



БОЛЕЗНЬ ФУРНЬЕ – РЕДКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ В ХИРУРГИИ

1. Абдуллаев Сайфулло Абдуллаевич
2. Байсариев Шовкат Усмонович

Received 2nd Oct 2023,
Accepted 9th Oct 2023,
Online 6th Nov 2023

¹ Доктор медицинских наук,
профессор кафедры общей хирургии.
Самаркандский государственный
медицинский университет

² Ассистент кафедры общей
хирургии.
Самаркандский государственный
медицинский университет.

Аннотация: Болезнь Фурнье представляет собой некроз кожи мошонки и половых органов, характеризующийся распространением в переднюю брюшную стенку, развивающийся в результате гнойно-некротических фасциитов. Клиника заболевания впервые была описана в 1883 году французским дерматологом Альфредом Фурнье. Данное заболевание часто встречается у мужчин молодого и среднего возраста. В редких случаях встречается у женщин, сопровождаясь гнойно - некротическим поражением половых органов. В литературе мало информации об этом заболевании и существует большая неопределенность в этиопатогенезе, диагностике и лечении. Под нашим наблюдением находились 27 больных с болезнью Фурнье. В диагностике болезни Фурнье имеется определенные трудности

Ключевые слова: Болезнь Фурнье, некроз кожи мошонки, фасцииты, некрэктомия.

Introduction: Материалы и методы исследования. В гнойно-септическом отделении Самаркандского городского медицинского объединения и клинической базе кафедры общей хирургии СамГМУ находились на лечении 27 больных с болезнью Фурнье. Из них 24 были мужчины и 3 женщины. Возраст больных составлял 32-71 лет.

По этиологическим факторам у 21 пациента заболевание было обнаружено после ишиоректальных и пельвиоректальных парапроктитов, у 2-х - после цистостомии, у 2-х пациентов - после парауретрита и у 2-х – после бартолинита. Из 27 пациентов у 21 заболевание развивалось на фоне сахарного диабета II типа, и у 6 больных отмечался хронический алкоголизм.

Этиология болезни Фурнье окончательно не изучена. В патогенезе основной причиной является анатомическое строение промежности.

Однако до конца не изучены причины распространения гнойно – септического процесса.

Первым клиническим признаком является воспаление кожи половых органов. Поначалу кожа краснеет, а затем начинает чернеть. Данный процесс способствует ухудшению общего состояния больного, повышается температура тела. Развитие некроза продолжается около 5-8 дней и состояние больных продолжает ухудшаться. Появляется клиника интоксикации и к гнойному состоянию добавляются фасцииты, а гной распространяется через фасцию в промежность и к передней брюшной стенке. Почти у всех пациентов, которых находились под нашим наблюдением, начало заболевания было острым с повышением температуры тела до 38-40°C и в состоянии глубокой интоксикации. Они жаловались на отек в области мошонки и в течение 3-4 дней появились признаки гангрены.

В диагностике болезни Фурнье имеются определенные трудности. Для точной диагностики мы провели следующие клиничко-лабораторные и инструментальные исследования: общие анализы крови и мочи, биохимические анализы крови, определяли количество глюкозы крови, рентгенография грудной клетки, ЭКГ, рентгенография костей таза. При необходимости КТ и МСКТ, микробиологические анализы и бактериологические посевы выделений из раны.

Последовательно проводился общий осмотр, пальпация, диафаноскопия и пункция патологического очага.

Окончательный диагноз ставился на основании клиничко-лабораторных исследований.

При общем осмотре во время развития заболевания наличие крепитации по ходу фасции Коллиса и гнойного запаха обусловлена наличием анаэробной инфекции. УЗИ мошонки при наличии воспаления и абсцессов является наиболее важной информацией для постановления диагноза.

В настоящее время нет единого мнения среди авторов по поводу лечения болезни Фурнье, в частности о том, когда и как вскрывать гнойной полости. В основном, существуют различные тактики вскрытия флегмон и выполнения некрэктомий. В последние годы мы предприняли следующие шаги для лечения болезни Фурнье: профилактика распространения анаэробных инфекций; открытие флегмон с большими разрезами; оптимальное дренирование раны; этапная некрэктомия; обработка раны кислородсодержащими антисептиками - перекисью водорода, перманганатом калия, гипохлоритом натрия; оптимальная антибактериальная терапия; стимулирование защитной функции организма; полная дезинтоксикационная инфузионно-трансфузионная терапия.

Результаты и их обсуждение. Некоторые хирурги используют консервативное лечение в начале болезни Фурнье, предпочтительно проводя некрэктомию после демаркации. Мы считаем эту тактику чрезвычайно опасной. Это связано с тем, что позднее хирургическое вмешательство приводит к быстрому развитию гнойного некроза с вовлечением обширных областей мягких тканей, развитию эндотоксикоза и распространению некротического фасциита на переднюю брюшную стенку. Вот почему мы предлагаем срочные операции, то есть быстрое открытие и очистку гнойно-некротического источника. Мы считаем, что важно не только вскрыть гнойно-некротическую флегмону, но и обеспечить хороший приток кислорода к гнойному очагу. При наличии анаэробных инфекций мягкие ткани должны быть широко раскрыты множественными разрезами, между фасцией и мышцами не должно быть вакуума, и они должны быть хорошо санированы. При наличии некротических фасциитов и мионекроза следует провести иссечение некротизированных фасций и мышц.

С этой целью мы сделали длинные и широкие разрезы у ряда больных в областях мошонки, промежности, передней брюшной стенки. Этапные некрэктомии были выполнены 3 раза у 6 пациентов, 4 раза у 9 больных и 8 раз - у 3-х. У 7 (25,9%) больных пожилого возраста с гангреной Фурнье, осложненной сепсисом, наступила смерть. Антибактериальная терапия проводилась на основании бактериологического исследования. Мы использовали цефалоспорины четвертого

поколения, аминогликозиды третьего поколения и при анаэробной инфекции - метронидазол и фторхинолон. Когда была обнаружена газовая инфекция, мы использовали 150000 МЕ поливалентной противогангренозной сыворотки. Из антикоагулянтов желательнее использовать гепарин и клексан.

С целью улучшения реологических свойств крови применяли реополиглюкин и ангиопротекторы. Как иммуномодулятор применяли иммуноглобулин, иммуномодулин, 20%-ный раствор токоферол-ацетата для усиления иммунобиологических свойств организма. Кроме того, некоторым больным по показаниям назначали антистафилококковую плазму и антистафилококковый гамма-глобулин. Особенно тяжелым больным с явлениями сепсиса в качестве нутритивной поддержки - трансфузии нутрифлекса.

При местном лечении болезни Фурнье проводится (после вскрытия флегмоны) очищение гнойных очагов. В фазе гидратации раны использовали 3%-ный раствор перекиси водорода, диоксидин и хлоргексидин.

Для ускорения отторжения гнойно-некротической ткани мы использовали смесь мази левомиколя с лоробеном, протеолитические ферменты такие, как химопсин, трипсин и химотрипсин. В последние годы мы местно начали применять раствор ацербина.

Вывод. Оптимальное лечение болезни Фурнье требует ранней диагностики и комплексного дезинтоксикационного, антибактериального широкого спектра действия, иммунокорректирующего лечения и активного хирургического вмешательства.

Иллюстрация: Больной Р. 48 лет. Поступил в клинику в тяжелом состоянии. Из анамнеза удалось выяснить в течение 7 дней находился дома, получил амбулаторное лечение. После ухудшения состояния – повышение температуры тела до 39-40, озноб, боли и массивные отеки мошонки и промежности обратился в больницу. Был установлен диагноз: Болезнь Фурнье. Осложнение: Анаэробная флегмона мошонки, промежности и передней брюшной стенки. Больной оперирован – вскрытие флегмоны мошонки, промежности и передней брюшной стенки. Произведена первичная некрэктомия и после операции этапные некрэктомия (Рис 1). После очищения раны от некротических тканей, наложенные вторичные этапные швы. Обои оголенных яич уложены подкожной клетчаткой по внутренней поверхности обеих бедер. Больной выздоровел, провел 36 койка дней (Рис 2).



Рисунок 1. Рана дренирована и произведена частичная некрэктомия.



Рисунок 2. Перед выпиской больного.

Список использованной литературы:

- 1.Абаев Ю. К. Раневая инфекция в хирургии.Минск: Беларусь,2003.-296 с
- 2.Алиев С.А., Алиев Э.С., Зейналов Б.М. Гангрена Фурнье в свете современных представлений. Хирургия 2014 год, №4, стр 34-39.
- 3.Алиев С.А., Алиев Э.С., Мирзоев Р.А., Мирзоева К.А. Гангрена Фурнье – разновидная клинической модели критических состояний в хирургии. Вестник хирургии том 174 №1 84-89 стр. 2015 г.
- 4.Бреговский Б. В., Зайцева А. А., Залевская А. Г. Поражение нижних конечностей при сахарном диабете / - СПб: Диля, 2004. - 234 с.
- 5.Винник Ю. С., Перьянова О. В., Дробушевская А. И. и др.Этиология инфекций кожи и мягких тканей по материалам правобережного гнойно-септического центра г. Красноярск // Актуальные вопросы неотложной и восстановительной хирургии: сб. науч.-практич. работ, посвящ. 80-летию проф. М. И. Гульмана. - Красноярск: Версо.- 2011. - С. 76-77
- 6.Ворохобина Н. А. , Зеленина Т. А., Петрова Т. М. Влияние метода оперативного лечения больных с гнойно-некротическими формами синдрома диабетической стопы на частоту

рецидивирования, риск повторных ампутаций и выживаемость // Инфекции в хирургии. - 2009. - №4. - С. 39-44

7.Гринев М.В., Корольков А.Ю., Гринев К.М., Бейболаев К.З. Некротизирующий фасциит – клиническая модель раздела здравоохранения медицины критических состояний // Вестник хирургии 2013, №2, стр 32-38.

8.Фадеева Т. В., Верещагина С. А., Филатова Л. С. и др. Микробиологическая оценка послеоперационной раневой инфекции в многопрофильной хирургической клинике. Инфекции в хирургии. 2012. №4.С. 14—20

9.Boulton J.M., Cavanagh P. R. and Rayman G. The foot in diabetes, editors. – Chichester, England ; Hoboken, 2006. – P. 30–40

10. Doupis J., Veves A. Classification, diagnosis, and treatment of diabetic foot ulcers // Wounds. – 2008. – № 20. – P. 117–126

11.S.A. Chernyadyev, M.A. Ufimtseva and colleagues. Fournier's Gangrene: Literature Review and Clinical Cases. Urol Int. 2018 Jul; 101(1): 91–97.

CENTRAL ASIAN
STUDIES