

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI

SHARIPOVA FERUZA XAYRULLAEVNA
AN ANDREY VLADIMIROVICH

O‘CHOQLI MIOKARDIT SHAROITIDA HOMILADORLIK OG‘IR
O‘TISHI VA NOMAQBUL OQIBATLAR KELIB CHIQISHINI
OLDINDAN AYTIB BERISH USULI

(USLUBIY TAVSIYALAR)

Toshkent – 2025

TUZUVCHILAR:

Sharipova F.X TTA “Akusherlik va ginekologiya” kafedrası mustaqil izlanuvchisi

An A.V. TTA “Akusherlik va ginekologiya” kafedrası dotsenti, t.f.d.

TAQRIZCHILAR:

Sh. A. Zufarova ToshPTI “Akusherlik va Ginekologiya, Bolalar Ginekologiyasi bilan” kafedrası t.f.d prof.

D. K. Najmutdinova TTA “Oilaviy tibbiyotda akusherlik va ginekologiya” kafedrası mudiri, t.f.d prof.

Homilador ayollarda koronavirus infeksiyasi bilan o‘zaro bog‘langan yurak-qon tomir patologiyasining o‘rganilmagan jihatlaridan biri - miokardit. Yuqorida bayon qilingani munosabati bilan, shuningdek, homilador ayollarda miokarditni nazorat qilish bo‘yicha maxsus tavsiyalar mavjud emasligi tufayli, ushbu patologiyaning turli jihatlarini o‘rganishga qaratilgan tadqiqotlar yuksak ilmiy-amaliy ahamiyat kasb etadi. Ushbu patologiya "ona-yo‘ldosh-homila" tizimidagi bo‘g‘inlar nomutanosibligiga xizmat qiladi va platsentar yetishmovchilik, surunkali bachadon ichi gipoksiyasi va homila rivojlanishining kechikishiga olib keladi. Homilador ayollardagi ekstragenital kasalliklar orasida yurak-qon tomir patologiyasi yetakchi o‘rinda ekanligini hisobga olganda, onalar o‘limi va kasallanishi, shuningdek, muddatidan oldin tug‘ish natijasida kelib chiqadigan perinatal muammolar ancha dolzarbligicha qolmoqda. Miokardit bilan og‘rigan ayollarda xavf darajasini baholash mezonlarini ishlab chiqish va perinatal oqibatlarini, shuningdek, tug‘dirish va tug‘ruqni og‘riqsizlantirish usuliga nisbatan ko‘rsatmalar va qarshi ko‘rsatmalarni oldindan aytib berish muhim vazifa hisoblanadi. Metodik tavsiyalar akusher-ginekologlar uchun mo‘ljallangan.

Metodik tavsiyalar Toshkent Tibbiyot akademiyasining Ilmiy kengashida tasdiqlangan.

2025 y. « » _____ dagi _____ - sonli bayonnoma

Ilmiy kotib _____

Ismailova G. A

MUNDARIJA

KIRISH QISMI-----	6
Tadqiqot materiallari va metodlari-----	7
TADQIQOT NATIJALARI-----	10
XULOSALAR-----	25
AMALIY TAVSIYALAR-----	27
FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RUYXATI-----	27

QISQARTMALAR RO'YXATI

YQTT -Yurak qon tomir tizimi

YQTP- yurak-qon tomir patologiyasi

ALT- alaninaminotransferaza

AST - aspartataminotransferaza

PTI - protrombin vaqti

FQTPV -faollashgan qisman trombplastin vaqt

cTnI- troponin I

NT-proBNP - B-tipidagi N-oxirgi natriyuretik peptid

EKG- elektrokardiografiya

ExoKG -exokardiografiya

SyuE-surunkali yurak yetishmovchiligi

ChQ -chap qorincha

ChTF- chiqarib tashlash funksiyasi

1 AG va 2 AG -1 asosiy gurux va 2 asosiy gurux

Hanb-homilaning antenatal nobud bo'lishi

KTAYK- kichik tos a'zolarining yallig'lanish kasalliklari

YMOK -yo'ldoshning muddatidan oldin ko'chishi

YQCh-yurak qisqarishlari chastotasi

YaDH-yakuniy diastolik hajm

MOT-Muddatidan oldin tug'ish

NJYuMOK- normal joylashgan yuldoshni muddatdan oldin kuchishi

HTYuN -homiladagi tug'ma yurak nuqsoni

HYP-Homiladagi yurak patologiyasi

HT-homila tushishi

KIRISH

Homilador ayollarda yurak-qon tomir tizimi (YQTT) me'yorida faoliyat ko'rsatishining buzilishi o'ziga xos muammo hisoblanadi, chunki yurak-qon tomir kasalliklari - homilador ayollarda eng ko'p uchraydigan ekstragenital kasalliklar guruhi bo'lib, onalar va chaqaloqlar o'limining asosiy sabablaridan biridir [2, 5, 9]. Umuman, YQTK (yurak-qon tomir kasalliklari) ekstragenital patologiyaning 80%gacha bo'lgan qismini tashkil etadi. Bu kasalliklar "ona-yo'ldosh-homila" tizimidagi bo'g'inlar muvozanatining buzilishiga xizmat qiladi va platsentar yetishmovchilik, surunkali bachadon ichi gipoksiyasi va homila rivojlanishining kechikishiga olib keladi [7, 12, 15]. Homilador ayollardagi ekstragenital kasalliklar orasida yurak-qon tomir patologiyasi (YQTP) yetakchi o'rinda ekanligini hisobga olganda, onalar o'limi va kasallanishi, shuningdek, muddatidan oldin tug'ish natijasida kelib chiqadigan perinatal muammolar hali ham ancha dolzarb masala bo'lib turibdi [4, 10, 14].

Homiladorlik – ham homilani ko'tarib yurish davrida, ham tug'ruqdan oldingi davrda, ortib borayotgan yuklanmalarga tananing moslashishi bilan bog'liq bo'lgan, hatto sog'lom ayollar organizmida ham qon aylanishida sezilarli o'zgarishlar yuz beradigan holatdir. Qon-tomir patologiyasi bor bemorlarda ancha jiddiyroq o'zgarishlar ro'y beradi: homiladorlik ham ona, ham homila uchun ortib borayotgan ehtimoliy xavfni oshirib, shusiz ham mavjud bo'lgan buzilishni chuqurlashtiradi [1, 8, 13].

Ayol organizmidagi homiladorlik asosida yotgan fiziologik o'zgarishlar, ko'pincha, ba'zi yurak kasalliklarining rivojlanishida eng muhim jihat hisoblanadi. Bunday fiziologik o'zgarishlar homiladorlikning 5-haftasidayoq yuzaga kelishi mumkin, degan taxmin bor. Patologik jarayonlarning aksariyati yo'ldosh bachadon devorlariga birikib qolishining natijasidan iborat deb hisoblanadi. Bu gormonlar chiqarib tashlanishi va ona organizmi fiziologik o'lchamlarining kelgusi o'zgarishlarini paydo qiladi [3, 11, 16].

Kasallik kelib chiqishining sabablari har xil bo'lgan, miokardit bilan og'rigan ayollarda homiladorlik og'ir kechishini oldindan aytib berish hamda oldini olish va

perinatal patologiyaga klinikaga qadar tashxis qo'yish bugungi kun akusherligining dolzarb muammosidir. Homiladorlik va miokardit – ayol ikki holatining shunchaki birikishi emas. Miokarditning alomatlari yuz foiz ishonch bilan uni tashxis qilish mumkin bo'lgan biror o'ziga xos qirralarga ega emas. Ko'p hollarda yurak kasalligi bilan infeksiyaning o'zaro bog'liqligi kuzatiladi. Miokardit homilador ayollarda boshdan o'tkazilgan gripp, o'tkir yuqumli infeksiya va pnevmoniyadan keyin rivojlanadi [5, 8, 12].

Miokardit bilan og'rigan homilador ayollarni yurakning funksional holati va homilaning bachadon ichidagi holatini hisobga olgan holda dinamik skrining qilishga taalluqli masalalar haligacha hal etilmagan. Miokardit bilan og'rigan ayollarda xavf darajasini baholash mezonlarini ishlab chiqish va perinatal oqibatlarni, shuningdek, tug'dirish va tug'ruqni og'riqsizlantirish usuliga nisbatan ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalarni oldindan aytib berish muhim vazifadir.

