**Содержание**

Введение

. Общая гнойная инфекция (сепсис)

. Основные принципы лечения сепсиса

. Сестринский уход при сепсисе

Заключение

Список литературы

**Введение**

Понятие сепсис - «гнилокровие» - сформулировано Гиппократом ещев IV веке до н.э. наряду с немногими клиническими определениями, которые сохранили свою значимость до настоящего времени, - eresipelas (рожа), дифтерия, variola (оспа), диабет и др. Речь идет о болезнях, имеющих настолько четкие характерные клинические критерии диагностики, позволяющие их идентифицирован среди других болезней, чтоэти критерии сохранили свою значимость и при современном уровне развития клинической медицины. В средние века благодаря работам Д. Фракасторо и И. Земмельвейса сформировалось представление о сепсисе как заразной болезни, что способствовало развитию антисептики и асептики. Большое значение «заразному началу», «миазмам» в течении раневого процесса придавал и Н.И.Пирогов.

Однако только в конце XIX века благодаря работам Р. Кохаи И.И. Мечникова сложилось представление о сепсисе как бактериальной гнойной инфекции. В начале XX века важную роль в развитии учения о сепсисе сыграли работы Г. Шотмюллера. В середине-конце XX века шло интенсивное изучение механизмов развития воспаления - основного морфологического субстрата сепсиса, сформировалось представление о системном воспалении, или системной воспалительной реакции (СВР), клиническим эквивалентом которой является лихорадочно-интоксикационный синдром.

Исследования второй половины XX века показали, что ведущая роль в развитии болезни принадлежит состоянию макроорганизма, состоянию его защитных систем, а фактор экзогенного заражения играет второстепенную роль. Однако это положение требует некоторого уточнения, в частности в отношении стафилококкового сепсиса.

Следует подчеркнуть, что до «знаменитого» консенсуса 1992 г. сепсис всеми клиницистами рассматривался как самостоятельное заболевание, отдельная, достаточно четко отграниченная нозоформа бактериальной инфекции, входящая в группу гнойно-септических заболеваний. Предпосылкой для «революционного» изменения концепции сепсиса явились постоянно продолжающееся углубленное изучение механизмов защиты от микробной aipeccmi, открытие и изучение новых классов биологически активных веществ (цитокинов и др.), интимных механизмов взаимодействия микроорганизма и клеток, участвующих в защитных реакциях, сложных межклеточных взаимодействий, которые открывают новые возможности разработки лекарственных средств, повышающих эффективность лечения сепсиса и качество диагностики.

**1. Общая гнойная инфекция (сепсис)**

Это тяжелое патологическое состояние, которое вызывается разнообразными микроорганизмами и их токсинами и характеризуется однотипной реакцией организма и клинической картиной. Несмотря на все достижения современной медицины, летальность при этом заболевании остается высокой - от 40-60%.

В механизме развития сепсиса имеют значение 3 фактора:

. микробный - количество попавших в организм микробов; вид микробной флоры (моноинфекция, полиинфекция, смешанная инфекция): вирулентность микробов;

. вид входных ворот (характер разрушения тканей или величина гнойного очага, его расположение, состояние кровообращения в этой области);

. реактивность организма, т. е. состояние иммунитета и неспецифической резистентности организма.

Микровозбудителями сепсиса являются: золотистый стафилококк, стректококки группы В, кишечная палочка, энтеробактерии и др. В настоящее время в этиологии сепсиса большую роль играют стафилококки и грамотрицательная микробная флора. Основными патологоанатомическими проявлениями сепсиса являются дистрофические и дегенеративные изменения внутренних органов.

При токсических формах неметастазирующей общей гнойной инфекции на вскрытии находят кровоизлияния в кожу, слизистые, серозные оболочки и паренхиматозные органы. В сердце, печени, почках, селезенке обычно наблюдают мутное набухание и жировое перерождение. Иногда выявляются серозный эндокардит, миокардит, плевропневмония, нефрит, пиелит, менингит и др.

При септикопиемии наряду с описанными изменениями в различных органах и тканях обнаруживают метастатические гнойники различной величины. Посев крови часто дает положительный результат.

