



## Современное Состояние Вопросы Снижения Осложнений В Акушерской Практике (Обзор)

Каримова Ф. Д., Рахманова С.Ш., Раджабова З.А.

Центр Развития Повышения Профессиональной квалификации медицинских работников  
МЗРУЗ

### ABSTRACT

В обзорной статье представлены научные данные изучение материнской смертности от гнойно-воспалительных заболеваний свидетельствует, что, несмотря на кажущуюся простоту диагноза, в определении понятия «сепсис» есть спорные и неясные вопросы, что отражается на исходах заболевания. В заключение следует отметить, что, несмотря на достижения современной медицины, летальность от акушерского сепсиса остается высокой. В связи с этим существует потребность в разработке новых прогностических критериев угрозы развития послеродового сепсиса. Одним из путей решения этой проблемы является гистологическое исследование соскобов эндометрия с применением методов иммуногистохимической идентификации клеточного состава воспалительного инфильтрата и про воспалительные цитокины.

### ARTICLE INFO

**Received:** 1<sup>st</sup> March

**Accepted:** 24<sup>th</sup> March  
2024

**KEY WORDS:** сепсис,  
гнойно-воспалительных  
заболеваний,  
беременность,  
послеродового сепсиса

## Акушерлик Амалиётида Асоратлар Муаммосининг Замонавий Ҳолати, Уни Камайтириш Йўллари Ва Имкониятлари (Шарҳ)

Каримова Ф. Д., Рахманова С.Ш., Раджабова З.А.

Тиббиет ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази

Резюме.

Ушбу мақолада йирингли яллиғланиш касалликларидан ва сепсисдан оналар ўлими кўплиги бўйича илмий асосланган маълумотлар келтирилган, бу ташхиснинг аниқ ва соддалигига қарамай касалликнинг натижасига таъсир қилувчи “сепсис” таърифига мунозарали ва ноаниқ саволлар ҳалигача мавжудлигини кўрсатади. Хулоса ўрнида шуни таъкидлаш керакки, замонавий тиббиётнинг ютуқларига қарамай акушерлик сепсисидан ўлим даражаси юқори бўлиб қолмоқда. Шу муносабат билан туғруқдан кейинги сепсис тахликаси учун прогностик мезонларни ишлаб чиқиш зарур. Ушбу муаммони ҳал қилиш усулларида бири яллиғланишга қарши цитокинларнинг хужайравий таркибини

аниқлаш учун иммуногистокимёвий усуллар ёрдамида эндиметрийдан олинган намуналарни гистологик ўрганишдир.

Калит сўзлар: Сепсис, йирингли яллиғланишли касалликлар, хомиладорлик, туғруқдан кейинги сепсис

## Current State Of The Question In Obstetric Practice, Reserves And Ways To Reduce (Review)

### Resume.

The review article presents scientific data on the study of maternal mortality from purulent-inflammatory diseases, which indicates that, despite the apparent simplicity of the diagnosis, there are controversial and unclear questions in the definition of “sepsis”, which affects the outcome of the disease. In conclusion, it should be noted that, despite the achievements of modern medicine, mortality from obstetric sepsis remains high. In this regard, there is a need to develop new prognostic criteria for the threat of postpartum sepsis. One of the ways to solve this problem is a histological study of endometrial scrapings using immunohistochemically identification methods for the cellular composition of inflammatory infiltrate and pro-inflammatory cytokines.

Key words: sepsis, pyoinflammatory diseases, pregnancy, postpartum sepsis

Изучение материнской смертности от гнойно-воспалительных заболеваний свидетельствует, что, несмотря на кажущуюся простоту диагноза, в определении понятия «сепсис» есть спорные и неясные вопросы, что отражается на исходах заболевания. Подходы к диагнозу сепсиса, связанного с беременностью, в целом основаны на классических исследованиях определяющих локализацию болезненного процесса в родовых путях и заболевания «не послеродовые и без локализации в родовых путях, не связанные с беременностью и родовым актом», куда относят «мастит, заболевания мочевыводящих путей, эклампсию и другие однако высокая материнская смертность во многих странах остается одной из нерешенных проблем здравоохранения, хотя меры, предпринятые международным сообществом в период 1990–2010 гг., привели к ее снижению [3].

