

ვენური თრომბოემბოლიის პრევენცია და მკურნალობა

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო
სტანდარტი

(პროტოკოლი)

გამოყენებული შემოკლებები:

APTS	- ანტითრომბოციტარული კვლევების შეთანხმებული შედეგები - Antiplatelet trialist' s collaboration
COC	- კომბინირებული პერორალური კონტრაცეპტივები – COC: Combined oral contraceptive
CVI	- ქრონიკული ვენური უკმარისობა – Chronic venous insufficiency
CVD	- ქრონიკული ვენური დაავადება – Chronic venous disease
DVT	- ღრმა ვენების თრომბოზი – Deep vein thrombosis
FIT	- ტერფის იმპულსის ტექნოლოგია– Foot impulse technology
GEC	- დიფერენცირებული ელასტიური კომპრესია–Graduated elastic compression
FUT	- ფიბრინოგენის მოხმარების ტესტი – Fibrinogen uptake test
HIT	- ჰეპარინ ინდუცირებული თრომბოციტოპენია – Heparin induced thrombocytopenia
HRT	- ჰორმონჩანაცვლებითი თერაპია – Hormone replacement therapy
IPK	- გარდამავალი პნევმატიური კომპრესია –: Intermittent pneumatic compression
LDUH (აჰდღ)	- არაფრაქციონირებული ჰეპარინის დაბალი დოზა – Low dose unfractionated heparin
LMWH	- დაბალი მოლეკულური წონის ჰეპარინი – Low molecular weight heparin
PE	- ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლია –: Pulmonary embolism
პროქსიმალური DVT	- მუხლქვეშა ან უფრო პროქსიმალური ვენების თრომბოზი – DVT in popliteal or more proximal veins
PTS	- პოსტთრომბოზული სინდრომი – Post-thrombotic syndrome
RR	- შედარებითი რისკი (სტატისტიკა) –: Relative risk
THR	- მენჯ-ბარძაყის სახსრის ენდოპროთეზირება – Total hip replacement
TKR	- მუხლის სახსრის პროთეზირება – Total knee replacement
UFH	- არაფრაქციონირებული ჰეპარინი – Unfractionated heparin
VTE	- ვენური თრომბოემბოლია – Venous thromboembolism
VKA	- ვიტამინ K-ს ანტაგონისტები –: Vitamin K antagonists
WHO	- მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია – World Health Organization
RCOG	- მეან-გინეკოლოგთა სამეფო კოლეჯი – Royal College of Obstetricians andGyneacologists
ღვთ	- ღრმა ვენების თრომბოზი
ფათ	- ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლია

ვენური თრომბოემბოლიის პრევენცია და მკურნალობა

(პირველადი ჯანდაცვის რგოლი)

დეფინიცია

ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლია - ფილტვის არტერიის და მისი ტოტების უეცარი დახშობა თრომბული მასით, შემდგომში ფილტვის პარენქიმის სისხლისმიმოქცევის შეწყვეტით.

ვენური თრომბოზი – თრომბის არსებობა ვენის სანათურში.

სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები

1. პირველადი გასინჯვა
2. ფერადი ექოდუპლექსსკანირება

პირველადი ბასინჯვის ძირითადი პრინციპები

კლინიკური სემიოტიკა

1. შეშუპება სხვადასხვა ხარისხის;
2. კიდურის ციანოზი;
3. ლოკალური კანის ჰიპერთერმია;
4. კანქვეშა ვენების გადაძაბვა;
5. ტკივილი სისხლძარღვოვანი კონის გასწვრივ;
6. ზომიერი ტკივილი კანჭის ტყუპი კუნთის მიდამოში, რომელიც ძლიერდება სიარულის, კოწ-წვივის სახსრის მოძრაობის დროს და/ან პაციენტის ვერტიკალურ მდგომარეობაში ყოფნისას;
7. ფიზიკალური გასინჯვის დროს უნდა შეფასდეს:

სომანსის და მოხესის სიმპტომები

- სომანსის სიმპტომი დადებითია, თუ ტერფის მოხრითი მოძრაობის დროს აღინიშნება ტკივილი კანჭის ტყუპი კუნთის მიდამოში;
- მოხესის სიმპტომი დადებითია, თუ აღინიშნება მტკივნეულობა წვივის წინა უკანა მოძრაობით ზეწოლის დროს.

ღრმა ვენური თრომბოზის დიფერენციალური დიაგნოზი

აუცილებლად უნდა გამოირიცხოს

1. გულის უკმარისობა;
2. ლიმფოსტაზი;
3. ტრავმული შეშუპება;
4. ანაერობული ფლეგმონა;
5. ძვლოვანი სისტემის ან რბილი ქსოვილების სიმსივნეები;

6. მწავე არტერიული უკმარისობა;
7. ართროზოართრიტები;
8. ორსულთა ლიმფოსტაზი.

ფერადი ექოღუპლემქსკანირებით გამოკვლევის ძირითადი პრინციპები

1. ვენური თრომბოზის დიაგნოზის დადასტურება ან გამორიცხვა;
2. თრომბოზის ლოკალიზაციის და მისი განსაზღვრა;
3. აუცილებლად საჭიროა განისაზღვროს თრომბის პროქსიმალური ნაწილის ხასიათი და ფილტვის არტერიის ემბოლიის საშიშროება;
4. შესაძლებლობის ფარგლებში აღმოაჩინოს ვენური თრომბოზის განვითარების მიზეზი.

ლაბორატორიული მონაცემების სადიაგნოსტიკო მნიშვნელობა

ვენური თრომბოზზე ეჭვის მიტანის შემთხვევაში პაციენტი უნდა იყოს კონსულტირებული სპეციალიზირებულ ანგიოლოგიურ კლინიკაში.

პროტოკოლის გადასინჯვისა და ბანახლების ვადა – 5 წელი

ბაიდლანინი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი – “ვენური თრომბოემბოლიის პრევენცია და მკურნალობა”

ადამიანური და მათერიალურ-ტიქნიკური რესურსი

ადამიანური რესურსი – ოჯახის ექიმი ან უბნის თერაპევტი, ექთანი

დროის რესურსები

ოჯახის ექიმთან/უბნის თერაპევტთან ახალდიაგნოსტირებული ან პრაქტიკაში ახალრეგისტრირებული ქრონიკული ვენური უკმარისობით დაავადებულ პაციენტის ვიზიტს დაეთმობა 15 წთ.

ოჯახის ექიმთან განმეორებით ვიზიტს დაეთმობა 10 წთ.

პრაქტიკის (უბნის) ექთანთან პაციენტის ვიზიტს დაეთმობა 10 წთ.

