

24. Jumanazarov S. B. Jabbarov A.A., Xodjanova SH.I. Vliyaniye eritropoetina na eritropoez u bolnix s xronicheskoy boleznuyu pochek diabeticheskoy etiologii na preddializnix stadiyax // Vestnik Tashkentskoy Meditsinskoy Akademii. - Tashkent, 2017; 2: 5-8.
25. Aytbaev K.A. i dr. Nefrogennaya anemiya: progress v ponimaniy patologiy fiziologii i potentsial novix podxodov k bezopasnoy terapii // Klinicheskaya laboratornaya diagnostika. - M., 2017; 61(2): 735-741.
26. Lapina E. S. Struktura prichin jelezodefitsitnogo sostoyaniya u patsientov s terminalnoy stadiyey xronicheskoy boleznii pochek / E.S.Lapina, M.M.Batyushin // Innovatsionnye tekhnologii v terapii: ot klinicheskix issledovaniy k praktike: materialy mejregionalnoy konferensii terapevtov YUga Rossi.- Rostov-na-Donu, 2014.-s.87-88.
27. Milovanov YU.S. i d. Faktori riska razvitiya anemii na rannix stadiyax xronicheskoy boleznii pochek. // Terapevticheskiy arxiv. - M., 2017; 89(6): 41-47.
28. Egamberdieva D. A., Sultanova S.M. Korrektsiya renalnoy anemii v dodializnix stadiyax xronicheskoy boleznii pochek s ucheto metabolizma jeleza. //Terapevticheskiy vestnik Uzbekistana. - Tashkent, 2018; 4: 107-109.

Поступила 03.06. 2019

УДК:616-005+616-019

ҲОМИЛАДОРЛИК, ТУҒРУҚ ВА ТУҒРУҚДАН КЕЙИНГИ ДАВРЛАРДА ВИЛЛЕБРАНД КАСАЛЛИГИ ВА ДВС-СИНДРОМИ БИЛАН БЕМОРЛАРНИ ОЛИБ БОРИШ ТАКТИКАСИ

Жумаев М.Ф., Мамасалиев Н.С., Ибрагимова С.Р.

Андижон давлат тиббиёт институти ва РШТЁИМ АФ, Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме

Кенг тарқалган ва тавсия этилган клиник тавсиялар таҳлил қилинади. Виллебранд касаллиги ва ДВС синдроми бўлган ҳомиладор аёлларни ҳомиладорлик даврида, туғруқ давомида ва туғруқдан кейинги даврда олиб бориш масалалари ёритилган.

Калит сўзлар: ҳомиладорлик, туғруқ, туғруқдан кейинги давр, Виллебранд касаллиги, ДВС-синдром.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ БОЛЕЗНЬЮ ВИЛЛЕБРАНДА И ДВС-СИНДРОМОМ

Жумаев М.Ф., Мамасалиев Н.С., Ибрагимова С.Р.

Андижанский государственный медицинский институт и АФ РНЦЭМП,
Бухарский государственный медицинский институт.

✓ Резюме

Обсуждаются широко рекомендованные клинические рекомендации. Освещены практические аспекты ведения родов и послеродового периода у беременных с болезнью Виллебранда и ДВС-синдромом.

Ключевые слова: беременность, роды, послеродовой период, болезнь Виллебранда, ДВС-синдром.

TACTICS OF THE MANAGEMENT OF PREGNANCY, GENERA AND THE OTHER LOCAL PERIOD IN PATIENTS WITH VILLEBRAND DISEASE AND ICE SYNDROME

Jumaev M.F., Mamasaliev N.S., Ibragimova S.R.

Andijan State Medical Institute and AF RSCMP,
Bukhara State Medical institute named after Abu Ali Ibn Sina.

✓ Resume,

Widely recommended clinical guidelines are discussed. The practical aspects of the management of labor and the postpartum period in pregnant women with von Willebrand disease and DIC are described.

Key words: pregnancy, childbirth, the postpartum period, Willebrand disease, DIC.

