

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

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

**BOLALAR MILLIY TIBBIYOT MARKAZI
TOSHKENT PEDIATRIYA TIBBIYOT TNSTITUTI
TIBBIYOT XODIMLARINI RIVOJLANTIRISH VA MALAKASINI
OSHIRISH MARKAZI**

**BOLALARDA TARQALGAN TOMIR ICHIDAGI
KOAGULYATCION SINDROMNING MILLIY KLINIK
PROTOKOLI.**

Toshkent – 2025

"TASDIQLAYMAN"
O'zbekiston Respublikasi
Sog'liqni saqlash vaziri v.b.
A.A. Xudayarov _____

_____ 2025 yil

**BOLALARDA TARQALGAN TOMIR ICHIDAGI
KOAGULYATSION SINDROMNING MILLIY KLINIK
PROTOKOLI.**

Toshkent - 2025

"KELISHILGAN"
Milliy Bolalar Tibbiyot
Markazi direktori
B.Ya. Umarov

_____ 2025 yil

**BOLALARDA TARQALGAN TOMIR ICHIDAGI
KOAGULYATSION SINDROMNING MILLIY KLINIK
PROTOKOLI.**

Toshkent - 2025

Mundarija

1. Bolalarda tarqalgan tomir ichidagi koagulyatsion sindromning milliy klinik protokoli, tasnifi.....	6
2. Bolalarda tarqalgan tomir ichidagi koagulyatsion sindromning milliy klinik protokoli, diagnostika mezonlari	11
3. Bolalarda tarqalgan tomir ichidagi koagulyatsion sindromning milliy klinik protokoli, intensiv terapiya	13

**BOLALARDA TARQALGAN TOMIR ICHIDAGI
KOAGULYATSION SINDROMNING MILLIY KLINIK
PROTOKOLI.**

Kirish

XKT -10/11	
D65/ 3B70.0	Tomirlar ichida qonning tarqoq ivishi sindromi
	https://mkb-10.com/index.php?pid=2092 https://www.who.int/classifications/classification-of-diseases

Protokolni ishlab chiqish va qayta ko'rib chiqish sanasi: 2023 yil, qayta ko'rib chiqish sanasi 2026 yil yoki yangi asosiy dalillar paydo bo'lishi bilan. Taqdim etilgan tavsiyalarga kiritilgan har qanday tuzatishlar tegishli hujjatlarda e'lon qilinadi.

Ushbu klinik protokol va standartni ishlab chiqish uchun mas'ul muassasa:

Bolalar Milliy Tibbiyot Markazi
Toshkent Pediatriya Tibbiyot Institutu
Tibbiyot xodimlarini rivojlantirish va malakasini oshirish markazi

Quyidagilar klinik protokol va standartni ishlab chiqishga yordam berdi:

Ishchi guruh tarkibi:

1. Ishchi guruh rahbari: Satvaldieva Elmira Abdusamatovna – tibbiyot fanlari doktori, Professor, Milliy bolalar tibbiyot markazi anesteziologiya va reanimatsiya bo‘limi mudiri, Toshkent PMI Anesteziologiya va reanimatsiya kafedrasini mudiri. O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligining bosh bolalar anesteziologi va reanimatologi.
2. Guli Shaxobovna Xamraeva - Tibbiyot xodimlarini rivojlantirish va malakasini oshirish markazi bolalar anesteziologiyasi va reanimatsiyasi kafedrasini mudiri, tibbiyot fanlari doktori. Professor
3. Xuriya Nuritdinovna Muxitdinova, tibbiyot fanlari doktori, Tibbiyot xodimlarini rivojlantirish va malakasini oshirish markazi bolalar anesteziologiyasi va reanimatologiyasi kafedrasini professori.
4. Usmonov Rifkat Rinatovich – Milliy bolalar tibbiyot markazi neonatal va yurak reanimatsiyasi bo‘limi shifokori, ToshPTI shoshilinch pediatriya kafedrasini assistenti.
5. Xojiyev Baxriddin Farxodovich – Milliy bolalar tibbiyot markazi operatsiya bo‘limi mudiri, ToshPTI anesteziologiya va reanimatsiya kafedrasini assistenti.
6. Ashurova Gulchehra Zokirjonovna- ToshPTI anesteziologiya va reanimatsiya kafedrasini assistenti, ToshPTI va MBTM klinikasi reanimatolog shifokori
7. Shakarova Mehri Ulashevna - ToshPTI anesteziologiya va reanimatsiya kafedrasini assistenti.
8. Salomov Ulug‘bek Inoyatovich - Samarqand viloyat bolalar ko‘p tarmoqli tibbiyot markazi ORIT mudiri.

