

ISSN 2091-5853

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI FANLAR AKADEMIYASI



**JURNALI**

**NAZARIY  
VA  
KLINIK  
TIBBIYOT**

**1 2020**

**ЖУРНАЛ**

**ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ  
и КЛИНИЧЕСКОЙ  
МЕДИЦИНЫ**

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI FANLAR AKADEMIYASI

**NAZARIY va  
KLINIK TIBBIYOT  
JURNALI**



**JOURNAL  
of THEORETICAL  
and CLINICAL  
MEDICINE**

Рецензируемый научно-практический журнал.  
Входит в перечень научных изданий, рекомендованных ВАК Республики Узбекистан.  
Журнал включен в научную электронную библиотеку и Российский Индекс Научного Цитирования (РИНЦ).

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Главный редактор проф., акад. АН РУз Т.У. АРИПОВА

проф. Л.Н. ТУЙЧИЕВ (заместитель главного редактора),  
проф. Б.Т. ДАМИНОВ, проф. Г.М. КАРИЕВ,  
проф. А.М. ХОДЖИБАЕВ, проф. А.А. ИСМАИЛОВА  
Р.З. САГИДОВА (ответственный секретарь)

1  
TOSHENT TIBBIYOT  
AKADEMIYASI KUTUBXONASI  
№

ТАШКЕНТ – 2020

UYGA BERISH  
MUMKIN EMAS

ASOSIY O'QUV ZALI

**СОДЕРЖАНИЕ**

**МОРФОЛОГИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ**

Далимова С.Н., Юнусова М.Х., Умарова Г.Б., Кузиев Ш.Н., Мухамаджанова Г.М., Зиямухамедова С.А., Хамроев С.Х. Изучение кардиопротекторных свойств препарата, созданного на основе местного растительного сырья  
 Махмудов Л.У., Выпова Н.Л., Далимова С.Н., Исламов А.Х. Влияние препарата Л-1 на процесс свертывания крови  
 Шкинев А.В., Садыков Э.С., Султаналиева Н.М. Про- и антиангиогенные эффекты яда гюрзы (V. Lebetina) и его фракций на модели колец аорты крысы

**ИММУНОЛОГИЯ И АЛЛЕРГОЛОГИЯ**

Ахмеджанова З.И., Жиемуратова Г.К., Данилова Е.А., Урунова Д.М., Каримов Д.А. Макро- и микроэлементы в жизнедеятельности организма и их взаимосвязь с иммунной системой (обзор литературы)  
 Хегай Т.Р., Аскарров Т.А. Иммунобиологические свойства тромбоцитов (Обзор литературы)

**ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ**

Даминов Б.Т., Убайдуллаева Б.Н. Эффективность индивидуализации противонаемической терапии и алгоритм ведения больных  
 Киреев В.В., Суяров А.А., Хатамов Х.М., Мухтаров Ш.М., Усманбекова Х.Т. К вопросу классификации глюкокортикоидорезистентности  
 Юлдашева Г.Р., Хамрабаева Ф.И. Особенности течения хронического панкреатита с метаболическим синдромом

**МИКРОБИОЛОГИЯ**

Абдурахманов М.М., Исомиддинов Б.Ш. Синдром избыточного бактериального роста и системное воспаление у больных циррозом печени

**НЕЙРОХИРУРГИЯ**

Джуманов К.Н., Юлдашев Р.М. Анализ методов диагностики новообразований позвоночника и спинного мозга  
 Исмаилова Р.О., Юлдашев Р.М. Электронеуромиография в диагностике и тактике лечения больных с опухолями шейного отдела спинного мозга

**ХИРУРГИЯ**

Абдурахманов З.М. Эффективность различных методик пластики аортального клапана у детей  
 Абдурахманов М.М., Умаров Б.Я. Роль изучения дисфункции эндотелия сосудов в улучшении результатов хирургического лечения стенозов сонных артерий  
 Абдурахманов М.М., Обидов У.У., Рузиев У.У., Мурадов Т.Р. Хирургическое лечение синдрома механической желтухи

**CONTENT**

**MORPHOLOGY AND PHYSIOLOGY**

6 Dalimova S.N., Yunusova M.Kh., Umarova G.B., Kuziev Sh.N., Mukhamadzhanova G.M., Ziyamukhamedova S.A., Khamroev S.Kh. The study of cardioprotective properties of the drug, created on the basis of local plant materials  
 10 Makhmudov L.U., Vypova N.L., Dalimova S.N., Islamov A.Kh. The effect of the drug L-1 on the blood coagulation process  
 12 Shkinev A.V., Sadykov E.S., Sultanalieva N.M. Pro- and anti-angiogenic effects of giurza venom (V. Lebetina) and its fractions on the model of rat aortic rings