TADQIQOTNING MAQSADI

Boshdan kechirilgan o'choqli miokardit sharoitida homiladorlik og'ir o'tishi va nomaqbul oqibatlar kelib chiqishini oldindan aytib berish usulini ishlab chiqish.

TADQIQOT MATERIALLARI VA METODLARI

Homiladorlik davrida kuzatuvda bo'lgan va tug'ish uchun Toshkent shahar Perinatal markaziga qabul qilingan 126 nafar homilador ayollarni ko'rikdan o'tkazish ma'lumotlari tadqiqotga asos qilib olindi. Tadqiqotda ishtirok etganlar orasidan 74 nafar homilador ayolga o'choqli miokardit tashxisi qo'yilgan (asosiy guruh-1; 1-AG), shulardan 22 nafarida homiladorlik davrida topilgan (29,7%), 52 nafar homilador ayolda esa (70,3%) miokarditni homiladorlikka aniqlashgan (asosiy guruh-2; 2-AG). Miokardit alomatlari bo'lmagan 52 nafar homilador ayol nazorat guruhini tashkil qildi.

Miokardit bilan og'rigan homilador ayollarning o'rtacha yoshi $28,9 \pm 0,6$ yil (variasion qator 20 dan 45 yoshgacha), nazorat guruhida – $26,7 \pm 0,2$ yilni (variasion qator 18 dan 36 let yoshgacha) tashkil qildi.

Birinchi marta aniqlangan miokardit bilan og‘rigan homilador ayollar o‘rtasida bu kasallikni 36,4%da (22 nafardan 8 nafarida) 8 haftadan 12 haftagacha bo‘lgan gestatsion muddatning 1-uch oyligida, 63,6%da 16 haftadan 26 haftagacha bo‘lgan gestatsion muddatning 2-uch oyligida tashxis qilishdi. 1-asosiy guruhda anamnez to‘planganda, dastlab miokardit alomatlari kovid infeksiyasi bilan kasallangandan keyingi 3-4 haftada paydo bo‘lganligi aniqlandi. Homilador ayollar nafas siqilishi (6; 27,3%), yurak o‘ynog‘i hissi (7; 31,8%), yurak sohasidagi og‘riq (6; 27,3%), bosh aylanishi (5; 22,7%), va holsizlikdan (6; 27,3%) shikoyat qilishdi.

2-asosiy guruhda anamneziya ma‘lumotlari tahlil qilinganda, ayollar homiladorlikka qadar boshdan kechirilgan tez-tez shamollash kasalliklarini hamda katta yoshda og‘rib o‘tilgan bolalar infeksiyalarini, shuningdek, bod kasali patologiyalari mavjudligini ko‘rsatganliklari aniqlandi. Ushbu guruhdagi barcha homilador ayollar surunkali o‘choqli miokardit tufayli kardiologda hisobda turishgan.

Miokardit bilan og‘rigan barcha homilador ayollar bilan quyidagilarni o‘z ichiga olgan batafsil ko‘rikdan o‘tkazish amalga oshirildi:

- homilador ayolning akusherlik-ginekologik anamnezi va somatik patologiyasini, yoshi, homilador ayollar holatining tengligi, zararli odatlari, homiladorlik davridagi yoki homiladorlik yuzaga kelgunga qadar davrda og‘rigan kasalliklarini baholash – onaning fetoplanetar qon aylanishi va homila ichi gemodinamikasi ko‘rsatkichlari buzilishiga olib keladigan kasalliklarni istisno qilish uchun;

- o‘zida homilaning anatomiyasini batafsil o‘rganish, fetometriyani birlashtirgan kichik tos organlari sohasi va homilani kompleks ultratovush tekshiruvdan o‘tkazish, aniqlangan ma‘lumotlarning gestatsion muddatga mosligini baholash amalga oshirildi – homila o‘rishining patologiyasi va cheklanishini aniqlash uchun;

- bachadon, yo‘ldosh, homila ichi qon oqimlarini dopplerometrik o‘rganib chiqish va baholash – ko‘rsatilgan tuzilishlar qon o‘zanidagi gemodinamika

buzilishini aniqlash, shuningdek, fetal gemodinamika o'zgarishining darajasini aniqlash uchun.

Homilaning kengaytirilgan exokardiografiyasi ultratovush skanerlashning M va B rejimidan foydalanib o'tkazildi. Doppler metodikalaridan quyidagilar qo'llanildi: qon oqimini kartirlash – impulsli-to'lqinli, rangli, energetik – bu yurak illati tufayli yurakdagi gemodinamik o'zgarishlarni o'rganib, homilaning yurak patologiyasi va tug'ma illatlarini to'g'ri aniqlashga imkon berdi.

Barcha homilador ayollarda homilaning biometrik o'lchamlarini va turli tomirlarda: bachadon chap va o'ng arteriyalari, kindik arteriyalari, miya o'rta arteriyasi, aortaning ko'krak bo'limi, vena yo'lida, shuningdek, umum qabul qilgan metodikalarga muvofiq trikuspidal klapandagi qon oqimi tezligini o'z ichiga olgan, akusherlik yo'nalishi hisobga olingan ultratovush tekshiruvi o'tkazildi.

Laboratoriya ko'rigi quyidagilarni o'z ichiga oldi: umumiy qon tahlili, umumiy siydik tahlili; biokimyoviy tekshiruvlar – glyukoza, ALT, AST, umumiy oqsil, mochevina, kreatinin, ishqor fosfataza, S-reaktiv oqsil, gomotsestein; gemostaz tekshiruvi: fibrinogen, XNN (xalqaro normallashtirilgan nisbat), gematokrit, PTI, FQTPV (faollashgan qisman tromboplastin vaqt), D-dimer.

Qonda troponin I (cTnI) va B-tipidagi N-oxirgi natriyuretik peptidning (NT-proBNP) laboratoriya ko'rsatkichlarini aniqlash tegishli reaktivlar to'plami yordamida Cobase601 (Roche) qurilmasida elektrokimyoviy lyuminescent immuntahlil usuli bilan amalga oshirildi.

D-dimerlar to'planishi "Siemens" (Germaniya) firmasi tomonidan ishlab chiqarilgan "Sysmex SA 1500" rusumli tahlil qiladigan asbob yordamida immunoturbidimetrik usulda tadqiq etildi.

Homilador ayollarda elektrokardiografiya (EKG). Tadqiqot Edan SE-3 firmasining elektrokardiografi yordamida o'tkazildi. Elektrokardiografiya standart metodikada o'tkazildi va yurak-qon tomir kasalliklarini tashxis qilishning samarali va arzon usullaridan biridir. Bu yurak mushagi qo'zg'alganida, unda yuzaga keladigan elektr hodisalarni grafik qayd etish metodidir. Monitorda, shuningdek, qog'ozda yurak faoliyatining grafik tasviri aks etadi. EKG yurak yetishmovchiligi

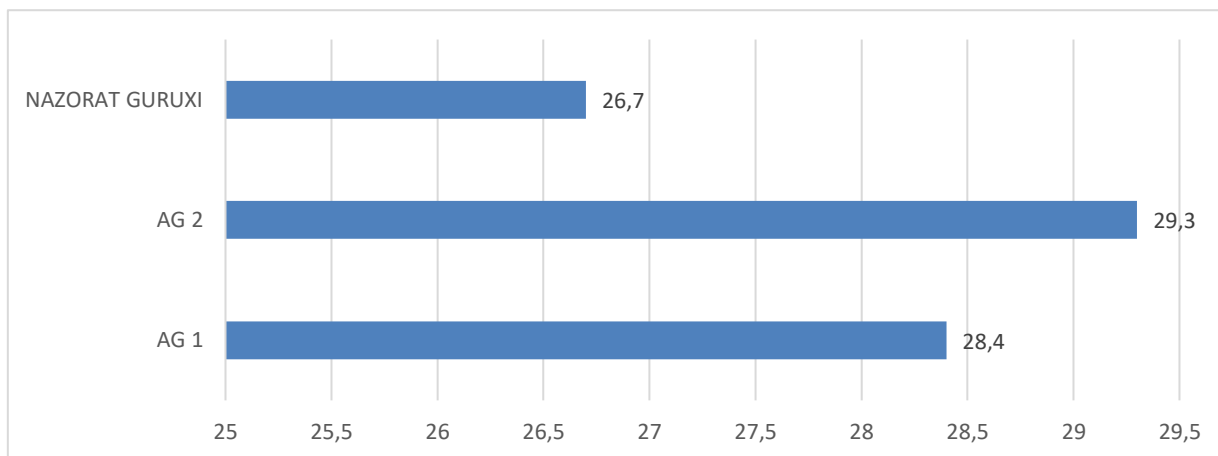
belgilari, ritm buzilishlarini anqilashga imkon beradi. Miokarditlarda EKG 50-90% hollarda patologik o'zgarishlarni aniqlab beradi.

