

## ТРОМБОЦИТОПЕНИК ПУРПУРА ВА ТРОМБОЦИТОПАТИЯНИ ҲОМИЛАДОРЛИК, ТУҒРУҚ ВА ТУҒРУҚДАН КЕЙИНГИ ДАВРДА ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ

Мамасалиев Н.С., Усмонов Б.У., Шокирова С.М., Мавлонов Н.Х.

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

### ✓ Резюме

Ҳомиладорлик давомида тромбозитопеник пурпура ва тромбозитопатияни аниқлаш, бартарафлаш ҳамда даволашнинг замонавий амалиётлари мушоҳидаланган классик ва замонавий адабиётлар таҳлили ва тавсиялари таҳлилий келтирилган.

Калит сўзлар: ҳомиладорлик, тромбозитопеник пурпура, тромбозитопатия, туғруқ, туғруқдан кейинги давр, даволаш.

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ И ТРОМБОЦИТОПАТИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Мамасалиев Н.С., Усмонов Б.У., Шокирова С.М., Мавлонов Н.Х.

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

### ✓ Резюме

Авторами ообсуждаются и анализируется классические и современные литературные данные по рекомендации, современные аспекты диагностики и лечения тромбозитопенической пурпуры и тромбозитопатии при беременности, течения и коррекция во время родов и послеродовом периоде.

Ключевые слова: беременность, тромбозитопеническая пурпура, тромбозитопатия, роды, послеродовый период, лечение.

## DIAGNOSTIC AND TREATMENT OF THROMBOCYTOPENESIC PURPLE AND THROMBOCYTOPATHY DURING PREGNANCY, CHILDBIRTH AND POSTBIRTH

Mamasaliev N.S., Usmanov B.U., Shokirova S.M., Mavlonov N.Kh.

Andijan State Medical Institute and AF RSCOMP Republic of Uzbekistan,  
Bukhara State Medical institute.

### ✓ Resume,

He current aspects of diagnosis and treatment of thrombocytopenic purpura and thrombocytopeny during pregnancy, during childbirth and the postpartum period are discussed and recommended.

Key words: pregnancy, thrombocytopenic purpura, thrombocytopeny, childbirth, the postpartum period, treatment.

### Долзарблиги

**К** ромбозитопеник пурпура (ТП) (Верльгоф касалиги) -тромбозитлар сонини  $150 \times 10^9/\text{л}$  дан паст бўлиши билан ифодаланади.

Ҳомиладорлик даврида унинг учун хос белгилар: касалик учраши 3 баробарга етиб, аксарият (90%) идиопатик шакли учрайди, тромбозитопения, суяк кўмигида мегакариоцитлар сони ошади (ёки гоҳида меъёрда қолади), касалик келиб чиқиши ва ривожига энг салмоқли ҳиссани талоқ қўшади (антитромбозитар антитаналарни ишлаб чиқаради, тромбозитларни парчалайди), тромбозитлар умри бир неча соат камаяди (нормада 7-8 кун бўлади), жигар ва талоқ катталашмасдан қолади (бу илк босқичлари учун характерли) [2,9].

Эслаб қолиш керак:

1. Ҳомиладорликда ТП қиёсан кўп сонда учрайди, ҳомиладорликнинг кечиси турлича (физиологик, патологик) бўлади ва бу олдинги ҳомиладорлик ва даволаш характерига боғлиқ бўлади.

2. Ҳомиладорлик кўпинча ТПни қўзғатади ва бу "бош кўтариш" асосан ҳомиладорликнинг II-III уч ойликка тўғри келади.

3. Кам ҳолларда гестация касаллиқни енгиллаштиради - яъни клиник ва гематологик ремиссия тўлиқ бўлади, хавфли қон кетишлар кузатилмайди.

4. Ҳомиладорлик пайтида медикаментоз ТПни кўпроқ дигитоксин, баъзи бир диуретиклар, фенотиазин қатори препаратлари ва баъзи антибиотиклар пайдо қилиши мумкин [4].

5. Нисбатан ҳомиладорликни ва туғруқни оғир ўтишига олиб келадиган ТП, бу - аутоиммунли туридир:  
а) 25% йўлдошни барвақт кўчишига олиб келади;  
б) 25% ҳолларда ўз-ўзидан бола ташланиши хавфини тугдиради;

в) ҳар тўртинчи ҳомиладорда туғруқ кучининг заифлашуви ва ҳомила асфиксияси келиб чиқади;

г) 30% дан сал кўпроқ фоизда (1/3 бемор ҳомиладорларда) гестоз ривожланади.

