

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии

5 (оценки)
05.07/8
гос. рецензия

НИРС на тему:

"Синдром системного воспалительного ответа, сепсис и септический шок в акушерской практике".

Выполнил: студент Мостовой Михаил Алексеевич
педиатрического факультета 4 курс, группа 2
Проверила: – к.м.н., доцент кафедры
Шатилова Юлия Александровна

Волгоград, 2018г.

Оглавление

Введение.....	3
Коды по МКБ 10	3
Факторы риска развития сепсиса во время беременности и после родов.....	4
Сепсис и септический шок.....	5
Хориоамнионит.....	9
Послеродовой эндометрит.....	9
Акушерский перитонит.....	11
Методы лечения хориоамнионита.....	12
Лечение перитонита.....	13
Терапия сепсиса и септического шока.....	13
Профилактика послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний.....	16
Список литературы.....	17

Введение

В настоящее время в мире инфекции стоят на четвертом месте в структуре материнской смертности и составляют 11%, а в развивающихся странах септический шок, связанный с септическим абортom и послеродовым эндометритом по-прежнему занимает одно из ведущих мест, несмотря на значительный прогресс в профилактике и лечении гнойно-септических осложнений в акушерстве. Во всех странах отмечается рост случаев сепсиса и его лечение сопровождается серьезными затратами при сохраняющейся высокой летальности. В России материнская смертность (МС), связанная с сепсисом во время родов и в послеродовом периоде в общей структуре МС достигает 3,6 % и только данная патология дает максимальное количество неблагоприятных исходов в сроке беременности до 22 недель. По данным зарубежной статистики, частота тяжелого сепсиса с летальными исходами увеличивается на 10% в год, при этом основными факторами риска являются: поздний возраст матери, ожирение, беременность на фоне хронических заболеваний, ВРТ и многоплодная беременность, высокая частота кесаревых сечений (риск выше в 5-20 раз). Материнская смертность от сепсиса, также имеет тенденцию к росту: в 2003-2005 гг. составила 0,85 случаев на 100 тыс новорожденных; в 2006-2008 гг. - 1,13 случаев на 100 тыс новорожденных. За последние 25 лет уже трижды (1991, 2001 и 2016 гг.) поменялось само определение сепсиса и септического шока, каждые четыре года идет обновление международного протокола интенсивной терапии (Surviving Sepsis Campaign Guidelines, 2004, 2008 и 2012 гг.) с участием десятков ведущих организаций и экспертов. Таким образом, актуальность проблемы очевидна и требует от врачей всех специальностей современных знаний по раннему выявлению и своевременной, ранней целенаправленной терапии сепсиса и септического шока в акушерстве.

Коды по МКБ 10

A41.9 Септицемия неуточнённая.

A48.3 Синдром токсического шока.

O08.0 Инфекция половых путей и тазовых органов, вызванная абортom, внематочной и молярной беременностью.

O08.3 Шок, вызванный абортom, внематочной и молярной беременностью.

O41.1 Инфекция амниотической полости и плодных оболочек.

O75.1 Шок матери во время родов или после родов и родоразрешения.

O85 Послеродовой сепсис.

O86 Другие послеродовые инфекции.

O86.0 Инфекция хирургической акушерской раны.

- О86.1 Другие инфекции половых путей после родов.
- О86.2 Инфекция мочевых путей после родов.
- О86.3 Другие инфекции мочеполовых путей после родов.
- О86.4 Гипертермия неясного происхождения, возникшая после родов.
- О86.8 Другие уточненные послеродовые инфекции.
- О88.3 Акушерская пиемическая и септическая эмболия.

Факторы риска развития сепсиса во время беременности и после родов

При оценке риска развития гнойно-септических осложнений, сепсиса и септического шока необходимо учитывать особенности организма беременной женщины. Несмотря на более благоприятное течение септического шока в акушерстве, необходимо учитывать, что ряд физиологических изменений в организме беременной женщины могут повлиять на диагностику и лечение. Благоприятному исходу способствуют молодой возраст, отсутствие преморбидного фона, локализация очага в полости малого таза, доступность для диагностики и лечения, чувствительность микрофлоры к антибактериальным препаратам широкого спектра действия. С другой стороны, быстрое прогрессирование септического процесса может быть обусловлено снижением активности клеточного звена иммунитета и материнским системным воспалительным ответом, что проявляется изменением соотношения Th1/Th2, большей восприимчивостью к внутриклеточным возбудителям (бактериям, вирусам, паразитам), увеличением количества лейкоцитов, уровня D-димера, дисфункцией эндотелия сосудов, снижением уровня протеина S и активности фибринолиза, ростом уровня провоспалительных цитокинов в родах, наличием воспалительной реакции при осложнениях беременности (преэклампсия, эклампсия, преждевременные роды). Следует помнить о возможности развития кандидозного сепсиса. Основные факторы риска развития сепсиса и септического шока в акушерстве и гинекологии представлены ниже.

Основные факторы риска развития сепсиса и септического шока в акушерстве и гинекологии .

1. Инфекции, связанные с беременностью и / или связанных с беременностью хирургических процедур: хориоамнионит, послеродовой эндометрит, септический аборт, септический тромбоз, послеродовой сепсис, инфекция послеоперационной раны, инфекция после эпизиотомии, некротический фасциит, тазовый абсцесс, инфицирование шва на шейке матки, амниоцентез - септический выкидыш, кордоцентез.

2. Инфекции, не связанные с беременностью, но происходящие чаще во время беременности: инфекция нижних мочевыводящих путей, пиелонефрит, малярия, листериоз, вирусный гепатит, пневмония, кокцидиоидомикоз, аспирационная пневмония.
3. Непредвиденные инфекции во время беременности Внебольничная пневмония Инфекции, связанные с ВИЧ - ВИЧассоциированные инфекции Токсоплазмоз Цитомегалия Желудочно-кишечные инфекции Диссеминированная герпетическая инфекция Внутрибольничная пневмония.
4. Внутрибольничные инфекции Вентилятор-ассоциированная пневмония Катетер-ассоциированная инфекция мочевыводящих путей Инфекции, связанные с катетеризацией магистральных сосудов Инфекция кожи и мягких тканей, связанные с периферическими внутривенными катетерами; инфицирование операционной раны.

Основные возбудители ГВЗ в акушерстве и гинекологии.

Грам отрицательные - *Escherichia coli*, *Haemophilus influenzae*, *Klebsiella species*, *Enterobacter species*, *Proteus species*, *Pseudomonas species*, *Serratia species*.

Грам положительные- *Pneumococcus* *Streptococcus*, groups A, B, and D, *Enterococcus*, *Staphylococcus aureus*, *Listeria monocytogenes*

Анаэробы - *Bacteroides species*, *Clostridium perfringens*, *Fusobacterium species*, *Peptococcus* *Peptostreptococcus*.

Сепсис и септический шок

Сепсис — ведущая причина смерти от инфекции, особенно при отсутствии своевременной его диагностики и лечения. В 2016 году критерии диагностики сепсиса были пересмотрены Третьим международным консенсусом определений сепсиса и септического шока - Сепсис-3 (The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3), 2016) и в основу положено сочетание инфекционного очага и признаков полиорганной недостаточности вне зависимости от наличия или отсутствия системной воспалительной реакции. Обязательными критериями для диагноза сепсиса являются: очаг инфекции и признаки полиорганной недостаточности [19]. Сепсис - угрожающая жизни органная дисфункция, причиной которой является дисрегуляторный ответ организма на инфекцию. Органная дисфункция - острые изменения в общем количестве баллов по шкале Sepsis-related Organ Failure Assessment (SOFA) на >2 пункта как следствие инфекции. Базовая линия шкалы SOFA (оценки связанной с

сепсисом органной недостаточности) может быть приравнена к нулю у пациентов при отсутствии информации о ранее имевшейся у них органной дисфункции. Баллы по шкале SOFA > 2 пунктов связаны с увеличением вероятности внутрибольничной летальности более 10%. При этом важно помнить, что Синдром системного воспалительного ответа в настоящее время более не является критерием сепсиса, т.к. один из восьми пациентов (12,5%) с тяжелым сепсисом является «ССВО отрицательным».

Подтверждением ССВО является наличие 2 или более симптомов.

