

## Сведения об авторах

Е.К. Шига́й\* – студент

Д.Р. Курбанова – студент

А.М. Богданова – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры

## Information about the authors

E.K. Shigay\* – Student

D.R. Kurbanova – Student

A.M. Bogdanova – Candidate of Sciences (Medicine), Department Assistant

\*Автор ответственный за переписку (Corresponding author):

e.k.shigay@gmail.com

УДК: 616-01

## СЕПСИС В ПРАКТИКЕ АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА. КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

Шушарин Кирилл Дмитриевич<sup>1</sup>, Антонова Ангелина Евгеньевна<sup>1</sup>, Боярских Елена Николаевна<sup>1</sup>, Боярских Татьяна Викторовна<sup>1</sup>, Зыков Павел Сергеевич<sup>1</sup>, Уланова Анна Владимировна<sup>1</sup>, Киселева Марина Кесарева<sup>1,2</sup>, Аскерова Марина Геннадьевна<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Кафедра акушерства и гинекологии с курсом медицинской генетики

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

<sup>2</sup>ГАУЗ СО «Городская клиническая больница № 40»

Екатеринбург, Россия

### Аннотация

**Введение.** Материнский сепсис занимает значительное место в структуре материнской смертности многих стран мира. Трудности диагностики данного состояния трактуются отсутствием патогномичных симптомов и специфических лабораторных показателей, отклонения которых можно посчитать физиологической нормой во время беременности. При этом методы лечения часто оказывают негативное влияние на возможность сохранения текущей беременности и возникновения последующих. **Цель исследования** – оценить особенности течения и лечения, факторов риска септических осложнений у беременных пациенток с акушерско-гинекологической и экстрагенитальной патологией. **Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ 3 историй болезни (форма 003/у) пациенток с беременностью и возникшими септическими осложнениями на ее фоне. Изучена и проанализирована научная литература, посвященная этиологии, распространенности, клинике, современным методам диагностики и лечения акушерско-гинекологического сепсиса. **Результаты.** Представлены 3 клинических случая пациенток с септическими осложнениями на фоне беременности. В первом и втором случае достичь излечения удалось добиться только после проведенной тотальной гистерэктомии, антибактериальной и интенсивной посиндромной терапии. У третьей пациентки, несмотря на имеющиеся факторы риска удалось добиться компенсации состояния путем проведения операции в объеме: кесарева сечения, хирургической санации и дренирования имеющихся пиогенных очагов; без гистерэктомии. **Выводы.** У пациенток акушерско-гинекологического профиля необходимо тщательное изучение анамнеза, проведения комплекса диагностических мероприятий для своевременного распознавания и лечения септических осложнений. Решающую роль при купировании таких состояний играет локализация первичного очага, поскольку важное место занимает его хирургическая санация, антибактериальная и адекватная посиндромная терапия.

**Ключевые слова:** беременность, гинекология, сепсис.

## SEPSIS IN THE PRACTISE OF AN OBSTETRICIAN-GYNECOLOGIST. CLINICAL CASES

Shusharin Kirill Dmitrievich<sup>1</sup>, Antonova Angelina Evgenievna<sup>1</sup>, Boyarskikh Elena Nikolaevna<sup>1</sup>, Boyarskikh Tatyana Viktorovna<sup>1</sup>, Zykov Pavel Sergeevich<sup>1</sup>, Ulanova Anna Vladimirovna<sup>1</sup>, Kiseleva Marina Kesarevna<sup>1,2</sup>, Askerova Marina Gennadievna<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Department of Obstetrics and Gynecology with the course of Medical Genetics

Ural State Medical University

<sup>2</sup>City Clinical Hospital № 40

Yekaterinburg, Russia

### Abstract

**Introduction.** Maternal sepsis occupies a significant place in the structure of maternal mortality in many countries of the world. Difficulties in diagnosing this condition are explained by the absence of pathognomonic symptoms and specific laboratory parameters, deviations of which can be considered a physiological norm during pregnancy. At the same time, treatment methods often have a negative impact on the possibility of maintaining the current pregnancy and the occurrence of subsequent ones. **The aim of the study** is to evaluate the characteristics of the course and treatment, risk factors for septic complications in pregnant patients with obstetric-gynecological and extragenital pathology. **Material and**