Taqrizchilar:

1. Ibragimov N.K. – TMA anesteziologiya va reanimatologiya kafedrasini mudiri

Tashqi ekspertiza

1. Sepbaeva A.D. – tibbiyot fanlari doktori, professor, bolalar anesteziyasi va reanimatsiyasi kursi bilan bolalar xirurgiyasi kafedrasini mudiri. Akademik K.S. Ormantaeva. Asfendiyarov nomidagi KazNMU, Qozog‘iston Respublikasi, Olmaota.

Klinik protokol Milliy bolalar tibbiyot markazi kengashi tomonidan 2023 yil dekabrda ko‘rib chiqildi va tasdiqlandi.

Texnik ko‘rib chiqish va tahrirlash:

1. Ibragimov Ne‘matjon Komiljonovich -Toshkent Tibbiyot Akademiyasi

O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi huzuridagi Ekspertlar guruhi mutaxassislarining ekspert bahosi:

1. Alimov Axrorbek Abdurasulovich – Milliy bolalar tibbiyot markazi

Mazkur klinik protokol va standartlar O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vaziri o‘rinbosari Basitxanova E.I, 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.

Muhokama: BMTM Kengashi 202__ yil _____dagi ____-son.

Protokolda ishlatiladigan qisqartmalar:

TIQTI - tomirlar ichida qonning tarqoq ivishi sindromi

FDM - fibrin degradatsiya mahsuli

FQTV - faollashtirilgan qisman tromboplastin vaqti

PV - protrombin vaqti

ISTH - (International Society on Thrombosis and Hemostasis - xalqaro tromboz va gemostaz jamiyati)

TEG - tromboelastografiya

TTP - trombotik trombositopenik purpura

GUS - gemolitikouremik sindrom

aGUS - atipik gemolitik-uremik sindrom

ITP - immun trombositopenik purpura

TVS - trombositlar vaqti soni

YaMZ - yangi muzlatilgan zardob

AQH - aylanuvchi qon hajmi

SO‘V - sun‘iy o‘pka ventilyatsiyasi

Ushbu nozologiya uchun protokol foydalanuvchilari

1. Bolalar anesteziologlari va reanimatologlari,
2. Shoshilinch tibbiy yordam shifokorlari,

3. Pediatrlar
4. Kardiologlar
5. Umumiy amaliyot shifokorlari
6. Terapevtlar
7. Bolalar jarrohlari
8. Funktsional diagnostika shifokorlari

Ushbu nozologiyadagi bemorlar toifasi- 0-18 yoshdagi bolalar;

Dalillarga asoslangan tibbiyotga asoslangan dalillar darajasi shkalasi.
Diagnostika usullari (diagnostik aralashuvlar) uchun dalillar darajasini baholash shkalasi

DDB	TAXRIR
1	Malumot-nazorat ostidagi tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish yoki meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik sinovlarni tizimli ko'rib chiqish
2	Individual ma'lumotnoma-nazorat ostidagi tadqiqotlar yoki individual randomizatsiyalangan klinik sinovlar va meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik sinovlardan tashqari har qanday dizayndagi tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish
3	Malumot usuli bo'yicha ketma-ket nazoratsiz tadqiqotlar yoki o'rganilayotgan usuldan mustaqil bo'lmagan mos yozuvlar usuli bilan tadqiqotlar yoki tasodifiy bo'lmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kohort tadqiqotlari
4	Qiyosiy bo'lmagan tadqiqotlar, klinik holat hisoboti
5	Harakat mexanizmi yoki ekspert xulosasi uchun faqat mantiqiy asos mavjud

