

СРС

**Тема: HELLP-синдром:
интенсивная терапия.**



Выполнила: Байхадамова Зарина
Группа 055 2
Факультет ОМ 4 Курс
Проверила: Оразакова Н Н

Алматы 2017

План:

▣ Введение

▣ Основная часть:

1. Тактика при HELLP-синдроме
2. Лечебная тактика при HELLP-синдроме
3. Компоненты интенсивной предоперационной подготовки.
4. Компоненты интенсивной терапии после родоразрешения
5. Осложнения HELLP-синдрома

▣ Заключение

▣ Список используемой литературы



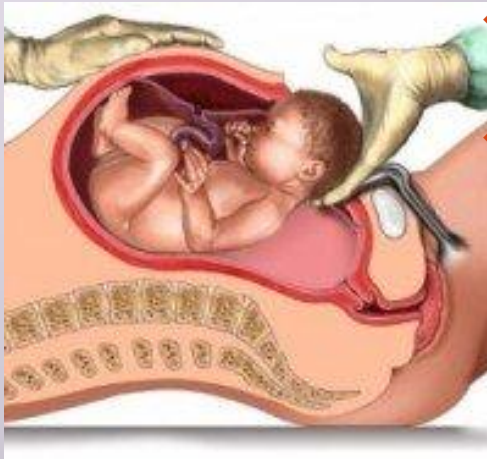
Введение

- **HELLP синдром** – патологическое состояние, относящееся к атипичным формам гестозов, клинически проявляющееся гемолизом, увеличением активности печеночных ферментов и тромбоцитопенией.

Данное название является аббревиатурой:

- **H (hemolisis)** – гемолиз (микроангиопатическая гемолитическая анемия);
- **EL (elevated liver ferments)** – повышение концентрации ферментов печени в плазме;
- **LP (low platelet quantity)** – уменьшение количества тромбоцитов (тромбоцитопения).

Тактика при HELLP-синдроме



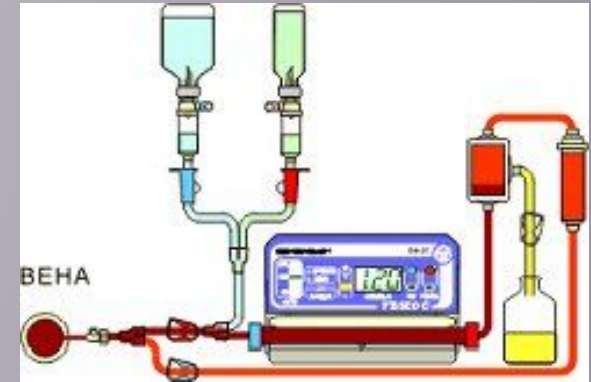
❖ Единственный патогенетический метод лечения— родоразрешение.

❖ Предоперационная подготовка:

– контроль ПТИ (протромбиновый индекс), АПТВ (активированное частичное (парциальное) тромбопластиновое время) каждые 4 часа

– аппаратный плазмаферез в режиме плазмообмена с надтрансфузией СЗП (свежезамороженная плазма)

Абдоминальное родоразрешение в условиях многокомпонентной анестезии и ИВЛ (КП возмещается СЗП 20 - 30 мл / кг массы)



- ❖ ИВЛ (IPPV)
- ❖ Заместительная и гепатопротекторная терапия
- ❖ Рациональная антибиотикотерапия (цефалоспорины IV)



Глюкокортикоиды
(бетаметазон, дексаметазон)



Терапия коагулопатии потребления (Коагил 90 мкг/кг, Протромплекс 600)

Лечебная тактика при HELLP- синдроме

- Быстрое и бережное родоразрешение.
- При развившемся HELLP- синдроме кесарево сечение является «золотым» стандартом.
- Профилактика тяжелой интра- и послеоперационной кровопотери (перевязка восходящих ветвей маточных артерий, антифибринолитики- транексамовая кислота).
- Стабилизация поврежденных органов и систем, гепатопротекторная и антибактериальная терапия.
- Контроль уровня гликемии- тяжелая гипогликемия



Компоненты интенсивной предоперационной подготовки.

перевод в реанимационное отделение, катетеризация центральной и периферической вен, оксигенотерапия;

трансфузия свежзамороженной 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/в капельно,

стимуляция диуреза — фуросемид в/в струйно, обеспечивая диурез не менее 100–150 мл/час;

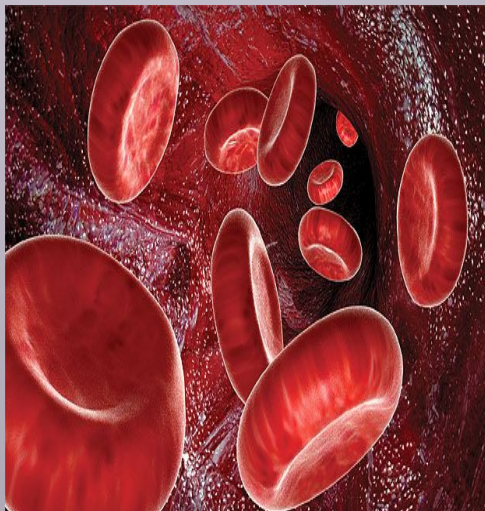
антигипертензивная терапия (при необходимости, индивидуально ориентированная — предпочтительнее управляемая артериальная гипотензия донаторами оксида азота — перлинголид, нитроглицерин в/в капельно),

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.