Долзарблиги

Ушбу касалликнинг 3-типи ва турли оғирлик даражалари ҳомиладорлик даврида учрайди. Касалликнинг моҳияти-патологик ўзгаришга учраган Виллебранд омили билан келтирилиб чиқариладиган ауто-сомли наслий геморрагик диатез бўлиб ҳисобланади. Виллебранд омили (ВО) эндотелиал ҳужайралар ва мегакариоцитлар томонидан синтезланадиган оқсил, у тромбоцитлар қопқоқларни ҳосил бўлишида иштирок этади ва зардобда VII-чи омилини парчаланишдан ҳимоялайди. Касаллик гени 12-чи хромосомада жойлашган. Аниқ сабаби ноаниқ, умумий популяцияда учраб туриши ҳар 100 000 аҳолига 2 та га тўғри келади

ёки аҳоли орасида орфан касаллик сифатида учрайди. ВО VIII омилини ажралишида бевосита иштирок этади [3,9].

Унинг учун хос белги умрбод қон оқишига мойилликни сақланиб туриши ва унга қўшилиб қуйидаги аломатлар аниқланади: Қон кетиш енгил даражасида ўзгармайди ва оғир даражасида узаяди, тромбоцитлар сони нормада қолади (2В типиди пасаяди), АЧТВ оғир даражаларида узаяди ва енгил даражасида ўзгармай қолади, протромбин вақти меъёрида қолади, VIII омили камаяди ВО антигени камаяди (латексли иммунли таҳлил билан ёки ELISA усули ёрдамида аниқланади), ристоцетин-индуцирланган тромбоцитлар агрегацияси (ВОни ристоцетинга юқори сезгирлиги-2В

типта бўлади), SDS-электрофарезда ВОнинг мульти-мерли структураси аниқланади ва деярли барча ҳолларда ВОнинг коллаген-ушловчи фаоллиги камаяди (бундан тип 2N истисно) [1,7,10].

Алоҳида ўзига хос клиник жиҳатлари: энгил шаклида тери геморрагиялари -"кўкаришлар" ёки онда-сондаги петихиялар, меноррагия ва гоҳи-гоҳида бурун қонашлари билан ифодаланади. Огир шаклида эса кўламли ва давомли қон кетишлар кузатилади, бўғимларга қон қуйилиши ва юмшоқ тўқималарда катта гематомалар келиб чиқиши мумкин [2,6].

Мақсад

Кенг миқёсда ўтказилган клиник изланишлар натижаларини ўрганиш асосида ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврларда виллебранд касаллиги ва двс-синдроми билан беморларни олиб бориш тактикаси таҳлилини ўтказиш.

Натижа ва таҳлил

Виллебранд касаллигида терапевтик ва акушерлик тактикаси

Ҳомиладорлик даврида ушбу хасталик учун хавф туғдирадиган ёки уни оғирлаштириб она ва бола учун ҳамда туғруқ жараёнига таҳдидини оширадиган пайтлар бўлади. Бунинг натижасида бола ташлаш, сунъий аборт, қон оқиш ва қон йўқотиш хавфини ортиши (>30%), йўлдошни барвақт ажралиши, массив қон кетиш кабилар кузатилади.

Бундай патологик даврларга қуйидагилар киритилади:

1) туғруқдан кейинги ёки ўтказилган Кесарча усулда кесиш операциясидан кейинги 2-3 ҳафта;

2) ҳамроҳ касалликлар бўйича кўп турли доридармонлар қўлланилган соатлар ва кунлар (қуйидаги дорилардан айниқса-антиагрегантлар (аспирин, теоникол, теофиллин, курантил), антикоагулянтлар, НЯҚ (нестероид яллиғланишга қарши)-преператлар (бутатион, индометацин), аналгетиклар, реополиглюкин ва пастмолекуляр декстранларки гестацион даврда, туғруқ ва туғруқдан кейин, операция пайти ёки ундан сўнг даврда уларни қўллаш ман этилади;

3) ушбу ВО хасталиги ирсий касаллик бўлиб, наслдан наслга ўтади;

4) 91% беморларда гемостаз тизими гестация жараёнига тайёр бўлмайди ёки ҳомиладорликка мувофиқлаша олмайди, натижаси-ҳомиладорликнинг 1-триместрида, туғруқдан кейинги 6-10 кунлар ва опе-

рациядан кейинги 6-13 суткаларида энг катта хавф туғдириш хавфи пайдо бўлиб, қон кетишлар, барвақт бола ташлаш ёки сунъий абортларга сабаб бўлади.

Хусусан, турли муолажалар қилиниши керак бўлган беморларда тромбоцитлар даражаси ҳисобга олинади. Уларнинг қуйидаги миқдорларида у ёки бу жарроҳлик муолажаларини ўтказиш мумкин:

— Тишни олиш ёки бошқа муолажаларда тромбозитлар сони >30*10⁹/л миқдорга тенг бўлганда рухсат берилади;

— Стоматология муолажаларда >10*10⁹/л да

— Кичик операцияларда >50*10⁹/л да

— Катта режали операциялар да >80*10⁹/л да ба-жарилади.

Даволаш жараёни ушбу касалликда, умуман, уч турга ажратилади:

1) Парентерал ёки назал йўл билан Десмопресин препаратини қўллаш (касалликнинг 3-типида мумкин эмас!): вазопресин аналози бўлиб кучли антидиуретик таъсир кўрсатади, заҳирандан ВО ва VIII омилни ажралиб чиқишини кучайтиради, қон оқиш вақтини қисқартиради (албатта, фармакологик зидликлар бўлмаганда берилади): 0,3мкг/кг вена ичига 50мл 0,9% NaCl эритмасига қўшиб 15-30 дақиқа давомида томчиланади ёки 1-4 томчидан 2-4 маҳал/суткасига томчилаб қуйилади.

2) Виллебранд омил ёки VIII омил концентратини қўллаш;

3) Қўшимча терапия тарзида: трапексамон кислотаси, эстрогенлар ва қон компонентлари билан ўринни босувчи терапияни ўтказиш [4,5].

Ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврларида ДВС-синдроми билан беморларни кузатиб бориш ва даволаш тактикаси.

Юқорида кўрсатганимиз, ДВС-синдроми-қон томирлар капиллярлари қамалига, тромбозларга ва геморрагияларга олиб келувчи қон ҳужайраларининг агрегацияси билан кенг тарқалган томир ичида қон ивиб қолишидир. Унинг IV-босқичи мавжуд: I- босқич гиперкоагуляция ва қон ҳужайраларининг агрегацияси; II- босқич гипокоагуляцияга ўтиш (истеъмолга); III-босқичда геморрагик синдром ривожланиши билан қоннинг тўла ивимаслигига қадар чуқур гипокоагуляция кузатилади; IV-босқич-оқибати тикланувчи босқич.

Унда гемостаз параметри бузилади ва босқичма босқич қуйидагича шиддатланиб бориб ҳомилага, ҳомиладор аёлга, туғруқни носоглом ёки таҳдидли даврига ўтишига ва туғруқдан кейин асоратларни келиб чиқишига олиб келади [11,12].

Гемостаз параметрларини динамик ўзгаришлари

Кўрсаткичлари	Норма	ДВС-синдромни босқичлари			
		I	II	III	IV
Тромбоцитлар (минг)	150-400	Нормада	≤150	≤100	Барча кўрсаткичлар қайта типланади
Қон ивиш вақти (дақиқада)	5-10дак	≤ 4	>10	12=20	
Фибриноген (г/л)	2-4	≤2	≤2	≤2	
АЧТВ (сек)	25-30 сек	≤28	>30	>35	
Антитромбин III	80-120%	Нормада	≤75	≤ 30-40	
Этанолли синама	Манфий	+	+	+/-	
Протамин-сульфатли синама	Манфий	+	+	+	
XIII омил	80-120	>130	Нормада	≤50	
ПДФ (мкг/мл)	≤2	> 20	>15-20	>10	

Ҳомиладорликни бошидан то охиригача ДВС фармакотерапиясида қуйида баён этиладиган хавфсиз фармакотерапия қоидаларига амал қилинади:

~ Гепаринотерапияни ўтказишда:

а) 5000 ЕДдан вена ичига ҳар 4 соатда юборилади ёки 15-30 ЕД ҳар 1кг тана вазнига ҳисобланиб узлуксиз томчиланади (даво миқдори 20000-60000 ЕД/сут);

б) ёки қорин териси остига суткасига 10000 ЕД дан 2-4 марта иннекция қилинади;

в) ДВС ни сурункали шаклида-кичик миқдор билан (то 1500 ЕД/сут) тромбинемияни профилактика қилиш учун буюрилади;

г) гепаринотерапиянинг хавфсизлиги назорат қилиниб турилади: овена ичига қўлланилганда ҳар 15-30 дақиқа қон ивиш вақти аниқланиб турилади, тери остига берилганда эса ҳар 4 соатда (миқдори мувофиқ деб баҳолаш учун қон ивиши вақти нормага қиёсан 2-3 мартага ортиб туриши керак); ошу мақсадда (бу маъқулроқ усул) АИТВ ва рекальцификацияни фаоллиштирилган вақтини аниқлаш (1, 5-2, 5 баробарга ошган бўлади) ва тромбоэластографик қўлланилади, суткасига 3 маҳал амалга оширилади ва назорат қилинади.

Гепарин билан даволаш 1-2 ҳафта, баъзида кўрсатмалар бўлинганда то 12 ҳафтагача давом этади.

~Плазматерапия қоидалари: а) янги музлатилган плазма ишлатилади, у -25оС ли ҳарорат билан музлатгичда сақланади (акс ҳолда унинг асосий элементлари бўлган антитромбин III ва плазминоген фаолликлари сўнади);

б) муқобил бериш усули-вена ичига болус ҳолида;

в) ilk миқдори оғир ва ўткир ДВС-да 600-800 мл ҳар 6-8 соатда берилади ва унинг олдида албатта 2500 дан то 7500 ЕДгача етказилган миқдорда гепарин киритилади (плазма билан киритилаётган антитромбин III ни фаоллаштириб туриш мақсадида);

г) кейинги кунларда суткасига 400 мл ёки 800 млдан 2-3 маҳал вена ичига қўйилади;

д) унинг хавфи -вирусли гепатит ва цитомегаловирусли инфекцияларини парентерал юқтириш хавфи мавжудлиги ҳисобланади.

~Дезагрегантларни қўллаш қоидаси. Улар гемостазнинг тромбоцитлар бўғимига таъсир этмайди ёки уни муқобиллаштиради. Бу усулда уч хил турли дезагрегантлар қўлланилади: простагландинсинтетаза ингибиторлари (аспирин, индометацин), аденилатциклаза фаоллаштирувчилари ва фосфодиэстераза ингибиторлари (курантил, трентал, никотин кислотаси ушловчи препаратлар, спазмолитиклар) ва мембрана тургунловчи антиагрегантлар (реополиглукин, тивортин, реосорбилакт, ва бошқа пастмолекулали декстранлар): оаспирин микромиқдор билан (қунига 60 мг ёки кун аро 0,3-0,5гдан берилади); окурантил 0,5% ли эритмаси 2 мл вена ичига ёки мушак ичига қунига 2-3 маҳал, ичишга эса 0,025г ҳар кун ичига берилади; опапаверин 2%-ли эритмаси вена ичига ёки мушак ичига 2-3 маҳал қунига берилади; оно-шпа мушак ичига 2-3 маҳал 2 млдан буюрилади; отрентал 2% -ли эритмаси 5 мл миқдор билан 250-500мл глюкозани 5% -ли эритмасига қўшиб қунига 3 маҳал томчиланади ёки 0,1-0, 2 г дан ичилади; окомпламин 15%-ли эритмаси 2мл дан вена ичига ёки ичиш учун 0,3-0, 4гдан қунига уч маҳал буюрилади; оникотин кислотаси 0,05-0, 1г дан қунига 3 маҳал ичиш учун тайинланади; оРеополиглукин 300-500 мл миқдорда, альбу-

минни 5-10%-ли эритмаси 200-400 мл дан вена ичига болусланиб ёки томчиланиб буюрилади; ооғир кўришлари тромбоцитлар агрегациясида дезагрегантлар комбинацияси қўлланилади ёки дезагрегант таъсирни олиш учун нитратлар, кальций антагонистлари, В-адреноблокаторлар, допамин, саримсоқ пиёз ва оддий пиёзлардан ҳам фойдаланиш мумкин.

~Плазмаферезни қўллаш қоидалари: а) Махсус оғир клиник вазият ДВС туфайли келиб чиққан ҳоллардагина (ГСнинг ўта оғир тури, тўқималар парчаланиши, иммунокомплексли синдром) қўлланилади: 1000 мл плазма чиқарилиб, унинг ўрнига янги музлатилган плазма қўйилади ёки унга алмаштирилади;

б) Плазмаферез ҳар кун и, айрим оғир ҳолатларда қунига 2 марта ўтказилади; в) ДВС енгил шаклида 2-3 кунда бир марта 1000 мл плазма эксфузияланади ва бунда янги музлатилган плазма ўринбосишга қуюлмайди, тузли эритмаларни киритиб туриш етарли бўлади;

~ Контрикал 40000-60000 ЕД ўртача суткалик миқдорда, трасилол-60000-80000 ЕД ўртача суткалик миқдорда ва гордокс 500000-1000000 ЕД ўртача суткалик миқдордан пасайтирилмасдан берилса ҳам самара олинади.

~ Тромблар лизисини кучайтирувчи препаратларни буюриш қоидалари: а) стрептолизин вена ичига томчиланиб 5000-8000ЕД/соат тезлик билан 4 соат давомида умумий миқдори 20000-40000 ЕД га етказиб берилади; б) Стрептокиназа вена ичига томчиланиб то 2000000-2500000 ЕД миқдоргача етказилиб 16-18 соат давомида қўйилади; в) Урокиназа-вена ичига томчиланиб 4000 ЕД ҳар бир килограмм тана вазни ҳисобидан 8-12 соат давомида томчиланади; г) эслаб қолиш керак: бу препаратларни фойдасидадан хавфи кўпроқ яъни, -V ва VIII омилни кескин ва шиддатли тарзда фаолликларини пасайтиради. Шунинг учун, ДВС қачонки йирик томирларда тромб шакллантириб кеч бошлаганидагина улар буюриладилар холос; д) икки-та препарат ушбу салбий таъсирлардан холи: оДефибротид - 15-40 мг/кг миқдорда вена ичига буюрилади; оПлазминогенни тўқимали фаоллаштирувчи препарат (альтеплаза) - 100 мг миқдорда вена ичига 3 соат давомида киритилади (томчиланади).

~ Барча симпатомиметиклар, допаминдан ташқари, қон ивишини ва тромбоцитлар агрегациясини кучайтиришади. Шу боис, ҳомиладорлик давридаги ДВС-синдромида улар ишлатилмайди [13,15].

ХУЛОСА

Ўрганиб чиқилган кенг ишлатилувчи тавсиялардан олинган умумий хулосалар шуки, кўрсатиб ўтилган комплекс даво дастури ДВС-ни келтириб чиқарувчи барча омилларини бартараф қилиб ёки патогенетик асосланган даволар уйғунлаштирилиб олиб борилган тақдирда, ДВС ҳомиладор аёлга, ҳомилага, туғруққа ва чақалоқ ҳаётига хавфи чуқурлашмайди ёки бартарафланиб, оқибати жиддий тус олмайди.

Никоҳдан олдин ва оила қуриш босқичида касаллик мавжудлиги аниқланиб асоратлар олдини олиш мақсадида: ушбу ташхис қўйилган беморлар орасида никоҳ ва оила қуриш мумкин эмас.

Қариндош-уруғлар орасида никоҳига йўл қўйилмаслик даркор, чунки бу никоҳдаги оилаларда касаллик наслдан наслга ўтувчи оғир гомозиготли шакли

билан туғилладиган болалар хавфи жаҳон статистик маълумотлари юқори.

Демак, медикогенетик маслаҳат бериш ишлари-ни ҚВП ва ШВП даражасида, маҳалла маслаҳатхона-ларида ушбу касалликка мойиллиги бор оилаларда тиббий профилактик ишларни тизимли йўлга қўйиш талаб этилади ("даволашдан кўра олдини олиш мақ-бул ёки осон" принципида).

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР:

