

# *ДИЈАГНОЗА И ТРЕТМАН НА ДЛАБОКА ВЕНСКА ТРОМБОЗА (ДВТ)*

Институт по трансфузиона медицина-Скопје  
Универзитетски клинички центар-Чапа, Истанбул, Турција

Декември 07 - 26, 2014

Прим. Д-р Румјана Апостоловска

Датум на презентација: Јануари 09, 2015

# YERLEŞİM PLANI







# ДИЈАГНОЗА И ТРЕТМАН НА ДВТ

❖ Еден од најточните модели за проценка на веројатноста за ДВТ кој опфаќа пред-тест клинички систем на бодирање е **Wells criteria score** во комбинација со тестот на **D-dimeri** во плазма

Д-димерите се распаднат производ на омержен фибрин и се маркер за in-vivo фибринско распаѓање

Тие **не се** дијагностички тест за ДВТ, но имаат висока **негативна** прогностичка вредност, што значи дека негативен тест може да се користи за да се **исклучи** ДВТ во избрани, ниско ризични пациенти, идентификувани со клиничкиот систем на бодирање

*Тестот е многу сензитивен, но не е специфичен*

| WELLS CRITERIA                                                                                                        | Score | Exclusions                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Active cancer (treatment ongoing or within previous 6 months or palliative)                                           | 1     | <p>Следниве сеуште не се валидирани за употреба со клиничка проценка, а ако се присутни, потребен е Доплер ултразвук:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Под 18 години</li> <li>• бременост</li> <li>• орална контрацепција</li> <li>• долги патувања со авион</li> <li>• Претходно ДВТ или Р.Е. *</li> <li>• Сите пациенти со претходна ДВТ / ПЕ се со "висок ризик«.</li> </ul> |
| Paralysis, paresis or recent plaster immobilisation of the lower extremity (within 6 weeks)                           | 1     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Recent immobilisation for more than 3 days or major surgery within 12 weeks requiring general or regional anaesthesia | 1     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Localised tenderness along the deep venous system                                                                     | 1     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Entire leg swollen                                                                                                    | 1     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Calf swelling (circumference >3cm more than normal side measured 10cm below tibial tuberosity)                        | 1     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Pitting oedema confined to the symptomatic leg                                                                        | 1     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Collateral superficial veins (non-varicose)                                                                           | 1     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Previously documented DVT                                                                                             | 1     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Is alternative diagnosis as likely as, or more likely than DVT?                                                       | -2    | Ултразвук: Индициран е само кај пациенти со висока клиничка веројатност за ДВТ или пак оние со ниска веројатност, но со позитивни Д-димери.                                                                                                                                                                                                                                                 |

➤ **Unlikely** - 0 или 1 = ниска веројатност на ДВТ (преваленца - 4,5%). Д-димери се индицирани и имаат негативна прогностичка вредност, т.е. негативен резултат ќе исклучи ДВТ. Треба да се почекаат резултатите пред да се побара ултразвук (приближно 1/3 од ниско ризичните пациенти имаат позитивни Д-димери и е потребен ултразвук). Кај негативни Д-димери не е потребно понатамошно испитување, освен ако симптомите перзистираат или се влошат.

➤ **Likely** - 2 или повеќе = висока клиничка веројатност за ДВТ (преваленца 19-47%). Д-димери не се потребни. Се продолжува директно со ултразвук.