**IMMUNOLOGY AND ALLERGOLOGY**

16 Akhmedzhanova Z.I., Zhiemuratova G.K., Danilova E.A., Urunova D.M., Karimov D.A. Macro- and micronutrients in the life of the body and their relationship with the immune system (literature review)  
 21 Kheday T.R., Askarov T.A. Immuno-biological properties of platelets (literature review)

**GENERAL DISEASES**

30 Daminov B.T., Ubaidullaeva B.N. The effectiveness of individualization of anti-anemic therapy and patient management algorithm  
 35 Kireev V.V., Suyarov A.A., Khatamov H.M., Mukhtarov Sh.M., Usmanbekova Kh.T. On the classification of glucocorticoid resistance  
 37 Yuldasheva G.R., Khamrabaev F.I. Features of the course of chronic pancreatitis with metabolic syndrome

**MICROBIOLOGY**

39 Abdurakhmanov M.M., Isomiddinov B.Sh. Syndrome of excessive bacterial growth and systemic inflammation in patients with cirrhosis of the liver

**NEUROSURGERY**

42 Dzhumanov K.N., Yuldashev R.M. Analysis of methods for the diagnosis of neoplasms of the spine and spinal cord  
 44 Ismailova R.O., Yuldashev R.M. Electroneuromyography in the diagnosis and treatment of patients with tumors of the cervical spinal cord

**SURGERY**

50 Abdurakhmanov Z.M. The effectiveness of various methods of aortic valve surgery in children  
 55 Abdurakhmanov M.M., Umarov B.Ya. The role of the study of vascular endothelial dysfunction in improving the results of surgical treatment of carotid stenosis  
 59 Abdurakhmanov M.M., Obidov U.U., Ruziev U.U., Muradov T.R. Surgical treatment of obstructive jaundice syndrome

Мирзакулов А.Г., Хаджибаев Ф.А., Уразметова М.Д. Показания и противопоказания к трансплантации культивированных гепатоцитов у больных с тяжелым поражением печени (обзор литературы)

#### ТРАВМАТОЛОГИЯ

Абдусаттаров Х.А., Хужаназаров И.Э., Алимов И.Р., Дулаев А.К. Миниинвазивный метод лечения травматических переломов тел позвонков  
Гадоев К.К., Хужаназаров И.Э., Алимов И.Р., Косимов А.А., Алиходжаева Г.А. Дифференцированный подход к диагностике и выбору хирургической тактики лечения больных дегенеративным спондилолистезом поясничного отдела позвоночника  
Косимов А.А., Ходжанов И.Ю. Дифференцированный подход к консервативному лечению повторных переломов костей предплечья у детей

#### ПЕДИАТРИЯ

Алимова Х.П., Камалов З.С., Алибекова М.Б., Азимова С.Н., Зиядуллаев Ш.Х. Клинико-иммунологические особенности полиорганной недостаточности у детей  
Джураев А.М., Кадыров И.М. Артроскопическое лечение невправимых вывихов бедра у детей  
Ахмедова Д.И., Эргашева Н.Н. Врожденная кишечная непроходимость у новорожденных: факторы, отягощающие течение и исход заболевания на этапах диагностики и лечения (обзор литературы)

#### АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

Гафурова Ф.А. Изучение характера клинических и гормональных проявлений климактерических осложнений у женщин в постменопаузе с СПКЯ в анамнезе  
Магзумова Н.М., Парвизи Н.И., Турбанова У.В., Гайбуллаева Д.Ф. Подход к лечению аномальных маточных кровотечений у женщин репродуктивного возраста  
Мустафакулов Г.И., Атаходжаева Ф.А., Эргашев У.Ю. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура при беременности

#### СТОМАТОЛОГИЯ

Нигматова Л.М., Утепова Г.Б., Бийкузиева А.А. Иммунологические показатели полости рта у детей  
Хасанов Ак.И., Хасанов Ад.И., Примкулов Б.К., Юсупов Б.Ю., Бекмирзаев Р.М. Пастки жағ ұсмалари билан хирургик даволанган беморлар тахлили

#### ГЕМАТОЛОГИЯ

Абдиганиева С.Р., Тилляшайхов М.Н. Клинические и иммунопатогенетические аспекты неходжкин-

