

**ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.12.2019.Tib.29.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН АКУШЕРЛИК ВА
ГИНЕКОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

ТУХТАБАЕВ АНВАР АЛИШЕРОВИЧ

**ПОСТМИОКАРДИТИК КАРДИОСКЛЕРОЗ ФОНИДА ПЛАЦЕНТА
ДИСФУНКЦИЯСИ БЎЛГАН АЁЛЛАРДА ХОМИЛАДОРЛИК ВА
ТУҒРУҚНИ ОЛИБ БОРИШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.01 – Акушерлик ва гинекология

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2020

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси
Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)
Contents of dissertation abstract of the doctor of philosophy (PhD)

Тухтабаев Анвар Алишерович Постмиокардитик кардиосклероз фонида плацента дисфункцияси бўлган аёлларда хомиладорлик ва туғруқни олиб боришни такомиллаштириш.....	3
Тухтабаев Анвар Алишерович Усовершенствование ведения беременности и родов у женщин с плацентарной дисфункцией на фоне постмиокардитического кардиосклероза.....	21
Tuhtabaev Anvar Alisherovich Improvement of pregnancy and delivery management in women with placental dysfunction on the background of postmyocardic cardiosclerosis.....	41
Эълон қилинган ишлар рўйхати Список опубликованных работ List of published works	44

**ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.12.2019.Tib.29.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН АКУШЕРЛИК ВА
ГИНЕКОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

ТУХТАБАЕВ АНВАР АЛИШЕРОВИЧ

**ПОСТМИОКАРДИТИК КАРДИОСКЛЕРОЗ ФОНИДА ПЛАЦЕНТА
ДИСФУНКЦИЯСИ БЎЛГАН АЁЛЛАРДА ХОМИЛАДОРЛИК ВА
ТУҒРУҚНИ ОЛИБ БОРИШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.01 – Акушерлик ва гинекология

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2020

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2019.2.PhD/Tib819 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт марказида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгаш веб-саҳифасида (www.tashpmi.uz) ва «ZiyoNet» Ахборот-таълим порталида (www.ziynet.uz) жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:

Каримов Ахмад Хашимович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар:

Қурбанов Джахонгир Джамалович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Уринбоева Нилуфар Абдужаббаровна
тиббиёт фанлари доктори

Етакчи ташкилот:

**Тошкент Врачлар Малакасини ошириш
Институтини**

Диссертация ҳимояси Тошкент педиатрия тиббиёт институти ҳузуридаги DSc.04/30.12.2019.Tib.29.01 рақамли Илмий кенгашининг 2020 йил «___» _____ соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 100140, Тошкент шаҳри, Юнусобод тумани, Боғишамол кўчаси, 223 уй. Тел./факс: (+998) 71-262-33-14; e-mail: mail@tashpmi.uz).

Диссертация билан Тошкент педиатрия тиббиёт институтининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (№ _____ рақам билан рўйхатга олинган). Манзил: 100140, Тошкент шаҳар, Юнусобод тумани, Боғишамол кўчаси, 223-уй. Тел./факс: (+998) 71-262-33-14.

Диссертация автореферати 2020 йил «___» _____ кунини тарқатилди.

(2020 йил «___» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси).

А.В.Алимов,
Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш раиси,
тиббиёт фанлари доктори, профессор

К.Н.Хайтов,
Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш
илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори, профессор

Д.И.Ахмедова,
Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш
кошидаги илмий семинар раиси,
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Кириш (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Сўнгги йилларда дунё мамлакатларининг барчасида хомиладорлик асоратлари, жумладан постмиокардитик кардиосклероз ва йўлдош дисфункцияси тобора ортиб бормоқда. Касалликда беморлар ҳаёт сифатининг пасайиши, хомила ривожланишини кечикиши ва перинатал касалликлар ортиши билан фарқланади. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш ташкилоти маълумотига кўра, «...репродуктив саломатлик, соғлом чақалоқларни дунёга келтириш муаммоси бутун дунёдаги олимларнинг диққат марказида бўлиб келмоқда. Бироқ хомила қорин ичи паталогияларининг мунтазам ўсиши кузатилмоқда»¹. Бу жараёнлар асосан, «ёндош соматик паталогиялар, оғир акушерлик ва гинекологик анамнез, хомиладорлик паталогик кечадиган аёлларда фетойўлдош комплексда морфофункционал бузилишлар билан боғлиқ»². Хомиладорликдаги постмиокардитик кардиосклероз ва йўлдош дисфункциясининг юқорилиги ўз навбатида, хомиладорлик ва туғруқни олиб бориш, асоратларини ташхислаш, даволаш ва олдини олиш усулларини такомиллаштиришни тақазо этмоқда.

Жаҳон миқёсида хомиладорлик вақтида юзага келадиган асоратлар, жумладан постмиокардитик кардиосклероз ва йўлдош дисфункциясининг ривожланиш хавфи, уни эрта босқичда ташхислаш, даволаш ва профилактика усулларини такомиллаштиришга йўналтирилган илмий-тадқиқотларга алоҳида эътибор қаратилмоқда. Бу борада хомиладорларда постмиокардитик кардиосклероз келиб чиқиши омилларини аниқлаш, хомила ривожланиши кечикишига олиб келадиган йўлдош дисфункцияси ва хомила гипоксиясини эрта ташхислаш, касалликни олиб боришни алгоритмларини ишлаб чиқиш илмий-тадқиқотларнинг устивор йўналиши бўлиб қолмоқда. Постмиокардитик кардиосклероз фонида плацента дисфункцияси бўлган аёлларда хомиладорлик ва туғруқни ривожланиш хавфини эрта ташхислаш, ҳамда керакли профилактик тадбирларини белгилаш соҳа мутахассислари олдида турган долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади.

Мамлакатимиз аҳолисига кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифатини яхшилаш, айниқса, репродуктив ёшдаги аёлларда учрайдиган касалликларни эрта ташхислаш ва асоратларини камайтиришга қаратилган чора-тадбирлар амалга оширилмоқда. Бу борада соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирларида «...оналар ва болаларнинг сифатли тиббий хизматдан фойдаланишни кенгайтириш, уларга ихтисослаштирилган ва юқори технологияларга асосланган тиббий ёрдам кўрсатиш, чақалоқлар ва болалар ўлимини камайтириш бўйича комплекс чора-тадбирларни янада кенгроқ амалга ошириш»³ вазифалари белгиланган. Бу борада жумладан аҳолига тиббий хизмат кўрсатиш сифатини янги босқичга кўтариш, айниқса, постмиокардитик кардиосклероз фонида плацента

¹ World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs. Sustainable Development Goals;

² Батаева, Р. С. Скрининговое исследование сердца плода во II триместре беременности. На примере школы Великобритании // Ультразвуковая и функциональная диагностика, - 2012, - N4, - С.30-51.

³ Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 20 июндаги «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017–2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги ПҚ–3071-сон Қарори.

дисфункцияси бўлган аёлларда ҳомиладорлик ва туғруқни олиб бориш ва даволашга янги ёндошувлар ишлаб чиқиш муҳим аҳамият касб этади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ–4947-сон «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида»ги ва 2018 йил 7 декабрдаги ПФ–5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги Фармонлари, 2017 йил 20 июндаги ПҚ–3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017–2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги ва 2019 йил 8 ноябрдаги ПҚ–4513-сон «Репродуктив ёшдаги аёллар, ҳомиладорлар ва болаларга кўрсатиладиган тиббий ёрдам сифатини ошириш ва кўламини янада кенгайтириш тўғрисида»ги қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги. Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. ЮҚТПда ҳомиладорлик ва туғруқни назорат қилишга бағишланган кўплаб тадқиқотларни ўргандик ва таҳлил қилдик. Бироқ ПМКС мавжуд ҳомиладорларни даволаш бўйича касаллик патогенези ва унинг ҳомиладорлик кечишига, ҳомила ҳолати ва чақалоққа таъсирини батафсил тавсифловчи бирор протокол, стандарт ёки қўлланма мавжуд эмас. (И.В. Игнатко, М.В. Рибин. ва бошқалар, 2006). Фақат ПМКС ва миокардит фонида ҳомиладорлик аксарият ҳолларда йўлдош дисфункцияси (ЙД) ва ҳомила гипоксияси билан мураккаблашади, бу эса онада гемодинамик ўзгаришлар билан боғлиқ. Муаммонинг долзарблиги шундаки, гриппдан кейинги миокардитда ўз вақтида ташхис қўйиш мумкин бўлган фақат ушбу патологияга хос аломатлар мавжуд эмас (Мойбенко А. А., Досенко В. Е. ва бошқалар, 2008), у вирус интоксикацияси ёки ҳомиладорликнинг жисмоний ўзгариши аломатлари билан акс этади, бу эса шифокор эътиборидан четда қолади. Натижада ушбу касаллик тезда ПМКСнинг ўткир шаклдан сурункали шаклига ўтади. Шунингдек, ҳомиладор аёл учун ПМКС фонида узоқ кечадиган ЙД хавфли ҳисобланиб, унинг натижасида кардиал патология ва туғма юрак нуқсони (ТЮН) шаклида намоён бўладиган ҳомила юрагининг гипоксик шикастланиши келиб чиқади (Марковский В. Д., Гаргин В. В. ва бошқалар, 2010).

Бошқа томондан, ҳомилада кардиал патология ва ТЮНни ташхислаш ҳалигача перинатологиянинг мураккаб вазифаларидан бири бўлиб қолмоқда. Швецияда ўтказилган тадқиқотлар (How N.Y. et. al. 2014) ҳомиладорликнинг эрта муддатларида юракни скрининг текшириш фақатгина 40% кузатишларда самарали эканлигини кўрсатди. Ҳомилада қон айланишининг ўзига хослигига эътибор қаратиб айтиш мумкинки, барча юрак туғма нуқсони органогенез вақтида ривожланмайди (Buyens A., Gyselaers W. et al., 2012). Юрак олди атрофидаги нуқсон, очиқ артериал қон оқими каби юрак иллатлари мавжуд бўлиб, у ҳомиланинг III уч ойлигида ҳомиланинг марказий қон айланиши

шаклида кучайган компесатор реакцияси натижасида, қўпол гемодинамик бузилишлар, шунингдек, узоқ вақт қорин ичи гипоксияси билан боғлиқ чуқур метаболик ўзгаришларга жавобан шаклланади (Carvalho J.S., Allan L.D. et al., 2013). Прогностик мезонларни ишлаб чиқиш ва кардиал патология, жумладан ПМКСда сурункали фетойўлдош дисфункцияси (ФЙД) фонида ривожланувчи ҳомиладаги ТЮНни эрта пренатал ташхислаш усулини такомиллаштириш муҳим аҳамиятга эга. Бу жиҳатдан пренатал эхокардиографияни клиник амалиётга кенг жорий қилиш нафақат замонавий акушерлик ва перинатология, балки болалар кардиологиясида ҳам устувор ҳисобланади. Ушбу тадқиқот усули мутахассисларга ҳомила юрак қон-томир тизими ҳолати тўғрисида муҳим маълумотларни беради (Gomez-Montes E., Herraiz I. et al., 2014).

Замонавий текшириш усуллари, хусусан, фетал эхокардиография билан ультратовушли текширув она ва ҳомила ҳолатини баҳолаш учун зарур маълумотларни олиш имконини беради. Ўтказилган тадқиқотлар натижаси асосида биз ПМКС бўлган аёлларда ҳомиладорликни тўғри даволашни ишлаб чиқиш, шунингдек, туғруққа тўғри ёндашувни ривожлантиришимиз мумкин. Даволаш усули ҳомиладорлик муддатига кўра, ПМКС кечиши, унинг оғирлик даражаси, шунингдек, фетойўлдош комплекси ҳолатидан келиб чиқиб фарқланиши лозим. Ҳомиладор аёлларнинг ушбу гуруҳини даволаш бўйича аниқ чора-тадбирлар йўқлиги сабаб ушбу мавзу долзарб ҳисобланади.

Диссертация мавзусининг диссертация бажарилган илмий-тадқиқот муассасаси илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Республика ихтисослаштирилган акушерлик-гинекология илмий-амалий тиббиёт маркази илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ АДСС 2.3. «Юрак яллиғланиши ва клапан генезли касалликлари мавжуд ҳомиладор аёлларда асоратларни ташхислаш, даволаш ва олдини олишнинг янги усуллари ишлаб чиқиш» (2013-2016 йй.) мавзуси доирасида бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади постмиокардитик кардиосклероз фонида плацента дисфункцияси бўлган аёлларда ҳомиладорлик ва туғруқни олиб боришни такомиллаштиришдан иборат. Она ва ҳомила ҳолатини ўрганиш, III уч ойлигида ҳомиладорлик ва постмиокардитик кардиосклероз фонида йўлдош дисфункциясини оқилона даволашни ишлаб чиқиш.

Тадқиқотнинг вазифалари:

постмиокардитик кардиосклероз бўлган аёлларда ҳомиладорлик кечиши хусусиятлари ва клиник-анамнези маълумотларини аниқлаш;

ПМКС бўлган аёллар ҳомиладорлигининг III уч ойлигида фетойўлдош (она-йўлдош-ҳомила тизими) комплексида қон айланиши ҳолати ва она юраги ичи гемодинамикасини аниқлаш;

ПМКС бўлган аёллар ҳомиладорлигининг III уч ойлигида она ва ҳомиланинг эхокардиографик кўрсаткичларини қиёсий баҳолаш;

она ва ҳомила эхо-доплер-кардиография кўрсаткичлари асосида оқилона туғруққа тайёргарлик ва ҳомиладорликни олиб боришни ишлаб чиқиш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида Республика ихтисослаштирилган акушерлик-гинекология илмий-амалий тиббиёт маркази назоратида бўлган юрак қон-томир патологияли 3783 нафар ҳомиладор аёллар ретроспектив ва 138 нафар ПМКСли бемор ҳомиладор аёлларнинг проспектив таҳлили олинди.

