

**MEDICINE
PROBLEMS**

.uz

ISSN 3030-3133

**TIBBIYOT FANLARINING
DOLZARB MASALALARI**

**TOPICAL ISSUES OF MEDICAL
SCIENCES**



N° 2 (2)

2024



САЙТ: <https://medicineproblems.uz>
ISSN: 3030-3133

MEDICINEPROBLEMS.UZ

**TIBBIYOT FANLARINING DOLZARB
MASALALARI**

№ 2 (2)-2024

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКИХ НАУК

TOPICAL ISSUES OF MEDICAL SCIENCES

ТОШКЕНТ-2024

BOSH MUHARRIR:

ISANOVA SHOIRA TULQINOVNA- Tibbiyot fanlari bo'yicha falsafa doktori (PhD), Samarqand davlat tibbiyot universiteti

TAHRIR HAY'ATI:

TIBBIYOT FANLARI

Safarov Zafar Fayzullayevich –tibbiyot fanlari bo'yicha falsafa doktori (PhD), Toshkent pediatriya tibbiyot instituti;

Xakimov Murod Shavkatovich –tibbiyot fanlari doktori, professor, Toshkent tibbiyot akademiyasi;

Mavlanov Alimbay – tibbiyot fanlari doktori, professor, Toshkent tibbiyot akademiyasi;

Ergashev Nasriddin Shamsiddinovich - tibbiyot fanlari doktori, professor, Toshkent pediatriya instituti;

Abdullayeva Nargiza Nurmatovna - tibbiyot fanlari doktori, professor, Samarqand davlat tibbiyot universiteti;

Djurabekova Aziza Taxirovna - tibbiyot fanlari doktori, professor, Samarqand davlat tibbiyot universiteti;

Xaydarova Dildora Kadirovna - tibbiyot fanlari doktori, professor, Toshkent tibbiyot akademiyasi;

Ruziboyev Sanjar Abdusalomovich- tibbiyot fanlari doktori, dotsent, Samarqand davlat tibbiyot universiteti;

Sattarov Oybek Toxirovich- tibbiyot fanlari doktori, dotsent, Toshkent tibbiyot akademiyasi;

Niyozov Shuxrat Tashmirovich - tibbiyot fanlari doktori, dotsent, Samarqand davlat tibbiyot universiteti;

Tavasharov Bahodir Nazarovich – tibbiyot fanlari nomzodi, Toshkent tibbiyot akademiyasi;

Xalmetova Feruza Iskandarovna – tibbiyot fanlari nomzodi, Toshkent tibbiyot akademiyasi;

G'aybiyev Akmaljon Axmadjonovich - tibbiyot fanlari bo'yicha falsafa doktori (PhD), dotsent, Samarqand davlat tibbiyot universiteti;

Qo'ziyev Otabek Juraqulovich – tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent, Toshkent pediatriya tibbiyot instituti;

Ergasheva Munisa Yakubovna - tibbiyot fanlari bo'yicha falsafa doktori (PhD), dotsent, Samarqand davlat tibbiyot universiteti;

Ollanova Shaxnoza Sirlibayevna – tibbiyot fanlari nomzodi, Samarqand davlat tibbiyot universiteti;

Safarov Zafar Fayzullayevich – tibbiyot fanlari nomzodi, Toshkent pediatriya tibbiyot instituti;

Xayitov Ilxom Bahodirovich – tibbiyot fanlari nomzodi, Toshkent tibbiyot akademiyasi;

Alimov Suxrob Usmonovich- tibbiyot fanlari nomzodi, Toshkent tibbiyot akademiyasi;

Fozilov Uktam Abdurazzokovich - tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent, Buxoro davlat tibbiyot instituti;

Raximov Oybek Umarovich – tibbiyot fanlari nomzodi, Toshkent pediatriya instituti;

Sattarov Inayat Saparbayevich – tibbiyot fanlari nomzodi, Toshkent tibbiyot akademiyasi;

Abidov O'tkir O'ktamovich – tibbiyot fanlari nomzodi, Buxoro davlat tibbiyot instituti;

Amonova Zaxro Qaxramon qizi - tibbiyot fanlari nomzodi, Samarqand davlat tibbiyot universiteti.

FARMATSEVTIKA FANLARI

Zulfikariyeva Dilnoza Alisherovna - farmatsevtika fanlari doktori (DSc), professor, Toshkent farmatsevtika instituti;

Toshpo'latova Azizaxon Dilshodovna - farmatsevtika fanlari doktori (DSc), professor, Toshkent farmatsevtika instituti;

Xusainova Rayxona Ashrafovna - farmatsevtika fanlari doktori (DSc), dotsent, Toshkent farmatsevtika instituti;

Maksudova Firuza Xurshidovna farmatsevtika fanlari doktori (DSc), dotsent, Toshkent farmatsevtika instituti;

Ziyamuxamedova Munojot Mirgiyasovna - farmatsevtika fanlari doktori, Toshkent farmatsevtika instituti, dotsent v.b.;

Rizayeva Nilufar Muxutdinovna – farmatsevtika fanlari nomzodi, dotsent Toshkent farmatsevtika instituti;

TIBBIYOT FANLARINING DOLZARB

MASALALARI elektron jurnali 02.03.2023-yilda 132099-sonli guvohnoma bilan davlat ro'yxatidan o'tkazilgan.