**methods.** A retrospective analysis of 3 case histories (form 003/y) of patients with pregnancy and septic complications on its background, protocols of operations was carried out. The scientific literature devoted to the etiology, prevalence, clinic, modern methods of diagnosis and treatment of obstetric-gynecological sepsis has been studied and analyzed. **Results.** Three clinical cases of patients with septic complications during pregnancy are presented. In the first two cases, it was only possible to achieve cure after a complete hysterectomy and antibacterial and intense post-surgery therapy. In the third case, despite the presence of risk factors, it was possible to manage the condition by carrying out an operation to the following extent: cesarean section, surgical cleansing and drainage of any existing pyogenic sites; without the need for hysterectomy. **Conclusion.** In patients with an obstetric or gynecological condition, it is essential to conduct a thorough history taking in a timely manner and perform a range of diagnostic tests in order to accurately diagnose and treat septic complications. The localization of the main focus plays a crucial role in relieving such conditions, as surgical rehabilitation, antibiotic and adequate post-infection therapy take up an important place. **Keywords:** pregnancy, gynecology, sepsis.

## **ВВЕДЕНИЕ**

Материнский сепсис (МС) – опасное для жизни состояние, определяемое как полиорганная недостаточность, вызванная инфекцией во время беременности, родов, послеродового периода или после аборта [1]. В Российской Федерации смертность от материнского сепсиса составляет 11% от всей материнской смертности на 2022 г. и имеет тенденцию к росту [2]. В США же на 2021 г. смертность от материнского сепсиса составляла 23% от всей материнской смертности [3]. Высокие показатели смертности от данной патологии показывают актуальность данной проблемы во всем мире. Сложность диагностики и лечения материнского сепсиса обусловлена скоростью его развития, отсутствием патогномичных симптомов и специфических лабораторных показателей [4]. Лечение МС важно начинать как можно раньше, еще до поступления пациентки в палату интенсивной терапии. Ранняя целенаправленная терапия, как правило, включает в себя: применение антибактериальных препаратов широкого спектра действия, в том числе антибиотиков резерва, хирургическую санацию первичного септического очага, инфузии кристаллоидов и адьювантную терапию (искусственную вентиляцию легких, трансфузионная терапия, почечная заместительная терапия, нутритивная поддержка и т.д.), а в некоторых случаях - вазопрессоры и инотропные препараты [1]. Важно своевременно анализировать имеющийся клинический опыт ведения септических осложнений у акушерско-гинекологических пациентов для улучшения исходов лечения такого грозного заболевания.

**Цель исследования** – оценить факторы риска, особенности диагностики и лечения септических осложнений у беременных пациенток с акушерско-гинекологической и экстрагенитальной патологией.

## **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ**

Проведено ретроспективное исследование, материалом которого послужили 3 истории болезни (форма 003/y) акушерско-гинекологических пациенток с сепсисом на базе ГАУЗ СО «ГКБ № 40». Методы исследования: аналитический, статистический, сравнительный. Изучена и проанализирована научная литература, посвященная этиологии, распространенности, клинике, современным методам диагностики и лечения акушерско-гинекологического сепсиса.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ**

1. Пациентка М. 33 года, беременность 16 недель 1 день, обратилась в приемное отделение ГКБ 40 14.10.2022 с жалобами на кровянистые выделения из половых путей с 11.10.2022. Анамнез жизни: родилась недоношенной в 32 недели, вес при рождении 1,4 кг. В детстве перенесла краснуху и ветряную оспу. Сопутствующие заболевания: варикозная болезнь вен нижних конечностей (ВБНК), острый тромбоз глубоких вен левой нижней конечности в 2021 г., хронический вазомоторный ринит, исходный дефицит массы тела. Менструальный цикл без особенностей. Данная беременность первая. Прегравидарная подготовка не проводилась, способ наступления – спонтанный. Последняя менструация 23.06.2022. В официальном браке не состоит. Санирован хламидиоз в 2016 году. На учет встала в сроке 12,5 недель. По данным объективного осмотра: телосложение астеническое (индекс массы тела (ИМТ) - 15,09), рост 162 см, вес 41 кг, состояние средней тяжести, сознание

ясное, положение активное. При обследовании по системам патологии не выявлено. Прибавка веса во время беременности: 1,40 кг, T=36,0°C; гемодинамика стабильная. Акушерский статус: Матка в нормотонусе, по данным фетального доплера частота сердечных сокращений (ЧСС) плода – 147. Генитальный статус: наружный осмотр без патологии. шейка матки (ШМ) укорочена, наружный зев сомкнут, матка увеличена до 17 недель. Придатки не пальпируются. Из половых путей сукровичные выделения. Диагноз при поступлении: Беременность 16-17 нед. Угрожающий выкидыш. Истмико-цервикальная недостаточность? ВБНК. Госпитализирована в 1 гинекологическое отделение ГКБ 40. Назначена гемостатическая терапия и дигидрогестерон. Общий анализ крови (ОАК) от 14.10.2022: WBC -  $12,1 \cdot 10^9/\text{л}$ , относительный лимфоцитоз 10,5%. 16.10.2022 отмечает на фоне жалоб на тянущие боли внизу живота повышение T=38,3°C. Артериальное давление (АД)=115/76 мм. рт. ст. Дополнительно назначен Парацетамол 500мг per os при подъеме T; Динамика лабораторных показателей ОАК и биохимический анализ крови (БХ): WBC- $7,9 \cdot 10^9/\text{л}$ , относительный лимфоцитоз (9,8%), RBC –  $3,94 \cdot 10^{12}/\text{л}$ , Hb – 125г/л, PLT -  $375 \cdot 10^9/\text{л}$ , С-реактивный белок (СРБ) - 100,8 мг/л. Мазок на микрофлору: в образцах из влагалища и ШМ большое количество лейкоцитов, палочковая флора. Вечером того же дня при осмотре T=37,3; АД:111/76 мм. рт. ст., Пульс: 111 уд/мин, частота дыхательных движений (ЧДД), SpO<sub>2</sub> – без отклонений. Данных за ОРВИ нет, осмотр по системам - без патологии, диурез адекватный. Матка возбудима. Несмотря на проводимую терапию сохраняются сукровичные выделения из половых путей. При осмотре P.V.: данные прежние. К лечению добавлен Цефтриаксон 2,0 в/в 1р/с. 16.10.22 в 21:30 отмечено снижение АД=87/55 мм. рт. ст., проведена консультация анестезиолога. Оснований для перевода в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) не выявлено. В 23:00 T=37°C, АД=110/70 мм. рт. ст. БХ: СРБ - 106,1 мг/л. Коагулограмма в пределах нормы. С утра 17.10.22 жалобы сохраняются, появился озноб. Объективно: T=38,3°C, АД=100/60 мм. рт. ст., сукровичные выделения из влагалища, диурез сохранен. Назначена инфузия 1000 мл физ р-ра + Парацетамол 1000 мг/с per os. По лабораторным данным: Прокальцитонин (ПКТ) – 0,25 нг/мл, WBC –  $14,9 \cdot 10^9/\text{л}$ , RBC -  $3,85 \cdot 10^{12}/\text{л}$ , Лимфоциты  $1,1 \cdot 10^9/\text{л}$  (7,3%), Нейтрофилы  $13,0 \cdot 10^9/\text{л}$  (87,2%), СРБ - 92,4мг/л. Коагулограмма без отклонений, в ОАМ – повышение кетонов(+). Проведено ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза (ОМТ) 17.10.22: Отсутствие околоплодных вод. Беременность 16-17 недель. Начавшийся выкидыш. При вагинальном исследовании: данные прежние, отмечены гнойные выделения из цервикального канала. Поставлен диагноз: Острый метроэндометрит. Начавшийся септический выкидыш. Отсутствие околоплодных вод. Решением консилиума, учитывая начавшийся септический выкидыш в сроке 16 нед. 4 д, было решено выполнить гистерэктомию в неотложном порядке. Согласие больной получено. 17.10.22 в 13:30 операция: Нижнесрединная лапаротомия. Тотальная гистерэктомия с маточными трубами. Дренирование малого таза. Под ЭТН (эндотрахеальным наркозом). Интраоперационный осмотр: прилежащие к матке органы без особенностей, тело матки тестоватой структуры. Выпота в малом тазу нет. Маточные трубы и яичники не изменены. Кровопотеря - 200 мл. Макропрепарат матки: в полости плод с двойным тугим обвитием пуповины вокруг шеи, плацента грязно-желтого цвета, с плотным прикреплением, околоплодные воды отсутствуют, плацентарная площадка с налетом фибрина; в полости матки и в цервикальном канале (ЦК) гнойное содержимое. Экстубирована и переведена в отделение в первые сутки. 21.10.22 дренаж удален. Получала терапию в послеоперационном периоде: Цефтриаксон 2 гр/с, Метронидазол 500 мг 3р/д, Кеторолак 30 мг/мл, Эноксапарин натрия 40 мг п/к, Омепразол 20мг перорально. Динамика лабораторных исследований ОАК и БХ: 18.03.22 WBC -  $11,7 \cdot 10^9/\text{л}$ , RBC -  $4,21 \cdot 10^{12}/\text{л}$ ; Hb - 121,0 г/л; PLT -  $360 \cdot 10^9/\text{л}$  СРБ - 93,2 мг/л 25.10.22 WBC -  $10,0 \cdot 10^9/\text{л}$ ; RBC -  $4,63 \cdot 10^{12}/\text{л}$ ; Hb - 35,0г/л; PLT -  $387 \cdot 10^9/\text{л}$ ; СРБ - 4,4 мг/л. По результатам исследования соскоба цервикального канала от 17 и 18.10.2022 патогенной микрофлоры не выделено. По УЗИ ОМТ от 24.10 – патологии не выявлено. При общем и гинекологическом осмотрах патологии не выявлено Послеоперационный период без осложнений. Пациентка выписана из стационара 26.10.2022. Результат гистологического исследования: ШМ –

дискератоз, гнойное воспаление в слизистой цервикального канала. Тело матки – гнойный метроэндометрит, гнойно-фибринозное воспаление децидуальной ткани. Трубы – отек, кровоизлияния, очаговая полиморфноклеточная инфильтрация слизистой.

2. Пациентка Х. 20 лет доставлена в ГКБ № 40 14.09.22 с жалобами на постоянную ноющую боль в правой подвздошной области, тошноту, трехкратную рвоту желудочным содержимым, трехкратный жидкий стул, слабость, головокружение, повышение температуры тела до 38°C. Находится на 11-й неделе беременности. Имеется анамнез маточного кровотечения с диагнозом угрожающего выкидыша от 10.09.22, по поводу которого обращалась в ГКБ № 14, от госпитализации отказалась. Данная беременность у пациентки вторая, первая беременность закончилась срочными родами путем кесарева сечения и протекала на фоне абсолютного маловодия, гестационного гипотиреоза, хронической внутриутробной гипоксии плода и синдрома задержки развития плода 1 ст. В приемном отделении была осмотрена хирургом, гинекологом и инфекционистом – кишечная инфекция сомнительна. При осмотре: рост 165см, вес: 125,5кг (ИМТ = 46,1 – ожирение 3 степени), ЧДД 18 в мин., ЧСС 65 в мин., АД=90/60 мм рт. ст. В ОАК: WBC  $28,6 \times 10^9$  /л, гранулоциты  $26,2 \times 10^9$ /л, Б/х крови: креатинин – 133 мкмоль/л, общ. билирубин – 25,7 мкмоль/л, СРБ - 206,6 мг/л, ПКТ - 15,9 нг/мл. Предварительный диагноз: острый аппендицит? сепсис. Пациентка в связи с тяжестью состояния госпитализирована в реанимацию для дополнительного обследования. Магнитно-резонансная томография (МРТ) ОБП - острая хирургическая патология исключена. Назначена терапия антибиотиками резерва (эртапенем 1 г/с), оксигенотерапия, инфузионная терапия, омепразол 20 мг 2 р/с, эноксапарин – 40 мг 2 р/с. На фоне лечения положительная динамика: Лейкоциты –  $5,0 \times 10^9$ /л, гранулоциты –  $2,9 \times 10^9$ /л, креатинин – 59 мкмоль/л, общ. билирубин – 8,0 мкмоль/л, СРБ - 78,1 мг/л, ПКТ - 5,2 нг/мл., сохранялись стабильные показатели сатурации (SpO<sub>2</sub>), АД и ЧСС. УЗИ ОМТ (15.09): неразвивающаяся беременность 10-11 нед. (анамнестически 11,3 нед), признаков несостоятельности рубца на матке нет, признаки метроэндометрита (структура миометрия изменена за счет множественных гиперэхогенных включений). Клинический диагноз: неразвивающаяся беременность 10-11 нед. (11,3 нед.), отягощенный акушерский анамнез (рубец на матке), острый метроэндометрит, сепсис, полиорганная недостаточность. Консилиумом рекомендована тотальная гистерэктомия с маточными трубами по жизненным показаниям. Технически операция без особенностей, кровопотеря – 350 мл. Макропрепарат: тело матки с ШМ: на разрезе миометрий без особенностей, в полости хориальная ткань, плод с деструктивными изменениями, в нижнем сегменте матки гной, шейка расширена на всем протяжении без особенностей, маточные трубы без особенностей. Экстубирована в первые сутки, продолжено лечение в объеме: эртапенем 1г/с, кеторолак 2,0 в/м, омепразол 20 мг 2р/с per os, эноксапарин 40 мг/с п/к, инфузия кристаллоидов. 16.09.22 ОАК – Hb 83 г/л, RBC –  $3,41 \times 10^{12}$ /л, PLT –  $350 \times 10^9$ /л, WBC –  $5,0 \times 10^9$ /л; Б/х крови 16.09: Общий билирубин – 8,0 Ед/л, креатинин – 59 мкмоль/л, СРБ – 78 мг/л, ПКТ - 5,2 нг/мл. 17.09.22. пациентка переведена в гинекологическое отделение в стабильном состоянии после операции. 20.09.22 был удален дренаж из брюшной полости, направлена на УЗИ ОМТ: патологии не выявлено. Мазок на флору - норма. Бактериальный посев из влагалища – enterococcus faecalis  $\times 10^4$ , чувствительный к ряду антибиотиков. 19.09.22 ОАК: Hb – 105 г/л, RBC –  $4,26 \times 10^{12}$ /л, WBC –  $8,8 \times 10^9$ /л, PLT –  $336 \times 10^9$ /л; Б/х: Общий билирубин – 5,9 мкмоль/л, глюкоза – 4,6 ммоль/л, креатинин – 79 мкмоль/л. Окончательный диагноз: неразвивающаяся беременность в сроке 10-11 нед. Острый метроэндометрит. Сепсис. Выписана домой 22.09.22 под наблюдение врача женской консультации (ЖК). Результат гистологического заключения операционного материала: макроскопическое описание – в основании шейки, по задней стенке матки поперечный сквозной дефект по параметрию длиной 2,5 см, по слизистой – 1 см, щелевидный??: микроописание: шейка матки – отек, эндоцервикоз, тело матки – гнойный продуктивный метроэндометрит, децидуальная ткань и ворсины хориона с отеком, воспалением, кровоизлияниями и очагами фибриноидного некроза. Трубы – отек, кровоизлияния. Плод – с

отеком, кровоизлияниями, диффузной полиморфноклеточной инфильтрацией и очагами фибриноидного некроза.