62 Mirzakulov A.G., Khadzhibayev F.A., Urazmetova M.D. Indications and contraindications for transplantation of cultured hepatocytes in patients with severe liver damage (literature review)

#### TRAUMATOLOGY

67 Abdusattarov H.A., Khuzhanazarov I.E., Alimov I.R., Dulaev A.K. Minimally invasive treatment for traumatic vertebral fractures  
70 Gadoev K.K., Khuzhanazarov I.E., Alimov I.R., Kosimov A.A., Alikhodzhaeva G.A. A differentiated approach to the diagnosis and selection of surgical tactics for the treatment of patients with degenerative spondylolisthesis of the lumbar spine  
74 Kosimov A.A., Khodzhanov I.Yu. Differentiated approach to conservative treatment of repeated forearm fractures in children

#### PEDIATRICS

80 Alimova Kh.P., Kamalov Z.S., Alibekova M.B., Azimova S.N., Ziyadullaev Sh.Kh. Clinical and immunological features of multiple organ failure in children  
86 Dzhuraev A.M., Kadyrov I.M. Arthroscopic treatment of irreversible hip dislocation in children  
90 Akhmedova D.I., Ergasheva N.N. Congenital intestinal obstruction in newborns: factors aggravating the course and outcome of the disease at the stages of diagnosis and treatment (literary review)

#### OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

96 Gafurova F.A. Studying the nature of the clinical and hormonal manifestations of menopausal complications in postmenopausal women with a history of PCOS  
99 Magzumova N.M., Parvizi N.I., Turbanova U.V., Gaybulloeva D.F. An approach to the treatment of abnormal uterine bleeding in women of reproductive age  
104 Mustafakulov G.I., Atakhodzhaeva F.A., Ergashev U.Yu. Idiopathic thrombocytopenic purpura during pregnancy

#### STOMATOLOGY

108 Nigmatova L.M., Utepova G.B., Biykuzieva A.A. Immunological indicators of the oral cavity in children  
111 Khasanov Ak.I., Khasanov Ad.I., Primkulov B.K., Yusupov B.Yu., Bekmirzaev R.M. Analysis of patients with surgical treatment of lower tumor tumors

#### HEMATOLOGY

114 Abdiganieva S.R., Tillyashaykhov M.N. Clinical and immunopathogenetic aspects of non-Hodgkin lympho-

ских лимфом при вирусоносительстве

mas in virus carriers

### ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

Миртазаев О.М., Матназарова Г.С., Брянцева Е.В., Мустапов А.Ю., Турсунова Д.А., Бердиев О.В. Некоторые эпидемиологические особенности менингококковой инфекции в Узбекистане (на примере города Ташкента)

117 Mirtazaev O.M., Matnazarova G.S., Bryantseva E.V., Mustanov A.Yu., Tursunova D.A., Berdiev O.V. Some epidemiological features of meningococcal infection in Uzbekistan (on the example of the city of Tashkent)

Набиева У.П., Агзамова Т.А. Иммунологическая и аутоиммунная реактивность организма при гепатите С

123 Nabieva U.P., Agzamova T.A. Immunological and autoimmune reactivity of the body with hepatitis C

### ОНКОЛОГИЯ

Камышов С.В., Эрик Ван Кутсем реверсионные мутации в BRCA1 И BRCA2 и устойчивость к ингибиторам PARP и платине (обзор литературы)

126 Kamishov S.V., Eric Van Cutsem Reversion mutations in BRCA1 and BRCA2 and resistance to PARP inhibitors and platinum (literary review)

### ВИЧ-СПИД

Неъматова Н.У., Матназарова Г.С., Абдукахарова М.Ф., Кутлымуратова Г.Д. Эпидемиологические особенности ВИЧ-инфекции в Республике Узбекистан

129 Nematova N.U., Matnazarova G.S., Abdukaharova M.F., Kutlymuratova G.D. Epidemiological features of HIV infection in the Republic of Uzbekistan

Заялыева М.В., Мирахмедова Н.Н., Ахмеджанова З.И., Бегиева Р.Р., Меркушкина Т.А. Аутоиммунные реакции при ВИЧ-инфекции

132 Zalyalyeva M.V., Mirakhmedova N.N., Akhmedzhanova Z.I., Begisheva R.R., Merkushkina T.A. Autoimmune reactions in HIV infection

### САНИТАРИЯ И ГИГИЕНА

Искандаров Т.И., Романова Л.Х., Славинская Н.В., Искандаров А.Б., Камалова М.А. Токсичность нового фунгицида – протравителя семян Купрумхит

135 Iskandarov T.I., Romanova L.Kh., Slavinskaya N.V., Iskandarov A.B., Kamalova M.A. Toxicity of a new fungicide seed disinfectant Kuprumhit

Искандаров А.Б. Гигиеническая характеристика производственного микроклимата и освещения гребных производств

137 Iskandarov A.B. Hygienic characteristics of the production microclimate and lighting of crawling production

Хаширбаева Д.М., Кодирова Д.Э., Курбанова Ш.И., Хайитбаев Э.Р. Узбекистонда касбий касалликларни эрта аниқлаш ва олдини олиш

141 Khashirbaeva D.M., Kodirova D.E., Kurbanova Sh.I., Khayitbaev E.R. Early detection and prevention of occupational diseases in Uzbekistan

### В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Назаров Э.У., Ходжаева А.Ш., Хегай Т.Р. Случай из практики: ВЭБ-инфекция как причина лимфаденопатий и анализ возможных терапевтических подходов

144 Nazarov E.U., Khojaeva A.Sh., Kheday T.R. Case study: EBV infection as the cause of lymphadenopathy and analysis of possible therapeutic approaches

### НОБЕЛЕВСКАЯ ПРЕМИЯ –2019

147

### NOBEL PRIZE –2019

### КАЛЕНДАРЬ КОНФЕРЕНЦИЙ –2020

148

### CALENDAR OF CONFERENCES –2020

### К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

### TO THE AUTHORS

## ИДИОПАТИЧЕСКАЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКАЯ ПУРПУРА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Мустафакулов Г.И., Атаходжаева Ф.А., Эргашев У.Ю.

Ташкентская медицинская академия

### ХУЛОСА

Мақолада 12 ҳомиладор аёлларда идиопатик тромбоцитопеник пурпура (ИТП) касаллигининг ўткир ва сурункали шакллари асорати геморрагик синдромнинг клиникаси, таъхислаш, консерватив ва оператив даво натижалари кўрсатилган. Ананавий ва ингаляция усулларда глюкокортикоид гормонларни ва томир ичига иммуноглобулинни юбориши 75,0% беморларга фойда берган ва 3-4 чи кунларида ремиссия кузатилган. Консерватив даволаш натижа бермаганда жарроҳлик амалиёти – спленэктомия (СЭ) бажарилгандан кейин 2-3 кунларида бачадондан қон кетиши тўхтаган ва тромбоцитлари 210 мингача кўтарилган. Ҳомиладорлик даврда идиопатик тромбоцитопеник пурпурани (ИТП) геморрагик синдром билан асоратланганда консерватив ва жарроҳлик даволаш 100% ҳолатда фойда берган.

**Калит сўзлар:** иммун тромбоцитопения, ҳомиладорлик, тугруқ.

Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (ИТП) – это заболевание, которое обычно развивается в результате иммунного конфликта, направленного на антигены либо тромбоцитов, либо мегакариоцитов, которое характеризуется снижением количества тромбоцитов, при отсутствии иных отклонений при подсчете форменных элементов крови, и геморрагическим синдромом [1,5,6,8,9].

На сегодняшний день, можно встретить немало женщин с различными аутоиммунными заболеваниями связанных со свертываемостью крови, о которых женщина может и не подозревать. Особенно, клиническое проявление происходит в период беременности. Так как, на организм женщины возлагается большая нагрузка, прибавляется новое кровообращение, называемое фетоплацентарным, которое включает в себя мать-ребенок-плацента.

Одним из часто встречаемых аутоиммунных заболеваний крови является ИТП, которое при снижении количества тромбоцитов в крови часто сопровождается с геморрагическим синдромом. По литературным данным, распространенность ИТП среди взрослых и детей колеблется от 7 до 13 на 10 000 человек [1,5,6,8,9]. За данными З. С. Баркагана [3], на 100 000 населения приходится 7,5 лиц женского пола и 4,5 - мужского. В. А. Климанский [12] считает, что среди больных ИТП преобладают женщины в соотношении 3,9:1, а в репродуктивном возрасте это соотношение увеличивается к 8:1. Преобладающее поражение женщин может быть обусловлено довольно частым развитием эндокринных наруше-

### SUMMARY

The article shows the results of 12 pregnant women with a complication of idiopathic thrombocytopenic purpura in the form of hemorrhagic syndrome. Their clinic, diagnosis, conservative and surgical treatment. Traditional and inhalation injection of glucocorticoid hormones, as well as intravenous injection of immunoglobulin in 75% of patients had positive effect and remission was obtained on days 3-4. If the conservative treatment was ineffective, surgeries were performed - splenectomy (SE), and uterine bleeding stopped on 2-3 days and platelets increased to 210 thousand. During pregnancy, patients with idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP), complicated by hemorrhagic syndrome, conservative and surgical treatment in 100% of cases performed a positive effect.

