

УДК 618.36

У.Д.Узакова

РОЛЬ ПАРЦИАЛЬНОГО (ЧАСТИЧНОГО) HELLP-СИНДРОМА В МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

*Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино**(Представлено членом-корреспондентом АН Республики Таджикистан М.Ф. Додхоевой 14.07.2010 г.)*

Исследование медико-биологических и демографических показателей у 43 женщин, фатальный исход у которых был ассоциирован с развитием полного и частичного HELLP-синдрома, подтверждает мнение, что преэклампсия является неблагоприятным фоном для данного осложнения. Развитие частичного (парциального) синдрома при отсутствии симптомов преэклампсии является основанием предполагать, что для развития HELLP-синдрома симптомы преэклампсии не носят обязательного характера.

Ключевые слова: HELLP-синдром – гемолиз – материнская смертность – повышение уровня ферментов печени – снижение количества тромбоцитов.

Диагностика, акушерская тактика, прогноз для жизни при HELLP-синдроме до настоящего времени остаются предметом дискуссий. Многие учёные расценивают данный синдром как тяжёлую форму преэклампсии. Невыраженные симптомы HELLP-синдрома имеют место у 4-12% беременных с преэклампсией [1].

В то же время HELLP-синдром может проявляться и без клинических проявлений преэклампсии. Гипертензия или протеинурия может отсутствовать у 10-15% пациенток с преэклампсией и в 38% случаев с эклампсией [2].

Актуальность проблемы ассоциируется с высоким уровнем материнской смертности при данной патологии. Частота материнской смертности колеблется в диапазоне от 24 до 75% [3].

Традиционные критерии диагностики и оценки степени тяжести HELLP-синдрома основаны на классической триаде. Термин *HELLP* впервые был предложен в 1982 г. L.Weinstein по начальным буквам основных признаков и лабораторных тестов: гемолиза (H – *hemolysis*), повышения уровня ферментов печени (EL – *elevated liver enzyme levels*) и снижения количества тромбоцитов (LP – *low platelet count*). Данный набор критериев, указанных в литературе, не претерпевает существенных изменений до настоящего времени [4].

Целью данной работы явилось изучение клинико-лабораторных критериев частичного HELLP-синдрома у 43 умерших женщин от причин, связанных с беременностью и родами.

Оценка тяжести синдрома проводилась в зависимости от количества симптомов основной триады. При наличии двух из трёх симптомов диагностировали частичный, трёх – полный HELLP-синдром.

Адрес для корреспонденции: Узакова Уруна Джурабаевна. 734002, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139, Таджикский государственный медицинский университет. E-mail: urunbishusakova.@rambler.ru

HELLP-синдром проявлялся в виде полного синдрома в 21 случае, у остальных 22 умерших выявлены один или два симптома.

Один из кардинальных симптомов HELLP-синдрома – гемолиз, диагностирован в 48.8% случаев и проявлялся в виде микроангиопатической гемолитической анемии, определяемой при анализе мазка периферической крови, гипербилирубинемии. Следует подчеркнуть, что повышение уровня билирубина сочеталось с наиболее агрессивным течением синдрома.

Уровень аланинаминотрансферазы в сыворотке крови был повышен в 1.4 -2 раза и более и колебался в пределах от 0.6 до 14.8 ммоль/л в 39 случаях из 43.

Самым постоянным индикатором HELLP-синдрома оказалась тромбоцитопения, которая колебалась в пределах от $150-47 \times 10^9/\text{л}$.

Ряд исследователей указывает на широкий диапазон колебаний возраста пациенток - от 14 до 49 лет, при этом средний возраст оказывается в пределах оптимального репродуктивного возраста – 26.7 лет [1,2].

По нашим данным, возраст умерших колебался в диапазоне 19-40 лет. При этом 7% из них были в возрасте 19 лет. Подавляющее большинство умерших были в возрасте 20-34 года (79.1%), средний возраст составил 25.7 ± 0.8 лет. В позднем репродуктивном возрасте умерли 13.9% женщин, средний возраст которых составил 36.8 ± 1.1 лет ($P < 0.01$).

