

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

А.Н. Плеханов

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАНГРЕНЫ ФУРНЬЕ

УДК 616.67-002.4-085

В статье приведена общая информация о тяжелом заболевании – гангрене Фурнье. Раскрыты некоторые эпидемиологические аспекты заболевания, этиология, а также приведены клинические случаи успешного лечения данной патологии. Показано, что одним из этиологических факторов гангрены Фурнье является анаэробная инфекция. Только комплексное лечение, включающее активную хирургическую тактику и адекватный объем консервативных мероприятий помогают достигнуть хорошего результата лечения.

Ключевые слова: гангрена Фурнье, диагностика, лечение.

In given article the general information on heavy disease – gangrene Fournier's is resulted. In it some epidemiological aspects of disease, etiology are opened, and also clinical cases of successful treatment of the given pathology are resulted. It is shown, that one of etiological factors of gangrene Fournier's is the anaerobic infection. Only the complex treatment including active surgical tactics and adequate volume of conservative actions help to reach good result of treatment.

Keywords: gangrene Fournier's, diagnostics, treatment.

Гангрена Фурнье (синоним – молниеносная спонтанная гангрена мошонки, болезнь Фурнье, гангрена половых органов, рожистое воспаление мошонки и др.) является одним из самых опасных тяжелых заболеваний в гнойной хирургии [3,6]. С позиции настоящего времени, гангрена Фурнье представляет собой специфическую форму некротизирующего фасциита как результат инфекции мягких тканей, вовлекающих глубокую и поверхностную фасции, независимо от локализации [2,4,7]. В результате ретроспективного анализа сведений из летописей древних историков и на основании симптомов, преследовавших иудейского царя Ирода Великого, доктором J. Hirshmann в 2006 г., был предположен диагноз его болезни. По мнению автора, клиническая симптоматика укладывалась в клинику заболевания, именуемого в настоящее время как гангрена Фурнье [1].

В оригинальном описании, которое было составлено J. Fournier, данная патология поражает мужчин, нередко среди полного здоровья. Типичный пациент с гангреной Фурнье – это мужчина пожилого возраста, страдающий тяжелой сопутствующей патологией. Женщины болеют значительно реже [15].

Чрезвычайно важным условием развития гангрены Фурнье является супрессированный иммунный статус больного, который может возникать на фоне таких заболеваний, как сахарный диабет, цирроз, сосудистые заболевания таза, злокачественные опухоли, алкоголизм, инъекционная наркомания, низкий общий уровень жизни [9,12,14].

В настоящее время имеется достаточно фактов об урогенитальном и колоректальном генезе заболевания, а также о развитии гангрены Фурнье в послеоперационном периоде [8].

Патология являет собой гангренозный инфекционный процесс, который поражает внешние половые органы и промежность и чаще всего возникает после инфицирования тканей вышеуказанных органов после травм. Возбудителем заболевания является комбинация нескольких микроорганизмов – стафилококки, стрептококковые бактерии, энтеробактерии, анаэробные бактерии и грибы. Заболевание очень быстро прогрессирует, приводя к некрозу кожи, подкожной клетчатки, фасций, мышц. Гангрена Фурнье может закончиться летально, если развивается сепсис [2]. Септицемия, наблюдаемая при гангрене Фурнье, обусловлена преимущественно стрептококками. Иногда гангрена Фурнье возникает у детей, что, как правило, является следствием ожога, обрезания или укусов насекомых [13].

Этиология гангрены Фурнье – анатомическая локализация инфекционного процесса. Сложная анатомическая структура области, которая, как правило, поражается при гангрене Фурнье (кожа мошонки, мясистая оболочка, фасция Коллиса, внешняя семенная фасция, кремаштерная фасция, внутренняя семенная фасция, фасции передней брюшной стенки и др.), а также обильное кровоснабжение мошонки вызывают быстрое распространение и углубление воспалительного процесса [5].

