

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГАНГРЕНОЙ ФУРЬНЕ

З.И. МУРТАЗАЕВ, М.И. РУСТАМОВ, У.А. ШЕРБЕКОВ, З.Я. САЙДУЛЛАЕВ, Л.Т. РАХМАТОВА
Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ФУРЬНЕ ГАНГРЕНАСИ БИЛАН БЕМОРЛАРНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ

НАТИЖАЛАРИНИНГ ТАҲЛИЛИ

З.И. МУРТАЗАЕВ, М.И. РУСТАМОВ, У.А. ШЕРБЕКОВ, З.Я. САЙДУЛЛАЕВ, Л.Т. РАХМАТОВА
Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

THE ANALYSIS OF SURGICAL TREATMENT RESULTS IN PATIENTS WITH FURNIE'S GANGRENE

Z.I. MURTAZAEV, M.I. RUSTAMOV, U.A. SHERBEKOV, Z.YA. SAYDULLAEV, L.T. RAXMATOVA
Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Мақолада СамМИ 1 клиникаси проктология бўлимига кеган ёрғоқ гангрена (Фурнье касаллиги) билан 13 беморнинг хирургик даволаш натижалари таҳлил қилинди. Жароҳатни маҳаллий даволашда эрта диагностика ва фаол тактика, йирингли-некротик ўчоқга радикал хирургик ишлов бериш билан биргаликда тизимли босқичли санацион некрэктомиянинг қўлланилиши мақсадга мувофиқ. Гомеостазнинг метаболитик бузилишини мақсадли ва кўп қиррали коррекцияси беморларни даволаш натижаларини яхшилашнинг реал йўли ҳисобланади.

Калит сўзлар: гангрена, некроз, некрэктомия, детоксикацион терапия.

Results of surgical treatment of 13 patients with scrotum gangrene (Furnie'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, detox therapy.

Введение: Клиническими исследованиями последних лет доказано увеличение частоты ряда гнойно-септических заболеваний мягких тканей, как 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 ГФ 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 манифестирующими явлениями системного эндотоксикоза и полиорганной недостаточности [3,4,8].

Одним из наиболее характерных местных признаков ГФ 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 ГФ 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 ГФ в формате хирургического сепсиса отличается особой тяжестью, характеризуется развитием полиорганной недостаточности и сопровождается высокой летальностью (от 50 до 75%) [10].

По мнению М.В. Гриневой и соавт. [4, 6, 11], высокая летальность диктует настоятельную необходимость отнесения ГФ 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 2001 по 2016 г.) в отделение проктологии клиники № 1 СамМИ находились 13 больных с ган-

греной 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, где 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 их 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*).

Комплекс лечения включал комбинированную антибактериальную, инфузионно-трансфузионную, дезинтоксикационную терапию, адекватную коррекцию метаболических нарушений, стимуляцию иммунобиологической реактив-

ности организма и репаративных процессов в ране.

Местное лечение раны проводили растворами антисептиков (3% раствор перекиси водорода, 0,5% раствор калия перманганата, фурацилин, 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 (лево-меколь), дающий высокий дегидратирующий и saniрующий эффект. 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 ГФ. 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 умерли 4 (24%), у которых летальный исход был обусловлен поздней госпитализацией и запоздалой операцией. У всех умерших имелась распространенная форма ГФ, 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 у 1, прогрессирующий эндотоксикоз у 2 и тромбоэмболия легочной артерии 1 больного.

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.

Литература:

1. Алиев С.А., Рафиев С.Ф., Рафиев Ф.С., Алиев Э.С. Болезнь Фурнье в практике хирурга. Хирургия 2008; 11: 58-63.
2. Гринев К.М., Гринев М.В. Гангрена Фурнье. Вестн хир 2008; 1:113-116.
3. Гринев М.В., Корольков А.Ю., Гринев К.М., Бейбалаев К.З. Некротизирующий фасциит - клиническая модель раздела здравоохранения: медицины критических состояний. Вестн хир 2013; 2: 32-38.
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. Чиников М.А., Ткаченко Ю.Н., Багдасарян А.Г., Добровольский С.Р. Успешное лечение больного с флегмоной Фурнье. Хирургия 2007; 11: 53-54.
8. Gurdal M., Yucebas E., Tekin A. et al. Predisposing factors and treatment outcome in Fournier's gan-

grene. Analysis of 28 cases. Urol Int 2003; 70: 4: 286-290.

9. 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.

10. Neary E.A. Case of Fournier's Gangrene. TSMJ 2004; 6: 68-73.

11. Tuncel A., Aydin O., Tekdogan U. et al. Fournier's gangrene: Three Years of Experience with 20 patients and Valid Fournier's Gangrene Severity Index Score. European Urology 2006; 50: 4: 838-843.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГАНГРЕНОЙ ФУРЬЕ

З.И. МУРТАЗАЕВ, М.И. РУСТАМОВ,
У.А. ШЕРБЕКОВ, З.Я. САЙДУЛЛАЕВ,
Л.Т. РАХМАТОВА

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

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, детоксикационная терапия.