



HELLP – СИНДРОМ

КЛИНИЧЕСКИЙ АУДИТ СЛУЧАЯ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Заварзин Петр Жанович

Ростов-на-Дону, 2015 год



Каждую минуту на планете гибнет 1 женщина от причин, связанных с беременностью и родами (580 000 в год)

Отчет ВОЗ (2013)

16:00

Многопрофильная городская больница
ИНФЕКЦИОННОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
акушерский стационар – 3,5 тыс. родов в год

- Беременная женщина 29 лет
- 33-34 недели, 2 беременность, ОАГА (рубец на матке, внематочная беременность)
- Общая слабость
- Быстрая утомляемость
- Головная боль
- Тошнота
- Позывы на рвоту
- Нарушения зрения

В ОАК:

Лейкоцитов – $9,1 \times 10^9/\text{л}$

П-я форм – 6%

В ОАМ:

Протеинурия – 0,066 г/л

Ацетонурия ++++

АД=100/60; ЧСС=94 в мин

ЧД=20 в мин; Т=38,5°C

- диагноз: «ОРВИ, острый пиелонефрит, острый бронхит, пневмония, ЛЗН, энтеровирусная инфекция»

Клиническая картина HELLP-синдрома

(Акушерство "Национальное руководство" под редакцией Айламазян Э. К., Кулакова В.И., Радзинского В.Е., Савельевой Г.М. 2009)

Признаки	HELLP-синдром
Слабость, утомляемость	+/-
Головная боль	++
Рвота	+++
Тошнота	+++
Лихорадка	++/-
Мозговые или зрительные нарушения	++/-
Артериальная гипертензия	+++/-
Отёк лёгких или цианоз	+/-

Клиническая картина HELLP-синдрома

До настоящего времени нет универсального предиктора!

Но,

клиническая симптоматика – нарушения зрения, боли в эпигастрии, рвота – более качественные предикторы тяжелых осложнений.

Консилиум:

ОРВИ, острый пиелонефрит, острый бронхит, пневмония, ЛЗН, энтеровирусная инфекция

~~Любые клинические симптомы у беременной женщины всегда необходимо рассматривать с точки зрения преэклампсии, а уже затем - с точки зрения экстрагенитальной патологии~~

Преэклампсия - “great impostor” - “великий обманщик”

R.S. Goodlin

Первые сутки:

Интенсивность головной боли ↑ ↑ ↑
Тошнота, рвота ↑ ↑ ↑
Общая слабость ↑ ↑
АД ↑ 130/80 мм.рт.ст.
ЧСС=86-88 в мин.
Т = 36,7°C
ЧД=18 в мин.
ДИУРЕЗ ↓ ↓

ИСКЛЮЧАЮТСЯ:

- ОРВИ, НЕЙРОТОКСИКОЗ
- МЕНИНГИТ
- ЛИХОРАДКА ЗАПАДНОГО НИЛА
- ЭНТЕРОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ
- ПИЕЛОНЕФРИТ



ПРЕЭКЛАМПСИЯ

???

R-графия органов грудной клетки (20 часов после поступления):

«Усиление и деформация бронхососудистого рисунка в прикорневых зонах, небольшие застойные явления, плевральные синусы свободны, расширение сердца в поперечнике»

РДСВ ???

РКТ органов грудной клетки (21,5 часа после поступления):

«Усиленный легочной рисунок с зонами перивазальной инфильтрации на всем протяжении, в плевральной полости слева – свободная жидкость в небольшом количестве, расширение камер сердца с наличием выпота в перикарде»

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

!!!

«2-сторонняя нижнедолевая пневмония, малый экссудативный плеврит слева, перикардит?, начинающийся отек легких»