**Key words:** immune thrombocytopenia, pregnancy, delivery.

ний в пубертатном возрасте. ИТП наиболее часто (в 40% случаев) является причиной геморрагического синдрома как в гематологической, так и в акушерской практике [15,16,17,19].

У большинства (80–90%) беременных наблюдается хроническая форма ИТП, у 10% острая форма. По периоду болезни выделяют обострение (криз), клиническую компенсацию (отсутствие проявлений геморрагического синдрома при сохраняющейся тромбоцитопении) и клинико гематологическую ремиссию. Синдром тромбоцитопении регистрируется у 10% беременных женщин, и около 1/3 из них требует назначения дополнительной терапии. При ИТП нельзя прерывать беременность без акушерских показаний только из-за тромбоцитопении и геморрагического синдрома. Планирование беременности – одно из важнейших условий ее благополучного течения. Начало беременности должно происходить в состоянии клинической компенсации больных, т.е. при отсутствии геморрагического синдрома и количестве тромбоцитов выше критического уровня (30-50,0×10<sup>9</sup>/л) [15,16,17,19,20,21].

Пусковыми факторами ИТП могут быть инфекции (чаще вирусные) - 59%, беременность - 20%, стресс - 15%, хирургические манипуляции - 4%, физическая нагрузка - 1% и прививки в 1% случаев [1,5,6,8,9,10,11,13]. Сочетание аутоиммунной тромбоцитопении и беременности приводит к увеличению числа акушерских осложнений, из которых наиболее грозным является преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, крово-

течение в послеродовом периоде, наблюдающееся у 15-20 % женщин с ИТП [15-21].

#### ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработка тактики лечения беременных женщин с ИТП геморрагическим синдромом. Были поставлены следующие задачи:

Обосновать тактику лечения при кровотечениях у беременных женщин с ИТП;

Обосновать показания экстренной спленэктомии у беременных женщин.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Было изучено 69 взрослых женщин гематологических больных с диагнозом ИТП, в возрасте 19-35 лет, которые находились в отделении хирургической гематологии НИИ Гематологии и Переливания Крови, и в родильных отделениях других клиник.

Из них 12 (17,4%) составляли беременные женщины: с острой формой 5 (41,7%), хронической формой 7 (58,3%). В первый триместр беременности было 5 (41,7%) больных женщин. Во втором триместре 4 (33,3%) больных женщин. В третьем триместре было 3 (25,0%) больных женщин.

У 2 женщин с острой формой, и у 5 с хронической формой были кожные геморрагические признаки, а в анализе крови тромбоциты до 30 тыс.

С маточным кровотечением поступило 5 (41,7%) беременных женщин с ИТП на различных сроках. В анализе крови, тромбоциты были от единицы до 20 тыс.: из них с острой формой у 3 (60,0%) беременных единственным симптомом были маточные кровотечения, а у остальных отмечались кожные экхимозы, петехии и другие геморрагические проявления. Одна из них поступила с осложнением - кровоизлияние в головной мозг.

У 2 (40,0%) беременных с хронической формой отмечались кожные экхимозы и маточные кровотечения, в анализы крови тромбоциты были от единицы до 20 тыс.

При поступлении у всех больных была бледность кожи и слизистых оболочек, в общем анализе крови анемия различной степени. У 7 (58,3%) беременных: постгеморрагическая анемия у 3 (42,9%) легкой, у 3 (42,9%) средней и у 1 (14,2%) тяжелой степени. Во всех случаях тромбоцитопения была от единицы до  $20,0 \cdot 10^9/\text{л}$  -  $30,0 \cdot 10^9/\text{л}$ . В коагулограммах - гипокоагуляция, время кровотечения, тромбиновое время удлинены, снижена толерантность плазмы к гепарину, ретракция кровяного сгустка снижена. Для уточнения диагноза у беременных с острой формой взята кровь для миелограммы под обезболиванием. В миелограмме количество мегакариоцитов в норме или повышено. В биохимических анализах без особых изменений. Во всех случаях лимфоузлы не пальпировались, гепатоспленомегалии не было.

