

С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина
Университеті

СӨЖ

Тақырыбы: НЕЕЛР-синдромы, диагностикасы.
Емі. Преэклампсияның асқынуымен.

Орындаған: Құрбанбекова Айсауле

Факультет: жалпы медицина

Курс: 5

Топ: 10-1

2015 ж

Жоспар:

I. Кіріспе.

II. Негізгі бөлім.

- Преэклампсия анықтамасы
 - НЕЕЛР-синдромының этиологиясы.
 - НЕЕЛР-синдромының патогенезі.
 - НЕЕЛР-синдромының диагностикасы.
 - НЕЕЛР-синдромының емі. Интенсивті терапия.

III. Қорытынды.

IV. Пайдаланылған әдебиеттер.

Преэклампсия - бұл жүкті әйелдердегі әдетте АҚ мен протеинурияның көтерілуімен көрінетін көп жүйелі синдром.

Жүктіліктің жеңіл формадағы бұл асқынулары әйелдердің 3% кездеседі, және көбіне анасы мен нәрестенің денсаулығына айтарлықтай әсер етпейді.

Преэклампсияның ауыр формасы жүкті әйелдердің 1-2% кездеседі.

Клиникалық диагноз

- Созылмалы гипертензия
- Жүкті әйелдердегі ісінулер
- Преэклампсияның жеңіл сатысы
- Преэклампсияның орташа сатысы
- Преэклампсияның ауыр сатысы
- Эклампсия

ДИАГНОСТИКА

Шағымдар мен анамнез

Шағымдар спецификалық емес және гестоздың көрінісінен және ауырлық сатысына байланысты. Бас ауруына, жүрек айнуына, эпигастрия кезіндегі ауыру сезіміне, кенеттен пайда болған ісікке, зәр шығуының азаюына, іштегі нәрестенің қимылдау сипаты өзгеруіне, теріде себебсіз қан құйылу пайда болуына немесе мұрыннан қан жиі кетуіне жасалған шағымдарға ерекше көңіл бөлу керек.

Физикалық тексерулер

Гипертензия

Гипертензия диагнозы диастоликалық қысым бір рет өлшегенде сынап бағанасынан 110 мм асса немесе тең болса немесе арасына 4 сағат салып екі рет өлшегенде сын. бағ. 90 мм асқанда немесе тең болғанда қойылады.

Систоликалық АҚ бастапқыдағыдан сын. бағ. 30 мм көбейсе, бірақ сын. бағ. 160 мм көп болмаса.

- **HEELP-синдромы** - көбінесе жүктіліктің III триместрінде туындайтын, симптомдардың жедел өршуімен сипатталатын акушериядағы сирек кездесетін және қауіпті патология.
- Синдромның қысқарған атауының бас әріптері мынандай мағына береді:
 - H — hemolysis (гемолиз);
 - EL — elevated liver enzymes (бауыр ферменттерінің белсенділігінің жоғарылауы);
 - LP — low platelet count (тромбоцитопения).
- 1954 жылы Дж. А. Притчард HEELP-синдромын алғаш сипаттаған. 1978 Р.С. Гудлин HEELP-синдромының прэклампсиямен байланысты екенін айтқан. 1982 жылы Л. Вейнштейн алғаш симптомдар триадасын біріктіріп, ерекше патологияны HEELP-синдромы деп атады.

ЭТИОЛОГИЯ

- HEELP-синдромының этиологиясы осы күнге дейін анықталмаған.
- HEELP-синдромының дамуына төмендегі факторлар ықпал етеді деген болжам бар:
 - ❑ Иммуносупрессия(Т және В-лимфоциттердің депрессиясы).
 - ❑ Аутоиммунды агрессия(антитромбоцитарлы, антиэндотелиалды АД).
 - ❑ Простоциклин/тромбоксан қатынасының төмендеуі(простоциклинстимулдеуші фактор өндірілуінің төмендеуі).
 - ❑ Гемостаз жүйесінің өзгерістері(бауыр тамырларының тромбозы).

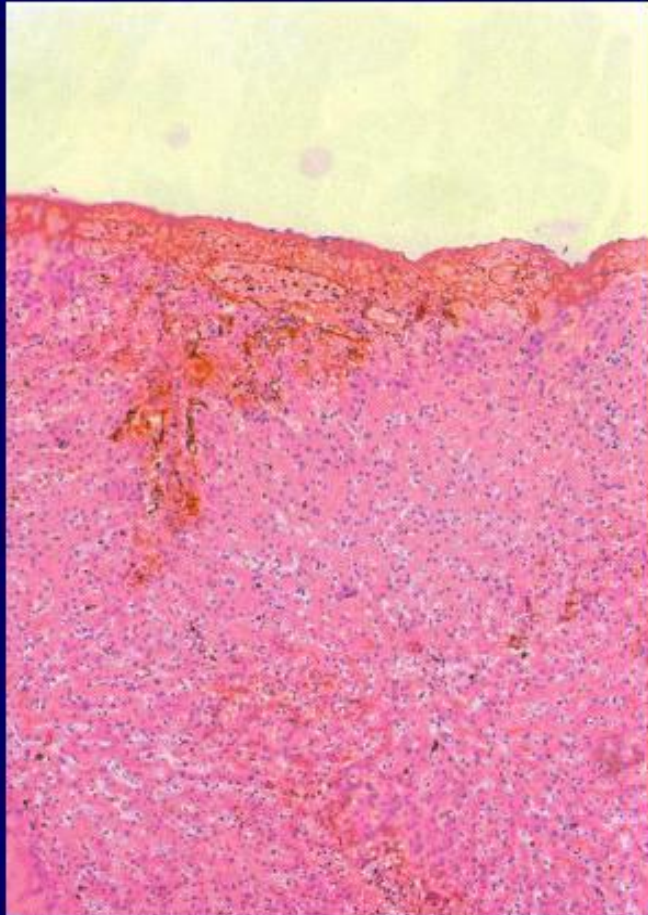
ЭТИОЛОГИЯ

- ❑ Бауыр ферменттерінің генетикалық ақаулары.
- ❑ Кейбір дәрілік заттарды қолдану (тетрациклин, хлорамфеникол).
- ❑ НEEEP-синдромының дамуына қолайлы қауіп-қатер факторлары:
 - ❖ Жүкті әйелдің жасы 25-тен жоғары.
 - ❖ Көп босанған әйелдер.
 - ❖ Көпнәрестелі жүктілік.
 - ❖ Соматикалық патологиялардың болуы.
 - ❖ Ақ түсті тері.

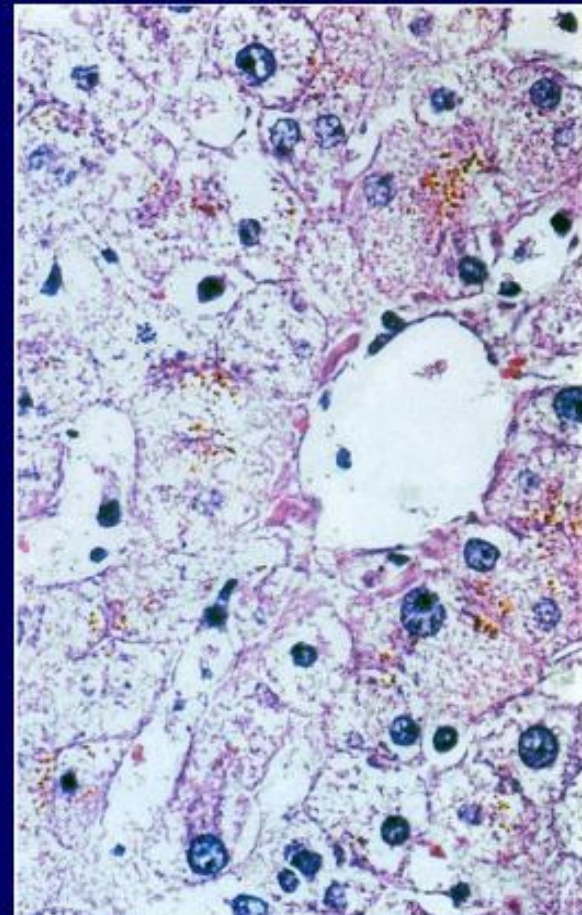
Патогенез



Характерные изменения в печени при HELLP-синдроме



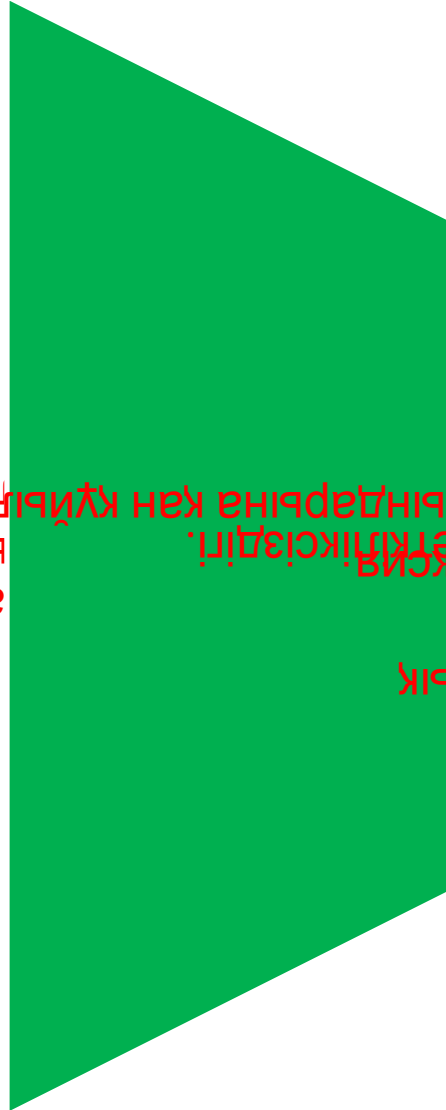
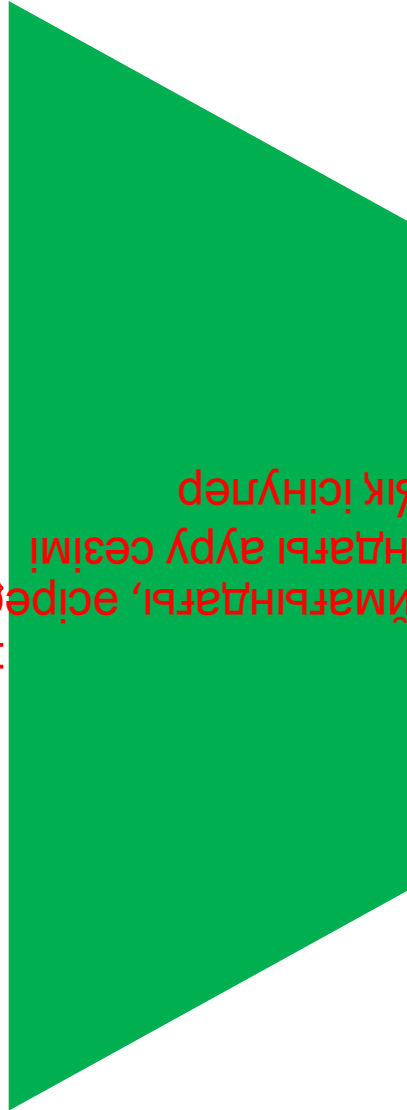
Субкапсулярные кровоизлияния, × 100



Тотальные некрозы гепатоцитов, × 400

(А.П.Милованов, 2008)

Клиника



тың жетел өршімен сип
аимарындағы, әсіресе он жақ
қимыл-қимырында да

аимарындағы, әсіресе он жақ
қимыл-қимырында да

аимарындағы, әсіресе он жақ
қимыл-қимырында да

аимарындағы, әсіресе он жақ
қимыл-қимырында да

аимарындағы, әсіресе он жақ
қимыл-қимырында да

аимарындағы, әсіресе он жақ
қимыл-қимырында да

HELLP-синдромының зертханалық көріністері

Холестаз
синдромы

ВИИ
әнигүл
дичиү
дәши •

Цитолиз
синдромы

а-в
сәдәф
әшәд
-с-нио
үәлә

Гепатоцеллюлярлық
жетіспеушілік
синдромы

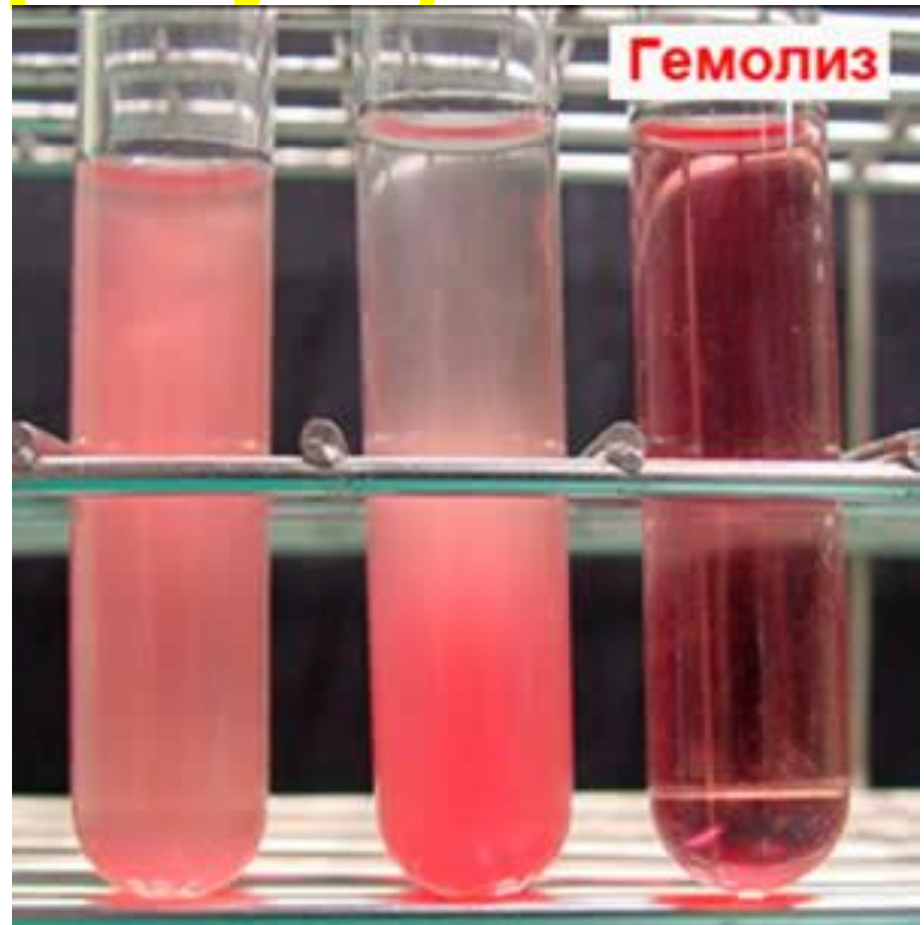
ТІХӘ
ТНӘӨТ
НІЯ •
ТХӨКӘ
ІЯЛЖ
'НИОН

Тромбоцитопения, қан ұю уақытының ұзаруы, гемолитикалық анемия, полихромазия

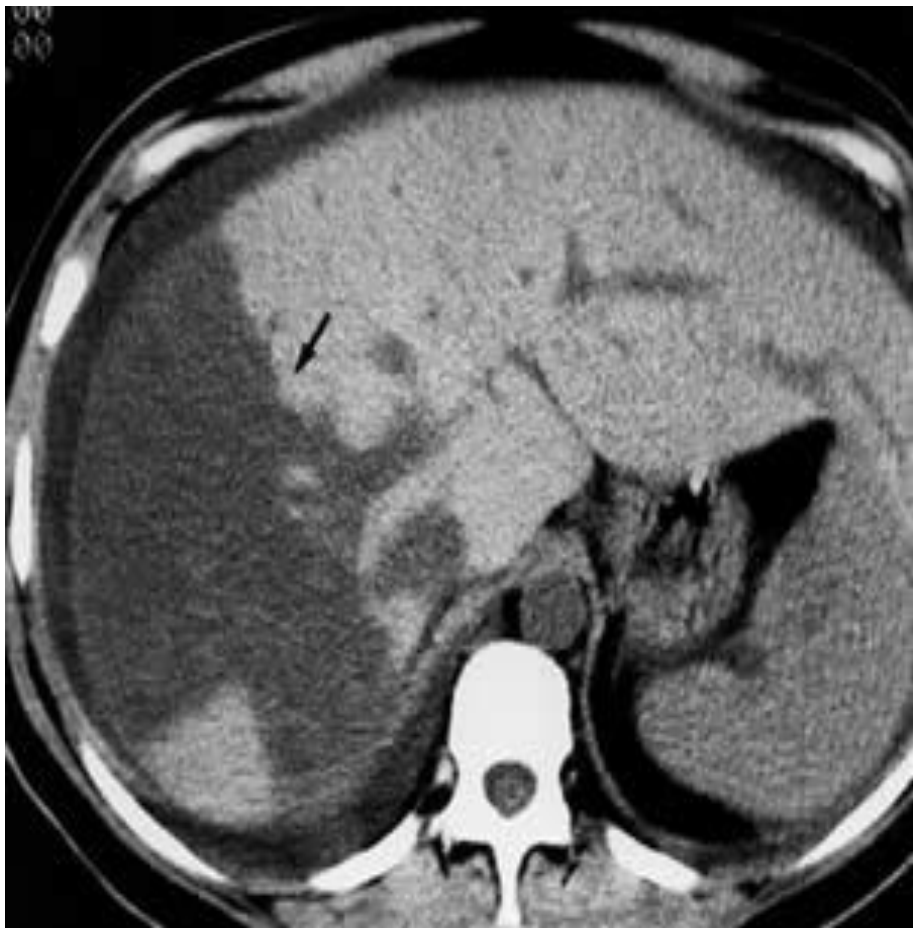
Диагностика

Зертханалық зерттеулер:

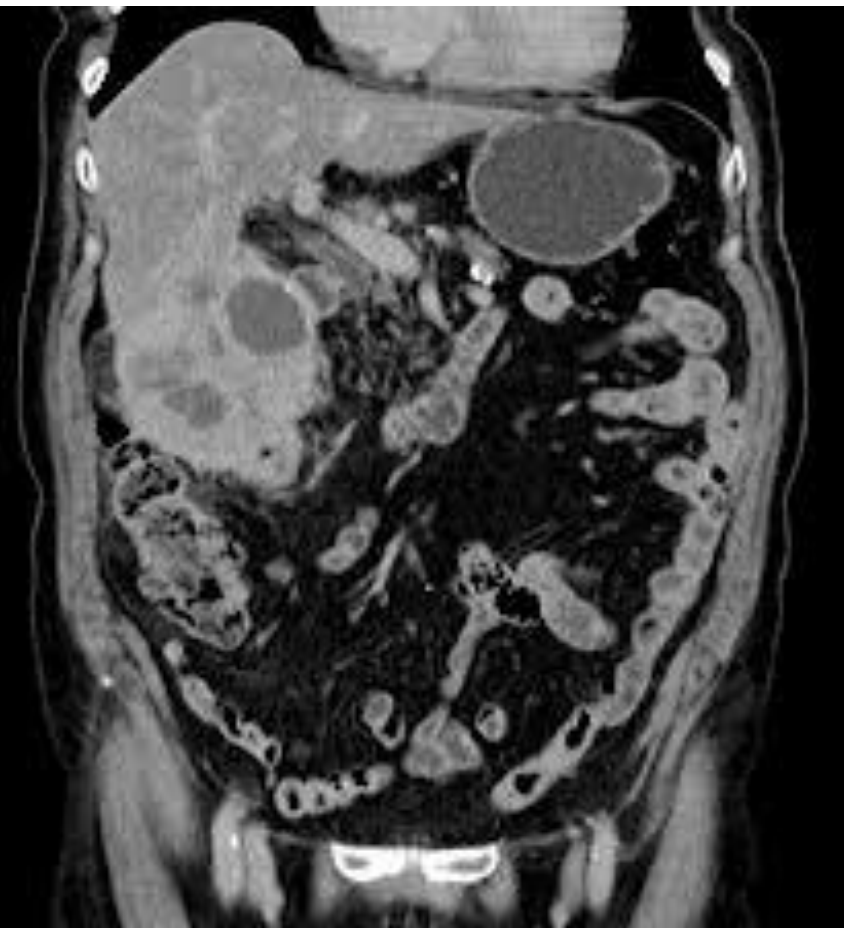
- ЖҚА(эритроцит, тромбоцит, гематокрит)
- ЖЗА(мочевина, креатинин, протеинурия)
- Биохимиялық қан анализі (билирубин, АЛТ, АСТ, ЛДГ, гаптоглобин, сілтілік фосфотаза, креатинин, мочеви́на)
- Коагулограмма(қан ұю уақыты, қан ұю факторлары)



