**Харьковский национальный университет
им. Н.М. Каразина,
кафедра акушерства и гинекологии**

Сепсис в акушерстве:
Послеродовые септические заболевания

Послеродовый период

- ***Послеродовым (пуэрперальным) периодом*** **называют период, который начинается после рождения последа и продолжается 6 недель (максимально выражен в первые 8-12 сут).**
- **На протяжении этого времени происходит обратное развитие (инволюция) всех органов и систем, которые были связаны с беременностью и родами.**
- **Исключение - молочные железы, функция которых досягает расцвета (лактация).**

Послеродовые гнойно-воспалительные заболевания

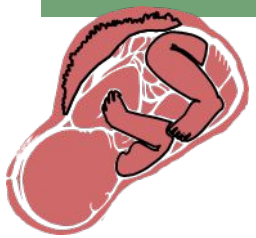
- **Это инфекционные заболевания, наблюдаемые у родильниц, непосредственно связанные с беременностью и родами;**

- **Послеродовые инфекционные заболевания непосредственно связаны с беременностью и родами, развиваются в период от 2-3 суток после родов до конца 6-ой недели и обусловлены инфекцией (преимущественно бактериальной)**

- **Инфекционные заболевания, выявленные в послеродовом периоде, но патогенетически не связанные с беременностью и родами (грипп, дизентерия и др.), к группе послеродовых не относят.**

Предрасполагающие факторы развития ГВЗ после родов

- Физиологические изменения в организме женщины: гормональные, иммунные, психические
- Появление обширной раневой поверхности в полости матки (плацентарной площадки), имеющей широкое сообщение с влагалищной микрофлорой
- Травматизация мягких родовых путей
- Оперативное родоразрешение
- Кровотечение
- Длительный безводный промежуток в родах
- Осложнения беременности (анемия, гестоз, предлежание плаценты и др.)



АКТУАЛЬНОСТЬ

- **В Европе ежегодно регистрируется до 500 000 случаев сепсиса**
  - *The European Health Report 2002 // WHO, Eur. Scr. No. 97. – 2002. – 156 p.*

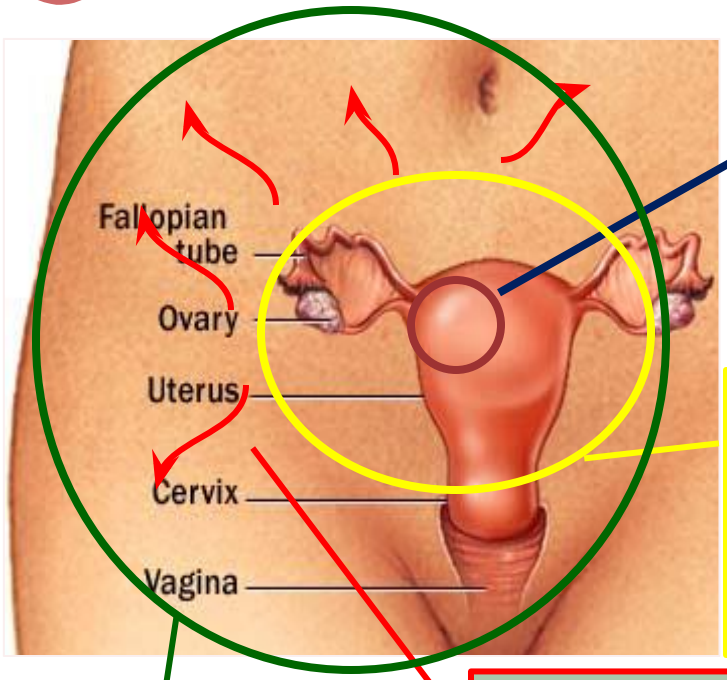
- **В России частота акушерских ГВЗ составляет от 5 до 26%, по некоторым данным — до 45-75% в структуре материнской смертности**
  - *Кулаков В.И., Серов В.Н., Абубакирова А.М. и др. Интенсивная терапия в акушерстве и гинекологии (эфферентные методы).− М.: Медицинское информационное агентство, 1998.− 206 с.*
  - *Серов В.Н. Акушерский сепсис – диагностика и терапия // 2-й Российский форум «Мать и дитя.− М., 2000.− С. 130-131.*

- **В Украине частота акушерских ГВЗ от 6 до 27%, в структуре материнской смертности эта патология на 2-3 месте**

1. *Гойда Н.Г., Жилка Н.Я. Репродуктивне здоров'я (ситуаційний аналіз) // Медико-соціальні проблеми сім'ї.− 2003.− Т. 8, № 2.− С. 3-12.*
2. *Довідник з питань репродуктивного здоров'я / Під ред. проф. Гойди Н.Г. – К., Вид-во Раєвського, 2004. – 128 с.*

Классификация послеродовых инфекционных заболеваний

(по Сазонову-Бартельсу)



1 этап – инфекция ограничена областью родовой раны (метроэндометрит, нагноение швов промежности)

