

Лікування пацієнтів із гангrenoю Фурньє

О.Б. Прийма

КП «Трускавецька міська лікарня»

У роботі проаналізовано лікування 13 хворих з поширеною формою гангренни Фурньє. Підтверджено, що гангрена Фурньє і анаеробний парапроктит – два різних захворювання. Для хвороби Фурньє характерний важкий ендотоксикоз. Тому, поряд з хірургічним обробленням тканин необхідна детоксикаційна і тривала антибактеріальна терапія. Хірургічний посібник складається з проведення лампасних розрізів на мошонці, статевому члені, нижній частині живота, з подальшою етапною некректомією. Після формування в рані грануляцій показано виконання пластичних операцій по відновленню цілісності шкірних покривів.

Ключові слова: гангрена Фурньє, хірургічне лікування, антибіотикотерапія, пластика, лікування.

Статистичні та епідеміологічні дані свідчать про зростання в стаціонарах хірургічного профілю частки хворих із гнійно-септичними процесами м'яких тканин, яка на сьогодні становить 28% [1]. До таких належить і блискавична гангрена чоловічих статевих органів, що у загальній структурі хірургічної патології складає 0,09% [5].

У літературі є ранні описи цієї недуги. Так, у 1862 р. П. Добичин опублікував своє спостереження випадку gangrena fulminans scrotalis. А в 1865 р. І.В. Буяльський повідомив про успішне лікування пацієнта з гангrenoю калитки з повним оголенням яєчок та сім'яних канатиків. Проте, вперше ідіопатичну швидко прогресуючу гангрену м'яких тканин чоловічих статевих органів описав Вагієнне в 1764 р. Слід зазначити, що 1995 р. доктор Хіршман на патологоанатомічній конференції в Балтиморі повідомив результати свого дослідження, в якому припустив, що цар Ірод помер від захворювання нирок і гангренни калитки. Це ще раз засвідчує, що наведене захворювання не є новим, а відоме ще з давнини [7].

В інтернеті можна знайти лише близько 1600 посилань на гангрену Фурньє. Під час наукового дослідження цього питання, що охоплює період з 1882 по 2015 р., серед літературних джерел нами було знайдено матеріали про лікування лише приблизно 1100 таких хворих. Це захворювання більш поширене в Африці і дещо рідше зустрічається на території Євразії.

Колопроктологи вважають, що гангрена Фурньє та анаеробний парапроктит – дві різні нозології, хоча принципи лікування їх близькі. Це підтверджує нашу позицію, що анаеробний парапроктит та гангрена Фурньє – два різні процеси, де гангрена Фурньє – стосується першочергового ураження статевих органів [2].

Мета дослідження: показати причину гангренни Фурньє та супутні захворювання, що спричиняють її розвиток; особливості клінічного перебігу гангренни Фурньє; методи детоксикації та хірургічного лікування цього захворювання.

Етіологія цього захворювання до кінця не з'ясована, оскільки не виділено його специфічного збудника. В ескудаті з рани при розкритті гнійника при гангренні калитки висівали грампозитивну та грамнегативну флору та неклостридіальні анаероби.

Суттєвого значення у виникненні та прогресуванні гангренни Фурньє надають супутнім фоновим захворюванням, серед яких – цукровий діабет, алкоголізм, ожиріння, зловживання новоутворення прямої кишки, імунні порушення тощо. У пролікованих нами хворих з гангrenoю Фурньє при

ретельному обстеженні жодного разу не було виявлено ознак наявного гострого парапроктиту.

Перебіг цієї хвороби супроводжується розвитком ендотоксемії та вторинного імунodefіциту. Також гангрена Фурньє може виникнути за наявності мікротравм та тромбозу дрібних судин калитки і промежини, що призводить до прогресування процесу. Ось чому мікротромбоз судин, вторинний імунodefіцит, високовірулентна флора є ключовими моментами патогенезу цього захворювання [8].

Клінічними проявами гангренни Фурньє є збільшення розмірів калитки та статевого члена, а також почорніння, що є ознакою некрозу. Іноді спостерігається затримка сечі, гіпертермія з гарячкою. Надалі, внаслідок ендотоксичного шоку з'являються такі симптоми, як гіповолемія, гіпотонія, тахікардія, холодний липкий піт, загальна слабкість. Пізня госпіталізація (5–7-й день процесу) та виражений ендотоксикоз, аж до розвитку шоку, спричиняють поліорганну недостатність, яка і є здебільшого основною причиною смерті таких хворих. При гангренні Фурньє спостерігається скопчення газу у підшкірній жировій клітковині, яке пальпаторно виявляється крепітацією, що пояснюється участю анаеробної мікрофлори у патологічному процесі.

