

К.А. Кубасов, С.А. Чернядьев
УСПЕШНЫЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ФЛЕГМОНОЙ ФУРНЬЕ

Кафедра хирургических болезней ЛПФ
ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, РФ

K.A. Kubasov, S.A. Chernyadyev
**SUCCESSFUL EXPERIENCE IN TREATING PATIENTS WITH
FOURNIER'S GANGRENE**

Department of surgical diseases
Ural State Medical University
Ekaterinburg, Russian Federation

Контактный e-mail: basket@olympus.ru

Аннотация. Флегмона Фурнье является крайне редким заболеванием и представляет собой специфическую форму некротизирующего фасциита. В данной статье приводится история изучения этого заболевания. Рассматриваются предрасполагающие факторы, типичная клиническая картина флегмоны Фурнье, а также диагностика заболевания. Особое внимание уделено лечению флегмоны Фурнье, которое является комплексным и включает в себя хирургические методы, включая оперативное восстановительное лечение.

Annotation. Fournier's gangrene is a relatively rare disease and comprises specific form of necrotizing fasciitis. This article presents a history of this disease, predisposing factors, and typical clinical course of the disease as well as diagnosis are considered. The focus on multimodality treatment consisting of surgery and restorative surgical treatment.

Ключевые слова: флегмона Фурнье, этиология, хирургическое лечение.

Keywords: Fournier's gangrene, etiology, surgery.

Введение

Флегмона Фурнье – острая инфекция, поражающая подкожную жировую клетчатку наружных половых органов и перианальной области мужчин; характеризуется острым некрозом тканей полового члена и мошонки.

Цель исследования

В России, флегмона Фурнье относится к заболеваниям «урологического профиля». Информация об особенностях течения заболевания и терапии преподается на курсах повышения квалификации урологов, но отсутствует на аналогичных курсах у хирургов. Хотя чаще всего пациенты с флегмоной Фурнье поступают в хирургические отделения, что в виду отсутствия у хирургов информации о течении заболевания может служить причиной высокой смертности больных. Целью работы является сравнительная характеристика

флегмоны Фурнье, рассматриваются типичные клинические примеры.

Материалы и методы

В данной статье представлена история изучения заболевания, типичная клиническая картина, особенности течения заболевания, методы лечения. Так же представлен клинический пример успешного лечения пациента с флегмоной Фурнье на базе клиники.

История изучения заболевания

Свое имя болезнь получила от известного парижского венеролога – J.A. Fournier'a. В 1883 г. он описал случай гангрены гениталий у молодого здорового мужчины. В своих трудах Фурнье дал оценку системным и местным факторам, предрасполагающим к заболеванию. Со времени описания патологии доктором Фурнье было получено много новых данных, но в ряде случаев можно по-прежнему проследить роль травмы как фактора, создающего входные ворота для бактериальной инфекции. Первопричиной флегмоны Фурнье является инфекция, которая проникает, чаще всего, экзогенным путем. На коже мошонки с рыхлой подкожной клетчаткой при значительной контаминации патологической микрофлорой, как правило, имеются ассоциации анаэробных и аэробных микроорганизмов: золотистого стафилококка, гемолитического стрептококка, а также газообразующей кишечной и синегнойной палочек, вульгарного протея. Часто флегмона Фурнье является осложнением травм, общих инфекционных заболеваний и гнойного поражения сопредельных участков: парапроктита, ишиоректального абсцесса, фурункулёза, уретрита. Известны случаи болезни Фурнье после аденомэктомии, геморроидэктомии, а также вследствие ушиба наружных половых органов. Наиболее приемлемой есть экзогенная теория болезни, в основе которой лежит попадание возбудителя извне, наличие входных ворот, обязательное нарушение целостности кожных покровов.

