

QADINLARDA ÜRƏK ƏMƏLİYYATI SONRASI HAMİLƏLİK, DOĞUŞ VƏ DOĞUŞDAN SONRAKI DÖVR

A.E. Hüseynova

Elmi Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutu, Bakı, Azərbaycan

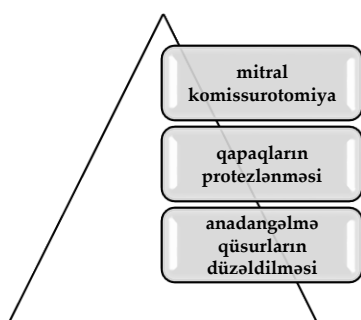
Açar sözlər: hamiləlik, doğuş, doğuşdan sonrakı dövr, mitral komissurotomiya, ürək qapağının protezlənmə, anadangəlmə ürək qüsurlarının düzəldilməsi

Hal-hazırda, ürək cərrahiyyəsinin intensiv inkişafı və müvəffəqiyyəti sayəsində qazanılmış və ya anadangəlmə ürək qüsurlarının cərrahi korreksiyasına məruz qalan hamilə qadınların sayı artmaqdadır. Əksər hallarda cərrahi müalicə qadını təkçə həyat və iş qabiliyyətinə yox, həm də reproduktiv funksiyanı qaytarır. Son məlumatlar ürək-damar xəstəliklərinin hamiləliklə bağlı ölümlərin 26,5% -ni təşkil etdiyini göstərir [1, 2].

Hazırkı məqalənin məqsədi ürək əməliyyatı keçirən qadınlarda hamiləlik, doğuş və doğuşdan sonrakı dövrlə bağlı mövcud məlumatların analitik araşdırılmasıdır.

Axtarış 1 yanvar 2018 -ci ildən 30 sentyabr 2021-ci ilədək Ovid MEDLINE, Ovid Embase, Web of Science, PubMed, Scopus, yandex axtarış sistemlərdə aparılmışdır. Axtarış terminləri bunlar idi: hamiləlik, doğuş, doğuşdan sonrakı dövr, ürək -damar xəstəlikləri, anadangəlmə ürək qüsurlarının cərrahi müalicəsi, qapaqların protezlənməsi.

Əməliyyat olunan qadınlarda hamiləliyin gedişi əsasən müdaxilənin növündən asılıdır, buna görə də kardi-mamalıq klinikada praktik məqsədlə əməliyyatdan sonra üç qrup xəstə ayrılır (şək.).



Mitral komissurotomiya. Əməliyyatın yaxşı effekti və revmatizm prosesin qeyri aktiv mərhələ zamanı hamiləlik bir qayda olaraq müsbət davam edir. Əməliyyatdan sonrakı uzun müddətdə revmatik prosesin kəskinləşməsi nəticəsində restenoz

inkişaf edə bilər. Mitral komissurotomiya keçirmiş xəstələr üçün hamiləlik əməliyyatdan 6-12 aydan gec olmayaraq yalnız yaxşı nəticələrlə həll edilə bilər. Hamiləliyin başlanğıcı üçün ən əlverişli dövr əməliyyatdan 2-5 il sonra, revmatizmin kəskinləşmə riskinin az olduğu və restenoz riskinin aşağı olduğu dövrüdür. Hamiləliyin keçirilməsinə əks göstərişlər:

- ▲ restenoz;
- ▲ komissurotomiyanın qeyri-kafi effekti, yəni qüsurun kifayət olmayan cərrahi yolla aradan qaldırılması;
- ▲ titrəyici aritmiya;
- ▲ müşayət edilən düzəldilməyən qüsurların və ya ağır travmatik mitral çatışmazlığın olması;
- ▲ cari revmokardit;
- ▲ IIA və yuxarı mərhələli qan dövranının çatışmazlığı.

Qazanılmış ürək qüsurlu xəstələrdə hamiləlik dövründə əməliyyat riski son dərəcə yüksəkdir. Bu risk, yalnız mitral stenozla, heç bir müsbət təsiri olmadıqda və hemodinamik parametrlər 8-12 gün intensiv kompleks müalicədən sonra pisləşdikdə və qadın qəti şəkildə hamiləliyi dayandırmaqdan imtina etdikdə, bəraət alır. Hamilə qadınlarda ürək əməliyyatı üçün optimal vaxt 20-30 həftədir (dövr edən qan həcmində ən böyük artım zamanıdır və hələ də doğuşa hemodinamik uyğunlaşma dövrü qalıq). Komissurotomiya və Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatlarının eyni vaxtda aparılması son dərəcə təhlükəlidir.

Süni ürək qapaqları. Hesab edilir ki, ürək qapağın protezlə qadınlar əlverişsiz nəticələrin daha yüksək riskinə məruz qalırlar, amma ana xəstələnməsinin və ürək fəsadların yaranmasının onların mütləq və nisbi riski önəmli dərəcədə naməlumdur. S.C. Siu et al. [3], əvvəllər ürək qapağı dəyişdirilən qadınlarda ana xəstəliyi və ürək ağırlaşmaları riskini, məlum olan ürək xəstəliklərsiz qadınlarla müqayisədə müəyyən etdilər. Bu retrospektiv populyasiya müqayisəli kohort tədqiqatı, universal sağlamlığın mövcud olduğu Kanadanın Ontario əyalətində tamamlandı.

