



М. І. Тутченко¹, І. В. Ключко², Д. І. Кравцов², В. С. Андрієць¹,
С. Ф. Марчук², В. І. Смовженко², А. А. Яковенко²

¹ Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

² Київська міська клінічна лікарня № 15

ФЛЕГМОНА ФУРНЬЄ: ВІД МАНІФЕСТАЦІЇ ДО ВИПИСКИ

Мета роботи — поліпшити результати комплексного лікування та зменшити летальність хворих із флегмоною Фурньє.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз лікування 12 хворих, які перебували в хірургічному відділенні № 2 Київської міської клінічної лікарні № 15 у період 2007—2013 рр. з діагнозом «флегмона Фурньє». Середній вік пацієнтів — 54 роки. У лікуванні флегмони Фурньє ми використовували три основні напрями: раннє активне хірургічне лікування (некректомії, формування підвісної двостовбурової сигмостоми з метою виключення з пасажу прямої кишки); дезінтоксикаційна терапія, нормалізація гомеостазу, антибіотикотерапія, реовазотерапія, корекція виявлених супутніх патологій, вакуум-терапія; реконструктивно-відновні оперативні втручання для закриття та пластики дефектів уражених зон.

Результати та обговорення. Помер 1 (8,3%) хворий. На тлі поширеного некрозу м'яких тканин у 5 (41,7%) пацієнтів відбулося повне або часткове оголення тканини яєчок та сім'яного канатика з можливим поширенням на стегна (1 (8,3%) випадок). Вакуум-терапія ран дала змогу скоротити середню тривалість перебування хворого на стаціонарному лікуванні з 31 до 20 діб, а також в короткі терміни виконати реконструктивно-відновні оперативні втручання — у середньому на 12-ту добу від моменту госпіталізації.

Висновки. Флегмона Фурньє має тяжкий перебіг з гнілісним ураженням великої площі м'яких тканин і може бути причиною розвитку блискавичного хірургічного сепсису з летальним наслідком. Якщо вона виникає як ускладнення гнілісного анаеробного парапроктиту, то обов'язковим у хірургічному лікуванні є накладання підвісної двостовбурової сигмостомії. Застосування запропонованої тактики дало змогу зменшити летальність і виконати реконструктивно-відновні оперативні втручання.

■
Ключові слова: флегмона Фурньє, гнілісний парапроктит, сепсис.

Серед гнійно-септичних уражень м'яких тканин особливу увагу хірургів привертає поширене гнілісне ураження м'яких тканин промежини, статевих органів та передньої черевної стінки. Ця форма інфекції призводить до прогресивного некрозу м'яких тканин, тяжкої інтоксикації і часто до летальних наслідків. Захворювання має назву «хвороба Фурньє» або «флегмона Фурньє» [3—5].

Причина захворювання — інфекційний агент (аероби, або анаероби, або їх асоціація). Проникнення інфекції може відбуватися екзогенним або ендогенним шляхом [1—3, 5]. Найчастіше хвороба Фурньє виникає в організмі з ослабленою імунологічною відповіддю, наприклад, на тлі цукрового діабету, імунodefіциту, серцевої недостатності тощо [2, 3, 5].

Важливе значення в розвитку поширеного некрозу м'яких тканин калитки та промежини має

бідність судинної мережі, а також тромбоз та емболія судин цієї ділянки [2—5].

Таким чином, в етіопатогенезі флегмони Фурньє можна виділити три основні чинники:

- висока вірулентність мікрофлори;
- особливості кровообігу м'яких тканин калитки та промежини;
- зниження імунної реактивності організму.

Мета роботи — поліпшити результати комплексного лікування та зменшити летальність хворих із флегмоною Фурньє.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Проведено ретроспективний аналіз лікування у хірургічному відділенні № 2 Київської міської клінічної лікарні № 15 у період 2007—2013 рр. 12 хворих з діагнозом «флегмона Фурньє». Вік пацієнтів — від 49 до 60 років, середній вік — 54 роки.

