



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

5 (79) 2025

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВА
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV(Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

5 (79)

2025

май

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.04.2025, Accepted: 10.05.2025, Published: 15.05.2025

UDK 615.849.5 - 036.11/12:616.15-097:576.3-076.3

TUG'MA YURAK NUQSONLARI BO'LGAN HOMILADOR AYOLLARDA HOMILADORLIKNI OLIB BORISH TAKTIKASI

Samadov Axror Axmadovich <https://orcid.org/0009-0007-2380-2531>

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

✓ *Rezyume*

Homilador ayollarda tug'ma yurak nuqsonlari kardiolog va akusher-ginekolog amaliyotida juda keng tarqalgan patologiya bo'lib, homiladorlikning turli bosqichlarida asoratlarni keltirib chiqarishi mumkin.

Kalit so'zlar: qorinchalar aro to'siq nuqsoni, Batalov paroki, Fallo triadasi, Fallo tetradasi, aorta koartatsiyasi, aorta og'zi stenozi, gipoksiya, akrotsianoz, preklamsiya

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Самадов Ахрор Ахмадович

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ *Резюме*

Врожденные пороки сердца у беременных-довольно распространенная патология в практике кардиолога и акушера-гинеколога, способная вызвать осложнения на разных сроках беременности

Ключевые слова: дефект барьера желудочков аро, пароксизмат Баталова, триада Фалло, Тетрада Фалло, коартация аорты, стеноз устья аорты, гипоксия, акроцианоз, предлежание

TACTICS FOR CARRYING PREGNANCY IN PREGNANT WOMEN WITH CONGENITAL HEART DEFECTS

Samadov Axror Axmadovich

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara,
st. A. Navoi. 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ *Resume*

Congenital heart defects in pregnant women are a very common pathology in the practice of a cardiologist and obstetrician-gynecologist, and can cause complications at different stages of pregnancy

Keywords: ventricular aro barrier defect, Batalov parok, Fallo triad, Fallo tetradase, aortic coartation, aortic mouth stenosis, hypoxia, acrocyanosis, preclamsia

Dolzarbligi

Tug'ma yurak nuqsonlari (CHD) — bu yurak va katta tomirlarning tuzilishidagi nuqsonlar. Eng keng tarqalganlari qorinchalar aro to'siq nuqsoni (VSD) — 27-42%, bo'lmachalar to'siq nuqsoni (ASD) — 5-15%, ochiq arterial protok (OAP) — 10-18%, aorta koarktatsiyasi — 7%, tug'ma aorta stenozi — 6%, o'pka arteriyasi stenozi-8-10%, Fallot guruhi nuqsonlari [1]. Gemodinamik buzilishlar va klinik

ko'rinish nuqsonning kattaligiga, joylashishiga, tabiatiga va yurak shikastlanishining davomiyligiga qarab farq qiladi.

Tadqiqot maqsadi: homilador ayollarda yurak nuqsonlari bilan bog'liq asosiy shikoyatlar o'ziga xos emas: charchoq, mushaklarning kuchsizligi, oyoqlarda og'irlik, uyquchanlik, yurak urishi va jismoniy mashqlar paytida paydo bo'ladigan nafas qisilishi; nuqson o'sib borishi bilan nafas qisilishi dam olishda ham kuzatiladi, shish paydo bo'ladi va ritm buzilishi mumkin.

Yurak nuqsonlari diagnostikasi.

Anamnezda tug'ma yurak nuqsoni va bolalikdan yurak shovqinlari borligi haqida ko'rsatmalar mavjud. Fizik tekshiruv yurak mintaqasini palpatsiya qilish, yurak perkussiyasi va qon tomirlari to'plami, yurak ohanglarining auskultatsiyasini o'z ichiga oladi. Laboratoriya tadqiqotlari pregravidar tayyorgarlik bosqichida, homiladorlik paytida (10-11, 26-28 va 32 xafta davomida) va tug'ruqdan keyin, shu jumladan qon ivish tizimining holatini baholash uchun amalga oshiriladi. Instrumental tadqiqotlar .

