

ГОСТРЕ РОЗШАРУВАННЯ АОРТИ ТИПУ А НА ФОНІ ВАГІТНОСТІ (ОПИС КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ)

Процик І.², Маркін Л.¹, Поваліяшко Л.², Соловей Л.², Бешлей Д.², Шнайдрок А.²,
Ольхова І.², Кулик О.², Кулик Л.¹

¹Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

²Львівська обласна клінічна лікарня

Гостра розшаровуюча аневризма аорти є життєво загрозливим захворюванням. Найчастішою причиною її виникнення протягом вагітності є синдром Марфана. У статті наведено опис випадку успішної операції кесарського розтину з подальшим протезуванням висхідної аорти. Обговорено тактику лікування і черговість дій акушерів і кардіохірургів залежно від терміну гестації з метою врятування життя матері і плода.

Ключові слова: *гостра розшаровуюча аневризма аорти типу А, вагітність, синдром Марфана.*

Виникнення гострого розшарування аорти (ГРА) на фоні вагітності є достатньо відомим, хоча й рідким поєднанням. Це захворювання становить реальну загрозу життю одночасно матері і плода і за відсутності своєчасного лікування супроводжується летальністю в межах 1% щогодини з моменту його виникнення [7]. Серед причин розвитку ГРА, крім артеріальної гіпертензії, виділяють синдром Марфана, на який припадає майже 50% всіх випадків, двостулковий аортальний клапан, коарктацію аорти та інші природжені ураження сполучної тканини [5, 10]. Це потенційно фатальне ускладнення найчастіше трапляється у 3-му періоді вагітності, виникаючи на висоті гормональної і гемодинамічної перебудови організму жінки. Саме це, а також факт, що половина всіх ГРА у жінок віком до 40 років виникає протягом вагітності, дало підстави деяким дослідникам саму вагітність вважати окремим фактором ризику ГРА [6].

Метою роботи був аналіз тактики лікування при рідкісному поєднанні ГРА типу А, яке виникло в 3-му триместрі вагітності.

Матеріал та методи. Пацієнтка С., 29 років, із вагітністю терміном 31 тиждень, поступила 31. 10. 2012 року з підозрою на гостру розшаровуючу аневризму аорти. Вагітність у хворой перша, акушерський анамнез неускладнений. Відомо, що кілька років поспіль спостерігаються незначні підйоми АТ, в обмінній карті вагітної виставлений діагноз гіпертонічної хвороби, хоча гіпотензивних середників жінка не приймала. За фенотипом хвора має синдром Марфана. Захворювання запідозрене у зв'язку з характерним виглядом хворой і появою помірної інтенсивності за грудинних болів, які виникли за кілька годин до поступлення. При трансторакальній ЕхоКГ виявлено розширення висхідної аорти до 6 см за рахунок формування двох каналів, розшарування аорти починається одразу над аортальним клапаном і продовжується на дугу аорти. Аортальний клапан 3-пелюстковий, регургітація через клапан центральним струменем в межах 3+, діаметр синотубулярного з'єднання 3,8 см, гемоперикард із прошарком рідини в перикарді до 1,5 см. Клінічно стан відносно стабільний, АТ 130/60 мм рт.ст., П – 96 уд./хв., ритмічний. Діурез збережений.

В ургентному порядку, за життєвими показаннями, розпочато підготовку до операційного втручання. Беручи до уваги пізній термін вагітності і життєздатність плода, вирішено спочатку провести розродження пацієнтки, а відтак проводити операцію на аорті. Лікувальні дії проводили за погодженим планом. Спочатку пацієнтці виконано кесарський розтин – народилася жива дівчинка масою 2000 г за шкалою Апгар 4/7.

Наступні 1,5 години спостерігали за жінкою для досягнення тонуусу матки вже в умовах керованої артеріальної гіпотензії і наведеної брадикардії до 85 уд./хв. Переконались у відсутності маткової кровотечі, що дозволяло застосувати гепарин, і за відносно стабільного стану жінки розпочато операцію на аорті. Після стернотомії і перикардіотомії виявили рідку кров зі згустками навколо серця. Висхідна аорта з підадвентиціальною гематомою, діаметр висхідної аорти до 6 см. Налагоджено ШК за схемою права стегнова артерія – праве передсердя. Після охолодження тіла до 20° С повністю зупинено кровообіг у положенні Тренделенбурга і знято затискач з аорти. Висхідну аорту розкрито поздовжньо, виявлено місце первинного надриву інтими на 2 см вище фіброзного кільця, розшарування охоплює s периметру аорти. Всі судини дуги аорти відходять від справжнього просвіту, розшарування продовжується на дугу. Цілком відсічено висхідну аорту над комісурами, її перетиснуто відразу під плечоголовним стовбуром. Час повної зупинки кровообігу становив 6 хв. Спочатку виконано проксимальний анастомоз протезу із синотубулярним з'єднанням, далі – протезу з куксою висхідної аорти. Після відновлення кровоплину обидва анастомози виявилися герметичними. Серце відновило діяльність самостійно після зігрівання до 31° С. Поступово відключили ШК і деканюлювали серце. Час перетиснення аорти становив 80 хв., тривалість ШК – 170 хв.

Результати та обговорення. Хвора успішно перенесла обидва хірургічні втручання, гемодинаміка в ранньому післяопераційному періоді стабільна, екстубована на ранок наступного дня після операції. Починаючи з 3-го дня хвора самостійно пересувалася по палаті. Післяопераційний період гладкий, неускладнений. Рани зажили первинним натягом. Контрольне ЕхоКГ перед випискою показало нормальні розміри камер серця, добру скоротливість міокарда, тривіальну недостатність на аортальному клапані. Породілля виписано додому на 11 добу після операції, дитину у зв'язку з малою масою – через 1 місяць після народження.

Лікування ГРА у вагітних, на відміну від решти випадків в загальній популяції, не є стандартизованим. Донедавна інформація обмежувалася повідомленнями про одну-дві операції в досвіді окремих хірургів [1]. Інакше виглядає ця патологія на підставі австрійського дослідження: 341 381 жінку віком 15–45 років обстежували в період між 1994 і 2004 роками на предмет ГРА тип А. Встановлено, що частота цього ускладнення становить 0,4 випадки на 100 тис. пацієнт-років. Догоспітальна летальність у цій групі сягнула 53%; у 6 пацієнток, включно з двома з пізніми термінами вагітності, успішно проведено операції на аорті [4].

Вочевидь, лікувальна тактика насамперед залежить від терміну вагітності і гемодинамічного стану матері. Зокрема, вагітних із терміном до 28-го тижня при ГРА тип А рекомендують оперувати на аорті, зберігаючи плід у матці в надії на майбутні самостійні пологи або хірургічне розродження. Такі рекомендації базуються на досвіді кількох успішних операцій, при яких залишилися живими як мати, так і дитина [1]. Після 32-го тижня гестації, за даними більшості публікацій, підтримується тактика, яку застосували і ми: спершу кесарський розтин, відтак операція на аорті – при тому, що інтервал між двома операціями може бути доволі різним (від 1–1,5 год. до кількох днів). Дилемою, на думку деяких фахівців, залишається період між 28 і 32 тижнями гестації, і тактика тут істотним чином залежить від стану плода [3]. Варто пам'ятати, що смерть плода і материнська летальність протягом операцій зі ШК становлять відповідно 20–30% і 2–6% [8].

Реальність виникнення ГРА у жінок із синдромом Марфана при вагітності передбачена останніми настановами з діагностики і лікування аневризми грудної аорти. Звідси походить рекомендація для цієї категорії стосовно профілактичної операції заміни кореня і висхідної аорти, якщо діаметр останньої перевищує 4 см [2].

Висновки. Гостра розшаровуюча аневризма аорти тип А, яка виникає на фоні вагітності, незважаючи на складність клінічної ситуації, є показанням до ургентної операції.

Стратегія лікування ГРА на фоні вагітності залежить від терміну гестації та гемодинамічного статусу жінки. Оптимальною тактикою для збереження життя матері і плода при ГРА в 3-му триместрі вагітності є кесарський розтин із подальшою якнайшвидшою операцією на аорті.

Література

1. Аневризма аорти і вагітність: тактика, результати власного досвіду лікування / Ситар Л.Л., Кравченко І.М., Кравченко В.І. та ін. // Серцево-судинна хірургія: Щорічник наук. праць Асоціації серцево-судинних хірургів України. – К., 2012. – Вип. 20. – С. 463–465.
2. ACCF/AHA/AATS/ACR/ASA/SCA/SCAI/SIR/STS/SVM 2010 Guidelines for the Diagnosis and Management of Patients With Thoracic Aortic Disease / J Am Coll Cardiol. – 2010. – Vol. 55. – P. 27–129.
3. Acute aortic dissection complicating pregnancy / Zeebregts C.J., Schepens M.A., Hameeteman T.M. et al. // Ann Thorac Surg. – 1997. – Vol. 64. – P. 1345–8.
4. Acute type A aortic dissection and pregnancy: a population-based study / Thalmann M., Sodeck G., Domanovits H. et al. // J Cardiothorac Surg. – 2011. – Vol. 39. – № 6. – P. 159–163.
5. Aortic dissection in pregnancy: analysis of risk factors and outcome / Immer FF, Bansi AG, Immer-Bansi AS, et al. // Ann Thorac Surg. – 2003. – Vol. 76. – P. 309–14.
6. Braunwald E. Heart Disease // Braunwald E. Philadelphia: W.B. Saunders. – 1992. – P. 1536–57.
7. Khan A.K. / Clinical, diagnostic and management perspectives of aortic dissection // Khan A.K., Nair C.K. // Chest. – 2002. – Vol. 122. – P. 311–328.
8. Lewis S. Peripartum presentation of an acute aortic dissection / Lewis S., Ryder I., Lovel A.T. // Br. J. Anaesth. – 2005. – Vol. 94 (4). – P. 496–499.
9. Manallo-Estrella P. Histopathologic findings in human aortic media associated with pregnancy. Manallo-Estrella P., Barker // Arch Path. – 1967. – Vol. 83. – P. 336–341.
10. Pitt M.P. The natural history of thoracic aortic aneurysm disease: an overview / Pitt M.P., Bonser R.S. // J Card Surg. – 1997. – Vol. 12. – P. 270–278.

ОСТРАЯ РАССЛАИВАЮЩАЯ АНЕВРИЗМА АОРТЫ ТИПА А НА ФОНЕ БЕРЕМЕННОСТИ (ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ)

Процьк І., Маркин Л., Поваляшко Л., Соловей Л., Шнайдрок А., Кулык О., Кулык Л.

Острая расслаивающая аневризма аорты относится к жизнеугрожающим заболеваниям. Наиболее частой причиной ее возникновения во время беременности является синдром Марфана. В статье приведено описание успешной операции кесарева сечения с последующим протезированием восходящей аорты у беременной. Обсуждена тактика лечения и очередность действий акушеров и кардиохирургов в зависимости от срока гестации с целью спасения жизни матери и плода.

Ключевые слова: острая расслаивающая аневризма аорты тип А, беременность, синдром Марфана.

ACUTE TYPE A DISSECTING AORTIC ANEURYSM DURING PREGNANCY (CLINICAL CASE)

Protsyk I., Markin L., Povalasko L., Solovej L., Shnajdruk A., Kulyk O., Kulyk L.

Acute Type A aortic dissection is life-threatening disease. The most common cause of this condition during pregnancy is Marfan syndrome. A successful Caesarean delivery followed by supracoronary replacement of ascending aorta during pregnancy is described. Modality of treatment in association with the time of gestation in order to save the live of the mother and her unborn child was discussed.

Key words: acute type A dissecting aneurysm, pregnancy, Marfan syndrome.