

И.С. Москвитин, Б.В. Заиграев, А.Н. Плеханов, А.И. Товаршинов

МОЛНИЕНОСНАЯ СПОНТАННАЯ ГАНГРЕНА МОШОНКИ

МУЗ Городская больница № 4 (Улан-Удэ)
Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)*В статье описано лечение гангрены Фурнье.***Ключевые слова:** гангрена Фурнье

FULMINANT SPONTANEOUS FOURNIER'S GANGRENE

I.S. Moskvitin, B.V. Zaigraev, A.N. Plekhanov, A.I. Tovarshinov

City hospital N 4, Ulan-Ude
Buryat state university, Ulan-Ude*The article describes the treatment of Fournier's gangrene.***Key words:** Fournier's gangrene

Гангрена Фурнье при своей редкой встречаемости, как правило, является осложнением заболеваний аноректальной области и промежности вследствие их неадекватного лечения, либо поздней обращаемости больных за медицинской помощью (запущенность). Гангрена Фурнье — молниеносная спонтанная гангрена мошонки — является одним из самых опасных тяжелых заболеваний в гнойной хирургии. Жан Альфред Фурнье (Jean Alfred Fournier) в 1882 г. сообщил о пяти пациентах с невыясненной гангреной полового члена и мошонки [5]. Патология является собой гангренозный инфекционный процесс, который поражает внешние половые органы и промежность и чаще всего возникает после инфицирования тканей вышеуказанных органов после травм. Возбудителем заболевания является комбинация нескольких микроорганизмов — стафилококков, стрептококковых бактерий, энтеробактерий, анаэробных бактерий и грибов. Заболевание очень быстро прогрессирует, приводя к некрозу кожи, подкожной клетчатки, фасций и мышц. Гангрена Фурнье может закончиться летально, если развивается сепсис [4]. Мужчины болеют чаще женщин в 10 раз. Иногда гангрена Фурнье возникает у детей, что, как правило, является следствием ожога, обрезания или укусов насекомых [2]. Этиология гангрены Фурнье — анатомическая локализация инфекционного процесса. Чрезвычайно важным условием развития гангрены Фурнье является супресированный иммунный статус больного, который может возникать на фоне таких заболеваний как сахарный диабет, цирроз, сосудистые заболевания таза, злокачественные опухоли, алкоголизм, инъекционная наркомания, низкий общий уровень жизни [1]. Сложная анатомическая структура области, которая поражается при гангрене Фурнье (кожа мошонки, мясистая оболочка, фасция Коллиса, внешняя семенная фасция, кремаштерная фасция, внутренняя семенная фасция, фасции передней брюшной стенки и

др.), а также обильное кровоснабжение мошонки вызывают быстрое распространение и углубление воспалительного процесса [3]. Летальность при гангрене Фурнье составляет 30–40 % и прямо пропорциональна площади участка поражения инфекционным процессом. Если же кроме тканей мошонки поражены яички, то летальность резко возрастает до 60–90 % [4, 5].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Больной Б., 57 лет, поступил в экстренном порядке 08.04.09 г. в отделение колопроктологии городской больницы № 4 с жалобами на отек, гиперемию, болезненность в области промежности справа. Из анамнеза: со слов больного 3–4 дня назад сел на «холодное», после чего появились боли в промежности с иррадиацией в мошонку справа. В 1992 г. оперирован в отделении колопроктологии по поводу хронического парапроктита. Объективно: состояние средней степени тяжести, нормального телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. ЧДД = 19 в минуту, ЧСС = 90 ударов в минуту, АД 130/80 мм рт. ст. Язык суховат, обложен. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, симптомов раздражения брюшины нет. Симптом поколачивания по КВУ отрицателен с обеих сторон. Локальный статус: мошонка справа отечна, гиперемирована, гиперемия распространяется на промежность справа, идет на «6 часов» ануса; на 2–3 см от ануса свищевые отверстия, инфильтрированы, без отделяемого; инфильтрация по всей правой половине промежности. Выставлен диагноз: острый парапроктит, осложненный гангреной Фурнье. Операция 08.04.09 г. — вскрытие, дренирование полости острого парапроктита под внутривенным наркозом. Получено 50–70 мл гноя. Внутренних отверстий свищей не найдено. Операция 09.04.09 г. — вскрытие, дренирование затеков на корне мошонки, обеих половин собственно

мошонки, откуда получено до 30 мл гноя грязно-коричневого цвета, со зловонным запахом (рис. 1). Операция закончена выполнением контраптертур, санацией гнойных полостей 3% перекисью водорода, дренированием их марлевыми турундами. В послеоперационном периоде под внутривенным наркозом проводились расширенные перевязки, глюкозо-калиевая смесь 500,0 в/в, физиологический раствор 500,0 в/в, раствор Рингера 500,0 в/в, метрогил 100,0 × 3 раза в/в 3 дня, ципрофлоксацин 2,0 × 2 раза в/в 5 дней; тиенам 1,0 в/в капельно 7 дней; цефтриаксон 2,0, амикацин 1,0 в/в 6 дней, СЗП 1 доза №1, антистафилакокковая плазма 100,0 № 2 через день, кеторол 60 мг в/м, витамин В₆ 3,0 на физ. раствор 400,0 в/в капельно; витамин С 5,0 на 5% глюкозе 400,0 в/в капельно, трентал 1 т × 3 раза, перевязки с левомеколем и бальзамическим линиментом Вишневского, ванночки с марганцовкой. При посеве гнойного отделяемого от 23.04.09 г. отмечен рост грибов рода *Candida alb.*

ОАК от 09.04.09 г.: Эр. — 4,52; Лей. — 20,4; Hb — 146; П — 12; С — 75; Л — 12; М — 1; СОЭ — 36.

ОАК от 10.04.09 г.: Лей. — 25,1; Hb — 137; П — 5; Э — 1; С — 80; Л — 11; М — 3; СОЭ — 52.

ОАК от 22.04.09 г.: Лей. — 20,2; Hb — 115; П — 2; Э — 2; С — 80; Л — 14; М — 2; СОЭ — 51.

ОАК от 30.04.09 г.: Лей. — 9,2; Hb — 130; П — 1; Э — 3; С — 65; Л — 29; М — 2; СОЭ — 14.

Заключение по ЭКГ от 8.04.09 г.: синусовая тахикардия.

Больной выписан 30.04.09 г. в удовлетворительном состоянии с рекомендацией: госпитализация в урологическое отделение ГУЗ БСМП им. В.В. Ангелова для операции Вицина по формированию мошонки.

С 08.07.09 г. по 17.07.09 г. больной находился на стационарном лечении в отделении колопрокто-

логии с диагнозом: хронический параректальный свищ, обострение. Гнойный подкожный свищ промежности. Состояние после операции Вицина. Операция 08.07.09 г. — санация свища, снятие швов с промежности. При посеве гнойного отделяемого от 15.07.09 г. отмечен рост *Staff. aureus.*, *Prot. vulgaris.* Также нам удалось проследить за этим пациентом при амбулаторном лечении. Даже при регулярных перевязках и наблюдении хирурга послеоперационные раны длительно заживали, что свидетельствовало о тяжести инфекционного процесса, изменении анатомии и реактивности местных тканей мошонки и промежности.

Больной М., 53 года, поступил в экстренном порядке в отделение колопроктологии городской больницы № 4 14.09.09 г. с жалобами на отечность, гиперемию, болезненность в области заднего прохода; на повышение температуры тела до 38°; потливость; сухость во рту. Из анамнеза: со слов пациента болеет в течении 5 дней, когда появилась болезненность в области заднего прохода. Боли ни с чем не связывает. На 3-й день повысилась температура тела. Самолечение. Боли усилились, температура тела до 38°. На 4-й день вызвал бригаду скорой медпомощи — обезболен, рекомендована консультация проктолога. Отмечал гноетечение из ануса. На 5-й день госпитализирован. Объективно: состояние тяжелое. Температура тела 38,5°. Гиперстенического телосложения, повышенного питания. Кожные покровы обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. ЧДД = 20 в мин., ЧСС = 110 ударов в минуту, АД 160/90. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, симптомов раздражения брюшины нет. Симптом поколачивания по КВУ отрицателен с обеих сторон. Локальный статус: отек, припухлость, яркая



Рис. 1. Больной Б., 57 лет: рана после некрэктомии.

гиперемия в области ануса с распространением по обеим ягодичным областям, при пальпации резкая болезненность, инфильтрат твердо-эластичной консистенции в виде подковы, кожа горячая на ощупь; справа свищевое отверстие с гнойным отделяемым. Выставлен диагноз: Подковообразный пельвиоректальный парапроктит, тяжелое течение. Операция 14.09.09 г. — вскрытие подковообразного пельвиоректального парапроктита, дренирование (два разреза по 8 см по правой и левой полуокружностям). Выделено до 50 мл жидкого, черно-серого цвета, с гнилостным запахом, с некротическими тканями гноя, глубина полостей до 10 см, санация, промывание 3% перекисью водорода, дренирование турундами. 16.09.09 г. на перевязке отмечены покраснение, отечность, болезненность кожи мошонки, распространяющаяся на паховую область справа. Операция 16.09.09 г. — вскрытие гнойных затеков мошонки, паховых областей, санация, дренирование (два разреза с обеих сторон по 3 см). Выделено до 5 мл грязно-серого гноя с гнилостным запахом. Послеоперационный диагноз: Анаэробный гнойно-некротический пельвиоректальный, тазовый парапроктит, осложненный гангреной Фурнье. В дальнейшем отмечалось распространение процесса по клетчаточным пространствам малого таза на переднюю и левую боковую брюшную стенки. Операция 21.09.09 г. — выполнены контрапертуры по ходу пахового канала слева. Получено скудное количество жидкого гноя геморрагического цвета с хлопьевидными включениями. 23.09.09 г. — расширенная перевязка под внутривенным наркозом. Установлены трубчатые дренажи для проточного дренирования. Операция 25.09.09 г. — выполнены контрапертуры на боковой брюшной стенке слева, санация и дренирование полостей (рис. 2). В ране передней и боковой брюшной стенки слева опреде-

ляются апоневроз, мышцы, подкожная клетчатка, послойно пропитанные гноем в виде «вареного мяса», видна инфильтрированная брюшина (рис. 3). Установлено, что раны промежности, брюшной стенки слева сообщаются через малый таз. Произведена некрэктомия, наложение контрапертур, санация и дренирование гнойных затеков сигарными и трубчатыми дренажами, промывание растворами антисептиков, турунды с левомеколем и синтомициновой мазью. Неоднократно под внутривенным наркозом проводились расширенные перевязки, некрэктомии с обильным промыванием ран и затеков растворами антисептиков. Проводилась инфузия солевых растворов, метрогил 100,0 × 3 раза внутривенно капельно 7 дней, цефтриаксон 2,0 × 2 раза внутривенно 6 дней; тиенам 500 мг × 2 раза внутривенно капельно 3 дня, гентамицин 80 мг × 2 раза внутримышечно 6 дней; квинтор 200 мг × 2 раза внутривенно; амикацин 1,0 внутримышечно 6 дней, абактал 800 мг × 2 раза внутривенно 7 дней, противогангренозная сыворотка, кеторол 60 мг, сиофор 850 мг × 1 раз, актрапид 14 ед. в день 7 дней, нистатин 1 т. × 4 раза 10 дней, УФО крови, плазмаферез, перевязки с левомеколем, синтомициновой мазью бальзамическим линиментом Вишневского, ванночки с марганцовкой. При посеве гнойного отделяемого от 23.09.09 г. был отмечен рост *Ent. faecium*, *Str. epidermidis*. При посеве от 02.10.09 г. роста микробов нет.

ОАК от 14.09.09 г.: Эр. — 4,68; Лей. — 9,4; Hb — 148; П — 21; Э — 3; С — 62; Л — 8; М — 6; СОЭ — 52.

ОАК от 18.09.09 г.: Лей. — 7,0; Hb — 138; П — 14; Э — 2; С — 60; Л — 19; М — 5; СОЭ — 48.

ОАК от 21.09.09 г.: Лей. — 13,1; Hb — 143; П — 8; С — 76; Л — 15; М — 1; СОЭ — 48.

ОАК от 25.09.09 г.: Лей. — 11,9; Hb — 106; П — 5; Э — 2; С — 77; Л — 14; М — 2; СОЭ — 11.



Рис. 2. Больной М., 53 года: выполнение контрапертур на брюшной стенке слева.



Рис. 3. Больной М., 53 года: дно раны (инфильтрированная брюшина).

ОАК от 28.09.09 г.: Лей. — 6,5; Hb — 108; Э — 2; С — 81; Л — 17; СОЭ — 61.

ОАК от 2.10.09 г.: Лей. — 7,5; Hb — 99; П — 5; С — 67; Л — 27; М — 1; СОЭ — 66.

ОАК от 12.10.09 г.: Лей. — 7,9; Hb — 110; П — 4; С — 70; Л — 25; М — 1; СОЭ — 51.

