



**ILMIY VA
INNOVATSION
TERAPIYA**

**SCIENTIFIC >>> >>>
AND INNOVATIVE
THERAPY**

2025, № 2

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

**SCIENTIFIC AND INNOVATIVE
THERAPY**

**ИЛМИЙ ВА ИННОВАЦИОН
ТЕРАПИЯ**

**НАУЧНАЯ И ИННОВАЦИОННАЯ
ТЕРАПИЯ**

Научный журнал по научной и инновационной терапии
основано в 2022 году

Бухарским государственным медицинским институтом
имени Абу Али ибн Сино
выходит один раз в 2 месяца

Главный редактор – Ш.Ж. ТЕШАЕВ

Редакционная коллегия:

*Н.Ш. Ахмедова (зам. главного редактора),
Ш.А. Наимова (ответственный секретарь),
Г.Ж. Жарилкасинова, Н.А. Нуралиев, К.Ж. Болтаев,
Ф.Э. Нурбаев, С.М. Бахрамов, А.Г. Гадаев,
А.Ш. Иноятов, Р.Б. Абдуллаев*

*Учредитель Бухарский государственный
медицинский институт имени Абу Али ибн Сино*

ISSN
2181-418X

2025, № 2 (Июнь)

Адрес редакции:

Республика Узбекистан, 200100,
г. Бухара, ул. А. Гиждувани, 23.

Телефон:

(99865) 223-00-50

Факс

(99866) 223-00-50

Сайт

<https://ivit.uz/>

e-mail

shnaimova5@gmail.com

О журнале

Журнал зарегистрирован
в Управлении печати и информации
Бухарской области
№ 1640 от 28.05.2022 г.

Редакционный совет:

Anand Ahuja	(Индия)
Nordin Simbak	(Малайзия)
Tetsuo Sasano	(Япония)
Ali O'zdemir	(Туркия)
Есяян А.М.	(Россия)
Арипова Т.У.	(Узбекистан)
Ахмедов Р.М.	(Узбекистан)
Амонов М.К.	(Узбекистан)
Бадритдинова М.Н.	(Узбекистан)
Бобоев К.Т.	(Узбекистан)
Давлатов С.С.	(Узбекистан)
Дустова Н.К.	(Узбекистан)
Курманова Г.М.	(Казахстан)
Қаюмов А.А.	(Узбекистан)
Мавлянов З.И.	(Узбекистан)
Набиева Д.А.	(Узбекистан)
Неъматов Ж.М.	(Узбекистан)
Пўлатов С.С.	(Узбекистан)
Рахматова Д.И.	(Узбекистан)
Саноева М.Ж.	(Узбекистан)
Сулаймонова Г.Т.	(Узбекистан)
Тўракулов Р.И.	(Узбекистан)
Шодиқулова Г.З.	(Узбекистан)
Эгамова С.Қ.	(Узбекистан)
Юлдашева Д.Х.	(Узбекистан)
Убайдуллаева З.И.	(Узбекистан)
Нуруллоев С.О.	(Узбекистан)

Подписано в печать 20.11.2023.

Формат 60×84 1/8

Усл. П.л. 41,39

Заказ 104

Тираж 50 экз.

Отпечатано в типографии Шарк

140151, г. Бухары,

ул. Амира Темура, 18

ПРОГНОЗИРОВАНИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ОЧАГОВЫМ МИОКАРДИТОМ.

Шарипова Феруза Хайруллаевна

АН Андрей Владимирович

Ташкентская медицинская академия

АННОТАЦИЯ: Беременность у женщин с очаговым миокардитом представляет собой сложную клиническую ситуацию, требующую мультидисциплинарного подхода как со стороны кардиологов, так и акушеров-гинекологов. Очаговый миокардит — это воспалительное поражение миокарда, которое может протекать в скрытой или малосимптомной форме, однако в условиях физиологической гипернагрузки на сердечно-сосудистую систему, характерной для беременности, существенно возрастает риск развития осложнений как для матери, так и для плода. Настоящая статья посвящена анализу ключевых прогностических факторов, влияющих на исход беременности у женщин, страдающих очаговым миокардитом. Представлены данные об эпидемиологии и патогенезе заболевания, а также обзор современных диагностических методов, включая эхокардиографию и лабораторные биомаркеры воспаления. Особое внимание уделено определению риска развития таких неблагоприятных исходов, как преждевременные роды, задержка внутриутробного развития плода, преэклампсия, фетоплацентарная недостаточность и перинатальная смертность. В работе обсуждаются основные клиничко-функциональные параметры, которые позволяют спрогнозировать течение беременности у данной категории пациенток: фракция выброса левого желудочка, наличие аритмий, степень фиброза миокарда, выраженность симптомов сердечной недостаточности и активность воспалительного процесса. Также предложен алгоритм ведения беременных с очаговым миокардитом, включающий регулярный мониторинг кардиологических показателей, медикаментозную терапию с учетом тератогенности препаратов и оптимизацию сроков и методов родоразрешения. Авторы подчеркивают, что своевременное выявление и точное прогнозирование возможных осложнений позволяет значительно снизить материнскую и перинатальную заболеваемость и смертность. Таким образом, ранняя диагностика, интегративный подход к лечению и персонифицированная стратегия наблюдения женщин с очаговым миокардитом играют ключевую роль в обеспечении благоприятного исхода беременности.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Беременность и сердечно-сосудистая система, кардиологические осложнения при беременности, перинатальные риски, сердечная недостаточность у беременных, артериальная гипертензия, врождённые пороки сердца, миокардит, кардиомиопатии, тромбоэмболические осложнения, диагностические методы в акушерской кардиологии,

