

Секция: Медицинские науки

Туякбаева Алина Геннадьевна

заведующая кардиологическим отделением №5

Городской кардиологический центр

Алматы, Республика Казахстан

Жангелова Шолпан Болатовна

кандидат медицинских наук, доцент,

профессор кафедры внутренних болезней №3

Казахский национальный медицинский университет

имени С. Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

Муратова Айзада Айткуловна

врач-ординатор кардиологического отделения №5

Городской кардиологический центр

Алматы, Республика Казахстан

Алиева Асель Бекеновна

врач-интерн

Казахского национального медицинского университета

имени С. Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

Ежазулла Жахид

врач-интерн

Казахского национального медицинского университета

имени С. Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

Накибулла Нежат

врач-интерн

Казахского национального медицинского университета

имени С. Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

Мохаммад Махди Амини

врач-интерн

Казахского национального медицинского университета

имени С. Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

HELLP СИНДРОМ У ПАЦИЕНТКИ НА ФОНЕ ЭКО ИНДУЦИРОВАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ (клинический случай)

Цель исследования: анализ клинического случая с развитием HELLP синдрома и тактика ведения во время беременности, индуцированной по программе экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).

Материал и методы исследования: анализ истории болезни реальной пациентки. Анализ литературных данных.

Результаты и обсуждение: пациентка А., 39 лет, находилась на стационарном лечении в кардиологическом отделении в течение четырех суток с диагнозом: Хроническая артериальная гипертензия 3 степени, риск 4. Кризовое течение. HELLP синдром. Антифосфолипидный синдром. Метаболический синдром. Беременность 20 недель.

Конкурирующий диагноз. Миопия слабой степени. Хронический пиелонефрит в стадии ремиссии. Гипотиреоз. Метаболический синдром. Ожирение 1 степени.

Фооновый диагноз. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Бесплодие II (22 года). Первородящая старшего возраста.

Доставлена в клинику бригадой скорой помощи (БСМП) с жалобами при поступлении: на болезненность в области эпигастрия, тяжесть в пояснице, шум в ушах, головную боль, общую слабость.

Анамнез заболевания. Со слов больной диагноз артериальной гипертензии (АГ) верифицирован с мая месяца 2017 г., во время планирования беременности. Максимальное повышение - АД до 220/110 мм.рт.ст., АД при котором чувствует себя удовлетворительно - 120/80 мм.рт.ст. Базисной терапии придерживается, принимает допегит по 1 таб. 3 раза в день. На фоне пропуска приема препарата появились жалобы на боли в эпигастрии, шум в ушах, головную боль, общую слабость, в связи с чем обратилась в ЖК по месту жительства., осмотрена гинекологом, при осмотре АД -220/110 мм.рт.ст, в связи с чем вызвана БСМП, с АД-220/100.

Анамнез жизни. Данная беременность - вторая, аборт-1, в раннем сроке без осложнений.

Данная беременность индуцирована ЭКО. Гормональная поддержка беременности отменена в 16 недель. Встала на учет в женскую консультацию в 9-10 недель. Хронический пиелонефрит в течение нескольких лет. Гипотиреоз, принимает эутирокс 50 мг 1 раз утром.

Объективно при поступлении. Состояние: средней тяжести, за счет криза. Сознание: ясное. Питание: повышенное. ИМТ-30,0 м 2/кг. Кожные покровы: обычной окраски, сухие, чистые. Периферические отеки, варикозно-расширенные вены: нет. Границы сердца смещены влево на 1 см, тоны приглушены, ритм правильный, АД 150/90 мм.рт.ст., ЧСС 72 в мин. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не выступают из-под края реберной дуги.

Результаты лабораторно-инструментальных данных. В общем анализе крови: умеренный лейкоцитоз – $12,5 \times 10^9/\text{л}$, **тромбоцитопения - $111 \times 10^9/\text{л}$** . В биохимическом анализе крови **гипопротеинемия – общий белок 53 г/л; СРБ – 20 мг/л, СКФ 146 мл/мин, АЛТ 95 ед/л; АСТ 116 ед/л**. Липидный спектр **гиперхолестеринемия** – холестерин общий 7,21 ммоль/л, Триглицериды 2,78 ммоль/л, ЛПНП 5,1 ммоль/л.

Коагулограмма. Фибриноген 4.1 г/л; ПТВ 9.5 сек; **РФМК 24,0; МНО 0,85**; АЧТВ 33.4 сек; Тромбиновое время 14.0 сек.