Muassis: "SCIENCEPROBLEMS TEAM" mas'uliyati cheklangan jamiyati.

TAHRIRIYAT MANZILI:

Toshkent shahri, Yakkasaroy tumani, Kichik Beshyog'och ko'chasi, 70/10-uy. Elektron manzil: scienceproblems.uz@gmail.com

Telegram kanal:

https://t.me/Scienceproblemsteam_uz

МУНДАРИЖА

Abdusalomov Sanjar, Abdusalomov Sunnatulla

DORIVOR O'SIMLIKLARNING STOMATOLOGIYA AMALIYOTIDA QO'LLANILISHI6-17

Azizova Zuxra

O'ZBEK POPULYATSIYASIGA MANSUB TASHQI GENITAL EDOMETRIOZLI AYOLLARIDA
INTERLEUKIN-6 VA UNING RS1800795 POLIMOR VARIANTINING EKSPRESSIYASI

XUSUSIYATLARI 18-23

Mustafakulov Gaybulla

AUTOIMMUN TROMBOTSITOPENIK PURPURANI DAVOLASHNI TAKOMILLASHTIRISHGA
KOMPLEKS YONDASHUV

24-31

Маджидова Якутхон, Иноятова Ситора, Абдуқодиров Элдор

МАТРИКСНАЯ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗА-9 И ЕГО ТКАНЕВОЙ ИНГИБИТОРА-1 КАК
ПРЕДИКТОР ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ

32-36

Raxmonova Xabiba, Raxmonov Zafarjon

ITLARDA XOLESISTEKTOMIYADAN SO'NG ORQA MIYA NERV TUGUNI NEYRONLARINING
MORFOFUNKTSIONAL O'ZGARISHLARI.....

37-44

Mustafakulov Gaybulla Irisbayevich,
Tibbiyot fanlari nomzodi,
Toshkent tibbiyot akademiyasi
umumiy xirurgiya – 2 kafedrasida dotsenti

**AUTOIMMUN TROMBOTSITOPENIK PURPURANI DAVOLASHNI TAKOMILLASHTIRISHGA
KOMPLEKS YONDASHUV**

Annotasiya. Ushbu maqolada autoimmun trombositopenik purpura (ATP) bilan kasallangan 224 bemorni davolash natijalari keltirilgan. Glyukokortikoid gormonlar bilan ingalyasiya va an'anaviy davolash usullari va jarrohlik davolash usuli – splenektomiya (SE) natijalarining qiyosiy ma'lumotlari berilgan. Glyukortikosteroid (GKS) gormonlarini sovuq dozali ingalyasiya shaklida qo'llash bemorlarning 87,2 foizida eng samarali ekanligi aniqlandi (an'anaviy davolash usuli bilan taqqoslaganda - 75,7%) va remissiyani 6,3 kunga tezlashtirdi. Operatsiyadan keyingi dastlabki davrda takomillashtirilgan usulda bajarilgan SE 96,9% hollarda samaraliroq bo'ldi.

Kalit so'zlar: trombositopeniya, glyukokortikoidlar, splenektomiya, asoratlar oldini olish, gormonlarni ingalyatsiyalash.

Мустафакулов Гайбулла Ирисбаевич
Кандидат медицинских наук,
доцент кафедры общей хирургия – 2
Ташкентской медицинской академии

**КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К УЛУЧШЕНИЮ ЛЕЧЕБНОЙ МЕРОПРИЯТИИ АУТОИММУННОЙ
ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ**

Аннотация. В данной статье представлен опыт ведения 224 больных с аутоиммунной тромбоцитопенической пурпурой (АТП). Даны сравнительные данные результатов ингаляционного и традиционного способов лечения глюкокортикоидными гормонами и оперативного метода лечения – спленэктомии (СЭ). Установлено, что использование глюкокортикоидных (ГКС) гормонов в виде холодной дозированной ингаляции оказалось наиболее эффективным у 87,2% больных (по сравнению с традиционным методом лечения - 75,7 %) и ускорило ремиссии на 6,3 дня. СЭ, выполненная усовершенствованным способом, в раннем послеоперационном периоде оказалась более эффективной в 96,9 % случаях.

Ключевые слова: тромбоцитопения, глюкокортикоиды, спленэктомия, осложнения, профилактика, ингаляция гормонов.

