

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ



УДК 616.66+616.67]-002.36-089

СПОСТЕРЕЖЕННЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ФЛЕГМОНИ ФУРНЬЄ

М. І. Тутченко, І. В. Ключко, Д. І. Кравцов, В. С. Андрієць, С. Ф. Марчук, В. І. Смовженко,
О. А. Сіренко, І. В. Хмеляр

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця МОЗ України, м. Київ,
Київська міська клінічна лікарня № 15

OBSERVATION OF SURGICAL TREATMENT OF A FOURNIER'S PHLEGMON

M. I. Tutchenko, I. V. Klyuzko, D. I. Kravtsov, V. S. Andiyets, S. F. Marchuk, V. I. Smovzhenko,
O. A. Sirenko, I. V. Khmelyar

Французький дерматовенеролог Ж. Фурньє у 1883 р. описав захворювання, основними ознаками якого були некроз шкіри та підшкірного прошарку в ділянці промежини, статевих органів, передньої черевної стінки при проникненні в них інфекції. В літературі це захворювання назване хворобою або флегмоною Фурньє.

Причина захворювання — інфекційний агент, зокрема, аеробні, анаеробні мікроорганізми та їх асоціації [1 — 4]. Проникнення інфекції може бути екзогенним або ендогенним [2 — 5]. Найчастіше хвороба Фурньє виникає в організмі за ослабленої імунної відповіді, наприклад, на тлі цукрового діабету, ракової інтоксикації, набутого або вродженого імунодефіцитного стану, серцевої недостатності тощо.

Важливе значення у виникненні поширеного некрозу м'яких тканин мошонки та ділянки промежини має недостатнє кровопостачання, а також тромбоз та емболія судин цієї ділянки.

В етіології та патогенезі флегмони Фурньє виділяють три основні ланки [1, 2, 5]:

- висока вірулентність мікрофлори;
- особливості кровообігу м'яких тканин мошонки та ділянки промежини;
- пригнічення імунної реактивності організму. Наводимо спостереження.

Хворий А., 54 років, доставлений в хірургічне відділення № 2 каретою швидкої медичної допомоги у край тяжкою стані зі скаргами на набряк та біль в ділянці мошонки, промежини, виражену загальну слабкість, спрагу, запаморочення. Пацієнт загальмований, відповідає на запитання з затримкою, захворів 5 діб тому.

Шкіра та видимі слизові оболонки бліді, язик сухий, обкладений білим нашаруванням, тургор шкіри значно знижений.

Індекс маси тіла 18,0 кг/м². Пульс 112 за 1 хв, ритмічний, АТ 12,0/8,0 кПа (90/60 мм рт. ст.).

Живіт симетричний, при пальпації м'який, безболісний. Перистальтика кишечника ослаблена, гази відходять.

Під час огляду виявлені поширений некроз, набряк та ціаноз тканин мошонки, ділянки промежини з гнилісним запахом, крепітація в цих ділянках та передній черевній стінці. За даними пальцевого ректального дослідження виявлено пухлину нижньоампулярного відділу прямої кишки з розпадом та дефект по бічній стінці кишки на 9 год за умовним циферблатом.

Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, нирок та порожнини малого таза: дифузні зміни печінки та підшлункової залози, газ у підшкірному прошарку передньої черевної стінки та промежини.

За даними езофагогастроуденофіброскопії виявлені гострі стресові виразки дванадцятипалої кишки.

Лабораторні дослідження: ер. $2,3 \times 10^{12}$ в 1 л, Нb 94 г/л, л. $23,7 \times 10^9$ в 1 л, паличкоядних 10%, токсична зернистість нейтрофілів гранулоцитів, ШОЕ 20 мм/год. Лейкоцитарний індекс інтоксикації Кальф—Каліфа 1,01. Вміст загального білка 56,8 г/л, загального білірубину 12,4 мкмоль/л, сечовини 10,0 ммоль/л, креатиніну 174 мкмоль/л.

Після передопераційної підготовки та корекції порушень гомеостазу, через 8 год від моменту госпіталізації, хворому виконане оперативне втручання: виведення двостовбурової підвісної сигмостоми, розкриття гнилісного ішіоректального гнояка, поширеної флегмони промежини та мошонки, некректомія.

Після операції здійснювали етапну некректомію, застосовували ванночки з розчинами окиснювачів, ревазотерапію. За даними бактеріологічного дослідження ранового ексудату виділені аеробні мікроорганізми: Staphylococcus epidermidis, Escherichia coli та облигатно—анаеробні — Peptostreptococcus, Bacteroides spp.

Зважаючи на наявність анаеробного інфекційного чинника, ми не накладали на дефекти провізорні шви у

ранні строки з подальшим дренуванням та промиванням ран, як рекомендують деякі автори. Відмова від такої тактики забезпечувала кращу аерацію тканин, уражених анаеробними збудниками.

Паралельно проводили багатокомпонентну інфузійну та антибактеріальну терапію. Ефективність дезінтоксикаційної терапії та некретомії оцінювали за величиною лейкоцитарного індексу інтоксикації Кальф—Каліфа.

Антибактеріальна терапія була спрямована на пригнічення як аеробних, так і анаеробних збудників. Добову дозу антибіотиків підбирали залежно від обчисленого показника кліренсу креатиніну у хворого. Препаратами вибору вважали цефтріаксон в поєднанні з метронідазолом.

З огляду на наявність судинного фактору в патогенезі поширеного некрозу, пацієнту проводили реовазотерапію з використанням пентоксифіліну, реосорбілакту та реополіглюкіну. Призначали низькомолекулярні гепарини.

Для профілактики й лікування гострих стресових виразок та ерозій травного каналу призначали рабепразол в дозі 40 мг на добу внутрішньовенно.

На 8—му добу, після стабілізації стану хворого, проведені ректороманоскопія з біопсією, колоноскопія привідного та відвідного відділів ободової кишки через сигмостому. За даними гістологічного дослідження підтверджена наявність пухлини прямої кишки — помірно диференційованої аденокарциноми (G2). Проведена комп'ютерна томографія органів малого таза, че-

ревної та грудної порожнин, виявлений інфільтративний процес в нижньоампулярному відділі прямої кишки, пухирці газу в тканинах промежини, мошонки та черевної стінки.

На 11—ту добу після госпіталізації у хворого виникло повне оголення тканин правого яєчка та часткове оголення правого сім'яного канатика й лівого яєчка.

На 20—ту добу виникла профузна кровотеча з пухлини прямої кишки, яку не вдалося припинити консервативними засобами. За життєвими показаннями виконане оперативне втручання: лапаротомія, черевно—промежинна екстирпація прямої кишки, резекція передміхурової залози, дренування черевної порожнини.

Рани промежини на 21—шу добу після останньої операції загоїлись вторинним натягом без деформації мошонки і без необхідності здійснення пластики.

У задовільному стані пацієнт виписаний на 41—шу добу для подальшого спостереження та лікування в онколога.

Під час контрольного огляду через 4 міс після виписування стан пацієнта задовільний, скарг немає. Маса тіла збільшилася на 7 кг. Даних щодо продовження онкологічного процесу немає.

Отже, під час лікування хвороби Фурньє на тлі гнілісного парапроктиту доцільне накладання двостовбурової сигмостоми для виключення прямої кишки з пасажу вмісту.

Використання агресивної хірургічної тактики збільшує шанси на одужання та швидку реабілітацію.

ЛІТЕРАТУРА

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

