Ilmiy tadqiqotlar va ularning yechimlari jurnali
Aoka guvohnoma № 323759 ISSN: 3060-4818

HOMILADORLIK DAVRIDA IMMUN TROMBOTSITOPENIYA (ITP) YUZAGA KELISHI , HOMILADORLIKNI OLIB BORISH VA TUG'RUQ UCHUN OPTIMAL YO'LNI TANLASH

Ergashev Bobir Bahodirovich

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston, Buxoro sh. A. Navoiy kochasi 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

Email: bobire355@gmail.com ORCID: https://Orcid.org/0009-0005-2727-1040

Rezyume : Immun trombotsitopeniya (ITP) tashxisini istalgan vaqtda qabul qilish juda qiyin va xavfli bo'lishi mumkin. Bu, ayniqsa, homiladorlik paytida hissiyotlar kuchayganda va homiladorlikning jismoniy talablariga doimiy ravishda moslashish mavjud bo'lganda to'g'ri keladi. Homiladorlik paytida ITPning yangi yoki qayta tashxisi qo'shimcha stressga olib kelishi mumkin, bu ITP umumiy salomatlik, homiladorlik va rivojlanayotgan chaqaloqning sog'lig'iga qanday ta'sir qilishi haqida chuqur muhokamalar ketmoqda.

Epidemiologiyasi :

ITP homiladorlikda taxminan har 1000-10.000 tadan 1 holda tashxis qilinadi va homiladorlik bilan bog'liq trombotsitopeniyaning barcha holatlarining 4-5% ni tashkil qiladi. ITP homiladorlikning istalgan vaqtida namoyon bo'lishi mumkin bo'lsa-da, bu birinchi trimestrda trombotsitopeniyaning eng keng tarqalgan tashxisi. Homiladorlik trombotsitopeniyasi odatda homiladorlikda ancha kechroq namoyon bo'ladi va trombotsitlar soni odatda 70 000 dan yuqori. Homiladorlikdagi ITP odatda trombotsitlar soni 70 000-80 000 dan pastrokk bilan namoyon bo'ladi. Bundan tashqari, ilgari ITP bo'lgan shaxslarda ham keng tarqalgan. Homiladorlikda ITP tashxisi trombotsitopeniyaning boshqa mumkin bo'lgan sabablarini batafsil fizik tekshiruv va anamnez orqali chiqarib tashlash, hozirgi va o'tmishdagi homiladorlikning to'liq prenatal tarixini olish va qon bilan ishlash orqali amalga oshiriladi. Trombotsitlar sonining ozgina pasayishi har qanday homiladorlikda normaldir, chunki qon hajmi kengayadi. Trombotsitlar odatda o'rtacha homilador ayolda 10% ga tushadi va odatda trombotsitopeniyaga olib kelmaydi.

ITP bo'lgan ayollarda homiladorlik qarshi ko'rsatma emas. Agar sizda ITP bo'lsa, homiladorlikdan saqlanishingiz yoki to'xtatishingiz yoki abort qilish xavfi ortishi haqida tashvishlanishingiz shart emas.

ITP bilan kasallangan homilador ayollarning taxminan 1/3 qismi davolanishni talab qiladi. Rivojlanayotgan chaqaloqqa ta'sir qilishi mumkin bo'lgan ITPni davolash uchun ishlatiladigan ba'zi dorilar mavjud. ITP bilan kasallangan homilador ayollar uchun davolanish homiladorlik uchun kontrendikativ emasligini ta'minlash uchun gematolog bilan hozirgi dori-darmonlarni muhokama qilish muhimdir. Homiladorlik davrida ITPni boshqarish trombotsitopeniyaning og'irligiga bog'liq. Agar qon ketish bilan bog'liq muammolar bo'lmasa, trombotsitlar sonini 20,000-30,000 o'rtasida bo'lish yaxshi bo'lishi mumkin, ammo trombotsitlar sonini spinal anesteziya uchun kamida 50,000-70,000 va epidural uchun kamida 70,000 gacha oshirish tavsiya etiladi. Vaginal tug'ruq 30.000 trombotsitlar bilan xavfsiz amalga oshirilishi mumkin bo'lsa-da,ko'p akusher – ginekologlar kesar kesish amaliyoti uchun 50.000 dan yuqori trombotsitlar bo'lishi kerak deb hisoblaydilar . ITP bilan ayollarda tug'ruqni olib boorish tartibi faqat akusherlik ko'rsatmalariga asoslangan bo'lishi kerak. Vaginal tug'ruq chaqaloq uchun xavfsizdir.