Profilaktik, terapevtik va rehabilitatsiya tadbirlari uchun dalillar darajasini baholash uchun shkala

DDB	TAXRIR
1	Meta-tahlil yordamida RCTlarni tizimli ko'rib chiqish
2	Tanlangan RCTlar va meta-tahlil yordamida RCTlardan tashqari har qanday dizayndagi tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish
3	Tasodifiy bo'lmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan. kohort tadqiqotlari
4	Qiyosiy bo'lmagan tadqiqotlar, misollar hisobotlari yoki holatlar seriyasi, vaziyatni nazorat qilish bo'yicha tadqiqotlar
5	Faqat aralashuvning ta'sir qilish mexanizmi (klinikgacha tadqiqotlar) yoki ekspert xulosasi uchun asos mavjud

Profilaktik, diagnostika, terapevtik va rehabilitatsiya tadbirlari bo'yicha tavsiyalar bo'yicha ishonchlilik darajasini baholash shkalasi

DID	TAXRIR
A	Kuchli tavsiya (barcha samaradorlik choralari (natijalari) muhim, barcha tadqiqotlar yuqori yoki adolatli uslubiy sifatga ega va ularning qiziqish natijalari bo'yicha xulosalari izchil)
B	Shartli tavsiyalar (ko'rib chiqilgan barcha samaradorlik choralari (natijalari) muhim emas, barcha tadqiqotlar yuqori yoki adolatli uslubiy sifatga ega emas va/yoki ularning qiziqish natijalari bo'yicha xulosalari mos kelmaydi)

C	Zaif tavsiya (adekvat sifatli dalillarning yo'qligi (ko'rib chiqilgan barcha samaradorlik choralari (natijalari) muhim emas, barcha tadqiqotlar past uslubiy sifatga ega va ularning qiziqish natijalari bo'yicha xulosalari izchil emas)
----------	---

Asosiy qism.

Tomirlar ichida qonning tarqoq ivishi sindromi (TIQTI) qon ivish tizimidagi murakkab patologik jarayondir. Zamonaviy malumotlarga ko'ra, TIQTI ko'plab kasalliklarda rivojlanadi, ular uchun ikkinchi darajali bo'lib, ularning holatini keskin yomonlashtirishi mumkin. O'tkir, o'tkirosti va surunkali TIQTI mavjud. TIQTI ning eng yomon oqibatlari uning o'tkir bosqichida qayd etilgan. TIQTI - tomirlar ichida qonning tarqoq ivishi sindromi bo'lib, tomir ichiga tromb hosil bo'lishiga va trombotsitlar va qon ivish omillarining kamayishiga olib keladi. Tromblar qon tomir obstruksiyasi, ishemiya va poliorgan yetishmovchiligi va spontan qon ketishi rivojlanishi mumkin. Iste'mol koagulopatiyasi og'ir asorat bo'lib, bolalar o'limining sezilarli darajada oshishi bilan bog'liq. Kamida uchta manbadan umumiy qon ketish TIQTI ni aniq ko'rsatadi. TIQTI asosan organlarni shikastlanishi, sepsis yoki og'ir infektsiya, og'ir akusherlik kasalliklari, shok holatlari, xavfli o'smalar, zaharlanishlar, sezilarli qon tomir buzilishlar va og'ir toksik yoki immunologik reaksiyalar natijasida yuzaga kelishi mumkin.

TIQTI-sindromi tasnifi

Klinik jihatdan 4 ta bosqichga bo'linadi:

M. S. Machabeli bo'yicha:

I bosqich stadiya — giperkoagulyatsiya;

II bosqich — ist'emol koagulopatiyasi;

III bosqich—fibrinogenning yo'qligiga qadar barcha prokoagulyantlarning qonda keskin pasayish;

IV bosqich — tiklanish.

Fyodorovoy Z. D. va boshqa (1979), B. A. Barıshev (1981) bo'yicha tasnif quyidagi ko'rinishda:

I bosqich — giperkoagulyatsiya;

II bosqich — gipokoagulyatsiya;

III bosqich— fibrinolizning umumiy faollashishi bilan gipokoagulyatsiya;

IV bosqich — qonning to'liq ivimasligi.

