



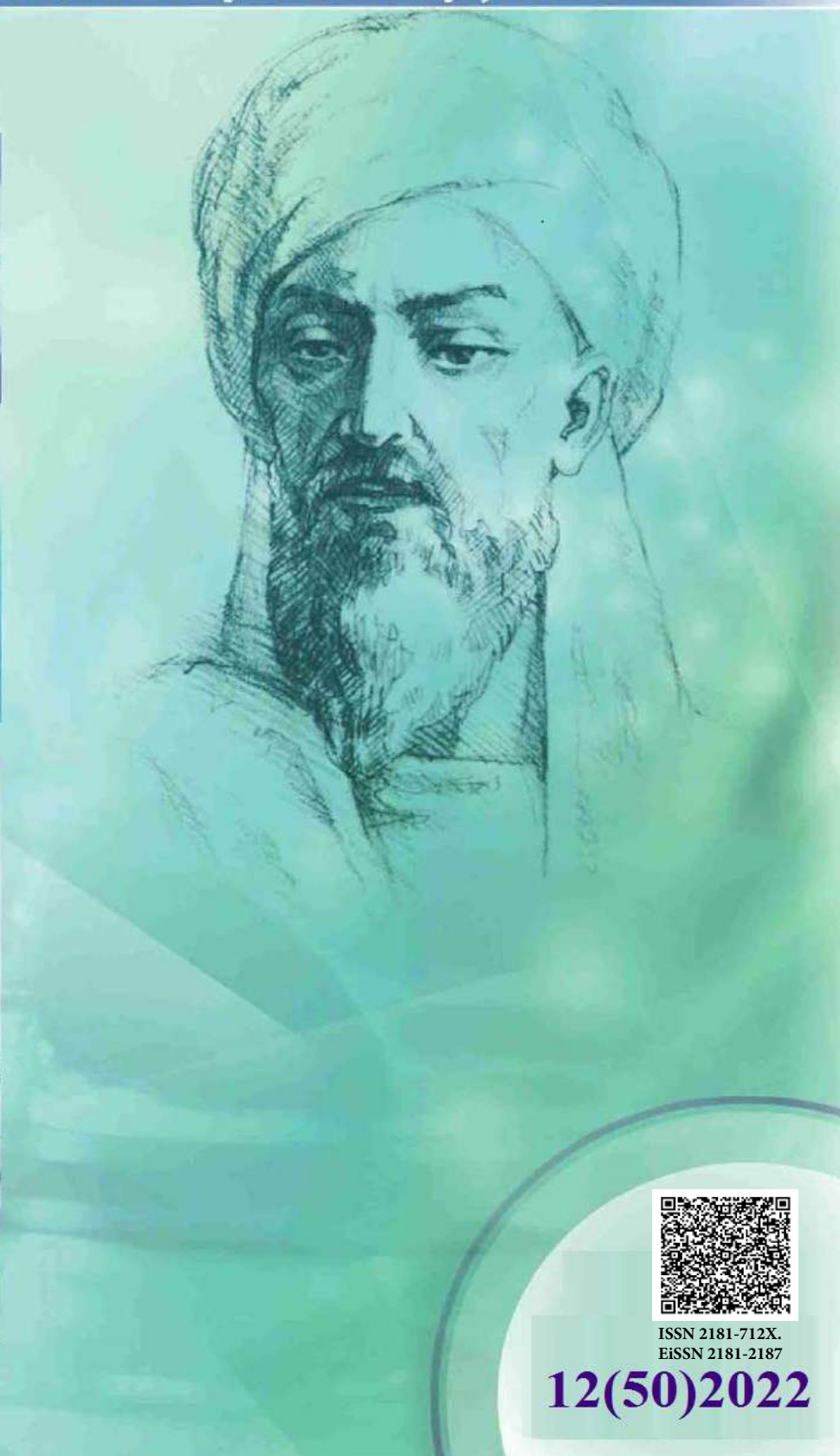
**New Day in Medicine**  
**Новый День в Медицине**

