

ГЕМОРРАГИК СИНДРОМ ВА ҲОМИЛАДОРЛИК: ЗАМОНАВИЙ ТАЛҚИНЛАР ВА ЁНДОШУВЛАР

Н.С. МАМАСОЛИЕВ, Б.У. УСМОНОВ, О.С. ЮЛДАШЕВА, К.Ш. ЖУМАЕВ

1 - Андижон давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Андижон ш.;

2 - Республика шошилич тез ёрдам илмий маркази Андижон филиали;

3 - Бухоро давлат тиббиёт и нститути, Ўзбекистон Республикаси Бухоро ш.

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И БЕРЕМЕННОСТЬ: СОВРЕМЕННЫЕ ТРАКТОВКИ И ПОДХОДЫ

Н.С. МАМАСОЛИЕВ, Б.У. УСМОНОВ, О.С. ЮЛДАШЕВА, К.Ш. ЖУМАЕВ

1 - Андижанский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Андижан;

2 - Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи;

3 - Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

HEMORRHAGIC SYNDROME AND PREGNANCY: MODERN TRAINING AND APPROACHES

N.S. MAMASOLIEV, B.U. USMONOV, O.S. YULDASHEVA, K.SH. ZHUMAIEV

1 - Andijan State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Andijan;

2 - Andijan branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Aid;

3 - Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara

Мақолада ҳомиладор аёлларда геморрагик синдромни таъхислашнинг ўзига хос томонлари, профилактикаси, даволаш масалалари таҳлил қилинган. Ушбу масалада сўнги маълумотлар ва замонавий ёндашув келтирилган.

Калит сўзлар: геморрагик синдром, ҳомиладорлик, терапевтик тактика, акушерлик амалиёти.

The features of diagnosis, prevention and treatment of hemorrhagic syndrome in pregnant women are discussed. New data and modern approaches are presented.

Key words: hemorrhagic syndrome, pregnancy, therapeutic tactics, obstetric practice.

Долзарблиги. XXI асрнинг биринчи ўн йиллиги гематологиясида, хусусан геморрагик синдром (ГС) ва ҳомиладорлик даври экстрагенитал патологиялари илмий-амалий қирраларида, иккита йўналишни инқилобий жараён сифатида тараққиёт топганлиги ҳақиқат деб тан олинади. Биринчиси, юқори аниқли ташхисий технологияларни пайдо бўлиши билан боғлиқ холда рўй берган деб ва иккинчиси эса, интернет ва исботланган тиббиёт (evidence based medicine) яқдил маълумотлар бўшлиғини жўшқин ривожланиши билан боғланиб эътироф этилади. Ҳар икки йўналиш шу йилларда якунига етказилган ва етказилаётган ишончли ва халқаро кўламли клинко-эпидемиологик ҳамда рандомизацияланган тадқиқотларнинг натижаларини кенг шифокорлик аудиториясига «юз кўриштириш» имкониятини берди. Шу билан бир вақтда яна бир воқелик ошқора бўлди: юқори тиббий технологияга потенциал етишиш имконияти бўлишига қарамасдан, дунёнинг бирон бир давлати амалий тиббиётни шунга монанд, юқори сифатли оммавий тиббий ёрдамни таъминлаш учун зарур бўлган даражада, молиявийлашга қодир эмас экан.

Натижа ва таҳлиллар. Аҳолини, жумладан, туғиш ёшида бўлган хотин қизлар ва ҳомиладорларни ҳам, юқори даражада тиббий-ижтимоий ҳимоясини сақлаб қолишга интилиш ҳаракатининг бир кўриниши бўлиб – БЖССТ (бутун жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти) томонидан махсус концепцияни қабул қилиниши бўлди. Ун-

да мавжуд, беморлар учун ўнғай, қулай ва етишиш мумкин бўлган, ресурс ва дори воситаларидан рационал фойдаланиш стратегияси шакллантирилиб берилган.

