

O'zbekiston Respublikasi
Sog'liqni saqlash vazirining
2025 yil "23" iyundagi 180-
sonli buyrug'iga
ilova

**O'ZBEKISTON SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
BOLALAR GEMATOLOGIYASI, ONKOLOGIYASI VA IMMUNOLOGIYASI
ILMIY AMALIY TIBBIYOT MARKAZI**

**“IMMUN TROMBOTSITOPENIK PURPURA”
NOZOLOGIYASI BO'YICHA MILLIY KLINIK
PROTOKOLLAR**

TASHKENT – 2025



«TASDIQLAYMAN»

BOGIATM direktori

D.Sh. Polatova

« » _____ 2025 yil

**“IMMUN TROMBOTSITOPENIK PURPURA”
NOZOLOGIYASI BO’YICHA MILLIY KLINIK
PROTOKOLLAR**

TASHKENT – 2025

**“IMMUN TROMBOTSITOPENIK PURPURA”
NOZOLOGIYASI BO’YICHA TASHXISLASH VA
DAVOLASH MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

TASHKENT – 2025

Kirish qismi

Trombocytopenic purpura (TP) - kon ketishining ko'rinishi bilan namoan bo'ladigan qurishning butun gurugi, uning sababi kondagi trombositlar sonining kamayishi. Immunitet ega-antiplatelet antikorlarining trombositlarga tasiri. Birok, bir qator TP immunga ega emas, ular boshqa sabablarga kura keladi. Afsuski, turli xil TP variantlarini anik tashhishlash zhuda kiyin. Va yordamchi terapiyani davom ettirish istalmagan holda olib kelishi va prognozni emonlashtirishi mumkin.

Ammo ichthyslarning kirgandan keyin ham, polietilogik patologiya va trombositopeniya patogenetik mexanizmi murakkabligi bilan bog'liq bulgan har khil TP bilan ogrigan bemorlarni boshkarish bo'yicha yagona kuch yo'qligi tufayli bemor har doim tibbiy yordam bermaydi. Pediatrician ham, umumiy amaliyoti ham o'z vaktida amaliyoti ham o'z vaktida amaliyoti ham o'z vaktida davolashi ham o'z vaktida amaliyoti ham o'z vaktida amaliyoti ham o'z vaktida davolashi ham o'z vaktida amaliyoti ham o'z vaktida amaliyoti ham o'z vaktida davolashi ham o'z, davolashni farqi va TP differential tashkhisini o'kazishi kerak. Bu ogirning zararlanishi olish va bazi davrida khayotni saklab kolish uchun zarurdir.

Ush (ITP) milliy clinics protocollari HKT-11 3B64.10 ITP bwyicha qutirish tashxisi qo'yilgan bemorlar uchun ishlab chikilgan bwlib, DPM (turli darazadagi gematolog shifohonalari) ha foidalanish uchun mo'ljallangan.

1) halkaro tasnifi - HKT10/11 kodi

ХКТ 10		ХКТ-11	
Код	Номи	Код	Номи
D69.3	Иммун тромбоцитопеник пурпура.	3B64.10	Иммун тромбоцитопеник пурпура.
https://mkb-10.com/index.php?pid=2104		https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#364346400	

- **Protokolni ishlab chiqish va qayta ko'rib chiqish sanasi;**- protocol ishlab chikilgan sana - 2025 yil, qayta ko'rib chikish sanasi yangi muhim aytilgan payo bo'lishi bilan. Takdim ethylgan tavsiyalarga yordam barcha o'zgartirishlar tegishli hujjatlar.

- **Ushbu klinik protocol va standard ishlab chikishga mas'ul:** Bolalar gematologiyasi, onkologiyasi va immunologiyasi ilmiy amaliy tibbiyot markazi

Asosiy mualliflar ro'yxati, qo'shimcha mualliflar jamoasi (to'liq ismi, ish joyi, unvoni / lavozimi):

Polatova D.Sh. - MD, Professor, Respublika bolalar onkologiyasi, gematologiyasi, immunologiyasi ilmiy – amaliy tibbiyot markazi direktori

Maxamadaliyeva G. Z., O'zbekiston Respublikasi Bosh gematologi, O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi Respublika Gematologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi transplantatsiya bo'limi boshlig'i; O'zbekiston, Toshkent

Berger I. V.-tibbiyot fanlari nomzodi, O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi Respublika Gematologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi Bosh shifokori o'rinbosari, Toshkent

Ibragimova S. Z.-MD, Respublika bolalar onkologiyasi, gematologiyasi, immunologiyasi ilmiy – amaliy tibbiyot markazi 1-onkogematologiya markazi rahbari

Yerimbetova I.O.- Respublika bolalar onkologiyasi, gematologiyasi, immunologiyasi ilmiy – amaliy tibbiyot markazining 3-Onkogematologiyasi boshlig'i

Aripova N. B. - Respublika bolalar onkologiyasi, gematologiyasi, immunologiyasi ilmiy – amaliy tibbiyot markazining 2-onkogematologiyasi boshlig'i

Babaxanova N. N.-tibbiyot fanlari nomzodi, Respublika bolalar onkologiyasi, gematologiyasi, immunologiyasi ilmiy – amaliy tibbiyot markazi 1-onkogematologiya markazi gematologi

Rizayeva F. A.-tibbiyot fanlari nomzodi, Respublika bolalar onkologiyasi, gematologiyasi, immunologiyasi ilmiy – amaliy tibbiyot markazi 1-onkogematologiya gematologi

H. K. Nigmatov- Respublika bolalar onkologiyasi, gematologiyasi, immunologiyasi ilmiy – amaliy tibbiyot markazi 3-onkogematologiya gematologi

Nurumbetov Sh.M. - Respublika bolalar onkologiyasi, gematologiyasi, immunologiyasi ilmiy – amaliy tibbiyot markazi 1-onkogematologiya markazining gematologi

Abdullayev M.M- Respublika bolalar onkologiyasi, gematologiyasi, immunologiyasi ilmiy – amaliy tibbiyot markazi 2-onkogematologiya markazi gematologi

Muratova M.D.- Respublika bolalar onkologiyasi, gematologiyasi, immunologiyasi ilmiy – amaliy tibbiyot markazi qabul bo'limi bolalar gematologi

Almedova N.N- Respublika bolalar onkologiyasi, gematologiyasi, immunologiyasi ilmiy – amaliy tibbiyot markazi kunduzgi bo'lim boshlig'i

Abduraxmanova N. N.- Respublika bolalar onkologiyasi, gematologiyasi, immunologiyasi ilmiy – amaliy tibbiyot markazi Transfuziologi

Mamatqulova D. F.- Respublika bolalar onkologiyasi, gematologiyasi, immunologiyasi ilmiy – amaliy tibbiyot markazi konsultativ poliklinikasi doktori, gematolog

Kilicheva G. H.-tibbiyot fanlari nomzodi, Rossiya Milliy Gematologiya markazining fizioterapevti

Inoyatov H. P.-tibbiyot fanlari nomzodi, O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi huzuridagi tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi "Gematologiya va transfuziologiya kafedrasida dotsenti

Sadiyev Z. R.-bolalar gematologi, Samarqand viloyati bosh mutaxassisi, O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi bolalar ko'p tarmoqli tibbiyot markazi onkogematologiya bo'limi boshlig'i

Raxmatova N. N.-bolalar gematologi, Buxoro viloyati bosh mutaxassisi, O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi bolalar ko'p tarmoqli tibbiyot markazi onkogematologiya bo'limi boshlig'i

Igamberdiyeva M. Z.-bolalar gematologi, Andijon viloyati bosh mutaxassisi, O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi bolalar ko'p tarmoqli tibbiyot markazi onkogematologiya bo'limi boshlig'i; O'zbekiston;

4. Taqrizchilar :

1. **Maxmudova A. D.**- t.f.d., O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi Respublika Gematologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi (RNPMCG) ilmiy ishlar bo'yicha direktor o'rinbosari, Toshkent

2. **Kayumov A .A.** - t.f.d., O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi Respublika Gematologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi (RNPMCG) davolov ishlar bo'yicha direktor o'rinbosari, Toshkent

Bayonnomaning maqsadli guruhi:

Oilaviy shifokorlar,

pediatrlar,

onkolog/gematologlar.

Kasallikning klinik belgilari kuzatilganda har qanaqangi mutaxassislikdagi shifokorlar bemor bolani gematolog ko'rigiga yuborishlari shart.

Bemorlar toifasi: 18 yoshgacha bo'lgan bolalar.

- Mazkur klinik protokol va standartlar O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vaziri o'rinbosari Basitxanova E.E, Tibbiy sug'urta boshqarmasi boshlig'i Sh. Almardanov, klinik protokollar va standartlarni

ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi boshlig‘i Sh.R. Nurimova boshchiligida, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi bosh mutaxassisi G.Djumayeva, yetakchi mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko‘magi asosida ishlab chiqilgan.

- **Dalillarning isbotlanganlik darajasini baholash shkalasi**
- **(tashxislar aralashuvlari uchun)**

Dalillarning isbotlanganlik darajasini	
1	Referens usuli bilan nazorat qilinadigan tadqiqotlarning tizimli sharhlari yoki alohida meta-tahlilni qo‘llash bilan o‘tkaziladigan randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarning tizimli sharhi
2	Referens usuli bilan nazorat qilinadigan alohida tadqiqotlar yoki alohida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar va meta-tahlilni qo‘llash bilan o‘tkaziladigan randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlardan tashqari har qanday dizayndagi tadqiqotlarning tizimli sharhlari
3	Referens usuli bilan ketma-ket nazoratisiz o‘tkaziladigan tadqiqotlar yoki o‘rganilayotgan usuldan mustaqil bo‘lmagan referens usuli bilan tadqiqotlar yoki randomizatsiyalanmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogort tadqiqotlar
4	Qiyosiy bo‘lmagan tadqiqotlar, klinik holat tavsifi
5	Faqat harakat mexanizmini asoslash yoki ekspert xulosasi mavjud

- **Dalillarning isbotlanganlik darajasini baholash shkalasi**
- **(profilaktika, davolash va rehabilitatsion tadbirlar uchun)**

Dalillarning isbotlanganlik darajasini	
1	Meta-tahlilni qo‘llash bilan o‘tkaziladigan randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarning tizimli sharhi
2	Alohida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar va meta-tahlilni qo‘llash bilan o‘tkaziladigan randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlardan tashqari har qanday dizayndagi tadqiqotlarning tizimli sharhlari
3	Randomizatsiyalanmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogort tadqiqotlar
4	Qiyosiy bo‘lmagan tadqiqotlar, klinik hodisa yoki hodisalar qatori tavsifi, “hodisa-nazorat” tadqiqoti
5	Faqat aralashish harakati mexanizmini asoslash (klinikadan oldin) yoki ekspert xulosasi mavjud

- **Tavsiyalarning ishonchlilik darajasini baholash shkalasi**

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi	
A	Kuchli tavsiya (barcha ko‘rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalari) muhim, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega, ularning qiziqtirgan natijalari bo‘yicha xulosalari muvofiqlashtirilgandir)

B	Shartli tavsiya (ko‘rib chiqilgan samaradorlik mezonlarining (natijalar) hammasi ham muhim emas, tadqiqotlarning hammasi ham yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega emas va/yoki ularning qiziqtirgan natijalari bo‘yicha xulosalari muvofiqlashtirilmagan)
C	Zaif tavsiya (tegishli darajadagi sifatli dalillarning yetishmasligi (ko‘rib chiqilgan barcha samaradorlik mezonlari (natijalari) ahamiyatsiz, barcha tadqiqotlar past uslubiy sifatga ega va ularning qiziqtirgan natijalari bo‘yicha xulosalari muvofiqlashtirilmagan)

-
- Dalillar darajasi shkalasi, dalillarga asoslangan tibbiyot asosida
- **Tavsiya sinflari: dalillarning ishonchlilik darajasi**
- **1-sinf**-diagnostika usuli yoki terapevtik ta'sirning foydasi va samaradorligi isbotlangan va/yoki umuman tan olingan.
- **2-sinf**-davolanishning foydasi/samaradorligi to'g'risida qarama-qarshi dalillar va/yoki fikrlarning nomuvofiqligi.
- **3-sinf** - davolanishning foydasi/samaradorligi haqida mavjud dalillar
- **4-sinf** - foyda/samaradorlik kamroq ishonarli.
- **5-sinf** – davolash foydali/samarali emasligi va ba'zi hollarda zararli bo'lishi mumkinligi haqida mavjud dalillar yoki umumiy fikr

Mundarija

“IMMUN TROMBOSITOPENIK PURPURA” NOZOLOGIYASI BO'YICHA DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH MILLIY KLINIK PROTOKOLI.....	5
“IMMUN TROMBOSITOPENIK PURPURA” NOZOLOGIYASI BO'YICHA TIBBIY ARALASHUVLARNING MILLIY KLINIK PROTOKOLI.....	43
“IMMUN TROMBOSITOPENIK PURPURA” NOZOLOGIYASINING OLDINI OLISH VA REABILITATSIYA QILISH BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLI.....	56
“IMMUN TROMBOSITOPENIK PURPURA” NOZOLOGIYASI BO'YICHA PALLIATIV TIBBIY YORDAM MILLIY KLINIK PROTOKOLI.....	61

- Ishlatiladigan qisqartmalar ro'yxati:

АГ	arterial gipertenziya ;
АД	qon bosimi
АЛаТ	alanin aminotransferaza
АСа Т	aspartat aminotransferaza
В/В	tomir ichiga yuborish
В/М	mushak ichiga
ВВИД	vena ichiga yuqori dozali immunoglobulin terapiyasi
ВИЧ	inson immunitet tanqisligi virusi
ГТП	gamma glutamil transpeptidaza
ИББДВ	Bolalik kasalligini kompleks boshqarish
ИБЛ	o'pkaning sun'iy shamollatilishi
ИТП	Immun trombotsitopenik purpura
ИФА	immunofermentli analiz.
ИФТ	immunofenotiplash
КТ	kompyuter tomografiyasi
КЩС	kislota-ishqor holati
ЛДГ	laktat dehidrogenaza
ЛПУ	davolash-profilaktika muassasasi
МДС	miyelodisplastik sindrom
МЕ	xalqaro birliklar
ММФ	mikofenolat mofetin
МРТ	magnit-rezonans tomografiya
ОАК	qonning umumiy analizi
ОАМ	siydikning umumiy analizi
ОМЛ PNG	o'tkir miyeloid leykemiya

	paroksizmal tungi gemoglobinuriya
ONMK	o'tkir miya qon tomirlari buzilishi
PIQR	polimeraza zanjiri reaksiyasi
SOE	eritrotsitlarning cho'kish tezligi
TGSK	gematopoyetik ildiz hujayrasi transplantatsiyasi
UZDG	ultratovush doplerografiya
FGDS	fibro-gastro-duadenoskopiya
xITP	surunkali immun trombositopeniya
QMV	sitomegalovirus
ChD	nafas olish tezligi
ChSS	yurak urishi tezligi
EKG	elektrokardiografiya
ExoKG	yexokardiografiya
Ig	immunoglobulin

2. Kirish

ITP belgilari birinchi marta Gippokratning asarlarida qayd etilgan. 1735 yilda kasallik P. Verlhof tomonidan tasvirlangan, u o'z-o'zidan tiklanish holatlarini kuzatgan. 19-asrda ITPda gemorragik sindromning sababi qondagi trombositlar sonining kamayishi ekanligi aniqlandi. ITP ning immun genezisi 1950 yilda Sent-Luisda Uilyam Xarrington va Jeyms Hollingsvortning eksperimenti davomida aniqlangan. Amerikalik shifokor Xarrington ITP bilan og'rigan bemorning 500 ml qonini o'ziga quygan, shundan so'ng u darajasining pasayishini kuzatgan. o'z qonidagi trombositlar, bu 5 kun davom etdi [3]. Garringtonning suyak iligi biopsiyasi megakaryotsitlarning normal darajasini ko'rsatdi. 1916 yilda polshalik shifokor Pol Katznelson yosh ayolda splenektomiyadan so'ng ITP remissiyasiga erishish holatini tasvirlab berdi[4]. 20-asrning o'rtalaridan boshlab ITPni davolashda glyukokortikosteroidlar qo'llanila boshlandi. ITPning tarqalishi 100 000 kishiga 1 dan 13 gacha. Bemorlarning ko'pchiligi yosh va o'rta yoshli ayollardir[5]. Kasallik irsiy emas <https://ru.wikipedia.org/wiki/0>

TA'RIF: Immun trombositopeniya - bu suyak iligida megakarotsitlarning doimiy / ko'payib borishi va qon plastinkalari yuzasida hamda antitrombosit antitellar plazmasida antitrombositlar borligi bilan ajralib turadigan trombositopeniya (100000 / ml dan kam) bilan xarakterlanadigan, odatda IIB/IIIa va/yoki GPIb/IX membrana glikoprotein majmuasiga ta'sir qiluvchi autoimmun kasallik bo'lib, trombositlarni fagotsitik mononukleyer tizim hujayralari tomonidan yo'q qilinishiga olib keladi, bu gemorragik sindrom bilan namoyon bo'ladi.

