H

HELLP-синдром

Родоразрешение

При HELLP-синдроме акушерская тактика должна быть направлена в первую очередь на **прерывание беременности в максимально короткие сроки** и стабилизацию функций пораженных органов и систем. Прерывание беременности — единственный способ предотвратить прогрессирование патологических процессов.

Инфузионно-трансфузионная терапия

Инфузионно-трансфузионная терапия (ИТТ) применяется с целью нормализации объема циркулирующей крови, коллоидно-осмотического давления плазмы, реологических и коагуляционных свойств крови, макро- и микрогемодинамики. Она включает **коллоиды**:

Альбумин, *10–20% р-р*	*в/в, объем инфузии и длительность терапии определяют индивидуально +* ***Гидроксиэтилкрахмал****, 6% или 10% р-р, в/в, объем инфузии и длительность терапии определяют индивидуально*
Свежезамороженная плазма	*в/в 20 мл/кг/сут в предоперационный период и интраоперационно, в послеоперационном периоде в/в 12–15 мл/кг/сут, длительность терапии определяют индивидуально +* ***Гидроксиэтилкрахмал****, 6% или 10% р-р, в/в, объем инфузии и длительность терапии определяют индивидуально*

Применяют также **кристаллоиды**, представляющие собой комплексные солевые растворы (натрия хлорид,

натрия гидрокарбонат, калия хлорид), **плазму**, обогащенную **тромбоцитами** (при уровне тромбоцитов менее 40×10^9/л), или **тромбоконцентрат** (не менее 2 доз при уровне тромбоцитов менее 50×10^9/л).

Соотношение коллоидов и кристаллоидов, объем ИТТ определяются значениями:

- гематокрита (не ниже 0,27 и не выше 0,35);
- диуреза (50–100 мл/ч);
- ЦВД (не менее 6–8 см водн. ст.);
- показателей гемостаза (АТ III не менее 70 %, эндогенный гепарин не ниже 0,07 ЕД/мл);
- содержанием белка в крови (не менее 60 г/л);
- цифрами АД.

В начале инфузии скорость введения растворов в 2–3 раза превышает диурез, в последующем на фоне или в конце введения жидкости количество мочи в час должно превышать объем вводимой жидкости в 1,5–2 раза.

При неэффективности терапии проводят плазмаферез.

Терапия гепатопротекторами и витаминами

ИТТ дополняют **гепатопротекторами** и **витаминами, обладающими гепатопротекторными свойствами**.

Декстроза, 10 % р-р	*в/в, объем инфузии и длительность терапии определяют индивидуально +* ***Аскорбиновая*** *кислота внутрь до 1,0 г/сут, длительность терапии определяют индивидуально, или* ***Фосфолипиды*** *внутрь 300 мг 3 р/сут или в/в 5 мл 3 р/сут, длительно*

Гипотензивная терапия

При повышении систолического АД выше 140 мм рт. ст. показана **относительно управляемая гипотензивная терапия** (см. раздел преэклампсия).

Коррекция коагуляционных нарушений

С целью дополнительной коррекции нарушений гемокоагуляции в предоперационном периоде и интраоперационно вводят **ингибиторы фибринолиза:**

Транексамовая кислота	*в/в, болюсно, 750 мг 1 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально*

Терапия глюкокортикоидными средствами

Указанную выше комплексную терапию проводят на фоне введения глюкокортикоидных средств (ГКС).

Преднизолон	*в/в 500–1000 мг/сут, длительность терапии определяют индивидуально*

Антибактериальная терапия

Антибактериальную терапию начинают с момента операции родоразрешения. Она включает в себя антибиотики с бактерицидной активностью и широким спектром антибактериального действия, такие как комбинированные уреидопенициллины, цефалоспорины III и IV поколений (обладают высокой проникающей способностью в различные ткани и жидкости организма, большей продолжительностью действия, что позволяет вводить средства 1–2 раза в сутки; эти ЛС можно также применять при не очень тяжелой почечной недостаточности, так как при их применении не требуется коррекции режима дозирования), карбапенемы и фторхинолоны (высокоактивные антибиотики, обладающие ультрашироким спектром действия):