Юқоридагиларни жамлаб хулоса қилиш мумкин бўладики, ҳозирги пайтда тиб амалиётига, хусусан, гематологик ва экстрагенитал касалликлар бўйича айниқса ҳомиладорлик даврида, халқаро ва миллий стандартларни киритиб бориш - зарурият бўлиб қолган. Замон зайлига айланган ушбу эволюцион қарашлар ва ҳаракатлар негизда ташхисот ва даволаш бўйича келишилган тавсияларни фаол яратиш ишлари жонланди ёки таъбир жоиз бўлса, гўёки урф бўлиб бора бошлади-ки, улар ўз навбатида замонавий шифокор иш моделини кучли кўриниш бериб модифицирлади/ўзгартирди.

Шу билан бирга масаланинг иккинчи томони, айниқса гематологияда ва буни, ГС ҳамда ҳомиладорлик масалаларига ҳам бевосита тегишли деб қараймиз, улар қанчалик тиббиётнинг биринчи бўғинига “кириб келмоқда?”, ёки “ишламоқда?” Ёхуд “натижа бермоқда?” каби саволлар туғилмоқда. Шу ўринда амалий тиббиёт учун, хусусан, Ўзбекистонда ҳам, миллий клиник тавсияномаларни етарли эмаслиги ёки умуман йўқлигини таъкидлаб ўтиш керак бўлади.

Чунончи, ГС билан беморларда ҳомиладорликни ва туғруқни олиб бориш амалиётини замонавийлаштирилган стандартлари деярли ишлаб чиқилмаган ёки халқаро тажрибалардан келиб

чикиб ва Ўзбекистон тиббиётининг ислоҳ қилиш моделига курилиб ишланган махсус тавсияномалар фаолият сифатида кенг шифокорлар иш майдонига киритилмаган ёки оз мунча (тор йўналишда) бўлганлари ҳам эскириб қолган.

ГС ва ҳомиладорлик мавзусида, бир бутун гематологияда ҳам кузатилган каби, клиник тавсияномаларни ишлаб чиқиш ва амалиётга киритиш қатор муҳим масалаларни ечилишига олиб келади: 1) касалликнинг кечиши ва оқибатларини яхшилайти; 2) шифокорлик хатоларини камайтиради; 3) тиббий ёрдамни ўзаро тўлдирилишига ва стандартизацияланишига олиб келади; 4) юқори сифатли тиббий ёрдам сақланиб қолингани ҳолатида сарф-харажатларни камайтиради.

Замоनावий статистика кўрсатадики, касалликлардан ўлимни ортиб бораётганлиги сабабларидан бири маълум клиник тавсияларга, бирламчи тиббий ёрдам кўрсатиш босқичларида риоя қилиниши пастлиги ҳисобланади. Буни яна бир тасдиғи шуки, кейинги бир неча йиллар давомида дунёнинг барча мамлакатларида клиник ва патологоанатомик ташхислардаги мос келмаслик ҳолати деярли бирдай бўлиб-10% атрофида сақланиб, ўзгармасдан қолмоқда (Россиянинг йирик шаҳарларида бу кўрсаткични 15-17% доирасида турғун сақланиб қолаётганлигини А.Л.Верткин ўзининг нашр ишларида кўрсатиб ўтган, унинг ишончлиги малакали аутопсияда тасдиқлаб берилган). Бунда тафовутланиш частотаси йилдан йилга, ўсма касалликлари, юрак қон-томир ва нафас ҳамда ҳазм аъзолари хасталиклари билан бир қаторда, қон касалликларида ҳам ўсиб эътиборга лойиқ нарса, бундай тафовутланиш даражасини бош сабаби- юқори информативли ва қимматбаҳо инструментал ташхисот усуллари объектив “сароблиги” эмас, балки умумий патологиялар сферасида базавий билимларни клиник тавсияномалардан келиб чиқиб заифлиги ҳисобланади.