Із супутньої патології у 6 (50 %) хворих виявлено цукровий діабет, у 6 (50 %) — ішемічну хворобу серця, у 5 (41,7 %) — гіпертонічну хворобу, у 4 (33,3 %) — злоякісне новоутворення (рак прямої кишки — у 3 хворих, рак гортані — в 1).

Установлено такі причини виникнення флегмони Фурньє:

- гострий гнилісний анаеробний парапроктит — у 8 (66,7 %) хворих;
- фурункульоз промежини — у 2 (16,7 %) хворих.

У решти пацієнтів установити причину виникнення захворювання не вдалося.

Причинами гнилісного анаеробного парапроктиту в 3 (25 %) хворих була пухлина нижньо-ампулярного відділу прямої кишки у стадії розпаду.

Час від моменту маніфестації захворювання до моменту госпіталізації в середньому становив 4 доби, тому більшість пацієнтів госпіталізовано з великою площею ураження та в тяжкому стані.

Клінічна картина хвороби Фурньє та лабораторні показники характеризувалися типовими симптомами агресивного інфекційного процесу і розвитком синдрому системної запальної відповіді: тахікардія, тахіпное, гіпертермія, гіперлейкоцитоз з нейтрофільним зсувом вліво. Таким чином, розвиток синдрому системної запальної відповіді, за наявності виражених місцевих виявів флегмони Фурньє — це ознака хірургічного сепсису. Провести радикальну одноетапну хірургічну санацію в цих пацієнтів неможливо, тому що більшість із них потребують багатоетапних некретомій.

У лікуванні флегмони Фурньє ми використовували три основні напрями:

1. Раннє активне хірургічне лікування.
2. Дезінтоксикаційна терапія, нормалізація гомеостазу, антибіотикотерапія, корекція виявлених супутніх патологій.
3. Реконструктивно-відновні оперативні втручання для закриття та пластики дефектів уражених зон.

Пацієнтам проведено оперативне втручання, яке полягало:

- у максимальному видаленні гангренозно-некротичних тканин;
- у широкому розкритті гнійних заплівів та їх дрениванні;
- у хімічній обробці та пухкому тампонуванні уражених ділянок окиснювачами. В подальшому проводили етапні некретомії під час кожної перев'язки хворого, дво- і триразову заміну пов'язок та застосовували сидячі ванночки з окиснювачами, зокрема з розчином перманганату калію.

У 8 (66,7 %) хворих, у яких флегмона Фурньє виникла на тлі гнилісного анаеробного парапроктиту, під час першої хірургічної санації симультанно здійснено виведення в лівій здухвинній ділянці живота підвісної двостовбурової сигмостоми з метою виключення з пасажу прямої кишки.

При бактеріальному посіві ранового секрету виявлено такі види аеробів: *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*. Розвиток анаеробної форми флегмони спричиняли облігатно-анаеробні мікроорганізми — *Peptostreptococcus spp*, *Peptococcus spp.*, *Bacteroides spp*.

З огляду на те, що в більшості хворих виявлено анаеробний інфекційний чинник, ми не використовували в лікуванні раннє закриття дефектів провізорними швами з подальшим дрениванням та промиванням ран, як рекомендують деякі автори. Це сприяло кращій аерації поверхонь, уражених анаеробами.

У післяопераційний період проводили багатокомпонентну інфузійну та антибактеріальну терапію. Ефективність дезінтоксикаційної терапії і некретомій оцінювали за допомогою лейкоцитарного індексу інтоксикації Кальф-Каліфа.

Препаратами вибору були цефтріаксон, «Далацин Ц», метронідазол. Препарати групи карбапенемів не використовували в жодному випадку. Середня тривалість антибіотикотерапії становила 8 діб.

З огляду на наявність судинного чинника в етіопатогенезі розвитку поширених некрозів, усім пацієнтам проводили реовазотерапію з використанням пентоксифіліну, реосорбілакту та реополіглюкіну. Після виконання езофагогастроуденоскопії, коагулограми та визначення часу зсідання крові призначали низькомолекулярні гепарини.