TIQTI-sindromida periferik qon oqimining buzilish darajasiga ko'ra quyidagilarga bo'linadi:

1. Kompensatsiyalangan bosqich terining giperemiyasi, sistolik qon bosimining oshishi tufayli arterial gipertenziya, taxikardiya bilan tavsiflanadi. Rektal va teri harorati o'rtasidagi nisbat

buzilmaydi. Kompensatsiyalangan metabolik atsidoz va gematokritning 0,5-7% ga oshishi aniqlanadi. Kompensatsiyalangan bosqich TIQTI-sindromining birinchi bosqichida aniqlanadi.

2. Subkompensatsiyalangan bosqich qon aylanishini markazlashtirish belgilari bilan tavsiflanadi. Teri rangpar, petexial gemorragik toshma, yuqori diastolik bosimli arterial gipertenziya. Taxikardiya ortib borishi. Teri va rektal harorat o'rtasida nomuvofiqlik aniqlanadi. Nevrologik buzilishlar, dekompensatsiyalangan metabolik atsidoz va gematokritning 10% ga oshishi paydo bo'ladi. Ushbu bosqich o'tish davrida va gipokoagulyatsiya bosqichining dastlabki davrlarida kuzatiladi.

3. Dekompensatsiyalangan bosqich periferik qon tomir parezining rivojlanishi bilan namoyon bo'ladi. Ko'pgina hollarda qon bosimi pasayadi, ammo sezilarli gipertenziya mumkin. Taxikardiya yoki bradikardiya, gipertermiya, anuriya, nevrologik kasalliklar kuzatiladi. Gemorragik sindrom talaffuz qilinadi. Aralash atsidoz holati laboratoriyada aniqlanadi, anemiya natijasida gematokrit kamayadi. Dekompensatsiyalangan bosqich chuqur gipokoagulyatsiya bosqichida kuzatiladi.

**Bolalarda tarqalgan tomir ichidagi koagulyatsion sindromning
milliy klinik protokoli, diagnostika mezonlari**

Diagnostikaga yondashuv usullari

TIQTI sindromini aniq tashhishlash uchun diagnostika algoritmi

TIQTI sindromida gemostazning tekshiriladigan parametrlari:

- trombositlar soni
- FQTV
- protrombin vaqti
- antitrombin-III faolligi
- fibrinogen darajasi
- FDM / D-dimer darajasi

ISTH (International Society on Thrombosis and Hemostasis - xalqaro tromboz va gemostaz jamiyati) shkalasi bo'yicha TIQTI-sindromini rivojlanish xavfini baholash

jad.1

Ko'rsatkich	Ball
Trombositov miqdori	
- 100*10 ⁹ ko'p	0
- 50-100*10 ⁹	1
- 50*10 ⁹ kam	2
Fibrin monomerlari erishi / FDM(D-dimer)	
- ko'payish yo'q	0
- ko'payish kam	1
- biroz ko'paygan	2
Протромбин вақтининг кўпайиши	
-3 соатдан кам	0
- 3 дан 6 соатгача	1
- 6 соатдан кўп	2
Protrombin vaqtining ko'payishi	
-3 soatdan kam	0
- 3 dan 6 soatgacha	1
- 6 soatdan ko'p	2
Olingan natijalar interpretatsiyasi	

TIQTI sindromiga aniq shubha qilinmaydi, lekin TIQTI sindromi yashirin davri inkor qilinmaydi; keyingi 1-2 kun mobaynida testlarni qaytarish	4 kam
Aniq TIQTI sindromi. TIQTI sindromini davolash tavsiya qilinadi va har kuni ballarni sanash takrorlanadi.	5 ko'p

TIQTI sindromi diagnostikasiga skrining testlar (jad. 2)

Test	Giperkoagulyatsiya	Fibrinolitik	Gipokoagulyatsiya	Maxsus test
PV	↓ / N	↑ / N	↑↑	+/+
FQTV	↓ / N	↑ / N	↑↑	+-/+-
FDM(D-dimer)	↑	↑↑	↓↓	++/+
Fibrinogen	↑ / N	↓	↓↓	-/++
Trombotsitlar miqdori	N	↓	↓↓	++/+
AT III	N	↓ / N	↓↓	+/+

TEG-bemorning gemostazini vizual tasvirlash orqali qonning yopishqoq-elastik xususiyatlarini baholashga asoslangan qon ivish tizimini integral tekshirish usuli.

