

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

Сепсис в акушерстве: Послеродовые септические заболевания





Послеродовой 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 достигает 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

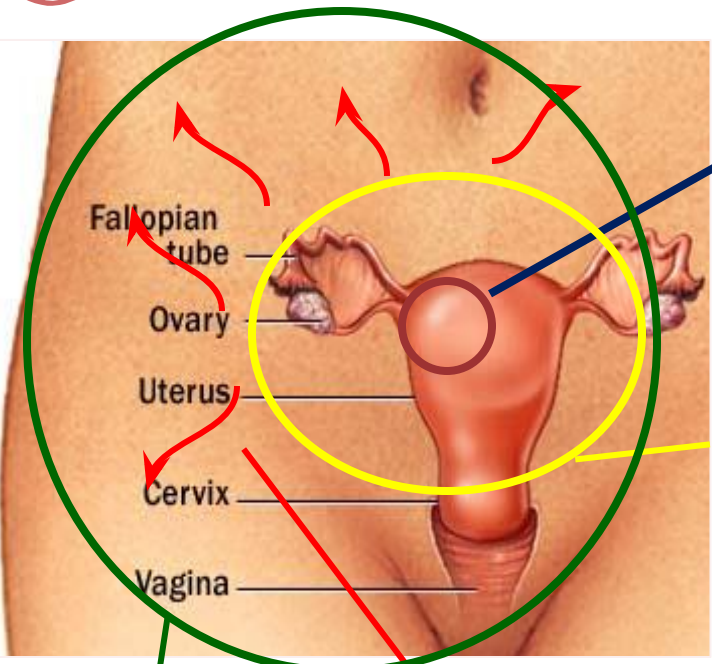
- *Кулаков В.И., Серов В.Н., Абубакирова А.М. и др. Интенсивная терапия в акушерстве и гинекологии (эфферентные методы).– М.: Медицинское информационное агентство, 1998.– 206 с.*
- *Серов В.Н. Акушерский сепсис – диагностика и терапия // 2-й Российский форум «Мать и дитя.– М., 2000.– С. 130-131.*

- 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

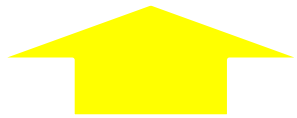


Послеродовой эндометрит

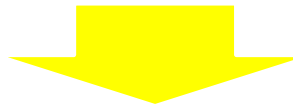
Наиболее распространенная форма бактериальной инфекции в акушерстве

