



## Քաղցկեղ և թրոմբոզ.

# հակամակարդիչների ճիշտ ընտրություն

## Անուշ Բարխուդարյան

*«Չերացի» թիվ 1 ՀԿՀ-ի Ընդհանուր և ինվազիվ սրտաբանության կլինիկայի բժշկ-սրտաբան, ԵՊԲՀ սրտաբանության ամբիոնի ավագ դասախոս, «Երևան» բժշկագիտական կենտրոնի գիտաշխատող, Բ.գ.թ.*

*«Միրտ-անոթային բարդությունների կանխարգելումը և կառավարումը հակաքաղցկեղային բուժման ընթացքում» - Երևան, ապրիլի 11, 2026թ.*

# Քաղցկեղով պայմանավորված թրոմբոզներ

- **Երակային թրոմբոէմբոլիան (ԵԹԷ)** համարվում է քաղցկեղով հիվանդների մահացությունն հիմնական պատճառներից մեկը, ինչն անդրադառնում է նրանց ապրելիության, կյանքի որակի և բուժման ընթացքի վրա: Այն ներառում է **խորանիստ երակների թրոմբոզը (ԽԵԹ)** և **թոքային զարկերակի թրոմբոէմբոլիան (ԹՁԹԷ)**:
- **Վերին վերջույթների երակային թրոմբոզը (ՎՎԵԹ)** զարգանում է կենտրոնական երակային կաթետեր ունեցող քաղցկեղով հիվանդների 2-6%-ի մոտ: Ընդերային երակների թրոմբոզը զարգանում է ստամոքսաղիքային (ՍԱ) ուռուցքներով հիվանդների մոտ:
- **Չարկերակային թրոմբոզներ.** ներառում են սրտամկանի ինֆարկտը և իշեմիկ ինսուլտը, զարգանում են քաղցկեղով հիվանդների 4.7%-ի մոտ հիվանդության ախտորոշումից 6 ամսվա ընթացքում:

# Թրոմբոզների Էպիդեմիոլոգիական պատկերը քաղցկեղով հիվանդների մոտ

- Թրոմբոզի զարգացման ամենաբարձր ռիսկը դիտվում է քաղցկեղի ախտորոշումից 3-6 ամիսների ընթացքում:
- ԵԹԷ-ի զարգացման ռիսկը 5 անգամ ավելի բարձր է քաղցկեղով հիվանդների մոտ, կազմելով բոլոր դեպքերի մոտ 30%:
- Չարկերակային թրոմբոզը կազմում է քիմիաթերապիա ստացող ամբուլատոր հիվանդների 5.6% մահացուության պատճառը և կարող է զարգանալ թոքերի կամ երիկամի քաղցկեղով հիվանդների շրջանում:
- Բարձր ռիսկի խմբին են պատկանում **ենթաստամոքսային գեղձի, ստամոքսի, թոքերի և գլխուղեղի** ուռուցքով հիվանդները:

# Թրոմբոզների զարգացման ախտաֆիզիոլոգիական մեխանիզմները/*Վիրիտովի եռյակ*

Ռ. Վիրիտովը թրոմբի ձևավորման հիմնական մեխանիզմը նկարագրել է XIX դարում: Այն հայտնի է որպես «Վիրիտովի եռյակ», որը ներառում է երեք գործոն՝