ახალდიაგნოსტირებული ან პრაქტიკაში ახალრეგისტრირებული ქრონიკული ვენური უკმარისობით დაავადებულ პაციენტის სამკურნალო-პროფილაქტიკური განათლების მიზნით მოწყობილ ვიზიტს დაეთმობა 15 წთ.

ვენური თრომბოზოლოგის პრევენცია და მკურნალობა (პროტოკოლი)

ზოგადი და სისხლძარღვთა ქირურგია

რეკომენდაციები

დაბალი რისკის პაციენტები არიან ისინი, ვისაც არა აქვს რისკ-ფაქტორები და ჩაუტარდათ მცირე მოცულობის ოპერაცია (მინი ოპერაცია). მონაცემები არაა საკმარისი იმისათვის, რომ განისაზღვროს რეკომენდაციები. რისკ/თანაფარდობის შეფარდების საფუძველზე ზოგიერთ ქვეყანაში მიღებულია ზომიერი ელასტიური კომპრესიის წინდების გამოყენება (რეკომენდაციის ხარისხი C).

საშუალო რისკის პაციენტები – 40 წლის ზემოთ, რომელთაც ჰქონდათ დაავადების მსუბუქი ფორმა და ჩაუტარდათ დიდი მოცულობის ოპერაცია. არაფრაქციონირებული ჰეპარინის 5000სე-ის გამოყენება იწყება პრე-ოპერაციულად და გრძელდება ორჯერ ან სამჯერ დღეში, ხოლო დაბალმოლეკულური წონის ჰეპარინი ინიშნება და დოზირება ხდება იმ რეკომენდაციებზე დაყრდნობით, რომელიც განსაზღვრულია საშუალო რისკის პაციენტებისათვის (რეკომენდაციის ხარისხი A). ალტერნატიული მეთოდი, განსაკუთრებით აქტიური სისხლდენის რისკის მქონე პაციენტებისათვის, არის დიფერენცირებული ელასტიური კომპრესია და გარდამავალი პნევმატური კომპრესია მანამ, სანამ პაციენტი არ გაეწერება ბინაზე (რეკომენდაციის ხარისხი A).

მაღალი რისკის პაციენტები – 60 წლის ზემოთ დამატებითი რისკ-ფაქტორებით. დაბალი დოზის არაფრაქციონირებული ჰეპარინი (5000 სე იწყება ოპერაციამდე ორი საათით ადრე და გრძელდება პოსტ-ოპერაციულად დღეში სამჯერ) (რეკომენდაციის ხარისხი A) ან დაბალმოლეკულური წონის ჰეპარინი ინიშნება და დოზირება ხდება მწარმოებლის რეკომენდაციებზე დაყრდნობით (რეკომენდაციის ხარისხი A). ორივე მათგანი შესაძლოა კომბინირებული იყოს რომელიმე მექანიკურ მეთოდთან (GEC ან IPK) (რეკომენდაციის ხარისხი B). ფონდაფარინუქსი (ერთი კვლევა) არის B ხარისხის რეკომენდაცია.

აღნიშნული რეკომენდაციები განსაზღვრულია პაციენტებისათვის, რომელთაც ჩაუტარდათ სისხლძარღვოვანი ან ბარიატრიული ოპერაციული პროცედურები (რეკომენდაციის ხარისხი C). დიფერენცირებული ელასტიური კომპრესია წინააღმდეგ ნაჩვენებია ქვედა კიდურის იშემიის დროს (რეკომენდაციის ხარისხი C).

ხანგრძლივად მიმდინარე ლაპარასკოპიული ოპერაცია ამცირებს ვენურ ნაკადს ქვემო კიდურებში და ააქტივებს სისხლის კოაგულაციას. პროფილაქტიკურად კანქვეშ LDUH, LMWH ან GEC- IPK-სთან ერთად რეკომენდებულია დამატებითი რისკის მქონე პაციენტებისათვის. (რეკომენდაციის ხარისხი C).

უროლოგია

რეკომენდაციები

GEC და IPK რეკომენდებულია ერთ რანდომიზებულ კვლევაზე დაყრდნობით და ექსტრაპოლირებულია იმ კვლევების მონაცემებით, რომელიც ჩატარდა პაციენტებზე ზოგად ქირურგიაში (რეკომენდაციის ხარისხი B). რეკომენდებულია დაბალი დოზის არაფრაქციონირებული ჰეპარინის (რეკომენდაციის ხარისხი A) 5000სე მიეცეს

ოპერაციამდე 2სთ-ით ადრე და გაგრძელდეს პოსტოპერაციულად დღეში სამჯერ. ალტერნატივა არის LMWH, რომლის საწყისი დოზა განისაზღვრება ზოგად ქირურგიაში მიღებულ რეკომენდაციებზე დაყრდნობით (რეკომენდაციის ხარისხი C).

ბინეკოლოგია

რეკომენდაციები

დაბალი რისკის პაციენტები: უნდა დაენიშნოთ GEC (რეკომენდაციის ხარისხი B). მიზანშეწონილია დიფერენცირებული ელასტიური კომპრესიის დანიშვნა ადრეულ ვადებში, ამბულატორიულად აღექვატური ჰიდრატაციის პირობებში.

საშუალო რისკის პაციენტები: LDUH (5000სე 12 სთ-ში ერთხელ) და LMWH (დოზირებული არსებული რეკომენდაციების მიხედვით) ან IPC არის A ხარისხის რეკომენდაციები. LMWH უფრო მისაღები მეთოდია, რადგან ინიშნება დღეში ერთხელ და ნაკლებად იწვევს ჰეპარინ ინდუცირებულ თრომბოციტოპენიას. IPC არის არჩევის მეთოდი იმ პაციენტთათვის, რომელთაც აქვთ სისხლდენის მაღალი რისკი.

მაღალი რისკის პაციენტები: რეკომენდებულია LDUH (5000სე 12 სთ-ში ერთჯერ) (რეკომენდაციის ხარისხი A), LMWH (დოზირებული არსებული რეკომენდაციების მიხედვით) (რეკომენდაციის ხარისხი A) ან IPC (სტაციონარში ყოფნის განმავლობაში) (რეკომენდაციის ხარისხი B).

LDUH ან LMWH კომბინირებული IPC ან GEC-ის წინდებთან ერთად განაპირობებს ოპტიმალურ პროფილაქტიკას (რეკომენდაციის ხარისხი B).

მეანობა

პროფილაქტიკის მეთოდები და რეკომენდაციები

Cochrane-ის მიმოხილვაში VTE-ის პროფილაქტიკა ორსულობისა და მშობიარობის პერიოდში შეფასებულია 8 კვლევით, რომელშიც შედიოდა 649 ქალი. შეუძლებელი იყო ამა თუ იმ სახის ჩარევის ეფექტის შეფასება კვლევების სიმცირის გამო.