МРТ: бауыр
некрозы



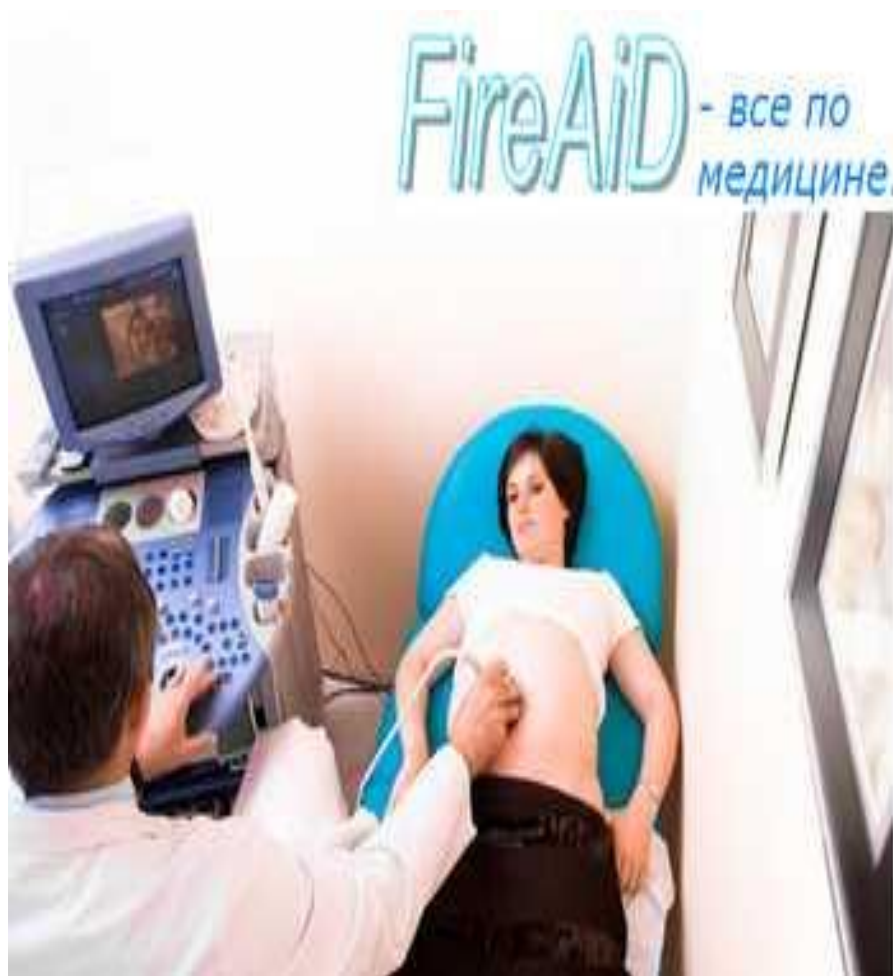
КТ: іш қуысы



Диагностика

- **Аспаптық зерттеулер:**
 - Іш қуысын УДЗ. Бауырда гипоэхогенді аймақтар анықталады, оларды перипорталды некроз бен қан құйылулар деп санайды.
 - Нәресте мен плацентаны міндетті түрде УДЗ.
 - Ми ісінуіне күдіктенгенде жедел компьютерлік томография жасалады.
 - Өкпе ісінуіне күдіктенгенде кеуде торының рентгенографиясы жасалынады.
- **Дифференциалды диагностика:**
 - Гастрит, холецистит, панкреатит, гепатит, өңеш өзегінің жарығы, жедел бауырдың майлы дистрофиясы, ойық жара ауруы, Бадд-Киар синдромы, т.б.
 - Тромбоцитопениялық пурпура, гемолитико-уремиялық синдром, прэклампсиямен байланысты «жүктіліктік тромбоцитопения»

