

Azərbaycan
Respublikası
Səhiyyə
Nazirliyi

**HAMİLƏLİK DÖVRÜNDƏ
TROMBOFİLİK
AĞIRLAŞMALAR ÜZRƏ
KLİNİK PROTOKOL**



**Bakı
2014**

**Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi
kollegiyasının 25 noyabr 2013-cü il tarixli
38 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmişdir**

**HAMİLƏLİK DÖVRÜNDƏ TROMBOFİLİK
AĞIRLAŞMALAR ÜZRƏ
KLİNİK PROTOKOL**

Bakı - 2014

H 26 Hamiləlik dövründə trombofilik ağırlaşmalar üzrə klinik protokol, 2014. – 32 səh.

Bu klinik protokol ABŞ-ın Beynəlxalq İnkişaf Agentliyi tərəfindən maliyyələşdirilən “İlkin Səhiyyə Xidmətlərinin Gücləndirilməsi” Layihəsinin dəstəyi ilə tərtib edilmişdir.

Redaktor:

C.Məmmədov Səhiyyə Nazirliyi İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinin direktoru, t.f.d.

Tərtibçilər:

F.Əliyeva Səhiyyə Nazirliyinin baş mama-ginekoloqu, Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutunun direktoru, dosent, t.f.d., RS/AP üzrə Milli Koordinator, tərtibçilər qrupunun rəhbəri

N.Abişov M.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyə Mərkəzinin Damar cərrahiyyəsi şöbəsinin müdiri, professor, t.e.d.

E.Əliyeva Azərbaycan Tibb Universitetinin I Mamalıq və ginekologiya kafedrasının müdiri, dosent, professor, t.e.d.

V.Qurbanova Abt Associates, Azərbaycanda İlkin Səhiyyə Xidmətlərinin Gücləndirilməsi layihəsi, Ana və Uşaq sağlamlığı və Sübutlu təbabət üzrə mütəxəssis, t.f.d.

M.Həsənova Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutunun həkim mama-ginekoloqu, t.f.d.

N.Şəmsəbinskaya Azərbaycan Tibb Universitetinin II Mamalıq və ginekologiya kafedrasının assistenti, t.f.d.

R.Vəzirova Azərbaycan Tibb Universitetinin I Mamalıq və ginekologiya kafedrasının assistenti

G.Quliyeva B.Ə.Eyvazov adına Elmi-Tədqiqat Hematologiya və Transfuziologiya İnstitutunun Hematologiya şöbəsinin müdiri

L.Orucova Səhiyyə Nazirliyi İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinin Tibbi keyfiyyətin standartları şöbəsinin həkim-metodisti

Rəyçilər:

L.Rzaquliyeva Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun Mamalıq və ginekologiya kafedrasının müdiri, dosent, t.e.d.

A.Kərimov B.Ə.Eyvazov adına Elmi-Tədqiqat Hematologiya və Transfuziologiya İnstitutunun Elmi işlər üzrə müdir müavini, t.e.d.

Sübutların etibarlılıq dərəcəsi və elmi tədqiqatların tipləri

Sübutların etibarlılıq dərəcəsi	Sübutların mənbələri (elmi tədqiqatların tipləri)
Ia	Sübutlar meta-analiz, sistematik icmal və ya randomizasiya olunmuş klinik tədqiqatlardan (RKT) alınmışdır
Ib	Sübutlar ən azı bir RKT-dən alınmışdır
IIa	Sübutlar ən azı bir yaxşı planlaşdırılmış, nəzarət edilən, randomizasiya olunmamış tədqiqatdan alınmışdır
IIb	Sübutlar ən azı bir yaxşı planlaşdırılmış kvazi-eksperimental tədqiqatdan alınmışdır
III	Sübutlar təsviri tədqiqatdan (məsələn, müqayisəli, korrelyasion tədqiqatlar, ayrı-ayrı halların öyrənilməsi) alınmışdır
IV	Sübutlar ekspertlərin rəyinə və ya klinik təcrübəyə əsaslanmışdır

Tövsiyələrin etibarlılıq səviyyəsi şkalası

Tövsiyənin etibarlılıq səviyyəsi	Tövsiyənin əsaslandığı sübutların etibarlılıq dərəcəsi
A	RKT-lərin yüksək keyfiyyətli meta-analizi, sistemativ icmal və ya nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistemativ səhv ehtimalı çox aşağı olan (++) irimiyaşlı RKT. Sübutların etibarlılıq dərəcəsi Ia.
B	Kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli tədqiqatların yüksək keyfiyyətli (++) sistemativ icmal, yaxud Sistemativ səhv riski çox aşağı olan (++) yüksək keyfiyyətli kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli tədqiqat, yaxud Nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistemativ səhv riski yüksək olmayan (+) RKT. Sübutların etibarlılıq dərəcəsi Ib və IIa.
C	Nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistemativ səhv riski yüksək olmayan (+) kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli və ya nəzarət edilən, randomizasiya olunmamış tədqiqat, yaxud Nəticələri uyğun populyasiyaya bilavasitə şamil edilə bilməyən, sistemativ səhv riski çox aşağı olan və ya yüksək olmayan (++) və ya (+) RKT. Sübutların etibarlılıq dərəcəsi IIb.
D	Klinik hallar seriyasının təsviri, yaxud Nəzarət edilməyən tədqiqat, yaxud Ekspertlərin rəyi. Yüksək səviyyəli sübutların mövcud olmamasının göstəricisidir. Sübutların etibarlılıq dərəcəsi III və IV.

İxtisarlarm siyahısı

AAKT	ağciyər arteriyasının kompüter tomoqrafiyası
AATE	ağciyər arteriyasının tromboemboliyası
a/c	anticismlər
AFA	antifosfolipid anticismlər
AFS	antifosfolipid sindrom
AHTV	aktivləşdirilmiş hissəvi tromboplastin vaxtı
AMH	aşağı molekullu heparin
AVPS	ağciyərlərin ventilyasiyon-perfuziyon ssintiqrafiyası
BÇİ	bədən çəkisinin indeksi
BDİL	bətdaxili inkişafın ləngiməsi
BNN	Beynəlxalq Normallaşdırılmış Nisbət
DDL-s	disseminasiya olunmuş damardaxili laxtalanma sindromu
DVT	dərin venaların trombozu
EKM	ekstrakorporal mayalanma
EKQ	elektrokardioqrafiya
Er	eritrositlər
ƏHT	əvəzedici hormonal terapiya
FFPM	fibrin və fibrinogenin parçalanma məhsulları
FH	fraksiyalaşdırılmamış heparin
HELLP	sindrom – H – (<i>hemolysis</i>) hemoliz, EL – (<i>elevated liver enzymes</i>) qaraciyər fermentlərinin aktivliyinin artması, LP – (<i>low platelet count</i>) trombositopeniya
Ht	hematokrit
XBT-10	Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı, 10-cu baxış
QQE	qırmızı qurd eşənəyi
NYCVƏQ	normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl qopması
Pİ	protrombin indeksi
PV	protrombin vaxtı
Tr	trombositlər
VTE	venoz tromboemboliya

Protokol doğuşayardım müəssisələrində işləyən həkim mama-ginekoloqlar, anestezioloq-reanimatoloqlar, terapevtlər, hematoloqlar, damar cərrahları, ailə həkimləri üçün nəzərdə tutulub.

Protokol hamiləlik, doğuş və zahılıq dövrlərində trombofilik ağırlaşmaların diaqnostikasının, profilaktikasının və müalicəsinin müasir prinsiplərinin tətbiqi, ana ölümünün və xəstələnməsinin qarşısının alınması üzrə sübutlu təbabətə əsaslanan müasir metodik tövsiyələrin verilməsi məqsədini daşıyır.

Giriş

Trombofiliya – trombların yaranmasına meyilliliyi ifadə edən termdir. Hamiləlik zamanı trombozların yaranma riski 10 dəfə artır. Trombozlar hamiləliyin istənilən müddətində, zahılıq dövründə isə daha yüksək tezliklə inkişaf edə bilər¹³.

Epidemiologiya

Dünyanın iqtisadi inkişaf etmiş ölkələrində son illər tromboz və tromboembolik ağırlaşmalar ana ölümünün əsas səbəbidir.

