

Impact Factor: 6.145

ISSN: 2181-0990
DOI: 10.26739/2181-0990
www.tadqiqot.uz

JRHUNR

JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH



TADQIQOT.UZ

VOLUME 7,
ISSUE 2 **2026**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Журнал репродуктивного здоровья и уро-
нефрологических исследований

JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

Главный редактор: Б.Б. НЕГМАДЖАНОВ

Учредитель:

Самаркандский государственный
медицинский университет

Tadqiqot.uz

Ежеквартальный
научно–практический
журнал

ISSN: 2181-0990
DOI: 10.26739/2181-0990

Журнал включен в перечень научных изданий, рекомендованных к публикации основных научных результатов диссертаций по медицинским наукам с 25 июня 2025 года Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан (письмо № 371/6 от 2025 года).

№ 2
2026

Главный редактор: Chief Editor:

Негмаджанов Баходур Болтаевич
доктор медицинских наук, профессор
Самаркандский государственный медицинский университет

Doctor of Medical Sciences, Professor
Samarkand State Medical University

Заместитель главного редактора: Deputy Chief Editor:

Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна
доктор медицинских наук, профессор
Ташкентский Государственный медицинский университет

Doctor of Medical Sciences, Professor
Tashkent State Medical University

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ | MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

Зуфарова Шахноза Алимджановна
Доктор медицинских наук, профессор
Ташкентский Государственный медицинский университет
Doctor of Medical Sciences, Professor
Tashkent State Medical University

Агабабян Лариса Рубеновна
Кандидат медицинских наук, профессор
Самаркандский государственный медицинский университет
Candidate of Medical Sciences, Professor,
Samarkand State Medical University

Зокирова Нодира Исламовна
Доктор медицинских наук, профессор, Самаркандский
государственный медицинский университет
Doctor of Medical Sciences, Professor,
Samarkand State Medical University

Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич
Доктор медицинских наук, профессор,
Российский университет дружбы народов
Doctor of Medical Sciences, Professor,
Russian University of Friendship of Peoples

Пахомова Жанна Евгеньевна
доктор медицинских наук, профессор
Ташкентский Государственный медицинский университет:
Doctor of Medical Sciences, Professor
Tashkent State Medical University

Юлдашев Ботир Ахматович
доктор медицинских наук, доцент Самаркандский
государственный медицинский университет
Doctor of Medical Sciences, associate professor
Samarkand State Medical University

Надырханова Наталья Суратовна
доктор медицинских наук, Директор
ГУ «Республиканского специализированного
научно-практического медицинского
центра здоровья матери и ребёнка»
Doctor of Medical Sciences,
Director of the State Institution Republican
Specialised Scientific and Practical Medical
Centre for Maternal and Child Health

Ответственный секретарь:

Махмудова Севара Эркиновна
PhD по медицинским наукам, Самаркандский
государственный медицинский университет
PhD in Medical Sciences,
Samarkand State Medical University

Караченцова Ирина Васильевна
Кандидат медицинских наук, доцент
Российского национального исследовательского
Медицинского Университета им. Н.И.Пирогова
PhD, Associate Professor at the N.I. Pirogov
Russian National Research Medical University

Аллазов Салах Алазович
Доктор медицинских наук, профессор,
Самаркандский государственный медицинский университет
Doctor of Medical Sciences, Professor,
Samarkand State Medical University

Дильмурадова Клара Равшановна
Доктор медицинских наук, профессор,
Самаркандский государственный медицинский университет
Doctor of Medical Sciences, Professor,
Samarkand State Medical University

Негматуллаева Мастура Нуруллаевна
Доктор медицинских наук, профессор
Бухарский медицинский институт
Doctor of Medical Sciences, Professor,
Bukhara Medical Institute

Локшин Вячеслав Нотанович
Доктор медицинских наук,
профессор, член-корр. НАН РК, президент Казахстанской
ассоциации репродуктивной медицины (Казахстан)
Doctor of Medical Sciences, Professor,
Corresponding Member of the National Academy
of Sciences of the Republic of Kazakhstan,
President of the Kazakhstan Association
of Reproductive Medicine (Kazakhstan).

Аскеров Арсен Аскерович
Доктор медицинских наук., профессор Кыргызско-Российского
Славянского университета, президент Кыргызской
ассоциации акушер-гинекологов и неонатологов
Doctor of Medical Sciences, Professor, Kyrgyz - Russian
Slavic University, President of the Kyrgyz Association
of Obstetricians and Neonatologists

Азизов Маматкул Курбанович
Доктор медицинских наук, профессор, Самаркандский
государственный медицинский университет
Doctor of Medical Sciences, Professor,
Samarkand State Medical University

Шавази Наргиз Нуралиевна
доктор медицинских наук, доцент
Самаркандский государственный медицинский университет
DSc, Associate Professor
Samarkand State Medical University

Page Maker | Верстка: Хуршид Мирзахмедов

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz
ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Телефон: +998 (94) 404-0000

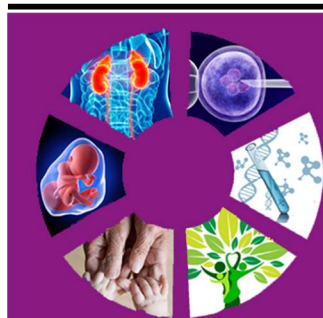
Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz
Tadqiqot LLC the city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