*Elektrokardiografiya (EKG) tekshiruvning asosiy bosqichi sifatida amalga oshiriladi, yurakning turli qismlarining gipertrofiyasi (va haddan tashqari yuklanishi) belgilarini aniqlashga imkon beradi (malformatsiya turiga va xarakterli gemodinamik buzilishlarga qarab).

*Ekokardiyografi (ekokardiyografi) va dopplerekardiyografiyasi ko'p hollarda malformatsiyaning patognomonik belgilarini aniqlashga, uning darajasini, yurak ichi gemodinamikasi buzilishlarining og'irligini va yurakning turli qismlarining funktsional holatini ob'ektiv baholashga imkon beradi.

Homilador ayollarni boshqarish taktikasi Yevropa va Rossiya yurak jamiyatlarining so'nggi tavsiyalariga ko'ra, yurak nuqsonlari bo'lgan homilador ayollar orasida ikkita xavf guruhi mavjud — yuqori va past [2,12].

Material va usullar

Yuqori xavf guruhiga III—IV funktsional yurak etishmovchiligi bo'lgan bemorlar kiradi kasallikning sababidan qat'i nazar, sinf. Ko'pincha, bunday yurak etishmovchiligining rivojlanishiga olib keladigan kasalliklar o'pka gipertenziyasi bilan kechadigan yurak nuqsonlarini o'z ichiga oladi, bunda onalar o'limi 30-50% ga etadi. Yuqori xavf guruhiga aorta stenoz va aorta qopqog'ining og'ir darajasi bo'lgan bemorlar ham kiradi. Yuqori xavfli bemorlarda homiladorlik tavsiya etilmaydi. Homiladorlik holatida uning uzilishi ko'rsatiladi, chunki ona uchun xavf yuqori: o'lim darajasi 8-35%, og'ir asoratlar 50%. Hatto homiladorlikni tugatishning o'zi ham vazodilatatsiya va behushlik natijasida miyokard kontraktilligining pasayishi tufayli yuqori xavfga ega.

Sun'iy klapanlari bo'lmagan yurak nuqsonlari bo'lgan bemorlarning aksariyati homiladorlikni yaxshi o'tkazishi mumkin. Shu bilan birga, kardioparohlik aralashuvidan keyin qoldiq nuqsonlar 2-50% hollarda uchraydi va klinik va Ekokardiyografiyada aniqlanishi kerak. Yurak tekshiruvi, hatto past xavfli holatlarda ham, har trimestrda amalga oshiriladi. Nuqsonlari bo'lgan barcha homilador ayollar kardiolog (terapevt), akusher-ginekologning doimiy kuzatuviga muhtoj. Ular oyiga bir marta Ekoksni bajarishlari kerak, homiladorlik paytida uch marta ular yurak va akusherlik bo'limlariga ega bo'lgan ko'p tarmoqli kasalxonaga yotqiziladi.

Nuqsonlari bo'lgan barcha homilador ayollar kardiolog (terapevt), akusher-ginekologning doimiy kuzatuviga muhtoj. Ular oyiga bir marta Ekoksni bajarishlari kerak, homiladorlik paytida uch marta ular yurak va akusherlik bo'limlariga ega bo'lgan ko'p tarmoqli kasalxonaga yotqiziladi.

- Homiladorlikning 12 xaftaligidan oldin birinchi kasalxonaga yotqizish. Tashxisni aniqlashtirish, yurak-qon tomir tizimining funktsional holati, revmatik jarayonning faolligi, homiladorlikni saqlash masalasini hal qilish.
- 27-32 xaftada ikkinchi kasalxonaga yotqizish-bu yurak-qon tomir tizimidagi eng katta stress davri. Ushbu davrda bemorni ehtiyotkorlik bilan davolash, terapiyani tuzatish va platsenta etishmovchiligini davolash amalga oshiriladi.
- Uchinchi kasalxonaga yotqizish 35-37 xaftada (kutilgan tug'ilishdan 2-3 hafta oldin) ayollarni tug'ruqqa tayyorlash, tug'ruq taktikasini ishlab chiqish, yurak va revmatizmga qarshi terapiya. O'rttirilgan yurak nuqsonlari bo'lgan ayollarni qo'shimcha kasalxonaga yotqizish homiladorlikning asoratlari (preeklampsi, platsenta etishmovchiligi, erta tug'ilish xavfi) va asosiy kasallikning yomonlashishi holatlarida amalga oshirilishi kerak.