XIV ცხრილში აღწერილია სხვადასხვა კლინიკური სიტუაციების მართვის სტრატეგია.

ქალები VTE-ის მაღალი რისკით, მათ შორის ისინი, ვისაც აქვთ გადატანილი თრომბოზი, ორსულობამდე უნდა იყვნენ კონსულტირებული, რადგან თრომბოზის რისკი არსებობს ორსულობის დაწყებიდანვე.

ქალებში, გადატანილი VTE-თი ან მისი ოჯახური ისტორიით, განსაკუთრებით თუ თრომბოზი გადატანილია ახალგაზრდა ასაკში (< 50წელი), ორსულობის დაწყებამდე უნდა გამოირიცხოს მემკვიდრული წინასწარგანწყობა და შეძენილი თრომბოფილია (რეკომენდაციის ხარისხი C). საუკეთესო ვარიანტში, ყველა ქალში ორსულობის დაწყებამდე ან მის ადრეულ ვადაზე უნდა განისაზღვროს თრომბოზის რისკი. ასეთი შეფასება უნდა გამეორდეს, თუ ქალი მიმართავს კლინიკას ისეთი გართულებებით, როგორცაა ჰიპერემეზისი ან პრე-ეკლამპსია, რაც საჭიროებს წოლით რეჟიმს (რეკომენდაციის ხარისხი C).

სისტემურმა მიმოხილვებმა და რეტროსპექტულმა კვლევებმა დაადგინა, რომ **LMWH** ამჟამად არის, ეფექტურობისა და უსაფრთხოების თვალსაზრისით, არჩევის პრეპარატი ორსულებში არაფრაქციონირებულ ჰეპარინთან შედარებით.³¹³⁻³¹⁷ **(რეკომენდაციის ხარისხი B). HIT-სა და ოსტეოპოროზის რისკი ორსულობის დროს LMWH-ის გამოყენებისას მცირდება LDUH-სგან განსხვავებით.** ^{318,319}

ორსულობის დროს რეციდიული DVT-ის რისკი აღინიშნება 2,0-3,0%³²⁰ შემთხვევებში და კიდევ უფრო მაღალია მათში, ვისაც აღენიშნება ანამნეზში თრომბოფილია ან იდიოპათიური თრომბოზი (6%). შემდგომმა კვლევამ დაადგინა რეციდივების სიხშირე წელიწადში 100 პაციენტიდან მოდის 10,9% ორსულობის პერიოდში და 3,7% არაორსულებში⁽³²¹⁾. ამგვარად, ქალებს, რომლებშიც VTE-ის განვითარება ასოცირდება დროებით რისკ-ფაქტორთან და არ ახლავს თან თრომბოფილია ან სხვა დამატებითი რისკ-ფაქტორი, მშობიარობის შემდეგ უნდა ჩუტარდეთ თრომბოპროფილაქტიკა დაბალმოლეკულური წონის ჰეპარინებით (რეკომენდაციის ხარისხი C). დიფერენცირებული ელასტიური კომპრესიის წინდები რეკომენდებულია ორსულობის პერიოდში (რეკომენდაციის ხარისხი C).

ქალებს წარსულში გადატანილი თრომბოზით, დაკავშირებული ორსულობასთან ან COC-თან, ან აღენიშნებათ ისეთი დამატებითი რისკ-ფაქტორი როგორცაა სიმსუქნე, თრომბოპროფილაქტიკა უნდა დაეწყოთ დაბალმოლეკულური წონის ჰეპარინით ორსულობის რაც შეიძლება ადრეულ ვადაზე (რეკომენდაციის ხარისხი C).

თრომბოფილიით დაავადებულ ქალებს აქვთ VTE-ის გაზრდილი რისკი ორსულობის პერიოდში, რაც ვარირებს დაავადების სპეციფიური ფორმების მიხედვით. თუ ქალს აქვს გადატანილი VTE და თრომბოფილია, მიზანშეწონილია თრომბოპროფილაქტიკა დაბალმოლეკულური ჰეპარინით ანტენატალურად და მშობიარობის შემდეგ ექვსი კვირის განმავლობაში (რეკომენდაციის ხარისხი B).

განსაკუთრებული რისკის ქვეშ არიან ორსულები, რომლებიც ხანგრძლივად იღებენ ანტიკოაგულანტებს და ისინი ვისაც აქვთ ანტითრომბინის დეფიციტი (30%). ისინი ვინც იღებენ ვიტამინ K-ს ანტაგონისტებს, ორსულობის დაწყებისთანავე უნდა გადავიდნენ LMWH-ზე, რადგან ვარფარინს გააჩნია ემბრიოპათიული მოქმედება. მისი დანიშვნა არ არის რეკომენდებული. ორივე სიტუაციაში LMWH-ის დოზა უნდა იყოს იგივე, რაც ინიშნება VTE-ის მკურნალობისას (რეკომენდაციის ხარისხი B).

XV ცხრილში ნაჩვენებია მენ-გინეკოლოგთა სამეფო კოლეჯის უკანასკნელი გაიდლაინები³⁰¹ ორსულებში LMWH-ის დოზირებაზე. აღნიშნული გაიდლაინების შემდგომ გამოქვეყნებული მონაცემები მოწმობს, რომ ტინზაპარინის გამოყენება დღეში ერთხელ იძლევა ადექვატურ 24სთ-იან დაცვას, ^{322,323} თუმცა უფრო მეტი კვლევებია საჭირო მისი უსაფრთხოების და ოსტეოპოროზის რისკის დასადგენად.

ორსულობის ადრეული ვადიდან LMWH (ენოქსაპარინი 40მგ დღეში, დალტეპარინი 5000ერთ ან ტინზაპარინი 4500ერთ დღეში სხეულის ნორმალური წონის შემთხვევაში) უნდა მიიღონ ქალებმა, რომელთაც აქვთ გადატანილი თრომბოზი და ისეთი თრომბოფილია, რომელიც გამოწვეულია პროტეინ C დეფიციტით, ლეიდენის V ფაქტორის, პროთრომბინ 20210A ან პროტეინ S დეფიციტით და რომლებიც არიან VTE-ის საშუალო-რისკის ჯგუფში (რეკომენდაციის ხარისხი C).

