

И.Г. Вервейко¹, М.Б. Куцый¹, В.С. Гороховский^{1,2}, Н.Ю. Владимирова¹,
М.В. Чепелянская³, Н.В. Мамаева¹

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ HELLP-СИНДРОМА КРАЙНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

¹КГБУЗ «Перинатальный центр» министерства здравоохранения Хабаровского края,
680023, ул. Истомина, 85, тел. 8-(4212)-45-40-03;
²Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-76-13-96, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru;
³Краевая клиническая больница № 2,
680030, ул. Павловича, 1б, тел. 8-(4212)-47-42-48, e-mail: hospital@nxt.ru, г. Хабаровск

Резюме

В данной статье представлен клинический случай успешного лечения HELLP-синдрома у первобеременной первородящей женщины, находившейся в состоянии крайней степени тяжести, с благоприятным исходом и сохранением репродуктивной функции пациентки.

Ключевые слова: преэклампсия, материнская смертность, HELLP-синдром.

I.G. Vereveiko¹, M.B. Kutsiy¹, V.S. Gorokhovskiy^{1,2}, N.Y. Vladimirova¹, M.V. Chepelyanskaya³, N.V. Mamaeva¹

A CASE OF A SUCCESSFUL TREATMENT OF A VERY SEVERE CASE OF HELLP-SYNDROME

¹Perinatal Center of the Khabarovsk Region;
²Far Eastern State Medical university,
³Regional clinical hospital № 2, Khabarovsk

Summary

This article presents a case report of successful treatment of HELLP-syndrome in primigravida nulliparous woman, who was in a state of extreme severity, with a favorable outcome, and the preservation of the patient's reproductive function.

Key words: preeclampsia, maternal deaths, HELLP-syndrome.

HELLP-синдром является полисистемной патологией, осложняющей течение беременности. Сам термин представляет акроним: hemolysis (H), elevated liver enzymes (EL), thrombocytopenia (low platelet count – LP), – гемолиз, увеличение печеночных ферментов и тромбоцитопения. Он возникает с частотой 0,17-0,85 % от всех беременностей. Невзирая на относительную редкость, прогноз при данной патологии очень серьезен как для матери, так и для плода. HELLP-синдром часто наслаивается на клинику тяжелой преэклампсии и эклампсии, но может быть диагностирован у беременных без гипертензивных расстройств [4, 6].

Интенсивная терапия HELLP-синдрома представляет собой сложную комплексную задачу. Многие лечебно-диагностические подходы при нем точно такие же, как и при тяжелой преэклампсии, но наличие тромбоцитической микроангиопатии, гемолиза, высокий риск развития острой почечной недостаточности, острогипертензивного дистресс-синдрома, ДВС-синдрома, кровоизлияний в центральную нервную систему, массивной кровопотери диктует применение таких методов как плазмообмен, дексаметазоновая реанимация, заместительная почечная терапия, длительная искусственная вентиляция легких [1, 2, 5].

В представленном клиническом наблюдении приведено описание интенсивной терапии HELLP-синдрома.

В марте 2016 года (08.03.2016 г. в 03:30) в приемный покой акушерского отделения КГБУЗ «Перинатальный центр» бригадой скорой медицинской помощи доставлена первобеременная, первородящая пациентка Д., 28 лет. При поступлении пациентка предъявляла жалобы на резкую боль в эпигастриальной области после ужина, тошноту, головную боль, однократную рвоту, жидкий стул, повышение АД до 180/110 мм рт. ст. По данным обменной карты течение беременности без особенностей, экстрагенитальной патологии нет. Для дальнейшего наблюдения, обследования, лечения доставлена в РАО.