# Клиничка проценка



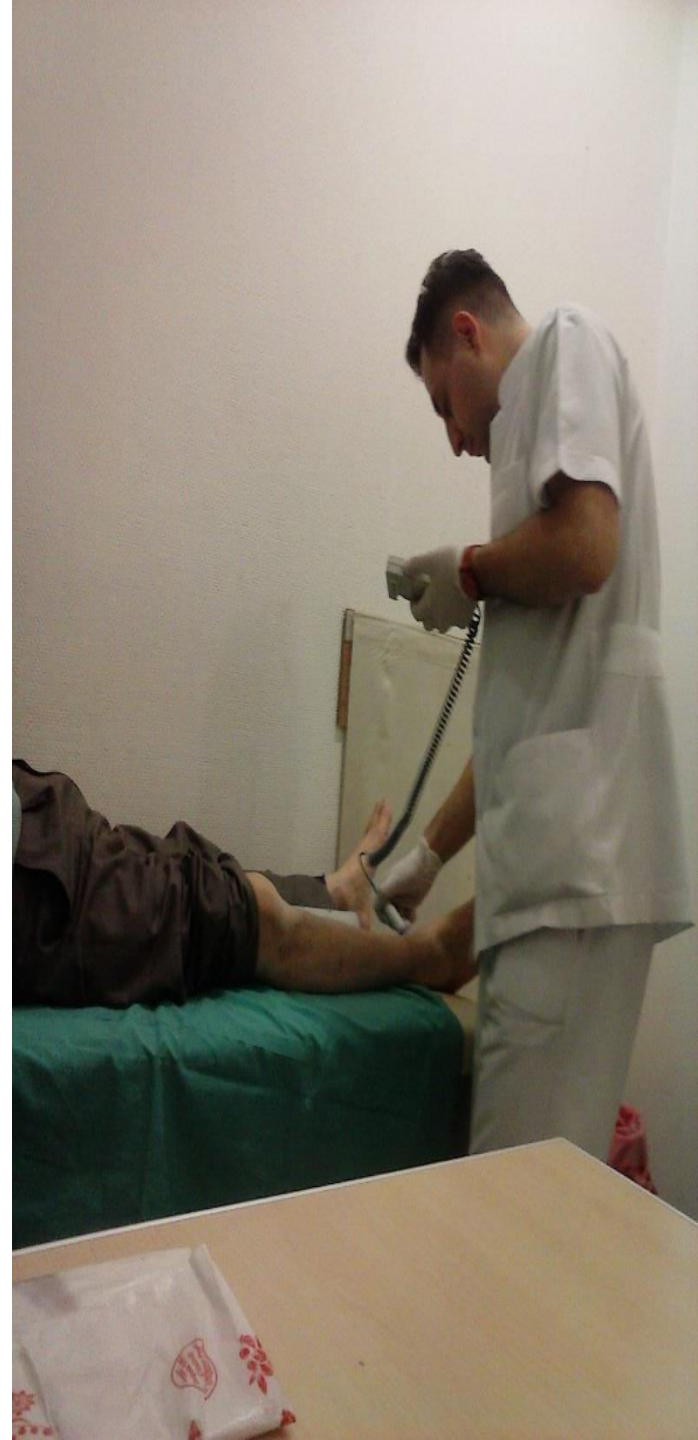
## ❑ **Историја**

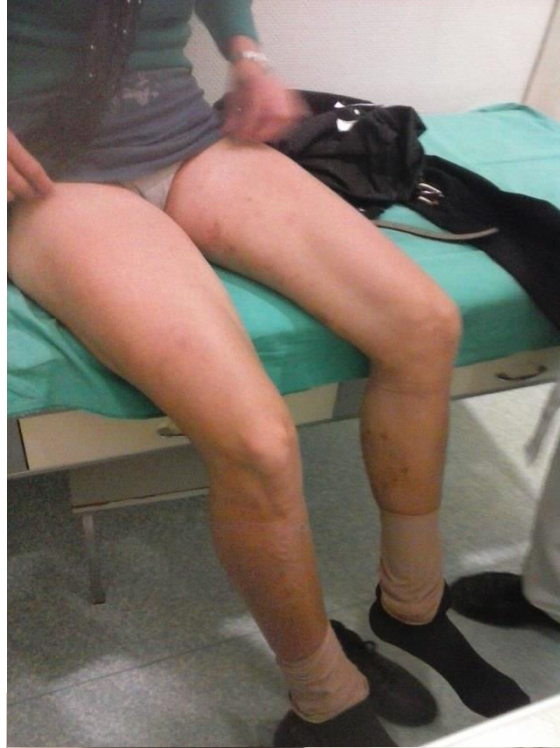
Вклучувајќи ги и факторите на ризик за ДВТ, ко-морбидитетот, контраиндикации за антикоагулантна терапија, тековни лекаства, семејна историја за тромбоемболија или хиперкоагулабилност.

## ❑ **Физикален преглед**

Се бараат и други причини за потечени нозе и се исклучуваат:

- Хепатална инсуфициенција и кор пулмонале (двете нозе треба да бидат потечени),
- Целулитис,
- Пукната Baker-ова циста ,
- Ишемична нога итн.





# Испитувања

Се прават основни тестови на крвта и ултразвук на вените на ногата



- Целосна крвна слика (вклучувајќи тромбоцити),
- INR,
- Креатинин (за корегирање на доза на Clexane)

