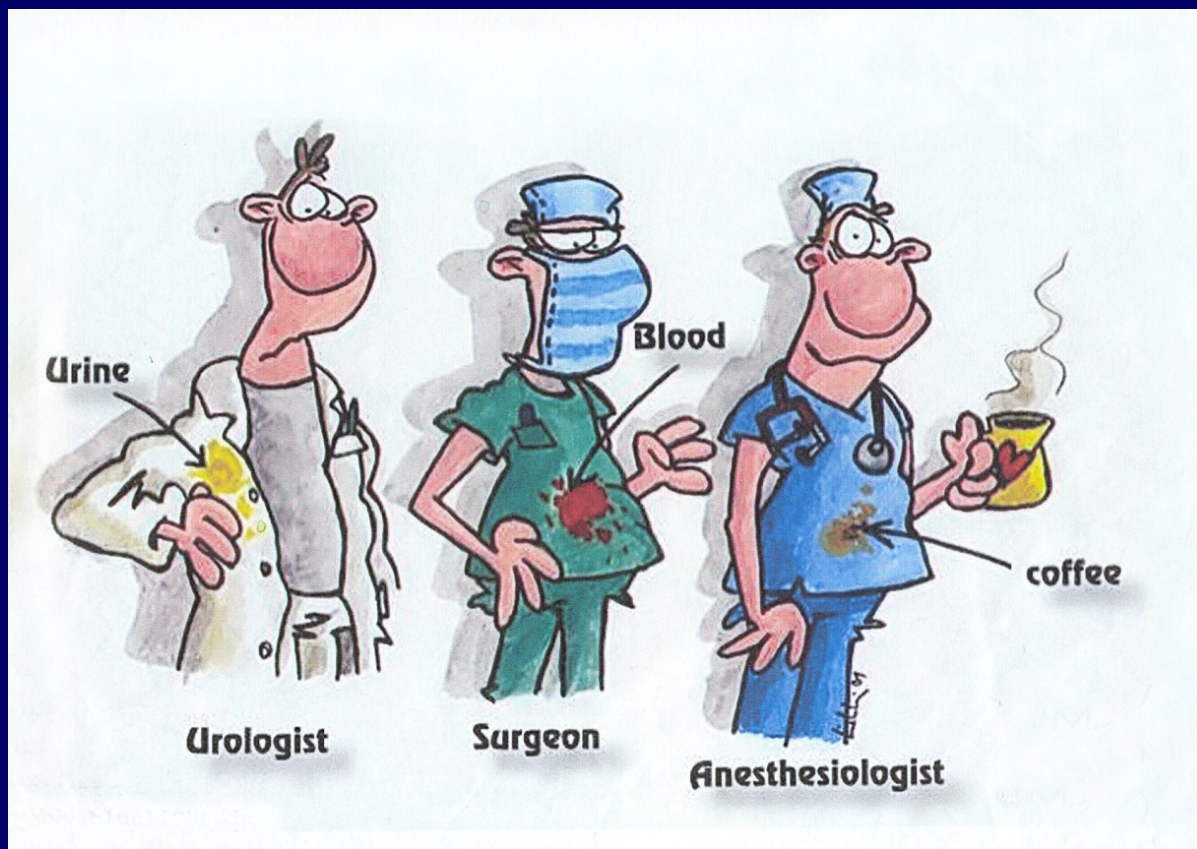


Диагностика и интенсивная терапия HELLP-синдрома



к.м.н., доцент Дробинская А.Н.
Новосибирский государственный университет
XXVIII Всероссийский Образовательный форум,
Краснодар - 2015г.

Что должен знать анестезиолог-реаниматолог о HELLP-синдроме ?



Преэклампсия/ Эклампсия – синдром полиорганной недостаточности,
а HELLP- синдром- один из самых тяжелых вариантов поражения печени и острой печеночной недостаточности, связанной с беременностью !!!
МКБ – 10 O14.2



Эпидемиология HELLP- синдрома

При тяжелой преэклампсии и эклампсии HELLP- синдром

встречается от 10 до 20% случаев (С. Hernandez, Clin.

Obstet.Gynecol., 1990,v.33,p.460-466/. J.N. Martin et al. Amer.J.Obstet.

Gynecol., 1990,v.162,p.126-137, Tuffenel D.J., Shennan A.H., Waugh J.J.,

Walker J.J.. The management of severe preeclampsia/ eclampsia. London :

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2006 (Guideline ; no. 10

(A)).

В 70% случаев развивается во время беременности (в 10%- до 27 недели, в 50%- 27-37 недель, и в 20%- после 37 недели).

В 30% случаев HELLP- синдром проявляет себя в течение

48 часов после родов. (Tuffnell D.J., Shennan A.H.,Waug J.J.,Walker

J.J. The management of severe preeclampsia/ eclampsia. London :Royal

College of Obstetricians and Gynaecologists; 2006.(Guideline; no. 10(A)).

Материнская смертность при HELLP- синдроме

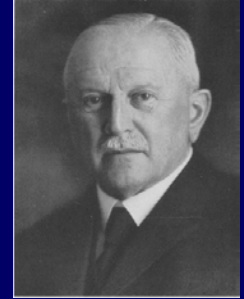
Высокая материнская смертность до 25% (Van Dam P.A., Renier M., Obstet/ Gynecol. 1989,v. 73,р. 97-102, Зильбер А.П., Шифман Е.М. Вестник интенсивной терапии, 1992 г., №1, С. 28-31, Kirkpatrick С.А. The HELLP- syndrome. Acta Clin. Belg. 2010; 65(2) :91-7).

