В зависимости от этого до недавнего времени различали следующие виды сепсиса.

 Терапевтический, или параинфекционный сепсис развивается в ходе или после других инфекций или неинфекционных болезней.

 Хирургический, или раневой (в том числе, послеоперационный) сепсис. Входные ворота — рана, особенно после удаления гнойного очага. К этой группе относят ожоговый сепсис.

 Маточный, или гинекологический сепсис. Источник расположен в матке или в её придатках.

 Пупочный сепсис. Источник — в области культи пуповины.

 Тонзилогенный сепсис. Септический очаг — в миндалинах или полости рта (гнойные ангины, заглоточные абсцессы и т.п.).

 Одонтогенный сепсис связан с кариесом, особенно осложнённым флегмоной.

 Отогенный сепсис возникает при остром или хроническом гнойном отите.

 Урогенный сепсис. Септический очаг — в почках или мочевых путях.

 Криптогенный сепсис. Характерны клинические и морфологические признаки сепсиса, но его источник и входные ворота неизвестны.
В настоящее время, исходя из концепции сепсиса, принятой Чикагской согласительной конференцией, клиницисты не классифицируют сепсис в зависимости от входных ворот, считая, что входные ворота не имеют принципиального значения для лечения сепсиса. Поэтому, вероятно, такая классификация имеет лишь историческое значение.

Классическая патологическая анатомия в зависимости от выраженности и своеобразия аллергии
, соотношения местных и общих изменений, наличия или отсутствия гноя, длительности течения заболевания выделяют несколько видов сепсиса, каждый из которых является нозологией: септицемия, септикопиемия, бактериальный (септический) эндокардит, хронический сепсис.

Однако **МКБ-10** рассматривает как сепсис только септицемию. Септикопиемия, с точки зрения клиницистов, — вариант течения септицемии, а не самостоятельная форма сепсиса. Бактериальный (септический) эндокардит отнесён к заболеваниям сердца, а

хрониосепсис, как нозологическая форма вообще исключён из МКБ-10. Вместе с тем септицемия, септикопиемия и бактериальный септический эндокардит имеют много общего как в возникновении, так и в развитии. Вероятно, подход к ним должен быть одинаковым. Опыт показывает, что простое исключение септикопиемии и бактериального эндокардита из сферы деятельности хирургов и реаниматологов не решает проблему сепсиса — смертность остается высокой и не имеет чёткой тенденции к снижению. Поэтому в дальнейшем не исключён возврат к классическому пониманию сепсиса. Это объясняет целесообразность знакомства со всеми формами сепсиса.

Следует заметить, что не все специалисты, особенно хирурги, считают сепсис самостоятельным заболеванием, рассматривая его как осложнение других болезней. Однако при сепсисе то заболевание, которое предшествовало развитию септического состояния, уходит на второй план, так как возникает качественно иное состояние больного, которое определяется именно сепсисом, развивается по его закономерностям и исход болезни зависит уже не от предшествующего заболевания, а от сепсиса. Поэтому большинство специалистов считает сепсис самостоятельной нозологической формой.

Интересные статьи:

1) Факторы риска и форма течения

2) Диспластичные невусы

3) Гепатобластома