

Јавна Здравствена Установа  
Универзитетска клиника за  
гинекологија и акушерство - Скопје  
Бр. 43  
03. 02. 2014 год.

ЈАВНА ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА  
Универзитетска клиника за  
гинекологија и акушерство - Скопје  
Бр. 03-326/1  
03. 02. 2014 год.  
1  
Скопје



ЈАВНА ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА  
УНИВЕРЗИТЕТСКА КЛИНИКА ЗА  
ГИНЕКОЛОГИЈА И АКУШЕРСТВО - СКОПЈЕ

РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА  
ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

Водњанска 17, 1000 Скопје РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА  
Тел: ++ 3892 3147 701, ++3892 3163 408, факс: ++3892 3129 196

Примено: 10.02.2014			
Орг. един	Број	Прилог	Вредност
11	2566/1	0	

До

Фонд за здравствено  
осигурување на Р.Македонија

## ИНДИКАЦИИ ЗА ИСПИТУВАЊЕ НА ХЕМОСТАЗА СО Д-ДИМЕРИ ВО БРЕМЕНОСТ

Одредувањето на Д-Димери во бременост се користи за предикција и дијагноза на ДВТ(длабока венска тромбоза) и (БТЕ)белодробен тромбемболизам, компликации поврзани со бременоста како и за следење на ефектот од тромбопрофилактичната терапија.

1. Пациентки со позитивна лична анамнеза за тромбоза
2. Пациентки со позитивна фамилијарна анамнеза од прв ред и/или позната тромбофилија
3. Пациентки со хронични ,автоимуни , метаболни,инфламаторни заболувања.
4. Промени на постелката (лакуни поголеми од 20 мм) во прв триместер или присутни субхориални или ретроплацентарни хематоми.
5. Нарушувања во актуелната бременост кои укажуваат на утероплацентарна инсуфициенција(интраутерин застој во растот,намалување на околуплодовата вода)



7. Пациентки со фетален губиток во претходните бремености кои како етиологија укажуваат на утероплацентарна инсуфициенција (хабитуални абортуси, ИУЗР, предвремено одлепување на постелката, мртов плод)

### ВРЕДНОСТИ НА Д-ДИМЕРИ ВО БРЕМЕНОСТ

ПЕРИОД	Д-димер, мг/Л		жени со Д-димери <0.50 мг/Л, %	79та перцентила, мг/Л	95% ЦИ за 79та перцентила, <sup>2</sup> мг/Л
	СРЕДНА ВРЕДНОСТ	СД			
предконцепциски	0.429	0.486	79.2	0.500	0.360-0.810
Триместер					
прв	0.579	0.363	50.0	0.757	0.606-1.102
втор	0.832	0.456	22.6	1.094	0.840-1.456
трет	1.159	0.573	0	1.481	1.220-2.710
По породување	0.605	0.433	69.2	0.707	0.503-1.801

D-Dimer Concentrations in Normal Pregnancy: New Diagnostic Thresholds Are Needed  
 Jeffrey A. Kline, Ginger W. Williams, Jackeline Hernandez-Nino

Забелешка: во лабораторијата за Хемостаза и тромбоза при ИТМ на РМ, Д-димерите се изразени во мерна единица мг/мл. За да се конвертираат во мерната единица мг/Л, како што се наведени во табелата, потребно е вредноста да се помножи со 100

## Концентрација на Д-Димери кај нормална бременост:

Нормално е покачување на Д-димери во тек на нормална бременост

период	Зголемување во однос пред бременост, мг/Л	
	Средна вредност	СД
Прв триместер	0.163	0.421
Втор триместер	0.409	0.480
Трет триместер	0.690	0.580
По породување	0.208	0.297

## ПРЕПОРАКИ ЗА УПОТРЕБА НА ТРОМБОПРОФИЛАКСА ВО БРЕМЕНОСТ ЗА ПРЕВЕНЦИЈА НА ВЕНСКИ ТРОМБЕМБОЛИЗАМ

Извор:RCOG(Royal College of Obstetricians and Gynecologists:Green-top Guideline No 37a,2009)

### ***АНТЕНАТАЛНА ПРОЦЕНКА НА РИЗИК за ВТЕ(венски тромбемболизам) И МЕНАЏМЕНТ***

#### **ВИСОК РИЗИК**

(обавезна антенатална профилакса со ниско молекуларен хепарин и консултација со трансфузиолог)

1.Претходен рекурентен ВТЕ-повеќе од 1 епизода

2.Претходен единечен ВТЕ :

-со присутна тромбофилија или позитивна фамилијарна анамнеза

-непровоцирана или естрогенски поврзана

## **СРЕДЕН РИЗИК**

**(доаѓа во предвид тромбопрофилактика со нискомолекуларен хепарин во консултација со трансфузиолог)**

1. Претходен единечен ВТЕ без тромбофилија или позитивна фамилијарна анамнеза

2. Тромбофилија без ВТЕ

3. Присутен коморбидитет: срцево, белодробно заболување, СЛЕ, карцинома, воспалителен процес, нефротски синдром, токсикоманија

