

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

CASE REPORT

УДК 618.3.14.5-089

СЛУЧАЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО МОЛНИЕНОСНОГО СЕПТИЧЕСКОГО ШОКА, ВЫЗВАННОГО АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ У ЖЕНЩИНЫ С АУТОИММУННЫМ ГЕПАТИТОМ**Б. Б. Негмаджанов, Э. Х. Шопулатов, С. А. Абдуллаев, Л. К. Хамраева, Ш. Н. Валиев, В. О. Ким**

Кафедра акушерства и гинекологии №2

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: аутоиммунный гепатит, сепсис, материнская смертность.**Таянч сўзлар:** аутоиммун гепатит, сепсис, оналик ўлими.**Keywords:** autoimmune hepatitis, sepsis, maternal mortality.

В данной статье описывается клинический случай материнской смертности от аутоиммунного гепатита осложнившийся послеоперационным сепсисом. Разобраны этапы ведения беременности и родов с позиции современных данных о сепсисе и заболеваниях печени.

АУТОИММУН ГЕПАТИТГА ЧАЛИНГАН АЁЛДА АНАЭРОБ ИНФЕКЦИЯНИ КЕЛТИРИБ ЧИҚАРАДИГАН ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ЖАДАЛ РИВОЖЛАНУВЧИ ШОКИ**Б. Б. Негмаджанов, Э. Х. Шопулатов, С. А. Абдуллаев, Л. К. Хамраева, Ш. Н. Валиев, В. О. Ким**

№2 акушерлик ва гинекология кафедраси

Самарканд давлат тиббиёт институти, Самарканд, Ўзбекистон

Ушбу мақолада, операциядан кейинги сепсис билан кечган она ўлими аутоиммун гепатит операциядан кейинги сепсис билан асоратланишининг клиник ҳодисаси ёзилган. Ҳомиладорлик ва туғишнинг босқичлари сепсис ва жигар касалликлари бўйича мавжуд маълумотлар нуктаи назаридан кечиши таҳлил қилинди

A CASE OF POSTOPERATIVE FULMINANT SEPTIC SHOCK CAUSED BY AN ANAEROBIC INFECTION IN A WOMAN WITH AUTOIMMUNE HEPATITIS**B. B. Negmadjanov, E. Kh. Shopulatov, S. A. Abdullaev, L. K. Khamrayeva, Sh. N. Valiyev, V. O. Kim**

Department of obstetrics and gynecology № 2

Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

The article presents a clinical case of maternal mortality from liver disease complicated by sepsis. The stages of pregnancy and childbirth are analyzed from the perspective of current data on sepsis and liver diseases.

Акушерский сепсис является полиэтиологическим заболеванием. Его вызывают множество патогенных и условно-патогенных микроорганизмов. Частые возбудители: энтеробактерии (*Escherichia coli*, *Pseudomonas* spp., *Klebsiella* spp. и др.), грамположительные кокки (*Staphylococcus aureus*, *Enterococcus* spp., *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus A* и *B* spp.), а также неспорообразующие анаэробы (бактериоиды, пептококки, пептострептококки и др.). Наиболее тяжело протекает сепсис, вызванный смешанной бактериально-вирусной инфекцией [1, 2, 3, 4].

По сравнению с другими видами инфекционных осложнений в акушерстве встречается сепсиса 0,2–0,3%. Часто послеродовой сепсис наблюдается при эндометритах (90%), значительно реже если имеется раневая инфекция, мастит, инфекции мочевых путей (апостематозный нефрит) или постинъекционный абсцесс [3, 5, 6].

Существует различная классификация акушерского сепсиса.

1. По характеру и длительности течения бывают:

- молниеносный (1-3 дня): тяжелое быстрое течение, сильная интоксикация, бывает обычно в первые часы или дни после родов;
- острый сепсис (до 6 недель);
- подострый или затяжной (более 6 недель);
- хронический: позднее начало, отсутствие явного очага инфекции, протекает с перио-

дическими обострениями септического процесса без образования отдаленных гнойных очагов. В анамнезе часто бывает перенесенный эндометрит после родов или аборта.