За даними літератури, летальність у випадку цієї хвороби при відповідному фаховому лікуванні становить 4 – 75%. Парадоксально, але за умови існування декількох поколінь антибіотиків та антибактеріальних препаратів, що застосовують для лікування гнійних захворювань м'яких тканин, летальність при тяжких формах гангренни Фурньє залишається набагато вищою (30–80%) у порівнянні з аналогічними показниками в доантибіотиковий період (26,7–40%) [3, 5].

У лікуванні таких хворих застосовують етапну антибактеріальну, дезагрегантну, імунотерапію, інфузійну терапію. Безперечно, що наведені дані щодо смертності при тяжкій формі хвороби Фурньє у даний час свідчать про недостатнє дослідження цієї патології як в плані її патогенезу, так і лікування. Більше того, висока смертність при гангренні Фурньє внаслідок поліорганної недостатності спонукає шукати нові шляхи терапії цього захворювання. Це стосується як хірургічних методів лікування, так і корекції стану хворого при ендотоксикозі. А якщо згадати, що в літературі питанням інтенсивної інфузійної терапії при хворобі Фурньє приділяється недостатньо уваги, то наш скромний досвід лікування таких пацієнтів заслуговує принаймні на ознайомлення [4, 6].

Щодо рекомендацій про об'єм і час проведення оперативних втручань у хворих із гангrenoю Фурньє існує ряд суперечностей. Так, деякі автори дотримуються консервативної тактики, виконуючи некректомію лише після формування демаркаційної лінії [3]. Проте, більшість фахівців [1, 4, 7] рекомендують раннє ургентне оперативне втручання з подальшим проведенням етапних некректомій. Пластичні операції для відновлення калитки і шкіри статевого члена так само по-різному оцінюються хірургами. Так, І.В. Люлько (1998) рекомендує при виконанні первинного хірургічного оброблення рани формувати клапті зі здорових тканин, з'єднуючи їх провізорними швами, та надалі проводити етапну санацію рани. Це суперечить основним законам лікування гнійної рани. Більшість хірургів виконують пластичні

втручання після очищення ран і за наявності в них зрілих грануляцій.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

За період 1994–2015 рр. у Трускавецькій міській лікарні перебували на лікуванні тринадцять пацієнтів чоловічої статі з гангrenoю Фурньє. Ще двоє хворих (чоловік та жінка) з цим захворюванням були оглянуті спеціалістами даного закладу в інших лікувальних установах у консультативному порядку. Щодо поширення процесу, то згідно з класифікацією Т.Д. Да-туашвілі та А.Я. Пилипенко (1988), у більшості пацієнтів спостерігався його II–III тип, з превалюванням III типу. Усіх хворих госпіталізовано до стаціонару протягом 1–3-ї доби процесу. Основний контингент хворих становили чоловіки віком 45–85 років. Ступінь тяжкості захворювання оцінювали за показником індексу тяжкості Фурньє (ІТФ), запропонованим Лаог та співавторами. Ним передбачається визначення життєво важливих функцій за лабораторними показниками, що були встановлені при госпіталізації, та результатами фізикальних досліджень. Середня тривалість лікування хворих у стаціонарі становила 1,5 міс.

Усі 13 пацієнтів за клінічним перебігом захворювання були розподілені на дві групи. До першої групи ввійшли 8 хворих із середнім ступенем тяжкості процесу, які звернулися у першу добу захворювання з ураженням калитки і статевого члена; до другої – 5 хворих з тяжким перебігом процесу, що поширювався на калитку, статевий член, промежину і нижні відділи черевної стінки. У двох чоловіків із другої групи виявлено іноперабельний рак ампули прямої кишки, у одного – цукровий діабет тяжкого ступеня. Хворі другої групи померли протягом 3–6 тиж з моменту захворювання на фоні наростаючої поліорганної недостатності.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У пацієнтів першої групи ІТФ становив 6–10 (в середньому 8,7), у другій групі – 12–14. Ці дані відповідають показникам Fournitr's Gangrene Severity Index (FGSI), хоча, на думку низки авторів, цей показник не має суттєвого прогностичного значення [2, 5]. Оперативне лікування всім хворим виконували в першу добу після госпіталізації. У ході оперативного втручання виконували лампасні розрізи уражених тканин, після чого провели ретельну та повну етапну некректомію. У трьох (30%) чоловіків етапно була виконана двобічна орхофунікулектомія, а ще у двох – накладена надлобкова епіцистостома. В одного хворого виконали етапну резекцію статевого члена з приводу некрозу. Гістологічним дослідженням видаленої тканини (ячок і тканин статевого члена) підтверджено наявність некрозу.

