

ÜRƏK QÜSURU (TETRADA FALLO) ƏMƏLİYYATINDAN SONRA HAMİLƏLİYİN GEDİŞATI VƏ APARILMASI. KLİNİKİ HAL

A.F. İsmayılova, T.H. Əlinağiyeva

Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutu, Bakı, Azərbaycan

Açar sözlər: hamiləlik, ürək qüsuru əməliyyatı, antikoagulyantlar

Hamiləlik dövründə ürək xəstəlikləri ən əhəmiyyətli tibbi ağırlaşmalardan biridir. Ana ölümünün ümumi, qeyri mamalıq səbəblərindən biridir. Hamiləliklərin təxminən 1%-i ürək xəstəliyi ilə ağırlaşır. Bu halların idarə edilməsi ana və yenidoğulmuşu qulluq edən bütün xidmətlərdə çətinlik yarada bilər. Hamiləlik ürək-damar funksiyasında bir sıra dəyişikliklərə səbəb olur. Bu dəyişikliklərin son nəticəsi ürək fəaliyyətinin artmasıdır. Hamiləlik və ürək xəstəliyinin tələbləri ürəyə çox gərginlik yaradır. Ürək cərrahiyyəsinə irəliləyişlər, anadangəlmə və ya qazanılmış ürək xəstəliyi olan pasientlərin həyat keyfiyyətini və ürək-damar sisteminin işləmə səviyyəsini yaxşılaşdırdı [1,2]. Bu xəstəliklər hamiləliyin 0.1 - 4 %-ni çətinləşdirir. Ürək əməliyyatı sonrası hamilə bir xəstənin idarə edilməsi bütün səhiyyə işçiləri üçün kompleks bir məsələdir. Hamilə qadınlar üçün təhlükəli bir vəziyyətdir, çünki həm ana, həm də döl risk altındadır. Ana ölümü ilə nəticələnən fəsadlar tromboembolik, hemorragik hallar və ürək çatışmamalığıdır. Ürək-damar sistemini dəstəkləmək üçün xəstəyə verilən antikoagulyant terapiya və digər dərmanların təsirləri ilə döl təhlükə altındadır, uşaqlıq daxili inkişaf ləngiməsi və hipoksiya təhlükəsi mümkündür. Son dövrdə, daha öncə anadangəlmə və ya revmatik ürək xəstəliyinin cərrahi korreksiyası keçmiş xəstələrlə rast gəlinir. [2,3,4]

Hamiləlik riskin dəyərləndirilməsi: Ürək əməliyyatı olan xəstələrdə hamiləlik dövründə ağırlaşma riski əməliyyat növündən, qapaq protezindən, koaqluqrammanın vəziyyətindən və antikoagulyant dərmanlarından asılıdır. Həm də xəstənin simptomlarından, ürək funksiyasından və funksional qabiliyyətindən asılıdır. [3,5,6].

Xəstə amilləri - bu xəstələr kardioloqun davamlı nəzarəti altında olmalıdır. Planlı bir hamiləlik və aybaşı gecikməsi dövrlərin erkən bildirilməsi üçün onlara məsləhət verilməlidir. Mütləq olaraq hamiləliyin ilk təyini sidik hamiləlik testi ilə qiymətləndirilməsi və hamiləliyin hestasiya müddətinin ultrasəsle təsdiqi, daha öncəki mamalıq tarixi ilə birlikdə

