

С.Ж АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА  
УНИВЕРСИТЕТІ



# Преэклампсия, эклампсия, HELLP синдромы.

**ОРЫНДАҒАН: ЕСМУРАТОВА А.А**

**ТОП:605-1**

**ФАКУЛЬТЕТ: ЖМ ТЕРАПИЯ**

**ҚАБЫЛДАҒАН: АБДЫМОЛДАЕВА Ж.А**

# Жоспар



## **I Кіріспе**

## **II Негізгі бөлім**

- Преэклампсия
- Жүктілік кезінде гипертензиялық бұзылыстардың клиникалық жіктелуі.
- Диагностика белгілері
- Негізгі және қосымша диагностикалық шаралар
- Эклампсия
- Этиологиясы
- Қауіп факторлары
- Эклампсия кезеңдері
- Диагностикалық шаралар
- HELLP синдромы

## **III Қорытынды**

## **IV Пайдаланылған әдебиеттер**



- **Эклампсия** — гестоздың ең жоғарғы сатысы, жүкті әйелдің полиорганды жетіспеушілігінің салдарынан пайда болатын эпилепсияға ешқандай қатысы жоқ құрысу-тырысу ұстамаларымен сипатталатын синдром.

# Этиологиясы:



- Генетикалық факторлар (дефекты генов: 7q36, — eNOS, 7q23-ACE, HLA, AT2P1, C677T-полиморфизм)
- Тромбофилия (мутация ф V Лейдена, АФС)
- Экстрагенитальды патология
- Инфекция

# Қауіп қатер факторлары:



- Жүрек қантамыр аурулары;
- Қантты диабет;
- Семіру;
- Антифосфолипидті синдром;
- Алдыңғы жүктіліктерде ауыр преэклампсия/эклампсия болуы.
- Отбасылық анамнезде ауыр преэклампсия/эклампсия болуы.
- Көп ұрықты жүктілік
- Артериалды гипертензия
- Бүйрек аурулары
- Жасы 40 тан асқан
- Жүктіліктер арасы 10 жылдан артық.



- Эклампсияда әйел ағзасының барлық мүшелер мен жүйелер патологиялық өзгеріске ұшырап, ми ұлпалары ісініп, әйел есінен танып, бүкіл денесі, бұлшық еттері құрысып эклампсия талмасы басталады. Талма басталар алдында, әйелдің басы қатты ауырып, көзінің көруі нашарлап, АҚҚ көтеріліп, мазасызданады. Әрбір эклампсия талмасы 1-2 мин созылады.

# Экламписия кезеңдері:



- I кезең. Талма алдындағы кезең
- II кезең. Тоникалық ұстама кезеңі
- III кезең. Клоникалық ұстама кезеңі
- IV кезең. Ұстамадан айығу кезеңі



1. Ұстама алдындағы кезеңі. Бет бұлшық еттерінің майда тартылуы пайда болады. Науқастың қабағы жабылады, тек көздің ағы көрінеді, езуі төмен түседі. Бұл кезең 20-30 секундқа созылады.
2. Тоникалық ұстама кезеңі. Дене бұлшықеттерінің титаникалық жиырылуында денесі қақиып, қатып қалады, тыныс алысы тоқтайды, беті көгереді. Бұл кезеңнің ұзақтығы 20-30 секундқа созылады. Бұл ана мен балаға қауіпті кезең.





- 3. Клиникалық ұстама кезеңі. Беттің, дененің, аяқ-қолдың бұлшықеттері қатты тартылады. Бұл кезең 20-30 секундқа созылады. Ұстама біртіндеп әлсірей бастайды. Науқас қырылдап, тыныс алуы шулы болады. Аузынан көбік шығады, кейде тілін тістеп алуына байланысты ауызынан қан аралас көбік көрінеді.
- 4. Ұстаманың шешілуі, яғни аяқталу кезеңі. Ұстама аяқталғаннан кейін науқас біраз уақыт кома жағдайында болады, есі біртіндеп кіреді, болған жайды есіне түсіре алмайды. Команың ұзақтығы әр түрлі, кейде бірнеше сағатқа созылады. Эклампсия ұстамасы кезінде дене қызуының, қан қысымының көтерілуі мүмкін.