1. Արյան մակարդելիության բարձրացում  
*(հիպերկոագուլյացիա)*

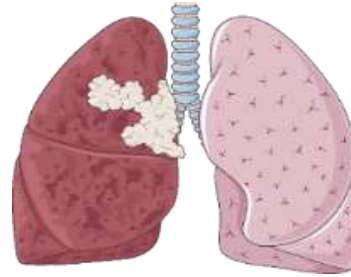
2. Անոթի պատի վնասում

3. Արյան հոսքի դանդաղում *(ստազ)*

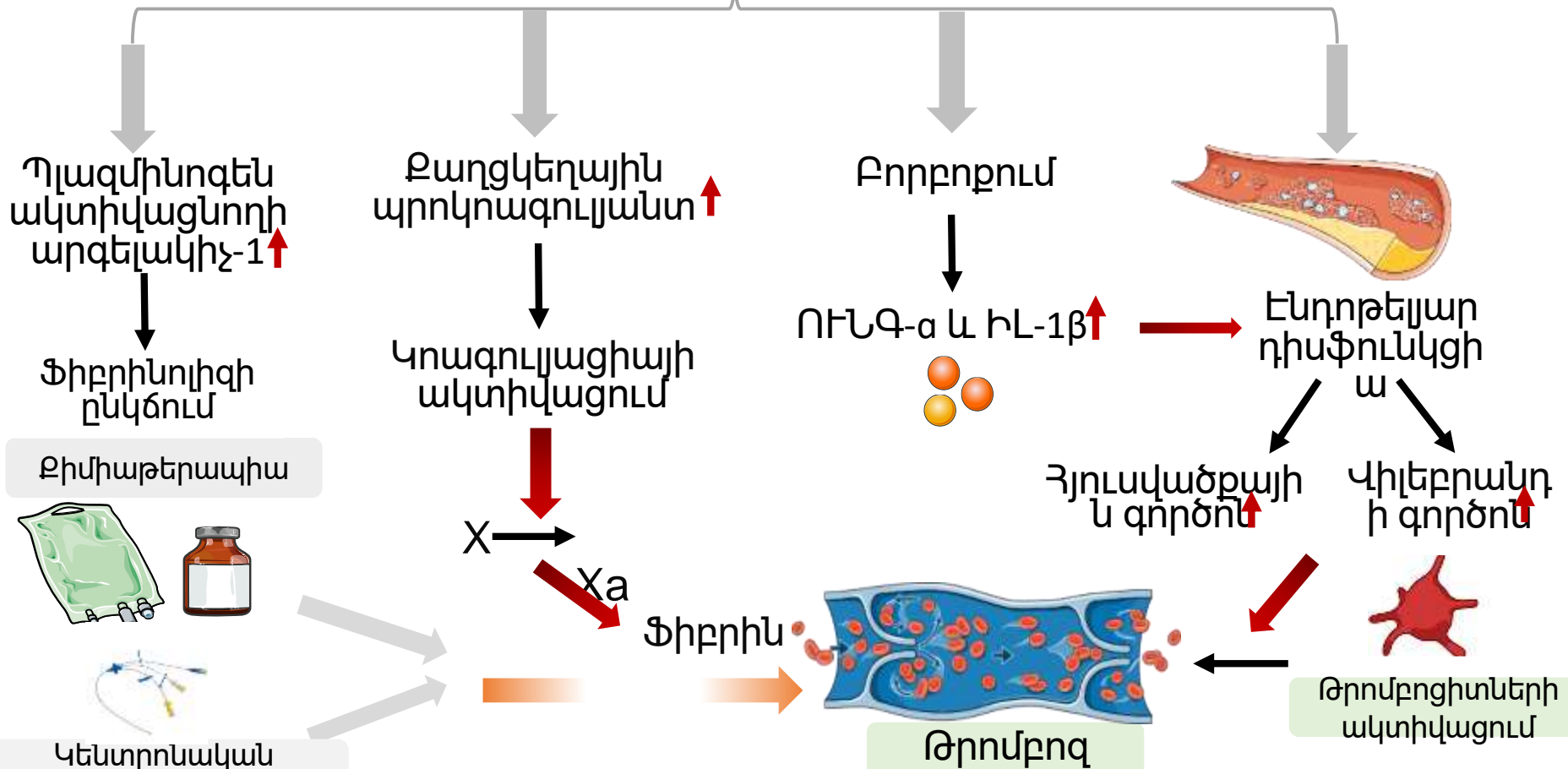


*Քաղցկեղը հանգեցնում է երեք մեխանիզմների զարգացմանը*

# Քաղցկեղով պայմանավորված թրոմբոզի առաջացման պաթոֆիզիոլոգիական մեխանիզմները



Քաղցկեղ



ՌԼՆԳ-α: ուռուցքի նեկրոզի գործոն-ալֆա; ԻԼ-1β: ինտերլեյկին-1 բետա

# Քաղցկեղով հիվանդների մոտ թրոմբոզների զարգացման ռիսկի գործոնները

## Քիմիաթերապիա

Իմունոթերապիա  
(թալիդոմիդ,  
լենալիդոմիդ)  
Անգիոգենետիկ  
պաշարիչներ  
(բեվացիգոլմաբ)  
Ցիտալատին  
Պրոտեին կինազայի  
պաշարիչներ

## Հորմոնալ թերապիա

(տամոքսիֆեն)  
Կենտրոնական  
երակային կաթետեր

## Վիրահատական

## Քաղցկեղածին գործոններ



Քաղցկեղի առաջնային  
տեղակայում (երիկամ,  
թոքեր, ստամոքս,  
ենթաստամոքսային  
գեղձ և միելոմա),  
հյուսվածքաբանական  
տեսակ, հիվանդության  
փուլը, մետաստազների  
առկայություն

## Ոռուցքով հիվանդներ

Հիվանդի տարիքը  
(≥65 տ., ԵԹԵ-ի բարձր  
ռիսկ)  
Չարկերակային  
հիպերտենզիա  
Հիպերլիպիդեմիա  
Սակավաշարժություն  
Շաքարային դիաբետ  
Ճարպակալում  
Երիկամների խրոնիկ  
հիվանդություն (ԵԽՀ)  
Թոքերի  
ախտաբանություն  
Ծխելը, անամնեզում ԵԹԵ  
C և S սպիտակուլների և

# Ռիսկի գնահատման ալգորիթմներ /Խորանայի ցուցանիշ/

- Ուռուցքի տեսակ
- Թրոմբոցիտների քանակ
- Չեմոգլոբին
- Լեյկոցիտներ
- Մարմնի զանգվածի ցուցանիշ  
/ՄՉՑ/



Այս ցուցանիշը կարող է բացահայտել բարձր ռիսկի խմբի հիվանդներին նախքան քիմիաթերապիայի մեկնարկը

# Թրոմբոզի գարգացման ռիսկի գնահատման սանդղակ / ըստ

## խորանայի/

Ցուցանիշ

Թրոմբոտիկ ռիսկ

Միավոր

### Շատ բարձր ռիսկ

(Ենթաստամոքսային գեղձի  
և ստամոքսի քաղցկեղ)

2

**Բարձր ռիսկ** (միզապարկի,  
գինեկոլոգիական, թոքերի  
քաղցկեղ և լիմֆոմա)

1

Քաղցկեղի տեսակ

Այլ տեսակի ուռուցքներ

0

Թրոմբոցիտոզ ( $\geq 350 \times 10^9/L$ )

1

Լեյկոզիտոզ ( $>11 \times 10^9/L$ )\*

1

ՄՉՑ  $\geq 35$  կգ/մ<sup>2</sup>

1

Չեմոզլոբինի ցածր մակարդակ ( $<10$  գ/դլ)

1

Էրիթրոպոետին-խթանող գործոն

1

## ԵԹԷ-ի գարգացման հաճախականությունը

Միավոր	Ստացված խմբաքանակ ԵԹԷ-ի ռիսկը 2.5 ամիս անց	Վավերացման խմբաքանակ ԵԹԷ-ի ռիսկը 2.5 ամիս անց	Մետա անալիզ ԵԹԷ-ի ռիսկը 6 ամիս անց
0	0.8%	0.3%	5.0%
1–2	1.8%	2.0%	6.6%
<b><math>\geq 3</math></b>	<b>7.1%</b>	<b>6.7%</b>	<b>11%</b>

\*Քլինիկաթերապիայից առաջ. ցածր ռիսկի դեպքում (0–1 միավոր) պրոֆիլակտիկա խորհուրդ չի տրվում, միջին ռիսկ (2 միավոր) այն դիտարկել և բարձր ռիսկի դեպքում ( $\geq 3$  միավոր) կանխարգելումը ցուցված է (Tsantes AG et al., 2024, Hart C et al., 2025 )