məlum olmalıdır. Protez ürək klapanları olan hamilə qadınların qiymətləndirilməsi hamiləlikdən öncə funksional qabiliyyəti, davam edən dərman müalicəsi, tam bir klinik qiymətləndirmə və klapan protezinin detallarını əhatə etməlidir. EKQ ilə ürək vəziyyətini qiymətləndirməsi ilə yanaşı EXO kardioloji müayinəsi hamiləlik riskin qiymətləndirməsində kömək edəcək. Hamiləlik, doğuş və doğuş zamanı artan hemodinamik yük var. Xəstəyə və ailəsinə yüksək riskli hamiləlik statusu, aylıq təkrar antenatal müayinə ehtiyacı və hamiləlik dövründə meydana gələ biləcək ağırlaşmalar haqqında məlumat verilməlidir. Mexaniki qapaqları olan xəstələrdə tromboembolik halların tezliyi artır. Mexaniki ürək qapaqları olan xəstələrdə ana ölümünün ən çox yayılmış səbəbi cihaz trombozudur. Hamilə qadının antikoagulyant müalicəsi ilə əlaqədar bəzi hallarda ağırlaşmalar teratogenliklə və dölün itirilməsi ilə müşahidə olunur. Hamiləlik dövründə digər ürək-damar dərmanlarının istifadəsi də dölün inkişafına mənfi təsir göstərə bilər. [7-10]

Uşaqlıq dövründə anadangəlmə ürək xəstəliklərindən əməliyyat olunan (soldan sağa şunt xəstəlikləri (ASD / VSD / PDA)) xəstələr hamiləlik dövründə rast gənilir. Bu qrup pasientlərdə ağciyər arterial hipertenziyası başlamazdan əvvəl əməliyyat olunarsa, hamiləliyi də yaxşı keçir. Fallo tetradasını görə əməliyyat keçirmiş xəstələr də hamiləliyi yaxşı keçirirlər; lakin transannular yamaq istifadə edilərsə, ürək həcmində həddindən artıq yüklənmə hamiləlik zamanı ağciyər çatışmazlığının ağırlaşmasına səbəb ola bilər. Sistemik-ağciyər şuntı və ya palliativ prosedurları olan xəstələr, şuntlarının funksional vəziyyətini görmək üçün qiymətləndirilməlidir. Bu xəstələrdə sağdan sola şunt hələ də mövcuddur; Buna görə də, embolizasiya riski nəzərə alınmalıdır. [11-14]

Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutunun Ambulator-Diaqnostika şöbəsinə 3il sonsuzluq şikayəti ilə 25 yaşında pasient N müraciət etmişdir. Aparılan klinik-laborator və instrumental (USG, HSQ və s.) müayinələr və müvafiq müalicə

(ovulyasiyanın induksiyası) nəticəsində hamiləlik baş vermişdir. 11.01.21 tarixində ilk hamiləliklə qadın (G1P0) qeydiyyatata durmaq üçün müraciət etmişdir. Son aybaşı tarixi 16.10.2020.

Hamilə qadının anamnestik məlumatına əsasən 11 yaşında Moskva şəhərində anadangəlmə ürək qüsurlarına bağlı cərrahi əməliyyat keçirdib. Əməliyyatdan sonrakı çıxarışa əsasən, 2005-ci ildə Rusiyada xəstəyə Fallo tetradası, ağciyər arteriyasının kombinə olunmuş stenozu, sol ağciyər arteriyasının hipoplaziyası diaqnozuna bağlı olaraq süni qan dövrünü fonunda açıq ürək əməliyyatı icra edilib, qüsurların radikal korreksiyası aparılıb.

Hamilə qadın antenatal qulluq üzrə klinik protokola əsasən müayinələrdən keçirilmişdir. Qadında yüngül dəmir defisitli anemiyaya görə dəmir preparatı təyin edilib. Buna əlavə olaraq hər gəlişdə ürəyin vəziyyətini qiymətləndirmək üçün kardioloqun konsultasiyası, EKQ və EXO müayinəsi icra edilmişdir.

EXO nəticəsinə görə: Fallo tetradasının korreksiyasından sonrakı vəziyyət, ağciyər arteriyasında Qpa-13 çatışmazlığı (1ci dərəcə), üçtəyli qapağın nisbi çatışmazlığı (1ci dərəcə), aortal qapağın nisbi çatışmazlığı (1ci dərəcə), sağ boşluqların mötədil genişlənməsi, aorta kökünün zəifləməsi, sağ mədəciyin hipertrofiyası qeyd olundu (perikard boşluğu təmiz, boşluqlarda tromb yoxdur).