Для профілактики гострих стресових виразок та ерозій шлунково-кишкового тракту всі хворі отримували рабепразол або пантопразол.

Після очищення ран від некротичних тканин на стадії проліферації для стимуляції росту грануляційної тканини у 3 (25 %) хворих ми використали вакуум-терапію ран.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Помер 1 (8,3 %) хворий. Причиною смерті були інфекційно-токсичний шок та поліорганна недостатність.

У 5 (41,7 %) пацієнтів на тлі поширеного некрозу м'яких тканин відбулося повне оголення тканини правого яєчка та частково — сім'яного канатика, часткове оголення тканин лівого яєчка. В 1 (8,3 %) хворого процес поширився на медіальну поверхню правого стегна. У 4 (33,3 %) пацієнтів проведено вакуум-терапію ран, середня тривалість якої становила 6 діб. Це дало змогу скоротити середню тривалість перебування хворих у стаціонарі до 20 діб. У пацієнтів, в яких вакуум-терапію ран не використовували, середня тривалість стаціонарного лікування становила 31 добу. Впровадження цієї методики дало змогу в короткі терміни виконати реконструктивно-відновні оперативні втручання — в середньому на 12-ту добу від моменту госпіталізації.

Реконструкцію уражених ділянок виконано шляхом мобілізації країв дефектів з накладанням



Рис. 1. Рана медіальної поверхні правого стегна та правої половини калитки після розкриття флегмони Фурньє та використання VAC-терапії рани



Рис. 2. Мобілізація країв дефектів для накладання провізорних швів

провізорних швів, при поширеніших дефектах у 2 (16,7%) хворих застосовано автодермопластику за Чайнським (рис. 1–3).

У 2 (16,7%) хворих у зв'язку з незначним поширенням процесу рани загоїлися без деформації тканин калитки та промежини.

ВИСНОВКИ

Флегмона Фурньє характеризується тяжким перебігом з гнілісним ураженням м'яких тканин, розвитком поширених некрозів та дефектів з великою площею і може бути причиною розвитку блискавичного хірургічного сепсису з летальним наслідком.

Якщо хвороба Фурньє виникає як ускладнення гнілісного анаеробного парапроктиту, то обов'язковим у хірургічному лікуванні є накладання підвісної двостовбурової сигмостомії з метою виключення прямої кишки з пасажу.

Виконання етапних некректомій, застосування окиснювачів, «відкрите» ведення ран, використання в подальшому вакуум-терапії рани дало змогу



Рис. 3. Вигляд рани після проведення реконструктивно-відновного втручання шляхом мобілізації країв дефектів та накладання провізорних швів

зменшити летальність і виконати реконструктивно-відновні оперативні втручання.

Література

1. Алиев С. А., Рафиев С. Ф., Рафиев Ф. С., Алиев Э. С. Болезнь Фурнье в практике хирурга // Хирургия. Журн. им. Н. И. Пирогова. — 2008. — № 11. — С. 58–63.
2. Безлюда Н. П., Чебурахин А. С., Заруцкий Я. Л., Лулин И. А. Хирургическая инфекция. — К., 2009. — С. 232–235.
3. Чинников М. А., Ткаченко Ю. Н., Багдасарян А. Г., Добровольский С. Р. Успешное лечение больного с флегмоной Фурнье // Хирургия. Журн. им. Н. И. Пирогова. — 2007. — № 11. — С. 53–54.
4. Korcut M., Icor G., Dayangac M. et al. Outcome analysis in patients with Fournier's gangrene: report of 28 cases // Dis. Colon. Rectum. — 2003. — Vol. 46, N 5. — P. 649–652.
5. Tuncel A., Aydin O., Tekdogan U. et al. Fournier's gangrene: Three years of experience with 20 patients and validit Fournier's gangrene. severity index score // Eur. Urol. — 2006. — Vol. 50, N 4. — P. 838–843.