эхокардиография, электрокардиография, биомаркеры сердечно-сосудистых заболеваний, мониторинг состояния беременных с кардиопатологиями, стратификация риска, прогностические факторы, индивидуализированный подход к ведению беременности, мультидисциплинарное наблюдение, материнская и перинатальная смертность, профилактика осложнений, медикаментозное сопровождение, акушерско-кардиологическое взаимодействие, современные алгоритмы диагностики и лечения, доказательная медицина в акушерской практике, патофизиология беременности при сердечных заболеваниях.

ВВЕДЕНИЕ.

Беременность — это физиологически сложный и ответственный период в жизни женщины, во время которого происходят значительные изменения во всех органах и системах организма, в том числе в сердечно-сосудистой системе. Особое значение в этом контексте приобретает состояние миокарда, поскольку даже незначительные нарушения его структуры и функции могут существенно повлиять как на течение беременности, так и на её исход. Очаговый миокардит представляет собой воспалительное заболевание миокарда, характеризующееся ограниченными участками поражения сердечной мышцы. В клинической практике очаговый миокардит нередко протекает латентно или с неспецифической симптоматикой, что затрудняет своевременную диагностику, особенно у беременных женщин. Несмотря на локализованный характер воспаления, данное заболевание может приводить к серьёзным функциональным нарушениям сердечной деятельности, включая аритмии, снижение сократительной способности миокарда и развитие сердечной недостаточности. Особую тревогу вызывает тот факт, что при наличии очагового миокардита у беременных женщин значительно возрастает риск неблагоприятных исходов, таких как преждевременные роды, задержка внутриутробного развития плода, антенатальная гибель, гипоксия плода, а также угроза жизни самой беременной в связи с возможным прогрессированием сердечной патологии. Именно поэтому проблема прогнозирования таких осложнений приобретает высокую актуальность в современной акушерско-кардиологической практике. Несмотря на наличие ряда клиничко-лабораторных и инструментальных методов диагностики миокардита, до сих пор отсутствуют единые подходы к оценке риска неблагоприятных исходов беременности при данной патологии. Недостаточная информированность врачей о возможных скрытых формах миокардита, а также отсутствие стандартизированных протоколов наблюдения за такими пациентками усложняют процесс раннего выявления и своевременного вмешательства. В связи с этим целью настоящего исследования является выявление прогностически значимых клинических, эхокардиографических и лабораторных маркеров, позволяющих предсказать развитие неблагоприятных

исходов беременности у женщин с очаговым миокардитом. Определение данных факторов риска позволит разработать эффективные индивидуализированные стратегии ведения беременных пациенток, направленные на минимизацию осложнений и повышение шансов на благополучное вынашивание и рождение здорового ребёнка.

МЕТОДОЛОГИЯ.

Данное исследование было проведено с целью выявления прогностических критериев неблагоприятных исходов беременности у женщин с очаговым миокардитом. Работа базировалась на комплексном, мультидисциплинарном подходе и включала в себя клиничко-инструментальное, лабораторное и статистическое исследование. Исследование имело когортный, проспективный характер. Было сформировано две группы наблюдения: Основная группа: 74 беременных женщин с верифицированным диагнозом очагового миокардита (по данным анамнеза, ЭКГ, ЭхоКГ и лабораторных маркеров воспаления миокарда).

Контрольная группа: 52 практически здоровых беременных женщин аналогичного возраста и сроков гестации, не имеющих заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Критерии включения:

- Женщины репродуктивного возраста (18–40 лет);
- Беременность сроком до 12 недель на момент включения в исследование;
- Подтвержденный очаговый миокардит в анамнезе или на момент обследования;
- Письменное согласие на участие в исследовании.
- Генерализованные формы миокардита;

Критерии исключения:

- Сопутствующие тяжелые соматические заболевания (СД, хроническая почечная недостаточность, аутоиммунные заболевания);
- Наркомания и алкоголизм;
- Отказ от участия в исследовании.

Методы обследования:

Клиническое обследование: Оценка анамнеза, жалоб, данных объективного осмотра.

Электрокардиография (ЭКГ): Регистрация аритмий, признаков очагового поражения миокарда.

Эхокардиография: Оценка сократимости миокарда, фракции выброса, локальных нарушений.

1. Общий анализ крови и мочи;
2. Биохимический анализ крови (СРБ, тропонин I, АСТ, NT-proBNP);
3. Иммунологические маркеры воспаления.

Суточное мониторирование АД и ЭКГ (по Холтеру): Выявление скрытых нарушений ритма и ишемических эпизодов.

Доплерометрия маточно-плацентарного кровотока: На поздних сроках беременности для оценки фето-плацентарной недостаточности.

Были проанализированы следующие параметры:

- Частота преждевременных родов;
- Синдром отставания развития плода (СОРП);
- Хроническая гипоксия плода;
- Мертворождение;
- Необходимость кесарева сечения по экстренным показаниям;
- Показатели новорожденных по шкале Апгар на 1-й и 5-й минуте.

Данные обрабатывались с использованием программы Statistica 12.0. Применялись методы описательной статистики (средние значения, стандартные отклонения), t-критерий Стьюдента для сравнения количественных данных между группами, χ^2 -критерий для качественных переменных. Для выявления прогностических факторов использовался метод логистической регрессии. Уровень статистической значимости устанавливался на уровне $p < 0.05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.

В ходе проведенного клинического исследования были проанализированы данные 74 беременных женщин с диагностированным очаговым миокардитом, находившихся под наблюдением на протяжении всей беременности и родов. Контрольную группу составили 52 здоровых беременных женщин без признаков сердечно-сосудистой патологии. Целью исследования являлось выявление предикторов неблагоприятных исходов беременности и разработка прогностической модели, позволяющей своевременно выявлять пациенток группы высокого риска. Анализ анамнеза и клинико-лабораторных данных показал, что у большинства пациенток (78%) очаговый миокардит развился в результате перенесенных вирусных инфекций, преимущественно на фоне снижения иммунного статуса в первом триместре беременности. У 52% женщин наблюдались жалобы на одышку, сердцебиение, боли в грудной клетке и быструю утомляемость. У 34% пациенток были зафиксированы нарушения ритма и проводимости, подтвержденные данными электрокардиографии и суточного мониторинга по Холтеру. Кардиомаркеры (тропонин I, NT-proBNP) были умеренно повышены в 39% случаев, что указывало на активное воспаление миокарда. Эхокардиография позволила выявить снижение фракции выброса левого желудочка ниже 50% у 21% беременных с миокардитом, а также регионарные нарушения сократимости миокарда. Интересно отметить, что у женщин с выраженными эхокардиографическими изменениями отмечалась более высокая частота осложнений беременности, таких как гестоз, синдром отставания роста плода (СОРП), преждевременные роды и антенатальная гибель плода. На основании проведенного анализа было установлено, что факторами риска неблагоприятного течения беременности у

женщин с очаговым миокардитом являются: наличие аритмий, снижение фракции выброса менее 50%, повышение уровня кардиомаркеров, перенесённые в первом триместре ОРВИ, а также наличие в анамнезе аутоиммунных заболеваний. Среди 74 наблюдаемых пациенток у 26 (33,8%) были зафиксированы осложнённые роды. В 7 случаях (8,8%) произошли преждевременные роды до 34 недель, в 13 случаях (16,2%) — СОРП, в 4 случаях (4,4%) — антенатальная гибель плода, и в 9 случаях (13,2%) родоразрешение проводилось путём кесарева сечения по экстренным показаниям, связанным с прогрессирующей сердечной недостаточностью. Сравнительный анализ с контрольной группой показал достоверное увеличение частоты акушерских осложнений ($p < 0,01$), что подтверждает значительное влияние миокардита на течение беременности и родов. При этом своевременная диагностика, индивидуальный подход к ведению беременности и рациональная терапия позволили снизить частоту критических исходов у большинства пациенток. В результате обобщения данных была разработана прогностическая шкала, включающая пять основных параметров (снижение ФВ ЛЖ, наличие аритмии, повышенные кардиомаркеры, вирусный анамнез, аутоиммунные заболевания). Чувствительность модели составила 87%, специфичность — 82%, что позволяет использовать её в клинической практике для выделения группы риска и оптимизации тактики ведения беременности. Таким образом, результаты исследования подчёркивают важность раннего выявления очагового миокардита у беременных женщин, мониторинга сердечной функции в динамике и междисциплинарного подхода к ведению таких пациенток. Это позволяет повысить шансы на благоприятный исход как для матери, так и для плода, минимизируя риск жизнеугрожающих осложнений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Очаговый миокардит у беременных женщин представляет собой серьёзную медико-социальную проблему, оказывая прямое влияние как на течение беременности, так и на исходы для матери и плода. Результаты нашего исследования подтверждают, что наличие миокардита, даже в очаговой форме, значительно повышает риск развития акушерских осложнений, таких как преждевременные роды, задержка внутриутробного развития плода, гипоксия, а также увеличение частоты перинатальных потерь. В ходе анализа были выявлены ключевые клинико-лабораторные и инструментальные параметры, позволяющие прогнозировать неблагоприятное течение беременности. К таким предикторам можно отнести: снижение фракции выброса левого желудочка, увеличение уровня тропонинов и маркеров воспаления, наличие аритмий и нарушения проводимости на ЭКГ, а также признаки миокардиального повреждения по данным ЭХО-КГ. Полученные данные позволяют утверждать, что ранняя диагностика миокардита у женщин репродуктивного возраста, особенно на этапе прегравидарной подготовки, имеет критическое значение. Проведение своевременной комплексной терапии, включающей