Высокая перинатальная смертность 34 на 1000 (Van Dam P.A., Renier M., Ostet/ Gynecol. 1989,v. 73,р. 97-102, Зильбер А.П., Шифман Е.М. Вестник интенсивной терапии, 1992 г., №1, С. 28-31).



Эпидемиология HELLP- синдрома

G. Schmorl, 1898г.- при эклампсии характерна морфологическая картина(расстройство кровообращения, тромбозы и кровоизлияния, приводящие к разрушению печени). (Pathologisch-anatomische Untersuchungen liber Puerperale- Eklampsie. Leipzig, 1983).



Впервые описан в **1954 г. J.A.Pritchard et al.** (N.Engl. J. Med., 1954, Vol. 250,P.89).

P.S.Goodlin в 1978 г.связал проявление этого синдрома с преэклампсией (Amer. J. Obstet.Gynecol., 1978,Vol.164. P.1577-1581)

Впервые объединил **триаду симптомов в 1982 г. Weinstein L.** (Am. J Obstet. Gynecol., 1982; Vol.142 (2), N 15. P. 159-167) при тяжелой преэклампсии, эклампсии.

HELLP- синдром- тяжелая форма преэклампсии, характеризующаяся триадой симптомов (Weinstein L.

Syndroms of hemolysis Elevated Liver enzymes and low platelet count a severe consequence of hypertension pregnancy. Am.J.,Ostet.Gynecol., 1982,142.159-167).

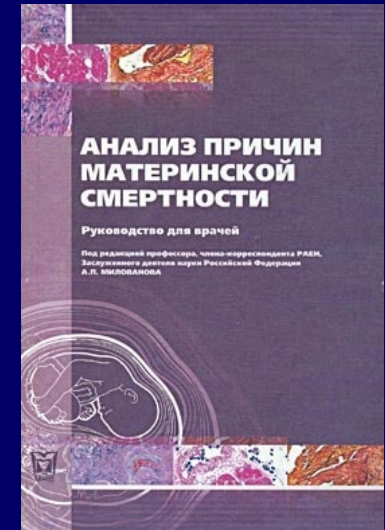
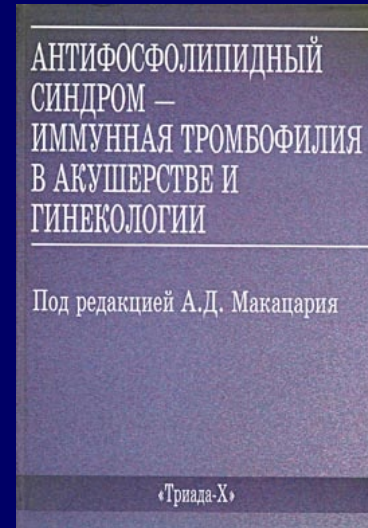
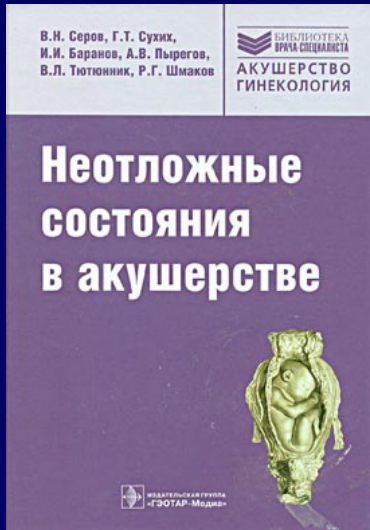
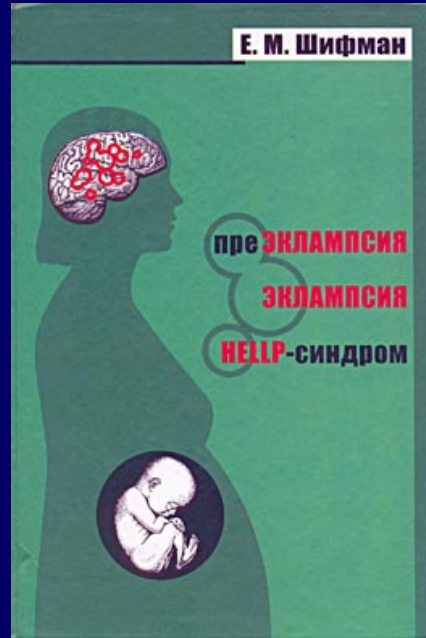
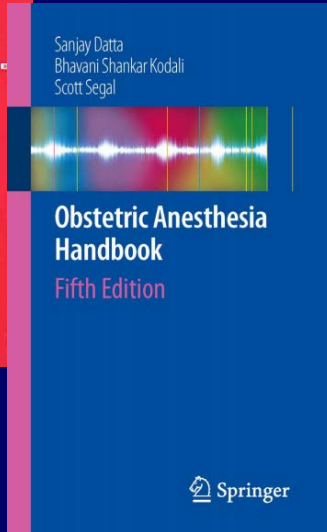
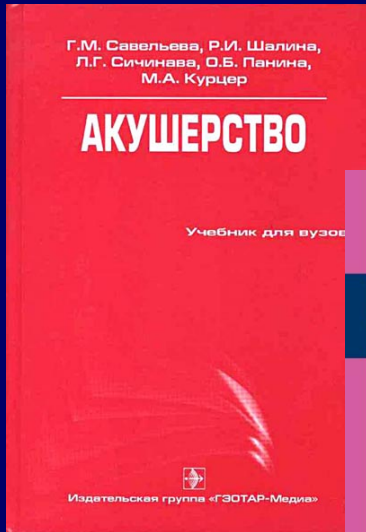
- H (hemolysis)- внутрисосудистый гемолиз
- EL(elevated liver enzymes)- повышение печеночных ферментов
- LP (low platelet count)- снижение уровня тромбоцитов

Парциальные формы HELLP- синдрома

ELLP-синдром (elevated liver enzymes low platelet count): отсутствие гемолиза

HEL- синдром (hemolysis elevated liver enzymes) : при невыраженной тромбоцитопении

Литературные источники



Возможные причины развития HELLP-синдрома.