Так, по данным ВОЗ (2017) ежедневно в мире умирает около 800 беременных женщин и рожениц. Подавляющее большинство смертей регистрируется в развивающихся странах, из них лидирующая роль принадлежит африканским странам (630 женщин на 100 000 живорожденных младенцев), за ними следуют страны Латинской Америки (200 женщин на 100 000 живорожденных младенцев). Напротив, в Европе и в Северной Америке этот показатель значительно, в 10–30 раз, ниже (соответственно 23 и 12 женщин на 100 000 живорожденных младенцев) Наименьшая смертность (менее 10 женщин на 100 000 живорожденных младенцев) зарегистрирована в последние годы в Австралии и в Японии [3,23,26].

При изучении материнской смертности в различных регионах мира отмечается ее преобладание в сельских районах и среди социально неблагоприятных групп населения. Кроме того, в развивающихся странах женщины беременеют намного чаще и в более раннем возрасте, чем в развитых странах, поэтому риск смерти у них выше (ВОЗ, 2018). Так, наибольшему риску смерти во время беременности и в родах подвержены юные беременные, особенно в возрасте до 19 лет. Во-первых, произошло существенное ухудшение здоровья женщин, рожденных в конце 80-х годов прошлого века, половое созревание которых проходило в условиях экономического кризиса. Во-вторых, увеличилось количество юных матерей в возрасте до 20 лет и беременных старше 36 лет. В развивающихся странах умирает одна девочка подросток из 150 забеременевших, при том, что в развитых странах этот показатель составляет примерно 1 на 3800. Современная социально-экономическая ситуация в Республике Узбекистан создала ряд

положительных условий снижения частоты МС, однако еще существуют проблемы тормозящие снижение материнской смертности [3,9].

В-третьих, увеличилось количество необследованных беременных за счет миграции населения из районов в город, либо другие районы Республики. В-четвертых, увеличилось количество женщин, работающих в неблагоприятных для беременности условиях, причем большинство беременных предпочитают работать, не смотря на состояние здоровья, являясь зачастую единственным работающим в семье кормильцем. Интересной особенностью статистики являются довольно высокие показатели материнской смертности в сельских районах, районных больницах, не смотря на имеющийся приказ о регионализации акушерской помощи и наличии многоуровневой системой оказания помощи. Кроме того, в ситуациях с юными первородящими статистика также не совсем достоверна, поскольку истинный возраст на момент родов указывается не всегда верно, а – недостоверность предоставляемой информации, обусловлен особенностями мусульманской религии, создание ранних браков [1,5,13].

В структуре причин материнской смертности по-прежнему велик процент гнойно-септических осложнений. В развивающихся странах они занимают первое место среди причин материнской смертности, а в развитых странах в России и в Республике Узбекистан – стойко удерживаются на третьем месте [20,21,25,26]. Самым частым проявлением гнойно-септических осложнений послеродового периода является эндометрит. Его частота в популяции составляет 3 – 8%, при патологических родах 10–20%; у женщин с высоким инфекционным риском 13,3–54,3% [1, 10, 12,19].

Особо хотелось бы отметить, что инфекционные риски, как в целом риски на предстоящую беременность и роды также необоснованно не учитываются, что как следствие приводит к поздней диагностике и неадекватному лечению гнойно-септических осложнений с генерализацией инфекции и развитием в финале сепсиса. В последние годы в документации историй родов, ни в одном случае не удается найти сопутствующей или хронической инфекции, тогда как количество преждевременных родов остается стабильно высокой, а в статистике причин перинатальной смертности на первом месте внутриутробное инфицирование. Этиология пуэрперальных гнойно-септических осложнений характеризуется постоянно изменяющимся смешанным составом бактериальной флоры с большим количеством антибиотико-устойчивых форм [7,15,24]. В настоящее время возросла роль возбудителей, вызывающих инфекции, передаваемые половым

путем, которые персистируют в организме, вызывая воспалительные заболевания органов малого таза у 35–65%

беременных. Особое значение приобрели хламидии, микоплазмы и уреоплазмы, которые стали встречаться чаще гонореи [7,11,17]. Так, в настоящее время, среди инфекций, передаваемых половым путем, хламидийная составляет в США 15%, а в России – 19%, в Руз как микст инфекция встречается до 22%. Однако существует позиция «не лечить» имеющуюся инфекцию во время беременности, не учитываются возможные осложнения для плода и дальнейшие риски на предстоящие роды [18].

В связи с вышеизложенным необходимо усилить работу первичного звена здравоохранения с целью углубленного обследования беременных начиная с ранних сроков гестации на предмет имеющих экстрагенитальных заболеваний, имеющих инфекций и уточнения рисков на предстоящую беременность и роды.

Пристального внимания заслуживает проблема «чистоты» влагалища [18]. По современным данным, присутствие во влагалище условно-патогенной флоры (*E.coli*, *proteus*, *staphylococcus aureus*), а также увеличение количества анаэробных бактерий типа гарднерелл, бактероидов, вибрионов резко повышают риск послеродового эндометрита [2,4]. По данным разных авторов [9, 22] при бактериологическом исследовании полости матки на 3–4-е сутки после родов при неосложненным течением послеродового периоде рост микроорганизмов обнаруживался в 72% случаев. При сравнении результатов бактериологического исследования от родильниц с физиологическим течением пуэрперия и при послеродовом эндометрите принципиальных различий в видовом составе микрофлоры обнаружено не было. Однако была замечена прямая зависимость между степенью микробной обсемененности и тяжестью клинического течения заболевания [14]. Было показано, что

обсеменённость полости матки бактериями в количестве более 104 КОЕ/мл свидетельствует о развитии инфекционного процесса [21].

Большое значение имеет задержка в полости матки сгустков крови и тканевого детрита, которые создают благоприятную среду для размножения микроорганизмов, в особенности анаэробов. Способствуют гнойно-септическим осложнениям длительный безводный промежуток, атония матки, затяжные роды, неадекватное обезболивание, кесарево сечение, большая кровопотеря, ряд инструментальных медицинских процедур [3,13,16]. По сути, послеродовой эндометрит является особым видом раневой инфекции, которая может стать первичным очагом в развитии сепсиса (маточный или акушерский сепсис) [3].

В соскобах эндометрия на 3–4-е сутки после нормальных родов преобладает дистрофически измененная децидуальная ткань с некрозами, кровоизлияниями и, преимущественно, лейкоцитарной инфильтрацией, а также фрагменты гравидарного эндометрия, также с дистрофическими изменениями эпителия желез и стромы. В строме эндометрия характерна лимфо-макрофагальная и лейкоцитарная инфильтрация без выраженных признаков нарушения кровообращения и некрозов. На 5–7-е сутки начинается обратное развитие гравидарного эндометрия и появляются признаки эпителизации раневой поверхности [13,23].

О начале послеродового эндометрита свидетельствуют диффузные лимфо-макрофагальные, с большой примесью лейкоцитов инфильтраты в эндометрии. По данным Б.И. Глуховец [6] признаками гнойного эндометрита являются лишь обширные очаги деструкции в гравидарном эндометрии со скоплениями гнойно-некротического детрита. Воспаление обычно распространяется на всю толщу эндометрия и нередко захватывает прилежащие слои миометрия, что позволяет диагностировать гнойный эндомиометрит.

Гематогенное инфицирование эндометрия условно-патогенной микрофлорой характеризуется периваскулярными скоплениями мононуклеарных клеток в сочетании с фибриноидным набуханием стенок сосудов.

В итоге формируются множественные очаги неспецифического продуктивного воспаления, охватывающего все слои эндометрия. Следующим этапом прогрессирования инфекционного процесса является сепсис.

В нашей стране под сепсисом традиционно понималось общее инфекционное заболевание, возникающее в связи с существованием в организме очага инфекции и имеющее ряд отличий от других инфекционных болезней.

В настоящее время большинство авторов рассматривают сепсис с позиций, принятых в 1991 году на Чикагской согласительной конференции Американской коллегии торакальных хирургов и Общества специалистов интенсивной терапии (ACCP/ SCCM Consensus Conference Committee, США, Чикаго) [21], в соответствии с которыми сепсис – это патологический процесс, в основе которого лежит реакция организма в виде генерализованного (системного) воспаления на инфекцию различной природы [5,24].

С этой точки зрения, системные проявления сепсиса связаны, прежде всего, с неконтролируемым выбросом медиаторов воспаления из первичного очага инфекции, таких как фактор некроза опухоли TNF- $\alpha$  и бактериальных токсинов (септицемия и септический шок) еще до развития септикопиемии.

Указанные вещества воздействуют на макрофаги всего организма, что сопровождается мощным выбросом в кровь биологически активных веществ, повреждающих эндотелий, что нарушает микроциркуляцию.

Перспектива создания системы доказательных методов лечения сепсиса привела к созданию движения «Surviving Sepsis», организационно оформленного в 2001 г. На конференции в Барселоне [18,27]. Главной задачей этого движения является снижение летальности от сепсиса. Успехи зарубежных коллег способствовали распространению предложенных взглядов и Республике Узбекистан Ассоциация Акушеров Гинекологов, её эксперты подготовили и внедрили национальные стандарты по лечению сепсиса, которые были утверждены 2015 году, несомненно это явилось подспорьем и благодаря протоколам удалось значительно снизить показатели летальности, однако

назрела необходимость дополнения и пересмотра данного протокола в связи с наличием новых методов ранней диагностики, тестов на прокальцитонин, расширения антибактериальных препаратов, наличия методов экстракорпоральной дезинтоксикации. Кроме того, необходимо учитывать и документировать инфекционные риски на предстоящие роды, тщательно описывать и учитывать акушерский анамнез беременных, перенесенные инфекционные заболевания. Сбор анамнеза позволит анализировать причины репродуктивных потерь, если они имели место, установить возможные риски не только для матери, но и для плода, выбрать адекватную тактику ведения в послеродовом периоде.

Необходимо пересмотреть причины и частоту хориоамнионитов развившихся в родах, имеющийся стандарт предусматривает начало антибактериальной терапии при появлении клинических признаков манифестации инфекции, (повышение температуры и рост лейкоцитоза), по имеющемуся стандарту клиницист встречается с уже манифестацией септического осложнения и возникает вопрос о дальнейшей тактике родоразрешения, что неблагоприятно отражается на здоровье и матери и новорожденного. Тогда как, следует учитывать характер и классификацию хориоамнионитов, наличие хронических форм внутриматочной инфекции.

Необходимо вести работу в тесном контакте со смежными специалистами, создание протоколов дополнительной диагностики внутриутробной инфекции, стандартов лечения и мониторингования. В Лечебной тактике необходимо широко применять имеющийся арсенал лекарственных препаратов, способствующих коррекции того или иного нарушения.

Кроме того, необходимо проведение клинических конференций с участием паталогоанатомов, смежных специалистов не только в случаях произошедшей материнской смертности, но в случаях разбора критических ситуаций, для более четкого определения допущенных ошибок. На практике, в случаях, когда удалось избежать смертности женщины, после удаления матки нет тщательных разборов и консилиумов с гистологами и патанатомами, а заключения к сожалению, ограничиваются короткой справкой. Тогда как несмотря на наличие общих механизмов сепсиса, протекающего по типу системной воспалительной реакции, послеродовый сепсис имеет свои клинико-морфологические особенности [3,27]. В отличие от прочих видов сепсиса, послеродовый сепсис протекает по типу септицемии с быстрым развитием септического шока, плохо поддающегося коррекции. Развивается послеродовый сепсис обычно на 3–5-е сутки после родоразрешения. Его входными воротами служит обширная раневая поверхность матки.

Характерными морфологическими особенностями послеродового сепсиса являются:

1. Выраженное воспаление в эндометрии при отсутствии воспаления в последе;
2. Густые плазмноклеточные воспалительные инфильтраты, отражающие расстройства гуморального иммунитета;
3. Высокая активность клеток, синтезирующих фактор некроза опухоли, что указывает на существенное накопление в крови эндотоксинов.
4. В финале развивается типичный септический шок, проявлениями которого служат синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания, некротический нефроз, центр лобулярные некрозы печени, некрозы и кровоизлияния в надпочечниках, острый респираторный дистресс-синдром[13,16].