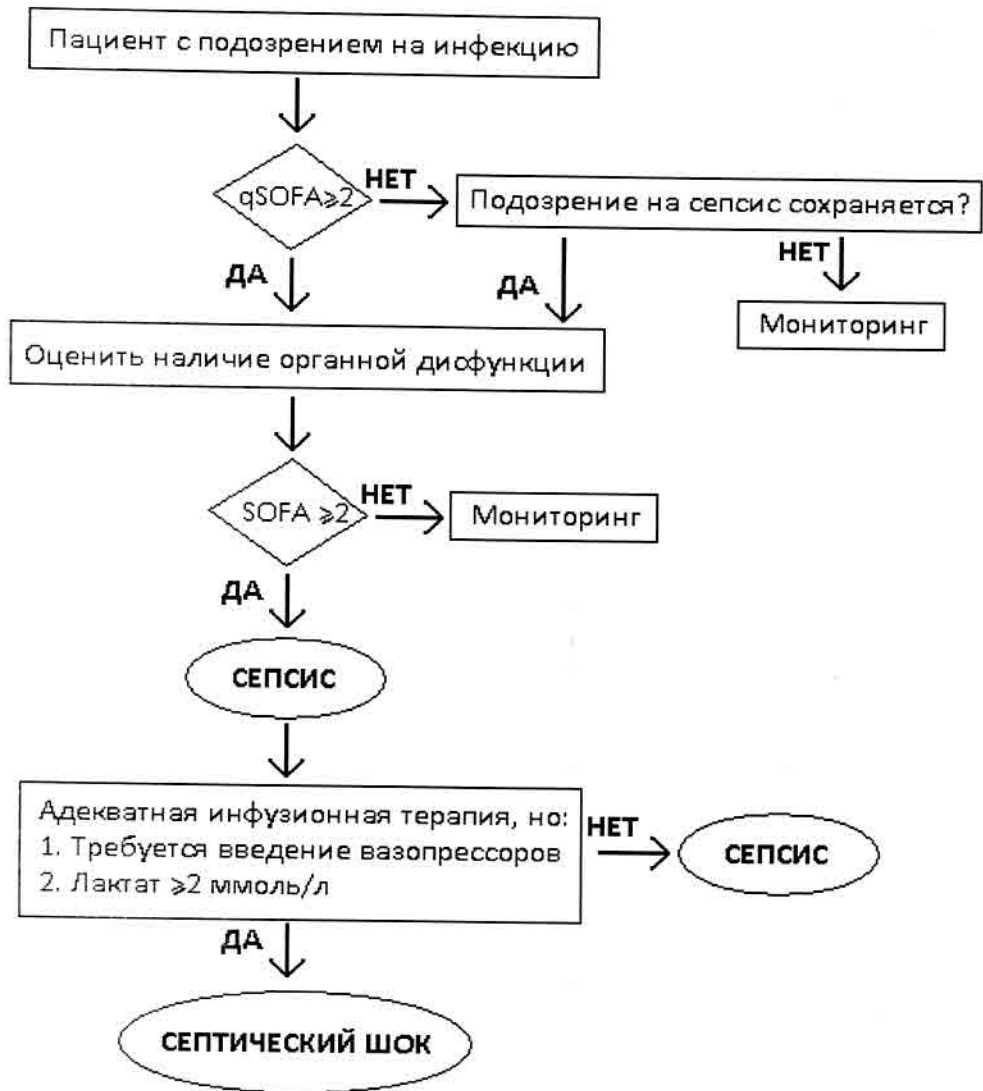
Температура тела выше 38°C или ниже 36°C.

2. Тахикардия более 90 уд/мин.

3. Тахипноэ более 20 в мин или снижение парциального давления CO₂

Септический шок в настоящее время определяется как разновидность сепсиса, при котором наблюдаемые циркуляторные, клеточные метаболические изменения достаточно выражены для существенного повышения риска смерти.

Септический шок - это сепсис, в сочетании с необходимостью проведения терапии вазопрессорами для подъёма АДср > 65 мм рт.ст. и с уровнем лактата > 2 ммоль/л на фоне адекватной инфузионной терапии. Диагностика сепсиса и септического шока должна основываться на четких критериях консенсуса «Сепсис-3»



«Сепсис-3»

Критерии сепсиса:

- подозрение на инфекцию или документально подтверждённая инфекция;
- органная дисфункция (оценка два балла и более по шкале SOFA).