**Сепсис классифицируют:**

По возбудителю:

стафилококковый; стрептококковый; пневмококковый; менингококковый; колибациллярный; протейный; бактероидный; клостридиальный; кандидозный и т. д.

По источнику:

первичный (криптогенный). Сепсис считают первичным, если не находят входных ворот инфекции;

вторичный - раневой, послеоперационный, при острых и хронических гнойных заболеваниях и др.

По времени развития:

ранний (развивается до 10-14 дней от момента повреждения);

поздний (развивается позже 2 недель от момента повреждения).

По локализации первичного очага:

хирургический; акушерско-гинекологический; урологический; отогенный; одонтогенный.

По клинической картине:

молниеносный - клиническая картина развертывается в течение 1-3 суток, встречается в 2% случаев;

острый - клиническая картина развертывается в течение 5-7 суток, встречается у 39-40% больных сепсисом;

подострый - клиническая картина развертывается в течение 7-14 суток, встречается в 50-60% случаев;

хронический (хронический рецидивирующий) - встречается редко и характеризуется периодическим ухудшением общего состояния больного, подъемами температуры, положительными посевами крови или возникновением новых пиемических очагов.

По клинико-анатомическим признакам:

гнойно-резорбтивная лихорадка **-** выявляется у 24-25% больных с острыми гнойными заболеваниями. Характеризуется четко определяемыми гнойными очагами, волнообразным течением процесса, интермиттирующим типом лихорадки. Наблюдается не менее 7 дней после вскрытия гнойного очага с сохраняющимся параллелизмом и выраженностью функциональных нарушений. Посевы крови у этих больных в большинстве случаев стерильны;

септицемия **-** выявляется у 25-26% больных с острыми гнойными заболеваниями. Характерны тяжелое общее состояние больного, высокая температура, нарушение деятельности различных функциональных систем, которые прогрессируют, несмотря на активное воздействие на первичный очаг;

септикопиемия **-** встречается у 32-35% больных. Свойственны метастатические гнойные очаги на фоне клинических проявлений септицемии;

хронический сепсис **-** возникает при наличии гнойных очагов в различных органах и тканях, которые не проявляют себя остро, однако способны поддерживать длительное время воспалительные реакции. Посевы крови у таких больных нестерильны. Клинически отмечаются периодические обострения с температурной реакцией.

Сепсис может протекать в двух формах: в виде септицемиии септикопиемии.

Для септицемии характерно массивное поступление в кровь токсинов с тяжелой общей интоксикацией. При этом в крови могут обнаруживаться и бактерии. Этот процесс обычно не сопровождается гнойными метастазами. Возбудителями септицемии чаще бывают стрептококки, кишечная палочка и значительно реже стафилококки и другие микробы..

Для септикопиемии характерны бактериемия и гнойные метастазы в различные органы. Обычно при септикопиемии из крови высевается стафилококк. По существу при этом процессе микробы, поступая из первичного очага в кровеносное русло, транспортируются в капилляры различных органов, где и оседают, создавая гнойные очаги. Иногда здесь могут образовываться вторичные инфицированные тромбы, которые, открываясь, образуют эмболы. поступающие в другие органы, где и развиваются вторичные гнойные метастазы.

Классификация хирургического сепсиса (таблица)

|  |  |
| --- | --- |
| Принцип | Вид |
| По этиологии | Стафилококковый; стрептококковый; колибациллярный; гнилостный |
| По первичному источнику инфекции | Гнойный хирургический (при локальных гнойных заболеваниях); раневой; послеоперационный; ангиогенный (при воспалительных заболеваниях сосудов); криптогенный (без выясненного источника |
| По локализации первичного очага | Одонтогенный (при стоматологических гнойных заболеваниях); гинекологический-урологический; отогенный (при гнойных заболеваниях уха); абдоминальный (при гнойных заболеваниях в брюшной полости) и др. |
| По срокам развития | Ранний (до двух недель от начала первичного заболевания или травмы); поздний (позже двух недель от начала первичного заболевания или травмы) |
| По клиническому течению | Молниеносный; острый; подострый; хрони-ческии рецидивирующий; хронический |
| По патогенетическим фазам клинического течения | Септикотоксемичсская фаза (циркулирование в крови большого количества бактериальных токсинов без микробов); септицемическая фаза (циркулирование в крови микробов без развития отдаленных гнойных метастазов); септикопиемическая фаза (циркулирование в крови микробных возбудителей с развитием отдаленных гнойных метастазов) |
| По характеру реакции организма | Гиперергическая форма (бактериально-токсический шок); нормергичсская форма; гипергическая форма |

