

Сепсис у беременной, развившийся вследствие периостита

С. Ш. Какваева, к.м.н., доцент кафедры
М. А. Магомедова, к.м.н., ассистент кафедры
А. Н. Джалилова, к.м.н., доцент кафедры

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Махачкала

Clinical case of periostitis in pregnant women complicated by sepsis

S. Sh. Kakvaeva, M. A. Magomedova, A. N. Dzhaliylova
 Dagestan State Medical University, Makhachkala, Russia

Резюме

Одной из серьезнейших проблем современной медицины является сепсис. Число больных, перенесших данное осложнение, ежегодно составляет 20–30 миллионов (ВОЗ) и не имеет тенденции к снижению. Для сепсиса характерна тяжелая полиорганная недостаточность, обусловленная нарушением ответа макроорганизма на инфекционный агент. Более того, он опасен высокой летальностью. Сепсис чаще развивается у больных с иммунодефицитными состояниями, к которым в первую очередь относятся беременные женщины. В статье представлено клиническое наблюдение случая периостита у беременной, осложнившегося септическим состоянием.

Ключевые слова: беременность, периостит, сепсис, клинический случай.

Summary

One of the most serious problems of modern medicine is sepsis. The number of patients undergoing this complication is 20–30 million (WHO) annually and has no tendency to decrease. Sepsis is characterized by severe multiple organ failure due to a violation of the response of the macroorganism to an infectious agent. Moreover, it is dangerous with high mortality. Sepsis often develops in patients with immunodeficiency conditions, which primarily include pregnant women. The article presents a clinical observation of a case of periostitis in a pregnant woman complicated by a septic state.

Key words: pregnancy, periostitis, sepsis, clinical case.

Актуальность

Сепсис – это патологический процесс, обусловленный реакцией организма в виде генерализованного (системного) воспаления в ответ на внедрение инфекционного агента (вирусы, бактерии и др.).

Современная медицина может похвастаться значительными успехами в диагностике и антимикробной терапии, но, несмотря на это, сепсис продолжает занимать одно из лидирующих мест в структуре материнской смертности. Каждая десятая смерть в связи с беременностью и родами, по данным ВОЗ (2017), обусловлена материнским сепсисом. По зарубежным статистическим данным, ежегодно частота сепсиса с летальным исходом увеличивается на 10%. Основными отягощающими факторами при этом остаются ожирение, возраст матери, беременность на фоне соматической патологии, многоплодие, ВРТ и др.

Прогрессирование инфекции у беременных связано с физиологическим снижением иммунитета. Тяжелый сепсис с острой полиор-

ганной недостаточностью приводит к смертельным исходам в 20–40% случаев. В этой связи очевидно, насколько существенные затраты несет общество, оказывая помощь лицам с септическим осложнением. Общие расходы, связанные с лечением одного пациента данной категории, в шесть раз выше, чем на индивидуумов без подобных осложнений.

В 2016 году критерии диагностики сепсиса были пересмотрены III Международным консенсусом определений сепсиса и септического шока (Sepsis-3) [3]. В основу положено сочетание наличие инфекционного очага и признаков полиорганной недостаточности.

При лечении сепсиса и септического шока должен использоваться принцип ранней целенаправленной терапии (early goal-directed therapy, EGDT), определяющей цели лечения [1, 3]. При этом начинать интенсивную терапию необходимо до поступления пациентки в ОАРИТ. Ранняя целенаправленная терапия включает:

- ликвидацию очага инфекции;
- применение антибиотиков широкого спектра действия;
- инфузионную терапию, при необходимости (отсутствие эффекта от кристаллоидов) подключение инотропных препаратов и вазопрессоров;
- адъювантное лечение (ИВЛ, трансфузионная терапия, почечная заместительная терапия, нутритивная поддержка и т.д.).

Раннее выявление и лечение являются ключом к улучшению выживаемости [1, 4].

Результаты и обсуждение

Беременная Б., 1991 г.р., поступила в роддом г. Махачкалы 23.12.2019 с диагнозом «беременность 14–15 недель. Угроза позднего самопроизвольного аборта. ОАГА. ИЦН». Жалобы при поступлении на боли внизу живота и в пояснице. Настоящая госпитализация при текущей беременности – вторая. С 19.12.2020 по 22.12.2020 находи-

лась на стационарном лечении по поводу настоящего заболевания в ПЦ г. Хасавюрта. В анамнезе – 4 года первичного бесплодия (эндокринного генеза), самопроизвольный аборт в 11 недель, удаление правых придатков в 2017 году. Менархе – в 13 лет. Начало половой жизни – в 18 лет. Неудачные попытки ЭКО – трижды. Настоящая беременность наступила спонтанно. Соматический анамнез не отягощен.

Объективно. Беременная среднего роста, правильного телосложения, умеренного питания. АД 110–70 мм рт. ст., пульс 78 уд./мин. По органам и системам – без патологии. Живот мягкий, безболезненный, увеличен за счет беременности, соответственно 15 неделям.

