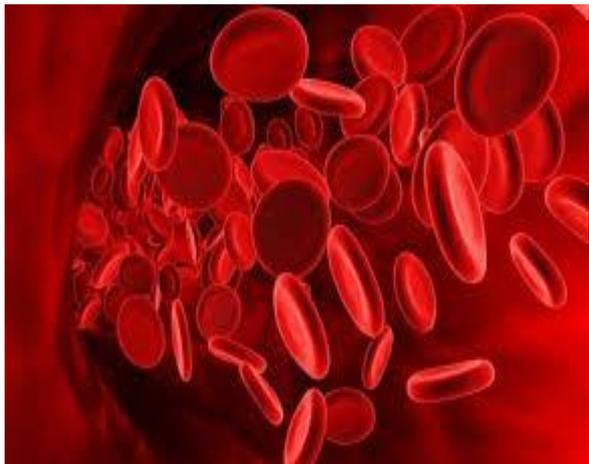


АО «Медицинский университет Астана»
Кафедра детских болезней №1

Тема: Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура



Выполнила: Дайрабаева Ш.Б.
Группа: Педиатрия 170
Проверил:

Астана 2018 г.

Иммунная тромбоцитопения – аутоиммунное заболевание, вызываемое одним или более антитромбоцитарными антителами, обычно воздействующими на мембранных гликопротеиновых комплексах IIb/IIIa и/или GPIIb/IX, что приводит к разрушению тромбоцитов клетками системы фагоцитирующих мононуклеаров, проявляющееся геморрагическим синдромом.

Патогенез

Наследственная предрасположенность
в виде тромбоцитопатии (аутосомно-домин.)

Срыв иммунологической толерантности к Аг тромбоцитов
(ТТ IIb/IIIa, Ib/IX/V)

Дефицит Tc

Пролиферация
В-лимф.

Синтез АТААг
в селезенке

Лизис
тромбо-
цитов

Неэффективный тромбоцитопоэз
АМССАг

T-киллеры

Примерно в 60% ИТП у детей выявляется предшествующая инфекция. Повышенный риск развития ИТП ассоциирован с вакцинацией против *кори-паротита-краснухи*.

Врожденная тромбоцитопения может быть заподозрена у пациентов с длительно сохраняющейся тром-боцитопенией при отсутствии эффекта от лечения, а также с семейным анамнезом, отягощенным тром-боцито-пенией или наличием кровотечений у кровных родственников.

Классификация

Форма	Период	Течение	Осложне- ния
<ul style="list-style-type: none">• сухая• влаж- ная	<ul style="list-style-type: none">• криз (обострение)• клиническая ремиссия• клинико- гематологи- ческая ремиссия	<ul style="list-style-type: none">• острое (до 3 мес.)• затяжное или персистирую- щее (3-12 мес.)• хроническое (> 12 мес.)	<ul style="list-style-type: none">• маточные кровотечения• анемия пост- геморрагичес- кая• кровоизлия- ние в мозг

Классификация American Society of Hematology, 2013 .

Разделение иммунной тромбоцитопении:

- впервые диагностированные (до 3 месяцев);
- персистирующие (3-12 месяцев);
- хронические (после 12 месяцев).

Разделение иммунной тромбоцитопении, предложенное IWG не было формально валидизировано и не рекомендуется для использования и выбора тактики лечения.

Резистентная ИТП к терапии кортикостероидами – отсутствие ответа через 3 недели терапии кортикостероидами (преднизолон 0,5–2 мг/кг/сут).

Рефрактерная ИТП – отсутствие ответа (тромбоциты менее $30 \times 10^9/\text{л}$) после проведения спленэктомии.