Homilador ayollarda exokardiografiya(ExoKG). ExoKG Mindray DC-70 (XXR) ultratovush apparati yordamida o'tkazildi. Miokardit borligi gumon qilingan homilador ayollarda ExoKG o'tkazilganda, birinchi navbatda, yurakning SYuE(surunkali yurak yetishmovchiligi)ga olib keladigan boshqa patologiyalarini (illatlar, GKMP, RKMP) istisno qilish amalga oshirildi. ExoKG ChQning (chap qorincha) ChTFni (chiqarib tashlash funksiyasi) baholashni ham (ChQning sistolik disfunksiyasi yoki me'yordagi ChTF); yurakning kengaygan o'lchamlarini aniqlashni ham (dilatatsiya), ChQning gipokinez va akinez hududlarini aniqlashni ham, ChQ devorlari kengayishini (shishish) ham o'z ichiga oldi. Yurak bo'shliqlaridagi tromblar, nisbiy mitral yetishmovchilik va perikard bo'shlig'iga to'planadigan fasodni (yondosh perikardit) aniqlash o'tkazildi.

Tadqiqot materiallari parametrik va parametrik bo'lmagan tahlil metodlarini qo'llagan holda, statistik ishlovga olindi. Dastlabki ma'lumotlarni to'plash, tuzatish, tizimlashtirish va olingan natijalarni vizuallashtirish Microsoft Office Excel 2016 elektron jadvallarida amalga oshirildi. O'rtachaliklar farqlarining ishonchliligi Styudent mezoni asosida, 95% ishonchlilik oraliqda baholandi ($p < 0,05$).

TADQIQOT NATIJALARI

Ko'rikdan o'tkazilgan homilador ayollarning yosh senzori tahlil qilinganda, nazorat guruhiga qaraganda, 1-AG va 2-AGda homilador ayollar ko'proq uchrashi ishonchli ekanligini aniqladik (1-rasm).



1-rasm. Homilador ayollarning ko'rikdan o'tkazilayotgan guruhlardagi o'rtacha yosh ko'rsatkichlari

Taqdim etilgan ma'lumotlardan ko'rinib turibdiki, surunkali o'choqli miokardit bilan og'rigan homilador ayollarning yoshi o'choqli miokardit bilan og'rigan homilador ayollar guruhi va nazorat guruhidagi ayollarga qaraganda kattaroq bo'lgan. Shu munosabat bilan, homilador ayollarning yoshi miokardit rivojlanishining omillaridan biri, degan xulosa qilish mumkin.

Taqdim etilgan 1-jadval homilador ayollarni o'choqli miokardit yoki surunkali o'choqli miokardit mavjudligidan kelib chiqib taqsimlash haqidagi ma'lumotlarni o'z ichiga oladi. Kichik tos a'zolarining yallig'lanish kasalliklari (KTAYK) miokardit bilan og'rigan homilador ayollar eng ko'p uchraydigan asoratlardan bo'lib chiqdi va bu barcha holatlarning taxminan uchdan birini tashkil qildi (31,03%dan 33,33%gacha). Bachadondan tashqari homiladorlik, endometrit, adneksit va kolpit kamroq chastotada ekanligi, guruhdan kelib chiqib, 1, 43% dan 12,07%gachani tashkil qilish qayd etildi.

1-jadval

Tadqiq etilayotgan guruhlarda homilador ayollardagi ginekologik anamnez

	1-AG (n=22)		2-AG (n=52)		Nazorat guruhi (n=52)	
	n	%	N	%	n	%
KTAYK	7	31,8*	17	32,7*	8	15,4
Bachadondan tashqari homiladorlik	1	4,5	1	1,9^	0	0,0

Endometrit	2	9,1**	2	3,8^*	1	1,9
Adneksit	1	4,5	1	1,9^	0	0,0
Kolpit	3	13,6*	6	11,5*	3	5,8

Izoh: * - nazorat guruhi ko'rsatkichlariga nisbatan ishonchlilik darajasi(* - $R < 0,05$); ^ - 1-AG va 2-AG guruhlarida o'rtasidagi ishonchlilik darajasi

Jadval ma'lumotlarini tahlil qilish shuni ko'rsatadiki, miokardit bilan og'riq homilador ayollar homiladorlikning turli asoratlariga tez chalinadilar, KTAYK, bachadondan tashqari homiladorlik, endometrit, adneksit va kolpit shular jumlasidandir. KTAYK asosiy guruhlarida eng keng tarqalgan asorat bo'lib chiqdi, ayni paytda boshqa asoratlar kamroq uchraydi.

Taqdim etilgan 2-jadval homiladorlikning har xil asoratlari bo'yicha miokardit orttirgan homilador ayollarni taqsimlash to'g'risidagi ma'lumotlarni o'z ichiga oladi.

Preeklampsiya. Bu asorat miokardit bilan og'riq homilador ayollarda eng ko'p kuzatildi (22,7% i 7,7%), bu esa nazorat guruhidagi qiymatdan ortib ketadi (1,9%).

Muddatidan oldin tug'ish. Bu ko'rsatkich ham miokardit bilan og'riq homilador ayollar guruhida nazorat guruhidagiga qaraganda (4,5% va 1,9%) ancha yuqori (1,9%). PTT (puls to'liqligini tezligi) chastotasi har ikkala asosiy guruhlardagi miokardit orttirgan homilador ayollarda yuqoriroq bo'ldi, ammo uning kattaligi sezilarli emas.

Bachadondagi chandiq, homila gipotrofiyasi va HANB (homilaning antenatal nobud bo'lishi) past chastotali bo'ldi va har ikkala guruhda ham deyarli bir xil chastota bilan uchradilar.

2-jadval

Tadqiq etilayotgan guruhlarida homilador ayollarning akusherlik anamnezi

	1-AG (n=22)		2-AG (n=52)		Nazorat guruhi (n=52)	
	n	%	n	%	n	%
YMOK (yo'ldoshning muddatidan oldin ko'chishi)	1	4,5	1	1,9^	0	0,0
Bachadondagi chandiq	1	4,5	1	1,9^	2	3,8
Preeklampsiya	5	22,7*	4	7,7*^	1	1,9

Muddatidan oldin tug'ishlar	1	4,5*	1	1,9^	1	1,9
Xomila tushishi	1	4,5	1	1,9^	0	0,0
XT (2 nafaridan ko'pida)	3	13,6*	4	7,7*^	1	1,9
Homila gipotrofiyasi	1	4,5	1	1,9^	0	0,0
Homila antinatal nobud bulishi	1	4,5	1	1,9^	0	0,0

Izoh: * - nazorat guruhi ko'rsatkichlariga nisbatan ishonchlilik darajasi (* - $R < 0,05$); ^ - 1-AG va 2-AG guruhlar o'rtasidagi ishonchlilik darajasi

Jadval ma'lumotlarini tahlil qilish o'choqli miokardit yoki surunkali o'choqli miokardit borligidan kelib chiqib, homilador ayollarda homiladorlik asoratlari mavjudligini ko'rsatadi. preeklampsiya va muddatidan oldin tug'ishlar surunkali o'choqli miokarditga nisbatan o'choqli miokardit bilan og'rigan homilador ayollarda kengroq tarqalgan.

Homiladorlikda ayollar organizmining moslashishi barcha tizimlarga, ayniqsa, yurak-qon tomir tizimiga ta'sir o'tkazadi. Misol uchun, fiziologik kechayotgan homiladorlikda tomirlar periferik qarshiligining pasayishi jihatidan yurak qisqarishlari soni ortadi, bu qon bosimining oshishi bilan birga kuzatiladi.

