

*Юшкевич Е.С., Рагойша Е.М.*

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БЕРЕМЕННОЙ ПАЦИЕНТКИ С ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19 И ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ HELLP - СИНДРОМОМ**

*Научный руководитель: ассист. Шматова А.А.*

*Кафедра анестезиологии и реаниматологии*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** Преэклампсия — патологическое состояние, которое возникает после 20 недель гестации и проявляется артериальной гипертензией  $\geq 140/90$  мм рт. ст. в сочетании с протеинурией ( $\geq 0,3$  г/сут) и нередко с отеками и полиорганной недостаточностью. Преэклампсия умеренной степени встречается у 3-9% беременных женщин, тяжелая — у 1-2%. Прежде всего поражаются почки, печень, свертывающая система крови и головной мозг, а также плацента, в 0,03-0,1% случаев осложняется эклампсией и в 0,17-0,8% — HELLP-синдромом. HELLP-синдром (H — гемолиз; EL — повышение уровня ферментов печени; LP — низкое число тромбоцитов).

**Цель:** определить особенности ведения пациенток с инфекцией Covid-19 и преэклампсией тяжелой степени, осложненной HELLP- синдромом.

**Материалы и методы.** Исследование проведено на базе 1 и 6 городских клинических больниц (ГКБ). В работе описан клинический случай пациентки в послеродовом периоде (роды первые срочные в срок 278 дней, хроническая фетоплацентарная недостаточность, компенсированная хроническая гипоксия плода, функциональная кардиопатия 1а степени, возрастная первородящая) с заключительным диагнозом: преэклампсия тяжелой степени, HELLP-синдром, инфекция COVID-19 лёгкого течения - при сопутствующей дисплазии тазобедренного сустава, болезни Жильбера, миопии слабой степени.

**Результаты и их обсуждение.** Пациентка была госпитализирована в стационар 1 ГКБ в связи со срочными родами в срок 278 дней. Было принято решение о ведении родов через естественные родовые пути, выполнена вакуум-экстракция плода. Родила доношенную здоровую девочку (2,9 кг, 51 см), 8-8 баллов по АПГАР. В течение 4 часов после родов появились жалобы на дыхательную недостаточность, признаки гипертензии (АД — 164/102 мм. рт. ст.) и гемолиза. Был выполнен экспресс-тест на иммуноглобулины к COVID-19 (результат: IgM+, IgG-). В связи с этим была переведена в отделение анестезиологии и реанимации акушерско-гинекологического стационара 6 ГКБ. Наблюдалась отрицательная динамика: со стороны общего и биохимического анализа крови: тромбоциты — 67 кл/л, лейкоциты — 17 кл/л, СОЭ — 24 мм/ч, креатинин - 88, общий белок — 55 г/л, альбумин — 33 г/л, билирубин — 79,5 мкмоль/л, АЛТ — 353 ед/л, АСТ — 596 ед/л, щелочная фосфатаза — 563 ед/л, глюкоза — 6,0 ммоль/л, ЛДГ — 1339 ед/л, ГГТП — 18 ед/л, мочевая кислота — 402 мкмоль/л, креатинин — 88 мкмоль/л. Общий анализ мочи: белок — 0,01 г/л, лейкоциты — 4-6, эритроциты — 40-50. Спустя сутки появились кожные проявления геморрагического синдрома, гипертензия характеризовалась резистентностью к препаратам (лизиноприл 20мг, нифекард 30 мг, магния сульфат 25 % — 10 мл). В течение 7 дней проводилась интенсивная терапия, включая антигипертензивную, антибактериальную (меропенем 3 г/сут), инфузионную, антикоагулянтную (фрагмин 10000 ед/сут), гемостатическую, гепатопротекторную, противовоспалительную, О2-терапию, трансфузию тромбоконцентрата и свежезамороженной плазмы. Установлены периферический венозный и мочевого катетеры. Проводился почасовой мониторинг пульса, артериального давления, сатурации, частоты дыхания, температуры тела; диуреза, стула. Дополнительно проводилась специфическая терапия инфекции Covid-19 в качестве профилактики осложнений основного заболевания. На 3 сутки состояние стабилизировалось. На 13 сутки была выписана.

**Выводы.** Тяжелое состояние пациентки было обусловлено прогрессирующей, резистентной к базисной терапии преэклампсией, осложнившейся гемолизом и острой печеночной недостаточностью с тромбоцитопенией по типу коагулопатии потребления и геморрагическим синдромом.