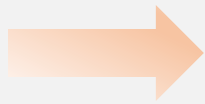
# Թրոմբոզների կլինիկական պատկերը

## Խորանիստ երակների թրոմբոզ (ԽԵԹ)



Ստորին վերջույթների այտուցվածություն, ցավ  
Մաշկի գույնի փոփոխություն  
Տեղային ջերմության բարձրացում

## Թոքային զարկերակի թրոմբոէմբոլիա (ԹՁԹԷ)



Հևոց, շնչարգելություն, ցիանոզ  
Կրծքավանդակում ցավ  
Տախիկարդիա, գլխապտույտ

Քաղցկեղով հիվանդների մոտ կարող են դիտվել *ատիպիկ*  
*ախտանիշներ*

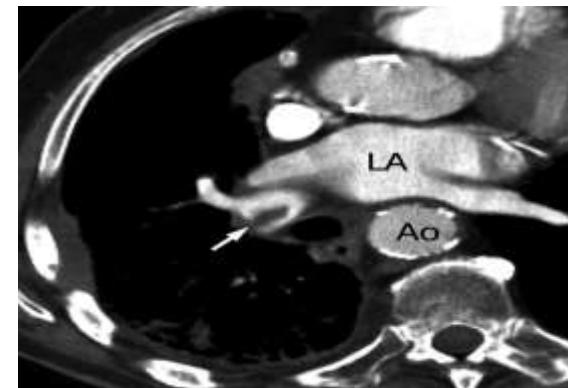
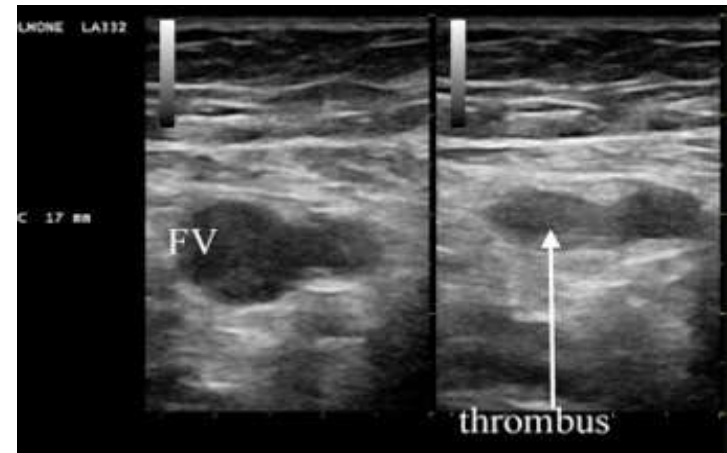
# Քաղցկեղով պայմանավորված թրոմբոզների ախտորո

- **D-դիմեր**

(սահմանափակ սպեցիֆիկություն քաղցկեղի դեպքում)

- Երակների կոմպրեսիոն ուլտրաձայնային հետազոտություն (**ԽԵԹ**)

- Թոքերի ՅՇ անգիոգրաֆիա (**ԹՁԹԷ**)



# Հակամակարդիչ բուժումը քաղցկեղով հիվանդների մոտ

- ԽԵԹ և/կամ ԹՉԹԵ-ի սուր և երկարաժամկետ բուժում
- Անսովոր տեղակայմամբ ԵԹԵ (վերին վերջույթի ԽԵԹ, երիկամային և ուղեղային երակների թրոմբոզ)
- Պատահաբար հայտնաբերված ԵԹԵ
- Չարկերակային թրոմբոէմբոլիա (ՉԹԵ)
- Համակարգային թրոմբոէմբոլիայի կանխարգելում  
Նախասրտերի շողացման դեպքում
- Ներսրտային թրոմբոզ

# Թրոմբոզների բուժման հակամակարդիչ դեղամիջոցները քաղցկեղով հիվանդների մոտ

- Ցածր մոլեկուլային հեպարին (*ՑԱՀ, LMWH*)
- Ուղղակի ազդեցության օրալ հակամակարդիչներ (*ՈԻՕՀ; DOACs*)
- Չֆրակցիոնացված հեպարինը (*ՉՖՀ; UFH*)
- Վիտամին K-ի անտագոնիստներ (*Վարֆարին, Warfarin*)

# Ցածրամոլեկուլյար հեպարինի և ուղղակի ազդեցության օրալ հակամակարդիչների համեմատական բնութագիրը

Հակամակարդիչ	Դեղամիջոց	Առավելություն	Կողմնակի ազդեցություն
Վիտամին K անտագոնիստներ	Վարֆարին	-	PT/INR հսկողություն, բարձր արյունահոսական ռիսկ
<b>SUR (LMWH)</b>	Էնոքսապարին Դալտեպարին	Կրկնակի թրոմբոզների նվազում՝ առանց արյունահոսության ռիսկի ավելացման, դեղերի հետ փոխազդեցություն, կարճ կիսատրոհման պարբերություն	Հեպարին-հարուցված թրոմբոցիտոպենիա, դեղորայքի ներմուծման ուղին նախընտրելի չէ, հակացուցված է ծանր ԵԶՀ-ն դեպքում
<b>NOAC (DOACs)</b>	Ապիքսաբան Ռիվարոքսաբան և Էդոքսաբան	Նախընտրելի per os ուղի, կրկնակի թրոմբոտիկ դեպքերի նվազում	Ստամոքս-աղիքային արյունահոսություն (ՍԱ քաղցկեղ), դեղորայքային փոխազդեցություններ, զգուշանալ երիկամի և լյարդի ֆունկցիոնալ խանգարումներով

**ԵԶՀ:** երիկամների քրոնիկ հիվանդություն; **SUR:** ցածր մոլեկուլային հեպարինների և ուղղակի ազդեցության օրալ հակամակարդիչներ (*Elalamy I et al 2017; Tsantes A et al., 2024*)

