

клиническая картина, требующая срочной госпитализации больного. Тем более важно раннее распознавание заболевания.

Клинически эта инфекция характеризуется как острый воспалительный гнойно-гнилостно-гангренозный процесс с бурным течением, глубокой интоксикацией, тяжелейшими нарушениями жизненных функций. Ранним признаком является ощущение распирания и сдавления в ране. Местными признаками являются: боль и чувство распирания, быстро нарастающий отек пораженного участка и прилегающей зоны (особенно при *B. oedematiens maligni*), краснота кожи, принимающей багровый или бронзовый, позже фиолетово-синий оттенок, иногда же мраморно-белую окраску, симптомы наличия газа в тканях (особенно при *B. perfringens*) — пузырьки в ране, крепитация при пальпации, тимпанит при перкуссии, слоистость мышечной тени при рентгенологическом исследовании.

Выделяют три клинические формы: 1) клостридиальный миозит, 2) клостридиальный целлюлит, 3) смешанная форма.

Вид раны характерен: ткани приобретают грязно-серый цвет, появляется гнилостный, «трупный» запах, выделяется газ. Набухшие, отеочные мышцы выпячиваются из раны, тусклые, легко кровоточат. Кожа вокруг раны отеочна с блестящим оттенком бледная или зеленовато-коричневая.

Стремительно развивающаяся интоксикация и изменение общего состояния опережает местные проявления, и тяжелое состояние раненого, глубокая интоксикация, частый малый пульс, адинамия должны заставить врача снять повязку и даже при еще не выраженных явлениях со стороны раны поспешить с госпитализацией больного. Непосредственной причиной смерти является септический шок.

Транспортировка должна проводиться в щадящих условиях, обязательно с иммобилизацией с предварительным введением больших доз антибиотиков, инфузионной терапией, дачей сердечных и сосудотонизирующих средств, наркотиков.

Обязательные составляющие лечения: 1) ранее хирургическое вмешательство, заключающееся в широких разрезах тканей до кости или апоневроза («лампасные» разрезы на конечностях), максимальное иссечение мышц и клетчатки, высокие ампутации или экзартикуляции конечностей; 2) интенсивная детоксикационная терапия, включая экстракорпоральную детоксикацию, коррекцию волевических, и электролитных нарушений, гипербарическую оксигенацию; 3) серотерапия. Лечебная доза противогангренозных сывороток составляет 150000 МЕ (по 50000 МЕ сыворотки каждого вида).

С целью профилактики при ранах, загрязненных землей и сопровождающихся загрязнением внутримышечно вводят 10000 МЕ поливалентной сыворотки, содержащей антитоксины против трех видов возбудителей (перед введением проводится проба).

В отделении, где находится больной, устанавливается строжайший карантинный и санитарно-гигиенический режим. Помещение, в котором находится пациент с газовой гангреной, должно убираться дважды в день влажным способом с 6% раствором перекиси водорода и 0,5% раствором СМС. Постельные принадлежности подвергаются камерной дезинфекции по режиму для споровых форм бактерий. При работе в палате персонал переодевается в специально приготовленные фартуки, халаты, бахилы. При операциях, перевязках, инъекциях преимущественно