EKQ-də sinus aritmiyası, ürəyin elektrik oxunun sola meyilliyi, miokardın sağ mədəciyinin hipertrofiya əlamətləri, Hiss dəstəyinin sol ayaqcığının

blokadası, miokardın yüngül hipoksiya əlamətləri görüldü.

Tromboprofilaktika məqsədi ilə hamiləlik antiaqreqant (aşağı doza aspirin- 100mg gündüzlük) və antikoagulyant (aşağı molekullu heparin –natrium enoksiparin 40mg gündüzlük) müalicə fonunda təqib edilib. Tromboprofilaktika 4-6 həftə intervalla qanın laxtalanma göstəricilərinə (QLV,koaguloqramma, İNR, APTZ) nəzarət altında aparılıb.

Antiaqreqant terapiya fetal botal axacağın erkən obliterasiyası riskinə bağlı olaraq hamiləliyin 32 həftəsində dayandırıldı. Antikoagulyant terapiya doğuşdan 24saat öncəyə kimi davam etdirildi. Hamiləlik dövrü fizioloji keçdi, mamalıq patologiyası və ürək-qan damar sisteminin dekompensasiyası aşkar edilmədi.

Hamiləlik 09.07.21 tarixində vaxtında 38-39 həftəlik hamiləlikdə, spinal anesteziya şəraitində cərrahi doğuşla başa çatdırıldı. Cinsi kişi, çəkisi 3700qr, boyu 54sm diri, sağlam uşaq doğuldu, Arqar şkalası ilə 7/8balla qiymətləndirildi. Qadın əməliyyat vaxtı hemodinamik stabil olub, A/t-100/60 mm.c.st, Ps-84 vurğu/dəq, SpO2-98% olmuşdur. Əməliyyat və əməliyyatdan sonrakı dövr fəsadsız keçdi. Zahılıq dövrünün ilk 7 sutkasında antikoagulyant terapiyaya (natrium enoksiparin 40mg dəri altına gündəlik) davam etdirilmişdir. 3cü sutkanın tamamında qadın uşaqla birgə kafi vəziyyətdə evə yazılmışdır. Zahılıq dövrü patologiyasız 42 sutkasında bitmişdir.

РЕЗЮМЕ

Течение и ведение беременности после операции на сердце с пороком Тетрада Фалло. (Клиническая ситуация)

*А.Ф. Исмаилова, Т.Г. Алиагиева
Научно-исследовательский Институт
Акушерства и Гинекологии
Баку, Азербайджан*

Ключевые слова: беременность, хирургия порока сердца, антикоагулянты

Сердечно-сосудистые заболевания являются одной из наиболее частых неакушерских причин материнской смертности. Управление этими ситуациями может быть трудным для всей

SUMMARY

The course and management of pregnancy after heart surgery with Tetralogy of Fallot (Clinical Situation)

*A.F. Ismailova, T.G. Alinagieva
Scientific Research Institute of Obstetrics and
Gynecology, Baku, Azerbaijan*

Key words: pregnancy, heart disease surgery, anticoagulants

Cardiovascular disease is one of the most common non-obstetric causes of maternal death. Managing these situations can be difficult for the entire mother and fetus care team. Advances in

команды по уходу за матерью и плодом. Достижения кардиохирургии улучшили качество жизни и сердечно-сосудистую функцию пациентов с врожденными или приобретенными пороками сердца. Эти заболевания осложняют 0,1-4% беременностей. Осложнения у матери могут возникать в виде тромбоемболических, геморрагических случаев и сердечной недостаточности. При воздействии антикоагулянтной терапии и других препаратов, назначаемых пациентке для поддержки сердечно-сосудистой системы, плод находится в группе риска, могут возникнуть такие состояния, как задержка внутриутробного развития и гипоксия.

cardiac surgery has improved quality of life and cardiovascular function in patients with congenital or acquired heart defects. These diseases complicate 0.1-4% of pregnancies. Complications in the mother can occur in the form of thromboembolic events, hemorrhagic events, and heart failure. When exposed to anticoagulant therapy and other drugs prescribed to the patient to support the cardiovascular system, the fetus is at risk, conditions such as intrauterine growth retardation and hypoxia may occur.