| T. C. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ<br>İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ<br>Klinik Biyokimya Merkez Laboratuvarı                                                                                                                                  |  | ANALİZ İSTEK FORMU                                  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------|--|
| Tarih :<br>Hizmet No :<br>Yatak No :<br>Protokol No :                                                                                                                                                                          |  | Gönderen Klinik :<br>Gönderen Doktor :<br>Ön Test : |  |
| <b>KLİNİK KİMYA</b>                                                                                                                                                                                                            |  |                                                     |  |
| <b>ÖRNEK TİPİ</b><br><input type="checkbox"/> KAN <input type="checkbox"/> MAYI <input type="checkbox"/>                                                                                                                       |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Glukoz <input type="checkbox"/> Kolesterol <input type="checkbox"/> Hemogram<br><input type="checkbox"/> HbA1c <input type="checkbox"/> Trigliserit <input type="checkbox"/> Sedimentasyon hızı (ESR) |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Fruktozamin <input type="checkbox"/> HDL- Kolesterol <input type="checkbox"/> Protrombin Zamanı, INR                                                                                                  |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> BUN <input type="checkbox"/> LDL- Kolesterol <input type="checkbox"/> Aktive PTT (aPTT)                                                                                                               |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Kreatinin <input type="checkbox"/> VLDL- Kolesterol <input type="checkbox"/> Fibrinojen                                                                                                               |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Ürik Asit <input type="checkbox"/> T-Protein <input type="checkbox"/> Protein C                                                                                                                       |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Elektrolitler <input type="checkbox"/> Albümin <input type="checkbox"/> Protein S                                                                                                                     |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Kalsiyum <input type="checkbox"/> Protein <input type="checkbox"/> AT III                                                                                                                             |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Fosfor <input type="checkbox"/> Elektroforez <input type="checkbox"/> Faktör VIII                                                                                                                     |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Magnezyum <input type="checkbox"/> Demir - TDBK <input type="checkbox"/> Faktör IX                                                                                                                    |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> ALP <input type="checkbox"/> Ferritin <input type="checkbox"/> D-Dimer                                                                                                                                |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> AST (SGOT) <input type="checkbox"/> Vit B <sub>12</sub> <input type="checkbox"/> Invitro Kanama Zamanı (PFA - 100)                                                                                    |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> ALT (SGPT) <input type="checkbox"/> Folat <input type="checkbox"/> Kollajen Epinefrin                                                                                                                 |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> LDH <input type="checkbox"/> Troponin T <input type="checkbox"/> Kollajen ADP                                                                                                                         |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> GGT <input type="checkbox"/> Pro BNP <input type="checkbox"/>                                                                                                                                         |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> CK <input type="checkbox"/> hs-CRP <input type="checkbox"/>                                                                                                                                           |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> CK-MB <input type="checkbox"/> Amonyak <input type="checkbox"/>                                                                                                                                       |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Amilaz <input type="checkbox"/> *İmmüfiksasyon <input type="checkbox"/>                                                                                                                               |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Lipaz <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                        |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Bilirubinler <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                 |  |                                                     |  |
| <b>BOS</b>                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> T Protein <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                    |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Albümin <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                      |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> LDH <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                          |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Elektrolitler <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                |  |                                                     |  |
| <b>HORMON</b>                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> T <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> AFP <input type="checkbox"/>                                                                                                                                  |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> T <sub>4</sub> <input type="checkbox"/> CEA <input type="checkbox"/>                                                                                                                                  |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> FT <sub>3</sub> <input type="checkbox"/> CA 125 <input type="checkbox"/>                                                                                                                              |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> FT <sub>4</sub> <input type="checkbox"/> CA 19-9 <input type="checkbox"/>                                                                                                                             |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> TSH <input type="checkbox"/> CA 15-3 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                         |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Anti TPO <input type="checkbox"/> CA 72-4 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                    |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Anti Tg <input type="checkbox"/> NSE <input type="checkbox"/>                                                                                                                                         |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> IG <input type="checkbox"/> PSA <input type="checkbox"/>                                                                                                                                              |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> PTH <input type="checkbox"/> Serbest PSA <input type="checkbox"/>                                                                                                                                     |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> LH <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                           |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> FSH <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                          |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Östradiol <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                    |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Progesteron <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                  |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Prolaktin <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                    |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Makroprolaktin <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                               |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Testosteron <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                  |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> SHBG <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                         |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> P-hCG <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                        |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> DHEA-S <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                       |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Kortizol <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                     |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> İnşülin <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                      |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> C-Peptid <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                     |  |                                                     |  |
| <b>TUMÖR BELİRTEÇLERİ</b>                                                                                                                                                                                                      |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Spot İdrar <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                   |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> T-protein <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                    |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Mikroalbumin <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                 |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> BUN <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                          |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Kreatinin <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                    |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Sodyum <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                       |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Potasyum <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                     |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Klorür <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                       |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Kalsiyum <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                     |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Fosfor <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                       |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Amilaz <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                       |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Tam İdrar <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                    |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> *İmmüfiksasyon <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                               |  |                                                     |  |
| <b>İDRAR</b>                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> 24 Saatlik İdrar <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                             |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> T-protein <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                    |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Mikroalbumin <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                 |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> BUN <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                          |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Kreatinin <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                    |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Sodyum <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                       |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Potasyum <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                     |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Klorür <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                       |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Kalsiyum <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                     |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Fosfor <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                       |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Amilaz <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                       |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Ürik Asit <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                    |  |                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Total Hacim <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                  |  |                                                     |  |
| <b>LABORATUVAR KAN ALMA VE KAYIT YERİ : İç Hastalıkları Anabilim Dalı I.Bodrum</b>                                                                                                                                             |  |                                                     |  |
| <b>LABORATUVAR İZLETİM SAATİ :</b>                                                                                                                                                                                             |  |                                                     |  |
| <b>LABORATUVAR İZLETİM SAATİ :</b>                                                                                                                                                                                             |  |                                                     |  |

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ 17-12-2014  
TC: 54823061212 01-07-1948/K  
Ad Soyad: SARIYE ÖZBAYRAK  
Protokol / Tkr: 54823061212 / 26  
GEN CER POLİKLİNİK  
Takip No: Başvuru:

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ 17-12-2014  
TC: 54823061212 01-07-1948/K  
Ad Soyad: SARIYE ÖZBAYRAK  
Protokol / Tkr: 54823061212 / 26  
GEN CER POLİKLİNİK  
Takip No: Başvuru:



| TEST ADI                      | REFERANS                          | SUT KODU | ÜCRETİ   |
|-------------------------------|-----------------------------------|----------|----------|
| PROTROMBİN ZAMANI             | 10-14 sn                          | 905320   | 9,00 TL  |
| APTT                          | 21-36 sn                          | 904290   | 9,00 TL  |
| FİBRİNOJEN                    | 180-350 mg/dL                     | 904610   | 9,00 TL  |
| PROTEİN C                     | 70-140 %                          | 905260   | 49,50 TL |
| PROTEİN S                     | 60-130 %                          | 905208   | 49,50 TL |
| D-DİMER                       | 0-0,55 mg/L                       | 904400   | 30,00 TL |
| TROMBİN ZAMANI                | 0-21 sn                           | 905440   | 8,00 TL  |
| APC-R                         | 0,69-1,60 sn                      | 904280   | 33,00 TL |
| REPTİLASE                     | 16-22 sn                          | 905340   | 22,00 TL |
| AT III                        | 80-115 %                          | 904350   | 25,00 TL |
| PLAZMİNOJEN                   | 80-120 %                          | 905240   | 22,00 TL |
| VON WILLEBRANT FAKTÖR         | 50-160 %                          | 905570   | 27,50 TL |
| Vwf ristosetin kofaktör RİCOF | 50-150 %                          | 905580   | 44,00 TL |
| FAKTÖR II                     | 70-120 %                          | 904530   | 26,50 TL |
| FAKTÖR V                      | 70-120 %                          | 904530   | 26,50 TL |
| FAKTÖR VII                    | 70-130 %                          | 904530   | 26,50 TL |
| FAKTÖR VIII                   | 60-150 %                          | 904530   | 26,50 TL |
| FAKTÖR IX                     | 60-150 %                          | 904530   | 26,50 TL |
| FAKTÖR X                      | 70-120 %                          | 904530   | 26,50 TL |
| FAKTÖR XI                     | 60-140 %                          | 904530   | 26,50 TL |
| FAKTÖR XII                    | 60-140 %                          | 904530   | 26,50 TL |
| FAKTÖR İNHİBİTÖRÜ             | (- +)                             | 904550   | 30,00 TL |
| FAKTÖR XIII                   | 60-150 %                          | 904530   | 26,50 TL |
| ANTİ FAKTÖR XA                | 0-0,10 UI/ml                      | 904340   | 33,00 TL |
| G6PDH                         | 7-20,5 Ug/Hg                      | 901510   | 30,00 TL |
| PİRUVAT KİNAZ                 | 111-406 mU/10 <sup>9</sup> RBC/mL | 905220   | 12,00 TL |
| BETA TALASEMİ HPLC            |                                   |          |          |

VKG48  
İ.Ü.İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ HASTA  
ÇOC.SAĞ.HEMATOLOJİSİ VE ONKOLOJİ  
MUHAMMED NUR AĞAR  
1847544  
22-12-2014 10:24:31

Hastane Protokolü : 14531954350 / 3  
Adı Soyadı : MUHAMMED NUR AĞAR  
Telefon : 0532 391 07 98  
Doktor : \*\*\*\*\* OMER DEVECİOĞLU  
Birim : 300230 ÇOC SAĞ HEMATOLOJİSİ VE ONKOLOJİ LAB.  
Laboratuvar No: 167106  
Hasta Türü : SGK SB  
Yaş : 8

| T.KODU | TEDAVİ ADI | FİYAT | ADET | DOKTOR   |
|--------|------------|-------|------|----------|
| 34043  | FAKTÖR 10  | 20.40 | 1    | 30020055 |

Tetkik Toplamı : 20.40  
Tedavi Toplamı : 0.00  
Toplam : 20.40

| TEST ADI          | SONUÇ  | REFERANS        | YORUM | AÇIKLAMA |
|-------------------|--------|-----------------|-------|----------|
| PROTROMBİN ZAMANI | 12.4   | 10-15 sn        | Orta  |          |
| PT AKTİVİTE (%)   | 73.2   | 70-130 (%)      | Orta  |          |
| APTT              | 1.10   | 0.65-1.20 (s)   | Orta  |          |
| D-DİMER           | 43.4   | 21-36 (µg/L)    | Orta  |          |
| FİBRİNOJEN        | 280.18 | 180-350 (mg/dL) | Orta  |          |



Тромбофилија се бара кај пациенти <50 години и без предизвикувачки настан, или кај рекурентни тромбоемболии, или ако постои силна семејна историја на тромбоемболизам

Ad-Soyadı : BURAK AKTAŞ  
Materyal : Periferik Kan EDTA  
Protokol no : 2061  
Ön Tanı :  
Gönderen Doktorun Adı-Soyadı :

Taranan mutasyon sayısı: 12

| TARANAN MUTASYONLAR     | GENOTİP                            |
|-------------------------|------------------------------------|
| Faktor V G1691A(Leiden) | Homozigot mutasyon saptanmıştır.   |
| Faktor V H1299R (R2)    | Mutasyon saptanmamıştır.           |
| Protrombin G20210A      | Mutasyon saptanmamıştır.           |
| Faktor XIII V34L        | Mutasyon saptanmamıştır.           |
| β-Fibrinogen -455 G-A   | Heterozigot mutasyon saptanmıştır. |
| PAI-1 4G-5G             | 5G / 5G                            |
| GP1IIa L33P (HPA-1)     | a/a                                |
| MTHFR C677T             | Heterozigot mutasyon saptanmıştır. |
| MTHFR A1298C            | Mutasyon saptanmamıştır.           |
| ACE                     | D/D                                |
| ApoB R3500Q             | Mutasyon saptanmamıştır.           |
| ApoE (E2, E3, E4)       | E2/3                               |

| Tarih : 22.12.2014    | Test Adı : FV         | MOLEKÜL       |
|-----------------------|-----------------------|---------------|
| Asistan : Gökçe ÖZTEN | Çalışan : Derya ÖZTEN | Lab. S.       |
| FV 774-14             | FV 786-14             | → Heterozigot |
| FV 775-14             | FV 787-14             | → Heterozigot |
| FV 776-14             | FV 788-14             | → Heterozigot |
| FV 777-14             | FV 789-14             | → Heterozigot |
| FV 778-14             | FV 790-14             | → Heterozigot |
| FV 779-14             | FV 791-14             | → Heterozigot |
| FV 780-14             | FV 792-14             | → Heterozigot |
| FV 781-14             | FV 793-14             | → Heterozigot |
| FV 782-14             | FV 794-14             | → Heterozigot |
| FV 783-14             | FV 795-14             | → Heterozigot |
| FV 784-14             | FV 796-14             | → Heterozigot |
| FV 785-14             | FV 797-14             | → Heterozigot |

Sonuç : Fv 2 Sonuçları çıktı.

