешгирии ОТЭВ дар давраи баъдивалодат	23
Тавсияи 6. Усулъои доругии пешгирии ОТЭВ	26
Тавсияи 7. Машварати иловагии мутахассисон дар ӯомилдорон/зояндаъо/таваллудкардагони гурӯъи хатари баланд ва миёнаи ОТЭВ	36
Тавсияи 8. Хусусиятъои оғози тромбопрофилактика дар давраи баъдивалодатӣ	36
Тавсияи 9. Тромбопрофилактика то ва баъд аз ӯарроъии буриши кайсарӣ	36
Тавсияи 10. Ташкили кўмаки тиббӣ ӯангоми ОТЭВ дар соъаи акушерӣ	38

Тавсияи 11. Муоинаи ӯмоиладорон ва занони таваллудкарда ӯангоми ОТЭВ	41
Тавсияи 12. Принсипҳои таботати зиддиқоагулянтӣ дар ӯмоиладорон бо ТВА	44
Тавсияи 13. Таботати фаврии ОТЭВ дар давраи шадид	47
Тавсияи 14. Қӯмаки тиббӣ ва тактикаи акушерӣ ӯангоми ОТЭВ	50
Тавсияи 15. Хусусиятҳои амалҳои анестезиологӣ барои пешгири ва таботати ОТЭВ	56
Замимаи 1. Дигаргуниҳо дар системаи гемостаз ӯангоми ӯмоиладорӣ	57
Замимаи 2. Омилҳои хатари тромбоемболияи артерияи шуш (ТЭАШ) ӯангоми ӯмоиладорӣ	59
Замимаи 3. Аломати зиддифосфолипидӣ	64
Замимаи 4. Нишондиҳандаҳои миёнаи омилҳои лахташавии хун	66
Замимаи 5. Патогенез ва усулҳои клиникаию озмоишгоҳии ташхиси ТЭАШ	67
Замимаи 6. Қоидаи гузаронидани анестезия ӯангоми истифодабарии зиддиқоагулянтҳо ва дезагрегантҳо	74
Замимаи 7. Мониторинги таботати зиддиқоагулянтӣ	77
Адабиёти истифодашуда	78

Номгўи ихтисораъо

АВК	антагонистъои витамини К
АТ	антитромбин
АЗФ	аломати зиддифосфолипидӣ
БК	буриши кайсарӣ
БИЪ	боздошти инкишофи лъанин
БСЭ	бордоркунии сунъии экстракорпоралӣ
ВТКФ	ваќти тромбопластинии кисман фаъол кардашуда
ГГФ	гепарини ғайрифраксионӣ
ГВКМ	гепарини вазни ками молекуляри дошта
ДК	диабети қанд
ОТЭВ	оризаъои тромбоемболитикии варидӣ
ЗТЯ	зардоби тезяхкардашуда
ИВБ	индекси вазни бадан
ТРЁ	технологияъои репродуктиви ёридиъанда
ММБ	муносибати мўътадилгардидаи байналмилалӣ
МТФФ	маҳсулоти таназзули фибриноген / фибрин
НД	норасоии дил

СЛХ	системаи лахташавии хун
ТНТ	тадќикоти назоратшавандаи тасодуфӣ
ТВА	тромбози вариднои амиќ
ТВА	тромбози вариднои амиќљойгиршуда
ТЭАШ	тромбоэмболияи артерияи шуш
ФМ	фавти модарӣ
ЉБМДЉ	људошавии бармаҳали машинаи дуруст ҷойгиршуда
ЭСС	эритематози сурхаки системавӣ
Ха	омили Хагемана
ЭОН	эмболия бо обҳои наздифли
IBD	Inflammatory Bowel Diseases (бемориҳои илтиҳобии рӯдаҳо)
RCOG	Royal College of obstetrician and gynecology (коллелҳои Шоњигарии акушер-гинекологҳои Британияи Кабир)

МУҚАДДИМА

Оризаъои тромбоэмболитикии варидии асосі (ОТЭВ) ӯангоми ӯомиладорі тромбози варидӯои амиқӯойгиршудаи (ТВА) пойнӯо ва тромбоэмболияи артерияи шушро (ТЭАШ) дарбар мегирад (5,8). Тромбози варидӯои амиқӯойгиршуда – монеагии (маҳкамшаві) варидӯои амиқӯойгиршудаи пойнӯо (илефеморалі ва зеризонугі-роні). ТЭАШ – маъкамшавии шоҳаи артерияи шуш бо тромб ё эмбол (1,5,8). Чун кӯоида, ТЭАШ дар натиљаи ТВА ба вуљуд омада, дар 70-90% беморони дорои ТЭАШ ташхис карда мешавад.

Ҳангоми ӯомиладорі хатари тромбоэмболия 5 маротиба баланд аст нисбат ба давраи беӯомилагі, ки бо дигаргуниӯои системаи гемостаз алоқаманді дорад, хусусан дар нимаи аввали ӯомиладорі (Замимаи 1), (1). Heit J.A. бо ӯаммуаллифон (2005) ОТЭВ-ро тадқиқ намуда, дар давоми 30 сол нишон додааст, ки басомади ТВА ва ТЭАШ дар 5 ва 15 маротиба дар давраи баъдивалодат баланд аст, нисбат ба давраи хомилагі (9).

ТВА бо басомади якхела дар ӯар як семоагии ӯомиладорі, бо бартарият дар поии чап (қариб 90%) вомерӯрад. Тромбӯо аз онӯо ба ӯавзаи вариди холии поён ворид шуда, дар 90% ӯолатӯо сабаби ТЭАШ ба шумор меравад.

Дар давлатӯои мутараққі ТЭАШ сабаби аввалиндарлаи фавти модарі ба шумор меравад. Ҳамин тавр, дар Британияи Кабир он 1,13 ба

100 000 зиндатоваллудро ташкил дода, дар Россия аз 1,5 то 2,7 ба 10 000 таваллуд ва мавќеи 6-7-ро ишѓол менамояд (1). Фавт њангоми ТЭАШ то ба 30% мерасад, њангоми ташхиси сариваќти то ба 2-10% кам гардида, аз имкониятњои ташхис, усули табобат, бурдани њомиладорї ва таваллуд сахт вобастаѓи дорад. Сабаби зиёда аз 90% фавтњо аз ТЭАШ дер ташхис кардан ба шумор меравад, чунки аломатњои ТЭАШ мушаххас нестанд ва дар бисёр њолатњо ба ташхисгузории нодуруст оварда мерасонад (12). Ташхис ва табобати ТЭАШ озмоишгоњи махсусгардонидашуда ва истифодаи технологияи баландро талаб менамояд. Њар як њолати фавти дањум дар соати аввали оѓози беморї рух медињад (6).

Таќрибан 50% ТЭАШ-и шадид номаълум мегузарад, зиёда аз 70% фавтњо аз он њангоми ташрењ ташхис карда шуда, танњо сеяке аз њолатњо – дар ваќти њаёт ошкор мешаванд (1,5,8).

Эњтимолияти ОТЭВ њангоми мављудияти омилњои хатар меафзояд, мисол, њангоми ТРЁ. Дигар омили муњими хатар њолати гузаронидашудаи ОТЭВ, фарбењи, варидњои амиќљойгиршудаи пойњо ва коси хурд, дигар беморињои њамрадиф, аз љумла васењшавии варидњои амиќи пойњо ва коси хурд, мурдатоваллуд, пре/эклампсия, хунравии баъди таваллуд, буриши ќайсарї, COVID-19 башумор мераванд (5,8,16). Муайяннамои омилњои хатар ва муќоисавї гузаронидани чорабинињои пешгирикунанда њангоми мављудияти омилњои

хатар дар ваќти њомиладорї ва таваллуд ба 2 маротиба кам гардидани фавти модар аз ОТЭВ мусоидат менамояд (13, 15). Аз ин лиъоз, маќсади таъбияи протоколи мазкур ин муайянсозии омилъои хатар, пешгирї ва чорабиниъои аввала њангоми ОТЭВ дар давраъои њомилагї ва баъдивалодат ба шумор меравад.

Њангоми љустуљўйи маълумот аз китобхонаи Кохрейн, тадќикотъои илмї, ки дар давоми солъои 2000-2020 нашр гардидаанд, тавсияъои клиникаии давлатъои тараќќикарда истифода карда шудааст. Асоси протокол тавсияъои RCOG, ки соли 2015 боздид шудааст, дастурамали якъояи љамъияти аврупоии кардиологъо ва пулмонологъо, ки соли 2019 боздид шудааст, ба шумор меравад. (8,13).

Дар протокол чунин сатъъои исботъо истифода шудаанд.

Сатъи боваринокии исботъо

			Асос барои тавсияъо	
Даќикияти тав- сияъо	А	Сатъи даќикият	1a	Таълил ё шаръи системавии ТНТ
			1b	ТНТ алоъида (бо маръилаи со-биткунандаи маъдуд)
	В		2a	Шаръи систематикаии тадќикотъои гурӯъи (когортї)
			2b	Тадќикотъои когортии алоъида

		3a	Шарњи систематикии тадќикотњои «њолат-назорат»
		3b	Тадќикоти алоњидаи «њолат-назорат»
	C	Тадќикоти якчанд њолатњо (Тадќикоти когортии сатњи паст ва тадќикоти «њолат-назорат» бе гуруњи назорати)	
	D	Аќидаи коршинос, ки мавриди танќид карор нагирифтааст, ё ба физиология ё дигар методологияњои ғайрисамаранок асоснок карда шудааст	

ТАВСИЯЊО ОИД БА ТАШКИЛИ ЁРИИ ТИББИ ЊАНГОМИ ОТЭВ ДАР АКУШЕРЇ

ТАВСИЯИ 1. УСУЛЊОИ ТАШХИСИ ТРОМ- БОЗИ ВАРИДЊОИ АМИЌЉОЙГИРШУДА (ТВА)

- 1.1 Клиникаи тромбози вариди амиќљойгиршудаи пойњо**
- Одатан, беморон аз дарди шадид дар мушакњои калон (ќад-ќадибанди раѓњо) шикоят мекунанд;
 - *Њангоми муоина ба чунин аломатњо бояд диќќат дод:*

- ✓ варами соќ ва рон, кабудшавии пўст. Њангоми тромбози варидњои зери зону – њальми зону ба 3-4 см калон мешавад;
- ✓ пуррашавии варидњои зерипўсти пой;
- ✓ њароратбаландии мавќеї (локалї);
- ✓ аломатњои мусбии Хоманс (зиёдшавии дард њангоми каткунии пањлїи (афзоиши дард њангоми қафокашии пой дар натилъаи кашиши мушаки калон ва фишурдани раг), Мозес (дарди рони пой њангоми фишор-оварии пешопастї), Ловенберг (дард дар мушаки калон њангоми фишороварии дастгоњи сфигмоманометр фишори то 150 мм ст.симоб)

1.2 Усуљои иловагии ташхиси тромбози варидњои амиќљойгиршуда (5,8)

Усули асосї- ангиосканкунии дуплекси ултрасадои(5,8)

- 1.2.1 Ангиосканкунии дуплекси ултрасадои – тести ташхисии аввалия ба шумор мера-вад. Њангоми ТВА мављудияти њосилаи эхогениро дар фазои варид, ки њангоми компресси пахш намегардад, муайян карда мешавад.
- 1.2.2 Њангоми зарурат ва мављудияти имконияти техникї љарроњи рагњо метавонад масъалаи гузаронидани доплерографияи фаросавтї ва венографияи магнитуи резонансї ё рангинро њал намояд.
- 1.2.2.1 Доплерографияи фаросавтї: метавон лїойгиршавии тромбро аз рўи мављудият ё набудани гардиши хуни варидї дар сегменти

алоњида муайян намуд. Усули мазкур им-кон намедињад, ки дарозии протсесси тромботикї, қисмати апикалии тромб, њолати девораи варид ва хусусияти гардиши хун боэътимод ташхис шавад.

1.2.2.2 Венографияи магнитуи резонансї ё рангин (УД IV). Дорои даќикїи баланди ташхисї мебошад. Њангоми тромбози варидњои тињигон ва вариди холии поёнї ТМР нисбатан аз сабаби доштани имконпазирии аксгирии ќабатї ва набудани таъсиррасонии шуої ба организми њомиладорон афзалиятнок ба шумор меравад. Аз сабаби номумкин будани интикол тањин карда мешавад.

1.2.3 *Ташхиси хун:* арзиши ташхисї **надорад.**

Тавсияи 2. ТАСНИФОТ, КЛИНИКА ВА ТАШХИСИ ТРОМБОЭМБОЛИЯИ АРТЕРИЯИ ШУШ

2.1 Таснифоти тромбоэмболияи артерияи шуш
ТЭАШ вобаста аз эњтимолияти фавти бармањал мувофиќи таснифоти Љамњияти аврупоии кардиологно људо карда мешавад (5,8).

(Фавти бармањал – фавт дар 30 рўзи аввал баъд аз ТЭАШ).

Одатан хатари баланд ва на онќадар баланди фавти бармањал људо карда мешавад, дар байни охирина бошад – хатари муътадил ва пасттар.

2.1.1 Хатар он ваќт баланд њисобида мешавад, ки њангоми эњтимолияти фавти бармањал зиёда аз 15% буда, одатан њангоми

тромбозмболияи бисёр ва эмболияи шохай асосии шуш рух медиъад;

2.1.2 хатари муътадил – эътимолияти фавти бармаъал камтар аз 15%;

2.1.3 хатари паст – эътимолияти фавти бармаъал камтар аз 1% ӯолатъо.

2.2 Аломатъои клиникӣ ва аломатъои хатари баланди фавти бармаъал аз ТЭАШ:

2.2.1 Аломати асосӣ садма ё пастшавии ФА ва гипотензияи шараёни дар давоми 15 дақиқа ба шумор меравад, ки бо аритмия, гиповолемиа ё уфунат алоқамандӣ надорад (ФА аз 90 мм сут сим паст ё то 40 мм сут сим паст шуда аз ниёи зиёдтар аст).

2.2.2 Дигар аломатъо аломатъои норасоии меъдачаи ростро дарбар мегиранд (замимаи 5)

2.2.3 Аломатъои эътимолии ТЭАШ дар беморони хатари баланди фавти бармаъал дошта:

- вайроншавии шуур, то ба иғмо (кома);
- ӯангоми мављудияти шуур – шикоят ба дарди сахти қафаси сина, ки метавонанд ба гардан ва дастон дода шаванд, тарси марг, бетоқатӣ (замимаи 5);
- нафастангӣ, ки дар нисфи беморон дида мешавад.
- хунтуфкунӣ (дар 1/3 беморон дида мешавад), сулфа;
- сианоз, ки на ӯамавақт дида мешавад. Гоње – рангпарии ногаъонӣ;
- садои соиши плевра;

- норасогии меъдачаи рост;
- аломатҳои норасогии меъдачаи рост (замимаи 5)
- Аломати дили шушмонанди шадид (corpulmonale) ӯангоми ТЭАШ ӯарду ги-реӯҳои ў ё якчанд шохаҳои асосӣ пайдо меша-вад. Дар натиља гардиши хун якбора то ба 60% ва зиёда паст мешавад.

2.3 Аломатҳои ва нишонҳои хатари миёнаи фавти бармаъали ТЭАШ:

- садма дида намешавад;
- дигар аломатҳои:
- гемодинамикаи нисбатан мӯътадил;
- аломатҳои вайроншавии функсиаи меъдачаи рост;
- осеббинии миокард.

Тақсимот ба хатари баланд ва миёна имкон медиёад, ки фавран ба чораҳои эъёгарӣ ӯангоми хатари баланд шурӯъ намуд.

2.4 Аломати асосии ТЭАШ-и калон пастшавии ФА ба шумор меравад;

2.5 Бояд акушер-гинеколог ТЭАШ-ро ӯангоми чунин аломатҳои тахмин намояд:

- 2.5.1 пастшавии ФА, коллапс (якбора паст шу-дани фишори хун тавсиф мешавад), катъи кори дил. ӯангоми пастшавии ФА кам аз 90 мм сут. сим ё зиёда аз он дар давоми 15 дақиқа, ки бо хунравӣ, уфунат ё бемории дил алоқамандӣ надорад, бояд ТЭАШ тахмин карда шавад.

- 2.5.2 дигаргуншавии нобаъангоми ӯлоати умумӣ, бетокагӣ;
- 2.5.3 шикоят ба дарди акиби кӯлфак бо додани дард ба гардан, дастон, тарси мурдан, ӯнсиёти тангӣ дар кафаси сина, сарчархзанӣ.
- 2.5.4 нафастангӣ;
- 2.5.5 Рангпарии пӯсти бадан, арақкунии хунук;
- 2.5.6 Хунпартои, хошиши сулфидан; сулфа;
- 2.5.7 тахикардия;
- 2.5.8 Хангоми аускултатсия дар шушхо садои пасти нафаскаши, набудани гузарониши нафас аз як тараф, инчунин садои расиши плевра, хирросхо дар шушхо шунида мешаванд.

2.6 Усулҳои иловагии таҳхис: Барои таҳхис/инкори ТЭАШ усулҳои иловагии муоинаро истифода мебаранд (Замимаи 5):

- 2.6.1 муайянсозии сатҳи Д-димер;
- 2.6.2 Сабти барқии кори дил (ЭКГ);
- 2.6.3 ЭХОкардиография;
- 2.6.4 рентгенографияи шушҳо ё ангиографияи томографӣ компютериӣ шушҳо;
- 2.6.5 тести наздикатӣ (вақти лахташавӣ хун кам аз 5 дақиқа);
- 2.6.6 Муайянсозии газҳои хун: гипоксемияи бе гиперкапния (pO_2 аз 70 паст, pCO_2 аз 32 мм сут. сим паст). Агар pO_2 аз 85 мм сут. сим. баланд бошад – ТЭАШ дар гумон аст, аммо инкор карда намешавад.
- 2.6.7 **арзиши таҳхисӣ надоранд:** муайянсозии микдори фибриноген, ММБ, АЧТВ, мавҷудияти тромбоситҳои хун. Онҳоро

барои баъодињии самаранокии табобати зиддикогоулянтї истифода мебаранд.

2.7 Ташхиси тафриќавии ТЭАШ бо беморинои акушерї (гиповалемия, садмаи септикї, сепсис, эмболия бо обњои наздитифлї) ва ғайриакушерї (садмаи кардиогенї, сактаи дил, пневмоторакс, тампонадаи дил, чокшавии аорта, аритмияи дил, сепсиси ғайриакушерї) гузаронида мешавад. (1,2,3,5).

Тавсияи 3. Баъодињии омилњои хатари ОТЭВ дар сатњи КАТС ва статсионар

Табиб акушер-гинеколог ё анестезиолог-реаниматолог ё дигар кормандони тиббие, ки ба нигоњубини њомиладорон, зояндањо ва таваллудкардањо љалб шудаанд, барои гузаронидани баходињии омилњои хатари ОВТЭ дар сатњи КАТС ва статсионар ўњдадоранд.

- 3.1 ба заноне, ки њомиладоршавиро ба наќша мегиранд (С);
- 3.2 ба њомиладорон њангоми ташрифи аввалин ба муассисањои КАТС ва минбаъд њангоми њар як ташриф (С);
- 3.3 ба њомиладорон, зояндањо, таваллудкардањое, ки ба таваллудхона бистарї карда шудаанд, новобаста аз сабаб (С);
- 3.4 ба њомиладорон, зояндањо, таваллудкардањое, ки барои онњо амалиїти љарроњї пешбиниї шудааст, новобаста аз намуди љарроњї;
- 3.5 ба занњои таваллудкарда дарњол баъд аз таваллуд (С).

- 3.6 Њангоми ошкор намудани омилъои хатари ОТЭВ њатман дар картаи фардии њомиладорон ва таваллудкардагон, картаи мубодилави, таърихи таваллуд/беморї ва ғ. кайд карта мешавад.

Тавсияи 4. Омилъои хатар ва тромбoproфилак-тикаи ОТЭВ вобаста аз даралаи хатар

- 4.1 Даралаи хатари ОТЭВ дар соъаи акушерї ба баланд, муътадил ва паст људо карта мешавад.
- 4.2 Таксимот ба даралаъои хатар барои интихоби усули пешгирї ва табобати ОТЭВ зарур аст.
- 4.3 Вобаста аз даралаи хатар усулњо доругї ва ғайридоругї истифода карта мешаванд.
- 4.4 Ба усулњои ғайридоругї дохил мешаванд: тавсияњо оиди фаъолкунии зан, пешгирии дегидрататсия, истифодаи бастањои (бинт) эластикї/трикотаж.
- 4.5 Усулњои доругии пешгирї: истифодаи антикоагулянтњои мустаќим ва номустаќим (ниг. ба тавсияи 7).
- 4.6 Меъёрњои муайянсозии хатар ва пешгирии ОТЭВ њангоми њомиладорї (13). Хатари ОТЭВ-ро метавон муайян намуд:
- 4.6.1. аз рӯи мављудияти як ё якчанд омилњои хатар ё
- 4.6.2. метавонем системаи холии бањодини омилњои хатарро истифода намоем (Замима 2).

4.7 Меъёрњои хатари баланди ОТЭВ ва пешгирӣ ӯангоми ӯомиладорӣ:

Меъёрњои хатари баланд	Тромбопрофилактика
<p>4.7.1 як ва зиёда аз он ӯолатњои ОТЭВ гузаронида дар анамнез, ба ғайр аз ӯолатњое, ки бо амалиёти ларроњии васеъ алоќамандӣ дорад;</p> <p>4.7.2 мављудияти 4 ва зиёда аз он омилњо.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Дар давоми тамоми ӯомиладорӣ гузаронида мешавад; • Истифодаи ГВМК. <p>Пешгириро бояд аз лаъзаи ташхиси ӯомиладорӣ оғоз намуд (В)</p>

4.8. Меъёрњои хатари муътадил ОТЭВ ва пешгирӣ дар давраи ӯомиладорӣ. Хатари муътадили I-IV лӯдо карда мешавад:

Меъёрњои хатари муътадили I: ӯангоми мављудияти як омил хатари дар зер овардашуда тромбопрофилактика дар давоми пурраи ӯомиладорӣ гузаронида мешавад

4.8.1. Табобати беморхонавӣ, ваќте ки релъаи бистарӣ аз 4 рӯз зиёд аст;

4.8.2. ӯолати ягонаи ОТЭВ дар таърихи беморӣ, ки бо амалиётњои ларроњии васеъ алоќамандӣ дошт;

- 4.8.3. Тромбофилияњо бо хатари баланди тромбоз бе ОТЭВ;
- 4.8.4. Беморињои њамсафар, ба мисоли: саратон, норасогии дил, шакли фањоли эритематози сурхаки системавї, атропатияи илтињобї ё беморињои илтињобии рўдањо, аломати нефротикї, диабети ќанди декомпенсионии навњи якум, камхунии досшакл-њуљайравї;
- 4.8.5. Амалиётњои љарроњии ғайриакушерии аворизнок њангоми њомиладорї, мисол, аппендэктомия;

Меъёрњои хатари муътадили II:

- њангоми мављудияти **4 ва зиёда аз он омилњои хатари дар зер нишондодашуда** – тромбoproфилактика дар давоми њомиладорї гузаронида мешавад;
 - њангоми мављудияти **3 омили хатари дар зер нишондодашуда** - аз 28 њафтаи њомиладорї гузаронида мешавад:
- 4.8.6 фарбењї - њангоми ИВБ зиёда аз 30 кг/м²;
- 4.8.7 синну соли аз 35 сола боло;
- 4.8.8 таносуби зиёда аз 3зоиш;
- 4.8.9 тамоќукашї;
- 4.8.10 васеъшавии аёни варикозии воридњо;
- 4.8.11 њангоми ин њомиладорї: пре/эклампсия, њомиладории бисёртифлї;
- 4.8.12 бехаракатї дар натиљаи, мисол параплегия, дарди косї бо мањдудияти њаракат;
- 4.8.13 тромбофилияи хатари паст;
- 4.8.14 технологияњои ёридињандаи репродуктивї (ТЁР/БЭ);

Хатари муътадили III: тромбoproфилактика танъо дар сeмoъaи якум гузаронида мешавад.

- 4.8.15 Аломати гиперстимулятсионии тухмдонъо ӯангоми ТРЁ

Хатари муътадили IV: Омилъои гузарандаи тромбoproфилактика дар давоми таъсири омил гузаронида мешавад

- 4.8.16 кайкунии шадид ва беисти ӯомиладорон, ки сабаби гиповолемиа ва дегидрататсия мешавад (С). Вориднамоии ГВКМ ӯангоми кайкунӣ, баъд аз хотимаёбии кайкунӣ - муъокимаи хотимадиъии ГВКМ;

- 4.8.17 бeмopии сироятии системавии шадиди лъорӣ, ки ӯангоми он табобати антибиотикӣ ё би-старикунонӣ зарурият дорад (мисол, пневмония, пиелонефрит, сирояти захми баъдита-валлудӣ ва ғ.);

- 4.8.18 сафаръои дурудароз (ӯангоми маъдудияти ӯаракат зиёда аз 4 соат).

- 4.9 Меъёръои хатари пасти ОТЭВ дар ӯомиладорон: мавъудияти як ё ду омилъои хатар, ки дар қисми 4.8.6-4.8.14 нишон дода шудааст. Ба ин гурӯъ ӯаракат, истифодаи бастаъои (бинт) эластикӣ ва роънадодан ба дегидрататсия тавсия дода мешавад.**

Тавсияи 5. Меъёръои (критерии) хатар ва усулъои пешгирии ОТЭВ дар давраи баъдивалодатӣ

Бо назардошти он, ки дар занони ӛомила ва таваллудкарда на ӛама ваќт омилӛои хатар мувофиќат мекунанд, онӛо дар алоӛидагӛи нишон дода шудаанд.

Ӛангоми баӛодинӛии омилӛои хатар дар давраи баӛдитаваллуд, ӛамчун дар ваќти ӛомилагӛи, чунин мавӛумӛо истифода карда шаванд: баланд, муӛтадил ва пасти хатари инкишофи ОТЭВ.