Сахар крови: от 14.09.09 г. — 9,8 ммоль/л; от 15.09.09 г. — 9,25 ммоль/л; от 16.09.09 г. — 6,7 ммоль/л; от 23.09.09 г. — 5,18 ммоль/л; от 25.09.09 г. — 5,72 ммоль/л; от 28.09.09 г. — 5,19 ммоль/л; от 02.10.09 г. — 4,32 ммоль/л; от 08.10.09 г. — 4,68 ммоль/л.

Заключение по ЭКГ от 14.09.09 г.: синусовая тахикардия.

Диагноз заключительный: Анаэробный гнойно-некротический пельвиоректальный, тазовый парапроктит, осложненный гангреной Фурнье. Флегмона передней брюшной стенки. Диагноз сопутствующий: Ожирение II степени. Нарушение толерантности к глюкозе. По очищению ран, выполнению их грануляционной тканью 05.10.09 г.: на раны в области заднего прохода и передней брюшной стенки были наложены вторичные швы, спокойные (рис. 4). Больной выписан 13.10.09 г. в удовлетворительном состоянии под наблюдение у хирурга по месту жительства.



Рис. 4. Больной М., 53 года: наложены вторичные швы.

Сведения об авторах

Москвитин И.С. — врач-колопроктолог МУЗ Городская больница № 4 г. Улан-Удэ (670009, Бурятия, г. Улан-Удэ, ул. Марии Расковой, 2; тел.: 8 (3012) 55-81-21)

Заиграев Б.В. — заведующий отделением колопроктологии городской больницы г. Улан-Удэ Министерства здравоохранения Республики Бурятия (670009, г. Улан-Удэ, п. Авиазавод, ул. М. Расковой, 2; тел.: 8 (3012) 55-75-92; e-mail: tmo4@burnet.ru)

Плеханов Александр Николаевич — главный хирург Республики Бурятия, д.м.н., профессор (670001, Республика Бурятия, г. Улан-Удэ, Дом Правительства, 1, Министерство здравоохранения Республики Бурятия; тел.: 8 (3012) 55-11-61, 21-49-20; e-mail: plehanov.a@mail.ru)

Товаршинов Александр Искрович — к.м.н., кафедра факультетской хирургии медицинского факультета Бурятского государственного университета (670000, г. Улан-Удэ, ул. Смолина, 24а; тел.: 8 (3012) 21-15-80, факс: 8 (3012) 21-05-88; e-mail: univer@bsu.ru)

В обоих случаях заинтересованы перианальная область, мошонка, параректальная клетчатка, в одном случае — передняя брюшная стенка. Течение заболевания было молниеносным — площадь поражения быстро увеличивалась с вовлечением подкожно-жировой клетчатки, фасций, мышц, брюшины. Так, при поступлении у одного из больных площадь поражения мошонки составляла 5 см в диаметре, а уже через 30 мин., в начале оперативного вмешательства, была поражена вся мошонка, что проявлялось характерным потемнением кожи над воспалительным очагом.

ВЫВОДЫ

Гангрена Фурнье является опасным для жизни гнойным заболеванием, имеющим молниеносное течение, требующим неотложного хирургического вмешательства, мощной, «ступенчатой» антибактериальной терапии с учетом возбудителя, коррекции иммунного статуса, экстракорпоральных методов детоксикации. Прогноз заболевания прямо пропорционален площади поражения, времени обращения в стационар от начала болезни, своевременности и радикальности оперативного лечения, проводимого согласно установленным критериям лечения гнойных заболеваний. При необходимости выполняются операции с формированием мошонки, что наблюдается в первом представленном клиническом случае, но иногда возможно и самостоятельное заживление ран, примером чего является второй случай.

ЛИТЕРАТУРА

1. Fournier's gangrene: Review of fifteen cases / M. Basoglu [et al.] // Am. Surg. — 1997. — Vol. 63 (11). — P. 1019—1021.
2. Fournier's gangrene: Risk assessment and enzymatic debridement with lyophilized collagenase application / R. Asci [et al.] // Eur. Urol. — 1998. — Vol. 34 (5). — P. 411—418.
3. Gangrene of the external genital organs. Apropos of 55 cases / A. Bencheikroun [et al.] // J. Urol. (Paris). — 1997. — Vol. 103 (1—2). — P. 27—31.
4. Prognostic factors and strategy of treatment in Fournier's gangrene: A 12-year retrospective study / C.S. Chen [et al.] // Changcheng Yi Xue Za Zhi. — 1999 Mar. — Vol. 22 (1). — Vol. 31—36.
5. Vick R. Fournier's disease / R. Vick, C.C. Carson // Urol. Clin. North Am. — 1999. — Vol. 26 (4). — P. 841—849.