ორსული, რომელსაც არა აქვს ანამნეზში თრომბოზი, მაგრამ აქვს დადგენილი თრომბოფილია, შესაძლოა საჭიროებდეს თრომბოპროფილაქტიკას. აღნიშნული დამოკიდებულია თრომბოფილიის ტიპზე, ოჯახურ ისტორიაზე და დამატებითი რისკ-ფაქტორების არსებობაზე (მაგ: სიმსუქნე, იმობილიზაცია და ჰიპერემეზისი). თრომბოზის რისკის განხილვა უნდა მოხდეს მშობიარობამდე პაციენტთან ერთად

და დაენიშნოს ზომიერი ელასტიური კომპრესიის წინდების ტარება (რეკომენდაციის ხარისხი C).

ორსულებს, ანტიფოსფოლიპიდური სინდრომით (ლუპუს ანტიკოაგულიანტი ან ანტიკარდიოლიპინის მიმართ ანტისხეულები) და ანამნეზში განმეორებითი თვითნებური აბორტების შემთხვევაში, თრომბოპროფილაქტიკა არაფრაქციონირებული ჰეპარინით და ასპირინის დაბალი დოზებით (75მგ დღეში)^{324,325} საჭიროა ჩაუტარდეთ ორსულობის დაწყებისთანავე (რეკომენდაციის ხარისხი A). ასეთი სახის მკურნალობა ტარდება პლაცენტარული თრომბოზებით გამოწვეული მოსალოდნელი აბორტის თავიდან ასაცილებლად. ეს ქალები არიან VTE-ს მაღალი რისკის ქვეშ და LMWH-ით პროფილაქტიკა უნდა გაგრძელდეს მშობიარობიდან სულ მცირე 2–5 დღემდე⁽³⁰¹⁾. ანტიფოსფოლიპიდური სინდრომის და გადატანილი თრომბოზის შემთხვევაში მშობიარობის შემდგომი პროფილაქტიკა გრძელდება ექვსი კვირის მანძილზე (რეკომენდაციის ხარისხი C).

მშობიარობა და ლობინობის ხანა

მშობიარობის მართვა: პაციენტებს, რომლებიც იმყოფებიან LMWH-ზე და საჭიროებენ ეპიდურალურ ანესთეზიას, უნდა შეუწყდეთ მისი მიღება შეტყვის დაწყებისთანავე. ეპიდურალური ანესთეზია არ არის რეკომენდებული LMWH-ის პროფილაქტიკური მიზნით შეყვანიდან სულ მცირე 12სთ-ის და სამკურნალო დოზის შეწყვეტიდან 24სთ-ის განმავლობაში.³²⁶ LMWH არ უნდა მიეცეს ეპიდურული კათეტერის ამოღებიდან სულ მცირე ოთხი საათის და თავის მხრივ კათეტერის ამოღება არ შეიძლება უკანასკნელი ინექციიდან 10–12სთ განმავლობაში.³²⁷ გეგმიური მშობიარობის დროს, როგორცაა საკეისრო კვეთა, ქალმა უნდა მიიღოს LMWH-ის პროფილაქტიკური დოზა მშობიარობამდე ერთი დღით ადრე. მშობიარობის დღეს იგივე დოზა პოსტოპერაციულად სამ საათში ან ეპიდურული კათეტერის ამოღებიდან ოთხ საათში (რეკომენდაციის ხარისხი C).

ლოგინობის ხანის მართვა: გადატანილი VTE-სა და თრომბოფილიის გარდა მშობიარობის შემდგომი პროფილაქტიკისათვის უნდა იქნეს გათვალისწინებული სხვა რისკ-ფაქტორები: ასაკი 35 წლის ზემოთ, სიმსუქნე, საკეისრო კვეთა (განსაკუთრებით სასწრაფო ჩარევა შეტყვების დროს), ვარიკოზული ვენები, პრე-ეკლამფსია და იმობილიზაცია (რეკომენდაციის ხარისხი C).

მშობიარობის შემდგომი პროფილაქტიკა რეკომენდებულია ქალებში გადატანილი VTE-ით, თრომბოფილიით და თრომბოზის სხვა რისკ-ფაქტორებით. პირველი მშობიარობის შემდგომი LMWH-ის დღიური დოზა კანქვეშ (ენოქსაპარინი 40მგ, დალტეპარინი 5000ერთ დღეში ან ტინზაპარინი 50 ერთ/კგ) უნდა გაკეთდეს მშობიარობიდან სამიდან ოთხ საათში. პროფილაქტიკა უნდა გაგრძელდეს მინიმუმ ექვსი კვირა გადატანილი VTE-ის ან თრომბოფილიის შემთხვევაში. სხვა ქალებს პროფილაქტიკა უტარდებათ კლინიკიდან გაწერამდე და მისი გაგრძელება უნდა გადაწყდეს ექიმის მიერ თუ პაციენტი კლინიკაში რჩება ხუთ დღეზე მეტ ხანს (რეკომენდაციის ხარისხი B).

თუ პაციენტი უარს აცხადებს LMWH-ის ინექციებზე, შეიძლება მისი შეცვლა ვიტამინ K ანტაგონისტებით ლოგინობის პირველ ან მეორე დღეს. LMWH-ის შეწყვეტა ხდება თუ INR, ზედიზედ ორი დღის განმავლობაში, არის 2,0–3,0 ფარგლებში. GEC LMWH-სთან ერთად გამოიყენება მაღალი-რისკის პაციენტებში და იმ შემთხვევებში, როცა LMWH უკუნაჩვენებია. სადაც ანტიკოაგულანტები უკუნაჩვენებია, GEC-ის წინდების ტარება აუცილებელია მშობიარობიდან ექვსი

კვირის განმავლობაში და შეიძლება კომბინირებული იყოს დღეში 75მგ ასპირინთან ერთად (რეკომენდაციის ხარისხი C).

პაციენტებს, რომელთაც ორსულობის ან ლოგინობის ხანაში განუვითარდათ VTE, უნდა ჩაუტარდეს სპეციალური გამოკვლევები თრომბოფილიის დასადგენად და განემარტოთ COC-ის ხმარებასთან დაკავშირებული გაზრდილი რისკი. პროგნოსტოგენით კონტრაცეფცია ასეთი ქალებისათვის მისაღებია. ასევე უნდა განემარტოთ მათ პროფილაქტიკური ღონისძიებების აუცილებლობა თუ ისინი დაგეგმავენ ორსულობას.

ძუბუთი კვება არ არის წინააღმდეგ ჩვენება არც დაბალმოლეკულური წონის ჰეპარინისა და არაფრაქციონირებული ჰეპარინისათვის და არც ვარფარინისათვის.^{328,329} (რეკომენდაციის ხარისხი C).