- Иммуносупрессия (депрессия Т-лимфоцитов и В-лимфоцитов).
 - Аутоиммунная агрессия (антитромбоцитарные, антиэндотелиальные АТ).
 - Уменьшение отношения простаглицлин/тромбоксан (снижение продукции простаглицлинстимулирующего фактора).
 - Изменения в системе гемостаза (тромбоз сосудов печени).
 - АФС.
 - Генетические дефекты ферментов печени.
 - Применение лекарственных препаратов (тетрациклин, хлорамфеникол).

Выделяют следующие факторы риска развития HELLP-синдрома.

- Светлая кожа.
- Возраст беременной старше 25 лет.
- Многопорожавшие женщины.
- Многоплодная беременность.
- Наличие выраженной соматической патологии.

HELLP-синдром

Этиология и патогенез HELLP-синдрома до конца не уточнены

1. Простаглицлин - тромбоксановый дисбаланс
2. Аутоиммунная агрессия подтверждается обнаружением:
 - а) тромбоцитарных
 - б) антифосфолипидных
 - в) эндотелиальных и др. аутоантител
3. Реакция трансплантационного иммунитета
4. Манифестация АФС у пациенток с высоким титром кардиолипидных антител

Патогенез HELLP-синдрома



Классификация HELLP- синдрома

Классификация основана на лабораторных показателях, изменения в которых возникают гораздо раньше клинических проявлений (Pritchard G.A., Weisman R., Yapp H.K. et al. NewEngl. J. Med., 1954, v. 250,p.89)

Van Dam P.A. et al. на три группы, в зависимости от выраженности внутрисосудистого гемолиза: с явными, подозреваемыми и скрытыми признаками внутрисосудистого гемолиза.

Martin J.N., Perry K.G., Blake P.G., et al., на три класса, в зависимости от количества тромбоцитов в периферической крови:

Класс 1- тромбоцитов менее $50 \cdot 10^9/\text{л}$;

Класс 2 - тромбоцитов $50-100 \cdot 10^9/\text{л}$;

Класс 3 - тромбоцитов $100-150 \cdot 10^9/\text{л}$

Дифференциальная диагностика HELLP-синдрома

- Кокаиновая наркомания.
- Системная красная волчанка.
- Тромбоцитопеническая пурпура.
- Гемолитический уремический синдром.
- Острый жировой гепатоз беременных.
- Вирусные гепатиты А,В,С,Е.
- ЦМВИ и инфекционный мононуклеоз.
- Острый гангренозный холецистит.
- Акушерский сепсис.
- Спонтанный разрыв печени у беременных.

(Martin J.N. et al. Amer. Ostet.Gynec.2006.,v.195.,p. 914-934).

Клинические проявления HELLP- синдрома

Клинически HELLP- синдром проявляется с 33 по 36 нед.беременности, чаще при сроке 35 нед.

В 30% случаев HELLP- синдром развивается через 24-48 часов после родов- во время максимального ответа после « гормональной бури».

У 15% больных HELLP- синдром в начале заболевания не регистрируется артериальная гипертензия.

Клиническая картина развивается по нарастающей, возможно скачкообразно. Ухудшение в ночное время.

(Sagava N., Kariya M., Kanzaki H et al. Obst. Gynecol., 1985,v.65,p. 761-764.)

Ранние клинические симптомы HELLP-синдрома

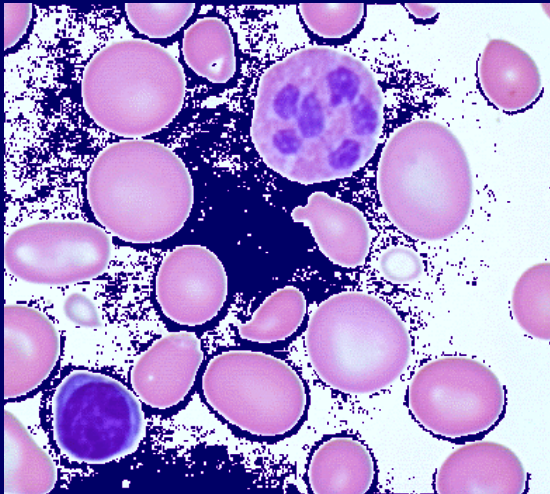
- боли в правом подреберье и в эпигастральной области(чаще непостоянные)
- тошнота, рвота
- недомогание за несколько дней до развития яркой клинической симптоматики
- головные боли (у 30-60%)
- нарушения зрения (20%)
- чрезмерная прибавка массы тела и чрезмерные отеки (50%).