**NDM**



# TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



**AVICENNA-MED.UZ**



ISSN 2181-712X.  
EiSSN 2181-2187

**12(50)2022**

**Сопредседатели редакционной  
коллекции:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,  
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

**Ред. коллегия:**

М.И. АБДУЛЛАЕВ  
А.А. АБДУМАЖИДОВ  
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ  
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ  
М.М. АКБАРОВ  
Х.А. АКИЛОВ  
М.М. АЛИЕВ  
С.Ж. АМИНОВ  
Ш.Э. АМОНОВ  
Ш.М. АХМЕДОВ  
Ю.М. АХМЕДОВ  
Т.А. АСКАРОВ  
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)  
Е.А. БЕРДИЕВ  
Б.Т. БУЗРУКОВ  
Р.К. ДАДАБАЕВА  
М.Н. ДАМИНОВА  
К.А. ДЕХКОНОВ  
Э.С. ДЖУМАБАЕВ  
А.Ш. ИНОЯТОВ  
С. ИНДАМИНОВ  
А.И. ИСКАНДАРОВ  
С.И. ИСМОИЛОВ  
Э.Э. КОБИЛОВ  
Д.М. МУСАЕВА  
Т.С. МУСАЕВ  
Ф.Г. НАЗИРОВ  
Н.А. НУРАЛИЕВА  
Б.Т. РАХИМОВ  
Ш.И. РУЗИЕВ  
С.А. РУЗИБОВЕВ  
С.А. ГАФФОРОВ  
Ж.Б. САТТАРОВ  
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)  
И.А. САТИВАЛДИЕВА  
Д.И. ТУКСАНОВА  
М.М. ТАДЖИЕВ  
А.Ж. ХАМРАЕВ  
А.М. ШАМСИЕВ  
А.К. ШАДМАНОВ  
Н.Ж. ЭРМАТОВ  
Б.Б. ЕРГАШЕВ  
Н.Ш. ЕРГАШЕВ  
И.Р. ЮЛДАШЕВ  
Д.Х. ЮЛДАШЕВА  
А.С. ЮСУПОВ  
М.Ш. ХАКИМОВ  
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)  
DONG JINCHENG (Китай)  
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)  
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)  
В.А. МИТИШ (Россия)  
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)  
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)  
А.А. ПОТАПОВ (Россия)  
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)  
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)  
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)  
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)  
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

[www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)

<https://newdaymedicine.com>

E: [ndmuz@mail.ru](mailto:ndmuz@mail.ru)

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН  
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ  
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал*

*Научно-реферативный,*

*духовно-просветительский журнал*

**УЧРЕДИТЕЛИ:**

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский  
исследовательский центр хирургии имени  
А.В. Вишневского является генеральным  
научно-практическим  
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных  
изданий, рецензируемых Высшей  
Аттестационной Комиссией  
Республики Узбекистан  
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)  
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)  
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)  
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)  
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)  
У.К. КАЮМОВ (Ташкент)  
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)  
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)  
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)  
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)  
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

**12 (50)**

**2022**

*декабрь*



Received: 20.11.2022  
Accepted: 29.11.2022  
Published: 20.12.2022

UDK 616.155.25: 618.2

## TROMBOTSITOPENIYALARNING HOMILADOR AYOLLARDA ANIQLANISH CHASTOTASI, MUAMMONING UMUMIY HOLATI

Zaynutdinova D.L., Babadjanova Sh.A., Musayeva N.B., Islamova Z.S.

Tashkent Medical Academy, Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan

### ✓ *Rezyume*

*So'nggi yillarda reproduktiv yoshdagi ayollarda, ayniqsa homiladorlik davrida kasallanishning ortishi tashvishga solmoqda, chunki bu ona hamda bolada turli xil og'ir asoratlarning ko'payishiga olib keladi. Material va usul. So'nggi 5 yil ichida adabiyot va maqolalarda homilador ayollarda trombotsiopeniyalar tahlil qilindi, ularning aniqlanish chastotasi va muammoning umumiy holati o'rganildi. Maqsad. Homilador ayollarda trombotsitlar gemostazining patologiyasini aniqlanish chastotasi va muammoning umumiy holatini o'rganish. Xulosa. So'nggi yillarda ushbu ijtimoiy ahamiyatga ega muammoni hal qilish uchun gematologlar va akusher-ginekologlarning birgalikdagi ishlarida ma'lum yutuqlarni kuzatish mumkin.*

*Kalit so'zlar: gemostaz, homiladorlik, trombotsitopeniya, qon ketish.*

## ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ, ОБЩИЙ СТАТУС ПРОБЛЕМЫ

Зайнутдинова Д.Л., Бабаджанова Ш.А., Мусаева Н.Б., Исламова З.С.

Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, Ташкентская медицинская академия

### ✓ *Резюме*

*В последние годы особую тревогу вызывает рост заболеваемости женщин репродуктивного возраста, особенно во время беременности, так как приводит к увеличению числа различных заболеваний и тяжелых осложнений как у матери, так и у ребенка. Материал и метод. За последние 5 лет в литературе и статьях проанализированы тромбоцитопении у беременных, изучена частота их выявления и общее состояние проблемы. Цель. Изучение частоты выявления патологии тромбоцитарного гемостаза у беременных и общего состояния проблемы. Выводы. В последние годы можно наблюдать определенные достижения совместной работы гематологов и акушеров-гинекологов для решения этой социально значимой проблемы.*

*Ключевые слова: гемостаз, беременность, тромбоцитопения, кровотечение.*

## FREQUENCY OF DETECTION OF THROMBOCYTOPENIA IN PREGNANT WOMEN, GENERAL STATUS OF THE PROBLEM

Zaynutdinova D.L., Babadzhanova Sh.A., Musayeva N.B., Islamova Z.S.

Tashkent Medical Academy, Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan

✓ *Resume*

*In recent years, the increase in morbidity among women of reproductive age, especially during pregnancy, is particularly alarming, as it leads to an increase in the number of various diseases and serious complications in both mother and child. Material and method. Over the past 5 years, thrombocytopenia in pregnant women has been analyzed in the literature and articles, the frequency of their detection and the general state of the problem have been studied. Goal. To study the frequency of detection of platelet hemostasis pathology in pregnant women and the general state of the problem. Conclusions. In recent years, it is possible to observe certain achievements of the joint work of hematologists and obstetricians-gynecologists in order to solve this socially important problem.*

*Key words: hemostasis, pregnancy, thrombocytopenia, bleeding.*

### Dolzarbligi

Trombotsitopeniya bu – qizil suyak ko'migidan trombotsitlar ishlab chiqarilishining kamayishi yoki ma'lum sabablarga ko'ra qon tomir ichida fagotsitlanishi natijasida rivojlanadigan va turli darajadagi qon ketishlar bilan namoyon bo'ladigan klinikogematologik kasallik. Trombotsitopeniyaning simptomatologiyasi Gippokrat davridan buyon ma'lum bo'lgan, ammo faqat 1735 yilda deyarli 150 yil o'tgach, nemis shifokori Paul Gotlib Werlhof uni alohida nozologik kasallik sifatida aniqladi. Qon ketishining sababi aylanib yuruvchi qondagi trombotsitlar sonining kamayishi ekanligini isbotladi hamda uni yosh ayollarda “dog'li qon ketish kasalligi” deb ta'rifladi [2].

1951 yilda Zollinger, Martin va Uilyamslar Werlhof kasalligi bilan og'rigan 24 yoshli ayol va 29 haftalik homilada miyaga qon quyilishi hamda platsenta ko'chishi tahdid belgilari haqida xabar berdi. Shoshilinch splenektomiyadan so'ng tug'ruq muvaffaqiyatli o'tdi, bola va ona sog'ligi tiklandi. Ba'zi mualliflar Werlhof kasalligi bilan og'rigan bemorlarda homiladorlik davrida trombotsitlar, eritrotsitlar va gemoglobin sonining kamayishi kuzatilmasligini ta'kidlaydilar. Boshqalar, aksincha, trombotsitlar sonining keskin kamayishini ko'rsatadi. D.N. Yanovskiy homilador ayolda gemorragik purpura ko'rinishida trombotsitlar soni 100 000-180 000 gacha va tug'ruqdan oldin ushbu ko'rsatkich 2000-3000 gacha kamayganligini qayd etishdi [1].

Idiopatik trombotsitopenik purpura (ITP) yoki immun trombotsitopeniya mikrosirkulyatsiya tipidagi gemorragik sindrom, petexial-dog'li toshmalar, teri va shilliq pardalarda va hatto hayotiy muhim organlarga qon ketishi bilan tavsiflangan kasallikdir [10].

Trombotsitopeniya - homiladorlikda kamqonliklardan keyin ikkinchi eng keng tarqalgan sindrom bo'lib, organizmdagi autoimmun jarayon natijasida trombotsitlar soni ko'p hollarda  $150-100 \times 10^9/l$  gacha pasayadi. Fiziologik homiladorlik davrida trombotsitlar soni noaniq tarzda o'zgarib turadi, 5-7% hollarda o'rtacha trombotsitopeniya mavjud. Trombotsitlar sonining kamayishi ularning umr ko'rish davomiyligining pasayishi va periferik qon aylanishida iste'molning oshishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin [8].

Homiladorlik davrida yuzaga kelgan trombotsitopeniya barcha holatlarning 70-80% ni tashkil qiladi [7]. Homiladorlikning oxirgi bosqichlarida uning tarqalishi 6,6 dan 11,6% gacha ortadi. Trombotsitlar soni  $100 \times 10^9/l$  dan past bo'lishi homilador ayollarning 1% dan kamida uchraydi [6]. Homiladorlik trombotsitopeniyasi, qoida tariqasida,  $80 \times 10^9/l$  dan pastga tushmaydi, tug'ruqdan keyin esa yo'qoladi, yangi tug'ilgan chaqaloq normal trombotsitlar soniga ega va homiladorlikdan tashqari trombotsitopeniya kuzatilmaydi. Shifokorning vazifasi nafaqat trombotsitopeniyaning patofiziologik sababini, balki ona va homila uchun yuzaga keladigan xavfni aniqlashdir [2, 12, 7].

Yengil trombotsitopeniya (trombotsitlar darajasi  $70 \times 10^9/l$  dan ortiq) odatda (95% hollarda) homila va onaning sog'lig'iga ta'sir qilmaydi. Shu bilan birga, yangi tug'ilgan chaqaloqlarning 4 foizida og'ir trombotsitopeniya ( $20 \times 10^9/l$  dan kam) bo'lishi mumkin va ularning ba'zilarida trombotsitlar darajasi  $50 \times 10^9/l$  dan past bo'lishi mumkin. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda intrakranial qon ketish xavfi <1% ni tashkil qiladi. Agar trombotsitlar darajasi  $50 \times 10^9/l$  dan past bo'lsa, ITP emizishga qarshi ko'rsatma emas [11].

3% hollarda homilador ayollarda trombotsitopeniya sababi idiopatik (immun) trombotsitopenik purpura (ITP) hisoblanadi [8]. Qoidaga ko'ra, u erta namoyon bo'ladi va homiladorlik davrining ortishi bilan rivojlanadi. Ta'riflangan holatda trombotsitopeniya erta namoyon bo'lganligini hisobga olsak, ITP ni istisno qilib bo'lmaydi [7].

ITP bilan kasallanish 100 000 aholiga 2 dan 5 tagacha, tarqalishi esa 100 000 aholiga 4,5 dan 20 tagacha to'g'ri keladi [1,2]. Bu kasallik bilan kasallanish ayollarda erkaklarga nisbatan ko'p - 4:1

nisbatda, reproduktiv yoshda esa bu nisbat 9:1 gacha ko'tariladi. Jivotyagina N.A. (2010) ITP 200 000 aholiga 15 ayol va 9 erkakda uchraydi degan ma'lumotlarni keltiradi [4,2].

Birlamchi ITP bilan kasallanish va tarqalish bo'yicha ma'lumotlarga ko'ra kasallik yiliga 100 000 aholiga 1,6 dan 3,9 gacha yangi holatlarni tashkil qiladi. Turli nashrlarda tarqalish darajasi sezilarli darajada farqlanadi (100 000 aholiga 4,5 dan 20 gacha) [16,20]. Rossiya Federatsiyasida epidemiologik va demografik xususiyatlar, shuningdek kasallikning rivojlanish xususiyatlari, turli xil davolash usullarining samaradorligi va xavfsizligi to'g'risidagi ma'lumotlar yetarli emas [6].

Milliy gematologiya jamiyati ma'lumotlariga ko'ra, Rossiya Federatsiyasining bir mintaqasida (Tula viloyati) ITP bilan kasallanish darajasi yiliga 3,2/100 000 kishi: erkaklar va ayollar o'rtasida mos ravishda 2,29 va 3,91. ITP bilan kasallangan bemorlarning yoshi bo'yicha taqsimlanishi: 30 yoshgacha - bemorlarning 19,8%, 30 yoshdan 40 yoshgacha - 16,2%, 41 yoshdan 50 yoshgacha - 12,8%, 51 yoshdan 60 yoshgacha - 20,4%, 61 yoshdan 70 yoshgacha - 23%, 70 yoshdan oshganlar - 7,8% ni tashkil etadi. ITP geografik xususiyatga ega emas. ITP ning qo'zg'atuvchisi sifatida infeksiyalar (ko'pincha virusli) bemorlarning 59% ida, homiladorlik - 19%, stress - 15%, jarrohlik muolajalari - 4%, jismoniy faollik - 2%, emlashlar - 1% [14,9].

ITP homilador ayollarda 6-10% hollarda uchraydi va akusherlik qon ketishining sabablaridan biri hisoblanadi. ITP homiladorlik davrida trombositopeniyaning boshqa mumkin bo'lgan sabablarini istisno qilganda tashxis qilinadi. Jiddiy, hayot uchun xavfli qon yo'qotishsiz normal tug'ish uchun trombositlar darajasi kamida  $50,0 \times 10^9/l$  bo'lishi kerak. Homiladorlik davrida ITP Kesar kesish amaliyoti uchun qarshi ko'rsatma emas. Bunday holda, Kesar kesish amaliyoti gematologik emas, balki akusherlik ko'rsatkichlari bilan belgilanadi [9].

Barcha gemorragik diatezlar orasida akusherlik va gematologik amaliyotda ITP 40% hollarda gemorragik sindromning sababi hisoblanadi [6]. K. Gill (2000) ma'lumotlariga ko'ra, tug'ish yoshidagi ayollarda ITP 1000 ta tirik tug'ilgan chaqaloqqa 1:59 chastotada uchraydi, bu tug'ruq paytida onalar trombositopeniyaning barcha holatlarining taxminan 3% ni tashkil qiladi [12]. A. Faridiy (2001) ma'lumotlariga ko'ra, trombositopeniya ( $<150\ 000/ml$ ) keng tarqalgan kasallik bo'lib, homiladorlik davrida uning chastotasi 7-8% ni tashkil qiladi [8]. Trombositlar darajasi odatda tug'ilgandan keyin ikki oy ichida normal holatga qaytadi.

Trombositopeniya barcha homiladorlikning 10% da murakkab asoratlar yuzaga kelishiga sabab bo'ladi [1,9]. Monografiyalar va tibbiy maqolalarni ko'rib chiqish natijalariga ko'ra, homilador ayollarda trombositopeniyaning barcha sabablarini quyidagilarga bo'lish mumkin: 79,5% hollarda bu yaxshi sifatli homiladorlik trombositopeniyasi, 16% hollarda preeklampsiya, 2,5% hollarda HELLP sindromi, 1% hollarda OIV infeksiyasi va faqat 1% hollarda immun trombositopeniya bilan bog'liq [7,10].

ITP bilan og'rikan homilador ayollarda akusherlik qon ketishining chastotasi 3% dan 30% gacha [4,5,13]. Homiladorlikning kechish og'irligi va uning oqibati terapiyaning adekvatligiga bog'liq. Aksariyat ekspertlar ITP bilan og'rikan bemorlarda perinatal natijalarning yaxshi ekanligini, homiladorlik va tug'ish asoratlarning kamligini qayd etadilar. Q. Wang (2004) o'n yillik kuzatuv natijalariga ko'ra, Pekin klinikasida homilador ayollar orasida ITP bilan kasallanish 2,4% ni tashkil etdi. ITP 40% hollarda boshqa asoratlarning mavjudligi bilan birga kelgan, masalan: homiladorlik gipertenziyasi - 7,2%, tug'ruqdan keyingi qon ketish - 6,5%, erta tug'ruq - 9,7%, glyukozaga tolerantlik - 20,6% va homila makrosomiyasi - 10,8%. Shuni ta'kidlash kerakki, yuqori chastotali gestatsion diabet bundan mustasno, homiladorlikning boshqa asoratlari ularning o'rtacha ko'rsatkichlaridan yuqori emas.

Ko'pgina tadqiqotchilardan farqli o'laroq, H. Xwa va boshqalar (1993) ITP bilan og'rikan bemorlarda homiladorlik davomida 12% va tug'ruqdan keyingi davrda 24% qon ketishlarni qayd etishdi. Shuningdek, ushbu patologiyada tug'ruqdan keyingi og'ir qon ketishining yuqori darajasi 30,7% hollarda S. Borna va boshqalar tomonidan o'tkazilgan tadqiqotda qayd etilgan [9].

M. Subbaiah ma'lumotlariga ko'ra (2014), tug'ruq vaqtida og'ir trombositopeniya homiladorlik davrida ITP tashxisi qo'yilgan bemorlarda ushbu patologiya homiladorlikdan oldin tashxis qo'yilgan bemorlarga nisbatan sezilarli darajada ko'p uchrashini aniqladi ( $p = 0,04$ ).

ITP bo'lgan homilador ayollarda perinatal asoratlarning chastotasi bo'yicha qarama-qarshi ma'lumotlar mavjud. Ba'zi manbalarga ko'ra, homiladorlikdan oldin ITP bo'lgan onalardan yangi tug'ilgan chaqaloqlarning 8-13% ida og'ir neonatal trombositopeniya ya'ni trombositlar soni  $50 \times 10^9/l$  dan pasayganligi hamda 2-9% ida bosh miyaga qon quyulishlar kuzatildi [37]. M. Subbaiah (2014) neonatal trombositopeniyaning bundanda yuqori chastotasi haqidagi ma'lumotlarni keltirdi, yangi



tug'ilgan chaqaloqlarning 18,5 foizida og'ir trombotsitopeniya va yangi tug'ilgan chaqaloqlarning 3,8 foizida (26 tadan 1) bosh miyaga qon quyilishlarni qayd etdi [2,14].

S. Borna (2006) tomonidan olib borilgan tadqiqotda ITP bilan og'rigan onalarning yangi tug'ilgan chaqaloqlarining 67 foizida neonatal trombotsitopeniya qayd etilgan, ammo ularning hech birida qon ketish holatlari kuzatilmagan [9].

N. van der Lugt va boshqalar (2013) 1980 dan 2011 yillar oralig'ida tug'gan ITP bo'lgan onalarning barcha yangi tug'ilgan chaqaloqlarini (jami 67 bola) o'rganishgan. Og'ir neonatal trombotsitopeniya uchun xavf omillari homiladorlik davridagi yengil trombotsitopeniya ekanligini aniqlashgan [3,7].

F. Yassae va boshqalar (2012), yangi tug'ilgan chaqaloqlarning 89,5% ida trombotsitlar soni normal, 10,5% ida o'rtacha trombotsitopeniya, 10,5% ida homila rivojlanishining kechikishi tashxisi bor edi, gemorragik asoratlari holatlari aniqlanmagan. K. Webert va boshqalar (2003) neonatal trombotsitopeniyaning yuqori ko'rsatkichlarini qayd etdi: ITP bilan kasallangan onalardan tug'ilgan 92 ta bolalarning 25,2% ida trombotsitlar soni  $150 \times 10^9/\text{ml}$  dan va 9% ida  $50 \times 10^9/\text{ml}$  dan past bo'lgan. Perinatal o'limning ikkita holati qayd etilgan, ulardan birida o'lim sababi bosh miya qorinchalariga qon quyilishi edi [13].

Har qanday mutaxassislik bo'yicha amaliyotchi shifokor o'z ishida trombotsitopeniya bilan qayta-qayta duch keladi. Trombotsitopeniya qon tizimining ikkala kasalliklarining (gemoblastoz, miyelodisplastik sindromlar, aplastik anemiya, idiopatik trombotsitopenik purpura va boshqalar) namoyon bo'lishi va davom etayotgan dori terapiyasi bilan birga keladigan ko'plab somatik kasalliklarda simptomatik bo'lishi mumkin. Tashxisda xatolikka yo'l qo'ymaslik va to'g'ri davolash taktikasini ishlab chiqish uchun barcha mutaxassisliklar bu haqda bilishlari kerak [3].

### Xulosa

Shu o'rinda shuni ta'kidlash joizki, adabiyotlar ma'lumotlariga ko'ra so'nggi yillarda ushbu ijtimoiy ahamiyatga molik muammoni hal etish yo'lida dunyo tibbiyotida va mamlakatimiz gematolog va akusher – ginekologlarining birgalikdagi faoliyatining muayyan yutuqlarini kuzatish mumkin. Bu birlamchi ITP bilan kasallangan bemorlarning mamlakatimiz viloyatlari miqyosida tarqalishi to'g'risida, klinik va laborator diagnostikasi hamda qo'llaniladigan davolash usullari haqida ma'lumotlarni o'z ichiga oladi. ITP bilan og'rigan ayrim bemorlar uchun uzoq muddatli va qimmatga tushadigan davolanish zarurligini hisobga olgan holda, Respublikamiz tomonidan taqdim etilgan turli davolash dasturlarining farmakoiqtisodiy tahlilini yanada osonlashtirishi va sog'liqni saqlash byudjeti xarajatlarini optimallashtirishga yordam beradi.

### ADABIYOTLAR RO'YXATI:

1. Бакунович А.В., Буланова К.Я. Структурные и функциональные перестройки тромбоцитов при преэклампсии беременных //Журнал Белорусского государственного университета. Экология. 2018. № 4. С. 76–83. <https://journals.bsu.by/index.php/ecology/article/view/2685>
2. Бессмельцев С. С. Первичная иммунная тромбоцитопеническая пурпура: подходы к терапии согласно новым клиническим рекомендациям американской гематологической ассоциации и международного консенсусного доклада //Вестник гематологии, том XVI, № 2, 2020. С 4-29. <https://cyberleninka.ru/article/n/pervichnaya-immunnayatrobotsitopenicheskaya-purpura-podhody-k-terapii-soglasno-novym-klinicheskim-rekomendatsiyam>
3. Войцеховский В.В., Заболотских Т.В., Целуйко С.С. Тромбоцитопении //Амурский медицинский журнал. 2017. №2 (18). С 7-25. <https://cyberleninka.ru/article/n/trombotsitopenii-1>
4. Егорова Я.А., Заболотнов В.А., Рыбалка А.Н. Тромбоцитопеническая пурпура при беременности //Здоровье женщины. 2016. №5 (91). С 41-45.
5. Заболотских И.Б., Пенжоян Г.А., Синьков С.В., Музыченко В.П., Капущенко И.Н. Анализ диагностики и коррекции коагулопатий у беременных и родильниц с гестозом //Анестезиология и реаниматология, 2019. № 6. С. 28–33. <https://cyberleninka.ru/article/n/analiz-diagnostiki-i-korreksii-koagulopatiy-u-beremennyh-i-rodilnits-s-gestozom>.

6. Зотова И.И., Грицаев С.В. Патогенетическое обоснование терапии идиопатической тромбоцитопенической пурпуры (первичной иммунной тромбоцитопении) у взрослых //Казанский медицинский журнал, 2018 г., том 99, №2. С 279-286. <https://cyberleninka.ru/article/n/patogeneticheskoe-obosno-vanie-terapii-idiopaticheskoy-trombotsitopenicheskoy-purpury-pervichnoy-immunnoy-trombotsitopenii-u>
7. Костерина А.В. Диагностика и лечение анемического и тромбоцитопенического синдромов у беременных //Практическая медицина. 2017 г. №8 (109) сентябрь. С 81-84.
8. Медяникова И.В. Гемостазиологический контроль при беременности //Клиницист № 1'2014. С 47-52. <https://cyberleninka.ru/article/n/gemostaziologicheskiy-kontrol-pri-beremennosti>
9. Меликян Ф.Л., Пустовая Е.И., Егорова Е.К., Калинина М.В. Дифференциальная диагностика тромбоцитопений //Онкогематология. 2017. №1(12). С78-86. <https://cyberleninka.ru/article/n/differentsialnaya-diagnostika-trombotsitopeniy>.
10. Файзуллаева Н.И. Современные клиничко - гемастозиологические аспекты ведения беременности и родов у женщин с идиопатической тромбоцитопенической пурпурой. /Ташкент. 2016.
11. Степаненко Т.А., Жернаков Е.В., Жернакова Я.С., Давиденко К.С. Клинический случай успешного родоразрешения беременной с высоким риском акушерского кровотечения на фоне идиопатической тромбоцитопенической пурпуры //Научные ведомости. Серия Медицина. Фармация. 2016. №5(226). Выпуск 33. С 207-210. <https://cyberleninka.ru/article/n/klinicheskiy-sluchay-uspeshnogo-odorazresheniya-beremennoy-s-vysokim-riskom-akusherskogo-krovotecheniya-na-fone-idiopaticheskoy>
12. Тютюнник В.Л., Кан Н.Е., Чупрынин В.Д., Михайлова О.И., Виноградова М.А. Опыт ведения беременных с рефрактерной тромбоцитопенией //Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение 2017. №2 С 49-54. <https://cyberleninka.ru/article/n/opyt-vedeniya-beremennyh-s-refrakternoy-trombotsitopeniey>.
13. Цхай В.Б., Гребенникова Э.К. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура у беременных. Акушерские и перинатальные риски. Акушерство, гинекология и репродукция. 2015; 2: 72-79. <https://cyberleninka.ru/article/n/idiopaticheskaya-trombotsitopenicheskaya-purpura-u-beremennyh-akusherskie-i-perinatalnye-riski>
14. Ящук А.Г., Масленников А.В., Тимершина И.Р. Состояние сосудисто-тромбоцитарного гемостаза при беременности: признаки нормы и патологии. Рос. вестн. акушера-гинеколога. 2018. №4. С. 17-19. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sostoyanie-sosudisto-trombotsitarnogo-zvena>.

**Qabul qilingan sana 20.11.2022**