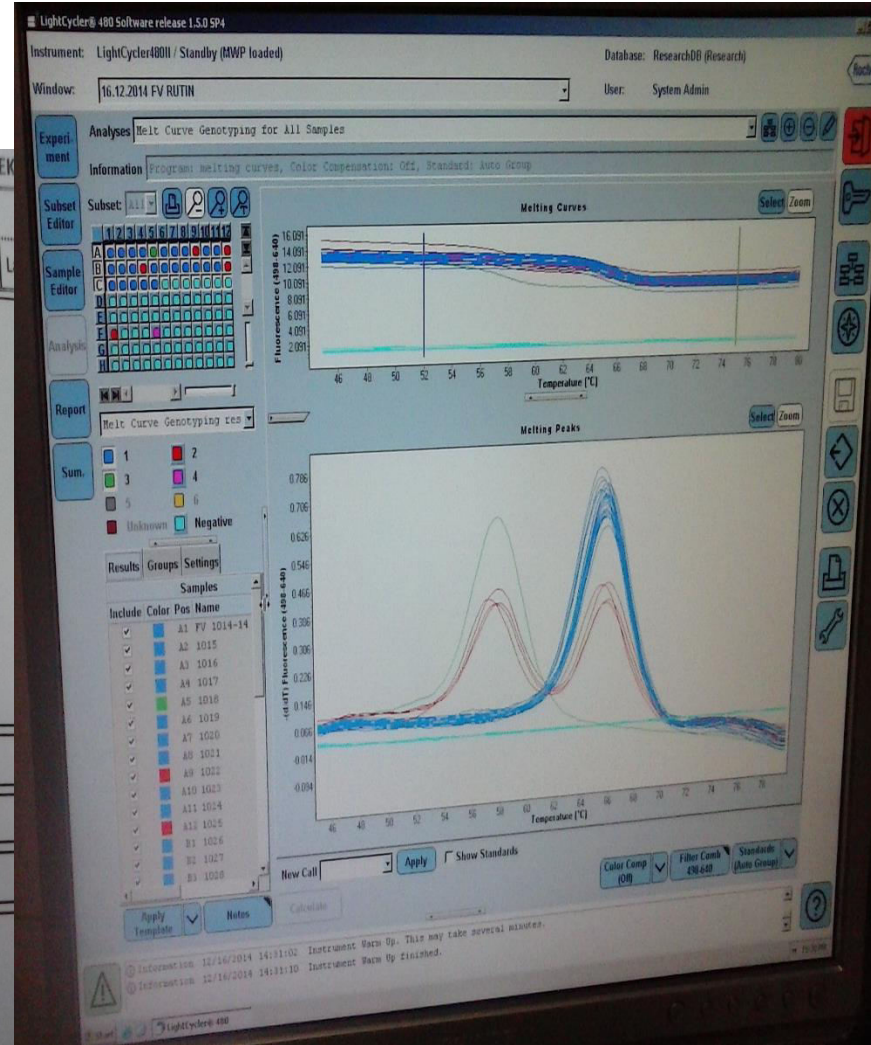
Notlar :

Notlar :