Ta'kidlash zarurki, miokardit bilan og'rigan homilador ayollar guruhida yurak qisqarishlari chastotasi (YQCh) dastlab yuklanma (nagruzka) sinovi o'tkazilgunga qadar sog'lom guruhga nisbatan 8,9% ko'proq bo'lib, $88,8 \pm 11,9$ ga taqqoslaganda $96,9 \pm 17,1$ zarba/daqiqani tashkil qildi ($r < 0,05$). Qon bosimining boshlang'ich darajasi guruhlar bo'yicha aniq farqlanmadi (3-jadval).

3-jadval

Ko'rikdan o'tkazilgan homilador ayollarning o'choqli miokardit bilan bog'liq gemodinamik xususiyatlari

QB ko'rsatkichlari	Nazorat guruhi (n=27)	Asosiy guruh (n=32)
Sistalik arterial bosim(SAB)	$102,4 \pm 8,5$	$98,2 \pm 11,4$
Diastolik arterial bosim (DAB)	$63,9 \pm 7,5$	$63,1 \pm 8,6$
yurak qisqarishlari chastotasi (YQCh)	$88,8 \pm 11,9$	$96,9 \pm 17,1^*$

Izoh: * - guruhlar o'rtasidagi ishonchlilik darajasi ($R < 0,05$)

Tadqiqotga jalb etilgan barcha homilador ayollarda nazorat davrida markaziy gemodinamika o'lchamlarini baholash o'tkazildi, uning natijalarini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, miokardit bilan og'rigan homilador ayollar guruhida yurak bo'shlig'i hajmlari, o'pkaning o'rtacha bosimi (o'rO'AB) homiladorlikning fiziologik oqimiga ega guruhdagiga qaraganda kattaroq edi. Quyidagi ko'rsatkichlarning statistik qiymati o'zgardi: yurak chiziqli o'lchamlarining ustunligi miokardit bilan og'rigan ayollar guruhida bo'shliqlarning hajman zo'riqishidan ancha ortiq bo'ldi, bu esa, o'z navbatida, o'pkaning o'rtacha bosimi ko'rsatkichlarini uchdan bir qismdan ko'proq oshirdi (4-jadval).

Misol uchun, nazorat guruhida YaDH (yakuniy diastolik hajm) 4.1%ga kichikroq bo'ldi ($50,7 \pm 3,9$ mmga nisbatan $48,7 \pm 2,6$ mm; $r=0,022$), YaSH (yakuniy sistolistik hajm) - 6,9%ga ($32,2 \pm 3,5$ mmga nisbatan $30,09 \pm 2,24$ mm; $r=0,007$); tegishlicha YaDH - 10,7% ga ($124 \pm 21,3$ mlga nisbatan $112,06 \pm 15,5$ ml; $r=0,014$), YaSH - 19,8%ga ($42,9 \pm 11,2$ mlga nisbatan $35,8 \pm 7,03$ ml; $r=0,005$); o'rO'AB - 38,6%ga ($17,6 \pm 6,1$ mm sim. ust.ga nisbatan $12,7 \pm 1,9$ mm sim. ust.; $r=0,000$). Bunda miokardning qisqaruvchanlik qobiliyati homiladorlikning fiziologik kechishi bilan ko'rikdan o'kazilgan homilador ayollar guruhida 4,6% statistik qiymatga oshdi va asosiy guruhdagi $65,11 \pm 5,8\%$ ga nisbatan $68,1 \pm 2,6\%$ ni tashkil qildi ($r < 0,05$).

4-jadval

Ko'rikdan o'tkazilgan homilador ayollar tomir ichi gemodinamikasining tavsifi

QB ko'rsatkichlari	Nazorat guruhi (n=27)	Asosiy guruh (n=32)
Ao (mm)	$27,5 \pm 1,9$	$27,8 \pm 2,3$
LP (mm)	$29,3 \pm 3,67$	$30,3 \pm 3,9$
YADH (mm)	$48,7 \pm 2,6$	$50,7 \pm 3,9^*$
YASh (mm)	$30,09 \pm 2,24$	$32,2 \pm 3,5$
BT (bo'lmachalararo to'siq) (mm)	$8,3 \pm 0,7$	$8,02 \pm 0,8$
ChQOD (chap qorincha orqa devori) (mm)	$7,31 \pm 0,68$	$7,4 \pm 0,8$
O'Q (mm)	$20,3 \pm 3,26$	$19,2 \pm 2,5$
ChQMM (mm)	$126,1 \pm 22,7$	$133,46 \pm 27,3^*$
YADH (ml)	$112,06 \pm 15,5$	$124,0 \pm 21,3$
YASh (ml)	$35,8 \pm 7,03$	$42,9 \pm 11,2^*$
ChTF (%)	$68,1 \pm 2,6$	$65,11 \pm 5,8$

E/A	1,5±0,38	1,5±0,3
oʻrOʻAB (мм с.м. уст.)	12,7±1,9	17,6±6,1*

Izoh: * - guruhlar oʻrtasidagi maʼlumotlar ishonchliligi ($R < 0,05$)

Oʻtkazilgan funksional tadqiqotlar 1-AG va 2-AG koʻrsatkichlaridagi baʼzi farqlarni aniqladi. Masalan, birinchi marta aniqlangan miokardit bilan ogʻrigan 1-guruhdagi mijozlar uchun, EKGda miokardning diffuz va metabolik oʻzgarishlari, ritm buzilishi (taxikardiya, ekstsistoliya) va Giss tutami blokadasini aniqlandi.

Exokardiogrammada (EXOKG) mitral yoki trikuspidal regurgitatsiya (68%), mitral yoki trikuspidal yetishmovchilik (61%), chap qorincha diastolik disfunktsiyasi (ChQDD) aniqlandi.

Oʻchoqli miokardit bilan ogʻrigan 2-AGda EKGda xuddi shu oʻzgarishlar, biroq kamroq chastota bilan aniqlandi. Masalan, 1-AGdagi homilador ayollarga taqqoslaganda miokard diffuz oʻzgarishlari 1,5 koʻproq, tutam chap oyogʻi blokadasini - 3,5 marta koʻproq aniqlandi.

2-AGdagi homilador ayollarda ham ritm buzilishlari koʻproq aniqlandi. EXOKGda 1-AGdagi homilador ayollar bilan taqqoslaganda, 2-AGdagi homilador ayollarda ChOʻQDD (chap va oʻng qorinchalar diastolik disfunktsiyasi) 3 marta koʻproq aniqlandi.

Shu bilan birga, mitral yoki trikuspidal regurgitatsiya, mitral yoki trikuspidal yetishmovchilik kabi alomatlar 1-AGga nisbatan 2-AGda 1,8 marta kamroq aniqlandi, bu esa ular organizmida kasallik choʻzilib ketganligi bilan bogʻliq kompensator oʻzgarishlardan guvohlik beradi. 1-AGdagi homilador ayollarda aniqroq ifodalangan patologiya va miokardit namoyon boʻlishining yaqqolliigi, ehtimol kasallik muddatining uzoq emasligi va yurak-qon tomir tizimi tomonidan yetarlicha kompensatsiya qilinmaganligi bilan bogʻliqdir.

Taqdim etilgan 5-jadval ham ilk bor aniqlangan, ham surunkali miokardit bilan ogʻrigan homilador ayollarda homiladorlik birinchi yarmi gestatsiyasi asoratlarning tuzilishi haqidagi maʼlumotlarni oʻz ichiga oladi. Miokardit bilan ogʻrigan homilador ayollarning ikkala guruhida ham erta homila tushishi va kech homila tushishi xavfi qayd etildi, lekin ular uchray turishining chastotasi nazorat

guruhidagiga nisbatan ancha farq qildi. Homilador ayollar qayt qilishining yengil va og‘ir darajasi homilador ayollarning har uchala guruhlarida kuzatiladi. Ammo ilk marta aniqlangan miokardit bilan og‘rigan homilador ayollar surunkali o‘choqli miokardit bilan og‘rigan homilador ayollarga nisbatan yengil darajadagi qayt qilishga ko‘proq (43,10%) duch kelishadi.

5-jadval

Tadqiq etilayotgan guruhlardagi homilador ayollarda gestatsiya birinchi yarmi kechishi alomatlarining tuzilishi

	1-AG (n=22)		2-AG (n=52)		Nazorat guruhi (n=52)	
	n	%	n	n	%	n
Erta homila tushish xavfi	1	4,5	1	1,9 [^]	0	0,0
Kech homila tushish xavfi	1	4,5	1	1,9 [^]	0	0,0
Homilador ayollar qayt qilishining yengil darajasi	9	40,9*	10	19,2 ^{^*}	3	5,8
Homilador ayollar qayt qilishining og‘ir darajasi	3	13,6*	3	5,8 ^{^*}	1	1,9

Izoh:* - nazorat guruhi ko‘rsatkichlariga nisbatan ishonchlilik (* - $R < 0,05$); [^] - 1-AG va 2-AG guruhlarida o‘rtasida ma’lumotlar ishonchliligi

Jadval ma’lumotlarini tahlil qilish shuni ko‘rsatadiki, miokardit bilan og‘rigan homilador ayollar gestatsiyaning birinchi yarmida homila tushish xavfi va qayt qilish kabi turli asoratlarga duch kelishi mumkin. Umuman, homila tushish xavfi tadqiq etilayotgan guruhlarda keng tarqalmagan, ayni paytda homilador ayollar qayt qilishining ayniqsa yengil darajasi birinchi marta aniqlangan miokardit bilan og‘rigan homilador ayollarda ko‘proq uchraydi.

Taqdim etilgan 6-jadval o‘choqli miokardit bilan og‘rigan homilador ayollarda gestatsiyaning ikkinchi yarmida yuzaga kelgan asoratlar haqidagi ma’lumotlarni o‘z ichiga olgan. Muddatidan oldin tug‘ish (MOT) xavfi ko‘proq ilk bor aniqlangan miokardit bilan og‘rigan homilador ayollarda uchraydi. Gestatsion pielonefrit homilador ayollarning barcha asosiy guruhlarida uchradi, lekin birinchi marta aniqlangan miokardit bilan og‘rigan homilador ayollarda ko‘proq uchradi (tegishlicha 4,5% va 1,9%).

6-jadval

Tadqiq etilayotgan guruhlardagi homilador ayollarda gestatsiyaning ikkinchi bosqichida yuzaga kelgan asoratlar

	1-AG (n=22)		2-AG (n=52)		Nazorat guruhi (n=52)	
	n	%	n	%	n	%
MOT xavfi	7	31,8*	6	11,5*^	1	1,9
NJYuMOK	1	4,5	1	1,9^	0	0,0
Preeklampsiya	3	13,6	1	1,9^	0	0,0
Gestatsion pielonefrit	1	4,5	1	1,9^	0	0,0
HROQS (homila rivojlanishining orqada qolish sindromi)	4	18,2	1	1,9^	0	0,0
Homilaning antenatal nobud bo'lishi	1	4,5	0	0,0	0	0,0
Kamsuvlik	3	13,6*	3	5,8*^	1	1,9
kupsuvlik	4	18,2*	2	3,8^	1	1,9
HTYI (homiladagi tug'ma yurak illati)	1	4,5	1	1,9^	0	0,0
Homiladagi yurak patologiyasi (HYP)	3	13,6*	2	3,8^	1	1,9

Izoh: * - ma'lumotlarning nazorat guruhi ko'rsatkichlariga nisbatan ishonchliligi (* - $R < 0,05$); ^ - 1-AG va 2-AG guruhlarida o'rtasidagi ma'lumotlarning ishonchliligi

Kamqirmitilgan har ikkala asosiy guruhlarda kuzatildi, lekin 1-AG homilador ayollarida ko'proq kuzatildi (tegishlicha 13,6% va 5,8%). Kupsuvlik har ikkala asosiy guruhlarda kuzatildi, lekin 1-AG homilador ayollarida ko'proq kuzatildi (tegishlicha 18,2% va 3,8%). Homiladagi yurak patologiyasi (HYP) homilador ayollarning barcha uchta guruhida uchradi, asosan 1-AGdagi homilador ayollarda ko'proq uchrashu kuzatildi. (tegishlicha 13,6%, 3,8% va 1,9%).

Jadvalni tahlil qilish shuni ko'rsatadiki, miokardit bilan og'riq homilador ayollar gestatsiyaning ikkinchi yarmida ham gestatsiya va tug'ishlar, ham homilaning holati bilan bog'liq har xil asoratlarga chalinganlar. Muddatidan oldin tug'ish xavfi, bachadon suvining kamligi va ko'pligi kabi ba'zi asoratlar assotsiatsiyalashgan miokarditi bor homilador ayollarda ko'proq tarqalgan.

1-AG homilador ayollarida bachadon-yo'ldosh-homila qon oqimi dopplemetriyasi bilan fetoplatsentar kompleks UTT orqali tekshirish I-a darajali (21,0%) va 1-b (66,0%) darajali buzilishlar borligini, 2-darajalisi kamroq (10% atrofida) aniqladi, biz buni boshdan kechirilgan virus infeksiyasidan keyin qon quyushuvi bilan bog'ladik. 2-AGda qon aylanishi sifatining dopplerometrik ko'rsatkichlari I-a darajadagi bachadon yo'ldosh homila qon aylanish tizimi

buzilishini 1-AGdagiga qaraganda 2 marta ko‘p, 1-b darajadaagisini 1-AGdagiga qaraganda bir necha marta kamroq aniqladi.

Tug‘ruqlar 1-AGdagi 68,2%da (22 dan 15 nafarida) va 2-AGdagi 50%da (56 dan 26 nafarida) tezkor yakunlandi. Hilpiratma aritmiya, bartarf etib bo‘lmaydigan ekstrasistollar, II-III darajali surunkali yurak yetishmovchiligi yoki homila holatining o‘zgarishi (distress) kesarcha kesish operatsiyasi uchun ko‘rsatma bo‘ldi.

Miokardit bilan og‘rigan homilador ayollarning qonida troponin I (cTnI) va N-oxirgi natriyuretik B-tip peptid (NT-proBNP), shuningdek D-dimer darajasini o‘rganish 7-jadvalda keltirilgan.

7-jadval

Miokardit bilan kasallangan homilador ayollarning qonida cTnI, NT-proBNP va D-dimer darajasining qiyosiy ko‘rsatkichlari

QB ko‘rsatkichlari	Nazorat guruhi (n=27)	Asosiy guruh (n=74)
cTnI, ng/ml	0,08±0,01	5,81±0,8***
NT-proBNP, pg/ml	61,8±6,5	138,2±7,8**
Д-димер, ng/ml	584,8±12,3	1169,6±15,9**

Izoh: * - ma’lumotlarning guruhlar o‘rtasidagi ishonchliligi (**-P<0,01; *** - P<0,01)

cTnI ning oshishi 100% hollarda qayd etildi. Shu bilan birga, miokardit bilan kasallangan homilador ayollar guruhida o‘rtacha qiymat 5,81±0,8 ng/ml ni tashkil etdi, bu nazorat guruhining ko‘rsatkichidan 12,5 baravar ko‘p bo‘lib, bu kardiomiotsitlarning sezilarli darajada zararlanganligidan dalolat beradi.

Asosiy guruhda NT-proBNP ning o‘rtacha qiymati 138,2±7,8 pg/ml ni tashkil etdi, bu nazorat guruhining o‘rtacha ko‘rsatkichlaridan sezilarli darajada yuqori edi.

Shuningdek, asosiy guruhdagi homilador ayollarda nazorat guruhidagi ko‘rsatkichlarga nisbatan D-dimer darajasining sezilarli darajada oshishi aniqlandi (R<0,01)

Miokardit bilan ogʻrigan homilador ayollar oʻrtasida nomaqbul oqibatlar rivojlanishining matematik modelini tuzish uchun binar mantiqiy regressiya metodlari qoʻllanildi. Bu metodlar yordamida olingan modellar bir tomondan nomaqbul oqibatlar xavfining eng muhim tuzilishini baholashga, boshqa tomondan esa – ehtimolni aniqlashga, yaʼni u yuzaga kelishining ehtimolini oldindan aytib berishga imkon tugʻdiradi. Matematik model quyidagi koʻrinishga ega:

$$Z = df + b_1 * x_1 + b_2 * x_2 + \dots + b_0;$$

Bu yerda Z – oldindan aytib berish omillari yigʻindisining taʼsirini belgilab beruvchi nomaqbul oqibatlar rivojlanishining koʻrsatkichi; df – oʻzgarmas (VO); $b_1 \dots b_m$ – regressiya tenglamasining vazn koeffitsientlari; $x_1 \dots x_m$ – nomaqbul oqibatlar rivojlanishiga taʼsir koʻrsatuvchi omillar.

Matematik modelning asosiy formulasidan koʻrinib turibdiki, birinchi navbatda, uni tuzish uchun regressiyaning vazn koeffitsientlarini hisoblab chiqish zarur (8-jadval).

Matematik modeldagi regressiya tahlili koeffitsientlari taqdim etilgan

Xavfni oldindan aytib berish omillari	Indeks lar	Koeffitsientlar	Standart xato	t- statistika	P-kattalik	Pastki 95%	Yuqori 95%
Yoshi 25 yoshdan katta	X1	0.8	0.092707511	8.629290032	1.2133E-13	0.616001254	0.983998746
Homiladorlik davrida o'tkazilgan virusli infeksiyalar	X2	0.451251079	0.088674243	5.088863071	1.76283E-06	0.275257253	0.627244904
KTAYK	X3	0.11037389	0.019800112	5.574407398	2.23237E-07	0.071076149	0.149671632
Bachadondan tashqaridagi homiladorlik	X4	0.424242424	0.093526822	4.536050879	1.6415E-05	0.238617572	0.609867277
Endodermis	X5	0.188979592	0.095170624	1.98569247	0.049890412	9.22473E-05	0.377866936
Akusherlik anamnezi							
Preeklampsiya	X6	0.279886148	0.100733513	2.778480964	0.006558054	0.079958009	0.479814287
Muddatidan oldin tug'ishlar	X7	0.119047619	0.100179323	1.188345214	0.237598801	-0.07978061	0.317875844
HT(homila tushishi) (2 nafardan ko'pida)	X8	0.172757475	0.096344924	1.793114439	0.076071257	-0.01846053	0.36397548
YQCH daqiqasiga 80 zarbadan ko'p	X9	0.518500949	0.090461324	5.731741759	1.12146E-07	0.338960261	0.698041636
Miokardning diffuz va metabolik o'zgarishlari	X10	0.481481481	0.097411814	4.942742199	3.22224E-06	0.288145997	0.674816966
Ekstrosistoliya	X11	0.126025591	0.020004055	6.300002329	8.73002E-09	0.08632308	0.165728102
Mitral yoki trikuspidal regurgitatsiya	X12	0.480519481	0.106074039	4.530038482	1.68049E-05	0.269991875	0.691047086

Miokardit bilan og‘rigan homilador ayollar orasida nomaqbul natijalar rivojlanishini oldindan aytib berishning biz ishlab chiqqan matematik modeli quyidagi ko‘rinishga ega bo‘ldi:

$$Z = 1 + 0,8 * x_1 + 0,451251 * x_2 + 0,424242 * x_3 + 0,1889796 * x_4 + 0,279886 * x_5 + 0,2009804 * x_6 + 0,11904762 * x_7 + 0,1727575 * x_8 + 0,518501 * x_9 + 0,4814815 * x_{10} + 0,1260256 * x_{11} + 0,4805195 * x_{12}$$

Matematik modelning umumiy tanlab olishga sezgirligi - 57,8% va o‘ziga xosligi - 91,6% hisoblab chiqildi.

To‘g‘ri tasniflangan qiymatlarning umumiy foizi 80,4% ni tashkil etdi. Tegishlicha, ma’lumotlar matematik formulaga kiritilgandan so‘ng, Z qiymatlari quyidagicha o‘zgarib turdi:

1-15 ball – miokardit bilan og‘rigan homilador ayollar o‘rtasida nomaqbul oqibatlar rivojlanishi xavfi past;

16-45 ball – miokardit bilan og‘rigan homilador ayollar o‘rtasida nomaqbul oqibatlar rivojlanishi xavfi baland.

O‘choqli miokardit nomaqbul oqibatlari rivojlanishining xavfi yuqori bo‘lgan homilador ayollar o‘rtasida tug‘ruqlarning induksiyasini o‘tkazish, tug‘ishlar vaqtida parvarishlash, tug‘ishdan keyingi kuzatishni o‘z ichiga olgan tug‘ruqlar batafsil rejasini amalga oshirish kerak. Yurak-qon tomir kasalliklari mavjud homilador ayollarni davolashga ixtisoslashgan tibbiy xodimlarning hamkorligi yuqori xavf darajasiga ega hamma ayollar uchun majburiy.

Tug‘ishga ruxsat berishga kelganda esa, yurak-qon tomir kasalliklariga uchragan hamma ayollarda homiladorlikning 40-haftasidan kech bo‘lmagan muddat ichida tug‘ruqlar induksiyasini o‘tkazish tavsiya qilinadi. Bu shoshilinch kesarcha kesish xavfini 12%ga va yurak-qon tomir patologiyasi bo‘lmagan ayollarda chaqaloqning o‘lik tug‘ilishi xavfini 50%ga kamaytiradi. Tug‘ruqlarni induksiya qilishning foydasi akusherlik asoratlari xavfi katta bo‘lgan yurak-qon tomir kasalliklariga uchragan ayollarda yuqori bo‘lish ehtimoli bor. Tug‘ruq induksiyasini amalga oshirish muddatlari yurak-qon tomir tizimining holati va

akusherlik holati, jumladan bachadon bo'yni, homila va go'dak o'pka tizimining yetukligini baholashdan kelib chiqib belgilanadi.

Tug'ruqlar induksiyasi uchun mezoprostol (25 mkg) yoki 1-3 mg dozada, shuningdek, 10 mg sekin ajralib chiqadigan preparatni (PGE₂) xavfsiz qo'llash mumkin. Ta'kidlash zarurki, mezoprostolning yuqori dozalari (600 mkg) yurak-qon tomir kasalliklari bo'lmagan ayollarda yurak-qon tomir tizimining faoliyatiga ta'sir qilmaydi, ammo nazariy jihatdan koronar arteriyalar vazospazmi va yurak ritmining buzilishi xavfi bo'ladi. Dinoproston faqat bevosita miometriyalarga yuborilganda, qon bosimining sezilarli darajada pasayishiga olib kelishi mumkin, shu bois induksiyaning bu usulidan voz kechish kerak. Tug'ruq induksiyasining mexanik usullari tizimli tomir qarshiligi pasayishining salbiy oqibatlariga olib kelishi mumkin bo'lgan bemorlarda qo'llangani ma'qul. Amniotomiya va oksitotsin infuziyasini yurak-qon tomir kasalliklari bo'lgan ayollarda xavfsiz qo'llash mumkin.

Tug'ruqing tabiiy tug'ish yo'llari yoki kesarcha kesish kabi usullari o'ziga xosliklarga ega. Rejadagi kesarcha kesish onaga afzallik bermaydi va erta tug'ish hamda tug'ruq paytida bola vaznining past bo'lishiga olib kelishi mumkin. Bundan farqli ravishda, tabiiy tug'ish kam qon yo'qotish va infeksiyon asoratlar, vena trombozlari va emboliyalar bilan bog'liq bo'lib, shuning uchun ham aksariyat ayollarga tavsiya etiladi. Kesarcha kesish faqat tibbiy ko'rsatmalarga ko'ra, masalan, aortaning og'ir patologiyasida yoki o'tkir, bartaraf etib bo'lmaydigan yurak yetishmovchiligida, shuningdek, peroral antikoagulyantlarni qabul qilayotgan bemorlarda amalga oshirilishi kerak.

Antikoagulyant terapiyada bo'lgan mijoz ayollar (mexanik klapan o'rnatilganlardan tashqari) tug'ruq paytida diqqat bilan nazorat qilinishi shart. Agar kesarcha kesish rejalashtirilgan bo'lsa, prostaglandin E₁ (PGE₁) terapiyasi operatsiyadan 24 soat oldin to'xtatilishi va tug'ruqdan keyin bemor uchun xavf solishiga qarab qayta tiklanishi mumkin. Agar tabiiy tug'ruq tanlangan bo'lsa, o'rtamiyona yoki yuqori xavf bor bemor ayollar mintaqaviy anesteziya yoki

taxminiy tugʻruqdan 4-6 soat oldin, past xavf mavjud bemor ayollar uchun esa - 24 soat oldin PMG qabul qilishni toʻxtatish zarur.

Tugʻruqlar vaqtida gemodinamikani, jumladan qon bosimi va yurak urishi tezligini sinchkovlik bilan nazorat qilish, shuningdek, dekompensatsiyaning dastlabki belgilarini aniqlash uchun pulsoksimetriya va doimiy EKG kuzatuvini oʻtkazish zarur. Svan-Gans kateterini oʻrnatish, garchi baʼzi yuqori xavf mavjud boʻlgan bemorlarda koʻrib chiqilishi mumkin boʻlsa-da, koʻpincha asoratlardan bilan kechadi va koʻp hollarda uni qoʻllamaslik lozim.

Epidural analgeziya tugʻruqda ogʻriqni kamaytirish va jarrohlik aralashuvi zarur boʻlganda, ogʻriq qoldirishni taʼminlash uchun keng qoʻllanadi. Shunga qaramay, ayniqsa, yurak-qon tomir kasalliklari yoki yurak faoliyati yomonlashgan ayollarda tizimli gipotenziya (10%) rivojlanish ehtimoli boʻlganligi uchun, uni dozalashda ehtiyot boʻlish shart. Bunday bemorlar uchun qon bosimining invaziv monitoringi asosiy ustunlik hisoblanadi. Vena ichiga yuboriladigan dorilarni ishlatish nihoyatda hushyorlik bilan amalga oshirilishi kerak.

Tugʻruq paytida ayolning jismoniy faolligi homila boshining pastga tushishiga yordam beradi, chap tomonda yotish esa homilador bachadon tomonidan kovak venaning siqilishini kamaytirishi mumkin. Homila boshining maksimal tushishini taʼminlash uchun ikkinchi davrning faol fazasi 2 soatga kechiktirilishi mumkin, bu esa tugʻruqning faol fazasini qisqartirishga yordam beradi. Zarur boʻlganda, qisqichlar yoki vaakuumli ekstraktsiya ishlatilishi mumkin. Homilaning yurak urishini muntazam kuzatib turish ham tavsiya etiladi.

Onaning hayotiga ogʻir xavf paydo boʻlsa, onani muvaffaqiyatli reanimatsiya qilish imkoniyatini oshirish va keyinchalik homilaning tirik qolish ehtimolini oshirish uchun shoshilinch kesarcha kesishni koʻrib chiqish lozim. Shoshilinch kesarcha kesish homiladorlikning 24 haftasidan boshlab koʻrib chiqilishi mumkin, chunki bu vaqtgacha bachadon kovak venaga sezilarli bosim oʻtkazmaydi va bu vaqtgacha bola hayotga layoqatli deb hisoblanmaydi. Yurak toʻxtagandan keyin 4 daqiqa ichida tugʻruqni bajarish kerak.

Oksitotsinni vena ichiga sekin yuborish tug‘ruqdan keyingi qon ketish xavfini kamaytiradi va yurak-qon tomir tizimiga eng kam ta’sir qiladi. Tug‘ruqdan keyingi qon ketishini davolash uchun prostaglandin E o‘xshashlaridan foydalanish mumkin, ammo ergometrin va prostaglandin F muqobillarini qo‘llamaslik zarur. Kompression kiyim kiyish va erta ambulator kuzatuvga o‘tish tromboemboliya xavfini kamaytirishga ko‘maklashadi. Tug‘ruqdan keyingi davr gemodinamik o‘zgarishlar va ayniqsa, tug‘ruqdan keyingi dastlabki 24-48 soat ichida suyuqlikning qayta taqsimlanishi bilan birga ro‘y beradi, bu esa yurak yetishmovchiligini chuqurlashtirishi mumkin. Shuning uchun ham tavakkal yuqori bo‘lgan ayollarda gemodinamika monitoringini tug‘ruqdan keyin hech bo‘lmaganda 24-48 soat ichida davom ettirish tavsiya qilinadi. Beta-adrenoblokatorlardan foydalanganda, chaqaloqlarning holatini 48 soat davomida monitoring qilish tavsiya etiladi.

Iqtisodiy samaradorlik. Biz ishlab chiqqan, o‘choqli miokardit bilan og‘rigan homilador ayollardan xabardor bo‘lish taktikasini qo‘llashda nomaqbul oqibatlarni bartaraf etish maqsadida, integral samaradorlik ko‘effitsientini (IEK) hisoblab chiqish uchun ijtimoiy samaradorlik ko‘effitsienti, tibbiy samaradorlik ko‘effitsienti va sarflar nisbati ko‘effitsienti, erishilgan natijalar ko‘effitsienti aniqlab chiqildi, shundan keyingina integral samaradorlik ko‘effitsienti aniqlandi.

Ijtimoiy va tibbiy samaradorlik ko‘effitsienti tegishli 0,94 va 0.94ni tashkil qildi. Me’yorida Kse va Kme birga yaqin bo‘lishi kerak. Biz olgan ma’lumotlar miokardit bilan kasallangan homilador ayollar orasida nomaqbul oqibatlar rivojlanishini oldindan aytib berishning joriy etilayotgan usulini amaliyotda keng qo‘llash ijtimoiy va klinik jihatdan eng samarali usul ekanligini yana bir bor isbotlaydi. Integral samaradorlik ko‘effitsienti (ISK) birdan katta bo‘lishi kerak ($ISK \geq 1$). Ko‘rsatkich qancha katta bo‘lsa, ishlab chiqilgan metodikadan kutilayotgan atija shuncha yaxshi bo‘ladi.

Bizning holatimizda, yuqorida keltirilgan ma’lumotlardan ko‘rinib turibdiki, ISK ko‘rsatilgan qiymatdan yuqori bo‘lib, bu miokardit bilan og‘rigan homilador ayollar o‘rtasida nomaqbul oqibatlar rivojlanishini oldindan aytib berish usulining

ancha samarali ekanligini isbotlaydi. ISKning o'zgarib turishi o'choqli miokardit bilan og'rigan ayollarning statsionarda koyka-kun tarzida uzoq muddat bo'lishidan kelib chiqqan bo'lib, bu moliyaviy sarflarning ortishiga ancha ta'sir ko'rsatdi.

Bizning nazarimizda, miokardit bilan og'rigan homilador ayollar o'rtasida nomaqbul oqibatlar rivojlanishini oldindan aytib berish usulini respublikaning barcha tug'ruq muassasalarida amaliyotga joriy qilish erta va kech HT, muddatidan oldin tug'ishlar, homila o'sishining cheklanishi sindromi kabi gestatsion asoratlar chastotasini kamaytirishga imkon beradi. Ayniqsa, onaning buzilgan gemodinamikasi va yurak yetishmovchiligining ortib borayotganligidan kelib chiqqan juda erta tezkor tug'ishlar chastotasini pasaytrishda, davlatnng moliyaviy xarajatlarini ancha kamaytirish mumkin bo'ladi.

Asoratlarning oldini olish nuqtayi nazaridan, xavfni yanada aniq bilid olish, davolashga individual yondashish, asoratlarni davolash xarajatlarini 1 bemor ayol uchun o'rtacha 2 300 000 so'mdan 1 700 000 so'mgacha kamaytirish mumkin bo'ladi.

XULOSALAR:

1. Surunkali o'choqli miokardit bilan kasallangan homilador ayollar ($29,3 \pm 2,6$ yosh) o'choqli miokardit bilan kasallangan homilador ayollar guruhiga ($28,4 \pm 3,8$ yosh) va nazorat guruhiga ($26,7 \pm 2,3$ yosh) nisbatan kattaroq yoshda bo'lgan. Shu munosabat bilan homilador ayollarning yoshi miokardit rivojlanishining xavf omillaridan biri hisoblanadi, degan xulosaga kelish mumkin.
2. Miokardit bilan og'rigan homilador ayollar homiladorlikning turli xil asoratlariga moyil bo'ladilar, jumladan, KCHAYAK, bachadondan tashqari homiladorlik, endometrit, adneksit va kolpit. KCHAYAK asosiy guruhlar orasida eng keng tarqalgan asorat bo'lib chiqdi, boshqa asoratlar esa kamroq uchraydi.
3. Preeklampsiya va muddatidan oldingi tug'ruqlar surunkali o'choqli miokarditga nisbatan o'choqli miokarditli homiladorlarda ko'proq uchradi.

