



УДК: 616.5-002.4(616.89-02-089)

Рустамов Муродулло Исамиддиновичк.м.н., ассистент кафедры общей хирургии,
Самаркандского государственного медицинского института.
Самарканд, Узбекистан.**Давлатов Салим Сулаймонович**к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней №1,
Самаркандского государственного медицинского института.
Самарканд, Узбекистан.**Сайдуллаев Зайниддин Яхшибоевич**ассистент кафедры общей хирургии,
Самаркандского государственного медицинского института.
Самарканд, Узбекистан.**Рустамов Иноятулло Муродуллоевич**Студент магистратуры по специальности «Хирургия»
Самаркандский государственный медицинский институт.
Самарканд, Узбекистан.**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ГАНГРЕНОЙ ФУРЬЕ****For citation:** Rustamov Murodulla Isamiddinovich, Davlatov Salim Sulaymonovich, Saydullaev Zayniddin Yaxshiboyevich, Rustamov Inoyatullo Murodullaevich. Surgical treatment of patients with gangrenous Furnier. Journal of hepato-gastroenterology research. 2020, vol. 2, issue 1, pp. 69-71<http://dx.doi.org/10.26739/2181-1008-2020-2-14>**АННОТАЦИЯ**

В статье рассмотрены результаты хирургического лечения 13 больных, поступивших в отделение проктологии клиники № 1 СамМИ с гангреной мошонки (болезнь Фурнье). Ранняя диагностика и активная тактика, применяемая с целью радикальной хирургической обработки гнойно-некротического очага, в сочетании с этапной санационной некрэктомией, комплексная система местного лечения раны. Целенаправленная и многокомпонентная коррекция системных и метаболических нарушений гомеостаза являются реальными путями улучшения результатов лечения больных.

Ключевые слова: гангрена, некроз, некрэктомия, антибиотикотерапия, детоксикационная терапия.**Rustamov Murodulla Isamiddinovich**Candidate of Medical Sciences, Assistant of the Department of General Surgery,
Samarkand State Medical Institute.
Samarkand, Uzbekistan.**Davlatov Salim Sulaymonovich**Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Surgical Diseases No. 1,
Samarkand State Medical Institute.
Samarkand, Uzbekistan.**Saydullaev Zayniddin Yaxshiboevich**Assistant of the Department of General Surgery,
Samarkand State Medical Institute.
Samarkand, Uzbekistan.

Rustamov Inoyatullo Murodullaevich
Master's student in the specialty "Surgery"
Samarkand State Medical Institute.
Samarkand, Uzbekistan.

SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH GANGRENOUS FURNIER

ABSTRACT

Results of surgical treatment of 13 patients with scrotum gangrene (Fournier's disease) admitted to the proctology department of the 1st SamMI Clinic are observed in the article. The early diagnostics and active management are used for radical surgical treatment of the purulent necrotic focus in combination with necrectomy in step-by-step maneuver. Complex system of the local treatment of the wound, purposeful and multiple component correction of systemic and metabolic disorders of the homeostasis are the real way to improve treatment results.

Key words: gangrene, necrosis, necrectomy, antibiotic therapy, detox therapy.

Введение: Клиническими исследованиями последних лет доказано увеличение частоты ряда гнойно-септических заболеваний мягких тканей, ранее считавшихся казуистическими. К таким заболеваниям относится гангрена Фурнье, представляющая собой особую разновидность хирургических инфекций мягких тканей, морфологическую основу которой составляет первичный некроз поверхностной фасции наружных половых органов и подкожной клетчатки с последующим распространением гнойно-некротического процесса на переднюю брюшную стенку, бедра, промежность.

В современной литературе гангрена Фурнье трактуется как специфическая форма прогрессирующего некротизирующего фасциита, характеризующегося обширным гнойно-некротическим поражением поверхностной фасции и распространением процесса по фасциальным пространствам, протекающего с типичными симптомами синдрома системной воспалительной реакции (SIRS) и манифестирующего явлениями системного эндотоксикоза и полиорганной недостаточности [3, 4, 8].

