

Хрониосепсис характеризуется наличием незаживающего гнойного очага.

Существование этой формы сепсиса всегда было спорным. В начале 40-х годов прошлого века во время второй мировой войны И.В. Давыдовский описал необычное катастрофическое течение оскольчатых ранений крупных костей, осложнявшихся с [нагноением](#)

. Эти молодые солдаты не выздоравливали, у них, несмотря на интенсивное лечение, наступало

травматическое истощение

, и они погибали через 9–10 мес после ранения от интоксикации или присоединившегося вторичного амилоидоза. И.В. Давыдовский считал, что причина такого фатального течения ранений крупных костей — многооскольчатые переломы, в результате чего образуются гнойные затёки, карманы, секвестры, в зоне ранения разможены мышцы и всё это способствует нагноению.

Гной, белковые продукты тканевого распада, токсины бактерий постоянно всасываются из раны лимфогенно и гематогенно. Это вызывает длительную интоксикацию организма, постоянную лихорадку, огромную потерю белка, электролитов, ферментов, что меняет реактивность организма. Поэтому нет адекватного образования грануляционной ткани, репаративные процессы не могут быть **достаточными**. Развиваются травматическое истощение, атрофия внутренних органов, в том числе, эндокринных желёз, серозное межуточное воспаление печени, почек, кишечника, нередко двусторонняя пневмония, выраженная жировая дистрофия паренхиматозных органов. Селезёнка и лимфатические узлы увеличены незначительно. Возникает замкнутый круг, развивается кахексия и смерть. Представляя себе таким образом патогенез и танатогенез этого страдания, И.В. Давыдовский назвал его гнойно-резорбтивной лихорадкой.

В тот период многие хирурги и инфекционисты были не согласны с И.В. Давыдовским и рассматривали это заболевание как хронически текущий сепсис с массивным септическим очагом в области ранения. И.В. Давыдовский же не видел в гнойно-резорбтивной лихорадке особенностей, характеризующих ответ организма при сепсисе, в первую очередь, своеобразной гиперергии. Он связывал угнетение иммунного ответа и реактивности организма с постоянной выраженной интоксикацией, угнетающей все защитные системы раненого.

Последующий опыт лечения гнойно-резорбтивной лихорадки показал, что [своевременная ампутация](#)

и ликвидация гнойного очага в сочетании с современными методами лекарственной терапии резко

снижают летальность

при этом заболевании, в то время как при сепсисе даже ликвидация септического очага часто не влияет на его течение. Кроме того, при сепсисе выраженность общих симптомов и температурной реакции может не соответствовать степени изменений в очаге гнойного воспаления, чего нет при гнойно-резорбтивной лихорадке.

В настоящее время большинство хирургов и инфекционистов считают, что гнойно-резорбтивная лихорадка — самостоятельное заболевание, однако она может быть этапом развития септицемии. Тогда возникает вопрос: что же следует отнести к хрониосепсису? Ответ один: хронически течёт лишь sepsis lenta, т.е. затяжной бактериальный септический эндокардит, если считать его сепсисом.



Интересные статьи:

- 1) [Внутриутробная гипоксия](#)

- 2) [Нарушения сосудистых и плазменных факторов свертывания](#)

3) [Группы гемопоэтических опухолей](#)