

Shifoxona Sharoitida Trombotsitopatiyaning Spetsifik Shakllarini O'rganish

Mamatkulova Feruza Xaydarovna

Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti

Gematologiya kafedrası

Nomozova Hulkar

Nurullayeva Durdona

Eshmamatova Gulxayo

Xudoynazarova Orzigul

Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti

Davolash fakulteti 314-gurux

Abstract. Ko'p tarmoqli shoshilinch shifoxonalar amaliyoti klinitsistlarning trombositlar konsentratlarini (TK) transfuziyasi bilan bemorlarda trombositopeniyani imkon qadar tezroq qoplash istagi bilan tavsiflanadi. Biroq, trombositopeniyaning bir qator shakllarida trombokonsentrat transfuziyasi samarasiz (immun trombositopeniya), keraksiz (EDTA bilan bog'liq trombositopatiya) va xavfli (geparin keltirib chiqaradigan trombositopatiya, trombotik mikroangiopatiyalar) bo'ladi. Mavjud tavsiyalarga ko'ra, aniqlangan kasallik yoki patologik holat bilan izohlanmagan trombositlar darajasining har qanday pasayishi tekshiruv va differensial tashxisni talab qiladi.

Keywords: trombositopatiya, EDTA bilan bog'liq trombositopatiya, geparin keltirib chiqaradigan trombositopeniya, trombotik mikroangiopatiyalar

Kirish

Trombositopatiya (TP) hayot uchun xavfli autoimmun kasallikdir[1]. Bu odamning periferik qonida trombositlar sonining davriy yoki doimiy sifatli buzilishi bo'lib, koagulyatsiyaning past darajasi va qon ketish xavfi ortishi bilan tavsiflanadi[2]. TP gemorragik sindromning eng keng tarqalgan sababidir, ya'ni. haddan tashqari qon ketish. TP kasalligi bilan kasallanish juda kam uchraydi va kattalar aholisining 100 mingiga 1-13 holatni tashkil qiladi[3]. Xavf guruhiga 15-20 va 40-50 yoshdagi ayollar va 10 yoshgacha bo'lgan bolalar kiradi[4].

Klinik amaliyotda Verlgof kasalligining o'tkir va surunkali shakllari ajralib turadi[5]. Birinchi turdagi patologiya asosan bolalarda uchraydi va olti oydan ortiq davom etmaydi[6]. Surunkali shakllar trombositopenik purpuraning noyob xurujlaridan doimiy takroriy qon ketishgacha bo'lgan relapslar chastotasida farqlanadi[7]. Zamonaviy gematologiyada TP kasalligi odatda klinik belgilarning og'irligiga va gemorragik ko'rinishlarning og'irligiga qarab bo'linadi[8]. JSST tasnifiga ko'ra, trombositopenik purpuraning besh turi mavjud:

0. Ushbu turdagi TP bilan og'rigan odamda qon ketish yoki ko'karishlar bo'lmaydi[9].

1. Izolyatsiya qilingan aniq qon ketishlar (petexiyalar) va dog'lar (ekximoz) ko'rinishi qayd etiladi[10].

2. Tananing turli qismlarida, shu jumladan yuzda bir nechta petexiya va ekximozlar aniq ko'rinadi[11].

3. Gemorragik teri toshmasidan tashqari, shilliq qavatning qon ketishi paydo bo'ladi.

4. Biror kishi to'satdan kuchli qon ketishini boshdan kechiradi[12].

Kasallikning og'irligiga qarab, TP ning 4 shakli mavjud:

- Yengil. Gemorragik ko'rinishlar yiliga bir martadan ko'p bo'lmagan holda sodir bo'ladi[13].



- O'rtacha og'irlik. Qon ketishi va qon ketishi yiliga ikki marta sodir bo'ladi va davolanishdan keyin tezda yo'qoladi[14].
- Og'ir. Trombotsitopenik purpuraning relapslari yiliga uch martadan ko'proq sodir bo'ladi va amalda davolash mumkin emas. Kasallikning bu shakli ko'pincha nogironlikka olib keladi[15].
- Refrakter trombositopeniya. Bu Verlgof kasalligining alohida shakli bo'lib, uni amalda davolab bo'lmaydi va operatsiyadan keyin ham takrorlanadi[16].