4. Surunkali o'choqli miokardit bilan og'rigan homilador ayollarda mitral yoki trikuspidal regurgitatsiya, mitral yoki trikuspidal yetishmovchilik birinchi marta aniqlangan o'choqli miokarditga nisbatan 1,8 baravar kam aniqlandi, bu ularda kasallikning davomiyligi bilan bog'liq bo'lgan organizmda kompensator o'zgarishlarning rivojlanishini ko'rsatadi. Surunkali o'choqli miokardit bilan og'rigan homilador ayollarda miokarditning yanada aniq patologiyasi va klinik ko'rinishlarining yorqinligi, ehtimol, kasallikning qisqa davomiyligi va yurak-qon tomir tizimidagi o'zgarishlarning yetarli darajada kompensatsiyalanmaganligi bilan bog'liq.

5. Muddatidan oldingi tug'ruq xavfi birinchi marta miokardit aniqlangan homiladorlarda (31,8%) eng ko'p uchraydi. Gestatsion piyelonefrit homilador ayollarning barcha asosiy guruhlarida, ammo birinchi marta miokardit aniqlangan homilador ayollarda ko'proq uchradi (mos ravishda 4,5% va 1,9%)

6. Miokardit bilan og'rigan homilador ayollar homiladorlikning ikkinchi yarmida ham homiladorlik va tug'ruq bilan bog'liq, ham homila holati bilan bog'liq bo'lgan turli xil asoratlarga moyil bo'ladi. Erta tug'ruq xavfi, kamsuvlik va ko'psuvlik kabi ba'zi asoratlarda surunkali o'choqli miokardit bilan kasallangan homilador ayollarda ko'proq uchraydi.

7. Homiladorlarda o'choqli miokarditlarda cTnI va NT-proBNP oshishi kuzatiladi, bu kardiomiotsitlarning yaqqol zararlanishidan dalolat beradi.

8. Miokarditli homiladorlar orasida noxush oqibatlar rivojlanishini bashoratlashning matematik modeli ishlab chiqildi: $Z = 1 + 0,8 \cdot x_1 + 0,451251 \cdot x_2 + 0,424242 \cdot x_3 + 0,1889796 \cdot x_4 + 0,279886 \cdot x_5 + 0,2009804 \cdot x_6 + 0,11904762 \cdot x_7 + 0,1727575 \cdot x_8 + 0,518501 \cdot x_9 + 0,4814815 \cdot x_{10} + 0,1260256 \cdot x_{11} + 0,4805195 \cdot x_{12}$, matematik modelning sezgirligi - 57,8%, o'ziga xosligi - 91,6% ni tashkil etdi. To'g'ri tasniflangan qiymatlarning umumiy foizi 80,4% ni tashkil etdi.

9. Yurak-qon tomir kasalliklari bo'lgan barcha ayollarda homiladorlikning 40-haftasidan kechiktirmasdan tug'ruq induksiyasi o'choqli miokardit bilan og'rigan ayollarda shoshilinch kesar kesish xavfini 12% ga va antenatal ulim xavfini 50% ga kamaytiradi.

AMALIY TAVSIYALAR:

O'choqli miokardit bilan noxush oqibatlar rivojlanish xavfi yuqori bo'lgan homilador ayollar orasida tug'ruq induksiyasini o'tkazish, tug'ruq paytida parvarish qilish va tug'ruqdan keyingi kuzatuv to'g'risidagi ma'lumotlarni o'z ichiga olgan batafsil tug'ruq rejasini o'tkazish zarur.

Yurak-qon tomir kasalliklari bo'lgan barcha ayollarda tug'ruq induksiyasini homiladorlikning 40-haftasidan kechiktirmasdan o'tkazish tavsiya etiladi. Bu yurak-qon tomir patologiyasi bo'lmagan ayollarda shoshilinch kesarcha kesish xavfini 12% ga va o'lik tug'ilish xavfini 50% ga kamaytiradi.

Yurak-qon tomir kasalliklari bilan og'rigan homilador ayollarni davolashga ixtisoslashgan tibbiyot xodimlarining hamkorligi xavf yuqori bo'lgan barcha ayollar uchun majburiydir.

Adabiyot ro'yxati

1. Абдуллажанова К. Н. Особенности течения беременности у женщин с миокардитом //The 2nd International scientific and practical conference "International scientific innovations in human life" (August 25-27, 2021) Cognum Publishing House, Manchester, United Kingdom. 2021. 443 p. – 2021. – С. 75.

2. Боровкова Л. В. и др. Особенности состояния сердечно-сосудистой системы во время беременности //Редакционная коллегия. – 2021. - С. 16.

3. Климов В. А. Кардиальная патология и беременность //Главврач. – 2018. – №. 10. – С. 44-66.

4. Лазоришинец В. В. и др. Жизнеугрожающие состояния у беременных с сердечно-сосудистой патологией: мультидисциплинарный подход //Перинатология и педиатрия. – 2016. – №. 1. – С. 18-21.
5. Майсеенко Д. А., Менчик М. М., Ткачева Н. В. Сердечно-сосудистая патология у беременных, в условиях специализированного родильного дома //Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. – 2019. – С. 108-111.
6. Морозова Т. Е., Конышко Н. А. Комплексная оценка факторов формирования сердечно-сосудистой патологии у беременных //Rossiiskii Vestnik Akushera-Ginekologa. – 2018. – Т. 18. – №. 5.
7. Потапова М. В. и др. Сердечно-сосудистые заболевания у женщин во время беременности, особенности патогенеза и клинического течения //Научное обозрение. Медицинские науки. – 2021. – №. 3. – С. 85-89.
8. Aleksenko L., Quaye I. K. Pregnancy-induced cardiovascular pathologies: importance of structural components and lipids //The American Journal of the Medical Sciences. – 2020. – Vol. 360. – №. 5. – pp. 447-466.
9. Chang C. Y. et al. Influenza myocarditis complicated with atrioventricular block in a pregnant woman //Nigerian Journal of Cardiology. – 2020. – Vol. 17. – №. 1. – pp. 79.
10. Geraghty L. et al. Cardiovascular disease in women: from pathophysiology to novel and emerging risk factors //Heart, Lung and Circulation. – 2021. – Vol. 30. – №. 1. – pp. 9-17.
11. Honigberg M. C. et al. Long-term cardiovascular risk in women with hypertension during pregnancy //Journal of the American College of Cardiology. – 2019. – Vol. 74. – №. 22. – pp. 2743-2754.
12. Mehta L. S. et al. Cardiovascular considerations in caring for pregnant patients: a scientific statement from the American Heart Association //Circulation. – 2020. – Vol. 141. – №. 23. – pp. e884-e903.
13. Roos-Hesselink J. et al. Pregnancy outcomes in women with cardiovascular disease: evolving trends over 10 years in the ESC Registry Of

Pregnancy And Cardiac disease (ROPAC) //European heart journal. – 2019. – Vol. 40. – №. 47. – pp. 3848-3855.

14. Soma-Pillay P., Seabe J., Sliwa K. The importance of cardiovascular pathology contributing to maternal death: Confidential Enquiry into Maternal Deaths in South Africa, 2011-2013: cardiovascular topics //Cardiovascular journal of Africa. – 2016. – Vol. 27. – №. 2. – pp. 60-65.

15. Sunohara D. et al. Biopsy detection and clinical management of acute lymphocytic myocarditis in pregnancy //Journal of Cardiology Cases. – 2019. – Vol. 20. – №. 5. – pp. 164-167.

16. Yu Y. et al. Maternal diabetes during pregnancy and early onset of cardiovascular disease in offspring: population based cohort study with 40 years of follow-up //Bmj. – 2019. – Vol. 367.