Giyohvand bo'lmagan davolanish ish va dam olish rejimiga, dietaga rioya qilishni o'z ichiga oladi (Pevzner bo'yicha 10 — jadval) osh tuzi va suyuqlikni cheklash bilan, venoz qaytish buzilgan taqdirda elastik paypoq kiyish. Dori terapiyasi kardiolog tomonidan individual ravishda belgilanadi.

Chap qorincha yurak etishmovchiligi (nafas qisilishi, ortopnea, yo'tal va boshqa alomatlar) bilan diuretiklar (kuniga 50-100 mg gidroxlorotiyazid, kuniga 40-60 mg furosemid) yoki nitratlar buyuriladi, bu qon aylanishining katta doirasi tomirlarida qon to'planishiga va yurakka oldindan yuklanishning pasayishiga yordam beradi (izosorbid dinitrat), ammo ushbu dorilar ta'siri ostida yurak yetishmovchiligining chiqarib yuborish mumkin. Chap qorincha sistolik funksiyasining pasayishi bilan yurak glikozidlaridan foydalanish mumkin [3].

O'ng qorincha yurak etishmovchiligi uchun diuretiklar va yurak glikozidlari ham buyuriladi. Shuni esda tutish kerakki, angiotensin retseptorlari blokerlari va angiotensinga aylantiruvchi ferment ingibitorlari homiladorlikning barcha davrlarida kontrendikedir va spironolaktondan foydalanish birinchi trimestrda ko'rsatilmagan! Chap bo'lmachada bosimning oshishiga va qon aylanishining kichik doirasidagi qonning turg'unligiga hissa qo'shadigan sinus taxikardiyasi bilan selektiv b-adrenoblokatorlar buyuriladi (bisoprolol kuniga 5-10 mg). Agar atriyal fibrilatsiyaning taxisistolik shakli paydo bo'lsa, yurak glikozidlari buyuriladi (digoksin kuniga 0,25—0,375 mg dozada), bu yurak urish tezligini 60-70 v daqiqada boshqarishga imkon beradi. Tromboembolik asoratlarning oldini olish uchun qonning reologik xususiyatlariga ta'sir qiluvchi dorilar (fraktsiyalanmagan yoki past molekulyar og'irlikdagi geparinlar) ko'rsatiladi. Terapiya homiladorlik paytida qon ivishini nazorat qilish orqali amalga oshiriladi.

Natija va tahlillar

Kamdan-kam holatlarda eritrotsitlar quyiladi, qon yo'qotish tufayli gipovolemiya yoki anemiyasi mavjud ayolni operatsiya orqali tug'dirib olish zarurati bo'lgan holatlar bundan mustasno. Tug'ruqoldi asoratlari mavjud ayollarda qon quyish zarurati qon quyishni talab qiladiganlarning atigi 24% da kuzatilishi mumkin. Qon quyish bilan bog'liq eng ko'p uchraydigan tashxislarga quyidagilar kiradi: instrumental tug'ruq bilan bog'liq bo'lgan shikastlanishlar, bachadon atoniyasi, yo'ldosh oldinda kelishi, barvaqt ko'chishi va koagulopatiyalar (masalan, HELLP-sindrom). Anemiyasi mavjud ayollarda ushbu holatlar mavjud bo'lganda, ayniqsa, nostabil hayotiy ko'rsatkichlar kuzatilganda, shifokorlar qon quyish masalasini ko'rib chiqishlari lozim. Gemoglobin darajasi 60 g/l dan past bo'lgan og'ir darajali anemiya homilaga yetarli darajada kislorod yetkazilmasligi bilan bog'liq bo'lib, bu homilaning yurak tezligining barqaror bo'lishiga, qog'anoq suvlari hajmi kamayishiga, homilaning miya tomirlari kengayishiga va homila o'limiga olib keladi. Shuning uchun, og'ir darajali anemiyalarda, homila tomonidan ko'rsatmalar bo'lsa, qonni quyish kerak.