Имипенем/ циластатин	*в/в 750 мг 2 р/сут, 5–10 сут*
Меропенем	*в/в 500–1000 мг 3 р/сут, 5–10 сут*
Офлоксацин	*внутрь 100–200 мг 2 р/сут, 5–10 сут*
Пиперациллин/ тазобактам	*в/в медленно в течение 30 мин 4 г/500 мг 3 р/сут, 5–10 сут*
Цефепим	*внутрь 2 г 2 р/сут, 5–10 сут*
Цефотаксим	*внутрь 1–2 г 1–2 р/сут, 5–10 сут*
Цефтриаксон	*внутрь 0,5–1 г 1–2 р/сут, 5–10 сут*

В послеоперационном периоде по показаниям проводят **плазмаферез** и **ультрафильтрацию**.

После родов все признаки HELLP-синдрома исчезают в течение 5–7 дней и обычно не повторяются при последующих беременностях.

А

Аменорея вторичная (гипоталамическая форма) у девочек на фоне гипоталамического синдрома пубертатного периода

Основные направления лечения вторичной аменореи (ВА):

- устранение установленных в ходе обследования причин ВА;
- восстановление физиологических гормональных соотношений с учетом уровня поражения репродуктивной системы;
- нормализация нервно-психического статуса;
- нормализация массы тела;
- профилактика рецидивов нарушений ритма менструаций по типу олиго- и аменореи;
- назначение пожизненной ЗГТ пациенткам с первично-яичниковой этиологией ВА.

Для нормализации центральных механизмов регуляции репродуктивной системы и функции гипоталамических отделов головного мозга целесообразно применение следующей терапии.

Противосудорожная терапия

Карбамазепин	*внутрь 0,1 г 2 р/сут, 3–4 нед, затем 0,1 г на ночь, 4–6 нед, затем 0,05 г на ночь 4–6 нед*
Магния сульфат, 25 % р-р	*в/м 5,0 мл 1 р/2 сут, 5 инъекций*
Фенитоин	*внутрь 0,0585 г (1/2 табл.) 1 р/сут, 3–4 нед (в дальнейшем длительность и доза ЛС подбирается с учетом динамики ЭЭГ 1 р/20–30 сут)*

Терапия ноотропными ЛС

Гинкго двулопастного листьев экстракт	*внутрь 1 табл. 3 р/сут, 1–2 мес*
Пирацетам	*внутрь 0,2 г 2 р/сут, 1 мес*

Витаминотерапия

Пиридоксин	*в/м 1,0 мл 1 р/2 сут, 10 инъекций +* **Тиамин** в/м 1,0 мл 1 р/2 сут, 10 инъекций*
Поливитамины	*внутрь 1 драже 2 р/сут, 1 мес*
** Чередовать.*	

Терапия диуретиками

Ацетазоламид	*внутрь 1 табл. 2 р/сут, 3–4 нед (преимущественно у пациенток с внутричерепной гипертензией)*
Спиронолактон	*внутрь 25–50 мг 1 р/сут, 2–4 нед*

Гормональная терапия

При нормальном или слегка сниженном уровне эстрадиола в отсутствие преобладания ЛГ над ФСГ (индекс ЛГ/ФСГ менее 2):

Дидрогестерон	*внутрь 10 мг 2 р/сут с 16-го по 25-й день м. ц., 1–6 мес*
Прогестерон	*внутрь 100 мг 3 р/сут с 16-го по 25-й день м. ц., 3–6 мес*

При выраженной гипоэстрогении, как и при абсолютной гиперэстрогении и индексе ЛГ/ФСГ более 2–2,5:

Этинилэстрадиол/ гестоден	*внутрь 20 мкг/75 мкг 1 р/сут с 1-го по 21-й день м. ц., 3–6 мес*
Этинилэстрадиол/ дезогестрел	*внутрь 20 мкг/150 мкг 1 р/сут с 1-го по 21-й день м. ц., 3–6 мес*

Аменорея вторичная (гипоталамическая форма) у девочек на фоне нарушения функции щитовидной железы

При вторичной аменорее на фоне нарушения функции щитовидной железы (ЩЖ) терапия проводится в зависимости от ее выраженности.