В 06:00 после дообследования с предварительным диагнозом: **Беременность 32-33 недели. Преэклампсия тяжелой степени. HELLP-синдром. Критическое нарушение маточно-плацентарно-плодного кровообращения 3-й степени с признаками централизации кровообращения. Гипоксия плода тяжелой степени** доставлена в операционную, где выполнена операция кесарева сечения под спинномозговой анестезией. Извлечен мертвый плод массой 1100 г. По окончании операции у больной отмечается приступ рвоты с застойным геморрагическим компонентом, обильно. Далее развился эпизод судорог на фоне артериального давления 90/60 мм рт. ст. и ЧСС 88 в минуту, в связи с чем больная была переведена на ИВЛ. В раннем послеродовом послеоперационном периоде состояние больной крайне тяжелое, обусловлено пре-

эклампсией тяжелой степени, HELLP-синдромом, эклампсией. Больной проводится седация барбитурами и бензодиазепинами, ИВЛ в режиме вентиляции, контролируемой по давлению, магнизиальная терапия, дексаметазон; также начата антибактериальная и антисекреторная терапия. Сознание медикаментозно угнетено. Зрачки узкие, одинаковые, фотореакции сохранены, гемодинамические показатели стабильные, динамика сокращения матки удовлетворительная. Но обращает внимание геморрагический синдром: экхимозы в местах пункции, генерализованная петехиальная сыпь; по дренажу из брюшной полости геморрагическое отделяемое, повязка на животе пропитана кровью. Кроме этого отмечается анурия. Больной начат аппаратный плазм обмен на аппарате «Haemonetics MCS+». Невзирая на проводимую терапию состояние больной крайне тяжелое, динамика отрицательная за счет нарастания ССН, ДН, нарушения гемостаза. Отмечается выраженная артериальная гипотония, несмотря на вазопрессорную поддержку норадреналином, рецидивирующие носовые кровотечения. Олигурия в пределах 10 мл в час и подъем креатинина до 198 мкмоль/л свидетельствовали в пользу острого почечного повреждения в стадии II (повреждение) по классификации RIFLE. По лабораторным данным отмечалась тромбоцитопения до $20 \times 10^9/\text{л}$, что в сочетании с резким подъемом уровня аланинаминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы до 1154 ЕД/л и 2013 ЕД/л соответствовало самой тяжелой степени HELLP-синдрома по классификации Миссисипи [3, 4]. В течение первых суток больной лечебный плазмообмен с замещением СЗП 3 840 мл. Суммарный аферез составил 3 755 мл. Проводилась трансфузия эритроцитной массы 1 748 мл, СЗП 870 мл, концентрат тромбоцитов 8 доз. Учитывая выраженную гипокоагуляцию, снижение фибриногена менее 0,8 г/л, нарастающий геморрагический синдром к терапии были добавлены синтетические ингибиторы фибринолиза транексамовая кислота в дозе 1 грамм и рекомбинантный активированный седьмой фактор эптактог альфа в дозе 6 мг.

Проводимая терапия привела к регрессу геморрагического синдрома и стабилизации артериального давления в пределах АД 100/60 – 130/90 мм рт. ст., на фоне инфузии норадреналина в дозе 0,27 мкг/кг/мин.

В течение следующих суток 09.03.2016 состояние больной оставалось крайне тяжелым, но при этом регистрировались стабильные показатели гемодинамики, что позволило снизить, а затем и отменить вазопрессорную поддержку. Лабораторные критерии, отражающие выраженность HELLP-синдрома также свидетельствовали в пользу уменьшения тяжести процесса: отмечен прирост тромбоцитов на фоне плазмообмена и трансфузии 14 доз концентрата тромбоцитов до $136 \times 10^9/\text{л}$ и снижение аспартатаминотрансферазы и аланинаминотрансферазы до 1074 ЕД/л и 1603 ЕД/л соответственно. Вместе с тем у больной нарастала клиника острого почечного повреждения, что проявилось дальнейшим нарастанием креатинина до 378 мкмоль/л, мочевины до 19,6 ммоль/л. Невзирая

на стимуляцию диуреза фуросемидом сохранялось олигоанурия (540 мл мочи в сутки), нарастал отечный синдром. Больной была отменена седация и начата энтеральная нутриционная поддержка.

10.03.2016 невзирая на отмену седации сознание угнетено до комы (по шкале ком Глазго 3 балла). С целью объяснения причины церебральной недостаточности выполнена спиральная компьютерная томография головного мозга, по данным которой патологии со стороны структур головного мозга не выявлено. Больной была продолжена интенсивная терапия в прежнем объеме, включая заместительную трансфузионную терапию, которая за 72 часа послеоперационного периода включила СЗП 5910 мл, эритроцитную массу 2001 мл и 22 дозы концентрата тромбоцитов. Отмечено дальнейшее уменьшение АлАт до 583 ЕД/л и АсАт до 615 ЕД/л. Количество тромбоцитов $146 \times 10^9/\text{л}$. Невзирая на регресс проявлений HELLP-синдрома у больной нарастает креатинин (578 мкмоль/л) и мочевина 29 ммоль/л, что в сочетании с крайне низким темпом мочеотделения отражало течение олигурической стадии ОПН (стадия 3 по AKIN). Больной начата заместительная почечная терапия в режиме продленной вено-венозной гемофильтрации. На фоне проведения ЗПТ, через 5 часов от начала сеанса, отмечено постепенное восстановление уровня сознания. Реагирует на боль, на свое имя открывает глаза. Зрачки одинаковые, фотореакция сохранена. 12.03.2016 больная переведена на самостоятельное дыхание и экстубирована. Продленная вено-венозная гемофильтрация проводилась в течение 108 часов 34 минут. Обмен составил 185 526 мл жидкости, объем ультрафильтрата 10 840 мл.

В период с 12.03.2016 по 16.03.2016 динамика положительная. Отмечено дальнейшее снижение активности печеночных ферментов (АлТ 38 Ед/л, АсТ 32 Ед/л), стабильный уровень тромбоцитов. Уровень креатинина снизился до 253 мкмоль/л; мочевина в пределах 9,9-12,6 ммоль/л.

В течение последующих пяти суток состояние больной оставалось стабильно тяжелым и было обусловлено течением острого почечного повреждения стадия 3 по AKIN. При этом явления HELLP регрессировали полностью, больная была активизирована, усваивала кормление. 19.03.2016 года отмечено наступление полиурической стадии ОПН. Диурез доходил до 5000 мл в сутки. Уровень креатинина постепенно нормализовался. 23.03.16 в удовлетворительном состоянии переведена из РАО в гинекологическое отделение КГБУЗ ПЦ. 29.03.16 больная выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение и амбулаторное долечивание у акушера-гинеколога в женской консультации по месту жительства. Диагноз при выписке: **Поздний послеродовый послеоперационный период после операции кесарева сечения 08.03.2016 по поводу патологических преждевременных родов в 32 недели. Эклампсия. HELLP-синдрома. Антенатальная гибель плода. ДВС-синдром. Полиорганная недостаточность, острая почечная недостаточность, анурической стадии.**

Выводы

В представленном клиническом наблюдении отражено течение HELLP-синдрома крайней степени тяжести, сопровождавшегося массивным внутрисосудистым гемолизом, ДВС синдромом, дистрибьютивным шоком, полиорганной недостаточностью.

Благодаря своевременной установке диагноза, быстрому родоразрешению и проведению терапии в полном объеме согласно протоколу, утвержденному Минздравом Российской Федерации, включая экстра-

корпоральные методы детоксикации, продленную заместительную почечную терапию, массивные трансфузии эритроцитов, СЗП и тромбоцитов, раннему подключению факторов свертывания крови удалось прервать внутрисосудистый гемолиз, купировать синдром ДВС, устранить явления шока и полиорганной недостаточности [1, 2]. Адекватная интенсивная терапия позволила не только сохранить женщине жизнь, но и репродуктивную функцию.

Литература

1. Анестезия, интенсивная терапия и реанимация в акушерстве и гинекологии. Клинические рекомендации. Протоколы лечения / Под ред. А.В. Куликова, Е.М. Шифмана. – М.: Медицина, 2016. – 472 с.

2. Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия. Клинические рекомендации (протокол лечения) / Под ред. Л.В. Адамян, В.Н. Серова, Е.М. Шифмана. – М.: Медицина, 2016. – 72 с.

3. Шифман Е.М. Преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром. – Петрозаводск: ИнтелТек, 2003. – 432 с.

4. Haram K. The HELLP syndrome: clinical issues and management. A Review // K. Haram, E. Svendsen, U. Abildgaard // BMC Pregnancy Childbirth. – 2009. – № 26. – P. 98.

5. HELLP syndrome: understanding and management of a pregnancy-specific disease / S. Aloizos, C. Seretis, N. Liakos [et al.] // J Obstet Gynaecol. – 2013, May. – Vol. 33, № 4. – P. 331-337.

6. Revisiting HELLP syndrome / L.M. Dusse, P.N. Alpoim, J.T. Silva [et al.] // Clin Chim Acta. – 2015, Dec 7. – № 451, Pt B. – P. 117-120.

Literature

1. Anesthesia, intensive care and resuscitation in obstetrics and gynecology: clinical recommendations, treatment protocols / Ed. by A. V. Kulikov, E.M. Shifman. – M.: Medicine, 2016. – 472 p.

2. Hypertensive disorders in pregnancy, during labor and post-partum, preeclampsia, eclampsia. Clinical recommendations, treatment protocols / Ed. by L.V. Adamyan, V.N. Serov, E.M. Shifman. – M.: Medicine, 2016. – 72 p.

3. Shifman E.M. Preeclampsia, eclampsia, HELLP syndrome. – Petrozavodsk: IntelTech, 2003. – 432 p.

4. Haram, K. The HELLP syndrome: clinical issues and management: A Review // K. Haram, E. Svendsen, U. Abildgaard // BMC Pregnancy Childbirth. – 2009. – № 26. – P. 98.

5. HELLP syndrome: understanding and management of a pregnancy-specific disease / S. Aloizos, C. Seretis, N. Liakos [et al.] // J Obstet Gynaecol. – 2013, May. – Vol. 33, № 4. – P. 331-337.

6. Revisiting HELLP syndrome / L. Dusse, P. Alpoim, J.T. Silva [et al.] // Clin Chim Acta. – 2015, Dec 7. – № 451, Pt B. – P. 117-120.

Координаты для связи с авторами: *Вервейко Ирина Геннадьевна* – врач анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии и реанимации для женщин КГБУЗ «Перинатальный центр» министерства здравоохранения Хабаровского края, тел. +7-924-213-03-66; e-mail: igverveyko@gmail.com; *Куцый Михаил Борисович* – канд. мед. наук, зав. отделением анестезиологии и реанимации для женщин КГБУЗ «Перинатальный центр» министерства здравоохранения Хабаровского края, тел. +7-914-209-71-20, e-mail: mkutsyuy@gmail.com; *Гороховский Вадим Семенович* – канд. мед. наук, доцент, зав. кафедрой анестезиологии и реаниматологии ДВГМУ, врач-анестезиолог-реаниматолог КГБУЗ «Перинатальный центр» министерства здравоохранения Хабаровского края, тел. +7-924-101-52-46, e-mail: vadsgor@yandex.ru; *Владимирова Наталья Юрьевна* – д-р мед. наук, профессор, заместитель главного врача по акушерству и гинекологии КГБУЗ «Перинатальный центр» министерства здравоохранения Хабаровского края, тел. +7-914-772-35-50; *Чепелянская Марья Владимировна* – врач анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии и реанимации КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», тел. +7-924-109-17-41, e-mail: chepyl@yandex.ru; *Мамаева Наталья Вениаминовна* – врач-трансфузиолог отделения экстракорпоральным методов гемокоррекции КГБУЗ «Перинатальный центр» министерства здравоохранения Хабаровского края, тел. +7-914-190-88-83, e-mail: mamaeva_nv@mail.ru.