Основой лечения данной патологии является экстренное хирургическое вмешательство в комбинации с антибактериальной и дезинтоксикационной терапией. Общие принципы выполнения оперативных вмешательств идентичны при любых разновидностях

некротизирующих фасциитов. Следует обратить внимание, что в литературе приводится большое количество различных способов хирургического лечения некротизирующих фасциитов [12,13]. Разброс их чрезвычайно широк. От небольших, но многочисленных разрезов до широких лампасных разрезов, занимающих всю длину анатомического сегмента. Кроме того, рекомендуют выворачивать края раны, а чтобы они не закрывались – подшивать их на тампонах [10].

Гангрена Фурнье сопровождается длительным стационарным лечением. По данным одного из самых крупных ретроспективных исследований, средний койко-день при госпитализации таких пациентов составил 73,6 дня [5].

Все известные клинические исследования гангрены Фурнье являются ретроспективными, и поэтому трудно дать ретроспективный прогноз и судить об исходах заболевания. В 600 случаях, найденных в базе данных Medline, летальность составила 16,5% [11]. Однако по другим данным, летальность при гангрене Фурнье составляет 30-40 % и прямо пропорциональна площади участка поражения инфекционным процессом. Если кроме тканей мошонки поражены яички, то летальность резко возрастает до 60-90 % [3,9].

В качестве иллюстрации приводим 2 клинических наблюдения.

Больной Б., 57 лет, поступил в экстренном порядке 08.04.09 г. в отделение колопроктологии с жалобами на отек, гиперемию, болезненность в области промежности справа. Из анамнеза: со слов больного 3-4 дня сидел на холодном бетонном фундаменте, после чего появились боли в промежности с иррадиацией в мошонку справа. В 1992 г. больной оперирован в отделении колопроктологии по поводу хронического парапроктита. Объективно: состояние средней степени тя-

жести, нормостеник. Кожные покровы обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. ЧДД=19 в мин., ЧСС=90 ударов в мин, АД 130/80 мм рт.ст. Язык суховат, обложен. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, симптомов раздражения брюшины нет. Симптом поколачивания по костовебральным углам отрицателен с обеих сторон. Локальный статус: мошонка справа отечна, гиперемирована. Отек распространяется на промежность справа. На 2-3 см от ануса имеются свищевые отверстия, без отделяемого, наблюдается инфильтрация по всей правой половине промежности. Выставлен диагноз: острый парапроктит, осложненный гангреной Фурнье. Операции: 08.04.09г. – вскрытие, дренирование острого парапроктита под внутривенным наркозом. Получено 50-70 мл гноя. Внутренних отверстий свищей не найдено. Операция 09.04.09г. – вскрытие, дренирование затеков на корне мошонки, обеих половин собственно мошонки, откуда получено до 30 мл гноя грязно-коричневого цвета, со зловонным запахом. Операция закончена санацией гнойных полостей 3% перекисью водорода, дренированием полости марлевыми турундами. В послеоперационном периоде под внутривенным наркозом проводились расширенные перевязки, назначена глюкозо-калиевая смесь 500,0 в/в кап., физ.раствор 500,0 в/в кап., раствор Рингера 500,0 в/в кап., метрогил 100,0 x 3 раза в/в 3 дня, ципрофлоксацин 2,0 x 2 раза в/в 5 дней; тиенам 1,0 в/в x 1 раз кап. 7 дней, амикацин 1,0 x 4 раза в/в 6 дней, СЗП, антистафилакокковая плазма 100,0 №2 через день, кеторол 60 мг в/м, витамин В6 3,0 на физ. растворе 400,0 в/в кап.; витамин С 5,0 на 5% глюкозе 400,0 в/в кап., трентал 1 т x 3 раза, перевязки с мазью «левомеколь», ванночки с марганцовкой. При посеве гнойного отделяемого – рост грибов рода *Candida alb.* от 23.04.09 г. ОАК от 09.04.09 г. Эр. – 4,52; Лей. – 20,4; Hb – 146; П – 12; С – 75; Л – 12; М – 1; СОЭ – 36.

ОАК от 10.04.09 г. Лей. – 25,1; Hb – 137; П – 5; Э – 1; С – 80; Л – 11; М – 3; СОЭ – 52.