5.1 Меӛӛрӛои (критерии) хатари баланд:

5.1.1 ӛолати гузаронидашудаи ОТЭВ;

5.1.2 зани таваллудкарда табобати зиддикоагулянтиро ӛангоми ӛомиладорӛи гирифтааст;

5.1.3 хатари баланди тромбофилия (гиперкоагулятсия);

5.2 ӛангоми хатари баланди ОТЭВ тромбопрофилактика на кам аз 6 ӛафта (42 рӛз) баӛд аз таваллуд гузаронида мешавад (С)

5.3 Меӛӛрӛои хатари муӛтадил:

5.3.1 мавӛудияти яке аз омилӛои дар зер нишондо- дашуда

5.3.1.1 буриши кайсарии фаври, ки дар ваќти таваллуд гузаронида шудааст;

5.3.1.2 ИВБ > 40 кг/м²;

5.3.1.3 Бистарикунонии такрорӛи баӛд аз таваллуд ё бошиш дар таваллудхона зиёда аз 3 рӛз бо сабаби мавӛудияти раванди илтихобию фасодӛи;

5.3.1.4 Амалиётӛои ларроӛӛи баӛд аз таваллуд: тарошидани бачадон, ампутатсия/экстирпатсияи бачадон;

5.3.1.5 Њолати тиббї ва беморињо: мисол: саратон, норасогии дил, шаكلي фањоли эритематози сурхаки системави, атропатияи илтињобї ё беморињои илтињобии рўдањо, аломати нефротикї, диабети ќанди навњи якум, камхунии досшакл-њуљайравї, дар давоми ваќти тулони истифодаи катетерњои д\в;

5.3.2. Мењърњои хатари муњадил: њамљоягии 2 омилњои дар зер овардашуда:

- 5.3.2.1. синну сол аз 35 сола боло;
- 5.3.2.2. фарбењи: ИВБ 30 кг/м^2 ва зиёд;
- 5.3.2.3. таносуб (паритет): 3 ва зиёда таваллудњо дар анамнез;
- 5.3.2.4. тамокукашї;
- 5.3.2.5. буриши ќайсарии наќшавї;
- 5.3.2.6. ОТЭВ дар хешовандон;
- 5.3.2.7. тромбофилияи хатари паст;
- 5.3.2.8. васењшавии аёни варикозии варидњо (выраженное);
- 5.3.2.9. сирояти системавии љорї;
- 5.3.2.10. беҳаракатї дар натилъаи, мисол параплегия, чудошавии ковок.
- 5.3.2.11. љойдоштани тромбофлебит ё чаррохї дар варидњо дар собика
- 5.3.2.12. Њолатњо ва оризањо њангоми њомиладории мазкур:**
 - 5.3.2.12.1. њомилагии бисёртифла;
 - 5.3.2.12.2. пре/эклампсия;
 - 5.3.2.12.3. валодати пеш аз мўњлат, њангоми мўњлати њомиладории кам аз 37

- њафтаина, вобаста бо тромбофилияњо,
мисол: синдроми зиддифосфолипидї;
- 5.3.2.12.4. мурдатаваллуд;
- 5.3.2.12.5. таваллудкунонии мањбалии амалиетї
(оперативное);
- 5.3.2.12.6. давомнокии таваллуд зиѣда аз 24 соат;
- 5.3.2.12.7. хунравї зиѣда аз 1 000,0 мл ва/ѣ гузарони-
дани љузьњои хун;
- 5.4. Њангоми гурўњи муътадили хатар тромбо-
профилактикаи ОТЭВ на кам аз 10 рўз
баъди таваллуд гузаронида мешавад (С);**
- 5.5. Меъёрњои хатари паст: ошкорнамоии яке
аз омилњои хатар, ки дар ќисми 5.3.2. ни-
шон дода шудаанд.**
- 5.6. Тромбопрофилактика њангоми гурўњи ха-
тари паст: фаълнокии бармањал ва роњ
надодан ба дегидрататсия (С).**
- 5.7. Њангоми њамроњшавии чунин омилњои ха-
тар дар занони таваллудкардаи гурўњи ха-
тари муътадил ва паст: бошиши дуру дароз
дар статсионар, сирояти захмї, амалиетњои
љарроњї дар давраи баъдитаваллуд – тромбо-
профилактика то 42 рўзи давраи баъдитавал-
луд ѣ то он даме, ки омилњои хатар бартараф
карда нашудаанд гузаронида мешавад (D).

Тавсияи 6. УСУЛЊОИ ДОРУГИИ ПЕШГИ- РИИ ОТЭВ

Барои пешгирии доругї зиддикоагулянтњои му-
стаќим ва ғайримустаќим истифода карда меша-
ванд (1,2,3,5,8,13).

6.1. Зиддикоагулянтъои мустаќим:

- гепарини ғайрифраксионї (ГГФ): гепарин;
- гепарини вазни ками молекулярї дошта (ГВКМ): эноксапарин, далтепарин, тинзапарин ва ғ.

6.2. Зиддикоагулянтъои номустаќим:

- маводъои дорувории таъсири кумарин дошта: варфарин;
- ќатори инданодионї – фенилин.

6.3 Ҳангоми Ҳомиладорї зиддикоагулянтъои мустаќим истифода карда мешаванд: ГГ ва ГВКМ. Зиддикоагулянтъои ғайримустаќим, аз ҷумла варфарин Ҳангоми Ҳомиладорї зиддинишондод буда, аммо дар давраи баъдитаваллуд беҳатар мебошанд.

6.4 Зиддинишондод барои истифодаи зиддикоагулянтъо:

- хунравї то, Ҳангоми ва баъдитаваллуд ё шубња ба хунравии дохили ковокии шикам;
- коагулопатия;
- гематома ғайринишондоди нисбї мебошад, антикоагулянтъоро баъд аз гемостаз ва кушодани гематома таъин кардан мумкин аст.

6.5 Талаботъо барои табобати зиддикоагулянтї Ҳангоми Ҳомиладорї (13):

- то 12 Ҳафта танњо ГВКМ истифода карда шавад;
- аз 13 то 34-36 Ҳафта ГВКМ ё ГГ истифода карда шаванд;

Дар ёд нигоњ дошт: истифодаи давомноки ГГ дар хомиладорон ба шикастани устухонњо ва остеопороз дар тифл оварда мерасонад.

- Зиддикоагулянтњои мустаќим танњо дар њолатњои нуќсонњои љарроњшудаи дил истифода карда шавад. Њомиладорро оиди таъсир ба тифл огоњ намудан лозим.
 - баъд аз 34-36 њафта боз ГВКМ ё ГГ карда шаванд. Маводи интихобшаванда: ГВКМ.
 - ба њомиладороне, ки њангоми њомиладорї ОТЭВ-ро гузаронидаанд, ГВКМ ба зери пўст њар 12 соат то охири њомиладорї таъин карда мешавад (сатњи далелнокї III).
 - То оѓози табобат бо зиддикоагулянтњо бояд таълили умумии хун (тромбоситњо), ташхиси хун ба коагулятсия ва аз рўи нишондод ташхиси фаъолияти гурдањо ва љигар гузаронида шавад.
- 6.6 Бо њомиладороне, ки ГВКМ ё ГГ ќабул мекунамд, оиди фавран ќатъ намудани вориднамоии онњо аз лаъзаи дарди аввали зоиш машварат гузаронида мешавад.
- 6.7 Дар давраи баъдивалодатї зиддикоагулянтњои мустаќим ва ғайримустаќим, аз љумла варфарин истифода карда мешавад.
- 6.8 Њангоми лактатсия (синамаконї) пешгириро бо истифодаи ГГ ё ГВКМ ё варфарин (сатњи В) новобаста аз усули таваллуд (сатњи С) гузаронидан мумкин аст. Њангоми истифодаи

АВК – назорат бо истифодаи муносибати мўътадилгардидаи байналмилалӣ бо сатъи мақсадноки аз 2.0 то 3.0 (сатъи В) гузаронида мешавад. Истифодаи сулодексид ба занони ширдиъанда ба таври инфироди гузаронида мешавад.

6.9 Хусусияти гепарини ғайрифраксионӣ (ГҒ).

6.9.1 Шақли барориш: шишачаи 5 мл, ки 1,0 мл он аз 1 000 то 5000 ЕД гепарин дорад.

6.9.2 Усули вориднамоӣ: з/п, д/в

6.9.3 Бартариҳои гепарин:

- давраи нимпошхўриаш нисбати дигар зид-дикоагулянтҳо кўтоъ аст;
- антидот дорад (протамин сулфат);
- зуд таъсирбахш аст;
- таърибаи зиёди истифодабарӣ.

6.10 Норасогиҳои ГҒ: ғангоми истифодаи дуру дароз дар ӯмиладорон ба шикастани устухонҳо ва остеопороз дар тифл оварда мерасонад.

6.11 Назорати вояи (доза) ГҒ гузаронида мешавад дар асоси:

6.11.1 мављудияти тромбоситҳо, чунки ГҒ мављудияти онҳо ро кам мекунад. Вақти байни таълилно: ӯар 2-3 рӯз то катъкунии вориднамоии гепарин.

6.11.2 мављудияти ВТКФ, ки муайянкунии он гузаронида мешавад:

- ✓ баъд аз 4-6 соат баъди гузаронидани вояи боркунанда (нагрузочной дозы);

- ✓ баъд аз 6 соат баъди ӯар як ивазшавии воя;
- ✓ на кам аз як маротиба дар як рӯз ӯангоми во-
риднамои вояи нигоӯдоранда;
- ✓ нишондиӯандаи мақсадноки ВТҚФ: 1,5 –
2,5 маротиба нисбат ба меӯёр зиёд карда ме-
шавад.

6.12 Вояи ГГ вобаста аз мавӯудияти ВТҚФ

Тано- суби ВТҚФ бемор ба меӯёр	Тагӯир- диӯии меӯёр (воя) ЕД/кг/ соат вобаста аз ВТҚФ	Вояи ило- вагии ГГ	Муаяйнку- нии мин- баӯдаи ВТҚФ (баӯд аз... соат)
Кам аз 1,2	+4	Болуси такрорӣ 80 ЕД/кг	6
1,2-1,5	+2	Болуси такрорӣ 40 ЕД/кг	6
1,5-2,5	Иваз карда нашавад		24
2,5-3,0	-2		6
Зиёда аз 3,0	-3	Қатгӣ до- ругузарони ба 1 соат	6

- 6.13 Хусусияти гепарини вазни ками молекуляривошта (ГВКМ)**
- 6.13.1 Намудњо ва шакли барориш: эноксапарин, далтепарин, тинзапарин;
- 6.13.2 Усули вориднамої: з/п, д/в
- 6.13.3 **Бартари ГВКМ нисбат баГГ (Ib):**
- 6.13.3.1 Хатари нисбатан пасти хунравї, аз он љумла њангоми истифода дар таваллуд ва баъди он;
- 6.13.3.2 Фавти нисбатан паст дар занон (ТНТ њангоми ТГВ дар заноне, ки њомиладор нестанд);
- 6.13.3.3 *Аз монеаи машимави намегузарад;***
- 6.13.3.4 Фаъолнокии зидитромботикии нисбатан аён;
- 6.13.3.5 Аённокии нисбатан пасти самараи манфи (побочные эффекты).
- 6.13.4 Норасогини ГВКМ:** антидот надоранд. њангоми аз меъер зиёд шудан мумкин аст зардоби хуни тезяхкардашуда истифода карда шавад.
- 6.13.5. Гайринишондод ба ГВКМ (13)**
- 6.13.5.1. Беморие, ки бо алоими хунравї мегузарад (мисол, гемофилия, бемории Виллебранд ё коагулопатия);
- 6.13.5.2. Хунравии фаъоли товалодат ё баъдивалодатї;
- 6.13.5.3 њомиладороне, ки хатари хунравии шадид доранд, мисол, пешомади машима бо

хоричоти хунин. Њангоми пешомади машимаи беаломат, яъне набудани хорилоти хунини олоиши («мазня») зери назорати катъи тайин кардан мумкин аст;

- 6.13.5.4 Тромбоситопения (мавлудияти тромбоцитъо камтар аз $75 \times 10^9/\text{л}$);
- 6.13.5.5 Хунрезии шадид ба мағзи сар (инсулт) дар 4 моҳи қаблі (геморрагі ё ишемикӣ);
- 6.13.5.6 Бемориёи вазнини гурдаё (суръати тозакунии гломерулаи (филтратсия) гурда камтар аз 30 мл/дақиқа/1,73 м²);
- 6.13.5.7 Бемориёи вазнини љигар (ваќти протромбинӣ аз меъёр зиёд);
- 6.13.5.8 Фишорбаландии идоранашаванда (фишори хуни систолӣ -200 мм.сут.сим ва аз ин зиёд; фишори хуни диастолӣ – 120 мм.сут.сим ва аз ин зиёд).