6. Барвақт қилинган (ҳомиладорликкача даврда) спленэктомия ТП асоратларини нисбатан камайишига олиб келади [1,10].

ТПларни ҳомиладорлик даврида даволаш икки йўналишда олиб борилади:

1. Барча ГС учун хос бўлган даволаш-профилактика тадбирларини ўтказиш.

2. Специфик, фақат ТП учунгина бажариладиган даволаш амалиётини, ҳомиладорлик ва туғруқни кечишини ҳисобга олиб, ҳомила ҳамда чақалоққа мутоқ безараликни, хавфни таъминлаб амалга ошириш.

Бунда биринчи қатор тадбирларга қуйидагилар киради:

1) Асосий касалликларни-инфекциялар, жигар, буйракдаги ҳамда аутоиммун касалликларни даволаш, хавфли дори-дармонлар, антидотлар ва бошқаларни ман этиш;

2) Асосий касалликни патогенетик қўзғатувчи омиллар-шикастлар, интоксикациялар, дорилар, умумий совуқ қотишлар, операция олди тайёргарлигининг таъсирини бартараф қилиш ва олдини олиш;

3) Қон оқишини тўхтатувчи тадбирларни кўриш: қон қуюлмаслигининг ҳамма кўринишлари учун умумий чоралар бажарилади (плазма, тромбин, адреналин билан тампонлар; криотерапия, операция; қон қуйиш; желатин, аскорбин кислотаси, кальций препаратлари -қатъий кўрсатма асосида ва фақат зарурий бўлгандагина қўлланилади).

Иккинчи гуруҳ даволаш тадбирлари ўз навбатида икки турда, бир-бирини моҳирона тўлдириш билан, ўтказилади:

1. Консерватив даволаш.

2. Жарроҳлик усули билан даволаш [12].

Консерватив даволаш-асосий базис препаратлар глюкокортикостероидлар (ГКС) ҳисобланади:

1) Преднизолон 1мг/кг миқдорда (аутоиммун ТПда) ёки ўртача 50мг/сут миқдор билан буюрилади: тромбоцитлар сони меъёрлашгунига қадар берилади ва сўнгра тўлдирувчи миқдорда (10-20мг/сут) узоқ вақт давом қабул қилинади. Самараси-геморрагик жараёнларни пасайиши, тромбоцитлар сонини ортиши.

2) Гемотрансфузияга иложи борица кам муружат қилинади: фақат ўткир ва оғир камқонликда, бу ҳолатда ҳам гематрансфузия индивидуал тарзда ёндашиб, фақат ювилган эритроцитлар қуюлади!

Жарроҳлик амалиётини қўллаш -ГКС дан самара бўлмаганда бажарилади, яъни патогенетик даво усули сифатида-спленэктомия бажарилади. Бунда тромбоцитларни емирувчи (антитана) ва фагоцитирловчи (макрофаг) воситаларни ҳосил қилиб берувчи асосий орган-қораталоқ олиб ташланади. Патогенетик даво натижаси сифатида 2 ҳафтадан кейин тромбоцитлар сони кўпая бошлайди ва 70% ҳолларда яхши натижа яъни (соғайиш, тургун ремиссия) кузатилади [11,13,5].

Ташхислаш учун калитлар.

1.ТцП ларни ташхисий босқичи 3та мезонга асосланади: Касалликнинг келиб чиқиш муддатларини, давомийлигини ва кечиши хусусиятларини аниқлашга (эрта болаликдан ва ўсмирлик ёшидан бошланиши, катта ёшда ва кексаларда бошланиши, ГСни ўткир ва сурункали бошланиши, яқиндан ёки узоқ пайтдан бери уни (сурункали, рецидивли) кечиши ва б.қ.);

2. Оилавий генезга эга бўлган қон оқишни бўлиши мумкинлигини ва уни туғма ёки орттирилган табииатдалигини имкони борица аниқлаш; геморрагик синдромни илгарироқ бўлиб ўтган патологик жараёнлар билан, таъсиротлар билан (жумладан, даволаш тад-

бирлари-дори препаратлари, эмлашлар ва б.қ.) ва фон касалликлар билан (жигар касалликлари, лейкозлар, инфекцияон-септик жараёнлар, шикастланишлар, шок ва б.қ.) боғлиқ ривожланиши эҳтимолига аниқлик киритиш;

3) Қон оқимининг устувор жойини, типини ва оғирлик даражасини аниқлаш [6].