3. Пациентка А, 28 лет, 26 – 27 недель беременности, переведена в ГКБ №40 23.09.2023 г в неотложном порядке из Алапаевской ГБ с жалобами на рвоту красным, стул черного цвета, слабость, головокружение. Из анамнеза заболевания было выяснено, что 14.09.23 обратилась в Махневскую районную больницу с жалобами на резкие, ноющие, распирающие боли в области лона. Передвигалась с трудом. От предложенной госпитализации отказалась. Самостоятельно начала принимать обезболивающие. Со слов пациентки, в течение 3 дней (20.09.23) отмечала нарастающую слабость, черный жидкий стул, боли внизу живота. 22.09.23 в 22:00 обратилась с клиникой желудочно-кишечного кровотечения в Алапаевскую ГБ. По клинику – лабораторным данным был заподозрен сепсис, назначено лечение в объеме: меропенем 1г в/в, эноксапарин 0,6 мл/сутки п/к, гемотрансфузия. После этого была переведена в ГКБ №40. Проведено экстренное ФГДС (фибро-гастроуденоскопия) с заключением: хроническая язва 12-перстной кишки (ДПК), в стадии обострения. F2в, остановившееся кровотечение. Госпитализирована в ОРИТ. Из анамнеза жизни: наркомания (последние 10 лет не употребляет?), табакокурение. Перенесенные заболевания: хронический вирусный гепатит С, тромбоз глубоких вен нижних конечностей. Из акушерского анамнеза известно: всего 8 беременностей. Самостоятельных 5 родов. 2 медицинских медикаментозных аборта. Настоящая беременность – восьмая - наступила самостоятельно. До 12 недель встала на учет в ЖК, беременность протекала без отклонений до 25 недель. В ОРИТ обследована: ОАК и БХ (Hb–75 г/л, RBC-2,82\*10<sup>12</sup>/л, WBC-16,5\*10<sup>9</sup>/л), повышение лактата (3,61 ммоль/л), и прокальцитонина (37,60 нг/мл). Компьютерная томография ОБП: множественные отграниченные скопления жидкости; Рентгенограмма ОГК - не исключается развитие двусторонней очаговой пневмонии. МРТ ОМТ - гнойный артрит лобкового симфиза, левого крестцово-подвздошного сочленения. Абсцессы в больших ягодичных мышцах с двух сторон. Справа в малой приводящей мышце, короткой приводящей мышце, медиальной широкой мышце бедра и подкожно по медиальной поверхности паховой области справа, абсцессы в пресакральной клетчатке, в подвздошных областях с двух сторон. Проведен консилиум, в связи с тяжестью соматической патологии выставлены показания к родоразрешению в данном сроке, 23.09.23 выполнено кесарево сечение – извлечен живой плод (Рост – 33 см. Вес – 820гр. Апгар–1/1), перевязка восходящих ветвей маточных сосудов, стерилизация. Признаков инфекционного процесса во внутренних половых органах, плаценте и малого таза не обнаружено. Показаний для гистерэктомии нет. Хирургами продолжена операция: люмботомия с двух сторон, вскрытие и дренирование множественных абсцессов. Пациентка экстубирована в первые сутки, продолжена интенсивная посиндромная терапия в ОРИТ, антибактериальная терапия продолжена. 27.09.23 МРТ поясничного отдела позвоночника: состояние после дренирования забрюшинного пространства с двух сторон, полости лонного сочленения. Сохраняется выпот в левом крестцово-подвздошном суставе и в запирающей мышце слева в прежнем объеме в сравнении с МРТ от 23.09.23. 27.09 КТ ОГК: признаки септической эмболии, умеренный двусторонний плевральный выпот, перикардиальный выпот. По заключению консилиума показаний к удалению матки нет. В послеоперационном периоде было выполнено 6 поднаркозных перевязок. В связи с наличием тяжелой анемии 3 раза выполнялись гемотрансфузии эритроцитов. 28.09.23 отмечается положительная динамика по лактату (1,67 ммоль/л) и прокальцитонину (1,94 нг/мл). С 30.09.23 переведена на лечение в хирургическое отделение №4, получала антибактериальную терапию цефазолином 6 г/с в/в, с ежедневными перевязками и туалетом ран. Выписана 13.10.23 в удовлетворительном состоянии, на амбулаторное лечение с диагнозом: Сепсис. Гнойный сакроилеит. Гнойный симфизит. Абсцесс забрюшинного пространства с двух сторон. Межмышечные абсцессы ягодичных областей. Глубокая флегмона правого бедра. Флегмона передней брюшной стенки паховой области с двух сторон. Гнойный ишиоректальный парапроктит. Флегмона стоп с двух сторон. Септическая пневмония. Язвенная болезнь:

Хроническая язва ДПК, осложненная кровотечением. Кровопотеря средней тяжести. Беременность 26–27 недель.

### **ОБСУЖДЕНИЕ**

В последние годы наблюдается увеличение частоты случаев материнского сепсиса. Отдельную группу риска представляют пациентки с наркоманией – ангиогенный сепсис. Существует множество факторов риска (ФР), способствующих развитию материнского сепсиса. Их можно разделить на две группы: связанные с акушерско-гинекологической патологией и связанные с соматическими заболеваниями. Так, например, в отечественной и зарубежной литературе чаще фигурируют следующие ФР, связанные с акушерско-гинекологической патологией: проведенное кесарево сечение в анамнезе, в особенности экстренное, серкляж ШМ, продолжительный безводный период и преждевременное излитие околоплодных вод, инфекции органов малого таза, патологические бели, разрывы промежности, а также амниоцентез и другие инвазивные вмешательства. Выделяемые ФР, связанные с соматической патологией в литературных источниках: ожирение, анемия, иммунодефицитные состояния, носительство стрептококковой инфекции, нарушение толерантности к глюкозе, возраст более 35 лет, аутоиммунные заболевания, сердечная и почечная недостаточность [2, 5]. У представленных пациенток выделяются следующие ФР: инфекция органов малого таза, в т.ч. заболевания, передающиеся половым путем, исходный дефицит массы тела или ожирение, наркомания, анемия и низкий социально-экономический статус. Своевременное выполнение необходимого комплекса диагностических мероприятий, включающих лабораторные исследования (ПКТ, СРБ, лактат) инструментальное (КТ, УЗИ, МРТ – диагностика) позволяет вовремя поставить диагноз. В первых двух случаях первичным очагом септического осложнения оказалась матка, что потребовало в качестве санирующей операции выполнение гистерэктомии. В третьем случае наличие септического осложнения явилось основанием для родоразрешения в сроке недоношенной беременности путем кесаревого сечения, но не гистерэктомии, поскольку матка осталась интактной.

### **ВЫВОДЫ**

1. Таким образом, у всех пациенток акушерско-гинекологического профиля необходимо изучение анамнеза, выявление факторов риска развития септических осложнений. Своевременное выполнение полного комплекса диагностических мероприятий позволяет вовремя поставить диагноз.

2. Решающее значение для дальнейшей тактики лечения септических осложнений имеет локализация первичного очага. Необходима хирургическая санация очага инфекции, вплоть до гистерэктомии, вовремя назначенная антибактериальная терапия, включая антибиотики резерва, адекватная посиндромная терапия в условиях ОРИТ для достижения благоприятного исхода.

### **СПИСОК ИСТОЧНИКОВ**

1. Maternal sepsis / M. Escobar, M. Echavarría, M. Zambrano [et al.] // Am J Obstet Gynecol MFM. - 2020. - Vol. 2(3). - P. 100149. doi:10.1016/j.ajogmf.2020.100149
2. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации «Септический шок в акушерстве». Федерация анестезиологов-реаниматологов – 2022. – 70 с. – URL: [https://faronline.ru/api/static/cms-files/7dff69f-b63f-4068-81b2-d000794f45cc/Септический\\_шок\\_КР\\_21.11.2022a.pdf](https://faronline.ru/api/static/cms-files/7dff69f-b63f-4068-81b2-d000794f45cc/Септический_шок_КР_21.11.2022a.pdf) (дата обращения: 17.03.2024). – Текст: электронный.
3. Shields A. Top 10 Pearls for the Recognition, Evaluation, and Management of Maternal Sepsis // A. Shields, V. de Assis, T. Halscott // Obstetrics & Gynecology. - 2021. - Vol. 138(2). - P. 289-304. doi:10.1097/AOG.0000000000004471
4. Plante L.A. Sepsis during pregnancy and the puerperium [published correction appears in Am J Obstet Gynecol / L.A. Plante, L.D. Pacheco, J.M. Louis // American Journal of Obstetrics and Gynecology. - 2019. - Vol. 220(4). - P. B2-B10. doi:10.1016/j.ajog.2019.01.216
5. Ali A. Recent advances in the diagnosis and management of sepsis in pregnancy / A. Ali, R.F. Lamont // F1000Res. - 2019. - Vol. 8. - P. 1546 doi:10.12688/f1000research.18736.1

### **Сведения об авторах**

А.Е. Антонова – студент  
Т.В. Боярских – студент  
Е.Н. Боярских – студент  
П.С. Зыков – студент  
А.В. Уланова – студент  
К.Д. Шушарин\* – студент

М.К. Киселева – кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии  
М.Г. Аскерова - кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии

### Information about the authors

A.E. Antonova – student

T.V. Boyarskih – student

E.N. Boyarskih – student

P.S. Zykov – student

A.V. Ulanova – student

K.D. Shusharin\* – student

M.K. Kiseleva – Candidate of Sciences (Medicine), Associate Professor

M.G. Askerova - Candidate of Sciences (Medicine), Associate Professor

\*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

kshusharin@mail.ru

УДК: 618.1

## ПРОБЛЕМЫ ПЕРЕХОДА С ЦИКЛИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА НЕПРЕРЫВНУЮ КОМБИНИРОВАННУЮ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Эдилова Хадиджа Илгар кызы<sup>1</sup>, Гилева Виктория Александровна<sup>1</sup>, Гужавина Полина Алексеевна<sup>1,2</sup>, Звычайный Максим Александрович<sup>1,2</sup>, Воронцова Анна Валерьевна<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Кафедра акушерства и гинекологии с курсом медицинской генетики

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

<sup>2</sup>ГАУЗ СО «Городская клиническая больница № 40»

Екатеринбург, Россия

### Аннотация

**Введение.** Общепризнано, что менопаузальная гормональная терапия (МГТ) – наиболее эффективный и патогенетически обоснованный метод коррекции климактерических расстройств, являющийся основой поддержания здоровья женщин в пери- и постменопаузе, наряду с обязательным соблюдением здорового образа жизни. На первый план сейчас выходят вопросы персонализации МГТ с целью эффективного менеджмента менопаузальных симптомов с учетом индивидуальных предпочтений и нужд пациенток, возраста, периода климактерия, клинического ответа на терапию, сопутствующих заболеваний и динамического баланса польза/риск. Однако в клинических рекомендациях и в доступной литературе отсутствуют четкие критерии перехода с циклической МГТ на непрерывную комбинированную у женщин в постменопаузе. Поэтому врачам, сталкивающимся с данной проблемой, достаточно непросто решить задачу по ведению таких пациенток. **Цель исследования** – выяснить основные проблемы при переходе с циклической МГТ на непрерывную комбинированную у женщин в постменопаузе. **Материал и методы.** Проведено продольное проспективное исследование с участием 10 женщин в постменопаузе, нуждающихся в переходе с циклической МГТ на непрерывную комбинированную. **Результаты.** Переход с циклической на непрерывную МГТ у части женщин может сопровождаться незначительной прибавкой веса, утяжелением климактерических расстройств, сохранением мажущих кровянистых выделений, а также высокими значениями толщины эндометрия (более 2 мм). **Выводы.** Смена режима МГТ может привести к ухудшению состояния женщин, что требует разработки клинических рекомендаций.

**Ключевые слова:** циклическая менопаузальная гормональная терапия, непрерывная комбинированная менопаузальная гормональная терапия, постменопауза.

## CHALLENGES OF SWITCHING FROM CYCLIC MENOPAUSAL HORMONE THERAPY TO CONTINUOUS COMBINATION THERAPY IN POSTMENOPAUSAL WOMEN

Edilova Khadija Ilgar kyzy<sup>1</sup>, Gileva Victoria Alexandrovna<sup>1</sup>, Guzhavina Polina Alekseevna<sup>1,2</sup>, Zvychainyi Maxim Alexandrovich<sup>1,2</sup>, Vorontsova Anna Valerievna<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Department of Obstetrics and Gynecology with the course of Medical Genetics

Ural State Medical University

<sup>2</sup>City Clinical Hospital № 40

Yekaterinburg, Russia

### Abstract

**Introduction.** It is generally recognized that menopausal hormone therapy (MHT) is the most effective and pathogenetically justified method of correcting climacteric disorders, which is the basis for maintaining the health of women in peri and postmenopause, along with the obligatory observance of a healthy lifestyle. The issues of