Тадқиқотнинг предмети сифатида эхо-доплер-кардиография, доплерометрия ва кардиотокография кўрсаткичлари ҳомиладорлик кечиши, бачадон-фетойўлдош комплекси ҳамда ҳомилада юрак ичи гемодинамикаси хусусиятларини аниқлаш учун олинди.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқотда умумклиник, клиник-анамнез, ультратовуш, доплерометрия, она ва ҳомила ЭХО-доплер-кардиографияси, кардиотокография ва статистик усуллардан фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги куйидагилардан иборат:

илк бор ҳомиладорликнинг III уч ойлигида постмиокардитик кардиосклероз мавжуд аёлларда бачадон-фетойўлдош комплекси билан ҳомила юрак ичи гемодинамикасининг ўзаро боғлиқлиги аниқланган;

ПМКСда плацентар дисфункция фонида шаклланган спирал артериялар сонининг камайиши, томирлар диаметрлари кичрайиши натижасида, қон келиши ва айланиши бузилиши ҳамда фетойўлдош дисфункцияси кучайишининг ўзаро боғлиқлиги аниқланган;

илк бор постмиокардитик кардиосклероз мавжуд аёллар ҳомиласи юраги ва қон томирлари доплерометрияси (эхокардиографияси) асосида гипоксия жараёнининг кучайиши, ўчоғли дистрофия ҳамда кейинчалик юрак туғма нуқсонлари келиб чиқишига тўғри пропорционалиги исботланган;

постмиокардитик кардиосклерозли ҳомиладорлар ҳомиласида кардиал патология ва туғма юрак нуқсонлари келиб чиқиши, ҳомила қорин ичи гемодинамикасидаги ўзгаришлар, жумладан ҳомила юрагининг чап ва ўнг қоринчаларидаги якуний систолик ва якуний диастолик ҳажм, ҳамда веноз оқими (ВенО) кўрсаткичлари ўзгаришига боғлиқлиги биз томондан исботланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари куйидагилардан иборат:

ҳомиладор аёлларда постмиокардитик кардиосклерозни эрта ташхислаш мезонлари ишлаб чиқилган;

ПМКС бўлган ҳомиладорларда ҳомиладорликни олиб бориш усули, туғруққача тайёргарлик ва туғруқни олиб бориш алгоритми ишлаб чиқилган;

ҳомилада кардиал патология ва туғма юрак нуқсонини ўз вақтида аниқлаш имконини берувчи ҳомила эхокардиография ва доплерометрия усули такомиллаштирилган;

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги ишда қўлланилган ёндошув ва усуллар, назарий маълумотларнинг олинган натижалар билан мос келиши, олиб борилган текширувларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, беморлар сонининг етарли эканлиги, статистик текшириш усуллари ёрдамида ишлов берилганлиги, шунингдек, тадқиқот натижаларининг халқаро ҳамда маҳаллий маълумотлар билан таққосланганлиги билан асосланган, чиқарилган хулоса ҳамда олинган натижалар ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти постмиокардитик кардиосклероз фонида плацента дисфункциясини аниқлаш чуқур тадқиқотлар олиб бориш учун замин яратган. ПМКС бўлган аёлларда ҳомиладорликнинг III уч ойлигида ҳомиланинг юрак ичи гемодинамикасидаги бузилиши, ҳомилада кардиал патология ва туғма юрак нуқсонини келиб чиқиши ва улар орасидаги ўзаро боғлиқлик ушбу патология патогенезининг янги жиҳатларини очиш имконини бериши билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти постмиокардитик кардиосклероз фонида плацента дисфункциясини аниқлаш, ҳомиладорлик даври, туғруқ жараёни ҳамда туғруқдан кейинги давр клиник кечиши ўртасидаги ўзаро боғлиқлигини аниқланиши, ПМКС бўлган ҳомиладорларни даволаш усули, туғруққача тайёргарлик ва олиб бориш алгоритми ишлаб чиқилганлиги ва тадбиқ этилганлиги касаллик ривожланишини олдини олиш, даволаш самарадорлигини ошириш, шунингдек, ҳомилада туғма юрак нуқсонларини эрта ташхислаш ва эрта шошилиш кардиологик ёрдам кўрсатиш имконини бериши билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Постмиокардитик кардиосклероз фонида плацента дисфункцияси бўлган аёлларда ҳомиладорлик ва туғруқни олиб боришни такомиллаштириш бўйича олинган илмий натижалар асосида:

«Постмиокардитик кардиосклерозли ҳомиладор аёлларни текшириш ва олиб бориш тактикаси алгоритми» номли услубий тавсияномаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2020 йил 9 июндаги 8н-д/63-сон маълумотномаси). Мазкур услубий тавсиянома ҳомиладорларда постмиокардитик кардиосклерозни ривожланиш хавфи ва оғирлик даражасини эрта аниқлаш, касаллик кечишини башорат қилиш ва ўз вақтида даволаш чора-тадбирларини қўллашга хизмат қилган;

«Постмиокардитик кардиосклероз фонида плацента дисфункцияси бўлган ҳомиладорларни олиб боришни такомиллаштириш» номли услубий тавсияномаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2020 йил 9 июндаги 8н-д/63-сон маълумотномаси). Мазкур услубий тавсиянома плацента дисфункцияси мавжуд аёлларда ҳомиладорлик ва туғруқни оқилона олиб бориш, ҳомилада кардиал патологияси ва туғма юрак нуқсонини аниқлаш ва ўз вақтида даволаш чора-тадбирларини қўллашга хизмат қилган;

постмиокардитик кардиосклероз фонида плацента дисфункцияси бўлган аёлларда ҳомиладорлик ва туғруқни олиб боришни такомиллаштириш бўйича олинган илмий натижалар соғлиқни сақлаш тизимига, жумладан, Тошкент тиббиёт академияси 2-клиникаси ва Наманган вилояти перинатал маркази амалиётларига жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2020 йил 9 июндаги 8н-д/63-сон маълумотномаси). Жорий қилинган натижалар ҳомиладорлик даврида постмиокардитик кардиосклероз фонида плацента дисфункцияси келиб чиқишини олдини олиш, касаллик асоратларини камайтириш ҳисобига оналар ва болалар ўлими кўрсаткичларини пасайтириш ҳамда уларни стационарда даволаниш муддатини қисқартириш билан тиббий ёрдам кўрсатиш сифатини оширишга имкон яратган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Тадқиқотнинг натижалари 1 та халқаро ва 1 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилиниши. Диссертация мавзуси бўйича жами 12 та илмий иш, шулардан 1 та монография, 5 та мақола, Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 3 та мақола, жумладан 2 таси республика ва 1 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, тўртта боб, хулоса, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 124 бетни ташкил этади.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида ўтказилган тадқиқотларнинг долзарблиги ва зарурати кўрсатиб берилган, тадқиқотнинг мақсад ва вазифалари таърифланган, диссертация ишининг республика фан ва технологияларни ривожлантиришнинг устувор йўналишларига мувофиқлиги кўрсатиб берилган, ишнинг илмий янгилиги ва натижаларнинг амалий аҳамияти келтирилиб, тадқиқот натижаларининг амалиётга жорий этилиши, эълон қилинган ишлар ҳамда диссертация тузилиши тўғрисидаги маълумотлар баён қилинган.

Диссертациянинг **«Постмиокардитик кардиосклерозда плацента етишмовчилиги ривожланиши патогенезининг замонавий муаммолари ва унинг ҳомиладаги юрак асоратларига таъсири (адабиётлар шарҳи)»** деб номланган биринчи бобида постмиокардитик кардиосклерозда плацента етишмовчилиги ривожланиши этиологияси ва патогенезига оид баҳсли масалалар акс этган илмий манбалардаги маълумотлар келтирилган. ФЙД ва пренатал гипоксиянинг ҳомила юрагининг функционал ҳолатига таъсирига алоҳида эътибор қаратилган. Алоҳида бобда баъзи муаллифлар томонидан тасвирланган ПМКСда кардиал патологияни пренатал ташхислашнинг долзарб масалалари келтирилган. Пренатал эхокардиография усули атрофлича очиб берилган ва тасвирланган. Кўплаб муаллифларнинг фикрича, ҳомилада кардиал патологияни антенатал аниқлашнинг асосий усули ҳисобланади.

Диссертациянинг **«Ҳомиладорларнинг клиник тавсифи ва қўлланилган тадқиқот усуллари»** деб номланган иккинчи бобида тадқиқот клиник материаллари ва усуллари тавсифи келтирилган. ПМКС бўлган аёллар туғруғи тарихи (2009-2013 йй) ретроспектив ўрганиш учун тадқиқ қилинди. Ҳомиладорликнинг III уч ойлигида бўлган ПМКС мавжуд 138 нафар ҳомиладор аёлни проспектив кузатдик ва уларни қиёслаш гуруҳларига ажратдик: I гуруҳ - 42 нафар аёлда бачадон йўлдош ҳомила қон оқими (БЙҲҚО) бузилиши кузатилмаган (ФЙДсиз); II гуруҳ - 52 нафар ФЙДнинг компенсацияланган шакли бўлган ҳомиладор аёл; III гуруҳ - 44 нафар ФЙДнинг суб- ва декомпенсацияланган шакли мавжуд аёл.

Тадқиқот иши 2014-2018 йилларда Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббий маркази ҳомиладорлик ва функционал диагностика патологияси бўлими базасида бажарилган. Тадқиқотнинг қисмлари РИАГИАТМ ҳузуридаги “Оила ва никоҳ” маслаҳат поликлиникасида функционал диагностика бўлимида олий тоифали шифокор, ультра товуш текшируви мутахассиси Э.Я. Тожиддинов томонидан бажарилган.

Тадқиқотнинг биринчи проспектив босқичида биз ПМКС бўлган 138 нафар ҳомиладор аёлда функционал текширув ўтказдик, онадаги юрак гемодинамикаси ва ЭхоКГ текширувидан кейин асосий касаллик ва ташхисни

тасдиқлаш учун улар академик В. Воҳидов номидаги РИХИАТМда кардиожарроҳ А. А. Аманов томонидан назоратдан ўтказилди. Шундан сўнг улар РИАГИАТМга туғруққа рухсат бериш билан кейинги текширув ва даволаш учун йўналтирилди. Қўйидагилар текширилаётган аёлларни тадқиқотга киритиш мезонлари сифатида хизмат қилди: ҳомиланинг III уч ойлигида бўлган битта ҳомилали ПМКС бўлган ҳомиладор аёллар. Истисно қилиш мезонлари: ПМКС ва кўп ҳомилали, йирик ҳомила, туғма ва орттирилган юрак нуқсони бўлган ҳомиладор аёллар.

Тадқиқотнинг 2-босқичи она-йўлдош-ҳомила тизимида гемодинамик ўзгаришлар ва ҳомила веноз йўлининг ҳолатини алоҳида ўрганиш ва гуруҳлар ўртасида олинган натижаларни кейинчалик қиёсий ўрганишдан иборат.

Учинчи босқичда ҳомилада юрак ичи гемодинамикаси ҳолати ва ПМКСда ҳомилада ЙДга жавоб реакциясини баҳолаш, ҳомилада кардиал патология ва ТЮНни аниқлаш учун пренатал эхокардиография ўтказилди.

IV боқич клиник-анамнез маълумотлар, ҳомиладорлик кечиши хусусиятлари, ПМКСда онада ҳомила ва чақалоқ ҳолатини батафсил ўрганишга бағишланган. Шунингдек, тадқиқотнинг I, II, III босқичлари натижаларидан олинган маълумотлар қиёсий таҳлил қилинди.

V босқичда қиёсий таҳлилдан олинган маълумотларни тадқиқ қилиб, ҳомилада кардиал патологияни эрта аниқлаш учун диагностик аҳамиятга эга энг муҳим прогностик мезонлар, шунингдек, перинатал асоратлар ривожланишидан огоҳлантиришда прогностик аҳамиятга эга энг муҳим маркерлар аниқланди.

Аёллар ёши 17 ёшдан 39 ёшгача бўлди ва ўртача ёш $26,6 \pm 4,1$ ни ташкил этди. III гуруҳдаги энг кўп аёллар (36%) 20 ёшгача бўлишган, ва 21 ёшдан 29 ёшгача бўлишган. Энг қулай ёш оралиғи энг кўп I (91%) ва II (70%) гуруҳлардаги аёллар орасида аниқланди. ЙД асорати билан ПМКС бўлган ҳомиладор аёлларнинг асосий қисмини такрор ҳомиладор бўлганлар, биринчи ҳомиладорлик шундай частотани (45%) ташкил этди, биринчи ҳомиладорлик кўпроқ I гуруҳ аёлларида учради (45%).

Кўп туққанлар контингенти II ва III гуруҳларда деярли бир хил эди 27,1% ва 28,7% (1-жадвал)

I гуруҳда касалликни кечирганлар индекси 0,5, III гуруҳда – 1,4ни ташкил этди, бу ИБ ривожланиши ва она организмнинг компенсатор имкониятлари ёмонлашганининг муҳим омилларидан бири бўлиб хизмат қилгани шубҳасиз.