2 этап – инфекция ограничена областью вокруг родовой раны (параметрит, сальпингит, пельвиоперитонит, тромбофлебит вен таза, бедренных вен)

3 этап – инфекция по клиническим проявлениям сходна с генерализованной (перитонит, септический шок, прогрессирующий тромбофлебит)

4 этап – генерализованная инфекция (сепсис)

Послеродовые маститы

Классификация послеродовых гнойно-септических заболеваний

- ***Условно ограниченные формы***
  нагноение послеродовой раны
  эндометрит
  мастит

- ***Генерализованные формы.***
  перитонит
  сепсис
  септический шок

Наличие системного воспалительного ответа у родильницы с условно ограниченной формой заболевания требует интенсивного наблюдения и лечения как при сепсисе

Послеродовой эндометрит

Наиболее распространенная форма бактериальной инфекции в акушерстве

- **Частота после самопроизвольных физиологических родов 1 – 5 %**
- **Частота после патологических родов 15 – 20 %**
- **Частота после кесарева сечения > 20 %**

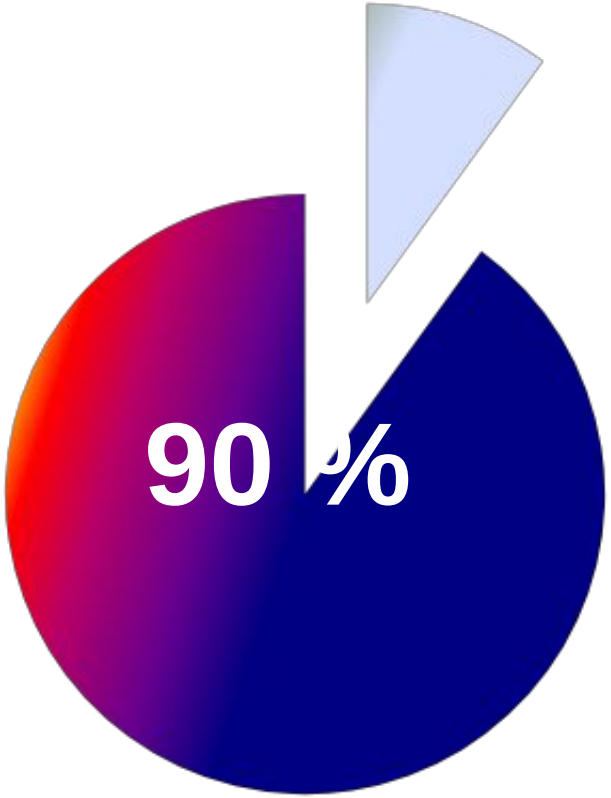
Кесарево сечение

гнойно-воспалительные заболевания

Перинатальные потери

Послеродовой эндометрит - это

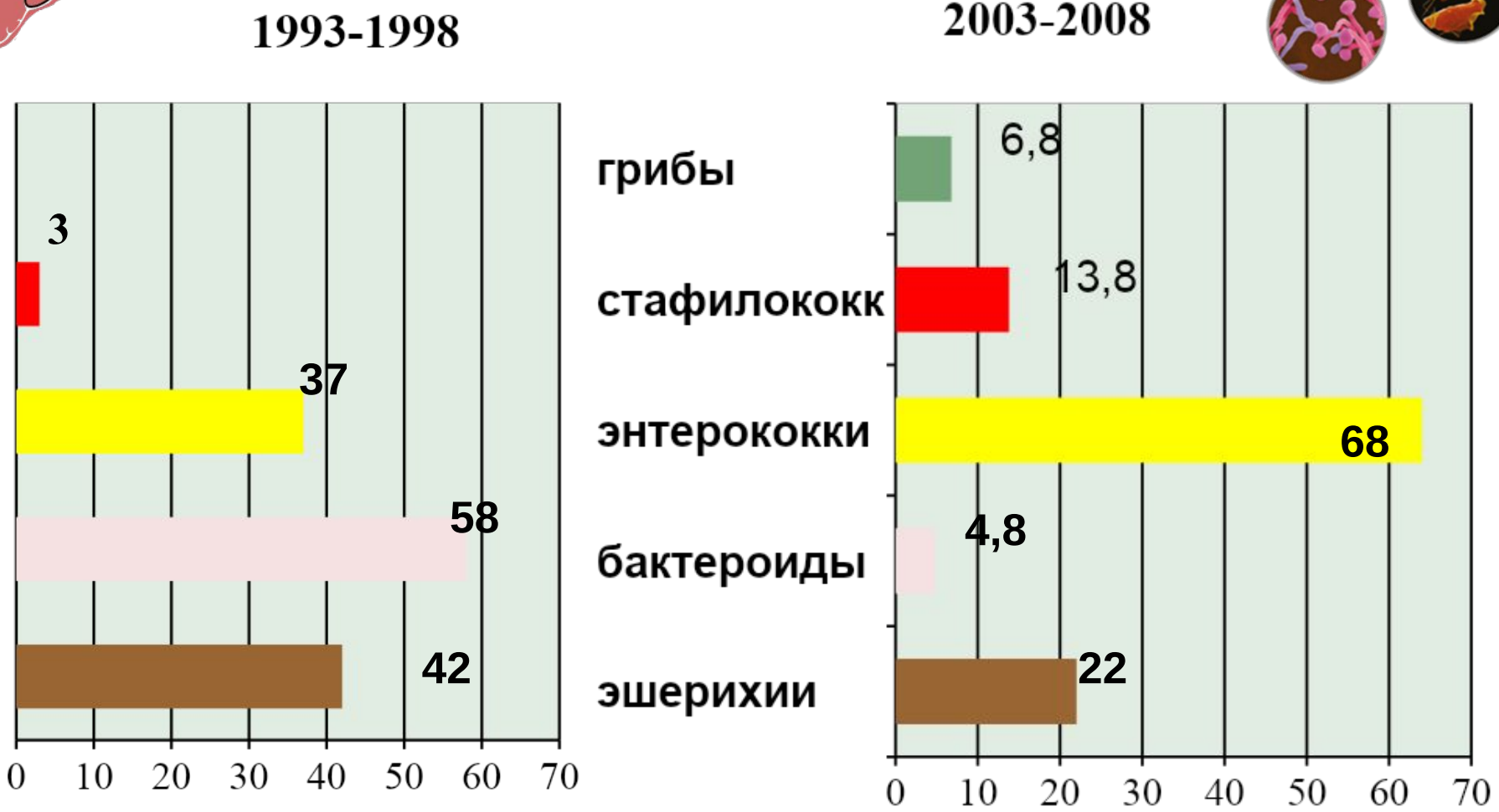
<u>полимикробное</u> заболевание



Ассоциации грам- и грам+ аэробов и анаэробов, включая микроорганизмы, продуцирующие β-лактамазы

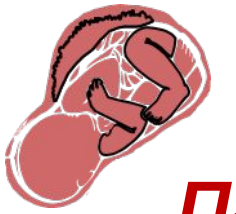
Послеродовой эндометрит

Этиология:



Частота выделения микроорганизмов в %

Послеродовой эндометрит



Патогенез:

Распространение инфекции в матке происходит:

- ***Восходящим путем***
- **Гематогенным путем**
- **Лимфогенным**
- **Интраамниальным (вмешательства - амниоскопия, амниоцентез)**

Фактор риска: ***Замедленная инволюция матки и расширение ее полости***

