

Уважаемые коллеги!

Тезисы будут индексироваться в РИНЦ. Оплата производится **после получения электронного письма** от сотрудника научного отдела Медиабюро StatusPraesens с уведомлением о том, что по итогам заседания **научного комитета** принято положительное решение о **публикации тезисов**. Стоимость публикации тезисов — 650 руб.

Внимание! Для докладчиков конференции публикация **одних тезисов — бесплатно**.

ТРЕБОВАНИЯ К ПУБЛИКАЦИИ ТЕЗИСОВ

Пожалуйста, обратите внимание на комментарии, помеченные красным, это важно!

1. Тематика публикуемых тезисов должна соответствовать научной программе конференции.
2. Текст должен быть тщательно выверен автором/авторами.
3. Тезисы должны соответствовать следующей логической структуре: актуальность, цель, материалы и методы исследования, полученные результаты и заключение — с обозначением разделов, без таблиц и рисунков (Образец см. в Приложении №1).
4. Тезисы должны быть набраны в текстовом редакторе Word for Windows (версия не ранее 6.0), шрифт Times New Roman (размер 12), интервал 1.5, объём не более 2 страниц, от одного автора не более двух тезисов.
5. В начале тезисов **необходимо краткое резюме (5–6 строк) на русском и английском языках, с указанием ключевых слов**.
6. В заголовке следует указать следующую информацию:
 - a. Фамилия И.О. **(именно в таком порядке, имя и отчество сокращённо)**, звание и должность, название представляемого вуза или организации **(пожалуйста, указывайте полное название вуза или организации, не используйте сокращения)**, адрес электронной почты и контактный **мобильный** телефон.
 - b. Фамилии, имена и отчества соавторов указываются в порядке вклада в материал через точку с запятой.
 - c. **Название тезисов должно быть продублировано на английский язык. Регалии также необходимо перевести на английский язык.**
7. В конце тезисов должен быть указан список цитируемой литературы (не более 4-5 источников), а в тексте нумерация ссылок соответственно списку. Давность публикаций должен составлять не более 5 лет.
8. Если работа выполнена при финансовой поддержке, данная информация указывается на первой странице – внизу: *Работа выполнена при поддержке гранта, размер шрифта 10.
9. Материалы подаются в виде файла-вложения в электронное письмо (e-mail: doklad@praesens.ru). В строке «Тема письма» необходимо указать «**Тезисы СПб-25**».

После отправки материалов вы получите электронное письмо от сотрудника научного отдела Медиабюро StatusPraesens, подтверждающее сам факт получения тезисов, а затем письмо о решении научного комитета в отношении публикации тезисов **со ссылкой на страницу сайта с реквизитами оплаты**. Подтверждением оплаты считается присланная копия оплаченной квитанции на e-mail doklad@praesens.ru. Материалы, полученные Оргкомитетом позднее **10 января 2025** года, не отвечающие перечисленным требованиям, отклонённые научным экспертным советом либо не подкреплённые оплатой в течение недели после уведомления от Оргкомитета, публиковаться не будут.

С уважением, Оргкомитет

Приложение №1

Название тезисов на русском и английском языках

(не более 3 строк).

шрифт Times New Roman 12 pt,

жирный, с заглавной буквы, далее строчными буквами

Абдураимов Т.Ф., зам. директора по подготовке кадров, врач акушер-гинеколог.

Abduraimov T.F., Deputy Director for Personnel Training, obstetrician-gynecologist.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья
матери и ребёнка, Ташкент, Республика Узбекистан.*

*Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Maternal and Child Health,
Tashkent, Uzbekistan.*

E-mail: tim.abduraimov@yandex.ru; моб. тел.: +998 (99) 881 4600.

Шрифт Times New Roman 12 pt, курсив

Краткое резюме (5–6 строк) и ключевые слова на русском и английском языках

Ниже мы приводим пример правильно оформленных тезисов

Резервы в улучшении качества медицинской помощи при сепсисе в акушерстве

Reserves for improving the quality of medical care for sepsis in obstetrics

Абдураимов Т.Ф., зам. директора по подготовке кадров, врач акушер-гинеколог.

Abduraimov T.F., Deputy Director for Personnel Training, obstetrician-gynecologist.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья
матери и ребёнка, Ташкент, Республика Узбекистан.*

*Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Maternal and Child Health,
Tashkent, Uzbekistan.*

E-mail: tim.abduraimov@yandex.ru; моб. тел.: +998 (99) 881 4600.

По результатам ретроспективного анализа всех 29 случаев материнской смертности (МС) по причине генитального сепсиса за 2020–2022 гг. в Узбекистане выявлены значительные резервы в улучшении качества медицинской помощи. Основные упущенные возможности при ведении женщин включали: отсутствие скрининга сепсиса и его прогнозирования — в 26 (89,6%) случаях, запоздалую диагностику — в 19 (65,5%), запоздалую санацию очага инфекции — в 14 (48,2%) и неадекватную интенсивную терапию — в 11 (37,9%) случаях. Результаты анализа указывают на дефекты внедрения в клиническую практику научно обоснованных рекомендаций по ведению случаев сепсиса и септического шока.

Ключевые слова: сепсис, материнская смертность, упущенные возможности.