ОАК от 22.04.09 г. Лей. – 20,2; Hb – 115; П – 2; Э – 2; С – 80; Л – 14; М – 2; СОЭ – 51.

ОАК от 30.04.09 г. Лей. – 9,2; Hb – 130; П – 1; Э – 3; С – 65; Л – 29; М – 2; СОЭ – 14.

ЭКГ от 8.04.09 г. Закл.: синусовая тахикардия. Больной выписан 30.04.09 г. в удовлетворительном состоянии в рекомендациями госпитализации в

урологическое отделение для выполнения операции по формированию мошонки. С 08.07.09 г. по 17.07.09г. пациент находился на стационарном лечении в отделении колопроктологии с диагнозом: хронический параректальный свищ, обострение. Гнойный подкожный свищ промежности. Состояние после операции Вицина. Операция 08.07.09 г. – санация свища, снятие швов с промежности. При посеве гнойного отделяемого отмечен рост *staph. aureus.*, *prot. vulgaris.* от 15.07.09 г.

При амбулаторном лечении, даже при регулярных перевязках и наблюдении хирурга, послеоперационные раны длительно заживали, что говорит о тяжести инфекционного процесса, изменении анатомии и реактивности местных тканей мошонки и промежности в результате патологического процесса.

Больной М., 53 лет, поступил в экстренном порядке в отделение колопроктологии 14.09.09г. с жалобами на отечность, гиперемию, болезненность в области заднего прохода; на повышение температуры тела до 38°C; потливость; сухость во рту. Из анамнеза: со слов больного болеет в течение 5 дней, когда появилась болезненность в области заднего прохода. Боли ни с чем не связывает. На 3-й день повысилась температура тела. Самостоятельно принимал жаропонижающие препараты. Боли усилились, температура тела достигла 38°. На 4-й день вызвал бригаду скорой медпомощи – обезболен, рекомендована консультация проктолога. Отмечал гноетечение из ануса. На 5-й день госпитализирован. Объективно: состояние тяжелое. Температура тела 38,5°, гиперстенического телосложения, повышенного питания. Кожные покровы обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. ЧДД=20 в мин, ЧСС=110 ударов в мин, АД =160/90. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, симптомов раздражения брюшины нет. Симптом поколачивания по костовебральным углам отрицателен с обеих сторон. Локальный статус: отек, припухлость, яркая гиперемия в области ануса с распространением по обеим ягодичным областям, при пальпации резкая болезненность, инфильтрат твердого эластичной консистенции в виде подковы, кожа горячая на ощупь; справа имеется свищевое отверстие с гнойным отделяемым. Выставлен диагноз: подковообразный пельвиоректальный парапроктит, тяжелое течение. Операция: 14.09.09 г. вскрытие подковооб-

разного пельвиоректального парапроктита, дренирование - два разреза по 8 см по правой и левой полуокружностям. Выделено до 50 мл жидкого, черно-серого цвета, с гнилостным запахом, с некротическими тканями гноя. Глубина полостей до 10 см, санация, промывание 3% перекисью водорода, дренирование турундами. 16.09.09 г. на перевязке отмечено покраснение, отечность, болезненность кожи мошонки, распространяющаяся на паховую область справа. Операция: 16.09.09 г. – вскрытие гнойных затеков мошонки, паховых областей, санация, дренирование – два разреза с обеих сторон 3 см. Выделено до 5 мл грязно-серого гноя с гнилостным запахом. Послеоперационный диагноз: Анаэробный гнойно-некротический пельвиоректальный, тазовый парапроктит, осложненный гангреной Фурнье. В дальнейшем отмечалось распространение процесса по клетчаточным пространствам малого таза на переднюю и левую боковую брюшную стенки. Операция: 21.09.09 г. – выполнены разрезы по ходу пахового канала слева. Получено скудное количество жидкого гноя геморрагического цвета с хлопьевидными включениями. 23.09.09 г. – расширенная перевязка под внутривенным наркозом. Установлены трубчатые дренажи для проточного дренирования. Операция: 25.09.09 г. – выполнены разрезы на боковой брюшной стенке слева, санация и дренирование полостей. В ране передней и боковой брюшной стенки слева определяются апоневроз, мышцы, подкожная клетчатка, послойно пропитанные гноем в виде «вареного мяса», видна инфильтрированная брюшина. Установлено, что раны промежности, брюшной стенки слева сообщаются через малый таз. Произведена некрэктомия, наложение контраптур, санация и дренирование гнойных затеков сигарными и трубчатыми дренажами, промывание растворами антисептиков, турунды с мазью «левомеколь» и синтомициновой мазью. Неоднократно под внутривенным наркозом проводились расширенные перевязки, некрэктомии с обильным промыванием ран и затеков растворами антисептиков. Проводилась инфузия солевых растворов, метрогил 100,0 x 3 раза в/в кап. 7 дней, цефтриаксон 2,0 x 2 раза в/в 6 дней; тиенам 500 мг x 2 раза в/в кап. 3 дня, гентамицин 80 мг x 3 раза в/м 6 дней; квинтор 200 мг x 2 раза в/в; амикацин 1,0 в/м 6 дней, абактал 800 мг x 2 раза в/в 7 дней, противогангренозная сыворотка, кеторол 60 мг, сиофор 850 мг x 1 раз, нистатин 1 т. x 4



Рис. 1. Больной М., 53 г. Выполнение контр-рапертур на мошонке



Рис. 2. Больной М., 53 г. Дно раны – брюшина



Рис. 3. Больной М., 53 года. Наложены вторичные швы

раза 10 дней, УФО крови, плазмаферез, перевязки с мазью «левомеколь», синтомициновой мазью, ванночки с марганцовкой. При посеве гнойного отделяемого был отмечен рост *ent. faecium*, *str. epidermidis* от 23.09.09 г. от 02.10.09 г. роста микробов нет.

ОАК от 14.09.09 г. Эр. – 4,68; Лей. – 9,4; Hb – 148; П – 21; Э – 3; С – 62; Л – 8; М – 6; СОЭ – 52. ОАК от 18.09.09 г. Лей. – 7,0; Hb – 138; П – 14; Э – 2; С – 60; Л – 19; М – 5; СОЭ – 48.

ОАК от 21.09.09 г. Лей. – 13,1; Hb – 143; П – 8; С – 76; Л – 15; М – 1; СОЭ – 48.

ОАК от 25.09.09 г. Лей. – 11,9; Hb – 106; П – 5; Э – 2; С – 77; Л – 14; М – 2; СОЭ – 11.

ОАК от 28.09.09 г. Лей. – 6,5; Hb – 108; Э – 2; С – 81; Л – 17; СОЭ – 61.

ОАК от 2.10.09 г. Лей. – 7,5; Hb – 99; П – 5; С – 67; Л – 27; М – 1; СОЭ – 66.

ОАК от 12.10.09 г. Лей. – 7,9; Hb – 110; П – 4; С – 70; Л – 25; М – 1; СОЭ – 51.

Сахар крови от 14.09.09 г. – 9,8 ммоль/л, от 15.09.09 г. – 9,25 ммоль/л, от 16.09.09 г. – 6,7, от 23.09.09 г. – 5,18, от 25.09.09 г. – 5,72, от 28.09.09 г. 5,19, от 02.10.09 г. – 4,32, от 08.10.09 г. – 4,68 ммоль/л. ЭКГ от 14.09.09г. Закл.: синусовая тахикардия.

Диагноз заключительный: анаэробный гнойно-некротический пельвиоректальный, тазовый парапроктит, осложненный гангреной Фурнье. Флегмона передней брюшной стенки. Диагноз сопутствующий: Ожирение 2 степени. Нарушение толерантности к глюкозе. По очищению ран, выполнению их грануляционной тканью 05.10.09г. на раны в области заднего прохода и передней брюшной стенки были наложены вторичные швы, спокойные. Больной выписан 13.10.09 г. в удов-

летворительном состоянии под наблюдение у хирурга по месту жительства. На рис. 1-3 показаны этапы операции у пациента М.

