- Запитати: «Хто керуватиме процесом в цій ситуації?»

[illegible]

- Звернутися за допомогою до анестезіолога, якщо вона порушена
- Налагодити подачу кисню $SpO_2 \le 91\%$

- Положення на лівому боці (для вагітних)
- Забезпечити венозний доступ (14-18G розмір канюлі x 2)
- Забір крові на аналіз та бактеріологічне дослідження
- Визначити лактат у сироватці крові

[illegible] (табл. 4, 6) ... (табл. 4, 6) ... (табл. 4) ... (табл. 5) ... (табл. 5)

- [illegible]
  - загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою, тромбоцити, аналіз сечі, глюкоза, сечовина, креатинін, білірубін, АлТ, коагулограма, включаючи фібриноген
  - лактат крові (за можливості). При вихідному підвищенні, оцінити повторно впродовж перших 6 год.
  - біомаркери (С-реактивний білок, прокальцитонін – кількісним методом, за можливості)
  - кров на стерильність (не повинна затримувати початок АБТ!)
- [illegible]
  - пульс, АТ,
  - температура тіла,
  - ЧД та сатурація крові (пульсоксиметрія),
  - діурез (катетеризація сечового міхура)
- [illegible] (лохій, сечі, виділення з рани, носоглотки).
- [illegible]
- [illegible] (рентгенограма ОГК, УЗД ОЧП, Ехо-КГ)
- [illegible]

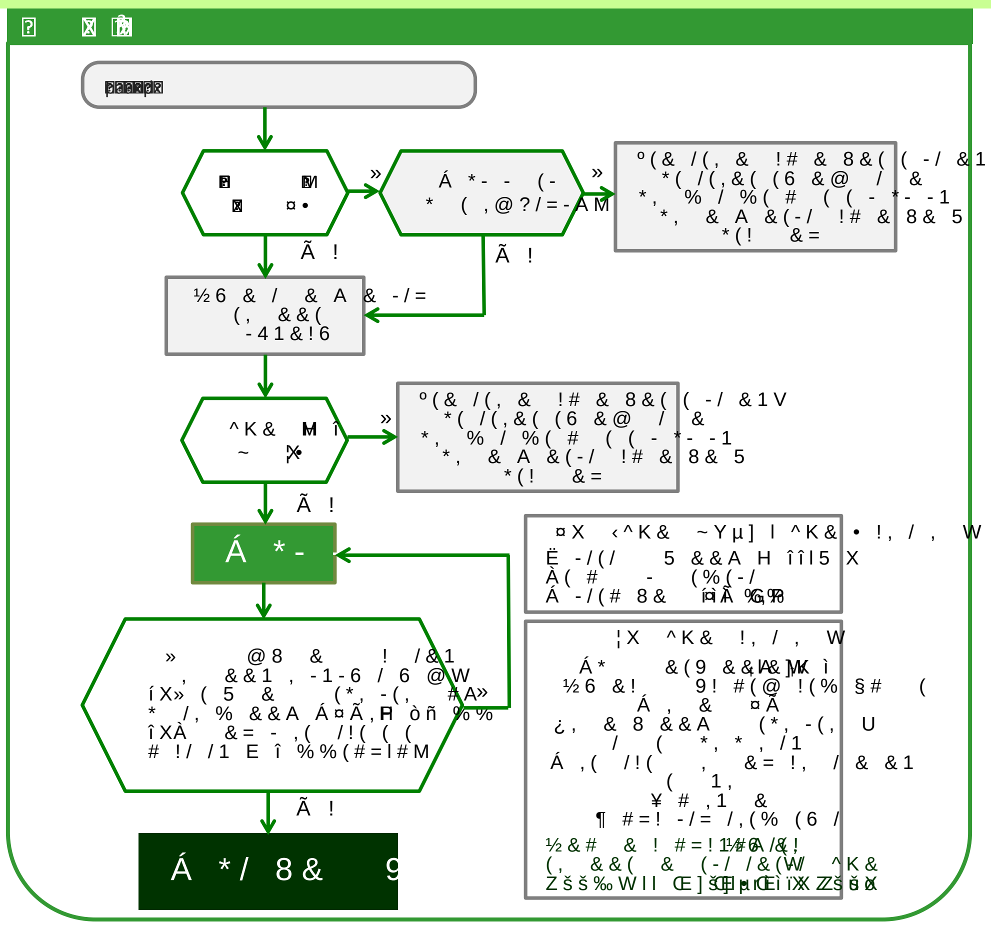
[illegible]