Данные инструментального обследования. УЗИ от 23.12.2019. В матке один плод, соответствует 14–15 неделям. С/б (+). Плацента по задней стенке толщиной 15 мм, нижний край на 2 см выше внутреннего зева. Околоплодные воды в норме. Длина шейки матки – 26 мм. Данные лабораторных исследований. Все лабораторные данные в пределах нормы, за исключением гемоглобина – 105 г/л, во влагалищном мазке большое количество лейкоцитов, обнаружен грибок.

Выставлен клинический диагноз «беременность 15 недель. Угрожающий поздний выкидыш. ОАГА. ИЦН. Анемия легкой степени. Кандидозный вагинит».

Назначена терапия, направленная на пролонгирование беременности, санацию влагалища. Учитывая наличие ИЦН, выявленной при УЗИ, в комплекс лечения включен микронизированный прогестерон вагинально 400 мг в сутки (согласно клиническим рекомендациям).

В ночь с 25 на 26.12.2019 у беременной появились жалобы на острую зубную боль, повышение температуры до 38 °С, в связи с чем 26.12.2019 она направлена на консультацию к стоматологу. Стоматологом выставлен диагноз «острый гнойный одонтогенный периостит сверху справа». Произведена операция – «периостеотомия, вскрытие абсцесса.

Дренирование». Назначены антибиотик амоксициллин и промывание ротовой полости фурацилином.

27.12.2019 состояние удовлетворительное, температура субфебрильная, сохраняются жалобы на умеренную зубную и головную боль, отмечается незначительная локальная отечность в области верхней челюсти справа.

27.12.2019 в 18:00 у больной отмечаются подъем температуры до 39,5 °С, потрясающий озноб, пульсирующая головная боль, тахикардия – 140 уд./мин., гипертензия – 140/90 мм рт. ст., SpO₂ – 87%. Выставлен предположительный диагноз «одонтогенный сепсис». Дальнейшее лечение проводилось в условиях ОАРИТ. Произведена замена амоксициллина на комплекс антибиотиков широкого спектра действия (меронем и ванкомицин), начата инфузия кристаллоидов, ремберина, дексаметазон. В 19:30 состояние беременной тяжелое. АД – 82/50 мм рт. ст., пульс – 130 уд./мин., температура – 38,6 °С, SpO₂ – 97%. Взяты анализы *cito*, С-реактивный белок – 120,65, гипопропротеинемия – 56,2 г/л, гемоглобин снизился до 84 г/л, лейкопения – 2,8 × 10⁹/л, тромбоцитопения – 84/л.

27.12.2019 беременная проконсультирована неврологом: менингеальные симптомы отрицательные, данных за неврологическую патологию нет.

28.12.2019 в 08:00 беременная в ОАРИТ, состояние расценивается как средней тяжести. АД – 114/64 мм рт. ст., пульс – 98 уд./мин., SpO₂ – 98 %, температура – 37,5 °С. Диурез адекватный. ЧДД – 26 раз в минуту. Анализ крови на прокальцитонин – 36,0 нг/мл, лактат крови – 5,2 ммоль/л. Продолжается терапия. Общий и биохимический анализы крови в динамике представлены в табл. 1 и 2.

28.12.2019 произведена процедура гемосорбции.

29.12.2019 осмотрена врачом ЧЛХ (челюстно-лицевой хирургии): состояние больной ближе к тяжелому, жалобы на боли в верхней челюсти справа. Температура – 36,8 °С, отмечается отек в области верхней губы.

Под местной анестезией произведено разведение краев раны с повторным дренированием. Диагноз «периостит верхней челюсти справа». В анализах: общий белок – 44,3 г/л, альбумин – 28,2 г/л, СРБ – 85, лейкоциты – 13,5 × 10⁹, тромбоциты – 95/л, эритроциты – 2,5 × 10¹², гемоглобин – 74 г/л. Продолжает получать терапию в прежнем объеме. С целью коррекции гипопропротеинемии перелиты альбумин 400 мл и аминовен 500 мл.

30.12.2019 (4-е сутки) отмечается положительная динамика в состоянии больной, жалоб нет, гемодинамика в норме, температура – 36,5 °С, стул и диурез в норме. Повторно произведено УЗИ: один плод, соответствует 15 неделям беременности. С/б+. Плацента по передней стенке, степень зрелости – 0, толщина – 15 мм. Околоплодные воды в норме. УЗИ печени – без патологии. УЗИ почек – без патологии.

01.01.2020 больная переводится из ОАРИТ в общую палату в удовлетворительном состоянии. 03.01.2020 выписана из стационара под наблюдение врача ЖК по месту жительства. Рекомендации при выписке: продолжить терапию прогестеронами, антианемическое лечение.