Послеродовой эндометрит

Клинические формы	Легкая	Средней тяжести	Тяжелая
Начало (сутки)	2 – 7	2 – 5	2 – 3
Температура	37 – 37,5	38 – 38,5	39 и выше
Болезненность матки	умеренная	выраженная	резко выраженная
Субинволюция	+/-	+	+
Изменение лохий	мутные	неприятный запах, мутные	гноевидные
Признаки интоксикации	нет	умеренные	выраженные
Изменения в анализе крови	+/-	Лейкоцитоз ↑ СОЭ	Лейкоцитоз ↑ СОЭ, анемия, тромбоцитопения
Изменения в системе гемостаза	+/-	Гиперкоагуляция, активация тромбоцитарного звена	Резко выраженная структурная и хронометрическая гиперкоагуляция

Послеродовой эндометрит

Диагностика:

- **Мониторинг клинико-лабораторных показателей**
- **УЗИ органов малого таза у всех родильниц на 3 – 5 сутки**

Клинические и/или эхографические признаки внутриматочной патологии

<u>Бактериологическое исследование лохий</u>

- **Из полости матки**
- **Качественная оценка микрофлоры**
- **Количественная оценка (≥10^3 КОЕ/мл)**

Послеродовой эндометрит

Лечение :

Комплексная терапия:

- **антибактериальная**
- **десенсибилизирующая**
- **утеротоническая**
- **иммуномодулирующая**
- **антикоагулянтная и др.**

+

Хирургическая санация матки -

вакуумаспирация содержимого полости матки

высокий риск развития токсического шока !

Активное промывание полости матки антисептическими растворами

Антибактериальная терапия эндометрита

ПРЕПАРАТЫ

ОСНОВНЫЕ

- Амоксициллин/клавуланат
- Ампициллин/сульбактам
- Аминогликозиды + метронидазол/линкозамиды

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ

- Цефалоспорины II- IV пок. + метронидазол
- Цефоперазон/сульбактам
- Фторхинолоны + Метронидазол/линкозамиды
- Карбапенемы
- Ванкомицин (при MRSA)
- Макролиды/доксициклин (при хламидийной инфекции)