Шкала SOFA (Sequential Organ Failure Assessment)

Шкала SOFA	1	2	3	4
Дыхание PaO ₂ /FiO ₂ , мм рт. ст.	399-300	299-200	199-100	<100
Коагуляция Тромбоциты, x 10 ⁹ /мм ³	<150	<100	<50	<20
Печень Билирубин, мкмоль/л	20-30	33-101	102-204	>204
Сердечно-сосудистая Гипотензия	АДср. <70 мм рт. ст.	Допамин, или добутамин любая доза	Допамин > 5, или адреналин > 0,1, или норадреналин	Допамин > 15, или адреналин >0,1, или норадреналин >0,1
ЦНС Шкала комы Глазго	13-14	10-12	6-9	<6
Почки Креатинин, ммоль/л или диурез	0,11-0,17	0,171- 0,299	0,3-0,44 или <500 мл/сут	>0,44 или <200 мл/сут

Критерии септического шока:

- персистирующая артериальная гипотензия, требующая применения вазопрессоров для поддержания среднего артериального давления > 65 мм рт. ст.
- уровень лактата > 2 ммоль/л, несмотря на адекватную инфузионную терапию.

При наличии этих критериев вероятность внутрибольничной смерти превышает 40%.

Лабораторные и инструментальные исследования при подозрении на сепсис :

1. Посев крови до назначения антибиотиков .
2. Определение лактата в сыворотке крови.
3. Исследования, направленные на поиск источника инфекции (рентгенограмма легких, УЗИ органов брюшной полости, Эхо-КС).
4. Клинический анализ крови, тромбоциты, анализ мочи, коагулограмма, электролиты плазмы.
5. Бактериологическое исследование в зависимости от клиники (лохий, мочи, отделяемого из раны, носоглотки).
6. Биомаркеры (С-реактивный белок, прокальцитонин, пресепсин).

Хориоамнионит

Хориоамнионит наиболее часто встречается при разрыве плодных оболочек. Частота - 1—4% всех родов, при преждевременных родах с преждевременным разрывом плодных оболочек до 40-70%. Хориоамнионит может возникнуть при неповрежденных плодных оболочках, что особенно характерно при наличии в генитальном тракте для *Ureaplasma* и *Mycoplasma hominis* (до 70%). Гематогенный путь заражения реализуется редко (*Listeria monocytogenes*). Среди возбудителей могут встречаться и другие бактерии, грибы и вирусы. Хориоамнионит приводит к 2-3-х кратному увеличению риска кесарева сечения и 2-4-х кратному увеличению риска эндомиометрита, раневой инфекции, тазового абсцесса, карбункула и послеродового кровотечения; у 5—10% женщин развивается бактериемия. Осложнения новорожденного при хориоамнионите у матери: неонатальный сепсис и пневмонии. Неонатальная смертность составляет 1-4 % у доношенных младенцев и 10% при преждевременных родах.

Клинические признаки и симптомы хориоамнионита:

- Лихорадка у матери (температура в родах $>37,8^{\circ}\text{C}$)
- наиболее часто наблюдаемый признак.
- Тахикардия у матери (>120 уд/мин).
- Тахикардия у плода ($>160-180$ уд/мин).
- Гнойные или зловонные околоплодные воды или выделения из влагалища.
- Болезненность матки.
- Лейкоцитоз у матери (в крови $>15.000—18.000$ лейкоцитов/мкл).

Обследование беременных с хориоамнионитом может не выявить никаких признаков или симптомов инфекции, наоборот, у беременной женщины с хориоамнионитом может наблюдаться артериальная гипотония, обильное потоотделение, и/или холодная или липкая кожа, что свидетельствует о развитии полиорганной недостаточности. Основное лабораторное исследование (помимо прочих) при преждевременных родах или преждевременном разрыве плодных оболочек - бакпосев амниотической жидкости и материнской крови.

