

**БОЛЕЗНЬ ФУРНЬЕ - КАК ОДНА ИЗ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ИНФЕКЦИИ
В ПРАКТИКЕ ХИРУРГА**

Колбай уулу Э., М.К. Жаманкулова

Кыргызская государственная медицинская академии им. И.К. Ахунбаева
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В статье даны результаты лечения 4 больных с болезнью Фурнье. Это заболевание, при котором сохраняется высокий уровень летальности. Все больные были мужского пола, все они оперированы в экстренном порядке после предоперационной подготовки и стабилизации состояния. Двое больных поступили в состоянии инфекционно-токсического шока. Умер один больной. Основным методом лечения болезни Фурнье остается хирургический метод.

Ключевые слова: Болезнь Фурнье, гнойно-септическое заболевание, инфекционно – токсический шок, некротизирующий фасциит, хирургическое лечение.

**ФУРНЬЕ ДАРТЫ – ХИРУРГДУН ИШ ТАЙЖРЫЙБАСЫНДАГЫ
ЭҢ ООР ИНФЕКЦИЯЛАРДЫН БИРИ**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы
Колбай уулу Э., М.К. Жаманкулова

Корутунду: Макалада Фурнье дартына чалдыккан 4 бейтаптын дарылоо жыйынтыгы берилди. Бул дарттын кесепетинен өлүм деңгээли жогору сакталууда. Бейтаптардын баары эркектер болгон жана шашылыш түрдө операцияга алынган. Операцияга чейин бейтаптардын оор абалын турукташтыруучу даярдыктар өткөзүлгөн. Эки бейтап инфекциондук-токсикалык шок абалында бейтапканага түшкөн. Бир бейтап өлдү. Хирургиялык операция – Фурнье дартын дарылоодогу негизги ыкма.

Негизги сөздөр: Фурнье дарты, ириң-септикалык дарт, инфекциондук-токсикалык шок, некротизация фасциит, хирургиялык дарылоо.

**DISEASE FOURNIER AS ONE OF THE SEVERE FORMS OF INFECTIONS
IN SURGERY PRACTICE**

Kolbai uulu E., M.K. Zhamankulova

Kyrgyz State Medical Academy named after I. K. Akhunbaev,
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: The article presents the results of treatment of 4 patients with Fournier's disease. This is a disease with a high level of mortality. All patients were male; all of them were operated on emergency basis after the preoperative preparation and stabilization. Two patients enrolled in the state of infectious - toxic shock. One patient died. The main method of treatment of the disease Fournier is a surgical method.

Keywords: Fournier's disease, septic disease, infectious - toxic shock syndrome, necrotizing fasciitis, surgical treatment.

Введение

В последнее время отмечается рост обращений в хирургические стационары с редкими гнойно-воспалительными заболеваниями. Одним из них является гангрена Фурнье, которое впервые описал Жан Альфред Фурнье 1883 году. Это заболевание представляет собой разновидность некротизирующего фасциита, спровоцированного проктологическими, урологическими, дерматовенерологическими воспалительными заболеваниями.

В настоящее время под гангреной Фурнье подразумевается острая некротизирующая ин-

фекция, поражающая подкожную жировую клетчатку наружных половых органов и перианальной области, распространяющуюся на переднюю брюшную стенку.

Точных данных о распространенности гангрены Фурнье нет, однако можно утверждать о том, что это заболевание чаще поражает мужчин, но в литературе также описаны случаи поражения женщин.

Этиология заболевания изучена недостаточно. Большинство авторов считают, что причиной развития гангрены Фурье служит инфекция, проникающая экзогенным путем в случае повреждения защитного барьера при заболеваниях

урогенитального тракта, колоректальной зоны, кожи наружных половых органов и промежности [1, 2, 3]. Часто у больных имеются факторы для развития гангрены Фурнье: сахарный диабет, хронический алкоголизм или состояние иммуносупрессии в случае применения кортикостероидов и химиотерапии у онкобольных [4, 5].

Диагностика и лечение гангрены Фурнье нередко затруднены из-за агрессивного и быстрого течения заболевания, низкой частоты встречаемости и неосведомленностью врачей о данной патологии. Летальность высокая - от 31 до 50%, в зависимости от площади поражения, при поражении тканей мошонки и полового члена - до 80% [6, 7].

Хотя, гангрена Фурнье описана ещё в XIX веке, это заболевание недостаточно изучено. В связи с учащением случаев гангрены Фурнье в хирургических стационарах возникла необходимость изучения данной патологии, что явилось причиной нашего исследования.

Цель работы – улучшить результаты лечения больных с гангреной Фурнье.

Материалы и методы

С 2013 по 2015 год в хирургических отделениях ГКБ №1 на стационарном лечении находились 4 больных, поступивших по экстренной хирургической службе. Все больные были мужского пола. Возраст их колебался от 42 до 56 лет. Давность заболевания до обращения в клинику варьировал от 4 до 16 суток.

У одного больного гангрена Фурнье развилась после вскрытия острого парапроктита в районной больнице, после развития осложнений больной переведен в Городскую клиническую больницу №1, это еще раз подтверждает о неосведомленности врачей о гангрене Фурнье. При обследовании больного выявлен сахарный диабет 2 типа, что является фактором риска развития данного заболевания. У остальных 3 больных связать возникновение заболевания с чем-либо не удалось, однако все они утверждали о появлении болезненности в перианальной области в начале заболевания. Исходя из этого, можно предположить, что гангрена Фурнье была осложнением острого парапроктита.

Всем больным при поступлении проведены общеклинические обследования (общий анализ крови и мочи, сахар крови, рентген ОГК, УЗИ внутренних органов).

Результаты и их обсуждение

Все больные при поступлении жаловались на интенсивные боли в области промежности, изменение цвета кожи мошонки, повышение температуры тела до 39°C.

При поступлении состояние всех 4 больных оценивалось как тяжелое, у 2 из них были признаки инфекционно-токсического шока тяжелой степени. Тяжесть состояния была обусловлена длительным токсикозом организма.

При обследовании больных были выявлены факторы риска – у одного имелся сахарный диабет, у одного – наркозависимость.

Уровень лейкоцитов в крови варьировал от 12,4 до 16,1x10⁹/л. У всех больных наблюдался нейтрофильный сдвиг лейкоформулы влево от 17% до 39%, в среднем 24,5%.

В связи с тяжелым состоянием больных, тяжелой интоксикацией всем больным до операции проведена предоперационная подготовка. Больным вливали кристаллоидные и коллоидные растворы, проводилась гемотранфузионная терапия – свежезамороженная плазма, симптоматическая терапия, общий объем вливаемой жидкости доходил до 3,0 литров. После стабилизации состояния и гемодинамических показателей больных брали на операцию. Все больные оперированы в течение 2 часов от момента поступления, им проведено вскрытие гнойников с расширенной некрэктомией, под внутривенным наркозом. Во всех случаях, при вскрытии гнойников выделялось гнойное отделяемое со зловонным запахом, мышцы приобретали цвет «вареного мяса», при иссечении практически не кровоточили, поверхность и полость гнойника обрабатывали антисептическими растворами, двоим больным кроме обработки кислородосодержащими препаратами, проводили обработку 0,02 % раствором декаметоксина.

Антибактериальную терапию начинали уже до оперативного вмешательства. Всем больным назначена схема антибактериальной терапии цефтриаксон 1,0 внутримышечно 2 раза в сутки, метрид 100,0 внутривенно капельно 2 раза в сутки, такая схема антибиотиков была достаточно эффективной и больные не нуждались в смене антибактериальной терапии.

Местное лечение всех пациентов включало перевязки, обработка растворами перекиси водорода 3%, ванночки в растворе перманганата калия, двоим больным проводили обработку раневой поверхности 0,02% декаметоксином. Необходимость повторных некрэктомий возникла у одного пациента, которое проводилось на 5-е сутки после операции из-за распространения гнойного процесса на медиальную поверхность бедра.

При посеве отделяемого из ран рост микрофлоры получен у 3 больных - у 1 больного выявлен *Streptococcus species*, у 1 - *Streptococcus viridians*, у 1 - *Proteus Reflgeri*.

После стабилизации состояния и наступления фазы грануляции одному больному на 41-е сутки после операции произведена реконструкция мошонки местными тканями. Двое больных еще не явились на повторный осмотр и пластику мошонки.

Умер один из 4 больных, что составило 25% летальности. Больной умер на 7-е сутки после операции, поступивший в стационар на 5-е сутки после начала заболевания в тяжелом состоянии с явлениями выраженной интоксикации и полиорганной недостаточности. Продолжительность стационарного лечения остальных 3 больных в среднем составила 14,7 койко-дня (от 12 до 18 суток).

В литературе уже имеются наблюдения с успешным лечением данной патологии, мы же приводим наблюдение больного с летальным исходом.

Больной Л., 51 года, госпитализирован в хирургическое отделение 14.09.15 с жалобами на боль в области мошонки, и заднего прохода, повышение температуры тела. Болел в течение 5 суток, перенаправлен в городскую клинику из районной больницы. Состояние больного тяжелое, температура тела 38°C, пульс 106 в 1 мин, АД 90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, участвует в дыхании, перитонеальных симптомов нет, физиологические отправления не нарушены. Ректальное исследование: на 3 см выше заднего прохода по передней стенке пальпируется инфильтрат, уходящий вверх, верхняя граница инфильтрата недостижима. Мошонка отечна, кожа ее гиперемирована, местами темно багрового цвета, особенно слева, при пальпации болезненна, отмечены крепитация, флюктуация. Лабораторно в общем анализе крови – лейкоцитоз $17,7 \times 10^9/\text{л}$, сахар крови – ммоль/л. Диагноз: Болезнь Фурнье; острый параректальный парапроктит. Сахрный диабет 2 типа. Больной опе-

рирован в неотложном порядке, под внутривенным наркозом произведено вскрытие гнойника, эвакуировано около 70 мл жидкого, зловонного гноя с гнилостным запахом, при дальнейшей ревизии затеки не обнаружены, мягкие ткани пропитаны гноем. Полость промыта 3% раствором перекиси водорода, 0,02 % раствором декаметоксина, дренирована резиновыми трубками. На фоне продолжающейся дезинтоксикационной терапии, применения антибиотиков широкого спектра действия и местного лечения состояние больного продолжало ухудшаться. Возник обширный некроз мягких тканей мошоночно-промежностно-ягодичной области с переходом на половой член и медиальную поверхность бедра. 17.09.15 под внутривенным наркозом произведена неотложная операция: ревизия гнойной полости мошоночно-промежностно-ректально-ягодичной области, обширная некрэктомия в пределах визуально неизмененных тканей, вскрытие флегмоны бедра, дренирование пельвиоректального гнойника. После операции во время перевязок производили этапную некрэктомию. Проводили перевязки с растворами перекиси водорода, декаметоксина, мазью левомеколь.

Наряду с местным лечением, больному активно проводилась дезинтоксикационная, антибактериальная терапия, гемотрансфузионная терапия, вливали белковые препараты. Несмотря на все проводимые мероприятия по излечению от болезни Фурнье, больной умер на 7-е сутки после первой операции.

Выводы:

По нашим наблюдениям можно сделать вывод, что болезнь Фурнье до настоящего времени остается серьезным гнойно-септическим заболеванием, которое в нашей республике поздно диагностируется и больные поступают уже при развитии инфекционно-токсического шока. Позднее обращение обусловлено неосведомленностью врачей об этой патологии, а также самих больных. Это заболевание, при котором сохраняется высокий уровень летальности. В статье мы осветили основные аспекты этиологии, клинических проявлений и лечения болезни Фурнье, а также показали собственные результаты лечения данного заболевания. Необходимо помнить, что основным методом лечения болезни Фурнье остается хирургический, поэтому, чем раньше выполнена операция, тем больше шансов спасти больного.

Литература:

1. *Diego Rodrigues E., Correias Gomez M.A., Martin Garcia B. et al. Fournier's gangrene after vasectomy // Arch. Esp. Urol. - 2000. - Apr.; 53 (3). - P. 275-278.*
2. *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). - P. 286-290.*
3. *Mejean A., Codet Y.P., Vogt B. et al. Fournier's gangrene involving all of the scrotum: treatment by multiple repeated surgical excisions, diversion colostomy, triple antibiotic therapy and postoperative intensive care // Prog. Urol. - 1999. - Sep.; 9 (4). - P. 721-726.*
4. *Kohagura K., Sesoko S., Tozawa M. et al. A female case of Fournier's gangrene in a patient with lupus nephritis // Nippon Jinzo Gakkai Shi. - 1998. - Jul; 40(5). - P. 354-358.*
5. *Tahmaz L., Erdemir F., Kibar Y. et al. Fournier's gangrene: report of thirty-three cases and a review of the literature // Int. J. Urol. - 2006. - 13 (7). - P. 960-967.*
6. *Гангрена Фурн'є: наш досвід лікування / О. О. Строй, В. В. Дмитрієнко, А. М. Мицик [та ін.] // Урологія. - 2004. - Т. 8, №3. - С. 79-82.*
7. *Yaghan R. J. Fournier's gangrene: changing fase of the disease / R. J. Yaghan, T. M. Al-Jaberi, I. Bani-Hani // Dis. Colon Rectum. - 2000. - Vol. 43, N9. - P. 130.*