ПРЕЭКЛАМПСИЯ

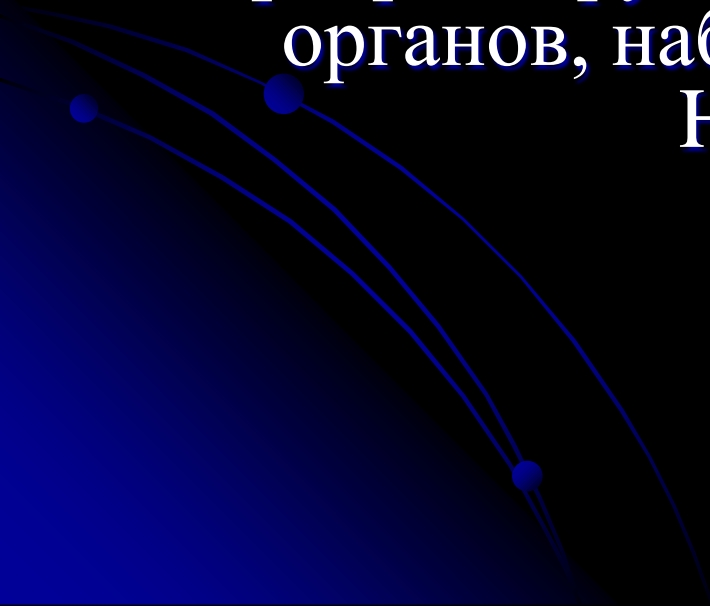
АНАЛОГИЧНАЯ R-КАРТИНА

+

УЗИ: НАРУШЕНИЕ СОКРАТИМОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, ЖИДКОСТЬ В ПЕРИКАРДЕ, НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МИТРАЛЬНОГО И 3-СТВОРЧАТОГО КЛАПАНА, ДИФФУЗНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПЕЧЕНИ, ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ, ПАРЕНХИМЕ ПОЧЕК, НЕЗНАЧИТЕЛЬНОЕ РАСШИРЕНИЕ ОБЕИХ ЛОХАНОК

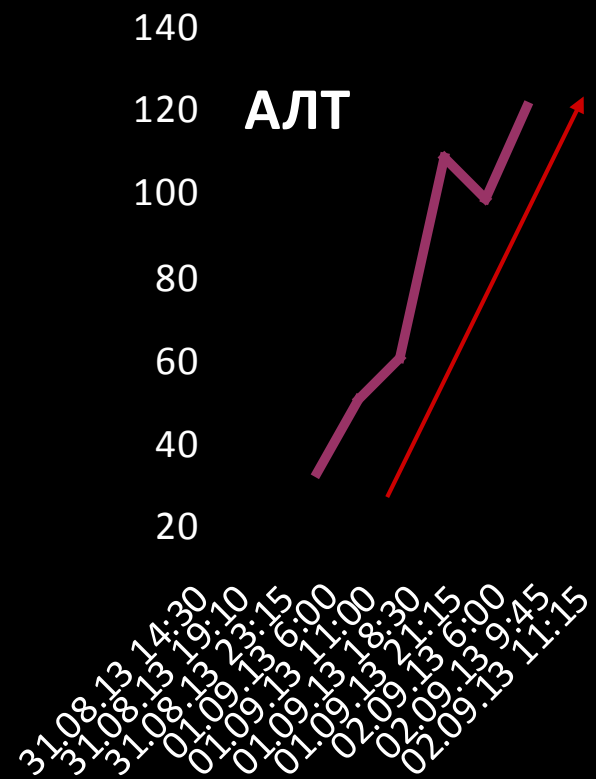
СПОН
РДСВ

Описанные R- и УЗИ изменения можно
рассматривать как проявления
генерализованного сосудистого спазма
и
прогрессирующей дистрофии внутренних
органов, наблюдающихся при развитии
HELLP-синдрома



22,5 часа после госпитализации:

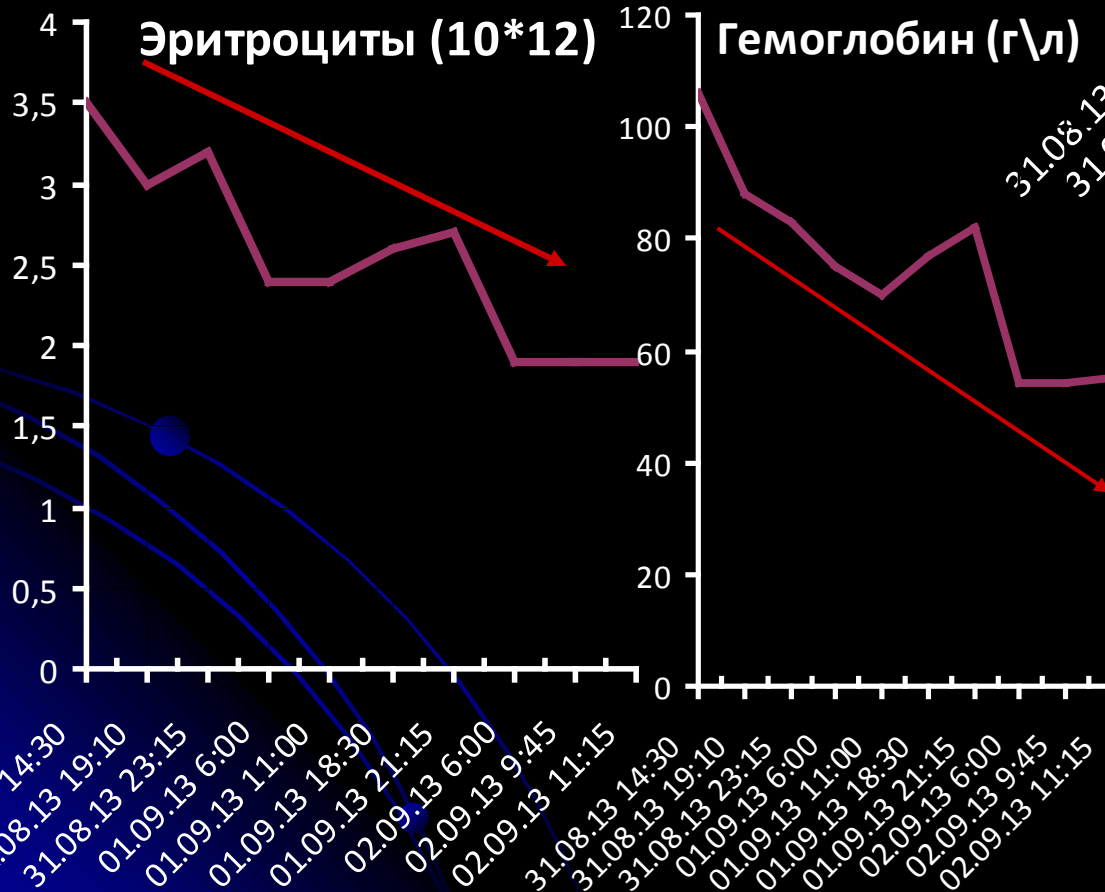
- ГОСПИТАЛИЗИРОВАНА В АРО
- Одышка с преобладанием инспираторного компонента 28-40 в мин. (в покое)
- Цианоз
- Гипоксемия – Sat O₂ ↓ до 84%
- Гипертензия в малом круге кровообращения, ↑ ЦВД до 46 см.вод.ст.
- Количество лейкоцитов – $8,6 \times 10^9/\text{л}$
- T ↑ до 38,5°C.
- Олигурия (30-35 мл/час)
- Декомпенсированный метаболический ацидоз



Билирубин ↑ до 42,34 мкмоль/л
 Гипопротеинемия - общий белок 48 г/л
 АСТ ↑ ↑ ↑ до 113,8 Ед/л
 ЩФ ↑ ↑ ↑ до 211 U/L (N x 2!!!)
 Гипогликемия - 3,2 г/л
 С-реактивный белок ↑ ↑ ↑ 106,7 мг/л

HEL

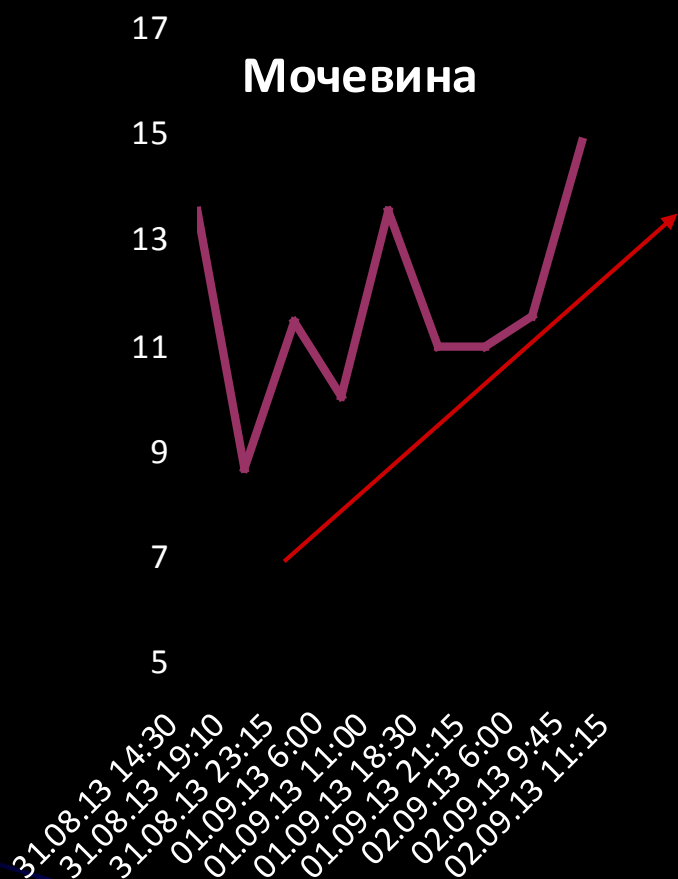
**Тромбоцитопения: $58 \times 10^9/\text{л}$;
Прогрессирующая анемия**



