

**дрома системной воспалительной реакции при доказанной циркуляции возбудителя в кровеносном русле.**

Принятый подход дает возможность рано (по выявлению ССВР) и в полном объеме проводить лечение пациента, не дожидаясь подтверждения бактериемии и в этом его рационализм.

Особенностью **абдоминального сепсиса** является эндогенное инфицирование очагов асептического воспаления брюшной полости из кишечного тракта. Такая транслокация флоры из кишечника является результатом нарушения моторной функции кишечника и ведет к полиорганной недостаточности при абдоминальном сепсисе. Она поддерживает сепсис, метаболический дистресс-синдром, вызывая энергетический кризис, разрушение собственных аминокислот, развитие нарушений белкового и аминокислотного баланса.

Бактериемия – основа построения диагноза сепсиса. Особенностью бактериемии ранее и на современном этапе является высокий уд. вес полимикробной бактериемии. Наблюдается при заболеваниях желудочно-кишечного тракта, урогенитальных инфекциях, массивных поражениях кожи, у неврологических больных с катетерами и при сниженном иммунитете. Смертность 60-70% (процесс, вызванный моноинфекцией, протекает значительно легче).

Возрастает роль коагулазонегативных стафилококков (они раньше считались сапрофитами). Снижается частота стрептококковой бактериемии, но растет энтерококковая бактериемия. Грамотрицательные бактерии остаются проблемой – кишечная палочка ведущая (у 22% больных при внебольничных инфекциях). На втором месте внебольничной инфекции пневмококк, затем – стафилококк (16%). При нозокомиальных инфекциях КЭС-группа: клебсиела, энтеробактер, серация и группа протей. Возрастает заболеваемость кандидозным сепсисом. Полимикробный сепсис – чаще ассоциация грамотрицательных бактерий. Значимы грамотрицательные анаэробы (бактероиды).

В настоящее время грамотрицательные бактерии вытесняются коагулазонегативными стафилококками, золотистыми стафилококками, но и энтерококками и кандидами. Чаще всего грамположительные кокки и грамотрицательные палочки.

Проблема нозокомиальной инфекции в настоящее время обострена в связи с объективными и субъективными обстоятельствами. Источники: гнойные раны, инвазивные диагностические и лечебные процедуры (ИВЛ, интубация, всевозможные катетеры), массовое применение антибиотиков. Выживаемость стафилококков на белье, полотенцах – до 35-50 дней, на стенах – десятки дней.

Особо высокая инфицированность в отделениях интенсивной терапии. Риск инфекционных осложнений в них у больных в несколько раз выше, чем в общих хирургических отделениях. Наиболее частыми и опасными осложнениями в раннем послеоперационном периоде являются пневмония и интраабдоминальные инфекции. По данным многоцентрового исследования, проведенного в 1417 отделениях интенсивной терапии в 17 странах Европы (1992), на первом месте различные стафилококки (*Staphylococcus aureus* – 30%, *Staphylococcus* spp. – 19%) и *Pseudomonas aeruginosa* (29%), а также *Escherichia coli* (13%), *Acinetobacter* spp. (9%), *Klebsiella* spp. (8%), *Enterobacter* spp. (7%). *Proteus* spp.