Этиология и патогенез

Инфекция проникает через фасцию Бука полового члена и fasciadartos мошонки и полового члена, распространяясь вдоль фасции Colle промежности и фасции Scarpa передней брюшной стенки. В настоящее время в качестве возбудителей заболевания рассматриваются стрептококки, стафилококки, фузобактерии, спирохеты и другие ассоциации анаэробных и аэробных бактерий. Септицемия, наблюдаемая при гангрене Фурнье, обусловлена, как правило, стрептококками. В настоящее время большинство исследователей полагают, что полимикробная этиология является основой для синергидного взаимодействия ферментов и токсинов, а также быстрого распространения инфекции в тканях. Например, один микроорганизм может продуцировать ферменты, повышающие коагуляцию в сосудах. Тромбоз этих сосудов снижает локальный кровоток и оксигенацию тканей. В результате тканевой гипоксии другие микроорганизмы (факультативные анаэробы) начинают активно размножаться и продуцировать лецитиназу, коллагеназу и другие факторы патогенности. Эти ферменты, как известно, позволяют микроорганизмам

быстро преодолевать межтканевые барьеры, в том числе проникать через фасции. Распространение бактерий по межфасциальным пространствам приводит к быстрому прогрессированию заболевания, вплоть до распространения инфекции на переднюю брюшную стенку до подмышечных впадин и на внутреннюю поверхность бёдер.

Клиническая картина и лечение

Начало заболевания острое, с типичными симптомами общей интоксикации, общим недомоганием, тахикардией, тахипноэ, резким повышением температуры тела. Местные симптомы – отёк, гиперемия мошонки и промежности с увеличением объема – определяются через 12-24 часа после начала заболевания. Субъективно больные в поражённом участке отмечают боль, повышение местной температуры. На 2-4 сутки кожа становится тёмной, появляются очаги некротических изменений кожи и подкожной клетчатки. Во всех случаях возникает генерализация патологического процесса с распространением его на переднюю брюшную стенку, промежность, клетчаточные пространства таза.

В комбинированном лечении флегмоны Фурнье основное место отводят хирургической обработке гнояного очага, которая должна быть по возможности радикальная, с иссечением подкожно-жировой клетчатки, дренированием фасциальных пространств. В связи с опасностью прогрессирования некротических изменений, на 2-3 сутки выполняют программные этапные хирургические обработки. Такие вмешательства выполняются под внутривенной анестезией. Целью этапной ревизии является обнаружение возможных очагов гнойного воспаления и некроза, выполнение некрэктоми. После очищения раны и появления активных грануляций для закрытия больших дефектов используют аутодермопластику. Очень часто удаётся закрыть рану швами и достичь её заживления. Комплексное лечение должно включать антибактериальную (метронидазол с антибактериальными препаратами широкого спектра действия (цефобид, сульперазон, зивокс, бигафлон и др.) или моноантибактериальную терапию препаратами группы карбапенемов), дезинтоксикационную терапию, коррекцию нарушений гомеостаза, метаболизма, деятельности органов и систем. Адекватное хирургическое лечение в совокупности с интенсивной терапией приводят к выздоровлению больных. По литературным данным, летальность у больных с молниеносными и быстро прогрессирующими формами болезни Фурнье составляет 30-80%. Тяжесть клинического течения заболевания связана со сроками госпитализации больных в профильные отделения гнойной хирургии. Поздняя госпитализация приводит к генерализации и распространению гнойно-некротического процесса на смежные анатомические области, осложняет течение и удлиняет сроки лечения, а также может привести к летальным последствиям.

Результаты и обсуждение

В отделении гнойной хирургии ЦГКБ 1 г. Екатеринбурга в период с 2008 по 2015 годы получали лечение 7 пациентов мужского пола с флегмоной

Фурнье. Все пациенты поступали в тяжёлом состоянии в сроки от 3 до 5 суток после начала заболевания. Все случаи сопровождались высокой постоянной лихорадкой; в общем анализе крови всех пациентов отмечался высокий лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. После поступления все пациенты после небольшой предоперационной подготовки были прооперированы. Под внутривенным наркозом были выполнены операции – вскрытие, дренирование гнойников широкими разрезами в области полового члена, мошонки, промежности, паховой области, боковых поверхностей брюшной стенки. Сразу же выполнялась некрэктомия, иссечение всех поражённых тканей, обработка 3% раствором перекиси водорода. Средняя площадь тканей, вовлечённых в патологический процесс, составила 5% поверхности тела. Все больные получали интенсивную антибиотикотерапию и инфузионную терапию. Всем пациентам в качестве стартовой антибиотикотерапии был назначен внутривенно цефтриаксон 2,0 г 1 раз в сутки в сочетании с метронидазолом внутривенно по 0,5 г 3 раза в сутки. В среднем антибактериальная терапия продолжалась 15 суток. Всем пациентам позднее была произведена аутодермопластика, наложение вторичных швов; ранний послеоперационный период протекал без осложнений.

