

ПРОГРЕССИВНАЯ ЭПИФАСЦИАЛЬНАЯ ГАНГРЕНА

М. Ю. Розенгартен и В. Ф. Наумов

9-я гор. больница г. Казани (главврач — Н. А. Семенов)

Прогрессивная эпифасциальная гангрена является редким, труднодиагностируемым и крайне тяжелым заболеванием. Поэтому мы сочли целесообразным опубликовать наше наблюдение.

Б., 29 лет, поступил в больницу 13/IX 1967 г. с жалобами на сильные боли и чувство жжения в левой ягодице и левом бедре. Заболел остро в г. Курске 9/IX. Появились резкие боли в пояснице и левой ноге, слабость. С 1963 г. страдает пояснично-крестцовым радикулитом. В течение года отмечает появление крапивницы после приема анальгина и пирамидона. В Курске был госпитализирован, но, несмотря на резкую слабость и боли, настоял на выписке и выехал в Казань.

12/IX в Казани в поликлинике ему была произведена внутривенная блокада поясничной области 0,25% раствором новокаина. Состояние продолжало ухудшаться, и 13/IX больной был госпитализирован.

При поступлении состояние больного тяжелое. Положение вынужденное (на правом боку). Резкая бледность. Пульс 110, слабого наполнения. АД 80/50. Температура нормальная. Кожа на левой ягодице и пояснице слева отечна, гиперемирована, резко болезненна. Имеются язвы неправильной формы, покрытые геморрагическим выпотом. Нв — 17 г%, Л — 4700, ю — 10%, п — 67%, с — 8%, л — 10%, м — 5%. РОЭ 22 мм/час.

Было предположено наличие анаэробной инфекции. Больному ввели поливалентную противогангренозную сыворотку. Спустя час развился анафилактический шок. Из состояния шока больной был выведен (применены: норадреналин, эфедрин, гидрокортизон, CaCl_2 , кофеин, кордиамин).

15/IX. Отек и гиперемия кожи на левой ноге нарастают, множественные внутривенные и подкожные кровоизлияния и имбиция, отслойка эпидермиса в ягодичной и паховой области слева.

18/IX. Состояние больного крайне тяжелое, нарастает общее истощение. Подкожная клетчатка на левой ноге продолжает расплавляться. Некроз кожи прогрессирует.

22/IX произведена новокаиновая блокада вокруг очага поражения и некрозотомия, наложена малевая повязка.

24/IX на левой ягодице обнажилась язвенная поверхность 45×40 см, а 26/IX в области крестца образовалась язва 20×15 см.

30/IX под наркозом произведена электроэксцизия некротических масс, прижигание краев язвенной поверхности и всех гнойных карманов. Для создания оттока отделяемого края кожи отвернуты наружу. Площадь образовавшегося дефекта кожи равна 3900 см^2 . Наложена повязка с раствором неомицина.

Состояние больного начало улучшаться.

15/X произведено сшивание отвернутых лоскутов кожи, что позволило закрыть до 50% язвенной поверхности. 25/X констатировано их приживление. 28/X на язвенной поверхности сочные ярко-красные мелкозернистые грануляции. Отделяемое серозно-гнойное, скудное. 30/X на всю грануляционную поверхность наложен свободный расщепленный кожный лоскут.

8/XII наступило полное заживление. Больной выписан в хорошем состоянии.

28/III 1968 г. Б. был демонстрирован на заседании Республиканского хирургического общества.

Во время пребывания больного в стационаре проводилась дезинтоксикационная и общеукрепляющая терапия (переливание крови, введение физиологического раствора NaCl , глюкозы, полиглюкина, поливинола, плазмы, комплекса витаминов, рациональная диета и др.), а также антибактериальное лечение (сигмомицин, неомицин, эритромицин и др.).

Мы солидарны с теми авторами, которые в природе заболевания ведущее значение придают инфекции. Наиболее эффективным методом лечения при эпифасциальной гангрене является электроэксцизия всех некротических участков и прижигание всей язвенной поверхности. Создаваемый коагуляционный барьер служит надежной преградой для распространения инфекции.

Мы полагаем, что более правильным было бы называть данное заболевание не «прогрессивной», а «прогрессирующей» эпифасциальной гангреной.

ЛИТЕРАТУРА

1. Островская О. А. ЖМЭИ, 1940, 4.—2. Рабовская А. Е. Казанский мед. ж., 1937, 3.