ორთოკედლიანი ქირურგია და ტრავმატოლოგია

(A) მენჯ-ბარძაყის სახსრის გეგმიური ენდოპროთეზირება

რეკომენდაციები

LMWH-ის დოზირება ხდება არსებული რეკომენდაციების მიხედვით, ფონდაპარინუქსი, პერორალური ანტიკოაგულანტებით მკურნალობა, IPC ან FIT GEC-თან კომბინაციაში არის A ხარისხის რეკომენდაცია. სტაციონარულ პაციენტებში უპირატესობა ენიჭება LMWH-ს ან ფონდაპარინუქსს. IPC ან FIT კომბინირებული GEC-თან არის LMWH-ის ალტერნატიული ვარიანტი იმ პაციენტებისათვის, ვისაც აქვთ სისხლდენის მაღალი რისკი. რეკომბინანტული ჰირუდინი (Revasc) გამოიყენება დაახლოებით 20 ევროპულ ქვეყანაში ხანმოკლე პროფილაქტიკის მიზნით იმ პაციენტებში, რომელთაც აქვთ ჰეპარინ ინდუცირებული თრომბოციტოპენია (რეკომენდაციის ხარისხი A).

LMWH-ით პროფილაქტიკა უნდა დაიწყოს ოპერაციის წინ ან მის შემდეგ არჩეული რეჟიმის მიხედვით (რეკომენდაციის ხარისხი A). ფონდაპარინუქსი უნდა დაიწყოს ოპერაციიდან 6-8 სთ-ის შემდეგ. პროფილაქტიკა უნდა გაგრძელდეს LMWH-ით 4-6 კვირის განმავლობაში (რეკომენდაციის ხარისხი A) ან ფონდაპარინუქსით (რეკომენდაციის ხარისხი C – ექსტრაპოლაცია ბარძაყის ძვლის მოტეხილობაზე ჩატარებული კვლევიდან).

(B) მუხლის სახსრის გეგმიური ენდოპროთეზირება

რეკომენდაციები

LMWH (ინიცირებული და დოზირებული არსებული რეკომენდაციების თანახმად) ან ვარფარინი (ნაკლებად ეფექტური) არის A კლასის რეკომენდაციები. ფონდაპარინუქსი არის B ხარისხის რეკომენდაცია. IPC ან FIT პლუს GEC-ის წინდები არის ალტერნატიული ვარიანტები, მაგრამ საჭიროებენ შემდგომ კვლევებს (რეკომენდაციის ხარისხი B).

(C) ბარძაყის მოტენილობისას ქირურგია

რეკომენდაციები

LMWH (ინიცირებული და დოზირებული არსებული რეკომენდაციების მიხედვით), ფონდაპარინუქსი, **VKA**-ს შესაბამისი დოზა (**INR 2-3** ფარგლებში), ან **LDUH** მიეკუთვნებიან **A** ხარისხის რეკომენდაციებს. **IPC** ან **FIT** კომბინირებული **GEC**-თან გამოიყენება ფარმაკოლოგიური პროფილაქტიკის წინააღმდეგ ჩვენებისას (რეკომენდაციის ხარისხი **B**). თუ ოპერაცია დაგვიანებულია, პროფილაქტიკა უნდა დაიწყოს **LMWH**-ით ან **IPC** ან **FIT**+ **GEC** რაც შეიძლება ადრე (რეკომენდაციის ხარისხი **C**).

(D) მუხლის ართროსკოპია

რეკომენდაციები

რეკომენდაციები უბრალო დიაგნოსტიკური ართროსკოპიისათვის:

რუტინული პროფილაქტიკა არ არის რეკომენდებული, თუ არ არის სხვა რისკ-ფაქტორები. (რეკომენდაციის ხარისხი **C**)

რეკომენდაციები ართროსკოპიული ოპერაციისათვის (მაგ: იოგის რეკონსტრუქცია):

LMWH დაწყებული ოპერაციამდე ან მის შემდეგ (რეკომენდაციის ხარისხი **B**) ან **IPC** **LMWH**-სადმი უკუჩვენებისას რეკომენდებულია (რეკომენდაციის ხარისხი **C**) სრულ გამოჯანმრთელებამდე.

(E) იზოლირებული ტრავმა მუხლს ქვემოთ

რეკომენდაციები

არსებული მონაცემები დაფუძნებულია მცირე კვლევებზე, რომლებიც მოიცავენ სხვადასხვა სახის დაზიანებებს, მაგრამ ვერ იძლევიან კიდურის იზოლირებული ტრავმისათვის საჭირო რუტინული პროფილაქტიკის რეკომენდაციებს. რეკომენდებულია რისკის შეფასება და **LMWH**-ის გამოყენება თითოეულ პაციენტისათვის ინდივიდუალურად.

(F) მრავლობითი ტრავმა

რეკომენდაციები

LMWH იწყება მაშინვე, თუ არსებობს სისხლდენის რისკი (რეკომენდაციის ხარისხი **A**) ან **IPC**, თუ **LMWH**-ით მკურნალობა წინააღმდეგ ნაჩვენებია და გრძელდება პაციენტის სრულ გააქტიურებამდე (რეკომენდაციის ხარისხი **B**).

(G) გეგმიური სპინალური ქირურგია

რეკომენდაციები

მექანიკური მეთოდი: IPC (რეკომენდაციის ხარისხი B);

მედიკამენტი: LMWH (რეკომენდაციის ხარისხი B);

დაწყება: ოპერაციამდე IPC და ოპერაციის შემდეგ LMWH;

ხანგრძლივობა: ჰოსპიტალიზაციის პერიოდში (რეკომენდაციის ხარისხი C).

(H) ზურგის ტვინის დაზიანება

რეკომენდაციები:

მედიკამენტი: IPC და GEC კომბინირებული LMWH-თან (რეკომენდაციის ხარისხი B);

დაწყება: IPC და GEC – პაციენტის მიღებისთანავე და LMWH – როცა სისხლდენის რისკი იქნება მისაღები (რეკომენდაციის ხარისხი C);

ხანგრძლივობა: LMWH და IPC – სამი თვის განმავლობაში და გაგრძელება GEC-ით განუსაზღვრელი დროით (რეკომენდაციის ხარისხი C).

(I) დამწვრობა

რეკომენდაციები

მედიკამენტი: LMWH (რეკომენდაციის ხარისხი C)

დაწყება: რაც შეიძლება მალე, როგორც კი მისი გამოყენება ჩაითვლება უსაფრთხოდ

ხანგრძლივობა: მანამ, სანამ პაციენტი რჩება რისკის ქვეშ (რეკომენდაციის ხარისხი C).