Лабораторные признаки HELLP-синдрома

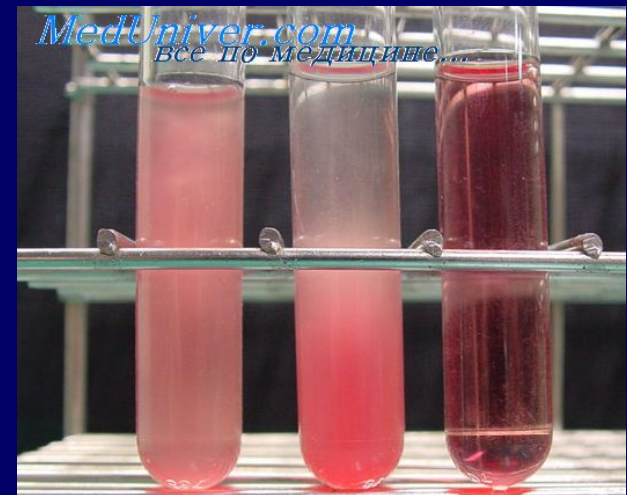
1. Одним из основных лабораторных симптомов HELLP-синдрома служит гемолиз, который проявляется наличием в **мазке крови сморщенных и деформированных эритроцитов, полихромазией**. Разрушение эритроцитов ведет к освобождению фосфолипидов и к внутрисосудистому свертыванию.
2. При подозрении на HELLP-синдром немедленно проводится определение активности АЛТ И АСТ, ЛДГ, концентрация билирубина, гаптоглобина и количества тромбоцитов.
3. Оценка состояния свертывающей системы крови.

Основопологающими критериями диагностики HELLP-синдрома служат лабораторные показатели!!!

Лабораторная диагностика HELLP-синдрома



В мазке крови: эритроциты нормального размера, встречаются макроциты и шизоциты (пойкило- и анизоцитоз).



Макроскопические проявления внутрисосудистого гемолиза

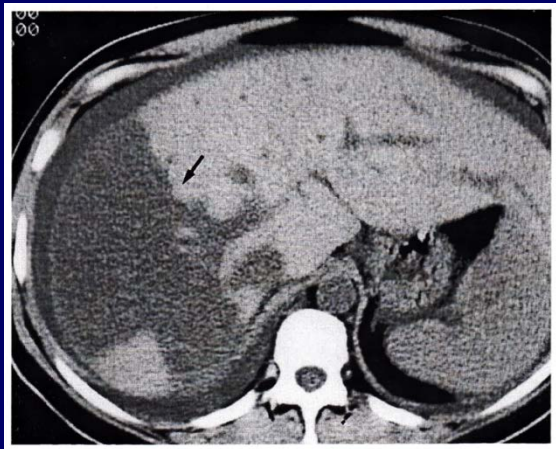
Лабораторные признаки HELLP-синдрома

1. ↑ ЛДГ более 600Ед/л
2. ↑ АЛТ, АСТ (за счет блокады кровотока во внутриспеченочных сосудах из-за отложения фибрина)
3. Гипербилирубинемия - за счет гемолиза (непрямой фракции), за счет цитолиза (прямой фракции)
4. ↑ глутатион - S - трансферазы α
5. Синдром гепатоцеллюлярной недостаточности
↓ АИИ, ↑ ПТВ, ↓ ПТИ, ↓ фибриногена, ↓ общего белка
6. ↓ гаптоглобина менее 1,0 г/л
7. ↓ Tr (менее 100×10^9 /л)
8. ↑ длительность кровотечения.

Инструментальные исследования HELLP- синдрома

Для раннего обнаружения субкапсулярной гематомы печени показано УЗИ брюшной полости: множественные гипоэхогенные участки, которые расценивают как признаки перипортальных некрозов и кровоизлияний, геморрагические инфаркты печени, геморрагические некрозы печени.

Для дифференциальной диагностики используют КТ, МРТ.



(Martin J.N. et al. Amer. Obstet.Gynecol.2006.,v.195.,p. 914-934).

Клиническая картина HELLP- синдрома

Клиническая картина характеризуется катастрофическим нарастанием симптомов:

- Головная боль, чувство тяжести в голове, слабость, утомление, мышечные боли в области плеч и шеи, нарушения зрения, тошнота, рвота (86%).
- Боли в животе, чаще с локализацией в правом подреберье (86%)
- Диффузные выраженные отеки (67%).
- Кровоизлияния в местах инъекций, кровотечения из носа, десен, рвота кофейной гущей, желтуха и печеночная недостаточность, судороги и кома.

(Martin J.N., Perry K.G., Blake P.G., et al.,Amer.J.Obstet.Gynecol.1997., v.177,p.1011-1017. В.Н. Кулаков, В.Н.Серов., М. Литтерра, 2005).

Клиническая картина HELLP-синдрома

Признаки	HELLP-синдром
Боль в эпигастральной области и/или в правом подреберье	+++
Головная боль	++
Желтуха	+++
АГ	+++/-
Протеинурия (более 5 г/сут)	+++/-
Периферические отёки	++/-
Рвота	+++
Тошнота	+++
Мозговые или зрительные нарушения	++/-
Олигурия (менее 400 мл/сут)	++
Острый тубулярный некроз	++
Корковый некроз	++
Гематурия	++
Пангипопитуитаризм	++
Отёк лёгких или цианоз	+/-
Слабость, утомляемость	+/-
Желудочное кровотечение	+/-
Кровоизлияния в местах инъекций	+
Нарастающая печёночная недостаточность	+
Печёночная кома	+/-
Судороги	+/-
Асцит	+/-
Лихорадка	++/-
Кожный зуд	+/-
Снижение массы тела	+

(Макацария А.Д., Бицадзе В.О., Хизроева Д.Х.. 2014; №26 с.61-68).

Клиническая картина HELLP- синдрома

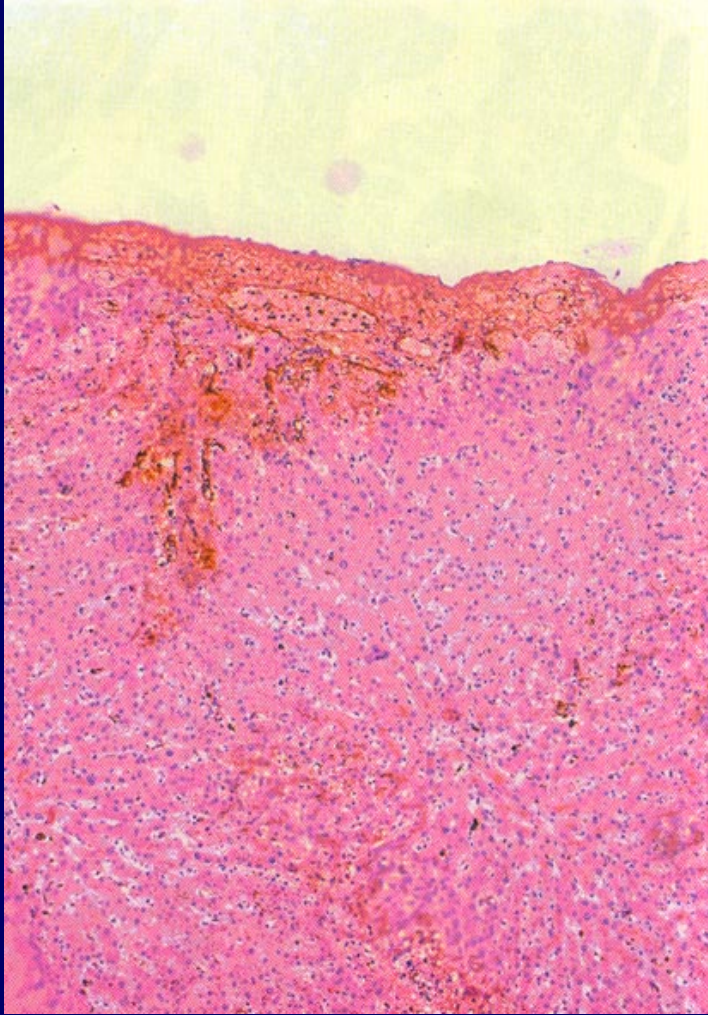
Нередко наблюдается разрыв печени (капсулы) с кровотечением в брюшную полость.

HELLP- синдром может проявиться картиной тотальной отслойки плаценты, сопровождающейся массивным коагулопатическим кровотечением с быстрым формированием печеночно- почечной недостаточности и отеком легких, массивным асцитом.

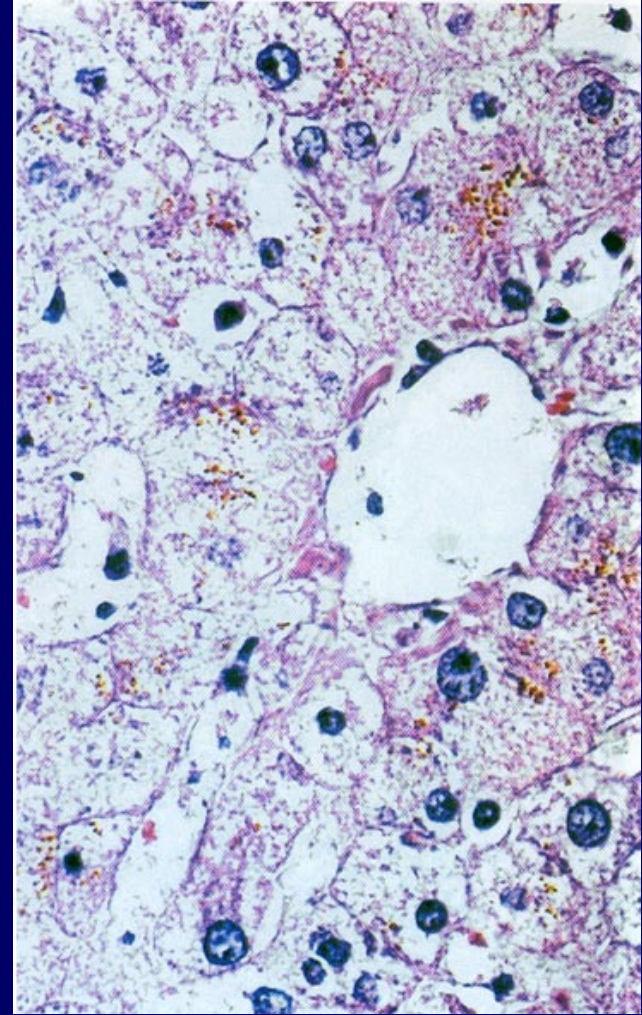
В послеродовом периоде из- за нарушений гемостаза наблюдаются массивные маточные кровотечения.

(Martin J.N., Perry K.G., Blake P.G., et al., Amer.J.Obstet.Gynecol.1997., v.177,p.1011-1017. В.Н. Кулаков, В.Н.Серов., М. Литтерра, 2005).