Послеродовый эндометрит

Критерии диагноза послеродового эндометрита

Основные симптомы (для постановки диагноза достаточно наличие 2 симптомов):

- Повышение температуры тела (38°C и выше).
- Тазовая боль или болезненная матка при пальпации.
- Выделения из половых путей с необычным/неприятным запахом.

- Гнойные выделения из влагалища.
- Субинволюция матки — задержка в темпах уменьшения размеров матки < 2 см/сутки в течение первых 8 дней.

Дополнительные симптомы

- Возможно умеренное кровотечение из половых путей.
- Недомогание, снижение аппетита, озноб, головная боль

По клинической картине различают 3 формы послеродового эндометрита :

Классическая форма - на 1—5-е сутки после родов возникают:

- повышение температуры тела более 38°C;
- озноб;
- появление гнойных выделений из влагалища с неприятным запахом;
- болезненность внизу живота, особенно при пальпации (ощупывании) матки врачом;
- слабость, головные боли;
- сухость кожных покровов; - повышение частоты сердечных сокращений (выше 100 ударов в минуту).

Абортивная форма - проявляется на 2⁴-е сутки после родов. Начинают развиваться симптомы, характерные для классической формы послеродового эндометрита, однако при начале лечения они быстро исчезают и состояние женщины улучшается.

Стертая форма - возникает в более позднем периоде, на 5-7-е сутки после родов. Чаще всего имеет волнообразное течение — за периодом «болезни» следует период «улучшения», сменяющийся новым обострением заболевания. Для этой формы характерно: - незначительное повышение температуры тела (менее 38°C); - отсутствие озноба; - нормальное самочувствие женщины (нет слабости, головных болей); - боли внизу живота незначительные.

Отдельно выделяют эндометрит после кесарева сечения, который, как правило, протекает гораздо тяжелее, чем послеродовой эндометрит. К синдромам классической формы заболевания присоединяются: - вздутие живота; отсутствие стула и отхождения газов; снижение количества выделяемой мочи за сутки. Повышенное количество лейкоцитов в крови обладает низкой прогностической ценностью для подтверждения наличия инфекции.

Температура тела до 38°C в течение 24 часов после родоразрешения (в том числе после кесарева сечения) допустима. Чаще всего причиной является дегидратация, поэтому тактика ведения — обильное питье, инфузионная терапия (по показаниям). Назначение противовоспалительной терапии не

показано. При субфебрильной температуре до 37,5 С в течение более 24 часов со 2-х суток послеродового периода при отсутствии клинических признаков эндометрита показано:

- Контроль температуры тела каждые 3 часа.
- Микробиологическое исследование отделяемого из цервикального канала (полости матки) с определением чувствительности микрофлоры к антибиотикам.
- Дифференциальная диагностика с возможными причинами повышения температуры. Ультразвуковая диагностика необходима для выявления остатков плацентарной ткани, гематометры, которые являются факторами риска ПЭ.
- Ультразвуковое исследование матки не должно применяться для диагностики послеродового эндометрита, т.к. не обладает высокой чувствительностью (GCP).
- При выявлении каких-либо клинических или эхографических признаков эндометрита после самопроизвольных и, особенно, оперативных родов всем больным показано проведение гистероскопии.
- Информативность гистероскопии в диагностике послеродового и послеоперационного эндометритов составляет 91,4% и является самой высокой из всех методов исследования, исключая патоморфологический (100%).

Проведение гистероскопии со 2-ого дня послеродового периода допускается при наличии подготовленного врача акушера-гинеколога.

Акушерский перитонит

Перитонит после кесарева сечения (3 варианта развития)

1. Ранний (инфицирование брюшной полости во время операции: хронический перитонит, длительный безводный период) на 1—2 сутки, герметичность швов сохранена.
2. Перитонит вследствие нарушения микроциркуляции в сосудах кишечника при эндометрите, стойкий парез кишечника, на 3—4 сутки.
3. Акушерский перитонит вследствие неполноценности рубца на матке при его спонтанном расплавлении, на 4-9 сутки.

Клиническая характеристика фаз течения перитонита:

Реактивная фаза: - характерны местные признаки, проявляющиеся интенсивным болевым синдромом, защитным напряжением мышц передней брюшной стенки. - рвота, возбуждение, тахикардия (до 100-120 в мин), незначительное повышение ад, тахипноэ (24-28 в мин). - повышение

температуры тела в пределах 38°C. - умеренный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Токсическая фаза: - местные проявления перитонита уходят на второй план и начинают превалировать признаки общей тяжелой интоксикации. - появляются заостренные черты лица, «блестящие» глаза, бледность кожных покровов, эйфория. - возрастает тахикардия (120 и выше в мин), несколько снижается АД, прогрессирует рвота застойным содержимым. - температура тела приобретает гектический характер. - отмечается высокий лейкоцитоз, токсическая зернистость нейтрофилов, значительный сдвиг формулы влево. Боль приобретает разлитой характер без четкой локализации. - напряжение мышц передней брюшной стенки ослабевает.

Терминальная фаза (полиорганной недостаточности): - при перитоните, длительностью свыше 48 часов. - прогрессирование перитонеального сепсиса со всеми его патофизиологическими и клиническими проявлениями.

Методы лечения хориоамнионита

Антибактериальная терапия хориоамнионита в значительной степени будет зависеть от выявленного возбудителя, но эмпирически рекомендовано применять ампициллин, ампициллин/сульбактам, гентамицин, клиндамицин. Нематочное интранатальное использование антибиотиков широкого спектра действия значительно снижает осложнения хориоамнионита у матери и плода. Так, при интранатальном лечении антибиотиками частота неонатального сепсиса снижается на 80%. При диагностике эндометрита пациентка должна быть переведена в палату, где возможно вести карту индивидуального наблюдения: почасовой контроль температуры тела, АД, пульса, диуреза, объема проводимых мероприятий.

Принципы лечения септических заболеваний :

-Санация очага инфекции (удаление под гистероскопическим контролем некротизированных децидуальных тканей, остатков плацентарной ткани, при осложненных формах - гистерэктомия).

-Инфузия кристаллоидов, при неэффективности - подключение вазопрессоров и инотропных препаратов.

-Применение антибактериальных препаратов широкого спектра действия.

-Адекватная терапия (ИВЛ, трансфузионная терапия, почечная заместительная терапия, нутритивная поддержка).

Лечение перитонита

Ключевую роль в лечении акушерского перитонита играет своевременное оперативное вмешательство и адекватная антибактериальная терапия.

1. Антибактериальная терапия. Используются те же комбинации препаратов, что и при тяжелой форме эндометрита, поскольку именно эта нозологическая форма наиболее часто предшествует акушерскому перитониту.

2. Инфузионная терапия, направленная на ликвидацию гиповолемии и метаболического ацидоза, коррекцию водного, электролитного и белкового баланса, детоксикацию организма.

3. Каким образом решить вопрос об удалении матки, учитывая, что очень часто признаков «классического» эндометрита может не быть, и в клинике преобладают системные проявления в виде нарастания симптомов полиорганной недостаточности.

После обязательной предоперационной подготовки проводится хирургическое лечение, заключающееся в проведении гистерэктомии с сальпингэктомией, ревизии, санации и дренировании брюшной полости через культи влагалища. Прогноз благоприятный при своевременной диагностике и комбинированной интенсивной терапии.

Терапия сепсиса и септического шока

При лечении сепсиса и септического шока должен использоваться принцип «ранней целенаправленной терапии» (early goal-directed therapy (EGDT)), определяющей цели терапии, которые должны быть достигнуты за определенный промежуток времени. Интенсивная терапия должна начинаться до поступления пациентки в палату интенсивной терапии.

Необходимо как можно раньше (оптимально - в первые 6-12 ч) решить главный вопрос в лечении сепсиса и септического шока: своевременная и адекватная санация очага инфекции, независимо от того связан ли он с маткой или нет. При этом вопрос о необходимости удаления матки должен ставиться постоянно, поскольку велика вероятность и вторичного инфицирования и существуют объективные трудности: ни бимануальное исследование, ни данные УЗИ матки часто не дают необходимой информации. Именно в данной ситуации особенно важно как можно раньше оценить системные проявления инфекционного процесса и выявить признаки полиорганной недостаточности.