УДЗ



HELLP-синдромының асқынулары

- Плацентаның ажырауы(15-25%)
- ТШҚҰ- синдромы(38%)
- Іш қуысына қан кету(25%)
- Олигоанурия: ЖБЖ (8%)
- Бауырдың жыртылуы (5%)
- Басішілік қан құйылу(5%)

Емі

- *HEELP-синдромы ауыр гестоздың асқынуы болғандықтан жүкті әйел кез келген жағдайда ауруханаға жатқызылады.*
 - *Медикаментті емес және медикаментті ем қолданылады.*
 - *Медикаментті емес ем: инфузионды-трансфузионды терапия фонында наркозбен кесар тілігі арқылы жедел босандыру.*
- HEELP-синдромы емінің әлемдік стандарты**
- *Жоғарыкөлемді мембраналық плазмофорез (плазмоалмасу) 1-2 ОЦП-ге дейін;*
 - *Инфузионды терапия: кристаллоидтар мен ГЭК 130/0,42 30-50 мл/кг;*
 - *Глюкокортикоидтардың пульс-дозасы 4 г/тәу.;*
 - *Иммуноглобулиндер (пентаглобин) көктамырға;*
 - ** Бауыр жыртылғанда жедел трансплантация.*



Босанар алдындағы медикаментті ем

- Натрий бикарбонаты 4% -400-600 мл, кристаллойдтар 800 мл инфузия және лазикс 40 мг диурезді реттеу үшін.
- Орынбасушы ем ретінде мұздатылған плазма 600-800 мл енгізу.
- Мембраностабилизаторлар - глюкокортикоидтар, эссенциале, С витамині.
- Гипотензивті терапия - магний сульфаты 2 г/тәу. көктамырға.
- Протеаза ингибиторлары (стрептин)

Босандырданнан кейін жүргізілетін медикаментті ем

- Ұзартылған ИВЛ.
- Инфузионды терапия 3-4 л/тәу.
- Лазикс
- Мембраностабилизатор
- Гепатопротекторлар (С витамині, фолий қышқылы)
- Антибактериалды ем (роцефин, лендацин, тиенам)
- Протеаза ингибиторлары.

Интенсивті терапия

- Инфузионды терапия 50 мл/кг: кристаллоидтар, крахмалдың гидроксипропилденген ерітінді препараттары, желатиннің модифицирленген ерітінді препараттары.
- 30 мл/сағ.көп диурез кезінде форсирленген диурезжүргізіледі.
- Диурез 200-250 мл/сағ.қалпында салуретиктермен реттелініп отырады.
- Глюкокортикоид-целестон 32-64 мг/тәу.
- Протеаза ингибиторлары-контрикал 200000-500000 Б/сағ. көктамырға.
- Антибактериалды ем (цефалоспориндер IV ұрпағы, карбопенем 2-4 г/тәу.)
- Анурия дамыған жағдайда инфузионды терапияның қысқартылуы 600 мл/тәу-е, плазмофорез, гемодиализ, гемодильтрация жүргізу.

Қорытынды

Қорыта келгенде, HELLP-синдромы— ауыр гестоздың асқынуы және ауруханалық арнайы мамандандырылған емді талап етеді. Көп жағдайларда босандырғаннан кейін бір аптадан соң клиникалық көріністері жоғалады, қанның зертханалық көрсеткіштері тромбоцитопениядан басқасы 3-7 тәулікте қалпына келеді. Келесі жүктілікте рецидив даму мүмкіндігі аз(4%). Ауыр жағдайларда жоғары ана өлімі (75%) және перинаталды өлім(79 жағдай 1000 балаға) тіркеледі, 4–12% диагностикаланады.

Пайдаланылган әдебиеттер:

1. «Акушерство: Справочник Калифорнийского университета» К. Нисвандер, А. Эванса. М.: 1999ж. 132–134 бет.
2. «Акушерство и гинекология» Валленберг Х.С.С. 1998ж. 29–32 бет.
3. «Интенсивная терапия в акушерстве и гинекологии» В.И.Кулаков и др.М.: Медицинское информационное агентство,1998ж. 44–61 бет.