# Քաղցկեղով պայմանավորված թրոմբոզի բուժման ՈՒՕՅ-ի ազդեցության կլինիկական հետազոտություններ

Անվանում	Քաղցկեղով հիվանդներ	Ախտորոշում	Դեղամիջոցներ (ՈՒՕՅ-ի համեմատ դալտեպարինի)	Բուժման տևողություն (ամիս)	Արդյունք
<b>ADAM-VTE</b>	300	ԽԵԹ	Ապիքսաբան	6	Ապիքսաբանը ↓ ծանր արյունահոսության և կրկնակի ԵԹԷ-ի զարգացման ռիսկը
<b>Hokusai-VTE</b>	1046	ԵԹԷ	Էդոքսաբան	12	Էդոքսաբանը ↓ կրկնակի ԵԹԷ-ը, սակայն ↑ ծանր արյունահոսության ռիսկը
<b>CARAVAGGIO</b>	1155	ԽԵԹ ԹՉԹԷ	Ապիքսաբան	6	Ապիքսաբանը իր արդյունավետությամբ չի գիջում դալտեպարինին, առանց արյունահոսության ռիսկի ավելացման
<b>SELECT-D</b>	406	ԹՉԹԷ ԽԵԹ	Ռիվարոքսաբան	6	Ռիվարոքսաբանը ↓ կրկնակի ԵԹԷ-ը, սակայն ↑ կլինիկորեն նշանակալի միջին ծանրության արյունահոսության ռիսկը

Նպատակով, սակայն ՑՄՅ-ը ավելի նախընտրելի է բարձր արյունահոսության ռիսկ ունեցող, մասնավորապես ՍԱ քաղցկեղով հիվանդների մոտ

# Քաղցկեղով հիվանդների մոտ հակամակարդիչների նշանակման ցուցումները ըստ կլինիկական ուղեցուցների

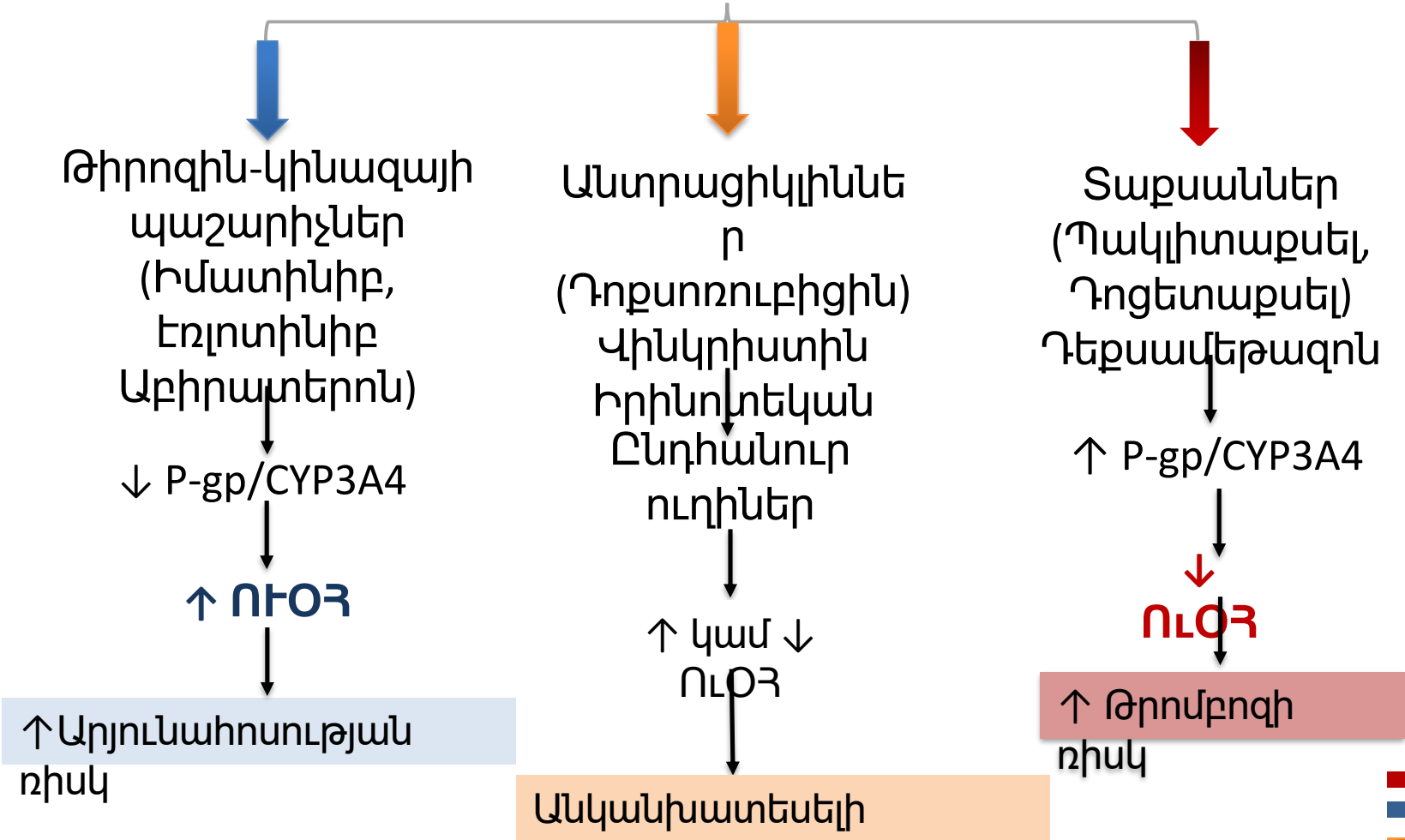
Ասոցիացիա	Նախնական բուժում	Երկարատև բուժում (> 6 ամիս)
<b>ASCO</b>	ՉՖՅ, ՑՄՅ, ֆոնդապարինեքս ռիվարոքսաբան, ապիքսաբան	ՑՄՅ, Էդոքսաբան ռիվարոքսաբան ապիքսաբան
<b>ASH</b>	Ապիքսաբան, ռիվարոքսաբան, ՑՄՅ ՈՒՕՅ-ով կարճատև բուժում (3–6 ամիս)	ՑՄՅ, ՈՒՕՅ
<b>ESMO</b>	ՉՖՅ, ՑՄՅ, ռիվարոքսաբան ապիքսաբան, ֆոնդապարինեքս, ՉՖՅ-ը ԵԲՅ (ԿՄԱ < 30 մլ/ր)	վիտամին K-ի անտագոնիստները ցուցված չեն
<b>ITAC</b>	ՑՄՅ, ՈՒՕՅ (ԿՄԱ >/= 30 մլ/ր) ՉՖՅ՝ ՑՄՅ և ՈՒՕՅ հակացուցում	անհատական գնահատում
<b>NCCN</b>	Ապիքսաբան, ռիվարոքսաբան, Էդոքսաբան, ՑՄՅ՝ ՍԱ քաղցկեղ	-

ASCO, կլինիկական ուռուցքաբանության Ամերիկյան Ասոցիացիա; NCCN, Քաղցկեղի համապարփակ ազգային ցանց; ASH, Ամերիկյան Արյունաբանների Ասոցիացիա; ESMO, Ուռուցքաբանության Եվրոպական Ասոցիացիա; ITAC, Թրոմբոզի և քաղցկեղի միջազգային Նախաձեռնություն; ՉՖՅ, չֆրակցինացված հեպարին; ԿՄԱ: կրեատինինի մաքրման արագություն; ՑՄՅ, ցածր մոլեկուլային հեպարին; ՈՒՕՅ, ուղղակի ազդեցության օրալ հակամակարդիչներ (Tsantes AG et al., 2024)



**Չակաբաղցկեղային դեղամիջոցների և ուղղակի ազդեցության օրալ հակամակարդիչների միջև փոխազդեցությունը**

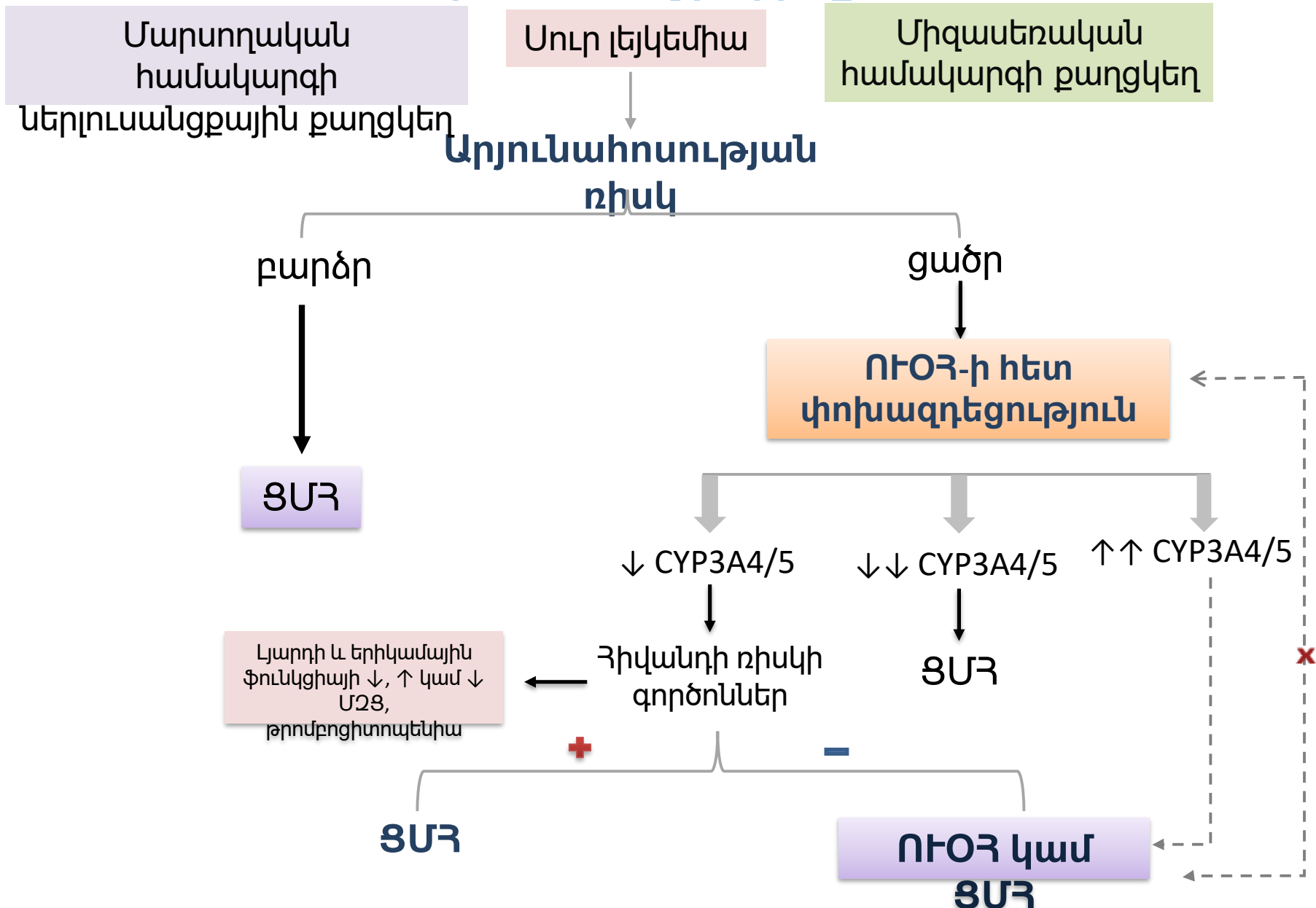
**ՈԻՕՅ (Ապիքսաբան, Ռիվարոքսաբան, Էդոքսաբան, Դաբիգատրան)**



ՈԼՕՅ: ուղղակի ազդեցության օրալ հակամակարդիչներ; CYP3A4: ցիտոքրոմ P450 3A4; P-gp: P-գլիկոպրոտեին