1. **Ахмедова Азиза Тайировна** СОВРЕМЕННЫЕ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ПРЕЭКЛАМПСИИ У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН/MODERN STRATEGIES FOR THE MANAGEMENT AND PREVENTION OF PREECLAMPSIA IN PRIMIPAROUS WOMEN/BIRINCHI MARTA HOMILADOR AYOLLARDA PREEKLAMPSIYANI BOSHQARISH VA PROFILAKTIKASI BO'YICHA ZAMONAVIY TAKTIKALAR.....6
2. **Farmonova Guljamol Farxod qizi, Rafikov Sanjar Shavkatovich, Negmadjanov Bahodur Boltayevich** JINSIY A'ZOLAR RIVOJLANISH NUQSONLARI BILAN KECHUVCHI SIYDIK AJRATISH TIZIMI KASALLIKLARIDA ERTA DIAGNOSTIKA ANAMIYATI/ЗНАЧЕНИЕ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ/THE IMPORTANCE OF EARLY DIAGNOSIS IN URINARY SYSTEM DISEASES ASSOCIATED WITH GENITAL MALFORMATIONS.....9
3. **Joniyev Sanjar Shuxratovich** OG'IR PERIPARTAL KARDIOMIOPATIYA LARDA RIVOJLANGAN O'TKIR YURAK YETISHMOVCHILIGI REANIMATSIYA VA INTENSIV TERAPIYA SHAROITIDA DAVOLASH TAMOYILLARI/ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПЕРИПАРТАЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ В УСЛОВИЯХ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ / TREATMENT STRATEGIES FOR ACUTE HEART FAILURE IN SEVERE PERIPARTUM CARDIOMYOPATHY WITHIN THE INTENSIVE CARE SETTING.....12
4. **Mamatkulova Mohigul Jahongirovna, Negmadjanov Bahodur Boltayevich, Egamqulov Zayniddin Toshmuxeimedovich, Djuraqulova Xonzoda** TESTIKULYAR FEMINIZATSIYA SINDROMIDA TASHXIS VA DAVOLASH STRATEGIYALARINING BEMOR HAYOT SIFATIGA TA'SIRI/ВЛИЯНИЕ СТРАТЕГИЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ТЕСТИКУЛЯРНОЙ ФЕМИНИЗАЦИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ/THE IMPACT OF DIAGNOSTIC AND TREATMENT STRATEGIES IN TESTICULAR FEMINIZATION SYNDROME ON PATIENTS' QUALITY OF LIFE.....16
5. **Suleymanova Madina Shukhratovna, Nasimova Nigina Rustamovna** TUXUMDONLARI MUDDATIDAN OLDIN SO'NGAN AYOLLARDA REPRODUKTIV FAOLIYATINI TIKLASH USULLARINI TAKOMILLASHTIRISH / СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯИЧНИКОВ/OPTIMIZATION OF METHODS FOR RESTORING REPRODUCTIVE FUNCTION IN WOMEN WITH PREMATURE OVARIAN INSUFFICIENCY.....19
6. **Xudoykulova Zukhra Sobir qizi, Nasimova Nigina Rustamovna** SEMIZLIK FONIDA HAYZ SIKLI BUZILISHLARI BO'LGAN O'SMIR QIZLARNI OLIV BORISHNI OPTIMALLASHTIRISH / ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ/OPTIMIZATION OF THE MANAGEMENT OF ADOLESCENT GIRLS WITH MENSTRUAL CYCLE DISORDERS ASSOCIATED WITH OBESITY.....24
7. **Boboyeva Ayna Ismailovna, Alieva Dilduza Abdullaeva** VAGINAL MICROBIOECENOSIS IN WOMEN WITH CERVICAL DYSPLASIA: A COMPREHENSIVE REVIEW OF HPV-POSITIVE AND HPV-NEGATIVE PATIENTS/ВАГИНАЛЬНЫЙ МИКРОБИОЦЕНОЗ У ЖЕНЩИН С ДИСПЛАЗИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ: КОМПЛЕКСНЫЙ ОБЗОР HPV-ПОЗИТИВНЫХ И HPV-НЕГАТИВНЫХ ПАЦИЕНТОК/BACHADON BO'YNI DISPLAZIYASI BO'LGAN AYOLLARDA VAGINAL MIKROBIOTSENOZ: HPV-MUSBAT VA HPV-MANFIY BEMORLARDA KOMPLEKS TAHLIL.....28
8. **Safarova Lola Aliaskarovna, Rajabova Iroda Muzaffarovna, Safarov Aliaskar Tursunovich** MENSTRUAL CYCLE DISORDERS AMONG ADOLESCENT GIRLS/НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА СРЕДИ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ/O'SMIR QIZLAR ORASIDA HAYZ SIKLINING BUZILISHLARI.....31