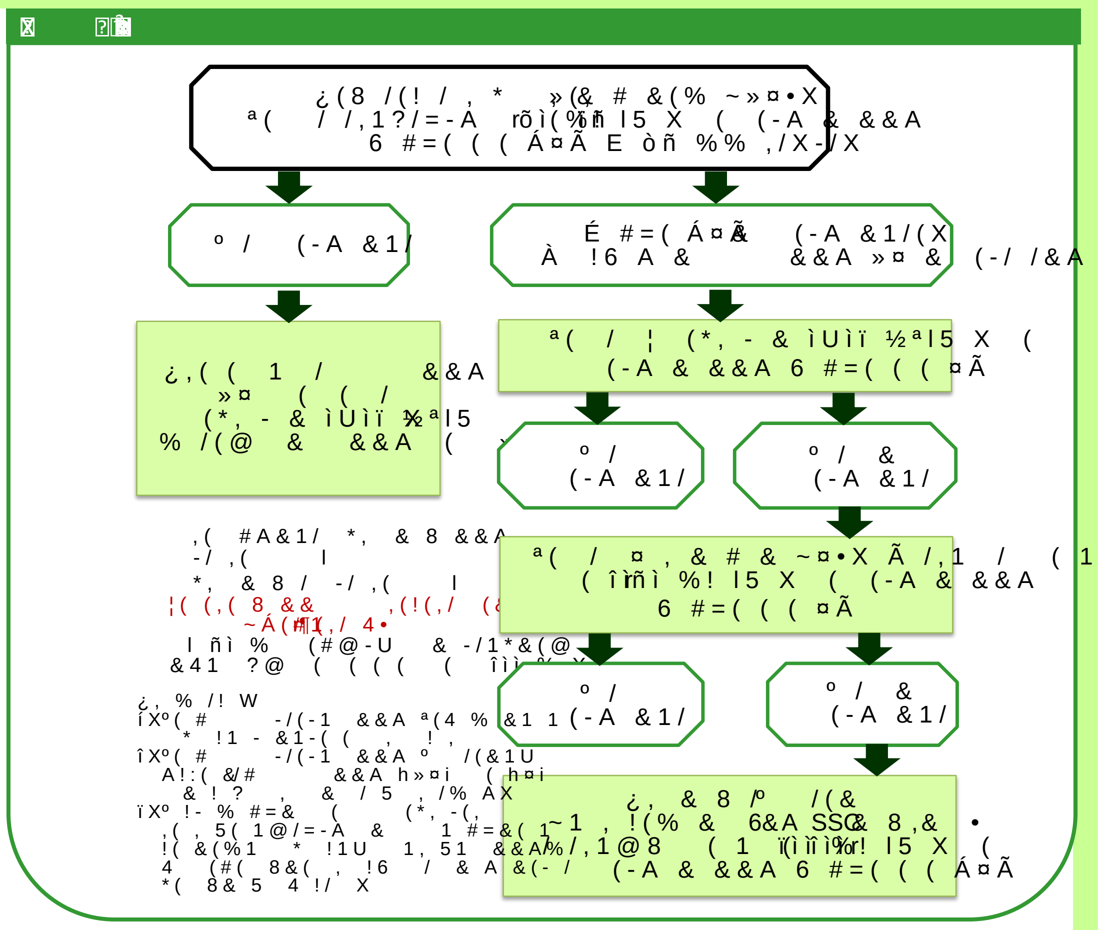
- Крім матки, не виявлено ін. вогнищ інфекції, котрі обумовлюють тяжкість стану та зростання ознак ПОН
- Невідповідність погіршення клінічної картини та симптомів основної патології («незрозумілі» симптоми), поява та прогресування ознак ПОН (зниження АТ, олігурія, РДС, жовтяниця, енцефалопатія, ДВЗ-синдром, тромбоцитопенія) та їх прогресування
- Діагностований хоріонамніоніт
- Зростає запальна реакція на тлі інтенсивної терапії (консервативна терапія неефективна) та/або зростає рівень біомаркерів
- Антенатальна загибель плода на тлі інфекційного процесу будь-якої локалізації (табл. 7)

[illegible]

Обов'язковими критеріями для діагнозу сепсису є:
– підозра на інфекцію або документально підтверджена інфекція
– органна дисфункція (оцінка за SOFA ≥ 2 бали).

- [illegible] біомаркери: СРБ, прокальцитонін, пресептин, ін.
- Діагностика органної дисфункції – шкали: qSOFA, SOFA (табл. 3).
- [illegible]





Приклад: Рекомендації IDSA/ATS 2016 – стартова емпірична терапія ВАП та ВЛП)**

[illegible]	[illegible]	
[illegible]	[illegible] *P.aerugenosa* [illegible]	[illegible] *P.aerugenosa* [illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
або	або	або
[illegible]	[illegible]	[illegible]
	або	або
	[illegible]	[illegible]
	або	
	[illegible]	