TEG monitoringi o'rnini bosuvchi transfuzion terapiyani optimallashtirish, quyidagi tadqiqotlar asosida qon ketish yoki tromboz xavfini baholashni soddalashtirish imkonini beradi:

- laxta hosil bo'lish tezligi;
- laxtaning mustahkamligi va barqarorligi;
- trombotsitlar, koagulyatsion omillar va hujayralararo hissasidagi o'zaro ta'sirini baholash;
- trombotsitlar funksiyalari;
- funktsional fibrinogen darajasi;
- yetarli bo'lmagan yoki ortiqcha fibrinolizni aniqlash.

TIQTI sindromining differentsial diagnostikasi keng va qon ketish, koagulopatiya va/yoki trombotsitopeniya bilan yuzaga keladigan kasalliklarni o'z ichiga oladi. Laboratoriya tekshiruvi odatda TIQTI sindromini bolalarda qon ketishining boshqa sabablaridan farqlash imkonini beradi (jad .3).

jad .3

Tashhis	Trombotsitlar miqdori	PV	FQTV	Fibrinogen
Jigar sirrozi	↓	↑	↑	↓ / N
TTP	↓	N	N	N
GUS, a GUS	↓	N	N	N

ITP	↓	N	N	N
TIQTI	↓	↑	↑	↓

Giperkoagulyatsiya bosqichi uchun laboratoriya ko'rsatkichlaridagi quyidagi o'zgarishlar kuzatiladi:

- * qon ivish vaqti va qon ketish vaqti normal yoki biroz qisqargan;
- * trombositlar soni normal ko'rsatkichlarda;
- * PV qisqargan;
- * FQTV qisqargan;
- * fibrinogen darajasi oshgan;
- * FDM ko'tarilgan;
- * ijobiy etanol testi.

Iste'mol bosqichi quyidagi laboratoriya ko'rsatkichlari bilan tavsiflanadi:

- * qon ivish vaqti va qon ketish vaqti uzaytirildi;
- * trombositlar soni kamayadi;
- * PV qisqargan yoki normal;
- * FQTV oshirildi;
- * fibrinogen darajasi pasaygan;
- * FDM ko'tarildi;
- * etanol testi keskin ijobiy;
- * kamqonlik va qon surtmasida parchalangan eritrotsitlarning paydo bo'lishi.

Uchinchi bosqichda laboratoriya parametrlari normal holatga qaytadi.

Bolalarda tarqalgan tomir ichidagi koagulyatsion sindromning
milliy klinik protokoli, intensiv terapiya

TIQTI- sindromini davolash

Statsionar sharoitida davolash taktikasi:

Pediatrik bemorlarda TIQTI sindromini davolashning asosiy tamoyili boshlanish jarayonini to'xtatish va asosiy kasallikni faol davolashdir. Klinik jihatdan ahamiyatli qon ketishi bo'lgan bemorlarda trombositlarni almashtirish terapiyasini va/yoki qon ivish omillarini (yangi muzlatilgan zardob yoki kriopretsipitat) tayinlash tavsiya etiladi. (1A)

Davolash tadbirlarning tabiati va hajmi TIQTI sindromining bosqichiga bog'liq.

Giperkoagulyatsiya bosqichida asosiy e'tibor koagulyatsiyaning faollashishiga sabab bo'lgan asosiy kasallikning adekvat davolashga qaratiladi. Ko'pgina hollarda faol davolash amalga oshiriladi:

- * gipoksemiya holatida boshqariladigan kislorodli terapiya bilan yordamchi yoki sun'iy ventilyatsiya amalga oshiriladi; (1A)

- * gipovolemiya holatida – AQH ni yangi muzlatilgan zardob (plazmali koagulyatsion omillar donori va antitrombin III) tomir ichiga 10-15 ml/kg, 10% glyukoza eritmasi, kolloid eritmalar vena ichiga 10-15ml/kg tomchi holida, uning hajmi fiziologik ehtiyojlarga qarab infuzion terapiya bilan to'ldirilishi majburiy belgilanadi.

