

*Мазуренко Р. П.*

## **КЛИНИКО-ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА HELLP-СИНДРОМА**

*Научные руководители: к.м.н., ассистент Воробцова И. Н.,*

*Зав. отделением АФО ПЦ СПбГПМУ Курдынко Л. В.*

*Кафедра акушерства и гинекологии с курсом гинекологии детского возраста  
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет*

**Актуальность.** На сегодняшний день остаются не известны достоверные причины возникновения «HELLP-синдрома», что повышает риск его непредвиденного начала у беременных. Также не мало важен тот факт, что небольшой процент врачей отрицают данный синдром, подозревая другие заболевания (например, о. панкреатит), тем самым упуская время родоразрешения, что является главным критерием лечения «HELLP-синдрома». В связи с этим с каждым днем состояние как беременной, так и плода ухудшается и может привести к необратимым последствиям.

**Цель исследования:** выявить особенности клинического проявления HELLP-синдрома.

**Материалы и методы.** Проводилась обработка историй родов с HELLP-синдромом на базе перинатального центра СПбГПМУ.

**Результаты и их обсуждение.** Для решения поставленной задачи было проанализировано 2 истории родов женщин, у одной из которых HELLP-синдром возник в конце беременности на 39 недели, а у другой – сразу после ранних преждевременных родов на 28 недели. При сравнении и анализе жалоб и анамнеза данных пациенток - нельзя дать общую и определенную характеристику клинической картины HELLP-синдрома. Только у пациентки №1 проявлялись боли в эпигастрии и правом подреберье – симптом, характерный для данного синдрома согласно клиническим рекомендациям. Диагноз «HELLP-синдром» был поставлен на основании лабораторных данных: гемолиз (в крови были обнаружены атипичные формы эритроцитов: анизоциты, шизоциты; тромбоцитопении ( $60 \times 10^9/\text{л}$ ), увеличении трансаминаз в крови (АЛТ (96 Ед/л), АСТ (104 Ед/л)). Также уровень гемоглобина в крови был снижен (72 г/л). Концентрация ЛДГ достигала 742 Ед/л. Была нарушена работа почек – суточная потеря белка до 2,7 г/л. Так как данное заболевание встречается крайне редко и неоднозначно в проявлении клинико-лабораторных данных, дифференциальную диагностику необходимо проводить с различными заболеваниями для устранения сомнений при постановке окончательного диагноза. У пациентки №1 проводилась дифференциальная диагностика с диагнозом острый животом, острый панкреатин из-за характерных болей в эпигастрии и правом подреберье. Также диф.диагностика проводится гепатоз беременных, при котором увеличена концентрация ЩФ в крови.

**Вывод:** при анализе клинико-диагностической характеристики заболевания своевременно и правильно был поставлен диагноз «HELLP-синдром», что дало избежать серьезных осложнений – дети родились в удовлетворительном состоянии. Роженицы провели в ОРИТ 3 к/д, после были переведены на профильное отделение, где продолжили получать симптоматическую и патогенетическую терапию. Были выписаны из стационара на 10 к/д в удовлетворительном состоянии.