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

**Кесарево
сечение**



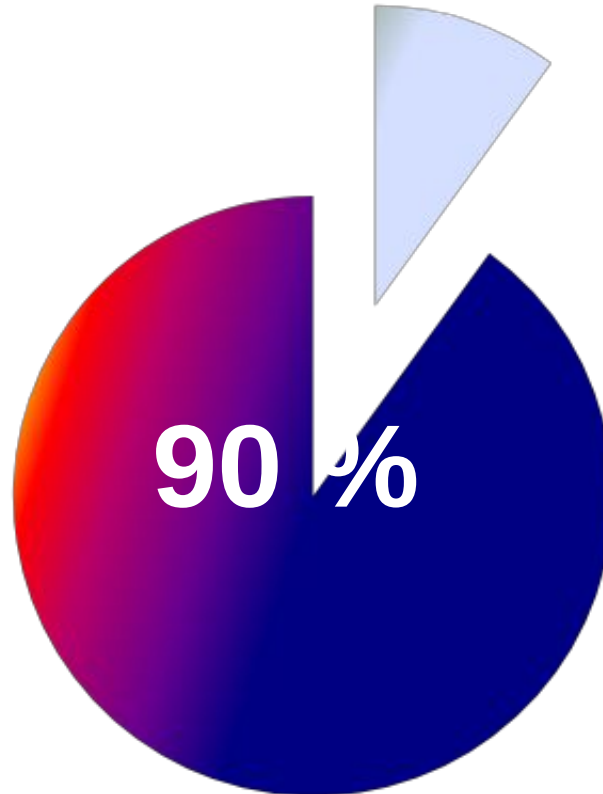
Гнойно-
воспалительные
заболевания



Перинатальные
потери

Послеродовой эндометрит - это

полимикробное заболевание



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

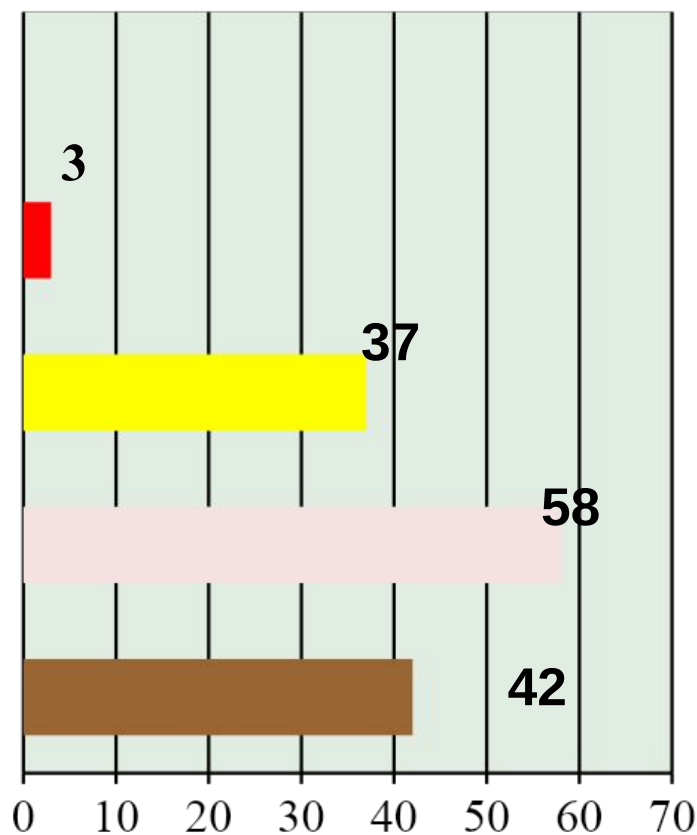
Послеродовой эндометрит

Этиология:



1993-1998

2003-2008



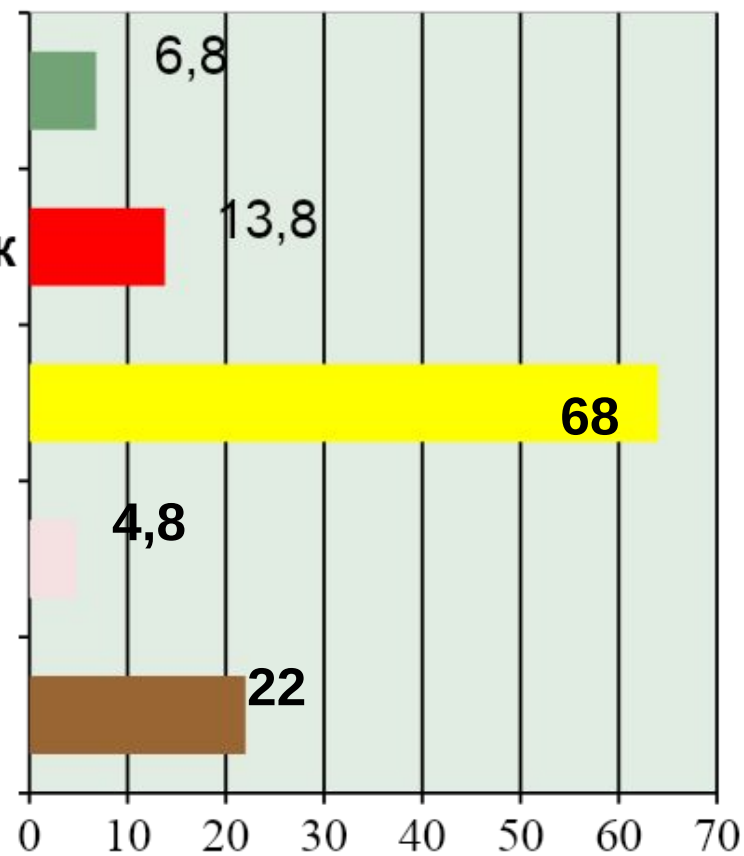
грибы

стафилококк

энтерококки

бактероиды

эшерихии



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 рожениц на 3 – 5 сутки



Клинические и/или эхографические признаки
внутриматочной патологии



Бактериологическое исследование лохий

- Из полости матки
 - Качественная оценка микрофлоры
 - Количественная оценка ($\geq 10^3$ КОЕ/мл)



Послеродовой эндометрит

Лечение :

Комплексная терапия:

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



Хирургическая санация матки - вакуумаспирация содержимого полости матки

высокий риск

**Активное промывание
полости матки
антисептическими растворами**

развития

**токсического
шока !**



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/доксциклин
(при хламидийной инфекции)



Антибактериальная терапия эндометрита

Пенициллины

Амоксициллин/клавуланат	1,2 1,0	3,6 3,0	в/в внутри
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 x 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
---------------------	---------	---------	-----

<i>Нитроимидазолы (метронидазол)</i>	0,5	1,5	в/в, внутри
--------------------------------------	-----	-----	-------------

Антибактериальная терапия эндометрита



Линкозамиды

Линкомицин	0,6	1,8-2,4	в/в, в/м
	0,5	1,5	внутри
Клиндамицин	0,9	2,7	в/в, в/м
	0,3	0,9	внутри

Тетрациклины

Доксициклин	1,0	2,0	в/в, внутри
-------------	-----	-----	-------------

Фторхинолоны

Ципрофлоксацин	0,2-0,4	0,4-0,8	в/в
	0,5-0,75	1,0-1,5	внутри
Офлоксацин	0,2-0,4	0,4-0,8	в/в
	0,2	0,4	внутри
Пефлоксацин	0,4	0,8	в/в
	0,4	0,8	внутри
Норфлоксацин	0,4	0,8	внутри
Левифлоксацин	0,25-0,5	0,5-1,0	внутри

IV поколение

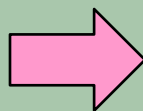
Моксифлоксацин (авелокс)	0,4	0,4	в/в
--------------------------	-----	-----	-----

Ступенчатая антибактериальная терапия

I этап (3-5 дней)

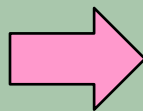
II этап (5-7 дней)

АМО/КК
1,2 г
каждые 6-8 часов
внутривенно



АМО/КК
1г 2 р/сут
внутри

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 + утолщение 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

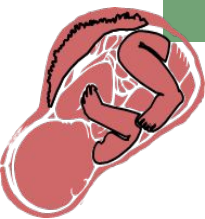
**Боли в области
придатков,
температура,
озноб**

**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, гнойные, 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 (АССР, 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°C или ниже 36°C ;
 - 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 $12 \times 10^9/\text{л}$ или меньше $4 \times 10^9/\text{л}$, 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

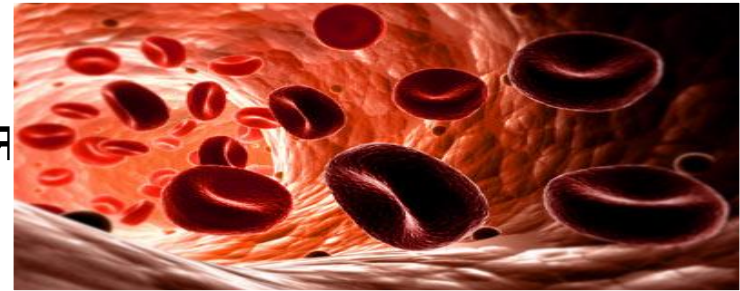
Диагностика:

- 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) – 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



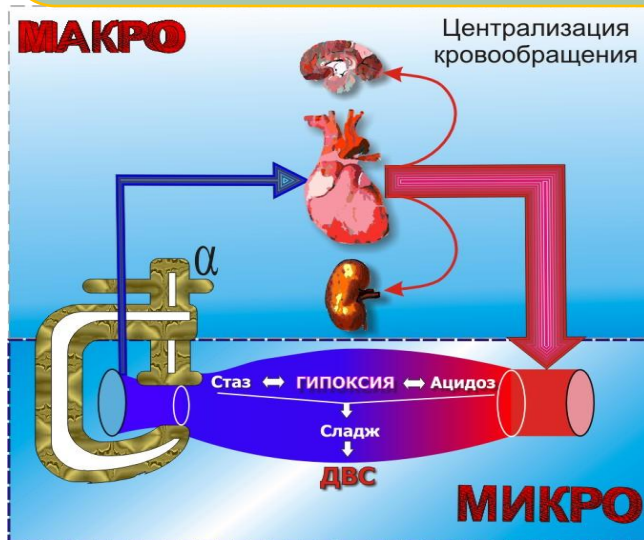
Нарушение перфузии крови
в тканях на уровне
микроциркуляции

Повреждающее
действие
эндотоксинов на
эндотелий
капилляров



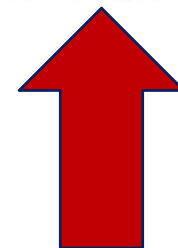
Вазоконстрикция
посткапилляров

Вазодилатация
капилляров, ↓АД



ПОН

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



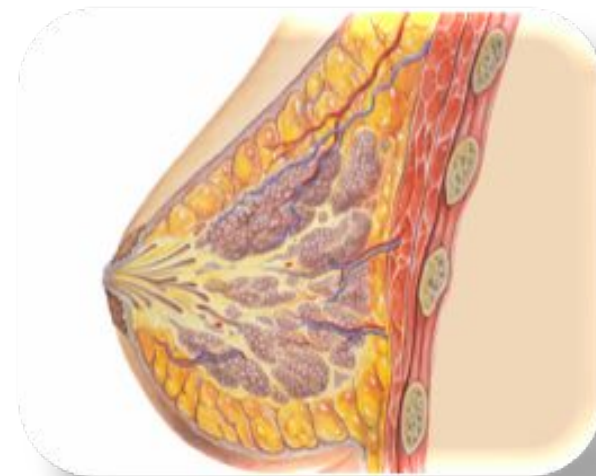
Нарушение
проницаемости

Блокада кровотока
микротромбами

Септический шок

Длительность	до 5 – 8 ч	дни - недели	?
Температура тела	39 – 40°C → N	N	
Кожные покровы	теплые, озноб, интенсивное потоотделение	бледные, холодный липкий пот	Выраженные нарушения функции органов и систем. Необратимые изменения могут наступить через 10 -12 часов
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 тромбоцитопения анемия, 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, узловый;
- - 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 38-39^oC
- озноб
- боль в области молочной железы усиливающаяся при кормлении или сцеживании.

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

Клиническая картина инфильтративного мастита

- При пальпации инфилтративного 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 антибиотиков в организме ребенка/дитины, а при этом лактация может быть сохранена, путем сцеживания.

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**

(параллельно продолжают проводить антибиотикотерапию, дезинтоксикационную и десенсибилизирующую терапию)

Своевременное хирургическое лечение позволяет предотвратить прогрессирование процесса, развитие ССВО.

Профилактика мастита

Профилактика послеродового мастита заключается в:

- обучении женщины правилам грудного вскармливания
 - соблюдении правил личной гигиены.
 - **Необходимо своевременное выявление и лечение трещин сосков, устранение лактостаза.**
-

Пути профилактики гнойно-септических осложнений в акушерстве



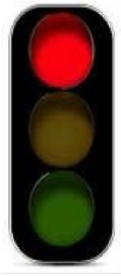
- Отказ от «агрессивного» подхода в акушерстве.
- Улучшение качества ведения беременных, родильниц на догоспитальном и госпитальном этапах, путем повышения квалификации врачей и акушеров, смежных специалистов; совершенствования материально-технической базы
- Санитарно-просветительная работа с вовлечением 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 меньше 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 недостаточности – наличие острого нарушения функции органов и систем.
-