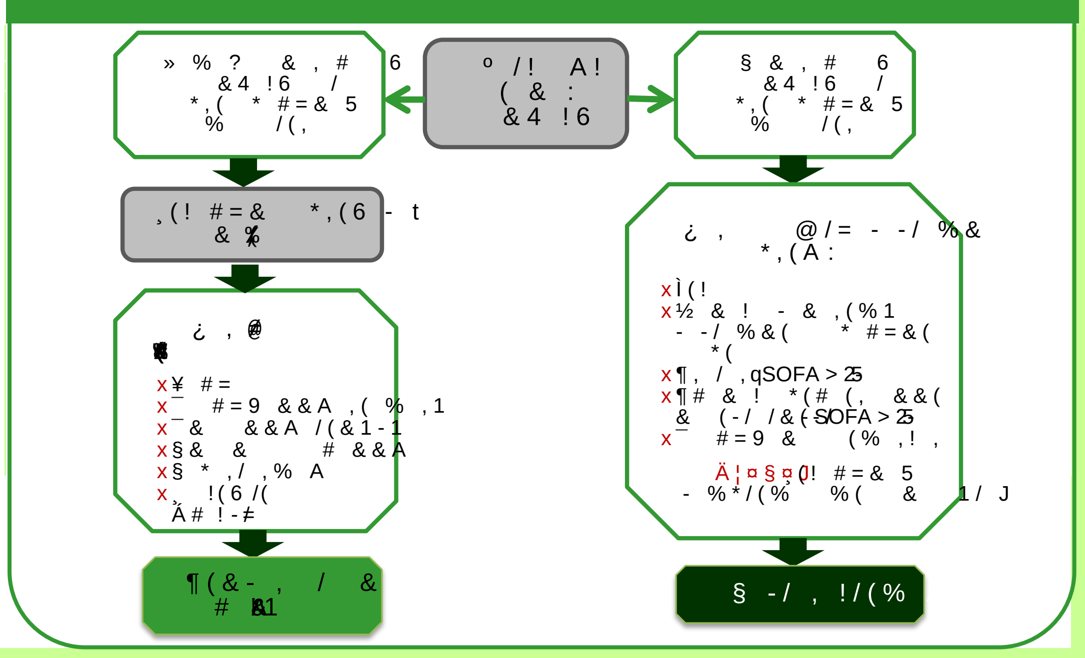
УВАГА! Початкові дози, котрі наведені в цій таблиці, можуть потребувати модифікації для пацієнтів із дисфункцією печінки або нирок.

[a] – потребує корекції дози та/або інтервалів введення;
[b] – згідно з україномовною інструкцією для медичного застосування препарату ванкоміцин дозується 2 г в/в на 2 або 4 введення: по 0,5 г кожні 6 годин або по 1 г кожні 12 годин.
[c] – концентрація АБ залежить від експозиції (часу), тому необхідно збільшити тривалість його введення (наприкл., тривалість інфузії меропенема – 2-3 год.).
[d] – згідно з україномовними інструкціями для медичного застосування препаратів цефепім та цефтазидим дозуються 2 г в/в 2-3 рази на добу.
[e] – згідно з україномовною інструкцією для медичного застосування препарату меропенем дозується 1-2 г 3 рази/добу.
[f] – згідно з україномовною інструкцією для медичного застосування препарату ципрофлоксацин дозується: при тяжкому перебігу інфекцій (у т.ч. при пневмонії, остеомієліті) разова доза – 400 мг. При необхідності в/в лікування особливо тяжких, небезпечних або рецидивуючих інфекцій, особливо викликаних Ps. aeruginosa, Str. pneumoniae або стафілококами, доза може бути збільшена до 400 мг із частотою введення до 3 р./добу.
[g] – згідно з україномовними інструкціями для медичного застосування препаратів: колістин дозується 1-3 млн. ОД 2 рази/добу; поліміксин В – 2,0 мг/кг/добу в 2 прийоми, max. – 150 мг/добу, швидкість введення – 60-80 кр./хв.

[illegible] *вважаємо за доцільне рекомендувати* ***меропенем*** *для стартової емпіричної терапії сепсису,* ***меропенем + лінезолід (Лінелід)*** *– при септичному шоку. Зважаючи на те, що в гайдлайні SSC 2016 карбапенеми з широким спектром (наприклад, меропенем, іміпенем / циластатин або доріпенем) зазначені як найбільш часто застосовувані на рівні з комбінованими із інгібіторами β-лактамаз пеніцилінами (наприклад, піперацилін / тазобактам або тікарцилін / клавуланат). Проте, деякі цефалоспорини третього або більш високого покоління також можуть бути використані, особливо як компонент комбінованої АБТ* http://www.survivingsepsis.org/Guidelines/Pages/default.aspx

[illegible] https://academic.oup.com/cid/article-lookup/doi/10.1093/cid/ciw353

[illegible]



[illegible] 2017 рік

[illegible] Даний стандарт підлягає перегляду кожні 5 років, а також у разі появи нових доказових даних.