2. Также существует классификация в зависимости от локализации первичного очага инфекции (матка, почки, молочные железы, тяжелая раневая инфекция) и возбудителя (бактерии, вирусы и т.д.).

В современных условиях растет количество заболеваний печени и в популяции, и у беременных в частности [7]. Патологии печени у беременных часто непосредственно связаны с гестацией или сопутствуют ей. В первую группу входят синдром Шихана, внутрипеченочный холестаз беременных и HELLP-синдром. Во вторую группу входят заболевания, не связанные с беременностью, а наблюдающиеся во время нее (например, острый вирусный гепатит, лекарственный гепатит, аутоиммунный гепатит) [8]. Все виды печеночной недостаточности, связанные с беременностью, очень трудны для раннего выявления и дифференциального диагноза. Патологии печени у беременных обязаны знать не только акушеры-гинекологи, но и врачи других специальностей: инфекционисты, терапевты, хирурги, в том числе, потому что несвоевременная диагностика этой патологии, а также отсутствие патогенетически обоснованной терапии ведет к быстрому ухудшению состояния беременной, нарушению функции печени, развитию печеночной недостаточности [9]. Особенности заболеваний печени у беременных является высокая материнская и перинатальная смертность, достигающая 20–30% [7].

Клинический случай: Беременная С., 28 лет. Беременность вторая, желанная. В анамнезе одни роды здоровым мальчиком. Известно, что последние 2 года женщина начала жаловаться на боли в правом подреберье, утомляемость, повышение температуры тела, кожный зуд, дискомфорт в верхней части живота. При лабораторном обследовании у женщины обнаружено резкое повышение АСТ, АЛТ и биохимических маркеров печени. Анализы не сохранились. При сдаче анализов на маркеры вирусных гепатитов результат отрицательный. В течение последующих 5-6 месяцев больная обошла множество врачей, но истинной причины поражения печени определить не удалось. По настоянию родственников в конце этого же года больная едет в Москву в МГМУ им. Сеченова, где ей ставят диагноз аутоиммунный гепатит, ей рекомендуется лечение с назначением преднизолона. Ей категорически противопоказывают беременность. Несмотря на это женщина забеременела и встала на учет в женскую консультацию. Беременность протекала на фоне анемии, женщина принимала преднизолон. При сроке 36–37 недель на приеме в женской консультации врач отмечает, что уровень АЛТ — 42,1 ЕД/л (при норме до 32 ЕД/л), АСТ — 79,8 ЕД/л (при норме до 40 ЕД/л). Беременная жаловалась на боли внизу живота, общую слабость, утомляемость. Выставлен диагноз: «Беременность II, недель 36-37, роды II. Угроза преждевременных родов. Краевое предлежание плаценты. Анемия II степени». Госпитализирована в отделение патологии беременных. Через 2 суток больная начала жаловаться на мажущие кровянистые выделения, при УЗИ выявлена частичная отслойка плаценты. Решено выполнить экстренное кесарево сечение в нижнем маточном сегменте по Stark. Был извлечен плод мужского пола с ОША на 7-8 баллов. Послеоперационный период протекал гладко. Больная и ее родственники категорически отказались от антибиотикопрофилактики, ссылаясь на наличие у больной аллергической реакции на все имеющиеся антибиотики. На 8 сутки больная начала жаловаться на сильные боли в правой ноге и в области послеоперационной раны. При осмотре область послеоперационной раны синюшного цвета, отмечается мраморность внутренней поверхности правого бедра. Резко ухудшилось состояние больной АД 80/40 мм рт.ст., ЧСС 120 уд. в мин. Вызваны смежные специалисты санитарной авиацией. Решено выполнить диагностическую ре-лапаротомию.