# Емі



- 1. Строганов принципін сақтау. Көру, есіту, сезу тітіркендіргіштерін болдырмау. Ол үшін науқасты арнайы қараңғыланған бөлмеге жатқызады, жеке аяжан кезекшілігі ұйымдастырылады. Клиникалық тексерулерді, инъекцияларды және тағы басқа емдік шараларды науқасты жансыздандыру арқылы жүзеге асырады.
- 2. Ұстаманы тоқтату. Ол үшін наркоз беріледі. Эфир, фторотан наркоздары, оттегі қоса азот тотығы қолданылады. Емдік, тыныштық режимін сақтау мақсатында дроперидол 1-2 мл - 0,25% ерітінді, седуксен және диазепам 2 мл - 0,5% қоса салынады. Аминазин 1-2 мл - 2,5% ерітіндісі 50 мл - 40% глюкоза ерітіндісінде көк тамырға қолданылады. Ол седативтік, ұстамаға қарсы және гипотензивтік қан қысымын төмендету әсер етеді. Бұл дәріні әйелдің жай-күйіне қарай 2-3 рет 5-6 сағат сайын қайталайды. Жаңа ұстама басталғанда 1 кезеңде азу тістердің арасына ауыз кеңейткішін салады, ол тіл тістенуінен сақтайды. Сондай-ақ болуы мүмкін жарақаттың алдын алу қажет.

# Диагностикалық шаралар:



- Қан тобы және резус – фактор;
- АҚҚ, пульс өлшеу (тәулік бойы кардиомониторлық бақылау);
- ЭКГ;
- зәрдің жалпы анализі – күнделікті, тәуліктік зәрде протеинурия;
- Қанның клиникалық анализі (гемоглобин, гематокрит, тромбоциты, қан ұю уақыты);
- Қанның биохимиялық анализі (жалпы белок, альбумин, креатинин, АЛаТ, АСаТ, мочевина, билирубин);
- коагулограмма;
- Көз түбін;
- Ұрықтың КТГ ;
- ұрықтың УДЗ;
- Допплерометрия;



- **Преэклампсия** - бұл жүкті әйелдердегі әдетте АҚ мен протеинурияның көтерілуімен көрінетін көп жүйелі синдром. Жүктіліктің жеңіл формадағы бұл асқынулары әйелдердің 3% кездеседі, және көбіне анасы мен нәрестенің денсаулығына айтарлықтай әсер етпейді. Преэклампсияның ауыр формасы жүкті әйелдердің 1-2% кездеседі.

## Жүктілік кезінде

# гипертензиялық бұзылыстардың клиникалық жіктелуі



- Созылмалы АГ (жүктілікке дейін болған).
- Гипертониялық ауру.
- Екіншілік (симптоматикалық) АГ.
- Гестациялық (жүктілікпен индуцирленген) АГ.
- Созылмалы АГ фонындағы преэклампсия және эклампсия.
- Преэклампсия (ПЭ) және эклампсия.



- **Созылмалы артериялық гипертензия** – жүктілікке дейін болған немесе жүктіліктің 20-ші аптасына дейін анықталған гипертензия. Гипертензия босанғаннан кейін 6-ты аптаға созылады.
- **Гестациялық гипертензия**– жүктіліктің 20-ші аптасынан кейін пайда болады, босанғаннан кейін 6-ты апта ішінде АҚқалыптасады. Гестациялық гипертензия преэклампсияға ауысуы мүмкін, сондықтан сәйкес мониторинг қажет.

# Қауіп тобы мен факторлары



- – алдыңғы жүктілік кезінде болған преэклампсия/эклампсия;
- – жанұя анамнезіндегі преэклампсия;
- – көп нәрестелі жүктілік.

