

**БОЛЕЗНЬ ФУРНЬЕ, СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ**

**Алиев М.Ж., Эсенбаев Ж.Ж., Вагнер Н.А., Шерматов М.Б., Мамыров М.Ж.**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Кафедра хирургии общей практики с курсом комбустиологии

Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** Представлены результаты лечения молниеносной гангрены мошонки (болезнь Фурнье) выявленной у 6 больных в возрасте от 53 до 61 лет. Из них ограниченная форма заболевания была у 4 больной, распространенная форма у 2. Развитию болезни предшествовали мелкие травмы, ссадины кожных покров, инфицированные возбудителями болезни стрептококки и неклостридиальная анаэробная инфекция. Активная тактика в лечении болезни Фурнье включала раннюю некрэктомию, систему местного лечения с обильным орошением ран озонированным раствором с концентрацией озона 8-10 мкг/мл или 3% раствором перекисью водорода с наложением повязок с 0,02% декаметоксина – до полного очищения ран, коррекцию нарушения водно-электролитного баланса, позволяют улучшить результаты лечения. Проведен анализ тяжести состояния больных и результатов лечения.

**Ключевые слова:** Болезнь Фурнье, лечение, пластика, декаметоксин, тазиллин.

**ХИРУРГИЯЛЫК ТАЖРЫЙБАДА КЕЗДЕШКЕН ФУРНЬЕ ДАРТЫ**

**Алиев М.Ж., Эсенбаев Ж.Ж., Вагнер Н.А., Шерматов М.Б., Мамыров М.Ж.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз малекеттик медициналык академиясы

Комбустиология курсу боюнча жалпы практикалык хирургия кафедрасы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Фурнье дартын хирургиялык жол менен дарылоодогу жыйынтыктары жана аны менен сыркоологон 6 бейтаптын 53-61 жаштагы курактары көрсөтүлдү. Фурнье дартынын чектелген түрү менен 4 бейтапта, алэми кеңири таркаган түрү менен 2 бейтапта кездешти. Дарттын пайда болуусуна көбүнчө кичинекей травмадан кийинки жаракаттары жана теринин жабыркалануусу орун алды. Дартты чакыруучу стрептококктор жана клостриадальдык эмес микробдор болуп саналат. 6 бейтаптын ичинен бир бейтап набыт болду. Фурнье дарты өзүнө кечендебеген активдуу некрэктомияны, организмге эн керектүү аралашмаларды куюу жана жараны озон аралашмасынын 8-10 мкг/мл эритмеси менен жана декаметоксин 0,02% антисептикалык аралашмасы менен жаратты таза болгуча жууп-тазалоону талап кылат. Бейтаптардын акыбалы жана дарылоонун жыйынтыктары боюнча анализдери аныкталган.

**Негизги сөздөр:** Фурнье дарты, пластика, дарылоо, тазиллин, декаметоксин.

**FOURNIER'S DISEASE, CASES OF PRACTICE**

**Aliev M.J., Esenbaev J.J., Vagner N. A.,Shermatov M.B., Mamurov M.J.**

I.K.Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Department of general Surgery with the course of kombustiology

Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Resume.** There are given the results of treatment of lightning gangrene of scrotum (illness, Fournier) identified in 6 patients aged 53 to 61 years. Of these, a limited form of the disease was in 4 patients, a common form of the disease in 2 patients. The disease development was preceded by minor injuries, scrapes the skin, infected with disease pathogens Streptococcus and non clostridial anaerobic infection. Active management of the treatment of the disease Fournier includes early necroectomy, a system of local treatment with copious irrigation of wounds ozonized solution with ozone concentration of 8-10 mcg / mL or 3% solution of hydrogen peroxide with the imposition of bandages with 0.02% decametoxine to complete cleansing of wounds correction of violations of water electrolyte balance, can improve treatment outcomes. The analysis of the severity of the condition and the results of patients treatment was carried out.

**Key words:** Fournier's disease, treatment, plastic, decametoxine, tazillin.

**Введение.**

Профилактика и лечение гнойной инфекции является одной из сложных и актуальных проблем современной хирургии [1,2]. Часть больных с гнойно-воспалительными процессами мягких тканей – это пациенты с редкими гнойными заболеваниями, отличающимися особой клинической картиной и неэффективностью лечения обычными способами. Одним из них является болезнь Фурнье, смертность от которой колеблется от 30% до 80% по данным различных авторов [5,6,7].

До сих пор не решены вопросы раннего пластического закрытия обширных послеоперационных дефектов мягких тканей промежности с обнажением яичек, кавернозных тел, после разрешения гнойно-некротического процесса, что имеет важное значение как в косметическом, так и функционально-биологическом аспектах [4,8,10].

