

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ  
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»  
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ №2

**Затверджено:**

на засіданні кафедри

акушерства і гінекології №2

протокол № 10 від 10 січня 2017 року

Завідувач кафедри

д.м.н., проф. \_\_\_\_\_ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ  
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО УДОСКОНАЛЕННЯ  
«НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ В АКУШЕРСТВІ І ГІНЕКОЛОГІЇ»**

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	<b>Інфекційно-токсичний шок</b> (Код курсу 6.2)
Курс	Тематичне удосконалення
Факультет	Післядипломної освіти
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин: 2 години

### **I. Актуальність теми**

Септичні захворювання займають одне із провідних місць серед причин материнської захворюваності і смертності. Своєчасна діагностика та науково обґрунтоване лікування належать до найважливіших проблем акушерства і гінекології. Близько 80% летальних наслідків поширених форм післяпологової інфекції зумовлені несвоєчасною діагностикою, пізнім хірургічним втручанням, неповним обсягом інтенсивної терапії. Ця тема потребує досконального вивчення лікарями загальної практики як для проведення ефективної профілактики, так і для надання кваліфікованої лікарської допомоги.

### **II. Навчальні цілі заняття**

*Для опанування теми заняття курсант повинен знати:*

1. Визначення поняття «післяпологова інфекція».
2. Визначення поняття «внутрішньо лікарняна (госпітальна) інфекція?»
3. Класифікацію післяпологових інфекційних захворювань
4. Етіологію і патогенез післяпологових інфекційних захворювань
5. Фактори ризику післяпологових інфекційних захворювань
6. Клініку, діагностику і лікування післяпологової інфікованої рани.
7. Клініку, діагностику і лікування післяпологового ендометриту.
8. Клініку, діагностику і лікування лактаційного маститу.
9. Сучасну класифікацію септичних станів.
10. Основні принципи лікування акушерського сепсису.
11. Основні принципи лікування акушерського перитоніту.
12. Основні принципи лікування акушерських тромботичних ускладнень
13. Профілактику післяпологових інфекційних захворювань.

*Завдяки проведеному заняттю курсант повинен уміти:*

1. Оцінювати фактори ризику післяпологових інфекційних захворювань.
2. Прогнозувати ризик післяпологових інфекційних захворювань.
3. Складати план обстеження при підозрі на післяпологові інфекційні захворювання.
4. Проводити аналіз результатів обстеження при післяпологових інфекційних захворюваннях.
5. Діагностувати післяпологові інфекційні захворювання.
6. Призначати лікування післяпологових інфекційних захворювань, виписувати рецепти.
7. Оцінювати показання до хірургічного втручання при післяпологових інфекційних захворюваннях.
8. Проводити профілактику післяпологових інфекційних захворювань

### III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

2. Використання етико-деонтологічних прийомів у процесі клінічного обстеження вагітних та виконанні лікарських маніпуляцій.
3. Розвинути почуття відповідальності у лікарів-курсантів за правильність дій на етапах обстеження та лікування вагітних.
4. Формування у лікарів психологічної та фахової готовності до реальних умов професійної діяльності.

### IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
<i>Попередні:</i>		
1. Фізіологія	Фізіологічні та функціональні особливості статевих органів жінок.	
2. Мікробіологія	Класифікація та характеристика збудників інфекційних захворювань. Основи асептики і антисептики.	
3. Анатомія	Крово- та лімфообіг тазових органів жінок. Шляхи поширення інфекції.	
<i>Наступні:</i>		
1. Педіатрія	Будову та розміри доношеного плода.	Уміти визначити зрілість новонародженого
2. Сімейна медицина	Діагностувати післяпологові інфекційні захворювання.	Провести фізикальне обстеження жінки

### V. Зміст теми семінарського заняття СЕПТИЧНИЙ ШОК

#### Шифр МКХ – 10- A48.3

**Септичний шок** – клінічний синдром, що виникає за умови системної запальної відповіді на інфекцію та проявляється порушенням здатності організму підтримувати гемодинаміку і гомеостаз у результаті неадекватної оксигенації тканин і циркуляторних розладів.

