

Клинический случай №54

Расслоение аорты в родах. I71.0

Введение

Пациентка Ч., **30 лет**, направлена врачом женской консультации, госпитализирована в отделение патологии беременности ГБУЗ РК РКБ им. Н.А. Семашко, структурное подразделение «Перинатальный центр» с диагнозом:

- Беременность **41-я неделя**.
- **Гипертоническая болезнь** 1-й стадии, 2-й степени, риск 2.
- Врожденная аномалия развития сердца (ВАРС): **пролапс митрального клапана (ПМК) 2-й степени**.
- **Миопия** средней степени.
- **Анемия** легкой степени.

При поступлении пациентка предъявляла жалобы на **периодически возникающую боль ноющего характера внизу живота** преимущественно в вечернее время.

Акушерский анамнез

- Менструации с 12 лет, умеренные, безболезненные, по 5 дней, через 28 дней.
- Настоящая **беременность первая**.
- Встала на учет по беременности в женской консультации с 8 недель, на осмотры приходила своевременно.
- Данные физикальных осмотров и лабораторных исследований в пределах физиологической нормы.



Результаты исследований

- **Допплерэхокардиография:** створки митрального клапана незначительно уплотнены, ПМК 2-й степени.
- Перинатальные скрининги проведены в регламентируемые сроки, по данным ультразвукового исследования (УЗИ) на протяжении всей беременности отмечалась **низкая плацентация**; хорионический гонадотропин человека и α -фетопротеин – в пределах физиологической нормы.
- За весь период беременности трижды проходила стационарное лечение в отделении гинекологического профиля по причине **угрозы аборта на сроках 7–8, 9–10 и 16–17 недель** беременности.
- Учитывая наличие патологии сердечно-сосудистой системы, пациентка была трижды консультирована врачебной комиссией по месту наблюдения и трижды в консультативно-диагностическом центре «Перинатальный центр». За период наблюдения кардиологических жалоб пациентка не предъявляла, на фоне проводимой терапии (метилдопа 1000 мг/сут, амлодипин 20 мг/сут, кардиомагнил 75 мг/сут) **показатели артериального давления (АД) не превышали нормальных значений.**

Состояние при поступлении в клинику

- Общее состояние пациентки удовлетворительное. Кожный покров физиологической окраски. ЧСС – 70 уд/мин, АД – **150/100, 140/90 мм рт. ст.**, тоны сердца ясные, ритмичные. Температура тела 36,6 °С. Головная боль отсутствует, зрительная функция не изменена.
- Живот увеличен за счет беременной матки, при пальпации безболезненный во всех отделах, симптом Щёткина–Блюмберга отрицательный.
- Дыхательная система без особенностей. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей.

Акушерский осмотр

- Положение плода продольное. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 130 уд/мин.
- При влагалищном исследовании: влагалище нерожавшей, шейка матки конической формы, центрирована, размягчена, наружный зев и цервикальный канал проходимы для купола пальца (по шкале степени зрелости шейки матки по Бишопу – «зрелая»).
- Предлежание плода головное, предлежащая часть расположена над входом в малый таз.
- Выделения умеренные, бели.

Диагноз и тактика

- Установлен **предварительный диагноз**:
Беременность 41 неделя; гипертоническая болезнь 1-й степени, 2-й стадии, риск 2; ВАРС: ПМК 2-й степени; миопия средней степени.
- Выработана предварительная тактика родоразрешения: при развитии регулярной родовой деятельности роды решено вести через естественные родовые пути под КТГ (кардиотокография) мониторингом и под контролем гемодинамических показателей.
- Пациентка была обследована в отделении патологии беременности, результаты клинико-лабораторного обследования в пределах физиологической нормы.



Родоразрешение

- В 4 ч утра следующего дня у пациентки развилась регулярная родовая деятельность. Осмотрена дежурной сменой врачей.
- На момент осмотра: состояние удовлетворительное, предъявляет жалобы на регулярные схваткообразные боли в животе; ЧСС – 70 уд/мин, АД – 140/90 мм рт. ст., тоны сердца ясные, ритмичные. Температура тела 36,6 °С. Головная боль отсутствует, зрение ясное.
- Схватки по 30 секунд 3 раза за 10 мин, хорошей силы. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 130 уд/мин.
- При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 3 см, плодный пузырь цел, плоский, на схватку не наливается, предлежит головка плода, прижата к I плоскости малого таза.
- Учитывая данные пальцевого влагалищного исследования, произведена амниотомия, излились светлые околоплодные воды, количество умеренное.

Родоразрешение (продолжение)

- Произведена оценка риска венозных тромбоэмболических осложнений во время родов, определен умеренный риск (2 балла). Роды было решено вести согласно ранее выработанной тактике с эластической компрессией нижних конечностей.
- Первый период родов протекал без особенностей, согласно выработанной тактике. В 11 ч 48 мин (продолжительность I периода родов – 7 ч 48 мин, безводный промежуток – 7 ч 48 мин) после посещения туалета на фоне предшествующего удовлетворительного состояния роженица **внезапно потеряла сознание**.
- Объективно: выраженный **цианоз кожных покровов** лица, шеи и плечевого пояса. **Дыхание отсутствует, АД и пульс на сонных артериях не определяются**. Выставлен диагноз: Роды 1 срочные в сроке 41 недель 1 день, I период родов; **тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА)**.
- Реанимационные мероприятия проводились своевременно и в полном объеме согласно действующим клиническим рекомендациям.

Родоразрешение (продолжение)

- При аускультации плода: сердцебиение ясное, ритмичное до 122 уд/мин.
- Учитывая ТЭЛА, терминальное состояние пациентки на фоне реанимационных мероприятий и наличие живого плода, было принято решение об **экстренном родоразрешении пациентки** в интересах плода **абдоминальным путем**.
- В 11 ч 56 мин в операционной, развернутой в родильном зале, за головку извлечена живая доношенная девочка массой тела 3900 г, ростом 54 см. Состояние ребенка по шкале Апгар на 1-й минуте – 2 балла, на 5-й минуте – 5 баллов. В связи с нарушениями со стороны дыхательной системы ребенок переведен в отделение интенсивной терапии и реанимации новорожденных.
- Интраоперационно: по задней стенке матки в области перешейка визуализировались выраженные варикозно расширенные вены темно-багрового оттенка, при нажатии определялись тромботические массы неоднородной консистенции, свободная жидкость в брюшной полости отсутствовала.

Реанимационные мероприятия

- **Реанимационные мероприятия** пациентке Ч. проводились в течение 42 мин (искусственная вентиляция легких, закрытый массаж сердца, дефибрилляция, введение атропина 0,1 % – 3,0, адреналин 0,1 % – 1,0 №10, гепарин 10000 ЕД) без эффекта.
- В 12 ч 30 мин была констатирована **биологическая смерть**.
- Сформулирован **посмертный диагноз**: Роды 1 срочные в 41 недель 1 день; ТЭЛА; варикозное расширение вен малого таза; гипертоническая болезнь 1-й степени, 2-й стадии, риск 2; ВАРС: ПМК 2-й степени; миопия средней степени.

Патологоанатомическое исследование

- По результатам патологоанатомического исследования выявлено **расслоение стенки восходящей части дуги аорты**, повлекшее за собой **разрыв стенки аорты**, **гемоперикард** в объеме 500 мл с последующей тампонадой сердца, общее острое венозное полнокровие, **отек легких**.
- Также выявлены концентрическая гипертрофия миокарда и артериолосклеротический нефросклероз.

Обсуждение

- **Расслоение аорты (РА)** представляет собой дегенеративные изменения мышечного слоя аорты с формированием продольно распространяющейся интравентрикулярной гематомы в результате нарушения целостности внутренней оболочки стенки аорты и последующего проникновения потока крови.
- По различным данным, частота встречаемости РА в популяции составляет всего 5–30 случаев на 1 млн человек в год. При этом **распространенность РА при беременности значительно возрастает**: с 1,24 случая на 1 млн небеременных до 14,5 случаев на 1 млн женщин при беременности.
- **Летальность РА крайне высока** и составляет 1% в течение первых суток, а 3-месячная выживаемость пациентов без хирургического лечения не превышает 10%.
- Ведущими **факторами риска** развития РА являются нарушения структуры соединительной ткани (синдром Гзеля–Эрдгейма); врожденные пороки развития сердца и сосудов – пороки аортального клапана, дефект межжелудочковой перегородки, открытый артериальный (Боталлов) проток, сужение просвета (коарктация аорты).

Обсуждение

- В клинической картине РА преобладает выраженный **болевым синдромом**, вплоть до развития болевого шока. Более трети случаев характеризуются наличием **неврологической симптоматики** в виде двухстороннего или одностороннего паралича, синкопального состояния, судорог, нарушения функции тазовых органов, а также острым нарушением мозгового кровообращения. Однако в представленном клиническом случае клиническая симптоматика не выражена, что затруднило своевременную постановку диагноза.
- Объективными *методами диагностики* РА являются компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), трансторакальная эхокардиограмма (ТТЭ) и ангиография.
- Единственным методом лечения РА является **хирургическая коррекция**.

Авторы

Т.Ю. Бабич - Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», Россия, 295006 Республика Крым, Симферополь, бульвар Ленина, д. 5/7; ГБУЗ Республики Крым «Республиканская клиническая больница имени Н.А. Семашко» Россия, 295026 Республика Крым, Симферополь, ул. Семашко, д. 8.

А.Н. Сулима - Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», Россия, 295006 Республика Крым, Симферополь, бульвар Ленина, д. 5/7; ГБУЗ Республики Крым «Симферопольский клинический родильный дом № 1», Россия, 295017 Республика Крым, Симферополь, ул. Воровского, д. 8.

В.В. Вороняя - Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», Россия, 295006 Республика Крым, Симферополь, бульвар Ленина, д. 5/7.

Н.А. Калинина - Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», Россия, 295006 Республика Крым, Симферополь, бульвар Ленина, д. 5/7.

Источник: Бабич Т. Ю. и др. Клинический случай расслоения аорты в родах как причина материнской летальности //Акушерство, гинекология и репродукция. – 2022. – Т. 16. – №. 4. – С. 493-500.