Антибактериальная терапия эндометрита

Пенициллины			
Амоксициллин/клавуланат	**1,2**	**3,6**	**в/в**
	1,0	**3,0**	**внутрь**
Ампициллин/сульбактам	**1,5-3,0**	**6,0-12,0**	**в/в, в/м**
Цефалоспорины III поколение			
Цефтриаксон	**2,0**	**4,0**	**в/в, в/м**
Цефотаксим	**2,0**	**4,0-6,0**	**в/в, в/м**
Цефтазидим	**1,0**	**3,0**	**в/в, в/м**
Цефоперазон/сульбактам	**2,0**	**4,0**	**в/в, в/м**
IV поколение			
Цефепин	**1,0-2,0**	**2,0-4,0**	**в/в**
Аминогликозиды			
Гентамицин	**6мг/кг~80**	**80мг х 2 р**	**в/в, в/м**
Нетилмицин	**3-5 мг/кг**	**3-5 мг/кг**	**в/в, в/м**
Амикацин	**15 мг/кг**	**15 мг/кг**	**в/в**
Карбапенемы			
Имипенем, Меропенем	**0,5-1,0**	**1,5-3,0**	**в/в**
Нитроимидазолы **(метронидазол)**	**0,5**	**1,5**	**в/в, внутрь**

Антибактериальная терапия эндометрита

Линкозамиды			
Линкомицин	**0,6**	**1,8-2,4**	**в/в, в/м**
	0,5	**1,5**	**внутрь**
Клиндамицин	**0,9**	**2,7**	**в/в, в/м**
	0,3	**0,9**	**внутрь**
Тетрациклины			
Доксициклин	**1,0**	**2,0**	**в/в, внутрь**
Фторхинолоны			
Ципрофлоксацин	**0,2-0,4**	**0,4-0,8**	**в/в**
	0,5-0,75	**1,0-1,5**	**внутрь**
Офлоксацин	**0,2-0,4**	**0,4-0,8**	**в/в**
	0,2	**0,4**	**внутрь**
Пефлоксацин	**0,4**	**0,8**	**в/в**
	0,4	**0,8**	**внутрь**
Норфлоксацин	**0,4**	**0,8**	**внутрь**
Левофлоксацин	**0,25-0,5**	**0,5-1,0**	**внутрь**
IV поколение			
Моксифлоксацин (авелокс)	**0,4**	**0,4**	**в/в**

Ступенчатая антибактериальная терапия

I этап (3-5 дней)		II этап (5-7дней)
АМО/КК 1,2 г каждые 6-8 часов внутривенно	→	АМО/КК 1г 2 р/сут внутрь
Зинацеф (цефуроксим) 750 мг 3 р/сут внутривенно	→	Зиннат (цефуроксим-аксетил) 500 мг 2 р/сут

Послеродовой параметрит

- **Распространение воспалительного процесса из матки на околоматочную клетчатку**

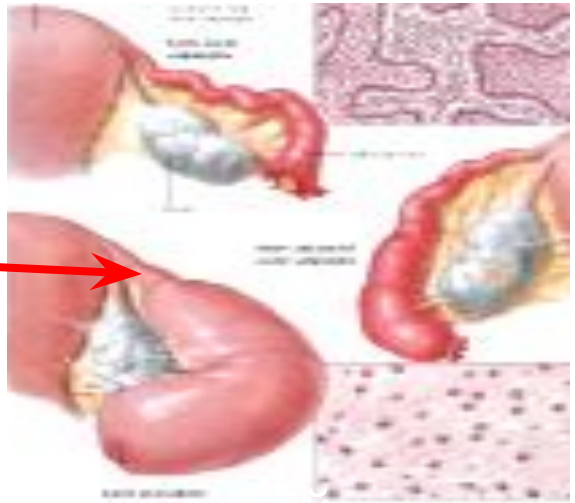
Клиника:

Симптомы эндометрита + болезненный инфильтрат в области широкой связки матки + уплощение свода влагалища на стороне поражения

Лечение = лечение эндометрита:

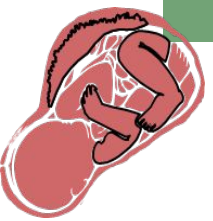
- **Антибиотикотерапия в/м или в/в**
- **Интравагинальное введение многокомпонентных мазей на гидрофильной основе (левомеколь)**

Послеродовой сальпингит



- **воспалительный процесс в маточных трубах**

Этиология	**Гонококк хламидии**	**Полимикробная**
Клиника	**Боли в области придатков, температура, озноб**	**Симптомы эндометрита + болезненное уплотнение в области придатков**
Лечение	**Макролиды Фторхинолоны**	**= лечение эндометрита и параметрита**



Хориоамнионит

Синонимы:

- **эндометрит во время родов**
- **синдром амниотической инфекции**
- **инфекция плодных оболочек и амниотической жидкости**

Патогенез:

- **Восходящее инфицирование околоплодных вод при преждевременном разрыве плодного пузыря**
- **Инфицирование околоплодных вод во время диагностических процедур (амниоскопия, амниоцентез)**

Хориоамнионит

Частота:

- **Гистологический хориоамнионит – в 40-60% случаев доношенной беременности**
- **Клинический хориоамнионит**

  - при доношенной беременности - 0,5 – 1%

  - при преждевременных родах - 25-40%

Клиника:

- **Лихорадка**
- **Тахикардия матери и/или плода**
- **Изменение характера околоплодных вод (при преждевременном излитии) – мутные, гноевидные, с запахом**
- **Воспалительные изменения в анализе крови**