ნეიროქირურგია

რეკომენდაციები

ამ ჯგუფში პროფილაქტიკის რეკომენდაციებია: **IPC-ის გამოყენება ყველა პაციენტთან ზომიერი ელასტიური კომპრესიის წინდებთან ერთად ან მის გარეშე. (რეკომენდაციის ხარისხი A).** დამატებით **LMWH-ის გამოყენება დაკავშირებულია ეფექტურობის ზრდასთან (რეკომენდაციის ხარისხი A).** სისხლდენის გაზრდილი რისკის გამო **LMWH-ის გამოყენება უნდა მოხდეს ინდივიდუალურად.**

თერაპიული პაციენტები

რეკომენდაციები

ყველა მწვავე თერაპიული პაციენტი უნდა შეფასდეს რუტინულად VTE-ის რისკზე და უნდა გადაწყდეს მათთან თრომბოპროფილაქტიკის საკითხი. კერძოდ, 40 წლის ასაკს გადაცილებული პაციენტები მწვავე თერაპიული დაავადებით და/ან დაქვეითებული აქტივობით, რომლებსაც აქვთ ქვემოთ ჩამოთვლილი დაავადებებიდან ერთ-ერთი: გულის მწვავე უკმარისობა III/IV კლასი NYHA-ს მიხედვით, რესპირატორული დაავადება (სუნთქვის უკმარისობა ხელოვნური ვენტილაციით ან მის გარეშე, ან სასუნთქი სისტემის დაავადების გამწვავება), აქტიური ავთვისებიანი სიმსივნე, რომელიც საჭიროებს თერაპიას, აქტიური ინფექციური დაავადება – მძიმე ინფექციისა და სეფსისის ჩათვლით, რევმატიული დაავადება, იშემიური ინსულტი ან მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი – ყველა ამ მდგომარეობის დროს უნდა გადაწყდეს პროფილაქტიკის საკითხი. პროფილაქტიკის საკითხი ასევე უნდა გადაწყდეს მწვავე თერაპიული დაავადებისა და შეზღუდული აქტივობის მქონე პაციენტებში, რომელთაც აქვთ შემდეგი რისკ-ფაქტორებიდან ერთ-ერთი: VTE-ის ანამნეზი, ავთვისებიანი დაავადება ან ასაკი >75წ.

მწვავე თერაპიული დაავადების მქონე პაციენტებისათვის პროფილაქტიკა **LDUH-ით (5000 ერთ. 2-ჯერ დღეში), ან LMWH-ით (ენოქსაპარინი 40მგ ან დალტეპარინი 5000 ერთ. ერთხელ დღეში) წარმოადგენს A ხარისხის რეკომენდაციებს.**

საექვო ან დადასტურებული ჰემორაგიული ინსულტით და იშემიური ინსულტის მქონე იმ პაციენტებში, რომლებთანაც ანტიკოაგულანტებით პროფილაქტიკის რისკი სავარაუდოდ უფრო მეტია, ვიდრე სარგებლობა, რეკომენდებულია **GEC-სა და IPC-ის კომბინაცია (რეკომენდაციის ხარისხი B – მიღებულია იმ კვლევების მონაცემების ექსტრაპოლაციის საფუძველზე, რომლებიც ჩატარებულია ნეიროქირურგიულ,^{123,124,126,261} ქირურგიულ²⁵² და ერთი რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევიდან, რომელიც ჩატარდათ იშემიური ჰემორაგიული ინსულტის მქონე პაციენტებს.²⁷¹).**

კრიტიკული მდგომარეობები

რეკომენდაციები

რეკომენდებულია **LDUH** ან **LMWH**, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა მათი გამოყენება შეზღუდულია წინააღმდეგ ჩვენებებით (**რეკომენდაციის ხარისხი A**). ფარმაკოლოგიური პროფილაქტიკისადმი წინააღმდეგ ჩვენებების მქონე პაციენტებში ალტერნატივას წარმოადგენს **GEC-სთან ერთად IPC** წინდების გამოყენება (**რეკომენდაციის ხარისხი C**). წინააღმდეგ ჩვენებების არარსებობისას გირჩევთ კომბინირებულ – **ფარმაკოლოგიურ და მექანიკურ პროფილაქტიკას** (**რეკომენდაციის ხარისხი C**). პროფილაქტიკის წინააღმდეგ ჩვენებების მქონე პაციენტები უნდა იმყოფებოდნენ დუპლექსსკანირებით მეთვალყურეობის ქვეშ.

ონკოლოგია

რეკომენდაციები

კიბოს მქონე ქირურგიულ პაციენტებში გამოყენებული უნდა იქნეს **LDUH** (5000 სე 8 სთ-ში ერთხელ, დაწყებული ოპერაციამდე), ან **LMWH** (დაწყება და დოზირება მომწოდებლის რეკომენდაციების მიხედვით) (**რეკომენდაციის ხარისხი A**). საავადმყოფოდან გაწერის შემდგომ პერიოდში თრომბოემბოლიური დაავადების განვითარების მაღალი რისკის მქონე პაციენტებში (მაგ. დიდი მოცულობის რეზიდუალური ავთვისებიანი სიმსივნე, გადატანილი **VTE**), მიზანშეწონილია ხანგრძლივი თრომბოპროფილაქტიკა ენოქსაპარინით 40 მგ დღეში, ოპერაციის შემდეგ 4 კვირის განმავლობაში (**რეკომენდაციის ხარისხი B**).

ავთვისებიანი სიმსივნის მქონე ამბულატორიული არაქირურგიული პაციენტებიდან მონაცემები არებობს მხოლოდ ქიმიოთერაპიაზე მყოფი, ძუძუს შორსწასული კიბოს მქონე პაციენტებისათვის (იხ. ზემოთ). ამ პაციენტებში შესაძლოა მიზანშეწონილი იყოს ვიტამინ **K** ანტაგონისტები **INR**-ის შენარჩუნებით 1,3-სა და 1,9-ს შორის (**რეკომენდაციის ხარისხი B**).

მწვავე თერაპიული დაავადების გამო ჰოსპიტალიზირებულ ონკოლოგიურ პაციენტებში თრომბოპროფილაქტიკა უნდა შეესაბამებოდეს მწვავე თერაპიული თანმხლები დაავადებისთვის დადგენილ **VTE**-ის განვითარების რისკს. საჭიროა **LMWH**-ისა (დაწყება და დოზირება მწარმოებლის რეკომენდაციების მიხედვით) ან **LDUH**-ის (5000 სე 8 სთ-ში ერთხელ) გამოყენება (**რეკომენდაციის ხარისხი A**).

ცენტრალური ვენური კათეტერების მქონე ონკოლოგიურ პაციენტებში რუტინული თრომბოპროფილაქტიკის გამოყენება ცენტრალურ ვენურ კათეტერთან ასოცირებული თრომბოზის პრევენციისათვის რეკომენდებული არ არის (**რეკომენდაციის ხარისხი B**).