Trombotsitopatiyaning belgilari

Odatda, trombositopenik purpuraning belgilari to'satdan paydo bo'ladi[17]. Ba'zi klinik holatlarda uning paydo bo'lishidan oldin odam tomonidan azoblangan ichak yoki nafas olish yo'llari infeksiyasi mavjud[18]. Verlgof kasalligining rivojlanishini ko'rsatadigan birinchi belgilar ko'plab kasalliklarga hamroh bo'lgan o'ziga xos bo'lmagan alomatlar bilan namoyon bo'ladi: charchoqning kuchayishi; bosh og'rig'i; ko'ngil aynishi; Verlgof kasalligining dastlabki bosqichi uzoq davom etmaydi. Qisqa vaqtdan keyin qon ivishining buzilishi belgilari paydo bo'ladi: tish milki yoki burundan qon ketishi kutilmaganda paydo bo'ladi; defekatsiya yoki siyish paytida qon ketib boshlaydi; ayollarning hayz ko'rishlari haddan tashqari og'irlashadi va hatto intermenstrual davrda ham paydo bo'lishi mumkin; terida aniq qon ketishlar va gematomalar paydo bo'ladi, ko'karishlar esa to'qimalarga minimal ta'sir qilganda ham paydo bo'ladi va toshma birlashib, dog'lar hosil qiladi[19].

Trombotsitopenik purpuraning og'ir holatlarida qon yo'talganda yoki ovqat hazm qilish a'zolaridan kuchli qon ketishida paydo bo'lishi mumkin, bu qora qatronli axlat yoki "kofe maydalangan" qusish bilan namoyon bo'ladi[20]. Miya to'qimalariga qon quyilishi Verlgof kasalligida ayniqsa xavfli hisoblanadi, chunki ular nevrologik simptomlar, tutilishlar, falaj va ko'rishning buzilishini keltirib chiqaradi[21]. Yordamsiz bu asoratlar o'limga olib kelishi mumkin[22].

Trombotsitopenik purpurada immunodepressantlar (sitostatiklar)ni davo muolajalarining boshqa ko'rinishlari samara bermagan hollarda qo'llaniladi[23]. Lekin ularning samarasi splenektomiyaga qaraganda kam. Gemostatik preparatlar va zarur bo'lganda qon komponentlari gemotransfuziyasi (eritrotsitar massa, trombokonsentrat, yangi muzlatilgan plazma) va simptomatik (kasallikning belgisiga qarab) terapiya o'tkazish lozim[24].

Etilendiamintetrauksus kislota (EDTA) laboratoriya tibbiyotida antikoagulyant sifatida keng qo'llaniladi. EDTA ga bog'liq psevdotrombotsitopeniya - EDTA ga bog'liq antitrombotsitlar mavjudligi bilan bog'liq kam uchraydigan hodisa bo'lib, ular 0 ° C dan 4 ° C gacha bo'lgan haroratda gpIIb-IIIa sitoadeziv retseptorlarini taniydilar, antigenlarning ekspressiyasini rag'batlantiradilar, trombositlar faollashishini qo'zg'atadilar. oxir-oqibat trombositlar sonining pasayishiga olib keladi[25]. EDTAda ushbu hodisaning tarqalishi umumiy aholining 0,03-0,27% ni tashkil qiladi. Psevdotrombotsitopeniya bilan kasallanish darajasi past molekulyar og'irlikdagi geparinni kasalxonaga yotqizish paytida qabul qilgan bemorlarda yoki 50 va undan katta yoshdagi erkaklarda yuqori bo'lishi kuzatilgan[26].

Qon tahlilida trombositlar sonining kamayishi bo'lishi mumkin, keyin u bemorning individual xususiyatlarini aks ettiradi yoki tahlildan oldingi bosqichda qilingan xatoning oqibati bo'ladi (quyidagi sharoitlarda phtilarni paydo bo'lishi: namunalar bilan sinov naychalarining etarli darajada teskari emasligi, juda nozik igna, probirkada qonning ko'pligi% dan ko'proq)[27]. Trombositlar sonining noto'g'ri pasayishi turli kasalliklarda, shu jumladan autoimmun kasalliklarda, surunkali yallig'lanish kasalliklarida, virusli va bakterial infeksiyalarda paydo bo'lishi mumkin[28].

EDTA ga bog'liq psevdotrombotsitopeniyaga shubha qilish uchun beshta asosiy mezoniga rioya qilish kerak, xususan:

- I. trombositlar soni anormal darajada past, odatda $< 150 (100) \times 10 (9)/L$;
- II. xona haroratida EDTA antikoagulyanti bo'lgan namunalarda trombositopeniya paydo bo'lishi, lekin kamroq darajada boshqa antikoagulyantlar bilan to'plangan va $\sim 37^{\circ}C$ haroratda iliq holda saqlanadigan namunalarda;
- III. Vaqt o'tishi bilan EDTA namunasida trombositlar sonining kamayishi;
- IV. hujayralarni avtomatik hisoblash yoki mikroskopik tahlil qilish orqali EDTA antikoagulyantli namunalarda trombositlar agregatlari mavjudligi;
- V. qon namunasidagi trombositlar sonining, ularning funksional faolligini buzmasdan kamayishi[29].

Ishning maqsadi. Ko'p tarmoqli shoshilinch shifoxonalar amaliyotida TK transfuziyasi (ITP, EDTA bilan bog'liq trombositopeniya, TMA) uchun cheklangan ko'rsatmalar bilan tavsiflangan



trombotsitopeniyani aniqlash chastotasini baholash[30].

Materiallar va usullar. Samarqand viloyat ko'p tarmoqli tibbiyot markazining gematologiya va terapiya bo'limlarida 2023 yil -2025-gacha bo'lgan davrda yotqizilgan bemorlar orasida trombotsitopatiyaning aniqlangan sabablarini retrospektiv tahlil qilish o'tkazildi[31].

Natijalar va muhokama. Trombotsitopatiya bilan og'rikan 12 nafar bemor davolangan bemorlar (periferik qonda trombotsitlar soni $195 \times 10^9/l$ dan kam)- 5. Ulardan: periferik qonda trombotsitlar soni 0 dan $200 \times 10^9/l$ gacha - kishi, 210×10^9 dan $50 \times 10^9/l$ gacha – 3 nafar bemor. 6 bemorda TPga shubha 11 ga o'ziga xos antitanalarni aniqlash bilan tasdiqlandi. Bu geparinlarni qabul qilgan barcha bemorlarning 0,05% ni tashkil etdi ($n = 20615$). Geparin terapiyasining boshlanishidan boshlab trombotsitopeniyani aniqlash vaqti o'rtacha 16,8 kunni (6-38 kun) tashkil etdi. Klinik ma'lumotlarga ko'ra, 81,8% ($n=9$) hollarda trombotik asoratlari, 36,3% ($n=4$) qon ketish kuzatilgan. 5 ta holatda muqobil antikoagulyant sifatida sitrat natriy, 6 ta holatda rivaroksaban ishlatilgan. Geparin indutsiyalangan trombotsitopeniyaning barcha holatlari yangi tashxis qo'yilgan. EDTA bilan bog'liq trombotsitopatiya 5 bemorda gumon qilingan va 3 holatda tasdiqlangan, bu trombotsitopeniya bilan og'rikan bemorlar sonining 0,02% va davolangan bemorlar sonining 0,003% ni tashkil qiladi. EDTA bor probirkadagi qon namunasidagi trombotsitlar sonini standart aniqlashda trombotsitlar soni $(1-3) \times 10^9/l$ ni tashkil etdi. Natriy sitratli probirkada qon namunasida ko'rib chiqilganda - $(120-233) \times 10^9/l$. 1 bemorda aniqlangan trombotsitopeniya qo'shma patologiya - TP sabab bo'lgan, u gematolog tomonidan kuzatilgan va terapiya olgan.

Xulosa. Trombotsitopatiyaning spetsifik shakllari, transfuzion terapiyasi uchun ko'rsatmalarni aniqlashda ehtiyotkorlikni talab qiladigan maxsus shakllar ko'plab uchraydi va bu albatta tasodifiy emas. Bu esa ko'p tarmoqli tez tibbiy yordam shifoxonasi amaliyotida muntazam ravishda uchraydi.

REFERENCES.

1. M.F. Khaydarovna. Helicobacter Pylori And its Importance in the Development of Anemia Associated With Iron Deficiency and Vitamin B12 Miasto Przyszłości 44, 207-211
2. Mamatkulova F.Kh. Shomurodov K.E., Temirov N.N. Significance Of Helicobacter Pylori In Iron Deficiency. International Journal for Research in Applied Science & Engineering Technology (IJRASET) ISSN: 2321-9653; Volume 9 Issue XII Dec. 2021. <https://doi.org/10.22214/ijraset.2021.39443>. 1103-1106
3. L.S. Maxmonov, M.B. Norbo'tayeva, F.X. Mamatkulova. Akusher ginekolog amaliyotida temir tanqisligi kamqonligi. Miasto Przyszłości 54, 319-327
4. Maxmonov L.S., Mamatqulova F.X., Holiqulov B.Y. Gemorragik diatezlar bilan kasallangan ayollarda tuxumdon apopleksiyasi asoratini davolash tamoyillari. Science and Education. 2022. T. 3. № 12. S. 237-244.
5. Sokolova M.Y. Beremennost i rodi u jenshin s idiopaticheskoy trombotsitopenicheskoy purpuroy: avtoref. dis. dokt. med. nauk. M., 2004; 50.
6. F.X. Mamatkulova, X.I. Axmedov. Temir tanqisligi kamqonligining kelib chiqish sabablari va davolashga zamonaviy yondoshuv. Science and Education. Volume 4, Issue 1. 2023. 195-203.
7. Dadajonov U., Abdiyev K., Mamatkulova F., Dadajonov U. Innovatsionniye metodi lecheniya immunnyy trombotsitopenicheskoy purpuri u lits molodogo vozrasta. Obshestvo i innovatsii. 2021. 2(4/S), 52-56.
8. Mamatkulova F.X., Mamatova N.T., Ruziboeva O.N. Prevention of anemia in patients with tuberculosis. The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research. 2(11), 62-65.
9. L.S. Makhmonov, F.Kh. Mamatkulova, M.B. Berdiyeva, K.E. Shomurodov. The main causes of anemia in iron and vitamin B12 deficiency associated with Helicobacter pylori.
10. Makhmonov L.S., Mamatkulova F.Kh., Kholturaeva D.F., Muyiddinov Z.Z. Importance of detection of hepsidine and interleukins in Science and Education Scientific Journal. February 2023. Volume 4 Issue 2.
11. Mamatkulova F.X., Mamatova N.T., Ruziboeva O.N. Prevention of anemia in patients with tuberculosis. The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research. 2(11), 62-65.