Хориоамнионит

Этиология:

- **Полимикробное заболевание**

Лечение:

- **Поставлен диагноз → сразу начинать интенсивное лечение и продолжать его во время родов и после – до стойкой нормализации температуры и общего состояния**
- **Хориоамнионит → сигнал для активного окончания родового акта!!! По показаниям – кесарево сечение, экстирпация матки (при сепсисе)**
- **Антибактериальная терапия – комбинированные препараты, воздействующие на аэробную и анаэробную микрофлору = лечение эндометрита**

Антибактериальная терапия хориоамнионита (в/в, в/м)

ПРЕПАРАТЫ

ОСНОВНЫЕ

- Амоксициллин/клавуланат
- Ампициллин/сульбактам
- Аминогликозиды + метронидазол/линкозамиды

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ

- Цефалоспорины II - IV пок. + метронидазол
- Цефоперазон/сульбактам
- Фторхинолоны (после родов) + Метронидазол/линкозамиды
- Карбапенемы
- Ванкомицин (при MRSA)

Сепсис

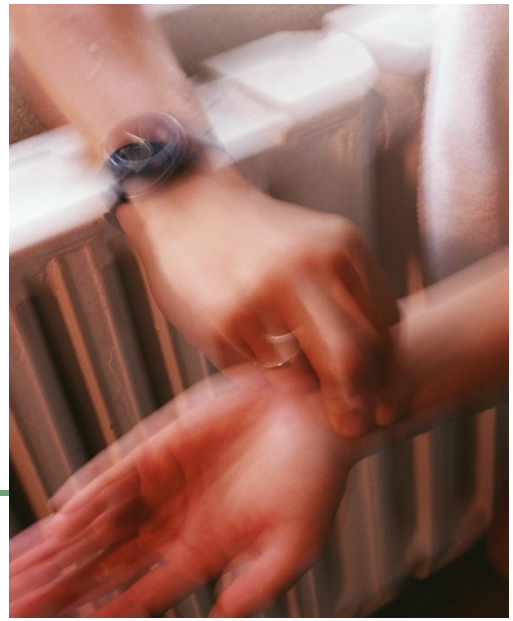
- **Генерализованное инфекционное поражение организма с летальностью 15 – 30 %**

Акушерский сепсис

- ***Послеродовое или послеабортное инфекционно-воспалительное заболевание, характеризующееся генерализованным инфекционным поражением организма с высокой летальностью***

Сепсис

- Это «вторая» болезнь, т.е. всегда имеется первичный очаг инфекции
- Первичный очаг инфекции при акушерском сепсисе - матка



Критерии тяжелой инфекции согласно Конференции согласия American College of Chest Physicians (ACCP, 1991):

- **Сепсис — системный воспалительный ответ на достоверно выявленную инфекцию при отсутствии других возможных причин подобных нарушений, которые характерны для SIRS (Systemic Inflammatory Response Syndrom)**

- ***Тяжелый сепсис* — сепсис, который сопровождается дисфункцией органов, гипоперфузией или гипотензией (АД < 90/40 мм рт.ст.). Гипоперфузия включает, но не ограничивается лактат-ацидозом, олигурией, либо нарушением сознания.**

Синдром системного воспалительного ответа (Systemic Inflammatory Response Syndrom – SIRS)

Американская ассоциация анестезиологов, в 1992 г. предложила следующую **классификацию септических состояний**, которая признается большинством ученых.

Синдром SIRS манифестируется двумя или большим числом признаков:

- 1) температура больше 38^0С или ниже 36^0С;
- 2) ЧСС больше 90 уд/мин;
- 3) Частота дыханий больше 20 в мин. или $PaCO_2$ ниже 32 мм рт. ст;
- 4) количество лейкоцитов больше $12x10^9$/л или меньше $4x10^9$/л, незрелых форм больше 10%.

Классификация сепсиса

Единой классификации нет!

- **По клиническому течению:**

  молниеносный, острый, хронический
- **По характеру входных ворот:**

  раневой, ожоговый…
- **По локализации первичного очага:**

  акушерский, пупочный, урологический…
- **По этиологии:**

  грамнегативный и грампозитивный
- **По клиническому течению: септицемия (без метастазов) и септикопиемия (с метастазами)**

Акушерский сепсис - это *полимикробное* заболевание

- **Возбудителями могут быть практически все патогенные и условно-патогенные микроорганизмы**

Наиболее часто:

- **грамположительные кокки**
- **(стафилококки, стрептококки)**
- **энтеробактерии (кишечная палочка, клебсиела)**
- **анаэробы (бактероиды, пептококки)**

Акушерский сепсис

Акушерский сепсис

Клиника: **это всегда «вторая» болезнь**

- **Первичный очаг инфекции (матка, молочные железы, абсцессы промежности)**
- ***Септицемия*** **- наличие в крови бактерий и их токсинов, которые периодически поступают в общий ток крови из раны и вызывают:**
  - **температура 40-41° С,**
  - **повторные ознобы**
  - **быстро нарастающая интоксикация, вызывающая**
  - **нарушение сознания (заторможенность→ делирий)**
  - **тахикардия, тахипноэ, цианоз**
  - **гипотония, олигоурия, протеинурия**
  - **лейкоцитоз, ↑СОЭ, анемия**

Акушерский сепсис

- ***Септикопиемия*** **– наличие вторичных гнойных очагов в различных тканях и органах. Массивная интоксикация организма микробными токсинами из пораженных тканей.**

Клиника:

- усиление лихорадки, интоксикации

- повторные ухудшения состояния с короткими ремиссиями (ознобы, тяжелая интоксикация)

- синдром полиорганной и полисистемной недостаточности (легкие, почки, печень)

Множественность поражения!

Акушерский сепсис

Диагностика:

- **Выявление первичного очага инфекции**
- **Клинические симптомы полиорганных нарушений:**

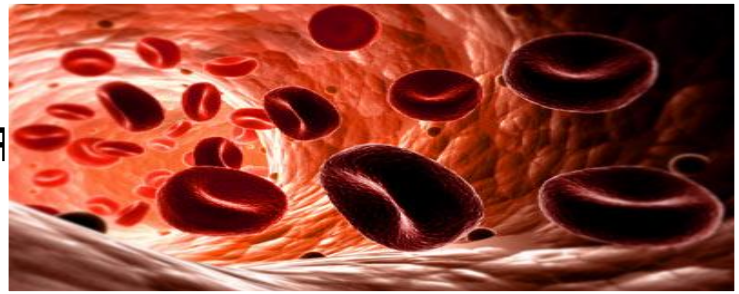
  Нарушение состояния нервной системы, функции дыхания, микроциркуляции во внутренних органах, выделительной системы, гемодинамики, водно-электролитного баланса
- **Обнаружение возбудителя в крови больной**
- **Микробиологический анализ крови – культуральный, ПЦР, ИФА**

✔ **до антибиотиков, затем каждые 2 часа (не менее 5 раз в сутки) не информативен в 20 -30% случаев но необходим, т.к. летальность при грам (-) сепсисе в 2-3 раза выше, чем при грам (+)**

Акушерский сепсис

Диагностика:

- **Микробиологический анализ отделяемого из матки**
- **Анализ крови – лейкоцитоз/лейкопения, анемия, тромбоцитопения**
- **Анализ мочи - протеинурия**



, бактериурия
- **Гемостазиограмма –**

коагулопатия

- **Биохимический анализ крови: гипопротеинемия, увеличение азотистых шлаков, метаболический ацидоз и респираторный алкалоз**

- **УЗИ, рентгенологическое исследование, ЭКГ**

Акушерский сепсис

Лечение:

- **Первичный очаг инфекции**

- ***Вакуум - аспирация, выскабливание стенок полости матки -*** **при наличии остатков последа и/или лохиометры**

- ***Экстирпация матки с маточными трубами:***
  - ***отсутствие эффекта от проводимой интенсивной терапии***
  - ***наличие гноя в матке***
  - ***маточное кровотечение на фоне сепсиса***
  - ***гнойные образования в области придатков матки***
  - **перитонит**
  - **сепсис с почечно-печеночной недостаточностью**
  - **некротический эндометрит**

Акушерский сепсис

Лечение ***(в палате интенсивной терапии):***

- ***Интенсивная терапия*** **–**

- **антибактериальная (в высоких дозах, суперширокого спектра действия),**
- **инфузионно-трансфузионная,**
- **общеукрепляющая,**
- **десенсибилизирующая,**
- **иммунокорригирующая,**
- **гормональная,**
- **ГБО, плазмаферез, УФО крови и др.**

Экстракорпоральная детоксикация

(плазмаферез, плазмосорбция, квантовая аутогемотерапия)

- **Применение методов экстракорпоральной детоксикации возможно после стабилизации состояния пациентки.**

Имеются данные, что применение этих методов при развернутой картине полиорганной недостаточности повышает летальность больных

Приказ № 676 МЗО Украины от 31.12.2004 г.

Данные российских коллег свидетельствуют о том, что применение эфферентных методов, в частности, ПА и экстракорпоральной детоксикации в 1-е сутки септического шока повышает выживаемость больных до 95%.

Чем позже начаты эти методы, тем хуже прогноз.

1. *Кулаков В.И., Серов В.Н., Абубакирова А.М. Интенсивная терапия в акушерстве и гинекологии (эфферентные методы)ю – М., 1998. – 206 с.*
2. *Каншина Л.Г. Плазмаферез в комплексной терапии генерализованных форм гнойно-септических осложнений в акушерстве: Дис….к.мед.н. – М., 1998. – 114 с.*

Принципы иммунокоррекции осложненных форм послеродовых ГВЗ

- ***Нецелесообразно*** **использование рекомбинантных интерферонов – рецепторы блокированы патологическими АТ, поэтому дополнительное введение интерферонов может привести к ухудшению состояния**

- ***Целесообразно*** **использование факторов гуморальной защиты (иммуноглобулины, свежезамороженная плазма) и препаратов с антицитокиновым действием (галавит)**

В.Н. Серов, 2011

Септический шок

- ***Это состояние периферического сосудистого коллапса, вызванное эндотоксинами грам-бактерий (кишечная палочка, протей, синегнойная палочка) или (редко) экзотоксинами грам+ бактерий (стафилококки, энтерококки и др.)***

Частота: **3-10% среди послеродовых заболеваний**

Причины:

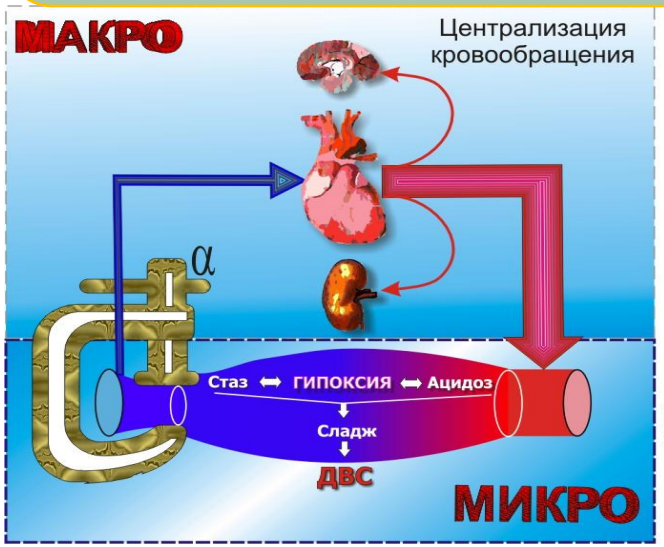
- **криминальный аборт**
- **хориоамнионит в родах**
- **послеродовой сепсис**
- **острый гнойный пиелонефрит**
- **операции на тазовых органах**
- **послеродовой мастит**

Септический шок

Патогенез

Нарушение перфузии крови в тканях на уровне микроциркуляции

Повреждающее действие эндотоксинов на эндотелий капилляров



ПОН

ДВС-синдром, РДСВ, ОПН, сердечная недостаточность, печёночная недостаточность

Вазоконстрикция посткапилляров

Нарушение проницаемости

Вазодилятация капилляров, ↓АД

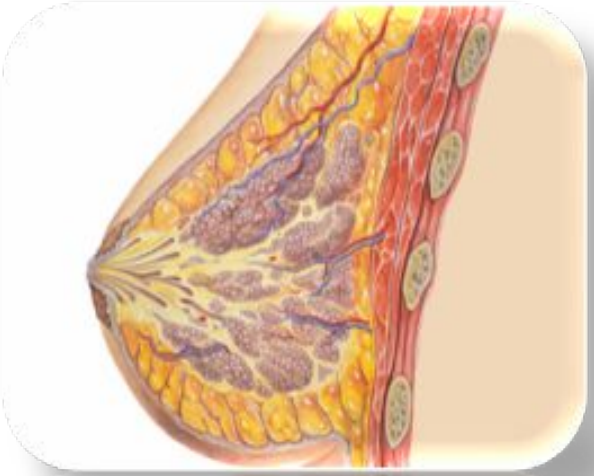
Блокада кровотока микротромбами

Септический шок

Длительность	до 5 – 8 ч	дни - недели	?
Температура тела	39 – 40°С → N	N	Выраженные нарушения функции органов и систем. Необратимые изменения могут наступить через 10 -12 часов
Кожные покровы	теплые, озноб, интенсивное потоотделение	бледные, холодный липкий пот	
Сознание	дезориентация	беспокойство спутанность	
АД	↓	резко↓	
ЦВД	N	↑	
Пульс, ЧД	тахипноэ	тахипноэ тахикардия	
Диурез	N	олигоурия (20-30 мл/час)	
Анализ крови	Лейкоцитоз ↑СОЭ	лейкопения тромбоцитопенияанемия, ДВС	

- ***Лактационный мастит*** **- это воспаление молочной железы (преимущественно одностороннее) во время лактации в послеродовом периоде.**

- **Чаще развивается через 2-3 недели после родов.**



Этиология и патогенез лактационного мастита

- Чаще входными воротами инфекции являются трещины сосков

- Интраканаликулярное проникновение возбудителя инфекции через молочные протоки железы при кормлении грудью или сцеживании молока

- Крайне редко возбудитель распространяется из эндогенных очагов.

Факторы риска лактационного мастита

- **трещины сосков могут быть:**
  - при неправильной технике кормления,
  - при позднем прикладывании ребенка к груди,
  - при грубом сцеживании молока,
  - при индивидуальном состоянии эпителиального покрова сосков,
  - при нарушении санитарно-эпидемиологических норм в послеродовом периоде,
  - при пороках развития сосков,.

- **лактостаз**

  При лактостазе может быть повышение температуры тела продолжительностью до 24 часов.

Если состояние продолжается более 24 часов - это состояние необходимо рассматривать как мастит.

Классификация маститов

I. По *характеру течения воспалительного процесса* :

- **- серозный;**
- **- инфильтративный;**
- **- гнойный;**
- **- инфильтративно-гнойный, диффузный, узловой;**
- **- гнойный (абсцедирующий): фурункулез ареолы, абсцесс ареолы, абсцесс в толще железы, абсцесс позади железы;**
- **- флегмонозный, гнойно-некротический;**
- **- гангренозный.**

II. По *локализации очага* :

- **подкожный**
- **субареолярный**
- **интрамаммарный**
- **ретромаммарный**
- **тотальный.**

Клиническая картина серозного мастита

- **острое начало заболевания**
- **выраженная интоксикация (общая слабость, головная боль)**
- **повышение температуры тела до 38-390С**
- **озноб**
- **боль в области молочной железы усиливающаяся при кормлении или сцежевании.**

При неефективном лечении на протяжении 1-3 сут. серозный мастит переходит в инфильтративный.

Клиническая картина инфильтративного мастита

- При пальпации инфильтративного мастита: определяется плотный, резко болезненный инфильтрат, лимфаденит.
- Длительность этой стадии 5-8 дней.

Если инфильтрат не рассасывается на фоне лечения, происходит его нагноение – гнойный мастит (абсцедирующий).

Симптомы воспаления усиливаются, значительно увеличиваются деформация молочной железы, если инфильтрат расположен неглубоко, то при нагноении определяется флюктуация.

Нагноение инфильтрата происходит в течение 48-72 часов.

Диагностика

основана на следующих методах:

- клинических: осмотр молочной железы, оценка клинических признаков, жалоб, анамнеза;
- лабораторных: общие анализы крови (лейкограмма) и мочи,
- бактериологическое и бактериоскопическое исследование экссудата,
- иммунограмма, коагулограмма и биохимия крови;
- инструментальные: УЗИ - один из важнейших методов диагностики мастита.

Лечение мастита

- консервативное
- хирургическое

- Антибиотикотерапию следует начинать при первых признаках заболевания, что способствует предотвращению развития гнойного воспаления.

Подходы к грудному вскармливанию при мастите:

- *При серозном* - решается индивидуально.
- *При инфильтративном* - кормление противопоказано из-за реальной угрозы инфицирования ребенка и кумулятивного накопления антибіотиков в организме ребенкадитини, але при цьому лактація може бути збережена, шляхом зціджування.

При отсутствии эффекта от консервативной терапии мастита в течение 2-3 сут. и развитии признаков гнойного мастита - показано хирургическое лечение.

Лечение мастита (продолжение)

- **Хирургическое лечение мастита заключается в радикальном разрезе и адекватном дренировании**

  (паралельно продолжают проводить антибиотикотерапию, дезинтоксикационую и десенсибилизирующую терапию)

Своевременное хирургическое лечение позволяет предотвратить прогрессирование процесса, развитие ССВО.

Профилактика мастита

Профилактика **послеродового мастита заключается в:**

- **обучении женщи правилам грудного вскармливания**
- **соблюдении правил личной гигиены.**

- ***Необходимо своевременное выявление и лечение трещин сосков, устранение лактостаза.***

Пути профилактики гнойно-септических осложнений в акушерстве

- **Отказ от «агрессивного» подхода в акушерстве.**
- **Улучшение качества ведения беременных, родильниц на догоспитальном и госпитальном этапах, путем повышения квалификации врачей и акушерок, смежных специалистов; совершенствования материально-технической базы**
- **Санитарно-просветительная работа с вовлечением семьи во все аспекты особенностей течения беременности, родов, послеродового периода и профилактики осложнений гестационного периода**
- **Активное введение принципов новых технологий в акушерстве**
- **Индивидуализация подхода к ведению конкретного клинического случая**

В условиях возрастающего числа правовых конфликтов с пациентами четкое ведение медицинской документации, для юридической защиты врача и пациента

«Настоящего, хорошего хирурга можно узнать не по количеству выполненных им операций, а по тому количеству операций, которых удалось избежать…. Потому что сама операция, – в разной, разумеется, степени – вопрос техники, воздержание же от нее есть искуснейшая работа разума, строжайшей самокритики и точнейшего наблюдения»

ман «Дело, которому ты

Септический шок (SIRS – шок) определяется как тяжелый сепсис с артериальной гипотензией, который развивается, невзирая на адекватную инфузионную терапию.

- Диагноз выставляется, если к перечисленным выше клинико-лабораторным показателям присоединяются:
  - **артериальная гипотензия (систолическое давление меньше 90 мм рт.ст или снижение более чем на 40 мм рт.ст. от исходного уровня);**
  - **нарушение сознания;**
  - **олигурия (диурез менше 30 мл/час);**
  - **гипоксемия (PaO_2 меньше 75 мм рт.ст. при дихании атмосферным воздухом);**
  - **SpO_2 меньше 90%;**
  - **повышение уровня лактата более 1,6 ммоль/л;**
  - **петехиальная сыпь, некроз участков кожи.**

- **Синдром полиорганной недостатности – наличие острого нарушения функции органов и систем.**