- Խթանում
- Պաշարում
- Փոփոխական ազդեցություն

# Քաղցկեղով պայմանավորված թրոմբոզի հակամակարոդիչներով բուժման ակտուալությունը



ՌԻՕՅ: ուղղակի ազդեցության օրալ հակամակարոդիչներ; ՑՄՅ: ցածր մոլեկուլային հեպարին; CYP3A4: ցիտոքրոմ P450 3A4 (Grange C et al., 2023)

## Հավանականորենների կարգավորում

Կլինիկական իրավիճակ	Դեղամիջոց	Հակացուցում	Նշում
Թրոմբոզ (ցածր արյունահոսության ռիսկ)	ՌԻՕՅ (ապիքսաբան, ռիվարոքսաբան, էդոքսաբան)	-	ՌԻՕՅ-ը սախընտրելի էն 3-6 ամիսների ընթացքում
Բարձր արյունահոսության ռիսկ (ՍԱ քաղցկեղ)	ՑՄՅ	ՌԻՕՅ (հարաբերական հակացուցում)	ՌԻՕՅ ↑ ՍԱ արյունահոսության ռիսկը
ՍԱ քաղցկեղ	ՑՄՅ /± ապիքսաբան որոշ դեպքերում	Ռիվարոքսաբան, էդոքսաբան	ՍԱ արյունահոսության ցածր ռիսկ
Միզասեռական համակարգի ուռուցք	ՑՄՅ	ՌԻՕՅ	Հեմատուրիա ՌԻՕՅ-ի կիրառման դեպքում
Երիկամային դիսֆունկցիա (ԿՄԱ ≥30 մլ/ր)	ՌԻՕՅ կամ ՑՄՅ	-	Դեղաչափի ճշգրտում
ԵԶՀ (ԿՄԱ <30 մլ/ր)	ՉՖՀ	ՌԻՕՅ	ՑՄՅ զգուշությամբ նշանակել + հակա-Ճա մոնիտորինգ
Թրոմբոցիտոպենիա (50-100 ×10 <sup>9</sup> /լ)	ՑՄՅ	ՌԻՕՅ (հարաբերական հակացուցում)	Դեղաչափի նվազեցում
Ծանր	ՑՄՅ-ն դադարեցնել	ՌԻՕՅ	Թրոմբոցիտների

<b>Դեղորայքային փոխազդեցություններ</b> (↓CYP3A4/P-gp)	ՑՄՅ	ՈՒՕՅ (ապիքսաբան, ռիվարոքսաբան)	Քիմիաթերապիա, հակացնցումային դեղամիջոցներ
<b>Մալաբսորբցիայի համախտանիշ/փսիսում</b>	ՑՄՅ կամ ՉՖՅ	ՈՒՕՅ	-
<b>Հեմոդինամիկ անկայունություն</b>	ՉՖՅ	ՈՒՕՅ	Կարճ կիսատրոհման պարբերություն
<b>Կրկնակի եթէ (ՈՒՕՅ-ով բուժում)</b>	ՑՄՅ	ՈՒՕՅ-ի շարունակական բուժում	ՑՄՅ-ի դեղաչափի բարձրացում
<b>Կրկնակի եթէ (ՑՄՅ-ով թերապիա)</b>	↑ՑՄՅ-ի դեղաչափը /20-25%/	-	Ուղեցույցով- հիմնավորված բուժում
<b>Քաղցկեղի երկարատև բուժում (&gt;6 ամիս)</b>	ՈՒՕՅ կամ ՑՄՅ	-	Ակտիվ քաղցկեղ, քիմիաթերապիա

*ԵԶՅ: երկամների քրոնիկ հիվանդություն; ԿՄԱ: կրեատինինի մաքրման արագություն; ՍԱ: ստամոքս-աղիքային; ՈւՕՅ: ուղղակի ազդեցության օրալ հակամակարդիչներ; ՑՄՅ: ցածր մոլեկուլային հեպարին; ՉՖՅ: չֆրակցիոնացված հեպարին*



## Քաղցկեղով հիվանդների մոտ երակային թրոմբոէմբոլիաների առաջնային կանխարգելումը /ԵՍԱ 2022թ./

1. Հոսափտալացված ցածր արյունահոսական և բարձր ԵԹԷ-ի զարգացման ռիսկով հիվանդներին որովայնի կամ փոքր կոնքի վիրահատությունից հետո **խորհուրդ է տրվում ՑՄՀ-ով 4 շաբաթ տևողությամբ** երկարատև պրոֆիլակտիկա (**IB**):
2. Հոսափտալացված կամ անկողնային և սակավաշարժ հիվանդներին արյունահոսական ռիսկի կամ այլ հակացուցումների բացակայության դեպքում **խորհուրդ է տրվում ՑՄՀ (IB)**:
3. Թրոմբոզի բարձր ռիսկով /խորանա $\geq$ 2/ ամբուլատոր հիվանդներին հակացուցումների բացակայության դեպքում ցուցված է **ՌԻՕՀ /ապիքսաբան** կամ **նիվարոքսաբան/** կամ ՑՄՀ (**IIbB**):

ԵԹԷ-ի բարձր ռիսկ՝ սակավաշարժություն, ճարպակալում և ԵԹԷ  
անամնեզում



## Հակամակարդիչ թերապիայի տևողությունը և բարդությունները քաղցկեղով հիվանդների մոտ

1. Հակացուցումների<sup>1</sup> բացակայության դեպքում ԵԹԷ-ի բուժման համար խորհուրդ է տրվում **Ապիքսաբան, Էդոքսաբան և ռիվարոքսաբան (IA)**:
2. Ախտանիշային կամ պատահաբար հայտաբերված ԵԹԷ-ի դեպքում նշանակել ՑՄՀ, եթե արյան մեջ թրոմբոցիտներ  $>50\ 000/\mu\text{l}$  (IA):
3. **Կաթետերային թրոմբոզի** բուժումը կաթետերի հեռացումից հետո շարունակել ևս 3 ամիս մինչև էխոսրտագրային հետազոտությամբ հաստատված թրոմբոլիզիսը (IC):
4. Հակամակարդիչ բուժման նվազագույն տևողությունը՝ 6 ամիս, շարունակությունը խորհուրդ է տրվում, եթե առկա է ակտիվ քաղցկեղ, մետաստազների առկայություն կամ քիմիաթերապիա: Բուժման ընթացքում ԵԹԷ-ի ռեցիդիվի դեպքում, առաջարկվում է այլ հակամակարդիչ դեղամիջոցով բուժում, օրինակ ՈՒՕՁ-ը փոխարինել ՑՄՀ-ով (IIaA):

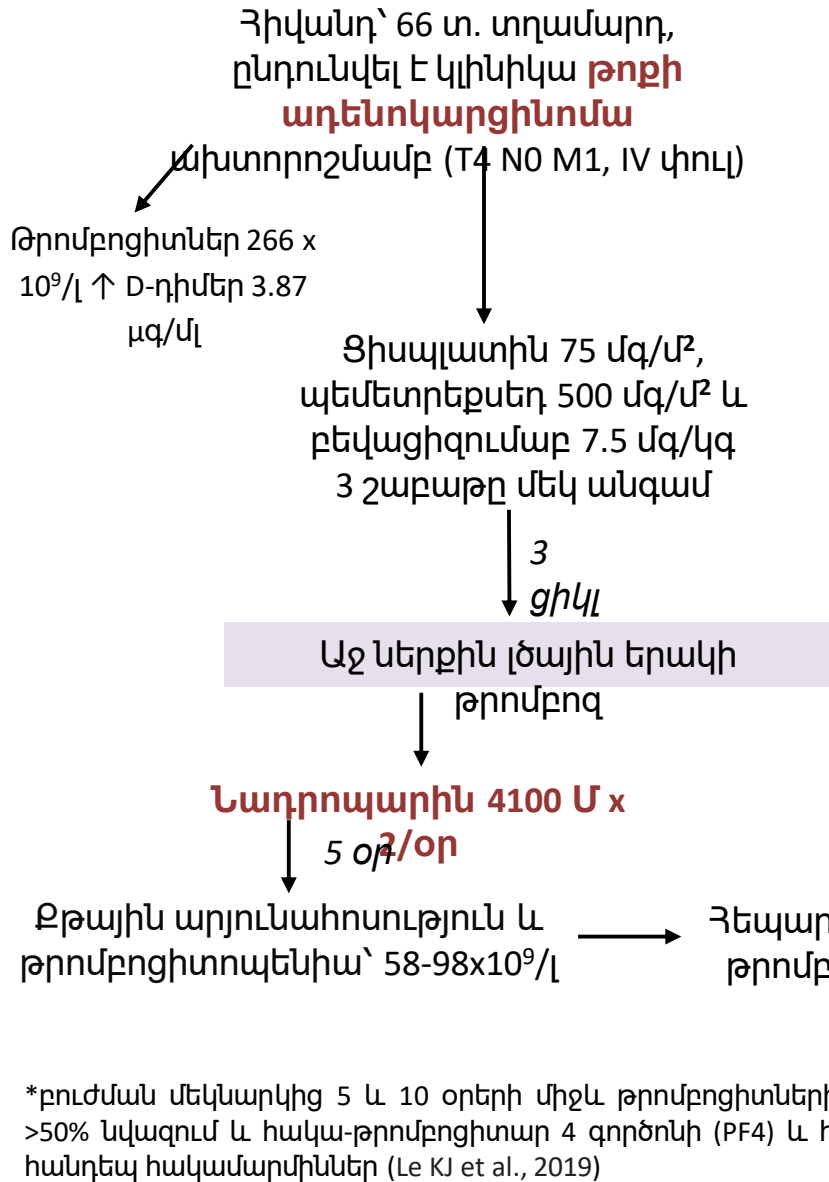
### Բարդությունները՝

1. Արյունահոսություն
2. Թրոմբոզի ռեցիդիվ
3. Հեպարին-հարուցված թրոմբոցիտոպենիա (ՀՀԹ)

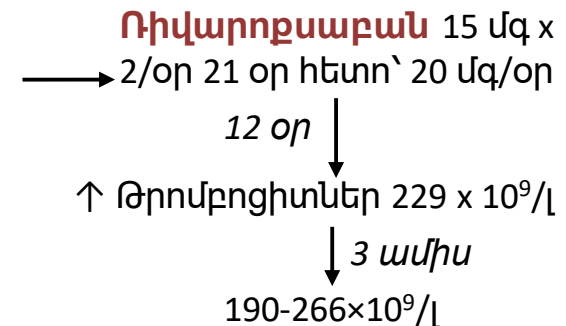
<sup>1</sup>**Հակացուցումներ**՝ ՍԱ արյունահոսության բարձր ռիսկ, դեղորայքային փոխազդեցություններ, ԵԶՀ (ԿՄԱ  $<15$  մլ/րոպե), լյարդի ծանր ախտահարում կամ թրոմբոցիտոպենիա  $<50\ 000/\mu\text{l}$ :

# Կլինիկական դեպքեր

**Դեպք 1:** Քաղցկեղով պայմանավորված թրոմբոզի բուժումը հեպարին-հարուցված թրոմբոցիտոպենիայով հիվանդի մոտ



**Նկար 1:** B-ուլտրաձայնային հետազոտություն. աջ ներքին լծային երակի թրոմբոզ



# Գեղաբ 2: Սրտամկանի սուր ինֆարկտի և ՌՉԹԵ զարգացումը թոքի քաղցկեղով հիվանդի մոտ

Հիվանդ՝ 60 տ. կին, բրոնխոգեն կարցինոմա ախտորոշմամբ գանգատվում է հետկրծոսկրային ցավից, որը ճառագայթում է դեպի միջթիակային տարածություն: Անամնեզում՝ զարկերակային հիպերտենզիա

