

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С HELLP-СИНДРОМОМ

В. А. Климов, И. Г. Скориков, А. И. Саньков, Н. П. Сыромятников

Луганский государственный медицинский университет

Резюме. В статье приведены современные рекомендации по ведению беременных с HELLP-синдромом.
Ключевые слова: беременные с HELLP-синдромом, лечение.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ВЕДЕННЯ ВАГІТНИХ ІЗ HELLP-СИНДРОМОМ

В. А. Клімов, І. Г. Скоріков,

А. І. Саньков, Н. П. Сиром'ятніков

Резюме. В статті наведені сучасні рекомендації щодо лікування вагітних із HELLP-синдромом.

Ключові слова: вагітні з HELLP-синдромом, лікування.

MODERN ASPECTS OF MANAGEMENT OF PREGNANT WOMEN WITH HELLP-SYNDROME

V. A. Klimov, I. G. Skorikov,

A. I. San'kov, N. P. Syromyatnikov

Summary. The article presents the current recommendations for the management of pregnant women with HELLP-syndrome.

Keywords: pregnant women with HELLP-syndrome, treatment.

Адрес для переписки:

Климов Владимир Анатольевич

*Луганский государственный медицинский университет
91045, Луганск, кв. 50-летия Обороны Луганска, 1Г*

HELLP-синдром — патологическое состояние, относящееся к атипическим формам гестозов, клинически проявляющееся гемолизом, увеличением активности печеночных ферментов и тромбоцитопенией. Данное название является аббревиатурой: H (hemolysis) — гемолиз (микроангиопатическая гемолитическая анемия); EL (elevated liver ferments) — повышение концентрации ферментов печени в плазме; LP (low platelet quantity) — уменьшение количества тромбоцитов (тромбоцитопения). HELLP-синдром составляет 4–12 % от всех случаев тяжелой преэклампсии. Для него характерна высокая материнская (3,4–24,2 %) и перинатальная (79 %) смертность (однако при своевременной диагностике и правильно выбранной тактике ведения не превышает показатели при тяжелой преэклампсии и эклампсии).

Данная публикация основывается на результатах ведения пациенток с HELLP-синдромом в условиях Луганской областной клинической больницы за последние 5 лет и анализа 79 случаев HELLP-синдрома, описанных в отечественной и зарубежной литературе.

Для прогноза жизни матери и ребенка решающим фактором является раннее распознавание HELLP-синдрома. Лечение таких пациенток совместно проводят акушер-гинеколог и анестезиолог-реаниматолог с привлечением невропатолога, окулиста, гематолога, инфекциониста, гастроэнтеролога, терапевта и нефролога.

Единственный патогенетический метод лечения — родоразрешение. При установлении диагноза HELLP-синдром беременность должна быть прервана независимо от срока. Все проводимое лечение является лишь предоперационной подготовкой. **Протокол интенсивной терапии до начала операции:** — перевод в реанимационное отделение, катетеризация центральной и периферической вен, оксигенотерапия;

— трансфузия свежезамороженной плазмы (30 мл/кг) с высокой скоростью инфузии (в среднем 2–2,5 литра),
— мембранный низкообъемный плазмоферез с плазмообменом (40 мл/кг),
— донатор оксида азота — Тивортин (100 мл — 4,2 г аргинина гидрохлорида) в/венно капельно,
— стимуляция диуреза — фуросемид в/венно струйно, обеспечивая диурез не менее 100–150 мл/час;
— антигипертензивная терапия (при необходимости, индивидуально ориентированная — предпочтительнее управляемая артериальная гипотензия донаторами оксида азота — перлинголид, нитроглицерин в/в капельно),
— переливание отмытой лейкофильтрованной эритроцитарной массы до нормализации уровня гемоглобина не менее 80 г/литр,
— внутривенное дробное введение трансаминовой кислоты (750 мг дробно),
— антитромбин III (2000–3000 МЕ/сут) при наличии препарата в/в капельно.

Метод родоразрешения — кесарево сечение. Роды через естественные родовые пути возможны только при установлении диагноза после открытия шейки матки более 6 см и наличии условий для родоразрешения в течении 2 часов. Обязателен кюретаж полости матки.

Время от установления диагноза HELLP-синдром до родоразрешения не должно превышать 2 часа; проведение пробных методов лечения и оценки их эффективности приводит к потере времени, тромбоцитов и возможности развития ДВС-синдрома III–IV степени.

Родоразрешение провести в течение 30 минут при: прогрессировании анемии и нарастании гемолиза; прогрессировании тромбоцитопении; нарушении сознания, появлении неврологической симптоматики; прогрессировании печеночно-почечной недостаточности.

Анестезіологічне забезпечення: «предпочтительный» метод анестезії при проведенні кесарева сечення — загальна анестезія з проведенням ІВЛ (преимущественно — можливість жорсткого контролю і корекції життєво важливих функцій, крім того при проведенні спинальної або епідуральної анестезії при HELLP-синдромі високий ризик крововиливання в екстра- і субдуральне простір).

