

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РАЗВИТИЯ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У РОДИЛЬНИЦ

Тазабаева Наргиза Жанабаевна

Бухарский медицинский институт имени Абу Али Ибн Сина.

Резюме. У женщин с сепсисом выявлено несоответствие клинического течения лабораторным проявлениям: слабовыраженная лейкоцитарная реакция, быстрая инверсия местной воспалительной реакции, стремительное развитие синдрома полиорганной недостаточности на фоне слабой манифестации синдрома системного воспалительного ответа. У женщин с эндометритом клинические проявления начинаются с субинволютивных процессов в матке, и умеренной местной воспалительной реакцией (5-7 дней).

Ключевые слова: сепсис, клиника, морфология, родильниц.

Актуальность. В настоящее время, несмотря на огромные достижения современной медицины, активное развитие медицинских технологий, широкий выбор антибактериальных препаратов гнойно-септические осложнения после родоразрешения играют ведущую роль в материнской заболеваемости, и лидируют в структуре материнской смертности [1,2,3].

В мире ежегодно сепсис диагностируется у 1,5 млн. пациентов, а в экономически развитой стране Соединенных Штатах Америки - у 750 тыс. человек [1]. Сепсис с острой органной дисфункцией — актуальная проблема современного здравоохранения [2]. При тяжелом сепсисе уровень летальности достигает от 28 до 50% [5]. Тот факт, что более 500 тыс. больных умирает ежегодно от тяжелого сепсиса (более 1400 человек ежедневно) показывает, что до сих пор недооценивается влияние этой патологии на всю систему здравоохранения [4].

По данным ученых, акушерский сепсис стоит на третьем месте в структуре материнской смертности, на первом месте стоит смертность от аборт, на втором - гипертензивные нарушения беременности и кровотечения [2]. По данным официальной статистики Министерства Здравоохранения Казакской Республики в период с 2015 - 2025 гг. зарегистрировано 37 (0,03%); 35 (0,03%); 36 (0,03%) случаев гнойно-септических осложнений у пациенток - на 100 случаев

из общего числа родов, из них гнойно-септические осложнения после операции кесарева сечения были зарегистрированы у 8 (21,6%), 15 (42,9%), 16 (44,4%) родильниц - на 100 случаев из общего числа родов. В период с 2019 - 2026 гг. были зарегистрированы случаи материнской смертности от гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде: 6 (10,0%), 5 (7,8%), 7 (10,4%) на 100 случаев из общего числа смертей, связанных с беременностью. В Казахстане гнойно-септические осложнения не имеют тенденции к снижению.

Кроме того, ожидается значительное увеличение числа больных с риском развития сепсиса в следующем десятилетии, в связи с развитием инвазивных медицинских технологий, бесконтрольным применением антибактериальных препаратов широкого спектра действия, увеличением количества микробов, устойчивых к антибактериальным и антисептическим препаратам [3]. Материальные затраты при лечении сепсиса очень высоки, часто недоступные для больных, так как включают в себя не только курс интенсивной терапии, но и длительный курс реабилитации [2].

Сепсис является одной из актуальных проблем в акушерстве, поскольку до сих пор не приняты диагностические дефиниции сепсиса и эндометрита, нет четкой классификации таких патофизиологических состояний как эндометрит, сепсис и тяжелый сепсис (1).

Клиническое течение заболевания зачастую имеет стертую манифестацию за счет исходного изменения иммунного статуса роженицы, сниженной реактивности и нарушения адаптивных реакций. Зачастую сепсис развивается у женщин на фоне экстрагенитальных заболеваний, таких как тяжелая преэклампсия, анемия или тяжелая кровопотеря [6].

В Казахстане Республике не изучены клинико-патофизиологические особенности течения гнойно-септических осложнений у родильниц, а также не выявлены предикторы гнойно-септических осложнений у беременных женщин с различными осложнениями.

Несмотря на многочисленные публикации о патогенезе сепсиса с точки зрения провоспалительных и воспалительных факторов цитокинового каскада, не определены прогностические маркеры реализации сепсиса. Остается открытым вопрос о сопряжении атипичной клиники септического состояния и патофизиологических нарушений.

Цель исследования: выявить клинико-морфологические и иммуногистохимические критерии диагностики акушерского сепсиса, развивающегося в родах и послеродовом периоде.

Материалы и методы. В результате изучения анамнеза и клинических данных 15 случаев женщин, умерших от сепсиса в родах, были выявлены следующие особенности: преобладали женщины в возрасте 30-40 лет - 6 случаев (40,0%), в анамнезе – 3 беременности - 10 (66,6%>), 3-й роды - 7 (46,6%>).

Результаты и их обсуждение. В 9 случаях (60,0%>) отмечался преждевременный разрыв плодных оболочек с длительностью безводного периода в среднем 25-35 часов. Самостоятельные роды были в 11 случаях (73,3%>), в 5 (33,3%>) - наблюдалась первичная слабость родовой деятельности. В 6 случаях (40,0%) отмечалось плотное прикрепление плаценты, что потребовало ее ручного отделения и последующего кюретажа полости матки. Мертворождения встретились в 8 случаях (53,3%), в 50% из них диагностирована асфиксия с выраженной мацерацией кожных покровов.