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

1. **Валиев Шухрат Насимович** НАЛОЖЕНИЕ ШВОВ НА МАТКУ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТЕХНИК И ИХ ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО РУБЦА/UTERINE SUTURING FOLLOWING CAESAREAN SECTION: A COMPARATIVE ANALYSIS OF TECHNIQUES AND THEIR IMPACT ON SCAR QUALITY/KESARCHA KESISH OPERATSIYASIDA BACHADONGA SHOK QUYISH: USULLARNI QIYOSIY TAHLIL QILISH VA CHANDIQ SIFATIGA TA'SIRI.....34
2. **Ибрагимов Курбонмурод Ниязович, Ахмедов Юсуфжон Махмудович, Ибрагимов Эхсон Курбонмуродович** КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АВТОРСКИХ МОДИФИКАЦИЙ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ/CLINICAL EFFECTIVENESS OF THE AUTHORS' MODIFICATIONS TO SURGICAL METHODS FOR THE CORRECTION OF HYPOSPADIAS IN CHILDREN/BOLALARDA GIPOSPADIASNI TUZATISH UCHUN JARROHLIK USULLARINING MUALLIFLIK MODIFIKATSIYALARINING KLINIK SAMARADORLIGI.....41
3. **Ниязметов Рахматулла Эрматович, Худайназаров Жамшид Улутбек угли** РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ЦИСТИТ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА: СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ / RECURRENT CYSTITIS IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE: MODERN ASPECTS OF COMBINED TREATMENT/FERTIL YOSHDAGI AYOLLARDA RETSIDIVLANUVCHI TSISTIT: KOMPLEKS DAVOLASHNING ZAMONAVIY JIHATLARI.....46
4. **Ризаев Жасур Алимджанович, Агабабян Лариса Рубеновна, Есжанова Алия Абдигалиевна** КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ СМЕЩЕНИЯ СКРИНИНГА ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА НА ПЕРВЫЙ ТРИМЕСТР: АНАЛИЗ ПРЕДОТВРАЩЕННОГО УЩЕРБА/CLINICAL AND ECONOMIC JUSTIFICATION FOR SHIFTING GESTATIONAL DIABETES SCREENING TO THE FIRST TRIMESTER: ANALYSIS OF PREVENTED HARM/GESTATION QANDLI DIABET SKRININGINI BIRINCHI TRIMESTRGA SURISHNING KLINIKO-IQTISODIY ASOSLARI: OLDINI OLINGAN ZARAR TAHLILI.....51
5. **Ризаев Жасур Алимджанович, Агабабян Лариса Рубеновна, Халмуратова Карлыгаш Жолдаскызы** СТРУКТУРА СОПУТСТВУЮЩЕЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ И ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОДЕ



JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ISSN: 2181-0990
www.tadqiqot.uz

UDK 616.12-008.46:618.3-06:616.127

Joniyeв Sanjar Shuxratovich
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

OG'IR PERIPARTAL KARDIOMIOPATIYA LARDA RIVOJLANGAN O'TKIR YURAK YETISHMOVCHILIGI REANIMATSIYA VA INTENSIV TERAPIYA SHAROITIDA DAVOLASH TAMOYILLARI (ADABIYOTLAR TAHLILI)

For citation: Joniyeв Sanjar Shuxratovich, Treatment strategies for acute heart failure in severe peripartum cardiomyopathy within the intensive care setting (literature review), Journal of Reproductive Health and Uro-Nephrology Research 2026, vol.7, issue 2



<https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.20825001>

Жониев Санжар Шухратович
Самаркандский государственный
медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПЕРИПАРТАЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ В УСЛОВИЯХ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Joniyeв Sanjar Shuxratovich
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

TREATMENT STRATEGIES FOR ACUTE HEART FAILURE IN SEVERE PERIPARTUM CARDIOMYOPATHY WITHIN THE INTENSIVE CARE SETTING (LITERATURE REVIEW)

Yurak yetishmovchiligi bo'yicha Evropa davlatlari ishchi guruhi(ESC) ta'rifi ko'ra peripartal kardiomiopatiya (PPKMP) deb – idiopatik kardiomiopatiya deb ataladi, u chap qorincha (ChQ) sistolik disfunktsiyasi natijasida yurak yetishmovchiligi (YYe) bilan namoyon bo'ladi va homiladorlikning oxirida yoki tug'ruqdan keyingi bir necha oy ichida paydo bo'ladi, bunda boshqa yurak yetishmovchiligi sabablari istisno qilingan bo'ladi [1]. Peripartal kardiomiopatiyada chap qorincha o'lchamlari normal bo'lishi mumkin, lekin chap qorincha qisqarish fraksiyasi (ChQ QF) deyarli har doim < 45% dan past bo'ladi.

Ushbu kardiomiopatiyaning tarqalganlik darajasi geografik joylashuvga qarab turlicha bo'ladi. AQShda PPKMP rivojlanish chastotasi 968–4350 tug'ilgan chaqaloqqa 1 holat oralig'ida o'zgarib turadi [2, 4]. AQShdan tashqaridagi mamlakatlarda bu kardiomiopatiyaning tarqalganligi ancha yomon hujjatlashtirilgan [7]. Afrika va Osiyo mamlakatlaridan olingan ma'lumotlarga ko'ra, uning chastotasi taxminan 1000 tirik tug'ilgan chaqaloqqa 1 holatni tashkil etadi [9, 12]. Gaitida PPKMP chastotasi 300 tug'ruqqa 1 holatni tashkil qiladi, buni irqiy farqlar, ovqatlanish muammolari va preeklampsianing keng tarqalganligi bilan izohlaydilar [7]. Eng yuqori ko'rsatkichlar esa Shimoliy Nigeriyada qayd etilgan — 100 tug'ruqqa 1 holat [13]. Agar ushbu ma'lumotlarni O'zbekiston Respublikasiga misoloda taxlil qilinsa, bu yerda PPKMPdan aziyat chekayotgan ayollar soni sezilarli darajada ko'proq bo'lishi aniq bo'ladi (Abdullayev T.A. Tsoy I.S. 2023).