12. Maxmonov L.S., Mamatkulova F.X., Melikulov B.S. Trombotsitopatiya bilan kasallangan ayollarda tuxumdon apopleksiyasi kechishi va asoratini davolash tamoyillariga zamonaviy yondashuv. Science and Education. 2023. 4(2), 384-391.
13. Makhmonov L.S., Mamatkulova F.Kh., Kholduraeva D.F., Muyiddinov Z.Z. Importance of detection of hepsidine and interleukins in iron deficiency anemia. Asian Journal of Multidimensional Research. ISSN: 2278-4853. Vol. 11, Issue 4, April 2022.
14. Dadajanov U.D., Mamatkulova F.X., R. Oyjamol N. Features of thrombophilia in Covid-19. European Journal of Molecular & Clinical Medicine. 2020.
15. Mamatkulova Feruza Khaydarovna, Akhmedov Husan Isrofilovich, Abdiev Kattabek Makhmatovich. Essential Thrombocythemia – Principal Analysis in Children and Adolescents. Journal of Intellectual Property and Human Rights. Volume 2 Issue 10, Oct 2023. 23-29.
16. ON Ruziboeva, KM Abdiev, AG Madasheva, FK Mamatkulova. Modern methods of treatment of hemostasis disorders in patients with rheumatoid arthritis. Ученый XXI века. 78(7), 8-11.
17. LS Maxmonov, FX Mamatkulova, OE Alimov, UU Raxmonov. Yelka kamari operatsiyalarida regional anesteziyaning samaradorligi. Miasto Przyszłości 47, 993-997.
18. Abdiyev K.M., Dadajanov U.D., Mamatkulova F.X. Nekotoriye aspekti vedeniya bolnix s trombotsitopenicheskoy purpuroy oslojnennoy s apopleksiyey yaichnika. Problemi ekologii, zdorovya, farmatsii i parazitologii. Moskva. 2013. 372-373.
19. Makhmonov L.S., Koraboev S.K., Gapparova N.Sh., Mamatkulova F.Kh. Early diagnosis and treatment of funicular myelosis in B12 deficiency anemia. Asian Journal of Multidimensional Research. 2022. Vol. 11 Issue 5. 369-373.
20. Mamatkulova F.X., Alimov O.E., Namozov M.N.O'. Abdominal jarroxlik operatsiyalardan keyingi davrda regional anesteziyaning samaradorligi va rivojlangan kamqonlikni davolash. Science and Education. 2023. T. 4. № 2. 445-452.
21. KM Abdiev, AG Madasheva, FK Mamatkulova. Modern methods of treatment of hemorrhagic syndrome at an early stage in patients with idiopathic thrombocytopenic purpura. Ученый XXI века. 41-44.
22. MF Khaydarovna, AH Isrofilovich, AK Makhmatovich. Essential Thrombocythemia – Principal Analysis in Children and Adolescents. Journal of Intellectual Property and Human Rights. 2(10), 23-29.
23. Gadayev A.G., Maxmonov L.S., Mamatkulova F.X. Helicobacter pylori bilan assotsiyalangan temir va vitamin B12 tanqisligi kamqonliklarida yallig'lanish sitokinlarining ayrim laborator ko'rsatkichlar bilan o'zaro bog'liqligi. 2022.
24. Maxmonov L.S., Mamatkulova F.X., Holikulov B.Y. Trombotsitopatiya bilan kasallangan ayollarda tuxumdon apopleksiyasi asoratini davolash tamoyillari. Biologiya va tibbiyot muammolari. 2022. №1. 61-67.
25. K.M. Abdiev, AG Madasheva, F.Kh. Mamatkulova. Modern methods of treatment of hemorrhagic syndrome at an early stage in patients with idiopathic thrombocytopenic purpura. Ученый XXI века.
26. L.S. Makhmonov, F.Kh. Mamatkulova, M.B. Berdiyeva, K.E. Shomurodov. The main causes of anemia in iron and vitamin B12 deficiency associated with Helicobacter pylori. Nveo-Natural Volatiles & Essential Oils Journal (NVEO), 10167-10174.
27. K.M. Abdiev, F.Kh. Mamatkulova, K.M. Shomirzaev. Structure of comorbidity in idiopathic thrombocytopenic purple. AcademicIA: An International Multidisciplinary Research Journal. 12(12), 52-56.
28. Abdiyev K.M., Mamatkulova F.X., Shomirzayev X.M. Immun trombotsitopenik purpurani davolashning innovatsion va noanaviy usullari. Science and Education. 2023. T. 4. № 1. 228-234.
29. Abdiev Kattabek Makhmatovich, Mamatkulova Feruza Khaydarovna. Structure of comorbidity in idiopathic thrombocytopenic purple. AcademicIA: An International Multidisciplinary Research Journal. 22(12), 56-60.
30. U.D. Dadajanov, K.M. Abdiev, F.X. Mamatkulova. Innovative methods of treatment of immune thrombocytopenic purpura in young people. Society and Innovations. 52-56.
31. Mamatkulova F.X., Usmonqulov J.Sh.O'. Vitamin B12 kamqonligi va uni davolash. Science and Education. 2023. T. 4. № 2. 252-259.