Tug'ruq boshlanishi bilan geparin natriyni kiritishni to'xtatish kerak va qon ketmasa, tug'ruqdan 4-6 soat o'tgach davom ettirish kerak. Agar tug'ilish bilvosita antikoagulyantlarni (varfarin) qabul qilish fonida yuzaga kelgan bo'lsa, unda ikkinchisining ta'siri yangi muzlatilgan plazmaning ikki dozasini (500 ml) quyish orqali yo'q qilinadi. Davolash bilvosita antikoagulyantlar bilan tug'ilgandan 24 soat o'tgach tiklanadi. Ushbu davrda ular homila uchun xavfsizdir, chunki ular sutga kirmaydi [4]. 7-10 kun ichida kesar kesish rejalashtirilganda, operatsiya paytida bilvosita antikoagulyantlarni olgan bemorlar past molekulyar og'irlikdagi geparinlarga (nmg) va antitrombotsitlardan biriga o'tkaziladi. Geparin operatsiyadan 8 soat oldin to'xtatiladi va 3 kundan keyin tiklanadi.

Tug'ruqdan keyingi davr

- Anemiyani statsionar sharoitda davolashni boshlash va gemoglobin darajasi 120 g/l dan oshgunga qadar ambulator sharoitda davom ettirishni tavsiya etish;
- Somatik patologiyani davolash;
- Kontratsepsiyani tavsiya etish (laktinet, IJS, baryer usullari).

Tug'ruqdan keyin 500 ml dan ortiq qon yo'qotishi bo'lganda, homiladorlik davrida anemiya bilan kasallangan yoki korreksiya qilinmagan anemiya yoki tug'ruqdan keyingi anemiya belgilari mavjud bemorlarda 24-48 soat ichida gemoglobin darajasi o'lchanishi kerak.

Dori terapiyasi fonida chap qorinchaning sis - tolik funksiyasini va o'pka arteriyasidagi bosimni (Echocg) dinamik kuzatish va nazorat qilish amalga oshiriladi. Chap qorincha sistolik funksiyasining pasayishini oldini olish uchun nifedipin buyuriladi. Agar yurak nuqsonlarini jarrohlik yo'li bilan tuzatish zarur bo'lsa, bemorlarni boshqarish taktikasi kardiojarroh tomonidan belgilanadi.

Yurak nuqsonlari bilan homiladorlik asoratlarning oldini olish:

- Etarli miqdordagi oqsillar, vitaminlar va iz elementlari bo'lgan parhez;
- Osh tuzi va suyuqlik iste'molini cheklash;
- Nafas olish va siydik yo'llarining yuqumli kasalliklarining oldini olish;
- Ish va dam olish rejimini normallashtirish, jismoniy faoliyatni cheklash;
- Sedativ ta'sirga ega fitopreparatlarni tayinlash.

Kesar kesish quyidagi hollarda amalga oshiriladi:

- Malformatsiyani akusherlik asoratlari bilan birlashtirish (tor tos suyagi, homila bachadonda noto'g'ri joylashishi, platsenta Previa);
- Qon aylanishining sezilarli darajada buzilishi bilan mitral qopqoq etishmovchiligi (aniq regürjitatsiya);
- Jarrohlik yo'li bilan tuzatib bo'lmaydigan mitral stenoz;
- Qon aylanishining buzilishi bilan aorta qopqog'ining nuqsonlari.

Barcha holatlarda etkazib berish usuli to'g'risida qaror kardiojarrohlik jurnallari, akusherlar va anesteziologlar tomonidan bemor bilan birgalikda qabul qilinishi kerak. Butun tibbiy guruh tayyor bo'lishi uchun etkazib berish sanasini belgilash afzaldir [5].