PPKMPning klinik kechishi yengil shakldan tortib o'ta og'ir yurak yetishmovchiligigacha (YYet), shu jumladan o'pka shishi va kardiogen shok (KGSh) rivojlanishigacha o'zgarib turadi. Bu holatlar ona va

homila hayoti uchun jiddiy xavf tug'diradi. Bunda yurak yetishmovchiligi juda tez sur'atlar bilan rivojlanishi mumkin va ko'pincha kasallikning dastlabki belgilari paydo bo'lgandan keyin bir necha kun ichida kuchayib ketadi. Bundan tashqari, PPKMP klinik kechishi ko'pincha turli xil yurak ritmi buzilishlari (YRB) bilan murakkablashadi. Bu buzilishlar chap qorincha morfologik-funksional o'zgarishlari bilan birgalikda to'satdan yurak o'limi (TYO) xavfini sezilarli darajada oshiradi.

AQShda o'tkazilgan yirik milliy tadqiqot ma'lumotlariga ko'ra (34 mingdan ortiq PPKM bilan kasallangan bemorlarni qamrab olgan), 13 % holatlarda onalarga quyidagi og'ir noxush hodisalar rivojlangan: kasalxonada o'lim, yurak to'xtashi, o'tkir o'pka shishi, tromboembolik asoratlari, yurak transplantatsiyasi zarurati, kardioverter-defibrilyator yoki elektrokardiostimulyator o'rnatish zarurati [11]. Kardiogen shok rivojlanish chastotasi PPKMPda 2014-yildagi 1,0 %dan 2021-yilda 4,0 %gacha oshgan.

Taqdim etilgan ma'lumotlarning asosiy maqsadi – PPKMP va uning hayot uchun xavfli asoratlari rivojlangan bemorlarni zamonaviy reanimatsiya va intensive terapiyaning yondashuvlarini yoritishdan iborat. PPKMP bilan kasallangan bemorlarni davolashning umumiy tamoyillari ESC Yurak yetishmovchiligi assotsiatsiyasining Peripartal kardiomiopatiya bo'yicha tadqiqot guruhi tomonidan 2019-yilda ishlab chiqilgan og'ir PPKMP bilan kasallangan bemorlarni zamonaviy davolash bo'yicha amaliy qo'llanmaga muvofiq keltirilgan [14]. Materialning katta hajmi tufayli xabar ikki qismga bo'lingan: Birinchi qismda quyidagilar muhokama qilinadi: PPKMP haqida umumiy tasavvurlar, peripartal kardiomiopatiyadagi o'tkir yurak

yetishmovchiligi (O'YYe)ning klinik ko'rinishlari, bemor holatini baholash, PPKMP bilan kasallangan bemorlarni boshqarishning umumiy tamoyillari. Ikkinchi qismda esa quyidagi masalalar ko'rib chiqiladi: og'ir PPKMP bilan kasallangan bemorlarni davolashning zamonaviy usullari, qon aylanishini yordamchi qurilmalar (QAYQ), yurak transplantatsiyasi natijalari, yurak ritmi buzilishlari (YRB) bilan kasallangan bemorlarni boshqarish yondashuvlari, to'satdan yurak o'limini (TYO) profilaktikasi, ushbu patologiyada tug'ruqni boshqarishning o'ziga xos xususiyatlari ko'rib chiqiladi.

O'tkir yurak yetishmovchiligi (O'YYe)

Peripartal kardiomiopatiya (PPKMP)ning asorati sifatida o'tkir yurak yetishmovchiligi shifokorlar uchun o'ta og'ir va murakkab vazifani taqdim etadi, chunki o'lim ehtimoli juda yuqori bo'ladi [10, 12]. Og'ir shakldagi o'tkir peripartal kardiomiopatiya (O'PPKM)ning dastlabki bosqichida, qoida tariqasida, inotropalar (inotropalar preparatlar) va yordamchi mexanik qon aylanishi qurilmalari (VMKQ) tayinlash zarur bo'ladi. Ko'plab bemorlarda dastlabki stabilizatsiyaga erishilgandan so'ng chap qorincha (ChQ) funksiyasi tiklanishi kuzatiladi [11, 12, 13]. Biroq, ba'zi bemorlarda, hatto agressiv va massiv davolash o'tkazilgan taqdirda ham, keyinchalik yordamchi mexanik qon aylanishi yoki yurak transplantatsiyasi zarur bo'lib qoladi. Chap qorincha funksiyasining tiklanish muddati va darajasi yetarlicha oldindan aytib bo'lmaydigan bo'lib, tashxis qo'yilgandan keyingi dastlabki oylarda bemorlarda yurak qorinchalari taxiaritmiyalari tufayli yurak to'xtashi yoki to'satdan yurak o'limi (TYO) rivojlanishi mumkin [14]. Chap qorincha qisqarish fraksiyasi (ChQ EF) sezilarli darajada pasaygan kardiomiopatiyaning klinik kechishi ko'pincha yurak ichi tromboz bilan murakkablashadi, bu esa tromboembolik asoratlarning asosiy sabablaridan biridir [14, 15, 16, 18].