<https://ru.wikipedia.org/wiki/0>

1.1. Tasnifi (etiologiyasi, bosqichlari bo'yicha) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32674427/>].

Kechishiga qarab:

- yangi aniqlangan - davomiyligi 3 oygacha;
- doimiy (uzoq muddatli) ITP - davomiyligi 3-12 oy;
- surunkali ITP - 12 oydan ortiq davom etadi.

Gemorragik sindromning og'irligiga ko'ra [1, 246-bet]:

• og'ir - trombositlar darajasidan qat'i nazar, klinik jihatdan muhim qon ketishi bo'lgan bemorlar. Kasallikning boshlanishida qon ketish belgilari bilan kechadigan, terapiyani boshlashni talab qiladigan holatlar yoki trombositlar sonini ko'paytiradigan turli dorilar bilan qo'shimcha terapevtik ta'sirga muhtoj bo'lgan qon ketishini tiklash holatlari yoki preparatning dozasini oshirish. ishlatiladigan dorilar.

• refrakter - splenektomiyadan keyin terapiyaga javob yoki to'liq javob (trombositlar $30 \times 10^9 / l$ dan kam) ololmasligi; splenektomiyadan keyin javob yo'qolishi va klinik ahamiyatga ega qon ketishini kamaytirish uchun tibbiy davolanish zarurati. Bunday holda, trombositopeniyaning boshqa sabablarini istisno qilish va ITP tashxisini tasdiqlash uchun takroriy tekshiruv talab qilinadi. Asosan kattalarda uchraydi.refrakternaya

1.2. Gemorragik sindromning og'irligi darajasiga ko'ra [5]; Standardization of ITP, Sept 2006 IMBACH]:

1-jadval

darajasi	Qonash		Trombositlar soni	Boshqarish taktikasi
	Teri va shilliq pardalar	Boshqa qonashlar		
1. minimal/odatiy turmush tarzi	ayrim petexiya va ekximozlar	O'z-o'zini yengillashtiradigan burun va milkdan qon ketishi. Va boshqa qon ketish turlari mavjud emas	> 10-150	Kuzatuv
2. o'rtacha / o'rtacha turmush tarzi	Ko'plab petexiya i ekximozlar (diametri > 5 sm)	Uzoq muddatli, nazoratsiz burun qonashlari, 15 daqiqadan ko'proq davom etadi. Milklar, lablar, transbukkal, orofarenk yoki oshqozon-ichak traktidan qon ketishi. Uzoq muddatli menoragiya, gematemez, gematuriya, melena	>10-20	Shifoxonaga yotqizish
3. og'ir / hayot uchun xavfli, xavfli hayot tarzi	Sersuv, birlashuvchi petexiya va gematomalar	Milkardan, lunjlarning shilliq qismi, og'iz-tomoq qismdan uzluksiz qon ketishi. Miyaga (miya, o'pka, mushaklar, tomirlar, boshqalar) ichki qon qo'yilishini taxmin qilish	< 10-20	Shoshilinch yordam

Kasallikning klinik ko'rinishi

- Bolalarda immun trombositopeniya ko'pincha to'satdan, tom ma'noda bir necha kun ichida rivojlanadi. Ota-onalar terida ko'karishlar, mayda qizil dog'lar (petexiya) yoki ilgari bo'lmagan qon ketishini payqashadi: odatda bu burundan qon ketishdir, lekin ular buyrak va oshqozon-ichak (siydik va axlatda qon), qizlarda - bachadon va boshqalar. Ba'zida bu o'tkir virusli infeksiyadan keyin bir yoki ikki hafta o'tgach sodir bo'ladi, bu albatta jiddiy emas. Vaqt o'tishi bilan kasallik o'z-o'zidan o'tib ketishi mumkin. Ammo ba'zi hollarda, ko'pincha o'smirlarda, kattalardagi bemorlarda bo'lgani kabi, yillar davom etadigan surunkali kasallik rivojlanadi. <https://hemophilia.ru/vse-federalnye-novosti/20-10-2022-immunnaya-trombofitopeniya-u-detei-dve-treti-pafientov-otvechayut-na-lechenie-v-pervye-tri-chetyre-mesyafa/>

2. Immun trombositopenik purpuraning diagnostikasi.

Diagnostika mezonlari:

NB! Birlamchi immun trombositopeniya trombositopeniyaning boshqa sabablarini hisobga olmaganida trombositlar $100 \times 10^9/l$ dan kamayganda tashxis qilinadi. Diagnosticheskie kriterii postanovki diagnoza:

Shikoyatlar:

- shilliq qavatdan qon ketishining ko'payishi;
- teridagi petexiya va ekximoz shaklidagi gemorragik toshmalar.

Anamnez:

- burundan, tish milkidan qon ketishi;
- menoragiya, metrorragiya;
- sklerada qon ketish;
- miyada qon qo'yilishi;
- gematuriya;
- oshqozon-ichak traktidan qon ketishi (qonli qusish, melena);
- teridagi petexiya va ekximoz shaklidagi gemorragik toshmalar.

2.2. Jismoniy tekshiruvlar:

Umumiy tekshiruv: Teri gemorragik sindromining xarakteri:

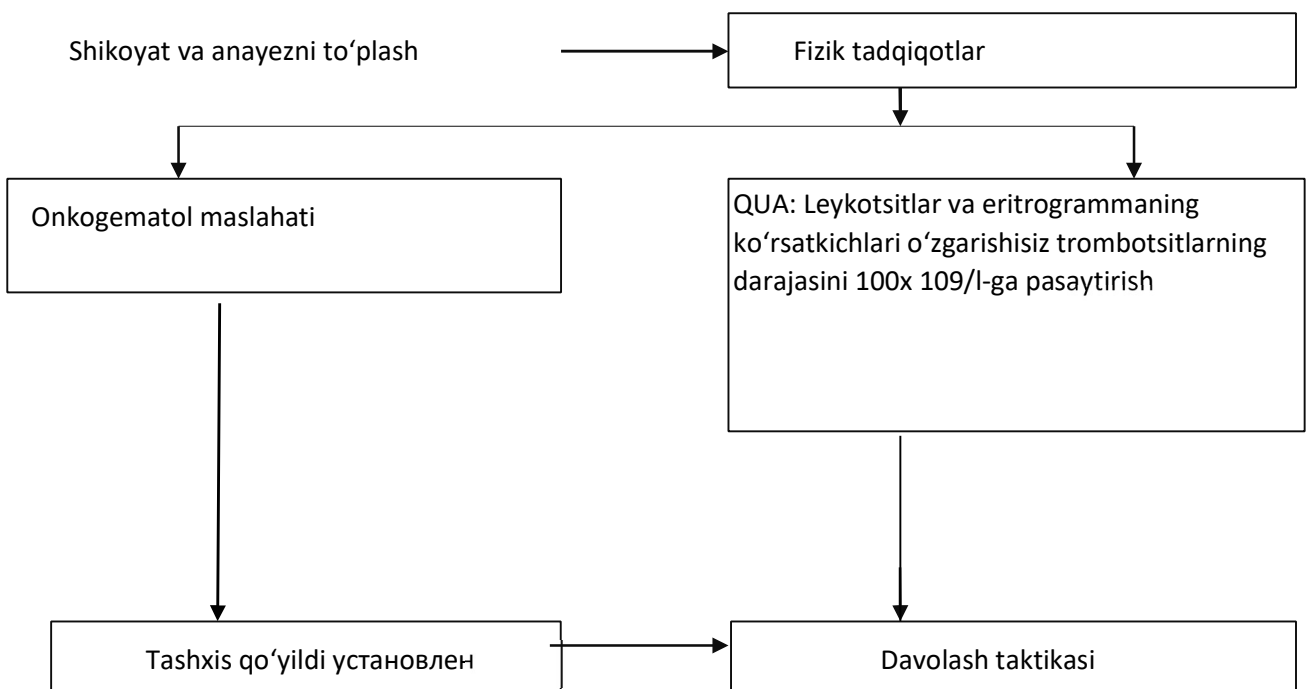
- petexiyalar va ko'karishlar joylashuvi va hajmi;
- og'iz mukozasida, kon'yuktivada qon ketishlar mavjudligi;
- tomoq orqasidan qon oqayotgani;
- yuz tuzilishining anomaliyalari (uchburchak yuz, kichik ko'zlar, epikantus, kichik yuz xususiyatlari) va oyoq-qo'llarning anomaliyalari (1-barmoq, olti barmoqli, sindaktilya, klinodaktilya);

2.3. Laboratoriya tadqiqotlari:

- Leykotsitlar sonini va trombositlar morfologiyasini qo'lda hisoblash bilan CBC - gemogrammada izolyatsiya qilingan trombositopeniya qayd etiladi - trombositlarning leykotsitlar va eritrotsitlar parametrlarini o'zgartirmasdan $100 \times 10^9 / l$ dan kam kamayishi. Ba'zi hollarda posthemoragik anemiya, qo'shma yuqumli kasallik bilan bog'liq leykogrammada o'zgarishlar, allergiya qayd qilinishi mumkin;
- Miyelogramma

- Biokimyoviy qon testlari
 - Koagulogramma
 - Qon guruhini aniqlash
 - Elishay, ICLAA va PCR yordamida virusli infeksiyalarni o'rganish
 - Bakteriologik kulturalar
 - NGS, PCR orqali genetik tadqiqotlar
 - Immunoglobulin darajasini aniqlash
- Instrumental tadqiqotlar: yo'q.**

2.4. Ambulatoriya darajasida diagnostika algoritmi:



DIFFERENTIAL TASHXIS.

jadval 2

Tsashxis	differentsial tashxislash uchun asoslashlar	Tekshiruvlar	Tashxis inkor qilish korsatkichlari
----------	---	--------------	-------------------------------------

TAR-asorat	Qon ketishiga olib keladigan megakaritsitlar va trombositlarning gipoplaziyasi va disfunktsiyasi va patologiyasi bilan tavsiflanadi.	Shikoyat va anamnezni yig'ish, fizik tadqiqot usuli.	Radial suyaklarning yo'qligi, megakarotsitlar va trombositlarning gipoplaziyasi va disfunktsiyasi bilan tug'ma anormalliklari xarakterlidir, bu qon ketishiga olib keladi. Kasal bo'lgan bolalarga ko'pincha tug'ma organ anormalliklari (ko'pincha yurak nuqsonlari) hamroh bo'
Aplastik anemiya	qon surtmalarida yakka trombositlar aniqlanguncha ko'pincha chuqur trombositopeniya ajratiladi	Leykoformulani hisoblagan holda OAK, retikulotsitlar. Miyelogramma, trepanobiopsiya	Suyak iligi aspiratida yadroli elementlar juda ozdir. Uyali elementlarning umumiy ulushi kamaygan. Y o suyaklarining trepanobiopsiya namunalari gistologik preparatlarida yog to'qimasini almashtirish bilan suyak iligi aplaziyasi ITP ni istisno qiladi. Temir miqdori normal yoki ko'tarilgan.
Miyelodisplastik asorat	Gemorragik asorat	Leykoformulani hisoblagan holda OAK, retikulotsitlar. Miyelogramma, trepanobiopsiya	MDSga dispoyez belgilari, suyak iligidagi portlashlarning ko'pligi, ITPni istisno qiladigan xromosoma aberratsiyalari xosdir.
Gemoblastozlar	pantsitopeniya, Gemorragik asorat	Leykoformulani hisoblagan holda OAK, retikulotsitlar. Miyelogramma, trepanobiopsiya	Suyak iligi oqim sitometriyasi, immunohistokimyoviy, gistologik tekshiruv natijalari ITPni istisno qiladi
Paroksizmal kechki gemoglobinuriya	Gemorragik asorat	OAK, qonning bioximik analizi, koagulogramma, OAM, IFT PNG-ga	PNG-ga gemosiderinuriya, gemoglobinuriya, bilirubin, LDH darajasining ko'payishi va haptoglobinning kamayishi yoki yo'qligi xosdir. Q ketishi kamdan-kam hollarda kuzatiladi, giperkoagulyativlik odatiy holdir (agregatsiya induktorlarini faollashtirish). IFT natijalariga ko'ra PNG kloni bo'lmasa, bekor qilinadi.
Megaloblastik anemii.	trombositopeniya	OAK+periferik qonning morfologiyasi, Miyelogramma, qonning bioximik analizi (tsiankobalamin i foliya kislotasi darajasi)	Megaloblastik anemiyalarga xos bo'lgan bilvosita belgilar - bu eritrotsitlarda gemoglobinning o'rtacha miqdorining ko'payishi, eritrotsitlarning o'rtacha hajmining ko'payishi, miyelogramma ma'lumotlariga ko'ra gemotopezning megaloblastik turi. ITP dan farqli o'laroq, megaloblastik anemiyada, trombositopeniyaga qaramay, gemorragik sindrom bo'lmaydi.
Trombotik trombositopeni purpura.	Gemorragik asorat	OAK; UZI OBP; Nevrologik	Nevrologik alomatlar, ko'p qon pıhtılarının shakllanishi, artikulyar

		maqomni baholash; bug'unlarni rentgen qilish.	sindrom, ko'pincha jigar va taloqning ko'payishi asosida chiqarib tashlanadi.
--	--	--	---

4. . DAVOLASHNING MAQSADLARI

Davolash taktikasida qaror qabul qilish uchun xalqaro ekspertlar guruhi tomonidan qon ketish o'lovini va terapiyaga yondashuv bo'yicha tavsiyalar ishlab chiqdilar [6]:

Qon ketishi/turmush sifati	Davolashga yondashuv
1-daraja. Minor qon ketishi, <100 petexiyalar va/yoki <5 mayda ko'karishlar (diametri <3 sm); shilliq pardalarda qon ketishining yo'qligi	Kuzatuv
2-daraja. Yengil qon ketishi. Ko'plab petexiyalar >100; va/yoki>5 katta ko'karishlar (diametri >3 sm); shilliq pardalarda qon ketishining yo'qligi	Kuzatuv yoki, ayrim mijozlarda membran yuarqarorlashtirilgan muolaja
3-daraja. Bir xilda qon ketishi. Shilliq pardalardagi qon ketishlar, «xavfli» turmush tarzi	Gemotogogning maslahati
4-daraja. Shilliq pardalardagi qon ketishlar yoki ichki qon ketishlarni gumonlash	Statsionar sharoitlarda barcha bemorlarni davolash

Dori bo'lmagan moddalarsiz davolash:

Tartib: II.III;

Parhez: № 11.

Dori-darmonlarni davolash

5.1. Medikamentoz davolanish.

Kasallanikning kuchkayishiga qarab davolash:

Prednizonning standart dozasini maksimal 14 kun davomida / 4 kun davomida oshirilgan dozani ishlatish

A. ITP muolajasi uchun birinchi darajali dorilar [6,9]:

Dorilar	Doza	Muolaja davomiyligi	UD, sharh
Prednizolon	0,25 mg/kg	21 kun	Grade A
	2 mg/kg	Borgan sari bekor qilish bilan 14 kun	
	60mg/m ²	21 kun	
	4 mg/kg	Borgan sari bekor qilish bilan 7 kun	
	4 mg/kg	4 kun	
Metilprednizolon	30 yoki 50 mg/kg	7 kun	Grade A
	20-30 mg/kg	2 –7 kun	
	30 mg/kg	3 kun	
VVIG	0.8-1 g/kg	1-2 kun	Grade A
	0.25 g/kg	Bir marotaba	
	0.4 g/kg	5 kun	
Anti-D	25 mkg/kg	2 kun	Grade A
	50-60 mkg/kg	Bir marotaba	
	75 mkg/kg	Bir marotaba	
Deksametazon	kuniga 20 - 40 mg/kg - dan	4 kun davomida muntazam (har oyda, 6 turkum)	Grade A

Kasallik kursi o'tkir davrda chidamli bo'lsa, tayinlash

- Sikloparin 3-5 mg/kg va
- Revolate 25-50 mg

Doimiy va surunkali ITP:

- glyukokortikoid terapiyasining sxemalari: metilprednizolonning yuqori dozalari vena ichiga 30 mg / kg x 3 kun, keyin 20 mg / kg x 4 kun;
- VVITni HITPda, operatsiyadan oldin, tish chiqarib olishda / jarohatlangan holatda ham ishlatish mumkin. CITP uchun IVITni qo'llash rejimlari birinchi marta paydo bo'lgan ITP bilan bir xil;
- IVITning tavsiya etilgan dozasi tana vazniga 0,8-1,0 g / kg tavsiya etiladi, so'ngra 48 soat ichida, agar birinchi kiritilgandan keyin trombositlar soni $20 \times 10^9 / L$ dan yuqori bo'lmasa takroriy yuboriladi.