Mustafakulov Gaybulla Irisbayevich
Candidate of Medical Sciences,
Associate Professor of the Department of
General Surgery – 2 Tashkent Medical Academy

**A COMPREHENSIVE APPROACH TO IMPROVING THE THERAPEUTIC ACTIVITY OF AUTOIMMUNE
THROMBOCYTOPENIC PURPURA**

Abstract. This article presents the experience of managing 224 patients with autoimmune thrombocytopenic purpura (ATP). Comparative data of the results of inhalation and traditional methods of treatment with glucocorticoid hormones and the surgical method of treatment – splenectomy (SE) are given. It

was found that the use of glucocorticosteroid (GCS) hormones in the form of cold dosed inhalation was most effective in 87.2% of patients (compared to the traditional method of treatment - 75.7%) and accelerated remission by 6.3 days. SE performed by an improved method in the early postoperative period proved to be more effective in 96.9% of cases.

Keywords: thrombocytopenia, glucocorticoids, splenectomy, complications, prevention, hormone inhalation.

DOI: <https://doi.org/10.47390/3030-3133V2I2Y2024N03>

Kirish. Gemorragik diatezlar orasida tez-tez uchraydigan kasalliklardan biri bu autoimmun trombositopenik purpuradir (ATP) [1,5-10]. Autoimmun trombositopeniyada o'zining o'zgarmagan antigeniga qarshi antitela ishlab chiqariladi. Immun trombositopeniya - qondagi trombositlar sonining kamayishi antitrombositlar avtoantitela yoki alloantitela ishlab chiqarilishi va retikuloendotelial tizimda sensibilizatsiyalangan trombositlarning tez parchalanishi natijasida yuzaga keladigan kasalliklar guruhidir. ATP patogenezi autoimmun jarayonga asoslanadi (Kafo A., 2003), bunda inson tanasi turli sabablarga ko'ra antitela antitrombositlarga qarshi sintez qiladi, ular ham antimegakaryotsitlar tasiriga ega (McMillan R., 2007, Cines D.B. va bosh, 2014).

ATP davolashda uning patogenezi va asoratlarini hisobga olgan holda amalga oshiriladi. ATP davolashda eng keng qo'llaniladigan va patogenetik asoslangan usuli glyukokortikoid (GK) gormonlarni qo'llashdir. Biroq, gormonlardan foydalanish, ayniqsa ularni per os qabul qilish ko'pincha oshqozon-ichak trakti asoratlariga sabab bo'lishi mumkin [2,3,5].

ATP davolashda kortikosteroid gormonlar tomir ichiga va per os yuborish an'anaviy hisoblanadi. Ma'lumki, boshqa kasalliklarda GK bilan davolashda gastroduodenal zonaning oshqozon yarasi bemorlarning 15,4-26,9 foizida uchraydi. Keksa yoshdagi bemorlarda oshqozon o'tkir yaralari kuzatiladi va 74,6% gacha etadi. Tekshiruv vaqtida o'tkir yaralar aniqlanadi. Qon ketish kabi asoratlar 60-70% hollarda yoki 0,5-3% hollarda oshqozon yaralari teshilish uchraydi. Oshqozon va ichakning "Steroid yaralari" ko'pincha asemptomatik bo'lib, qon ketish va teshilish tendentsiyasiga ega. Dori va dozalash tartibini tanlash qanchalik ehtiyotkorlik bilan amalga oshirilmasin, GKS per os dan foydalanganda nojo'ya ta'sirlarning rivojlanishini to'liq oldini olish mumkin emas. Ba'zi hollarda ATP GKS gormonlarni qabul qilgandan keyin oshqozon-ichak traktining yaralaridan qon ketishi yoki teshilishida bemor ahvoli murakkablashadi [9,13,15].

Kortikosteroidlarni uzoq muddat qo'llash bilan, ayniqsa og'iz orqali qabul qilinganda, aniq nojo'ya ta'sirlarni hisobga olgan holda, glyukokortikosteroid (GKS) terapiyasining asoratlarini kamaytirish yoki oldini olish uchun kortikosteroidlarni yuborishning boshqa usullari izlanmoqda.

Agar konservativ terapiya dastlabki bir necha (odatda 3-6) oy davomida samarasiz bo'lsa, splenektomiya (SE) ATP davolashning ikkinchi bosqichi sifatida qo'llaniladi, bu ATP doimiy xavf omillari (anemiya, trombositopeniya, leykopeniya, gemorragik sindrom, Itsenko-Kushing sindromi) tufayli ortib borayotgan xavf bilan bog'liq, ba'zida jiddiy oqibatlariga olib keladi, hatto o'limga [4,5,13,14].

Shu sababli, ATPning konservativ va operativ davolanishini takomillashtirish, shubhasiz, zamonaviy gematologiya va jarrohlik uchun katta ilmiy va amaliy qiziqish uyg'otadi.

Ushbu ishning maqsadi ATP bilan kasallangan bemorlarda glyukortikoid gormonlarini ingalatsiya usulida qo'llashdagi va taklif qilingan splenektomiya (SE) usullari natijalari bilan an'anaviy davolash usullari natijalari bilan qiyosiy o'rganishdir.

Tadqiqot materiallari va usullari. ATP tashxisi qo'yilgan 224 bemorni konservativ va jarrohlik davolash natijalari tahlil qilindi. Shulardan ATP surunkali shakli aniqlangan bemorlar – 187, o'tkir shakli – 37. Erkaklar 88, ayollar 136. Gormonal davolanishni jami 95 (42,4%) bemor qabul qildi: - shu jumladan an'anaviy davolashda – 48 (50,5%) bemor (erkaklar -18 (37,5%), ayollar -30 (62,5%) va 47 (49,5%) bemor gormonlarni ingalatsiya usulda (ulardan erkaklar – 22 (46,8%) va ayollar – 25 (53,2%) olgan,

SE surunkali ATP bilan kasallangan 129 (57,6%) bemorda (ulardan erkaklar 40 (31,1%), ayollar 89 (68,9%) amalga oshirilgan. Shulardan an'anaviy SE usuli bilan 65 (50,4%) bemorda, biz taklif qilgan usulda 64 (49,6%) da bemorda amalga oshirilgan.

ATP tekshirish uchun quyidagi mezonlardan foydalanildi (shikoyatlar, anamnez ma'lumotlari va ob'ektiv tekshiruvdan tashqari):

1. Trombotsitopeniya (trombotsitlar $<150 \times 10^9/l$) qonning bir xil elementlarini hisoblashda boshqa ajralishlar bo'lmagan taqdirda.

2. Yaqin qarindoshlarda kasallikning klinik va laboratoriya belgilarining yo'qligi. 3. Suyak iligidagi megakaryotsitlar sonining normal yoki ko'payishi.

4. Bemorlarda trombotsitopeniyaga olib kelishi mumkin bo'lgan boshqa kasalliklar yoki omillarning klinik ko'rinishlarining yo'qligi.

5. Kortikosteroid terapiyasining ta'siri.

Bundan tashqari, ATP bilan kasallangan bemorlarga ichki organlarni tekshirish uchun ultratovush tekshiruvi, elektrokardiografiya va oshqozon-ichak traktining endoskopik tekshiruvi o'tkazilgan.

SE paytida qon yo'qotish miqdorini operatsiyadan ken operatsion materiallarni operatsiyadan oldin va keyin - salftkalarni tortish va idishga yig'ilgan qon miqdorini hisoblash bilan aniqlangan.

Ko'p hollarda qon taxlilida trombositlar miqdorining $<20,5 - 30,0 \times 10^9/l$ kamayishida bemorlar gemorragik sindromga shikoyat qilishgan: terida petexiya va ekximoz paydo bo'lishiga, burun va bachadondan qon ketishiga, tish va oshqozon-ichak traktidan qon ketishga. Kasallikning davomiyligi ATP o'tkir shaklida 3 kundan 6 oygacha bo'lgan. Anamnezda kasallikning davomiyligi surunkali ATP shaklida 6 oydan 20 yilgacha bo'lgan va shu vaqt ichida bemorlar gormonlarni tabletkalarda 2 dan 10 martagacha qabul qilishgan.

GKS ATP o'tkir shaklda 2 - 2,5 mg/kg, surunkali ATP per os va parenteral shaklda 1-1,5 mg/kg an'anaviy davolashda berilgan.

Nafas olish yo'llariga prednizolon va deksametazon eritmasini ingalasiya tarizda Boreal nebulayzer ingalyasion apparatda (Italiya ishlab chiqarilgan) 1,0-2,0 mg/kg dozada amalga oshirildi. Bundan tashqari, bemorlarga fibrinolizin ingibitorlari, qon tomir devorlarini himoyalonchi, biologik membrana stabilizatorlari va burun va tishdan qon ketganda mahalliy davolash usullari qo'llanildi. Og'ir anemiyasi bor bemorlarga eritrotsitlar massasi quyildi.

ATP bilan og'rigan bemorlarning 50 (52,6%) oshqozon-ichak traktida asoratlar aniqlandi; 21- gastroduodenit, 6 - oshqozon yarasi, 5 - o'n ikki barmoqli ichak yarasi, 2 - kolit, 11 - oshqozon-ichaklarga shikoyati, 5 - oshqozon sohasida og'rig'.

ATP kasallangan bemorlarning 129 operatsiya SE amaliyati o'tkazildi. Tajriba guruhning 64 bemoriga splenektomiya biz taklif qilgan usulda amalga oshirildi - taloqni tekshirish paytida uning harakatchanligi va atrofdagi to'qimalar bilan aloqasi baholandi, orqa yuzasi parital qorin pardasi gemostaz bilan taloqning oyoq qismi va oshqozonning orqa yuzasi yo'nalishi bo'yicha ajratildi. Keyin taloq yaraga chiqarildi, pastki qutbdan boshlab, oldindan bog'lamlar bog'lab qo'yildi va yanidan ikkita qisqich qo'yildi, so'ngra qisqichlar orasigan kesilib, choltoq tikildi.

Keyinchalik, taloqning yuqori qutbidan parital qavatining oldingi tarafidan 0,5 x 0,5 sm o'lchamdagi oyna ochildi va oshqozon-taloq bog'lami yuqoridagi usul bilan ikki tarafdin bog'landi va bog'lamlar yanidan qisqichlar qo'yilib, ular o'rtasidan kesiladi, oshqozon tamonidagi cho'ltoq qisqich tegidan tikildi. Agar oyoqchalarning kengligi katta bo'lsa, ko'proq to'qimalar olindi.

Taloq oyoqcha sohasidagi qorin pardaning oldingi qavati ochilmaydi, bu to'qimalarning yaxlitligini va gemostazni saqlaydi.

Jarrohlikning keyingi bosqichi-oshqozon osti bezining dum qismiga zarar bermaslik uchun oshqozon osti bezi qabig'i ustigan taloq oyog'ini katgut bilan oldindan bog'lanadi va yning yanidan qisqich qo'yildi. Bunday holda, taloq oyog'ining barcha qisimlari tekislangan o'qi bilan bitta joyga yig'iladi, bu esa bog'lamdan keyin qo'yiladigan qisqichlarni qo'yishni osonlashtiradi. Bu, o'z navbatida, splenektomiyadan keyin qon ketishining oldini oladi. Keyinchalik taloq darvoza qismi ham bog'lanib, yanidan qisqich qo'yildi, bazan qalinligiga qarab 2 tadan qisqich qo'lyiladi va qisqichlar orasidan qirqilib cho'ltoq tikiladi. Shu tarzda amalga oshirilgan SE oshqozon osti bezi dumining shikastlanishiga yo'l qo'ymaydi, ishonchli gemostaz hosil bo'ladi va qo'shni to'qimalarning yaxlitligi saqlanib qoladi

Tadqiqot natijalari. Bemorlarga kuniga prednizolon va deksametazon eritmasini ingalasiya tarzida 1,0 mg/kg dan 2 mg/kg gacha bo'lgan dozada amalga oshirildi. O'tkir ATP bilan kasallangan 18 bemordan (kattalar - 8, bolalar - 10) 13 (72,2%) bemorda klinik-gematologik remissiya (KGR) kuzatildi, o'rtacha 6,5 o'rin kunida, 2 (11,1%) bemorda klinik remissiya (KR), o'rtacha 5,5 o'rin kunida kuzatildi. Klinik va klinik-gematologik remissiya (K va KGR) 15 (83,3%) bemorda, o'rtacha 6,3 o'rin kunida olingi. 3 (16,7%) bemorda davolanish samara bermadi. O'tkir ATP bilan kasallangan bemorlarda GKS gormonlarining ingalatsion terapiyasini olgan bemorlarda gemorragik sindrom 3-4 kun ichida yo'q bo'lib ketishi kuzatildi va trombotsitlar soni davolanishning 3-5 kundan boshlab ko'tarila boshladi.

O'tkir ATP bilan kasallangan 19 bemor (kattalar - 9, bolalar - 10), kasalxonaga yotgan birinchi yoki ikkinchi kundan boshlab, boshqa dorilar bilan birgalikda GK gormonlarni (prednizon va deksametazon) tabletkalada va in'ektsiyalarda kuniga 1,5 - 2,0 mg/kg miqdorda qabul qilishdi. OATP bilan kasallangan bemor kattalar va bolalarda an'anaviy gormon terapiyasi natijalari shuni ko'rsatdiki, KGR 13 (68,4%) bemorda o'rtacha 9,8 o'rin kunida olindi. KR 2 (10,5%) bemorda, o'rtacha 16,5 o'rin kunida olindi. K va KGR 15 (78,9%) bemorda, o'rtacha 10,7 o'rin kunida olindi. 4 (21,1%) bemorda gormon terapiya davom etirilib va 3-4 haftadan ko'proq vaqt davomida ham gormonal davolash samarasiz bo'lib chiqdi.

ATP (SATP) surunkali shakli bo'lgan bemor bolalar va kattalar uchun gormonal ingalatsiya terapiya natijalari.

Bemorlarga kuniga 2 mg/kg gacha bo'lgan dozada amalga oshirildi. Ingalatsiya terapiyasini olgan 29 bemordan KGR 13 (44,8%) bemorda, o'rtacha 5,8 o'rin kunida, KR 13 (44,8%) bemorda o'rtacha 7,2 o'rin kunida olindi, 3 (10,4%) bemorda gormon terapiya natija

bermadi. K va KGR o'rtacha 6,5 o`rin kunida 26 (89,7%) bemorda kuzatildi. 2- va 4- kundan boshlab barcha bemorlarda gemorragik sindrom to'xtadi.

SATP bilan kasallangan 29 bemor (bolalar - 9, kattalar - 20) an'anaviy davolanishni, shu jumladan patogenetik terapiya sifatida kuniga 1,0 – 1,5 mg/kg dozada GK gormonlarini qabul qilishdi. GK gormonlarini an'anaviy davolashdan SATP bilan kasallangan kattalar va bolalar o'rtacha 9,3 o`rin kunida KGR 6 (20,7%) bemorda kuzatildi. 15 (51,7%) bemorda klinik remissiya (KR), o'rtacha 11,2 o`rin kunida.

K va KGE 10,7 o`rin kunida 21 (72,4%) bemorda kuzatildi. Gemorragik sindromlar, remissiya bergan bemorlarda 3-5 kundan boshlab yo'qolishni boshladi. 8 (27,6%) bemorda gemorragik sindrom saqlanib qoldi.

Shunday qilib: 47 bemor O'ATP bilan GKS gormonlarni sovuq ingalatsiya shakilda olishdi, O'ATP bilan kasallangan bemorlarda K va KGR 83,3% hollarda o'rtacha 6,3 kun ichida, aksincha an'anaviy davolanishda 78,9% va 10,7 kun ichida olindi. K va KGR SATP bilan kasallangan bemorlarda 89,7%, 6,5 kunda, aksincha an'anaviy davolanishda 72,4 foiz va 10,7 kunda olindi. Ingalatsiya terapiyasini olgan 47 bemorning 26 nafarida (55,3%), o'rtacha 6,1 o`rin kunida KGR kuzatildi, 15 nafarida (31,9%) o'rtacha 7,0 o`rin kunida KR kuzatildi yoki 41 nafar (87,2%) bemorda o'rtacha 6,3 o`rin kunida KGR kuzatildi. Gormonal ingalatsiya terapiya 6 (12,8%) bemorga hech qanday yordam bermadi, gemorragik sindrom saqlanib qoldi, ekximoz shaklida.

ATP kasalligida splenektomiya natijalari. Umumiy qabul qilingan usulda SATP bilan kasallangan 65 (50,4%) bemorlarda operatsiya splenektomiya bajarildi, ular orasida: bolalar 37 (56,9%), kattalar 28 (43,1%).

Operatsiya davomida, umumiy qon yo'qotish 7980 ml yoki har bir bemor uchun 122,8 ml tashkil etdi. Operatsiya davomida 5590 ml plazma va 9715 ml eritrotsitlar massasi quyildi. Jami qonning umumiy tarkibiy qismlari 15305 ml tashkil qildi yoki bitta bemorga 235,5 ml quyiladi. Operatsiya paytida oshqozon osti bezi shikastlanishi kabi asorat 12 (18,5%) bemorda kuzatildi. 1-va 2-kunlarda operatsiyadan so'ng 4 (6,2%) bemorda harorat 38 gradusga ko'tarildi. 3 (4,6%) bemorda operatsiyadan keyingi 2- kunida chap qovurg'a yoyi osti va bel soxasida og'riqlarga shikoyat qilishdi. Drenaj naychadan gemorragik ajralma 1 va 2-kunlarda 100,0 ml va undan ko'proqni tashkil etdi.

Bemorlarning 50 foizida operatsiyadan keyingi 2 va 3 kunlari qorin bo`shlig`idan drenaj naycha olib tashlandi. SE keyin ichki qon ketish natijasida relaparotomiya 2 (3,1%) bemorda o'tkazildi. K va KGR surunkali bo'lgan ATP bemorlarida operatsiyadan keyingi eng yaqin natijalar bemorlarning 91,6 foizini tashkil etdi.

Biz taklif qilgan usulda surunkali ATP bilan kasallangan 64 bemorda SE amaliyoti amalga oshirildi. Shu bilan birga, umumiy qon yo'qotish 4915 ml yoki har bir bemor uchun 76,8 ml tashkil qildi.

Operatsiya davomida 3 (4,7%) bemorda ketgut ligaturasida oshqozon osti bezining dum qismi shikastlangan, ammo operatsiyadan keyingi davrda pankreatit klinikasi kuzatilmadi. Drenaj trubkasidan operatsiyadan so'ng gemorragik suyuqlik 30 ml gacha bo'ldi. K va KGR surunkali bo'lgan ATP bemorlarida operatsiyadan keyingi eng yaqin natijalar bemorlarning 96,9 foizini tashkil etdi. 90% hollarda, operatsiyadan keyingi 1-kuni drenaj naychalari olib tashlandi. Jarrohlik paytida va undan keyin asoratlar bo'lmadi.