Наші дані щодо ушкодження некротичним процесом ячок і кавернозних тіл статевого члена свідчать, що гангрена Фурньє, по суті, є епіфасциїтом з ураженням структур, що розташовані глибше поверхневої фасції (ячка, кавернозні тіла, м'язи тазового дна).

Загальний стан хворих на момент госпіталізації був тяжким, і тому вони потрапили до палати інтенсивної терапії. У 70% пацієнтів відзначали виражену гіпотонію аж до 40/20 мм рт.ст., що вимагало застосування заходів інтенсивної інфузійної терапії за життєвими показниками. Інфузійна терапія передбачала внутрішньовенне введення кристалоїдних та колоїдних розчинів об'ємом 2,5–4 л/добу і більше. З цією метою застосовували реосорбілакт, реополіглокін, стабізол, рефортан, декстрани, альвезин, гепасол, сорбілакт, НАES-steril, катрен.

Обов'язково для корекції реологічних властивостей мікроциркуляторного русла застосовували фраксипарин по 0,3 мл двічі на добу підшкірно. Для дезагрегантної та ангіо-



Вигляд статевих органів в ранній термін після виконання пластики калитки і шкіри статевого члена у хворого, що переніс гангрену Фурньє

протекторної терапії призначали дипіридамо́л та пентоксифілін внутрішньовенно, детралекс чи флебодію.

З метою корекції закиснення рідких середовищ організму хворого застосовували 4% розчин соди внутрішньовенно через день (до 4 – 5 разів на курс лікування). Інфузійну терапію проводили тривало, протягом 3 тиж з метою імунотерапії застосовували тималін, імуномакс, імунал, антистафілококову плазму, антистафілококовий гамаглобулін, альбумін, метил урацил. У двох хворих була використана протигангренозна полівалентна сироватка (150 000 МО) з внутрішньовенним введенням за методом Безредки, що мало виражений позитивний ефект. Вважаємо, що при тяжкому перебігу процесу використання протигангренозної сироватки є необхідним.

Щодо антибіотикотерапії, то її застосовували протягом трьох тижнів, змінюючи антибіотики та антибактеріальні препарати кожні 7 днів. Спочатку використовували метрогіл (100 мл тричі на добу внутрішньовенно) в комплексі з занацином (100 мл двічі на добу). Надалі застосовували ципринол (10 мл на фізіологічному розчині двічі на добу). Пізніше призначали фторхінолони у таблетованій формі та інші макроліти.

Поліорганна недостатність розвивалась у всіх хворих. При цьому ураження двох органів спостерігалось у п'яти хворих, трьох органів – у трьох пацієнтів, чотирьох органів – у двох. В одного хворого відзначали легеневу, серцеву, ниркову та печінкову недостатність, парез кишечника та токсичну енцефалопатію, які успішно піддалися лікуванню.

Після формування демаркаційної лінії за відсутності ділянок некрозу в рані та за наявності зрілих грануляцій виконували пластичні операції з відновлення калитки та шкіри статевого члена не раніше 3 тиж від початку процесу.

Пластичні втручання були проведені у 6 пацієнтів. У 4 з них сформовано калитку із залишків тканин останньої. У двох виконано двохетапну пластику з використанням шкіри стегна та попередньою пересадкою ячок під шкіру стегна. В одного хворого, який відмовився від протевення пластики, через 3 міс відбулося самостійне відновлення шкіри на уражених ділянках калитки та статевого члена.

ВИСНОВКИ

- Гангрена Фурньє – гострий некроз тканин статевого члена та калитки, що супроводжується ендотоксикозом та поліорганною недостатністю.
- Мікротромбоз судин калитки, імунодефіцит та високівірулентна флора – основні ланки патогенезу гангренни Фурньє.
- Хворі із гангrenoю Фурньє підлягають обов'язковому лікуванню в палатах інтенсивної терапії чи реанімаційному відділенні.

- При гангрене Фурнье показано застосування «ступінчастої» етапної антибактеріальної терапії.
- При гангрені Фурнье інфузійна терапія повинна тривати 2–3 тиж.
- Через виражений вторинний імунodefіцит хворим із гангреною Фурнье показана імунотерапія. У тяжких випадках застосовують внутрішньовенне введення протигангренозної полівалентної сироватки.
- У 3/4 хворих гангрену Фурнье супроводжується вираженим ендотоксикозом, аж до ендотоксичного шоку, з розвитком поліорганної недостатності.
- У досліджених нами пацієнтів із цим захворюванням тяжкого і середнього ступеня тяжкості летальність становила 38,5%.
- При гангрені Фурнье вражаються не тільки поверхне-

ва фасція, шкіра та підшкірні структури, а й структури, що розташовані глибше.

- Оперативне втручання в об'ємі первинного хірургічного оброблення рани та некректомії слід виконувати ургентно, одразу після проведення інтенсивної інфузійної терапії, тобто не пізніше ніж через 4–6 год з моменту госпіталізації.
- Пластичні операції у хворих із гангреною Фурнье необхідно виконувати не раніше ніж на 21-у добу від початку захворювання.
- Тканини калитки мають значно виражені репаративні властивості. Про це свідчить спостережувальний нами випадок самостійного відновлення шкіри на уражених ділянках калитки та статевого члена з подальшим формуванням калитки у пацієнта, який відмовився від проведення пластичної операції.

Лечение пациентов с гангреней Фурнье О.Б. Прийма

В работе проанализировано лечение 13 больных с распространенной формой гангрены Фурнье. Подтверждено, что гангрена Фурнье и анаэробный парапроктит – два разных заболевания. Для болезни Фурнье характерен тяжелейший эндотоксикоз. Поэтому, наряду с хирургической обработкой тканей требуется детоксикационная терапия и продолжительная антибактериальная терапия. Хирургическое пособие состоит в проведении лампасных разрезов на мошонке, половом члене, нижней части живота, с последующей этапной некрэктомией. После формирования в ране грануляций показано выполнение пластических операций по восстановлению целостности кожных покровов.

Ключевые слова: гангрена Фурнье, хирургическое лечение, антибиотикотерапия, пластика, лечение.

Treatment of patients with Fournier gangrene O.B. Priyma

In this paper we analyzed the treatment of 13 patients with Fournier's gangrene and anaerobic paraproctitis - two different diseases. The disease is peculiar to Fournier - Heavy endotoxemia. Therefore, along with the surgical treatment of tissues requires detoxification therapy and prolonged antibiotic therapy. Surgical guide is to work lampasnyh incisions on the scrotum, penis, lower abdomen, followed by staged necrectomy. After the formation of granulation tissue in the wound shown meet the following plastic surgery to restore the integrity of the skin.

Key words: Fournier gangrene, surgical treatment, antibiotics, plastic treatment.

Сведения об авторах

Прийма Олег Богданович – КП «Трускавецкая городская больница», 82200, г. Трускавец, ул. Данилишиных,62; тел.: (098) 640-33-37

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Алиев С.А. Болезнь Фурнье в практике хирурга / Алиев С.А., Рафиев С.Ф., Рафиев Ф.С., Алиев Э.С. // Хирургия. – 2008. – № 11. – С. 58–63.
2. Егоркин М.А. Гангрена Фурнье и анаэробный парапроктит – разные клинические формы одного патологического процесса? – РЖГТК. – 2012. – Т. 22. – № 4. – С. 66–72.
3. Люлько І.В. Гангрена Фурнье, як окремих прояв некротичного фасциїту (проблеми патогенезу та хірургічного лікування) / Люлько І.В., Косильников С.О., Тарнопольський С.О., Кравченко К.В. // Урологія. – 1998. – № 4. – С. 23–27.
4. Строй О.О., Гангрена Фурнье – наш досвід лікування / Строй О.О., Дмитрієнко В.В., Мицак Ю.О., Гордійчук А.М., Строй Д.О. // Урологія. – 2004. – № 3. – С. 79–82.
5. Тимберлатов В.М. Гангрена Фурнье / Тимберлатов В.М., Хасанов А.Г., Тимберлатов М.В. // Хирургия. – 2009. – № 3. – С. 26–28.
6. Трофименко С.П. Гангрена Фурнье / Трофименко С.П., Васильчик О.В., Крикливий Л.П., Яковенко Ю.В. // Український журнал хірургії. – 2011. – № 6 (15). – С. 118–121.
7. Norton K.S. Management of Fournier's gangrene: an eleven year retrospective analysis of yearly recognition, diagnosis and treatment / Norton K.S., Johnson L.W., Perry T. et al. // Am Surg. – 2002; 68:8:709–713.
8. Tuncel A. Fournier's gangrene: three years of experience with 20 patients and validit fournier's gangrene severity sndex score / Tuncel A., Aydin O., Tekdogan U. et. al. // European Urology. – 2006; 50:4:838–843.

Статья поступила в редакцию 04.03.2015