Оскільки поняття сепсис, септичний шок, та системна запальна відповідь часто ототожнюються, зокрема у клінічній практиці, то у 1992 році експертами з різних дисциплін було опрацьоване нове визначення для сепсису і його наслідків.

**Визначення понять сепсис, тяжкий сепсис, септичний шок.**

<p><b>Синдром системної запальної відповіді (Systemic Inflammatory Response Syndrom - SIRS)</b></p> <p>Системна запальна відповідь на різноманітні важкі клінічні пошкодження, яка маніфестується двома чи більше наступними проявами:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) температура тіла більше 38°C або нижче 36°C;</li><li>2) ЧСС понад 90 уд/хв.;</li><li>3) частота дихання понад 20 за хвилину або Pa CO<sub>2</sub> нижче 32 мм рт.ст.;</li><li>4) кількість лейкоцитів понад 12000/мм<sup>3</sup>, менше 400/мм<sup>3</sup> або більше 10% юних форм.</li></ol>
<p><b>Сепсис</b></p> <p>Системна запальна відповідь на достовірно виявлену інфекцію при відсутності інших можливих причин для подібних змін, які характерні для SIRS. Клінічна маніфестація включає два чи більше наступні прояви:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) температура тіла більше 38°C або нижче 36°C;</li><li>2) ЧСС понад 90 уд/хв.;</li><li>3) частота дихання понад 20 за хвилину або Pa CO<sub>2</sub> нижче 32 мм рт.ст.;</li><li>4) кількість лейкоцитів понад 12000/мм<sup>3</sup>, менше 400/мм<sup>3</sup> або більше 10% юних форм.</li></ol>
<p style="text-align: center;"><b>Тяжкий сепсис/SIRS</b></p> <p>Сепсис, який супроводжується дисфункцією органів, гіперперфузією або гіпотензією. Гіперперфузія і перфузійні порушення можуть включати (але не обмежуватися лише ними) ацидоз у результаті накопичення молочної кислоти, олігоурію або гостре порушення психічного статусу. Сепсис – індукована гіпотензія: систолічний тиск крові нижче 90 мм рт.ст. або зниження АТ на 40 мм рт.ст. від вихідного рівня за умови відсутності інших причин для гіпотензії.</p>
<p><b>Септичний шок (SIRS – шок)</b></p> <p>Це ускладнення важкого сепсису і визначається як: сепсис – індукована гіпотензія, що не піддається корекції адекватними поповненнями рідини; перфузійні порушення, які можуть включати (але не обмежуватися лише ними) ацидоз, олігоурію або гостре порушення психічного статусу.</p> <p>Пацієнти, які отримують інотропні препарати або вазопресори можуть не мати гіпотензії, але тим не менш зберігають ознаки гіперперфузійних порушень та дисфункції органів, які відносять до проявів септичного шоку.</p>

**Виникненню** шоку сприяють:

- наявність вогнища інфекції (септичний аборт, ендоміометрит, хорионамніонит, лохіометра, залишки плідного яйця та інші);
- зниження загальної резистентності організму;
- можливість проникнення збудників або їх токсинів у кровеносне русло.

У розвитку септичного шоку **виділяють дві стадії:**

- гіпердинамічну – зниження периферичного опору, рефлекторно зростає робота серця, тобто серцевий викид;

- гіподинамічну – порушення перфузії та оксигенації, вторинні у відношенні до регіональної вазоконстрикції і дисфункції міокарда.

### **Діагностика**

У разі розвитку *тяжкого сепсису* також спостерігаються:

- тромбоцитопенія  $< 100 \cdot 10^9/\text{л}$ , яку неможливо пояснити іншими причинами;
- підвищення рівня С-реактивного протеїну (В);
- підвищення рівня прокальцитоніну  $> 6,0$  нг/мл (А);
- позитивний посів крові з виявленням циркулюючих мікроорганізмів(А);
- позитивний тест на ендотоксин (LPS-тест) (В).

Діагноз *септичного шоку* встановлюється, якщо до вище перерахованих клініко-лабораторних ознак приєднуються :

- артеріальна гіпотензія (систоличний тиск менше 90 мм рт. ст. або знижений більше ніж на 40 мм рт. ст. від вихідного рівня);
- тахікардія більше 100 уд/хв.;
- тахіпное більше 25 за хвилину;
- порушення свідомості (менше 13 балів за шкалою Глазго);
- олігурія (діурез менше 30 мл/год);
- гіпоксемія (РаО<sub>2</sub> менше 75 мм рт. ст. при диханні атмосферним повітрям);
- SpO<sub>2</sub>  $< 90\%$ ;
- підвищення рівня лактату більше 1,6 ммоль/л;
- петехіальна висипка, некроз ділянок шкіри.

**Необхідно** проводити наступні заходи:

- 1) моніторинг параметрів гемодинаміки: артеріального тиску, частоти серцевих скорочень, центрального венозного тиску;
- 2) контроль параметрів дихальної системи (підрахунок частоти дихання, газів крові, SpO<sub>2</sub>);
- 3) погодинний контроль діурезу;
- 4) вимір ректальної температури мінімум 4 рази на добу для співставлення з температурою тіла у аксілярних ділянках;
- 5) посіви сечі, крові та виділень з червоного каналу;
- 6) визначення кислотно – лужної рівноваги крові та насичення тканин киснем;
- 7) підрахунок кількості тромбоцитів та визначення вмісту фібриногену та мономерів фібрину (розчинний фібрин).

Для уявлення повноцінної картини ураження окрім перерахованих клініко-лабораторних обстежень необхідно додатково провести:

- ЕКГ – з метою виявлення ступеню метаболічних порушень або ішемії міокарду;
- УЗД органів черевної порожнини з метою виявлення можливих гематогенних абсцесів;
- рентгенографічне обстеження органів грудної порожнини з метою підтвердження гострого респіраторного дистрес - синдрому або пневмонії.

**Лабораторні дані** відображають наявність важкого запалення і ступінь поліорганної недостатності:

- у більшості випадках зустрічається анемія;
- нейтрофільний лейкоцитоз із зсувом вліво;
- лейкоцитоз  $> 12000/\text{мл}$ , в окремих випадках може відмічатися лейкемоїдна реакція з кількістю лейкоцитів до 50 – 100 тис. і вище. Інколи може зустрічатися лейкопенія;

- морфологічні зміни нейтрофілів включають токсичну зернистість, появу тілець Доле і вакуолізацію;
- тромбоцитопенія, лімфопенія.

Ступінь інтоксикації відображає **лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ)**, який розраховують за формулою:

$$\text{ЛІІ} = \frac{(\text{С} + 2\text{П} + 3\text{Ю} + 4\text{Мі})(\text{Пл} - 1)}{(\text{Мо} + \text{Лі})(\text{Е} + 1)}$$

де С – сегментоядерні нейтрофіли,  
 П – палочкоядерні лейкоцити,  
 Ю – юні лейкоцити,  
 Мі – міелоцити,  
 Пл – плазматичні клітини,  
 Мо – моноцити,  
 Лі – лімфоцити,  
 Е – еозинофіли.

ЛІІ = 1 в нормі. Підвищення індексу до 2 – 3 свідчить про обмежений запальний процес, підвищення до 4 – 9 – про значний бактерійний компонент ендогенної інтоксикації.

Лейкопенія з високим ЛІІ є поганою прогностичною ознакою для хворих із септичним шоком.