При наличии субклинического или манифестного 3 гипотиреоза на фоне аутоиммунного поражения ЩЖ:

Левотироксин натрия	*внутрь за 20 мин до еды 2–3 мкг/кг 1 р/сут утром натощак, длительно*

При субклиническом гипотиреозе либо эутиреоидном зобе после исключения аутоиммунного процесса в ЩЖ:

Калия йодид	*внутрь 200 мг 1 р/сут, 6–9 мес*

При нормализации уровня **ТТГ** возможно применение **антигомотоксических ЛС** после консультации гомеопата.

Аменорея вторичная (гипоталамическая форма) у девочек на фоне потери массы тела

При вторичной аменорее на фоне потери массы тела (МТ) назначают:

- диету высокой энергетической ценности (2500–3000 ккал) с включением в пищу соленых, пряных продуктов, повышающих аппетит;
- пищеварительные ферменты в течение 2–3 месяцев.

Применяют также **биогенные стимуляторы**.

Маточное молочко	*под язык 10 мг 3 р/сут, 1–2 мес*

При нормализации МТ показана выжидательная тактика в течение 1–2 месяцев.

В отсутствие положительного эффекта от лечения возможно назначение гомеопатических (антигомотоксических) средств.

Если на фоне проведенного лечения менструальный цикл не восстановился, обосновано краткосрочное применение **ЗГТ**.

Эстрадиол	*внутрь 2 мг 1 р/сут, непрерывно*
Эстрадиола валерат	*внутрь 2 мг 1 р/сут, непрерывно*

Прием эстрогенов необходимо продолжить до возникновения закономерной менструальноподобной реакции, в последующем как минимум в течение 2–3 месяцев проводят **ЗГТ** по следующим схемам:

Эстрадиол	*внутрь 2 мг 1 р/сут, непрерывно 2–3 мес +* ***Дидрогестерон*** *внутрь 10 мг 2 р/сут, с 19-го по 28-й день индуцированного м. ц., 2–3 мес или* ***Прогестерон*** *внутрь 100 мг 3 р/сут, с 19-го по 28-й день индуцированного м. ц., 2–3 мес*
Эстрадиола валерат	*внутрь 2 мг 1 р/сут, непрерывно 2–3 мес +* ***Дидрогестерон*** *внутрь 10 мг 2 р/сут, с 19-го по 28-й день индуцированного м. ц., 2–3 мес или* ***Прогестерон*** *внутрь 100 мг 3 р/сут, с 19-го по 28-й день индуцированного м. ц., 2–3 мес*

или

Эстрадиол	*внутрь 2 мг 1 р/сут, 14 сут +** ***Эстрадиол/дидрогестерон*** *внутрь 2 мг/10 мг 1 р/сут, 14 сут*
Эстрадиола валерат	*внутрь 2 мг 1 р/сут, 9 сут +** ***Эстрадиола валерат/медроксипрогестерон*** *внутрь 2 мг/10 мг 1 р/сут, 12 сут +** ***Эстрадиола валерат*** *внутрь 1 мг 1 р/сут, 7 сут*
** После окончания курса лечения.*	

В отсутствие стойкого регулирующего эффекта возможно повторное использование антигомотоксических и лекарственных средств.

Аменорея вторичная (гипоталамическая форма) у женщин на фоне занятий спортом

Основное место в лечении этого вида аменореи принадлежит изменению стиля жизни (восстановление массы тела, снижение физических нагрузок).

Показан прием **«малых» транквилизаторов, низкодозированная ЗГТ** после восстановления массы тела.

Эстрадиола валерат	*внутрь 2 мг 1 р/сут, 9 сут +** ***Эстрадиола валерат/ левоноргестрел*** *внутрь 2 мг/0,15 мг 1 р/сут, 12 сут, затем перерыв 7 сут*
Эстрадиола валерат	*внутрь 2 мг 1 р/сут, 11 сут +** ***Эстрадиола валерат/ медроксипрогестерон*** *внутрь 2 мг/10 мг 1 р/сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут или* ***Эстрадиола валерат/ципротерон*** *внутрь 2 мг/1 мг 1 р/сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут*
** После окончания курса лечения.*	

Для восстановления фертильности показано использование стимулирующих овуляцию средств.

Аменорея вторичная (гипоталамическая форма) у женщин на фоне потери массы тела

Рекомендуются полноценное питание (2000–2500 ккал/сут), витаминотерапия (особенно витаминами групп В, С, Е).

В отсутствие эффекта на фоне восстановления массы тела и витаминотерапии показана **комбинированная циклическая ЗГТ** в течение 2–3 месяцев:

Для оценки возможного самостоятельного восстановления цикла терапия отменяется через 2–3 месяца.

Эстрадиола валерат	*внутрь 2 мг 1 р/сут, 9 сут +** ***Эстрадиола валерат/ левоноргестрел*** *внутрь 2 мг/0,15 мг 1 р/сут, 12 сут, затем перерыв 7 сут*
Эстрадиола валерат	*внутрь 2 мг 1 р/сут, 11 сут +** ***Эстрадиола валерат/ медроксипрогестерон*** *внутрь 2 мг/10 мг 1 р/сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут или* ***Эстрадиола валерат/ципротерон*** *внутрь 2 мг/1 мг 1 р/сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут*
**После окончания курса лечения.*	

Аменорея вторичная (гипоталамическая форма) у женщин на фоне стресса

Необходимо устранить стрессовый фактор или снизить реакцию на него (консультация с психотерапевтом, применение «малых» транквилизаторов).

При длительном отсутствии менструаций (более 6 месяцев) показано применение **комбинированной циклической низкодозированной ЗГТ**, продолжительность которой в среднем составляет 2–3 месяца.

Эстрадиола валерат	*внутрь 2 мг 1 р/сут, 9 сут +* **Эстрадиола валерат/левоноргестрел** внутрь 2 мг/0,15 мг1 р/сут, 12 сут, затем перерыв 7 сут*
Эстрадиола валерат	*внутрь 2 мг 1 р/сут, 11 сут +* **Эстрадиола валерат/медроксипрогестерон** внутрь 2 мг/10 мг 1 р/сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут или **Эстрадиола валерат/ципротерон** внутрь 2 мг/1 мг 1 р/сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут*
** После окончания курса лечения.*	

Для восстановления фертильности показана терапия, стимулирующая гипоталамо-гипофизарную систему — агонисты ГнРГ в импульсном режиме или гонадотропины.

Менотропины	*в/м 150–300 МЕ 1 р/сут, в одно и то же время суток, с 3–5-го дня менструальноподобной реакции, до созревания фолликулов*

Начальная доза зависит от выраженности гонадотропной недостаточности.

Адекватность дозы оценивается по динамике роста фолликулов (в норме 2 мм/сут). При медленном росте фолликулов дозу повышают на 75 МЕ, при слишком быстром росте — снижают на 75 МЕ.

Введение ЛС продолжают до образования зрелых фолликулов диаметром 18–20 мм, затем:

Гонадотропин хорионический	*в/м 10000 ЕД, однократно*

После констатации овуляции проводят поддержку лютеиновой фазы цикла.

Дидрогестерон	*внутрь 10 мг 1–3 р/сут, 10–12 сут*
Прогестерон	*внутрь 100 мг 2–3 р/сут, или во влагалище 100 мг 2–3 р/сут, или в/м 1 мл 2,5 % р-ра 1 р/сут, 10–12 сут*

Аменорея вторичная (гипофизарная форма) у девочек на фоне гиперпролактинемии

При вторичной аменорее на фоне гиперпролактинемии применяют ЛС, снижающие уровень пролактина. Терапию продолжают в среднем 6 месяцев после стойкого снижения уровня пролактина. Считается, что этот срок достаточен для восстановления менструального цикла и генеративной функции.

ЛС выбора:

Бромокриптин	*внутрь 0,625–1,25 мг перед сном вместе с приемом пищи с последующим повышением дозы на 0,625–1,25 мг каждые 3–4 сут до 2,5–5 мг/сут (при необходимости дозу ежемесячно увеличивают на 0,625–1,25 мг до 12,5 мг/сут), длительность терапии определяют индивидуально*

Хинаголид	*внутрь 25 мкг 1 р/сут, 3 сут; затем 50 мкг 1 р/сут, 3 сут; затем 75 мкг 1 р/сут (при необходимости дозу ежемесячно увеличивают на 75 мкг/сут до 600 мкг/сут), длительность терапии определяют индивидуально*

Альтернативные ЛС:

Каберголин	*внутрь 0,125 мг 2 р/ нед (при необходимости доза через 1 мес увеличивается до 0,5 мг/ нед, далее ежемесячно на 0,5 мг/ нед до 2 мг/ нед), длительность терапии определяют индивидуально*

Аменорея вторичная (гипофизарная форма) у женщин на фоне опухоли гипофиза

Лечение должно осуществляться совместно с нейрохирургом, эндокринологом и гинекологом.

Вопрос о необходимости хирургического лечения решает нейрохирург.

В последующем показана **ЗГТ**.

Эстрадиола валерат	*внутрь 2 мг 1 р/сут, 9 сут +* **Эстрадиола валерат/ левоноргестрел** внутрь 2 мг/0,15 мг 1 р/сут, 12 сут, затем перерыв 7 сут*
Эстрадиола валерат	*внутрь 2 мг 1 р/сут, 11 сут +* **Эстрадиола валерат/ медроксипрогестерон** внутрь 2 мг/10 мг 1 р/сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут или **Эстрадиола валерат/ципротерон** внутрь 2 мг/1 мг 1 р/сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут*
**После окончания курса лечения.*	

По показаниям назначают ГКС и гормоны щитовидной железы.

Аменорея вторичная (гипофизарная форма) у женщин на фоне послеродового гипопитуитаризма (синдром Шихана)

В зависимости от клинических проявлений назначается заместительная терапия соответствующими гормонами. При аменорее или олигоменорее рекомендуется **ЗГТ** половыми гормонами.

Эстрадиола валерат	*внутрь 2 мг 1 р/сут, 9 сут +* **Эстрадиола валерат/ левоноргестрел** внутрь 2 мг/0,15 мг 1 р/сут, 12 сут, затем перерыв 7 сут*
Эстрадиола валерат	*внутрь 2 мг 1 р/сут, 11 сут +* **Эстрадиола валерат/ медроксипрогестерон** внутрь 2 мг/10 мг 1 р/сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут или **Эстрадиола валерат/ ципротерон** внутрь 2 мг/1 мг 1 р/сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут*
** После окончания курса лечения.*	

Показано наблюдение эндокринологом и акушером-гинекологом.

Больных с тяжелой формой синдрома Шихана лечат только в условиях эндокринологического стационара.

Аменорея вторичная (гипофизарная форма) у женщин на фоне синдрома «пустого» турецкого седла

Лечение назначается в зависимости от характера эндокринных нарушений, пациентки нуждаются в наблюдении эндокринолога, нейрохирурга, гинеколога.

При гипогонадотропном гипогонадизме показана комбинированная циклическая низкодозированная **ЗГТ** половыми гормонами до возраста менопаузы.

Эстрадиола валерат	*внутрь 2 мг 1 р/сут, 9 сут +* **Эстрадиола валерат/ левоноргестрел** внутрь 2 мг/0,15 мг 1 р/сут, 12 сут, затем перерыв 7 сут*
Эстрадиола валерат	*внутрь 2 мг 1 р/сут, 11 сут +* **Эстрадиола валерат/ медроксипрогестерон** внутрь 2 мг/10 мг 1 р/сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут или **Эстрадиола валерат/ ципротерон** внутрь 2 мг/1 мг 1 р/сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут*
**После окончания курса лечения.*	