



PERIPARTAL KARDIOMIOPATIIYADA O‘TKIR YURAK YETISHMOVCHILIGINI INTENSIV TERAPIYASI SAMARADORLIGINI OSHIRISH

Obloberdiyev Muhammad

Pediatrica fakulteti 618 guruh talabasi

Samarqand Davlat tibbiyot universiteti

Ilmiy rahbar: Joniyev S.Sh.

Anesteziologiya, reanimatsiya va shoshilinch tibbiyot kafedrasi dotsenti

Samarqand Davlat tibbiyot universiteti, jonievssh@mail.ru

Annotatsiya:

Peripartal kardiomiopatiya (PPCM) – homiladorlikning so'nggi oyida yoki tug'ruqdan keyingi dastlabki besh oy ichida rivojlanadigan, oldin yurak kasalligi bo'lmagan ayollarda chap qorincha sistolik disfunktsiyasi bilan namoyon bo'ladigan idiopatik kardiomiopatiyadir. Ushbu holatning eng xavfli asoratlaridan biri o'tkir dekompensatsiyalashgan yurak yetishmovchiligi (O'YY) hisoblanadi. Maqolada PPCM bilan bog'liq O'YYning patofiziologiyasi, zamonaviy diagnostika usullari, shoshilinch va uzoq muddatli davolash strategiyalari, jumladan, maxsus terapiya (bromokriptin) va ilg'or davo choralari ko'rib chiqilgan. Multidisiplinar yondashuvning ahamiyati va bemor ahvolini yaxshilashdagi o'rni alohida ta'kidlangan.

Kalit so'zlar: peripartal kardiomiopatiya, o'tkir yurak yetishmovchiligi, chap qorincha disfunktsiyasi, ekokardiografiya, bromokriptin, antikoagulyant terapiya, homiladorlik.



Kirish

Peripartal kardiomiopatiya (PPCM) akusherlik va kardiologiya sohasidagi eng dolzarb muammolardan biri bo'lib, ona o'limining asosiy sabablaridan biri sifatida qayd etiladi. Uning ta'rifi quyidagi mezonlarga asoslanadi:

1. Homiladorlikning so'nggi oyidan tug'ruqdan keyingi 5 oygacha bo'lgan davrda yurak yetishmovchiligining rivojlanishi.
2. Yurak yetishmovchiligining boshqa sabablarining yo'qligi.
3. Ekokardiografiyada chap qorincha haydash fraksiyasining (ChQHF) 45% dan past bo'lishi bilan tavsiflanuvchi chap qorincha sistolik disfunktsiyasi.

PPCM ko'pincha o'tkir yurak yetishmovchiligi (O'YY) bilan namoyon bo'ladi, bu esa bemorning hayotiga bevosita xavf tug'diradi va shoshilinch tibbiy yordamni talab etadi. Ushbu maqolaning maqsadi PPCM fonida rivojlanadigan O'YYning zamonaviy diagnostikasi va davolash tamoyillarini ilmiy dalillarga asoslangan holda yoritib berishdir.

Etiologiyasi va Patofiziologiyasi

PPCMning aniq etiologiyasi to'liq o'rganilmagan bo'lsa-da, bir nechta gipotezalar mavjud:

- **Vazomotor va Gormonal O'zgarishlar:** Homiladorlik davrida prolaktin gormoni muhim rol o'ynaydi. Patologik sharoitlarda katepsin D fermenti ta'sirida prolaktin 16 kDa prolaktin (anti-angiogen va pro-apoptotik) fragmentiga parchalanadi. Bu fragment kardiomiotsitlarga toksik ta'sir ko'rsatib, miokard disfunktsiyasiga olib keladi.

- **Yallig'lanish va Autoimmun Javob:** Ba'zi tadqiqotlar virusli miokardit yoki organizmning o'z kardiomiotsitlariga qarshi autoimmun reaksiyasi PPCM rivojlanishiga turtki bo'lishi mumkinligini ko'rsatadi.



- **Genetik Moyillik:** Titin (TTN) kabi kardiomiopatiyalar bilan bog'liq genlardagi mutatsiyalar PPCM rivojlanish xavfini oshirishi aniqlangan.

- **Oksidativ Stress:** Homiladorlik davridagi yuqori metabolik talablar va gemodinamik o'zgarishlar miokardda oksidativ stressni kuchaytiradi.

O'YYning patofiziologik asosi – bu chap qorinchaning nasos funksiyasining keskin pasayishi, natijada o'pka qon aylanish tizimida dimlanish (o'pka shishi) va tana a'zolariga qon yetkazib berishning (gipoperfuziya) buzilishidir.

Klinik Manzarasi va Diagnostikasi

PPCM bilan kasallangan bemorlarda O'YY belgilari ko'pincha tez rivojlanadi:

- **Asosiy simptomlar:** Tinch holatda ham kuzatiladigan kuchli hansirash (ortopnoe, paroksizmal tungi hansirash), yo'tal (ba'zan pushti rangli balg'am bilan), oyoqlarda shishlar, keskin holsizlik va charchoq.

