

В.В. Черненко, К.Н. Щур, В.В. Шумилов, Д.А. Пантюков, В.Б. Карпенко, А.В. Пантюшин, В.Ф. Сумин

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГАНГРЕНЫ ФУРНЬЕ

*Алтайский государственный медицинский университет (Барнаул)
Городская больница № 3 (Барнаул)*

Гангрена Фурнье — довольно редкое заболевание. Впервые оно описано Фурнье под названием спонтанной, молниеносной гангрены мошонки; представляет собой грозное заболевание с летальностью, по данным разных авторов, до 64 %.

В ГОГХ ГБ № 3 находились на лечении 16 пациентов с гангреной мошонки. Возраст больных от 45 до 81 года. Время заболевания до поступления в стационар — от 18 часов до 3-х суток. Травмы в анамнезе не было. Все поступившие больные находились в тяжелом состоянии с клиникой начинающегося или развившегося инфекционно-токсического шока. В клинической картине высокая температура тела до 40 °С, слабость, головная боль, тахикардия, адинамия, выраженный болевой синдром в области мошонки и медиальной поверхности бедер. Локальный статус был практически одинаков у всех больных. Мошонка увеличена, резко отечная, на ее коже пузыри с серозно-геморрагическим содержимым. Отек распространяется на паховую область, переднюю брюшную стенку, верхнюю поверхность бедер. В течение 1—2 суток развивался дерматонекроз мягких тканей мошонки, бедер. Из раны мошонки отделяемое грязно-серого цвета с пузырьками газа и зловонным запахом.

У всех больных определялся характер микрофлоры и анализ ткани на клостридиальную инфекцию. У 84 % больных определялась анаэробная клостридиальная инфекция, у 4 % сочетание грамотрицательной и грамположительной инфекции, у 12 % — сочетание анаэробной и грамотрицательной инфекции. У 5 пациентов был лабораторно подтвержден анаэробный сепсис.

При поступлении всем больным после адекватной интенсивной инфузионной терапии, введения 150 тыс. ед. противогангренозной сыворотки проводилось активное хирургическое вмешательство, включающее в себя широкое рассечение всех тканей мошонки, преимущественно по боковым поверхностям, иссечение всех нежизнеспособных тканей, включая оболочку яичек (сами яички, как правило, не изменены). Обязательно выполнялось вскрытие, не-

крэктомия затеков на бедрах, области передней брюшной стенки.

У всех больных гнойный процесс протекал по типу эпифасциальной флегмоны с некротическим дерматоцеллюлитом и иногда с фасционекрозом в паховых областях. Клиника гангрены протекала бурно, в связи с чем в течение первых и последующих суток выполнялись множественные этапные некрэктомии с иссечением обширных участков мягких тканей.

В послеоперационном периоде больным проводилась массивная инфузионная, заместительная терапия, антибактериальная терапия с учетом чувствительности микрофлоры: цефалоспорины, аминогликозиды, диоксидин, метрогил, клиндамицин. Активно использовались методы эфферентной терапии: ГБО, УФО, ЛОК, гемосорбция. После некрэктомии и очищения ран образовывались обширные дефекты мягких тканей мошонки, бедер, промежности, передней брюшной стенки. При отрицательных результатах посева из ран на микрофлору всем больным на 15—30 сутки выполнялась ВХО ран с закрытием дефектов наложением швов, перемещенными лоскутами, аутодермопластикой в большинстве случаев в несколько этапов.

У двух больных выполнена ампутация одного яичка, у одного больного — двух яичек, в связи с развитием у них тотального гнойного или некротического орхита. Умерло 4 больных в течение суток от декомпенсированного инфекционно-токсического шока и развившейся полиорганной недостаточности. Летальность составила 25 %. 12 больных выписаны в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, гангрена Фурнье является крайне тяжелым гнойно-септическим заболеванием, протекающим с тяжелым инфекционно-токсическим шоком, может осложняться дерматоцеллюлитом и некротическим фасцитом, сепсисом. Лечение гангрены Фурнье должно включать противошоковые мероприятия, ведение лечебных доз противогангренозной сыворотки активную хирургическую тактику, использование ГБО и эфферентных методов детоксикации.