**Լաբորատոր**

↑ cTnI 2.66 նգ/մլ, CK-MB 55.93 նգ/մլ և NT-proBNP 1938.92 պգ/մլ

**Հեմոդինամիկ**

ՋՊՀ-92 գ/ր, SaO2=95%

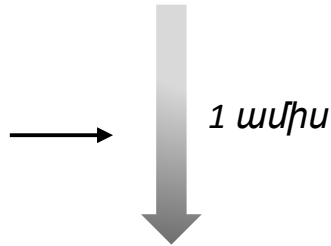
**Գործիքային հետազոտություն**

ԷխոԿԳ՝ ՍԳՆՖ-31%, պերկարդում հեղուկ, mLAD 100% օկլյուզիա

**Սրտամկանի սուր ինֆարկտ (STEMI)**

Թրոմբասպիրացիա

Ասպիրին, կլոպիդոգրել ՏՄՀ, վալսարտան պրոպրանոլոլ



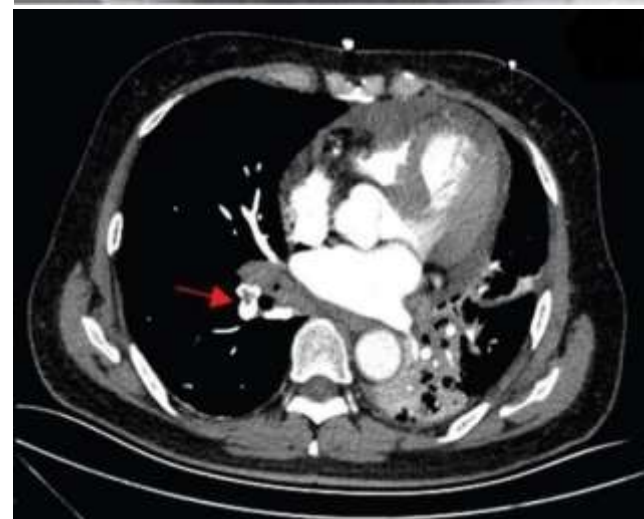
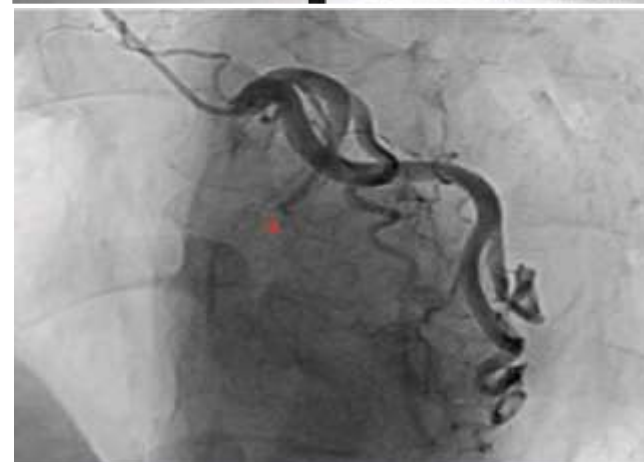
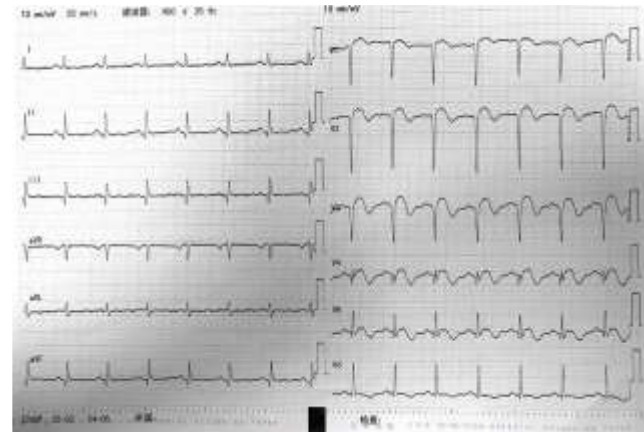
Սինկոպե (2 ը)

↑ cTnI 2.66 նգ/մլ  
↑ D-դիմեր 90450 մգ/լ

ՁՓ-ի առաջնա-միջնապատային ակինեզիա, զագաթային անևրիզմա, պերկարդում հեղուկ, ՁՓԱՖ-48%

**Թոքերի ՀՇ անգիոգրաֆիա՝** աջ թոքի վերին և ստորին բլթի բազալ սեգմենտում և ձախ վերին բլթի առաջային սեգմենտի եԹԵ

**Ռիվարոքսաբան**



Jin J, Qi X, Zhang H et al. Lung cancer presenting with acute myocardial infarction and pulmonary embolism within 1 month. SAGE Open Med Case Rep. 2023;11:2050313X231181979.

# Քաղցկեղով հիվանդների մոտ հակամակարդիչների ընտրության հիմնական սկզբունքները

1. Թրոմբոզի զարգացման ռիսկը բարձր է, ուստի անհրաժեշտ է իրականացնել ռիսկի գնահատում և նպատակային կանխարգելում՝ բարձր ռիսկային իրավիճակներում:
2. **Ցածրամոլեկուլային հեպարինը (ՑԱՀ)** հանդիսանում է ընտրություն ղեղամիջոց, բարձր արյունահոսության ռիսկով, ՍԱ կամ միզասեռական համակարգի քաղցկեղի, դեղորայքային փոխազդեցության և թրոմբոցիտոպենիայի առկայության դեպքում:
3. **Ուղղակի ազդեցության օրալ հակամակարդիչները (ՈԻՕՀ)** արդյունավետ են ցածր արյունահոսության ռիսկ ունեցող, պահպանված երիկամային ֆունկցիայի և էական դեղորայքային փոխազդեցություններ չունեցող հիվանդների համար:
4. **Չֆրակցիոնացված հեպարինը (ՉՖՀ)** նախընտրելի է անկայուն հեմոդինամիկայի, հոսպիտալացված, բարձր արյունահոսության ռիսկ և ծանր ԵԶՀ-մբ հիվանդների մոտ, հատկապես արագ հակադարձման

**Շնորհակալություն**