Qorinchalar aro to'siq nuqsoni

Qorinchalar aro to'siq nuqsonlarining past va yuqori nuqsonlarini (JMP) ajratish muhim ahamiyatga ega.

Past VSD qorincha septumining mushak qismida joylashgan (Tolochinov — Roje kasalligi), qonning chapdan o'ngga oqishi bunday nuqson bilan ahamiyatsiz, gemodinamik buzilishlar deyarli yo'q, bu nuqson qulay kursga ega.

Yuqori VSD qonning chapdan o'ngga sezilarli darajada oqishi bilan tavsiflanadi, bu avval o'ng qorincha, o'pka arteriyasi tizimi, so'ngra chap atrium va chap qorinchaning toshib ketishiga olib keladi. Hajmning haddan tashqari yuklanishi yurakning o'ng va chap qismlarining ko'payishi bilan birga keladi.

Tolochinov-Roje kasalligida qorincha septal nuqsoni bilan homiladorlikni boshqarish taktikasi (past VSD) homiladorlik va vaginal tug'ilish kontrendikedir emas. Yuqori VSD bilan taktika o'pka gipertenziyasi darajasiga va yurak etishmovchiligining bosqichiga bog'liq. Kichik o'pka gipertenziyasi va I darajali yurak etishmovchiligi bilan homiladorlik kontrendikedir emas, tug'ilish tabiiy tug'ilish kanali orqali amalga oshiriladi. O'rtacha va yuqori o'pka gipertenziyasi bilan, shuningdek III-IV darajaga mos keladigan qon aylanishining etishmovchiligi belgilari mavjud bo'lganda, homiladorlik kontrendikedir. Homiladorlik deyarli butun homiladorlik davrida uzaytirilsa, ko'p tarmoqli kasalxonada qolish tavsiya etiladi, qorin bo'shlig'i etkazib berish ko'rsatiladi (agar o'pka bilan bog'liq bo'lmasa gipertenziya).

Ochiq arterial kanal ochiq arterial kanal (OAP, Botallov kanali) - aorta va o'pka arteriyasini bog'laydigan tomir. Odatda kasallik bolalik davrida tashxis qilinadi va operatsiya qilinadi. Ochiq arterial kanalda aortadan qon o'pka arteriyasiga o'smagan kanal orqali kirib, chap yurak gipertrofiyasining bosqichma-bosqich rivojlanishi bilan o'pka qon aylanishida gipervolemiyaga olib keladi. Malformatsiya kursi har xil bo'lishi mumkin: asemptomatik holatdan aniq klinik ko'rinishgacha. Kichkina nuqsonlar bilan klinik alomatlar birinchi marta homiladorlik paytida paydo bo'lishi mumkin.

Ochiq arterial protokda homiladorlikni olib borish. Asoratlanmagan Batalov parokida homiladorlik qarshi ko'rsatma emas, asoratlangan shakllarda (yurak yetishmovchiligida) homiladorlik qarshi ko'rsatma hisoblanadi .

Bo'lmachalar aro to'siq nuqsonida olib boorish taktikasi.

Bo'lmachalar aro to'siq nuqsoni (DMPP), barcha tug'ma yurak nuqsonlarining taxminan 5-15% ni tashkil qiladi va ayollarda 2 baravar ko'p uchraydi. Atriyal septal nuqsonning 3 turi mavjud: birlamchi (20%) to'siq tagida joylashgan va ko'pincha VSD bilan birlashtirilgan. Ikkilamchi (70%) to'siqning markazida (oval fossa sohasida) lokalizatsiya qilinadi, u tug'ilgandan ko'p o'tmay yopiladigan ochiq oval oyna bilan farqlanadi. Sinus venoz nuqsoni (10%) yuqori vena kavasining qulashi yaqinida joylashgan. DMPdagi gemodinamika nuqsonning kattaligi, qon oqimining hajmi va yo'nalishi, o'pka qon aylanishining qon tomirlari holati va bemorlarning yoshi bilan belgilanadi. Kichkina nuqson bilan qon oqimi chapdan o'ngga o'tadi va bolalikda gemodinamikaga ta'sir qilmaydi, lekin 30-40 yoshga kelib,

oqizish ikki tomonlama bo'ladi, keyin o'ngdan chapga, nafas qisilishi, ritm buzilishi, yurak etishmovchiligining rivojlanishi haqida shikoyatlar paydo bo'ladi [7].