B. Ikkinchi qator dori terapiyasi: Rituximab (UD-V):

- bitta doza: haftasiga 375 mg / m², kurs davomiyligi: 4 hafta (jami 4 ta qilinadi);

Ko'rsatkichlar:

- deksametazonning yuqori dozalariga javob bermasa;
- splenektomiyaga qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'lsa;
- ITPning takrorlanadigan va refrakter kechishi.

Siklosporin A:

- kuniga 2,5 - 3 mg / kg. Prednizolon (UD-B) bilan birgalikda

Siklofosfamid: kuniga bir marta 200 mg / m²; Ko'rsatkichlar:

- gormon terapiyasiga chidamli va / yoki splenektomiyadan so'ng bemorlarda;
- ikkilamchi ITP [5].

Mikofenolat mofetin: 20-40 mg / kg, kurs davomiyligi 30 kun.

Ko'rsatkichlar:

- antiproliferativ va immunosupressiv maqsadlarga ega bo'lgan ayrim bemorlarda.

C. Uchinchi qatorli dori terapiyasi: TPO retseptorlari agonistlari (UD-A):

- Eltrombopag 25-75 mg ichga haftasiga 1-10 mg / kg.

Alemtuzumab *:

- xTIP va refrakter ITP uchun muqobil terapiya.

NB! u bilan birga terapiya (antibakterial, antifungal, antiviral) fonida qo'llaniladi.

Trombokonsentrat transfuziyalarini qo'llash: Ko'rsatmalar:

- hayot uchun xavfli qon ketishining mavjudligi.

Trombokonsentrat ransfuziyasi har doim o'ziga xos ITP terapiyasini to'ldirishi kerak (IVIG va / yoki glyukokortikoidlar) va monoterapiya sifatida ishlatilmasligi kerak. Agar ITPda qon ketishining og'irligi trombosit konsentratini quyishni talab qiladigan darajada bo'lsa, har 6-8 soatdan har birida drobli quyish tavsiya etiladi. O'ta og'ir holatlarda "giperfraksion" qon quyish trombokonsentratning kichik dozalari bilan qo'llaniladi: har ikki soatda 1-2 dozadan (0,7-1,4x10¹¹). Qo'shimcha gemostatik terapiya sifatida etamsilat, antifibrinolitik preparatlar qo'llaniladi.

NV! Buyrak qon ketishida fibrinoliz ingibitorlar kiritilishi mumkin emas.

5.4. Jarrohlik aralashuvi.

Splenektomiya (UD-V)

https://meduniver.com/Medical/gematologia/lechenie_idiopaticheskoi_trombocitopenicheskoi_purpuri.htm

!

Aralashishuv o'tkazish uchun ko'rsatmalar:

- kasallikning 6 oydan ortiq davom etadigan takroriy, og‘ir kechishi;
- Haemophilus influenzae b + S turdagi. pneumoniae + N.Meningitidis bilan olindan o‘tkaziladigan emlashdan so‘ng 6 yoshdan oshgan mijozlarga.

Aralashuv o‘tkazishga qarshi ko‘rsatmalar:

- 6 yoshgacha bo‘lgan bolalar;
- birlamchi ITP.

Boshqa muolajalar: yo‘q.

Qo‘shimcha gemostatik terapiya:

- natriy etamsilat 12,5%, 10-15 mg / kg dozada;
- paraaminobenzoy kislota - traneksamik kislota: 12 yoshdan katta, 20-25 mg / kg dozada.

2) Mutaxassislar bilan maslahatlashish uchun ko‘rsatmalar:

- yuqumli kasallik bo‘yicha mutaxassis bilan maslahatlashish - agar yuqumli jarayonga shubha bo‘lsa;
- endokrinolog konsultatsiyasi – davolash jarayonida endokrin kasalliklar rivojlansa;
- akusher-ginekolog bilan maslahatlashish - metrorragiya, menorragiya, ;
- boshqa ixtisoslashgan mutaxassislar bilan maslahatlashish - ko‘rsatmalarga ko‘ra.

Reanimatsiya bo‘limiga o‘tkazish uchun ko‘rsatmalar:

- yo‘qligi/buzilgan ong (Glazgo shkalasi); 1-ilova
- o‘tkir yurak-qon tomir etishmovchiligi (yurak tezligi 60 dan kam yoki daqiqada 200 dan ortiq);
- o‘tkir nafas etishmovchiligi (DN 2 - 3 daraja, RR 50 dan ortiq, to‘yinganlikning 88% dan kamayishi, mexanik shamollatish zarurati);
- o‘tkir qon aylanishining buzilishi (shok holatlari);
- sistolik qon bosimi, 60 dan kam/180 dan ortiq (vazoaktiv dori-darmonlarni doimiy kiritishni talab qiladi);
- muhim metabolik buzilishlar (elektrolitlar, suv, oqsil, kislota-ishqor balansi, ketoatsidoz);
- hayotiy funktsiyalarning doimiy monitoringini talab qiluvchi intensiv kuzatish va intensiv farmakoterapiya;
- qon ivish va antikoagulyatsion tizimlarning buzilishi.

3) Davolash samaradorligi ko'rsatkichlari:

- davolash boshlanganidan 4 hafta o'tgach, trombositlar sonining $100 \times 10^9/l$ dan oshishi (ITP bilan og'rigan bemorlarning 75%).
- taloq olib tashlanganidan keyin - periferik qonda trombositlar darajasining oshishi.

4) Keyingi boshqaruv laboratoriya tadqiqotlari:

- Trombositlar sonini aniqlash va leykotsitlar formulasini qo'lda hisoblash (majburiy) bilan CBC kuzatuvning birinchi yilida oyiga bir marta o'tkaziladi. Keyinchalik, gematologik rasmning klinik holati va barqarorligiga qarab;
- vaqt o'tishi bilan qonning biokimyoviy tahlili, agar ko'rsatilsa, o'tkaziladi;
- OIV, gepatit B va C belgilarini serologik tekshirish kasalxonadan chiqqandan keyin 3 oy o'tgach va har bir qon maxsulotlarini quyishdan 3 oy o'tgach o'tkaziladi.

Agar klinik ko'rsatkichlar mavjud bo'lsa, instrumental tadqiqotlar o'tkaziladi.

Muhim dori-darmonlar ro'yxati (100% foydalanish ehtimoli bor)

3-jadval

Farmakoterapevtik guruh	Farmakoterapevtik guruh	Qo'llash tartibi	Dalillar darajasi
H02AB02 Glyukokortikoidlar	Deksametazon	planshetlar 0,5 mg eritma 4 mg/2 ml	V https://www.vidal.ru/drugs/atc/h02ab02
J06ba02 Immunoglobulinlar, oddiy odam	immunoglobulin inson Ig G	tomir ichiga yuborish uchun 10% 2 g/20 ml vena ichiga yuborish uchun 10% 5 g/50 ml	A https://www.vidal.ru/drugs/atc/j06ba02

L04AA0 selektivli immunodepressantlar	mikofenolat mofetil	kapsulalar 250 va 500 mg	S https://www.vidal.ru/drugs/atc/l04aa06
L01FA01 CD20 ingibitorlari (differenziatsiya klasterlari 20)	rituksimab	shishalar 10 ml / 100 mg shishalar 50 ml / 500 mg	V https://www.vidal.ru/drugs/atc/l01fa01
L04AD01 Kalsineurin inhibitörleri	siklosporin A	kapsulalar 25 mg, 50 mg, 100 mg	V https://www.vidal.ru/drugs/atc/l04ad01
B02BX05 Boshqa tizimli gemostatiklar	Eltrombopag	planshetlar 31,9 mg va 63,8 mg	A https://www.vidal.ru/drugs/atc/b02bx05
L04AA34 Selektiv immunosuppressantlar	Alemtuzumab (keyin QR ro'yxatdan o'tish)	infuziya uchun eritma 1 ml	A https://www.vidal.ru/drugs/atc/l04aa34
L01AA01 antitumor qarshi	Cyclophosphamid	Inyeksiya uchun eritma tayyorlash kukuni 200 mg, 500 mg N1 (shishalarda)	A https://www.cochrane.org/ru/CD005436/INFECTN_dopolnitelnoe-peroralnoe-vvedenie-cinka-dlya-lecheniya-diarei-u-detey
N02AV06 Glyukokortikosteroid	Prednizolon	Go'daklik va bolalikda kuniga 500 mg dan o'smirlik davrida kuniga 1000 mg	V https://www.jacionline.org/article/S0091-6749%2817%2930153-7/fulltext
J02AC03 Zamburug'a qarshi dori	Vorikonazol	2 dona. - konturli uyali qadoqlash (alyuminiy/PVX) (1) - karton paketlar.	V https://www.vidal.ru/drugs/atc/j02ac03
J02AA01 Zamburug'a qarshi dori	amfoterisin lipid kompleksi	tomir ichiga yuborish uchun 50 mg	V https://www.vidal.ru/drugs/atc/j02aa01
J02AX05 Zamburug'a qarshi dori	mikafungin	100 mg shishalar	V https://www.vidal.ru/drugs/atc/j02ax05
J02AS01 Zamburug'a qarshi dori	flukonazol	vena ichiga yuborish uchun	V https://www.vidal.ru/drugs/atc/j02ac01

		eritma, 50 ml, 2 mg/ml; kapsulalar 150 mg	
J02AX04 Zamburug'a qarshi dori	kaspofungin	vena ichiga yuborish uchun eritma tayyorlash uchun liyofilizat 50 mg	V https://www.vidal.ru/drugs/atc/j02ax04
J02AS03 Zamburug'a qarshi dori	itrakonazol	kapsulalar 100 mg	V https://www.vidal.ru/drugs/atc/j02ac02
J01FA10 Makrolidlar guruhining antibiotiki - azalid	azitromitsin	abletka/kapsula, 500 mg, tayyorlash uchun liyofillangan kukun tomir ichiga yuborish uchun eritma, 500 mg;	V https://www.vidal.ru/drugs/atc/j01fa10
J01DH02 Karbapenemlar guruhining antibiotiklari	Meropenem	1 gramm shishalar	V https://www.vidal.ru/drugs/atc/j01dh02
J01CR05 Beta-laktamaza inhibitori bilan keng spektrli penitsillin antibiotik	piperatsillin/tazobaktam	vena ichiga yuborish uchun in'ektsiya eritmasini tayyorlash uchun kukun 4,5 g	V https://www.vidal.ru/drugs/atc/j01cr05
J01DE01 IV avlod sefalosporinlari	Sefepim	1 gramm shishalar	V https://www.vidal.ru/drugs/atc/j01de01
J01XX08 Oksazolidinon guruhining antibiotiki	linezolid	600 mg eritmasi bo'lgan idishlar	V https://www.vidal.ru/drugs/atc/j01xx08
J01DD02 Uchinchi avlod sefalosporinlari	Seftazidim	vena ichiga yuborish uchun in'ektsiya eritmasini tayyorlash uchun kukun 1000 mg	V https://www.vidal.ru/drugs/atc/j01dd02
J01GB06 Boshqa aminoglikozidlar	amikasin	in'ektsiya eritmasi 500 mg/2 ml, tomir	V https://www.vidal.ru/drugs/atc/j01cr02

		ichiga yuborish uchun	
J01DD04 Uchinchi avlod sefalosporinlari	Seftriakson	vena ichiga yuborish uchun in'ektsiya eritmasini tayyorlash uchun liyofillangan kukun 250 mg	V https://www.vidal.ru/drugs/atc/j01dd04
J01DH51 Karbapenemlar	imipenem, silastatin	vena ichiga yuborish uchun eritma tayyorlash kukuni 500 mg	V https://www.vidal.ru/drugs/atc/j01dh51
J01XA01 Glikopeptid tuzilishiga ega antibiotiklar	vankomitsin	vena ichiga yuborish uchun in'ektsiya eritmasini tayyorlash uchun kukun 500 mg	V https://www.vidal.ru/drugs/atc/j01xa01
J01DE01 To'rtinchi avlod sefalosporinlari	Sefepim	in'ektsiya eritmasini tayyorlash uchun kukun 1000 mg, tomir ichiga yuborish uchun	V https://www.vidal.ru/drugs/atc/j01de01
J01MA02 Ftorxinolonlar	Siprofloksatsin	vena ichiga yuborish uchun in'ektsiya eritmasi 100 mg / 10 ml	S https://www.vidal.ru/drugs/atc/j01ma02
J01GB07 Boshqa aminoglikozidlar	netilmitsin (QR ro'yxatdan o'tgandan keyin)	in'ektsiya eritmasi 50 mg, tomir ichiga yuborish uchun 2 ml	V https://www.vidal.ru/drugs/atc/j#J01GB
J01CR02 Penitsillin birikmalari	Amoksitsillin + klavulan kislotasi	plyonka bilan qoplangan tabletka, 500 mg/125 mg, og'iz orqali yuborish uchun suspenziya uchun kukun 135 mg/5 ml, tomir ichiga va mushak	A https://www.vidal.ru/drugs/atc/j01cr02

		ichiga yuborish uchun eritma tayyorlash uchun kukun 600 mg	
J01DD62 Uchinchi avlod sefalosporinlari	sefoperazon + sulbaktam (QR ro'yxatdan o'tgandan keyin)	vena ichiga yuborish uchun 2000 mg eritma tayyorlash uchun kukun	S https://www.vidal.ru/drugs/atc/j01dd62
J01CR03 Penitsillin birikmalari, shu jumladan beta-laktamaza inhibitörleri	tikarsillin natriy tuzi + klavulan kislotasi	Vena ichiga yuborish uchun eritma tayyorlash uchun 3,2 g liyofillangan kukun. 3 g ticarcin / 200 mg klavulan kislotasi	V https://www.lsgeotar.ru/pharma_mnn/2702.html
J01GB03 Boshqa aminoglikozidlar	Gentamitsin	vena ichiga yuborish uchun eritma 80 mg	V https://www.vidal.ru/drugs/atc/j01gb03
J01XD01 Imidazol hosilalari	Metronidazol	tabletk, 250 mg, infuzion eritma 0,5% 100 ml, tish geli 20 g	V https://www.vidal.ru/drugs/atc/j01xd01
J01MA12 Ftorxinolonlar	Levofloksatsin	infuzion eritma 500 mg/100 ml, tabletk 500 mg	S https://www.vidal.ru/drugs/atc/j01ma12
J01MA14 Ftorxinolonlar	Moksifloksatsin	tabletk 400 mg, infuzion eritma 400 mg/250 ml	V https://www.vidal.ru/drugs/atc/j01ma14
J01MA01 Ftorxinolonlar	Ofloksatsin	tabletk 400 mg, infuzion eritma 200 mg/100 ml	S https://www.vidal.ru/drugs/atc/j01ma01
J01DH03 Carbopenem	Ertapenem	liyofilizat, tomir ichiga va mushak ichiga yuborish uchun eritma tayyorlash uchun 1 g	V https://www.vidal.ru/drugs/atc/j01dh03
J05AB01 Nukleozidlar va nukleotidlar, teskari transkriptaza inhibitörleri bundan mustasno	asiklovir	tashqi foydalanish uchun krem, 5% - 5,0, tabletk - 200 mg, infuzion	V https://www.vidal.ru/drugs/atc/j05ab01

		eritma uchun kukun, 250 mg	
J05AB14 Nukleozidlar va nukleotidlar, teskari transkriptaza inhibitörleri bundan mustasno	valgantsiklovir	tabletkalar, 450 mg	S https://www.vidal.ru/drugs/atc/j05ab14
J05AB06 Nukleozidlar va nukleotidlar, teskari transkriptaza inhibitörleri bundan mustasno	gansiklovir	infuziya uchun eritma tayyorlash uchun liyofilizat 500 mg;	S https://www.vidal.ru/drugs/atc/j05ab06
J01EE01 Sulfanilamidlar va trimetoprimning kombinatsiyalangan preparatlari, shu jumladan lotinlar	sulfametoksazol/trimetoprim	infuzion eritma uchun konsentrat (80mg+16mg)/ml, 5 ml, tabletkalar 240 va 480 mg	V https://www.vidal.ru/drugs/atc/j01ee01
A04AA01 Serotonin 5HT3 retseptorlari blokerlari	ondansetron	in'ektsiya eritmasi 8 mg/4 ml	V https://www.vidal.ru/drugs/atc/a04aa01
B05AA01 Qon o'rnini bosuvchi moddalar va qon plazmasi preparatlari	albumin	infuziya uchun eritma 10%, 100 ml; infuzion eritma 20% 100 ml	V https://www.vidal.ru/drugs/atc/b05aa01
V07AB Boshqa dorivor bo'lmagan mahsulotlar	in'ektsiya uchun suv	in'ektsiya eritmasi 5 ml	V https://www.vidal.ru/drugs/atc/v07ab
B05BA03 Parenteral oziqlantirish uchun yechimlar	dekstroza	infuzion eritma 5% - 250 ml, 5% - 500 ml; 40% - 10 ml, 40% - 20 ml	V https://www.vidal.ru/drugs/atc/b05ba03
B05XA01 Elektrolit eritmalari	kaliy xlorid	vena ichiga yuborish uchun eritma 40 mg/ml, 10 ml	V https://www.vidal.ru/drugs/atc/b05xa01
A12AA03 Kaltsiy preparatlari	kaltsiy glyukonat	in'ektsiya eritmasi 10%, 5 ml	V https://www.vidal.ru/drugs/atc/a12aa03
B05XA07 Elektrolit eritmalari	kaltsiy xlorid	in'ektsiya eritmasi 10% 5 ml	V https://www.vidal.ru/drugs/atc/b05xa07