Следует помнить, что в 40% случаев очаг инфекции не является очевидным, т.е. его можно только предполагать. При решении вопроса о удалении матки или другого оперативного вмешательства необходимо учитывать, что при диагнозе «классического» эндометрита может и не быть. Очень часто в клинической картине преобладают системные проявления, в виде нарастания симптомов полиорганной недостаточности. Недооценка этого фактора и служит причиной задержки с санацией очага инфекции, как основного лечебного мероприятия, определяющего выживаемость пациентки.

Когда необходимо решить вопрос об удалении матки:

- При удалении матки не выявлено других очагов инфекции, обуславливающих тяжелое состояние и нарастание симптомов ПОН.
- При несоответствии ухудшения клинической картины и симптомов основной патологии («необъясненные» симптомы).
- Увеличение и прогрессирование признаков полиорганной недостаточности (септическое АД, олигурия, ОПЛ/ОРДС, желтуха, энцефалопатия, ДВС-синдром, тромбоцитопения) и их прогрессирование.
- Диагностированный хориоамнионит.
- Развитие воспалительной реакции на фоне интенсивной терапии - неэффективность консервативной терапии.
- Рост уровня биомаркеров (уровень прокальцитонина может повышаться и при других критических состояниях, что в принципе не уменьшает его диагностической ценности).
- Артериальная гибель плода на фоне инфекционного процесса любой локализации.

Антибактериальная терапия начинается в течение первого часа после постановки диагноза сепсис и септический шок. В течение первого часа от постановки диагноза сепсис и септический шок вводятся антибактериальные препараты широкого спектра действия с максимальным охватом потенциального возбудителя — эмпирическая терапия. Оптимально использовать оригинальный препарат. Выбор препарата зависит от спектра действия и предполагаемого очага инфекции. Каждый час задержки адекватной антибактериальной терапии снижает выживаемость пациенток, а через 72 часа начатая антибактериальная терапия практически не влияет на выживаемость. Необходимо учитывать безопасность антибактериальных препаратов во время беременности, но в первом триместре беременности и после родоразрешения при критическом состоянии тактика антибактериальной терапии определяется особенностями инфекционного

при этом эмпирическая антибактериальная терапия не должна проводиться более 48 суток, далее необходимо ориентироваться на чувствительность микроорганизмов к препаратам. Оценка эффективности антибактериальной терапии проводится ежедневно. Средняя продолжительность антибактериальной терапии составляет 7-10 суток, но может быть продлена у отдельных пациенток. При вирусной этиологии сепсиса и септического шока требуется назначение противовирусных препаратов.

При отсутствии эффекта от инфузионной терапии 30 мл/кг необходимо подключить вазопрессоры для целевого значения среднего артериального давления: более 65 мм рт.ст.: препарат первой очереди - норадреналин, который применяется один или в комбинации с адреналином или вазопрессином. Инфузия вазопрессоров начинается с минимальной дозы. Допамин и мезатон не должны использоваться как препараты первой линии для коррекции гемодинамики при септическом шоке. Задержка с началом введения норадреналина при развитии септического шока в течение 6 часов увеличивает летальность в 3 раза.

В ситуации, когда после проведения инфузионной терапии 30 мл/кг и введения вазопрессоров и инотропных препаратов не происходит стабилизации гемодинамики, подключают кортикостероиды: только водорастворимый гидрокортизон в/в и только у взрослых в дозе не более 200 мг/сутки. После болюсного введения 50 мг препарат вводится в виде постоянной внутривенной инфузии для предотвращения колебаний уровня глюкозы. Кортикостероиды должны быть отменены как только прекращается введение вазопрессоров. Кортикостероиды не должны применяться при отсутствии клиники шока.

Цели, достигаемые оптимально в первые 6 ч:

- Стабилизация очага инфекции.
- Добивание необходимых параметров гемодинамики, транспорта кислорода и диуреза:
 - $MAP \geq 65$ мм рт.ст. - за счет инфузионной терапии.
 - $SAP \geq 65$ мм рт.ст. - инфузионная терапия + вазопрессоры.
 - Диурез $\geq 0,5$ мл/кг/ч.
 - PO_2 (длина кислорода в центральной вене (8сyO₂) (верхняя полая вена) $> 70\%$ или в смешанной венозной крови (SvO₂) $> 65\%$. Дальнейшая поддерживающая терапия:
 - ИВЛ
 - Гемодиализ заместительная терапия.
 - Комбинированная экстракорпоральная терапия крови.