Билиб қўйиш ва эслаб қолиш албатта зарур бўлган ташхислаш элементлар бемор ҳомиладорларда қуйидагича тавсифланади:

1) Қон оқишни ангиоматоз типи: бирон бир локал томир зарарланишига "ёпишиб" қатъиян "оғир хусусиятли"қон кетиш бўлади. У фақат 2та ГС да бўлади (ангиомаларда, телеангиоэктазияларда), бошқаларига деярли хос бўлмайди;

2) Васкулит - пурпурал типдаги қон кетиши: юқоридаги саҳифаларида бу типдаги қон кетишлар хусусиятларини баён этган эдик. Унга қўшимчалар: бу типнинг пайдо бўлиши гемостазнинг томир бўғини билан боғлиқ, сабаби-микроциркуляция тизимидаги томирларни иммунокомплексли зарарланиши ёки уларни оғир юқумли касалликлар асорати оқибати бўлишидир. Яллиғланиш натижасида кичик нуқтали геморрагик тошма (петиция), геморрагик элементни тери юзаси устидан енгил кўтарилиб туриши ва бармоқлар билан пайпасланганда енгил ҳажм ҳисси мавжудлиги (баъзида гематурияга қўшилиб) хос бўлади.

3) Аралаш типли қон кетиш - оралиқ позицияни эгаллаб -50% ҳолларда петехиал-доғли типдаги қон оқишни эслатиб, 50% да гематомли қон қуйилиши типдаги қон оқишлари билан намоён бўлади. Сабаби, юқорида ҳам таъкидлаганимиздек, унинг келиб чиқиши ҳам тромбоцитар бўғим бузилиши ва гемостазнинг зардобли омилининг тақчиллиги билан боғлиқ бўлади.

4) Гематомли қон қуйилишлар типда ифодаланган қон оқиш-фақат гемостазнинг зардобли бўғинини бузилиши билан боғлиқдир. Характерли белгилари-гемартрозлар, тишдан қон кетиш, бурундан қон кетиш, ошқозон-ичакдан қон кетиш, бачадондан қон кетиш ва гематурия. Бошқа типларидан фарқи петициялар кузатилмади.

5) Петихиал-доғсимон типдаги қон кетиш-юқорида кўрсатиб ўтилганидек, фақат гемостазнинг тромбоцитар бўғинининг устувор бузилиши натижаси бўлиб: "кўкариб юришлар" ва кичик нуқтачали қон қуйилишлар (петициялар) билан ифодаланади.

Юқорида кўрсатиб ўтганимиз, ҳомиладорларда Гланцман тромбоастениясига кўпроқ дуч келинади, у тромбоцитлар агрегациясининг ўзгариши билан боғлиқ бўлган наслий ТцПдир. Тромбоцитлар қобиғидаги АТФ билан ўзаро таъсирланиш учун керак бўлган гликопротеидлардан бирини йўқлиги туфайли келиб чиқади. Ҳомиладорлик пайтида унинг ташхиси учун муҳим элементлар қуйидагилардан ташкил топган бўлади:

а) аксарият петицияли тошма, доимий ва вақти вақти билан бачадондан қон кетишлар, қўз пардасига ва бош миёга қон қуйилишлари, иккиламчи камқонликлар кузатилиши;

б) тромбоцитлар сони меъёрда қолиб, морфологияси ўзгармаган, улар агрегацияланмайди, қон қўқаси ретракцияси бўлмайди ва қон оқиш вақти узаяди [8].

## Хулоса

1. Ҳомиладорларда орттирилган тромбоцитопатиялар айниқса муҳим аҳамият касб этади, қон қуйқасини меъёрдаги ретракцияси ва тромбоцитлар агрегациясининг даражасини камайиши билан кечади.

2) Асосан бачадондан дисфункционал характерли қон кетишлар бўлиб туради, бу ҳолатнинг асосий сабаби эстроген фонининг пасайиши ҳисобланади.