Н. І. Тутченко¹, І. В. Ключко², Д. І. Кравцов², В. С. Андриец¹,
С. Ф. Марчук², В. І. Смовженко², А. А. Яковенко²

¹ Національний медичний університет імені А. А. Богомольця, Київ

² Київська городська клінічна лікарня № 15

ФЛЕГМОНА ФУРНЬЕ: ОТ МАНИФЕСТАЦИИ К ВЫПИСКЕ

Цель работы — улучшить результаты комплексного лечения и уменьшить летальность у пациентов с флегмоной Фурнье.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ лечения в хирургическом отделении № 2 Киевской городской клинической больницы № 15 г. Киев в период 2007—2013 гг. 12 больных с диагнозом «флегмона Фурнье». Средний возраст пациентов — 54 года. В лечении флегмоны Фурнье использовали три основных направления: раннее активное хирургическое лечение (некрэктомии, формирование подвесной двустольной сигмостомы для исключения из пассажа прямой кишки); дезинтоксикационная терапия, нормализация гомеостаза, антибиотикотерапия, коррекция выявленной сопутствующей патологии; реконструктивно-восстановительные оперативные вмешательства, направленные на пластику дефектов пораженных зон.

Результаты и обсуждение. Умер 1 (8,3%) больной. На фоне обширного некроза мягких тканей у 5 (41,7%) пациентов произошло полное или частичное обнажение ткани яичек и семенного канатика, с распространением на бедра (1 (8,3%) случай). Вакуум-терапия ран позволила сократить среднюю длительность пребывания больного в стационаре с 31 до 20 суток, а также в короткие сроки выполнить реконструктивно-восстановительные оперативные вмешательства — в среднем на 12-е сутки от момента госпитализации.

Выводы. Флегмона Фурнье имеет тяжелое течение с гнилостным поражением большой площади мягких тканей и может быть причиной развития молниеносного хирургического сепсиса с летальным исходом. Если болезнь Фурнье возникает как осложнение гнилостного анаэробного парапроктита, то обязательным в хирургическом лечении является наложение подвесной двустольной сигмостомы. Применение предложенной тактики позволило уменьшить летальность и выполнить реконструктивно-восстановительные операции.

Ключевые слова: флегмона Фурнье, гнилостный парапроктит, сепсис.

M. I. Tutchenko¹, I. V. Kliuzko², D. I. Kravtsov², V. S. Andriiets¹,
S. F. Marchuk², V. I. Smovzhenko², A. A. Yakovenko²

¹ O. O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

² Kyiv City Clinical Hospital N 15

FOURNIER'S GANGRENE: FROM MANIFESTATION UNTIL DISCHARGE

The aim — to improve the comprehensive treatment results and to reduce the mortality in patients with Fournier's gangrene.

Materials and methods. A retrospective analysis of treatment results in 12 patients with Fournier's gangrene treated in surgery department of Kyiv City Clinical Hospital N 15 during 2007—2013 was conducted. Middle age of patient was 54 years. Three main directions in FG treatment were used: Early active surgical treatment (necrectomy, the formation of double-barreled sigmoid stoma for hanging off the rectal passage); detoxification therapy, normalization of homeostasis, antibiotic therapy, correction of comorbidities; reconstructive surgical interventions aimed on affected areas defects plastic.

Results and discussion. One (8.3%) patient died. On the background of extensive soft tissue necrosis, 5 (41.7%) patients had a complete or partial exposure of testicular tissue and the spermatic cord, with the spread on hip (1 (8.3%) case). Vacuum wounds therapy has reduced the average length of hospital stay from 31 to 20 days, and to perform reconstructive surgery in a short time — on average by the 12th day from the time of hospitalization.

Conclusions. Fournier's gangrene has severe course with putrid defeat over a large soft tissue area and can be the cause of fulminant surgical sepsis and deaths. If the Fournier's disease occurs as a complication of putrid anaerobic paraproctitis, the mandatory imposition of the surgical treatment is suspended double-barreled sigmoid stoma. Application of the suggested tactics possible to reduce mortality and to perform reconstructive surgery.

Key words: Fournier's gangrene, putrid abscess, sepsis.