6.13.6 Вояи тахминии ГВКМ барои пешгирии ОТЭВ њангоми њомиладорӣ ва баъди-валодат

Маводи доруворӣ	Вазни зан бо кг.				
	Кам аз 50	50-90	91-130	131-170	зиёда 170 кг
Эноксапарин (мг х 1 маротиба дар як рӯз)	20	40	60	80	0,6 мг/кг/р ўз

Далтепарин (ед х 1 маротиба дар як рӯз)	2 500	5000	7 500	10 000	75ед\кг /рӯз
Тинзапарин (ед х 1 маротиба дар як рӯз)	3 500	4 500	7 000	9 000	75ед\кг /рӯз

6.13.7 Табобат бо ГВКМ ӯангоми ӯомиладорӣ

6.13.7.1 Табобати зиддикoaгулянтии аввалияро дар ӯомиладорон бояд бо гепарини вази ками молекуляридошта то инкор кардани ташхис оғоз намудан лозим аст (С). Табобат бо вояӯои муолилавии ГВКМ зери пӯст бояд дар давоми давраи боқимондаи ӯомиладорӣ гузаронида шавад (В)

6.13.7.2 Назрати вояи ГВКМ: ӯангоми истифодаи ГВКМ гузаронидани мониторинги мављудияти тромбоситӯо зарурият надорад, ба истиснои ӯолатӯое, ки ГВКМ-ро баъди ГГ таъин мекунанд. Назрати фаъолнокии зидди-Хагеман гузаронида мешавад – 0,5-1,2 ед/мл ӯангоми вази зан камтар аз 50 кг ё зиёда аз 90 кг ё вайроншавии фаъолияти гурдаӯо ва ОТЭВ-и такрори.

6.14: Зиддикoaгулянтӯои номустақим

6.14.1 Зиддикoaгулянтӯои номустақим – ингибиторӯои рақобатпазири витамини К. Ба онӯо

дохил мешаванд маводҳои доругии фаъолияти кумарин дошта: варфарин, катори инданоидонӣ – фенилин.

6.14.2 *Механизми таъсир:* ба синтези омилҳои аз витамини К вобастабудаи лахташавӣ дар лигар монеа мегардад: фибриноген, омилҳои VII, IX, X, синтези омилҳои зидилахташавии протеини С ва S-ро боз медорад.

6.14.3 Аз аввали қабули зидикоагулянтҳои ғайримустақим сатҳои протеини С ва S паст мешавад, ки метавонад як муддате хатари тромбозро ва ТЭАШ-ро зиёд намояд. Барои пешгирии ин оризаҳо дар 7-10 шабонарузи аввал то 14 шабонарӯзи истеъмоли варфарин ГГ ё ГВКМ таъин ё давом дода мешавад.

6.14.4 Истифодаи зидикоагулянтҳои таъсиршон ғайримустақим ӯангоми ӯомиладорӣ:

6.14.4.1 Дар **сеомӯаи аввали** ӯомиладорӣ зиди-нишондод мебошанд, чунки боиси хондродисплазия, гипоплазияи таӯоякӯҳои бинӣ ва вайроншавии сохтори устухонҳои мегардад;

6.14.4.2 Дар **дуом ва оӯози сеомӯаи сеом** танҳо ӯангоми ТЭАШ ва клапанҳои протезии дил таъин менамоянд. 10-14 рӯз пеш аз таъини варфарин вориднамоии гепарин идома ё оӯоз карда мешавад. Баъд аз расидан ба нишондодҳои мақсаднок – вориднамоии гепарин катъ карда мешавад.

- 6.14.4.3 **Дар охири њомиладорї истеъмоли варфарин** хатари баланди хунравиро ба дохили косахонаи сарї дар тифлро дорад.
- 6.14.4.4 **Истифодаи зидикоагулянтњои номустаќим баъд аз таваллуд:**
- Варфаринро баъд аз таваллуд як маротиба дар як рӯз ва дар ваќти муайян мегузаронанд, вояи аввалия 5 мг/шабонарӯзро ташкил медињад. Минбаъд рељаи фардї аз 2,5 мг то 7,5 мг дар як шабонарӯз вобаста аз нишондоди коагулограмма, хатари тромбоз муќаррар карда мешавад.
 - 10-14 рӯз пеш аз таъини варфарин вориднамоии гепарин идома ё оғоз карда мешавад. Баъд аз расидан ба нишондодњои маќсаднок – вориднамоии гепарин ќаъ карда мешавад.
 - Давомнокии истифодабарии варфарин: 12 моњ ва аз ин зиёд баъд аз таваллуд.
- 6.14.5 Назорати вояи варфарин:
- ММБ дар аввал њар 5-7 рӯз то расидан ба ММБ 2,0-3,0 муайян мекунад, минбаъд њар 4 њафта. Њангоми истифодабарї дар якљоягї бо гепарин – бештар ва/ё
 - Ваќти протромбинї (ПТВ) - 1,5-2 маротиба зиёд намудан;
 - тромбоситњо $150-400 \times 10^9$;
 - фибриноген – 2-4 г/л,
 - АлАТ ва микрогематурия.

Тавсияи 7. Машваратдињии иловагии мутахассисон дар занони њомила/зоянда/таваллудкардаи гурӯњи хатари баланд ва муътадили ОТЭВ

- 7.1 Њангоми ошкор намудани омилҳои гурӯњи хатари баланд ва муътадил машварати љарроњи рағњо ва анестезиолог-реаниматолог нишондод мебошад.
- 7.2 Маќсади машваратдињї: мувофиќа намудани пешгирии ТЭАШ, њалли масъала оид ба идомаи њомиладорї, муайян намудани макон, ваќт ва усули таваллуд мебошад.
- 7.3 Машваратдињии дигар мутахассисон аз рӯи нишондод.

Тавсияи 8. Хусусиятҳои оғози тромбопрофилактика дар давраи баъдивалодати бо истифодаи ГВМК ё ГГ барои камкунии хатари оризањои геморагї:

- 8.1 Агар зани таваллудкарда ГВМК ё ГГ то таваллуд гирифта бошад:
- 8.2 Барќарор намудани вориднамоии онњо на пештар аз 4-6 соати баъд аз таваллуд бо роњи табиї (сатњи С) ва баъд аз 8-12 соати анљоми љарроњии буриши ќайсарї, мумкин аст пештар мисли валодати табиї;
- 8.3 Њангоми мављудияти хатари баланди хунравї гузаронидани пешгирии механикї - трикотажи компрессионї гузаронида мешавад.

Тавсияи 9. Тромбопрофилактика то ва баъди љарроњии буриши ќайсарї. (2,3,13,15). БК наќшавї хатари ОТЭВ-ро ду маротиба баланд мекунад, фаври - 4 маротиба.

- 9.1 Њангоми БЌ-и наќшавї даст кашидан аз вояњои табобатии ГВМК дар давоми 12 соат то оғози љарроњї.
- 9.2 Усулњои бедардкунии регионалї истифода карда намешавад, аз он љумла бењискунии эпидуралї, агар ГВМК 12 соат пеш то оғози БЌ манъ карда нашуда бошад.
- 9.3 Ворид кардани зиддикоегулянтњоро метавон пас аз 8-12 соати баъд аз ба итмомрасии БЌ оғоз намуд.
- 9.4 Баъди валодат табобати ГҒ ва ГВМК-ро метавонем бо АВК иваз намоем. Табобат на кам аз 6 љафта баъд аз валодат ба мўњлати умумии минималї дар 3 моњ идома дода мешавад. АВК-ро ба занњои ширдењ тањин кардан мумкин аст.
- 9.5 Агар љарроњии БЌ наќшавї гузаронида шавад – пешгирии механикї: трикотажи компрессионї гузаронида мешавад. Малњами гепаринро мавзєи истифода намудан мумкин аст;
- 9.6 Агар љарроњии БЌ наќшавї њангоми мављудияти як ё ду омилњои хатар гузаронида шавад – пешгирии механикї: трикотажи компрессионї ва ГВМК дар давоми 7 рўз (сатњи С) гузаронида шавад;
- 9.7 Агар љарроњии БЌ ба таври фаврї гузаронида шавад – пешгирии ОТЭВ: бо трикотажи компрессионї ва ГВМК дар давоми 7 рўз гузаронида мешавад;

- 9.8 Вояи тромбозпрофилактикии ГВМК баъд аз 8-12 соати БК гузаронида мешавад, мумкин аст пештар, мисли ӯангоми валодат бо роӯнҳои табиӣ: эноксипарин 40 мг. ё далтепарин 5 000 ЕД. ё тинзапарин 75 МЕ/кг.
- 9.8.1 Ба заноне, ки вояи табобатии ГВМК-ро гирифтаанд, бояд баъд аз буриши кайсарӣ пӯст бо кӯкноӣ гиреӯии алоӯида дӯхта мешавад бо дренажкунони фазои зерипусти.
- 9.9 Хатарии инкишофи гематома ӯангоми истифодаи ГВМК ва ГГ яхела, тақрибан 2%-ро ташкил медиҳад.

Тавсияи 10. Ташкили кӯмаки тиббӣ ӯангоми ОТЭВ дар соҳаи акушерӣ

10.1 Муассисае, ки кӯмаки тибби ро хангоми ОТЭВ мерасонанд

10.1.1 Бистарикунони беморон бо аломатҳои ОТЭВ ба беморхонаҳои бисёрсоҳавии сатҳи вилоятӣ/лӯмӯуриявӣ анӯом дода мешавад. ӯангоми мавӯуд набудани оризаҳои акушерӣ бистарикунони ба шӯӯбаи ларроӯнии рагӯ амалӣ карда мешавад. ӯангоми мавӯудияти оризаҳои акушерӣ кӯмаки тиббӣ дар таваллудхонаҳои сатҳи 3-юм расонида мешавад:

10.1.1.1 барои истикоматкунандагони ш. Душанбе – МДТ «Истиклол»;

10.1.1.2 барои истикоматкунандагони деӯотҳои ноӯияҳои тобеи лӯмӯури – МД «ПИТАГваП»;

- 10.1.1.3 барои истиқоматкунандагони минтақаи Қўлоби вилояти Хатлон - Маркази перинаталии Беморхонаи клиникии шаъри Қўлоб ба номи А.Нақназаров;
- 10.1.1.4 барои истиқоматкунандагони минтақаи Бохтари вилояти Хатлон дар Таваллудхонаи вилоятӣ дар сохтори беморхонаи клиникии вилояти Хатлон;
- 10.1.1.5 барои истиқоматкунандагони ВМКБ – маркази перинаталии шаъри Хоруг.
- 10.2 Чорабиниҳои табобатӣ-ташхисӣ, бурдани ӯмиладорӣ, таваллуд ва давраи баъдивалодатӣ ӯангоми ОТЭВ вобаста аз ӯлоати клиникӣ ex consilium амалӣ карда мешавад. Дар ӯайати консилиум табибони дарлааи тахассусии олі/якуми акушер-гинекологӯ, анестезиолог-реаниматологӯ, ларроӯони рагӯ, пулмонологӯ, кардиологӯ ва трансфузиологӯ лалб карда мешаванд. ӯангоми зарурат – ларроӯи кафаси сина ва кардиоларроӯ.
- 10.3 Вобаста аз намуди ОТЭВ консилиум бояд чунин вазифаӯоро ӯал намояд:
 - 10.3.1 эъёи дилу шушӯ ва табобати интенсивии садмаи кардиопулмоналӣ;
 - 10.3.2 назорат ва эътимولي давом додани ӯмиладорӣ, интихоби усули таваллудкунонӣ ва бурдани давраи баъдивалодатӣ;
 - 10.3.3 табобати зиддикӯагулянтӣ ва зиддитромботикӣ ӯангоми ӯмиладорӣ, таваллуд ва баъдивалодат;

- 10.3.4** кўмаки махсусгардонидашуда: гузаронидани тромболлизис ва/ё тромболэктомия ё имплантатсияи кава-филтри чатрї дар варириди холии поёнї (карорро ларроњи рагно кабул мекунад);
- 10.3.5** пешгирии пайдоиши минбаъда ва зиёдшавии тромбњо;
- 10.3.6** Ба беморон бо ОТЭВ, ки дар статсионар инкишоф ёфтааст, кўмаки тиббї дар муассисае, ки дар он ориза ба амал омадааст, расонида мешавад. Масъалаи оиди гузаронидан ба муассисаи махсусгардонидашударо консилиум муайян мекунад, ки ба он машваратчї аз муассисаи интиќолшаванда таклиф карда мешавад.
- 10.3.7** Назорат њангоми њомиладорї ва назорати зани таваллудкардаи дорои ОТЭВ њангоми набудани оризањои акушерї дар беморхонаи махсусгардонидашуда амалї карда мешавад;
- 10.3.8** Бурдани њомиладорї њангоми ОТЭВ вобаста мебошад аз: вазнинии њолати бемор; мўњлати њомиладорї; њолати тифл; оризањои акушерї ва БЭГ;
- 10.3.9** Муоина ва ташхис њангоми ОТЭВ бояд њарчи зудтар ташкил карда шавад.

Тавсияи 11. Муоинаи њомиладорон ва занњои таваллудкарда њангоми ОТЭВ

- 11.1** Ташхиси даќиќи ТЭАШ танњо дар муассисањои баландихтисос бо истифодаи

рентген ва ТК- ангиографияи шушњо имконпазир аст (5.8.13). Аммо, хатари ТЭАШ-ро њам њомиладорон, њам таваллудкардагоне, ки ба таваллудхонањои махсусгардонидашуда ё ба шўъбањои таваллудии сатњи 2-3 бистарї шудаанд, доранд. Аз ин лињоз, њангоми мављуд набудани тальњизоти лозима, **истифодаи алгоритми YEARS**, ки дар он усуљњои бехатарии дар шароитњои муассисањои таваллудии Тољикистон истифода карда мешаванд, тавсия дода мешавад (14).