- Нутритивная поддержка.
- Седация, аналгезия, миоплегия.
- Профилактика стресс-язв ЖКТ (ингибиторы протонной помпы).
- Уход за профилактика.

Профилактика послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний

- Профилактика и лечение инфекций мочевыводящих путей; анемии и расстройство питания; сахарного диабета; заболеваний, передаваемых половым путем, и других вагинальных инфекций.
- Своевременное лечение при дородовом излитии околоплодных вод, отрицательные вагинальные исследования при преждевременном разрыве плодных оболочек.
- Строгое соблюдение антисептики и стерилизации, обработка рук и пещерной боковой стенки. Выбор антисептика для обработки кожи перед кесаревым сечением и способ его применения должен быть основан в первую очередь на клиническом опыте его использования, стоимости и наличии в ДР.
- Обработка влагалища раствором антисептика непосредственно перед кесаревым сечением.
- Использование индивидуальных комплектов и наборов на роды.
- Введение диаграммы в родах всем пациенткам и применение активного ведения для предупреждения затяжных родов.
- Строгое соблюдение стерильности при вагинальных исследованиях у женщин в родах, при кесаревом сечении и других оперативных вмешательствах; соблюдение стерильности в операционной и родовом зале.
- Минимизация необоснованной катетеризации мочевого пузыря и проведения несоблюденной эпизиотомии.
- Профилактическое применение антибиотиков при инвазивных процедурах, длительном безводном периоде.
- В послеродовом периоде: ранняя выписка - 3-и сутки.

Список литературы:

1. Абрамченко В.В. Национальное руководство. Гриф УМО по медицинскому образованию. Айламазян Э.К., Радзинский В.Е., Кулаков В.И., Савельева Г.М. 2013 г. Издательство: Гэотар-Медиа.
2. Серов В.Н., Тютюнник В.Л., Кан Н.Е., Долгушина Н.В., Павлович С.В., Кожанова Е.Н., Ломова В.Н., Балущкина А.А. // Послеродовые гнойно-воспалительные заболевания/ Учебное пособие. Москва: Центр подгрупповых услуг «Радуга», 2014.- 96 с.
3. Серов В.Н., Сухих Г.Т., Баранов И.И., Пырегов А.В., Тютюнник В.Л., Шмаков Р.Г. Неотложные состояния в акушерстве: руководство для врачей (бифуркация врачаспециалиста). // Москва: «ГОЭТАР-Медиа», 2014,- 783 с.
4. Периодическая венерическая инфекция в акушерстве и гинекологии. Абрамченко В. В. 2014 г. Издательство: Специальная литература.
5. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии: диагностика и лечение. Чертова М., Тинтинали Дж. 2015 г. Издательство: Бином. Лаборатория знаний.
6. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. Савельева Г.М., Сеченов И. Сухих Г.Т. 2009 г. Издательство: Гэотар-Медиа.

Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренная программой производственной практики «Производственная клиническая практика модуль Акушерство (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа)» обучающегося 4 курса по специальности 31.05.02 Педиатрия

2 группы

Мостового Михаила Алексеевича

на тему:

«Синдром системного воспалительного ответа, сепсис и септический шок в акушерской практике»

Научно-исследовательская работа выполнена в соответствии с требованиями написания НИР при прохождении производственной клинической практики по акушерству. Данное исследование имеет четкую структуру и состоит из введения, основной части, заключения, списка литературы.

Работа написана грамотным научным языком. Тема является актуальной в современном акушерстве. Четко сформулирована цель, поставлены конкретные задачи. Введение достаточно содержательное и емкое. В результате четкого изложения цели работы в основной части научно-исследовательской работы присутствует логичность, четкость, последовательность. Наличие ссылок показывает детальную работу с научной литературой.

Список литературы включает разнообразные источники оформленные в соответствии с требованиями.

В целом работа заслуживает отличной оценки.

Оценка 93 балла (отлично)

РЕЦЕНЗЕНТ:  (Федоренко С.В.)