Muhokama. Shunday qilib, o'tkir va surunkali ITP bilan og'rigan bemorlarga Boreal nebulizer apparatida GCS gormonlarini dozalangan sovuq shaklda yuborishning ingalatsiya usuli GK og'iz orqali va parenteral yuborishdan, yani an'anaviy davolashdan kam emas va quyidagi ijobiy tomonlarga ega; ingalatsiyadan asorat yo'qligi, muolajaninig yaxshi qabul qilinishi, ayniqsa bolalar tomonidan; nevrozning oldini olish, bolalarda isteriya va GKS gormonlarini muolaja qilish bilan bog'liq og'riq sindromining yo'qligi; olib tashlash sindromining yo'qligi; parenteral infeksiyani oldini olinishi; qo'llaniladigan GK gormonlar, qon tarkibiy qismlari, boshqa dorilar miqdorini kamaytirilishi va o`rin kunlarining kamayganligi orqali iqtisodiy samaradorligi. ATP o'tkir shakli bilan an'anaviy davolash bilan qiyosiy jihatdan 4,4 o`rin-kunda va ATP surunkali shakli bilan remissiya 4,2 o`rin-kun oldin olingan.

Biz taklif qilgan splenektomiya usuli - qo'shni to'qimalarning yaxlitligini saqlashga imkon beradi, oshqozon osti bezining dum qismining shikastlanishini va operatsiya paytida va undan keyin qon ketishining oldini oladi. Bunday holda, operatsiya davomiyligi 10-15 daqiqaga qisqaradi, operatsiya paytida qon ketish bitta bemorda 45,7 ml gacha, operatsiyadan keyin esa 2-3 baravar kamayadi. Operatsiyadan keyingi pankreatit, relaparotomiya va o'lim kuzatilmadi. Eritrotsitlar massasini, qon tarkibiy qismlarini va boshqa dori-darmonlarni tejalishi ta'minlanadi.

Xulosalar

1. O'tkir va surunkali ATP shakllari bo'lgan bemorlarga "Boreal" nebulayzer apparatida dozalangan sovuq shaklda GKS gormonlarini ingalatsiyalash mavjud an'anaviy konservativ davo usuliga alternativa hisoblanadi. ATP o'tkir shaklida GK gormonlarini inhalatsiya usuli, qiyosiy jihatdan an'anaviy davolash usulidan 4,4 o`rin-kunga, ATP surunkalida shakli inhalatsiya usuli, qiyosiy jihatdan an'anaviy davolash usulidan 4,2 o`rin-kunga oldin remissiya olingan. Bu GKS terapiyasining ananaviy usulini qo'llashdagi bir qator asoratlarini va parenteral qon infeksiyasini yuqtirishni oldini oladi.

2. ATP kasalligida GKS gormonlarini inhalatsiyalash, ayniqsa yosh bolalarga va oshqozon-ichak trakti kasalliklari bo'lgan bemorlarga ko'rsatma bo'ladi. Asosiy kasalligi sababli umumiy ahvoli og'ir bo'lgan va GKS gormonlarni qabul qilolmasligi bemorlarda qarshi ko'rsatmadir.

3. Splenektomiyaning takomillashtirilgan usuli kamroq shikastlidir, operatsiyadan keyingi davrning yengil kechishi, kamroq qon yo'qotish va minimal asoratlari bilan ajralib turadi.

4. Tavsiya etilgan operatsiya usuli oshqozon osti bezining shikastlanishini 4 martadan ko'proq kamaytiradi va shu bilan operatsiyadan keyingi pankreatitning rivojlanishining oldi olinadi. Operatsiya davomiyligini 10-15 daqiqaga qisqartiradi. Tavsiya etilgan usuldagi splenektomiyadan so'ng K va KGR remissiya 96,9% bo'lgan bo'lsa, bu ko'rsatgich an'anaviy splenektomiya usuldagi 91,6% tashkil etdi.