Tədqiqat, 1994-cü ilin aprelindən 2016-cı ilin martına qədər bioprotez və ya mexaniki mitral və ya aorta qapaq dəyişdirmə əməliyyatı keçirmiş reproduktiv yaşda olan bütün qadınları əhatə etdi (qapaq dəyişdirmə qrupu). Qapaq dəyişdirmə qrupunda ən azı 1 doğuşu olan ürək xəstəliyi olmayan və eləcə də ən azı 1 doğuşu olan müqayisə qrupuna 1:4 uyğun idilər. Müqayisə kohortdakı ananın yaşına görə aparıldı. Ana nəticələrinə ağır xəstəlikləri, bütün səbəbli ölümlər və ürək xəstəlikləri, eləcə də xəstəxanada 7 gündən çox qalma daxildir. Müəlliflər, qapaq dəyişdirmə qrupundakı 64 qadın arasında 90 diri doğuş və yaşayış yerinə görə müqayisə qrupunda 253 qadın arasında 404 diri doğuş haqqında məlumat verirlər. Qapaq dəyişdirmə qrupunda 13 hamiləlikdə (14,4%) və yaşayış yerinə görə müqayisə qrupunda 6 (1,5%) ağır ana xəstələnməsi baş verdi (düzəliş edilmiş nisbi risk, 9.73); ana ölümü halları olmadı. Xəstəxanada uzun müddətli qalmasının uyğun olan göstəriciləri 37,8% və 18,8% (düzəliş edilmiş nisbi risk 2,33) təşkil etdi. Beləliklə, aorta və ya mitral qapaq dəyişdirmə əməliyyatı keçirən hamilə qadınlar ürək xəstəliyi olmayan həmkarlarına nisbətən daha ağır ana xəstəlikləri və daha uzun xəstəxanada qalma ehtimalı daha yüksək idi.

Süni ürək qapaqları olan hamilə qadınlar, miokardın və daxili orqanların dərin üzvi zədələnmələri olan ağır xəstələr qrupunu təşkil edir. Qüsurun effektiv cərrahi düzəldilməsinə baxmayaraq, onlarda çox vaxt kardiomeqaliya, kardioskleroz və titrəyici aritmiya saxlanılır. Bu xəstələr septik endokarditin inkişafına meyillidirlər. Əməliyyatdan sonrakı uzaq dövrdə aşağıdakı ağırlaşmalar yarana bilər [4]:

- arterial tromboemboliya (8-20%-də),
- süni qapaq trombozu (1-4%-də),
- para-qapaq çatışmazlıq (1,5-4%-də).

Qadınların 65-70%-ində hamiləlik vəziyyətin pisləşməsi ilə müşayiət olunur: revmatizm prosesin kəskinləşməsi, qan dövrəni çatışmazlığının artması və ana ölümünün əsas səbəbi olan tromboemboliya fəsadları. Hamiləliyin ağırlaşmaları arasında 40% hallarda preeklampsiya, hamiləliyin kəsilməsi və anemiya inkişaf edir [5]. Antikoagulyant terapiya səbəbiylə hamiləlik, doğuş və doğuşdan sonrakı dövrdə qanaxma riski yüksəkdir. Xəstənin vəziyyətinin ilkin ağırlığını, tromboemboliya təhlükəsini tamamilə aradan qaldırmayan və eyni zamanda ana və döldə hemorragik fəsadların meydana gəlməsinə səbəb olan fasiləsiz antikoagulyant müalicənin ehtiyacını, ürək və mamalıq ağırlaşmaların yüksək tezliyini nəzərə alaraq, bu qrup qadınlarda hamiləlik əks

göstərişdir. Bununla belə, süni ürək qapaqları olan xəstələrin abortdan tez-tez imtina etməsi səbəbindən bir sıra mütləq əks göstərişlər ayırd edilir [6, 7]:

1. Protez funksiyasının pozulması
2. II A və yuxarı mərhələdə qan dövrəninə çatışmazlığı
3. Septik endokardit
4. Kardiomeqaliya
5. Titrəyici aritmiya
6. Keçirilmiş tromboemboliyaların ağır qalıq təsirləri.
7. Əməliyyatdan sonra revmatizmin tez-tez təkrar kəskinləşmələr və davam edən revmokardit
8. Müşayiət edən düzəldilməmiş qüsurların olması
9. Çox qapaqlı protezləməsindən sonrakı vəziyyət.

Hamiləlik əməliyyatdan 2 ildən 4 ilə qədər olan dövrdən sonra və xəstənin gənc yaşında daha əlverişli şəkildə davam edir. Hamiləliyin daha əlverişli gedişi və nəticəsi, bir qapağı antitrombogen örtüklü müasir protezlə və ya əməliyyatın yaxşı bir nəticəsi olan (ürək ritminin normallaşması, açıq hemodinamik təsir) bioloji transplantatdan sonra əvəz etdikdən müşahidə olunur. Çox qapaqlı protezləmədən sonra hamiləlik yalnız qeyri qənaətbəxş yox, həm də əməliyyatın yaxşı nəticələrlə yolverilməz hesab edilməlidir. Süni ürək qapaqları olan bütün hamilə qadınlar, ilk növbədə mama-ginekoloqa müraciətə ixtisaslaşdırılmış kardiomamalıq müəssisəyə yerləşdirilməlidir, daha yaxşı xüsusi xəstəxanaya yerləşdirilməsi məqsədə uyğun olardı. Hamilə qadının vəziyyətini qiymətləndirilməsi, antikoagulyantların seçilməsini və onların dozasını təyin etmək üçün xəstəxanaya ilk yerləşdirmə hamiləliyin erkən mərhələlərində (12 həftəyə qədər) tövsiyə olunur. Bundan sonra xəstə qadın məsləhətxana və ürək cərrahiyyəsi müəssisəsinin poliklinika şöbəsinin həkimi nəzarəti altına yazılır. Xəstəxanaya təkrar yerləşdirmə, hamiləliyin 26-28-ci həftəsində, fizioloji hipervolemianın inkişafı, ürəyin dəqiqlik həcmi və dövr edən qanın həcmi artması səbəbindən ürəkdəki yükün, xüsusilə kəskin artdığı zaman həyata keçirilir. Hamiləliyin bu dövrlərində ürək çatışmazlığı, süni qapaq trombozu və arterial tromboemboliyanın inkişafının riski böyükdür, bununla əlaqədar olaraq antitrombogen profilaktikaya yenidən baxılmalıdır [5]. Doğuşa hazırlıq və doğuş üsulu haqqında əvvəlcədən qərar vermək üçün hamiləliyin 36-37 həftələrində xəstəxanaya üçüncü yerləşdirmə tövsiyə olunur. Hamiləlik dövründə qapaq protezi olan xəstələr antirevmatizm, desensibilizasiya vasitələri, ürək qlikozidləri və antikoagulyantlardan