По паритету умершие были распределены следующим образом: около половины 46.5% – первородящих; 20.9% – повторнородящих; 32.6% – многорожавших. В 51.2% случаев диагноз HELLP-синдрома установлен до родов. Проявление полного синдрома на фоне тяжелой преэклампсии и эклампсии установлено в 53.5% случаев.

Срочные роды произошли в 34.9% случаев, преждевременные – 65.1%.

Продолжительность гестации при рождении доношенных детей составила – 38.6 ± 1.2 недели.

Родоразрешение абдоминальным путем проведено в 51.2% случаев, вагинальные роды – 48.8% случаев. В четырех случаях роды вагинальным путём проведены с использованием родоразрешающих операций (акушерские щипцы, вакуум-экстракция плода и краниотомия).

Среди осложнений, которые привели к летальному исходу, преобладали олигоурия, геморрагические проявления, печеночная недостаточность. У семи пациенток развилась клиника отека лёгких.

Трансфузия компонентов крови проводилась в различном объёме всем умершим.

Сравнительный анализ назначения дексаметазона не продемонстрировал статистически значимого различия в улучшении показателей: количества тромбоцитов, аланинаминотрансферазы, гемоглобина и наличие диуреза при полном HELLP-синдроме. Следует отметить, что назначение дексаметазона проводилось в небольших дозах – 4-8 мг в сутки.

При частичном синдроме была выявлена тенденция к повышению уровня тромбоцитов.

Таким образом, HELLP-синдром является патологией, которая значительно повышает материнскую смертность. Проведенное исследование подтверждает мнение, что пре/эклампсия является неблагоприятным фоном для данного осложнения.

Результаты исследования не поддерживают мнения об улучшении исходов при использовании низких доз дексаметазона [5].

В то же время повышение или стабилизация снижения тромбоцитов имели место во всех случаях, что требует дальнейших исследований в данном направлении.

Поступило 11.08.2010 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Sibai B.M. - Obstet. Gynecol., 2004, №103 (5 Pt 1), pp. 981-91.
2. Katz L., Amorim M.M. et al. - Obstet. Gynecol., 2008, №198 (3), pp. 283, e. 1-8.
3. Katz L., Amorim M.M. et al. - Rev.Bras.Ginecol.Obstet., 2008., v. 30, №2, pp. 80-86
4. Weinstein L. - Am J. Obstet Gynecol., 2005, №193, pp. 860-863
5. Ozer A., Kanat-Pektas M., et al. - Arch. Gynecol. Obstet., 2009, № 280 (1), pp. 65-70.

У.Д.Узакова

НАҚШИ HELLP-СИНДРОМИ ПАРСИАЛӢ (ҲИССАГӢ) ДАР ФАВТИЯТИ МОДАРӢ

Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Таҳқиқи нишондихандаҳои тиббӣ-биологӣ ва демографӣ дар 43 зан, ки сабаби фавти онҳо бо инкишофи HELLP – синдроми пурра ва ҷузъӣ алоқаманд буд, ақидаеро тасдиқ меномояд, ки пре/эклампсия вони номусоид барои аворизми мазкур мебошад. Инкишофи синдроми парсиалӣ (ҷузъӣ) ҳангоми вучуд надоштани симптомаҳои пре/эклампсия асоси фарзия ба он аст, ки барои инкишофи HELLP-синдрома симптомаҳои пре/эклампсия хусусияти ҳатми надоранд.

Калимаҳои калидӣ: HELLP-синдром – гемолиз – фавтияти модарӣ – баландшавии сатҳи ферментҳои ҷигар – пастишавии миқдори тромбоцитҳо.

U.D.Usakova

ROLE OF PARTIAL HELLP SYNDROME IN MATERNITY MORTALITY

Abuali ibni Sino Tajik State Medical University

Purpose of the study is indicated to study physician-biological and demographic factors beside 43 womans, fatal upshot beside which was associated with development HELLP syndrome.

The called on study confirms the opinion that pre/eclampsia is a disadvantage background for given complications. In time development (the partial) of the syndrome without manifestations symptoms pre/eclampsia witnesses that for development HELLP syndrome symptoms pre/eclampsia do not carry the obligatory nature.

Key words: HELLP syndrome — hemolysis — maternity mortality — elevated liver — enzyme levels — low platelet's of trombocytes.