Схема інтенсивної терапії в післяопераційному періоді:

— седативна і ефективна знеболювання (сібазон по 2 мл 0,5 % розчину в/м кожні 6–8 годин, по показанням — промедол по 20–40 мг в/м);

— оксигенотерапія;

— магнізійна терапія (інфузоматом з постійною швидкістю 2 мл/год; протипоказана при — ОПН в стадії олигоурії, артеріальної гіпотензії, маточному кровотеченні; критерії відмови магнізійної терапії — відсутність ознак підвищення збудливості ЦНС (гіперрефлексії, гіпертонуса, судорожної готовності), діастолічне артеріальне тиск не більше 90 мм рт. ст., швидкість діурезу не менше 50 мл/год);

— гіпотензивна терапія (препарат першого вибору — лабеталол по 20 мг в/венно в теченні 2 хвилини, потім по 20–40 мг кожні 10–20 хвилин до досягнення ефекту або допустимої загальної дози 300 мг; при відсутності бажаного ефекту — клофелін по 1 мл 0,0005 % р-ра внутримышечно; при появі симптомів набуття легкого — нітроглицерин (перлінголід) по 1–5 мкг/кг/хвилину інфузоматом); імунідепресивна терапія глюкокортикоїдами (преднізолон по 5–15 мг/кг в теченні 15 хвилин в/венно струйно, потім після зниження артеріального тиску — по 180–300 мг/сут).

Інфузійна терапія (під контролем гемодинаміки, ЦВД, діурезу) — 40–80 мл/кг в сутки:

— трансфузія свіжезамороженої плазми по 10–30 мл/кг з високою швидкістю інфузії (в середньому 2–2,5 літра),

— тромбоконтрат по 5–8 доз при рівні тромбоцитів менше 100×10^9 або наявності геморагічного синдрому,

— переливання отмытой лейкофільтрованої еритроцитарної маси до нормалізації рівня гемоглобіна не менше 80 г/літр,

— донатор оксиду азоту Тивортин 100 мл (4,2 г аргініна гідрохлориду) 2 рази в сутки в/венно крапельно,

— співвідношення колоїди : кристаллоїди = 2 : 1,

— стимуляція діурезу — фуросемід по 20–40 мг в/венно струйно; при гострій нирковій недостатності, набутті легкого, набутті головного мозку дозу збільшують;

— при порушенні скоротливої здатності міокарда — добутамін по 5–15 мкг/кг/хвилину або дофамін по 5–15 мкг/кг/хвилину,

— при набутті легкого — препарати нітроглицерину,

— антиоксиданти — вітамін С 500–1000 мг/сут, есенціал 10 мл в/в струйно до 3-х разів в сутки, вит. Е 600–800 мг/сут, мексидол по 100 мг 3 рази в сутки, церулоплазмин по 500 мг/сут;

— антигіпоксанти — мафусол по 500 мг/сут в/венно крапельно або реамбірін по 500 мл/сут в/венно крапельно,

— інгібітори протеаз — контрикал по 200 тис. ЕД/сутки в/в крапельно,

— антибактеріальна терапія — цефалоспоринові III–IV покоління, захищені пенициліни, метронідазол використовувати з обережністю (порушення функції печінки!!!);

— раннє ентеральне харчування,

— стимуляція функції кишечника (очистительная клізма, церукал, прозерин),

— парентеральне харчування по показанням,

— утеротоніки — окситоцин в/мышечно по 5 ЕД 2–3 рази в сутки.

В післяопераційному періоді рекомендується продовжена ІВЛ з параметрами:

— тривалість не менше 24 годин,

— вологість суміші 98–100 %,

— температура 30–32 °С,

— режим помірної гіпервентиляції з PaO_2 26–30 мм рт. ст.,

— дихальний об'єм 8 мл/кг,

— частота циклів вентиляції 20–24/хвилину,

— $T_i : T_e = 1 : 2$;

— при важкій гіпоксемії або набутті легкого можливо застосування ПДКВ (5–10 мм вод. ст.),

— в теченні проведення ІВЛ поступово проводиться зменшення частоти циклів вентиляції до 16–18/хвилину і FiO_2 (по можливості не менше 0,6) під контролем $SpO_2 > 95$ %, $PaO_2 > 90$ мм рт. ст.

Критерії переходу на допоміжну або спонтанну вентиляцію:

— повне відновлення свідомості,

— відсутність декомпенсованого ДВС-синдрому, підвищеної кровоточивості, вираженої гіперкоагуляції;

— збільшення кількості тромбоцитів,

— покращення функції печінки і ферментемії,

— відсутність олигоурії (діурез більше 50 мл/год),

— температура тіла нижче 38 °С,

— відсутність септичних ускладнень,

— відсутність судорожної готовності без застосування протисудорожних препаратів,

— стабільна і легкоуправляема гемодинаміка,

— припинення дії препаратів, угнетающих дихання (міорелаксанти, гіпнотики, наркотичні анальгетики);

— відновлення м'язового тону,

— гемоглобін не менше 80 г/літр,

— хороша адаптація до ІВЛ без седативних препаратів,

— $PaO_2 > 80$ мм рт. ст. і $SpO_2 > 95$ % при $FiO_2 > 0,4$.

При переході з ІВЛ на допоміжну або спонтанну вентиляцію не повинно з'являтися учащення пульсу, а середнє АД підвищується не більше 10 мм рт. ст., в самостійному вдиху не беруть допоміжні м'язи. Режимы допоміжної вентиляції: підтримка тиском з СППВЛ, підтримка тиском, струйна високочастотна ВВЛ, СДППД.