Клиника характеризовалась следующими симптомами - в 8 случаях (53,5%) был подъем температуры (от 37,6°C до 39,5°C). В 10 случаях (66,6%) отмечена гипотония (55/10-80/50 мм рт. ст.), гипертензия (20,0%>) и нормальное артериальное давление (13,4%).

Проведенная оценка заключительного клинического диагноза установила, что в большинстве случаев не был поставлен диагноз «сепсис в родах», в 10 случаях (67,0%) фигурировал диагноз «септический метроэндометрит», «послеродовый сепсис»; а в 5 случаях (33,0%>), гнойно-септические заболевания вообще не упоминались.

При аутопсийном исследовании в посевах крови из полости сердца в 15 случаях была подтверждена септицемия: в 11 случаях (73,3%) - кишечная палочка, в 11 (73,3%>) - энтеробактерии, в 9 (60,0%>) неклостридиальные анаэробы, в 4 (26,6%) - стрептококки; следует отметить 100% встречаемость ассоциированной микробной флоры.

При патоморфологическом изучении всех компонентов репродуктивной системы мать - плацента - плод, а именно, матки и последа были выявлены

разнообразные изменения. В 13 случаях (86,6%) матка была обычных размеров, эндометрий - бурый, рыхлый с диффузно-очаговыми кровоизлияниями. С учетом послеродовой инволюции матки обнаруженная поверхностная воспалительная инфильтрация базального слоя расценена как «физиологический воспалительный валик». В 9 случаях (60,0%) в эндометрии и миометрии отмечалась очаговая, слабо выраженная, инфильтрация гранулоцитами ($1,20 \pm 0,10$ балла), Т-лимфоцитами ($1,20 \pm 0,10$), макрофагами ($1,13 \pm 0,09$). В воспалительном инфильтрате отсутствовали плазматические клетки, В-лимфоциты и фактор некроза опухоли (TNF- α).

Напротив, в плодных оболочках во всех случаях было отмечено обострение хронического мембранита в виде васкулитов, очагов склероза децидуального оболочки (при окраске по Массону), разнокалиберных кальцификатов и неравномерной толщины компактного слоя. При иммуногистохимическом исследовании воспалительный инфильтрат был представлен большим количеством гранулоцитов ($2,86 \pm 0,09$ балла), макрофагов ($2,86 \pm 0,09$), плазматических клеток ($1,93 \pm 0,12$), единичными Т-лимфоцитами положительная реакция на TNF- α ($1,86 \pm 0,09$). В-лимфоциты в воспалительном инфильтрате отсутствовали. В межворсинчатом пространстве плаценты в инфильтрате преобладали гранулоциты, макрофаги, единичные В-лимфоциты, а в децидуальной пластинке наблюдалась очаговая инфильтрация гранулоцитами, макрофагами, Т-лимфоцитами.

Столь же демонстративна разница в наличии вторичных, метастатических гнойных очагов: они отсутствовали при сепсисе в родах и диагностированы примерно в 30,0-44,0% у женщин, умерших от послеродового сепсиса. Для финальной стадии обеих форм характерны патоморфологические проявления ДВС-синдрома и инфекционно-токсического шока, регистрируемых в 100% случаев при послеродовом сепсисе и в меньшей степени у женщин, погибших от сепсиса в родах (ДВС-синдром - 73,3%, инфекционно-токсический шок - 26,6%).

Выводы : 1. Все представленные выше клинико-морфологические материалы убеждают в необходимости дифференциального диагноза сепсиса в родах и послеродового сепсиса, как в клинической практике, так и при патологоанатомическом анализе причин материнских смертей.

2. У женщин с сепсисом выявлено несоответствие клинического течения лабораторным проявлениям: слабовыраженная лейкоцитарная реакция, быстрая

инверсия местной воспалительной реакции, стремительное развитие синдрома полиорганной недостаточности на фоне слабой манифестации синдрома системного воспалительного ответа. У женщин с эндомиометритом клинические проявления начинаются с субинволютивных процессов в матке, и умеренной местной воспалительной реакцией (5-7 дней).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамченко В.В. Гнойно-септическая инфекция в акушерстве и гинекологии / Санкт-Петербург: Спец.Лит, 2015. - 459с.
2. Абрамченко В.В. Послеоперационная интенсивная терапия в акушерстве. - СПб.: Спец.Лит.; 2017.
3. Белобородов В. Б. Сепсис — современная проблема клинической медицины. М., 2019. - 212 с.
4. Гельфанд Е.Б., Гологорский В.А., Гельфанд Б.Р. Абдоминальный сепсис: интегральная оценка тяжести состояния больных и полиорганной дисфункции // Анест. реаним. — 2016. — № 3. — С. 29-33.
5. Ерюхин И. А., Шляпникова С. А. Проблема перитонита и абдоминальный сепсис // Consilium medicum. — 2015. — Т. 7, № 6. — С. 468-472.
6. Benitz W.E., Gould J.B., Druzin M.L. Risk factors for early-onset group B streptococcal sepsis: estimation of odds ratios by critical literature review. Pediatrics. Jun 2019.-№ 103(6).-P.77-85.
7. Cohen J., Powderly W. Episiotomy infections and postabortion sepsis. In: Infectious Diseases. 2nd ed. 2014.-P.697-698.