B05XA05 Elektrolit eritmalari	magniy sulfat	in'ektsiya eritmasi 25% 5 ml	V https://www.vidal.ru/drugs/atc/b05xa05
B05BC01 Osmodiuretik ta'sirga ega eritmalar	mannitol	in'ektsiya eritmasi 15% - 200,0 mannitol	V https://www.vidal.ru/drugs/atc/b05bc01
B05BB01 Suv-elektrolitlar balansiga ta'sir qiluvchi eritmalar	natriy xlorid	infuzion eritma 0,9% 500ml, infuzion eritma 0,9% 250ml	V https://www.vidal.ru/drugs/atc/b05bb01
B05CB04 Tuzli eritma	natriy bikarbonat natriy asetat	infuziya uchun eritma 400 ml	V https://www.vidal.ru/drugs/atc/b05cb04
V05VA10 Parenteral oziqlantirish uchun kombinatsiyalangan preparat	L-alanin, L-arginin, glisin, L-histidin, L-solösın, L-leysin, L-lizin gidroxloridi, L-metionin, L-fenilalanin, L-prolin, L-serin, L-treonin, L-triptofan, L-tirozin, L-valin,	inf. uchun emulsiya: uch kamerali idishlar 2 l	V https://monitoring-crm.ru/zakupka/52015691
standart - xun tolasisiz muvozanatli enteral ovqatlanish	nutrikomp	Idishlarda 500 ml	S https://nutricomp.kz/product/nutrikomp-standart/
B02BC07 Mahalliy gemostatik vositalar	gemostatik shimgich	hajmi 7*5*1, 8*3	V https://www.vidal.ru/drugs/atc/b02bc07
C07AB03 Selektiv beta blokatorlar	atenolol	tabletkalar 25 mg	V https://www.vidal.ru/drugs/atc/c07ab03
C01BD01 III sinf antiaritmik dorilar	amiodaron	in'ektsiya uchun eritma, 150 mg/3 ml	V https://www.vidal.ru/drugs/atc/c01bd01
M03AC04 Boshqa to'rtlamchi ammoniy birikmalari	atrakurium besilat	in'ektsiya eritmasi, 25 mg/2,5 ml	V https://www.vidal.ru/drugs/atc/m03ac04
A03BA01 Belladonna alkaloidlari, uchinchi darajali aminlar	atropin	in'ektsiya uchun eritma, 1 mg/ml	V https://www.vidal.ru/drugs/atc/a03ba01

0100 Antiepileptik dorilar	Diazepam	mushak ichiga va tomir ichiga yuborish uchun eritma 5 mg / ml 2 ml	V https://www.rlsnet.ru/pha rm-groups/anksiolitiki-109
C01CA07 Adrenerjik va dopaminerjik dorilar	dobutamin (QR ro'yxatdan o'tgandan keyin)	in'ektsiya eritmasi 250 mg/50,0 ml	V https://www.vidal.ru/drug s/atc/c01ca07
C01CA04 Adrenerjik va dopaminerjik dorilar	dofamin	in'ektsiya eritmasini tayyorlash uchun eritma/kontsentratsiya 4%, 5 ml	https://www.vidal.ru/drug s/atc/c01ca07
N01AX03 Umumiy behushlik uchun boshqa preparatlar	ketamin	in'ektsiya eritmasi 500 mg/10 ml	V https://www.vidal.ru/drug s/atc/n02aa01
N02AA01 Tabiiy opiy alkaloidlari	morfin	in'ektsiya eritmasi 1% 1 ml	V https://www.vidal.ru/drug s/atc/n02aa01
C01CA03 Adrenerjik va dopaminerjik dorilar	norepinefrin	in'ektsiya eritmasi 20 mg/ml 4.0	V https://www.vidal.ru/drug s/atc/c01ca03
M03AC09 Boshqa to'rtlamchi ammoniy birikmalari	rokuronium bromid	vena ichiga yuborish uchun eritma 10 mg/ml, 5 ml	V https://www.vidal.ru/drug s/atc/m03ac09
N01AF03 Barbituratlar	natriy tiopental	vena ichiga yuborish uchun eritma tayyorlash uchun kukun 500 mg	V https://www.vidal.ru/drug s/atc/n01af03
S01FB01 Simptomimetiklar, antiglaukoma preparatlaridan tashqari	Fenilefrin	in'ektsiya eritmasi 1% 1 ml	V https://www.vidal.ru/drug s/atc/s01fb01
N03AA02 Barbituratlar va ularning hosilalari	fenobarbital	tabletkalar 100 mg	V https://www.vidal.ru/drug s/atc/n03aa02
C01CA24 Adrenerjik va dopaminerjik dorilar	epinefrin	in'ektsiya eritmasi 0,18% 1 ml	V https://www.vidal.ru/drug s/atc/c01ca24
A02BC01 Proton pompasi inhibitörleri	omeprazol (profilaktika)	dlya priema vnutr 20mg	V https://www.vidal.ru/drug s/atc/a02bc01

	yaraga qarshi terapiya)		
A09AA02 Ferment preparatlari	Pankreatin (gastrit uchun, ovqat hazm qilishni yaxshilaydi gormon terapiyasi bilan)	10000 ME	V https://www.vidal.ru/drugs/atc/a09aa02
C09AA01 APF inhibitörleri	kaptopril (qon bosimi ortishi bilan)	og'iz orqali yuborish uchun tabletka 12,5 mg	V https://www.vidal.ru/drugs/atc/c09aa01
N02BE01 Anilidlar	paratsetamol (isitma tushuruvchi)	og'iz orqali yuborish uchun tabletka 200 mg	V https://www.vidal.ru/drugs/atc/n02be01
B02BX01 Boshqa tizimli gemostatiklar	Natriy etamsilat (qon ketish uchun)	og'iz orqali yuborish uchun tomir ichiga yuborish uchun 2 ml	V https://www.vidal.ru/drugs/atc/b02bx01

IMMUN TROMBOSITOPENIK PYRPURA” NOZOLOGIYASINING TIBBIY ARALASHUVLARI BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLI

Diagnostika va davolash usullari, yondashuvlari, protseduralari

Sternal punksiya.

1) protsedura yoki aralashuvning maqsadi:

- tashxisni aniqlashtirish yoki rad etish maqsadida;
- terapiya samaradorligini nazorat qilish maqsadida;
- kasallikning remissiyasi yoki qaytalanishini aniqlash uchun;

2) Amaliyot yoki aralashuvga qarshi ko'rsatmalar:

- trombositlar sonining pastligi $10-20 \times 10^9/l$ dan kam;
- og'ir qon ketishining buzilishi;
- sternal punksiya yagona diagnostika usuli bo'lmagan hollarda keksa yosh;
- terining taxminiy teshilishi joyida o'tkir yallig'lanish va yuqumli shikastlanishlar;
- dekompensatsiya bosqichidagi og'ir hamrox kasalliklar (punksiyaning maqsadga muvofiqligi masalasi individual ravishda hal qilinadi).

3) protsedura yoki aralashuv uchun ko'rsatmalar:

- malign qon kasalligiga shubha;
- qon kasalligining bosqichini aniqlash;
- uzoq muddatli, yomon davolanadigan anemiya;
- og'ir trombositopeniya, qon ivish tizimidagi buzilishlar yoki gemostaz kasalliklari mavjudligi;
- qon saratoni va boshqa qon kasalliklari uchun kimyoterapiya sifatini nazorat qilish;
- qon kasalligini davolashdan keyin remissiyani tasdiqlash zarurati;
- gormonlar bilan uzoq muddatli davolash paytida nojo'ya ta'sirlarni tashxislash;
- radiatsiya terapiyasidan so'ng, qon tahlilida bemorda mavjud bo'lgan kasallikning klinik ko'rinishiga mos kelmaydigan tushunarsiz o'zgarishlar qayd etilgan har qanday holatda.

4) protsedura yoki aralashuvni amalga oshiruvchi mutaxassisga qo'yiladigan talablar:

Sternal punksiya gematolog tomonidan amalga oshiriladi.

- Bemorga protsedura haqida: barcha turdagi xavf va asoratlarni tushuntirish;
- Protsedura uchun barcha kerakli asboblarni tayyorlash: anestetiklar - lidokain, novokain; Kassirskiy ignasi; slaydlar va/yoki probirkalar;

5) Amaliyot yoki aralashuvga tayyorgarlik ko'rishda asosiy va qo'shimcha diagnostika tadbirlari ro'yxati:

- Klinik qon tekshiruvi;

-Koagulogramma (APTT, Protrombin (Kvik bo'yicha, %da), INR, protrombin vaqti, fibrinogen, XII-a bog'liq fibrinoliz, Antitrombin III, protein C yoki protein C tizimining antikoagulyant potentsialini o'rganish).

6) Amaliyot yoki aralashuvga qo'yiladigan talablar:

- Punksiya davolash xonasida, steril sharoitda amalga oshiriladi;
- Bir martalik steril ignalar;
- Og'riqni yo'qotish - 2 ml 2% lidokain bilan;
- Shpritslar;
- Steril bog'ichlar;
- Slaydlar va probirkalar.

7) Bemorni tayyorlashga qo'yiladigan talablar:

Ushbu protsedura maxsus tayyorgarlikni talab qilmaydi. Bemor bir kun oldin va punksiya kunida oddiy dietaga rioya qiladi. Punksiya ovqatdan keyin ikki-uch soat o'tgach amalga oshiriladi. Sog'liq uchun zarur bo'lganlardan tashqari barcha dori-darmonlar bekor qilinadi. Shuningdek, geparinni o'z ichiga olgan dori-darmonlarni to'xtatish kerak. Protsedura kunida boshqa diagnostika yoki jarrohlik muolajalarni o'tkazish taqiqlanadi. Protsedura oldidan siydik pufagi va ichakni bo'shatish tavsiya etiladi.

Punksiya davolash xonasida, steril sharoitda, bir martalik steril ignalar yordamida amalga oshiriladi. Odatda sternum (o'rta chiziq, ikkinchi interkostal bo'shliq) punksiya uchun ishlatiladi. Agar qorin bo'shlig'ida operatsiyalar bo'lgan bo'lsa yoki punksiya joyida yara qolishini istamasangiz (estetik), u holda punksiya yuqori yonbosh suyagi qanotidan amalga oshirilishi mumkin.

Operatsiya yuzasi spirt bilan ishlanadi, og'riqni yo'qotish uchun 2 ml 2% lidokain ishlatiladi, so'ngra tez burama harakat bilan shifokor sternumga suyak iligiga o'tadi ("bo'shliq"). Keyinchalik, "aspiratsiya" jarayoni sodir bo'ladi: suyak iligining suyuq qismini shprits bilan igna orqali "tortish". Yetarli miqdordagi materialni olgandan so'ng, igna tezda chiqariladi, steril bog'ich qo'llaniladi, punksiya joyi mahkam bosiladi va 10 daqiqa davomida muz beriladi.

Suyak iligining suyuq qismi ko'plab tadqiqotlar uchun ishlatilishi mumkin: nafaqat morfologiya, balki molekulyar va genetik tadqiqotlar uchun han, buning uchun suyak iligi qo'shimcha ravishda probirkada to'planadi.

Morfologik tadqiq qilish uchun shifokor suyuqlik qismini slaydlarga surtadi, ularni "quritishga" qo'yadi, laboratoriyaga topshirish uchun belgilab qo'yadi. Agar probirkalar kerak bo'lsa, suyak iligi EDTA yoki lityum geparinli probirkalarda tayyorlanadi.

8) protsedura yoki aralashuv samaradorligining ko'rsatkichlari:

Suyak iligi aspiratini yetarli darajada olish.

Suyak iligi trepanobiopsiyasi

1) protsedura yoki aralashuvning maqsadi:

- tashxisni aniqlashtirish yoki rad etish maqsadida;
- terapiya samaradorligini nazorat qilish maqsadida;
- kasallikning remissiyasi yoki qaytalanishini aniqlash uchun;
- immunogistokimyo usuli yordamida materialni kasalliklarni ko'rsatishi mumkin bo'lgan turli markerlarga bo'yash mumkin (leykemiya, limfoma, miyelofibroz, surunkali miyeloproliferativ kasalliklar (CMPD), miyelodisplastik sindrom, aplastik anemiya va boshqalar).

2) protsedura yoki aralashuvga qarshi ko'rsatmalar:

- trombositlar sonining pastligi $10-20 \times 10^9/l$ dan kam;
- og'ir qon ketishining buzilishi;
- sternal punksiya yagona diagnostika usuli bo'lmagan hollarda keksa yosh;
- terining taxminiy teshilishi joyida o'tkir yallig'lanish va yuqumli shikastlanishlar;
- dekompensatsiya bosqichidagi og'ir hamrox kasalliklar (punksiyaning maqsadga muvofiqligi masalasi individual ravishda hal qilinadi).

3) Amaliyot yoki aralashuv uchun ko'rsatmalar:

- malign qon kasalligiga shubha;
- qon kasalligining bosqichini aniqlash;
- uzoq muddatli, yomon davolanadigan anemiya;
- og'ir trombositopeniya, qon ivish tizimidagi buzilishlar yoki gemostaz kasalliklari mavjudligi;
- qon saratoni va boshqa qon kasalliklari uchun kimyoterapiya sifatini nazorat qilish;
- qon kasalligini davolashdan keyin remissiyani tasdiqlash zarurati;
- gormonlar bilan uzoq muddatli davolash paytida nojo'ya ta'sirlarni tashxislash;
- radiatsiya terapiyasidan so'ng, qon tahlilida bemorda mavjud bo'lgan kasallikning klinik ko'rinishiga mos kelmaydigan tushunarsiz o'zgarishlar qayd etilgan har qanday holatda.

4) Amaliyot yoki aralashuvni amalga oshiruvchi mutaxassisga qo'yiladigan talablar:

Ushbu protsedura gematolog tomonidan amalga oshiriladi.

- Bemorga protsedura haqida: barcha turdagi xavf va asoratlarni tushuntirish;
- Protsedura uchun barcha kerakli asboblarni tayyorlash: anestetiklar - lidokain, novokain; Kassirskiy ignasi; slaydlar va/yoki probirkalar;

5) Amaliyot yoki aralashuvga tayyorgarlik ko'rishda asosiy va qo'shimcha diagnostika tadbirlari ro'yxati:

- Klinik qon tekshiruvi;
- Koagulogramma (APTT, Protrombin (Kvik bo'yicha, %da), INR, protrombin vaqti, fibrinogen, XII-a bog'liq fibrinoliz, Antitrombin III, protein C yoki protein C tizimining antikoagulyant potentsialini o'rganish).

6) Amaliyot yoki aralashuvni amalga oshirish uchun talablar: protsedura yoki aralashuvni amalga oshirish shartlarini tavsiflaydi:

- Punksiya davolash xonasida, steril sharoitda amalga oshiriladi;
- Bir martalik steril ignalar;
- Og'riqni yo'qotish - 2 ml 2% lidokain bilan;
- Shpritslar;
- Steril bog'ichlar;
- Slaydlar va probirkalar.

7) Bemorni tayyorlashga qo'yiladigan talablar:

Ushbu protsedura maxsus tayyorgarlikni talab qilmaydi. Bemor bir kun oldin va punksiya kunida oddiy dietaga rioya qiladi. Punksiya ovqatdan keyin ikki-uch soat o'tgach amalga oshiriladi. Sog'liq uchun zarur bo'lganlardan tashqari barcha dori-darmonlar bekor qilinadi. Shuningdek, antiplatelet agentlari va antikoagulyantlarni o'z ichiga olgan dori-darmonlarni to'xtatish kerak. Protsedura kunida boshqa diagnostika yoki jarrohlik muolajalarni o'tkazish taqiqlanadi. Protsedura oldidan siydik pufagi va ichakni bo'shatish tavsiya etiladi.

Manipulyatsiya davolash xonasida steril sharoitda, bemor oshqozonida yotgan holda amalga oshiriladi. Shifokor jarrohlik maydonini tayyorlaydi, orqa yuqori yonbosh umurtqasining qanotini 4 ml lidokain bilan behushlik qiladi va suyak iligining "ustunini" yig'ib, maxsus asbob yordamida "burama" harakatlar bilan suyakni "o'tishni" boshlaydi.

Odatda, tadqiqot uchun 2-3 sm material kerak bo'ladi va agar bemor protseduraga yaxshi toqat qilsa, u holda panjara 5-6 sm gacha cho'zilishi mumkin. Materialni olgandan so'ng, shifokor ignani "tortib oladi,, steril bog'ichni qo'llaydi va punksiya joyini mahkam bosib, unga tanasining og'irligini bosadi. Kichkina qon ketish bo'lsa, gemostatik shimgichni qo'llaniladi va 10-15 daqiqa davomida muz beriladi.