**2. Основные принципы лечения сепсиса**

Лечение. Больные с сепсисом госпитализируются для лечения в специализированные палаты отделения реанимации и интенсивной терапии. В случае отсутствия в лечебном учреждении такого отделения необходимо выделение специальных палат, где в полном объеме может проводиться современная интенсивная терапия септического шока, а в ряде случаев и реанимационные мероприятия.

Современное лечение сепсиса должно быть целенаправленным, складывающимся из взаимосвязанных компонентов: а) борьба с шоком; б) активное хирургическое лечение первичного и вторичного гнойных очагов; в) борьба с инфекцией; г) профилактика почечной недостаточности и ее лечение; д) общая интенсивная терапия, включающая борьбу с интоксикацией, восполнение энергетических потерь, специфическую иммунизацию, коррекцию нарушений системы свертывания крови, поддержание жизнедеятельности сердечно-сосудистой системы, функции дыхания, печени и почек.

Хирургическое лечение должно включать полноценную санацию всех гнойно-некротических очагов с широким вскрытием, удалением нежизнеспособных тканей и активным дренированием ран. Ранняя полноценная санация очагов гнойной инфекции под адекватным обезболиванием - важнейшее условие успешного лечения сепсиса, поскольку при этом резко уменьшаются число бактерий в ране и резорбция в кровь микроорганизмов, токсинов и продуктов распада тканей.

Антибактериальная терапия должна проводиться с учетом чувствительности микробов к антибиотикам. Следует применять антибиотики широкого спектра действия, обычно комбинируя 2-3 препарата - амоксициллин/клавуланат внутривенно по 1.2-2, 4 г через каждые 6-8 ч, ампициллин/сульбактам внутривенно в тяжелых случаях - до 12, 0 г в сутки в 3-4 введения; гентамицин - по 160-240 мг внутривенно 1 раз в сутки; не-тилмицин внутривенно по 4-6, 5 мг/кг в сутки в 1-2 введения; цефазолин внутривенно по 1, 0-2.0 г 4 раза в сутки.

Диагностированный тяжелый сепсис и септический шок являются важным основанием для сужения группы препаратов. С этой целью используют комбинацию цефепима с метронида-золом. а также карбапенемы. Внутривенное введение - имипе-нем по 0, 5-1 г 3 раза в сутки, меропенем по 0, 5 -1 г 3 раза в сутки, цефепим + метронидазол по 2 г 2 раза в сутки. При стрептококковой инфекции включают и внутривенное введение 12-24 млн ЕД в сутки бензилпенициллино натриевой соли.

Антибиотики комбинируют с другими антисептическими препаратами: сульфаниламидами - сульфапиридазин, сульфо-диметоксин, сульфален; фторхинолонами - ципрофлоксацин, офлоксацин; хиноксидином и т. д.

Вводятся препараты разными путями: внутривенно, внут-риартериально, интратрахеально, эндоплеврально. Длительность такой антибактериальной терапии до 8-10 нед. при сепсисе и до 3 нед. при гнойно-резорбтивной лихорадке. Для повышения общей сопротивляемости организма назначаются иммуностимуляторы - пирогенал. полудон, тималин.

Борьба с интоксикацией включает массивную инфу-зионную терапию, направленную на нормализацию объема циркулирующей крови, белкового состава крови, нарушения микроциркуляции и расстройств свертывающей системы крови. Для этой цели вводят растворы средне- и высокомолекулярных декстранов, альбумина, гемодеза, электролитов в сочетании с сердечными гликозидами - 0.1%-ного раствора строфантина до 1, 5 мл и капельное введение допамина или новодрина. При устойчивой гипотонии применяют большие дозы - 1, 5-2 г преднизолона.