Katta miqdordagi nuqsonlar bilan atriya septal nuqsonli homilador ayollarni boshqarish taktikasi homiladorlik yuqori o'pka gipertenziyasi, kardiomegaliya va yurak etishmovchiligining erta rivojlanishi tufayli kontrendikedir. Homiladorlikning dastlabki bosqichlarida (12 haftagacha) sun'iy abort, keyinchalik qorin bo'shlig'ida etkazib berish amalga oshiriladi. Homiladorlik deyarli butun homiladorlik davrida uzaytirilsa, ko'p tarmoqli kasalxonaga yotqizish, yurak etishmovchiligi uchun dori terapiyasi ko'rsatiladi. Etkazib berish xuddi shu joyda, kardiolog ishtirokida, qin orqali amalga oshiriladi, agar yuqori o'pka gipertenziyasi bo'lsa, sezaryen bilan tug'ilish mumkin. Kichik o'lchamdagi DMPP bilan homiladorlik va tug'ish kontrendikedir emas.

Aortal klapan tug'ma stenozi

ko'p hollarda aortal klapaning tug'ma stenozi klapanli, kamroq tarqalgan subklapan (mushak va membranali) va supraklapan aortal klapan stenozi farqlanadi. Subklapan mushak stenozi gipertrofik kardiomyopatiya bilan sinonimdir. Klapanli stenozda komissuralar torayadi, klapan qopqoqlari qalinlashadi, klapan gumbaz shaklida, aorta teshigi kichikdir. Porok uzoq vaqt davomida bezovta qilmasligi mumkin, ammo vaqt o'tishi bilan chap qorincha gipertrofiyasi kuchayadi, keyin uning kengayishi sodir bo'ladi. Homiladorlik davri gemodinamikasining o'ziga xos xususiyatlari tufayli homiladorlik yurak nuqsonining dekompensatsiyasiga olib kelishi mumkin. Aorta stenozida chap qorincha gipertrofiyasining rivojlanishi va yetarli darajada chiqarilmasligi tufayli nisbiy koronar etishmovchilik belgilari paydo bo'lishi mumkin (odatdagi angina xurujlari va ehtimol miyokard infarkti rivojlanishi bilan) [8].

Aortal klapaning tug'ma stenozining asoratlari:

- o'tkir chap qorincha etishmovchiligi ;
- surunkali yurak etishmovchiligi;
- o'limga olib keladigan ritm buzilishi va o'tkazuvchanlik;
- o'tkir koronar etishmovchilik;
- miya asoratlari, to'satdan o'lim.

Aorta og'zining tug'ma stenozi bo'lgan homilador ayollarni boshqarish taktikasi

Ushbu nuqson bilan homiladorlik istalmagan va uning paydo bo'lishi va uzaytirilishi masalasi alohida hal qilinishi kerak. Biroq, aorta og'zining yengil va o'rtacha stenozi bilan homiladorlik va tug'ruqni qoniqarli olib boorish mumkin. Homiladorlik va tug'ish paytida ham, tug'ruqdan keyingi davrda ham asoratlar xavfi ancha yuqori. Homiladorlik holatida erta bosqichlarda miya simptomlari (tez-tez uchraydigan senkop holatlari), retrosternal og'riqlar va nafas qisilishi paydo bo'lishi homiladorlikni to'xtatish uchun ko'rsatma hisoblanadi. Agar homiladorlik vaqti allaqachon uzoq bo'lsa, kesar kesishga ko'rsatma hisoblanadi.