#### **Основні принципи інтенсивної терапії септичного шоку:**

1. Негайна госпіталізація у відділення інтенсивної терапії.
2. Корекція гемодинамічних порушень шляхом проведення інотропної терапії та адекватної інфузійної терапії з постійним моніторингом геодинаміки.
3. Підтримання адекватної вентиляції та газообміну.
4. Хірургічна санація вогнища інфекції.
5. Нормалізація функції кишківника та раннє ентеральне харчування.
6. Своєчасна корекція метаболізму під постійним лабораторним контролем.
7. Антибактеріальна терапія під постійним мікробіологічним контролем.
8. Антимедіаторна терапія.

Основною метою **інфузійної терапії** у септичних хворих є підтримка адекватного кровопостачання тканин. Обсяг інфузійної терапії у разі септичного шоку визначається комплексною оцінкою реакції гемодинаміки на інфузію (реакція АТ, особливо пульсового АТ, ЦВТ, частоти серцевих скорочень – ЧСС, швидкість діурезу). Особливе значення у цих випадках має визначення ЦВТ у динаміці. Орієнтиром є перевірка реакції ЦВТ на дозоване введення рідини (проба з об'ємним навантаженням). Хворій протягом 10 хвилин вводять внутрішньовенно тест – дозу рідини (див. таблицю 1) та оцінюють реакцію гемодинаміки.

**Таблиця 1. Проба з об'ємним навантаженням.**

Вихідний рівень ЦВТ	Об'єм введеної рідини
8 см вод. ст. і менше	200 мл
8–10 см вод. ст.	100 мл
14 см. вод. ст.	50 мл

Реакцію гемодинаміки оцінюють наступним чином: якщо ЦВТ збільшилось більше, ніж на 5 см вод. ст., то інфузію припиняють і проводять інотропну підтримку; якщо ЦВТ збільшилось не більше, ніж на 2 см водн. ст., то продовжують інфузійну терапію без інотропної підтримки.

Рекомендовано наступну програму інфузійної терапії у разі септичного шоку. Спочатку рідину вводять зі швидкістю 10 мл/хв. на протязі 15 – 20 хв., а потім - у звичайному темпі, у залежності від показників гемодинаміки, дихання, діурезу та інше.

Для проведення інфузії застосовують похідні гідроксиетилкрохмалю (венофундин, рефортан, ХАЕС-стеріл) та кристалоїди (0,9% розчин натрію хлориду, розчин Рингера) у співвідношенні 1 : 2. *На відміну від інших колоїдів розчини гідроксиетилкрохмалю зменшують ступінь ушкодження ендотелію капілярів, покращують функцію легень та зменшують прояви системної запальної реакції (В).*

З метою корекції гіпопротеїнемії призначають концентровані розчини альбуміну – 20 – 25%. **Застосування 5% альбуміну при критичних станах сприяє підвищенню летальності хворих (А).**

**Включення у склад трансфузійних середовищ глюкози недоцільно (В).** *Призначення глюкози хворим у критичному стані підвищує продукцію лактату та CO<sub>2</sub>, а також збільшує ішемічні ушкодження головного мозку та інших тканин. Інфузія глюкози виправдана тільки у випадках гіпоглікемії та гіпернатріємії.*

До складу інфузійних середовищ необхідно включати свіжозаморожену плазму (600 – 1000 мл), яка є донатором антитромбіну (В). *Антитромбін є інгібітором активації лейкоцитів і запобігає ушкодженню ендотелію судин, завдяки чому зменшуються прояви системної запальної відповіді і ендотоксемії. Окрім того, введення свіжозамороженої плазми необхідно і для лікування ДВЗ-синдрому, який, як правило, розвивається при прогресуванні септичного шоку.*

**Інотропна підтримка.** Якщо після нормалізації ЦВТ артеріальний тиск залишається низьким, то вводять допамін у дозі 5 – 10 мкг/кг/хв. (максимум до 20 мкг/кг/хв.) або добутамін, який вводиться зі швидкістю 5 – 20 мкг/кг/хв. Якщо ця терапія не призводить до стійкого підвищення АТ, то симпатоміметичну терапію доповнюють введенням норадреналіну гідротартрату зі швидкістю 0,1 – 0,5 мкг/кг/хв. одночасно знижуючи дозу допаміну до „ниркової” (2 – 4 мкг/кг/хв.) (А).