ღრმა ვენების თრომბოზი

რეკომენდაციები

წვივის DVT-ის დიაგნოზისას რეკომენდებულია მკურნალობა LMWH-ით და შემდეგ ვარფარინით 3 თვის განმავლობაში.^{638,644} წვივის იდიოპათიური DVT-ის მკურნალობა საჭიროა უფრო დიდი ხნის განმავლობაში^{597,645} (რეკომენდაციის ხარისხი A).

დაუყოვნებელი აქტივიზაცია ელასტიური კომპრესიის წინდებით, კოჭთან წნევით 30-40 mmHg (II კლასი), რომელთა ტარება უნდა გაგრძელდეს სულ ცოტა 2 წლის განმავლობაში უზრუნველყოფს ტკივილისა და შეშუპების უფრო სწრაფ შემცირებას და ამცირებს პოსტრომბოზული სინდრომის (PTS) სიხშირეს.⁶⁴⁶⁻⁶⁵⁰

პენტასაქარიდი ფონდაპარინუქსი (Xa ინჰიბიტორი) ისეთივე ეფექტური და უსაფრთხოა DVT-ის საწყისი მკურნალობისათვის, როგორც LMWH ან არაფრაქციონირებული IV ჰეპარინი (რეკომენდაციის ხარისხი A).^{627,628}

თრომბოლიზური თერაპია

თრომბოლიზისი PE-ის ღრუს

რეკომენდაციები

თრომბოლიზისი ნაჩვენებია მასიური PE-ის მქონე არასტაბილურ პაციენტებში, რომელთაც არა აქვთ აბსოლუტური წინააღმდეგ ჩვენებები (რეკომენდაციის ხარისხი B). თრომბოლიზისის შესაძლებლობა განხილული უნდა იყოს მარჯვენა პარკუჭის საშუალო ან მძიმე დისფუნქციის მქონე ჰემოდინამიკურად სტაბილურ პაციენტებში, მათში სიკვდილის გაზრდილი რისკის გამო⁶⁶⁴ (რეკომენდაციის ხარისხი B). თრომბოლიზისის წინააღმდეგ ჩვენებების დროს უნდა ვიფიქროთ კათეტერით მართული მეთოდის გამოყენებისა⁶⁶⁵ ან ღია ქირურგიული ემბოლექტომიის ჩატარებაზე^{666 667} (რეკომენდაციის ხარისხი C).

კათეტერით-მართული თრომბოლიზისი DVT-ის ღრუს

რეკომენდაციები

კათეტერით-მართული თრომბოლიზისის შესაძლებლობები განხილული უნდა იყოს პროქსიმალური DVT-ის დროს, განსაკუთრებით ილეო-ფემორალური თრომბოზის შემთხვევაში, სისხლდენის დაბალი რისკის მქონე აქტიურ პაციენტებში, რომლებშიც პოსტრომბოზული სინდრომის განვითარების რისკი შედარებით მაღალია, ვიდრე უფრო დისტალურ DVT-ის დროს (რეკომენდაციის ხარისხი B). სისტემურ თრომბოლიზისს უნდა ვერიდოთ, რადგან იგი ნაკლებად ეფექტურია, ხოლო მის დროს გამოყენებული თერაპიული ინფუზიის მეტი ხანგრძლივობა ზრდის ჰემორაგიული გართულებების რისკს. PE-ის მქონე პაციენტებში მიღებულია პერიფერიულად დანიშნული ინტრავენური თრომბოლიზისი. იგი გამოყენებული უნდა იყოს მასიური PE-სა⁶⁷⁶ და ჰიპოტენზიის მქონე პაციენტებში. PE-ის დროს ჰემოდინამიკის დადევნებით ან მის გარეშე, თუ ექოკარდიოგრაფიულად სახეზეა მარჯვენა პარკუჭის დისფუნქცია,⁶⁷⁷ რეკომენდებულია ხანმოკლე, მაღალი

კონცენტრაციის თრომბოლიზური რეჟიმი (tPA 100 mg/2 სთ-ში მიღებულია FDA-ს მიერ) (რეკომენდაციის ხარისხი B).

ქირურგიული თრომბექტომია

რეკომენდაციები

ქირურგიული ვენური თრომბექტომიის საკითხი უნდა დაისვას სიმპტომური ილიოფემორალური DVT-ის მქონე პაციენტებში, რომლებიც არ არიან კათეტერით მართული თრომბოლიზისის კანდიდატები (რეკომენდაციის ხარისხი C).

ქვემო ღრუ ვენის ფილტრები

რეკომენდაციები

ქვემო ღრუ ვენის ფილტრები ნაჩვენებია PE-ის ან პროქსიმალური DVT-ის მქონე პაციენტებში, რომლებთანაც არსებობს ანტიკოაგულაციის წინააღმდეგ ჩვენებები, ან ვისაც ადექვატური თერაპიული ანტიკოაგულაციის ფონზე აღენიშნება PE-ის რეციდივი (რეკომენდაციის ხარისხი B). ფილტრის ჩადგმის საკითხი განხილული უნდა იყოს დიდი ტრავმისა ან მენჯის ძვლების მოტეხილობის მქონე პაციენტებში (რეკომენდაციის ხარისხი C). მოსახსნელი ფილტრების ჩადგმისა და მოხსნის ჩვენებები ჯერჯერობით დადგენილი არ არის.

რეციდიული იდიოპათიური VTE

რეკომენდაციები

იდიოპათიური VTE-ის მქონე პაციენტებში განხილული უნდა იყოს VKA-ით განუსაზღვრელი დროის განმავლობაში მკურნალობის საკითხი (რეკომენდაციის ხარისხი B). ანტიკოაგულაციის ოპტიმალური ინტენსიურობის დასადგენად საჭიროა დამატებითი კვლევების ჩატარება.

ონკოლოგიური პაციენტების მკურნალობა

VTE-ის საწყისი მკურნალობა კიბოს დროს

რეკომენდაციები

ონკოლოგიურ პაციენტებში VTE-ის საწყისი თერაპიისათვის ვიძლევიტ რეკომენდაციას - გამოყენებულ იქნეს ინტრავენურად UFH ან კანქემუ LMWH, სხეულის მასის გათვალისწინებით, მწარმოებლის რეკომენდაციების მიხედვით (რეკომენდაციის ხარისხი A). უპირატესობა ენიჭება დაბალმოლეკულური წონის ჰეპარინებს, რადგან მათი დანიშვნა შესაძლებელია ამბულატორიულ პირობებში.