При первом же разрезе кожи и подкожно-жировой клетчатки отмечался гнилостный запах, некроз мышц, выполнена гистерэктомия с придатками, дренирование брюшной полости, вскрытие абсцессов передней брюшной стенки и правого бедра (рис 1) лампасными



Рис. 1. Вскрытие абсцесса передней брюшной и внутренней поверхности правого бедра лампасными разрезами

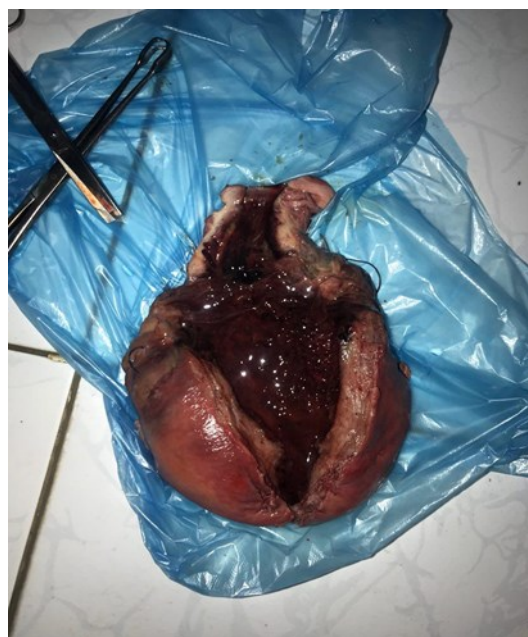


Рис. 2. Макропрепарат: матка размерами 15-20-8, темно-коричневого цвета, при вскрытии отмечается поражение всех слоев матки (панметрит) с гнилостным запахом. Как видно основным источником инфекции тут явилась матка, с последующим развитием диффузного перитонита.

разрезами. Несмотря на проведенную операцию и оказанную медицинскую помощь женщине спасти не удалось.

Обсуждения и заключения: Согласно рекомендациям международного консенсуса (2016 г.) важным критериям диагностики сепсиса является наличие сочетания инфекционного очага и клиники полиорганной недостаточности, не зависимо от наличия или отсутствия признаков системной воспалительной реакции [4, 5].

В данной клинической практике мы столкнулись с атипичным случаем послеоперационного молниеносного сепсиса с полиорганной недостаточностью, и с наличием очага в матке.

Анализируя данную ситуацию, можно сделать заключение, что развитие генерализованного воспалительного процесса началось после проведенного кесарева сечения на фоне иммуносупрессии после приема глюкокортикостероидов и отсутствии антибиотикопрофи-

лактики в послеоперационном периоде.

Представленный клинический случай является чрезвычайно поучительным для врачей различных специальностей, а акушер-гинекологов в частности. Послеоперационный сепсис многолик и коварен, может наблюдаться разнообразная клиническая симптоматика что требует мультидисциплинарного ведения больных высокопрофессиональными специалистами. Надеемся, что наш опыт будет полезен и поможет врачам акушерам-гинекологам более эффективно лечить послеоперационные осложнения.

Использованная литература:

1. Annual Update in Intensive Care and Emergency Medicine 2012/ed. J.L. Vincent. Springer. 2012. 845 p.
2. Bacterial Sepsis in Pregnancy. Green-top Guideline No.64a. 1st edition. April, 2012.
3. Bacterial Sepsis following Pregnancy. RCOG. Green-top Guideline No.64b. 1st edition, April, 2012.
4. Bates Sh.M., Greer I. Pabinger A.I., Sofaer Sh., Hirsh J. Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition) and Pregnancy: Venous Thromboembolism, Thrombophilia, Antithrombotic Therapy/ Chest 2008; 133: 844-886.
5. Castro E.O., Figueiredo M.R., Bortolotto L., Zugaib M. Sepsis and septic shock during pregnancy: clinical management// Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2008. Dec; 30(12): P. 631-8.
6. Centre for Maternal and Child Enquiries (CMACE). Saving Mother's Lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006-2008. BJOG 2011; 118 (suppl. 1): 1-203.
7. Безнощенко Г.Б. Желтухи у беременных / Г.Б. Безнощенко, А.Д. Сафонов, Я.Н. Ярков. // Москва: Медицинская книга 2004. 76 с.
8. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / М.М. Шехтман // Москва: Триада-Х. 2011. 892 с.
9. Еремина Е.Ю. Аутоиммунные заболевания печени и беременность / Е.Ю. Еремина // Практическая медицина. 2011. № 06. С. 12–18.