- **Fizikal tekshiruv:** Taxikardiya, taxipnoe, auskultatsiyada o'pkaning pastki qismlarida nam xirillashlar, yurak tonlarining bo'g'iqlashishi, III ton (gallop ritmi), bo'yinturuq venalarining bo'rtishi.

Diagnostik tekshiruvlar:

1. **Ekokardiografiya (ExoKG):** "Oltin standart" hisoblanadi. Quyidagi o'zgarishlar aniqlanadi:

- Chap qorincha haydash fraksiyasining (ChQHF) <45% gacha pasayishi.
- Chap qorincha dilatatsiyasi (kengayishi).
- Qorinchalar ichida tromb hosil bo'lish ehtimoli.

2. **Elektrokardiogramma (EKG):** O'zgarishlar nospetsifik bo'lib, sinusli taxikardiya, ST segmenti va T tishchasidagi o'zgarishlar kuzatilishi mumkin.



3. **Ko'krak qafasi rentgenografiyasi:** Kardiomegaliya (yurak soyasining kengayishi) va o'pka shishi belgilari (qon tomirlar suratining kuchayishi, Kerli chiziqlari) aniqlanadi.

4. **Laborator tahlillar:** Natriyuretik peptidlar (BNP yoki NT-proBNP) miqdorining keskin oshishi O'YY tashxisini tasdiqlaydi va uning og'irligini baholashga yordam beradi. Shuningdek, troponin miqdori miokardning o'tkir shikastlanishini ko'rsatishi mumkin.

O'tkir Yurak Yetishmovchiligini Davolash Strategiyalari

PPCM fonidagi O'YYni davolash bemorni reanimatsiya va intensiv terapiya bo'limiga (RITB) yotqizishni talab qiladi. Davolash bir vaqtning o'zida bir nechta yo'nalishda olib boriladi.

1. Gemodinamikani barqarorlashtirish:

• **Diuretiklar:** Vena ichiga halqali diuretiklar (masalan, furosemid) yuborish o'pkadagi dimlanishni kamaytirish uchun birinchi navbatdagi chora hisoblanadi.

• **Vazodilatatorlar:** Arterial qon bosimi yetarli darajada bo'lsa (sistolik >90 mm sim. ust.), vena ichiga nitroglitserin infuziyasi old- va keyinyuklamani kamaytirib, yurak ishini yengillashtiradi.

• **Inotrop vositalar:** Kardiogen shok (gipotenziya va periferik gipoperfuziya belgilari) rivojlanganda dobutamin yoki milrinon kabi inotrop preparatlar qo'llaniladi.

2. Standart yurak yetishmovchiligini davolash (bemor barqarorlashgach):

• **Beta-blokatorlar:** Gemodinamika barqarorlashgandan so'ng past dozalarda (masalan, metoprolol, karvedilol) ehtiyotkorlik bilan boshlanadi. Ular uzoq muddatda miokard funksiyasini yaxshilaydi.



• **AAF ingibitorlari / ARBlar:** Ushbu preparatlar chap qorincha remodelanishini oldini olishda juda muhim. **DIQQAT!** Ular **homiladorlik davrida mutlaqo mumkin emas (teratogen ta'sir)**. Faqat tug'ruqdan so'ng buyuriladi.

• **Mineralokortikoid retseptorlari antagonistlari (MRA):** Spironolakton yoki eplerenon ham prognozni yaxshilaydi.

3. PPCM uchun maxsus (spetsifik) davo:

• **Bromokriptin:** PPCM patogenezida 16 kDa prolaktinning rolini hisobga olgan holda, dopamin agonisti bo'lgan bromokriptin prolaktin sekretsiyasini bostirish orqali kardiomiotsitlarga toksik ta'sirni kamaytiradi. Tadqiqotlar bromokriptinni standart davoga qo'shish ChQHF tiklanishini sezilarli darajada tezlashtirishini ko'rsatgan. Davolash kursi odatda 1 haftadan 8 haftagacha davom etadi.

• **Antikoagulyant terapiya:** PPCM bemorlarida tromboembolik asoratlar (insult, o'pka arteriyasi tromboemboliyasi) xavfi yuqori (homiladorlikning giperkoagulyatsion holati + yurak bo'shliqlarida qon oqimining sekinlashishi). Shu sababli, ChQHF <35% bo'lgan barcha bemorlarga profilaktik dozada past molekulyar og'irlikdagi geparinlar (masalan, enoksaparin) buyurilishi shart.

4. Ilg'or davo usullari va nomedikamentoz yondashuv:

• **Mexanik qon aylanishni ta'minlovchi qurilmalar:** Medikamentoz davoga javob bermaydigan og'ir kardiogen shok holatlarida vaqtinchalik yordam sifatida aorta ichi ballonli kontrapulsatsiya (AIBK), ekstrakorporal membranali oksigenatsiya (EKMO) yoki chap qorincha yordamchi qurilmasi (LVAD) qo'llanilishi mumkin.



• **Yurak transplantatsiyasi:** Miokard funksiyasi tiklanmagan va yurak yetishmovchiligi terminal bosqichga o'tgan bemorlar uchun yagona chora bo'lib qoladi.