Yig'ishning natijasi - suyak iligining "ustunini,, o'z ichiga olgan fiziologik eritmasi bo'lgan probirka.

Ushbu probirkani laboratoriyaga tekshirish uchun o'sha kuni olib borish kerak.**8) protsedura yoki aralashuv samaradorligining ko'rsatkichlari:**

Suyak iligi aspiratini yetarli darajada olish.

5.4. Jarrohlik aralashuvi.

Splenektomiya (UD-V)

https://meduniver.com/Medical/gematologia/lechenie_idiopaticheskoi_trombocitopenicheskoi_purpuri.html
!

Aralashishuv o'tkazish uchun ko'rsatmalar:

- kasallikning 6 oydan ortiq davom etadigan takroriy, og'ir kechishi;
- Haemophilus influenzae b + S turdagi. pneumoniae + N.Meningitidis bilan olindan o'tkaziladigan emlashdan so'ng 6 yoshdan oshgan mijozlarga.

Aralashuv o'tkazishga qarshi ko'rsatmalar:

- 6 yoshgacha bo'lgan bolalar;
- birlamchi ITP.

Boshqa muolajalar: yo'q.

Qo'shimcha gemostatik terapiya:

- natriy etamsilat 12,5%, 10-15 mg / kg dozada;
- paraaminobenzoy kislota - traneksamik kislota: 12 yoshdan katta, 20-25 mg / kg dozada.

**“IMMUN TROMBOSIYOPENIK PURPURA”
NOZOLOGIYASINING PROFILAKTIKA VA
REABILITATSIYASI BO‘YICHA MILLIY
KLINIK PROTOKOLI**

Reabilitatsiya VA DISPENSERIZATSIYA

Reabilitatsiya talab qilinmaydi.

Dispanser kuzatuv:

Bemorni yashash joyidagi pediatrga (gematologga) o'tkazish shartlari.

- bemor to'liq/qisman remissiya mavjud bo'lganda tavsiyalar bilan yashash joyi bo'yicha kuzatuvga o'tkaziladi;
- bemorni birinchi yilda 2-4 haftada bir marta, keyin klinik holati va gematologik dinamikasiga qarab, lekin kamida 3 oyda bir marta tekshirish chastotasi;

Laboratoriya tadqiqotlari:

- leykotsitlar formulasini majburiy qo'lda sanash va retikulotsitlarni aniqlash bilan umumiy klinik qon tekshiruvi kuzatuvning birinchi yilida oyiga bir marta, so'ngra klinik holat va gematologik ko'rinishning barqarorligiga qarab, lekin kamida har 3 marta o'tkaziladi. oylar;
- biokimyoviy qon tekshiruvi, shu jumladan diagnostika paytida aniqlangan barcha moddalar, profilaktika terapiyasi tugagunga qadar, siklosporin A qabul qilishda oyiga bir marta, keyin esa - har 3-6 oyda bir marta;
- Suyak iligining muntazam ponksiyonlari tavsiya etilmaydi va faqat kasallikning qaytalanishi/miyelodisplastik sindromga/o'tkir miyeloid leykemiya evolyutsiyasiga shubha bo'lgan taqdirdagina amalga oshiriladi;
- gemoliz belgilarining paydo bo'lishi (retikulotsitoz, bilirubin va LDH faolligining oshishi) va trombositlar va granulotsitlar avlodidan gematologik javobni saqlab turganda gemoglobin darajasining pasayishi paroksizmal gemoglobinuriya sindromining rivojlanishini ko'rsatadi va periferik leykotsitlarni aniqlash uchun immunofenotiplashni talab qiladi. PNH bilan bog'liq belgilarning ifoda darajasi.
- instrumental tadqiqotlar - agar klinik ko'rsatma bo'lsa;
- tor mutaxassislar bilan maslahatlashish - ko'rsatkichlar bo'yicha;

Emlash:

- Qizamiq, qizilcha va paratitga (MMP) qarshi emlanganidan keyin 6 hafta ichida ITP rivojlansa, agar vaksinaning birinchi dozasidan keyin yuqoridagi infeksiyalarga qarshi antikorlarning terapevtik titriga erishilmasa, MMP bilan keyingi emlash amalga oshirilishi kerak. Shunday qilib, emlash to'g'risida qaror qabul qilish uchun emlashdan keyingi antikorlarning titrini aniqlash kerak. Boshqa emlashlar va tuberkulin tekshiruvi ITPdan bir yil o'tgach davom ettirilishi mumkin.

Ijtimoiy va psixologik reabilitatsiya:

- Uyushtirilgan jamoada ishlash imkoniyati.
- epidemiologik vaziyat (gripp karantini va boshqalar) va bemorning klinik va laboratoriya holati (gemoglobin, trombositlar miqdori kamayishi bilan) bilan cheklangan.
- jismoniy faollik va sport;

**“IMMUN TROMBOSITOPENIK PURPURA”
NOZOLOGIYASINING PALLIATIV
DAVOSI BO‘YICHA MILLIY KLINIK
PROTOKOLI**

PALLIATIV YORDAM USULLARI, YONDASHUVLARI VA PROTSEDURALARI:

Dori darmonsiz davolash:

Bemorning ahvoli og'irligi bo'yicha rejimlar:

- I-qattiq to'shak;
- II-to'shak;
- III-palata (yarim yotoq);
- IV-bepul (umumiy).

Diyet: 11-jadval, 1b-jadval, 5P-jadval (achchiq, yog'li, qovurilgan idishlar bundan mustasno, shu bilan birga, yoshga bog'liq me'yorlarga nisbatan bir yarim oqsilli yuqori kaloriyali parhez, boyitilgan, minerallarga boy; glyukokortikoidlarni buyurganda, parhez ko'plab kaliy va kaltsiy tuzlarini o'z ichiga olgan mahsulotlar bilan boyitilgan.

3) *Dori-darmonlarni davolash:*

4) *Anoreksiya/kaxeksiya uchun palliativ yordam*

- 5) Gastrostaz va erta to'yinganlik uchun-prokinetika: metoklopramid og'iz orqali, i/m yoki IV (tug'ilishdan 12 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun kuniga 2-3 marta 0,1 mg/kg; 12 yoshdan oshgan bolalar uchun tana vazni 60 kg gacha, kuniga 5 mg*3 marta; bolalar uchun 12 yoshdan katta, tana vazni 60 kg dan ortiq, kuniga 10 mg*3 marta).
- 6) Prekaxeksiya yoki kaxeksiya bilan anoreksiya uchun-kuniga 5-15 mg metilprednizolon yoki kuniga 2-4 mg deksametazon, 5-7 kunlik og'iz orqali.
- 7) "Palliativ bemorlarda" enteral ovqatlanish.
- 8) Bolalardagi asosiy energiya talabi yoshga bog'liq: 0-6 oy. Kuniga 115 kkal / kg, 7-12 oydan. 105 kkal/kg/kun, 1-3 yoshdan 100 kkal/kg/kun, 4-10 yoshdan 85 kkal/kg/kun, 11-14 yoshdan 60 kkal/kg/kun o'g'il bolalar uchun va 48-50 kkal/kg/kun qizlar uchun, 15-18 yosh 42 kkal/kg/kun (o'g'il bolalar uchun), Kuniga 38 kkal/kg (qizlar uchun), oqsillarga "normal" ehtiyoj 0,6-1,5 g/kg/kun, yog'larga bo'lgan ehtiyoj 2-4 g/kg/kun (umumiy rang berishning 35-50%), uglevodlarga bo'lgan ehtiyoj 2-7 g/kg/kun (umumiy kaloriya miqdorining 40-60%). Ratsionni hisoblash shifokor tomonidan amalga oshiriladi.

Yotoq yaralari, parchalanadigan tashqi o'smalar uchun palliativ yordam.

Sabablari: harakatsizlik, metabolizmning katabolik yo'nalishi, terining matsratsiya va yaralarga nisbatan zaifligi.

Yotoq yaralarining oldini olish:

maxsus matraslar;

yotgan bemorni harakatlantirish uchun uskunalar va moslamalar (liftlar yoki maxsus kamarlar);

teri shikastlanishining oldini olish (kiyimni ehtiyotkorlik bilan olib tashlang va hokazo);

Sabablarni chaqiruvchi omillarni yo'q qilish (steroidlarni kamaytirish yoki olib tashlash, ovqatlanishni optimallashtirish);

kiyinish paytida og'riq sindromining oldini olish;

bolaga mos keladigan kosmetik bandajlar, bandajni qo'llash va olib tashlash vaqtini hujjatlashtirish.

Yomon hidli xavfli o'smalarning parchalanishi bilan-hidni yo'qotish uchun mahalliy faol uglerod, najas va siydik yo'llari, metronidazol mahalliy, asal va shakar mahalliy; xona uchun - havo spreyi, aromatik yog'lar.

Palliativ davolanishning xususiyatlari:

Bandaj/yamoqni almashtirishda og'riq-tez ta'sir qiluvchi analjeziklar (giyohvand bo'lmagan yoki giyohvand moddalar), mahalliy og'riqsizlantiruvchi vositalar; og'riq doimo mavjud – analjeziklarni muntazam ravishda qabul qilish.

Algoritm:

1-qadam: yotoq yaralari va ishqalanishning oldini olish;

2-qadam: qizarish/maseratsiya paytida-rux yoki kino yamoqlari bo'lgan malhamlar;

3-qadam: terining yarasi bo'lsa-gidrokolloid yamalar;

4-qadam: infeksiyon bilan-gidrogellar/pastalar, ta'sirlangan yoki o'layotgan to'qimalarni olib tashlang; selülit yoki yiringli infeksiya bilan-sezgirlikni aniqlaydigan og'iz antibiotiklari; 5-qadam :katta yara bo'shliqlari bilan-giyohvand bo'lmagan guruhlarining analjeziklari yoki to'ldirish uchun ko'pikli bandajlar;

6-qadam: yomon hidli parchalanadigan xavfli o'smalar uchun-o'smaning kattaligi va tashqi ko'rinishiga ta'sir qilish (qirralarni olib tashlash, jarrohlik yo'li bilan olib tashlash, radioterapiya, kimyoterapiya); alginatlar yoki faol uglerod ko'pikli bandajlar; to'liq okklyuzion bandajlar, metronidazol mahalliy va ichki yoki IV.

7-qadam: qon ketadigan yara – epinefrin 1:1000 eritmasi mahalliy; radioterapiya; natriy xlorid izotonik eritmasiga qo'shilmagan va namlangan bandajlardan foydalaning.

Og'riq sindromi uchun palliativ yordam

Og'riqni boshqarish tamoyillari-asosiy sababni davolash, og'riq turini aniqlash (nosiseptiv, neyropatik), og'riqni davolashning farmakologik va farmakologik bo'lmagan usullaridan foydalanish, bolada psixosozial stressni hisobga olish; og'riq holatini va davolanishga javobni dinamikada muntazam ravishda baholash.

Og'riqni davolashning farmakologik bo'lmagan usullari:

chalg'ituvchi usullar (issiqlik, sovuq, teginish / massaj), transkutan elektr nerv stimulyatsiyasi, akupunktur, tebranish, aromaterapiya;

psixologik usullar (chalg'itish, tasvirni joylashtirish psixotexnikasi, gevşeme, kognitiv-xulq-atvor terapiyasi, musiqiy terapiya, gipnoz).

Farmakologik usullar:

Giyohvand bo'lmagan va giyohvand analjeziklar:

Foydalanish tamoyillari: "og'iz orqali" - iloji bo'lsa, og'iz orqali, "soat bo'yicha" - kasal bo'lishdan oldin muntazam ravishda jadvalga muvofiq (preparatning ta'sir qilish muddatini hisobga olgan holda); "bolaga individual yondashuv" - ma'lum bir bolaning xususiyatlarini hisobga olgan holda behushlik; "yuqoriga qarab" - giyohvandlikdan giyohvand analjeziklargacha, keyin – og'riqni kamaytirishdan oldin opiat dozasini oshirish.

Yosh dozalarida yordamchi analjeziklar (giyohvand bo'lmagan va giyohvand analjeziklarga qo'shimcha ravishda): asab ildizlari va orqa miya siqilishida kortikosteroidlar (deksametazon, prednizon); asab shikastlanishi bilan bog'liq og'riqlar uchun antidepressantlar (amitriptilin); antiepileptik dorilar (gabapentin, karbamazepin – favqulodda holatlarda 6 yoshgacha bo'lgan bolalar) turli xil neyropatik og'riqlar uchun; kuchlanish yoki sanchiq bilan bog'liq visseral og'riqlar uchun antispazmolitiklar (giossin); mushaklarning spazmlari uchun mushak relaksantkari

Saraton patologiyasi bo'lgan bolalarda palliativ yordamda og'riqni yo'qotish algoritmi:

1-qadam :giyohvand bo'lmagan analgetiklar (paratsetamol, ibuprofen, +/-yordamchi analgetiklar;

2-qadam: zaif giyohvand analjeziklari (tramadol) + giyohvand bo'lmagan analjeziklar (paratsetamol, ibuprofen,) + / - yordamchi analjeziklar;

Qadam raqami 3. kuchli giyohvandlik analjeziklari (morfin yoki fentanil) +/-giyohvand bo'lmagan analjeziklar (paratsetamol, ibuprofen, +/- yordamchi analjeziklar.

Giyohvand bo'lmagan analgetiklar

Paratsetamol ichiga (asetaminofen), to'yinganlik dozasi 20 mg/kg bir marta, so'ngra har 4-6 soatda 10-15 mg/kg qollab quvvatlash dozasi; rektal ravishda to'yinganlik dozasi 30 mg/kg bir marta, so'ngra har 4-6 soatda mg/kg parvarishlash dozasi; jigar va buyrak etishmovchiligida dozani

kamaytirish va intervalni 8 soatgacha oshirish kerak. 1 dan 29 kungacha bo'lgan bolalarda har 6-8 soatda 5-10 mg/kg; kuniga maksimal 4 doz; 30 kundan 3 oygacha bo'lgan bolalar. har 4-6 soatda 10 mg/kg, kuniga maksimal 4 doz. 3-12 oylik bolalar. va 1-12 yoshdan boshlab har 4-6 soatda 10-15 mg / kg, kuniga maksimal 4 doz, bitta dozada 1 g dan oshmaydi.

Ibuprofen og'iz orqali har 6-8 soatda 5-10 mg / kg; maksimal sutkalik doza 40 mg / kg.

Zaif giyohvand analgetiklari

Tramadol 5-12 yoshdagi bolalar uchun har 4-6 soatda 1-2 mg/kg (maksimal boshlang'ich dozasi kuniga 50 mg*4 marta), agar kerak bo'lsa, har 4 soatda 3 mg/kg (yoki 100 mg) maksimal dozaga oshiring; 12-18 yoshdagi bolalar uchun boshlang'ich dozasi 50 mg / kg ni tashkil qiladi. mg har 4-6 soatda, agar kerak bo'lsa, kuniga 400 mg gacha oshiring.

Kuchli giyohvandlik analgetiklari

Morfin-RKda ro'yxatdan o'tgandan so'ng: 1-12 oyligida og'iz orqali dastlabki o'rtacha terapevtik dozalar. har 4 soatda 0,08-0,2 mg/kg; 12 oydan katta. og'iz orqali har 4 soatda 0,2-0,4 mg / kg (yangi tug'ilgan chaqaloqlarda yoki buyrak/jigar etishmovchiligida har 6-8 soatda buyurilishi mumkin); og'iz orqali boshqalarga o'tkazishda-ekvianaljetik dozalar qoidalaridan foydalaning (p/k uchun morfin dozasi og'iz orqali qabul qilingan dozadan 2 baravar kam; doza morfin og'iz orqali qabul qilingan morfin dozasi 3 baravar kam).

Morfin "talabga binoan" emas, balki "soat bo'yicha" tayinlang: qisqa ta'sirli morfin – har 4-6 soatda, uzoq muddatli morfin-har 8-12 soatda.

Qisqa ta'sirli morfin-RKda ro'yxatdan o'tgandan keyin: boshlang'ich dozalar: 1-3 oyligida og'iz orqali yoki rektal. har 4 soatda 50 mkg/kg, 3-6 oyligida. har 4 soatda 100 mkg, 6 oydan boshlab-12 yoshda, har 4 soatda 200 mg/kg, 12-18 yoshda, har 4 soatda 5-10 mg; teri osti bolus yoki reaktiv (kamida 5 daqiqa davomida) 1 oygacha. har 6 soatda 25 mkg / kg, 1-6 oyligida. har 6 soatda 100 mkg/kg, 6 oylikdan boshlab-12 yosh, har 4 soatda 100 mkg / kg (maksimal bir martalik boshlang'ich dozasi 2,5 mg), 12-18 yoshdagi bolalar uchun har 4 soatda 2,5-5 mg (maksimal sutkalik dozasi kuniga 20 mg); uzoq muddatli teri osti yoki IV infuziya tezligi bilan: 1 oygacha. 1-6 oyligida soatiga 5 mkg / kg. 6 oylikdan boshlab soatiga 10 mkg/kg.-18 yil, soatiga 20 mkg/kg (24 soat ichida maksimal 20 mg); bir martalik va sutkalik dozani oshirish: 1-variant-muntazam qabul qilish uchun morfinning bir martalik dozasi oldingi dozaning 30-50% ga oshirish; 2-variant-oxirgi 24 soat ichida morfinning barcha dozalarini yig'ish va olingan miqdorni 6 ga bo'lish, ushbu raqam uchun har 4 soatda qabul qilingan har bir muntazam dozani, shuningdek, doimiy dozalar ko'payganligi sababli, og'riqni yo'qotish uchun dozani oshirish kerak.