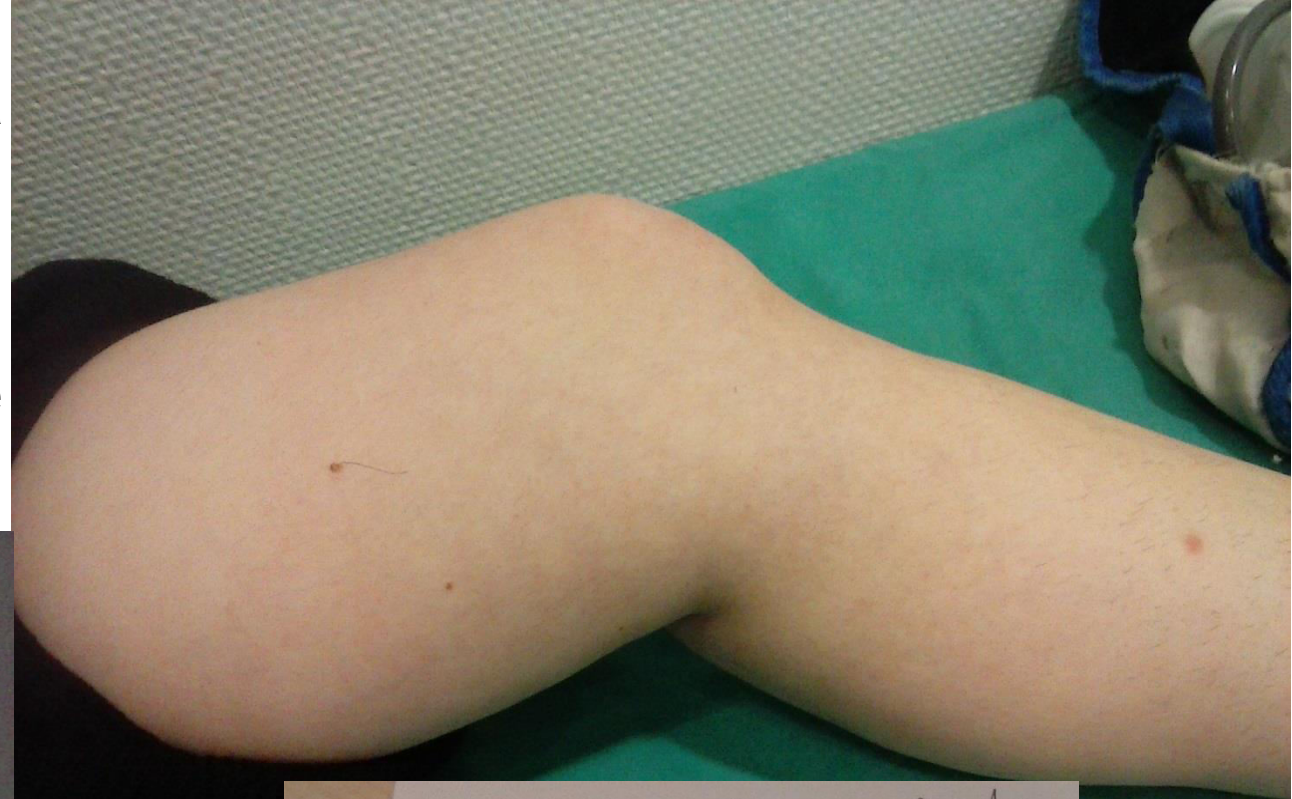
ÇALIŞMA PROTOKOLÜ

ÇALIŞMA PROTOKOLÜ

|                  |       |
|------------------|-------|
| DNA sample       | 5 µL  |
| Total Master Mix | 25 µL |
| Total Volume     | 20 µL |



- ❖ Нормален резултат со позитивен Д-димер тест кај пациент со ниска веројатност изискува повторување на ултрасонографијата за 7 дена



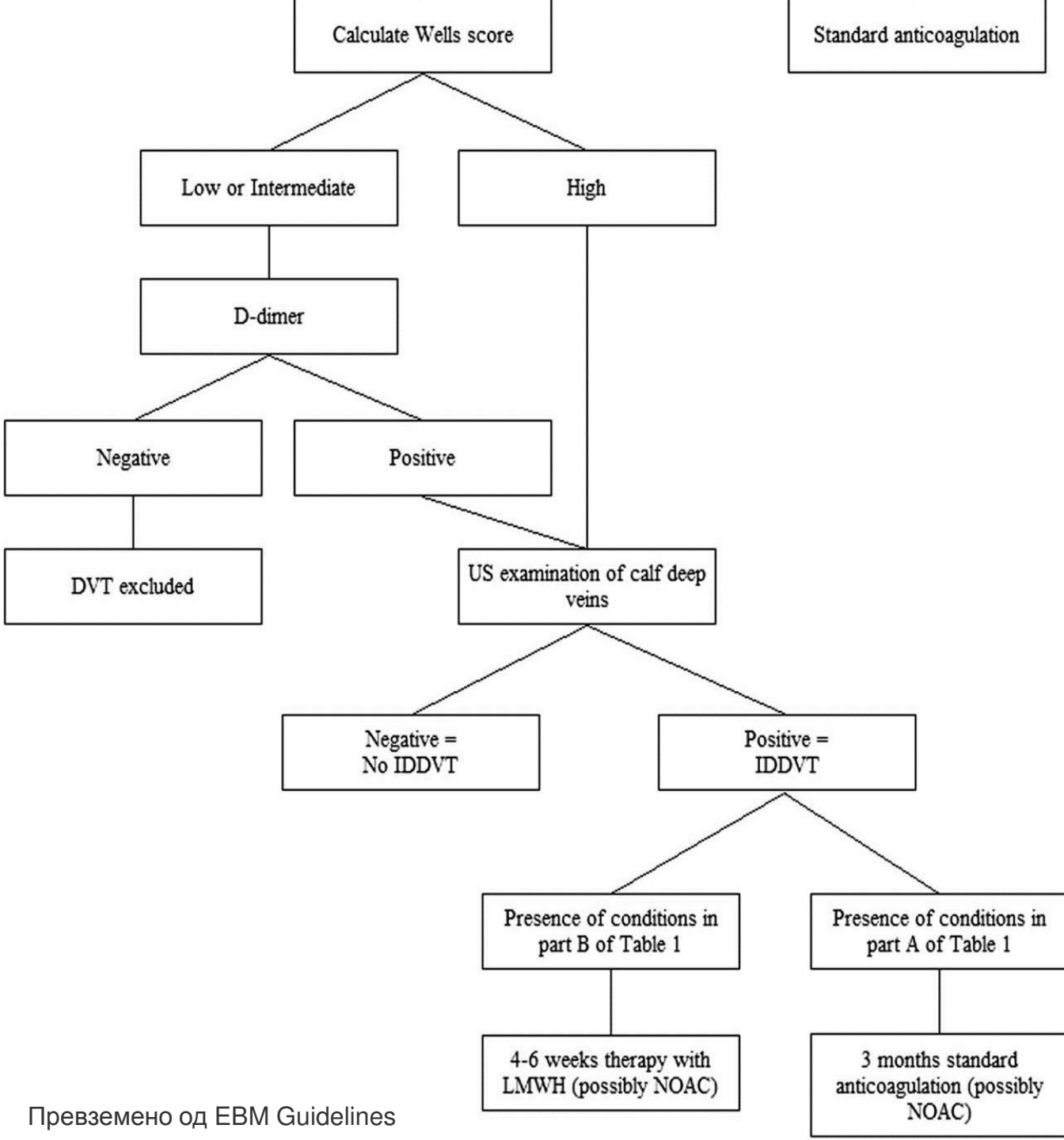
| T. C.<br>İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ<br>İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ                                                                                                                     |                            | Tarih ve Prot. No.:                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------|
| <b>FECETE</b><br>İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ<br>TC: 1482B170258<br>Adı Soyadı: FATMA UÇAR<br>Protokol / Tık: 1482B170258 / 43<br>GEN. CER. POLİKLİNİK<br>Takip No: 1KNCZLH Bayıru | 19-12-2014<br>15-02-1988/K |                                           |
| Tabibin İsmi:                                                                                                                                                                |                            | Dr. Dip. No, Adı Soyadı<br>(Varsa Kaşesi) |
| İLACLAR                                                                                                                                                                      |                            | TUTARI                                    |
| <i>Radyo</i> <i>ada</i><br>2 hafta önce başladı<br>1 hafta sel bulağı<br>omu kırıldı.<br>- Dmg ?<br>- Sol akciğerde şişme<br>ve solunum sıkışması                            |                            |                                           |