ӘДӘБИҮАТ

1. Anjali Vivek Kanhere and Vivek Madhav Kanhere. Pregnancy after Cardiac Surgery // J Obstet Gynaecol India. 2016 Feb; 66(1): 10–15. Published online 2016 Feb 8. doi: 10.1007/s13224-016-0841-y. PMID: 26924901. Invited Mini Review
2. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Why mothers die 2000–2002—the sixth report of confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom. London: RCOG press; 2004. [Google Scholar]
3. Srivastava AP, Modi P, Sahi S, et al. Anticoagulation for pregnant patients. *Ann Card Anesth.* 2007; 10:95–107. doi: 10.4103/0971-9784.37934. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
4. Elkayam U, Bitar F. Valvular heart disease and pregnancy part II: prosthetic valves. *J Am Coll Cardiol.* 2005;46(3):403–410. doi: 10.1016/j.jacc.2005.02.087. [PubMed] [CrossRef] [Google] [Scholar].
5. European Society of Gynecology (ESG) Association for European Pediatrics Cardiology (AEPIC) German Society for Gender Medicine (DGesGM) et al. ESC guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy: the task force on the Management of Cardiovascular Diseases during Pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC) *Eur Heart J.* 2011; 32:3147. doi: 10.1093/eurheartj/ehr218. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
6. Hirsh J, Dalen JE, Deykin D et al. Oral anticoagulants: mechanism of action, clinical effectiveness, and optimal therapeutic range. In: Fourth ACCP consensus conference on antithrombotic therapy. *Chest.* 1995; 108(suppl):231S–246S. [PubMed]
7. Hung L, Rahimtoola SH. Prosthetic heart valves and pregnancy clinical update. *Circulation.* 2003; 107:1240–1246. doi: 10.1161/01.CIR.0000060806.86686.EC. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
8. Castellano JM, Narayan RL, Vaishnav P, et al. Anticoagulation during pregnancy in patients with a prosthetic heart valve. *Nat Rev Cardiol.* 2012;9: 415-424. doi: 10.1038/nrcardio.2012.69. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
9. Nishimura RA, Otto CM, Bonow RO, et al. 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2014;63:e57. doi: 10.1016/j.jacc.2014.02.536. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
10. Starling LD. Fetal warfarin syndrome. *BMJ Case Reports* <http://casereports.bmj.com/content/2012/bcr-2012-007344>. [PMC free article] [PubMed]
11. Chan WS, Anand S, Ginsberg JS. Anticoagulation of pregnant women with mechanical heart valves: a systemic review of the literature. *Arch Intern Med.* 2000; 160:191–196. doi: 10.1001/archinte.160.2.191. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

12. Sorin C, Juverdeanu. Surgical termination of pregnancy for maternal cardiac disease: a safer option? *TMJ*. 2009;59(2):169–172. [Google Scholar]
13. Ray P, Murphy GJ. Recognition and management of maternal cardiac disease in pregnancy. *Br J Anaesth*. 2004; 93(3):428–439. doi: 10.1093/bja/ae194. [PubMed][CrossRef] [Google Scholar]
14. Bonow RO, Carabello BA, Chatterjee K, et al. 2008 Focused update incorporated into the ACC/AHA 2006 guidelines for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 1998 Guidelines for the Management of Patients With Valvular Heart Disease): endorsed by the Society of Cardiovascular Anesthesiologists, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. *Circulation*. 2008;118(15): e523–661. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.108.190748. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar].