

СЕПСИС И СЕПТИЧЕСКИЙ ШОК В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

Свистунова Мария Михайловна

студент 6 курса, кафедра акушерства и гинекологии, лечебный факультет ГБОУ ВПО Пермский Государственный Медицинский Университет им. академика Е.А. Вагнера Минздрава, РФ, г Пермь

Горбач Ирина Алексеевна

студент 6 курса, кафедра акушерства и гинекологии, лечебный факультет ГБОУ ВПО Пермский Государственный Медицинский Университет им. академика Е.А. Вагнера Минздрава, РФ, г Пермь

Берсенева Светлана Николаевна

научный руководитель, врач акушер-гинеколог ПКПЦ, ПГМУ им.ак. Е.А.Вагнера, РФ, г Пермь

Аннотация. В статье представлен клинический случай такого серьезного осложнения, как сепсис, возникающего как в гинекологии, так и в акушерстве. Материал имеет большое практическое значение, так как данный случай представлен из практики врача. В работе отображена клиника сепсиса и своевременное его лечение. Данный случай доказывает важность этапности оказания медицинской помощи с привлечением специалистов III уровня. В статье акцентируется внимание на профилактике и организации своевременной помощи нетранспортабельным пациенткам.

Ключевые слова: сепсис, тяжелый сепсис.

Синдром системной воспалительной реакции (ССВР) - это реакция на воздействие агрессивных факторов.

Характеризуется двумя или более из следующих признаков:

- 1) температура тела $> 38^{\circ}\text{C}$ или $< 36^{\circ}\text{C}$;
- 2) ЧСС $> 90/\text{мин}$;
- 3) ЧД $> 20/\text{мин}$;
- 4) $\text{PaCO}_2 < 32$ мм рт. ст.;
- 5) лейкоциты крови $> 12 \cdot 10^9$ или $< 4 \cdot 10^9$, или незрелых форм $> 10\%$.

Сепсис - это очаг воспаления и 2 или более критерия ССВР.

Тяжелый сепсис - сепсис, ассоциирующийся с органной дисфункцией и нарушением тканевой перфузии.

Сепсис-индуцированная гипотония - снижение систолического АД менее 90 мм рт. ст. у «нормотоников» или на 40 и более мм рт. ст. от «рабочего» АД у лиц с артериальной

гипертензией при условии отсутствия других причин.

Септический шок – тяжелый сепсис с тканевой и органной гипоперфузией, артериальной гипотонией.

Рефрактерный септический шок – сохраняющаяся артериальная гипотония, несмотря на адекватную инфузию, применение вазопрессоров и инотропных препаратов.

Клинический случай

Пациентка N, 32 лет, проживающая в селе. Паритет - 4: I – роды срочные (2003г.), без осложнений; II – медицинский аборт (2012г.), без осложнений; III – роды срочные (2014г.), без осложнений; IV – настоящая беременность (2015г.), выкидыш криминальный (?). Соматическая патология: Хронический гастрит. Приказ 212/150 с 2003г. (наркопотребитель). ХВГС.

Догоспитальный этап течения беременности

На диспансерном учете не состояла. УЗИ перед госпитализацией: Беременность 21-22 недель. Маловодие. Угроза прерывания. Длина ШМ 29 мм. Женщина из группы СОП. В беременности не была заинтересована. Наркопотребитель с 2000г. (со слов не употребляет наркотики с 2012г.). ВИЧ статус с 2003г.

Анамнез: Пациентка 18.03.15 в 20:15 поступила в ЦГБ в экстренном порядке с жалобами на кровянистые выделения из половых путей в течение 2 дней и подъем температуры тела с ознобом до 39 С⁰. Со слов пациентки – 2 дня назад (16.03.15) произошел выкидыш на дому. За помощью не обращалась. Криминальное вмешательство женщина исключала.

При осмотре гинекологом: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы физиологической окраски. Т=37,5С⁰. Ps 98/мин. АД 100/60 и 100/70 мм рт. ст. на правой и левой руке. ЧД=25/мин. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный, ССПО с обеих сторон отрицательные. Стул и диурез в норме.

На зеркалах: Шейка матки без видимых изменений. Выделения сукровичные, мажущие. Матка размером до 12 недель, мягковатая, подвижная, безболезненная. Придатки без особенностей. Своды высокие.

Предварительный диагноз: Внебольничный аборт. Сепсис?

При поступлении консультирована врачом Перинатального Центра через 30 минут от момента поступления. Назначены исследования: ОАК, ОАМ, время свертывания, б/х анализ крови + СРП, R-графия органов грудной клетки, УЗИ органов малого таза.

Результаты обследования: ОАК(18.03.15): Эр $2,8 * 10^{12}/л$, Нб 82 г/л, Нт 23%, Тр $180 * 10^9/л$, Лей $14,8 * 10^9/л$, СОЭ 32 мм/ч. СРП – 4 мг/л. Время свертывания по Сухареву – 3,5 мин. Б/х анализ крови: сахар 7,8 ммоль/л, общий белок 67,1 г/л, билирубин общий 12 ммоль/л, мочевины 5,1 ммоль/л, креатинин 74,0 ммоль/л, АсАТ 25 Ед/л, АлАТ 36 Ед/л, К⁺ плазмы 3,8 ммоль/л, Na⁺ плазмы 169 ммоль/л.

R-графическое исследование органов грудной полости: без патологии.

УЗИ органов малого таза: Матка 115*124*86 мм, полость матки расширена до 19 см. В полости матки визуализируется гиперэхогенная плюс-ткань. ЦДК +. М-эхо – 18 мм. DS: Неполный аборт. Остатки плаценты.

Назначена антибактериальная и инфузионная терапия – Цефтриаксон, Метронидазол, Дисоль.

Бригада врачей санавиации Перинатального Центра прибыла на место в ЦГБ в 23:50.

Осмотрена на месте. Состояние – тяжелое, нестабильное. Гемодинамика со склонностью к гипотензии. Признаки ПОН. Дополнительно проведен прокальцитониновый тест (> 10); взят бактериологический посев из ЦК.

Диагноз: Поздний внебольничный инфицированный аборт в сроке 21 нед. Септический метроэндометрит. Тяжелый сепсис. Тяжелая постгеморрагическая анемия. ПОН (ССС, ДС). Приказ 212/150. ХВГС.

Лечение: в ОРИТ; ИВЛ, Ванкомицин, Метронидазол, посиндромная терапия.

19.03.15 – операция: Нижнесрединная лапаротомия. Экстирпация матки с трубами. Дренирование брюшной полости и малого таза. Взят бактериологический посев. Длительность – 1ч. 20 мин. Кровопотеря – 200 мл. Гемотрансфузия А (II) Rh+ 620 мл. Макропрепарат отправлен на патогистологическое исследование.

Макропрепарат: Матка до 12 недель, на разрезе в полости матки – плацента на задней стенке матки с признаками гниения. Маточные трубы отечные, содержимое на разрезе – серозно-гнойное.

Патогистологическое заключение: Гнойный метроэндометрит. Гнойный плацентит.

Послеоперационный период

20.03.15 в стабильном состоянии переведена в гинекологическое отделение. Продолжена антибиотикотерапия (Ванкомицин, Метронидазол в/в), инфузионная терапия, антианемическая терапия (Сорбифер), Клексан в/в. Подъем температуры до 37,50С в течение 3-х суток. Заживление швов первичным натяжением.

Результаты исследования при выписке из гинекологического отделения: ОАК (3.04.15): эр.3,25/1012л, Нб 92 г/л, Le 4,3/109л, СОЭ 12 мм/ч. ОАМ (31.03.15): Le 1-2 в п/з, эр. 0-1 в п/з, белок отр. Контроль УЗИ (26.03.15): спаечный процесс в малом тазу.

Таким образом, необходимо четкое выполнение Федеральных стандартов оказания помощи и коммуникация специалистов I-III уровней с целью профилактики, своевременной диагностики и успешного лечения сепсиса.

Список литературы:

1. Куликов А.В. «Особенности септического шока в акушерстве», журнал «Акушерство и гинекология» 2010г., №5.
2. Серов В.Н., Сухих Г.Т. Неотложная терапия в акушерстве, 2011 г.
3. Федеральные клинические рекомендации «Начальная терапия сепсиса и септического шока в акушерстве и гинекологии», 2014 г.