Характерные изменения в печени при HELLP-синдроме



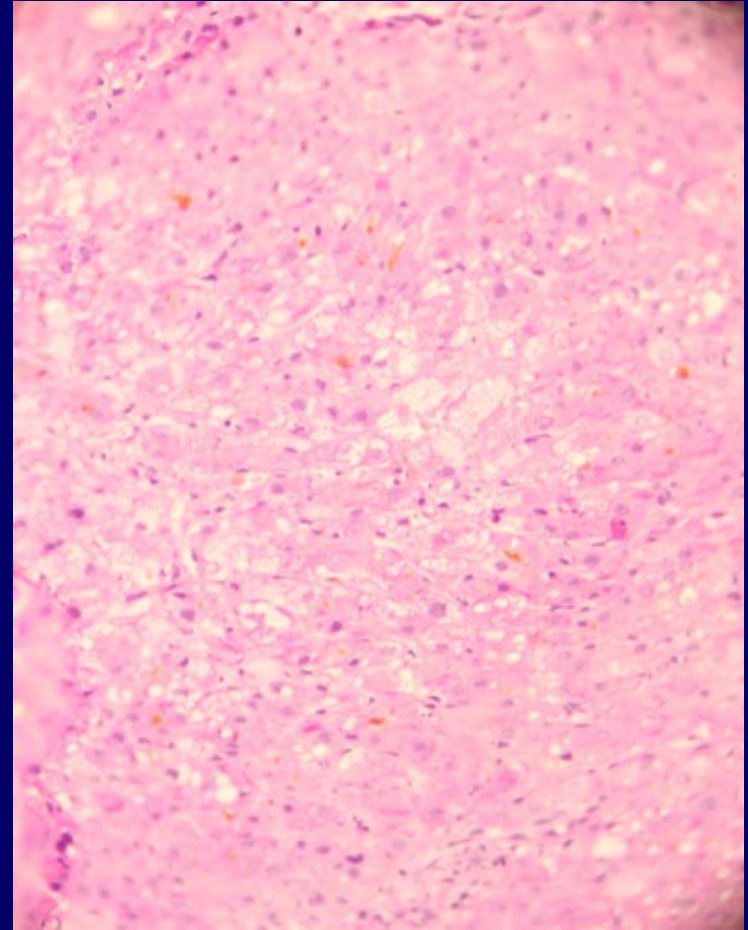
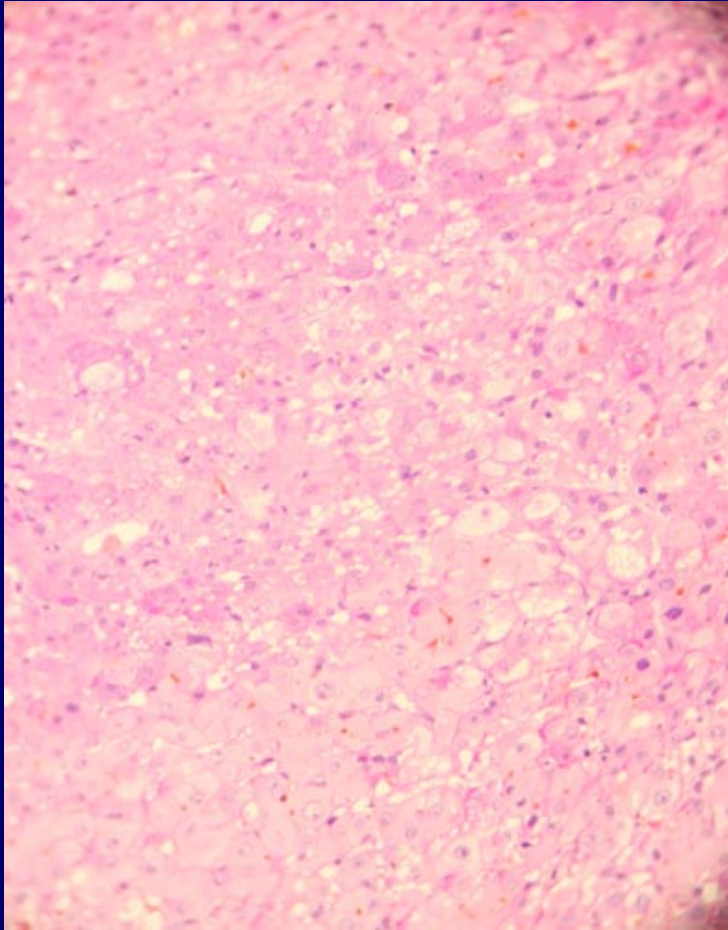
Субкапсулярные кровоизлияния, $\times 100$



Тотальные некрозы гепатоцитов, $\times 400$

(А.П.Милованов, 2008)

Морфология острого жирового гепатоза (пациентка Ф., 08.08.2008г.)



Множественные жировые включения в печени, x 100

Осложнения HELLP-синдрома

- Отслойка плаценты -15-25%
- ДВС-синдром - 38%
- Внутрибрюшное кровотечение - 20-25%
- Олигурия: ОПН - 8%
- ОРДС- 1%,Отек легких - 6%, плевральный выпот-6%
- Разрыв гематомы печени - 1,8%
- Субкапсулярная печеночная гематома - 2%
- Внутричерепное кровотечение - 5%
- Отслойка сетчатки- 0,9%
- Летальный исход - 24,2%.

(G.Mitterschiffthaller, et al., 1999, P.276-281)

Акушерская тактика при HELLP- синдроме

1. При сроке беременности более 34 недель- срочное родоразрешение. Выбор способа родоразрешения определяется акушерской ситуацией.
2. При сроке беременности 27-34 недели при отсутствии угрожающих жизни признаков (кровотечение, внутримозговое кровоизлияние, тяжелая преэклампсия, эклампсия) возможно пролонгирование до 24-48 часов для стабилизации состояния и подготовки легких плода кортикостероидами. Способ родоразрешения – кесарево сечение.
3. При сроке беременности менее 27 недель и отсутствии угрожающих признаков возможно пролонгирование до 48-72 часов. Применяются кортикостероиды.

Варианты консервативного ведения более 24 часов подвергаются серьезной критике!!! Условия для такой тактики на практике встречаются крайне редко!

(Haram K.,Svendsen E., Abildgaard U., BMC Pregnancy Childbirth.2009; 9: 8., Клинические рекомендации 2014.)

Акушерская тактика при HELLP- синдроме

1. Быстрое и бережное родоразрешение.
2. При развившемся HELLP- синдроме кесарево сечение является «золотым» стандартом.
3. Профилактика тяжелой интра- и послеоперационной кровопотери (перевязка восходящих ветвей маточных артерий, подвздошных артерий, дренирование брюшной полости)
4. Стабилизация поврежденных органов и систем.