Айтиб ўтиш керак, ГС билан ҳомиладорларда натижавийликка эришишни ва муваффақиятни бош шарт ишончли ташхисни қўйишдир. Маботдо ташхис хатоли бўлса (билимсизлик оқибатида ёки маълумотларни субъектив тарзда хато тахлил қилиш), қанчалик қиммат ва давомли замоनावий даволаш бўлмасин, даволаш оқибати тасодифланиб қолади ёки боради. Бу дегани, даволаш муваффақияти аксарият клиник патологиянинг (геморрагик синдромни, ҳомиладорлик даврини) «майдонида уфқланади» ва демак, экстрагенитал патологияларнинг диагностикаси ва даволаш йўллари ўрганиш жабҳаси ана шу жойга илмий-амалий топилма сифатида қўчирилса ва унинг мустаҳкам «қозиғи қокиб қўйилса» хатоликларни вақтида аниқлаш частотаси ортади ва номақбул даволаниш бўлса узлуксиз камайиб боради. Энг асосийси, бунда мавжуд стандартлар ва клиник тавсияномаларни битта ожиз томони—

«чуқур билимсиз ва жонли ўзаро алоқаланиш боғланишлик», клиник патология ва тиббиёт билан амалиёти барҳам топади.

Эслатиб ўтиш керак, мана шу долзарб мавзу ўта синчковлик ва зехн ҳамда чуқур билимлилик кўрсатилиб ёзувчи Артур Хейлининг (у 2004 йил 84 ёшида вафот этган) «якуний ташхис» (окончателный диагноз) романида тасвирлаб берилган (ўқувчиларга уни ўқиб чиқишни маслаҳат берамиз).

Бизнинг таҳлилимиз бўйича, экстрагенитал касалликларни терапевтик амалиётга ҳар томонлама замонавий англаб олиб кириш йўлида “илғаса бўладиган” ёки “илғамас” тўсиқлар бор. Мазкур хулоса ГС ва ҳомиладорлик мавзусига ҳам тегишли. Чунки, гематология айниқса, замонавий терапияда тез ўзгариб турадиган инкилобий бўлим бўлиб қолган (Шулутко Б.И., Макаренко С.В.). Натижада бугун замонавий амалий тиббиёт ва юқори технологияли экстрагенитал клиник патологиялар («умрбоқий» ва ультранафис ташхисот берувчи) ўртасида чуқурлашган англанилиб борилиши керак бўлган терминологик узилиш сақланиб қолган.

Геморрагик синдромлар (синоними- геморрагик диатез) – вақтинча ёки доимий қонаш билан ифодаланувчи йиғма тушунча бўлиб ҳисобланади.

Асосий сабабчилари (туғма ёки ортирилган турларида) 5та: 1) қон ивиш фаолиятидаги бузилишлар. 2) тромбоцитлар сонини меъёрдан камайиши, 3) тромбоцитлар фаолиятини бузилиши, 4) томир деворининг зарарланиши, 5) санаб ўтилган омилларнинг қўшилиши учраши.

ГС билан барча мутахассис врачлар тўқнаш келишлари мумкин, айниқса ҳомиладорларда унинг келиб чиқиши ёки ривож олиши муҳим муаммоларни туғдиради. Сабаби ГС қон ивишининг деярли барча 13 та омилини у ёки бу даражада бузилиши билан ўтади.

Ушбу патогенетик жараёнлар маълум даражада ГСнинг эхтимоли бўлган сабабларини кўрсатади. Шунинг учун ГС билан ҳомиладор аёлларда учта ҳолат уни тез баҳолашда ва шошилинч терапияни белгилашда аҳамият касб этади: геморрагия жойлашуви, қўламининг нақадар кенглиги (тери, бурун, томир, ўпка, жигар, бачадон, бош мия, ҳаракат таянч аппарати ва б.қ.); бирон бир асосли ёки эътиборга молик бўлган сабабсиз, ўз-ўзидан геморрагияни юз бериши ва учинчиси, геморрагиянинг давомийлиги ҳамда тўқималар зарарланишининг номувофик даражаси.

Эслаб қолиш керак: 1. Доимо ушбу ҳолатнинг сабабчиси бўлган қатор бошқа касалликлар изланиши ва истисно қилиниши лозим. **2.** Ирсийлик унга кўпроқ мос ва хос бўлади. **3.** ГСнинг маълум кўринишларига оилавий анамнез маълумотлари ёки тенденциялар бевосита ташхисий

ахамият касб этади. **4.** Қон ювишнинг ирсий бузилишлари муъаян тақчил омиллар билан боғлиқ холда келиб чиқади, алоҳида нозологик атамалар касаллик сифатида номланади ва 1 млн ахоли сонига нисбатан казаустик даражадан бошланиб то кескинлашган миқдоргача кўламлашиб тафовут билан аниқланади:

- VIII тақчил омил **Гемофилия А ни** келтириб чиқаради, 1 млн аҳолини 47-100 тасига тўғри келиб ташхисланади;

- IX тақчил омил **Гемофилия В ни** келтириб чиқаради, 1 млн аҳолини 8-19 тасига тўғри келиб учрайди;

- XI тақчил омил **Гемоглафия С ни** келтириб чиқаради, 1 млн. аҳолининг 0, 1-6 тасига тўғри келиб учрайди;

- XII тақчил омил **Хагеман нуқсонини** келтириб чиқаради, 1 млн. аҳолининг орасида <0, 2 та миқдор билан учрайди;

- Қон ивишининг тромбоцитопатия тарзида ирсий бузилиши **Виллебранд касаллигини** келтириб чиқаради, 1 млн. ахоли орасида <20 тага етиб учрайди;

- Протромбин комплекси: 1) **II омили тақчиллиги Гипотрромбинемияни** келтириб чиқаради, 1 млн. ахоли орасида <0, 01 миқдорда учрайди; 2) **V омили тақчиллиги – Гипоаксеселеренемияни** келтириб чиқаради, <0, 1 миқдорда учрайди 3) **VII омили тақчиллиги – гипопроконвертинемияни** келтириб чиқаради, 1 млн. ахоли орасида <0, 2 тага етиб учрайди; 4) **X омили тақчиллиги Споарт–Прауэр касаллигини** келтириб чиқаради, 1 млн. ахоли орасида 0, 1 тага етиб учрайди;

- Фибриногенни туғма тақчиллиги **Афибриногенемияни** (0, 05 тага хар 1 млн. ахолига тўғри келиб учрайди) ва **Лаки–Лоран касаллигини** келтириб чиқаради, 1 млн. ахоли орасида 0, 1-0. 7 тага етиб учрайди. Мана шу иккита холатнинг ирсий келиб чиқиши бир оз ўзига хос бўлади: улар гипо- ва авитаминоз К, нотўғри антикоагулянтлар ва фибринолитикларнинг миқдорини ошириб юбориш, жигарнинг бирон бир оғир касаллиги, операция, шок ва бошқалар истисно қилинганидан кейингина ташхис сифатида қўйилади.

Қон ивиши 13 та омил иштироки билан содир бўлади- улар плазма- зардоб омиллари (рим сонларида ифодаланади) ва тромбоцитлардаги омиллардан (араб сонлари билан ифодаланади) ташкил топади. Улар қуйидагилар: фибриноген, протромбин, тромбопластин, Са ионлари, проакцелерин, акцелерин, проконвертин, антигемофил глобулин А, антигемофиллин В (тромбопластиннинг зардоб компоненти) ва 4 та кристмасс омили – Стюарт–Прауэр омили, тромбопластинни зардобдаги ўтмишдоши, Хагеман омили (контакт омил) ва фибринни мўътадиллаштирувчи омил.

Қон ивиш босқичини 3 босқичи бор ёки улар бирин-кетин рўй беради: **1-босқичи** – тромбопластинни ҳосил бўлиш босқичи деб аталади ва энг мураккаб босқич ҳисобланади (патогенетик механизми жиҳатидан) : унда VIII, IX, X, XI, XII омилар, 3-тромбоцит омили ва Са ++ иштирок этадилар, ёки тромбопластин ҳосил бўлиши учун зарур омиллар бўлиб булар ҳисобланадилар; **2-босқичи**- протромбинни тромбинга айланиш босқичи деб аталади: унда иштирок этувчи зарур омиллар- протромбин, тромбин, V, VII ва витамин К каби омиллар бўлиб ҳисобланадилар; **3-босқичи**- фибриногенни фибринга айланиш босқичи деб аталади ва унинг зарур омиллари иккита бўлади- фибриноген ва фибрин XIII.