Иммунодиагностическое исследование: **Anti-b-2-Glycoproteini Ig G-16.2 (норма < 5)**.

Anti- Cardiolipin Ig G - 3.8 Ед/мл (норма < 10).

Анализ гормонов щитовидной железы в норме.

Кардиомаркеры отрицательные.

Общий анализ мочи в норме.

ЭКГ: Синусовый ритм с ЧСС – 72 в мин. Нормальное положение ЭОС.

На ЭХОКГ: Стенка аорты уплотнена. Створки клапанов уплотнены. Раскрытие створок не ограничено. Полости сердца не расширены. Зон гипокинеза не выявлено. Глобальная сократительная функция ЛЖ и ПЖ в норме (Симпсону-60%,). «Д» ЭХО КГ: Диастолическая дисфункция ЛЖ по I типу. Регургитация на МК I- II степени, ЛК 0-I степени.

Протокол УЗИ во 2 и 3 триместре беременности. Беременность 19-20 недель. Срок по фетометрии.

УЗИ органов брюшной полости. Незначительные изменения паренхимы печени. Эхо признаки хронического холецистита Застой желчи. Эхо признаки хронического панкреатита. Эхо признаки хронического двустороннего пиелонефрита. Микролитиаз.

Был собран консилиум в составе терапевтов, кардиологов, врачей анестезиолог – реаниматологов, акушер-гинекологов.

Заключение. Учитывая тяжелую преэклампсию в сроке беременности 21 недели, вновь появление мозговой симптоматики-головная боль, сохраняющуюся тяжелую гипертензию АД 160/100мм.рт.ст. на фоне максимальных доз гипотензивной терапии, наличие периферических отеков, боли в пояснице, по лабораторным данным появление протеинурии в разовой и суточной порциях мочи 0,586г/л и 0,347 г/л, гипопроteinемии (общ белок-49,1г/л) 0,402 г/л, гиперферментемии, начальные проявления антифосфолипидного синдрома и HELLP-синдрома - показано родоразрешение путем операции малое кесарево сечения. С беременной проведена беседа. Информированное согласие на операцию, гемотрансфузию получено.

Путем малого кесарево сечения извлечен мертвый плод женского пола, массой 312,0 гр, ростом – 25 см, отправлен на антропометрию, после – отправлен на гистологическое исследование. Пациентка была переведена в отделение гинекологии для дальнейшего лечения и наблюдения. В течение двух недель все показатели биохимического исследования крови, общего анализа крови и общего анализа мочи восстановились.

Таким образом, у женщины 39 лет с вторичным бесплодием на фоне ЭКО индуцированной беременности после прекращения гормональной поддержки в сроке 16 недель на фоне хронической артериальной гипертензии, резистентной к гипотензивному лечению, на 20 неделе беременности развился АФС, HELLPсиндром, которые послужили причиной формирования тромбозов сосудов плаценты и внутриутробной гибели плода. При плохом контроле артериального давления, АГ является противопоказанием для ЭКО при наличии поражения органов-мишеней (стадии сердечной недостаточности выше IIВ). Неконтролируемая гипертензия во время беременности грозит развитием преэклампсии и эклампсии (повышение АД на поздних сроках беременности), развитием осложнений (инсульта, почечной недостаточности), замиранием

беременности, отслоением плаценты, отставанием плода в росте. У данной женщины была АГ без поражения органов мишеней – тем не менее, произошла гибель плода [1, с. 14965; 2, с. 6-7; 3, с. 42-48]. Остается открытым вопрос – не была ли преждевременно остановлена гормональная поддержка беременности. Данный вопрос требует дальнейшего изучения.

Литература

1. Клинический протокол РЦРЗ МЗ РК «Лечение бесплодия методом ЭКО/ЭКО-ИКСИ. Длинный протокол» от «29» ноября 2016 года Протокол № 1 <https://diseases.medelement.com/disease/14965>.
2. Варламова А. И. Особенности течения и ведения индуцированной беременности // Молодой ученый. — 2017. — №14.2. — С. 6-7. — URL <https://moluch.ru/archive/148/41918/> (дата обращения: 16.03.2018).
3. Токова З. З., Баранова И. И., Калинина Е. А., Михеева Г. И. Особенности течения беременности и родов у женщин с индуцированной беременностью / Гинекология. — 2013. — № 1. — С. 42–48.