Одним из наиболее характерных местных признаков гангрены Фурнье является несоответствие между относительно ограниченным локальным некрозом кожи и обширным гнойно-некротическим поражением подкожной жировой клетчатки и фасции (феномен «верхушки айсберга») [7-11]. Другая особенность гангрены Фурнье заключается в том, что, несмотря на обширное гнойно-некротическое поражение кожи мошонки, яички, как правило, в процесс не вовлекаются и остаются интактными. Сохранение жизнеспособности тестикулов объясняется не столько особенностями органной гемодинамики, сколько автономностью их кровоснабжения, не зависящей от кровообращения мошонки и полового члена [3,5,7].

Клиническое течение гангрены Фурнье в формате хирургического сепсиса отличается особой тяжестью, характеризуется развитием полиорганной недостаточности и сопровождается высокой летальностью (от 50 до 75%) [10].

Летальность при гангрене Фурнье составляет 26,7-40% [1, 2, 8], при тяжелых формах достигает 80% [6,8,10], в группе неоперированных близка к 100% [9].

По мнению М.В. Гринева и соавт. [4, 6, 11], высокая летальность диктует настоятельную необходимость отнесения гангрены Фурнье в разряд заболеваний, требующих неотложного хирургического вмешательства.

Цель работы. Представить анализ результатов хирургического лечения больных гангреной Фурнье.

Материал и методы. За последние 15 лет (с 2003 по 2018 гг.) в отделении проктологии клиники №1 СамМИ находились 13 больных с гангреной мошонки (болезнь Фурнье). Возраст больных колебался от 30 до 60 лет. Нозологическими причинами гангрены Фурнье явились заболевания колоректальной зоны (13 больных).

Сахарный диабет выявлен у 3 больных. В течение 3 сут от начала заболевания в клинику госпитализированы 4 больных, в интервале от 4 до 7 сут - 9 больных.

Медленно прогрессирующая (ограниченная) форма заболевания отмечена у 4 больных, у которых некротический процесс ограничивался пределами мошонки. Молниеносная и быстро прогрессирующая (распространенная) формы гангрены Фурнье имелись у 9 больных. Местные проявления характеризовались первичным некрозом кожи, подкожной жировой клетчатки мошонки и полового члена, гнойно-некротическим расплавлением как поверхностной, так и глубокой фасции с распространением инфекционно-деструктивного процесса на лобок, подвздошные области, бедра и промежность.

Результаты и обсуждение. Лечение больных заключалось в более широком иссечении некротизированных тканей, вскрытии и дренировании гнойных затеков. Задачами оперативного лечения являлись также реконструкция мошонки и, по показаниям, восстановительные операции, направленные на замещение утраченных покровных тканей и коррекцию дефектов пораженных зон.

Предоперационное обследование включало стандартные общеклинические, лабораторные исследования, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ, по показаниям назначали консультацию врачей-специалистов.

Оперативные вмешательства выполняли в условиях общего наркоза или спинальной, или продленной перидуральной анестезии. Продленную перидуральную блокаду, как метод оптимальной анестезии, проводили и в послеоперационном периоде в течение 3-5 суток, что позволило делать перевязки безболезненно и отказаться от использования наркотических анальгетиков.

Из 13 больных пяти больным этапные некрэктомии произведены 3 раза, четырем - 4 раза, четырем - 5 раз. При микробиологических исследованиях отделяемого из ран у 11 (92%) из 13 больных высевались как облигатно анаэробные (*Peptostreptococcus* spp., *Bacteroides* spp.), так

и аэробно-грамположительные (*Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus viridans*) и грамотрицательные (*Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*) микроорганизмы.

Комплекс лечения включал комбинированную антибактериальную, инфузионно-трансфузионную, дезинтоксикационную терапию, адекватную коррекцию метаболических нарушений, стимуляцию иммунобиологической реактивности организма и репаративных процессов в ране.

Местное лечение раны проводили растворами антисептиков (3% раствор перекиси водорода, 0,5% раствор калия перманганата, фурациллин, 1% раствор диоксида) с применением влажно-высыхающих повязок. В этой фазе для местной санации раны широко использовали антисептический раствор декасан. С целью ускорения отторжения гнойно-некротических масс и очищения ран в ряде наблюдений использовали растворы протеолитических ферментов (трипсин, химопсин).

