



## SIMULTANEOUS OPERATIONS IN THE AUTOIMMUNE THROMBOCYTOPENIC PURPURA

Mustafakulov G.I.

Uzbekistan, Tashkent State Medical University  
<https://doi.org/10.5281/zenodo.18017249>

### ARTICLE INFO

Qabul qilindi: 15-dekabr 2025 yil  
Ma'qullandi: 18-dekabr 2025 yil  
Nashr qilindi: 22-dekabr 2025 yil

### KEYWORDS

qon tizimi kasalliklari,  
trombotsitopeniya,  
splenektomiya, simultan  
operatsiyalar.

### ABSTRACT

*Maqolada zamonaviy jarrohlik amaliyotida simultan operatsiyalarning (SO) mohiyati hamda ularni turli a'zolar va taloq kasalliklarida qo'llash imkoniyatlari haqida asosiy ma'lumotlar keltirilgan. Gematologik patologiyaga ega 98 nafar bemorda bajarilgan simultan operatsiyalar natijalari tahlil qilindi. Gematologik kasalliklarning o'ziga xos xususiyatlari hisobga olingan holda, bunday operatsiyalarni bajarish uchun ko'rsatmalar va eng maqbul variantlar aniqlandi. Simultan operatsiyalar gematologik amaliyotda bir nechta jarrohlik kasalliklarini davolashning istiqbolli usuli hisoblanadi.*

Autoimmun trombotsitopenik purpura (ATP, Verlgof kasalligi, birlamchi immun trombotsitopenik purpura) ko'pchilik mualliflarning fikriga ko'ra, trombotsitlar yoki megakariositlar antigenlariga qarshi yo'naltirilgan immun konflikt natijasida rivojlanadi va trombotsitlar sonining kamayishi ( $<150 \times 10^9/l$ ) hamda gemorragik sindrom bilan tavsiflanadi. Ko'pgina mualliflar Verlgof kasalligi trombotsit antigenlari yoki megakariositlarga qarshi immun konflikt natijasida rivojlanishini va trombotsitlar sonining kamayishi ( $<150 \times 10^9/l$ ) hamda gemorragik sindrom bilan namoyon bo'lishini ta'kidlaydi.

ATP kattalar va bolalarda uchraydi, uning uchrash chastotasi 100 000 aholiga 1–13 holatni tashkil etadi (U.S. Altibayev, 1984; Robert-Mac Milan, 1997, AQSh; Abdukadirov K.M., 2004; Mustafakulov G.I., 2006, 2008, 2023).

Splenektomiya ATPni davolashning eng samarali usullaridan biridir. Splenektomiyadan keyingi darhol klinik samara 70–90% hollarda kuzatiladi, 10 yildan ortiq davom etuvchi remissiya 78% bemorlarda, 20 yillik retsidivsiz yashash esa 67% ni tashkil etadi [6, 15, 16].

Simultan jarrohlik aralashuvlari (SO) jarrohlik amaliyotida uzoq vaqtdan beri ma'lum. Bunday operatsiya haqida ilk bor 1735-yilda A. Klaudius xabar bergan bo'lib, unda appendektomiya va churrani plastik yopish bir vaqtda bajarilgan [3, 29, 34, 37].

Hozirgi vaqtda simultan operatsiyalar deb etiologik jihatdan o'zaro bog'liq bo'lmagan kasalliklar sababli ikki yoki undan ortiq a'zoda bir vaqtning o'zida bajariladigan jarrohlik aralashuvlariga aytiladi [27, 34, 35].

Simultan operatsiyalarga bo'lgan qiziqish barqaror bo'lib, JSST ma'lumotlariga ko'ra jarrohlik bemorlarining 20–30% ida kombinatsiyalangan jarrohlik patologiya uchrashi bilan izohlanadi [4]. Ya'ni, har uchinchi jarrohlik bemorida bir nechta kasallik mavjud bo'lsa-da, paradoksal tarzda simultan operatsiyalar barcha bajarilgan jarrohlik aralashuvlarining 6% idan oshmaydi [15].

JSSTning shu ma'lumotlariga ko'ra, qorin bo'shlig'i jarrohlik patologiyasiga ega bemorlarning 30% ida ikki emas, balki undan ko'p, shoshilinch davolashni talab qiluvchi kasalliklar mavjud [19].

XX asrning so'nggi yigirma yilligida simultan jarrohlik aralashuvlarini bajarish imkoniyatlariga bag'ishlangan nashrlar soni sezilarli darajada oshdi va yiliga 500–700 ta maqolani tashkil etdi (MEDLINE va EMBASE ma'lumotlariga ko'ra).

Simultan operatsiyalarning afzalligi nafaqat bir vaqtning o'zida bir nechta kasallikni davolashi, balki takroriy operatsiyalar, qayta-qayta dori qo'llash va shu bilan bog'liq jarrohlik hamda anesteziologik asoratlar xavfini kamaytirishidir [11–13]. Shu bilan birga, bemor bir nechta operatsiya bo'yicha psixologik jihatdan og'ir qaror qabul qilish zaruratidan ham ozod bo'ladi.

Bir qator mualliflarning fikriga ko'ra, kombinatsiyalangan jarrohlik patologiyaga ega bemorlarni bosqichma-bosqich emas, balki bir martalik davolash dori xarajatlarini, shifoxonada yotish muddatini va vaqtinchalik mehnatga layoqatsizlik davrini ikki barobarga qisqartiradi hamda umumiy davolash xarajatlarini kamaytiradi [10].

Umr davomiyligining uzayishi va diagnostika texnologiyalarining rivojlanishi natijasida bir vaqtning o'zida 2–3 ta jarrohlik kasalligi mavjud bo'lgan, jumladan gematologik bemorlar soni ortib bormoqda. JSST ma'lumotlariga ko'ra, kombinatsiyalangan jarrohlik va gematologik patologiya 15–20% hollarda uchraydi, bu esa jarrohlar va gematologlar oldiga bunday patologiyani bir vaqtda korreksiya qilish masalasini qo'yadi [1, 7].

Kombinatsiyalangan jarrohlik patologiya mavjud bo'lgan gematologik bemorlarda davolash samaradorligini oshirish simultan operatsiyalarni bajarish orqali amalga oshiriladi. Biroq, adabiyotlarda ushbu muammo bo'yicha dalillarga asoslangan tadqiqotlar kam uchraydi, garchi amaliyotda ko'plab jarrohlar va gematologlar bunday operatsiyalarga ehtiyoj mavjudligini ta'kidlashsa-da [17, 23, 25].

Operatsiyalar ketma-ketligini aniqlashda birinchi navbatda asosiy kasallik hisobga olinishi, shuningdek aseptik qoidalar, operatsiya bosqichining ahamiyati va aralashuv vaqtini qisqartirish tamoyillariga amal qilinishi lozim. Har bir holatda bu masala individual tarzda hal etiladi [11, 15, 22, 28].

Autoimmun trombositopenik purpura gemorragik diatezlarning eng ko'p uchraydigan shakllaridan biridir. V.G. Vogralik (1961) ma'lumotlariga ko'ra, ushbu patologiya gemorragik diatezlarning 43,1% ini tashkil etadi.

ATP patogenezing asosida autoimmun jarayon yotadi [18]. Turli sabablar ta'sirida organizmda trombositlarga qarshi autoantitanachalar sintezlanadi, ular megakariositlarga qarshi yo'naltirilgan xususiyatga ham ega [3, 7, 8, 14, 16].

Surunkali ATPning doimiy qaytalanuvchi kechishida yoki shilliq qavatlardan qon ketish bilan tez-tez zo'rayishlarda rejalashtirilgan splenektomiya masalasini hal qilish zarur. Bunda 70–90% bemorlarda klinik va laborator remissiya kuzatiladi. Antitrombotsitar

antitanachalarning asosiy qismi taloqda sintezlanadi, taloq olib tashlangandan so'ng ularning titri keskin kamayadi yoki aniqlanmaydi.

Splenektomiya katta hajmli operatsiya bo'lib, postsplenektomik sepsis xavfi og'ir qon ketish xavfidan yuqori. Shu sababli splenektomiya tashxis qo'yilganidan keyin kamida 12 oy o'tgach bajarilishi lozim. Splenektomiya uchun qabul qilingan minimal yosh — 5 yosh, bu davrga kelib immun tizim yetiladi. Rejalashtirilgan splenektomiyaga ko'rsatmalar: shilliq qavatlardan qon ketish bilan kechuvchi tez-tez zo'rayishlar va trombositlar sonining 30 000 dan kam bo'lishi.

Bunday hollarda 12–15% bemorlarda splenektomiya boshqa jarrohlik aralashuvlari bilan birga bajariladi [26].

Anemiya va gemostaz buzilishlari bo'lgan bemorlar simultan operatsiyalar oldidan puxta tekshiruv va maxsus tayyorgarlikni talab qiladi, bu operatsiya natijasini belgilaydi.

Anesteziologiya va transfuziologiyaning rivojlanishi, jarrohlik texnikasining takomillashuvi, ratsional operatsiyaga tayyorgarlik va operatsiyadan keyingi davolash gematologik bemorlarda simultan operatsiyalar uchun ko'rsatmalarni kengaytirish imkonini berdi.

Maqola simultan operatsiyalarni bajarishning texnik jihatlariga bag'ishlangan bo'lib, operatsiya travmatikligi va muvaffaqiyatiga ta'sir qiluvchi turli omillarni yoritadi. Tadqiqot simultan operatsiyalarni qo'llash uchun ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalarni ishlab chiqish, turli operatsiyalarni birlashtirishning eng maqbul variantlarini aniqlash, ularni klinik amaliyotga joriy etish va gematologik bemorlarda ularning natijalarini tahlil qilish maqsadida olib borildi.

### **Materiallar va usullar**

Tadqiqot obyekti O'zbekiston Respublikasi Gematologiya ilmiy-tadqiqot instituti va uning klinik bo'limlarida tekshiruv va davolanishdan o'tgan, yoshi 18 dan 51 yoshgacha bo'lgan, autoimmun trombositopenik purpura (ATP) va boshqa jarrohlik patologiyaga ega 98 nafar bemorni tashkil etdi.

Ulardan 46 nafari (47%) erkaklar, 52 nafari (53%) ayollar edi. Kasallik davomiyligi 6 oydan 14 yilgacha bo'lgan. Bemorlar o'rtacha 2 martadan ko'p turli glyukokortikoid preparatlari bilan davolangan. Barcha bemorlar statsionar va ambulator sharoitda 1 martadan 3 martagacha yoki undan ko'p marta davolanishgan bo'lib, vaqtinchalik yaxshilanish kuzatilgan.

Bemorlarni tekshirishda quyidagi tadqiqotlar o'tkazildi: umumiy qon va siydik tahlili, biokimyoviy tekshiruvlar, koagulogramma, zardob temiri, gepatit markerlari, aylanib yuruvchi immun komplekslar, qon ivish va qon ketish davomiyligi, miyelogramma. Hamroh patologiyaning xususiyatiga qarab qo'shimcha ravishda qorin bo'shlig'i a'zolarining ultratovush tekshiruvi, fibrogastroduodenoskopiya, ko'krak qafasi rentgen tekshiruvi, oshqozon-ichak yo'lining kontrast rentgenografiyasi, EKG, magnit-rezonans tomografiya, kompyuter tomografiya va spiroografiya o'tkazildi.

Barcha bemorlar gemorragik sindrom bilan qabul qilindi. Ulardan 24 nafar (26%) bemorda burundan qon ketish, 15 nafarida (15%) milkdan qon ketish kuzatildi. 12 nafar (12%) ayollarda boshqa gemorragik belgilar bilan birga giperpolimenoreya aniqlangan. Qolgan bemorlarda teri ko'rinishidagi gemorragik belgilar qayd etildi.

1 nafar (1%) bemorda gematuriya kuzatildi. Ko'pchilik hollarda ekximozlar va petechiyalar shilliq qavatlardan qon ketish bilan birga kechgan.

Bemorlar trombositlar soni 1 dan  $10 \times 10^9/l$  gacha bo'lgan holatda qabul qilindi, ularda turli darajadagi postgemorragik anemiya qayd etildi.

Ularning 14 nafarida (14%) turli jarrohlik patologiyalari aniqlangan. Jumladan, surunkali autoimmun trombositopenik purpura (SATP) bilan og'rikan 4 bemorda kindik churrasi bo'lgan (ulardan 3 nafari ayol, 1 nafari erkak). Erkak bemorlarda chov churrasi aniqlangan. 3 nafar ayolda surunkali kalkulyoz xoletsistit, 2 nafar bemorda (1 ayol, 1 erkak) surunkali gemorroy, 2 nafar erkakda turli o'lchamdagi lipomalar aniqlangan.

Ko'rsatmalarga muvofiq, kombinatsiyalangan jarrohlik patologiyaga ega 98 nafar bemorda yuqori-o'rta kesma orqali splenektomiya bajarildi. Ulardan 14 nafarida turli hamroh jarrohlik kasalliklari sababli simultan operatsiyalar amalga oshirildi. Kindik va chov churrasi bo'lgan 2 nafar bemorda operatsiya oldi konservativ davolashdan so'ng trombositlar ajratib berilganiga qaramay, operatsiya vaqtida kuchli qon ketish kuzatilgani sababli faqat splenektomiya bilan cheklanildi.

### **Natijalar va muhokama**

20 yoshdan 47 yoshgacha bo'lgan, autoimmun trombositopenik purpura va kindik churrasi bilan og'rikan 4 nafar bemorda operatsiyaga tayyorgarlikdan so'ng trombositlar soni 29 000 dan 37 000 gacha oshdi. Qon ketish belgilari bo'lmagan holda yuqori laparotomiya kesmasi orqali operatsiya bajarildi. Klinikada qabul qilingan usul bilan splenektomiya amalga oshirildi, qon yo'qotish taxminan 50–70 ml ni tashkil etdi. Sinchkov gemostazdan so'ng Sapejko va Mayo usullari bo'yicha churrani bartaraf etish bajarildi, bunda qon yo'qotish 15–20 ml atrofida bo'ldi. Operatsiyadan keyingi davrda 2 nafar bemorda teri osti gematomasi rivojlandi, ular 2-kuni drenaj qilindi. Operatsiyadan keyingi 2-kuni trombositlar soni 70 000 dan 164 000 gacha oshdi.

38 yoshdan 45 yoshgacha bo'lgan, umumiy autoimmun trombositopenik purpura va chov churrasi bilan og'rikan 3 nafar bemorda, ulardan 2 nafari terida ekximozlar, qo'l-oyoqlarda mayda petechiyalar bilan kelgan. Operatsiyaga tayyorgarlikdan so'ng trombositlar 32 000 dan 47 000 gacha oshdi. Qon ketish belgilari aniqlanmadi. Splenektomiya bajarilib, taxminan 70–115 ml qon yo'qotildi. Puxta gemostazdan so'ng Kimbarovskiy choklari qo'llangan holda Girard–Spasokukotskiy usuli bo'yicha churrani plastik yopish bajarildi, qon yo'qotish 30–40 ml ni tashkil etdi. Operatsiyadan keyingi davrda 1 nafar bemorda teri osti gematomasi rivojlandi va 2-kuni drenaj qilindi. Bir kundan so'ng trombositlar soni 56 000 dan 102 000 gacha oshdi.

25 yoshdan 37 yoshgacha bo'lgan, autoimmun trombositopenik purpura va surunkali kalkulyoz xoletsistit bilan og'rikan 3 nafar bemorda qon ketish belgilari bo'lmagan. Operatsiyaga tayyorgarlikdan so'ng trombositlar 35 000 dan 39 000 gacha oshdi. Yuqori-o'rta kesma orqali splenektomiya bajarildi (qon yo'qotish 60–100 ml). So'ngra o't pufagi pastki qismidan ajratib olindi, bunda qon yo'qotish 50 ml gacha bo'ldi. Subfrenik sohada joylashtirilgan drenaj orqali 2 kun davomida 60 ml gemorragik ajralma kuzatildi. 3-kuni drenajdan ajralma bo'lmagani sababli drenaj olib tashlandi. Operatsiyadan keyingi 2-kuni trombositlar 67 000 dan 73 000 gacha, 3–4-kunlari esa 124 000–180 000 gacha oshdi.

19 yoshdan 28 yoshgacha bo'lgan, autoimmun trombositopenik purpura va tashqi gemorroy bilan og'rikan 2 nafar bemorda anamnezida tez-tez qon ketishlar qayd etilgan.

Operatsiyaga tayyorgarlikdan so'ng trombositlar 42 000 dan 53 000 gacha oshdi. Qon ketish belgilari bo'lmagan. Splenektomiya minimal qon yo'qotish (30–60 ml) bilan bajarildi va Milligan–Morgan usuli bo'yicha gemorroidektomiya amalga oshirildi. Operatsiyadan keyingi 1-kuni trombositlar 57 000 dan 92 000 gacha, 2–4-kunlari esa 164 000–190 000 gacha oshdi.

Simultan operatsiyalar ikki bosqichda bajarildi. Birinchi bosqichda taloqda operatsiya amalga oshirildi, ikkinchi bosqichda esa boshqa a'zodagi jarrohlik aralashuvi bajarildi. Barcha bemorlar qoniqli holatda chiqarildi, jarohatlar birlamchi bitish (per primam) bilan bitdi.

### **Natijalarni muhokama qilish**

Barcha operatsiyalar operatsion xavf darajasi hisobga olingan holda reja asosida bajarildi. Ushbu bemorlarda operatsiyadan keyingi davr ayrim o'ziga xos xususiyatlarga ega bo'ldi: og'riq qoldiruvchi preparatlarni buyurish zarurati 2–3 kun davom etdi, yotoq rejimi esa 3–7 kuni tashkil etdi. Bu holat autoimmun trombositopenik purpura bilan og'riq bemorlarning uzoq vaqt davomida gormonal preparatlar qabul qilgani bilan bog'liq. 4 nafar bemorda operatsiyadan keyingi yara sohasida gematoma kuzatildi.

Simultan operatsiyalarda birinchi bosqichda taloqda jarrohlik aralashuvini bajarish maqsadga muvofiq hisoblanadi. Jarrohlik davolashning ikkinchi bosqichi esa hamroh jarrohlik patologiyasiga qaratilgan bo'lishi lozim. Erta harakatlanish (motor faollik) operatsiyadan keyingi pnevmoniya va tromboembolik asoratlarning oldini olishga yordam beradi.

Yaqqol ifodalangan postgemorragik sindromga ega bemorlarni operatsiya qilish maqsadga muvofiq emas, chunki bu jarrohlik aralashuvi xavfini oshiradi va operatsiyadan keyingi davr kechishini og'irlashtiradi, operatsiya vaqtida hamda undan keyin asoratlar sonining ortishiga olib keladi.

Taloq patologiyasida bajariladigan simultan operatsiyalarning o'ziga xos jihati shundan iboratki, ular ikki xil jarrohlik yondashuvi orqali amalga oshiriladi, bu esa og'riq sindromning yaqqol namoyon bo'lishi sababli operatsiyadan keyingi davrni murakkablashtirishi mumkin. Shu bilan birga, aksariyat kuzatuvlarda bemorlarni sinchkovlik bilan tanlash va anesteziya usulini to'g'ri tanlash mumkin bo'lgan salbiy holatlarni bartaraf etishga imkon berdi. Hech bir holatda o'lim bilan yakunlangan holatlar qayd etilmadi.

### **Xulosa**

Yuqoridagilarni hisobga olgan holda, taloq va boshqa a'zolarida bajariladigan simultan operatsiyalar bir vaqtning o'zida bir nechta kasallikni jarrohlik yo'li bilan davolashning istiqbolli usuli ekanligini xulosa qilish mumkin. Taloqda simultan operatsiyalarni bajarishning muhim tamoyillaridan biri maqbul jarrohlik usullaridan foydalangan holda ikki operatsiyani bir vaqtda amalga oshirish hisoblanadi.

Biz simultan operatsiyalarni qo'llashni, agar bir vaqtning o'zida bir nechta jarrohlik aralashuvini bajarishdan voz kechish asosiy kasallik kechishini og'irlashtiruvchi jiddiy asoratlarga olib kelishi mumkin bo'lgan holatlarda, o'zini oqlagan deb hisoblaymiz. Taloqda simultan operatsiyalar yetarli diagnostik imkoniyatlarga ega bo'lgan va operatsion jarrohlar tajribasi yetarli bo'lgan ixtisoslashtirilgan bo'limlar va klinikalarda bajarilishi lozim.

Gematologik amaliyotda simultan operatsiyalarning afzalliklari:

- umumiy anesteziya ostida o'tkaziladigan vaqtning qisqarishi;
- jarrohlik patologiyalarini bir vaqtda davolash imkoniyati;
- vaqtning tejashi;

bir martalik jarrohlik aralashuvi hisobiga bemorning shifoxonada yotish muddati qisqarishi;

moliyaviy xarajatlarning kamayishi;

psixologik qulaylik.

Bemor uchun simultan operatsiya yagona jarrohlik aralashuvi sifatida qabul qilinadi, bu esa operatsiya oldi va undan keyingi davrda stress va xavotir darajasini sezilarli darajada kamaytiradi.

#### Adabiyotlar:

1. Boccasanta P. Prospective clinical and functional results of combined rectal and urogynecologic surgery in complex pelvic floor disorders / P Boccasanta, M Venturi, M Spennacchio et al. // Am. J. Surg. – 2010. – Vol. 199, N. 2. – P. 144–153.
2. Васильев С.А., Виноградов В.Л., Мазуров А.В., Маркова М.Л. Тромбоцитопении. Акушерство, гинекология и репродукция. 2014; 2: 112-125.
- Dedkov IP. Experience in the use of combined surgery for rectal cancer / IP Dedkov, MA Zyбина, NG Kononenko // Clinical Surgery. - 1976. - № 2.- P. 43-46.
- Deenchin P. Simultaneous carrying out several operations / P Deenchin // Surgery. – 1975. – № 7. – P. 44–48.
- Дворецкий Л.И. У беременной тромбоцитопения. ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет). КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР В ОБЩЕЙ МЕДИЦИНЕ | ТОМ 4. №3 2023. Стр. 6.
- Курлович И. В., Зубовская Е. Т., Бурьян Д. В., Богомолов А.Н.Панкратова О. А., Демидова Р. Н., Мирончик М. И. Тромбоцитопения в акушерской практике. Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя», Минск, Беларусь. Meditsinskienovosti. – 2024. – N2. – P. 19–24.
- Клинико-статистические данные и оценка различных методов терапии идиопатической тромбоцитопенической пурпуры / Ковалева Л.Г., Сафонова Т.И., Колосова Е.Н. [и др.]//Терапевтический архив. - 2011.- №4.-С.60-65.
- Иванов В.В. Одномоментные лапароскопические оперативные вмешательства при сочетанных заболеваниях органах брюшной полости и малого таза у пациентов с ожирением / В.В. Иванов, К.В. Пучков // Вестник национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2011. – № 4. – С. 65–69.
8. Наврузов, С. Н., Мирзахмедов, М. М., Наврузов, Б. С., & Ахмедов, М. А. (2013). Особенности клинического течения и выбор способа хирургического лечения болезни Гиршпрунга у взрослых. Новости хирургии, 21(2), 54-60.
9. Лебедева Е.А. Симультаные лапароскопические холецистэктомии и гинекологические операции при сочетанной патологии желчного пузыря и органов малого таза: дис. канд. мед. наук. 14.00.27 / Е.А. Лебедева. – М., 2010. – 123 с.
10. Maystrenko N.A. Simultaneous Assisted Surgery intervention in diseases of the uterus and appendages, combined with uncomplicated gallstone disease / NA Maystrenko, IV Berlev, AC Basos, SF Basos // Journal of Obstetrics and Women's Diseases. – 2008. – Т. LVII. – Vol. 3. – P. 18–23.

11. Mirzaxmedov, M., Axmedov, M., & Ortiqboyev, F. (2023). KATTALARDA HIRSHPRUNG KASALLIGINI OPTIMAL JARRURIK TAKTIKASI. Евразийский журнал медицинских и естественных наук, 3(8), 77-81.
12. Эргашев, У. Ю., Зохилов, А. Р., Мустафакулов, Г. И., & Моминов, А. Т. (2023). ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОСТРАНСТВАХ ПЕЧЕНИ. European Journal of Interdisciplinary Research and Development, 12, 17-26.
13. Mustafakulov, G., Ergashev, U. B., Kuryazov, A., Yakubov, D., & Atakhadjaeva, F. (2020). The Approach to Managing the Patients with Idiopathic Thrombocytopenic Purpura: A Case-Control Study. Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology, 14(4).
14. Mustafakulov, G. I., Ataxodjaeva, F. A., & Ergashev, U. Y. (2020). Idiopaticeskaya trombotopenicheskaya purpura pri beremennosti. Jurnal teoreticheskoy i klinicheskoy medisini, (1), 104-107.
15. Mustafakulov, G. I., & Ortiqboyev, F. D. (2023). Comprehensive approach to improving autoimmune thrombocytopenic purpura treatment results. Central Asian Journal of Medicine, (1), 14-20.
16. Мирзахмедов, М. М. (2013). Опыт лечения болезни Гиршпрунга у взрослых. Український журнал хірургії, (2), 89-94.
17. Пучков К.В. Симультаные лапароскопические оперативные вмешательства в хирургии и гинекологии: монография / К.В. Пучков, В.С. Баков, В.В. Иванов – М.: ИД МЕД - ПРАКТИКА. – М., 2005. – 168 с.
18. Пчельников С.С. Экономическая эффективность хирургических вмешательств / С.С. Пчельников, Ш.А. Тенчуринов, П.П. Пашков // Хирургия. – 1990. – № 11. – С. 137-139.
19. Стрижелецкий В.В. Экономическая эффективность симультаных операций в хирургии и гинекологии. Московский хирургический журнал. – 2008. – № 1. – С. 26-30.
20. Splenectomy as a curative treatment for immune thrombocytopenia: A retrospective analysis of 233 patients with a minimum follow up of 10 years / N. Vianelli, F. Palandri, N. Polverelli [et al.] // Haematologica. – 2013. – Vol. 98, № 6. – P. 875-880. DOI:10.3324/haematol.2012.075648
21. Спириденко Г. Ю., Петров Ю. А. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура: Течение беременности и родов. Акушерства и гинекология №1 (76) 2021. Стр.4.
22. Тоскин К.Д. Симультаные операции, название и определение / К.Д. Тоскин, В.В. Жебровский, А.А. Земляникин // Вестник хирургии. – 1991. – № 5. – С. 3-9.
23. Федоров А.В. Одномоментные операции. Терминология (обзор литературы и собственное предложение) / А.В. Федоров, А.Г. Кригер, А.В. Колыгин, А.В. Кочатков // Хирургия. – 2011. – № 7. – С. 72-76.
24. Kaplan H.Y. Safety of combining abdominoplasty and total abdominal hysterectomy: fifteen cases and review of the literature / H.Y. Kaplan, E. Bar-Meir // Ann. Plast. Surg. – 2005. – Vol. 54, N. 4. – P. 390-392.
25. Ищенко А.И. Оценка клинической и экономической эффективности симультаных операций в гинекологии / А.И. Ищенко, Л.С. Александров, А.М. Шулутко // Вестник новых медицинских технологий. – 2006, Т. XIII. – № 4. – С. 109-112.
26. Эргашев, У. Ю., Зохилов, А. Р., Минавархужаев, Р. Р., Абдусаломов, Б. А., & Ортикбоев, Ф. Д. (2023). Оценка эффективности малоинвазивных операций при механической

желтухе и применение алгоритма. European Journal of Interdisciplinary Research and Development, 12, 6-16.



INNOVATIVE  
ACADEMY