

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O'RTA MAXSUS TA'LIM
VAZIRLIGI
O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
ANDIJON DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI**

Mamasaliyev Ne'matjon Soliyevich, Alimdjanov Ibrohim Inomovich

**GEMOBLASTOZLAR VA XOMILADORLIK:
ZAMONAVIY TERAPEVTIK VA AKUSHERLIK
YONDOSHUVLAR**

O'QUV USLUBIY QO'LLANMA

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O'RTA MAXSUS TA'LIM
VAZIRLIGI
O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
ANDIJON DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI**

«TASDIQLAYMAN»

ADTI o'quv ishlari bo'yicha prorektor

_____ I.I.Alimdjanov

«_____» _____ 2017 yil

№ _____ bayonnoma

«KELISHILDI»

Terapiya fanlari bo'yicha

muammolar xay'ati raisi

_____ R.N.Yuldashev

«_____» _____ 2017 yil

№ _____ bayonnoma

**GEMOBLASTOZLAR VA XOMILADORLIK:
ZAMONAVIY TERAPEVTIK VA AKUSHERLIK
YONDOSHUVLAR**

Tuzuvchi:

Mamasoliev N.S.	t.f.d., professor, AndDavTI VMO va QT fakul'teti terapiya, kardiologiya va gastroenterologiya kafedrası mudiri.,
Alimdjanov I.I.	t.f.d., professor, AndDavTI o'quv ishlari prorektori.,
Sayitjonov L.S.	VMO va QT fakul'teti terapiya, kardiologiya va gastroenterologiya kafedrası dotsenti,
Nazirova Z.A.	VMO va QT fakul'teti terapiya, kardiologiya va gastroenterologiya kafedrası assistenti,
Usmonov B.U.	VMO va QT fakul'teti terapiya, kardiologiya va gastroenterologiya kafedrası assistenti.

Retsenzentlar:

Saloxidinov Z.S.	t.f.d., ADTI 2-UASHT kafedrası professori.
Mirsaydullaev M.M.	t.f.d., RSHTYoIMAF terapiya bo'limi boshlig'i.

O'quv-uslubiy qo'llanma ADTIMarkaziy uslubiy xay'atida ko'rib chiqildi va ma'qullandi.

“ _____ ” _____ 2017 y. Bayonnoma № _____

O'quv-uslubiy qo'llanma ADTI ilmiy kengashi tomonidan tasdiqlandi.

“ _____ ” _____ 2017 y. Bayonnoma № _____

Ilmiy kengash kotibi, dotsent

X.A.Xusanova

Tuzuvchi mualliflar

Mamasoliyev Ne'matjon Soliyevich- t.f.d., professor, AndDavTI VMO va QT fakulteti terapiya, kardiologiya, gastroenterologiya kafedrası mudiri.,

Alimdjanov Ibroxim Inomovich- t.f.d., professor, AndDavTI o'quv ishlari prorektori.,/

Saitjonov L.S.- VMO va QT fakulteti terapiya, kardiologiya, gastroenterologiya kafedrası dotsenti.

Nazirova Z.A.- VMO va QT fakulteti terapiya, kardiologiya, gastroenterologiya kafedrası assistent.

Usmonov B.U.- VMO va QT fakulteti terapiya, kardiologiya, gastroenterologiya kafedrası assistent.

Resenzentlar

1.Saloxidinov Z.S. - t.f.d., ADTI 2-UASHT kafedrası professori.

2.Mirsaydullayev M.M.- t.f.d., RSHTYOIMAF terapiya bloki raxbari.

O'quv-uslubiy qo'llanma ADTI ilmiy kengashi tomonidan tasdiqlandi.

“ _____ ” 2017 y. Bayonnoma № _____

Ilmiy kengash kotibi, dotsent _____ X.A.Xusanova

**Gemoblastozlarni xomiladorlik davrida aksariyat uchraydigan turlarini
xalqaro miqyosida tan olingan tavsiflari.**

.....Bemor ayol 21 yoshda, 12 xaftalik xomiladorlik, blastli kriz bilan o'tgan o'tkir tabaqalashmagan miyeloblastli leykoz bilan kuzatuvimizda bo'lgan, kasbi xamshira. Biz ushbu endigina xayot yo'lini boshlagan, onalik baxtiga musharraf bo'layotganidan dunyoga sig'may quvonchga to'lib yurgan bir paytda birgina xato bilan ayolni bevaqt vafot etishiga olib kelgan va bundan tashqari, biz shifokorlarni doimo xushyorlikka undovchi voqeani, gemoblastozlarning naqadar beparvolikda va zamonamizga xos sinchkovlik yetishmaganda fojiaiy tus olib shiddatlanishi xomiladorlik fonida mumkinligini isbotlovchi klinik vaziyat sifatida keltirib o'tamiz.

Voqea Andijonda bo'lib o'tgan. Yangi kelinchak bo'lib tushgan xonadonda erta-yu kech tinmay o'zbekona kelinlik vazifasini o'tab yurgan bu sog'lom qizda birdaniga tez-tez charchab qolish, subrfebril isitmalash va bexollanish alomatlari paydo bo'ladi. O'zbilarmonlik bilan qilingan dori-darmonlardan (analgin, antibiotiklar tabletkalari sezilarli naf bo'lmaydi, bir necha xafta ushbu xolat cho'zilib davom etaveradi, kelinlik vazifalarini ado etish qiyinlashib qoladi. Yuqori nafas yo'llari infeksiyasi va ikkilamchi zotiljam kasalligi bilan viloyat shifoxonasining pulmonologiya bo'limiga yotqaziladi. 14-kunlar chamasi davolanadi (ko'plab antibiotiklar uzluksiz olinadi, qo'shimcha infuzion terapiyadan xam keng qo'llaniladi. Shu davrda, yuqori nafas yo'llari infeksiyasi simptomlari nisbatan pasayganday bo'ladi, lekin bexollanish va quvvatsizlanish davom etadi xamda bel sohasida og'riq qo'shiladi, siydikda o'zgarishlar paydo bo'ladi va isitmalash yana subfebril darajada takrorlanadi. Qondagi o'zgarishlar va siydik cho'kmalaridagi ikkilamchi intoksikasiya tufayli, o'zgarishlar surunkali piyelonefritni qaytalanishi deb baxolanadi. Bemor nefrologiya bo'limiga ko'chirilib 6-hafta davomida standart intimikrobli terapiya kursini oladi. Shu davrda, isitmani subfebril ifodalanishi davom etish bilan bir vaqtda bosh og'rig'i, bosh aylanish va bir-bir "zumlik xush yo'qotishlar" epizodlarini bo'lib o'tishi qo'shiladi, serjaxillik,

jizzakilik atrofdagilar tomonidan bemorda sezila boshlanadi, buning ustiga bexollik yanada kuchayadi. Ushbu va boshqa instrumental-laborator tekshiruvlari natijalari bo'yicha astenik sindrom deb xulosalanadi va bemor nevrologiya bo'limida davolanishga majbur bo'ladi. Sobiq ittifoq davrida bir noxush tendensiyaning biz tez-tez guvoni bo'lib turar edik, u xam bo'lsa bemorlarni oylab shifoxonalarda davolanishi bo'lib, go'yoki u bir an'ana edi yoki kasallikni cho'zilib ketishi xar doim xam shifokorni, nazarimizda, faollikka undamasdek tuyulardi, ya'ni davomli shifoxonada davolanishga davolovchida xam "ko'nikish sindromi", agar shunday ta'bir joiz bo'lsa, paydo bo'lar edi

Bemor ikki haftadan ziyod davolanadi va shu davolanishni uzluksiz davom etdirish jarayonida kutilmagan voqealar sodir bo'la boshlaydi: isitmalash to 40-41^oS gradusgacha yetib oshadi, umumiy intoksikasiya simptomlari shiddatlanib kuchayadi, stomatit va glossit alomatlari paydo bo'lib ovqatni yeyolmaydigan darajaga yetkazib kuchayadi, bemorni sillasi quriydi va yana, tepki (parotit) alomatlariga o'xshash belgilar paydo bo'lib-yuz va jag` xududlari shishib ketadi, bo'yin limfa tugunlari kattalashdi. Isitmalash gektik tusda turg'un ifodalanadi. Bemorda o'tkir yurak yetishmovchiligi va sinkopal xolatlar kuchayganligi xamda umumiy xolat sentik xolat xisobiga keskin yomonlashgan bois bemor ayol reanimasiya bo'limiga o'tkaziladi. Bir necha kun kuzatilib va davolanib "jag` suyaklari osteomiyeliti, septik xolat" degan xulosa qilinadi va kelayotgan dushanba kuniga jarroxiya amaliyotini qo'llash rejalashtiriladi.

Shu paytda, yakshanba kuni, menga maxalladosh bo'lgan kishi, bemor ayolning qaynotasi maslahat olish uchun menga murojaat qilib qoladi: "Qizimiz xech qachon dardman bo'lmagan. Kasalxonaga oyog'i bilan bordi-yu, shu bilan yotib ketdi.70-kundan ortiq davolanish surilib ketdi va buning ustiga, kasallik oldinga yurish o'rniga orqaga ketib kelinimiz reanimasiyaga tushib qoldi. Ertaga operatsiya qilinar ekan. Shunga yordam bersangiz deb kirdim."

Men bemorni borib ko'rish kerak maslahat berdim va reanimasiya bo'limiga kelib bemorni ko'rish davomida yuqorida keltirilgan anamnestik ma'lumotlarni aniqladim. Qo'shimcha e'tiborga molik tashxisiy elementlar sifatida quyidagilarni

aloxida ajratdim: eritrositopeniya, leykopeniya ($1,1 \cdot 10^9/l$ gacha yetib ifodalangan) va trombositopeniya, immunologik chidamlilikni pasayishi belgilari (infektsion-septik jarayon, polia'zoli-pnevmoniya, siydik yo'llari infeksiyasi tarzida zararlanish) xamda qon hosil qiluvchi to'qimalar giperplaziyasi belgilari –bo'yin limfa tugunlari kattalashuvi, paratitga o'xshash alomatlar, splenomegaliya va yengil jigarni yaqqol ifodalanmagan kattalashuvi.

“O'tkir leykoz, leykopenik shakli, I-bosqichi, blastli kriz bilan kechishi” deb xulosa qilinishga yuqoridagilar olib keldi va jarrohiya amaliyotini to'xtatib, yakuniy tashxisni shakllantirish uchun suyak ko'migini o'rganish tavsiya etildi. Zudlikda o'tkazilgan trepanobiopsiyadan keyin–suyak ko'migida miyelokariositlar giperplaziasining mavjudligi, blast xujayralarini 20%dan ko'pligi aniqlandi. Cn”O'tkir tabaqalashmagan miyeloblastli leykoz, leykopenik shakli, I-bosqichi, blastli kriz” degan yakuniy xulosa qilindi.....

.....Leykemik proliferasiyani bostirish uchun polizimioterapiyaning intensiv kurslari (VAMP va SVAMP terapiya) kompleks terapiyaga qo'shilib o'tkaziladi. To'liq remissiyaga erishildi va bemor kasalxonadan chiqarildi, keyingi 2-yillar chamasi davomida kuzatuvda bo'lib, ayol o'z kasbida ishlashda davom etdi.

.....Shu vaqtda ayol xomilador bo'ladi va uni bildirmasdan yashaydi. 12-xaftalik xomiladorlik bosqichida, bemorning ahvoli ilgaridagiday birdaniga shiddatlanib yomonlashdi, burundan qon ketish epizodlari bo'ladi va o'tkir leykozning jami simptomokompleksi shifoxonada tasdiqlanadi, koma rivojlanadi.

Dramatik terapevtik va akusherlik taktikalari o'tkazilishiga qaramasdan blastli kriz avjlanib boradi va bemor vafot etadi.

Xulosa tarzida: vaqtda gemoblastozni aniqlanmasligi, o'tkir leykozni leykopenik tusda ifodalanishi, man etilgan xomiladorlikni bo'lishi o'tkir leykozni II-chi residivini (xujumini) rivojlanishiga olib kelgan va blastli kriz o'limga sabab bo'lgan...

..... Gemablastozlar haqida zamonaviy yondoshuvlarni faoliyatga qabul qilib borish doimo o'ta dolzarb masala bo'lgan va bu boradagi yangi yo'nalishlarni o'rganish zamon talabi va zaruriyatidir.

Gemablatozlar (GB) deb qon yaratuvchi xujayralardan kelib chiquvchi o'smalar guruhiga ataladi. Suyak ko'migida ko'plab miqdorda o'sma xujayralarini ushlovchi gemoblastozlar leykozlar deb ataladi. **Xomiladorlarda uning aloxida jihatlari bo'ladi:** GBni o'tkir va surunkali turlari uchraydi, ko'proq surunkali GB qayd qilinadi; •Xozirgi davrda leykoz bilan bemorlarda xomiladorlik chastotasi tobora ko'payib bormoqda (sababi bemorlarning umrini sitostatik terapiyani samarasi bo'lib to 12-17 oygacha uzayganligi); umr ko'rish GB ni xomiladorlik bilan qo'shilishib kelganida qisqaradi; xomiladorlarda uchraydigan xar qanday noaniq kamqonlik, leykopeniya va leykomoidli reaksiyalarda GB gumon qilinib istisno qilinishi darkor; xar qanday xolatda xomiladorlikni to'xtatish masalasi GB bilan bemor ayolda ko'ndalang qo'yiladi.

Butunjahon sog'liqni saqlash tashkiloti tasnifiga muvofiq sitomorfologik, immunofenotipik, genetik va klinik alomatlar kombinatsiyalari asosida gemoblastozlarning quyidagi turlari ajratiladi: miyeloidli, limfoidli, gistiositar va semiz xujayralardan paydo bo'luvchi shakli.

MKB-10 bo'yicha kodlanishi

S 81.0-81.9 Xodjkin kasalligi (limfogranulematoz)

S 82.0-82.9 Follikulyarli (nodulyarli) noxodjkinli limfoma.

S 83.0-83.9 Diffuzli noxodjkinli limfoma.

S 84.0-84.5 Chetki va terili T-xujayrali limfomalar.

S 85.0-S85.9 Boshqa va aniqlik kiritilmagan noxodjkinli limfomani tiplari.

S 88.0-88.9 Yomon sifatli immunoproliferativli kasalliklar.

S 90 Ko'psonli miyeloma va yomonsifatli plazmoxujayrali o'smalar.

S 90.0 Ko'p sonli miyeloma. Kaler kasalligi. Miyelomatoz . Chiqarilgan: solitarli miyeloma

S 90.1 Plazmo xujayrali leykoz.

S 90.2 Ekstramedullyarli plazmositoma. Yomonsifatli plazmo xujayrali BDU o'smasi. BDU plazmositomasi. Solitarli miyeloma.

S 91 Limfoidli leykoz [limfoleykoz].

S 91.0 O'tkir limfoblastli leykoz.

Chiqarilgan: surunkali limfositarli leykozni qaytalanish [S91.1]

S 91.1 Surunkali limfositarli leykoz.

S 92 Miyeloidli leykoz (miyeloidli leykoz).

S 92.0 O'tkir miyeloidli leykoz.

Chiqarilgan: surunkali miyeloidli leykozni qaytlanishi (S92.1).

S 92.1 Surunkali miyeloidli leykoz.

S 93 Monositarli leykoz.

S 93.0 O'tkir monositarli leykoz.

Chiqarilgan: surunkali monositar leykozni qaytalanishi.

S 93.1 Surunkali monositar leykoz.

S 94 Boshqa xujaytipida aniqlik kiritilgan leykoz.

S 94.0 O'tkir eritremya va eritroleykoz. O'tkir eritremik miyeloz. Di Gulyelmo kasalligi.

S 94.1 Surunkali eritremya. Xeylmeyer-Shener kasalligi.

S 95 Aniqlanmagan xujayra tipidagi leykoz.

S 96 Boshqa limfoidli, qon yaratuvchi va unga qondosh to'qimalarning aniqlik kiritilmagan yomon sifatli o'smalari.

O'tkir leykozlar (O'L)-qon tizimining o'sma kasalliklarini geterogenli guruhi, morfologik yetilmagan qon yaratuvchi (blastli) xujayralar bilan suyak ko'migini birlamchi zararlanishi (uning normal elementlarini siqib chiqarib) va turli to'qimalar xamda a'zolarining infiltrasiyasi bilan tavsiflanadi.

Suyak ko'migini o'smali xujayralar bilan almashinuvi uning kerakli miqdorda sog'lom qon xujayralarini ishlab chiqarish maxoratini izdan chiqaradi. Natijada kamqonlik, leykositopeniya va trombositopeniya rivojlanadi.

Uning MKB-10 bo'yicha amaliyotga muvofiqlashtirilgan tasnifi quyidagicha ifodalanadi.

S 91. 0 O'tkir limfoblastli leykoz.

S 92. 0 O'tkir miyeloidli leykoz.

S 93. 0 O'tkir monositarli leykoz.

S 95. 0 Aniqlik kiritilmagan xujayra tipidagi o'tkir leykoz.

Bundan tashqari **o'tkir leykozlarni FAB(Franko-Amerikano-Britan)** tasnifi mavjud (1976):

I. O'tkir miyeloblastli leykozlar:

M0-0. Minimal miyeloidli differensialanish (tabaqalashish) bilan miyeloidli leykoz.

M1-0. yetilmagan miyeloblastli leykoz.

M2-0. yetilgan miyeloblastli leykoz.

M3-0. promiyelositar leykoz.

M4-0. miyelomonoblastli leykoz.

M4eoz-0. miyelomonoblastli leykoz eozoninofiliya bilan.

M5a-0. yetilmagan monoblastli leykoz.

M5b-0. monoblastli leykoz yetilish bilan.

M6-0. eritromiyeloz.

M7-0. megakarioblastli leykoz.

II.O'tkir limfoblastli leykozlar:

L. 1-0. limfoblastli leykoz mikroshaklli blastlar bilan.

L. 2-0. limfoblastli leykoz geterogen shaklli blastlar bilan.

L. 3-0. limfoblastli leykoz berkittosimon blastlar bilan.

III.O'tkir leykozning bosqichlari:

1) Boshlang'ich bosqichi

2) Keng ko'ringan bosqichi

3) Remissiya:

a)To'liq remissiya-O'L(o'tkir leykoz)ning klinik va gematologik alomatlarini 4-
xaftadan ziyod bo'lmasligi bilan ifodalanuvchi holat: ekstramedullyarli o'sish
ochaglari yo'q, chetki qonda blastli xujayralar bo'lmaydi....

b)Qisman remissiya-klinik va laborator ko'rsatkichlarni yaxshilanishi. Oqibatga
ishonchli ta'sir ko'rsatmaydi.

4)Residiv-O'Lning klinik va laborator alomatlarini to'liq remissiyadan keyin paydo bo'lishi.

5)Terminal bosqich-o'tkazalayotgan terapiyaga to'liq rezistentlik nomaqbul oqibatni yaqinligi bilan.

IV.O'tkir leykozning davrlari:

1.Leykemik – blast xujayralarni chetki qonga chiqishi va kuchli ifodalangan leykositoz bilan ifodalanadi.

2.Aleykemik- birlamchi sitopeniya bilan ifodalanadi, blast xujayralari qonda bo'lmaydi.

3.Subleykemik- oz miqdorda blast xujayralarining periferik qonda bo'lishi bilan ifodalanadi.

4.Leykopenik-qonda leykositlar sonining keskin kamayishi, blast xujayralari bo'lmaydi.

MIYELOIDLI O'SMALAR (MO')

MO'-bu eyemopoetik o'zak xujayrasining klonal kasalligi bo'lib, bir yoki bir nechta miyeloidli xujayralarning (granulositarli, eritroidli megakariositarli va semizxujayrali proliferasiyasi bilan tavsiflanadi.

Tasnifi (BJSST, 2008)

Miyeloidli o'smalarni 4 ta asosiy turi bo'ladi:

1. Miyeloproliferativli kasalliklar (MPZ);
2. Miyelodisplastik/miyeloproliferativli kasalliklar (MD/MPZ);
3. Miyelodisplastik sindromlar (MDS);
4. O'tkir miyeloidli leykozlar (OML).

MPZ- o'zak xujayralarining geterogenli kompleks klonal buzilishi bo'lib, turli klinik va sitomorfologik fenotiplarga va kuchli ifodalangan irsiy nuqsonlarga ega bo'ladi. Ular suyak ko'migida bir-uchta gemopoetik xujayrali chiziqliqlarning kuchaygan va samarali proliferasiyasi bilan tavsiflanishadi.

Ushbu guruxga quyidagilar kirishadi.

- surunkali miyeloleykoz, Ph-xromosomli-ijobiy;

- surunkali neyetrofilli leykoz;
- chin polisitemiya;
- birlamchi miyelofibrozi;
- essensial trombositemiya;
- nospesifirlangan surunkali eozinofilli leykoz;
- mastositoz;
- Tasniflanmagan miyeloproliferativ kasalliklari;

MIYELODISPLASTIK/MIYELOPROLIFERATIVLI o'smalarga quyidagilar kiradi:

- surunkali miyelomonositar leykoz;
- atipik surunkali miyeloidli leykoz BCR-ABL1-negativli;
- yuvenil miyelomonositarli leykoz;
- tasniflanmanuvchi miyelodisplastik/miyeloproliferativli neoplazmalar.

Eozinofiliya va PDCFRA, PDCFB yoki FCFR1 nuqsonlari bilan assosiirlangan MIYELOID VA LIMFOIDLI O'SMALARga quyidagilar kiradi:

- Miyeloidli va limfoidli o'smalar PDCFRAnanjirovkasi bilan;
- Miyeloidli va limfoidli o'smalar PDCFRA ranjikasi bilan;
- FC-FR1 nuqsonlari bilan assosiirlangan miyeloidli o'smalar.

Miyeloproliferativ o'smalar bo'yicha muxim yangilar (BJSST, 2008):

1.Nomlanishi o'zgartirildi - “miyeloproliferativ kasalliklardan”
“miyeloproliferativli o'smalarga”

2.Chin polisitemiya, essensial trombositemiya va birlamchi miyelofibrozi uchun tashxisiy algoritimga JAK2V617F yoki boshqa shunga o'xshash mutasiyalar JAK2, 12 ekzondagi mutasiyani xam o'z tarkibiga kiritgan xolda.

3.Essensial trombositemiya tashxis otidagi trombositlar soni $600 \times 10^9/l$ darajadan yuqori miqdoridan to $450 \times 10^9/l$ miqdordan ortiq darajaga o'zgartirildi.

4. Spesifirlangan surunkali eozinofilli leykoz sifatida tavsiflangan kasallik, yangi guruxchaga kiritildi va “miyeloidli va limfoidli o’smalar, assosiirlangan PDCFRA, PDCFRB yoki FCFR1 eozinofiliyasi va nuqsonlar “guruxida ko’rib chiqila boshlandi.

5. Tizimli mastositoz surunkali miyeloproliferativli o’smalar kategoriyasiga kiritilgan.

Tashxis qo’yish namunalari va qoidalari

Gemoblastozlarni xomiladorlik, davrida tug`ruq va tug`ruqdan keyingi davrlarda to’laqonlik gavdalantirish va muvofiq tashxisiy xamda terapevtik yo’nalishlarni belgilash uchun tashxisni shakllantirishda quyidagi xodisalarni aks etdirish darkor:

- tashxisni qo’yish, muddati;
- davolash, 1, 2, 3-chi. . . . chiziq terapiyalarni (yoki o’tkir leykozda induksiyasi va konsolidasiyasini) boshlangan va yakunlangan muddatlari;
- remissiya muddati;
- to’ldiruvchilar quvvatlovchi terapiyani boshlangan va yakunlangan muddatlari (dori preparatlari kombinasiyasini, miqdori, muddati va kiritish yo’llarini ko’rsatish bilan)
- davolash natijalari: 1, 2, 3-chi... chiziq terapiyasining natijalari muddatlari;
- davolash jarayonidagi asoratlar, muddati;
- kasallikni shiddatlashuvini: avjlanishi, muddati; residiv, muddati.

Tashxisiy misollar

I. Limfoproliferativ kasalliklar bo’yicha

1. Ko’psonli miyeloma IGL BLgL protennuriya bilan.

III B bosqich. Diffuz- o’choqli shakli. Miyelomli nefropatiya.

2. Diffuzli V-ulkan xujayrali limfoma, tarkibiga abdominal va ko’ks limfatugunlarini, taloqni, o’ng tomondagi paxovo’y-son limfa tugunlarini,

limfavenozli oqimni qamallab jalb qilish bilan ifodalanuvchi tarqoqlashgan shakli. Suyak ko'migini o'choqli zararlanishi (IV-bosqich). **Asorati:** miyelotoksik agranulositoz (7-sutkasi), yarali stomatit, ikki tomonlama quyi bo'lakli plevropnevmoniya.

3.V-xujayrali limfoma, tasniflanmovchi, diffuzli yirik xujayrali limfoma va Berkitta limfomasi o'rtasidagi oraliq holat, doublhit variant, IV-bosqich pastki chag'ni va engak yumshoq to'qimalarini zararlash bilan. Neyroleykemiya. PXT(poliximioterapiya) ikki kursidan so'nggi remissiya. **Asorat:** neytropeniya 9 (10) kun, trombositopeniya IV, kandidozli stomatit, nekrotik enteropatiya.

4.Surunkali limfoleykoz, Binet bo'yicha V bosqich, to'liq gematologik javob. Asorati; herpes labialis.

5.Limfogranulematoz, aralash-xujayrali variant, IVAa bosqich mediastinal limfotugunlari, mutloq o'pkani va izomirlangan xolda jalb qilish bilan. **Asorati:** Chap o'pka quyi bo'lagini infiltrativ sili.

6.Birlamchi miyelofibroz.

Miyeloproliferativli kasalliklar bo'yicha:

1.Surunkali miyeloleykoz, Rh-pozitivli, surunkali faza, III xavf guruxi. To'liq kliniko-gematologik javob, katta sitogenetik javob. Katta sitogenetik javobni 10 oylik terapiyadan keyin yo'qolishi. Gematologik javobni imatinib bilan 4-yillik terapiyadan so'ng yo'qolishi.

2. Surunkali miyeloleykoz, ilk aniqlangan, miyeloidli tipdagi blastli kriz.

3. Chin polisitemiya, surunkali faza, JaK 2V617F mutasiyasini bo'lishi. **Asorati:** qopqoq va taloq venalarining trombozi. Jigardan tashqi portal gipertenziya. Qizilo'ngach venalarini varikozli kengayishi II darajasi. Assit. **Qardosh tashxis:** erozivli gastroduodenit.

O'tkir leykozlar bo'yicha:

1. O'tkir monoblastli leykoz, de noro, induksiya birinchi kursdan keyingi to'liq kliniko-gematologik remissiya. **Asorati:** 10-kunlik agranulositoz.

2. O'tkir promiyelositarli leykoz, t(15, 17) PML/RARA , birinchi to'liq remissiya. **Asorat:** retinoli kislota sindromi.

3. O'tkir limfoblastli leykoz, Ph-pozitivli (t(9; 22)), birinchi o'tkir davri, neyroleyz. Birinchi to'liq kliniko-gematologik remissiya (terapiyani 36-chi kuni). To'liq sitogenetik remissiya. Yuqori xavf guruxi. **Asorati:** gramijobiy sepsis (staphulococcus). Polia'zoli yetishmovchilik.

O'tkir leykozni xomilador ayollarda zamonaviy xususiyatlari.

O'L xomilador ayollarda o'ziga xos tavsiflarga ega. Xususan, u nisbatan kam uchraydi va suyak ko'migi, bu kasallikda, go'yoki tabaqalanish va yetilib borish xususiyatlarini yo'qotgan blastli xujayralar bilan to'lib (infiltrlanib) qoladi, bu-shubxasiz, xomiladorlik davrida fojia'viy ta'sir ko'rsatadi.

Umumiy ma'lumotlar: 1.O'L gemoblastozlar orasida ko'proq uchraydi, umuman axoli orasida barcha yomonsifatli o'smalarning 3%-ni tashkil qiladi; 2.Kasallanish -100000 axoli 5 ta, 75% xollarda O'L katta yoshdagilarda uchraydi; 3.Miyeloidli va limfoidli leykozlarning nisbati- 6: 1; 4.40 yoshdan keyin kasallanish sur'atida o'sish ko'payadi, avj darajasi 60-65 yoshga to'g'ri keladi ; 5.Bolalarda uning avji (yuqori sur'ati) 10-yoshga to'g'ri keladi va uning 80-90%-ti limfoidli bo'ladi. 6.O'Lni sababi bo'lib xromosomli mutasiyalar xisoblanadi, ular ionizirlovchi radiasiya ta'siri bilan kelib chiqadilar (tasdig'i-Xirosima va Nagasakida kasallanish darajasi 30-50 martaga ortgan. 7.Nur terapiyasi kasallik xavfini oshiradi. 8.Sigaret tutuni 20%-ga yetib o'tkir leykozlarni chaqiradi; 9.Uni kelib chiqishiga kanserongen ta'sirot bo'lgan ximik birikmalar (benzol, sitostatiklar) xam rol o'ynaydilar; 10.Dauna sindromi, Fankoni kamqonligi va boshqa shu kabi irsiy kasalligi bor bemorlarda leykozlar ko'proq uchraydi; 11.Ma'lumotlar bor-ki, viruslar insonlar genomasi'ga turib oladilar va o'smalar rivoji xavfini oshirishadi. Chunonchi, insonning T-limfotropli retrovirusi kattalarning T-xujayrali limfomasini chaqiradi.

Deyarli aynan ana shunday kelib chiqish va avjlanish yo'li xomiladorlikda xam kuzatiladi. Xomiladorlik bilan yuz beradigan fiziologik va patologik

jarayonlar, tugʻruq bois rivojlanadigan yoki kelib chiqadigan asoratli urgent-shoshilinch vaziyatlar OʻL asosini tashkil qiladigan genetik mutasiyalı jarayonlarnı, yuqorıdagi keltirgan misolimızdagi kabi, roʻyobga chıqaradı yoki xurujlı shıddatlashtırıb avjlantıradı: xujayralarning mutabelliliginı oshıradı-xujayralarnı yetilishini ojızlanishi jadalroq ortadı→oʻzak xujayralarnı eslatib turadigan “pishmagan” xujayralarnı ishlab chiqilishi yanada ortadı→leykoz xujayralarını doʻmlar xosil qilib barcha qon yaratish aʼzolariga metststazirlanishlari kuchayadı> va bu, OʻLning klinik simptomlarını xususiyatlar kasb etib xomilador ayoyolda ifoda etadı.

OʻL uchun quyidagi ifodali simptomlar xos boʻladi:

- 1.Intoksikasiyalı (quvvatsızlik, charchab qolish, tana vaznini kamayishi, isitma);
- 2.Anemik (quvvatsızlik, rangparlik, taxikardiya);
- 3.Gemorragik (ekximozlar, petexiyalar, qon oqish);
- 4.Giperplastik (ossalgiyalar. limfadenopatiya, gepatosplenomegaliya, milklar infiltrasiyalar, neyroleykoz);
- 5.Yuqumli asoratlanishlar (maxalliy va tarqoqlashgan infeksiyalar).

Giperplastik sindromlarını koʻrinishlari boʻlib – limfatik tugun, jigar va qora taloqni kattalashishi koʻks oraligʻida joylashgan limfatik tugunlarını kattalashuvi, milklar infiltrasiya, qizimtir-koʻkli papulasimon pilikchalar shaklidagi terining leykozli infiltratlari (leykemidlar) xisoblanadı.

Leykemidlar-leykozli xujayralar bilan terini oʻchoqli yoki diffuzli infiltrasiyasi boʻlib, u derma qatlamida joylashadı. U ilk simptom boʻlishi mumkin, ammo koʻproq residivni yoki kasallikni terminal bosqichga oʻtganligidan darak beradı. 5-50% xolatlarda koʻproq 60-yoshdan oʻtgan bemorlarda kelib chiqadı. Aksariyat oʻtkir monoblastli va oʻtkir miyelomonoblastlt leykozlarda (FAB tasnifi boʻyicha M5 va M4 variantlar) kuzatiladı. Odatda kichik (2-5mm) papulalar, tugunlar yoki pilikchalar tarzida boʻlib, deyarli doimo teri yuzasidan koʻp chiqib turadı. Ular sogʻlom teridan koʻra qoramtirroq boʻlishadı. Ularning rangi-xavorang-koʻkimtir, qoratanlılarda koʻkimtir rangdan to xira sargʻimtiriklik rangiga

ko'rinish beradi. Tashxis qo'yish uchun qon surtmasini tekshirish, suyak ko'migi punksiyasi, teri biopsiyasi va o'smasimon xujayralarni immunofenotipirlash zarur.

Eslab qolish kerak: 1.Xomiladorlarda kasallik "bo'ronli boshlanishi" mumkin: o'ta yuqori isitmalash, sillani qurishi, qon ketishi kabilar bilan . 2.Unchalik o'tkir bo'lmagan boshlanish xam bo'ladi: subfebrilitet, gemorragik toshma, infeksiya o'choqlari (angina va b.q); 3.Boshlanishida e'tiborga tushadigan klinik simptomlarini umuman bo'lmasligi xam mumkin (bunga misol bizning keltirgan mijozimiz): "tasodifan" gemogrammani keskin o'zgarishi yoki kutilmagan qon oqish topiladi; 4.Kasallik uchun xos alomatlardan biri-bu, qonda granulositlar sonini me'yordan kamayishi xisoblanadi. Shuning uchun xomiladorlik davrida, ko'p bo'lmasada, ayrim xollarda O'Ln boshlanish paytlarida turli xududlarda joylashib o'tayotgan infeksiya o'choqlari paydo bo'lishadi (buni jiddiy izlash va e'tiborga olish kerak bo'ladi): Yarali-nekrotik angina, tanglangni yara-chaqalanishi, tilni yaralanishi, pnevmoniyalar, piodermiyalar va keyinchalik, ular og'ir intoksikasiya, sepsisga ulanib ketishliliklari mumkin; 5.Deyarli doimo gemorragik sindrom bo'ladi: petixiya shaklidagi toshmalar toshishi bilan bir qatorda burun va milkdan, oshqozon-ichakdan, bachadondan qon ketishlari bo'lishi mumkin yoki bo'g'imlarga qon quyilishi yoki b. q. lar kuzatiladi.

O'tkir leykozning boy va shu bilan birga deyarli nospesifik qiyofalanib yoki to trepanobiopsiya bosqichiga qadar "yashirinib, turlicha talqinlanib" avjlanib boradigan simptomlarini to'g'ri baholash yoki ajratib olishda quyidagilar xam ahamiyatli, ya'ni to'g'ridan-to'g'ri tashxisiy qimmat kasb etishadi: ■Sitokimyoviy va immunologik usullar bilan blastli xujayralarni o'rganish o'tkazilmas ekan, klinik alomatlar o'tkir miyeloblastli va limfoblastli leykozlarni bir-biridan ajratish imkonini berolmaydi yoki bu, mumkin emas; ■O'tkir miyeloidli leykozlar nisbatan oydinroq simptomlar bilan kechishadi: bemorlarda ko'pincha og'ir infeksiya asoratlari rivojlanadi, keskinlashib intoksikasiya, anemik va gemorragik sindromlar namoyon bo'lishadi; ■O'tkir promiyelositar leykoz qiyosan tajovuzkorroq o'tadi va yashinsimon kechish bilan tavsiflanadi, o'ta yomonsifatli tusli jarayon unga xos bo'ladi, saraton intoksikasiyasini og'ir darajada tez ortib

borishi va kuchli gemorragik sindrom bilan ifodalanadi-ki, bular oqibatda miyaga qon quyilishiga va bemorlarni o'limiga olib keladi. 90% xollarda DVS-sindrom rivojlanadi;

? O'tkir limfoblastli leykozlar unchalik yaqqol simptomatika berishmaydi-klinik manzarasi nimtik bo'ladi-yu, lekin yuqori darajali ossalgiyalar, limfodenopatiya (jumladan, ko'ks limfatik tugunlarini kattalashuvi), gepatosplenomegaliya va neyroleykoz aksariyat kuzatiladi.

Xomiladorlik davrida xam O'Lning laborator belgilari katta tashxisiy qimmat kasb etishadi. Uning uchun leykozli xujayralar xisobiga blastli xujayralarni xaddan tashqari yuqori bo'lishi-leykositoz $100 \times 10^9/l$ dan ko'p bo'ladi (leykemik leykoz) yengil darajada ortishi (subleykemik leykoz) yoki umuman oshmasdan (aleykemik leykoz), aksincha pansitopeniya (leykopeniya, anemiya, trombosiopeniya) xos bo'ladi.

Xomiladorlik davomida, tug`ruq paytida va tug`ruqdan keyingi, ayniqsa birinchi hafta davomida bilinmay kechayotgan O'Lni tashxisoti 6 ta tekshiruvga asoslanadi yoki ushbu usullar barvaqt tashxisni bera oladilar:

1. Shifokor ko'ruvi.
2. Qonni umumiy va biokimyoviy analizi.
3. Suyak ko'migini tekshirish.
4. Maxsus immunologik tekshiruvlar-immunofenotipirlash.
5. Sitogenetik va molekulyar-genetik tekshiruvlar.
6. Qo'shimcha tekshiruvlar.

Tashxisiy tayanch nuqtalar: 1) O'L bilan xomiladorlarda qonli klinik analizi ko'pincha o'ta xos tayanch simptomlarni beradi: a) aksariyat kamqonli (normo-yoki gipoxromli) bilan tavsiflanadi; b) leykositlarning variabelligi kuzatiladi-odatda leykositoz bilan $1-200 \times 10^9/l$ (ko'proq to $20-30 \times 10^9/l$ gacha); v) 90% bemorlarda blastli xujayralar (1-100%) aniqlanadi; g) "leykemik qo'porilish"-blast xujayralari soni xaddan ortiq ko'p bo'ladi-yu, oraliq xujayralar yo'qolishib ketadi (topilmaydi); d) trombositopeniya bo'ladi (1-2% xollarda trombositoz);

2) O'lni FAB-tasnifidan kelib chiqib gematologiyada standartizatsiyalash bo'yicha Xalqaro kengash quyidagilardan, ularni tafovutlash uchun, asosiy sitoximik tashxisiy usullar sifatida foydalanishni tavsiya etgan: miyeloperoksidazaga, lipidlarga glikogenga va nospesifik esterazaga tekshruvlar. Miyeloperoksidaza (MPO) miyeloblastdan boshlab granulositlar qatori xujayralarida aniqlanadi. Xujayrani yetilib borishi sari ferment faolligi ortib boradi. Reaksiya O'L tashxisoti maqsadi bilan foydalaniladi. Tabaqalanish darajasi past bo'lgan (M1 FAB tasnifi bo'yicha) o'tkir miyeloblastli leykozlarda MPO-ijobiy blastlar miqdori yuqori bo'lmaydi ($<10\%$), ularda fermentlarning faolligi darajasi baland emas. O'tkir promiyelositar leykozda (FAB-tasnifi bo'yicha M3) MPO deyarli 100% blastli xujayralarda aniqlanadi, xattoki uning faolligi yetilgan neytrofillarnikiday darajada ifodalanadi. O'tkir monoblastli leykozlarda MPOga reaksiya o'smali xujayralarda kuchsiz, o'tkir limfoblastli leykozlarda esa-manfiy bo'ladi.

Xomiladorlik davrida akusherlik va terapevtik taktika profilaktika, rejali va urgent davolash maqsadlarini ko'zda tutib xamda xomiladorlik va O'L munosabatlaridan (yuqorida zikr etilgan) kelib chiqib, quyidagilarni xisobga olib amalga oshiriladi:

~Juda kam xollarda (bunday xulosa ayrim gematologlar fikriga asoslanadi) xomiladorlikka xos bo'lgan gormonal o'zgarishlar O'L jarayonlari kechishiga ijobiy ta'sir etish mumkin. Asli doimo u kasallikni og'irlashtiradi va tug'ruqning ilk haftalarida xar 4-chi ayolda gematologik kontinuumni keltirib chiqaradi.

~Klinik manzaranish ko'lamini, O'L bilan ayollarda, xomiladorlik salbiy ta'siri bilan xomiladorlikning turli davrlarida-anemizatsiyalanish va intoksikatsiyadan (ilk trimestrlarda) to giperleykositoz, giperblastemiya, blastli kriz va xajmli qon ketish bilan ifodalanuvchi gemorragik sindromgacha xavflanib (tug'ruq paytida va ayniqsa tug'ruqdan keyingi bosqichda) ifodalanadi.

~Leykoz jarayoni bosqichlariga va og'irligiga bevosita bog'liq xolda bemorlarda xomiladorlik asoratlanadi: a) xomilani tushib ketishi yoki o'lishi yoki xayotchanligi bo'lmagan bolani tug'ilishi sodir bo'ladi; b) barcha leykozga qarshi

terapiya o'zining teratogenlik va embriotoksik xususiyati bilan ushbu xolatlarni yanada kuchaytiradi, demak, to'liq, miqdorda ularni qo'llanilishi chegaralangan bo'ladi. Bu degani, xomilador ayol O'L bilan ta'bir joiz bo'lsa, "asoratli va berk ko'chaga" kirib qoladi: davolash choralari kuchaytirilsa xom kontinuumga boradi va kamaytirilsa yoki olib tashlansa xam (prosessni kuchayishi xisobidan) to'lingacha xavfda qoladi.

~Xar qanday xolatda terapevt-gematolog, O'L va xomiladorlik qo'shilishib kelganda, bitta yo'l tutishi kerak-xomilani davom etishini to'xtatish va bo'shangan ayolda, shunday keyin, zudlik bilan jadal leykozga qarshi terapiyani boshlash.

~Xomilani to'xtatishda (xam I-va xam II-chi trimestrida) konservativ yo'l tutiladi, prostaglandin va oksitosin qo'llaniladi.

~Xomilani maqbul o'sishi bo'lsa, xomiladorlik asoratsiz ketayotgan bo'lsa va oxirgi oylariga yoki xaftalariga taqalib borib qolgan xollarda, birinchi xomiladorlik qayd qilingan taqdirda (yosh so'zsiz xisobga olinib) xomiladorlik to'xtatilmaydi va davom etdiriladi. Faqat, bo'lishi mumkin bo'lgan xavfni oldin olib turuvchi taktika tutiladi: a)xomilani to'xtatishga xamma tayyorgalik taxt qilib qo'yiladi xam xomilani va xam ayolni tug'ruqqa tayyorlanadi; b)kardiotonik preparatlar va antibiotiklar (ehtiyoj bo'lganda) buyuriladi, kortikosteroidlar, gemotransfuziyalar, katta miqdorda rutin, askorbin kislotasi va kalsiy preparatlari qo'llanilib turiladi.

~Faqat birgina xolatda O'L bilan xomiladorlik ayol tug'ish uchun ruxsat berish mumkin: istalgan xomiladorlik bo'lgan yosh ayolda leykoz 5 yildan ziyod vaqt mobaynida to'liq remissiya bosqichida saqlanib qolgan xolatda, shunda xam uning xomiladorlik o'sishi sabab bo'lib, residivlanishi xavfi juda yuqoriligi e'tiborga olinib turiladi va faol profilaktik tadbirlar amalga oshiriladi.

Davolash xususiyatlari

Xomiladorlik davrida O'Lni davolash uchun qo'llaniladigan preparatlar, yuqorida ko'rsatilganidek, faqat zarar keltirishadi: aritmiyalar, kardiomiopatiyalar,

o'pkalar fibrozi, gitotireoidizm, bolako'rmaslik, buyraklar glomerulyar filtrasiyasini kamayishi, ruxiyatni emosional va intellektual buzilishlari, katarakta kelib chiqadi.

Eslab qolish kerak: 1)Xomila olib tashlanib so'ngra antileykozli davolash dasturlari boshlanadi; 2)Davolash dasturlari o'tkazilmasa, xomiladorlik to'xtatilgan chog'da xam, bemor ayol 3 oydan uzoq yashay olmaydi; 3)Agarda oqibati muloyim yoki asoratsiz bo'ladi deb xulosaga kelinganda qayd etilgan fikrdan terapevt "derijyorlik rolida" qaytmasligi kerak: boisi, 60-70% bemorlarda O'Lning birinchi remissiyasini davom etishi bir yildan oshiq bo'lmaydi, vaholangki, tug'ishga ruxsat 5 yildan ortgan shunday remissiyada berilishi mumkin xolos; 4)Xomiladorlik to'xtatilganidan keyin boshlangan davo yakunlanganidan so'ng xam bemorni kuzatuvi 10-yilgacha davom etdiriladi.

.....Boshlangan zamonaviy ximioterapiya katta yoshdagi O'L bilan bemorlarning 50-95%tida remissiyaga erishish imkonini beradi, lekin bari-bir ko'pchilik xollarda residiv rivojlanadi, va kasallik o'limli oqibatga olib keladi (O'L turiga bog'liq bo'lib 5-yillik residivsiz yashab qolish imkoniyati 20-30%dan oshmaydi.

To'liq remissiya – yolg'iz, O'Lda, ahamiyatli klinik javobni shakldir. Molekulyar-genetik usullari 105-106 xujayralar orasidan bitta leykozli xujayrani aniqlab olish imkoniyatini beradi.

O'L aniqlanishi zahotiyoq bemor ixtisoslashtirilgan gematologiya bo'limiga o'tkaziladi va davo ham zudlikda boshlanadi. O'tkir leykozni davolash dasturi 2-bosqichni o'z ichiga oladi:

1)Remissiya induksiyasi-to'liq remissiyaga yetish maqsadida, leykozli xujayralarni maksimal yo'qolib tashlashga qaratilgan ximioterapiya.

2)Remissiyaga yetishilgandan keyingi ximioterapiya-o'tkir leykozning residivini oldini olish uchun o'tkaziladi. Bu bosqichda turli yondoshuvlardan foydalanish mumkin: konsolidasiya (induksiya uchun qanday dastur bo'lsa, o'sha dasturni qo'llash), intensivikasiya va quvvatlovchi terapiya.

Spesifik terapiya ko'plab noxush samaralarga ega bo'ladi va shu bois keksa mijozlar va jiddiy xastaliklari bo'lgan mijozlar uchun uni qo'llab bo'lmaydi.

Bunday mijozlarga faqatgina quvvatlovchi terapiyani tavsiya etish mumkin, qaysilar-ki, bemorlar umumiy xolatini ancha kuchli tarzda yaxshilashga qodir bo'ladilar.

Bemorlar quyidagicha tarzda spesifik terapiyaga tayyorlanadt:

? Yuqumli kasalliklarni topish va davolash (siydik yo'llari infeksiyasini, og'iz bo'shlig'i kandidozini, tishlarning infeksiyasini, milkar va teri infeksiyalarini).

? Eritrositar massasini infuziyalash bilan kamqonlikni muvofiqlashtirish.

● Trombositar massani transfuziyasi yordamida trombositopenik qon oqishlarni to'xtatish.

● Ximioterapiyani o'tkazish uchun markaziy venozli katetrni o'rnatish. Mijozga terapiya xaqida ma'lumot berish, uning roziligini olish.

Remissiyani induksiya fazasida kombinasiyalangan ximioterapiya bilan o'sma parchalanadi. Bemor suyak ko'migining keskin ifodalangan gipoplaziyasi davri orqali o'tadi, jadal parvarishga extiyoj sezadi va bunday yordam maxsus tayyorlangan tibbiy xodim tomonidan shifoxona sharoitida ko'rsatiladi.

Agarda induksion terapiya yordamida remissiyaga erishishga muvaffaq bo'linsa, kasallikning qoldiq ko'rinishlari konsolidasiya bosqichida so'ndiriladi. Buning uchun ximioterapiyani bir necha kursi kerak bo'ladi, ular yangitdan suyak ko'migi gipoplaziyasini chaqiradi. Oqibati nomaqbul bo'lgan leykozda o'zak xujayralarini transplantasiyasini o'tkazish mumkin.

Agarda limfoblastli leykozda, konsolidasiya fazasidan keyin bemor remissiya xolatida qolishda davom etsa, quvvatlovchi terapiyaga kiritiladi: dorili davolash kursi takroran o'tkaziladi. Bu 3 yilgacha davom etdirilishi mumkin va ambulatoriya sharoitida, faqat qaytalanishi mavjud bo'lmagan taqdirda. So'ngra spesifik terapiya to'xtatiladi va bemor kuzatilib boriladi.

O'tkir miyeloblastli leykoz bilan bemorlarga, ularda agarda induksiya va konsolidasiya fazalaridan keyin to'liq remissiya olingan taqdirda, quvvatlovchi fazani xojati bo'lmaydi.

O'tkir limfoblastli leykozni davolash markaziy nerv sistemasining profilaktikasiga yo'naltirilishi kerak, chunki bu aloxida xududki, u yerga odatda ana'naviy preparatlar kirmaydilar. Bu, boshni nurlantirish, intratekal ximioterapiya va metotreksatning yuqori dozalarini (u gematoensefalik to'siq orqali kiradi) kombinasiyalab berishdan iborat bo'ladi.

Intratekal ximioterapiya-serebrospinal suyuqlik bilan to'ldirilgan intratekal bo'shliqqa ximiopreparatlarni kiritishdir.

Agarda birinchi induksiyali kurs remissiyaga olib kelmasa, alternativ dorilar kombinasiyasiga murojaat etilishi mumkin, ammo remissiya bo'lmaganda ikkinchi intilishda yomon oqibatni bo'lishi shubxasiz. Residiv davolash paytida yoki undan keyin bir oz vaqt o'tishi bilanoq yuz bersa, bu oqibatni yomon bo'lishidan dalolat bo'ladi, va davolash qiyinlashadi.

Remissiya qancha uzoq davom etsa va qaytalanish boshlanmasa, shuncha bo'lg'usi davodan samara olish imkoniyati ko'p bo'ladi.

Surunkali leykoz va xomiladorlik

Surunkali leykoz (SL) qon xosil qiluvchi xujayralardan (gemoblastozlardan) kelib chiqadigan va ilikni birlamchi zararlantiruvchi o'smalar turkumiga kiradi. SLda asosiy o'sma substrati pishib yetilayotgan va yetilgan xujayralar (IV va V sinf) hisoblanadi.

Xomiladorlarda va tug'ish yoshidagi ayollarda asosan surunkali miyeloleykoz (50%-ga yetib) uchraydi, uning boshqa turlari surunkali limfoleykoz, eritremya va b.q. aksariyat 40-60 yosh) va undan keyin uchraydi.

O'tkir leykoz xech qachon SLga o'tmaydi, SL esa xech qachon qaytalanmaydi.

Unga xos alomatlar: u miyelopoezning oldi xujayralaridan kelib chiqadigan o'sma, to yetilgan shakllarigacha (neytrofillar) tabaqalanib turaldi; SL ni xujayraviy substratini granulositlar-neytrofillar tashkil etadi; •Asosan ionizirlovchi radiasiya va kimyoviy vositalar ta'sirida kelib chiqadigan, filadelfiyli xromosomalar (Ph?)ni nuqsoniyligi bilan tavsiflanadi; Ikkita faza orqali kechadi:

yaxshisifatli (surunkali)va o'tkir (blastli kriz) fazalar; . SL qachondir albatta o'tkir fazaga o'tadi: bunda u O'Lga o'xshab xavflituslashadi, ilikda va qonda katta miqdorda blastli xujayralar paydo bo'ladi (?30%), blastli kriz manzaralanadi: xolat keskin yomonlashadi, intoksikatsiya va isitmalash, suyak og'riqlari kuchayadi, kamqonlik va gemorragiyalar ortadi, gepatosplenomegaliya va blastli o'smali o'sishning ekstramedullyar o'choqlarini bo'lishi ifodali bo'ladi. Blastli kriz goxida akseleratsiya fazasiga qo'shilib o'rtacha 3-6 oygacha cho'zilib ketadi.

O'tkir leykozdan, xomiladorlik fanida, farqli bo'lib ilk bora, kasallik boshlanishida SL neytrofilli leykositoz va splenomegaliya bilan namoyon bo'ladi. Umumiy intoksikatsiya simptomlari keyin paydo bo'ladi-quvvatsizlik, (ba'zida juda kuchli ifodalangan) sillani qurishi, ozib ketish kabilar. Leykomoidli infiltratsiya barcha ichki a'zolarida, shuningdek jigarda xam kuzatiladi va buning natijasi bo'lib jigar kattalashadi.

Eslab qolish kerak: 1.SLni uchun ifodali o'zgarishlar eng ko'p qonda bo'ladi: a)yuzmingdan ortiqqa ortib namoyon bo'luvchi leykositoz (yoki leykopeniya); b)leykogrammada to miyelositar, promiyelositarlar va gohida uchrab turadigan miyeloblastlargacha yetib chapga siljish (leykositoz fonida) bo'ladi; v)bazofiliya va eozinofiliya doimo bo'ladi; g)trombositlarni o'zgarishi to'lqinsimon bo'ladi-kasallik boshida me'yorda turadi yoki me'yoridan oshgan bo'ladi, kasallik nixoyasigi, o'tkir leykozga o'tish bosqichiga borgan sari trombositopeniya va unga qo'shilishib kamqonlikka xos jami alomatlar kelib chiqadi; d)SL ni boshqa variantlariday va chunonchi O'LDan farqlovchi yana bir spesifik alomat, bu-suyak ko'migida eritroblastlar va megakariositlar ko'paygandan-ko'paygan bo'ladi, leykoz xujayralarining xromosomli markeri (Ph-xromosomlar)topiladi; ye)SLning surunkali fazasi 3-5 yilga cho'zilib davom etadi(xomiladorlik fanida bu tezlashadi va xavfli tusga o'tadi) va so'ngra, albatta, muqarrar bo'lib blastli kriz yuz beradi-ki, u 85% o'lim bilan tugaydi; j) Bizga ma'lum bo'lgan manbalarda (2015 yil iyun oyigacha amalga oshirilgan, oxirgi bir yildagi 45102 randomizasiyalangan xalqaro tekshiruvlar ko'zda tutilayapti) yana bir marta M. M. Shextman xulosasi tasdiqlandi: to shu bugungacha SL dan qachon

blastli kriz boshlanishi mumkinligini oldindan aytib beradigan sinama yo'q va aynan shu narsa xomiladorlar uchun uning eng "ojiz bo'g'ini" yoki xatar tug'diruvchi omili bo'lib xisoblanadi. Lekin uning "shamoli, bo'rondan (blastli krizdan deyilmoqchi) oldingi" alomatlarini xomiladorlarda sezish mumkin: ko'tarila boshlanayotgan leykositoz →splenomegaliya →o'z-o'zidan shiddatlana boshlangan kamqonlik va trombositopeniya xamda ularni o'tkazilayotgan terapiyaga refrakterli bo'lib qolishi →gepatotomegaliya →limfadenopatiya →leykositozni birdaniga leykopeniyaga aylanib qolishi kabilar blastli krizlarni eng barvaqtgi klinik belgilari bo'lib xisoblanadi.

Tashxis qo'yish, ayniqsa xomiladorlik va tug'ruq fanida, qiyin kechadi. Tashxisga 5 qadamli yo'l prinsipi", bizning kuzatuvlarimiz bo'yicha, xomiladorlik davrida bexato aniqlash, davolash va xavfli asoratlarni SLdan profilaktika qilish imkoniyatini beradi. Ushbu "tashxisiy yo'l" quyidagi ketma-ketlikda davom etishi kerak bo'ladi:

1. Bemorda qon yaratuvchi a'zolar/to'qimalarni uzoq davom etib kelayotgan kasalliklari borligini taxmin qilish imkonini beruvchi belgilarni topish va ajratish. Ular 4 ta: a)kamqonlik belgilari (SL 1-chi bosqichida bo'lmasligi xam mumkin); b)gemorragik sindrom (SL terminal bosqichida); v)immunologik reaktivlikni ojizlanishi alomatlari (isitmalash va tizimli yallig'lanish bilan ifodalanuvchi infeksionseptik jarayonlar-pnevmoniya, siydik yo'llari infeksiyasi, b.q.); g)qon yaratuvchi a'zolar/to'qimalar giperplaziyasini belgilar (chetki va visseral limfatik tugunlar va qorataloq xamda jigarni kattalashuvlari).

2. Xomilador ayolda proliferativ sindromga xos klinik xususiyatlarni topish, bir-biridan ajratish va baholash: a)limfoproliferativ sindromni-taloq va jigar aksariyat kattalashishmagan yoki yengil-o'rtacha kattalashishgan, limfatik tugunlari kattalashgan (og'rqsiz, xarakatchan, payvandlanishmagan, xamirlimomiy elastik konsistensiyali)va terining zararlanishlari (teri infiltratlari, ekzema, psoriaz, o'rab oluvchi temiratka); b)miyeloproliferativ sindromni: suyak og'riqlari, chap qovurg'a yoyi ostida og'riq, splenomegaliya, unchalik yaqqol ifodalanmagan hepatomegaliya, limfatik tugunlar va teri kam zararlanadi.

3.Periferik qon o'zgarishlarini baholash va SL tashxisini qo'yish, nozologik shaklini ajratish.

SL ning uch turidan biri ajratiladi: surunkali miyeloidli limfatik leykoz (SLL) surunkali miyeloidli leykoz (SML) va surunkali miyelofibroz (MF). SLL uchun limfositlarning (yetilgan shaklini) to to'la ilikning limfositlar metaplaziyasigacha yetib ko'payishi xos bo'ladi: leykemiya, nisbiy va mutloq limfositoz, leykoliz xujayralarini (botkin-Gumprexit soyasi) bo'lishi kabilar ustuvor manzaranishi bo'lib xisoblanadi.

SML uchun xos belgilar: Ph-xromosomani topilishi leykemik variant, miyelopoezning oraliq shakllari va megakariositlarning ehtimoliy giperplaziyasi bilan miyeloid o'sishning giperplaziyasi, leykositlar formulaning miyelositlargacha yetib chapga og'ishi yoki xamma oraliq shakllari bilan yolg'izlanib miyeloblastlarni uchrashi.

MF ga xos spesifik alomatlar: subleykemik variant, miyeloidli, trombositlar va eritroidli "kurtak"ning giperplaziyasi, fibroz, osteomiyeloskleroz, leykositlar formulani chapga o'rtacha og'ishi, trombositoz, eritrositoz(boshlanishida) va Ph xromosomani topilmasligi.

4.SLga "chehradosh"kasalliklarni istisno qilish. SLga o'xshash "chexradosh"kasalliklar 4 ta va ularni xar bir xomilador ayolda istisno qilinishi ahamiyatli bo'ladi: leykomoidli reaksiyalar (LR), o'tkir leykoz, limfagranulematoz va limfomalar.

LR uchun xos alomatlar: a)miyeloidli boshlang'ich (ilk) bosqiya xech qachon bo'lmaydi; b)Doimo asosiy, LRni keltirib chiqargan, kasallik topiladi (infeksiyalar, intoksikasiyalar, o'smalar, kollagenozlar kabilar); v)splenomegaliya bo'lmaydi; g)bazofillar sonini ortishi; d)Ph-xromosoma sonining ko'payishi; ye)aniqlangan o'zgarishlar o'tkinchi xarakterga ega bo'ladi, SL da esa umrbod saqlanib qoladi.

O'L uchun xos alomatlar: a)unga o'xshashlik SLning miyeloidli shaklini blastli xurujida kuchayadi; b)anamnez ma'lumotlari ularni bir-biridan aksariyat ajratadi; v) "leykemik barbod" simptomi mavjud bo'ladi, SLda esa-yo'q;

g)splenomegaliya yo'q yoki unchalik kuchli ifodalanmagan bo'ladi; d)Ph-xromosomalar bo'lmaydi.

Limfogranulematoz va boshqa limfomalar uchun xos alomatlar:

a)o'xshashlik surunkali limfatik leykozda bo'ladi; b)SLdan farqi-qon va ilikda limfositoz bo'lmaydi, limfatik-tugunchalar biopsiyasi yakuniy tashxisiy xulosaga olib keladi.

5.Surunkali leykozlarning bosqichini va asoratlarini aniqlash.

SL uchun, yuqorida aytib o'tilganidek, uchta birin-ketin o'tuvchi bosqich yo'li xarakterli bo'ladi: **boshlang'ich bosqichi** (bemorlar xolati-yaxshi, limfatik tugunlar va taloq-kam o'zgargan, unchalik katta bo'lmagan leykositoz, kamqonlik yo'q, asorati-yo'q), **yoyilgan bosqichi** (shikoyatlar paydo bo'ladi, taloq va limfati tugunlar-kattalashgan, gematologik-yaqqon ifodalangan, kamqonlik-bor va asoratlari bo'lishi mumkin) va **terminal bosqichi** (bemor xolati yomonlashib-somatik dekompensasiya, ya'ni yiqilish bo'ladi; limfatik tugunlar va taloq sezilarli kattalashadi, gematologik xos o'zgarishlar-yaqqol ifodalanadi, asoratlari doimo kelib chiqqan bo'ladi-xurujlar, gemorragiya, infarktlar).

Xomiladorlikni barcha davrida SLning uch toifadagi asoratlari xavfi, ë, o'ta yuqori bo'ladi, yo kelib chiqqan bo'ladi, yoki shiddatlanib taxdid soluvchi darajaga yetib kuchayadi: 1)SLLda autoimmunli xuruj asorati sifatida kuzatiladi: (behollik, isitma, qovurg'a ostida og'riq yoki og'irlik, noto'g'ri bilirubin xisobiga sariqlik, ba'zan GS bilan trombositopeniya; ko'ksni ezilishi (nafas qisish, bo'yin venalarini shishishi, bo'yin shishi, qo'l shishi qopqa venasini ezilishi (assit) va ichaklarni ezilishi (ichak tutilishi)sindromlari; xatarli limfomaga aylanish-limfatik tugunlarning tez o'sishi, toshsimon zichlik, tutashib ketish va ezish); 2)SMLda blastli xurujlar bo'ladi va o'tkir leykozni eslatadi; 3)qorataloq infarkti-chap qovurg'a ostida o'tkir og'riqlar, paypaslaganda og'rishlar, ishqalanish shovqini.

Xomila o'sishi bilan, to'lg'oq kelishida, tug'ruq boshlanishi va kechishi davomida xamda tug'ruq tugagan davrlarda SL surunkali faza yoki akselerasiya fazasi yoxud blastli kriz simitomlari tarzida xar xl namoyon bo'ladi:

-surunkali fazasida qonda $20-100 \times 10^9/l$ ga yetib leykositoz chapga siljish bilan aniqlanadi, juda oz miqdorda blastlar ayrim xollarda aniqlaniladi va **sitogenetik tekshiruvda bosh spetsifik belgisi sifatida**-filadelfiycha xromosoma va/ yoki abl-bcr gen aniqlanadi;

-akselerasiya fazasini ko'rinishlari bo'lib leykositoz to $100-200 \times 10^9/l$ ga yetib ortadi, leykogramma siljuvi promiyelositlargacha boradi, yengil kamqonlik va trombositoz paydo bo'ladi, blastlar miqdori ko'payib 10% va undan ortib ortadi, bazofillar soni to 20%-gacha ortgan bo'ladi;

-blastli kriz ko'rinishida yoki davrida periferik qonda blastlar miqdori 20% dan o'tadi, yetilayotgan shakllari yo'qolishib ketishadi-"leykemik barbodlanish"/ "qo'porilish", o'tkir miyeloleykozga xos bo'lgan, shakllanadi. Kamqonlik, GS va trombositopiyalarni shiddatlanishi bo'ladi.

Akusherlik taktikasini belgilashda tavsiya kiritilishi kerak-ki, SML xomiladorlikdan oldin kelgan bo'lsa xam, remissiya yoki ximioterapiya davrida bo'lgan bemor ayolda xomiladorlik boshlangan paytda kelib chiqqan bo'lsa xam konservativ yoki operativ yo'l bilan xomila to'xtatilishi kerak: aks xolda o'lim xavfi ona uchun saqlanib qoladi, to 37% ga yetib perinatal o'lim kuzatiladi. Terminal bosqichida xomiladorlikni to'xtatish va olib borish o'tkir leykoz bilan birday bo'ladi(batafsil yuqorida bayon etilgan, unga qarang!).

Davolash jarayonida , o'tkir leykozli xomilador ayollardagidan farqli o'laroq, quyidagilarga ustuvorlik beriladi: **1) boshlang'ich va II-chi bosqichda** umummustahkomlovchi tadbirlar o'tkazaladi, kuzatish va o'choqlar infeksiyon tabiatliligida sanasiya ishlari amalga oshiriladi(SLLda); leykositoz to $30 \times 10^9/l$ gacha yetib ko'paygan bo'lsa-yu, taloq kattalashmagan yoki yengil o'zgargan bo'lib leykogrammaning chapga og'ishi to miyelositlargacha (SMLda) yetib ifodalangan bo'lsa-birlamchi ushlab turuvchi terapiya o'tkaziladi(ambulatoriya yoki QVP/ SHVSH sharoitida –miyelosan 2-4mg, 7-10 kunda bir marta buyuriladi); qonning nazorat analizlari oyda kamida bir marta amalga oshiriladi. **2)Yoyilgan bosqichida faol kursli sitostatik terapiya** buyuriladi: . uning sharti leykositoz ifodalanishini $120, 0-150, 0 \times 10^9/l$ dan ortishi, kamqonlik va

trombositopeniyaga moyillikni yuqoriligi, ezilish sindromlari va limfatik tugunlar va a'zolari shiddatlanib avjlanishi xamda distrofik buzilishlarni (ozib ketish va b. q) kuchli ifodalanishi kabilarni bo'lishidir. Bunda quyidagilar buyuriladi: SMLda – kursli ximioterapiya, miyelosan, miyelobramol va dopan xamda nur bilan davolash ishlatiladi; SLLda – ximioterapiya kursi, splenektomiya sitostatiklar (leykeran, siklofosfan, degranol) buyuriladi. **3)Terminal bosqichda** poliximioterapiya va simptomatik davolash o'tkaziladi.

4)Blastli xuruj davri o'tkir leykozni eslatadi va demak, uning bilan birday intensiv terapiya o'tkaziladi: a)Poliximioterapiya-leйкоzli xujayralarning mitotik jarayoni davrining rivojlanishiga bir vaqtning o'zida ta'sir ko'rsatish uchun turli dasturlar bo'yicha o'tkaziladi **-VAMP- terapiya** [vinkristinQametofterinQ6-merkaptopurinQprednizolon], **SVAMT -terapiya** [siklofosfane QVAMP], **SLAP-terapiya** [siklofosfanQL-asparginayeQprednizolon] va **AVAMP - terapiya** [sitozinarabinozidQ VAMP] kurslari kabilar; b)sitostatik dorilarning miqdori leykositlar $2,0 \cdot 10^9/l$ gacha va trombositlar $40,0 \cdot 10^9/l$ gacha pasayganda ikki barobarga kamaytiriladi yoki leykositlar miqdori $1,0 \cdot 10^9/l$ dan kam bo'lganida va yarali stomatitda, diareyada xamda og'ir qayt qilishda sitostatik terapiya to'xtatiladi; v)leykositlar soni $2,5 \cdot 10^9/l$ dan ziyod va trombositlar $50,0 \cdot 10^9/l$ dan ziyodligi tiklanganida sitostatik terapiya yana yangidan boshlanadi; g)neyroleykemiya qo'shimcha siklofosfanni endolyumbal kiritiladi.

SLda, ximioterapiya taloqni nurlantirishga qaraganda ko'proq samara beradi va shuning uchun, xomiladorlarda ushbu davolash muolajasi kamroq o'tkaziladi, splenektomiya bo'lsa monelik bo'lganda bajariladi (chunki SLni o'tkir leykozga o'tishini to'xtata olmaydi). Davolash jarayoni xomilador ayolning SL bilan yashash muddatini 4, 5 yilgacha uzaytiradi.

Xomiladorlikni va tug'ruqni limfagranulematozda o'tkazish

Xodjkin kasalligi yoki limfagranulematoz (XK) ikkita xususiyati bilan leykozlardan ajratib turadi: birinchisi, u suyak ko'migidan tashqarida kelib chiqadi gemoblastoz va limfoidli to'qimalari bo'lgan ichki a'zolarida xamda limfatik

to'qimalar yomon sifatli o'sma sifatida shakllanadi; ikkinchisi, leykoslarga u kirmaydi.

Xomilador ayolda XK 4 bosqichda birin ketin ifodalanib o'tadi: **1-bosqichi-lokal shakli:** mu'ayan 1 ta anatomik xududning bitta yoki bir nechta chetki limfatik tugunlarini kattalashuvi bilan ifodalanadi; **2-bosqichi-regionar shakli:** diafragmadan yuqorida joylashgan limfatugunlarining 2-tasi yoki undan ortig'ini kattalashuvi bilan xarakterlanadi; **3-bosqich-tarqoqlashgan shakli:** diafragma va taloqni xar ikki tomonida joylashgan limfatugunlarini xastalanishi bemorning axvoli og'irlashuvi bilan davom etadi, qonda gipergammaglobulinemiya kuchayadi; **4-bosqichi- disseminirlangan shakli:** limfatugunlarning va ichki a'zolari(o'pkalar, jigar, buyraklar va b.q. zararlanishi).

Klinik manzaranishiga qarab terili, suyakli, nevrologik va me'da-ichakli shakllari ajratiladi.

Eslab qolish kerak: 1.XKni ob'yekti/substrati limfatik tugunlar va ichki a'zolarida granulemalarni xosil bo'lishidir: uning tarkibida diametri 25-80mkml ulkan xujayralar bo'ladi (bu xujayralarni Berezovskiy-Shternberg xujayralari deb ataladi) va yana , uning tarkibida yirik biryadroli Xodjkin xujayralari xam bo'ladi; ulkan xujayrali yomon sifatli tusga ega bo'lishadi; **2.**Aksariyat bo'yin va umrov osti limfatik tugunlari kattalashishadi: ular og'riqsiz, bir-biri bilan payvandlashmagan, momiqelastikli konsistensiyaga ega xossalari bilan paypaslashda e'tiborlanishadi; **3.**Yirik konglomeratlarni xam xosil qilishliliklari mumkin va bundan tashqari sekin-asta xos klinik manzara tasvirlanadi: a)isitmani ko'tarilishi va teri qichishishi yoki tungi terlashlar; b)ko'ks limfatugunlari xastalanishida yo'tal va xansirash kuchayib boradi; b)limfatugunlaridan boshlangan jarayon barcha a'zolarga tarqalib boradi: taloq kattalashadi, o'pkalar infiltrasiyasi aniqlanadi, xuddi shunday infiltrasiyalanish plevrada, traxeya va qizilo'ngachda xam kuzatiladi yoki bu tarqalish jigar, me'da, qalqonsimon bez, suyaklar va buyraklargacha borib yetadi; **4.**Kasallikning boshlanishida qon deyarli manzaranmaydi, avjiga chiqqanida –limfositopeniya, neyetrofilli leykositoz tayoqchayaderli siljish bilan, ECHTni ortishi, kamqonlik va trombositopeniya

paydo bo'ladi; 5. Kaxeksiya (keskinlashgan ozish), o'pka, yurak, buyrak va jigar yetishmovchiligi, amiloidoz rivojlanadi; 6. Tashxisiy kalit faqat limfatugunlarini biopsiyasi bo'lib xisoblanadi: bunda Berezovskiy-Shternberg xujayralarini topish asos qilinib olinadi. 7. Xomiladorlik paytida XKni aniqlashda keng qo'llaniladigan vizual-instrumental tekshiruvlar (rentgenologik va radioizotopli) dan foydalanilmaydi.

XKni davolash uchun qo'llaniladigan barcha usullarni (nurli terapiya va poliximioterapiya) xomiladorlik davrida qo'llanishliliklari man etiladi, ular salbiy ta'sir etadilar. Ikkinchidan, XK fanida bo'lgan xomiladorlik xujayra immunitetini onada kamaytiradi (kortitikosteroidlarni, estrogenlarni, progesteronni, prolaktinni, xorionik gonadotropinni ortishi xisobiga) va kankrofiliya sindromini keltirib chiqaradi (glyukozani, insulinni, yog` kislotalarini va xolesterinni buzilishi bilan ifodalanuvchi gomeostazni izdan chiqishi). Shu bois, ayolda shakshubhasiz, limfagranulematozni residivi xavfi 100% saqlanib qoladi. Terapevtning vazifasi- aniq tashxis qo'yish va xomiladorlikni, uning qaysi muddatida bo'lishidan qat'iy nazar, to'xtatishni tavsiya etishdir. Bundan keyin faol yuqorida ko'rsatilgan davolash dasturini tuzib va amalga oshirib beradi. Akusherginekologni taktikasi- vaqtida xomiladorlikni konservativ yo'llar bilan to'xtatib berishni ta'minlash xisoblanadi.

Aloxida klinik vaziyatlar xisobga olinadi: 1) Agarda istalgan 1-chi xomiladorlik bo'lsa, xomila oldirishdan bosh tortilsa va XK xomiladorlikning II-va III-chi trimestrida ilk ko'rinish bergan taqdirda-diafragmadan ustki xududda joylashgan chetki limfatugunlarni lokal nurlantirish kursini o'tkazib tug'ishga- ruxsat berish mumkin; 2) XK ni 1 va 2 –bosqichida bo'lib 3 yildan uzoq muddat davomida to'liq remissiyasi tasdiqlanadigan bo'lsa, xomiladorlikka ruxsat berish mumkin; 3) XKning 3 yoki 4-chi bosqichida, 5-yillik turg'un remissiyasi bo'lgan taqdirda xam, xomiladorlik tufayli albatta residivlar bo'ladi va shuning uchun, bu guruhdagi bemor ayollarga xomilador bo'lish man etiladi; 4) XK faqat xomiladorlik davrida aniqlangan bo'lsa uni to'xtatish va so'ng kompleks davo o'tkazish tavsiya qilinadi; 5) Bolalikda va o'smirlikda XK boshdan o'tkazilgan

bo'lsa-yu (u bola va onaga salbiy ta'sir qilmaydi), kasallik residivlanib ko'rinmayotgan bo'lsa, kompleks o'tkazilgan davodan 100%-li samara olingan bo'lsa va uning natijasi bo'lib 5 yildan uzoq davom etgan remissiya ishonchli tasdiqlanib berilgan bo'lsa (mutaxassis gematolog jalb qilingan xolda)-xomiladorlik va tug`ruq xavf tug`dirmay o'tadi, tug`ishga ruxsat berish mumkin.

ADABIYOTLAR

1. Kachkovskiy M.A. , Mamasoliyev N.S., Hukin YU.V. Ichki kasalliklar - 2015. – “Namangan nashriyoti”-B. 397-410.
2. Gematologiya: Vrachlar uchun qo'llanma// N. N. Mamayev, S. I. Ryabov taxriri ostida. –SPb.: Maxsus adabiyot. -2008-B. 449-541.
3. Klinik gematologiya: Vrachlar uchun qo'llanma//A-N. Bogdanov va b. q. muxarriligi bilan. -SPb.:OOO"Forliant nashriyoti". -2008. -B. 465-486.
4. S. YU. Tursunov, N. S. Mamasoliyev Ichki kasalliklarni aniqlash va davolash. “Andijon nashriyoti”. -1997. -B. 288-294.
5. Pomeransev V.P., Skipura YU.I. Ichki kasalliklarni aniqlash va davolash bo'yicha qo'llanma. Tula. -1994. -B. 224-228.
6. Djon Nobel bo'yicha Umumiy Shifokorlik Amaliyoti. -Praktika. - Moskva. -2005-B. 993-1064.
7. Shulutko B.I., Makarenko S.V. Ichki kasalliklarni aniqlash va davolash bo'yicha standartlar. -“ELBI-SPB” Sankt-Peterburg-2007. B. 368-380.
8. Dori vositalaridan foydalanish bo'yicha Federal qo'llanma //-A.G. Chuchalin, V.V. Yasnesova tahriri bilan. -Moskva. -2015. -B. 558-561.
10. Sheyxtman M.M. Xomiladorlarda ekstragenital patologiyalar bo'yicha qo'llanma. -Triada X.-2008.-B. 327-372.
11. Ichki kasalliklarning tasniflari. Tashxisni shakllantirishga uslubiy yondoshuvlar. “NijGmA nashriyoti”. Quyi Novgorod.-2015.-B.35-54.

12. Qon tizimi kasalliklarini dasturaviy davolash: qon tizimi kasalliklarini tashxisoti va davolash protokollari algoritmlari to'plami //V. G. Savchenko tahriri bilan. -M.: Praktika. -2012. -B. 1054-1055.

13. Bun, Nikolas A. Devidson bo'yicha ichki kasalliklar. Kardiologiya. Gematologiya: o'quv qo'llanmasi//M: GEOTAR-Media. -2009. -B. 281-286.

14. Klinik onkogematologiya: shifokorlar uchun qo'llanma//M. A. Volkov umumiy taxriri bilan. -2-chi nashri. qayta ishlangan va to'ldirilgan. -M: Medisina. -2007-B. 1117-1119.

15. Arias F Xomiladorlik va yuqori xavfli tug`ruqlar//M. Medisina. -1989. -B. 654-656.

16. Barkagan Z. S. Gemorragik kasalliklar va sindromlar//M. -1988. -B. 524-525.

17. Xomiladorlikda klinik farmakologiya. X. L. Kyumerle va b.q. umumiy tahriri bilan//M. Medisina. -1987. -T. 1-2.

18. Korchmaru I.F., Paraskova A.M. Xomiladorlikni limfogranulematozning kechishi ta'sirlari //Onkologiya masalalari. -1982-№7. -B. 35-37.

19. Kulakov V.CH., Proshina I.V. Shoshilinch tarzida tug`ruqni o'tkazish//Novgorod-1996. -B. 260-262.

20. Kulakov V. I., Serov V.N., Abubakirova A. M. Akusherlikdagi asosiy patologik xolatlarda plazmaferez va plaazmafiltrasiya//ROSS. Akush. va ginek. assosiasiyasi Xabarnomasi.-1998.-№1. -B. 68-69.