Hamiləlik zamanı dərin venaların trombozunun rastgəlmə tezliyi:

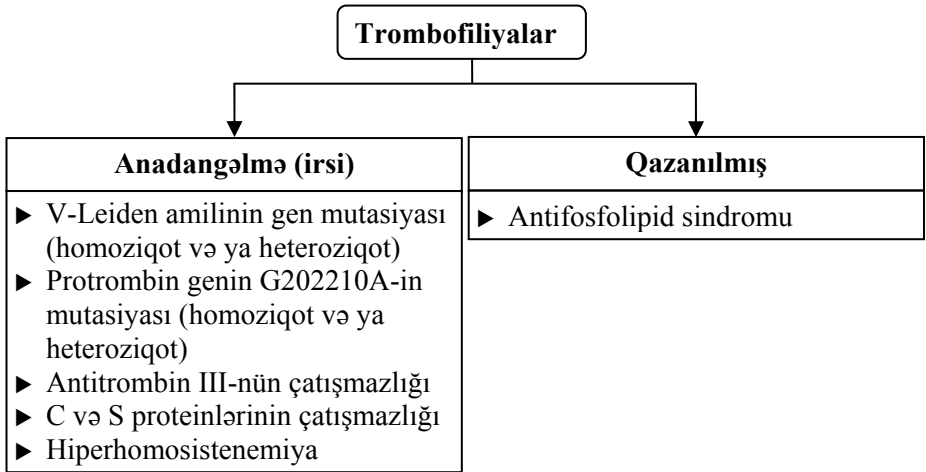
- ▶ 35 yaşa qədər 1/1000 hamilələrdə
- ▶ 35 yaşdan yuxarı 2,4/1000 hamilələrdə

Trombofiliyanın etiologiyası

Trombların yaranmasına yüksək meyillilik anadangəlmə və qazanılmış trombofiliyanın nəticəsi ola bilər. Bu baxımdan hamiləliyi genetik və ya gizli qazanılmış trombofiliyanın mövcudluğunu göstərən özünəməxsus “sınaq” adlandırmaq olar.

Ümumiyyətlə, trombofiliya trombların yaranması əleyhinə təbii müdafiənin azalmasının, protrombotik mexanizmlərin aktivləşməsinin və ya bu amillərin müştərəклиiyinin nəticəsidir¹².

Şəkil 1-də trombofiliyanın əsas formaları göstərilib.



Şəkil 1. Trombofilianın əsas formaları^{4,8}

Trombofilianın inkişaf riskinin qiymətləndirilməsi

Bütün qadınlarda trombofilianın inkişafının risk amilləri hamiləliyin erkən müddətlərində və ya hamiləlikdən öncə qiymətləndirilməlidir (*Cədvəl 1*). Əgər qadın hər hansı bir səbəbdən xəstəxanaya daxil olursa, bu qiymətləndirilmə təkrarlanmalıdır. Qiymətləndirilmə doğuşda və ya doğuşdan dərhal sonra da təkrarlanmalıdır (C)⁴.

Cədvəl 1. Trombofiliyanın amilləri və inkişafının risk dərəcələri^{2,4,11}

Risk dərəcəsi	Risk amili
Çox yüksək risk	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Anamnezdə venoz trombozun çoxsaylı halları ▶ Trombofiliya ilə bağlı keçirilmiş venoz tromboz halları ilə əlaqədar hamiləlikdən öncə antikoagulyantların uzunmüddətli peroral qəbulu ▶ Anamnezdə venoz trombozun keçirilməsi ilə antifosfolipid sindromu
Yüksək risk	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Trombofiliya ilə əlaqədar keçirilmiş venoz tromboz ▶ Keçirilmiş venoz tromboz və qadının ailə üzvlərində trombozun olması ▶ Estrogenlərin qəbulu fonunda venoz tromboz ▶ Residivləşən və ya provokasiya olunmadan baş verən venoz tromboz ▶ Simptomsuz trombofiliya (bir neçə qüsurun müştərəклиyi, antitrombinin çatışmazlığı, V-Leiden amili geninin homozigot mutasiyası) ▶ Təbii yolla doğuşdan sonra 4 və daha çox orta risk amillərinin müştərəклиyi ▶ Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatından 3 və daha çox orta risk amillərinin müştərəклиyi
Orta risk	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ailə anamnezində tromboz halların olmaması və ya trombofiliyasız keçirilmiş venoz tromboz ▶ Simptomsuz trombofiliya (antitrombin çatışmazlığı, kombine olunmuş qüsurlar, homozigot hallar istisna olmaqla) ▶ Bədxassəli xəstəliklər ▶ Ürək, ağciyər xəstəlikləri ▶ Sistem QQE və birləşdirici toxumanın digər sistem xəstəlikləri ▶ Nefrotik sindrom (proteinuriya >3 q/gündə) ▶ İnfeksiyon patologiya (bağırsağın iltihabı, poliartritlər) ▶ İrinli-septik xəstəliklər, sepsis ▶ Hamiləlik zamanı və ya zahılıq dövründə cərrahi müdaxilə (appendektomiya və s.) ▶ Təcili qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı ▶ Geniş çanaq əməliyyatı ilə qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı ▶ Piylənmə (BKİ >40 kq/m²) ▶ Antenatal dövrdə 2 və daha çox aşağı risk amillərinin müştərəклиyi ▶ Təbii yolla doğuşdan sonra 3 və daha çox aşağı risk amillərinin müştərəклиyi ▶ Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatından 2 və daha çox aşağı risk amillərinin müştərəклиyi

Aşağı risk	<p>► Fəsadlaşmamış hamiləlik</p> <p>Aşağıdakı amillərin 3-dən az olması:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 35-dən yuxarı yaş ✓ Piyələnmə (BKİ >30 kq/m²) ✓ Venaların nəzərə çarpan genişlənməsi ✓ İmmobilizasiya (4 və daha artıq gün ərzində, sümüklərin sınıqları, paraplegiya) ✓ Preeklampsiya ✓ Aşağı boş venaya təzyiq ✓ Paritet >3 (anamnezdə doğuşların sayı 3-dən çox olması) ✓ Çoxdöllü hamiləlik ✓ Dehidratasiya, həddindən artıq qusma ✓ Doğuşun davamiyyəti >24 saat ✓ Xorioamnionit ✓ Mamalıq maşalarının tətbiqi ilə doğuş ✓ Planlı qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı ✓ Doğuşdan sonrakı qanaxma >1 litr ✓ Çox miqdarda qanköçürmə ✓ Mövcud olan sistem infeksiyalar (pnevmoniya, pielonefrit və s.) ✓ Siqaret çəkmə, narkomaniya
-------------------	---

XBT-10 ÜZRƏ TƏSNİFAT¹

O22 Hamiləlik zamanı venoz ağırlaşmalar

Çıxarılıb: mamalıq ağciyər emboliası (O88.–)

Abortu, uşaqlıqdankənar və molyar hamiləliyi
(O00–O07, O08.7)

Doğuşu və zahılıq dövrünü

} ağırlaşdırən hallar

O22.0 Hamiləlik dövründə aşağı ətraf venalarının varikoz genəlməsi

Hamiləlik dövründə venaların ƏGO varikoz genəlməsi

O22.1 Hamiləlik dövründə cinsiyyət orqanları venalarının varikozu

Aralıq

Uşaqlıq yolu

Vulva

} venaların varikoz genəlməsi

O22.2 Hamiləlik dövründə səthi tromboflebit

Hamiləlik dövründə aşağı ətrafların səthi tromboflebiti

O22.3 Hamiləlik dövründə dərin flebotromboz

Dərin venaların doğuşa qədər trombozu

O22.4 Hamiləlik dövründə babasil

O22.5 Hamiləlik dövründə serebral venaların trombozu

Hamiləlik dövründə serebrovenoza sinusun trombozu

O22.8 Hamiləlik dövründə digər venoz ağırlaşmalar

O22.9 Hamiləlik dövründə dəqiqləşdirilməmiş venoz ağırlaşmalar

Hestasion:

- ƏGO *flebit*
- ƏGO *flebopatiya*
- ƏGO *tromboz*

O87 Zahılıq dövründə venoz ağırlaşmalar

Daxil edilib: doğuş, dölazadət və zahılıq dövründə

Çıxarılıb: mamalıq emboliası (O88.—)
hamiləlik dövründə venoz ağırlaşmalar

O87.0 Zahılıq dövründə səthi tromboflebit

O87.1 Zahılıq dövründə dərin flebotromboz

Zahılıq dövründə

- dərin venaların trombozu
- çanaq tromboflebiti

O87.2 Zahılıq dövründə babasil

O87.3 Zahılıq dövründə serebral venaların trombozu

Zahılıq dövründə serebrovenozsinusun trombozu

O87.8 Zahılıq dövründə digər venoz ağırlaşmalar

Zahılıq dövründə cinsiyyət orqanları venalarının varikoz genəlməsi

O87.9 Zahılıq dövründə dəqiqləşdirilməmiş venoz ağırlaşmalar

Zahılıq dövrü:

- flebiti ƏGO
- flebopatiyası ƏGO
- trombozu ƏGO

O88.2 Qan laxtaları ilə mamalıq emboliası

mamalıq (ağciyər) emboliası ƏGO

zahılıq dövrü (ağciyər) emboloyası ƏGO

O99.1 Hamiləliyi, doğuşu və zahılıq dövrünü ağırlaşdıran qan və qanyaradıcı orqanların digər xəstəlikləri və immun mexanizminin qoşulması ilə xüsusi pozğunluqlar

D65–D89 rubrikalarında təsnif olunan hallar

Çıxarılıb: koaulyasiya pozğunluqları ilə müşayiət olunan (O46.0, O67.0, O72.3)

D65 Disseminə olunmuş damardaxili laxtalanma (defibrinasiya sindromu)

Daxil edilib: Qazanılmış afibrinogenemiya

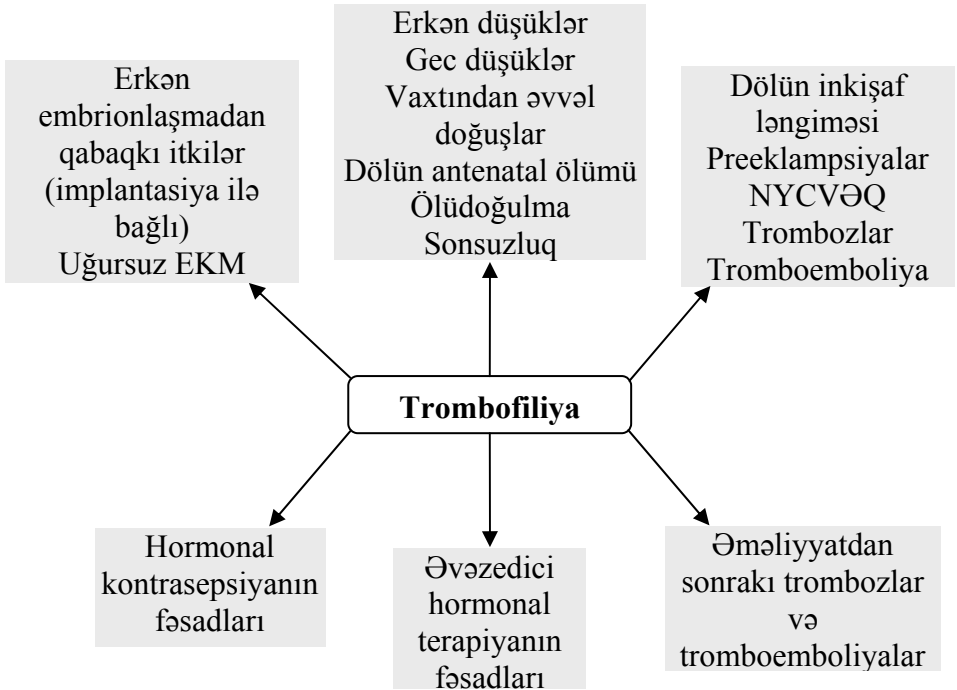
Sərf edilən koaqlupatiya

Diffüz və ya disseminə olunmuş damardaxili koaulyasiya [DJC]

Qazanılmış fibrinolitik qanaxma

- Fibrinolitik purpura
İldırımsürətli purpura
- Çıxarılıb:** defibrinasiya sindromu (fəsadlaşmış)
- abort, uşaqlıqdankənar və ya molyar hamiləlik zamanı (O00–O07, O08.1)
 - yenidoğulmuşda (P60)
 - hamiləlik, doğuş və zahılıq dövründə (O45.0, O46.0, O67.0, O72.3)

Mamalıqda trombofiliyanın klinik təzahürləri (Şəkil 2)¹²



Şəkil 2. Mamalıqda trombofiliyanın klinik təzahürləri

ANTİFOSFOLİPİD SİNDROM

Antifosfolipid sindrom (AFS) – arteriyalarda və venalarda trombozlara səbəb olan autoimmün mənşəli patologiyadır. AFS erkən düşüklərə, vaxtından əvvəl doğuşlara, dölün ölümünə, ciftin ayrılmasına, dölün bətdaxili inkişafının ləngiməsinə (BDİL), hamiləlik hipertenziyasına, preeklampsiyaya səbəb ola bilər¹⁰.

AFS-nin yayılma dərəcəsi 3-20% təşkil edir. Qadınlar kişilərdən iki dəfə çox xəstələnirlər, autoimmün sistem revmatoloji xəstəliklər olduğu hallarda isə AFS-nin tezliyi 9 dəfədən çox artır¹⁰.

Anamnezində təkrar düşüklər olduğu halda antifosfolipid anticismlər (a/c) 15% hallarda aşkar olunur. Əksinə, mamalıq riski aşağı olan qadınlarda antifosfolipid a/c 2%-dən az hallarda təyin olunur. Antifosfolipid a/c-lə əlaqəli təkrar düşüklər olduqda farmakoloji müalicə aparılmadığı halda dölün diri doğulması ehtimalı 10%-dən aşağıdır⁶.

AFS-nin etiologiyası bu vaxta qədər məlum deyil, xəstəliyin genetik mənşəli olması ehtimal olunur. Spesifik a/c trombositlərin membranasında yerləşən mənfi yüklənmiş fosfolipidlərlə əlaqəyə girir və beləliklə, qanın laxtalanma faktorları ilə trombositlərin membranasının təmas sahəsi artır. Bu da daimi hiperkoagulyasiyaya səbəb olur¹⁰.

AFS-nin diaqnostikası klinik simptomlara, mamalıq anamnezinə və laborator müayinələrin göstəricilərinə əsaslanır.

AFS-nin klinik təzahürləri

Böyük (əsas) əlamətlər:

- ▶ Arteriyaların trombozu^{3,10}
- ▶ Venaların trombozu^{3,10}
- ▶ Hestasiya müddəti 10 həftədən az olan üç və daha çox adəti düşüklər^{2,10}
- ▶ Autoimmün trombositopeniya^{3,10}

Kiçik (nisbi) əlamətlər:

- ▶ Dəridə damarların nəzərə çarpan şəkli¹⁰
- ▶ Xoreya^{3,10}
- ▶ Hemolitik anemiya¹⁰
- ▶ Görmə sahəsinin hissəvi və müvəqqəti itməsi¹⁰
- ▶ Miqren^{3,10}
- ▶ Baş beynin tranzitor işemiyası^{3,10}
- ▶ Trofik xoralar¹⁰

AFS-nin yoxlanılması üçün göstərişlər:

- ▶ İki və daha artıq düşüklər^{3,10}
- ▶ Dölün naməlum səbəbdən antenatal ölümü^{3,10}

- ▶ 10 həftədən sonrakı hestasiya müddətində bir və daha çox hallarda morfoloji normal dölün düşüyü³
 - ▶ Ciftin patologiyası ilə əlaqəli bir və daha artıq hallarda 34 həftəsinə qədər vaxtından qabaq doğuşlar^{3,4,10}
 - ▶ Anamnezdə ağır preeklampsiya^{3,4,10}
 - ▶ Anamnezdə dölün BDİL-i¹⁰
 - ▶ Anamnezdə ciftin vaxtından qabaq əvvəl qopması^{2,10}
- AFS-nin laborator göstəriciləri:***
- ▶ IgG və ya IgM antikardiolipin a/c səviyyəsinin artması (**6 həftəlik intervalla** ardıcıl iki müayinə ilə təyin olunur)^{3,4,10}
 - ▶ QQE antikoagulyantı (**6 həftəlik intervalla** ardıcıl iki müayinə ilə təyin olunur)^{3,4,10}
 - ▶ Anti-β2-qlikoprotein-1-in səviyyəsinin artması (**6 həftəlik intervalla** ardıcıl iki müayinə ilə təyin olunur)^{3,4,10}

AFS diaqnozu bir və daha artıq laborator göstəricilər və bir böyük və ya iki kiçik klinik əlamət təyin olunduqda qoyulur³.

Birinci trimestrdə təkrar düşükləri olan və ikinci trimestrdə bir və ya daha çox düşükləri olan bütün qadınlara hamiləlikdən əvvəl antifosfolipid a/c skriningi aparılmalıdır (D)⁶.

AFS diaqnozunun qoyulması üçün mütləq şərt – 6 həftə ərzində qadında iki müsbət test olduqda qırmızı qurd eşənəyi antikoagulyantının və ya IgG və/və ya IgM antikardiolipin a/c orta və ya yüksək titrlərdə (40 q/l və ya ml/l və ya 99 persentildən artıq) təyin edilməsidir^{4,6,10}.

Müayinələrin nəticələri antifosfolipid a/c titrlərinin keçici dəyişiklikləri ilə əlaqədardır; ikincili-pozitiv nəticələr bir çox faktorlardan asılı ola bilər, məsələn, infeksiyalar, qanın götürülməsi və ya hazırlanması zamanı buraxılan səhvlər, keyfiyyətsiz laborator testlər və s⁶.

Sistemli qırmızı qurd eşənəyi, revmatoid artrit, düyünlü eritema çox vaxt AFS-lə müşayiət olunurlar.

AFS-nin müalicəsi və profilaktikası

AFS-nin spesifik müalicəsi yoxdur. Müasir zamanda hamiləlik müddətində və doğuşdan sonra profilaktik müalicə aparılır.

- ▶ Anamnezində trombozlar və AFS olan qadınlarda antenatal dövrdə və doğuşdan sonra 6 həftə müddətində trombozların profilaktikası aparılmalıdır (C)⁴
- ▶ Qadında antifosfolipid a/c təkrarlandığı halda və anamnezdə tromboemboliya və AFS-nin digər risk faktorları və ya döl tərəfindən AMH-nin istifadəsi üçün göstərişlər olmadığı hallarda qadınlara antenatal dövrdə ciddi nəzarət olunmalıdır və doğuşdan sonra 7 gün müddətində AMH-nin istifadəsi nəzərdən keçirilə bilər (C)⁴
- ▶ AFS zamanı hamilə qadınlarda sonrakı düşüyün qarşısının alınması məqsədilə heparinlə birlikdə kiçik dozalı aspirinin istifadəsi qərara alınmalıdır (B)⁶
- ▶ Antifosfolipid a/c-lə bağlı təkrar düşüklər olan qadınlarda kortikosteroidlərin və venadaxili immunoqlobulinlərin istifadəsi digər müalicə sxemləri ilə müqayisədə diri doğulma göstəricilərini yaxşılaşdırmır və onların istifadəsi ana və döl üçün təhlükəli olub xəstələnmə hallarının xeyli artmasına səbəb ola bilər (A)^{4,6}

AFS-li hamilələr antenatal dövrdə mama-ginekoloqla yanaşı bu sahədə təcrübəsi olan hematoloqun və/və ya revmatoloqun ciddi nəzarəti altında olmalıdırlar⁶.

Mamalıq və trombozla bağlı anamnezə əsasən antenatal profilaktika AMH-lə aparılır. Varfarin alan qadınlar hamiləliyin 6 həftəsinə qədər AMH-yə keçməlidirlər. Varfarin almayan qadınlara hamiləlik diaqnozu qoyulduqdan dərhal sonra (hamiləliyin I trimestrindən) AMH (fraksiparin, kleksan, fraqmin*) təyin olunmalıdır⁴.

Anamnezində tromboz və emboliya tək halda qeyd olunduqda AMH yüksək dozada 12 saatdan bir təyin olunur. Anamnezdə tromboz halları bir neçə dəfə qeyd olunduqda (və bu Beynəlxalq normalizə edilmiş nisbət (BNN) 2,0-dən 4,0-ə qədər artması ilə

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri.

müşayiət olunduqda) AMH-nin orta (müalicə dozasının 75%) və ya tam müalicə dozası istifadə olunmalıdır. AFS-li hamilələrə AMH ilə yanaşı hamiləliyin 12-ci həftəsindən 36-cı həftəsinə qədər aspirin (80-100 mq gündə bir dəfə) təyin olunur. Bununla yanaşı qeyd olunur ki, anamnezdə antifosfolipid a/c-lə bağlı düşüklər olduqda, aspirinlə heparinin birgə terapiyası diri doğulma sayının artmasına səbəb olsa da, hamiləlik ərzində yüksək fəsadlaşma riskini aradan qaldırmır (vaxtından qabaq doğuşlar, preeklampsiya, dölün BDİL)⁴.

Qlukokortikoidlər (prednizolon 20-40 mq 1-2 dəfə gündə) daha çox AFS-nin sistem autoimmun xəstəlikləri ilə yanaşı olduqda təyin olunur¹⁰.

DƏRİN VENALARIN TROMBOZU (DVT) (Cədvəl 2)

Cədvəl 2. DVT-nin klinik təzahürləri¹⁴

Simptomlar	Dərin venaların trombozu: çanağın və aşağı ətrafların venaları
Ümumi simptomlar	<ul style="list-style-type: none">▶ Narahatlıq, dəyişkən nəbz, taxikardiya▶ Doğuşla əlaqəli t^o-nin aşağı düşməsi və sonradan ikincili qalxması
Funksional simptomlar	<p>Aşağı ətraf venalarının trombozu:</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Flebit*, flebotromboz** və ya tromboflebit*** nahiyələrində dərinin t^o-nin artması və yanğı hissi▶ Reflekslərin itməsi▶ Nəm, soyuq dəri <p>Çanaq venalarının trombozu:</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Başlayan, natamam bağırsağ keçməməzliyinin simptomları▶ İltihabla əlaqədar olmayan peritonun zəif qıcıqlanma əlamətləri▶ Qəbizlik▶ Metiorizm, gəyirmə və sancı şəkilli ağrılarla müşayiət olunan yelin toplanması▶ Sidik ifrazının ləngiməsi▶ Təbii yolla sidik ifrazı zamanı sidik kisəsinin natamam boşalması (50 ml-dən çox miqdarda qalıq sidik)
Ağrı simptomları	<ul style="list-style-type: none">▶ Qarının aşağı nahiyəsində ağrılar▶ Uşaqlığın palpasiyası və onun yerdəyişməsi zamanı ağrılar▶ Babasil ağrıları▶ Aralıq, cinsiyyət dodaqları, sidik kisəsi nahiyəsində ağrılar▶ Aşağı ətraf venaları boyunca, pəncə və budun daxili səthi boyu, pəncənin arxaya əyilməsi zamanı, baldıra manjetin qoyulması və onda təzyiqin 150 mm.c.st.-dan çox artması zamanı ağrılar▶ Paresteziyalar, qıcolmalar, əzələ ağrıları
Durğunluq simptomları	<ul style="list-style-type: none">▶ Cinsiyyət dodaqlarının, bud və baldırın ödemli▶ Aşağı ətraf venaları boyunca bərkimələr▶ Dəri sianozu (əsasən ayaqların və ya gövdənin aşağı hissəsinin)▶ Çanaq, aşağı ətrafların, ön qarın divarının dərialtı venalarının, uşaqlıq yolunun və xarici cinsiyyət orqanlarının venalarının (trombun lokalizasiyasından asılı olaraq) varikoz genişlənməsi

* **Flebit** – damar divarının iltihabı.

** **Flebotromboz** – damar divarının iltihabı olmadan yaranmış tromb ilə damar boşluğunun tam və ya qismən tıxanması (yerli simptomlar).

*** **Tromboflebit** – venoz damar divarının iltihabı ilə yanaşı trombun əmələ gəlməsi (yerli simptomlar + iltihabın ümumi əlamətləri).