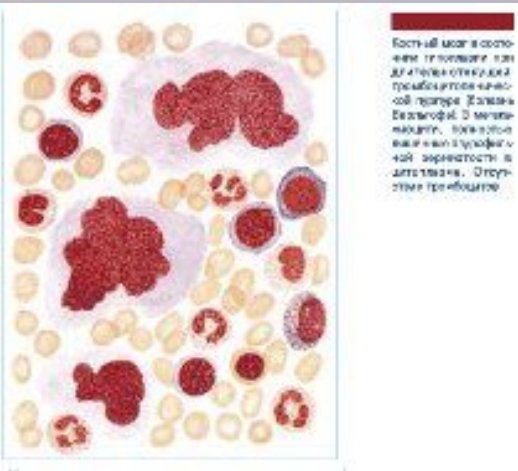


- ▣ *Время от установления диагноза HELLP-синдром до родоразрешения не должно превышать **2 часа**;*
- ▣ *проведение пробных методов лечения и оценки их эффективности приводит к потере времени, тромбоцитов и возможности развития **ДВС синдрома III–IV степени**.*



Родоразрешение провести в течение 30 минут при:

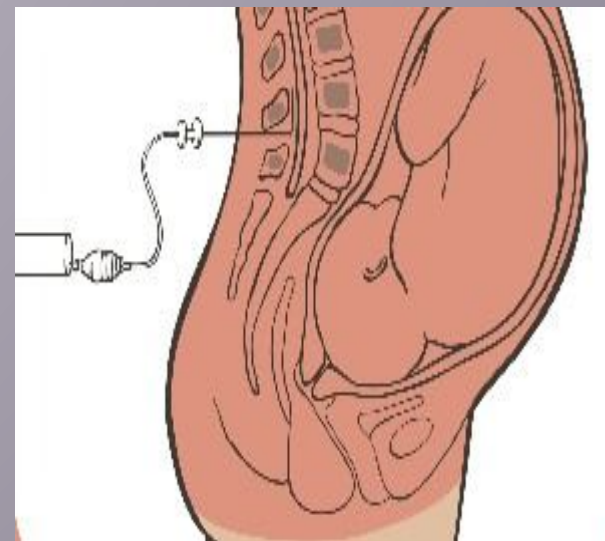
- прогрессировании анемии и нарастании гемолиза;
- прогрессировании тромбоцитопении;
- нарушении сознания, появлении неврологической симптоматики;
- прогрессировании печеночно-почечной недостаточности.



Анестезиологическое обеспечение:

- *«предпочтительный» метод анестезии при проведении кесарева сечения — общая анестезия с проведением ИВЛ.*

Преимущества — возможность жесткого контроля и коррекции жизненно важных функций, кроме того при проведении спинальной или эпидуральной анестезии при HELLP-синдроме высокий риск кровоизлияния в экстра- и субдуральное пространство.



Компоненты интенсивной терапии после родоразрешения



седатация и эффективное
обезболивание (сибазон по 2 мл 0,5
% раствора в/м каждые 6–8 часов,
по показаниям — промедол по 20-
40 мг в/м);



Компоненты интенсивной терапии после родоразрешения

магнезиальная терапия (инфузоматом с постоянной скоростью 2 мл/час; противопоказана при – ОПН в стадии олигоурии, артериальной гипотензии, маточном кровотечении; критерии отмены магнезиальной терапии – отсутствие признаков повышения возбудимости ЦНС (гиперрефлексии, гипертонуса, судорожной готовности), диастолическое артериальное давление не более 90 мм рт. ст., скорость диуреза не менее 50 мл/час);



гипотензивная терапия (препарат первого выбора – лабеталол по 20 мг в/венно в течении 2 минут, затем по 20-40 мг каждые 10-20 минут до достижения эффекта или допустимой общей дозы 300 мг; при отсутствии должного эффекта – клофелин по 1мл 0,0005 % р-ра внутримышечно;

Компоненты интенсивной терапии после родоразрешения



при появлении симптомов отека легкого — нитроглицерин (перлинголид) по 1–5 мкг/кг/мин инфузوماتом);

иммунодепрессивная терапия глюкокортикоидами (преднизолон по 5–15 мг/кг в течении 15 мин в/венно струйно, затем после снижения артериального давления — по 180–300 мг/сут).



Инфузионная терапия

Под контролем гемодинамики, ЦВД, диуреза) — 40–80 мл/кг в сутки:

- ❖ трансфузия свежезамороженной плазмы по 10–30 мл/кг с высокой скоростью инфузии (в среднем 2–2,5 литра),
- ❖ тромбоконцентрат по 5–8 доз при уровне тромбоцитов менее $100 \cdot 10^9$ или наличии геморрагического синдрома,
- ❖ переливание отмытой лейкофильтрованной эритроцитарной массы до нормализации уровня гемоглобина не менее 80 г/литр,
- ❖ донатор оксида азота Тивортин 100 мл (4,2 г аргинина гидрохлорида) 2 раза в сутки в/венно капельно,
- ❖ соотношение коллоиды : кристаллоиды = 2 : 1,
- ❖ стимуляция диуреза — фуросемид по 20–40 мг в/венно струйно; при острой почечной недостаточности, отеке легких, отеке головного мозга дозу увеличивают;



Инфузионная терапия

при нарушении сократительной способности

миокарда — добутамин по 5–15 мкг/кг/мин или дофамин по 5–15 мкг/кг/мин



при отеке легких — препараты нитроглицерина

антигипоксанты — мафусол по 500 мг/сут в/в капельно или реамбирин по 500 мл/сут в/в капельно,

антиоксиданты — витамин С 500–1000 мг/сут, эссенциале 10 мл в/в струйно до 3х раз в сутки, вит.Е 600–800 мг/сут, мексидол по 100 мг 3 раза в сутки, церулоплазмин по 500 мг/сут;

Инфузионная терапия

ингибиторы протеаз –
контрикал по 200 тыс.
ЕД/сутки в/в капельно,



антибактериальная терапия –
цефалоспорины III–IV поколения,
защищенные пенициллины, метронидазол
использовать с осторожностью (нарушение
функции печени!!!);

утеротоники –
окситоцин
в/мышечно по 5
ЕД 2–3 раза в
сутки.



- раннее энтеральное питание,
- – стимуляция функции кишечника (очистительная клизма, церукал, прозерин),
- – парентеральное питание по показаниям,

В послеоперационном периоде рекомендуется продленная ИВЛ с параметрами:



- продолжительность не менее 24 часов,
- влажность смеси 98–100 %,
- температура 30–32 °С,
- режим умеренной гипервентиляции с P_{aO_2} 26–30 мм рт. ст,
- дыхательный объем 8 мл/кг,
- частота циклов вентиляции 20–24/мин,
- $T_i : T_e = 1 : 2$;
- при тяжелой гипоксемии или отеке легких возможно применение ПДКВ (положительное давление конца выдоха) (5–10 мм вод. ст),
- в течение проведения ИВЛ постепенно проводится уменьшение частоты циклов вентиляции до 16–18/мин и F_iO_2 (содержания кислорода во вдыхаемой смеси) (по возможности не менее 0,6) под контролем $SpO_2 > 95 \%$, $P_{aO_2} > 90$ мм рт. ст.

Критерии перевода на вспомогательную или спонтанную вентиляцию:

- полное восстановление сознания,
- отсутствие декомпенсированного ДВС-синдрома, повышенной кровоточивости, выраженной гиперкоагуляции;
- увеличение количества тромбоцитов,
- улучшение функции печени и ферментемии,
- отсутствие олигоурии (диурез более 50 мл/час),
- температура тела ниже 38 °С,
- отсутствие септических осложнений,
- отсутствие судорожной готовности без применения противосудорожных препаратов,
- стабильная и легкоуправляемая гемодинамика,
- прекращение действия препаратов, угнетающих дыхание (миорелаксанты, гипнотики, наркотические анальгетики);
- восстановление мышечного тонуса,
- гемоглобин не менее 80 г/литр,
- хорошая адаптация к ИВЛ без седативных препаратов,
- $PaO_2 > 80$ мм рт. ст. и $SpO_2 > 95$ % при FiO

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%.

Заключение:

- 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!

Список используемой литературы

- Акушерство: учебник + CD/ под ред. Г.М. Савельевой, Р.И. Шалиной, Л.Г. Сечиной, О.Б. Паниной, М.А. Курцера. – М., 2008. – 656 с.
- Руководство по акушерству и гинекологии: учебное пособие/ пер. с англ. Под ред. Э.К. Айламазяна. – 4-е изд. – М., 2009. – 650 с.
- Бодяжина В.И., Жмакин К.Н., Кирющенко А.П. Акушерство – учебник для студентов мед. ВУЗов. М., 2001 г.
- Сметник В.П. Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология, -3-е изд., стереотип.-М. Медицинское информационное агентство, 2002.



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!