По данным УЗИ, у всех пациенток плод развивался соответственно гестационному сроку, признаки внутриутробного страдания плода выявлены в виде гипоксии у 6 беременных.

Давность заболевания с хронической формой ИТП составляла от 8 месяцев до 5 лет и за этот период больные получали лечение от 1 до 5 и более раз.

Все больные получали консервативное лечение: общеукрепляющие средства, гемостатические и сосудостроительные препараты, глюкокортикостероидные (ГКС) гормоны – преднизолон либо дексаметазон в таблетках, в инъекциях внутривенно или в виде ингаляции, включая пульс терапию и иммуноглобулин, одновременно с лечением сопутствующие патологии.

При обследовании у 2 беременных сахарный диабет средней степени, у 3 гипертония и у 2 в анамнезе хроническая язва 12-кишки. Больные с сахарным диабетом и гипертонической болезнью получали консервативное лечение, включая внутривенное введение иммуноглобулина (ВВИГ) в дозе 2 грамма на 1 кг веса тела (курсовая доза), распределенная на 2-5 последовательных дня (суточная доза в зависимости от количества дней ведена от 0,4 (при 5-дневном введении) до 1 г/кг массы тела). Беременные 23-24 и 37-38 неделями с хронической язвой 12-кишки получали дексаметазон в виде ингаляции в течение 5 дней. Остальные больные, с самого начала получали консервативное лечение, включая глюкокортикоидную терапию.

Двоим больным консервативное лечение не дало эффекта, продолжались маточные кровотечения и этим больным была произведена операция спленэктомия в экстренном порядке. У больной с внутривенным кровоизлиянием появились кровоподтеки в слизистой полости рта и кровоизлияния в склерах, также в экстренном порядке выполнена спленэктомия.

Выполнение спленэктомии больным с ИТП с выраженным геморрагическим диатезом, наиболее часто осложняется кровотечением во время и после операции. Этим больным спленэктомия произведена предложенным нами модифицированным способом, при котором кровотечение, связанное с техникой операции, было минимальным. В послеоперационном периоде на 2-ой день признаки геморрагического диатеза были купированы.

Пример 1: Больная Н., 28 лет, поступила в родильное отделение с беременностью 37-38 недель и с диагнозом хроническая форма ИТП, геморрагическим синдромом – петехии, экхимозы, десневое и маточное кровотечение.

В анализах тромбоцитопения  $12,0 \cdot 10^9/\text{л}$ , гипокоагуляция. Консервативное лечение в течение 3 дней (ударная доза ГКС) не дало эффекта, сохранялся геморрагический синдром. С целью профилактики возможных кровотечений, больная была взята на операцию кесарево сечение после соответствующей подготовки. Операция проведена двумя бригадами: первым этапом кесарево сечение бригадой акушеров – гинекологов. После кесарево сечения была произведена спленэктомия предложенным нами способом, после операционное кровотечение составляло около 30 мл, операция прошла без осложнений. На

1-й день после спленэктомии наступила клиническая ремиссия, тромбоциты поднялись до 120 тыс. с окончательной остановкой геморрагических признаков.

Пример 2: Больная К., 32 лет, поступила в родильное отделение с беременностью 36-37 недель и с диагнозом острая форма ИТП, выраженным геморрагическим синдромом – петехии, экхимозы, десневое кровотечение, кровоподтеки полости рта, кровоизлияние в склерах, маточным кровотечением и внутричерепным кровоизлиянием. Анемия средней степени. Больная получала консервативное лечение и пульс терапию метилпреднизолоном 1г в день внутривенно капельно в течение 1-2 часов 3 дня, которое без эффектно. У больной геморрагические и неврологические синдромы сохранились. PS – 98-100 ударов в мин. А/Д 100/65 мм.рт.ст. Гемоглобин-87 г/л. Гипокоагуляция. Остальные анализы без особенностей. Больная взята на операцию после консультации терапевта, невропатолога, анестезиолога и соответствующей подготовки. Операция проведена двумя бригадами: первым этапом кесарево сечение бригадой акушеров – гинекологов. После кесарево сечения была произведена спленэктомия предложенным нами способом, послеоперационное кровотечение составляло около 50 мл. Операция прошла без осложнений. Послеоперационный период протекал в отделении реанимации, без осложнений. У больной на 1 день после операции тромбоциты поднялись до 38 тыс. с остановкой кровотечения. К проводимому лечению дополнительно было назначено введение внутривенно иммуноглобулина в дозе 2 грамм на 1 кг веса тела, для подавления образования антител к тромбоцитам и получен клинко-гематологический эффект.