Проблематичность пластики мошонки местными тканями как наиболее приемлемого варианта

операции, во многом связана с неунифицированностью оперативного вмешательства при болезни Фурнье. Применяемые широкие разрезы нарушают и без того плохое кровоснабжение мошонки, способствуя тем самым увеличению объема некроза кожных лоскутов. Поэтому некоторые авторы не исключают возможность окончательного помещения обнаженных яичек под кожу бедер, другие предлагают для пластики мошонки применять свободную кожную пластику, как более простую по технике, но не всегда дающую удовлетворительные косметический и функциональный результаты [6,8,11].

Изложенные выше свидетельствуют об актуальности проблемы и целесообразности дальнейших исследований по оптимизации хирургического вмешательства в комплексном лечении этого заболевания. Это связано как с высокой частотой заболеваемости, так и с существенными материальными затратами, что переводит эту проблему из разряда медицинской в социально-экономическую, т.е. государственную проблему [7,10,12].

Одним из них является болезнь Фурнье (Б.Ф.), впервые описанная в 1883 году Жаном Альфредом Фурнье. Основными признаками этого заболевания он считал неожиданную манифестацию болезни у здоровых людей без определенной причины и быстрое развитие гангрены наружных половых органов.

В настоящее время под БФ подразумевают некроз кожи и подкожной клетчатки промежности, передней брюшной стенки при условии первичного поражения наружных половых органов. Этим заболеванием чаще страдают мужчины, однако иногда оно развивается и у женщин [4,7,9,13]. Клинически заболевание проявляется симптомами выраженной интоксикации с наличием участка некроза кожи мошонки или промежности. По литературным данным к 1937 году были описаны 149 больных БФ, к настоящему времени — более 600 больных.

Этиология заболевания изучена недостаточно. Большинство авторов считает, что причиной развития БФ служит инфекция, проникающая экзогенным путем в случае повреждения защитного барьера при заболеваниях урогенитального тракта, колоректальной зоны, кожи наружных половых органов и промежности [5,6,7]. Высоковирулентная инфекция оказывает токсическое действие и вызывает тромбофлебит, отек, а затем сдавление и тромбоз сосудов артериальной сети. В результате нарушения микроциркуляции происходит активизация факультативной и условно-патогенной микрофлоры с последующим гнойным расплавлением жировой клетчатки, что усугубляет ишемию и способствует развитию некроза кожи мошонки или промежности [6,7,8,9].

Особенности заболевания заключается в том, что зона некроза подкожной жировой клетчатки и фасции значительно больше области некроза кожи и при обширном некрозе кожи мошонки и полового члена яички интактны в силу кровоснабжения из других источников и воспалительный процесс редко проникает глубже поверхностной фасции [2,8]. При остром парапроктите БФ развивается в 0,12% случаев. Встречаются сообщения о развитии БФ после хирургических вмешательств или инвазивных манипуляций - аппендэктомии, геморроидэктомии, релапаротомии, пункционной биопсии простаты [9,11,14]. Часто благоприятным фоном для развития БФ являются сахарный диабет, хронический алкоголизм, а также в случае длительного применения кортикостероидов [10,11,13]. При посеве отделяемого из ран выявляют различные ассоциации аэробных и анаэробных микроорганизмов. Все исследователи утверждают, что лечение БФ должно включать интенсивную терапию (пред- и послеоперационную) и оперативные вмешательства [5,7,12,14].

Тем не менее лечение подобных больных трудное и не всегда приводит к успеху, о чем свидетельствует летальность, которая по данным отечественных и зарубежных хирургов варьирует от 30 до 80% [6,7,13,14].

### **Цель исследования.**

Представить результаты комплексного лечения больных с болезнью Фурнье.

### **Материалы и методы.**

С 2011 по 2015 год наблюдали 6 больных с

болезнью Фурнье, все мужчины в возрасте от 53-61 лет. Поступали в экстренном порядке и чаще на 5-7 сутки от начала заболевания. В обследовании больных помимо общеклинических показателей использовали бактериологическое исследование крови и очага поражения, печеночные и почечные тесты по общепринятым методам.

### **Результаты и обсуждение.**

В наших наблюдениях частота БФ среди всех гнойно-воспалительных заболеваний кожи и подкожной клетчатки составила 0,06%. Больные поступали с жалобами на наличие болезненного уплотнения в области промежности или внизу живота, повышение температуры тела до 38,2 - 39,1С°. При поступлении состояние двух больных оценивали как тяжелое, 4 - средней тяжести. Тяжесть состояния была обусловлена длительностью заболевания до поступления в стационар и синдромом интоксикации. Температура тела при поступлении и за время пребывания в стационаре была субфебрильной у всех пациентов. Вследствие тяжелого состояния и выраженной интоксикации у 3 больных возникла необходимость в предоперационной подготовке, которая заключалась в инфузии кристаллоидов, стимуляции диуреза при олигурии, введении антибиотиков широкого спектра действия.