## Созылмалы соматикалық аурулар

- – жүрек-қантамыр жүйесінің аурулары;
- – қант диабеті;
- – семіздік (ДМИ>35);
- – жас алғаш босанушылар;
- – антифосфолипидтік синдром;
- – жасы 40 жастан жоғарылар;
- – босану арасындағы интервал 10жылдан көп.

# Диагностика белгілері



- Артериялық гипертензия (жеңіл)
- Арасы 30 минуттан кем уақыттың ішінде екі рет өлшегенде систолалыққысым  $>140$  мм с.б.б. және/немесе диастолалыққысым  $>90$  мм с.б.б. болуы.
- Ауырартериялық гипертензия
- Арасы 30 минуттан кем уақыттың ішінде екі рет өлшегенде диастолалыққысым  $>110$  мм с.б.б. немесе систолалыққысым  $>160$  мм с.б.б. болуы.
- **Протеинурия** –  $> 0,3$  г/тәу. немесе  $0,3$  г/л 4 сағаттан кейін екі рет алынған несеп талдауында болғанда.
- **Ісіктер**– 50-80% жүкті әйелдерде қалыпты жүктілік ағымында аздаған ісіктер болады. Ісінумен болатын преэклампсияға қарағанда, ісінусіз жүретін преэклампсия ана мен нәрестеге қауіптірек екені анықталған. Тез өрлейтін жайылған ісіктер, әсіресе бел аймағындағы ісіктер болжамы нашар белгі болып табылады.



- **Жеңіл презклампися** – протеинуриямен қосарласқан жеңіл гипертензия ± ісіктер.



- **Ауыр презклампися**
- 1. Ауыр гипертензия + протеинурия.
- 2. Кез-келген ауырлық дәрежелі гипертензия + протеинурия + келесі симптомдардың біреуі:
  - – бас ауру;
  - – көрудің нашарлауы;
  - – эпигастрий аймағының ауру сезімі және/немесе лоқсу, құсу;
  - – тырысуға дайындық;
  - – жайылған ісіктер;
  - – олигоурия (30 мл/сағат немесе 24 сағатта 500 мл аз несеп);
  - – бауырды пальпациялағандағы ауру сезімі;
  - – тромбоциттер санының  $100 \times 10^6$ /л азаюы;
  - – бауыр ферменттерінің деңгейінің жоғарылауы (АлАТ немесе АсАТ 70МЕ/л жоғары);
  - – HELLP-синдром;
  - – Нәрестеніңқұрсақішілік дамуының кідіруі (НҚДК).

# Негізгі және қосымша диагностикалық шаралардың тізімі

- Алғашқы медико–санитарлық көмек (АМСК) деңгейінде:
  - – АҚөлшеу;
  - – жалпы несеп талдауы (нәруыз);
  - – жалпы қан анализы (гемоглобин, тромбоциттер).
- Стационар деңгейінде:
  - – АҚөлшеу;
  - – ЭКГ;
  - – жалпы несеп талдауы, тәуліктік несептегі протеинурия;
  - – жалпы қан талдауы (гемоглобин, гематокрит, тромбоциттер, ұю уақыты);
  - – биохимиялыққан талдауы (жалпы нәруыз, креатинин, АлАТ, АсАТ, мочевина, билирубин);
  - – коагулограмма;
  - – нәрестеніңКТГ-сы;
  - – УДЗ;
  - – доплерометрия.

# Емі



- Босану қызметі немесе қағанақ суының босануға дейін кетуі анықталса, жүкті әйелді босану бөліміне жатқызу керек. Акушер-гинеколог анестезиолог-реаниматологпен бірлесе науқастың жағдайына қарай сәйкес бөлімге (жүктілік патология бөлімшесі, қарқында терапия жүргізу палатасы(ҚТЖП)) жатқызуын шешеді. Науқасты кез-келген бөлімге алып бару тек қана сырғымалы төсекпен іске асырылады.
- Босану қызметі жоқ ауыр преэклампсия белгілерімен 34-аптаға дейінгі жүкті әйел магнезийлік және гипотензиялық емді бастаған соң III- деңгейлік мекемеге ауыстырылады.
- Ауыр преэклампсияның жалғыз нәтижелі емі – тек босандыру болып табылады.