Dərin venaların trombozunun diaqnostikası

Dərin venaların trombozunun (DVT) diaqnostikasının instrumental üsulları

- ▶ Dərin venaların kəskin trombozuna şübhə yarandığı zaman kompression dupleks ultrasonoqrafiya aparılmalıdır. Klinik mənzərə aydın nəzərə çarpmadıqda və mənfəi nəticələr alındıqda antikoagulyantlarla müalicəni dayandırmaq lazımdır (C)^{5,13}
- ▶ Qalça venasının trombozuna şübhə olduqda (kürəkdə ağrılar və bütün ətrafın şişkinliyi) maqnit-rezonans venoqrafiya və ya kontrast venoqrafiya aparmaq lazımdır¹³

Ağciyər arteriya tromboemبولiyasının (AATE) klinik təzahürləri *Cədvəl 3*-də verilmişdir.

Cədvəl 3. Ağciyər arteriya tromboemبولiyasının (AATE) klinik təzahürləri^{14,9}

Simptomlar	AATE
Ümumi simptomlar	Narahatlıq, ölüm qorxusu, şüur pozuntusu, başgicəllənmə, bayılma, döş qəfəsində sıxılmalar, taxikardiya, AT düşməsi, dərinin avazıması, soyuq tər
Funksional simptomlar	<ul style="list-style-type: none"> ✓ inspirator tənənfəslik, boğulma ✓ öskürək ✓ qanlı bəlgəm (hayqırma) <p style="margin-left: 20px;">Auskultativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ xırıltılar ✓ tənəffüs küyünün keçiriciliyinin birtərəfli olmaması ✓ plevra sürtülməsinin küyü
Ağrı simptomları	<ul style="list-style-type: none"> ✓ döş sümüyü arxasında tənəffüs və öskürək zamanı güclənən kəskin ağrılar ✓ ürək nahiyəsində ağrılar ✓ kürək və çiyin nahiyəsində ağrılar ✓ döş sümüyü arxasında soyuqluq hissi
Durğunluq simptomları	<ul style="list-style-type: none"> ✓ dispnoye, taxipnoye ✓ boyun damarlarının şişməsi ✓ epiqastral nahiyədə patoloji pulsasiya ✓ qaraciyərin böyüməsi <p style="margin-left: 20px;">Auskultativ: sistolik küy, II qabırğa arasında II tonun aksenti</p> <p style="margin-left: 20px;">EKG-də – sağ nahiyələrin yüklənməsi və miokardın işemiyası</p>

AATE diaqnostikası

AATE diaqnostikasının instrumental üsulları:

- ▶ Döş qəfəsinin rentgenoqrafiyası
- ▶ Aşağı ətrafların ikitərəfli doppleroqrafik ultrasonoqrafiyası
- ▶ AVPS (ağciyərlərin ventilyasiyon-perfuzion ssintiqafrıyası)
- ▶ Ağciyər damarlarının kompüter tomoqrafiyası
- ▶ Elektro-, exokardioqrafiya

Kəskin AATE klinikasına şübhə olduqda döş qəfəsinin rentgenoqrafiyasını aparmaq lazımdır. Normal rentgenoqrafiya göstəriciləri olduqda kompression dupleks doppleroqrafiya aparılır. Əgər aparılan müayinələrin nəticələri kəskin AATE klinik mənzərəsi fonunda norma daxilindədirsə, ağciyərlərin ventilyasiyon-perfuzion ssintiqafrıyasını və ya ağciyər damarlarının kompüter tomoqrafiyasını aparmaq lazımdır (C)^{5,13}.

Hemostaz sisteminin vəziyyətinin müayinəsi ağciyər arteriyasının tromboemboliyasını təsdiqləyə və ya inkar edə bilmir. Lakin tromboembolik ağırlaşmaların profilaktikasına və müalicənin effektivliyinə nəzarət məqsədi ilə bu müayinələr risk qrupuna aid olan bütün hamilələrdə aparılmalıdır.

Trombofiliyalarda laborator müayinə metodları (Cədvəl 4)

Cədvəl 4. Hemostaz sisteminin vəziyyətinin mərhələli qiymətləndirilməsi^{9,14}

Müayinə mərhələləri	Müayinə edilən göstəricilər	Norma	Tromboz zamanı göstəricilər
İlkin müayinələr (I-III səviyyəli stasionarların laboratoriyaları nda aparılır)	1. Trombositlərin sayı 2. Qanın laxtalanma vaxtı 3. Düke üsulu ilə qanaxma müddəti 4. Fibrinogenin konsentrasiyası 5. Protrombin indeksi (Pİ)	150-400 x 10 ⁹ /l 5-12 dəq. 2-4 dəq. 2,0-4,0 q/l 0,8-1,0 və ya 80-105%	>400 x 10 ⁹ /l <5 dəq. <2 dəq. >4,0 q/l >105%
Genişləndirilmiş müayinələr (II -III səviyyəli stasionarların laboratoriyaları nda aparılır)	İlkin müayinələr + 1. Aktivləşdirilmiş hissəvi tromboplastin vaxtı (AHTV) 2. Protrombin vaxtı (PV) 3. Beynəlxalq normallaşdırılmış nisbət (BNN) 4. Fibrinogenin trombin ilə laxtalanması 5. Fibrinin və fibrinogenin deqradasiya məhsulları 6. D-dimerlər 7. Həll olunmuş fibrinmonomer kompleksləri	35-45 san. 12-14 san. 0,7-1,1 2,0-4,0 q/l <5 mkq/ml <0,5 mkq/ml Təyin olunur	>45 san. <12 san. <0,7 >4,0 >5 >0,5 Təyin olunmur
Dərinləşmiş müayinələr (III səviyyəli ixtisaslaşdırılmış laboratoriyalarda aparılır)	Genişləndirilmiş səviyyə + 1. Protein C 2. Protein S 3. Antitrombin III 4. Trombositlərin aqreqasiya aktivliyi 5. Antikardiolipin ə/c – IgG və IgM 6. QQE antikoagulyantı (AHTV >1,2 çox olduqda)	69,1-134,1% 63-135% 80-120% - ADF 1,25 2,5×10 ⁶ M/l - adrenalin 5×10 ⁶ M/l Diaqnostik sərhədi və ya kontrol rəqəmləri keçmir	<69% <63% <80% }

D-dimerin yoxlanılması hamiləlik zamanı VTE diaqnostikası məqsədi ilə aparılmamalıdır (C)^{4,5}.

RİSK QRUPUNA AİD OLAN HAMİLƏLƏRDƏ TROMBOZLARIN PROFİLAKTİKASI

Profilaktika mərhələləri

Bütün qadınlarda hamiləlik dövründə və doğuşdan sonra trombofilianın risk dərəcəsini müəyyən etmək və profilaktika üsulunu seçmək tövsiyə edilir (bax: *Alqoritm 1* və *2*).

Profilaktika farmakoloji və mexaniki üsullarla aparılır.

Farmakoloji profilaktika metodları:

- ▶ Trombozun antenatal profilaktikası (*Cədvəl 5*) mümkün qədər hamiləliyin erkən dövrlərində aparılmalıdır **(B)**⁴
- ▶ Hamiləlik zamanı düz antikoagulyantlar təyin edilir (FH və AMH), lakin ilk seçim preparatı AMH olmalıdır, çünki FH qədər effektiv və ondan daha təhlükəsizdir **(B)**^{4,8}
- ▶ FH-nin teratogen effekti yoxdur, o ciftdən keçmir, döldə qanaxma yaratmır, südlə ifraz edilmir. Lakin anada qanaxma, allergik reaksiyalar, heparinlə bağlı trombositopeniya və uzun müddətdə istifadə olunduqda osteopeniya və fəqərələrin sınıqlarını yarada bilər⁴
- ▶ Aşağı molekullu heparin ilə doğuşdan qabaq profilaktika üç və daha çox risk faktoru olan qadınlara təyin olunmalıdır **(C)**⁴
- ▶ Hamiləliyin I trimestrində qeyri-düz antikoagulyantların (varfarin) istifadəsi qadağandır, çünki onlar ciftdən dölə keçərək teratogen və embriotoksik təsir göstərir^{9,13}
- ▶ Varfarin qəbul edən qadınlarda hamiləlik təsdiq olunduqdan dərhal sonra heparinə (FH və ya AMH) keçmək və hamiləliyin sonuna qədər onu davam etdirmək lazımdır **(A)**⁷
- ▶ Varfarin və AMH ana südünə keçmədiyi üçün zahılıq dövründə də təyin oluna bilər **(B)**^{4,7,13}

Hamiləlik müddətində və doğuşdan sonra AMH-nin profilaktik dozaları *Cədvəl 6*-də verilmişdir.