Uzoq muddatli (uzoq muddatli) morfin (yoki sekin ajralib chiqadigan morfin): sutkalik doza og'iz orqali tez ta'sir qiluvchi morfinning kunlik dozasi teng; uzoq muddatli ta'sir qiluvchi morfinning bir martalik dozasi uning sutkalik dozasi yarmiga teng, tez ta'sir qiluvchi morfindan foydalanish uchun og'riqni yo'qotish uchun. Og'riqni to'xtatish uchun morfinni hisoblash: agar muntazam ravishda qabul qilinganda og'riq "soat bo'yicha" bo'yalgan morfin dozalari orasida paydo bo'lsa, og'riqni to'xtatish uchun morfin dozasi bering; og'riqni to'xtatish uchun doz har 4 soatda qo'llaniladigan bir martalik dozaning 50-100% ni tashkil qiladi yoki qabul qilingan morfinning kunlik umumiy dozasi 1/6 qismi sifatida hisoblanadi. hozirgi vaqtda; og'riqni yo'qotish uchun dozani 15-30 daqiqadan oldin berish kerak preparatni oldingi qabul qilishdan.

Morfinni bekor qilish: preparatni asta-sekin har 3 kunda 1/3 ga bekor qilish.

Fentanil: og'riq qoldiruvchi ta'sirga erishilgunga qadar fentanil dozasi oshiring.

Qisqa (tez) ta'sir qiluvchi fentanil:

Boshlang'ich bitta doz:

transmukozal ravishda 2 yoshdan 18 yoshgacha va tana vazni 10 kg dan 15 mkg/kg gacha (agar kerak bo'lsa, maksimal dozasi 400 mkg gacha oshiring);

intranazal ravishda 2-18 yoshda, 1-2 mkg / kg (maksimal boshlang'ich dozasi 50 mkg); 1 yoshgacha bo'lgan IV (3-5 daqiqada sekin), har 2-4 soatda 1-2 mkg/kg; 1 yoshdan keyin bolalar, har 30-60 daqiqada 1-2 mkg/kg; v/v (3-5 daqiqada sekin); 1 yoshgacha bo'lgan uzoq muddatli infuziya - 1-2 mkg/kg (3-5 daqiqada) reaktivning boshlang'ich dozasi boshlang, so'ngra soatiga 0,5-1 mkg/kg tezlikda titrlang; 1 yoshdan keyin-1-2 mkg/kg reaktivning boshlang'ich dozasi boshlang (3-5 daqiqada), keyin soatiga 1 mkg/kg tezlikda titrlang.

Uzoq muddatli fentanil (plastirda):

plastirning " hajmi " (yoki dozasi) og'iz morfinining kunlik ekvivalentlik dozasi asosida hisoblanadi: plastirlarning dozasi hisoblash uchun og'iz orqali olingan morfin dozasi 3 ga bo'lish kerak;

plastirni yopishtirgandan so'ng, og'riqni yo'qotish uchun taxminan 12-24 soat kerak bo'ladi; plastirni birinchi marta 12-24 soat davomida yopishtirgandan so'ng. analjeziklarni kiritish davom etmoqda (masalan, morfin har 4 soatda);

og'riq qoldiruvchi ta'sirga erishilgunga qadar fentanil dozasi oshiriladi

Yordamchi analgetiklar

Amitriptilin og'iz orqali 2 yoshdan 12 yoshgacha kechasi 0,2-0,5 mg/kg (maksimal 25 mg) (agar kerak bo'lsa, dozani kuniga 2 marta 1 mg/kg*ga oshirish mumkin), 12-18 yoshda og'iz orqali kechasi 10-25 mg (agar kerak bo'lsa, maksimal 75 mg gacha oshirish mumkin).

Karbamazepin 2-3 dozada kuniga 5-20 mg/kg og'iz orqali qabul qilinadi, nojo'ya ta'sirlardan saqlanish uchun dozani asta-sekin oshiring (favqulodda holatlarda 6 yoshgacha bo'lgan bolalar).

Gabapentin og'iz orqali, 2-12 yoshda: 1 kun 10 mg/kg bir marta, 2 kun 10 mg/kg*kuniga 2 marta, 3 kun 10 mg / kg*kuniga 3 marta, parvarishlash dozasi 10-20 mg/kg*kuniga 3 marta; 12-18 yoshda yillar: 1-kun 300 mg*kuniga 1 marta, 2-kun 300 mg*kuniga 2 marta, 3-kun 300 mg*kuniga 3 marta, maksimal doz 800 mg*kuniga 3 marta. Bekor qilish 7-14 kun davomida asta-sekin amalga oshiriladi, ruhiy kasallik tarixi bo'lgan bolalarda qo'llanilmaydi.

Diazepam (og'iz orqali, transbukkal, p / k, rektal) 1-6 yoshda, 2-3 dozada kuniga 1 mg; 6-14 yoshda, 2-3 dozada kuniga 2-10 mg. Og'riq bilan bog'liq tashvish va qo'rquv uchun ishlatiladi.

Gioscina butilbromidi 1 oydan boshlab. 2 yoshgacha-har 8 soatda 0,5 mg/kg og'iz orqali; 2-5 yoshda, har 8 soatda 5 mg og'iz orqali, 6-12 yoshdagi bolalar, har 8 soatda 10 mg og'iz orqali.

Prednizon kuniga 1-2 mg/kg o'rtacha neyropatik og'riq, suyak og'rig'i bilan.

Kuchli neyropatik og'riqlar uchun deksametazon.

Ketamin: 1 oylik bolalar uchun og'iz orqali yoki sublingual.-12 yoshda boshlang'ich dozasi har 6-8 soatda 150 mkg/kg yoki "talabga binoan", samarasiz bo'lsa, bitta dozani asta-sekin oshiring (maksimal 50 mg); p/k yoki v/i 1 oydan katta bolalarga uzoq muddatli infuziya. - boshlang'ich dozasi soatiga 40 mkg / kg ni tashkil qiladi, og'riqni yo'qotishgacha asta-sekin oshiriladi (soatiga maksimal 100 mkg/kg).

Hayotning oxirida og'riq (kasallikning oxirgi bosqichida):

Ong buzilishining rivojlanishi bilan, og'iz orqali dori – darmonlarni qabul qilish qobiliyatining pasayishi, og'iz analjeziklaridan voz kechish-og'riqni yo'qotishning muqobil usullari (transbukkal, rektal, v/i, nazogastrik naycha orqali, transdermal yamalar va teri osti), analjeziklarni yuborish uchun portativ shprits nasoslari, sedativ va antiemetik teri ostiga; fentanil patch.

Orqa miyani siqish uchun palliativ yordam:

Sabablari: intramedullar metastazlar, intradural metastazlar, ekstradural siqilish (vertebra tanasiga metastazlar, umurtqa pog'onasi qulashi, qon ta'minoti buzilishi).

Palliativ davolash algoritmi:

1-qadam: deksametazon (12 yoshgacha kuniga 1-2 mg/kg, dozani asta – sekin parvarishlash dozasi kamaytirish; 12-18 yoshda-kuniga 4 marta 16 mg, dozani parvarishlash dozasi asta-sekin kamaytirish bilan).

2-qadam: og'riqni boshqarish "og'riq sindromi uchun Palliativ yordam" bandini nazorat qilish.
Sudoroglar uchun palliativ yordam:

Konvulsiyalarni boshqarish algoritmi:

1-qadam: bolani to'g'ri yotqizish, 5 daqiqa davomida kuzatish.

2-qadam: agar konvulsiv hujum 5 daqiqa ichida o'tmasa-diazepamni rektal (mikroklisterdagi eritma) yoki transbukkal ravishda 0,5 mg/kg karbamazepin dozasida yuborish (favqulodda holatlarda 6 yoshgacha bo'lgan bolalar). 5 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun boshlang'ich dozasi kuniga 20-60 mg, har ikki kunda 20-60 mg, 5 yoshdan boshlab boshlang'ich dozasi kuniga 100 mg, so'ngra haftasiga 100 mg ga oshiriladi. Qo'llab-quvvatlovchi doz 2-3 dozada kuniga 10-20 mg/kg tana vazniga to'g'ri keladi. 5 yoshgacha bo'lgan aniq dozalashni ta'minlash uchun karbamazepinning suyuq og'iz dozalash shakllaridan foydalanish kerak (favqulodda holatlarda 6 yoshgacha bo'lgan bolalar).

3-qadam: agar 5 daqiqa ichida konvulsiv hujum to'xtatilmasa, 2-bosqichni takrorlang.

4-qadam: agar 5 daqiqa ichida tutilish to'xtamagan bo'lsa-tez yordam chaqiring (agar bola uyda bo'lsa), ko'rsatmalarga muvofiq 0,5 mg/kg dozada diazepam p/k.

5-qadam: agar konvulsiyalar 30 daqiqadan ko'proq vaqt davomida to'xtatilmasa. - statsionar sharoitda epileptik holatni davolash.

Kasallikning so'nggi bosqichida kramplar uchun palliativ yordam:

Konvulsiyalarni boshqarish algoritmi:

1-qadam: karbamazepin - 5 yoshgacha boshlang'ich dozasi kuniga 20-60 mg ni tashkil qiladi

Har ikki kunda 20-60 mg, 5 yoshdan boshlab boshlang'ich dozasi kuniga 100 mg ni tashkil qiladi, so'ngra haftasiga 100 mg ga oshiriladi. Bolalar uchun parvarishlash dozasi 2-3 dozada kuniga 10-20 mg/kg tana vazniga teng. 5 yoshgacha aniq dozalashni ta'minlash uchun karbamazepinning suyuq og'iz dozalash shakllaridan foydalanish kerak (favqulodda holatlarda 6 yoshgacha bo'lgan bolalar).

2-qadam: fenobarbital IV yoshi 0-18 yosh 20 mg / kg (maksimal 1 g) bir marta yoki yuk dozasi shaklida, lekin 1 mg/kg/min dan tez emas; uzoq muddatli IV yoki teri osti infuzioni yoshi 1 oydan kam. Kuniga 2,5-5 mg/kg, 1 oylikdan boshlab. 18 yoshgacha kuniga 5-10 mg / kg (maksimal 1 g).

Ko'ngil aynishi/qayt qilish uchun palliativ yordam:

Agar kerak bo'lsa, ikkita qusishga qarshi dori – darmonlarni tayinlash ularning muvofiqligini baholashdir.

Simpatik asab tizimiga ta'sir qilish uchun:

Metoklopramid ichkariga, i/m yoki i/v sekin yoki titrlash, maksimal sutkalik doza 500 mkg/kg; 1 oygacha bo'lgan bolalar uchun doz. kuniga 3-4 marta 100 mkg/kg (faqat ichkarida yoki ichkarida), 1 oydan boshlab.-1 yosh (tana vazni 10 kg gacha) 100 mkg/kg (maksimal 1 mg bitta doz) kuniga 2 marta, 1-3 yoshda (vazni 10-14 kg) kuniga 2-3 marta 1 mg; 3-5 yoshda (tana vazni 15-19 kg) 2 mg 2-3 marta kuniga 5-9 yosh (tana vazni 20-29 kg), kuniga 2,5 mg*3 marta; 9-15 yoshdagi bolalar (tana vazni 30-60 kg), kuniga 5 mg*3 marta; 15-18 yoshdagi bolalar (vazni 60 kg dan ortiq), 10 mg*3 marta kuniga.

Xemoreseptor Trigger zonasiga ta'sir qilish uchun medulla oblongata, vagus nervi:

Ondansetron ichkarida, 1-12 yoshda, kuniga 2-3 marta 4 mg, 12-18 yoshda, kuniga 2-3 marta 8 mg, titrlashda (20 daqiqadan ko'proq) yoki reaktivda (5 daqiqadan ko'proq) 1-12 yoshda, 5 mg/m² (maksimal bitta doz 8 mg) kuniga 2-3 marta, 12-18 yoshda, kuniga 2-3 marta 8 mg, laksatiflar bilan birgalikda buyurish tavsiya etiladi (ich qotishiga yordam beradi). O'rtacha ko'ngil aynish/gijjalar uchun 1-18 yoshdagi doz kuniga 2-3 marta 0,1-0,15 mg / kg ni tashkil qiladi.

Deksametazon og'iz orqali yoki qisqa kurslarda, 1 yoshdan kichik, kuniga 250 mkg*3 marta, samarasizligi bilan kuniga 1 mg*3 marta, 1-5 yoshdan boshlab boshlang'ich dozasi kuniga 1 mg*3

marta, kuniga 2 mg*3 marta oshirilishi mumkin, 6-12 yoshda, boshlang'ich dozasi kuniga 2 mg*3 marta, kuniga 4 mg*3 marta, 12 yoshdan katta, kuniga 4 mg*3 marta oshirilishi mumkin

Xemoreseptor Trigger zonasiga ta'sir qilish uchun:

Ichkarida haloperidol, 12-18 yoshda, kechasi 1,5 mg dan, agar kerak bo'lsa, kuniga 2 marta 1,5 mg*2 gacha (kuniga maksimal 5 mg*2 marta), davom etgan teri osti yoki IV infuzion 1 oylikdan boshlab.-12 yoshda boshlang'ich dozasi kuniga 25 mkg/kg (maksimal boshlang'ich dozasi kuniga 1,5 mg), dozani kuniga maksimal 85 mkg/kg gacha oshirish mumkin, 12-18 yoshda boshlang'ich dozasi kuniga 1,5 mg, kuniga 5 mg gacha oshirish mumkin.

Qon ketish uchun palliativ yordam:

Palliativ parvarishning xususiyatlari: ota – onalar bilan tushuntirish va psixologik ishlar; qorong'i sochiqlar va salfetkalar; tish go'shtidan qon ketganda-tishlarni tozalash uchun yumshoq cho'tka, antibakterial og'iz yuvish vositalari.

Palliativ davolanishning xususiyatlari: qon ketishining oldini olish – hayz ko'rgan qizda – og'iz kontratseptivlari, qon ivishi buzilgan jigar disfunktsiyasi bilan – og'iz orqali K vitamini preparatlari, trombositlar darajasi past bo'lsa-trombositlarni quyish.

Mahalliy gemostatik davolash: epinefrinni qo'llash 1: 1000 (dokani namlang va yaraga yoki qon ketadigan shilliq qavatga qo'llang); gemostatik qoplamalar (gubkalar, polikapron) to'g'ridan – to'g'ri qon ketish joyiga qo'llang; tizimli gemostatik davolash: etamzilat kuniga 10-15 mg/kg dan, foydalanish chastotasi kuniga 3 marta teng dozalarda. Tashqi tomondan qo'llanilganda, etamzilat bilan namlangan steril tampon (in'ektsiya uchun eritma shaklida) yaraga qo'llaniladi.

K vitamini-1 oylikdan boshlab. 12 yoshgacha kuniga 300 mkg/kg, 12 yoshdan katta 1 mg (og'iz orqali yoki parenteral).

Karbamazepin - 5 yoshgacha boshlang'ich dozasi kuniga 20-60 mg ni tashkil qiladi, har ikki kunda 20-60 mg ga ko'tariladi, 5 yoshdan boshlab boshlang'ich dozasi kuniga 100 mg ni tashkil qiladi, so'ngra haftasiga 100 mg ga oshiriladi. Qo'llab-quvvatlovchi doz 2-3 dozada kuniga 10-20 mg/kg tana vazniga to'g'ri keladi. 5 yoshgacha aniq dozalashni ta'minlash uchun karbamazepinning suyuq og'iz dozalash shakllaridan foydalanish kerak (favqulodda holatlarda 6 yoshgacha bo'lgan bolalar).