Prognoz va Keyingi Kuzatuv

PPCM prognozi turlicha. Taxminan 50% ayollarda yurak funksiyasi to'liq yoki qisman tiklanadi. Biroq, qolgan qismida surunkali yurak yetishmovchiligi saqlanib qoladi yoki hatto ahvoli yomonlashishi mumkin. ChQHF ning dastlabki 6 oy ichida tiklanishi uzoq muddatli prognoz uchun eng muhim omil hisoblanadi.

Keyingi homiladorlik: Yurak funksiyasi to'liq tiklanmagan (ChQHF <50%) ayollarga keyingi homiladorlik tavsiya etilmaydi, chunki kasallikning qaytalanishi va o'lim xavfi juda yuqori (30-50%). Hatto ChQHF to'liq tiklangan taqdirda ham, qaytalanish xavfi saqlanib qoladi va bu masalani bemor bilan batafsil muhokama qilish zarur.

Xulosa

Peripartal kardiomiopatiyada o'tkir yurak yetishmovchiligi – bu ona hayoti uchun jiddiy xavf tug'diradigan shoshilinch holatdir. Muvaffaqiyatli natijaga erishish uchun quyidagilar talab etiladi:

1. **Tezkor va aniq tashxis:** Klinik belgilarga e'tibor berish va ExoKGni o'z vaqtida o'tkazish.
2. **Agresiv va kompleks davo:** Gemodinamikani barqarorlashtirish, standart yurak yetishmovchiligi terapiyasi va PPCMga xos davo (bromokriptin, antikoagulyantlar) kombinatsiyasi.
3. **Multidisiplinar yondashuv:** Kardiolog, akusher-ginekolog, anesteziolog-reanimatolog va boshqa mutaxassislarning hamkorligi.



PPCM patogenezini chuqurroq o'rganish va yangi davolash usullarini ishlab chiqish kelajakda ushbu xavfli kasallikka chalingan ayollarning hayot sifatini va prognozini yaxshilashga yordam beradi.

Литература:

1. Mebazaa A, Tolppanen H, Mueller C, Lassus J, di Somma S, Baksyte G, et al. Acute heart failure and cardiogenic shock: a multidisciplinary practical guidance. *Intensive Care Med.* 2016; 42(2): 147–63. doi: 10.1007/s00134-015-4041-5.
2. Sheppard R, Rajagopalan N, Safirstein J, Briller J. An update on treatments and outcomes in peripartum cardiomyopathy. *Future Cardiol.* 2014. 10(3), 435–47. doi: 10.2217/fca.14.23
3. Sliwa K, Damasceno A, Mayosi BM. Epidemiology and etiology of cardiomyopathy in Africa. *Circulation.* 2005;112:3577–83. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.105.542894.
4. Sliwa K, Hilfiker-Kleiner D, Petrie MC, Mebazaa A, Pieske B, Buchmann E, et al. Current state of knowledge on aetiology, diagnosis, management, and therapy of peripartum cardiomyopathy: a position statement from Heart Failure Association of European Society of Cardiology Working Group on peripartum cardiomyopathy. *Eur J Heart Fail.* 2010; 12(8): 767-78. doi: 10.1093/eurjhf/hfq120



5. Stapel B, Kohlhaas M, Ricke-Hoch M, Haghikia A, Erschow S, Knuuti J, et al. Low STAT3 expression sensitizes to toxic effects of β -adrenergic receptor stimulation in peripartum cardiomyopathy. *Eur Heart J*. 2016; ehw086. doi: 10.1093/eurheartj/ehw086.
6. Sliwa K, et al. Current state of knowledge on aetiology, diagnosis, management, and therapy of peripartum cardiomyopathy. *Eur J Heart Fail*, 2010; 12:767-778.
7. Fett JD. Viral infection as a possible trigger for peripartum cardiomyopathy. *Int J Gynaecol Obstet*, 2007; 97:149-150.
8. Mielniczuk LM, et al. Incidence of peripartum cardiomyopathy in the United States. *J Am Coll Cardiol*, 2006; 48:1657-1662.
9. Pierce J, et al. Peripartum cardiomyopathy. *Am J Cardiol*, 1963; 12:345-350.
10. Sliwa K, et al. EURObservational Research Programme: Peripartum cardiomyopathy registry. *Eur Heart J*, 2020; 41:3599-3606.
11. Likar.Info. Peripartum cardiomyopathy. 2013;
12. Compendium. Peripartum cardiomyopathy: Recent insights. Compendium, 2023;
13. Medicover Hospitals. Peripartum cardiomyopathy: Causes, symptoms, treatment. 2024;
14. Krasotaimedicina. Secondary cardiomyopathy. 2021;
15. Medelement. Peripartum cardiomyopathy: Clinical protocols. 2014; Available at: diseases.medelement.com.
16. IPAC Study. Prospective study on peripartum cardiomyopathy. 2013;
17. ESC Guidelines. Management of acute heart failure. *Eur Heart J*, 2021; 42:3599-3726.
18. ICH GCP. Molecular-genetic screening in peripartum cardiomyopathy. 2023; Available at: ichgcp.net.