3) Орттирилган тромбоцитопатияни ташхислашда бемор анамнезидаги маълумотлар ҳисобланади: бемордаги гемостаз тақчиллигини белгиловчи мено ва метрорагиялар, жароҳатлар ва яллиғланиш асорати жароҳатлар узоқ ва асоратли битиши, тиш олдиргандан сўнг, шошилиш, режали абортлардан кейин узоқ қон кетишлар ёки кичик жарроҳлик амалиётидан кейин рўй берган давомли қон кетишлар, бурун ва милқдан қон кетишлар. Беморлар баъзи дори воситалари истеъмолидан кейин геморрагик кўринишлар ҳақидаги маълумотлар муҳим ташхислаш маълумотлари ҳисобланади.

4) Кўпинча орттирилган тромбоцитопатия дори воситалари қабул қилганда уларнинг ноҳўя таъсири ҳам бўлиши мумкин, буларга қуйидагилар киради: ацетилсалицилат кислотаси, пирозолон ҳосилалари, индометацин, бруфен, вольтарен, курантил, трентал, папаверин, интенсаин, эуфиллин, фуросемид, нитрофурантоин, аминазин, амитриптилин ва бошқа дори-дармонларни узоқ ва катта миқдорда қабул қилиниши бўлиш мумкин.

Орттирилган тромбоцитопатия келиб чиқиши унинг асоратларини олдини олиш жараёнида асосан туғруқни олиб боришда қуйидагиларга эътибор бериш зарур, гестация жараёнига гестозларни қўшилиши ТцПни оғирлаштиради ва бунинг натижасида туғруқ ҳамда туғруқдан кейинги даврда ўта хавфли ва таҳдидли қон кетишлар келиб чиқади. Демак, доимо муҳофазаловчи терапевтик ҳамда акушерлик тактикаси олиб борилиши даркор. Ҳомиладорларга, туғуш ва туғруқдан кейин ТдПда (ёки Гланцман тромбоастениясида) антиагрегантларни бериш (ёки улар билан даволаш) ман этилади (масалан, курантил, но-шпа, папаверин, компламин) чунки улар тромбоцитлар фаолиятини сўндиради ёки фаолиятини сусайтиради. Бундан ташқари антикоагулянтларни қўллаш ҳам патогенетик асоратлар сабабчиси бўлиб, қон кетишни келиб чиқиш хавфи ортади.

Ҳомилани туғиш масаласи - ҳатто ГС аломатлари бўлганда ҳам туғиш мумкин, фақат туғилган чақалоқ, соғлом бўлган тақдирда ҳам, чуқур гематологик скрининг текширилиши ва динамик кузатув олиб борилиши керак.

Даволаш масаласида ҳам ТПдаги даволаш дастурларини қўллаш билан чегараланилади. Ўринни босувчи терапия мақсадида нормал тромбоцитар тутувчи қондан фойдаланилади (тромбоцитар масса, янги донорлик қони).

Даволашдаги муҳим бўғинлар қуйидагилардан иборат бўлади: ТцП сабабларини ҳар томонлама чуқур аниқлаш ва бартараф этиш талаб этилади, агарда ҳомиладор аёлга (операциялар, шиш олиш, туғруқ жараёни), тромбоцитлар сони  $30 \times 10^9/\text{л}$  атрофида ёки ундан юқорида бўлганда ҳам даволаш буюрилади.

5) Биринчи қатор препаратлари сифатида ГКС ва спленэктомия операцияси сўнги даво бўғими сифатида қатъиян кўргазмалар асосида тавсия этилади.

6) Симптоматик даво сифатида ГСлар, маҳаллий қон тўхтатиш воситалари фойдаланилади: гемостатик губка, криотерапия, электрокоагуляция ва Е-аминокапронли кислота билан тампонлар [7,3].

## АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Рукавицына О.А. Гематология: национальное руководство // Под.ред. О.А. Рукавицына.-М.: ГЭОТАР-Медиа; 2015; 776. [Rukavitsina O.A. Gematologiya: natsionalnoe rukovodstvo // Pod.red. O.A. Rukavitsina. M.: GEOTAR-Media; 2015; 776. (In Russ)]
2. Клинические рекомендации по диагностике и лечению идиопатической (первичной) тромбоцитопенической пурпуры (первичной иммунной тромбоцитопении) у взрослых. - Национальной гематологическое общество, 2014. [Klinicheskie rekomendatsii po diagnostike i lecheniyu idiopaticheskoy trombotsitopenicheskoy purpuri (pervichnoy immunooy trombotsitopenii) u vzroslykh. - Natsionalnoy gematologicheskoe obshestvo, 2014. (In Russ)]
3. Баркаган А.Л. Геморрагик касалликлар ва синдромлар. //М.Медицина; 1988; 476-520. [Barkagan A.L. Gemorragik kasalliklar va sindromlar. //M.Meditsina; 1988; 476-520. (In Russ)]
4. Кулаков В.И. Прошина И.В. Шошилиш туғруқни ўтказиш // Новгород. -1996; 201-258. [Kulakov V.I. Proshina I.V. Shoshilinch tug'ruqni o'tkazish //Novgorod, -1996; 201-258. (In Russ)]
5. Кулаков В.И., Серов В.Н., Абубакирова А.М., Федерова Т.А. Акушерликда ва гинекологияда шиддатли терапия //М. -МИА; 1998; 198-203. [Kulakov V.I., Serov V.N., Abubakirova A.M., Federova T.A. Akusherlikda va ginekologiyada shiddatli terapiya // M. -MIA; 1998; 198-203. (In Russ)]
6. Шехтман М.М. Ҳомиладорларда экстрагенитал патологиялар бўйича ҚўЛЛАНМА. - /М. Триад X; 2008; 335-372. [Shextman M.M. Homiladorlarda ekstragenital patologiyalar bo'yicha QO'LLANMA. - /M. Triad X; 2008; 335-372. (In Russ)]
7. Гадаев А. Умумий амалиёт врачлари учун маърузалар тўплами / -Тошкент "Муҳаррир нашриёт"; 2010; 912-927. [Gadaev A. Umumiy amaliyot vrachlari uchun ma'ruzalar to'plami / -Toshkent "Muharrir nashriyot"; 2010; 912-927. (In Russ)]
8. Баркаган З.С. Момот А.П. Гемостаз бузилишларини ташхисоти ва назоратли терапияси //М.: Ньюдиамед; 2001; 60-124. [Barkagan Z.S. Momot A.P. Gemostaz buzilishlarini tashxisoti va nazoratli terapiyasi //M.: Nyudiamed; 2001; 60-124. (In Russ)]
9. Зубаиров Д.М. Тромбхосил бўлиши жараёни ва қон ивишининг молекуляр асослари //Казань: ФЭН; 2000; 8-74. [Zubairov D.M. Trombxosil bo'lishi jarayoni va qon ivishining molekulyar asoslari //Kazan: FEN; 2000; 8-74. (In Russ)]
10. Шулуток Б.И., Макаренко С.В. Ички касалликларни аниқлаш ва даволаш стандартлари. / "ЭЛБИ-СПБ". -Санкт-Петербург; 2007; 342-354. [Shulutko B.I., Makarenko S.V. Ichki kasalliklarni aniqlash va davolash standartlari. / "ELBI-SPB". - Sankt-Peterburg; 2007; 342-354. (In Russ)]
11. Волкова М.А. Клиник онкогематология: врачлар учун қўлланма /М.А. Волкова таҳрири остида. -2-чи қайта нашри.- /М: Медицина; 2007; 1118-1119. [Volkova M.A. Klinik onkogematologiya: vrachlar uchun qo'llanma /M.A. Volkova tahriri ostida. -2-chi qayta nashri.- /M: Meditsina; 2007; 1118-1119. (In Russ)]
12. Николас А. Бун, Ички касалликлар Дэвидсон бўйича: ўқув қўлланмаси. Кардиология. Гематология: ўқув қўлланмаси / Николас А. Бун таҳрири остида ва б.қ.. Инглизчадан таржима. -/М: ГЭОТАР-Медиа; 2009; 229-274. [Nikolas A. Bun, Ichki kasalliklar Davidson bo'yicha: o'quv qo'llanmasi. Kardiologiya. Gematologiya: o'quv qo'llanmasi /Nikolas A. Buna tahriri ostida va b.q.. Inglizchadan tarjima. -/M: GEOTAR-Media; 2009; 229-274. (In Russ)]
13. Качковский М.А., Мамасолиев Н.С., Шукин Ю.В. Ички касалликлар. /"Наманган" нашриёти; 2015; 411-413. [Kachkovskiy M.A., Mamasoliev N.S., Shukin Yu.V. Ichki kasalliklar. / "Namangan" nashriyoti; 2015; 411-413. (In Russ)]

Поступила 03.05. 2019