III гуруҳдаги текширилган беморларнинг акушерлик анамнези таҳлили қизиқ маълумотларни кўрсатди: 11 (25%) нафар аёлда аввалги ҳомиладорликда преэклампсия кузатилган, меъёрда жойлашган плацентанинг муддатдан аввал кўчиши - 8 та беморда (18%), муддатдан аввалги туғруқлар - 4 та (10%), ҳомиланинг антенатал нобуд бўлиши - 4 (10%) нафар аёлда

ПМКС бўлган барча ҳомиладор аёлларга чуқур комплекс текширув ўтказилди, жумладан:

Ҳомиладор аёлнинг акушер-гинекологик анамнези ва соматик патологиясини, ёши, ҳомиладорлик ҳолати, зарарли одатлари, ҳомиладор бўлгунча ёки ҳомиладорликда кечирган касалликларини баҳолаш

Перинатал гипоксияли ПМКС бўлган аёлларни ёш ва ҳолат бўйича тақсимлаш

Кўрсаткич		I гуруҳ (n=42)		II гуруҳ (n=52)		III гуруҳ (n=44)	
		абс	%	абс	%	абс	%
Ёш	20 ёшгача	1	2,4	8	15,4	16	36,4
	20-29 ёш	40	95,2	39	75,0	15	34,1
	30-34 ёш	1	2,4	7	13,5	8	18,2
	35<	0	0,0	1	1,9	5	11,4
Ҳолат	Илк ҳомиладорлик	10	23,8	17	32,7	8	18,2
	Биринчи туғруққа такрорий ҳомиладорлик	1	2,4	25	48,1	20	45,5
	Такрорий туғруқ	11	26,2	18	34,6	14	31,8
	Кўп туққанлар	0	0,0	2	3,8	2	4,5

Фетометрия ва фетал анатомияни мақсадли текширишни қамраб олувчи комплекс акушерлик ультратовушли текшириш

фетоплацентар ва ҳомила ичи қон оқимини ҳомиланинг функционал ҳолатини баҳолаш учун доплер текшируви ўтказиш

В-режим ва қон оқимини хартилашнинг доплер усулидан фойдаланиб ҳомилани мақсадли комплекс ЭхоКГ текшириш (импульсли доплер (ИД), рангли доплер хартилаш (РДХ) ва энергетик доплер)

Барча ҳомиладор аёлларга комплекс ҳомила УТ-текшируви ўтказилди (фетометрия + доплер), бу текширув ҳомиланинг биометрик параметрларини баҳолаш ва бачадон артериясида (БА) иккаласида ҳам, киндик артерияси (КИ), ўрта мия артерияси (ЎМА), аорта (Ао) кўкрак қисми ва умум қабул қилинган усул бўйича трикуспидал клапан орқали қон оқими тезлиги спектри профилларини қайд этишни қамраб олади.

Ҳомила юрагининг мақсадли текшируви А.Н. Бакулев номидаги Федерал Давлат бюджет илмий муассасаси (ФДБИМ) “Юрак Қон Томир Хирургияси Илмий Маркази”да ишлаб чиқилган кенгайтирилган услубий алгоритм ёрдамида амалга оширилди. Ҳомиладорликнинг учта оралиғи учун фетал юрак анатомиясининг миқдор кўрсаткичи нормативлари А.Н. Бакулев номидаги ФДБИМ “Юрак Қон Томир Хирургияси Илмий Маркази”да аввалроқ тақдим этилган танлов асосида ҳисобланган (2000 дан кўпроқ ҳомила).

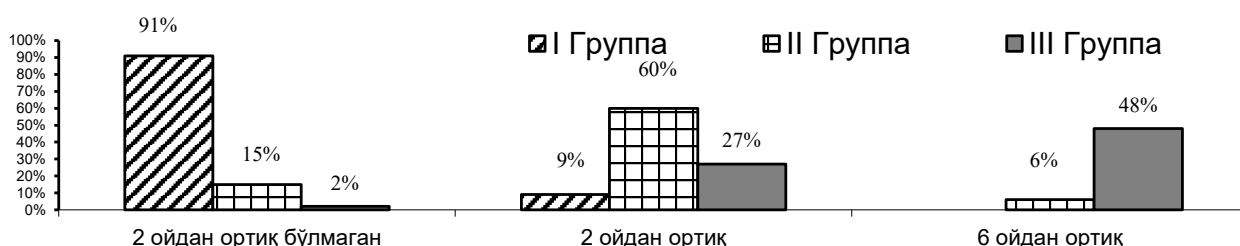
Олинган натижалар «Excell» амалий дастури пакети ёрдамида статистик қайта ишланган. Танловлар тақсимотининг тўғрилиги дастлабки баҳолашдан сўнг параметрик вариантларни таққослаш хатолар эҳтимолини ҳисоблаш билан (p) Стьюдент (t) мезони асосида амалга оширилди.

Диссертациянинг «**ПМКС бўлган аёлларда ҳомиладорлик кечиши, ҳомила ва чақалок ҳолатининг клиник хусусиятлари**» деб номланган учинчи бобида ПМКС бўлган ҳомиладор аёлларда ҳомиладорлик кечиши хусусиятлари ва ретроспектив таҳлил маълумотлари (шахсий тадқиқот натижалари) келтирилган. РИАГИАТМнинг архив маълумотлари бўйича ўтказилган ретроспектив таҳлил

бўйича 2009-2013 йилларда туғруқларнинг умумий сони 27817 тани ташкил этди, улардан 3783 (13,6%) нафар аёлда юрак қон-томир патологияси бўлган. Унинг нозологик шакллари орасида ПМКС - 37% етакчи бўлган. Ретроспектив маълумотларнинг статистик таҳлили ЙД, перинатал гипоксия каби асосий перинатал асоратлар ривожланиши генезида ЮҚТКнинг барча шаклларида асосий улушни ПМКС ташкил этганини кўрсатди (72 ва 89% мос равишда).

ЮҚТК бўлган ҳомиладор аёлларда қон айланиши етишмаслигини таҳлил қилиш боқичи қуйидагиларни аниқлади: I даражали қон айланиш етишмовчилиги (ҚАЕ) учраши частотаси бўйича ТЮН бўлган аёллар кўпроқ, ПМКС бўлган аёллар гуруҳида кўп ҳолларда учраш частотаси бўйича ҚАЕ II даражаси кўп учраган, бу эса миокардда склеротик ўзгаришлар жиддийлигини кўрсатади. ПМКС бўлган аёлларда анамнезни баҳолашда кўпинча кераксиз даволанган вирусли касалликлар кузатилди. Натижада, ПМКС кўринмай кечишига олиб келди ва аёллар нафас етишмаслиги, шишлар ва юрак уриши тезлашиши каби шикоятларни айтишганда ташхисланди.

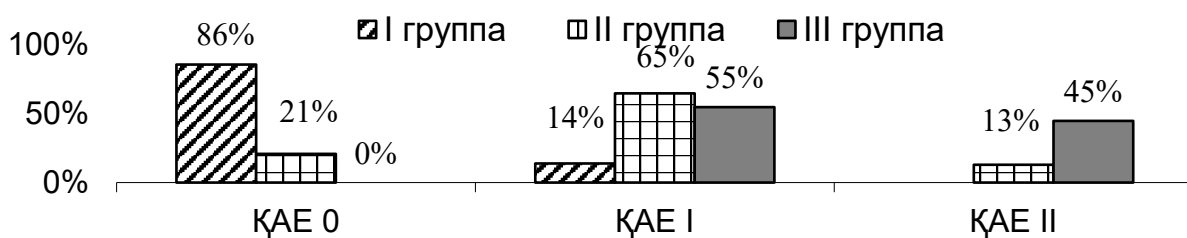
ПМКС мавжудлиги давомийлигини таҳлил қилиш I гуруҳдаги барча ҳомиладор аёлларда кардиологга мурожаат қилган вақтида сўнгги икки ой ичида мавжуд бўлганини кўрсатди (1-расм), шунда II ва III гуруҳдаги аёлларда 11 ҳолатдан ташқари (15%да) ПМКС камида 1 йилдан бери бўлган. Клиник жиҳатдан ФЙЕ (II ва III гуруҳ) белгиланган аёлларнинг ярмидан кўпида (54%) ПМКС олти ойдан кўп вақтдан бери мавжуд бўлган, қолганларда эса 2 ва 6 ойгача давом этган (60 ва 27% мос равишда) (1-расм.).



1-расм. Текширилаётган ҳомиладор аёлларда ПМКС мавжудлиги давомийлиги

2 расмдаги маълумотлардан кўриниб турибдики, I гуруҳдаги ҳомиладор аёлларнинг кўпчилигига ҚАЕ-0 даражаси ташхиси қуйилган, шу билан бирга ҚАЕ-I даражаси II гуруҳдаги аёлларда энг кўп учраган ва I гуруҳга қараганда 1,8 мартага кўпроқ. ПМКС II гуруҳдаги аёлларнинг ярмидан кўпи, 65% ва III гуруҳдаги аёлларнинг 55% ҳолатларида ҚАЕ-I даражаси билан асоратланди. ҚАЕ-II даражаси II гуруҳдаги аёлларнинг 14% ва III гуруҳдаги аёлларнинг 45% ташхисланди.

Ҳомила ўсиши кечикиши синдроми шаклидаги перинатал асоратлар II гуруҳдаги ҳомиладор аёллар билан таққослаганда III гуруҳдаги аёлларда деярли 7 барабар кўп (23%) учраган, ҳомиланинг антенатал нобуд бўлиши анамнезда III гуруҳдаги 3 нафар аёлда (7%) кузатилди, бу эса перинатал касаллик ва ўлим частотаси ошишига олиб келди.



2-расм. ПМКС бўлган ҳомиладор аёлларни ҚАЕ даражасига кўра тақсимлаш

ТЮН (2 ва 7% мос равишда) ва ҳомила кардиал патологияси (ХКП) (8 ва 14% мос равишда) асосан II ва III гуруҳдаги ҳомиладор аёлларда доплер-эхокардиографияда аниқланди. Аёллар маълумотларида бир вақтда ҳомила ўсиши чекланиш синдроми (ХЎЧС) (5 тасида), сув камлиги (2 тасида), сув кўплиги (2 тасида) ва 2 та ҳомиланинг антенатал нобуд бўлиши аниқланди (ХАНБ).

Диссертациянинг «ПМКС бўлган ҳомиладор аёлларда ҳомиладорликнинг III уч ойлигида фетоплацентар тизим, она ҳомиласи юрак ичи гемодинамикасини баҳолаш» деб номланган тўртинчи бобида бачадон-фетоплацентар комплексда қон оқими ҳолатини ва ҳомиладорликнинг III уч ойлигида эхокардиография ва доплерометрияда юрак ичи гемодинамикаси ҳолати таҳлил қилинган. ПМКСда ҳомиладорликни текшириш ва даволаш тактикаси алгоритми ишлаб чиқилган.

Ҳомиладорликнинг III уч ойлигида бачадон артерияларида бачадон қон оқими кўрсаткичларини СДМ маълумотлари бўйича ёндошлигини ҳисобга олиб баҳолашда III гуруҳда қон оқимининг икки томонлама асимметрияси, устун томон билан қон-томир қаршилигинининг юқори кўрсаткичларини аниқладик. III гуруҳда текширув параметрлари I гуруҳ СДМ кўрсаткичларидан устун томон билан 1,1 марта ошади ($p < 0,05$) (2-жадвал).

Демак, ПМКС фонида плацентар қон айланиши шаклланишида бачадон қон оқимини баҳолашда қон-томир тонусининг энг кўп ўзгариши III гуруҳда аниқланди (БЙХҚОнинг II ва III даражали бузилиши билан).

2-жадвал.

ПМКС бўлган ҳомиладорларда ҳомиладорликнинг III уч ойлигида бачадон артериясида қон оқими кўрсаткичлари, М(min-max)

Параметрлар	I гуруҳ (n=42)	II гуруҳ (n=52)	III гуруҳ (n=44)
БА ўнг томон, РИ	0,520±0,008	0,530±0,004	0,510±0,006
БА чап, РИ	0,510±0,008	0,490±0,002	0,510±0,005
БА ўнг, СДМ	2,060±0,03	2,050±0,01	2,030±0,02
БА чап, СДМ	2,030±0,04	1,960±0,09	2,030±0,02

Изоҳ: *- $P < 0,05$ – I гуруҳ билан таққослаганда ишончли

Постмиокардитик кардиосклероз бўлган ҳомиладор аёлларда ҳомиладорликнинг III уч ойлигида ҳомила қон оқими гемодинамикаси кўрсаткичларини баҳолаш куйидаги сигнал берадиган ўзгаришларни аниқлади: пульсация индекси (ПИ) ВенО кўрсаткичлари ҳомиладорликнинг III уч ойлигида онада қон-томир қаршилигининг ПМКС фонида ошишини

кўрсатди, бу барча тадқиқ қилинаётган гуруҳларда физиологик меъёрга мос келмайди (3 жадвал).

3-жадвал.

ПМКС бўлган ҳомиладор аёлларда ҳомилада веноз оқимида гемодинамика кўрсаткичлари, $M \pm m$ (min-max)

Параметрлар	I гуруҳ (n=42)	II гуруҳ (n=52)	III гуруҳ
ВенО, ВПИ	0,832±0,006	0,818±0,003	0,931±0,004*
ИПН ВенО	0,63±0,008	0,634±0,004	0,726±0,006*
ВенО МСК, см/сек	52,62±1,8	52,225±0,9	51,26±1,1
ВенО ЮҚТДО, см/сек	39,23±1,4	39,56±0,8	35,61±1,0
ВенО ҚОДТ, см/сек	20,11±0.68	19,695±0.61	12,66±0.49*

Изоҳ: *- $P < 0,05$ – I гуруҳ билан таққослаганда ишончли.

ВенОда қон оқими тезлигининг аниқланган бузилиши юқори эҳтимол билан қискариш даврида ҳомила юрагида босим ошганини кўрсатади, бу эса юрак ўнг қоринчаси ҳажми ошгани ва ҳомилада кардиал патология ривожланиши хавфини ошиши билан боғлиқ. III гуруҳда якуний систолик тезлик (ЯСТ) ВенО кўрсаткичларининг I гуруҳга нисбатан ФЙБсиз пасайиши ХҚПнинг қон оқимининг прогрессив марказлашуви ривожланиши ва артериал гипертензия ҳамда ҳомилада юрак етишмаслиги белгилари ривожланишини кўрсатади. Якуний қон оқими тезлиги (ЯҚОТ) ВенОнинг нол ва тесқари қийматларига эришишда биз жараённинг декомпенсацияси тўғрисида ўйладик. Бирок тадқиқотимизда биз буни кузатмадик.

III гуруҳдаги постмиокардитик кардиосклероз бўлган ҳомиладор аёлларда ҳомила юрагининг чап қисмини ўрганишда ҳомиладорликнинг III уч ойлигида доплер-эхокардиографияда ҳомиланинг юрак ичи гемодинамикаси ҳолатини пренатал баҳолаш якуний систолик ўлчам (ЯСЎ) ва якуний систолик ҳажм (ЯСХ), якуний диастолик ҳажм (ЯДХ)нинг сезиларли даражада ошиши; зарба фракцияси (ЗФ) камайиши ва юрак отилиш фракцияси (ОФ) пасайиши ҳамда чап қоринча (ЧҚ) гипертрофияси белгиларини аниқлади. ПМКС бўлган бачадан-йўлдош-ҳомила қон оқими (БЙХҚО) II ва III даража бузилиш аниқланган ҳомиладор аёлларда (III гуруҳ) ЭхоКГда ҳомила кардиал патологияси белгилари бола юрагининг чап қисми ўлчами ва функционал параметрлари бузилиш билан аниқланди (4-жадвал).