Qo'shimcha dorilar ro'yxati

- Qo'shimcha dorilar ro'yxati
- Antitumor dorilarning toksik ta'sirini susaytiradigan dorilar:
- ondansetron, 8 mg/4 ml in'ektsiya uchun eritma, 8 mg tabletkalar;
- tropisetron, 5 mg/5 ml inyeksiya uchun eritma, 5 mg kapsulalar;
- 5% 1 ml uchun tramadol, og'iz orqali qabul qilish uchun tramadol tabletkasi 50 mg;
- 0,3 mg/ml in'ektsiya uchun filgrastim eritmasi, ro'yxatdan o'tgan;
- deksametazon ko'z tomchilari.
- Antibakterial vositalar:
- azitromitsin, tabletkalar / kapsula, 500 mg; v/i infuziyalar uchun eritma tayyorlash uchun muzlatilgan quritilgan kukun, 500 mg;
- amikasin, in'ektsiya uchun kukun, 500 mg/2 ml yoki in'ektsiya uchun eritma tayyorlash uchun kukun, 0,5 g;
- amoksitsillin / klavulan kislotasi, plyonka bilan qoplangan tabletkalar, 1000 mg; 600 mg v/i va v/i yuborish uchun eritma tayyorlash uchun kukun;
- vankomitsin, 500 mg v/i yuborish uchun eritma tayyorlash uchun kukun/liyofilizat;
- gentamitsin, in'ektsiya uchun eritma 80 mg/2ml 2ml;
- imipinim, infuzion eritma tayyorlash uchun silastatin kukuni, 500 mg / 500 mg;
- levofloksatsin, 500 mg/100 ml infuziya eritmasi; 500 mg tabletkalar;
- siprofloksatsin, 100 mg/10 ml v/i yuborish uchun eritma.

- linezolid, 2 mg/ml infuziya uchun eritma;
- meropenem, 500 mg, 1000 mg in'ektsiya uchun eritma tayyorlash uchun liyofilizat / kukun;
- ofloksatsin, tabletkalar, 400 mg; 200 mg/100 ml infuzion eritma;
- piperatsillin, 4,5 g in'ektsiya uchun eritma tayyorlash uchun tazobaktam kukuni;
- tikarsillin/klavulan kislotasi, 3000 mg / 200 mg infuzion eritma tayyorlash uchun muzlatilgan quritilgan kukun;
- cefepim, in'ektsiya uchun eritma tayyorlash uchun kukun 500 mg, 1000 mg;
- sefoperazon + sulbaktam, in'ektsiya uchun eritma tayyorlash uchun kukun 2:
- siprofloksatsin, 200 mg/100 ml infuzion eritma, 100 ml; 500 mg;
- eritromitsin, 250 mg tabletkalar.
- ertapenem liyofilizati, inyeksiya va inyeksiya uchun eritma tayyorlash uchun 1 g
- seftriakson, 250 mg in'ektsiya uchun in'ektsiya eritmasini tayyorlash uchun liyofilizatsiyalangan kukun;
- netilmitsin, in'ektsiya uchun eritma 50 mg, v/i yuborish uchun 2 ml;
- Seftazidim, 1000 mg in'ektsiya uchun in'ektsiya eritmasini tayyorlash uchun kukun;
- metronidazol, 100 ml – 500 mg v/i infuziyalari uchun eritma, 250 mg tabletkalar;
- Antifungal dorilar:
- amfoteritsin B, in'ektsiya uchun eritma tayyorlash uchun liyofilizatsiyalangan kukun, 50 mg/shisha;
- vorikonazol, 200 mg/shisha infuzion eritma tayyorlash uchun kukun; tabletkalar, 50 mg; Itrakonazol, 100 mg kapsulalar;
- kaspofungin, 50 mg infuzion eritma tayyorlash uchun liyofilizat;
- ikafungin, 50 mg in'ektsiya uchun eritma tayyorlash uchun muzlatilgan quritilgan kukun;
- flukonazol, 150 mg kapsula/tabletkalar; 200 mg/100 ml infuzion eritma;
- posakonazol, og'iz orqali yuborish uchun eritma.
- Antiviral dorilar:
- Acyclovir, tashqi foydalanish uchun krem 5%-5,0; planshet 200 mg; infuzion eritma tayyorlash uchun kukun, 250 mg;
- gansiklovir, 500 mg infuzion eritma tayyorlash uchun liyofilizat;
- oseltamivir, 12 mg/ml og'iz suspenziyasini tayyorlash uchun kukun
- Pnevmonikoz uchun ishlatiladigan dorilar:
- sulfametoksazol / trimetoprim, infuziya eritmasini tayyorlash uchun konsentrat (80 mg+16 mg) / ml, 5 ml; 480 mg tabletkalar;
- Qo'shimcha immunosuppressiv dorilar:
- deksametazon, in'ektsiya uchun eritma 4 mg / ml 1 ml;
- prednizon, in'ektsiya uchun eritma 30 mg / ml 1 ml; tabletkalar, 5 mg;
- inson IgG immunoglobulini, vena ichiga yuborish uchun eritma 10% 2 g / 20ml va 5 g / 50ml;
- Suv, elektrolitlar va kislota-asos muvozanati, parenteral ovqatlanish buzilishlarini tuzatish uchun ishlatiladigan eritmalar:
- albumin, infuziyalar uchun eritma 10 % - 100 ml, 20 % - 100 ml;
- in'ektsiya uchun suv, in'ektsiya uchun eritma 5 ml;
- dekstroz, infuziyalar uchun eritma 5% - 250 ml, 500 ml;
- dekstroz, in'ektsiya uchun eritma 40% - 10 ml, 20 ml;
- kaliy xlorid, tomir ichiga yuborish uchun eritma 40 mg/ml, 10 ml.
- kaltsiy glyukonat, in'ektsiya uchun eritma 10%, 5 ml;
- kaltsiy xlorid, in'ektsiya uchun eritma 10% 5ml;
- magniy sulfat, in'ektsiya uchun eritma 25% 5 ml;
- mannitol, in'ektsiya uchun eritma 15% -200,0;

- natriy xlorid, infuziyalar uchun eritma 0,9% - 250 ml, 500 ml;
- natriy xlorid, kaliy xlorid, natriy 200 ml, 400 ml shishadagi infuziyalar uchun sirka kislotasi eritmasi;
- natriy xlorid, kaliy xlorid, natriy asetat infuziyalar uchun eritma 200 ml, 400 ml;
- natriy xlorid, kaliy xlorid, natriy bikarbonat 400 ml infuziya uchun eritma;
- L-alanin, l-arginin, glitsin, l-gistidin, l-izolösin, L-leysin, l-lizin gidroxloridi, l-metionin, l-fenilalanin, L-prolin, l-serin, l-treonin, l-triptofan, L-tirozin, l-valin, natriy asetat trihidrat, natriy glitserofosfat pentigidrat, kaliy xlorid, magniy xlorid geksahidrat, glyukoza, kaltsiy xlorid dihidrat, zaytun va soya yog'i loviya aralashmasi emulsiya D / INFa.: uch kamerali 2 litrli idishlar;
- gidroksietil kraxmal (pentakramal), 6% 500 ml infuziya uchun eritma;
- aminokislotalar kompleksi, 80:20 nisbatda zaytun va soya moylari aralashmasini o'z ichiga olgan infuzion emulsiya, elektrolitlar bilan aminokislotalar eritmasi, dekstroz eritmasi, umumiy kaloriya miqdori 1800 kkal 1500 ml uch qisimli idish;
- nutrikomp * konteynerlarda 500 ml.
- Qon ivish tizimiga ta'sir qiluvchi dorilar:
 - geparin, in'ektsiya uchun eritma 5000 IU / ml-5 ml, naychadagi jel 100000 u 50 g.
 - gemostatik shimgich, hajmi 7*5*1;
 - gemostatik shimgich eriydi, hajmi 8 * 3.
- Boshqa dorilar:
 - oddiy insulin, v/i yuborish uchun eritma;
 - alyuminiy gidroksidi + magniy gidroksidi, og'iz orqali qabul qilish uchun;
 - askorbin kislotasi, v/i yuborish uchun eritma 5% 2 ml;
 - ipratropium bromid + fenoterol, nafas olish uchun eritma;
 - piridoksin, 50 mg v/i yuborish uchun eritma;
 - deksametazon, ko'z tomchilari 0,1% 8 ml;
 - asetazolamid, og'iz tabletkalari;
 - diklofenak, og'iz orqali qabul qilish uchun 25 mg tabletkalar;
 - etamzilol, og'iz tabletkalari;
 - etamzilol, tomir ichiga yuborish uchun 2 ml;
 - cetirizine, og'iz orqali qabul qilish uchun sirop;
 - kaptopril, 12,5 mg tabletkalar;
 - famotidin, v/i yuborish uchun 10 mg;
 - ketoprofen, in'ektsiya uchun eritma 100 mg/2 ml, og'iz orqali qabul qilish uchun 100 mg tabletkalar;
 - laktuloza, 500 ml dan 667 g/l sirop;
 - lidokain, in'ektsiya uchun eritma,2% 2 ml;
 - metronidazol, stomatologik jel 20 g;
 - omeprazol, 20 mg kapsula, 40 mg in'ektsiya uchun eritma tayyorlash uchun muzlatilgan quritilgan kukun;
 - pantoprozol, og'iz orqali qabul qilish uchun 20 mg;
 - asetaminofen, 200 mg og'iz tabletkasi;
 - povidon-yod, tashqi foydalanish uchun eritma 1 l;
 - salbutamol, nebulizer eritmasi 5 mg / ml-20 ml;
 - spironolakton, 100 mg kapsula;
 - xloropiramin, tabletkalar;
 - tramadol, in'ektsiya uchun eritma 100 mg/2 ml – ro'yxatdan o'tgandan keyin;
 - tramadol, 50 mg tabletkalar;

- furosemid, in'ektsiya uchun eritma 1% 2 ml, planshetlar;
- xlorheksidin, 0,05% 100 ml eritma;
- xloropiramin, in'ektsiya uchun eritma 20 mg / ml 1 ml;
- metoklopramid, og'iz tabletkalari;
- allopurinol, 100 mg og'iz tabletkalari;
- 4% natriy bikarbonat, v/i yuborish uchun eritma 200 ml;
- metamizol natriy, tomir ichiga yuborish uchun 50% 1 ml;
- difenhidramin, tomir ichiga yuborish uchun 10 mg/1 ml.
- Jarrohlik: yo'q.
- Port tizimini o'rnatish
- Ko'rsatmalar: Markaziy tomirga doimiy kirish uchun takroriy infuzion kimyoterapiya o'tkazilganda. Markaziy tomirni doimiy kateterizatsiya qilishni talab qilmaydi (bu bir qator asoratlarga ega, shu jumladan pnevmo-gemotoraks, arteriya punktsiyai, yuqumli asoratlar va boshqalar).
- Qo'llash mumkin bo'lmagan holatlar: jarrohlik aralashuvi uchun umumiy bo'lgan behushlik, port tizimini o'rnatish sohasidagi yuqumli jarayonlar.
- O'tkazish usuli: aseptik sharoitda umumiy behushlik ostida, operatsiya maydonini qayta ishlagandan so'ng, Markaziy tomirga igna bilan in'ektsiya qilinadi, so'ngra ignaga ingichka metall o'tkazgich kiritiladi, unga maxsus kateter kiritiladi. Kichkina teri kesmasi amalga oshiriladi va port teri ostiga o'rnatiladi, so'ngra port va tomirga o'rnatilgan kateter ulanadi. Kesish bir nechta kosmetik tikuvlar bilan tikilgan.
- Davolashning boshqa turlari: yo'q.
- Mutaxassislar maslahati uchun ko'rsatmalar:
- psixolog bilan maslahatlashish-qo'llab-quvvatlovchi terapiya bosqichida va ko'rsatmalarga muvofiq;
- radiolog bilan maslahatlashish-radiatsiya terapiyasi bosqichida;
- nevropatolog bilan maslahatlashish-agar siz neyroleukozga, asab tizimining boshqa patologiyasiga shubha qilsangiz.
- Reanimatsiya va reanimatsiya bo'limiga o'tkazish uchun ko'rsatmalar:
- ongni zulm qilish;
- hayotiy funktsiyalarning keskin buzilishi: ong holatidan qat'i nazar, gemodinamika, nafas olish, yutish;
- konvulsiv sindrom;
- o'tkir o'sma lizisi sindromida OBE rivojlanishi;
- qaytarilmaydigan gemorragik sindrom.
- Davolash samaradorligi ko'rsatkichlari:
- induksiya protokolidan keyin terapiyaga javob-miyelogrammadagi blastlar soni 5% dan kam;
- o'lim (induksiyada, remissiyada);
- yuqumli asoratlar soni;
- gemorragik asoratlar soni;
- qon quyish asoratlari soni;
- diagnostika protseduralaridan kelib chiqadigan asoratlar soni.
- Faqat bitta guruh vakilidan foydalanish yoki ularning kombinatsiyasi mumkin
- Ushbu protokol barcha to'liq dori-darmonlarni taqdim etmaydi, chunki agar birga keladigan patologiya mavjud bo'lsa, masalan, yuqumli asoratlar bo'lsa, tegishli tavsiyalarda ko'rsatilgan dorilar buyuriladi. Davolovchi shifokorning xohishiga ko'ra va tor mutaxassislarning maslahati bilan sindromli yoki simptomatik terapiya buyurilishi mumkin.

O 'zbekiston Respublikasida ro'yxatdan o'tkazilmagan dori vositalarini klinik protokolga kiritish bepul tibbiy yordamning kafolatlangan miqdori doirasida va majburiy ijtimoiy tibbiy sug'urta tizimida qoplash uchun asos bo'lmaydi.

Keyingi boshqaruv – vaziyatni yaxshilash uchun bemorlar pediatri, umumiy amaliyot shifokori nazorati ostida uyga yuboriladi. Mobil palliativ guruh mavjud bo'lgan joylarda bemorni uyda muomala bo'yicha tekshirish.

Samaradorlik ko'rsatkichlari og'riq sindromi, qusish, konvulsiyalar, qon ketishini nazorat qilishdir.

ADABIYOTLAR.

Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati:

1. Rodeghiero F., Stasi R., Gernsheimer T., Michel M., Provan D., Arnold D.M., et al. Standardization of terminology, definitions and outcome criteria in immune thrombocytopenic purpura of adults and children: report from international working group. *Blood*. 2009; 113(11): 2386–93. doi: 10.1182/blood-2008-07-162503.
2. Cines D.B., Cuker A., Semple J.W. Pathogenesis of immune thrombocytopenia. *PresseMed*. 2014; 43(4 Pt2): e49-59. doi:10.1016/j.lpm.2014.01.010
3. Melikyan A.L., Pustovaya E.I., Kalinina M.V., Volodicheva E.M., Kaporskaya T.S., Ilyasov R.K., Babaeva T.N., Bekker O.M., Bogova V.S., Zotina E.N., Zotova I.I., Kontievskiy I.N., Pyatkova O.A., Sokolova I.S., Fedorova N.A., Shestopalova I.A., Kolosheynova T.I., Egorova E.K., Kulikov S.M. Epidemiologicheskie xarakteristiki pervichnoy immunnoy tromboцитopenii u vzroslogo naseleniya v Rossiyskoy Federatsii. *Klinicheskaya onkogematologiya. Fundamentalnye issledovaniya*

i klinicheskaya praktika. 2017; №4 (10): 558-559.

4. Provan D., Stasi R., Newland A.S., Blanchette V.S., Bolton-Maggs P., Bussel J.B., et al. International consensus report on the investigation and management of primary immune thrombocytopenia. *Blood*. 2010; 115(2): 168--86. doi: 10.1182/blood-2009-06-225565.
5. Neunert C., Lim W., Crowther M., Cohen A., Solberg L.Jr., Crowther M.A. The American Society of Hematology 2011 evidence-based practice guideline for immune thrombocytopenia. *Blood*. 2011; 117(16): 4190--207. doi: 10.1182/blood-2010-08-302984.
6. Maschan A.A., Rummyanцев A.G., Kovaleva L.G., Afanasev B.V., Pospelova T.I., Zariцkiy A.Yu. i dr. Rekomendatsii Rossiyskogo soveta ekspertov po diagnostike i lecheniyu bolnykh pervichnoy immunnoy tromboцитopeniey. *Onkogematologiya*. 2010; 3: 36-45.
7. Kovaleva L.G., Pustovaya E.I., Safonova T.I. Immunnaya tromboцитopenicheskaya purpura (ITP) vzroslykh. Pervichnaya immunnaya tromboцитopeniya (ITP) vzroslykh. *Bolezn Verlgofa*. M.: Nyu Mun; 2014.
8. Melikyan A.L., Pustovaya E.I., Egorova E.K., Kalinina M.V., Kolosheynova T.I., Suboцeva I.N., Gilyazitdinova E.A., Dvirnyk V.N. Differentsialnaya diagnostika tromboцитopeniy. *Onkogematologiya*. 2017;12(1): 78-87.
9. Provan D., Arnold D., Bussel J.B., Chong B.H., Cooper N., Gernsheimer T., Ghanima W., et al. Updated international consensus report on the investigation and management of primary immune thrombocytopenia. *Blood advances*. 2019;3(22):3780--3808. doi: 10.1182/bloodadvances-2019000812.
10. Kurokawa T., Ohkohchi N. Ohkohchi Platelets in liver disease, cancer and regeneration. *World J Gastroenterol*. 2017 May 14; 23(18): 3228--3239. PMID: 28566882 doi: 10.3748/wjg.v23.i18.3228
11. Protocole national de diagnostic et de soins (PNDS) Purpura thrombopenique immunologique de l'enfant et de l'adulte. Haute Autorité de Santé – Mai 2017, 73p.
12. Carneiro-Sampaio M., Moraes-Vasconcelos D., Kokron C.M., Jacob C.M., Toledo-Barros M., Dorna M.B., et al. Primary immunodeficiency diseases in different age groups: a report on 1,008 cases from a single Brazilian reference center. *J. Clin. Immunol*. 2013; 33(4): 716--24.
13. Michel M., Cooper N., Jean C., Frissora C., Bussel B. Does *Helicobacter pylori* initiate or perpetuate immune thrombocytopenic purpura? *Blood*, 2004, 103(3):890-896. Doi:10.1182/blood-2003-03-0900.
14. Liu Y., Chen S., Sun Y., Lin Q., Liao X., Zhang J., Luo J, Quian H., Shi G. Clinical

characteristics of immune thrombocytopenia associated with autoimmune disease: A retrospective study. 2016 Dec;95(50):e5565.