Cədvəl 5. Venoz tromboemboliyanın (VTE) profilaktikası

Risk	Hamiləlik müddətində	Doğuşdan və qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatından sonra
Çox yüksək risk	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Hamiləliyin 1-ci trimestrində müalicəvi dozada FH və ya AMH ▶ 2-ci və 3-cü trimestrlərdə yüksək dozada AMH ▶ Mütəxəssis məsləhəti 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 6 həftə müddətində yüksək dozada AMH və ya 3 ay müddətindən az olmamaqla varfarin (C)⁴ ▶ Kompresiya edən elastik corablar ▶ Mütəxəssis məsləhəti
Yüksək risk	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Hamiləliyin 3-cü trimestrində və ya bütün hamiləlik dövründə yüksək profilaktik dozada AMH ▶ Kompresiya edən elastik corablar ▶ Mütəxəssis məsləhəti 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 6 həftə müddətində yüksək dozada AMH (C)⁴ ▶ Kompresiya edən elastik corablar
Orta risk	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Antikoagulyantlar rutin olaraq təyin edilmir (C)⁴ AMH mütəxəssis məsləhəti ilə təyin edilə bilər ▶ Kompresiya edən elastik corablar 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Doğuşdan və ya qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatından 12 saat sonra 7 gün ərzində AMH profilaktik dozada (C)⁴ ▶ Risk faktorları 3-dən artıq olduqda AMH 6 həftə ərzində təyin olunur (C)⁴ ▶ Kompresiya edən elastik corablar
Kiçik risk	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Antikoagulyantlar təyin edilmir. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Antikoagulyantlar rutin olaraq təyin edilmir (C)⁴ ▶ Erkən hərəkət ▶ Lazımi miqdarda hidratasiya ▶ Kompresiya edən elastik corablar

Qeyd – doza bədən kütləsinə uyğun tənzimlənilir

Cədvəl 6. Hamiləlik müddətində və doğuşdan sonra AMH-nin profilaktik dozaları⁴

Çəki (kq)	Enoxaparin (kleksan)	Dalteparin* (fraqmin)	Tinzaparin* (75v/kq/gün)
<50	20 mq gündə	2500 V gündə	3500 V gündə
50-90	40 mq gündə	5000 V gündə	4500 V gündə
91-130	60 mq gündə**	7500 V gündə	7000 V gündə**
131-170	80 mq gündə**	10 000 V gündə**	9000 V gündə**
Yüksək profilaktik doza	40 mq 12 saatdan sonra	5000 V 12 saatdan sonra	4500 V 12 saatdan sonra

Mexaniki profilaktika metodları

Mexaniki profilaktika metodlarına ağırını, ödemi, trombun yaranmasını azaltmağa kömək edən kompressiya edən elastik corablar aiddir⁴.

Kompressiya profilaktikası daimi rejimdə aparılır, həmçininin təbii doğuş yolları ilə doğuş və qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı zamanı AATE-nin profilaktikasında əvəzsizdir⁴.

Yadda saxlamaq lazımdır ki, elastik trikotaj individual istifadə üçündür və antropometrik parametrlərə uyğun seçilir. Üç və daha çox risk faktoru ilə qadınlara AMH ilə yanaşı kompressiya edən corablar təyin olunur (C)^{4,7}.

Əvvəl DVT keçirən hamilələrə antenatal və postnatal dövrlərdə kompressiya edən elastik corablar təyin olunur (D)⁴.

Hamiləlik zamanı dərin venaların trombozu və antikoagulyantlara əks-göstəriş olduqda və ya anamnezində yaxın vaxtda keçirilmiş geniş tromboz və doğuş qabağı dövrdə emboliya riski böyük olarsa, hamilədə aşağı boş venanın infrarenal hissəsinə müvəqqəti filtr qoyulur (kava-filtr). Bu, qopmuş trombların filtrdə saxlanılaraq, onların ürəyə və sonra ağciyər arteriyasına düşməsinin qarşısını alır^{5,9,13}.

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri.

** gündəlik doza iki dəfə qəbul etmək üçün bölünə bilər.

MÜALİCƏ

Hamiləlik zamanı müalicə prinsipləri

- ▶ Dərin venaların trombozu və AATE olan hamilələrin müalicəsi mütəxəssislər qrupu tərəfindən aparılmalıdır (anestezioloq-reanimatoloq, aparıcı mama-ginekoloqlar, hematoloq, ürək-damar cərrahı, radioloq)¹³
- ▶ Dərin venaların trombozuna şübhə olarsa, qadınlar diaqnoz təsdiq olunana qədər müayinə edilib və ciddi əks-göstəriş olmadığı halda AMH-lə müalicə olunmalıdırlar (C)¹³
- ▶ İmkan daxilində, 1 saat ərzində portativ exokardioqraf və ya AAKT təşkil olunub müayinə aparılmalıdır. Massiv AATE təsdiq olunarsa, təcili trombolitik müalicə başlanmalıdır¹³
- ▶ Massiv AATE zamanı ürək-damar çatışmazlığı olan hamilələrə seçim preparatı olaraq fraksiyalaşdırılmamış heparin v/d yeridilməlidir (B)¹³
- ▶ Şok və kollaps zamanı qadın təcrübəli mütəxəssislər qrupu tərəfindən müşahidə olunmalıdır və müalicə üsullarının (fraksiyalandırılmamış heparinin v/d yeridilməsi, trombolitik terapiya, torakotomiya və ya cərrahi embolektomiya) seçilməsinə qərar verilməlidir¹³

Hamiləlik dövründə müalicə

1. **AMH ilə terapiyanın** müddəti 10 gündən az olmamalıdır. Bu qrup preparatlar bütün hamiləlik boyu, doğuş və zahılıq zamanı istifadə oluna bilər (*Cədvəl 7*)⁹.

Cədvəl 7. Qadının bədən kütləsinə uyğun olaraq AMH başlanğıc dozasının hesablanması⁴

Başlanğıc doza	Bədən kütləsi (kq)			
	50-dən az	50-69	70-89	90-dan çox
Enoxaparin (kleksan)	40 mq gündə 2 dəfə	60 mq gündə 2 dəfə	80 mq gündə 2 dəfə	100 mq gündə 2 dəfə
Dalteparin* (fraqmin)	5000 V gündə 2 dəfə	6000 V gündə 2 dəfə	8000 V gündə 2 dəfə	10000 V gündə 2 dəfə
Tinzaparin*	175 V/kq gündə 1 dəfə (bütün kütlə kateqoriyaları üçün)			

* Azərbaycan Respublikasının dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri.

AMH dərialtı yeritməklə müalicə hamiləliyin sonuna qədər aparılmalıdır (**B**)¹³.

2. **FH-lə terapiya:** yükləmə ilkin doza – 80 V/kq, sonra fasiləsiz olaraq 18 V/kq/saatda yeridilməlidir. Əgər qadına əvvəllər tromboliz aparılıbsa infuziyanı 18 V/kq/saat dozada başlamaq lazımdır¹³. Terapiya laborator göstəricilərin nəzarəti altında aparılmalıdır:

- ▶ AHTV hər 4 saatdan bir təyin olunmalıdır; onun göstəricisi 2 müayinə arasında olan müddətdə 1,5-2 dəfə uzandıqdan sonra AHTV gündə 1 dəfə təyin edilməlidir^{9,13}
- ▶ Hər 3 gündən bir qanda trombositlərin sayına nəzarət olunmalıdır^{9,13}
- ▶ Hər 2-3 gündən bir plazmada antitrombin III miqdarı təyin olunmalıdır⁹
- ▶ Heparinin dozasının artıq olması əlaməti kimi hematuriyanı aşkar etmək məqsədi ilə sidinin ümumi analizi aparılmalıdır⁹

Trombositlərin miqdarı 1 mkl-də 150000 və ondan aşağı düşdükdə FH-nin yeridilməsi dayandırılmalıdır. FH-nin dozasının artıq olması zaman onun təsirinin dayandırılması üçün inhibitor olaraq protamin sulfat yeridilməlidir: hər 1 mq protamin sulfat 100 V heparini neytrallaşdırır^{9,13}.

Heparinlə yaradılan trombositopeniya, allergiya olduqda və ya antikoagulyant müalicənin davam olunmasına ehtiyac yarandıqda hamilə qadınlara mütəxəssisin nəzarəti altında heparinoid*, danaparoid sodium* və ya fondaparinuks* təyin olunmalıdır (**C**)^{5,13}.

Doğuş zamanı antikoagulyant müalicə

- ▶ Hamiləlik zamanı AMH alan qadınlara məlumat verilməlidir ki, doğuş prosesi başlayarkən onlara heparin yeridilməsi dayandırılmalıdır^{4,13}
- ▶ Planlaşdırılmış doğuşdan 24 saat qabaq AMH-nin yeridilməsi dayandırılmalıdır^{4,13}
- ▶ Regional anesteziya və analgetik prosedurlar AMH-nin son inyeksiyasından 24 saat keçdikdən sonra aparılmalıdır^{4,13}

* Azərbaycan Respublikasının dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri.

- ▶ Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatından 3 saat sonra AMH-nin profilaktik dozası vurulur (imkan daxilində, epidural kateterin çıxarılmasından 4 saatdan sonra)^{4,13}
- ▶ Epidural kateter AMH-nin axırncı inyeksiyasından sonra 12 saat ərzində çıxarılmamalıdır^{4,13}
- ▶ AMH-nin terapevtik dozasını alan qadınlara qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatından sonra yaraya drenaj qoyulmalıdır. Yarana biləcək hematomanın drenajı məqsədi ilə dəriyə steplerlər və ya fasiləli tikişlər qoyulmalıdır^{4,13}

Doğuşda mamalıq taktikası xəstənin vəziyyətinin ağırlıq dərəcəsi, kava-filtrin olub olmamasından, dölün vəziyyətindən, mamalıq ağırlaşmalarının yaranmasından, digər ekstragenital patologiyaların olmasından asılıdır. Əgər hamiləlik kompleks antikoagulyant müalicə fonunda aparılıbsa, doğuşun başa çatdırılması üçün seçim üsulu qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatıdır, çünki dölün təbii doğuş yolları ilə doğulması zamanı hemorragik ağırlaşmalar ehtimalı xeyli artır⁹.

Keçirilmiş AATE-dən sonra doğuşun qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı ilə başa çatdırılması üçün mütləq göstərişlər bunlardır⁹:

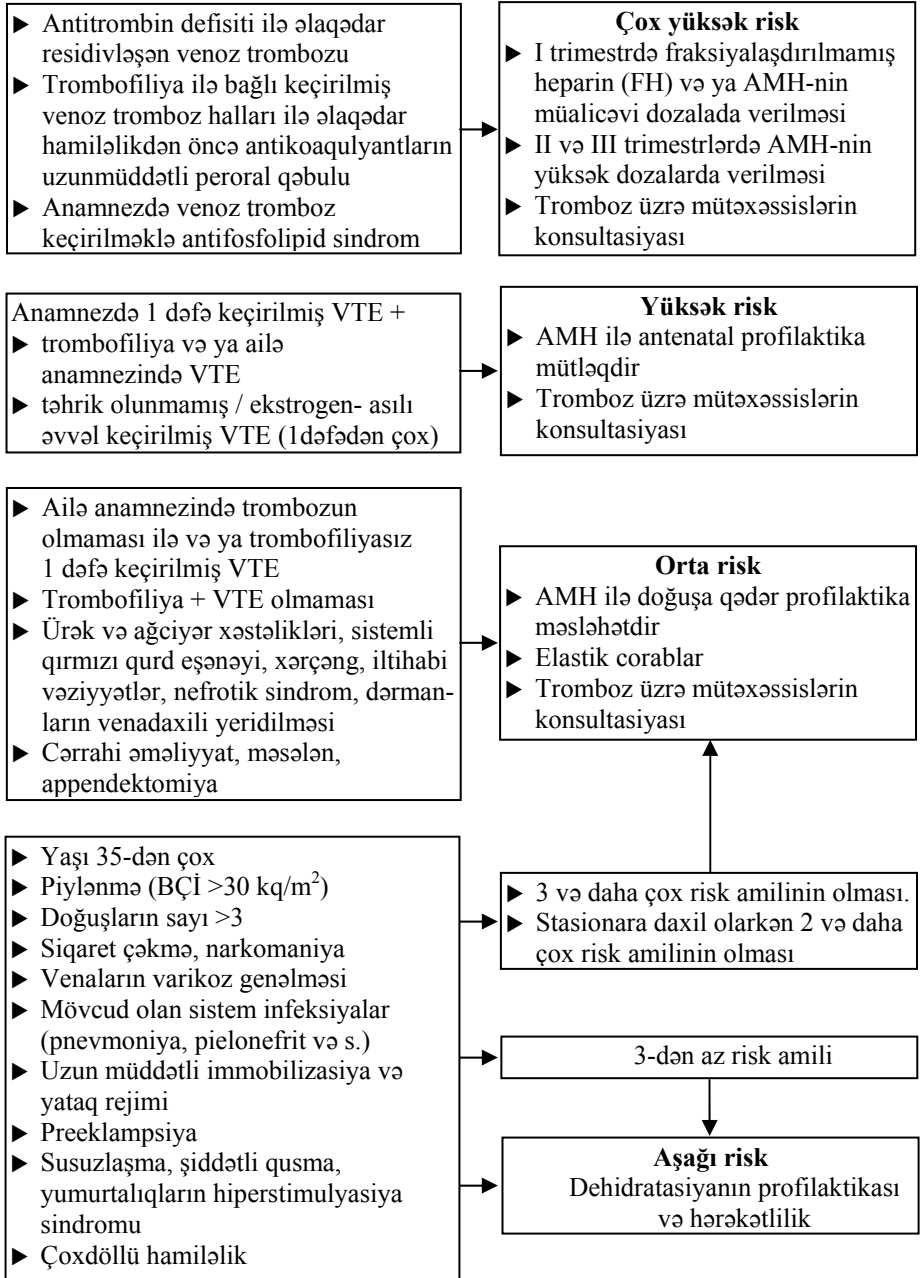
- ▶ xəstənin ağır vəziyyəti (ağciyər hipertenziyası)
- ▶ kava-filtrin olmaması
- ▶ dölün bətdaxili hipoksiyası
- ▶ müştərak mamalıq və ekstragenital patologiyaların olması
- ▶ döldə hemorragik fəsadların inkişafı təhlükəsinin olması