Aorta koarktatsiyasi

Aorta koarktatsiyasi har qanday joyda bo'lishi mumkin, lekin ko'pincha istmus sohasida kuzatiladi, odatda chap o'mrovosti arteriyasining distal chiqish qismida. Qon bosimini qo'llardan o'lchaganda uning darajasi yuqori chiqadi, oyoqlarga qaraganda.. Sistolga qon oqimiga to'sqinlik qilish natijasida chap qorinchaning haddan tashqari yuklamasi ortishi va gipertrofiyasi, so'ngra uning kengayishi va yurak yetishmovchiligi yuzaga keladi [9, 10].

Aorta koarktatsiyasi bilan homiladorlikning mumkin bo'lgan asoratlari:

- miyaga qon quyilishi;
- aortaning ajralishi va yorilishi •
- yuqumli endokardit;
- homiladorlikning o'z-o'zidan tugashi;
- homila o'sishining kechikishi.

Aorta koarktatsiyasi bilan homilador ayollarni boshqarish taktikasi

Parokni jarrohlik yo'li bilan tuzatgandan so'ng, homiladorlikni olib boorish masalasi ijobiy hal qilinadi. Aortaning aniq bo'lmagan koarktatsiyasi va qon bosimi 160/90 mm sim ust dan oshmasligi kerak. Homiladorlik va qin orqali tug'ilish mumkin (kardiolog nazorati ostida). Arterial gipertenziya va o'zgargan aorta devorining yorilishi xavfi bilan bog'liq asoratlar rivojlansa, tug'ilish kesar kesish bilan yakunlanadi. Homiladorlik paytida ADni antigipertenziv dorilar bilan nazorat qilish tavsiya etiladi (kardioselektiv b-blokerlar buyuriladi: metoprolol, bisoprolol, betaksolol). Doimiy yuqori qon bosimi, og'ir yurak yetishmovchiligi, miya qon aylanishining buzilishi bilan homiladorlik mutlaqo qarshi ko'rsatma hisoblanadi. Homiladorlik paytida jismoniy faollikni cheklash tavsiya etiladi, hatto homiladorlikning butun davri uchun yurak va akusherlik bo'limlari bo'lgan ko'p tarmoqli shifoxonaga yotqizishgacha. Operatsiya

qilingan bemorlarning taktikasi da'vo muddati, operatsiya turi va uning samaradorligiga bog'liq. Agar yuqori qon bosimi saqlanib qolsa, operatsiya muddati 1 yildan kam bo'lsa, kesar kesish bilan tug'ruqni yakunlash tavsiya etiladi. Boshqa hollarda, qin orqali tug'ruq olib boriladi.

O'pka arteriyasi stenozini

Klapan va subklapan (o'ng qorinchaning chiqish yo'li hududida fibrokusuloz o'sishi) stenozini ajratib turadi. Parok ko'pincha bo'lmachalararo to'siq nuqsoni bilan birlashtiriladi (Fallo triadasi) [11, 13].

Qon oqimining oldini olish tufayli klapan stenozini bilan o'ng qorincha bo'shlig'idagi bosim sezilarli darajada oshadi, avval uning gipertrofiyasi, so'ngra kengayishi rivojlanadi. O'pka stenozining asoratlari:

- o'ng qorincha yetishmovchiligi;
- supraventrikulyar ekstrasistola

Homiladorlikni rejalashtirishda o'pka stenozini bilan homilador ayollarni boshqarish taktikasi yurak nuqsoni paydo bo'lishidan oldin hal qilinishi kerak. O'pka stenozining yengil va o'rtacha darajasida homiladorlik va tug'ish odatda xavfsiz (qin orqali) sodir bo'ladi. O'ng qorincha yetishmovchiligining rivojlanishi bilan kesar kesish orqali tug'ruq olib borilishi kerak.

