

Акушерський сепсис (Клінічна лекція)

Т.Г. Романенко¹, С.О. Дубров², О.М. Суліменко¹, Є.М. Суліменко¹

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, м. Київ

²Національний медичний університет імені О.О. Богомольця МОЗ України, м. Київ

У статті наведено огляд даних щодо особливостей діагностики сепсису в акушерській практиці, ведення пацієнтів із сепсисом і септичним шоком. Огляд оновлених рекомендацій дозволить впровадити сучасні принципи діагностики та інтенсивної терапії сепсису і септичного шоку і поліпшити результати лікування даної категорії пацієнтів. Крім того, обговорюються стратегії, пов'язані з анестезіологічним веденням вагітних, роділь та породіль із сепсисом або з ризиком розвитку сепсису під час вагітності та у післяпологовий період.
Ключові слова: сепсис, септичний шок, Sepsis-3, інтенсивна терапія сепсису, антибактеріальна терапія, рідинна ресусцитація, акушерство.

Sepsis – основна причина смерті від інфекції, особливо за відсутності своєчасної діагностики та лікування [1].

Материнський сепсис – небезпечний стан для життя, визначений як органна дисфункція, пов'язана з інфекцією під час вагітності, пологів, післяпологового або постабортного періоду [2].

У 2016 році критерії діагностики сепсису були переглянуті на Третньому міжнародному консенсусі – Sepsis-3 (Сепсис-3) і в її основу покладено поєднання інфекційного вогнища і ознак поліорганної недостатності незалежно від наявності або відсутності системної запальної реакції [1]. Визначення та клінічні критерії сепсису та септичного шоку також були оновлені на Третньому міжнародному консенсусі 2016 року (Сепсис-3).

Sepsis: загрозлива життю органна недостатність, спричинена порушеною відповіддю організму на інфекцію. (Сепсис – гостра органна дисфункція, що має загрозливий життю характер та виникає у результаті порушення регуляції відповіді макроорганізму на інфекцію).

Патфізіологічна характеристика: порушення регуляції відповіді макроорганізму на інфекцію проявляється пошкодженням власних тканин і органів.

Критерії сепсису: підозрювана або документована інфекція у поєднанні з гострою органною дисфункцією, розвиток якої визначають за індексом шкали SOFA на 2 бали і більше від базового значення. Тяжкість органної недостатності оцінюють з використанням шкали SOFA. Органна недостатність може бути ідентифікована як різка зміна загальної кількості балів за SOFA ≥ 2 , що пов'язано з інфекцією. Базовий показник SOFA слід вважати рівним нулю, якщо у пацієнта, як відомо, раніше не існувала органна недостатність.

Септичний шок – клінічний варіант перебігу сепсису, що характеризується циркуляторною недостатністю, яка проявляється артеріальною гіпотонією, підвищенням рівня лактату більше 2 ммоль/л, незважаючи на адекватну інфузію, і вимагає уведення вазопресорів для підтримання середнього АТ більше 65 мм рт.ст.

! Синдром системної запальної відповіді (ССЗВ) на сьогодні більше не є критерієм сепсису [1], тому що один з восьми пацієнтів (12,5%) з тяжким сепсисом є «ССЗВ-негативним» [3].

Підтвердженням ССЗВ є наявність 2 або більше симптомів [4]:

1. Температура тіла вище 38 °С або нижче 36 °С.
2. Тахікардія більше 90 за 1 хв.

3. Тахіпноє більше 20 за 1 хв або зниження парціального тиску $\text{CO}_2 < 32$ мм рт.ст.

4. Лейкоцитоз більше $12 \cdot 10^9/\text{л}$ або лейкопенія менше $4 \cdot 10^9/\text{л}$.

Сепсис – це не просто інфекція з двома або більше критеріями системної запальної відповіді (SIRS). У сепсису є три основних компоненти: інфекція, реакція організму на інфекцію і органна недостатність. Оскільки відбулося включення органної недостатності у визначення сепсису у Sepsis-3, поняття «тяжкий сепсис» більше не існує. Отже, відповідно до визначення Sepsis-3, термін «сепсис» еквівалентний «тяжкому сепсису» незалежно від статусу SIRS. Сепсис під час вагітності та у післяпологовий період залишається основною причиною материнської захворюваності та смертності в усьому світі (публікації Всесвітньої організації охорони здоров'я – WHO, Компанії Переживемо Сепсис – SSC).

Зменшення ризику материнської смертності у Великій Британії за допомогою аудиту та співпраці з конфіденційними запитами (MBRRACE-UK) підкреслюють важливість і сталість цієї проблеми. Проблема сепсису залишається сьогодні дуже гострою, у тому числі в акушерстві. На сьогодні у світі інфекції посідають третє місце у структурі материнської летальності, є прямою причиною понад 260 000 випадків материнської смертності щорічно; приблизно 5% материнської смертності у розвинених країнах і 15% материнської смертності в країнах, що розвиваються, септичний шок, пов'язаний з септичним абортom і післяпологовим ендометритом, як і раніше, посідає одне з провідних місць, незважаючи на значний прогрес щодо профілактики та лікування гнійно-септичних ускладнень в акушерстві. Приблизно в 1 з 1000 породіль буде розвиватися тяжка інфекція з системною запальною відповіддю; половина з них буде прогресувати до сепсису з органною недостатністю і 3–4% – до септичного шоку [5–16]. Однак швидке прогресування септичного процесу може бути зумовлене:

- материнською толерантністю: зниженням активності клітинної ланки імунітету (зміна співвідношення Th1/Th2) – велика сприйнятливості до внутрішньоклітинних збудників (бактерії, віруси, паразити),
- збільшенням кількості лейкоцитів, рівня D-димеру,
- дисфункцією ендотелію судин,
- зниженням рівня антитромбіну III, протеїну С, протеїну S і активності фібринолізу,
- зростанням рівня прозапальних цитокінів під час пологів,
- наявністю запальної реакції при ускладненнях вагітності (пreekлампсія, еклампсія, передчасні пологи) – материнської запальної відповіді (MSIR – maternal systemic inflammatory response) [12, 17, 18].

Фактори ризику:

- кесарів розтин;
- залишки плодових оболонок або плідного яйця після абортu;
- амніоцентез або інші інвазивні процедури;
- цервікальний серкляж;