Zahılıq dövründə antikoagulyant müalicə

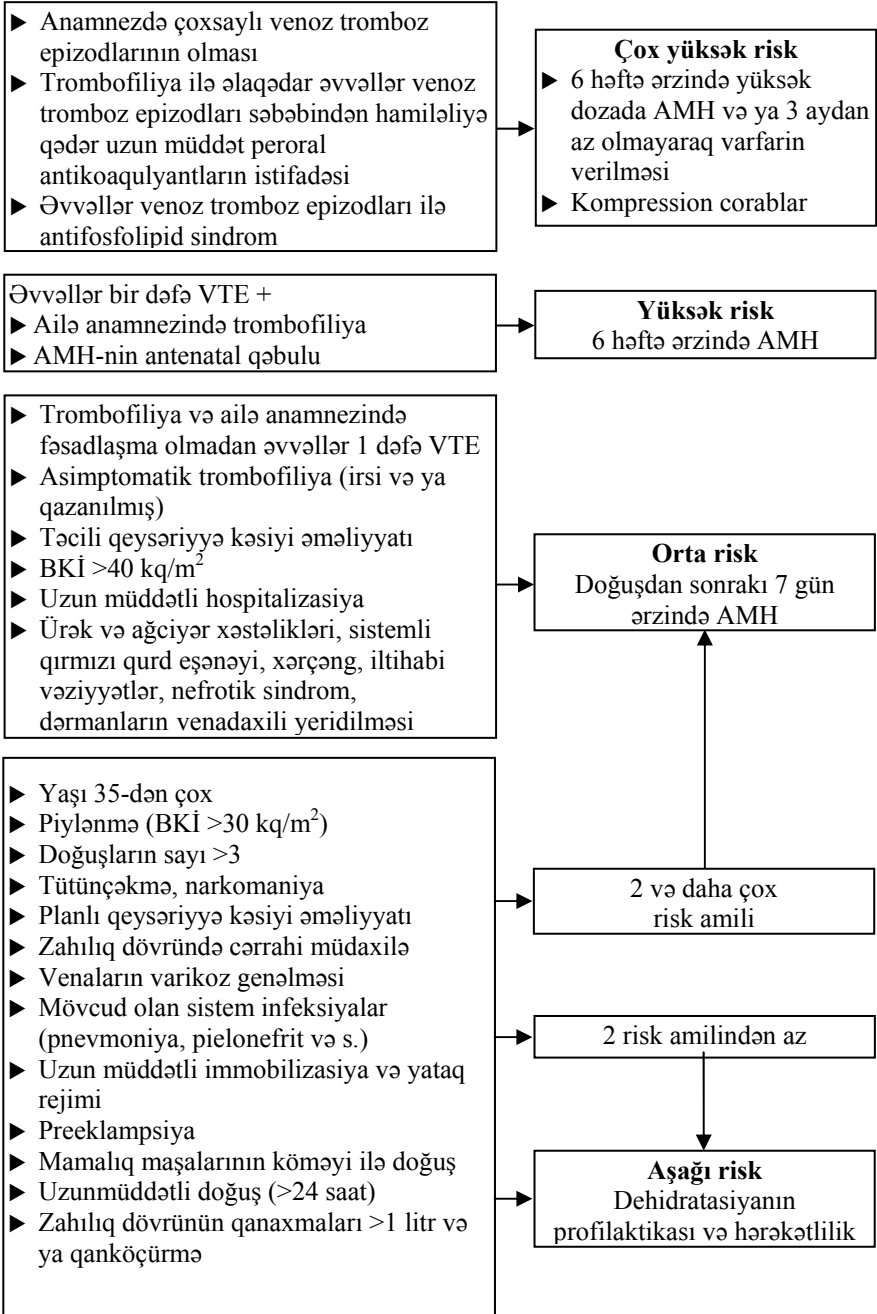
- ▶ Antikoagulyant müalicə bütün hamiləlik müddətində və doğuşdan sonrakı 6 həftə ərzində davam etdirilməlidir. Risk faktorları mövcud olduğu halda müalicənin davamiyyəti ən azı 3 ay təşkil etməlidir (C)^{4,7,13}
- ▶ Zahı qadına AMH və ya oral antikoagulyant arasında seçimin aparılması bu şərtlə təklif edilməlidir ki, varfarin qəbulu zamanı (xüsusilə müalicənin ilk 10 günü ərzində) ona müntəzəm olaraq kontrol müayinəsi aparılmalıdır^{4,13}
- ▶ Qadınlara heparin (FH və AMH) və varfarin preparatlarının döşlə əmizdirməyə əks göstəriş olmaması barədə məlumat verilməlidir (B)^{4,7,13}

- ▶ Zəhılıq qanaxmasına görə yüksək risk qrupuna daxil olunan qadınlara ilk 3 gün müddətində varfarin təyin edilməsindən  ekinm k lazımdır¹³
- ▶ Kəskin trombozdan sonra 2 il müddətində z d l nm ş ayaqda ödem davam etdiyi halda posttrombotik sindromun inkişaf riskini azaltmaq məqsədi ilə düzgün se ilm ş elastik corabların istifadəsi m tl qdır (A)^{5,13}

Alqoritm № 1. Antenatal dövüründə risk amilləri və profilaktika⁴



Alqoritm № 2. Zahılıq dövründə risk amilləri və profilaktika⁴



Ədəbiyyat:

1. Xəstəliklərin və sağlamlıqla bağlı problemlərin beynəlxalq statistik təsnifatı: 10-cu baxış. - I cild (II hissə) - Cenevrə Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı, 2012. - 400 s.
2. Consensus conference. Thrombophilia and pregnancy preventing maternal and placental thrombosis: Guidelines (Short version) [Electronic resource]. Institut Pasteur. - France, 14 March. - 2003. - 17p. - Available at: http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Thrombophilia_guidelines.pdf (24.01.2012).
3. Guidelines on the investigation and management of antiphospholipid syndrome [Electronic resource]. David Keeling [et al.]; British Committee for Standards in Haematology. British Journal of Haematology. - 2012. - 157. - 47-58. - Available at: http://www.bcsghguidelines.com/documents/antiphospholipids_2012.pdf (12.01.2012).
4. Reducing the risk of trombosis and embolism during pregnancy and the puerperium [Electronic resource]: Green-top Guideline № 37. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. – November, 2009. - 35p. - Available at: http://www.acmgo.com/archivos/imprescindibles/reducing_the_risk_thrombosis_and_embolism_during_2009.pdf (29.01.2013).
5. The acute management of thrombosis and embolism during pregnancy and the puerperium: Green-top Guideline № 37b [Electronic resource]. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. – February, 2007. - Reviewed 2010. - 17p. - Available at: <http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/thromboembolic-disease-pregnancy-and-puerperium-acute-management-gre> (12.01.2012).
6. The Investigation and Treatment of Couples with Recurrent First-trimester and Second-trimester Miscarriage: Green-top Guideline № 17 [Electronic resource]. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. - April, 2011. - 18p. - Available at: <http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/investigation-and-treatment-couples-recurrent-miscarriage-green-top> (12.01.2012).
7. Venous Thromboembolism, Thrombophilia, Antithrombotic Therapy, and Pregnancy [Electronic resource]. Shannon M. Bates

- [et al]; American College of Chest Physicians Evidence. - Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). Chest. - June, 2008. - vol 13. - 844-886p. - Available at: http://chestjournal.chestpubs.org/content/133/6_suppl/844S.full.pdf+html (12.01.2012).
8. VTE, Thrombophilia, Antithrombotic Therapy, and Pregnancy Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis[Electronic resource]. Shannon M. Bates [et al]; American College of Chest Physicians Evidence. - Based Clinical Practice Guidelines (9th ed) // Chest. - March, 2012. -141. - 691-736p. - Available at: http://www.gefaesse.at/download/11_aktuelle_literatur-06-03-2012/VTE-thrombophilia,-antithrombotic-therapy,-and-pregnancy-Antithro-mbotic-therapy-and-prevention-of-thrombosis.pdf (12.01.2012).
 9. Ведение беременности и родов у женщин с тромбоемболией легочной артерии [Электронный ресурс]. О.Н.Харкевич [и др.]; РНПЦ “Мать и дитя”. Медицинские новости. - 2007. - т.1. - № 2. - 19-28 с. - Режим доступа: <http://www.mednovosti.by/journal.aspx?article=43> (26.01.2012).
 10. Избранные вопросы перинатологии: Учебник: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas; под редакцией проф. Р.Й. Надишаускене; редактор-консультант: М.Бутылкина и др.; рецензенты: Г. Шупшинскас др. - Каунас: Центр исследования кризисов, 2012. - 652с. - ISBN 978-9955-9882-3-6.
 11. Современные рекомендации по профилактике и лечению тромбоемболических осложнений в акушерстве [Электронный ресурс]. Е.Н Клигуненко; Днепропетровская государственная медицинская академия Медицина неотложных состояний. - Донецк, 2010. - № 3. - 20-25 с. - Режим доступа: <http://www.mif-ua.com/archive/article/12962> (26.01.2012).
 12. Тромбофилии в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс]. А.Д.Макацария [и др.]; Кафедра акушерства и гинекологии медико-профилактического факультета ММА имени И.М. Сеченова. Журнал Российского Общества Акушеров - Гинекологов. - 2008. - № 1. - 11-18с. - Режим

доступа: <http://www.ag-info.ru/files/jroag/2008-1/jroag-08-01-02.pdf> (10.01.2012).

13. Тромбоэмболические нарушения во время беременности и после родов: ведение в остром периоде: Green-top Guideline № 28 [Electronic resource]. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. - February, 2007. - 19 с. - Available at: http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/uploaded-files/RCOG_GreentopGuideline28Russian.pdf (29.01.2013).
14. Тромбофилические состояния в акушерстве и гинекологии: практическое пособие. О.Н.Харкевич [и др.]; редакторы - составители: К.У.Вильчук, О.Н.Харкевич; РНПЦ “Мать и дитя”. - Минск: Ковчег, 2010 - 224 с.