11.2 Тибќи алгоритми мутобиќкардашудаи YEARS њангоми гумонбар шудан ба ОТЭВ бояд њатман **D-димер** муайян карда шавад ва бањодињии њамаи њомиладорон аз рўи меъёрњои клиникї гузаронида шавад (14):

11.2.1 аломатњои клиникии ТВА;

11.2.2 хунпартої;

11.2.3 аз рўи маълумотњои собиќа ва нишон-
додњои клиникї бо эњтимолияти бештар
ташхиси ТЭАШ ба шумор меравад.

**11.3 Кангоми мављудияти њар як дилхоњ ало-
мати ТВА гузаронидани ТУС компрессионии
пойњо гузаронидамешавад, барои пешгирии ради-
атсияи нолозим, чунки тањхиси ТВА ТЭАШ-ро
тасдиќ мекунад. (Шб, С: 5).**

11.3.1 Агар њангоми тањхиси ултрасадо ТВА тас-
диќ шавад – тадќикоти минбаъда гузаронида
намешавад, табобати зиддиќоагулянтї тањин
карда мешавад.

- 11.3.2 Агар ӛангоми ташхиси ултрасадо ТВА тасдиќ нашавад – гузаронидани ТК-ангиография, дар ӛолати набудани шароит - гузаронидани рентгени шушӛо;
- 11.3.3 ТК-ангиографияи шушӛо танӛо ӛангоми чунин шароитӛо гузаронида мешавад: ↓ ▼
- 11.3.4 Миќдори D – димер > 500 нг/мл ва ӛадди аќал як аз се меъёрӛои клиникаии алгоритми YEARS мусбї буд: аломатӛои клиникаии ТВА ва/ӛ хунпартої ва/ӛ дар асоси собика ва аломатӛои клиникї ташхиси нисбатан эъти-молї – ТЭАШ ӛ
- 11.3.5 Миќдори D – димер > 1000 нг/мл новобаста аз меъёрӛои клиникаии алгоритми YEARS (14).
- 11.3.6 Тактикаи тиббию-ташхисї ӛангоми мављудияти аломатӛои ТВА:

ӛангоми мављудияти ӛар кадом аломати ТВА гузаронидани ТУС компрессионии пойӛо	
↓ ▼	↓ ▼
ӛангоми ТУС ТВА тасдиќ шудааст	ӛангоми ТУС ТВА тасдиќ нашудааст
↓ ▼	↓ ▼
– тадќикоти минбаъда	Муайянкунии сатњи D – димер
↓ ▼	↓ ▼

гузаронида нашавад,	D –ди- мер <500 нг /мл	D –димер > 500 нг/мл ва њади акќал як аз се меъёрњои клини- кии алгоритми YEARS мусбї ме- бошад D –димер > 1000 нг/мл новобаста аз меъёрњои клини- кии алгоритми YEARS
↓ ▼	↓ ▼	↓ ▼
Табобати зидди­коагу- лянтї таъин карда меша- вад (тавсияи 12)	ТЭАШ инкор карда шуд	Ташхиси нисба- тан энзимолї- ТЭАШ
		↓ ▼ Гузаронидани ТК- ангиографияи шушњо
		↓ ▼ Табобати зидди- коагулянтї таъин карда шавад

11.4 Дигар усулњои ташхис аз рӯи тавсияњои кардиолог ва ларроњи рағњо истифода карда мешаванд, вобаста бо имкониятњои муассиса: ангиографияи артерияи шуш – усули ташхиси эталонї (С), СБД;

Эхокардиография; томографияи компютери спиралі, ТМР; стинтиграфияи вентиліаціоноіу перфузіоіу (5,8).

Тавсіаі 12. Пріісіпїоіу табопати зіддікоагуляіті дар њоііладороі бо ТВА поіїо (RCOG)

- 12.1 Таїмін наіудані маікеі баланді поіїо ва коіпрессіаі еластікіі поіїо.
- 12.2 Табопати зіддікоагуляіціоіу ібтідоіу ТВА поіїо: табопат бо істіфодаі ГГ є гепарііі вази молекуляріаш кам (С) оїоз карда мешавад.
- 12.3 Ворід наіудані зіддікоагуляіііо – саіоїїаііаі лїарроїїаі рагїо, тавсіаі додан мумкіі асті:
 - 12.3.1 Воаі боркуіандаі ГГ 5000 ЕД д/в.
 - 12.3.2 Воаі нігаїдорандаі ГГ – д/в кїтрагі бо сурїаі 1 000-2 000 ЕД дар як соат є з/п њар як 12 соат 15 000 – 20 000 ЕД.
 - 12.3.3 Назораті ВТКФ баїд аз 6 соат гузароііаі мешавад: нісбат ба меїїр 1,5-2 маротіба боаі зіїд карда шавад є
 - 12.3.4 З/п гузароііаі ГВМК зері назораті зідді – Ха, кі боаі 0,8-1,0 ЕД/мл-ро баїді 3-4 соат ташкіл діїаі. Ыар як 5 шабоіарїз муаіаіі наіудані шумораі тромбосіііо.
 - 12.3.5 Дар заноні дороі хатарі хунраві, њаігоіі зарурат – ідоіаі табопат бо гепаріі: істіфодаі ГГ д/в, то он даіе, кі омільїоіу хатар несті наіешаванд, чункі дар ГГ даіраі нііітаназуіїбї кїііоі асті ва ба фаркіаі аз дігар зіддікоагуляіііо аііідоі маіїуд асті.

12.3.6 Омилъои хатари баланди хунравї: хунравии вазнини товалодатї, коагулопатия, гематомаи захм, гумонбарї ба хунравии дохили шикам ва баъдивалодатї.

12.4 Барои баъодињии самаранокии табобат гузаронидани ангиоаксгирии дуплексии ултрасадої:		
↓ ▼	↓ ▼	↓ ▼
12.5 Њангоми натиљаи манфї ва аломатъои клиникии на он кадар аён - табобати зиддикоагулянтиро катъ намудан мумкин аст (С)	12.6 Њангоми натиљаи манфї ва клиникаи аён – идомаи табобат бо зиддикоагулянтъо (С) ↓ ▼ 12.7 Баъд аз як њафта такрор намудани ангиоаксгирии дуплексии ултрасадої, њанго-ми натиљаи манфї – катъ намудани табобат;	12.8 Њангоми натиљаи мусбї – табобат бояд идома дода шавад.

12.9 Њал намудани масъалаи пешгирии њарроњи ТЭАШ бо њарроњи рагъо (ворид намудани кава-филтр; пайгирї ё бастани рагъо)

12.10 **Хусусиятҳои табобати ТВА њангоми валодат:** Њангоми валодатҳои нақшавї ГГ ва ГВМК -ро то 24 соати кабл аз валодат катъ

мекунанд. Агар оғози таваллуд номаълум бошад – танҳо ГГ истифода мешавад, чунки он антидот - протамин сулфат дорад. Хабардор кардани зани Ӵомила: бо саршавии дарди аввал даъват намудани акушер-гинеколог барои Ӵалли масъалаи катъ кардани истифодаи зиддикоагулянтҳо бо саршавии фаъолияти валодат.

12.11 **Хусусиятҳои таботати ТВА баъд аз таваллуд**

12.11.1 Пешгирии ТВА: фаъол намудани бармаъал. Ӵангоми набудани имконият (НСШ-и давомнок) - фишурдани давравии пойҳо дар давоми иммобилизатсия. Дар вақти ТВА-и шадид истифода бурда нашавад.

12.11.2 Барои таботати давомнок (моӴҳо) варфарин истифода карда мешавад. Дар давоми 5-7 шабонарӯзи аввал дар якљоягӣ бо варфарин иловаги ГВМК то расидан ба ММБ - 2,0-3,0 ворид карда мешавад. Ӵангоми ТВА дар вақти Ӵомиладорӣ таботати зиддикоагулянтӣ баъд аз таваллуд на камтар аз 3 моӴ давом дода мешавад.

Тавсияи 13. Таботати фаврии ОТЭВ дар даврани шадид (1,8)

Ӵангоми шубња ба ОТЭВ кӯмаки фаврӣ, ки ба пешгирии ављгирии беморӣ ва огоӴониданӣ ТЭАШ равона карда шудааст гузаронида шавад, омилҳои хатар, аз он лӯмла тромбофилияҳо, Ӵолатҳои ба он пешгӯикунанда муайян ё инкор карда

шавад. Аломатҳои маъмул ва аввалини ТЭАШ - на-
фастанги ва тахипноэ мебошанд.

13.1 Қадами 1. барои кӯмак даъват намудани:
анестезиолог-реаниматолог, акушер-гине-
кологҳои пешбар, лаборант, функцио-
налист, маъмурият. Ташкил намудани конси-
лиуми фаври дар ҷайати ҷарроғии рағно,
кардиолог, трансфузиолог. Њангоми за-
рурат – ҷарроғони қафаси сина ва дил.

13.2 Қадами 2. хобонидан ба паълуи чап;

13.3 Қадами 3. њангоми пастшавии SO_2 камтар аз
95 % – таъмин намудани оксиген тавассути
канюлаҳои бини. НСШ њангоми набудани
самараи табобати оксигении ғайриинвазивӣ
гузаронида мешавад.

13.4 Қадами 4. катетеризатсия 2 варидҳои
оринл.

13.4.1 Вариди якум барои табобати фармакалогии
норасогии шадиди меъдачаи рост истифода
карда мешавад. Њангоми пастшавии ФА ба
вариди якум дарнол инфузияи кристалло-
идно 500,0 мл дар давоми 15-30 дақиқа + ва-
зопрессорно оғоз карда шавад.
Норэпинефрин 0,2 – 1, мг/кг/дақ ва добу-
тамин 2-20 мг/кг/дақиқа истифода карда ша-
вад.

13.4.2 Вариди дуум: гирифтани хун барои муа-
йянсозии D-димер, ВТҚФ, ПИ, тромбо-
ситно

13.5. Воридкунии зидикоагулянтно аз рӯи
нақша: ГГ маводи интихоби (13)

13.5.1.1. д\в воридкунии болюсии ГЎ 5 000 ЕД ё аз њисоби 80 ЕД ба 1 кг вазни бадани бемор;

13.5.1.2. Дар давоми 5-7 рўз – гузаронидани доимии д\в ГЎ 18 ЕД ба 1 кг вазни бадани бемор дар як соат ё 30 000 ЕД дар як шабонарўз њангоми вазни бадани 70 кг;

13.5.1.3. Вояи тахминии ГВМК барои табобати ОТЭВ дар ваќти њомилагї ва баъдивалодат (5)

Маводи доругї	Воя	Фосилаи вориднамої
Эноксапарин	1 мг/кг	њар 12 соат з/п
	ё 1,5 мг\кг	1 маротиба дар 1 ш/р з/п
Дальтепарин	100 МЕ/кг	њар 12 соат з/п
	200 МЕ/кг	1 маротиба дар 1 ш/р з/п
Тинзапарин	175 ЕД/кг	1 маротиба дар 1 ш/р з/п

13.5.1.4. ГВМК – вояњои табобатї дар давоми 10-14 рўз, вояњои пешгирикунанда то охири њомиладорї ва 6 њафтаи аввали баъд аз таваллуд;

13.5.1.5. ГЎ д\в 5 рўз ба таври болюсї минбаъд доругузаронии мунтазам зери назорати ВТЎФ бо гузариш ба воридкунии з/п ГЎ ё

- ГВМК дар давоми њомиладорї ва 6 њафтаи аввали баъд аз таваллуд;
- 13.5.1.6. Њар 6 соат дар шабонарӯзњои аввал ва баъдан – њар рӯз – назорати ВТКФ.
- 13.6. Њамарӯза назорати шумораи тромбоситњо барои инкори тромбоситопения, ки сабаби он гепарин мебошад (тромбоситопенияи бо гепарин индуксияшуда).
- 13.7. Оғоз намудани истеъмоли варфарин дар њамон рӯзе, ки воридкунии ГГ оғоз шудааст.
- 13.8. Катњи гепарин њангоми устувории МНО >2,0 дар давоми 48 соат, аммо на барваќтар аз 5 рӯзи баъди оғози табобат.
- 13.9. Варфарин ба давраи на камтар аз 3 моњ тањин карда мешавад (зерин назорати ММБ, нишон доди маќсадноки ММБ – 2,0-3,0).
- 13.10. Њангоми њама гуна намудњои ОТЭВ би-стари кунонии фаврї

ТАВСИЯИ 14. КЎМАКИ ТИББЇ ВА ТАКТИКАИ АКУШЕРЇ ЊАНГОМИ ТЭАШ (13)

- 14.1** **Бурдани њомиладорї њангоми ТЭАШ**
- 14.1.1** **Бурдани њомиладорї њангоми ТЭАШ дар семоњаи аввал (0-13 њафта)**
- 14.1.1.1 Ёрии фаврї