У больной на 3 день операции тромбоциты поднялись до 210 тыс. с окончательной остановкой геморрагических признаков.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Из 12 беременных женщин с ИТП, у 5 с острой формой: после консервативного лечения с ГКС у троих беременных получен клинко и клинко-гематологический эффект, тромбоциты увеличились от 120 до 218 тыс. на 3-4 день. Двоим больным с маточным кровотечением консервативное лечение не дало эффекта, после экстрепации матки произведена спленэктомия и получен клинко-гематологический эффект в сроке 36-37 и 37-38 недели беременности. Тромбоциты увеличились от 50 тыс. до 120 тыс. на 2-3 день и кровотечение остановилось. Больная с острой формой кровоизлияния в головной мозг после спленэктомии с 38 тыс. тромбоцитами получила внутривенно иммуноглобулин, на 3 день тромбоциты поднялись до 210 тыс. и получен клинко-гематологический эффект, с окончательной остановкой геморрагических признаков, и дополнительно получала лечение у невропатолога.

Из 7 беременных с хронической формой ИТП у двоих с маточным кровотечением: одно беременная в сроке 23-24 недели после консервативного лече-

ния включая ГКС, тромбоциты поднялись до 180 тыс. и получен клинко-гематологический эффект. У другой беременной со сроком 37-38 недель, после консервативного лечения, продолжались маточные кровотечения и после кесарево сечения произведена спленэктомия, тромбоциты поднялись до 120 тыс. на 2-3 день и получен клинко-гематологический эффект с окончательной остановкой геморрагических признаков.

Трое беременных с хронической формой получили ВВИГ и получен клинко-гематологический эффект. У двоих беременных, получивших ГКС гормоны в виде ингаляции в течение 5 дней, тромбоциты поднялись на 3-4 день от 160 до 180,0 тыс.

Во время беременности возможно развитие любой формы патологии, сопровождающейся тромбоцитопенией. Учитывая отсутствие единого подтверждающего теста для ИТП, на этапе диагностики впервые выявленной тромбоцитопении у беременных важно в первую очередь исключить жизнеугрожающие осложнения, требующие проведения ургентных терапевтических или хирургических мероприятий.

Беременность больным ИТП не противопоказана, но должна протекать в состоянии клинко-гематологической компенсации ИТП (отсутствие геморрагического синдрома и количество тромбоцитов не менее  $50,0 \times 10^9/l$ ), достигнутой на предыдущих этапах терапии. При ИТП нельзя прерывать беременность без акушерских показаний только из-за тромбоцитопении и геморрагического синдрома. Все женщины с ИТП должны находиться под совместным наблюдением у гематолога и гинеколога, а перед родами - у акушера и анестезиолога. В процессе наблюдения на первый план выходит акушерский статус, затем состояние беременной - геморрагический синдром, количество тромбоцитов. Частота динамического наблюдения беременной с тромбоцитопенией определяется клинко-гематологическим состоянием пациентки и возрастает со сроком беременности. При ИТП в I и II триместрах беременности периодичность наблюдения у гинеколога и мониторинг показателей крови - 1 раз в месяц, после 28 нед - 1 раз в 2 нед, а после 36 нед беременности еженедельно. В случае беременности у женщин с ИТП в состоянии ремиссии или клинко-гематологической компенсации следует проводить только динамическое наблюдение. Женщинам с тяжелой, резистентной формой ИТП необходимо лечение до беременности и планирование ее наступления на период ремиссии или клинко-гематологической компенсации.

#### ВЫВОД:

Таким образом: больным с ИТП с обильным маточным кровотечением при неэффективности консервативной терапии в течение 3-4 дней показана операция спленэктомия в экстренном порядке, а также больным ИТП с внутричерепным кровоизлиянием с выраженным геморрагическим синдромом. При откладывании операции, заболевание приводит к летальному исходу.

Во время беременности спленэктомия может быть произведена в любом сроке, однако, предпочтительнее осуществить ее в I триместре беременности или после родов, так как операция сопровождается высокой частотой преждевременных родов и гибелью плода.

Досрочные родоразрешение путем кесарева сечения показано при нарастании симптомов геморрагического диатеза, анемизации и ухудшении общего состояния беременной, а также одновременно следует произвести спленэктомию. Это является профилактикой материнской смертности и инвалидизации женщин. Беременность, осложненная наличием ИТП у матери, всегда представляет вызов для акушера-гинеколога, поэтому на ранних сроках беременности такая пациентка должна быть обследована в лечебном учреждении высшего уровня аккредитации.

