

(6%). Из грамположительных – Enterococcus spp. (12%) и Streptococcus spp. (7%).

Существуют зависимости бактериемий от локализации очагов различных тканях и полостях. Известно, что при различных пороках клапанов сердца чаще речь идет о стрептококках, энтерококках и стафилококках. Последние также наблюдаются при инородных телах в организмах (лечебные катетеры, протезы). Кости и мягкие ткани чаще поражаются стафиллококками.

Гнойные очаги брюшной полости чаще обычно имеют смешанную флору: грамположительную и грамотрицательную. При перитоните наиболее опасны анаэробы, энтеробактерии. Стафилококк или смешанная инфекция чаще выявляется при послеоперационных осложнениях. При иммуносупрессии обычно выявляются энтеробактерии и псевдомонасы.

Современные микробиологические подходы к диагностике сепсиса включают исследование крови на посевы 4-8 раз в течение первых 24-48 часов. Результативно исследование за 2-3 часа до пика лихорадки.

Более щадящий подход – исследование крови 2-3 раза с интервалами 15-20 мин. Если пробы забирать одновременно в «аэробные» и «анаэробные флаконы», результативность увеличивается на 20%. Забор крови лучше из центрального катетера, если он имеется, особенно при подозрении на инфицированность. Материал из раны высевать обязательно. Не всегда есть параллель между микрофлорой из раны и из крови при сепсисе. Соответствие имеет место в 50%.

Основная часть бактериологических результатов может быть получена через 48-72 часа с последующим микробиологическим мониторингом проводят 2 раза в неделю, так как флора меняется в процессе лечения. У лиц пожилого возраста необходимо помнить об афебрильной септикопиемии.

Серологические исследования заключаются в определении соответствующих антигенов и как вариант микробиологической диагностики не чувствительнее, но быстрее, однако, зависит от реагентов.

Клиника септического шока: высокая лихорадка, тахикардия, в начале заболевания имеет место гипервентиляция с респираторным алкалозом, довольно высокий ударный объем сердца при снижении периферического сосудистого сопротивления. Страдают, прежде всего, легкие, почки, печень, сердце. Все эти органые и системные процессы являются объектами терапии.

Ранние признаки сепсиса у диабетиков – повышение сахара, лейкоцитоз (или лейкопения), тромбоцитопения.

Сепсис может проявляться септическим шоком, выражающимся в гипотензии, снижении насыщения кислорода в тканях, развитии дисфункции органов.

У больных с сепсисом актуальна проблема объективной оценки тяжести состояния пациентов. Это связано, прежде всего, с необходимостью прогноза риска летального исхода, сроков госпитализации и пребывания в отделении интенсивной терапии, оценки эффективности терапии. Наиболее распространена система APACHE II, основанная на сборе объективных клинических показателей и лабораторных данных. Она основана на многоцентровом (13 клиник) исследовании, в которое были включены 5815 больных реанимационных отделений. Эта модифика-