Klinik gematologik remissiya fonida homiladorlikning boshlanishi qulay. Homiladorlik paytida akusherlik asoratlarining chastotasi ITPning kuchayishi fonida homiladorlikning boshlanishi bilan, kasallikning doimiy takrorlanadigan kursi bilan, keng tarqalgan gemorragik namoyishlar va trombotsitopeniya bilan <30 ming/mkl, terapiyaga chidamli yoki splenektomiyadan ko'p o'tmay (6

oydan kam) yuqori bo'ladi. Homiladorlikning o'zi ham ITP kursiga ta'sir qiladi. Bir qator tadqiqotchilar bemorlarning 30 foizida ITP homiladorlik fonida kuchayadi va ko'pincha jarayonning faollashishi birinchi va ikkinchi trimestrlarda, kamroq tug'ruqdan keyin sodir bo'ladi, deb hisoblashgan [26]. Agar kontseptsiya paytida ITP kuchaygan bo'lsa , kasallikning kuchayishi xavfi 45% gacha ko'tariladi. Aksincha, klinik-gematologik remissiya fonida yuzaga kelgan homiladorlik paytida kasallikning kuchayishi bemorlarning atigi 12 foizida kuzatiladi [22]. Homiladorlikning boshlanishidan kamida 6 oy oldin o'tkazilgan splenektomiya kasallikning prognozini sezilarli darajada yaxshilaydi.

ITP bilan homiladorlik, tug'ish va tug'ruqdan keyingi davrning ko'plab masalalari munozarali va hal qilinmagan. 1994 yilda Amerika gematologiya jamiyati 42 ITP diagnostikasi va davolash choralari to'g'risidagi e'lon qilingan ma'lumotlarni tahlil qilish va ITP diagnostikasi va davolash bo'yicha ilmiy asoslangan klinik ko'rsatmalarni ishlab chiqish uchun ekspert komissiyasi. O'sha paytda ITP nashrlari orasida ishonchli yuqori sifatli natijalarga ega bo'lgan juda kam ish borligi aniq bo'ldi, buning asosida ilmiy asoslangan tavsiyalar taklif qilinishi mumkin edi. Homiladorlik va tug'ilishni boshqarish bo'yicha mavjud tavsiyalar klinik tajriba va mutaxassislarning konsensus qarorlariga asoslangan (dalillar darajasi)[25]. Keyin komissiya mutaxassislarning fikriga murojaat qilishga va vaqtinchalik klinik tavsiyalarni ishlab chiqishga qaror qildi. Komissiya a'zolari anketalarni to'ldirishdi, unda to'qqiz balli shkala bo'yicha turli xil klinik vaziyatlarda diagnostika yoki terapevtik tadbirlarni o'tkazish zarurati yoki maqsadga muvofiqligi baholandi (ularning bir necha yuztasi taklif qilingan). Tavsiya etilgan tavsiyalar komissiya a'zolarining shaxsiy fikriga asoslanadi, chunki u yoki bu usulning samaradorligi to'g'risidagi ma'lumotlar ilmiy asoslangan tavsiyalarni ishlab chiqish uchun yetarli emas edi.

Mavjud sharoitlarni hisobga olgan holda, bunday bemorlarni boshqarish bo'yicha kelishuv mavjud emas [16,20] va ITP bilan og'rigan homilador ayollarni davolash jiddiy muammo hisoblanadi. Umuman olganda, ko'pchilik olimlarning fikriga ko'ra, ITP bilan homiladorlikni boshqarish murakkab vazifa bo'lib, akusher va gematolog o'rtasida yaqin hamkorlikni talab qiladi. ITP bilan kasallangan homilador ayollar ehtiyotkorlik bilan nazoratni talab qiladilar va har oyda birinchi va ikkinchi trimestrda, 28 haftadan keyin har 2 haftada va 36 haftadan keyin har hafta tekshirilishi kerak. Muntazam akusherlik tekshiruvida qon bosimi, vazni, siydikdagi oqsil miqdori va trombotsitlar soniga alohida e'tibor berilishi kerak.