(В.Н. Кулаков, В.Н.Серов., Руководство для практикующих врачей. М. Литтерра, 2005. Клинические рекомендации Ассоциации Акушерских Анестезиологов . Arfpoint.ru. 2014).

).

Интенсивная терапия HELLP-синдрома у женщин с преэклампсией

- Проводится базисная терапия тяжелой преэклампсии.
- Инфузионная терапия в объеме 20-30 мл / кг массы тела: сбалансированные растворы кристаллоидов (Стерофундин), СЗП- 15- 20 мл/кг массы, при снижении альбумина менее 20 г/л инфузия 20% Альбумина - 200,0 мл).
- При диурезе менее 30 мл/ч проводится форсированный диурез. Диурез стимулируется салуретиками с поддержанием темпа 200-250 мл/ч.
- Для купирования метаболического ацидоза – 4% бикарбонат натрия- 200,0.
- В случае развития анурии сокращение объема инфузионной терапии до 600 мл / сутки, проведение гемодильтрации, гемодиализа.
- Антибактериальная терапия (защищенные пенициллины,цефалоспорины VI поколения).

(Tuffnell D.J., Shennan A.H.,Waug J.J.,Walker J.J. The management of severe preeclampsia/ eclampsia. London :Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2006.(Guideline; no. 10(A)).

Коррекция коагулопатии при HELLP-синдроме

В 32-93% случаев требуется коррекция при развитии коагулопатического кровотечения.

КП возмещается: СЗП 15 - 20 мл / кг массы, при массивных- до 30 мл/кг.

Криопреципитат 1 доза на 10 кг массы.

Концентрат Протромбинового комплекса:

Протромплекс 600

Рекомбинантный VII фактор(Коагил 90 мкг/кг).

Антифибринолитики, транексамовая кислота- 15 мг/кг .

Витамин К- 2,0- 4,0 мл.

- ИВЛ (IPPV).
- Заместительная и гепатопротекторная терапия.

Терапия кортикостероидами при HELLP- синдроме

- Бетаметазон 12 мг через 24 часа
- Дексаметазон 6 мг через 12 часов, или режим большей дозы 12 мг через 12 часов.

Эффект применения кортикостероидов- увеличение количества тромбоцитов у женщин и меньшая частота тяжелого РДС у новорожденных.

Терапия кортикостероидами не показала своей эффективности для предотвращения материнских и перинатальных осложнений.

(Isler C.M.Magann E.F. Dexsameshasone compared with betamethasone for glucocorticoid treatment of postpartum HELLP syndrome int.J Gynaecol. Obstet. 2002May.80(3) 291-7).

Клинические рекомендации Ассоциации Акушерских Анестезиологов . Arfpoint.ru. 2014).

Коррекция тромбоцитопении при HELLP- синдроме

- Тромбоциты более $50 \times 10^9/\text{л}$ и отсутствует кровотечение – тромбоцитарная масса не переливается.
- Тромбоциты менее $20 \times 10^9/\text{л}$ и предстоит родоразрешение – абсолютные показания к трансфузии тромбоцитарной массы 1 доза на 10 кг/массы тела.
- Глюкокортикоиды назначаются при количестве тромбоцитов менее $50 \times 10^9/\text{л}$.

(Isler C.M.Magann E.F. Dexamethasone compared with betamethasone for glucocorticoid treatment of postpartum HELLP syndrome int.J Gynaecol. Obstet. 2002May.80(3) 291-7).

Клинические рекомендации Ассоциации Акушерских Анестезиологов . Arfpoint.ru. 2014).

Анестезиологическое обеспечение в условиях оперативного родоразрешения

1. Мониторинг, стандарт “безопасности пациента” в условиях операционной
2. Ингибиторы протонной помпы / лосек / нексиум- 40 мг в/в капельно)

3. Анестезиологическое пособие:

Многокомпонентная анестезия с ИВЛ

(индукция фентанил, кетамин?

базис-наркоз : Sevo 1,5 об% + НЛА)

при HELLP-синдроме, ОЖГБ).

4. Пролонгированная ИВЛ не менее 6 часов в послеоперационном периоде (пропофол 50-100 мг/час, мидазолам)



Показания к ГФ/ ГД/ГДФ

- СПОН
- ОПН
- RDS- синдром

Абсолютные показания
к гемодиализу:

- ОПН с гиперкалиемией (K^+
– более 6 ммоль/л)



Показания к неотложному плазмаферезу

- Острый внутрисосудистый гемолиз
- Гиперферментемия, гипербилирубинемия
- ДВС-синдром
- ОПН
- Печеночная недостаточность, HELLP-синдром, ОЖДП.

Эффективность методов детоксикации:

Плазмаферез, МАРС в настоящее время не доказана.

Fitzpatrick KE, Hinshaw K. «Risk factoris, management, and outcomes jf hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets syndrome».Guideline.2010-2011.