Через 2 недели беременная поступает в республиканскую клинику с отошедшими околоплодными водами в сроке 18 недель беременности. Через 2 дня произошел поздний индуцированный аборт.

Обсуждение

Общезвестно, что пациенты с иммунодефицитными состояниями относятся к группе риска по развитию септических осложнений.

В связи с этим любой хронический источник инфекции, в том числе и в полости рта, должен быть выявлен и санирован на этапе планирования беременности. Неадекватная стартовая антибактериальная терапия является фактором риска летального исхода у пациентов с гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области [2].

Таблица 1
Биохимия крови в динамике лечения

Дата	24.12.2019	27.12.2019	28.12.2019	29.12.2019	30.12.2019
Общий белок, г/л	64,60	56,20	56,60	44,30	53,90
Альбумин		31,90	31,60	28,20	36,60
Креатинин, мкм/л	65,50	76,20	56,40	68,30	71,60
Мочевина, ммол/л	1,76	1,31	1,11	1,19	2,32
Глюкоза, ммол/л	3,65	7,80	8,90	6,20	5,38
АЛТ, Ед/л	8,40	26,20	25,10	25,60	26,90
АСТ, Ед/л	11,80	32,10	25,70	21,50	17,40
ЩФ, Ед/л	112,90	283,10	234,80	209,50	196,90
Билирубин общий, мкм/л	10,50	12,23	11,36	6,57	7,97
Железо, мкм/л	22,03	2,51	1,44	1,30	3,84
Кальций		1,91	1,96	1,99	1,75
Магний		0,85	0,78	0,62	0,76
СРБ		120,65	144,51	85,13	

Таблица 2
Общий анализ крови в динамике терапии

Дата	24.12.2019	27.12.2019 (утро)	27.12.2019 (вечер)	28.12.2019	29.12.2019	30.12.2019	31.12.2019
Лейкоциты, $10^9/\text{л}$	8,00	11,00	0,90	11,20	13,50	11,20	9,10
Нейтрофилы, %	67,90	86,00	72,80	91,80	78,90	80,10	73,50
Лимфоциты, %	23,40	7,70	18,30	4,60	9,20	11,70	17,2
Эозинофилы, %	0,10	0,00	0,10	0,20	0,10	0,00	0,10
Палочкоядерные		3			5		
Сегментоядерные		80			72		
Моноциты, %	7,70	6,10	8,30	3,10	10,90	6,90	8,00
Эритроциты, $10^{12}/\text{л}$	3,58	3,33	2,90	2,87	2,54	2,78	2,79
Гемоглобин, г/л	105	98	93	85	74	83	80
Гематокрит, %	32,40	29,90	25,2	25,70	22,90	25,00	25,00
Тромбоциты/л	177	140	84	104	95	108	102
СОЭ, мм/ч	35	55	55	55	50	50	48

Требуется незамедлительное подключение эмпирических антибиотиков широкого спектра действия, направленных на наиболее вероятные возбудители, и быстрый переход на более узкопрофильные препараты, основываясь на результатах бактериологического посева и чувствительности к антибиотикам. И конечно же никакая интенсивная

терапия не даст эффект без адекватной хирургической санации очага инфекции.

Список литературы

1. Септические осложнения в акушерстве. Клинические рекомендации (протокол лечения), утвержденные МЗ РФ 6 февраля 2017 года № 15-4/10/2-728. – Москва, 2017. – 59 с.
2. Клинические рекомендации (протоколы лечения) при диагнозе перитонит, утвержденные постановлением № 14 совета СТАР от 24.04.2018. – Москва, 2018. – 37 с.

3. Albright C., Ali T. N., Lopes V., Rouse D. J. The Sepsis in Obstetrics Score: a model to identify risk of morbidity from sepsis in pregnancy // Am. J. Obstet. Gynecol. 2014. URL: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2014.03.010>.
4. Руднов В.А., Кулабухов В.В. Сепсис-3: обновленные ключевые положения, потенциальные проблемы и дальнейшие практические шаги. // Вестник анестезиологии и реаниматологии. – 2016. – Том 13, № 4. С. 4–10. [Rudnov V. A., Kulabuhov V. V. Sepsis-3: obnovlennyye ključevyye položženija, potencial'nyye problemy i dal'nejšie praktičeskie shagi. // Vestnik anesteziologii i reanimatologii. – 2016. – Tom 13, № 4. In Rus.] DOI: 10.21292/2078-5658-2016-13-4-4-11.

Для цитирования: Какваева С.Ш., Магомедова М.А., Джахилова А.Н. Сепсис у беременной, развившийся вследствие перитонита. Медицинский алфавит. 2020 (16): 61–63. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2020-16-61-63>.

For citation: Kakvaeva S. Sh., Magomedova M. A., Dzhalilova A. N. Clinical case of peritonitis in pregnant women complicated by sepsis. Medical alphabet. 2020 (16): 61–63. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2020-16-61-63>.