15. Matzdorff A., Eberl W., Kiefel V., Kühne T., Meyer O., Ostermann H., Pabinger-Fasching I., Rummel M.J., Wörmann B. Immunthrombozytopenie (ITP). Onkopedia leitlinien– 2018, 46 p.
16. Wei Y., Ji X.B., Wang Y.W., Wang J.X., Yang E.Q., Wang Z.C., Sang Y.Q., et.al. High-dose dexamethasone vs prednisone for treatment of adult immune thrombocytopenia: a prospective multicenter randomized trial. *Blood*. 2016 Jan 21;127(3):296-302; quiz 370. doi: 10.1182/blood-2015-07-659656.
17. Kovaleva L, Apte S, Damodar S, et al; investigators of the Flebogamma DIF in ITP Study Group. Safety and efficacy of a 10% intravenous immunoglobulin preparation in patients with immune thrombocytopenic purpura: results of two international, multicenter studies.*Immunotherapy*.2016;8(12): 1371-1381.
18. Stasi R. How to approach thrombocytopenia. *Hematology Am Soc Hematol Educ Programm*2012; 2012:191-7. Doi :10.1182/ash education-2012.1.191.
19. Von dem Borne AE, Vos JJ, Pegels JG, Thomas LL, van der Lelie. High dose intravenous methylprednisolone or high dose intravenous gammaglobulin for autoimmune thrombocytopenia. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1988;296(6617):249-250.
20. Ghanima W., Godeau B., Cines D.B., Bussel J.B. How I treat immune thrombocytopenia: the choice between splenectomy or a medical therapy as a second-line treatment. *Blood*. 2012 Aug 2;120(5):960-9. doi: 10.1182/blood-2011-12-309153.
21. Frenzel W, Wietek S, Svae TE, Debes A, Svorc D. Tolerability and safety of Octagam® (IVIG): a post-authorization safety analysis of four non-interventional phase IV trials. *Int J Clin Pharmacol Ther*.2016;54(11):847-855.
22. Robak T, Salama A, Kovaleva L, et al; International Privigen in ITP Study Group. Efficacy and safety of Privigen, a novel liquid intravenous immunoglobulin formulation, in adolescent and adult patients with chronic immune thrombocytopenic purpura. *Hematology*.2009;14(4):227-236.
23. Robak T, Mainau C, Pyringer B, et al. Efficacy and safety of a new intravenous immunoglobulin 10% formulation (octagam® 10%) in patients with immune thrombocytopenia. *Hematology*.2010;15(5):351-359.
24. Cines D.B., McMillan R. Management of adult idiopathic thrombocytopenic purpura.*Annu.Rev.Med*. 2005;56:425-42. doi:10.1146/annurev.med.56.082103.104644
25. Neunert C., Terrell D.R., Arnold D.M., Buchanan G., Cines D.B., Coopr N., et al.American

Society of Hematology 2019 guidelines for immune thrombocytopenia. *Blood Adv.* 2019;3(23):3829--3867. doi: 10.1182/bloodadvances.2019000966.

26. Carr A.C., Maggini S. Review Vitamin C and Immune Function. *Nutrients* 2017, 9, 1211; doi:10.3390/nu9112111

27. Timirxanova G.A., Abdullina G.M., Kulagina I.G. Vitamin S: klassicheskie predstavleniya i novye fakty o mexanizmax biologicheskogo deystviya. *Vyatskiy meditsinskiy vestnik*. 2007, №4. Aktualnye voprosy sovremennoy bioximii. 3:158-161.

28. Kozyarin I.P., Lipkan G.N., Mvaxno A.P. Jguchaya, no poleznaya. Krapiva dvudomnaya - lekarstvennoe i pishchevoe rastenie (obzor literatury). *Gigiena naselenix mirc.* 2013; 62:246-250 UDK:615.322:582.635.5:613.26

29. Danishyan K.I., Soboleva O.A., Galstyan G.M., Zvereva A.V., Sorkina O.M. Laparoskopicheskaya splenektomiya pri immunnoy tromboцитopenicheskoy purpure u beremennykh. *Terapevticheskiy arxiv*, 2016; 7: 109-113.

30. Karaguyulyan S.R., Danishyan K.I., Shutov S.A., Silaev M.A. Texnicheskie slojnosti vypolneniya splenektomii pri zabolevaniyax sistemy krovi. *Kdinicheskaya onkogematologiya*. 2017; 10(1):101-7. doi:10.21320/2500-2139-2017-10-1101-107.

31. Vianelli N., Palandri F., Polverelli N., Stasi R., Joelsson J., Johansson E., Ruggeri M., Zaja F. et al. Splenectomy as a curative treatment for immune thrombocytopenia: a retrospective analysis of 233 patients with a minimum follow up of 10 years. *Haematologica*. 2013;98(6):875-880.

32. Vianelli N., Galli M., de Vivo A., Intermesoliti T., Giannini B., Mazzucconi M.G., et al. Efficacy and safety of splenectomy in immune thrombocytopenic purpura: long-term results of 402 cases. *Haematologica*. 2005; 90(1): 72-77.

33. Park Y.H., Yi H.G., Kim C.S., et al; Gyeonggi/Incheon Branch, The Korean Society of Hematology. Clinical outcome and predictive factors in the response to splenectomy in elderly patients with primary immune thrombocytopenia: a multicenter retrospective study. *Acta Haematol.* 2016;135(3):162-171.

34. Tada K, Ohta M, Saga K, et al. Long-term outcomes of laparoscopic versus open splenectomy for immune thrombocytopenia. *Surg Today*. 2018;48(2): 180-185.

35. Chater C, Terriou L, Duhamel A, et al. Reemergence of splenectomy for ITP second-line treatment? *Ann Surg.* 2016;264(5):772-777.

36. Vecchio R, Marchese S, Intagliata E, Swehli E, Ferla F, Cacciola E. Long-term results after splenectomy in adult idiopathic thrombocytopenic purpura: comparison between open and

laparoscopic procedures. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*.2013;23(3):192-198.

37. Boyle S, White RH, Brunson A, Wun T. Splenectomy and the incidence of venous thromboembolism and sepsis in patients with immune thrombocytopenia. *Blood*.2013;121(23):4782-4790.
38. Thai LH, Mahevas M, Roudot-Thoraval F, et al. Long-term complications of splenectomy in adult immune thrombocytopenia.*Medicine (Baltimore)*.2016; 95(48):e5098.
39. Choi YU, Dominguez EP, Sherman V, Sweeney JF. Laparoscopic accessory splenectomy for recurrent idiopathic thrombocytopenic purpura. *JSLs*.2008;12(3):314-317.
40. KuterD.J., BusselJ.B., Newland A., Baker R.I., Lyons R.M., Wasser J., et al. Long-term treatment with romiplostim in patients with chronic immune thrombocytopenia safety and efficacy. *Br.J.Haematol*. 2013; 161(3): 411-23. doi: 10.1111/bjh.12260.
41. Newland A, Godeau B, Priego V, et al. Remission and platelet responses with romiplostim in primary immune thrombocytopenia: final results from a phase 2 study. *BrJ Haematol*.2016;172(2):262-273.
42. Marshall AL, Scarpone R, De Greef M, Bird R, Kuter DJ. Remissions after long-term use of romiplostim for immune thrombocytopenia.*Haematologica*.2016;101(1 2):e476-e478.
43. Cines DB, Wasser J, Rodeghiero F, et al. Safety and efficacy of romiplostim in splenectomized and nonsplenectomized patients with primary immune thrombocytopenia. *Haematologica*.2017;102(8):1342-1351.
44. Saleh MN, Bussel JB, Cheng G, Meyer O, Bailey CK, Arning M, Brainsky A; EXTEND Study Group. Safety and efficacy of eltrombopag for treatment of chronic immune thrombocytopenia: results of the long-term, open-label EXTEND study. *Blood*. 2013 Jan 17;121(3):537-45. doi: 10.1182/blood-2012-04-425512. Epub 2012 Nov 20.
45. BusselJB, Saleh MN, Vasey SY, Mayer B, ArningM, Stone NL. Repeated short-term use of eltrombopagin patients with chronic immune thrombocytopenia (ITP). *BrJ Haematol*. 2013 Feb;160(4):538-46. doi: 10.1111/bjh.12169.
46. Cheng G., Saleh M.N., Marcher C., Vasey S., Mater B., Aivado M., et.al. Eltrombopag for management of chronic immune thrombocytopenia (RAISE): a 6-month, randomised, phase 3 study. *Lancet*. 2011; 377(9763): 393-402. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60959-2.
47. Al-Samkari H, Kuter DJ. An alternative intermittent eltrombopag dosing protocol for the treatment of chronic immune thrombocytopenia. *Br J Clin Pharmacol*.2018;84(11):2673-2677.
48. Gonzalez-Lopez TJ, Fernandez-Fuertes F, Hernandez-Rivas JA, et al. Efficacy and safety of

eltrombopag in persistent and newly diagnosed ITP in clinical practice. *Int J Hematol.*2017;106(4):508-516.

49. Tomiyama Y, Miyakawa Y, Okamoto S, et al. A lower starting dose of eltrombopag is efficacious in Japanese patients with previously treated chronic immune thrombocytopenia. *J Thromb Haemost.*2012;10(5):799-806.

50. Gonzalez-Lopez TJ, Alvarez-Roman MT, Pascual C, et al. Eltrombopag safety and efficacy for primary chronic immune thrombocytopenia in clinical practice. *Eur J Haematol.*2016;97(3):297-302.

51. Gonzales-Porras J.R., Mingot-Castellano M.E., Andrade M.M., Alonso R., CaparrosI., et al. Use of eltrombopag after romiplostim in primary immune thrombocytopenia. *BrJHematology*, 2015, 169, 111-116. Doi 10.1111/bjh.13266

52. Khellaf M., Viillard JF, Hamidou M, Cheze S, Roudot-Thoraval F., Lefrere F, et.al. A retrospective pilot evaluation of switching thrombopoietic receptor-agonists in immune thrombocytopenia. *Haematologica* 2013; 98(6):881-7. Doi: 10.3324/haematol.2012.074633.

53. Kuter DJ, Macahilig C, Grotzinger KM, et al. Treatment patterns and clinical outcomes in patients with chronic immune thrombocytopenia (ITP) switched to eltrombopag or romiplostim. *Int J Hematol.* 2015;101(3):255-263.

54. Puavilai T. et al. Treatment efficacy for adult persistent immune thrombocytopenia: a systematic review and network meta-analysis //British journal of haematology. – 2020. – T. 188. – №. 3. – S. 450-459.

55. Cervinek L, Cerna O, Caniga M, et al. Efficacy of rituximab in primary immune thrombocytopenia: an analysis of adult pretreated patients from everyday hematological practice. *Int J Hematol.*2012;96(5):594-599. doi: 10.1007/s12185-012-1206-7.

56. Hai Zhou et al. A multicenter randomized open-label study of rituximab plus rhTPOvs rituximab in corticosteroid-resistant or relapsed ITP. *Blood.* 2015;125(10):1541-7. doi: 10.1182/blood-2014-06-581868.

57. Khellaf M, Charles-Nelson A, Fain O, et al. Safety and efficacy of rituximab in adult immune thrombocytopenia: results from a prospective registry including 248 patients. *Blood.*2014;124(22):3228-3236. doi: 10.1182/blood-2014-06-582346.

58. Arnold DM, Heddle NM, Carruthers J et al. A pilot randomized trial of adjuvant rituximab or placebo for nonsplenectomisedpatients with immune thrombocytopenia. *Blood.* 2012; 119:1356-1362

59. GhanimaW, KhelifA, WaageA et al. Rituximab as second-line treatment for adult immune thrombocytopenia (the RITP trial): a multicenter, randomised, double blind, placebo-controlled trial.

Lancet 2015; 385:1653-1661 dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61495-1

60. Chugh S, Darvish-Kazem S, Lim W, et al. Rituximab plus standard of care for treatment of primary immune thrombocytopenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Haematol.*2015;2(2):e75-e81.
61. Patel VL, Mahevas M, Lee SY, et al. Outcomes 5 years after response to rituximab therapy in children and adults with immune thrombocytopenia. *Blood.*2012;119(25):5989-5995.
62. Marangon M, Vianelli N, Palandri F, et al. Rituximab in immune thrombocytopenia: gender, age, and response as predictors of long-term response. *Eur J Haematol.*2017;98(4):371-377.
63. Pasa S, Altintas A, Cil T, Danis R, Ayyildiz O. The efficacy of rituximab in patients with splenectomized refractory chronic idiopathic thrombocytopenic purpura. *J Thromb Thrombolysis.*2009; 27(3):329-333.
64. Mahevas M, Ebbo M, Audia S, et al. Efficacy and safety of rituximab given at 1,000 mg on days 1 and 15 compared to the standard regimen to treat adult immune thrombocytopenia. *Am J Hematol.*2013;88(10):858-861.
65. Zaja F, Vianelli N, Volpetti S, et al. Low-dose rituximab in adult patients with primary immune thrombocytopenia. *Eur J Haematol.*2010;85(4):329-334.
66. Arnold DM, Nazi I, Santos A, et al. Combination immunosuppressant therapy for patients with chronic refractory immune thrombocytopenic purpura. *Blood.*2010;115(1):29-31.
67. Gomez-Almaguer D, Tarin-Arzaga L, Moreno-Jaime B, et al. High response rate to low-dose rituximab plus high-dose dexamethasone as frontline therapy in adult patients with primary immune thrombocytopenia. *Eur J Haematol.*2013;90(6):494-500.
68. Gudbrandsdottir S, Birgens HS, Frederiksen H, et al. Rituximab and dexamethasone vs dexamethasone monotherapy in newly diagnosed patients with primary immune thrombocytopenia. *Blood.*2013;121(11):1976-1981.
69. Chapin J, Lee CS, Zhang H, Zehnder JL, Bussel JB. Gender and duration of disease differentiate responses to rituximab-dexamethasone therapy in adults with immune thrombocytopenia. *Am J Hematol.*2016;91(9):907-911.
70. Bussel JB, Lee CS, Seery C, et al. Rituximab and three dexamethasone cycles provide responses similar to splenectomy in women and those with immune thrombocytopenia of less than two years duration. *Haematologica.*2014;99(7):1 264-1271.
71. Abuzarova G.R. et al. Obezbolivanie vzroslykh i detey pri okazanii medicinskoy pomoshchi. Metodicheskie rekomendatsii. FGBOU VO RNIMU im.N.I.PirogovaMinzdrava Rossii, 2016g., 94 s.

72. Piel-Julian ML, Mahesvas M, Germain J, et al; CARMEN investigators group. Risk factors for bleeding, including platelet count threshold, in newly diagnosed immune thrombocytopenia adults. *J Thromb Haemost.* 2018;16(9):1830-1842. doi: 10.1111/jth.14227.
73. Gernsheimer T, James AH, Stasi R. How I treat thrombocytopenia in pregnancy. *Blood.* 2013 Jan 3;121(1):38-47. doi: 10.1182/blood-2012-08-448944.
74. Vasilev S.A., Vinogradov V.L., Mazurov A.V., Markova M.L. Tromboцитopenii. *Akusherstvo, ginekologiya i reprodukcija.* 2014; № 2: s.112-125.
75. Sukenik-Halevy R1, Ellis MH, FejginMD. Management of immune thrombocytopenic purpura in pregnancy. *Obstet Gynecol Surv.* 2008 Mar;63(3):182-8. doi: 10.1097/OGX.0b013e318164013c.
76. George JN, Nester C, McIntosh J Syndromes of thrombotic microangiopathy associated with pregnancy. *Hematology Am Soc Hem Education Program,* 2015, Dec 5, 644-8
77. Fakhouri F. Pregnancy-related thrombotic microangiopathies: clues from complement biology, *Transfusion and ApheresSci,* 2016, 54, p 199-202
78. Kirsanova T.V, Vinogradova M.A, Fedorova T A, Imitatory tyajeloy preeklampsiii HELLP sindroma: razlichnye vidy tromboticheskoy mikroangiopatii, assoциrovannoy s beremennostyu. *Akusherstvo i ginekologiya,* 2016, 12, s 5-14