რეკურენტული VTE-ის მეორადი პრევენციისათვის ჩვენი რეკომენდაციაა LMWH-ის გამოყენება (დალტეპარინ ნატრიუმი 200 ერთ/კგ ერთხელ დღეში ერთი თვის განმავლობაში, შემდეგ ამ დოზის 75% მომდევნო 5 თვის განმავლობაში) (რეკომენდაციის ხარისხი B). ამის შემდეგ, აქტიური კიბოსა ან პაციენტებს,

რომელთაც უტარდებათ აქტიური კიბოს საწინააღმდეგო თერაპია, უნდა დაისვას LMWH-ით ანტიკოაგულაციის გაგრძელების საკითხი (რეკომენდაციის ხარისხი C).

ჰეპარინ-ინჰიბიტორული თრომბოციტოპენია

რეკომენდაციები

კლინიკური გამოსავლის გაუმჯობესებისთვის დიდი მნიშვნელობა აქვს ადრეულ დიაგნოზსა და მკურნალობას.⁷¹⁸ HIT-ის დიაგნოზი ემყარება კლინიკური და ლაბორატორიული მონაცემების ინტერპრეტაციას.⁷⁵⁷

HIT -ის განვითარების მაღალი რისკის მქონე პაციენტებში მკურნალობის პირველი 14 დღის განმავლობაში თრომბოციტების რაოდენობა უნდა განისაზღვროს: LMWH-ით მკურნალობის დროს – ყოველ 2 დღეში ერთხელ, ხოლო UFH-ით მკურნალობის დროს – ყოველდღე (რეკომენდაციის ხარისხი C). თერაპიულ და სამეანო პაციენტებში, რომლებსაც მკურნალობა უტარდებათ მხოლოდ LMWH-ით და წარსულში არ ჰქონიათ მიღებული UFH, დღესდღეობით თრომბოციტების რაოდენობაზე კონტროლი საჭირო აღარ არის.⁷¹⁵ თანმხლები დაავადებების მქონე პაციენტებს უარესი კლინიკური გამოსავლის უფრო მაღალი რისკი აქვთ. ყველა კლინიკურ სიტუაციაში (მათ შორის სასწრაფო/გადაუდებელ შემთხვევებში) გასათვალისწინებელია გადატანილი HIT-ისა და UFH/ LMWH-ის გამოყენების ისტორია.

ლაბორატორიული ტესტირება უნდა ჩატარდეს HIT-ზე საფუძვლიანი ეჭვის დროს (იხ. ზემოთ მოყვანილი კრიტერიუმები). ლაბორატორიული ტესტები გამოიყენება HIT-ის დიაგნოზის დასადასტურებლად, მაგრამ მათი უარყოფითი შედეგი არ გამოირიცხავს დიაგნოზს.^{740-742,758} მოსახერხებელია გამოკვლევების კომბინირება და მათი განმეორება რამოდენიმე დღის შემდეგ (რეკომენდაციის ხარისხი B).^{741,742} საწყისი თერაპიული გადაწყვეტილებები უნდა ემყარებოდეს არა ლაბორატორიული ტესტების დადებით შედეგებს, არამედ კლინიკურ მონაცემებს (ანუ თრომბოციტოპენიასა და/ან თრომბოზის ახალ შემთხვევებს).

HIT-ის დიაგნოსტიკებისა ან მასზე ეჭვის მიტანის დროს UFH და LMWH უნდა მოიხსნას (რეკომენდაციის ხარისხი A).⁷¹⁵ მარტო ჰეპარინის მოხსნა საკმარისი არ არის.⁷²¹ HIT-თან ასოცირებულ ძლიერ ჰიპერკოაგულაციურ მდგომარეობასთან და თრომბოზის მაღალ რისკთან დაკავშირებით HIT-ის მქონე ყველა პაციენტისთვის რეკომენდებულია მკურნალობა არაჰეპარინული ანტიკოაგულანტებით, ისეთით, როგორცაა არგატრობანი, ლეპირუდინი, ან დანაპაროიდი (რეკომენდაციის ხარისხი C).⁷¹⁵ მკურნალობის კლინიკური გადაწყვეტილების მიღებისას გათვალისწინებული უნდა იყოს ამ წამლებს შორის განსხვავებები (მაგ. პაციენტის თირკმლის ან ღვიძლის კლირენსი, წამლის ფარმაკოკინეტიკა, სისხლდენის რისკი, ლეპირუდინის გამოყენების ანამნეზი, ექიმის მიერ წამლის გამოყენების გამოცდილება, წამლის ხელმისაწვდომობა, წამლის ჯვარედინი რეაქცია HIT ანტისხეულებთან, და სხვა).^{759,760} დანაპაროიდით მკურნალობისას, თუკი 3 დღეში გაუმჯობესება არ მოხდა, აუცილებელია თრომბოციტების ფუნქციონალური ანალიზის მეშვეობით პაციენტის ანტისხეულების დანაპაროიდთან ჯვარედინი იმუნური რეაქციის შემოწმება, და დადებითი პასუხის შემთხვევაში მკურნალობის შეწყვეტა. HIT-ის მქონე პაციენტებში LMWH წინააღმდეგ ნაჩვენებია (რეკომენდაციის ხარისხი A).⁷¹⁵

ხანგრძლივი ანტიკოაგულაციისათვის შესაძლებელია VKA-ის გამოყენება. HIT-ის მქონე პაციენტებში კიდურის განგრენა/კანის ნეკროზის თავიდან აცილებისთვის

VKA უნდა დაინიშნოს მხოლოდ თრომბოციტების რაოდენობის მნიშვნელოვანი აღდგენის შემდეგ – $>100000/1/4$ ლ ან HIT-მდე არსებულ დონემდე. (რეკომენდაციის ხარისხი C). საწყისი დოზები უნდა იყოს დაბალი (5 მგ ვარფარინი), და დაწყება უნდა გადაფარავდეს არგატრობანის, ლეპირუდინის ან დანაპაროიდის დანიშნულების ვადას სულ მცირე 5 დღის განმავლობაში.^{715,761,762} HIT-ის მქონე იმ პაციენტების სპეციალური პოპულაციებისთვის, რომლებსაც ესაჭიროებათ ანტიკოაგულაცია, – მაგ. ორსულები, პედიატრიული ან პაციენტები, რომლებსაც უტარდებათ კორონარული ან სხვა ვასკულარული პროცედურები, კარდიოქირურგიული ან ჰემოდიალიზის პაციენტები – საჭიროა სპეციფიური წამლებისა და დოზების გათვალისწინება.

პროტოკოლის გადსინჯვისა და ბანახლების ვადა – 5 წელი

ბაილლანი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი – “ვენური თრომბოემბოლიის პრევენცია და მკურნალობა”