

## Сепсис в акушерско-гинекологической практике Хамидуллина Г. Ф.<sup>1</sup>, Габбасова А. А.<sup>2</sup>, Стяжкина С. Н.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Хамидуллина Гулия Фанильевна / Khamidullina Guliya Fanilevna – студент;

<sup>2</sup>Габбасова Альфина Альфритовна / Gabbasova Alfina Alfritovna – студент,  
лечебный факультет;

<sup>3</sup>Стяжкина Светлана Николаевна / Styazhkina Svetlana Nicolaevna – доктор медицинских наук, профессор, научный  
руководитель

кафедра факультетской хирургии,

Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск

**Аннотация:** в научной статье содержатся результаты исследования пациентки с послеродовым гнойно-септическим осложнением. Анализ проведен путем изучения истории болезни.

**Ключевые слова:** послеродовое гнойно-септическое осложнение, сепсис в акушерстве.

**Актуальность темы.** Свидетельства наблюдения и описания сепсиса обнаружены еще в работах Гиппократов, которому приписывается авторство термина «сепсис». В эпоху Ренессанса Цельсий описал важнейшие признаки воспаления. Более поздние исследователи сформулировали представление о септицемии и септикопиемии как о клинических формах инфекционного заболевания.

В настоящее время сепсис остается наиболее частой причиной летальных исходов в отделениях реанимации и интенсивной терапии. В год диагностируется 300–500 тыс. случаев сепсиса, при этом септический шок развивается примерно у 40 % пациентов. Несмотря на возросшие возможности интенсивной терапии, летальность составляет от 16 % у пациентов с сепсисом и до 60 % у пациентов с септическим шоком.

В основе сепсиса лежит формирование реакции генерализованного воспаления, инициированной инфекционным агентом. Неконтролируемый выброс эндогенных медиаторов воспаления и недостаточность механизмов, ограничивающих их повреждающее действие, являются причинами органо-системных расстройств. Поэтому рассмотрение сепсиса в виде системной реакции на инфекционный очаг точно отражает суть происходящих изменений.

Наиболее важным аспектом проблемы сепсиса в настоящее время является существенное продвижение вперед в вопросах патогенеза и диагностики, определения приоритетов антибактериальной терапии и хирургического лечения, а также основных параметров интенсивной терапии. Необходимо отметить, что впервые за последние 20 лет при проведении клинического испытания нового препарата (активированный белок С), созданного специально для лечения сепсиса и полиорганной недостаточности, получено достоверное снижение летальности. Тем не менее, полиморфизм сепсиса и недостаточная изученность патогенеза полиорганной недостаточности затрудняют диагностику и своевременное начало лечения этой жизнеугрожающей инфекции, что в большинстве случаев определяет неблагоприятный исход заболевания и требует дальнейших исследований в этой области [1, с. 8].

**Цель работы:** изучить на клиническом примере основанные этиологические факторы, клинические проявления, основанные принципы лечения и диагностики, а также возможные осложнения.

**Материалы и методы исследования:** история болезни больного за 2014 год, в который были изучены диагностика, методы лечения и борьба с осложнениями. Проведено оперативное лечение.

**Клинический случай.** Пациентка Е. Ф., 19 лет, госпитализирована в гинекологическое отделение РКБ I с жалобами на слабость, головокружение, мелькание мушек перед глазами, расплывчатость, боли внизу живота при движении. Поставлен диагноз: послеродовый период (КС 24.03.14. в 34 недели ПОНВП). Преэклампсия тяжелой степени. ДВС-синдром. Анемия III степени. Начато лечение. Была проконсультирована врачом гинекологом.

Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище свободное. Шейка матки цилиндрической формы, пропускает один палец свободно. Тело матки увеличено до 17-й недели беременности, болезненно при пальпации. Своды свободны. Выделения: кровянистые, умеренные, яркие, со слизью.

Сводка патологических данных:

1. Кесарево сечение в 34 недели (тяжелый гестоз ПОНВП).
2. Болевой синдром.
3. Гипертермия.

Таблица 1. Показатели анализов крови

Показатели	26.03	27.03	02.04	04.04	7.04	8.04	9.04
Эритроциты	3,38	2,92	2,92	3,42	3,61	3,70	3,90
Гемоглобин	97	85	84	101	111	108	111
Лейкоциты	16,3	14,9	11,1	14	11,5	8,5	7,0

Тромбоциты	120	144	519	494	544	565	554
СОЭ				50		50	46

По данным таблицы видно, что показатели крови говорят об остроте процесса и тяжелом состоянии пациентки с критическим уровнем снижения гемоглобина и эритроцитов. Уровень тромбоцитов повысился. Лейкоциты повысились на фоне острого процесса. На фоне проведенного лечения удалось вывести показатели крови «из критического состояния».

Таблица 2. Показатели анализов мочи

Показатели	27.03	31.03	4.04	08.04
Цвет	н/желт	с/ж	н/ж	ж
Прозрачность	с/м	я	с/м	с/м
Относит.плотн.	1023	1008	м/м	1015
Белок	2,3	0,25	2,2	0,36
Эпителий	0-2	0-1	0-1	1-2
Лейкоциты	0-1	0-1	1-3	1-2-5

Лечение:

1. Гемодинамическая поддержка – инфузионная терапия (кристаллоиды, плазмозаменители, препараты крови), вазоактивные препараты (допамин, добутамин, норадrenalин, допексамин): ЦВД 8–12 мм рт. ст., АДср более 65 мм рт. ст., диурез 0,5 мл/кг/ч,

гематокрит более 30 %, сатурация смешанной венозной крови не менее 70 %.

2. Респираторная поддержка: пиковое давление в дыхательных путях ниже 35 см вод. ст., инспираторная фракция кислорода ниже 60 %, дыхательный объем меньше 6 мл/кг, не инвертированное соотношение вдоха к выдоху.

3. Антимикробная терапия.

4. Немедленная хирургическая санация предполагаемого источника септического процесса [2, с. 28-49 с. 62-81].

5. Кортикостероиды «малые дозы» – 240–300 мг в сутки (имеют право на применение только на очень ранних стадиях сепсиса).

6. Коррекция гемостаза (СЗП, АПС 24 мкг/кг/ч в течение 4 суток. При тяжелом сепсисе (APACHE II более 25) или недостаточности двух систем органов и более), профилактика тромбоза глубоких вен (низкомолекулярный гепарин).

7. Иммунокоррекция: заместительная терапия внутривенными иммуноглобулинами.

8. Профилактика образования стресс-язв ЖКТ (блокаторы H2-рецепторов, ингибиторы протонной помпы).

9. Заместительная почечная терапия при острой почечной недостаточности.

10. Нутритивная поддержка: энергетическая ценность питания 25–30 ккал на 1 кг массы тела в сутки; белок 1,3–2,0 г/кг/сут; глюкоза: 30–70 % небелковых калорий с поддержанием уровня гликемии ниже 6,1 ммоль/л; липиды: 15–20 % небелковых калорий.

Состояние улучшилось. Пациентка в удовлетворительном состоянии выписана.

**Вывод:** увеличение числа родильниц со стертым течением ГСЗ послеродового периода, вследствие чего имеющих высокий риск генерализации инфекции, трудности определения степени тяжести гнойного процесса определяют потребность в достоверных диагностических критериях. Насущной проблемой остается и оптимизация подбора антибиотиков для периоперационной профилактики инфекционных осложнений кесарева сечения. Для разработки оптимальной методики необходимым является проведение контроля за спектром микроорганизмов и состоянием антибиотикорезистентности в конкретном акушерском стационаре. Актуальность проблемы ГСЗ послеродового периода также обусловлена их значимостью в структуре материнской смертности. Развитие генерализованных форм, как правило,

обусловлено поздним выявлением локальных очагов воспалительного процесса (послеродовой эндометрит, мастит, раневая инфекция) или неадекватным их лечением.

#### *Литература*

1. *Близнюк Е. А., Зражевская С. Г., Климова Н. В., Маркина Т. А.* Сепсис в акушерско-гинекологической практике. Благовещенск, 2012. - 8 с.
2. *Гельфанд Б. Р., Савельев В. С.* Сепсис в начале XXI века. Классификация, клинко-диагностическая концепция и лечение. Патологоанатомическая диагностика: Практическое руководство. М.: Литерра, 2006. - 28-49 с., 62-81 с.
3. *Гельфанд Б. Р., Савельев В. С.* Абдоминальная хирургическая инфекция: клиника, диагностика, антимикробная терапия: Практическое руководство. М.: Литерра, 2006. - 19-35 с.
4. *Ерьюхина И. А.* Хирургические инфекции: Практическое руководство. М.: Литерра, 2003. - 320-326 с., 356- 379 с.