Хороший эффект дает ультрафиолетовое облучение крови с помощью специальных аппаратов. Эффективными методами детоксикации являются гемосорбция, плазмаферез, гипербарическая оксигенация либо оксигенотерапия.

Восполнение энергетических потерь включает парентеральное питание, поскольку у больных сепсисом во многих случаях нарушено всасывание пищи в кишечнике. Однако у ряда больных можно применить и энтеральное питание (обычно с помощью тонкого зонда, введенного через нос в желудок или кишечник). Проводится коррекция нарушения электролитного баланса и кислотно-щелочного равновесия.

Необходимо введение витаминов, особенно группы В и С. Для коррекции нарушения свертывающей системы крови вводят большие дозы ингибиторов протеиназ - контрикал по ДО 000-60 000 ЕД или гордокс по 400 000-500 000 ЕД и гепарина 40 000-50 000 ЕД в сутки. Общее количество введенного инфузата должно составлять 4-5 л в сутки, однако при этом необходимо строго следить за диурезом.

Для стимуляции организма всегда следует начинать с пассивной иммунизации, сочетая ее последовательно с активной.

**Прогноз**

Летальность при сепсисе увеличивается с нарастанием тяжести сепсиса

**Летальность:**

· 7% у больных с ССВО;

· 16% у больных с сепсисом

· 20% у больных с тяжелым сепсисом

· 46% у больных с септическим шоком.

Ранняя терапия сепсиса - важнейший фактор улучшения исходов сепсиса

|  |  |
| --- | --- |
| Временной интервал от начала лечения | летальность |
| >1 часа отсрочки введения катехоламинов | 70% |
| < 1 часа отсрочки введения катехоламинов | 39% |

**3. Сестринский уход при сепсисе**

Лечение и уход за пациентами с сепсисом требуют высокой квалификации персонала. Главенствующая роль в уходе принадлежит медицинской сестре. От ее профессиональных качеств зависит результат лечения и исход заболевания.

**Озноб**

Цель: согреть пациента.

Дополнительно укрыть пациента одеялом. Обложить пациента теплыми грелками.

Оценка: пациент успокоился, тахикардия ушла, пациента перестало трясти.

**Резкое повышение температуры тела (гипертермия) температура тела 38-40° С**

Цель: добиться снижения температуры.

Снять с пациента одеяло и укрыть простыней, на голову и крупные магистральные сосуды положить лед. Можно укрыть мокрой простыней. Введение внутримышечно, внутривенно литических препаратов (анальгин 50%, диклофенак). Оценка: температура снизилась.

**Выраженная потливость**

Цель: смена постельного белья, обработка кожных покровов.

Повернув пациента набок, обработать кожу специальными средствами (пенкой для обработки кожи, раствором камфорного спирта). Тщательно с массажными движениями обработать кожу и обязательно все складки. Тоже проделать при повороте пациента на другой бок. Закончив обработку кожи, сменить постельное белье.

Оценка: цель достигнута - постельное белье сменено, кожные покровы обработаны.

**Профилактика пролежней**

Цель: предотвратить возникновение пролежней.

Внутренние факторы риска возникновения пролежней

|  |  |
| --- | --- |
| Обратимые | Необратимые |
| Истощение | Старческий возраст |
| Ограниченная подвижность |  |
| Анемия |  |
| Обезвоживание |  |
| Недержание мочи, кала |  |

Внешние факторы риска возникновения пролежней

|  |  |
| --- | --- |
| Обратимые | Необратимые |
| Плохой гигиенический уход | Обширное хирургическое вмешательство |
| Складки на постельном белье |  |
| Травмы позвоночника, костей таза Продолжительностью более 2ч |  |
| Неправильная техника перемещения пациента в кровати |  |

**Клиническая картина и особенности диагностики**

**стадия**: устойчивая гиперемия, не проходящая после прекращения давления, кожные покровы не нарушены.

**2 стадия**: стойкая гиперемия кожи, отслойка эпидермиса, поверхностное нарушение целостности кожных покровов (некроз) с распространением на подкожную клетчатку.

**3 стадия**: разрушение (некроз) кожных покровов вплоть до мышечного слоя с проникновением в мышцу.

**Диагностика**

· Гнойное отделяемое

· Боль, отечность краев раны.

**Особенности ухода за пациентом с сепсисом**

Медицинской сестре следует помнить, что пациенты с сепсисом кроме интенсивного лечения нуждаются в особом уходе. Пациента надо изолировать в отдельную палату интенсивной терапии или реанимации, создать ему полный физический и психический покой, часто проветривать и убирать палату, менять белье, обтирать тело. При уходе за пациентом необходимо надевать маску, резиновые перчатки, отдельный халат. Руки после манипуляции вытирать полотенцем, смоченным антисептиком. В палате устанавливаются экранированные бактерицидные лампы. Обязательно надо иметь в палате подготовленный стерильный специальный передвижной столик для срочной перевязки. Сестра должна непрерывно наблюдать за общим состоянием пациента: кожными покровами, пульсом, артериальным давлением, дыханием, сознанием. Обо всех отклонениях немедленно сообщать врачу. При терминальных состояниях медсестра первая оказывает помощь пациенту (проводит искусственную вентиляцию легких, непрямой массаж сердца, и другие сложные манипуляции). С целью профилактики необходимо часто поворачивать пациента в постели, проводить дыхательную гимнастику и аэрозольные ингаляции. Для предотвращения оральной инфекции следует обрабатывать полость рта (полоскание раствором фурацилина или соды). Особое внимание уделяют профилактике пролежней, которые при сепсисе рано развиваются и плохо заживают. Очень важно следить за положением пациента в постели: поднимать головной конец кровати при нарушении функции дыхания, корректировать положение при дренировании ран и полостей тела. Следить за положением дренажных трубок и выделением по ним содержимого. Для предупреждения возможности дополнительного инфицирования используют закрытый аппарат Боброва.

Повязка, закрывающая послеоперационную рану, всегда должна быть чистой, при всяком промокании ее (кровью, гноем, любым секретом) необходимо немедленно об этом сообщить врачу.

Через каждые 2 часа отмечается температура тела, пульс, артериальное давление, диурез в специальной карте. Для контроля функции почек регулярно делают анализ мочи, проверяют суточный диурез.

Пища пациента должна быть щадящей, легкоусвояемой, богатой витаминами. Таким образом, работа медицинской сестры в палате, где находится пациент с сепсисом, чрезвычайно ответственна. Медсестра должна быть профессионально грамотной, практически подготовленной к самостоятельным решениям в экстренных ситуациях.

**Заключение**

Сестринское дело издавна олицетворяло собой милосердие, а профессия медицинской сестры всегда были связаны с такими понятиями, как доброта, безграничное терпение, умелая забота о больном. Только обладая всеми этими качествами, возможно день за днем выполнять нелегкую работу медсестры, облегчая страдания людей и приближая их выздоровление. Недаром существуют такие слова, как «выхаживать», «выходить» больного.

Вирджинией Хенденсен было предложено оригинальное и точное определение роли медсестры: «Уникальная задача сестры в процессе ухода за отдельными лицами, больными или здоровыми, заключается в том, чтобы оценить отношение пациента к состоянию своего здоровья и помочь ему в осуществлении тех действий по укреплению здоровья, которые он мог бы выполнить сам, если имел для этого достаточно сил, воли и знаний».

Сегодня работа медсестры рассматривается как деятельность, обращенная в первую очередь на пациента, а так же на людей, его окружающих, - членов семьи, близких друзей и т.д.

сепсис сестринский уход лечение

**Список литературы**

1. Журнал «Медсестра» №10 2012г.

. Сепсис. Сестринский процесс при сепсисе. Санкт-Петербург 2012г.

. Н. В. Барыкина, В. Г. Зарянская «Сестринское дело в хирургии» издание пятнадцатое Ростов-наДону 2014г.

. В. И. Маслов «Хирургия» том 1 Москва 2012г.

. Лекции для практикующих врачей Москва 2012 г.