

© В. А. Фигурнов, А. А. Григоренко, 2016  
УДК 617.582-002.364-07-089

В. А. Фигурнов<sup>1</sup>, А. А. Григоренко<sup>2</sup>

## СЛУЧАЙ ГАЗОВОЙ ГАНГРЕНЫ

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия» Минздрава России (ректор — проф. Т. В. Заболотских); <sup>2</sup> ГАУЗ АО «Амурский областной онкологический диспансер» (главврач — С. Н. Леонтьева), г. Благовещенск

**Ключевые слова:** гангрена газовая

Цель работы — представить описание случая газовой гангрены левого бедра и передней брюшной стеки у женщины, 63 года, при отсутствии каких-либо ран, при смертельном исходе болезни. Дать основные изменения в органах и гистоморфологические — в поврежденных тканях.

В настоящее время в клинической практике анаэробная инфекция (газовая гангрена) наблюдается редко, но в тех случаях, когда она встречается, возможны ошибки в диагностике и поздно выставленные диагнозы [1, 3]. Причем, это заболевание может возникнуть не только при обширных и глубоких ранениях, но и при незначительных травмах и даже после медицинских манипуляций [2].

На территории Амурской области случаев газовой гангрены, не связанных с ранениями, не встречалось очень много лет, поэтому появление больной, описанной ниже, не вызвало настороженности врачей по поводу данного заболевания, и на раннем этапе наблюдения диагноз выставлен не был.

Больная Т., 63 года, пенсионерка, поступила в стационар на 2-й день болезни в очень тяжелом состоянии с подозрением на расслаивающую аневризму аорты. Со слов сопровождающих родственников заболевание началось остро с озноба, повышения температуры тела до 39 °С и появления сильных болей в нижнем отделе живота больше слева. При осмотре в приемном покое состояние больной было определено как очень тяжелое, отмечено низкое артериальное давление (70/40 мм рт. ст.), тахикардия 124 уд/мин, живот был резко напряжен, у больной наблюдались одышка, нарушение сознания (помрачение), и в связи с тяжестью состояния больная немедленно из приемного покоя поднята в отделение анестезиологии и реанимации. Однако, несмотря

на назначенную и проводимую интенсивную терапию, АД оставалось низким, продолжалась тахикардия, определялось резкое напряжение мышц живота внизу слева, на левом бедре в верхнем внутреннем отделе определялось синюшное пятно размером 5×5, мягкое, безболезненное. Осмотрена всеми необходимыми специалистами, и так как была заподозрена рожа левого бедра — инфекционистом, при этом рожа была исключена, и экстренно созданным консилиумом было высказано предположение о флегмоне левого бедра и развивающемся сепсисе. При первом обследовании у больной в крови эр.  $2,85 \times 10^{12}/л$ , Нб 84%, лимф.  $11,2 \times 10^9/л$ , сегментоядерные 89,3%, палочкоядерные 10%, СОЭ 25 мм/ч. В связи с тем, что состояние больной ухудшалось, нарастал отек левого бедра, быстро увеличивалось синюшное пятно на левом бедре, появились участки некроза, а при пальпации бедра стала определяться крепитация, на УЗИ бедра были обнаружены пузырьки воздуха, был выставлен диагноз кластридиальной флегмоны левого бедра, и больная была экстренно прооперирована. При посеве крови на стерильность были высеяны *Candida albicans-10<sup>6</sup>* и *Klebsiella-10<sup>6</sup>*. Операция выполнена в объеме широких лампасных разрезов левого бедра и передней брюшной стенки и дренировании. На операции клетчатка расплавлена, с резким неприятным запахом, серозно-гнояное отделяемое, мышцы серого цвета с участками некроза. Имеются множество пузырьков газа в межмышечном пространстве. При внешнем осмотре больной каких-либо ранений, травм и ударов в области левой конечности не было, но на левой голени в нижней  $1/3$  по наружной поверхности были видны следы расчесов без каких-либо воспалительных процессов. Больной была продолжена интенсивная терапия, однако она успехов не имела, и через 6 ч после операции был констатирован летальный исход. На аутопсии диагноз полностью подтвердился. При бактериологическом исследовании из тканей левого бедра и левой брюшной стенки выделены возбудители: *Klebsiella-10<sup>6</sup>*, *Candida albicans-10<sup>11</sup>*, *Peptos streptococcus*.

Таким образом, у больной наблюдалась газовая гангрена левого бедра и левого нижнего отде-

### Сведения об авторах:

Фигурнов Валентин Александрович (e-mail: [aoib@yandex.ru](mailto:aoib@yandex.ru)), Амурская государственная медицинская академия, 675000, г. Благовещенск, ул. Горького, 95;

Григоренко Алексей Александрович (e-mail: [gyg069@mail.ru](mailto:gyg069@mail.ru)), Амурский областной онкологический диспансер, 675000, г. Благовещенск, ул. Октябрьская, 110

ла брюшной стенки, причиной которой явилась ассоциация микробов. Раневого проникновения инфекции не обнаружено. Не исключена возможность, что воротами инфекции были расчесы на левой голени, а условием развития всего инфекционного процесса явились возраст больной, склероз сосудов, застойные явления в мышечных тканях нижнего отдела передней брюшной стенки и левого бедра.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Корж В.Н., Ковальчук Н.В., Кудрявцев Б.П. Об анаэробной инфекции // Сов. мед. 1981. № 2. С. 108–110.
2. Кулевник И.И., Ваврик Ж.М., Лычук Е.В. и др. Анаэробная инфекция в мирное время // Вестн. хир. 1985. № 1. С. 129–131.
3. Толстых П.И., Коган А.Х., Туманский А.В. Анаэробная газовая инфекция (обзор) // Хирургия. 1981. № 5. С. 102–106.

Поступила в редакцию 15.06.2016 г.