В заключение следует отметить, что, несмотря на достижения современной медицины, летальность от акушерского сепсиса остается высокой. В связи с этим существует потребность в разработке новых прогностических критериев угрозы развития послеродового сепсиса. Одним из путей решения этой проблемы является гистологическое исследование соскобов эндометрия с применением методов иммуногистохимической идентификации клеточного состава воспалительного инфильтрата и про воспалительные цитокины.

В настоящее время имеется необходимость в разработке протоколов и проведения обучения медицинского персонала современным стандартам диагностики и ранней целенаправленной терапии сепсиса в акушерской популяции с использованием интенсивной терапии, основанной на

гемодинамических параметров, применении надлежащей антибактериальной терапии и своевременном устранении источника сепсиса.

## Литература

1. Абрамченко В.В. Антибиотики в акушерстве и гинекологии: Рук. для врачей / В.В. Абрамченко, М.А. Башмакова, В.В. Корков.- СПб.: Спец- лит, 2001. – 239 с.
2. Аляев Ю.Г. Комбинированная терапия хламидийной инфекции / Ю.Г. Аляев., В.А. Григорян, Е.А. Султанова, С.Н. Алленов // Практическая медицина. –2016. –1. – С. 46–49.
3. Анализ причин материнской смертности: рук. для врачей / А.П. Милованов [и др.]; под ред. А.П. Милованова. – М.: МВД, 2008. – 228 с.
4. Боровкова Е.И. Взаимодействие возбудителей инфекции с организмом беременной как фактор риска внутриутробного инфицирования плода: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.И. Боровкова. – М., 2004. – 22 с.
5. Гельфанд Е.Б., Гологорский В.А., Гельфанд Б.Р. Абдоминальный сепсис: интегральная оценка тяжести состояния больных и полиорганной дисфункции // Анест. Реаним. – 2000. – № 3. – С. 38–46.
6. Глуховец Б.И. Патоморфологические и гормональные критерии в диагностике причин самопроизвольных выкидышей / Б.И. Глуховец, Н.Г. Глуховец, В.Н. Тарасов [и др.] // Архив патологии. – 2011. – №5. – С. 31–35.
7. Гранитов В.М. Хламидиозе / В.М. Гранитов. – М.; Н. Новгород, 2000. –148. -с.
8. Глухов Е.Ю. Современные аспекты диагностики, лечения, профилактики и организации медицинской помощи при тяжелых инфекционно-воспалительных и геморрагических осложнениях позднего послеродового периода: Дисс. ... докт. мед. наук. Екатеринбург, 2016.
9. Госгадзе И.Г. Диагностическая и лечебная тактика у пациенток с эндометритом после кесарева сечения: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2014. 25 с. [Gosgadze I.G. Diagnostica i lechebnaja taktika u pacientoc s endometritom posle kesareva secheniya: Avtoref. dis.... kand. med. nauk. M.:2014. 25 c.] (In Russ.).
10. Давыдов А.И., Подтетнев А.Д. Современный взгляд на акушерский перитонит с позиций хирургической тактики. Арх. акушерства и гинекологии. 2014; 1:44–8. [Davydov A.I., Podtetnev A.D. Sovremennyi vzglyad na akusherskii peritonit s pozitsii khirurgicheskoi taktiki. Arkh. akusherstva i ginekologii. 2014; 1: 44–8.] (In Russ.).
11. Рахматуллаева М.М. Значение уровня провоспалительных цитокинов в развитии бактериального вагиноза у женщин с контрацепцией // Материалы IV Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Социально-значимые и особо опасные инфекционные заболевания». – Сочи, 2017. – С.196–198.
12. Иванников Н.Ю., Митичкин А.Е., Димитрова В.И., Слюсарева О.А., Хлынова С.А., Доброхотова Ю.Э. Современные подходы в лечении послеродовых гнойно-септических заболеваний. Медицинский совет. 2019; 7: 58-69. DOI: <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-7-58-69>.
13. Краснопольский В.И., Логутова Л.С., Буянова С.Н., Чечнева М.А., Ахвледиане К.Н. Результаты оперативной активности в современном акушерстве. Журн. акушерства и женских болезней. 2015;14(2):53–7.
14. Савельева И.В., Полянская И.Б., Галянская Е.Г., Шевлягина Л.С., Широкова О.В., Гимп М.В., Флоров А.Ю., Никерина Н.И. К вопросу об улучшении исходов лечения хронического цервицита. Медицинский совет. 2018; 13:104- 108.
14. Acosta C.D., Harrison D.A., Rowan K., Lucas D.N., Kurinczuk J.J., Knight M. Maternal morbidity and mortality from severe sepsis: a national cohort study. Br. Med. J. Open. 2016; 6(8): e012323.
15. Akhmedov F.K. Features of renal function and some indicators of homeostasis in women with mild preeclampsia // European Science Review. Austria, Vienna, 2015, № 4-5. – С. 58–60
16. Artymuk N.V., Belokrinitskaya T.E. Sepsis-3: problems in obstetric practice. Zabaykal'skiy meditsinskiy zhurnal [Medical Journal of TransBaikal] 2017; Vol. 1: 6–11. (in Russian).