- * shokni ko'rsatadigan arterial gipotenziyada dopaminli, dopaminsiz, dobutamin va adrenalin bilan birgalikda yoki buyrak usti bezi yetishmovchiligida - glyukokortikoidlar vena ichiga yuboriladi; (3B)

- * atsidozda ventilyatsiya amalga oshiriladi, agar kerak bo'lsa, natriy bikarbonat qilinadi; (1A)

- * infeksiyalarda antibiotiklar, pentoglobin va boshqa immunoglobulinlar tomir ichiga yuboriladi va maxsus immunoterapiya o'tkaziladi. (1B)

Almashtirish terapiyasi klinik jihatdan ahamiyatli qon ketish belgilari yoki invaziv muolaja tufayli qon ketish xavfi yuqori bo'lgan TIQTI-sindromli bemorlarga o'tkaziladi. Klinik jihatdan ahamiyatli qon ketishiga misol qilib oshqozon- ichak trakti qonashi, venapunktziya joylaridan uzoq vaqt qon ketish, burundan uzoq qon oqishi yoki endotrakeal naycha sanatsiyasidan keyin uzoq qon ketish kiradi. (3B)

Almashtirish terapiyasining maqsadi sezilarli qon ketishini kamaytirish yoki to'xtatish va trombositlar sonini $> 50,000/r$ va fibrinogen konsentratsiyasini $>100 \text{ mg/dl}$ (1 mol/L) saqlab turishdir. (2C)

Almashtiruvchi vositalarni tanlash. Qon ivish omillarini YaMZ yoki kriopretsipitat bilan almashtirish mumkin. YaMZ uzoq muddatli protrombin vaqti (PV) va faollashtirilgan qisman tromboplastin vaqti (FQTV) bilan qon ketishi bo'lgan bemorlarga buyuriladi (odatdagidan 1,5 baravar yuqori). YaMZ prokoagulyant va antikoagulyant oqsillarni ta'minlaydi va suyuqlikning ortiqcha yuklanishiga yo'l qo'ymaslik uchun gemodinamik holatni qat'iy nazorat qilgan holda har

12-24 soatda infuziya 10-20 ml/kg dozada qo'llaniladi. Kriopretsipitat VIII omil va fibrinogenning yuqori konsentratsiyasiga ega va gipofibrinogenemiyani korrektsiyasi uchun ishlatilishi mumkin. Har 6 soatda infuziya uchun 10 ml/kg dozada zarurat bo'lganda qo'llaniladi. Trombotsitlar quyish trombotsitlar sonini $>50\,000$ / mkl ushlab turish uchun amalga oshiriladi. .(2A)

Kriopretsipitatga ko'rsatma:

- Faol qon ketish va fibrinogen darajasi $<1,5$ g / l
- Orttirilgan fibrinogen yetishmovchiligi yoki sezilarli qon ketishi va fibrinogen $<1,0$ g / l bilan o'tkir TIQTI- sindromi. (1B)

Tavsiya etilgan dozani hisoblash 5-10 ml/kg, yuborish tezligi 10-20 ml/kg/soat.

TIQTI- sindromini davolashda geparinning roli juda cheklangan. Bolalarda geparin faqat klinik qon ketishsiz klinik rivojlangan trombozlarda (masalan, gangrenoz-nekrotik teri o'zgarishi, arterial yoki venoz tromboemboliya) buyuriladi. Geparin markaziy asab tizimining shikastlanishi yoki jigar yetishmovchiligi bo'lgan bemorlarda qo'llanishga qarshiligi mavjud. . (3C)

Agar geparinning terapevtik dozalarini yuborish to'g'risida klinik qaror qabul qilinsa, fraksiyalanmagan geparinni doimiy ravishda tomir ichiga yuborish afzalroqdir, chunki u titrlashni korrektsiya qilish imkonini beradi va qon ketganda tezda to'xtatilishi mumkin. Bolalarda fraksiyalanmagan geparin bilan davolash paytida anti-faktor Xa darajasini nazorat qilish kerak.(3C)

Trombotsitlarni qon ketishi va trombotsitlar soni $<50,000$ /ml bo'lgan bemorlarga quyish ko'rsatma bo'ladi. Trombotsitlar soni yuqori bo'lgan bemorlarga trombokonsentratini quyish talab qilinadi, chunki TIQTI- sindromida qon ketish trombotsitlar disfunktsiyasi bilan ham bog'liq bo'lishi mumkin. Qon ketishi bo'lmagan bemorlarda trombotsitlarni profilaktik maqsadda quyish tavsiya etilmaydi. Bolalarda (og'irligi 20 kg gacha) 10-15 ml/kg tana vazniga quyish uchun trombotsitlar massasi dozasini hisoblash lozim. Tavsiya etilgan yuborish tezligi 10-20 ml/kg/soat. Og'irligi 20 kg dan ortiq bolalarda-1 doz/20 kg tana vazniga (bitta dozada taxminan 50 ml mavjud) tavsiya etiladi. (2A)

7. Protokolning tashkiliy jihatlari:

1) manfaatlar to‘qnashuvi yo‘q;

2) dalillar darajasiga ega yangi usullar mavjud bo‘lganda protokolni qayta ko‘rib chiqish;

3) qo‘llanilgan adabiyotlar ro‘yxati:

1. <https://www.uptodate.com/contents/disseminated-intravascular-coagulation-in-infants-and-children>
2. <https://www.uptodate.com/contents/disseminated-intravascular-coagulation-in-infants-and-children>
3. <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/184>
4. <https://uptodatefree.ir/topic.htm?path=disseminated-intravascular-coagulation-in-infants-and-children>
5. https://www.rch.org.au/clinicalguide/guideline_index/Blood_product_prescription/
6. Tepayev R.F. Sindrom disseminirovannogo vnutrisosudistogo svertivaniya u detey. Diagnostika i lecheniye / *Pediatricheskaya farmokologiya* 2010 tom 7 (№6) str 27-31
7. Mingalimov M.A., Grigoryeva K.N., Tretyakova M.V., Sultangadjiyeva X.G. Sindrom disseminirovannogo vnutrisosudistogo svertivaniya v perinatalnoy meditsine / *Akusherstvo, ginekologiya i reproduksiya* 2020 tom 14 (№1) str 56-68 <https://doi.org/10.17749/2313-7347.2020.14.1.56-68>
8. Ivanov D.O., Petrenko Yu.V. Pokazateli sistemi gemostaza pri dvs sindrome razlichnogo geneza u novorojdennix detey / *Translyatsionnaya meditsina* 2014 №1 <https://doi.org/10.18705/2311-4495-2014-0-1-44-52>
9. Leonov N.P., Ilʼukin V.V., Novichkova G.A., Maschan M.A., Atullaxanov F.I., Yashin S.S., Zeynalov M.A., Spiridonova E.A. Osobennosti razvitiya i techeniya sindroma disseminirovannogo vnutrisosudistogo svertivaniya pri xirurgicheskix vmeshatelstvax u detey s onkologicheskimi zabolevaniyami / *Obshaya reanimatologiya* 2020 Tom 16, (№ 3) str 54-75 <https://doi.org/10.15360/1813-9779-2020-3-54-75>
10. Kunwar S., Alam M., Ezekwueme F., Yasir M., Lawrence J.A. Diagnostic Scores and Treatment Options for Acute Disseminated Intravascular Coagulation in Children / *Cureus*. 2021 Sep; 13(9): e17682. doi: 10.7759/cureus.17682
11. Dewar A. Disseminated intravascular coagulation for paediatricians: the whats, whys and hows / *Paediatrics and Child Health* Volume 32, Issue 11, November 2022, Pages 433-440 <https://doi.org/10.1016/j.paed.2022.08.005>