Средний объем инфузии составил от 1,5 до 3,3 л в сутки. После определения характера болезни все больные оперированы под внутривенным наркозом. Выполняли иссечение всех некротизированных тканей и тканей с сомнительной жизнеспособностью до глубокой фасции с обильным орошением ран озонированным раствором с концентрацией 8-10 мкг/мл или 3% раствором перекисью водорода с наложением повязок 0,02% раствором декаметоксина - до полного очищения ран.

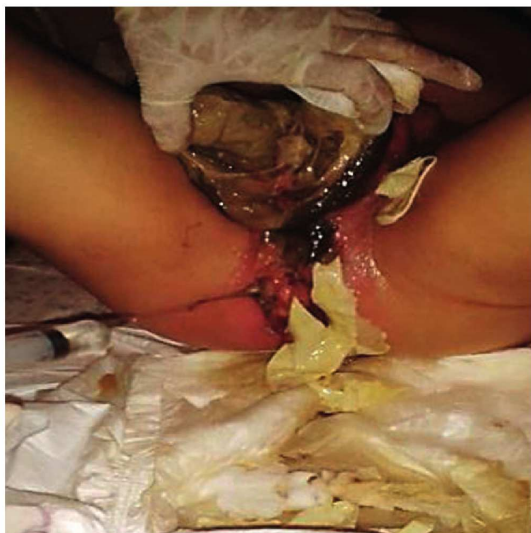
Всем больным с учетом бактериологического исследования отделяемого из ран вводили антибиотики широкого спектра действия. У 3 больных возникла необходимость в смене антибиотика, которые вводили парентерально по следующей схеме: цефтриаксон + метронидазол; тазиллин 4,5 г. с коротким курсом (3-4 дня). После улучшения состояния и наступления фазы грануляции одному больному на 21-е сутки выполнена пластика дефекта кожи мошонки перемещенным кожным лоскутом и реконструкция мошонки местными тканями.

Из 6 больных умер 1 на 15-е сутки после операции, который поступил в стационар на 5-е сутки, после начала заболевания, в тяжелом состоянии с явлениями выраженной полиорганной недостаточности.

### **Приводим клиническое наблюдение:**

Больной Г.-в. 55 лет, поступил в ГКБ № 1 г. Бишкек 18.09.15 г. с жалобами на сильные боли в области мошонки и промежности, отеки, красноту, повышение температуры тела до 39С, выраженную слабость, отсутствие аппетита, на 5-е сутки от начала заболевания. В день поступления после короткой предоперационной подготовки оперирован в срочном порядке. Операция закончена широким вскрытием гнойных очагов и некрэктомией. Назначено антибиотикотерапия, инфузионная терапия и местное лечение, которое включало озонированный раствор с концентрацией 8-10 мкг/мл или 3% раствор перекиси





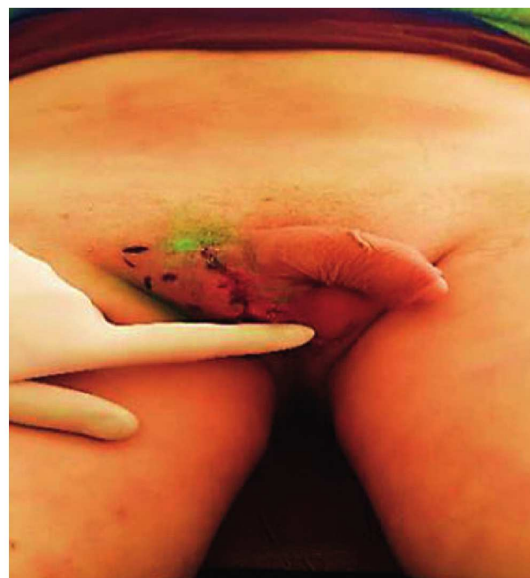
А. Вскрытие гнойных очагов



Б. Лечение на 5-7 сутки



В. На 9-10 сутки лечения



Г. После пластики дефекта кожи

Рис 1.

водорода и антисептик «Декаметоксин 0,02%», которым трижды в день орошали раны до полного очищения раны, санировали гнойные очаги, накладывали мазевую повязку с левомеколем и йодоформом.

На 5-7 сутки раны очистились, появилась грануляционная ткань, состояние больного стабилизировалось, симптомы интоксикации прошли.

На 9-10 сутки состояние больного удовлетворительное, антибиотикотерапия и инфузия отменены. В удовлетворительном состоянии выписана на 11-е сутки для продолжения лечения в условиях поликлиники, через 20 дней произведена пластика дефекта кожи мошонки перемещенным кожным лоскутом и вокруг лоскута в пределах здоровой кожи произведены насечки для того, чтобы не возникло натяжение. Этапы лечения больного даны на рисунке 1 (А, Б, В, Г. фотоснимок этапов операции больного Г-ва).

БФ до настоящего времени остается серьезным гнойно-септическим заболеванием, при котором

сохраняется высокий уровень летальности. В статье мы осветили основные аспекты этиологии, клинических проявлений и лечения БФ, а также показали собственные результаты лечения данного заболевания с использованием современных антибиотиков и антисептик декаметоксин. Основным методом лечения БФ остается хирургический, поэтому чем раньше выполнена операция, тем больше шансов спасти больного. Среднее пребывание в стационаре составило от 14 до 33 койко-дней.

Таким образом, использование оперативного метода в комплексе с общими и местными лечениями, направленными на предотвращение распространения инфекции и пластику дефекта кожи удалось добиться выздоровлением у 5 из 6 поступивших с болезнью Фурнье.

**Литература:**

1. Батян, Н.П. Гангрена и флегмоны наружных половых органов в жарком климате [Текст] / Н.П. Батян, Л.Е. Котович // *Здравоохранение Белоруссии.* — 1970. — № 9. — С. 64—66.

2. Биспен, А.В. Болезнь Фурнье и туберкулез половых органов [Текст] / А.В. Биспен, О.Н. Зубань, Р.К. Ягафарова // Проблема туберкулеза. — 1999. — № 6. — С. 57—58.
3. Гангрена Фурнье как частный случай некротизирующего фасциита [Текст] / А.И. Черепанин, К.В. Светлов, А.М. Веремеенко, Е.В. Бармин [Текст] / *Анналы РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского* // Ежегодное научное издание. Выпуск 15. М 2007. — С. 114—117.
4. Датуашвили, Т.Д. Терапия больных молниеносной гангреной мошонки и ее осложнений [Текст] / Т.Д. Датуашвили, А.Я. Пилипенко // *Урология и нефрология*. — 1988. — № 5. — С. 21—26.
5. Ибатуллин, И.А. О патогенезе фасциальной гангрены [Текст] / И.А. Ибатуллин, А.И. Гетта, С.А. Тарабарин // *Вестник Хирургии*. — 1980. — № 3. — С. 45—46.
6. Измайлов, Г.А. Болезнь Фурнье [Текст] / Г.А. Измайлов, С.Г. Измайлов // *Вестник хирургии*. — 1997. — Т. 156. № 6. — С. 70—73.
7. Использование пахового стебля для восстановления покровов полового члена после гангрены Фурнье [Текст] / С.Х. Кичемасов, В.П. Александров, А.Ю. Липкин // *Урология и нефрология*. — 1990. — № 4. — С. 66—68.
8. Кузовлев, С.П. Болезнь Фурнье у больного, подвергшегося релапаротомии по поводу послеоперационного перитонита [Текст] / С.П. Кузовлев // *Хирургия*. — 1990. — № 7. — С. 145—147.
9. Левкин, В.Я. Спонтанная гангрена мошонки [Текст] / В.Я. Левкин, Э.Ф. Самарец, Р.Г. Сакс, В.Н. Четверикова // *Хирургия*. — 1984. — № 4. — С. 108—111.
10. Некротизирующий фасцит: патофизиологические и клинические аспекты проблемы [Текст] / М.В. Гринев, О.А. Бутько, К.М. Гринев, О.В. Бабков // *Материалы XXV научно-практической конференции хирургов Республики Карелия, Петрозаводск 2005*. — С. 15—17.
11. Сахаутдинов, В.Г. Болезнь Фурнье [Текст] / В.Г. Сахаутдинов // *Хирургия* 1989. — С. 122 - 127.
12. Тулегенов, А.К. Болезнь Фурнье [Текст] / А.К. Тулегенов, С.В. Хан // *Здравоохранение Казахстана*. — 1969. — № 8. — С. 63.
13. Cameron, J.L. *Current Surgical Therapy*. 8th ed. Philadelphia: Elsevier Mosby 2004. — P. 1079—1085.
14. Faber, H.J. Daenen S. Fournier's gangrene as first presentation of promyelocytic leukemia [Text] / H.J. Faber, A.R. Girbes // *Leuk Res* 1998. — vol.22, #5. P. - 473—476.