17. Bellizzi S., Bassat Q., Ali M.M., Sobel H.L., et al. Effect of puerperal infections on early neonatal mortality: a secondary analysis of Six demographic and health surveys. PLoS One. 2017; 12 (1): e0170856.
18. Contro E., Jauniaux E. Puerperal sepsis: what has changed since Semmelweis's time. BJOG. 2017; 124 (6): 936.
19. Filippi V., Chou D., Ronsmans C., Graham W., Say L. Levels and causes of maternal mortality and morbidity. In: Black R.E., Laxminarayan R., Temmerman M., Walker N. (Eds). Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health: Disease Control Priorities. 3-rd Ed. Washington (DC): The International Bank 24 for Reconstruction and Development / The World Bank; 2016; Vol. 2: Chapt. 3
20. Korbel' M., Kristufkova A., Dugatova M., Danis J., et al. [Analysis of maternal morbidity and mortality in Slovak Republic in the years 2007– 2012]. Ceska Gynekol. 2017; 82 (1): 6–15.
21. Marwah S., Topden S.R., Sharma M., Mohindra R., et al. Severe puerperal sepsis – a simmering menace. J Clin Diagn Res. 2017; 11 (5): QC04–8.
22. Mohamed-Ahmed O., Nair M., Acosta C., Kurinczuk J., Knight M. Progression from severe sepsis in pregnancy to death: a UK population-based case-control analysis. Br. J. Obstet. Gynaecol. 2015;122 (11): 1506-15.
23. Singer M., Deutschman C.S., Seymour C.W., et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016; 315 (8): 801–10.
24. Vasquez D.N., Plante L., Basualdo M.N., Plotnikow G.G. Obstetric Disorders in the ICU. Semin Respir Crit Care Med. 2017; 38 (2): 218–34.
25. von Dadelszen P., Magee L.A. Strategies to reduce the global burden of direct maternal deaths. Obstet Med. 2017; 10 (1): 5–9.
26. World Health Organization. Statement on maternal sepsis. Geneva: WHO, 2017. URL: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254608/1/WHO-RHR-17.02-eng.pdf>.
27. Zhu T., Liao X., Feng T., Wu Q., et al. Plasma Monocyte Chemoattractant Protein 1 as a Predictive Marker for Sepsis Prognosis: A Prospective Cohort Study. Tohoku J Exp Med. 2017; 241 (2): 139–47.

**Сведение об авторах :**

Каримова Феруза Джавдатовна- **Ташкентский институт усовершенствования врачей.**

**Зав.каф. «акушерство и гинекологии.№2» д.м.н. профессор**

Каримова Деля Фахрутдиновна- **Ташкентский институт усовершенствования врачей. д.м.н. профессор «акушерство и гинекологии.№2»**

Жураев Нодир Баходирович- **аспирант Бухарского Государственного Медицинского института**

Тел:+998974888808

Mail: farhod.ahmedov.77mail.ru