Based on the results of a retrospective analysis of all 29 cases of maternal mortality due to genital sepsis for 2020–2022 in Uzbekistan, significant reserves have been identified in improving the quality of medical care. The main missed opportunities in the management of women included: lack of screening for sepsis and its prediction — in 26 (89,6%), delayed diagnosis — in 19 (65,5%), delayed sanitation of the source of infection — in 14 (48,2%) and inadequate intensive therapy — in 11 (37,9%) cases. The results of the analysis indicate defects in the implementation of evidence-based recommendations for the management of cases of sepsis and septic shock into clinical practice.

Keywords: sepsis, maternal mortality, missed opportunities.

Актуальность. Материнский сепсис — важная причина МС в мире: инфекции стоят на 4-м месте в структуре причин МС и составляют около 11%, каждая 10-я МС происходит по причине материнского сепсиса, а из каждой 1000 рожениц 11 страдают от серьёзного поражения органов, связанного с инфекцией, — 1,1% [1, 3, 4].

Цель исследования — изучить индивидуальные, социальные, клинические характеристики пациентов с генитальным сепсисом и идентифицировать дефекты медицинской помощи, оказавшие влияние на материнские исходы.

Материалы и методы. Проанализированы все 29 случаев МС по причине генитального сепсиса за 2020—2022 гг. в Узбекистане. В исследование не включены случаи МС, где очаг инфекции был экстрагенитальным. Ситуационный и сравнительный анализ проведён с учётом рекомендаций действующего протокола по ведению сепсиса и септического шока в акушерстве и с использованием критериев оценки качества медицинской помощи на основе международных требований и стандартов.

Результаты. Доля генитального сепсиса в структуре причин МС в Республике Узбекистан: 14,9% — в 2013–2015 гг., 14,1% — в 2016–2017 гг., 10,8% — в 2018–2020 гг. и 11,1% — в 2021–2022 гг. [2]. Интенсивный показатель МС от генитального сепсиса имеет тенденцию к снижению: в 2013–2015 гг. он составил 2,62, в 2015–2016 гг. — 2,2, в 2018–2020 гг. — 2,1, а в 2021–2022 гг. — 1,9 на 100 000 родов [2]. Большая часть случаев МС по причине генитального сепсиса в 2020–2022 гг. приходилась на женщин активного репродуктивного возраста 20–29 лет (44,8%), проживавших в сельской местности (86,2%), со средним и средне-специальным образованием (93,1%), неработающих (82,7%). Повторные роды были у 22 (82,8%) погибших женщин, первые роды — у 5 (17,2%). Почти четверть женщин — 7 (24,1%), умерших по причине генитального сепсиса, были многорожавшими. Большинство женщин (20 [68,9%]) были родоразрешены в недоношенном сроке (по акушерским показаниям). В 75,9% случаях методом родоразрешения было кесарево сечение. В среднем на одну умершую по причине

генитального сепсиса женщину приходилось 2,17 соматических заболеваний (наиболее частые: анемия с показателем гемоглобина менее 90 г/л — в 89,6% случаев, инфекции мочевого тракта — в 34,5% случаев), 1,1 акушерских осложнений на дородовом и интранатальном этапе (массивная акушерская кровопотеря — у 48,2%, преэклампсия — у 40%, отслойка плаценты — у 27,6%, преждевременное излитие околоплодных вод — у 20,7%, послеродовая атония матки — у 17,2% женщин) и 3,5 из общепризнанных факторов риска. Хроническую тазовую инфекцию в анамнезе имели 13 (44,8%) женщин. Упущенные возможности при ведении женщин включали: недооценку факторов риска — у 17 (58,6%), отсутствие скрининга сепсиса и его прогнозирования в группах риска с использованием скрининговых шкал — у 26 (89,6%), неиспользование шкалы SOFA — у 28 (96,5%), запоздалую диагностику с выставлением диагноза сепсиса при фактическом количестве баллов шкалы SOFA ≥ 6 — у 19 (65,5%), нерациональную антимикробную терапию — у 13 (44,8%), запоздалую санацию очага инфекции — у 14 (48,2%) и неадекватную интенсивную терапию — у 11 (37,9%) женщин. У всех 29 (100%) женщин в динамике наблюдения развился септический шок, а причиной смерти стала полиорганная недостаточность. В среднем летальность происходила на $13,2 \pm 6,9$ сутки.

Заключение. Соблюдение рекомендаций по прогнозированию, ранней диагностике и лечению сепсиса и септического шока в акушерской практике, представленных в национальном протоколе и международных руководствах, не требует значительных средств и является основным резервом в улучшении качества медицинской помощи и снижении МС по причине сепсиса во время беременности, родов и в послеродовом периоде.

Литература

1. Надырханова Н.С., Абдуллаева Л.М., Юсупов У.Ю. и др. Интенсивная терапия сепсиса, септического шока в акушерстве: Национальный клинический протокол. — Ташкент, 2021. — С. 6–122.
2. Улучшение медицинской помощи и здоровья женщин для спасения жизни матерей: Отчёт по конфиденциальному исследованию случаев материнской смертности за 2018–2020 гг. / Национальный комитет по конфиденциальному исследованию случаев материнской смертности. — Ташкент, 2022. — URL: https://uzbekistan.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/kisms_4y_otchet.pdf.
3. Liu V.X., Lu Y., Carey K.A. et al. Comparison of early warning scoring systems for hospitalized patients with and without infection at risk for in-hospital mortality and transfer to the intensive care unit // JAMA Netw. Open. — 2020. — Vol. 3. — №5. — P. e205191. [PMID: 32427324]

4. Evans L., Rhodes A., Alhazzani W. et al. Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock 2021 // Intensive Care Med. — 2021. — Vol. 47. — P. 1181–1247. [PMID: 34599691]