В данных клинических случаях в патологический процесс вовлечена периаанальная область, мошонка, параректальная клетчатка, передняя брюшная стенка. Течение заболевания было молниеносным, площадь поражения быстро увеличивалась с вовлечением подкожно-жировой клетчатки, фасций, мышц, брюшины. При поступлении у одного больного площадь поражения мошонки составляла 5 см в диаметре, через 30 мин, в начале оперативного вмешательства, была поражена вся мошонка, что проявлялось характерным потемнением кожи над воспалительным очагом.

Гангрена Фурнье является опасным для жизни гнойным заболеванием, имеющим молниеносное течение, требующим неотложного хирургического вмешательства, мощной, «ступенчатой» антибактериальной терапии с учетом возбудителя, коррекции иммунного статуса, экстракорпоральных методов детоксикации. Прогноз заболевания прямо пропорционален площади поражения, времени обращения в стационар от начала болезни, своевременности и радикальности оперативного лечения. При необходимости выполняются операции с формированием мошонки. Иногда возможно и самостоятельное заживление ран, примером чего является второй случай.

Литература

1. Ефименко Н.А. Гангрена Фурнье / Н.А.Ефименко, В.В. Привольнев // Клини. микробиол. антимикроб. химиотер. - 2008.-№10.- С. 34-42.
2. Asci R. Fournier's gangrene: risk

assessment and enzymatic debridement with lyophilized collagenase application / R. Asci, S. Sarikaya, R. Buyukalpelli // Europ. Urol.- 1998.-№ 34.- P. 411-418.

3. Basoglu M. Fournier's gangrene: review of fifteen cases / M. Basoglu, O. Gul, I. Yildiran // Am. Surg.- 1997.-№ 63.- P. 1019-1021.

4. Benckroun A. Gangrene of the external genital organs. Apropos of 55 cases / A. Benckroun, A. Lachkar, Y.Bijou // J. Urol. (Paris).- 1997.- 103.-P. 27-31.

5. Chen C.S. Prognostic factors and strategy of treatment in Fournier's gangrene: a 12-year retrospective study / C.S. Chen, K.L. Liu, Yi. Changgeng // Xue Za Zhi.- 1999.-№ 22.- P. 31-36.

6. Eke N. Fournier's gangrene: a review of 1726 cases / N.Eke. // Br. J. Surg.- 2000.- №6.- P. 718-728.

7. Faber J.H. Fournier's gangrene as first presentation of promyelocytic leukemia / J.H.Faber, A.R. Girbes, S.Daenen // Leuk. Res.- 2008.-№ 5.-P. 473-476.

8. Jean-Charles N. Necrotizing perineal fasciitis in two paraplegic nursing-home residents: CT imaging findings / N. Jean-Charles, M.A. Sadler // Abdom Imaging 2001.-№ 4.-P. 443-446.

9. Laucks S.S. Fournier's gangrene / S.S. Laucks // Surg. Clin. North. Am.- 1994.-№ 74.-P. 1339-1352.

10. Muqim R. Necrotising fasciitis: management and outcome / R.Muqim // J. Coll. Physicians Surg.- Pak 2003.-№ 12.-P. 711-714.

11. Managment of Fournier's gangrene: an eleven year retrospective analysis of yearly recognition, diagnosis and treatment / K.S. Norton L.W.Johnson, T. Perry [et al.] // Am. Surg.- 2002.- № 8.-P. 709-713.

12. Nambiar P.K. Fournier gangrene in spinal cord injury: a case report / P.K. Nambiar, S.Lander, M. Midha // J. Spinal Cord. Med.- 2005.-№ 28.-P. 121-124.

13. Patankar S.P. Fournier's gangrene / S.P. Patankar, S.K. Lalwani // J. Indian Paediatr. // 2004.-№41.-P.511-519.

14. Vick R. Fournier's disease / R. Vick, C.C. Carson // Urol. Clin. North Am.- 1999.-№4.-P.841-849.

15. Yaghan R.J. Fournier's gangrene: changing face of the disease/ R.J.Yaghan, T.M. Al-Jaberi, I. Bani-Hani // Dis. Colon Rectum.- 2010.-№ 43.-P.1300-1308.