istifadə edərək kompleks dərman müalicəsi ilə müalicə olunur. Antikoagulyantların istifadəsi hamilə qadınların qapaq protezləri ilə müalicəsinin əsas üsullarından biridir; qan laxtalanma və antikoagulyasiya sistemlərinin vəziyyətinə ciddi nəzarət etməklə dolay (fenilin) və birbaşa (heparin) təsirli antikoagulyantlardan istifadə edilir [5].

Anadangəlmə qüsurların korreksiyası. Təbabətin nailiyyətləri nəticəsində daha çox anadangəlmə ürək qüsurlarıyla (AÜQ) qadınlar fertil yaşına qədər yaşayırlar. Düzəldilmiş, palliativ və ya düzəldilməmiş AÜQ olan qadınların çoxu hamilə qalır. Hamiləlik ürək-damar hemodinamikasında, adətən yaxşı keçən, dəyişikliklərə səbəb olur. Lakin hamiləlikdə geri çevrilən, uzun müddət davam edən hemodinamik stress xəstə ürəyə mənfi təsir göstərə bilər. Hamiləlikdə hemodinamik və hormonal dəyişikliklər aritmiya riskini artırır, hamiləliyin protrombotik vəziyyəti isə hamiləlik dövründə tromboembolik fəsadların artmasına kömək edir [7]. Beləliklə, AÜQ olan qadınlarda bu dəyişikliklər ürək funksiyasını poza bilər, əhəmiyyətli xəstələnmə, və nadir hallarda isə ölüm riskini artırır. Hamilə qadında AÜQ, təcili Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı, doğuşdan sonrakı qanaxma və ürək fəzadları daxil olmaqla daha yüksək hamiləlik ağırlaşmalarının riski ilə bağlıdır. Bundan əlavə, AÜQ daha çox ana xəstəlik və ölüm riski, və daha çox vaxtın əvvəl doğuş, yenidoğulmuşların aşağı çəkili və perinatal ölüm riski ilə əlaqələndirilir [8].

Böyük bir kohort tədqiqatda C.K. Silversides et al. [9] ürək xəstəliyi olan qadınlarda hamiləliyin mənfi nəticələrinin risk faktorlarını öyrənmişlər. Məsələn, Kanadada CARPREG (Cardiac Disease in Pregnancy Study - Hamiləlikdə ürək xəstəlikləri) araşdırması ürək xəstəliyi olan qadınlar arasında hamiləliyin 16%-də ürək ağırlaşmaları və hamiləliyin 20%-də neonatal fəsadları aşkar etdi [10]. Y.Y. Kim et al. [11] Beynəlxalq Xəstəliklər Təsnifatı, IX baxmanın kodları, 1998-2014 -cü illər arasında doğanlar, ürəyin işemik xəstəliyini göstərən klinik dəyişikliklər ilə 18 yaşdan yuxarı qadınların məlumatlarını təhlil etdilər. Hər qadına CARPREG I və ZAHARA (Zwangerschap bij Aangeboren HARTafwijkingen – hamiləlik və anadangəlmə ürək qüsurları) risk şkalaları və dəyişdirilmiş Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatın (ÜST) meyarları tətbiq edilmişdir. Müəlliflərə görə, CARPREG I və ZAHARA göstəriciləri bu qadınlarda daha aşağı riskli hamiləliklər üçün ürək riskini aşağı qiymətləndirir və üç risk idarəetmə rejimindən CARPREG I proqnozlaşdırmada ən az

təsirlidir [11]. Avropa Kardiologiya Cəmiyyətinin ürək-damar xəstəliyi olan hamilə qadınların çoxmiqətli qeydiyyatı - ROPAC (Registry Of Pregnancy And Cardiac disease - Hamiləlik və ürək xəstəliklərinin qeydiyyatı) ürək xəstəliyi olan qadınlardan doğulan körpələrdə yüksək bətn daxili və yenidoğulmuş ölüm göstəriciləri və yüksəlmiş ana ölümün səviyyəsini (1% 0,007% ilə müqayisədə ümumi əhəlidə) aşkar etdi [12, 13]. Bir sıra tədqiqatlar, AÜQ olan qadınlar üçün artan mamalıq və neonatal riskləri nümayiş etdirsə də, onlardan əksəriyyət yalnız ürəyin struktur və qazanılmış xəstəliklərlə üçüncü tibbi yardımın mərkəzlərində müşahidə olunmuş pasiyentləri daxil edirdilər və ya, onlarda nəzarət qrupu yox idi [8, 9]. Bundan əlavə, bu tədqiqatlar, bütün xəstələrin mənfi mamalıq və ya neonatal nəticələr riskinin eyni dərəcədə yüksək olub-olmadığını müəyyən etmək üçün AÜQ alt tipi üzrə nəticələri öyrənmək qabiliyyətinə malik deyildi [8, 9].

K. Ramage et al. [7] tədqiqatında AÜQ olan qadınlara 2114 doğuş haqqında məlumat verildikən, ki, bu da bildiyimizə görə, indiyə qədər beynəlxalq səviyyədə yaradılan ən böyük seçmədir. Nəticələr, yenidoğulmuşlarda və AÜQ olan analarda bir çox mənfi nəticələr arasında bir əlaqə olduğunu göstərir. Ciddi anadangəlmə anomaliyalar istisna olmaqla, AÜQ olan qadınlar və körpələri öyrənilən bütün nəticələr baxımından əhəmiyyətli dərəcədə yüksək idi; lakin, AÜQ alt tipi üçün nəticələrdə əhəmiyyətli fərqlər var idi [7]. Bu dəyişiklik, müəyyən növ AÜQ olan qadınların ümumi əhəlidə analoji mamalıq və neonatal nəticələr gözləyə biləcəyini, o vaxt ki, ən böyük risk altında olan qadınlar mayalanmadan əvvəl məsləhətləşmədən və hamiləlik dövründə dəqiq klinik müşahidədən faydalana biləcəyini göstərir.

S. Phillips, M. Pirics [4] görə, AÜQ olan qadınlar üçün hamiləlik əvvəli və doğum öncəsi məsləhətləşmə ana və körpə üçün hamiləlik risklərini nəzərə almalı və ana və perinatal risklərini nəzərə alaraq hamilə qadınlar üçün qayğıni planlaşdırmalıdır. Fərqli AÜQ alt tipləri olan qadınlar üçün mənfi ana və yenidoğulmuşun nəticələrinin olma ehtimalındakı fərqləri anlama effektiv məsləhətləşmə üçün vacibdir. Bu risklər haqqında biliklər hamiləlik riskinin qiymətləndirilməsinin ekspert təhlili ilə birləşdirilməlidir, məsələn, hamiləlik dövründə ürək-damar xəstəlikləri, o cümlədən doğuş zamanı qadının struktur zədələnməsi, sağalma növü, qalıq zədə, cari funksional vəziyyət, 38 məlum risk amillər (məsələn, ağciyər hipertenziyası) və digər klinik dəyişənlər [1]. Bu çətinliklər səbəbindən, mayalanmaya

qədər məsləhət vermə, doğuşdan öncəki qulluq, bətn-daxili baxım və doğuşdan sonrakı qulluq, xüsusən də yüksək riskli zədələnmələri olan qadınlar üçün, AÜQ olan hamiləliklərin aparılma təcrübəsi olan çoxprofilli qrup tərəfindən koordinasiya edilməlidir.

AÜQ görə vaxtında əməliyyatın yaxşı bir təsiri ilə hamiləlik ümumiyyətlə xüsusiyyətlər olmadan davam edir, proqnozu ana və döl üçün əlverişlidir. Əgər anadangəlmə qüsurlu əməliyyatı yetkinlik dövründə aparılmışdır, hamiləliyə bir ildən gec olmayaraq, Fallo tetradanın düzəldilməsindən sonra isə 2 ildən sonra icazə verilir [5]. Əməliyyatın orta nəticəsi ilə hamiləlik əlverişsizdir və aşağıdakı uzun müddətli əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalar xüsusi əhəmiyyət kəsb edir:

- arterial axacağın bağlanmasıdan sonra rekanaliziya, qulaqcıqarası və ya mədəcikarası arakəsmənin plastik qüsurdan sonra reşuntlama,
- valvulotomiyadan (ağciyər arteriyasının təcrid edilmiş qapaq stenozuna və ya Fallo triadasına görə) sonra, il ərzində əməliyyatdan sonra keçməyən ağciyər arteriyasının ikincili infundibulyar stenozu,
- Fallo tetradasından radikal korreksiyasından sonra mədəcikarası arakəsmə qüsurunun reşuntlaması, geri dönməz damar dəyişiklikləri səbəbiylə aorta koarktasiyasının cərrahi müalicəsindən sonra qalıtıq yüksək ağciyər hipertenziyası.

Cədvəl.

Hamiləliyin daşınmasına əks göstərişlər

Ümumi əks göstərişlər		Xüsusi əks göstərişlər	
1.	IIA və yuxarı mərhələnin qan dövrünün çatışmazlığı	1.	Qulaqcıqarası və mədəcikarası arakəsmələrin və açıq arterial axacağın qüsurlu zamanı unsiyətlərin bağlanmasıdan sonra: <ul style="list-style-type: none"> ▪ septal qüsurlu və ya arterial axacağın rekanaliziyanın açıq reşuntlamasında, ▪ qalıtıq ağciyər hipertenziyası olduqda.
2.	Septik endokardit	2.	Ağciyər arteriyasının stenozu aradan qaldırıldıqdan sonra: <ul style="list-style-type: none"> ▪ qüsurlu kifayət qədər aradan qaldırılmaması halında (sağ mədəciklə ağciyər arteriyası arasındakı təzyiqin düşməsinin 50-60 mm c.st çox saxlanması)
3.	Daxili orqanlarda ikincili geridönməz dəyişikliklərin mövcudluğu	3.	Fallo tetradaya görə əməliyyatdan sonra: <ul style="list-style-type: none"> ▪ palliativ əməliyyatların əlverişsiz nəticəsi halında ▪ ağciyər arteriyası stenozun kifayət qədər aradan qaldırılmaması ▪ mədəcikarası qüsurlu reşuntlamasında
		4.	Ebşteyn anomaliyasını düzəltildikdən sonra

Əks göstərişlər varsa, hamiləlik erkən (12 həftəyə qədər) dayandırılmalıdır [14, 15].

Gec müddətdə ürəkdə əməliyyatlardan sonra qadınlarda hamiləliyin dayandırılmasına göstərişlər:

- əməliyyatın qeyri-qənaətbəxş nəticələri,
- uzun müddətli əməliyyatdan sonrakı ağır fəsadlar,
- təsirsiz dərman müalicəsi halda qan dövrünü çatışmazlığının artması,
- hamiləlik dövründə tromboembolik fəsadlar,
- yüksək ağciyər hipertenziyası.

Ürək əməliyyatı keçirən hamilə qadınların aparılmasının xüsusiyyətləri:

1. Ürək əməliyyatından sonra hamilə qadınlar üç dəfə xəstəxanaya yerləşdirilməlidir:

- ✓ Hamiləliyin erkən mərhələlərində (12 həftəyə qədər) müayinə üçün, hamiləliyin uzanma ehtimalı və lazım olduqda müalicənin aparılması
 - ✓ Hamiləliyin 28-32 həftələrində - maksimum hemodinamik yük dövründə - müvafiq müalicə üçün
 - ✓ Hamiləliyin 37-38 həftələrində qadının və dölün vəziyyətini, müalicəsini, doğuşdan öncəki hazırlığını və doğuşun aparılma planının hazırlanmasını araşdırmaq.
2. Hamiləlik müddətindən asılı olmayaraq xəstəxanaya yerləşdirmə aşağıdakı halda göstərilir:
- ✓ revmatizm prosesinin kəskinləşməsi,
 - ✓ kiçik və ya böyük qan dövrəsində dekompenasiyanın inkişafı və ya artması,

- ✓ ürək ritmin pozulmalarının meydana çıxmaları,
 - ✓ hamiləliyin hər hansı ağırlaşmaların yaranması.
3. Protez qapaqları olan xəstələrdə aşağıdakı müalicə aparılır:
- Revmatizmə qarşı təkrarlanan müalicə kursları.
 - Revmatizm prosesin qeyri-aktiv və ya minimal aktivliyində ikinci trimestrində əvvəlində və hamiləliyin 27 həftəsindən 32 həftəyə qədər 5 həftə ərzində gündə 2.0 g asetilsalisil turşusu təyin edirlər.
 - Müalicənin 1-ci trimestrində və ya hamiləliyin sonunda aparılması zəruri olduqda, amidopirin gündə 1,5-2 q dozada tətbiq edirlər.
 - Artralji sindrom müşayiət olduqda brufenin tətbiqi (0,6-1,2 q) mümkündür. Eyni zamanda, gündə 3 dəfə 0,25 q multivitaminlər və askorbin turşusu təyin edilir.
 - Xroniki infeksiya ocaqları hamiləlikdən əvvəl məcburi sanasiya tədbirlərinə tabedir. Hamiləlik dövründə ocaqların qalması halında iltihab əleyhinə dərmanlarla birlikdə 6 gün ərzində 1 dəfə 600.000 vahid bisillin-3 tətbiqi göstərilir. Əməliyyatdan 2 ildən az bir müddət keçərsə, xəstə daim bisillin profilaktikasından keçməlidir - bisillin-5, 1,5 milyon vahid hər ay.
 - Revmatizm aktivliyinin II-III dərəcəsində, revmatizmə qarşı terapiya 10 gün ərzində antibiotiklər - yarı sintetik penisilinlər - oksasilin (2.0 q/gün), metisilin və ya karbenisilin (4.0 g/gün) daxil edilməlidir. Müalicə təsirsiz olarsa, kortikosteroidlər göstərilir (erkən hamiləlik istisna olmaqla - 10 həftəyə qədər) – prednizolon 0.02-0.03 q/gün, deksametazon 0.002 q/gün.

Qan dövrəni çatışmazlığının müalicəsi:

- yataq və ya yarım yataq rejim,
- duzun və mayenin əhəmiyyətli məhdudluğu ilə pəhriz,
- diuretik dərmanlar,
- ürək qlikoizidlər,
- kalium preparatları,
- periferik vazodilatatorlar,
- göstərişlərə görə antiaritmik dərmanlar.

Hemostasiogram göstəricilərinin nəzarəti altında daimi profilaktik antikoagulyant terapiya. Hamiləlik dövründə protrombin indeksi (PI) ən azı həftədə bir dəfə, səviyyəsində əhəmiyyətli bir dalğalanma və antikoagulyantın dozasının tənzimlənməsi lazım

olduğu təqdirdə bir gündən bir yoxlanılmalıdır [16, 17]. Fenilin 0.03-0.09 (gündə 1-3 tablet) istifadə olunur, çalışırlar ki, PI 50-60% olsun. İkinci trimestrdə hiperkoagulyasiyanın inkişafı səbəbindən fenilinin dozasını artırırırlar. Həmçinin dozanı revmatizm prosesinin kəskinləşməsi, ürək çatışmazlığının simptomlarının artırılması, titrəyici aritmiyanın yaranması, preeklampsiya zamanı artırırırlar. Gözlənilən doğuş tarixindən 2 həftə əvvəl, antikoagulyantın dozası azaltılmalı və PI 65-70%-ə çatdırılmalıdır. Dərmanın qəbulu doğuş günündə də davam edir. Gözlənilən doğuş tarixindən 2-3 həftə əvvəl, dolayı antikoagulyantları birbaşa dərmanlarla əvəz etmək olar - gündə 3 dəfə 5000 Vah dərəcəli tətbiq olunan heparin. Doğuş zamanı dərmanın qəbulu dayandırılır və doğuşdan 12-24 saat sonra bərpa olunur. 2-3 gündən sonra dolayı antikoagulyantların profilaktik qəbuluna keçmək olar [5, 18, 19].

Doğuşun aparılmasının xüsusiyyətləri (ümumi prinsiplər):

- proqramlaşdırılmış doğuşların keçirilməsi məqsədəuyğundur,
- doğuş zamanı hemodinamik vəziyyətin diqqətli kardiomonitinq,
- doğuşun 1-ci dövrün aparılma taktikası gözlənilən olmalıdır,
- bütün I dövrün ərzində nəmləndirilmiş oksigenin inhalyasiyası göstərilir,
- 1-ci dövrün sonunda qan dövrəni çatışmazlığı olduqda, ürək qlikoizidləri venadaxili yeridilir (strofantin 0,05% - 0,3-0,5 l və ya korglikon 0,06 - 0,7-1,0 ml 20 ml fizioloji məhlulə və ya 15 ml 40% qlükoza 5 ml pananginlə),
- doğuşun başlanğıcından ağır dekompenasiya olunmuş xəstələrdə sidikqovucu vasitələr istifadə edilə bilər,
- kəskin ürək çatışmazlığı vəziyyətində nitroglicerinin (dil altına 0.0005) yaxşı təsir göstərir, sidikqovucuların parenteral tətbiqi (əzələdaxili və ya venadaxili 2-6 ml lasiks),
- doğuşların hərtərəfli ağır kəsici, seçim metodu epidural anesteziyadır,
- qan axmalarının profilaktikası məcburidir.

Mitral komissurotomiyadan sonra doğuşun aparılması. Əməliyyatın yaxşı təsiri, revmatik prosesin qeyri aktiv fazada, sinus ritmi və əlverişli məmaliq vəziyyətdə, doğuş konservativ aparılır [2, 5]. Gücənmələrin söndürülməsi üçün göstərişlər:

- II və yuxarı mərhələnin restenozu,
- titrəyici aritmiya,
- ağır mitral çatışmazlıq,

- açıq şəkildə müşayiət olunan aorta qüsuru,
- IIA bə yuxarı mərhələlərin qan dövranının çatışmazlığı.

Süni ürək qapaqları olan qadınlarda doğuşların aparılması. Ürək qapaqları protezi olan hamilə qadınlarda doğuşun optimal yolu, II dövrdə gücənmələri mütləq istisna olmaqla, təbii doğum yolları ilə doğuşlardır [20, 21].

Abdominal doğuşa göstərişlər:

- mamalıq ağırlaşmaları,
- mamalıq maşaları qoyulması üçün çətinliklərə səbəb olan dar çanaq,
- doğum yollarının hazır olmaması halda ən sürətli doğuşun ehtiyacı (zəif müalicə olunan dekompensasiya, preeklampsianın inkişafı),
- II-III dərəcəli qan dövranı çatışmazlığı, kardiomegaliya, protezin disfunksiyası, beyin tromboemboliyanın ağır nəticələri halda vaxtından əvvəl doğuş.

Təbii yolla doğuşda, xüsusilə hamiləliyin sonunda həddindən artıq antikoagulyant terapiya ilə PI <60% olduqda, kütləvi qanaxma təhlükəsi var. Bu baxımdan, metilergometrin və ya oksitosin ilə qanaxmanın qarşısının alınması məcburidir, miometriummün təsirli bir şəkildə azalmasına səbəb olan uşaqlıq boynuna dairəvi tikiş tətbiq etmək tövsiyə olunur [4, 5]. Qanama meydana gəldikdə, qan laxtalanma sistemini artıran dərmanlara müraciət etmədən, yerli hemostaza maksimal nail olmaq lazımdır (azaldan vasitələr, yumruqda uşaqlığın masajı, uşaqlıq yolunun arxa tağıya efirlə tampon, uşaqlıq boyununa subseroz dairəvi tikiş, parametriyalara klemlərin qoyulması). Qeyd edilir ki, süni ürək qapaqları olan qadınlarda qan köçürmə və hemostatik dərmanların istifadəsi trombun əmələ gəlməsinə və tromboemboliyanın yaranmasına səbəb ola bilər [4, 5].

Anadangəlmə ürək qüsurlarının düzəldilməsindən sonra qadınlarda doğuşun aparılması. AÜQ-nun vaxtında (uşaqlıqda) aparılmış cərrahi müalicəsi və yaxşı effekti halda doğuş, bir qayda olaraq, fəsadsız və cərrahi vasitələrsiz təbii doğum yollarla başa çatır. Aortanın koarktasiyasının cərrahi müalicəsində doğuşların aparılmasında fərdi yanaşmaq lazımdır, əksər hallarda gücənmələri söndürmək lazımdır [5, 18-21].

Gücənmələrin dövrü söndürmək üçün göstərişlər:

- ✓ septal qüsurların düzəldilməsindən sonra qüsurların əlaqəsinin bərpası, Fallo tetradaları, arterial axaçağın bağlanması,

- ✓ yüksək ağciyər hipertensiyanın saxlanması (əməliyyatın qeyri-kafi müddəti, gec müdaxilə),
- ✓ ağciyər arteriyası stenozunun natamam aradan qaldırılması,
- ✓ ritmin ağır pozulmaları, Qis dəstəsinin sol ayaqçıqın blokadası,
- ✓ Fallo tetradasına görə palliativ əməliyyatlar.

Doğuşdan sonrakı dövrün aparılması

1. Revmatizmlə xəstələr üçün revmatizmə qarşı müalicə kursu tələb olunur.

2. Dekompensasiya halında yataq rejimi, ürək qlikozidləri, sidikqovucu, periferik vazodilatatorlar, kalium preparatları, miokard metabolizmini normallaşdıran vasitələr, riboksin, vitaminlər təyin edilir.

3. Süni ürək qapaqları olan qadınlarda septik endokarditin inkişafının qarşısını almaq üçün 7 gün ərzində antibiotiklər (yarı sintetik penisilinlər) göstərilir. Doğuşun ağırlaşmış gedişində kursun dozası və müddəti artırılır.

4. Tromboemboliya fəsadların qarşısını almaq üçün ən azı 2 gündə bir dəfə PI (50% səviyyəsini dəstəklənir) nəzarəti altında antikoagulyantların qəbulu davam edilir. Qan köçürülməsi və hemostatik dərmanların tətbiqi həyata keçirilən zaman doğuş qanaxma ilə ağırlaşsa, ilk 5-7 gündə 10 dəqiqə ərzində laxtalanma qabiliyyətini qoruyaraq heparinə keçirilir (heparin 5 min ədəd Vah/dəri altı 6 saatdan bir yeridilir), tədricən heparini ləğv edərək, xəstə dolaylı koagulyantlara köçürülür.

5. Qan dövranı çatışmazlığı olduqda əməliyyat olunan bütün xəstələrdə tikişlər bir qədər sonra - 6-7-ci gündə aralıqdan, 8-10-cu gündə ön qarın divarından çıxarılır.

6. Qan dövranı çatışmazlığının olmaması və ya I mərhələsində ana südü ilə qidalanmağa icazə verilir, IIA mərhələsində gündə 3 dəfə qədər məhdudlaşdırılır, IIB - III mərhələdə və ya septik endokarditdə - laktasiya istisna olunur.

7. Ürək əməliyyatı yaxşı effekti olan xəstələrin evə yazılması (süni qapaqları olan xəstələr istisna olmaqla) 8-10-cu gündə, əməliyyatın effekti kifayət qədər olmayan halda, əməliyyatdan sonra və ya doğuşda ağırlaşmalarla xəstələrin doğuşdan 2 həftə sonra evə yazılması məsləhət görülür, zəruri hallarda xəstələr terapevtik xəstəxanaların kardiologiya şöbələrinə köçürülür.

8. Nəzərə almaq lazımdır ki, AÜQ olan valideynlərin ürək-damar sistemi qüsurlu uşaqlar ola bilər. Belə uşaqların tezliyi 1,8% təşkil edir ki, bu da

ümumi əhaliyə nisbətən daha yüksəkdir. Qüsurun irsi olma ehtimalı ən çox ağciyər arteriyasının stenozu, mədəcikarası arakəsmənin qüsurları və göy tipli qüsurlarla qeyd edilmişdir [6, 10].

Yekun. Aparılmış icmala əsaslanaraq, ürək xəstəliyinin təhlükəsiz analıq və qadınların uzun müddət ürək-damar sağlamlığı üçün ciddi təhlükə halına gəldiyi qənaətinə gəlmək olar. Əvvəllər keçirilmiş ürək əməliyyatı olan qadınlarda, hamiləlik qadın və döl üçün daha çox mənfəətli hadisələrə səbəb olur. Bu

qadın populyasiyasında hamiləlik yüksək risk qrupuna daxil olduğuna görə daha diqqətlə izlənilməlidir. Aşağı və orta dərəcədə ağırlaşma riski olan qadınlarda doğuşun müntəzəm təqibi və planlaşdırılması hamiləliyin əlverişli nəticəsi üçün ən yaxşı imkanları təqdim edir. Hamiləlik, doğuş və doğuşdan sonrakı dövrdə monitorinqi yaxşılaşdırmaq üçün çox mərkəzli perspektivli tədqiqatlara ehtiyac var.

РЕЗЮМЕ

Течение беременности, родов и послеродового периода у женщин после операции на сердце

А.Э. Гусейнова

*Научно-исследовательский Институт
Акушерства и Гинекологии
Баку, Азербайджан*

Ключевые слова: беременность, роды, послеродовой период, митральная комиссуротомия, протезирование сердечных клапанов, коррекция врожденных пороков сердца

В обзорной статье рассматриваются виды перенесенных вмешательств в кардиоакушерской клинике: митральная комиссуротомия, протезирование сердечных клапанов, коррекция врожденных пороков сердца. У данной группы женщин уделено внимание противопоказаниям к вынашиванию беременности, ведению беременности, родов и послеродового периода. У женщин с предполагаемым низким или средним риском осложнений, регулярное наблюдение и планирование родов предоставляет наилучшие возможности для благоприятного исхода беременности. Для улучшения мониторинга беременности, родов и послеродового периода необходимы многоцентровые перспективные исследования.

SUMMARY

The course of pregnancy, childbirth and the postpartum period in women after heart surgery

A.E. Huseynova

*Scientific Research Institute of Obstetrics and
Gynecology, Baku, Azerbaijan*

Keywords: pregnancy, childbirth, the postpartum period, mitral commissurotomy, heart valve replacement, correction of congenital heart defects

The review article examines the types of interventions carried out in the cardio-obstetric clinic: mitral commissurotomy, heart valve replacement, correction of congenital heart defects. In this group of women, attention was paid to contraindications for carrying a pregnancy, the management of pregnancy, childbirth and the postpartum period. In women with a perceived low to moderate risk of complications, regular follow-up and planning of labor offers the best chances for a favorable pregnancy outcome. Multicenter prospective studies are needed to improve monitoring of pregnancy, childbirth and the puerperium.

ƏDƏBİYYAT

1. Regitz-Zagrosek V., Roos-Hesselink J.W., Bauersachs J., Blomström-Lundqvist C., Cifková R., De Bonis M. et al. 2018 ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy. Eur Heart J. 2018; 39(34): 3165-3241. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy340>.