Fallo guruhining nuqsonlari

Fallo guruhining nuqsonlari orasida Fallo tetradasi eng katta amaliy ahamiyatga ega — bu qorinchalar aro to'siq nuqsoni, o'pka arteriyasining infundibulyar stenozini, aorta dekstrapozitsiyasi va o'ng qorincha gipertrofiyasidan iborat klassik "ko'k" CHD. "ko'k" nuqsonlar homiladorlik va tug'ish uchun qarshi ko'rsatmadir. Homiladorlik bu nuqsonlarni keskin og'irlashtiradi [14].

Fallo tetradasi bilan homilador ayollarni boshqarish taktikasi.

Operatsiya qilingan bemorlarda homiladorlik xavfi gemodinamika holatiga bog'liq. Yaxshi korreksiya qilingan nuqsonlari bo'lgan bemorlarda xavf past bo'ladi. Palliativ operatsiyadan so'ng — aortopulmonar anastomozni yaratish-homiladorlik masalasi alohida hal qilinadi.

Radikal operatsiya-qorincha septal nuqsonining plastikasi va o'ng qorinchaning chiqish qismining obstruksiyasini bartaraf etish ancha murakkab, ammo samaraliroq. Ushbu operatsiyani boshdan kechirgan ayollar, ba'zi hollarda, homiladorlik va tug'ilishni xavfsiz tarzda boshdan kechirishlari mumkin.

Xulosa

Zamonaviy tibbiyotning yutuqlari va tug'ma yurak nuqsonlarini o'z vaqtida jarrohlik yo'li bilan tuzatish, ilgari onalik quvonchini bilish imkoniga ega bo'lmagan bemorlarda homiladorlik ko'rsatkichlarini sezilarli darajada kengaytirishga imkon berdi. O'rtirilgan yurak nuqsonlari bilan og'rigan homilador ayollarda kichik nuqson va gemodinamik buzilishlar bo'lmasa, homiladorlikni uzaytirish va qin orqali etkazib berish mumkin. Shu bilan birga, bemorlar to'liq tekshiruvdan o'tishlari va homiladorlik davrida kardiolog va akusher-ginekolog bilan birgalikda kuzatilishi kerak.

ADABIYOTLAR RO'YXATI:

1. Akusherlik. Milliy rahbariyat / E. K. Aylamazyan, V. I. Kulakov, V. E. Radzinskiy, G. M. Savelyeva. M.: Geotar-Media, 2014. 668 674—sahifa.
2. Homiladorlik paytida yurak-qon tomir kasalliklarini tashxislash va davolash. Rko tavsiyalari / Ed. — 2013. — № 4 (102). 40 s.
3. Yurak-qon tomir kasalliklari bilan og'rigan bemorlarning oqilona farmakoterapiyasi / Ed. — 2009. No 8 (6), ilova. 4. 51 s.
4. Arutyunov, G. P. yurak va qon tomir kasalliklarini tashxislash va davolash / G. P. Arutyunov. - qani, ko'rsin. M.: Geotar-Media, 2013. 275 300-sahifa.
5. Apresyan, S. V. ekstragenital patologiya bilan homiladorlik va tug'ish / S. V. Apresyan, V. E. Radzinskiy. M.: Geotar-Media, 2009. 75-169-sahifalar.
6. Mravyan, S. R. homilador ayollarda yurak nuqsonlari / S. R. Mravyan, V. A. Petruhin, V. P. Pronin. Spb.: Geotarmedia, 2010 yil. 160 s.
7. Oakli, S. homilador ayollarda yurak kasalliklari / S. Oakli, K. Uorens. Spb.: Binom, 2010 yil. 368 sahifa
8. Homilador ayollarda ekstragenital patologiya: shifokorlar uchun qo'llanma / M. yu.Sokolova. M.: Mia, 2011 yil. 336 sahifa
9. Stryuk, R. I. Yurak-qon tomir tizimi kasalliklari va homiladorlik / R. I. Stryuk. M.: Geotar-Media, 2010 yil. 308 s.
10. Schechtman, M. M. homilador ayollarda ekstragenital patologiya bo'yicha qo'llanma / M. M. Schechtman. - M.: Triada-X, 2008 Yil. 815

Qabul qilingan sana 20.03.2025