4. Хируршки процедури во бременост

5. Ако се присутни 3 или повеќе од доленаведените фактори:

-возраст >35 години

-обезитет(БМИ >30)

-мултипара

-пушач

-варикозн вени

-актуелни системски инфекции

-имобилизација

-пreekламсија

-дехидратација, хиперемеза, оваријална хиперстимулација(БПО)

-мултипна бременост или ИВФ

## **НИЗОК РИЗИК**

**(мобилизација и хидратација)**

Ако се присутни помалку од 3 од горенаведените ризик фактори

## **ПОСТНАТАЛНА ПРОЦЕНКА НА РИЗИК за ВТЕ(венски тромбемболизам) И МЕНАЏМЕНТ**

### **ВИСОК РИЗИК**

**(најмалку 6 недели постнатално со профилактички дози на нискомолекуларен хепарин)**

Било каков вид на претходен ВТЕ каде пациентката примала антенатално нискомолекуларен хепарин

### **СРЕДЕН РИЗИК**

**(најмалку 7 дена постнатално профилактички дози или ако се присутни 3 и повеќе ризик фактори и подолго време од 7 дена)**

1. Секундарен царски рез

2. Асимтоматска тромбофилија(вродена или стекната)

3. БМИ >40

4. Присутен коморбидитет: срцево, белодробно заболување, СЛЕ, царцином, воспалителен процес, нефротски синдром, токсикоманија

5. Ако се присутни 3 или повеќе од долунаведените ризик фактори:

-возраст >35 години

-БМИ >30

-пушач

-елективен царски рез

-било каква хируршка интервенција во пурепериумот

-проширени вени

- актуелни системски инфекции
- имобилизација
- пreekлампсија
- ВОП(вагинално оперативно породување)
- пролонгирано породување(.24 часа)
- постпартално крварење(>1литар или трансфузија на Ер)

## **НИЗОК РИЗИК**

**(мобилизација и хидратација)**

Ако се присутни 2 или помалку од горенаведените ризик фактори

## **ЗАКЛУЧОК**

Поради компликации кои се поврзани во самата бременост (наведени во индикации за испитување на хемостаза под. Бр.4 и 5), употребата на нискомолекуларен хепарин го подобрува исходот кај пациентки со антифосфолипиден синдром, со рекурентен фетален губток, со присутна вродена тромбофилија асоцирана со компликации кај актуелната бременост, Концентрацијата на Д-Димерите како и рутински скрининг за тромбофилија не се препорачува кај пациентки без ризик. Концентрацијата на Д Димери сама по себе не е индикација за администрација на нискомолекуларен хепарин, туку наметнува претпазливост и консултација со трансфузиолог за евентуални тромботични збиднувања во организмот.

## РЕФЕРЕНЦИ:

1. Marianne Coolman, Sarah Timmermans, Christianne J. M. de Groot, Henk Russcher, Jan Lindemans, Albert Hofman, Anneke J. Geurts-Moespot, Fred C. G. J. Sweep, Vincent V. W. Jaddoe, and Eric A. P. Steegers Angiogenic and Fibrinolytic Factors in Blood During the First Half of Pregnancy and Adverse Pregnancy Outcomes
2. Gabriella Gray, Catherine Nelson-Piercy, Thromboembolic disorders in obstetrics Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 26 (2012) 53–64
3. CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY. Prevention and Treatment of Venous Thromboembolism in Pregnancy Volume 55, Number 3, 774–787r 2012, Lippincott Williams & Wilkins
4. Prenatal Screening for Thrombophilias: Indications and Controversies, Jeanine F. Carbone, Roxane Rampersad,
5. Brenner B. Thrombophilia and adverse pregnancy outcome. Obstet Gynecol Clin North Am 2006;33(3):443–56, ix.
6. Creasy RK, Resnik R, Iams JD. Creasy and Resnik's maternal-fetal medicine: principles and practice. 6th edition. Philadelphia: Saunders/Elsevier; 2009.
7. RCOG (Royal College of Obstetricians and Gynecologists: Green-top Guideline No 37a, 2009)
8. Erchinger S. D-dimer testing in Pregnancy. Ptaophysiol Hsemost Thromb 2003/2004;33:327-329
9. Nagy S et al. Clinical significance of subchorial and retroplacental haematomas detected in the first trimester. Obstet Gynecology,

*В.д. Директор на ЈЗУ*

*Институт за Трансфузиона Медицина на Р.М*

*М-р Цци. Д-р Емилија Велкова*



*В.д. Директор на ЈЗУ*

*Клиника за гинекологија и акушерство*

*Асс. Д-р Марија Хаџи - Лега*

