

Опыт лечения пациента с гангреной Фурнье, осложненной тяжелым сепсисом и септическим шоком

И. М. Батыршин, А. А. Шумейко, Г. Ш. Шанава, С. А. Шляпников, А. Е. Демко, И. В. Сорока,
Ю. С. Остроумова, Д. С. Склизков

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе»
192242, г. Санкт-Петербург, ул. Будапештская, д. 3, лит. А

Контактное лицо: Анна Анатольевна Шумейко, stolbova_aa@mail.ru

В статье приведен опыт успешного комплексного хирургического лечения пациента, перенесшего гангрену Фурнье (ГФ), осложнившуюся развитием тяжелого сепсиса и септического шока.

Ключевые слова: гангрена Фурнье, некротизирующий фасциит промежности и мошонки, анаэробная флегмона промежности и мошонки, хирургическое лечение, интенсивная терапия.

Для цитирования: Батыршин И. М., Шумейко А. А., Шанава Г. Ш., Шляпников С. А., Демко А. Е., Сорока И. В., Остроумова Ю. С., Склизков Д. С. Опыт лечения пациента с гангреной Фурнье, осложненной тяжелым сепсисом и септическим шоком. Раны и раневые инфекции. Журнал им. проф. Б. М. Костюченка. 2019; 6(2): 40–43.

DOI: 10.25199/2408-9613-2019-6-2-40-43.

Treating experience of Fournier's gangrene complicated by severe sepsis and septic shock

I. M. Batyrshin, A. A. Shumeiko, G. Sh. Shanava, S. A. Shlyapnikov, A. E. Demko, I. V. Soroka, Yu. S. Ostroumova, D. S. Sklizkov

GBI "I. I. Dzhanelidze St. Petersburg Institute of Emergency Care"

lit. A, 3 Budapest Str., St. Petersburg, 192242, Russia

The article presents the experience of successful complex surgical treatment of a patient who suffered Fournier's gangrene, complicated by the development of severe sepsis and septic shock.

Key words: Fournier's gangrene, necrotizing fasciitis of the perineum and scrotum, anaerobic phlegmon of the perineum and scrotum, surgical treatment, intensive care.

For citation: Batyrshin I. M., Shumeiko A. A., Shanava G. Sh., Shlyapnikov S. A., Demko A. E., Soroka I. V., Ostroumova Yu. S., Sklizkov D. S. Treating experience of Fournier's gangrene complicated by severe sepsis and septic shock. Wounds and Wound Infections. The Prof. B. M. Kostyuchenok Journal. 2019; 6 (2): 40–43.

Введение

Гангреной Фурнье (ГФ) называют частный случай некротизирующего фасциита наружных половых органов и промежности. Заболевание носит имя парижского венеролога Жана Альфреда Фурнье, который в 1883 г. описал «спонтанную молниеносную гангрену мошонки» как заболевание, поражающее молодых здоровых мужчин [1].

ГФ относится к редким заболеваниям, точные сведения об эпидемиологии и истинной частоте в литературе отсутствуют. Встречается у мужчин среднего и пожилого возраста с неблагоприятным коморбидным фоном (сахарный диабет, хронический алкоголизм, иммуносупрессивные состояния). Летальность составляет от 24,0 до 88,0 % в зависимости от объема поражения и сроков оперативного лечения [2, 3].

В большинстве случаев ГФ является не самостоятельным заболеванием, а осложнением заболеваний урогенитального тракта, аноректальной зоны или кожи. На долю идиопатической ГФ, о которой и пойдет речь ниже, приходится, по разным данным, от 5,0 до 20,0 % случаев [1, 4–6].

Этиология и патогенез заболевания изучены недостаточно. Предполагается, что основная причина возникновения и развития ГФ — это сочетание таких факторов, как микробная инвазия (в большинстве случаев неклостридиальная анаэробная инфекция), острое нарушение кровообращения в мягких тканях аногенитальной области и снижение иммунной реактивности организма [7–9].

Характерными особенностями ГФ являются: преимущественное поражение поверхностной фасции

наружных половых органов с быстрым распространением инфекции на переднюю брюшную стенку, бедра, промежность и ягодичную область; распространение некроза из глубины тканей наружу с последующим развитием некротического целлюлита и дерматита, в связи с чем обширность зоны гнойно-некротического поражения фасции не соответствует относительно ограниченному некрозу кожи; интактность яичек, что связано с автономностью их кровоснабжения, не зависящего от кровоснабжения мягких тканей; быстрое развитие тяжелого сепсиса вплоть до септического шока.

Лечение ГФ проводится по тем же принципам, что и лечение некротизирующего фасциита других локализаций: как можно более раннее хирургическое вмешательство с максимальным иссечением всех некротизированных тканей; антибактериальная терапия с использованием антибиотиков широкого спектра с учетом перекрытия анаэробной флоры; общие протоколы лечения тяжелого сепсиса. Ниже приводим клиническое наблюдение, иллюстрирующее применение данной стратегии в клинической практике.

Клиническое наблюдение

Пациент Ш., 27 лет, был госпитализирован в НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе 04.03.2017 с жалобами на тянущие боли в поясничной области и в области мошонки, лихорадку до 39 °С, озноб.

Из анамнеза известно, что в течение недели до госпитализации пациент получал симптоматическую терапию по поводу ОРЗ, лихорадка появилась за сутки до госпитализации.

На момент госпитализации клинически отмечали: субфебрилитет кожных покровов и склер, артериальную гипотензию (80/40 мм рт. ст.), анурию, повышение температуры тела до 38,5 °С.

Местный статус при поступлении

Расширение подкожных вен мошонки, яички и придатки пальпаторно не увеличены, безболезненны.

Результаты обследования

По лабораторным данным лейкоцитоз и анемия отсутствуют, отмечается лимфопения до $0,24 \times 10^9/\text{л}$ и тромбоцитопения $79 \times 10^9/\text{л}$; в биохимическом анализе крови — умеренное повышение уровня трансаминаз, билирубина, креатинина, мочевины. В общем анализе мочи выявлена протеинурия, эритроцитурия, лейкоцитурия. При рентгенографии органов грудной клетки и УЗИ органов брюшной полости и почек патологии не выявлено; при УЗИ органов мошонки: яички и придатки не изменены, отмечено утолщение до 20 мм и снижение эхогенности оболочек яичка.

Пациент был госпитализирован в отделение хирургической реанимации, где на фоне инфузионной терапии гемодинамика стабилизировалась. По первичному

представлению, учитывая преобладание общих симптомов над местными, складывалось впечатление о наличии у больного острого инфекционного заболевания с гепаторенальным и геморрагическим синдромами. Но на вторые сутки госпитализации течение заболевания изменило характер: прогрессивно нарастали как общие проявления в виде системной воспалительной реакции (лейкоцитоз $17,6 \times 10^9/\text{л}$, тахикардия 108 уд. в мин., тахипноэ, лихорадка), полиорганной недостаточности (дыхательной вплоть до развития респираторного дистресс-синдрома; печеночной и почечной; гипокоагуляции, тромбоцитопении, неустойчивой гемодинамики, повышения уровня прокальцитонина ($87,74 \text{ нг/мл}$), SOFA = 9 баллов), так и местные — в виде нарастания отека полового члена, мошонки, появления геморрагического пропитывания и резкой болезненности при пальпации мошонки, признаки пахового лимфаденита (рис. 1).

Диагноз: гангрена Фурнье.

Сразу же после установления диагноза больной оперирован. При ревизии выявлен некроз кожи и подлежащих слоев мошонки, яички и семенные канатики не изменены (рис. 2). Все некротизированные мягкие ткани мошонки и полового члена иссечены (рис. 3). Из ран получено мутное геморрагическое отделяемое, взяты посевы и тканевые биоптаты для морфологического исследования.



Рис. 1. Внешний вид наружных половых органов до операции
Fig. 1. The appearance of the external genital organs before surgery



Рис. 2. Ревизия гнойно-некротического очага во время первичной хирургической обработки, яички и семенные канатики жизнеспособны
Fig. 2. Revision of a purulent-necrotic focus during primary surgical debridement, testicles and spermatic cords are viable



Рис. 3. Внешний вид раны после хирургической обработки гнойно-некротического очага
Fig. 3. The appearance of the wound after surgical debridement of a purulent-necrotic lesion

В последующие трое суток выполняли повторные хирургические обработки в условиях операционной. При бактериоскопии раневого отделяемого выявлены Гр (+) кокки, по данным посевов крови, мочи, раневого отделяемого роста микрофлоры не получено. Заключение гистологического исследования иссеченных тканей: отек, лейкоцитарная инфильтрация, тромботические массы в венах.

Несмотря на хирургическую санацию источника инфекции, в послеоперационном периоде у больного длительно сохранялись явления системной воспалительной реакции и полиорганной недостаточности. Проводили многокомпонентную интенсивную терапию в условиях отделения реанимации Городского центра по лечению тяжелого сепсиса. В связи с развитием респираторного дистресс-синдрома больной в течение 16 суток находился на вспомогательной вентиляции легких, течение заболевания осложнилось двусторонней госпитальной вентилятор-ассоциированной пневмонией, вызванной полирезистентными штаммами. Длительно сохранялись явления почечной недостаточности, потребовалось 9 сеансов гемодиализа. Уровень прокальцитонина нормализовался на 11-е сутки лечения, температуры тела – на 12-е сутки, лейкоцитоз снизился на 17-е сутки, явления органной дисфункции купированы к 33-м суткам. На 24-е сутки лечения после стабилизации состояния пациент был переведен в хирургическое отделение. На момент перевода пневмония была в стадии разрешения, острая почечная недостаточность перешла

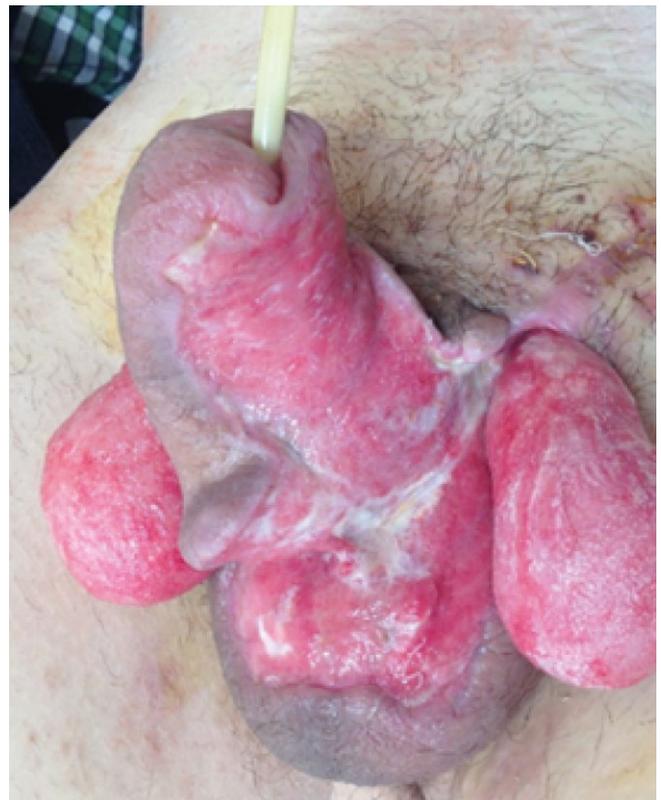


Рис. 4. Внешний вид раны через 1 мес. после первичной хирургической обработки гнойного очага, вторая фаза течения раневого процесса
Fig. 4. The appearance of the wound 1 month after surgical debridement of a suppurative focus, the second phase of the wound healing process



Рис. 5. Результат лечения через 2 года после выписки из стационара
Fig. 5. The result of treatment 2 years after discharge from the hospital

в полиурическую стадию. В местном статусе также отмечена положительная динамика: раны мошонки и полового члена гранулируют, яички и часть полового члена

лишены кожных покровов, частично сохранены мягкие ткани задней стенки мошонки (рис. 4).

13.04.2017 после купирования остаточных явлений органной дисфункции выполнена пластика мошонки и полового члена местными тканями. Иссечены грануляции, края кожи мобилизованы, освобождены от рубцовых сращений, устранен фимоз, яички укрыты за счет кожи задней стенки мошонки, кожный покров полового члена восстановлен за счет оставшейся кожи полового члена (выполнены продольные послабляющие разрезы в шахматном порядке), кожи крайней плоти, кожи мошонки. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии 25.05.2017 на 82-е сутки от момента госпитализации.

Заключение

Данное наблюдение демонстрирует возможные трудности диагностики на ранних стадиях ГФ, которые обусловлены как редкостью патологии, так и течением некротизирующего фасциита данной локализации, когда картина тяжелого сепсиса превалирует над местными проявлениями. Тем не менее в связи с молниеносностью течения и высокой летальностью от ГФ ранняя диагностика и хирургическая санация при этом заболевании крайне важны. Лечение ГФ требует мультидисциплинарного подхода, так как основная причина летальных исходов обусловлена тяжелым сепсисом и органной дисфункцией, которые могут длительно сохраняться даже после хирургической санации первичного очага инфекции.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Aho T., Canal A., Neal D. E. Fournier's gangrene // Nat. Clin. Pract. Urol. 2006. № 3. P. 54–57.
2. Hubert J., Fournier G., Mangin Ph., Punga-Maole M. Gangrene des organes genitaux externes // Prog. Urol. 1995. Vol. 5. P. 911–924.
3. Mallikarjuna M. N., Vijayakumar A., Patil V. S., Shivswamy B. S. Fournier's gangrene: current practices // ISRN Surgery. 2012. Vol. 2012. Article ID 942437. 8 pages.
4. Ali M. Z. Fournier's gangrene – a rare complication of hydrocele aspiration // J. Coll. Physicians Surg. Pak. 2004. Vol. 14. P. 304–305.
5. Harper D., Banwell P. E. Fournier's gangrene exposed // Int. Wound J. 2004. № 1. P. 78–79.
6. Гринев М. В., Рыбакова М. Г., Гринев К. М. Синдром инфекционно-токсического шока в структуре больных с некротизирующим фасциитом // Вестн. хир. 2006. № 3. С. 93–97 [Grinev M. V., Rybakova M. G., Grinev K. M. Syndrome of toxic shock in the structure of patients with necrotizing fasciitis = Grinev M. V., Rybakova M. G., Grinev K. M. Sindrom infektsionno-toksicheskogo shoka v strukture bol'nykh s nekrotiziruyushchim fastsiitom // Vestn. khir. 2006. № 3. S. 93–97 (In Russ).].
7. Гринев М. В., Будько О. А., Гринев К. М. Некротизирующий фасциит: патофизиологические и клинические аспекты проблемы. Хирургия. 2006. № 5. С. 31–37 [Grinev M. V., Budko O. A., Grinev K. M. Necrotizing fasciitis: pathophysiological and clinical aspects of the problem = Grinev M. V., Bud'ko O. A., Grinev K. M. Nekrotiziruyushchiy fastsiit: patofiziologicheskiye i klinicheskiye aspekty problemy. Khirurgiya. 2006. № 5. S. 31–37 (In Russ).].
8. Гринев М. В., Сорока И. В., Гринев К. М. Гангрена Фурнье – клиническая разновидность некротизирующего фасциита // Урология. 2007. № 6. С. 69–73 [Grinev M. V., Soroka I. V., Grinev K. M. Gangrene Fournier – a clinical variety of necrotizing fasciitis = Grinev M. V., Soroka I. V., Grinev K. M. Gangrena Furn'ye – klinicheskaya raznovidnost' nekrotiziruyushchego fastsiita // Urologiya. 2007. № 6. S. 69–73 (In Russ).].
9. 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. М., 2007. Вып. 15. С. 114–117 [Cherepanin A. I., Svetlov K. V., Veremeenko A. M., Barmin E. V. Gangrene Fournier as a special case of necrotizing fasciitis = Cherepanin A. I., Svetlov K. V., Veremeenko A. M., Barmin Ye. V. Gangrena Furn'ye kak chastnyy sluchay nekrotiziruyushchego fastsiita // Annaly RNTSKH im. akad. B. V. Petrovskogo. Yezhegodnoye nauchnoye izdaniye. M., 2007. Вып. 15. S. 114–117 (In Russ).].