

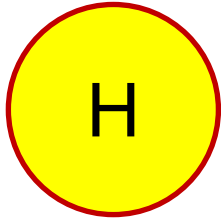
Гипертензивные расстройства во время
беременности, в родах и послеродовом
периоде
ЧАСТЬ 4.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ HELLP-синдрома

HELLP-синдром - вариант тяжелого течения ПЭ, характеризуется наличием гемолиза эритроцитов, повышением уровня печеночных ферментов и тромбоцитопенией. Данный синдром возникает у 4-12% женщин с тяжелой преэклампсией и является потенциально смертельным ее осложнением.



КРИТЕРИИ ДИАГНОЗА



Hemolysis - свободный гемоглобин в сыворотке и моче



Elevated Liverenzymes - повышение уровня АСТ, АЛТ



Low Platelets – тромбоцитопения (обязательна для диагноза)

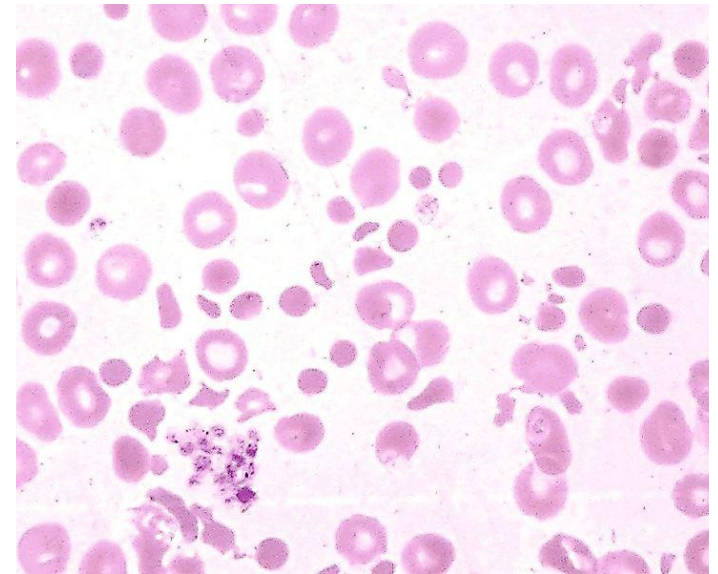
КЛИНИКА

- Боли в эпигастрии или в правом верхнем квадранте живота (86-90%).
- Тошнота или рвота (45-84%).
- Головная боль (50%).
- Чувствительность при пальпации в правом верхнем квадранте живота (86%).
- АД диастолическое выше 110 мм рт. ст. (67%).
- Массивная протеинурия > 2+ (85-96%).
- Отеки (55-67%).
- Артериальная гипертензия (80%)



УТОЧНЕНИЕ ДИАГНОЗА

- Патологический мазок крови с наличием фрагментированных эритроцитов (шизоцитов) (норма 0-0,27%).
- Уровень ЛДГ > 600 МЕ/л.
- Уровень непрямого билирубина > 12 г/л.
- Снижение уровня гаптоглобина



ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ HELLP СИНДРОМА
ПО СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ [44]

Степень тяжести (класс)	Классификация (Tennessee исследование)	Классификация (Mississippi trial)
1	Тромбоциты $\leq 100 \times 10^9/\text{л}$ АСТ $\geq 70 \text{ МЕ/л}$ ЛДГ $\geq 600 \text{ МЕ/л}$	Тромбоциты $\leq 50 \times 10^9/\text{л}$ АСТ или АЛТ $\geq 70 \text{ МЕ/л}$ ЛДГ $\geq 600 \text{ МЕ/л}$
2		Тромбоциты $\leq 100 \times 10^9$ $\geq 50 \times 10^9/\text{л}$ АСТ или АЛТ $\geq 70 \text{ МЕ/л}$ ЛДГ $\geq 600 \text{ МЕ/л}$
3 "транзиторный" или "парциальный" (FIGO, 2012)		Тромбоциты $\leq 150 \times 10^9$ $\geq 100 \times 10^9/\text{л}$ АСТ или АЛТ $\geq 40 \text{ МЕ/л}$ ЛДГ $\geq 600 \text{ МЕ/л}$

В связи с многообразием патогенетических и клинических проявлений HELLP-синдрома оценка его степени тяжести не имеет практического значения

ВЕДЕНИЕ

1. Интенсивная терапия

- эвакуация на III (региональный) уровень оказания помощи
- базовая терапия преэклампсии
- консультация нефролога для решения вопроса о проведении почечной заместительной терапии
- подготовка к родоразрешению (обеспечение компонентами крови)

2. Лечение массивного внутрисосудистого гемолиза

При сохраненном диурезе	При олиго- или анурии
<ul style="list-style-type: none">• При метаболическом ацидозе при pH менее 7,2 начинают введение 4% гидрокарбоната натрия 100-200 мл• В/в кристаллоиды из расчета 60-80 мл/кг массы тела со скоростью введения до 1000 мл/ч.• Стимуляция диуреза - фуросемид 20-40 мг дробно внутривенно для поддержания темпа диуреза до 150-200 мл/ч	<ul style="list-style-type: none">• Отменить магния сульфат и ограничить объем вводимой жидкости вплоть до полной отмены• Проведение почечной заместительной терапии (гемофильтрация, гемодиализ) при подтверждении почечной недостаточности

ВЕДЕНИЕ

3. Коррекция коагулопатии

- Трансфузия тромбомассы (если $\text{Thr} < 20 \cdot 10^9$, в случае: кровотечения, нарушения функции тромбоцитов, резкого снижения количества тромбоцитов, коагулопатии)
- Дефицит плазменных факторов - СЗП 15-30 мл/кг, концентрат протромбинового комплекса, фактор VIIa
- Снижение уровня фибриногена менее 1,0 г/л является показанием для применения криопреципитата (1 доза на 10 кг м.т.)

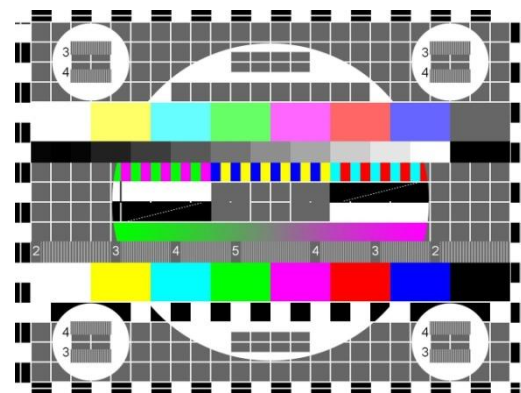
ПРОФИЛАКТИКА

Профилактика осложнений в послеродовом периоде:

- Наблюдение в палате интенсивной терапии (минимум 24 часа)
- Ранняя нутритивная поддержка до 2000 ккал/сут (с первых часов после операции).
- Контроль баланса жидкости.
- Консультация пациентку перед выпиской об отдаленных последствиях ПЭ и режимах профилактики и наблюдения

Профилактика ранней послеродовой эклампсии :

После родоразрешения инфузию магния
сульфата
следует проводить не менее 24 ч



ПРОФИЛАКТИКА

Тромбопрофилактика:

Всем пациенткам проводится оценка факторов риска ВТЭО и назначается эластическая компрессия нижних конечностей.

При КС :

- умеренный риск ВТЭО - профилактика низкомолекулярными гепаринами в течение 7 дней
- при наличии высокого риска - 6 недель после родов.

! Введение проводят не ранее 4-6 часов после самопроизвольных родов и через 8-12 часов после операции кесарева сечения.

ПЕРИОД ЛАКТАЦИИ

Антигипертензивная терапия в период лактации:

- Контроль АД в течение 7 суток после родов.
- У женщин с АГ после родов - исключить преэклампсию
- При тяжелой послеродовой АГ - удержание САД менее 160 мм рт. ст. и ДАД менее 110 мм рт. ст.
- Коморбидные заболевания - удержание АД менее 140/90 мм рт. ст.
- Прегестационный СД – АД менее 130/80 мм рт. ст.



ПЕРИОД ЛАКТАЦИИ

Для стабилизации АД в послеродовом периоде может использоваться урапидил и нитропруссид натрия внутривенно.

Антигипертензивные препараты для использования при кормлении грудью:
нифедипин (XL), метилдопа, урапидил

Ингибиторы АПФ противопоказаны