Koga Wells score е  $\geq 2$  и ако ултразвук не може да се направи за  $\geq 6$  часа се дава LMWH - Clexane

| Renal function                                     | Dose                                                          | Notes                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Normal renal function<br>CrCl > 80mL/min           | 1.5mg/kg daily                                                | <ul style="list-style-type: none"><li>• if &gt;100kg, obese (BMI &gt;30kg/m<sup>2</sup>) or cancer, consider using 1mg/kg bd</li><li>• if &lt;45kg</li><li>• use actual body weight</li><li>• calculate CrCl</li></ul> |
| Moderate/mild renal impairment<br>CrCl 30-80mL/min | 1.5mg/kg daily<br>with careful monitoring (eg renal function) | <ul style="list-style-type: none"><li>• use actual body weight</li><li>• calculate CrCl</li></ul>                                                                                                                      |
| Severe renal impairment<br>CrCl <30mL/min          | 1mg/kg daily                                                  | <ul style="list-style-type: none"><li>• use actual body weight</li><li>• calculate CrCl</li></ul>                                                                                                                      |

Што побрзо се почнува со преклоп со LMWH и OAT 5 дена и INR да биде  $\geq 2$

**Table 1****A) Conditions favoring full anticoagulation for 3 mo (as for proximal DVT)**

Previous VTE events

Idiopathic event

Secondary event but with persistently hampered complete mobilization

Event occurring during pregnancy or puerperium

Distal thrombosis involving the popliteal trifurcation

Thrombosis involving >1 calf vein

Distal thrombosis present in both legs

Active cancer or chemotherapy

Presence of predisposing diseases (eg, inflammatory bowel diseases)

Known thrombophilic alterations

**B) Conditions favoring shorter anticoagulation****First thrombotic event, if:**

- secondary to surgery or to other removable risk factors (eg, plasters, immobilization, trauma, long trip)

- event occurring during contraceptive or replacement hormonal therapy (provided the therapy has been interrupted)

- with subsequent full mobilization

- no difference between muscular or tibial-peroneal veins

Алгоритам. Дијагноза на длабока венска тромбоза.

Кратенки: ДВТ-длабока венска тромбоза

Симптоми од ногата/клиничко сомнение за ДВТ

Одреди ја клиничката веројатност

Мала клиничка веројатност

Д-димери

Исклучена ДВТ

Венски ултразвук

ДВТ потврдена  
Види алгоритам за третман

Умерена до висока клиничка веројатност

Венски ултразвук

ДВТ потврдена  
Види алгоритам за третман

Д-димери

Исклучена ДВТ

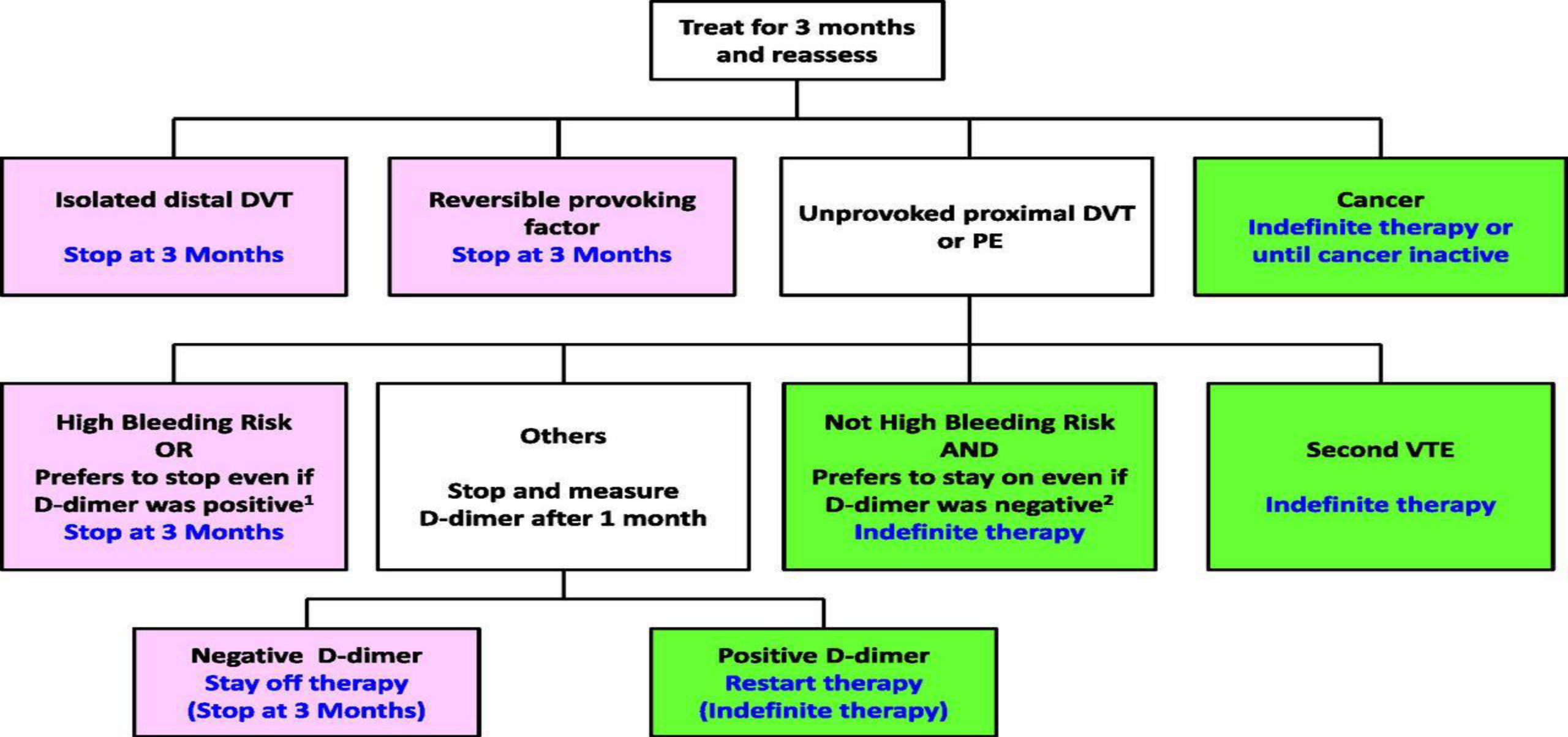
Следење:  
втор венски ултразвук (по 3-7 дена) или венографија

Висок ризик за DVT = 3+  
Среден ризик за DVT = 1-2  
Низок ризик за DVT = < 1

Превземено од EBM од Кардиологија

Времетраење на антикоагулантна терапија

| Индикација                                                                                                                                                                    | Времетраење на терапијата |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| Прва епизода на тромбоза и транзитoren или модифицирачки предиспонирачки фактор (хирургија, траума, врзаност за кревет, терапија со естрогени)                                | 3-6 месеци                |
| Прва епизода на тромбоза без предиспонирачки фактор                                                                                                                           | Најмалку 6 месеци         |
| Прва епизода на тромбоза кај пациент со карцином, кардиолипински антитела, комбинирани коагулациони нарушувања, хомозиготен фактор V Леиден или мутација на протромбински ген | 12 месеци до доживотно    |
| Повторувачка тромбоза без предиспонирачки фактор или појава во сооднос со хиперкоагулабилност на крвта                                                                        | Доживотно                 |



1: Male would stop even if recurrence risk 16% in first year  
Female would stop even if recurrence risk 10% in first year

2: Male would stay on if recurrence risk 8% in first year  
Female would stay on even if recurrence risk 5% in first year

*проценет ризик од повторување во текот на првата година за мажите е 12% и 8% за жените*

# Заклучоци

- ✓ Широка примена на **насоки** и **медицина базирана на докази** од страна на сите доктори
- ✓ Цел пат што го прави пациентот, од шалтер до лабораторија или било кој кабинет (Лабораторија, Ехо, Ртг, Доплер...) и назад до ординација на доктор е со **баркод етикети**, кои ја заштитуваат приватноста на пациентот, а најважно се забрзува целиот процес (неколку години го барам да се спроведе и кај нас)
- ✓ Поврзаноста на клиниките меѓу себе со многу добар **софтвер** со кој од ординација може да се видат сите податоци за пациентот како лабораторија, венографија, ангиографија...
- ✓ **Автоматизација** во сите лаборатории - речиси да не се работи рачно

# Заклучоци

- ✓ Се работи во гел епрувети – *подобар квалитет* на анализи
- ✓ Се работи anti – Ха и за УН и посебно за LMWHs, како **единствен тест** за нив (го работевме пред 15 години, сега не)
- ✓ При ДВТ се инсистира и **применува**, во почеток компресивни завои, а потоа секојдневно од 6 до 12 месеци, некогаш и трајно носење на еластични чорапи класа 2 (се намалува ризикот за ПТС за околу 50%)

**и најважно**

- ✓ Се **работат тестови** само кај добро селектирани од докторот, *ниско ризични* пациенти, идентификувани со клиничкиот систем на бодирање, а кај тие со висок ризик и клиничка слика се дава терапија веднаш.