- 14.1.1.2 Њомиладорї баъд аз бартараф намудани садмаи кардиопулмоналї, тромбоз ва мўътадил гаштани њолати зан катъ карда шавад. Сабаби катъи њомилагї вазнинии беморї, таъсири шуои рентгенї ба тифл њангоми гузаронидани чорањои ташхисї, зарурати табобати дуру дарози зиддикоагулянтї ва зиддитромботикї мебошад.
- 14.1.1.3 Ваќти катъи њомилагиро консилиум дар њайати: љарроњи рагњо, акушер-гинеколог ва анестезиолог-реаниматолог муайян мекунад, хулосаи асосиро љарроњи рагњо медињад. Усули катъи њомилагиро якљоя муайян менамоянд.
- 14.1.2 Бурдани њомиладорї њангоми ТЭАШ дар сеоњаи дуом ва сеюм (14-40 њафта)**
- 14.1.2.1 Ёрии фаврї;
- 14.1.2.2 *Ex consilium* дар њайати: љарроњи рагњо, акушер-гинеколог ва анестезиолог-реаниматолог, њал кардани масъалаи идомаи њомиладорї.
- 14.1.2.3 Усули катъи њомиладориро якљоя муайян менамоянд. Њангоми идомаи њомиладорї – назорати якљоя. Дар давоми њомиладорї – табобати **бефосилаи** зиддикоагулянтї;
- 14.1.2.4 Њомиладориро набояд якбора катъ намуд, ин марњилаи аввали мубориза бо ТЭАШ нест, чунки њомиладорї сабаби беморї намебошад, балки омилест, ки њолатро бадтар мекунад;

- 14.1.2.5 Њангоми табобати босамари ТЭАШ, њолати каноатбахши њомиладор ва мављуд набудани бемории тифл – њомиладориро давом додан мумкин аст, аммо њифз набояд кард (не сохраниять).
- 14.1.2.6 Њомиладориро њангоми бадшавии њолат катъ бояд кард, яъне: зиёдшави ё пайдошавии фишорбаландии шушњо, њамроњшавии оризањои акушерї, ки таљбилан катъкуни ё таваллудкунониро талаб менамоянд;
- 14.1.2.7 Њангоми катъи њомиладорї ё таваллудкунонї лужњои хун омода карда шаванд (ЗТЯ на камтар аз 1,0 л), бригадаи трансфузиологї дар мавриди будани шароит барои муоинаи пурра ва табобати коагулопатияњо огоњонида мешаванд ё дар мавриди набудани шароит барои ташхис ва табобати коагулопатияњо дарњол даъват карда мешавад (усулњои лаборатории муоина);
- 14.1.2.8 Катъи њомиладорї/таваллудкунонї дар маркази перинаталї, таваллудхонаи вилоятї ё таваллудхонањо ва беморхонањои ш.Душанбе гузаронида шаванд.
- 14.2 Бурдани валодат ва валодаткунонї њангоми ОТЭВ**
- 14.2.1 Тактикаи бурдани валодат аз тарафи консилиум, ки зуд таъсис дода мешавад, муайян карда мешавад. Њайати консилиум: акушер-гинекологњои пешбар, анестезиолог-реаниматологњо, неонатолог,

- љарроњи рагњо, кардиолог, трансфузиолог. Дигар мутахассисон аз рӯи нишондод.
- 14.2.1.4 Усули валодаткунонӣ (абдоминалӣ ё тавасути роњњои табиӣ) дар мувофиќа бо лярроњи рагњо муайян карда мешавад.
- 14.2.1.5 Нишондодњои акушериро табиб акушер-гинеколог муайян менамояд.
- 14.2.1.6 Валодат бо роњњои табиӣ њангоми мављудияти шароитњои зерин мумкин аст: њолати каноатбахши њомиладор, тифл, давомнокии ТЭАШ зиёда аз 1 моњ, ба њомиладор пешакӣ кава-филтр ворид карда шудааст.
- 14.2.1.7 Табобати зидикоагулянтӣ дар ваќти валодат**
- 14.2.1.7.1 Огоњ намудани њомиладороне, ки вояи дастгирикунандаи гепаринро мегиранд, оиди катъ кардани кабули он бо оғози таваллуд аз сабаби хатари хунравӣ. Ба онњо бояд аломатњои саршавии валодат ба пуррагӣ фањмонида шавад.
- 14.2.1.7.2 Кангоми валодати мустаќилона саршуда дар заноне, ки ГГ ворид карда шудааст, ВТКФ муайян карда шавад. Кангоми давомнокии зиёди ВТКФ – антидот - протамин сулфат барои паст намудани хатари хунравӣ ворид карда шавад. Агар таваллуд якбора оғоз шавад, яъне нобањангом – протамин сулфат дарњол гузаронида шавад.

- 14.2.1.7.3. Агар қарор оиди барангезиши валодат қабул шуда бошад – воридакунии ГГ 24 соат пеш аз валодат қатъ карда шавад (13).
- 14.2.1.7.4 Њангоми лярроњи нақшавии буриши қайсарї 24 соат пеш аз лярроњи гепарин қатъ карда шавад
- 14.2.1.7.5 Анестезияи регионалї то гузаштани 24 соат баъд аз гузаронидани вояи охирини зиддикоагулянт гузаронида нашавад.
- 14.2.1.7.6 Катетери эпидуралиро дар давоми 12 соати баъди вояи охирини гепарин набояд гирифт, аз сабаби хатари инкишофи гематома.
- 14.3. Нишондод ба лярроњи буриши қайсарї (Тавсияҳои ФР):**
- 14.3.1 ТЭАШ дар вақти њомиладорї бо табобати зиддикоагулянтҳои минбаъда;
- 14.3.2 Фишорбалании шушї, мављуд набудани қава филтр баъд аз ТЭАШ-и гузаронидашуда;
- 14.3.3 Нишондод аз тарафи модар ва кўдак.
- 14.3.4 Буриши қайсарии њангоми гумонбарї ба ОТЭВ бо иштироки лярроњи рағњо гузаронида мешавад. Дар вақти БК њангоми мављуд набудани қава филтр дар њомиладор, лярроњи рағњо пликатсияи варидаҳои поёниро бо дўхтани механикї ё имплантатсияи қава филтр анљом медињад (аз рўи имконият).

- 14.4 Бурдани давраи баъдивалодатї њангоми ОТЭВ**
- 14.4.1** Назорати якљояи акушер-гинеколог, анетезиолог-реаниматолог ва љарроњи раѓњо;
- 14.4.2** Идомаи воридкунии ГВМК ё ГГ бо гузариши оњиста-оњиста ба зиддикоагулянтњои таъсирашон ѓайримустаќим (варфарин);
- 14.4.3** Истеъмоли дарозмўњлат – зиёда аз 6 моњ, баъзан як умраи зиддикоагулянтњои ѓайримустаќим зери назорати љарроњи дилу раѓњо, кардиолог ва дигар мутахассисон;
- 14.4.4** Мониторинги гемостазиограмма – на кам аз 1 маротиба дар 1 моњ;
- 14.4.5** Контрасепсияи баъдивалодатї, агар њангоми БК безурёткунонї гузаронида нашавад.
- 14.5 Табобати зиддикоагулянтї баъди валодат**
- 14.5.1** Табобати зиддикоагулянтї дар давоми њомиладорї ва 6 њафтаи баъд аз таваллуд идома меёбад. Њади аќќал давомнокии табобат 3 моњро бояд ташкил дињад.
- 14.5.2** Ба зани таваллудкарда интихоб миёни ГВМК ва зиддикоагулянтњои номустаќимро бояд пешнињод кард. Инчунин оид ба зарурати мониторинги мунтазами таълили хун њангоми ќабули варфарин, махсусан дар давоми 10 рўзи аввал, машварат дода шавад.
- 14.5.3** ГГ, ГВМК, варфарин њангоми синамаконї ѓайринишондод нестанд.
- 14.5.4** Њангоми интихоби ГВМК дар давраи баъдивалодатї метавон њамон вояи

дорувориро истифода намуд, ки зан ӯангоми ӯомиладорӣ истифода намудааст ё ӯамон вои доруворӣ тавсия дода мешавад, ки истеъсолкунанда барои беӯомилаӯо истифода мебарад: эноксапарин 1,5 мг/кг 1 маротиба дар як рӯз, дальтепарин 10 000 – 18 000 ЕД як маротиба дар як рӯз, тинзапарин 175 ЕД/кг як маротиба дар як рӯз.

- 14.5.5 Истифодаи варфарин – то 3-юм рӯзи баъди валодат ба таъхир гузошта мешавад, то ин ГГ ё ГВМК идома дода мешавад. Дар занони дорои хатари хунравӣ баъди таваллуд бояд аз истифодаи варфарин дар давоми 3 шабонарӯзи аввали баъди валодат каноралӯӣ кард.
- 14.5.6 ӯамарӯза муайян намудани ММБ ӯангоми иваз намудани ГВМК ба варфарин бо мақсади роӯ надодан ба гиперкоагулятсия. Вориднамоии гепаринро то вақте, ки ММБ аз 2,0 зиёд мешавад дар давоми 2 рӯз пай дар пай идома медиӯем.
- 14.5.7 ӯангоми рухсатдиӯӣ аз таваллудхона осеби баъди тромботикии варидӯо, тестӯои тромбофилия баӯгузорӣ мешавад ва ӯангоми зарурат – такрор карда шаванд.
- 14.5.8 Машварат оиди тромбопрофилактика дар ӯомиладориӯои оянда.

Тавсияи 15. Хусусиятӯои амалӯои анестезиологӣ барои пешгирӣ ва табобати ОТЭВ (5.8.13.15)

- 15.1 Анестезиолог-реаниматолог пеш аз гузаронидани анестезия бояд ӯамавақт омилӯои

- хатари ОТЭВ-ро баъогузорї намояд. Омилъои хатар, муоина, чораъои табобатию профилактикї бояд дар таърихи таваллуд **њульъатгузорї** карда шаванд.
- 15.2 Њангоми анестезияи минтаъавии осебї (FDA) истифодаи зиддикоегулянтъо таъхир гузошта шаванд. Аз истифодаи МЗИГ (FDA) каноральїї бояд кард.
- 15.3 Дар аснои ОТЭВ ё табобат бо зиддикоегулянтъо:
- 15.4 Анестезияи спиналї њангоми ОТЭВ њангоми мавъудияти фишорбаландии шушї ва набудани норасогии нафаскашї тавсия дода мешавад.
- 15.5 Барои интихоби усули бедардкунї дар њомиладорон/зояндаъо, ки зиддикоегулянтъо мегиранд, анестезиолог бояд ваќти ќабули доруворињоро донад. Дар њолатъои таъљилї – табобати ба пахшкунии таъсири зиддикоегулянтъо равонашударо гузаронад.
- 15.6 Анестезияи спиналиро метавон танъо *баъди 12 соати* гузаронидани ГВМК истифода намуд.
- 15.7 То оѓози воридкунии гепарин, аз рӯи имконият, дур кардани катетери спиналї (FDA). Агар катетери спиналиро дур кардан ғайриимкон бошад – онро баъди 10-12 соати воридкунии вояи охирини ГВМК ва 2 соат пеш аз воридкунии минбаъдаи ГВМК (FDA) дур менамоянд;

- 15.8 Усулҳои минтақавии анестезия ғайринишондод мебошанд ӯангоми:
- 15.8.1 тромбоситопения камтар аз 100×10^9 ;
- 15.8.2 ӯангоми ММБ ва ВТҚФ аз 1 камтар;
- 15.8.3 гипокоагулятсия аз рӯи нишондодҳои тромбоэластография

Замимаи 1.

Дигаргуниҳои дар системаи гемостаз ӯангоми ӯомиладорӣ (3,4)

Омилиҳои гемостаз	Меъёр	
	Берун аз ӯомилагӣ	Дар вақти ӯомилагӣ
Омили I. Фибриноген, г/л	2,0-4,5	4,0-6,5
Омили II. Протромбин, %	75-125	100-125
Омили V. Проакселерин, %	75-125	100-150
Омили VII. Проконвертин, %	75-125	150 - 250
Омили VIII. Глобулини зидди гемофилии A, %	75-150	200 - 500
Омили IX. Кристмас, %	75-125	100-150

Омили X, Стюарт-Прауэр, %	75-125	150 - 250
Омили XII, Хагеман, %	75-125	100-200
Омили XIII, фибрин мўътадилкунанда, %	75-125	35-75
D-димер, мг/л	камтар аз 0,5	0,13-1,7
Фаълкунандаи бофтагии плазминоген, мкг/л	1,6-13	3,3-9,2
Ингибиторҳои фаълкунандаи плазминоген, %	100	зиёд мешавад
Омили Виллебранд, %	100	зиёд мешавад
Протеин C, %	100	бетағйир
Протеин S, %	100	кам мешавад
Антитромбин, %	80-130	бетағйир
Тромбоситҳо, 10^9	150 - 350	бетағйир
Муносибати мўътадилгардонидашудаи байналмилалӣ	0,9-1,1	0,9-1,1

Замимаи 2.

Омилъои хатари ТЭАШ њангоми њомиладорї.

Эътимолияти ТЭАШ њангоми лъой доштани омилъои хатар, мисол дар мавриди технологияњои ёрирасонї репродуктивї зиёд мешавад. Дигар омил хатари муњим ин гузаронидани ОТЭВ, фарбењї, беморињои њамрадиф, мурдатаваллуд, пре/эклампсия, хунравии баъдитаваллудї, буриши кайсарї ба шумор мераванд (6,10).

Дарлањи хатари ОТЭВ дар соњаи акушерї ба баланд, муњтадил ва паст лъудо карда мешаванд.

Аз њама гурўњи хатари баланд ва хатарнокро бемороне, ки ОТЭВ –ро гузаронидаанд ё дорои тромбофилия мебошанд ташкил медињанд, яњне тамоюли баланд ба тромбоз доранд. Тромбофилия ба пайдошуда ва ирсї (модарзодї) лъудо карда мешавад.

Ба тромбофилияи модарзодї мутатсияи генетикии омилъои лахташавї (мутатсияи омил Лейден ё протромбин, норасогии АТ III, устувори ба протеини фањолшудаи С, норасогии протеини S ва ğ.) дохил карда мешаванд. Онњоро дар 20-50% беморони дорои ОТЭВ њангоми њомиладорї ташхис карда мешаванд. **Беморон дорои хатари якумраи тромбоз мебошанд.**

Бањодињии хатари ОТЭВ њангоми њомиладорї аз рўи RCOG (2015)

Омилъои хатар	Хольо
Оилъои хатари пештар мавълудбуда	

ОТЭВ дар анамнез (гайр аз ӯлати ягонаи бо амалиёти лярроғии калоньялм алокаманд)		4
Њолати пешина, ки бо амалиёти лярроғии васеъ алокамандї дорад		3
Тромбофилияи маълумшудаи хатари баланд		3
Бемориҳои ӯамрадиф, мисол: саратон, норасогии кори дил, ЭСС-и фаъол, полиартрпатияи илтиҳобї ё бемориҳои илтиҳобии рӯда, аломати нефротикї, ДҚ намуди 1 бо нефропатия, камхунии досшакл-ӯуљайравї, истифодаи д/в маводҳои нашъадор		3
Анамнези оилавї		1
Тромбофилияи муайяншуда бо хатари паст (бе нишонҳои ОТЭВ)		1
Синну соли аз 35 сола боло		1
Фарбењї	ИВБ (индекси вазни бадан) ≥ 30 кг/м ²	1
	ИВБ (индекси вазни бадан) > 40 кг/м ²	2
Паритет: ≥ 3		1
Сигоркашї		1
Васеъшавии даѓали варидњо		1
Омилҳои акушерии хатар		
Презклампсия ӯангоми ин ӯомилаѓї		1
ТРЁ/БСЭ		1
Њомилагии бисертифла		1
Буриши кайсарї дар ваќти валодат		2

Буриши кайсарии накшаві	1
Дигар лярроњињои таваллудкуноні	1
Валодати дарозмуддат ≥ 24 соат	1
Хунталафї зиёда аз 1000,0 мл ё гузаронидани лўзўњои хун	1
Таваллуди пеш аз муњлат њангоми њомилагии њозира дар мўњлати кам аз < 37 њафта (АФЛ, хориоамнионит)	1
Мурдатаваллуд њангоми ин њомиладорї	1
Омиљњои хатари гузаранда	
Њама гуна лярроњињо њангоми њомиладорї ё баъди таваллуд, мисол аппендэктомия, ДХС, ғайр аз перинерофия	3
Кайкунии катънашаванда	3
Аломати гиперстимулятсияи тухмдонњо танњо дар семоњаи аввали њомиладории њозира	4
Сироят њангоми њомиладории њозира	1
Бехаракатї, беобшавї	1
Њамагї хольњо:	

Шумораи умумии хольњо

- ≥ 4 хол – тромбопрофилактика аз семоњаи якум гузаронида мешавад;
- 3 хол – тромбопрофилактика аз ≥ 28 њафта гузаронида мешавад;

- ≥ 2 баъди валодат, тромбoproфилактика дар давоми на кам аз 10 рӯз пешбинӣ карда мешавад;
- Њангоми бистарикунони товалодатӣ тромбoproфилактика пешбинӣ карда мешавад;
- Њангоми бистарикунони дарозмӯълат зиёда аз 3 рӯз ё бистарикунони такрорӣ дар давоми давраи баъдивалодатӣ тромбoproфилактика пешбинӣ карда мешавад
- Барои беморон бо хатари муайяншудаи хунравӣ тавозуни хатари хунравӣ ва тромбозо бо гематолог, ки дорои дониши зарурӣ оид ба масъалаҳои тромбозо ва хунравӣ дар вақти њомиладорӣ дорад, муњокима карда мешавад.

Бањодинии хатарро њамчун нињоят баланд, баланд ва фосилавӣ аз рӯи RCOG истифода кардан мумкин аст

Хатар	Анамнез	Тавсияњо
Нињоят баланд	<ul style="list-style-type: none"> • ОТЭВ пештар гузаронидашуда дар аснои истифодаи давомноки варфарин; • Норасоии АТ-Ш; 	<ul style="list-style-type: none"> • Њангоми њомиладорӣ варфарин катъ карда мешавад • ГВМК дар миқдори табобатӣ тањин карда мешавад.

	<ul style="list-style-type: none"> • АЗФ бо ОТЭВ дар анамнез 	<ul style="list-style-type: none"> • На кам аз 6 њафта баъд аз таваллуд ГВМК ӯ варфарин дар миқдори табобатӣ таъин карда мешавад
Баланд	<ul style="list-style-type: none"> • Ҳодисаҳои зиёди ОТЭВ дар анамнез; • ОТЭВ яккарата дар анамнез; • ОТЭВ дар анамнез ӯангоми мављудияти тромбофилия • ОТЭВ дар анамнез + анамнези оилавии ОТЭВ • Тромбофилияи беаломати хатари баланд 	<ul style="list-style-type: none"> • Ҳангоми ӯомиладорӣ ва дар давоми 6 њафти даврани баъдивалодатӣ ГВМК ба вояи профилактикӣ таъин карда мешавад
Фосила-вӣ	<ul style="list-style-type: none"> • ОТЭВ яккарата дар анамнез, ки бо омили хатари муваққатӣ, ки айни замон лӯй надорад, бе 	<ul style="list-style-type: none"> • Ҳангоми ӯомиладорӣ пешгирии муқаррарии ГВМК таъин намешавад

	тромбо-филия, анамнези оилави ва дигар омилъои хатар алокаманд мебошад • Тромбофилияи беаломат (ба ис- тиснои тром- бофилияи хатари баланд)	• Дар давоми 7 рӯзи давраи баъди валодати (ё 6 ӯафта ӯангоми мавӯудияти ан- намнези оилави ё дигар омилъои хатар) ГВМК ба вояи профилак- тики таъин карда мешавад.
--	---	--

Замимаи 3.

Аломати зиддифосфолипиди (13)

Намуди паъншудаи тромбофилияи **пайдошуда** – аломати зиддифосфолипиди (АЗФ), ки сабаби ТЭАШ, тромбози варидъои амики пойъо, дохили косахонаи сар, ӯигарӣ (аломати Бадда-Киарӣ), гурдаъо, ретинали ва варидъои холӣ мешавад. Мавъеи АЗФ-ро дар соъаи акушерӣ ба инобат гирифта, маълумотъои кутӯро меорем. Асоси аломатро пайдошавии антителаъо ба фосфолипидъои худ, ки дар мембранаъои аксари нӯлаъираъо (тромбоситъо, эндотелиоситъо, нӯлаъираъои нӯлаъираи асаб ва ё.). ӯойгир шудаанд, ташкил медиъад.

Ташхиси АЗФ ба якӯоягии анамнез ва натильаъои тадқиқотъои озмоишӣ асос ёфтааст:

а. Маълумотҳои анамнез, ки дарбар мегиранд:

- Тромбозҳои варидӣ ё артериалии лойгиршавиашон гуногун;
- Оризаҳои номиладорӣ: номиладории инкишофнаёфта, исқоти ҳамли такрорӣ ӯангоми мӯълати номиладории то 10 ӯафта ё як талафи ӯанин баъд аз 10 ӯафтаи номиладорӣ, пре/эклампсия, боздошти инкишофи тифл;

б. Ташхиси озмоишӣ: ошкорнамоии дукарата дар титри миёна ё баланд бо фосилаи 12 ӯафта:

- Зиддикоагулянти лупус (волчаночный) **ва/ё**
- Антителаҳои зиддикардиолипиновӣ **ва/ё**
- Антителаҳо ба $\beta 2$ -гликопротеин 1 ва/ё муайянкунии омили Ха.

Айни замон дар Љумӯурии Тоҷикистон ташхиси озмоишии АЗФ дар озмоишгоҳҳои махсусгардонидашудаи марказҳои хуни шаъри Душанбе имконпазир аст.

Замимаи 4.

Нишондодҳои миёнаи омилҳои лахташавии хун *

Маръилаи гемостаз	Нишондиъандаи назоратшаванда	Меъёр
Гемостази аввалия	Шумораи тромбоситҳо, $\times 10^9$	150-400
Маръилаи I	ВТКФ, дар сония	35-40

Маръилаи II	Ваќти протромбинї, дар сония	12-14 сония
	Индекси протромбинї	0,8 – 1,0 сония ё 80-105%
	ММБ (МНО)	0,7 -1,1
Маръилаи III	Микдори фибриноген, г/л	2,0-4,0
	Ваќти тромбинї, дар сония	12-17
	ПДФФ, дар мкг/мл	2-5
	*D димерњо, дар мкг/л	Камтар аз 500
	Зидитромбин III, %	80-120

*Муайянсозии нишондиъандањои лахташавии хун барои **ташхиси ОТЭВ маълумотнок нест**, онњоро барои бањодињии самаранокии табобат истифода мекунад.

Таълили натиљањо дар якљоягї бо трансфузиологи дорoi тахассуси махсус дар ин самт, гузаронида мешавад.

Замимаи 5

Патогенез ва усуљои клиникию-озмоишии ташхиси ТЭАШ

Патогенези ТЭАШ 2 ќисмати асосиро дарбар мегирад: механикї ва гуморалї. Якумини аз

онъо бо хурдшавии диаметри рагъое, ки аз шохаи шараёни шуш сар мекашанд алоќамандї дорад. Дар натиља муќобилияти рагии шуш бо инкишофи фишорбаландии шуш, норасогии шадиди меъдачаи рост, тахикардия, пастшавии кори дил ва ФА зиёд мешавад. Қисмати дуум ба андозаи тромб алоќамандї надорад. Аз ин сабаб эмболияи шохаи на он ќадар калони артерияи шуш ба вайроншавии назарраси гемодинамика оварда мерасонад. Тромбосите, ки дар тромби нав лъой мегира ба озодшавии сератонин, гистамин, тромбоксан ва дигар моддаъое, ки тангшавии рагъои шушро ба амал меоранд, мусоидат мекунад (1,5,8).

Маръилаи аввали тромбогенез ин осебёбии эндотелий ба ӯисоб рафта, дар натиља мављудияти простасиклин ва оксиди нитроген, ки онъоро эндотелий ӯосил менамояд, паст мешавад. Номбурда вазифаи муъофизатиро катъ мегардонад, зиёда аз ин маводъоеро ӯосил менамояд, ки лахташавии хунро баланд мекунад, мисол омили Виллебрандт.

Ташаккулёбии тромб, ки аз рӯи нишондиъандаъои Вирхов, дар натиљаи пастшавии суръати гардиши хун, алоќаи хун бо эндотелияи осебдида, баландшавии лахташавии хун пайдо мешавад. Њама омилъои номбаршуда ӯангоми ӯомиладорї ва оризаъои он лъой доранд (Замимаи 1).

Аксаран сарчашмаи ТЭАШ эмбол ба шумор меравад, ки дар секунљаи рону тиъигоъ пайдо мешавад. Он ба андоза калон мешавад, аммо пурра ба девораи варид часпида наметавонад. Тромби

калонъалъм пайдо мегардад, ки дар девораи варид “овезон” мешавад (“тромби шинокунанда”).

1. Кандашавии ӯама ё қисми тромб, ки минбаъд аз варидаи холии поён ба дили рост ва минбаъд ба артерияи шуш рафта, фазои онро маъкам мекунад (қисми механикӣ) ↓▼.

2. Баландшавии фишор дар артерияи шуш ↓▼.

3. Дилататсияи артерияи шуш →ъараёни муқобил (регургитатсия) дар клапани трикуспидалӣ→гардиши хуни мутақобила дар артерияи шуш→ ба вуъуд омадани норасогии шадиди меъдачаи рост, минбаъд норасогии меъдачаи чап.

4. Баландшавии фишор дар артерияи шуш, инчунин ба он мусоидат мекунад, ки аз тромб ва эндотелияи осебдида дар зери тромб моддаҳои вазоактивӣ ӯосил мешаванд, ки ба спазм ва танг шавии маърои артерияи шуш ва фишорбаландии шушӣ оварда мерасонад.

Варидаи холии болоӣ ва шохаҳои он, ковокиҳои қисмҳои рости дил нисбатан кам сарчашмаи ТЭАШ мешаванд. Бисёртар онҳо бо истифодаи амалҳои инвазивӣ, мисол катетеризатсияи зериқулфак алоқамандӣ доранд (5).

Хусусиятҳои дард ӯангоми ТЭАШ (1,2,5,8):

- дарди шадид дар қафаси сина, ки ӯангоми нафакашӣ, сулфа зиёд мешавад. Сабаб – сактаи шушҳо ва лалби плевра. ӯангоми сактаи шушҳо: баландшавии ӯарорати бадан то 38-39⁰С, тахикардия, баъзан зардшавӣ (дар натиљаи гемолизи эритроситҳо дар манбаи сакта)

- дарди токатфарсои дар акиби сина. Сабаб – но-роҳатї аз эмболияи нугҳои асаби девори артерияи шуш;
- ھیссїєти фишороварї дар минтакаи дил, ба монанди ھیангоми стенокардия. Сабаб – камшавии гардиши хуни коронарї дар натїљаи камшавии ھیальми дакиќавии дил;
- дард дар китфњо, тахтапушт, ھیсси «хунукї» дар бадан ба самти дил.
- Муайянкунии мїќдори фибриноген, ММБ, ВТќФ, мањсулотњои паракоагулятсия, мїќдори тромбоситњои хун **арзиши ташхисї надорад**, онњоро барои бањодїњии самаранокїи табобати зиддикоагулянтї истифода мекунанд.
- Муайянсозии газњои хун арзиши ташхисї надорад: гипоксемия, гипокапния ва алкалози нафаскашї (Тромбоэмболияи артерияи шуш. Дастурамал оид ба кардиология). Агар pO_2 аз 85 мм.ст. сим баланд бошад – ТЭАШ дар гумон аст, аммо инкор карда намешавад.

Аломатњои норасогии шадиди меъдачаи чап:

Нафастангї, варамкунии варидњои гардан, набзи патологї дар минтакаи эпигастрий, калоншавии љигар, садои систоликї ва аксинти тони II дар мавќеи байни зерќабурғаи II

Аз рўи нишондодњои СБД (ТЭАШ, Дастурамал оид ба кардиология)

- ✓ аломати Мак Джин Уайт (McGinn-White): пайдошавии дандонаи Q дар сурби III, афзоиши

- якбораи дандонаи S дар сурби I ва дандонаи манфии T дар сурби сеюм - SI-QIII-TIII;
- ✓ пайдошавии дандонаҳои симметрикии манфии T дар сурбҳои VI-V3;
 - ✓ баландшавии сегменти ST дар III сурби AVF, AVR, V₁-V₃;
 - ✓ блокадаи почайи рости бастаи Гис;
 - ✓ P – pulmonale;
 - ✓ Љойивазкунии минтақаи гузариш ба чап ба сурбҳои V₅-V₆;
 - ✓ Тахикардии синусӣ ва/ё дигар ихтилолҳои таппиш (фибрилатсия/лаппиши даълезчаъо, экстрасистолия ва ғ.);
 - Дар 20-25% беморон бо ТЭАШ тағйиротҳо дар СБД метавонанд, ки ӯӣ надошта бошанд;
 - Аломатҳои дар боло зикр гардида дар СБД хос нестанд.
 - Тадқиқотро кардиологҳо, ӯарроҳони дил ва рағҳо мегузaronанд ва натиљаҳоро таълил мекунанд.

Аломатҳои объективии дили шушӣ:

- пулсатсияи варидҳои гардан;
- аломати мусбии Плеш (ӯангоми фишор ба ӯигар варидҳои гардан варам мекунанд);
- тахикардия, набзи риштамонанд;
- пастшавии шадиди ФА;
- аускултатсияи дил: садои систолики дар мавќеи устухони шамшершакл, садои пресистоликии «давидани асп», аксентва дутошавии тони II дар болои шараёни шуш.

Аломатҳои ЭХО кардиографикии ТЭАШ
(ТЭАШ. Дастурамал оид ба кардиология):

- гипокинезия ва дилататсияи меъдачаи рост;
- Ӣаракати номуайяни девораи байни меъдачаӢо;
- регургитатсияи трикуспидали;
- набудан/камшавии холишавии инспиратории вариди холии поён;
- дилататсияи артерияи шуш;
- аломатҳои фишорбаландии шушӣ;
- тромб дар ковокии даҳлез ва меъдачаи рост;
- метавонад эффузияи перикардӣ, гузаштани хун аз рост ба чап тавассути равзанаи байзашакли кушода дида шавад
- Ӣангоми ЭхоСД – баъзан тромбро мушоҳида кардан мумкин аст.

Натилҳои аксардории рентгении қафаси сина
барои гузаронидани ташхиси тафриқавӣ Ӣангоми ТЭАШ (13).

- Ӣангоми ТЭАШ: ателектаз, эффузия, сиёҳшавии мавқеӣ, олигомияи минтақаӣ ё варами шушӯ.
- Ӣангоми сактаи шушӯ: васеъшавии сояи дил ба рост аз ҳисоби даҳлези рост, васеъшавии решаи шуш, акси “ампутатсияи шохаҳои артерияи шуш”, пастшавии шаффофияти шуши ишемияшуда, сояи секунҷаи сакта (асосаш ба канораҳо, қуллааш бошад ба решаи шуш), баланд лӯйгиршавии дӯнгии диафрагма аз тарафи осебдида, мавҷудияти мосъ дар пардаи шуш.

- Ҳангоми мављуд набудани сактаи шуш: васеъшавии артерияи шуш дар қисми проксималӣ, олигемияи фокалӣ дуртар аз эмболия.
- Дар 30% - 50% ҳолатҳо дигаргунӣ дар акси рентгении шушҳо мумкин аст дида нашавад.

Усулҳои муосири ташҳиси ТЭАШ (5,8):

- «стандартҳои тиллоӣ»-и ташҳиси ТЭАШ: ангиопулмонография (эҳсосотнокӣ – 98%, хусусиятнокӣ – 95%. Алгоритми ташҳисии Љамбияти Аврупоии кардиологҳо соли 2000).
- эхокардиография трансезофагеалӣ–мушоҳидаи эмболҳои калон дар шоҳаҳои калони артерияи шуш;
- стинтиграфияи вентилятсионӣ перфузионӣ шушҳо – баҳодихӣ гардиши хуни шушӣ. Ҳангоми ТЭАШ пуррашавӣ маълуми капиллярӣ бо маводи радиоактивӣ поёнтар аз мавзеи обструксия вайрон мешавад (С). Гузаронидан дар ҳомиладорон хатари инкишофи саратонро дар тифл дар синну соли кудакӣ каме зиёд мекунад, нисбатан ба ТК ангиограммаи шушӣ, аммо бо хатари ками инкишофи саратони ғадуи сина алоқамандӣ дорад (В);
- томографияи компютерӣ спиралӣ – ташҳиси тафриқавӣ ТЭАШ ва бемориҳои ба он монанд: имконияти мушоҳидаи мустақими тромбоемболҳои хангоми воридкунии маводи контрастӣ;
- ТК (томографияи компютерӣ) мултиспиралӣ – муайян кардани тромбҳои хурд;

- Томография элетронї-нурї – мушоњидаи гардиши хун дар шохањои субсегментарии артерияи шуш.

Усуљои махсуси табобати ОТЭВ-ро консилиум дар њайати љарроњи рагњо, љарроњи кафаси сина, кардиолог, анестезиолог-реаниматолог, акушер-гинеколог муайян менамояд.

Табобати тромболитикї: Маводњои тромболитикї ба њалкунии тромбоэмбол, зиёдшавии перфузияи шуш, пастшавии фишор дар артерияи шуш, бењтаршавии фањолияти меъдачаи рост равона карда шудаанд. Табобати тромболитикї ваќте оѓоз карда мешавад, ки агар табобат бо антикоагулянтњо обструксияи артерияи шушро паст намекунад.

Тромболэктомия. Сабаби фавти баланд мебошад (20—30%), чунки њангоми њолати садма гузаронида мешавад.

Имплантатсияи қава-филтри чатрмонанд ба варициди холии поён

Дар њамаи њомиладорон баъд аз ТЭАШ-и зиёд њангоми њалли масъалаи идомаи њомиладорї ба-рои пешгирии хурўљи ТЭАШ гузаронида мешавад.

Замимаи 6

Тартиби гузаронидани анестезия њангоми истифодаи зиддиоагулянтњо ва дезагрегантњо (3)

Зидди коагулянтъо	Катъи дорувориъо то лъарро нї (соатъо то лъарро нї)	Огози исти фодаи дорувориъо баъд аз лъарро нї (соатъо баъд аз лъарро нї)	Барвар дани катетер баъд аз истеъ-мол/воридку нии зид дикогулянтъо ва дезагрегантъо	Имконияти ғайрифабол шудани зидикоагулянтъо ва дезагрегантъо
ГГ	Вояи пешгирикунанда њангоми воридкунии д/в ё з/п			Антидотъо - протамин сулфат. 100 ЕД ГГ бо 1 мг протамин сулфат ғайрифабол гардо нида мешавад. Вояи максималї – 50 мг д/в
	4 с	4 с	4 с	
	Вояи табобатї			
	4 с	4 с	4 с	
ГВМК	Вояи пешгирикунанда			ГВМК антидот надорад. Њангоми
	12 с	12с	10-12 с	
	Вояи табобатї			

	24 с	24 с	24с	хунраві дар асноі ГВМК ЗТЯ ва омили VІІА истифода карда мешавад. Протамин сульфат метавонад 60% фаёлнокии ГВМК -ро ғайрифаёл гардонад ва метавонад, ки истифода карда шавад
Варфарин	5 шабонарӯз	1 шабонарӯз	Њангоми ММБ <1,3	Антидоти варфарин нест. Таъсири АКП-ро метавонад концентрати маълуми протромбині, ЗТЯ (10-15 мл/кг), витамин К кам намояд
Аспирин	Метавонем қатъ накунем			Антидот надорад. Таъсири

		АКП-ро метавонад ЗТЯ ва омили VIIA кам намояд
МЗИГ	Метавонем катъ накунем	Антидот надорад

Замимаи 7

Мониторинги табобати зидикоагулянтї

Маводи доруворї	Нишондоди гемостазиограмма	
	Нишондиъандаи тадқиқшаванда	Нишондиъандаи мақсаднок
ГГ	ВТКФ, ММБ,	дар 1,5-2 маротиба аз меъёр зиёд
	Миқдори тромбоситъо	
ГВМК	Зидди Хагеман ММБ, ВТКФ	0,5-1,2 ед/мл
Зидди-коагулянтъо и	ММБ, ВТКФ	ба 1,5 – 2 маротиба зиёд аз меъёр

норму- стақим (варфарин)		
--------------------------------	--	--

Адабиёти истифодашуда

1. Акинъшина С.В., Бицадзе В.О. Тромбоэмболияи артерияи шуш дар талърибаи акушерӣ. // Шӯрои тиббӣ .2017. №13, 94-108. URL
2. Кулаков В.И., Серов В.Н., Макацария А.Д., Бицадзе В.О., Аляутдина О.С. АТМ ба номи И.М.Сеченов. Мактуби иттилоотӣ: Пешгирии тромбоэмболияи артерияи шуш дар соҳаи акушерӣ
3. Куликов Пешгирӣ ва табобати оризаҳои тромбоэмболикӣ http://www.critical.ru/consult/pages/guide_tgv.htm)
4. Момот А.П., Николаева М.Г., Сердюк Г.В., Елыкомов В.А. ва дигарон. Тавсияҳои методӣ: Баъодиҳои ӯлати системаи гемостаз ӯаГГ

- оми номиладории физиологї. Российский вестник акушера-гинеколога 3, 2018, выпуск 2).
5. Тавсияҳои клиникии Россия оид ба ташхис, табобат ва пешгирии оризаҳои тромбоемболикии варидӣ – Флебология – 2010 –т.4 -№2 – С.6-27
 6. Харкевич О.Н., Курлович И.В., Коршикова Р.Л. Назорати номиладорӣ ва валодат дар занони дорои тромбоемболияи артерияи шуш Ж. Ахбороти тиббӣ. №2 т.1, 2007. – С.19-27
 7. Bates S.M., Grand'Maison A., Johnston M. et al. // Arch. Intern. Med.— 2001. —N 161. —P. 447—453. Brenner B. // Thromb. Hemost. —1999. —V. 82, N 2. — P.634—641.
 8. European Society of Cardiology. (ESC) Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with European Respiratory Society (ERS). European Heart Journal. 2019. 00. P.1-61
 9. Heit J.A., Kobbervig C.E., James A.N. et al. Тенденции заболеваемости венозной тромбоемболией во время беременности или в послеродовом периоде: 30-летнее популяционное исследование. Ann.Intern.Med. 2005; 143; 697
 10. Goldhaber S.Z., Vizani L., De Rosa M. Acute pulmonary embolism: clinical outcomes in the International Cooperative Pulmonary Embolism Registry. Lancet 1999 Apr;353:1386—9
 11. Kline J.A., Williams G.W., Hernandez-Nino J. D-dimer concentrations in normal pregnancy: new diagnostic thresholds are needed. Clin.Chem.2005;51:825-829

12. Righini M. Diagnosis of pulmonary embolism during: A Multicenter Prospective Management Study // *Ann. Intern. Med.* 2018.— Vol. 169 (11).— P. 766–773.
13. RCOG, Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during pregnancy and the Puerperium Green-top Guideline 37a. 2015г. - 40p.
14. Van der Pol L.M., Tromer C., Bistervels A.F., van Bommel. Pregnancy-Adapted YEARS Algorithm for Diagnosis of Suspected Pulmonary of Embolism // *N.Engl.J.Med.* 2019.— Vol. 380.— P. 1139–1149
15. Veena R., Radhamani M.V., Deepa S. *Int.J.Reprod. Obstet.Gynecol.* 2019.-8(3): 1167-1170. The risks for thromboembolism following Caesarean section
16. RCOG. Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy, Version 11; 24 July 2020