## Мерзіміне дейін босандырып алуға көрсеткіштер (гестация мерзіміне байланыссыз):



- ауыр преэклампсия;
- нәресте жағдайының нашарлауы;
- преэклампсия симптомдарының өршуі.

37 апта және одан жоғары жүктілік мерзімінде ауырлық дәрежесіне қарамастан босандыру көрсетілген.

## Ауыр преэклампсия кезінде кесар тілігіне көрсеткіштер:



- – дайын емес босану жолдарында босануды қоздырудың әсерінің болмауы;
- – қалыпты орналасқан плацентаның мерзімінен бұрын сылынуы.

# HELLP-синдром



- HELLP - синдром — акушерлік істегі сирек кездесетін және қауіпті патология. Н — hemolysis (гемолиз); EL — elevated liver enzymes (бауыр ферменттерінің белсенділігінің көтерілуі); LP — low platelet count (тромбоцитопения). Ең алғаш бұл синдромды 1954 жылы Придчард Дж. А суреттеген болатын, ал Гудлин Р.С (1978) бұл синдромның пайда болуын преэклампсиямен байланыстырды. 1982 жылы Вейнштейн Л ең алғаш болып HELLP-синдромом патологиясына симптомдар үштігін кіргізді. Бұл жеке бір ауру болып табылады.

# Патогенез



Гестоздың ауыр формасында HELLP-синдром дамуының негізгі этаптарына эндотелидің аутоиммунды бұлінуі, қоюланған қанмен гиповолемия және кейін фибронолизин түзетін микротромбтардың түзілуі. Эндотелий бұзулуы кезінде тромбоциттер агрегациясы жоғарылайды. Ол өз кезегінде патологиялық процестерге: фибрин, коллаген талшықтары, IgG және IgM түзілуіне әкеледі. аутоиммунды комплекстер бауырда және эндокардта табылады. Осыған байланысты бұл синдромда иммунодепрессанттар мен глюкокортикоидтар қолданылады. Тромбоциттер бұзылуы тромбаксандардың босап шығуына әкеледі, бұл тромбоксан-простациклин жүйесінің бұзылуына әкеп соғын, генерализденген артериоспазмға АҚҚ көтерілуіне себеп болады, ол өз кезегінде ми ісінуі мен тырысулар шақыруы мүмкін. HELLP-синдромда бауыр көлемінің өзеруі, тығыздалуы, капсулаасты қан құйылулар байқалады. Бауыр ашық-қоңыр түске боялады. Ал микроскопиялық зерттегенде перипортальды геморрагия, фибрин жиналуын, бауыр синусоидтарында IgM, IgG, гепатоциттердің мультилобулярлы некрозы байқалады.

# HELLP синдром клиникасы



HELLP-синдром әдетте жүктілікті III-триместрінде дамиды, көбінесе 35 жіне одан жоғары аптасында. Ауруға симптомдардың тез көрінуі тән. Басында мынандай көріністер болуы мүмкін: жүрек айну және құсу, эпигастрий аймағында ауырсыну, әсіресе оң жақ қабырға астында, айқын ісінулер, бас ауру, әлсіздік, гиперрефлексия. Сонымен қатар, сарғаю, қан құсу, егу орындарында қан құйылу, үдемелі бауыр жетіспеушілігі, тырысу және кома дамиды.



# HELLP синдромның диагностикасы



## ● ЛАБОРАТОРЛЫ ЗЕРТТЕУЛЕР

көп жағдайда лабораториялық өзгерістер клиникалық сиптом көрінгеше пайда болып қояды.