2. Firouzi A., Samiei N., Ahmadi S., Naderi N., Sadeghipour P., Sanati H.R. et al. Percutaneous Transluminal Mitral Commissurotomy in Pregnant Women with Severe Mitral Stenosis. *J Tehran Heart Cent.* 2019; 14(1): 12–17.
3. Siu S.C., Lam M., Le B., Garg P., Silversides C.K., Ray J.G. Morbidity in Pregnant Women with a Prosthetic Heart Valve. *Am J Obstet Gynecol MFM.* 2020; 2: 100105
<https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100105>
4. Phillips S., Pirics M. Congenital heart disease and reproductive risk: an overview for obstetricians, cardiologists, and primary care providers. *Methodist Debaque Cardiovasc J.* 2017; 13(4): 238-242.
<https://doi.org/10.14797/mdcj-13-4-238>.
5. Ведение беременности и родоразрешение женщин с пороками сердца: Пособие для врачей / В.А. Петрухин, Л.С. Логутова, И.О. Шугунин и др. - Москва: МАКС Пресс, 2019. - 36 с.
6. Raskind-Hood C., Saraf A., Riehle-Colarusso T., Glidewell J., Gurvitz M., Dunn J.E. et al. Assessing pregnancy, gestational complications, and co-morbidities in women with congenital heart defects (data from ICD-9-CM codes in 3 US surveillance sites). *The American Journal of Cardiology.* 2020; 125 (5): 812-819. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2019.12.001>
7. Ramage K., Grabowska K., Silversides C., Quan H. Amy Metcalfe Association of Adult Congenital Heart Disease with Pregnancy, Maternal, and Neonatal Outcomes. *JAMA Netw Open.* 2019; 2(5): e193667. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.3667>
8. Ntiloudi D., Zegkos T., Bazmpani M.A., Parcharidou D., Panagiotidis T., Hadjimiltiadeset S. et al. Pregnancy outcome in women with congenital heart disease: A single center experience. *Hellenic J Cardiol.* 2018; 59(3): 155-159. <https://doi.org/10.1016/j.hjc.2017.08.008>
9. Silversides C.K., Grewal J., Mason J., Sermer M., Kiess M., Rychel V. et al. Pregnancy outcomes in women with heart disease: the CARPREG II Study. *J Am Coll Cardiol.* 2018; 71(21): 2419-2430. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.02.076>
10. Bottega N., Malhamé I., Guo L., Ionescu-Ittu R., Therrien J., Marelli A. Secular trends in pregnancy rates, delivery outcomes, and related health care utilization among women with congenital heart disease. *Congenit Heart Dis.* 2019; 14: 735–44. <https://doi.org/10.1111/chd.12811>
11. Kim Y.Y., Goldberg L.A., Awh K., Bhamare T., Drajpuch D., Hirshberg A. et al. Accuracy of risk prediction scores in pregnant women with congenital heart disease. *Congenit Heart Dis.* 2019; 14: 470–8. <https://doi.org/10.1111/chd.12750>
12. Tutarel O., Baris L., Budts W., Abd-El Aziz M.G., Liptai C., Majdalany D. et al. Pregnancy outcomes in women with a systemic right ventricle and transposition of the great arteries results from the ESC-EORP Registry of Pregnancy and Cardiac disease (ROPAC). *Heart* 2021; 0: 1–7. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2020-318685>
13. Tutarel O., Ramlakhan K.P., Baris L., Subirana M.T., Bouchardy J., Nemes A. et al. Pregnancy Outcomes in Women After Arterial Switch Operation for Transposition of the Great Arteries: Results from ROPAC (Registry of Pregnancy and Cardiac Disease) of the European Society of Cardiology EURObservational Research Programme. *Journal of the American Heart Association.* 2021;10(1): e018176. <https://doi.org/10.1161/JAHA.120.018176>.
14. Stoll V.M., Drury N.E., Thorne S., Selman T., Cliff P., Chong H. et al. Pregnancy outcomes in women with transposition of the great arteries after an arterial switch operation. *JAMA Cardiol.* 2018; 3: 1119–1122. <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2018.2747>
15. Horiuchi C., Kamiya C.A., Ohuchi H., Miyoshi T., Tsuritani M., Iwanaga N. et al. Pregnancy outcomes and mid-term prognosis in women after arterial switch operation for dextro-transposition of the great arteries-tertiary hospital experiences and review of literature. *J Cardiol.* 2019; 73: 247–254. <https://doi.org/10.1016/j.jjcc.2018.11.007>
16. Fricke T.A., Konstantinov I.E., Grigg L.E., Zentner D. Pregnancy outcomes in women after the arterial switch operation. *Heart Lung Circ.* 2020; 29:1087-1092.
<https://doi.org/10.1016/j.hlc.2019.07.016>

17. Brown M.A., Magee L.A., Kenny L.C., Karumanchi S.A., McCarthy F.P., Saito S. et al. Hypertensive disorders of pregnancy: ISSHP classification, diagnosis, and management recommendations for international practice. **Hypertension**. 2018; 72: 24-43. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.117.10803>
18. Roos-Hesselink J., Baris L., Johnson M., De Backer J., Otto C., Marelli A. et al. Pregnancy outcomes in women with cardiovascular disease: evolving trends over 10 years in the ESC Registry of Pregnancy and Cardiac disease (ROPAC). **Eur Heart J**. 2019; 40: 3848–3855. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz136>.
19. Ropero A.G, Baskar S., Roos Hesselink J.W., Girnius A., Zentner D., Swan L. et al. Pregnancy in women with a Fontan circulation: a systematic review of the literature. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2018; 11: e004575. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.117.004575>
20. Kirby A., Curtis E., Hlohovsky S., Brown A., O'Donnell C. Pregnancy Outcomes and Risk Evaluation in a Contemporary Adult Congenital Heart Disease Cohort. // *Heart Lung Circ*. 2021; 30(9): 1364-1372. <https://doi.org/10.1016/j.hlc.2021.03.005>.
21. Stoll V.M., Drury N.E., Thorne S., Selman T., Clift P., Chong H. et al. Pregnancy Outcomes in Women With Transposition of the Great Arteries After an Arterial Switch Operation. *JAMA Cardiol*. 2018; 3(11): 1119-1122. <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2018.2747>