У 8 из 13 больных в комплексе местного лечения ран применяли инфракрасный луч, у 5 - кварцевое облучение раневой поверхности. Использовали мази на гидрофильной основе (левомеколь), дающие высокие дегидратирующий и санирующий эффекты. При смене экссудативной фазы на пролиферативную с целью стимуляции метаболических и репаративных процессов в ране и формирования соединительной ткани применяли мази топического действия (солкосерил, метилурацил).

Комплексное лечение позволило постепенно стабилизировать состояние 9 из 13 больных, купировать явления эндотоксикоза, локализовать гнойно-

некротический процесс в пределах пораженных зон, стимулировать репаративные процессы в ране.

У 8 из 13 больных имелась ограниченная форма гангрены Фурнье. У 3 из 8 больных ограниченные раневые дефекты мошонки заживали вторичным натяжением через рубцевание. В 5 наблюдениях при обширных дефектах мошонки с полным обнажением яичек и семенных канатиков после очищения ран выполняли реконструкцию мошонки за счет местных тканей путем мобилизации краев раневых дефектов и наложения вторичных швов.

Из 13 больных умерло 4 (24%), у которых летальный исход был обусловлен поздней госпитализацией и запоздалой операцией. У всех умерших имелась распространенная форма гангрены Фурнье, которая характеризовалась молниеносным и быстро прогрессирующим течением, обширным поражением мошонки, полового члена с распространением гнилостно-некротического процесса на переднюю брюшную стенку, бедра и промежность. Причинами смерти послужили инфекционно-токсический шок (1 больной), прогрессирующий эндотоксикоз (2 больных) и тромбоэмболия легочной артерии (1 больной).

Выводы. Таким образом, ранняя диагностика и активная тактика, применяемая с целью радикальной хирургической обработки гнойно-некротического очага, в сочетании с этапной санационной некрэктомией, комплексная система местного лечения раны, целенаправленная и многокомпонентная коррекция системных и метаболических нарушений гомеостаза являются реальными путями улучшения результатов лечения больных.

Список литературы/Iqtiboslar/References

1. Алиев С. А., Алиев Э. С., Зейналов Б. М. Гангрена Фурнье в свете современных представлений, Хирургия 2014;(14):34–39.
2. Алиев С. А., Алиев Э. С., Мирзоев Р. А., Мирзоева К. А. Гангрена Фурнье – разновидность клинической модели критических состояний в хирургии. Вестник хирургии 2015;174(1):84–89.
3. Ефименко Н. А., Привольнев В. В. Гангрена Фурнье Клиническая антимикробная терапия 2008;10(1):34–42.
2. Егоркин М. А. Гангрена Фурнье и анаэробный парапроктит–разные клинические формы одного патологического процесса? Новости колопроктологии 2012;(4):66-72.
3. Гринёв М. В., Гринёв Кир. М. Некротизирующий фасциит. Вестник хирургии 2013;(5):128-129.
4. Грушко С.А., Токарский А.А., Атоян Г.Н. и др. Флегмона Фурнье на фоне анаэробного парапроктита как редкая форма осложненного рака прямой кишки. Научная конференция с международным участием «Актуальные проблемы колопроктологии», посвященная 40-летию ГНЦ колопроктологии. Тезисы докладов. М 2005; 201-203.
5. Черепанин А.И., Светлов К.В., Веремеенко А.М., Бармин Е.В. Гангрена Фурнье как частный случай некротизирующего фасциита. Анналы РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского. Ежегодное научное издание. Вып. 15. М 2007; 114-117.
6. Черепанин А.И., Светлов К.В., Чернов А.Ф., Бармин Е.В. Другой взгляд на «болезнь Фурнье в практике хирурга». Хирургия 2009; 10: 47-50.
7. Gurdal M., Yucebas E., Tekin A. et al. Predisposing factors and treatment outcome in Fournier's gangrene. Analysis of 28 cases. Urol Int 2003; 70: 4: 286-290.
8. Korkut M., Icoz G., Dayangac M., Akgun E. Outcome analysis in patients with Fournier's gangrene: report of 28 cases. Dis Colon Rectum 2003; 46: 5: 649-652.
9. Neary E.A. Case of Fournier's Gangrene. TSMJ 2004; 6: 68-73.
10. Tuncel A., Aydin O., Tekdogan U. et al. Fournier's gangrene: Three Years of Experience with 20 patients and Validity of Fournier's Gangrene Severity Index Score. European Urology 2006; 50: 4: 838-843.