Клиника

Микроциркуляторный (петехиально-пятнистый) тип кровоточивости

- **Кожные геморрагии**
- **Кровоизлияния на слизистых (у 1/2)**
- **Кровотечения из слизистых**

Клиника

Кожный геморрагический синдром

- Петехии
- Экхимозы (полиморфные, полихромные, несимметричные, атравматичные)
- Эндотелиальные пробы положительные









Клиника

Кровотечения из слизистых

- **Чаще носовые, реже десневые, желудочно-кишечные, почечные, маточные**
- **Редко кровоизлияние в мозг**
- **Кровотечения атравматичные, неотсроченные, чаще необильные, непродолжительные**



Клиника

Сухая пурпура

- Кожный геморрагический синдром, м.б. кровоизлияния на слизистых

Влажная пурпура

- Кожные геморрагии + кровоизлияния на слизистых + кровотечения

Нет интоксикации и гепатоспленомегалии

Клиника

Легкий криз

- Сухая пурпура

Среднетяжелый криз

- Влажная пурпура в виде умеренной кровоточивости

Тяжелый криз

- Длительные и обильные кровотечения, постгеморрагическая анемия

Клиника

Острая пурпура

- В возрасте 1-5 лет
- У большинства больных (60-80%)
- Провоцирующие факторы за 1-3 нед.
- Начало острое, внезапно геморрагический синдром (у 1/2 - сухая пурпура)
- Продолжительность криза не более 1 мес.
- Полное выздоровление через 1-3 мес.

Клиника

Хроническая пурпура

- **Чаще у детей 7-10 лет**
- **Начало постепенное без видимой причины**
- **В период криза – влажная пурпура**
- **Первый криз может принять затяжное течение**
- **Волнообразное течение, трудно получить полную клинико-гематологическую ремиссию**
- **Длительность более 12 мес., годы**
- **Хроническая постгеморрагическая анемия**

Лабораторные исследования:

- **общий анализ крови:** иммунная тромбоцитопения характеризуется уменьшением количества тромбоцитов в периферической крови вплоть до единичных при нормальном или даже повышенном уровне мегакариоцитов. Морфологические изменения в тромбоцитах: увеличение их размеров, появление малозернистых голубых клеток, также их пойкилоцитоз и уменьшение отростчатых форм тромбоцитов. Анемия при значительных кровотечениях [2-4];
- **миелограмма:** увеличение количества мегакариоцитов, отсутствие или малое количество свободно лежащих тромбоцитов, отсутствие других изменений (признаков роста опухоли) в костном мозге;
- **коагулограмма:** не характерна гипокоагуляция;
- **иммунологическое исследование:** обнаружение в крови антитромбоцитарных тромбоцитоассоциированных (ТрА-IgG) антител.

10 SEP '18 14:19

ID
 MODE (OPEN)
 SAMPLE TYPE : Blood
 WBC 4.7 10⁹/L
 RBC 3.18L 10¹²/L
 HGB 84L g/L
 HCT 27.8L %
 MCV 87.4 fL
 MCH 26.4L pg
 MCHC 302L g/L
 PLT 16* 10⁹/L

RDWCV 12.4 %CV
 RDWSD 43.4 fL
 PCT 0.01L %
 MPV 8.4 fL
 PDW 21.6H %

Тромбоциттер (Тромбоциты)	180.0-320.0	10 ⁹ /л	21,4
Лейкоциттер (Лейкоциты)	4.0-9.0	10 ⁹ /л	4,7
нейтрофилдер (Нейтрофилы)			
Промиеоциттер (Промиеоциты)			
Мислоциттер (Мислоциты)			

Денсаулық сақтау министрлігі
 « » № бұйрығымен бекітілген
 № 224/с нысанды медициналық құжаттарға
 Медицинская документация
 Форма № 224/у
 Утверждена приказом Министра
 Здравоохранения Республики Казахстан
 «23» ноября 2010 №907

ҚАН ТАЛДАУЫ
 АНАЛИЗ КРОВИ

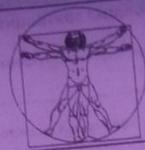
Қан алынып алынған (развернутый)
 (ке) *Валшова*
 қайда (куда) кімге (кому) *К10*
 қанда (куда) кімге (кому) *К10*

Биологиялық зерттеулер шегі	С: мөлшер бірліктері	Нәтижелер
Пределы биологических исследований	Единицы величин СИ	Результаты
30,0-160,0	г/л	84
120,0-140,0	г/л	
4,0-5,0	10 ¹² /л	3,1
3,9-4,7	10 ¹² /л	
0,85-1,05	%	0,87
0,36-0,60	%	27%

Кристаллы 21,4

ДНЕВНИК

Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрлігі
 Министрлік медициналық құжаттарға
 Республикасы Қазақстан
 Удълман атауы
 Нымыновань организация
 Лечебно-диагностический центр
 ТОО «Казсервисбыт»
 м-н «Целинный», д.б. тел.: 37-38-83,
 ул. Ауэзова, 25, тел: 32-21-30
 Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрлігі
 23.11.2010 №332 бұйрығымен бекітілген
 № 224/с нысанды
 медициналық құжаттарға
 Медицинская документация
 Форма № 224-у
 Утверждена приказом Министра
 здравоохранения Республики Казахстан
 23.11.2010 № 332



ҚАН ТАЛДАУЫ / АНАЛИЗ КРОВИ № *9*
 кенейтілген (развернутый)

Т. А. Ә. (Ф. И. О.) *Валшова*
 Туған күні (Дата рождения) *1986*
 Зерттеме жіберілсін (Исследование направить): *К10* *2006*

Компонеттер, элементтер	Физиологиялық зерттеулер шегі	СИ мөлшер Бірақтері	Нәтижелер
Гемоглобин	130,0 – 160,0	г/л	112 г/л
Эритроциттер (Эритроциты)	4,0 – 5,0	10 ¹² /л	3,7 · 10 ¹² /л
Түсті көрсеткіш (Цвет. показатель)	0,85 – 1,05	%	0,9
Ретикулоциттер (Ретикулоциты)	2 – 10	%	19,1 · 10 ⁹ /л
Тромбоциттер (Тромбоциты)	180,0 – 320,0	10 ⁹ /л	161 · 10 ⁹ /л
Лейкоциттер (Лейкоциты)	4,0 – 9,0	10 ⁹ /л	4,7
не-трофилы			
Промиеоциттер (Промиеоциты)			
Миеоциттер (Миеоциты)			
Метамиеоциттер (Метамиеоциты)			
Таяқшядролы (Палочкоядерные)	1-4 (0,04-0,30)	% (10 ⁹ /л)	4,48
Сегментядерные (Сегментоядерные)	47-72 (2,00-5,50)	% (10 ⁹ /л)	1
Еозинофилдер (Еозинофилы)	0,5-5 (0,02-0,3)	% (10 ⁹ /л)	
Базофилдер (Базофилы)	0-1 (0,00-0,065)	% (10 ⁹ /л)	4
Моноциттер (Моноциты)	2-9 (0,09-0,60)	% (10 ⁹ /л)	4,5
Лимфоциттер (Лимфоциты)	18-40 (1,20-3,00)	% (10 ⁹ /л)	
Плазмалық клеткалар (Плазматические клетки)	0 (0)	мм/сғр (час)	36 мм
ЭШЖ	2-10	мм/сғр (час)	
СОЭ	0 (0)	мм/сғр (час)	

17-09-18

21,4

93

25

нова

**КАН ТАЛДАУЫ
АНАЛИЗ КРОВИ**
коагулологические исследования

№ 753

« 10 » 09 2018 жылғы (года)

материал алынған күн (дата взятия материала)

Пациент Валиева Жуманар

т.а.э. (ф.и.о.)

Туған күні (Дата рождения) 8.05.86

Зерттеу жолдансын (Исследование направить): 40 кайда (куда)

кімге (кому)

Зерттеу, компонент Исследование компонент	Пациентті зерттеу нәтижелері Результаты исследования крови	Норма	Мөлшер бірлігі Единицы величины
1	2	3	4
Протромбиновое время	<u>13,2</u>	13-18	сек
Тромбин уакыты Тромбиновое время	<u>13,3</u>	14-17	сек
Фибриноген А	<u>2,8</u>	0,9-6,0	<u>сек</u>
Каолин-кефалин уакыты Каолин-кефалиновое время (АЧТВ)	<u>50,0</u>	28-40	сек
МНО	<u>0,68</u>	0,9-1,2	сек

« 10 » 09 2018 ж.(г.)
Талдау берілген күн (Дата выдачи анализа)

Ж.А.С. М.А.С.
Орындаушының қолы (Подпись исполнителя)

Лабораторные исследования, рекомендуемые для диагностики ИТП. Общий анализ крови с подсчетом количества **тромбоцитов и ретикулоцитов**. При ИТП наблюдается изолированная тромбоцитопения при нормальных других показателях гемограммы. Может наблюдаться постгеморрагическая анемия, но степень ее тяжести пропорциональна частоте и длительности кровотечений; при этом в результате может быть снижение уровня сывороточного железа. При анемии количество ретикулоцитов может помочь определить, является ли она результатом снижения продукции или повышенной деструкции эритроцитов [1, 5].

**КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
ПЕРВИЧНОЙ ИММУННОЙ
ТРОМБОЦИТОПЕНИИ (Часть I) А. Т. Фиясь, Б.И.
Френкель
Кафедра госпитальной терапии УО «Гродненский
государственный медицинский университет»**

Оценка мазка периферической крови. В нем можно выявить аномалии, не характерные для ИТП: шизоциты у пациентов с тромботической тромбоцитопенической пурпурой - гемолитико-уремическим синдромом; избыточное наличие гигантских или малых тромбоцитов бывает при врожденной тромбоцитопении. Псевдотром-боцитопения бывает при использовании растворов **эти-лендиаминотетрауксусной** кислоты (ЭДТА) вследствие агглютинации тромбоцитов при приготовлении мазка крови.

Количественное определение уровня **иммуноглобулинов (IgG, IgA, IgM)** проводится у взрослых больных и у детей с персистирующей или хронической ИТП. Снижение их уровня может наблюдаться при различных иммунодефицитах или селективном дефиците IgA. В таких случаях *иммуносупрессивная терапия* ИТП противопоказана. Хотя в целом уровень IgA должен быть определен до начала лечения ИУ, часто необходимо начинать ургентную терапию пациентов до получения результатов обследования [1, 6].

Определение антитромбоцитарных антител (АТ):

исследование на гликопротеин-специфические АТ в обычной практике не рекомендуется, поскольку уровень тромбоцит-ассоциированного IgG повышен как иммунной, так и неиммунной тромбоцитопении. Определение АФС -АТ: в обычной практике при отсутствии симптомов АФС не рекомендуется [1,5].

Антиядерные АТ: положительный результат может предопределить хроническое течение ИТП.

Антитиреоидные АТ и исследование функции щитовидной железы. Легкая степень тромбоцитопении может быть у пациентов как при гипертиреозе (возможное укорочение времени жизни тромбоцитов), так и при гипотиреозе (возможное снижение продукции тромбоцитов); часто сочетается с изменениями функции щитовидной железы. Можно рекомендовать исследование на наличие АТ к тиреоглобулину и тиреотропному гормону.

Исследование на **парвовирус и цитомегаловирусную** инфекцию как возможную причину тромбоцитопении
Исследование уровня тромбopoэтина, наличия незрелых тромбоцитов, времени жизни тромбоцитов, тром-боцит-ассоциированного IgG (PaIgG), длительности кровотечения и комплемента сыворотки не играют существенной роли в дифференциальной диагностике ИТП и других форм тромбоцитопений.

Инструментальные исследования [2-4]:

- **ФГДС:** обнаружение источника кровотечения, признаки эзофагита, гастрита, бульбита, дуоденита (поверхностный, катаральный, эрозивный, язвенный).
- **Бронхоскопия:** обнаружение источника кровотечения.

УЛЬТРАДЫБЫСТЫҚ ТЕКСТІ
(жатыр, жатыр мойыны, аналық без)
УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
(матки, шейки матки, яичника)

20.10.2019 г. *Н. Аманжол*

№ _____

ТАӨ (ФИО) *Рашиева*
Туған күні (Дата рождения) *08.05.2006*
Кім жіберді (Кем направлен) *көрсіз*
Алдан ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный) *объемное образование*

беднь мени щетки Зерттеу деректері
Данные исследования

Жатыр органы жағдайда ауытқызған: (Матка в среднем положении отклонена от нормы вперед, назад, влево) *нет*

Контурлары (Контуры): айқын, айқын емес, тегіс, тегіс емес (четкие, нечеткие, узкие, широкие)
Өлшемдері (Размеры): ұзындығы (длина) *6,0* см, алды-арқа (передне-задняя) *1,8-3,0* см
Жатырдың құрылымы (Структура матки) *гормональн.*

Күме пішіні бұзылған, бұзылмаған (Полость деформирована, не деформирована) *неоднородное*
М-эхо *б/ши* мм. Етеккір пайдалану күні (День менструального цикла) *6 день*

Эндометрий жаңғырығы (Отражение от эллиметрия): орташа, басандатан, күшейген (среднее, снижено, усилено)
Жатыр мойының өлшемдері (Размеры шейки матки: длина) _____ мм, алды-арқа (передне-задняя) _____ мм,
қалдыны (ширина) _____ мм
Құрылымы (Структура) _____
Жатыр мойының өзегі (Цервикальный канал)

Оң жақ аралық без (Правый яичник): өлшемдері (размера) *30x18* мм, құрылымы (структура) *норм*
в типичной архитектуре

Сол жақ аналық без (Левый яичник): өлшемдері (размера) *15x18* мм, құрылымы (структура) *норм*
смазан, у входа в матку
в типичной архитектуре не обнаружены

Ерекшеліктері (Особенности)
В маточной трубе свободная ширковость

Қорытынды, ұсынулар (Заключение, рекомендации)
Свободная ширковость в маточной трубе
в значительной количестве
объемное образование в проекции левых
яичника (в рамках от 0,4 см
временных размеров)

Дәрігер (Врач) *М. Аманжол* Қолы (Подпись) *Аманжол*

Показания для консультации узких специалистов:

- врач по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению – установка центрального венозного катетера из периферического доступа (PICC);
- гепатолог – для диагностики и лечения вирусного гепатита;
- гинеколог – беременность, метроррагии, меноррагии, консультация при назначении комбинированных оральных контрацептивов;
- дерматовенеролог – кожный синдром
- инфекционист – подозрение на вирусные инфекции;
- кардиолог – неконтролируемая АГ, хроническая сердечная недостаточность, нарушения сердечного ритма и проводимости;
- невропатолог острое нарушение мозгового кровообращения, менингит, энцефалит, нейрорейкоз;
- нейрохирург – острое нарушение мозгового кровообращения, дислокационный синдром;
- нефролог (эфферентолог) – почечная недостаточность;
- онколог – подозрение на солидные опухоли;

- оториноларинголог – для диагностики и лечения воспалительных заболеваний придаточных пазух носа и среднего уха;
- офтальмолог – нарушения зрения, воспалительные заболевания глаза и придатков;
- проктолог – анальная трещина, парапроктит;
- психиатр – психозы;
- психолог – депрессия, анорексия и т.п.;
- реаниматолог – лечение тяжелого сепсиса, септического шока, синдрома острого легочного повреждения при синдроме дифференцировки и терминальных состояний, установка центральных венозных катетеров.
- ревматолог – синдром Свита;
- торакальный хирург – экссудативный плеврит, пневмоторакс, зигомикоз легких;
- трансфузиолог – для подбора трансфузионных сред при положительном непрямомантиглобулиновом тесте, неэффективности трансфузий, острой массивной кровопотере;
- уролог – инфекционно-воспалительные заболевания мочевыделительной системы;
- фтизиатр – подозрение на туберкулез;
- хирург – хирургические осложнения (инфекционные, геморрагические);
- челюстно-лицевой хирург – инфекционно-воспалительные заболевания зубо-челюстной системы

Дифференциальный диагноз:

Дифференциальный диагноз при иммунной тромбоцитопении предполагает исключение других причин тромбоцитопении. Включает в себя апластическую анемию, пароксизмальную ночную гемоглобинурию (болезнь Маркиафавы – Микели), волосатоклеточный лейкоз, мегалобластные анемии, миелодиспластический синдром, TAR-синдром, тромботическую тромбоцитопеническую пурпуру.

Пароксизмальная ночная гемоглобинурия. Для ПНГ характерны **гемосидеринурия, гемоглобинурия, повышение уровней билирубина**, ЛДГ, снижение либо отсутствие гаптоглобина. Кровоточивость редко наблюдается, типична гиперкоагуляция (активация индукторов агрегации). Исключается при отсутствии ПНГ клона по результатам ИФТ.

Апластическая анемия в мазках крови тромбоцитопения изолированная часто глубокая до выявления единичных кровяных пластинок. Аспират костного мозга беден ядромодержащими элементами. Снижено суммарное процентное содержание клеточных элементов. В гистологических препаратах трепанобиоптатов подвздошных костей аплазия костного мозга с замещением жировой ткани, исключает ИТП. Содержание железа нормально или повышено.

Миелодиспластические синдромы. Для МДС характерны признаки диспоэза, избыток бластов в костном мозге, хромосомные аберрации, что исключает ИТП.

Волосатоклеточный лейкоз. В дебюте заболевания может наблюдаться панцитопения, геморрагический синдром. Результаты проточной цитометрии, иммуногистохимических, гистологических исследований костного мозга исключают ИТП.

Немедикаментозное лечение:

Режим: общеохранительный, избегать травм.

Диета: № 15.

Медикаментозное лечение :

Выбор терапии должен обсуждаться с пациентом и учитывать предстоящие оперативные вмешательства, возможное побочное действие лекарственных препаратов и связанное со здоровьем изменения качества жизни.

Лечение впервые диагностированной ИТП:

Лечение пациентов впервые диагностированной ИТП проводится при тромбоцитах менее $30 \times 10^9/л.$

Первая линия терапии

К первой линии терапии относят глюкокортикостероиды, Анти-Д иммуноглобулин человеческий и внутривенный белки плазмы человека (уровень доказательности D).

Глюкокортикостероиды. Назначение кортикостероидов является стандартным инициальным лечением пациентов с иммунной тромбоцитопенией.

Преднизолон назначается в дозе 0,5-2 мг/кг/сут в/в или внутрь до достижения прироста уровня тромбоцитов более $30-50 \times 10^9/\text{л}$ и купирования геморрагического синдрома. Это может потребовать от нескольких дней до нескольких недель. Достигнув ответа лечение продолжается в той же дозе и на 22й день преднизолон отменяется одномоментно. Общая продолжительность терапии преднизолоном не должна превышать 3-4 недели.[3] При отсутствии эффекта к концу 3-й недели лечения должен быть обсужден вопрос о выборе терапии второй линии. Продолжительная, в течение более 2х месяцев терапия преднизолоном не рекомендуется (уровень доказательности D).

Назначение преднизолона в виде курса продолжительностью 21 – 28 дней является менее токсичными и предпочтительным в сравнении с пульс-терапией дексаметазоном (4 мг в/в №4) или метилпреднизолоном (500-1000 мг в/в №3). Пульс-терапия может быть использована при отсутствии ответа на стандартные дозы преднизолона. Дозы кортикостероидов, в т. ч. преднизолона не зависят от пути введения и не пересчитываются при переходе с парентерального введения на прием внутрь и наоборот. Продолжительность назначения кортикостероидов не должна превышать четырех недель, в особенности у пациентов без ответа на терапию.

Внутривенный Анти-Д иммуноглобулин человеческий.

Может быть использован у резус-положительных не спленэктомизированных пациентов без признаков аутоиммунного гемолиза. Назначается **в дозе 75-50 мг/кг** в/в с премедикацией парацетамолом и преднизолоном. В большинстве случаев ответ на терапию наблюдается в течение недели после введения. Побочные явления редки, но могут быть достаточно серьезными в виде внутрисосудистого гемолиза, ДВС-синдрома, почечной недостаточности (**уровень доказательности D**).

Внутривенные белки плазмы человека. Внутривенный Иммуноглобулин человека нормальный назначается в дозе 1 г/кг за 1-2 введения в течение 1-2 суток (предпочтительнее) или 0,4 г/кг/сут в течение 5 дней. Эффект терапии нестойкий и продолжительность ответа на внутривенный Иммуноглобулин человека нормальный обычно небольшая. Препарат рекомендуется назначать с целью подготовки к оперативному вмешательству, в т.ч. спленэктомии и в клинических ситуациях, когда требуется быстрый рост числа тромбоцитов (кровоизлияния в жизненноважные органы).

После достижения ответа на терапию внутривенным Иммуноглобулин человека нормальный может проводиться поддерживающая терапия в дозе 0,4 г/кг каждые 3-4 недели (уровень доказательности **D**).

Антифибринолитические препараты и гемостатические препараты:

- транексамовая кислота, раствор для инъекций 10% - 5,0 мл, таблетки 250 мг.

Антацидные и другие противоязвенные лекарственные средства:

- омепразол, капсула 20 мг.

Антибактериальные средства:

- азитромицин, таблетка/капсула, 500 мг;
- амоксициллин/клавулановая кислота, таблетка, покрытая пленочной оболочкой, 1000мг;
- моксифлоксацин, таблетка, 400 мг;
- офлоксацин, таблетка, 400 мг;
- ципрофлоксацин таблетка, 500 мг;

- эритромицин, таблетка 250мг;
- сульфаметоксазол/триметоприм, таблетка 480 мг.

Лекарственные средства, влияющие на свертывающую систему крови:

- эноксапарин, раствор для инъекций в шприцах 4000 анти-Ха МЕ/0,4 мл, 8000 анти-Ха МЕ/0,8 мл;

Неопиоидные анальгетики и нестероидные противовоспалительные лекарственные средства:

- ацетилсалициловая кислота покрытые (кишечнорастворимой, пленочной) оболочкой 50мг, 75мг, 100мг, 150мг.

Вакцины:

- пневмококковый очищенный полисахаридный антиген, конъюгированный 0,5 мл*.

Средства для парентерального питания:

- альбумин 200 мл во флаконах;
- жировые эмульсии 500 мл 10% для инфузии во флаконах.

Кардиотонические средства:

- дигоксин 0,25мг/мл 1мл раствор для инъекции в ампулах;
- добутамин 50 мг/мл 5 мл раствор для инъекции в ампулах;
- допамин 4%-5мл раствор для инъекции в ампулах;
- норэпинефрин 2мг/мл – 4 мл раствор для инъекции.

Прогноз

- **При острой ИТП прогноз, как правило, благоприятный (выздоровление). Большинство детей (до 70%) даже и не нуждаются в применении медикаментов и выздоравливает спонтанно**
- **Около 50-60% пациентов с хронической ИТП в конце концов стабилизируются без какой-либо терапии и спленэктомии**

Диспансерный учет

- **IV группа** – 1 год (1 раз в 3 мес.). Дети с хронической ИТП до 18 лет. Количество тромбоцитов 1 раз в мес. Педиатр, гематолог
- **Курсы метаболитов, ингибиторов фибринолиза, агрегантов, ангиопротекторов (С, Р, аскорутин), кровоостанавливающих трав (крапива, шиповник, кукурузные рыльца, тысячелистник, пастушья сумка, земляничный лист, зверобой) – 2-4 курса в год**

Диспансерный учет

- желчегонная терапия, санация очагов хронической инфекции, отвод от прививок, от ФК на 3-6 мес., не вывозить на юг, не назначать дезагреганты, УВЧ, ДДТ, УФО
- **III группа** – дети с острой ИТП через 1 год снимаются с учета
- **II группа** – через 5 лет безрецидивного течения хронической ИТП

Литература

1. Баркаган, З.С. Тромбоцитопения / З.С. Баркаган. В кн.: Руководство по гематологии (под ред. А.И.Воробьева). - М., Нью-диамед. - 2005. - т.3. - С. 31-34.
2. Масчан, А.А. Иммунная тромбоцитопения у детей: от консенсуса в терминологии к консенсусу в лечении. / А.А. Масчан, А.Г.Румянцев. Вопр. гем/онкол. и иммунопат. в педиатрии. - 2010. - т.9. - №1. - С. 5-13.
3. Масчан, А.А. Рекомендации Российского совета экспертов по диагностике и лечению больных первичной иммунной тромбоцитопенией. / А.А. Масчан, А.Г.Румянцев, Л.Г.Ковалева и др. Онкогематология. - 2010. - №3. - С. 36-45.
4. Обзор данных по исследованию препарата энплейт, представленных на съезде Американского общества гематологов. Онкогематология. - 2010. - №1. - С. 64-67.
- 5.