Og'ir peripartal kardiomiopatiyaning klinik kechish ko'rinishlari

Ko'pchilik og'ir peripartal kardiomiopatiya (OPPKMP) bilan kasallangan bemorlarda o'tkir yurak yetishmovchiligi (O'YYe)ga xos bo'lgan alomatlar kuzatiladi. Bu alomatlar venoz qon to'planishi va yurakning chiqarilish funksiyasi holati bilan bog'liq bo'ladi. Peripartal kardiomiopatiyada o'tkir yurak yetishmovchiligining dastlabki belgilari va alomatlari ko'pincha homiladorlik davrida yoki tug'ruqdan keyin yuzaga keladigan fiziologik o'zgarishlarni taqlid qilganligi sababli, aniq tashxis qo'yish uchun vaqt va klinik tajriba talab etiladi. Periportal kardiomiopatiya rivojlanishi quyidagi holatlarda taxmin qilinishi kerak: paroksizmal tungi nafas qisilishi, tungi yo'tal, qonli balg'am ajralishi (qonli yo'tal), ko'krak qafasidagi og'riq, hepatomegaliya (jigar kattalashishi) [12].

Og'ir peripartal kardiomiopatiya differentsial diagnostikasini quyidagi holatlar bilan o'tkazish lozim: miokardit, oldindan mavjud bo'lgan boshqa kardiomiopatiyalari, orttirilgan yoki tug'ma yurak nuqsonlari, miokard infarkti, o'pka arteriyasi tromboemboliyasi, amniotik suyuqlik emboliyasi [9].

Og'ir peripartal kardiomiopatiyani baholash

Har qanday o'tkir yurak yetishmovchiligi (O'YYe)da bo'lgani kabi, og'ir peripartal kardiomiopatiya (OPPKMP) bilan kasallangan bemorlarning dastlabki baholashi ikki qismdan iborat: yurak-o'pka yetishmovchiligining mavjudligi va darajasini aniqlash va qo'shimcha tekshiruv usullari yordamida tashxisni tasdiqlash.

Yurak-o'pka yetishmovchiligini baholash eng muhim vazifadir, chunki uning natijalari bemorni keyingi davolash taktikasiga bevosita ta'sir qiladi. Bemorlar quyidagi mezonlar mavjud bo'lganda reanimatsiya va intensiv bo'limiga yotqizilishi shart (bu mezonlar yurak-o'pka yetishmovchiligining mavjudligi va og'irligini belgilaydi) [9]:

- Gemodinamik beqarorlik (sistolik arterial bosim (sAQB) < 90 mm sim. ust. yurak urish soni (YuUS) > 130 daq⁻¹ yoki < 45 daq⁻¹)
- Nafas yetishmovchiligi (nafas olish chastotasi > 25daq⁻¹, qondagi kislorod saturatsiyasi (SpO₂) < 90 %)
- To'qimalar gipoperfuziyasi belgilari hujayra kislorod metabolizmining buzilishi bilan kechadiga (qonda laktat darajasi > 2,0 mmol/l, markaziy venoz qonning kislorod saturatsiyasi < 60 % da kamayishi, xishning o'zgarishi, terilarida sovuq, yopishqoq ter ajralishi, oliguriya < 0,5 ml/kg/soat) [23]

Og'ir peripartal kardiomiopatiya bilan kasallangan bemorlarni olib borish

Peripartal kardiomiopatiya (PPKMP) bo'lgan bemorlarda o'tkir yurak yetishmovchiligi (O'YYe) rivojlanganda asosiy davolash chora-tadbirlari quyidagicha shakllantirilgan [20]:

- ko'p tomonlama yondashuv – ona va homila salomatligiga ustuvor ahamiyat beriladi;
- homiladorlik davrida embriotoksik ta'sirga ega preparatlarni davolash sxemasidan chiqarib tashlash (angiotenzin-aylantiruvchi ferment ingibitorlari (APF ingibitorlari), mineralokortikoid retseptorlari antagonistlari);
- bolani emizish davrida ham yuqorida sanab o'tilgan guruh preparatlarni qo'llamaslik;
- og'ir yurak yetishmovchiligining standart davolash chora-tadbirlariga maxsus bromokriptin preparatini qo'shish masalasini muhokama qilish (preparatni ishlatilishi standart tavsiyalarga ko'ra 2,5 mg kuniga 2 marta – 2 hafta davomida, keyin 2,5 mg kuniga 1 marta – 6 hafta davomida berosh bilan amalga oshirishi kerak);
- chap qorincha qisqaruvchanlik fraksiyasi (ChQ QF) ≤ 35 % bo'lgan yoki bromokriptin qabul qilayotgan bemorlarda tromboembolik asoratlarni oldini olish maqsadida geparin bilan antikoagulyant davolashni tayinlash (qarshi ko'rsatmalar bo'lmagan taqdirda);
- kardiogen shok (KGSh) rivojlangan holatda birinchi navbatdagi inotrop preparat sifatida katexolaminlar o'rniga levosimendanni ko'rib chiqish (0,1 mkg/kg/min – 24 soat davomida);
- bemorni imkon qadar tezroq reanimatsiya va intensiv terapiya bo'limiga o'tkazish;
- sun'iy qon aylanishi apparatini (yordamchi mexanik qon aylanishi) ulash zaruriyatini erta baholash;
- rivojlanishi mumkin bo'lgan to'satdan yurak o'limini oldini olish choralari, chap qorincha qisqarish fraksiyasi ≤ 35 % bo'lgan bemorlarda kardioverter-defibrilyator (wearable cardioverter-defibrillator) qo'llash masalasini zudlik bilan hal qilish.

Ushbu kasallikni davolash bo'yicha ishonchli dalillar (dalillar asosidagi tibbiyot) natijalari yetarli darajada mavjud emasligi sababli, peripartal kardiomiopatiya bilan kasallangan bemorlarning dastlabki davolash chora-tadbirlari boshqa etiologiyadagi o'tkir yurak yetishmovchiligini davolashga o'xshash tarzda amalga oshiriladi [30]. Bu turdagi bemorlarda davolash chora-tadbirlarini klinik amaliyotga qulay va ma'lumotli hisoblanadigan sohalararo davo chora-tadbirlarini tashkil qilish klinik protokollari qo'llaniladi [12,24]. 2 rasmda esa o'tkir peripartal kardiomiopatiya bilan kasallangan bemorlarni davolash chora-tadbirlari uchun tavsiya etilgan davolash algoritmini umumlashtirib beradi [15,17]. Shuni ta'kidlash lozimki, og'ir shakldagi peripartal kardiomiopatiya bilan kasallangan bemorlarni dastlabki davolash barqaror holatdagi bemorlarni davolash chora-tadbirlaridan sezilarli darajada farq qiladi. [24, 26, 28].

Og'ir peripartal kardiomiopatiya bilan kechayotgan yurak-o'pka yetishmovchiligi va/yoki beqaror gemodinamika bo'lgan bemorlarni dastlabki davolash chora-tadbirlari

Yurak-o'pka yetishmovchiligi belgilari va/yoki kardiogen shok belgilari mavjud bo'lgan bemorlar tez va shoshilinch tibbiy yordamga muhtoj bo'lib, bunday davolash reanimatsiya va intensiv terapiya bo'limi yoki reanimatsiya bloki sharoitida o'tkazilishi kerak. Tez va shoshilinch tibbiy yordamga chora-tadbirlari beshta asosiy vazifani o'z ichiga oladi: yurakka keladigan qon xajmini optimalashtirish va oksigenatsiyani ta'minlash, inotrop preparatlar va/yoki vazopressorlar yordamida gemodinamikani tiklash, zudlik bilan tug'ruqni hal qilish, kompleks davolashga bromokriptin preparatini kiritish masalasini muhokama qilish (2,5 mg kuniga 2 marta – 2 hafta, keyin 2,5 mg kuniga 1 marta – 6 hafta davomida), tromboembolik asoratlarni oldini olish choralari. Yurakka kelayotgan qon xajmini optimalashtirish klinik holatga qarab infuzion terapiya yoki diuretiklar qo'llashni nazarda tutadi. Agar organizmda suyuqlik ortiqcha bo'lishi aniq belgilari bo'lmasa, ayniqsabu xolat tug'ruq vaqtida ko'p qon yo'qotish yoki haddan tashqari siydik xaydovchi preparatlar qo'llanilishi natijasida tomir ichi hajm kamaygan bemorlarda suyuqlik yuklamasi sinamasi tavsiya etiladi (250–500 ml – 15–30 daqiqa davomida). Sistolik arterial

qon bosim (sAQB) > 110 mm sim. ust. bo'lgan bemorlar intensiv terapiyasiga vazodilatatorlar (masalan, nitratlar) vena ichiga yuboriladi.

Oksigenatsiyani optimallashtirish maqsadi – periferik kislorod saturatsiyasi (SpO₂) > 95 % ga yetkazish noinvaziv o'pka ventilyatsiya qo'llash orqali nafas yetishmovchiligini kamaytiradi va traxeya intubatsiyasi orqali o'pkani sun'iy ventilyatsiyasiga (O'SV) o'tishni oldini oladi. Bemorni markaziy asab tizimida psixik holat o'zgargan yoki doimiy gipoksemiya saqlanib qolgan hollarda traxeya intubatsiyasi va o'pkani sun'iy ventilyatsiyasi (O'SV) ko'rib chiqilishi kerak. Kardiogen shok (KGSh) belgilari mavjud bo'lsa, organlarning qaytmas zararlanishini oldini olish uchun gemodinamikani imkon qadar tez tiklash zarur. Inotrop preparatlar va vazokonstriktorlarni qo'llashni ko'rib chiqiladi, ammo katexolaminlarning qo'llanilishi og'ir yurak yetishmovchiligi yoki kardiogen shokda nojo'ya ta'sirlarga olib kelishi mumkin [29]. Eksperimental ma'lumotlar va klinik tajribaga ko'ra, peripartal kardiomiopatiyada metabolik buzilishlar tufayli katexolaminlarni qollash kamroq samara beradi [27]. Homiladorlikka xos bo'lgan tizimli vazokonstriksiya tufayli vazopressorlarni qo'llash ham maqsadga muvofiq emas [11]. Shu sababli, imkon qadar katexolaminlarni qo'llanilishidan saqlanish yoki faqat o'ta zarur holatlarda ishlatish tavsiya etiladi.

Levosimendan preparatini qo'llanilishi dobutamin va noradrenalinidan farqli o'laroq, miokardning kislorodga bo'lgan ehtiyojini oshirmaydi va shuning uchun ancha ustun inotrop preparat hisoblanadi. U dastlabki tuyuntiruvchi dozasi, 0,1 mkg/kg/min dozada 24 soat davomida doimiy infuziya shaklida qo'llaniladi [18].

O'tkazilgan kichik tadqiqot (28 bemor) shuni ko'rsatdiki, peripartal kardiomiopatiyada levosimendan qo'llanilishi gemodinamikani tez tiklashga va kichik qon aylanish doirasida dimlanish xolatlarini sezilarli darajada kamaytirishga yordam beradi [27]. Shunga qaramay, levosimendanning peripartal kardiomiopatiyasi bo'lgan bemorlarda

o'tkir yurak yetishmovchiliklarida qo'llanilishi randomizatsiyalashgan klinik tadqiqotlarda o'rganilmaganligi sababli hali to'liq aniqlanmagan [12]. Levosimendan qo'llash imkoni bo'lmaganda alternativ inotrop preparatlar sifatida milrinon va β_1 -adrenergik retseptorlar agonistlari (dopamin yoki dobutamin) qo'llanilishi mumkin [5]. Kompleks terapiyada Bromokriptin (prolaktin sekretiysasini bloklovchi) preparatini qo'shimcha terapiya sifatida qo'llanilishi eksperimental va klinik tadqiqotlarda sezilarli natijalar bergan [18, 23]. Bu preparatning odatda boshlang'ich doza 2,5 mg kuniga 2 marta, ba'zan (prolaktin darajasini yanada pasaytirish uchun) yuqoriroq bo'lishi mumkin [19].

Bromokriptin bilan kompleks davolashda tromboembolik asoratlari haqida ma'lumotlar bo'lganligi sababli (garchi ancha yuqori dozalarda bo'lsa ham), uni ishlatilishi geparin bilan profilaktik antikoagulyatsiya bilan birga olib borilishi kerak [14, 24]. Antikoagulyant terapiya chap qorincha qisqaruvchanlik funksiyasi sezilarli pasaygan (ChQ QF ≤ 35 %) barcha o'tkir peripartal kardiomiopatiya bemorlarida o'tkazilishi lozim. Past ChQ QFni tug'riq davrda mavjud bo'lgan prokoagulyant faollik bilan birgalikda kelishi bemorlarda tromboembolik asoratlari xavfini keskin oshiradi. Bundan tashqari, bemorlarga bo'lmachalar fibrillatsiya va yurak tromblar mavjudligi ham antikoagulyantlarni qo'llashga ko'rsatma hisoblanadi [6, 30].