#### ВЫВОД:

Четкое следование алгоритму клинической и лабораторной диагностики, эффективное консультирование специалистов способствует достижению позитивного исхода беременности и рождению детей без перинатальных осложнений.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Алтыбаев У. А. Выявление, методы лечения, диспансеризация и реабилитация больных тромбоцитопенической пурпурой: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 1984.
2. Andersen J.C., Response of resistant idiopathic thrombocytopenic purpura to pulsed high-dose dexamethasone therapy. *N Engl J Med.*, 1994; 30(22): 1560-4
3. Баркаган З. С. Геморрагические заболевания и синдромы. - М., 1988.
4. Boyle S., White R.H., Brunson A., Wun T. Splenectomy and the incidence of venous thromboembolism and sepsis in patients with immune thrombocytopenia. *Blood.* 2013; 121(23):4782--90. doi: 10.1182/blood-2012-12-467068.
5. Васильев С.А., Виноградов В.Л., Мазуров А.В., Маркова М.Л. Тромбоцитопении. Акушерство, гинекология и репродукция. 2014; № 2: с.112-125.
6. Gernsheimer T, James AH, Stasi R. How I treat thrombocytopenia in pregnancy. *Blood.* 2013 Jan 3; 121(1):38-47. doi: 10.1182/blood-2012-08-448944.
7. Ghanima W., Godeau B., Cines D.B., Bussel J.B. How I treat immune thrombocytopenia: the choice between splenectomy or a medical therapy as a second-line treatment. *Blood.* 2012; 120(5): 960--9. doi: 10.1182/blood-2011-12-309153.
8. Жанабаева С.У., Отарбаева Ш.Н. и др. Идиопатическая тромбоцитопения у беременных // Молодой ученый. - 2019. - №14. - С. 39-41.
9. Sukenik-Halevy R1, Ellis MH, Fejgin MD. Management of immune thrombocytopenic purpura in pregnancy. *Obstet Gynecol Surv.* 2008 Mar; 63(3):182-8. doi: 10.1097/OGX.0b013e318164013c.
10. Kuhne Thomas. Immune Thrombocytopenia (ITP)/ Thomas Kuhne.-2nd edition – Bremen: UNI-MED, 2012 (INU-MED CSIENCE) – КНИГА
11. Ковалева Л.Г., Сафонова Т.И., Пустовая Е.И., Колосова Е.Н., Рядненко А.А. Клинико-статистические данные и оценка различных методов терапии идиопатической тромбоцитопенической пурпуры. *Терапевтический архив*, 2011; 4: 60-65.
12. Климанский В.А., Шавлохов В.С. Спленэктомия торакальным доступом у гематологических больных // *Хирургия.* – 1993. – т. 37, № 2. – С. 42-47.
13. Melikyan A.L., Pustovaya E.I., Volodicheva E.M., Kolosheina T.I., Kalinina M.V., Zotina E.N., et al. Incidence of Primary Immune Thrombocytopenia (ITP) in adults in one region of Russia. *Blood.* 2016; 128(22): abstract 4941; 11.841.
14. Neunert C., Wendy Lim, Mark Crowther, Alan Cohen, Lawrence Solberg, Jrand Mark A. Crowther. The American Society of Hematology 2011 evidencebased practice guideline for immune thrombocytopenia. *Blood* 2011, 117:4190-4207.
15. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / Под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.
16. Радзинский В.Е., Оразмурадов А.А., Милованов А.П. Ранние сроки беременности / Под ред. В.Е. Радзинского. – М.: МИА, 2005.
17. Радзинский В.Е., Ельцов-Стрелков В.И., Ордианц И.М. Руководство к практическим занятиям по акушерству / Под ред. В.Е. Радзинского – М.: МИА, 2005.
18. Радзинский В.Е. Экстраэмбриональные и околоплодные структуры при нормальной и осложненной беременности: Монография / Под ред. В.Е. Радзинского. – М.: МИА, 2004.
19. Сидорова И.С. Руководство по акушерству / И.С. Сидорова, В.И. Кулаков, И.О. Макаров. – М.: Медицина, 2006.
20. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / М.М. Шехтман. – М.: Триада-Х, 2005.
21. Шехтман М. М. Руководство по экстрагенитальной патологии. - М., 1999. - С.435 - 514.