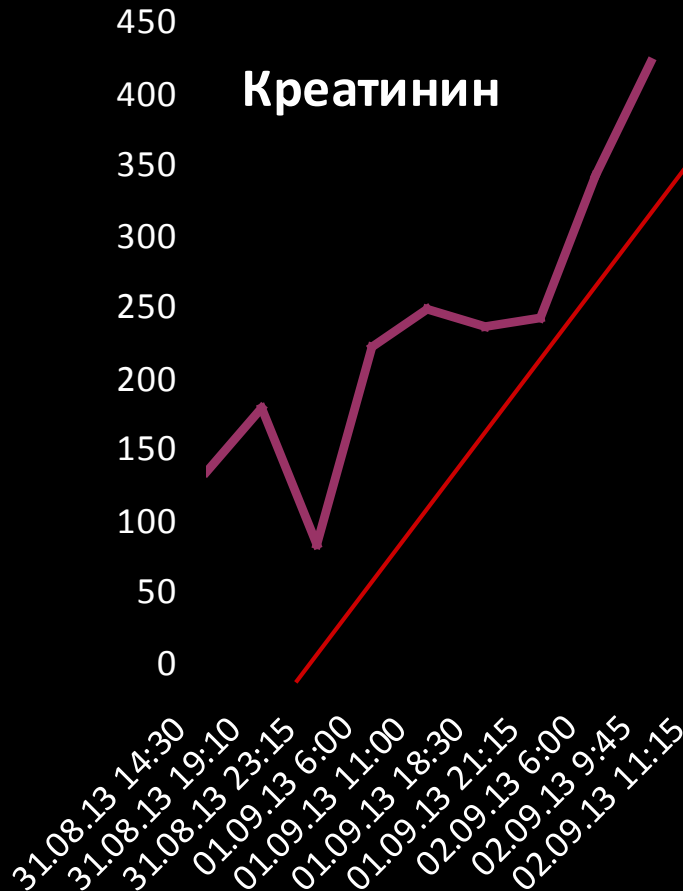
**Свободный
Нв
не определялся**

HELLP

Мочевина



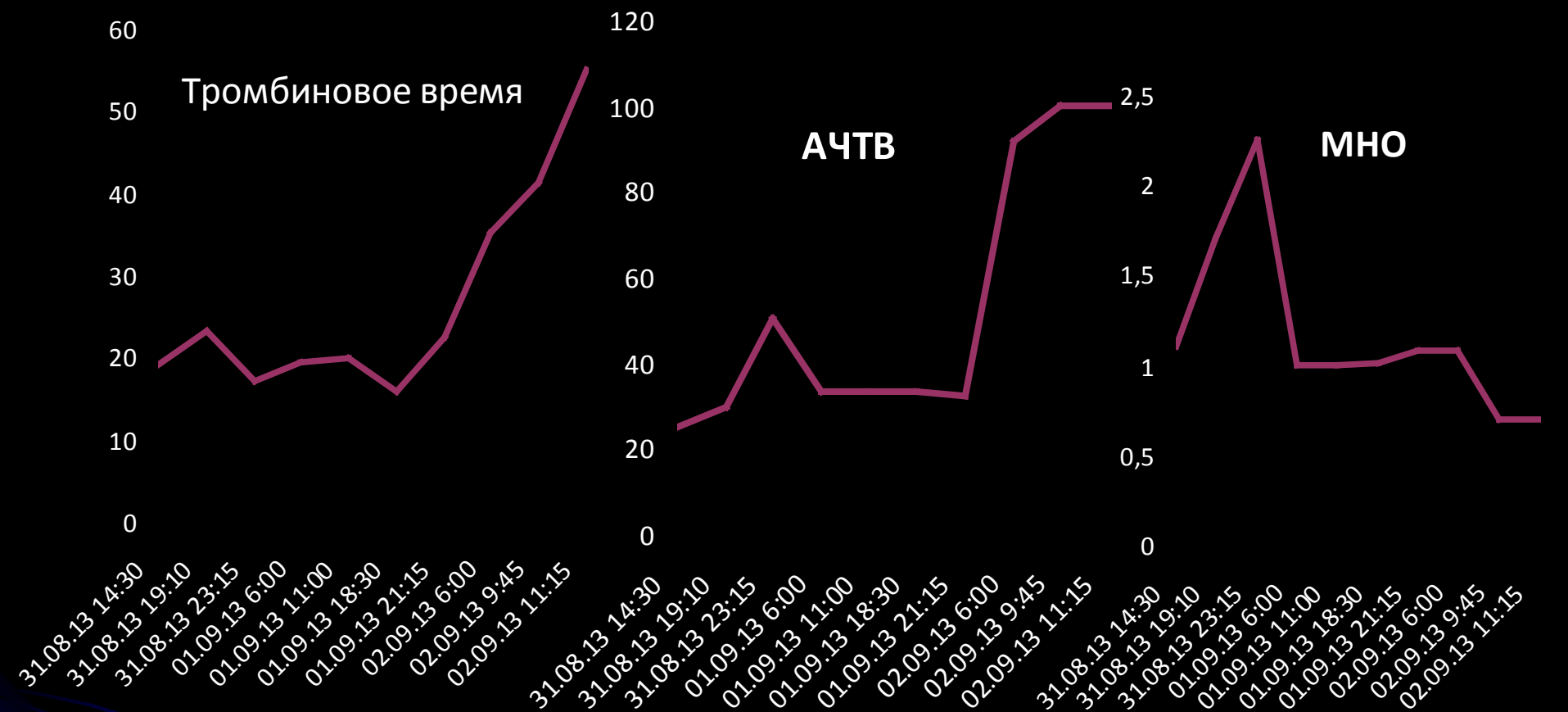
Креатинин



Мочевина ↑ 13,5 ммоль/л

Креатинин ↑ 132 мкмоль/л

Мочевая кислота ↑ ↑ ↑ 645 мкмоль/л



↑↑↑ тромбинового времени и МНО в 2 раза
 ↑↑ АЧТВ в 1,5 раза

С-м ДВС в фазе коагулопатии потребления!!!

Описанные изменения соответствуют 2 классу тяжести HELLP-синдрома (“Mississippi tripl”).

HELLP
Hemolysis
Elevated
Liver
enzymes
Low
Platelets

Диагностические критерии степени тяжести HELLP-синдрома

Степень тяжести (класс)	Классификация (Tennessee)	Классификация (Mississippi-Triple)
	Показатели	
1	Тромбоциты $< 100 \times 10^9 / \text{л}$ АСТ $> 70 \text{ МЕ/л}$ ЛДГ $> 600 \text{ МЕ/л}$	Тромбоциты $< 50 \times 10^9 / \text{л}$ АСТ или АЛТ $> 70 \text{ МЕ/л}$ ЛДГ $> 600 \text{ МЕ/л}$
2		Тромбоциты $< 100 \times 10^9 > 50 \times 10^9 / \text{л}$ АСТ или АЛТ $> 70 \text{ МЕ/л}$ ЛДГ $> 600 \text{ МЕ/л}$
3		Тромбоциты $< 150 \times 10^9 > 100 \times 10^9 / \text{л}$ АСТ или АЛТ $> 40 \text{ МЕ/л}$ ЛДГ $> 600 \text{ МЕ/л}$

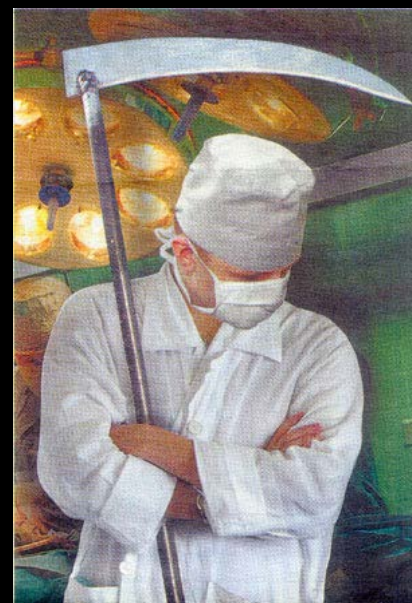
2-ые сутки

Прогрессирующий развернутый синдром ПОН:

- Синдром системного воспалительного ответа
- РДСВ и паренхиматозная ОДН III ст.
- Синдром ДВС
- Острая почечно-печеночная недостаточность в стадии олигоанурии, уремия
- Острая сердечно-сосудистая недостаточность и энцефалопатия
- Гиперкатаболический синдром
- Эндотоксикоз
- Метаболический ацидоз

28-ой час - консилиум № 3

Консилиум подтверждает мнение о наличии у беременной 2-сторонней полисегментарной пневмонии, сепсисе и прогрессирующей ПОН!!!



РЕШЕНИЕ:

оперативное родоразрешение «при ухудшении состояния плода», не смотря на то, что мать находится в критическом состоянии которое прогрессивно ухудшается.

Приказ Минздрава РФ от 1.11.2012 г. № 572н

- Показанием для досрочного родоразрешения в первую очередь является «тяжелая форма заболевания, ухудшение состояния матери (появление/нарастание сердечной и дыхательной недостаточности и отсутствие эффекта от лечения)».
- *Экстренное досрочное оперативное родоразрешение у беременной женщины, находящейся в критическом состоянии, является ключевым этапом комплекса интенсивной терапии, без выполнения которого, все другие мероприятия становятся неэффективными и бесполезными !!!*

2-ые сутки

Терапия:

- ИТ, включавшая инфузию СЗП
- Глюкокортикоиды
- Инотропная поддержка
- Респираторная поддержка (спустя 9 часов после поступления в АРО)
- Стимуляция диуреза салуретиками (без эффекта)
- Антибактериальная терапия

АГОНИЯ
(33-й час)
РЕАНИМАЦИОННЫЕ
МЕРОПРИЯТИЯ

46-ой час - консилиум № 4

РЕШЕНИЕ:

В связи с “выявленным резким ухудшением состояния плода”, показано экстренное досрочное оперативное родоразрешение.

Состояние беременной женщины к этому времени – агональное!



Рождение Эскулапа с помощью операции кесарево сечение у умершей женщины (Гравюра на дереве из книги Alessandro Benedetti, 1549)

ИТОГ :

Женщина погибла через 22 часа после КС и
экстирпации матки при явлениях
погрессировавшей ПОН.

Время пребывания в стационаре - 3 суток



УПУЩЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ

Любые клинические симптомы у беременной женщины всегда необходимо рассматривать с точки зрения преэклампсии, а уже затем - с точки зрения экстрагенитальной патологии

УПУЩЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ

Единственным патогенетическим методом
лечения HELLP-синдрома является
РОДОРАЗРЕШЕНИЕ.

При **НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ** установлении диагноза HELLP-синдрома
беременность должна быть прервана,
независимо от её срока, не позднее 48 часов.

РОДОРАЗРЕШЕНИЕ
Все остальные организационные и лечебные
мероприятия являются, по сути, подготовкой к
родоразрешению, которое должно быть
неотложным.

Своевременная и в полном объеме начатая патогенетически обоснованная терапия, направленная на устранение гемолиза, тромботической микроангиопатии и полиорганной недостаточности, позволяет улучшить эффективность интенсивного лечения и снизить материнскую смертность с 75% до 24,2–3,4%.



**СПАСИБО
ЗА
ВНИМАНИЕ!**