Xulosa qilib aytilganda peripartal kardiomiopatiyasi bo'lgan xomiladorlarni intensive terapiyasida qo'llaniladigan antikoagulyantlar orasida past molekulyar geparinlar va nefraktsiyalangan geparinlarga e'tibor beriladi [16]. Intensiv davo chora tadbirlariga qaramay gemodinamikasi beqaror bo'lib qolgan bemorlarda homiladorlik muddatidan qat'i nazar zudlik bilan tug'ruq amalga oshirilishi kerak. Bunda xolatlarda kesar-kesish operatsiyalari turli mutaxassislar ishtirokida kombinatsiyalangan spinal-epidural anesteziya ostida o'tkazish tavsiya etiladi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Arany Z, Elkayam U. Peripartum cardiomyopathy. *Circulation*. 2016; 133(14):1397-409. doi: 10.1161/Circulationaha.115.020491.
2. Arrigo M, Mebazaa A. Understanding the differences among inotropes. *Intensive Care Med*. 2019; 41: 912–5. doi: 10.1007/s00134-015-3659-7.
3. Bauersachs J, Arrigo M, Hilfiker-Kleiner D, Veltmann C, Coats AJ, Crespo-Leiro MG, et al. Current management of patients with severe acute peripartum cardiomyopathy: practical guidance from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology Study Group on peripartum cardiomyopathy. *Eur J Heart Fail*. 2016; 18(9): 1096–105. doi: 10.1002/ehf.586.
4. Bouabdallaoui N, Mouquet F, Lebreton G, Demondion P, Le Jemtel TH, Ennezat PV. Current knowledge and recent development on management of peripartum cardiomyopathy. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care*. 2017;6(4):359-366. doi: 10.1177/2048872615612465.
5. Bhattacharyya A, Basra SS, Sen P, Kar B. Peripartum cardiomyopathy: a review. *Tex Heart Inst J*. 2022; 39(1): 8-16.
6. Dinic V, Markovic D, Savic N, Kutlesic M, Jankovic RJ. Peripartum cardiomyopathy in intensive care unit: an update. *Front Med (Lausanne)*. 2019; 2: 82. doi: 10.3389/fmed.2015.00082.
7. Duncker D, Haghighi A, König T, Hohmann S, Gutleben K-J, Westenfeld R, et al. Risk for ventricular fibrillation in peripartum cardiomyopathy with severely reduced left ventricular function: value of the wearable cardioverter/defibrillator. *Eur J Heart Fail*. 2024; 16(12):1331-6. doi: 10.1002/ehf.188.
8. Fett JD. Caution in the use of bromocriptine in peripartum cardiomyopathy. *J Am Coll Cardiol*. 2018; 51: 2083. doi:10.1016/j.jacc.2008.02.054.
9. Fett JD. Peripartum cardiomyopathy: challenges in diagnosis and management. *Expert Rev Cardiovasc Ther*. 2016; 14(9): 1035–41. doi: 10.1080/14779072.2016.1199273.
10. Fuller KP, Turner G, Palavarapu S, Prabulos AM. Guidelines for use of anticoagulation in pregnancy. *Clin Lab Med*. 2023;33(2):343-56. doi: 10.1016/j.cl.2013.03.018.
11. Joniev S.Sh., Obloberdiyev M. "Optimization of intensive care in critical conditions in patients with peripartum cardiomyopathy" [Текст] / Joniev S.Sh., Obloberdiyev M. // *Journal of new century innovations*. — 2026. — № 2. — С. 149-151.
12. Joniev S.Sh., Obloberdiyev M. Periportal kardiomiopatiyalarda o'tkir yurak yetishmovchiligini intensiv terapiyasi samaradorligini oshirish [Текст] / Joniev S.Sh., Obloberdiyev M. // *Лучшие интеллектуальные исследования*. — 2026. — № Часть 62 Том-4. — С. 277-284.
13. Garg J, Palaniswamy C, Lanier GM. Peripartum cardiomyopathy: definition, incidence, etiopathogenesis, diagnosis, and management. *Cardiol Rev*. 2015; 23(2):69-78. doi: 10.1097/CRD.0000000000000038.
14. Hamdan R, Nassar P, Zein A, Issa M, Mansour H, Saab M. Peripartum cardiomyopathy, place of drug therapy, assist devices, and outcome after left ventricular assistance. *J Crit Care*. 2017;37:185-8. doi: 10.1016/j.jccr.2016.09.028.
15. Hasan JA, Qureshi A, Ramejo BB, Kamran A. Peripartum cardiomyopathy characteristics and outcome in a tertiary care hospital. *J Pak Med Assoc*. 2010;60:377–80.
16. Hilfiker-Kleiner D, Sliwa K. Pathophysiology and epidemiology of peripartum cardiomyopathy. *Nat Rev Cardiol*. 2014; 11(6):364-70. doi: 10.1038/nrcardio.2014.37.
17. Hilfiker-Kleiner D, Haghighi A, Nonhoff J, Bauersachs J. Peripartum cardiomyopathy: current management and future perspectives. *Eur Heart J*. 2015; 36(18): 1090–7. doi: 10.1093/eurheartj/ehv009.
18. Hilfiker-Kleiner D, Westhoff-Bleck M, Gunter H-H, Kaisenberg von CS, Bohnhorst B, Hoeltje M, et al. A manage-103 ment algorithm for acute heart failure in pregnancy. The Hannover experience. *Eur Heart J*. 2015; 36(13):769–70.

19. Isezuo SA, Abubakar SA. Epidemiologic profile of peripartum cardiomyopathy in a tertiary care hospital. *Ethn Dis.* 2007;17:228–33.
20. Kim MJ, Shin MS. Practical management of peripartum cardiomyopathy. *Korean J Intern Med.* 2017 Apr 14. doi:10.3904/kjim.2016.360.
21. Kolte D, Khera S, Aronow WS, Palaniswamy C, Mujib M, Ahn C, et al. Temporal trends in incidence and outcomes of peripartum cardiomyopathy in the United States: a nationwide population based study. 2014 Jun 4;3(3):e001056. doi: 10.1161/JAHA.114.001056.
22. Krejčí J, Poloczková H, Němec P. Current therapeutic concepts in peripartum cardiomyopathy. *Curr Pharm Des.* 2015; 21(4): 507-14. doi: 10.2174/138161282104141204144035.
23. Labbene I, Arrigo M, Tavares M, Hajjej Z, Brandao JL, Tolppanen H, et al. Decongestive effects of levosimendan in cardiogenic shock induced by postpartum cardiomyopathy. *Anaesth Crit Care Pain Med.* 2016. pii: S2352- 5568(16)30073-X. doi: 10.1016/j.accpm.2016.02.009.
24. Laliberte B, Reed BN, Ather A, Devabhakthuni S, Watson K, Lardieri AB, et al. Safe and effective use of pharmacologic and device therapy for peripartum cardiomyopathy. *Pharmacotherapy.* 2016; 36(9): 955-70. doi: 10.1002/phar.1795.
25. Levy B, Perez P, Perny J, Thivillier C, Gerard A. Comparison of norepinephrine-dobutamine to epinephrine for hemodynamics, lactate metabolism, and organ function variables in cardiogenic shock. A prospective, randomized pilot study. *Crit Care Med.* 2011; 39: 450–5. doi: 10.1097/CCM.0b013e3181ffe0eb.
26. Mebazaa A, Tolppanen H, Mueller C, Lassus J, di Somma S, Baksys 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.
27. 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.
28. Sliwa K, Damasceno A, Mayosi BM. Epidemiology and etiology of cardiomyopathy in Africa. *Circulation.* 2005;112:3577–83. doi: 10.1161/Circulationaha.105.542894.
29. 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.
30. 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