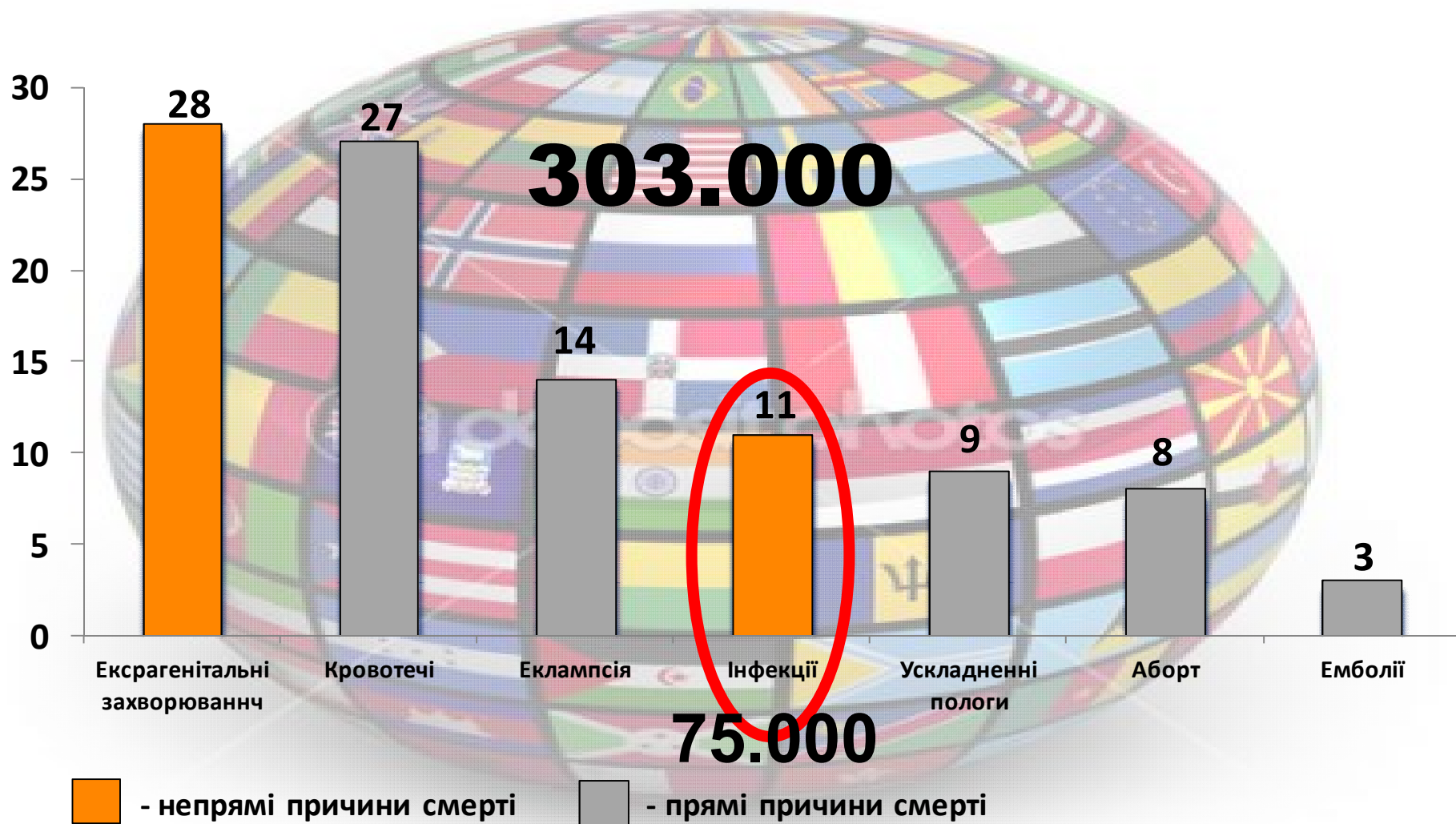

Аналіз материнської смертності від сепсису в Вінницькій області

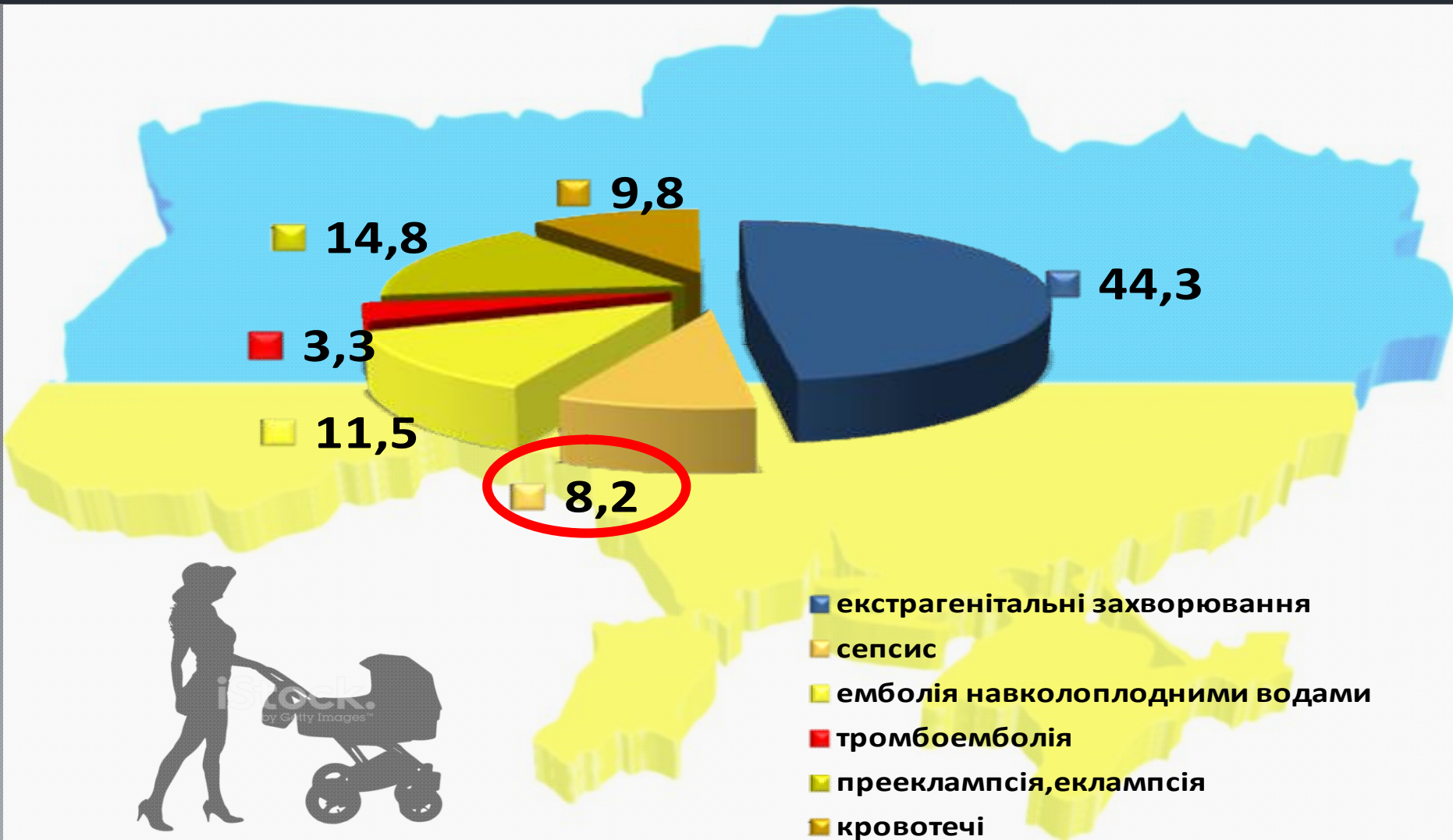
І.Л. Кукуруза

обласний спеціаліст
"Акушерство та гінекологія"
ДООЗ Вінницької ОДА

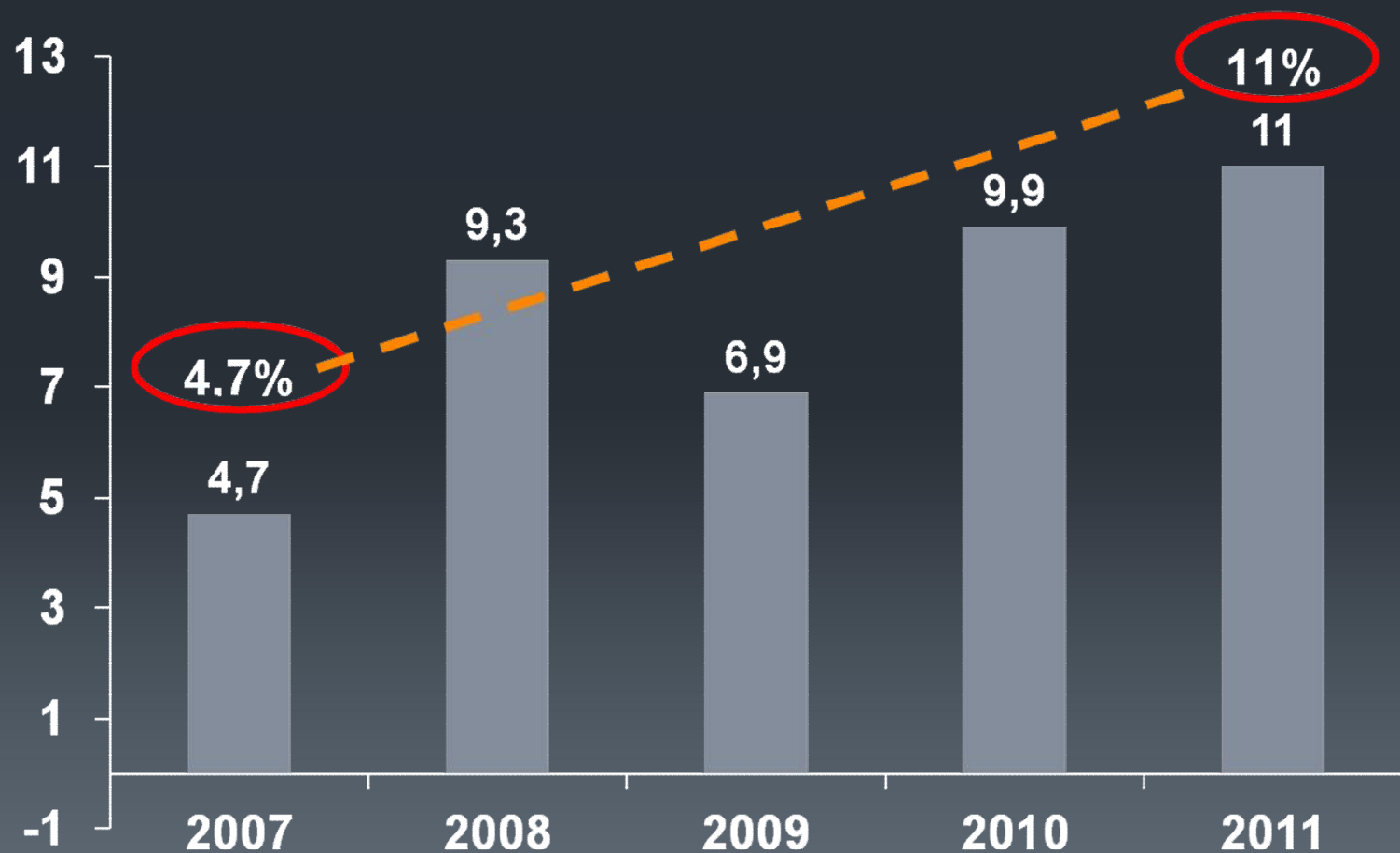
Причини материнської смертності, ВООЗ 2015



Причини материнської смертності в Україні, 2016 р.



Сепсис у структурі материнської смертності в Україні






**У Вінницькій області
в 2015 р.
сепсис зайняв перше місце в
структурі причин материнської
смертності:
з 6 випадків материнської
смертності,
2 жінки загинули від сепсису).**

Заключний діагноз

Випадок 1. ГРВІ. Грип. Інфекційно-токсичний шок. СПОН: гостра ниркова недостатність в стадії анурії, токсичний гепатит, РДС III ст, токсична енцефалопатія, судомний синдром. набряк та набухання головного мозку. Антенатальна загибель плоду. I вагітність 28-29 тижнів.

Випадок 2. Неповний неуточнений інфікований пізній викидень двійнею в терміні гестації 19 тиж. Сепсис. Панметрит. Інфекційно-токсичний шок. СПОН.



Випадок 2 на КЕК МОЗ визнаний попереджуваним

Експертна оцінка якості медичної допомоги

Випадок 2

1. Дефекти госпіталізації: затримка з переводом в інший стаціонар.
2. Недоліки діагностики:
 - неповна,
 - недооцінка важкості стану
 - помилка у діагнозі.
3. Невстановлений діагноз ускладнення аборту.
4. Недоліки обстеження: недооблік анамнестичних і клінічних даних.
5. Неадекватна терапія: антибактеріальна.
6. Недоліки при проведенні оперативного втручання: запізніле оперативне втручання.

Розробники та рецензенти

Автори-розробники:

- Н.В.Титаренко
- І.Л. Кукуруза
- Д.С. Папишев

Установа розробник:

- ВОКЛ ім. М.І. Пирогова
- ВМКПБ №1

Рецензенти:

- д.мед.н., проф., Заслужений лікар України
Р.О. Ткаченко
 - д.мед.н., проф. І.О. Могілевкіна

Стандарт дій медичного персоналу при сепсисі та септичному шоку

1.	Попитати на допомогу!	
	<ul style="list-style-type: none"> Запитати: «Хто керуватиме процесом в цій ситуації?» 	
2.	Початкові заходи	
Перевірка обставини – протокол ABC	<p>A: Оцінка провідності дихальних шляхів</p> <ul style="list-style-type: none"> Звернутися за допомогою до анестезіолога, якщо вона порушена <p>B: Оцінка дихання</p> <ul style="list-style-type: none"> Налагодити подачу кисню 5rO_2 з 91% 	<p>C: Оцінка кровообігу</p> <ul style="list-style-type: none"> Положення на лісовому боці (для вагітних) Забезпечити венозний доступ (14-18G розмір канюли x 2) Забір крові на аналіз та бактеріологічне дослідження Визначити лантат у сироватці крові
3.	Інтенсивна терапія	
Інфузія	<ul style="list-style-type: none"> При гіпотензії та/або підвищенні лантату крові > 2 ммоль/л а/а ввести балансовані кристалоїди 1000 мл за 30 хв., сумарна доза = 30 мл/кг в перші 3 години, наліть у пацієнта із респіраторним дистрес-синдромом і серцевою недостатністю. При відсутності ефекту – розчини альбуміну Протипоказані ГЕК 	
Вазопресори	<ul style="list-style-type: none"> Вазопресори показані при гіпотензії, котра не відповідає на інфузійну терапію 1000 мл впродовж перших 30 хвилин лікування. Мета – підтримання середнього АТ (САТ) > 65 мм рт. ст. Препарат першої лінії – норадреналін, уникати дофаміну (табл. 4, 6) Додати адреналін або вазопресин до норадреналіну для підвищення САТ до цільового або додати вазопресин, щоб зменшити дозу норадреналіну (табл. 4, 6) УВАГА! Дофамін і назалон на левошій використовувати як препарат першої лінії! 	
Інотропи	<ul style="list-style-type: none"> При наявності явних ознак стійкої гіпотензії, незважаючи на адекватну інфузійну терапію та використання вазопресорів застосовувати добутамін (доза: 2-20 мкг/кг/хв.) 	
Стероїди	<ul style="list-style-type: none"> Лише у випадках, коли після проведення інфузії 30 мл/кг та введення вазопресорів не відбувається стабілізація гемодинаміки (табл. 4) Відмінити як тільки припиняється введення вазопресорів! Використовувати тільки за наявності клініки шоку! 	
Антибіотики	<ul style="list-style-type: none"> Негайно почати а/в АБТ (протокол перших 60 хв. з моменту розпізнавання сепсису) (табл. 5) Один або декілька антибіотиків широкого спектру дії (табл. 5) для покриття всіх можливих збудників*. При шоку – тільки комбінована АБТ: по меншій мірі два АБ різних класів Щоденна оцінка (температура, лейкоцитоз) для рішення про зміну АБ 	
Гемотрансфузія	<ul style="list-style-type: none"> При Hb < 70 г/л. При кровотечі – згідно наказу №205 	
Контроль джирала	<ul style="list-style-type: none"> Якмога швидше (я попередньому гайдлайні (2012): в перші 12 год.) 	
Вентиляція	<ul style="list-style-type: none"> Показана при гострому ураженні легень/гострому респіраторному дистрес-синдромі, дихальний об'єм 6 мл/кг, тиск плато адіку ≤ 30 см H₂O 	
Мета терапії	<ul style="list-style-type: none"> Досягнення САТ ≥ 65 мм рт. ст., нормалізація лантату 	
4.	Моніторинг та обстеження	
<ul style="list-style-type: none"> Забір крові (20 мл) для: <ul style="list-style-type: none"> загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою, тромбоцити, аналіз сечі, глюкоза, сечовина, креатинін, білірубін, АЛТ, коагулограма, включаючи фібриноген лантат крові (за можливості). При вихідному підвищенні, оцінити повторно впродовж перших 5 год. Біомаркери (С-реактивний білок, прокальцитонін – кількісним методом, за можливості) крива на стерильність (не повинна затримувати початок АБТ!) 	<ul style="list-style-type: none"> Записувати показники щогодини: <ul style="list-style-type: none"> пульс, АТ, температура тіла, ЧД та сатурація крові (пульсоксиметрія), діурез (катетеризація сечового міхура) УВАГА! При систолічному АТ < 90 мм рт. ст., САТ < 65 мм рт. ст., концентрації лантату > 2 ммоль/л при відсутності гіповолемії – пульс, АТ вимірювати кожні 15 хв. 	<ul style="list-style-type: none"> Бактеріологічне дослідження в залежності від клініки (мокрі, сечі, виділення з рани, носоглотки). ЕКГ в динаміці Візуалізаційні дослідження, спрямовані на пошук джирала інфекції (рентгенограма ОГК, УЗД СШП, Ехо-КГ) Вирішити питання про необхідність інвазивного моніторингу центральної гемодинаміки (при наявності дослідничих факторів у проведанні даної процедури)
5.	Контроль вагітності інфекції!	
<p>Питання про видалення матки повинно бути поставлено перед консиліумом лікарів в наступних випадках:</p> <ul style="list-style-type: none"> Крім матки, не виявлено ін. вогнищ інфекції, котрі обумовлюють тяжкість стану та зростання ризику ПОН Невідповідність погіршення клінічної картини та симптомів основної патології (неадекватні симптоми), поява та прогресування ознак ПОН (зниження АТ, олигурія, РДС, нівтяниця, анцефалопатія, ДБЗ-синдром, тромбоцитопенія) та їх прогресування Діагностований хоріоніцитит Зростає запальна реакція на тлі інтенсивної терапії (консервативна терапія неефективна) та/або зростає рівень біомаркерів Антиматеринська загибель плода на тлі інфекційного процесу будь-якої локалізації (табл. 7) 		

Табл. 1 ДЕФІНІЦІЇ

- **Сепсис** - це загрожуюча життю органна дисфункція, спричинена дизрегульованою відповіддю організму на інфекцію.
Обов'язковими критеріями для діагнозу сепсису є:
 - підозра на інфекцію або документально підтверджена інфекція
 - органна дисфункція (оцінка за SOFA ≥ 2 бали).**УВАГА!** Синдром системної запальної відповіді більше не є критерієм сепсису!
- **Органна дисфункція** - гострі зміни в загальній кількості балів за шкалою SOFA (табл. 3) на ≥ 2 бали як наслідок інфекції
- **Септичний шок** - це сепсис в сполученні з необхідністю проведення вазопресорної терапії для підвищення середнього АТ (САТ) ≥ 65 мм рт.ст. та з рівнем лактату крові > 2 ммоль/л на фоні адекватної інфузійної терапії.

$$CAV = [(2 \times \text{діастол. АТ}) + (1 \times \text{сistol. АТ})] / 3$$

Табл. 2 ДІАГНОСТИКА

- Діагностика інфекції - біомаркери: СРБ, прокальцитонін, пресептин, ін.
- Діагностика органної дисфункції - шкали: qSOFA, SOFA (табл. 3). **УВАГА!** Оцінка за qSOFA ≥ 2 бали - пацієнтка потребує переведення в БАІТ!

Табл. 3 АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ

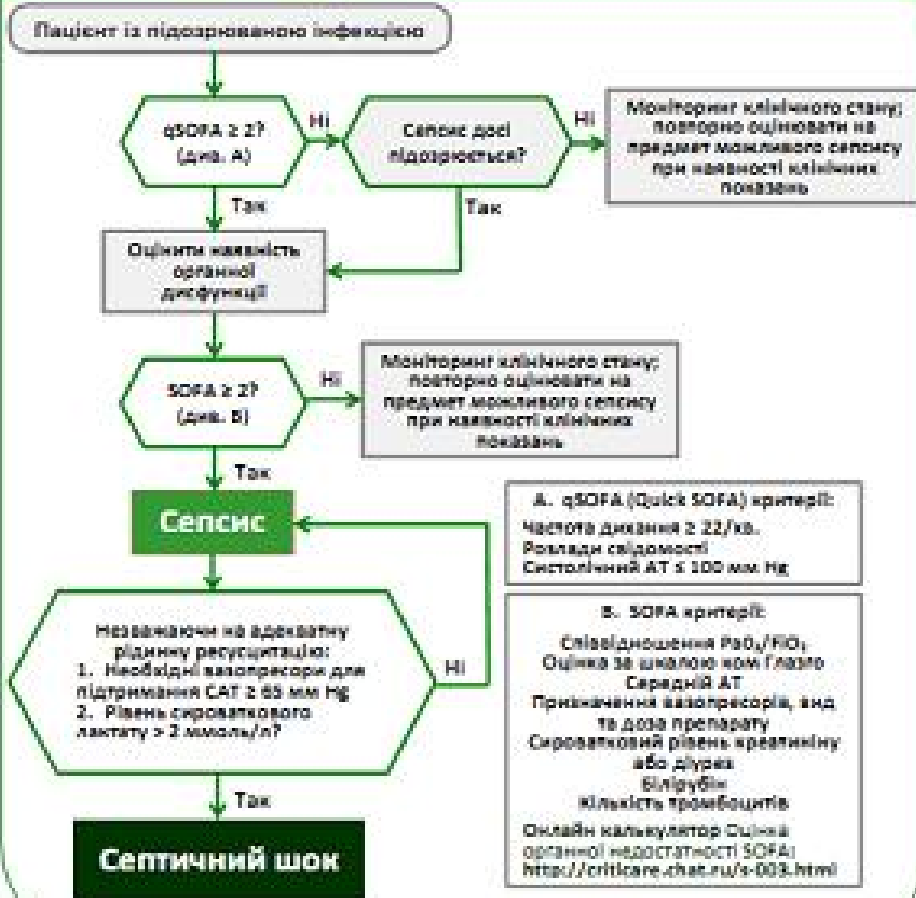


Табл. 4 АЛГОРИТМ ВАЗОПРЕСОРНОЇ ТЕРАПІЇ



Табл. 5 ДОЗИ ВАЗОПРЕСОРІВ

Норадреналін:

- Доза: 0,1-0,3 мкг/кг/хв.
- Приготування розчину: 4 мл (8000 мкг) + 400 мл 0,9% NaCl = 20 мкг/мл (1 кр. = 1 мкг)
- Швидкість введення для 70 кг: 0,1-0,3 мкг/кг/хв = 7-21 кр/хв до 90 мкг/хв. (90 кр./хв.)

Адреналін

- Доза: 1-20 мкг/хв.
- Приготування розчину: 2 мл (1,8 мг) + 180 мл 0,9% NaCl = 20 мкг/мл (1 кр. = 1 мкг)

Стандарт дій медичного персоналу при сепсисі та септичному шоку

- Для кого призначений стандарт (користувачі): лікарі пологодопоміжних закладів, анестезіологи, сімейні лікарі.
- Дата розробки стандарту: 2017 рік
- Вказівка умов перегляду стандарту: Даний стандарт підлягає перегляду кожні 5 років, а також у разі появи нових доказових даних.

**Затверджено ДООЗ Вінницької
ОДА від 7.08.2017**

Компанія виживання при сепсисі: Міжнародне керівництво з менеджменту сепсиса та септичного шоку: 2016

Intensive Care Med (2017) 43:304–377
DOI 10.1007/s00134-017-4683-6

CONFERENCE REPORTS AND EXPERT PANEL



Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016

Andrew Rhodes^{1*}, Laura E. Evans², Waleed Alhazzani³, Mitchell M. Levy⁴, Massimo Antonelli⁵, Ricard Ferrer⁶, Anand Kumar⁷, Jonathan E. Sevransky⁸, Charles L. Sprung⁹, Mark E. Nunnally², Bram Rochwerg³, Gordon D. Rubenfeld¹⁰, Derek C. Angus¹¹, Djillali Annane¹², Richard J. Beale¹³, Geoffrey J. Bellinghan¹⁴, Gordon R. Bernard¹⁵, Jean-Daniel Chiche¹⁶, Craig Coopersmith⁸, Daniel P. De Backer¹⁷, Craig J. French¹⁸, Seitaro Fujishima¹⁹, Herwig Gerlach²⁰, Jorge Luis Hidalgo²¹, Steven M. Hollenberg²², Alan E. Jones²³, Dilip R. Karnad²⁴, Ruth M. Kleinpell²⁵, Younsuk Koh²⁶, Thiago Costa Lisboa²⁷, Flavia R. Machado²⁸, John J. Marini²⁹, John C. Marshall³⁰, John E. Mazuski³¹, Lauralyn A. McIntyre³², Anthony S. McLean³³, Sangeeta Mehta³⁴, Rui P. Moreno³⁵, John Myburgh³⁶, Paolo Navalesi³⁷, Osamu Nishida³⁸, Tiffany M. Osborn³¹, Anders Perner³⁹, Colleen M. Plunkett²⁵, Marco Ranieri⁴⁰, Christa A. Schorr²², Maureen A. Seckel⁴¹, Christopher W. Seymour⁴², Lisa Shieh⁴³, Khalid A. Shukri⁴⁴, Steven Q. Simpson⁴⁵, Mervyn Singer⁴⁶, B. Taylor Thompson⁴⁷, Sean R. Townsend⁴⁸, Thomas Van der Poll⁴⁹, Jean-Louis Vincent⁵⁰, W. Joost Wiersinga⁴⁹, Janice L. Zimmerman⁵¹ and R. Phillip Dellinger²²

Міжнародний Гайдлайн 2016



55 міжнародних експертів

25 міжнародних організацій

- Аналіз 25 000 пацієнтів
- 168 лікарень
- 5 років





Асоціація анестезіологів Вінницької області

Адреса сайта:

anest.vn.ua



ЛОКАЛЬНИЙ ПРОТОКОЛ

До Вашої уваги представлено «Стандарт дій медичного персоналу при сепсисі та септичному шоку». Даний локальний клінічний протокол розроблений на основі міжнародного керівництва по менеджменту сепсису та септичного шоку 2016.



КЛІНІЧНІ КЕРІВНИЦТВА
Нове видання «Компанія виживання при сепсисі: Міжнародне керівництво з менеджменту сепсису та септичного шоку: 2016» включає нові визначення Сепсис-3 для сепсису та септичного шоку, основні напрямки діагностики та терапії та є оновленням гайдлайну 2012 року.

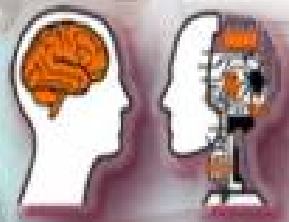
www.anest.vn.ua
Вчимося разом!
Думаємо однаково!

ДУМКА ЕКСПЕРТА
Пропонуємо ознайомитися з аналізом випадків материнської смертності від сепсису в Вінницькій області в 2015 році та викладеними у статті сучасними підходами щодо покращення діагностики та лікування з позиції доказової медицини.



Події
Ви можете ознайомитися з доповіддю, представленою на обласній конференції Асоціації акушерів-гінекологів (17 серпня 2017 р., Немирів). Основною темою, яка обговорювалася, було представлення локального протоколу з питань лікування сепсису.





Вінницький симуляційно-методичний центр

Вересень
2017



Місце проведення:

Вінницька обласна клінічна лікарня імені М.І. Пирогова,
поліклініка, каб. 208

Адреса: Вінниця, вул. Пирогова, 46

Початок: о 9.00

Програма симуляційного тренінгу за темами:

Септичний шок. Анафілактичний шок

1. Огляд сучасних рекомендацій NICE 2016 та Surviving Sepsis Campaign (SSC) 2016 по лікуванню сепсису та септичного шоку, діагностичних алгоритмів та інтенсивної терапії з позицій Берлінських дефініцій
2. Представлення та обговорення фазового підходу до інфузійної терапії шоку: стратегія SOSD (4 фази в веденні сепсису, ISICEM, 2016, Брюсель)
3. Організація лікування, об'єм дослідження при сепсисі. Робота з манекеном
4. Обговорення стандарту дій медичного персоналу Вінницької області з питань лікування сепсису та септичного шоку в акушерстві

Ми це зробили!
Дякую за увагу!