Homiladorlik paytida ITPni davolash homiladorlikdan tashqari taktikadan sezilarli darajada farq qilmasa ham, ba'zi farqlar mavjud. Ma'lumki, homiladorlik paytida ITP terapiyasi glyukokortikosteroid terapiyasi (GCS), immunoglobulinlar, splenektomiyadan foydalanishga asoslangan. Plazmaferez, trombopoetik dorilar (Eltrombopag yoki Romiplostime), shuningdek sitostatiklar va immunosupressantlardan foydalanish haqida xabarlar mavjud. Xavfsizlikning ishonchli dalillari yo'qligi sababli, ko'pchilik tadqiqotchilar homiladorlik paytida sitostatiklar va immunosupressantlarni buyurishdan saqlanishni tavsiya qiladilar. Homiladorlik paytida trombopoetik dorilarni qo'llash tajribasi ahamiyatli emas, ushbu tadqiqotlar C toifasiga kiradi [23]. Terapiyani tayinlash zarurati masalasini hal qilish trombotsitlar darajasiga ham, gemorragik sindromning mavjudligiga ham bog'liq. Amerika gematologiya jamiyati (ASH) va Britaniya gematologiya standartlari qo'mitasi (BCSH) tamoyillariga asoslanib, og'ir trombotsitopeniya va/yoki qon ketish bilan bog'liq trombotsitopeniya uchun etarli terapiya o'tkazilishi kerak. Homiladorlikning keyingi bosqichlarida homilador ayollarni tug'ilishga tayyorlash uchun yanada intensiv davolash taktikasi tavsiya etiladi, bu ko'pincha peridural behushlik bilan birga keladi. Trombotsitlar soni har qanday homiladorlik davrida 10,000/C1 dan past bo'lsa yoki ikkinchi yoki uchinchi trimestrda 30,000/C1 dan past bo'lsa yoki qon ketganda terapiya qilish tavsiya etiladi [18]. Trombotsitlar soni <30,000/C1 bo'lgan bemorlarni davolash bo'yicha kelishuv mavjud emas, ammo birinchi trimestrda qon ketmasdan, homiladorlik paytida GCS terapiyasidan qochish istagini aks ettiradi [16, 24].

Samaradorligi va arzonligi tufayli ko'plab tadqiqotchilar kortikosteroidlarni homiladorlik paytida ITPNI davolash uchun birinchi darajali dorilar deb hisoblashgan [20]. Ha birinchi marta 50-yillarda ITPNI davolash uchun ishlatilgan, ijobiy ta'sir qayd etilgan (Damcshek W. el al.,1958). Homiladorlik paytida GCS terapiyasining samaradorligi taxminan 60% ni tashkil qiladi [8] va quyidagi mezonlarga muvofiq baholanadi: to'liq birlamchi javob (trombotsitlar darajasi 100,0 x109/l dan past emas) va qisman birlamchi javob (trombotsitlar darajasi 50,0 x109/l dan yuqori). Shu bilan birga, bemorlarning atigi 15-25 foizida GCS dan foydalanish natijasida to'liq klinik-gematologik remissiyaga erishish mumkin [23].

ITPda fuqarolik kodeksining ta'sir qilish mexanizmi hali to'liq aniq emas. GKSni qabul qilish fonida kapillyarlarning mo'rtligi pasayishi, purpura yo'qolishi va trombotsitlar darajasining ko'tarilishi qayd etildi. Buning sababi shundaki, trombotsitopeniya sharoitida kapillyar endoteliyning taxminan yarmi yupqalashishi kuzatiladi, bu prednizolonni qabul qilish fonida o'rtacha 4-5 kundan keyin, xuddi shu darajada trombotsitopeniya bilan qaytadi. Ha Antikor sezgir trombotsitlarining fagotsitozini kamaytiradi [3] trombopoez depressiyasini keltirib chiqaradigan mexanizmlarni neytrallashtiradi, endoteliyning o'tkazuvchanligini va shikastlanishini kamaytiradi va immunosupressiv ta'sirga ega. Bundan tashqari, GCS trombotsitlarning fiziologik funktsiyalarini yaxshilaydi [18]. GKSni tayinlashda tanlangan dorilar 43 homiladorlik vaqti bor prednizon va metipred, ularning fetoplasental to'siq orqali kirib borish qobiliyati nisbatan pastligini va yon ta'sirining kamligini hisobga olgan holda [8]. Bundan farqli o'laroq, uzoq muddatli GCS (deksametazon, betametazon) fetoplasental to'siq orqali buzilmasdan kirib boradi, shuning uchun ulardan foydalanish cheklangan bo'lishi kerak [12]. Tadqiqotchilarning terapiya maqsadi haqidagi qarashlari turlicha. Ba'zi mualliflarning fikriga ko'ra, ITPNI davolash to'liq remissiyaga erishish va saqlashga qaratilgan [21]. Boshqalar esa terapiya trombotsitlarning xavfsiz darajasiga erishish va saqlashga qaratilgan bo'lishi kerak deb hisoblashadi. Biroq, bir qator olimlar trombotsitlar darajasi kamida 50x109/l [15] xavfsiz deb hisoblashgan, boshqa tadqiqotchilarning fikriga ko'ra, bu parametr kamida 70x109/l bo'lishi kerak [10, 17].

Adabiyotda [19] onalari homiladorlik paytida GCS olgan yangi tug'ilgan chaqaloqlarda buyrak usti etishmovchiligi rivojlanishi haqida ma'lumotlar mavjud. Biroq, ko'pgina kuzatuvlarda [11] va maxsus o'tkazilgan tadqiqotlarda ona tomonidan qabul qilingan GKSNING yangi tug'ilgan chaqaloqlarda buyrak usti korteksining glyukokortikoid funktsiyasini shakllantirishga ta'siri yo'qligi ko'rsatilgan. Homilaga salbiy ta'sirlarning yo'qligi, shu jumladan yangi tug'ilgan chaqaloqlarda buyrak usti korteksining funktsiyasini shakllantirish, bu mualliflar platsenta va homila ferment tizimlarida steroidlarning inaktivatsiyasini ta'minlaydigan intrauterin himoya mexanizmlarining mavjudligi bilan izohlashadi [8].

GCS terapiyasining dozalari va davomiyligi to'g'risida kelishuv mavjud emas. Ko'pgina mualliflarning fikriga ko'ra, prednizolonning o'rtacha terapevtik dozasi kuniga 1 mg/kg ni tashkil qiladi (homiladorlikdan oldingi vaznni hisobga olgan holda), uning dozasi terapiyaga javob olgandan keyin kamayadi [20]. Shu bilan birga, trombotsitlar darajasi 2-3 hafta ichida ko'tariladi va trombotsitlarga qarshi antikorlar kamayadi [13], bu terapiyaga qoniqarli javob [22]. Ba'zi tadqiqotchilar ta'sir bo'lmaganda preparatning dozasini ikki baravar oshirishni tavsiya qilishdi [17].

Terapiyaning davomiyligi to'g'risida kelishuv mavjud emas. Aksariyat gematologlar kamida 4-6 hafta davomida zarur terapiya deb hisoblashgan [27], boshqalari esa trombotsitlar etarli darajaga etganidan keyin prednizolon dozasini kamaytirish taktikasiga rioya qilishadi [10], preparatning parvarishlash dozalariga o'tish bilan kuniga 10-15 mg [25]. Preparatning toksikligini hisobga olgan holda, terapiya ko'rsatiladigan, ammo juda zarur bo'lmagan vaziyatda kuniga 20-30 mg past terapevtik dozalarni qo'llash imkoniyati ko'rib chiqildi. Glyukokortikoid terapiyasining samaradorligi 50 dan 75% gacha. Barqaror remissiya darajasi nisbatan kichik va 5-30% ga etadi [4]. Davolash to'xtatilgandan

keyin kasallikning qaytalanishi bemorlarning 50% -60% da rivojlanadi [7]. ITP uchun birinchi darajali dori sifatida muqobil variant taklif qilindi - vena ichiga yuboriladigan immunoglobulin (VVIT), ayniqsa uzoq muddatli terapiya talab etilmasligi mumkin bo'lgan holatlarda (Gill CC, 2000). Itpda tomir ichiga yuboriladigan immunoglobulinlarning ta'sir qilish mexanizmi, birinchi navbatda, trombotsitlarga qarshi antikorlarni zararsizlantirish, fagotsitozni kuchaytirish orqali hosil bo'lgan immunitet komplekslarini tezda yo'q qilish, shuningdek, ortiqcha faollashtirilgan komplement omillarini ushlash bilan bog'liq [11,17]. Bundan tashqari, Ig fagotsitlardagi ma'lum Fc retseptorlarini bloklaydi va shu bilan retikulo - endotelial tizim (res) hujayralari tomonidan otoantikorlar bilan to'ldirilgan trombotsitlarning yo'q qilinishiga to'sqinlik qiladi [19].

Ko'pgina tadqiqotchilar tana vazniga 1,0 g/kg dozada 2 kunlik BBIg in'ektsiyasidan foydalanishni tavsiya etadilar, bu trombotsitlar sonining tez ko'payishi zarur bo'lgan favqulodda vaziyatlarda, xususan, operatsiyadan oldin tavsiya etiladi. Preparatning samaradorligi va bardoshliligida 5 kunlik terapiya bilan solishtirganda farqlar aniqlanmagan [9]. 44 Shu bilan birga, adabiyotda gemodializ yordamida to'xtatilishi kerak bo'lgan buyrak kasalligidan aziyat chekmagan ITP bilan og'rigan bemorlarda preparatning yuqori /dozali terapiyasi fonida o'tkir buyrak etishmovchiligining rivojlanishi haqida xabarlar mavjud. Shuning uchun ig ning yuqori dozalarini buyurishda buyrak faoliyatini nazorat qilish kerak. Bundan tashqari, yaqinda tomir ichiga yuborilgan immunoglobulin preparatining gemoliz shaklida yon ta'siri aniqlandi.

Shuningdek, ko'pchilik tadqiqotchilar immunoglobulinning yuqori dozalarining terapevtik ta'sirining qisqa davomiyligini, trombotsitopeniyaning tiklanishi 2-4 hafta ichida kuzatiladi [25]. Ba'zi tadqiqotchilar VVIT trombotsitlar darajasi 20,0 ming/mkl dan past bo'lgan va qon ketish tendentsiyasining oshishi bilan og'ir trombotsitopepiyaning davomiyligini sezilarli darajada kamaytirishi mumkinligini ko'rsatdi [19]. VVIT terapiyasining samaradorligi 80-85% ni tashkil qiladi. So'nggi paytlarda Rh-musbat ITP bemorlarida tomir ichiga yuborish uchun anti - RH immunoglobulinini qo'llash samaradorligi haqida xabarlar paydo bo'la boshladi. Ko'p markazli tadqiqot natijalariga ko'ra immunoglobulin anti-d dozasi 2075 mkg/kg ni tashkil qiladi. Davolash samaradorligi 88% ni tashkil etdi. Anti-D immunoglobulinini buyurishning kontrendikatsiyasi bemorning Rh-salbiy qoni, splenektomiya tarixi va plazma tarkibiy qismlariga yuqori sezuvchanlikdir. Bundan tashqari, anemiya bilan og'rigan bemorlarda immunoglobulin anti-d dozasini kamaytirish kerak, chunki anemiyaning og'irligi kuchayishi mumkin.

GCS va BBIg terapiyasiga javob bo'lmasa, splenektomiyani ko'rib chiqish mumkin. Agar kerak bo'lsa, splenektomiya ikkinchi trimestrda amalga oshiriladi, chunki erta operatsiya abortga olib kelishi mumkin va uchinchi trimestrda texnik qiyinchiliklar bilan birga keladi, chunki homilador bachadon jarrohlik yo'li bilan kirishga to'sqinlik qiladi [5,21].

