

З ДОСВІДУ РОБОТИ

УДК 617.58.-002.36:572.84]-053.9-092

DOI

© М. М. СТЕЦЬ¹, В. Р. АНТОНІВ¹, С. Л. КІНЗЕР², О. М. АВТОМЄЄНКО², М. С. КРИВОПУСТОВ¹, О. М. КУЛАК²Національний медичний університет імені О. О. Богомольця¹
Київська міська клінічна лікарня № 3²**Гангрена Фурньє – сучасний погляд на діагностику та лікування в умовах сьогодення**M. M. STETS¹, V. R. ANTONIV¹, S. L. KINZER², O. M. AVTOMYEYENKO², M. S. KRYVOPUSTOV¹, O. M. KULAK²National Medical University by O. O. Bohomolets¹
Kyiv City Clinical Hospital № 3²**FOURNIER GANGRENE – MODERN LOOK FOR DIAGNOSIS AND TREATMENT UNDER THE PRESENT**

У статті розкрито етіологію та патогенез даної нозології. На прикладі пролікованих 43 хворих особливу увагу приділено шляхам поліпшення діагностики та лікування гангрені Фурньє, що в собі включає як адекватну хірургічну обробку гнійно-некротичного вогнища, так і максималізм лікування в умовах відділення інтенсивної терапії. Відсоток летальності становив 20,6 %.

The article adduces the etiology and pathogenesis of this nosology. For example, in treated 43 patients, special attention is paid to ways of improving the diagnosis and treatment of Fournier gangrene which in itself includes how adequate surgical treatment of purulent necrotic foci and maximalism treatment in intensive care. The percentage mortality was 20.6 %.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Гангрена Фурньє – гостра некротизуюча інфекція, що уражає жирову підшкірну клітковину зовнішніх статевих органів та періанальної ділянки чоловіків та характеризується гострим некрозом статевого члена та калитки. Вперше швидкопрогресуючу гангрену м'яких тканин чоловічих геніталій описав Bauriennep у 1764 р. Але свою назву вона отримала від паризького венеролога J. A. Fournier'a, який описав в одній із своїх робіт випадок гангрені у молодого здорового чоловіка у 1883 р.

Гангрена Фурньє не має сезонних коливань та ендемічних регіонів, але дещо частіше зустрічається в Африці [1]. Головними чинниками інфекції найчастіше можуть бути:

- захворювання аноректальної ділянки – парапроктит, крипти;
- рак прямої кишки;
- урогенітальний тракт – інфекція бульбоуретральних залоз, ушкодження уретри, інфекція на тлі постійного сечового катетера;
- СНІД, гострий лейкоз, колагенози.

Окрім цього, для виникнення даного захворювання сприятливими факторами є цукровий діабет, ожиріння, рак прямої кишки, стан після хіміотерапії, наркоманія, тривалий прийом глю-

кортикоїдів [2]. Визначальну роль у розвитку та лікуванні даного захворювання відіграють анатомо-морфологічні особливості пацієнтів та пізні звернення за медичною допомогою і, як правило, тяжка супутня патологія [3, 4, 7]. Летальність при гангрені Фурньє складає 30–40 %, а при втягненні в патологічний процес яєчок досягає 60–90 % [5, 6, 8].

Мета роботи: поліпшити результати лікування у хворих на гангрену Фурньє.

Матеріали і методи. Протягом 2005–2015 років у клініці проліковано 34 хворих на гангрену Фурньє. Усі пацієнти – чоловіки віком від 26 до 70 років. У 3 хворих віком від 32 до 38 років ретроспективно причиною захворювання було запалення бульбоуретральних залоз, оскільки процес починався з появи болючого утворення в ділянці кореня статевого члена, після чого процес швидко поширювався на калитку у вигляді вираженого набряку, болювого синдрому та появи гіперемії шкіри. У 5 хворих захворювання виникло без явних на те причин та тяжкої супутньої патології, яка могла б бути тлом для його розвитку. В 4 хворих, які страждали від ін'єкційної наркоманії, причиною стали ін'єкції наркотичних засобів. Решта пацієнтів була з тяжкою супутньою патологі-

сю: із них 5 – на рак прямої кишки, 1 – на системний червоний вовчак, 16 – на цукровий діабет, 6 з яких страждали від ожиріння з індексом маси тіла більше 32 кг/м².

Усім хворим при госпіталізації виконували загальноклінічні дослідження, рентген легень, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини. Операційне лікування виконували в перші дві години з моменту вступу в стаціонар, після короточасної передопераційної підготовки, яку проводили в умовах відділення інтенсивної терапії та реанімації. Під час втручання обов'язково брали біоматеріал з ранового вмісту на бактеріологічне дослідження. Операцію закінчували масивним промиванням ранової поверхні пероксидом водню та широким дрениванням рани. Після проведеного операційного втручання усіх хворих для подальшого лікування переводили в Український медичний центр інтенсивної терапії сепсису.

Результати досліджень та їх обговорення. Усіх хворих госпіталізовано в тяжкому стані. Характерною клінічною ознакою були загальмованість або збудження, некритичне ставлення до свого стану, при цьому больовий синдром був слабвираженим. Увагу звертав виражений набряк калитки, гіперемія шкіри з ділянками некрозу, а у 8 хворих останній займав усю поверхню калитки з поширенням на статевий член. При фізикальному обстеженні явища флуктуації були відсутні. Для усіх хворих характерними були виражені явища інтоксикації: тахікардія – до 140 уд. на хв, блідість шкірних покривів, гіпертермія – 39,0–40,0 °С. У біохімічному аналізі крові звертали на себе увагу підвищені показники білірубину до 38 ммоль/л за рахунок непрямого, сечовини – до 20,0 ммоль/л, креатиніну – до 0,214 ммоль/л. У загальному аналізі крові відмічався різкий паличкоядерний зсув вліво до 24 % з появою у деяких випадках анізоцитозу, токсичної зернистості та юних форм із лейкоцитозом до 20×10^9 /л. В загальному аналізі сечі відмічалася поява білка, в окремих хворих – гіалінових циліндрів та лейкоцитурія. У всіх хворих на цукровий діабет спостерігалася декомпенсація за кетоацидотичним типом з показниками глікемії до 30 ммоль/л, що потребувало негайної корекції інсулінотерапії – всіх хворих було переведено на простий інсулін.

Після проведення короточасної передопераційної підготовки в умовах відділення інтенсивної терапії та реанімації під ендотрахеальним наркозом виконували операційне лікування – хірургіч-

ну обробку гнояка. Головним критерієм операції було широке розкриття гнійно-некротичного вогнища з максимально можливим висіченням некротично змінених тканин, широким дренивання гнояка. Водночас, під час операції виконувався бакпосів. М'які тканини були сірого забарвлення, рановий вміст брудно-коричневого кольору, ранова поверхня, як правило, погано кровоточила, судини в рані були тромбовані, мав місце склоподібний набряк тканин, що свідчило про наявність анаеробної мікрофлори. Кров, що виділялася, була в невеликій кількості, темно-вишневого забарвлення. Ранову поверхню масивно промивали пероксидом водню, рихло тампонували з октинісептом. В подальшому хворим проводили етапні некретомії під загальним знеболюванням, при потребі з розкриттям гнійних заплівів. Ранові дефекти в подальшому закривали шляхом накладання вторинних швів та аутодермопластики за Тіршу. У двох хворих, в яких причиною виникнення гангрени Фурньє був рак прямої кишки, у зв'язку з поширенням процесу на яєчки виконано кастрацію, один із хворих помер. Окрім цього, померло ще двоє хворих, в анамнезі яких був цукровий діабет. В одного хворого, наркозалежного, виконано ампутацію статевого члена. Відсоток летальності становить 20,6 % (7 хворих).

У результаті бактеріологічного дослідження було виділено пептококи, пептострептококи, бактероїди, зокрема *Bacteroides fragilis* (72,3 %), а також *E. Coli*, *Proteus spp*, *Enterobacter ssp*.

Антибактеріальну терапію з моменту госпіталізації хворого в стаціонар призначали імперативно. Препаратами вибору були авелокс з орзолом у поєднанні. Після отримання результатів бакдослідження та антибіотикограми, антибактеріальну терапію призначали згідно з даними результатами.

Висновки. 1. Головним критерієм адекватності хірургічної обробки гнійно-некротичного вогнища є широке розкриття патологічного процесу з максимально можливим висічення некротичних тканин з урахуванням важливих анатомо-морфологічних утворень.

2. Дана категорія хворих вимагає максималізму лікування в умовах інтенсивної терапії. Успіх лікування полягає у термінах госпіталізації від початку захворювання.

3. Цукровий діабет та ожиріння, ліпідний дистрес-синдром обтяжують стан хворих і створюють матеріальні труднощі щодо лікування та терміну перебування їх на лікарняному ліжку.

З ДОСВІДУ РОБОТИ

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Vaz I. Fournier's gangrene / I. Vaz // Trop. Doct. – 2006. – Vol. 36. – P. 203–204.
2. Ефименко Н. А. Гангрена Фурнье / Н. А. Ефименко, В. В. Привольнев // Клиническая микробиологическая антимикробная химиотерапия. – 2008. – Т. 10, № 1.
3. Блискавична спонтанна гангрена калитки: досвід лікування / О.О. Строй, Ю. А. Мицик, Р. Я. Телефанко, О. В. Шуляк // Пол. урология. – 2008. – Т. 61, № 1. – С. 40–44.
4. Mouraviev V. B. Fournier's gangrene following penile self-injection with cocaint / V. B. Mouraviev, S. E. Pautier, W. P. Hauman // Scan. J. Urol. Nephrol. – 2002. – Vol. 36. – P. 317–318.
5. Fournier's gangrene after genital piercing / L. Ekelius, H. Bjorkman, M. Kalin, J. Fohlman // Scand. J. Infect. Dis. – 2004. – Vol. 36, № 8. – P. 610–612.
6. Quatan N. Improving outcomes in Fournier's gangrene / N. Quatan, R. Kirby // BJU Int. – 2004. – Vol. 93, № 6. – P. 691–692.
7. Heiner J. D. Fournier gangrene: rapid diagnosis with bedside ultrasonography / J. D. Heiner, K. Baldwin, B. Laselle // CJEM. – 2010. – Vol. 12, № 6. – P. 528–529.
8. Rada D. Fournier's gangrene / D. Rada, A. Flahault // Rev. Prat. – 2011. – Vol. 61, № 1. – P. 22.

Отримано 05.01.16