МКБ-10: D65-D69. Эслаб қолиш керак: 1. Нормада ҳам хомилдорлик туфайли қон ивиш тизими (гемостаз) унинг I, II ва III-чи триместрларида сезиларли даражада ўзгаради, бу жараён нормал фето-плацентар комплексни шакллантиради ва таъминлайди ҳамда туғруқ пайтида бўладиган қон йўқотишни камайтиради. **2.** Физиологик ва хомилдор ҳамда хонила учун макбул тусли гемостазни ўзгариш иккита катта сабабни гестацион даврда рўй бериши туфайли рўй беради: биринчиси, томир ички ивишни кучайиши ва гиперкоагуляцини ривожланиши ҳисобига (хонилдорлик ўсиши жараёнида эндотелийни шикастловчи омиллар-ацидоз, гипоксия, холестиринни ва паст зичли липопротеидларнинг миқдорини ортиши, липидларнинг перекисли окисла-нишини фаоллашуви, иммунли комплексларни ортиши, катехоламинларни кўпайиши ва Виллебранд омилини ортиши кабилар ортиши оқибати бўлиб) ва иккинчиси, ворсинкалараро бўшлиқни пайдо бўлиши ҳамда трофобласт хужайраларини спирал артериялар девори бўйлаб инвазияланиши – ички эластик мембранани ва медийни структуравий бузилишлари → эндотелийнинг бутунлигини бузилиши ва субэндотелиал тузилмаларни нуфузланиб зарарланиши натижасида. **3.** Физиологик эволюцияланишлар ёки ўзгаришлар ўсаётган хонилага мувофиқ деярли гемостазнинг барча бўғинлари фаолиятини фаоллаштиради: а) ивишиш омиллари ҳосил бўлишини кучайиши; б) тромбоцитлар сонини камайгани холда функционал фаоллигини кучайиши; в) РКМФ- эрилувчи фибрин комплексларини (этанолли, протаминсульфатли ва рептилазли) ортиши; г) ПДФ- фири-ноген/фибриннинг деградацияси маҳсулотларини (X ва У- йирикмолекулали «эртаки» маҳсулотлари ва D ҳамда E – «кечки» маҳсулотлари) ортиши; д) антитромбин III миқдори ва фаоллигини камайиши. **4.** Хонилдорларда ГС бўлиши- қон ивиш омиллариининг миқдорий ва сифатий патологияларини кучайтиради, қон кетишга олиб келади-ки, у турлича кўламда- кучли гематомадан то кичик петехиал тошламалар тарзидагича намоинлашиб ифода-

ланади: а) гематома тарзида –VIII омил дефицитада ифодаланади (гемофилия); б) петихияли-доғсимон тошма сифатида қон қуйилиши (тромбоцитопения ва тромбоцитопатияларда) ; в) аралаш (кўкимтир – гематомли қон қуйилиши варианты, гематома-петихияли-доғли қон қуйилишлар) – Виллебранд касаллигида; г) ангиоматозли типдаги қон қуйилишлар (тез-тез, битта ёки кўп жойларга қон қуйилиши)– телеангиоэктазияларда:

д) хомилдорлик даврида акушерлик амалиёти учун кўпроқ муаммо туғдириб берадиган ГС- бу, - тромбоцитопения (асосан) , тромбоцитопатиялар ва Виллебранд касаллиги (камроқ) хисобланадилар ёки улар бошқа ГС га нисбатан кўпроқ учрашади.

Бир неча таснифлар амалётга тавсия этилган, уларнинг барчалари ГСни патогенетик вариантларини бирлаштиради ва акс этдиради.

ГС унинг этиологияси, патогенезига ва келиб чиққан касаликка қараб 4 турга таснифланади:

Сабаби	Асосий механизм	Касаллик
Коагулопатиялар	Тромбопластин пайдо бўлишининг бузилиши	<ul style="list-style-type: none"> • Гемофилия А (VIII омил) • Гемофилия В (IX омил) • Гемофилия С (XI омил)
	Фибрин пайдо бўлишининг бузилиши	<ul style="list-style-type: none"> • Фибриноген тақчиллиги (I омил) • Фибрин стабиллаштирувчи омил тақчиллиги (XIII омил). • Фибринолиз
	Тромбин пайдо бўлишининг бузилиши	<ul style="list-style-type: none"> • Протромбин комплекси омилларининг тақчиллиги
Тромбоцитопатиялар	Тромбоцитопениялар (III омил)	<ul style="list-style-type: none"> • Верльгоф касаллиги • Аломатли • Тромбоцитопения • Тромбоцитларнинг сифат ўзгариши
Вазопатиялар	Ялиғланишли, аллергик, токсик	<ul style="list-style-type: none"> • Геморрагик васкулит • Инфекцион табиатли васкулитлар • Геморраик ангиоматоз (Рандю-Ослер касаллиги)
Аралаш сабаблар	Турли касалликларда	ДВС- СИНДРОМ

ГС нинг алохида жиҳатлари устуворлик қилганида унинг муъаян шакллари ажралиб чиқади ва улар ташхис сифатида шакллантирилади:

1.Тромбоцитопениялар деганда қонда $150 \cdot 10^9/\text{л}$ га етмасдан паст микдорда ифодаланган тромбоцитлар билан кечадиган касалликлар ёки синдромлар тушунилади.

2.Бирламчи иммунли тромбоцитопения (ИТП) -бу мустақил касаллик, изолирланган иммунли келиб чиқиш характерли бўлган тромбоцитопениядир (периферик қонда тромбоцитлар $100 \cdot 10^9/\text{л}$ дан кам бўлади), у бирон-бир аниқ бўлмаган сабаблар туфайли келиб чиқади ва/ёки сақланиб қолади. Унинг уч тури фарқланади: бирламчи ташхисланган, персистирланувчи (давом этиши 3-12 ой) ва сурункали (давом этиши 12 ойдан ортиқ) .

3.ИТП оғирлик даражаси тромбоцитлар сони билан белгиланмайди, балки геморрагик синдромнинг оғирлиги ва ифодаланганлиги даражаси билан тўлиқ характерланади. ГС оғирлиги:

- бирламчи-минимал қон кетиш: петихиялар сони 100та дан ошмайди ва/ёки 5 тага етмасдан кичик (диаметри то 3см гача бўлган) гематомалар; шиллик қаватларда қон оқиши бўлмайди.

- иккинчиси-енгил қон оқиши: кўп сонли (100та дан ортиқ) петехиялар ва/ёки 5 тадан зиёд

йирик гематомалар (диаметри 3см дан катта): шиллик қаватлардан қон кетиш/оқиш кузатилмайди.

- учинчиси-ўртача қон оқиши: шиллик қаватлардан қон оқиши, ”хавфли” ҳаёт тарзи.

4.Тромбоцитопатиялар -қон пластинкаларининг сифати нотўлиқлиги ва дисфункциясининг асосида келиб чиққан гемостаз бузилиши.

5.Коагуляциян гемостазнинг ирсий бузилишларига- (Воробьев А.И. ва Баркаган З.С., 2005) қон ивишининг жами, зардобий молекуляр нуқсонлари ёки тақчиллиги билан, ҳамда яна бу жараёнда иштирок этувчи калликреин-кинин тизимининг таркибларига боғлиқ бўлиб келиб чиққан бузилишлари киритилади.

6.Виллебранд касаллиги гемостаз тизимининг ирсий касаллиги бўлиб хисобланади, Виллебранд омили синтезининг микдори ёки сифатий бузилишлари билан ифодаланади.

7.Томирли-келиб чиқишли диатезлар табиатан турли гуруҳ бўлиб, қатор умумий чизгиларни бирлаштиради-нотўғри ва етарлича даражада ривожланмаган қон томирларининг строма-сини (коллагенни ва эластинни), яна бошқа бир ҳолатларда бошқа тўқима ва аъзоларнинг бириктирувчи тўқимали асосларини (терини, боғловчи аппаратни, юрак клапанларини ва томирларни ва

б.к.) нотўлиқ тромбоцитарли ва/ёки коагуляционли гемостазга кўшилиши билан биргаликда.

8. Васкулит (васкулопатиялар) деб томир деворларини яллиғланишига аталади. Ҳам артериал, ва ҳам, венозли томирлар деворлари зарарланиши мумкин.

9. “ДВС-синдром” термини-қатор майда томирлар ичида қон таначаларининг агрегацияси, тромбозлари ва қонашларга олиб келадиган ивишини англатади. У носпецифик патологик жараён бўлиб қон оқимида қон ивишини ва тромбоцитлар агрегациясини фаоллаштирувчи омилларни тушиши билан боғлиқ ҳолда келиб чиқади, у ерда тромбинлар ҳосил бўлиши, зардобли фермент тизимини фаоллашуви силлаланиши, қонда кўплаб микройиғилмалар ва хужайралар агрегатларини ҳосил бўлиши билан ифодаланади. Булар оқибати бўлиб органларда микроциркуляция блокланади ва натижада, тромбогеморрагиялар, гипоксия, ацидоз, аъзоларни чуқур дисфункцияси ва дистрофияси, парчаланган оксил махсулотлари ва бошқа метаболитлар билан организмни интоксикацияси келиб чиқади ва яна, аксарият иккиламчи қон оқишлар рўй беради.

10. “Тромбофилиялар” термини билан гемостазнинг жамики ирсий (генетик асосланган) ва орттирилган бузилишлари англатилади, улар учун томирларнинг тромбозлари ва облитерацияларини барвақт пайдо бўлиши ҳамда рецидивланишларига юқори мойилликни бўлиши хос бўлади.

Ташхис қўйиш намуналари: (10-ХКК:Д 65-Д 69): 1. Сурункали иммунли тромбоцитопеник пурпура, узлуксиз-рецидивланиб кечиш, оғир даражаси (спонтанли бурун қонашлари) [D 69.3]. Асорати: Темир танқислиги камқонлиги, оғир даражаси [D 50.0]. 2. Гемофилия А, енгил шакли (омил даражаси 20%) , туш экстракциясидан кейинги қонаш [D 66]. 3. Геморрагик васкулит, аралаш шакли, фаол босқич, оғир даражаси, сурункали рецидивланувчи кечиши [M 31].

Асорати: Сурункали буйрак етишмовчилиги 1-чи даражаси [N 18]. **Ҳамроҳ касаллик:** сурункали тонзиллит. 4. Идиопатик тромбоцитопеник пурпура оғир даражаси, сурункали рецидивирланиб кечиш, илк аниқланган [D 69.3]. 5. Амегакариоцитар тромбоцитопатия ўрта ва оғир даражаси [D 69.6].

Адабиётлар:

1. Балуда В.П. Балуда М.В, Делнов И.И., Тельцуков И. И Гемостаз тизими физиологияси//М. 1995. –Б.190-241.
2. Баркаган А.Л. Геморрагик касалликлар
3. Шехтман М.М. Хомиладорларда экстрагенитал патологиялар бўйича ҚЎЛЛАНМА. -Триад Х-2008. -Москва-Б. 335-372.
4. Баркаган З.С. Момот А.П. Гемостаз бузилишларини ташхисоти ва назоратли терапияси//М.: Ньюдиамед. -2001. Б. 60-124.
5. Качковский М. А. Мамасолиев Н. С. Щукин Ю. В. Ички касалликлар. -2015й-«Наманган» нашриёти. Б. 411-413.
6. Гематология: Новейший справочник//Под общ.ред. К.М.Абдулкадырова.-М. :ЭКСМО; СПб.: Сова,2004,-С.928.
7. Клинические рекомендации по диагностике и лечению идиопатической тромбоцитопенической пурпуры (первичной иммунной тромбоцитопении) у взрослых. – Национальное гематологическое общество, 2014.
8. Руководство по гематологии: в 3-хт./под ред. А.И.Воробьева.-3-е изд., перераб.и доп.-М.:Ньюдиамед, 2005.

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И БЕРЕМЕННОСТЬ: СОВРЕМЕННЫЕ ТРАКТОВКИ И ПОДХОДЫ

Н.С. МАМАСОЛИЕВ, Б.У. УСМОНОВ,
О.С. ЮЛДАШЕВА, К.Ш. ЖУМАЕВ

- 1 - Андижанский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Андижан;
- 2 – Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи;
- 3 - Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

Обсуждаются особенности диагностики, профилактики и лечения геморрагического синдрома у беременных женщин. Представляются новые данные и современные подходы.

Ключевые слова: геморрагический синдром, беременность, терапевтическая тактика, акушерская практика.