Homiladorlik paytida Laparoskopik splenektomiya afzalroqdir [23]. Homilador ayollarning 75 foizi splenektomiyadan so'ng remissiyaga erishgan [3,16]. Mavjud adabiy ma'lumotlarni umumlashtirib, xulosa qilish kerakki, ishonchli tadqiqotlar yo'qligiga va tadqiqotchilarning ushbu muammoga yagona nuqtai nazariga qaramay, hozirgi vaqtda ITP bilan homiladorlikni boshqarishda ASH va BCSH tomonidan tavsiya etilgan printsiplarga amal qilish kerak. ITP va trombotsitlar soni >50k/mkl bo'lgan homilador ayollar odatda davolanishga muhtoj emaslar; ularga glyukokortikoidlar yoki immunoglobulinni boshlang'ich terapiya sifatida kiritish kerak emas. Agar homiladorlikning I yoki II trimestrida trombotsitlar soni 30-50 ming/mkl bo'lsa, bu dorilar ham buyurilmasligi kerak. Davolash trombotsitlar soni <10 ming/mkl bo'lgan barcha homilador ayollarga, shuningdek homiladorlikning II yoki III trimestrida 10-30 ming/mkl ga teng bo'lgan yoki qon ketishi bo'lganlarga ko'rsatiladi. Homiladorlikning III trimestrida trombotsitlar soni <10 ming/mkl bo'lsa yoki u 10-30 ming/mkl bo'lsa va qon ketsa, immunoglobulinni kiritish uchun boshlang'ich terapiya sifatida buyurish tavsiya etiladi.

Agar homilador ayolda glyukokortikoidlar yoki immunoglobulin bilan davolanishga qaramay, trombotsitlar soni <10 ming/mkl bo'lib qolsa va qon ketish davom etsa, homiladorlikning II trimestrida splenektomiya qilish mumkin. Trombotsitlar soni >10 ming/mkl bo'lgan ITPning klinik belgilari bo'lmagan homilador ayollar uchun splenektomiya o'tkazilmasligi kerak. ITP bilan og'rigan bemorlarda eng katta xavf tug'ilish va tug'ruqdan keyingi erta davrdir [24]. Prednizolonni qo'llashdan oldin onaning ham, homilaning ham o'limi juda katta edi. Ona uchun eng katta xavf - bu to'xtamaydigan qon ketish. Shuni ta'kidlash kerakki, tug'ilish kanalining yumshoq to'qimalarining yorilishidan qon ketish ba'zida bachadondan qon ketishdan ko'ra ko'proq muammo tug'diradi [25].

Trombotsitlar darajasi masalasi munozarali bo'lib qolmoqda, unda peridural behushlik mumkin va bunda fiziologik tug'ilishda ham, sezaryen bilan ham qon ketish minimal bo'ladi. Amerika gematologiya jamiyati ASH, trombotsitlar soni 50,000/C1 qin va sezaryen bilan tug'ilish uchun etarli deb hisoblaydi. Bcsh tamoyillariga ko'ra, peridural behushlik va sezaryen uchun trombotsitlar soni 80,000/p1 ga teng bo'lishi kerak. Ushbu mezonlar retrospektiv ko'rib chiqishga asoslangan bo'lib, unda ITP bilan kasallangan 30 bemorda va trombotsitlar soni 69,000-98,000/C1 orasida nevrologik asoratlarsiz peridural behushlik muvaffaqiyatli amalga oshirildi [27]. Shunday qilib, ishonchli randomizatsiyalangan ma'lumotlar mavjud bo'lmasa-da, ko'pchilik mutaxassislar 70,000/P1 diapazonidagi trombotsitlar sonini etarli deb hisoblashadi 45 peridural behushlik va vaginal tug'ilish va sezaryen bilan tug'ilish. Ko'pgina tadqiqotchilar ITP bilan og'rigan bemorlarni etkazib berishda qon ketish xavfini tan olishlariga qaramay, ushbu muammoga bag'ishlangan ishlar juda kam, ammo profilaktika usullari, uni amalga oshirish usullari va trombotsitlarning kritik darajasi to'g'risida yagona nuqtai nazar mavjud emas.zarur.

Adabiyotlar ro'yxati

1. Arifjonov Sh. X.va boshqalar. trombotsitopenik purpuraning Somatonevrologik asoratlari //Favqulodda tibbiyot Byulleteni. 2013. №. 2.
2. Garib F. yu. va boshqalar. immunitetga bog'liq kasalliklar. Toshkent shahri. 1996.
3. Zokirov I. I., Safina A. I. yangi tug'ilgan chaqaloqlarning Trombotsitopeniyasi / / zamonaviy klinik tibbiyot Byulleteni. – 2013. - Jild 6. – №. 6.
4. Davlatov S. S. va boshq. jarrohlik amaliyotida Gemokorrektsiyaning ekstrakorporeal usullari (matn): monografiya / S. S. Davlatov, Sh.S. Qosimov, Z. B. Qurboniyazov – Toshkent: iptd "O'zbekiston", 2018. 160 s.
5. N. K. Do'stova Preeklampsiyaning og'irligiga qarab homiladorlikning xususiyatlari va uning natijasi //biologiya va tibbiyot muammolari. – 2012. - Jild 1. 129-sahifa.
6. Qon kasalliklari bo'lgan bemorlarda homiladorlik va tug'ish tajribasi / / ginekologiya, akusherlik va perinatologiya masalalari. – 2006. - Jild 5. – №. 1. 88-91 betlar.
7. Nasirova Z. A., Ahmedova A. T. sezaryen paytida intrauterin kontratseptsiyadan foydalanishning kamchiliklari va afzalliklari //shifokorning xabarnomasi. – 2017. 26-sahifa.
8. Negmatullayeva M. N., Do'stova N. K. siydik kislotasi-preeklampsi rivojlanishining belgisi / / biologiya va tibbiyot muammolari. – 2012. - Jild 1. 26-sahifa.
9. Masharipova I. yu., Rahmanova U. U. Janubiy Orolbo'yi chaqiriluvchilarida idiopatik trombotsitopenik purpura (ITP), gemostaz va immunologik mexanizmlarning xususiyatlarini o'rganish //yosh tibbiyot olimlari. – 2017. 171-sahifa.

10. Matkarimova D. S., Rahmanova U. U., Xalmatova N. M. qo'ng'iroq oldidan idyopatik trombotsitopenik purpuraning asosiy patogenetik mexanizmlarining xususiyatlarini o'rganish / / biologiya va tibbiyot muammolari kitobi. – 2012. - Jild 2. – №. 2.
11. Mardonova Z., Kosimova N. I. tibbiy abortni tahlil qilish / / biologiya va tibbiyot muammolari. – 2012. - Jild 1. 68-sahifa.
12. Petruxin V. A. va boshq. homilador ayollarda trombositopeniya / / akusher-ginekologning Rossiya gazetasi. – 2011. - Jild 11. – №. 2. 20-26 betlar.
13. Sarkisova L. V. erta tug'ilishda platsentalarning morfologik xususiyatlari / / biologiya va tibbiyot muammolari. – 2012. - Jild 1. 166-sahifa.
14. Hamdamov I. B., Hamidova N. R. preklimakterik yoshdagi ayollarda kontratseptsiya / / biologiya va tibbiyot muammolari. – 2012. - Jild 1. 138-sahifa.
15. Tuaeva A. O. kattalardagi idiopatik trombotsitopenik purpurani davolash / / Annu. Rev. Med. – 2005. - Jild 56. 425-42 betlar.
16. Tyutyunnik V. L. va boshqalar. Refrakter trombotsitopeniya bilan homilador ayollarni boshqarish tajribasi / / akusherlik va ginekologiya: Yangiliklar. Fikrlar. O'qitish. – 2017. – №. 2 (16).
17. Xodjaeva Z. K., Ruzmetova Sh. D. homilador ayollarda idiopatik trombotsitopenik purpura. homiladorlik va tug'ilishni boshqarishning zamonaviy standartlari / / zamonaviy tibbiy tadqiqotlar. – 2018. 14-18 betlar.
18. Tsxay V. B., Grebennikova E. K. homilador ayollarda idiopatik trombotsitopenik purpura. Akusherlik va perinatal xavflar / / akusherlik, ginekologiya va ko'payish. – 2015. - Jild 9. – №. 2.