Адабиётлар/Литература/References

1. Алтыбаев У.А. Тромбоцитопеническая пурпура в Узбекской ССР: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1984. – 25 с.
2. Абдулкадыров К.М. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура // Клиническая гематология. – СПб., 2004. –349-370 с.
3. Воробьев А.И. Руководство по гематологии.. – Москва изд-во «Ньюдиамед», 2005. – 31-35 с.
4. Выбор способа спленэктомии при заболеваниях системы крови /Карагюлян С.Р., Гржимоловский А.В., Данишян К.И., Шавлохов В.С. и др. // Гематология и трансфузиология. –2007.– т. 52, № 1.– С. 3-10.
5. Гржимоловский А.В. Лапароскопическая спленэктомия у гематологических больных: Автореф. дис... канд. мед. наук.– М., 2004. –25 с.
6. Донюш Е. К. Современное состояние вопроса об идиопатической тромбоцитопенической пурпуре у детей // Педиатрия. – 1999. – № 2. – С. 56-
7. Mustafakulov, G. I., Atakhodzgaeva M.A., Anvarkhodzaeva Sh.G. Rtsults conservative treatment of autoimmune diseases thrombocytopenic purpura. //International Journal of Medical Sciences And Clinical Research. – 2023. – november, 23.
8. Мустафакулов, Г. И., Бахромов, С. М., Эргашев, У. Ю., Атаходжаева, Ф. А., Атаходжаева, М. А. (2021). Опыт применения ингаляций глюкокортикоидами у пациентов с иммунной тромбоцитопенией.
9. Мустафакулов, Г. И., Моминов, А. Т., & Ортикбоев, Ф. Д. (2023). Комплексный подход к улучшению результатов лечения аутоиммунной тромбоцитопенической пурпуры.//Международном научном журнале «Молодой ученый»- 2023.-№5 (452). С.354-357.
10. Спленэктомия трансторакальным доступом /Шавлохов В.С., Карагюлян С.Р., Ефимов И.В. и др. // Гематология и трансфузиология. – 2007. т. 52, № 5. – С. 50-54.
11. Ergashev, U. Y., Mustafakulov, G. I., Mominov, A. T., Yakubov, D. R., Zohirov, A. R., & Ernazarov, X. I. (2022). Effective of Simultaneous Surgeries in Chronic Immune Thrombocytopenia.
12. Mustafakulov, G. I., & Ortiqboyev, F. D. (2023). Comprehensive approach to improving autoimmune thrombocytopenic purpura treatment results. //Международном научном журнале «Молодой ученый»-№5 (452) февраль 2023г.
13. Hand-assisted laparoscopic splenectomy: indications and technique /Bermas H., Fenoglio M.E., Haun W., Moore J.T. // JSLS. – 2004. – vol. 8910. – P. 69-71.
14. Mustafakulov G. I. et al. SPLENECTOMY FOR HAIRY CELL LEUKEMIA //Central Asian Journal of Medicine. – 2021. – Т. 2021. – №. 4. – С. 160-167.
15. Kato A. Disorders associated with autoimmune thrombocytopenic purpura // Nippon Rinsho. – 2003. – vol. 61. – P. 604-608.
16. Cines D.B., Cuker A., Semple J.W. Pathogenesis of immune thrombocytopenia. PresseMed. 2014; 43(4 Pt2): e49 - 59. doi: 10.1016/j.lpm.2014.01.010.
17. Mahevas M, Guillet S, Viallard J-F, et al. Rate of Prolonged Response after Stopping Thrombopoietin-Receptor Agonists Treatment in Primary Immune Thrombocytopenia (ITP): Results from a Nationwide Prospective Multicenter Interventional Study (STOPAGO). Blood. 2021;138(Suppl 1):583. doi: 10.1182/blood-2021-152767.

18. Doobaree IU, Newland A, McDonald V, et al. Primary immune thrombocytopenia (ITP) treated with romiplostim in routine clinical practice: retrospective study from the United Kingdom ITP Registry. *Eur J Haematol.* 2019;102(5):416–23. doi: 10.1111/ejh.13221.
19. Forsythe A, Schneider J, Pham T, et al. Real-world evidence on clinical outcomes in immune thrombocytopenia treated with thrombopoietin receptor agonists. *J Comp Eff Res.* 2020;9(7):447–57. doi: 10.2217/cer-2019-0177.
20. Виноградова О.Ю., Бобкова М.М., Черников М.В. и др. Сохранение ремиссии без лечения у больных иммунной тромбоцитопенией (ИТП) с полным стойким ответом на терапию агонистами тромбопоэтиновых рецепторов (аТПОр). *Гематология и трансфузиология.* 2020;65(S1):22. [Vinogradova OYu, Bobkova MM, Chernikov MV, et al. Sustaining off-treatment remission in immune thrombocytopenia (ITP) patients with complete stable response to thrombopoietin receptor agonists (TPO-RAs). *Gematologiya i transfuziologiya.* 2020;65(S1):22. (In Russ)]
21. Barlassina A, Gonzalez-Lopez TJ, Cooper N, Zaja F. European Delphi panel to build consensus on tapering and discontinuing thrombopoietin receptor agonists in immune thrombocytopenia. *Platelets.* 2023:2170999. doi: 10.1080/09537104.2023.2170999.



САЙТ: <https://medicineproblems.uz>
ISSN: 3030-3133

MEDICINEPROBLEMS.UZ- TIBBIYOT FANLARINING DOLZARB MASALALARI

№ 2 (2)-2024

TOPICAL ISSUES OF MEDICAL SCIENCES

**TIBBIYOT FANLARINING DOLZARB
MASALALARI** электрон журнали
02.03.2023 йилда 132099-сонли
гувоҳнома билан давлат рўйхатидан
ўтказилган.
Муассис: "SCIENCEPROBLEMS TEAM"
масъулияти чекланган жамияти.

ТАҲРИРИЯТ МАНЗИЛИ:
Тошкент шаҳри, Яккасарой тумани, Кичик
Бешёғоч кўчаси, 70/10-уй.
Электрон манзил:
scienceproblems.uz@gmail.com
Телеграм канал:
https://t.me/Scienceproblemsteam_uz