- • HELLP-синдромның бір белгісі гемолиз болып табылады. Ол қан жағындысында бүріскен деформацияланған эритроциттер, полихромазия түрінде көрінеді. Эритроциттердің бұзылуы фосфолипидтердің босап шығуына және созылмалы ДВС-синдромға әкелуі мүмкін.
- • HELLP-синдромға күдік туған кезде жедел түрде зертханалық тексеру жасау керек: АЛТ, АСТ белсенділігін, лактатдегидрогеназа, билирубин, гаптоглобин, зәр қышқылының концентрациясын, қандағы тромбоциттар санын және қанның ұю факторларының көлемін анықтау қажет.
- **ИНСТРУМЕНТАЛЬДЫ ЗЕРТТЕУ**
  - Бауырдың субкапсульды гематомасын анықтау үшін УДЗ жасалады. Осы кезде соынмен қатар гипозхогенді аймақтар сезіледі, бұл жергілікті тіннің некрозы және инфарктымен сипатталады.
  - Дифференциальды диагностика үшін КТ және МРТ қолданылады.

# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬДЫ ДИАГНОСТИКА



- HELLP-синдромға тән белгілер: тромбоцитопения және бауыр қызметінің бұзылуы. Осы өзгерістердің ең жоғары дәрежеге жетуі 24-48 сағаттың ішінде жүреді, ал ауыр гестоз кезінде керісінше босанғаннан кейігі бірінші тәулікте бұл симптомдар регрессия жағдайында болады.
- HELLP-синдромның белгілеріне басқа да көріністер болуы мүмкін. Бұл кезде эритроциттер гемолизін, тромбоцитопения, бауыр ферменттерінің белсенділігінің жоғырылауын мына аурулардан ажырату керек:
- Кокаинді наркомания. Жүйелік қызыл жегі.
- Тромбоцитопениялы пурпура.
- Гемолитикалық уремиялық синдром
- Жүктілердің жедел майлы гепатозы.
- Вирусты гепатит А, В, С, Е.
- ЦМВИ және инфекциянды моноклеоз.



- **МЕДИКАМЕНТОЗДЫ ЕМ**

Инфузионно-трансфузионды терапиямен бірге протеаза ингибиторларын (апротинин), гепатопротекторлар (витамин С, фолий қышқылы), липой қышқылын 0,025 г күніне 3-4 рет. 20 мл/кг көлемде жаңадан қатырылған плазма күніне бір рет, тромбоконтрат құю, глюкокортикоидтар енгізу. Операциядан кейінгі кезеңде жаңадан қатырылған плазманы 12-15 мл/кг мөлшерде күнделікті құяды.

- **Босандыруға көрсеткіштер**

- HELLP-синдром кезінде жедел босандыру жүргізілу керек.

- **ПРОФИЛАКТИКА**

гестозды уақытында диагностикалау және емдеу

# БОЛЖАМ



Босанудан кейінгі жағдай жақсы болса, әйел 3-7 күнде қалпына келеді. Қан талдауы тұрақтанады. Тромбоциттер көлемі нормаға 11-ші тәулікте, ЛДГ белсенділігі 8-10 тәулікте тұрақтанады. Келесі жүктілікте қауіп қатер мөлшері 4%, бірақ осы ауруды өткерген әйелдерді аса жоғары қауіп-қатер ообына жатқызған дұрыс.

# Пайдаланылған әдебиеттер



- 1 Ахметов М. Медициналық терминдер сөздігі (орысша-қазақша- ағылшынша). – Алматы: 2009.
- 2 Рақышев Алшынбай. Адам анатомиясындағы халықаралық атау-терминдер (латын, қазақ, орыс, ағылшын тілдерінде). – Алматы: «Кітап» баспасы, 2011.
- 3 Х. Нұржанов. Акушерия және гинекология бойынша орысша-қазақша сөздік. – Алматы: Арыс баспасы, 2011. – 408 б.
- 4 Основные клинические протоколы и приказы МЗ РК по акушерству и неонатологии. Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ РК. – Алматы: 2010. – 172 с.
- 5 Руководство по оказанию неотложной помощи в перинатологии. Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ РК. – Алматы: 2010. – 233 с.
- 6 Под редакцией акад. РАМН Серова В.Н.. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии. 2-е издание. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 254 с.
- 7 Под редакцией Надишаускене Р.Й.. Избранные вопросы перинатологии. – Литва: 2012. – 652 с.