III гуруҳда ҳомилада юрак ўнг қисми кўрсаткичлари ўрганилганда ЎҚ ЯДХ - 3,989 (2,79-6,27) ($p < 0,05$) ошгани кузатилди, бу эса I гуруҳга ва ЎҚ ЯСХ кўрсаткичи - 1,008 (0,48-1,28) ($p < 0,05$)га нисбатан 27% юқори, бу эса I гуруҳ кўрсаткичлари статистик фарқларсиз 61%га юқори (5-жадвал).

ПМКС бўлган ҳомиладор аёлларнинг умумий сони орасида доплероэхокардиографик текширув ўтказиш натижасида ҳомилада қуйидаги кардиал патология аниқланди (6-жадвал).

Тадқиқот давомида олинган маълумотларни қиёсий таҳлил қилиб, биз томондан ПМКС ташхисини қўйиш учун мезонлар ишлаб чиқилди. Шу билан бирга ПМКС бўлган ҳомиладор аёлларни текшириш, ҳомиладорликни олиб бориш тактикаси алгоритми ва туғруққача тайёргарлик тамойиллари ишлаб чиқилди.

4-жадвал.

ПМКС бўлган ҳомиладорларда ҳомиладорликнинг III уч ойлигида ҳомила ЭхоКГ (юракнинг чап бўлмаси) кўрсаткичлари, $M \pm m$ (min-max)

Параметрлар	I группа (n=42)	II	III группа (n=44)
ЧҚ узунлиги, мм	19,6±0,98	20,3±0,65	20,3± 0,78
ЧҚ кенглиги, мм	12,2±0,63	12,7±0,36	12,6±0,50
ЧҚ ДУЎ, мм	12,2±0,62	12,7±0,34	12,6±0,48
ЧҚ СУЎР, мм	12,2±0,65	12,7±0,38	12,6±0,49
ЧҚ ДУХО,	3,511±0,20	3,908±0,11	3,826±0,15
ЧҚ СУХ, ммЗ	0,415±0,06	0,565±0,04	0,837±0,05**
ЧҚ ХФ, %	89,733±4,52	81,23± 2,67*	71,845±3,4**
ЧҚ ЗФ, %	56,303±8,5	45,593±3,2*	37,168±5,1**
ЧҚ ЗХ, мл	2,949±0,8	3,074±0,4	2,667±0,6
СВ (МОК), мл	4,394±0,6	4,658 ±0,3	3,786±0,4 *
ЧҚОДҚ, мм	2,7±0,8	2,65±0,5	3,3±0,4 *
ЧП узунлиги, мм	10,300±1,2	10,6±0,8	10,3±0,9
ЧП кенглиги, мм	8,9±0,9	9,15±0,7	9,5±0,8*

Изоҳ: Меъёр билан таққослаганда ишончли: * - $p < 0,05$, ** $p > 0,01$

5-жадвал

ПМКС бўлган ҳомиладорларда ҳомиладорликнинг III уч ойлигида ҳомила ЭхоКГ (юракнинг ўнг бўлмаси) кўрсаткичлари, $M \pm m$ (min-max)

Параметрлар	I гуруҳ (n=42)	II гуруҳ (n=52)	III гуруҳ (n=44)
ЎҚ узунлиги динга, мм	14,3±1,5	14,9±1.1	14,5±1,3
ЎҚ кенглиги, мм	12,1±1,1	11,65±0,5	12,8±0,4
ЎҚДУЎ, мм	12,1±1,8	11,65±1,2	12,8±1,3
ЎҚ СУЎ, мм	6,5±0,41	6,1±0,2	7,7±0,38
ЎҚ ДУХ, мл	3,435±0.43	3,105±0,25	3,989±0,32
ЎҚ СУХ, мл	0,63±0,046	0,528±0,032	1,01±0,039*
ЎҚ ХФ, %	82,8±9,3	81,75±4,8	80,92±5,7
ЎҚ ЗХ, мл	3,05±0.9(2,548±0,3	2,59±0,5

Изоҳ: Меъёр билан таққослаганда ишончли: * - $p < 0,05$

6-жадвал.

Онада ПМКСда ҳомиладаги аниқланган кардиал патология ва ТЮН частотаси ва тузилиши

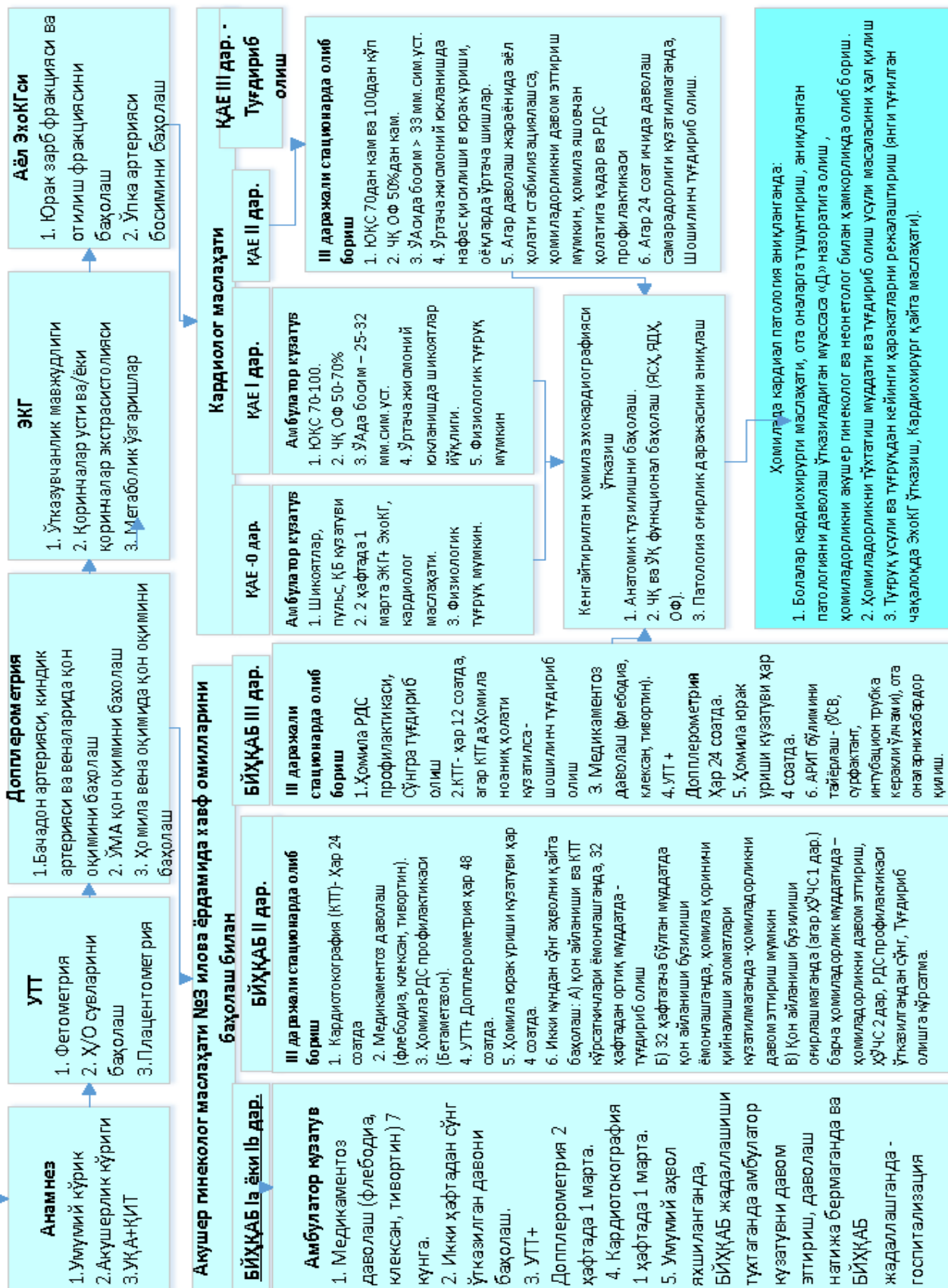
Кардиал патология тури	II гуруҳ (n=52)		III гуруҳ (n=44)	
	Абс	%	абс	%
Ҳомила ТЮН:	3	5.8	6	13,6
Магистрал артерия транспозицияси	1	33,3	3	50,0
Булмачалараро тўсиқ дефекти	1	33,3	2	33,3
Очиқ артериал оқим	1	33,3	1	16,7
Ҳомилада кардиал патология:	8	15.4	11	25,0
Ўнг қоринча гипертрофияси	2	25,0	2	18,2
Чап қоринча гипертрофияси	3	37,5	2	18,2
Қорин ичи кардиомиопатия	2	25,0	5	45,5
Миокардит ўчоғи	1	12,5	2	18,2
Жами	11	21,2	17	38,6

Постмиокардитик кардиосклерозни (ПМКС) ташхислаш ва унинг намоён бўлиш мезонлари (Акушер гинеколог, УАШ, терапевт қўллаши учун мўлжалланган)

Анамнез	<p>Ҳомиладорликдан олдин юрак қон томир касалликлари бўлмаганлиги (Эрта ташхисланган миокардит бундан истисно). Ўткир респиратор инфекция (ЎРИ) ўтказиш билан хронологик боғлиқлик.</p> <p>Кўпинча ПМКС жисмоний тикланишдан 4-6 ҳафтадан сўнг шаклланади.</p> <p>ЎРИ узоқ муддатли, шунингдек юқори жавоб реакцияли (тана ҳарорати 37.5 ° дан юқори) кечишида, ПМКС шаклланиш эҳтимоли ошади.</p>
Шикоятлар	<p>А) Эрта – юрак соҳасидаги нохушлик ҳиси, тез чарчаш, номаълум сабабли иситма (37-37.5°).</p> <p>Б) Кечки – жисмоний зўриқишда пайдо бўлувчи ҳансираш, юрак тез уриши, кўкрак орқасидаги оғриқлар (жисмоний фаоллик билан боғлиқ бўлмаган)</p> <p>В) Оғир кечишида – тинч ҳолатда ҳансираш, ҳаво етишмаслик ҳиси, оёқларда кечга яқин пайдо бўлувчи шишлар, акроцианоз</p>
Умумий қон таҳлили	<p>А) Лейкоцитоз</p> <p>Б) ЭЧТВ ошиши</p>
ЭКГ	<p>А) Кўп учрайдиган – синусли тахикардия, қоринчалар ва қоринчалар усти экстрасистолияси, миокарддаги метаболик ўзгаришлар</p> <p>Б) Кам учрайдиган – нарушения AV ўтказувчанликнинг бузилиши, синус тугунининг функционал сустлиги (ЮҚС камайиши)</p> <p>Милтилловчи аритмия эпизодлари, шунингдек Гис тўплами оёқчалари блокадаси (кўпроқ чап томон)</p>
ЭхоКГ Маълумотлари	<p>А) Кўп учрайдиган - Субклиник (II даражагача) клапанли регургитация.</p> <p>Бўлмачалар мўътадил кенгайиши.</p> <p>Қоринчалар мўътадил кенгайиши.</p> <p>ЧҚ ОФ мўътадил пасайиши.</p> <p>Б) Кам учрайдиган – Қоринчалар ва/ёки бўлмачалар кучли кенгайиши. Перикард қатламларини минимал ажралиши. Перикардда шиш.</p>
Акушерлик анамнези	<p>Бачадон туби баландлигининг ҳомиладорлик муддатига тўғри келмаслиги.</p> <p>Ҳомила қимирлашлари сонининг кўпайиши.</p> <p>Оғирлашган ҳолатларда ҳомила қимирлашлар сонининг камайиши</p>
УТТ	<p>ҲЎЧС белгилари, кўпсувлик, камсувлик, йўлдош гиперплазияси, ҳомиладорлик муддати йўлдош етуклиги ўртасидаги номувофиқлик. Допплерометрия вақтида БИҲҚОБ.</p>

ПМКС бўлган ҳомиладор аёлларни даволаш алгоритми

Постмиокардитик кардиосклерозли ҳомиладор аёлларни III триместрда ҳомиладорликни олиб бориш алгоритми



ХУЛОСА

1. ЎРИ бўлиш ва ПМКС пайдо бўлиши ўртасида боғлиқлик белгиланди. Аёллар анамнезини ўрганиш натижасида адекват медикаментозли даволаш олиб борилган I гуруҳдаги ҳомиладорларда касаллик енгил кечгани аниқланди. III гуруҳ ва II гуруҳдаги аёллар ҳомиладорлик вақтида ЎРИда медикаментоз даволанмаган. Постмиокардитик кардиосклероз оғир кечиши касаллик анча аввал пайдо бўлгани билан боғлиқ, III гуруҳдан энг кўп аёллар мурожаат вақтида 3-6 ойдан ошиқ вақтдан буён нафас ва юрак қисиши пайдо бўлганидан шикоят қилишган, лекин ўз вақтида касаллик ташхисланмаган ва бундай оғир патологияли аёллар кераксиз муолажани олишган ва натижада касаллик кечиши оғирлик даражаси қийинлашган. Постмиокардитик кардиосклероз бўлган, ФЙБнинг суб- ва декомпенсацияланган шакли, асоратлари мавжуд ҳомиладор аёлларга ҳомиладорликдан олдинги салбий ҳолатлар - кичик чаноқ аъзолари яллиғланиш касалликлари, камқонлик, семизлик, ҳамда ҳомиладорликнинг биринчи ярми асоратлари билан – эрта ва кечки ҳомила тушиши хавфи, қусиш, сурункали артериал гипертензия кўпроқ хос бўлган.

2. Постмиокардитик кардиосклерозли аёлларда III уч ойликда юрак ичи гемодинамика чап қоринча қисқариши меъёрдан 15%га пасайиши (отилиш фракцияси < 55%), бир дақиқа юрак уриши ва зарби ҳажми мос равишда меъёрдан 27,8 ва 62% пасайиши билан тавсифланади.

ПМКСда ПБнинг суб- ва декомпенсацияланган шакли асоратлари билан ҳомилада кардиал патология мавжудлигини кўрсатувчи ҳомиладорликнинг III уч ойлигида доплерометрияда баҳоланган бачадон-ҳомила-йўлдош мажмуасидаги гемодинамик ўзгаришлар қуйидагилар билан тавсифланади: якуний оқим тезлиги (62,1% га) ва систоло диастолик нисбат (61,2% га) веноз оқим кўрсаткичлари физиологик меъёрдан паст. Бачадон йўлдош ҳомила қон айланиш тизимида аниқланган гемодинамик бузилишлар она чап қоринчасида отилиш фракцияси пасайиши билан боғлиқ бўлган.

3. Ҳомиладор аёлларда постмиокардитик кардиосклероз кечиши оғирлиги қон айланиши етишмаслиги ортиши шаклида акс этди, бу III гуруҳдаги 100% аёлда, II гуруҳдаги 78% аёлда намоён бўлган. Ҳомила ЭхоКГсида аниқланган кардиал патология белгилари ва юрак ЧҚ ҳажми физиологик меъёр билан таққослаганда статистик жиҳатдан (якуний систолик ўлчам кўрсаткичи ошиши (48% га), якуний диастолик ҳажм (52% га) ва якуний систолик ҳажм (35% га)) ишончли ошиши, ЧҚ орқа девори қалинлиги 35%га ошиши, отилиш фракцияси 26% га пасайиши ва чап қоринча зарби фракцияси 35%га пасайиши ва суб-ва декомпенсацияланган ЙЕ фонида онада отилиш фракцияси пасайиши ижобий боғлиқликка эга эканлиги аниқланди.

4. Постмиокардитик кардиосклероз фонида фетоплацентар дисфункцияси бўлган аёлларда ҳомиладорлик ва туғруқни олиб бориш учун ишлаб чиқилган алгоритм тезкор туғруқларни 78%дан (ретроспектив маълумотлар бўйича) 43%гача камайтириш имконини берди, перинатал йўқотишлар сони эса

1.44%ни ташкил этди, бу ретроспектив таҳлил маълумотларидан сезиларли камроқ (11.8 %). Бунга акушер гинеколог, кардиолог, неонатолог биргаликдаги кузатуви ва оқилона даволаш усули ёрдамида эришилди.

5. Бирламчи тиббий ёрдам мутахассислари учун ишлаб чиқилган ПМКС ташҳиси мезонлари, ҳомиладор аёлда юрак патологиясини ўз вақтида гумон қилишга ва кардиолог кўригидан ўтишга юборишга ёрдам беради. Ташҳис тасдиқланганда, ҳомиладорликни тавсия этилган алгоритмга биноан (акушер-гинеколог + кардиолог) биргаликда олиб боради, алгоритмда барча керакли ташҳислаш чоралари ва уларнинг такрорланиш сони батафсил кўрсатилган.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/30.12.2019.Tib.29.01 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ ТАШКЕНТСКОМ ПЕДИАТРИЧЕСКОМ
МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ**

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР АКУШЕРСТВА
И ГИНЕКОЛОГИИ**

ТУХТАБАЕВ АНВАР АЛИШЕРОВИЧ

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У
ЖЕНЩИН С ПЛАЦЕНТАРНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ НА ФОНЕ
ПОСТМИОКАРДИТИЧЕСКОГО КАРДИОСКЛЕРОЗА**

14.00.01 – Акушерство и гинекология

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD)
ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

ТАШКЕНТ – 2020

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за № В2019.2.PhD/Tib819

Диссертация выполнена в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре акушерства и гинекологии.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице по адресу www.tashpmi.uz и на Информационно-образовательном портале «ZiyoNet» по адресу www.ziyo.net.uz.

Научный руководитель:	Каримов Ахмад Хашимович доктор медицинских наук, профессор
Официальные оппоненты:	Курбанов Джахонгир Джамалович доктор медицинских наук, профессор Уринбаева Нилуфар Абдужаббаровна доктор медицинских наук
Ведущая организация:	Ташкентский Институт Усовершенствования Врачей

Защита диссертации состоится « ____ » _____ 2020 г. в ____ часов на заседании Научного совета 04/DSc.30.12.2019.Tib.29.01 при Ташкентском педиатрическом медицинском институте. (Адрес: 100140, г. Ташкент, Юнусабадский район, ул. Богишамол, дом 223. Тел./факс: (+998) 71–262–33–14, e-mail: mail@tashpmi.uz).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Ташкентского педиатрического медицинского института (зарегистрирована за № ____). Адрес: 100140, г. Ташкент, Юнусабадский район, ул. Богишамол, дом 223. Тел./факс: (+998) 71–262–33–14.

Автореферат диссертации разослан « ____ » _____ 2020 года.

(реестр протокола рассылки № ____ от _____ 2020 года).

А.В. Алимов,
Председатель научного совета по присуждению
учёных степеней, д. м. н., профессор

К.Н. Хайтов,
Ученый секретарь научного совета по присуждению
учёных степеней, д. м. н., профессор

Д.И. Ахмедова,
Председатель научного семинара при научном совете
по присуждению учёных степеней,
д. м. н., профессор

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. В последнее время среди осложнений беременности превалирует постмиокардитический кардиосклероз (ПМКС) и дисфункция плаценты. При этой патологии отмечается снижения качество жизни данных пациентов, отставание в развитие и росте плода, а также повышение количества перинатальных заболеваний. Главной задачей по охране здоровья женщин, в современном мире является создание оптимальных условий для полноценного осуществления женщиной репродуктивного возраста, функции материнства, сохранение ее здоровья на протяжении всей беременности и рождение здорового, полноценного новорожденного¹.

В настоящее время в области охраны материнства и детства, получено множество открытий, основными направлениями которых являются, снижение числа материнской и неонатальной заболеваемости и смертности. Но, к сожалению, отмечается постоянная тенденция к возрастанию внутриутробных патологий плода, обусловленные морфофункциональными нарушениями в фетоплацентарном комплексе, в большей части у женщин с сопутствующими соматическими патологиями, отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом, и патологическим течением беременности².

В свою очередь распространенность постмиокардитического кардиосклероза и плацентарной дисфункции требуют совершенствования ведения беременности, родов, и определение возможных осложнений. Научный прогресс в современной медицине привел к необходимости решения новых задач, связанных с течением беременности и антенатальной охраной здоровья плода. В современном мире в связи с широким выявлением постмиокардитического кардиосклероза и плацентарной дисфункции во время беременности, особое внимание уделяется научным работам которые направлены на ранее выявление патологии, лечения и профилактики. Одной из самых распространенных и важных патологий у беременных является плацентарная дисфункция (ПД), которая, является частым осложнением беременности, приводит к гипоксии плода, отставанию внутриутробного роста плода и, как следствие выше указанных патологических изменений, является причиной перинатальной заболеваемости и смертности, в связи с, чем ведущим направлением научных трудов в этой области является, создания алгоритма ведения. Среди актуальных задач перед специалистами в этой области является определение факторов риска развития патологических родов и определения профилактических мер у женщин с плацентарной дисфункцией на фоне постмиокардитического кардиосклероза. В нашей стране проводятся меры по улучшению оказания медицинской помощи населению, в виду распространения ранней диагностики и уменьшения осложнений, особенно у женщин репродуктивного возраста. В связи с этим в системе здравоохранения

¹World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs. Sustainable Development Goals;

² Батаева, Р. С. Скрининговое исследование сердца плода во II триместре беременности. На примере школы Великобритании // Ультразвуковая и функциональная диагностика, - 2012, - N4, - С.30-51.

проводятся комплекс мер по коренному реформированию: «Расширения оказываемой высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи матерям и детям, для снижения младенческой и детской смертности»³ - определены главными задачами.

В виду вышесказанного, важным моментом для поднятия качества медицинских услуг оказываемого населению страны, является разработка нового подхода к ведению беременности и родов, у женщин с плацентарной дисфункцией на фоне постмиокардитического кардиосклероза.

Диссертационное исследование способствует реализации целей, изложенных в Указах Президента Республики Узбекистан от 7 февраля 2017 года № УП-4947 «Стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан», Указ Президента Республики Узбекистан от 7 декабря 2018 года № УП-5590 «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан», в Приказе Президента Республики Узбекистан № ПП-3071 от 20 июня 2017 года «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы» и Приказ Президента Республики Узбекистан от 8 ноября 2019 года № ПП-4513 «Об улучшении и расширении качества медицинской помощи оказываемой женщинам репродуктивного возраста, беременным и детям» и в других нормативных актах, связанных с этой деятельностью.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики. Данное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий республики VI. «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. Нами было изучено и проанализировано большое количество работ, посвященных ведению беременности и родов при ССП. Однако, не существует ни одного протокола, стандарта, либо руководства по ведению беременных с ПМКС, который бы полностью охарактеризовал патогенез, и его влияние на течение гестации, состояние плода и новорожденных (И.В. Игнатко, М.В. Рыбин и др., 2006). Известен лишь факт, что гестация на фоне ПМКС и миокардита в большинстве случаев осложняется ПД и гипоксией плода, что обусловлено гемодинамическими изменениями в организме матери. Актуальность проблемы заключается в том, что у постгриппозного миокардита нет симптомов характерных только для данной патологии, по которым можно было бы своевременно установить диагноз (Мойбенко А. А., Досенко В. Е. и др., 2008), он маскируется под симптомами вирусной интоксикации или физиологическими гестационными изменениями, приводит к поздней диагностике. Вследствие чего, данное заболевание быстро переходит от острой формы к хронической форме и развивается ПМКС.

³ Постановление Президента Республики Узбекистан от 20.06.2017 г. N ПП-3071 "О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы

У беременной женщины на фоне ПМКС выявляется длительно протекающая ПД, в результате которой происходит гипоксическое поражение сердца плода, проявляющееся в виде кардиальных патологий и врожденных пороков сердца (ВПС) (Марковский В. Д., Гаргин В. В. и др., 2010).

С другой стороны, диагностика кардиальных патологий и ВПС у плода все еще остается одной из труднейших задач перинатологии. Исследования, проведенные в Швеции (How N.Y. et al. 2014) показали, что скрининговое исследование сердца на ранних сроках гестации, эффективно всего лишь в 40% наблюдений. Учитывая внимание к особенностям кровообращения плода, можно сказать, что не все пороки сердца развиваются во время органогенеза (Buyens A., Gyselaers W. et al., 2012). Есть пороки сердца, такие как, дефект межпредсердной перегородки, открытый артериальный проток, которые формируются в III триместре гестации вследствие усиленной компенсаторной реакции в виде централизации кровообращения плода в ответ к грубым гемодинамическим нарушениям, а также глубоким метаболическим изменениям, обусловленным длительной внутриутробной гипоксией (Carvalho J.S., Allan L.D. et al., 2013). Особое значение приобретает разработка прогностических критериев и совершенствование методов ранней пренатальной диагностики кардиальных патологий, в том числе и ВПС у плода, развивающихся на фоне хронической фетоплацентарной дисфункции (ФПД) при ПМКС. В этом аспекте широкое внедрение в клиническую практику пренатальной эхокардиографии, является приоритетным направлением не только современного акушерства и перинатологии, но и детской кардиологии. Данный метод исследования дает специалистам важную информацию о состоянии сердечно-сосудистой системы плода (Gomez-Montes E., Herraiz I. et al., 2014).

Применение современных методов обследования, в частности ультразвукового обследования с фетальной эхокардиографией позволит получить нам необходимые данные для оценки состояния матери и плода. На основании результатов проведенных исследований, мы сможем разработать рациональное ведение беременности у женщин с ПМКС, а также выработать правильный подход к родам. Тактика ведения должна различаться в зависимости от срока беременности, течения ПМКС, его степени тяжести, а также состояния фетоплацентарного комплекса. В связи с отсутствием четко определенных мероприятий по ведению этой группы беременных женщин, данная тема является актуальной.

Связь темы диссертации с научно-исследовательскими работами высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационная работа входит в план НИР Республиканского специализированного научно-практического центра акушерства и гинекологии, и соответствует приоритетным научным исследованиям, осуществляемым в республике. Данная работа была выполнена в рамках темы гранта АДСС 2.3. «Разработка новой методики диагностики, лечения, и

профилактики осложнений беременных с заболеваниями сердца воспалительного и клапанного генеза» (2013-2016 гг.).

Цель исследования: Совершенствование беременности и родов у женщин с плацентарной дисфункцией на фоне постмиокардитического кардиосклероза. Изучить состояние матери и плода, выработать тактику рационального ведения беременности в III триместре, и родов у женщин с плацентарной дисфункцией на фоне постмиокардитического кардиосклероза.

Задачи исследования:

Выявить особенности течения гестации, клинико-анамнестических данных у женщин с постмиокардитическим кардиосклерозом.

Изучить состояние внутрисердечной гемодинамики матери и состояние кровотока в фетоплацентарном комплексе (система мать-плацента-плод) в III триместре гестации у исследуемых женщин с ПМКС.

Провести сравнительную оценку эхокардиографических параметров матери и плода в III триместре беременности у женщин с ПМКС.

Разработать рациональную дородовую подготовку и ведение родов у исследуемых женщин, на основании эхо-доплеро-кардиографических показателей матери и плода.

Объект исследования. Истории родов 3783 женщин, с ПМКС для ретроспективного изучения и проспективно наблюдали 138 беременных с ПМКС.

Предмет исследования. Нами были оценены особенности течения гестации на фоне ПМКС, а также особенности гемодинамики в маточно-фетоплацентарном комплексе и внутрисердечной гемодинамики у плода и матери путем эхо-доплеро-кардиографии с доплерометрией, кардиотокографией.

Методы исследования. Общеклинические, клинико-анамнестические, УЗИ, доплерометрия, эхо-доплеро-кардиографические исследования матери и плода, кардиотокография и статистические методы.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

впервые в III триместре беременности у женщин с ПМКС выявлена связь гемодинамики маточно-фетального комплекса с внутриутробной гемодинамикой плода;

Разработан алгоритм обследования и тактика ведения беременности при ПМКС. Доказана высокая эффективность предложенного алгоритма обследования и тактики ведения беременности при ПМКС. Определены критерии для постановки диагноза постмиокардитический кардиосклероз.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

разработаны критерии ранней диагностики ПМКС у беременных женщин;

разработана методика ведения беременных с ПМКС, алгоритм дородовой подготовки и ведение родов;

усовершенствован метод эхокардиографии и доплерометрии, позволяющий своевременно выявлять сердечную патологию и врожденный порок сердца у плода;

Достоверность результатов исследования определяется применением апробированных теоретических и практических подходов и методов, достаточным объемом выборки беременных, достоверность результатов подтверждена использованием современных методов инструментальных, функциональных и статистических методов исследования. Сопоставление полученных данных с зарубежными и отечественными исследованиями, показывает, что выводы вытекают из собственных результатов, обоснованы и подтверждают достоверность полученных результатов.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Впервые в III триместре беременности у женщин с ПМКС выявлена связь гемодинамики в маточно-плацентарном комплексе с внутриутробной гемодинамикой плода;

При плацентарной дисфункции на фоне ПМКС уменьшается количество преобразованных спиральных артерий, уменьшается их диаметр, в результате чего, выявлена корреляционная взаимосвязь между нарушением кровотока в плаценте и ухудшением плацентарной дисфункции;

Впервые на основе доплерометрии (эхокардиографии) сердца и сосудов плода у женщин с ПМКС доказано, что прямая пропорциональность усиления процесса гипоксии, приводит к очаговой дистрофии, а также позже к возникновению врожденных пороков сердца у плода;

Нами доказано, что у беременных с ПМКС, возникновение кардиальной патологии и врожденных пороков сердца плода связано с изменениями внутриутробной гемодинамики, в частности показателей конечно систолического (КСО) и конечно диастолического объёма (КДО) левого, правого желудочков сердца, а также венозного протока (ВенП) плода.

Внедрение результатов исследования. На основании полученных результатов научного исследования внедрено прогнозирование риска развития осложнений возможной кардиальной патологии у плода (КПП), у женщин с фетоплацентарной дисфункцией (ФД) развившейся на фоне ПМКС;

утверждена и внедрена методическая рекомендация «Алгоритм исследования и тактика ведения беременных с постмиокардитическим кардиосклерозом» (заключение Министерства здравоохранения Республики Узбекистан № 8н-д/63 от 09.06.2020 г.). Данная методическая рекомендация позволяет выявлять ПМКС на ранних стадиях, определять тяжесть течения заболевания и риски развития осложнений, а также своевременно проводить комплекс лечебных мероприятий;

утверждена и внедрена методическая рекомендация «Совершенствование ведения беременных с плацентарной дисфункцией на фоне постмиокардитического кардиосклероза» (заключение Министерства здравоохранения Республики Узбекистан № 8н-д/63 от 09.06.2020 г. Данная методическая рекомендация служит для рационального ведения беременности

и родов у женщин с плацентарной дисфункцией, а также определения кардиальной патологии и ВПС плода, для своевременного лечения.

Полученные научные результаты диссертационной работы по прогнозированию риска развития осложнений возможной кардиальной патологии плода у женщин на фоне ПМКС, внедрены в практическую деятельность здравоохранения, в частности в клиническую практику Наманганского областного перинатального центра и 2-й клиники Ташкентской медицинской Академии (заключение Министерства здравоохранения Республики Узбекистан № 8н-д/63 от 09.06.2020 г.). Внедрение результатов позволили улучшить качество оказываемой медицинской помощи, путём предотвращения у беременных с плацентарной дисфункцией на фоне ПМКС – развития осложнений, что в итоге приводит к снижению материнской и детской смертности, а также сокращению пребывания в условиях стационара.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 1 международной и 1 республиканской научно-практических медицинских конференциях.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 12 научных работ, в том числе 1 монография, 5 журнальных статей, 2 из которых в республиканских, 1 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, приложений и списка цитируемой литературы. Объем текстового материала составляет 124 страницы.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обосновываются актуальность и необходимость проведения исследований, охарактеризованы цель и задачи, объект и предмет исследования, указано соответствие приоритетным направлениям развития науки и технологий республики, изложены научная новизна и практические результаты исследований, раскрыто научное и практическое значение полученных результатов, приведены сведения о внедрении результатов исследований в практику, опубликованных работах и структуре диссертации.

В первой главе «**Современные вопросы патогенеза развития плацентарной недостаточности при постмиокардитическом кардиосклерозе, и его влияние на кардиальные осложнения у плода (обзор литературы)**» диссертации представлены данные научных источников, отражающие дискуссионные вопросы, касающиеся этиологии и патогенеза развития плацентарной недостаточности при постмиокардитическом кардиосклерозе. Уделено особое внимание вопросу влияния ФПД и пренатальной гипоксии на функциональное состояние сердца плода. В отдельной подглаве представлены актуальные вопросы пренатальной

диагностики кардиальных патологий при ПМКС, описанные некоторыми авторами. Исчерпывающе раскрыт и описан такой метод исследования как пренатальная эхокардиография. По мнению многих авторов, это основной метод антенатального выявления кардиальных патологий у плода

Во второй главе **«Клиническая характеристика беременных и примененные методы исследования»** диссертации приведена характеристика клинического материала и методов исследования. Были изучены истории родов женщин с ПМКС для ретроспективного изучения (с 2009-2013 гг.). Их количество составило 3783 женщины. Проспективно наблюдали 138 беременных с ПМКС (2014-2018 гг.) находящихся в III триместре гестации, которых распределили по сопоставимым группам: I группа - 42 беременных, у которых нарушения кровотока в маточно – плацентарно - плодовом кровотоке (МППК) не выявлены (без ФПД); II группа - 52 беременных с компенсированной формой ФПД; III группа - 44 беременных с суб- и декомпенсированной формой ФПД.

Работа выполнена на базе ГУ Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра акушерства и гинекологии МЗ РУз в отделениях патологии беременных и функциональной диагностики в период с 2014-2018гг. Фрагменты работы были выполнены в отделении функциональной диагностики в консультативной поликлинике «Семья и брак» при «РСНПМЦАГ» врачом ультразвуковой диагностики высшей категории Таджитдиновым Э.Я.

На первом этапе проспективного исследования мы провели функциональные методы исследования у 138 беременных с ПМКС, которые были консультированы у кардиохирурга Аманова А.А. из РСНПМЦХ им. В. Вахидова по поводу основного заболевания и подтверждении диагноза после ЭхоКГ исследования, и оценке сердечной гемодинамики матери. После чего, они были направлены в ГУ РСНПМЦАГ для дальнейшего обследования и лечения с последующим родоразрешением. Критериями включения обследуемых женщин в исследовании послужили: беременные с ПМКС, одноплодной беременностью находящихся в III триместре гестации. Критериями исключения явились: беременные с ПМКС и многоплодной беременностью, крупным плодом, врожденными и приобретенными пороками сердца.

Второй этап нашего исследования заключался в отдельном изучении гемодинамических изменений в системе мать-плацента-плод и состояние венозного протока плода, в дальнейшем сравнительном изучении полученных результатов между группами.

На третьем этапе нами проведена пренатальная эхокардиография у плода для оценки состояния внутрисердечной гемодинамики и ответная реакция к ПД при ПМКС у плода, выявить наличие кардиальных патологий и ВПС у плода.

IV этап был посвящен тщательному изучению клиничко-анамнестических данных, особенности течения гестации, состояния плода и новорожденных

при ПМКС у матери. А также, проведен сравнительный анализ полученных данных результатов из I, II, III этапов исследования.

На V этапе, исследуя полученные данные сравнительного анализа, выявили наиболее значимые прогностические критерии, имеющие диагностическую ценность для раннего выявления кардиальных патологий у плода, а также наиболее значимые маркеры, имеющие прогностическую ценность для предупреждения развития перинатальных осложнений.

Возраст женщин варьировался от 17 до 39 лет и средний возраст составил $26,6 \pm 4,1$ лет. Причем наибольшее число женщин (36%) из группы III было в возрасте до 20 лет, и от 21 до 29 лет. Наиболее благоприятный возрастной интервал чаще всего выявляли среди женщин из I (91%) и II (70%) группы. Основную массу беременных с ПМКС осложненной ПД составили повторнородящие, первородящие в аналогичной частоте (45%), а доля первобеременных наиболее часто встречались среди I группы женщин (45%).

Контингент многорожавших во II и III группах был практически одинаковый 27,1% и 28,7% (Табл. 1)

Индекс перенесенных заболеваний в I группе составил 0,5, в III группе – 1,4, что указывает на то, что, несомненно, и послужило одним из важнейших факторов развития ПН и ухудшения компенсаторных возможностей организма матери.

Анализ акушерского анамнеза обследованных больных из III группы показал интересные данные, указывающие на то, что у 11 (25%) женщин наблюдалась преэклампсия в предыдущих беременностях, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты - у 8 (18%), преждевременные роды - у 4 (10%), антенатальная гибель плода - у 4 (10%).

Таблица 1

Распределение беременных с ПМКС осложненных с пренатальной гипоксией по возрасту и по паритету

Показатель		I группа (n=42)		II группа (n=52)		III группа (n=44)	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Возраст	До 20	1	2,4	8	15,4	16	36,4
	20-29	40	95,2	39	75,0	15	34,1
	30-34	1	2,4	7	13,5	8	18,2
	35<	0	0,0	1	1,9	5	11,4
Паритет	Первобеременные	10	23,8	17	32,7	8	18,2
	Повторнобер-е, первород-е	1	2,4	25	48,1	20	45,5
	Повторнородящие	11	26,2	18	34,6	14	31,8
	Многорожавшие	0	0,0	2	3,8	2	4,5

Всем беременным с ПМКС было проведено детальное комплексное обследование, включающее в себя:

оценку акушерско-гинекологического анамнеза и соматической патологии беременной, возраст, паритет беременных, вредные привычки, заболевания перенесенные до наступления или вовремя беременности;

комплексное акушерское ультразвуковое исследование, включающее в себя фетометрию и прицельное исследование фетальной анатомии;

доплеровское исследование фетоплацентарного и внутриплодового кровотоков - для оценки функционального состояния плода;

прицельную комплексную ЭхоКГ плода с использованием В-режима и доплеровских методик картирования кровотока (импульсного доплеровского картирование - ИДК, цветное доплеровское картирование - ЦДК и энергетического доплера);

всем беременным осуществлялось комплексное акушерское УЗ-исследование плода (фетометрия + доплер), включающее оценку биометрических параметров плода и регистрацию профилей спектра скоростей кровотока в МА (маточных артериях) в обеих, артериях пуповины (АП), в средне мозговой артерии (СМА), грудном отделе аорты (Ао), в венозном протоке плода (ВенП) и через трикуспидальный клапан по общепринятым методикам.

Прицельное обследование сердца плода проводилось по расширенному методологическому алгоритму, разработанному в Федеральном Государственном Бюджетном Учреждении (ФГБУ) НЦССХ им. А.Н. Бакулева. Нормативы количественных показателей анатомии фетального сердца для трех интервалов беременности были рассчитаны ранее в ФГБУ НЦССХ им. А.Н. Бакулева на представительной выборке (более 2000 плодов).

Полученные результаты подвергали статистической обработке с помощью пакета прикладных программ «Excel». Сравнение параметрических вариантов после предварительной оценки правильности распределения выборок проводилось на основе критерия Стьюдента (t) с вычислением вероятности ошибок (p).

В третьей главе **«Клинические особенности течения беременности, состояние плода и новорожденных у женщин с ПМКС (результаты собственных исследований)»** диссертации приведены особенности течения гестации у беременных с ПМКС и данные ретроспективного анализа. Проведенный ретроспективный анализ по архивным данным ГУ «РСНПМЦАГ» общее количество родов за период 2009-2013 гг. составило 27817, из их числа у 3783 (13,6%) женщин имело место сердечно сосудистая патология (ССЗ). Среди ее нозологических форм, лидирующим оказался ПМКС - 37%. Статистический анализ ретроспективных данных показал, что в генезе развития основных перинатальных осложнений таких как ПД, ПГ, основную долю среди всех форм ССЗ составлял ПМКС (72 и 89% соответственно).

Анализ степени недостаточности кровообращения у беременных с ССЗ, выявил: по частоте встречаемости НК I степени доминировали женщины с ВПС, в группе женщин с ПМКС чаще всего по частоте встречаемости

превалировала НК II степени, что показывает серьезность склеротических изменений в миокарде. При оценке анамнеза у этих женщин с ПМКС отмечались вирусные заболевания, чаще без должного лечения. В результате чего, ПМКС приобретал стертое течение и диагностировался лишь в тех случаях, когда женщины отмечали такие жалобы как одышку, отёки, и учащенное сердцебиение.

Анализ длительности существования ПМКС показал (рис 1), что у всех беременных из I группы последний существовал не более 2 месяцев к моменту обращения к кардиологу, тогда как у II и III группы женщин кроме 11 случаев (у 15%) ПМКС протекал не более 1 года. У более половины женщин с клинически установленной фетоплацентарной недостаточностью (ФПН) II и III группы у (54%) ПМКС существовала более 6-ти месяцев, а у остальных от 2 и до 6 месяцев (60 и 27 % соответственно) (рис 1.).

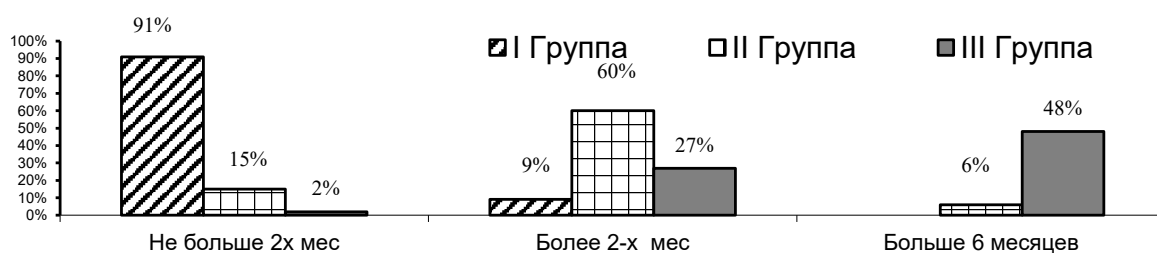


Рис. 1. Давность существования ПМКС у обследуемых беременных

Как демонстрируют приведенные данные на рисунке 2, у большинства беременных из I группы было диагностирована недостаточность кровообращения (НК)-0 степени, тогда как НК-I степени наиболее часто встречался у II группы женщин и по сравнению с I группой в 1,8 раза было чаще. ПМКС осложнился НК-I степени в более половине случаев у II группы женщин 65% и у 55% женщин из III группы. НК- II степени было диагностировано у 14% II группы женщин и у 45% женщин из III группы.

Перинатальные осложнения в виде синдрома ограничения роста плода (СОРП) почти в 7 раз чаще встречались у III группы женщин (23%) по сравнению с беременными из II группы, а антенатальная гибель плода в анамнезе встречалась у 3х обследованных из III группы (7%) женщин, что привело к повышению частоты перинатальной заболеваемости и смертности.

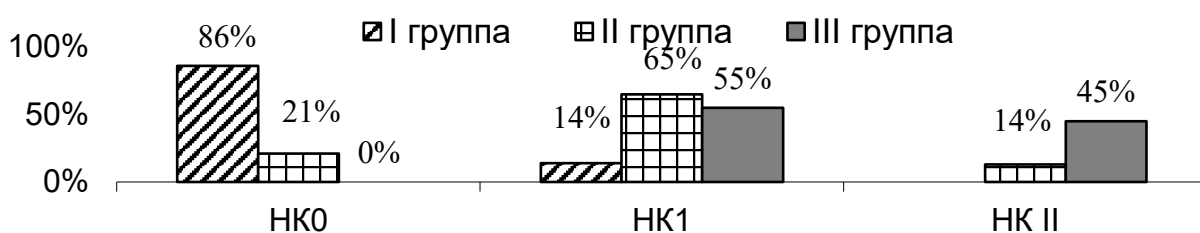


Рис 2. Распределение беременных с ПМКС по степени НК

ВПС (у 2 и 7% соответственно) и кардиальные патологии плода (КПП) (у 8 и 14% соответственно) в основном были обнаружены при доплер-эхокардиографии среди II и III группы беременных. У данных женщин одновременно были выявлены СОРП (у 5-х), маловодие (у 2-х), многоводие (у 2-х) и 2 случая антенатальной гибели плода (АГП).

В четвертой главе «Оценка фетоплацентарной системы, внутрисердечной гемодинамики матери и плода в третьем триместре гестации у беременных с ПМКС» диссертации проведен анализ состояния кровотока в маточно-фетоплацентарном комплексе и состояния внутрисердечной гемодинамики у плода при эхокардиографии и доплерометрии в III триместре гестации. Разработан алгоритм обследования и тактики ведения беременности при ПМКС.

При оценке показателей маточного кровотока в маточных артериях в III триместре гестации с учетом латеральности, по данным СДО, нами отмечены в III группе асимметрия кровотока с двух сторон, высокие показатели сосудистого сопротивления с доминирующей стороны. Параметры исследования в III группе превышают показатели I группы СДО с доминирующей стороны в 1,1 раза ($p < 0,05$) (табл. 2).

Таблица 2.

Показатели кровотока в маточных артериях в III триместре гестации у беременных с ПМКС, M(min-max)

Параметры	I группа (n=42)	II группа (n=52)	III группа (n=44)
МА правая, ИР	0,520±0,008	0,530±0,004	0,510±0,006
МА левая, ИР	0,510±0,008	0,490±0,002	0,510±0,005
МА правая, СДО	2,060±0,03	2,050±0,01	2,030±0,02
МА левая, СДО	2,030±0,04	1,960±0,09	2,030±0,02

Примечание: *- $P < 0,05$ – достоверно по сравнению с I группой

Так что, при оценке маточного кровотока при формировании плацентарного кровообращения на фоне ПМКС наибольшие изменения сосудистого тонуса были выявлены в III группе (с нарушениями МППК II и III степенями).

Оценка показателей гемодинамики плодового кровотока в III триместре гестации у беременных с постмиокардитическим кардиосклерозом выявила следующие сигнальные изменения: показатели пульсационного индекса (ПИВ) ВенП указывает на повышение сосудистого сопротивления в III триместре гестации на фоне ПМКС у матери, которая не соответствует физиологической норме во всех группах исследования (табл. 3).

Таблица 3.

Показатели гемодинамики в венозном протоке у плода у беременных с ПМКС в III триместре гестации, М±m (min-max)

Параметры	I группа (n=42)	II группа (n=52)	III группа (n=44)
ВенП, ПИВ	0,832±0,006	0,818±0,003	0,931±0,004*
ИПН ВенП	0,63±0,008	0,634±0,004	0,726±0,006*
ВенП МСК, см/сек	52,62±1,8	52,225±0,9	51,26±1,1
ВенП ССК, см/сек	39,23±1,4	39,56±0,8	35,61±1,0
ВенП КСК, см/сек	20,11±0.68	19,695±0.61	12,66±0.49*

Примечание: *- P<0,05 – достоверно по сравнению с I группой.

Выявленное нарушение скоростей кровотока в ВенП с высокой вероятностью говорит о повышении нагрузки на сердце плода в период сокращения, что связано с увеличением объема правого желудочка сердца и риском развития кардиальной патологии у плода. Снижение же показателей конечной скорости кровотока (КСК) ВенП в III группе (на 62,1% соответственно) по отношению к I группе, без ФПН указывает на развитие кардиальной патологии плода, с прогрессирующей централизацией кровотока и развитием артериальной гипертензии, и признаков сердечной недостаточности у плода. При достижении нулевых и реверсных значений КСК ВенП мы могли бы думать о декомпенсации процесса, однако в наших исследованиях мы не наблюдали этого.

Пренатальная оценка состояния внутрисердечной гемодинамики у плода при доплер-эхокардиографии в III триместре гестации у беременных с постмиокардитическим кардиосклероза III группе, при изучении левых отделов сердца плода выявило статистически значимое увеличение конечно систолического размера (КСР) и конечно систолического объема (КСО), конечно диастолического объема КДО; уменьшение фракции удара (ФУ) и снижение фракции выброса (ФВ) сердца и признаки гипертрофии левого желудочка (ЛЖ). У беременных с ПМКС, у которых было выявлено нарушение МППК II и III степени (III группа) при ЭхоКГ обнаружены признаки кардиальной патологии плода с нарушением размеров и функциональных параметров левых отделов сердца ребенка (табл. 4).

При изучении показателей правых отделов сердца у плода в III группе отмечено повышение КДО правого желудочка (ПЖ) - 3,989 (2,79-6,27) (p<0,05), что на 27% выше по отношению к I группе и показателя КСО ПЖ - 1,008 (0,48-1,28) (p<0,05), что на 61% выше показателя I группы без статистических отличий (табл. 5).

Таблица 4.

Показатели ЭхоКГ плода (левые отделы сердца) в III триместре гестации у беременных с ПМКС, М±m (min-max)

Параметры	I группа (n=42)	II группа (n=52)	III группа (n=44)
ЛЖ длина,	19,6±0,98	20,3±0,65	20,3± 0,78
ЛЖ ширина, мм	12,2±0,63	12,7±0,36	12,6±0,50
ЛЖКДР, мм	12,2±0,62	12,7±0,34	12,6±0,48
ЛЖ КСР,	12,2±0,65	12,7±0,38	12,6±0,49
ЛЖ КДО,	3,511±0,20	3,908±0,11	3,826±0,15
ЛЖ КСО, мм ³	0,415±0,06	0,565±0,04	0,837±0,05**
ЛЖ ФВ, %	89,733±4,52	81,23± 2,67*	71,845±3,4**
ЛЖ ФУ, %	56,303±8,5	45,593±3,2*	37,168±5,1**
ЛЖ УО, мл	2,949±0,8	3,074±0,4	2,667±0,6
СВ (МОК),	4,394±0,6	4,658 ±0,3	3,786±0,4 *
ТЗСЛЖ, мм	2,7±0,8	2,65±0,5	3,3±0,4 *
ЛП длина, мм	10,300±1,2	10,6±0,8	10,3±0,9
ЛП ширина, мм	8,9±0,9	9,15±0,7	9,5±0,8*

Примечание: Достоверно по сравнению с нормой: * - p<0,05, ** p>0,01

Таблица 5

Показатели ЭхоКГ плода (правые отделы сердца) в III триместре гестации у беременных с ПМКС, М±m (min-max)

Параметры	I группа (n=42)	II группа (n=52)	III группа (n=44)
ПЖ длина, мм	14,3±1,5	14,9±1.1	14,5±1,3
ПЖ ширина, мм	12,1±1,1	11,65±0,5	12,8±0,4
ПЖКДР, мм	12,1±1,8	11,65±1,2	12,8±1,3
ПЖ КСР, мм	6,5±0,41	6,1±0,2	7,7±0,38
ПЖ КДО, мл	3,435±0.43	3,105±0,25	3,989±0,32
ПЖ КСО, мл	0,63±0,046	0,528±0,032	1,01±0,039*
ПЖ ФВ, %	82,8±9,3	81,75±4,8	80,92±5,7
ПЖУО, мл	3,05±0.9	2,548±0,3	2,59±0,5

Примечание: Достоверно по сравнению с нормой: * - p<0,05

В итоге проведения доплероэхокардиографического исследования среди общей популяции беременных с ПМКС были выявлены следующие кардиальные патологии у плода (табл. 6).

Таблица 6.

Частота и структура выявленной кардиальной патологии и ВПС у плода при ПМКС у матери

Вид кардиальной патологии	II группа (n=52)		III группа (n=44)	
	абс.	%	абс.	%
ВПС у плода:	3	5.8	6	13,6
Транспозиция магистральных артерий	1	33,3	3	50,0
Дефект межпредсердной перегородки	1	33,3	2	33,3
Открытый артериальный проток	1	33,3	1	16,7
Кардиальная патология у плода:	8	15.4	11	25,0
Гипертрофия правого желудочка	2	25,0	2	18,2
Гипертрофия левого желудочка	3	37,5	2	18,2
Внутриутробная кардиомиопатия	2	25,0	5	45,5
Очаговый миокардит	1	12,5	2	18,2
Всего	11	21,2	17	38,6

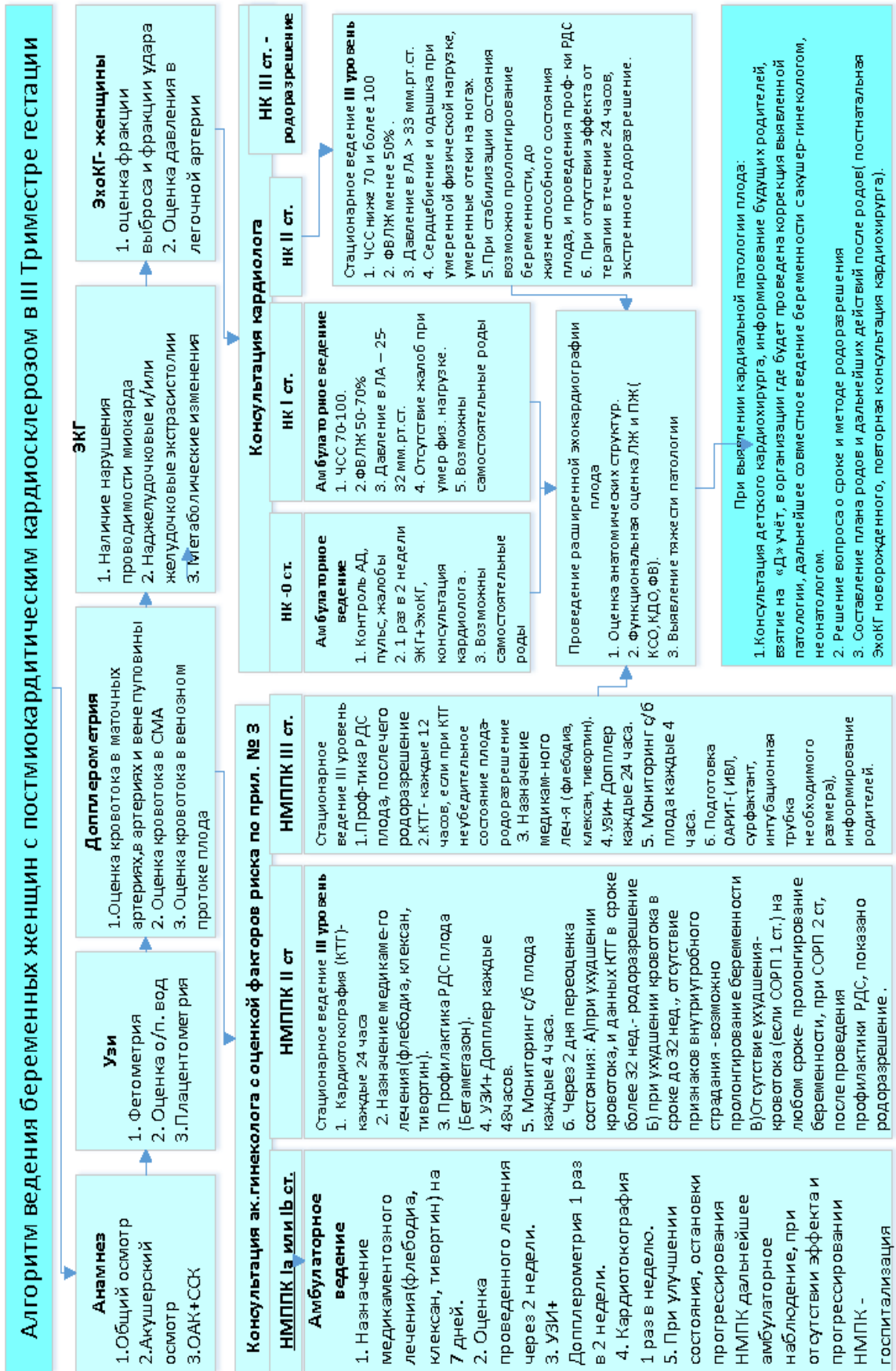
Сравнительно проанализировав полученные данные по ходу выполнения работы, нами были разработаны критерии для установки диагноза ПМКС. Также создан алгоритм обследования и тактики ведения беременных с ПМКС, принципы дородовой подготовки.

Критерии постановки диагноза – постмиокардитического кардиосклероз (ПМКС), и его проявлений

(Рассчитаны для применения акушер гинекологами, ВОП, терапевтами)

Анамнез	Отсутствие в анамнезе сердечно сосудистой патологии до беременности (Исключения ранее установленный миокардит). Хронологическая связь с перенесенной инфекцией (ОРИ). Чаще ПМКС возникает в течение 4- 6 недель после физической реконвалесценции. При затяжном течении, а также ОРИ с высокой ответной реакцией (температурой тела свыше 37.5 °), вероятность возникновения ПМКС повышается.
Жалобы	А) Ранние – дискомфорт в области сердца, быстрая утомляемость, лихорадка неясного генеза (37-37.5°). Б) Поздние – одышка при физической нагрузке, сердцебиение, загрудинные боли (не связанные с физической активностью) В) При тяжелом течении - одышка в покое, чувство нехватки воздуха, отёки на нижних конечностях возникающие ближе к вечеру, акроцианоз
Общий анализ крови	А) Лейкоцитоз Б) Повышение СОЭ
ЭКГ	А) Часто встречаемые – синусовая тахикардия, желудочковая и наджелудочковая экстрасистолия, метаболические изменения в миокарде Б) Редко встречаемые – нарушения AV проводимости, функциональная слабость синусового узла (замедление ЧСС) Эпизоды мерцательной аритмии, а также блокады ножек пучка Гиса (чаще левой)
Данные ЭХОКГ	А) Часто встречаемые - Субклиническая (до II ст.) клапанная регургитация. Умеренная дилатация предсердий. Умеренная дилатация желудочков. Умеренное снижение ФВ ЛЖ. Б)Редко встречаемые - Выраженная дилатация желудочков и/или предсердий. Минимальная сепарация листков перикарда. Выпот в перикарде.
Акушерский анамнез	Несоответствие высоты дна матки к сроку гестации. Повышенное количество шевелений плода. При усугублении состояния уменьшения количества движений плода.
УЗИ	Признаки СОРП, многоводие, маловодие, гиперплазия плаценты, несоответствие зрелости плаценты к сроку гестации. При проведение доплерометрии НМППК

Алгоритм по ведению беременных с ПМКС



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Установлена взаимосвязь между перенесенным ОРИ, и возникновением ПМКС. В результате изучения анамнеза женщин с наиболее легким течением были из I группы, которые проводили адекватное медикаментозное лечение. Женщины из III группы и II группы, при ОРИ не проводили медикаментозного лечения во время беременности. Тяжесть течения постмиокардитического кардиосклероза была связана и с давностью возникновения заболевания, наибольшее число женщин из III группы – на момент обращения отмечали появления жалоб в виде одышки и сердцебиения более 3-6 месяцев, но диагноз не был вовремя установлен, и следовательно женщины с тяжелой патологией находились без должного лечения, что в итоге усугубило тяжесть протекания заболевания. Беременным с постмиокардитическим кардиосклерозом, осложненным с суб- и декомпенсированной формой ФПН наиболее характерен неблагоприятный предгравидарный фон – воспалительные заболевания малого таза, анемия, ожирение а также осложненное течение первой половины гестации - угроза раннего и позднего самопроизвольного выкидыша, рвота беременных, хроническая артериальная гипертензия.

2. В III триместре гестации у женщин с постмиокардитическим кардиосклерозом внутрисердечная гемодинамика характеризуется снижением сократимости левого желудочка на 15% ниже от нормы (фракции выброса < 55%), уменьшением минутного и ударного объема сердца на 27,8 и 62% соответственно ниже от нормы.

Гемодинамические изменения в маточно-плодово-плацентарном комплексе оцененной при доплерометрии в III триместре гестации указывающие на наличия кардиальных патологий у плода при ПМКС осложненной с суб- и декомпенсированной формой ПН характеризуется: снижением показателей КСК (на 62,1%) и СДО (на 61,2%) ВенП ниже физиологической нормы. Гемодинамические нарушения выявленные в системе МППК имели прямую корреляционную связь со снижением фракцией выброса левого желудочка матери.

3. Тяжесть течения постмиокардитического кардиосклероза у беременных отражалась в виде нарастания недостаточности кровообращения, которая проявлялась в 100% у женщин III группы и в 78 % во II группе. Определены признаки кардиальной патологии, выявленные при ЭхоКГ плода, которые заключались статистически достоверным увеличением размеров ЛЖ сердца (повышение показателя КСР (на 48%), КДО (на 52%) и КСО (на 35%)) по сравнению с физиологической нормой, увеличением толщины задней стенки ЛЖ на 35%, уменьшением фракции выброса на 26% и фракции удара левого желудочка на 35%, и имели положительную корреляцию с снижением фракцией выброса матери на фоне суб- и декомпенсированной ПН.

4. Разработанный алгоритм ведения беременности и родов у женщин с фетоплацентарной дисфункцией на фоне постмиокардитического кардиосклероза позволил сократить количество оперативных родов с 78% (по ретроспективным данным) до 43%, а количество перинатальных потерь составило 1.44%, что

значительно меньше данных ретроспективного анализа (11.8 %). Это стало возможным благодаря командной работе акушер гинекологов, кардиологов, неонатологов и рациональной тактике ведения.

5. Разработанные критерии диагностики ПМКС для специалистов первичного звена помогают своевременно заподозрить у беременной женщины сердечную патологию, и направить для обследования к кардиологу. При подтверждении диагноза, будет продолжено совместное (акушер-гинеколог + кардиолог) ведение беременности по предложенному алгоритму, где подробно указаны необходимые диагностические мероприятия, их кратность.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/30.12.2019.Tib.29.01 AWARDING OF
SCIENTIFIC DEGREES AT TASHKENT PEDIATRIC MEDICAL
INSTITUTE**

**REPUBLICAN SPECIALIZED SCIENTIFIC-PRACTICAL MEDICAL
CENTER OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY**

TUHTABAEV ANVAR ALISHEROVICH

**IMPROVEMENT OF PREGNANCY AND DELIVERY
MANAGEMENT IN WOMEN WITH PLACENTAL DYSFUNCTION ON
THE BACKGROUND OF POSTMYOCARDIC CARDIOSCLEROSIS**

14.00.01 – Obstetrics and Gynecology

**DISSERTATION ABSTRACT OF THE DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD)
ON MEDICAL SCIENCES**

TASHKENT – 2020

The theme of the doctoral (PhD) dissertation was registered by the Supreme Attestation Commission of the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan under № B2019.2.PhD/Tib819

The doctoral (PhD) dissertation was carried out at the Republican Specialized Scientific-Practical Medical Center of Obstetrics and Gynecology.

The abstract of the dissertation was posted in three (Uzbek, Russian, English (resume)) languages on the website of the Scientific Council at www.tashpmi.uz and on the website of “ZiyoNet” Information and Educational Portal at www.ziynet.uz.

Scientific supervisor:	Karimov Akhmad Khashimovich Doctor of Medicine, Professor
Official opponents:	Kurbanov Djahongir Djamalovich Doctor of Medicine, Professor Urinboeva Nilufar Abdujabbarovna Doctor of Medicine
Leading organization:	Tashkent Institute of Advanced Medical Doctors

The defence of the doctoral dissertation will be held on “___” _____ 2020, at _____ at the meeting of the Scientific Council DSc.04/30.12.2019.Tib.29.01 at Tashkent Pediatric Medical Institute (Address: 223 Bogishamol str., Yunusabad district, 100140, Tashkent city. Tel./Fax: (+998) 71-262-33-14; e-mail: mail@tashpmi.uz).

The doctoral dissertation can be looked through in the Information Resource Centre of Tashkent Pediatric Medical Institute (registered under No. _____). Address: 223 Bogishamol str., Yunusabad district, 100140, Tashkent city; Tel./fax: (+998) 71-262-33-14.

The abstract of the dissertation was distributed on “___” _____ 2020.
(Registry record No. _____ dated “___” _____ 2020)

A.V. Alimov
Chairman of the Scientific Council on
Award of Scientific Degrees,
Doctor of Medicine, Professor

K.N. Khaitov
Scientific Secretary of the Scientific
Council on Award of Scientific Degrees,
Doctor of Medicine, Professor

D.I. Akhmedova
Chairwoman of the Scientific Seminar of the
Scientific Council on Award of Scientific Degrees,
Doctor of Medicine, Professor

INTRODUCTION (abstract of the PhD dissertation)

The aim of the research Improving pregnancy and childbirth in women with placental dysfunction on the background of post-myocarditis cardiosclerosis Study the condition of the mother and fetus, develop tactics for the rational management of pregnancy in the third trimester, and childbirth in women with placental dysfunction on the background of post-myocarditis cardiosclerosis.

The object of the study was records of labor of women with postmyocardic cardiosclerosis (PC) for retrospective study from 2009 to 2013, their number amounted to Prospectively 3783. Also 138 pregnant women with PC in the third trimester of gestation were observed, which were divided into comparable groups: group I - 42 pregnant women in whom blood flow disorders in uteroplacental blood flow(UPBF)were not detected (without fetal placental dysfunction, FPD); Group II - 52 pregnant women with a compensated form of FPD; Group III - 44 pregnant women with a sub- and decompensated form of FPD.

Scientific novelty of the study is as follows:

For the first time in the III trimester of pregnancy in women with PMCS, a relationship was found between hemodynamics in the utero-fetal complex and intrauterine hemodynamics of the fetus; The high efficiency of the proposed examination algorithm and pregnancy management tactics for PMCs has been proven. Criteria are identified for the diagnosis of post-myocarditis cardiosclerosis.

Implementation of the research results. Based on the results of a scientific study to predict the risk of complications of a possible cardiac pathology in the fetus, in women with PD developed on the background of PC, methodical recommendation “Research algorithm and management tactics for pregnant women with post-myocarditis cardiosclerosis” was approved and implemented (conclusion of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan No. 8n-d / 63 from 09/06/2020 y). In this methodical recommendation, a rational tactics of managing pregnancy and childbirth in women with PD has developed on the background of PC; another methodological recommendation “Improving the management of pregnant women with placental dysfunction against the background of post-myocarditis cardiosclerosis” was approved and implemented (conclusion of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan No. 8n-d / 63 from 09/06/2020 y.). These guidelines have reduced the risk of cardiac complications of mother and fetus. The obtained scientific results of the thesis on predicting the risk of complications of possible cardiac pathology in the fetus in women on the background of the PC have been introduced into the practice of healthcare, in particular in the clinical practice of the Namangan regional perinatal center and the 2nd clinic of the Tashkent Medical Academy (conclusion of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan No. 8n-d / 63 from 09/06/2020 y).

The structure and volume of the dissertation. The dissertation was presented on 124 pages consisting of an introduction, 4 chapters, conclusions, a list of used literature and appendixes.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (Часть I; Part I)

1. Нажмутдинова Д.К., Каримов А.Х., Тухтабаев А.А. Ведение беременности и родов у женщин с плацентарной дисфункцией на фоне постмиокардитического кардиосклероза // Монография. Ташкент, 2017. -115 с.
2. Каримов А.Х., Тухтабаев А.А. Миокардит у беременных //Новости дерматологии и репродуктивного здоровья, 2014. - №4. - С. 34-37 (14.00.00; №14).
3. Каримов А.Х., Ахмедова Г.А.,Тухтабаев А.А., Иванисова А.Г. Изучение факторов риска у беременных с фетоплацентарной недостаточностью // Новости дерматологии и репродуктивного здоровья, 2015.- №1. - С. 34-36 (14.00.00; №14).
4. Каримов А.Х., Тухтабаев А.А. Состояние маточного и плацентарного кровотока у женщин с плацентарной дисфункцией на фоне постмиокардитического кардиосклероза // Медицинские новости, Минск, 2019. - № 9. - С. 49-51 (14.00.00; №82).

II бўлим (Часть II; Part II)

5. Tuhtabaev A.A. Outcome of pregnancy and deliveries in women with postmyocarditic cardiosclerosis// Ёш олимлар кунлари.Тиббиётнинг долзарб муаммолари, 2015. Ташкент, Узбекистан, 9 апреля 2015 г. -С. 36-37.
6. Тухтабаев А.А. Допплерэхокардиографические особенности плода в III триместре гестации у беременных с постмиокардитическим кардиосклерозом //Сборник тезисов XI Международной Пироговской конференции, 2016. Москва, Россия. -С. 33.
7. Тухтабаев А.А., Каримов А.Х., Мансуров У.У. Оценка особенностей фетального кровотока на фоне фетоплацентарной недостаточности у беременных с постмиокардитическим кардиосклерозом // Тезисы докладов VII Международного конгресса «Кардиология на перекрестке наук», 2016. Нижний Новгород. Тюмень. Россия. -С. 232-233.
8. Каримов А.Х., Тухтабаев А.А. Постмиокардитический кардиосклероз триггер недостаточности кровообращения в системе мать-плацента –плода // XII региональный научно-образовательный форум и Пленум Правления Российского общества акушеров-гинекологов Мать и Дитя. Сочи, Россия, 26-29 июня, 2019 года.- С. 40-41.
9. Каримов А.Х., Тухтабаев А.А., Результаты изучения внутриутробного состояния плода и новорожденных у женщин с фетоплацентарной дисфункцией на фоне постмиокардитического кардиосклероза //Сборник научных трудов II международной научно-практической конференции –

Актуальные вопросы медицинской науки в XXI веке. Ташкент, 2019. -С. 155-157.

10. Каримов А.Х., Тухтабаев А.А. Совершенствование ведения беременных с плацентарной дисфункцией на фоне постмиокардитического кардиосклероза// Методические рекомендации.-Ташкент, 2019.-18с.

11.Каримов А.Х., Тухтабаев А.А. Алгоритм исследования и тактики ведения беременных с постмиокардитическим кардиосклерозом// Методические рекомендации.-Ташкент, 2019.-19с.

12. Tukhtabaev A.A. Assessment of hemodynamic parameters of fetal blood flow in the third trimester of gestation in pregnant women with postmyocarditis cardiosclerosis // Danish scientific journal, 2020- № 34. - P. 3-5.

Автореферат «Тошкент тиббиёт академияси ахборотномаси» журнали таҳририятида таҳрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус ва инглиз тилларида матнлар ўзаро мувофиқлаштирилди.