Враховуючи роль бета-ендорфінів у патогенезі септичного шоку, із симпатоміметиками виправдано одночасне застосування налоксону до 2,0 мг, який сприяє підвищенню АТ (А).

У разі неефективності комплексної гемодинамічної терапії можливе застосування глюкокортикостероїдів. Еквівалентною дозою (у перерахунку на гідрокортизон) є 2000 мг/добу (С). Його введення, з метою профілактики ерозивних ушкоджень шлунка, необхідно комбінувати з H<sub>2</sub>-блокаторами (ранітидин, фамотидін) (В).

**Підтримка адекватної вентиляції та газообміну.** У тяжких випадках дихальної недостатності на фоні прогресування поліорганної дисфункції необхідно негайно вирішувати питання про переведення хворої на ШВЛ.

***Показання до ШВЛ:***

- PaO<sub>2</sub> < 60 мм рт.ст.;
- PaCO<sub>2</sub>, > 50 мм рт.ст. або < 25 мм рт.ст.;
- SpO<sub>2</sub> < 85%;
- частота дихання більше 40 за хвилину.

Потік кисню повинен бути мінімальним, забезпечуючи PaO<sub>2</sub> не менше 80 мм рт.ст. (С).

Респіраторна терапія септичному шоку також повинна включати і режим позитивного тиску у кінці видиху (3 – 6 см водн.ст.), але при умові адекватного відновлення ОЦК.

### **Хірургічна санація вогнища інфекції.**

Покази до лапаротомії та екстирпації матки з матковими трубами:

- відсутність ефекту від проведення інтенсивної терапії;
- наявність у матці гною;
- маткова кровотеча;
- гнійні утвори у ділянці придатків матки;
- виявлення при ультразвуковому дослідженні наявності залишків плідного яйця.

**Нормалізація функції кишківника та раннє ентеральне харчування** є одним із важливих завдань при лікуванні хворих з сепсисом та септичним шоком, оскільки відновлення бар'єрної функції кишківника є запорукою подальшої транслокації мікроорганізмів у кров'яне русло та зменшення проявів системної запальної відповіді.

Це досягається ентеральним крапельним введенням 0,9% розчину натрію хлориду чи негазованої мінеральної води 400 – 500 мл на добу через шлунковий зонд, або ніпельний дуодентальний зонд з подальшим збільшенням обсягу введеної рідини і розширенням харчових препаратів за умови нормалізації перистальтики у режимі „аліментарного фактору”, що відповідає 2000 – 4000 ккал на добу (В).

Доцільно також одночасне застосування прокінетиків (метоклопрамід) та глютамінової кислоти, оскільки остання нормалізує обмін речовин у ворсинках кишківника (С).

Після стабілізації стану хворої для подальшої профілактики бактеріальної транслокації можливо проведення селективної деконтамінації кишківника: 4 рази на добу в кишечник вводять суміш поліміксину – 100 мг, тобраміцину – 80 мг і амфотерицину – 500 мг. (С).

Одним з важливих моментів у комплексній терапії сепсису та септичного шоку є **антибактеріальна терапія**. Враховуючи, що сьогодні майже неможлива мікробіологічна експрес-діагностика, при проведенні антибактеріальної терапії доцільно притримуватися тактики емпіричної деескалаційної антибіотикотерапії. Після ідентифікації мікроорганізму та визначення його чутливості до антибіотиків переходять до антибіотикотерапії за даними антибіотикограми (А).

**Антимедіаторна терапія** базується на сучасних знаннях патогенезу септичного шоку і є досить перспективною. Існують переконливі докази застосування багатоклональних імуноглобулінів у поєднанні з пентоксифіліном (А). Враховуючи відсутність в Україні багатоклональних імуноглобулінів доцільним є застосування пентоксифіліну у комплексній терапії септичного шоку та сепсису. З цієї ж метою виправдано застосування діпірідамолу (В).

Застосування методів **екстракорпоральної детоксикації** можливо після стабілізації стану пацієнтки. Застосування цих методів при розгорнутій картині поліорганної недостатності підвищує летальність хворих (В).



## VI. План та організаційна структура семінарського заняття

№ п/п	Основні елементи семінарського заняття, їхні функції та зміст	Тип семінару. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1.	<p><b>Підготовчий етап</b></p> <p>1. Організаційні заходи.</p> <p>2. Визначення актуальності теми.</p> <p>3. Визначення навчальних цілей.</p> <p>4. Забезпечення позитивної мотивації.</p>	Навчально-методичне обґрунтування теми та цілей заняття.	5 хв.
2.	<p><b>Основний етап</b></p> <p>Аналіз та узагальнення теоретичного матеріалу за планом:</p> <p>1. Особливості септичних станів та послідовність виникнення патологічних змін в системах внаслідок інфекційно-токсичного шоку.</p> <p>2. Діагностика інфекційно – токсичного шоку</p> <p>3. Основні етапи інтенсивної терапії септичного шоку</p>	Проблемний семінар. Мультимедійний супровід.	75 хв.
1.	<p><b>Заключний етап</b></p> <p>1. Підбиття підсумків, загальні висновки</p> <p>2. Відповіді на можливі запитання.</p> <p>3. Завдання до наступного семінару.</p>	Перелік навчальної літератури. План теми наступного семінару. Матеріали самоконтролю.	10 хв.

## **VI. Методичне забезпечення**

*Місце проведення* заняття: післяпологове відділення, навчальна кімната.

*Обладнання:* таблиці, фантоми, слайди, історії пологів з відповідною патологією, лабораторні аналізи, контрольні запитання і задачі.

## **VII. Рекомендована література (навчальна, наукова)**

1. Лихачев В.К. Практическое акушерство и неотложные состояния. Москва, 2010г.
2. Макаров О.В., Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В. и др. Невынашивание беременности, инфекции, врожденный иммунитет.-М.: Геонтар-Медиа, 2007.- 176с.
3. Основы репродуктивной медицины: Практическое руководство//Под ред. Проф.В.К. Чайки.—Донецк: ООО«Альматео»,2001, 111с.
4. Добровольська Л.М. Невиношування вагітності: клініка, діагностика, лікування. – Полтава, 2000. – 90 с.
5. Лихачев В.К. Практическая гинекология: Руководство для врачей. – М.: МИА, 2007. – 664 с.
6. Наказ МОЗ України № 582 від 15. 12. 2003. Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги. – Київ, 2003. – 162 с.
7. Наказ МОЗ України № 624 від 03. 11. 2008. Про внесення змін до наказів МОЗ України № 582 та № 676. – Київ, 2008. – 44 с.
8. Лихачев В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010.-720 с.
9. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (передчасні пологи).
10. Жук С.И., Чечуга С.Б., Лобастова Т.В. Современные аспекты патогенеза , диагностики и лечения антифосфолипидного синдрома и других тромбофилических состояний при беременности // Здоровье женщины. – 2006. - №2. – С. 57-61.
11. Серов В.Н. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии. Краткое руководство. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007. - 256 с.

### ***Питання:***

- Яке визначення поняття «післяпологова інфекція»?

- Яке визначення поняття «внутрішньо лікарняна (госпітальна) інфекція»?
- Яка класифікація післяпологових інфекційних захворювань?
- Яка етіологія післяпологових інфекційних захворювань?
- Який патогенез післяпологових інфекційних захворювань?
- Які фактори ризику післяпологових інфекційних захворювань?
- Яка клініка і діагностика післяпологової інфікованої рани?
- Які методи лікування післяпологової інфікованої рани?
- Які клініка і діагностика післяпологового ендометриту?
- Які методи лікування післяпологового ендометриту?
- Які клініка і діагностика і лікування лактаційного маститу?
- Які методи лікування лактаційного маститу?
- Яка сучасна класифікація септичних станів?
- Які основні принципи лікування акушерського сепсису?
- Які клініка і діагностика акушерського перитоніту?
- Які основні принципи лікування акушерського перитоніту?
- Які клінічні форми інфекційних тромботичних ускладнень в акушерстві?
- Які основні принципи лікування акушерських тромботичних ускладнень?
- Яка профілактика післяпологових інфекційних захворювань?
- Етіологія ІТШ.
- Клінічні стадії ІТШ.
- Діагностика ІТШ.
- Диференційована діагностика септичного та анафілактичного шоку.
- Особливості інфузійної терапії септичного шоку.
- Реанімаційні заходи при септичному шоці.
- Послідовність лікування заходу при септичному шоці.
- Покази до оперативного лікування.

### ***Тестові завдання***

1. При огляді породіллі на 7-му добу післяпологового періоду встановлено: загальний стан середнього ступеня тяжкості, температура тіла 38,20С, Пульс – 110 уд/хв. Живіт безболісний, симптоми подразнення очеревини відсутні. При вагінальному дослідженні: шийка матки сформована, цервікальний канал пропускає 1 поперек пальця, тіло матки збільшене до 12-13 тижнів вагітності, м'якуватої консистенції. Виділення гноєподібні. В аналізі крові: лейкоцитів  $12,2 \times 10^9/\text{л}$ , паличко ядерних – 12%.

Який ймовірний діагноз?

А. Післяпологовий ендометрит\*

В. Післяпологовий мастит

- C. Післяпологовий перитоніт
- D. Субінволюція матки

5. При огляді породіллі на 7-му добу післяпологового періоду встановлено: загальний стан середнього ступеня тяжкості, температура тіла 38,20С, Пульс – 110 уд/хв. Живіт безболісний, симптоми подразнення очеревини відсутні. При вагінальному дослідженні: шийка матки сформована, цервікальний канал пропускає 1 поперек пальця, тіло матки збільшене до 12-13 тижнів вагітності, м'якуватої консистенції. Виділення гноєподібні. В аналізі крові: лейкоцитів  $12,2 \times 10^9/\text{л}$ , паличкоядерних – 12%.

Які ліки раціонально призначити?

- A. Антибіотики\*
- B. Анальгетики
- C. Кортикостероїди
- D. Антикоагулянти

### ***Ситуаційні задачі***

1. Породілля 28 років. Пологи перші, термінові. Завершилися операцією кесарева розтину з приводу слабкості пологової діяльності, дистресу плода. Післяопераційний період 2 доба. З'явилась гикавка, блювота, головний біль. Загальний стан середнього ступеня тяжкості. Шкірні покрови бліді. Губи та язик сухі. Температура 38,5°С; Пульс – 120 уд/хв; АТ 110/60 мм рт. ст. Живіт болісний, піддутий. Симптоми подразнення очеревини позитивні. При аускультації кишок – перистальтика відсутня.

Який ймовірний діагноз?

Післяопераційний період 2 доба, післяопераційний перитоніт.

2. Породілля 22 років. Третя доба післяпологового періоду. В пологах була проведена епізіотомія через загрозу розриву промежини. З'явилися скарги на інтенсивний, пульсуючий біль в ділянці рани. Підвищення температури тіла до 38, 0°С. При огляді епізіотомної рани: гіперемія навколо рани, набряк тканин. При пальпації визначається інфільтрація.

Який найвірогідніший діагноз? Яка лікарська тактика?

Інфікована рана промежини. Зняти шви, розкрити рану, провести її дренивання, застосовувати місцеві антисептики.

**Методичну розробку семінарського заняття підготував ас. кафедри  
акушерства і гінекології № 2 Макаров О.Г.  
5.01.2017**

**Прорецензував професор В.К.Ліхачов**

**Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри  
акушерства і гінекології №2, протокол № 10 від 10 січня 2017 року**

**Методична розробка переглянута; доповнення та зміни внесені  
„\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 201\_\_р.**