HELLP-СИНДРОМ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

В. В. Ветров, Ю. С. Иванова, В. Е. Васильев, Д. О. Иванов

Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В. А. Алмазова, Институт перинатологии и педиатрии.
197342, ул. Акkuratова, д. 2, г. Санкт-Петербург, Россия

HELLP - SYNDROME IN OBSTETRIC PRACTICE (THE REVIEW OF LITERATURE)

V. V. Vetrov, Y. S. Ivanova, V. E. Vasiliev, D. O. Ivanov

Almazov Heart, Blood and Endocrinology Centre, Institute of perinatology and pediatrics,
197342, 2 Akkuratova str., Saint- Petersburg, Russia

единичны и разноречивы. Forster и др. считают, что плазмаферез при HELLP-синдроме должен применяться обязательно. Раннее начало плазмафереза может рассматриваться в качестве вспомогательной терапии при тяжелом и прогрессирующем HELLP-синдроме после родов [71]. Katz и др. трем пациенткам с прогрессирующим послеродовым HELLP-синдромом проводили плазмаферез с замещением на СЗП – успешно. Считают, что при микроангиопатических состояниях при преэклампсии плазмаферез надо применять как можно раньше, особенно, при ухудшении клинической картины [72]. Martin и др. выполняли ПА семи женщинам с тяжелым гестозом и HELLP-синдромом после родоразрешения. У этих женщин тромбоцитопения была в среднем 30 000, АЛТ более 1000, выраженные полиорганные дисфункции. Было проведено по 3 процедуры плазмоэкспфузии (3,1 литра), состояние пациенток значительно улучшилось, тромбоциты через 24, 48 и 72 часа увеличивались соответственно в 2,2; 3,6 и 4,5 раза, уровень АЛТ снижался через 48 часов [73].

Мировой стандарт терапии HELLP-синдрома

- Пульс-дозы глюкокортикоидов до 4 г/сут.
- В/в иммуноглобулины (пентаглобин)
- * - **Терапия отчаяния - цитостатики**
 - - **При разрыве печени - экстренная трансплантация печени.**

Трансплантация печени при HELLP-синдроме и ОЖДП в нашей стране не развита.



Популяционное исследование (229 госпиталей 57 пациенток с ОЖГБ)

- Частота встречаемости ОЖГБ (AFLP) в Великобритании 5 на 100 000;
- В 90% диагноз выставлен на основании клиники и лабораторного подтверждения;
- 18% беременностей были многоплодными;
- В 20% случаев диагностировался дефицит массы тела;
- 60% беременных наблюдались в ПИТ, 15% в центре гепатологии
- **1 пациентка перенесла трансплантацию печени**
- Материнская смертность составила 1,8% (1 пациентка)
- Перинатальная смертность 104: 1000 новорожденных

(Knight M., Nelson-Piersy C., Kurinczuk J.J. // Gut.2008 Jul. 57(7)951-6).

Осложнения у новорожденных при HELLP-синдроме

- Тромбоцитопения - 36%, что приводит к развитию кровоизлияний и поражения нервной системы.
- Асфиксия – 5,6%.
- Респираторный дистресс- синдром – 25 -50%.
- Синдром задержки развития плода (ЗВУР) - 38%.
- Лейкопения – 21%.
- Нейтропения - 33%.
- Внутричерепные кровоизлияния - 12,5%
- Некроз кишечника - 6,2%.

(G.Mitterschiffthaller, et al., 1999, P.276-281)

Клинический пример: Пациентка Б., 36 лет, поступила в НГПЦ 28.01. 2014г., с диагнозом: бер. 28-29 нед. Тяжелая преэклампсия. Кесарево сечение. Массивная кровопотеря. (1500,0 мл, 25,8 мл/кг).

HELLP- синдром. ОПН в стадии олугоанурии.

При поступлении : головная боль в височной области, АД- 140/90- 160/100 мм.рт.ст., САД- 120. Протеинурия до 5,0г/сут., анасарка.

По лабораторным тестам: АЛТ- 89 мкмоль/л, АСТ- 57 мкмоль/л, Тр- 103×10^9 . гипопроотеинемия- 46 г/л. Родоразрешена путем операции кесарева сечения. Во время операции наблюдалась тенденция к олигурии.

В послеоперационном периоде: отмечено прогрессирование снижения диуреза, гипокоагуляция: Ф- 1,7 г/л, Тр- 82×10^9 ; макроскопически гемолиз, в мазке крови сморщенные эритроциты, ЛДГ- 711 u/l, о. билирубин- 52,8 мкмоль/л, АЛТ-110 мкмоль/л, АСТ- 154-172 мкмоль/л, Креатинин- 228 мкмоль/л. К диагнозу: HELLP- синдром. ОПН в стадии олигоанурии.

На 2 сутки :жалобы на нарушение зрения, размытость предметов, « туман» перед глазами. Осмотрена окулистом: в нижненосовом квадранте отслойка сетчатки серовато- белого цвета имеет вид ограниченного пузыря со складками и темными ретинальными сосудами.

Дополнительно к диагнозу: Отслойка сетчатки обоих глаз.

В течение последующих пяти суток на фоне ИТ уменьшились проявления гемолиза, уровень билирубина, степень протеинурии и артериальной гипертензии.

Через три недели после поступления пациентка в удовлетворительном состоянии выписана домой.

Прогноз при HELLP- синдроме

- В большинстве случаев через неделю после родоразрешения проявления заболевания проходят. При благоприятном течении в послеродовом периоде наблюдают быструю регрессию всех симптомов. Через 3-7 суток после родоразрешения нормализуются лабораторные показатели крови, за исключением случаев выраженной тромбоцитопении. При соответствующей корригирующей терапии содержание тромбоцитов возвращается к норме на 11 сутки, активность ЛДГ – через 8-10 суток.
- Риск развития рецидивов при последующей беременности HELLP- синдрома не велик, Составляет 4%.

НО ! Женщин, перенесших HELLP- синдром следует отнести в группу повышенного риска по развитию данной патологии!

Заключение:

«Несмотря на крайнюю тяжесть течения HELLP-синдрома, его присоединение не должно служить оправданием летального исхода при тяжелом гестозе, а скорее свидетельствует о несвоевременной диагностике, неадекватной или несвоевременной интенсивной терапии!»

(Шифман Е.М. 2002г.)



Благодарю за внимание!

drobinskaya@rambler.ru

Благодарю за внимание!