1. Балуда В.П. Балуда М.В. Делнов И.И., Тельшуков И.И. Гемостаз тизими физиологияси //М. Медицина -1995; 190-241.
2. Баркаган А.Л. Геморрагик касалликлар ва синдромлар. //М. -1988; 476-520.
3. Кулаков В.И. Прошина И.В. Шошилинч туғруқни ўтказиш // Новгород, -1996; 201-258.
4. Кулаков В.И., Серов В.Н., Абубакирова А.М., Федерова Т.А. Акушерликда ва гинекологияда шиддатли терапия //М. -МИА -1998; 198-203.
5. Макаров О.И. Кондратьева Ч.С.. Клиник амалиётда гепаринни қўллаш //рус. тиб. журн., -1998; 6(3):165-166.
6. Панченко Е. П. Тромболитик воситалар //Клин. фармакол. те-рап., -1998; 87-90.
7. Смирнов О. В. Қон яратиш тизими касалликлари. //Ички ка-салликлар -М. -КАППА -1992; 2: 85-164.
8. Шехтман М.М. Ҳомилдорларда экстрагенитал патологиялар бўйича ҚЎЛЛАНМА. -/Москва Триад X -2008; 335-372.
9. Гадаев А. Умумий амалиёт врачлари учун маърузалар тўплами/ / "Мухаррир нашриёт" -Тошкент -2010; 912-927.
10. Баркаган З.С. Момот А.П. Гемостаз бузилишларини ташхисо-ти ва назоратли терапияси //М.: Ньюдиамед. -2001; 60-124.
11. Зубаиров Д.М. Тромб ҳосил бўлиши жараёни ва қон ивиши-нинг молекуляр асослари //Казань: ФЭН: -2000; 8-74.
12. Sampvell S.R., Efendy J.L., Campbell J.H. Valcular smooth muscle cells/Jn; PanVascular Medicine //Eds; P. Lancer E.J. / Topol-springer Ver., Berlin-Heideeborg N84-2002-part. 12/209-213.
13. Шулуто Б.И., Макаренко С.В. Ички касалликларни аниқ-лаш ва даволаш стандартлари. /"ЭЛБИ-СПБ". -Санкт-Пе-тербург. -2007; 342-354.
14. Волкова М.А. Клиник онкогематология: врачлар учун қўлланма //М. А. Волкова таҳрири остида. -2-чи қайта нашри.- /М: Медицина. -2007; 1118-1119.
15. Бун, Николас А. Ички касалликлар Дэвидсон бўйича: ўқув қўлланмаси. Кардиология. Гематология: ўқув қўлланмаси / Николас А. Буна таҳрири остида ва б.қ.. Инглизчадан тар-жима. -/М: ГЭОТАР-Медиа. -2009; 229-274.
16. Качковский М. А. Мамасолиев Н. С. Шукин Ю. В. Ички касал-ликлар. -/"Наманган" нашриёти. -2015; 411-413.
1. Baluda V.P. Baluda M.V, Delnov I.I., Telshukov I.I. Gemostaz tizimi fiziologiyasi //M. Meditsina 1995; 190-241.
2. Barkagan A.L. Gemorragik kasalliklar va sindromlar. //M. 1988; 476-520.
3. Kulakov V.I. Proshina I.V. Shoshilinch tug'ruqni o'tkazish // Novgorod, 1996; 201-258.
4. Kulakov V.I., Serov V.N., Abubakirova A.M., Federova T.A. Akusherlikda va ginekologiyada shiddatli terapiya //M. -MIA 1998; 198-203.
5. Makarov O.I. Kondrateva Ch.S.. Klinik amaliyotda geparinni qo'llash //rus. tib.URN, 1998; 6(3):165-166.
6. Panchenko E. P. Trombolitik vositalar //Klin. farmakol. terap, 1998; 87-90.
7. Smirnov O. V. Qon yaratish tizimi kasalliklari. //Ichki kasalliklar -M. -KAPPA -1992; 2: 85-164.
8. Shehtman M.M. Homiladorlarda ekstragenital patologiyalar bo'yicha QO'LLANMA. -/Moskva Triad X 2008; 335-372.
9. Gadaev A. Umumiy amaliyot vrachlari uchun ma'ruzalar to'plami/ / "Muharrir nashriyot" -Toshkent 2010; 912-927.
10. Barkagan Z.S. Momot A.P. Gemostaz buzilishlarini tashxisoti va nazoratli terapiyasi //M.: Nyudiamed. 2001; 60-124.
11. Zubairov D.M. Tromb hosil bo'lishi jarayoni va qon ivishining molekulyar asoslari //Kazan: FEN: 2000; 8-74.
12. Sampvell S.R., Efendy J.L., Campbell J.H. Valcular smooth muscle cells/Jn; PanVascular Medicine //Eds; P. Lancer E.J. / Topol-springer Ver., Berlin-Heideeborg N84-2002-part. 12/209-213.
13. Shulutko B.I., Makarenko S.V. Ichki kasalliklarni aniqlash va davolash standartlari. /"ELBI-SPB". -Sankt-Peterburg. 2007; 342-354.
14. Volkova M.A. Klinik onkogematologiya: vrachlar uchun qo'llanma //M. A. Volkova tahriri ostida. -2-chi qayta nashri.- /M: Meditsina. 2007; 1118-1119.
15. Bun, Nikolas A. Ichki kasalliklar Devidson bo'yicha: o'quv qo'llanmasi. Kardiologiya. Gematologiya: o'quv qo'llanmasi / Nikolas A. Buna tahriri ostida va b.q.. Ingilizchadan tarjima. -/M: GEOTAR-Media. 2009; 229-274.
16. Kachkovskiy M. A. Mamasoliev N. S. SHukin YU. V. Ichki kasalliklar. -/"Namangan" nashriyoti. 2015; 411-413.

Келиб тушган вақти 04.05. 2019