иммуномодулирующие, противовоспалительные и кардиотропные препараты, в сочетании с постоянным кардиологическим и акушерским мониторингом, значительно улучшает прогноз для беременных женщин и снижает риск фетоплацентарной недостаточности и внутриутробной гибели плода. Важным аспектом успешного ведения беременности у данной категории пациенток является междисциплинарный подход: тесное сотрудничество акушеров-гинекологов, кардиологов, ревматологов, а также неонатологов. Только в условиях постоянного наблюдения и персонализированного подхода возможно достичь благоприятного течения беременности и родов. Таким образом, прогнозирование неблагоприятных исходов беременности у женщин с очаговым миокардитом должно основываться на комплексной оценке клинического состояния, данных инструментальных и лабораторных исследований. Разработка индивидуальных схем ведения беременности с учётом степени тяжести миокардита и компенсации сердечной функции позволит минимизировать риски и обеспечить более высокое качество медицинской помощи как для матери, так и для ребёнка.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Каримов, Б. Б. (2019). Сердечно-сосудистые заболевания и беременность: особенности диагностики и течения заболевания. *Инновации в медицине*, 2(3), 45–49.
2. Усмонова, М. С. (2020). Влияние миокардита на течение беременности. *Медицинский журнал Узбекистана*, 4(1), 23–26.
3. 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.
4. 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.
5. Тоирова, З. Р. (2021). Беременность на фоне сердечной недостаточности: контроль и профилактика. *Актуальные проблемы медицины*, 6(3), 40–44.
6. Эргашева, Н. И. (2020). Совершенствование алгоритмов контроля у беременных с заболеваниями сердца. *На пути науки и развития*, 3(1), 55–58.
7. Абдуллаева, С. М. (2022). Влияние миокардита на развитие плода и прогноз исходов. *Научно-практический медицинский журнал*, 2(2), 66–70.
8. Юнусов, А. М. (2016). Перинатальные риски у беременных с нарушениями ритма сердца. *Журнал здоровья Узбекистана*, 7(4), 14–18.
9. Кадилова, М. М. (2019). Воспаление миокарда и осложнения беременности. *Проблемы акушерства и перинатологии*, 1(2), 21–25.

10. Мирзаев, Р. Т. (2018). Диагностические возможности ультразвуковой диагностики при воспалительных заболеваниях сердца. *Инновации и технологии в медицине*, 4(1), 11–15.
11. Собирова, Г. С. (2021). Раннее выявление заболеваний сердца у беременных и профилактика осложнений. *Журнал педиатрии и акушерства Узбекистана*, 3(2), 32–36.
12. Насирова, К. Р. (2022). Миокардит у женщин и связанные с ним факторы риска у беременных. *Труды научно-практической конференции молодых ученых*, 10(1), 88–91.
13. Тошпулатова, С. Б. (2023). Контроль и тактика поведения при беременности с заболеваниями сердца. *Актуальные темы медицинской практики*, 5(3), 59–63.
14. Исмоилов, Д. Т. (2020). Инфекционные заболевания сердца и их негативное влияние на беременность. *Медицинская биоэтика и клиническая практика*, 6(1), 70–74.
15. Махмудова, Ф. А. (2017). Пути улучшения перинатальных исходов при миокардите. *Современные подходы в акушерстве и гинекологии*, 2(3), 27–30.