Приводим одно клиническое наблюдение.

Пациент К. обратился за медицинской помощью ППХ ЦГКБ 1 с жалобами на боли и покраснение в области наружных половых органов и подъём температуры тела до 38 °С. Из анамнеза известно, что К. считает себя больным пятые сутки, когда после травмирования полового члена появилась слабость и лихорадка с ознобами, затем покраснение в области мошонки и промежности. Не лечился, за помощью не обращался. На пятые сутки в связи с сохраняющийся высокой температурой решил вызвать бригаду СМП, был доставлен в ППХ ЦГКБ 1. Первоначально выставлен диагноз флегмоны полового члена, было произведено вскрытие и дренирование флегмоны. Назначен амписид 1,5 г 3 раза в день внутримышечно. В последующем у больного сохранялась высокая температура, гиперемия и отек распространились на паховые области с обеих сторон и на вторые сутки произведена операция: иссечение некрозов, раскрытие гнойных очагов, дренирование ранее раскрытых пространств, санация антисептиками. Общая площадь поражения составила 5% поверхности тела. После смены антибактериальной терапии на комбинацию цефтриаксона с метронидазолом внутривенно состояние пациента стабилизировалось. Через 23 дня была выполнена вторичная хирургическая обработка, пластика ран перемещенным свободным кожным лоскутом. Больной был выписан на 38е сутки от начала заболевания в удовлетворительном состоянии. Отслежены отдаленные результаты лечения, через 2 года пациент жалоб не предъявляет, кожные лоскуты прижились хорошо, нарушений функции половых органов нет.

Выводы

Несмотря на редкую встречаемость данного заболевания высокая

летальность, длительные сроки госпитализации пациентов, высокий уровень послеоперационных осложнений заставляет обращать пристальное внимание на флегмону Фурнье. Для успешного лечения данного заболевания необходим комплексный подход, этапность лечения больных. Далеко не всегда санация гнойно-некротического очага в ходе одной операции представляется возможным, очень часто приходится прибегать к этапным некрэктомиям. Так же учитывая обширность поражения больного невозможно выписать его без проведения в последующем оперативного восстановительного лечения.

Литература:

1. Егоркин М. А. Гангрена Фурнье и анаэробный парапроктит – разные формы одного патологического процесса? / М. А. Егоркин // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. 2012. №4. Том 22. С.66-72.
2. Ефименко Н.А., Привольнев В.В. Гангрена Фурнье / Н.А. Ефименко, В.В. Привольнев // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2008. – № 1. Том 10 – С. 25 - 33.
3. Rubegni P. Treatment of two cases of Fournier's gangrene and review of the literature / P. Rubegni, A. Lamberti, Y. Natalini, M. Fimiani // Journal of Dermatological Treatment, 2014; 25: 189–192
4. Zgraj O Neonatal scrotal wall necrotizing fasciitis (Fournier gangrene): a case report. / O. Zgraj, S. Paran, M. O'Sullivan, F. Quinn.// J Med Case Reports. 2011;12:576.

УДК 616.34-006.6

К.И. Максимова, А.А. Засорин
УВЕЛИЧЕНИЕ СРОКОВ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ КАК
МЕТОД ОПТИМИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ОСЛОЖНЕННОЙ
ФОРМОЙ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Кафедра хирургических болезней ЛПФ
Уральский государственный медицинский университет,
Екатеринбург, Российская Федерация

K.I. Maksimova, A.A. Zasorin
AUGMENTATION OF TERMS OF PREOPERATIVE PREPARATION AS A
METHOD OF OPTIMIZATION OF SURGICAL TREATMENT OF ELDERLY
PATIENTS WITH THE COMPLICATED FORM OF A COLORECTAL
CANCER

Department of surgical illnesses of treatment-and-prophylactic faculty
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation